



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

## **Sykepleie til pasienter med Hyperemesis gravidarum**

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig behandling til pasienter med hyperemesis gravidarum for å kunne ivareta grunnleggende behov?

**Bachelor i sykepleie**

**SK 152**

**Avdeling for helsefag**

**2.juni 2017**

**6890 ord**

**Kandidatnr 66 Nathalie Madelen Leinebø**

**Veileder Solveig Sægrov**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, §



**Høgskulen  
på Vestlandet**

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen på Vestlandet sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen på Vestlandet tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse. Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

kandidatnummer og navn    66 Nathalie Madelen Leinebø  
JA                     NEI

# Sammendrag

## Tittel

Sykepleie til pasienter med hyperemesis gravidarum

## Bakgrunn for valg av tema

Etter praksisperiode på gynekologisk sengepost der jeg møtte flere pasienter med hyperemesis gravidarum, fikk jeg en stor interesse for å lære mer om tilstanden og hva jeg kunne gjøre for å hjelpe pasientene.

## Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig behandling til pasienter med hyperemesis gravidarum for å kunne ivareta grunnleggende behov?

## Metode

Jeg valgte litteraturstudie som metode. I søkeprosessen brukte jeg *academic search elite*, *medline* og *cinahl* for å finne forskningsartikler. I tillegg til forskningsartikler har jeg brukt pensumlitteratur fra tidligere emner til å finne teori.

## Oppsummering av funn og konklusjon

Svangerskapskvalme påvirker kvinnens evne til å ta vare på seg selv å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren bidrar i behandlingen ved observasjon, iverksetting av tiltak og administrasjon av legens ordinasjoner. For at pasienten skal få best mulig behandling er det viktig å se helheten i pasientens behov. Det innebærer blant annet grunnleggende behov, hjelpebehov, behov for støtte og behov for medisinsk behandling. Denne pasientgruppen har behov for både psykisk støtte og praktisk bistand. Praktisk bistand denne pasientgruppen kan ha nytte av er matsservering, hjelp til personlig hygiene, og hjelp til andre gjøremål som er viktige for å ivareta helsa. Da denne pasientgruppen ofte har det tungt, og plages av vanskelige følelser som for eksempel ensomhet, håpløshet og maktesløshet, har de et behov for støtte. Det er viktig at sykepleier møter dem med støtte og forståelse for hvor vanskelig kvalmen kan være å takle, og de som velger å avslutte svangerskapet eller ikke få flere barn trenger å bli forstått.

Nøkkelord: Hyperemesis gravidarum, svangerskapskvalme, grunnleggende behov, livskvalitet.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	2
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.4 FORKLARING AV BEGREP .....	2
<b>2 METODE</b> .....	<b>2</b>
2.1 VALG AV METODE .....	2
2.2 SØKEPROSESSEN .....	3
2.3 ANNEN RELEVANT TEORI .....	4
2.4 KILDEKRITIKK OG VURDERING AV METODE.....	4
<b>3 TEORI</b> .....	<b>5</b>
3.1 HYPEREMESIS GRAVIDARUM .....	5
3.1.1 Sykdomslære.....	5
3.1.2 Behandling og sykepleierens rolle .....	5
3.2 MASLOWS BEHOVSPYRAMIDE .....	7
3.3 YRKESETISKE RETNINGLINJER .....	7
3.6 VIRGINIA HENDERSON.....	8
<b>4 RESULTAT/FUNN</b> .....	<b>9</b>
4.1 "THE BURDEN OF NAUSEA AND VOMITING DURING PREGNANCY: SEVERE IMPACTS ON QUALITY OF LIFE, DAILY LIFE FUNCTIONING AND WILLINGNESS TO BECOME PREGNANT AGAIN" .....	9
4.1.1 Formål.....	9
4.1.2 Metode.....	9
4.1.3 Resultat.....	9
4.2 DISABILITY AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN HYPEREMESIS GRAVIDARUM PATIENTS.....	9
4.2.1 Formål.....	9
4.2.2 Metode.....	10
4.2.3 Resultat.....	10
4.3 NORWEGIAN PUQE (PREGNANCY-UNIQUE QUANTIFICATION OF EMESIS AND NAUSEA) IDENTIFIES PATIENTS WITH HYPEREMESIS GRAVIDARUM AND POOR NUTRITIONAL INTAKE.....	10
4.3.1 Formål.....	10
4.3.2 Metode.....	10
4.3.3 Resultat.....	10
4.4 NAUSEA AND VOMITING IN PREGNANCY: WHAT ADVICE DO MIDWIVES GIVE? .....	11
4.4.1 Formål.....	11
4.4.2 Metode.....	11
4.4.3 Resultat.....	11
4.5 TREATMENTS FOR HYPEREMESIS GRAVIDARUM AND NAUSEA AND VOMITING IN PREGNANCY .....	11
4.5.1 Formål.....	11
4.5.2 Metode.....	11
4.5.3 Resultat.....	12
<b>5 DRØFTING</b> .....	<b>12</b>
5.1 FYSIOLOGISKE BEHOV, GRUNNSTEINEN I MENNESKERS OVERLEVELSE.....	12
5.2 SYKEPLEIERENS ROLLE I BEHANDLINGEN AV HYPEREMESIS GRAVIDARUM .....	14
5.3 LIVSKVALITET .....	16
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>17</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>18</b>

# 1 Innledning

Ca. 1% av alle gravide rammes av ekstrem svangerskapskvalme, også kjent som hyperemesis gravidarum (Norsk helseinformatikk, 2015). Denne tilstanden kan føre til dehydrering og elektrolyttforstyrrelser, og det vil ofte være nødvendig med sykehusinnleggelse og intravenøs væskebehandling. Pasienten kan få metabolsk alkalose og ketonuri på grunn av økt fettforbrenning som følge av elektrolyttforstyrrelsene (Ulvund, 2013, s.848). Dersom tilstanden ikke blir behandlet kan den føre til alvorlige konsekvenser og påvirke lever, nyrer og hjernen. Det er der i mot sjelden at sykdommen gir alvorlige komplikasjoner i dag, men før i tiden kunne sykdommen være dødelig. Denne tilstanden kan være veldig psykisk krevende for kvinnen, og mange kan oppleve at gleden over graviditeten blir redusert, og man kan bli usikker på om man klarer å gjennomføre svangerskapet eller om man ønsker å bli gravid igjen.

I flere av bøkene jeg har lett etter teori står det at dette er en diagnose det er forsket lite på, og en vet derfor ikke sikkert hva som er årsaken. I følge Grooten, Roseboom og Painter (2015) har det vært en treg fremgang de siste tiårene når det kommer til forståelse av sykdomsbildet og behandlingen av hyperemesis gravidarum.

Jeg har selv sett at disse kvinnene har korte opphold på sykehuset, der hovedfokus er medisinsk behandling, ernæring, ro og hvile. Min oppgave som sykepleier er da å administrere legemidler, væskebehandling, sondeernæring, parenteral ernæring eller lignende etter ordinasjon fra lege. I tillegg er en del av min oppgave å observere kvinnens tilstand ved hjelp av forskjellige målinger, som jeg vil skrive mer om senere i oppgaven, og utøve sykepleie på en måte som gjør at hun lettere kan ivareta sine grunnleggende behov. Det kan for eksempel være ved å hente mat til henne eller hjelpe henne med personlig hygiene, og vise støtte og forståelse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har vært i praksis på gynekologisk sengepost, og gjennom disse seks ukene møtte jeg flere pasienter som hadde denne diagnosen. Jeg så da hvor store utfordringer denne diagnosen kan gi, og fikk etter hvert en stor interesse for å lære mer om denne tilstanden, og hva jeg kunne gjøre for at dagen til pasientene skulle bli så god som mulig.

I løpet av studietiden har vi lært lite om denne diagnosen, og jeg har fått et inntrykk av at flere av mine medstudenter har lite kunnskap om denne diagnosen, med mindre de har møtt pasienter med denne diagnosen i praksis, eller opplevd det selv.

## 1.2 problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig behandling til pasienter med hyperemesis gravidarum for å kunne ivareta grunnleggende behov?

## 1.3 Avgrensing av problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å ha fokus på behandlingsmetoder og sykepleietiltak som kan være nyttig for å hjelpe denne pasientgruppen. Jeg har valgt å i hovedsak legge fokuset på pasienter som blir innlagt i sykehus. Denne diagnosen kan prege hverdagen til disse kvinnene i stor grad, og for mange kan det være svært vanskelig å takle. Jeg vil legge vekt på hvilke følger som kan komme av denne sykdommen, og hvordan disse påvirker kvinnene som blir rammet. Hovedfokuset er å få frem hvordan jeg som sykepleier kan gå frem for at disse kvinnene skal få best mulig behandling for å holde plagene og konsekvensene til det minimale, slik at de med min hjelp skal kunne ivareta grunnleggende behov, og dermed opprettholde god livskvalitet til tross for plagene.

## 1.4 Forklaring av begrep

**Hyperemesis gravidarum** er det internasjonale begrepet for ekstrem svangerskapskvalme, og vil videre i oppgaven bli forkortet til HG eller hyperemesis.

**Grunnleggende behov** definerer jeg ut i fra Abraham Maslows behovspyramide (Rosland, 2017, McLeod, 2016). Grunnleggende behov består av fysiologiske behov som er mat, drikke, søvn og varme, og trygghetsbehov som går på sikkerhet og beskyttelse.

**Livskvalitet** definerer jeg her som at kvinnen opplever glede, mening, trygghet, tilfredshet og tilhørighet (Folkehelseinstituttet, 2017).

**NVP/Nausea and vomiting during pregnancy** eller svangerskapskvalme oversatt til norsk, blir her brukt som en fellesnevner for alle grader av svangerskapskvalme, fra HG til mild svangerskapskvalme som forekommer hos 80% av gravide kvinner i første trimester (Jerpseth, 2013, s.39)

## 2 Metode

### 2.1 Valg av metode

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

Jeg har valgt litteraturstudie som metode, fordi jeg ønsker å sammenligne pensumlitteratur og forskning for å finne et godt svar på problemstillingen min, lære mer om sykdommen og forskjellige

behandlinger, og for å finne ut hva jeg kan gjøre som sykepleier for å bidra til at disse kvinnene skal ha det best mulig gjennom svangerskapet.

I en litteraturstudie er det i hovedsak brukt skriftlige kilder, som oppgaven bygges opp på (Dalland, 2017, s.223). I slike oppgaver kan problemstillingen være ut i fra pensumlitteratur eller forskning som har fanget interesse, eller ut i fra noe forfatteren har sett eller opplevd i egen praksis. I denne oppgaven er problemstillingen valgt ut i fra egen praksis. En litterær oppgave skal inneholde innledning, teori, metode og materiale, resultater/funn, og drøfting (Dalland, 2017, s.224-231). Hvert av disse delene skal inneholde underavsnitt. I innledning skal det komme frem hvorfor en har valgt det temaet og den problemstillingen som er valgt, presentasjon og avgrensing av problemstilling, og definisjon av sentrale begrep i oppgaven. Hoveddelen inneholder metode og beskrivelse av denne, teori, tidligere forskning, og drøfting. Sist men ikke minst kommer en oppsummering og konklusjon av oppgaven, og også svaret på problemstillingen.

## 2.2 Søkeprosessen

For å finne relevant forskning til mitt tema, har jeg brukt databasene "Academic search elite", "Cinahl", og "Medline". Jeg brukte engelske søkeord, for å finne mest mulig forskning som kunne være relevant. I søket avgrenset jeg til at resultatene skulle være publisert tidligst i januar 2007, for å få tak i så ny forskning som mulig, men da jeg senere i prosessen fant relevant forskning som var eldre enn fra 2007, valgte jeg å bruke forskning som gikk tilbake til 2000, så lenge det var relevant. Dette valget tok jeg fordi dette er en sykdom det er gjort lite forskning på, spesielt med tanke på sykepleierens rolle.

Første søkte jeg på "hyperemesis gravidarum" og fikk 2176 treff. Deretter søkte jeg på "nursing intervention" og fikk 36 193 treff. Da jeg slo sammen disse treffene med "AND", for å få treff som inneholdt begge søkeordene, fikk jeg 9 treff. Av disse treffene fant jeg en relevant artikkel. Deretter søkte jeg på "basic human needs" og fikk 1045 treff, og dersom jeg koblet det sammen med "hyperemesis gravidarum" ved hjelp av "AND", fikk jeg 0 treff. Da dette ikke ga treff, prøvde jeg også å koble "basic human needs" OR "basic needs" sammen med "morning sickness" OR "nausea and vomiting during pregnancy" ved hjelp av "AND", men også her uten treff. Til slutt søkte jeg på "quality of life" og fikk 577 307 treff, og dersom jeg koblet "hyperemesis gravidarum" AND "quality of life" fikk jeg 111 treff. Av disse treffene valgte jeg å gå videre med 9 artikler.

Etter å ha sett gjennom treffene og valgt meg ut forskning, lastet jeg ned full tekst av de artiklene der det var tilgjengelig online, og der jeg ikke fant full tekst søkte jeg på Oria gjennom skolens bibliotek og bestilte fra andre bibliotek eller online. Under disse søkene fant jeg også noen relevante artikler til

som jeg lastet ned eller bestilte. Jeg hadde nå full tekst på cirka 20 forskningsartikler, som jeg skimleste og bestemte meg for hvilke av disse som var mest relevante for min problemstilling, og endte opp med fem forskningsartikler.

### 2.3 Annen relevant teori

I tillegg til de utvalgte forskningsartiklene, har jeg funnet relevant teori i flere tidligere pensumbøker. Jeg har da valgt å bruke *sykdom og behandling*, Stein Ørn, Johnny Mjell og Edvin Bach-Gansmo, *Klinisk sykepleie 2*, Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*, Unni Knutstad, *Grunnleggende sykepleie*, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, og sist men ikke minst har jeg brukt *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*, Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt. Denne boken fant jeg i Oria.no under søket etter forskningsartikler.

### 2.4 Kildekritikk og vurdering av metode

Jeg har brukt sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter(Kunnskapssenteret, 2017) til å vurdere alle forskningsartiklene jeg har tatt med i oppgaven. Dette har jeg gjort for å sikre at artiklene jeg har med er av best mulig kvalitet, og at de er pålitelige. I tillegg til sjekk av hver enkelt forskning, benyttet jeg meg av tidsavgrensning under selve søkeprosessen, for å unngå å bruke utdatert forskning. Også i bruken av pensumlitteratur har jeg holdt meg til nyere utgaver, der alle er kjøpt nye de siste tre årene til forskjellige emner i studiet.

Som tidligere skrevet har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode, og har brukt 5 forskjellige forskningsartikler som jeg syns er relevante for mitt tema. Under søkeprosessen oppdaget jeg at det er veldig lite forskning på dette tema fra sykepleier sitt ståsted, og om sykepleier sine oppgaver i forhold til denne pasientgruppen. Jeg fant også en fagartikkel som omhandlet fremgangen i forskning på behandling av disse pasientene, der Grooten et al(2015) skriver at det har vært en treg fremgang de siste tiårene når det kommer til forståelse av sykdomsbildet og behandlingen av hyperemesis gravidarum. Alle forskningsartiklene jeg har funnet har vært skrevet på engelsk, noe som kan ha ført til misforståelser og feiloversettelser da engelsk ikke er mitt morsmål. Dette har jeg prøvd å ta hensyn til, og har derfor benyttet meg av en engelsk-norsk ordbok mens jeg har oversatt, og spurt lærer og medstudenter dersom jeg har møtt uttrykk jeg ikke er kjent med. Bortsett fra dette syns jeg at jeg ved å bruke denne metoden har fått satt sammen mye relevant og spennende informasjon som belyser mitt tema.



## 3 Teori

### 3.1 Hyperemesis gravidarum

#### 3.1.1 Sykdomslære

Kvalme og brekninger er normalt i svangerskapet, spesielt i første trimester (Kristoff, 2012, s.420). For noen få kvinner kan dette vare gjennom hele svangerskapet, disse kvinnene får diagnosen hyperemesis gravidarum, som på folkemunne blir kalt ekstrem svangerskapskvalme. Årsaken til at noen kvinner utvikler HG er utvilsomt svangerskaps hormoner, men akkurat hvordan dette foregår, er man ikke sikker på (Norsk helseinformatikk/NHI, 2015). Morkaken skiller ut humant chorion gonadotropin (hCG), som produseres av trofoblastcellene (Bendiksen, 2010, s.29). Man tror nivået av dette hormonet er en viktig del av utviklingen av HG, og at plagene kan forklares av høye hCG-nivåer og overfølsomhet for dette hormonet (NHI, 2015). De fleste begynner å merke plagene mellom 4. og 10. svangerskapsuke, og dersom sykehusinnleggelse blir nødvendig er det mest vanlig at dette skjer i løpet av første trimester, altså før uke 14. Ubehandlet kan konsekvensene være fatale, men på grunn av nyere behandling er slike komplikasjoner sjeldne (Ulvund, 2013, s.848).

Inaktivitet, lite mat- og væskeinntak, som er vanlig hos denne pasientgruppen på grunn av kvalmen, fører ofte til obstipasjon (Paulsen, 2012, s.273, Jerpseth, 2013, s.39). Eliminering er også et grunnleggende behov (Gjerland, 2014, s.209). Det er kroppens måte å kvitte seg med avfallsstoffer. Både nyrene og tarmen er blant organer som står for utskilling av avfallsstoffer gjennom urin og avføring. Dersom det oppstår en svikt i noen av mekanismene som må til for å fjerne avfallsstoffer, og ett eller flere av disse hoper seg opp, vil det virke som en gift på kroppen (Gjerland, 2014, s.211). For å få rensset blodet for avfallsstoffer må nyrene skille ut en minimums mengde med væske hver dag. Ved lite væskeinntak og oppkast, som fører til dehydrering, får kroppen for lite væske til at nyrene kan filtrere ut avfallsstoffene. Blant avfallsstoffene har vi syrer. Dersom disse hoper seg opp synker blodets pH-verdi, og pasienten får metabolsk acidose. Med dehydrering og oppkast følger som regel også elektrolyttforstyrrelser, som kan føre til at blodets pH-verdi stiger, og en utvikler metabolsk alkalose (Gøransson & Flesland, 2014, s.546).

#### 3.1.2 Behandling og sykepleierens rolle

Før en starter behandling prøver en endringer i kostholdet. Forslag til slike endringer er å spise små og hyppige måltider, og gjerne spise før en blir sulten (NHI, 2015). Mat som er lite krydret, salt mat, proteinrik og fettfattig mat har også hatt effekt på noen kvinner. Kald, klar drikk med kullsyre har vist seg å være best for å unngå å forsterke symptomer. Noen synes også sur drikk fungerer bra. En bør drikke i små porsjoner, og gjerne mellom måltidene (NHI, 2015). Det er viktig at sykepleier gjør det

hun kan for at pasienten skal få dekket væske- og ernæringsbehovet(Aagaard & Bjerkreim, 2014, s.195). hun kan gi råd til pasienten, for eksempel å drikke mindre til måltidene, og heller drikke jevnt mellom måltidene. På denne måten reduserer en volumet kvinnen inntar ved hvert måltid, og hun kan unngå å bli for mett. Det kan også være lurt å lufte godt på rommet der kvinnen skal spise og oppholde seg.

Dersom ikke kostholdsendingene hjelper, kan det være nødvendig med kvalmestillende midler, selv om det er anbefalt å være forsiktig med disse legemidlene(Ulvund, 2013, s.849). En bruker også vitamintilskuddet tiamin, for å forebygge komplikasjoner som wernickes encefalopati (Jerpseth, 2013, s.39). De som må innlegges lider av dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, ketonuri som følge av økt fettforbrenning(Ulvund, 2013, s.848), og har gått ned mer enn 5% av pregravid vekt. Disse pasientene trenger intravenøs væskebehandling, og i noen tilfeller sondeernæring eller parenteral ernæring. Sykepleieren har ansvaret for å administrere den behandlingen som legen har ordinert.

En viktig del av sykepleierens oppgave i forhold til disse pasientene er observasjon, kliniske vurderinger og informasjon. Sykepleier kartlegger pasientens mat- og drikkevaner, og finner ut hva hun liker å spise eller drikke(Aagaard & Bjerkreim, 2014, s.175). Pasienten observeres med tanke på blant annet vekt, vitale mål, allmenntilstand og diurese(Jerpseth, 2013, s.40). Det er viktig å observere væskeinntak og diurese for å raskt oppdage tegn til og kunne forebygge dehydrering, som kan føre til mer alvorlige tilstander som for eksempel hypovolemi. Hypovolemi er en tilstand som oppstår ved redusert væskeinnhold i kroppen, som fører til minsket blodvolum og derfor går utover hjertets pumpeevne(Store norske leksikon, 2014). Avhengig av pasientens tilstand burde en ta vitale mål og vekt minst en gang per vakt, i tillegg til å observere pasientens allmenntilstand og føre liste over drikke og diurese som en oppsummerer en gang i døgnet(Jerpseth, 2013, s.40).

Personlig hygiene er både et fysisk og et psykisk grunnleggende behov(Skaug, 2014, s.332). Hygiene er viktig for å holde unna uønskede bakterier som kan føre til sykdom, men er også viktig for velvære og vårt sosiale liv. Når en på grunn av sykdom ikke har krefter eller motivasjon til å opprettholde egen personlig hygiene, trenger en hjelp til dette. For noen kan det være vanskelig å motta slik hjelp, og det kan medføre følelse av mindreverd og maktesløshet. Å føle seg ren og velstelt er likevel et behov vi har, som kan ha stor betydning for hvordan vi føler oss. Å føle seg ren og velstelt mens man er innlagt i sykehus har betydning for pasientens selvfølelse, ens opplevelse av egenverd og selvrespekt(Skaug, 2014, s.332).

Disse kvinnene kan på grunn av alle plagene ha problemer med å glede seg over svangerskapet, og det kan føles som en belastning(Jerpseth, 2013, s.40). Dette kan føre til at hun får skyldfølelse. En viktig del av sykepleierens oppgaver er å støtte kvinnen, og vise forståelse for at gleden ved svangerskapet kan bli redusert på grunn av kvalmen(Jerpseth, 2013, s.40).

### 3.2 Maslows behovspyramide

Abraham Maslow var en amerikansk personlighetspsykolog, som er kjent for sin populære motivasjonsteori(Teigen, 2016). I 1943 presenterte han for første gang sin behovspyramide, i boken "a theory of human motivation".

Behovspyramiden består av fem nivåer, av menneskers behov(Rosland, 2017. McLeod, 2016). De to nederste nivåene, som er grunnsteinene i menneskers overlevelse, er det vi kaller grunnleggende behov.

- Det første trinnet handler om fysiologiske behov, som er mat, drikke, varme, søvn og så videre.
- Det andre trinnet er trygghetsbehov, som er sikkerhet og beskyttelse.

Etter grunnleggende behov kommer psykologiske behov, som består av sosiale behov og anerkjennelse.

- Det tredje trinnet, sosiale behov, bygger på tilhørighet, kjærlighet, vennskap, familie, og andre nære forhold.
- Det fjerde trinnet, anerkjennelse, bygger på status, og følelsen av å oppnå mål.

På toppen av pyramiden, på det femte trinnet, har vi selvrealisering. Selvrealisering bygger på å oppnå sitt fulle potensiale, og personlig utvikling.

Disse fem nivåene kan deles inn i mangelbehov og vekstbehov. Mangelbehov består av de første fire nivåene, mens vekstbehov består av det øverste(McLeod, 2016). For å oppfylle disse behovene må en begynne nederst, og fysiologiske behov må oppfylles før en kan oppfylle psykologiske behov. Se på det som en hinderløype, du må klatre over et hinder før du kan fortsette på det neste, på samme måte virker behovspyramiden. Når et behov er møtt, forsvinner det og du kan gå videre til neste.

### 3.3 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbund(NSF) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som skal hjelpe oss til å yte best mulig sykepleie(NSF, 2016). Av disse har jeg funnet tre som jeg synes er spesielt relevante for mitt tema. Det er punkt 2.2 *sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot*

hos pasienten., punkt 2.3 sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg., og punkt 2.9 sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

### 3.6 Virginia Henderson

Virginia Henderson var ferdig utdannet sykepleier i 1921, og har siden det blant annet jobbet i flere år som lærer i klinisk sykepleie, og var en av de første sykepleierne som prøvde å beskrive sykepleiernes særegne funksjon (Kristoffersen, 2014, s.223). Sykepleiedefinisjonen hennes viser til gjøremål som er nødvendige for god helse, helbredelse eller fredfull død (Kristoffersen, 2014, s.224). Ut i fra dette kan vi tenke at mennesket har noen grunnleggende behov. I følge Henderson er disse behovene: mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelse av å være til nytte og gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng. Menneskets personlige ressurser har innvirkning på hvor godt de grunnleggende behovene blir ivaretatt, og faktorer som alder, emosjonell likevekt, legemlig og åndelig utrustning spiller også inn. Hvert enkelt menneske utformer sitt eget livsmønster, og dette kjennetegnes ved den måten vedkommende ivaretar sine grunnleggende behov. Hun sier også at "ikke to livsmønstre er helt like". Selv om hver enkelt har ansvar for sine egne grunnleggende behov, og hun skriver lite om menneskets omgivelser, bør en trekke menneskets nærmeste inn i sykepleien når dette kan bidra til å dekke menneskets behov (Kristoffersen, 2014, s.224).

*"Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individer, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremålene som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig"* (Henderson, 1966, s.15)

Mennesker kan på grunn av forskjellige livssituasjoner ha behov for hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2014, s.225). De mangler da de nødvendige ressursene til å ta vare på seg selv, og det kan skyldes mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Denne ressurssvikten kan også ramme friske mennesker, og de vil trenge hjelp til å utføre gjøremål de selv ikke orker eller klarer, men som er nødvendige for å bevare helsa. Selv om pasienten ikke makter å utføre de daglige gjøremålene, er hun en viktig brikke i spillet. Det er fordi hun selv kjenner sine egne behov best, og kan ha egne preferanser til hvordan disse gjøremålene skal utføres. Pasienten er altså en aktiv og ansvarlig deltager i den sykepleien hun mottar.

## 4 Resultat/funn

### 4.1 "The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again"

#### 4.1.1 Formål

Formålet med studien var å beskrive hvordan svangerskapskvalme kan påvirke kvinnens livskvalitet, hvordan hun fungerer i dagliglivet, og sjansen for at hun ønsker å bli gravid igjen (Heitmann, Nordeng, Havnen, Solheimsnes & Holst, 2017).

#### 4.1.2 Metode

Denne studien er en tverrsnittspopulasjonsstudie utført i Norge. Gravide kvinner og mødre med barn under 1 år som har eller har hatt svangerskapskvalme (NVP) var kvalifisert til å delta (Heitmann et al, 2017). Data til studien ble samlet inn via et anonymt spørreskjema som var tilgjengelig fra 10. november 2014 til 31. januar 2015. Alvorlighetsgraden av svangerskapskvalmen ble målt ved hjelp av PUQE (pregnancy unique quantification of emesis scale). Sammenhengen mellom alvorlighetsgrad av svangerskapskvalmen, daglig funksjonsnivå og sjansen for at hun ønsker å bli gravid igjen ble testet ved hjelp av ikke-parametriske tester. Livskvaliteten ble målt ved hjelp av livskvalitetsskalaen (quality of life scale, QOLS), og deretter satt opp etter lineære modeller.

#### 4.1.3 Resultat

712 kvinner som har eller har hatt svangerskapskvalme ble inkludert i studien (Heitmann et al, 2017). Forskningen viser at svangerskapskvalme kan føre med seg en rekke konsekvenser. Disse konsekvensene inkluderer hvordan kvinnen fungerer i hverdagen, livskvalitet og om hun ønsker å bli gravid igjen. En ser også at alvorlighetsgraden av symptomene, har innvirkning på konsekvensene. Over en fjerdedel av kvinnene med alvorlig svangerskapskvalme vurderte å ta abort på grunn av sykdommen, og tre av fire sa at de ikke trodde de ønsket å bli gravid igjen. En ser at svangerskapskvalme, etter varierende alvorlighetsgrad fører til redusert livskvalitet og redusert daglig funksjonsnivå.

## 4.2 Disability and psychiatric symptoms in hyperemesis gravidarum patients

#### 4.2.1 Formål

Kvalme og oppkast har negativ påvirkning på daglig funksjonsnivå og livskvalitet hos gravide kvinner (Ezberci, Güven, Üstüner, Sahin & Hocaoglu, 2014). Formålet med studien var å måle nivået på endring i livskvalitet, depresjon og angst hos pasienter med hyperemesis i forhold til sosialdemografiske data og sykdomsvariabler.

#### 4.2.2 Metode

100 gravide kvinner som var innlagt i sykehus med diagnosen Hyperemesis Gravidarum ble inkludert i studien (Ezberci et al, 2014). Totalt 100 friske gravide kvinner ble også vurdert som kontrollgruppe. Alle pasientene i studien fullførte "the hospital anxiety and depression scale" (HADS-A and D) og "Brief disability questionnaire" (BDQ)

#### 4.2.3 Resultat

Både HADS-D testen, som kartlegger graden av depresjonssymptomer, HADS-A testen, som kartlegger angstsymptomer, og BDQ-testen, som gir oss et inntrykk av pasientens funksjonsnivå, viste betydelig høyere nivåer hos gruppen av Hyperemesis-pasienter, sammenlignet med kontrollgruppen (Ezberci et al, 2014).

### 4.3 Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) identifies patients with Hyperemesis Gravidarum and poor nutritional intake

#### 4.3.1 Formål

Det engelske spørreskjemaet PUQE er et verktøy som blir brukt til å identifisere gravide kvinner med alvorlig Hyperemesis Gravidarum (Birkeland, Stokke, Tangvik, Torkildsen, Boateng, Wollen, Albrechtsen, Flaatten & Trovik, 2015). Formålet med studien var å undersøke om den norske oversatte versjonen av PUQE, SUKK (svangerskapsutløst kvalme kvantifisering) kan hjelpe oss å skille mellom kvalme som er vanlig ved graviditet, og alvorlig hyperemesis. I tillegg til å sammenligne matinntaket til kvinner med svangerskapskvalme sammenlignet med friske gravide kvinner og koble resultatene opp i mot kvinnenenes PUQE-score.

#### 4.3.2 Metode

Den ene gruppen består av 38 kvinner som var innlagt på grunn av hyperemesis (Birkeland et al, 2015). Kontrollgruppen består av 31 friske gravide kvinner. Gruppene var forholdsvis like med tanke på pregravid BMI, alder og antall tidligere svangerskap. Datainnsamlingen foregikk mellom mai 2013 og januar 2014. Deltakerne i studien svarte på det norske PUQE og registrerte matinntaket i løpet av 24 timer ved hjelp av et matskjema.

#### 4.3.3 Resultat

Studien viser at Hyperemesis-pasientene har en betydelig høyere PUQE-score, lavere livskvalitetsscore, og lavere matinntak enn pasientene i kontrollgruppen (Birkeland et al, 2015). Studien viser at SUKK er et godt nok klinisk verktøy til å skille mellom vanlig og alvorlig svangerskapskvalme. En ser også at etter behandling der en har brukt dette scoringsskjemaet, reduseres PUQE-scoren, og livskvaliteten (målt ut i fra quality of life questionnaire) øker.

## 4.4 Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give?

### 4.4.1 Formål

Målet med studien var å få en oversikt over hvilke råd jordmødre gir til kvinner med svangerskapskvalme, og det blir lagt spesiell vekt på alternative og kostholds baserte råd og om og hvordan disse virker(Wills & Forster, 2007).

### 4.4.2 Metode

Studien foregikk på en kvinneklinikk i Australia, og alle jordmødrene som hadde ansvar for oppfølging i svangerskapet(til sammen 49 jordmødre) ble tilsendt et spørreskjema om råd til pasienter med svangerskapskvalme(Wills & Forster, 2007).

### 4.4.3 Resultat

Det vanligste rådet fra jordmødrene var å spise hyppige og små måltider eller mellommåltider(Wills & Forster, 2007). Andre vanlige råd var å unngå fettrik eller sterk mat, spise før en står opp om morgenen(for eksempel tørre kjeks), få i seg rikelig med væske. De fleste av jordmødrene anbefalte også forskjellige vitamin- og kosttilskudd. De fleste av rådene fra jordmødrene er dokumentert i faglitteratur(Wills & Forster, 2007). En ser også at det er vanlig at alternative behandlinger, urtemedisiner og kosttilskudd blir anbefalt. Dette til tross for at det finnes lite dokumentasjon på virkningen. Det blir også gitt råd som er basert på anekdotiske bevis fremfor vitenskapelige bevis. Dette forteller oss at dette er et tema som krever mer forskning.

## 4.5 Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy

### 4.5.1 Formål

Formålet med studien var å oppsummere forskjellige behandlinger for svangerskapskvalme, og effekten av disse. (McParlin, O'Donnell, Robson, Beyer, Moloney, Bryant, Bradley, Muirhead, Nelson-Piercy, Newbury-Birch, Norman, Shaw, Simpson, Swallow, Yates, Vale, 2016)

### 4.5.2 Metode

Det ble gjennomført søk i forskjellige databaser, og to uavhengige personer gikk gjennom titler og sammendrag(McParlin et al, 2016). 78 studier ble inkludert. 67 RCT(randomiserte kontrollerte studier) studier og 11 ikke-randomiserte studier.

### 4.5.3 Resultat

For milde symptom på svangerskapskvalme har ingefær, pyridoksin, antihistaminer og metoclopramide vist bedre effekt enn placebo (McParlin et al, 2016). For moderate symptom har pyridoksin-doxylamine, promethazine, og metoclopramide vist bedre effekt enn placebo. Ondansetron har vist seg å redusere alvorlighetsgraden av symptomene, og kortikosteroider har vist effekt i alvorlige tilfeller.

## 5 Drøfting

### 5.1 Fysiologiske behov, grunnsteinen i menneskers overlevelse

Maslow beskriver i behovspyramiden at grunnsteinen i menneskers overlevelse er de grunnleggende fysiologiske behovene, som består av mat, drikke, varme, søvn også videre (Rosland, 2017, McLeod, 2016). Dette er flere av de samme behovene som Virginia Henderson beskriver som grunnleggende behov (Kristoffersen, 2014, s.224). Hos kvinner som lider av HG blir flere av disse behovene ikke oppfylt. De får ikke i seg nok næring, som følge av kvalme, oppkast og nedsatt appetitt. Dette fører til avmagring og sult. Mange blir dehydrerte på grunn av at de kaster opp, og de kan ha vanskelig for å finne drikke som ikke fremkaller kvalme og brekninger.

Sykepleieren har en viktig rolle i forhold til tilrettelegging når pasienten er innlagt i sykehus. Det kan en gjøre enten ved å hente mat og drikke slik at pasienten slipper å gå i kantine der hun kan møte sterke lukter som kan forverre kvalmen. Sykepleier kan komme med tips og råd til forskjellige tiltak for å få i seg næring. Det kan for eksempel være å spise noen salte kjeks før en står opp om morgenen, unngå sterk og fettrik mat, og spise små og hyppige måltider, i følge Wills & Forster (2007) sin forskning og Norsk helseinformatikk (2015).

Pasienter med HG er kvinner i fertil alder, som ofte er friske fra tidligere, og derfor ikke vandt til å ta i mot hjelp til hverdagslige gjøremål som å hente mat og drikke eller personlig hygiene. Dette kan føre til at de kvier seg på å be om den hjelpen de trenger. Det er derfor viktig at sykepleier er på tilbudssiden, og observerer kvinnen i forhold til om hun trenger hjelp til noe. I Ezberci et al (2014) sin forskningsartikkel blir kvinnenenes daglige funksjonsnivå målt ved hjelp av "brief disability questionnaire", og vi får vite at kvinnenenes daglige funksjonsnivå er betydelig redusert i forhold til kontrollgruppen. Virginia Henderson beskriver i sin sykepleieteori at mennesker på grunn av forskjellige livssituasjoner kan ha behov for hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2014, s.225). En graviditet preget av HG fører til mangel på krefter og motivasjon, slik at hun ikke klarer eller orker å utføre gjøremål for å opprettholde egen helse. I følge Henderson kan



en slik funksjonssvikt også ramme friske mennesker, slik som gravide kvinner som tidligere har vært helt friske. De vil da trenge hjelp til gjøremål som er nødvendige for å bevare helsen. NSF (2016) sine yrkesetiske retningslinjer sier at *sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse*. Dersom en sammenligner Hendersons sykepleieteori med de yrkesetiske retningslinjene, kan en se at det de står for er ganske likt. Den første av de yrkesetiske retningslinjene sier at en skal *"ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg"*. Det kan tolkes som at en skal se hele personen, og alle hennes behov. Både de fysiske grunnleggende behovene, men også de psykososiale. Alle trinnene i Maslows behovspyramide. Den andre av de yrkesetiske retningslinjene sier at en *"har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse"*. Dette kan tolkes som at en skal hjelpe pasienten med det hun trenger hjelp til (for eksempel behovene fra den forrige retningslinje), på en omsorgsfull måte, slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og unngår å bli stresset. Lindre lidelse kan en gjøre på mange forskjellige måter. Til disse pasientene kan det å administrere ordinert behandling være en måte å lindre lidelse på, men også ved å hjelpe pasienten til å føle velvære, for eksempel ved å hjelpe henne med personlig hygiene slik at hun føler seg ren og vel (Skaug, 2014, s.332).

En blir gjerne innlagt i sykehus dersom man har mistet med enn 5% av pregravid vekt, og får da behandling etter hvor alvorlig tilstanden er. For noen kvinner er intravenøs væske nok, mens andre kan ha behov for total parenteral ernæring over en periode. For både sykepleieren og kvinnen med HG er kostholdsliste et viktig hjelpemiddel. Man får da en oversikt over næringsinntak i løpet av dagen. En kan også notere seg om hun har kastet opp i forbindelse med måltidet, eller om hun har klart å holde på det. I Birkeland et al (2015) sin forskningsartikkel blir det skrevet at etter behandling der en har brukt SUKK (svangerskapsutløst kvalme kvantifisering), blir PUQE-scoren redusert og livskvaliteten øker. At PUQE-scoren blir redusert, forteller oss at kvinnen er mindre kvalm, og har hatt færre brekninger i løpet av de siste 24 timene. Sykepleieren hjelper pasienten med å kartlegge matinntaket hennes, og vurdere ernæringsstatus. PUQE-skjema kan gjerne brukes til å sammenligne behandlingen og PUQE-scoren, en ser da raskt hvilken behandling som har effekt og kan dermed spare tid og lidelse for kvinnen. Vitale mål og vekt er en viktig del av observasjon av pasienten, og er også en del av sykepleierens oppgave (Ulvund, 2013, s.848). Ved å være tidlig ute og følge med på disse målingene kan en oppdage tidlig og forebygge alvorlige tilstander som for eksempel hypovolemi (Jerpseth, 2013, s.40).

I tillegg til at inntak av mat og drikke er et grunnleggende behov, er også eliminering av avføring og urin et behov (Gjerland, 2014, s.209). På denne måten kvitter kroppen seg med avfallsstoffer. Dersom kroppen ikke får kvittet seg med avfallsstoffer kan det føre til acidose eller forgiftning på grunn av

oppopping av avfallsstoffer, og dette kan få alvorlige konsekvenser(Gjerland, 2014, s.211). På grunn av sammensetningen av lite mat- og væskeinntak og immobilitet, er disse pasientene spesielt utsatt for obstipasjon(Jerpseth, 2013, s.39). I tillegg til ovenfor nevnte konsekvenser kan obstipasjon også føre til smerter for kvinnen i forbindelse med avføring. Dehydrering fører også til lav urinproduksjon, som igjen fører til at nyrene ikke får skylt ut nok næringsstoffer. Når en er plaget av hyppige brekninger mister man klor, og det kan føre til metabolsk alkalose(Jerpseth, 2013, s.39). Dette er viktige grunner til at sykepleieren må følge med på pasientens væske- og elektrolyttbalanse. Dette gjøres ved å føre liste over drikke og diurese, og ta jevnlig blodprøver.

Tidligere har jeg skrevet om at et trinn på Maslow's behovspyramide må tilfredsstilles før en kan gå videre til neste trinn eller nivå. Når disse kvinnene blir innlagt i sykehus har de ofte veldig nedsatt allmenntilstand, og et stort behov for hjelp og støtte. Jeg har tidligere skrevet om at sykepleier burde være på tilbudssiden overfor disse pasientene. Eksempel på dette er som jeg har skrevet tidligere å hente og servere mat, men også å hjelpe kvinnen med personlig hygiene. Å vaske seg eller dusje kan føles som en uoppnåelig oppgave når en er sliten, sulten og tappet for krefter. Samtidig kan noe så enkelt som å føle seg ren, altså å få oppfylt et grunnleggende behov, ha mye å si for tilfredsheten, som er viktig for livskvaliteten(Skaug, 2014, s.332).

## 5.2 Sykepleierens rolle i behandlingen av Hyperemesis Gravidarum

Uten riktig behandling kan HG føre til alvorlige innvirkninger på flere organer(Ulvund, 2013, s.848). Før i tiden kunne sykdommen være dødelig, men på grunn av nyere behandling og mer kunnskap om sykdommen er det heldigvis sjelden at sykdommen gir så alvorlige komplikasjoner i dag.

I følge McPharlin et al(2016) deler en behandling av HG i tre. Første-linje-behandling mot milde til moderate symptomer, som består av enkle livsstilsendringer(som å spise lite og ofte og unngå triggere for kvalme og brekninger), ingefær, armbånd mot sjøsyke. Her kan sykepleier bidra med informasjon og råd til pasienten. Deretter har vi andre-linje-behandling mot moderate til alvorlige symptomer, som består av kvalmestillende legemidler, og intravenøs væskebehandling mot dehydrering og elektrolyttforstyrrelser. Sykepleierens oppgave ved denne typen behandling er å administrere etter ordinasjon fra lege, og observere virkning og eventuelle bivirkninger. Til slutt har vi tredje-linje-behandling som en gir kvinner som er så dårlige at de blir innlagt i sykehus. Denne typen behandling består av kortikosteroider og parenteral ernæring. Også her er sykepleiers oppgave å administrere etter ordinasjon fra lege, i tillegg til eventuelle prosedyrer som sondenedlegging og lignende.

For å forebygge alvorlige komplikasjoner som wernickes encefalopati gir en tilskudd av tiamin før oppstart av intravenøs væske(Grooten et al, 2015). De som blir innlagt i sykehus lider av dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, ketonuri og har gått ned mer enn 5% av pregravid vekt(Jerpseth, 2013, s.39). Dehydreringen og elektrolyttforstyrrelser behandles med intravenøs væske. Ketonuri er en konsekvens av at cellene ikke har nok tilgang på karbohydrater, og begynner derfor å forbrenne på fettlaget i cellene(Ulvund, 2013, s.848). Denne prosessen skaper avfallsstoffet ketoner, som skilles ut i urinen. Ved å ta en urinprøve eller urinstiks kan finne ut om kvinnen har ketoner i urinen, og dette er da en indikasjon på at cellene har liten tilgang på karbohydrater, og tiltak må igangsettes. Sykepleierens oppgave i dette tilfellet er å informere legen om sitt funn, slik at han eller hun kan ta en avgjørelse for videre behandling. Deretter administrerer sykepleieren den behandlingen som legen ordinerer.

I tillegg til disse behandlingsmetodene har det vært forsket på effekt av psykoterapi(McPharlin et al, 2016). Dersom en ser tilbake på Ezberci et al(2014) sin forskning kan en tenke seg at psykoterapi kan ha en viss effekt over tid. Dersom terapien ikke har effekt på symptomene, kan det hjelpe kvinnen med vanskelige tanker under svangerskapet, og å opprettholde livskvalitet. Sykepleier kan også være en samtalepartner, slik at pasienten får lettet litt på tankene inn i mellom. For noen kan det være vanskelig å snakke med kjæreste/ektefelle/samboer om de vanskelige følelsene rundt svangerskapet, og det kan være godt å ha en person som kommer "utenfra", og som har taushetsplikt. Vi kan tenke oss både definisjonen av livskvalitet, som nevner trygghet som et av kriteriene for å oppnå god livskvalitet, og Maslow's behovspyramide som har trygghetsbehov på andre trinn og sosiale behov på tredje trinn. Ved at sykepleier er tilstede for pasienten som en støtte og en person hun kan føle seg trygg nok på til å fortelle om vanskelige følelser, kan en tenke seg at hun kommer litt nærmere økt livskvalitet, og får også ivaretatt noen av sine grunnleggende behov.

Før i tiden ble svangerskapskvalme sett på som en psykiatrisk lidelse, som kom av at mor hadde fødselsangst eller av forskjellige grunner motstand mot barnefar(Folkehelseinstituttet, 2015). Dette kom av mangel på forskning på sykdommen, og har ført til at flere med sykdommen fortsatt opplever å ikke bli tatt alvorlig. For kvinnene som er rammet av HG, er det veldig viktig at de blir møtt av sykepleier(og annet helsepersonell) med støtte og forståelse(Jerpseth, 2016, s.40). Dersom pasienten ikke føler seg forstått, eller at hun får den støtten hun trenger kan hun ha vanskelig for å stole på sykepleieren, som kan føre til at hun føler seg ensom. Dette er veldig ugunstig for denne pasientgruppen, spesielt da mange av disse kvinnene har flere barn hjemme og kan kjenne på sterk hjemlengsel. Ensomhet og hjemlengsel, og ellers de negative psykiske konsekvensen HG fører med seg, kan føre til stress, som igjen forverrer kvinnens symptomer. Dersom kvinnen ikke føler seg trygg

på sykepleieren kan det også påvirke den hjelpen hun får, da hun kan ha vanskelig for å be om hjelp eller ta i mot den hjelpen som tilbys. Heitmann et al(2017) skriver i sin forskningsartikkel at over en fjerdedel av de 712 kvinnene som deltok i studien hadde vurdert å avslutte svangerskapet og tre av fire sa at de ikke trodde de ønsket å bli gravid igjen, på grunn av alle plagene ved sykdommen. De kan føle at graviditeten er mer som en belastning enn en glede, og på grunn av det føle skyldfølelse(Jerpseth, 2013, s.40). Dette er enda en grunn til at det er viktig at disse kvinnene blir møtt med forståelse, og at hun føler at hun blir støttet i sitt valg. Dette kan være veldig vanskelige følelser for en kvinne å ha, og hun kan trenge noen å snakke med.

### 5.3 Livskvalitet

Flere av forskningsartiklene jeg har funnet sier noe om hvilken konsekvens HG kan ha på kvinnens livskvalitet og psykiske helse. Heitmann et al(2017) beskriver at HG kan føre til redusert livskvalitet, redusert sjanse for at kvinnen velger å bli gravid igjen, og at noen kvinner er i tvil om de ønsker å fullføre svangerskapet. De skriver også om at ut i fra målingene de har gjort, har kvinner med ekstrem svangerskapskvalme i gjennomsnitt dårligere livskvalitet enn pasienter med forskjellige kroniske sykdommer, som psoriasis, revmatisme og kols. I teoridelen har jeg vist til Jerpseth(2013, s.40), som skriver at plagene som følger med sykdommen kan føre til at kvinnen har problemer med å glede seg over svangerskapet og at det kan føles som en belastning. Som sykepleier er en veldig sentral del av min oppgave å støtte disse kvinnene, som ikke ser håp og glede i svangerskapet, og vise forståelse for de følelsene hun har(Jerpseth, 2013, s.40). Jeg har tidligere definert livskvalitet som at kvinnen føler glede, mening, trygghet, tilfredshet og tilhørighet(Folkehelseinstituttet, 2017). For kvinner som ikke klarer å glede seg over svangerskapet er flere av disse faktorene ikke oppfylt, og slik jeg ser det vil det absolutt ha konsekvenser for livskvaliteten. Også Ezberci et al(2014) har målt nivået på endring i livskvalitet, men også på depresjon og angst, som også vil påvirke livskvalitet, hos pasienter med HG sammenlignet med en kontrollgruppe. De kom frem til at både graden av angst- og depresjonssymptomene var betydelig høyere hos de gravide kvinnene med HG sammenlignet med kontrollgruppen. Det å ikke kunne kontrollere eller takle situasjonen, eller vite om eller når svangerskapskvalmen kommer til å ta slutt, kan føre til at kvinnen blir frustrert, føler seg ubrukelig, og kjenner på skuffelse og håpløshet, og etter hvert angst(Ezberci et al, 2014).

Norsk sykepleierforbund(2016) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og punkt 2.2 sier at; sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten. Om en tar utgangspunkt i resultatene fra forskningene som er utført av Ezberci et al(2014) og Heitmann et al(2017), ser man at en viktig del av sykepleierens oppgave er støtte og forståelse. Heitmann et al(2017) skriver at "helsepersonell bør være klar over den store byrden svangerskapskvalmen fører til for gravide

kvinner, og gi nødvendig støtte og pleie til hver individuell pasient.”. En kan også trekke inn Virginia Henderson’s sykepleieteori her, hun sier at mennesker på grunn av forskjellige livssituasjoner kan ha behov for hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2014, s.225). Sykepleier må da hjelpe kvinnen med de gjøremål som er nødvendige for å opprettholde egen helse, det kan være i form av tilrettelegging, informasjon eller full praktisk bistand ved for eksempel personlig hygiene og matsservering. Henderson skriver også om det hun kaller ”livsmønster”, som er hvordan hver enkelt person ivaretar sine grunnleggende behov, og at ikke to livsmønster er like (Kristoffersen, 2014, s.224). Det kan tolkes som at en må se den enkelte pasient, og la henne bestemme hvordan disse oppgavene skal utføres. Dette går også på autonomi, som betyr at pasientens rett til å bestemme over seg selv og egen kropp (Winther, 2009).

## 6 Konklusjon

I behandling av pasienter med hyperemesis gravidarum har sykepleieren en viktig og sentral rolle. For at sykepleier skal bidra til best mulig behandling er det viktig at han/hun ser helheten i pasientens behov, og ser pasient som et enkelt menneske. Vi er alle ulike, og har forskjellige ønsker og preferanser. Legen har ansvar for medisinsk behandling, men han eller hun er avhengig av sykepleierens observasjoner for å kunne ordinere riktig behandling. Sykepleier skal administrere den behandling som blir ordinert, som kan være intravenøs væske, sondeernæring, legemidler og så videre.

Svangerskapskvalme påvirker kvinnens evne til å ta vare på seg selv å ivareta sine grunnleggende behov. Ved å være behjelpelig med å servere pasienten mat etter hennes ønske, hjelpe til med personlig hygiene som dusj og stell, eller bare være en støttende samtalepartner kan sykepleieren gjøre det å ivareta grunnleggende behov lettere. Også ved å bidra til behandling slik at kvinnens symptomer dempes kan en gjøre det lettere å ivareta grunnleggende behov, fordi hun da slipper at alt fremkaller brekninger.

Den psykiske støtten er også veldig viktig i kontakt med disse pasientene. De trenger å bli trodd, og tatt på alvor. De trenger også støtte og forståelse for hvor vanskelig kvalmen kan være å takle, og de som velger å avslutte svangerskapet eller ikke få flere barn trenger å bli forstått.

## Litteraturliste

- Aagard, H. Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2* (s.161-208). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Aubert, W. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Birkeland, E. Stokke, G. Tangvik, R.J. Torkildsen, E.A. Boateng, J. Wollen, A.L. Albrechtsen, S. Flaatten, H. Trovik, J. (2015). Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake. *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0119962
- Bendiksen, R.B. (2010). Befrukting og forsterutvikling. I S. Holan & M.L. Hagtvedt (Red.) *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., s. 19-34). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bendiksen, R.B. (2010). Komplikasjoner i svangerskapet. I S. Holan & M.L. Hagtvedt (Red.) *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., s. 73-82). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ezberci, I. Güven, E.S.G. Üstüner, I. Sahin, F.K. Hocaoglu, C. (2014). Disability and psychiatric symptoms in hyperemesis gravidarum patients. *Arch Gynecol obstet*, DOI 10.1007/s00404-013-2934-5
- Folkehelseinstituttet. (2015). Alvorlig svangerskapskvalme. Hentet 1. juni 2017 fra <https://helsenorge.no/gravid/alvorlig-svangerskapskvalme>
- Gjerland, A. (2014). Eliminasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2*(s.209-268). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Grooten, I.J., Roseboom, T.J., Painter, R.C.(2015) barriers and challenges in hyperemesis gravidarum research. *Nutrition and Metabolic Insights*. DOI:10.4137/NMi.s29523.
- Gjøransson, L. Flesland, Ø. (2012). Væskeforstyrrelser og transfusjon. I S. Ørn, J. Mjell, E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 541-550). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heitmann, K. Nordeng, H. Havnen, G.C. Solheimsnes, A. Holst, L. (2017). The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again. *BMC pregnancy and childbirth*, DOI 10.1186/s12884-017-1249-0
- Henderson, V.(1966). *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan
- Kristoff, A. (2012). Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn, J. Mjell, E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 411-430). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug

- (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*(s.31-81). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*(s.207-280). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 10. Mai 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- McLeod, S. A. (2016). Maslow's Hierarchy of Needs. Hentet 10.mai 2017 fra [www.simplypsychology.org/maslow.html](http://www.simplypsychology.org/maslow.html)
- McParlin, C. O'Donnell, A. Robson, S.C. Beyer, F. Moloney, E. Bryant, A. Bradley, J. Muirhead, C.R. Nelson-Piercy, C. Newbury-Birch, D. Norman, J. Shaw, C. Simpson, E. Swallow, B. Yates, L. Vale, L. (2016). Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy. *JAMA*,. doi:10.1001/jama.2016.14337
- Norsk helseinformatikk. (2015). Sykelig svangerskapskvalme. Hentet 17. April 2017 fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsydommer/komplikasjoner-i-svangerskapet/svangerskapskvalme-sykelig/>
- Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Paulsen, V. (2012). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn, J. Mjell, E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 243-288). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rosland, K. (2017, 4.mars). *Maslows behovspyramide*. Hentet 10.mai 2017 fra <http://ndla.no/nb/node/85351?fag=102780>
- Skaug, E.A. (2014). Personlig hygiene. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2*(s.331-370). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Store norske leksikon. (2014, 2. desember). Hypovolemi. Hentet 28. mai 2017 fra <https://snl.no/hypovolemi>.
- Teigen, K.H. (2016, 16.desember). *Abraham Maslow*. Hentet 10.mai 2017 fra [https://snl.no/Abraham\\_Maslow](https://snl.no/Abraham_Maslow)
- Thoresen, L. (2012). Næringsbehov ved sykdom. I S. Ørn, J. Mjell, E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (1. utg., s.551-562). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvund, I. (2013). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knudstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (s. 832 - 891). Oslo: Cappelen damm.
- Wills, G. Forster, D.(2007). Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give? *Elsevier midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2007.05.002
- Winther, F.Ø. (2009, 13.Februar). *Autonomi*. Hentet 1.juni 2017 fra <https://sml.snl.no/autonomi>