



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

COPINGSTRATEGIER HOS PERSONER MED INFLAMMATORISK TARMSJUKDOM

EN LITTERATURSTUDIE

KATARINA EGESKOG
KRISTINA KJELLDÉN

COPINGSTRATEGIER HOS PERSONER MED INFLAMMATORISK TARMSJUKDOM

EN LITTERATURSTUDIE

KATARINA EGESKOG
KRISTINA KJELLDÉN

Egeskog, K & Kjellén, K. Copingstrategier hos personer med inflammatorisk tarmsjukdom. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2012.

Bakgrund: Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är kronisk, drabbar främst unga och har en ökad förekomst. En stor mängd studier har konstaterat att sjukdomen medför många negativa effekter på de drabbades livskvalitet. När en person insjuknar i en kronisk sjukdom hotas centrala värden. För att hantera detta utvecklar personen olika copingstrategier. En större kunskap hos sjuksköterskan om dessa copingstrategier bör medföra en ökad förmåga att stödja och stärka patienterna med IBD. Syfte: Att belysa olika copingstrategier som personer med IBD använder för att hantera såväl fysiska som psykosociala aspekter av sjukdomen. Metod: En litteraturstudie genomfördes. Litteratursökningar utfördes i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo. Tio artiklar med såväl kvantitativ som kvalitativ metod inkluderades efter att ha kvalitetsgranskats. Resultat: Tre teman identifierades. Personer med IBD hanterade sjukdomen genom att kontrollera olika faktorer, genom att söka stöd samt genom att använda mentala funktioner. Personerna försökte kontrollera sin omgivning och sina symtom. De sökte framförallt stöd hos familj och vänner. De mentala funktionerna som användes för att hantera sjukdomen var att acceptera, att omvärdera, att ha en positiv inställning samt att undvika.

Nyckelord: coping, copingstrategier, Crohns sjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom, omvårdnad, ulcerös kolit

COPING STRATEGIES AMONG INDIVIDUALS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

A LITTERATURE REVIEW

KATARINA EGESKOG

KRISTINA KJELLDÉN

Egeskog, K & Kjellén, K. Coping strategies among individuals with inflammatory bowel disease. A litterature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2012.

Background: Inflammatory bowel disease (IBD) is chronic, affects mostly young people and has an increased incidence. A large number of studies have found that the disease causes many negative effects on the individual's quality of life. The core values of an individual are threatened when he or she is diagnosed with a chronic disease. To handle this threat different coping strategies are developed. A greater understanding of the nurse for these coping strategies ought to result in an increased ability to support and empower patients with IBD. Purpose: To illustrate various coping strategies used by individuals with IBD to manage both physical and psychosocial aspects of the disease. Methods: A literature review was carried out. The literature search was performed in the databases Pubmed, Cinahl and Psycinfo. A total of ten studies with both quantitative and qualitative methods were included after having been quality reviewed. Results: Three themes were identified. Individuals with IBD cope with the disease by controlling various factors, by seeking support and by using mental functions. They tried to control their surroundings and their symptoms. They sought support from family and friends. The mental functions used to manage the disease were to accept, to reassess, to have a positive attitude and to avoid.

Key words: coping, coping strategies, Crohn's disease, inflammatory bowel disease, nursing, ulcerative colitis

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Inflammatorisk tarmsjukdom	4
Förekomst	4
Etiologi	4
Patofysiologi och diagnos	5
Symtom och komplikationer	5
Behandling och omvårdnad	6
Ett liv med IBD	6
Att hantera belastande situationer	7
Copingstrategier	8
Sjuksköterskans roll	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
Databassökning	10
Urval	11
Kvalitetsgranskning	11
Databearbetning	11
RESULTAT	12
Att kontrollera	12
Att kontrollera sin omgivning	12
Att kontrollera sina symtom	13
Att söka stöd	14
Att använda mentala funktioner	15
Att acceptera	15
Att omvärdera	16
Att ha en positiv inställning	16
Att undvika	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Sökvägar	18
Urval	18
Granskning och analys	19
Resultatdiskussion	19
Inkluderade studiers metod	20
Litteraturstudiens resultat	21
Konklusion	23
Förslag på framtida forskning	24
REFERENSER	25
BILAGOR	28

INLEDNING

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är ett kroniskt tillstånd som framför allt drabbar unga. Sjukdomen har en ökande förekomst, cirka 1 procent av Sveriges befolkning är drabbad. Vårt intresse för IBD väcktes under en föreläsning då vi fick insikt i sjukdomens kraftiga inverkan på livskvaliteten. Det finns en mängd studier som beskriver detta och sjukdomens konsekvenser för det dagliga livet. Vi ansåg att det var av vikt att som sjuksköterska känna till och studera hur denna patientgrupp hanterar sin sjukdom. I synnerhet då sjuksköterskor på samtliga avdelningar, i varierad utsträckning, kommer att stöta på dessa personer. En ökad förståelse för hur personer med IBD hanterar sin sjukdom är avgörande för hur sjuksköterskor bättre ska kunna ta hand om denna patientgrupp. Vi tror att om sjuksköterskan har förmåga att känna igen olika copingstrategier borde han eller hon bättre kunna möta patientens specifika behov. Dessutom är kunskap om coping användbar för allmänsjuksköterskan i mötet med andra patientgrupper varför denna litteraturstudie också har ett mer allmänt värde.

BAKGRUND

Nedan presenteras en översikt av inflammatorisk tarmsjukdom, en inblick i teori om coping samt en beskrivning av sjuksköterskans roll.

Inflammatorisk tarmsjukdom

Begreppet inflammatorisk tarmsjukdom innefattar bl a ulcerös kolit och Crohns sjukdom (Löfberg, 2006). Dessa två sjukdomar har många gemensamma drag, de uppträder i skov, är kroniska och debuterar ofta i ung ålder (Ericson & Ericson, 2008).

Förekomst

Crohns sjukdom debuterar vanligen i åldern 20-40 år medan ulcerös kolit debuterar i åldern 15-40 år (Nielsen & Stubberud, 2011). En mindre könsskillnad föreligger mellan de olika tillstånden då ulcerös kolit är något vanligare bland män medan Crohns sjukdom drabbar kvinnor i högre grad (Engel & Neurath, 2010). Enligt Brinkberg Lapidus (2009) ökar förekomsten av IBD och i Sverige är 0,5-1 procent av befolkningen drabbad. I den industrialiserade västvärlden förekommer IBD med en prevalens som närmar sig 1 procent (Ekesbo & Hertervig, 2011). Prevalensen är högre i nord än i syd, t ex är sjukdomen vanligare i Nordeuropa än i Sydeuropa (Löfberg, 2006). Vidare förekommer IBD mer frekvent i städer än på landsbygden och är vanligare i industrialiserade länder jämfört med i utvecklingsländer (a a). Brinkberg Lapidus (2009) beskriver en förändring av sjukdomens förekomst ur ett globalt perspektiv då tidigare lågincidensländer som Japan och Kina nu har en ökad incidens (a a).

Etiologi

Orsaken till såväl ulcerös kolit som Crohns sjukdom är ännu okänd (Ericson & Ericson, 2008). Psykisk ohälsa har tidigare studerats som en bakomliggande orsak

till sjukdomen men rådande forskning på sambandet mellan IBD och psykopatologi har resulterat i blandade och motstridiga resultat (Dudley-Brown, 2002). Större vikt läggs vid immunologiska och inflammatoriska processer som orsaker till sjukdomen (a a). Genetiska faktorer spelar in och har störst betydelse i utvecklingen av Crohns sjukdom (Ericson & Ericson, 2008). Förutom den genetiska påverkan fordras en yttre faktor som stimulerar immunförsvaret att påbörja en inflammation. En sådan yttre faktor kan vara virus eller patogena bakterier. Även tarmens egna normalflorebakterier kan orsaka en infektion i tarmslemhinnan som immunförsvaret reagerar på (a a). Cigarettrökning har visat sig påverka insjukandet i IBD (Löfberg, 2006). Risken att drabbas av skov eller insjukna i Crohns sjukdom är dubbelt så hög för rökare som för icke-rökare. Vid ulcerös kolit är förhållandet det motsatta då icke-rökare löper större risk att drabbas (a a).

Patofysiologi och diagnos

Crohns sjukdom kan uppträda i hela mag-tarmkanalen, medan ulcerös kolit endast drabbar kolon (Ericson & Ericson, 2008). De typiska förändringarna i tarmväggen vid inflammationen skiljer sig åt mellan de olika tillstånden. Vid Crohns sjukdom uppträder friska och sjuka tarmpartier jämte varandra. Såren är avgränsade och bildar efter hand granulationsvävnad som gradvis omvandlas till fibrotisk ärrvävnad. Fibrosbildningen kan leda till strikturer som i sin tur kan orsaka förträngningar och ileus. Vid ulcerös kolit är kolonslemhinnan drabbad av en sammanhängande såryta vilken är täckt av färsk granulationsvävnad. Kolonslemhinnan är rejält inflammerad, lättblödande, svullen och producerar mycket slem (a a).

Det finns inget enskilt prov som kan tas för att fastställa en diagnos utan många olika faktorer bör vägas samman. En noggrann anamnes rörande t ex hereditet, rökvanor, utlandsvistelse, tid för symtomdebut, antal avföringar samt konsistens och eventuell blodtillblandning, buksmärter, feber och viktnedgång är grundläggande för diagnostiseringen (Brinkberg Lapidus, 2008; Halfvarson, 2008). Blodprov tas och analyseras bl a för CRP, elektrolyter och järn (Ericson & Ericson, 2008). Vidare kontrolleras ett faeces-prov för blod och calprotektin, som är ett protein som förekommer i ökad mängd vid en tarminflammation. Dessutom tas en faeces-odling för att utesluta infektion. Olika bilddiagnostiska metoder, som t ex buköversikt och endoskopi, kan ge värdefull information om inflammationens svårighetsgrad och utbredning. Dessutom tas biopsier för att avgöra inflammationsstyp samt för att avgöra om det föreligger cellförändringar eller cancer (a a).

Symtom och komplikationer

Milda eller medelsvåra skov kännetecknas av blod eller slemtillblandade diarréer, smärter i bäckenbotten samt en känsla av ofullständig tarmtömning (Ericson & Ericson, 2008). Om personen har haft långvariga diarréer kan detta orsaka dehydrering, viktnedgång och anemi. Svåra skov karaktäriseras av fler än sex blodiga diarréer per dygn, ymnigt med blod i avföringen, feber, viktnedgång, anemi och CRP-stegring (a a). Vid ett akut skov av ulcerös kolit är den allvarligaste komplikationen vidgning av tjocktarmen då detta kan leda till perforation av tarmen (Danielsson, 2010). Vid ulcerös kolit föreligger en ökad risk för koloncancer medan fistlar/abscesser, buksmärter, viktnedgång och feber är vanligare vid Crohns sjukdom. Dessutom löper personer med IBD en ökad risk för att drabbas av extraintestinala besvär i t ex leder, ögon och hud (a a).

Behandling och omvårdnad

Personer med medelsvåra eller lindriga skov behandlas vanligen i öppenvården, ofta på IBD-mottagningar (Ericson & Ericson, 2008). Det är viktigt att en kontinuerlig kontakt skapas mellan patienten och sjukvårdspersonalen och att tecken på försämring uppmärksammas och behandlas snabbt (a a).

Personer som har ett svårt skov behandlas på en gastroenterologisk specialavdelning med t ex glukokortikoider, vätsketerapi och blodtransfusioner (Ericson & Ericson, 2008). Om åtgärderna ej ger tillräcklig effekt inleds behandling med ett immunsuppressivt medel (anti-TNF-a) som dämpar inflammationen i tarmslemhinnan. Ytterligare en behandlingsform är tarmvila då patienten erhåller total parenteral nutrition. Denna behandling har visat sig ha större effekt på Crohns sjukdom än på ulcerös kolit (a a).

Om sjukdomen inte går att kontrollera genom medicinsk behandling eller om den negativa påverkan på livskvaliteten blir alltför stor blir kirurgi aktuell (Ericson & Ericson, 2008). Målet med den kirurgiska behandlingen är, förutom att öka livskvaliteten, att minska risken för cancer samt att minska risken för allvarliga komplikationer så som sepsis (a a). Av de personer som insjuknar i Crohns sjukdom blir operation aktuellt för ca 50 procent och många opereras flera gånger (Nielsen & Stubberud, 2011). Operation utförs inte lika ofta på patienter med ulcerös kolit men om sjukdomen är svårkontrollerad kan det bli aktuellt (a a).

Vid svåra skov bör sjuksköterskan vara observant på patientens cirkulation, temperatur, smärta, elimination samt näringstillstånd (Nielsen & Stubberud, 2011). Patienten kan p g a sina diarréer och eventuella kräkningar ha förlorat mycket vätska och elektrolyter varför puls, blodtryck och diures ska kontrolleras regelbundet. Feber och smärta kan vara ett tecken på försämrat tillstånd. Sjuksköterskan bör observera hur ofta patienten har diarréer, avföringens volym och karaktär (tunna, blodtillblandade, slemmiga). Det är även angeläget att sjuksköterskan registrerar patientens vikt och näringsintag. Exakt hur näringstillförseln ska ske är omdiskuterat (a a).

Patienter med IBD har ofta ett stort behov av sömn och vila, varför enkelrum är att föredra (Nielsen & Stubberud, 2011). Sjuksköterskan bör vara observant på att en patient kan behöva stöd med sin personliga hygien. Vidare bör sjuksköterskan känna till den psykosociala påfrestning sjukdomen innebär. Många patienter behöver samtala med någon om sin nya livssituation och det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid för detta. Kuratorskontakt kan hjälpa (a a).

Då ett skov är över och personen går in i en remissionsfas fortsätter en medicinsk underhållsbehandling för att förebygga recidiv och motverka risken för cancer (Ericson & Ericson, 2008). Underhållsbehandlingen kan bestå av läkemedel som 5-ASA med anti-inflammatorisk och immunsuppressiv effekt. Vid svårare fall av Crohns sjukdom lokaliserad i tunntarmen kan underhållsbehandlingen bestå av glukokortikoider eller anti-TNF-terapi. Inga allmänna kostråd finns för personer i remission, dock bör personer med Crohns sjukdom i tunntarmen hålla sig till proteinrik men fettreducerad kost (a a).

Ett liv med IBD

Sjukdomens omfattande problematik har en stor inverkan på det dagliga livet. I en meta-analys av Casati m fl (2000) identifierades vanligt förekommande bekym-

mer bland personer med IBD. T ex medförde sjukdomens oförutsägbara och genanta natur en känsla av isolering bland de drabbade. Ytterligare en negativ konsekvens av IBD var den inverkan sjukdomen hade på de drabbades val av utbildning och karriär. Vissa uppgav att sjukdomen påverkat val av anställningar, andra berättade att de inte påbörjat akademisk utbildning av rädsla för att inte kunna fullfölja den. Det fanns bland personerna dessutom en överhängande rädsla för allvarliga komplikationer så som cancer. Osäkerheten i att inte veta hur sjukdomen skulle utvecklas gav en känsla av förlust av psykologisk kontroll (a a). IBD karakteriseras av osäkerhet av många olika anledningar (Dudley-Brown, 2002). Oklarhet avseende uppkomst av symtom och svårighet att kontrollera dessa samt sjukdomsförloppets oförutsägbarhet bidrar till osäkerhet då en drabbad person inte vet hur ofta skoven kommer att komma eller hur svåra de kommer att bli (a a).

Personerna med IBD upplevde en nedsatt fysisk kontroll p g a den faktiska svårigheten att kontrollera tarmen (Casati m fl, 2000). Känslan av att vara smutsig var ytterligare ett bekymmer. Utöver de fysiska symtomen påverkades de drabbade personerna negativt även av känslan av att det inte var socialt accepterat att prata om sjukdomen och dess konsekvenser (a a).

Det är fastställt att den hälsorelaterade livskvaliteten är låg bland personer med IBD och att den upplevs lägre ju svårare tillståndet är (Glise & Wiklund, 2002). Personer med Crohns sjukdom rapporterar ofta en lägre livskvalitet än de med ulcerös kolit och de områden som påverkas mest negativt är psykisk hälsa och socialt fungerande (a a). Sjukdomens negativa inverkan på det dagliga livet framkom i en stor undersökning där över 5000 personer med IBD deltog (Ghosh & Mitchell, 2007). Ca 75 procent av deltagarna i studien uppgav att de hade symtom som påverkade deras möjlighet att utföra fritidsaktiviteter. Vidare uppgav knappt 70 procent att de hade symtom som påverkade deras förmåga att utföra arbetsuppgifter (a a).

Då IBD ofta har stor inverkan på det dagliga livet är det intressant att se hur de drabbade personerna hanterar sjukdomen. Nedan följer en introduktion till teori om hur personer möter svårigheter i livet.

Att hantera belastande situationer

Människor känner en psykologisk stress när de upplever att grundläggande behov och centrala värden är hotade eller inte tillgodoses ordentligt (Jahren Kristoffersen, 2005). Vad som anses vara ett grundläggande behov eller centralt värde skiljer sig från person till person men Jahren Kristoffersen (a a) menar att livet, hälsan och en god livskvalitet är viktigt för de flesta. När hot mot dessa värden uppstår, t ex vid en kronisk sjukdom, använder sig personen av coping (a a). Lazarus och Folkmans (1984) beskriver coping som ett ständigt föränderligt kognitivt och beteendemässigt försök att hantera specifika yttre och/eller inre krav som bedöms vara krävande eller överstiger personens resurser (a a).

Innan en person väljer copingstrategi utförs en kognitiv bedömning, en *primärbedömning*, utifrån situationens kännetecken samt utifrån personliga faktorer (Jahren Kristoffersen, 2005). Situationen kan t ex kännetecknas som allvarlig, osäker eller okänd. Personliga faktorer kan vara tro och livssyn, kunskap, fantasi, kultur och tidigare erfarenheter. Primärbedömningen mynnar ut i att situationen bedöms som positiv, neutral eller belastande. En positiv eller neutral bedömning medför inte psykologisk stress, det gör däremot situationer som bedömts vara

belastande. En sådan situation kan uppfattas som en förlust, ett hot eller en utmaning. För en sjuk person som upplever en osäkerhet kring sin sjukdom ökar upplevelsen av hot och således även den psykologiska stressen. Om situationen uppfattas som en utmaning betyder det att personen tror sig ha förmågan att reda ut den, även om det verkar svårt. När bedömningen av situationen är gjord värderar personen sin möjlighet att klara av den, en *sekundärbedömning* görs. Tidigare erfarenheter av liknande situationer kan spela stor roll i denna process. I samband med sekundärbedömningen bestämmer personen hur situationen ska hanteras (Jahren Kristoffersen, 2005). Personen utvecklar copingstrategier.

Copingstrategier

Lazarus och Folkman (1984) skiljer på emotionellt orienterad och problemorienterad coping. Emotionellt orienterad coping kan syfta till att minska känslomässigt lidande genom att personen till exempel undviker, förminskar, distanserar sig från det svåra eller försöker pressa fram något positivt ur en negativ situation. Ett annat sätt att hantera en belastande situation kan vara att omvärdera den, att ändra på innebörden av den snarare än på själva situationen (a a).

Emotionellt orienterad coping kan användas för att behålla hopp och optimism, förneka fakta och agera som att en händelse inte har någon betydelse (Lazarus & Folkman, 1984). Ett problem med denna typ av coping är att personen riskerar att lura sig själv och förbli omedveten om verkligheten (a a). I situationer som inte kan förändras kan emellertid emotionellt orienterad coping vara helt nödvändig för att personen ska orka med (Jahren Kristoffersen, 2005).

Problemorienterad coping används främst när en person i sin sekundärbedömning har kommit fram till att hon har möjlighet att hantera och påverka situationen i fråga (Jahren Kristoffersen, 2005). Alltså, en belastande situation har värderats som en utmaning (a a). Lazarus och Folkman (1984) beskriver den problemorienterade copingstrategins process som att problemet identifieras, olika lösningar läggs fram, för- och nackdelar vägs mot varandra, en lösning väljs och utförs. Enligt Jahren Kristoffersen (2005) innefattar problemorienterad coping även en känslomässig bearbetning av omständigheter som personen inte kan förändra, t ex att diagnostiseras med en kronisk sjukdom. Ett exempel på problemorienterad coping i detta sammanhang är att bearbeta förlusten av det som varit och anpassa sig till den nya livssituationen. Huruvida en vald copingstrategi är ändamålsenlig eller inte beror på vad den resulterar i. Problemorienterad coping är oftare än emotionellt orienterad coping effektiv och ändamålsenlig, men det finns undantag (a a).

Enligt Jahren Kristoffersen (2005) påverkar yttre faktorer valet av copingstrategi. De flesta individer antar ett aktivt och konstruktivt förhållningssätt när de stöter på problem på arbetet, medan situationer som handlar om ohälsa och sjukdom ofta hanteras med ett passivt och undvikande förhållningssätt (a a).

Sjuksköterskans roll

När en människa drabbas av en kronisk sjukdom måste hon lära sig att leva med den och eventuellt även ändra sin livsstil (Jahren Kristoffersen, 2005). I detta skede kan sjuksköterskan genom undervisning och vägledning hjälpa patienten att hantera den nya livssituationen på ett bra sätt. Sjuksköterskan kan påverka olika faktorer som ligger till grund för patientens bedömning av situationen och sin egen förmåga att klara av den. Förutom kunskap om sjukdom och behandling

behöver patienten ofta information om hur de ska leva med sjukdomen (Jahren Kristoffersen, 2005).

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ha förmågan att ”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder”(s 11). Det är viktigt för vårdpersonal att förstå och beakta psykologiska aspekter av sjukdomen hos patienter med IBD (Knowles m fl, 2011). Att kunna identifiera specifika uppfattningar och copingstrategier, speciellt emotionellt orienterade, kan vara avgörande för effektivt kliniskt handhavande av patienten (a a).

Problemformulering

Som framkommit ovan är IBD en kronisk sjukdom som påverkar den drabbades livskvalitet negativt. Många får diagnosen i relativt unga år och måste således förlika sig med sjukdomen och lära sig att leva med den. Att drabbas av en sjukdom vilken präglas av stor osäkerhet medför ofta en förhöjd känsla av hot mot centrala värden. I detta läge utvecklar personen copingstrategier för att hantera situationen. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om olika copingstrategier som patienter med IBD använder. Med denna kunskap kan sjuksköterskan förmedla välfungerande strategier till patienten för att underlätta hanterandet av sjukdomen. Det är också viktigt att sjuksköterskan, för att kunna agera, kan identifiera de copingstrategier som inte medför något positivt i längden.

SYFTE

Syftet var att belysa olika copingstrategier som personer med inflammatorisk tarmsjukdom använder för att hantera såväl fysiska som psykosociala aspekter av sjukdomen.

METOD

Metoden som använts är en litteraturstudie. Detta innebär att författaren systematiskt söker, kritiskt granskar och gör en sammanställning av litteratur inom ett valt ämne eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2008). Litteratursökningarna utfördes i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo då deras ämnesområden ansågs relevanta för valt syfte. Dessutom utfördes manuella granskningar av relevanta artiklars referenslista, men denna metod resulterade inte i några inkluderade artiklar. Nedan beskrivs litteratursökningar, urval, kvalitetsgranskning och databearbetning.

Databassökning

Sökningarna, som redovisas i *Tabell 1*, resulterade i tio inkluderade artiklar. I det initiala skedet utfördes, i enlighet med rekommendationer av Axelsson (2008), en pilotsökning för att få en översikt på området samt uppslag till sökvägar. Denna inledande sökning visade att material fanns i de aktuella databaserna.

Förslag till sökvägar erhöles genom nedslag i resultatet av pilotsökningen. De sökträffar, vars titlar indikerade att artikeln behandlade coping bland personer med IBD, granskades för att erhålla information angående vilka sökord artiklarna kategoriserats under. I Pubmed påträffades Mesh-termerna ”inflammatory bowel diseases” och ”adaptation, psychological”. Då innebörden av ”adaptation, psychological” var något oklar utfördes en sökning på Mesh-termen i Pubmed. Det visade sig då att ”coping” ingick i detta sökord. Då de två Mesh-termerna kombinerades med den booleska söktermen ”AND” återfanns flera artiklar med relevans för syftet.

I Cinahl identifierades relevanta söktermer (Headings) listade som ”major subjects” i de artiklar som påträffades vid pilotsökningen. Vid en sökning i Psycinfo framkom det att varken ”inflammatory bowel disease” eller ”Crohn’s disease” fanns som Thesaurus-term. Sökningar på Thesaurus-termen ”ulcerative colitis” genererade träffar som även behandlade Crohns sjukdom. Vid sökningar i Cinahl och Psycinfo återfanns redan lästa artiklar. Således resulterade sökningarna inte i att några nya artiklar inkluderades i litteraturstudien.

Sökningarna i Pubmed gav uppslag till Mesh-termen ”self care” som i kombination med ett annat sökord resulterade i en inkluderad artikel. Slutligen utfördes en fritextsökning i Pubmed då förhoppningen var att detta kunde generera fler kvalitativa studier på ämnet.

Tabell 1 Databassökning.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar	Datum för sökning
PubMed	”inflammatory bowel disease” AND coping		155				2011-11-15
Cinahl	”inflammatory bowel disease” AND coping		221				2011-11-15
Psycinfo	”inflammatory bowel disease” AND coping		45				2011-11-15
PubMed	Adaptation, psychological (Majr*) AND inflammatory bowel diseases (Majr*)	Abstracts	68	43	17	7	2011-11-15
Psycinfo	Ulcerative colitis (Thesaurus) AND coping	Peer-reviewed	12	7	-	-	2011-11-16

	behavior (Thesaurus)						
Cinahl	Inflammatory bowel diseases (Heading) AND coping (Heading)		20	10	-	-	2011-11-16
PubMed	Inflammatory bowel diseases (Mesh) AND self care (Mesh)	Abstracts , English, all adult: 19+ years	41	18	3	1	2011-11-16
PubMed	experiences of inflammatory bowel disease	Abstracts , English, all adult: 19+ years	62	10	2	2	2011-11-22

*Majr = Major Topic

Urval

Sökträffarnas samtliga titlar lästes och då de föreföll svara mot litteraturstudiens syfte lästes även artikelns abstract. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska och behandla vuxna personer med IBD. Således exkluderades artiklar som behandlade barn och ungdomar då omvårdnaden av denna patientgrupp är en uppgift för specialistutbildade sjuksköterskor. Ingen avgränsning gällande tid för publicering gjordes.

De artiklar vars abstract indikerade att de kunde svara mot litteraturstudiens syfte lästes i sin helhet. Av dessa 22 artiklar exkluderades tolv som efter närmare granskning inte ansågs relevanta för syftet.

Kvalitetsgranskning

För att granska artiklarnas kvalitet användes modifierade versioner av Carlsson och Eimans (2003) granskningsprotokoll, ett för kvalitativa och ett för kvantitativa studier (se bilaga 1 och 2). Vid granskningen tillämpades triangulering för att öka resultatets trovärdighet. Då samtliga artiklar var bedömda jämfördes de båda resultaten och eventuella skillnader i bedömningarna diskuterades och omvärderades. Nämnas bör att samtliga artikelgranskningar resulterade i samma kvalitetsgradering hos de två oberoende granskarna. Således var de skillnader som uppstått vid de separata granskningarna inget som påverkade bedömningen i sin helhet. Artiklar med kvalitetsgrad I (över 80 %) och II (70-79 %) bedömdes hålla en tillfredställande kvalitet och inkluderades.

Databearbetning

För att skapa en överblick av de utvalda artiklarna gjordes i enlighet med rekommendationer från Willman m fl (2011) en sammanställning av varje artikel (se bilaga 3).

Med stöd i rekommendationer av Polit och Beck (2010) analyserades materialet för att finna centrala teman. Både återkommande resultat och motstridigheter vägs in i analysen (a a). Resultatet från de kvantitativa studierna granskades och det resultat som svarade mot litteraturstudiens syfte sammanställdes. Oberoende av varandra läste uppsatsförfattarna de kvalitativa artiklarnas resultatdelar och mar-

kerade de stycken som svarade mot litteraturstudiens syfte. De markerade passagera lyftes ut och sammanfattades i ett annat dokument. Dessa dokument jämfördes sedan för att säkerställa att uppsatsförfattarna var samstämmiga gällande vad som, i de olika artiklarna, svarade mot syftet. De få skillnader som påträffades diskuterades och därefter genererades ett enhetligt material. Dokumentet skrevs ut och delades sedan upp i små lappar som var och en innehöll en meningsbärande text. Uppsatsförfattarna kategoriserade sedan lapparna var för sig. Kategorierna som identifierats jämfördes och diskuterades och slutligen sammanfördes de mest framträdande under tre teman.

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien var att belysa olika copingstrategier som personer med inflammatorisk tarmsjukdom använder för att hantera såväl fysiska som psykosociala aspekter av sjukdomen. Efter bearbetning av de tio inkluderade artiklarna urskildes tre teman. Dessa var:

Att kontrollera

- *Att kontrollera sin omgivning*
- *Att kontrollera sina symtom*

Att söka stöd

Att använda mentala funktioner

- *Att acceptera*
- *Att omvärdera*
- *Att ha en positiv inställning*
- *Att undvika*

Att kontrollera

Vikten av att ha kontroll över olika aspekter beskrevs i samtliga inkluderade studier (Cooper m fl, 2010; Fletcher m fl, 2008; Hall m fl, 2005; Hibi m fl, 2009; Jones m fl, 2006; Kinash m fl, 1993; Larsson m fl, 2008; Mukherjee m fl, 2002; Schneider m fl, 2009; Smolen & Topp, 1998). Två underkategorier identifierades. Dessa handlade om att kontrollera sin omgivning och att kontrollera sina symtom.

Att kontrollera sin omgivning

Flera strategier identifierades som handlade om att personerna försökte kontrollera omgivningen för att på så sätt hantera sjukdomen. Dessa strategier var att de stannade hemma, att de ständigt hade kontroll över var närmsta toalett fanns, att de använde inkontinensskydd eller att de planerade barnafödande kring sjukdomen.

I den kvantitativa studien av Kinash m fl (1993) undersöktes copingstrategier bland patienter med IBD (n=126) och resultatet visade att den mest använda strategin var att försöka behålla kontroll över situationen. En annan strategi som rankades högt var att tänka igenom olika sätt att lösa problemet eller hantera situat-

ionen (Kinash m fl, 1993). En stor majoritet av deltagarna med försämrat sjukdomstillstånd (n=166) i den kvantitativa studien av Larsson m fl (2008) uppgav att de ibland eller ofta använde sig av strategin att försöka kontrollera situationen.

Att behålla kontroll över situationen beskrevs även i den kvalitativa studien av Fletcher m fl (2008) som en viktig copingstrategi. Respondenterna uppgav att de kände ett konstant behov av att kunna kontrollera sin omgivning. Förmågan att kontrollera omgivningen beskrevs som ett av de mest effektiva sätten att hantera sjukdomen med. Strategin blev dock ineffektiv och kunde leda till förvärrade symtom om situationen inte lät sig kontrolleras (a a).

Rädsla för att tappa förmågan att kontrollera tarmen samt rädslan för genanta situationer hanterades av respondenterna i den kvalitativa studien av Hall m fl (2005) genom att de planerade utflykter efter tillgång till toaletter. Denna strategi beskrevs även av respondenterna som intervjuades i studien av Cooper m fl (2010). Vidare beskrev respondenterna värdet av att använda inkontinensskydd då det medförde en känsla av kontroll (a a).

En specifik strategi som framkom i flera av studierna var att respondenterna, för att behålla kontrollen, stannade hemma för att ha ständig tillgång till toalett. Föräldrarna som intervjuades i studien av Mukherjee m fl (2002) talade om att inte vilja lämna hemmet överhuvudtaget av rädsla för inkontinens. Detta medförde att deras barn endast träffade andra barn i hemmet, något som respondenterna upplevde som en svårighet. Rädslan för inkontinens var överhängande och tillräcklig för att störa det dagliga livet även då de var symtomfria (a a). Även respondenterna i studien av Fletcher m fl (2008) uppgav att de undvek att gå hemifrån då de upplevde att de tappade kontrollen i större utsträckning om de lämnade hemmet. Den trygga miljön i hemmet var för respondenterna i den kvalitativa studien av Schneider m fl (2009) en plats där de vågade släppa på kontrollen angående mat och dryck. Känslan av kontroll i hemmet var tillräcklig för att de skulle våga ge efter för frestelser oavsett konsekvenserna (a a).

Det framkom i studien av Mukherjee m fl (2002) att flera av respondenterna upplevde att sjukdomen försvårade för dem i deras föräldraskap. De försökte bli hantera denna belastande situation som ofta medförde praktiska problem genom familjeplanering. Somliga respondenter uppgav att de hade bestämt sig för att antingen bara skaffa ett barn eller att lämna många års mellanrum om de skaffade flera barn. Denna kontrollerande taktik tillämpades för att endast ha ett litet barn i taget att ta hand om och således minska bördan (a a).

Att kontrollera sina symtom

Den andra underkategorin som urskildes var att personerna med IBD genom olika strategier gjorde vad de kunde för att kontrollera sina symtom. De hanterade symtomen genom att tillämpa någon form av stresshantering, kontrollera sitt kostintag eller genom att ta läkemedel.

Det framkom i studien av Fletcher m fl (2008) att respondenterna kände ett konstant behov av att kontrollera potentiella utlösare av symtom, oavsett om dessa var interna eller externa. Samtliga respondenter uppgav att stress hade en negativ inverkan på deras tillstånd och att det således var viktigt för dem att hantera sin stress för att hantera sin sjukdom. För att göra detta använde de sig i stor utsträck-

ning av avslappnande tekniker. Exempel på sådana tekniker var motion, vila och att försöka prata med sig själv på ett lugnande sätt (Fletcher m fl, 2008).

Resultatet i den kvantitativa studien (n=76) av Hibi m fl (2009) visade att majoriteten av deltagarna kontrollerade sitt kostintag som en strategi för att hantera sjukdomen. Det vill säga, de kontrollerade en faktor som de kunde påverka i ett försök att hantera sin sjukdom. Att kontrollera faktorer som utlöser symtom skildrades även i studien av Schneider m fl (2009). Kosten beskrevs genomgående av respondenterna som en avgörande faktor för att behålla kontroll över symtomen. Ett fåtal beskrev en annan aspekt av kostens funktion då de provocerade fram symtom för att hantera sitt tillstånd. För att rensa kroppen från gifter och få igång magen efter förstoppning (som ofta orsakats av intag av antidiarrokum) använde de mat de annars brukade undvika (a a).

Dietrestriktioner såväl som användandet av läkemedel beskrevs av respondenterna i studien av Hall m fl (2005) som det främsta vapnet för att bibehålla kontroll över tarmen och andra fysiska symtom (a a). Användandet av läkemedel, såväl receptfria som receptbelagda, beskrevs i flera av de kvalitativa studierna som något respondenterna använde för att kontrollera sin sjukdom (Cooper m fl, 2010; Mukherjee m fl, 2002; Schneider m fl, 2009). Olika aspekter av användandet av läkemedel för att hantera sjukdomen belystes. Vissa av respondenterna i studien av Schneider m fl (2009) beskrev att de använde sig av receptfria läkemedel, anti-diarrökum, för att hantera sina symtom. De tog läkemedlet för att hindra att diarréer skulle uppstå. I vissa fall var deras tillit till läkemedlet så stor att de överskred det rekommenderade intaget (a a). Även i studien av Mukherjee m fl (2002) beskrev respondenterna en copingstrategi som gick ut på att försöka kontrollera sjukdomsförloppet genom att ta medicin vid första tecken på skov. Respondenterna i studien av Cooper m fl (2010) uppgav att de fortsatte ta läkemedel trots inkonsekventa resultat på deras fysiska tillstånd. Detta var ett sätt för de intervjuade att känna att de kontrollerade sjukdomen (a a).

Resultatet i studien av Hibi m fl (2009) visade på en stor spridning angående medicineringsstrategier. Omkring två tredjedelar uppgav att de sällan eller aldrig tog någon extra medicin för att hantera att sjukdomen förvärrades medan ca en tredjedel ofta eller alltid använde denna strategi (a a).

Att söka stöd

Att söka stöd i olika former framkom som en copingstrategi i flera studier (Cooper m fl, 2010; Fletcher m fl, 2008; Jones m fl, 2006; Kinash m fl, 1993; Larsson m fl, 2008; Mukherjee m fl, 2002; Schneider m fl, 2009; Smolen & Topp, 1998). Resurser i personernas närhet, så som familj, vänner och sjukvårdspersonal fyllde en viktig funktion. Hos dessa kunde personerna med IBD söka praktiskt och känslomässigt stöd.

De kvantitativa studierna av Larsson m fl (2008), Smolen & Topp (1998) och Jones m fl (2006) visade på olika resultat angående hur vanligt det var att deltagarna sökte stöd som en strategi för att hantera sin sjukdom. I studien av Larsson m fl (2008) visade det sig att strategin 'att använda sig av stödjande resurser' var en av de minst använda medan samma strategi användes något mer frekvent av deltagarna i studien av Smolen och Topp (1998). Resultatet i studien av Jones m fl (2006) visade däremot att strategin att söka stöd var den mest använda. Denna strategi kunde innebära att personerna sökte information, materiellt stöd eller

känslomässigt stöd (Jones m fl, 2006).

Resultatet i studien av Kinash m fl (1993) visade att det bästa stödet för att hantera sjukdomen kom från läkare, partners eller familj. Samma tendens beskrevs i flera av de kvalitativa studierna. Flera av de intervjuade personerna i studien av Cooper m fl (2010) beskrev att de sökte stöd hos hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens inom IBD. Respondenterna beskrev att de kände sig trygga med att överlämna ansvaret till sin läkare och att följa dennes rekommendationer (a a). Studien av Mukherjee m fl (2002) visade att den vanligaste copingstrategin var att vända sig till partners eller familjemedlemmar för känslomässigt och praktiskt stöd. Några av respondenterna vittnade om att det var en tröst att ha barn. Barnen hjälpte föräldrarna att hantera sjukdomen genom att trösta och hjälpa till under skov samt uppmuntrade dem att göra saker de tyckte var svårt att klara av. Emellertid var barnen inte på något sätt vårdare för sina föräldrar (a a). Respondenterna i studien av Fletcher m fl (2008) betonade vikten av att ha stödjande familj och vänner. Samtliga respondenter uttryckte att närvaron av stödjande nätverk var avgörande för hur de fungerade i vardagen eftersom sjukdomen var så oförutsägbar. Att vända sig till det stödjande nätverket medförde både praktiskt och känslomässigt stöd och respondenterna uppgav att deras vardag hade underlättats genom att de involverat vänner och familj i sin sjukdom (a a).

En annan typ av stöd, som framkom i studien av Schneider m fl (2009), var den trygghet innehavandet av receptfria läkemedel gav respondenterna. Läkemedlen (antidiarrokum) uppgavs ha såväl fysiska som psykologiska effekter varför vissa kände stort stöd i att alltid ta detta med sig (a a). Stöd kunde även sökas från samhället (Fletcher m fl, 2008; Mukherjee m fl, 2002). Några respondenter i studien av Mukherjee m fl (2002) beskrev att barnens skola hade hjälpt dem efter att de berättat om sitt tillstånd. Bl a hade skolan erbjudit dem fri tillgång till toaletter och ordnat med skjuts för barnen då föräldrarna var dåliga (a a). Lättnaden över stöd från utomstående framkom i studien av Fletcher m fl (2008). Vissa företag hade ett särskilt klistermärke på dörren som talade om att personer med IBD kunde låna toaletten utan att fråga(a a).

Vikten av att kunna söka stöd från sin omgivning för att kunna hantera sjukdomen tydliggjordes då respondenterna i studien av Fletcher m fl (2008) berättade om negativa upplevelser i samband med avsaknad av stöd. Det kunde handla om att människor gjorde sig roliga över symtomen eller hade en bristande förståelse för sjukdomen (a a).

Att använda mentala funktioner

Studiernas resultat visade att personer med IBD inte enbart tillämpade praktiska strategier för att hantera sjukdomen. Nedan beskrivna copingstrategier behandlar tanken snarare än handlingen. Olika kognitiva processer som personer med IBD använde var att acceptera situationen som den var, att omvärdera situationens innebörd, att vara optimistisk samt att undvika problemet.

Att acceptera

Att acceptera situationen så som den är visade sig vara en av de vanligaste copingstrategierna i studien utförd av Kinash m fl (1993). Liknande tendens påträffades även i de kvalitativa studierna. Hall m fl (2005) fann att huvudparten av de intervjuade beskrev sin sjukdom och kampen mot denna som något de var

tvungna att acceptera och lära sig att leva med. De menade att det bara var att "köra på" även då symtomen var påfrestande. För att kunna göra detta framhöll de vikten av erfarenhet (Hall m fl, 2005). Föräldrar med IBD beskrev i flera av studierna hur de accepterade sitt tillstånd och trots smärta och inkontinens fortsatte att ta hand om sitt barn (Cooper m fl, 2010; Hall m fl, 2005; Mukherjee m fl, 2002).

En minoritet av respondenterna i studien av Cooper m fl (2010) kunde identifiera speciella faktorer som utlöste symtom samt förutse resultatet av egenvård. För de flesta var det inte lika enkelt. Sjukdomstillståndet kunde försämrats trots att de gjorde allting "rätt". Att kunna acceptera en brist på personlig kontroll samt att kunna acceptera den slumpmässiga utgången av egenvård ansågs vara viktigt för majoriteten av respondenterna (a a).

Att omvärdera

En copingstrategi som framkom i studierna av Hall m fl (2005) och Cooper m fl (2010) var att respondenterna omvärderade sin syn på och värdet av hälsa och i och med det den egna sjukdomsupplevelsen.

I studien av Hall m fl (2005) intervjuades personer med IBD som i en tidigare undersökning angående livskvalitet hamnat i den lägsta kvintilen, det vill säga de 20 procent som rapporterade lägst livskvalitet. En stor majoritet av respondenterna poängterade att det fanns personer med IBD som hade det mycket värre än de. Respondenterna använde sig av social jämförelse för att kunna värdera sin egen normalitet och som ett redskap att behålla den. Respondenterna beskrev att ett sätt att klara sig igenom dagen var att tänka att det alltid fanns någon som hade det värre. Detta framkom tydligt då en respondent, som genomgått fem tarmresektioner och levde som en enstöring p g a rädsla för att inte kunna kontrollera tarmen, menade att hon hade det rätt bra jämfört med sin dotter vars IBD var värre (a a).

Respondenterna i studien av Hall m fl (2005) gjorde, efter att ha anpassat sig för ett liv med IBD, en skillnad mellan vad de menade var normal hälsa för andra och vad som var normal hälsa för dem själva. Deras inre värderingar av sjukdomen varierade över tid och försvårade uppskattningen av symtomens svårighetsgrad (a a). Trots att flera av respondenterna i studien av Cooper m fl (2010) hade svårt att kontrollera sin tarm samt hade begränsad social frihet upplevde de ingen sänkt livskvalitet. Enligt Cooper m fl (2010) värderade respondenterna sin livskvalitet inom ramen av sjukdomen. De fysiska begränsningar som sjukdomen innebar upplevdes som mindre betydelsefulla och andra aspekter i livet prioriterades högre (a a).

Att ha en positiv inställning

I flera av studierna beskrevs en copingstrategi som gick ut på att personen antog en positiv inställning till sin situation. Resultaten i studierna av Larsson m fl (2008) samt Smolen och Topp (1998) visade att den mest använda copingstrategin var den optimistiska. Nästintill alla uppgav att de ibland eller ofta hoppades att saker skulle bli bättre eller att de försökte tänka positivt (Larsson m fl, 2008).

Samtliga respondenter i studien av Fletcher m fl (2008) rapporterade att ett av de mest effektiva sätten att hantera sjukdomen var att justera den egna attityden. Att vara positiv och inte älta tillståndet sågs som avgörande (a a). Även i studien av

Mukherjee m fl (2002) betonade flera av respondenterna att de försökte tänka positivt.

Studien av Hall m fl (2005) visade att respondenterna ofta använde sig av militära metaforer när de pratade om sin sjukdom: ”fighting the disease”, ”soldiering on” och ”not let the illness beat them” (Hall m fl, 2005 s 449). En minoritet av respondenterna angav att de inte bara stred mot sjukdomen utan även var fast beslutna att lyckas även i motgång. Dessa var benägna att beskriva sin sjukdom som något som de inte lät sig kontrolleras av. De såg sina inre resurser som ett värdefullt verktyg att bekämpa sjukdomen med (a a).

Flera av studiernas resultat visade att respondenterna även såg positiva konsekvenser av att ha drabbats av sjukdomen (Fletcher m fl, 2008; Hall m fl, 2005; Mukherjee m fl, 2002). Respondenterna i studierna av Fletcher m fl (2008) och Hall m fl (2005) beskrev en personlig utveckling tack vare sjukdomen. Denna positiva konsekvens bestod t ex i att respondenterna upplevde att de blivit mer toleranta och lärt sig vara mer uppskattande (Fletcher m fl, 2008). En annan positiv effekt som framkom var att sjukdomen för vissa hade medfört en ökad målmedvetenhet (Hall m fl, 2005). En drivkraft att inte låta sjukdomen besegra dem förde dem framåt i livet (a a). Ytterligare en positiv effekt av sjukdomen vittnade de intervjuade föräldrarna i studien av Mukherjee m fl (2002) om. De menade att sjukdomen fört dem närmre sina barn. Dessutom upplevde respondenterna att de blivit bättre i sitt föräldraskap t ex genom att de blivit mer uppmärksamma på barnens behov (a a).

Att undvika

I flera av studierna beskrevs en undvikande copingstrategi. Hur denna strategi användes och hur den värderades av respondenterna skilde sig åt mellan studierna. I studien av Larsson m fl (2008) uppgav många av deltagarna att de ofta eller alltid använde sig av copingstrategin att önska att problemet försvann. Resultaten i studierna av Larsson m fl (2008) samt Smolen och Topp (1998) visade på att de undvikande copingstrategierna inte var bland de mest frekvent använda men inte heller bland de som användes minst. I studien av Smolen och Topp (1998) undersöktes även hur effektiva de olika copingstrategierna ansågs vara. Den undvikande strategin tillhörde de som upplevdes vara minst effektiva (a a). Studien av Jones m fl (2006) visade att strategin som innebar önsketänkande och försök att fly eller undvika problemet användes i låg utsträckning i förhållande till de andra strategierna.

Enligt Fletcher m fl (2008) var en vanlig strategi bland respondenterna att ignorera sjukdomen eller att de distraherade sig från den för att slippa tänka på problemen. Respondenterna uppgav att upplevelsen av tillståndet kunde förvärras om de tänkte för mycket på sjukdomen (a a). Några av respondenterna i studien av Schneider m fl (2009) beskrev en tankeprocess som författarna kallar förnekelse eller magiskt tänkande. Detta innebar att respondenterna gång på gång övertygade sig själva att negativa symtom inte skulle uppstå för att de åt något olämpligt *denna* gång. Detta upprepades trots att de sedan tidigare märkt att en viss kost gav dem värre symtom. Detta magiska tänkande gav respondenterna större skäl att ge efter för begär än att låta bli. Det var deras strävan efter att känna sig normala som medförde att de undvek att tänka på konsekvenserna av sitt handlande. Det kunde t ex vara att äta stark mat eller att gå ut med vänner och dricka alkohol trots att symtomen förvärrades av detta. Den upplevda känslan av normalitet kompanse-

rade för de symtom handlingarna eventuellt medförde (Schneider m fl, 2009).

DISKUSSION

Nedan diskuteras litteraturstudiens metod samt resultat.

Metoddiskussion

Här förs en diskussion kring litteraturstudiens metodologiska tillvägagångssätt. Särskild vikt läggs vid valda sökvägar, urval, granskning och analys.

Sökvägar

Som tidigare nämnts utfördes sökningar i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo. Databasernas ämnesområden (medicin, omvårdnad och psykologi) ansågs relevanta för syftet. Det går inte att utesluta att det kunde ha funnits material i andra databaser men på grund av begränsad tid var denna avgränsning nödvändig.

Då sökvägar skulle utformas i de olika databaserna upptäcktes att relevanta sökord ibland saknades. I Pubmed föreslogs Mesh-termen ”adaptation, psychological” istället för coping. Sökningarna med denna term resulterade i användbara artiklar. Vid sökningar i Psycinfo påträffades ingen sökterm för inflammatorisk tarmsjukdom. Thesaurus-termen ”ulcerative colitis” användes och visade sig ge träffar som även behandlade Crohns sjukdom och IBD i allmänhet. Mer logiskt hade varit att söka med fritext på ”inflammatory bowel diseases” och kombinerat med Thesaurus-termen ”coping behavior”. Denna sökning har utförts i efterhand men visade sig inte ge några användbara artiklar, utöver de som tidigare inkluderats.

Att samma artiklar återfanns i flertalet sökningar samt i de olika databaserna tyder på att sökningarna var väl genomförda.

Urval

Artiklarna som inkluderades i litteraturstudien redovisade såväl kvalitativa som kvantitativa studier. Detta kan enligt Axelsson (2008) vara en fördel då olika forskningsansatser ger olika perspektiv och möjlighet till ökad förståelse av verkligheten. Dock blev det tydligt under analysarbetet att artiklarna med kvalitativ ansats svarade bättre mot syftet varför det kunde ha varit en fördel om flera sådana inkluderats i litteraturstudien.

Av de 22 artiklar vars abstract indikerade att de kunde svara mot litteraturstudiens syfte exkluderades tolv då dessa inte behandlade copingstrategier i önskad utsträckning.

En svaghet i urvalet av artiklar till litteraturstudien var att två av de kvalitativa artiklarna (Fletcher m fl, 2008; Schneider m fl, 2009), dels endast behandlade kvinnors upplevelser, dels inkluderade både patienter med IBD och Irritable Bowel Syndrome (IBS). I studierna görs ingen åtskillnad på upplevelsorna av, och sätten att hantera, de olika tillstånden. Att använda studier som undersökt både män och kvinnor med enbart IBD hade varit önskvärt, men sådana avgränsningar

hade resulterat i ett för litet material. Det var trots allt relevant att ta med dessa artiklar i litteraturstudien då de med sin kvalitativa ansats bidrog med detaljer som framför allt de kvantitativa artiklarna saknade. Resultatet i Jones m fl (2006) visade att det inte fanns någon signifikant skillnad rörande copingstrategier använda av patienter med IBD respektive IBS. Denna information är inte generaliserbar men ger ändå en fingervisning om att skillnaderna kanske inte är så stora.

Inga avgränsningar gjordes avseende studiernas ursprungsland då tillgången till forskning på området var begränsad. Inkluderade studier är genomförda i Sverige, USA, Kanada, Storbritannien och Japan. Av dessa länder sticker Japan ut, men då denna kvantitativa studie var liten och resultatet tunt har inga märkbara skillnader gentemot övriga studier påträffats. Det är möjligt att en kvalitativ studie, där kulturella aspekter kan antas framträda mer tydligt, hade uppvisat större skillnader. Det resultat som presenteras i denna litteraturstudie kan förväntas ha större giltighet i västvärlden. Då det tidigare beskrivits att sjukdomsförekomsten ökar i andra delar av världen vore det önskvärt att undersöka hur människor i andra länder hanterar sin sjukdom.

Inga begränsningar avseende tid för publicering gjordes då problemområdet är sparsamt utforskat. En artikel från 1993 kan tyckas irrelevant att inkludera, men enligt Axelsson (2008) kan artiklar från en längre tidsperiod inkluderas om publicerad forskning på området är begränsad.

Granskning och analys

En styrka i arbetet var att triangulering tillämpades vid granskning av artiklarnas kvalitet samt vid bearbetning av resultat och utformning av teman. Enligt Polit och Beck (2010) medför detta en ökad trovärdighet och minskad risk för bias. Inför arbetet med att kvalitetsgranska artiklarna lästes olika granskningsprotokoll. Eiman och Carlssons (2003) protokoll valdes då dessa av uppsatsförfattarna bedömdes vara utförliga och således torde lämna litet utrymme för egen tolkning. Som tidigare nämnts resulterade de individuella granskningarna inte i olika kvalitetsgraderingar.

I studierna av Schneider m fl (2009) och Mukherjee m fl (2002) framkom inte bokstavligen att det var copingstrategier som undersökts. Vid analysen av materialet återvände uppsatsförfattarna vid flera tillfällen till teorin om coping, som beskrivits i bakgrunden.

I det initiala skedet av analysen ordnade uppsatsförfattarna, var för sig, resultatet i flertalet kategorier. Arbetet med att urskilja kategorierna förflöt relativt enkelt. Det var då huvudteman skulle utkristalliseras som problem uppstod. Flera copingstrategier visade sig tangera varandra och det var till en början inte självklart hur underkategorierna skulle ordnas i teman. Genom ingående diskussion skapades tre teman som ansågs belysa copingstrategier som användes av patienter med IBD.

Resultatdiskussion

Nedan förs ett resonemang kring metodologiska aspekter i de inkluderade artiklarna som kan ha påverkat deras resultat och därmed litteraturstudiens. Vidare belyses centrala fynd som anses vara relevanta för omvårdnaden av patienter med IBD.

Inkluderade studiers metod

Nedan presenteras och diskuteras några metod aspekter i de inkluderade studierna som av uppsatsförfattarna ansågs vara särskilt viktiga för resultatet. Dessa aspekter är: typ av studie, datainsamling samt urval och bortfall.

Beroende på vilken typ av fråga forskaren ställer är olika typer av studier mer eller mindre lämpliga att utföra (Polit & Beck, 2010). För att studiens resultat ska hålla högt bevisvärde måste metoden passa till forskningsfrågan (a a). Samtliga kvantitativa studier var utformade som tvärsnittsundersökningar. Denna typ av studie ger en bra bild av hur ett fenomen ter sig för stunden (Polit & Beck, 2010). Kvalitativa studier ger en ökad insikt i människans upplevelser och ökar förståelsen för ett visst fenomen (Forsberg & Wengström, 2008). Kombinationen av dessa två typer av studier har utgjort en bra grund för denna litteraturstudie.

Självskattning användes som datainsamlingsmetod i samtliga studier. I de kvantitativa studierna fick deltagarna svara på frågeformulär och fylla i Likertskalor. I de kvalitativa studierna samlades data in genom att intervjuer genomfördes med enskilda respondenter samt med respondenter i fokusgrupper. Självskattning som datainsamlingsmetod har enligt Polit och Beck (2010) många fördelar, bl a ger den möjlighet att fråga om sådant som hänt tidigare. Dock måste risken att deltagarna inte svarar ärligt/korrekt beaktas (a a). Deltagarna kanske var mer benägna att uppge att de använde ”bra” copingstrategier än ”dåliga”. Att erkänna att man ofta hanterar sin sjukdom genom att skylla på andra eller använda droger är kanske inte lika lätt som att uppge att man försöker hantera den genom att tänka positivt.

I tre av de kvantitativa studierna användes Jalowiec Coping Scale (JCS) som mätinstrument. Att tre studier använt sig av samma mätinstrument verkade vid en första anblick vara en styrka då ett samstämmigt resultat hade sagt mycket om hur personer med IBD hanterar sin sjukdom. Det visade sig dock att resultaten inte lät sig jämföras då instrumentet hade reviderats. Larsson m fl (2008) och Smolen & Topp (1998) använde en version med 60 påståenden medan den version som användes av Kinash m fl (1993) bestod av 40. Den version av JCS som användes i studien av Kinash m fl (1993) skilde sig på flera punkter än antalet påståenden som skulle värderas. I denna version svarade deltagarna på en 5-gradig skala, i de två andra var skalan 4-gradig. Detta innebar att en direkt jämförelse av resultaten inte var möjlig. Dessutom var påståendena formulerade på ett annat sätt och delades inte in i åtta copingstrategier utan enbart i problemorienterad och emotionellt orienterad strategi.

Enligt Smolen och Topp (1998) samt Larsson m fl (2008) har JCS validerats. Skalans reliabilitet för studier av kronisk sjukdom ska enligt Kinash m fl (1993) vara väl dokumenterad. Ett mått på reliabiliteten för ett mätinstrument är dess inre överensstämmelse (Polit & Beck, 2010). Den inre överensstämmelsen är beroende av i vilken grad dess frågor mäter samma egenskap, detta beräknas ofta med Cronbach's alpha (a a). Larsson m fl (2008) påpekar att Cronbach's alpha är relativt lågt för flera av copingkategorierna vilket innebär att dessa bör tolkas med viss försiktighet. Även Smolen & Topp (1998) beräknade Cronbach's alpha för att undersöka reliabiliteten av JCS i sin studie och erhöll, till skillnad från Larsson m fl (2008), en hög inre överensstämmelse.

I en artikel av Coyne och Ricioppe (2000) argumenterar de för att det okritiska

användandet av frågeformulär varit problematiskt i forskningen om coping. Vidare varnade de för nyttjandet av allt för breda frågeformulär då risken är att resultaten blir förvirrande (Coyne & Ricioppe, 2000). Huruvida det är önskvärt att använda frågeformulär för att studera copingstrategier lämnar vi osagt. Däremot har det blivit tydligt att de kvalitativa studierna utgjort ett bättre underlag för denna litteraturstudie.

Urval är en viktig del av metoden i en kvantitativ studie (Polit & Beck, 2010). För att möjliggöra generaliseringar av resultatet ska det urval som görs representera hela den studerade populationen (a a). I samtliga kvantitativa studier som inkluderats i denna litteraturstudie har ett icke-slumpmässigt urval använts. Jämfört med slumpmässigt urval medför denna metod en mindre möjlighet att få fram ett representativt urval (Polit & Beck, 2010). Trots denna svaghet är den icke-slumpmässiga urvalsmetoden, enligt Polit och Beck (2010), vanligt förekommande i omvårdnadsforskning då den är enkel och billig att använda. Risken för urvalsbias ökar då en urvalsmetod som har problem med att generera hög representativitet används. Om urvalsbias föreligger bör risken för att resultatet kan vara missvisande uppmärksammas (a a). Detta har tagits i beaktande då de kvantitativa studierna lästs och analyserats. Resultaten har inte varit för sig setts som sanningar utan har utgjort pusselbitar i strävan efter att belysa olika copingstrategier.

I samtliga kvantitativa studier, utom i den av Kinash m fl (1993), framfördes kritik mot det egna urvalet vilket ansågs vara för litet. Utöver detta var det enbart Larsson m fl (2008) som redovisade en bortfallsanalys. Att inte ha en bortfallsanalys då delar av urvalet fallit bort medför att resultatet omöjligt kan generaliseras till hela populationen (Forsberg & Wengström, 2008).

En aspekt som uppsatsförfattarna funnit intressant är att det, förutom att helt nysjuknade personer exkluderades, inte gjorts någon skillnad i studierna avseende personernas sjukdomstid. Det är rimligt att anta att copingstrategier skiljer sig hos en och samma person beroende på hur länge denne varit sjuk. I studierna tas ingen hänsyn till denna förändring över tid.

Litteraturstudiens resultat

Resultatet av denna litteraturstudie visade att personer med IBD hanterar fysiska och psykosociala aspekter av sjukdomen genom att försöka kontrollera olika aspekter, genom att söka stöd samt genom att använda mentala funktioner. Nedan följer en diskussion kring några intressanta fynd och hur dessa kan påverka sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

En av de tydligaste tendenserna som framkom i resultatet var att deltagarna ständigt försökte kontrollera sin omgivning. Det var tydligt att planerandet av dagen kring tillgång till toaletter var en strategi använd av många. Å ena sidan kan denna strategi förefalla begränsande och påfrestande men å andra sidan kan den anses vara en logisk följd av sjukdomens nyckfulla karaktär. Att personer med IBD aktivt planerar och ständigt försöker ha kontroll över sin omgivning kan ses som ett nödvändigt ont som medför en viss mån av frihet och möjliggör ett normalt liv. Strategin är problemorienterad då handlingen (t ex att lokalisera toaletter) syftar till att lösa ett praktiskt problem som hotar centrala värden. Det har framkommit att en del personer med IBD känner stor rädsla för att lämna hemmet och upplever sig vara isolerade. För en sjuksköterska kan det vara bra att känna till, och kunna förmedla, ovan beskrivna copingstrategi till de patienter vars liv i så stor

utsträckning begränsas av sjukdomen. Sjuksköterskan kan ge praktiska tips om hur andra har löst liknande situationer.

Uppsatsförfattarna vill påpeka att det inom underkategorin ”att kontrollera sin omgivning” finns viktiga nivåskillnader. Att planera sin dag efter tillgång till toaletter är väsensskilt från att planera barnafödande utifrån sjukdomen. Det livsavgörande beslutet att inte skaffa barn eller att vänta med syskon är en eftergift för sjukdomen av sådan dignitet att det måste uppmärksammas av sjuksköterskan.

Det är viktigt för sjuksköterskan att veta att patienterna ofta söker både emotionellt och praktiskt stöd hos sin familj och sina vänner och att denna strategi värderas högt. Om sjuksköterskan tillvaratar denna kunskap kan hon eller han uppmuntra patienten att berätta om sitt tillstånd för nära och kära och involvera de anhöriga i vården.

Deltagare i inkluderade studier vittnade om att de stannade hemma på grund av sjukdomen. Känslan av isolering beskrevs av Casati m fl (2000) vara ett bekymmer som personer med IBD brottades med. Denna isolering berodde på fysiska symtom såväl som psykologiska faktorer som uppstod eftersom problemet upplevdes vara genant och olämpligt att prata om (a a). De fysiska symtomen är svåra att stävja varför ”isolering” i hemmet ibland kanske blir nödvändig. Dock torde det vara enklare att hantera dessa symtom om omgivningen är väl insatt i sjukdomsbilden och således kan bistå rent praktiskt. Genom att söka stöd hos sin omgivning och då förhoppningsvis kunna prata om tillståndet bör sannolikt även isoleringen på det psykologiska planet till viss del brytas.

En del av respondenterna i studien av Schneider m fl (2009) förnekade och bagatelliserade sitt tillstånd för att känna sig normala. Med utgångspunkt i teorin om coping kan detta ses som en emotionellt orienterad copingstrategi vars syfte var att minska det känslomässiga lidande hos respondenterna som uppstod då deras centrala värden var hotade. Det känslomässiga lidandet bestod i att de inte kände sig normala. Genom att de fortsatte göra saker som de tidigare tyckt om bevarades en känsla av normalitet och således minskade lidandet. I varje fall för stunden. Viljan att vara normal och leva ett vanligt liv bör inte förringas. Sjuksköterskan bör möta patienten där denne är och inte överlämna ett färdigt paket av lösningar. Att som sjuksköterska endast informera om det ”rätta” sättet att leva och hantera sjukdomen, t ex i form av diet- och alkoholrestriktioner, är med tanke på det som beskrivits ovan ej lämpligt. Istället bör sjuksköterskan bistå patienten då denna funderar över sätt att lägga om sitt liv så att centrala värden kan bibehållas utan att hälsan blir lidande. På detta sätt antas en problemorienterad copingstrategi som enligt Jahren Kristoffersen (2005) ofta är mer effektiv och ändamålsenlig än emotionellt orienterade.

Enligt Dudley-Brown (2002) är användandet av emotionellt orienterade copingstrategier istället för problemorienterade en av flera riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa hos patienter med IBD. Vidare menar Dudley-Brown (2002) att sjuksköterskan genom att känna igen denna riskfaktor kan agera och möjligtvis hindra uppkomsten av psykisk ohälsa. Om en negativ utveckling kan upptäckas och eventuellt hindras kan symtom och sjukdomsförlopp påverkas positivt och i förlängningen även patientens livskvalitet (a a). Att förneka sitt tillstånd som ett sätt att hantera sin sjukdom kan med Dudley-Browns (2002) resonemang alltså få allvarligare konsekvenser än enbart de fysiska. Det blir återigen

tydligt hur viktigt det är att sjuksköterskan kan känna igen olika copingstrategier för att reagera på dem vars följder riskerar att bli negativa.

Ett resultat som blev tydligt i litteraturstudien var att personerna med IBD antog ett positivt förhållningssätt för att hantera sjukdomens svårigheter. Det kan vara svårt att särskilja vad som är självbedrägeri och vad som är känslomässig bearbetning och anpassning till en ny livssituation. Utifrån Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping skulle strategin som går ut på att anta ett positivt förhållningssätt kunna klassas som både emotionellt orienterad och problemorienterad. Om det är en emotionellt orienterad copingstrategi är risken att personen lurar sig själv och förblir omedveten om verkligheten (Lazarus & Folkman, 1984). Att ha vetskapen om att personer med IBD ofta antar ett positivt förhållningssätt kan hjälpa sjuksköterskan att fånga upp och ge stöd till dem trots att de inte uttryckligen ber om det. Uppsatsförfattarna menar inte att sjuksköterskan ska kväva denna optimism men vara observant på att det bakom en positiv inställning kan finnas svårigheter som bör adresseras.

I bakgrunden beskrevs att sjukdomen begränsade de drabbade på många plan i livet. En aspekt som påverkades var karriär och utbildningsval. Ett intressant fynd som framkom i denna litteraturstudie var att sjukdomen för vissa kunde fungera som en drivkraft istället för som ett hinder. Det var således en positiv effekt av sjukdomen.

En annan copingstrategi som sjuksköterskan med fördel kan vara medveten om vid omvårdnaden av personer med IBD är att de ibland omvärderar innebörden av sitt tillstånd. Vissa av deltagarna i studierna uppmärksammade att det fanns andra som hade det värre och med hjälp av detta omvärderade de svårighetsgraden av sitt tillstånd, trots att symtomen inte förändrades. Denna copingstrategi är emotionellt orienterad i och med att den enbart medförde en förändring i hur tillståndet värderades, inte i hur det i realiteten faktiskt var. En annan aspekt av samma beteende, att jämföra sig med andra, framkom i en studie av Delmar m fl (2005). Att jämföra sig med någon som hade det sämre kunde eventuellt underlätta för personen att anpassa sig till den kroniska sjukdomen (a a). Liksom i diskussionen kring positivt förhållningssätt menar uppsatsförfattarna inte att sjuksköterskan ska ta ner personen på jorden om denna anser sig ha det bättre än vad man objektivt kan se. Kunskapen om omvärdering som copingstrategi borgar dock för att sjuksköterskan bör fråga mer ingående om tex symptom och påverkan på vardagen. Detta för att skapa sig en rättvisare bild och kunna veta hur fortsatt behandling ska läggas upp.

Om personer med IBD använder emotionellt orienterade copingstrategier kan det orsaka eller förvärra depression och ångest (Knowles m fl, 2011). Vidare kan användandet av problemorienterad coping öka välbefinnande och minska psykisk ohälsa (a a). Det har som beskrivits ovan framkommit att personer med IBD använder såväl problemorienterade som emotionellt orienterade copingstrategier. Sammanfattningsvis är det, med tanke på de negativa effekter som emotionellt orienterade strategier kan orsaka, centralt att sjuksköterskor är uppmärksamma på hur patienterna hanterar sin sjukdom.

Konklusion

Litteraturstudiens syfte har besvarats då olika copingstrategier som personer med IBD använder sig av har belysts. Resultatet visade en rad olika problemorient-

rade och emotionellt orienterade copingstrategier som används för att hantera de svårigheter sjukdomen innebär. Litteraturstudien har bidragit med kunskap till ett problemområde som är relativt outforskat. Fynden torde bidra till den förmåga sjuksköterskan ska ha enligt Socialstyrelsen (2005), nämligen förmågan att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och att lindra lidandet genom adekvata åtgärder.

Förslag på framtida forskning

Det är värt att upprepa att det finns mycket litteratur om den negativa inverkan IBD har på de drabbades livskvalitet, men mindre om hur de hanterar sjukdomen. Uppsatsförfattarna upplevde den påträffade litteraturen angående copingstrategier som icke uttömmande. Av denna anledning är vårt förslag på framtida forskning generell och inte inriktad på någon specifik grupp eller frågeställning. Vi menar att det är av intresse att utföra fler studier kring detta ämne i stort, framför allt behövs fler kvalitativa studier för att nå ökad insikt. Då det framkommit att sjukdomen ökar i före detta lågincidensländer är det av vikt att studier utförs även i denna kontext.

REFERENSER

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 173-188.

Brinkberg Lapidus, A (2008) Crohns sjukdom. I: Nyhlin, H (Red) *Medicinska mag- och tarmsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur, s 359-370.

Brinkberg Lapidus, A (2009) IBD ökar starkt – ännu oklart varför. *Läkartidningen*, 45, 2980-2982.

Carlsson, S & Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet ”Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola” (rapport nr 2). Malmö: Malmö Högskola, fakulteten för Hälsa och samhälle.

Casati, J m fl (2000) Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Digestive Diseases and Sciences*, 45, 26–31.

Cooper, J M m fl (2010) Beliefs about personal control and self-management in 30-40 year olds living with Inflammatory Bowel Disease: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1500-1509.

Coyne, J C & Racioppo, M W (2000) Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *The American Psychologist*, 55, 655-64.

Danielsson, Å (2010) Matsmältningsorganens sjukdomar. I: Pavo Hedner, L (Red) *Invärtesmedicin* (10e upplagan). Lund: Studentlitteratur, s 267 – 313.

Delmar, C m fl (2005) Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 204-212.

Dudley-Brown, S (2002) Prevention of psychological distress in persons with IBD. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 403–422.

Ekesbo & Hertervig, (2011) Inflammatoriska sjukdomar. I: Ramström, H (Red) *Läkemedelsboken 2011-2012*. Uppsala: Läkemedelsverket, s 111-125.

Engel, M A & Neurath, M F (2010) New pathophysiological insights and modern treatment of IBD. *Journal of Gastroenterology*, 45, 571-583.

Ericson, E & Ericson, T (2008) *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi* (3e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Fletcher, P C m fl (2008) I am doing the best that I can!: Living with inflammatory bowel disease and/or irritable bowel syndrome (part II). *Clinical Nurse Specialists*, 22, 278-285.

- Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier* (2a upplagan). Stockholm: Natur och kultur.
- Ghosh, S & Mitchell, R (2007) Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey. *Journal of Crohn's and Colitis*, 1, 10-20.
- Glise, H & Wiklund, I (2002) Health-related quality of life and gastrointestinal disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 72-84.
- Halfvarson, J (2008) Ulcerös kolit. I: Nyhlin, H (Red) *Medicinska mag- och tarmsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur, s 371-382.
- Hall, N J m fl (2005) The fight for 'health-related normality': a qualitative study of the experiences of individuals living with established inflammatory bowel disease (IBD). *Journal of Health Psychology*, 10, 443-455.
- Hibi, T m fl (2009) Coping strategy when patients with quiescent Crohn's disease recognize that their conditions are worsening. *Journal of Gastroenterology*, 44, 1109-1112.
- Jahren Kristoffersen, N (2005) Stress, coping och livsstilsförändringar. I: Jahren Kristoffersen, m fl (Red) *Grundläggande omvårdnad 3*. Stockholm: Liber AB, s 206-270.
- Jones, M P m fl (2006) Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4, 474-481.
- Kinash, R G m fl (1993) Coping patterns and related characteristics in patients with IBD. *Rehabilitation Nursing*, 18, 12-19.
- Knowles, S R m fl (2011) Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17, 2551-2557.
- Larsson, K m fl (2008) Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 139-148.
- Lazarus, R S & Folkman, S (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer publishing company, Inc.
- Löfberg, R (2006) *IBD Handboken* (4e upplagan). Malmö: Ferring.
- Mukherjee, S m fl (2002) An insight into the experiences of parents with inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 355-363.
- Nielsen, C & Stubberud, D-G (2011) Omvårdnad vid sjukdomar i mag-tarmkanalen. I: Almås, H m fl (Red) *Klinisk omvårdnad 1* (2a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 427-446.

Polit, D F & Beck, C T (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th edition). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Schneider, M A m fl (2009) 'One sip won't do any harm . . .': temptation among women with inflammatory bowel disease/irritable bowel syndrome to engage in negative dietary behaviours, despite the consequences to their health. *International Journal of Nursing Studies*, 15, 80-90.

Smolen, D M & Topp, R (1998) Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterology Nursing*, 21, 112-118.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnummer: 2005-105-1.

Willman, A m fl (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3e upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Bilaga 1: Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod modifierad från Carlson & Eiman (2003)

Bilaga 2: Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod modifierad från Carlson & Eiman (2003)

Bilaga 3: Artikelmatriser

Bilaga 1 Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod modifierad från Carlson & Eiman (2003)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat= 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med IBD	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultat (citatt, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Totalpoäng (max 48 p)	p	p	p	p
p				
%				
Grad				

Grad I:80%
 Grad II:70%
 Grad III:60%

Bilaga 2 Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod modifierad från Carlson & Eiman (2003)

Abstract (syfte, metod, resultat= 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med IBD	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultat	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Totalpoäng (max 47)	p	p	p	p
p				
%				
Grad				

Grad I: 80%
Grad II: 70%
Grad III: 60%

Bilaga 3 Artikelmatriser

Author	Cooper et al
Publishing year	2010
Country	United Kingdom
Title	Beliefs about personal control and self-management in 30-40 year olds living with inflammatory bowel disease: a qualitative study.
Aim/Purpose	To explore participants' beliefs about their role and the role of others in controlling and managing their condition. Participants were encouraged to discuss their strategies of self-management, or what 'things they did' as part of managing their condition.
Design	A qualitative approach was used comprising 24, one-to-one, semi-structured interviews. Interviews were transcribed verbatim and the data analysis was informed by existing theories of personal control and used the 'systematic framework analysis' approach.
Sample	Participants aged 30-40 years with a histological diagnosis of IBD for at least 12 months were eligible and recruited by gastrointestinal specialist staff from outpatient clinics at a large National Health Service Trust in the United Kingdom. Individuals were excluded if they had experienced an exacerbation of symptoms requiring any period of inpatient admission within the previous 4 weeks. Additional exclusion criteria included participants unable to give informed consent. 24 individuals were included.
Results	One main theme emerged from the findings: 'Reconciliation of the self in IBD', this was supported by three sub-themes and eight basic themes. Some participants found that being unable to control and predict the course of their condition was distressing, however for others this limited control was not viewed as a negative outcome. Being able to share control of IBD with specialist health care staff was beneficial, and participants stated that other priorities in life were as equally important to manage and control. A key barrier to ensuring greater personal control and self-management was a lack of knowledge and awareness by non-specialist health care staff, employers and the wider society.
Quality	Rate I (83 %)

Author	Fletcher et al
Publishing year	2008
Country	Canada
Title	I am doing the best that I can! Living with inflammatory bowel disease and/or irritable bowel syndrome (Part 2).
Aim/Purpose	To explore the lived experiences of women diagnosed with IBD and/or IBS. The research question was: what are the coping strategies used by women with IBD and/or IBS?
Design	The data were collected using an e-mail interview, a background questionnaire and a semi structured interview completed in-person. The data were analyzed for trends using phenomenology to direct the analysis.
Sample	Eight women formally diagnosed with IBD and/or IBS, between the ages of 20 and 22 were recruited via on-campus posters and word-of-mouth from a university in Ontario, Canada. Five had IBS, two had IBD and one had both IBD and IBS.
Results	Positive attitude, support, controlling the situation and surroundings, distraction/ignoring the problem, relaxation techniques and education/knowledge were coping strategies reported by the women.
Quality	Rate II (79 %)

Author	Hall et al
Publishing year	2005
Country	United Kingdom
Title	The fight for ‘health related normality’: a qualitative study of the experiences of individuals living with established inflammatory bowel disease (IBD).
Aim/Purpose	The purpose of the study was to use a grounded theory approach in order to gain a better understanding of the perspectives and experiences of individuals with IBD and a poor quality of life.
Design	Qualitative data from 15 individual interviews and three focus groups were analyzed using a grounded theory approach.
Sample	A total of 283 fully completed UK-IBDQ questionnaires (that measures the health-related quality of life for individuals with IBD) were received from a community-based population in the north-east of England as part of an earlier investigation. All participants had established IBD, defined as more than two years since diagnosis. The lowest scoring quintile (58 individuals) was invited to participate in this study. The rationale being that these individuals would have the richest range of experience from which to sample. Individuals were initially contacted by letter via their general practitioner and non-respondents were followed up by a second written invitation. In total, 44 (75.9%) agreed to take part. Interviews continued on a theoretical sampling basis until saturation of themes was reached. A total of 31 individuals participated in the research (19 female and 12 male). Fifteen took part in individual interviews and 16 in 3 focus groups (1 female (n= 7), 1 male (n= 6) and 1 mixed (n= 3)).
Results	Open and axial coding resulted in the emergence of the following main categories: health-related normality, restricted freedom, coping strategies, gaining control of disease, willingness to self-manage, reluctance to consult physicians, perceived necessity of medication and a wide knowledge range. Further selective coding focused on a more in-depth analysis of the core theme of health-related normality. This enabled the generation of a theoretical framework that helped to gain a fuller understanding of how individuals understood and coped with their illness and how this affected other aspects of their lives.
Quality	Rate II (79 %)

Author	Hibi et al
Publishing year	2009
Country	Japan
Title	Coping strategy when patients with quiescent Crohn's disease recognize that their conditions are worsening.
Aim/Purpose	The purpose was to investigate how quiescent CD patients cope with their conditions worsening and to analyze the factors related to their coping strategies.
Design	A semi-structured interview was conducted to collect information on how quiescent CD patients coped with their worsening conditions. A draft questionnaire was created based on the interview and was confirmed to have face validity by an IBD specialist. After a pilot test was conducted in two patients with CD, the main survey was carried out. The questionnaire included coping with worsening conditions, disease state, and demographic characteristics. Data were collected by a questionnaire survey and review of medical care records.
Sample	Patients diagnosed as having CD and who visited the IBD outpatient clinic at Keio University Hospital from June to October 2003 were enrolled in the main survey. To identify quiescent patients the criterion for eligibility was a Crohn's disease activity index (CDAI) score that had been below 150 for at least one month. 85 cases met the recruitment criteria. The final number of analyzable patients was 76 (89.4%). Two patients declined to participate, seven patients failed to return the questionnaire.
Results	The total percentage of subjects who adopt the strategy of "change contents of meals" 'always' or 'often' was approximately 70%. On the other hand, the strategy of "see a doctor immediately" was approximately 20% in total of 'always' or 'often'. When 'sometimes' was added, "take extra medicine" was approximately 42%. The subjects with experience of hospitalization within 3 years, presence of supplemental elemental diet, or 1 year or less interval since last relapse showed a significant tendency to adopt the coping strategy of "take (add to) elemental diet." The experience of bowel resection showed a significant relation to the coping strategy of "skip some meals". Married subjects showed a tendency to adopt the coping strategy of "see a doctor immediately" and "take a day off/take a rest". Full-time employees did not adopt the coping strategy of "take a day off/take a rest". There was no significant related factor to "change content of meals" or "take extra medicine".
Quality	Rate II (77 %)

Author	Jones et al
Publishing year	2006
Country	Canada
Title	Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease.
Aim/Purpose	The study sought to evaluate specifically the relationships between psychiatric distress, alexithymia, somatosensory amplification, coping strategies, and interpersonal support between healthy controls, patients with IBS, and patients with IBD at a largely secondary level of care.
Design	Participants completed the Ways of Coping Questionnaire (WOC), the Interpersonal Support Evaluation, Symptom Checklist-90-revised, IBS-Quality of Life (QOL), and IBD-QOL. Participants also completed the Toronto Alexithymia Scale and Somatosensory Amplification Scale. Multiple data analyses were carried.
Sample	Adult patients with IBD and IBS were recruited from the gastroenterology clinic at Northwestern University. The majority of patients (>85%) were referred from primary care whereas the remainder were either referred from other gastroenterologists (10%) or were self-referred. Patients with IBD were required to have active, biopsy examination-proven Crohn's disease or ulcerative colitis of any extent or severity excluding proctitis. The study population included 55 controls, 74 IBS patients and 48 IBD patients.
Results	The IBS and IBD patients had higher scores on measures of psychiatric distress, alexithymia, and somatosensory amplification than controls, but did not differ from one another. QOL scores did not differ between patients with IBS and IBD. Patients with IBS and IBD reported significantly less interpersonal support than controls. In the WOC controls identified planful problem solving as the dominant coping strategy whereas patients with IBS and IBD relied significantly less on planful problem solving and positive reappraisal and more on escape-avoidance strategies. Most frequently used coping strategies among IBD patients, presented in descending order: 1. Seeking social support. 2. Planful problem solving. 3. Self-controlling. 4. Confrontative coping. 5. Distancing. 5. Accepting responsibility. 7. Escape-Avoidance. 8. Positive reappraisal.
Quality	Rate II (70 %)

Author	Kinash et al
Publishing year	1993
Country	Canada
Title	Coping patterns and related characteristics in patients with IBD.
Aim/Purpose	The aim was to examine the coping behaviors, personality, and mood characteristics of 150 nonhospitalized adults with inflammatory bowel disease (IBD).
Design	<p>Self-report questionnaires and interviews were used to collect the data. Coping responses were measured with the Jalowiec Coping Scale (JCS). The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) and Beck Depression Inventory (BDI) were used to ascertain other characteristics.</p> <p>JCS was used to measure the use of coping strategies. The scale consists of 40 items describing coping behaviors, problem and affective oriented. Participants were asked to rate, on a five-point scale (0=never, 4=always) how often each strategy was used to cope with IBD.</p>
Sample	The sample was drawn from patients of three physicians specializing in gastroenterology at university teaching hospital. Those invited were over 16 years of age, were able to communicate adequately in the English language, had been diagnosed with CD or UC at least one year before, were either in the active or inactive phase of the disease, and were not hospitalized at the time of the study. Of the 205 patients approached, 54 declined participation. Some of the reasons for not participating were due to the personal nature of the illness, unclear diagnosis, and too-recent diagnosis. 88 patients with CD and 62 with UC composed the study sample.
Results	<p>Coping methods most commonly used: 1. Try to maintain some control over the situation. 2. Try to look at the problem objectively and see all sides. 3. Try to find out more about the situation so as to handle it better. 4. Think through different ways to solve the problem or handle the situation. 5. Accept the situation as it is.</p> <p>Coping methods least commonly used: 1. Drink alcoholic beverages. 2. Let someone else solve the problem or handle the situation. 3. Blame someone else for one's problems or situations. 4. Meditate; use yoga, biofeedback, or "mind over matter". 5. Take drugs.</p> <p>Personality: Women with IBD scored higher on psychoticism than would normal women. Apart from this variation, the patients with IBD are no different on personality dimensions than any other group of individuals.</p> <p>Mood characteristics: patients with Crohn's disease scored significantly higher on the depression inventory than did patients with ulcerative colitis.</p>
Quality	Rate II (74 %)

Author	Larsson et al
Publishing year	2008
Country	Sweden
Title	Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity.
Aim/Purpose	The aim of the study was to examine health-related quality of life for patients with ulcerative colitis and Crohn's disease in exacerbation of disease, which situation-specific coping strategies patients use to cope with disease activity, and if coping is associated to HRQoL and emotional well-being.
Design	<p>A postal questionnaire including a letter of information about the study was sent to the patients. The questionnaire included measures of demographic and disease-related characteristics, coping strategies, HRQoL, and emotional distress. The participants filled out the following scales and surveys: Jalowiec Coping Scale (JCS), Short Form-36 Health survey, Short Health Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale.</p> <p>JCS was used to measure the use of coping strategies. The scale consists of 60 items describing coping behaviors classified by Jalowiec into eight coping styles. Optimistic, supportant, confrontive, self-reliant, palliative, evasive, fatalistic and emotive. Participants were asked to rate, on a four-point scale (0= never used, 3= often used) how often each strategy was used to cope with IBD.</p>
Sample	<p>Patients with UC or CD who attended the Departments of Gastroenterology or Surgery at Uppsala University Hospital, Sweden, during 1999 to 2003 were invited to participate in the study (n=1099). Inclusion criteria were diagnosis of UC or CD, age 18–65 years, and residents within the hospital catchment area at the time of the study. 742 patients (71%) responded to the questionnaire. Among them, 554 (75%) answered “no” and 166 (22%) answered “yes” to the question of increased disease activity. The 166 patients with increased disease activity were the final sample.</p>
Results	<p>Patients with increased disease activity reported impaired HRQoL and emotional distress. This was more prevalent among patients with CD, as compared to patients with UC. Optimistic, self-reliant and confrontive coping strategies were most frequently used to manage stressors, with no differences found between patients in exacerbation or remission or between patients with UC or CD. Coping styles used by patients in exacerbation, presented in descending order: 1. Optimistic 2. Confrontive 3. Self-reliant 4. Fatalistic 5. Evasive 6. Palliative 7. Supportant 8. Emotive</p> <p>The five most frequently used coping strategies used by patients in exacerbation, presented in descending order. 1. Wish that the problem would go away (evasive) (often 69.3% sometimes 22.9%) 2. Tried to keep the situation under control (confrontive) (often 63.9% sometimes 28.9%) 3. Hoped that thing would get better (optimistic) (often 62.7% sometimes 27.7%) 4. Tried think positively (optimistic) (often 55.4% sometimes 38.9%) 5. Tried to keep my feelings under control (self-reliant) (often 51.8% sometimes 31.9%).</p>
Quality	Rate I (83 %)

Author	Mukherjee et al
Publication year	2002
Country	USA
Title	An insight into the experiences of parents with inflammatory bowel disease
Aim/Purpose	To identify parents' views, both positive and negative on: how inflammatory bowel disease (IBD) affects people in their parenting role; effects parents with IBD have noticed in their children; ways of dealing with any difficulties in parenting; and support needed by parents with IBD.
Design	Thirteen parents attended one of four focus groups and eleven were interviewed one-to-one. Apart from two occasions when interviewees requested not to be tape recorded, all focus groups and interviews were tape recorded and transcribed. Two researchers read all the transcripts from the focus groups to identify themes and agreed a framework for allocating the data to a series of charts. The work of charting was carried out by two researchers, one taking responsibility for interviews and the other for focus groups. After charting each transcript, the researcher checked the written materials (lists and time lines) produced by the participants for any new data. Data from the focus groups and interviews were charted separately. There was no difference in the issues emerging from the two sources, so it was decided that the interview and focus group data could be reported together.
Sample	A purposive sample of 19 mothers and five fathers with IBD was recruited through two hospitals and a voluntary group in the north of England. Criteria for inclusion were that the person be a parent of a child up to 16 years of age, and diagnosed as having IBD for at least 1 year. Consultants in two gastroenterology clinics assisted with recruitment, passing information leaflets on to potential participants. In addition, a local support group sent information leaflets to all members likely to have children. In total, 24 patients were recruited into the study.
Results	The main positive effect for parents was developing a closer relationship with their children. When parents were experiencing symptoms there were difficulties in caring for young children; problems taking children to and from school, and attending school events; restrictions in social life; irritability and reduced tolerance of children. When in hospital, it was sometimes difficult to arrange for care of young children. These difficulties caused worry and guilt for parents, and a few spoke of periods of depression. Parents noticed that their children seemed caring and understanding of illness, but were also anxious when the parent was ill or in hospital, and reacted with anger or frustration to restrictions in social activities. Strategies commonly used to deal with difficulties were turning to family for support and trying to control symptoms. Support from health professionals was variable. Parents wanted more practical assistance, information for families on the effects of IBD, and support in coping with the condition. Awareness-raising about IBD was considered important within health, social services, education and housing departments.
Quality	Rate I (83 %)

Author	Schneider et al
Publiceringsår	2009
Country	Canada
Title	‘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.
Aim/Purpose	The purpose of the research was to explore the dietary lived experiences of university-aged women suffering from inflammatory bowel disease (IBD) and irritable bowel syndrome (IBS).
Design	Data were collected with semi structured interviews. The research team analyzed the transcripts using the guiding principles of phenomenology, and particularly heuristic inquiry. Each team member analyzed the data independently at first, and then convened to discuss their respective findings. Upon doing so, the categories and themes were finalized, once consensus was reached. Both methods triangulation and investigator triangulation were used to enhance the credibility of the data analysis.
Sample	A purposive sample of eight women living with IBD/IBS was recruited on a southwestern Ontario, Canada university campus via recruitment postings and word-of-mouth. These women were between the ages of 18 and 23 years and each met the sole inclusion criterion of having received a formal diagnosis of IBD or IBS before the study.
Results	The findings indicate that these women occasionally felt compelled to give into dietary temptations, despite the consequences to their health. The decision-making process they used when considering these negative health behaviors involved three personally controlled parameters. These three parameters included: assessing the cost–benefit relationship before engaging in these behaviors; having a physical and/or psychological reliance on medications to treat resulting symptoms; and through controlling the timing and surroundings in which they indulged in these negative dietary behaviors.
Quality	Rate I (85 %)

Authors	Smolen, D M & Topp, R
Publishing year	1998
Country	Canada
Title	Patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being.
Aim/Purpose	To predict the perceived health, functioning, and well-being among patients with IBD through the use and effectiveness of various coping methods.
Design	A descriptive survey design was used to collect data. Participants were asked to complete three questionnaires, the Jalowiec Coping Scale (JCS), the Health Status Questionnaire (HSQ), and a demographic questionnaire. JCS was used to measure the use and effectiveness of coping strategies. The scale consists of 60 items describing coping behaviors classified by Jalowiec into eight coping styles. Optimistic, supportant, confrontive, self-reliant, palliative, evasive, fatalistic and emotive. Participants were asked to rate, on a four-point scale (0= never used, 3= often used) how often each strategy was used to cope with IBD and to rate the effectiveness of the used strategy (0= not helpful, 3= very helpful). The 39-item HSQ was used to measure perceived health, functional status and depression.
Sample	Patients of two physicians specializing in gastroenterology who attended the GI clinic of a university teaching hospital (N=18), individuals who attended a Crohn's and Colitis Foundation support group (N=21) and individuals from the community (N=21) were invited to participate in the study. They had to be over 16 years, able to communicate in English, diagnosed with IBD at least one year before the study and not hospitalized at the time of the study. Of the 52 patients approached, all agreed to participate. A total of 46 (88.5 %) were included in the data analyses. One person did not fit the study criteria; three did not return the survey; two questionnaires were incomplete.
Results	Results indicate that use of evasive, fatalistic and emotive coping methods along with optimistic coping effectiveness were significantly inversely correlated with health perception and well-being. No coping effectiveness variables and only the use of evasive, fatalistic, and supportive coping methods were significantly inversely correlated with perceived functioning. Regression analysis indicated that 20% of the variance in health perception could be predicted from the use of emotive coping method. Fatalistic coping method use explained 24% of the variance in perceived functioning. Finally, 51% of the variability in perceived well-being could be predicted from the use of fatalistic coping method and the effectiveness of optimistic method. These findings indicate that emotion-focused coping methods are important predictors of the health, functioning, and well-being perceptions of patients with IBD. The most frequently used coping methods are presented in descending order: 1. Optimistic 2. Self-reliant 3. Confrontive 4. Supportant 5. Palliative 6. Evasive 7. Fatalistic 8. Emotive. The most effective coping method: 1. Supportant 2. Optimistic 3. Confrontive 4. Palliative 5. Self-reliant 6. Evasive 7. Fatalistic 8. Emotive
Quality	Rate 1 (81%)

