

RITRÝND GREIN

Áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu



Valgerður Lisa Sigurðardóttir,
sérfræðiljós móðir MSc, og
klínískur lektor Landspítala



Arna Ingimundardóttir,
hjúkrunarfræðingur BSc,
Landspítala



Sigríður Arna Júlíusdóttir,
hjúkrunarfræðingur BSc,
Landspítala



Herdís Sveinsdóttir,
hjúkrunarfræðingur PhD,
Háskóla Íslands, Landspítala

ÚTDRÁTTUR

Átröskun er alvarlegur geðsjúkdómur sem leggst oftast á konur á barneignaráldri. Meðgangan er viðkvæmur tími og getur átröskun verið áhrifavaldur á heilsu móður og barns. Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar var að skoða samband átröskunar á meðgöngu við fylgikvilla meðgöngu og útkomuþætti fæðingar.

Leitað var að rannsóknarheimildum í gagnasöfnum PubMed, Cinahl og Scopus og með því að skoða heimildaskrár greina sem fundust. Úr þeirri leit voru 16 greinar sem byggja á samanburðar-rannsóknum metnar nothæfar.

Meginniðurstöður eru að rannsóknum ber ekki saman um áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu. Sterkustu tengsl fundust milli átröskunar á meðgöngu og fæðingarþyngdar þar sem tíu af tólf rannsóknum sýna að átröskun móður getur haft áhrif á fæðingarþyngd barns. Hvað varðar önnur áhrif á meðgöngu og útkomu fæðingar eru rannsóknarniðurstöðurnar misvisandi. Sjö af þrettán rannsóknum sýndu að konum með átröskun er hættara við að fæða fyrir tímann og fjórar af sjö rannsóknum sýna að fósturlát er algengara hjá konum með einhverja tegund af átröskun.

Konur með átröskunarsjúkdóma bera það ekki endilega utan á sér og tillneiging er til að fela sjúkdóminn. Ljósmaður eru í lykilhlutverki þegar kemur að greiningu átröskunar á meðgöngu og skoða nætti hvort gagnlegt væri að taka upp skimun fyrir átröskunareinkennum og þá með hvaða hætti. Hins vegar er frekari rannsókn þörf á áhrifum átröskunar á fylgikvilla meðgöngu og útkomu fæðingar. Snið rannsókna sem hér voru til skoðunar var mismunandi og þar með talið umfang og fjöldi þátttakenda og styrkur rannsókna i mörgum tilvikum ekki nægur til að draga raunhæfar ályktanir.

Lykilorð: Átraskanir, meðganga, fæðing, nýburi, fræðileg samantekt.

ABSTRACT

Eating disorders are serious psychiatric disorders that commonly occur in women of childbearing age. Pregnancy is a vulnerable time where eating disorders can be influential for the health of both mother and child.

The purpose of this literature review was to assess the relationship between eating disorders during pregnancy with complications during pregnancy and birth outcomes. A search was conducted using Pub Med, Cinahl and Scopus and references of selected articles reviewed. Sixteen comparative studies were found and used.

The main findings are that the results of the impact of eating disorders on pregnancy and birth are inconclusive. Ten out of twelve studies showed that eating disorders seem to affect the neonatal birth weight. The effects on other outcomes of pregnancy and birth are inconclusive. Seven out of thirteen studies showed that women with eating disorders are more likely to give premature birth and four out of seven studies that miscarriage is more prevalent among women with some type of eating disorder.

Women with eating disorders are not easily detected and they tend to hide their disorder. Midwives are in a key position when it comes to diagnosing eating disorders during pregnancy. The usefulness of screening for eating disorders during pregnancy needs to be discussed and if useful, how it should be performed. The design of the studies included in the literature review was different, regarding scope and sample sizes. In many of the studies, the strength was not sufficient to make any reasonable conclusions.

Keywords: Eating disorder, pregnancy, birth, neonate, literature review.

INNGANGUR

Bandarísku geðlæknasamtökin greina átröskunarsjúkdóma í þrjá flokka: lystarstol, lotugræðgi og ótilgreinda átröskun (American Psychiatric Association, 2000). Þeir sem þjást af lystarstoli og lotugræðgi eiga það sameiginlegt að hafa raskaðar hugsanir og hugmyndir um eigin líkamsmynd og þyngd og eru mjög hræddir við þyngdaraukningu (DSM-IV, 2000).

Matarvenjur kvenna breytast gjarnan á meðgöngu, svo sem val á fæðutegundum og neyslumynstur (Crow o.fl. 2008; Rodriguez, á.á.). Þessar breytingar geta haft áhrif á líðan og heilsu hjá ákveðnum hópi kvenna, sérstaklega þeim sem eiga í vanda út af matarvenjum.

Konur með átröskun eru hræddar við að þyngjast og hugsa mikið um megrun. Á meðgöngu er hins vegar eðlilegt og mikilvægt að konur þyngist hæfilega mikið (sjá töflu 1).

Tafla 1. Skilgreiningar á þyngdaraukningu á meðgöngu út frá þyngd við upphaf meðgöngu.

Skilgreining	Líkamsþyngdarstuðull (LBS)	Hæfileg þyngdaraukning á meðgöngu
Vannæring	LBS < 18,5 kg/m ²	12,5-18 kg
Kjörþyngd	LBS 18,5-24,9 kg/m ²	11,5-16 kg
Ofþyngd	LBS 25-29,9 kg/m ²	7-11,5 kg
Offita	LBS > 30 kg/m ²	5-9 kg

Bæði of litil og of mikil þyngdaraukning á meðgöngu hefur verið tengd við fylgikvilla á meðgöngu og í fæðingu (Siega-Riz o.fl., 2011). Rannsóknir hafa sýnt að átröskun hrjáir 5–7,5% barnshafandi kvenna (Watson o.fl., 2013; Easter o.fl., 2013). Jafnframt að átröskunareinkenni virðast almennt minnka á meðgöngu (Blais o.fl., 2000; Bulik o.fl., 2007; Crow o.fl., 2008; Lemberg og Phillips, 1989; Morgan o.fl., 1999a; Rocco o.fl., 2005) en hafa tilheingingu til að versna aftur eftir fæðingu og í sumum tilfellum verða jafn slæm eða verri en þau voru fyrir getnað (Crow o.fl., 2008; Lemberg og Phillips, 1989; Morgan o.fl., 1999a; Rocco o.fl., 2005).

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á átröskun þar sem

markmiðið hefur m.a. verið að skoða megrun meðal unglinga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni (Sigrún Danielsdóttir o.fl., 2007), skoða innlagdir, sjúkdómssmynd og lífs-horfur einstaklinga með lystarstol (Anna Sigurðardóttir o.fl., 2010), tíðni átröskunar hjá framhaldsskólanemum (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008) og hjá háskólastudentum (Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir, 2010). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna að átröskun hrjái 6–15% framhaldsskólanema og háskólastudenta (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008; Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir, 2010), að um þriðjungur unglinga á grunnskólaaldri fari í megrun (Sigrún Danielsdóttir o.fl., 2007) og að meðalaldur við innlögn á geðdeild vegna lystarstols sé 18,7 ár (Anna Sigurðardóttir o.fl., 2010). Allar rannsóknirnar sýna að stúlkur séu frekar í þessum hópi en drengir.

Átröskunarsjúkdómar geta verið alvarlegir, þeir eru algengastir á meðal kvenna á barneignaraldri (Blais o.fl., 2000) og því mikilvægt að skoða hvort og hvaða áhrif þeir geta haft á barneignarferlið. Undanfarinn áratug hafa rannsóknir í auknum mæli beinst að andlegri heilsu kvenna í kringum barnsburð og að áhrifum andlegrar heilsu hjá móður á heilsu og þroska barnsins. Við fundum eina íslenska rannsókn á reynslu kvenna af átröskun á meðgöngu. Það var lokaverkefni til BS prófs í hjúkrun, eiginleg rannsókn þar sem tekin voru viðtöl við þrjár konur en þær áttu samanlagt sjö meðgöngur og fæðingar að baki. Allar töldu þær einkenni sjúkdómsins vera að einhverju leyti til staðar á meðgöngu en eftir fæðingu tók sjúkdómurinn sig upp af krafti (Dagný Sif Stefánsdóttir, Katla Hildardóttir, Lára Kristín Jónsdóttir og Sunna Sævarsdóttir, 2011). Í klíniskum leiðbeiningum um átröskunarsjúkdóma (Embætti landlæknis, 2006) kemur fram að þungaðar konur með átröskunarsjúkdóm eigi að vera í nákvæmu eftirliti á meðgöngu og í sængurlegu. Þar er sérstaklega talað um að konur með lystarstol eigi að fá sértæka meðgönguvernd til að tryggja nægilega næringu á meðgöngunni og til að fylgjast með þroska fösturs. Hins vegar er ekki minnst á skimun, greiningu eða umönnun kvenna með átröskun í klíniskum leiðbeiningum um

Tafla 2. Greiningarskilmerki DSM-IV fyrir lystarstol, lotugræðgi og ótilgreinda átröskun.*

Greiningarviðmið DSM-IV fyrir lystarstol**	Greiningarviðmið DSM-IV fyrir lotugræðgi***	Greiningarviðmið DSM-IV fyrir ótilgreinda átröskun
A. Neita að viðhalda líkamsþyngd í eða fyrir ofan neðri mörk eðlilegrar þyngdar miðað við aldur og hæð, þ.e. vege minna en 85% af eðlilegri þyngd; eða að þyngdaraukning á vaxtartíma er of litil en það leiðir til þess að þyngd verður minni en 85% af eðlilegri þyngd.	Endurtekin lotuofátskost. Lotuofát einkennist af eftirfarandi tveimur þáttum: 1. Borða, innan vissra tímamarka, þ.e. innan tveggja klukkustunda, magn af fæðu sem er augljóslega meira en flestir myndu neyta innan svipaðra tímamarka og við svipaðar kringumstæður. 2. Tilfinningu um að hafa ekki stjórn á áti meðan á átkasti stendur, þ.e. tilfinningu um að geta ekki hætt eða stjórnað hvað eða hversu mikið borðað er.	Fyrir stúlkur/konur, öll greiningarviðmið lystarstols eru uppfyllt en blæðingar eru reglulegar.
B. Mikill ótti við að þyngjast eða verða feit(ur), jafnvel þótt einstaklingurinn sé undir eðlilegri þyngd.	Endurteknar óeðlilegar mótvægisáðgerðir til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, svo sem að framkalla uppköst, misnota hægðalyf eða þvaglosandi lyf, nota stólpípu, fasta eða stunda óhóflegar líkamsæfingar.	Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lystarstols en þrátt fyrir mikið þyngdartap er þyngd innan eðlilegra marka.
C. Trufluð skynjun á eigin þyngd og líkamslögun, sjálfsmat (sjálfsmynd) óeðlilega háð líkamslögun og þyngd, eða afneitun á alvarleika þess hversu litil núverandi þyngd er.	Bæði átköst og óeðlilegar mótvægisáðgerðir eiga sér stað, að meðaltali, að minnsta kosti tvisvar í viku í þrjá mánuði.	Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lotugræðgi en átköstin og óviðeigandi mótvægishegðun eiga sér stað sjaldnar en tvisvar í viku eða hafa varað skemur en í þrjá mánuði.
D. Tíðastopp meðal kvenna, þ.e. hafa ekki haft blæðingar síðustu þrjá tíðahringi. (Kona er talin hafa tíðastopp ef blæðingar koma eingöngu í kjölfar estrógen-hormónagjafar.)	Líkamslögun og þyngd hefur óeðlilega mikil áhrif á sjálfsmynd.	Einstaklingur í eðlilegri þyngd sýnir óviðeigandi mótvægishegðun eftir að hafa nýtt litils magns fæðu (t.d. framkallar uppköst eftir að hafa borðað tvær smákökur).
E.	Framangreind einkenni einskorðast ekki við tímabil lystarstols.	Mikið magn af mat er reglulega tuggið og spýtt út en ekki kyngt.
F.		Lotuofát (e. binge eating disorder): endurtekin átkastatímabil án reglulegrar mótvægishegðunar sem er einkennandi fyrir lotugræðgi.
* Vert er að geta þess að árið 2013 kom út fimmta útgáfa af DSM-kerfinu og hefur orðið breyting á flokkunarkerfi átröskunarsjúkdóma en engar af þeim rannsóknum sem notaðar eru í þessari samantekt studdust við það. Því er stuðst við eldri útgáfur greiningarviðmiða.		
** DSM-IV greinir frá tveimur megingerðum lystarstols: Takmarkandi gerð (e. restricting type): á tímabili lystarstols stundar viðkomandi ekki reglulega ofát eða hreinsunarhegðun (þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalosandi lyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu). Ofátsgerð/hreinsandi gerð (e. binge eating/purging type): á tímabili lystarstols stunda2 viðkomandi reglulega ofát eða hreinsun (þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu).		
*** DSM-IV greinir frá tveimur megingerðum lotugræðgi: Hreinsandi gerð (e. purging type): á tímabili lotugræðgi stundar viðkomandi reglulega hreinsun, þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu. Ekki hreinsandi gerð (e. nonpurging type): á tímabili lotugræðgi stundar viðkomandi aðra mótvægishegðun, svo sem fastar eða stundar óhóflegar líkamsæfingar en hefur ekki framkallað reglulega uppköst eða misnotað hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu.		

meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu (Embætti landlæknis, 2010).

Markmið þessarar fræðilegu samantektar er að skoða samband átröskunar við fylgikvilla á meðgöngu og útkomu fæðingar.

Hérlandis er sjúkdómsgreiningarskrá Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (International Classification of Disease-ICD) notuð við flokkun sjúkdóma. Það er þó óhentugt í vinnu með átraskanir, þar sem flestir spurningalistar og greiningarviðtöl fyrir átraskanir eru hönnuð út frá flokkunarskilmálum ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Tafla 2 sýnir flokkun átröskunarsjúkdóma miðað við flokkunarskilmála DSM-IV (Crow o.fl., 2008) en flestar rannsóknirnar sem notast er við hér greina átraskanir byggðar á því kerfi. Viðmið ICD-10, sem eru notuð í nokkrum rannsóknum eru lítils háttar frábrugðin en við greinum ekki frá því sérstaklega.

AÐFERÐ

Gerð var leit í gagnasöfnum PubMed, Cinahl og Scopus. Nokkrar leitir voru framkvæmdar með mismunandi takmörkunum en lokaleitin sem framkvæmd var 25. september 2015 var án tímatakmarkanna og með leitarorðunum „Eating disorder AND pregnancy AND outcomes“. Í heild fundust 227 greinar. Leitarniðurstöður voru skoðaðar og valdar eftir lestur á titli og samantekt. Ákvörðun var tekin um að hafa einungis rannsóknagreinar þar sem notast er við samanburðarhópa í þessari fræðilegu samantekt. Jafnframt að nota eingöngu samanburðarrannsóknir þar sem skoðuð voru tengsl átröskunar við fylgikvilla á meðgöngu og útkomu fæðingar. Út frá þessum forsendum fundust 16 nothæfar greinar. Elsta greinin er frá árinu 1998 og sú yngsta frá árinu 2014.

NIÐURSTÖÐUR

Í töflu 3 er greint frekar frá aðferð, útkomubreytum og niðurstöðum rannsókna 16 auk ályktana höfunda þeirra. Tölfræðiútreikningar eru ekki birtir í töflunni en einungis eru birtar marktækar niðurstöður ($p < 0,05$).

Byggt á rannsóknunum sem völdust í samantektina og útkomubáttum sem skoðaðir voru í þeim er greint frá sambandi átröskunar við eftirfarandi útkomubreytur: blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngusýkingar, meðgöngueitrun, háþrýsting, fæðingarþunglyndi, vaxtarskerðing, fösturlát, frjósemismæðferð, óráðgerða þungun, fösturstreitu, fæðingu fyrir tímam, keisaraskurð, fæðingu tvíburar, framköllun fæðingar, áhaldafæðingu, blæðingu eftir fæðingu, litla fæðingarþyngd, léttbura, þungbura, lítið höfuðummál, höfuðsmæð, andvana fæðingu og burðarmálsdauða.

Fylgikvillar á meðgöngu

Í fimm rannsóknum var hugað að blóðleysi á meðgöngu. Niðurstöður tveggja þeirra benda til að meiri hætta sé á blóðleysi á meðgöngu eða eftir fæðingu (Bansil o.fl., 2008; Koubaa o.fl., 2005) hjá konum með átröskun og niðurstöður tveggja þeirra (Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2012) benda til að enginn munur sé á þeim hópi samanborið við konur án átröskunar. Í einni rannsókn (Nunes o.fl., 2012) voru bornar saman konur með lotugræðgi á meðgöngu og konur sem voru ekki með lotugræðgi og fannst ekki marktækur munur á blóðleysi hjá þeim hópum.

Í sex rannsóknum var könnuð meðgöngusýking. Í tveimur þeirra kom fram munur, annars vegar að konur með lotuofát eða ótilgreinda átröskun með hreinsun (Bulik o.fl., 2009) væru líklegri til að hafa meðgöngusýkingu en konur án átröskunar, hins vegar að konum með virka lotugræðgi hætti frekar til að fá meðgöngusýkingu en konum með óvirka lotugræðgi (Morgan o.fl., 2006). Fjórar rannsóknanna gáfu til kynna að konum með átröskun væri ekki hættara við að fá meðgöngusýkingu heldur en konum án átröskunar (Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Tíu rannsóknir fjöllou um meðgöngueitrun og háþrýsting hjá konum með átröskun. Ein þeirra sýndi að konur með lotuofát og

lotugræðgi voru marktækt líklegri en konur án átröskunar til þess að greinast með meðgöngueitrun (Bulik o.fl., 2009). Önnur sýndi tengsl lotuofáts hjá móður á meðgöngu við háþrýsting á meðgöngu (Linna o.fl., 2014). Þá voru niðurstöður þriðju rannsóknarinnar að konur með átröskun væru í minni hættu á að fá meðgöngueitrun og háþrýsting en konur með átröskun, en þær niðurstöður ber að taka með fyrirvara því upplýsingar um LPS voru ekki til staðar í rannsókninni (Bansil o.fl., 2008). Hinar rannsóknirnar sýndu engan mun (Bulik, 1999; Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Koubaa o.fl., 2005; Pasternak o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012; Micali o.fl., 2012).

Í sjö rannsóknum voru skoðuð áhrif átröskunar á vaxtarskerðingu fösturs. Niðurstöður þriggja þeirra voru að börn kvenna með átröskun væru líklegri til að verða fyrir vaxtarskerðingu á meðgöngu en börn kvenna án átröskunar (Bansil o.fl., 2008; Eagles o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012) en í hinum fjórum kom ekki fram marktækur munur (Bulik o.fl., 2009; Koubaa o.fl., 2005; Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2012).

Í sjö rannsóknum voru könnuð fösturlát hjá konum með átröskun. Í fjórum þeirra var fösturlát marktækt algengara hjá konum með lysterstol (Bulik o.fl., 1999; Morgan o.fl., 2006), með lotugræðgi með eða án lysterstols (Micali o.fl., 2007) og með lotuofát (Linna o.fl., 2013) en hjá konum án þessara átröskunarsjúkdóma. Þrjár rannsóknir (Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012) sýndu ekki samband átröskunar við fösturlát.

Fjórar rannsóknir lutu að meðgönguógleði og uppköstum. Ein af þeim sýndi fram á marktæk tengsl virkrar eða óvirkrar átröskunar við meðgönguógleði og uppköst (Koubaa o.fl., 2005) en hinar þrjár sýndu ekki marktækt samband (Bulik o.fl., 1999; Micali o.fl., 2012; Morgan o.fl., 2006).

Í einni rannsókn voru skoðuð tengsl átröskunar á meðgöngu við ófrjósemismæðferð og óráðgerðar þunganir. Þar kom í ljós að konur með lotugræðgi voru líklegri en konur án átröskunar til að hafa fengið mæðferð vegna ófrjósemi, hins vegar var líklegra að þungun væri óráðgerð hjá konum með lysterstol en hjá þeim sem ekki voru með átröskun (Micali o.fl., 2014).

Tíðni þvagfærasýkinga var könnuð í einni rannsókn og reyndust konur með átröskun vera líklegri til að fá þvagfærasýkingu á meðgöngu en konur án átröskunar (Bansil o.fl., 2008).

Útkoma fæðingar

Í tveimur rannsóknum voru skoðuð tengsl milli fösturstreitu og kvenna með átröskun. Í annarri þeirra voru konur með lysterstol marktækt líklegri til þess að eignast börn sem glímt höfðu við fösturstreitu (Micali o.fl., 2012) en í hinnu komu ekki fram marktæk tengsl (Ekéus o.fl., 2006).

Tólf rannsóknir fundust þar sem skoðuð var tíðni fæðinga fyrir tímam. Í sex þeirra kom fram að konum með átröskun virtist vera hættara við að fæða fyrir tímam heldur en konum án átröskunar (Bansil o.fl., 2008; Bulik o.fl., 1999; Linna o.fl., 2014; Morgan o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012; Sollid o.fl., 2004). Í sumum rannsóknunum var gerður greinarmunur á mismunandi tegundum átröskunar, þar sem tengsl voru annars vegar milli lotuofáts og ótilgreindrar átröskunar við aukna hættu á fæðingu fyrir tímam samanborið við konur með lysterstol eða lotugræðgi (Bulik o.fl., 2009) og hins vegar milli lysterstols og fæðingar fyrir tímam (Bulik o.fl., 1999; Linna o.fl., 2014). Engin af rannsóknunum sýndi minni hættu á fyrirburafæðingum hjá konum án átröskunar en hjá konum með átröskun. Í fimm rannsóknum komu ekki fram tengsl milli átröskunar og fæðinga fyrir tímam (Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2007; Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012).

Í níu rannsóknum voru skoðuð tengsl á milli átröskunar og keisaraskurða en niðurstöður þeirra eru ólíkar. Þrjár rannsóknir sýndu að konur með átröskun voru mun líklegri til þess að fara í keisaraskurð en konur án átröskunar (Bulik o.fl., 1999; Bulik o.fl., 2009; Pasternak o.fl., 2012). Rannsókn Bulik o.fl. (1999) leiddi í ljós að konur með lysterstol væru í marktækt meiri hættu á að fara í keisaraskurði heldur en konur án lysterstols. Hins vegar sýndi rann-

Tafla 3. Samband átröskunarsjúkdóma við eftirtaldir breytur: blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngusyksýki, meðgöngueitrun, háþrýsting, fæðingarþunglyndi, vaxtarskerðingu, fósturlát, frjósemis meðferð, óráðgerða þungun, fósturstreit, fæðingu fyrir tímann, keisaraskurð, fæðingu tvíbura, framköllun fæðingar, áhaldafæðingu, blæðingu eftir fæðingu, litla fæðingarþyngd, léttbura, þungbura, lítið höfuðummál, höfuðsmæð, andvana fæðingu og burðarmálsdauða.

Rannsókn (ár) og land	Aðferð, úrtak, greining Mælingar	Útkomubreytur	Samband átröskunar við útkomubreytur (p<0,05)	Ályktanir og umræður
Bansil o.fl., 2008. Bandaríkin	Afturvirk langtímarannsókn. Átröskun-lotugræðgi, lysterstol eða bæði (n*=1668). ICD-9-CM. Frábendingar: fóstureyðing, blóðruþungun, utanlegs fóstur.	Blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar.	Samanborið við konur án átröskunar á meðgöngu voru konur með átröskun marktækt líklegri til að <ul style="list-style-type: none"> vera með blóðleysi eftir fæðingu fæða fyrir tímann fóstur hjá þeim væri með skertan vaxtarhraða fæðing væri framkölluð hjá þeim fá ekki meðgöngueitrun og háþrýsting á meðgöngu. 	Konur, sem greinst hafa með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í meðgöngu- og fæðingarvandkvæðum.
Bulik o.fl., 2009. Noregur	Lýðgrunduð ferilrannsókn. Lysterstol (n=35), lotugræðgi (n=304), lotuofát (n=1812), ótilgreind átröskun með hreinsun (n=36) og engin átröskun (n=33742). Fæðingaskrá, DSM-IV**.	Meðgöngusyksýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, fæðing léttbura eða þungbura.	Samanborið við konur með enga átröskun: <ul style="list-style-type: none"> áttu konur, sem glimdu við lotuofát, síður á hættu að eignast léttbura miðað við meðgöngulengd, fremur á hættu að eignast þungbura og enda í keisaraskurði voru meiri líkur á að konur með lotugræðgi, lotuofát og ótilgreinda átröskun mundu fara í keisaraskurð voru auknar líkur á að konur með ótilgreinda átröskun með hreinsun fengju meðgöngusyksýki voru auknar líkur á að konur með lotugræðgi og lotuofát fengju meðgöngueitrun. Konur með lotuofát og ótilgreinda átröskun áttu fremur á hættu að fæða fyrir tímann heldur en konur með lysterstol og lotugræðgi.	Átröskun hefur mismunandi áhrif á gang fæðingar eftir tegund.
Bulik o.fl., 1999. Nýja-Sjáland	Lýsandi aftursæ samanburðarrannsókn Lysterstol (n=66), án lysterstols (n=98). DSM-III-R. Upplýsinga aflað með viðtölum og leit í skýrslum.	Meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, fósturlát, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðing léttbura, blæðing eftir fæðingu.	Samanborið við konur án lysterstols: <ul style="list-style-type: none"> misstu konur með lysterstol oftar fóstur föru konur með lysterstol oftar í keisaraskurð ölu konur með lysterstol oftar léttbura ölu konur með lysterstol oftar fyrirbura. Konur með einungis lysterstol ölu oftar léttbura heldur en þær sem voru með bæði lotugræðgi og lysterstol.	Skoða þarf betur tengsl þess að hafa sögu um lysterstol og þess að lenda í vandkvæðum á meðgöngu og fæðingu.
Conti o.fl., 1998. Ástralía	Aftursæ samanburðarrannsókn. Konur sem gengu fulla meðgöngu (n=34); konur sem áttu barn fyrir tímann (n=54), samanburðarhópur (n=86) konur sem áttu börn yfir 2500 g að þyngd. DSM-IV; EDE; EDI.	Léttburar, litil fæðingarþyngd.	<ul style="list-style-type: none"> 32% kvenna sem áttu litil börn miðað við meðgöngulengd, 9% kvenna sem áttu börn fyrir tímann og 5% kvenna í samanburðarhópi höfðu greinst með átröskun þremur mánuðum fyrir þungun. Konur, sem eignuðust léttbura hvort heldur þær voru fullgengnar eða ekki, fengu fleiri stig á EDI-kvarðanum og áttu frekar við átröskun að stríða fyrir og á meðgöngu. <ul style="list-style-type: none"> Konur, sem viðhéldu ströngu mataræði og köstuðu upp, eignuðust frekar létt börn. Konur með lysterstol voru líklegri til : <ul style="list-style-type: none"> að fæða léttari börn (ekki marktækt eftir leiðréttingu gagnvart LPS fyrir þungun) að fóstur hjá þeim væri með skertan vaxtarhraða 	Rannsóknin gefur vísbendingar um að matarhegðun kvenna fyrir meðgöngu og á meðgöngu hafi áhrif á vaxtarþroska fósturs.
Eagles o.fl., (2012). Bretland	Samanburðarrannsókn, aftursæ. Lysterstol (n=134), konur sem fæddu 230 börn, samanburðarhópur (n=670), konur sem fæddu 1144 börn. Staðfest greining um átröskun. Fæðingaskrá	Fósturlát, háþrýstingur, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðingarþyngd, fæðing léttbura eða þungbura.	Konur með lysterstol voru líklegri til : <ul style="list-style-type: none"> léttari börn (þó ekki léttbura) föru síður í keisaraskurð þörfuðust síður inngrípa með soglukku. 	Konur með lysterstol eiga frekar á hættu að fóstur verði fyrir vaxtarskerðingu.
Ekéus o.fl., 2006. Svíþjóð	Aftursæ lýsandi samanburðarrannsókn. Lysterstol (n=1000), samanburðarhópur (n=827.582). ICD-8 og 9, sjúkaskrár og fæðingaskrár.	Meðgöngueitrun, fósturlát, keisaraskurður, áhaldafæðing, fæðing léttbura eða þungbura, fósturstreit, andvana fæðing, burðarmálsdauði.	Samanborið við konur án lysterstols eignuðust konur með lysterstol: <ul style="list-style-type: none"> léttari börn (þó ekki léttbura) föru síður í keisaraskurð þörfuðust síður inngrípa með soglukku. 	Mikilvægt að fylgja vel eftir konum sem greindar hafa verið með átröskun til að tryggja viðeigandi meðferð á meðgöngu og jákvæða útkomu.
Koubaa o.fl., 2005. Svíþjóð	Ferilrannsókn. Lysterstol (n=24), lotugræðgi (n=20), ótilgreind átröskun (n=5), samanburðarhópur (n=24). DSM-IV, reglulegt eftirlit og mat var á meðgöngunni á viku 10, 20, 25, 28, 31, 34, 36 og 40.	Blóðleysi, meðgöngusyksýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, vaxtarskerðing, keisaraskurður, framköllun fæðingar, fæðing fyrir tímann, áhaldafæðing, léttburi, barn með lítið höfuðummál eða höfuðsmæð.	Konur með virka eða óvirka átröskun áttu frekar á hættu að: <ul style="list-style-type: none"> fá meðgönguógleði og uppköst vera með blóðleysi á meðgöngu fæða léttbura fæða börn með minna höfuðummál fæða börn með höfuðsmæð. 	Fylgjast þarf vel með konum á meðgöngu með virka eða óvirka átröskun í ljósi fæðingarútkomu barna þeirra.
Linna o.fl., 2013. Finnland	Samanburðarrannsókn. Átröskun(n=2257), án átröskunar (n=9028). ICD-10, DSM-IV, þjóðskrá.	Fósturlát.	Fósturlát voru algengari hjá konum með lotuofát.	
Linna o.fl., 2014. Finnland	Lýsandi samanburðarrannsókn. Átröskun (n=2.257), lysterstol (n=302), lotugræðgi (n=724), lotuofát (n=52), án átröskunar (n=6.319). ICD-10, DSM-IV, þjóðskrá.	Blóðleysi, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, fæðingarþyngd, fæðing léttbura, burðarmálsdauði.	Samanborið við konur án átröskunar voru auknar líkur hjá konum með: <ul style="list-style-type: none"> lysterstol og lotugræðgi á að fæða léttari börn lysterstol á fæðingu fyrir tímann, vaxtarskerðingu fósturs, fæðingu léttbura og burðarmálsdauða lotuofát á háþrýsting og fæðingu þungbura. 	Átröskunarsjúkdómar hafa e.t.v. áhrif á nokkra útkomupætti fæðingar. Mikilvægt er að skoða fyrri og núverandi sögu um átröskun hjá konum á meðgöngu og fylgjast vel með nýburum.

Micali o.fl., 2014. Holland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=160), lotugræði (n=265), lystarstol og lotugræði (n=130), aðrir geðsjúkdómar (n=1.396), samanburðarhópur (n=4.367). Sjálfmetin lífssaga um átröskun eða geðsjúkdóma, fæðingaskýrslur.	Ófrjósemismæðferð, tvíburafæðing, óráðgerð þungun.	Samanborið við konur án átröskunar voru konur með: <ul style="list-style-type: none"> lotugræði líklegri til að hafa fengið mæðferð vegna ófrjósemi átröskun líklegri til að eignast tvíbura lystarstol líklegri til að hafa ekki ráðgert þungun. 	Mikilvægt er að hafa í huga að átröskun getur haft áhrif á frjósemi. LÞS fyrir þungun skýrði ekki tengsl á milli breyta.
Micali o.fl., 2012. Holland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=129), lotugræði (n=209), lystarstol og lotugræði (n=100), aðrir geðsjúkdómar (n=1.002), samanburðarhópur (n=3.816). Sjálfmetin lífssaga um átröskun eða geðsjúkdóma, fæðingaskýrslur.	Blóðleysi, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, vaxtarskerðing, fósturstreita, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðing léttbura.	Jákvæð tengsl voru á milli þess að vera með lystarstol og gruns um fósturstreitun.	Ekki greindist samband milli lífssögu um átröskunarsjúkdóma og útkomu fæðingar.
Micali o.fl., 2007. Bretland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn Lystarstol (n=171), lotugræði (n=199), lystarstol og lotugræði (n=82), konur með aðra geðsjúkdóma (n=1166), konur án geðsjúkdóma (n=10.636). Inntöskuskilyrði: einburi og hefur glímt við átröskun.	Fæðing fyrir tímann, fæðingarþyngd, fæðing léttbura eða þungbura, andvana fæðing.	Konur með lotugræði (með og án lystarstols) og konur með aðra geðsjúkdóma voru mun líklegri en konur án þessara sjúkdóma til að hafa orðið fyrir fósturláti tvisvar eða oftar. Konur sem hafa áður glímt við lystarstol áttu marktækt léttari börn en konurnar í hinum hópunum.	Niðurstöður rannsóknarinnar kalla á frekari rannsóknir á útkomu fæðinga hjá konum með lotugræði.
Morgan o.fl., 2006. Bretland	Aftursæ tilfella-viðmiðunarrannsókn með samanburðarhópi. Frumbyrjur með virka lotugræði n=122, samanburðarhópur n=82 frumbyrjur með óvirka lotugræði. Greining lotugræði samkvæmt DSM-III-R, DSM-IV og Eating Disorder Examination (EDE). Ef einkenni voru til staðar á meðgöngu voru konurnar í rannsóknarhópi en annars í samanburðarhópi.	Meðgöngusykursýki, meðgönguógleði og uppköst, fæðingarþunglyndi, fæðing fyrir tímann, fósturlát.	Konur með virka lotugræði voru líklegri til að: <ul style="list-style-type: none"> missa fóstur fæða fyrir tímann fá meðgöngusykursýki fá fæðingarþunglyndi. 	Virkt lotugræði getur aukið hættu á fylgikvillum meðgöngu.
Nunes o.fl., 2012 Brasilía	Ferilrannsókn. 119 konur með lotuofát á meðgöngu, 578 konur án lotuofáts á meðgöngu. Einburar. EDE. Fæðingaskrá. Spurningalisti.	Blóðleysi, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, fæðing léttbura eða þungbura.	Engin marktæk tengsl við útkomubreytur.	Lotuofát á meðgöngu virðist ekki hafa sömu áhrif á útkomu fæðinga og lotuofát sem greint hefur verið fyrir meðgöngu. Lagt til að konur fari í heildargreiningu ef þær eru með lotuofát á meðgöngu. Konur með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í erfiðleikum á meðgöngu og í fæðingu og nýfætt barnið líka. Aftur á móti eiga konur með lágan LÞS síður á hættu að fá meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun eða þurfa inngrip í fæðingu, þ.e. keisaraskurð, framköllun fæðingar eða notkun sogklukku.
Pasternak o.fl., 2012 Ísrael	Aftursæ samanburðarrannsókn. Konur með átröskun n=122; skiptust í: lotugræði n=42, lystarstol n=41, ótilgreinda átröskun n=19. Samanburðarhópur n=117.753 konur. Greining átröskunar samkvæmt DSM-IV.	Meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður framköllun fæðingar, áhaldafæðing, blæðing eftir fæðingu, fæðing léttbura eða þungbura, fæðingarþyngd, fósturlát.	Konur með átröskun voru líklegri til: <ul style="list-style-type: none"> að fæða fyrir tímann að eignast léttbura að fara í keisaraskurð að fóstur verði fyrir vaxtarskerðingu á meðgöngu. Konur með lágan LÞS voru marktækt ólíklegri til þess að fá meðgöngusykursýki en konur með hærri LÞS (p=0,58). Enginn munur var á hópunum m.t.t. fósturláta (0,4% á móti 0,4%) eða sýkingar hjá möður.	Konur með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í erfiðleikum á meðgöngu og í fæðingu og nýfætt barnið líka. Aftur á móti eiga konur með lágan LÞS síður á hættu að fá meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun eða þurfa inngrip í fæðingu, þ.e. keisaraskurð, framköllun fæðingar eða notkun sogklukku.
Sollid o.fl., 2004 Danmörk	Framsæ samanburðarrannsókn (e. historic prospective follow up study). Konur með átröskun (n=1202) sem fæddu 2.056 börn á árunum 1973-1993, samanburðarhópur (n=900) konur sem fæddu 1.552 börn. ICD-8 og ICD-10 fyrir lotugræði. Fæðingaskrá. Miðlæg geðsjúkdómaskrá.	Fæðing fyrir tímann, fæðing léttbura, fæðingarþyngd.	Konur með átröskun eru líklegri til að: <ul style="list-style-type: none"> eygnast létt börn fæða fyrir tímann eygnast léttbura. 	Auknar líkur eru á verri fæðingarútkomu hjá átröskunarhópnum.

*n=fjöldi þátttakenda
**Skammstafanir í töflunni: DSM-III-III-R-IV=Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, 3. útgáfa, endurskoðuð 3. útgáfa og 4. útgáfa; EDE=Eating Disorder Examination; EDI=Eating Disorders Inventory; ICD=International Classification of Disease; MAMA=Maternal Adjustment and Maternal Attitude Questionnaire;

sókn Bulik o.fl. (2009) fleiri keisaraskurði hjá öllum hópum kvenna með átröskun nema konum með lystarstol. Fimm rannsóknir leiddu í ljós að enginn munur væri á tíðni keisaraskurða hjá konum með átröskun miðað við konur án átröskunar, hlutföllin voru samsvarandi milli hópanna (Bansil o.fl., 2008; Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012). Ein rannsókn sýndi að minni hættu var á keisaraskurði hjá konum með lystarstol (Ekéus o.fl., 2006).

Sjö rannsóknir fundust þar sem kannað var hve algengt væri að fæðing væri framkölluð hjá konum með átröskun en niðurstöðum bar ekki saman. Ein sýndi að konur með lotugræði, lystarstol eða

hvoru tveggja ættu frekar á hættu að fæðing væri framkölluð en konur án átröskunar (Bansil o.fl., 2008). Niðurstöður sex rannsókna sýndu hins vegar ekki mun á fjölda framkallaðra fæðinga hjá konum með átröskun miðað við konur án sjúkdómsins (Bulik o.fl., 1999 og 2009; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012; Eagles o.fl., 2012). Engin rannsóknanna leiddi í ljós minni hættu á framköllun fæðinga hjá konum með átröskun.

Í sex rannsóknum var skoðað hve mikið væri um áhaldafæðingar hjá konum með átröskun. Ein rannsókn leiddi í ljós minni hættu á inngripum með sogklukku hjá konum með lystarstol sem legið höfðu inni á sjúkrahúsi (Ekéus o.fl., 2006) heldur en hjá konum án lyst-

arstols. Fimm þeirra bentu til að ekki væri munur á tíðni áhalda-fæðinga hjá konum með átröskun samanborið við konur án sjúkdómsins (Bulik o.fl., 1999; Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Ein rannsókn skoðaði tengsl á milli tvíburafæðinga og átröskunar. Þar kom í ljós að konur með átröskun af einhverju tagi voru líklegri en konur án átröskunar til að eignast tvíbura (Micali o.fl., 2014).

Í tveimur rannsóknum var skoðað hvort tengsl væru milli blæðingar eftir fæðingu og átröskunarsjúkdóma (Bulik o.fl., 1999; Pasternak o.fl., 2012) en í hvorugri þeirra kom fram munur.

Tólf rannsóknir komu fram þar sem athugað var hvort konur með átröskun væru líklegri til að fæða létt barn eða barn sem er lítið miðað við meðgöngulengd (léttbura). Í sex þeirra kom fram að konur með átröskunarsjúkdóma voru marktækt líklegri til að eignast létt börn en konur án slikra sjúkdóma (Conti o.fl., 1998; Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2007; Sollid o.fl., 2004). Sjö rannsóknanna leiddu í ljós auknar líkur á fæðingu léttbura hjá konum með átröskun samanborið við konur án átröskunar (Bulik o.fl., 2009; Bulik o.fl., 1999; Conti o.fl., 1998; Koubaa o.fl., 2005; Sollid o.fl., 2004; Linna o.fl., 2014; Pasternak o.fl., 2012). Þá sýndu sex rannsóknir að konur með lystarstol væru líklegri til þess að eignast létt börn sem og léttbura en konur án lystarstols (Bulik o.fl., 1999; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2007; Linna o.fl., 2014; Sollid o.fl., 2004; Eagles o.fl., 2012). Hins vegar kom fram í rannsókn Eagles o.fl. (2012) að munurinn var ekki marktækur eftir að leiðrétt var gagnvart líkamsþyngdarstuðli kvenna fyrir þungun. Niðurstöður Bulik o.fl. (1999) var að konur sem einungis voru með lystarstol eignuðust marktækt léttari börn en konur með bæði lotugræðgi og lystarstol. Tvær rannsóknir sýndu að konur sem höfðu áður fengið lystarstol voru líklegri til þess að eignast létt börn heldur en samanburðarhópur (Ekéus o.fl., 2006; Koubaa o.fl., 2005). Niðurstöður Koubaa o.fl. (2005) gáfu einnig til kynna að konur með virka átröskun voru líklegri til að eignast léttbura en konur án átröskunar og munur á hópunum var afgerandi, þ.e. 12 á móti 1 í samanburðarhópi. Aftur á móti greindu Ekéus o.fl. (2006) engan mun á þessum hópum. Vert er þó að benda á að ekki voru konur með virka átröskun í rannsókn Ekéus o.fl. (2006) og gæti það skýrt þennan mun á niðurstöðum. Ein rannsókn sýndi að konur innlagðar á sjúkrahús vegna átröskunar fyrir meðgöngu voru tvisvar sinnum líklegri til að eignast barn með litla fæðingarþyngd en konur í samanburðarhópi. Tími frá innlögn virtist ekki skipta máli þar sem fæðingarþyngd var lítil hvort sem konur höfðu verið lagðar inn fyrir meira eða minna en átta árum. Niðurstöður rannsóknarinnar voru jafnframt að konur í átröskunarahópnum voru líklegri til þess að eignast léttbura þar sem hættan var allt að 70–80% miðað við samanburðarhóp (Sollid o.fl., 2004). Tvær nýlegar rannsóknir sýndu ekki neinn mun á fæðingarþyngd né tíðni léttburafæðinga miðað við meðgöngutíma hjá konum sem höfðu einhvern tíma fengið átröskun í samanburði við konur án sjúkdómsins (Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012).

Sex rannsóknir komu fram þar sem skoðuð voru tengsl átröskunar við fæðingu þungbura. Í tveimur þeirra reyndust konur með lotuofát líklegri til að eignast þungbura heldur en samanburðarhópur (Bulik o.fl., 2009; Linna o.fl., 2014). Fjórar rannsóknanna sýndu ekki fram á nein tengsl milli átröskunar og fæðingar þungbura (Ekéus o.fl., 2006; Micali o.fl., 2007; Nunes o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Ein rannsókn fjallaði um hvort konur sem áður höfðu fengið átröskun eignuðust frekar börn með lítið höfuðmál (Koubaa o.fl., 2005). Niðurstöðurnar bentu til að mæður með bæði lotugræðgi og lystarstol væru mun líklegri til að eignast barn með lítið höfuðmál en konur sem voru einungis með lystarstol. Þá leiddu niðurstöður sömu rannsóknar í ljós að konur með virka átröskun voru mun líklegri til að eignast barn með höfuðsmæð. Munur hópanna var áberandi, þ.e. 16% í átröskunarahópnum á móti 0% í samanburðarhópi.

Í þremur rannsóknum var kannað hvort andvana fæðingar eða burðarmálsdaði væru algengari hjá konum með átröskun en hjá þeim sem vou ekki með átröskun. Ein rannsóknin sýndi að auknar

líkur væru á burðarmálsdaða hjá konum með lystarstol samanborið við konur án átröskunar (Linna o.fl., 2014) en í hinum tveimur rannsóknunum var ekki marktækur munur á hópum (Ekéus o.fl., 2006; Micali o.fl., 2012).

Ein rannsókn snerist um fæðingarþunglyndi og kom í ljós samband á milli átröskunar og fæðingarþunglyndis þar sem konur með virka lotugræðgi fundu marktækt frekar til fæðingarþunglyndis en konur með óvirka lotugræðgi (Morgan o.fl., 2006).

UMRÆÐUR

Áður en fjallað er um niðurstöður þessarar samantektar er vert að taka fram ákveðnar takmarkanir sem hafa verður í huga við túlkun þeirra. Þar ber helst að nefna val á rannsóknum og gæði rannsókna sem völdust í samantektina. Við val á rannsóknum var miðað við að bornar væru saman konur með einhvern átröskunarsjúkdóm, þ.e. lystarstol, lotugræðgi, lotuofát eða ótilgreinda átröskun, við konur án átröskunar. Greining átröskunar var mismunandi eftir rannsóknum. Flestir rannsakendur studdust við þriðju eða fjórðu útgáfu DSM (Bulik o.fl., 1999 og 2009, Conti o.fl., 1998; Koubaa o.fl., 2005 og 2013; Linna o.fl., 2013 og 14; Morgan o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012), nokkrir notuðu mismunandi útgáfur af ICD (Bansil o.fl., 2008; Ekéus o.fl., 2006; Linna o.fl., 2013 og 2014; Sollid o.fl., 2004) og enn aðrir studdust við EDE/EDI (Conti o.fl., 1998; Morgan o.fl., 2006; Nunes o.fl., 2012). Engar rannsóknanna miðuðu við nýjustu útgáfuna af DSM-V sem kom út árið 2013. Í stöku tilvikum var stuðst við frásögn kvennanna sjálfra (Micali o.fl., 2007 og 2012). Í rannsókn Eagles o.fl. (2012) kemur fram að um staðfesta greiningu á lystarstoli sé að ræða en ekki samkvæmt hvaða greiningarstaðli. Við gerum ekki grein fyrir nákvæmum skilgreiningum á útkomubreytum rannsóknanna. Við völdum að greina ekki sérstaklega frá þeim í ljósi umfangs þessarar umfjöllunar og að markhópur hennar er ljósmæður. Þá ber að geta þess að snið rannsóknanna var mismunandi og þar með talið umfang og fjöldi þátttakenda og styrkur rannsóknanna í sumum tilvikum ekki nægur til að greina á milli hópa.

Að þessu sögðu eru meginniðurstöður þessarar úttektar að rannsóknunum ber ekki saman um áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu. Þó komu fram sterkar vísbendingar um áhrif átröskunar á fæðingarþyngd en í tíu af tólf rannsóknum kom fram að átröskun hjá móður hefur áhrif á fæðingarþyngd barns. Þyngdin getur verið meiri eða minni út frá tegund átröskunar. Hugsanleg skýring þess að fæðingarþyngd er fyrir utan skilgreind viðmiðunarmörk er trúlega næringarskortur fösturs í kjölfar vannæringar móður. Næring kvenna með lystarstol er ekki nægileg og sama má í raun segja um konur með lotugræðgi þar sem hreinsunarhegðun á sér oft stað áður en líkaminn nær að nýta næringarefni úr fæðunni. Þetta samræmist niðurstöðum safngreiningar Solmi o.fl. (2013) en þar kom fram að lystarstol getur spáð fyrir um fæðingu léttari barna.

Hvað varðar aðra fylgikvilla/útkomuþætti meðgöngu og fæðingar, þá eru niðurstöður rannsóknanna misvísandi og erfitt að draga raunhæfar ályktanir um áhrif átröskunar á þá.

Sjö rannsóknir sýndu marktækt samband á milli átröskunar við fæðingu fyrir tímann en fimm ekki. Hvað veldur er ekki augljóst en aðferðafræði þessara rannsókna er ekki það frábrugðin og landfræðileg dreifing nokkur í báðum tilvikum. Marktækt samband við átröskun skýrist trúlega af þyngd barnshafandi kvenna fyrir fæðingu, þyngdaraukningu á meðgöngu, blóðleysi á meðgöngu og næringu á meðgöngu en allir þessir þættir skipta máli þegar horft er til útkomu fæðingar (Bansil o.fl., 2008). Þessar breytur voru þó ekki skoðaðar kerfisbundið í þeim 12 rannsóknum sem skoðuðu samband átröskunar við fyrirburafæðingar og því ekki hægt að segja til um áhrif þeirra í þessu samhengi.

Fjórar af sjö rannsóknum, þar sem fösturlát var ein af útkomubreytum, sýndu að fösturlát er algengara hjá konum með einhverja tegund af átröskun. Skýringar eru trúlega svipaðar og hvað varðar fyrirburafæðingar. Þessar niðurstöður ber að túlka varlega þar sem þrjár rannsóknir sýndu ekki fram á marktæk tengsl átröskunar og fösturláta.

Ein rannsókn laut að áhrifum átröskunar á höfuðummál og höfuðsmæð og önnur að tengslum átröskunar við fæðingarþunglyndi. Niðurstöður sýndu áhrif átröskunar á þessi atriði en erfitt er að fullyrða frekar um þau áhrif vegna þess hve fáar rannsóknir eru og í báðum voru frekar lítil úrtök. Hins vegar er mikilvægt að skoða þetta frekar. Hið sama má segja um samband átröskunar við þvagfærasykingar, ófrjósamismæðferð, óráðgerðar þunganir og tvíbura-fæðingar, en erfitt er að fullyrða um áhrif átröskunar á þessa þætti út frá einni rannsókn.

Hvað varðar aðrar útkomubreytur þessarar fræðilegu samantektar, svo sem blóðleysi, ógleði og uppköst á meðgöngu, sykursýki, meðgöngueitrun, háþrýsting, vaxtarskerðingu, fósturstreitru, fæðingu þungbura, burðarmálsaða og fósturlát á meðgöngu þá voru niðurstöður enn meira misvísandi.

Átröskun virðist ekki hafa áhrif á andvana fæðingar, aukna tíðni áhaldafæðinga eða blæðingu eftir fæðingu en mismargar rannsóknir liggja þarna að baki og erfitt að draga raunhæfa ályktun út frá þeim.

Ljóst er að frekari rannsókna er þörf á áhrifum mismunandi tegunda átröskunar á meðgöngu og fæðingu.

Hagnýting í klínísku starfi

Að vera með átröskun er alvarlegt mál og geta átröskunarsjúkdómar haft fjölbætt áhrif á heilsuna. Öll frávik á heilsu verðandi móður geta haft áhrif á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Vísendingar eru um að átröskun geti haft áhrif á fæðingarþyngd barns og er rökrétt að tengja það við næringarástand móðurrinnar á meðgöngu. Rannsóknir ber hins vegar ekki saman um aðra útkomubætti barneignarferlisins. Engu að síður er vert að huga að því hvernig staðið er að þjónustu við þennan hóp. Í klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna (Embætti landlæknis, 2010) er mælt með að í upphafi meðgöngu finni ljósmóðir þær konur sem þurfa sérhæfða meðgönguvernd og skipuleggi áframhaldandi þjónustu fyrir þær. Það getur verið vegna líkamlegra, andlegra eða félagslegra þátta. Einnig er mælt með skimun á geðheilsuvanda, svo sem á alvarlegu þunglyndi, geðklofa, geðhvarfasýki eða sturlun eftir barnsburð. Gefnar eru leiðbeiningar um spurningar til að greina hvort konan eigi hugsanlega við þunglyndi að stríða (Embætti landlæknis, 2010), en hvorki er rætt um skimun vegna átröskunarsjúkdóma né ráðleggingar um hvernig hægt sé að koma auga á þessa sjúkdóma. Hins vegar er bent á að heilbrigðisstarfsmenn verði að vera á varðbergi alla meðgönguna gagnvart einkennum eða ástandi sem gæti haft áhrif á heilsu móður og fósturs, svo sem næringarástandi. Til eru skimunarlistar fyrir átröskun, svo sem SCOFF skimunarlistinn (Morgan, Reid og Lacey, 1999b) og EDE-Q sjálfsmatskvarðinn (Fairburn og Beglin, 1994) en ekki hefur verið metið hvort þeir eru nothæfir á meðgöngu.

Mælt er með að líkamspýngdarstuðull kvenna sé reiknaður í fyrstu heimsókn en ekki er mælt með að vigta konur aftur nema rannsóknir og klínískt mat gefi tilefni til (Embætti landlæknis, 2010). Franko og Spurrell (2000) nefna að lítil eða engin þyngdaraukning á öðrum þriðjung meðgöngu geti verið merki um átröskunarsjúkdóm á meðgöngunni.

LOKAORÐ

Frekari rannsókna er þörf á áhrifum átröskunar á fylgikvilla meðgöngu og fæðingar. Konur með átröskun bera það ekki endilega utan á sér og tilhneiging er til að fela sjúkdóminn. Mikilvægt er að rannsaka betur hvort gagnlegt væri að taka upp skimun fyrir átröskunareinkennum og með hvaða hætti sú skimun væri fram. Velja má fyrir sér hvort æskilegt sé að fylgjast betur með þyngdaraukningu á meðgöngu, heldur en klínískar leiðbeiningar segja til um, þar sem of lítil þyngdaraukning getur verið merki um átröskunarsjúkdóm. Ljós-mæður eru í lykilhutverki þegar kemur að því að greina hvaða konur þjást af átröskun á meðgöngu og veita þeim viðeigandi stuðning.

HEIMILDASKRÁ

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision, DSM-IV-TR* (4. útgáfa). Washingtonborg: American Psychiatric Association Press.
- Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2010). 1983–2008 – innlagnir, sjúkdómsmynd og lifun. *Læknablaðið*, 96, 747–753.
- Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiteman, M.K., Kourtis, A.P., Posner, S.F., Johnson, C.H. o.fl. (2008). Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9), 1523–1528.
- Blais, M.A., Becker, A.E., Burwell, R.A., Flores, A.T., Nussbaum, K.M., Greenwood, D. o.fl. (2000). Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 140–149.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Pickering, A., Dawn, A. og McCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 130–135.
- Bulik, C.M., Von Holle, A., Hamer, R., Berg, C.K., Torgersen, L., Magnus, P. o.fl. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37(8), 1109–1118.
- Bulik, C.M., Von Holle, A., Siega-Riz, A.M., Torgersen, L., Lie, K.K., Hamer, R.M. o.fl. (2009). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 9–18.
- Conti, J., Abraham, S. og Taylor, A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 465–477.
- Crow, S.J., Agras, W.S., Crosby, R., Halmi, K. og Mitchell, J.E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277–279.
- Dagný Sif Stefánsdóttir, Katla Hildardóttir, Lára Kristín Jónsdóttir og Sunna Sævarsdóttir. (2011). *Lif með átröskunarsjúkdóm, stöðug baráttu: Upplifun kvenna af átröskun á meðgöngu*. Öbirt BS lokaverkefni í hjúkrunarfræði. Háskólinn á Akureyri.
- Eagles, J.M., Lee, A.J., Raja, E.A., Millar, H.R., og Bhattacharya, S. (2012). Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 42(12), 2651–2660.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., og Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340–344.
- Ekéus, C., Lindberg, L., Lindblad, F. og Hjerner, A. (2006). Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(8), 925–929.
- Embætti landlæknis. (2010). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Sótt 1. apríl 2013 af <http://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Embætti landlæknis. (2006). Átraskanir – Samantekt leiðbeininga um meðferð og umönnun sjúklunga með lystarstól, lotugræði og skyldar átraskanir. Sótt 1. apríl 2013 af <http://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item2341/version4/2019.pdf>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th ed.). In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Franko, D.L. og Spurrell, E.B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Eating Disorders and Pregnancy*, 9(6), 942–946.
- Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir. (2010). *Líkamsmýnd og tíðni átraskaninaeinkenna meðal stúdenta við Háskóla Íslands*. Öbirt BS-ritgerð í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands, Heilbrigðisvísindasvið.
- Koubaa, S., Hällström, T., Lindholm, C. og Hirschberg, A.L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255–260.
- Lemberg, R. og Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285–295.
- Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T. og Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 826–833.
- Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T., og Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2014). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(4), 408–416.
- Micali, N., De Stavola, B., dos-Santos-Silva, I., Steenweg-de Graaff, J., Jansen, P. W., Jaddoe, V.W.V., ... og Tiemeier, H. (2012). Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(12), 1493–1502.
- Micali, N., Simonoff, E. og Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 255–259.
- Morgan, J.F., Lacey, J. og Sedgwick, P. (1999a). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 174(2), 135–140.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319(7223), 1467–1468.

- Morgan, J.F., Lacey, J.H. og Chung, E. (2006). Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68(487–492).
- Nunes, M.A., Pinheiro, A.P., Camey, S. A. og Schmidt, M.I. (2012). Binge eating during pregnancy and birth outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *International Journal of Eating Disorder*, 45(7), 827–31. Doi: 10.1002/eat.22024.
- Pasternak, Y., Weintraub, A.Y., Shoham-Vardi, I., Sergienko, R., Guez, J., Wiznitzer, A. o.fl. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *Journal of Women's Health*, 21(1), 61–65.
- Rocco, P.L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R.P. og Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175–179.
- Rodriguez, J. C. (á.á.). Eating habits. Sótt 10. apríl 2013 af <http://www.diet.com/g/eating-habits>
- Siega-Riz, A.M., Von Holle, A., Haugen, M., Meltzer, H.M., Hamer, R., Torgersen, L. o.fl. (2011). Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 428–434.
- Sigrún Danielsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári. (2007). Megrun meðal íslenskra unglínga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni. *Sálfræðiritið*, 12, 85–100.
- Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2006). Átraskanir: einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. *Læknablaðið*, 92(2), 97–104.
- Sollid, C.P., Wisborg, K., Hjort, J. og Secher, N.J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(1), 206–210.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J. og Micali, N. (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 49–56.
- Thorsteinsdóttir, G. og Ulfarsdóttir, L. (2008). Eating Disorders in College Students in Iceland. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2), 107–115.
- Watson, H.J., Von Holle, A., Hamer, R.M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P. og Bulik, C.M. (2013). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychological Medicine*, 43(8), 1723–34.



KYNNING

„Ég vel Pampers fyrir barnið mitt“

Það er yndislegt að fá tækifæri til að verða foreldri og auðvitað vill maður allt það besta fyrir barnið sitt.

Eftir að hafa kynnt mér hvaða bleiur eru í boði, þá vel ég Pampers fram yfir aðrar bleiutegundir. Pampers er leiðandi vöru- merki í þróun á bleiug og veit ég að fyrirtækið vinnur náið með fagaðilum sem hafa sérhæft sig í þroska og umönnun barna. Pampers draga einnig hraðar í sig bleytu en aðrar bleiur svo ég get treyst því að dóttir mín vakni ekki upp úr værum svefni vegna blautrar bleiu.



Jóhanna Guðrún Jónsdóttir
söngkona

Pampers eru að auki vottaðar af Skin Health Alliance og uppfylla því ítrustu kröfur um bæði framleiðslu og umhverfisvernd. Það er því á hreinu að bleiurnar frá Pampers eru ekki einungis góðar fyrir húð barnsins, heldur er einnig tekið tillit til umhverfisins og er það að mínu mati mjög mikilvægt.

Ég hvet því aðra foreldra að velja Pampers fyrir krílin sín.

