



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

STRATEGIER FÖR ATT FÖREBYGGA VIKTUPPGÅNG HOS KVINNOR I SAMBAND MED RÖKSTOPP

EN LITTERATURSTUDIE

MICHAELA FRYKANDER
EMMA ÖSTBERG

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

STRATEGIER FÖR ATT FÖREBYGGA VIKTUPPGÅNG HOS KVINNOR I SAMBAND MED RÖKSTOPP

EN LITTERATURSTUDIE

MICHAELA FRYKANDER
EMMA ÖSTBERG

Frykander, M & Östberg, E. Strategier för att förebygga viktuppgång hos kvinnor i samband med rökstopp. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

Viktuppgång i samband med ett rökstopp är ett problem som i stor utsträckning är mer påtagligt hos kvinnor, som själva anger detta som ett problem. På grund av detta börjar kvinnorna många gånger att röka igen. Det är då sjuksköterskan kan använda kunskap och resurser för att motivera och stötta kvinnan att vidmakthålla sitt rökstopp. Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka vilka förebyggande strategier sjuksköterskan, i det dagliga arbetet, kan använda sig av för att förhindra viktuppgång hos kvinnor i samband med ett rökstopp. Metoden är en litteraturstudie där de tio artiklarna, som ligger till grund för vårt resultat, hittades via databaserna PubMed och CINAHL. Artiklarna granskades enligt Willman et als granskningsprotokoll med motsvarande kriterier. Resultatet presenteras i fyra teman, med sjuksköterskans rådgivning som en central del. Sjuksköterskans rådgivning och stöd är användbart i alla fall av rökavvänjning och arbete med ett rökstopp. Till detta bör strategier som *fysisk aktivitet*, *nikotinersättning*, *kost* eller *enbart rådgivning* appliceras efter individens individuella förmåga att genomföra dessa. Nikotinersättning kan med fördel användas i början av ett rökstopp för att försena viktuppgång och ge individen möjlighet till att etablera nya livsstilsvanor. Nya livsstilsvanor är exempelvis fysisk aktivitet och kostförändringar.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, litteraturstudie, nikotinersättning, nutrition, rådgivning, rökstopp, viktökning

STRATEGIES TO PREVENT WEIGHT GAIN IN CONNECTION TO SMOKING CESSATION AMONG WOMEN

A LITERATURE REVIEW

MICHAELA FRYKANDER
EMMA ÖSTBERG

Frykander, M & Östberg, E. Strategies to prevent weight gain in connection to smoking cessation among women. A literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Weight gain in connection with smoking cessation is a problem that is largely more significant among women, who themselves state this as a problem. Because of this, women often begin to smoke again. This is an opportunity when the nurse can use the knowledge and resources to motivate and support the woman to maintain smoking cessation. The purpose of this literature review is to examine the preventive strategies nurse, in daily work, can use to prevent weight gain in women in connection with smoking cessation. The method is a literature review where the ten articles, which form the basis of our results, were found through the database PubMed and CINAHL. Articles were reviewed according to Willman et al's review protocols with the corresponding criteria. The results are presented in four themes, with the nurse's counselling and support as a key part. The nurse's counselling and support is useful in all cases of smoking cessation, and work with smoke abstinence. In addition to this strategies like physical activity, nicotine replacement therapy, diet or just advice should be applied to the individual's personal ability to implement these. Nicotine replacement can be used with advantage at the beginning of smoke abstinence to delay the weight gain and give the individual the opportunity to establish new lifestyle habits such as physical activity and dietary changes.

Keywords: counselling, literature review, nicotine replacement, nutrition, physical activity, smoke abstinence, weight gain

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Tobak, ämnesomsättning och viktpåverkan	6
Tobakslagen	7
Olika metoder för att förebygga nikotinabstinens	7
Nikotinersättning	7
Beteendeterapi/KBT i samband med rökavvänjning	8
Fysisk aktivitet	8
Motiverande samtal	8
Vips-sökord	9
Sjuksköterskans omvårdnad och ansvar	10
Hälso- och sjukvårdens roll i samband med rökavvänjning och rökstopp	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
Avgränsningar	11
Definitioner	11
METOD	11
Inklusionskriterier och exklusionskriterer	11
Inkludering	11
Exkludering	12
Artikelsökning	12
Kvalitetsgranskning	14
Analys	15
RESULTAT	15
Sjuksköterskans rådgivning och stöd	17
Fysisk aktivitet	17
Nikotinersättning	18
Kost	19
Enbart rådgivning	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Fysisk aktivitet	22
Nikotinersättning	22
Kost	23
Enbart rådgivning	24
SLUTSATS	25
Förslag på vidare forskning	25
REFERENSER	26
BILAGOR	28

Bilaga 1	29
Bilaga 2	30
Bilaga 3	34
Bilaga 4	35

INLEDNING

Författarparet har, som blivande sjuksköterskor, kommit i kontakt med rökning och dess konsekvenser under utbildningens gång i såväl kurslitteratur som genom praktikplatser. Författarparets intresse för att förebygga rökning och därmed förhindra dessa konsekvenser har gradvist väckts och inför detta examensarbete såg författarparet en chans att fördjupa sig i en av aspekterna till att rökstopp inte sker i större utsträckning bland kvinnor.

”Det finns fungerande metoder för den som vill gå ner i vikt, men inte något sätt att bota de skador som tobak orsakar” (Giljam & Post, 2009-04-21). Tobaksrökning är den absolut främsta, förebyggbara, orsaken till sjukdom och död i industriländerna. Rökavvänjning är associerat med väsentliga hälsoförbättringar och bör därför uppmuntras och eftersträvas (Filozof et al, 2004). Det är därför av stor vikt att kartlägga, belysa och finna strategier för att underlätta sjuksköterskans arbete att, i så stor utsträckning som möjligt, få individen att lyckas med sitt planerade rökstopp. Viktuppgång i samband med rökavvänjning är återoppat som den främsta anledningen till att rökstopp inte sker i större utsträckning (Filozof et al, 2004).

Nedan visas några statistiska aspekter, gällande viktuppgång, i samband med rökstopp:

- 80% av rökarna ökar i vikt efter rökstopp.
- Den genomsnittliga viktökningen är 2,3 kg jämfört med dem som fortsätter att röka.
- Risken för att gå upp i vikt är 45% större vid rökstopp jämfört med fortsatt rökning.
- En viktökning med 10 kg eller mer är ovanlig och ses bara hos 3,5% av alla som slutar röka (Post, 2003).

Om patienten upplever rädsla för att gå upp i vikt vid ett eventuellt rökstopp, och därför undviker ett rökstopp, är det allmänsjuksköterskans uppgift att stödja, vägleda och ge patienten rätt verktyg för att förebygga och förhindra en sådan viktuppgång i samband med rökstoppet och därmed möjliggöra rökstoppet (Socialstyrelsen, 2005). Det är därför, med nutidens skönhetsideal, aktuellt att finna en medelväg där kvinnor kan förbättra sin hälsa och sluta röka, samtidigt som kvinnorna kan behålla sin kroppsuppfattning med hjälp av olika strategier.

BAKGRUND

Alla som slutar röka går inte upp i vikt – men många gör det. Denna ”abstinenseffekt” är kanske den svåraste för många kvinnor. Risken att gå upp i vikt vid ett rökstopp gör att många drar sig för att sluta och får dessvärre en del att återfalla (Post, 2003). Mekanismerna bakom all viktuppgång oavsett bakomliggande orsaker inkluderar ett ökat energiintag, minskad kroppslig energiomsättning i vila, minskad fysisk aktivitet och en ökning av lipoprotein-hormonet lipas aktivitet (Filozof et al, 2004).

Tobak, ämnesomsättning och viktpåverkan

Nikotin minskar signifikant kroppsvikten och matintaget genom att minska måltidsstorlek och ökar intervallet mellan måltiderna genom att förlänga tiden till nästan måltidsstart (Filozof et al, 2004). Denna minskning sker genom att nikotinet höjer blodsockernivån och dämpar hungern (Giljam & Post, 2009-04-21).

Rökare väger kring 3 kilo mindre än icke-rökare. Ett rökstopp sänker energiomsättningen med ca nio procent vilket, i sig, leder till en viktökning hos ca 80 % av rökarna. En genomsnittlig viktökning, 2,3 kilo som tidigare nämnt, innebär ingen hälsorisk (Giljam & Post, 2009-04-21).

Hos tobaksrökare är ämnesomsättningen patologiskt förhöjd under tiden som de brukar tobak och normaliseras under det första halvåret som rökfrihet har inträtt. Ämnesomsättningen hos alla människor sjunker med en procent per år efter 30-årsåldern, vilket visar sig tydligt i medelåldern då kilona tycks fastna lättare. De flesta slutar med tobak i just denna ålder, där det generellt i befolkningen kan ses en viktökning. Den viktökning som kan ses i samband med rökavvänjningens början beror oftast på en ökad vätskeansamling i kroppen, och inte en ökad fetma (Post, 2003).

Tobakslagen

Enligt de nationella folkhälsomål som utformats av riksdagen 2003 finns det fyra övergripande etappmål som hoppas vara genomförda till 2014:

- En tobaksfri livsstart
- En halvering av antalet ungdomar som, under 18 års ålder, börjar röka
- En halvering av andelen rökare i de grupper som röker mest
- Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök (Svenskt nätverk för tobaksprevention, 2008).

Tobakslagen fastslår att, på grund av de hälsorisker som är förbundna med bruk av tobak och exponering för tobaksrök, begränsning av rökning i vissa lokaler och utrymmen samt vissa områden utomhus ska gälla. Tobakslagen fastställer också att rökfri arbetsmiljö ska gälla, varningstexter och innehållsdeklarationer på förpackningar innehållande tobak ska gälla, hur tobaksvaror får marknadsföras, begränsningar av handel samt produktkontroll (Tobakslagen, 1993:581)

Olika metoder för att förebygga nikotinabstinens

Nedan beskrivs olika metoder som hälso- och sjukvården kan informera om och sjuksköterskan kan arbeta aktivt med för att förebygga nikotinabstinens, t ex nikotinersättning, beteendeterapi, fysisk aktivitet och motiverande samtal.

Nikotinersättning

Nikotin klassificeras som en drog som ger ett mycket starkt fysiologisk och psykologisk beroende och som jämförs med kokain och heroin i styrka och återfallsrisk. Nikotinberoende skapar, förutom ett starkt beroende, även risken att utveckla beroende av alkohol och andra droger (Folkhälsoinstitutet, 2009-04-27).

Karl Olov Fagerström, docent och tobaksforskare vid Helsingborgs lasarett, förklarar att nikotinersättningsmedel är utformade för att bryta ett fysiskt beroende av nikotin som kan vara mycket svårt att bryta på annat sätt. "Nikotinersättning är inte framtagen för att ge någon kick som kan liknas effekten av nikotin", fortsätter Fagerström, "utan är främst framtagen för att dämpa abstinensbesvären som de flesta upplever i samband med ett rökstopp" (Fagerström K O, 2009-04-22).

Vid användning av nikotinläkemedel, är syftet att bryta tobaksberoendet, och detta görs i två steg; först bryts rökvanan sedan själva nikotinberoendet. De få biverkningarna som finns, kan hanteras genom ett byte av administrationsform. Kontraindikationer för nikotinläkemedel finns inte för rökare då nikotindosen är lägre än hos cigarettens och rökaren samtidigt undgår

mer än 4000 andra ämnen i röken. För så effektiv behandling som möjligt bör läkemedelsdosen individualiseras och preparaten kombineras. Behandlingsperioden är oftast mellan 2-6 månader, men längre behandling kan krävas (Post, 2003).

På Apotekets hemsida (2009-04-24) finns idag ett stort utbud av farmakologiska preparat som kan minska abstinens och därmed öka chansen att förbli rökfri. Den farmakologiska nikotinersättningsbehandlingen kan delas in i två delar: *receptfria preparat* (se bilaga 3) och *preparat som kräver recept* (se bilaga 4). Det krävs recept för att köpa nikotinersättning, för dem som är under 18 år.

Nikotinnässpray är i nuläget (2009) receptbelagt då nässprayen nästan ger lika hög nikotinhalt i blodet som cigarettrökningen gör. Vareniklins (Champix®) huvudsakliga syfte är att bidra till lindring av beroende och abstinensbesvär i samband med rökning (Läkemedelsverket, 2006). Bupropion (Zyban®) har en likartad farmakologi som en del av antidepressiva läkemedel och syftar till att, genom den verksamma substansen *bupropion*, centralt verka på återupptagshämmare av noradrenalin och dopamin samt med en liten effekt på serotoninåterupptaget. Det är oklart vilken mekanism som ligger bakom bupropionets effekter vid ett rökstopp, men det tros vara relaterat till effekter på neuron i hjärnan (Läkemedelsverket, 2000).

Beteendeterapi/KBT

Det finns inget som tyder på att beteendemodifierande terapier, gör att rökaren slutar röka. Att exempelvis få rökaren att förknippa cigaretterna med något obehagligt, gör inte att fler slutar röka (SBU, 1998).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet beskrivs, i såväl litteratur som granskade studier, som ett sätt att bemästra abstinenssymptom i stor utsträckning. Det mest självklara abstinenssymptomet som associeras med fysisk aktivitet är kanske viktuppgång, men även symptom som yrsel, huvudvärk och förstoppning kan lindras med hjälp av fysisk aktivitet (Ivarsson, 2007:16).

För att undvika viktuppgång, i samband med rökstopp, krävs det en ökning av sin förbränning med ca 200 kalorier per dag (Post, 2003). Bästa sättet att behålla den vikt man har innan sitt rökstopp är att ta promenader på 20 min i rask takt, gärna mer än två gånger om dagen. En sådan fysisk aktivitet ökar ämnesomsättningen och effekten kvarstår under längre tid. Det är också en bra åtgärd vid abstinensbesvär (Giljam & Post, 2009-04-21).

Motiverande samtal

Motiverande samtal är en samtalsmetod som av den amerikanska psykologen William R. Miller utvecklades inom den specialiserade beroendevården. Motiverande samtal har som huvudsyfte att hjälpa människor till förändring och möter patienten där han/hon befinner sig i utvecklingen (Statens folkhälsoinstitut, 2009-04-29).

Fem stadium av motivation (Ivarsson, 2004:51, s 11):

- Ointresserad/inte beredd. Klienten är ointresserad, inte beredd att sluta.
- Intresserad/osäker. Klienten är intresserad av att sluta, men osäker.
- Förberedelser/beredd. Klienten är beredd att sluta och förbereder sig.
- Handling. Klienten handlar, det vill säga slutar.
- Vidmakthållande. Klienten håller ut, vidmakthåller, sitt förändrande beteende.

Hur lång tid det tar för varje enskild människa att flytta sig mellan de olika stegen är individuellt. Ibland kan en människa flytta sig mellan de olika stegen på mycket kort tid, exempelvis från ointresserad till handling vid ett positivt graviditetsbesked eller om patienten drabbas av en hjärtinfarkt och behöver ändra sina livsstilsvanor. Det är inte heller helt ovanligt att människan flyttar sig fram och tillbaka mellan de olika stegen. Med motiverande samtal önskas en ökning av människans förändringsprocess och en successiv ökning i förändringsberedskapen hos henne (Ivarsson, 2004:51).

VIPS-sökord

I sjuksköterskans dagliga arbete och journalföring kommer de ständigt i kontakt med VIPS-sökord skrivna av annan sjukvårdspersonal eller av sjuksköterskan själv. Syftet med omvårdnadsprocessen är att arbeta målinriktat, systematiskt och metodiskt vid genomförandet av individualiserad god omvårdnad (Ehnfors et al, 2000). Nedan följer några användbara sökord enligt omvårdnadsanammnes (a a):

Kontaktorsak. Innefattar varför patienten tog kontakt med öppenvården. Här kan också tidigare kontakttillfällen i samma ärende beskrivas samt om patienten vidtagit egna åtgärder i ärendet. Ska beskrivas med patientens egna ord.

Hälsohistoria. Tidigare vård. Erfarenhet av tidigare vård. Tobaksbruk. Kräver inte någon djupgående förklaring, utan mer ett underlag till patientens problem.

Social bakgrund. Dokumentera boende, yrke, arbete. Sociala förhållande och hemsituation. Livsmönster.

Livsstil. Hur patienten lever sitt liv i vanliga fall med exempelvis motionsvanor.

Nedan följer några användbara sökord enligt omvårdnadsstatus (Ehnfors et al, 2000):

Kunskap/utveckling. Kognitiv förmåga och utveckling. Gör en bedömning av behov av information eller undervisning.

Nutrition. Här skrivs vilka matvanor patienten har i vanliga fall, bra/dåliga, under-/överviktig. Måltidsvanor. Kostvanor. Patientens upplevelse. Egenvård.

Psykosocialt. Här dokumenteras vilka förväntningar och funderingar patienten har. Känslor, upplevelser. Här dokumenteras även hur patienten uppfattar sig själv. Relationer, socialt stöd. Beroendeförhållande, ansvar och skyldigheter. Tobak.

Välbefinnande. "Under sökordet välbefinnande dokumenteras en sammanfattande bedömning av patientens status när det gäller välbefinnande och arbetsförmåga" (Ehnfors et al, 2000 s.). Helhetsbedömning. Balans mellan egenvårdsförmåga och funktion samt krav i dagligt liv. Hälsa och ohälsa, resurser och behov.

De valda sökord som är presenterade är enligt författarparet bra sökord att använda i samband med att en patient söker hjälp till ett rökstopp. Det är viktigt att ta reda på hur patienten lever i normala fall, har patienten ett bra socialt nätverk som kan stötta vid ett rökstopp, om patienten bor tillsammans med någon som själv röker, om patienten har ett socialt umgänge där de flesta eller alla röker osv. Vid sådana fall kan sjuksköterskan rekommendera patienten att avstå från att träffa dem under en tid för att inte få ett återfall (Post, 2003).

Det är även viktigt att kartlägga om patienten motionerar, äter rätt och hur patienten mår i övrigt. Även varför ett rökstopp är angeläget för just denna individ är viktig information som bör inkluderas i journalanteckningar. Journalanteckningar ska även kartlägga hur motiverad patienten är till ett rökstopp, om det är patienten själv som vill eller en anhörig eller läkare som tagit detta beslut samt allt för att kartlägg hur rökstoppet ska gå till och hur mycket hjälp som patienten behöver av sjuksköterskan.

Sjuksköterskans omvårdnad och ansvar

I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska beskrivs kompetensområdet främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa med delmål som:

Ha förmåga att

- identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer
- identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård
- undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa
- motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005-105-1, s 12).

Sjuksköterskans arbete ska, oavsett vilket yrkesområde han/hon är verksam inom, präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på ett centralt begrepp inom yrkeskunnandet: vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska, förutom tidigare nämnt, utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. Sedan år 1953 har det funnits en etisk kod för sjuksköterskans arbete, som under åren utvecklats och reviderats till den version som idag är mest aktuell, från år 2000. Koden fastställer fyra grundläggande ansvarsområden:

- Att främja hälsa
- Att förebygga sjukdom
- Att återställa hälsa
- Att lindra lidande (SSF, 2002).

Socialstyrelsen fastslår i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) att sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker, och vid behov motivera till förändrande livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan bör, i samband med detta, identifiera och bedöma patientens resurser att utföra den egenvård som rekommenderats.

Hälso- och sjukvårdens roll i samband med rökavvänjning och rökstopp

I sjuksköterskans omvårdnadsroll ingår att främja och förebygga ohälsa, där valet av livsstil är av stor betydelse och rökning spelar en central roll. Som sjuksköterska har man ofta, i arbetet med patienter, en möjlighet att i sin professionella yrkesutövning påverka människors val av livsstil. Allmänheten har ofta en stor tilltro till vad personalen inom vården berättar om hälsa och sjukdom, vilket ofta leder till att sjuksköterskan förväntas att föregå med ”gott exempel” och verka som en förebild för sina patienter (Post, 2003).

En god hälsa skapar förutsättningar för ett långt och rikt liv. Ett dagligt tobaksbruk är ett allvarligt hot mot den goda hälsan (Post, 2003). Därför är det av stor vikt att, i stor utsträckning, motivera till rökstopp. Att motivera till rökstopp är det framförallt läkare och sjuksköterskor som arbetar med, varför det är av stor vikt att kartlägga olika strategier som kan underlätta arbetet för dessa yrkeskategorier. Läkarens roll i rökavvänjning är framförallt att kartlägga ett tobaksbruk, motivera till rökstopp samt att remittera till sjuksköterskor som arbetar med rökavvänjning (Gilljam, 2008). Sjuksköterskans roll, i ett sådant läge, är att kartlägga patientens inre och yttre resurser samt att arbeta med att stärka dessa för att göra patienten så motståndskraftig som möjligt i sin sluta röka-process (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka vilka förebyggande strategier sjuksköterskan, i det dagliga arbetet, kan använda sig av för att förhindra viktuppgång hos kvinnor i samband med ett rökstopp.

- Vilka förebyggande åtgärder kan användas för att förhindra viktuppgång i samband med rökstopp?

Uppsatsens mål är främst att kartlägga de omvårdnadsstrategier som i litteraturen visar sig vara effektiva men även vissa omvårdnadsmedicinska aspekter kommer att belysas då behandlingen delvis kan vara farmakologisk.

Avgränsningar

I denna litteraturstudie har författarparet valt att begränsa sökområdet till kvinnor från 18 år och uppåt som inte är gravida eller ammande. Material som ligger till grund för litteraturstudiens innehåll och resultat är avgränsat till åren 1998-2009. Ingen geografisk avgränsning har gjorts.

Definitioner

Rökstopp. I litteraturstudien definieras rökstopp med rökavvänjning som resulterar i att rökaren helt avhåller sig ifrån cigarrettrökning, oavsett tidsperspektiv.

Viktuppgång. Begreppet viktuppgång avser en viktökning med 1,5 kilo över den tid som rökavvänjningen pågår, dvs från start till slut. Inget generellt tidsperspektiv är gjort.

Rökavvänjning. Med definitionen rökavvänjning avses vidmakthållande av beslutet att upphöra med rökning av tobaksprodukter där en tydlig förändring av tidigare rökbeteende, mot ett rökstopp, går att märka.

METOD

Den metod som valts är, i detta examensarbete, en litteraturstudie i enlighet med Friberg (2006) där både kvantitativ och kvalitativ data eftersöktes.

Inkluderings- och exkluderingskriterier

Vid artikelsökning till denna litteraturstudie användes tydliga inkluderings- och exkluderingskriterier för att hjälpa författarparet att utesluta otillräckliga artiklar innan de gick vidare till en kvalitetsbedömning.

Inkludering

I samtliga databaser genomfördes sökningarna för åren 1998-2009 för att erhålla så aktuell information som möjligt. Artiklar på språket engelska eftersöktes då detta numera är vetenskapens officiella språk och det språk de flesta forskare numera publicerar sina forskningsresultat på för att nå så långt som möjligt med sina resultat (Friberg, 2006). Ett inkluderingskrav som valdes var att studierna skulle vara genomförda på kvinnor eller inkludera kvinnor där resultatet för denna grupp var tydligt beskriven. Ytterligare ett krav som låg till grund för inkludering var att samtliga artiklar skulle vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift eller motsvarande. Artiklarna skulle också vara granskade (eng. peer-review) av en kommitté för att uppnå den vetenskapliga status författarparet eftersökte.

Slutligen skulle artiklarna också vara tillgängliga i databaser eller kataloger genom bokhandel, bibliotek eller elektroniska källor (Hanson, 2002).

Exkludering

Många av de artiklarna som påträffades var gjorda på gravida eller ammande kvinnor, vilket inte föll under allmänsjuusköterskans kunskapsområde, och dessa valdes bort och kom att användas som en begränsning i sökningen. Artiklar som var genomförda på både män och kvinnor utan att enskilt redogöra för vardera grupp exkluderades. Artiklarna skulle vara genomförda på människor, och deltagarna fick inte vara yngre än 18 år. Artiklar som inte gick att finna i fulltext exkluderades.

Artikelsökning

Sökningarna genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL samt PsycINFO för att få stor bredd på sökningen som möjligt. Sökningarna gjordes vid olika tillfällen och oberoende av varandra för att få så aktuell forskning som möjligt och för att hitta fler bra artiklar.

Tabell 1. Förklaring av MeSH-termer

Sökord	MeSH-termer
Rökavvänjning	Smoking cessation
Viktuppgång	Weight gain
Läkemedel	Drug
Nutrition	Nutrition
Graviditet	Pregnancy
Omvårdnad	Nursing care
Motion	Exercise
Behandling	Treatment
Prevention	Prevention
Sjuksköterskearbete	Nursing
Kognitiv terapi	Cognitive therapy

I tabell 1 ses en sammanställning av de MeSH-termer författarparet använde sig av i sökningen efter artiklarna. Termerna framtogs efter hand som artikelsökningen blev mer specificerad. Sökningen påbörjades med precisa ord och som var övergripande i detta arbete (Friberg, 2006). Efter det att relevanta MeSH-termer för litteraturstudiens syfte tagits fram (se tabell 1) påbörjades sökningar i olika databaser enligt tabell 2.

Tabell 2. Artikelsökning i PubMed, CINAHL och PsycINFO.

Söksystem/Sökord	Limits	Träffar	Granskade	Använda	Datum
PubMed					
Smoking cessation AND weight gain	Only items with abstracts, female, last ten years och english.	159	14	5	090330, senaste sökningen: 090428
Smoking cessation AND weight gain AND drug	Only items with abstracts, female och english.	88	5	1	090330, senaste sökningen: 090428
Smoking cessation AND weight gain AND drug AND nutrition	Only items with abstracts, female och english.	6	1	0	090330, senaste sökningen: 090428
Smoking cessation	Only items with	3	2	1	090330,

AND weight gain AND drug AND nutrition NOT pregnancy	abstracts, female och english.				senaste sökningen: 090428
Smoking cessation AND weight gain AND drug AND nutrition AND nursing care NOT pregnancy	Only items with abstracts, female och english.	0	0	0	090330, senaste sökningen: 090428
Smoking cessation AND weight gain AND exercise	Only items with abstracts, humans, female, English och all adult: 19+	30	1	0	090330, senaste sökningen: 090428
Smoking cessation AND weight gain AND treatment	Only items with abstracts, humans, female, English och all adult: 19+	154	4	2	090330, senaste sökningen: 090428
CINAHL					
Smoking cessation AND weight gain AND prevention	Abstract, 1998- 2009, peer- reviewed, female, all adult och english	97	2	0	090422
Smoking cessation AND weight gain AND nursing	Abstract, 1998- 2009, peer- reviewed, female, all adult och english	61	2	0	090422
Smoking cessation AND weight gain AND exercise	Abstract, 1998- 2009, peer- reviewed, female, all adult och english	72	2	1	090422
PsycINFO					
Smoking cessation AND weight gain AND cognitive therapy	1998-2009, English only, population: female och age: adulthood (18 years and older)	17	0	0	090425
Summa		687	33	10	

Vid en sökning i databasen PubMed begränsades sökningen till valda limits och en sökning med mesh-orden *smoking cessation* och *weight gain* gjordes vilket gav 159 träffar. Av dessa granskades 14 artiklar varav fem artiklar visade sig användbara. Dessa fem artiklarna sparades för en djupare kvalitetsbedömning.

För att öka antalet träffar valdes det inför nästa steg i sökningen att inte använda *last 10 years* som en limits då material från åren 1993-1999 för att undersöka om forskningsfältet blev större. Nästa del i sökningen inkluderade mesh-ordet *drug* och exkluderade limiten *last 10 years* vilket gav 88 träffar varav fem granskades och en artikel sparades för en djupare kvalitetsbedömning. Sökningen fortsatte, fortfarande med samma limits som senast beskrivna steg, inkluderat mesh-ordet *nutrition* vilket gav sex träffar varav en artikel granskades och bedömdes som oanvändbar enligt exklusionskriterierna.

Då en del av exkluderingar av artiklarna ofta skedde på grund av att studierna var gjorda på gravida kvinnor eller kvinnor som ammade valdes det att göra en sökning som exkluderade mesh-ordet *pregnancy*. Denna sökning gav tre träffar där två granskades och en artikel kom att inkluderas i litteraturstudiens resultat.

För att se om sökningen kunde specificeras ytterliggare valdes inför nästa söksteg att inkludera mesh-ordet *nursing care* vilket inte gav några träffar alls. Enligt Friberg (2006) kan detta dock förklaras med att en sökning innehållande termen *NOT* kan komma att ta bort för många träffar varför termen bör användas sparsamt. Vid ett konstaterande att utförda sökningar möjligtvis hade varit för snäva valdes en ny sökning med mesh-orden *smoking cessation*, *weight gain* och *exercise* vilket gav 30 träffar, varav en artikel granskades men inte uppfyllde inkluderingskraven. Sökningen gjordes då om med en exkludering av mesh-ordet *exercise* och en inkludering av ordet *treatment* vilket gav 154 träffar varav fyra granskades och två kom att användas i litteraturstudiens resultat.

Vissa artiklar gick att finna på fler än ett ställe varför de valdes att exkluderas i kolumnen om granskade artiklar samt använda artiklar i tabell 2. Artikeln hamnade då under de sökord som artikeln påträffades första gången och inte under fler sökningar, för att undvika dubletter i sökandet efter artiklarna.

Vid en sökning i databasen CINAHL begränsades sökningen till valda limits, där framförallt sökfunktionen *peer-reviewed* hjälpsamt bara inkluderade artiklar som var publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Friberg, 2006). En sökning med mesh-orden *smoking cessation*, *weight gain* och *prevention* gjordes, vilket gav 97 artiklar. Av dessa artiklarna granskades två varav inga var användbara. En ny sökning gjordes där mesh-ordet *prevention* togs bort och *nursing* lades till vilket gav 61 träffar varav två kom att granskas, men återigen fanns inget användbar. Slutligen togs mesh-ordet *nursing* bort och ersattes av *exercise* vilket gav 72 träffar, två granskades och en artikel sparades för djupare kvalitetsbedömning.

Vid en sökning i databasen PsycINFO begränsades sökningen till valda limits och en sökning genomfördes på mesh-orden *smoking cessation*, *weight gain* och *cognitive therapy* vilket gav 17 träffar varav en intressant artikel föll bort ur såväl *granskade* som *använda* då den inte gick att finna i fulltext.

Kvalitetsgranskning

Vid artikelsökningens start valde författarparet till denna litteraturstudie ut tio artiklar var som, oberoende av varandra, granskades individuellt. Av dessa tio valde sedan författarparet gemensamt ut de artiklar som var relevanta för litteraturstudiens syfte och dessa artiklar lästes sedan individuellt av båda författarna. Då de utvalda artiklarna inte höll måttet för litteraturstudiens krav i den utsträckning som förväntades gjordes ytterliggare en sökning där 13 artiklar till granskades. Av dessa valdes sedan ytterliggare tre ut att inkluderas i studien så att resultatet i denna litteraturstudie kom att basera sig på totalt tio artiklar. Dessa artiklar föll då inom inkluderings- och exkluderingskriterierna samt höll den kvalitet som eftersöktes av författarparet, bra eller medel.

Vid en granskning av artiklarna använde sig författarparet av Willmans (2006) protokoll för kvalitetsbedömning avseende *Kvantitativ metod* (bilaga 1). Kvalitetsgranskningen gjordes var för sig, av båda författarna, och jämfördes sedan gemensamt för att bibehålla en så objektiv syn som möjligt på artiklarna. Slutligen möttes författarna upp för en gemensam protokollgenomgång av respektive artikel.

Artiklarna bedömdes som bra om de endast saknade variabler som författarparet inte ansåg påverka forskarnas diskussion och analys av resultat, t ex om det var likvärdiga grupper från start och om resultatet kunde generaliseras. Artiklarna bedömdes som medel om de saknade variabler som författarparet ansåg påverka forskarnas diskussion och analys av resultat, t ex att bortfallet inte var beskrivet eller analyserat samt om det inte förelåg någon etisk diskussion. Inga artiklar av låg kvalitet inkluderades.

Analys

Analysen gjordes efter Fribergs (2006) tre steg. Det första steget gick ut på att läsa igenom de valda artiklarna flera gånger för att få en större uppfattning och förståelse för artiklarna (Friberg, 2006). Detta gjordes oberoende av varandra.

Steg två handlar om att se skillnader och likheter med de valda artiklarna (Friberg, 2006). I koppling med läsandet av artiklar oberoende av varandra skedde det även en indelning av de lästa artiklarna. Denna indelning gick ut på att se skillnader och likheter med artiklarna främst i artikels resultat innehåll (a a). Detta resulterade i att författarparet valde ut fyra stycken teman som kommer att återkomma i resultatet. Dessa teman var rådgivning, kost, nikotinersättning och fysisk aktivitet. Det kunde ses en röd tråd via de valda artiklarna som gick ut på att rådgivning är det huvudtema som ingick vid ett rökstopp. Detta kommer att komma tillbaka i resultatdelen, via alla artiklarna.

Steg tre gick ut på att göra en sammanställning av artiklarna som valts ut till litteraturundersökning utifrån de likheter och skillnader som gjorts i steg två. Det hittades enbart artiklar som var av kvantitativa metoder vilket innebär att artiklarnas resultatdel uppdelas efter statistiken som gjorts i artiklarna (Friberg, 2006). I denna litteraturöversikt jämförs de valda artiklarna med varandra utifrån olika teman. Under dessa teman refereras artiklarna som valts för att öka förståelsen på artiklarna (a a). Det har gjorts en sammanfattning av artiklarna i form av matriser. Denna sammanfattning ses i bilaga 2. Matriserna är skrivna efter en tabell i Friberg (2006) som har modifierats av författarparet till denna litteraturstudie. Det som modifierades var att författarparet tog bort i vilken "tidskrift" som artiklen publicerats i och ersatte detta med vilket "land" artiklen skrivits i. Sedan plockades även "perspektiv" och "diskussion" bort och ersättes med "kvalitet". Under "kvalitet" står det vilken bedömning artiklarna fick och även varför artikeln fick den bedömningen, se bilaga 2.

RESULTAT

Under resultatet för denna litteraturstudie presenteras totalt tio artiklar som valts att inkluderas (se tabell 3).

Tabell 3. Översikt över inkluderade studier.

Författare	Tema	Antal deltagare (n)	Kvalitetsgrad
Allen et al, 2005, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt nikotinersättning.	94	Medel

Chaney et al, 2008, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt fysisk aktivitet.	101	Medel
Copeland et al, 2005, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd (enbart rådgivning).	79	Medel
Dale et al, 1998, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt nikotinersättning.	70	Medel
Danielsson et al, 1999, Sverige.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt kost.	287	Medel
Jonsdottir et al, 2001, Island.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt fysisk aktivitet.	67	Medel
Marcus et al, 1999, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt fysisk aktivitet.	281	Bra
Moffat et al, 2000, USA.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd samt nikotinersättning.	46	Medel
Prapavessis et al, 2007, Kanada.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd, fysisk aktivitet samt nikotinersättning.	142	Medel
Sneve et al, 2008, Norge.	Sjuksköterskans rådgivning och stöd, nikotinersättning samt enbart rådgivning.	5102	Bra

Efter att ha tematiserat de stora arbetsområde som kunde vara viktiga för sjuksköterskan att arbeta inom fann författarparet till denna litteraturstudie att det fanns ett centralt huvudtema som i sin tur hade fyra subteman kring sig. Huvudtemat vars innehåll återfinns i samtliga artiklar som låg till underlag för litteraturstudien men gick att indela i subteman (se figur 1).



Figur 1. Litteraturstudiens huvudtema med subteman.

Det huvudtema som förekom i samtliga artiklar i denna litteraturstudien var *sjuksköterskans rådgivning och stöd* och kring dessa kunde subteman som *fysisk aktivitet*, *nikotinersättning*, *kost* och *enbart rådgivning* anpassas beroende på individens individuella förmåga att genomföra dessa.

Sjuksköterskans rådgivning och stöd

Sjuksköterskans rådgivning och stöd, är det moment som är återkommande i alla valda artiklar, och utgör för vissa en del i behandlingen och för andra den totala behandlingen (se Enbart rådgivning). Det var i analysarbetet som sjuksköterskans rådgivning framkom som en likhet i samtliga artiklar och fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost och enbart rådgivning utgjorde andra strategier som sjuksköterskan kunde välja att applicera i sitt arbete med rökavvänjning och rökstopp.

Fysisk aktivitet

Kvinnor som deltar i ett program som inkluderar ett strukturerat träningsprogram, nikotinersättningsbehandling och veckovis rådgivning upplevde en signifikant lägre viktökning än kvinnor som endast deltog i nikotinersättningsbehandling och veckovis rådgivning (Chaney et al, 2008). Detta påvisar Chaney et al (2008) i en nyligen utförd studie där kvinnorna som deltog i det program där träning ingick skulle varje vecka genomföra minst tre gånger i veckan i minst 30 minuter åt gången. Kvinnorna som deltog i träningsprogrammet minskade i vikt med 1-3 pound vilket motsvarar ca 0,4-1,3 kg och de kvinnor som inte deltog i träningsprogrammet ökade upp till 5 pound i vikt vilket motsvarar ca 2,2 kg. Deltagandet i ett strukturerat träningsprogram visar sig under rökavvänjning och rökstopp alltså kunna förebygga viktuppgång i samband med själva rökstoppet.

Marcus et al (1999) genomförde en studie för att utforska hurvida fysisk aktivitet hade någon betydelse alls i samband med rökavvänjning och rökstopp. Totalt 281 kvinnor deltog i ett program över 12 veckors tid där de sista åtta veckorna föll efter rökstoppet och de första fyra veckorna pågick under rökning. Kvinnorna randomiserades till två grupper varav den ena gruppen skulle utföra fysisk aktivitet vid minst tre tillfällen per vecka och den andra gruppen skulle genomföra tre rådgivningstillfällen per vecka. Studien fann en signifikant ($p = .03$) skillnad i vikt mellan grupperna, där den gruppen som utförde fysisk aktivitet i större utsträckning vidmakthöll sitt rökstopp samt upplevde en mindre viktuppgång.

Enligt Jonsdottir D & H (2001) som genomförde en studie för att kartlägga hurvida fysisk aktivitet hade någon påverkan på viktökningen som normalt sett sågs hos rökare vid ett rökstopp, fann de ingen signifikant ($p= 0.56$) skillnad mellan interventionerna *nikotinersättning och rådgivning individuellt eller i grupp* och *nikotinersättning, rådgivning individuellt eller i grupp samt fysisk aktivitet*. Jonsdottir fann dock, å andra hand, att fysisk aktivitet sågs minska abstinens hos deltagarna och därmed öka antalet vidmakthållna rökstopp.

Fysisk aktivitet i samband med rökavvänjning och rökstopp försenar, men förebygger inte viktuppgång helt och hållet. Den viktnedgång eller bibehållandet av vikt som ses i samband med fysisk aktivitet och rökstopp, som sedan inte alltid vidmakthålls beror till stor del på att deltagare i träningsprogrammen inte alltid deltar i tillräckligt omfattande träning efter rökstoppet för att underhålla sin idealvikt (Prapavessis et al, 2007). Prapavessis et al (a a) delade in kvinnorna i sin studie efter två grupper; kognitiv beteendeterapi (CBT) och fysisk aktivitet (exercise). Enligt Prapavessis et al (a a) förbättrar fysisk aktivitet kombinerat med nikotinersättning den fysiska kapaciteten och försenar viktuppgång hos kvinnliga rökare. Prapavessis, med flera, rekommenderar därmed hälso- och sjukvårdspersonal att föreslå fysisk aktivitet och nikotinersättningsbehandling i kombination för kvinnor som är intresserade av att sluta röka (a a).

Nikotinersättning

Enligt Moffatt et al (2000) är nivåerna av lipoproteinet HDL-C lägre hos rökare än hos icke-rökare. Nivåerna består även vid ett rökstopp om nikotin tillförs på annat sätt, exempelvis genom nikotinersättning. Dessa nivåer normaliseras dock vid upphörandet av nikotintillförsel. Ett ökat kaloriintag och förlusten av metabolisk stimulering relaterat till rökstoppet är de två faktorerna som Moffatt et al ansåg vara de största bidragarna till viktuppgång.

Moffatt et al (2000) presenterar även ett resultat av vikt och rökning i relation till varandra från studiens start (dag 0), vid borttagandet av nikotintillförsel (dag 35) samt vid studiens slut (dag 77). Hos de icke-rökande kvinnorna sågs det ingen viktökning av betydelse alltigenom studien. Hos ex-rökarna kunde det ses en viktökning från studiens start till slut, med en signifikant ($p= <0.05$) ökning från dag 35, vid borttagandet av nikotintillförseln, till dag 77.

Ur ett korttidsperspektiv förefaller det sig så att nikotin ökar den metaboliska omsättningen med 5-7% (Sneve et al, 2008).

Allen et al (2005) påvisar i en studie att kvinnor som vid ett rökstopp placerades i placebogrupper, vid randomisering till antingen nikotinersättning eller placebo, totalt sett konsumerade fler kalorier i jämförelse med nikotinersättningsgruppen innan studien påbörjades. Kvinnorna i placebogruppern vägde från start mer än vad kvinnorna i nikotinersättningsgruppen gjorde (medelvikt 74,5 kg +/- 14,6 kg respektive 69,5 kg +/- 12,7 kg). Studien pågick i tre veckor varav rökstoppet inte påbörjades förrän efter en vecka då den första veckan användes till att överföra kvinnorna till nikotinersättningsbehandling. Vid studiens slut hade kvinnorna i nikotinersättningsgruppen en signifikant mindre viktökning ($p= 0.025$) än placebogruppern trots att de konsumerade fler kalorier (nikotinersättningsgruppens ökning med 173,6 kalorier respektive placebogrupperns minskning med 100,4 kalorier) än placebogruppern.

Dale et al genomförde 1998 en studie i Kanada där 70 deltagare randomiserades till fyra nikotinersättningsgrupper; placebo, 11 mg/dag, 22 mg/dag samt 44 mg/dag. Studien visade att

höga doser av nikotinersättning kan försena viktuppgång i samband med rökstopp, men inte förebygga denna faktor. Forskarna fastslår dock att nikotinersättningen är en viktig behandling som dock inte bör väljas bort då nikotinersättningen har god effekt på abstinenssymptomen och därför kan användas som nedtrappning till individen är bekväm med att inte längre röka och då kan påbörja viktunderhållande metoder som dieter och aktiviteter för att begränsa viktuppgång.

Prapavessis et al (2007) utförde en studie för att undersöka viktuppgång vid rökstopp i relation till två behandlingsalternativ; kognitiv beteendeterapi och fysisk aktivitet. Studiens deltagare erhöll under studiens första tio veckor även ett nikotinplåster och viktskillnaden mellan grupperna var då inte signifikant. Först vid borttagandet av plåstert kunde det ses en signifikant ($p= 0.08$) skillnad mellan grupperna.

Kost

I en studie som gjordes av Danielsson et al (1999) på ett av Sveriges största sjukhus framkommer det att viktuppgång kan påverkas av kost. Studien, som hade 287 deltagare, delades upp i två grupper varav den ena gruppen erhöll nikotinersättning, kostråd och lågenergidiet och den andra gruppen följde ett identiskt program exkluderat lågenergidieten. Studiens deltagare var kvinnor som tidigare hade försökt sig på ett rökstopp men inte kunnat fullfölja det på grund av viktbekymmer i samband med rökstoppet. Kvinnorna som deltog i lågenergidieten erhöll en nutrition som innehöll 6,7 MJ vilket ungefär motsvarar 1600 kcal per dag. Efter studiens slut, 16 veckor senare, hade 50 % av kvinnorna som deltog i lågenergidieten vidmakthållit sitt rökstopp jämfört med 35% i kontrollgruppen. Kontrollgruppen ökade under studiens pågående med en total medelvikt på 1,6 kg (0,9-2,3 kg) medan lågenergidietgruppen minskade i vikt med en total medelvikt på 2,1 kg (2,9-1,3 kg). Tolv månader efter studiens slut kunde man inte påvisa någon signifikant skillnad ($p= 0.61$) i vikt mellan grupperna.

Enbart rådgivning

Rökare utför i mindre utsträckning fysisk aktivitet, dricker mer kaffe och alkohol än ickerökare. Rökare har även ett lägre BMI än ickerökare, vilket inte är helt sant om det ses till rökare som en grupp. Rökare som röker mellan 6-10 cigaretter per dag har lägst BMI, storrökare som röker mer än 20 cigaretter per dag och icke-rökare har liknande BMI. Rökmonster och livsstilsfaktorer har således betydelse för vilken typ av egenvårdsråd sjuksköterskan bör informera om (Sneve et al 2008).

Copeland et al (2005) utförde en studie för att undersöka hurvida rökstoppbehandling var effektivare i ett individuellt format än i ett gruppformat. De deltagarna som placerades i gruppformatet deltog i diskussioner kring situationer som innebar risk att återfalla i tobaksbruket, viktbekymmer och hur kvinnorna skulle kunna hantera detta. De deltagarna som placerades i det individuella programmet fick enskilda samtal där en kartläggning av kvinnans individuella risksituationer och viktbekymmer m m genomfördes. Därefter samtalades det kring de individuella fynd och strategier och verktyg för att hantera detta utformades. Vid studiens slut kunde ingen signifikant skillnad (S.D. = 8.4 för det individuella formatet och S.D. = .99 för gruppformatet) i vikt påvisas mellan de två olika grupperna, däremot kunde påvisa att deltagarna i det individuella programmet kunde hantera en viktuppgång bättre än gruppdeltagarna. Gruppdeltagarna uppgav i större utsträckning viktuppgång som en anledning till återfall till tobaksbruket, vilket deltagaren i det individuella programmet inte gjorde eftersom de upplevde att de fått nödvändiga kognitiva verktyg gällande kroppsbild och vikt.

DISKUSSION

Diskussionen är redovisad under rubrikerna *metoddiskussion* och *resultatdiskussion*.

Metoddiskussion

Det gjordes en inledande litteratursökning för att söka av området och för att undersöka vilka sökord som kunde vara bra att använda till den huvudsakliga sökningen. Här användes enkla ord som t e x *smoking cessation* och *weight gain*, som var de centrala delarna i syftet (Friberg, 2006). Dessa områden var breda och gav många träffar. Efter en bearbetning av artiklar kunde vissa ämnesord (MESH-termer) väljas, då blev sökningen mer begränsad och gav lite mindre träffar, men då mer precisa. Denna sökning pågick under en längre tid innan den huvudsakliga sökningen skedde. Den första sökningen med de enkla orden valdes för att spara tid och för att lära känna de olika databaserna som valts (Friberg, 2006).

Att göra en sökning enligt ovan ger ett svar på om det finns aktuell forskning på det valda området (Friberg, 2006). Författarparet uppfattade dock att det fanns mycket forskning inom det valda området. Detta utan försök att hitta svar på det valda problemet och syftet (a a).

Under en första sökning hittades ungefär 20 artiklar som vid en första anblick på dels titeln och dels på abstraktet uppfattades som väldigt intressanta. Det visade sig dock inte vara så då de flera gick bort på grund av att de inte passade in på de inkluderingskriterierna som var satta inför detta arbete. På grund av detta tog det längre tid än planerat att leta och hitta bra användbara artiklar vilket medförde förseningar. Artiklarna som söktes vid en andra sökning gjordes sedan på varsitt håll. Artiklarna lästes igenom, även detta oberoende av varandra, för att sedan sammanställa de utvalda och godkända artiklarna, enligt de inkluderings- och exkluderingskriterierna som var satta tillsammans. Samtidigt gjordes en kvalitetsbedömning på de valda artiklarna. I efterhand kan det önskas att mer tid avsatts för artikelsökning i den tidsplan som utformats för litteraturstudien då det är av författarparets åsikt att det underskattades hur tidskrävande detta moment är.

Inkluderingskriterierna för denna litteraturstudie ändrades längs vägen. Från början var det tänkt att en undersökning av forskningsfältet på kvinnor i fertil ålder skulle ligga till grund för litteraturstudien men då att det forskningsfältet men då många artiklar baserade sig på gravida kvinnor eller ammande kvinnor, vilket inte tillhör allmänsjuksköterskans uppgift exkluderades dessa artiklar. Avgränsningen ändrades därför till kvinnor från ålder 18 år och uppåt. Enligt denna limit kunde författarparet finna fler artiklar, som kunde användas till litteraturstudien.

En stor del av de artiklarna som föreföll intressanta föll inte inom de tidsramar som valts vilket medförde en del tankar kring om tidsavgränsningen var korrekt för att belysa forskningsfältet. Författarparet upplevde att tidsavgränsning var korrekt för att innehålla så aktuell information som möjligt, men att den kunde vara felaktig av den anledningen att mycket material gällande frågeställningen publicerats tidigare av den anledningen att litteraturstudiens forskningsområde varit aktuellt redan för både 20 och 30 år sedan.

Sökandet efter artiklar gjordes i huvudsak i sökmotorerna CINAHL och Pubmed. Endast en sökning gjordes i PsycINFO och denna sökning i PsycINFO gav inga användbara artiklar. Att sökning i vissa databaser endast resulterade i få artikelträffar kunde bero på att dels för många ord valts men även att sökningsorden varit för diffusa (Friberg, 2006). Felet med att

enbart söka artiklar i CINAHL och Pubmed är att det finns risk att inte hela forskningsfältet klarläggs och därför inte heller viktiga förebyggande åtgärder kommer fram i denna litteraturstudie.

Det slutliga granskningsprotokollet gällande kvalitetsgranskningen gjordes tillsammans efter att artiklarna lästs och genomgått en individuell kvalitetsbedömning hos författarparet. Granskningsprotokollet som låg till underlag för bedömningen var taget från Willmans (2006) metodbok *Evidensbaserad omvårdnad* och gällde endast kvantitativ metod (bilaga 1) då ingen artikel som låg till grund för denna litteraturstudie enbart var kvalitativ.

Granskningsprotokollet modifierades inte, som tidigare nämnt i denna studien, då det ansågs att inkluderings- och exkluderingskriterierna var tillräckligt specificerade och att protokollet därefter bedömdes som tillräckligt utförligt för de artiklarna som inkluderats i litteraturstudien. Det är av författarnas åsikt att inför framtida studier modifiera detta protokoll något, då det förenklar bedömningsprocessen för de som författar uppsatsen. Detta främst för att protokollet kan modifieras på ett sådant sätt att inkludering- och exkluderingskriterier ingår och ligger till underlag för ett betyg och tar därmed bort risken för författarna att eventuellt inkludera en artikel som inte uppfyller dessa kriterier.

Att litteraturstudien saknar artiklar som helt var av kvalitativ metod är en faktor som det diskuterats mycket kring av författarparet. Det hade varit intressant att kunna inkludera kvalitativ data i form av exempelvis citat och liknande i litteraturstudien för att belysa ett mer subjektivt synsätt av problemformuleringen.

Efter att artiklarna lästs oberoende av varandra valdes även att göra en tematisering, dvs en indelning i ämnesområde, också detta oberoende av varandra. Det visade sig att båda författare till litteraturstudien hade valt samma indelning av artiklarna, dessa var från början *fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost och rådgivning*, med viktuppgång som ett centralt synsätt att analysera artiklarnas resultat. Efter en genomgång upptäckes dock att litteraturstudiens resultat kunde belysas med sjuksköterskans rådgivning som grund för analysering. Detta gjordes att de valda teman fick modifieras lite, vilket i sin tur gjorde att synsättet viktuppgång fick tas bort och ersättes med sjuksköterskans rådgivning som en central del. De andra temana kvarstod; fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost samt temat enbart rådgivning då det fanns någon artikel som enbart handlade om just rådgivning.

Resultatdiskussion

Det finns många anledningar till viktuppgång i samband med rökstopp men ett fåtal strategier sjuksköterskan kan arbeta preventivt med för att förebygga viktuppgång. Vilka av dessa strategier sjuksköterskan bör lägga störst vikt vid är individuellt och kräver av sjuksköterskan såväl allmänna kunskaper om vilka anledningar som gör att patienten går upp i vikt i samband med ett rökstopp och specifika kunskaper om patientens bakgrund och livsstil för att arbetet ska vara så effektivt som möjligt.

Som rökare kan det vara svårt att gå från en trivselvikt till en vikt man inte trivs med i samband med ett rökstopp. Detta kompliceras ytterligare över andra känslor som kan upplevas i samband med ett övergivande av sin rökning. De artiklar som presenterats i resultatet visar att det finns metoder att bibehålla sin trivselvikt trots ett rökstopp.

Det framkom i analysarbetet att den övergripande strategin som sjuksköterskan alltid kan använda sig av är *rådgivning*. Till denna applicerades, i respektive studie, olika strategier för att undersöka deras påverkan på vikt i samband med ett rökstopp. Gemensamt för samtliga strategier (*fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost och enbart rådgivning*) är att de, beroende på individen, kan hjälpa till i arbetet med att övervinna abstinensen och på så sätt öka chanserna att lyckas med ett rökstopp. Hurvida de olika strategierna kan vara användbara i arbetet med vikt i samband med ett rökstopp beror helt och hållet på individens förmåga att anpassa sig till strategin och om individen finner det meningsfullt att anpassa sig till denna.

Fysisk aktivitet

Enligt Post (2003) ska man, för att bibehålla sin vikt vid ett rökstopp, utföra fysisk aktivitet som t ex en promenad i rask takt på ca 20 minuter, per dag. Chaney et al (2008) visade i sin studie att kvinnor som deltog i ett träningsprogram upplevde en viktminskning jämfört med kontrollgruppen som istället upplevde en viktökning. Detta fynd är speciellt viktigt för de kvinnor som avstår från ett rökstopp i tron att det inte finns några metoder för att förhindra detta. För sjuksköterskan innebär det ett arbete för att stimulera patienten till fysisk aktivitet för att dels förebygga viktuppgången i sig, men även för att öka patientens framgång.

För att kvinnorna ska uppleva en mindre viktuppgång och i större utsträckning vidmakthålla sitt rökstopp fann även Marcus et al (1999) att fysisk aktivitet kunde öka framgång i arbetet med rökavvänjning. Studiens resultat baserar sig dock på statistik från kvinnor som tidigare inte alls utfört någon fysisk aktivitet vilket skulle kunna kritiseras utifrån det perspektivet att kvinnorna kanske inte hade upplevt den viktminskningen om de redan varit fysiskt aktiva. Bortfallet i studien var stort dels på grund av exklusionskriterier, varav tidigare fysiskt aktiva var en av dessa, och dels på grund av att utvalda deltagare valde att inte delta.

Jonsdottir D & H (2001) var den enda studien som tagits del av där skillnaden mellan fysisk aktivitet och annan behandling inte visade någon signifikant viktskillnad. Studien upplevs dock sakna några analyseringsbara mätinstrument när det kommer till viktkontroll då studiens deltagare till en början vägde sig på klinik men under resterande del av studien vägde sig hemma vilket inte gav något generellt trovärdigt mått. Ungefär 40% var vid studiens slut inte heller villiga att uppge sin vikt, vilket innebar ett svårtolkat resultat. Studiens resultat fann dock att fysisk aktivitet var viktigt i de fall där abstinens vid rökstopp upplevdes som svår vilket är värt att poängtera vid sjuksköterskans arbete med rökavvänjning.

Den vikt som går att mäta och utgå ifrån hos många kvinnor i samband med fysisk aktivitet och rökstopp och som inte är kvarstående vid senare mätningstillfällen kan ha sin naturliga förklaring i att kvinnorna efter studiens slut eller under studiens uppehåll inte själv engagerar sig i tillräckligt mycket fysisk aktivitet för att bibehålla sin vikt, menar Prapavessis et al (2007). Prapavessis et al (a a) menar att viktökningen inte förebyggs, utan snarare försenas, men att fysisk aktivitet i kombination med nikotinersättningsbehandling kan vara framgångsrikt för hälso- och sjukvårdspersonal att föreslå kvinnor som annars hade avstått ett rökstopp.

Nikotinersättning

Moffatt et al (2000) visar i sin studie en normalisering av lipoproteinet HDL-C i samband med borttagandet av den dagliga tillförseln av nikotin vid ett rökstopp. Studien visar samtidigt att denna normalisering går att fördröja med hjälp av nikotinersättning, vilket är kunskap som är viktig för sjuksköterskan att känna till i sitt arbete med viktbekymmer i samband med rökavvänjning. Genom att känna till detta kan sjuksköterskan föreslå ett

nikotinersättningspreparat under den tid som individen blir bekväm i sin roll som icke-rökare, och därmed öka chanserna för ett vidmakthållet rökstopp och en förbättrad hälsa. En annan aspekt att beakta i samband med detta är att HDL utgör det ”goda” kolesterolet och att en blygsam ökning, för att normalisera kroppens nivåer, inte direkt utgör någon hälsorisk.

Precis som Sneve et al (2008) kommer fram till i sin studie så verkar nikotin aptitdämpande vilket varje sjuksköterska bör informera sina viktbekymrade patienter om vid ett rökstopp. En aptitökning är därmed ingen biverkning utan snarare ett fysiologisk svar på att nikotinet inte längre befinner sig i kroppen. Att sjuksköterskan informerar om kost kan i ett sådant sammanhang förebygga eventuell oro kring detta.

Allen et al (2005) påvisar en lägre viktökning hos kvinnor som använder nikotinersättning än hos kvinnor som inte gör det (placebo) i samband med rökstopp. Förutom att placebo-gruppen vägde mer vid studiens start konsumerade de även fler kalorier, något som nikotinersättningsgruppen senare kom att konsumera mer av. Post (2003) skriver att behandlingsperioden med nikotinersättning oftast är mellan 2-6 månader. Detta gör att trovärdigheten på Allen et als (2005) studie reduceras då studien enbart pågick i två veckor. Det finns en risk att resultatet inte är bestående, och går därför inte att generellt tro att förändringarna fortlöper.

Nikotinersättning i höga doser kan försena viktuppgång i samband med rökstopp, men förebygger inte denna, det menar Dale et al (1998). Nikotinersättning kan därför inte användas som en strategi för att förebygga viktuppgång i samband med rökstopp, i sig, men forskarna föreslår att behandlingen ändå inte väljs bort då den har god effekt på abstinenssymptomen och därför kan användas som nedtrappning till individen känner sig bekväm som icke-rökare. När sjuksköterskan har hjälpt individen med denna nedtrappning påbörjas det verkliga arbetet med att ge råd om viktunderhållande åtgärder som kost och fysisk aktivitet. Studien fortlöper över en lång tid vilket ger trovärdighet till resultatet, men eftersom studien är utförd på 70 deltagare som i sin tur delats in i fyra behandlingsgrupper efterfrågas en större studie med fler deltagare.

Ett fynd som inte tas upp i någon litteratur som nämnts i bakgrunden är det resultat som Dale et al (1998) fann. Det nämns i studien att ju högre dosen av nikotinersättning som används desto bättre. De deltagare som använde sig av nikotinersättning á 44 mg upplevde en mindre viktuppgång än de deltagare som bara fick 22 mg. Studien tar även upp att det är bra om patienten börjar med en hög nikotindos för att sedan trappa ner dosen tills den tas bort helt.

Det verkar vara så att nikotin är en viktig faktor i viktrelaterade problem i samband med rökstopp och att nikotinersättning kan vara ett användbart alternativ för kvinnor som annars avstår ett rökstopp.

Kost

Enligt Post (2003) går de flesta upp i vikt vid ett rökstopp. Det som ingen artikel i denna litteraturstudie diskuterar är att den eventuella viktökning som sker i början av avvänjningen beror oftast på att kroppen samlar på sig vätska (Post, 2003). Det kan vara intressant att undersöka och titta på om detta håller i sig under hela rökavvänjningen och även när patienterna slutat röka, eftersom att vissa studier visar att viktökningen håller i sig under de följande tolv månaderna efter rökstoppet.

Det finns få studier som undersöker sambandet mellan kost och viktuppgång vid rökavvänjning. Danielsson et al (1999) utför dock en studie på hurvida en lågenergidiet kan förebygga den dramatiska viktuppgång som många kvinnor upplever att dom får i samband med ett rökstopp. Deltagarna i studien randomiserades till två grupper varav den ena erbjöd nikotinersättning och kostråd (kontrollgrupp) och den andra erbjöd nikotinersättning, kostråd och en lågenergidiet. Kontrollgruppen visade sig under studiens tid, 16 veckor, öka i vikt medan lågenergidietgruppen minskade i vikt. Vid uppföljningen, efter tolv månader, var förändringen inte bestående. Detta kan enkelt förklaras med att deltagarna i studien, efter studiens slut, återgick till annan kost och många gånger samma kostmönster som tidigare vilket medförde en viktökning. Detta resultat förväntade sig även forskarna.

Alla deltagare i studien hade tidigare försökt sig på ett rökstopp men misslyckats, och den största anledningen till misslyckandet var då viktuppgång i samband med rökstoppet. De deltagarna som i kontrollgruppen ökade i vikt under studiens första 16 veckor upplevde inte detta som ett så stort problem då den viktökning de upplevde under studiens gång var mindre än den viktökning de upplevt vid försök att sluta röka på egen hand. Av detta kan man då dra samma slutsats som många forskare i litteraturstudiens tidigare artiklar gjort, att nikotinersättning senarelägger viktuppgång i samband med rökstopp (Danielsson et al, 1999).

Det kan tyckas, att en sådan diet tycks meningslös att genomföra, om förändringen då inte är bestående men en klar fördel av att använda denna metod hos viktbekymrade kvinnor i samband med ett rökstopp är att viktökningen fördröjs och ger kvinnorna mer tid på sig att anpassa sig till rökstoppet och förändra livsstilen så att viktunderhållande åtgärder kan etableras.

Enbart rådgivning

Sneve et al (2008) fastslår i sin studie att rökmönster och livsstilsfaktorer innan ett rökstopp har betydelse. Detta är viktig kunskap för sjuksköterskan då hon bör anpassa sin rådgivning efter detta. Rökare som röker mellan 6-10 cigaretter om dagen har lägst BMI och en större viktökning hos dessa är då inte konstig eftersom kroppen stävar efter att återställa kroppens ämnesomsättning och förlusten av nikotintillförsel ökar aptiten hos individen. Om sjuksköterskan besitter kunskap om exempelvis detta faktum kan hon i förväg informera individen om detta och förhindra att viktökningen kommer som en chock för kvinnan och därmed leder till ett återfall i tobaksbruket.

Rådgivning i grupp eller individuellt visar ingen signifikant skillnad i viktökning/minskning vid ett rökstopp (Copeland et al, 2005). Däremot ger individuell rådgivning en bättre förutsättning för att kunna hantera en viktökning hos viktbekymrade kvinnor. Genom samtal där en kartläggning av individuella risksituationer och hjälp att utforma kognitiva verktyg gällande kroppsbild och vikt är det möjligt att bättre förbereda kvinnor för den viktuppgång som naturligt kommer vid ett rökstopp.

Precis som SOS (2005-105-1) skriver, har sjuksköterskans rådgivning en roll att undervisa och stödja patienter, om det så är individuellt eller i grupp, som har till syfte att främja hälsa. Även att motivera till att förändra sin livsstil till en hälsosammare typ omtalas. Copeland et al (2005) visar att deltagarna som genomgick individuell rådgivning kunde hantera sitt rökstopp och vikten mycket bättre än de som fick grupp rådgivning. Detta upplevde författarparet som ett intressant fynd då litteratur som hittats till bakgrunden i denna litteraturstudie inte återfinns. Rådgivning som delas upp i individuell rådgivning och grupprådgivning borde beforskas mer så att just rådgivning, som denna litteraturstudie ser som en central del, blir mer belyst och kan användas maximalt till att motivera och stödja patienterna på bästa sätt.

SLUTSATS

Sjuksköterskans rådgivning och stöd är användbart i alla fall av rökavvänjning och arbete med ett rökstopp. Till detta bör strategier som *fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost* eller *enbart rådgivning* appliceras efter individens individuella förmåga att genomföra dessa. Fysisk aktivitet ses kunna förebygga abstinensbesvär och om det utövas tillräckligt ofta även förebygga viktuppgång i samband med ett rökstopp. Nikotinersättning har enligt studiens resultat med fördel kunnat användas i början av ett rökstopp för att försena viktuppgång och ge individen möjlighet till att etablera nya livsstilsvanor. En lågenergidiet som kostsupplement i början av ett rökstopp har visats kunna ha fördelaktiga effekter på vikt om det används i kombination med nikotinersättning. Individuellt utformad rådgivning kunde i en av litteraturstudiens artiklar hjälpa viktbekymrade kvinnor strategier att bättre hantera den viktuppgång som kan upplevas i samband med ett rökstopp.

Slutligen är resultat och diskussion i denna litteraturstudie baserade på artiklar som är genomförda på kvinnor i alla åldrar vilket det bör tas hänsyn till i tolkningen av resultatet.

Förslag på vidare forskning

För att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienter att genomföra ett rökstopp utan att för den delen behöva tolerera en viktuppgång är det nödvändigt med fortsatt forskning. Det är av författarparets åsikt att det hade varit intressant att genomföra en större empirisk studie för att kartlägga sambandet mellan rökstopp och fysisk aktivitet, nikotinersättning, kost och rådgivning. Även en uppföljning av denna studie, för att se vilka som faktiskt fortsätter med den givna rekommendationen, är intressant att fördjupa sig i.

REFERENSER

Allen S S et al (2005) Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. *Addictive behaviors Vol 30*, 1273-1280.

Apoteket (2006) Rökavvänjning. > <http://www.apoteket.se/rd/d/4296>< 2009-04-24.

Chaney S E et al (2008) Weight gain among women during smoking cessation. *AAOHN Journal Vol 56*, 99-105.

Copeland A L et al (2006) Smoking cessation for weight-concerned women: Group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions. *Addictive behavior Vol 31*, 115-127.

Dale L C et al (1998) Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement. *Journal of General Internal Medicine 13*, 9-15.

Danielsson T et al (1999) Open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ 319*, 490-494.

Ehnfors, M et al (2000) VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet.

Fagerström K O (2004) Så fungerar nikotinersättning > http://www.netdoktor.se/?_PageId=921< 2009-04-22

Filozof C et al (2004) Smoking cessation and weight gain. *The international association for the study of obesity*, 5, 95-103.

Friberg, F (2006) Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsoinstitutet (2009) Hälsorisker av tobak > <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-tobak-och-dopning-ANTD/Tobak/Halsorisker/>< 2009-04-27.

Gilljam, H (2008) Rökavvänjning >http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=625< 2009-02-13.

Gilljam, H & Post, A (2009) Prövningarna kan vara många efter rökavvänjningen > <http://www.tobaksfakta.org/Default.aspx?id=7723>< 2009-04-21.

Hanson Ch, U (2002) Vad är en vetenskaplig artikel? Universitetsbiblioteken, Karolinska institutet.

Ivarsson B H (2004:51) Det motiverande samtalet om tobaksvanor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Ivarsson B H (2007:16) Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Ivarsson B H & Lundh L (2009) Läkemedel för tobaksavvänjning. >
<http://www.tobaksfakta.org/Default.aspx?id=7801>< 2009-04-22

Jonsdottir D & Jonsdottir H (2001) Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study. *Scand J Caring Sci* 15, 275-282.

Lindberg M & Wilhelmsson S (2005) Vem bryr sig? Stockholm: Familjemedicinska institutet.

Läkemedelsverket (2000) Zyban. > <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Humanlakemedel-/Zyban-bupropionhydroklorid-ambfebutamon/>< 2009-04-24.

Läkemedelsverket (2006) Champix. > <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Humanlakemedel-/Champix-vareniklin/>< 2009-04-24.

Marcus, B H et al (1999) The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women. *Arch Intern Med* 159, 1229-1234.

Moffat R J et al (2000) Effects on the transdermal nicotine patch on normalization of HDL-C and its subfractions. *Preventive medicine*, 31, 148-152.

Post, A (2003) Tackla tobak (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Prapavessis H et al (2007) The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive behaviors*, 32, 1416-1432.

SBU (1998:138) Metoder för rökavvänjning. *Sammanfattning och slutsatser*. Isbn 91-87890-50-X.

Sneve M & Jorde R (2008) Cross-sectional study on the relationship between body mass index and smoking, and longitudinal changes in body mass index in relation to change in smoking status: The Tromsø Study. *Scandinavian journal of public health* 36, 379-407.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, Artikelnr 2005-105-1.

SSF (2002) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Statens folkhälsoinstitut (2009) Motiverande samtal vid riskbruk >
http://www2.fhi.se/templates/Page____8716.aspx< 2009-04-29.

Svenskt nätverk mot tobaksprevention (2009) En översyn av tobakslagen: Vad behöver göras? Direktiv 2008:29.

Tobakslagen, 1993:581.

Willman, A et al (2006) Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur, s 154, 156.

BILAGOR

Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod.

Bilaga 2: Artikelmatris.

Bilaga 3. Nikotinersättning – receptfritt.

Bilaga 4. Nikotinersättning som kräver recept.

Bilaga 1

PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD

Bedömning av studien

Forskningsmetod

RCT

CCT(ej randomiserad)

Multicenter, antal center.....

Kontrollgrupp/er

Patientkarakteristika

Antal.....

Ålder.....

Man/ Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

Ja

Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja

Nej

Representativt urval?

Ja

Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet?

Ja

Nej

Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

Ja

Nej

Vet ej

Analyserade i den grupp som de
randomiserades till?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av patienter?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av vårdare?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av forskare?

Ja

Nej

Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

Ja

Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja

Nej

Adekvat statistisk metod?

Ja

Nej

Etiskt resonemang?

Ja

Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

Ja

Nej

Är instrumenten reliabla?

Ja

Nej

Är resultatet generaliserbart?

Ja

Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknas effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, powerberäkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet:

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

Bilaga 2 Artikelmatris

Författare År Titel Land	Syfte	Metod och urval	Resultat	Kvalitet
Allen et al, 2005, USA. "Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A randomized controlled trial of postmenopausal female smokers".	Syftet med studien var att undersöka nikotinersättning utifrån perspektiv som vikt och energiintag under två veckor.	Deltagarna rekryterades via flygblad och tidningsannonser. Deltagarna var mellan 40-79 år och skulle vara i menopaus, röka mer än 15 cigaretter/dag. Kvinnorna skulle avhålla sig från cigaretter i två veckor. Totalt 94 kvinnor deltog i studien.	Studien visar att nikotingruppen hade en mindre viktuppgång än placebo gruppen hade (p= 0.025). Vid forskningsstart: Placebogruppen åt 9g söta kolhydrater mer än nikotingruppen, de tillbringade fler timmar i veckan med fysisk aktivitet (12,1h vs 6,9h) och hade högre BMI (27,9 vs 26,4) än nikotingruppen. Vecka 3: Placebogruppen åt mindre kalorier än nikotingruppen (100,4 vs 173,6). De åt även mindre fett än nikotingruppen (3,0g vs 10,9g).	Medel. Etiskt resonemang saknas.
Chaney S. et al, 2008. USA. " Weight gain among women during smoking cessation".	Syftet med artikeln är att testa två hypoteser: 1. Kvinnor som deltar i ett program som inkluderar ett strukturerat träningsprogram, nikotinersättningsbehandling samt veckovis rådgivning kommer att uppleva mindre viktuppgång i samband med ett rökstopp under en åttaveckorsperiod och vid uppföljning efter fyra månader än kvinnor som deltar i ett program som endast inkluderar nikotinersättningsbehandling och veckovis rådgivning. 2. Kvinnor som deltar i ett strukturerat	Studien använde sig av en före-efter experimentiell design med ett randomiserat urval till behandling respektive kontrollgrupp. Deltagare rekryterades genom tidningsannonser och via flyers. Inkluderingskriterier var: 21 år eller över, självbekräftad användning av tobak det senaste året, läskunnighet, engelsk språkförståelse och kommunikationsbarhet, förmåga att kunna träna minst 30 minuter minst tre gånger i veckan samt vilja att mötas för veckovis rådgivning eller stödgruppsmöten. Barn, män, gravida och kvinnor med hälsorelaterade handikapp som begränsade deras fysiska aktivitet eller förhindrade dem att delta i träningsprogram exkluderades. 101 kvinnor deltog i studien. Deltagarna närvarade vid en första session där	Hypotes 1: Studien visade att grupp 2 (fallgruppen) hade en signifikant lägre viktökning (fallgruppen minskade i vikt med 0,4-1,3 kg jämfört med kontrollgruppen som ökade i vikt med ca 2,2 kg)än grupp 1(kontrollgruppen). Hypotes 2: I slutet av programmet hade 82,1% i grupp 2 slutat röka jämfört med 58,8% i grupp 1.	Medel. Bortfall ej beskrivet, studien saknar etiskt resonemang samt resultatet är inte generaliserbart.

	<p>träningsprogram med nikotinersättningsbehandling och veckovis rådgivning kommer att ha större andel kvinnor som har slutat röka i samband med ett rökstopp under en åttaveckorsperiod och vid uppföljning efter fyra månader än kvinnor som deltar i ett program som endast inkluderar nikotinersättningsbehandling och veckovis rådgivning.</p>	<p>studien förklarades och alla ombeddes att ge skriftligt medgivande till deltagandet.</p>		
<p>Copeland et al, 2005, USA. "Smoking cessation for weight-concerned women: Group vs. individually tailored, dietary and weight-control follow-up sessions".</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka hurvida rökstoppbehandling var effektivare i individuellt, skraddarsytt format jämfört med gruppformat.</p>	<p>Studien samlade deltagare genom att annonsera lokalt. De deltagare som mötte kriterierna (kvinnor som använde rökning som viktkontroll, rökte mer än tio cigaretter per dag samt hade ett BMI över 18) blev sedan bokade för en intervju samt två möten innan de trädde in i programmet. Exkluderingsskriterer var farmakologisk- eller bantningsbeteende, mer än 9 kg viktuppgång eller nedgång de senaste sex månaderna, drogmissbruk, affektiva sjukdomar, ätstörningar, psykotiska sjukdomar, njursvikt, leversvikt, cancer samt immunologiska sjukdomar.</p>	<p>De deltagarna som ingick i det individuellt skraddarsydda programmet hade, som misstänkt av studiens författare, högre rökstoppkvot än de deltagare som ingick i gruppprogrammet. Där fanns ingen skillnad mellan grupperna i viktuppgång. Deltagarna i det individuellt skraddarsydda programmet tolererade viktuppgång bättre än gruppdeltagarna eftersom de hade givits kognitiva verktyg gällande kroppsbild och vikt.</p>	<p>Medel. Bortfallsanalys saknas samt resultat är inte generaliserbart.</p>
<p>Dale et al, 1998, USA. "Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement".</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka viktförändringar i samband med varierande doser av nikotinersättning vid rökstopp.</p>	<p>Studien är utformad som en randomiserad, blind studie. 70 deltagare randomiserades till placebo, 11, 22 eller 44 mg/dag transdermal nikotin. Studien, som var en telefonscreening hade exklusionskriterier som; de som inte ville lämna blod, rökare av minst tio cigaretter per dag samt ofrivilliga att förbli inlagda på sjukhuset från 15.00 söndagen till 15.00 följande lördag.</p>	<p>Högre doser av nikotinersättning kan försena viktuppgång i samband med rökstopp, oberoende av att vara kvinna eller man. Vid ettårsuppföljningen av studien fann man, bland de 20 deltagarna som fortfarande var rökfria, att viktförändringen inte var associerad med kön, ursprungsvikt, antal rökta cigaretter vid utgångspunkten samt dos av trandermal nikotin.</p>	<p>Medel. Bortfallsanalys saknas.</p>
<p>Danielsson et al, 1999, Sverige. "Open randomised trial of intermittent</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka hurvida försök att förebygga viktuppgång kan öka chansen att vidmakthålla ett rökstopp.</p>	<p>Studien använde sig av en öppen, randomiserad metod där ett rökstoppsprogram med nikotintuggummi, kostråd samt lågenergidiet som totalt nutritionsutbyte. Kontrollgruppen följde ett</p>	<p>Efter 16 veckor hade 50% av kvinnorna i experimentgruppen slutat röka jämfört med 35% i kontrollgruppen. I</p>	<p>Medel. Bortfallsanalys ej beskriven samt etiskt</p>

very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit”.		identiskt program men utan lågenergidieten. Deltagarna var kvinnliga rökare i åldern 30-60 år som ville sluta röka och hålla vikten. Kvinnorna skulle ha ett BMI inom 23-31, röka minst 10 cigaretter om dagen, ha rökt minst tre år samt haft minst ett misslyckat rökstopp pga viktökning. Exklusionskriterier var hjärt- och kärlsjukdom de senaste sex månaderna, bekräftad njur- eller leversjukdom, deltagande i annan klinisk studie de senaste sex månaderna, graviditet, laktosintolerans, alkohol- eller drogmissbruk, vegetarian, metabolisk eller maligna sjukdomar som kunde innebära komplikationer.	experimentgruppen föll medelvikten med 2,1 kg men ökade med 1,6 kg i kontrollgruppen. Efter ett år fanns där ingen statistisk skillnad (p=0.61) i vikt mellan grupperna.	resonemang saknas.
Jonsdottir et al, 2001, Island. ”Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study”.	Syftet var att jämföra två olika grupper med olika interventioner med varandra och sedan se skillnader gällande abstinens och viktuppgång vid en ettårs kontroll.	Studien hade 67 deltagare varav 33 stycken var kvinnor. Studien rekryterade deltagarna via annonsering. De delades upp i två grupper; intervention ett och två. Intervention 1: nikotinersättning, hälsokontroll, beteendeterapi, individ- och grupp rådgivning. Intervention 2: samma intervention som grupp ett samt ingick i ett program med fysisk aktivitet. Fler kvinnor deltog i intervention ett.	Studien visade ingen signifikant skillnad (p=0.56) mellan grupperna, vad det gäller abstinens men gällande viktuppgång visades att deltagarna i intervention två gick ner i vikt medan deltagarna i intervention ett gick upp i vikt.	Medel. Urvalet är inte representativt, instrumenten är inte reliabla samt resultatet inte generaliserbart.
Marcus, B H et al (1999) The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women. <i>Arch Intern Med</i> , 159, 1229-1234.	Att se om fysisk aktivitet har någon betydelse för rökavvänjning. Studie över 2 grupper, där ena gruppen fick gå på aerobic och den andra fick KBT, i 12 veckor.	Friska kvinnor i åldern 18-65 år som regelbundet rökt 10 eller fler cigaretter/dag i minst 3 år och som utförde fysisk aktivitet mindre än 2 ggr/veckan under de senaste 6 månaderna. Deltagarna rekryterades via tidningsannonser. En absolut avhållsamhet av cigaretter i 7 dagar gällde.	Studien fann en signifikant skillnad (p= .03) mellan fall- och kontrollgruppen. Fallgruppen hade signifikant högre nivåer av kontinuerlig avhållsamhet i slutet av behandlingen. De gick även mindre upp i vikt.	Bra. Likvärdiga grupper sags inte från start.
Moffat et al, 2000, USA, “Effects of the transdermal nicotine patch on normalization of HDL-C and it’s	Studiens undersöker nikotinplåsters effekt på lipoproteiner, som rökning i sig reducerar och ett rökstopp normaliserar.	Tio män och 17 kvinnor deltog i ett rökstopp i 77 dagar. Deltagarna hade nikotinplåster i 35 dagar, som sedan togs bort de återstående 42 dagarna. Sju män och nio kvinnor var kontrollgrupp. Fallkontrollstudiens exklusionskriterier var deltagare som var ovilliga att lämna blod, skinnirritation av plåster, oförmåga att sluta röka	HDL-C nivåer var signifikant lägre hos rökare jämfört med kontrollgruppen. Dessa skillnader kvarstod under de första 35 dagarna med plåster. Under resterande 42 dagarna ändrades lipoproteinnivåerna dock så att rökarnas nivåer	Medel. Grupperna är inte likvärdiga vid start, studien saknar etiskt resonemang samt resultatet

subfractions”.		samt misstänkt graviditet. Inkluderingskriterier var deltagare som endast rökte tobak, hade en god hälsa samt att de inte tänkte göra några stora nutritionsändringar under tiden.	motsvarade kontrollgruppens. Detta resulterade i en viktuppgång ($p < 0.05$), som för kvinnorna motsvarade, 2,1 kg. Resultatet visar därmed att en viktuppgång kan skjutas upp med hjälp av en korrekt administrering av nikotinplåster, vilket kan vara ett alternativ för kvinnor som undviker ett rökstopp i rädsla för att gå upp i vikt.	är inte generaliserbart.
Prapavessis et al, 2007, Kanada. “The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women”.	Studiens syfte var att undersöka den individuella effekten av övervakad och intensiv fysisk aktivitet liksom den kombinerade effekten av fysisk aktivitet och nikotinersättningsbehandling ur två perspektiv: a) rökstopp och reducering av rökning b) fysiska och psykiska processer under upphävandet av nikotintillförseln	142 kvinnor inaktiva kvinnor rekryterades från lokala tidningsannonser och randomiserades till följande fyra grupper: a) fysisk aktivitet + nikotinplåster b) fysisk aktivitet + inget nikotinplåster c) kognitiv beteendeterapi + nikotinplåster d) kognitiv beteendeterapi + inget nikotinplåster. Inkluderingskriterier var 18-62 år, rökta ca 10 cigaretter om dagen de senaste tre åren samt fysiskt inaktiva (aktiva mindre än 30 min/mindre än två gånger per vecka). Exkluderingskriterier var deltagare med fysiska och psykiska problem eller deltagare med läkemedel som kunde försvåra förmågan att utföra fysisk aktivitet.	Först vid borttagandet av nikotinersättning kunde det ses en signifikant skillnad ($p = 0.08$) i vikt mellan grupperna. Fysisk aktivitet i kombination med nikotinersättningsbehandling under rökavvänjning förbättrar funktionell fysisk kapacitet och försenar viktuppgång hos kvinnliga rökare.	Medel. Bortfallsanalys och etiskt resonemang saknas.
Sneve et al, 2008, Norge. “Cross-sectional study on the relationship between body mass index and smoking, and longitudinal changes in body mass index in relation to change in smoking status: The Tromsø Study”.	Syftet med studien var att se rökning och andra livsstilsfaktorer effekt på BMI samt att undersöka resultatet mellan fjärde och femte Tromsøstudien gällande rökstatus och BMI.	I den fjärde studien från 1994, bjöds alla kvinnor och män som var födda 1970 eller senare och som enligt födelseregistret bodde i kommunen in. De som skulle återkomma till andra fasen i studien var 55-74 år och 5-10% ”stickprov” i åldrarna 25-54 år och 75-85 år. 2001 bjöds alla som varit med i andra fasen i studien 1994 in. Även män och kvinnor som var äldre än 29 år och de som uppnått 30, 40, 45, 60 eller 70 år. Sammanlagt var det 5102 personer som deltog i både fjärde och femte studien.	Rökare har lägre BMI än icke rökare. Rökare utförde i mindre utsträckning fysisk aktivitet, drack mer kaffe och alkohol än icke rökare. Lägst BMI hade de som rökte mellan 6-10 cigaretter/dag. Storrökare och icke rökare hade liknande BMI. Rökmönster och livsstilsfaktorer har således betydelse för vilken typ av egenvärd sjuksköterskan bör informera om.	Bra. Studien tillräckligt många granskningsmoment.

Bilaga 3. Receptfria preparat (under förutsättning att åldern överstiger 18 år).

Preparat	Behandling	Vanliga biverkningar	Fördelar	Nackdelar
Nikotin-plåster	Plåster som fästs på huden med varierande styrka är bra om du rökt med jämna intervaller. Finns som dag- och dygnet-runt-plåster. Individuell behandlingstid, normalt sett 2-3 månader inklusive nedtrappning.	Hudreaktioner. Dygnet-runt-plåster kan även ge livliga drömmar/sömnstörning ar.	Lätt att applicera, ger en jämn tillförsel av nikotin över de timmar som plåstert avser.	Stillar inte det fysiska behovet av att hålla i en cigarett eller att ha den i munnen.
Nikotin-tuggummi	Tuggummi som innehåller en viss mängd nikotin. Tuggummi med hög styrka används om du rökt mer än ett paket cigaretter om dagen, och låg styrka om du rökt mindre än så. Individuell behandlingstid om minst tre månader, därefter nedtrappning.	Irritation i mun och hals, hicka, magbesvär vid fel användning av tuggteknik.	Enkel doskorrigering, ger snabb lindring i svåra situationer, minskar även hungersug vilket kan förebygga småätandet.	Svår tuggteknik, tuggummit kan fastna i tänderna. Liten risk för tillvänjning.
Nikotin-sublingual-tablett	Tablett som ska smälta under tungan. Individuell behandling, minst 2-3 månader och därefter nedtrappning. Max sex månaders användning.	Irritation i mun och hals.	Ger snabb lindring i svåra situationer, diskret, få biverkningar och motverkar liksom nikotintuggummit hungersuget.	Risk att svälja tablett.
Nikotin sugtablett	Sugtablettarna passar bäst för rökare som rökt då och då under sina dagar som rökare. Individuell behandling i minst tre månader, därefter gradvis nedtrappning. Max sex månaders användning.	Irritation i mun och hals samt hicka.	Ger snabb lindring i svåra situationer samt enkel att använda.	Vid tidigare tendens till halsbränna kan obehag upplevas.
Nikotin-inhalator	Inhalator med munstycke som du laddar med nikotinkapslar. Passar speciellt dig som varit storrökare. Individuell behandling, minst tre månader och därefter nedtrappning. Max sex månaders användning.	Lokala reaktioner som hosta och irritation i mun och svalg.	Hjälper till att minska den fysiska saknaden av att hålla i en cigarett och ha den i munnen. Enkel att dosera.	Sämlre effekt vid kyla. En undehållning av det fysiska beroendet av att hålla i och suga på cigaretten kvarstår.

Källa: Ivarsson B H & Lundh L, 2009-04-22.

Bilaga 4. Preparat som kräver recept.

Preparat	Behandling	Vanliga biverkningar	Fördelar	Nackdelar
Nikotinnässpray	En sprayning i vardera näsborre efter individuellt behov. Individuell behandling, normalt minst tre månader, därefter nedtrappning i 6-8 veckor. Max sex månaders användning.	Lokala reaktioner i form av irritation, smärta, nysningar och rinnande näsa.	Mycket snabb effekt. Enkel att korrigera.	Biverkningar samt risk för tillvänjning.
Vareniklin (Champix®)	Farmakologisk behandling som påbörjas när rökning fortfarande pågår. Rökstopp planeras 1-2 veckor in i behandlingen. Vanligtvis pågår behandlingen i tolv veckor.	Milt-måttligt illamående, huvudvärk, insomningssvårigheter.	Ingen känd inverkan på effekt av andra läkemedel eller tvärt om.	Förutom biverkningar finns inga andra kända nackdelar.
Bupropion (Zyban®)	Farmakologisk behandling som påbörjas när rökning fortfarande pågår. Rökstopp planeras en vecka in i behandlingen. Behandlingstid är vanligtvis 7-9 veckor.	Sömnsvårigheter, muntorrhet, hudutslag, huvudvärk, yrsel.	Fördelaktig för personer som tidigare upplevt nedstämdhet i samband med rökstopp.	Förutom biverkningar finns inga andra kända nackdelar.

Källa: Ivarsson B H & Lundh L, 2009-04-22.