

KANDIDAT

21

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:11
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgave 2021.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

477.42 KB

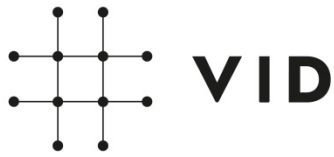
Opplastingstidspunkt:

07.04.2021 20:39

Status:

Lagret

Besvart.



Mestring ved irritabel tarm syndrom

Hvordan fremme mestring hos pasienter med irritabel tarm syndrom?

Coping with irritable bowel syndrome

How to promote coping in patients with irritable bowel syndrome?

Kandidatnummer: 21

VID Vitenskapelige Høyskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull 2018

Antall ord: 9848

8. April 2021

Sammendrag

Studier viser at pasienter med irritable tarm syndrom ofte tyr til uhensiktsmessige mestringsstrategier for å takle sykdommens hverdagslige utfordringer. Samtidig opplever majoriteten av pasientene møter med helsepersonell som fornærmende og unyttige. Denne oppgavens hensikt er derfor å undersøke hvordan sykepleiere kan fremme mestring ved hjelp av kommunikasjonsverktøyet «Fire gode vaner». Oppgaven er en litteraturstudie basert på systematisk innhenting av relevant litteratur og forskning, med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Oppgaven diskuterer at vi som sykepleiere bør fungere som pasientens samarbeidspartner som anerkjenner sykdommen og pasienten som person. Ved å gi pasienten riktig og tilpasset informasjon med utgangspunkt i pasientens verdier og erfaringer, styrkes pasientens håndterbarhet og begripelighet av sykdommen, og følgelig styrkes opplevelse av sammenheng.

Nøkkelord: IBS, irritable tarm syndrom, mestring, fire gode vaner

Abstract

Studies show that patients with irritable bowel syndrome often resort to maladaptive coping strategies to cope with everyday challenges of the disease. At the same time, the majority of patients experience encounters with healthcare professionals as insulting and useless. The purpose of this thesis is therefore to investigate how nurses can promote coping with the help of the communication tool “Four habits”. The thesis is a literature study based on systematic collection of relevant literature and research, with both a qualitative and quantitative approach. The thesis states that we as nurses should function as the patient’s partner who recognizes the disease and the patient as a person. By providing the patient with correct and adapted information based on the patient’s values and experiences, the patient’s manageability and comprehensibility of the disease is strengthened, which strengthens one’s sense of coherence.

Keyword: IBS, irritable bowel syndrome, coping, four habits

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	4
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.2.1 AVGRENSNINGER	5
1.3 BEGREPSAVKLARING	5
2.0 METODE	6
2.1 VITENSKAPSTEORI	6
2.2 LITTERATURSTUDIE	6
2.3 LITTERATURSØK	7
2.4 KILDEKRITIKK	8
2.5 ETISKE OVERVEIELSER	10
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	11
3.1 HVA ER IRRITABEL TARM SYNDROM?	11
3.1.1 <i>Symptombilde og diagnostisering</i>	12
3.1.2 <i>Behandlingsalternativer og prognose</i>	12
3.2 FRISK, MEN SAMTIDIG SYK	13
3.3 ANTONOVSKYS SALUTOGENESEMODELL	14
3.4 HELSEFREMMENTE SYKEPLEIE	16
3.5 FIRE GODE VANER	17
4.0 RESULTAT	19
4.1 <i>“ONE FLARE AT A TIME” ADAPTIVE AND MALADAPTIVE BEHAVIORS OF WOMEN COPING WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME (SKRASTINS & FLETCHER, 2016)</i>	19
4.2 <i>EFFECT OF ILLNESS REPRESENTATIONS AND CATASTROPHIZING ON QUALITY OF LIFE IN ADULTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (SHERWIN ET AL., 2016)</i>	19
4.3 <i>RELATIONS BETWEEN SYMPTOM SEVERITY, ILLNESS PERCEPTIONS, VISCERAL SENSITIVITY, COPING STRATEGIES AND WELL-BEING IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME GUIDED BY THE COMMON SENSE MODEL OF ILLNESS (KNOWLES ET AL., 2017)</i>	20
4.4 <i>WOMEN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND THEIR PERCEPTION OF A GOOD QUALITY OF LIFE (BENGTSSON ET AL., 2007)</i>	21
4.5 <i>BEING IN THE PATIENT POSITION: EXPERIENCES OF HEALTH CARE AMONG PEOPLE WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (HÅKANSON ET AL., 2010)</i>	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 INVESTER I BEGYNNELSEN	23
5.2 UTFORSKE PASIENTENS PERSPEKTIV	26
5.3 VISE EMPATI	28
5.4 INVESTER I AVSLUTNINGEN	31
6.0 KONKLUSJON	35
LITTERATURLISTE	36
VEDLEGG 1: PICO SKJEMA	42
VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK	43

1.0 Innledning

Irritabel tarm syndrom, forkortet IBS, er en utbredt lidelse både på lands- og verdensbasis. Lidelsen er en funksjonell tarmsykdom som blant annet innebærer en kombinasjon av magesmerter og avføringsendringer. Mange som opplever gitt symptombilde lever med sine symptomer uten å konsultere lege, og det må derfor regnes med en andel mørketall i forbindelse med antall diagnostiserte (Aabakken, 2018). Det anslås at omtrent 15% av befolkningen rammes av IBS (Helsebiblioteket, 2020) hvorav 8 til 25% av Norges befolkningen har fått diagnosen (Aabakken, 2018).

Irritabel tarm syndrom regnes som en kronisk tilstand (Valeur & Kristianslund, 2018, s. 7) som kan oppleves vanskelig for den det gjelder og dens pårørende. Dette kan by på en rekke utfordringer, men generelt vil kronisk sykdom vanskeliggjøre livsutfoldelsen både i sosiale sammenhenger, arbeidslivet og generelt i dagliglivet (Wahl & Hanestad, 2009). Å få påvist kronisk sykdom, deriblant IBS, kan hos noen oppleves som en krise (Renolen, 2015, s. 194). Da jeg fikk diagnosen for to år siden opplevde jeg det som en stor krise. Livet ble brått snudd på hodet, mat og stress ble triggere, hverdagen måtte omgjøres og tilrettelegges etter lidelsen. Det tok så mye plass, tid og energi at jeg følte at jeg *ble* sykdommen. Som pasient og fremtidig sykepleier har jeg lenge stusset over oppgavens problemstilling og lengter etter svar. Med dette som utgangspunkt for oppgaven er jeg svært motivert, og gleder meg til å undersøke ulik forskning og kunnskap om sykdommen og metodikk for mestringsstrategier som potensielt kan fremme livskvalitet.

1.1 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier har man en gylden mulighet til å hjelpe disse pasientene med håndtering av lidelsen, og ikke minst mestring og forståelse av kronisk sykdom. Det finnes heller ingen kurativ behandling mot IBS, noe som gjør det ennå viktigere å lære seg ulike måter å leve med sykdommen på (Helse Bergen, 2020). Da lidelsen er såpass utbredt, og gjelder en nokså stor andel av befolkningen er det helt klart av relevans for sykepleieutøvelsen. Sykdommen blir mer og mer forsket på omkring i verden, og hver dag blir ny kunnskap om årsak og behandling til. I tillegg skjer det en kontinuerlig endring av helsepersonells holdninger til sykdommen, og stadig flere pasienter opplever å bli tatt på alvor (El-Salhy et al., 2015, s. 69).

Med oppgaven min håper jeg å kunne bidra med økt bevissthet og kunnskap om utfordringene i livet med irritabel tarm.

1.2 Problemstilling

Hvordan fremme mestring hos pasienter med irritabel tarm syndrom?

1.2.1 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense pasientpopulasjonen til voksne, altså personer over 18 år, med irritabel tarm syndrom. Dette er den andelen IBS-pasienter det trolig er mest forsket på, da sykdomsdebut ofte tiltrer i ung voksen alder (Valeur & Kristianslund, 2018, s. 7). Oppgavens omfang er også avgrenset slik at pasientene som omtales møter sykepleiere på polikliniske oppfølgingssamtaler på sykehus, da det ofte er der man møter disse pasientene som sykepleier. Oppgavens fokus rettes mot nydiagnostiserte pasienter med IBS, og det drøftes hvordan disse kan mestre de hverdagslige utfordringene ved hjelp av god kommunikasjon.

1.3 Begrepsavklaring

Mestring er en dynamisk prosess som «innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre og indre påkjenninger og følger av slike påkjenninger. Slike mestringsstrategier er altså personlige og kan være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretagelse av egen helse» (Eide & Eide, 2017, s. 48). Mestringsbegrepet i helsefremmende forstand kan deles inn i hovedområdene hverdagsmestring og krisemestring. Med hverdagsmestring menes måten en person forholder seg til hverdagslige belastninger. Sykdom og dens følger er eksempel på forhold som kan utfordre ens hverdagsmestring. Helsepersonell kan bistå pasientens hverdagsmestring ved å avklare hva som er viktig for pasienten, legge gode planer og motivere pasienten til å nå mål (Eide & Eide, 2017, s. 48–49).

2.0 Metode

2.1 Vitenskapsteori

Metode er systematisk innhenting av informasjon og kunnskap for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland & Trygstad, 2017, s. 51; Thidemann, 2019, s. 74). For å svare på problemstillingen er det hentet kunnskap fra naturvitenskapelig, humanvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig tradisjon samt lovverk, retningslinjer og statistikk over utbredelse av sykdommen. Naturvitenskapelig kunnskap er avgjørende for å forstå hvordan menneskets fysiologi fungerer, og sykdomsprosesser oppstår (Thidemann, 2019, s. 61). I oppgaven er denne type kunnskap benyttet for å belyse hvordan irritabel tarm syndrom utvikles og påvirker kroppen. Humanvitenskapelig kunnskap er kunnskap hentet fra pasientopplevelser og sykepleiererfaringer (Thidemann, 2019, s. 61–62). Denne kunnskapstradisjonen er benyttet for å belyse pasientens opplevelser knyttet til det å være rammet av sykdommen og hvordan det påvirker livsutfoldelsen. Samfunnsvitenskapelig kunnskap er kunnskap fra pedagogikk og psykologi som blant annet undervisning og veiledning. I oppgaven er kunnskapstradisjonen benyttet for å belyse sykepleierens helsefremmende funksjon samt kronisk sykes opplevelse av mestring i hverdagen. Lovverk, retningslinjer og statistikk er innhentet for å underbygge problemstillingens aktualitet (Thidemann, 2019, s. 62).

2.2 Litteraturstudie

Dette er en litteraturstudie. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skiftelige kilder. Dette innebærer innsamling av litteratur etterfulgt av kritisk gjennomgang av litteraturen, og avslutningsvis skape en sammenfatning av det en har funnet (Magnus & Bakketeig, 2000, gjengitt fra Thidemann, 2019, s. 77). I denne oppgaven benyttes kunnskap fra eksisterende faglitteratur, forskning og teori for å belyse problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 207).

Faglitteratur anvendt i denne oppgaven er blant annet pensumlitteratur, samt litteratur fra biblioteket på VID. Kunnskap om kronisk sykdom tok utgangspunkt i bøkene «Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon» (Kristoffersen, 2016a) og «Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom» (Fjerstad, 2010). For å belyse tematikken helsepedagogikk, helsefremming, salutogenese og mestring er bøkene

«Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis» (Gammersvik & Larsen, 2018), «Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk» (Eide & Eide, 2017), «Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring» (Kristoffersen, 2016b) og «Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag» (Renolen, 2015) benyttet. Grunnet begrenset pensumlitteratur om irritabel tarm syndrom er noe hentet fra boken «Lev godt med irritabel tarm» (El-Salhy et al., 2015) skrevet av tre gastroenterologer ved norske sykehus.

Utover dette er supplerende nettressurser anvendt for å belyse tematikken hentet fra: tidsskriftet Sykepleien (Wahl & Hanestad, 2009), Tidsskrift for norsk psykologforening (Fjerstad & Stene, 2007), Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (Fjerstad, 2015; Valeur & Kristianslund, 2018), Helse Bergen (Helse Bergen, 2017, 2020, 2021), Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2020), Store medisinske leksikon (Ystad, 2018; Aabakken, 2018), Store norske leksikon (Lønne, 2019), Diakonhjemmet Sykehus (Diakonhjemmet Sykehus, 2021, u.å.), Lovdata (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), Norsk Sykepleierforbund (Norsk sykepleierforbund, 2019), Norsk legemiddelhåndbok (Norsk legemiddelhåndbok, 2021), Tidsskrift for Den norske legeforsking (Hyldmo et al., 2014; Valeur & Berstad, 2013; Waldum, 2002) og Helse Norge (Helse Norge, 2020).

2.3 Litteratursøk

Tema for oppgaven ble bestemt og deretter plassert inn i rammeverket PICO, for å gjøre problemstillingen tydelig og presis, samt kartlegge søkeord. PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket.no, 2016). For å finne flere synonymer på engelsk for de aktuelle søkeordene brukte jeg MESH- terms (Medical Subject Headings). (Se vedlegg 1 PICO skjema). Jeg gjorde først innledende litteratursøk i de anerkjente databasene innenfor medisin- og sykepleieforskning: CINAHL, Medline SveMed og Pubmed. Jeg valgte å benytte disse da de dekker sykepleiefaglig forskning og er blant de største (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Søket i SveMed gav ingen funn til gitt problemstilling og utelukkes derfor videre.

Inklusjonskriterier er at studiedeltakerne skal være voksne og ha en formell IBS diagnose satt av fagkyndig. Artiklene må være publisert i et vestlig land, grunnet vesentlige kulturelle og ressursmessige forskjeller. De må også omhandle sammenhengen mellom mestring og symptomtrykk og/eller metoder som fremmer mestring. Grunnet sparsomt med forskning på tema sammenlignet med andre sykdomstilstander ble jeg nødt til å sette publikasjonsdato mellom 2005-2020 for å få flere relevante treff. Den eldste studien er fra 2007 og anses å fremdeles være av klinisk relevans da den omhandler opplevelser og erfaringer som også sees i de fire andre og nyere studiene. Tidsskriftene må være fagfelleverdert.

Eksklusjonskriterier er forskningsartikler som er skrevet på et annet språk enn norsk og engelsk, samt artikler som er publisert i kulturelt svært forskjellige land sammenlignet med Norge. Artikler publisert før 2005 ble ekskludert for å sikre at studienes innhold var oppdatert kunnskap og overførbar til dagens praksis. Jeg ekskluderte ikke studier der behandling ble gitt andre steder enn poliklinisk for å kunne tilføye bredde til oppgaven.

Jeg gjennomførte systematiske søk med ulike kombinasjoner av søkeordene i databasene. Jeg brukte følgende søkeord *irritable bowel syndrome, coping, life experiences, lived experience, quality of life, psychological adaption, nursing/nurse*. Søkene ble deretter kombinert med OR og AND for ytterligere avgrensning. (Se vedlegg 2 søkehistorikk). Jeg kunne med fordel funnet flere søkeord som trolig ville gitt flere treff, men jeg fant studiene jeg fikk i søket som relevante og pålitelige. Bakgrunn for utvelgelsen i første omgang var artikler med relevante overskrifter. Disse artiklenes sammendrag ble således lest med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Artiklene jeg fant relevante skumleste jeg for så å selektere de som fanget mest interesse og relevans i henhold til oppgavens problemstilling. De fem forskningsartiklene jeg satt igjen med ble grundig lest og oversatt. Litteraturlistene ble også gjennomgått for å se om de inneholdt andre relevante og interessante artikler.

2.4 Kildekritikk

For å tilstrebe høy kvalitet i oppgaven er de utvalgte artiklenes tidsskrift sjekket via Norsk senter for forskningsdata, NSD, som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler,

som blant annet sikrer at tidsskriftene er fagfellevurdert (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Artiklene ble for øvrig sjekket via søketjenesten Oria. Alle forskningsartiklene benyttet i denne oppgaven er med dette fagfellevurdert, noe som vil si at artiklene er kvalitetsvurdert og godkjent av minst to eksperter innenfor fagområdet (Thidemann, 2019, s. 67). De utvalgte artiklene følger IMRaD- struktur, med inndelingen introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon, noe som er et særtrekk for vitenskapelige artikler 07.04.2021 20:34:00Det er også benyttet sjekklister hentet fra Helsebiblioteket (2016b, 2016a) for å sikre artiklenes bruksverdi i oppgaven. Med dette anses artiklene som troverdige med god gyldig- og holdbarhet samt relevans og pålitelighet for oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159).

Felles for alle forskningsartiklene er at de er skrevet på engelsk, noe som medfører en risiko for at jeg har misforstått eller tolket innholdet på feil måte (Dalland, 2017, s. 158). Alle studiene er utført i vestlige land, derav to fra Sverige og de resterende fra USA, Canada og Australia. Selv om helsevesenet i disse landene er i varierende grad ulikt det norske, anses de likevel som overførbare til norske forhold. Hovedtyngden av forskning jeg har funnet bærer preg av kvinner som majoritet, men dataene diskuteres likevel som overførbare til alle pasienter med IBS. Ingen av studiene inkluderte deltakere som var nydiagnostiserte, men jeg har likevel benyttet studiene da de tilfører kunnskap om hvordan langtidssyke mestrer de hverdagslige utfordringene som kan brukes som utgangspunkt for nydiagnostiserte. Kritikk av artiklene blir presentert i kapittel 4.0.

Fagbøker benyttet i oppgaven anses kvalitetssikret av forlaget som utgav bøkene. Det er imidlertid benyttet hovedtyngde av sekundærlitteratur, og det må dermed tas forbehold om at kunnskapen er håndtert av flere, noe som kan ha medført feiltolkninger (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162).

Nettressursene anvendt i oppgaven er alle del av organisasjoner/ institusjoner med ansvarlig redaksjon og redaktør som står for kvalitetssikring av innholdet. Noen av nettressursene oppgav forfatter, og disse ble nøye gjennomgått i henhold til utdanning og bakgrunn.

2.5 Etske overveielser

Akademiske normer for kildehenvisning er overhold ved at kildehåndteringen er gjort nøye, både i tekst og litteraturliste (Thidemann, 2019, s. 12). Forskningsartiklene i denne oppgaven er alle fagfelleurdert, og dermed også etisk godkjent. Det ble gitt informert samtykke fra hver studiedeltaker, og deltakerne hadde mulighet til å trekke seg om ønskelig. Studienes data er anonymisert og personvern er dermed overhold.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Hva er irritabel tarm syndrom?

Irritabel tarm syndrom (IBS, *irritable bowel syndrome*) er en funksjonell tarmsykdom med magesmerter, endret avføringsmønster samt luftplager uten påvisbar organisk årsak (Norsk legemiddelhåndbok, 2021; Waldum, 2002). Fordøyelsesproblematikken er, som nevnt innledningsvis, hyppig sett hos den norske befolkning, og mellom 8% og 25% har diagnosen. Lidelsen er dermed en av de vanligste årsakene til legebesøk grunnet fordøyelsesbesvær. Samtidig er det svært mange med denne tilstanden som ikke oppsøker lege og anslagene om forekomst er derfor lave. Sykdommen kan sees hos begge kjønn og i alle aldre, men flere yngre enn eldre og flere kvinner enn menn er rammet (Aabakken, 2018).

Da årsaken til sykdommen er ukjent er det flere teorier på syndromets utvikling, som trolig ofte er en kombinasjon av flere faktorer. Man har blant annet sett forstyrrelser i tarmmuskulaturen og/eller forstyrrelser i signalveien opp til hjernen. Andre faktorer er kosthold, sammensetningen av tykktarmsbakterier, lavgradig inflammasjon i tarmveggen og genetikk (El-Salhy et al., 2015, s. 34; Helse Bergen, 2020; Aabakken, 2018).

I 1946 betraktet enkelte irritabel tarm som en psykisk lidelse på bakgrunn av daværende undersøkelsesmetoder (El-Salhy et al., 2015, s. 10). Dagens forskning derimot støtter ikke disse antagelsene om at psykologiske faktorer som depresjon, angst eller hypokondri påvirker prevalensen og/eller forløpet av IBS (El-Salhy et al., 2015, s. 34; Helse Norge, 2020). Stress og psykiske plager er derimot vesentlige faktorer som påvirker symptomtrykket. Forskning viser at personer med irritabel tarm kan ha et forandret kommunikasjonsmønster mellom hjernen og tarmen, noe som medfører økt sensitivitet for stimuli. Dermed vil stress og psykiske plager påvirke hjernen i en hypersensitiv og hyperreaktiv hjerne-tarm-akse (Helse Bergen, 2020). Stress forårsaker imidlertid ikke IBS, men forverrer symptomene. En forklaring på dette er at forverringen er forårsaket av et samspill mellom stresshormonene kortisol/noradrenalin, og hormonene i mage-tarmkanalen (El-Salhy et al., 2015, s. 42). Hovedproblemet er imidlertid kronisk stress, ikke akutt stress. Økonomiske vansker, samlivsproblemer, problemer på arbeidsplassen er eksempler på stressfaktorer som kan gi utslag i IBS symptomer (Helse Bergen, 2020).

3.1.1 Symptombilde og diagnostisering

Vanlige symptomer er magesmerter, løs avføring og/eller obstipasjon, samt luftbesvær og oppblåsthet. Noen har hovedsakelig diaré eller obstipasjon, men kan også ha en kombinasjon av begge. Mange opplever smerter umiddelbart etter matinntak og føler lindring etter toalettbesøk. Symptomtrykket varierer fra person til person fra akseptabel til alvorlig. En kan også oppleve at symptomtrykket er lettere i perioder og mer fremtredende i andre (Helse Bergen, 2020; Helse Norge, 2020; Helsebiblioteket, 2020).

Sykdommen fører ofte med seg ulike tilleggssplager. Enkelte av pasientene opplever ikke-hjerte-relaterte- brystmerter, smerter eller symptomer i øvre kvadranter av mageregionen samt halsbrann. En betydelig andel pasienter opplever også hodepine, muskelsmerter, smerter fra underlivet, kronisk tretthet, angst, depresjon og/eller søvnproblemer (Helse Bergen, 2020; Helse Norge, 2020; Helsebiblioteket, 2020).

IBS er en eksklusjonsdiagnose da andre mage- og tarmsykdommer utelukkes under utredning. Det tas utgangspunkt i anamnese, klinisk undersøkelse og blod- og avføringsprøver (Waldum, 2002). Eventuelt supplert med undersøkelser som gastroskopi, koloskopi, røntgen, biopsi eller ultralyd som viser normale forhold (Helse Bergen, 2020). IBS gir altså ikke utslag på undersøkelser og prøver. Diagnosen stilles så etter de internasjonale konsensuskriterier (Roma IV) som blant annet innebærer tilbakevendende magesmerter de siste seks månedene, samt smertepåvirkning minst en gang i uken de siste tre månedene. Smertene må også være forbundet til minst to av følgende kriterier: relasjon til defekasjon, endret avføringsfrekvens og/eller avføringens form (Norsk legemiddelhandbok, 2021).

3.1.2 Behandlingsalternativer og prognose

Da IBS er en livslang lidelse må man lære seg å leve med tilstanden for å minske symptomtrykket gjennom økt forståelse og kunnskap om sykdommen. Hvert enkelt tilfelle av IBS er unikt, og det er dermed vanskelig å fastslå hvilken behandlingsform og løsning som passer for alle (Helse Bergen, 2020). Sykdommen er ikke livstruende eller ødeleggende for tarmene, men plagene kan medføre betraktelig redusert livskvalitet (Helsebiblioteket, 2020).

Dette kan medføre sosial isolasjon, som igjen kan føre til at man slutter i arbeid eller studier, og at menneskelige relasjoner svekkes (El-Salhy et al., 2015, s. 11).

Behandlingen omfatter i all hovedsak symptomlindring i den grad det er mulig, da det ikke finnes kurativ behandling. Regelmessighet bør tilstrebes med hensyn til toalettvaner, måltider, fysisk aktivitet og søvn (Valeur & Kristianslund, 2018, s. 11). Ved høyt symptomtrykk og innskrenket livsutfoldelse kan medikamenter utprøves i samråd med lege. Dette kan innebære legemidler ment for å lindre magesmerter, forstoppelse og diaré (Helse Bergen, 2020; Aabakken, 2018). I tillegg til å unngå matvarer som typisk gir mye flatulens, har redusert FODMAP (fermenterbare oligosakkarider, disakkarider, monosakkarider og polyoler) diett effekt hos en del pasienter, andre har nytte av laktose-og/eller glutenfri kost (Ystad, 2018; Aabakken, 2018).

Behandlingsmetoder som kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, avspenningsøvelser og psykologisk behandling har vist seg å være fordelaktige for noen pasienter da stress minskes og derav redusert symptomtrykk (El-Salhy et al., 2015, s. 64–65). Flere ender opp med ugunstige mestringsstrategier i håndteringen av symptomene, og det er da fordelaktig med terapi med fokus på å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd som forverrer plagene (Helse Bergen, 2020). Tilstrekkelig informasjon om tilstanden er også en vesentlig del av behandlingen (Helsebiblioteket, 2020). Haukeland Universitetssykehus har blant annet laget en pasientrettet gruppeundervisning for å gi rettledning og støtte til disse pasientene. Kurset inneholder blant annet informasjon om sykdommen og hvordan mestre utfordringene (Helse Bergen, 2021). Kunnskap om sykdommen kan bidra til å bedre håndtere symptomene og gi en følelse av kontroll (Helse Norge, 2020; Helsebiblioteket, 2020).

3.2 Frisk, men samtidig syk

Kronisk sykdom er som den ubudne gjesten som aldri vil gå, og som stadig tar mer og mer plass i livet. Denne gjesten er kommet for å bli (Fjerstad & Stene, 2007). Et liv med kronisk sykdom kan bety et liv fullt av begrensninger, samt en følelse av å være nedvurdert og en byrde for andre (Wahl & Hanestad, 2009). En kronisk og fremadskridende sykdom vil dermed

lett dominere livssituasjonen, og personen kan etter hvert definere seg selv ut fra sykdommen (Kristoffersen, 2016a, s. 70). I tillegg kan sykdommen innebære faser med ulik sykdomsintensitet og med ulike utfordringer som må mestres. Gjennom sykdomsforløpet behøver pasienten og familien på ulike tidspunkt bistand fra helsepersonell. Hjelpens kvalitet og innhold vil ofte påvirke både forløpet av sykdommen og pasientens livskvalitet (Kristoffersen, 2016a, s. 77).

Kronisk sykdom kan forårsake mange problemer i dagliglivet for de personene som rammes, deriblant kontroll av symptomer, tilpasning til endring i sykdomsforløpet- både i aktive og passive sykdomsperioder. Samt et vidt spekter av sosial problematikk knyttet til sosial isolasjon, tap av arbeid som følge av sykdom og økonomiske problemer grunnet behandlingskostnader. Den kroniske lidelsen kan også ha innvirkning på opplevelsen av mestring av ens egen og familiens livssituasjon, kroppsopplevelse og selvbilde, tap av mening og andre eksistensielle bekymringer (Fjerstad, 2010, s. 73; Wahl & Hanestad, 2009).

Flere kroniske sykdommer er usynlige for andre og fordøyelsessykdommer er blant disse, på godt og vondt. Godt fordi man selv kan bestemme om og når man vil ha fokus på sykdommen, men vondt om omgivelsene ikke forstår. Du er uvel og utmattet, preget av magesmerter, og hele tiden på jakt etter det nærmeste toalettet, noe de rundt deg ikke kan se. Fordøyelsessykdommens symptomer kan oppleves som en berg- og dalbane som gjør hverdagen uforutsigbar og vanskelig å planlegge. Tarmsykdom er ikke noe man snakker høyt om på fine middager, men heller noe man holder for seg selv. Diaré, forstoppelse, lyd og lukt fra mage-tarm er noen av symptomene som kan oppleves pinlige og skamfulle. Fremtidssykdommer og sykdommens opplevde begrensninger kan bli en større belastning enn hva den upålitelige tarmen i seg selv er (Fjerstad, 2015).

3.3 Antonovskys salutogenesemodell

Sosiologen Aron Antonovsky utviklet teorien om salutogenese med utgangspunkt i et positivt helsebegrep og hovedfokus på mestring av hverdagslivet. Salutogenesemodellen tar utgangspunkt i hva som skaper helse (salutogenese) fremfor hva som skaper sykdom (patogenese). Han fokuserte på individets styrker og motstandsressurser som helsefremmende, istedenfor å se på sykdom og dens begrensninger. Salutogenetisk

tenkning oppfatter derfor helse som et kontinuum, istedenfor at vi enten er frisk eller syk (Larsen, 2018, s. 40; Renolen, 2015, s. 172). Stress og sykdom er naturlige fenomen i et menneskets liv noe han så på som potensielt helsefremmende (Renolen, 2015, s. 173). Hensikten med salutogen tilnærming er ikke bare symptombehandling, men også å gjøre pasienter i stand til å best mulig leve med helseutfordringene ved å tilrettelegge for personens evne til aktiv tilpasning for å kunne mestre hverdagen (Langeland, 2018, s. 157).

«Sense of coherence» (SOC), «opplevelse av sammenheng» (OAS), er et sentralt begrep i Antonovskys teori. Begrepet består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om hvorvidt personen forstår det som skjer. Håndterbarhet innebærer en følelse av at utfordringene kan håndteres med ressurser som en selv og legitime andre innehar, samt troen på at situasjonen kan løses. Meningsfullhet er motivasjonselementet og anses av Antonovsky som det mest betydningsfulle i OAS. Meningsfullhet har betydning for hvor deltagende og anstrengende personen er for å takle en situasjon. Totalt er opplevelsen av sammenheng et resultat av den enkeltes samlede livserfaring, og blir forsterket og omdannet underveis i livet ved nye erfarte utfordringer (Gammersvik, 2018, s. 116–117; Larsen, 2018, s. 40–41; Renolen, 2015, s. 173).

Komponentene henger sammen og påvirker hverandre. Sterk meningsfullhet og begripelighet gjør motivasjonen sterkere for å finne hensiktsmessige mestringsressurser. Forsøk på å mestre situasjoner med lav håndterbarhet oppleves meningsløst da ressursene mangler. Mestringsressursene omtales av Antonovsky som motstandsressurser som potensielt kan fremme effektiv mestring av en situasjon. Jo flere motstandsressurser, jo høyere grad av OAS og helse. Eksempel på motstandsressurser er oversikt og kontroll, egoidentitet, sosial støtte, materielle verdier, kultur, religion og verdier. Hvorav sosial støtte og egoidentitet fremheves som spesielt betydningsfulle motstandsressurser. Sterk opplevelse av sammenheng er en ressurs som gjør en i stand til å mestre belastende livshendelser av ulike slag som igjen bidrar til å fremme helse og velvære (Kristoffersen, 2016a, s. 53; Renolen, 2015, s. 173). Empowerment er sentralt i den salutogenetiske tilnærmingen, som her kan bety «å ta styringen eller makt over» et fenomen eller faktorer for å få bedre helse. Dette kan gjøres ved å utvikle kunnskap om de helsefremmende faktorene (Lønne, 2019).

3.4 Helsefremmende sykepleie

Helsepedagogikk dreier seg om all pedagogisk aktivitet som har til hensikt å fremme læring og mestring, der målet er bedre helse for pasienten. For å stimulere til aktiv brukermedvirkning, der pasienten selv tar ansvar, er dialog og samarbeid viktig (Kristoffersen, 2016b, s. 359–360). Ved å la pasienten ta del i egen helseomsorg styrkes pasientens medbestemmelse, såkalt empowerment, noe som er en forutsetning for mestring (Harris & Ursin, 2018, s. 232). WHO definerer empowerment i helsefremmende arbeid «som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (gjengitt fra Harris & Ursin, 2018, s. 232). Målet med helsefremming er helse, velvære og livskvalitet (Eide & Eide, 2017, s. 17; Gammersvik, 2018, s. 114). Sykepleierens rolle i helsefremmende arbeid er dermed å tilrettelegge og stimulere pasientens helsefremmende prosess som styrker pasientens mestring, helse og livskvalitet (Gammersvik, 2018, s. 114). Mestringsarbeidet er imidlertid først og fremst pasientens oppgave, og sykepleierens rolle er dermed kun å medvirke til at pasienten lykkes med «mestringsprosjektet» (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Sykepleierens pedagogiske rolle handler altså om å bistå med og tilpasse informasjon, veiledning og undervisning slik at både pasient og pårørende innehar tilstrekkelig kunnskap til å kunne ta kontroll over faktorer som påvirker helse og mestring (Tveiten, 2018, s. 246). Ved å etablere relasjonsorientert kommunikasjon som er meningsskapende, kan empowerment, bedring og mestring oppnås (Ekeland og Heggen, 2007, gjengitt fra Tveiten, 2018, s. 246).

Pasienters rett til informasjon og helsepersonells informasjonsplikt er for øvrig lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). I henhold til §10 i helsepersonelloven (1999) heter det at den som yter helsehjelp skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglementet i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon for å kunne tilegne seg innsikt i egen helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer, jf. §3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonen som gis skal også være tilpasset den enkeltes forutsetninger, og gis på en

hensynsfull måte. Videre skal helsepersonellet, i den grad det lar seg gjøre, sikre at informasjonen er forstått, jf. § 3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som understreker sykepleiens fundament. Sykepleieren skal blant annet holde seg oppdatert på forskning og kunnskap, gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt sørge for å tilstrebe en helsefremmende sykepleiepraksis som understøtter håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2019).

3.5 Fire gode vaner

God kommunikasjon med pasienten bidrar til bedre pasienttilfredshet og etterlevelse, bedre behandling, mestring og helse (Hyldmo et al., 2014). Kommunikasjonsmetoden «Fire gode vaner» tar utgangspunkt i den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanentes modell «Four habits». Professorene Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen har tilpasset denne modellen norske forhold (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 8; Hyldmo et al., 2014). De fire vanenes hensikt er nettopp god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette kommunikasjonsverktøyet er blant annet implementert i Helse Bergen og på Diakonhjemmet Sykehus (Diakonhjemmet Sykehus, 2021; Helse Bergen, 2017).

Den første gode vanen, **investering i begynnelsen**, handler om å bygge tillit gjennom å være høflig, tilstedeværende og henvendt til pasienten, og samtidig innhente en oversikt over pasientens helseproblem. Det stilles åpne spørsmål slik at pasienten får kommunisert sine tanker, og det lages en agenda for samtalen sammen med pasienten samt hva som skal prioriteres. Pasientens forventninger til samtalen bør også kartlegges (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 8–10; Hyldmo et al., 2014).

Den andre gode vanen, **utforsk pasientens perspektiv**, dreier seg om å få tak i pasientens forståelse, tanker og opplevelser, samt plagenes innvirkning i hverdagslivet (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 8–10; Hyldmo et al., 2014).

Den tredje gode vanen, **vis empati**, går ut på å vise empati, være emosjonelt til stede, få tak i pasientens følelser og validere pasientens opplevelser gjennom ord og kroppsspråk.

Empatien kan med fordel også uttrykkes nonverbalt (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 8-9,11; Hyldmo et al., 2014).

Den fjerde vanen, **invester i avslutningen**, innebærer at helsepersonellet gir god informasjon og oppmuntring til å delta i beslutningsprosessen for å lage en felles behandlingsplan. Alle tiltak må begrunnes og en må sikre at pasienten har forstått informasjonen (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 8-9,11; Hyldmo et al., 2014).

4.0 Resultat

4.1 “One Flare at a Time” Adaptive and Maladaptive Behaviors of Women Coping With Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome (Skrastins & Fletcher, 2016).

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke livserfaringer knyttet til IBD og/eller IBS hos kvinner i høyere utdanning. Ni kanadiske kvinner i alderen 18 til 26 år deltok i studien, fire med IBS og fem med IBD. De innhentet data ved hjelp av samtykkeskjema, bakgrunns-spørsmål og en-til-en intervju med deltakerne. Intervjuets formål var å undersøke deltakernes erfaringer med håndtering av sykdommen. Temaet i denne studien var «Jeg gjør så godt jeg kan med det jeg har» som videre ble delt inn i hensiktsmessige og uhensiktsmessige mestringsstrategier. Årsakene til hvorfor mestringsatferden ble brukt var for å unngå triggere eller oppblussinger av symptomer, samt for å oppnå øyeblikkelig lindring/glede. Samtidig ble det også et svar på det ytre presset de opplevde, og en måte å bli vant til å takle hverdagens problemer på. Studien konkluderer med at sykepleiere kan bli en del av løsningen for å hjelpe kvinner med IBS og IBD og finne flere hensiktsmessige mestringsstrategier.

Studiens svakheter er at alle deltakerne er hvite kvinner mellom 18 til 26 år under utdanning. Studiens styrke derimot er at de utforsker fellestrekkene av mestringsatferd i dette homogene utvalget. Studien inkluderte kvinner med IBS og/eller IBD, og anses relevant for oppgaven da disse sykdommene gir mye lik problematikk.

4.2 Effect of Illness Representations and Catastrophizing on Quality of Life in Adults With Irritable Bowel Syndrome (Sherwin et al., 2016).

Hensikten med denne kvantitative tverrsnittstudien var å vurdere effekten sykdomsforståelse og mestring har på helserelatert livskvalitet hos voksne med IBS. Bakgrunnen for studien var begrenset forståelse av innflytelsen fra psykososiale faktorer på IBS, noe som bidrar til vanskeligheter med håndterbarhet og ineffektiv langvarig behandling. Selvrapperte data ble samlet inn fra 101 amerikanske deltakere med IBS derav 78% kvinner og 22% menn mellom 30 til 50 år. Det ble brukt tre ulike innsamlingsverktøy for

innhenting av data som omhandlet sykdomsforståelse, katastrofetenkning og livskvalitet. Deltakerne oppfattet IBS som en kronisk og syklisk lidelse med negative konsekvenser, moderat symptomtrykk og sterk negativ emosjonell innvirkning. Livskvaliteten var lav, og katastrofetenkning var hyppig til stede. Studiens resultater viser at implementering av sykdomsforståelse og mestringsstiler i behandlingen av IBS kan styrke pasientenes livskvalitet og minske lidelse.

Studiens svakheter er at hovedtyngden av deltakere var tilknyttet gastrospesialister, noe som kan ha gjort deltakerne bedre informert og motivert, og følgelig kan ha påvirket sykdomsforståelsen og nivå av katastrofetenkning. Andelen kvinnelige deltakere er også høyere enn hos den typiske IBS-populasjonen. Studien er en tverrsnittstudie noe som gjør at årsakssammenhengen ikke kan bestemmes. Studiens styrke er at den viste sammenhengen mellom mestringsstrategier og symptomtrykk.

4.3 Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness (Knowles et al., 2017).

Hensikten med denne tverrsnittstudien var å utforske effekten av «Common Sense Model» (CSM) ved bruk av «Structural Equation Modelling» (SEM) i en IBS- kohort. De utforsket alvorlighetsgraden av IBS, mestringsmønstre, visceral sensitivitet, sykdomsforståelse, psykiske plager (depresjon, angst & stress) og livskvalitet. Studiedeltakerne deltok via spørreskjema på internett. 131 personer deltok, deriblant 29 menn og 102 kvinner og gjennomsnittsalder 38 år. Majoriteten av deltakerne kom fra Australia, derav 62%, samt 19,8% fra USA/Canada og 14,5% fra Europa. Alvorlighetsgraden av IBS blant deltakerne ble også kartlagt. Ved hjelp av ulike kartleggingsskjemaer bekreftet de at sykdomsoppfatningen betydelig og direkte påvirket alvorlighetsgraden av IBS. Sykdomsoppfatningen resulterte deretter til direkte ugunstige mestringsstrategier og visceral følsomhet. De uhensiktsmessige mestringsstrategiene og visceral følsomhet ble dernest direkte assosiert med psykiske plager og lav livskvalitet. Studiens resultater viser at når sammenhengen mellom alvorlighetsgrad av IBS, redusert psykisk velvære og livskvalitet er så tydelig, er det viktig å finne rollen til

psykologiske prosesser for å bedre forstå IBS og utvikle mer effektive intervensjonsstrategier.

Studiens svakheter omfatter selvrapporterte IBS-diagnoser og alvorlighetsgrad, og potensiell selv-seleksjonsbias. Studien er også basert på tverrsnittsanalyser, noe som begrenser muligheten til å generalisere og bestemme årsakssammenheng. Studiens styrker er at de ser sammenhengen mellom sykdommen og konsekvensene for pasienten som kan hjelpe helsepersonell til å bedre bistå pasienten i å takle sykdommens langvarige belastning.

4.4 Women With Irritable Bowel Syndrome and Their Perception of a Good Quality of Life (Bengtsson et al., 2007).

Hensikten med denne kvalitative studien var å samle inn informasjon fra kvinnelige pasienter med IBS om deres oppfatning av god livskvalitet og å lage en helsemodell for disse pasientene. Kandidater for studien ble plukket ut ved å spørre pasienter med IBS som oppsøkte medisinske avdelinger på et universitetssykehus i Sverige etter henvisning fra fastlege. I studien deltok 30 kvinner, mellom 20-65 år, skriftlig på et relativt enkelt, men omfattende spørsmål «hva er din oppfatning av god livskvalitet?». I etterkant av spørreskjemaene gjorde de også intervju med deltakerne. Dataene ble analysert kvalitativt, og svarene ble telt og dermed også kvantifisert. Studien delte kvinnenes oppfatning av god livskvalitet inn i fem kategorier: fysisk og mental helse, sosialt velvære, velferd, styrke og energi og selvoppfyllelse. Studiens resultater viser at en helsemodell for pasienter med IBS bør omfatte følgende hovedområder: behandling av pasientens symptomer, pasientbekreftelse, diagnosebekreftelse og instruksjoner for pasienten. Helsemodellen bør implementeres på primæromsorgsnivået og inneholde en langsiktig plan for helsetjenester som også beskriver sekundærnivået.

Studiens svakheter er at det ble brukt skiftelige spørreskjema for innhenting av data og manglende dybde i deltakernes svar. Studien inkluderte kun kvinner, men diskuterer at resultatene trolig kan overføres til alle pasienter med IBS. Studiens styrker er at de verifiserte resultatene ved at 15 andre kvinner svarte på det samme spørreskjema, samt inkluderte kvinner i forskjellige aldre og med ulik erfaring med sykdommen.

4.5 Being in the Patient Position: Experiences of Health Care Among People With Irritable Bowel Syndrome (Håkanson et al., 2010).

Hensikten med denne kvalitative studien var å få inngående forståelse av hvordan det er for en person med irriterbar tarm syndrom å være pasient i møte med helsepersonell. Det ble utført kvalitative intervjuer med ni svenske deltakere, to menn og syv kvinner mellom 25 og 48 år. Studiens deltakere hadde hatt diagnosen i over tre år og oppsøkt hjelp ved flere anledninger grunnet deres irriterbar tarm, og har dermed et mer mangfoldig og bredere blikk på disse møtene enn nydiagnostiserte. Datanalysene avdekket opplevelser av ikke-støttende og støttende møter med helsepersonell. Ikke-støttende møter var preget av ydmykelse, ubetydelighet og oppgivelse. Å ikke føle seg trodd og anerkjent som personer fikk deltakerne til å miste tilliten til egen erfaring, noe som ikke bedret situasjonen. Støttende møter var mindre fremtredende i studien, men disse var preget av åpenhet og anerkjennelse av pasientens livsverden. Følelsen av å være betydelig og bli lyttet til fremmet et samarbeidsforhold mellom pasient og helsepersonell. Studien konkluderer med at omsorg med utgangspunkt i pasientens livsverden vil fremme pasientenes styrke til å takle sykdom og gjenvinne fortrolighet i hverdagen.

Studiens styrker er at studiefunnene gir kunnskap som beriker vår forståelse av IBS-pasienters posisjon i forhold til helsevesenet. Studiedeltakerne hadde vært plaget med IBS-problemer i flere år og hadde omfattende erfaring med møter innenfor helsevesenet. Studiens svakheter er at alle deltakerne var høyt utdannet og hovedvekt av kvinner.

5.0 Drøfting

5.1 Invester i begynnelsen

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i empowermentttenkning der sykepleieren samarbeider med pasienten om å identifisere, fremme og styrke ressurser for å oppnå mest mulig kontroll over momenter som påvirker helsen. For at samarbeidet skal bidra til bevisstgjøring, læring og økt mestringskompetanse er relasjonen mellom pasienten og sykepleieren vesentlig. Relasjonen må bære preg av tillit, respekt og likeverdighet. Det er imidlertid viktig å understøtte pasientens tillit og trygghet på at sykepleieren besitter adekvat faglige kompetanse (Kristoffersen, 2016b, s. 368; Tveiten, 2018, s. 240).

Sykepleieren opptrer tillitsvekkende ved å vise innlevelse og interesse for pasientens opplevelser og erfaringer. Sykepleieren er henvendt til pasienten og lytter aktivt med bekreftende nonverbal respons, spørsmål eller utdyping (Gammersvik, 2018, s. 123; Tveiten, 2018, s. 251). Sykepleieren starter samtalen med å høflig introdusere seg selv og ønske velkommen, samt sørge for at pasienten føler seg vel (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 10).

En poliklinisk samtale på sykehus varer sjelden mer enn 30 minutter og det er dermed viktig at samtalens rammer blir kartlagt tidligst mulig. Sykepleieren har trolig lagt en plan for den pedagogiske situasjonen på forhånd, men både innholdet og formen må tilpasses den enkelte pasient (Kristoffersen, 2016b, s. 367). Sykepleieren kan stille spørsmål som «vi har en halv time i dag. Hva vil du bruke tiden til?» eller «hva vil du ta opp i dag?» (Eide & Eide, 2017, s. 127). At forventningsavklaringen til samtalen kommer frem i begynnelsen gjør det lettere å holde en strukturert samtale med tidsrammene man har, samt at pasientens behov blir vektlagt. Tydeliggjøring av tidsrammene bidrar ofte til raskere og bedre kontakt samt at tiden man har til rådighet blir brukt godt, som følgelig kan bidra til bedre etterlevelse (Eide & Eide, 2017, s. 125).

Ved å benytte den første vanen til å finne ut hva pasienten har på hjertet kan også pasientens verdier, følelser og opplevelse av mening komme frem og dermed utforskes også pasientens meningsfullhet. Meningsfullhet er motivasjonselementet i salutogen tilnærming da opplevelse av mening skaper motivasjon og er dermed viktig å underbygge i samtalen (Gammersvik, 2018, s. 116; Renolen, 2015, s. 173). Å få påvist kronisk sykdom kan oppleves

som en krise og trusselen om funksjonstap kan medføre mestringsutfordringer og meningsløshet for personen, og bør derfor utforskes (Renolen, 2015, s. 194). Sykepleieren stiller åpne spørsmål som «kan du si litt om hvordan du har det?», «hva oppleves viktig for deg nå?» eller «er det noe spesielt du vil at vi skal snakke om?». Ved å stille åpne spørsmål får pasienten mulighet til å utdype sine plager, tanker og følelser om situasjonen og kan videre brukes som en ramme for samtalen (Kristoffersen, 2016b, s. 377). Hva en verdsetter i livet er forskjellig fra individ til individ, og undersøkes av sykepleieren slik at samtalen tar utgangspunkt i pasientens verdier her og nå for å sikre at samtalen oppleves nyttig (Eide & Eide, 2017, s. 63). Eksempelvis kan det å fortsatt være i jobb være viktig for en pasient, mens det for en annen er viktigst å klare det alminnelige husarbeidet. Ved at samtalen fokuserer på det pasienten anser som verdifullt i livet kan også pasientens begripelighet og håndterbarhet styrkes (Langeland, 2018, s. 162).

I studien til Håkanson mfl. (2010, s. 5–7) var hovedvekten av deltakernes opplevelser i møte med helsepersonell ikke-støttende. De beskriver møtene som preget av ydmykelse, ubetydelighet og oppgivelse. De følte at de ikke ble tatt på alvor og opplevde at de avviste sykdomsopplevelsene deres ved bruk av nedlatende eller lite gjennomtenkte uttalelser som å be dem roe seg ned eller slutte å være hysteriske. Deltakerne følte seg beskyldt for å overdrive eller til og med forestille seg sykdommen, og erfaringene deres ble avvist som irrelevante eller ikke-eksisterende. Deltakerne fremhevet at *å se dårlig ut* ville hatt gunstig effekt da synlige bevis på sykdom ville gitt bekreftelse og legitimitet for å søke hjelp, og dermed styrket pasientens posisjon i forhold til helsepersonellet. Studien diskuterer at sykdomsbyrden økes når personen bak ikke blir sett eller invitert til å dele. Mangelen på anerkjennelse opplevdes av deltakerne som om deres kunnskap om egen kropp, helse og livssituasjon verken hadde betydning eller relevans for helsehjelpen. Også i studien til Sherwin mfl. (2016, s. 45) vises det til pasientenes opplevelse av at symptomene og erfaringene deres ble ignorert og avvist.

Studiedeltakerne til Bengtsson mfl. (2007, s. 77) oppgav at helsepersonellet hadde påpekt at problemene deres «bare var i hodet». Deltakerne kjente seg fornærmet av holdningene deres og følte seg misforstått da de bagatelliserte problemene deres. Dagens forskning støtter imidlertid ikke de tidligere antagelsene om at psykologiske faktorer som

depresjon/angst påvirker prevalensen eller forløpet av IBS (El-Salhy et al., 2015, s. 34; Helse Norge, 2020).

De støttende møtene studiedeltakerne til Håkanson mfl. (2010, s. 7) opplevde var mindre fremtredende i studien, men formidlet respekt og anerkjennelse av personen som et unikt individ med levd erfaring knyttet til sykdommen. De ble lyttet til og følte at deres personlige erfaring med sykdommen var av betydning, noe som fremmet aktiv deltakelse i egen helse. Studiedeltakerne opplevde disse møtene som en lettelse, da de ble møtt med umiddelbar anerkjennelse av sykdommen samt en åpenhet og interesse for å prøve og forstå personens betydning av å være syk. De slapp å forsvare eller rettferdiggjøre seg, samtidig som de fikk kunnskapen og støtten de hadde lengtet etter som gradvis gjorde vanskelighetene mer forståelige i hverdagen. Studien konkluderer med at tillitsfull og gjensidig dialog med pasienten er viktig for å fange opp pasientens betydning av å være syk og hans livssituasjon, og gjenspeiles i studiefunnene til Bengtsson mfl. (2007, s. 78–80). Funnene viser til anerkjennelse av personen og sykdommen, og tillit som fundamentale verdier i god kommunikasjon noe sykepleieren bør vektlegge i samtale med pasienten.

Symptomer som diaré, lekkasjer, lyd og lukt fra mage-tarm oppleves ofte pinlig og for noen skamfullt, og er noe man vanligvis ikke snakker høyt om (Fjerstad, 2015). Likeså kan problematikken trolig være vanskelig å kommunisere med sykepleiere. Desto viktig er det at sykepleieren har en aksepterende, anerkjennende og respektfull holdning i møte med disse pasientene. Dette vil trolig gjøre pasienten trygg på at plager, følelser og opplevelser trygt kan deles uten at man møter stigmatiserende svar og reaksjoner. For studiedeltakerne til Håkanson mfl. (2010, s. 9) syntes opplevelsen av støttende møter ikke bare å være avhengig av helsepersonellens ekspertkunnskap, men også deres moralske verdier og holdninger. Studien til Bengtsson mfl. (2007, s. 79) understøtter at god kommunikasjon krever at helsepersonellet er støttende, samt interessert i pasienten og lidelsen. De diskuterer at sykepleieren kan, ved å betrakte pasienten som en ledende samarbeidspartner fremfor en mottaker av helsehjelp, styrke pasientens delaktighet, og følgelig empowerment og livskvalitet. Samtidig får også sykepleieren bredere kunnskap om sykdommen ved å jobbe sammen med pasienten, og kan kanskje sees på som en vinn-vinn-situasjon.

5.2 Utforske pasientens perspektiv

Hverdagen til pasienter med irritable tarm kan by på utfordringer og kan ha en nokså innskrenkende effekt på livsutfoldelsen. For noen er ofte disse følgene mer belastende enn det tarmsykdommen i utgangspunktet var (Fjerstad, 2015). Litteraturen brukt i denne oppgaven belyser sykdommens konsekvenser som betydelig innvirkende på pasientens livskvalitet (El-Salhy et al., 2015, s. 11; Helse Bergen, 2020; Helse Norge, 2020; Helsebiblioteket, 2020; Valeur & Kristianslund, 2018, s. 7). Derfor anser jeg det viktig å diskutere sykepleierens utforskende funksjon på pasientens forståelse og perspektiv på sykdommen slik at sykepleieren bedre kan hjelpe pasienten til å mestre hverdagen.

Ved å anvende den andre vanen til å utforske pasientens perspektiv utforskes også pasientens begripelighet som innebærer å undersøke pasientens forståelse av situasjonen (Gammersvik, 2018, s. 116; Renolen, 2015, s. 173). Følgende spørsmål kan stilles «hvilke tanker har du selv om dette?», «hva tror du er årsaken til disse plagene?» og/eller «hva er det du føler deg mest bekymret for?» (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 10). Vi kan finne ut hvorvidt pasienten forstår sykdommen, og om vedkommende har nok og riktig kunnskap. Samtidig kan pasienten gi hint om hverdagslige bekymringer og/eller fremtidsbekymringer som han kanskje trenger å snakke om (Fjerstad, 2015). Dette gir sykepleieren en ide om hvilken informasjon som skal gis og hvordan den skal formidles senere i samtalen.

Videre bør det utforskes hvilke følger sykdommen har i dagliglivet til pasienten, og sykepleieren kan spørre «på hvilken måte påvirker sykdommen deg?». Det bør også utforskes hvorvidt sykdommen påvirker aktiviteter, jobb, familieliv og/eller sosiale settinger (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 10). Med denne spørsmålsformuleringen kan det fremkomme flere momenter som er ønskelig for pasienten at det snakkes mer om, og det kan derfor være gunstig å stille spørsmål som «hva er viktigst for deg å snakke om?», «hvor skal vi begynne» eller «hvordan vil du prioritere?» slik at samtalens tidsrammer ikke overskrides (Eide & Eide, 2017, s. 129). Momenter som ikke blir diskutert i gitt samtale, bør trolig gjennomgås i en senere oppfølgingstime med sykepleieren.

Symptomene på IBS, som nevnt i 3.1.1, kan være mange og diffuse. Hodepine, urolig mage, smerter og oppblåsthet ble hyppigst nevnt av studiedeltakerne til Sherwin mfl (2016, s. 48).

Kvinnene i studien til Bengtsson mfl. (2007, s. 77) oppgav at symptomene forårsaket både fysiske og psykiske problemer, deriblant angst. Både studien til Skrastins & Fletcher (2016, s. 3) og studien til Sherwin mfl. (2016, s. 50) viser høy forekomst av angst og/eller depresjon blant deltakerne. Desto viktigere er det at sykepleieren fanger opp pasientens forståelse og perspektiv, og gir god informasjon som kan forebygge psykiske plager.

Studien til Bengtsson mfl. (2007, s. 77) viser til deltakernes ønske om et normalt liv uten fysiske og psykiske symptomer. De ønsker å «våkne om morgenen uten magesmerter og angst» og beskriver at «magen kontrollerer livet og livets frihet». Ernæring og eliminasjon ble tatt opp som hovedproblemer, da de ønsket å kunne spise det de ville uten å bli dårlig og «løpe til toalettet». En kvinne sa «jeg må finne ut hvor toalettene er før jeg drar et sted». Elin Fjerstad (2015) beskriver den konstante jakten på det nærmeste toalettet som slitsom og en potensiell brems på livsutfoldelsen. Mangel på kontroll over ens IBS gjenspeiles også i funnene til Sherwin mfl. (2016, s. 48).

Som nevnt i 3.1 kan symptomene forverres av stress. Kvinnene i studien til Skrastins & Fletcher (2016, s. 3) oppgav skole, forhold, økonomi, søvnmangel, ulike matrelaterede triggere og stress generelt som betydelige stressfaktorer, og gjenspeiles i Helse Bergens (2020) informasjon. Livskvaliteten til personer med irriterbar tarm fremkommer i studien til Sherwin mfl. (2016, s. 49) som dårlig, hvorav matunngåelse ble hyppigst sett hos deltakerne. Imidlertid ble andre komponenter som endringer i aktivitet, kroppsbilde, helseproblemer, irritabilitet, seksuell aktivitet og sosiale relasjoner bemerket som spesielt påvirket av sykdommen. Konsekvensene IBS har på det fysiske, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige aspektet syntes også å vedvare selv uten aktive symptomer. Disse funnene samsvarer med Wahl & Hanestad (2009) sitt innlegg i tidsskriftet Sykepleien og i boken til El-Salhy mfl. (2015, s. 11). Studien til Sherwin mfl. (2016, s. 51) konkluderer med at pasientens forståelse av sykdommen og dens kompleksitet bør implementeres i behandlingen for å styrke samarbeidet og fremme pasientens helse og velvære. Ved at sykepleieren har kunnskap om IBS, symptomer og konsekvenser for dagliglivet vil det trolig være lettere å kommunisere for pasienten de utfordringer en opplever. Samtidig er denne informasjonen nyttig for å finne og fremme de ressurser som gjør at pasienten bedre håndterer de hverdagslige utfordringene.

5.3 Vise empati

Som vi så på tidligere i drøftingen viser tre av studiene til deltakernes nokså negative møter med helsevesenet ved at de ikke ble tatt på alvor (Bengtsson et al., 2007; Håkanson et al., 2010; Sherwin et al., 2016). For denne pasientgruppen er det spesielt viktig at sykepleiere tar problematikken og følelsene deres på alvor, og som Helse Bergen skriver på sin informasjonsside om IBS «det handler om å forstå, bli forstått, og bli tatt på alvor» (Helse Bergen, 2020). At pasienten blir spurt, lyttet til og tatt på alvor kan styrke pasienten opplevelse av anerkjennelse, tillit og relasjon til sykepleieren (Tveiten, 2018, s. 242).

Empati formidles ved at sykepleieren har innlevelse og interesse for det pasienten føler og forteller, og kan vises ved å aktivt lytte til pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 155–157). Når sykepleieren er aktiv i sin lytting ber hun gjerne om utdyping, stiller spørsmål, samt viser nonverbalt at hun følger med og er interessert (Tveiten, 2018, s. 251). Samtidig som pasienten forteller gir altså sykepleieren validerende respons ved å nikke, si hm/mm og ja, og holder øyekontakten. Sykepleieren er også bevisst egne og pasientens ansiktsuttrykk og fremstår avslappet og henvendt til pasienten (Kristoffersen, 2016b, s. 374–375).

Sykepleieren kan benytte parafrasering for å vise at hun lytter og forstår ved å stille spørsmålene «hvis jeg forstår deg riktig ...» eller «det høres ut som ...» (Eide & Eide, 2017, s. 171). Ved å implementere aktiv lytting kan sykepleieren imøtekomme pasientens behov for tilknytning, selvbestemmelse og følelse av mestring. På denne måten kan også god kommunikasjon styrke pasientens motivasjon, mestringsfølelse og opplevelse av mening (Eide & Eide, 2017, s. 83).

Gjennom den tredje vanen, vise empati, utforskes også pasientens håndterbarhet som innebærer hvorvidt pasienten føler at utfordringene kan håndteres med de ressursene en selv og legitime andre innehar (Gammersvik, 2018, s. 166; Renolen, 2015, s. 173). Her gjelder det å se og lytte etter verbale og nonverbale hint pasienten gir, samtidig som sykepleieren validerer pasientens opplevelser gjennom ord og kroppsspråk (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 11; Hyldmo et al., 2014). Sykepleieren kan eksempelvis si «jeg forstår at dette er vanskelig for deg» eller «det er svært forståelig at dette ikke har vært enkelt» for å anerkjenne og legitimere pasientens følelser og/eller problemer. At pasienten får bekreftelse på sine følelser og/eller problemer, kan styrke hans opplevelse av håndterbarhet og gjøre at

pasienten våger å åpne seg. Videre kan sykepleieren støtte pasienten ved å si «dette vil jeg gjerne hjelpe deg med» eller formidle et partnerskap med pasienten ved å si «la oss se om vi sammen kan finne noen løsninger» (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 11). Sykepleierens støttende rolle gjenspeiles i salutogen tenkning der sosial støtte omtales som vesentlig for å mestre belastende hendelser (Langeland, 2018, s. 163).

Skadtvedt formidler at når sykepleierne aktivt lytter til en pasients historie, kan ytterligere momenter og informasjon fremkomme (gjengitt fra Langeland, 2018, s. 165). For at sykepleieren skal kunne stimulere til bevisstgjøring av pasientens ressurser er det viktig å fokusere på og etterspør de gode dagene der tilværelsen var tilsynelatende bedre. Følgende spørsmål kan stilles «hva tror du gjorde at den dagen gikk bra?», «gjorde du noe annerledes den dagen som gjorde at du følte deg bedre?» eller «har du prøvd noe tidligere som har vært til hjelp?». Videre bør det utforskes om disse erfaringene kan nyttiggjøres i fremtidige situasjoner noe som kan styrke pasientens bevissthet på ens motstandsressurser og strategier. Dette vil kunne øke tilliten til egen håndterbarhet og ens evne til å skape mening og velvære (Langeland, 2018, s. 168). Til forskjell fra studiedeltakerne i oppgavens anvendte studier har nydiagnostiserte IBS-pasienter ofte mindre erfaring med utprøving av forskjellige tiltak. Likevel stilles diagnosen i henhold til de internasjonale konsensuskriteriene (Roma IV) som blant annet innebærer tilbakevendende magesmerter de siste seks månedene (Norsk legemiddelhåndbok, 2021). Gitt tidsaspektet er det rimelig å anta at pasienten har forsøkt ulike tiltak før samtalen med sykepleieren.

Det heter av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, jf. punkt 2.1 og 2.2, at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse [...]» og «[...] understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleieren bør derfor undersøke hvordan pasienten har taklet symptomene til nå for å kartlegge hvordan pasientens helse og mestring kan fremmes. Studiefunnene til Sherwin mfl. (2016, s. 46) viser at IBS-pasienter ofte tyr til en katastrofepreget mestringsstil ved at de fokuserer på og vektlegger trusselen om symptomer. U hensiktsmessige mestringsstrategier er således vist å være en sterk indikator på psykiske plager som depresjon/angst, og gjenspeiles i studiefunnene til Knowles mfl. (2017, s. 531). Benytter pasienten uhensiktsmessige mestringsstrategier, som gjør vondt verre, bør derfor sykepleieren

informere om dette for å hindre ytterligere helseproblemer. Uavhengig av om pasienten bruker mer eller mindre hensiktsmessige mestringsstrategier bør innsatsen roses, eksempelvis ved å si «du har virkelig jobbet med dette for å klare det», følgelig understøttes pasientens håp, livsmot og mestring (Eide & Eide, 2017, s. 167). Sykepleieren kan også spørre pasienten «kan jeg/vil du at jeg skal fortelle litt om hva som har hjulpet andre?» for å gi pasienten innblikk i andre måter å håndtere sykdommen på.

De fleste studiedeltakerne til Skrastins & Fletcher (2016, s. 4–5) oppgav innhenting av informasjon fra internett som hensiktsmessig, men noen oppsøkte heller ernæringsfysiologer og kostholdsveiledere. Alle deltakerne nevnte matrelaterte mestringsstrategier for å håndtere sykdommen. Blant annet kontinuitet i inntaket av matvarer, spise sunnere, kutte ut fiber, fet og usunn mat. Deltakerne oppgav også viktigheten av forutsigbarhet i form av rutine og struktur i hverdagen og kosthold. Dette gjenspeiles i LMF sin brosjyre der regelmessighet med hensyn til toalettvaner, måltider, fysisk aktivitet og søvn belyses (Valeur & Kristianslund, 2018, s. 11). Flere av studiedeltakerne til Skrastins & Fletcher (2016, s. 5–6) rapporterte støtte hos familiemedlemmer og venner som viktig i tillegg til prøving og feiling som vesentlig for å finne ut hvordan mestre sykdommen. Fysisk aktivitet og god søvnhygiene ble også trukket frem som gunstige mestringsstrategier for å holde sykdommen i sjakk. Noen av deltakerne uttrykte at de forsøkte å opprettholde en positiv holdning og brukte beroligende distraksjoner som meditasjon og avslappingsteknikker, noe som også fremkommer av behandlingsmetodene nevnt i boken til El-Salhy mfl. (2015, s. 64–65).

Uhensiktsmessige mestringsstrategier trukket frem i studien til Skrastins & Fletcher (2016, s. 4–7) var selvmedisinering, inntak av triggende matvarer, samt å ikke ta forskrevet medisin. Unngåelsesatferd ble brukt av samtlige deltakere ved at de unngikk å spise, bruke offentlige toalett og/eller fysisk aktivitet. Alle deltakerne benyttet passiv håndtering ved at de valgte å holde ut smerten fremfor å ta smertestillende. Skrastins & Fletcher (2016, s. 9–10) konkluderer med at sykepleiere bør være bevisst ulike mestringsstrategier som tas i bruk for å håndtere sykdommen slik at de kan fremme pasientenes hensiktsmessige mestringsstrategier. Å utforske pasientens oppfatning og forståelse av hvordan de takler

sykdommen er ledetråder til deres velvære påpekes det i studien til Sherwin mfl. (2016, s. 51), og samsvarer med konklusjonen til Knowles mfl. (2017, s. 531).

5.4 Invester i avslutningen

Skal pasienten oppnå kontroll over egen situasjon handler det om å få mulighet til å være deltakende i sin egen prosess (Gammersvik, 2018, s. 114). Sentralt i empowermentttenkningen er maktomfordeling fra sykepleier til pasient der begge besitter ekspertkunnskap på hvert sitt felt. Pasienten er ekspert på seg selv og sin sykdom, og sykepleieren ekspert på det faglige området. Sykepleieren fungerer som en støttende samarbeidspartner og styrker pasientens ressurser til å ta kontroll og styring over eget liv (Tveiten, 2018, s. 239–240). Kronisk syke har ofte behov for bistand fra helsevesenet på ulike tidspunkt i livet og deres behov for støtte kan kun tilfredsstilles når sykepleieren og pasienten samarbeider (Kristoffersen, 2016b, s. 356). Studien til Håkanson mfl. (2010, s. 10) påpeker at rolleavklaring i samarbeidet er viktig slik at det tydelig fremkommer hvem som har ansvar for hva. Sykepleieren skal imidlertid kun medvirke til at pasienten lykkes med mestringsarbeidet noe som forutsetter at pasienten er aktivt deltakende (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Gjennom den fjerde vanen skal sykepleieren gi relevant informasjon, forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen samt involvere pasienten i beslutninger som tas (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 11). Sykepleiere er lovpålagt å gi informasjon til pasienten og forsikre seg om at informasjonen er forstått i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). Sykepleieren formidler informasjonen på et språk pasienten forstår slik at det oppleves meningsfullt for pasienten (Diakonhjemmet Sykehus, u.å., s. 11). For at pasienten skal få riktig og god informasjon er det vesentlig at sykepleieren besitter oppdatert og riktig fagkunnskap. At sykepleieren skal gi riktig og tilpasset informasjon, samt bygge sin sykepleiepraksis på oppdatert fagkunnskap gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, jf. punkt 1.1 og 2.5 (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I de fleste tilfellene ble ikke studiedeltakerne til Håkanson mfl. (2010, s. 6) gitt tilstrekkelig informasjon om sykdommen, behandlingsalternativer eller ulike måter å håndtere

sykdommen på. Det var satt av lite tid til dialog og de opplevde det vanskelig å få oppmerksomhet fra helsepersonellet, og følte seg forlatt av helsevesenet. Dette betydde også å være uten kontinuerlig støtte og føle seg nedprioritert i helsevesenet. En betydelig prosentandel av deltakerne i studien til Sherwin mfl. (2016, s. 48) rapporterte at de hadde lite kunnskap om IBS og tilhørende symptomer, samt liten tro på dagens medisinske behandlinger. Studiefunnene til Knowles mfl. (2017, s. 530) viser at alvorlighetsgraden av IBS ble assosiert med dårligere sykdomsforståelse, flere psykiske plager og redusert livskvalitet.

Studiedeltakerne til Bengtsson mfl. (2007, s. 79–80) uttrykte at de ønsket mer informasjon om IBS samt møte andre med lik problematikk. Studien diskuterer at nydiagnostiserte pasienter bør tilbys systematisk, strukturert og styrkede gruppeundervisning med fokus på psykisk og fysisk helse. Samt bli informert om lidelsens patofysiologi, behandlingsformer, diett og viktigheten av god livsstil, fysisk aktivitet og stresshåndtering. De presiserer at å styrke pasientens kunnskap om triggende symptomer og hva en kan forvente, vil gjøre pasienten bedre forberedt på å takle sykdommens uforutsigbarhet. Dette gjenspeiles i Skrastins & Fletchers (2016, s. 9–10) konklusjon der pasientundervisning blir omtalt som en viktig sykepleieoppgave.

Da hvert enkelt tilfelle av IBS er unikt er det vanskelig å fastslå en behandlingsmetode som fungerer for alle (Helse Bergen, 2020). Deltakerne i studiene til Håkanson mfl. (2010, s. 5) og Bengtsson mfl. (2007, s. 78) oppgav at helsepersonellet gav dem få og generelle råd de allerede hadde forsøkt uten hell. Ved at sykepleieren aktivt lytter til pasientens forståelse og perspektiv på sykdommen, mestringsstrategier og tiltak kan hun sile ut det pasienten allerede har forsøkt og fokusere på de gjenstående metodene. Sammen med sykepleieren kan pasienten utarbeide både kort- og langsiktige mål for behandlingen.

Harris & Ursin (2018, s. 231) påpekte at mestring kun kan utvikles når vi opplever å ha styringen og kontrollen over noe. Studiefunnene til Sherwin mfl. (2016, s. 49–50) viser at økt kontroll og forståelse reduserte pasientenes katastrofetenkning og symptomer. Deltakere som rapporterte flere symptomer oppgav også betydelige negative konsekvenser, mindre kontroll og kunnskap om IBS. Sterk personlig kontroll ble assosiert med sterk behandlingstiltro, bedre forståelse av IBS, mindre negativ følelsesmessig innvirkning samt

bedre livskvalitet. Disse funnene understøttes av Helse Norge (2020), El-Salhy mfl. (2015, s. 44) og Helsebiblioteket (2020). Også Helse Bergen (2020, 2021) angir at økt kunnskap og forståelse av sykdommen kan minske symptomtrykket og har derfor utarbeidet en pasientrettet gruppeundervisning som tar sikte på nettopp dette. Kunnskap kan derfor tenkes å styrke pasientens opplevelse av kontroll og oversikt som dernest styrker ens tillit til mestring av situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 57). Med utgangspunkt i disse funnene er kunnskap om IBS vesentlig for at pasienten skal kunne ta kontroll over symptomene med hensiktsmessige mestringsstrategier, og følgelig fremme livskvalitet og velvære. Sykepleieren bør derfor ta sikte på å gi konkret informasjon om sykdommen, behandlingsmetoder og hvordan mestre de hverdagslige utfordringene.

I studiene til Håkanson mfl. (2010, s. 6) og Bengtsson mfl. (2007, s. 77) fremkommer det at deltakerne sjelden fikk satt opp oppfølgingstimer eller kontakter etter at andre alvorlige sykdommer ble utelukket, og de opplevde dette som å være «back to square one». Selv om IBS ikke er en livstruende sykdom kan likevel pasientene ha behov for støtte fra sykepleiere (Helsebiblioteket, 2020). På bakgrunn av disse funnene er det trolig gunstig å avtale senere oppfølgingsavtaler med pasienten for fremme etterlevelse. Kanskje ble også momenter nedprioritert i gitt samtale som likevel er viktig for pasienten å diskutere, og sykepleieren kan spørre «har du behov for å møtes igjen?». At sykepleieren tilbyr og setter opp senere avtaler kan styrke pasientens tillit og relasjon til sykepleieren samt fremme pasientens håp og motivasjon for mestring (Eide & Eide, 2017, s. 133).

En av studiedeltakerne til Bengtsson mfl. (2007, s. 78) påpekte sterk opplevelse av sammenheng som en viktig faktor for å mestre tilværelsen. Ved hjelp av Antonovskys salutogenesemodell kan sykepleieren styrke pasientens OAS ved å bistå pasienten med å finne mening i situasjonen, bevisstgjøre pasientens ressurser og muligheter samt gi informasjon. Gjennom samtalen vektlegger sykepleieren de momenter som anses viktige for pasienten, og forsøker å styrke pasientens opplevelse av mening og motivasjon til å søke etter hensiktsmessige mestringsstrategier. På denne måten styrkes pasientens håndterbarhet. Sykepleieren gir deretter informasjon som styrker pasientens begripelighet da kunnskap bidrar til økt forståelse for sykdommen og symptomene. Sykepleieren kan dernest utforske pasientens begripelighet ved å spørre «hva tenker du nå etter all

informasjonen jeg har gitt deg?». Sykepleieren forsøker dermed å gjøre situasjonen forståelig, håndterbar og meningsfull for pasienten. Sterk OAS bidrar altså til mestring, helse og velvære og bør derfor fremmes av sykepleieren (Langeland, 2018, s. 160–161).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos pasienter med irritable tarm syndrom. Å bli kronisk syk kan for mange bety et liv med utallige begrensninger og utfordringer. Personer med IBS har en tendens til å ty til uhensiktsmessige mestringsstrategier for å håndtere disse utfordringene, noe som ofte resulterer i flere helseplager. Sykepleieren kan bruke samtaleverktøyet «fire gode vaner» i møte med disse pasientene der relasjonsskaping, gjensidig dialog basert på tillit og trygghet samt effektiv utveksling av informasjon vektlegges. Sykepleieren er støttende, empatisk, lyttende og forståelsesfull overfor pasienten og sykdommen, og formidler gode holdninger. Sykepleieren behøver adekvat kompetanse om IBS, behandlingsalternativer og mestringsstrategier for at pasienten skal kunne nyttiggjøre samtalen.

Ved at samtalen tar utgangspunkt i pasientens verdier, tanker, forståelse og perspektiv kan sykepleieren fange opp pasientens hensiktsmessige mestringsstrategier og identifisere flere, og følgelig fremme mestring. Sykepleieren fungerer som pasientens samarbeidspartner og medvirker til at pasientens utfordringer bedre håndteres ved å anerkjenne sykdommen og pasientens erfaringer. Ut ifra Antonovskys salutogenesemodell er personer med sterk opplevelse av sammenheng bedre utrustet for å mestre belastninger. Ved at sykepleieren fremmer pasientens begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet kan pasientens OAS styrkes og utfordringer bedres mestres. Økt kunnskap om sykdommen og god relasjon til sykepleieren er derfor viktige holdepunkter for å fremme hensiktsmessig mestring hos pasienten.

Kommunikasjonsverktøyet brukes av flere norske sykehus og forutsetter at rammefaktorer som tilstrekkelig tid, samtalerom og kompetanse foreligger. God kommunikasjon med pasienten styrker pasienttilfredshet, bedre etterlevelse, mestring og helse.

Litteraturliste

- Aabakken, L. (2021, 30. Mars). *Irritabel tarm-syndrom*. Store medisinske leksikon. Hentet 5. Mars 2021 fra http://sml.snl.no/irritabel_tarm-syndrom
- Bengtsson, M., Ohlsson, B., & Ulander, K. (2007). Women With Irritable Bowel Syndrome and Their Perception of a Good Quality of Life. *Gastroenterology Nursing, 30*(2), 74–82. <https://doi.org/10.1097/01.SGA.0000267924.24180.1a>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148–165). Gyldendal akademisk.
- Diakonhjemmet Sykehus. (2021). *Fire gode vaner—Kommunikasjonstrening*. Hentet 17. Mars 2021 <https://diakonhjemmetsykehus.no/fag-forskning-og-innovasjon/fire-gode-vaner-kommunikasjonstrening>
- Diakonhjemmet Sykehus. (u.å.). *Kommunikasjon som verktøy [Brosjyre]*. Hentet 15. Mars 2021 fra <https://diakonhjemmetsykehus.no/Documents/4%20gode%20vaner/Kommunikasjonshåndbok.pdf>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- El-Salhy, M., Hatlebakk, J. G., & Hausken, T. (2015). *Lev godt med irritabel tarm* (Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage- tarmsykdommer, Red.). Zaki Publishing House AS.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Gyldendal akademisk.

- Fjerstad, E. (2015). *Når mage-tarmsykdommer plager "mellom ørene"*. Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. <https://www.lmf norge.no/Default.aspx?ID=121&newsid=7&PID=324&M=NewsV2&Action=1>
- Fjerstad, E., & Stene, J. (2007). *En gjest som aldri går: Å leve med kronisk sykdom i familien*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2007/10/en-gjest-som-aldri-gar-leve-med-kronisk-sykdom-i-familien>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 112–134). Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Harris, A., & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 221–236). Fagbokforlaget.
- Helse Bergen. (2017). *4 gode vanar betrar kommunikasjonen*. <https://helse-bergen.no/fotnoten/fotnoten-kommunikasjon/4-gode-vanar-betrar-kommunikasjonen>
- Helse Bergen. (2020). *Irritabel tarm syndrom (IBS)*. Hentet 5. Mars 2021 fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/seksjon-for-fordoyelsessjukdommar/nasjonalkompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer/irritabel-tarm-syndrom-ibs>
- Helse Bergen. (2021). *IBS-SKOLEN*. Hentet 5. Mars 2021 fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/seksjon-for-fordoyelsessjukdommar/nasjonalkompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer/ibs-skolen>

- Helse Norge. (2020). *Irritabel tarmsyndrom (IBS)*. Hentet 5. Mars 2021 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/irritabel-tarm/>
- Helsebiblioteket. (2016a). *Kvalitativ metode*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsebiblioteket. (2016b). *Tverrsnittstudie*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
- Helsebiblioteket. (2020). *Irritabel tarmsyndrom*. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/mage-og-tarm/irritabel-tarmsyndrom>
- Helsebiblioteket.no. (2016). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksissporsmalsformulering/pico>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, Á., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A. H., Ødegård, S., & Finset, A. (2014). *Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag*. Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2014/10/kommentar-og-debatt/kommunikasjon-som-verktoy-i-klinisk-hverdag>
- Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., & Ternestedt, B.-M. (2010). Being in the Patient Position: Experiences of Health Care Among People With Irritable Bowel Syndrome. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1116–1127. <https://doi.org/10.1177/1049732310369914>

- Knowles, S. R., Austin, D. W., Sivanesan, S., Tye-Din, J., Leung, C., Wilson, J., Castle, D., Kamm, M. A., Macrae, F., & Hebbard, G. (2017). Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 524–534.
- <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1168932>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom—Utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1, Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 29–87). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser—Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349–406). Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 157–178). Fagbokforlaget.
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 37–49). Fagbokforlaget.
- Lønne, A. (2019). *Salutogenese*. Store norske leksikon. <http://sml.snl.no/salutogenese>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2021, februar 1). *T12.9.1 Irritabel tarm-syndrom*. Hentet 5. Mars 2021 fra https://www.legemiddelhandboka.no/T12.9.1/Irritabel_tarm-syndrom

- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*.
Hentet 17. Mars 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier.action>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 15. Mars 2021 fra
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Sherwin, L. B., Leary, E., & Henderson, W. A. (2016). Effect of Illness Representations and Catastrophizing on Quality of Life in Adults With Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 44–53.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20160803-01>
- Skrastins, O., & Fletcher, P. C. (2016). “One Flare at a Time”: Adaptive and Maladaptive Behaviors of Women Coping With Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Nurse Specialist*, 30(5), E1–E11.
<https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000229>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 237–258). Fagbokforlaget.

- Valeur, J., & Berstad, A. (2013). Irritabel tarm-syndrom – et mikrobielt perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1185>
- Valeur, J., & Kristianslund, C. H. (2018). *Irritabel tarm- syndrom (IBS)* [Brosjyre]. Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer. Hentet 5. Mars 2021 fra https://issuu.com/lmf norge/docs/18_lmf_ibs_brosjyre
- Wahl, A. K., & Hanestad, B. R. (2009). Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. *Sykepleien*, 21, 38–41. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0062>
- Waldum, H. L. (2002). Legemiddelbehandling av irritabel tarm-syndrom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/02/legemidler-i-praksis/legemiddelbehandling-av-irritabel-tarm-syndrom>
- Ystad, S. O. (2018, 15. mars). *FODMAP*. Store medisinske leksikon. Hentet 10. Mars 2021 fra <http://sml.snl.no/FODMAP>

Vedlegg 1: PICO skjema

P	I	C	O
Pasienter med irritabel tarm syndrom	Tiltak for pasienter med IBS	Ikke relevant	Målet med tiltakene
IBS Irritabel tarm syndrom	Livserfaring		Mestring Livskvalitet
Irritable bowel syndrome	Lived experience Life experiences		Coping Psychological adaptation Quality of life

Vedlegg 2: søkehistorikk

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søke nr	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
Cinahl 17.03.21	1	(MH «Irritable Bowel Syndrome+») OR «irritable bowel syndrome»	5,607	Brukte CINAHL sin funksjon med suggest subject terms for å finne emneord i databasen. Kombinerer søkeordene med OR for å få et bredt søk. Dette er benyttet på S1-S4 & S6.
	2	(MH “Life Experiences+”) OR “life experiences” OR “lived experiences”	44,026	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	3	(MH “Coping+”) OR “coping”	61,991	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	4	(MH “Adaption, Psychological+”) OR “adaption, psychological”	35,294	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	5	S3 OR S4	88,186	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	6	(MH “Quality of life+”) OR “quality of life”	203,994	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	7	S1 AND S2 AND S5 AND S6	1	Søket resulterte i en artikkel som ikke var relevant for oppgavens problemstilling.
	8	S1 AND S5 AND S6	39	Ekskluderer S2 for å få flere treff. Skumleser sammendrag og finner artikkelen «Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well- being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness”.
	9	(MH “Nurse-Patient-Relations”) OR “nurse-patient relations”	27,807	For å finne forskningsartikler med spesifisert sykepleiefaglig relevans gjorde jeg et enkeltsøk til bruk i kombinasjonssøket S10.
	10	“nursing”	706,318	<i>Fant ikke emneord for dette i CINAHL derfor ble søket gjort på fritekst.</i>
	11	S9 AND S10	712,602	Søk til bruk i S12
	12	S8 AND S11	5	Få artikler i dette søket, men finner artikkelen «Effect of Illness Representations and Catastrophizing on Quality of Life in Adults With Irritable

				Bowel Syndrome". Gitt artikkel var for øvrig også resultat i S8.
PubMed 17.03.21	1	(Irritable bowel syndrome)	15,126	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	2	(Adaption, Psychological) OR (Coping)	182,593	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	3	(Quality of life)	428,949	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	4	(Lived experiences) OR (life experiences)	106,927	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	14	Skumleser sammendrag og finner artiklene «Being in the Patient Position: Experiences of Health Care Among People With Irritable Bowel Syndrome».
	6	S1 AND S2 AND S3	99	Ekskluderer S4 for å få flere treff.
	7	«Nurse- patient relations» OR «Nursing»	822,780	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	8	S6 AND S7	16	Finner artikkelen «Women With Irritable Bowel Syndrome and Their Perception of a Good Quality of Life»
Medline 17.03.21	1	«Irritable bowel syndrome» OR «irritable bowel syndrome»	14,810	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	2	«Adaption, Psychological» OR «coping»	125,006	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	3	«quality of life» OR "quality of life"	358,553	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	4	«life experiences" OR "Life Change Events"	25,850	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	5	"Lived experiences"	2768	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	6	S4 OR S5	28,457	Søk til bruk i senere kombinasjonssøk.
	7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	3	Fant artikkelen "'One Flare at a Time" Adaptive and Maladaptive Behaviors of Women Coping With Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome".