



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Å mestre de psykososiale følgene av IBD**

## **Coping with the psychosocial consequences of IBD**

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10057

Antall ord: 8349

# Sammendrag

Tittel: Å mestre de psykososiale følgene av IBD.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne tiltak sykepleieren kan iverksette for å støtte pasienter med IBD til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier støtte pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen?

Metode: En avgrenset litteraturstudie hvor systematiske litteratursøk ble utført i ulike databaser for å finne relevante forskningsartikler.

Resultat: Pasienter med IBD kan mestre bedre ved å ha tilgang til informasjon og kunnskap om IBD. Sosial støtte fra familie, venner, kolleger og helsepersonell kan redusere psykologisk stress og være med på å styrke mestringsevnen.

Konklusjon: Samtaler med sykepleieren kan virke helsefremmende og kan forebygge sykdomsforverring ved at man informerer om sykdommen, ulike mestringsstrategier og viktigheten av sosial støtte. Likevel burde dette kartlegges på forhånd for å unngå negative opplevelser for pasienten.

Nøkkelord: Inflammatorisk tarmsykdom, ulcerøs kolitt, Crohns sykdom, mestring, sosial støtte, informasjon, psykososiale følger.

# Abstract

Title: Coping with the psychosocial consequences of IBD.

Purpose: The purpose of this thesis is to find interventions the nurse can implement to support patients with IBD to cope with the psychosocial consequences of the disease.

Topic question: How can nurses support patients with chronic inflammatory bowel disease to cope with the psychosocial consequences of the disease?

Method: A limited literary study where systematic literary searches were conducted in various databases to find relevant research articles.

Results: IBD patients can better cope with their disease by having access to information and knowledge about IBD. Social support from family, friends, colleagues and health professionals can reduce psychological stress and help strengthen coping skills.

Conclusion: Conversations with the nurse may promote health benefits and prevent disease progression by informing about the disease, different coping strategies and the importance of social support. Nevertheless, this should be mapped in advance to avoid negative experiences for the patient.

Key words: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, coping, social support, information, psychosocial consequences.

# Innhold

Tabeller .....	v
1. Innledning.....	6
1.1. Introduksjon av tema og bakgrunn.....	6
1.2. Definisjon av problemstillingens sentrale begreper .....	6
1.2.1. Kroniske inflammatoriske tarmsykdommer .....	6
1.2.2. Psykososiale følger hos pasienter med IBD .....	7
1.2.3. Støtte .....	7
1.2.4. Mestring.....	7
1.3. Avgrensning .....	7
1.4. Oppgavens oppbygging .....	7
2. Metode .....	8
2.1. Avgrenset litteraturstudie.....	8
2.2. Søkehistorikk med søketabell.....	8
2.3. Valgt litteratur og kildekritikk.....	9
3. Empiri.....	11
3.1. Artikkelmatrikse .....	11
3.2. Sammenfattet empiri .....	15
4. Teori .....	17
4.1. Teori som beskriver pasientgruppens situasjon .....	17
4.1.1. Inflammatorisk tarmsykdom.....	17
4.1.2. Sosial støtte .....	17
4.1.3. Psykologisk stress .....	18
4.1.4. Mestring.....	18
4.1.5. Informasjon .....	18
4.2. Teori som belyser sykepleiefaget.....	18
4.2.1. Virginia Henderson .....	18
4.2.2. Å Fremme mestring .....	19
4.2.3. Informerende kommunikasjon .....	19
5. Diskusjon .....	21
5.1. Innledning til diskusjonen.....	21
5.2. Hvilke reaksjoner og mestringsstrategier er vanlige hos pasientgruppen?.....	21
5.3. Hvilket behov for hjelp og støtte har pasienten? .....	23
5.4. Kan sosial støtte være negativt? .....	24
5.5. Hvilke tiltak kan sykepleieren iverksette for informasjon og støtte.....	25
6. Konklusjon .....	28
Referanser.....	29

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	8
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	11

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon av tema og bakgrunn

Omtrent 12 000 personer i Norge lever med diagnosen ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom («IBD Kronisk inflammatorisk tarmsykdom», u.å.). Begge sykdommene går under gruppen kronisk inflammatoriske tarmsykdommer og debuterer som regel i 15-40 års alderen (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 474, 477). Blodig, slimete diaré og magesmerter er de vanligste fysiske symptomene (Wyller, 2014, s. 470–473). Disse symptomene varierer i intensitet gjennom hele livet, og det finnes ingen kurativ behandling (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 474–478). Magesmerter, toalettbesøk, kvalme og ubehag styrer hverdagen hos pasienter med IBD, og kan føre til nedsatt livsutfoldelse og en følelse av maktesløshet (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 475, 477). Hyppige, illeluktende tarmtømminger kan oppleves ydmykende, og da vil gode holdninger fra sykepleieren bety mye for pasienten. Å leve med en kronisk sykdom som ulcerøs kolitt eller Crohns vil ikke bare påvirke disse menneskene fysisk, men også psykososialt.

Tema ble valgt på grunn av stor interesse innenfor gastroenterologi og interessen for menneskers psykososiale velvære. Jeg er ansatt ved en medisinsk gastroenterologisk avdeling på sykehus hvor jeg har møtt flere pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer. Jeg kjenner også noen som har diagnosen ulcerøs kolitt personlig. Dette gjorde at jeg fikk lyst til å undersøke nærmere hvordan denne pasientgruppen håndterer og mestrer sykdommen. Herfra i oppgaven vil den engelske forkortelsen IBD (inflammatory bowel disease) bli brukt som forkortelse for kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Dette er samme forkortelse som blir tatt i bruk av de inkluderte forskningsartiklene.

Sykepleieren skal ifølge rammeplanen for sykepleierutdanning blant annet ha kompetanse innen helsefremming, forebygging, undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). Kunnskap om hvordan sykdom påvirker mennesket, og dets betydning for håp, mestring, velvære og livskvalitet skal i tillegg være til stede etter endt utdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Under behandlingen av kroniske inflammatoriske tarmsykdommer er det sykepleieren pasientene har mest kontakt med. Derfor mener jeg at det kan iverksettes tiltak for å redusere psykososiale følger av sykdommen. Sykepleierens helsefremmende, forebyggende, undervisende og veiledende funksjon er relevant for å kunne støtte pasienter med IBD til å mestre sykdommen. På bakgrunn av dette vil jeg forsøke å besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier støtte pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen?»

## 1.2. Definisjon av problemstillingens sentrale begreper

### 1.2.1. Kroniske inflammatoriske tarmsykdommer

Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er de mest omtalte kronisk inflammatoriske tarmsykdommene (IBD). Begge sykdommene gir en betennelsesreaksjon i tarmen som fører til plagsomme symptomer som blodig, slimete diaré og magesmerter (Wyller, 2014, s. 470–473).

### 1.2.2.Psykososiale følger hos pasienter med IBD

Pasienter med IBD har stor risiko for utvikling av symptomer på depresjon og angst (Jordan, Ohlsen, Hayee, & Chalder, 2018). Disse menneskene lever med en kronisk sykdom de aldri blir kvitt, og som gir plagsomme symptomer. Hyppige toalettbesøk og magesmerter setter ofte en stopper for sosial deltagelse og livsutfoldelse (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 475, 477). Å være avhengig av andres hjelp for å få kontroll på de illeluktende tarmtømmingene kan oppleves uverdigg og ydmykende. Sykepleierens holdning kan derfor endre pasientens opplevelser (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 479). Oppgaven vil ta for seg behovet for sosial støtte og informasjon, og hvordan disse kan bidra til mestring av sykdommen.

### 1.2.3.Støtte

Å oppmuntre og hjelpe pasienten til å nå et mål, ved å engasjere seg for pasientens beste og sørge for pasienten skal unngå å feile. I ukjente, ubehagelige og vanskelige situasjoner kan støtten fra sykepleieren være nok oppmuntring, motivasjon og hjelp for pasienten til å ta riktige beslutninger og valg for egen helse (Kristoffersen, 2016b, s. 386). Å gi informasjon er blant annet en måte å støtte pasienten på.

### 1.2.4.Mestring

Mestring omfatter ulike psykiske prosesser og typer atferd som en bruker når ens ressurser bli satt på prøve. Oppgaven vil fokusere på mestringsstrategiene pasienter med IBD tar i bruk for å håndtere utfordringene sykdommen påfører (Kristoffersen, 2016a, s. 248).

## 1.3.Avgrensning

Fokuset er rettet mot de psykososiale følgene av de fysiske belastningene som ulcerøs kolitt og Crohns sykdom påfører. Oppgaven vil fokusere på voksne over 18 år, og vil ta for seg hva sykepleieren kan gjøre for de som kommer for behandling på medisinsk sengepost på sykehus. Derfor vil det også være fokus på de som nylig har fått en IBD-diagnose eller som kommer på sykehuset på grunn av økt sykdomsaktivitet og behandlingsbehov. Informasjon og støtte vil stå sentralt for å bidra til pasientens mestring. Den medisinske behandlingen av IBD vil ikke bli belyst, men heller hvilke tiltak sykepleieren kan iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov. Påførende vil ikke bli omtalt i oppgaven, selv om de også har behov for informasjon og støtte. Oppgaven vil ikke inkludere kirurgiske aspekter rundt IBD eller pasienter med stomi. Det vil heller ikke være stort fokus på det psykososiale rundt ernæring og seksualitet på grunn av oppgavens omfang. Virginia Henderson grunnprinsipper for sykepleie vil bli presentert som sykepleieteori, men vil ikke utdypes i detalj.

## 1.4.Oppgavens oppbygging

Opgaven er delt inn i flere kapitler. I kapittel 2, vil det bli beskrevet valg av metode samt en presentasjon av søketabell. Kapittel 3 tar for seg empiri, hvor valgt forskning vil presenteres i artikkelmatrise, og utforsket for videre drøfting. Kapittel 4 vil omhandle teori og fagkunnskap som vil være med å besvare oppgavens problemstilling. I kapittel 5, «Diskusjon», vil alt av teori og forskning bli drøftet. Oppgaven avsluttes med kapittel 6; Konklusjon. Konklusjonen vil inneholde et svar på problemstillingen, samt en oppsummering av oppgavens sentrale funn.

## 2. Metode

### 2.1. Avgrenset litteraturstudie

I Olav Dallands bok definer sosiologen Vilhelm Aubert metode som:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. (i Dalland, 2017, s. 51)

Denne oppgaven er en avgrenset litteraturstudie, og i datasamlingen ble det utført systematiske litteratursøk som fremgangsmåte for å finne relevant forskningslitteratur. Litteratursøkene ble utført gjennom ulike databaser, med forskjellige søkeord. Studiene som ble funnet har relevans for temaet i oppgaven og vil bli undersøkt nærmere for å se om de kan svare på oppgavens problemstilling.

### 2.2. Søkehistorikk med søketabell

**Tabell 2.1 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	21.04.2020	S1.	(MH "Inflammatory Bowel Diseases+")		15383	
		S2.	(MH "Support, Psychosocial+")		88422	
		S3.	S1 AND S2		137	
		S4.		Peer Reviewed; Research Article	73	
		S5.		English Language; Full Text	59	
		S6.	S4 AND S5		39	5 (A, B, C, D, E)
PubMed	08.04.2020	S1.	Inflammatory bowel disease AND coping		483	3 (F, G, H)
PubMed	08.04.2020	S1.	Inflammatory bowel disease AND nurse		474	
		S2.		Humans; Free Full Text	86	1 (I)



### Inkluderte artikler:

- A. A qualitative study exploring the experience of people with IBD and elevated symptoms of anxiety and low mood and the type of psychological help they would like. (2018). *Psychology & Health*, 33(5), 634–651
- B. Understanding life experiences of people affected by Crohn's disease in Spain. A phenomenological approach. (2018). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 354–362
- C. Effect of Social Support on Psychological Distress and Disease Activity in Inflammatory Bowel Disease Patients. (2018). *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(7), 1389–1400
- D. A longitudinal study of the profiles of psychological thriving, resilience, and loss in people with inflammatory bowel disease. (2017). *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 920–939
- E. Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. (2017). *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 648–657
- F. Self-esteem in patients with inflammatory bowel disease. (2020). *Quality of Life Research*.
- G. "I can fight it!": A qualitative study of resilience in people with inflammatory bowel disease. (2019). *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 127–133.
- H. Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. (2019). *BMJ Open*, 9(1), e022642.
- I. Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received: Physicians' and nurses' perceptions. (2013). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(7), 385–391.

## 2.3. Valgt litteratur og kildekritikk

Det systematiske søket for å finne relevant forskningslitteratur er presentert over i en søketabell. Forskningsartiklene ble funnet ved hjelp av CINAHL og PubMed sine databaser. De ni valgte artiklene vil bli presentert nærmere i en artikkelmatrise nedenfor i kapittel 3; Empiri. De kvantitative studiene gir data som det kan settes tall og enheter bak, hvor de kvalitative studiene gir data som ikke kan måles med tall (Dalland, 2017, s. 52). Fire av artiklene er kvantitative og fem av dem er kvalitative, noe som gjør datagrunnlaget for diskusjonen variert. Studiene inkludert i oppgaven er verdensomspennende, hvorav én av dem har blitt utført i Norge. En svakhet i de inkluderte artiklene er at sykepleierens funksjon ikke blir omtalt i alle studiene. Mange av artiklene konkluderer ofte med det samme når det gjelder mestring, informasjon og sosial støtte, og det er lite motsetninger i forskningen. En av artiklene belyser derimot negative sider ved sosial støtte, og vil være sentral i diskusjonen om dette tema (Palant & Himmel, 2019). Benner & Wrubels sykepleieteori ble vurdert relevant for oppgaven, men siden bibliotekene var stengte store deler av skriveperioden oppstod det vanskeligheter med å finne litteratur. I utøvelsen av sykepleie støtter vi oss ofte på andre fagområder, inkludert psykologi, og sykepleierne kan benytte denne kunnskapen i sin utøvelse av sykepleie. Flere av studiene har en psykologisk vinkling, og beskriver psykologiske prosesser som er tilstede hos pasienter med IBD (Jordan et al., 2018; Luo, Lin, Shang, & Li, 2019; Opheim et al., 2020; Sirois & Hirsch, 2017). Disse studiene er inkludert siden de belyser de psykiske og sosiale hindrene som pasienter med IBD strever med hver dag. Mestringsstrategiene de bruker er også relevant

for å forstå hvordan pasienter med IBD tenker og handler, slik at sykepleieren kan støtte dem.

## 3. Empiri

### 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<b>A)</b> Jordan, C., Ohlsen, R., Hayee, B., & Chalder, T. (2018). A qualitative study exploring the experience of people with IBD and elevated symptoms of anxiety and low mood and the type of psychological help they would like. <i>Psychology &amp; Health</i> , 33(5), 634–651.	Studiens hensikt er å undersøke opplevelsene hos personer med IBD og moderate til alvorlige symptomer på angst/nedstemthet for å identifisere de psykologiske prosessene som kan gi opphav til mestringsatferd, samt hvilken psykologisk støtte de ønsker fra andre.	En britisk kvalitativ studie med 25 deltagere. Deltagere med IBD og moderate til alvorlige symptomer på angst/nedstemthet ble tilkalt til intervju.	To kategorier ble oppdaget for symptomer på angst; «å prestere dårlig» og «å forhindre uhell». To ytterligere kategorier ble oppdaget for symptomer på nedstemthet; «manglende forståelse» og «stigma». Forståelse og kompetanse er den psykologiske støtten deltagerne ønsket mest.	Studiens funn kan brukes for å forstå de psykologiske prosessene som bidrar til utviklingen og vedlikehold av symptomer på angst og nedstemthet hos personer med IBD. Behovet for forståelse og kompetanse står sentralt, og kan benyttes for å besvare problemstillingen.
<b>B)</b> García-Sanjuán, S., Lillo-Crespo, M., Richart-Martínez, M., & Sanjuán Quiles, Á. (2018). Understanding life experiences	Studiens hensikt er å få innsikt i opplevelsene til personer med Crohns og hvordan de tilpasset seg sin kroniske sykdom etter å ha fått diagnosen.	En spansk kvalitativ studie. 19 deltagere som har levd med Crohns i mer enn ett år ble intervjuet. Data ble analysert ved bruk av	Deltagerne strever med å godta at de lever med en kronisk sykdom. Derfor utvikler de strategier for å kunne utføre daglige aktiviteter så likt som de	Opplevelsene til deltagerne i studien og hvilke metoder de brukte for å mestre sykdommen er viktig data som kan brukes til å besvare oppgavens problemstilling.

of people affected by Crohn's disease in Spain. A phenomenological approach. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(1), 354-362.		Colaizzis syv-stegs metode.	gjorde før. Mange opplevde mangel på kunnskap og profesjonell støtte.	
<b>C)</b> Slonim-Nevo, V., Sarid, O., Friger, M., Schwartz, D., Sergienko, R., Pereg, A., ... Fich, A. (2018). Effect of Social Support on Psychological Distress and Disease Activity in Inflammatory Bowel Disease Patients. Inflammatory Bowel Diseases, 24(7), 1389-1400.	Målet til studien var å finne ut om sosial støtte har sammenheng med bekymring og sykdomsaktivitet hos pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer.	En israelsk kvantitativ studie hvor 257 pasienter med IBD svarte på ulike spørreskjema.	Sosial støtte og økonomisk status er knyttet til velvære hos israelske pasienter med IBD. Samtaler om disse temaene bør være en del av sykepleien. Eksempel på tiltak er å kartlegge sosial støtte, tilby støttegrupper og samtaler.	Dataanalysene om sosial støtte samt tiltakene som presenteres i studien kan være relevant til besvarelsen av oppgavens problemstilling.
<b>D)</b> Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2017). A longitudinal study of the profiles of psychological	Studien undersøker hvorfor noen personer med IBD tilpasser seg og lever godt med sykdommen,	En kvantitativ studie. 152 deltagere fullførte undersøkelser som ga svar på kjente kognitive,	Livstilfredsheten var større hos de som opplevde motstandsdyktighet og personlig vekst enn hos de som	Studien tar opp viktige psykososiale faktorer som påvirker pasienter med IBD sin evne til tilpassning og mestring. Dette er

thriving, resilience, and loss in people with inflammatory bowel disease. British Journal of Health Psychology, 22(4), 920–939.	imens andre strever med å tilpasse seg.	affektive, sosiale og sykdomsrelaterte variabler for å forutse tilpasning.	opplevde at sykdommen førte til tap.	viktig forskning som kan være med på å besvare oppgavens problemstilling.
<b>E)</b> Larsson, K., Löf, L., & Nordin, K. (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. Journal of Clinical Nursing, 26(5–6), 648–657.	Hensikten med studien er å undersøke sykdomsrelatert stress, mestringsstrategier og behovet for informasjon og støtte hos pasienter med IBD.	En svensk kvalitativ studie hvor 15 pasienter med IBD over 18 år ble intervjuet.	Pasientene benyttet seg av forskjellige mestringsstrategier, og avhengig av hvilke stressituasjoner de opplevde fikk de tilpasset seg ved hjelp av disse. F.eks. ved å få nok faglig korrekt informasjon om sykdommene og råd fra helsepersonell, opplevde pasientene mindre stress og mer mestring.	Sykepleierens pedagogiske funksjon blir omtalt, og hvordan fokuset på psykososiale behov ved siden av den medisinske behandlingen kan være med på å hjelpe pasienter med inflammatorisk tarmsykdom og mestre sin livssituasjon bedre.
<b>F)</b> Opheim, R., Moum, B., Grimstad, B. T., Jahnsen, J., Prytz Berset, I., Hovde, Ø., ... Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2020). Self-esteem in patients	Hensikten med denne studien er å undersøke om det finnes spesifikke faktorer som påvirker selvfølelsen hos pasienter med IBD.	En norsk kvantitativ studie. 411 deltagere fylte ut spørreskjema om selvfølelse, mestringsevne, angst og depresjon. Sykdomsaktivitet ble også	De med god mestringsevne og de som hadde arbeid har høy selvfølelse. De med tendenser til angst og depresjon har lavere selvfølelse. Psykologiske faktorer	Tiltak som styrker selvfølelsen og minimerer risikoen for angst og depresjon kan være viktig for å optimalisere håndteringen av IBD og ha god innvirkning på mestring. Dette kan drøftes for å svare på

with inflammatory bowel disease. Quality of Life Research.		tatt med i undersøkelsen .	påvirker selvfølelsen mer enn sykdomsspesifikke faktorer.	oppgavens problemstilling.
<b>G)</b> Luo, D., Lin, Z., Shang, X.-C., & Li, S. (2019). "I can fight it!": A qualitative study of resilience in people with inflammatory bowel disease. International Journal of Nursing Sciences, 6(2), 127–133.	Studiens hensikt er å forstå pasienter med IBD sin motstandsdyktighet og utvikle et rammeverk for motstandsdyktighet.	En kinesisk kvalitativ studie. Intervjuer ble utført med 15 deltagere valgt ut fra gastroenterologiske avdelinger fra to sykehus. Data ble analysert basert på «Kumpfer's resilience framework».	Sosial støtte og informasjon er faktorer som påvirker motstandsdyktighet.	Å evaluere pasientens familiemiljø og å gi nødvendig sykdomsinformasjon til pasient og pårørende kommer som forslag til tiltak.
<b>H)</b> Palant, A., & Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. BMJ Open, 9(1), e022642.	Studien undersøker om sosial støtte kan lede til stress. Målet til studien var å beskrive mulige negative utfall av sosial støtte.	En tysk kvalitativ sekundæranalyse. 42 deltagere ble intervjuet.	Sosial støtte opplevdes spesielt negativt dersom deltagerne i studien følte seg overveldet, eller om de ikke hadde spurt etter støtte. Noen deltagere utviklet strategier for å unngå sosial kontakt med andre, og stoppet å snakke om sykdommen.	Studien tar opp negative sider ved sosial støtte. Disse kan diskuteres for å besvare oppgavens problemstilling.

<p><b>I)</b> Casellas, F., Vera, I., Ginard, D., &amp; Torrejón, A. (2013). Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received: Physicians' and nurses' perceptions. <i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>, 105(7), 385–391.</p>	<p>Studiens hensikt er å undersøke pasienter med IBD sin tilfredshet med helsevesenet.</p>	<p>En spansk kvantitativ studie. 290 pasienter med IBD, 62 gastroenterologer og 47 sykepleiere fra 35 spanske sykehus deltok i studien hvor de svarte på spørreskjema.</p>	<p>Spørreskjema inneholdt 6 faktorer; omsorg fra ansatte, omsorg fra klinikerne, sykehusets fasiliteter, pasientinformasjon, tilgjengelighet og pasientstøtte.</p>	<p>Studiens konklusjon viser at pasienter med IBD er fornøyde med helsetjenestene de mottar, men at informasjonen kan forbedres. Dette kan trekkes inn i diskusjonen for å besvare oppgavens problemstilling.</p>
--	--	--	--	---

### 3.2. Sammenfattet empiri

Denne avgrensede litteraturstudien bygger på ni forskningsartikler. Jeg har valgt å ta med disse artiklene fordi de gir innblikk i de psykososiale følgene av å ha IBD, og hvordan det påvirker deres liv. Mestring, sosial støtte og informasjon er store tema i de valgte forskningsartiklene, og jeg kommer til å diskutere hvilke tiltak sykepleieren kan utføre med disse artiklene som utgangspunkt i kapittel 5.

Studien til Jordan et. al. undersøkte personer med både IBD og symptomer på angst og nedstemthet for å se hvilke psykologiske prosesser de brukte for å håndtere symptomene (Jordan et al., 2018) Deltagerne i studien ble også spurt om hvilken psykologisk støtte de helst ønsket seg. Det de fleste ønsket seg var kompetanse og forståelse fra profesjonelle. Samtaler med andre pasienter med IBD i en gruppesituasjon hjalp å normalisere deres opplevelser og redusere følelsen av å være alene (Jordan et al., 2018). Sosial støtte virket å redusere sykdomsaktiviteten hos personer med ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i den israelske studien som er inkludert (Slonim-Nevo et al., 2018). Sosial støtte viste seg å ha en forbedrende effekt på psykologisk stress, og at psykologiske behandlingsaspekter derfor burde implementeres i ivaretagelsen av pasienter med IBD. Å søke informasjon og sosial støtte blir også omtalt i sen svenske studien (Larsson, Löf, & Nordin, 2017). Denne studien resulterte i tre sentrale områder for pasienter med IBD; Stress, mestring og behovet for hjelp og støtte. Ulike mestringsstrategier som å søke etter informasjon blir omtalt, samt sykepleierens funksjon. Studien nevner at man burde øke fokuset på psykososiale behov ved siden av den medisinske behandlingen for å kunne bidra til bedre mestring blant pasienter med IBD. Mestringsstrategier og tilpasning blir også belyst i Sirois & Hirsch sin studie (Sirois & Hirsch, 2017). Deltagerne som var motstandsdyktige og opplevde personlig vekst viste større livstilfredshet. De hadde også bedre metoder for

mestring, større sykdomsaksept og opplevde mer sosial støtte. Disse deltagerne hadde også mindre depressive symptomer (Sirois & Hirsch, 2017).

Funnene fra den norske studien viste at god selvfølelse blir assosiert med god mestringsevne (Opheim et al., 2020). Studien konkluderer med at individualisert oppfølging av pasientens behov burde være tilstede. Pasientsentrerte tiltak som reduserer depresjon og angst, og tiltak som forbedrer selvfølelsen virker å være viktige for pasientens håndtering av sykdommen (Opheim et al., 2020). Hensikten til den kinesiske studien fra 2019 var å forstå og vurdere pasienter med IBD sin evne til motstandsdyktighet (Luo et al., 2019). Studien konkluderer med at det er individuelle forskjeller i oss alle, og at forskjellige faktorer og prosesser påvirker motstandsdyktigheten.

En av de inkluderte studiene omtalte kun personer med Crohns sykdom, og det viser seg at personer med Crohns strever med å godta at de lever med en kronisk sykdom (García-Sanjuán, Lillo-Crespo, Richart-Martínez, & Sanjuán Quiles, 2018). Denne kvalitative studien samlet opplevelsene til de med Crohns sykdom og hvordan de klarte å tilpasse seg sykdommen etter diagnosen. Resultatene fra intervjuene viste at dagligdagse aktiviteter følt utfordrende, noe som førte til utvikling av mestringsstrategier for å gjøre livet så likt som det var før sykdommen. Flere studier beskrev viktigheten av sosial støtte (García-Sanjuán et al., 2018; Jordan et al., 2018; Larsson et al., 2017; Slonim-Nevo et al., 2018). Studien til Palant & Himmel viste derimot at dette ikke alltid er tilfellet, og at sosial støtte kunne bli oppfattet som negativt (Palant & Himmel, 2019). Pasienttilfredsheten virker å være høy i en spansk kvantitativ studie (Casellas, Vera, Ginard, & Torrejón, 2013). Studiens konklusjon viser at pasienter med IBD er fornøyde med helsetjenestene de mottar, men at informasjonen kan forbedres (Casellas et al., 2013). Tiltak som kan forbedre informasjonen for pasienter med IBD vil bli diskutert i kapitlet nedenfor.



## 4. Teori

### 4.1. Teori som beskriver pasientgruppens situasjon

#### 4.1.1. Inflammatorisk tarmsykdom

Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er de vanligste sykdommene å omtale under inflammatoriske tarmsykdommer (IBD). Begge sykdommene er karakterisert av kronisk betennelse i fordøyelseskanalen, og har symptomer med fellestrekk. Ved ulcerøs kolitt er det hovedsakelig tykktarmens slimhinne som i varierende grad er rammet av betennelse som fører til lettblødende sår. Ved Crohns sykdom kan betennelsen ramme tarmveggen alle tre lag, samt spre seg til andre deler av fordøyelseskanalen. IBD gir plagsomme symptomer som blodig, slimete diaré, krampelignende magesmerter og generell sykdomsfølelse (Wyller, 2014, s. 470–473). Behandling av IBD består av symptomlindring og demping av inflammasjon ved hjelp av legemiddelbehandling, samt optimalisering av pasientens ernæringsstatus og væske- og elektrolyttbalanse (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 474–478).

#### 4.1.2. Sosial støtte

Sosial kontakt er følelsen av tilhørighet og fellesskap og kommer av å være knyttet til andre mennesker gjennom felles interesser, verdier og aktiviteter. Sosial støtte gir en følelse av trygghet. Sosial deltakelse og sosial støtte har god effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet (Helgesen, 2016, s. 142). Når en står overfor belastende livshendelser kan sosial støtte være med på å styrke mestringsevnen. Lav sosial støtte vil derimot føre til risiko for psykiske helseproblemer. Sosial støtte kan gis som emosjonell støtte og instrumental støtte. Emosjonell støtte er å hjelpe og trøste for å lindre håpløshet, angst, depresjon og usikkerhet. Instrumentell støtte er en mer praktisk form for støtte hvor en kan hjelpe ved å for eksempel gi informasjon, finne utstyr og hjelpemidler og å ordne praktiske saker (Helgesen, 2016, s. 144). Sosial støtte kan dempe opplevelsen av en belastende situasjon, fordi en vet at en har noen som alltid er der for en når det er nødvendig. Tiltak som sykepleieren kan utføre er å observere og samtale med pasienten for å kartlegge ens sosiale nettverk. I fellesskap kan pasient og sykepleier utarbeide mål for sosial kontakt, og motivere pasienten til å snakke med noen som betyr mye for en. Sykepleier skal også legge til rette for at pasienten kan være alene, slik at unødige sosiale krav fra andre ikke påvirker pasientens helse. Sosial overbelastning kan føre til behovet for å trekke seg tilbake og være alene (Helgesen, 2016, s. 151). Tilbaketrekking kan bidra til indre refleksjon, og kan avlaste fra andres engasjement (Helgesen, 2016, s. 151). Ved samtale og veiledning kan pasienten få økt evne til å ta kontakt med andre, forbedre og forsterke relasjoner, og utdype sine følelser og behov (Helgesen, 2016, s. 154). Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer er en landsomfattende pasientdrevet organisasjon som tar imot medlemmer med plager knyttet til fordøyelsessystemet og deres pårørende. Blant annet turer og treff blir arrangert av LMF hvor man kan dele erfaringer og oppleve fellesskap, samhold og forståelse («Organisasjonsinfo | LMF | Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer», u.å.).

### 4.1.3.Psykologisk stress

Ulike stressreaksjoner gjør at man på en hensiktsmessig måte er i stand til å håndtere indre og ytre belastninger av fysisk og psykologisk karakter (Kristoffersen, 2016a, s. 241). Psykologisk stress oppstår som regel i situasjoner hvor man opplever tap av kontroll, usikkerhet og trussel. Sterk angst kan forekomme ved stressreaksjoner, og kan føre til forsvarsmekanismer som fortregning, benektelse eller rasjonalisering. Genetikk og fysiologi, samt sosialisering, kulturelle forhold og individuell læring og erfaring har mye å si for de spesifikke stressreaksjonene som oppstår. Eksempler på stressreaksjoner ved individuell læring og erfaring er at man gråter når man er trist, og søker informasjon, oversikt og støtte når man er usikker. Problemløsning og følelsesmessig bearbeiding er eksempler på spesifikke menneskelige reaksjoner i møte med psykologiske belastninger (Kristoffersen, 2016a, s. 241). «Psykologisk stress er derfor et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare» (Kristoffersen, 2016a, s. 247).

### 4.1.4.Mestring

Mestring er en dynamisk prosess, og innebærer endring (Eide & Eide, 2017, s. 47). Mestring omfatter ulike psykiske prosesser og typer atferd som en bruker når ens ressurser bli satt på prøve (Kristoffersen, 2016a, s. 248). Mestring refererer til handlinger og strategier som kan kontrollere ytre og indre krav og konflikter. Man skiller mellom problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Ved problemorientert mestring vil en benytte problemløsende strategier, som for eksempel å søke informasjon før man handler. Problematisk situasjoner som ikke kan forandres (som for eksempel kronisk sykdom) kan håndteres med bearbeiding av følelser. Økt opplevelse av kontroll og oversikt i en situasjon kan oppnås ved å ha nok kunnskap. Emosjonelt orientert mestring kan bestå av bagatellisering, bortforklaring, fortregning og emosjonell isolering. Rusmidler og beroligende legemidler benyttes også som en emosjonelt orientert strategi. Under lange behandlinger eller ubehagelige undersøkelser kan det å «flytte ut» av situasjonen og over til fantasien være en strategi (Kristoffersen, 2016a, s. 249–252).

### 4.1.5.Informasjon

Å informere er å opplyse andre med kunnskap eller viten ved hjelp av ulike former for kommunikasjon (Rossen, 2018). Undervisning og veiledning i sykepleien består som regel av å formidle informasjon til pasienten (Kristoffersen, 2016b, s. 370).

## 4.2.Teori som belyser sykepleiefaget

### 4.2.1.Virginia Henderson

Virginia Henderson (1897-1996) er en av de mest kjente sykepleieteoretikerne og skrev teorien om sykepleiens grunnprinsipper (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990). Jeg har valgt å ta med Hendersons grunnprinsipper som inspirasjon for utøvelsen av sykepleie. Hennes definisjon av sykepleie er som følger:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 10)

Selv om Hendersons teori fokuserer på sykepleie for de syke, er tanken at man skal kunne fremme helse ved å utøve sykepleie etter menneskets behov uavhengig om man er syk

eller frisk (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 7). De 14 grunnprinsippene i teorien blir beskrevet i boken, og av disse er det to av dem som kan trekkes inn i tematikken til problemstillingen (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990). De to generelle sykepleiekomponentene jeg velger å trekke inn er: «å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser» og «å hjelpe pasienten å lære». Henderson har skrevet at sinnet og kroppen er avhengig av hverandre (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 44). Fravær fra familie og venner, og frykten for det ukjente kan være med å påvirke lidelsen som sykdommen fører med (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 45). Forståelse fra sykepleieren kan hjelpe pasienten med å overvinne de psykologiske farer (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 45). Henderson mente at samtalene mellom lege og pasient blir for korte, og at sykepleieren burde hjelpe pasienten med å meddele seg til legen, og fungere som mellommann (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 46). Sykepleieren skal også hjelpe pasienten til å lære, og pasienten burde få opplæring i hvordan man forebygger og helbreder sykdommen (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 52). Boken nevner at det enda finnes mange uhelbredelige sykdommer, og at sykepleiere derfor ikke kan love total helbredelse (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 52). Sykepleieren har som plikt å drive med helseveiledning, og er en lærer som svarer på pasientenes spørsmål (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 53). Ved bruk av pasientens erfaringer kan sykepleieren vise pasienten hvordan en kan leve sunnere. Dersom pasienten ikke kan gjenvinne full uavhengighet, skal pasienten lære seg å leve best mulig på tross av begrensningene tilstanden påfører (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 55).

#### 4.2.2. Å Fremme mestring

Sykepleieren bør la pasienten ha en aktiv rolle i mestringsarbeidet og la pasienten bestemme og påvirke sin egen situasjon. På denne måten opplever pasienten kontroll, som styrker forventningene om at en kan klare mye positivt selv (Kristoffersen, 2016a, s. 265). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienter har rett til å medvirke når det skal gjennomføres helse- og omsorgstjenester, og at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Kunnskap og realistisk informasjon er viktig å gi pasienten, og §3-2 fra samme lov sier: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykdommer kan oppleves mindre truende dersom man har fått godt med informasjon, og kan bidra til at pasientens livssituasjon mestres bedre. Sykepleier burde derfor legge til rette for problemorientert mestring (Kristoffersen, 2016a, s. 266).

#### 4.2.3. Informerende kommunikasjon

For å kunne oppleve mestring trenger pasienter med IBD undervisning om den medisinske behandlingen, symptomene en opplever og generell informasjon om sykdommen (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 479). Når man skal informere pasienter er det viktig å benytte kommunikasjonsferdighetene man har for å formidle kunnskap på best mulig måte (Eide & Eide, 2017, s. 217). Man må også tenke seg til hvordan pasienten har det i denne situasjonen, og om informasjonen du gir gjør den bedre eller verre. Informasjon og kunnskap er et stort behov når man blir syk eller hjelpetrequende, og det er sykepleierens oppgave å formidle informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 218). Ofte kan informasjonen man prøver å formidle bli misforstått eller feiltolket dersom man ikke tilpasser informasjonen individuelt. Fagterminologi og andre fremmedord kan virke forvirrende for pasientene, og informasjonen kan virke overveldende, så å planlegge hvordan man

formidler på en enkel og forståelig måte er viktig (Eide & Eide, 2017, s. 218, 220). Bekymringer ved sykehusoppholdet, forskjellige ansikter, prosedyrer og andre inntrykk kan påvirke hvor mye av informasjonen som blir mottatt av pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 219). Ved å bruke informerende ferdigheter kan man planlegge og velge ord med omtanke før man går inn hos pasienten. Det kan hjelpe å ikke gi all informasjon på en gang, men å dele det opp. Sykepleieren vet som regel hva det er pasientene lurer på, noe som gjør det lettere å forberede seg til en informerende samtale (Eide & Eide, 2017, s. 220). Ved å gi pasienten full oppmerksomhet når en gir informasjon gjør det at pasienten er mer mottagelig enn når sykepleieren informerer om noe samtidig som en utfører en prosedyre. Dersom en sykepleier informerer samtidig som en utfører en prosedyre, kan oppmerksomheten til pasienten være på det sykepleieren gjør, og ikke på det en sier (Eide & Eide, 2017, s. 219). Hvor mye informasjon pasienten trenger der og da kan man ikke alltid vite, og det er derfor viktig å spørre pasienten om det er noen flere spørsmål som trenger svar. Man kan også la pasienten styre samtalen. Hva pasienten trenger av informasjon kan da komme frem ved at pasienten snakker. Det pasienten forteller kan hinte til usikkerhet angående et tema, eller mistolkning av tidligere informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 220–221). Sykepleieren burde da gi konkret informasjon og være sikker på at pasienten har forstått det som er blitt sagt. Ved å la pasienten selv gjenfortelle det sykepleieren har formidlet vil man merke om det er noe som ikke er forstått (Eide & Eide, 2017, s. 223). Mye informasjon kan pasientene finne gjennom digitale plattformer som internett. Denne informasjonen kan være både bra og dårlig. Pasienten trenger en viss mengde kunnskap om situasjonen sin, og sykepleieren kan anbefale nettsider med god pasientinformasjon (Eide & Eide, 2017, s. 235–236).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning til diskusjonen

I dette kapitlet vil problemstillingen bli drøftet ved å se på forskning og teori fra kapitlene over. Problemstillingen er: «Hvordan kan sykepleier støtte pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen?». For å kunne besvare problemstillingen har jeg utarbeidet forskningsspørsmål som til sammen skal være med å belyse problemstillingen. Drøftingen vil presentere tiltak som sykepleieren kan iverksette for å redusere de negative psykososiale følgene som kommer av kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Spørsmålene jeg vil drøfte er:

- Hvilke reaksjoner og mestringsstrategier er vanlige hos pasientgruppen?
- Hvilke behov for hjelp og støtte har pasienten?
- Kan sosial støtte være negativt?
- Hvilke tiltak kan sykepleieren iverksette for informasjon og støtte?

### 5.2. Hvilke reaksjoner og mestringsstrategier er vanlige hos pasientgruppen?

Pasienter med IBD virker å være nøye med å planlegge, tilrettelegge og forberede hverdagen og bruker dette aktivt som en atferds-strategi (Jordan et al., 2018; Larsson et al., 2017; Luo et al., 2019). Hyppige tarmtømminger vil påvirke mentaliteten hos personer med IBD, og å ha et ledig toalett i nærheten kan være en trygghet. Tanken på å ikke finne et toalett, eller at et toalett ikke er ledig, styrker følelsen av angst. Skulle det i verstefall skje et uhell, var det flere som alltid hadde ekstra undertøy og toalettartikler pakket med seg. Noen velger til og med å ikke forlate huset for å unngå uheldige situasjoner, mens andre ble veldig opptatt av hva og når man spiste. Deltagerne som hadde levd lenge med Crohns visste selv når de måtte ta ekstra medisiner eller hvilke matvarer de burde unngå for å minske symptomer (García-Sanjuán et al., 2018). For eksempel kunne en deltager unngå å spise noe som helst før en sosial aktivitet for å redusere hyppigheten av toalettbesøk. Med disse strategiene opplevde de å ha kontroll over kroppen når det var behov for det. Man kan tenke seg hvordan dette påvirker hverdagen, og hindrene dette setter for livsutfoldelsen. Det krever energi å alltid måtte planlegge dagen for at den skal bli så forutsigbar og trygg som mulig. Denne mestringsstrategien med å planlegge og forberede øker evnen til å tilpasse seg, og styrker mestringssevnen (Luo et al., 2019).

Selv om man lever med en kronisk sykdom kan man utvikle et positivt syn på livet for å gjøre det enklere (García-Sanjuán et al., 2018; Larsson et al., 2017). I artikkelen til Palant og Himmel, så vi at det å nevne aspekter av sykdommen til noen med IBD som ikke regelmessig går rundt og bekymrer seg kan føre til negative følelser (Palant & Himmel, 2019). Ved å for eksempel nevne at en må være forsiktig med å spise ulike typer mat for å unngå magesmerter kan føre til økt bekymring. Her ser man at noen bruker strategier for å unngå sosial kontakt. Deltagerne unnlater å fortelle om sykdommen for å unngå forskjellsbehandling og uønsket medlidenhet (Palant & Himmel, 2019). Symptomer på nedstemthet viste seg å komme fra mangel på forståelse fra andre eller på grunn av stigma rundt IBD. Stigmatisering gjør at mange pasienter med IBD føler behovet for å vise andre at de er rene, spesielt rundt matlaging og etter toalettbesøk (Jordan et al., 2018). Noen

av Crohns-pasientene beskrev frykten for å bli oppfattet som skitten og rar på grunn av hyppige toalettbesøk (García-Sanjuán et al., 2018). Sosiale strategier for mestring kan innebære å søke etter informasjon og støtte fra andre (Larsson et al., 2017). Å søke etter informasjon blir også regnet som en problemløsende strategi, og kan øke opplevelsen av å ha kontroll (Kristoffersen, 2016a, s. 249). Dette er en vanlig stressreaksjon, spesielt i nye situasjoner hvor man er usikker og prøver å skaffe seg oversikt (Kristoffersen, 2016a, s. 247). I studien som omtaler Crohns-pasientene blir det å sanke informasjon en viktig metode for å minske usikkerheten på (García-Sanjuán et al., 2018). Samling av informasjon er en viktig strategi for mestring, og forskningen har vist at pasienter med IBD aktivt gjør dette (García-Sanjuán et al., 2018; Larsson et al., 2017; Luo et al., 2019). Det beste for pasienter med IBD er å ha nok kunnskap om sin egen sykdom og følgene av den, slik at livssituasjonen han mestres bedre (Kristoffersen, 2016a, s. 266; Stubberud & Nilsen, 2016, s. 479). Kunnskap øker ressursene personen har for mestring (Kristoffersen, 2016b, s. 361). Mestringsevnen øker altså ved at man har kunnskap om sykdommen en har. Generell informasjon om IBD kan man finne på internett, få av andre med sykdommen eller av helsepersonell. Jo mer informasjon en har, jo enklere er det å akseptere og håndtere IBD (Luo et al., 2019). Informasjonen på internett kan kanskje være for generell, og mange har derfor behov for mer spesifikk og individualisert informasjon. Mennesker er ulike, og det gjelder også hvordan man håndterer sykdommens følger. For noen kan symptomene man leser om på internett ikke passer til det vedkommende opplever. Kanskje er symptomene verre enn det som står, og dette kan øke følelsen av håpløshet, usikkerhet, depresjon og angst.

Å snakke med noen som har kunnskap om IBD og sykdommens biopsykososiale påvirkning viser seg å hjelpe (Jordan et al., 2018). Som sykepleier vil det være viktig å formidle de ulike strategiene for mestring. Kunnskap om de psykologiske prosessene som ligger til rette for mestring hjelper sykepleieren til å støtte pasienter til å velge det beste for dem (Jordan et al., 2018; Sirois & Hirsch, 2017). God selvfølelse resulterer i bedre mestringsevne og reduserer symptomer på depresjon og angst (Opheim et al., 2020) Lav selvfølelse hadde sammenheng med depresjon, angst utmattelse og høyere sykdomsaktivitet (Opheim et al., 2020). Kanskje kan kunnskap om sykdommen bidra til økt selvfølelse, og videre bedre evne til å mestre utfordringene sykdommen gir. Sykepleieren burde fortelle om mestringsstrategiene som går på å planlegge, forberede og tilpasse seg ulike situasjoner, søke etter informasjon og å dele erfaringer med andre. Man bør også fortelle hvor viktig sosial støtte er for styrket mestringsevne og at det reduserer symptomer på usikkerhet, håpløshet, angst og depresjon (Helgesen, 2016, s. 144). Pasienten burde også få informasjon om mestringsstrategiene som omhandler bortforklaring, fortrenging, bagatellisering og emosjonell isolering. Dersom pasientene velger å benytte disse strategiene, vil de i det minste være bevisste om at de bruker dem.

Kristoffersen skriver om det å «flytte ut» av situasjonen og over til fantasien under lange behandlinger eller ubehagelige undersøkelser som en emosjonelt orientert mestringsstrategi (Kristoffersen, 2016a, s. 249–252). Man kan sammenligne denne strategien med atferdsstrategiene omtalt i Luo et al. (Luo et al., 2019). Atferdsstrategiene i denne studien benyttes for å distansere seg fra sykdommen, redusere negative følelser og øke mestringsevnen. Eksempler på disse er å høre på musikk, drive med sport eller å sove (Luo et al., 2019). Her vil personene med IBD på et vis fortrenge og bagatellisere sykdommen. På den ene siden så er dette en effektiv måte å tolerere utfordringene sykdommen medfører. Ved å tenke på noe annet, kan det redusere angst og nedstemthet. På den andre siden kan det å ignorere belastningene sykdommen medfører og å unngå bearbeiding av følelser trolig føre til redusert egenhelse. Crohns

pasienter rapporterte å ignorere symptomene under gode perioder, fordi de mente at bekymring førte til økt intensitet (García-Sanjuán et al., 2018) Emosjonelle strategier ble også beskrevet i studien til Luo et. al. (Luo et al., 2019). For å redusere angst og styrke egen mestringsevne var det å sammenligne seg selv med andre som hadde verre symptomer en strategi. Å se på andre med IBD som hadde god effekt av medisinsk behandling virket også å gi håp. Ved å endre sitt eget perspektiv vil dette føre til et lysere syn på livet, og man kan tenke at «jeg har det ikke så ille!». Man kan stille spørsmål om hvor sunt det er å bruke andres smerte for å føle seg bedre, eller å sammenligne seg med de som har effekt av behandling. Strategien kan øke selvfølelsen og effektivt bidra til bedre mestringsevne (Opheim et al., 2020). Likevel kan man tenke seg at denne strategien kan føre til skuffelse dersom man selv ikke har god effekt av den medisinske behandlingen eller at symptomene gradvis blir verre. Sykepleieren har som oppgave å hjelpe pasienten til å kunne leve så godt som mulig på tross av belastningene sykdommen medfører, noe som blir nevnt i Hendersons teori (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 55).

Jobb og utdanning er viktig for de fleste, og IBD gir også utfordringer der. Sykdommen tærer på kreftene, og en kronisk inflammasjon i tarmen kan føre til rask utmattelse. I en arbeidssituasjon vil ikke hyppige tarmtømminger, magesmerter og utmattelse være gunstig, og tanken på at dette skal påvirke kvaliteten på arbeidet kan føre til angst (Jordan et al., 2018). Dette førte til at mange av deltagerne jobbet ekstra hardt i perioder med lite sykdomsaktivitet. En måte å balansere sykdommen med jobb var å øke innsatsen på jobb i perioder med lite sykdomsaktivitet for å utføre mest mulig arbeid før de kjente at symptomene ankom (Jordan et al., 2018). Denne «alt-eller-ingenting»-oppførselen kan ses på som en slags kompensasjonsmekanisme for å ta igjen for tapt arbeid. Dette vil jo igjen føre til utmattelse, redusert ytelse og mer sykefravær (Jordan et al., 2018). Crohns deltagerne virker å rasjonere energien sin utover dagen, slik at de ikke blir utslitt av noe som er essensielt for hverdagen deres. For eksempel sov en deltager før jobb for å minimere utmattelsen etter arbeidstiden (García-Sanjuán et al., 2018). En annen deltager av samme studie fortalte om strevet med å finne et yrke som kunne balanseres godt med sykdommen. Noen beskrev også følelsen av å miste seg selv på grunn av humørsvingninger og utålmodighet som følge av sykdommens omfang (García-Sanjuán et al., 2018). Reaksjoner fra arbeidsgiver og kolleger oppleves også som en utfordring for personer med IBD. Mangel på empati og forståelse fører til symptomer på nedstemthet, og dette kan resultere i at man unngår å fortelle om sykdommen de lever med (Jordan et al., 2018). Her burde sykepleieren anbefale å ikke overarbeide kroppen, slik at de unngår å få det verre.

### 5.3. Hvilket behov for hjelp og støtte har pasienten?

Larsson (2017) beskriver at behovet for hjelp og støtte består av instrumentell støtte og emosjonell støtte (Larsson et al., 2017). Instrumentell støtte oppnås av både generell og spesifikk informasjon og kunnskap om sykdommen. Emosjonell støtte oppnås ved å snakke om sykdommen sammen med andre, og viste seg å være viktig hos pasientene ved diagnosetidspunktet og i perioder med økt sykdomsaktivitet (Larsson et al., 2017). Sykepleieren bruker sin veiledende og undervisende funksjon for å gi både instrumentell og emosjonell støtte. Ved siden av generell og spesifikk informasjon, kan man gi omtanke, trøst og støtte. Viktigheten av sosial støtte blir beskrevet i litteraturen, blant annet støtte fra familie, venner, kolleger, andre med IBD og helsepersonell (García-Sanjuán et al., 2018; Helgesen, 2016; Jordan et al., 2018; Larsson et al., 2017; Slonim-Nevo et al., 2018). Sykehus kan oppleves som et skremmende sted, og frykten for det ukjente og fravær fra familie og venner kan være med på å forsterke ubehaget fra sykdommen

(Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 45). Virginia Henderson mente at sykepleieren kan hjelpe pasienten med å overvinne de psykologiske farer ved å vise forståelse (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 45). Pasienter med ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom virker å ha god nytte av å snakke og dele erfaringer med helsepersonell, eller sammen med andre personer med IBD (García-Sanjuán et al., 2018; Jordan et al., 2018; Larsson et al., 2017). Sosial deltagelse og sosial støtte har god effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet (Helgesen, 2016, s. 142). De psykososiale belastningene av å leve med en kronisk sykdom kan reduseres ved hjelp av sosial støtte (Helgesen, 2016, s. 142). Det å få støtte av andre kan altså redusere opplevelsen av en utfordring og være med på å styrke evnen til å mestre. Har man derimot ingen å dele følelser, tanker og erfaringer med, kan dette øke risikoen for psykiske helseproblemer (Helgesen, 2016, s. 144). Når man ikke har noen å dele med kan ensomhetsfølelsen forsterkes. Opplevelsen av usikkerhet, trussel og tap av kontroll kan øke følelsen av angst (Kristoffersen, 2016a, s. 241). Man kan tenke seg at denne ensomheten av å ikke ha noen å dele følelser, tanker og erfaringer med påvirker selvfølelsen i negativ retning. Sannsynligvis vil det føre til økt sykdomsaktivitet, utmattelse og symptomer på depresjon og angst (Opheim et al., 2020). For de som har et godt sosialt nettverk og god sosial støtte, kan erfaringsbytte være med på å normalisere sykdommen og utfordringene de må leve med. Å snakke om utfordringene som symptomene medfører kan være med å redusere angst og depresjon fordi man vet at andre har det på samme måte. Igjen er dette med på å redusere følelsen av å være alene (Jordan et al., 2018). Pasientorganisasjonen landsforeningen mot fordøyelsessykdommer kan være et fint sted å søke informasjon og støtte fra. Organisasjonen stiller i stand arrangementer som fjellturer, sydenreiser, treff og andre sosiale aktiviteter for medlemmene. Her tilbyr de altså både pasientrettet og korrekt informasjon om IBD, samtidig som at de er en arena for sosial støtte («Organisasjonsinfo | LMF | Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer», u.å.).

#### 5.4. Kan sosial støtte være negativt?

For det meste blir sosial støtte omtalt som noe positivt og som hjelper pasientene å håndtere utfordringene de møter, og Crohns pasientene fra den ene studien følte at familie og venner ga viktig støtte i hverdagen (García-Sanjuán et al., 2018). Derimot gjelder dette ikke hos deltagerne i studien til Palant & Himmel, hvor sosial støtte ble oppfattet som negativt (Palant & Himmel, 2019). Sosial støtte opplevdes spesielt negativt dersom deltagerne i studien følte seg overveldet. Det kunne også oppleves negativt dersom de ikke hadde spurt etter støtte (Palant & Himmel, 2019). Medlidenhet og forskjellsbehandling fra andre i perioder uten mye sykdomsaktivitet var spesielt negativt, og førte til unngåelse av sosial kontakt med andre. Palant og Himmel forteller at en deltager i studien stoppet å fortelle om sykdommen til andre, fordi han ikke ønsket å bli sett på som annerledes (Palant & Himmel, 2019). Mennesker trenger sosial kontakt for å føle trygghet, tilhørighet og fellesskap gjennom felles interesser, verdier og aktiviteter (Helgesen, 2016, s. 142). Selv om menneskene rundt pasientens mener det beste ved å for eksempel ta hensyn eller spørre om hvordan det går, kan dette føles ut som en utfordring for noen. For mye støtte kan føre til en opplevelse av hjelpeløshet. Strategien med å unngå sosial kontakt fører til slutt at man blir sosialt isolert, og man kan forvente at dette øker risikoen for psykiske helseproblemer (Helgesen, 2016, s. 144; Palant & Himmel, 2019). Uten noen å støtte seg til får man heller ikke bearbeidet de negative følelsene. Det kan igjen føre til emosjonell isolering og fortregning av følelser (Kristoffersen, 2016a, s. 249–252). På en annen side kan det å unngå sosial kontakt med andre være en mestringsstrategi for å unngå negative psykososiale følger. Deltagere i den kinesiske studien viste at det å holde sykdommen for



seg selv, og distansere seg fra den kunne redusere angst og nedstemthet, samt gjøre det enklere å tolerere utfordringer (Luo et al., 2019). Man slipper å forholde seg til unødige sosiale krav, og man slipper uønsket medlidenhet (Helgesen, 2016, s. 151; Palant & Himmel, 2019). Som sykepleier skal man kunne legge til rette for at pasienten kan være alene dersom pasienten ønsker det (Helgesen, 2016, s. 143).

## 5.5. Hvilke tiltak kan sykepleieren iverksette for informasjon og støtte

Generell informasjon om IBD burde gis av helsepersonell i det diagnosen blir stilt, og i perioder med økt sykdomsaktivitet (Jordan et al., 2018; Larsson et al., 2017). I oppgavens sammenheng vil det å formidle informasjon være viktig for å redusere usikkerhet blant pasienter og være med på å styrke pasientens ressurser. Her er det derfor viktig med spesifikk, individualisert informasjon slik at man unngår misforståelser (Eide & Eide, 2017, s. 218). Mennesker reagerer ulikt på sykdom, og de kan ha forskjellige spørsmål som de vil ha besvart. Her kan sykepleieren kartlegge hva pasienten har behov for å vite ved bruk av informerende ferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 217–223). En av Virginia Hendersons grunnprinsipper handler om å hjelpe pasienten å lære (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 51–55). Sykepleieren kan benytte pasientens erfaringer, og deretter undervise og veilede pasienten i hvordan man kan leve sunnere (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1990, s. 55). Pasientene ved de 35 spanske sykehusene var for det meste veldig tilfreds med den medisinske behandlingen, men opplevde at informasjonen hadde potensialet til forbedring (Casellas et al., 2013). Ut fra denne kvantitative studien kan man se at pasientinformasjonen kan forbedres. Dette er noe helsepersonell burde ta tak i, både for å redusere usikkerhet og fremme trygghet, tillitt og mestring. Fra egne erfaringer vet jeg at det finnes brosjyrer om IBD laget av landsforeningen mot fordøyelsessykdommer på den medisinske avdelingen der jeg er ansatt. Disse brosjyrene blir gitt ut til alle med nylig diagnostisert IBD, men man kan tenke seg at dette ofte kan bli forsømt. Her finnes det et forbedringspotensial i utlevering og formidling av nyttig informasjon. Sykepleieren burde organisere det slik at alle pasienter som blir diagnostisert med inflammatorisk tarmsykdom, får utlevert en brosjyre. Det burde settes av tid til å fortelle om brosjyren, og motivere pasienten til å se igjennom innholdet. Brosjyrene kan svare på spørsmål som pasienten selv ikke vet at en har. Dersom det er mulig burde man avtale et tidspunkt for samtale sammen med pasienten, hvor pasienten kan stille oppfølgingsspørsmål etter å ha lest brosjyren. Sykepleier kan da svare på det pasienten lurer på, og være med på å undervise pasienten om sykdommen en må leve med. Med et slikt tiltak kan sykepleieren allerede fra dette tidspunktet bidra til å øke pasientens mestringsevne, ved å gi kunnskap som reduserer usikkerhet, håpløshet og angst.

Ved å la pasienten styre samtalen, kan man legge merke til om det er usikkerhet rundt et tema. Sykepleieren kan fange usikkerheten og deretter forklare og informere så godt en kan (Eide & Eide, 2017, s. 220–221). Sykepleieren burde forsikre seg om at pasienten har mottatt informasjonen som er gitt, og forstått (Kristoffersen, 2016b, s. 370). Dette kan gjøres ved at en spør pasienten om en kan gjenfortelle hva som ble sagt (Eide & Eide, 2017, s. 220–221). Det viktigste er å kunne tilpasse informasjonen individuelt, siden noen pasienter kan ha andre bekymringer enn andre. Sykepleieren burde også oppfordre pasientene til å spørre spørsmål dersom det er noe de lurer på. Når pasienter med IBD er innlagt på medisinsk avdeling er det mye som foregår. For det første er symptomer som blodig, slimete diaré og magesmerter forsterket. For det andre skal pasienten mest

sannsynlig gjennomgå flere medisinske prosedyrer og undersøkelser, samt legemiddelbehandling (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 475, 477). Alt dette kan føre til økt psykologisk stress, og usikkerhet og angst kan forekomme under innleggelse. Hvis sykepleieren skal komme med masse informasjon oppå alt dette, kan det muligens oppleves overveldende, og mye av det som informeres kan forsvinne (Eide & Eide, 2017, s. 219). En sykepleier burde unngå å gi informasjon om noe samtidig som en utfører en prosedyre, for eksempel når en henger opp intravenøse væsker. I slike situasjoner kan prosedyren ta all oppmerksomheten til pasienten, og informasjonen som blir gitt vil muligens ikke bli mottatt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 219). Sykepleieren burde derfor vente med å informere til prosedyren er over. Når man informerer om noe skal oppmerksomheten være rettet mot pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 219). På denne måten er det enklere å holde seg til et tema, uten forstyrrelser og støy.

Sykepleieren burde legge til rette for samtaler sammen med pasienten, slik at pasienten har mulighet til å dele sine bekymringer. I praksis kan dette gjennomføres ved for eksempel å sette opp samtaler som en fast rutine for pasienter med IBD. Sykepleieren er den som møter pasienten mest, og som observerer og tolker pasientene. Dersom pasienten vet at det er satt av tid til å spørre spørsmål og samtale med sykepleieren, kan det bli enklere å forberede spørsmål som en ikke har turt å spurt om. Pasienten har mulighet til å fortelle hva som er i veien, og sykepleieren kan lytte, gi støtte og gode råd (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 479). På medisinske avdelinger kan arbeidsintensiteten variere, og det er ikke alltid man får tid til å snakke med pasientene slik man har lyst til. En travel arbeidsdag kan gjøre at slike informasjonssamtaler blir nedprioritert over medisinske behandlingstiltak. Ved at samtalene blir satt opp på et fast program kan man dele opp informasjonen som gis. Hvis store mengder med informasjon blir gitt alt på én gang, kan mye av denne informasjonen forsvinne inn i hverandre. Samtidig som at dette kan være tidkrevende, kan mye av informasjonen misforstås eller falle vekk og føre til mer usikkerhet (Eide & Eide, 2017, s. 219). Spesielt dersom sykepleieren begynner å informere om sykdomskomplikasjoner og fremtidige helseutfordringer allerede ved diagnosetidspunktet (Palant & Himmel, 2019). For pasienter med IBD som regelmessig er på sykehuset for medisinsk behandling kunne det å ta opp sykdommen under samtale oppleves negativt, spesielt for pasientene som velger å ikke tenke over sykdommen (Palant & Himmel, 2019). Sykepleieren kan også anbefale nettsider med korrekt pasientinformasjon, slik at pasienten kan undersøke selv. Kanskje vet man ikke hva man trenger å vite, eller hva man skal spørre om, og da kan nettsider med korrekt informasjon være til nytte (Eide & Eide, 2017, s. 235–236).

Sykepleieren kan kartlegge pasientens sosiale nettverk gjennom samtale og observasjon (Helgesen, 2016, s. 145). Under samtale og observasjon kan man finne ut om pasienten har støttende mennesker rundt seg eller ikke. Sammen kan sykepleieren og pasienten utarbeide mål for sosial kontakt, ved å motivere pasienten til å ta kontakt med noen som har stor plass i livet (Helgesen, 2016, s. 145). Sykepleier bør kartlegge hvilken type og mengde sosial støtte pasienten vil ha, for å unngå sosial isolasjon og redusert helse (Palant & Himmel, 2019). Samtale kan motivere pasienten til å forsterke og forbedre relasjoner med andre, slik at pasienten kan utdype sine behov og følelser (Helgesen, 2016, s. 154). Ved å dele følelser, tanker og erfaringer med andre, kan dette redusere risikoen for psykiske helseplager (Helgesen, 2016, s. 144; Palant & Himmel, 2019). Flere av deltagerne i den svenske studien kom med forslag om at avdelingen burde organisere en støttegruppe hvor de med mageproblemer kunne møtes for å snakke om sine erfaringer og samtidig få råd og informasjon fra profesjonelle (Larsson et al., 2017). Lignende tiltak om støttegrupper og samtalegrupper ble presentert i den israelske studien (Slonim-Nevo et

al., 2018). Det å ikke ha et stort sosialt nettverk kan være sårbart, og er med på å forsterke følelsen av angst og nedstemthet (Jordan, Ohlsen, Hayee, & Chalder, 2018). Sosial støtte ble vist å påvirke motstandsdyktigheten til pasientene med IBD (Sirois & Hirsch, 2017). De med høy motstandsdyktighet hadde også bedre mestringsevne, høyere sykdomsaksept og lavere symptomer på depresjon og angst (Sirois & Hirsch, 2017). Dersom pasienten ikke har noen å snakke med kan sykepleieren hjelpe ved å anbefale pasientorganisasjoner eller motivere til å ta kontakt med andre for å snakke om sykdommen. Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer er en arena for sosial støtte for alle med plager knyttet til mage-tarm («Organisasjonsinfo | LMF | Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer», u.å.). Her kan man dele erfaringer med andre, samt få informasjon om alt rundt IBD. Dette kan trolig være med på å redusere risikoen for å utvikle symptomer på depresjon og angst. Ekstra oppfølging for de med lite sosialt nettverk kan være et gunstig tiltak. Sykepleieren kan også skape en god relasjon til pasienten, slik at en kan være med på å gi sosial støtte til pasienten. Ved at pasienten kan fortelle om sine erfaringer og følelser til sykepleieren, kan det ha samme effekt som om når man forteller det til sine nærmeste. Man kan se for seg at det er bedre å dele bekymringer med helsepersonell, siden man kan forvente forståelse. Pasienten slipper å føle ydmykelse for opplevelsene en har av sykdommen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å sette ord på vanskelige ting, og være med på å bearbeide følelser. Det kan føles tryggere å snakke med helsepersonell, og muligens føre til større sykdomsaksept hos pasienten. Uansett er det viktig at sykepleieren har gode holdninger og kan møte pasienten med omtanke (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 479).

## 6. Konklusjon

Avslutningsvis vil jeg oppsummere hva jeg har funnet ut gjennom denne oppgaven. Sosial støtte har god effekt på psykisk helse og livskvalitet, og kan virke positivt for mestringsevnen dersom det er ønsket. Uønsket sosial støtte kan oppleves negativt, og fører til økt usikkerhet og angst, samt sosial isolasjon. Sykepleieren burde derfor kartlegge hvor mye sosial støtte pasienten ønsker. Gjennom samtale kan sykepleieren kartlegge pasientens sosiale nettverk, samt utarbeide mål for sosial kontakt sammen med pasienten. Sykepleieren burde motivere pasienten til å ta kontakt med noen som er viktig i livet sitt, slik at en kan støtte seg på denne personen. Å ha noen å dele bekymringer og opplevelser med kan være med på å redusere psykologisk stress og styrke mestringsevnen. Å dele erfaringer med andre som har samme sykdom kan også anbefales, slik at pasientens følelse av å være alene reduseres. Sykepleieren burde også gi informasjon om organisasjonen LMF, og formidle at de arrangerer sosiale treff, arrangementer og reiser, samt gir korrekt pasientorientert informasjon og kunnskap. Sykepleieren burde også bruke sine informerende ferdigheter til å formidle informasjon og kunnskap om IBD. Informasjon minsker usikkerhet og angst og er med på å styrke pasientens ressurser til mestring. Sykepleieren burde kartlegge hvor mye informasjon pasienten har behov for, og skape anledning til samtale. Informasjon om ulike sunne mestringsstrategier burde gis, slik at pasientene vet hva de kan gjøre for å unngå negative psykososiale følger av sykdommen. Strategiene innebærer blant annet å sanke informasjon, planlegge og forberede seg for ulike situasjoner og dele erfaringer med andre personer med IBD. Sykepleieren burde også fortelle om de usunne mestringsstrategiene som fører til sosial isolasjon eller redusert helse, slik som bagatellisering, fortrenging, bortforklaring og emosjonell isolering. Man burde fortelle om disse slik at pasientene kan være bevisste dersom de ender opp med å benytte disse strategiene. Viktigheten av å bearbeide følelser burde vektlegges for å kunne håndtere og mestre de psykososiale følgene av IBD. I teorien kan disse tiltakene hjelpe pasienter med IBD til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen. Likevel kan man se for seg ulemper i praksis. Kort innleggsestid kan sette stopper for tiltakene sykepleieren rekker å iverksette. Hverdagen på en medisinsk sengepost kan variere i arbeidsintensitet, og man kan se for seg at tidsaspektet kan komme i veien for utførelsen av ulike tiltak. Et fast program for pasienter med IBD der samtaler blir en del av behandlingen, kan ha positiv virkning. Disse samtalerne kan virke helsefremmende og kan forebygge skade ved at man informerer om sykdommen, ulike mestringsstrategier og viktigheten av sosial støtte. Oppsummert vil kartlegging av sosialt nettverk, kartlegging av informasjonsbehov og formidling av ulike mestringsstrategier kunne hjelpe pasienter med ulcerøs kolitt og Crohns sykdom til å håndtere sykdommen sin bedre. Dersom de nevnte tiltakene blir iverksatt av sykepleieren kan det hjelpe å støtte pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom til å mestre de psykososiale følgene av sykdommen.

# Referanser

- Casellas, F., Vera, I., Ginard, D., & Torrejón, A. (2013). Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received: Physicians' and nurses' perceptions. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, *105*(7), 385–391. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082013000700003>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- García-Sanjuán, S., Lillo-Crespo, M., Richart-Martínez, M., & Sanjuán Quiles, Á. (2018). Understanding life experiences of people affected by Crohn's disease in Spain. A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(1), 354–362. <https://doi.org/10.1111/scs.12469>
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Henderson, V., & Norsk Sykepleierforbund. (1990). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- IBD – Ferring Legemidler AS. (u.å.). IBD Kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Hentet 21. april 2020, fra <https://www.ibd.as/>
- Jordan, C., Ohlsen, R., Hayee, B., & Chalder, T. (2018). A qualitative study exploring the experience of people with IBD and elevated symptoms of anxiety and low mood and the type of psychological help they would like. *Psychology & Health*, *33*(5), 634–651. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1381958>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser—Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. (u.å.). Organisasjonsinfo. Hentet 14. mai 2020, fra <https://www.lmf norge.no/om-lmf/organisasjonsinfo>
- Larsson, K., Lööf, L., & Nordin, K. (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 648-657. <https://doi.org/10.1111/jocn.13581>
- Luo, D., Lin, Z., Shang, X.-C., & Li, S. (2019). "I can fight it!": A qualitative study of resilience in people with inflammatory bowel disease. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.008>
- Opheim, R., Moum, B., Grimstad, B. T., Jahnsen, J., Prytz Berset, I., Hovde, Ø., ... Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2020). Self-esteem in patients with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02467-9>
- Palant, A., & Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ Open*, 9(1), e022642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022642>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 14. mai 2020, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rossen, E. (2018). Informasjon. Hentet fra <http://snl.no/informasjon>
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2017). A longitudinal study of the profiles of psychological thriving, resilience, and loss in people with inflammatory bowel disease. *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 920-939. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12262>
- Slonim-Nevo, V., Sarid, O., Friger, M., Schwartz, D., Sergienko, R., Pereg, A., ... Fich, A. (2018). Effect of Social Support on Psychological Distress and Disease Activity in Inflammatory Bowel Disease Patients. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(7), 1389-1400. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy041>

Stubberud, D.-G., & Nilsen, C. (2016). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I

H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wyller, V. B. (2014). *Syk 1*. Oslo: Cappelen Damm.