



Avdeling for Folkehelsefag, Elverum

Stephanie Støen

Veileder: Cecilie Dangmann

Bacheloroppgave

«Snusbruk under svangerskap»

Antall ord: 12365

«Snuff- tobacco use during pregnancy»

Basy 2014

2017

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man

Først passe på å finne ham der hvor han er

Og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.

For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå

Mer enn ham, men dog først og fremst

Forstå de han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min

Merforståelse ham slett ikke. Vil jeg likevel

Gjøre min forståelse gjeldende, så er det

Fordi jeg er forfengelig og stolt, så jeg i

Stedet for å gavne ham egentlig vil beundres av ham.

Men all sann hjelpekunst begynner med en

Ydmykelse. Hjelperen må først og fremst

Ydmyke seg under den han vil hjelpe, og

Derved forstå at det å hjelpe ikke er å

Herske, men å tjene.

Dersom du ikke kan begynne således med

Et menneske at han kan finne en sann

Lindring i å tale med deg om sin lidelse, så

Kan du heller ikke hjelpe ham. Han lukker seg for deg,

Han lukker seg inn i sitt innerste – og prek du så for ham...

Innhold

Innhold

| | |
|--|----------|
| INNHold | 3 |
| NORSK SAMMENDRAG | 5 |
| 1.0 INNLEDNING: BEGRUNNELSE FOR VALG OG HENSIKT | 6 |
| 1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 7 |
| 1.2 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING..... | 7 |
| 1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING | 7 |
| 1.4 BEGREPSAVKLARINGER | 8 |
| 2.0. TEORI | 9 |
| 2.2 SNUS, MENGDE OG INNHold. | 9 |
| 2.2.1. <i>Snusbruk under svangerskapet</i> | 10 |
| 2.2.2 <i>Komplikasjoner ved snusbruk under svangerskap</i> | 10 |
| 2.2.2.1 <i>Preeklampsi</i> | 11 |
| 2.2.2.2. <i>Intrauterin veksthemming</i> | 11 |
| 2.2.2.3. <i>Prematur fødsel</i> | 12 |
| 2.2.2.4. <i>Placentaløsning</i> | 12 |
| 2.2.2.5. <i>Intrauterin fosterdød</i> | 12 |
| 2.3 JOYCE TRAVELBEES INTERAKSJONSTEORI | 12 |
| 2.3.1 <i>Mellommenneskelige forhold</i> | 13 |
| 2.3.3. <i>Kommunikasjon og samhandling</i> | 14 |
| 2.3.4. <i>Kommunikasjonsteknikk</i> | 14 |
| 2.3.5. <i>Kommunikasjonssvikt</i> | 15 |
| 2.3.6 <i>Empati, Sympati og medfølelse</i> | 15 |
| 2.3.7. <i>Etiske aspekter</i> | 16 |

| | |
|--|---------------|
| 2. 4. SYKEPLEIEREN | 17 |
| 3.0. METODE..... | 19 |
| 3.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE..... | 19 |
| 3.1.1. <i>Fordeler og ulemper ved litteraturstudier.....</i> | <i>19</i> |
| 3.1.2. <i>Forskningsetikk</i> | <i>20</i> |
| 3.1.3. <i>Litteratursøk.....</i> | <i>20</i> |
| 3.1.3.1. <i>Litteratur og kildekritikk.....</i> | <i>21</i> |
| 3.2. PRESENTASJON OG KRITIKK AV FORSKNINGSARTIKLER..... | 21 |
| 4.0. DRØFTING | 26 |
| 4.1. FAKTORER SOM FREMMER SNUSSLUTT | 26 |
| 4.3. FAKTORER SOM HEMMER SNUSSLUTT | 27 |
| 4.4. <i>Sykepleiefaglige utfordringer.....</i> | <i>28</i> |
| 4.4.1. <i>Motiverende intervju.....</i> | <i>29</i> |
| 4.4.3 <i>Kognitiv atferdsterapi.....</i> | <i>30</i> |
| 4.4.4. <i>Ambivalensutforskning.....</i> | <i>31</i> |
| 4.4.5. <i>Kompetanse.....</i> | <i>32</i> |
| 4.4.6. <i>Veiledning og informasjon.....</i> | <i>33</i> |
| 4.4.7 <i>sykepleierintervensjon</i> | <i>34</i> |
| 5.0. KONKLUSJON..... | 36 |
| LITTERATURLISTE | 37 |
| VEDLEGG: Pico skjema..... | 43 -44 |

Norsk sammendrag

Tittel: «Snusbruk under svangerskap»

Engelsk tittel: «Smokeless – tobacco use during pregnancy»

Hensikt: Jeg valgte dette temaet fordi forskningen de siste årene har kommet fram til at snusbruk under svangerskapet er mer helseskadelig enn røyk, og det er viktig for sykepleiere å ha både kunnskap om tema for å kunne forebygge, og fremme helse hos både mor og barn.

Problemstilling: «*Hvordan kan sykepleiere bidra til at kvinner slutter med snus under svangerskapet?*»

Metode: Jeg har valgt å bruke en litteraturstudie, basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og nyere forskning.

Resultat: Resultatene jeg fant var for det meste forskning som baserte seg på svangerskap og røykeslutt og ikke snusslutt, men ble relevant for problemstillingen likevel da fellesnevneren her var nikotinbruk og graviditet. De hjelpemidlene som var mest effektive ved nikotinslutt var ved å bruke nikotinerstatning, brosjyrer, og bilder i kombinasjon med regelmessige samtaler.

Konklusjon: Jeg kom fram til at kunnskap om selve tema og gode kommunikasjonsferdigheter innen samtaleteknikker, samt å kunne kartlegge og velge relevant verktøy tilpasset hver enkelt, er viktige faktorer for å få gravide til å slutte med snus. Andre viktige punkter jeg kom fram til var viktigheten av å ha en god relasjon til den gravide, og sykepleieren må kunne vurdere riktig metode for hvert enkelt tilfelle ved å først finne ut hvilke faktorer som fremmer og hemmer deres indre motivasjon til snusslutt.

1.0 Innledning: Begrunnelse for valg og hensikt

Jeg har hovedsakelig valgt å skrive om dette tema fordi det har de siste 10 årene vært en kraftig økning av snusbruk blant unge kvinner, der 23% er mellom 16- 24 år. Dette er tall fra 2013, og siden importen av snus har tredoblet seg fra 2004 - 2013 sier det noe om at forbruket også er økende (Folkhelseinstituttet, 2014). Fordi forskningen om helserisiko ved bruken av snus er forholdsvis nytt, er det heller ikke begynt å bli kartlagt før 2014 hvor mange som snuser under svangerskapet i Norge (Rygh, Gallefoss & Reiso, 2014). Det har blitt anslagsvis antatt at ca 20% av gravide fortsetter å snuse, enten pga røykeslutt, mangler kunnskap om helserisiko, eller opplever det som problematisk å slutte (Folkhelseinstituttet, 2014). Denne gruppen er også i en svært sårbar situasjon da nikotinbruk under svangerskap er gjerne tabubelagt og forbundet med mye skam, og dermed ekstra viktig å kunne vite noe om hvordan sykepleiere skal gå fram i forhold til informasjonsformidling (Abrahamson, 2005).

Først i 2015 begynte helsedirektoratet å kjøre kampanjer på snusbruk under svangerskapet, om helserisiko for fosteret og for mor (Helsedirektoratet, 2016). Forskningen de siste ti årene har vist at snusbruk under svangerskapet fører til stor risiko for redusert fødselsvekt, prematur fødsel, dødfødsel, apne, og antenatal blødning (Folkhelseinstituttet, 2014; Wikström & Stephansson, 2011, s. 1431-1433; Gunnerbeck, 2017). Befolkningen har bedre kunnskap om røyketobakk og alkoholbruk enn snus under svangerskapet, men siden forskningsresultatene ved bruk av snus ikke er mer enn 10 år gammel, er det behov for å fremme dette temaet hos andre sykepleiere. Dette for å bidra til å forebygge, og fremme god helse for både foster og barn.

Ved å belyse selve helserisikoen for fosteret, og øke kunnskapen rundt emnet for andre i samme fagfelt, er hensikten med oppgaven å finne en god sykepleiefaglig løsning på hvordan vi kan bidra til å kutte bruken av snus under graviditeten på lengre sikt. Dette med hjelp av gode samtaleteknikker som man kan anvende i kontakt med pasienter vi møter. Målet er å ha mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å hjelpe gravide til å slutte med snus uten at det går utover deres autonomi.

En personlig årsak til at jeg ønsker å skrive om dette er fordi jeg tenker å videreutdanne meg innen jordmor eller helsesøsterfaget etterhvert.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Jeg har utarbeidet følgende problemstilling for valgt tema i oppgaven:

«Hvordan kan sykepleiere bidra til at kvinner slutter med snus under svangerskapet?»

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til at dette dreier seg om unge kvinner fra seksuell lavalder og oppover fordi det er de som snuser mest, og fordi de er i aldersgruppen der de enten er mest fruktbare, eller begynner å stifte familie (Wikström, Cnattingius, Galanti, Kieler & Stephansson, 2010). Siden man som sykepleier møter gravide i flere sammenhenger enn fødeavdelinger og helsestasjoner velger jeg å fokusere på å se etter ulike kommunikasjonsformer, og eventuelt andre hjelpemidler som kan hjelpe denne gruppen med å slutte med snus. Jeg kommer til å skrive noe om komplikasjoner under graviditet og fosteret ved bruk av snus, og noe om senkomplikasjoner for barnet etter det er født. Samtidig kommer hovedfokuset til å handle om kommunikasjonsteknikk og mellommenneskelige forhold, slik at sykepleiere skal kunne veilede og hjelpe gravide på best mulig måte, uten å virke belærende eller lar det gå ut over deres rett til selvbestemmelse. Ved å bruke god samtaleteknikk skal pasienten klare å få en indre motivasjon, og komme fram til egne løsninger ved å slutte med snus. På grunn av at tematikken i seg selv har såpass stort omfang utelater jeg pårørende som ressurs i denne oppgaven.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i en teoridel og en drøftingsdel. I teoridelen har jeg valgt å først skrive om retningslinjer i forhold til svangerskapsomsorgen, den fysiologiske prosessen ved bruk av snus i forhold til hvordan det vil kunne påvirke fosteret, og senkomplikasjoner. Videre beskrives Joyce Travelbees teori og modell om mellommenneskelige forhold og begrepet eksistensialisme. Det kommer et eget kapittel om metode der jeg også introduserer de viktigste forskningsartiklene mine samt resultatene fra denne forskningen. Drøftingsdelen kommer til å bestå av flere

underkapitler med sykepleieteori, utfordringer for den gravide, hvordan sykepleieren kan hjelpe den gravide pasienten til å slutte med snus, og sykepleierens pedagogiske funksjon i å veiled, og avslutte med en konklusjon.

1.4 Begrepsavklaringer

Begrepet “unge kvinner” mener jeg kvinner i fruktbar alder, og vil omtales som “den gravide” eller hun. Jeg har valgt å unnlate å bruke ordet pasient fordi disse kvinnene er noe sykepleiere kan møte i alle sammenhenger. Sykepleieren omtales som “sykepleieren”. Motiverende intervju forkortes til “MI”.

2.0. Teori

Jeg skal belyse valgt problemstilling ved å presentere de ulike teoretiske emnene I dette kapittelet.

Helsedirektoratet (2005) har utarbeidet nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen som er beregnet på jordmødre, leger og gravide for å sikre et godt samarbeid, og for å ivareta den gravide – og fosteret på best mulig måte. Siden retningslinjene sist ble endret og utgitt I 2005 står det ikke mye om snusbruk under svangerskapet, men de frarådet den gravide fra å snuse, selv om det på den tiden var mer behov for ytterligere forskning innenfor det feltet i forhold til det vi vet i dag, men det står i retningslinjene at generelt all nikotineksponering kan gi alvorlige konsekvenser for både mor og barn (Helsedirektoratet, 2005).

2.2 Snus, mengde og innhold.

“Snus består av finmalte, mørke tobakksplanter tilsatt vann, fuktighetsbevarende stoffer, salter og smaksstoffer” (Norsk helseinformatikk, 2014)

Det er allmenkjent at nikotin fra røyk er helseskadelig. Ved innhalering tas nikotinet opp via blodbanen på 30 sekunder, mens snus er noe som er i munnhulen over lengre tid, fører dette da til en høyere konsentrasjon i blodbanen enn røyk, selv om snusen absorberes langsommere (Folkehelseinstituttet, 2015). Nikotinet brytes ned i leveren og skilles ut via urinveiene eller via morsmelken. Når en person gjennomsnittlig røyker 10 sigaretter per dag er det anslagsvis 10 mg nikotin som blir inntatt per dag hvis en røyk inneholder 1 mg. En porsjon snus varierer i innholdet på mellom 7-20 mg nikotin, og hvis man snuser 10 porsjoner per dag vil man da ha et daglig nikotininntak på mellom 70 – 200 mg (Folkehelseinstituttet, 2015).

Tobakksspesifikke nitrosaminer er kreftfremkallende stoffer som er naturlig i tobakksplanten, og som delvis produseres i ulik konsentrasjon avhengig av hvordan tobakksplanten blir behandlet etter innhøsting. Samtidig dannes det bl.a. metabolitter, såkalte nedbrytningsprodukter etter en kjemisk reaksjon med spyttet som gjør at nitrat i spyttet omdannes til nitritt (Folkehelseinstituttet, 2015; Stepanov, Jensen, Hatsukami & Hecht, 2008).

Andre helseskadelige stoffer som snus inneholder er krom, nikkel, polonium210, polysykliske aromatiske hydrokarboner, og aldehyder (Folkehelseinstituttet, 2015, s. 38; International Agency for research on cancer, 2007).

2.2.1. Snusbruk under svangerskapet

Totalt sett snuser ca 350 000 personer i Norge, der litt over halvparten snuser av og til. Av unge kvinner snuser rundt 7% (4% daglig og 3% av og til) (Folkehelseinstituttet, 2015). De siste 10 årene har snusbruken økt særskilt blant unge kvinner i aldersgruppen 16 – 34 år, der sosioøkonomisk status ikke har noe å si da dette er jevnt fordelt utover befolkningen (Rygh, Gallefoss & Reiso, 2014). En undersøkelse der det ble kartlagt snusbruk under svangerskapet blant kvinner i Agder viser til at snus har både blitt anbefalt som erstatning til røyk, og at det har vært lite informasjon vedrørende snus under svangerskap i forhold til røyk. Siden dette er en økende trend blant unge kvinner i fruktbar alder har det vært bekymring for at disse kvinnene ikke vil klare å slutte når de blir gravide (Rygh, Gallefoss & Reiso, 2014). Det er fortsatt ukjent i hvor stor grad gravide slutter, men i Agder begynte de å kartlegge snusbruken blant gravide mellom 2012-2014, og fra 2014 begynte snusbruken å bli kartlagt på fødeavdelinger over hele landet, dette etter at folkehelseinstituttet publiserte helserisiko ved bruk av snus (Rygh, Gallefoss, & Reiso, 2014; Folkehelseinstituttet, 2014). I hovedsak har det vært uttrykt bekymring om pga denne økende trenden blant kvinner, vil det også være flere gravide på lengre sikt som snuser (Rygh, Gallefoss, & Reiso, 2014). Geir W. Jacobsen, medisinsk redaktør for tidsskriftet, og professor ved NTNU uttalte seg i en artikkel i forhold til undersøkelsen i Agder der han sier at det er fortsatt flere som bruker andre former for tobakk enn av de som bruker snus, og har sålangt ikke blitt et folkehelseproblem (Jacobsen, 2016). Det er altså ikke blitt kartlagt lenge nok til å ha et konkret tall på nøyaktig hvor mange gravide som snuser i dag. Helsedirektoratet (2005) har utarbeidet nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen som er beregnet på jordmødre, leger og gravide for å sikre et godt samarbeid, og for å ivareta den gravide – og fosteret på best mulig måte. Siden retningslinjene sist ble endret og utgitt i 2005 står det ikke mye om snusbruk under svangerskapet, men de frarådet den gravide fra å snuse, selv om det på den tiden var mer behov for ytterligere forskning innenfor det feltet, men det står i retningslinjene at generelt all nikotinesponering kan gi alvorlige konsekvenser for både mor og barn (Helsedirektoratet, 2005).

2.2.2 Komplikasjoner ved snusbruk under svangerskap

Forskningen har de siste 10 årene stadfestet at snusbruk under svangerskapet er knyttet opp mot og gir større risiko for preeklampsi, intrauterin veksthemming for fosteret, prematur

fødsel, morkakeløsning, og intrauterin fosterdød enn ved røyk (Wikström, Cnattingius, Galanti, Kieler, & Stephansson, 2010; Wikström & Stephansson, 2011). Hovedårsakene til dette er fordi snus inneholder en tilsvarende eller mye høyere nikotinkonsentrasjon enn røyketobakk (Gunnerbeck, 2017). Nikotinet blir som tidligere nevnt tatt opp via blodbanen som fører til mindre oksygen i blodomløpet, og passerer direkte til fosteret (Wikström & Stephansson, 2011).

2.2.2.1 Preeklampsi

Ved preeklampsi har kvinner vedvarende hypertensjon etter svangerskapsuke 20, og proteinuri på minst 0,3 g i løpet av ett døgn. Den naturlige kardilitasjonen i åreveggene til placenta forhindres ved at årene trekker seg sammen som hindrer optimal blodtilførsel til fosteret (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Hemoglobinverdiene vil stige og blodvolumet øker ikke slik det skal, og fører dermed til hypertensjon. Dette fører til endotelskade, lavere gjennomstrømming av blod, og resulterer til mindre oksygentilførsel til flere organer (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Alvorlig skade fører til dårlig tilvekst for fosteret, og øker risikoen for placentaløsning og intrauterin fosterdød grunnet placentasvikten (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011, s.422). Preeklampsi er den mest ledende årsken til død hos både mor og foster, og nyere forskning forteller oss at snusbruk fører til en større risiko for dette i forhold til røyk. Eneste måten å «kurere» preeklampsi på er ved å forløse fosteret (Wikström, Stephansson & Cnattingius, 2010). Preeklampsi er også den vanligste grunnen til for tidlig induksjon av fødsel så tidlig som 24 – 26 svangerskapsuke (Grønseth & Markestad, 2011).

2.2.2.2. Intrauterin veksthemming

Siden nikotinet fra snus gir så stor konsentrasjon til blodet i forhold til nikotin fra røyk, vet man at dette bidrar til å redusere oksygentilførselen i blodomløpet, og til den grad at det fører til redusert placentafunksjon som igjen kan føre til intrauterin veksthemming, ved at fosteret ikke får i seg tilstrekkelig med nødvendige næringsstoffer (Folkehelseinstituttet, 2014). Konsekvensen av intrauterin veksthemming hos fosteret er at det blir underutviklet og kan føre til intrauterin fosterdød. 10 – 15% av alle svangerskap på landsbasis utredes for dette (Ebbing, Acharya, Sitras, Helbig & Husby, 2016; Gunnerbeck, 2017).

2.2.2.3. Prematur fødsel

Prematuritet er definert som fødsel før svangerskapsuke 37. premature barn med lav fødselsvekt har stor risiko for komplikasjoner etter fødselen. Underutviklede lunger som fører til respirasjonsproblemer, infeksjoner og blødninger, samt synshemming, cerebral parese eller ulik grad av psykisk utviklingshemming kan være senfølger (Ørn, Mjell & Bach – Gansmo, 2011). En ny studie har også vist at snusbruk under svangerskapet gir en stor risiko for ekstrem prematuritet hos barnet, sammenlignet med bruk av røyk under svangerskapet (Gunnerbeck, 2017).

2.2.2.4. Placentaløsning

Ved placentaløsning, løsner morkaken seg fra uterinveggen som medfører blødning der fosteret mister blodtilførselen. Komplikasjoner som oppstår ved full placentaløsning er koagulasjonsforstyrrelser hos mor, og fosterdød (Ørn, Mjell & Bach – Gansmo, 2011; Gunnerbeck, 2017).

2.2.2.5. Intrauterin fosterdød

Risikoen for intrauterin fosterdød er stor ved snusbruk under svangerskapet. Nikotin påvirker ikke bare blodomløpet, men hormoner som vasopressin, Veksthormon, endorfiner og adenokortikotrop hormon. Det viser seg at når fosteret får i seg de konsentrasjonene som snus gir, er det 15% større dødelighetsrisiko for fosteret i forhold til den gravide (Wikström & Stephansson, 2011; Gunnerbeck, 2017).

2.3 Joyce Travelbees interaksjonsteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk sykepleierteoretiker med utgangspunkt innen psykiatrisk sykepleie, og som utviklet mellommenneskelige forhold i sykepleien, en modell som ble presentert i en bok hun utga med samme tittel. Hun var svært opptatt av at sykepleieren skulle bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2012).

Hennes definisjon på sykepleie var

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ., en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2007).

For at sykepleieren skal kunne utføre jobben sin er en god relasjon nødvendig å ha med pasienten for å kunne utøve god sykepleie, og for å oppnå dette må sykepleieren ha tilstrekkelig med kunnskap, og samtidig ha en terapeutisk funksjon (Travelbee, 2014; Kristoffersen, 2012).

Jeg har valgt Travelbees interaksjonsteori fordi den er relevant i forhold til valgt problemstilling, og setter fokus på det relasjonsmessige mellom sykepleier og pasient.

2.3.1 Mellommenneskelige forhold

Travelbee definerer et menneske – til menneske forhold slik, og mente at det var to viktige punkter som kjennetegnet en profesjonell sykepleier, det mellommenneskelige og det å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee,2014);

Travelbee hentet sitt eksistensialistiske tankesett fra den danske eksistensialistfilosofen Søren Kierkegaard. Eksistensialisme er det motsatte av determinisme som betyr at alt er årsaksbestemt (Tjønneland, 2015). Eksistensialisme handler derimot om at hvert enkeltindivid alltid står overfor valg og konflikter, er ansvarlig for egne handlinger på godt og vondt, og at man skal på egenhånd klare å finne en løsning på ens problem (Travelbee, 2014). I tillegg er hovedfunksjonen i sykepleietjenesten pasientens helse, livskvalitet og mestring sentrale mål (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012). Når den gravide har valgt å bære fram et barn har også sykepleieren et ansvar ved å også ivareta fosteret, og det blir ekstra utfordrende fordi fosteret er det som er det mest sårbare, fordi det ikke har noe å kunne forsvare seg med. Det store dilemmaet jeg ser i forhold til dette er at mors autonomi skal ivaretas samtidig som fosterets sine behov for å kunne utvikle seg normalt og få best mulig forutsetninger for en god start på livet også skal ivaretas.

Med dette i bakhånd mener jeg dette tankesettet er relevant når man skal hjelpe en gruppe kvinner som er i en svært sårbar situasjon da nikotinbruk under svangerskap er gjerne tabubelagt og forbundet med mye skam (Abrahamson, 2005).

Med dette som grunnlag vektlegger Travelbee viktigheten med en god etablering av relasjon til pasienten, sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk, og samtidig ha evne til problemløsning (Kristoffersen, 2012; Travelbee, 2014). Når det snakkes om det mellommenneskelige forholdet så mener hun i bunn at sykepleieren skal ha fokus på pasientens opplevelse av å være avhengig av snus og være gravid (Kristoffersen, 2012). Hun

mente at for at pasientens behov skulle bli ivaretatt var å bruke en disiplinert og intellektuell framgangsmåte, altså den kunnskapen og innsikt innen det naturvitenskapelige og det sykepleiefaglige. Med dette i bunn skal man som sykepleier kunne ivareta behovene til den gravide på en kreativ og intelligent måte (Travelbee, 2014). Hun beskriver i sin bok om 3 faser for å kunne danne et menneske – til menneske- forhold;

1. Empatifasen
2. Akseptasjonsfasen:
3. Sympati og medfølelsesfasen

2.3.3. Kommunikasjon og samhandling

«Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske – til- menneske forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2014, s.135).

Å kunne ha en god kommunikasjon, og for å kunne etablere en relasjon basert på tillit med den gravide er det mellommenneskelige forholdet essensielt. Hun mente at kommunikasjonsferdighetene kunne vurderes ut ifra hvordan sykepleieren er i stand til å samhandle og kommunisere, for at man da kan bli kjent med pasienten, observere og ivareta pasientens behov, og nå sykepleierens hensikt (Travelbee, 2014, s.150.).

2.3.4. Kommunikasjonsteknikk

Det menes at kommunikasjonsteknikker er hjelpemidler som er brukt målrettet i interaksjon mellom sykepleier og pasient situasjoner, som er nyttige hvis de blir brukt med sunn fornuft (Travelbee, 2014).

Hun delte opp dette i fire punkter;

Overgangsfraser: åpne utsagn med ulike tonefall og i kombinasjon med nonverbal kommunikasjon, eller spørsmål som oppfordrer pasienten til å fortsette å snakke (Travelbee, 2014).

Speiling eller parafrasering: Parafrasering er å gjenta ord eller utsagn som pasienten sier ved å gjenta det som blir sagt i spørsmålsform. Speiling består i å sette ord på følelser og inntrykk

man får fra pasienten ut ifra kroppsspråk og det som blir sagt, og på så måte åpner det for at pasienten kan snakke mer om egne følelser (Travelbee, 2014).

Deling av sanseinntrykk med pasienten: det oppfordres at sykepleieren deler med pasienten hva som blir lagt merke til, ved å starte med å speile pasienten og stille et spørsmål i forhold til det, virker ikke dette kan sykepleieren fortelle hva hun tenker, og etter det hva sykepleieren føler (Travelbee, 2014).

Bruk av klisjeer: en klisje er definert som «automatiserte spørsmål eller svar» som kommer på refleks (Travelbee, 2014, s. 157). Travelbee mener at dette skal bevisst brukes av sykepleieren, for at pasienten skal kunne merke at sykepleieren er oppriktig interessert i hvordan pasienten har det (Travelbee, 2014).

2.3.5. Kommunikasjonssvikt

Det er flere årsaker til at svikt i kommunikasjon mellom sykepleier og den gravide pasienten oppstår. Travelbee (2014) skrev om noen hovedårsaker til svikt i det mellommenneskelige forholdet, og som er svært relevant i forhold til valgt problemstilling.

1. Pasienten blir ikke oppfattet som et unikt individ, på grunn av forutinntatte holdninger eller stereotypier. (Travelbee, 2014).
2. Budskapet kan få en annen betydning når sykepleieren svarer uten å tenke seg godt nok om i forhold til hva som blir sagt (Travelbee, 2014).
3. Manglende lytteevne fra en eller begge parter.
4. Ukritisk bruk av verdiutsagn kan stenge av pasientenes videre utdypninger i forhold til en gitt situasjon. (Travelbee, 2014).
5. Ubevisst bruk av klisjeer fører til kommunikasjonssvikt ved at den gravide ikke føler hun får lov til å utforske følelsene sine rundt situasjonen.
6. Anklagelser eller bebreidelser som fører til at den gravide føler seg dum eller fordømt (Travelbee, 2014).

2.3.6 Empati, Sympati og medfølelse.

Pasientgruppa temaet omhandler en svært sårbar kvinnegruppe der skam og skyldfølelse er knyttet opp mot bruk av nikotin mens de skal bære fram et barn (Abrahamsson, Springett,

Karlsson, Håkansson & Ottosson, 2005). På grunn av dette er tre svært viktige begreper innen sykepleien viktig å fokusere på i samhandling med denne pasientgruppa.

Med empati mener jeg altså evnen til å sette seg inn i, og ta del i den gravides individuelle opplevelse av situasjonen og forstå hvordan pasienten har det. (Kristoffersen & Nortvedt, 2012; Travelbee, 2014). Å ha sympati for pasienten innebærer at sykepleieren er i stand til å føle den gravides følelsesmessige tilstand og situasjon, og deretter ha en oppfatning av årsaken samt kunne se hvordan atferden kan utspille seg på det grunnlaget (Kristoffersen, 2012). Medfølelse er når sykepleieren føler hvordan den gravide har det og da selv kjenner en sterk trang til å hjelpe pasienten gjennom livsstilsendringen. Som sykepleier er viktigheten at empatibiten er på plass da det ellers blir en utfordring å utvikle medfølelse og sympati uten den første delen tilstede, og vil komme mellom det mellommenneskelige forholdet sykepleieren prøver å opprette for å motivere den gravide til å slutte med snus (Travelbee, 2014).

2.3.7. Ethiske aspekter

Siden det er spesielle hensyn sykepleieren må ta når hun skal hjelpe den gravide med å slutte med snus er det en del etiske og moralske aspekter knyttet til dette. Travelbee definerte sykepleierrollen som en «mellommenneskelig prosess» nettopp på grunn av at det enten direkte eller indirekte handler om mennesker. Sykepleie er også en prosess fordi det er erfaringer og serier av hendelser som oppstår mellom sykepleieren og de ulike individene underveis (Travelbee, 2014). Travelbee hadde teorien sin ut ifra et eksistensielt filosofisk tankesett der hun mente at hvert enkeltindivid var ansvarlig for egne valg og handlinger, samtidig som at det var særs viktig å bevare deres autonomi (Travelbee, 2014). Dermed hadde hun ulike punkter for hvordan man best mulig kan klare å nå inn til pasienten uten å bryte dette kommunikasjonsmessig, samtidig som man skal vise empati, sympati og ha aksept for vedkommende (Travelbee, 2014). Hoveddilemma i forhold til problemstillingen blir hvordan gå fram på en respektfull, empatisk måte, men samtidig også være en «stemme» for det ufødte barnet. For at man skal kunne være begge deler må hensynet til den gravide tas med, samtidig at sykepleieren også må informere den gravide om helserisikoen hun utsetter barnet ved å fortsette med snus. Immanuel kants pliktetikkk går inn under dette dilemmaet som kan rettferdiggjøre sykepleierhandlingen; «Handle alltid slik at regelen eller maksimen for din handling kan gjøres til allmenn lov» (Brinchmann, 2012, s. 59). Dette var formuleringen av det kategoriske imperativ som handler om at man alltid skal handle ut i fra det som gagnar

flertallet/samfunnet, uavhengig om det er etisk rett for vedkommende eller ikke (Brinchmann, 2012). På lang sikt gagner dette samfunnet ved at færre gravide snuser, fordi det fører til en friskere befolkning, som da blir mer produktive, og sparer inn på økonomi i forhold til helsetjenester. Med dette har da også sykepleieren et moralsk ansvar, men en motpol til det kategoriske imperativ er det viktig å ha i bakhodet at det er like viktig å handle etisk riktig til tross for at det blir risiko for andre konsekvenser (Brinchmann, 2012) Som sykepleier som skal ta i bruk kommunikasjonsverktøy ut ifra et eksistensialistisk verdisyn, samt at en innehar en oppgave om å formidle kunnskap innen det rent faglige, slik det når fram hos den gravide, kan oppleve en del utfordringer underveis, noe jeg tar opp i drøftingen. Det kan være en tøff prosess å slutte med snus under svangerskapet på grunn av de hormonelle forandringene, og stressrelaterte hendelser i hverdagen, og det er allerede blitt bevist at røykeslutt under svangerskapet er svært vanskelig å oppnå (Gunnerbeck, 2017). Skal den gravide slutte med snus som har en høyere nikotinkonsentrasjon enn røyk vil hun måtte takle abstinensplager og svangerskapsrelaterte plager samtidig, og dette er viktig at sykepleieren viser forståelse og har sympati for (Travelbee, 2014). Helsedirektoratet (2005) fraråder gravide å snuse med tanke på helseisiko og som sykepleier er vi dermed pliktige til å informere om dette, men på en hensynsfull måte da den gravide kan føle både skyld, skam og samtidig ville det beste for barnet, men er nikotinavhengig. Det finnes heller ikke direkte forskning på hvordan sykepleiere kan motiverer gravide til å slutte med snus, derimot er det mange studier om gravide og røykeslutt, så forskningen jeg anvender er stort sett om røykeslutt, men like relevant ved snusslutt på grunn av fellesnevneren nikotin. (Wikström, Cnatingius, Galanti, Kieler & Stephansson, 2010; Wikström & Stephansson, 2011).

2. 4. Sykepleieren

Sykepleierens rolle er tydelig her. Vi vet at vår jobb er å ivareta den gravide og barnet hun bærer fram, veilede, informere og undervise for at den gravide skal kunne foreta forebyggende og helsefremmende valg (Kristoffersen, 2012). I helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) står det også at «den gravide bør få informasjon og støtte som gjør henne i stand til å ta informerte avgjørelser». Det betyr at vår oppgave blir å intervensere hos den gravide som snuser, men at det er behov for effektive samtaleteknikker og verktøy, men som ikke overskrider den gravidens autonomi og medbestemmelsesrett. For når hver enkelt person er et særegent individ som har individuell behov for veiledning er det viktig at sykepleieren er i stand til å danne en tillitsfull relasjon i møte med den gravide, da uten dette

så vil ikke sykepleieren kunne oppnå sin hensikt, nettopp det å hjelpe den andre til endring (Travelbee, 2014).

3.0. Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med til arsenalet av metoder.” (Aubert, V., 1985, s. 196).

3.1. Litteraturstudie som metode.

Litteraturstudie som metode er basert på forskning og litteratur som allerede har blitt analysert, bearbeidet og publisert (Dalland, 2012).

Dalland (2012) forklarer at en litteraturstudie er delt i to, kvalitativ - og kvantitativ metode. Begge metodene hjelper en å forstå samfunnet vi lever i, men det er to ulike fremgangsmåter. Kvantitativ metode tar sikte på data i form av grafer, søyler og diagrammer – altså målbare enheter, mens kvalitativ metode tar for seg det som ikke er målbart i form av mening og opplevelse (Dalland, 2012, s. 112). Jeg har valgt å bruke mest kvalitativ forskning fordi problemstillingen min krever mer dybde og helhet enn bare statistikk for å løses, samtidig som det gir meg mer fleksibilitet til svaralternativer under drøftingsdelen, noe som også Dalland (2012) påpeker. Samtidig er noe av forskningen jeg fant også kvantitative studier for å få statistikk for å bygge opp under problemstillingen og teorien. Med dette mener jeg at jeg anvender forskning som får fram personenes følelser knyttet opp mot nikotinslutt, da opplevelsene er subjective. Jeg fant heller ingen forskning knyttet direkte opp mot snusslutt, men siden røykeslutt er det jeg fant mest om er pasient og helsepersonellens opplevelser kring nikotinslutt det nærmeste jeg kunne komme i forhold til valgt problemstilling.

3.1.1. Fordeler og ulemper ved litteraturstudier

Det er fordeler og ulemper ved litteraturstudier. Fordelene etter egen erfaring er at jeg fant gode løsninger på valgt problemstilling. Andre fordeler jeg merket meg var at jeg fikk en god oversikt og innsikt i hva slags forskning som finnes ute i feltet innenfor valgt tema, og hvor tilgjengelig den er. Ulempen er derimot at forskningsresultatene ikke alltid er like pålitelige da forfatterne av artiklene selv har valgt ut den forskningen som er mest relevant for sine tema, da de har valgt ut det som besvarer deres problemstilling slik som jeg også har gjort i min oppgave. (Dalland, 2012). For å sikre mest mulig objektivitet har jeg valgt ut ulike artikler

med ulike perspektiv for å sammenligne disse og forholdt meg kritisk til framgangsmåtene som har blitt brukt, og vurdert om det er holdbart nok til å foreta en konklusjon ut fra.

3.1.2. Forskningsetikk

Det er diverse etiske sider ved litteraturstudier en må ta hensyn til. Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for korrekt og etisk forskning skal foregå uten at fusk skal forekomme (Forsberg & Wengstrøm, 2008). Jeg har dermed ansett det som viktig å gjengi det forfatterne skriver på riktig måte, samt brukt referanser og kildehenvisninger nøye i hele oppgaven

For å unngå plagiat, og for å respektere andre fagpersoners verker er det svært viktig at navnene deres blir referert til etter at forskningen blir presentert i oppgaven som leder til selve drøftingen (Dalland, 2012). Dette for å ikke ta æren for det som allerede er forsket fram til av andre. I følge helsinkideklarasjonen skal forskning inneholde en del krav til vitenskapelig fremgangsmåte, og personalets vitenskapelige kvalifikasjoner, der man skal ta mest hensyn til helsen og integriteten til forsøkspersonene, istedetfor forskning og samfunn (Den norske legeforening, 2014, Dalland, 2012). Det må også søkes til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk hver gang det skal foretas en studie på personer som godkjenner dette først (Dalland, 2012). De artiklene jeg har valgt ut har alle blitt godkjent innenfor etisk komite.

3.1.3. Litteratursøk

I oppgaven har jeg anvendt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur.

For å finne forskningsartikler har jeg anvendt søkemotorene Cochrane library, pubmed og cinahl ved hjelp fra høgskolens bibliotekdatabase. Søkeord jeg har brukt er “snuff use and pregnancy”, “smokeless tobacco and pregnancy”, “snus og svangerskap”, “komplikasjoner med snusbruk/complications by using smokeless tobacco”, “Motivational interviewing”, “Gravide og livsstilsendring”, “gravide og røykeslutt”, “gravide og motivering” og “nicotine and antenatal care”. De valgte databasene har bakgrunn innen medisinsk, helse – og sykepleiefaglige felt, både nordiske og internasjonale databaser. Jeg fant ingen forskning knyttet direkte opp mot snusslutt foruten noen nasjonale retningslinjer, men siden røykeslutt er det jeg fant mest om og er det det nærmeste jeg kunne komme i forhold til valgt problemstilling, er artiklene mine mest om røykeslutt. Jeg synes røykeslutt og snusslutt kan

oppleves på samme måte da begge deler fører til nikotinavhengighet som er selve fellesnevneren.

Med dette har jeg anvendt forskning som får fram personenes følelser knyttet opp mot nikotinslutt, da opplevelsene er subjektive. Har også fokusert på helsepersonellens opplevelser I tillegg til pasientenes opplevelser knyttet til det å fremme nikotinslutt.

Jeg har for det meste nyere forskning fra 2011 – 2014, men også noe litt eldre enn det fordi det er relevant for problemstillingen. Søkeord og mesh termer kommer i picoskjema som eget vedlegg. Pico skjema er en metodebeskrivelse som viser hvordan jeg har funnet fram til det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for hele oppgaven, og skal sikre kvaliteten på den (Helsebiblioteket, 2015). Mesh termer “Medical Subject Hearings” er et emneordssystem for å lettere kunne gjenfinne referanser som blir brukt innen medisins og helsefag (Helsebiblioteket, 2017).

3.1.3.1. Litteratur og kildekritikk.

Det er viktig å forholde seg kritisk til hvilke kilder man finner, da ikke alt er holdbart eller relevant for oppgaven.

Kildekritikk innebærer at man skal vurdere og karakterisere den litteraturen som er anvendt, og hensikten er at leseren skal kunne forstå hvilke refleksjoner jeg har gjort meg i forhold til relevans og troverdighet når problemstillingen blir belyst (Dalland, 2012, s.72).

Det er vanlig å strukturere forskningsartikler ved bruk av IMRad, som står for introduksjon, metode, resultat, og diskusjon. Ved bruk av denne struktereringen blir forskningsartiklene lest mer effektivt og dette har jeg også gjort for å gjøre framgangsmåten min så tydelig som mulig (Dalland, 2012).

Det er ikke gitt noen kriterier fra skolens retningslinjer i forhold til hvor gammelt selvvalgt litteratur som anvendes i oppgaven skal være, men jeg har valgt å bruke noe som er eldre enn fem år, fordi det har en sykepleiefaglig relevans til oppgaven, og gjelder like mye nå i dag.

3.2. Presentasjon og kritikk av forskningsartikler

Her kommer en kort presentasjon av de 4 viktigste artiklene som jeg ønsker å belyse i problemstillingen min. Alle er bygd opp via IMRad strukturen. Jeg valgte to forskningsartikler

med pasientperspektiv, en artikkel med sykepleieperspektiv og en systematisk forskningsartikkel som viser effekten av ulike kommunikasjonsformer brukt alene, eller i kombinasjon med andre hjelpemidler. Jeg ønsket å få fram både sykepleier og pasientperspektivet i denne oppgaven fordi det er høyst relevant i forhold til selve relasjonsbyggingen og for å se om jeg fant likheter/ulikheter i begge synspunkter for å finne et svar på problemstillingen. Jeg valgte kun en systematisk forskningsartikkel som i utgangspunktet kun baserer seg på kognitive terapier, men det ble sammenlignet effekten i forhold til andre kommunikasjonsmetoder som MI som også ble godt forklart i artikkelen, og har dermed valgt å ikke ta med en femte artikkel.

1. «Give it up for the baby: Outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive Scheme for pregnant women». (Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013)

Hensikt: Hensikten med studiet var å bruke incentiver, altså faktorer og belønninger som motiverer folk til handling for å fremme røykeslutt hos gravide. Studien evaluerte utfallene i forhold til røykeslutt og hvilke motivasjonsfaktorer som bidro til dette.

Metode: De brukte gravide røykere mellom 2007 – 2009, der det ble samlet inn data på antall forsøk på røykeslutt, antall belønninger som motivasjon, og åndedrettstester for å måle karbon monoksid nivå. De brukte også dybde intervjuer på disse kvinnene for å få fram deres personlige opplevelser rundt dette.

Kritikk: Denne artikkelen er også basert kun på gravide røykere, ikke snusbrukere, men er likevel relevant for problemstillingen jeg har valgt. Denne studien pekte også på viktige markører som fikk fram de gravidens personlige tanker kring røykeslutt og viste hvilke motivasjonsfaktorer som var størst. Jeg synes dette studiet gir et godt bilde på selve pasientperspektivet, noe jeg ønsker å belyse i drøftingen.

Resultater: Sluttratene blant kvinnene var på 54% etter fire uker, 32% etter tolv uker, og 17% tre måneder etter fødselen. Kvinnene som bodde i bedre strøk mestret røykeslutt bedre og finansielle motivasjonsfaktorer veide tyngst for å få kvinnene

til å møte opp til sesjonene. Derimot viste det seg at kvinner med lavere inntekt og som bodde i dårligere strøk hadde mindre effekt av finansielle former for belønninger.

2. "Some lessons from Swedish midwives experiences of approaching women smokers in prenatal care" (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005).

Hensikt: Hensikten med dette studiet var å undersøke om hvilke metoder jordmødre anvendte for intervensjon av gravide røykere som var mest effektiv for å hjelpe de å slutte med røyk under svangerskapet.

Metode: Dette er en kvalitativ studie basert på intervjuer av tjuefire jordmødre som jobbet jevnlig innen svangerskapsomsorgen, og ble spurt ut om hvordan de adresserte gravide som røykte.

Kritikk: denne studien er relevant i forhold til problemstillingen da det handler om hvordan man kan motivere gravide til å slutte med nikotin, men denne studien tar kun for seg røykeslutt og ikke snusslutt. Synes 24 intervjuobjekter kan være for lite til å stadfeste et resultat, men var likevel det eneste jeg fant.

Resultater: Konklusjonen med dette studiet viste hvordan de adresserte temaet røykeslutt hos gravide kvinner, og utfordringene knyttet til å være ekspert som gir råd og veiledning til å bli eksperter på hvordan få kvinnene til å forstå selv hvorfor de startet å røyke, og hvordan de selv klarer å slutte med det. De fant ut at informasjon av helserisiko ble best mottatt ved å ha en gjensidig god dialog og godt samarbeid var hovednøkkelen. For å få til dette fant de også ut at de skulle gå ut ifra de gravidens individuelle perspektiv og tanker – og på så måte førte dette til tanker om røykeslutt mens den gravide snakket. MI var en samtaleteknikk noen av jordmødrene benyttet seg av og viste hadde en effekt.

3. «Womens perspective on smoking and pregnancy and graphic warning labels».

(Levis, Stone – Wiggins, O'hegarty, Tong, Polen, Casset, & Council, 2014).

Hensikt: Hensikten var å finne ut av hvilke kunnskaper, holdninger, og meninger kvinner i fruktbar alder knyttet til røyking under svangerskap, og hvilke helserelevante risiko som gir mest motivasjon for å slutte.

Metode: dette er en kvalitativ studie der det ble utarbeidet tolv fokusgrupper i fruktbar alder som røykte.

Kritikk: Dette er relevant da man får innsikt i motivasjonsfaktorer til kvinner knyttet opp mot svangerskap og nikotin, og gir en indikasjon på hvilke faktorer som motiverer til snusslutt under svangerskap grunnet de samme konsekvensene som ved røyking. Synes dette studiet var såpass stort og bredt at jeg synes kvaliteten er god nok for å finne svar på valgt problemstilling.

Resultater: Resultatene fra dette studiet viste at deltagerne hadde moderate til lite kunnskap om helserisiko knyttet til røyking under svangerskapet, og mange anså det som greit å røyke første trimester før de var klare over at de var gravide. De gravidenes persepsjon og mottakelighet i forhold til helserisiko var lav, og de fant ut at ved å vise til de alvorligste konsekvensene som f. eks. dødfødsel via bilder og informasjonsbrosjyrer fremkalte sterke reaksjoner, og var en av de få motivasjonsfaktorene som hjalp til røykeslutt. Dette da særskilt hvis de viste bilder av ekte babyer. Konklusjonen deres var at informasjon ved bruk av bilder og brosjyrer som viste risikoene kunne ha en effekt på røykeslutt hos gravide.

4. «Kognitive terapier for røykeslutt: en systematisk oversikt. (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017).

Hensikt: Dette er en systematisk oversikt for å finne ut av hva slags effekt kognitiv atferdsteori har på voksne personer over 18 ved røykeslutt i forhold til andre intervensjonsmetoder.

Metode: De brukte et systematisk søk i totalt 5 databaser etter randomiserte, eller klynge - randomiserte studier. De sammenlignet med andre studier i fulltekstartikler som vurderte effekten av andre kognitive terapiformer som blir brukt ved røykeslutt og ingen tiltak, og oppsummerte resultatene ved metaanalyser, samt presenterte tallene i tabeller og diagram.

Kritikk: Denne studien er kun rettet mot røykeslutt og ikke snus, samt at gruppen gjaldt alle voksne over 18 år, ikke kun gravide. Likevel er det en bred studie og gir et resultat jeg anser som besvarer problemstillingen i oppgaven. Denne er likevel relevant da det jeg fant lite om kognitiv atferdsterapi som middel mot nikotinslutt, samt at den tar opp hvilken effekt andre kognitive terapiformer hadde. Denne forskningen er ikke spesielt rettet mot gravide, men var det eneste jeg fant i forbindelse med kognitive terapier og røykeslutt.

Resultater: I disse studiene ble det ikke funnet noen systematiske oversikter som svarte på spørsmålet deres. De fant derimot 21 randomiserte kontrollerte studier som passet inn i inklusjonsteoriene de hadde. Halvparten av studiene var voksne som røykte, seks av studiene bestod av pasientgrupper og resten bestod av mennesker fra etniske grupper og bare kvinner.

Studiene viste at kognitive terapier i kombinasjon med produkter som erstattet nikotin bidro til at flere sluttet å røyke sammenlignet med vanlig rådgivning og nikotinerstatningsprodukter. Det viste seg også at kognitive terapier kunne føre til røykeslutt sammenlignet med andre metoder og tiltak. Et annet resultat var at kognitive terapier kombinert med medisiner bidro til røykeslutt i forhold til bruk av få medisiner. Et annet resultat de kom fram til var at kognitive terapier hadde ikke nødvendigvis større effekt enn bruk av MI. På grunn av at studiene manglet direkte forskning på kognitive terapityper og farmasøytiske legemidler gjør at de ikke kunne si med sikkerhet at de kunne si konkret at disse metodene virket med sikkerhet.

4.0. Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte teorien som har blitt presentert, og har tatt i bruk totalt 14 forskningsartikler til å finne svar på hvordan sykepleiere kan hjelpe den gravide til å slutte med snus, samt ta opp de etiske, og moralske utfordringene, og sykepleierens funksjon oppi alt.

4.1. Faktorer som fremmer snusslutt

For at gravide skal klare å slutte med snus er det viktig at hun føler seg motivert til dette selv, og det handler om å hjelpe den gravide finne de motivasjonsfaktorene som bidrar til snusslutt (Helsenorge, 2015).

En kvalitativ studie der en gruppe gravide ble intervjuet i forhold til røyking under svangerskapet ble det funnet ut at store motivasjonsfaktorer til å slutte med nikotin var at deres morsidentitet ble satt på spill, risikoen for fosterdød, og dødfødsel (Levis, Stone-Wiggins, O'hegarty, Tong, Polen, Casset, & Council, 2014). En lignende studie viser også at kvinner var hovedsakelig opptatt av barnets helse, og det var først og fremst førstegangsfødende som hadde størst motivasjon til å slutte med røyk uten bruk av hjelpemidler. Det vil si at kanskje den største motivasjonsfaktoren vil være at mor ønsker det beste for barnet sitt både helsemessig og generelt (Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013). Disse studiene viste også at kvinner med høyere sosioøkonomisk status hadde større sjanse for å slutte, enn de med lavere sosioøkonomisk status (Levis, Stone-Wiggins, O'hegarty, Tong, Polen, Casset, & Council, 2014; Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013).

Utfordringen i forhold til å øke gravide kvinners motivasjon til å slutte med snus etter blant annet egen erfaring i praksis, ligger hovedsakelig i at informasjonen rundt de helseskadelige effektene er såpass ukjente i forhold til røyk, da det er generelt liten allmennkunnskap om dette, og at gravide som røyker går over til snus fordi de tror det er mindre helseskadelig (Rygh, Gallefoss, & Reiso, 2014). I tillegg viser en studie på gravide kvinner i Agder at sosioøkonomisk status er irrelevant da snus er noe som blir brukt uavhengig utdanningsnivå (Rygh, Gallefoss, & Reiso, 2014). Dermed er studiene av Levis, Et. al (2014) og av Radley, Et. al (2013) ikke gjeldende på alle områder rundt tema, men likevel siden fellesfaktoren er niktotinslutt vil disse motivasjonsfaktorene være like gjeldende for gravide kvinner som

snuser. Helsedirektoratet kom ut i fjor sommer med videokampanjer rettet spesifikt mot denne sårbare gruppen (Helsedirektoratet, 2016).

4.3. Faktorer som hemmer snuslutt

Det er flere årsaker til at den gravide kan være umotivert til å slutte med snus. For det første kan selve nikotinhengigheten og abstinensplagene under avvenningen være en hovedårsak (Helsenorge, 2015; Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010). Abstinensplager som kaldsvette, hjertebank, irritabilitet og stress kan være en stor påkjenning på den som bærer fram et barn pga. de vanlige svangerskapsplagene som oppstår, samtidig som det kan være en svært emosjonell tid for mor, og mye bekymringer for hvordan tiden etter barnet kommer til å bli avhengig av situasjon (Bendiksen, 2010). Andre årsaksforhold kan også være manglende viljestyrke knyttet opp mot stressende livssituasjoner, liten sosial støtte, boforhold, relasjonen til barnets far, og ustabil økonomi (Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010). Helsenorge (2015) skriver at for å unngå bl.a. snusabstinens er det viktig at en ikke utsetter seg for situasjoner som kan utløse stress, da trangen til nikotin blir forsterket, og dette er ikke enkelt for den gravide hvis livssituasjonen i utgangspunktet er vanskelig. Den gravide utvikler da en følelse av håpløshet, og hun vil da ikke være motivert til å foreta en livsstilsendring som er nødvendig for å bevare hennes og fosterets helse (Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010). Levis, Et. al (2014) fant ut at gravide som hadde røyket i første og under tredje svangerskap, og som hadde født et friskt barn var mer tilbøyelig til å fortsette med dette i neste svangerskap, og dette er like relevant som ved snusbruk. Det interessante med dette aspektet er at en annen studie utført av Wikström m.fl. (2010) fant ut at de fleste tilfellene med premature fødsler oppstod enten hos førstegangsfødende, eller under fjerde fødsel. I studiet kartla de tilfeller med komplikasjoner som oppstod underveis og etter svangerskap knyttet opp mot snus og røyk, og fant ut at andelen av kvinner som hadde størst risiko for å få for tidlig fødte barn snuste eller røykte daglig, men bodde ikke sammen med partneren sin/barnets far (Wikström, Cnattingius, Galanti, Kieler, & Stephansson, 2010). Dette poengterer hvor viktig det er for at den gravide opplever sosial støtte for å ha motivasjon til å foreta valg som gagnar henne selv og fosteret helsemessig. Hvis den gravide har dårlig inntekt og ustabil bosituasjon vil dette medføre stress og påkjenning, noe som kan gjøre det vanskelig å være motivert til å slutte med snus (Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010). Det er dermed viktig at sykepleieren og helsepersonell stiller opp for denne gruppen, spesielt hvis den gravide i tillegg ikke har noe særlig sosial støtte privat av sin partner.

4.4. Sykepleiefaglige utfordringer

En kvalitativ studie basert på intervjuer av en gruppe jordmødre med ulik arbeidsårserfaring fikk fram noen svært viktige elementer på hvorfor det var utfordrende å hjelpe denne gruppen pasienter, og mye handlet om at jordmødrene ikke følte selv de hadde nok kompetanse til å ta opp temaet nikotinslutt og veilede uten at det kunne ødelegge for tillitten de hadde bygd opp til den gravide (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005). Denne studien var også rettet primært mot røykeslutt, og ikke snus, men av egen erfaring i praksis er disse utfordringene gyldige når sykepleieren skal hjelpe den gravide til livsstilsendring, og spesielt ved snusslutt. Som nevnt, unngikk en del av jordmødrene å gi informasjon hvis de ikke hadde nok kompetanse på hvilken tilnæringsmåte de skulle bruke. De opplevde også at en god del av disse kvinnene kunne bli svært defensive ved intervensjon, noe som bidro til en dårligere relasjon, og svekket tillitt (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005). Dette endte opp med at flere av jordmødrene unngikk å ta opp temaet for å fortsette kunne følge de opp på de andre måtene resten av svangerskapet, selv om de hadde dårlig samvittighet fordi de følte de var pliktige til å informere de om helserisiko ved bruk av røyk under svangerskapet (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005). I yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7 står det at «sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse, og søker veiledning i vanskelige situasjoner» (norsk sykepleierforbund, 2016). Når sykepleieren ikke føler hun har nok kompetanse til å hjelpe, vil man føle seg hjelpeløs i den forstand at man unngår å ta opp snusslutt med den gravide, men også fordi vi faktisk er pliktige til å ikke gjøre noe som går utover vårt kompetansenivå. Sidsel Tveiten, førstelektor ved høgskolen i akershus, med flere års erfaring innenfor området i det å veilede både studenter og andre sykepleiere samt utgitt bøker innenfor tema skriver noe om hva som kan være utfordrende for sykepleieren i samtale med andre. Hun sier at det å være en god lytter kan være noe av den største utfordringen, fordi hensiktsmessig kommunikasjon kan nettopp innebære å være en god lytter hvis et budskap skal frem av motparten (Tveiten, 2001). Det tas også opp viktigheten med å kunne speile følelser, og stille åpne spørsmål som fører til at den gravide får muligheten til å utdype sin situasjon uten å føle hun må forhaste seg (Tveiten, 2001; Travelbee, 2014; Eide & Eide, 2007). Tveiten mener at veilederen ofte ikke lar den andre snakke slik at vedkommende dermed må forhaste seg, og føler seg mindre interessant og betydningsfull (Tveiten, 2001). Det er flere årsaker til at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient svikter og tillitten brytes, og kan være på grunn av at den gravide ikke blir anerkjent som et individ pga. forforestillinger eller stereotypering fra sykepleierens side

(Travelbee, 2014). Andre årsaker til at den gravide blir defensiv kan være fordi hun føler at hun blir anklaget, bebreid og fordømt, og siden det å bruke snus også kan være et tabubelagt tema og koblet til mye skyldfølelse og uvitenhet kan det være ekstra sårbart for den gravide å bli konfrontert med dette (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005).

4.4.1. Motiverende intervju

Videre i studien til Abrahamsson, Et. al (2005) var det noen jordmødre som hadde hatt opplæring i å bruke motiverende intervju (MI), som er en klientsentrert eksistensiell tilnærming, med vektlegging på at sykepleieren er respektfull overfor den gravide for å kunne få til et godt samarbeid. Empati og støttende atmosfære er elementære grunnsteiner innenfor MI (Barth, 2014; Miller & Rollnick, 2016). Et annet viktig prinsipp er at pasientens autonomi vektlegges da pasienten lar seg lettere overbevise til det de selv hører seg si, i tillegg til at endringsarbeidet skal ta utgangspunkt i pasientens egen oppfatning (Miller & Rollnick, 2016, s. 39) og på så måte må helsepersonell utøve hjelperrollen sin på en annen måte enn gjennom overtalelse og instruksjoner (Barth, 2014).

I følge Abrahamsson Et. al (2005) viste deres forskning at undervisning om røykeslutt som er basert på et gjensidig samarbeid og god kommunikasjon var effektivt, og bidro til at den gravides tankeprosesser mot røykeslutt økte underveis. I studiet hadde noen få jordmødre fått opplæring på hvordan de brukte MI, og de opplevde det som en god metode å anvende når de skulle intervensere. Andre metoder som ble brukt var å ha en samtale om tema med den gravide mens de tok i bruk informasjonsbrosjyrer. (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005).

Helsedirektoratet anbefaler også MI som et kommunikasjonsverktøy når man skal hjelpe gravide med livsstilsendringer, og spesifikt rettet mot bl.a. snusslutt (Helsedirektoratet, 2017). Det ligger hjelpebrosjyrer og finnes kurs for helsepersonell der man lærer å anvende MI på rett måte på deres nettsider, og hele poenget med å bruke denne metoden på gravide er for at de skal få egne refleksjoner som sykepleieren gir rom for kunne ta selvstendig valg basert på rett kunnskap og fri vilje (Helsedirektoratet, 2017; Miller & Rollnick, 2016). Dette ivaretar også den gravides autonomi og viser henne respekt ved at man er lyttende, viser empati, sympati, og på denne måten danner det medmenneskelige forholdet. Hensikten er for at den gravide skal kunne finne egen indre motivasjon til endring (Miller & Rollnick, 2016; Travelbee, 2014). Diktet «om hjelpekunsten» som er skrevet av eksistensialismens far Søren

Kierkegaard som står først i oppgaven kan beskrive både sykepleierteorien i oppgaven, og hva motiverende intervju er basert på, samt forklarer viktige prinsipper i hjelperollen, da disse teoriene er hentet fra et eksistensial - filosofisk synspunkt (Travelbee, 2014; Barth, 2014). MI får også kritikk i fagmiljøet fordi noen av metastudiene som viser til effekten av MI er motstridende da det stilles spørsmål til kvaliteten på analysene, omfanget av intervensjonene, og det faktum at det ikke redegjøres for MI- kompetansen blant helsepersonellet (Storbækken, Andresen, Mellingen, KoRus – Vest, 2016). Artikkelen som adresserer disse manglene forteller også at MI har best effekt i kombinasjon med annen behandling, som f.eks. at MI passer bedre til å anvendes i forkant av annen behandling for å motivere til å fortsette behandlingen (Storbækken, Andresen, Mellingen, KoRus – Vest, 2016). Videre nevner Storbækken, Et. al (2016) at MI har liten effekt på unge personer. Dette kan da bli utfordrende da de fleste kvinner som snuser er unge mellom 16 – 30 år, og er den tiden de er i mest fruktbar alder.

4.4.3 Kognitiv atferdsterapi

En omfattende rapport fra folkehelseinstituttet viste også at kognitiv atferdsterapi kunne ha en bedre effekt enn andre metoder for å hjelpe gravide til røykeslutt (Folkehelseinstituttet, 2017). I en helt fersk studie viste det seg at kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med såkalte farmasøytiske erstatningsmidler for røyk hadde en større effekt mot abstinensplagene enn med kognitiv atferdsterapi alene (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017) En av de største hovedårsakene var fordi det minsket abstinensplagene slik at pasientene kunne fokusere mer på selve atferdsendringen. Kognitiv atferdsterapi dreier seg hovedsakelig om «Problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser» (Norsk forening for kognitiv terapi). Ved å anvende denne metoden hos den gravide som snuser så fokuseres det på hvilke tanker den gravide har som fører til hvilke følelser hun har kring tema, og som fører til hvilke handlinger hun foretar. Ved å bryte negative tankemønstre som den gravide har vil dette føre til endring (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017). Denne formen for terapi ble sammenlignet med korte intervensjoner og MI, noe som viste at MI hadde en bedre effekt enn de to nevnte alene uten hjelpemidler som kan dempe nikotinsuget (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017). I retningslinjer for svangerskapsomsorgen står det også at hvis den gravide har vansker med å slutte med snus uten hjelpemidler kan hun i samråd med lege bruke f. eks nikotinplaster (Helsedirektoratet, 2005). Resultatet de kom fram til var at de ikke kunne finne ut hvorvidt MI fungerte bedre enn kognitiv terapi i kombinasjon med legemidler som dempet abstinensplagene. Dette fordi både MI og kognitiv atferdsterapi ble utført av

helsepersonell med ulik framgangsmåte, grunnet ulike kompetansenivå (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017; Lindson- Hawley, Thompson, & Begh, 2015). Det skal også sies at studien utført av Denison Et. al (2017) tok for seg alle ellers friske mennesker som røykte, og var ikke spesielt rettet mot gravide, og siden det viser seg at selve morsrollen og bekymringen for barnets helse er en sterk motivator (Levis, Stone- Wiggins, O`hegarty, Tong, Polen, Casset, & Council, 2014; Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013) er det vanskelig å si om kognitiv atferdsterapi har samme eller større effekt som ved bruk av MI på denne gruppen. I Norge gis det kurs og opplæring til sykepleiere både innenfor kognitiv atferdsteori og MI, men de bruker det likevel forskjellig, og kan dermed føre til uklare resultater avhengig av I hvor stor grad sykepleiere har tilstrekkelig med kompetanse innenfor feltene (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017). Det er likevel en del likheter med det sykepleieteoretiske, MI, og kognitiv atferdsteori. Alle tre vinklinger har et konkret mål om at det er den gravide som selv skal utforske egne tanker og følelser, og gir en egeninnsikt i hvorfor hun tenker slik som hun gjør, samtidig som det skal føre til indre ønske om å selv foreta en livsstilsendring. I tillegg tilbys det videreutdanninger for helsepersonell med bachelorgrad innenfor både MI og kognitiv atferdsteori i ett kurs (Norsk forening for kognitiv terapi, 2017; Travelbee, 2014; Miller & Rollnick, 2016). Det vil si at det er funnet ut at begge samtaleformene er anbefalt at sykepleiere lærer seg da de begge kan være effektive og nyttige.

4.4.4. Ambivalensutforskning

Ambivalens er noe som er en naturlig del i en endringsprosess. Miller og Rollnick (2016) skriver mye om dette, og forteller noe om hvor viktig det er at sykepleieren hjelper den gravide til å utforske disse følelsene. De forklarer at når ambivalens oppstår har vedkommende allerede kommet et godt steg på veien til endring da flere motivasjonsfaktorer fremmer ønske om endring, men samtidig kolliderer disse tankene med motstridende følelser, og denne tilstanden kan være en utfordring å komme seg ut ifra og gi et positivt endringsresultat (Miller & Rollnick, 2016). I MI er det viktig at den gravide selv får høre seg selv overveie fordelene og ulempene, gjentatte ganger, og dette kan bli utfordrende for sykepleieren da dette kan ta tid, og er dermed viktig at sykepleieren fortsatt er aktivt lyttende og speiler følelser i denne prosessen, og ikke kommer med så mye egne innspill og tanker da det kan gi et uønsket resultat fra sykepleierens side (Miller & Rollnick, 2016; Tveiten, 2001). Velger sykepleieren å anvende kognitiv terapi vil ambivalensen også være der i en endringsprosess, og det er dermed viktig at sykepleieren er med og utforsker denne ambivalensen (Gustin, 2016). Med dette menes det at sykepleieren skal ta den gravides følelser på alvor, og informere henne om at det

er en naturlig tilstand. Ved å gjøre dette viser sykepleieren en forståelse for denne utfordringen, samtidig som den gravide opplever bekreftelse (Gustin, 2016). Når den gravide føler hun blir sett og hørt, vedlikeholdes den tillitten og bevarer det mellommenneskelige forholdet, samtidig som sykepleieren kan begynne å motivere pasienten ved å stille åpne spørsmål for å få fram endringsnakk (Travelbee, 2014; Gustin, 2016). Gustin, som er en sykepleier med videreutdanning innenfor psykiatri og offentlig godkjent psykoterapeut foreslår at man kan lokke fram endringsnakk ved spørre om tidligere erfaringer med vanskelige avgjørelser, og hvordan vedkommende kom fram til en avgjørelse da (Gustin, 2016). Hvis sykepleieren ønsker å komme med egne innspill for å gi informasjon som kan hjelpe den gravide til å ta en helsemessig gunstig beslutning er det viktig at en spør om lov først, så hun får velge om hun selv ønsker å ta til seg informasjon, og er autonomibevarende (Miller & Rollnick, 2016; Travelbee, 2014; Gustin, 2016).

4.4.5. Kompetanse

Forskningen jeg har funnet viser at den ikke redegjør noe for kompetansenivået hos sykepleierne og helsepersonellet ved bruk av MI. Dette er også blitt tatt opp og drøftet i fagmiljø (Storbækken, Andresen, Mellingen, KoRus – Vest, 2016) og dermed ser jeg på dette som et viktig aspekt å ha i bakhodet i forhold til forskningsresultatene som ga varierende utslag. Dette påpeker også viktigheten for at sykepleiere har tilstrekkelig med kompetanse innenfor feltene MI og Kognitiv atferdsterapi, og får den nødvendige undervisningen for at de skal kunne hjelpe gravide med å slutte med snus. Siden forskningen også viser at både korte MI sesjoner på 5- 10 minutter, og kognitiv terapi kan være effektive metoder for å hjelpe gravide med å slutte med snus, og det er påvist at mange gravide er motivert til å slutte på grunn av barnets helse (Denison, Underland, Mosdøl, & Vist, 2017; Levis, Stone- Wiggins, O'hegarty, Tong, Polen, Casset, & Council, 2014; Storbækken, Andresen, Mellingen, KoRus – Vest, 2016) har sykepleieren et godt utgangspunkt for å hjelpe disse kvinnene. Men dette forutsetter at sykepleieren har fått tilstrekkelig med opplæring i å bruke de metodene riktig, og sykepleiere som jobber med mennesker innenfor denne gruppen bør tilbys den nødvendige kunnskapen ved å delta på kurs som f.eks. arbeidsplassen arrangerer.

En utfordring jeg ser i forhold til å bruke MI eller kognitiv atferdsterapi uten at jeg har noen formell kompetanse innenfor feltet er at det er viktig å forstå forskjellen på å lokke fram endringsutsagn fra den gravide, og å la henne selv snakke ut om hvorfor en endring må til. Når den gravide får muligheten til å høre sine egne tanker høyt uten at de kommer fra sykepleieren

vil den gravide få en bedre selvinnsikt og indre motivasjon til å slutte med snus (Miller & Rollnick, 2016; Gustin, 2016). Med en empatisk tilnærming, og å sympatisere og ikke fordømme den gravide vil hun også føle seg sett, hørt og tatt på alvor, og dermed skape en gjensidig tillitsfull relasjon man kan bygge videre på. Med dette bruker også sykepleieren seg selv terapeutisk hvis en slik fremgangsmåte viser seg å ha effekt på endringsatferd (Travelbee, 2014).

4.4.6. Veiledning og informasjon.

Når sykepleieren har først lykket med å etablere det mellommenneskelige forholdet til den gravide, og hun er i en ambivalent tilstand er det større sjanser for å lykkes med å gi informasjon og veiledning for å hjelpe henne ta en avgjørelse (Travelbee, 2014; Miller & Rollnick, 2016). Som tidligere nevnt bør sykepleieren spørre om lov på forhånd, og hvis dette er greit er det viktig at informasjonen som gis er kort og tilpasset nivået til den gravide uten å ha en nedlatende holdning da dette viser seg å være mest effektivt, i tillegg viser man sympati og medfølelse ved å ta slike hensyn (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005; Travelbee, 2014). Jeg tenker at siden allmennkunnskapen rundt helserisiko ved bruk av snus under svangerskap er forholdsvis liten i forhold til røyk er det hensiktsmessig å informere først og fremst de mulige skadevirkningene det kan ha på fosteret og selve svangerskapet. Komplikasjoner som preeklampsi, og for tidlig fødsel med senvirkninger som går utover lungenes funksjon og hjernens utvikling, samt intrauterin fosterdød som det er en forhøyet risiko ved snusbruk er viktig å informere om (Wikström & Stephansson, 2011; Wikstöm, Cnattingius, Galanti, Kieler & Stephansson, 2010). Helsedirektoratet kom ut i fjor med noen kampanjer vedrørende snusbruk under svangerskapet og kan være nyttig å henvise til om man får muligheten, samt at man kan dele ut informasjonsbrosjyrer etter endt samtale med den gravide (Helsedirektoratet, 2016). Grunnen til at det kan være lurt å vente med å dele ut informasjonsbrosjyrer til etter samtalen er fordi det kan være lettere å først få informasjonen muntlig, for så å lese om det i fred og ro i etterkant, og forskningen viser også til at det har hatt gitt best resultater (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005).

For å kunne hjelpe den gravide, må sykepleieren også ha en innsikt og forståelse for pasientens bakgrunn, tidligere kunnskaper og følelser knyttet til graviditeten. Det er viktig å kartlegge bosituasjon, opplevelse av sosial støtte, og jobbsituasjon da alle nevnte er sterke faktorer som påvirker indre motivasjon til å ønske å slutte med snus (Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010; Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013). For at sykepleieren skal få en

god innsikt i disse tingene er det viktig å være en god og aktiv lytter (Tveiten, 2001) og speile følelsene som sykepleieren fornemmer under samtalen, samt bruk av klisjeer og kan dele sanseinntrykk med den gravide. Med sanseinntrykk mener jeg hva Travelbee (2014) sier, at sykepleieren først speiler den gravides følelser, for å så stille spørsmål rundt de følelsene. En annen måte å forklare dette på er ved bruk av helseoppfatningsmodellen som er basert på Kurt Lewin, en kjent sosialpsykolog sine teorier som forklarer at oppfatninger knyttet opp mot helse og sykdom er subjektive, og har en sterk innvirkning på den gravides handlinger enn hva virkeligheten tilsier (Kristoffersen, 2011). Det vil si at det handler om å se sammenhengen i både sosiale og psykologiske faktorer som avgjør om den gravide vil velge en helsegunstig livsstil for henne selv og for barnet hun bærer fram. Ved at sykepleieren klarer å få tak på den gravides individuelle opplevelse av helserisikoen, alvorlighetsgrad, og de fordelene og ulempene hun ser, samt det som forhindrer endringsatferd er det lettere å finne rett måte å hjelpe den gravide på (Kristoffersen, 2011). helseoppfatningsmodellen tar også for seg viktigheten av å se hvilken grad av selvfølelse den gravide har fra før i forhold til at hun skal klare å foreta de nødvendige valgene som er mest helsefremmende for henne selv og barnet. Det er dermed også viktig at den gravide opplever helserisikoen som reell, og krever da at sykepleieren er genuin og kan formidle informasjon på riktig måte (Kristoffersen, 2011).

4.4.7 sykepleierintervensjon

I og med at det er så stor helserisiko for barnet ved at gravide snuser, og er aller mest sårbart i forhold til vekst og utvikling anser jeg det som nødvendig å intervenere så tidlig som mulig i svangerskapet. Skal barnet få et best mulig utgangspunkt og for å forebygge svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi og for tidlig fødsel som også utgir stor risiko for den gravide (Wikström, Cnattingius, & Stephansson, 2010; Gunnerbeck, 2017) er det viktig å adressere problemet så fort man har etablert en god relasjon basert på tillitt og gjensidig kommunikasjon (Travelbee, 2014). En studie utført i Skottland viste til at hele 54% av gravide røykere sluttet etter fire uker, og 32% etter tolv uker etter regelmessige samtaler (Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013). I tillegg viser det seg som tidligere nevnt at førstegangsfødende ofte er mer motivert til å slutte med røyk under svangerskapet uten bruk av hjelpemidler, og er dermed en fordel for sykepleieren med tidlig intervensjon hos førstegangsfødende, da det er større sjanse for å slutte (Radley, Ballard, Ezdie, MacAskin, Donnelly, & Tappin, 2013). Samtidig er det viktig å ha i bakhodet at det

også har vist seg at bruk av MI som et verktøy for å hjelpe den gravide til endring ikke nødvendigvis fungerer for unge mennesker (Storbækken, Andresen, Mellingen, & KoRus – vest, Bergen, 2016). En konklusjon av en doktorgradsstudie som kom ut i mars i år viser også at siden nikotinhengighet er så sterkt så er det svært utfordrende å få folk til å slutte med røyk og andre nikotinformer (Gunnerbeck, 2017). Da er kanskje en annen form for kognitiv terapi som atferdsterapi mer effektivt, da man også kan anvende hjelpemidler som bilder og brosjyrer for å vise den gravide den faktiske helserisikoen (Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson, & Ottosson, 2005). Det jeg ser som kan være aller mest utfordrende er å motivere fleregangsfødende til å slutte med snus, da de kanskje har tidligere brukt nikotin under svangerskap og det har gått bra med barnet i ettertid. Da tenker jeg at det er viktig å få en samtale rundt hvorfor de startet å bruke snus, og utforske mulige faktorer som bidrar til stress i hverdagen deres. Jeg ser også at sykepleiere må også ta hensyn til livssituasjonen til den gravide da dette er bevist kan enten hemme eller fremme indre motivasjon (Ben Natan, Golubev, & Shamrai, 2010). Nikotinabstinensene kan også være en stor utfordring, og da er det lettere med en endringssamtale hvis den gravide i samråd med legen kan få et nikotinerstatningsprodukt, da dette også er bevist hensiktsmessig (Denison, E., Underland, Mosdøl, & Vist, 2017).

5.0. Konklusjon

Konklusjonen min for å kunne hjelpe gravide til få motivasjon til å slutte med snus er først og fremst å finne hvilke motivasjonsfaktorer den gravide har for å slutte, og hva som hemmer motivasjonen. Ut ifra en slik kartlegging finner man det som fungerer best individuelt ved bruk av ulike former for kognitive terapiformer i kombinasjon med brosjyrer og bilder, og jobber ut ifra dette med en eksistensiellfilosofisk tilnærming som setter fokus på autonomi, og respekt for individene og deres personlige utfordringer. En annen konklusjon jeg kom fram til var at det burde være obligatorisk for sykepleiere som jobber regelmessig innen svangerskapsomsorgen får den nødvendige opplæringen i å anvende samtaleteknikkene MI og kognitiv terapi.

De andre sykepleiefaglige utfordringene som oppstår underveis i en endringssamtale fra sykepleieren sin side har jeg forklart i både teori og drøftingsdel, viser at det er særdeles viktig å tilpasse kommunikasjonen ut ifra et individuelt nivå, og også veilede og informere deretter.

Jeg har savnet forskning knyttet direkte opp mot snusslutt og svangerskap da det står svært lite om dette, spesielt i forhold til motivasjon til snusslutt, og et hull jeg fant er siden snus gir en sterkere avhengighet enn røyk er det ikke sikkert forskningsresultatene jeg har funnet fram til gir et tilsvarende resultat med snusslutt. Jeg avslutter konklusjonen min med å si at det vil være behov for regelmessige samtaler, og at man bør spesielt fokusere på førstegangsfødende som snuser da dette kan være forebyggende for fremtidige svangerskap.

Litteraturliste

- * Abrahamsson, A., Springett, J., Karlsson, L., Håkansson, A. & Ottosson, T. (2005) Some lessons from swedish midwives experiences`of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery* 21(4). 335- 345 Lokalisert på <http://doi-org.ezproxy.hihm.no/10.1016/j.midw.2005.02.001>
- * Aubert, W., (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Barth, T. (2014) *Motiverende intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken?* Lokalisert på <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Motiverende-Intervju-hvorfor-og-hvordan-benytt-den-samtaleteknikken/>
- * Ben Natan, M., Golubev, V., & Shamrai, V. (2010) Smoking during pregnancy: analysis of influencing factors using the theory of planned behaviour. *International Nursing Review* 57(3). 388 – 394. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00807.x>
- * Bendiksen, R.B. (2010) *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. S. 83 – 95. Bergen: Fagbokforlaget
- Brinchmann, B.S (red.). (2014) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- *Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C., (2011). Primary healthcare nurses` experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing* (20) 23-24. 3322 – 3330. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Denison, E., Underland, V., Mosdøl, A., & Vist, G.E. (2017). Kognitive terapier for røykeslutt: en systematisk oversikt. *Folkehelseinstituttet*. 14 – 67. lokalisert på <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/cognitive-therapies-for-smoking-cessation-a-systematic-review-rapport-2017.pdf>
- Grønseth, R & Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- * Gustin, L.W. (2016) *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget

*Ebbing, C., Acharya, G., Sitras, V., Helbig, A. & Husby, H. (2016) *Intrauterin veksthemming*. Norsk gynekologisk forening, veileder i fødselshjelp. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Intrauterin-veksthemming/>

Eide H. & Eide T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

*Folkehelseinstituttet (2015) *Fakta om nikotin*. Lokalisert på <https://www.fhi.no/ml/royking/fakta-om-nikotin/>

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

* Helsedirektoratet (2005) *Nasjonalfaglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

* Helsenorge (2015) *Slik håndterer du suget etter røyk og snus*. Lokalisert på <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/slik-handterer-du-suget-etter-royk-og-snus>

* Helsebiblioteket (2015) *Litteratursøk*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>

* Helsebiblioteket (2017) *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A (red.) (2012) *Grunnleggende sykepleie bind 1. Teoretiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A (red.) (2012) *Grunnleggende sykepleie bind 3. Livsstil og endring av livsstil*. Oslo: Gyldendal akademisk

* England, L.J., Levine, R.J., Mills, J.L., Klebanoff, M.A., Yu, K.F. & Cnattingius, S. (2003) Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *American journal of Obstetrics and Gynecology* 189 (4). [http://dx.doi.org/10.1067/S0002-9378\(03\)00661-6](http://dx.doi.org/10.1067/S0002-9378(03)00661-6)

-
- * Gunnerbeck, A. (2017) Prenatal nicotine exposure and effects on the health of the newborn. *Thesis for doctoral degree*. Karolinska institutet. S. 15-27.
- *Helsedirektoratet (2016) *Snusing under graviditeten kan skade fosteret*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/nyheter/snusing-under-graviditeten-kan-skade-fosteret>
- * Helsedirektoratet (2005) *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- * IARC (2007). IARC (*International agency for research on cancer*) *Monographs on the evaluation of carcinogenic Risks to humans*. VOL.89. *Smokeless tobacco and some Tobaccospecific N-Nitrossamines*. Hentet fra <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol89/mono89.pdf>
- * Jacobsen, W. (2016) Bør gravide avstå fra enhver bruk av nikotin? *Tidsskriftet norske legeforeningen* 16(136). 1320
- * Levis, D.M., Stone – Wiggins, B., O`hegarty, M., Tong, V.T., Polen, K.N., Casset, C.H & Council, M. (2014). Womens perspective on smoking and pregnancy and graphic warning labels. *Journal of health behavior* 38(5). 755 – 764. <http://doi.org/10.5993/AJHB.38.5.13>
- * Lindson- Hawley, N., Thompson, T.P., & Begh, R. (2015) Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
- *Nasjonal folkehelseinstitutt (2014) *Helserisiko ved bruk av snus*. Lokalisert på <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/helserisiko-ved-bruk-av-snus-pdf.pdf>
- * Norsk forening for kognitiv terapi (2017) *Studieplan: Tverrfaglig utdanning og motiverende intervju ved rusmidler*. Lokalisert på <http://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/11/Studieplan-rus.pdf>
- * Norsk helseinformatikk (2014) *Snusbruk*. Lokalisert på <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/snusbruk/>

- *Malt, U. (2016) *Store medisinske leksikon*. Logoterapi. Lokalisert på <https://sml.snl.no/logoterapi>
- *Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale*. Bergen: Fagbokforlaget.
- * Radley, A., Ballard, P., Ezdie, D., MacAskin, S., Donnelly, L., & Tappin, D. (2013) Give it up for the baby: Outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive Scheme for pregnant women. *BMC public health*. 13: 343.
- *Rygh, E., Gallefoss, F., & Reiso, H. (2014) Bruk av snus og røyketobakk hos gravide i Agder. *Tidsskrift norske legeforening* 16(136). 1351 – 1354.
- * Stepanov, I., Jensen, J., Hatsukami, D. & Hecht. S.S. (2008). New and traditional smokeless tobacco. Comparison of toxicant and carcinogen levels. *Nicotine and Tobacco Research*. 10(12). 1773- 1782. <http://dx.doi.org/10.1080/14622200802443544>
- * Storbækken, S., Andresen, N., Mellingen, S., & KoRus – vest, Berge (2016) Virker motiverende samtale? En oversikt over forskning på aktuelle fagområder. *Rusfag*. 1. 71 – 80. Lokalisert på <http://kompetansesenterrus.no/file/artikkel8.pdf>
- *Tjønneland, E. (2015) *Store norske leksikon*. Determinisme – filosofi. Lokalisert på <https://snl.no/determinisme - filosofi>
- *Travelbee, J. (2014) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- * Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ørn, S., Mjell, J. & Bach- Gansmo, E. (red.) (2011). Sykdom og behandling. *Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Wikström, A- K. & Stephansson, O. (2011) Snus under graviditet är inget riskfritt alternativ til rökning. *Läkartidningen*, 29(31). 1430 – 1433.
- * Wikström, A.K & Stephansson (2010) Maternal use of swedish snuff and risk of stillbirth. *Epidemiology*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02575.x>
- * Wikström, A.K., Cnattingius S., & Stephansson, O., (2010). Tobacco use during pregnancy and preeclampsia risk: Effects of cigarette smoking and snuff. *Hypertension* 55(5). 1254 – 1259. <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.147082>

* Wikstöm, A.K., Cnattingius, S., Galanti, M.R., Kieler, H. & Stephansson, O. (2010). Effects on Swedish snuff on preterm birth. *Journal of obstetrics and Gynaecology* 117(8). 1005 – 1010. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02575.x>

* World medical association (2014) Helsinkideklarasjonen fra verdens legeforening. *Den norske legeforening*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>

6.0 Vedlegg 1.

7. Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:

Hvordan kan sykepleiere motivere kvinner til å slutte med snus under svangerskapet?

Hva slags type spørsmål er dette?

- Diagnose Årsak Erfaringer
- Hvordan går det med...? Effekt av tiltak

| P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet: | I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): | C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: | O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for gruppe/problem</p> | <p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon</p> | <p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</p> | <p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for utfall</p> |
|---|--|--|--|
| <p>Snuff use and pregnancy</p> <p>Smokeless tobacco and pregnancy</p> <p>Anenatal care</p> <p>Pregnancy and smoking cessation</p> <p>Nursing interventions</p> <p>Snus og graviditet</p> <p>Snuslutt og svangerskap</p> <p>Svangerskapskomplikasjoner</p> | <p>Complications</p> <p>Lifestyle</p> <p>cognitive theories</p> <p>Motivation</p> <p>Motivering</p> <p>Sykepleieintervensjoner</p> | | <p>Cessasion</p> <p>Consequenses</p> <p>Motivational factors</p> <p>Konsekvenser</p> <p>Motivasjonsfaktorer</p> |

