



BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan sykepleier bidra til helse og mestring hos gravide med spiseforstyrrelser?

FORFATTERE:

JANNE CATHRINE MYHREN OG
MARIAM LARSEN

Dato: 10.05.13

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til helse og mestring hos gravide med spiseforstyrrelser?	Dato : 10.05.13
Deltaker(e)/	Janne Cathrine Myren og Mariam Larsen	
Veileder(e):	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Spiseforstyrrelser, svangerskap, sykepleie, sykepleietiltak, mestring	
Antall sider: 46	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: Ja/Nei
Antall ord: 12900		
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Svangerskapet kan ha stor innvirkning på kvinner med spiseforstyrrelser, og det er lite oppmerksomhet rundt dette temaet.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å finne ut hvilke rolle sykepleier bør ha i møte med gravide kvinner med spiseforstyrrelser, for å bidra til at disse kvinnene mestrer sine symptomer relatert til spiseforstyrrelsen, og på denne måten gjennomfører et sunt og ukomplisert svangerskap.</p> <p>Metode: Det er gjort en litteraturstudie basert på 6 kvalitative- og 1 kvantitativ studie. Litteratursøket inneholder søkeord som, eating disorders, pregnancy, nurs*, support, nursing intervention, coping, childbearing og management.</p> <p>Resultat: Studiene viser at mange av disse kvinnene hadde delte opplevelser i forhold til å sette barnet foran spiseforstyrrelsen, og at mange skjuler spiseforstyrrelsen på bakgrunn av skyld og skam. Dette gjør det vanskelig for sykepleiere å identifisere disse kvinnene.</p> <p>Konklusjon: Det er stort behov for å øke kunnskapsnivået og bevisstheten blant sykepleiere, for å identifisere symptomer og skjulte følelser. Dette er viktig for å kunne gripe tidlig inn, og gi best mulig pleie til denne pasientgruppen.</p>		

Abstract

Title:	<u>How can nurses contribute to health and coping among pregnant women with eating disorders?</u>	Date : 10.05.13
Participants/	<u>Janne Cathrine Myhren and Mariam Larsen</u>	
Supervisor(s)	<u>Bente Thyli</u>	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	<u>Eating disorders, pregnancy, nursing, nursing intervention, coping</u>	
Number of pages:46 Number of words: 12900	Number of appendix: 2	Availability (open/confidential):
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Pregnancy can have a major impact on women with eating disorders, and there is little attention paid to this subject.</p> <p>Purpose: The purpose is to determine nurse's role, facing pregnant women with eating disorders, to help these women cope with their symptoms related to the eating disorder, and thus carries a healthy and uncomplicated pregnancy.</p> <p>Method: We made a literature study based on six qualitative and one quantitative study. The literature search includes the following keywords: eating disorders, pregnancy, Nurs*, support, nursing intervention, coping, childbearing and management.</p> <p>Results: The studies show that many of these women had divided experiences related to putting the child first, disregarding the eating disorder, and that many women hide their eating disorder based on guilt and shame. This makes it difficult for nurses to identify these women.</p> <p>Conclusion: There is a great need to increase the level of knowledge and awareness among nurses, to identify the symptoms and hidden feelings, in order to intervene and provide the best care for these patients.</p>		

Innhold

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innhold	4
1. Innledning	5
1.1 Hensikt	6
2. Bakgrunn	6
2.1 Spiseforstyrrelser	7
2.2 Teoretiske perspektiver	8
2.3 Tidligere forskning	9
3. Metode	10
3.1 Perspektiv	11
3.2 Søkestrategi	11
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.4 Kritisk vurdering	14
3.4.1 Vurdering av arbeidsmetoder	14
3.4.2 Vurdering rundt fremgangsmåte	14
3.4.3 Vurdering av øvrig litteratur	15
3.5 Forskningsetiske overveielser	15
4. Resultat	16
4.1 Skjematisk oversikt	17
4.2 <i>The meaning of guilt and shame</i>	20
4.3 <i>Pregnancy, motherhood and eating disorders</i>	21
4.4 <i>The experience of pregnancy for women with a history of Anorexia or Bulimia Nervosa</i>	23
4.5 <i>The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa</i>	24
4.6 <i>The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body</i>	26
4.7 <i>Eating disorders in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity.</i>	27
4.8 <i>Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A quality study.</i>	28
5. Drøfting	30
5.1 Skyld og skam	30
5.2 Frykt for å miste kontroll.	32
5.3 Veiing, en traumatisk opplevelse.	33
5.4 Et gunstig tidspunkt til å komme seg ut av spiseforstyrrelsen.	34
5.5 Behov for kunnskap og bevissthet for Identifisering	35
5.6 Tverrfaglig samarbeid	38
5.7 Kritisk vurdering	39
6. Konklusjon	40
7. Litteraturliste	41
8. Vedlegg	45
8.1 Vedlegg 1	45
8.2 Vedlegg 2	46

Antall ord: 12900

1. Innledning

Tema for oppgaven er spiseforstyrrelser og svangerskap, og hvordan sykepleier kan bidra til at gravide kvinner med spiseforstyrrelser kan opprettholde et sunt svangerskap.

Disse kvinnene sliter i utgangspunktet med en følelse av liten kontroll over egen kropp i forhold til lav selvfølelse og dårlig kroppsbilde. Samtidig preges de ofte av skyld og skam i forhold til å være den man er, å ikke ha evnen til å spise og det å ikke mestre de mål som er satt (Skårderud 2007).

Svangerskap kan være en belastning for kvinner med spiseforstyrrelser i forhold til akkurat dette med følelse av skam og skyld fordi mange av disse kvinnene lever i frykt for å påføre fosteret skader. Dette kan også være med på å øke en eventuell angst, som ofte ses hos personer med spiseforstyrrelser (Rørtveit, Åström og Severinsson 2010).

Ifølge Rosenvinge og Göttestam (2002) finnes det i Norge rundt 50.000 kvinner med en form for behandlingstrengende spiseforstyrrelse. Dette er siste statistiske målingen gjort siden 2002, og flere studier benytter seg av denne statistikken. Allikevel er det mulighet for økning i disse tallene per dags dato, da det er elleve år siden denne studien ble utført.

Det er uansett, i følge tallene mange kvinner som sliter med spiseforstyrrelser. Sykepleiere vil derfor kunne møte disse kvinnene når de blir gravide, både innen somatikken og psykiatrien.

Forekomsten av spiseforstyrrelser under svangerskapet ble i den Norske mor-barn undersøkelsen fra 2007 rapportert til 0,2% for bulimi, 0,1% for EDNOS, og 4,8% for BED (overspisingslidelse) (Bulik et.al 2007). Forekomsten av anoreksi under svangerskapet var ikke estimert, da det var vanskelig å måle vekten til disse kvinnene på grunn av normal vektøkning under svangerskapet.

Kaspersen og Rø (2011) hevder at dette er et tema som er viktig å belyse fordi helsepersonell har liten kunnskap om kvinner med spiseforstyrrelser og hvilke påvirkning sykdommen har på fosteret, og det er derfor også liten kunnskap og erfaring om sykepleietiltak rettet mot denne problematikken.

Det er i disse dager stort fokus rettet mot et kroppsideal hvor kvinner skal være tynne. Å være tynn forbindes med velvære, intelligens og suksess, mens det å være overvektig assosieres med svakhet og negativitet. På bakgrunn av denne voksende kroppsfikseringen, kan kvinner utvikle eller forverre en spiseforstyrrelse (Dotti 2001).

Formålet med denne oppgaven er å finne eventuell ny oppdatert forskning, og vurdere denne for å få mer kunnskap om problematikken i forhold til sykepleiers rolle og tiltak som kan iverksettes. Både innen somatikken og psykiatrien er det behov for at viktigheten av kunnskap om gravide kvinner med spiseforstyrrelser belyses, da det er sannsynlighet for å møte gravide kvinner med spiseforstyrrelser både dersom man jobber på somatisk avdeling eller psykiatrisk avdeling, og særlig avdeling for spiseforstyrrelser. Dette er noe som gjør temaet relevant med tanke på sykepleie faget. Det er også viktig at sykepleiere klarer å oppnå et tillitsfullt forhold med pasienten for å oppnå en god samhandling og sikre god kvalitet i oppfølgingen, særlig under svangerskapet da også fosteret er involvert (Kaspersen og Rø 2011). Oppgaven kan derfor relateres til forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Den kan også relateres til forskningsområdet utdannings kvalitet da det er mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell om gravide med spiseforstyrrelser, både når det gjelder den gravide og hvordan spiseforstyrrelsen påvirker fosteret. Også i forhold til hva slags tiltak som må gjennomføres for å opprettholde et sunt svangerskap. Det er derfor behov for økt oppmerksomhet rundt denne pasientgruppen for å bidra til mer kunnskap, både på det somatiske og det psykososiale plan.

1.1 Hensikt

Som nevnt er hensikten med denne oppgaven å finne ut hvilke tiltak sykepleier kan utføre i møte med gravide kvinner med spiseforstyrrelser, for å bidra til at disse kvinnene oppnår et sunt og ukomplisert svangerskap hvor de føler mestring over sin sykdom.

2. Bakgrunn

Spiseforstyrrelser er et samlebegrep for psykiske lidelser hvor man er sykkelig opptatt av kropp, vekt og utseendet. Disse tankene kan styre mye av livet, og begrense livskvalitet (Skårderud 2007). Med tanke på at spiseforstyrrelser hovedsakelig rammer kvinner i fertil alder, kan dette dukke opp i svangerskapet.

I følge Skårderud (2010) øker spiseforstyrrelser risikoen for en rekke helseplager. Komplikasjoner varierer avhengig av diagnose og symptomer, men en langt fremskreden sykdom kan påvirke alle organer i kroppen og være potensielt livstruende. I tillegg til de somatiske plagene er det også høyere forekomst av psykiske problemer som angst, depresjon tvangstanker og personlighetsforstyrrelser enn i befolkningen ellers.

2.1 Spiseforstyrrelser

Det offisielle diagnosesystemet i norsk helsevesen er ICD- 10. I vitenskapelige sammenhenger er det vanlig å bruke det amerikanske DCM-systemet (Skårderud 2010). Diagnosesystemet for mentale lidelser til American Psychiatric Assosiation; Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) deler spiseforstyrrelser inn i tre diagnoser.: Anorexia Nervosa kjennetegnes ved BMI på 17,5 eller lavere eller 15 % vektreduksjon under normalvekt i tillegg til fraværende menstruasjon i tre måneder (Kaspersen og Rø 2011). Ved anoreksi er appetitten i utgangspunktet normal, men ettersom sykdommen blir alvorligere blir appetitten redusert. De ignorerer sultfølelsen og begrenser matinntaket for å opprettholde en lav vekt, og er samtidig sykelig opptatt av kroppsfasong og vekt. De får etter hvert et forvrengt syn på kroppsbilde og ser på seg selv som tykk og stor (Dotti 2001). Anoreksi er klassifisert i to typer; restriktiv type, som har et alvorlig redusert matinntak, og bulimisk type med overspising og påfølgende ”renselse”. De har mistet den strenge kontrollen over matinntaket og bruker selvpåførte skadelige handlinger som oppkast, overdreven trening og bruk av avføringsmidler (Dotti 2001).

Bulimi nervosa defineres som to eller flere episoder med overspising hver uke i tre uker, etterfulgt av uhensiktsmessig kompensatoriske handlinger som selvpåførte brekninger med oppkast, bruk av avføringsmidler, diuretika eller klyster for å hindre vektøkning. Overdreven aktivitet og fasteperioder kan forekomme (Dotti 2001). Den bulimiske opplever ofte at de ikke klare å stå imot eller kontrollere sine handlinger. De spiser for å døyve sult, som kan være både fysisk og psykisk. Etterpå kommer renselsen, som føles som en lettelse (Skårderud 2010).

Uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS) ligner anoreksi og bulimi, men oppfyller ikke de diagnostiske kriteriene til disse diagnosene (Stringer et. al 2010). Pasienter med overspisingsslidelse (BED) kommer inn under denne kategorien. De kjennetegnes ved at de spiser store mengder mat, mens de føler at de har mistet kontrollen, uten at de bruker

kompensatorisk atferd for å hindre vektøkning. De har derfor en tendens til å være overvektige eller fete (Tierney et. al 2011). Overvekt har inntil nylig ikke vært en psykiatrisk diagnose, men har blitt sett på som en somatisk tilstand med mulige psykiske konsekvenser. Uspesifisert spiseforstyrrelser bør sees på som like alvorlig som anoreksi og bulimi da det kan være like alvorlig og invalidiserende (Skårderud 2007).

2.2 Teoretiske perspektiver

Sykepleieteoretiker Ramona T. Mercer retter sin teori til inntredelsen av morsrollen. Denne teorien er bygd på hennes omfattende forskning innen emnet. Hun definerer inntredelsen i morsrollen som en interaksjon- og utviklingsprosess hvor mor blir knyttet til sitt spedbarn, erverver kompetanse i omsorgsoppgavene som denne rollen bringer med seg og føler glede og tilfredsstillelse ved rollen (Meighan 2011).

Mercer hevder også at sykepleieren er ansvarlig for å fremme sunnhet til disse pasientene og barna deres og at den hjelp og pleie kvinnen mottar under svangerskapet, kan ha langsiktig virkning for både kvinnen og barnet. Det er derfor viktig at sykepleier bidrar med god omsorg og informasjon i denne fasen (Meighan 2011).

I følge Mercer er sunnheitsstatus definert som ”*moderens og faderens oppfattelse av deres forudgående sundhed, nuværende sundhed, syn på sundhet, modstandsdyktighed-modtagelighed over for sygdom, helbredsbekymringer, sygdomsorientering og afvisningen af sygerollen*” (Mercer, et al. 1986, s. 342). Hun belyser i denne teorien viktigheten av sunnheitspleie under graviditeten og fødselsprosessen, og at foreldrene trenger å se på sin helsetilstand i forhold til om det er bekymringer rundt deres helse. Dette fordi at helsesituasjonen under svangerskapet kan påvirke barnets helse (Meighan 2011).

I forhold til gravide kvinner med spiseforstyrrelser, kommer også Mercers teori om sosial støtte godt med. Sosial støtte er den hjelp som mottas, tilfredsheten med hjelpen og de personene som yter hjelpen. Mercer beskriver fire områder av sosial støtte til denne pasientgruppen.

- 1) Følelsesmessig støtte som tar sikte på at personen skal føle seg forstått og elsket.
- 2) Informasjonsstøtte er støtte i form av opplysninger som hjelper den enkelte personen til å hjelpe seg selv i forhold til situasjonen man befinner seg i.

3) Fysisk støtte beskrives som en direkte form for hjelp.

4) Vurderende støtte er støtte hvor personen får vite hvordan hun klarer seg i rollen, for dermed å kunne vurdere seg selv opp mot andre.

Mercers teori er svært praksisorientert, og er mye brukt i praksis av sykepleiere, da den fungerer som en slags ramme for vurdering og gjennomførelse av sykepleie til gravide og nybakte mødre (Meighan 2011).

2.3 Tidligere forskning

Etter gjennomgang av forskning gjort på gravide kvinner med spiseforstyrrelser viser det seg at det er lite tidligere forskning omkring dette emnet. Det er et felt som er vanskelig å forske på, fordi det er en såpass liten gruppe personer å vurdere. Tierney et. al (2010) og Bulik (2007) antyder også at mange vegrer seg i å delta i studier på grunn av stigmatiseringen som er forbundet med sykdommen og fordi mange ikke vil innse at de har et alvorlig problem. Det er derimot et tema som trenger mer oppmerksomhet og forskning for å øke kunnskapen blant helsepersonell, da dette er en risikogruppe som har behov for tett oppfølging, god tverrfaglig behandling, og god kommunikasjon (Kaspersen og Rø 2011).

Noe av den tidligere forskningen som er gjort viser blant annet at mange kvinner med spiseforstyrrelser faktisk blir bedre i løpet av svangerskapet, spesielt de som lider av anoreksi. Denne forskningen er gjort på bakgrunn av resultater fra den norske mor og barn undersøkelsen hvor 77807 kvinner deltok. Resultatene viser at blant kvinner som lider av anoreksi var 59% symptomfrie hele 36 måneder etter fødselen, mens hos kvinnene med bulimi viste tallene 30%. Andelen kvinner med overspisingslidelse økte derimot både under og etter svangerskapet (Knoph et. al 2013).

I følge Zauderer (2012), Dotti (2001) og Harris (2010) er det stort behov for at sykepleiere blir bevisst på faretegn og symptomer på spiseforstyrrelser hos gravide kvinner, for på denne måten å kunne tidlig gripe inn. Det er også mye som tyder på at ved å oppnå et tillitsfullt forhold, med god tverrfaglig oppfølging vil dette være med på å bedre kvinnens symptomer og derav komplikasjoner under svangerskapet. Zauderer(2012) forteller også at graviditeten kan være en vanskelig tid for kvinnene med spiseforstyrrelser på grunn av hormonell ubalanse og forandret vektmonster. Komplikasjoner som mangel på salter og mineraler kan også være

med på å forårsake at kvinnen ikke har krefter, verken fysisk eller psykisk til å gjennomgå et sunt og vellykket svangerskap. Det er da viktig at hun får den psykiske støtten og veiledningen hun trenger.

Mange kvinner sliter også med lav selvfølelse, og mangel på opplevelse av mestring og kontroll. Dette oppleves svært smertefullt for disse kvinnene, og de opplever ofte en følelse av skam og forakt ovenfor seg selv (Goksøyr 1995).

Også Franco og Spurell (2000) og Dotti (2001) påpeker at skyld og skam er følelser som er svært utbredt blant denne pasientgruppen, og at skammen ofte hindrer kvinnene fra å avsløre symptomene og selve spiseforstyrrelsen.

Det er på den andre siden flere kvinner som utvikler en ny tankegang når de blir gravide. Tankene og besettelsen av å ikke legge på seg kan erstattes av omsorgen og kjærligheten til barnet, og på den måten være med på å bedre spiseforstyrrelsen. Griper man tidlig inn på dette tidspunktet med samtale og terapi, vil det kunne bidra til at kvinnene på sikt kommer ut av sin spiseforstyrrelse (Kaspersen og Rø 2011).

Det essensielle i pleien til disse pasientene er altså å kunne identifisere spiseforstyrrelsen og skape et tillitsforhold, for så å hjelpe og veilede pasienten i forhold til ernæring og psykiske forhold. Dette er ikke bare viktig for å opprettholde god helse hos mor. Det er også viktig i forhold til fosteret, da det kan oppstå komplikasjoner på grunn av morens spiseforstyrrelse, og medfølgende adferd (Kaspersen og Rø 2011). Det er lite kunnskap om hvordan sykdommen påvirker fosteret, men studier av Dotti (2001), Harris (2010) og Bulik et al (2007) viser at det er større forekomst av spontanabort, dødfødsel, premature fødsler, lav fødselsvekt, forsinket fosterutvikling, medfødte fødselsdefekter og lav Apgar- score blant disse kvinnene.

3. Metode

Oppgaven er skrevet etter en teoretisk tilnærming. Denne består av en litteraturstudie hvor relevant litteratur blir samlet inn og analysert for å svare på en problemstilling og drøfte resultatet på dette (Bjørk og Solhaug 2008). En litteraturstudie er en systematisk studie som har som formål å samle relevant og troverdig data som tolkes på bakgrunn av en problemstilling (Polit og Beck 2010).

Å søke systematisk betyr at det skal være en rød tråd i prosessen fra start til slutt. En synlig og systematisk fremgangsmåte vil øke tilliten til funnene (Bjørk & Solhaug, 2008).

Polit og Beck (2010) beskriver framgangsmåte for å utforme en litteraturstudie. Stegene i denne prosessen innebærer å først formulere et spørsmål eller problemstilling for så å gjøre et systematisk søk. Videre gjennomføres søkene, og gjennomgang av artikler og referanser utføres. Til slutt følger en kritisk gjennomgang av artiklene, samtidig som de analyseres og danner et grunnlag for utarbeidelse av litteraturstudien.

3.1 Perspektiv

Oppgaven har et sykepleieperspektiv da problemstillingen omhandler kvalitet i sykepleie, og hvor viktig det er at sykepleiere klarer å oppnå et tillitsfullt forhold med pasienten for å oppnå en god samhandling og sikre god kvalitet i oppfølgingen. Problemstilling omfatter samtidig utdanningskvalitet da det er mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell om gravide med spiseforstyrrelser, både når det gjelder den gravide og i forhold til hva slags tiltak som må gjennomføres for å opprettholde et sunt svangerskap.

3.2 Søkestrategi

Etter valgt problemstilling ble det gjennomført søk etter forskningsartikler i Høgskolen i Gjøvik sine databaser. Søkene ble gjort i PubMed, Cinahl, Pro Quest, Ovid Nursing og The Cochrane library. Søkemotorene var databaser som inneholder helsefaglige artikler. Følgende søkeord ble brukt i de valgte databasene: Eating disorders, pregnancy, nursing, nurs*, intervention, Anorexia, nursing management, childbearing, counseling, nursing care og coping. Disse ble benyttet i forskjellige kombinasjoner i databasene, med AND som bindeord. Søkeordene var relevante for problemstillingen, da den omhandler sykepleie til gravide med spiseforstyrrelser. Årstall ble begrenset til artikler publisert etter år 2000 for å få mest mulig oppdatert forskning innen emnet. Det ble til å begynne med gjort søk individuelt, men for å kvalitetssikre søkene ble dette i etterkant gjort i fellesskap.

For å dokumentere søkene på en systematisk måte med søkeord, antall treff og ordkombinasjoner i de forskjellige databasene, er disse dokumentert i søkedokument skjema (se vedlegg 1).

Etter gjennomgang av studiene, etterfulgt av eksklusjon og inklusjon av relevante artikler, viste det seg at en del av forskningen hadde et medisinsk perspektiv med mor og barns somatiske helse i fokus. Da vi var ute etter studier rettet mot sykepleie, og tiltak for å bidra til helsefremming og mestring hos gravide kvinner med spiseforstyrrelser, så vi et behov for videre og mer omfattende søk. Fire av artiklene vi satt igjen med, og som var relevante, var fagfellevurdert og vurdert til vitenskapelig nivå 1, men manglet tilfredsstillende IMRAD-struktur og måtte derfor ekskluderes. Vi satt da igjen med to relevante artikler fra Ovid og Pub Med.

Det ble på bakgrunn av dette, i tillegg til ekstra søkeord i databasene, søkt i Google Scholar, direkte i vitenskapelige tidsskrifter relatert til sykepleie, jordmortjenesten og psykisk helse, samt forfattersøk og søk i referanselister i artikler. Det ble også tatt kontakt med Modum Bad - avdeling for spiseforstyrrelser v/klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie Sissel Kaspersen for innspill på forskningslitteratur. Hun anbefalte oss å søke på artikler av Kristine Rørtveit, som har spesialisering innen emnet. I det nye søket la vi til søkerdene: motherhood, childbearing og experience. De nye søkeordene er føyet til i søkedokumentasjonsskjemaet (vedlegg 2). Dette ga oss flere resultater i databasene vi allerede hadde søkt i, samtidig som vi fikk flere resultater i Google Scholar.

I Harris (2010) sine referanselister fant vi en av artiklene, og søkte den dermed opp med tittel i Google Scholar, hvor vi fikk artikkelen i fulltekst.

Ved å gjøre søk direkte i tidsskriftene International journal of eating disorders, International journal of mental health nursing, Journal of clinical nursing og Internationaional Journal of Nursing studies endte vi opp uten resultater. Derimot fikk vi et relevant treff ved å gjøre forfattersøk på Kristine Rørtveit i Pub Med. Funnene er dokumentert i egen tabell(vedlegg 2).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I litteratursøket ble det valgt å ekskludere artikler som i hovedsak omhandlet somatiske komplikasjoner i forhold til fosteret, da dette går utenfor problemstillingen og sykepleiefaglig relevans. Overskriftene på artiklene og abstraktet ble vurdert, og flere av artiklene omhandlet

komplikasjoner og utfall av svangerskap hos kvinner med spiseforstyrrelser, og artikler som kun omhandlet kvinner med spiseforstyrrelser. Disse ble ekskludert, i tillegg til at det kom opp treff på flere artikler fra Asia som ble ekskludert. Det skulle i tillegg vise seg at mange av artiklene hadde et medisinsk eller folkehelseperspektiv og ikke et sykepleieperspektiv, og disse ble også ekskludert.

Etter å ha vurdert artiklene i forhold til dette, ble 36 artikler skrevet ut og bestilt i fulltekst. Her ble review- og fagartikler ekskludert. Det vil si artikler som tar for seg sekundærlitteratur, for å lage et sammendrag (Solhaug og Bjørk 2008). Artikler som inneholdt en svak IMRAD-struktur, eller som manglet denne oppbyggingen ble ekskludert, da det er vanskelig å vurdere påliteligheten av disse uten en klar formulering av metode og analyse. I følge Polit og Beck (2010) følger mange kvalitative og kvantitative artikler denne IMRAD strukturen.

Artiklene ble lest gjennom, uten å gå grundig gjennom alle, for å vurdere om artiklene svarte godt til problemstillingen, og inneholdt pålitelige kilder.

Artikler som var relevante i forhold til problemstillingen og som i hovedsak omhandlet sykepleie til gravide kvinner med spiseforstyrrelser, og sykepleiers rolle og tiltak ble inkludert. Det ble også valgt å inkludere artikler som omhandlet jordmødre og generelt helsepersonell, da tiltakene rettet mot pasientgruppen var relevante sykepleietiltak. Artikler hvor studiene er utført av leger ble derimot ekskludert, da mange av tiltakene ikke er utførbare for sykepleiere. Andre inklusjonskriterier var artikler vurdert til vitenskapelig nivå 1 eller 2, samt fagfellelvurdert. Til dette ble Publiseringsskanal i database for statistikk om høgere utdanning brukt. Kunnskapssenteret (2008) sin sjekklister for forskningsartikler ble også brukt for å analysere om artiklene var troverdige og om resultatet svarte godt til problemstillingen. Det ble til slutt ekskludert artikler som ikke var forskningsartikler, og det var dermed igjen 7 artikler som var relevante for problemstillingen. Det ble identifisert hvilken type forskning som var gjennomført i de inkluderte artiklene, og av de sju artiklene, var seks av studiene kvalitative studier, mens en var kvantitativ.

Kvalitativt forskningsdesign kjennetegnes ved at det brukes et eksisterende design, noe som betyr at forskere analyserer og beskriver det som allerede er innhentet av data. Dette valget av design er basert på forskernes ønske om synspunktene til deltakerne i studien. Kvalitativ data hentes vanligvis inn gjennom intervjuer, og forteller ofte synspunktene og opplevelsene til de som er intervjuet (Polit og Beck, 2010).

Kvantitativt design kjennetegnes ved etterforskning av fenomener som egner seg til nøyaktig måling og statistikk, ofte med en streng og kontrollert utforming (Polit og Beck 2010).

3.4 Kritisk vurdering

Det er viktig å lese forskning med forståelse, men det er like viktig å gjøre en kritisk vurdering av det man leser. Kildekritikk vil si at man gjør en kvalitetsvurdering av studiens styrker og begrensninger. Hensikten med å gjøre en kritisk vurdering av eksisterende forskning for oss som studenter er å dyrke kritisk tenkning, fremme ferdigheter innen metodebruk, og å forberede studenter til å evaluere forskning i arbeidet som profesjonelle sykepleiere (Polit og Beck 2010).

3.4.1 Vurdering av arbeidsmetoder

Oppgaven har to forfattere, og målet var å gjennomføre litteratursøket og det meste av skrivingen sammen for å kvalitetssikre arbeidet. Litteratursøket ble allikevel i begynnelsen gjennomført individuelt da dette var mer praktisk i forhold til bosted, men i og med at et litteratursøk er et svært omfattende arbeid, med strenge krav til systematikk ble søket fullført som et samarbeid. En fordel var at begge fikk oversikt over innholdet i alle inkluderte artikler, og det var lettere å skrive en sammenhengende oppgave. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble også bestemt sammen, slik at begge var enige om de valgene som ble gjort underveis. Denne samarbeidsformen krever en åpen dialog og ærlighet i tilbakemeldinger rundt hverandres bidrag. Et tett samarbeid gjorde det også enklere å drøfte og reflektere over de ulike delene i oppgaven.

3.4.2 Vurdering rundt fremgangsmåte

Som nevnt i metodedelen ble det valgt databaser ved Høgskolen i Gjøvik som inneholdt helsefaglige artikler. Søket ble først og fremst utført med engelske søkeord i de ulike databasene, men det ble også søkt etter norsk og nordisk litteratur for å øke relevansen i forhold til norsk helsevesen.

Da det i ettertid har vist seg at databasen Cochrane Library spesialiserer seg på systematiske oversiktsartikler hvor metoden er litteratursøk (Solhaug og Bjørk 2008), burde søket vært unngått, da det hadde spart mye tid, med tanke på at målet var primærkilder. Det skulle vise

seg å være lite forskning på temaet fra et sykepleieperspektiv, og det ble en omfattende og tidkrevende oppgave å finne fram til relevante artikler.

Skal man ta selvkritikk, burde søkeresultatene fra det andre omfattende søket vært systematisert på en bedre måte og ført fortløpende inn i søkedokumentskjemaet da dette tok lang tid i etterkant

Ramona Mercers teori om inntredelsen i morsrollen og hvordan sunnhetsstatusen påvirkes av stress før fødselen ble valgt da hennes tenkning er relevant for problemstillingen. Hun mener at det er mange faktorer som kan ha direkte eller indirekte innflytelse på mors helse, blant annet personlighetstrekk, selvopptatthet, sunnhet, sosialt stress og sosial støtte. Hun mener videre at sykepleier er ansvarlig for å fremme god helse ved å gi støtte, omsorg og undervisning for å oppnå et optimalt sunnhets- og funksjonsnivå (Meighan 2011)

Som nevnt under framgangsmåten, ble alle inkluderte artikler gransket med hjelp av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å få en kritisk lesning av innholdet. I tillegg ble den viktigste informasjonen fra hver artikkel skrevet ned for å få fram det viktigste i et lettest og oversiktlig format.

3.4.3 Vurdering av øvrig litteratur

Øvrig litteratur består av forskningsartikler, oversiktsartikler og noe pensumlitteratur.

Oversiktsartiklene som var peer- reviewed, men som ikke inneholdt god IMRAD struktur ble utelukket fra resultatdelen.

Pensumlitteraturen er hovedsakelig primærkilder, bortsett fra kapittelet om teoretiker Ramona Mercer i Tomey & Alligood(2011), men det ble brukt Mercer R.T(1995) for å bygge opp om troverdigheten. Kritikken mot sekundærkilder er at materialet er bearbeidet, og ikke rett fra kilden, dette er noe som kan redusere troverdigheten (Bjørk og Solhaug 2008)

3.5 Forskningsetiske overveielser

I forskningsetikkloven §1 heter det at ” *Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer*” (Lovdata 2008).

Som sykepleier er det viktig å kjenne til de viktigste forskningsetiske prinsippene. Helsinkideklarasjonen er etiske forskningsprinsipper som ble utformet i 1964 av World Medical Association på bakgrunn av forskning under 2.verdenskrig som brøt med etiske prinsipper i menneskeforskning (Polit og Beck 2010). Den tar for seg spesielt sårbare grupper i samfunnet. På bakgrunn av dette skal all forskning i dag følge Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer, som i hovedsak belyser viktigheten av at hensyn til enkeltmennesket alltid går foran hensynet til forskning og samfunnsnytt (Brinchmann 2008).

Den nasjonale etiske komite for naturvitenskap og teknologi har utarbeidet en forskningsetisk sjekkliste som inneholder punkter, som i følge dem er viktigst å avklare i forbindelse med forskningsprosjekter. Den tar for seg mål og metode i forhold til om den bryter med allment akseptert verdisyn, om det er innhentet frivillig samtykke, konfidensialitet og personvern, samt risiko og sikkerhet (Forskningsetiske komiteer 2012).

Høgskolen i Gjøvik har utarbeidet retningslinjer for mastergradsoppgaver og større studentoppgaver på bachelornivå. Disse er viktige å være oppmerksom på under arbeidet med litteraturstudien. Det skal henvises til kildene som er brukt, for at andre som leser oppgaven kan finne tilbake til disse og for å unngå beskyldninger for plagiat. Til dette brukes Harvard stilen. Dersom oppgaven inneholder informasjon som er lovpålagt taushetsplikt er det også viktig at den klausuleres for å unngå overtredelse av taushetsplikt (Høgskolen i Gjøvik 2013).

4. Resultat

Resultatet består av 7 studier som fyller inklusjonskriteriene, med relevans for sykepleie til pasienter i målgruppa. Alle studiene er relevante for problemstillingen ”hvordan kan sykepleier bidra til helse og mestring hos gravide med spiseforstyrrelser?”

De inkluderte artiklene inneholder 6 kvantitative og 1 kvantitativ studie. Her presenteres artiklene i en skjematisk oversikt, etterfulgt av en presentasjon av artiklenes innhold, med et fokus på studienes relevans for problemstillingen og videre drøfting.

4.1 Skjematisk oversikt

Forfatter, tittel, tidsskrift og år	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Kristine Rørtveit et.al. <i>The meaning of guilt and shame: A qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties.</i> International Journal of Mental Health Nursing, 2010, 19: 231-239</p>	<p>Å finne ut hvordan kvinner med spiseforstyrrelser opplever følelsen av skyld og skam under svangerskapet</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign. 8 mødre med en spiseforstyrrelse deltok i studien.</p>	<p>Kvinnene strever ofte i stillhet med skyld og skam i forhold til egen kropp, og i forhold til å være en god mor.</p>
<p>Eileen Stringer et.al. <i>Pregnancy, motherhood and eating disorders: a qualitative study describing women's views of maternity care.</i> Evidence based midwifery, 2010, 8(4): 112-21</p>	<p>Å finne ut hvordan gravide kvinner med spiseforstyrrelser opplever det å bli gravid, samt hvordan deres opplevelse av helsehjelp og støtte er under og etter svangerskapet.</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign. 8 gravide kvinner med en spiseforstyrrelse deltok i studien.</p>	<p>Helsepersonell har manglende bevissthet og kunnskap om gravide med spiseforstyrrelser til å kunne gi god pleie og omsorg til denne gruppen, under og etter svangerskapet.</p>
<p>Tierney S et.al.</p>	<p>Å få bedre innsikt i hvordan</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign</p>	<p>Studien viser at</p>

<p><i>Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study.</i> International Journal of Nursing Studies, 2011, 48: 1223-1233</p>	<p>gravide kvinner med spiseforstyrrelser opplever svangerskapet og tiden like etterpå. Dette i forhold til deres oppfatning av støtte under svangerskapet, og deres opplevelse av å ta seg av barnet.</p>	<p>med semi- strukturerte intervjuer av 8 kvinner som var, eller hadde vært gravide. Alle kvinnene hadde en bakgrunn med spiseforstyrrelser.</p>	<p>kvinnene hadde delt opplevelse rundt det å sette barnet først, og legge spiseforstyrrelsen til side under svangerskapet</p>
<p>Micali N., Janet T og Simonoff E. <i>Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity.</i> Journal of psychosomatic research, 2007, 63: 297-303</p>	<p>Å finne ut hva slag innvirkning et svangerskap har på personer med spiseforstyrrelser. Hensikten var også å undersøke forekomsten av spiseforstyrrelsessymptomer under svangerskapet i tillegg til bekymring over vekt og fasong. En annen hensikt var å sammenligne risikoen for forekomsten av spiseforstyrrelsessymptomer.</p>	<p>Kvantitativ forskningsdesign. Det ble brukt data fra en langvarig kohortstudie, Avon Longitudinal Study of Parents and Children-ALSPAC, der 12252 var inkludert</p>	<p>Både kvinner som har og nylig har hatt og kvinner med tidligere spiseforstyrrelse fortsatte å ha symptomer på spiseforstyrrelse i svangerskapet.</p>
<p>Mason Z., Cooper M og Turner H. <i>The experience of pregnancy in</i></p>	<p>Å utforske og forstå kvinner med spiseforstyrrelser sine personlige opplevelser av svangerskapet, for å få en</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign. Semi- strukturerte intervjuer av 6 gravide</p>	<p>Det er flere faktorer som motiverte kvinnene til å til å</p>

<p>women with a history of anorexia nervosa: An Interpretive Phenomenological Analysis. Journal Behavioral Addictions, 2012, 1 (2): 59-67.</p>	<p>bedre innsikt i deres erfaringer.</p>	<p>kvinner med en spiseforstyrrelsesbakgrunn.</p>	<p>bedre sin spiseforstyrrelse. De opplevde allikevel svangerskapet som en tid med isolasjon og mangel på følelsesmessig støtte.</p>
<p>Shaffer S, Hunter L og Anderson G <i>The Experience of Pregnancy for Women With a History of Anorexia or Bulimia Nervosa.</i> Canadian Journal of Midwifery Research and practice, 2008, 7 (1): 17-30</p>	<p>Å utforske opplevelsene til kvinner med spiseforstyrrelser under svangerskapet, for at helsepersonell skal kunne gi bedre pleie og behandling til denne pasientgruppen.</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign. 10 deltakere med anoreksi eller bulimi ble intervjuet.</p>	<p>De følte en konstant kamp i forhold til at de mistet kontroll over kroppen, og samtidig over å skade barnet. De slet med kroppsbildet, og følelse av skyld og skam som resulterte i at de skjulte sin spiseforstyrrelse for helsepersonell.</p>
<p>Rørtveit K, Åström S, Severinsson E <i>The feeling of being trapped in and</i></p>	<p>Hensikten med studien er å utforske kroppslige erfaringer i forhold til det å ha en spiseforstyrrelse</p>	<p>Kvalitativt forskningsdesign. Data ble samlet inn ved hjelp av 7 fokusgruppeintervjuer av 5 kvinner, hvor temaet var</p>	<p>Funnene viser at kvinner som lider av en spiseforstyrrelse, opplever kraftige</p>

<p><i>ashamed of ones's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties.</i></p> <p>International Journal of Mental Health Nursing 2009 (18) 91-99.</p>		<p>spiseforstyrrelses- relaterte problemer som skyld og skam hos mødre med spiseforstyrrelser</p>	<p>fysiske fornemmelser og følelse av skam i tillegg til at de føler seg dømt av andre. Disse aspektene er overveldende og utmattende for disse kvinnene.</p>
--	--	---	---

4.2 The meaning of guilt and shame

Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) hevder i sin artikkel, på bakgrunn av tidligere forskning at kvinner med spiseforstyrrelser ofte opplever skyld og skam i forbindelse med sin kropp, særlig under svangerskapet da det oppstår mange kroppslige forandringer. Følelse av skam er mer utbredt blant kvinner med spiseforstyrrelser sammenlignet med andre. De har som hensikt i sin studie å belyse og tolke skyld og skam slik disse kvinnene selv opplever det. De peker på at skamfølelse er vanskelig å oppdage for helsepersonell, da disse kvinnene ofte prøver å skjule denne skamfølelsen.

Hermeneutisk metode er brukt for å få en dypere forståelse av kvinnenens opplevelser.

8 kvinner mellom 23 og 48 år møtte inklusjonskriteriene: spiseforstyrrelse, mor, ingen tilleggs diagnoser, ingen problemer relatert til narkotiske stoffer.

Hovedfunnet i studien var at alle disse kvinnene slet med skam og skyld, og prøvde så godt de kunne å holde det hemmelig.

Et annet tema som ble tatt opp var frykt for å feile i morsrollen, og skamfølelse rundt seg selv som mor, samtidig som de fryktet å svikte barna sine og forårsake at de også skulle utvikle spiseforstyrrelser.

Kvinnene følte også skam ovenfor seg selv, i forbindelse med mat og utseende. De følte skam når de spiste, men også fordi de ikke klarte å opprettholde et normalt spisemønster.

Det siste temaet kvinnene belyste i intervjuet, var at de følte skyld i forhold til å ha en spiseforstyrrelse, men samtidig følte de at det var feil å leve normalt, fordi dette ville føre til fedme.

Studien understreker at det er viktig for psykiatriske sykepleiere å undersøke pasientens holdninger til morsrollen for å finne ut av deres skjulte følelser. Tidlig oppdagelse av disse følelsene av skyld og skam kan være viktig i forebyggingen av denne problematikken.

Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) påpeker viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om at kvinner med spiseforstyrrelser ofte skjuler denne diagnosen på bakgrunn av skyld og skam, og de burde ha kunnskap om kvinnenes følelser rundt disse begrepene slik de er forklart i denne studien.

De hever at det er behov for at sykepleiere får mer kunnskap om hvordan man kommuniserer med denne pasientgruppen, og skaper et godt og tillitsfullt miljø med hensikt å la kvinnene uttrykke seg fritt om sine individuelle følelser relatert til skyld og skam.

De konkluderer med at det er behov for mer forskning innen dette feltet, fordi mer kunnskap vil hjelpe med å redusere følelsen av isolasjon og ensomhet blant disse kvinnene.

4.3 Pregnancy, motherhood and eating disorders

Stringer et. al (2010) har som formål med sin studie finne ut av kvinners opplevelse av å være gravid med en spiseforstyrrelse, og hvilke syn de har på helsetilbudet, og den støtten de fikk under svangerskapet. Dette på bakgrunn av at det er lite kunnskap innenfor svangerskapsomsorgen om omsorg og støtte til denne pasientgruppen.

Åtte kvinner over 16 år, med en form for spiseforstyrrelse ble intervjuet. Alle kvinnene var eller hadde nylig vært gravide.

Kvinnene ble identifisert gjennom spørreskjemaer lagd for å identifisere spiseforstyrrelser. Disse består av to verktøy: SCOFF og ESP.

Gjennom semi- strukturerte intervjuer, ble kvinnene stilt spørsmål som, ”Hvilken støtte har du fått av helsepersonell under svangerskapet?” og ”Hva slags informasjon fikk du om trening og ernæring under svangerskapet?”.

Studien viser at støtten og omsorgen kvinnene fikk under svangerskapet hadde stor betydning for selvfølelse, og følelse overfor foster.

Kvinnene bemerker at det er mangel på bevissthet blant helsepersonell.

Noen av dem forteller at helsepersonell viste lite empati og hadde en avvisende holdning da de fortalte om sin spiseforstyrrelse.

De forteller også at de følte skam, og på grunn av dette vegret seg for å fortelle om spiseforstyrrelsen til helsepersonell.

Dårlig kunnskap ble også belyst under intervjuene. Kvinnene følte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon i forbindelse med ernæring og fysisk aktivitet når de spurte om dette.

Stringer et. al (2010) har med denne studien belyst hvilke tiltak sykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell kan iverksette i forhold til de problemer kvinnene som deltok i studien uttrykte. Det er viktig å identifisere denne pasientgruppen, selv om det kan være en vanskelig gruppe å identifisere på grunn av skam, som får dem til å holde informasjon tilbake.

Det kommer fram at som helsepersonell må man stille åpne spørsmål rundt følelser og sinnsstemning. Kunnskap om tegn og symptomer på hvordan en spiseforstyrrelse kan påvirke svangerskapet er også viktig for at helsepersonell kan identifisere denne gruppen.

Noen av kvinnene pekte også på at de ikke hadde fått nok tid sammen med jordmor og annet helsepersonell til å snakke ordentlig ut om problemene, og bygge et tillitsfullt bånd. Det er derfor foreslått at kvinnene trenger mer tid sammen med sine behandlere, og få satt opp en individuell plan.

Vektkontroll er et annet punkt som må tilnærmes med forsiktighet. Kvinnene fortalte at det var et sensitivt tema, og veiing var noe de syntes var spesielt vanskelig. Det er foreslått i studien at helsepersonell bør være varsomme når de snakker med disse pasientene om vektrelaterte emner, og at ved veiing bør kvinnene tilbys å stå med ansiktet vendt vekk fra vekten, slik at de slipper å se hvor mye de har gått opp i vekt.

Til slutt har de kommet fram til at disse kvinnene har stort behov for tverrfaglig team rundt seg under og etter graviditeten, som kan samarbeide i forhold til kvinnens fysiske og psykiske vansker. Dette vil gi en mer helhetlig behandling for disse kvinnene som trenger tett oppfølging.

4.4 The experience of pregnancy for women with a history of Anorexia or Bulimia Nervosa

Shaffer, Hunter og Anderson (2008) Har i sin studie sett på hvordan kvinner med anoreksi eller bulimi opplever det å bli gravid, og vil med denne studien finne ut hvordan helsepersonell kan bidra til å gi disse kvinnene sensitiv pleie og omsorg.

Inklusjonskriteriene var:

- 18 år, eller eldre
- Er eller har vært gravid.
- Historie med Anoreksi eller Bulimi.

Ti kvinner møtte inklusjonskriteriene, og ble intervjuet med åpne spørsmål. Fenomenologisk metode er brukt for å beskrive kvinnenens opplevelse.

Fem temaer dukket opp.

1) En konstant kamp for å ikke miste kontroll

Det å tilpasse seg de kroppslige forandringene som skjer under svangerskapet ble beskrevet som en mental kamp blant kvinnene, og de slet med å akseptere svangerskapet og var redde for å miste kontroll over sin egen kropp.

2) Forstyrret kroppsbilde

Kvinnene beskrev at de fant det vanskelig å se seg selv i speilet, da deres kroppsbilde var svært forstyrret under svangerskapet. Dette førte til dårlig selvtillit hos mange av kvinnene, som igjen førte til at de sluttet å spise, kastet opp og overtrente. Det var et overraskende funn hos forskerne at disse kvinnene utviklet et dårlig kroppsbilde under graviditeten, da det er et typisk selvbilde for personer som har en spiseforstyrrelse.

3) Skjuler sykdommen

Kvinnene med anoreksi forteller at de under svangerskapet skjulte at de ikke spiste, og at de overtrente, det samme gjaldt handlingene til kvinnene som hadde bulimi. Dette ble forbundet med følelsen av skyld og skam som mange av disse kvinnene opplever både før og under svangerskapet.

Bare 3 av kvinnene hadde fortalt helsepersonell om sin spiseforstyrrelse, og ingen av dem kunne huske å ha blitt spurt om de hadde en bakgrunn med spiseforstyrrelser.

Forfatterne påpeker at det er viktig at helsepersonell stiller spørsmål om spiseforstyrrelser for å identifisere og gi riktig omsorg til disse pasientene.

4) Traumer rundt veiing

Ni av de ti kvinnene ble veid rutinemessig gjennom svangerskapet, og beskriver dette som den verste og mest traumatiske delen av svangerskapet. De opplevde frykt og angst når de ble spurt om vektøkning, og når de ble bedt om å stille seg på vekten.

Det blir foreslått at helsepersonell er forsiktige med å snakke om dette temaet. De kan spørre på en forsiktig og omsorgsfull måte hvordan pasienten opplever det å bli veid gjennom svangerskapet. Dette kan bidra til en mer åpen og omfattende samtale i forhold til vektproblemer under svangerskapet.

Helsepersonell kan gi kvinnen valget om å ikke få vite hva hun veier, så hun slipper å bekymre seg om vektøkningen.

5) Panikk og frykt etter fødselen

Alle ti deltakerne uttrykte frykt, bekymring eller panikk ved spørsmål om hvordan de opplevde kroppen etter svangerskapet. Tre av kvinnene beskrev også at symptomene på spiseforstyrrelsen ble forverret denne perioden.

Et viktig funn i studien var at disse kvinnene ikke fortalte helsepersonell om sin spiseforstyrrelse. Det er derfor viktig at helsepersonell skaper et forståelsesfullt og åpent miljø, slik at kvinnene føler seg komfortable med å fortelle om sin spiseforstyrrelse, som igjen kan være et viktig steg mot bedring av sykdommen.

For å identifisere disse kvinnene kan en stille spørsmål om kroppsvekt, kroppsbylde, ønsket vektøkning under svangerskapet, fysisk aktivitet og ernæring.

Identifisering er et viktig første steg i forhold til behandling av denne pasientgruppen.

4.5 The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa

Også Mason, Cooper og Turner (2012) sin studie tar for seg kvinner med anoreksi, og deres opplevelse av svangerskapet. Seks kvinner som møtte inklusjonskriteriene er intervjuet gjennom semi- strukturerte intervjuer, og fenomenologisk metode er tatt i bruk.

Inklusjonskriteriene var:

- Anoreksi
- Evne til å uttale seg om første svangerskap
- Ingen tilleggs diagnoser

Fire temaer dukket opp under studien.

1) Motstand

Alle kvinnene klarte å gjøre små endringer i forhold til sin spiseforstyrrelse under svangerskapet, sett bort fra at følelsene rundt vektøkning og kroppsfasong var vanskelig å takle.

Følelsen av ansvar og forpliktelse ovenfor barnet ble førte til økt motivasjon blant kvinnene, samtidig som frykten for å skade barnet, og frykten for å bli dømt av andre også ga dem motivasjon til å mestre spiseforstyrrelsen.

De fant også hjelp i å få informasjon om barnets utvikling, og ved å se på ultralydbilder av fosteret.

Deltakerne fortalte også at de hadde strategier for å motstå spiseforstyrrelsen. Dette innebar å spise ekstra måltider for å få i seg nok kalorier, spise nye typer matvarer og å passe på å spise måltidene når spiseforstyrrelsen ikke var på sitt verste. Selv om endringene var små, følte kvinnene det som store prestasjoner, fordi de klarte å ignorere sin spiseforstyrrelse.

2) Uverdig selv

Kvinnene følte at det var greit for dem å lide av spiseforstyrrelsens konsekvenser, men at det var uakseptabelt at barnet skulle lide. De ønsket å beskytte barnet mot konsekvensene spiseforstyrrelsen kunne ha for svangerskapet. De fortalte også at følte glede over at magen vokste gjennom svangerskapet, men at vektøkning på andre deler av kroppen var vanskelig å mestre.

3) Nytt territorium

Deltakerne følte at de mistet kontroll over kroppen under svangerskapet, da de ikke lenger kunne styre hvordan kroppsfasongen utviklet seg. Og mange av kvinnene beskrev en følelse av at de ikke var deres kropp, men barnets.

4) Å føle seg distansert

Mangel på følelsesmessig omsorg fra helsepersonell var merkbar hos alle kvinnene. Fokuset var kun på deres fysiske tilstand, noe som resulterte i at de følte seg avvist og alene.

På grunn av skyld og skam vegret kvinnene seg for å fortelle helsepersonell om sin spiseforstyrrelse, men ønsket likevel at helsepersonell skulle stille spørsmål i forhold til sykdommen.

Ved siden av følelsesmessig støtte, var det et sterkt ønske om større bevissthet blant helsepersonell, og ekstra støtte rundt ernærings og amming.

4.6 The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body

Rørtveit, Åstrøm og Severinsson (2009) hevder at det er mangel på forskning på kvinners egne kroppslige opplevelser i forhold til spiseforstyrrelsen. Hensikten med studien er dermed å utforske dette. Data ble samlet inn ved hjelp av 7 fokusgruppeintervjuer med 5 kvinner, hvor temaet var spiseforstyrrelses- relaterte problemer som skyld og skam hos mødre med spiseforstyrrelser. Studien var en del av et prosjekt om skyld og skam hos mødre med spiseforstyrrelser, utført av Women's Mental Health (WMH) research group ved Universitetet i Stavanger. Formålet til forskergruppa er å fremme kvinners mentale helse i forhold til graviditet, fødsel, tiden etter fødselen og morsrollen med fokus på fire hovedtemaer: angst, depresjon, skyld og skam. Tolkingen av de kvalitative dataene var inspirert av en hermeneutisk analyse av innholdet.

Hovedfunnene i studien viste at spiseforstyrrelser har en stor innvirkning på disse kvinnenes liv og kan betraktes som kraftige og voldsomme følelser av å være fanget i- og skamfull av sin egen kropp. Funnene omfatter to temaer; følelsen av å være fanget av overveldende kroppslige eller fysiske følelser og følelsen av å være skamfull over sin egen kropp. Det første temaet omhandlet følelsen av å være fanget av overveldende kroppslige eller fysiske følelser. Deltagerne beskrev disse følelsene som overdrevent kroppslige reaksjoner i forhold til vektøkning eller hvis de fikk følelsen av å være mett, da disse kvinnene er besatt av kroppsfasong og vekt. En annen fysisk fornemmelse som er beskrevet er å bli fysisk avhengig av spiseforstyrrelsen, og de sammenlignet det med stoffmisbruk eller tvangshandlinger. Følelsen av avhengighet kan også forstås som en indre drivkraft for å få en følelse av makt over situasjonen. Samtidig er det å ha en spiseforstyrrelse en kamp, og en tredje fysisk fornemmelse som ble diskutert var at kroppen fysisk lider som en følge av spiseforstyrrelsen. De spiseforstyrredes atferd resulterer i en utmattende hverdag på grunn av indre konflikter, planlegging, fysisk utmattelse og frykt for ikke å klare de kravene man gir seg selv. Det andre temaet som kom fram beskrev kvinnenes egen vurdering av kroppen sin, som ofte var påvirket av deres egne oppfatninger av folk rundt dem, noe som resulterte i følelse av skam og et forsøk på å skjule spiseforstyrrelsen. Flertallet følte at de ble vurdert og dømt av andre, og fryktet at de ikke var tynne nok eller at de var for fete. De følte ubehag når de var blant andre mennesker. Å bekymre seg over andre sine meninger om seg selv, gir en følelse av skam og kan føre til at mange "gjemmer" seg og lyver for å skjule sin atferd. Hverdagen må organiseres og planlegges for å mestre måltidene og for å skjule sin egen faste,

overspising, bruk av avføringsmidler eller at de kaster opp. Slik planlegging kan være en måte å utøve kontroll på for å føle seg trygg og for å kvitte seg med skamfølelsen.

Forfatterne mener at det er viktig for sykepleiere å tilegne seg forståelse og være oppmerksom på perspektivene til disse kvinnene for å fremme helhetlige behandlingstiltak. Det er viktig å anerkjenne at disse kvinnene kan føle seg utmattet og overveldet av de voldsomme følelsene og følelsen av skyld og skam i tillegg til at de ofte føler seg dømt av andre. Sykepleierne må legge til rette for at kvinnene kan gi uttrykk for de vanskelige følelsene for å hjelpe dem å mestre livet sitt. Organisere støttegrupper som fokuserer på temaer som dukket opp i studien, kan være en måte å hjelpe disse kvinnene på. Opplæring og veiledning kan hjelpe sykepleiere til bedre å forstå og gi tilfredsstillende støtte, og dermed redusere skamfølelsen. Forfatterne understreker at det trengs mer forskning om temaet og at sykepleierne har en strategisk posisjon til å utvikle forskningsspørsmål for videre forskning.

4.7 Eating disorders in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity.

Micali, Treasure og Simonoff (2007) hadde til hensikt å undersøke hvilken innvirkning et svangerskap har for kvinner med spiseforstyrrelser, og har brukt data fra en langvarig prospektiv kohortstudie, Avon Longitudinal Study of Parents and Children- ALSPAC, der 12252 var inkludert etter å ha svart på et spørreskjema de hadde fått pr post. Det ble innhentet nye data fra nye spørreskjemaer etter 18 og 32 ukers svangerskap. Data ble sammenlignet med en kontrollgruppe med både overvektige og ikke overvektige kvinner. Alle analysene ble utført ved å bruke analyseverktøyene STATA (versjon 8 for Windows) og SPSS (versjon 12 for Windows).

De ønsket å undersøke forekomsten av symptomer i svangerskapet i tillegg til å undersøke bekymringer i forhold til kroppsfasong og vekt. En annen hensikt var å sammenligne forekomsten blant de forskjellige undergruppene av spiseforstyrrelser.

Studien viste at kvinner som nylig hadde hatt eller har en spiseforstyrrelse, hadde en betydelig høyere risiko for å bruke avføringsmidler de første 18 månedene enn kontrollgruppa og kvinner med en tidligere spiseforstyrrelse. Men også de med tidligere spiseforstyrrelse brukte mer avføringsmidler enn kontrollgruppa. Både de med nylig og tidligere spiseforstyrrelser hadde en betydelig større risiko for selvpåført oppkast og hardtrening enn kontrollgruppa.

Den rapporterte forekomsten av fasting for å gå ned i vekt ble kraftig redusert i alle gruppene, men begge gruppene rapporterte i 32 svangerskapsuke at de følte at de hadde gått opp for mye og hadde et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Spesielt kvinner med nylig bulimi rapportert at de hadde mistet kontrollen over matinntaket og hadde et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Flere kvinner med nylige spiseforstyrrelser hadde et mer negativt syn på vektøkning enn de andre gruppene. Forfatterne konkluderte også med at kvinner som nylig hadde hatt eller har bulimi brukte mer avføringsmidler og selvpåført oppkast enn de andre gruppene. Alle gruppene hadde høy forekomst av hard trening i svangerskapet.

Forfatterne mener at svangerskapet er et bra tidspunkt for kvinner med spiseforstyrrelser til å komme i behandling da det er en tid de kan bli motivert til å endre sine spiseforstyrrelsessymptomer. De mener at disse kvinnene trenger mer pleie og omsorg i svangerskapet for å sikre et adekvat næringsinntak og normal fosterutvikling. De understreker at dette også er viktig for å redusere risikoen for oppblomstring av symptomer etter fødselen.

4.8 Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A quality study.

Et svangerskap er en hendelse i livet som gjør at kroppsfasongen endrer seg, og hvor både spisemønsteret og kroppen til de gravide kvinnene blir gransket av andre. Thierney et al. (2011) ønsker å se på hvilken innvirkning dette har på følelsene og oppførselen til kvinner som har eller har hatt en spiseforstyrrelse. De ønsker videre å få en dypere forståelse av disse kvinnenes oppfatning av graviditet og tidlig fase i morsrollen - samtidig som de har en spiseforstyrrelse, og se hvordan dette kan påvirke hverandre. Semi-strukturerte intervjuer av åtte kvinner med en historie med spiseforstyrrelser ble gjennomført. Intervjuene varte i 80 minutter, og foregikk ansikt til ansikt eller over telefon. Inklusjonskriteriene var:

- gravid i minimum uke 16
- over 16 år
- snakket engelsk
- de hadde blitt identifisert med å ha risiko for å få spiseforstyrrelser igjennom to forutgående spørreskjemaer, SCOFF- skjema og ESP (eating disorders screen for primary care).

Dataene ble analysert ved å bruke en tilnærming, som involverte fem nivåer: 1) gjøre seg kjent med dataene, 2) utvikle et tematisk rammeverk 3) indeksere data 4) utarbeide tematiske diagrammer 5) kartlegge og tolke data.

På bakgrunn av intervjuene i studien fant de ut at disse kvinnene hadde delte følelser i forhold til å sette barnet i første rekke og å ”svikte” spiseforstyrrelsen. Tolkningen av dataene resulterte i fire hovedtemaer: frykt for å mislykkes, forandre spisemønster og kroppsfasong, usikkerhet i forhold til fosterets tilstand og følelsesregulering. Frykten for å mislykkes handlet mest om å ikke gjøre ting riktig i forhold til fosteret eller barnet, eller å skuffe sin partner. Samtidig var disse kvinnene bekymret for å bli kritisert av andre. Perfeksjonisme er ofte assosiert med spiseforstyrrelser, og dette kan forklare hvorfor de ikke vil avsløre sine vanskeligheter fordi de ikke vil at andre skal tro at de ikke mestrer/ takler situasjoner.

Etter å ha hørt at de var gravide, ble mange av kvinnene engstelige for hva det kom til å bety for kroppsfasongen og for appetitten, og økte stressnivået betraktelig. Mange ble lettet da andre ble klar over at de var gravid. Noen klarte å glede seg over den voksende magen fordi de klarte å relatere det til det voksende fosteret, mens andre ikke klarte å innse at den endrede kroppsfasongen var normale endringer i forhold til svangerskapet.

Studien viste at barn av kvinner med spiseforstyrrelser står i fare for å få problemer i forhold til mat. I de fleste tilfellene ønsket kvinnene at barna ikke skulle bli overvektige, men ville samtidig at de ikke skulle bli besatt av mat. Studien antyder at kvinner med spiseforstyrrelser ser på barnas kroppsfasong som et tegn på sin suksess som forelder.

Det siste temaet som dukket opp i studien var at kvinner med spiseforstyrrelser ofte bruker skadelig atferd som hard trening, og selvpåførte brekninger med oppkast for å undertrykke vanskelige følelser. De fikk dårlig samvittighet i forhold til hvordan det påvirker fosteret, men beskrev at det fikk dem til å føle en lettelse.

Det foreslås en rekke forslag for hvordan helsepersonell kan hjelpe denne pasientgruppen. Det blir antydnet at det er et optimalt tidspunkt å gripe inn ettersom kvinnen kan være mer villig til å endre sin atferd til fordel for fosteret. Man må være oppmerksom på om kvinnene har hatt en tidligere spiseforstyrrelse, om det er manglende vektoppgang og være påpasselig ved Hyperemesis Gravidarum (svangerskapskvalme). Psykoedukasjon i forhold til fysiske og psykiske konsekvenser av den skadelige atferden og veiledning i forhold til ernæring kan være viktige tiltak. Det kan også være nyttig å gjøre kvinnen oppmerksom på at det å ikke klare å knytte bånd med barnet med en gang ikke er uvanlig, slik at dette ikke blir en grunn til å være selvkritisk. Det understrekes til slutt at disse kvinnene trenger ekstra oppfølging etter

fødselen da de er ekstra sårbare for å få en depresjon. En overveldende ansvarsfølelse og tvil om at de ikke klarer å leve opp til idealet som mor kan også resultere i et tilbakefall.

5. Drøfting

5.1 Skyld og skam

Et tema som går igjen i studiene er at kvinner med spiseforstyrrelser ofte føler skyld og skam, både i forhold til sykdommen og i forhold til egen kropp. Rørtveit, Åström og Severinsson (2010), Stringer et.al (2010) og Shaffer, Hunter og Anderson (2008) påpeker alle i sine studier at disse kvinnene ofte skjuler sykdommen for helsepersonell på grunn av at de føler skyld og skam. De føler seg skamfulle over sin egen kropp, og skyldige i sykdommen, og de konsekvenser den kan ha for fosteret. Mange var også redde for å ikke strekke til som mor, og følte skam i forhold til å svikte barnet på denne måten. Skårderud (2010) støtter også opp mot denne teorien om at kvinner med spiseforstyrrelser ofte føler skam i forhold til den man er, eller de handlinger man gjør. Tierney et.al (2011) Forteller at kvinner med spiseforstyrrelser ofte bruker skadelig adferd for å kvitte seg med skamfølelsen. Mange av kvinnene i denne studien forteller at de kastet opp for å regulere sine følelser, og noen av kvinnene brukte i tillegg selvskading for å kvitte seg skam. Denne adferden var også relatert til at de hadde vanskeligheter med å tilpasse seg morsrollen. Ramona Mercer (2011) sin teori omfatter inntredelsen i morsrollen, hvor hun hevder at sykepleier er ansvarlig for å hjelpe kvinnen med å mestre denne rollen, slik at hun føler glede over svangerskapet og over å være mor.

I Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) sin studie konkluderer de med at skyld og skam er sterke følelser som forsterkes hos kvinner med spiseforstyrrelser når de blir gravide. Dette fordi de frykter å mislykkes, både som kvinne og som mor. Dette funnet understreker viktigheten av å gjenkjenne følelsene av skyld og skam, og forstå hvor kraftige disse følelsene kan være. Studien belyser også at skamfølelse i mange tilfeller kan føre til følelsesmessige forsvarsmekanismer, som angst, sinne eller hemmeligholdelse.

Hemmeligholdelse er også et sentralt funn i flere studier, blant annet i Stringer et.al (2010) sin studie om kvinners syn på svangerskapsomsorg. Her kommer det frem at mange kvinner unngår å fortelle helsepersonell om sin spiseforstyrrelse på grunn av skam. Fordi det forventes at man skal være lykkelig når man er gravid, er det vanskelig for disse kvinnene å fortelle at de har en spiseforstyrrelse.

Også Shaffer, Hunter og Anderson (2008) framhever at kvinner ofte skjuler sin spiseforstyrrelse under svangerskapet. De fleste av kvinnene i denne studien forteller at de ikke fortalte helsepersonell om sin spiseforstyrrelse, og heller ingen av dem ble spurt av helsepersonell om de hadde en bakgrunn med spiseforstyrrelser.

Det er viktig for alt helsepersonell å forstå, og bli bevisst på at det finnes mange gravide kvinner som lider av spiseforstyrrelser, og at disse kvinnene ofte skjuler sykdommen på bakgrunn av skyld og skam (Rørtveit, Åström og Severinsson, 2010). De foreslår, på bakgrunn av sin studie at sykepleiere trenger bedre kunnskap om å identifisere og kommunisere med mødre med spiseforstyrrelser. Samtidig understreker de behovet for at sykepleiere skaper et miljø med åpen dialog i forhold til følelser relatert til skyld og skam. En slik åpen dialog kan bidra til god kommunikasjon med tanke på tendensen til hemmeligholdelse, flukt og tilbaketrekking. Et godt tiltak kan være å vise at man er tilgjengelig, og at man bryr seg om pasientens følelser. Ved å ta seg god tid, er det mulighet for at man skaper tillitt og beviser at man er villig til å lytte, og på denne måten åpne for mulighet til å dekke pasientens behov. Stringer et.al (2010) og Mason, Cooper og Turner (2012) støtter opp under påstanden om at helsepersonell må skape et miljø med tillitt og åpenhet for at kvinnene skal kunne snakke åpent om sine følelser og behov.

Mason, Cooper og Turner (2012) sin studie viser at kvinnene følte at det var mangel på omsorg og støtte blant helsepersonell i forhold til å møte deres følelsesmessige behov under graviditeten. Helsepersonell fokuserte kun på deres fysiske helse, noe som hindret kvinnene fra å uttrykke deres følelser. De følte at skyld og skam hindret dem fra å fortelle om sine følelser i forbindelse med sykdommen, noe som gjorde det vanskelig å spørre om hjelp. Studien konkluderer derfor med at det er viktig at helsepersonell i stedet for å kun fokusere på kvinnenens fysiske behov, også møter deres følelsesmessige behov under svangerskapet, da de har særlig stort behov for følelsesmessig støtte denne perioden. På bakgrunn av dette, kan det være en mulig løsning å stille spørsmål om hvordan kvinnene opplever svangerskapet, samt

tanker de har rundt vektoppgang, ernæring og selvfølelse. Kanskje dette vil bidra til videre dialog og styrke tillitten?

Rørtveit, Åström og Severinsson hevder også på bakgrunn av sin studie viktigheten av at sykepleiere lar disse kvinnene uttrykke deres skamfølelser. Opplæring i forhold til temaet, kan også hjelpe sykepleiere med å forstå disse følelsene bedre, for så å gi tilpasset og optimal støtte til kvinnene, som dermed kan bidra til å minske deres skamfølelse. Opplæring i forhold til avslappings teknikk er i følge Dotti (2001) nyttig for disse pasientene når det oppleves skyldfølelse rundt vektoppgang.

5.2 Frykt for å miste kontroll.

Gjennom studiene til Tierney et. al (2011), Mason, Cooper og Turner (2012), Shaffer, Hunter og Andresson (2008) viser det seg at mange hadde delte opplevelser i forhold til å sette fosteret i første rekke og å legge spiseforstyrrelsen til side under svangerskapet. Det å bli gravid ga for mange en indre konflikt, og mange ga uttrykk for at de kjempet en konstant kamp mellom å akseptere vektøkningen, den endrede kroppsfasongen og frykten for å miste kontrollen over kroppen sin. De fleste var bekymret for at de skulle bli vurdert og dømt av andre og bli sett på som fete, og ble lettet når det ble synlig at de var gravide. Disse kvinnene så ut til å godkjenne den voksende magen fordi de klarte å relatere den til det voksende fosteret, men hadde problemer med å forholde seg til resten av kroppen fordi de ikke klarte å se dette direkte i forhold til graviditeten.

Shaffer, Hunter og Anderson (2008) og Stringer et. al (2010) beskriver imidlertid at mange hadde problemer med å se seg i speilet etter som magen vokste, og følte at resten av kroppen este ut. Noen uttrykte at de følte seg som en container for fosteret. Dette førte i mange tilfeller til en økende følelse av angst og et tilbakefall av skadelig atferd for å regulere disse følelsene, noe som igjen kunne gjøre det vanskelig å sette fosterets behov først.

For å redusere denne frykten er det i følge Harris (2010) og Zauderer (2012) viktig å informere om den normale utviklingen til fosteret og om realistiske forandringer i kroppsfasong og vekt. Sykepleiere kan bidra til mestring i denne situasjonene ved å informere kvinnen om at kroppen er i forandring under svangerskapet, og at dette er kun er midlertidig, for at kvinnen lettere skal godta at kroppsvekten øker i takt med magen. Sykepleier kan også

relatere vektøkningen til barnets velvære og fysiske behov, for å motivere kvinnen slik at hun muligens unngår angst og tilbakefall av den skadelige adferden.

Tierney et. al (2010) legger til at det er viktig å normalisere at det kan ta tid å knytte bånd til fosteret.

Kvinner med spiseforstyrrelser har i følge Skårderud (2010) en dårlig affektregulering og en manglende evne til å regulere indre spenning, og i følge Harris (2010) og Zauderer (2012), Tierney et. al (2010) og Shaffer, Hunter og Anderson (2008) kan det være nyttig å bli bedre kjent med kroppen sin ved hjelp av kognitiv atferdsterapi, mindfulness, yoga og andre avslapningsteknikker.

Kvinner med spiseforstyrrelser har et sterkt ønske om å ha kontroll og bruker skadelige handlinger for å kvitte seg med vanskelige følelser (Skårderud (2010)). Et svangerskap vil derfor være en stor utfordring da det er flere faktorer som er utenfor kvinnenes kontroll.

Rørtveit, Åstrøm og Severinsson (2009) beskriver et avhengighetsforhold til spiseforstyrrelsen som en indre drivkraft for å få en følelse av makt i situasjonen. Studien viser at disse kvinnene er redde for at de mister kontrollen ved å ”svikte” spiseforstyrrelsen til fordel for fosteret. Forfatterne understreker at det er viktig at man er oppmerksom på denne avhengighetsfølelsen da dette er et vanskelig tema og snakke om.

Studien til Mason, Cooper og Turner (2012) viser allikevel at mange klarte å redusere de fysiske symptomene under svangerskapet, men at de kjempet en hard kamp mot følelsene. Flere hadde gitt uttrykk for at de beroliget seg med at de kunne vende tilbake til spiseforstyrrelsen etter fødselen.

5.3 Veiging, en traumatisk opplevelse.

Tierney et. al (2011), Stringer et. al (2010) og Shaffer, Hunter og Anderson (2008) hevder at veiging er en av de mest traumatiske opplevelsene forbundet med svangerskapet, at dette er angstfremkallende og skaper frykt. Undersøkelsene viste at kvinnene opplevde motløshet og avsky når de hadde gått opp i vekt og følte lettelse ved vekttap. Forfatterne understreker at det er viktig at helsepersonell viser forståelse og at de snakker om dette på en forsiktig og omsorgsfull måte. Dette er i tråd med Skårderud (2010) som mener at den som skal veie må vise respekt og forståelse for at dette er en vanskelig situasjon.

Han mener videre at det er viktig å lage klare avtaler om vekt og veiing for å skape trygghet. Overraskende veiinger kan oppfattes som maktbruk fra behandlerens side. Situasjonen kan også føles tryggere om samme person foretar veiingen hver gang, at det blir brukt samme vekt og at det blir veid med like mye klær hver gang.

Stringer et. al (2010) og Harris (2010) foreslår at man skal spørre om kvinnene vil vite vekten eller om hun vil stå bak fram for ikke å se tallene. De mener samtidig at det er viktig å informere om normal vektøkning i svangerskapet og at det er individuelle forskjeller.

En annen måte å redusere bekymringer rundt veiing og vekt er i følge Mason, Cooper og Turner (2012) å fokusere på fosterets helse og utvikling. I tillegg vil det å se ultralyd, ultralydbilder og høre hjertelyden være med å vekke mors- instinktet, og være en motivasjonsfaktor til å bedre symptomene på spiseforstyrrelsen. Dette kan hjelpe kvinnene med å virkeliggjøre graviditeten, og bidra til at de føler mestring over spiseforstyrrelsen. Helsepersonell bør derfor være behjelpelig med å gi informasjon om fosterets utvikling, og gi veiledning i forhold ernæring og hvilken rolle de forskjellige næringsstoffene har for kroppen (Mason, Cooper og Turner, 2012).

Franko og Spurrell (2000) og Zauderer (2012) hevder også at dette er et viktig tiltak for at kvinner med spiseforstyrrelser skal få fokuset over på relasjonen til barnet, og på den måten ”spise for barnet”. Et tiltak på bakgrunn av dette kan være å lage forslag til måltider med mat de liker og godkjenner i stedet for å fokusere på kalori innhold, slik at det blir lettere for kvinnene å få i seg det som trengs av næringsstoffer og for å gjøre et måltid lettere å gjennomføre.

5.4 Et gunstig tidspunkt til å komme seg ut av spiseforstyrrelsen.

Til tross for at de fleste hadde problemer med å klare å løsrive seg fra sykdommen, viste studien til Tierney et. al (2011) at det var mange som gav uttrykk for at det å bli mor var en mulighet til å komme seg ut av spiseforstyrrelsen. Noen av kvinnene følte et sterkt ansvar og forpliktelse til å beskytte fosteret og var redde for eventuelle skader de kunne påføre barnet. Micali et. al (2007), Stringer et. al (2010), Tierney et. al (2011) og Mason, Cooper og Turner (2012) antyder at svangerskapet er et optimalt tidspunkt å gripe inn ettersom kvinnene kan være mer motivert til å endre sin atferd til fordel for fosteret.

De hevder videre at sykepleiere er i en strategisk posisjon til å kunne screene og identifisere tegn på sykdommen og legge til rette for at kvinnene kan få uttrykt sine følelser.

Beklageligvis rapporterer Mason, Cooper og Turner 2012 og Stringer et. al (2010) at kvinnene føler at helsepersonell har for lite kunnskap og blir møtt med lite empati. På bakgrunn av dette resultatet er det behov for å øke oppmerksomheten, forståelsen og kunnskapen rundt spiseforstyrrelser for å gi bedre helsehjelp til denne pasientgruppen.

Som tidligere nevnt er det også viktig å være oppmerksom på disse kvinnenes følelsesmessige behov, da de ofte føler at det fokuseres for mye på de atferdsmessige og fysiske symptomene. Rørtveit, Åstrøm og Severinsson (2009) legger vekt på at det er nødvendig med opplæring og veiledning av helsepersonell for å forstå den utmattelsen og de overveldende følelsene disse kvinnene har. De understreker også hvor viktig det er å ha et ikke- dømmende perspektiv for å oppnå et tillitsfullt forhold. Forholdet må være basert på ærlighet for at kvinnene skal tørre å uttrykke sine følelser og behov. Dette kan være en måte å øke disse kvinnenes selvfølelse og lette noen av de negative følelsene som forbindes med spiseforstyrrelser. Dette er i tråd med Ramona Mercers tenkning som understreker sykepleierens viktige rolle for å fremme god helse under svangerskapet og at helsen påvirkes negativt av stress før fødselen.

Hun mener at for å få et optimalt sunnhets- og funksjonsnivå må sykepleieren undervise, støtte og gi omsorg som pasienten ikke er i stand til å ivareta selv (Meighan 2011).

5.5 Behov for kunnskap og bevissthet for Identifisering

På bakgrunn av skyld og skam, samt det at disse kvinnene skjuler både følelsene og selve lidelsen, er det stort behov for at sykepleiere kan identifisere gravide kvinner med spiseforstyrrelser. Det er også viktig i forhold til forebygging av både psykiske- og somatiske komplikasjoner hos mor, og komplikasjoner hos fosteret (Kaspersen og Rø, 2011).

I Stringer et.al (2010) sin studie, kommer det fram at det er mangel på bevissthet hos helsepersonell om gravide med spiseforstyrrelser. Viktigheten av at helsepersonell blir mer bevisst på denne problematikken, for å tidlig identifisere disse kvinnene kommer tydelig fram i studien. De hevder at det er en vanskelig gruppe å identifisere på grunn av skam, som igjen fører til at de holder informasjon tilbake (Stringer et.al 2010).

Shaffer, Hunter og Anderson(2008) Støtter opp under denne påstanden gjennom sin studie, samtidig som de forteller at ingen av kvinnene som deltok i studien noen gang hadde blitt spurt av helsepersonell om de hadde en bakgrunn med spiseforstyrrelser. Dette viser at det

både er lite kunnskap, og manglende bevissthet blant helsepersonell om denne problematikken.

Dotti (2001) hevder derimot, på bakgrunn av tidligere forskning, at dersom helsepersonell blir informert om pasientens psykiatriske lidelse, er det ofte mindre sannsynlighet for at de undersøker medisinske komplikasjoner. På den andre siden understreker de at bevissthet og tidlig identifisering er viktig for tidlig å sette i gang behandlingstiltak.

Det finnes i følge Kaspersen og Rø (2012) ingen rutiner eller retningslinjer for å identifisere gravide med spiseforstyrrelser, men ved siden av å bedre kunnskap blant helsepersonell, er det essensielt med en god dialog med den gravide om tema. Stringer et.al (2010) mener at helsepersonell bør stille åpne spørsmål for å skape et miljø for åpenhet og berettelse, for å kunne identifisere disse kvinnene.

Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) Hevder at det er behov for at helsepersonell får mer kunnskap om denne pasientgruppen, og hvordan man kommuniserer godt med dem, for å bidra til at disse kvinnene kan uttrykke seg om sine følelser. Dette er et viktig steg i identifiseringsprosessen.

Skårderud (2010) forteller at ved spiseforstyrrelser er det viktig at behandlere gir uttrykk for kunnskap, da kunnskap er trygghetsskapende. Kunnskap vil på denne måten bidra til en trygg og åpen relasjon. Tar man dette i betraktning, vil det kanskje være hensiktsmessig at sykepleiere søker kunnskap hos spesialister innen emnet, eller gjennom tidligere studier og litteratur, for å møte pasientene på en profesjonell måte.

Stringer et.al (2010) har, basert på sin studie foreslått tiltak for å identifisere disse kvinnene. De foreslår at det stilles åpne spørsmål, som: ”Hva føler du om din vekt og fasong?” og ”hvordan er humøret ditt?”. Dersom man mistenker en spiseforstyrrelse bør man, på en forsiktig måte stille spørsmål om matinntak, spisevaner, ønsket kroppsvekt, samt spørsmål i forhold til trening, slankepiller, vann drivende- og lakserende medikamenter.

Stringer et.al (2010) nevner også at helsepersonell bør være bevisst på de vanligste symptomene på spiseforstyrrelser. Dette er syn som både Tierney et.al (2011) og Dotti (2001) deler. Dotti (2001) mener at lavt blodtrykk, lav fettprosent, anemisyntomer, dehydrering, dårlig tannstatus i forhold til oppkast, liten vekt oppgang under svangerskapet, og ketoner i urinen er tegn man kan se etter for å identifisere gravide med spiseforstyrrelser. De hevder også at Hyperemesis Gravidarum kan være et tegn på spiseforstyrrelse under svangerskapet.

På bakgrunn av dette, bør kanskje alle kvinner som legges inn på sykehus med hyperemesis undersøkes grundig med tanke på en mulig spiseforstyrrelse.

Zauderer (2012) nevner også psykiske symptomer sykepleiere bør se etter for identifisering. Det kan være angst, lav selvfølelse, forvrengt kroppsbilde, historie med depresjon og selvskading. Zauderer (2012) peker også på at skam er en årsak til at det er vanskelig å identifisere kvinnene, da det er vanskelig for dem å dele denne informasjonen på grunn av denne følelsen. Hun forteller også i sin studie at kvinnene er redde for at helsepersonell skal presse dem til vektoppgang.

Zauderer (2012) sier, i likhet med Stringer et.al (2010) at sykepleiere bør spørre åpne og spesifikke spørsmål om matinntak, matrestriksjoner og spørsmål relatert til kroppsvekt. SCOFF spørreskjemaet, som er det verktøy i identifiseringen av spiseforstyrrelser blir også lagt fram som et sykepleietiltak i Zauderer (2012) sin studie. Dette spørreskjemaet inneholder spørsmål i forhold til påført oppkast, mangel på kontroll, vekttap, selvbilde og forholdet til mat. I tillegg oppfordres helsepersonell til å stille spørsmål som blant annet omhandler følelser rundt egen kropp, rundt vektøkning under svangerskapet og i forhold til mat.

Sykepleieteoretiker Ramona Mercer (2011) mener at sykepleieren er ansvarlig for å fremme god helse til gravide kvinner og barna deres. Hun hevder at den hjelpen og pleien disse kvinnene får under svangerskapet kan ha langvarig virkning. Det er derfor viktig, på bakgrunn av dette perspektivet å identifisere kvinner med spiseforstyrrelser tidlig, for å kunne gi god og tilrettelagt omsorg, slik at både svangerskapet og tiden etter oppleves som en god periode for disse kvinnene og barna deres.

Franko og Spurrell (2000) belyser også viktigheten av tidlig identifisering av spiseforstyrrelser under svangerskapet. De viser til Eating Disorder Examination (EDE), som er et spørreskjema som kan brukes som verktøy i identifiseringen av spiseforstyrrelser i likhet med Stringer et.al (2010) sitt SCOFF skjema. Ved siden av dette skjemaet, oppfordres helsepersonell til å stille få, men konkrete spørsmål. Det har gjort studier som viser at å spørre om: ”er du fornøyd med dine spisevaner?” og ”spiser du i skjul?” kan skille de kvinnene som lider av bulimi fra friske kvinner (Franko og Spurrell 2000). Både SCOFF skjemaet og Eating Disorder Examination skjemaet kan være nyttige verktøy, både på somatiske- og psykiatriske avdelinger for å identifisere disse kvinnene. Kanskje det hadde vært lettere å identifisere denne pasientgruppen dersom man hadde brukt disse spørreskjemaene i møte med alle gravide kvinner?

5.6 Tverrfaglig samarbeid

Både Stringer et al (2010) og Mason, Cooper og Turner (2012) påpeker behovet for tverrfaglig samarbeid i møte med disse kvinnene. Stringer et.al (2010) viser at, på grunn av komplikasjoner før, under og etter svangerskapet, kan det være behov for at flere profesjoner samarbeider i behandlingen av kvinnene, da de har behov for støtte i forhold til medisinske-, psykiske-, fysiske- og ernæringsmessige behov.

Kvinnene som deltok i Mason, Cooper og Turner (2012) sin studie uttrykte at de opplevde helsepersonell som utilgjengelige, og hadde et dårlig samarbeid for å møte deres behov relatert til ernæringsråd og følelsesmessig støtte. Noen uttrykte også at de ønsket råd og støtte rundt amming. Kaspersen og Rø (2011) støtter opp under denne påstanden om at det er mangel på samarbeid mellom profesjonene i relasjon til denne pasientgruppen. På bakgrunn av tidligere forskning forteller de at mange gravide kvinner med spiseforstyrrelser synes det er vanskelig at helseaktørene ikke kommuniserer, da det skaper usikkerhet, og øker følelsen av skyld og skam.

Gravide kvinner med spiseforstyrrelser kan ha et ekstra stort behov for tverrfaglig samarbeid da de har behov for et trygt miljø, hvor helsepersonell viser empati og kunnskap (Mason, Cooper og Turner (2012)). De kan ha utbytte av individuell psykoterapi, en ernæringsfysiolog med spesialisering innen spiseforstyrrelser og jordmor eller sykepleier til ammeveiledning og støtte og motivasjon til å fortsette behandlingen (Franko og Spurrell 2000) og (Dotti 2001). Cantrell, Kelley og McDermott (2009) mener, ved siden av å støtte kvinnens følelsesmessige, fysiske og psykologiske behov, at jordmødre og sykepleiere bør fokusere på kvinnens og barnets helse under svangerskapet, mot for å fokusere på at kvinnen skal bli fullstendig frisk sin spiseforstyrrelse. Ramona Mercer (2011) sin teori om følelsesmessig og fysisk støtte kommer godt med under dette tiltaket, på den måten at kvinnen skal føle seg forstått og ivaretatt ved at helsepersonell bidrar til at kvinnen mestrer sin sykdom, slik at hun opplever god helse for seg selv og barnet.

Skårderud (2010) mener imidlertid at det er verdt å tenke over at personer med spiseforstyrrelser ofte opplever indre kaos og uro, og at det da kan være uheldig å måtte forholde seg til mange behandlere. Han mener videre at det kan være nyttig å møte bare én behandler som bestreber seg å innhente lærdom fra andre fagfelt og at behandleren har veiledere og støttespillere han kan henvende seg til.

På bakgrunn av disse funnene kan sykepleier også bidra til et bedre tverrfaglig samarbeid ved å snakke med jordmødre, leger, psykologer og andre behandlerinnsatser for at tiltak og støtte skal tilpasses best mulig ut fra hvilken behandling kvinnene får fra de andre profesjonene. På denne måten, ved å vite hvilke behov kvinnen har, kan sykepleier lettere tilpasse støtten og omsorgen som gis uten at kvinnen selv må uttrykke seg gjentatte ganger til de forskjellige profesjonene. Sykepleier kan kanskje også være behjelpelig med å henvise til ernæringsfysiolog og ammeveiledning, for å styrke det tverrfaglige samarbeidet. På den andre siden, er det kanskje hensiktsmessig at sykepleiere samarbeider seg i mellom, og begrenser antallet pleiere som pasienten må forholde seg til, på bakgrunn av den indre uroen Skårderud (2010) beskriver at disse kvinnene opplever når de må forholde seg til mange behandlere.

5.7 Kritisk vurdering

Det er gjort et omfattende arbeid i gransking av de 7 valgte artiklene, for å vurdere artiklenes troverdighet, og eventuelt finne svakheter ved studiene. I dette arbeidet er Polit og Beck (2010) og Kunnskapssenteret (2008) sin sjekklister brukt for å granske artiklene på en kritisk måte, da de inneholder kritiske retningslinjer for kvalitative og kvantitative studier.

I tillegg har vi lagt vekt på om artiklene er vurdert til vitenskapelig nivå 1 eller 2, samt om de er fagfellevurdert, da dette fremmer artiklenes troverdighet.

Alle de kvalitative studiene, var basert på et lite antall deltakere, noe som kan være en svakhet i forhold til resultatet, da det er få meninger å sammenligne. Men tatt i betraktning at det er vanskelig å identifisere disse kvinnene, da de ofte skjuler spiseforstyrrelsen, og på bakgrunn av at det er et lite antall personer å forske på og lite kunnskap om denne pasientgruppen, vil en slik kvalitativ studie gi en dypere forståelse og tettere oppfølging av disse kvinnenes opplevelser og følelser. Dette kan igjen bidra til mer kunnskap og belysning om temaet. Shaffer, Hunter og Anderson (2008), Mason, Cooper og Turner (2012), Rørtveit, Åström og Severinsson, Stringer et.al (2010) og Tierney et.al (2011) har alle i sine studier inkludert både kvinner som er gravide, og kvinner som har vært gravide innenfor de siste to årene. Dersom de kun hadde inkludert kvinner som var gravide på tidspunktet for intervjuene, ville kanskje resultatet blitt annerledes. Men samtidig ville det begrenset antallet deltakere betydelig, og det hadde sannsynlig blitt vanskelig å rekruttere et stort nok antall til å delta i studiene.

I Shaffer, Hunter og Anderson (2008) sin studie kommer det ikke fram om studien har gått gjennom noen form for etisk komite. Sjekklisten vi har brukt inneholder ikke dette punktet for å vurdere studiets troverdighet, men det kan være en svakhet, da det ikke kommer klart fram at studien er utført etter etiske retningslinjer. På den andre siden kommer det frem at alle deltakerne har frivillig samtykket til å delta i studien. Forfatterne har også gitt deltakerne mulighet til å samtykke, og bekrefte at deres resultat og analyse av deltakernes svar er i samsvar med deres faktiske opplevelser. Dette øker troverdigheten betydelig.

Alle de andre studiene, har derimot gått gjennom etiske komiteer for godkjenning.

Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) hevder også at svarene fra intervjuene, analysen og resultatet av disse er gjennomgått flere ganger av alle forfatterne, samt forskningsgruppen med hensikt å få en nøyaktig tolkning av skyld skam opplevd av disse kvinnene. Dette gir et troverdig resultat, da det er utført grundig med deltakernes meninger i fokus.

Den kvantitative studien av Micali (2007) har i motsetning til de kvalitative studiene mange deltagere. Det ble brukt spørreskjemaer for å innhente data. Disse spørreskjemaene har ofte standardiserte spørsmål, og faren er at undersøkelsene kun gir svar på det forskerne selv mener er viktig å spørre om og overser viktig informasjon. En annen svakhet med studien er at kvinnene ble klassifisert på grunnlag av selvrapporing av spiseforstyrrelser, og det kan være en mulighet for at det kan være en underrapportering av symptomer, da mange kvinner med spiseforstyrrelser skjuler sykdommen.

6. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å finne ut hvilke tiltak som kan utøves av sykepleiere for å bidra til helse og mestring hos gravide med spiseforstyrrelser.

Skyld og skam fører ofte til at kvinner med spiseforstyrrelser holder sykdommen skjult for helsepersonell, noe som gjør det vanskelig å identifisere og gi god pleie til disse kvinnene.

Det er behov for bedre kunnskap og bevissthet blant sykepleiere om denne pasientgruppen, og hvordan man kommuniserer for å skape et godt miljø med åpen dialog. Dette for å kunne identifisere de kvinnene som ikke ønsker å stå fram med sin spiseforstyrrelse.

Det er også behov for at sykepleiere møter disse kvinnenes følelsesmessige behov, da dette er en periode med stort behov for psykisk og følelsesmessig støtte. For å dekke dette behovet kan man som sykepleier stille spørsmål om vektoppgang, ernæring og selvfølelse for å innhente informasjon.

Sykepleiere trenger videre opplæring om gravide kvinner med spiseforstyrrelser for å forstå deres følelser bedre, og på denne måten kunne gi mer tilrettelagt pleie og omsorg.

Da mange av disse kvinnene ofte har delte opplevelser rundt det å sette fosteret i første rekke, og å legge spiseforstyrrelsen til side under svangerskapet, er det viktig at sykepleiere informerer kvinnen om fosterets utvikling, og at det er normalt med kroppslige forandringer. Det er også hensiktsmessig å være varsom i forhold til veiing og snakke forsiktig om vekt og vektoppgang. Sykepleier kan hjelpe kvinnen å få fokuset over på relasjonen til barnet, i tråd med Ramona Mercers teori om relasjonens betydning.

Svangerskapet er hevdet å være et gunstig tidspunkt å mestre spiseforstyrrelsen, og det er derfor et optimalt tidspunkt for sykepleiere å gripe inn, og bidra til endret atferd hos disse kvinnene.

For best mulig tilrettelagt og god pleie med sikte på å dekke kvinnenens psykiske, fysiske og ernæringsmessige behov, er det hensiktsmessig med et godt tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell denne perioden, da det er mangel på dette. Sykepleier kan dermed bidra til et godt tverrfaglig samarbeid ved å inkludere, og henvise til andre profesjoner som ernæringsfysiolog og psykolog.

7. Litteraturliste

Bjørk og Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe A/S

Brinchmann Berit S. (2008) *Etikk i sykepleien* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Meighan, Molly (2011) *Ramona T. Mercer. Indtræden i moderrollen – at blive mor*. I: Tomey AM og Alligood MR (red.) *Sygeplejeteoretikere. Bidrag og betydning for moderne sygepleie*. København: Munksgaard Danmark. 481- 501.

Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.

Polit og Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Skårderud Finn (2007), *STERK/SVAK. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co

Bulik C, Holle AN, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, Stoltenberg C, Siega-Riz AM, Sullivan P og Reichborn-Kjennerud T (2007) *Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)* I: *Psychological Medicine* 37 (8): 1109-1118.

Cantrell C, Kelley T og McDermott T (2009) *Midwifery Management of the Woman with an eating disorder in the antepartum period*. *Journal of Midwifery & Womens Health* (2009) 54 (6): 503-508

Dotti C. James (2001) *Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications*. I: *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. Sep;15 (2): 36-48

Franko D. og Spurrell B. (2000) *Detection and management of eating disorders during pregnancy*. I: *Journal of Obstetrics & Gynecology*. Juni;1, 95(6) 942-946.

Goksøyr, Torild (1995) *Graviditet kan forverre spiseforstyrrelsen*. I: *Jordmorbladet* (1995) 95 (2): 16-20.

Harris Amy A. (2010) *Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period*. I: *Journal of Midwifery & Womens Health*. 2010 Nov - Dec; 55 (6): 579-86.

Kaspersen Sissel og Rø Øyvind (2011) *Spiseforstyrrelser, graviditet og mulige påvirkninger på fosteret*. I: *Tidsskrift for jordmødre* 2011, 2

Knoph C, Holle AN, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, Cynthia MB og Reichborn-Kjennerud T (2013). *Course and predictors of Maternal Eating Disorders in the Postpartum Period*. I: International Journal of Eating Disorders (2013) 46 (4): 355-368

Little L og Lowkes E (2000) *Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children*. I: Journal of Midwifery & Womens Health. 2000 Jul-Aug; 45 (4): 301-7

Mason Z., Cooper M og Turner H (2012) *The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: An Interpretive Phenomenological Analysis*. I: Journal of Behavioral Addictions 1 (2): 59-67.

Micali, N, Treasure J og Simonoff E (2007) *Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity* I: Journal of Psychosomatic Research 63(2007) 297-303

Rosevinge JH og Götestam KG (2002) *Spiseforstyrrelser – Hvordan bør behandlingen organiseres*. I: Tidsskrift for Norsk Lægeforening, nr.3 2002; 122:285-8 [online]. URL: <http://tidsskriftet.no/toc/481216> (4.03.13)

Rørtveit, Åstrøm og Severinsson (2010) *The meaning of guilt and shame: A qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties*. I: International Journal of Mental Health Nursing (2010) 19 (4), 231-239

Rørtveit K, Åström S, Severinsson E (2009) *The feeling of being trapped in and ashamed of ones's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties*. I: International Journal of Mental Health Nursing (18) 91-99.

Shaffer S., Hunter L. og Anderson G (2008) *The Experience of Pregnancy for Women With a History of Anorexia or Bulimia Nervosa*. I: Canadian Journal of Midwifery Research and practice 7 (1): 17-30 [online]. URL: <http://ojs.library.ubc.ca/index.php/cjmrp/article/view/195/215>

Stringer E, Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Furber C (2010) *Pregnancy, motherhood and eating disorders: a qualitative study describing women's views of maternity care*. I: Evidence based midwifery 8(4): 112-21

Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E og Furber C (2011) *Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study*. I: International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 1223-1233

Tierney S, Stringer E, Fox JRE og Furber C (2010) *Difficulties in recruiting pregnant women with eating or weight issues*. I: British Journal of Midwifery. 2010, Nov; 18 (11): 717-723.

Zauderer CR (2012) *Eating disorders and pregnancy: supporting the anorexic or bulimic expectant mother*. I: MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2012 Jan-Feb; 37 (1): 48-55

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Retningslinjer for masteroppgaver og større studentoppgaver på bachelornivå*. [Online] URL: <http://www.hig.no/student/oppgaveskriving> (06.04.13)

Kunnskapssenteret (2008) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (06.03.13)

Forskningsetikkloven (2008) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [online] URL: <http://www.lovdatab.no/all/tl-20060630-056-0.html> (05.04.13)

Forskningsetiske komiteer (2012) *Forskningsetisk sjekkliste* [online] URL: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/> (05.04.13)

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Eating disorders	Cinahl	1+2+3	9
Pregnancy		1+2+4	2
Nursing		5+2+3	4
Coping	Ovid		
Anorexia			
Eating disorders		1+2	1814
Pregnancy		1+2+3	390
Nursing		6	30
Anorexia Nervosa		1+2+4	77
Coping		1+2+5	50
Eating disorders pregnancy		1+2+7	4
Nursing management	1+2+8	46	
Nursing care			
Eating disorders	Pub Med		
Pregnancy		1+2	860
Nursing		1+2+3	57
Nursing care		1+2+5	7
Nursing management		1+2+4	31
Interventions		1+2+6	31
Eating disorders	Up to Date		
Pregnancy		1+2+3	1
Nursing		1+2+4	23
Coping			
Eating disorders	Pro Quest		
Pregnancy		1+2+3	15
Nursing		1+2+4	2
Coping		1+2+5	11
Nursing management		1+2+6	12
Interventions		1+7+3	3
Childbearing			

Eating disorders	Google Scholar	1+2	82
Pregnancy		1+2+3	42
Nursing		1+2+4	38
Coping		1+2+5	30
Nursing management		1+2+6	81
Care		1+2+8	58
Childbearing		1+7+3	65
Interventions		9	28700
Eating disorders in pregnancy		10+11+13	71
Spiseforstyrrelser		10+12+13	76
Svangerskap			
Graviditet			
Sykepleie			

8.2 Vedlegg 2

Artikkel tittel	Database
Rørtveit, Åström og Severinsson (2010) The meaning of guilt and shame	Ovid Søkeord: eating disorders, pregnancy
Stringer et.al (2010) Pregnancy, Motherhood and eating disorders	Up to Date Søkeord: Eating disorders, motherhood, nurs*
Shaffer, Hunter og Anderson (2008) The experience of pregnancy for women with a history of anorexia or bulimia nervosa	Google Scholar Søkeord: Eating disorders, pregnancy, experience
Mason, Cooper og Turner (2012) The Experience of pregnancy in women with a history of Anorexia nervosa	Google Scholar Søkeord: Eating disorder, Pregnancy, Experience
Tierney et.al (2011) Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder	Cinahl Søkeord: Eating disorders, motherhood, Nurs*
Micali, Tresize og Simonoff (2007) Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity	Referanseliste i Harris / Google Scholar
Rørtveit, Åström og Severinsson (2009) The feeling of being trapped in and ashamed of ones own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties.	Pub Med (forfattersøk)