



Rökfri graviditet

Motivationshöjande samtal

**En handledning
för barnmorskor**

Förord	5
Mål med tobaksarbetet på MVC	7
Hur kan hon!	8
Framgångsrika sätt att prata rökning	9
Utgångspunkten är patienten	9
Förändring är en process	10
Principerna i motivationshöjande samtal	14
Samtal tidigt under graviditeten	18
Tekniker i motivationshöjande samtal	19
Öppna frågor	19
Fråga efter och förmedla kunskap	20
Fråga efter mammans egna funderingar	24
Svara med reflektion	25
Speciella tekniker: Ambivalensrutor och skala 0–10	29
Att tala med kvinnor som bestämt sig för att sluta eller har slutat röka	33
Att ta upp rökning med andra än gravida	35
Så kan du gå vidare	37
<i>Referenser</i>	38
Fakta om rökning	39
Hälsoproblem som har ett väl dokumenterat samband med rökning	39
Den gravida kvinnans och barnets hälsa	39
Kvinnors allmänna reproduktiva hälsa	43
Hälsoproblem som har ett misstänkt samband med rökning	45
Rökning under graviditeten och barns hälsa	45
Kvinnors hälsa	47
Fakta om snus och nikotinläkemedel	48
<i>Referenser</i>	49

FÖRORD

Barnmorskans kontakter med kvinnor i olika åldrar ger unika tillfällen att samtala om sådant som är väsentligt i livet. För många barnmorskor är stunderna av närhet och förtrolighet det roligaste med yrket.

Rökning och andra livsstilsvanor är frågor som de flesta barnmorskor tycker är viktiga att diskutera, särskilt om kvinnan är gravid. Samtidigt kan det kännas svårt. Det är inte så underligt, eftersom kvinnor med en livsstil som riskerar både deras egen och det väntade barnets hälsa kan känna sig ifrågasatta och kritiserade när de ”dåliga” vanorna kommer på tal.

Ytterligare ett skäl till att barnmorskor kan tveka att diskutera livsstilsfrågor är den begränsade tid de har för sådana samtal. Många har erfarenhet av att dessa samtal tar lång tid utan att de för den skull leder till positiva beteendeförändringar.

Den här skriften vänder sig till barnmorskor som vill lära sig att samtala om livsstilsfrågor på ett mer effektivt sätt. Motivationshöjande samtal bygger på ett förhållningssätt som ger stort utrymme åt patienten att själv komma med synpunkter, tankar och lösningar på sina problem.

I ett vanligt patientsamtal om rökning, alkohol osv är det nästan alltid barnmorskan som styr samtalet med goda råd och påståenden. Även om barnmorskan menar aldrig så väl, upplever patienten styrningen som obehaglig eftersom hon fräntas möjligheten att uttrycka vad som känns viktigast för henne. Vi känner alla till resultaten av sådana samtal som i värsta fall kan utvecklas till rena brottningsmatchen. Patienten blir under samtalets gång allt mer passiv, tyst eller kanske rent av arg.

I det motivationshöjande samtalet följer barnmorskan patienten - dansar med henne - och undviker därmed konfrontation. Barnmorskan utforskar hur patienten själv vill ha det innan hon erbjuder hjälp och information. Det låter enkelt men tar som allt förändringsarbete tid och kräver övning. Belöningen kommer i form av roligare patientsamtal och bättre resultat!

I denna handledning handlar samtalen enbart om rökning. I Sverige är mammas rökning den största enskilda orsaken till fosterdöd och sjuklighet bland spädbarn. Rökning är dessutom ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors egen hälsa. Samtalsmetoden som presenteras här går dock lika bra att använda när det gäller andra livsstilsfrågor, t ex alkoholvanor, medicinering, matvanor och fysisk inaktivitet. Principerna i metoden är grunden för vilket öppet samtal som helst, oavsett vad frågorna gäller.

I texten finns många exempel på samtal om rökning. De längre dialogerna är alla ordagrant hämtade ur videofilmen som hör till denna handledning. Dessa dialoger – scener – har markerats med nummer så att man lätt kan hitta motsvarande sekvens i filmen.

Mål med tobaksarbetet på MVC

Målet för MVC när det gäller tobak är att barnet i magen ska få växa och utvecklas utan att påverkas av nikotin. Det önskvärda är naturligtvis att mamman inte alls röker. Det kan vara svårt för en del mammor att sluta röka helt och hållet. I så fall kan det vara lättare att få den gravida kvinnan att minska sin rökning. Det kan vara ett steg på vägen mot tobaksfrihet.

Det första delmålet för MVC är därför:

1 Att samtala med blivande föräldrar om rökning så att man ökar deras förmåga till att ge det blivande barnet en rökfri uppväxt, såväl under graviditeten som när barnet är fött.

Ungefär en tredjedel av alla kvinnor som röker, slutar röka i början av graviditeten innan de kommer till första besöket på MVC. Dessa mammor kan behöva stöd i att fortsätta att inte röka. Det andra delmålet för MVC är därför:

2 Att stödja de mammor som slutat röka tidigt i graviditeten så att de förblir rökfria.

Barnmorskorna möter också många kvinnor som söker för p-piller och som kommer för cellprovsundersökning eller av andra anledningar. Även i dessa fall bör barnmorskan ta upp rökning, eftersom rökningen kan innebära en riskfaktor. Dessutom är många patienter unga och kommer senare att bli gravida. Ett tredje mål för MVC är således:

3 Att ta upp frågan om rökning med alla kvinnor som söker på MVC för att underlätta ett ställningstagande.

På MVC finns sällan tid och resurser att ge omfattande rökavvänjningshjälp åt patienter som så önskar. Men barnmorskan bör alltid kunna tala om var sådan hjälp finns att få. Många vårdcentraler, företagshälsovård etc har rökavvänjningsgrupper. Det finns också utmärkta rökslutarprogram att köpa i bokhandeln.

Hur kan hon!

Det är lätt att bli upprörd när en gravid kvinna röker och man vet att detta medför risker för barnet som inte kan skydda sig. Det är förståeligt och mänskligt att känna på det sättet.

För att få bättre kännedom om hur gravida som röker själva ser på detta, intervjuade tre barnmorskor för några år sedan spädbarnsmammor som rökt under graviditeten. Samtliga var lågutbildade och hade en social och ekonomisk situation med många påfrestningar. Vid ett hembesök i lugn och ro fick mamman berätta hur hon hade upplevt att röka under graviditeten. De flesta mammorna berättade om dåligt samvete och skuldkänslor, om att skämmas och känna sig dålig:

”Jag kände mig väldigt dum som rökte för att hon fick ju i sig det som jag fick i mig... så varenda gång jag kom till mödravården och såg den här bilden med cigaretten i handen och magen... då fick jag väldigt dåligt samvete...”

De berättade också om oron för barnet:

”Jag var ju så orolig för att allting skulle påverka henne... man vet ju... man liksom stötte det ifrån sig på nåt vis...”

”Varje gång man tände en cigarett så fick man ju dåligt samvete och tänkte på den lilla kraken därinne...”

Att gravida kvinnor röker – trots att de vet att det är till skada för barnet – har för det mesta flera orsaker:

- 1 De flesta rökare har ett starkt *fysiologiskt beroende* av nikotin, som kan göra det mycket svårt att sluta röka på grund av abstinensbesvär.
- 1 Det kan också handla om ett *psykologiskt beroende*; nikotin har både en uppiggande och en lugnande effekt som kan kännas bra för en orolig gravid kvinna eller en stressad småbarnsförälder.
- 1 Att röka kan vara en del av mammas *identitet*, något som hör ihop med den man är.
- 1 Det kan också handla om svårigheterna att ändra sina rökvanor eftersom rökning många gånger är en fast inrutad *vana*.
- 1 En del blivande föräldrar och småbarnsföräldrar kan ha en så socialt och psykiskt *pressande situation* att det i hög grad försvårar ett rökstopp.

FRAMGÅNGSRIKA SÄTT ATT PRATA RÖKNING

Utgångspunkten är patienten

Förutsättningen för att kunna komma till tals med föräldrar om rökning är att få till stånd en dialog som inte övergår i ett argumenterande eller ett motsatsförhållande mellan föräldrarna och barnmorskan. När barnmorskan har en mer förstående, lyssnande och frågande inställning till föräldrarna, är det lättare för dem att tala om hur de tänker och funderar kring sin rökning och om sin ambivalens. Det är viktigt att föräldrarna känner att deras åsikter respekteras.

Många undersökningar har visat att ett patientcentrerat förhållningssätt i längden är det mest effektiva när det gäller att få människor att ändra levnadsvanor. Ett patientcentrerat förhållningssätt bygger på två viktiga principer:

- 1 Den första är att neutralt diskutera själva rökvanorna istället för att informera.
- 2 Den andra principen är att man i samtalet utgår från föräldrarnas synpunkter istället för att "säga åt" eller uppmana mamman att sluta röka.

Att "säga åt" föräldrar och tala om hur de borde göra med sina rökvanor är inte effektivt. De allra flesta av oss reagerar med trots och irritation när någon säger till oss. Vi tänker att "det har inte han med att göra" eller "det är faktiskt jag som bestämmer, ingen ska komma och säga åt mig". Även när experter, t ex en läkare eller sjuksköterska, ger välmenande råd som är både förnuftiga och riktiga, reagerar många av oss med trots och gör istället tvärtom – därför att vi vill bestämma själva.

Många gravida rökande kvinnor och småbarnsmammor kan berätta om situationer när de blivit tillsagda på mödra- eller barnavårdscentralen att sluta röka eller dra ner på rökningen och detta istället lett till att de gått hem och rökt ännu mer. Så här sa en gravid mamma:

"Det här med att alla tjatar, det kan ge nästan motsatt effekt ska jag säga. Det gjorde det vid en av mina graviditeter – jag har aldrig rökt så mycket i hela mitt liv som när jag väntade största flickan. Jag ökade min konsumtion till dubbelt så mycket alltså, och jag var nästan som en barnunge ska jag säga, som rökte på trots, för att jävlas alltså på renaste svenska. Då undrar man ju om man uppnår effekten med det här med att påpeka om rökningen..."

Förändring är en process

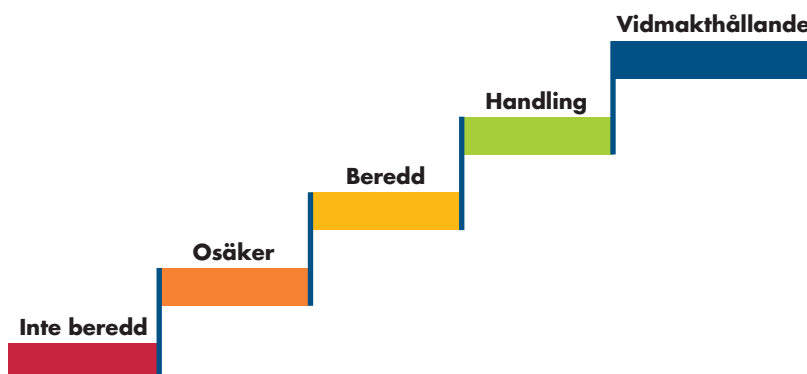
Innan vi går in på hur man konkret kan gå tillväga för att ta upp rökning med gravida kvinnor, ska vi beskriva hur det allmänt går till när människor genomför en förändring av levnadsvanor, vare sig det gäller att ändra kost-, alkohol-, motions- eller rökvanor.

Två amerikanska forskare, James Prochaska och Carlo DiClemente, studerade under många år människors förändringsprocesser. De fann att all viljemässig beteendeförändring följer ett visst mönster. För att nå målet, dvs varaktig beteendeförändring, passerar man fem stadier.

Förändringsmodellen visar att motivation är något som växer fram gradvis. För att kunna hjälpa patienten på bästa sätt måste barnmorskan ta reda på i vilket stadium patienten befinner sig.



De olika stadierna kan också illustreras med stegen i en trappa. Ett återfall kan ske från vilket som helst av trappstegen till något av trappstegen nedanför.



Här följer en beskrivning över gravida kvinnor som befinner sig i olika stadier i förändringsmodellen:

Jenny	Inte beredd	<i>Jag tror inte det spelar så stor roll. Det blir ju inte fel på alla barn för det va? Jag röker ju ändå så lite.</i>
Åsa	Osäker/ambivalent	<i>Min kompis rökte och hennes Felicia är jättegullig och det är inget fel på henne. Men det är klart att egentligen skulle jag väl vilja sluta för man vet ju inte. Men sen undrar jag, spelar det så stor roll egentligen?</i>
Linda	Beredd, vill försöka	<i>Jag har bestämt rökstopp söndag om två veckor, har fått en massa tips, känns konstigt men samtidigt bra - för nu har jag bestämt mig.</i>
Pernilla	Har bestämt sig för en förändring och visat den i handling	<i>Suck, nu har jag inte rökt på tre veckor. OK det går, jag känner mig jättestolt och min kille är så glad - men visst suger det till ibland, särskilt när jag dricker kaffe på kvällen vid tv:n.</i>
Kicki	Kämpar på med att vidmakthålla rökstoppet	<i>Det var svårt i början, jag var färdig att ge upp. Men nu går det bättre, man blir liksom mer van vid det, det kan gå en hel dag utan att jag tänker på det.</i>
Sara	Misslyckas och det blir ett återfall	<i>Jag försökte verkligen, men det gick inte. När Jonas rökte på kvällarna, nåä till slut klarade jag det inte bara. Så nu röker jag några cigg på kvällarna, tror inte det kan påverka barnet för det är ju så lite.</i>

I det första stadiet är man överhuvud taget **inte beredd** på någon förändring. I detta stadium är patienten föga bekymrad över sina levnadsvanor trots att andra människor i patientens närhet kan vara oroliga. Patienten är inte motiverad att ta itu med någon förändring, t ex att sluta röka. Det är vanligt att hon undviker samtal om rökningen eller försvarar rökningen om den kommer på tal.

Nästa stadium är när man i någon utsträckning – större eller mindre – känner sig **osäker/ambivalent** om en förändring. Det innebär att patienten upplever en viss konflikt beträffande sina levnadsvanor. Hon är medveten om vissa risker med beteendet men samtidigt tillfreds med de fördelar beteendet ger. Dessa krafter är på ett ungefär i balans med varandra; patienten vet inte riktigt säkert om han/hon vill ändra sitt beteende.

Det tredje stadiet är när man är **beredd** på en förändring. Det innebär att man har kommit fram till ett beslut att man vill förändra sitt beteende

och att man har planerat hur det hela ska gå till, kanske t o m redan minskat sin cigarettkonsumtion.

Stadiet därpå är **handling**. Det är i detta stadium som patienten uttrycker att hon vill göra något åt sitt beteende och hon visar detta genom handling.

Det femte stadiet kallas **vidmakthållande**. Det innebär att patienten ska klara av att vidmakthålla sitt förändrade beteende och att hon ska klara av det även när risksituationer dyker upp; t ex att inte återgå till gamla matvanor när pojkvännen gör slut eller att inte öka sin alkoholkonsumtion när en stressperiod uppstår. Klarar patienten sig igenom sådana perioder, har hon lyckats att genomgripande ändra sina levnadsvanor.

Det finns ytterligare ett stadium som kan inträffa, nämligen **återfall**. Det innebär att patienten återgår till ett tidigare beteende. Men det är ändå en skillnad mot tidigare eftersom patienten nu har erfarenheter som hon kan dra nytta av. Man kan därför säga att patienten ramlat tillbaka i förändringsmodellen men att hon ändå befinner sig på en högre nivå jämfört med tidigare.

När det gäller stegen i förändringsprocessen är det viktigt att veta att stegen kan vara olika *långa* och olika *höga* för olika individer och i olika situationer.



För den här personen tar det verkligen emot att komma fram till att vara beredd på en förändring – men när han väl fattat beslut, då går det undan!



För den här personen går det snabbt att bli beredd för ett beslut om en förändring – men sen är det uppenbart kärvt och tar emot!

Forskning har påvisat viktiga fakta just när det gäller gravida kvinnor som slutar röka. I en studie visade det sig att de som slutade röka för babyns skull inte gick igenom samma djupgående förändring som de andra. Man drog slutsatsen att hos en del gravida kan rökslutet vara motiverat av yttre skäl, dvs för babyn, snarare än av inre skäl som rör kvinnan personligen (exempelvis att hon vill slippa rökluften, få bättre hy, minska risken för sjukdomar). De kvinnor som håller upp med att röka enbart för barnets skull under graviditet och amningsperiod återgår ofta till sina gamla rökvanor.

I Sverige har vi den unika utvecklingen att antalet mammor som åter börjar röka efter att ha fått barn minskar. De senaste årens sammanställningar av rökvanor bland mödrar till spädbarn visar att endast mycket få av de rökfria mammorna återfaller under barnets första åtta månader. Detta kan mycket väl bero på att man på MVC och BVC numera även pratar om fördelarna *för kvinnans egen skull* med att sluta röka och inte bara har fokus på barnet.

Det är bra att känna till dessa stadier i förändringsprocessen och så snart som möjligt få klart för sig i vilket stadium den gravida mamman befinner sig. Det märker man ganska snart när man börjat ställa frågor till mamman om rökningen.

Man arbetar nämligen på olika sätt beroende på i vilket stadium mamman är. De största problemen uppstår under de första stadierna, dvs innan mamman bestämt sig och då hon egentligen inte är motiverad att sluta röka. Det som ofta händer i arbetet som barnmorska är att man börjar diskutera med mamman om hur hon skulle kunna sluta röka – fastän mamman just då är helt oemottaglig för en sådan diskussion. Vad man istället kan göra är att använda sig av ***motivationshöjande samtal*** som innebär att man pratar med mamman så att hon kan komma vidare steg för steg i en förändringsprocess.

Principerna i motivationshöjande samtal

Principerna i motivationshöjande samtal (motivational interviewing) har utarbetats av forskarna William R. Miller och Stephen Rollnick. De sammanfattar andemeningen för sådana samtal i fem principer:

- 1 Visa empati
- 2 Framhåll diskrepans
- 3 Följ med i motståndet
- 4 Undvik argumentation
- 5 Stöd tilltro till den egna förmågan

1. Visa empati

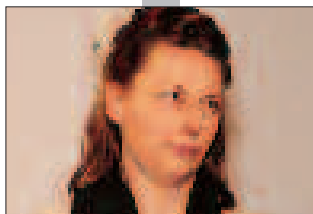
Att uttrycka empati innebär att man respekterar mamman för det hon säger. När barnmorskan förstår hur mamman menar, kan hon underlätta en eventuell förändring av mammans rökvaror. Att barnmorskan förstår behöver inte innebära att hon har samma åsikt som mamman; du kan tycka på ett annat sätt men ändå respektera och förstå det mamman uttrycker.

Åsa: Men alla andra röker, mina kompisar...

Barnmorskan: Ja då är det ju inte lätt. Det känns svårt när alla andra röker.

2. Framhåll diskrepans

Det är vanligt att en blivande mamma har en bild av hur hon skulle vilja vara som mamma när det t ex gäller rökvaror – men att verkligheten ser annorlunda ut. Kanske är hon noga med att äta ekologiskt odlad mat för att slippa miljögifter, samtidigt som hon feströker ganska ofta. Barnmorskan kan då på ett neutralt sätt påtala denna brist på överensstämmelse mellan mammans värderingar och hennes faktiska beteende, *diskrepans*. När detta blir tydligt för mamman kan det leda till att hon vill ändra sina rökvaror.



Barnmorskan: Det är viktigt för dig att skydda dig själv och ditt barn från miljögifter samtidigt som du har svårt att sluta röka helt.

Att barnmorskan uttrycker sig på detta vis kan göra det lättare för mamman att själv komma med argumenten för en förändring. Det är viktigt att komma ihåg att det är mamman som ska komma med argumenten, inte barnmorskan.

3. Följ med i motståndet

Motstånd är ofta en effekt av hur barnmorskan för samtalet med mamman. Istället för att argumentera med mamman så att motståndet ökar, ska man snarare *gå med* mamman i detta. Man brukar kalla det för att "rulla med motståndet". Man kan uttrycka det så att det handlar om att få till stånd en dans mellan barnmorskan och mamman och inte en brottningsmatch.

Jenny: Men jag röker ju inte så mycket, många dagar blir det bara kanske 3–4 cigaretter.

Barnmorskan: Vad bra att du försöker hålla nere rökningen så mycket som möjligt.

Man kan lätt tycka att mamman då bara får medhåll och inte alls blir intresserad av att ändra sina rökvanor. Men oftast är det tvärtom. Följer man med i mammans motstånd ger det nya öppningar. Det beror på att mamman då ägnar sin tankeenergi åt det faktum att hon faktiskt röker under graviditeten istället för att lägga energin på att "brottas" med barnmorskan.



4. Undvik argumentation

Om man argumenterar med mamman om hennes rökning leder det ofelbart till att hennes motstånd ökar: mamman och barnmorskan hamnar i ett motsatsförhållande. Märker man att mamman känner motstånd, är det ett tecken på att barnmorskan bör ändra sitt beteende, annars kan samtalet lätt bli fastlåst.

Jenny: Men jag röker ju inte så mycket, många dagar blir det bara kanske 3–4 cigaretter.



Barnmorskan: Jenny, du tänker kanske att så lite inte påverkar barnet, men det gör det faktiskt.

Exemplet ovan visar inte bara på att barnmorskan trappar upp mammans motstånd utan också på hur detta innebär att hon brister i respekt för mamman.

5. Stöd tilltro till den egna förmågan

Bland det mest väsentliga en barnmorska kan göra är att stödja mammans tilltro till sin egen förmåga. Detta gäller såväl att bli en bra mamma som att kunna dra ner på rökningen eller att sluta röka. Bästa sättet att stödja hennes självförtroende är att peka på sådant som hon lyckats med tidigare eller just nu lyckas klara av.



Åsa: Ja, men som sagt... men jag har dragit ner, det har jag.

Barnmorskan: Vad bra att du har kunnat minska. Vad var det som gjorde att du ville försöka sluta?

Exemplet visar hur barnmorskan stöttar mammans självförtroende samtidigt som hon genom en öppen fråga går vidare och försöker ta reda på hur mamman tänker och vad det kan finnas för öppningar för en eventuell förändring av rökvanorna.



Ett annat exempel där barnmorskan stöttar mammans självförtroende:

Barnmorskan: Det var bra gjort av dig att försöka, för det gjorde du ju. Och det är väldigt bra att du minskat, för det har du ju verkligen klarat av.

Ytterligare ett sätt att stödja mammans tilltro är att erkänna hennes mod eller styrka att diskutera sin rökning:

Barnmorskan: Jag tycker det är starkt av dig att överhuvudtaget prata om det här med din rökning. Det är modigt, för det är ju inte så lätt när man kanske känner att man inte borde röka.

Forskningen visar att gravida, som vill sluta röka men misslyckas, ofta känner skuld, sorg och maktlöshet.

Varenda gång jag har blivit gravid har jag tänkt att jag ska sluta röka, men det går inte. Man vet att man gör fel men ändå gör man det. Man har inte kontrollen själv.

Att sluta röka är ju inte bara en fråga om att vilja. Kvinnan i exemplet ovan kan mycket väl ha insett riskerna och vill sluta röka men har dålig självtillit när det gäller sin förmåga att lyckas. En anledning kan vara att hon misslyckats vid tidigare försök. En annan kan vara att hon har ett allmänt dåligt självförtroende eller lever i en svår livssituation med många problem. En kvinna, som har kunskap om riskerna med rökningen men dålig självtillit, behöver inte i första hand mer information. Istället behöver hon uppmuntran, stöd och konkret vägledning om hur hon ska kunna övervinna sina hinder för att sluta röka.

Samtal tidigt under graviditeten

Idag känner alla gravida kvinnor till att man inte bör röka under graviditeten. Så gott som alla unga kvinnor som röker säger att de självklart ska sluta när de blir gravida. Många kvinnor – ungefär en tredjedel – slutar också röka i samband med graviditetsbeskedet. Det innebär att de rökan-
de mammor vi möter på MVC sannolikt har varit inställda på att de skulle sluta röka i samband med graviditeten. Av olika anledningar har de inte gjort detta.

Ämnet kan vara mycket känsligt och kräva flera samtal så att mamman steg för steg och i sin egen takt kan ta sig fram i processen mot ett eventuellt rökstopp. Eftersom det blivande barnet har mycket att vinna på att mamman slutar röka eller åtminstone minskar sin rökning så tidigt som möjligt, bör samtal om rökning påbörjas helst redan i anslutning till inskrivningen på MVC.

Mycket talar för att tidiga samtal är bra också av en annan anledning. I början av graviditeten känner kvinnan ännu ingen större skuld för sin rökning. Men dröjer man med att föra rökningen på tal, hinner skuldbördan öka och kan bli till ett sådant problem att den i sig försvårar ett rökslut.

Det är naturligtvis också viktigt att få fram om mamman eventuellt slutat röka strax innan eller i början av graviditeten. I så fall bör hon få stöd av barnmorskan så att hon kan vidmakthålla sitt rökstopp.

TEKNIKER I MOTIVATIONS- HÖJANDE SAMTAL

Öppna frågor

En av de allra viktigaste ”teknikerna” i ett bra samtal är att ställa öppna frågor. En öppen fråga som ställs genuint förmedlar att barnmorskan är öppen för vilket svar som helst, dvs hon har ingen förutfattad mening om vad kvinnan ”bör” svara.

Slutna frågor å andra sidan innebär frågor som bara kan besvaras med ja eller nej. De är ofta ledande: *Och du hade det bra på semestern?* På en sådan fråga finns det inte många andra svar än *Javisst*. Slutna, ledande och negerande frågor innebär således att man får svar på det man frågar om – men inget mer. Ett par exempel:

Och du trivs bra på jobbet?

Du vet väl att det inte är bra att röka när man är gravid?

Betydelsen av att ställa öppna frågor betonas genomgående i litteraturen. Genom att ställa öppna frågor kan man få kvinnan att berätta och ge viktig information om hur hon själv funderar. Öppna frågor kan alltså inte besvaras med bara ett ja eller nej. Några exempel:

Hur är det annars hemma och sådär?

Hur ser du själv på det här med rökningen?

Skulle du vilja berätta lite om...

Vad tänker du själv om...

Berätta hur du tänker...

Motsatsen, dvs *slutna eller ledande frågor*, innebär att kvinnan i de flesta fall svarar vad hon tror att barnmorskan förväntar sig att få höra.

Fråga efter och förmedla kunskap

Det vanligaste sättet att öppna ett samtal om rökning, är att ställa frågan direkt: *Röker du?* Men då finns en viss risk att föräldrarna kommer i försvarsställning som försvårar fortsättningen på samtalet. Här är ett exempel på en dialog där barnmorskan bidrar till att samtalet blir fastlåst och mamman känner behov av att försvara sig.

Scen 1:1



Barnmorskan: Vad roligt att höra om lägenheten! Men då kanske vi ska fortsätta, det är ju rätt mycket frågor så här första gången. Jag tänkte... röker du?

direkt fråga

Jenny: Jaa, det gör jag.

Bm: Hur mycket då? När röker du? Röker du redan på morgonen när du vaknar?

fråga på fråga

Jenny: Ja... det är väl inte så...

Bm: Det är inte alls bra, vet du.

avbryter

Jenny: Njaa, men jag röker inte så mycket, det blir bara kanske ett halvt paket.

Bm: Ja. Det är inte bra att röka alls under graviditeten, jaa inte annars heller för den delen.

moraliserande information

Jenny: Nää visst, det är klart att jag vet.

Bm: Det är ju så här att det gör att barnet inte blir ordentligt syresatt och det är klart att barnet behöver ordentligt med syre, så att det kan växa. Men det är inte bara det problemet, utan risken är också att barnet blir för tidigt fött och att det blir en låg födelsevikt. Och det är ju inte bra då om barnet inte växer bra i magen. Joo. Man kan faktiskt säga att barnet delvis blir förgiftat. Så att varje gång du röker får barnet svårare att andas.

envägskommunikation, skrämmer

Jenny: *Jaa, jo, det är ju inte bra.*

Bm: *Jag vet att det måste vara svårt för dig, det förstår jag. Jag har träffat många mammor i den här situationen, så jag vet verkligen. Men du Jenny, skulle du inte kunna göra ett försök att sluta, för du måste ju ändå tänka på barnet nu.*

övertalar

Jenny: *Men jag röker ju inte mycket, många dagar blir det kanske bara 3–4 cigaretter.*

mamman går i försvar

Bm: *Ja, du kanske tänker att det är så lite så det inte påverkar barnet, men det gör det faktiskt. Skulle vi kunna säga så här att du börjar med en minskning tills vi ses nästa gång och då kunde vi prata om ett eventuellt rökstopp. Ska vi säga så? Det är mycket annat som vi också måste prata om idag...*

**brister i respekt mot mamman
ger förslag som inte är förankrat hos mamman**



Ett bättre sätt att öppna ett samtal om rökning är att ta reda på vad föräldrarna själva vet om rökning under graviditeten.

Bm: *Vad känner ni till om rökning och graviditet?*

Om man ställer frågan på det sättet kommer mamman troligen att berätta om sina egna rökvanor. Du får också reda på en del om hennes inställning som kan ge värdefull information om hur du kan gå vidare. De flesta föräldrar har kunskaper om riskerna för barnet med tobaksrök. Men om det finns brister i kunskaperna kan du ge ytterligare fakta – se exempel i scen 1:2.

Det är mycket viktigt att först ta reda på om mamman tycker att det är OK att du ger information, dvs att efterfråga tillstånd. På det sättet blir mamman en aktiv deltagare i samtalet och inte någon som passivt tar emot. Det är också viktigt att en sådan information ges som sakliga fakta utan att blanda in värderingar, se scen 1:2.

Du kan också fråga hur mamman själv tänker kring rökning och graviditet – om detta inte redan framkommit vid den första frågan. De flesta föräldrar har en egen teori om hur farlig tobaksrök är. Hur tokig denna teori än kan verka så är det den som styr och påverkar föräldern.

Föräldrar tänker och resonerar så gott de kan och ingen förälder vill bli

tillrättavisad eller nedvärderad. Det är därför viktigt att bemöta det föräldrarna säger med respekt.

Ett sätt att bemöta föräldern med respekt är att exempelvis säga:

Barn-: Jag förstår att tanken på att sluta röka känns väldigt bemorskan: svärlig för dig när det var så jobbigt förra gången när du försökte.

Här är exempel när det gäller att ge information på det sätt som beskrivits ovan:

Scen 1:2

*Barn- Roligt att höra om er nya lägenhet, men då fortsätter vi.
morskan: Det blir ju ganska mycket frågor så här första gången.
Och då tänkte jag fråga: Känner ni till något om rökning
och graviditet?*

öppen fråga

Jenny: Jaa, det vet man ju, det är inte bra.

Mikael: Nää, det är klart att det inte är.

Jenny: Men jag röker inte mycket.

Bm: Nej, vad bra. Hur mycket, ett paket om dagen?

Jenny: Jaa, nää, ett paket blir det inte, inte ett halvt heller.

Bm: Menar du att det blir nästan mellan 8 och 10 så där?

Jenny: Ja, nåt sånt är det väl.

Bm: Vet ni på vilket sätt det inte är bra om mamman röker?

öppen fråga

*Jenny: Nja, jo att barnet inte blir så stort och
att det inte växer så bra.*

*Bm: Ja, det stämmer faktiskt. Barn till rökande mammor
kan bli mindre än där mammorna inte röker.*

**kort faktainformation
som bekräftar mamman**



Mikael: Det förstår man ju att det inte är bra, fast det går väl bra i de flesta fall ändå, väl?

Bm: Ja, vet ni något mer om hur rökning påverkar barnet i magen?

ändrar fokus

Jenny: Nää, jag trodde det var det mest.

Bm: Ska jag förklara lite för er, vill ni det?

efterfrågar tillstånd

Jenny: Jaa.

*Bm: Jo, när mammorna röker så andas dom in något som heter kolmonoxid; det är samma giftiga gas...
...så när mamman röker flera cigaretter så har barnet hela tiden kolmonoxid i sitt blod. Ja, det står förresten mera om det i den här foldern – varsågod.*

**förmedlar kunskaper
ger en folder**

Jenny: Jaa, nä det är ju inte bra.

Lägg märke till att barnmorskan undviker att gå in i diskussion med Mikael om huruvida barn till rökande mammor för det mesta klarar sig bra. En sådan diskussion skulle sannolikt inte leda någonvart. Istället ändrar hon fokus eller snarare håller fast vid sin fråga om vad paret vet om hur rökning påverkar fostret.

Fråga efter mammans egna funderingar

Ett patientcentrerat förhållningssätt innebär att man utgår från föräldrarnas synpunkter och funderingar och försöker förstå hur mamman själv ser på detta med rökning under graviditeten. Den danska filosofen Sören Kierkegaard har beskrivit detta tydligt i poetisk form:

**För att kunna hjälpa någon
måste jag visserligen förstå mer än vad hon förstår
men först och främst förstå det hon förstår
annars hjälper det inte
att jag kan och vet mer**

Det är väsentligt att förstå mammans ”teori” kring rökning – för även om den inte stämmer med verkligheten, är det ändå dessa tankar och idéer som styr mamman och hennes beteende.

*Barn-: Hur tänker du själv kring det här? Hur tror du det kan
morskan: påverka? Kan du berätta lite mer hur du tänker?*

Efter att ha utforskat mammans egna funderingar kan det vara läge att erbjuda ytterligare information.

*Bm: Jag hör att du vet att barnet växer sämre om mamman rö-
ker. Vill du att jag ska berätta vad det beror på?*

När barnmorskan har berättat, är det klokt att ta reda på hur mamman tagit till sig den information hon fått. Har hon förstått barnmorskans förklaring? Känns informationen relevant för henne? Barnmorskan kan få svar på detta genom att upprepa sin tidigare fråga: *Hur tänker du kring det här?*

Svara med reflektion

Det som hittills har beskrivits i denna handledning handlar mycket om att visa respekt för mamman och försöka förstå hennes sätt att tänka och fundera kring rökning. Detta förhållningssätt är nödvändigt för att med framgång kunna föra ett samtal om rökning och andra livsstilsvanor. Men hur kommer man vidare? Hur får man samtalet att inte stanna upp utan istället underlätta för kvinnan att komma vidare i processen att ta ställning till sina rökvanor?

Det är vanligt att de gravida rökande kvinnorna försvarar sig på olika sätt:

Jag röker ju inte så mycket, många andra röker och det blev ju inget fel på deras barn.

Ett bra sätt som underlättar att komma vidare i dessa fall är att svara med reflektion. Det innebär att man svarar på ett påstående från mamman genom att

- 1. Upprepa det hon sagt helt eller delvis.
(*Det blev inget fel på deras barn.*)
- 2. Omformulera det hon sagt.
(*Du känner andra som rökt och deras barn var friska.*)
- 3. Återge den underliggande meningen i det hon sagt.
(*Du tvivlar på att det verkligen har någon betydelse om du slutar röka.*)
- 4. Återge den underliggande känslan i det hon sagt.
(*Du undrar om det är mödan värt att sluta röka.*)

Bra reflektioner är gärna kortfattade och uttalade på ett neutralt sätt. Att öva sig i detta tar tid. Men fördelarna med ett sådant samtalsätt är att det leder till en fördjupning, dvs att kvinnan stannar upp och tänker efter och därmed blir klarare över vad rökningen handlar om i henne själv: krafterna för och emot rökning. Det blir ett mer dynamiskt och spännande samtal där man tillsammans utforskar någonting istället för att samtalet hamnar i frågor och svar. När barnmorskan frågar, är det ju hon som tar kommandot och styr samtalet. Svarar hon istället med reflektion, är det patienten som styr.

På följande sidor illustreras några exempel på detta sätt att samtala:

Scen 1:3

Barn-
morskan: *Vad tänker du själv? Hur det kan påverka?*
öppen fråga om mammans funderingar

Jenny: *Jaa, men det är ju så många andra som röker och det blir ju inte nåt fel på deras barn.*

Bm: *Mm. Du kanske undrar om det är viktigt ifall man röker eller ej?*

svarar med reflektion

Jenny: *Ja. Jag tror faktiskt inte att det spelar så stor roll.*

Bm: *Nä. Hur tänker du mer då?*

öppen fråga

Jenny: *Ja vaddå, min syrra rökte alla tre gångerna när hon väntade och det var ju inga fel på hennes barn.*

Bm: *Det märktes ingenting menar du.*

svarar med reflektion

Jenny: *Nää, det var det inte. Och en av mina kompisar, Sussi, hon rökte också.*

Bm: *Ja, så du menar, både din syster och din kompis. Det känns inte verkligt för dig att barnet skulle kunna påverkas, menar du så?*

svarar med reflektion

Jenny: *Jag vet inte, men det är klart... Sussi hade en kompis som hon berättade om och hon hade visst rök och det var visst en massa problem att hennes pojke var förkyld nästan jämt och hade astma och så eller vad det var.*

Bm: *Kunde det ha berott på att mamman rökte?*

Jenny: *Ja dom sa visst att det kunde vara så. Men jag menar, jag röker ju inte mycket i alla fall.*

Bm: *Du är osäker på om så lite påverkar barnet.*

svarar med reflektion

Jenny: *Jaa.*



Ett annat sätt är att ibland sammanfatta det mamman sagt. Barnmorskan kan då tydliggöra mammans sätt att resonera kring rökningen och de många gånger ambivalenta känslor mamman har. En sammanfattning innebär också att barnmorskan får en möjlighet att checka att hon förstått och uppfattat mamman rätt.

Scen 1:4

Barn-: Jag försöker förstå hur du menar Jenny. Har jag fattat dig rätt om jag säger så här att du tycker att du inte röker särskilt mycket och att det inte spelar så stor roll för barnet? Samtidigt som du tänker att det kanske ligger något i det här med din kompis Sussi, vars barn då hade råkat ut för förkylning och astma och sånt.

Här följer ett exempel på sammanfattning som samtidigt innebär att barnmorskan lyfter fram den gravida kvinnans ambivalens:

Scen 2:2

Åsa: Men visst, självklart skulle jag ju vilja att jag inte rökte den här gången.

Barnmorskan: Du skulle vilja att du inte rökte alls under den här graviditeten.

svarar med reflektion

Åsa: Det är klart, det är klart, men det är också det här jag sa förut med jobbet, med oron och stressen ifall det blir ändringar och så där på jobbet...

Bm: Du undrar om du kanske inte skulle klara av att sluta om det blir stressigt på jobbet.

svarar med reflektion

Åsa: Joo.

Bm: Om jag förstår dig rätt så undrar du om det verkligen spelar så stor roll om du skulle röka 4–5 cigaretter per dag samtidigt som du skulle vilja sluta röka eftersom du har den där känslan att det inte vore bra för ditt barn.

sammanfattning, lyfter fram ambivalens



Ett annat sätt att komma vidare i samtalet är att man följer upp det mamman säger, dvs inte lämnar det hon har sagt utan frågar vidare.

Scen 2:1



Jenny: Jag försökte, men det gick inte... Ja men det är klart, jag försökte väl inte så mycket.

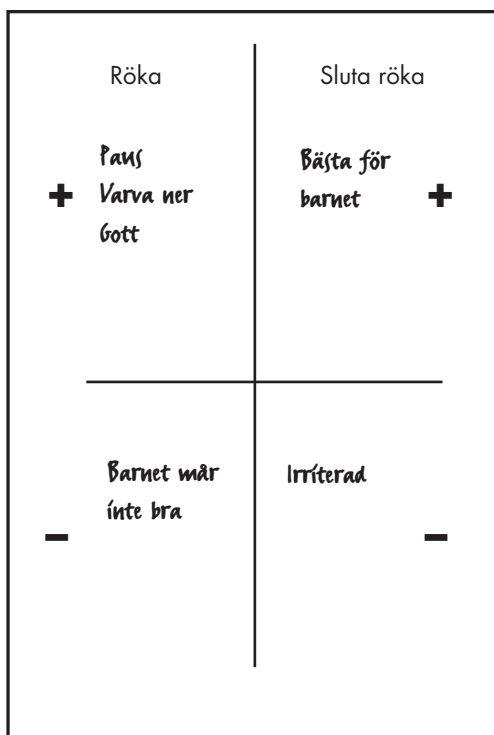
Bm: På vilket sätt gick det inte?

Speciella tekniker: Ambivalensrutor och skala 0–10

För att komma vidare i samtalet kan det ibland vara bra med en noggrann kartläggning av hur mamman ser på sin rökning. Två mycket användbara tekniker som ofta används i motivationssamtal är ambivalensrutor och skala 0–10.

Ambivalensrutor

Ambivalensrutor innebär att man delar upp ett papper i fyra rutor och ställer frågor till mamman om var och en av fyrkanterna: Vad är bra och mindre bra med rökningen samt vad är bra och mindre bra med att sluta röka.



*Börja
förslagsvis i
översta rutan
till vänster
och fortsätt
motsols
(som i
scen 2:2).*

Så här kan det gå till i praktiken:

Scen 2:2

*Barn-
morskan:* Om jag ritar upp på ett papper så här och du i den här rutan skriver vad som känns bra för dig med dom här cigaretterna som du röker nu.

Åsa: Ja, det är som en paus, att jag får gå undan ett tag, äh jag vet inte hur jag ska förklara...

Bm: Mm, bra, skriv det här. (Åsa skriver "Paus")
Är det något mer som är bra, som känns positivt?
(Åsa skriver "Varva ner. Gott".)
Ifall vi går ner i fyrkanten här. Vad är det som inte känns så bra med cigaretterna du röker?

Åsa: Ja det är ju det här med att bebisen kanske inte växer så bra.

Bm: Mm, du menar att bebisen mår dåligt utav röken, skriv det. (Åsa skriver "Barnet mår inte bra".)
Och så går vi till nästa ruta: om du skulle kunna sluta röka, vad skulle vara mindre bra med den förändringen?

Åsa: Ja det är att det skulle vara så himla jobbigt, att jag skulle få det här fruktansvärda suget – jag vill inte vara med om det igen. Det går inte.
(Bm nickar mot papperet, Åsa skriver "Irriterad".)

Bm: Och sista rutan: Vad skulle vara positivt med en sån förändring? Att du slutade röka?

Åsa: Ja det är ju att barnet skulle växa ordentligt, att jag skulle veta det och att jag skulle veta i alla fall att det inte var jag som ställde till med något eller vad jag ska säga.

Bm: Mm, att bebisen skulle få det alldeles bästa.

Åsa: Ja precis.
(Skriver "Bästa för barnet".)

Bm: Något mer?

Åsa: Nä, det var allt. Det är framför allt det här.



Att rita upp på papper och tydliggöra vad man talar om har i flera undersökningar visat sig fungera mycket bra. När man är ovan kan det ta emot, många känner motstånd. Men erfarenheten visar att personer som prövat att arbeta på detta sätt upplever stora vinster med att sätta ambivalensen på pränt. Man måste dock ge sig själv en chans och försöka inte bara en gång utan flera gånger. För en del barnmorskor, läkare och sjuksköterskor passar det inte med deras sätt att arbeta att rita upp på papper. I så fall kan man ställa samma typ av frågor muntligt till mamman:

- 1Vad känns bra för dig med att röka?
- 1Vad känns mindre bra för dig med att röka?
- 1Vad skulle vara mindre bra om du slutade röka?
- 1Vad skulle vara bra om du slutade röka?

Skala 0–10

Ett annat användbart hjälpmedel är att använda en skala 0–10. När man väl förstått idén inser man snabbt fördelarna. Även här är avsikten att underlätta för patienten att tydligare förstå hur hon tycker och tänker kring sin rökning så att hon tillsammans med barnmorskan kan komma vidare i samtalet. Skalan är enklast att beskriva genom följande exempel ur filmen:

Scen 2:3

Barnmorskan: Förra gången du var här pratade vi om din rökning. Och då sa du att du ville fundera lite grann tills nästa gång vi sågs om det var något som jag kunde hjälpa till med.
följer upp från första samtalet

Åsa: Jo jag tänkte, skulle man inte kunna försöka minska eller vad tror du om det, om jag först minskar ner och sen kanske att jag... Eller?

Bm: Mm. Om jag frågar dig såhär: Om vi tar en skala från 0 till 10, hur viktigt det skulle vara för dig att sluta röka, om 0 är inget viktigt alls och 10 är det viktigaste just nu – vad skulle du sätta för siffra på det?

skala 0–10

Åsa: OK då skulle jag sätta 5. För en annan sak är ju om jag skulle försöka minska först och sen så...



Bm: Hur kommer det sig att du säger 5 och inte 0?
lockar fram mammans egen motivation

Åsa: Ja men jag vill ju egentligen sluta, jag vill inte röka den här gången när jag väntar.

Bm: Det känns viktigt att du är rökfri under den här graviditeten.

svarar med reflektion

Åsa: Jaa.

Bm: OM du skulle sluta röka, hur stor skulle du då säga att din förmåga är att klara det, om vi tar på en skala från 0 till 10, där 0 är att du anser att du inte har någon förmåga alls och 10 att du rakt igenom skulle klara av det. Vad skulle du sätta för siffra på din förmåga?

Åsa: OK då, eh... jag vet inte, jaa... 4, kanske 5.

Bm: Du säger 4 eller 5, varför säger du inte 0 eller 1?

Åsa: Jamen, det kanske skulle kunna gå i alla fall.

Bm: Vad skulle kunna få dig att säga en högre siffra, låt oss säga 6 eller 7. Har du nån aning om det? Skulle jag kunna hjälpa dig?

Åsa: Jaa... (funderar) ja kanske (drar på det, funderar igen) kanske om...



Genom att använda skalan kan man få fram om hindret för att sluta röka handlar om den *betydelse* rökningen har för mamman (om mamman tycker det är viktigt med ett rökstopp) eller mammans *förmåga* (om hon tror sig om att klara av ett rökstopp eller ej).

Handlar det om att mamman inte tror att rökningen spelar så stor roll så gäller det att försöka förmedla kunskap på ett neutralt och respektfullt sätt.

Om det istället handlar om mammans bristande förmåga, är det viktigt att stötta hennes självtillit och försöka hitta sätt som kan underlätta för henne att klara av ett rökstopp. I de flesta fall är det just mammans bristande tilltro till sin förmåga att sluta röka som är av avgörande betydelse för ett rökstopp.

Att tala med kvinnor som bestämt sig för att sluta eller har slutat

Handling

När en kvinna har kommit till stadiet handling i förändringsmodellen (se sid 10–12) och bestämt sig för att sluta röka, är det viktigt att ta reda på om hon vill ha barnmorskans stöd eller om hon vill sköta det på egen hand. Hon kanske har försökt sluta röka tidigare och vet precis hur hon ska gå tillväga. Men det kan också vara så att hon känner sig osäker och vill resonera med barnmorskan om tillvägagångssättet.

Ett rökstopp brukar gå lättare att genomföra om det planeras noga i förväg. Det kan vara bra att gå igenom ”handlingsplanen” tillsammans med kvinnan, eventuellt också skriva ner den. Områden som kan diskuteras är vilken metod kvinnan tänkt sig (t ex med eller utan nikotinläkemedel), när hon tidsmässigt planerat förändringen/rökstoppet, praktiska förberedelser, för vem/vilka hon har berättat att hon ska sluta röka, vem/vilka hon räknar med att kunna få stöd ifrån, i vilka situationer hon tror att hon kommer att bli röksugen och hur hon planerar att göra då.

Vidmakthållande

I nästa stadium, vidmakthållande, handlar det om att diskutera de svårigheter som kvinnan kan komma att stöta på. Det kan vara lätt att ta över en sådan diskussion därför att man själv sitter inne med praktiska råd och tips som man hört från andra patienter. Det är naturligtvis inte fel att nämna dessa, men det är viktigt att fråga efter patientens egna förslag på lösningar kring risksituationerna.

Om kvinnan enbart pratar om att det känns bra med tanke på det väntade barnet, så bör barnmorskan försöka styra in samtalet på kvinnans eget välbefinnande.

*Vilka fördelar kan du se för din egen del?
Vad är det du saknar nu när du inte röker?*

Om kvinnan upplever att det är väldigt jobbigt för att hon blir så röksu-

gen är det viktigt att barnmorskan sammanfattar både det positiva och det negativa som mamman upplever med rökstoppet:

Det känns bra för dig att du klarat rökstopp i fyra veckor nu och det känns skönt med tanke på baby. Men samtidigt tycker du att det är väldigt jobbigt med röksuget, särskilt på kvällarna.

Andra bra frågor att ta upp är hur kvinnan hanterar situationerna med röksuget:

*Hur gör du för att klara röksuget?
Vad skulle kunna få dig att ge upp?
Vad är det som ändå gör att du håller ut?*

Återfall

Om den gravida kvinnan skulle återfalla i sin rökning är det nära hands att både mamman och barnmorskan ser detta som ett stort misslyckande och att rökstoppet inte kommer att kunna genomföras. Aktuell forskning visar emellertid att återfall snarare handlar om en process då man återgår till sitt gamla beteende i *speciella situationer*. Det fortsatta förloppet – om det ska bli ett totalt återfall eller inte – bestäms av hur patienten reagerar på dessa risksituationer.

Ett viktigt begrepp i denna process är *högrisksituationer* då patienten återgår till sitt gamla beteende. En gravid kvinna som kämpat med rökstoppet kan exempelvis inte motstå frestelsen att röka efter en glad middag med tjejkompisarna. Kvinnan kan då reagera med att denna kväll med åtta cigaretter är början till slutet: *Jag kan lika gärna börja röka igen – det är kört.*

Här har barnmorskan en avgörande roll. Hon kan förmedla till kvinnan att det handlar om risksituationer som man kan lära sig känna igen och handskas med. Misstag är en chans att lära sig och man kan förbereda sig bättre till nästa gång. Barnmorskan kan stödja kvinnan genom frågor av följande slag:

*Hur skulle du kunna göra nästa gång du träffar kompisarna?
Vilka andra risksituationer skulle du kunna hamna i?
Vad skulle du kunna göra då?*

Det är viktigt att förmedla till kvinnan att det är OK att komma tillbaka och berätta både om det som fungerat bra och det som inte gått så bra.

Att ta upp rökning med andra än gravida

Barnmorskorna på MVC möter också många kvinnor som söker för preventivmedel, cellprovsundersökning eller av andra anledningar. En del röker. Även om barnmorskan träffar dessa kvinnor bara en gång och förutsättningarna att påverka dem till ett rökstopp är små, kan hon ändå så ett frö till förändring och väcka intresse för de skadliga samband som finns och som kvinnorna kanske inte känner till.

Samtal om rökning med dessa kvinnor följer naturligtvis samma principer som med gravida kvinnor, dvs att försöka förstå hur kvinnan själv ser på sin rökning, lyssna, visa respekt samtidigt som man ger faktakunskaper om riskfaktorerna. Här följer några sekvenser ur ett samtal med 17-åriga Fia som söker för p-piller:

Scen 3:3

Barnmorskan: OK, vet du någonting om hur rökning kan påverka dig om du äter p-piller?

Fia: Neej, är det farligt?

Bm: Det kan vara en del risker. Vill du att jag ska berätta lite grann för dig?

Fia: Jaa.

Bm: Har man högt blodtryck och äter p-piller är risken större att man kan få blodpropp och det gäller för alla. Röker man så ökar risken ytterligare.

Fia: Jamen om högt blodtryck frågade du ju förut och det är ingen av mina föräldrar som har haft några sjukdomar.

Bm: Det är bra, och idag är ditt blodtryck helt normalt, så det är OK med p-piller. Men hur har du tänkt dig när det gäller din rökning?

efterfrågar tillstånd

förmedlar kunskaper



Fia: Jag har inte tänkt så mycket på det, men när jag blir med barn ska jag i alla fall sluta.

*Bm: Vad bra att du förstår att rökningen inte är bra för barnet.
stöttar självtillit*

Fia: Ja, jo men det är självklart.

Bm: Men. Hur tänker du för din egen del då?

Fia: Jag har inte tänkt på det sättet förut, det är aldrig någon som sagt något om det här, om rökning och p-piller, men... kan jag inte få p-piller om jag röker?

Bm: Jovisst kan du få det, du kan få ett 3-månadersrecept. Vi brukar göra så, för då kommer man tillbaka på kontroll och så får man se hur det har fungerat och sånt. Så får alla göra som får p-piller.

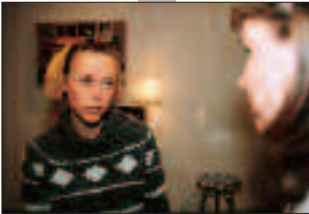
Fia: Jaa, för jag behöver p-piller nu för jag har precis träffat en kille.

Bm: Ja det är klart att du ska ha ditt recept. Så. Jag har en broschyr här också, som du kanske skulle vilja läsa som handlar om rökning och p-piller och sånt.

ger en faktabroschyr

Fia: Ja vad bra.

Bm: Ja det kan ju vara bra om du skulle fundera lite grann på det här. Du hade ju redan tänkt på hur du ville göra när du blir gravid, då tänker du på barnet. Men det är bra om du tänker på även hur du vill göra för egen del.



Så kan du gå vidare

Det är alltid svårt att tillägna sig nya sätt att arbeta och det är lätt att falla in i gamla välkända mönster. Det tar tid och det handlar om ett långsiktigt arbete. Man behöver träning i att lära sig nya sätt att ställa frågor så att man inte ramlar ner i de vanliga hjulspåren och ger råd, förslag och talar om hur kvinnan bör göra. I början kan det kännas onaturligt för barnmorskan, men som tröst kan sägas att patienterna sällan märker av det!

En start är att i en liten grupp diskutera innehållet i denna handledning och tillsammans gå igenom de videoinspelade scenerna i filmen som exempel på detta arbetssätt.

Men man behöver också praktisk träning. Det är som att gå en danskurs! Det räcker inte att teoretiskt förstå och se hur andra bär sig åt när de dansar, man måste själv träna rent praktiskt och göra sina egna misstag.

Ett förslag på hur man kan jobba vidare är att arbeta med rollspel där man prövar sig fram i olika samtal med gravida kvinnor, preventivmedelsrådgivning och cellprovsundersökningar och ger varandra både positiv och negativ kritik.

När man arbetar med rollspel är det en fördel om någon i gruppen kan fungera som handledare. Kanske kan man i förväg komma överens med någon i den egna kommunen om att vara pedagogisk handledare vid dessa tillfällen. En sådan person kan t ex vara psykolog inom mödra- och barnhälsovården, vårdutvecklare inom MVC eller hälsoplanerare. Det väsentliga är att handledaren har erfarenhet och intresse för pedagogiska frågor och kan leda grupperna på ett sådant sätt att deltagarna får handledning i just motivationshöjande samtalsmetodik.

Har man möjlighet att videoinspela rollspel alternativt autentiska föräldrasamtal på MVC, som man sedan diskuterar tillsammans, är detta en ytterligare möjlighet att tillägna sig metodiken.

Det är naturligtvis av stort värde – egentligen en förutsättning – att den centrala mödrahälsovården och därmed mödrahälsovårdsöverläkaren tar ställning för att personalen på MVC ska få utbildning i metodiken och att man hittar lokala lösningar för att organisera en sådan utbildning.

Referenser metoddelen

1. Arborelius, E,
Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor.
Stockholm, Pharmacia & Upjohn, 1993
2. Arborelius, E, Nyberg K,
How should midwives discuss smoking behaviour in pregnancy with women of low educational attainment?
Midwife 13:210–215, 1997
3. Bremberg S,
Rökvanor bland gravida kvinnor och spädbarnsföräldrar 1996.
Rapport utgiven av Cancerfonden, Folkhälsoinstitutet, Hjärt-Lungfonden och Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, i samarbete, 1999.
4. *Metoder för rökavvänjning.*
SBU-rapport nr 138, 1998.
(SBU = Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik)
5. Miller W, Rollnick S,
Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour.
New York, The Guilford Press, 1991 (ny upplaga hösten 2001)
6. Rollnick S, Mason P och Butler C,
Health Behaviour Change. A Guide for Practitioners.
London, Churchill Livingstone, 1999
7. Ingvarsson, H,
Gravida kvinnors motivation att sluta röka och deras förväntningar på rökavvänjningsmetod.
C-rapport, Institutionen för omvårdnadsforskning, Umeå universitet, 1994/95
8. Prochaska, J, DiClemente, C och Norcross, J,
Changing for good.
American Psychologist 47:1102–1114, 1994

FAKTA OM RÖKNING

Många kvinnor som väntar barn vill själva sluta röka men kan behöva kunskaper och stöd för att ta steget fullt ut. Barnmorskan har en viktig uppgift när det gäller att informera gravida kvinnor om hur tobaksrökning påverkar såväl den egna hälsan, fostret som barnet.

Här presenteras de senaste vetenskapliga rönen kring tobaksrökning, graviditet, amning och barnets hälsa. För dig som arbetar med preventivmedelsrådgivning finns även fakta om hur rökning inverkar på fertiliteten och på kvinnans allmänna reproduktiva hälsa.

Texten har utformats så att även läsare utan medicinska fackkunskaper ska kunna ta del av innehållet.

Hälsoproblem som har ett väl dokumenterat samband med rökning

DEN GRAVIDA KVINNANS OCH BARNETS HÄLSA

Andelen gravida kvinnor i Sverige som röker i början av graviditeten är i dag 13 procent. Allra vanligast är tobaksrökning bland de yngsta mödrarna (1).

Att kvinnan röker under graviditeten eller som nybliven ammande mamma kan betraktas som en variant av passiv rökning. Miljötobaksröken är en luftförorening som innehåller mer än 4 000 olika ämnen. Dessa ämnen kan vara både giftiga, cancerframkallande, mutagena (påverka arvsanlagen), ha en irriterande verkan eller på andra sätt vara skadliga för hälsan. Flertalet gifter i tobaksröken når också fostret via placenta (moderkakan).

Kvinnor som rökt under hela graviditeten fortsätter ofta att röka även efter förlossningen. Dessutom bor rökande blivande mammor många gånger med en partner som röker (2, 3), vilket innebär en ännu större risk för att barnet ofrivilligt utsätts för tobaksrök (4). Spädbarnet kan också exponeras genom inandning och via bröstmjölken.

Tobaksrökens skador på fostret är dosrelaterade – ju mer kvinnan röker, desto högre är risken. Om kvinnan slutar röka under graviditeten minskar däremot de negativa hälsoföljderna kraftigt (5). Sker rökstoppet inom de tre första månaderna är hälsoriskerna nästan jämförbara med en mamma som aldrig rökt (6).

Påverkan på moderns kropp

Nikotinet i tobaken verkar sammandragande på blodkärlen. Cigarettrökaren inhalerar också kolmonoxid (CO), en giftgas som hindrar de röda blodkropparnas syretransport (genom att binda sig till de platser på de röda blodkropparna som ska hårbärgera syremolekyler). Därigenom hämmas syreupptagningsförmågan. Denna kroniska syrebrist orsakad av blockerad syrgastransport, i kombination med nikotinetns kärksammandragande effekt, kan kraftigt försämra kvinnans fysiska kondition.

Påverkan på placenta och navelsträng

Att placentas egenskaper försämras när modern röker har olika förklaringar. Nikotinetns kärksammandragande egenskap gör att blodflödet minskar både i placentan och i navelsträngen. På detta sätt rubbas moderkakans allra viktigaste funktioner: utbytet av syre mellan mor och foster, den avgiftande och den endokrina (hormonella) förmågan.

Nivån av östriol, ett hormon som produceras av placenta, är exempelvis lägre bland rökande kvinnor än hos dem som inte röker under graviditeten. Detta kan ses som ett tecken på moderkakans nedsatta verksamhet.

Dessutom lagras olika giftämnen i moderkakans, vilket kan leda till andra gifteffekter. Eftersom tobak innehåller tusentals gifter vet dock forskarna inte i detalj hur denna påverkan på placentan och fostrets fysiologiska funktion ser ut (7, 8).

Påverkan på fostrets kropp

Av de giftiga ämnen i tobaksröken som transporteras till fostret via placenta är effekterna av kolmonoxid och nikotin mest kända.

Kolmonoxid (CO) binds till hemoglobinet i blodet cirka 200 gånger lättare än syre. Om kolmonoxid-hemoglobinhalten, COHb, stiger försvåras syrets transport. Halten av COHb har visat sig vara flera gånger högre hos foster vars mammor röker, jämfört med hos foster som inte påverkats av tobak.

När mamman röker når kolmonoxiden barnet genom placentan, och förhöjd koncentration av COHb tenderar att blockera fostrets blodkroppar. Hos exempelvis foster till storrökare (som röker minst 20 cigaretter om dagen) kan upp till 15 procent av syretransporten hindras (8).

Fostret förmår inte heller andas ut kolmonoxid, utan tvingas göra sig av med giftgasen via placenta. Bortförselelsen av kolmonoxid via blodcirkulationen tar längre tid än hos vuxna, vilket bidrar till höga kolmonoxidhalter.

Barnet i mammas mage tar även upp nikotin från tobaksröken. Nikotin-

halten i fostrets blod och i fostervattnet har till och med visat sig vara högre än i den rökande mammans blod. Nikotinets kärksammandragande samt blodtrycks- och pulshöjande effekter har påvisats även hos foster (9).

Sammantaget leder dessa processer till att fostret kan drabbas av både kronisk syrebrist och undernäring om modern röker (8).

Nikotin sprids också till det ofödda barnets hjärna och binds där till receptorn för acetylkolin, en av nervcellernas viktigaste signalsubstanser. Dessa receptorer är spridda till flera områden i hjärnan och i det autonoma nervsystemet och tycks kunna påverka olika fysiologiska funktioner som regleringen av andning, puls och blodtryck (20).

Missfall och ektopisk graviditet

I en studie av missfall som lett till sjukhusbesök löpte rökande kvinnor 30–40 procent större risk för missfall under graviditetens första tre månader jämfört med andra kvinnor. Siffrorna varierade utifrån cigarettkonsumtionens storlek (10).

Även ektopisk graviditet (utomkvedshavandeskap) förekommer oftare bland rökande kvinnor; risken anses vara nästan dubbelt så hög som för rökfria gravida (11). Utomkvedshavandeskap leder inte bara till missfall utan kan även vara farligt för moderns hälsa.

Abruptio placentae, placenta previa och för tidig vattenavgång

Abruptio placentae (för tidig avlossning av placenta från livmodern) är ovanligt men en av de vanligaste orsakerna till att modern dör i samband med förlossningen och till perinatal dödlighet (att barnet dör vid förlossningen). Tillståndet uppskattas ligga bakom 15–25 procent av all perinatal dödlighet. Risken att en rökande kvinna ska drabbas av abruptio placentae tycks vara ungefär fördubblad jämfört med för kvinnor som inte röker (11).

Rökning har också ett klart samband med placenta previa (moderkakan är belägen så att den helt eller delvis täcker livmoderhalsens inre mynning). Flera studier pekar på att riskökningen är cirka 60 procent (11).

Vattenavgång före 37:e graviditetsveckan, en vanlig anledning till förtidig förlossning, är en annan komplikation som i flera undersökningar förknippats med tobaksrökning. Detta gäller särskilt kvinnor som röker mycket och som fortsätter att röka genom hela graviditeten (11).

Låg födelsevikt, tillväxthämning, ökad perinatal dödlighet och förtidig födsel

Om barnet föds förtidigt (före 37:e graviditetsveckan) eller haft en hämmad tillväxt i livmodern ökar risken för låg födelsevikt (2 500 gram eller mindre) och för perinatal dödlighet.

Tobaksrökning kan förklara 5 procent av alla fall av låg födelsevikt enligt en svensk rapport (12). Rökande kvinnors nyfödda barn väger i genomsnitt 250 gram mindre jämfört med om kvinnan inte röker, och minskningens omfattning beror på hur mycket kvinnan rökt (13).

Sannolikheten att föda ett barn som väger under 2 500 gram är två till tre gånger större bland rökande kvinnor. Risken att barnet föds tillväxthämmat (SGA-barn: small for gestational age) är ännu högre (14).

Den lägre födelsevikten beror troligen på att fostret, som en följd av tobakens påverkan, drabbas av långdragen undernäring och syrebrist. Likaså kan minskad produktion av östrogen från placenta spela roll (15, 16).

Faran för perinatal dödlighet anses öka 20–30 procent om modern röker, och omkring en tiondel av alla fall av perinatal dödlighet skulle enligt amerikanska uppgifter kunna förebyggas om inga blivande mammor rökte (6).

Om modern röker tilltar sannolikt också risken för att barnet föds förtidigt, särskilt under perioden före 33:e veckan i graviditeten (17).

Plötslig spädbarnsdöd

Enligt en dansk studie skulle drygt en tredjedel av all plötslig spädbarnsdöd kunna undvikas om alla rökande kvinnor avstod från tobak när de väntade barn (18).

Flera beräkningar har påvisat upp till en sexdubbling av risken för plötslig spädbarnsdöd bland barn vars mammor rökt under graviditeten (19). Förklaringen kan vara störningar i de neurologiska processer som reglerar andning och blodtryck (där både kolmonoxid och nikotin tros spela roll) (20, 21).

Plötslig spädbarnsdöd är fortfarande en av de vanligaste orsakerna till dödsfall under barnaåren, trots att dödligheten sjunkit till omkring 0,4 fall per 1 000 (22). Motsvarande siffra 1990 var mer än dubbelt så hög (23). Att en minskad andel kvinnor röker under graviditeten kan ha bidragit till minskningen, men allra störst betydelse har den kampanj haft som informerat föräldrar om faran av att låta barnet sova på magen i stället för på rygg (19, 24).

Minskad risk för pre-eklampsi och högt blodtryck

Flertalet studier har funnit en minskad risk på 30–40 procent för både pre-eklampsi (havandeskapsförgiftning) och högt blodtryck bland rökande jämfört med rökfria gravida kvinnor (25, 26). De underliggande biologiska mekanismerna bakom sambandet är okända.

När en kvinna som röker väl utvecklat havandeskapsförgiftning har perinatal dödlighet däremot visat sig vara vanligare än hos dem som inte använder tobak (25).

KVINNORS ALLMÄNNA REPRODUKTIVA HÄLSA

Barnmorskan ges ofta tillfälle att informera om hur kvinnans hälsa påverkas av tobaksrökning också utanför graviditeten. Cancer, hjärt-kärlsjukdomar och symtom i luftvägarna är många gånger kända riskfaktorer, men inte sällan saknas kunskaper om att också den allmänna reproduktiva hälsan äventyras.

Rökande kvinnors hälsa liknar på många sätt ett tillstånd av östrogenbrist (27). Detta trots att forskarna inte kunnat fastställa lägre nivåer av östrogen hos rökare. Mekanismerna bakom denna nedsatta hormonella funktion är ännu okända.

Flera av tobakens giftiga ämnen, bland annat nikotin, kan också ha en direkt effekt på äggstockarnas celler (7, 28).

Allmänt gäller att kvinnor som röker löper högre risk att drabbas av försämrad hälsa på grund av östrogenbrist, exempelvis benskörhet. Däremot råkar de inte lika ofta ut för sjukdomar som är beroende av östrogen för att utvecklas, till exempel endometriosis (felbelägen livmoderslemhinna), myom (muskelknutor i livmodern) och endometrialcancer (cancer i livmoderslemhinnan).

Försämrad fertilitet

Flera undersökningar visar att det tar längre tid för kvinnor som är rökare att bli med barn. Deras fertilitet är nedsatt med uppskattningsvis 30 procent i förhållande till icke-rökarnas (29). Tobaksrökning kan leda till både hämning av ägglossningen och minskad produktion av hormonet progesteron från gulkroppen. Progesteron behövs för att det befruktade ägget ska fästa i livmodern och vidmakthåller graviditeten tills moderkakan har utvecklats.

Vetenskapliga sammanställningar har även påvisat att provrörsbefrukning oftare misslyckas bland rökare (30). Tidiga aborter och utomkvedshavandeskap (se sidan 41) kan också förklara en del av den rökande kvinnans försämrade fertilitet.

Tidig menopaus och benskörhet

Menopausen inträder cirka ett år tidigare hos kvinnor som röker än hos dem som är rökfria (31). Skälet antas vara tobakens direkta, toxiska påverkan på äggstockarna och den anti-östrogena effekt som uppstår. Rökning förvärrar också risken för benskörhet och spontana frakturer tidigt i livet (32). Det har dessutom rapporterats att rökare har svårare att tillgodogöra sig östrogenbehandling vid klimakteriebesvär (33). En hypotes är här att ämnen i tobaksröken påskyndar nedbrytningen i levern av konstgjort (men inte naturligt) östrogen (27).

Hjärtsjukdomar i samband med p-piller

Risken för hjärtinfarkt och stroke vid användning av p-piller har minskat kraftigt sedan hormondoserna sänkts i dessa preparat. Riskminskningen har däremot inte kunnat konstateras bland kvinnor som röker.

Kombinationen av rökning och p-piller ökar risken för akut hjärtinfarkt med tre till fyra gånger och tilltar ju mer kvinnan röker (34). Sannolikt förstärker dessa två faktorer varandra, så att en tobaksrökande kvinna även löper större risk för trombos (blodpropp).

Cervixcancer

Sexuellt överförda virusinfektioner, särskilt sådana som beror på HPV (humant papillomavirus), är en av de mest kända riskfaktorerna för cervixcancer (cancer i livmoderhalsen). Rökare anses vara utsatta för högre risk att insjukna i denna såväl pre-invasiva som invasiva cancerform, enligt flera studier. Däremot är det ännu oklart i vilken utsträckning sambanden avspeglar sociala faktorer, som livsstil med många sexuella partners (35). En möjlig förklaring skulle kunna vara att tobaksrökning påskyndar utvecklingen av cancer orsakad av HPV-virus, exempelvis via cancerframkallande substanser eller som en följd av nedsatt immunförsvar (36).

Hälsoproblem som har ett misstänkt samband med rökning

I de vetenskapliga studier som redovisats ovan är sambanden mellan rökning och inverkan på hälsan väl dokumenterade. Det finns även hälsokonsekvenser där de vetenskapliga beläggen för rökningens betydelse är så pass osäkra att det endast är möjligt att tala om misstänkta samband. Osäkerheten kan bland annat bero på motsägelsefulla eller otydliga resultat, metodproblem eller att endast ett fåtal undersökningar gjorts.

Nedan redovisas hälsoområden där rökningen misstänks kunna spela roll, men där forskarna ännu saknar säkra svar.

RÖKNING UNDER GRAVIDITET OCH BARNS HÄLSA

Cancer

Sambandet mellan kvinnans rökning under graviditeten och barncancer har undersökts i drygt 30 epidemiologiska arbeten. En översiktsstudie visar på en liten ökning av risken, något som dock inte har bekräftats i senare litteratur (37, 38). I en tidigare, stor svensk undersökning baserad på nära 500 000 barn kunde forskarna inte sätta förhöjd cancerrisk i samband med moderns rökning under graviditeten (39).

Sammantaget utesluter dagens vetenskapliga rön rökning när kvinnan är gravid som en betydelsefull riskfaktor för tumörer hos barn, även om en riskökning för vissa tumörformer kan föreligga (39). Några studier har även påvisat ett samband mellan pappans rökning såväl före som efter barnets födelse och barncancer, särskilt lymfom och hjärntumörer (37, 38).

Allergier och försämrad lungfunktion

Rökning under fosterstadiet anses av en del forskare kunna leda till större risk för atopiskt eksem (böjveckseksem), astma och ibland även andra allergiska symtom senare i livet (40, 41). I den svenska ”BAMSE-studien”, ett av världens största forskningsprojekt om allergi, rapporteras utifrån de

första resultaten att om modern rökt när hon var gravid ökar risken för att barnet ska insjukna i astma med 60 procent (42).

Rökande mammor ammar också sina barn i genomsnitt kortare tid än icke-rökande mödrar (43). Amning är i sig ett skydd mot infektioner och kan ha betydelse för bland annat utvecklingen av astma.

De senaste åren har flera undersökningar även kommit fram till att moderns rökning under graviditeten kan orsaka kroniska försämringar av lungornas tillväxt och utveckling hos fostret (44).

Neuropsykisk utveckling, ADHD och nikotinberoende

I vissa forskningsarbeten har störningar i barnets mentala och neurologiska funktioner kopplats till rökning under graviditeten. Ett litet antal undersökningar om ADHD (attentional deficit hyperactivity disorder) har också funnit samband mellan denna diagnos och exponering för rök på fosterstadiet (45).

Ett fåtal undersökningar har även rapporterat att barn vars mammor rökt när de var gravida löper större risk än barn till icke-rökande kvinnor att själva bli rökare (46).

Resultaten från studierna ovan är dock svårtolkade och spekulativa, delvis på grund av svårigheten att skilja ut sociala faktorerens betydelse.

Passiv rökning under graviditet

Hur fostret reagerar på passiv rökning – att någon i moderns omgivning röker (vanligtvis fadern) – är svårare att mäta än den aktiva rökningens effekter. Resultaten är många gånger motstridiga. Allt fler vetenskapliga sammanställningar visar dock att även miljötabaksrök kan vara skadlig för fostrets och barnets hälsa, även om dosen av farliga ämnen i sidoröken är lägre än den som rökaren drar i sig.

I en svensk studie angav två tredjedelar av alla förstföderskor att de under graviditeten utsatts för passiv rökning i hemmet eller på arbetsplatsen. För gravida kvinnor som inte själva rökte och råkat ut för denna exponering i början av graviditeten var risken att föda ett tillväxthämmat barn (SGA – small for gestational age) förhöjd.

Om den gravida kvinnan både rökte själv och andades in miljötabaksrök steg risken ytterligare (49).

Att kvinnor, som inte själva röker men påverkas av rökning från andra personer, föder barn som väger mindre än normalt visades också i andra studier (50, 51, 52, 53, 54). Likaså ökar risken för missfall. Det är möjligt att kvinnor som exponeras för passiv rökning även löper ökad risk för spontan abort (55).

KVINNORS HÄLSA

Menstruationsproblem och bröstcancer

Oregelbundna menstruationer och smärta i samband med menses (dysmenorré) har i en del forskningslitteratur förknippats med tobaksrökning.

Det är inte påvisat att bröstcancer skulle ha ett direkt samband med rökning (47). Däremot finns det studier som tyder på att sjukdomens prognos kan försämrats (48).

FAKTA OM SNUS OCH NIKOTINLÄKEMEDEL

Snus

Få kvinnor (cirka 2 procent av de yngre) snusar. Kunskaperna om hur snus påverkar den reproduktiva hälsan och graviditeten är därför bristfälliga. Trots att snus innehåller cancerframkallande ämnen har forskarna inte funnit något samband mellan bruk av svenskt snus och cancer (56). I länder där snuset kan ha högre halter av cancerämnen har däremot förhöjd cancerrisk påvisats, främst munhålecancer (57).

I snus finns tio gånger mer nikotin än i cigaretter, och snusarens dagliga intag av nikotin är i genomsnitt tre gånger högre än rökarens. Snus har samma effekter som nikotinet i tobaksröken – exempelvis kärleksammandragande – och kan därför inte betraktas som ett ofarligt alternativ till cigaretter, allra minst under graviditeten.

Nikotinläkemedel

De flesta klarar av att sluta röka av egen kraft och utan hjälpmedel. Uttalat nikotinberoende personer kan däremot ha hjälp av tuggummi, plåster eller inhalator för att lindra abstinensbesvären. I ett konsensusuttalande rekommenderar Läkare mot Tobak gravida och ammande kvinnor att helst avstå från nikotinläkemedel, eftersom nikotinet passerar till fostret och modersmjölken i sådana mängder att barnet riskerar att påverkas. Om mamman inte klarar av att sluta röka är nikotin från ett läkemedel däremot bättre än fortsatt snusning eller rökning; nikotindosen blir oftast lägre och barnet slipper exponeras för ytterligare tusentals giftiga ämnen.

Zyban är ett relativt nytt och utforskat antidepressiva läkemedel som används i rökavvänjningssyfte för nikotinberoende patienter. Det ska dock inte ges till gravida och ammande kvinnor.

Referenser faktadelen

Sammanfattningar och konsensusuttalanden i faktadelen om rökning har huvudsakligen hämtats från amerikanska Surgeon General-rapporten ”Women and Smoking” publicerad i mars 2001. The Surgeon General motsvaras närmast av Socialstyrelsen i Sverige. Rapporten finns att läsa i sin helhet på www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm. Litteraturlistan nedan ger ytterligare information om fakta och resonemang som lyfts fram i avsnittet.

1. Bremberg S,
Rökvanor bland gravida kvinnor och spädbarnsföräldrar 1996.
Rapport utgiven av Cancerfonden, Folkhälsainstitutet, Hjärt-Lungfonden och Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, i samarbete, 1999.
2. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O,
Who continues to smoke while pregnant?
J Epidemiol Community Health 46: 218–221, 1992
3. Håkansson A, Lendahls L, Petersson C,
Which women stop smoking? A population study of 403 pregnant mothers.
Acta Obstet Gynecol Scand 78: 217–224, 1999
4. Nafstad P, Jaakkola JJ, Hagen JA, Zahlsen K, Magnus P,
Hair nicotine concentrations in mothers and children in relation to parental smoking.
J Expo Annal Environ Epidemiol, Apr–Jun; 7 (2): 235–9, 1997
5. Ahlsten G, Cnattingius S, Lindmark G,
Cessation of smoking during pregnancy improves foetal growth and reduces infant morbidity in the neonatal period. A population-based prospective study.
Acta Paediatr 82 (2): 177–181, 1993
6. US Department of Health and Human Services.
Women and smoking. A Report of the Surgeon General.
Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
7. Shiverick KT, Salafia C,
Cigarette smoking and pregnancy I: ovarian, uterine and placental effects.
Placenta 20:265–272, 1999
8. Bush PG, Mayhew TM, Abramovich DR, Aggett PJ, Burke MD, Page KR,
A quantitative study on the effects of maternal smoking on placental morphology and cadmium concentration.
Placenta 21:247–256, 2000
9. Lambers DS, Clark KE,
The maternal and fetal physiological effects of nicotine.
Semin Perinatol 20:115–126, 1996
10. Chatenoud L, Parazzini F, di Cintio E, Zanconato G, Benzi G, Bortolus R, La Vecchia C,
Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion.
Annals of Epidemiology 8:520–526, 1998
11. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML,
Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses.
Am J Prev Med 16:208–215, 1999

12. Bremberg S (ed),
Barnrapport. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län.
Stockholm. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998
13. Andres R.L. and Day M.C.
Perinatal complications associated with maternal tobacco use.
Seminars in Neonatology 5:231–241, 2000
14. Forssas E, Gissler M, Sihvonen M, Hemminki E,
Maternal predictors of perinatal mortality: the role of birthweight.
Int J Epidemiol 28:475–478, 1999
15. Albuquerque C, Doyle W, Hales K, Harding R,
Influence of cigarette smoking during pregnancy on maternal Body Mass Index and Fetal Growth.
Obstet Gynecol 97:705–715, 2001
16. Kaijser M, Granath F, Jacobsen G, Cnattingius S, Ekblom A,
Maternal pregnancy estriol levels in relation to anamnestic and fetal anthropometric data.
Epidemiology 11:315–319, 2000
17. Kyrklund-Blomberg NB, Cnattingius S,
Preterm birth and maternal smoking: risks related to gestational age and onset of delivery.
Am J Obstet Gynecol 179:1051–1055, 1998
18. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ,
A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS.
Arch Dis Child 83: 203–6, 2000
19. Wennergren G, Alm B, Oyen N, Helweg-Larsen K, Milerad J, Skjaerven R, Norvenius, SG,
Lagercrantz H, Wennborg M, Daltveit AK, Markestad T, Irgens LM,
The decline in the incidence of SIDS in Scandinavia and its relations to risk-intervention campaigns.
Nordic Epidemiology SIDS study. Acta Paediatr 86: (9): 963–8, 1997
20. Milerad J, Sundell H,
Nicotine exposure and the risk of SIDS.
Acta Paediatr Suppl 82 389:70–72, 1993
21. Browne CA, Colditz PB, Dunster KR,
Infant autonomic function is altered by maternal smoking during pregnancy.
Early Hum Dev 59:209–218, 2000
22. *Dödorsaker 1998.*
2001:1, pp 34–35, Socialstyrelsen, Stockholm, 2001
23. MacDorman MF, Cnattingius S, Hoffman HJ, Kramer MS, Haglund B,
Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden.
Am J Epidemiol 146:249–257, 1997
24. Alm B, Norvenius SG, Wennergren G, Skjaerven R, Oyen N, Milerad J, Wennborg, M,
Kjaerbeck J, Helweg-Larsen K, Irgens LM.
Changes in the epidemiology of sudden infant death syndrome in Sweden 1973–1996.
Arch Dis Child 84 (1): 24–30, 2001
25. Cnattingius S, Mills JL, Yuen J, Eriksson O, Salonen H,
The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction.
Am J Obstet Gynecol 177:156–161, 1997

26. Zhang J, Klebanoff MA, Levine RJ, Puri M, Moyer P,
The puzzling association between smoking and hypertension during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 181:1407–1413, 1999
27. Baron JA, La Vecchia C, Levi F,
The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women.
Am J Obstet Gynecol 162:502–514, 1990
28. Gocze PM, Szabo I, Freeman DA,
Influence of nicotine, cotinine, anabasine and cigarette smoke extract on human granulosa cell progesterone and estradiol synthesis.
Gynecol Endocrinol 13:266–272, 1999
29. Baird DD, Wilcox AJ,
Cigarette smoking associated with delayed conception.
JAMA 253:2979–2983, 1985
30. Augood C, Duckitt K, Templeton AA,
Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis.
Hum Reprod 13:1532–1539, 1998
31. Harlow BL, Signorello LB,
Factors associated with early menopause.
Maturitas 35:3–9, 2000
32. Law MR, Hackshaw AK,
A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect.
BMJ 315:841–846, 1997
33. Bjarnason NH, Christiansen C,
The influence of thinness and smoking on bone loss and response to hormone replacement therapy in early postmenopausal women.
J Clin Endocrinol Metab 85:590–596, 2000
34. Mant J, Painter R, Vessey M,
Risk of myocardial infarction, angina and stroke in users of oral contraceptives: an updated analysis of a cohort study.
Br J Obstet Gynaecol 105:890–896, 1998
35. Murthy NS, Mathew A,
Risk factors for pre-cancerous lesions of the cervix.
Eur J Cancer Prev 9:5–14, 2000
36. Deacon JM, Evans CD, Yule R, Desai M, Binns W, Taylor C, Peto J,
Sexual behaviour and smoking as determinants of cervical HPV infection and of CIN3 among those infected: a case-control study nested within the Manchester cohort.
Br J Cancer 83:1565–1572, 2000
37. Sorahan T, McKinney PA, Mann JR, Lancashire RJ, Stiller CA, Birch JM, Dodd HE, Cartwright RA,
Childhood cancer and parental use of tobacco: findings from the inter-regional epidemiological study of childhood cancer (IRESCC).
Br J Cancer 84:141–146, 2001
38. Boffetta P, Tredaniel J, Greco A,
Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: A meta-analysis.
Environ Health Perspect 108:73–82, 2000

39. Pershagen G,
Accumulating evidence on health hazards of passive smoking.
Acta Paediatr 88: 490–92, 1999
40. Schafer T, Dirschedl P, Kunz B, Ring J, Uberla K,
Maternal smoking during pregnancy and lactation increases the risk for atopic eczema in the offspring.
J Am Acad Dermatol 36:550–556, 1997
41. Agabiti N, Mallone S, Forastiere F, Corbo GM, Ferro S, Renzoni E, Sestini P, Rusconi F,
Ciccione G, Viegi G, Chellini E, Piffer S,
The impact of parental smoking on asthma and wheezing.
SIDRIA Collaborative Group. Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente.
Epidemiology 10:692–698, 1999
42. Wickman M,
Pressmeddelande från BAMSE-studien.
Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting, 2001
43. Horta BL, Kramer MS, Platt RW,
Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis.
Am J Public Health 91:304–307, 2001
44. *Andras rök och din hälsa.*
Forskningsrön om passiv rökning, Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2001
45. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J,
Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children?
Am J Psychiatry 153:1138–1142, 1996
46. Cornelius MD, Leech SL, Goldschmidt L, Day NL,
Prenatal tobacco exposure: is it a risk factor for early tobacco experimentation?
Nicotine & Tobacco Research 2:45–52, 2000
47. McPherson K, Steel CM, Dixon JM,
ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors and genetics.
BMJ 321:624–628, 2000
48. Yu GP, Ostroff JS, Zhang ZF, Tang J, Schantz SP,
Smoking history and cancer patient survival: a hospital cancer registry study.
Cancer Detect Prev 21:497–509, 1997
49. Dejin-Karlsson E, Hanson B, Östergren P-O, Sjöberg N-O, Marsal K,
Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants?
Am J Public Health 88: 1523–1527, 1998
50. Ellard GA, Johnstone FD, Prescott RJ, Ji-Xian W, Jian-Hua M,
Smoking during pregnancy: the dose dependence of birthweight deficits.
BJOG 103: 806–813, 1996
51. Martin TR, Bracken MB,
Association of low birthweight with passive smoke exposure in pregnancy.
Am J Epidemiol 124: 633–642, 1986
52. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM,
The effect of parental smoking on the birthweight of newborns whose mothers did not smoke.
Am J Public Health 84: 1489–1491, 1994

53. Mathai M, Vijayasri R, Babu S, Jeyaseelan L,
Passive maternal smoking and birthweight in a South Indian population.
BJOG 99: 342–343, 1992
54. Rebagliato M, du V Florey C, Bolumar F,
Exposure to environmental tobacco smoke in non-smoking pregnant women in relation to birthweight.
Am J Epidemiol 142: 531–537, 1995
55. Windham GC, Swan SH, Fenster L,
Parental cigarette smoking and the risk of spontaneous abortion.
Am J Epidemiol 135: 1394–1403, 1992
56. Ahlbom A, Olsson UA, Pershagen G,
Health hazards of moist snuff.
SoS-report 1997:11. The National Board of Health and Welfare, Stockholm, 1997
57. Idris AM, Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug JR, Magnusson B,
Wallström M, Hirsch J-M, Nilsen R,
The Swedish Snus and the Sudanese Toombak: are they different?
Oral Oncology 34:558–566, 1998

Tobaksrökning och andra vanor som rör livsstilen är viktiga områden att diskutera när barnmorskan möter kvinnor i sitt arbete. Frågan är dock: leder dessa samtal till konkreta resultat?

Motivationshöjande samtal bygger på ett förhållningssätt där patienten får stort utrymme att komma med egna synpunkter, tankar och lösningar på sina problem. Barnmorskans roll är att utforska hur kvinnan själv vill ha det – innan hon erbjuder hjälp och information. Syftet är att få till stånd ett fruktbarande samtal som utvecklas till ett samspel eller en pardans snarare än en prestigekamp eller brottningsmatch. I bästa fall leder samtalen fram till varaktiga förändringar i livsstilen.

Vägen fram till resultatet beskrivs i denna handledning. En videofilm har tagits fram som ett komplement. De samtal som beskrivs i materialet handlar enbart om rökning, men principerna i metoden fungerar i vilka öppna samtal som helst – oavsett frågeställning.

Författare är docent Elisabeth Arborelius, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och distriktsläkare Astri Brandell Eklund, Ektorps vårdcentral/STAD-projektet. Båda har lång teoretisk och praktisk erfarenhet av motivationshöjande samtal och är flitigt anlitade föreläsare i ämnet.

Skriften avslutas med en faktaöversikt om hälsoproblem förknippade med tobaksrökning. Den har sammanställts av Rosaria Galanti, epidemiolog vid Centrum för Tobaksprevention.