



Faktorer som påverkar att leva med Irritable Bowel Syndrome

En litteraturstudie

Factors affecting living with Irritable Bowel Syndrome

- A literature review

Maria Karlberg Ericsson

Yvonne Karlsson

Fakultet: Samhälls- och livsvetenskap

Ämne / Utbildningsprogram: Omvårdnad / Sjuksköterskeprogrammet

Nivå / Högskolepoäng: C-nivå / 15hp

Handledare: Kristina Rendal Laage / Helena Simonsson

Examinator: Vigdis Abrahamsen Gröndal

Datum: 18 januari 2013

SAMMANFATTNING

Titel: Faktorer som påverkar att leva med Irritable Bowel Syndrome
Factors affecting living with Irritable Bowel Syndrome

Avdelning: Avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet

Kurs: Omvårdnadsforskningens teori och metod III – Examensarbete, 15 hp,
C-nivå

Författare: Maria Karlberg Ericsson & Yvonne Karlsson

Handledare: Kristina Rendal Laage & Helena Simonsson

Sidor: 23

Nyckelord: Irritable Bowel Syndrome, Sjuksköterska, Kunskap och Omvårdnad.

Irritable Bowel Syndrom en kronisk sjukdom med symtom som buksmärtor, diarré och förstoppning. Diagnosen ställs genom anamnes på symtomen och genom att utesluta andra sjukdomar. **Syftet** med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar patienter att leva med Irritable Bowel Syndrome. **Metoden** var baserad på Polit och Becks niostegsmodell. Databaserna var CINAHL och PubMed. Artiklar valdes ut och lästes noggrant igenom, granskades med granskningsmall för kvantitativ och kvalitativ metod. Slutligen valdes elva artiklar ut som grund för resultatet, åtta var kvalitativa och tre kvantitativa. **Resultatet** Faktorerna som påverkade delades in i huvudkategorierna kontroll, socialt och emotionellt. Subkategorierna kost, behandling, begränsningar, kunskap, relation patient - omgivning, relation patient - vårdpersonal och känslor. Subsubkategorierna kost som påverkar, koststrategier och utbildning. **Slutsats** Patienter kände sig kontrollerade av sjukdomen och försökte finna olika sätt för att ta tillbaka kontrollen. De önskade mer kunskap och stöd från vårdpersonal. Socialt stöd var en hjälp i att hantera sjukdomen.

Godkänd

Datum

.....

Examinerande lärare

INNEHÅLL

1. INTRODUKTION.....	4
1.1 Irritable bowel syndrome	4
1.2 Omvårdnad.....	4
1.3 Problemformulering	5
1.4 Syfte	5
1.5 Frågeställning.....	5
2. METOD.....	6
2.1 Litteratursökning	6
2.1.1 Urval 1.....	8
2.1.2 Urval 2.....	8
2.1.3 Urval 3.....	8
2.2 Litteraturbearbetning.....	8
2.3 Etiska överväganden	8
3. RESULTAT.....	9
3.1 Kontroll.....	9
3.1.1 Kost	10
3.1.1.1 Kost som påverkar	10
3.1.1.2 Koststrategier.....	10
3.1.2 Behandling.....	11
3.1.3 Begränsningar.....	12
3.1.4 Kunskap.....	12
3.1.4.1 Utbildning.....	12
3.2 Socialt	13
3.2.1 Relation patient - omgivning	13
3.2.2 Relation patient - vårdpersonal	13
3.3 Emotionellt.....	13
3.3.1 Känslor	14
4. DISKUSSION	14
4.1 Resultatdiskussion.....	14
4.2. Metoddiskussion	17
4.3 Klinisk tillämpbarhet.....	18
4.4 Framtida forskning	19
4.5 Slutsats	19
REFERENSLISTA.....	20
Bilaga 1. Artikelmatris	

1. INTRODUKTION

1.1 IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Irritable bowel syndrome är en kronisk och mångfasetterad sjukdom som påverkar hela mag- och tarmkanalen (Boyd-Carson 2004). Irritable bowel syndrome (IBS) kan översättas som lättretade och känsliga tarmar, ett annat namn är funktionella mag-tarmbesvär (Benno et al. 2012). Sjukdomen förekommer hos ca 5 – 20 % av befolkningen världen över (El-Sahly 2012).

Orsakerna till IBS är fortfarande okända, trots en omfattande forskning (Lind 2005). Sedan 70-talet har det diskuterats om en ökad smärtekänslighet i mag- tarmkanalen (visceralhyperalsensitivitet) (Benno et al. 2012; Lind 2005; Simrén 2008). Simrén använder uttrycket ”tarmöm” (Simrén 2008). Det kan också handla om tarmens rörelseförmåga eller ”felsignaler” mellan hjärnan och tarmen. Studier visar på inflammationsrelaterade skador på det enteriska (tarmens) nervsystemet (Thorhallsson 2009). IBS är ofta förekommande i kombination med andra sjukdomstillstånd som depression, ångest, migrän, kronisk bäckensmärta och fibromyalgi (Karling et al. 2007).

Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män, det kan enligt Simrén (2008) bero på hormonella faktorer. Enligt Lind (2005) är det fler kvinnor än män som söker vård för sina symtom, därav fler kvinnor med diagnosen. Benno et al. (2012) menar att IBS är vanligare i vissa familjer.

Håkansson et al. (2012) skriver att det dagliga livet begränsas av symtomens oförutsägbarhet. Symtomen kan enligt Karling et al. (2007) vara en kombination av obehagskänsla i mag- tarmkanalen, buksmärta och oregelbunden avföring med förstoppning och/eller diarréer. Andra symtom kan vara ryggsmärta, hjärtklappning, trötthet, sömnstörning och huvudvärk.

IBS delas in i undergrupper efter symtom och avföringsmönster för att underlätta vid behandling: smärta och obehagskänsla som lindras vid avföring, diarré förenad med buksmärta och förstoppning förenad med buksmärta (Lind 2005; Simrén 2008).

Diagnostisering av IBS görs i huvudsak utifrån Rom-III kriterierna och ett antal undersökningar där andra sjukdomstillstånd utesluts (Simrén 2008). Rom-III kriterierna innebär återkommande symtom av smärta eller obehag i buken minst tre dagar/månad under de senaste tre månaderna i kombination med två eller flera av följande: förbättring vid tarmtömning och/eller debut med en förändring i frekvensen av avföringen och/eller debut med en förändring av avföringens konsistens (Lind 2005; Simrén 2008).

1.2 OMVÅRDNAD

Omvårdnad handlar om att förebygga ohälsa och hjälpa patienter till välbefinnande genom stöd, guidning och aktiv hjälp. Sjuksköterskan skall bemöta patienten på ett respektfullt sätt (Svensk sjuksköterskeförening 2010). WHO definierar begreppet hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp” (Världshälsoorganisationen 1948). Antonovsky (2005) salutogena modell belyser hälsans ursprung och de hälsofrämjande

faktorer människan besitter. Ur KASAM (känsla av sammanhang) uppstår hälsa genom upplevelse av meningsfullhet, begriplighet och att kunna hantera det som sker.

Enligt omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (2001) är hälsa och välbefinnande två olika tillstånd hos människan som är nära förknippat med varandra. Hälsan är ett personligt tillstånd och hänger samman med normal utveckling och funktion, både när det gäller de fysiska organen och för människan som helhet. Ansvaret för hälsa ligger hos individen likväl som hos samhället. Orem understryker goda vanor och handlingar som främjar hälsan och därtill egenvården som en förutsättning för att skapa och bevara hälsa. Människans egenvård är ett viktigt delmål både för den enskilda individen och sjuksköterskan. Sjuksköterskans omvårdnad ska bygga på en gedigen kunskap och hon ska arbeta för hälsa och välbefinnande. Trots sjukdom kan människan uppleva välbefinnande beroende på hur individen upplever sin livssituation (Orem 2001).

IBS är en vanlig diagnos i primärvården och endast en liten del remiteras vidare till specialister. Dagens sjukvård har en viktig uppgift i att optimera omhändertagandet av den stora patientgrupp som IBS patienter utgör (Simrén 2008). Sjuksköterskans roll är komplex, i mötet med patienter handlar det om att ge en god och evidensbaserad omvårdnad, för det krävs ett professionellt förhållningssätt (Finnström 2010). Undervisning och information kan stärka patienten och motivera till att hantera de begränsningar sjukdomen kan innebära. Att se patienten som expert på sitt eget liv och sin hälsa upprätthåller patienters integritet och värdighet (Dahlberg et al. 2003 refererad i Berg 2010). Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är enligt den etiska koden att ”främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna som rätten till liv och att bli behandlad med respekt och värdighet” (ICN 2007).

1.3 PROBLEMFÖRMULERING

Nyfikenhet för IBS väcktes hos författarna med anledning av personliga erfarenheter av sjukdomen. Under praktiktiden som sjuksköterskestudenter mötte författarna patienter som av olika anledningar hade problem med smärtor i mag-tarmkanalen och diffusa symtom utan egentlig förklaring. Detta gav funderingar om hur sjuksköterskan kan underlätta för dessa patienter och ge dem en god omvårdnad. Rønnevig et al. (2009) skriver att omvårdnaden av IBS patienter behöver utvecklas för att kunna möta patienternas behov. Ett första steg i processen är att öka kunskapen om vilka faktorer som påverkar IBS.

1.4 SYFTE

Syftet var att belysa faktorer som påverkar patienter att leva med Irritable bowel syndrome.

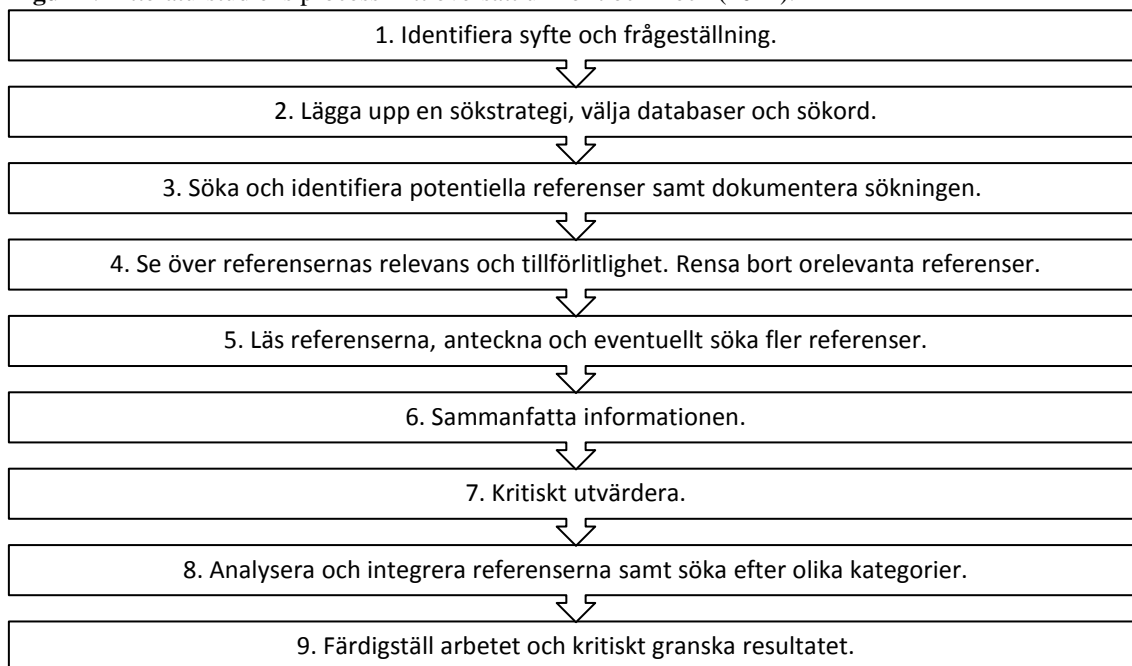
1.5 FRÅGESTÄLLNING

Vad behöver sjuksköterskan veta om faktorerna för att kunna ge en god omvårdnad?

2. METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie, där tidigare vetenskapliga artiklar sammanställdes och utgjorde underlaget för studiens resultat (Forsberg & Wengström 2008). Litteraturstudien bearbetades och genomfördes med utgångspunkt från Polit och Becks (2012) nio stegs modell.

Figur 1. Litteraturstudiens process fritt översatt ur Polit och Beck (2012).



2.1 LITTERATURSÖKNING

Inledningsvis identifierades syfte och frågeställning enligt **steg 1** (Polit & Beck 2012). En sökstrategi utarbetades där databaserna Cinahl och PubMed valdes samt sökorden *Irritable bowel syndrome*, *Patient education*, *Support* och *Self-care* enligt **steg 2** (Polit & Beck 2012). Därefter valdes följande inklusionskriterier, kvalitativa och kvantitativa artiklar, peer reviewed, årtal januari 2006 till oktober 2012, män och kvinnor diagnostiserade enligt Romkriterierna för IBS. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska eller norska. Exklusions kriterier reviewartiklar, barn 0-18 år och gravida kvinnor.

Enligt **steg 3** (Polit & Beck 2012) började sökningarna i Cinahl. Orden söktes enskilt för en överblick över områdets storlek och i kombination med varandra. Sökordet *Irritable bowel syndrome* som Cinahlheadings (ämnesord), gav 1599 träffar och ”*Patient education*” gav 38457 träffar. Citationstecken användes för att hålla ihop ordet. De båda sökorden lades ihop med den Booleska operatorm AND vilket gjorde att operatorm fann artiklar från båda sökorden (Forsberg och Wengström 2008), detta gav 23 träffar efter begränsningar i tid (januari 2006-oktoober 2012) och peer reviewed. Sökorden ”*Self-care*” gav 19753 träffar och *support* 146303 träffar. (MH “*Irritable bowel syndrome*”) and “*Self-care*” gav 18 träffar med begränsningar. (MH ”*Irritable bowel syndrome*”) and *Support* gav 38 träffar med samma begränsningar. Parenteserna medförde att hela sökbegreppet hölls ihop under söksekvensen.

Sökningarna i PubMed med *Irritable bowel syndrome* en MeSH term (Medical Subject headings, Polit & Beck 2012) gav 3377 träffar. ”Patient education” gav 73000 träffar. Tillsammans med Booleska operatoren AND mellan orden och begränsning i tid gav sökningen 41 träffar. ”Self-care” som enskilt sökord gav 26079 träffar. ”Irritable bowel syndrome” [MeSh] and ”Self-care” med samma begränsning gav 20 träffar. Sökningarna redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1 Databassökning

Databas	Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Cinahl	S1	(MH ”Irritable bowel syndrome”)	1599			
	S2	”Patient education”	38457			
	S3	(MH ”Irritable bowel syndrome”) and ”Patient education”	23*	5	2	2
	S4	”Self-care”	19753			
	S5	Support	146303			
	S6	(MH ”Irritable bowel syndrome”) and ”Self-care”	18*	5(1)	1	1
	S7	(MH ”Irritable bowel syndrome”) and Support	38*	8(1)	3	3
PubMed	#1	"Irritable bowel Syndrome" [MeSh]	3377			
	#2	”Patient education”	73000			
	#3	"Irritable bowel Syndrome" [MeSh] and ”Patient education	41*	15(4)	5	5
	#4	”Self-care”	26079			
	#5	"Irritable bowel Syndrome" [MeSh] and ”Self-care”	20*	10(8)	0	0
Totalt			140**	29	11	11

** Sammanlagda resultatet av sökningarna exkluderat enskilda sökningar

*Peer reviewed, årtal januari 2006 till oktober 2012

() Dubletter från tidigare sökningar

MeSH = Medical Subject Headings

MH = Major heading

2.1.1 URVAL 1

Totalt gav sökningarna 140 artiklar exkluderat sökordens enskilda sökningar. Ur dessa 140 artiklar gjordes urval 1. Titel och abstrakt lästes tillsammans av båda författarna och de artiklar som motsvarade litteraturstudiens syfte valdes till urval 1 enligt **steg 4** (Polit & Beck 2012). I Cinahl valdes 18 artiklar varav 1 artikel förekom i alla tre sökningarna, totalt 16 artiklar. I PubMed valdes 25 artiklar. Av dem var 12 dubletter från tidigare sökningar och totalt från PubMed sökningen valdes 13 artiklar. Sammanlagt blev det 29 artiklar i urval 1.

2.1.2 URVAL 2

Inför urval 2 skrevs de 29 artiklarna ut alternativt beställdes via Karlstads Universitetsbibliotek. De lästes i sin helhet av båda författarna var för sig, både på engelska och svenska. Till hjälp för översättning användes elektroniska översättningsverktyget i Google översätt och Tyda Sverige AB (1995) enligt **steg 5** (Polit & Beck 2012). Artiklarna bearbetades enligt **steg 6** (Polit & Beck 2012) korta anteckningar skrevs av författarna om varje artikels innehåll och informationen sammanfattades på artiklarnas framsida. Därefter exkluderades 18 artiklar som inte motsvarade studiens syfte. Resterande 11 artiklar gick vidare från urval 2 till urval 3.

2.1.3 URVAL 3

De 11 artiklarna granskades enligt **steg 7** (Polit & Beck 2012) utifrån ett protokoll för granskning av vetenskapliga kvantitativa och kvalitativa artiklar (Avdelningen för omvårdnad 2004). Sammanlagt blev det 8 kvalitativa och 3 kvantitativa artiklar. Alla 11 artiklar blev godkända enligt protokollet.

2.2 LITTERATURBEARBETNING

Från urval 3 gick 11 artiklar vidare. Artiklarna lästes först av författarna var för sig, därefter diskuterades innehållet tillsammans. Artiklarna bearbetades och analyserades och kategorier söktes enligt **steg 8** (Polit & Beck 2012). I artiklarnas resultat markerades varje textenhet ut som svarade mot litteraturstudiens syfte med hjälp av färgpennor. Textenheterna översattes med hjälp av elektroniskt översättningsverktyg till svenska, vissa ord förtydligades med hjälp av Tyda Sverige AB (1995). De skrevs in i en matris fritt översatt från Granheim och Lundman (2004). Vilket innebar att varje textenhet diskuterades och analyserades var för sig och sorterades in i kategorier. Därefter skrevs de olika kategorierna på lösa lappar för att kunna flyttas runt och på detta vis tydliggöra hur de passade ihop. Textenheterna sorterades in under sina kategorier. Några visade sig dock passa in under flera av kategorierna. Dessa textenheter diskuterades och analyserades av författarna noggrant för att finna dess plats. Artiklarna granskades om igen för att undvika att något blivit missat. Slutligen framkom tre huvudkategorier med sub- och subsubkategorier enligt **steg 9** (Polit & Beck 2012).

2.3 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

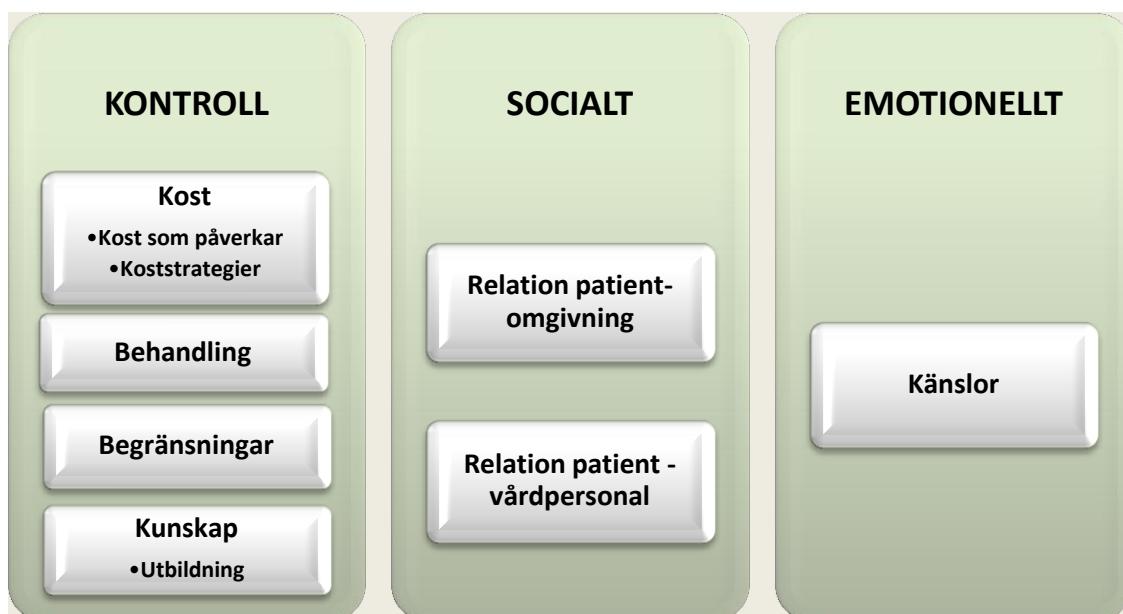
Etiska överväganden gjordes angående urval och presentation av artiklarna i enlighet med Forsberg & Wengström (2008). Alla artiklar som redovisas i resultatet genomgick granskningsprotokollet enligt Avdelningen för omvårdnad (2004). De vetenskapliga artiklarna lästes av båda författarna var för sig och analyserades noggrant och förbehållslöst utifrån studiens syfte. Texterna översattes från engelska till svenska i syfte att öka förståelsen och minska risken för feltolkning. Författarna var medvetna om

översättningsverktygens brister och valde därför att använda fler källor (Google; Tyda Sverige AB 1995). Artiklarnas resultat redovisades i litteraturstudiens resultat, oberoende av författarnas åsikt. Författarna var under processens gång nogsamt medvetna om sin förförståelse angående ämnet och arbetade utifrån bästa förmåga att inte påverka litteraturstudiens resultat. Detta genom att diskutera alla resultat för att undvika tolkningar. Enligt Backman (2008) skrevs citat i resultatdelen på originalspråk för att inte avvika från ursprunget.

3. RESULTAT

Utifrån de åtta kvalitativa och tre kvantitativa artiklarna presenterades resultatet i följande kategorier. Den första huvudkategorin **kontroll** med fyra subkategorier och tre subsubkategorier. Den första subkategorin **kost** med subsubkategorierna **kost som påverkar** och **koststrategier**. Den andra subkategorin **behandling**. Den tredje subkategorin blev **begränsningar** och den fjärde subkategorin **kunskap** med subsubkategorin **utbildning**. Den andra huvudkategorin **socialt** med två subkategorier **relation patient-omgivning** och **relation patient-vårdpersonal**. Den tredje och sista huvudkategorin **emotionellt** med subkategorin **känslor**. Kategorierna illustreras i figur 1.

Figur 1 Schematisk figur över resultatets kategorier.



3.1 KONTROLL

I elva av elva artiklar togs kontroll upp och blev den första huvudkategorin med subkategorierna kost, behandling, begränsningar och kunskap samt subsubkategorierna kost som påverkar, koststrategier och utbildning.

Flera av patienterna ansåg att kontroll var av betydelse i förmågan att hantera sin IBS. De uppgav ett konstant behov av att kontrollera det som påverkade sjukdomen exempelvis stress, brist på sömn och menstruation (Bengtsson et al. 2007; Fletcher et al. 2008b; Jamieson et al. 2007; Kim & Park 2011). Kontroll var tidskrävande och brist på

kontroll genererade i stress vilket blev till en ond cirkel som gav mag- och tarmbesvär (Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008b). När patienterna märkte att de kunde kontrollera och förutse symtomen fick de självförtroende. Det stärkte dem också i att avstå saker som de inte mårde bra av (Kim & Park 2011).

3.1.1 KOST

I åtta av elva artiklar togs kost upp och blev den första subkategorin med två subsubkategorier kost som påverkar samt koststrategier.

Ett centralt problem med IBS var att patienterna önskade kunna äta vad de ville (Bengtsson et al. 2007; Fletcher et al. 2008b; Lacy et al. 2007). Det fanns mat o dryck som triggade sjukdomens symtom till att uppkomma eller försvåras (Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008a,b; Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007; Lacy et al. 2007). För de allra flesta patienterna handlade det om att hitta sin individuella diet, vilket kunde innebära många försök och misstag. När patienterna väl hittade en kost som fungerade upplevde de att de fick makt och kontroll över vad de kunde äta (Jamieson et al. 2007). En patient upplevde att hon fick sitt liv tillbaka (Fletcher et al. 2008a).

And I make sure that I don't eat too much or any of whatever causes my pains, and I'm still in the learning process right now and I have to try different things, and if it doesn't agree with me then I write it down and I know not to eat it later... (laughs)... because it will cause pain... I just have to keep taking note of everything I eat and just to figure it out what way. (Fletcher & Schneider 2006, s. 245)

3.1.1.1 KOST SOM PÅVERKAR

Mat som triggade symtomen var kött (Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008a; Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007), fet mat, snabbmat (Fletcher et al. 2008a; Jamieson et al. 2007), mjölbaserad mat (Fletcher & Schneider 2006; Jamieson et al. 2007), mjölkprodukter (Fletcher & Schneider 2006; Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007), tomat, citrusfrukter (Fletcher & Schneider 2006), godis (Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007), starkt kryddad mat, syrlig mat, behandlad ost, choklad, nötter, kärnorna som till exempel i gurka och vattenmelon (Jamieson et al. 2007). Dryck som kunde förvärra symtomen var till exempel alkohol (Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008b; Halpert et al. 2007), kaffe, varm choklad (Fletcher & Schneider 2006; Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007) och kallt vatten (Fletcher et al. 2008b).

3.1.1.2 KOSTSTRATEGIER

Många behövde planera vad och när de kunde äta (Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008a) för att kunna hantera sina dagliga aktiviteter, till exempel inte dricka kaffe inför en lektion (Fletcher et al. 2008a). För att må bra behövde de flesta patienterna äta små regelbundna måltider och mellanmål (Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007; Kim & Park 2011). Flera valde hälsosammare produkter i sin diet som färsk frukt och grönsaker samt produkter som innehöll hela korn (Fletcher & Schneider 2006; Jamieson et al. 2007).

En del patienter förändrade kosten som ett sätt att hantera sin sjukdom och förbättrade där igenom symtomen (Fletcher et al. 2008a; Kim & Park 2011; Lacy et al. 2007). Några valde att hoppa över måltider för att slippa symtom, som till exempel magkramp

eller diarré (Fletcher et al. 2008a; Fletcher & Schneider 2006; Kim & Park 2011). Andra begränsade sin kost till endast ett fåtal produkter. När dieten inte tillgodosåg dagsbehovet, uttryckte en patient att hon blev skakig, irriterad och fick svårt att koncentrera sig (Fletcher et al. 2008a). Patienter uttryckte också att de hellre åt mat de ville äta och tog konsekvenserna (Kim & Park 2011). Några använde sig av läkemedel i förebyggande syfte när de ville äta eller dricka vissa saker (Fletcher et al. 2008a; Jamieson et al. 2007). En patient valde att dricka massor av vatten när hon ätit någonting som hon visste inte var bra för henne, för det underlättade hennes symtom (Fletcher et al. 2008b). "I watch everything I eat... I am very cautious of my food intake and have had to give up some of my favorite foods because I can't handle the pain they cause me" (Fletcher & Schneider 2006, s. 244).

Patienter fick råd av läkare att prova sig fram genom att utesluta olika produkter (Fletcher et al. 2008a,b; Jamieson et al. 2007). Exempelvis genom att föra dagbok över vad de åt och utvärdera vad som triggade symtomen (Fletcher & Schneider 2006). Patienter som inte tog eller fick hjälp av läkarna begränsade sina dieter på egen hand (Fletcher et al. 2008a).

3.1.2 BEHANDLING

I åtta av elva artiklar togs behandling upp och blev den andra subkategorin under kontroll.

Patienter använde sig av olika sätt i försök att behandla sin IBS, förutom läkemedel var stresshantering en viktig del. Även motion och alternativa terapier användes (Fletcher et al. 2008a,b; Jamieson et al. 2007). I Fletcher et al. (2008b) använde en patient varma vetekuddar som hjälp till avslappning och symtomlindring. I Halpert et al. (2007) trodde majoriteten att ny behandling snart skulle finnas tillgängliga för IBS patienter.

Läkemedelsverkan var individuell och patienterna behövde hitta det läkemedel som passade bäst utifrån sina symtom (Halpert & Godena 2011; Lacy et al. 2007). Det fanns patienter som tyckte att det skulle skrivas ut mer läkemedel för att behandla IBS mer aggressivt (Halpert & Godena 2011). En patient var trött på läkaren för att läkaren ansåg att enda behandlingen var läkemedel (Fletcher et al. 2008a), andra var inte längre intresserade av att finna orsaken till IBS utan litade på medicineringen för att hantera sina symtom (Kim & Park 2011). Patienter hade provat flera olika läkemedel men ingenting hjälpte (Fletcher et al. 2008a; Halpert & Godena 2011; Jamieson et al. 2007). En blev sämre av läkemedel och kosttillskott i form av fibrer (Fletcher et al. 2008a). Andra patienter använde fibertabletter och enzymer för magen samt bulkmedel för regelbunden avföring. En hade fått rådet att ta laxermedel, acidofilus samt tillskott av kalcium och magnesium (Fletcher & Schneider 2006).

Flera patienter tog inte läkemedlen enligt rekommendationen. Att de hoppade över berodde på olika anledningar, exempelvis att de inte hade ont för tillfället, inte tyckte det var helt nödvändigt eller upplevde att det inte hjälpte. En patient avstod på grund av biverkningar. En annan tog läkemedel i förebyggande syfte för att det gav både fysiska och psykologiska effekter (Fletcher et al. 2008a; Jamieson et al. 2007). "If I can't avoid food or drinks that irritate my condition I rely on Pepto-Bismol" (Fletcher & Schneider 2006, s. 244).

3.1.3 BEGRÄNSNINGAR

I fem av elva artiklar togs begränsningar upp och blev den tredje subkategorin under kontroll.

Patienterna beskrev att tarmsystemet begränsade dem (Bengtsson et al. 2007; Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008a), i dagliga aktiviteter, arbetslivet och det sociala livet (Lacey et al. 2007), exempelvis när de skulle resa bort, övernatta eller utöva fysiska aktiviteter (Bengtsson et al. 2007).

För många var hemmet tryggheten, de upplevde svårigheter i att hantera IBS symtomen utanför hemmets bekvämligheter (Fletcher et al. 2008b) och när det blev förändringar i de dagliga rutinerna (Lacey et al. 2007). De behövde ta reda på vart toaletten fanns när de var borta (Bengtsson et al. 2007; Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008b). En patient uttryckte att hon inte gillade att vara på offentliga platser av rädsla att få ont i magen och utan möjlighet att lägga sig ner att vila. En annan patient berättade att hon blev orolig när hon var bortbjuden på middag eftersom hon då inte kunde välja själv vad hon skulle äta (Fletcher et al. 2008b). Att bjuda till fest eller vara med på andra aktiviteter kunde vara problem eftersom en IBS attack kunde komma oväntat och aktiviteten därmed måste ställa in i sista minuten (Fletcher et al. 2008b).

3.1.4 KUNSKAP

I fem av elva artiklar togs kunskap upp och blev den fjärde och sista subkategorin under kontroll med subsubkategorin utbildning.

Patienter uttryckte att kunskap och utbildning gav dem insikt i att det fanns andra människor med samma problem, vilket hjälpte dem att hantera sin IBS (Fletcher et al. 2008b; Halpert & Godena 2011). Brist på kunskap om orsaker och prevention om sjukdomen, gjorde att patienterna upplevde hjälplöshet i att hantera symtomen (Kim & Park 2011). Halpert et al. visade att majoriteten av patienterna hade kunskap om vad som försvårade sjukdomen. Studien visade också att det fanns en okunskap om vad sjukdomen kunde utvecklas till. Många trodde att sjukdomen kunde utvecklas till colit, undernäring, cancer och tillstånd som krävde operation. Några trodde att IBS orsakades på grund av brist på magenzymmer och att det kunde bli värre med åren. De patienter som använde sig av webben hade enligt studien bättre kunskaper om sjukdomen än de som inte använde sig av webben. De hade också större intresse av att lära sig om orsakerna till IBS. Det fanns intresse för att lära sig hur psykologiska faktorer påverkade IBS och många undrade över normala tarmtömningsvanor (Halpert et al. 2007). En del sökte kunskap från andra källor exempelvis kiropraktorer, naturläkare och kostrådgivare (Jamieson et al. 2007). ”Help me understand more of what I can do to help myself” (Halpert & Godena 2011, s. 826).

3.1.4.1 UTBILDNING

Patienterna ansåg det var till stor hjälp med utbildning av vårdgivare om sjukdomen när de fick sin diagnos (Fletcher et al. 2008b; Halpert & Godena 2011). Efter en gruppbaserad undervisning bestående bland annat av magtarmkanalens anatomi och fysiologi, strategier för hanterande av smärta, stress och existentiella frågor, ökade patienternas självkontroll och sjukdomens totala påverkan på vardagslivet minskade. Dock syntes ingen skillnad på smärtan (Håkansson et al. 2011). Patienter i en IBS skola förbättrade sina kunskaper om sjukdomen i jämförelse med en grupp som erhållit en

guidebok med samma innehåll som IBS skolan (Ringström et al. 2010). Patienter uttryckte att de fick självförtroende när de lärde sig förstå sina IBS symtom (Kim & Park 2011).

3.2 SOCIALT

I åtta av elva artiklar togs socialt upp och blev den andra huvudkategorin med subkategorier relation patient - omgivning och relation patient - vårdpersonal.

3.2.1 RELATION PATIENT - OMGIVNING

I sex av elva artiklar togs relation patient - omgivning upp och blev den första subkategorin under socialt.

”I call my Mom all the time, and you know, she’s a huge stress (laughs) reliver” (Fletcher et al. 2008b, s. 280). Socialt stöd var viktigt för patienterna i sitt sätt att hantera sin IBS (Bengtsson et al. 2007; Fletcher et al. 2008a,b; Håkansson et al. 2011; Lacy et al. 2007). Patienter uttryckte att det sociala stödet av partnern var särskilt viktigt i den intima relationen för att våga vara intim (Fletcher et al. 2008b).

Vissa undvek gruppaktiviteter men ville ändå träffa andra med samma sjukdom för att känna en samhörighet (Bengtsson et al. 2007). Mer än hälften uttryckte att en IBS attack kunde utlösas av svåra sociala situationer (Halpert et al. 2007).

Brist på socialt stöd påverkade deras förmåga att hantera sjukdomen negativt (Fletcher et al. 2008b). Patienter berättade att ett sätt att behålla vänner var att inte prata om symptomen, även om det innebar självupppoffring, eller äta maten som bjöds fastän de hade vetskapen om att de skulle bli sjuka efteråt (Kim & Park 2011).

3.2.2 RELATION PATIENT - VÅRDPERSONAL

I två av elva artiklar togs relationen patient - vårdpersonal upp och blev den andra och sista subkategorin under socialt

Patienter var missnöjda med vårdpersonalens bemötande, vårdpersonal hade indikerat att problemen ”satt i huvudet”. Patienterna nämnde att de hade känt sig kränkta av attityden hos vårdpersonal och missförstådda på grund av att läkare och sjuksköterskor hade förringat deras problem (Bengtsson et al. 2007). En del patienter var rädda för att be läkaren om hjälp, för de trodde att smärtan av gaserna var deras eget fel. De upplevde en frustration när vårdgivarna inte lyssnade på dem. Frustrationen ledde ofta till hopplöshet och tvivel på deras läkares förmåga och kunskap. Vad patienterna hade behov av var empati och förståelse från vårdgivarna angående vilka problem IBS förde med sig i det dagliga livet (Halpert et al. 2007).

3.3 EMOTIONELLT

I sex av elva artiklar togs emotionellt upp och blev den tredje och sista huvudkategorin med subkategorin känslor.

En patient uttryckte ledsamhet över att magen krånglade. En annan menade att en positiv attityd till sjukdomen var ett viktigt sätt att hantera sin IBS. De kunde lugna ner sig själva genom att tänka lugnande tankar, ”...I definitely [try] to calm my self down more. Thinking, like, it’s not a big deal, I don’t have to go [to the bathroom], and stuff

like that” (Fletcher et al. 2008b, s. 283). En patient uttryckte att trots den negativa påverkan IBS hade på livet kunde hon vid tillfällena känna sig glad och vara nöjd med livet (Bengtsson et al. 2007).

3.3.1 KÄNSLOR

I fem av elva artiklar togs känslor upp och blev den första och enda subkategorin under emotionellt.

Patienter uttryckte rädsla att inte kunna arbeta hela dagen utan att känna sig sjuka (Bengtsson et al. 2007). Frustration över att det inte fanns något botmedel (Fletcher et al. 2008a), andra uttryckte rädsla och oro att sjukdomen skulle utvecklas till ett värre tillstånd (Bengtsson et al. 2007; Halpert et al. 2007; Lacey et al. 2007). En patient var rädd då hon fått svåra diarréer och trodde att sjukdomen hade försämrats. Det fanns också de som tröstade sig med att jämföra sin situation med värre tillstånd, att IBS inte var livshotande eller cancer (Kim & Park 2011).

De flesta av patienterna ansåg att ångest och/eller depression orsakade IBS symtom (Lacey et al. 2007). Det fanns också patienter som ansåg att det var symtomen som orsakade ångest och dåligt humör. Många ville kunna vakna upp på morgonen utan smärta och ångest (Bengtsson et al. 2007).

4. DISKUSSION

4.1 RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa faktorer som påverkar patienter med IBS, med frågeställningen vad behöver sjuksköterskan veta om faktorerna för att kunna ge en god omvårdnad? Utifrån resultatet tolkade författarna att kontroll var en viktig faktor i IBS - patientens vardag. De allra flesta patienterna ansåg att tarmsystemet kontrollerade livet och kände sig begränsade. Många var missnöjda med okunskap och bemötande från vårdpersonal, samt i svårigheter att finna rätt behandling vilket kunde leda till frustration. Socialt stöd var en hjälp för att hantera sjukdomen.

De allra flesta patienterna ansåg att kontrollera de potentiella triggarna var avgörande i förmågan att hantera sin IBS (Bengtsson et al. 2007; Fletcher et al. 2008b; Jamieson et al. 2007; Kim & Park 2011). Litteraturstudiens resultat visade att kost var en betydande faktor, olika mat och dryck triggade patienternas symtom. Livsmedel som var bra för en patient kunde vara dåligt för en annan. Exempelvis kunde kallt vatten trigga symtomen för en patient (Fletcher et al. 2008a), men vara till hjälp för en annan, som drack stora mängder vatten för att kunna äta det hon ville (framkommer dock inte om vattnet var kallt) (Fletcher et al. 2008b). Detta styrks av Schneider et al. (2008) där en patients symtom triggades av stark mat och en annans av mjölprodukter och sötsaker. Det var en påfrestande process att prova sig fram till vad de kunde äta (Jamieson et al. 2007). Patienterna använde sig av olika koststrategier, det kunde exempelvis vara att äta regelbundet och mindre portioner (Halpert et al. 2007; Jamieson et al. 2007; Kim & Park 2011) och att äta nyttigare mat (Fletcher & Schneider 2006; Jamieson et al. 2007). Vilket även kunde styrkas i artikeln av Rønnevig et al. (2009) som menade att patienterna äter hälsosammare mat, små portioner och regelbundet. Eftersom det visar sig att kosten är individuell reflekterar författarna över hur sjuksköterskan kan underlätta för patienten på en avdelning. Genom att ta reda på och dokumentera vilken

mat de klarar av att äta på grund av sin IBS-sjukdom, kan kanske önskekost eller specialkost undvika onödiga smärtor och/eller diarréer. Dessa symtom skulle annars kunna feltolkas och/eller dölja andra komplikationer eller sjukdomstillstånd efter exempelvis en operation. Vilket överensstämmer med sjuksköterskans kompetensbeskrivning att främja hälsa och förebygga ohälsa genom att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Socialstyrelsen 2005).

I litteraturstudiens resultat framkom att läkemedel var individuellt för patienten precis som kosten (Halpert & Godena 2011; Lacy et al. 2007). Även Simrén menade att det inte fanns ett läkemedel som hjälpte mot alla symtom, utan att patienterna fick prova sig fram till det som gav bäst effekt på dem (Simrén 2008). Andra behandlingssätt för patienterna var motion, alternativa terapier och stresshantering (Fletcher et al. 2008a,b; Jamieson et al 2007). Whitehead et al. (2004) visade att läkare inom primärvården i USA erbjuder IBS patienter i första hand kostråd, förklaring av symtomen och råd om motion. De använde sig i högre grad av utbildning och råd om livsstilsförändringar än läkemedel. Författarna tänker att både läkemedel och att finna sitt individuella sätt att må bra, är något som stämmer med omvårdnadsteoretikern Orem's (2001) teori om att människans egenvård är ett viktigt delmål för både människan och sjuksköterskan för att upprätthålla och bevara hälsan.

Begränsningar i det dagliga livet beskrevs av flera patienter (Bengtsson et al. 2007; Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008b). Hemmet var för många tryggheten och patienterna upplevde en svårighet att hantera symtomen i offentliga miljöer (Fletcher et al. 2008b), där de behövde orientera sig om vart toaletter fanns (Bengtsson et al. 2007; Fletcher & Schneider 2006; Fletcher et al. 2008a). Att ständigt leta reda på vart toaletten fanns i nya miljöer styrktes även i artikeln av Drossman et al. (2009). Författarna ser en möjlighet i att sjuksköterskan kan hjälpa patienten minska på stressorer exempelvis genom att visa vart alla toaletter finns på avdelningen. Erbjudna inkontinensskydd, samt tillgång till rena underkläder och om möjligt, en sängplats nära toaletten. Detta överensstämmer med Rønnevig et al. (2009) där patienterna oroar sig för att inte hinna till toaletten i tid när de inte är hemma.

Enligt Simrén blev patienter lugnare av att få en diagnos och förklaringar till sina symtom (Simrén 2008). Detta överensstämde med litteraturstudiens resultat där patienterna uttryckte att utbildning av vårdgivaren var till stor hjälp (Fletcher et al. 2008b; Halpert & Godena 2011). Resultatet visade att många av patienterna hade kunskaper om sin IBS (Halpert et al. 2007) men det fanns även missuppfattningar om sjukdomens utveckling. En del trodde att IBS kunde utvecklas till allvarliga sjukdomstillstånd som exempelvis cancer, vilket även Ringström et al. (2009) skrev om. Författarna ser undervisning som en del i sjuksköterskans roll och enligt Wilson-Barnett är undervisningen tvåvägskommunikation där sjuksköterskan behöver lyssna in patienten och försöka förstå dess behov (Wilson-Barnett refererad i Friberg 2010). En del av sjuksköterskans roll är att undervisa patienten, om sjukdomen och behov av eventuella livsstilsförändringar (Socialstyrelsen 2005).

Patienter som deltog i IBS skola upplevde förbättring av sina symtom jämfört med guideboksgruppen (Ringström et al. 2010). Detta överensstämde inte med Robinson et al. (2005) där motsatt resultat gavs. Författarna ser vinster i att båda möjligheterna kan erbjudas som en individanpassad utbildning. Utbildningsprogrammet kan vara en miljö

där patienterna får möjlighet att utbyta erfarenheter och prata om sin sjukdom. Detta styrker även Håkansson et al. (2012) som beskriver, att möta andra med samma sjukdom kan ge upphov till en känsla av samhörighet och gemenskap.

Patienter uttryckte att det sociala stödet av omgivningen var viktigt (Bengtsson et al. 2007; Fletcher et al. 2008a; Håkansson et al. 2011; Lacy et al. 2007) vilket även beskrevs i Drossman et al. (2009). Brist på socialt stöd påverkade deras förmåga att hantera sjukdomen negativt (Fletcher et al. 2008a). Patienter berättade att ett sätt att behålla vänner var att de inte pratade om symtomen, även om det innebar självupppoffring, eller äta maten som bjöds fastän de hade vetskapen om att de skulle bli sjuka efteråt (Kim & Park 2011). Detta styrks även i Drossman et al. (2009) där känslan av att andra inte förstod blev en barriär för normala sociala relationer.

Enligt hälso och sjukvårdslagen skall goda kontakter främjas mellan patient och vårdgivare (SFS 1982:763). Litteraturstudiens resultat visade att många patienter var missnöjda med vårdgivarnas bemötande. De hade indikerat att problemen ”satt i huvudet” (Bengtsson et al. 2007). Simrén poängterade vikten av att förklara för patienter att sjukdomen inte sitter i huvudet (Simrén 2008). Patienterna hade behov av empati och förståelse från vårdgivarna (Halpert & Godena 2011). Författarna relaterar detta till att möta alla patienter utifrån den etiska koden att bli behandlad med respekt och värdighet (ICN 2007).

Om det var känslor som påverkade symtomen eller symtomen som påverkade känslorna fanns det olika uppfattningar om. I Lacy et al. (2007) ansåg patienter att ångest skapade symtom, tvärsen mot Bengtsson et al. (2007) där patienter ansåg att det var symtomen som skapade ångest. Författarna tänker att känslor påverkar symtomen likväl som att symtomen påverkar känslorna. Bengtsson et al. (2007) visade att patienter var rädda att de inte kunde arbeta en hel dag utan att de kände av sin sjukdom. I Dean et al. (2005) visade resultatet att arbetet påverkades negativt av IBS symtomen, både i minskad produktivitet och i fler antal sjukskrivningar. Författarna tänker att osäkerheten att inte klara av att arbeta en hel dag, kan generera i stress. Att behöva arbeta deltid på grund av sin sjukdom eller vara sjukskriven kan bli ekonomiskt belastande för patienten. Ur samhällsekonomiskt perspektiv kan författarna se vinster i att patienten får ett bra bemötande och en fungerande behandling. Vilket skulle kunna minska vårdbehovet och antalet sjukskrivningsdagar. Även Simrén (2008) relaterar till samhällsekonomiskt perspektiv.

Författarna har tolkat resultatet och sett hur komplex en vardag för en IBS-patient kan vara. Detta stämmer till största delen överrens med författarnas förståelse. Exempelvis svårigheter och frustration över att finna en strategi att hantera sjukdomen, även den bristande vårdrelationen. Det som förvånar är att IBS inskränker livet i den stora utsträckning som framkommer i resultatet. Hur stressigt och energikrävande det kan vara att ständigt behöva ha kontroll över vart exempelvis toaletten finns. Att sjukdom påverkar på många olika plan, kopplar författarna till Orems (2001) egenvårdsteori för att skapa och bevara hälsa. Författarna tänker även på den medicinske sociologen Antonovsky som skriver om KASAM – Känsla av sammanhang där relationen mellan begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet påverkar hur man förhåller sig och hanterar livet (Antonovsky 2005). Utifrån Antonovskys KASAM tänker författarna genom att lyssna på patienten och ta reda på om någon av dessa tre

komponenter är svaga kan sjuksköterskan på olika sätt hjälpa patienten. Utifrån litteraturstudiens resultat är bland annat kontroll och kunskap faktorer som påverkar. Sjuksköterskan kan med sin kunskap om sjukdomen förmedla den vidare till patienten. Genom att få mer kunskap om sin sjukdom och råd om olika strategier påverkas möjligheten till kontroll, detta kan bidra till en ökad begriplighet och hanterbarhet hos patienten.

4.2.METODDISKUSSION

I litteraturstudien valde författarna en metod som Polit och Beck (2012) utarbetat för att arbeta på ett strukturerat sätt, vilket fungerade bra.

Syftet var att belysa faktorer som påverkar patienter att leva med IBS, med frågeställningen vilka faktorer behöver sjuksköterskan ha kunskap om för att kunna ge en god omvårdnad till patienter med Irritable bowel syndrome? Detta val präglades till stor del av författarnas intresse för sjukdomen. Den förförståelse som fanns har lagts åt sidan för att inte påverka resultatet i enlighet med etiska överväganden. Detta gjordes genom att författarna påminde och diskuterade med varandra kontinuerligt.

Databaserna för artikelsökning var Cinahl och PubMed. Sökorden blev *Irritable bowel syndrome*, utifrån studiens syfte. *Patient education* valdes utifrån vilken kunskap patienterna och sjuksköterskorna kunde behöva. Resultatet ur sökningen i Cinahl handlade dock till största delen om utbildning, utarbetning av frågeformulär och förslag på framtida studier. Sökorden gav inte tillräckligt med resultat för att motsvara syftet. Nya sökord blev *Support* och *Self care*. Orden söktes var för sig och i kombination med ämnesordet. I Cinahl söktes på *Irritable bowel syndrome* som ett headings (ämnesord) i kombination med *Patient education*, *Self-care* och *Support*. I PubMed söktes *Irritable bowel syndrome* som en MeSH term (ämnesord) i kombination med *Patient education* och *Self-care*. Vid sökning på *Irritable bowel syndrome* AND *Support* i PubMed gav det 1126 artiklar efter begränsningen, en ny sökning med båda orden som MeSH gav 0 träffar. Författarna ansåg att inga andra begränsningar kunde göras och att 1126 artiklar var orimligt för litteraturstudiens omfattning. Detta kunde medföra att relevanta artiklar inte kom med.

Inklusionskriterierna innebar en tidsbegränsning på sex år, för att få den senaste och mest relevanta forskningen inom området. Även en begränsning framåt i tiden gjordes för att sökningen skulle vara reproducerbar. Manliga och kvinnliga patienter var inkluderade i artiklarna. De manliga patienterna som representerades i fem av de elva artiklarna var procentuellt sett underrepresenterade. Vilket inte förvånar författarna eftersom det är fler kvinnor än män med diagnosen. Detta kan bidra till att resultatet speglar faktorer som påverkar kvinnor mer än både kvinnor och män. Författarna valde att exkludera barn 0 – 18 år då de tillhör specialistsjuksköterskan, likaså gravida kvinnor.

Av de 140 artiklarna sökningarna gav gick 29 artiklar vidare till urval 1. De valda artiklarna var skrivna på engelska vilket innebar en risk för tolkningsfel. För att i möjligaste mån undvika feltolkning läste båda författarna alla artiklar var för sig, flera gånger och sedan diskuterades och jämfördes tolkningarna. Det gjordes även anteckningar på varje artikel om dess innehåll. Artiklarna har översatts med hjälp av Google översätt för att öka förståelsen av innehållet. Författarna var väl medvetna om

att översättningen inte är fullvärdig och kompletterade språkbristerna med Tyda Sverige AB (1995) för översättning av enskilda ord och synonymer.

De elva artiklar som gick vidare till urval tre granskades enligt Karlstads granskningsprotokoll, avdelningen för omvårdnad (2004). Ett par av frågorna var svåra att finna svar på. Dessa frågor har diskuterats med varandra och även lyfts hos handledarna. Sökningarna gav flest kvalitativa artiklar. Att alla artiklar utom en hade västerländskt perspektiv anser författarna kan bidra till en minskad mångfald. Artiklarna kom från fyra olika länder Canada, Sverige, Sydkorea och USA. Enligt El-Sally (2012) utifrån Rome kriterierna var prevalensen av IBS-diagnostiserade patienter högst i Japan. I artikeln redovisas inte Sydamerika eller Afrika, författarna funderar på om det inte finns IBS där eller om det inte diagnostiseras?

Fyra av artiklarna handlade om Irritable bowel syndrome och Irritable bowel disease. I artiklarnas bakgrund presenterades patienterna med namn och diagnos, på detta sätt var det möjligt att urskilja vem som sagt vad. Textenheter som använts från dessa artiklar var endast från patienter diagnostiserade med IBS.

Resultatet från artiklarna bearbetades med hjälp av en matris fritt översatt från Granheim och Lundman (2004). Understrykningar i artiklarna och olika färgkoder användes. Efter resultatet lyfts ut gick författarna igenom artiklarnas resultat ännu en gång, för att se att inget missats. Vid analys av resultatet framkom hur alla kategorier hängde samman med varandra och författarna upplevde svårigheter att renodla kategorierna. Resultatets text flyttades fram och tillbaka för att finna rätt plats för varje enhet.

Arbetet gjordes till största delen gemensamt. Resultatmomentet tog längre tid än planerat. Arbetet hade troligen gått smidigare och snabbare om vissa delar hade delats upp och gjorts på varsitt håll. Positivt var att båda författarna är lika delaktiga i de olika momenten och har haft möjlighet att diskutera under arbetets gång. Författarna blev förvånade över hur tidskrävande alla delmoment i en litteraturstudie var, och insåg att det krävdes en bra logistik och strategi över dokumenthanteringen.

När författarna reflekterade över arbetet konstaterades att artiklarnas nyckelord ej granskats. Detta kunde innebära, att om nyckelorden granskats kanske ytterligare nya sökord letats fram och andra artiklar blivit valda. Hos författarna fanns funderingar om resultatet då blivit annorlunda. Författarna anser dock att de artiklar som valdes motsvarade litteraturstudiens syfte.

Ytterligare en reflektion var att samma forskare återkommer i flera av artiklarna. Vilket kan ses både som en tyngd i arbetet men också en svaghet. Tyngden ligger i att forskaren är engagerad och har stor kunskap i ämnet, svagheten i att det blir en minskad mångfald.

4.3 KLINISK TILLÄMPBARHET

I litteraturstudiens resultat framkom patienternas missnöje med vårdpersonalens bemötande och attityd. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 2§ säger ”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”.

Författarna önskar med litteraturstudien ge en samlad bild för att öka kunskapen om faktorer som påverkar att leva med IBS. Enligt Rønnevig et al. behövs mer kunskap för att förstå IBS patienternas behov (Rønnevig et al. 2009). Genom sjuksköterskans kunskap, omvårdnad och med en god relation till patienten finns förutsättningar för patienterna att hitta sin individuella strategi för att hantera sjukdomen. Genom att litteraturstudien finns tillgänglig i databasen DIVA kan både sjuksköterskor och patienter ta del av den. Studien skulle kunna användas i undervisningssyfte för patienter med IBS, genom att läsa den kan de känna samhörighet med andra människor i samma situation.

4.4 FRAMTIDA FORSKNING

Den 4/11-2012 visade nyheterna en ny forskning från Karolinska Institutet om behandling som enligt Docent Elisabeth Norin skulle kunna återställa balansen i tarmen med ”frisk bakteriekultur”. Författarna har sökt efter underlag för forskningen men ej funnit några. Det skulle vara intressant att följa upp denna forskning, och se dess utveckling. En annan forskning som också skulle vara intressant är om taktil massage skulle kunna hjälpa IBS patienter. En kvalitativ studie där dagbok förs dagligen över symtom under en bestämd tid, innan massagen påbörjats. Därefter taktil massagen två gånger i veckan under en bestämd tid och samtidigt föra dagbok över symtomen.

4.5 SLUTSATS

Litteraturstudiens resultat visade hur komplex Irritable bowel syndrome kunde vara. Många olika faktorer påverkade patienterna. Kontroll var den första kategorin. Patienterna upplevde att tarmsystemet kontrollerade deras liv och försökte på olika sätt återfå kontrollen. Det gällde för varje patient att finna sitt sätt att hantera sjukdomen. Lära sig vilken kost som fungerade. Det sociala var den andra kategorin där stöd från familj och vänner kunde underlätta. Likaså kunde ett bra bemötande från vårdgivarna ge patienterna trygghet. Det emotionella, den tredje och sista kategorin, var också en del i IBS – patientens vardag. Känslorna påverkar symtomen, likväl som symtomen påverkar känslorna. Med rätt kunskap och stöd kan patienterna nå hälsa och välbefinnande.

REFERENSLISTA

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2 utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Avdelningen för omvårdnad (*tidigare Institution för hälsa och vård*) (2004). Studiehandledning. Omvårdnadsforskningens teori och metod III – examensarbete, 15p (kurskod: OMGC 21, rev 2011-06-12). Karlstad: Karlstads universitet.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Benno, P., Ernberg, I., Midtvedt, T., Möllby, R., Norin, E. & Svenberg, T. (2012). *Magen Bakterier, buller och brak*. Författarna och Karolinska Institutet University Press.
- Berg, L. (2010). Sjuksköterskans ansvar för vårdrelationen med patienter. I Dahlborg, Lyckhage, E. (red.) *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur. s 147-162.
- Boyd-Carson, W. (2004). Irritable bowel syndrome: assessment and management. *Nursing Standard*, 18 (52), 47-52, 54-5.
- Dean, B. B., Aguilar, D., Barghout, V., Kahler, K. H., Frech, F., Groves, D. & Ofman, J. J. (2005). Impairment in work productivity and health-related quality of life in patients with IBS. *The American Journal of Managed Care*, 11 (1), 17-26.
- Drossman, D. A., Chang, L., Schneck, S., Blackman, C., Norton, W. F. & Norton, N. J. (2009). A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive Diseases and Sciences*, 54 (7), 1532-41.
- El-Salhy, M. (2012). Irritable bowel syndrome: Diagnosis and pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*, 18 (37), 5151-63.
- Finnström, B. (2010). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I Dahlborg-Lyckhage, E. (red.) *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur. s 59-82.
- Fletcher, P., Jamieson, A.E., Schneider, M.A. & Harry, R. J. (2008a). "I Know This Is Bad for Me, But..." A Qualitative Investigation of Women With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease: Part II. *Clinical nurse specialist*, 22 (4), 184-91.
- Fletcher, P. C. & Schneider, M. A. (2006). Is There Any Food I Can Eat? Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome. *Clinical nurse specialist*, 20 (5), 241-7.
- Fletcher, P.C., Schneider, M.A., Van Ravenswaay, V. & Leon, Z. (2008b). I Am Doing the Best That I Can! Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome. *Clinical nurse specialist*, 22 (6), 278-85.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2010). Den patientundervisande uppgiften – att möjliggöra lärande. I Dahlborg-Lyckhage, E. (red.) *Att bli sjuksköterska - en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur.

Google. *Google översätt*. [Elektronisk]. Tillgänglig; <http://translate.google.se> [2012-09-15]

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Halpert, A., Dalton, C.B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S., Hankins, J., Norton, N. & Drossman, D. (2007). What Patients Know About Irritable Bowel Syndrome (IBS) and What They Would Like to Know. National Survey on Patient Educational Needs in IBS and Development and Validation of the Patient Educational Needs Questionnaire (PEQ). *American Journal of Gastroenterology*, 102 (9), 1972-82.

Halpert, A. & Godena, E. (2011). Irritable bowel syndrome patients' perspectives on their relationships with healthcare providers. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 46 (7-8), 823-30.

Håkansson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B-M. & Nyhlin, H. (2011). Learning to live with irritable bowel syndrome. The influence of a group-based patient education programme on peoples' ability to manage illness in everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (3): 491-8.

Håkansson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B-M. & Nyhlin, H. (2012). Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (4), 738-46.

ICN- International Council of nurses (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> [2012-09-18].

Jamieson, A., Fletcher, P. C. & Schneider, M. A. (2007). Seeking Control Through the Determination of Diet. A Qualitative Investigation of Women With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Nurse Specialist*, 21 (3), 152-60.

Karling, P., Simrén, M., Törnblom, H. & Walter, S. (2007). *Sjukskrivning vid irritable tarm (colon irritabile), ibs (irritable bowel syndrome)*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/irritablebowel-syndrome-ibs#anchor_7 [2012-09-13].

Kim, M. & Park, H. (2011). The Process of Symptom Control in Korean Women With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology nursing*, 34 (6), 424-32.

- Lacy, B. E., Weiser, K., Noddin, L., Robertson, D. J., Crowell, M. D., Parratt-Engstrom, C. & Graus, M. V. (2007). Irritable bowel syndrome: patients' attitudes, concerns and level of knowledge. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25 (11), 1329-41.
- Lind, P-O. (2005). *Magproblem må bra och ät gott*. Stockholm: Prisma.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6. Ed. St. Louis, Missouri: Mosby
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Ringström, G., Agerforz, P., Lindh, A., Jerlsted, P., Wallin, J. & Simrén, M. (2009). What Do Patients With Irritable Bowel Syndrome Know About Their Disorder and How Do They Use Their Knowledge? *Gastroenterology Nursing*, 32 (4), 284-92.
- Ringström, G., Störsrud, S., Posserud, I., Lundqvist, S., Westman, B. & Simrén, M. (2010). Structured patient education is superior to written information in the management of patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 22 (4), 420-8.
- Robinson, A., Lee, V., Kennedy, A., Middleton, L., Rogers, A., Thompson, D. G. & Reeves, D. (2005). A randomized controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. *GUT An International Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 55 (5), 643-648.
- Rønnevig, M., Vandvik P. O. & Bergbom I. (2009). Patients' experiences of living with irritable bowel syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (8), 1676-85.
- Schneider, M., Jamieson, A. & Fletcher, P. (2008). 'One sip won't do any harm . . .': temptation among women with inflammatory bowel disease/irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (2), 80-90.
- SFS 1982:763. *Hälso och sjukvårdslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Simrén, M. (2008). Irritable bowel syndrome (IBS). I Nyhlin, H. (red.) *Medicinska mag- och tarmsjukdomar*. Författarna och studentlitteratur. s. 299-313
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2012-11-13]. Stockholm: socialstyrelsen
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Brommatryck & Brolins AB.
- Thorhallsson, E. (2009). Mag-tarmkanalens sjukdomar – gastroenterologi. I Grefberg, N. & Johansson, L-G. (red.) *Medicinboken vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 391-412.
- Tyda Sverige AB. (1995). [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://tyda.se/> [2012-09-24]

Världshälsoorganisationen (1948). *WHO:s definition av hälsa*. [Elektronisk].
http://sv.wikipedia.org/wiki/H%C3%A4lsa#WHO:S_definition_av_h.C3.A4lsa. [2012-11-06].

Whitehead, W. E., Levy, R. L., Von Korff, M., Feld, A. D., Palsson, O. S., Turner, M. & Drossman, D. A. (2004). The usual medical care for irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 20 (11-12), 1305-1315.

BILAGA 1. ARTIKELMATRIS

Författare, år:	Syfte:	Metod:	Huvudresultat:
Bengtsson, M., Ohlsson, B., Ulander, K. 2007	Samla information om vad som utgör en god livskvalitet för kvinnor med IBS för att skapa en hälsomodell.	Kvalitativ metod. Beskrivande design. Datainsamlingsmetod: En öppen skriftlig fråga Urval 57 kvinnor. Bortfall 27 kvinnor. Totalt 30 kvinnor Utförd i Sverige.	God livskvalité beskrivs som att kunna delta i sociala aktiviteter, kunna arbeta och kunna kontrollera sin livssituation. Vårdmodell, behandling av symptom bekräftelse av vårdgivaren och undervisning
Fletcher, P., Jamieson, A.E., Schneider, M.A., Harry, R.J. 2008	Utforska kvinnors livserfarenhet av IBS/IBD med tyngdpunkt på dietvanor före och efter diagnosen.	Kvalitativ metod. Fenomenologi Datainsamlingsmetod: Matdagbok och Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Urval 8 kvinnor Bortfall nämns ej. Utförd i Canada	Informanterna kände sig i varierande grad styrda av deras sjukdom. Många är missnöjda med råden de får från vårdgivare och provade själva olika dieter, de begränsade ofta sitt matintag.
Fletcher, P.C., Schneider, M.A., Van Ravenswaay, V., Leon, Z. 2008	Utforska livserfarenheter fokuserat på copingstrategier hos kvinnor diagnostiserade med GI-sjukdomar som IBD och/eller IBS	Kvalitativ metod Fenomenologi. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer Urval 8 kvinnor Bortfall nämns ej. Utförd i Canada	Informanterna använder sig av olika strategier som delades in i sex kategorier. Support, Kontrollera situationen, Attityder, Avslappningstekniker, Ignorera problemen och Utbildning Kunskap
Fletcher, P.C., Schneider, M.A. 2006	Undersöka livserfarenheter, framför allt förhållandet mellan kost och IBS och/eller IBD patienter.	Kvalitativ metod Fenomenologi. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer: Urval 8 kvinnor Bortfall nämns ej. Utförd i Canada	Vilka triggare när det gäller mat och dryck som finns och hur informanterna hanterade dem.
Halpert, A., Dalton, C.B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S., Hankins, J., Norton, N., Drossman, D. 2007	Identifiera informanternas uppfattning och kunskapsluckor, om IBS och jämföra mellan tre grupper.	Kvantitativ metod Datainsamlingsmetod: Två steg. 1. Utveckling av frågeformulär 2. Sammanställning av informationen. Urval 1.814 Bortfall 572 Totalt 1.242 varav män 15% och kvinnor 85% Utförd i USA	Majoriteten av informanterna hade kunskap om vad som påverkade symtomen men missuppfattning om, hur allvarlig sjukdomen var.

Halpert, A. & Godena, E. 2011	Undersöka patienters perspektiv på relationen med sjukvårdspersonal	Kvalitativ metod Kvantitativ innehållsanalys metod Datainsamlingsmetod: online studie Beskrivande frågor Urval 57 Män 18% och Kvinnor 82% Utförd i USA	Majoriteten önskade en bättre relation med vårdpersonalen, samt mer utbildning och att personalen gav empati och lyssnade mer.
Håkansson, C., Sahlberg-Blom,E., Ternestedt,B-M., Nyhlin,H 2011	Utvärdera inverkan av en gruppbaserad patientutbildnings-program om Irritable Bowel syndrom, på människors förmåga att hantera sin sjukdom i vardagen.	Kvantitativ metod Utvärderande forskningsdesign. Datainsamlingsmetod: Ett frågeformulär besvarades före och efter en tvärvetenskaplig gruppbaserad patientutbildning Urval 56 personer fem i Bortfall 5 Totalt 51 varav män 11% och kvinnor 89% Utförd i Sverige	I deltagarnas självutvärderingar visade resultatet att innan utbildningen använde de sig av att ta avstånd och ett flykt undvikande beteende. Efter utbildningen minskade flykt undvikande beteendet. Strategi för självkontroll och att ta avstånd ökade och resultatet visade också att totala svårighetsgraden av symtomen minskade.
Jamieson,A., Fletcher,P.C., Schneider,M.A 2007	Studera kvinnors livserfarenhet I relation till kosten.	Kvalitativ metod. Fenomenologi Datainsamlingsmetod: Frågeformulär Semistrukturerade intervjuer och 14 dagars kostdagbok Urval 8 kvinnor Bortfall nämn ej Utförd i Canada	Dieten den primära faktorn, svårigheter att finna sin personliga diet. Resultatet blev tre teman Kontroll, Stöd från familj och vänner samt Negativa beteenden.
Kim, M. & Park, H. 2011	Utforska hur kvinnor med IBS tyder meningen av deras symtom och hur de använder hälsosamma strategier.	Kvalitativ metod Grounded theory. Datainsamlingsmetod: Två intervjuer den första inleddes med ostrukturerade frågor följt av semistrukturerade. Den andra intervjun via telefon med kompletterande frågor. Strategiskt urval 12 kvinnor Bortfall 2 kvinnor, Snöbollsurval 4 kvinnor Totalt 14 kvinnor . Utförd i Sydkorea	Kärnkategori var att kontrollera IBS symtomen. De införlivade strategier som passade deras livsstil. Kvinnorna visste vad som var dåligt för dem att äta.

<p>Lacy, B.E., Weiser, K., Noddin, L., Robertson, D.J., Crowell, M.D., Parratt- Engstrom, C., Graus, M.V. 2007</p>	<p>Utvärdera kunskap, rädslor och bekymmer hos IBS patienter</p>	<p>Kvantitativ metod. Prospektiv studie. Datainsamlingsmetod: Anonyma frågeformulär. Urval 736 Bortfall 475. Totalt 261 varav män ca.16% och kvinnor ca. 83% Utförd i USA</p>	<p>82% ansåg att symtomen påverkade deras dagliga liv. Majoriteten ansåg ångest, kost och depression orsakade IBS. Informerarna hade betydande missuppfattningar och brist på kunskap om sin sjukdom och prognos.</p>
<p>Ringström, G., Störsrud, S., Posserud, I., Lundqvist, S., Westman, B., Simrén, M. 2010</p>	<p>Jämföra effekten utifrån kunskap, symtom och livskvalité mellan en strukturerad utbildning för IBS patienter, en IBS skola jämfört med att få skriven information i form av en IBS guidebok</p>	<p>Kvantitativ metod Datainsamlingsmetod: Frågeformulär som besvarats vid tre tillfällen Randomiserat urval 173 Bortfall 30 Totalt 143 varav män 13% och kvinnor 87% Utförd i Sverige</p>	<p>Positiva effekter av den strukturerade patient undervisningen med ökad kunskap minskade symtom samt ökad hälsorelaterade livskvalitet i jämförelse med skriven information.</p>