

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 4. mai 2017 kl. 14.00

Kandidatnummer: 334

Rettleiar sitt namn: Kari Marie Thorkildsen

MEISTRING AV IRRITABEL TARM SYNDROM



Abdominal pain, conceptual artwork. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/search/132_1216168/1/132_1216168/cite

Å MEISTRE KVARDAGENS UTFORDRINGAR MED IRRITABEL TARM SYNDROM

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Stord 2017

Kull 2014

Antall ord: 8978

Samandrag

Tittel: Meistring av irritabel tarm syndrom

Bakgrunn: Irritabel tarm syndrom rammer mellom 8 og 25% av befolkninga i Noreg, og fører med seg ei rekke utfordringar ein kan ha behov for hjelp til å meistre.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar på medisinsk poliklinikk bidra til oppleving av meistring hos pasientar med irritabel tarm syndrom?

Hensikt: Å få auka kunnskap om sjukepleie til pasientar med irritabel tarm syndrom, for å kunne bidra til oppleving av å meistre sjukdommen.

Metode: Litteraturstudie, der eg har anvendt relevant forskning og faglitteratur for å svare på problemstillinga.

Resultat: Funn frå forskingsartiklane viser at sjukepleiar sine bidrag viktige faktorar i prosessen mot oppleving av å meistre irritabel tarm syndrom. For å oppnå meistring har pasientar behov for heilskapleg oppfølging der sjukepleie er tilpassa den enkelte sine behov.

Oppsummering: Pasienten må bli møtt av sjukepleiar som tar han på alvor og som tar seg tid, ser og forstår pasienten, samt få tilrettelagt kunnskap, vegleiing og oppfølging til rett tid. Desse elementa verkar å stå sentralt for at pasientar skal oppleve å meistre leve med irritabel tarm syndrom. Om pasientane blir følgd opp på ein slik måte vil ein ha større moglegheit til å oppleve å meistre livet med sjukdommen.

Nøkkelord: Irritabel tarm syndrom, sjukepleie, meistring.

Abstract

Title: Coping of Irritable Bowel Syndrome

Background: Irritable bowel syndrome affects around 8-25% of the world's population, and leads to a series of challenges that a person might need help to handle.

Problem for discussion: How can nurses at medical polyclinic in hospital contribute to help patients cope living with irritable bowel syndrome?

Purpose: The aim is to increase our knowledge of how nurses can contribute to help patients cope living with irritable bowel syndrome.

Methods: The method is literature study. To answer the research question, I have used relevant research and scientific literature.

Findings: Findings from research shows that nurses are central in the patients process against coping with irritable bowel syndrome. The patients need nurses who see their overall needs, and give care that is based on those needs.

Conclusion: A patient need to be meet by a nurse who sees him, have enough time for him, and gives adjusted knowledge and care after his needs. These elements seem to be central in the process to help patients cope living with irritable bowel syndrome. If the patients are followed up this way, they will more likely be able to cope with the daily struggles irritable bowel syndrome brings.

Keywords: Irritable bowel syndrome, nursing, coping.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning.....	1
1.1. Val av tema	1
1.2. Problemstilling	1
1.3. Avgrensing av problemstilling	2
1.4. Formålet med oppgåva.....	2
2.0. Teoretisk perspektiv	2
2.1. Patricia Benner og Judith Wrubel's omsorgsteori	2
2.2. Irritabel tarm syndrom	3
2.3. Å leva med irritabel tarm syndrom.....	4
2.4. Meistring.....	5
2.5. Helsepedagogikk	6
2.6. Etikk	7
3.0. Metode.....	8
3.1. Kva er metode	8
3.2. Litteraturstudie som metode.....	8
3.3. Litteratursøk.....	8
3.4. Metodekritikk.....	11
3.5. Forskingsetikk	13
4.0. Resultat.....	14
4.1. Presentasjon av artiklar	14
5.0. Drøfting	16
5.1. Pasientens møte med helsevesenet	17
5.2. Oppleving av liding og tap.....	19
5.3. Behov for å vera «normal».....	21
5.4. Pasientens behov for informasjon og vegleing.....	23
6.0. Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg 1 – Resultattabell	i

1.0. Innledning

1.1. Val av tema

I oppgåva skal eg sjå på korleis ein gjennom sjukepleie kan bidra til oppleving av meistring hos pasientar med irritabel tarm syndrom. I sjukepleieutøvinga står det å fremje meistring står sentralt.

Gjennom praksis og privat har eg erfaringar frå menneskjer med irritabel tarm syndrom. Difor har eg valt lidinga, saman med meistring som fokusområde. Under arbeidet med oppgåva har eg fått positive tilbakemelding frå pasientar, legar og andre, dei var glad for fokus på tema. Etter å ha arbeida på medisinsk poliklinikk har eg fått innsikt i det aukande fokuset på irritabel tarm syndrom, eksempelvis ved konsultasjonar og skule der ein gir menneskjer med slike plager kunnskap og informasjon, for å meistre sjukdommen og lindre symptom.

Forkortinga for irritabel tarm syndrom er IBS. Vidare i oppgåva vel eg å nytte denne forkortinga, når eg omtalar lidinga.

IBS er ein vanleg kronisk mage-tarm sjukdom, rundt 5-20% av verdas befolkning er ramma. Den fører til ei rekke plager, eksempelvis smerter, oppblåsthet, flatulens og endring i avføringsmønster og konsistens (El-Salhy, Gundersen, Hatlebakk og Hausken, 2014, s. 11). Sjølv om IBS ikkje utviklar seg til dødeleg sjukdom, reduserer den i følge El-Salhy (2012) livskvaliteten på lik linje med hjartesyjukdom.

Når eit menneskje blir utsett for sjukdom skjer det ei forandring. Når den forandringa skjer fort, er ikkje mennesket kapabel til å tilpasse seg endringane i samsvar med krava til det. I slike tilfelle får ein behov for meistring. Sjukepleiar kan vera ein viktig faktor på vegen mot meistring (Tveiten, 2016, s. 18-19).

1.2. Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar på medisinsk poliklinikk bidra til oppleving av meistring hos pasientar med irritabel tarm syndrom?

1.3. Avgrensing av problemstilling

Eg vel å fokusera på sjukepleiar sitt bidrag på medisinsk poliklinikk, då det er her eg opplev at pasientar med irritabel tarm syndrom i størst grad møter sjukepleiar, med fokus på tiltak for å skape meistring. Sjølv om IBS hyppigast rammar kvinner, vel eg i denne oppgåva å ha fokus på begge kjønn, då eg i praksis har møtt både menn og kvinner med behov for meistring av sjukdommen.

1.4. Formålet med oppgåva

Å ha plager med fordøyelsen vil for mange vera vanskeleg, og personar med IBS kan ofte føle dei ikkje blir tatt alvorleg (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, u.å). Formålet med oppgåva er å setta fokus på IBS, spreie kunnskap, drøfte måtar å meistre sjukdommen på, samt bidra til meir openheit og mindre tabu kring plagene. Personleg ønskjer eg å få innsikt i, og kunnskap kring IBS, som eg tar med meg som framtidig sjukepleiar.

2.0. Teoretisk perspektiv

2.1. Patricia Benner og Judith Wrubel's omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er amerikanske sjukepleiarar som har skrivne omsorgsteori i kring synet på sjukepleiefunksjonen. Dei meiner blant anna at sjukepleie er å hjelpe mennesket til å meistre tap, lidning og sjukdom, der ein tar utgangspunkt i kva som er viktig for den enkelte, og den mening det enkelte mennesket legg i situasjonen. Pasienten er i ein situasjon der den opplev stress i forbindelse med tap, sjukdom eller helsesvikt. Pasienten opplev at det som er viktig for han i livet er trua, og han kan ikkje lenger fungera fritt og utan plager. Sjukepleiar skal hjelpe mennesket til å meistre situasjonen slik at ein tar vare på det som er spesielt verdifullt for vedkommande (Kristoffersen, 2011, s. 215). Benner og Wrubel meiner sjukepleiar må tilnærma seg pasienten og situasjonen heilskapleg, ved å ta utgangspunkt i pasientens oppleving av situasjonen. Sjukepleiar sitt overordna mål er å hjelpa den einskilde til å leve ut, eller å leva med sine vanskar ved sjukdom, tap og lidning. Vidare meiner dei behovet for sjukepleie skuldast ei forandring i eit menneske sin livssituasjon, som

har ført til at dei ikkje er i stand til å fungera tilstrekkeleg utan plager i sin nye situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 262-263).

Hovudtanken bak teorien til Patricia Benner og Judith Wrubel er omsorg som grunnlag for alt menneskeleg liv og sjukepleie som teneste (Kirkevold, 1998, s. 199). Dei bruker ordet omsorg, om det å bry seg om noko. Omsorg i deira forstand omfattar forhold mellom ein person og det som for den personen gir meining og er av betydning. Når eit menneskje «bryr seg om noko» gir det moglegheit til meningsfulle måtar å meistre situasjon på (Kirkevold, 1998, s. 200).

Stress og meistring er sentrale omgrep i Benner og Wrubels teori. Stress oppstår når ein får brot i meining og forståing, der ein opplev fare, tap eller utfordring eller der ein har behov for å tileigne seg nye ferdigheiter. Eksempelvis er sjukdom ein faktor til stress.

Meistring blir av Benner og Wrubel forklart slik: «Stress er opplevelsen av brudd i meining, forståelse og uhemmet funksjon. Meistring er det man gjør med dette bruddet» (Kirkevold, 1998, s. 203). I følgje Kirkevold (1998) er opplevinga mennesket har av sjukdom det som står sentralt i sjukepleie. Eit menneskje er ikkje sjukt før det sjølv opplev forandringar som har vesentlege innverknadar på livet. Eksempelvis endringar som er øydeleggende i forhold til tidlegare daglegdagse oppgåver, eller som skapar redsel og usikkerheit.

I følgje Benner og Wrubel varierer innflytelsen sjukdom har på menneskjer, ut i frå kva fase i livet personen som er ramma er i. Dermed vil den ha forskjellig innverknad på opplevinga av stress og moglegheitene for meistring (Kirkevold, 1998, s. 205).

2.2. Irritabel tarm syndrom

Irritabel tarm syndrom er ein vanleg mage-tarm sjukdom, rundt 5-20% av verdas befolkning har diagnosen (El-Salhy, Hausen, Gilja og Hatlebakk, 2016). Hovudsymptoma er magesmerter, endra frekvens på avføring, diare, forstopping eller ein kombinasjon av desse, samt oppblåst mage. Det kan oppstå symptom frå andre delar av kroppen som brystmerter, hovudpine, fibromyalgi, kronisk trøttheit, smerter i underliv, depresjon og/eller søvnproblem (El-Salhy et al., 2015, s. 10). Årsaka til irritabel tarm syndrom er ikkje klar, det verkar til at fleire faktorar spelar inn. I forskinga er det ikkje komme fram noko som tyder på at

psykologiske faktorar påverkar førekomst eller utvikling av IBS. Likevel kan stress forverre symptoma (El-Salhy et al., 2015, s. 34).

Irritabel tarm syndrom kan føre med seg redsel for andre lidingar, og det er viktig å oppsøke helsepersonell for nøyaktig undersøking (Waldum, 2002). Det å sjekka opp i symptoma og vite at årsaka ikkje er vondarta sjukdom, kan ha ei viss terapeutisk effekt. Det er internasjonale kriteria for å stille diagnosen, kalla Roma III-kriterium. Sidan opphavet til IBS har mange faktorar og ein ikkje har full oversikt over årsaka, baserer behandlinga seg på å lindre symptom (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, u.å.). Behandlingsmetodane for å dempa symptom ved IBS er legemiddel, manipulasjon av tarmfloraen, psykoterapi, alternativ medisin og kosthald. For mange ramma av IBS opplevast det som symptoma heng saman med kosthaldet, ein mistenker ofte allergi. Det er i løpet av dei siste åra komme fleire studiar som viser at mageplagene ein opplev ved IBS kan dempast dersom ein minkar enkelte tungt fordøyelege karbohydrat, kalla FODMAP (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, u.å.).

I samsvar med El-Salhy (2016) verkar reduksjon av FODMAP i kosthaldet å forbetra symptom og bidra til auka livskvalitet hos pasientar. Kostvegledning er avgjerande ved overgang til reduksjon i FODMAP. Kvar einskild må få personleg tilpassa kostråd grunna ulik toleranse for FODMAP.

2.3. Å leva med irritabel tarm syndrom

I samsvar med El-Salhy et al. (2014) er det mange pasientar som opplever mistillit og forsømming av helsesystemet. Nokre pasientar har gjentatte gonger vert hos spesialist innan gastroenterologi, medan andre aldri blir vist vidare til spesialist. Mange opplev å få feil diagnose. Nokre får psykiatriske diagnosar, andre får somatiske diagnosar. Enkelte pasientar må også gjennom unødige kirurgiske operasjonar, grunna feil diagnostisering.

Hos menneskjer som får IBS i ung alder kan plagene forhindre sosial utvikling og integrering i samfunnet.

Martin Darre Longva (2013) meiner hans møte med helsevesenet kunne ha spart han for mange bekymringar, dersom legane han møtte på hadde vert betre informert gjennom internasjonal forskning på området. Han opplevde å ikkje bli tatt på alvor, legane var uinteresserte og trudde det var noko han innbilte seg. Etter kvart blei han observant på at symptoma oppstod etter inntak av enkelte typar mat/drikke. Han fekk eit gjennombrøt då han

ved tilfældighet kom over informasjon om FODMAP. Dette hjalp han mykje med tanke på symptom, men også mentalt.

2.4. Meistring

I følge Eide & Eide (2007) finnes det ikkje ein heilskapleg definisjon av meistringsomgrepet. Det verkar å vera ei felles oppfatning at meistring er forsøk på å beherske, akseptere og redusere både ytre og indre belastningar. Kronisk sjukdom kan sjåast på som ein skygge over livet, du har den alltid med deg. Meistring vil i følge Vifladt og Hopen (2004) sei å kunna leva eit godt og meningsfylt liv med denne «skuggen».

For å oppnå meistring må ein ta steg for steg, før ein til slutt gjenvinn kontroll. Meistring handlar om å takle den kjenslemessige prosessen ved sjukdom, ved å endre fokuset frå det gamle livet over til det nye, der ein har nye forventningar og mål. God meistring kan hjelpe pasientar med å tilpasse seg den nye verkelegheita, og få innsikt i kva ein må leve med, og kva ein sjølv kan endra (Vifladt og Hopen, 2004, s. 61). Hos helsepersonell ligg det eit stort ansvar når det gjeld å støtte pasientar til å sjå egne ressursar og moglegheiter samt å få forståing for den situasjonen dei er i (Tveiten, 2016, s. 17-18).

Meistring er ein prosess i bevegelse, der ein vekslar mellom ulike fasar (Eide og Eide, 2007, s. 171). Det krevjast bevisstgjerung for å skape god meistring og ein kan oppnå det ved å beskrive egne erfaringar i dialog med helsepersonell. Det er viktig at pasient og helsepersonell skapar gjensidigheit, der brukar erfaringane skal utløyse fagkunnskap, som igjen bidrar til refleksjon hos pasienten, slik at ein får auka innsikt i eigen situasjon (Vifladt og Hopen, 2004, s. 25).

Når ein pasient opplev sjukdom i mage-tarm kanalen kan det føre med seg vanskar kring å ivareta grunnleggande behov som ernæring og eliminasjon. For å ivareta pasienten sine grunnleggande behov er det i slike situasjonar viktig at sjukepleiar har kompetanse til å styrke pasienten kring å leva med kronisk sjukdom (Stubberud og Nilsen, 2010, s. 431).

For at pasienten skal tru på at ein skal klare å meistre, må ein og ha tru på at egne erfaringar er viktig kunnskap i prosessen. For å lykkast i å opparbeide denne trua står det sentralt at helsepersonell vegleier pasienten. Helsepersonell må tilpasse råd og informasjon til korrekt tidspunkt. Slik kan pasientane få støtte til sjølvstendige val og slutningar (Vifladt og Hopen,

2004, s. 27). Dei siste åra har det skjedd ei utvikling innan helsetenesta som gjer at helsepersonell må samarbeide med brukarar av helsetenester og pårørande, for å bidra til meistring av utfordringar knytt til helse. Det krevjar at pasienten er aktiv deltakar i eiga læring (Tveiten, 2016, s. 11).

For mange kan det å få kronisk sjukdom opplevast som ei krise, og medføre fortvilning, depresjon og håplausheit. Eit mål er at pasienten styrkar ressursane sine for å oppnå meistring, slik pasienten sjølv opplever ein viss kontroll over sjukdommen. For at pasienten skal oppnå dette krevjast det tilrettelagt undervisning. Sjukepleiar si rolle er å vera aktiv vegleiar i prosessen.

2.5. Helsepedagogikk

I følge Vifladt og Hopen (2004) baserer helsepedagogikk seg på viktigheita av å sette i verk handlingar som skal styrke menneskjers eigne krefter, og handlar om samarbeidet mellom helsevesenet og pasientar. Helsepedagogikk som metode er nyttig når helsearbeidarar møter menneskje med kronisk eller langvarig sjukdom (Vifladt og Hopen, 2004, s. 38). Tveiten (2016) hevder kjernen i helsepedagogikk er samhandlinga med pasienten.

Pasientar har i stor grad behov for å læra om helse, velvære, livskvalitet, meistring samt å leva på ein måte der ein oppnår best mogleg helse, meistrar akutt sjukdom og dagleglivet med kronisk sjukdom. Eit hovudmål hos helsepersonell er at pasientar skal oppleva å ha optimal helse (Tveiten, 2016, s. 15).

For helsepersonell er det i følge Vifladt og Hopen (2004) viktig å treffe med kunnskapen. Mange pasientar opplever å få mykje viktig informasjon i situasjonar der dei er lite mottakelege for budskapen, eksempelvis når dei får vite om diagnosen. Emosjonelle reaksjonar som sorg påverkar oss, slik at me er mindre mottakelege for ytre påverknadar. I slike situasjonar vil formidlinga av informasjon ha låg nytteeffekt og kunnskapen ikkje bli utnytta. Sjukepleiar må forstå kva for mønster som fremjar meistring, og kva som kan vera til hinder for dette (Vifladt og Hopen, 2004, s. 9). God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient førar til auka tilfredsheit hos pasientar og betre behandling. Det kan bidra til betre forståing av årsak til sjukdom og det den inneberer (Berge og Fjerstad, 2016, s. 161). Ved nyoppdaga sjukdom kan det å gi god og tilstrekkeleg informasjon vera ei kommunikativ

utfordring. Eit viktig tiltak er å skape ein trygg og god relasjon, med fokus på samarbeid der målet er å nå eit best mogleg resultat i prosessen mot meistring (Eide og Eide, 2007, s. 171). I forhold til å meistre kvardagen har pasientar ulike behov (Vifladdt og Hopen, 2004, s. 34). I følge Stubberud & Nilsen (2010) kan det opplevast lettare for ein pasient å leva med kronisk sjukdom dersom ein får undervisning og vegleing med andre pasientar i liknande situasjon.

2.6. Etikk

Etikken tar grovt sett for seg kva som er rett og gale, godt og vondt (Aadland, 1998, s. 26). I utgangspunktet er alle val ein tar etiske, då alle val får følgjer for andre. I praksis burde difor etisk refleksjon vert ein sentral del av alle vurderingar (Aadland, 1998, s. 31). Norsk Sjukepleiarforbund har utarbeida yrkesetiske retningslinjer, basert på internasjonale yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. Dei yrkesetiske retningslinjene tar for seg sjukepleiar sine plikter i forhold til pasient, pårørande, samfunn, medarbeidarar og eigen profesjon og praksis (Sneltvedt, 2005, s. 89).

I all helsearbeid ligg det å betre pasienten si helse som ein indre verdi. Ein har ønske om å hjelpa pasienten til best mogleg helse, ved å bidra til betring på alle helserelevante måtar når det gjeld pasienten sitt funksjonsnivå (Wifstad, 2013, s. 75-76).

Pasientautonomi er innan medisinsk etikk eit sentralt omgrep. Eksempelvis har pasientar rett til å få informasjon om diagnose og helsetilstand, og andre forhold som angår dei sjølv (Brinchmann, 2005, s. 80).

I profesjonspraksis kan ein sjå på etikk og kommunikasjon som det same. Når me inngår profesjonelle relasjonar handlar det om identitet, kven ein er og kven ein bør vera som utøvarar av ein profesjon. Dermed kan ein sei kommunikasjonsetikk baserer seg på kven ein vil vera som hjelpar. Eksempelvis er sentrale verdiane ved helsepersonell omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet. Nyttar ein desse verdiane i praksis, kan ein sei det er kommunikasjonsetikk (Eide og Eide, 2007, s. 100).

3.0. Metode

3.1. Kva er metode

Metode vil sei ein systematisk framgangsmåte for å samle inn kunnskap og informasjon, når ein skal belyse ei problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Dalland (2012) brukar Vilhelm Aubert beskriving av metode i boka si «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».

Me nyttar metode som reiskap i møte med noko me vil sjå nærare på å utforske. Ein deler eksempelvis inn i kvalitative og kvantitative metodar, der kvalitativ baserer seg på å utforske opplevingar eller meiningar som ikkje er målbare, og kvantitativ gir innsikt i målbare einingar i form av tall (Dalland, 2012, s. 112).

3.2. Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie vil sei ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Det handlar om å samle inn litteratur, kritisk gjennomgang og til slutt summere opp. Målet med denne type studie er å gje lesar god innsikt og forståing, samt oppdatering om kunnskapen på området i problemstillinga, og korleis ein har henta fram kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80). Som bachelorstudent kan litteraturstudie vera alternativ til eigne undersøkingar. Det finnes mange publiserte artiklar innanfor dei fleste helserelevante felt, og kravet om kunnskapsbasert praksis har auka behovet for oversikt over aktuelle artiklar på ulike områder, samt bruken av litteraturstudiar (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

3.3. Litteratursøk

I denne bacheloroppgåva nyttar eg litteraturstudie som metode, då bacheloroppgåva for sjukepleieutdanninga på Høgskulen på Vestlandet skal vera systematisk, strukturert litteraturstudie. Eg har ved hjelp av databasar utført søk, og funne fire relevante forskingsartiklar ut frå problemstillinga mi, tre kvalitative og ein kvantitativ.

Eg utførte søk i ulike databasar, som PubMed, Medline, Evidence Based Nursing, Cochrane, Amed, CINAHL og SveMed+. Artiklane er har valt å inkludere er henta frå CINAHL og SveMed+. I søket var inklusjonskriteriet artiklar som inneheldt fulltekst med lenkjer. Eksklusjonskriteriet var artiklar eldre enn 10 år.

Eg valte å søke i CINAHL då den inneheld litteratur frå sjukepleie og andre fag som fysioterapi og ernæring (Thidemann, 2015, s. 85).

Søkeorda eg brukte var irritable bowel syndrome, ibs, focus grups, fodmap, coping, lived experience og irritable colon.

Eg nytta SveMed+ til søk då det er ein skandinavisk database som inneheld fag- og forskingsartiklar frå nordiske helsefaglege tidsskrift (Thidemann, 2015, s. 85). Søkeorda eg brukte var irritabel tarm syndrom og meistring.

Søk i CINAHL

10. januar 2017

Nr. søk	Søkeord/kombinasjonar	Avgrensing	Antall treff	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
S1	Irritable Bowel Syndrome		2.425		
S2	IBS		814		
S3	S1 OR S2		2.489		
S4	Fodmap diet		27		
S5	S3 AND S4	Fulltekst 2007-2017	2	2	1

Søk i CINAHL

Nr. søk	Søkeord/kombinasjonar	Avgrensing	Tal på treff	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
S1	Colon Irritable		17		
S2	Irritable Bowel Syndrome		2445		
S3	S1 and S2		2446		
S4	Lived Experience		4089		
S5	S3 and S4	Fulltekst 2007-2017	6	3	1
S6	IBS		823		

6. mars 2017

S7	S3 OR S6		2514		
S8	Coping		31606		
S9	S7 AND S8	Fulltekst 2007-2017	37	6	1

Søk i SveMed+
7. mars 2017

3.4. Metodekritikk

Under søk av litteratur gjennom databasar har eg heile vegen tenkt at det skal vera relevant ut frå problemstilling, samstundes som det skal vera oppdatert kunnskap. Slik har eg prøvd å finne relevant og nyast mogleg litteratur på området.

Under søk i databasar har eg ikkje fått så mange treff på relevant litteratur, då eg har brukt søkeord som har spissa utvalet inn ein del. Likevel har eg funne fire relevante og aktuelle artiklar eg opplever er med å svarer på problemstillinga. Hadde eg utvida søket ville eg nok fått fleire treff, men der igjen kanskje ikkje så relevante artiklar i forhold til problemstillinga.

Nr. søk	Søkeord/ kombinasjonar	Avgrensingar	Tal på treff	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
S1	Irritabel tarm syndrom		84		
S2	Mestring		1806		
S3	S1 and S2	Full tekst 2007-2017	1	1	1

Artiklane eg har funne er basert på to ulike metodar, kvalitativ og kvantitativ metode.

Kvantitativ metode går i breidda og gir oss informasjon gjennom målbare einingar, basert på tall. Datasamlinga blir henta inn via spørjeskjema, eller systematiske observasjonar. Gjennom

kvantitativ forskning ønskjer ein å formidle forklaringar. Kvalitativ metode går meir i djupna og skal gi oss informasjon om opplevingar gjennom intervju utan faste svaralternativ.

Gjennom kvalitativ forskning ønskjer ein å formidle forståing (Dalland, 2012, s. 112-113).

På kunnskapssenteret.no har eg henta sjekklister for å vurdere forskingsartiklane. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning er nytta til artiklane som er kvalitative, medan sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie (RCT) er nytta til artikkelen som er kvantitativ. Vurderingane er gjort ut i frå dei krava sjekklisterne stiller.

Studien *Learning about oneself through others: experiences of a groupbased patient education programme about irritable bowel syndrome* av Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B-M., og Nyhlin, H. (2012) har eg etter kritisk vurdering komme fram til er av god kvalitet. Formålet med studien er tydeleg formulert og val av kvalitativ metode er hensiktsmessig, då studien er ute etter å belyse erfaringar og opplevingar. Studien har ein grundig datasamling samt data analyse. Utvalet er hensiktsmessig for problemstillinga. Resultata kjem tydeleg fram, inndelt under ulike avsnitt etter tema. Artikkelen er vurdert relevant i forhold til sjukepleie, og resultata kan bli anvendt i praksis. Studien var frivillig, og godkjent av etisk forskingskomité.

Etter kritisk vurdering av studien *Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome* av Staudacher, H.M., Whelan, K., Irving, P.M., og Lomer, M.C.E. (2011) er den vurdert som av god kvalitet. Det er ein kvantitativ studie, der formålet er tydeleg presentert. Hensikta er baserer seg på samanlikning, dermed er kvantitativ metode eigna. Utvalet av kven som skulle følge ulike metodar var tilfeldig og begge gruppene innehaldt tilfeldig kjønn og alder. Gruppene fekk lik behandling i studien sett bort frå metoden dei skulle følge. Resultata er tydelege og konkrete, inndelt i kategoriar.

Studien *The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences* av Björkman, I., Dellenborg, L., Ringstöm, G., Simrén, M. og Ung, E.J. (2013) kan vurderast som god etter kritisk vurdering. Det er ein kvalitativ studie der hensikta er tydeleg og datasamlinga god. Resultata kjem godt fram og er tydelege, inndelt under ulike avsnitt. Studien er godkjent av etisk forskingskomité.

Studien er utført på pasientar innan spesialisthelsetenesta, der mange har store plagar.

Forskarane meiner resultatet dermed kan vera usikkert i forhold til pasientar innan

primærhelsetenesta eller andre ikkje er involvert i helsevesenet. Likevel vel eg å ta med studien då problemstillinga mi baserer seg på pasientar i kontakt spesialisthelsetenesta.

Kritisk vurdering av studien «*One sip won't do any harm...*»: *Temptation among women with inflammatory bowel disease / irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health* av Schneider, M. A., Jamieson, A., og Fletcher, P. C. (2009) resulterte i konklusjon om at studien var av god kvalitet. Formålet er tydeleg og klart, og kvalitativ studie er hensiktsmessig då målet er å belysa erfaring og oppleving. Deltakarane i studien var kvinner. Sjølv om det var få deltakarar i studien, har forskarane gått i djupna for å kartlegge deltakarane sine erfaringar. Metode og dataanalyse er beskrive tydeleg. Resultata er beskrive detaljert, godt inndelt innunder ulike overskrifter. Studien er relevant for sjukepleie då den gir innsikt i opplevingar, som er nødvendig å få innsikt i, for å kunne utøve personsentrert sjukepleie. Etisk forskingskomité har godkjent studien.

3.5. Forskingsetikk

Forskarar innan helsefag må utføre forskning på etisk forsvarleg måte, då det omfattar menneskjer (Christoffersen et al., 2015, s. 43). Forskingsetikk vil sei å ivareta personvernet og sikre tillita av forskingsresultata. Det vert nytta når ein har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjere (Dalland, 2012, s. 96). Forskingsetikk baserer seg på visjon om god forskning, der verdiar og normer skal vera med å bidra til å organisere og regulera den vitskapelege verksemda (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Når ein byrjar arbeide med eit systematisk litteraturstudie er det viktig å gjere etiske refleksjonar. Eksempelvis under val av artikkelar ein inkluderer i oppgåva, er det viktig å finne studiar som er godkjent av etisk forskingskomité (Forsberg og Wenström, 2013, s. 70).

Tre av artikkelen som er valt å ta med i denne oppgåva er godkjent av etisk forskingskomité. Den fjerde artikkelen er ikkje godkjent då det i studien står skrive at den ikkje hadde behov for etisk godkjenning, sidan målet var å evaluere kostrådstilbodet/effekt.

Gjennom denne oppgåva skal det heile vegen refererast til korrekt forfattar og nyttast korrekt kjeldetilvising. Dette for å vise kvar ein har henta kjeldene frå, samt unngå plagiat i oppgåva.

4.0. Resultat

4.1. Presentasjon av artiklar

Artikkel 1.

Learning about oneself through others: experiences of a groupbased patient education programme about irritable bowel syndrome av Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B-M., og Nyhlin, H. (2012).

Målet med denne kvalitative studien er å få innsikt i erfaringane til deltakarane i eit gruppebasert opplæringsprogram om IBS, og korleis denne opplæringa påverka dagleglivet til deltakarane. Studien vart utført i Sverige, og blei godkjent av lokal etisk forskingskomité. 31 deltakarar som hadde fått diagnosen IBS ut i frå Rome II kriteria fullførte studien. Informasjonen blei samla gjennom fokusgrupper etter deltakarane hadde vert gjennom opplæringsprogrammet. Funna indikerte læring gjennom å lytte til andre, dele erfaring, samt å observere. Å vera i lag med andre med liknande utfordringar førte til at deltakarane kjente tilhøyrse til ei trygg gruppe, der ein kunne prate om ting som elles i samfunnet oppfattast som tabu. Deltakarane fekk også heilskapleg forståing av IBS i forhold til kroppen, og ny innsikt i forståinga av kroppssignal, samt å handtere utfordrande situasjonar med større sjølvtilitt. For nokre få deltakarar vart opplæring i fellesskap meir belastande enn lærerikt. Studien konkluderer med at opplæringsprogram basert på å dele erfaringar samt tilføre kunnskap frå ulike fagprofesjonar førte til auka velvære i kvardagen til dei fleste deltakarane.

Artikkel 2.

Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome av Staudacher, H.M., Whelan, K., Irving, P.M., og Lomer, M.C.E. (2011)

Hensikta med denne kvantitative studien var å finne ut om kosthald med lavt innhald av FODMAP er effektivt for å redusere symptom hos pasientar med IBS, og samanlikne effekten av FODMAP redusert kosthald med nasjonale kostråd frå Storbritannia hos pasientar med IBS. Det var delt ut spørjeskjema til pasientar som hadde fått diagnosen IBS og som var blitt vise vidare for kostvegledning. Til saman var det 82 deltakarar, 39 fulgte standard kostråd og 43 fulgte kostråd basert på lavt inntak av FODMAP. Resultatet viste at pasientane som fekk

kostråd som reduserte inntak av FODMAP fekk større reduksjon i symptom enn dei som fekk standard kostråd. Konklusjonen er dermed at kosthald med lågt inntak av FODMAP verkar å vera meir effektivt enn standard kostråd, i reduksjon av symptom ved IBS.

Artikkel 3.

The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences av Björkman I., Dellenborg L., Ringstöm G., Simrén M. og Ung E.J. (2013)

Studien er kvalitativ, målet er å utforske innverknaden IBS har i kvardagen frå eit kjønnsperspektiv. Deltakarane var 19 pasientar diagnostisert med IBS ut frå Rome II kriteria. Studien vart utført i Sverige, og godkjent av regionalt etisk granskings panel på Universitetet i Gøteborg. Resultatet viser at kjønnsrollene kan føre ekstra lidning i forhold til IBS. Studien konkluderer med at opplevinga av å leva med IBS varierer mellom menn og kvinner ut frå samfunnets forventningar, livssituasjon og kjønnsidentitet.

Artikkel 4.

«One sip won't do any harm...»: Temptation among women with inflammatory bowel disease / irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health av Schneider M. A., Jamieson A., og Fletcher P. C. (2009)

Formålet med denne kvalitative studien var å utforske erfaringa unge kvinner mellom 18-23 år har angående å ta avgjersler om inntak av matvarer som ikkje er ein del av kostråda for IBS eller kronisk inflammatorisk tarmsjukdom, til tross for negative konsekvensar. Studien rekrutterte deltakarar via oppslagsplakatar og munnleg rekruttering på eit Canadisk universitet. Studien var etisk godkjent. Forskarane meinte denne måten å innhente deltakarar på ville bidra til at studien fekk deltakarar som mest truleg hadde god kunnskap på forskingsområdet og dermed ville bidra med nyttig informasjon. Deltakarane måtte også ha diagnosen irritable tarm syndrom eller kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Forskinga viste at kvinnene innimellom følte seg tvinga til å gi etter for freistingar utanom kostråda, sjølv om det førte til negative følgjer for helsa deira.

4.2. Samanfating av hovudfunn

Studien til Håkanson, Sahlberg-Blom, Ternestedt og Nyhlin (2012) viser at å læra i fellesskap med andre med liknande utfordringar førte til ei kjensle av tryggleik og bidrog til å prate om

ting som ein elles ikkje gjorde då det for mange oppfattast som tabu. Samstundes som det bidrog til auka kunnskap om heilskapen mellom kropp og sjukdom, som igjen kunne bidra til meistring. Nokre deltakarar opplevde ikkje fellesskapet som støttande, dei følte seg åleine med utfordringane sine.

Funna til Staudacher, Whelan, Irving og Lomer (2011) viser at pasientar som fekk kostråd basert på lågt inntak av FODMAP opplevde større reduksjon i symptom enn pasientar som fekk standard kostråd. Dermed verkar reduksjon i FODMAP tilsynelatande meir effektivt for beistring av symptom enn standard kostråd, og som ein viktig faktor for å oppnå meistring.

Björkman, Dellenborg, Ringstöm, Simrén og Ung (2013) si forskning kommer fram til at kjønnsroller påverkar opplevinga av å leva med IBS samt meistring av sjukdom, basert på samfunnet sine forventningar, livssituasjon og kjønnsidentitet.

Studien til Schneider, Jamieson og Fletcher (2009) viser at unge kvinner i enkelte situasjonar følar eit press til å konsumere mat/drikke som dei veit vil føre til auka symptom og ubehag. Dette av ulike grunner, blant anna å føle seg normal og passe inn.

5.0. Drøfting

Eg skal under dette punktet svare på problemstillinga i lys av resultat frå valte forskingsartiklar, Benner og Wrubel sin omsorgsteori, funn frå litteratur samt egne erfaringar. Problemstillinga eg ønskjer svar på er: «Korleis kan sjukepleiar på medisinsk poliklinikk bidra til oppleving av meistring hos pasientar med irritabel tarm syndrom?».

IBS er noko mange i befolkninga lever med, spesielt unge vaksne. Funna frå valt forskning kan indikere at mange har behov for kunnskap, oppleving av fellesskap og forståing frå menneskjer rundt ein, samt helsepersonell for å læra meistra sjukdommen.

5.1. Pasientens møte med helsevesenet

Björkman et al. (2013) har i sin studie komme fram til at mange pasientar opplev at helsepersonell dei oppsøker ikkje har nok kunnskap om symptoma dei opplev, og samanhengen desse kan ha til IBS. Pasienten føler dermed den må bli sin eigen ekspert. Pasientane opplevde å måtte arbeide for å ikkje bli bagatellisert av helsepersonell eller stempla med feil diagnose. Mistillita til helsepersonell førte til at mange pasientar ikkje hadde tillit til diagnosen dei fekk, og opplevde frykt for anna alvorleg mage-tarm sjukdom. I samsvar med Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sjukepleiar halde seg oppdatert på forskning og utvikling innan sitt fagområdet, samt anvende ny kunnskap i praksis. I følgje Eide og Eide (2007) trer ein som utøvar av sjukepleieprofesjon inn i ei rolle folk har forventingar til, eksempelvis utøving av verdiar som omsorg, respekt, kunnskap og kvalitet. Utøving av desse verdiane i praksis kallast kommunikasjonsetikk. Som sjukepleiar har ein i følgje Norsk Sjukepleiarforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) sjølv ansvar for at praksisen vert utført etisk forsvarleg.

I studien av Björkman et al. (2013) kom det fram at ei kvinne følte seg behandla som ubetydeleg innan helsevesenet. Ho oppsøkte fleire legar, men opplevde å få fortalt at ho måtte ta seg saman. Mange opplever å verta fortalt at symptoma er forårsaka av depresjon eller nervøsitet når dei oppsøker helsevesenet. Pasientar opplever at helsearbeidarar assosierer symptoma med dårleg livsstil og forslår tiltak som fysisk aktivitet for å endre dette. Tiltaka kan føre til betring som eksempelvis fysisk aktivitet, som er vist effektivt på IBS. Samtidig kan skyldnadane om dårleg livsstil føre til skyldfølelse, og pasientane opplev at dei er årsaka til symptoma. I samsvar med Benner og Wrubel skal sjukepleie bygge på forhold som er sentralt for kvart enkelt menneskje, og meininga dei legg i omstenda sine (Kristoffersen, 2011, s. 215).

I følgje Vifladd og Hopen (2004) er ei utfordring å flytta merksemda frå behandlaren si rolle, som er å skulle gjera nokon «frisk», til pasienten si sjølvforståing og eigen innsats. Ein kultur som står sterkt innan helsevesenet er behovet for å løysa akutte - her og no situasjonar, der ein får ei behandlerrolle. Det er viktig at helsepersonell også trer inn i ei pedagogisk rolle, der ein ser både mennesket og sjukdomen. Sjukepleiar må, i følgje Benner og Wrubel forstå og tilnærma seg pasienten på ein heilskapleg måte, der utgangspunktet er pasienten si oppleving. Dette baserer seg på at det er pasienten si eigen kjensle av helsesvikt, sjukdom eller tap som avgjer behovet for sjukepleie (Kristoffersen, 2011, s. 262).

Gjennom praksis har eg vert til stades når pasientar kjem til undersøking på medisinsk poliklinikk grunna plagar med mage-tarm. Fleire pasientar har fått diagnosen IBS av undersøkjande lege. Legen påpeikar at sjølv om IBS er plagsamt er det ikkje farleg. Ut frå erfaring verkar det tilsynelatande som mange pasientar er letta over ingen alvorlege funn, men samstundes forvirra over at det ikkje var oppdaga noko konkret, sidan kvardagen er prega av plagar. Sjukepleiar informerer pasienten om anbefalt kosthald, og tilbyr pasienten å delta på IBS-skule, der ein får vegleiing og informasjon av helsepersonell saman med andre pasientar i liknande situasjon. Erfaring tilseier at pasientar ikkje får særleg kunnskap frå helsepersonell om IBS etter å ha fått diagnosen. Dei som får tilbod om, og ønskjer delta på IBS-skule får meir informasjon og kunnskap, men først ei tid etter diagnosen er satt. I samsvar med Brinchmann (2005) er pasientautonomi ein viktig del av medisinsk etikk. Eksempelvis har pasientar rett til å få informasjon om helsetilstand og diagnose, samt om ulike høver som angår dei og deira livssituasjon. I følge Vifladt og Hopen (2004) er det viktig å gi pasientar viktig informasjon til rett tid. Pasientar har opplevd å få viktig informasjon i situasjonar der dei ikkje er mottakelege for å ta den til seg. Eksempelvis når ein nyleg har fått vite om diagnose. Dette førar til låg nytteeffekt av informasjonen som er formidla, og kunnskapen vert ikkje utnytta. Ut frå erfaring på poliklinikk kan det vera ein faktor til at lite informasjon blir gitt når pasienten nettopp har fått diagnosen. Likevel kan det tenkast at skriftleg informasjon som pasienten drar nytte av når den er mottakeleg for det, kan vera eit viktig tiltak. I følge Norsk Sjukepleiarforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sjukepleiar gi pasienten tilstrekkeleg samt tilpassa informasjon, og forsikre seg at informasjonen er forstått.

I følge Benner og Wrubel er sjukepleiars oppgåve å hjelpe menneskjer som opplev tap, liding og sjukdom til å meistre. Etter eit slikt møte med helsevesenet, som beskrive over, er det naturleg at pasienten opplever stress, då sjukdom i samsvar med Benner og Wrubel er ein faktor til stress. Pasienten er hamna i ein situasjon knytt til tap, sjukdom og utfordring (Kristoffersen, 2011, s. 215). Sjølv om pasienten har fått utelukka alvorlege tilstandar, har den likevel fått ein diagnose som den allereie opplev utfordringar knytt til. I følge Benner og Wrubel har eit menneskje behov for sjukepleie når livssituasjonen er endra, og ein ikkje fungerer tilstrekkeleg den nye situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 262-263). I følge Tveiten (2016) vil meistring sei å ha tilgang ressursar, kunnskap, ferdigheiter og utstyr, og vite korleis ein nyttar desse ressursane. Det oppstår behov for å meistre når ein vert utsett for belastningar, eksempelvis sjukdom. I møte med helsevesenet skal pasienten, i følge Norsk Sjukepleiarforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) bli møtt med sjukepleie som tar vare på

behovet for heilskapleg omsorg, samt underbygger håp, meistring og livsmot. I følgje Benner og Wrubel vil det, ved oppleving av helsesvikt påverke heile mennesket. Fleire faktorar i livet, som ein vanlegvis tar for gitt blir endra eller fell bort. Dermed vil tidlegare kunnskap og forståing ikkje vera tilstrekkeleg og mennesket er hamna i ein stressande og truande situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 263).

I samsvar med Schnor (2010) har kvaliteten på korleis ein blir møtt av helsevesenet ei viktig rolle i forhold til korleis er meistrar livet med kronisk sjukdom. Wifstad (2013) skriv at sjukepleie skal betre pasienten sitt funksjonsnivå på alle helserelevante området. Ein skal ut i frå etiske retningslinjer knytt til profesjonen utøve heilskapleg sjukepleie der ein ser heile pasienten og ikkje berre ein del eller eit organ. Innsikt i pasienten si subjektive oppleving av sjukdommen gir sjukepleiar auka kunnskap, som kan bidra til best mogleg utøving av heilskapleg sjukepleie. I følgje Tveiten (2016) kom det i ein studie fram at pasientar som opplevde sjukepleiarar som viste omsorg, forståing, hadde god tid og kjente til pasienten, bidrog til å fremja brukarmedverknad, medan sjukepleiarar som utstrålte travelheit og mangel på respekt bidrog til hemming av brukarmedverknaden. Pasientar opplev det vanskeleg å stille spørsmål til helsepersonell utan medisinsk fokus. Dei vil ikkje belaste med slikt, då dei har inntrykk av at den daglegdagse informasjonen ikkje kan måle seg med den faglege. Likevel er det viktig at pasienten får fortalt å beskrive erfaringar frå livet, nettopp fordi det er den kvardagen pasienten skal læra å meistra (Vifladt og Hopen, 2004, s. 23).

5.2. Oppleving av liding og tap

Studien til Björkman et al. (2013) konkluderer med at opplevinga av å leva med IBS er forskjellig mellom menn og kvinner. Basert på samfunnet sine forventningar, livssituasjon og tolkinga av kjønnsidentitetar. Helsepersonell sine kjønnsstereotypiar er med på å forverrar lidinga til menn og kvinner ramma av IBS. Det viser seg at kvinner opplever å bli bagatellisert med sjukdommen, medan menn opplever å bli ignorert grunna det er flest kvinner som blir ramma, og for mange blir IBS dermed sett på som eit kvinneleg helseproblem. I samsvar med Sneltvedt (2005) bygger yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar på menneskerettigheitene, der sjukepleie skal ytast med respekt og uavhengig av eksempelvis kjønn. I samsvar med Schnor (2010) er det mange faktorar som spelar inn på korleis eit menneskje meistrar livet og opplever livskvalitet med ein kronisk sjukdom.

Eksempelvis kjønn, alder, sosioøkonomisk status, familie og nettverk.

I følgje Norsk Sjukepleiarforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) har sjukepleiar ansvar for å praktisere helsefremjande. I samsvar med Benner og Wrubel er omsorg grunnlaget for sjukepleie som teneste. Omsorg i deira betydning vil sei å bry seg om noko, og det er først når eit menneskje bryr seg om noko at ein gir rom for meningsfulle måtar å meistre situasjonar på. Benner og Wrubel meiner at gjennom utøving av omsorg, vier ein person merksemd til noko utanfor ein sjølv, anten det er ein ting, situasjon eller andre menneskjer. Det kan føre til moglegheit til å danne mening og innhald i livet (Kirkevold, 1998, s. 200). I følgje Wifstad (2013) har helsearbeid som indre verdi å betre pasienten si helse. Likevel er ikkje alt helsearbeidarar gjer til det beste for pasienten, då ein ikkje alltid fokuserer på pasienten som ein heilskap. Ein viktig del av dagens helsearbeid beskriver Wifstad (2013) som å betre livskvaliteten til pasienten, derunder å meistre kvardagens utfordringar.

Under intervju i studien til Björkman et al. (2013) kom det fram at menn opplevde redusert meistring når plagene gjekk ut over arbeidsliv og fritidsaktivitetar. For kvinner var det å ikkje klare følgje opp barn, heim og familie som førte til redusert meistring. Kvinner kjente på skyldfølelse grunna dei ikkje klarte leva opp til deira kjære sine forventningar. Menn i studien opplevde seg unyttige og følte dei mista kontroll om dei måtte ta ut sjukemelding eller jobbe deltid. Slike kulturelle normer førar til lidning for menn og kvinner med IBS, då dei føler avvik frå kjønnsroller som femininitet og maskulinitet. Eigen erfaring viser at det for unge menn er yrkeslivet plagene med IBS går mest utover. Oppleving av lite støtte og forståing for plagene frå jobbhalld, førar til usikkerheit om openheit omkring sjukdommen, som igjen kan bidra til redusert oppleving av meistring. Av erfaring har dette ført til misforståingar og lite aksept kring sjukefråvær. I følgje Vifladt og Hopen (2004) må ein som er ramma av kronisk eller langvarig sjukdom heile vegen ta omsyn til diagnose, og leve med forhold som kan påverke livskvaliteten. Desse forholda kan vera både emosjonelle og praktiske utfordringar, og endring i samhandling med ulike relasjonar ein har rundt seg. For helsepersonell flest er fokuset på diagnose og sjukdom, med kunnskap om kropp. I liten grad får pasientar kunnskap om sinnet, til trass for at pasientar ofte opplev sterke emosjonelle reaksjonar, og er opptatt av dette. Vidare meiner Vifladt og Hopen (2004) det er viktig at helsepersonell har auka fokus på å informere pasientar ramma av sjukdom og deira pårørande om kva emosjonelle reaksjonar ein kan møte.

Forskinga til Björkman et al. (2013) konkluderer med at helsepersonell må ha ein personsentrert tilnærming til pasientar, med kjennskap til, og kunnskap om

kjønnsutfordringar. Det er viktig at sjukepleiar og anna helsepersonell har innsikt i pasienten sine verdiar, forståing, og sosiale kontekst, for å kunne danne ein god relasjon, som kan bidra til utvikling og fremming av pasienten si helse og meistring av livet. I følgje Kristoffersen (2011) er sjukepleiar sin veremåte samt handlingar viktig for både pasientar og pårørande, og det er difor viktig at sjukepleiar utøver faglege oppgåver på eit etisk grunnlag. Vidare meiner Björkman et al. (2013) det er viktig med fokus på bevisstheit rundt stereotypiar i sjukepleie utdanninga, for å kunne unngå å ha desse i møte med pasientar. I samsvar med Vifladt og Hopen (2004) har ein pasient har uttalt at det som skjer med kroppen, skjer også med livet.

I studien utført av Björkman et al. (2013) viser det seg at både kvinner og menn opplever at IBS går ut over samlivet deira. Eksempelvis opplevde ei kvinne forverring av symptom under samleie, og ho begynte dermed å unngå det. Fleire menn opplevde å ikkje ha hadde energi til samleie grunna fatigue. Dei prøvde kompensere for dette med å vera ekstra snill og kjærleg, og dei følte ikkje skyldfølelse, i motsetning til kvinnene. I følgje Vifladt og Hopen (2004) kan kronisk eller langvarig sjukdom på ulik måte påverke samliv og seksualitet, som kan vera årsak til frustrasjon og tap av livskvalitet. For mange pasientar kan det vera vanskeleg å stille spørsmål omkring samliv og seksualitet, og helsepersonell er ikkje alltid forberedt til å takle slike spørsmål. Som helsepersonell er det viktig å vera open for at pasientar kan stille slike spørsmål. Ein må takle spørsmåla på ein god måte, enten ved å svare på dei sjølv, eller formidle vidare til rett instans. Benner og Wrubel meiner sjukepleiar har ansvar for å hjelpe menneskjer, på ein slik måte at ein er i stand til å leva i samsvar med utfordringar knytt til sjukdom, liding og tap. Vidare meiner dei at sjukepleiar må tilnærma seg kvar einskild pasient med fokus på dei områda som gir meining for den enkelte å meistre (Kristoffersen, 2011, s. 262).

5.3. Behov for å vera «normal»

Studien til Schneider et al. (2009) viser fleire utfordringar knytt til å leva med IBS. Eksempelvis behov for å føle seg normal blant andre, når det gjeld inntak av ulike matvarer å drikker. Det kan verke som freistinga for å vera «normal» i enkelte situasjonar betyr meir enn å «kontrollere» symptoma. Det viser seg i studien til Schneider et al. (2009) at mange kvinner ikkje deltok i sosiale settingar, då dei følte frykt over å oppleve ulike symptom ute blant andre. Konsekvensen av dette valet var for mange redusert livskvalitet og oppleving av å ikkje

meistre sjukdommen. I samsvar med Tveiten (2016) ønskjer helsepersonell gjennom helsefremming å bidra til utvikling av kompetansen til pasienten, slik den sjølv kan halde ved like helse, livskvalitet og oppleve meistring. I følgje Benner og Wrubel er det viktig at sjukepleiar hjelper pasienten å meistre, i ein stressande situasjon der den opplev viktige element i livet som truga. Dette for å ivareta pasienten sine fundamentale verdiar, som står sentralt for å oppleve meistring (Kristoffersen, 2011, s. 215).

Å ha sjukdom i mage-tarm kanalen verkar å vera tabubelagt i mange settingar, det er gjerne da behovet for «normalitet» dukkar opp. I resultatata i studien utført av Björkman et al. (2013) kjem det fram at kvinner skammar seg meir over mage-tarm symptom som tarmgass og tarmlydar enn menn. Denne type symptom er i mange kulturar tabubelagt. I følgje Benner og Wrubel er det opplevinga eit menneskje har av sjukdom som står sentralt i sjukepleie. Det er først når ein opplever helsemessige endringar, som påverkar livet i vesentleg grad at eit menneske kan sjåast på som sjukt (Kirkevold, 1998, s. 203). I samsvar med Stubberud og Nilsen (2010) kan sjukdom i mage-tarm kanalen føre til plagar og ubehag som går ut over livskvalitet. Her er det viktig at sjukepleiar har kompetanse til å styrka pasienten sin oppleving meistring i forhold til å leva med kronisk sjukdom. For å kunne bidra styrkje denne opplevinga hos pasienten må sjukepleiar bli kjent med pasienten sine verdiar, altså det pasienten ønskjer å ivareta, verne om og arbeide for (Aadland, 1998, s. 123).

Studien til Schneider et al. (2009) peiker på ulike måtar helsevesenet kan hjelpe kvinner med IBS på, når det gjeld å ivareta helsa og å ta avgjerder rundt kosthald. Eksempelvis viser det seg at mange kvinner har behov for å føle seg normal, og at det behovet i enkelte situasjonar førar til slutningar som forverrar symptoma. Her er det viktig at sjukepleiar får innsikt i behovet, slik ein kan hjelpe til med å fremja meistring av sjukdomen. Den hjelpa kan innebera ulike tiltak, eksempelvis psykolog og støttegruppe. Norsk Sjukepleiarforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) seier at sjukepleiar skal underbygge håp og meistring hos pasienten. I følgje studien til Schneider et al. (2009) er det viktigaste å erkjenne at dette er eit problem for mange kvinner som lid av IBS. Erfaring frå praksis viser at eit tiltak for å hjelpe pasientar i å meistre symptoma forårsaka av IBS er på kosthaldsendring. Fleire pasientar gir tilbakemelding om oppleving av betring etter endring av kosthaldet. Studien utført av Staudacher et al. (2011) viser at pasientar som følger eit kosthald med lågt inntak av FODMAP opplever større reduksjon i symptoma forårsaka av IBS enn pasientar som følger standard kostråd for IBS. Fleire pasientar i gruppa med redusert FODMAP kost ønska

gjennomføre vidare endring i diett for å forbetre symptoma ytterlegare, sjølv om kosthaldsendringane allereie viste seg å vera effektive. Årsaka kan vera å oppleva meistring av sjukdommen, sidan kostråda var effektive, og at dette gav håp for vidareutvikling for betring av symptom.

5.4. Pasientens behov for informasjon og vegleiing

I studien utført av Håkanson et al. (2012) kom det gjennom gruppebasert pasientundervisning fram fleire mønster som bidrog til oppleving av meistring av IBS. Som å vera ein del av eit trygt fellesskap, læra om ein sjølv gjennom andre og forstå samt å kontrollera kroppen og sjukdommen som ein heilskap. I tillegg avslørte studien at nokre få deltakarar følte seg utanfor fellesskapet når dei deltok i denne type undervisning. I følgje Schnor (2012) har ein behov for tett samarbeid med helsepersonell når ein skal utvikle hensiktsmessig eigenomsorg. For at samarbeidet skal fungere er det behov for endring i den tradisjonelle pasientrolla. Pasient og pårørande kan ikkje lenger vera passive mottakarar av behandling og pleie, og helsepersonell veit ikkje nødvendigvis kva som er best for pasienten. Dette stiller nye krav til helsepersonell, pasient og pårørande. Ein forutsjånad for brukarmedverknad kan vera pasientinformasjon og pasientundervisning (Tveiten, 2016, s. 11).

Benner og Wrubel meiner fasen den som er sjuk er i, har betydning for innflytinga sjukdom har på mennesket. Dette vil vidare påverke moglegheita for meistring (Kirkevold, 1998, s. 205). I samsvar med Berge og Fjærstad (2016) har ein ulikt behov for å prate om sjukdom alt etter kva fase i sjukdommen ein er i. I følgje Eide og Eide (2007) er meistring ein prosess i bevegelse der pasienten beveger seg mellom ulike fasar. Eksempelvis mellom å opne og lukke seg, skyve unna og sleppe til, kaos og kontroll, forvirring og forståing, forsvare seg, miste grepet rundt situasjonen og å meistre. Vifladt og Hopen (2004) hevder helsepersonell må gå ut i frå pasienten sin helsetilstand og livssituasjon som ein viktig faktor i vegleiing og behandling. Sjukepleiar må saman med pasient få forståing for kva som kan fremje læring og meistring og kva som han hindre det.

I samsvar med Schnor (2010) rapporterer pasientar om oppleving av helsepersonell som verken er forberedt eller ønskjer å inngå samarbeid. I følgje Anderson og Funnel ligg problemet i at helsepersonell har som fokus å ta ansvar for å løysa pasienten sine problem

(Schnor, 2010, s. 203). I spesialisthelsetenestelova (2001) står det skrive at sjukehusa har fire hovudoppgåver, der den eine er opplæring av pasientar og pårørande. I samsvar med Eide og Eide (2007) treng pasientar hjelp til å meistre, samstundes er ein forutsjånad for meistring at det er pasienten som står i sentrum og utførar sjølv jobben. Meistring i samhandling med pasientar kan utfordre sjukepleiar sine kommunikasjonsferdigheiter, og krev at dei har kompetanse på området.

Det å føla seg som ein del av eit trygt fellesskap gjorde at deltakarane i studien til Håkanson et al. (2012) opplevde velbehag og var villige til å vera opne rundt opplevinga av sjukdommen. Dei vart oppmuntra til å fortelje om problem knytt til sjukdommen deira, noko som dei vanlegvis opplevde som tabubelagt og skamfullt å prate om. Å læra av andre sine erfaringar, når det gjeld å prøve seg fram for finne ut kva som har effekt for å meistre, har i følgje Vifladt og Hopen (2004) stor verdi for mange.

Eit anna mønster som kom fram i studien til Håkanson et al. (2012) var å forstå og kontrollere kroppen og sjukdommen som ein heilskap. Etter å ha gjennomført undervisninga fekk mange deltakarar meir innsikt i sjukdommen som ein del av livet, og kva ein sjølv kunne gjera for å handtera den. Eksempelvis pusteteknikkar for å meistre magesmerter og kostråd for å dempe symptom. Studien av Staudacher et al. (2011) viser at sjølv om standard kostråd til ein viss grad viser seg å vera effektive, vil FODMAP reduserte kostråd gitt av opplært helsepersonell tilsynelatande vera meir symptomreducerande. Studien til Håkanson et al. (2012) påpeikte at auka kunnskap om samanhengen mellom kroppen og IBS førte til større sjølvtilitt hos mange pasientar, og dei blei betre på å anvende meistringsstrategiar samt å handtere utfordrande situasjonar meir avdramatisert.

I studien til Håkanson et al. (2012) var det å læra gjennom andre ein viktig faktor for meistring. Ved å lytta til andre sine historier gjenkjente deltakarane sine tankar, følelsar og handlingar. Dette var med å styrke sjølvbilete, samt å finne nye meistringsstrategiar. Å oppdage at det var andre som hadde større lidingar var noko som var betydingsfullt for fleire pasientar, då dei synes mindre synd på seg sjølv. Deltakarane opplevde det hjelpande å høyra om andre som meistra sjukdomsrelaterte utfordringar knytt til sosiale situasjonar og jobb. Menneskjer med kronisk sjukdom har uttalt: «Det er enklere å være rar blant rare (andre med samme sykdom), enn å være rar blant normale» (Vifladt og Hopen, 2004, s. 6).

Nokre av deltakarane i studien til Håkanson et al. (2012) opplevde ikkje gruppebasert undervisning som positivt. Dei kjente seg ikkje igjen i sjukdomserfaringane til andre, og følte

seg aleine med enkelte symptom eller opplevde å vera mest plaga. Desse pasientane opplevde ikkje gruppa som eit støttande fellesskap, i staden vart byrda av å vera annleis større.

Likevel bidrog undervisninga til å ville lære meir og ta ytterlegare kontakt med helsevesenet. I studien Håkanson et. al (2012) var pasientane i individuelt møte med sjukepleiar i forkant av undervisninga. Forskarane i studien meiner dette møte kan vera nyttig for å kartlegge om pasientar passar i gruppebasert undervisning, eventuelt kva gruppe. Slik kan ein sette saman grupper med tilsynelatande same behov, som igjen kan redusere risikoen for å føle seg utanfor. Brinchmann (2005) skriv at pasientar har rett til å ta autonome avgjerder, når det gjeld forhold som angår deira livssituasjon. Det er difor viktig at helsepersonell saman med pasient finn alternative tilbod, også til dei som ikkje ønskjer gruppebasert undervisning.

I samsvar med Schnor (2010) er auka fokus på eigenomsorg ikkje hensiktsmessig for alle pasientar. Nokre menneskjer som lev med kronisk sjukdom har ikkje overskot til å skulle utvikle eigenomsorg. I følgje Vifladt og Hopen (2004) kan forventningar, på ei side vera positive når dei lar seg gjennomføra, på ei anna sida kan dei vera stressande og tyngande når ein ikkje klare leva opp til dei. Det er viktig å ha tilbod til pasientar som ikkje er i stand til å utvikle hensiktsmessig eigenomsorg. I følgje Benner og Wrubel vil behandling av sjukdom få redusert effekt og auka lidning, dersom behandlinga som vert utøvd for å skape meistring, ikkje korrelerer med pasienten si forståing av eigen sjukdom. Difor er det viktig at sjukepleiar tar utgangspunkt i pasienten si oppleving av sjukdommen, for å få innsikt i den si forståing (Kristoffersen, 2011, s. 263).

Deltakarane i studien til Håkanson et al. (2012) beskreib sjukepleiar som ein viktig del av pasient undervisninga. Sjukepleiaren var ein del av dei, roleg, samstundes som dei følte dei kunne fortelje og spørje ho om kva som helst og likevel bli møtt med forståing. I samsvar med Schnor (2010) er det meir vanleg med poliklinisk behandling enn tidlegare. Etter å ha gjennomført eit slikt gruppebasert pasientundervisningsprogram vil det ifølgje Håkanson et al. (2012) kunne vera viktig å legge til rette for at pasientar kan ha ein kontinuerleg kontakt med sjukepleiar i poliklinikk, slik at pasientar som ikkje opplever å meistre sjukdommen i kvardagen etter undervisninga, får eit tilbod vidare. Ut frå eigen erfaring er konsultasjon med sjukepleiar eit tilbod til pasientane etter deltaking på IBS skule.

Mange av kvinnene i studien av Schneider et al. (2009) hadde i sosiale settingar behov for å vera «normal» og gav etter for freistingar, sjølv om dei viste det førte med seg forverring av symptom. Studien til Schneider et al. (2009) viser også at fleire av kvinnene angrar i etterkant,

og blir frustrert over at dei ikkje lærte noko sist gang dei gjorde det same. I følgje Schnor (2010) opplev pasientar med kronisk sjukdom på ein side behov for å læra om sjukdomen, behandling og symptom, slik at dei kan vera uavhengige og sjølvstendige. På ei anna side har dei periodevis behov for å gå inn i sjukerolla, der dei kan fråskrive seg ansvar. Stundom får dei også behov for å ikkje føle seg sjuke, utan sjukdomsidentitet. I samsvar med Tveiten (2016) må ein som sjukepleiar huske at pasientar og pårørande kan ha problem dei treng hjelp til å løyse, og har behov for at nokon løyser desse problema for dei. Sjølv om meistring og ressursar har aukande fokus, er det også viktig at sjukepleiar ser at pasienten kan oppleve utfordringar som eit problem, som ein med eigne ressursar ikkje nødvendigvis klarar å meistre. I samsvar med Benner og Wrubel er sjukepleie ein viktig faktor i prosessen mot å tileigne seg ny kunnskap og ferdigheiter, for å kunne meistre sjukdommen (Kristoffersen, 2011, s. 263).

IBS er på mange måtar ei lidning som er utfordrande. Vegen mot å meistre sjukdommen kan ha mange hinder. Utfordringane ved IBS varierer frå person til person, noko som gjer at kvar enkelt har behov for å få personsentrert heilskapleg helseteneste. Likevel finnes det tydelege fellestrekk på vegen mot meistring. Alle har behov for å bli tatt på alvor, få tilpassa kunnskap, informasjon og vegleiing samt god oppfølging i møte med helsepersonell for å meistre kvardagens utfordringar med IBS.

6.0. Avslutning

Formålet med oppgåva var å sjå på korleis sjukepleiar på medisinsk poliklinikk kan bidra til oppleving av meistring hos pasientar med IBS. Tilpassa informasjon og vegleiing, danne trygg og god relasjon, få innsikt i den sine behov, lytte, ta på alvor, gi heilskapleg sjukepleie og å bidra til kunnskap for auka eigenomsorg viser seg å vera viktige element for at sjukepleiar skal kunne bidra til oppleving av meistring hos pasienten.

Auka forskning og fokus vidare på IBS vil kunne føre til at menneskjer med IBS blir møtt med meir respekt av helsevesenet, får kunnskap om lidinga enda tidlegare og møter meir forståing i samfunnet.

Referanseliste

- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). *Lev godt med sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Björkman, I., Dellenborg, L., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2014). The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(6), 1334-1343. doi:10.1111/jan.12294
- Brinchmann, E. S. (2005). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikkje skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (1.utg., s. 74-87). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015, 12. august). *Hva er forskningsetikk?* Henta 21. mars 2017 frå <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- El-Salhy, M. (2016). Diet in the pathophysiology and managment of irritable bowel syndrome. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 83(9), 663-664. Doi: 10.3949/ccjm.83a.16019
- El-Salhy, M., Hatlebakk, J.G., & Hausken, T. (2015). *Lev godt med irritabel tarm*. Stord: Zaki Publishing House AS
- El-Salhy, M., Hausken, T., Gilja, O.H., & Hatlebakk, J.G. (2016). The possible role of gastrointestinal endocrine cells in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 11:2, 139-148. Doi: 10.1080/17474124.2017.1269601
- El-Salhy, M., Gundersen, D., Hatlebakk, J.G., & Hausken, T. (2014). *Irritable Bowel Syndrome – Diagnosis, Pathogenesis and Treatment Options*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- El-Salhy, M. (2012). Irritable bowel syndrome: diagnosis and pathogenesis. *World J Gastroenterol*, 18(37), 5151-5163. Doi: 10.3748/wjg.v18.i37.5151
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur
- Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B. M., & Nyhlin, H. (2012). Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 738-46. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00990.x>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

- Kristoffersen, N.J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (u.å.). *Irritabel tarm-syndrom (IBS)*. [Brosjyre]. Gjøvik: Marlendal Offsettrykkeri AS
- Longva, M., D. (2013). Irritabel tarm og matintoleranse – en pasienthistorie. *Frisk og Funksjonell*. Henta frå <http://www.friskogfunksjonell.no/irritabel-tarm-og-matintoleranse-en-pasienthistorie/>
- Norsk helseinformatikk. (2014, 14.mai). *Å dele en krise i livet – Mestring*. Henta 11.januar 2017 frå <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kreft/mestring-1882.html>
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Henta 26. april 2017 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Schneider, M., Jamieson, A., & Fletcher, P. (2009). 'One sip won't do any harm . . .': temptation among women with inflammatory bowel disease/irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health. *International Journal Of Nursing Practice*, 15(2), 80-90. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01729.x
- Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (1.utg., s. 88-101). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spesialisthelsetenestelova. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3
- Staudacher, H. M., Whelan, K., Irving, P. M., & Lomer, M. E. (2011). Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *Journal Of Human Nutrition & Dietetics*, 24(5), 487-495. doi:10.1111/j.1365-277X.2011.01162.x

- Stubberud, D.G., & Nilsen, C. (2010). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4.utg., s. 431-452). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk – pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Vifladt, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Oslo: Valdres Trykkeri
- Waldum, H.L. (2002). Legemiddelbehandling av irritable tarm-syndrom. *Tidsskriftet Den norske legeförening*, (4)122:401-2, 10. februar 2002. Henta frå <http://tidsskriftet.no/2002/02/legemidler-i-praksis/legemiddelbehandling-av-irritabel-tarm-syndrom>
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
<p>Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B.-M., og Nyhlin, H. (2012)</p> <p><i>Learning about oneself through others: experiences of a groupbased patient education programme about irritable bowel syndrome</i></p>	<p>Å få innsikt i pasientar si oppleving av å delta på eit tverrfagleg gruppebasert pasientopplæringsprogram om IBS. Og korleis opplæringa påverka pasientane i kvardagslivet i etterkant.</p>	<p>Kvalitativ metode, der det blei utført fokusgruppe intervju 2-4 månader etter deltaking i opplæringsprogrammet. På intervjuar var det med ein ordstyrar som stilte spørsmål og oppfordra deltakarane til dialog og ein assistent som tok notat.</p>	<p>Til saman var det 31 deltakarar i undersøkinga. Deltakarane var mellom 22 og 71 år, og måtte ha fått diagnosen IBS får å kunne delta.</p>	<p>Funna frå studien kom fram til fire mønster: å vera del av eit trygt fellesskap, lære om ein sjølv gjennom andre, forstå og kontrollere kroppen og sjukdomen som ein heilskap og å føle seg på utsida av fellesskapet.</p>
<p>Staudacher, H.M., Whelan, K., Irving, P.M., og Lomer, M.C.E. (2011)</p> <p><i>Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome</i></p>	<p>Målet var å samanlikna symptomreduksjon hos pasientar med IBS, etter å ha følgd ulike kosthald. Eit kosthald baserte seg på redusert inntak av FODMAP og eit kosthald baserte seg på standard kostråd for IBS.</p>	<p>Studien er kvantitativ, og baserer seg på samanlikning. Deltakarane fekk utdelt spørjeskjema som omhandla endring i symptom forårsaka av IBS.</p>	<p>Alle deltakarane hadde i forkant fått diagnosen IBS, og var no vist vidare for kostråd. Til saman var det 82 deltakarar i studien. 39 følgde standard kostråd, medan 43 følgde kostråd basert på redusert FODMAP.</p>	<p>Resultata viste at totalt sett var deltakarar som følgde FODMAP redusert kost meir tilfreds med reduksjon i symptom, enn standard kostråd gruppa. Prosentvis symptomreduksjon i dei ulike gruppene viste 76% reduksjon hos FODMAP gruppa og 54% reduksjon hos standard kostråd gruppa.</p>

<p>Björkman, I., Dellenborg, L., Ringstöm, G., Simrén, M. og Ung, E.J. (2013)</p> <p><i>The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences</i></p>	<p>Å utforske innverknaden IBS har i kvardagen, ut frå eit kjønnsperspektiv.</p>	<p>Kvalitativ metode, der det blei utført intervju med deltakarane, både individuelt og i grupper. Lydopptak blei gjort av samtalanene, dette for å kopiere intervjuet ordrett.</p>	<p>Av 60 pasientar som hadde fått diagnosen IBS ut frå Rome II kriteria valte 19 å delta i undersøkinga. 10 menn og 9 kvinner i alderen 30-79 år. Deltakarane representerte ulike grupper i samfunnet, der nokre var tilsette i ulike jobbar, nokre var pensjonert andre stod utan jobb.</p>	<p>Resultata kom fram til at opplevinga av ein kvardagen med IBS var ulik mellom menn og kvinner. Dette basert på samfunnet sine forventningar, livssituasjon og kjønnsidentitet.</p>
<p>Schneider, M. A., Jamieson, A., og Fletcher, P. C. (2009)</p> <p><i>«One sip won't do any harm...»: Temptation among women with inflammatory bowel disease / irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health</i></p>	<p>Formålet med studien var å få innsikt i utfordringar unge kvinner med IBS og kronisk inflammatorisk tarmsjukdom opplevde i forhold til avgjersler kring kosthald.</p>	<p>Kvalitativ studie der deltakarane først utfylte skjema med bakgrunnsinformasjon, så skreiv deltakarane kostdagbok i 14 dagar, som også inkluderte dokumentasjon av medikament og symptom. Etter dette blei det utført semistrukturerte intervju med bakgrunn i spørjeskjema og kostdagboka. Intervjua blei filma, for å sikre nøyaktig og ordrett informasjon vidare.</p>	<p>Åtte kvinner, mellom 18-23 år deltok i undersøkinga. Alle hadde fått diagnose av kvalifisert helsepersonell før studien.</p>	<p>Funna viste at kvinnene til tider følte dei «måtte» gi etter for freistingar som ikkje inngjekk i kosthaldet, basert på sjukdommen. Dette til tross for at dei viste det ville føre til negative konsekvensar for helsa deira.</p>