



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 414

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9931

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 68

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere ivareta pasienter med irritabel tarm syndrom

How can nurses safeguard patients with irritable bowel syndrome.

**Kandidatnummer: 414**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24/05- 2019

## Abstract

**Title:** How can nurses safeguard patients with irritable bowel syndrome.

**Background:** Irritable bowel syndrome (IBS) affects around 8 % of the population, and leads to a number of challenges that a person might need help to handle.

**Problem for dicussion:** How can nurses help patients who receive follow-up for IBS at hospitals to cope living with irritable bowel syndrome?

**Purpose:** The aim of this task is to increase the knowledge of how nurses can help patients coping life with irritable bowel syndrome.

**Methods:** In this assignment the method used is a literature study. To answer the problem for discussion I have used scitific literature and relevant research.

**Findings:** Findings shows that nurses are important and central in the process to coping with the disease. The patient are in need of nurses who see their overall problems, and nurses who give care that is based on those problems.

**Coclusion:** It is important to have correct knowledge in order to safeguard the patient properly, and help him/her towards control. The studies I have concluded shows that there is need of more focus towards people suffering from IBS. Keywords here are increased respect towards the patient and updated knowledge. These things are necessary so that the patient can feel properly cared for. One can make it easier to live with the sickness by giving the patient easier access to facilities and knowledge.

**Key words:** IBS, coping, nursing

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Formulering av problemstilling.....	2
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3 Disposisjon av oppgaven	
2.0 Teori.....	2
2.1 Irritabel tarm syndrom.....	3
2.2 Å leve med en kronisk sykdom.....	5
2.3 Mestring.....	6
2.4 Patricia Benner og Judith Wruble.....	6
2.4.1 Syn på mennesket.....	7
2.4.2 Stress og mestring.....	7
2.4.3 Syn på sykepleie.....	8
2.5 Helsepedagogikk.....	8
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudiet som metode.....	10
3.2 Litteratursøk.....	10
Tabell 1- Pico.....	11
3.3 Eksklusjons og inklusjonskriterier.....	11
3.4 Analyse og sammenfatning.....	12
3.4 Kildekritikk.....	12
4.0 Resultat.....	13
Artikkel 1.....	13
Artikkel 2.....	14
Artikkel 3.....	15
Artikkel 4.....	16
5.0 Drøfting.....	17
5.1 Det viktige møte mellom pasienten og helsepersonell.....	18
5.2 Hva er viktig for å oppnå mestring?.....	21
5.3 Sammenhengen mellom stress og mestring.....	23
5.4 Sykepleierens rolle ovenfor pasienten i forhold til informasjon og veiledning....	25
6.0 Konklusjon.....	27
7.0 Referanseliste.....	28
Vedlegg 1, Søkene for litteratur / Søkehistorikk.....	31
Vedlegg 2, Litteratormatrise.....	32
Vedlegg 3, Flytdiagram.....	34

## 1.0 Innledning

Som inkludert i de 8 prosentene (Bach- Gansmo & Ørn 2016, s. 280) av den Norske befolkningen som oppfyller kravene for tilstanden irritabel tarm- syndrom, vet jeg hvilke begrensninger og hindringer denne kroniske sykdommen kan skape i hverdagen. Irritabel tarm- syndrom eller IBS (Irritable bowel syndrome) er en stadig mer utbredt mage- tarm lidelse. Tilstanden ses hyppigere hos kvinner enn hos menn, og vanligste alder ved debut er 20- 50 år (Waldum, H. 2002). Ved min sykehuspraksis på avdeling for Gastro- medisinske lidelser møtte jeg utallige pasienter som hadde et mage og tarm- problem. utfordringer for denne pasientgruppen er magesmerter, luftavgang, hyppig avføring og treg fordøyelse. Diagnosen IBS baseres på anamnese, klinisk undersøkelse, normale blodprøver og at pasienten har normale forhold ved undersøkelse av tykktarmen (Waldum, H. 2002). Menneskene som lider av denne sykdommen må til stadighet tåle disse plagsomme symptomene, og disse plagene kan bli så store at det vil kunne gå utover livskvaliteten til pasienten (Helsebiblioteket, 2017).

Syndromet er kronisk, og tilstanden vil kunne gå utover arbeidslivet, det sosiale livet og hverdagen generelt. Mat kan bli en trigger, og det samme kan stress bli. For noen kan det å leve med IBS oppleves som en krise. En krise kan forklares som et avgjørende vendepunkt i livet eller en plutselig forandring som oppleves som en vanskelig situasjon å befinne seg i (Gundersen, D, 2018). Det finnes ingen spesifikk oppskrift på hvordan en krise kan mestres. Til tross for at vi er mennesker reagerer følelsesmessig nokså likt i det vi blir stilt ovenfor plutselige påkjenninger, er vi alle ulike ut fra vår forhistorie, våre erfaringer og kunnskaper (Nhi, 2014). Som sykepleier er det viktig å møte pasienten der han er. Det er viktig å ha god kunnskap omkring sykdommen, og behandlingsalternativer som kan bedre symptomene. For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten til en opplevelse av mestring forutsetter dette også en vilje og evne til å fokusere på vedkommendes ressurser og muligheter. En skal bidra til tilpasning i den situasjonen han er i og må leve med videre (Eide & Eide, 2007 s. 29-30).

Å ha problemer med fordøyelsen er vanskelig og kan for noen være et pinlig tema. Jeg ønsker å rette fokuset mot IBS og bidra til en økt kunnskap og forståelse om denne tilstanden, slik at vi som sykepleiere og andre som har et forhold til sykdommen kan bli en ressurs for

pasienter til en opplevelse av mestring. Personlig ønsker jeg å utvide min kunnskap rundt sykdommen slik at jeg som fremtidig sykepleier vil kunne formidle relevant og nyttig kunnskap om sykdommen og tiltak som kan føre til mestring, som igjen vil bidra til økt livskvalitet hos fremtidige pasienter jeg vil møte i min yrkeskarriere.

### 1.1 Formulering av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som får oppfølging for IBS ved sykehus opplever mestring av sykdommen?

### 1.2 Problemstilling med avgrensning

Pasientgruppen jeg har valgt å rette fokuset mot er pasienter med IBS. Dette gjelder de som har en nyoppdaget sykdommen, men også de som har hatt diagnosen over lenger tid. Dette vil kunne gi en oversikt over hvordan pasienter med nyoppdaget sykdom kontra de som har erfaring med sykdommen takler utfordringene. Oppgaven omhandler pasienter som er i eller har vært i kontakt med sykepleiere som innlagt pasient på sykehus i forbindelse med diagnosen irritable tarm syndrom. I følge Knutstad (2016 s. 286) er det flest kvinner som blir diagnostisert med den aktuelle sykdommen, men jeg ønsker allikevel ikke å ekskludere menn fra denne oppgaven.

### 1.3 Disposisjon av oppgaven

I den første delen av oppgaven vil jeg presentere utvalgt teori, som vil være aktuell for helheten av oppgaven, og som vil være nyttig for å kunne besvare problemstillingen. I den neste delen av oppgaven vil metodekapittelet bli presentert, elementene som inngår i denne delen er: Litteraturstudie som metode, fremgangsmåte for søk, grunnlag for bruk av annen litteratur, samt analyse sammenfatning og kildekritikk. Søkehistorikk, litteraturmatrise og flytdiagram blir presentert i nummererte vedlegg, se innholdsfortegnelse. Drøftingsdelen av oppgaven vil omhandle hva forskning og litteratur sier om problemstillingen, og hvordan sykepleiere kan anvende kunnskapen i sitt arbeid videre. Oppgaven avsluttes med en konklusjon om hvordan og hvor vidt jeg har klart å svare på problemstillingen jeg har bygd denne oppgaven på.

## 2.0 Teori

### 2.1 Irritabel tarm syndrom

Irritabel tarm- syndrom (irritable bowel syndrome, IBS) er en fellesbetegnelse for plager som har med tarm, mage og fordøyelse å gjøre (Helsenorge, 2017). Det er en stadig mer utbredt tarmlidelse som kjennetegnes av magesmerter og oppblåsthet knyttet til et forstyrret avføringsmønster, med vekslende grad av diarè og forstoppelse (Knustad, 2016, s. 286). En befolkningsundersøkelse i Norge viste at 8 % av alle voksne fyller de diagnostiske kriteriene for denne tilstanden. Syndromet kan ses i alle aldre, men noe hyppigere hos kvinner (Bach- Gansmo & Ørn 2016, s. 280). Personer med IBS kan ha magebesvær, selv om alle undersøkelser og prøver indikerer at kroppen er helt frisk (Helsenorge, 2017). Selv om symptomene er svært plagsomme, er ikke IBS en alvorlig sykdom i seg selv. Derimot kan IBS redusere livskvaliteten betraktelig (helsebiblioteket, 2017).

Det er vanskelig å nøyaktig fastslå hva som forårsaker syndromet, men det viser seg at flere faktorer kan være innblandet i utviklingen, der av: Arvelighet, kosthold, lav grad av inflammasjon eller unormale hormonproduserendeceller i tarm og tykktarmsbakterier (helsebiblioteket, 2017). Det finnes ingen støtte for at psykologiske faktorer som depresjon eller angst påvirker forløpet eller forekomsten av IBS, derimot er det påvist at en faktor som kan forverre symptomene er stress. Med dette menes det ikke at IBS kun sitter i hodet eller at det er en innbilt forestilling av forverrelse (Helsebiblioteket, 2017).

Tarmen og hjernen er tett forbundet gjennom signalveier i begge retninger, som inkluderer både nerver og hormoner. Sanseinformasjon som skapes i tarmen, når opp til hjernen og hjernen sender så signaler tilbake til tarmen for å justere tarmens funksjon, og slik kommer tarmreaksjonene til uttrykk. Denne kunnskapen om forbindelsen mellom hjernen og tarmen har utviklet begrepet ”Mage- hjerne- aksen” (Mayer, 2016, s.21). Bak dette begrepet forekommer det forskning på at fordøyelsessystemet er svært betydningsfullt, og ikke minst mer komplekst enn tidligere antatt. Denne forbindelsen er sterk i form av komplekse anatomiske forbindelser mellom hjernen og tarmen (Mayer, 2016, s. 21). Ved stress iverksetter hjernen en reaksjon som skal optimalisere mennesket. Denne såkalte kjemiske bryteren som igangsetter stressreaksjonen, er hormonet CRF. Stressfremkalt CRF i hjernen forbinder seg med stresshormonene kortisol og noradrenalin, som dermed vil øke sitt nivå i



kroppen. Denne prosessen stimulerer til en stressfremkalt reaksjon i tarmen som vil ha innvirkning på sammensetningen og aktiviteten i tarmen (Mayer, 2016, s. 45). Denne tette samhandlingen mellom hjernen og tarmen spiller altså en helt avgjørende rolle for mennesket både når det gjelder i form av å skape emosjoner, men også for å kunne tilfredsstille til en optimal tarmfunksjon (Mayer, 2016, s. 24).

Leger regner IBS som en eksklusjonsdiagnose. Det betyr at andre tilstander må utelukkes før man kan stille diagnosen (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2018). Diagnosen stilles etter internasjonalt aksepterte konsensuskriterier, som har fått navnet Rome II kriteriene. Disse kriteriene innebærer at: Pasienten skal være plaget med tilbakevendende magesmerter med en varighet på minst seks måneder. I tillegg skal smertene ha vært til stede minimum en dag per. uke de siste tre måneder. Samtidig må smertene være forbundet med minst to av følgende kriterier: Relatert til defekasjon, forbundet med endret avføringsfrekvens eller assosiert med endring av avføringens utseende (legemiddelhåndboka, 2017).

Det som er viktig for denne pasientgruppen er at de blir tatt på alvor og grundig utredet, slik at man kan forsikre seg om at man ikke lider av andre og mer akutte og alvorlige sykdommer i tarmen (Knutstad, 2016, s. 286). Denne utredelsen går ut på å se på den samlede sykehistorien til pasienten. De ulike undersøkelsene som en bruker for utelukkelse av andre sykdommer er blodprøver, avføringsprøver, og i de aller fleste tilfeller gastroskopi og/ eller koloskopi (Helsebiblioteket, 2017).

Det er mye man kan gjøre for å redusere symptomene på IBS for å forbedre sin livskvalitet. Regelmessighet og rutiner er nøkkelord som er essensielle for en optimal tarmfunksjon. Dette gjelder i forhold til måltider, fysisk aktivitet, toalettvaner og søvn (Landsforeningen for fordøyelsessykdommer, 2018). Behandlingsalternativer ved sykdommen er i hovedsak legemidler, manipulasjon av tarmfloraen gjennom probiotika eller fekal mikrobiotatransplantasjon, men foreløpig vet en lite om hvordan tarmfloraen faktisk påvirkes ved forsøk på å endre den, og om hvilke konsekvenser dette kan ha. Kognitiv adferdsterapi kan være til hjelp for å mestre symptomene hos noen pasienter (Landsforeningen for fordøyelsessykdommer, 2018). De fleste personer med IBS opplever at symptomene ofte kan ha en sammenheng med kostholdet. Store endringer bør ikke iverksettes på egenhånd, da

utredning av matoverfølsomhet er en legeoppgave (landsforeningen for fordøyelsessykdommer, 2018).

I de senere år har det blitt publisert en rekke studier som viser at plagene ved IBS kan lindres ved å redusere inntaket av noen former for tungt fordøyelige karbohydrater. Disse karbohydratene har fått navnet FODMAP. Matvarer med et høyt innhold av FODMAP har vist seg å kunne gi økte symptomer hos personer med irritabel tarm syndrom. Symptomlindring kan derfor oppleves ved et redusert inntak av disse karbohydratene (Helsebergen, 2016). Sammen med ansvarlig lege kan pasienten starte opp med en lav- FODMAP diett, som kan føre til symptomlindring (Helsebiblioteket, 2017).

## 2.2 Å leve med en kronisk sykdom

Noen vil beskrive en kronisk sykdom som en gjest som verken er invitert, ønsket eller velkommen, men som er der uansett. Noen ganger vil nærværet merkes, andre ganger ikke. Allikevel sitter man med usikkerheten rundt at han alltid kan dukke opp, noe som er med på å gjøre hverdagen vanskelig (Fjerstad, E & Stene, J. 2007).

Når et menneske rammes av en kronisk sykdom, vil livet kunne endre seg på svært mange områder. Hyppig kontakt med helsevesenet er kun en av mange omstillinger den kronisk syke må tilvenne seg. Helsepersonellet vil bli en helt ny og viktig brikke i den kronisk sykes tilværelse. Sykdommen vil gripe inn i dagliglivets rutiner og kan sette nye betingelser for livsutfoldelse, både når det kommer til privatliv og arbeidsliv (Gjengedal & Hansestad, 2007, s.10).

Som rammet av IBS, vil en måtte takle utfordringer i hverdagen knyttet til forandret eliminasjon, endret matsituasjonen, uforutsigbarhet og smerter. Dette kan bli utfordrende og kan få konsekvenser for den som er syk, men også for familie og venner (Gjengedal & Hansestad, 2007, s.10). Nærværet av kronisk sykdom og i dette tilfellet IBS vil føre med seg begrensninger som kan gå kraftig utover hverdagen. Symptombehandling er derfor svært viktig og nødvendig for å kunne leve nærmest mulig ”det normale”, og for å unngå begrensninger som denne sykdommen kan føre til i hverdagen.

### 2.3 Mestring

I følge Eide & Eide (2017, s. 48) følger ikke mestring på forhånd et konstant mønster, men er knyttet til selve personen som har som mål å oppnå mestring. Vi vil alle ha ulike måter å mestre situasjoner på, selv om sykdommen i dette tilfellet er den samme. Videre beskriver forfatterne at mestring består av komplekse prosesser knyttet endringer i livet en tidligere har levd og er vant med. Selv om det ikke finnes noen entydig og gjennomgående definisjon av mestringsbegrepet, kan man allikevel se at det i litteraturen generelt legges vekt på at begrepet omhandler fysiske eller psykisk påkjenninger som fremkaller ulike og individuelle følelser, tanker og handlinger. Motivasjon, både indre og ytre er viktig for å kunne oppnå den forandringen man ønsker. En annen fellesnevner for mestringsbegrepet er at det opparbeides individuelle strategier for å tolerere, beherske og redusere påkjenninger.

Når en pasient oppsøker helsevesenet i det han har behov for hjelp til mestring, er det viktig at personen selv er den som utfører mestringsarbeidet og er hovedpersonen i selve prosessen. Helsepersonellet skal altså ikke ta styringen. Helsepersonellets oppgave er kun å medvirke til at pasienten lykkes med prosjektet han har påbegynt, og dette kan gjøres på ulike måter. Eksempler på hvordan det kan gjøres er gjennom å gi tilstrekkelig med kunnskap og informasjon og gi god og støttende veiledning for hvordan målene kan nås, men den viktigste medvirkende faktoren vil være å hjelpe pasienten til å finne den indre eller ytre motivasjonen til å ønske å utføre det daglige mestringsarbeidet som kreves (Eide & Eide, 2017, s. 48). Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wruble har lagt frem sin forståelse av mestringsbegrepet. Denne forståelsen og dette synet presenteres i punkt 2.4, der man får ta et dypere dykk inn i en av mange måter å forklare og se mestring på.

### 2.4 Patricia Benner og Judith Wruble

Benner og Wruble sin teori bygger på Heideggers fenomenologisk verdensforståelse, og teorien beskrives av å ta et oppgjør med og en avstand fra et logisk- positivistisk verdens- og vitenskapssyn. Hovedideen i teorien er at omsorg er fundamentet for alt menneskeliv og for sykepleie som en tjeneste. Forfatterne redegjør i sin teori om hvordan de selv oppfatter omsorg og hvilke konsekvenser dette kan ha for synet på mennesket, utøvelsen av sykepleiefaget og forståelsen av pasienter (Kirkevold, 2014, s. 199). Benner og Wruble trekker frem og viser til sine definisjoner av begrep som står sentralt i sin teori og derav

begrep som står sentralt i denne oppgaven som er: Sykdom, symptomer, person, situasjon, kontekst, stress og mestring (Kirkevold, 2014, s. 199).

#### 2.4.1 Syn på mennesket

Forfatterne mener at en person er en selvfortolkende skapning som både skapes, og skaper seg selv, i forhold til den konteksten vedkommende befinner seg i gjennom livet (Kirkevold, 2014, s. 200). De trekker frem fire karakteristiske trekk ved det å være menneske: Kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggende og det å være plassert i en situasjon eller kontekst. De mener videre at disse fire trekkene gjenspeiler den fundamentale forbindelsen mellom personen og sammenhengen personen befinner seg i (Kirkevold, 2014, s. 200).

Benner og Wruble forklarer kroppslig intelligens som en avstand fra et menneskesyn som deler mennesket i kropp og sjel. De mener at mennesket får kunnskap direkte via kroppen, altså at kroppens sanser og følelser er en form for kunnskap vi er født med og som vil utvikles gjennom hele livet (Kirkevold, 2014, s. 201). Hvordan mennesket velger å se verden på mener forfatterne har med individets bakgrunnsforståelse å gjøre. Med dette menes den kulturen personen har vokst opp i og at vi gjennom ulike meninger, verdier og levesett som er nedfelt i vår kulturarven er med på å forme en persons unike syn på verden man lever i. Benner og Wruble beskriver videre at en vesentlig del av det å være menneske har med "Spesielle anliggende" å gjøre. Dette begrepet kan forklares med at mennesker til en hver tid er involvert og interessert i ting og mennesker, og at det er på denne måten man blir involvert i verden, altså gjennom det vi er opptatt av (Kirkevold, 2014, s. 201).

#### 2.4.2 Stress og mestring

Benner og Wruble definerer stress som "Et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd" (Kirkevold, 2014, s. 202). Videre beskriver forfatterne at sykdom ofte er en situasjon som nesten alltid fører til et brudd i uhemmet funksjon. Mange sider ved livet som tidligere ble tatt for gitt, vil ikke lenger fungere i situasjoner med kronisk eller alvorlig sykdom. Stress er av den grunn altså knyttet både til personen og situasjonen (Kirkevold, 2014 s. 202). Et annet viktig begrep forfatterne vektlegger i sin teori er mestring og de definerer begrepet med at

"mestring er det man gjør med dette bruddet" (Kirkevold, 2014, s. 203). Mestring er altså det redskapet mennesket bruker når noe meningsfullt blir tatt fra de og ens vanlige levesett bryter sammen. Målet med mestring blir beskrevet som å finne denne meningen igjen.

Innflytelsen sykdom har på mennesket, varierer i følge Benner og Wruble ut i fra hvilken fase i livet personen som er rammet er i (Kirkevold, 2014, s. 203). En persons mestring må derfor vurderes ut fra vedkommendes egen forståelse, vurdering og mulighet (Kirkevold, 2014, s. 203).

#### 2.4.3 Syn på sykepleie

Benner og Wruble mener at det endelige målet for sykepleie er å hjelpe å styrke den syke til å bli hva han eller hun ønsker å være, da spesielt i situasjoner der sykdom eller tap er tilstede (Kirkevold, 2014, s. 208). For å hjelpe pasienten til å kunne mestre situasjoner med sykdom må sykepleieren først og fremst være aktivt tilstede og få en dyp forståelse av hvordan pasienten selv opplever situasjonen (Kirkevold, 2014, s.208). Videre må en se på hva som er den gunstige måten å hjelpe pasienten til å oppleve mestring på, noe som må bestemmes i hvert enkelt tilfelle i samhandling med pasienten. Videre beskriver de sykepleierens oppgave gjennom å støtte pasienten til å skape mening i den situasjonen de befinner seg i. Dette beskriver de at kan gjøres gjennom å være med å tolke de ulike aspektene ved situasjonen, for eksempel hva ukjente symptomer betyr og hva de ulike undersøkelsene og behandlingene innebærer (Kirkevold, 2014, s. 208).

#### 2.5 Helsepedagogikk

Utfordringer i møtet med en person som lever med kronisk sykdom er å finne ut hva som er grunnlaget for personen til å ønske endring og til å forandre situasjonen han nå befinner seg i. Hvilket eller hvilke tiltak som kan være fremgangsrike for det ene individet, er viktig å få en klar oversikt over, for dette vil være individuelt fra person til person. Da er det viktig å ta for seg hvor i læringsprosessen personen er. Å bistå og hjelpe pasienter med kronisk sykdom kan gjøres gjennom ulike pasientsentrerte tilbud, med et hovedfokus rettet mot pedagogikk og opplæring omkring sykdommen. Det kan skje individuelt, i gruppe eller for eksempel via internett (Kneck & Soderkvist, 2018, s. 41).

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst og mestring hos pasienter (Tveiten, 2008, s. 30). Den pedagogiske funksjonen står sentralt i utviklingen av pasientens egen kompetanse rundt sykdommen og situasjonen . Sykepleieren har altså et stort ansvar innenfor helsekommunikasjon. Dette omhandler formidling av kunnskap om helse, forståelse for og forutsetninger for formidlingen. Kunnskap om helse må formidles slik at pasienten er i stand til å forstå og på den måten klare å forholde seg til den, slik at medvirkning og gode valg er mulig for pasienten å ta. Dette vil kunne føre til at helse, mestring og livskvalitet kan fremmes på en positiv måte. (Tveiten, 2008, s. 21). Når en pasient blir diagnostisert med IBS er målet at pasienten lærer og utvikler sin kunnskap rundt sykdommen, for å så selv kunne klare å mestre symptomene. I dette tilfellet er det derfor nødvendig å hjelpe pasienten til å oppnå et økt og ønsket kunnskapsnivå (Tveiten, 2008, s. 32).

For å kunne hjelpe pasienten til å oppnå det ønskede kunnskapsnivå er det viktig at sykepleieren selv er oppdatert på kunnskap omkring sykdommen og behandlingalternativene som er gunstige for pasienten. Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer, der et av hovedpunktene lyder som følgende: ” Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleier forbund, 2011, s. 7).

### 3.0 Metode

Når en problemstilling skal besvares er man i behov av spesielle redskap for å innhente kunnskap. Disse redskapene, sammen med valgt fremgangsmåten utgjør metoden. Metoden forteller noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Vi har behov for ulike metoder både til å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at man mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen som blir stilt på en god måte (Dalland, 2017, s. 51-53).

### 3.1 Litteraturstudiet som metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie. I denne prosessen skal det av den grunn fremhentes kunnskap og forskningsartikler som tidligere har blitt utgitt for å kunne besvare problemstillingen på en helhetlig og oversiktlig måte. I følge Dalland (2007) er det vanlig å skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Hvilke forskningsmetoder en skal benytte seg av innenfor området metode, er avhengig av problemstilling og formålet med oppgaven. For å kunne få en god dybde i denne oppgaven, og for å fremme pasientopplevelsen, ser jeg på det som viktig å benytte meg av kvalitative forskningsartikler. Kvalitativ metode bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring. Denne metoden omfatter forskjellige former for analyse, systematisk innsamling av data og observasjoner av materiale og involverte parter. Kvalitative forskningsmetoder kan brukes til å gi en innsikt i menneskelige uttrykk, fordi man går i dybden (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). På denne måten vil oppgaven ha godt grunnlag og gode forutsetninger for å faktisk klare å bygges rundt selve pasientopplevelsen.

### 3.2 Litteratursøk

De aktuelle søkeordene jeg benyttet meg av fant jeg ved hjelp av PICO- modellen jeg utarbeidet i startprosessen. Modellen gir god struktur for søkeord og er en hjelp til å klargjøre spørsmålet for litteratursøk (Helsebibloteket, 2016). Videre fant jeg synonymer på engelsk for de aktuelle søkeordene ved å benytte meg av MESH. I tabell 1 kan man se hvordan min PICO ble sendt ut. Videre benyttet jeg meg av søkedatabasene CINAHL og Medline. Se vedlegg 1 som viser oversikt over søkehistorikk for de utvalgte artiklene. Selv om jeg har inkludert mestring i problemstilling, har jeg ikke brukt *coping* som søkeord i alle søk. Grunnlaget for dette er at jeg ønsket å få frem begge sider av pasientopplevelsen. Altså at mestring ikke alltid måtte være utfallet. Hva førte til mestring, og hva var det som ikke særlig hadde nytte for pasienten?

Tabell 1- Pico

P	I	C	O
<i>Pasienter med irritable tarm syndrom</i>	<i>Tiltak for pasienter med irritable tarm syndrom</i>	<i>Ikke relevant for denne oppgaven</i>	<i>Hva ønsker man å oppnå med tiltakene?</i>
<b>Søkeord:</b>	<b>Søkeord:</b>	<b>Søkeord:</b>	<b>Søkeord:</b>
IBS	Lived experience		Quality of life
Irritable bowel syndrome	Living with		Coping
Colon irritable			

### 3.3 Eksklusjons og inklusjonskriterier

Jeg har valgt å ekskludere artikler som omhandler barn og unge under 18 år, artikler som er skrevet på et annet språk enn norsk eller engelsk, samt artikler som er publisert i kulturelt forskjellige land. Jeg har ikke valgt å ekskludere artikler som omhandler low fodmap, men jeg har valgt å ekskludere artikler som kun omhandler dette, og har dette som hovedbehandling og ikke som en delbehandling, da dette er et behandlingsalternativ som ikke omhandler sykepleiere i første omgang.

Inklusjonskriteriene i denne oppgaven er at deltagerne i studiene skal være voksne og som har fått diagnosen sin etter Rome II kriteriene. Artikkene skal være publisert i et vestlig land, grunnet kulturelle forskjeller og skal omhandle behandlingsalternativer og metoder som fremmer mestring, eller som hadde som hensikt å fremme mestring.



### 3.4 Analyse og sammenfatning

Artiklene fra litteratursøket ble lest flere ganger, slik at detaljer kunne oppdages. Videre ble artiklene presentert individuelt, da dette ga oppgaven en ryddig og strukturert oversikt. For å få en bedre oversikt og for å kunne se sammenhenger mellom de utvalgte forskningsartiklene, har disse også blitt presentert i en litteraturmatrise, se vedlegg 2. Denne inneholder en oversikt over forfattere, årstall, mål, metode og resultat. I følge Thidemann (2015, s. 92) er det i denne prosessen viktig å ha problemstillingen lett tilgjengelig. Dette benyttet jeg meg av, for å forsikre meg om at artiklene jeg leste hadde relevans for oppgaven. Etter å ha vurdert, analysert og tolket de ulike studiene, utarbeidet jeg syntesen som i følge Thidemann (2017, s. 58) er en ny sammenfattet tekst som skal belyse problemstillingen.

### 3.4 Kildekritikk

Forskning er av stor betydning. Da både for enkeltmennesket, samfunnet og for global utvikling. Forskning kan også beskrives som en betydelig stor maktfaktor over alle de tre områdene nevnt ovenfor. Av flere grunner er det derfor vesentlig at forskning foregår på måter som er etisk forsvarlig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser skal etikken gi veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler (Dalland, 2017, s. 236). Tidligere forskning er hovedområdet som skal besvare min problemstilling, og av den grunn er forskningsetikk noe jeg ønsker å nevne. Forskningsetikk omhandler vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Den skal sikre at de som deltar i forskning verken blir påført skade eller unødvendig belastning.

Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt skal under ingen omstendigheter skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

Ærlighet, åpenhet og dokumenterbarhet er grunnleggende forutsetninger for å nå målet om sannhetsbestrebelse og for at det som blir funnet i en forskningsartikkel faktisk skal være gyldig til å formidle videre gjennom denne oppgaven (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). For å finne ny kunnskap om mennesket og deres livssituasjon, er vi avhengige av mennesket. Skal dette være mulig er tillit et høyest nødvendig element. Mennesker som bidrar til forskning må føle seg godt ivaretatt. (Dalland, 2017, s. 235).

Kildekritikk er et begrep som handler om å kunne vurdere den utvalgte litteraturen. I tillegg må man kunne redegjøre for hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2017, s. 159). Jeg har valgt kilder som har relevans for min problemstilling, samtidig som de bygger på troverdighet, og at de faller inn under mine inklusjonskriterier som beskrives i punkt 3.3. For å knytte oppgaven opp mot studiet, har jeg benyttet meg av pensum fra studieprogrammet, samt annen litteratur jeg har vurdert til relevant og viktig. Det er flere utfordringer som kan komme underveis. Engelske artikler kan skape misforståelser, eller at innholdet blir tolket på en annen måte enn hva forfatterne ønsket å nå frem med. For å motvirke dette har jeg benyttet meg av diverse ordlister. En annen vesentlig del av kildekritikk er å kvalitetssjekke de utvalgte artiklene. For å kritisk vurdere de forskningsartiklene som har blitt inkludert i denne oppgaven, har jeg benyttet meg av helsebibliotekets sjekklister og på den måten kan jeg gå god for at artiklene både har gyldighet og er nyttig å benytte seg av i en bacheloroppgave. Alle forskningsartikler jeg har anvendt i min oppgave er godkjent av etisk komite og opprettholder anonymisering av personene som har deltatt i studiene.

#### 4.0 Resultat

I denne delen vil jeg gi et sammendrag av de viktigste elementene i studiene jeg har benyttet meg av i denne oppgaven. Jeg har valgt å presentere de individuelt, da dette gir en god oversikt over innhold og mening med hvert av studiene separat.

##### Artikkel 1

**How patients with long-term experience of living with irritable bowel syndrome manage illness in daily life: a qualitative study. Av: Ringstrøm, G., Simrèn, M., Sjøvall, H & Ung, E. (2013).**

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan pasienter som har hatt IBS over flere år takler og har taklet sykdommen i hverdagen. Studien inkluderer 20 deltakere som alle har blitt diagnostisert med IBS etter Rome II kriteriene. Data ble samlet gjennom intervju med hver enkelt deltaker som hadde en varighet på mellom 30- 75 minutter. Studien har blitt godkjent av etisk komite ved universitetet i Gøteborg.

Etter intervjuene ble det plukket ut to hovedtemaer som gikk igjen hos deltagerne: ”Healed but not cured” og ”take control of daily life”. Førstnevnte omhandler mestring av IBS i hverdagen og det å leve med en utrygghet gjennom å føle velvære og sykdom om hverandre. ”Take control of daily life” handler om aktiviteter og gjøremål gjennomført av de aktuelle deltagerne til å mestre IBS. Dette gjennom å være selvsentrert, ha disiplin, ha kontroll over daglige rutiner og benytte seg av og finne sosial støtte.

I studien kommer det frem at pasienter med ulike former for sykdom alltid selv vet hvordan det er å leve med den aktuelle sykdommen, og at pasientundervisning og andre undervisningsformer generelt vil bli bedre og ha en større gevinst for pasientene hvis de var basert på pasienters opplevelser. Med andre ord mener deltagerne at både pasienter og helsearbeidere kan lære mye fra hverandre, og på den måten hjelpe andre pasienter som lider av denne sykdommen til å optimalisere hverdagen. Helsearbeiderne som var i kontakt med deltagerne gjennom studien forteller at studien var viktig for de som helsearbeidere, og at de gjennom samhandling med deltakerne kunne finne nye muligheter for behandling og bringe frem håp hos pasienter, som er en essensiell del av det å være i kontakt med IBS pasienter.

## Artikkel 2

### **I am Doing the best That I Can! Living with inflammatory Bowel disease and/or Irritable Bowel syndrome (Part II) Av: Fletcher, P., Leon, Z., Schneider, M. & Van Ravenswaay, V. (2008).**

Hensikten med denne kvalitative studien var å utforske kvinners ulike strategier for å mestre hverdagen med IBD og/eller IBS. I alt ble åtte kvinner i alderen 20-22 år rekruttert fra et universitet i Canada til å delta i studien. Seks av disse kvinnene hadde diagnosen IBS. Studien har blitt godkjent av etisk komite. Alle kvinnene svarte på bakgrunns- spørsmål, gjennomførte et epost intervju og videre et intervju i virkeligheten blant fagpersoner.

Hovedgruppene som presenteres som de mest aktuelle mestringsstrategiene er: Ulike former for dietter, støtte fra andre, holdninger til sykdommen, avslapningsteknikker, informasjon og kunnskap. Viktigheten av å ha et støttende nettverk rundt seg, i en kombinasjon av venner, familie og helsevesenet ble spesielt vektlagt og verdsatt. Alle deltagerne i studien beskrev den negative innvirkningen stress hadde på hissigheten av symptomene, og de forklarte

viktigheten av å bruke avslappende teknikker i hverdagen for å eliminere stress, som igjen lettet plagene. En av kvinnene nevnte også at hun følte at fysisk aktivitet hadde viktig innvirkning på stressreduksjon og symptomlindring.

De åtte deltagerne var alle blitt diagnostisert for over 2 år siden, og samtlige mente at den informasjonen og undervisningen de fikk rundt diagnostiseringstiden var hjelpsom og viktig. Samtlige forklarte også at kunnskap og undervisning på nåværende tidspunkt ikke lenger var en typisk mestringsstrategi for de, da de påpekte at de allerede hadde tilstrekkelig med nyttig informasjon. På den andre siden uttalte flere seg om at tilgjengelighet i form av informasjon var hjelpsom i veien mot mestring i den forstand at en kunne møte og høre om andre personer som var i samme situasjon, noe som ga støtte og hjelp.

Studien trekker også frem potensialet sykepleiere har til å forbedre livskvaliteten til mennesker med IBS. Sykepleiere har muligheten til å tilby nyttig informasjon og støtte som kan styrke enkelt individet til å lage sine egne mestringsteknikker. Å styrke forholdet mellom personer diagnostisert med IBS og helsevesenet vil være et godt alternativ på veien mot mestring. Studien konkluderer med at funnene som ble gjort tydelig fikk frem nyttige mestringsstrategier. Videre beskriver de studien som en god og nyttig informasjonskilde for helsearbeidere til å hjelpe flere i veien mot mestring av livet med IBS.

### Artikkel 3

**Patients' experiences of the healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: an analysis based on narrative and feminist theory". Av: Bjørkman, I., Jakobsson, E., Ringström, G. & Simrén, M. (2016)**

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke pasienters egen opplevelse av å bli ivaretatt av helsepersonell i forbindelse med diagnosen IBS. I alt ble 10 personer intervjuet, der samtlige tidligere hadde deltatt i et pasient- undervisningsprogram. Studien har blitt godkjent av etisk komite ved universitetet i Göteborg.

Majoriteten av deltagerne følte at de ble en kasteball innad i et systemet, der de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon. De hørte de samme tingene om og om igjen, og følte at valget enten var å avise meningene til helsepersonellet som de hadde høy tiltro til, eller å avise sin

egen opplevelse av å være alvorlig syk. Deltagerne beskrev at helsepersonell som sto frem og sa at kunnskapen de hadde omkring IBS var begrenset, ble ansett som modige.

Denne studien identifiserer særlig tre elementer som anses som problematisk fra et pasientperspektiv: Følelsen av at IBS ikke er en alvorlig nok tilstand, at sykdommen er psykologisk/stressrelatert og at man har et individuelt ansvar. Deltagerne forklarer at de aktivt prøver å motvirke dette synet gjennom å fortelle sin historie, og ved å fremheve hvor stor innvirkning sykdommen har på hverdagen. Studien har implikasjoner for den kliniske praksisen, hvor nye strategier for omsorg rundt IBS bør utvikles i tråd med pasientens behov og forventning. Resultater fra denne studien kan bli brukt til fremtidige inngrep og gjøre de bedre tilpasset til de spesifikke behovene og erfaringene til denne pasientgruppen.

#### Artikkel 4

**Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome. Av: Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B-M., & Nyhlin, H. (2012).**

Hensikten med denne kvalitative studien er å få innsikt i pasienters erfaringer etter endt deltagelse i et gruppebasert opplæringsprogram om IBS. Dette opplæringsprogrammet ble etablert i Sverige, i 1999. Bakgrunnen var en ide om at hvis pasientene fikk dele erfaringer med andre i en kombinasjon med profesjonell kunnskap, ville dette kunne legge til rette for ny erfaring og nye perspektiv som ville gjøre det mulig for deltagerne å finne nyttige strategier til å kunne mestre hverdagen med IBS. Alle deltagerne som både deltok i undervisningsprogrammet, samt studien hadde fått sin diagnose ut i fra Rome II kriteriene.

Undervisningsprogrammet ble gjennomført ved et sykehus i Sverige og arrangert av ulike fagpersoner, med hver sin konkrete rolle. Grupper på 12-15 voksne av blandet kjønn møttes over 5 påfølgende dager, der opplæringen var delt inn i en teoretisk og praktisk del.

Diskusjon og dialog med hverandre var noe deltagerne ble oppmuntret til.

I alt ble 31 personer som tidligere har deltatt i undervisningsprogrammet plukket ut til å være med i studien. Deltagerne ble også plukket fra ulike gjennomførte undervisningsprogram. Det ble i alt holdt syv fokusgruppe intervjuer med 2-6 personer i alderen mellom 22 og 71 år. Intervjuene ble holdt 2-4 måneder etter personenes deltagelse i programmet. I analysen av

data gikk fortolkningen ut på å avdekke mønstre av deres opplevelse som gikk igjen hos deltagerne. Intervjuene ble tatt opp, og transkribert for så å bli lest flere ganger. Videre ble dataen puttett inn under overskrifter for å skape en helhet.

Resultatet viser at majoriteten av deltagerne følte at opplæringsprogrammet var en trygg plass for samtale om IBS, der profesjonell kunnskap og utveksling av erfaring mellom deltagerne medførte en bedre og enklere hverdag med IBS. Det var ett trygt sted hvor det var enklere å snakke om tabubelagte emner. Det var rom for å kunne lære om sin egen sykdom gjennom å dele erfaringer med andre i samme situasjon, samt å få svar på spørsmål. Dette førte til at deltagerne økte sitt kunnskapsnivå gjennom å både spille på fagpersonene i rommet, samt mennesker i samme situasjon. En annen ting som er viktig å fremme ved resultatet av studien var at deltagerne beskriver helsepersonellet, og spesielt IBS- sykepleieren som en profesjonell helsearbeider med en evnen til å skape gjensidig forhold og forståelse. Fåtalet av deltagerne opplevde opplæringsprogrammet som tyngende. Studien konkluderer med at et gruppebasert opplæringsprogram med hensikt og ønske om dele erfaringer, samt å hente frem kunnskap fra fagpersoner førte til økt velvære i hverdagen til majoriteten.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte problemstillingen opp mot forskningsartiklene jeg har presentert punkt 4.0, samt relevant faglitteratur som jeg har anvendt i teoridelen av denne oppgaven. På bakgrunn av dette skal jeg prøve å besvare problemstillingen, og det skal jeg gjøre gjennom å drøfte følgende punkter:

- Det viktige møte mellom pasient og helsepersonell
- Hva er viktig for å kunne oppnå mestring?
- Sammenhengen mellom stress og mestring
- Sykepleierens rolle ovenfor pasienten i forhold til informasjon og veiledning

### 5.1 Det viktige møte mellom pasienten og helsepersonell

Til tross for at vi er mennesker reagerer følelsesmessig nokså likt i det vi blir stilt ovenfor plutselige påkjenninger, er vi alle ulike ut fra vår forhistorie, våre erfaringer og kunnskaper (Nhi, 2014). Som sykepleier er det viktig å møte pasienten der han er. Det er viktig å ha gode kunnskaper omkring sykdommen, og behandlingsalternativer som kan bedre symptomene. Gjennom god kommunikasjon i form av aktiv lytting, veiledning og dialog kan helsetjenesten hjelpe pasienten i veien mot mestring og motivere pasienten til å nå de målene han har satt seg.

I boken til Gjengedal og Hanestad (2007, s. 10) fremheves det at når et menneske rammes av en kronisk sykdom, vil livet endre seg på svært mange områder. Hyppig kontakt med helsevesenet er bare en av flere omstillinger den kronisk syke må tilvenne seg. Helsepersonellet vil bli en ny og viktig brikke i den kronisk sykes tilværelse. På bakgrunn av dette er det svært viktig at pasienter som oppsøker helsevesenet får den tilliten til helsepersonellet som de søker og har behov for. Av den grunn er det særdeles viktig at sykepleieren tar denne rollen på alvor, og forbereder seg godt til møtet med pasienten, slik at denne tilliten ikke blir satt på prøve.

I studien til Bjørkman et al. (2016) var pasientenes opplevelse av møte med helsepersonellet nokså negativt for de fleste. De satt igjen med en følelse av forvirring og tvilrådighet som videre førte til tvil på egen sykdomsopplevelse. De skildret følelsen av å bli en kasteball innad i et systemet, fordi de følte at ingen hadde noen konkrete svar på hva de kunne gjøre for å få det bedre, eller hva helsepersonellet kunne bistå med i denne prosessen. Deltagerne satt igjen med følelsen av å ikke bli tatt på alvor, og at de ikke fikk den informasjonen de hadde ønsket og hadde behov for. Dette resulterte i at deltagerne måtte bli sin egen ekspert på sykdommen. De måtte selv tolke symptomene og sykdomsbildet som preget hverdagen, for å kunne finne ulike strategier for å komme seg gjennom dagene. Basert på opplevelsen pasientene satt igjen med, ble det bygget opp en mistillit til helsepersonellet de var i kontakt med.

I følge Knutstad (2016, s.286) beskrives det at det som er viktig for denne pasientgruppen er at de blir tatt på alvor og grundig utredet, slik at en kan forsikre seg om at de ikke lider av andre og mer akutte og alvorlige sykdommer i tarmen. Benner og Wruble beskriver sykepleierens oppgave gjennom å støtte pasienten til å skape en mening i den aktuelle

situasjonen de befinner seg i. Dette beskriver de at kan gjøres gjennom å for eksempel hjelpe pasienten til å tolke hva de ulike symptomene betyr og hva de ulike undersøkelsene og behandlingene innebærer (Kirkevold, 2014, s. 208). Dette følte ikke deltagerne i studien til Bjørkman et al. (2016) var måten de ble møtt på.

I det vi trer inn i rollen som sykepleier, blir vi mennesker andre har tillit og forventning til. En forventning om å få de svarene man har behov for i det man oppsøker profesjonell helsehjelp. I følge Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) er sykepleieren pliktig i å fremme helse, likeså å forebygge sykdom og lindre lidelse. Videre beskriver punkt 1.4 i de yrkesetiske retningslinjene følgende: Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleier forbund, 2011, s. 7). Dette gjenspeiles i boken til Tveiten (2013, s. 159) som beskriver at et mål for sykepleien til pasienten nettopp er at pasienten skal mestre å leve med en kronisk sykdom, og at det både er leger og sykepleierens ansvar at pasienten har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap for å ha muligheten til å gjennomføre dette.

Gjennom min praksis møtte jeg mange pasienter som kom til utredning for problemer med fordøyelsessystemet, og noen av disse som fikk stilt diagnosen irritabel tarm syndrom. Ut i fra mine subjektive observasjoner var legen nokså dyktig til å påpeke at IBS ikke var en alvorlig og farlig diagnose i seg selv, som Knutstad (2016, s. 286) presiserte at var svært viktig. Korte råd som for det meste omhandlet kosthold og fysisk aktivitet ble gitt. Videre ble pasienten i de tilfellene jeg observerte bedt om å ta kontakt med fastlege for videre oppfølging og informasjon.

Ut i fra resultatene som kom frem i studien til Bjørkman et al. (2016) påpekes en mangel på konkret informasjon og kunnskap om selve sykdommen ved diagnosetidspunkt, og at det kan ta lang tid før pasienten får den kunnskapen de har behov for. Dette var også den følelsen jeg satt igjen med etter mitt møte med de som ble diagnostisert. De fikk ingen spesifikk informasjon, bare noen få generelle råd og anbefalinger om hva de burde gjøre videre. For selv om tilstanden ikke er akutt og alvorlig i seg selv, vil de plagsomme symptomene være tilstede uansett, og ut i fra Benner og Wruble sin teori ville det riktige vært at pasient fikk tilstrekkelig med informasjon allerede ved diagnosetidspunktet av den aktuelle legen som stilte diagnosen (Kirkevold, 2014, s. 208).



I studien til Bjørkman et al (2016) fremheves det at nye strategier for omsorg rundt IBS bør utvikles i tråd med pasientens behov og forventning og at en dypere forståelse for pasientens opplevelse kan bli hjelpsom, støttende og være et positivt tiltak for videre omsorg for pasienter som lider av IBS. Dette gjenspeiles også i konklusjonen i studien til Ringstrøm et al. (2013) som påpeker at pasienter med ulike typer sykdom alltid selv vet hvordan det er å leve med den aktuelle sykdommen og at pasientundervisning og andre former for undervisning generelt vil bli bedre og ha en større gevinst for personene som befinner seg i denne situasjonen. Hvis sykepleierne klarer å sørge for at pasientens fortalte opplevelse ble mer sammenfattet med litteraturen som allerede finnes rundt behandlingene, ville pasientene få et større utbytte og helsepersonell ville kunne utfoldet sin egen kunnskap omkring sykdommen, som igjen ville være av positivitet for senere møter med pasienter.

Deltagerne i studien til Ringstrøm et al. (2013) påpekte samtidig viktigheten av det dynamiske samspill, der både helsepersonellet og pasientene kan lære mye av hverandre. På den måten har de muligheten til å hjelpe andre pasienter til å få den kunnskapen de har behov for. Helsepersonellet som var i kontakt med pasientene i denne studien forteller at møtet med disse pasientene var viktig for de. Den kunnskapen de opparbeidet seg i møte med pasientene, ville kunne anvendes videre i arbeidet med å fremme mestring og håp hos andre som lider av denne kroniske sykdommen, som er en aldeles viktig del av det å være i kontakt med IBS pasienter. Denne dypere forståelsen av pasientsituasjonen tydeliggjøres også i Benner og Wrubles sin teori. De mener at det endelige målet for sykepleie er å hjelpe å styrke den syke til å bli hva han eller hun ønsker å være. For å kunne hjelpe pasienten til dette må sykepleieren være aktivt tilstede og anskaffe en dyp forståelse av hvordan pasienten selv opplever situasjonen (Kirkevold, 2014, s. 208). På den måten vil pasienten kunne føle seg, sett, hørt, og støttet av sykepleierne de møter.

I studien til Fletcher et al. (2008) presiserer også deltagerne det potensialet sykepleiere har til å forbedre livskvaliteten til mennesker med IBS og til å styrke enkelt individet til å lage sine egne mestringsteknikker. Å styrke forholdet mellom mennesker diagnostisert med IBS og sykepleieren vil være viktig grunnmur for pasientens vei mot mestring og for å opprettholde tilliten pasientene har til helsevesenet.

## 5.2 Hva er viktig for å oppnå mestring?

Når en pasient blir diagnostisert med IBS er målet at pasienten lærer og utvikler sin kunnskap om sykdommen og den pedagogiske funksjonen vil være å hjelpe pasienten til å oppnå et økt kunnskapsnivå (Tveiten, 2008, s. 32). Begrepet mestringshjelp blir brukt i forbindelse med hva pasienten skal mestre, og varierer ut i fra situasjon, kontekst og ressurser. Sykepleierens pedagogiske funksjon ovenfor pasienten innebærer formidling av informasjon, undervisning, veiledning og råd. Hensikten vil være å oppdage, lære og utvikle kompetanse om sykdommen, som igjen vil føre til mestring hos pasienten (Tveiten, 2008, s. 28-29). Dette gjenspeiles i Benner og Wrubles sykepleieteori. De hevder at omsorg er fundamentalt i den forstand at det å bry seg om andre skaper muligheter for å yte hjelp, likeså å motta hjelp (Kirkevold, 2014, s. 200). Det å skape et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold fører med seg tillit i relasjonen som gjør at vedkommende føler seg brydd om og ønsker å motta hjelp. Wruble og Benner hevder at denne formen for omsorg er med på å skape en kontekst som er sentral i all sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 200). I litteraturen beskrives flere metoder en kan benytte seg av for å redusere symptomene på IBS, som igjen vil lede til en opplevelse av mestring. I følge brosjyren fra Landsforeningen for fordøyelsessykdommer (2018) blir regelmessighet og rutiner beskrevet som essensielle nøkkelord for en optimal tarmfunksjon. Dette gjelder både ved hensyn til måltider, fysisk aktivitet, toalettvaner og søvn.

I studien til Fletcher et al. (2008) var hensikten å utforske kvinners strategier for å mestre hverdagen med IBS. En finner klare sammenhenger mellom hva litteraturen beskriver, og hva disse kvinnene faktisk opplevde å få en bedret livskvalitet av. Blant mestringsstrategiene kommer temaet for ulike former for dietter frem, sammen med avslapningsteknikker, fysisk aktivitet, samt regelmessighet og rutiner. Studien viser derimot til at de mest fremtredende faktorene for å kunne mestre sykdommen var å ha et støttende nettverk rundt seg, da både med tanke på familie og venner, men også helsepersonell. Studien trekker også frem det potensialet sykepleiere har til å forbedre livskvaliteten til mennesker som lever med IBS. Sykepleiere har muligheten til å tilby nyttig informasjon og støtte som kan styrke enkelt-individet til å lage sine egne mestringsstrategier, basert på tidligere pasienthistorier og litteraturen. Det å styrke forholdet mellom mennesker diagnostisert med IBS og helsetjenesten vil være en god vei å gå for å oppnå mestring. Funnene som blir gjort i studien belyser gode mestringsstrategier som har vært hensiktsmessig for disse kvinnene, der de fleste samsvarer

med litteraturen som allerede finnes omkring temaet, men at det i litteraturen er lite fokus på viktigheten på støtte fra helsearbeidere og pårørende gjennom prosessen og sykdommen.

I studien til Ringstrøm et al. (2013) kan man trekke tydelige linjer mellom hva litteraturen beskriver som gode mestringsstrategier og også det studien til Fletcher et al. (2008) konkluderer med. I studien til Ringstrøm et al (2013) fremhever deltakerne den konstante følelsen av å være helbredet men ikke helt kurert. To tydelige temaer som deltakerne trekker frem er viktigheten av å rutiner og regelmessighet. Deltagerne beskriver viktigheten av rutiner på det aller meste: Måltider, toalettider, døgnrytme og trening. Et annet viktig punkt studien trekker frem er deltagerens behov for sosial støtte, som også var et punkt som hevet seg i studien til Fletcher et al. (2008).

En av deltagerne beskriver: ”Bare å kunne komme ut med det” (Ringstrøm et al. 2013). Altså i den forstand at det å komme ut med sykdommen og det tabu som bygde seg opp rundt sykdommen gjorde hverdagen hans bedre både rundt familie, venner og i jobberelaterte situasjoner. Deltagerne i denne studien har som nevnt hatt sykdommen over en tidsperiode på flere år, og har blitt eksperter på sin egen sykdom og sin egen kropp. Det er av den grunn viktig og bemerkelsesverdig å se at de fleste av punktene som deltagerne beskriver som absolutte og helt nødvendige for å ha det bra med seg selv og holde symptomene i sjakk, er de som også kommer frem som viktige holdepunkter i faglitteraturen. Av den grunn kan faglitteraturen anses å være nokså oppdaterte med genuine råd, som vil være nyttige for de fleste. Samtidig er det også viktig å tenke på at alt handler om individualitet og innflytelsen sykdom har på mennesket, som i følge Benner og Wruble (Kirkevold, 2014, s. 203) kommer an på hvilken fase i livet personen som rammes av sykdom er i.

Deltagerne i studien til Ringstrøm et al. (2013) beskriver allikevel at de skulle ønske at helsevesenet kunne vært noe mer effektivt i støtten til pasienter til å finne løsninger på problemer som stammer fra IBS symptomer. I følge Eide & Eide (2017, s. 48) påpekes viktigheten av at når noen oppsøker helsevesenet for hjelp til mestring, er det svært viktig at vedkommende selv gjennomfører mestringsarbeidet, og at dette ikke blir gjort for han eller hun, men at personen blir veiledet til hvordan han skal klare å gjennomføre dette på egenhånd, da gjennom å styrke motivasjon, kunnskap og veiledning.

### 5.3 Sammenhengen mellom stress og mestring

Sammenhengen mellom stress og mestring har utviklet seg til et av hovedpunktene i denne drøftingsdelen på bakgrunn av informasjon beskrevet i litteraturen og i forskningsartiklene. Det kommer tydelig frem i studiene, og i litteraturen, da spesielt i boken til Mayer (2016) at stress spiller en helt avgjørende faktor for hvor vidt og i hvilken grad personen med IBS vil oppleve mestring. I studien til Fletcher et al. (2008) kommer dette også frem gjennom beskrivelsen fra deltagerne om at de kan ha så mange mestringsstrategier de bare ønsker, men nesten hver gang symptomene bryter ut, er de relaterte til stress. Derfor ser jeg på det som nødvendig for denne oppgaven og se på hvorvidt stress faktisk er en faktor som utløser symptomer, for igjen å kunne vise til viktigheten stressreduksjon har på at pasienten med IBS kan oppleve mestring.

I studien til Bjørkman et al. (2016) beskrives det at deltagerne opplevde at helsepersonellet de møtte hadde en negativ holdning i den forstand at de ble fortalt at sykdommen kun var psykologisk og/ eller stressrelatert. I følge Helsenorger (2017) kan man ikke finne noen støtte for at psykologiske faktorer påvirker forløpet av IBS, men det er derimot påvist at stress kan forverre symptomene som allerede er der. Denne teorien gjenspeiles i boken til Mayer (2016 s. 44) som beskriver måten tarmmikrober spiller en viktig rolle med hensyn til å bestemme hvordan hjernens stresskretser skal reagere. Mellomleddene i menneskers stress-system, som blant annet stresshormonet noradrenalin kan endre tarmmikrobens atferd fullstendig og gjøre disse mer aggressive og farlige. Videre beskriver han at de fleste pasienter med IBS er spesielt følsomme for stressende hendelser, og opplever ofte at mage- tarmsymptomene blusser opp når de opplever stress (Mayer 2016, s. 166).

I studien til Fletcher et al. (2008) beskrev alle de 8 kvinnene den negative konsekvensen stress hadde på sykdommen og symptomenes hissighet. Videre ble viktigheten av å bruke avslappende teknikker beskrevet for å eliminere stress som igjen ville være med på å lette plagene i hverdagen. Også i studien til Ringstrøm et al. (2013) forklarer deltagerne at periodene med symptomutbrudd, selv etter mange år med sykdommen fremdeles er assosierte med stress. Det kan være jobbrelatert stress, eller stress i form av at man presser seg selv til å utføre flere gjøremål i løpet av en dag, enn hva man har tid og energi til. En mann forklarer også hvor mye det har av betydning for han å ikke stresse, i form av at med

symptomutbruddene med diare og flatulens, oppstår negative følelser knyttet til skam og tabu, som får han til føle seg svært ukomfortabel og nedstemt.

Benner og Wruble definerer stress som: "Et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd" (Kirkevold, 2014, s. 202). Videre beskriver forfatterne at sykdom ofte er en situasjon som nesten alltid fører til et brudd i uhemmet funksjon, og dermed fører til stress. Mange sider ved livet som tidligere ble tatt for gitt, fungerer ikke lenger i situasjoner med kronisk eller alvorlig sykdom. Stress er av den grunn altså knyttet både til personen og situasjonen de befinner seg i. Et annet viktig begrep forfatterne vektlegger i sin teori er mestring og definerer begrepet med at "mestring er det man gjør med dette bruddet" (Kirkevold, 2014, s. 202). Mestring er altså den mekanismen mennesket bruker når noe meningsfullt blir tatt fra de og ens vanlige levesett bryter sammen. Så med andre ord vil en situasjon der et mennesket blir rammet av sykdom, nesten alltid føre med seg en stressreaksjon, og at mekanismen for å komme seg bort fra stresset vil være å oppnå mestring. Da er det viktig at sykepleieren bruker sin pedagogiske funksjon til å fremme mestring hos pasienter gjennom å være en støtte og informasjonsgiver (Kirkevold, 2014, s. 202).

I følge Mayer (2016, s. 152) er det flere behandlingsalternativer som kan være med på å redusere stress og måter å lære å overstyre måten hjerne-tarm-aksen er programmert på. Slike metoder vil være kognitiv adferdsterapi, hypnose eller andre kropp og sjel tiltak som tankebasert stressreduksjon. Mayer (2016, s. 152) beskriver alle disse tiltakene som gode alternativer for å lette symptomer i forbindelse med IBS. I brosjyren til Landsforeningen for fordøyelsessykdommer (2018) beskrives også kognitiv atferdsterapi som et nyttig behandlingsalternativ, da spesielt i forbindelse med stress.

Både i studien til Fletcher et al (2008) og studien til Ringstrøm et al. (2013) blir viktige strategier for å holde stressnivået nede beskrevet, da omkring rutiner og regelmessighet, både når det kommer til søvn, toalettvaner, måltider og aktivitet. Å ha en godt strukturert hverdag er viktig for å unngå unødvendige stressende situasjoner, som for deltakerne i begge studiene beskriver som tyngende i form av økt hissighet på symptomene.

5.4 Sykepleierens rolle ovenfor pasienten i forhold til informasjon og veiledning  
Benner og Wruble beskriver i sin teori at en person er en selvfortolkende skapning som både skapes, og skaper seg selv, i forhold til den konteksten vedkommende befinner seg i gjennom hele sitt liv (Kirkevold, 2008, s. 200). Dette synet deler også Kneck & Soderkvist (2018, s. 23) da de beskriver at det å leve innebærer et stadig møte med forandringer og utfordringer og at det av den grunn alltid vil være et behov som skapes. Videre beskriver de at det å få diagnose på en kronisk sykdom vil føles som en livsomveltning, der det livet man har levd, den kroppen man har kjent og den personen man tror man er forandres.

Å få en sykdom, slik som IBS krever et godt samarbeid med helsetjenesten for å få den informasjonen, kunnskapen og veiledningen man har behov for, for å kunne mestre denne forandningsprosessen. Det er flere måter å formidle denne informasjonen på. Det kan foregå gjennom individuelt tilpasset undervisning, eller i form av undervisningsgrupper. Å kunne høre om andres erfaring kan bidra til å ufarliggjøre en situasjon, samtidig som det kan bidra til nytenking og utvikling. Å høre at andre har de samme behovene som en selv har, og høre andre stille spørsmål en selv ikke hadde turt å stille kan lede til trygghet (Tveiten, 2008, s. 181). Dette gjenspeiles i studien til Håkanson et al. (2012) der deltagerne belyser de positive elementene de følte gjennom gruppebasert pasientundervisning. Dette felleskapet belyste flere viktige og nyttige elementer som førte til en opplevelse av mestring og forståelse. Elementene som deltakerne beskriver omhandler det å kunne lære om sin egen sykdom gjennom andres øyne og erfaring, samhandle og diskutere med mennesker i samme situasjon, følelsen av å bli inkludert, sett og hørt i et felleskap og det å kunne se på nye strategier for å kontrollere symptomene og ulempene IBS fører med seg.

Det å kunne snakke med mennesker i samme livssituasjon som en selv kan være tryggende og støttende, og føre til en ny motivasjon på veien mot mestring, fordi man ser at man ikke er alene. Benner og Wruble beskriver at en vesentlig del av det å være menneske har med ”spesielle anliggende” å gjøre. Begrepet kan forklares med at mennesker til en hver tid er involvert og interessert i ting og mennesker, og at det er på denne måten man blir involvert i verden, altså gjennom et lys av det vi er opptatt av og interesserer oss for i øyeblikket (Kirkevold, 2014, s. 201). Denne teorien kan gjenkjennes i følelsen majoriteten av deltagerne satt igjen med i studien. At de nå ikke bare samhandlet med helsepersonell som hadde teoretisk kunnskap om noe, men at de traff likemenn som var involvert i de samme tingene

som en selv, som gjorde at man følte seg knyttet til verden og situasjonen på en ny og positiv måte. Man var ikke lenger alene.

Selv om majoriteten av deltagerne følte at undervisningen utelukkende var positiv og informativ, var det allikevel noen få av deltagerne som følte de havnet på utsiden av dette felleskapet, og ikke fikk den ønskede mestringsopplevelsen og kunnskapsutbyttet av deltagelsen. Kneck & Soderkvist (2018, s. 48) forklarer at for den som har en sykdom i sin egen kropp og lever med den, vil sykdommen innebære noe annet enn for den som ser sykdommen i en annens kropp i en medisinsk sammenheng. En og samme sykdom har ikke noen helhetlig eller objektiv betydning, men vil oppleves subjektivt fra person til person ut i fra erfaringer med sykdommen, og sykdommens innvirkning på livet til personen. Det var dette de deltagerne som følte seg utenfor i gruppen kjente på i studien til Håkanson et al. (2012). De var ikke i stand til å gjenkjenne deres opplevelse av sykdom hos de andre deltagerne og følte at det var tøft å sitte igjen med følelsen av at alle hadde et bedre utgangspunkt for sykdommen og ikke hadde like sterke symptomopplevelser som de selv hadde. Den ene deltagerne sa følgende: ”Jeg synes det var tøft, fordi det hadde vært fint for meg å være den som ikke hadde de største problemene” (Håkanson et al. 2012). Og det hele ble heller en negativ affære, da byrden av å ha sykdommen og det å være annerledes fra de andre ble mer bevisstgjort for seg selv. Den innflytelsen sykdom har på mennesket varierer i følge Benner og Wruble og er svært individuell, og en persons vei mot mestring må derfor vurderes ut fra personens egen forståelse, vurdering og mulighet (Kirkevold, 2014, s. 203).

På bakgrunn av studien til Håkanson et al (2012) kan en se at gruppeundervisning er noe som givende for flere, men ikke for alle. Derfor er det i følge Tveiten (2008) viktig at man også følges opp med individuelle samtaler. Det er viktig at pasienten får luftet de vonde følelsene de sitter igjen med, som de få i studien til Håkanson et al (2012) gjorde, slik at de ikke blir sittende igjen med den negative følelsen over tid.

I studien til Fletcher et al (2008) forklarer samtlige også at kunnskap på nåværende tidspunkt ikke lenger var en typisk mestringsstrategi for de, da de følte de hadde tilstrekkelig med nyttig informasjon allerede. På den andre siden uttalte flere seg om at tilgjengelig informasjon var hjelpsom i veien mot mestring i den forstand at en kunne se og høre om andre som var i samme situasjon, som ga støtte og hjelp. Dette kan tyde på at informasjons og veilednings

behovet er størst ved diagnosetidspunktet, og at man etter dette handler etter erfaringer på hva som fungerer for en selv, ut i fra kunnskapen en har opparbeidet seg i form av informasjon fra sykepleiere, samt erfaringer andre har gjort seg, og som man i forløpet danner seg selv.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter som får oppfølging for IBS ved sykehus opplever mestring av sykdommen. For å vite noe om hvordan man skal ivareta er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap om hvordan det er å leve med sykdommen, og behandlingsalternativ pasienten kan nytte seg av for å oppleve mestring. Behovet for informasjon og veiledning fra autorisert helsepersonell er stort og ønsket. I studiene jeg tok for meg konkluderte majoriteten med at et økt fokus fra sykepleierens side mot mennesker som lider av IBS er nødvendig og at strategier for omsorg rundt IBS bør utvikles i tråd med pasientens behov og forventning, samt bygge på pasientopplevelse i større grad. Innvirkningen stress spiller på symptomopplevelsen er også et viktig element som er nødvendig å formidle til pasienten. Økt respekt for sykdommen, samt oppdatert kunnskap er høyest nødvendig for at pasientene skal føle seg sett, hørt og ivaretatt når de oppsøker helsevesenet. Økt hjelp til selvhjelp og tilrettelegging vil være gode holdepunkter for at pasienten vil klare å mestre livet med sykdommen.



## 7.0 Referanseliste

- Bach-Gansmo, E & Ørn, S. (2016). *Sykdom og behandling* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Björkman, I., Jakobsson, E., Ringstrøm, G. & Simrèn, M. (2016) Patient´s experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: An analysis base don narrative and feminist theory. *Journal of clinical nursing*, 25, 19-20. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13400>.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010, 15. Januar). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjoner i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: gyldendal akademisk AS
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3utg). Oslo: gyldendal akademisk AS
- Fjerstad, E & Stene, J. (2007). En gjest som aldri går: Å leve med en kronisk sykdom i familien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44 (10), 1249- 1253. [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=32121&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=32121&a=2)
- Fletcher, P., Leon, Z., Schneider, M. & Van Ravenswaay, V. (2008) I am doing the best that i can! Living with inflammatory bowel disease and/or irritable bowel syndrome (Part II). *Clinical Nurse Specialist*, 22 (6), 278- 285. [10.1097/01.NUR.0000325382.99717.ac](https://doi.org/10.1097/01.NUR.0000325382.99717.ac)
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). *Om kronisk sjukdom*. (2.utg.). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Gundersen, D (2018, 7 mai). Krise. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/krise>

Helsebiblioteket. (2017, 8. Mai). Irritabel tarm syndrom. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/mage-og-tarm/irritabel-tarmsyndrom>

Helsenorge. (2017, 8.mai). Irritabel tarmsyndrom (IBS). Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/irritabel-tarm>

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). <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1471-6712.2012.00990.x>

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kneck, Å & Soderkvist, B (2018). *Patient-undervisning. Et samspill för lärande*. (4.utg) Lund: Studentlitteratur AB.

Knutstad, U. (2016). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboksen 3* (2 utg.). Oslo: Cappelen Dam AS.

Landsforening for irritabel tarm syndrom (2018) Irritable tarm syndrom, IBS. Hentet fra [https://issuu.com/lmf norge/docs/18\\_lmf\\_ibs\\_brosjyre/2?ff&e=33774162/65216013](https://issuu.com/lmf norge/docs/18_lmf_ibs_brosjyre/2?ff&e=33774162/65216013)

Legemiddelhåndboka. (2017, 1 desember). Irritabel tarm- syndrom. Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/17828>

Mayer, E (2016) *Hjernen og tarmen: Om kroppens skjulte samtale*. Oslo: Cappelen Damm AS.

NHI (2014, 14 mai). Å dele en krise i livet- mestring. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/mestring/>

Norsk sykepleier forbund (2011). Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler.

Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Ringstrom, G., Simrèn, M., Sjövall, H. & Ung, E. (2013) How patients with long-term experience of living with irritable bowel syndrome manage illness in daily life: a qualitative study. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 25 (12), 1478- 1483.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/MEG.0b013e328365abd3>

Thidemann, I- J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlag

Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Waldum, H (2002). Legemiddelbehandling av irritable tarm- syndrom. *Tidsskriftet- den norske legeforening*, 122, 401-402. <https://tidsskriftet.no/2002/02/legemidler-i-praksis/legemiddelbehandling-av-irritable-tarm-syndrom>

## Vedlegg 1, Søkene for litteratur / Søkehistorikk

Database	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Artikkelens tittel	Forfattere	Utgitt
CINAHL 17.01.19	S1- Irritable bowel syndrome S2- IBS S3- colon irritable S4 -S1, S2 or S3 S5- coping S5- S4 and S5		70	Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome	Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B. M. & Nyhlin, H.	04. April 2012.
Medline 23.01.19	S1- IBS S2- Irritable bowel syndrome S3- S1 or S2 S4 Lived experience S5- Living with S6- S4 or S5 S7- S3 and S6		25	I am doing the best That I Can! Living with inflammatory Bowel disease and/or Irritable bowel syndrome	Fletcher, P., Leon, Z., Schneider, M. & Ravensway, V.	November 2008
Medline 30.01.19	S1- IBS S2- Irritable bowel syndrome S3- S1 or S2 S4- Coping S5- Patient experience S6- S4 or S5 S7- S3 and S6		136	Patients experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: an analysis based on narrative and feminist theory	Bjørman, I., Jakobsson, E., Ringström, G. & Simrèn, M.	24. mai. 2016

CINAHL 30.01.19	S1- IBS  S2- Irritable bowel syndrome  S3- S1 or S2  S4- quality of life  S5 coping  S6- S4 or S5  S7- S6 and S3		247	How patients with long-term experience of living with irritable bowel syndrome manage illness in daily life: A qualitative study.	Ringstrøm, G., Simrèn, M., Sjøvall, H & Ung, E.	Desember, 2013
--------------------	--	--	-----	---	---	----------------

Vedlegg 2, Litteratormatrise

Forfatter	Tittel	Mål	Metode	Resultat
Ringstrøm, G., Simrèn, M., Sjøvall, H & Ung, E.	How patients with long-term experience of living with irritable bowel syndrome manage illness in daily life: A qualitative study.	Å undersøke hvordan pasienter som har hatt IBS over flere år takler og har taklet sykdommen i hverdagen.	Studien inkluderer 20 deltakere som alle har blitt diagnostisert med IBS etter Rome II kriteriene. Data ble samlet gjennom intervju med hver enkelt deltager som hadde en varighet på mellom 30- 75 minutter.	I studien kommer det tydelig frem at pasienter med ulike sykdommer alltid selv vet hvordan der er å leve med den aktuelle sykdommen, og at pasient undervisning generelt vil bli bedre og til større fordel for pasienter hvis de var basert på ulike pasienters opplevelse.
Fletcher, P., Leon, Z., Schneider, M.	I am doing the best That I Can! Living with	Å utforske kvinners ulike strategier for å	Åtte kvinner i alderen 20-22 år ble rekrutert	Studien viser til at funnene som ble gjort tydelig

<p>&amp; Ravenswaay, V.</p>	<p>inflammatory Bowel disease and/or Irritable bowel syndrome</p>	<p>mestre hverdagen med IBS/IBD.</p>	<p>fra en universitet i Canada. Alle kvinnene svarte på div. Bakgrunns-spørsmål, Gjennomførte et Epost intervju, og videre et intervju i virkeligheten.</p>	<p>fikk frem gode mestrings-strategier, og beskriver videre at disse funnene vil være en god og nyttig informasjonskilde for helsearbeidere til å hjelpe flere kvinner i veien mot mestring av hverdagen med IBS.</p>
<p>Bjørman, I., Jakobsson, E., Ringstrøm, G. &amp; Simrèn, M.</p>	<p>Patients experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: an analysis based on narrative and feminist theory</p>	<p>Undersøke pasientens opplevelse av å bli ivaretatt av helsepersonell i forbindelse med diagnosen IBS.</p>	<p>I alt ble ti personer intervjuet som tidligere hadde deltatt i et pasient undervisnings program.</p>	<p>Studien identifisert særlig tre elementer som anse som problematisk fra et pasientperspektiv: 1. Følelsen av at IBS ikke er en alvorlig nok tilstand 2. At sykdommen er psykologisk/ stressrelatert. 3. At man har et individuelt ansvar.</p>
<p>Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B-M. &amp; Nyhlin, H</p>	<p>Learning about oneself through others: experiences of a group- based patient education programme about irritable bowel syndrome.</p>	<p>Å utforske menneskers erfaring ved deltagelse i et gruppebasert pasient undervisnings program om IBS og hvilken påvirkning programmet har på hverdagen med sykdom.</p>	<p>Fokusgruppe intervjuer med 2-6 personer i alderen mellom 22-71 år. Intervjuene ble tatt opp og transkribert for å så bli lest flere ganger, for å avdekke ulike mønstre hos opplevelsen hos deltagerne.</p>	<p>Undervisnings programmet i denne studien virkers som å ha fremmet velvære i hverdagen for majoriteten av deltagerne.</p>

Vedlegg 3, Flytdiagram

Litteratursøk i CINAHL og Medline Januar 2018

