

Gravides røykevaner i Aust-Agder

Gravides røykevaner i Aust-Agder

Rapport fra et prosjekt i regi av Høgskolen i Agder,
på oppdrag av Fylkesmannen i Aust-Agder.

Prosjektets varighet: 1/1-2004 - 31/12-2004

Magnhild Høie
Hans Inge Sævareid

Sammendrag

Målgruppe for surveyundersøkelsen var samtlige kvinner hjemmehørende i Aust-Agder som fødte fra 1/1-04 tom 31/12-2004. Det ble det utlevert 851 spørreskjemaer. 734 svar innkom, dvs. en svarprosent på 86,3 %. 241 kvinner (32,8 %) bekreftet at de røkte ved svangerskapets start. Undersøkelsen viste at hvorvidt kvinnene definerte seg som røykere i stor grad var avhengig av hvordan spørsmål om røykevaner ble stilt. Alle grader av røyking inkludert angav 200 (27,2 %) av kvinnene at de røkte etter fødsel. Røykenedgang i løpet av svangerskapet i forhold til totalutvalget var altså på 5,6 %. Det vil si at 17 % av de som røkte ved svangerskapets start sluttet i løpet av svangerskapet. Størst prosentvis nedgang var det i aldersgruppen 16-20 år med over 30 %. Omkring halvparten av de som røkte ved svangerskapets start begynte å røkte da de var mellom 13 og 15 år, over 85 % i alderen 13-18 år. Av "enslige" kvinner røkte nesten halvparten etter fødsel. Lavest røykeprosent hadde gifte kvinner (20 %), høyest hadde separerte kvinner med 80 %.

Sett i forhold til yrkesgrupper var det ved svangerskapets start flest røykere blant "hjemmehørende" med 45 %, tett fulgt av "servicenæringen". Innen helse- og sosiale yrke var røykeprosenten godt over 30 %. Lavest røykeforekomst ved svangerskapets start ble rapportert innen akademiske yrker. Det var prosentvis flest kvinner innenfor helse- og sosialfaglige yrker som *sluttet* å røyke i løpet av svangerskapet, fulgt av sykepleiere/ hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere, studenter/ elever og "servicenæringen". De yrkeskategoriene som prosentvis i minst grad stumpet røyken var kvinner i læreryrker, innen offentlig forvaltning og "hjemmehørende". Innen kategorien "handverk" hadde ingen av kvinnene sluttet å røyke i løpet av svangerskapet.

Ved røyking relatert til utdanning fremgikk at tre kvinner med barneskole som høyeste utdanning røkte ved svangerskapets start, ingen sluttet i løpet av svangerskapet. Over halvparten av kvinnene som hadde ungdomsskole som høyeste utdanning røkte ved svangerskapets start, heller ikke i den gruppen var det noen som sluttet. Over 40 % av de på videregående nivå røkte ved svangerskapets start, mot litt over 20 % for de med høgskole eller tilsvarende

som høyeste utdanning. Kvinner med utdanning på universitetsnivå hadde laveste røykerate ved svangerskaps start, og var også den gruppen som hadde prosentvis størst røykeslutt i løpet av svangerskapet. Kvinner med grunnskole/ ungdomskole som lengste fullførte utdanning var overrepresentert blant de som røkte ved svangerskapets start, og blant de som ikke hadde sluttet eller hadde gjort forsøk på å slutte i løpet av svangerskapet. Det var signifikant sammenheng mellom respondentenes - og deres foreldres røykevaner, både tidligere og nåværende. 35 % av de som røkte etter fødsel hadde ektefelle eller samboer som var røker, mot vel 10 % i gruppen som aldri hadde røkt. 70 % av de som røkte etter fødsel hadde venner/ naboer som røkte, mot 32 % av de som aldri hadde røkt.

Nesten 66 % av de som røkte ved svangerskapets start hadde mottatt skriftelig informasjon om røykens skadevirkninger, tre av fire hadde lest den. Over 70 % av de som røkte ved svangerskapets start rapporterte at de hadde fått informasjon om røykens skadevirkninger ved *første* svangerskapskontroll, 85 % av de som sluttet i løpet av svangerskapet fikk slik informasjon. Av de som fremdeles røkte etter svangerskapets slutt hadde vel 60 % fått slik informasjon. Bare en av de som har sluttet i løpet av svangerskapet opplyste at hun ikke hadde fått informasjon *i løpet* av svangerskapet. 40 (25,8 %) av de som fremdeles røkte rapporterte at de *ikke* hadde fått slik informasjon.

I gruppen der både allmennlege, gynekolog og jordmor ble anført å ha utført svangerskapskontroll, ble det registrert prosentvis *færrest* "ikke-informerte". Nesten 70 % av de som fremdeles røkte bekreftet at de hadde planlagt å slutte ved graviditet. De hadde også forsøkt å slutte i løpet av svangerskapet uten å klare det. Litt over 11 % fikk tilbud om røykeavvenning under svangerskapet. 49 av 51 kvinner som røkte etter fødsel, og som svarte på spørsmålet om planer for røykeslutt, regnet med å slutte å røyke innen fem år. Lav svarprosent gjør tallene usikre. De aller fleste som røkte etter fødsel var i større eller mindre grad opptatte av røykeslutt. Under 10 % angav at de ikke hadde tenkt å gjøre noe med det. Dette utfordrer vårt helsevesen i det å iverksette tiltak som trigger deres "opptatthet" slik at det kan bevirke en atferdsendring. Helserisiko ble vurdert som den desidert viktigste faktor for å slutte å røyke både hos røykere og ikke-røykere, fulgt av helsegevinst. Det er verdt å merke seg at over halvparten av de som røkte etter fødsel var

engstelige for å gå opp i vekt hvis de sluttet å røyke. Mer enn halvparten unnlot å svare på dette spørsmålet.

Skriftserien nr. 125

86 s.

Pris: 110- NOK

ISSN: 1503-5174

ISBN: 82-7117-579-3

© Høgskolen i Agder, 2006
Serviceboks 422, N-4604 Kristiansand

Design: Høgskolen i Agder

Innhold

Forord	9
1 Bakgrunn for undersøkelsen	11
2 Metode	15
2.1 Personvern/ etiske spørsmål	15
2.2 Design	15
2.3 Utvalg	16
2.4 Datainstrument- spørreskjema	16
2.4.1 Sentrale temaer i undersøkelsen	16
2.5 Analyse/ databehandling	17
2.6 Beskrivelse av utvalget	17
3 Resultater	19
3.1 Røykevaner	19
3.2 Endring av røykestatus i løpet av svangerskapet	22
3.3 Røykeutbredelse i forhold til bakgrunnsvariabler	23
3.4 Røykedebut, foreldrenes røykevaner og røyking i omgivelsene	34
3.5 Planlegging av-, forsøk på- motivasjon for- og tilbud om røykeslutt	38
3.6 Informasjon	40
3.6.1 Informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskapskontroll	44
3.7 Om betydning av- og kvalitet på informasjon og ”andre informasjonskilder”	46
3.7.1 Åpent spørsmål nr. 1: Informasjonens betydning for røykeslutt	46
3.7.2 Åpent spørsmål nr. 2: Vurdering av kvaliteten på informasjonen ...	50
3.8 Viktigste faktorer for røykeslutt	61
3.9 Respondentenes forståelse av en del fysiske, psyk. og sosiale forhold ved røyking	63
4 Litteraturliste	73

Vedlegg

- 1 Spørreskjema
- 2 Samtykkeerklæringen
- 3 Informasjonsskriv, kvinnen
- 4 Informasjonsskriv, jordmor
- 5 Brev fra etisk komité
- 6 Brev fra SSH sykehuset
- 7 Samarbeidsavtale

Forord

Undersøkelsen er gjort i regi av Høgskolen i Agder, fakultet for helse- og idrettsfag, på oppdrag av fylkesmannen i Aust-Agder. Ved igangsetting av undersøkelsen ble det etablert en styringsgruppe ledet av fylkeslege Anne Sofie Syvertsen. Øvrige medlemmer var rådgiver i Helsedirektoratet, Mette Sagbakken, fakultetsdirektør Kari Stoveland Sjursen, studieleder Linda Hansen, og prosjektleder Magnhild Høie. Høgskolelektor Tove Tveitå var med i prosjektledelsen i startfasen, og har plottet mye av datamaterialet.

Prosjektleder rapporterte fortløpende til prosjektgruppen. Det ble også etablert en ressursgruppe bestående av rådgiver hos fylkesmannen i Aust-Agder Anne-Kari Thomassen, kontaktjordmor ved SSH-Arendal May-Britt Nylund, forskningsdirektør ved SSH Inger Holen, studieleder Linda Hansen og prosjektledelsen. Ressursgruppen kom med innspill til styringsgruppen.

Prosjektet er blitt finansiert ved et rammetilskudd fra Fylkesmannen. En sum (kr. 5000) ble avsatt til premie i en loddtrekningskonkurranse for deltakerne, med fem premier av kr. 1000. Det ble gjennomført en avslutningsmiddag på Tyholmen Hotell i mars 2005 for oppdragsgiver, prosjektansvarlige og ansatte ved fødeavdelingene som hadde bidratt til gjennomføringen av undersøkelsen. Her ble foreløpige data ble presentert. I samsvar med fremdriftsplanen gikk datainnsamlingen over et år (fra 1/1-04- 31/12-04), dataanalysene ble gjort våren 2005, og utarbeidelse av en rapport har foregått høsten -2005. For samarbeidsavtale, jf vedlegg 7.

Rapporten er utarbeidet av Magnhild Høie og Hans Inge Sævareid, Høgskolen i Agder. En spesiell takk til jordmødre og ansatte ved fødeavdelingen, SSH-Arendal, ved avdelingsjordmor Tove Andreassen og kontaktjordmor May-Britt Nylund i spissen, for engasjement, god oppfølging og godt samarbeid. Det har bidratt til gjennomføring av undersøkelsen, og vært avgjørende for den høye svarprosenten.

Arendal 22-12-2005

Magnhild Høie,

Prosjektleder/ Førstelektor,

Fakultet for helse- og idrettsdag, Høgskolen i Agder.

1 Bakgrunn for undersøkelsen

De siste års tall for statistisk sentralbyrå angående røykevaner viser store fylkesmessige variasjoner. I femårsperioden 1999-2003 rapporterte 30 % av den norske befolkning at de var dagligrøykere. I Aust-Agder var 33 % dagligrøykere; 34 % av mennene og 33 % av kvinnene. Det har skjedd en markert nedgang i antall dagligrøykere for perioden 1998-2002 (4 %) da Aust-Agder hadde 37 % dagligrøykere, dvs. 39 % av mennene og 34 % av kvinnene. Blant dagligrøykerne toppet Finnmark i denne perioden med 37 %. Lavest røykeandel hadde Akershus, Buskerud og Sogn og Fjordane, med 36 % dagligrøykere. Om gruppen dagligrøykere slås sammen og av og til røykere, kommer Aust-Agder på en desidert verstingeplass i landet, med 48 % røykere. Mennene reduserte røykingen i perioden 1995-1999 til 1999-2003 med 6 % (Medisinalmeldingen 2003).

Det som fortsatt var bekymringsfullt var at dagligrøyking blant kvinner i Aust-Agder hadde økt snarere enn avtatt, fra 30 % dagligrøykere i perioden 1995-1999 til 33 % i perioden 1999-2003. Særlig bekymringsfull har utviklingen i Aust Agder vært når det gjelder kvinners røyking i svangerskapet. Statistikk for 2001 viste at 21,3 % av de gravide var dagligrøykere i begynnelsen av svangerskapet, mot et landsgjennomsnitt på 16,5 %. Hele 20,3 % var fortsatt dagligrøykere ved svangerskapets slutt, mot et landsgjennomsnitt på 11,9 %. Det var ingen andre fylker hvor så få sluttet å røyke i løpet av svangerskapet. Dette gav Aust-Agder fortsatt bunnotering, til tross for fremgang sammenliknet med 1999. Et hovedtrekk i siste medisinalmelding (2004) er at Agder-fylkene og Telemark, sammen den de nordligste fylkene, fremdeles ligger høyest på røykestatistikken over gravide, mens Oslo og Akershus ligger lavest. I følge tall fra Norsk fødselsregister 2002 var ca. hver tiende kvinne i Oslo og Akershus dagligrøyker ved fødsel, mens i Troms og Finnmark røykte ca. hver fjerde kvinne. I Aust- Ager og Telemark røykte ca. hver femte kvinner ved

slutten av svangerskapet. Landsgjennomsnittet lå på 14,6 %, dvs. i underkant av hver syvende kvinne.

Forskning viser at røyking under svangerskapet kan ha mange skadevirkninger. Det blir mindre oksygen og næring til barnet, og dermed dårligere vekst og utvikling. Det er økt risiko for DNA-skader, som kan føre til misdannelser hos fosteret. Det er og økt risiko for forstyrrelser i sentralnervesystemet, noe som kan gi lærevansker og atferdsproblemer i oppveksten. Immunforsvaret blir dårligere, lungefunksjonen nedsatt, og det er en mangedoblet risiko for krybbedød. Om barnet utsettes for passiv røyking etter fødsel kan det få ulike følger. Det er f.eks. økt risiko for kolikk i forbindelse med røyking i ammeperioden. Risiko for ørebetennelse, luftveisinfeksjoner, bronkitt, astma og allergi øker, det samme gjør risiko for hjernehinnebetennelse. Barn som blir utsatt for røyk blir oftere innlagt på sykehus enn de som ikke utsettes. Det er og økt risiko for hjerte- og karsykdommer senere i livet (kilder: Sosial- og helsedirektoratet; Carlsen, Jaakkola, Nafstad & Carlsen, 1997; Andres & Day, 2000; Bjørke-Monsen, 2000; Andres & Day, 2000; Carpenter, Irgens, Blair, England, Fleming, Huber, Jorch & Schreuder, 2004).

I likhet med barnets helse, vil også mors helse påvirkes negativt av røyking.

Her har

helsemyndighetene en spesiell utfordring i vårt fylke ved at Kreftregisteret viser stor og vedvarende økning i forekomst av lungekreft blant kvinner i Aust-Agder. Insidensraten her er større enn i noe annet fylke. Særlig alarmerende er det at denne økningen er spesielt markert blant kvinner under 50 år, altså kvinner i fertil alder (Sosial- og helsedirektoratet, <http://www.sh.dir.>, Medisinalmeldingen 2004).

De fødende kvinnene i Aust-Agder har altså vært blant de som røyker mest i landet av alle aldersgrupper. Dette kan blant annet ha sammenheng med utdanningsnivå. Røyking er mer vanlig hos de med lav utdanning enn de med

høy utdanning, og det er disse kvinnene som får barn tidligst. Det finnes imidlertid ingen god forklaring på at så mange av de eldste gravide i Aust-Agder er røykere. Mot denne bakgrunn er det av spesiell interesse å kartlegge *røykevaner* til gravide kvinner som er hjemmehørende i Aust-Agder fylke, inkludert faktorer som kan tenkes å være av betydning for det høye antall gravide røykere. Etter initiativ fra fylkeslegen ble det derfor 1. januar 2004 igangsatt en spørreskjemaundersøkelse der tema var gravides røykevaner. Datainnsamlingen gikk over et år. Samtlige barselkvinner, både røykere og ikke røykere som var hjemmehørende i Aust-Agder, og som hadde født ved Sørlandets Sykehus, Arendal og Kristiansand, ble inkludert i undersøkelsen.

Forhold som kan utdype forståelsen av gravides røykevaner er sosiokulturelle faktorer, holdninger til røyking, stress og anspenhet, redsel for vektøkning, røyking i omgivelsene, informasjon om røykens skadevirkninger ved svangerskapskontroller etc. Disse og andre aktuelle variabler ble inkludert i undersøkelsen. Datamaterialet vil kunne være en hjelp ved iverksettelse av egnede helsefremmende tiltak. Siden respondentgruppen også inkluderer kvinner som har sluttet å røyke i løpet av svangerskapet, vil materialet kunne gi opplysninger om hva som gjorde at de sluttet, hvordan de vurderer betydningen av informasjon, om de har deltatt på røykeavvenningskurs etc.

2 Metode

I dette avsnittet presenteres metodisk tilnærming og gjennomføring av datainnsamlinger, samt en redegjørelse for databearbeiding.

2.1 Personvern/ etiske spørsmål

Datatilsynet og Etisk råd har godkjent prosjektet (jf. vedlegg 5). Data ble innhentet på bakgrunn av frivillig informert samtykke (jf. vedlegg 2). Respondentene ble gitt beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Deltakerne ble sikret full anonymitet, alle opplysninger er blitt anonymisert, og evt. publisert data kan ikke tilbakeføres til den enkelte deltaker. Dette ble også muntlig presisert av jordmor ved datainnsamlingen. Direktøren ved Sørlandet sykehus gav tillatelse til igangsetting av undersøkelsen.

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble delt ut sammen med spørreskjemaet, (jf. vedlegg 3 og 1). Respondentene ble gjort oppmerksomme på at deltakelse i undersøkelsen var basert på frivillig, informert samtykke, og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Det ble også utarbeidet et informasjonsskriv til jordmødrene, jf. vedlegg 4.

Det ble opprettet et personregister med navn og respondentnummer. Nummeret ble påført spørreskjemaet. Listen med respondentidentifikasjon har blitt oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskning, og har bare vært tilgjengelig for prosjektledelsen.

2.2 Design

Undersøkelsen er en surveyundersøkelse som gikk over et år. Datainnsamlingen foregikk ved at et spørreskjema ble utfylt av kvinnen selv på barselavdelingen, etter at hun har født, men før avreise. Kvinner som hadde språkproblemer fikk hjelp etter behov til utfylling av skjemaet. Jordmødrene oppbevarte de ferdig utfylte skjemaene på et skjermet sted. Det tok ca. 20

minutter å fylle ut skjemaet. Ved at respondentene i samtykkeerklæringen gav tillatelse til senere kontakt gis mulighet for en kvalitativ oppfølgingsstudie.

2.3 Utvalg

Utvalget besto av samtlige kvinner hjemmehørende i Aust-Agder fylke som hadde født ved Sørlandet sykehus Arendal og Kristiansand fra 1. januar 2004 til 31. desember 2004.

2.4 Datainstrument- spørreskjema

Spørreskjemaet inneholdt 82 variabler, (jf. vedlegg 1), med spørsmål som omfattet både vurderinger og faktiske opplysninger fra respondentene. I tillegg til å krysse av i skjemaet var det noen åpen spørsmål, spesielt knyttet til opplevd kvalitet på informasjon om røykens skadevirkninger som respondentene hadde fått i løpet av svangerskapet. Fagfolk innen helsefag og sosialpsykologi gjennomgikk og korrigererte skjemaet. Før igangsetting av undersøkelsen ble det utført et pilotprosjekt der 5 kvinnelige sykepleiestudenter besvarte spørreskjemaet og evaluerte det. Skjemaet ble og forevist jordmødre i fødeavdelingen.

2.4.1 Sentrale temaer i undersøkelsen

- Sosiodemografisk bakgrunn
- Foreldres røykevaner
- Helsemessige forhold
- Kartlegging av røykevaner, nåværende og tidligere
- Kartlegging av røykevaner i omgivelsene
- Motivasjon for å endre røykevaner
- Tilbud om hjelp til å slutte å røyke
- Holdninger til røyking
- Svangerskapskontroll og informasjon om skadevirkninger
- Vurdering av kvaliteten på informasjon/ betydning for røykeslutt

2.5 Analyse/ databehandling

Undersøkelsen hovedhensikt har vært å gi en deskriptiv fremstilling av røykevaner hos gravide kvinner i Aust-Agder. Sammenhenger mellom enkelte variabler er blitt undersøkt, inkludert korrelerende og komparative tilnærminger. Som statistikkprogram benyttes Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Punching av data ble gjort fortløpende.

De åpne spørsmålene er blitt kategorisert og systematisert. Presentasjonen er tematisert, med sitater fra respondentene som datagrunnlag. For oversiktens skyld er det laget tabeller over kategoriseringene.

2.6 Beskrivelse av utvalget

Det ble til sammen utlevert 851 spørreskjemaer, 831 ved SSH-Arendal og 20 ved SSH-Kristiansand. 725 kvinner (87,2 %) besvarte spørreskjemaet i Arendal, 9 (45 %) i Kristiansand. Antall fødsler ved SSH-Arendal for 2004 var 1031. Ved samstilling Arendal og Kristiansand var det en svarprosent på 86,3 %. I påfølgende analyser skiller det ikke mellom fødsler ved SSH-Arendal og SSH-Kristiansand.

Det var flest fødende i gruppen 25-34 år, tilsvarende landsgjennomsnittet (lgj). Fem prosent av de fødende var under tjue år. Litt over 4 % av de fødende var av ikke-norsk nasjonalitet. Det er for få i undergruppene til at tallene er representative og derfor interessante å sammenlikne med hensyn til røykeforekomst. 6,4 % av kvinnene var alenemødre. Det er under lgj. I underkant av 7 % hadde grunnskole (barneskole/ ungdomsskole) som høyeste utdanning, lgj. i aldersgruppen 20-29 er 4,7 % (SSB, 2004). Rundt 43 % hadde utdanning på videregående nivå som høyeste utdanning, lgj. i aldersgruppen 16-39 år er 61 %. Halvparten av de fødende hadde høgskole- eller universitetsutdanningsnivå som høyeste nivå, det er over lgj. Nesten 80 % av de fødende var hjemmehørende i en av de fem byene i Aust-Agder, av disse var over 60 % hjemmehørende i Arendal og Grimstad. De fleste jobbet innen servicenæringen og innen lærer- og omsorgsykker (over 60 %).

Yrkesfordelingen avspeiler et landsgjennomsnitt. Over 90 % vurderte helsen sin som god eller svært god. Bare fire kvinner vurderte helsen sin som dårlig.

Tabeller 1- 7 Bakgrunnsvariabler

Tabell 1 Aldersgrupper (n=734)

	Antall	Prosent
16-20	37	5
21-24	111	15.1
25-34	475	64.7
35-44	102	13.9
Missing	9	1.2

Tabell 2 Nasjonalitet (n=734)

	Antall	Prosent
Norsk	702	95.6
Skandinavvisk	5	0.7
Europeisk	12	1.6
Asiatisk	4	0.5
Afrikansk	6	0.8
US/Can	2	0.3
Annet	3	0.4

Tabell 3 Sivilstand (n=734)

	Antall	Prosent
Gift	412	56.1
Samboer	272	37.1
Ugift	41	5.6
Skilt	1	0.1
Separert	5	0.7
Missing	3	0.4

Tabell 4 Utdanning (n=734)

	Antall	Prosent
Grunnskole/ Barneskole	8	1.1
Ungdomsskole	42	5.7
Videregående skole	317	43.2
Høgskole eller tilsvarende	293	39.9
Utdanning på universitetsnivå	73	9.9
Missing	1	0.1

Tabell 5 Bostedskommune (n=734)

	Antall	Prosent
Bykle	2	0.3
Valle	7	1
Bygland	6	0.8
Evje/ Hornnes	7	1
Birkenes	18	2.5
Åmli	10	1.4
Froland	41	5.7
Vegårshei	8	1.1
Gjerstad	16	2.2
Risør	46	6.4
Tvedestrand	34	4.7
Arendal	278	38.5
Grimstad	170	23.5
Lillesand	31	4.3
Annet	48	6.6
Missing	12	1.6

Tabell 6 Yrkeskategori (n=734)

	Antall	Prosent
Hjemmeværende	40	5.4
Servicenæringen	145	19.8
Student/ elev	32	4.4
Handverk	36	4.9
Offentlig forvaltning	58	7.9
Lærer, adjunkt, førskolelærer	154	21
Akademisk yrke	30	4.1
Helse/ sos. yrker	43	5.9
Sykepl, hjelpepl, omsorgsarb	118	16.1
Industriarbeider	15	2
Annet	9	1.2
Missing	54	7.4

Tabell 7 Hvordan vurderer du din helse i sin alminnelighet (n=734)

	Antall	Prosent
Svært god	305	41.6
God	376	51.2
Verken god eller dårlig	47	6.4
Dårlig	4	0.5
Missing	2	0.3

3 Resultater

3.1 Røykevaner

På et av spørsmålene som omhandlet røykevaner ble respondentene bedt om å krysse av for *ja eller nei* på "om de røykte tobakk". 13,9 % svarte ja, 86,1 % svarte nei (tabell 8). På spørsmål om *hvor ofte de røykte* registrerte 11,7 % seg som dagligrøykere og 5,6 % seg som av og til- røykere. Det vil si at 17,1 % definerte seg som røykere (tabell 9). I et påfølgende spørsmål ble respondentene bedt om å kvantifisere *hvor mye de røykte*. Her registrerte 27,2 % seg som røykere, alle grader av røyking tatt i betraktning (tabell 10). De fleste karakteriserte seg som "svært lite/ lite- røykere (til sammen 18,7 %), mens 8,3 % rapporterte at de røykte middels/ ganske mye. Bare 0,3 %, dvs. 2 kvinner, karakteriserte seg selv som storrøykere.

I påfølgende fremstillinger der det skilles mellom "røykere" og "ikke røykere" etter fødsel er det variabel 27 i spørreskjemaet, fremstilt i tabell 10 og oppsummert i tabell 11, som ligger til grunn. 104 kvinner unnlot å svare på spørsmålet om røykevaner, dvs. ca 14 % av hele utvalget. 98 av disse tilhørte gruppen "røykere", jf. tabell 11. Av de som angav røykevaner (tabell 12) rapporterte halvparten at de røykte fra 5-10 sigaretter daglig, vel 305 at de røykte fra 5-10 sigaretter daglig, mens nesten 16 % krysset av for 10-20 sigaretter daglig. Bare en registrerte seg for mer enn 20 sigaretter daglig. De som karakteriserte seg som "røyker svært lite"/ røyker lite (tabell 10) unnlot for det meste å kvantifisere sine røykevaner.

Statistikk fra Sosial- og Helsedirektoratet for 2002 (Medisinalmeldingen 2004) viser at 23 % av de gravide i Aust-Agder røykte daglig ved svangerskapets slutt, Igj. var på 14,6 %. Tallene er ikke direkte sammenliknbare fordi alle grader av røyking inngår i denne undersøkelsen, også *av og til røykerne*. Selv om det de siste tre årene er registrert en nedgang i daglig-røykere blant norske kvinner, har andelen som oppgir at de røyker, men ikke hver dag, holdt seg på samme nivå (SSB, 2004). Foreløpige analyser av de første 8000 kvinner i den norske mor- barnundersøkelsen viste samme tendens: Av og til-

røykerne utgjør en stabil tredjedel av de som røyker ved svangerskapets slutt (Hovengen & Haug, 2003). Barn født av mødre som "bare" var av- og til røykere hadde en signifikant lavere gjennomsnittlig fødselsvekt sammenliknet med barn av ikke- røykende gravide (Hovengen & Nordhagen, 2004). Det anføres at dette kan være uttrykk for en dose-respons-effekt som kan tyde på at det å røyke av og til ikke er så uskyldig (Horta, Vitora, Menezes, et. al., 1997). Det synes derfor relevant å forholde seg til "alle grader av røyking" når det gjelder gravide. Forskjeller i røykeforekomst avhengig av hvordan spørsmålene var formulert kan tyde på at en betydelig del av røykere i forbindelse med graviditet er av- og til-røykere, og at disse ikke fullt ut definerer seg som røykere. En antagelse har vært at gravide i noen grad kan endre røykevaner i svangerskapet i et forsøk på risikoreduksjon uten at helsegevinst står i forhold til det reduksjonen i antall sigaretter skulle tilsi (Hecht, Murphy & Carmelia, 2004). Det har også vært anført at mange som oppgir at de bare røyker av og til / lite eller litt, røyker mye på dager de røyker, og har dager de ikke røyker. Effekten av en slik røykeatferd er lite kjent (Hovengen & Nordhagen, 2004).

Den tidligere omtalte mor-barn undersøkelsen (Hovengen & Haug, 2003) gav støtte for at av- og til røykerne i svangerskapet tilhører en annen sosial gruppe ved at de skiller seg fra dagligrøykerne på demografiske og psykososiale variabler og røykemønster (jf. Hasmilller, Warner & Mendez et. al., 2003; Gilpin, Pierce, Calvin et. al., 1997). Flere i gruppen av- og til røykere har utdanning på høyskole og universitetsnivå, og de har høyere inntekt enn dagligrøykerne. Materialet i den aktuelle undersøkelsen er for lite til å gjøre tilsvarende analyser. Tendensen i svarmaterialet på spørsmålet om "hvor ofte røyker du" er tyder likevel på at "av og til røykerne" utgjør en langt lavere prosentandel av røykere blant hjemme-værende og i servicenæringen enn f.eks. hos akademikere og blant lærere og yrker i helsevesenet. Det knytter røykemønster til sosial status. Av og til røyking betyr trolig ofte fest, fritid og kontroll. Hovengen & Nordhagen (2004) stiller spørsmål om "av og til røyking" i så henseende mer handler om identitet, nytelse og rekreasjon enn om nikotinavhengighet og røykesug.

Med tanke på det som tidligere er anført om av og til -røykere og barnets fødselsvekt er denne gruppen en utfordring for vårt helsevesen.

Undersøkelser har vist at restriksjoner som omfatter begrensninger av røykens sosiale rom i liten grad påvirker av- og til- røykerne (Borland, 1994).

Utfordringen blir å tilrettelegge en helseinformasjon som favner en virkelighet der røykere "av alle grader" kjenner seg igjen, som er relevant for den enkelte (Hovengen & Nordhagen, 2004). Det er ikke sikkert at røkere eller helsepersonell er klar over at "lite"/ og "litt" røyking også representerer en potensiell skadelig effekt for barnet.

Tabeller 8-12 Røykevaner

Tabell 8 Røyker du tobakk? (n=734)

	Antall	Prosent
Nei	632	86.1
Ja	102	13.9

Tabell 9 Hvor ofte røyker du? (n=734)

	Antall	Prosent
Av og til	41	5.6
Daglig	86	11.7
Uaktuelt	607	82.7

Tabell 10 Karakteristikk av deg selv som røyker (n=734)

	Antall	Prosent i hele utvalget	Prosent, kun blant de som røyker (200 stk = 27,2 % av alle i utvalget)
Røyker svært lite	98	13.4	49.0
Røyker lite	39	5.3	19.5
Røyker middels	51	6.9	25.5
Røyker ganske mye	10	1.4	5.0
Er en storøyker	2	0.3	1.0
Røyker ikke / missing	534	72.8	

Tabell 11 Røykere / ikke-røykere (n=734)

	Antall	Prosent
Røyker ikke	534	72.8
Røyker (Alle grader)	200	27.2

Tabell 12 Hvordan er dine røykevaner i dag? (n=734)

	Antall	Prosent i hele utvalget	Prosent av de som angav røykevaner (n=102)
Uaktuelt, røyker ikke	528	71.9	
Mindre enn 5 sigaretter pr.dag	34	4.6	33.3
5-10 sigaretter pr.dag	51	6.9	50.0
10-20 sigaretter pr.dag	16	2.2	15.6
Mer enn 20 sigaretter pr.dag	1	0.1	0.1
Missing	104	14.2	

3.2 Endring av røykestatus i løpet av svangerskapet

På spørsmål om de røykte ved svangerskapets start svarte 241 kvinner (32,8 %) ja. Ved samstilling av tabell 13 og 14 fremkommer en nedgang i røyking i totalutvalget i løpet av svangerskapet fra 32,8 % til 27,2 %, en total reduksjon på 5,6 %. Det vil si at 17 % av de som røykte ved svangerskapets start sluttet i løpet av svangerskapet. Analysene viste imidlertid at 45 av kvinnene som svarte nei på at de røykte ved svangerskapets start faktisk angav at de røykte ved svangerskapets slutt ved at de karakteriserte seg som røker (jf. tabell 10). Gruppen "helt sluttet" er beregnet ut fra dem som svarte ja på at de røykte ved svangerskapets start. Gjennomgang av materialet viser at 86 av de 241 respondentene (32,4 % av totalutvalget) var helt røykefrie ved svangerskapets slutt. Ut fra dette skulle 155 av kvinnene fremdeles være røkere.

Sammenfattet med spørsmålet der kvinnene ble bedt om å karakterisere seg selv som røkere, fremkom at 200 av kvinnene fremdeles var røkere (alle grader). Det vil si *45 kvinner flere enn det røykeslutt for de angitte kvinnene skulle tilsi*. Det kan skyldes en underrapportering på spørsmålet om de røykte eller ikke ved svangerskapets start, ved at de som angav at de røykte lite ikke har registrert seg som røkere. Disse fanges opp i spørsmålet der de bes om å karakterisere egne røykevaner etter svangerskapet, og har trolig ikke endret disse. Det er usannsynlig at 55 personer skulle begynne å røyke i løpet av svangerskapet. Om man antar at det kan være en underrapportering om røyking ved svangerskapets start, og inkluderer de som svarte nei på om de røykte ved svangerskapets start, men som anførte en viss grad av røyking på spørsmålet der de ble bedt om å karakterisere sine røykevaner etter fødsel, var det 200 kvinner som fremdeles røykte (155 + 45). Det tilsvarer 27,2 % av totalutvalget. Statistikk fra Sosial- og Helsedirektoratet for 2002.

Medisinalmeldingen 2004 viste at svært få gravide i Aust-Agder klarte å slutte å røyke i løpet av svangerskapet, nedgang i daglig røyking fra 24 % til 23 %, lgj. var på 5,1 %. Røykeslutt i løpet av svangerskapet sett i forhold til totalutvalget var omtrent som lgj., og noe høyere enn siste tall fra SSH

Tabell 13 Røykte ved svangerskapets start? (n=734)

	Antall	Prosent
Nei	493	67.2
Ja	241	32.8

Tabell 14 Sluttet i løpet av svangerskapet (n=734)

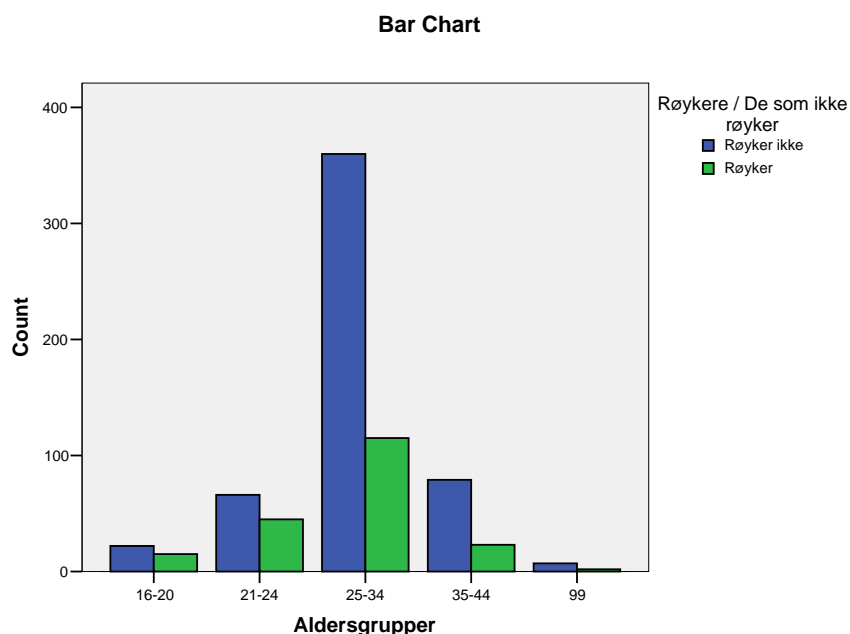
	Antall	Prosent
Røyker ved svangerskapets start	241	32.8
Røyker etter fødsel (Alle grader)	200	27.2
Helt sluttet	41	5.6

3.3 Røykeutbredelse i forhold til bakgrunnsvariabler

Ved svangerskapets start var prosentandel røykere høyest i Lillesand, fulgt av "små landkommuner", Grimstad, Tvedestrand, Arendal og Risør. Høyest prosentandel røykere *etter* fødsel hadde Tvedestrand, tett fulgt av "småkommuner", Arendal og Risør. Lavest røykeandel i forhold til totalutvalget hadde Grimstad, jf. tabell 15. Prosentandel gravide som sluttet i løpet av svangerskapet var høyest i Lillesand, fulgt av "små landkommuner" Grimstad og Tvedestrand, jf. tabell 16. Lavest nedgang i røyking hadde Arendal. Chi-kvadrat test viste imidlertid ingen signifikante forskjeller i nivå i antall røykere mellom de forskjellige kommunene. Fire flere kvinner hjemmehørende i Risør registrerte seg som røykere i slutten av svangerskapet enn ved svangerskapets start. En alternativ forklaring til at de har begynt å røyke under svangerskapet kan være at det har skjedd en underreportering av røyking ved svangerskapets start.

Når det gjaldt røyking fordelt på aldersgrupper, røykte nesten 60 % i gruppen 16-20 år ved svangerskapets start, i gruppen 21-24 år 46 %, jf. tabell 17. Det var klare forskjeller mellom aldersgruppene, jf. fig.1 (Chi-square 16.653, Sig. 0.002).

Figur 1 Fordeling av røykere/ikke-røykere i aldersgrupper

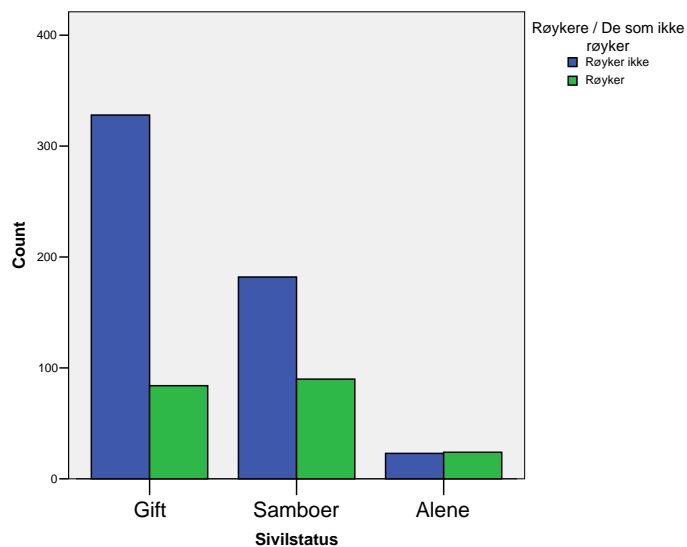


Over 30 % i førstnevnte gruppe sluttet å røyke i løpet av svangerskapet, for gruppene 25-34 år og 35-44 år var nedgangen henholdsvis 17,9 % og 14,8 %, jf. tabell 18 og 19.

På spørsmål om røykeutbredelse og nasjonalitet karakteriserte 27,5 % av kvinner med norsk nasjonalitet seg som røykere. Lavt antall respondenter med annen nasjonalitet gjør det lite aktuelt å se på eventuelle signifikante forskjeller ved røyking og nasjonalitet.

Datamaterialet som omhandler røyking og sivilstand viser at ved svangerskapets start røykte fire av de fem i utvalget i gruppen "separerte", av de ugifte kvinner røykte 66 % og av samboende kvinner røykte 42 %. Lavest røykeforekomst ved svangerskapets start var det blant "gifte kvinner" med nesten 23 %, jf. tabell 20 og 21. Chi-kvadrat test viste klare signifikante forskjeller mellom gruppene gift/samboende og aleneboende (ugifte, skilte, separerte eller enker). Størst prosentvis røykeslutt i løpet av svangerskapet hadde gruppen "enslige kvinner" med 26 %, lavest hadde "gifte kvinner" med 10,6 %, jf. tabell 22. Prosentandel røykere etter fødsel hos "enslige" var likevel nesten 50 % mot vel 20 % hos gifte kvinner og 33 % hos samboende

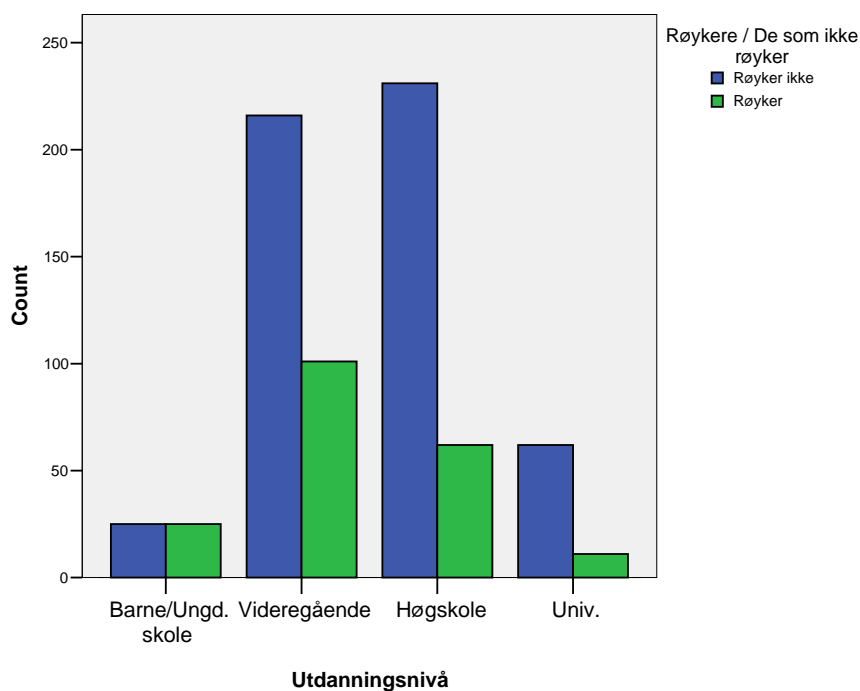
Figur 2 Fordeling av røykere/ikke-røykere i grupper av sivilstand



Samme tendens sees i nyere studier. I en omfattende undersøkelse som omhandler sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne i Norge basert på data fra Sosial- og Helsedirektoratets nasjonale databank om røykevaner, er forskjell i røykeomfang blant voksne i Norge knyttet til sivilstatus (aleneboer og samboer), ved at "aleneboer" røyker mer enn "samboer", (Lund & Lund, 2005). Det ble også funnet støtte for at det å leve i parforhold øker sannsynligheten for røykeslutt både for kvinner og menn (Lund, Lund & Rise, 2005). Samme tendenser med høyest røykeforekomst blant "aleneboende" var det i den aktuelle undersøkelse om gravides røykevaner. Når det gjaldt røykeslutt sluttet imidlertid færre (16,3 %) i gruppen gift/samboere enn i gruppen aleneboere" (22,5 %). Lite tallmateriale gjør resultatene usikre.

Når det gjaldt røyking knyttet til ulike utdanningsgrupper viste undersøkelsen at godt over dobbelt så stor prosentvis andel av "røykere" (røyking etter fødsel) som "ikke røykere" hadde grunnskole (barneskole/ ungdomsskole) som høyeste utdanning. Over halvparten av ikke-røykere hadde utdanning på høgskole- og universitetsnivå, mens rundt 30 % av røykerne var på tilsvarende utdanningsnivå (jf. tabell 24). Det var klare signifikante forskjeller mellom utdanningsgruppene, undersøkelsen viste at det var forholdsvis flere røykere i grupper med lavere utdanning.

Figur 3 Grupper av røykere/ikke-røykere på utdanningsnivå



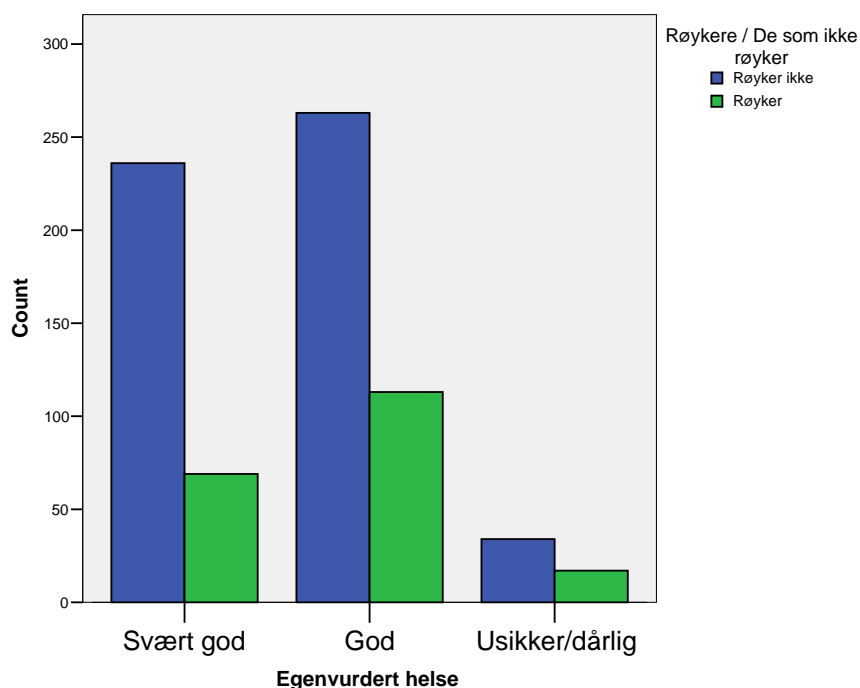
Tidligere omtalte undersøkelse om sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne har tilsvarende vist at personer med lavere sosioøkonomisk status er kraftig overrepresentert blant røykerne (Lund, Lund og Rise, 2005).

Når det gjaldt endring av røykeatferd knyttet til utdanningsgrupper viste undersøkelsen at tre kvinner med barneskole som høyeste utdanning røykte ved svangerskapets start, ingen sluttet i løpet av svangerskapet. Over halvparten av kvinnene som hadde ungdomsskole som høyeste utdanning røykte ved svangerskapets start, heller ikke av disse var det noen som sluttet. Over 40 % av kvinnene med videregående skole som høyeste utdanningsnivå røykte ved svangerskapets start, mot litt over 20 % for de med høgskole eller tilsvarende utdanning. Kvinner med utdanning på universitetsnivå hadde laveste røykerate ved svangerskaps start, og var den gruppen som hadde prosentvis størst røykeslutt i løpet av svangerskapet, jf. tabell 23 og 24 og 25. Den tidligere refererte norske undersøkelsen om sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne viste at etter kontroll for alder, inntekt og yrker, hadde fortsatt personer med høgskole/ universitetsutdanning signifikant høyere sannsynlighet for å ha sluttet enn personer med grunnskole (Lund, Lund & Rise, 2005). Det er rimelig å anta at dette i like stor grad gjelder for gravide.

Vedrørende røykeutbredelse i ulike yrkesgrupper ved svangerskapets start i denne undersøkelsen var det flest røykende i gruppen "hjemmeværende" med 45 %, tett fulgt av servicenæringen. Innen helse- og sosiale var røykeprosenten godt over 30 %. Lavest røykeforekomst ved svangerskapets start ble rapportert i akademiske yrker og i industrien. Av de to kvinnene i sistnevnte yrkeskategori sluttet den ene i løpet av svangerskapet, jf. tabell 26. De yrkeskategorier som kom best ut når det gjaldt røykeslutt i svangerskapet var helse- og sosiale yrker, fulgt av sykepl./ hjelpepl./omsorgsykker, og "studenter". Dårligst ut kom hjemmeværende, med vel 11 % og "håndverk", der ingen rapporterte at de hadde sluttet, jf. tabell 28. Men det var ingen signifikante forskjeller på andel av røykere i de ulike yrkeskategorier. Andel røykere *etter fødsel*, knyttet til yrkeskategori, var høyest i gruppen "hjemmeværende" med 40 %, tett fulgt av servicenæringen. Lavest røykeforekomst var det innen "akademiske yrker" og industri, jf. tabell 27. I tidligere refererte undersøkelse ble utdanning, inntekt og yrke slått sammen til en indeks for sosial status, og effekten av røykeslutt ble kontrollert for alder, sivilstatus og bosted (Lund, Lund & Rise, 2005). Oddsen for å ha sluttet å røyke økte jevnt med stigende sosioøkonomisk status. Bortsett fra alder, var det ingen av kontrollvariablene som hadde samme utslag som sosial status. Det synes rimelig å anta at forholdet hos den aktuelle respondentgruppen ikke er så mye annerledes.

De aller fleste av kvinnene vurderte sin helse som svært god eller god. Jf. tabell 29. Bare en av røykerne vurderte sin helse som dårlig. Det var klare signifikante forskjeller i andelen av røykere i de ulike gruppene av egenvurdert helse. Det var færrest røykere blant de som vurderte helsen som svært god, jf. fig. 2 ($F= 5.510$, Sig. 0.019).

Figur 4 Fordeling av røykere/ikke-røykere i forhold til egenvurdert helse



Tabeller 15-29 Røykeutbredelse i forhold til bakgrunnsvariabler

Tabell 15 Røykere og ikke røykere (ved svangerskapets slutt). Fordeling i bostedskommunene (n=734)

	Røyker		Røyker ikke		Totalt antall
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Små landkommuner *	36	31.3	79	68.7	115
Risør	13	28.3	33	71.7	46
Tvedestrand	11	32.4	23	67.6	34
Arendal	82	29.5	196	70.5	278
Grimstad	39	22.9	131	77.1	170
Lillesand	8	25.8	23	74.2	31
Annet	9	18.7	39	81.2	48
Missing					12

* Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes, Birkenes, Åmli, Froland, Vegårshei og Gjerstad.

Tabell 16 Røykeslutt i løpet av svangerskapet, blant de som røykte ved svangerskapets start. Fordeling i bostedskommunene

	Røykte ved svangerskapets start		Sluttet i løpet av svangerskapet		Prosentvis nedgang
	Antall		Antall		
Lillesand	13		5		38.5
Små landkommuner *	46		10		21.7
Grimstad	49		10		20.4
Tvedestrand	13		2		15.4
Arendal	95		13		13.7
Risør	9		-4		14.4 - Økning
Annet	14		5		35.7
Missing	2		2		

*Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes, Birkenes, Froland, Vegårshei og Gjerstad

Tabell 17 Røykere/ikke-røykere (ved svangerskapets start), inndelt i aldersgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røykte		Røykte ikke		Totalt antall
	Antall	Prosent-fordeling i aldersgruppene	Antall	Prosent-fordeling i aldersgruppene	
16-20	22	59.5	15	40.5	37
21-24	51	45.9	60	54.1	111
25-34	140	29.5	335	70.5	475
35-44	27	26.5	75	73.5	102
Missing	8		1		9
Oversikt i hele utvalget	241	32.8	493	67.2	734

Tabell 18 Røykere/ikke-røykere (etter fødsel), inndelt i aldersgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røyker		Røyker ikke		Totalt antall
	Antall	Prosent-fordeling i aldersgruppen e	Antall	Prosent-fordeling i aldersgruppen e	
16-20	15	40.5	22	59.5	37
21-24	45	40.5	66	59.5	111
25-34	115	24.2	360	75.8	475
35-44	23	22.5	79	77.5	102
Missing	2		7		9
Oversikt i hele utvalget	200	27.2	534	72.8	734

Tabell 19 Røykeslutt i løpet av svangerskapet, fordelt i aldersgrupper, blant de som røykte ved svangerskapets start (n =241)

	Røykte ved svangerskapets start	Røyker fortsatt etter svangerskapet	Har sluttet i løpet av svangerskapet	
	Antall	Antall	Antall	Prosentvis nedgang
16-20	22	15	7	31.8
21-24	51	45	6	11.8
25-34	140	115	25	17.9
35-44	27	23	4	14.8
Missing	1	2	2	
Totalt	241	200	41	17.0

Tabell 20 Røykere/ikke-røykere (ved svangerskapets start), inndelt i grupper av sivilstand, i hele utvalget (n=734)

	Røykte		Røykte ikke		Totalt antall
	Antall	Prosent-fordeling i sivilstand-gruppene	Antall	Prosent-fordeling i sivilstand-gruppene	
Gift	94	22.8	318	77.2	412
Samboer	114	41.9	158	58.1	272
Enslig	27	65.9	14	34.1	41
Skilt	0	0	1	100.0	1
Separert	4	80.0	1	20.0	5
Missing	2		1		3
Oversikt i hele utvalget	241	32.8	494	67.2	734

Tabell 21 Røykere/ikke-røykere (etter fødsel), inndelt i grupper av sivilstand, i hele utvalget (n=734)

	Røyker		Røyker ikke		Totalt antall
	Antall	Prosent-fordeling i sivilstand-gruppene	Antall	Prosent-fordeling i sivilstand-gruppene	
Gift	84	20.4	328	79.6	412
Samboer	90	33.1	182	66.9	272
Enslig	20	48.8	21	51.2	41
Skilt	0	0	1	100.0	1
Separert	4	80.0	1	20.0	5
Missing	2				3
Oversikt i hele utvalget	200	27.2	494	67.2	734

Tabell 22 Røykeslutt i løpet av svangerskapet, fordelt i grupper av sivilstand, blant de som røykte ved svangerskapets start (n=241)

	Røykte ved svangerskapets start	Røyker fortsatt etter svangerskapet	Har sluttet i løpet av svangerskapet	
	Antall	Antall	Antall	Prosentvis nedgang
Gift	94	84	10	10.6
Samboer	114	90	24	21.1
Enslig	27	20	7	25.9
Skilt	0	0	0	
Separert	4	4	0	
Missing	2	2		
Totalt	241	200	41	17.0

Tabell 23 Røykere/ikke-røykere (ved svangerskapets start), inndelt i utdanningsgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røykte		Røykte ikke		Totalt antall
	Antall	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	Antall	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	
Grunnskole/ Barneskole	3	37.5	5	62.5	8
Ungdomsskole	22	52.4	20	47.6	42
Videregående skole	131	41.3	186	58.7	317
Høgskole el. tilsvarende	69	23.5	224	76.5	293
Universitetsnivå	15	20.5	58	79.5	73
Missing	1				1
Oversikt i hele utvalget	241	32.8	494	67.2	734

Tabell 24 Røykere/ikke-røykere (etter fødsel), inndelt i utdanningsgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røyker		Røyker ikke		Totalt antall
	Antall	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	Antall	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	
Grunnskole/ Barneskole	3	37.5	5	62.5	8
Ungdomsskole	22	52.4	20	47.6	42
Videregående skole	101	31.9	216	68.1	317
Høgskole el. tilsvarende	62	21.2	231	78.8	293
Universitetsnivå	11	15.1	62	84.9	73
Missing	1				1
Oversikt i hele utvalget	200	27.2	534	67.2	734

Tabell 25 Røykeslutt i løpet av svangerskapet, fordelt i utdanningsgrupper, blant de som røykte ved svangerskapets start (n =241)

	Røykte ved svangerskapets start	Røyker fortsatt etter svangerskapet	Har sluttet i løpet av svangerskapet	
	Antall	Antall	Antall	Prosentvis nedgang
Grunnskole/ Barneskole	3	3	0	0
Ungdomsskole	22	22	0	0
Videregående skole	131	101	30	22.9
Høgskole el. tilsvarende	69	62	7	10.1
Universitetsnivå	15	11	4	26.7
Missing	2	2		
Totalt	241	200	41	17.0

Tabell 26 Røykere/ikke-røykere (ved svangerskapets start), inndelt i yrkesgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røykte		Røykte ikke		Totalt antall
	Antal	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	Antal	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	
Hjemmевærende	18	45.0	22	55.0	40
Servicenæringen	64	44.1	81	55.9	145
Student/ elev	10	31.3	22	68.8	32
Handverk	9	25.0	27	75.0	36
Offentlig forvaltning	16	27.6	42	72.4	58
Akademisk yrke	6	20.0	24	80.0	30
Lærer, adjunkt, førskolelærer	43	27.9	111	72.1	154
Helse/ sos. yrker (-spl/ hjelpepl/ oms.arb)	14	32.6	29	67.4	43
Sykepl, hjelpepl, omsorgsarb	33	28.0	85	72.0	118
Industriarbeider	2	13.3	13	86.7	15
Annet	4	44.4	5	55.6	9
Missing					54
Oversikt i hele utvalget	241	32.8	494	67.2	734

Tabell 27 Røykere/ikke-røykere (etter fødsel), inndelt i yrkesgrupper, i hele utvalget (n=734)

	Røyker		Røyker ikke		Totalt antall
	Antal	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	Antal	Prosentfordeling i sivilstand-gruppene	
Hjemmeværende	16	40.0	24	60.0	40
Servicenæringen	54	37.2	91	62.8	145
Student/ elev	8	25.0	24	75.0	32
Handverk	9	25.0	27	75.0	36
Offentlig forvaltning	14	24.1	44	75.9	58
Akademisk yrke	5	16.7	25	83.3	30
Lærer, adjunkt, førskolelærer	37	24.0	117	76.0	154
Helse/ sos. yrker (-spl/ hjelpepl/ oms.arb)	10	23.3	33	76.7	43
Sykepl, hjelpepl, omsorgsarb	26	22.0	92	78.0	118
Industriarbeider	1	6.7	14	93.3	15
Annet	4	44.4	5	55.6	9
Missing					54
Oversikt i hele utvalget	241	32.8	494	67.2	734

Tabell 28 Røykeslutt i løpet av svangerskapet, fordelt i yrkesgrupper, blant de som røykte ved svangerskapets start (n =241)

	Røykte ved sv.skapets start	Røyker fortsatt etter svangerskapet	Har sluttet i løpet av svangerskapet	Prosentvis nedgang
	Antall	Antall	Antall	
Hjemmeværende	18	16	2	11.1
Servicenæringen	64	54	10	15.6
Student/ elev	10	8	2	20.0
Handverk	9	9	0	0
Offentlig forvaltning	16	14	2	12.5
Akademisk yrke	6	5	1	16.7
Lærer, adjunkt, førskolelærer	43	37	6	13.9
Helse/ sos. yrker (-spl/ hjelpepl/ oms.arb)	14	10	4	28.5
Sykepl, hjelpepl, omsorgsarb	33	26	7	21.2
Industriarbeider	2	1	1	50.0
Annet	4	4	0	0
Missing				
Totalt	241	200	41	17.0

Tabell 29 Hvordan vurderer du din helse i sin alminnelighet? (n=734)

	Røyker		Røyker ikke	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	69	34.5	236	44.2
God	113	56.5	263	49.3
Verken god eller dårlig	16	8.0	31	5.8
Dårlig	1	0.5	3	0.6
Missing	1	0.5	1	0.2

3.4 Røykedebut, foreldrenes røykevaner og røyking i omgivelsene.

Litt under halvparten av de som registrerte seg som røkttere eller x-røkttere hadde sin røykedebut mellom 13 og 15 år, rundt 35 % mellom 16 og 18 år. Det var en tendens til at de med grunnskole med høyeste utdanning hadde lavere debutalder for røyking. Dette er sammenfallende med opplysninger fra Sosial- og helsedirektoratets databank om røykevaner (Lund & Lund, 2005). Under en prosent (6 kvinner) hadde begynt å røyke etter at fylte 21 år. De hadde alle høgskole- eller universitetsutdanning. Overraskende klarte flere av de med tidlig røykedebut enn av de med senere å slutte i løpet av svangerskapet.

Godt over halvparten av kvinnene hadde mødre som hadde vært røkttere, nesten 65 % av fedrene hadde vært røkttere. Til sammenlikning kan nevnes at ved å slå sammen gruppen dagligrøkttere og av- og til røkttere i femårsperioden 1999-2003, kommer Aust-Agders kvinner på en desidert "verstingplass" i landet med 48 % røkttere. Mennene i Aust-Agder kommer på en femteplass med 43 % (Medisinalmeldingen 2003). Tallene i denne undersøkelsen er altså noe høyere, og er å forstå som en tredjeparts registrering. Siden det ikke gis opplysninger som sier noe om når foreldrenes tidligere røykevaner, er de derfor ikke direkte sammenliknbart med tidsavgrensede målinger.

Undersøkelsen viste at nesten 33 % av kvinnenenes mødre røkte nå, mot 28,4 % av fedrene. Det ble og registrert en kraftig nedgang i røyking både blant kvinner og menn i denne gruppen, spesielt uttalt blant menn. Dette er i samsvar med tendenser tobakks-forbruket generelt og kjønnsmessige forskjeller i Aust-Agder. Mens mennene i Aust-Agder i perioden 1997-2003

reduserte røyking med 4 %, var det faktisk i samme periode en økning blant kvinnene i Aust-Agder (Medisinalmeldingen 2004).

Det var en signifikant sammenheng mellom foreldrene røykevaner og kvinnens røykevaner ($p=.000$ for både mor og far), noe som bekrefter styrke i den sosiale arven. Undersøkelsen viste, ikke overraskende, også en signifikant sammenheng mellom kvinnens røykevaner ektefelle/samboer og venners/ naboers røykevaner, jf. fig.4-7 ($p=.000$ i begge tilfeller). Det fremgår av tabell 36 at sju av ti kvinner som røkte hadde ektefelle/ samboer som røkte.

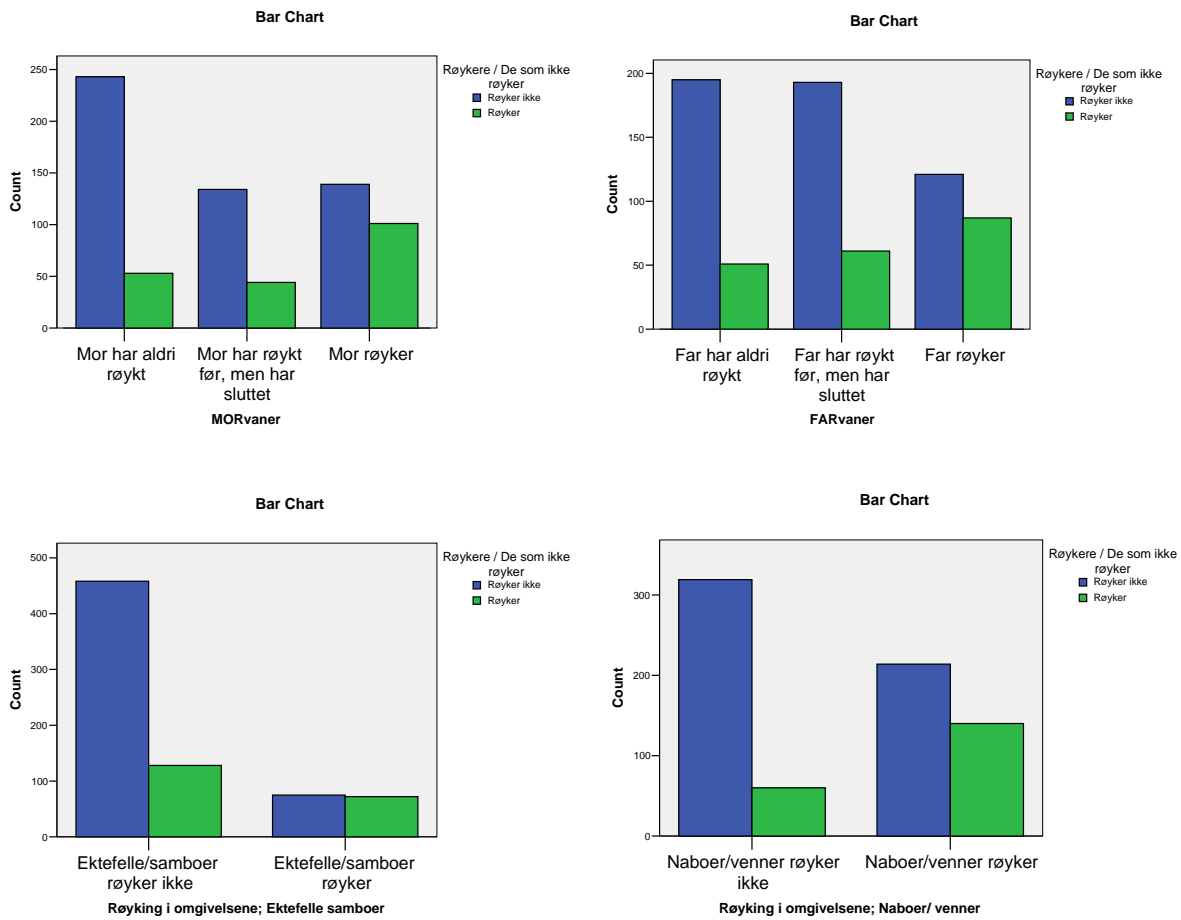
Tabell 30 Alder for røykedebut i gruppen av røykere, ved svangerskapets start, inndelt i alderskategorier. Prosentvis sammenligning mellom aldersgruppene (n=241)

	Antall	Prosent
10-12 år	19	7.9
13-15 år	120	49.8
16-18 år	80	33.2
19-21 år	17	7.1
> 21 år	4	1.7
Missing	1	

Tabell 31 Antall som sluttet i løpet av svangerskapet, fordelt i aldersgrupper. Prosentvis nedgang innen aldersgruppene (n=241)

	Røykte ved svangerskapets start	Røykte ved svangerskapets slutt	Antall som sluttet i løpet av svangerskapet	
	Antall	Antall	Antall	Prosentvis nedgang
10-12 år	19	14	5	26.3
13-15 år	120	90	30	25.0
16-18 år	80	62	18	22.5
19-21 år	17	14	3	17.6
> 21 år	4	4	0	-
Missing	1	16		

Figur 5-8 Foreldrenes røykevaner og røyking i omgivelsene (ektefelle/ samboer, naboer/ venner)



Tabell 32 Foreldres røykevaner før og nå. Hele utvalget (n=734)

	Mor har vært røyker		Far har vært røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	423	57.6	473	64.4
Nei	296	40.3	246	33.5
Missing	15	2.0	15	2.0

Tabell 33 Foreldres røykevaner nå. Hele utvalget (n=734)

	Mor røyker nå		Far røyker nå	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	240	32.7	208	28.3
Nei	178	24.3	256	34.9
Uaktuelt. har aldri røykt	302	41.1	255	34.7
Missing	14	1.9	15	2.0

Tabell 34 Krysstabell. Foreldres røykevaner. Frekvensfordeling i forhold til "aldri røkt" og "røkt før og nå" (n=734)

		Mor har vært røyker		Far har vært røyker	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Den fødende har <u>aldri røykt</u> (N=308)	Nei	149	48.4	120	39.0
	Ja	144	46.8	174	56.5
	Missing	15	4.9	14	4.5
Den fødende har <u>røkt før eller nå</u> (N=426)	Nei	147	34.5	126	29.6
	Ja	279	65.5	299	70.2
	Missing			1	0.2

Tabell 35 Foreldrenes røykevaner (n=734)

<u>Mor's røykevaner</u>	Antal	Prosent	<u>Far's røykevaner</u>	Antal	Prosent
Mor har aldri røykt	296	41.5	Far har aldri røykt	246	34.7
Mor har røykt før - har sluttet	178	24.9	Far har røykt før - har sluttet	254	35.9
Mor røyker	240	33.6	Far røyker	208	29.4
Total	714		Total	708	
Missing	20		Missing	26	

Tabell 36 Røykevaner i omgivelsene fordelt på aldri røkt før og nå og røyker nå (n=734)

	Aldri røykt (n=308)		Røkt før eller nå (n=426)		Røyker nå (n=200)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ektefelle samboer	32	10.4	115	27.0	72	36.0
Naboer/ venner	98	31.9	255	60.1	149	70.0
Inne på min arb.plass	18	5.9	25	6.1	12	6.0
Inne der jeg bor	9	2.9	21	4.9	13	6.5
Ingen i mine omgiv. røyker	39	12.6	31	7.4	13	6.5

3.5 Planlegging av-, forsøk på- motivasjon for- og tilbud om røykeslutt

Nesten 70 % av de som svarte på spørsmålet, og som fremdeles røkte, bekreftet at de hadde planlagt å slutte ved graviditet, jf. tabell 37. Omtrent samme prosentandel av de som røkte ved svangerskapets slutt forsøkte å slutte i løpet av svangerskapet uten å klare det jf. tabell 38. Litt over 11 % (23 kvinner) fikk tilbud om røykeavvenning under svangerskapet, 6 kvinner tok imot tilbudet (jf. tabell 39 og 40). De aller fleste som røkte etter fødsel var i større eller mindre grad opptatte av røykeslutt, jf. tabell 41. Under 10 % angav at de ikke hadde tenkt å gjøre noe med det. Dette utfordrer vårt helsevesen i det å iverksette tiltak som trigger deres "opptatthet" slik at det kan bevirke en atferdsendring.

Over halvparten av de som røkte etter fødsel og som svarte på spørsmålet (49 kvinner), planla å slutte å røyke innen fem år, mens over førti prosent (38 kvinner) var usikre, jf. tabell 42. Sett i forhold til utdanning og forsøk på å slutte i løpet av svangerskapet svarte over halvparten av dem med grunnskole som høyeste utdanning, og som fremdeles røkte, at de ikke hadde planlagt å slutte før svangerskapet eller i løpet av svangerskapet. Over 60 % (12 kvinner) i denne gruppen planla å slutte inne fem år. De øvrige i gruppen var usikre. Når det gjaldt dem som hadde videregående som høyeste utdanning og som fremdeles røkte svarte omkring 35 % (21) at de ikke hadde planlagt å slutte ved svangerskapets start og i løpet av svangerskapet. Nesten 60 % (29 kvinner) planla å slutte inne fem år, mens 2 kvinner svarte benektende på dette. De resterende som svarte var usikre (18 kvinner). Av dem med høgskole/ universitet som høyeste utdanning hadde omkring 80 % (17/ 19 kvinner) forsøkt å slutte ved svangerskapets start og i løpet av svangerskapet. Nesten 40 % (8 kvinner) planla å slutte innen fem år, de resterende var usikre. Lavt antall respondenter i de respektive gruppene og høyt frafall gjør tallene usikre. Det avspeiler likevel i noen grad tendensen i den tidligere refererte studien som bygger på opplysninger hentet fra Sosial- og Helse-direktoratets nasjonale databank om røykevaner (svar fra 5125 personer i alderen 25-74 år/ Lund & Lund, 2004). Undersøkelsen viste at personer med grunnskole som lengste fullførte utdanning var overrepresentert blant røykere som ikke hadde

gjort forsøk på å slutte siste år, som ikke hadde vurdert å slutte i løpet av de neste seks månedene. I samme undersøkelse understrekes at et annet kjennetegn ved røykere som ikke planlegger røykeslutt er tidlig debutalder. Debutalderen er, som tidligere anført, lavere for personer med lav sosial status. Ulike studier viser at tidlig røykedebut svekker sjansene for vellykket røykeslutt (f.eks. Hymowitz, Cunnings & Hyland, 1997, Khuder, Dayal & Mutgi, 1999). Tidligere er vist at nesten 60 % av kvinnene i denne undersøkelsen begynte å røyke før de var 15 år. Det kan forklare noe av de høye røyketallene selv etter graviditet og fødsel.

Når det gjelder tilbud om hjelp til røykeavvenning er det verdt å merke seg at bare omkring hver fjerde kvinne som ble tilbudt røykeavvenning under svangerskapet tok i mot tilbudet (jf. tabell 40). Ingen av de som røykte ved svangerskapets start, og som etter fødsel definerte seg som "ikke-røyker", tok imot tilbudet om røykeavvenning. De som hadde tatt imot tilbudet under svangerskapet angav alle at de røykte etter fødsel. "Tilbudet" hadde med andre ord ikke bevirket røykeslutt. Av de som røykte ved svangerskapets start hadde 29 (15 %) av dem som svarte på spørsmålet fått tilbud om røykeavvenning tidligere. Ti av disse hadde tatt imot tilbudet, to oppgav at de hadde klart å holde opp under ½ år, de resterende angav ikke eventuelle røykefrie perioder.

Tabeller 37-42 Forhold ved røykeslutt.

Tabell 37 Før du ble gravid:
Planla du å slutte ved graviditet?

Fordeling blant røykerne (n=200)

	Antall	Prosent
Ja	81	68.6
Nei	37	31.4
Missing	82	70

Tabell 38 Forsøkte du å slutte under svangerskapet?

Fordeling blant røykerne (n=200)

	Antall	Prosent
	60	67.4
	29	32.6
	111	55.5

Tabell 39 Fått tilbud om røykeavvenning under svangerskapet?
De som røykt ved svangerskapets start (n=241)

	Antall	Prosent
Nei	180	88.7
Ja	23	11.3
Missing	38	

Tabell 40 Ved tilbud om røykeavvenning under svangerskapet: tok du imot tilbudet?
De som røykte ved svangerskapets start (n=241)

	Antall	Prosent
	17	73.9
	6	26.1
	218	

Tabell 41 Opptatthet av å slutte å røyke. Fordeling bland de som røyker (n=200)

	Antall	Prosent
Ikke tenkt å gjøre noe	18	9.0
Tenker nesten aldri på at jeg vil slutte	25	12.5
En sjelden gang	44	22.0
Av og til tenker jeg å slutte	11	5.5
Tenker meget ofte på å slutte	9	4.5
Uaktuelt/missing	93	100.0

Tabell 42 Ved røyking nå, regner du med å slutte innen fem år? Fordeling blant de som røyker (n=200)

	Antall	Prosent
Ja	49	55.1
Nei	2	2.2
Usikker	38	42.7
Missing	149	

3.6 Informasjon

Nesten 66 % av dem som røykte ved svangerskapets start hadde mottatt skriftelig informasjon om røykens skadevirkninger. Tre av fire hadde lest den skriftelige informasjonen. Det var ingen signifikant sammenheng mellom "lest" og sluttet å røyke eller ikke.

Jordmor/ allmennlege hadde utført svangerskapskontrollene hos de fleste i utvalget. Av litt over 20 % ble oppgitt at den var utført av allmennlege alene. Jordmor og gynekolog separat ble det oppgitt for henholdsvis 3,5 % og 2 % av kontrollene. De øvrige rapporterte om ulike kombinasjoner av "kontrollører".

Tabeller 43-46 Informasjon i svangerskapet

Tabell 43 Mottatt skriftelig informasjon om røykens skadevirkninger /risikofaktorer? De som røykte v/ svangerskapets start n=241)

	Antall	Prosent
Nei	78	34.4
Ja	149	65.6
Missing	14	

Tabell 44 Ved skriftlig informasjon: Har du lest denne?
Blant de som røykte v/svangerskapets start (n=241)

	Antall	Prosent
Nei	40	24.8
Ja	121	75.2
Missing	80	

Tabell 45 Hvem utførte svangerskapskontrollen? (n= 734)

	Antall	Prosent
Jordmor (alene)	26	3.5
Allmennlege (alene)	155	21.1
Gynekolog	15	2.0
Både jordmor og allmennlege	459	62.6
Jordmor og spesialist/gyn.	17	2.3
Allmennlege og spesialist	10	1.4
Jordmor, allmennlege og spes.	48	6.5
Andre	3	0.4

Tabell 46 Krysstabell. Hvem utførte svangerskapskontroll / hvem informerte om skadevirkningene
Blant de som røykte ved svangerskapsstart (n=241)

		Hvem informerte om skadevirkningene							Fått info		
Hvem utførte svangerskapskontroll	Antall	Allmennlege, gynekolog og jordmor		Jordmor og allmennlege		Jordmor og gynekolog		Jordmor og gynekolog		Allmennlege og gynekolog	
		Jordmor	Allmennlege, gynekolog og jordmor	Jordmor	Allmennlege	Jordmor og gynekolog	Jordmor og gynekolog	Jordmor og gynekolog	Jordmor og gynekolog	Allmennlege og gynekolog	Allmennlege og gynekolog
Allmennlege, Gynekolog og jordmor	26	2	0	12	1	7	0	1	0	0	23
Jordmor	8	0	4	0	0	0	1	0	0	0	5
Allmennlege	57	0	0	44	0	0	3	0	0	0	47
Gynekolog	6	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Jordmor og allmennlege	135	0	14	35	0	58	8	0	0	0	115
Andre	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Jordmor og gynekolog	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Allmennlege og gynekolog	5	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
Total		2	18	95	6	65	13	1	0	0	200

Tabell 46 gir en oversikt over gitt informasjon koplet til ulike informasjonskilder og kombinasjoner av informasjonskilder som fremkom ved å kople respondentenes svar på variabel 38 og 43 i spørreskjemaet.

Der både *allmennlege, gynekolog og jordmor* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 26 kvinner) fikk 2 av kvinnene (7,6 %) informasjon av alle tre, 1 kvinne fikk informasjon både av jordmor og gynekolog, 12 kvinner (46 %) fikk informasjon kun av allmennlege, og 1 kvinne fikk informasjon kun av gynekolog. 1 angav å ha fått informasjon av andre*. 3 av 26 kvinner (11 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Der *jordmor og allmennlege* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 135 kvinner) oppgav 58 kvinner (43 %) å ha fått informasjon av begge. Ved 35 (26 %) av de aktuelle svangerskapskontrollene ble allmennlege anført å ha stått for informasjonen alene, mens jordmor alene ble anført å ha gitt informasjon ved 14 (10, 3 %) av kontrollene. 8 angav å ha fått informasjon av andre* 20 av 135 kvinner (14,8 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Der *allmennlege* og *gynekolog* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 5 kvinner) oppgav 4 (80 %) å ha fått informasjon av allmennlege, ingen av gynekolog. 1 av fem kvinner (20 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Der *jordmor* og *gynekolog* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 2 kvinner) oppgav begge disse å ha fått informasjon av gynekolog.

Der *kun allmennlege* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 57 kvinner) oppgav 44 (77 %) å ha fått informasjon av allmennlegen. 3 angav å ha fått informasjon av andre, 10 (17,5 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Der *kun jordmor* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 8 av kvinnene) oppgav 4 (50 %) å ha fått informasjon av jordmor. 1 angav å ha fått informasjon av andre. 3 (37,5 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Der *kun gynekolog* ble angitt å ha utført svangerskapskontrollen (for 6 av kvinnene) oppgav 3 (50 %) å ha fått informasjon av gynekolog. 3 (50 %) har ikke angitt å ha fått informasjon av noen.

Andre ble angitt både å ha utført svangerskapskontrollen og gitt informasjon til to av kvinnene. Det er ikke spesifisert hvem "andre" som utførte svangerskapskontrollen var. I tabell 58 presenteres imidlertid, for oversiktens skyld, en kategorisering av respondentenes svar på et åpent spørsmål der de ble bedt om å konkretisere hvem "andre" som informator var. Det omfattet både muntlig og skriftlig informasjon.

Det er verdt å merke seg at I gruppen der både allmennlege, gynekolog og jordmor ble angitt å ha utført svangerskapskontroll, ble det registrert prosentvis færrest "ikke-informerte" kvinner.

3.6.1 Informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskapskontroll

Av de som røykte ved svangerskapets start rapporterte over 70 % at de hadde fått informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskapskontroll. Av de som sluttet i løpet av svangerskapet rapporterte omkring 85 % at de fikk slik informasjon, jf. tabell 47. Vel 60 % av de som fremdeles røykte etter svangerskapets slutt hadde fått slik informasjon.

180 av de som røykte ved svangerskapets start ønsket informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskapskontroll. 141 (78,3 %) fikk det, 39 kvinner (21,7 %) fikk det ikke. 58 av kvinnene rapporterte at de ikke ønsket slik informasjon, 27 av dem (46,5 %) fikk det likevel. Av de som sluttet å røyke i løpet av svangerskapet rapporterte over 90 % at de ønsket slik informasjon, mot vel 65 % av dem som fremdeles røykte etter fødsel.

I gruppen som sluttet å røyke i løpet av svangerskapet var det bare en av de som hadde sluttet i løpet av svangerskapet som opplyste at hun ikke hadde fått informasjon om røykens skadevirkninger i løpet av denne tiden. 40 (25,8 %) av de som fremdeles røykte rapporterte at de ikke hadde fått slik informasjon. Av de som røykte ved svangerskapets start angav over 80 % at de ønsket informasjon om røykens skadevirkninger i løpet av svangerskapet. Alle som hadde sluttet å røyke, og som hadde ønsket seg informasjon hadde fått det. Av dem som ikke sluttet i løpet av svangerskapet, men ønsket informasjon om røykens skadevirkninger, hadde 92 kvinner (80 %) fått slik informasjon, 23 kvinner (20 %) hadde ikke fått. 40 av kvinnene som fremdeles røykte ønsket ikke slik informasjon i løpet av svangerskapet. 23 (57 %) fikk det likevel. Av de som sluttet å røyke i løpet av svangerskapet rapporterte omkring 95 % at de ønsket slik informasjon, mot ca. 75 % hos de som fremdeles røykte etter fødsel. (For oversikt; jf. tabell 47, 48, 49 og 50).

På spørsmål om informasjonen var klar og tydelig var det bare 5 % som vurderte den til ikke å være det, mens mer enn en av fire klassifiserte informasjonen som både/og. To av de som sluttet i løpet av svangerskapet gav negativ vurdering ved å kategorisere den som "ikke klar og tydelig", mot 6

i gruppen som fremdeles røykte. "Røkerne" vurderte hyppigere kvaliteten som "både/ og (22 % mot 10,5 %) enn dem som hadde sluttet i løpet av svangerskapet. Vel 65 % i gruppen "røykere" betegnet informasjonen som klar og tydelig, mot over 80 % hos dem som hadde sluttet i løpet av svangerskapet. Når det gjaldt ikke-røykere generelt var svarene omtrent som hos dem som hadde sluttet under svangerskapet (jf. tabell 52 og 53). Det var prosentvis flere i gruppen ikke-røykere enn i gruppen "røykere ved svangerskapets start" som mente at helsegevinst sterkere burde fremheves i informasjon til røykere.

Presentasjon av de vurderinger som fremkom på bakgrunn av åpne spørsmål knyttet til *kvalitet på informasjonen* vil bli presentert i kap. 5.7.

Tabeller 47-54 Informasjon i svangerskapet

Tabell 47 Fått informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskap-kontroll? Blant som røykte ved svangerskapets start (n=241)

	Antall	Prosent
Ja	168	70.6
Nei	70	29.4
Missing	3	

Tabell 48 Ønsket du slik informasjon? Blant de som røykte ved svangerskapets start (n= 241)

	Antall	Prosent
Ja	180	75.6
Nei	58	24.4
Missing	3	

Tabell 49 Fått informasjon om røykens skadevirkninger i løpet av svangerskapet? Blant de som røykte ved svangerskapets start (n= 241)

	Antall	Prosent
Ja	200	83.0
Nei	41	17.0

Tabell 50 Ønsket du slik informasjon i løpet av svangerskapet? Blant de som røykte ved svangerskapets start (n= 241)

	Antall	Prosent
Ja	196	81.3
Nei	45	18.7

Tabell 51 Var muntlig informasjon du fikk om røykens skadevirkninger klar og tydelig?

	Blant de som røykte ved svangerskapets start (n=241)	
	Antall	Prosent
Nei	8	5.0
Ja	110	68.3
Både/og	43	26.7
Missing	80	

Tabell 52 Var den muntlige informasjonen du fikk om røykens skadevirkninger klar og tydelig?

	Blant røykere (n=200)		Blant de som sluttet i sv. skapet (n=41)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei	6	5.1	2	4.8
Ja	77	65.8	33	80.5
Både/og	34	29.1	6	14.7
Missing	83			

Tabell 53 Var den muntlige informasjonen du fikk om røykens skadevirkninger klar og tydelig?

	Blant ikke-røykere (n=534)	
	Antall	Prosent
Nei	3	2.6
Ja	93	81.6
Både/og	18	15.8
Missing	420	

Tabell 54 Burde helsegevinst v/ å slutte å røyke sterkere fremheves i informasjon til røykere?

	Blant røykere ved sv.skapets start (n=241)		Blant ikke-røykere (n=534)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
	51	24.1	39	13.8
	161	75.9	243	86.2
	29		252	

3.7 Om betydning av- og kvalitet på informasjon og ”andre informasjonskilder”

Tre åpne spørsmål var knyttet til overstående temaer. Spørsmålene lød: 1) ”I hvilken grad har den informasjon du fikk hatt betydning for at du sluttet å røyke?” 2) ”Hvordan opplever du kvaliteten på den informasjon du har fått om røykens skadevirkninger?” 3) ”Dersom du ikke mottok informasjon om røykens skadevirkninger, men mottok slik informasjon fra andre, hvem gav deg denne”?

3.7.1 Åpent spørsmål nr. 1: Informasjonens betydning for røykeslutt

”I hvilken grad har den informasjon du fikk hatt betydning for at du sluttet å røyke”?

Kategorisering av svar:

Ved analyse av materialet fremkom 4 hovedkategorier av vurderingene:

1) Avgjørende betydning, 2) Av betydning 3) Ingen betydning 4) Usikker/ vet ikke.

Avgjørende betydning (Hovedkategori 1)

Kriterier for å kategorisering her var informasjonen anført som *avgjørende* for røykeslutt

Av betydning (Hovedkategori 2)

Hovedkategorien fikk to delkategorier, *stor betydning* og *noe/ litt betydning*. Til kategorien ble lagt vurderinger som ble angitt å ha hatt betydning. Flere av respondentene utdypet svaret ved f.eks. også å betone betydning av egen motivasjon.

Ingen betydning (Hovedkategori 3)

Denne kategorien ble tillagt vurderinger som i direkte ordelag utelukket at informasjonen hadde hatt betydning for røykeslutt.

Usikker/ vet ikke (Hovedkategori 4)

Kriterier for kategorisering her var at vurderingene avspeilte usikkerhet, eller at respondenten ikke visste om informasjonen hadde hatt betydning for at de hadde sluttet å røyke. På den annen side ville de heller ikke utelukket det. En del av svarene under hovedkategori 4 kunne trolig også vært lagt til delkategorien "*noe/ litt betydning*", spesielt gjaldt det de respondentene som ikke eksplisitt gav uttrykk for at informasjonen hadde hatt betydning, men utelukkende fremhever "egen motivasjon", at de "*hadde bestemt seg på forhånd*", at de "*hadde informasjon om skadevirkningene fra tidligere*", etc. Skillet mellom de to kategoriene ble satt ved at delkategorien "*noe/ litt betydning*", i det minste i noen grad, omhandlet informasjons betydning, og/eller ikke devaluerte denne.

Presentasjon av vurderingene

Spørsmålet ble besvart av 40 av 41 av kvinnene som helt hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet (beregnet etter variabel 27, de karakteriserte seg selv som røyker og der alle grader av røyking var inkludert). Det er deres utsagn som er lagt til grunn for de kvalitative data knyttet til dette spørsmålet.

Tabell 55 Oversikt over svarkategorier. Spørsmål 47 (n=41)

Svar-kategori	Antall	Prosent
Avgjørende betydning	2	5
Av betydning	20	51
Ingen betydning	5	13
Usikker/vet ikke	12	31

Tabellen viser at halvparten av dem som helt hadde sluttet å røyke vurderte at informasjonen hadde vært av betydning for To av respondentene (5 %) tilla informasjonen avgjørende betydning, mens 12 av respondentene (31 %) var usikre eller visste ikke. Bare fem av respondentene (15 %) gav uttrykk for at informasjonen var uten betydning for at de hadde sluttet å røyke.

Informasjonen hadde avgjørende betydning for røykeslutt (2)

To av kvinnene vurderte informasjonen som avgjørende for at de hadde klart å slutte å røyke.

"Jeg er overbevist om at det er denne informasjonen som har fått meg til å slutte", svarte den ene. "Det er informasjonen om skadevirkningene som har fått meg til å ta den endelige bestemmelsen", svarte den andre.

Informasjonen var av betydning for røykeslutt (20)

Flere i denne gruppen knyttet uttalelser av typen "gav et puff" eller "fikk meg til å tenke" til informasjon.

Stor betydning (10)

Halvparten i denne kategorien tilla informasjonen stor, men ikke avgjørende betydning, for at de hadde klart å slutte å røyke. Flere av respondentene svarte at det hadde hatt "veldig stor/ stor betydning". Noen utdypet dette, en svarte f.eks: *"Det har hatt stor betydning, men var jeg ikke bli gravid hadde jeg sannsynligvis ikke sluttet". "Jeg har alltid visst at det var farlig", svarte en annen, men det var nødvendig med en påminnelse om at det er skadelig både for mor og barn."*

Flere kommenterte spesielt at informasjonen hadde fått dem til å tenke på barnet: *"I stor grad, jeg ville jo det beste for barnet"* var det en som sa.

"Informasjonen var av meget stor betydning", fortalte en annen. "For barnets skyld måtte jeg at på alvor det som ble sagt" En sa det slik: "I stor grad, ble minnet om hvordan fosteret reagerte på røyk"

Noe/ litt betydning (10)

Svarene til den resterende halvpart i denne kategorien ble kategorisert som *"noe/litt betydning for at de sluttet å røyke"*. En sa det slik: *"Jeg hadde jo fått informasjon om dette tidligere, det har vel de fleste... men denne gangen måtte jeg ta det på alvor"*, En annen skrev: *"Selv om jeg hadde bestemt meg kan det nok ha gjort noe og jeg fikk en ekstra påminning"*. *"Jeg visste det jo, skrev en tredje," men nå kom det så frem igjen."* . *"Jeg kjente til skadevirkningene og ville ta konsekvensen av det, men det skader ikke med ble en påminning om at det er skadelig både for mor og barn",* lød et svar. *Jeg har ønsket å slutte lenge",* var det en som skrev, *" fikk endelig motivert meg. Så informasjonen hjalp sånn passe". Du får en tankevekker",* ble det sagt. *"Betydningen tror jeg er liten, men det var motiverende",* var det en som svarte.

Usikker/ vet ikke om informasjonen var av betydning for røykeslutt (6)

Noen av respondentene tilkjennegav usikkerhet på betydningen av informasjonen. De fleste av disse fremhevet at de hadde slik informasjon fra tidligere, og at de visste om helsefarene ved å røyke. Kommentarer som fremkom var av typen *"Jeg hadde egentlig bestemt meg på forhånd, men om informasjonen hjalp er ikke så godt å si"* eller *"Er usikker, men tror ikke informasjon spiller så stor rolle hvis en ikke er motivert selv"*.

Informasjonen hadde ingen betydning for røykeslutt (5)

De fleste i denne kategorien fremhevet at de hadde bestemt seg på forhånd til å slutte, og/ eller at egen motivasjon var det som betydde noe for røykeslutt. *"Beslutningen var tatt",* fortalte flere, *"informasjon om helsefarene ved å røyke spilte derfor ingen rolle"*. *"Hadde sluttet, uansett",* sa en. *" Hadde bestemt meg på forhånd. Visste om at røyking er skadelig for fosteret. Sluttet derfor ved første gravitesf".*

Flere av dem fremhevet også at de hadde fått informasjon tidligere, og at de av den grunn hadde nok kunnskap om helsefarene ved å røyke i svangerskapet. *"Ingen betydning, fordi skadevirkningene var kjent fra før"* eller *"Hadde informasjon fra tidligere, visste om skadevirkningen"* var uttalelser som gikk igjen. Det fremkom også i flere av kommentarene at *"informasjonen spiller ingen rolle så lenge du ikke har lyst selv."*

Oppsummering

To av kvinnene vurderte informasjonen som *avgjørende* for at de hadde klart det. Halvparten mente at informasjonen hadde hatt betydning. De som utdypet svaret ut over "av veldig stor/ stor/ en viss betydning, anvendte i tillegg begreper som *"puff", "spore", "nødvendig med en påminning"* og *"fikk meg til å tenke"*. De fem som sa at det ikke hadde hatt noen betydning, begrunnet det med at de hadde bestemt seg før, at har fått informasjon tidligere, at egen motivasjon var det som betydde noe, eller at de hadde bestemt seg for å slutte. 12 av respondentene var "usikte/ visste ikke" om informasjonen hadde betydd noe for at de hadde klart å slutte. Noen utdypet sin usikkerhet ved f.eks. å fortelle at de hadde fått informasjon tidligere og hadde bestemt seg på forhånd og at de hadde vært motivert for å slutte. Det var derfor vanskelig å vurdere effekten av informasjonen alene. På bakgrunn av det overstående synes det rimelig å anta at *summen av informasjon* over tid, f.eks. at nyere informasjon potenseres at tidligere informasjon, kan være noe av forklaringsmodellen for de som har klart å slutte å røyke.

3.7.2 Åpent spørsmål nr. 2: Vurdering av kvaliteten på informasjonen

"Hvordan opplever du kvaliteten på den informasjon du har fått om røykens skadevirkninger"?

Kategoriseringer av svar:

Ved analyse av materialet fremkom tre hovedkategorier av vurderinger: Positive og negative, samt en kategori benevnt som "annet" for de av vurderingene som ikke falt naturlig inn under de to øvrige hovedkategorier. Fra hovedkategorien "annet" fremkom tre delkategorier, presentert nedenfor.

"Valøren" på de positive og de negative vurderingene var svært varierte. Ordvalget i en del av utsagnene i de positive vurderingene ble forstått som en slags distansering, eller en viss "forbeholdenhet". Det ble derfor gjort ytterligere delkategoriseringer; disse utdypes nedenfor.

En intensjon med spørsmålet var også å undersøke forskjeller i opplevelse av kvalitet på informasjonen mellom de som hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet og de som fremdeles røykte. Disse gruppene ble derfor analysert hver for seg, noe som følges opp i den påfølgende presentasjonen. Sentrale funn inkludert eventuelle forskjeller i vurderinger av informasjonen mellom de to gruppene vil bli belyst i en avsluttende diskusjon.

Positive vurderinger (hovedkategori 1)

På bakgrunn av overstående forhold fikk kategorien "positive vurderinger" delkategoriene a)"uforbeholdent positive" og b)"forbeholdet positivt".

Delkategori a, "uforbeholdent positivt" ble, foruten informasjonsvurderinger med stikkord som "*svært bra*", "*meget bra*" og "*bra/ god*", tillagt vurderinger av typen "*utfyllende informasjon*", "*detaljert*", "*harde fakta*", "*motiverende*" og "*lett forståelig*".

Delkategori b, "forbeholdent positivt" ble tillagt informasjonsvurderinger av typen "*helt greit*", "*sikkert bra*", "*god nok*" og "*ok*".

Negative vurderinger (hovedkategori 2)

Kategorien "negative kommentarer" ble gitt delkategoriene a) "*dårlig/ varierende kvalitet på informasjonen*" b) "*skremmende informasjon*" og c) "*unødvendig informasjon*"

Delkategori a, "dårlig/varierende kvalitet" ble, foruten vurderinger som gikk på mangelfullhet, også tillagt uttalelser som "*lite nyansert*", "*lite spennende*" og "*varierende i kvalitet*".

Delkategori b, "skremmende informasjon" inkluderte vurderinger som omtalte informasjonen som "*for skremmende*" og "*skremselspropaganda*", i negative ordelag.

Delkategori c, "unødvendig informasjon" henspeilte på uttalelser der informasjonen ble beskrevet som "overflødig", "noe alle visste" eller "for mye".

"Annet" (Hovedkategori 3)

Denne kategorien fikk delkategoriene a) "antatte effekter av informasjon", b) "formidlingsmåte" og c) vet ikke

Delkategori a, "antatte positive effekter av informasjon", henspeilte på informasjonseffekt selv om ikke respondenten var blitt helt røykefri.

Delkategori b, "formidlingsmåte" henspeilte på respondentens opplevelse av "informasjonsformidler"

Delkategori c, "vet ikke", inkluderte den/de som anførte dette i sitt svar.

Presentasjon av vurderingene

63 % (152) av de som angav at de røkte ved svangerskapets start svarte på spørsmålet om hvordan de opplevde kvaliteten på informasjonen de hadde fått om røykens skadevirkninger. Tabell 56 gir en oversikt over de som besvarte det aktuelle spørsmålet med hensyn til om de hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet eller om de røykte fremdeles.

Tabell 56 Oversikt over svarkategorier. Spørsmål 47 (n=41)

Svar-kategori	Antall svar
Røyker (alle grader) v/ sv.skapets slutt	103 (av 200)
Sluttet i løpet av sv.skapet	39

Av de som angav at de røkte (alle grader av røyking) ved svangerskapets *slutt* og som også angav at de røkte ved svangerskapets start svarte 103 på det åpne spørsmålet. Det gir en svarprosent på 51,5 %. Av de som angav at de

ikke røykte ved svangerskapets slutt, men som svarte ja på om de røykte ved svangerskapet start, var det 39 som svarte.

Nedenfor gis en oversikt over vurderinger og kategoritilhørighet. Det var 20 % flere positive vurderinger av informasjonen blant de som hadde sluttet å røyke sammenliknet med dem som fremdeles røykte (alle grader av røyking). Vurderingene skilte seg imidlertid og fra hverandre ved at de positive vurderingene til de som hadde sluttet å røyke med få unntak var *uforbeholdent* positive. For de som fremdeles røykte var ca 40 % av de positive vurderingene *forbeholdent* positive. Nedenfor vil det bli gitt eksempler på slike vurderinger. Funnene vil bli drøftet i en oppsummerende diskusjon.

Det var forholdsvis få negative kommentarer til informasjonen. Bare to av kvinnene som hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet vurderte informasjonen som dårlig/ mangelfull. Så mye som 21 (20 %) av kvinnene som fremdeles røykte gav denne vurderingen. Ingen av de som hadde sluttet å røyke karakteriserte informasjonen som *for* skremmende, mens fem av kvinnene som fremdeles røykte gav denne karakteristikken. Omkring 5 % av hver gruppe vurderte informasjonen som skremmende.

Tabell 57 Oversikt over vurderingskategorier. (Spørsmål 48) Blant de som røykte ved svangerskapets start¹ (n=241)

	Positive vurderinger				Negative vurderinger				Annet							
	Uforbeholdent		Forbeholdent		Dårlig, mangelfull, varierende		Skremmende		Unødvendig		Antatte pos. effekt		Formidlingsmåte		Vet ikke	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Ant	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
*Helt sluttet (n=41) Antall svar: 39	31	79.5	1	2.5	2	2.5	-	-	2	5	-	-	-	-	3	7.7
*Røyker fremdeles (n=200) Antall svar: 103	40	39	27	26	21	20	5	4.8	5	4.8	2	2	2	2	1	0.9

Tabell 57 viser at over 80 % av dem som helt hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet vurderte informasjonen i positive ordelag, mot nesten 70 % av dem som fremdeles røykte. Skillet gikk mellom det som kan betegnes som "forbeholdent-" og "uforbeholdent" positive vurderinger, ved at prosentvis dobbelt så mange av dem som hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet gav uforbeholdent positive vurderinger enn dem som fremdeles røykte. Det var svært få negative vurderinger av informasjonen fra dem som hadde sluttet å røyke, to karakteriserte informasjonen som dårlig/mangelfull eller varierende. Sammenliknet med dem som fremdeles røykte gav disse prosentvis fire ganger så mange negative vurdering (20 % av dem som fremdeles røykte og som hadde svart på spørsmålet). Omkring 5 % i begge grupper beskrev informasjonen som "unødvendig". Fem av kvinnene som fremdeles røykte betegnet informasjonen som "skremmende", ingen i gruppen av dem som hadde sluttet gav en slik vurdering. Det kom også frem i to av uttalelsene til de som fremdeles røykte at informasjon hadde betydning noe selv om de ikke hadde klart å stumpe røyken helt (antatt positiv effekt). Et par kommentar gikk direkte på formidler av informasjon, og plasseres i en egen kategori (formidlingsmåte). Tre av de som hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet skrev at de ikke viste hvordan de skulle vurdere kvaliteten på informasjonen, det samme ble anmerket av en av kvinnene som hadde sluttet.

¹ Med "røyker" menes her alle grader av røyking, jf. tabell 10 og 11.

Presentasjon av positive vurderinger (hovedkategori 1)

De fleste vurderingene kan altså betegnes som positive. Påfølgende gis noen eksempler på positive vurderinger kategorisert under de enkelte delkategorier.

Positive vurderinger fra de som har klart å slutte

Uforbeholdent positive vurderinger fra de som har klart å slutte (31)

De som angav å ha sluttet i løpet av svangerskapet, og som direkte kommenterte informasjonen, karakteriserte informasjonen overveiende som "meget god/ god informasjon". selv om flere av dem også fremhevet egen motivasjon og at "*bestemmelsen var tatt på forhånd*". Uttalelser som "*Jeg hadde allerede bestemt meg. Men informasjonen var konstruktiv og god*", illustrerer dette.

I beskrivelser av informasjonen ut over "meget god", "god" etc. ble fremhevet f.eks. "*detaljrikdom og saklighet*", men også "*passe skremmende*" som positive elementer. "*Informativ, saklig og god*", fortalte en, "*den pirket i samvittigheten*". "*Jeg synes det var bra og utfyllende*", fortalte en annen. "*Bra, det har vært detaljert og god informasjon om røykens skadevirkninger*", kommenterte en tredje, "*er vel informert om hvilken gift og helserisiko røyking innebærer*". Det ble også brukt betegnelser som "*logisk*" og "*god på skadeomfang*". "*Hun fikk frem helsegevinsten ved å slutte*", fortalte en.

Forbeholdent positive vurderinger fra de som hadde klart å slutte (1)

Bare en av respondentene, som anvendte betegnelsen "*grei nok*" om informasjonen, ble kategorisert her.

Positive vurderinger fra de som ikke hadde klart å slutte

Også de fleste av dem som angav at de fortsatt røykte omtalte kvaliteten positive ordlag. Men så mye som 35 % deres positive vurderinger hadde preg av å være "forbeholdent positive". De resterende 65 % ble kategorisert som "uforbeholdent" positive.

Uforbeholdent positive vurderinger fra de som ikke hadde klart å slutte (40)

Disse vurderinger i gruppen av kvinner som ikke hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet var preget av omtrent samme type ordvalg som hos de som hadde sluttet, dog med færre superlativer av typen "svært god"/ "meget god". Det var heller en overvekt av "god", "bra", "fin", etc. "God informasjon", ble det sagt. Eller: "Informasjonen var bra og utfyllende"

Forbeholdent positive vurderinger fra de som ikke hadde klart å slutte (27)

Vurderinger som gav uttrykk for en viss distanse og "forbeholdenhet" ble kategorisert her.

Eksempler på slike uttalelser var f.eks. "Informasjonen var grei nok", "Informasjonen var sikket bra", "det var vel helt greit" eller "ok".

Også påfølgende eksempler avspeiler en utstrakt bruk av "småord" som gjør vurderingene mer forbeholdne. "Litt mye skremsel", ble det sagt, "men sikkert viktig informasjon".

"God, men ikke all verden heller", sa en annen. "Helt grei, men ikke tydelig nok", sa en tredje. I et liknende svar het det: "God nok, men kunne nok vært mer effektiv hvis den hadde vært mer utdypende".

Presentasjon av negative vurderinger (hovedkategori 2)

Det var flere som vurderte informasjonen som dårlig/ mangelfull blant dem som ikke hadde sluttet å røyke sammenliknet med dem som hadde sluttet i løpet av svangerskapet. Forskjellen var på henholdsvis 10 % og 28 %.

Påfølgende gis noen eksempler på "negative vurderinger" kategorisert under de enkelte delkategorier.

Negative vurderinger fra de som ikke har klart å slutte

Dårlig/ mangelfull/ varierende kvalitet (21)

To av respondentene angav bare "dårlig" som vurdering av informasjonen uten at de utdypet det noe nærmere. I tillegg til å betegne informasjonen som "veldig dårlig" fortalte en annen at hun "...fikk låne en film, og den var veldig

gammel". I flere vurderinger ble betegnelsen "dårlig" moderert litt. "Sånn passe", "ikke god nok", "kunne vært bedre", "ikke den beste", "ikke all verden" var betegnelser som gikk igjen. *Propaganda hjelper ikke*. "Ikke så god", sa en, "det hjelper ikke med enda dårligere samvittighet". "Den kunne vært bedre for min del", sa en annen, "men det er sikkert ulikt fra lege til lege". Mangelfull informasjon ble ekstra understreket av kvinnen som fortalte at "jeg har kun fått informasjon via blader og hefter hos legen".

Det ble også gitt tips om hva som kunne vært bedre ved informasjonen. "Det er litt dårlig begrunnelse for hvorfor det er farlig å røyke", ble det sagt. En ytre ønske om "...gjærne mer detaljert informasjon.. og mer inngående og dypere". Andre kommenterte at "Det er må komme mer frem hvorfor det er helseskadelig å røyke", eller "... informasjonen var lite nyansert". Det ble også sagt at "den kunne vært mer forberedt.. Som et hjelpemiddel og ikke kun som informasjon". En karakteriserte informasjonen som "kjedelig".

Flere fremhevet informasjonen som "både og" uten å utdype det noe nærmere. Noen var konkrete. "Kommer an på hvem som sa noe", eller "noen forklarer seg bra, andre ikke", ble det sagt. En kom inn på ulike informasjonskilder. "Muntlig info- greit nok, info via film; dårlig. Bøker ok", ble det sagt.

Skremmende informasjon (5)

To av respondentene betegnet informasjonen som "veldig skremmende". En tredje nyanserte samme betegnelse ved å si "klar og tydelig, men ganske skremmende". En fjerde respondent tilkjennegav sin egen vurdering av informasjonen slik: "Jeg mener det er skremselspropaganda. Det man ikke vet har man ikke vondt av."

Unødvendig informasjon (5)

Et par av respondentene angav at det hadde vært for mye informasjon. I tillegg ble det sagt at den var overdreven. "Litt vel mye", sa en. "Virker urealistisk og overdreven". "Føler at det som står i bøker o.l. blir sterkt overdrevent", sa en annen. "Har snakket med leger som sier at det ikke er så farlig med under 5". Det ble også sagt at "Det er nok av brosjyrer; en får vite det en vil.!"

Negative vurderinger av informasjonen fra de som hadde klart å slutte

Dårlig/ mangelfull/ varierende kvalitet (2)

Bare en av respondentene karakteriserte informasjonen som direkte "dårlig", og knyttet det til skremselspropaganda ved følgende vurdering av kvaliteten på informasjonen: *"Dårlig, fordi skremselspropaganda er lite effekt. Personen må selv være motivert for å slutt. Ellers har det motsatt virkning. Moralpreken om røyking fungerer dårlig. Alle vet om skadevirkningene"*. En betegnet informasjonen som "sånn passe", og skrev at: *"... jeg tror de fleste oppegående mennesker vet at det er helseskadelig å røyke i dag"*. Samme respondent gav imidlertid også eksempel på god kvalitet i informasjonen. Hun skrev *"... filmen vi så om fosteret i mors mage- der vi så hvordan fosteret reagerer på røyk- den er det kvalitet over"*.

Unødvendig informasjon: (2)

Uttalelsen til en av respondentene, sitert i avsnittet over, kunne trolig også vært kategorisert her. Hun vurderte kvaliteten på informasjonen som "både-og", og la til: *"... men jeg tror at de fleste oppegående mennesker vet at det er helseskadelig å røyke i dag"*. En annen respondent var enda klarere i sin uttalelse. Hun skrev: *"Alle vet hvor skadelig det er, man trenger ikke å bli fortalt det hele tiden"*.

Presentasjon av "annet" (hovedkategori 3)

Enkelte vurderinger hadde et innhold som gjorde at de ikke naturlig lot seg plassere i de oppsatte kategorier. Det kunne være svar som "var litt på siden" av temaet, ved f.eks. å trekke frem egen innsats når det gjaldt informasjonstilfang. *"Har i stor grad tilegnet meg det selv"* var det en som sa. En annen fortalte at hun *"... har skrevet oppgave om emnet, derfor er jeg godt informert"*. Begge disse hadde sluttet å røyke i løpet av svangerskapet. Det var også et par uttalelser som gikk på egen innsats respektive informasjonstilfang. *"Har ikke lest noen av brosjyrene, det var ikke noe poeng"*, skrev den ene. *"Har ikke fått spesiell informasjon under svangerskapet"*, skrev den andre. Ingen av de to siste hadde sluttet å røyke.

Vurderinger fra de som har sluttet å røyke

Vet ikke (3)

Tre av kommentarene på spørsmålet om informasjonen hadde hatt betydning for røykeslutt, og som ikke var naturlig å innpasse i de øvrige hovedkategoriene, omhandlet "vet ikke". En av respondentene utdypet det noe ved å legge til "... snakket lite om det, hadde bestemt meg for å slutte da jeg ble gravid".

Vurderinger fra de som ikke har sluttet å røyke

Antatte positive effekter av informasjonen hos de som fremdeles røyker (2)

Det kom også frem i noen av uttalelsene at informasjon har betydd noe selv om de ikke hadde klart å stumpe røyken helt. "Tenker ikke så mye på det, men røykte mindre under svangerskapet", var det en som sa. "Tar den til meg. For den er veldig viktig.", skrev en annen. "Bra kvalitet, men var selv ikke nok motivert", skrev en tredje, "... leste en del om skadevirkninger for å få dårlig samvittighet, og røykte mindre".

Formidlingsmåte (2)

Et par kommentar gikk direkte på formidler av informasjon. "Jordmor: bra, lege: mer kort", ble det sagt. "Han sa det for å ha sagt det", var en annen kommentar.

Vet ikke (1)

En av respondentene kommenterte spørsmålet om informasjonens betydning for røykeslutt med "vet ikke".

Oppsummering

Kvaliteten på informasjonen om røykens skadevirkninger ble av de fleste beskrevet i positive ordelag. Så mye som 80 % av dem som hadde sluttet å røyke var positive i sine vurderinger, mot 65 % hos dem som fremdeles angav at de røykte, alle grader av røyking tatt i betraktning. De positive vurderingene skilte seg likevel fra hverandre i de to gruppene. Men vurderingene fra dem som helt hadde sluttet, med et unntak, ble beskrevet i udelt positive ordelag, hadde over 40 % av de positive

vurderingene fra dem som fremdeles røkte et mer forbeholdent preg ved at de la til "reserverende" ord. Flere av uttalelsene kan tyde på en form for distansering til informasjonen, som om informantene ikke hadde, eller ønsket å ha, noe forhold til den. Kommentarene til en av dem som fremdeles røkte viste at hun, i likhet med flere andre, likevel følte seg sterkt berørt av spørsmålet. *"Jo, den var sikkert bra,"* ble det sagt, *"men man føler se som en idiot fordi alle voksne mennesker veit at det er farlig"*. Det kan se ut som om spørsmålet uroet en del informanter, og derved gav deres svar et anstrøk av forbeholdenhet og ubekvemhet. Det var relativt få vurderinger med negativt fortegn til informasjonen. Hos de som var sluttet hadde bare fire kvinner (under 10 %) negative kommentarer til kvaliteten på informasjonen, mot 31 kvinner (30 %) i gruppen kvinner som fremdeles angav at de røkte etter fødsel.

Kommentarer kategorisert som "dårlig/ mangelfull" av kvinner hadde sluttet i løpet av svangerskapet gikk på at det var for mye skremsel i informasjonen, derfor var den dårlig. Det kan tyde på en slags solidaritet på vegne av dem som ikke hadde klart å slutte. Det ble f.eks. sagt at *"... slik informasjon gir unødig dårlig samvittighet til dem som ikke klarte å slutte"*. To betegnet informasjonen som unødvendig. De resterende negative kommentarer kom fra dem som fortsatt røkte. Kommentarer i kategorien "dårlig/ mangelfull informasjon" beveget seg over en skala fra dårlig, ikke god nok, lite nyansert og sånn passe- til varierende kvalitet avhengig av hvem som informerte. Fem av kvinnene som fremdeles røkte betegnet informasjonen som skremmende, og like mange gav uttrykk for at den var unødvendig. Dette fordi de hadde informasjonen fra før, og derfor *"ikke trengte å bli fortalt ting hele tiden"*. Ved å samstille informasjonskilder og type kommentarer så det ikke ut til å bety noe hvem som gav informasjonen. Et åpent spørsmål der respondentene ble bedt om å utdype hvem eventuelt "andre" som hadde gitt informasjon var (variabel 43e), ble bare besvart av 12 % (30) av respondentene. Litteratur (bøker og brosjyrer) ble anført av tretten kvinner, åtte angav skole/ jobb, mens seks angav media/ internett som informasjonskilde. Fire av kvinnene fremhevet informasjon ved tidligere svangerskap, og to anførte som svar at "alle vet". De vurderingene som ble gjort i det åpne spørsmålet samsvarer godt med tallmaterialet som fremkom ved analysen av datamaterialet som omhandler informasjon og informasjonskilder.

3.8 Viktigste faktorer for røykeslutt

Helserisiko ble vurdert som den absolutt viktigste faktor for å slutte å røyke både av røykere og ikke-røykere, fulgt av helsegevinst, jf. tabell 58 og 59. Det var signifikante forskjeller mellom røykere og ikke røykere når det gjaldt betydning av "helseeffekt", "sosialt uakseptabelt", "koster mange penger" og "modelleffekt" for røykeslutt. Ikke- røykere rangerte de to første som viktigst/ nest viktigst, mens røykerne rangerte de to siste som viktigst/ nest viktigst. Lavt antall respondenter, f.eks. i forhold til spørsmål om betydningen av "sosialt uakseptabelt", gjør tallene usikre. For visuell fremstilling av "viktigste grunn til å slutte å røyke, jfr. fig. 9-12.

Tabell 58 Rangering av faktorer av betydning for røykeslutt. Hele utvalget (n=734)

	Røykere				Ikke-røykere			
	Viktigst		Nest viktigst		Viktigst		Nest viktigst	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Helserisiko	117	66.1	33	18.6	296	74.4	65	16.3
Helsegevinst	50	28.4	69	39.2	110	28.2	204	52.1
Koster mange penger	18	10.3	26	14.9	13	3.4	32	8.3
Modelleffekt	8	4.7	16	9.4	16	4.4	16	4.4
Press fra omgivelsene	4	2.3	4	2.3	15	1.3	15	3.9
Sosialt uakseptabelt	1	0.6	2	1.2	9	1.6	9	2.4
Familiepress	5	2.9	10	5.8	15	3.1	15	3.9
Annet	11	7.4	-	3.4	6	7.6	6	1.8

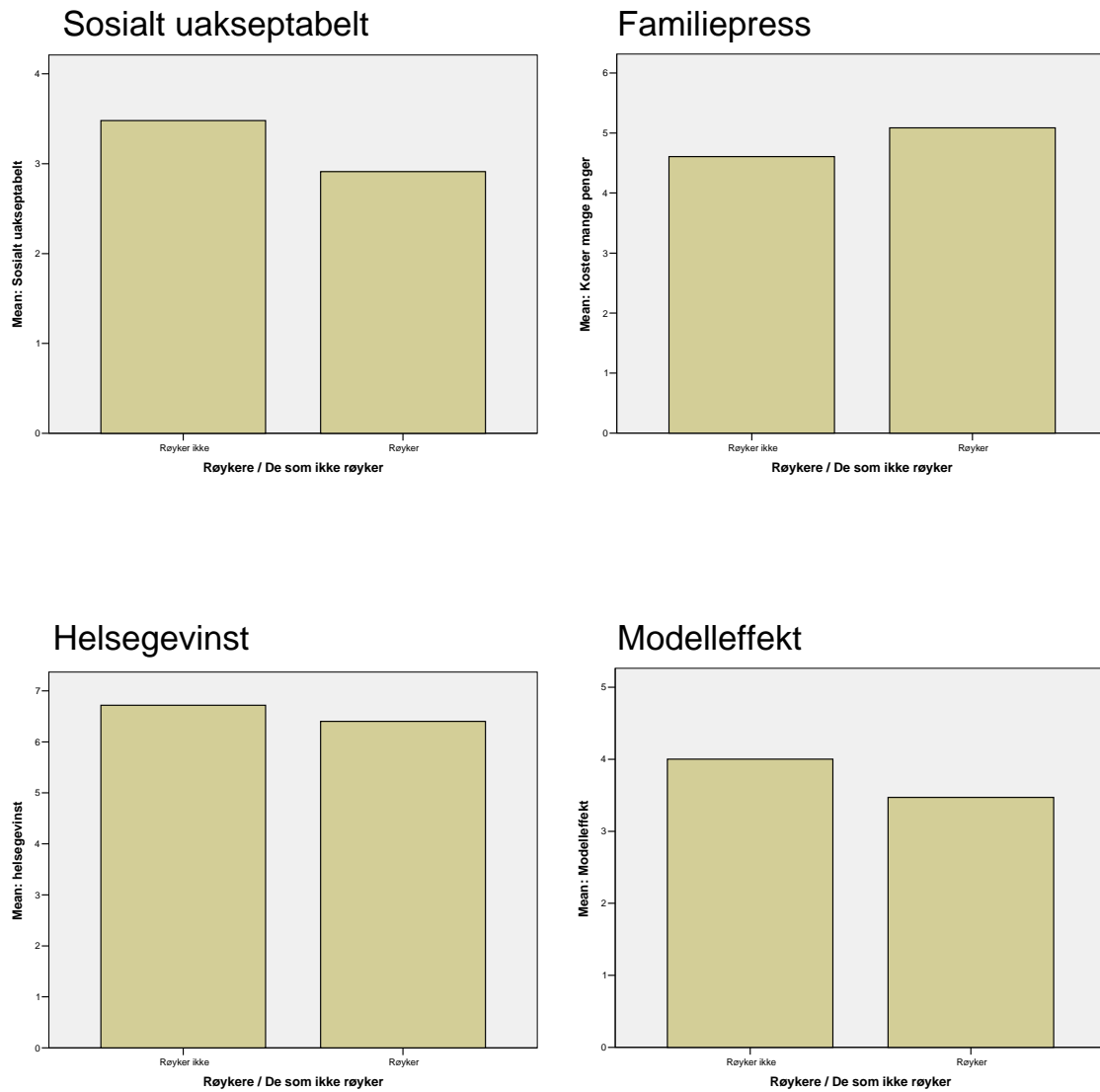
Tabell 59 Sammenligning av gjennomsnitt. (ANOVA)

Viktigste grunn til å slutte å røyke:	df	Mean Square	F	Sig.
Helserisiko	1	1,862	0,801	
Press fra omgivelsene	1	0,019	0,006	
Sosialt uakseptabelt	1	38,168	10,926	**
Familiepress	1	0,015	0,004	
Koster mange penger	1	27,632	7,233	**
Helsegevinst	1	11,998	4,184	*
Modelleffekt	1	32,816	6,645	*
Annet	1	2,722	0,548	

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

Figur 9-12

Signifikante forskjeller blant røykere og ikke-røykere, for "viktigste grunn til å slutte å røyke" (hele utvalget)



3.9 Respondentenes forståelse av en del fysiske, psyk. og sosiale forhold ved røyking

Respondentene ble bedt om å vurdere ulike forhold ved røyking tematisert i femten spørsmål, ved å krysse av på en fire punkt skala gradert fra "stemmer ikke" til "stemmer helt." Noen spørsmål skulle besvares av alle, enkelte skulle bare besvares av de som fremdeles røkte (markert med R).

Ulike helseaspekter ved røyking var tema i de seks første spørsmålene, som omhandlet helseskader og forhold knyttet til amming og til vekt, jf. tabell. 61-67. Tre av disse spørsmålene (a, g og j/ tabell 60) skulle besvares både av røykere og ikke-røykere. Over 90 % av røykerne krysset av for "stemmer helt" på "jeg tror at røyking er skadelig" og nesten 80 % av røykerne krysset av for "stemmer helt" på "jeg tror at røyking under svangerskapet er skadelig". Over 46 % av røykerne krysset av for stemmer helt/ delvis på "jeg er engstelig for å gå opp i vekt hvis jeg slutter å røyke". Det var signifikante forskjeller mellom røykere og ikke-røykere på alle tre spørsmålene ved at flere røykere enn ikke-røykere mente det at "røyking under svangerskapet er skadelig" og at "det er vanskeligere å holde vekten for den som ikke røyker enn for den som røyker", mens flere ikke-røykere enn røykere svarte bekreftende på at "jeg tror røyking er skadelig" (jf. og tabell 60, 61,63,66 og fig. 13,16 og 19).

Godt over halvparten av røykerne unnlot å svare på påstanden *om* at "røyking er helseskadelig, men jeg tar sjansen". Nesten 90 % av dem som svarte krysset av for at det stemmer helt/ delvis, men de resterende krysset av for stemmer knapt/ stemmer ikke, jf. tabell 62. Sistnevnte kan trolig koples til definisjon av dem seg som røyker som fremkom ved ulike spørsmål om røykevaner. En uklar erkjennelse av egen røykeatferd kan også tenkes å skyve tilbake en erkjennelse av helserisiko ved røyking.

Nesten 60 % av dem som røkte etter fødsel unnlot å svare på utsagnet "under amming vil jeg la være å røyke". Over 30 % krysset av for "helt enig", mens 35 % krysset av for "stemmer delvis" jf tabell 64. Likeledes unnlot nesten 60 % av dem som røkte etter fødsel å svare på utsagnet "selv om jeg røyker vil jeg gi barnet mitt morsmelk". Av de som svarte, angav tre av fire at de *ville* gi barnet

morsmelk. I underkant av 20 % avkrysning på svaralternativene "stemmer delvis" og "stemmer knapt" kan tyde på at de har vært usikre.

Et spørsmål om vekt ("jeg er engstelig for å gå opp i vekt hvis jeg slutter å røyke") skulle bare besvares av røykere. Over halvparten unnlot å svare på spørsmålet. Det er verdt å merke seg at av de som svarte, krysset over halvparten av på "stemmer helt" og "stemmer delvis", jf. tabell 67.

Utsagnet "det er stor smaksglede ved røyken" ble helt/ delvis bekreftet av nesten 70 % av røykerne. Det var signifikant forskjell mellom røykere og ikke-røykere ved at flere av røykere enn ikke-røykere svarte bekreftende på spørsmålet, jf. tabell 60 og 68 og fig. 14.

Når det gjaldt påstanden om de var avhengige av røyken unnlot litt over halvparten av de som røykte etter fødsel å svare på spørsmålet. Av dem som svarte krysset over 70 % av på at det stemte helt, mens over 20 % bekreftet at de stemte delvis, jf. tabell 69.

To utsagn om røyking omhandlet følelsesmessige forhold. Påstanden om at "røyking er en belønning, for eksempel for hardt arbeid" skulle besvares både av røykere og ikke-røykere.

Over 55 % av røykerne svarte at det stemte helt/ delvis. Det var signifikant forskjell i mellom røykere og ikke-røykere ved at flere røykere enn ikke røykere svarte bekreftende på dette, jf. tabell 60 og 71 og fig.15. Nesten 60 % av de røykte etter fødsel unnlot å svare på utsagnet "røyking er med på å kontrollere følelsene mine". I underkant av 60 % av dem som svarte, bekreftet at røyking som kontrollfaktor for egne følelser stemte helt/ delvis, jf. tabell 70 .

Tro av utsagnene var knyttet til identitet. Påstanden om at "røyking kommuniserer et budskap", og "røyking kommuniserer et fellesskap med andre" skulle besvares både av røykere og ikke-røykere. Under 20 % av røykerne svarte stemmer helt/ delvis på første utsagn, over halvparten i samme gruppe svarte stemmer helt/ delvis på det andre utsagnet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom røykere og ikke-røykere i vurderingene ved at påstandene, jf. tabell 60, 73 og 74. Nesten 60 % av røykerne unnlot å svare på utsagnet om at "røyking er en del av meg selv, av min identitet".

Under 10 % av de som svarte krysset av for "helt ening". Over 60 % vurderte at røyking som del av seg selv og sin identitet "stemmer knapt/ stemmer ikke", jf. tabell 72.

Sosiale aspekter ble spesielt utdypet i utsagnene "røyking er en pauseaktivitet" og "røyking hjelper i sosiale sammenhenger". De skulle besvares både av røykere og ikke-røykere. På spørsmål om røyking var en pauseaktivitet bekreftet en av fire røykere at det stemte helt, nesten halvparten at det stemte delvis. Det var ingen signifikante forskjeller mellom røykere og ikke røykere, jf. tabell 60 og 75. Nesten 60 % av røykerne svarte "stemmer helt/ stemmer delvis" på at røyken hjelper i sosiale sammenhenger. Det var signifikante forskjeller mellom røykere og ikke-røykere ved at flere røykere enn ikke-røykere mente at røyking hjelper i sosiale sammenhenger, jf. tabell 60, 76 og fig. 17.

På et utsagn som omhandlet stress ("røyking reduserer spenning") krysset 60 % av røykerne på "stemmer helt/ stemmer delvis". Det var signifikante forskjeller mellom røykere og ikke-røykere ved at flere røykere enn ikke-røykere mente at røyking reduserer spenning., jf. tabell 60, 77 og fig. 18.

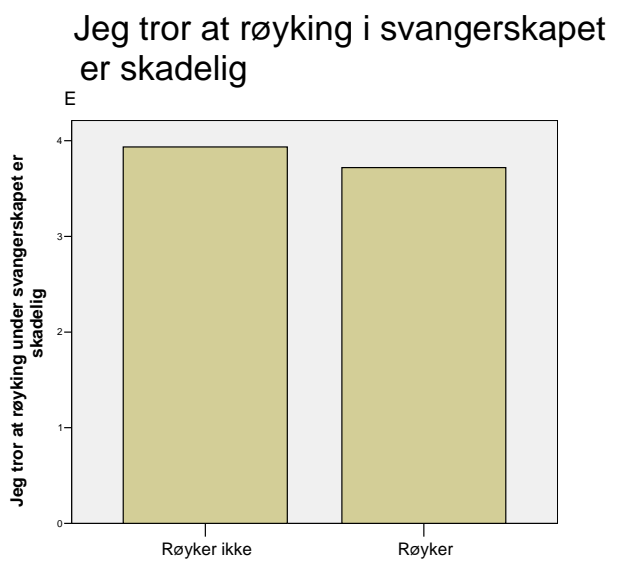
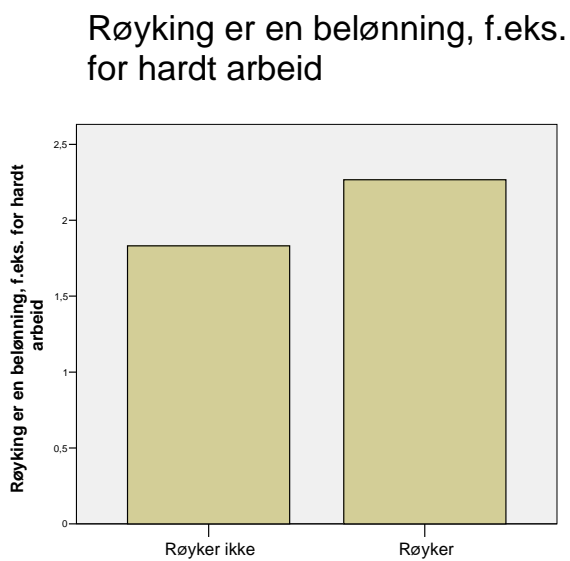
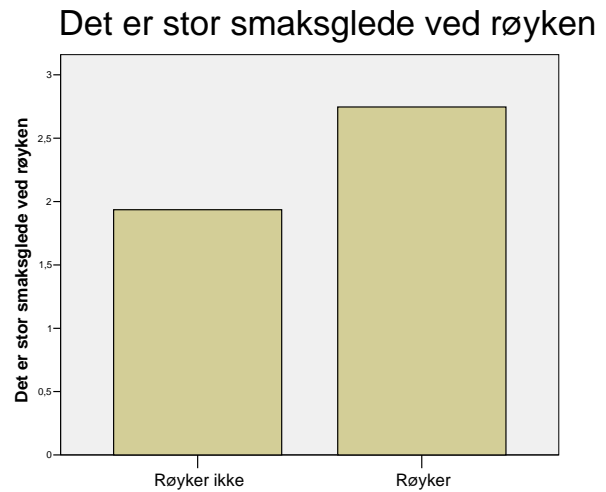
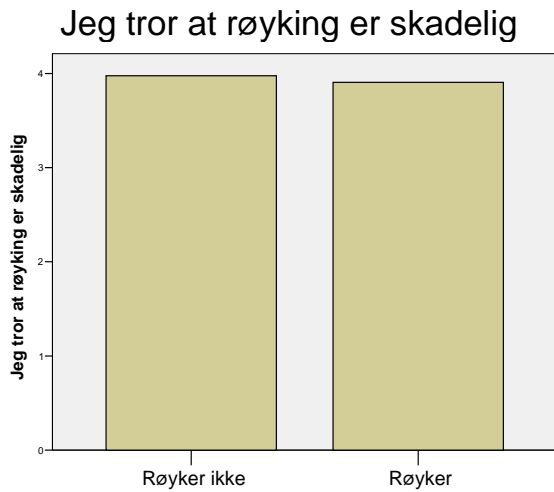
Tabell 60 Sammenligninger mellom gruppe av røykere med gruppen av ikke-røykere på noen utsagn om røyking

Oppfatninger om røyking:	Mean Square	F	Sig.
a) Jeg tror at røyking er skadelig	0,660	12,638	***
b) Det er stor smaks glede ved røyken	89,804	87,768	***
c) Røyking er en belønning, f.eks. for hardt arbeid	25,798	23,176	***
d) Røyking kommuniserer et budskap	3,242	3,380	
e) Røyking kommuniserer fellesskap med andre	2,140	1,793	
f) Røyking er en pauseaktivitet	1,676	1,453	
g) Jeg tror at røyking under svangerskapet er skadelig	6,362	32,615	***
h) Røyking hjelper i sosiale sammenhenger	22,024	21,334	***
i) Røyking reduserer spenning	14,668	14,727	***
j) Det er vanskeligere å holde vekten for den som ikke røyker enn for den som røyker	10,557	10,169	**

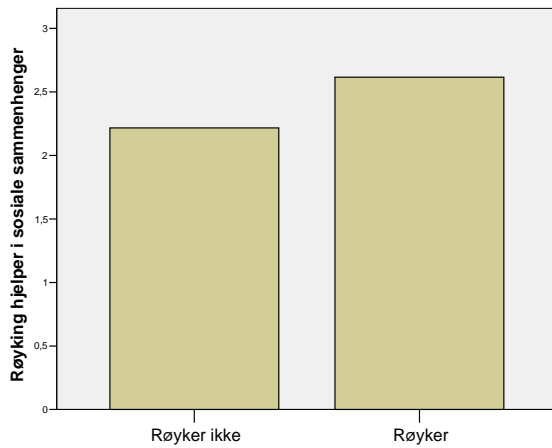
* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

Figur 13-19

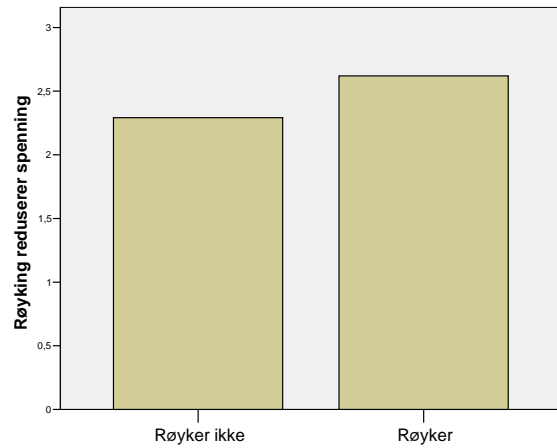
Signifikante forskjeller blant røykere og ikke-røykere, for "viktigste grunn til å slutte å røyke" (hele utvalget)



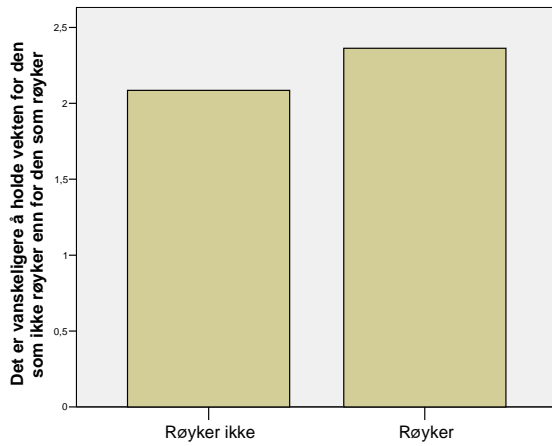
Røyking hjelper i sosiale sammenhenger



Røyking reduserer spenning



Det er vanskeligere å holde vekten for den som ikke røyker enn for den som røyker



Tabeller 61-77 Respondentens forståelse av ulike forhold ved røyking

Tabell 61 "Jeg tror at røyking er skadelig" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	507	97.9	175	91.1
Stemmer delvis	10	1.9	16	8.3
Stemmer knapt	0	0	1	0.5
Stemmer ikke	1	0.2	0	0
Total	518	100	192	100
Missing	16		8	
Total	534		200	

Tabell 62 R "Jeg tror at røyking er helseskadelig, men jeg tar risikoen" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	37	43.5
Stemmer delvis	39	45.9
Stemmer knapt	4	4.7
Stemmer ikke	5	5.9
Total	85	100
Missing	115	
Total	200	

Tabell 63 "Jeg tror at røyking under svangerskapet er skadelig" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	486	96.2	147	77.8
Stemmer delvis	12	2.4	32	16.9
Stemmer knapt	0	0	9	4.8
Stemmer ikke	7	1.4	1	0.5
Total	505	100	189	100
Missing	29		11	
Total	534		200	

Tabell 64 R "Under amming vil jeg la være å røyke" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	27	31.8
Stemmer delvis	30	35.3
Stemmer knapt	20	23.5
Stemmer ikke	8	9.4
Total	85	100
Missing	115	
Total	200	

Tabell 65 R "Selv om jeg røyker vil jeg gi barnet mitt morsmelk" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	65	75.6
Stemmer delvis	13	15.1
Stemmer knapt	2	2.3
Stemmer ikke	6	7.0
Total	86	100
Missing	114	
Total	200	

Tabell 66 "Det er vanskeligere å holde vekten for den som ikke røyker enn for den som røyker" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	44	8.8	31	16.3
Stemmer delvis	144	28.9	58	30.5
Stemmer knapt	122	24.4	50	26.3
Stemmer ikke	189	37.9	51	26.8
Total	499	100	190	100
Missing	35		10	
Total	534		200	

Tabell 67 R "Jeg er engstelig for å gå opp i vekt hvis jeg slutter å røyke" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	31	35.2
Stemmer delvis	14	15.9
Stemmer knapt	10	11.4
Stemmer ikke	33	37.5
Total	88	100
Missing	112	
Total	200	

Tabell 68 "Det er stor smaks glede ved røyken" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	39	7.9	41	21.7
Stemmer delvis	126	25.7	89	47.1
Stemmer knapt	90	18.3	29	15.3
Stemmer ikke	236	48.1	30	15.9
Total	491	100	189	100
Missing	43		11	
Total	534		200	

Tabell 69 R "Jeg er avhengig av røyken" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	69	71.1
Stemmer delvis	22	22.7
Stemmer knapt	3	3.1
Stemmer ikke	3	3.1
Total	97	100
Missing	103	
Total	200	

Tabell 70 R "Røyking er med på å kontrollere følelsene mine" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	20	23.8
Stemmer delvis	30	35.7
Stemmer knapt	19	22.6
Stemmer ikke	15	17.9
Total	84	100
Missing	116	
Total	200	

Tabell 71 "Røyking er en belønning, f.eks. for hardt arbeid" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	44	8.8	24	12.8
Stemmer delvis	113	22.6	61	32.6
Stemmer knapt	58	11.6	43	23.0
Stemmer ikke	285	57	59	31.6
Total	500	100	187	100
Missing	34		13	
Total	534		200	

Tabell 72 R "Røyking er en del av meg selv, av min identitet" (n=200)

	Røykere	
	Antall	Prosent
Stemmer helt	7	8.3
Stemmer delvis	23	27.4
Stemmer knapt	26	31.0
Stemmer ikke	28	33.3
Total	84	100
Missing	116	
Total	200	

Tabell 73 "Røyking kommuniserer et budskap" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	39	7.9	10	5.5
Stemmer delvis	110	22.3	23	12.6
Stemmer knapt	99	20.0	57	31.1
Stemmer ikke	246	49.8	93	50.8
Total	494	100	183	100
Missing	40		17	
Total	534		200	

Tabell 74 "Røyking kommuniserer fellesskap med andre" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	82	16.3	31	16.4
Stemmer delvis	197	39.2	74	39.2
Stemmer knapt	49	9.8	42	22.2
Stemmer ikke	174	34.7	42	22.2
Total	502	100	189	100
Missing	32		11	
Total	534		200	

Tabell 75 "Røyking er en pauseaktivitet" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	148	29.6	48	25.7
Stemmer delvis	196	39.2	89	47.6
Stemmer knapt	39	7.8	26	13.9
Stemmer ikke	117	23.4	24	12.8
Total	500	100	187	100
Missing	34		13	
Total	534		200	

Tabell 76 "Røyking hjelper i sosiale sammenhenger" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	57	11.3	31	16.3
Stemmer delvis	173	34.3	81	42.6
Stemmer knapt	96	19.0	52	27.4
Stemmer ikke	178	35.3	26	13.7
Total	504	100	190	100
Missing	30		10	
Total	534		200	

Tabell 77 "Røyking reduserer spenning" (n=734)

	Røyker ikke		Røyker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stemmer helt	53	10.7	28	14.8
Stemmer delvis	194	39.0	92	48.7
Stemmer knapt	95	19.1	38	20.1
Stemmer ikke	155	31.2	31	16.4
Total	497	100	189	100
Missing	37		11	
Total	534		200	

4 Litteraturliste

Andres R.L, Day M.C. 2000. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Review article. *Semin Neonatal.*, 5(3) 231-41.

Bjørke-Monsen, Anne-Lise. 2000. "Avslører store skader ved røyking under svangerskap". Upubl. doktorgradsarbeide. *Gjengitt i avis for Universitetet i Bergen*, nr.10, 14 juni, 2000-8.

Borland, R. 1994. Population estimate of occasional smoking among self-described smokers and non-smokers in Victoria, Australia. *Tob. Control* 3, 37-40.

Carlsen K.C.L; Jaakkola J.J; Nafstad, P.& Carlsen, K.H. 1997. In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *Eur. Respir.*, 10: 1774-1779.

Carpenter, Irgens L.M; Blair, P.S.; England, P.D.; Fleming, P; Huber, J. Jorch, G, & Schreuder, P. 2004. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet.* 17; 363 (9404):185-91

Gilpin, E.; Cavin, S.W., J.P. Pierce. 1997. Adult smokers who do not smoke daily. *Addiction* , 92, 473-80.

Hassmiller, K.M.; Warner, K.E.; Mendez, D., et. al. 2003. Non-daily smokers; who are they? *Am. J. Public Health*, 93, 1321-7.

Hecht, S.S; Murphy, S.E.; Carmella, S.G. et. al. 2004. Effects of reduced cigarette smoking on the uptake of tobacco- specific lung carcinogen. *J. Natl. Cancer Inst.* 96, 107-15.

Horta, B.L., Vitora, G.G.; Menezes, A.M. et. al. 1997. Low birthweight preterm birth and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 11, 140-51.

Hovengen, R. & Haug, K. 2003. Occasional smoking during pregnancy and after birth; a challenge for mother and child health care. *Eur. Public Health*, 13, 46-7.

Hovengen, R. & Nordhagen, R. 2004. Av- og - til- røyking- et økende problem. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (24), 124; 3222-3.

Hymowitz, N.;Cunnings, K.M.; Hyland, A.. et. al. 1997. Predictors of smoking cessation in cohort of adult smokers followed for five years. *Tob. Control*, 6 (suppl 2); 57-62

Kabat, G.C. & Wynder, E.L. 1987. Determinants of quitting smoking. *Am. J. Public Health*, 77, 1301-5.

Khuder, S.A.; Dayal, H.H., & Mutgi, A.B. 1999. Age and smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav.*, 24, 673-7.

Lund, K.E. & Lund, M. 2005. Røyking og sosiale ulikheter. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (5), 125, 560-3.

Lund, K.E.; Lund, M. & Rise, J. 2005. Sosiale ulikeheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (5), 125, 564-8.

Medisinalmeldingen 2003, <http://www.fylkesmannen.no>

Medisinalmeldingen 2004, <http://www.fylkesmannen.no>

Sosial- og helsedirektoratet, <http://www.sh.dir>.

Statistisk sentralbyrå, 2004. www.ssb.no

SPØRRESKJEMA:



HØGSKOLEN I AGDER
Fakultet for helse- og idrettsfag

GRAVIDES RØYKEVANER I AUST-AGDER 2004

i1	Respondentnummer	<input type="text"/>	i2	Dato:	<input type="text"/>
				DDMMÅÅ	

V1	Nasjonalitet	<input type="text"/>	v2	Kommunen der du bor:	<input type="text"/>
V3	Alder	<input type="text"/>			år
V4	Sivilstand	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Gift	Samboer	Ugift	Skilt
		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		
		Enke	Separert		

UTDANNING, YRKE, BOSTED:

V5	Hvilken utdanning har du? (Sett kryss ved den <u>høyeste</u> utdannelsen du har)	<input type="checkbox"/> 1	Grunnskole. Barneskole
		<input type="checkbox"/> 2	Ungdomsskole
		<input type="checkbox"/> 3	Videregående skole
		<input type="checkbox"/> 4	Høgskole eller tilsvarende
		<input type="checkbox"/> 5	Utdanning på universitetsnivå
V6	Har du yrkesutdanning / fagbrev / gjennomført "lære" el.l. ?	<input type="checkbox"/> 2 ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V7	Hvis ja; Hvilke(n) yrkesutdanning? Spesifiser:	<input type="text"/>	
V8	Er du yrkesaktiv utenfor hjemmet?	<input type="checkbox"/> 2 Ja, - arbeider utenfor hjemmet	<input type="checkbox"/> 1 Nei, - er ikke yrkesaktiv utenfor hjemmet
V9	Hva er ditt hovedyrke? Spesifiser:	<input type="text"/>	
V10	Hvor bor du?	<input type="checkbox"/> 1 På landet / bygda	<input type="checkbox"/> 2 På et tettsted (Ikke by eller "forstad" til by)
		<input type="checkbox"/> 3 I en småby	<input type="checkbox"/> 4 I en forstad til / utkanten av en (større) by
		<input type="checkbox"/> 5 I en sentrums- bebyggelse i en (større) by.	

STREKKER PENGENE TIL?

V11	Hvor godt strekker pengene til for dine behov?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Svært godt	Ganske godt	Ganske dårlig	Svært dårlig
V12	Har du som regel så mye penger at du kan unne deg noe ekstra?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei		

HJEMMESITUASJONEN

V13	Hvor mange barn har du den daglige omsorgen for?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0 Ingen barn
		Ett barn	To barn	Tre barn	Fire barn	Fem el. flere	
V14	Bor du sammen med noen? - Dvs: Bor du i samme hus/leilighet som:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0 Uaktuelt / bor ikke sammen med noen
		mann / samboer	barn	søsken	slekt	en annen	

HELSEMESSIGE FORHOLD

V15	Hvordan vurderer du din helse sånn i sin alminnelighet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Svært god	God	Verken god eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig
V16	Fysisk aktivitet: Hvor mange timer i uken bruker du gj.snittlig på fysisk trening?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	timer		

Hvor ofte bruker du vanligvis følgende medisiner?		Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Bruker ikke
V17	Smertestillende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V18	Beroligende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V19	Allergimedisin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V20	Diabetesmedisin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V21	Hjertemedisin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V22	Alkohol: Øl (ikke lettøl) vin, brennevin/ hjemmebrent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V23	Narkotiske rusmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

RØYKEVANER

V24 Røyker du tobakk? 2 Ja 1 Nei (Sigaretter; rulletobakk)

v24a (røkere svarer) Hvor ofte røyker du? 2 Daglig 1 Av og til

V24b Røkte du v/ sv..skap start? 2 Ja 1 Nei

V25 Snuser du 2 Ja 1 Nei

V26 Hvordan er dine røykevaner i dag?

1 Uaktuelt, røyker ikke

2 Mindre enn fem sigaretter pr. dag

3 5 - 10 sigaretter pr dag

4 10 – 20 sigaretter pr. dag

5 Mer enn 20 sigaretter pr. dag

V27 Vil du karakterisere deg selv som en som: 1 Røyker svært lite 2 Røyker lite 3 Røyker middels 4 Røyker ganske mye 5 Er en storrøyker

V28 Hvordan har dine røykevaner vært oppgjennom årene?

1 Uaktuelt, har aldri røykt

2 Jeg har røykt av og til, såkalt selskapsrøyker

3 Jeg har røkt sammenhengende siden jeg startet

4 Jeg har sluttet å røyke nå, men har røykt tidligere

V29 Dersom du har sluttet å røyke nå, men har røykt tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet å røyke?

1 Mindre enn en måned siden

2 Mellom en og tre måneder siden

3 Sluttet i begynnelsen av svangerskapet

4 Sluttet da jeg bestemte meg for å bli gravid

5 Sluttet for lenge siden

V30 Dersom du har sluttet å røyke for lenge siden, hvor mange år er det siden du sluttet å røyke? År

V31 Hvor gammel var du første gang du begynte å røyke? År

V32 Har din mor vært røyker? 2 Ja 1 Nei

V32a Hvis JA på v. 32; røyker hun nå? 2 Ja 1 Nei 3 Uaktuelt

V32b Har din far vært røyker? 2 Ja 1 Nei

V32c Hvis JA på v. 32b; røyker han nå? 2 Ja 1 Nei 3 Uaktuelt

v32d Dersom du har røykt tidligere, - Hvordan vil du karakterisere dine tidligere røykevaner?

1 Mindre enn fem sigaretter pr. dag

2 5 - 10 sigaretter pr. dag

3 10 – 20 sigaretter pr. dag

4 Mer enn 20 sigaretter pr. dag

v33 Røykes det i dine omgivelser? Kryss av der det passer: (du kan krysse av flere) Besvares av alle

1 Ektefelle/Samboer røyker

2 Naboer/ venner som jeg er sammen med røyker

3 Det røykes inne på min arbeidsplass

4 Det røykes inne der jeg bor

5 Det røykes **ikke inne** der jeg bor, de som røyker går ut

6 Det er ingen i mine omgivelser som røyker

V34	Dersom du røyker; - har du tenkt å gjøre noe med det? 34 a)	<input type="checkbox"/> 1	Uaktuelt, jeg har ikke tenkt å gjøre noe med det			
		<input type="checkbox"/> 2	Aktuelt, jeg tenker meget ofte på å slutte			
		<input type="checkbox"/> 3	Jeg tenker av og til på at jeg ønsker jeg kunne slutte å røyke			
		<input type="checkbox"/> 4	En sjelden gang tenker jeg på at jeg vil slutte å røyke			
		<input type="checkbox"/> 5	Jeg tenker nesten aldri på at jeg har lyst til å slutte å røyke			
		34 b)	<input type="checkbox"/> 6	Jeg vil slutte nå som jeg ammer		
		34 c)	<input type="checkbox"/> 7	Jeg har forsøkt å slutte, men får det ikke til		
V35	Dersom du røyker; Før du ble gravid, planla du da å slutte å røyke om du ble gravid?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei			
V36	Dersom du røyker; regner du med å slutte å røyke innen i en tidsperiode på cirka 5 år?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei	<input type="checkbox"/> 3 Usikker		
V37	Dersom du røyker, har du forsøkt å slutte å røyke under svangerskapet?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei			

SVANGERSKAPSKONTROLL OG INFORMASJON

V38	Hvem har utført svangerskapskontroll?	<input type="checkbox"/> 1	Jordmor			
		<input type="checkbox"/> 2	Allmennlege			
		<input type="checkbox"/> 3	Spesialist / gynekolog			
		<input type="checkbox"/> 4	Både jordmor og allmennlege			
		<input type="checkbox"/> 5	Annet			
V39	Fikk du informasjon om røykens skadevirkninger ved første svangerskapskontroll?	<input type="checkbox"/> 3 Uaktuelt, røykte ikke	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei		
V40	Ønsket du slik informasjon?	<input type="checkbox"/> 3 Uaktuelt, røykte ikke	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei		
V41	Har du fått informasjon om røykens risikofaktorer / skadevirkninger i løpet av svangerskapet?	<input type="checkbox"/> 3 Uaktuelt, røykte ikke	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei		
V42	Ønsket du slik informasjon?	<input type="checkbox"/> 3 Uaktuelt røyker ikke	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei		
Dersom du fikk informasjon om røykens skadevirkninger i løpet av svangerskapet, hvem ga deg denne informasjonen?						
V43	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	Jordmor	Allmennlege	Spesialist/Gynekolog	Både jordmor og allmennlege	Annet	
V43e	Hvis "annet" på v. 43; av hvem?					
V44	Dersom du forsøkte å slutte/sluttet å røyke i løpet av svangerskapet: Opplevde du å få hjelp og støtte?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei			
V44a	Ved ja på v44; av hvem?					
V45	Var den muntlige informasjonen du fikk om røykens skadevirkninger klar og tydelig ?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei	<input type="checkbox"/> 3 Både/og		
V46	Har du fått slik informasjon under tidligere svangerskap	<input type="checkbox"/> 8 Uaktuelt, ikke vært gravid tidligere	<input type="checkbox"/> 3 Uaktuelt, røykte ikke	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei	

V47	I hvilken grad har den informasjon du fikk hatt betydning for at du sluttet å røyke? NB: Besvares av <u>de som har sluttet å røyke under dette svangerskapet</u>

V 48	Hvordan opplever du kvaliteten på den informasjonen du har fått om røykens skadevirkninger? (besvares både av <u>de som har sluttet å røyke under svangerskapet og de som fortsatt røyker</u>)

V 49	Dersom du <u>ikke</u> fikk informasjon om røykens risikofaktorer /skadevirkning under svangerskapskontrollene og du har mottatt informasjon fra annet hold, hvem gav deg denne informasjonen?

V50	Har du mottatt skriftlig informasjon om røykens risikofaktorer/skadevirkning?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V50a	Dersom du har mottatt skriftlig informasjon , har du lest den skriftlige informasjonen du har fått?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V51	Har du fått informasjon om helsegevinst ved å slutte å røyke?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V52	Mener du at helsegevinst ved å slutte å røyke burde bli sterkere fremhevet i informasjon til røykere?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V53	Har du fått tilbud om røykavvenning under svangerskapet?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V54	Hvis JA, tok du imot tilbudet?	<input type="checkbox"/> 8 Uaktuelt, fikk ikke tilbud	<input type="checkbox"/> 2 Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei
V55	Har du fått tilbud om røykavvenning tidligere?	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nei
V56	Hvis JA, tok du imot tilbudet?	<input type="checkbox"/> 8 Uaktuelt, fikk ikke tilbud	<input type="checkbox"/> 2 Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei
V57	Dersom du har deltatt og tatt imot tilbudet for å slutte å røyke, - hvordan gikk det?	<input type="checkbox"/> 1 Klarte ikke å slutte å røyke <input type="checkbox"/> 2 Klarte å slutte for mindre enn tre måneder <input type="checkbox"/> 3 Klarte å slutte for mindre enn seks måneder <input type="checkbox"/> 4 Klarte å slutte for mer enn ett år <input type="checkbox"/> 5 Klarte å slutte	

Viktigste grunn for å slutte å røyke er etter din mening: (Ranger følgende grunner fra 1 til 8, med 8 som **viktigste** grunn, 0 om det ikke betyr noe) Husk å sett rangeringstall på alle.
Eksempel: Hvis du mener at "Familiepress" er viktigste grunn til å slutte, skriver du 8 i ruten utenfor denne grunnen, - er "Koster mange penger" nest viktigst skriver du 7 i ruten utenfor denne grunnen, osv.

V58	<input type="checkbox"/>	Helserisiko	V59	<input type="checkbox"/>	Press fra omgivelsene
V60	<input type="checkbox"/>	Sosialt uakseptabelt	V61	<input type="checkbox"/>	Familiepress
V62	<input type="checkbox"/>	Koster mange penger	V63	<input type="checkbox"/>	Stor helsegevinst ved å slutte
			V64	<input type="checkbox"/>	Modelleffekt
			V65	<input type="checkbox"/>	Annet

UTSAGN OM RØYKING					
Stemmer disse utsagnene for deg?					
<i>(De utsagn som er merket med R besvares bare av de som røyker nå, - alle andre utsagn besvares av alle.)</i>					
		Stemmer helt	Stemmer delvis	Stemmer knapt	Stemmer ikke
V66	"Jeg tror at røyking er skadelig".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V67	"Jeg tror at røyking er helseskadelig, men jeg tar risikoen". R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V68	"Det er stor smaks glede ved røyken".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V69	"Jeg er avhengig av røyken". R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V70	"Røyking er med å kontrollere følelsene mine". R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V71	"Røyking er en belønning. For eksempel for hardt arbeide".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V72	"Røyking er en del av meg selv, av min identitet". R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V73	"Røyking kommuniserer et budskap".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V74	"Røyking kommuniserer fellesskap med andre".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V75	"Røyking er pauseaktivitet".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V76	"Under amming vil jeg la være å røyke". R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V77	"Jeg tror at røyking under svangerskapet er skadelig".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V78	"Selv om jeg røyker vil jeg gi barnet mitt morsmelk" R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V79	"Røyking hjelper i sosiale sammenhenger".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V80	"Røyking reduserer spenning".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V81	"Det er vanskeligere å holde vekten for den som ikke røyker enn for den som røyker".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V82	"Jeg er engstelig for å gå opp i vekt hvis jeg slutter å røyke" R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



Dato: 5. DESEMBER 2003

SAMTYKKEERKLÆRING

Deltakelse i prosjektet ”*Graviders røykevaner i Aust-Agder; 2003-2004*”

Jeg har lest informasjonsskrivet vedrørende prosjektet, og sier meg herved villig til å være med i undersøkelsen ved at jeg fyller ut spørreskjemaet.

Jeg er innforstått med at alle opplysninger vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt etter gjeldende regler for forskning. Jeg er også kjent med at deltakelse i prosjektet er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen.

Jeg samtykker også i at jeg ved en senere anledning kan kontaktes dersom det blir aktuelt med en oppfølgingsundersøkelse.

.....
Sted

Dato

Underskrift av intervjuperson



HØGSKOLEN I AGDER
Fakultet for helse- og idrettsfag

Dato: 5. DESEMBER 2003

INFORMASJON TIL BARSELKVINNEN

Undersøkelse for å kartlegge gravides røykevaner Aust-Agder 2004

Etter henvendelse fra Fylkesmannen i Aust-Agder, helse- og sosialavdelingen til Høgskolen i Agder blir fra januar 2004 til og med desember 2004 gjennomført en spørreundersøkelse der hovedtema er *gravides røykevaner*. Samtlige barselkvinner med hjemstedsadresse Aust-Agder, både røykere og ikke røykere, som føder ved Sørlandet Sykehus, Arendal og Kristiansand bes fylle ut et spørreskjema.

Målet med undersøkelsen er å få relevant kunnskap om gravides røykevaner. Vi ber deg om å bli med i undersøkelsen.

Skjemaet fylles ut av deg selv, på barselavdeling, etter at du har født, men før hjemreise. Om du trenger hjelp til utfylling vil jordmor være behjelpelig. Forsøk å svar på alle spørsmålene.

Som du ser har spørreskjemaet et registreringsnummer. Det skal du skrive utenpå konvoluttet. Du får også en samtykkeerklæring som skal underskrives. *Både spørreskjemaet og den ferdig utfylte samtykkeerklæringen legges i konvoluttet som tapes igjen.* Det er bare prosjektlederne som har tilgang til datamaterialet, som oppbevares innelåst etter gjeldende regler for forskning. Materialet tilintetgjøres når undersøkelsen er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltdeltakere ut fra datamateriale. Opplysningene du gir er sikret full anonymitet. Taushetsplikten gjelder hele tiden både når spørreskjemaet behandles og ved publisering av resultatene.

Din deltakelse er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Dersom du velger å delta, ber vi deg skrive under på samtykke erklæringen.

Vennlig hilsen

Magnhild Høie

(Prosjektleder)

Tove Tveitå

(Prosjektleder)

Høgskolen i Agder
Fakultet for helse og idrett



HØGSKOLEN I AGDER
Avdeling for helse- og idrettsfag
Institutt for sykepleiefag

Til Jordmødrene

Serviceboks 604
4809 ARENDAL
Telefon: 37 00 40 00
Telefaks: 37 00 40 01
Org.nr.: 970 546 200 MVA

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 24. DESEMBER 2003

INFORMASJON TIL JORDMØDRENE

I forbindelse med en undersøkelse for å kartlegge gravides røykevaner i Aust-Agder 2004 trenger vi din hjelp.

Etter henvendelse fra Fylkesmannen i Aust-Agder, helse- og sosialavdelingen til Høgskolen i Agder, blir det fra 1/1- 04 til 31/12-04 gjennomført en spørreundersøkelse om gravides røykevaner. Samtlige barselkvinner med hjemmeadresse i Aust-Agder, både røykere og ikke røykere som føder ved Sørlandet Sykehus Arendal og Kristiansand, bes fylle ut et spørreskjema.

Mål med prosjektet er å identifisere faktorer som kan forklare hvorfor Aust-Agder ligger godt over fylkesgjennomsnittet for daglig røyking i svangerskapet. Skadevirkninger av røyking for barnet både i svangerskapet og etter fødsel er godt dokumentert, likeledes at mors helse påvirkes negativt av røyking. Statistikk for 2000 viser at 21 % av de gravide var dagligrøykere i begynnelsen av svangerskapet, mot et landsgjennomsnitt på 17,2. Hele 18,7 % var fortsatt dagligrøykere ved svangerskapets slutt, mot et landsgjennomsnitt på 12 %. Det er ingen andre fylker hvor det er så få som slutter å røyke i løpet av svangerskapet. Dette gir Aust-Agder fortsatt bunnotering, til tross for fremgang sammenliknet med 1999. Da viste tilsvarende undersøkelse at 26 % av de gravide var dagligrøykere i begynnelsen av svangerskapet og 24 % ved slutten (Medisinalmeldingen 2002).

Undersøkelsen skal gjennomføres på fødeavdelingen, etter fødsel, men før utskrivning. Vi håper at jordmødrene ved Sørlandet Sykehus vil være behjelpelig med gjennomføringen av undersøkelsen. Det er ønskelig å ha en kontaktperson ved avdelingene. Det er og ønskelig at en jordmor er med i en referansegruppe, som i tillegg vil bestå av en representant for fylkesmannen, helse- og sosialavdelingen, en representant for HIA og de to prosjektlederne. Undersøkelsen gjennomføres ved at kvinnene selv fyller ut et spørreskjema. Dette bør gjøres på et avskjermet sted. Om kvinnen har språkproblemer eller det av andre grunner er problemer ved utfylling kan det bli nødvendig at jordmor hjelper til. Utfyllingstid er ca. 20 minutter. Det er viktig at alle spørsmål besvares.

Spørreskjemaene har registreringsnummer ferdig utfylt, og gis, sammen med en samtykkeerklæring, fortløpende til alle før hjemreise og som samtykker i å delta i undersøkelsen. Prosjektlederne har ansvar for at det alltid ligger skjemaer i avdelingene. *Etter at spørreskjemaet er utfylt legges det sammen med den underskrevne samtykkeerklæringen i en lukket konvolutt som tapes igjen.* Registreringsnummeret skrives på utsiden. Disse oppbevares i en eske, på et lukket sted. Prosjektlederne henter konvoluttene etter hvert, og

utarbeider et navnerregister på bakgrunn av spørreskjemaer/ samtykkeerklæringer. Dette materialet oppbevares innelåst, etter gjeldende regler for forskning, og er kun tilgjengelig for prosjektlederne. Materialet destrueres når undersøkelsen er avsluttet. Datatilsynet og etisk råd har godkjent prosjektet.

Kvinnene som sier ja til å være med i undersøkelsen må få litt muntlig informasjon, deretter det skriftlige informasjonsskrivet og samtykke erklæringen, som underskrives før utfylling av skjemaet.

Vi håper på et godt samarbeid!

Vennlig hilsen

Magnhild Høie
Prosjektleder

Tove Tveitå
Prosjektleder

Høgskolen i Agder
Fakultet for helse og idrett

Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)

Høgskolelektor Tove Ingeborg Hasven Tveitå
Høgskolen i Agder
Institutt for sykepleiefag
4745 Bygland

Deres ref.: 28.08.02

Vår ref.: S-02213

Dato: 28.09.02

"Hvorfor røyker gravide kvinner i Aust-Agder?"

Prosjektleder: Høgskolelektor Tove Ingeborg Hasven Tveitå, Avdeling for helse og idrettsfag, Institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Agder

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 19. september 2002 og gjorde slikt vedtak

"Pasientinformasjon må starte med en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet.

Det må opplyses hvor lang tid det anslagsvis vil ta å fylle ut spørreskjemaet.

I setningen "Din deltakelse er helt frivillig" har man benyttet uttrykket "helt frivillig". Det er klart at man skal understreke overfor en pasient/forsøksperson at deltakelsen i studien er frivillig, men å legge til ordet "helt" i denne sammenheng virker unødvendig og kan gi inntrykk av at frivilligheten kan kvalifiseres. Det får i sammenhengen en viss karakter av overtalelse. Ordet "helt" bes derfor strøket, da frivilligheten er ivaretatt uten det. (Så mye for å forklare hvorfor komiteen fester seg ved noe som kan virke bagatellmessig).

Komiteen vil be om at formuleringen "uten å oppgi grunn" føyes til opplysningen om at man når som helst kan trekke seg fra prosjektet.

Komiteen forutsetter at det er gjort avtale med avdelingsjardmor eller avdelingsleder om gjennomføringen av prosjektet.

Under disse forutsetninger tilrår komiteen at prosjektet gjennomføres.

Komiteen vil gjerne bli informert om resultatet av studien (sluttrapport)."

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen
Sigurd Nitter-Hauge (sign)
Professor dr.med.
Leder


Ola P. Hole
Avdelingsleder
Sekretær



Sørlandet sykehus HF
FOU-avdelingen, Kristiansand

HELSE SØR

Saksbehandler: Berit Nordland

Vår dato
2004-01-08
Deres dato

Vår referanse
2003/002967 - S / 552
Deres referanse

Til Magnhild Høie og Tove Tveidå
HIA avd. helse og -idrettsfag
Boks 604
4809 Arendal

Gravidets røykevaner i Aust-Agder / spørreundersøkelse

Viser til brev av 05.12.03 med forespørsel om å gjennomføre datainnsamling på fødeavdelingene ved SSHF Kristiansand og Arendal.

Oppdragsgiver: Fylkesmannen i Aust-Agder
Målgruppe : Samtlige barselkvinner med hjemstedsadresse i Aust-Agder
Tidsperiode: ca 1 år med oppstart jan. 2004

SSHF stiller seg positiv til søknaden.
Det forutsettes at forskningsetiske retningslinjer og metoder følges.

Kontaktpersoner på fødeavdelingene:
Bente Melhus Kristiansand
Tove Adreassen Arendal.

Lykke til med undersøkelsen !

SSHF ber om å få undersøkelsen tilsendt når den er ferdig.

Med vennlig hilsen

Sørlandet sykehus HF

Berit Nordland
Spes. Konsulent FoU avd.

Kopi: Bente Melhus og Tove Andreassen

Postadresse Sørlandet sykehus HF FOU-avdelingen Serviceboks 416 4604 Kristiansand	Besøksadresse Eg 4615 Kristiansand	Telefon +47 38 07 44 00 Telefaks +47 38 07 44 03 Bankkonto 1644.06.08284	Administrasjonsadresse Sørlandet sykehus HF Serviceboks 416 4604 Kristiansand Telefon +47 38 07 44 00	Foretaksregisteret NO 983 975 240 MVA Hjemmeside www.sshf.no e-post postmottak@sshf.no
--	---	--	--	--



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER
Sosial- og helseavdelingen

Hjemmeside: <http://fylkesmannen.no/AA> E-post: postmottak@fm-aust-agder.no

HØGSKOLEN I AGDER	
Sak 01/1001 Ark. 01b.2	
Dot. 7	
12 JAN. 2004	
Avd. H1	Saksbeh. KSS

Kopi: ~~Linda Fløien~~
Birkvang
Tove T.
Magnhild H.

Høgskolen i Agder
 serviceboks 604

4809 Arendal

Deres ref.
 / 17.12.2003

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
 Sak nr. 2003/8881 / (2) AKT
 Ark. nr. 732.1

Dato
 08.01.2004

**PROSJEKT - GRAVIDES RØYKEVANER I AUST-AGDER - KONTRAKT MELLOM
 HØGSKOLEN I AGDER OG FYLKESMANNEN OM GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET.**

Vedlagt oversendes kontrakten mellom Høgskolen i Agder og Fylkesmannen i Aust-Agder om gjennomføring av prosjektet "Graviders røykevaner i Aust-Agder".

Vi ser frem til et positivt samarbeid ved gjennomføringen av prosjektet !

Med hilsen

Anne Kari Thomassen

Anne Kari Thomassen
 Rådgiver

Beredskaps- avdelingen	Justis- og byggesaks- avdelingen	Landbruks- avdelingen	Miljøvern- avdelingen	Sosial- og helse- avdelingen	Samordnings- enheten	Utdannings- og familie- avdelingen
e. postboks 604 4809 ARENDAL			Telefon:	37 01 73 00	Telefaks:	37 01 76 10

KONTRAKT OM EKSTERN FINANSIERING AV PROSJEKT

MELLOM

Fylkesmannen i Aust-Agder
(heretter benevnt som oppdragsgiver)

OG

Fakultet for helse- og idrettsfag

Høgskolen i Agder
(heretter benevnt som høgskolen)

1. Beskrivelse av prosjektet

Prosjektets tittel er "Gravides røykevaner i Aust-Agder". Prosjektet er beskrevet i vedlegg 1.

2. Kontraksperiode og fremdriftsplan

Prosjektperiode er fra 1.8.03 til 1.6.05.

3. Prosjektansvarlig

Prosjektansvarlig er Høgskolelektorene Magnhild Høie og Tove Tveitå ved Fakultet for helse- og idrettsfag.

4. Økonomi og betalingsbetingelser

Oppdragsgiver skal betale kr 180 000,- for prosjektet, iht budsjett i vedlegg 3.

Beløpet er overført Høgskolen i Agder med kr. 30 000,- i desember 01 og kr. 150 000,- i desember 02. Prosjektnr. 90481.

5. Rapportering

Ved avslutningen av prosjektet skal det utarbeides en rapport.

Oppdragsgiver skal motta 5 eksemplar av rapporten.

6. Publisering

Høgskolen og den enkelte prosjektmedarbeider kan publisere generelle vitenskapelige resultater fra prosjektet. Manuskripter som ønskes offentliggjort i løpet av prosjektperioden eller innen 3 måneder etter at oppdragsgiver har mottatt sluttrapport, skal forelegges oppdragsgiver/styingsgruppen til godkjenning. Ved publisering skal det fremgå at prosjektet er utført med midler fra oppdragsgiver.

7. Opphavsrett. Oppfinnelser

Oppdragsgiveren kan benytte materiale som er gjenstand for opphavsrett til bruk som naturlig knytter seg til oppdraget. Oppdragsgiveren skal påse at de prosjekansvarlige blir navngitt ved offentliggjøring av dette materialet.

Dersom oppdragsgiver på et senere tidspunkt ønsker å gjøre seg nytte av de rådata som innsamles i prosjektperioden, skal dette drøftes med HiA før evt. overdragelse skjer.

8. Ansvar

Høgskolen er ansvarlig for den faglige og praktiske gjennomføring av prosjektet.

Høgskolen fraskriver seg et hvert økonomisk ansvar dersom arbeidet ikke skulle føre frem til de forventede resultater. Høgskolen svarer ikke for tap som følge av avbrudd eller forsinkelse på grunn av sykdom o.l. årsaker.

9. Hemmeligholdelse

All informasjon om oppdragsgivers forretningsforhold o.l. som høgskolen i løpet av prosjektperioden får kunnskap til og som ikke er offentlig kjent, skal behandles konfidensielt inntil oppdragsgiver har gitt melding om det motsatte.

10. Eiendomsrett til utstyr

Alt utstyr som anskaffes ifm utførelsen av prosjektet blir vederlagsfritt høgskolens eiendom.

Utstyr som lånes ut av oppdragsgiver plasseres i høgskolen på oppdragsgivers risiko.

11. Oppsigelse

Hver av partene kan si opp/trekke seg ut av prosjektet med 3 måneders skriftlig varsel.

Dersom oppdragsgiver trekker seg ut av prosjektet, svarer han for alle utgifter i forbindelse med en hensiktsmessig avvikling av arbeidet. Dette gjelder også utgifter i tilknytning til de forpliktelser høgskolen har i forhold til tilsatte ved prosjektet.

Dersom høgskolen trekker seg ut av prosjektet, er oppdragsgiver ikke ansvarlig for utgifter som påløper etter oppsigelsesfristens utløp. Høgskolen er ikke ansvarlig for konsekvenstep.

12. Mislighold

Dersom en av partene misligholder sine forpliktelser etter denne kontrakten, kan den annen part kreve prosjektet stanset med 2 måneders skriftlig varsel.

Dersom oppdragsgiver misligholder kontrakten, svarer han for alle utgifter i forbindelse med en hensiktsmessig avvikling av arbeidet. Dette gjelder også utgifter i tilknytning til de forpliktelser høgskolen har i forhold til tilsatte ved prosjektet.

Dersom høgskolen misligholder kontrakten, er oppdragsgiver ikke ansvarlig for utgifter som påløper etter oppsigelsesfristens utløp. Høgskolen er ikke ansvarlig for konsekvenstep.

13. Force Majeure

Ingen av partene har misligholdt sine forpliktelser etter denne kontrakten dersom utførelsen av pliktene er blitt utsatt eller forhindret av force majeure. Varsel om force majeure skal skje uten ugrunnet opphold.

14. Tvister

Tvister som gjelder forståelsen av denne kontrakten, eller forhold som utspringer av kontrakten, skal søkes løst ved forhandlinger mellom partene. Dersom enighet ikke oppnås, skal tvisten avgjøres med endelig virkning ved voldgift etter reglene i rettergangslovens, kap. 32.

Denne kontrakt er utferdiget i 2 eksemplarer, ett til hver av partene.


For Høgskolen i Agder:

Arendal 16. desember 03



Magnhild Høie
prosjektansvarlig


Tove Tveitå
prosjektansvarlig



Kari Stoveland Sjurseth
fakultetsdirektør

For oppdragsgiver:

Arendal .. ~~desember 03~~
08.01.2004



Anne Sofie Syvertsen
fylkeslege Aust-Agder