



Coping hos patienter med reumatoid artrit och sjuksköterskans omvårdnadsfunktion

**Författare: Maria Bull, Kristina Pettersson & Charlotte Runegrund
Handledare: Eva Söderman**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:H**

**Institutionen för omvårdnad
Januari 2003**

Arbetets titel:	Coping hos patienter med reumatoid artrit och sjuksköterskans omvårdnadsfunktion
	Coping strategies for patients suffering from rheumatoid arthritis and the function of the nurse as a tending entity
Författare:	Maria Bull, Kristina Pettersson och Charlotte Runegrund
Handledare:	Eva Söderman
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Antal sidor:	40
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:H
Datum:	Januari 2003

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is one of today's commonly suffered syndrome which brings on various symptoms, the predominant one being pain. The pain symptoms are subjective and largely affecting the patient's life situation. In order to manage the resulting negative effects, coping strategies are used. The aim of this study was to investigate which different types of coping strategies are available for patients suffering from rheumatoid arthritis and which role the nurse is playing when choosing between the various strategies. The chosen methodology was a study of literature based on current scientific research. Factors influencing coping are sex, age, pain, mobility, depression, stage of syndrome, and financial status. There are two types of coping; emotion-focused coping and problem-focused coping. Emotion-focused is focusing on limiting the unpleasant sensations whereas problem-focused is focusing on active problem solving. In order to achieve a comprehensive treatment of the syndrome the use of both strategies is required. In the first stages the emotion-focused strategies, such as optimism and denial, are most common. This is required as to manage all the emotions and quandaries triggered by becoming aware of the syndrome. First by accepting it, the patient is more receptive to problem-focused strategies, e.g. confrontation. The responsibility of the nurse is to interpret the patients' perception of the syndrome. Through awareness of all circumstances the ability to develop and enhance the necessary coping strategies is improved.

Keywords: emotion-focused coping, pain, problem-focused coping, rheumatoid arthritis, the role of the nurse

Nyckelord: emotionellfokuserad coping, problemfokuserad coping, reumatoid artrit, sjuksköterskerollen, smärta

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Reumatoid artrit	1
Epidemiologi	1
Orsak	2
Diagnostisering	2
Symtom	3
Smärtbegreppet	3
Akut och kronisk smärta	4
Smärtproblem hos reumatiker	4
Behandling vid kroniska smärttillstånd	5
Alternativa behandlingsmetoder	6
Stressorer	7
Copingbegreppet	7
Typer av coping	8
Problemfokuserade copingstrategier	8
Logiska analyser och mentala förberedelser	9
Omdefiniera den hotfulla situationen	9
Söka information	9
Lös problem	9
Acceptera	10
Emotionellfokuserade copingstrategier	10
Söka alternativa former för tillfredsställelse	10
Emotionell återhållsamhet	10
Förneka det hotfulla	11
Ge utlopp för känslor	11
Coping och kronisk smärta	12
Sjuksköterskans roll	12
SYFTE	14
Frågeställningar	14
METOD	14
Urval och urvalskriterier	15
Bearbetning och analys av artiklarna	18
RESULTAT	19
Faktorer som påverkar copingstrategier	19
Kön	19
Ålder	19
Ekonomisk status	20

Smärta	21
Rörlighet.....	21
Depression.....	22
Sjukdomsfas	22
Graden av försämring.....	23
De vanligaste copingstrategierna hos patienter med RA	23
Problemfokuserad coping	23
Konfronterande copingstrategier	24
Informationssökning	24
Fysisk aktivitet.....	24
Emotionellfokuserad coping	26
Positiva emotionella copingstrategier	26
Negativa emotionella copingstrategier	26
Sjuksköterskans roll	27
Bedömning	27
Planering	28
Genomförande.....	29
Utvärdering	30
DISKUSSION	30
Metoddiskussion	30
Resultatdiskussion.....	31
KONKLUSION	36
Källförteckning	38

INLEDNING

Coping är något som alla människor mer eller mindre använder sig av någon gång under livets resa. Som blivande sjuksköterskor fann vi ämnet intressant, då det kommer att vara en del i vår stödjande yrkesroll. Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap om varför och hur människor hanterar kroniska sjukdomstillstånd i syfte att lindra lidande och främja välbefinnande.

BAKGRUND

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA), som också kallas kronisk ledgångsreumatism, är ett kroniskt tillstånd med inflammation i ledernas ledhinna (Grewin, 1994). Engström-Laurent, Leden, Nived och Sturfelt (1994) definierar reumatoid artrit som en *”kronisk, systematisk, inflammatorisk sjukdom av okänd etiologi som kännetecknas av det sätt på vilket kroppens leder engageras”* (s. 18). Redan i det antika Grekland beskrev Hippokrates olika ledsjukdomar i sina skrifter. Ordet reumatism härstammar från grekiskans *rheuma* vilket betyder flöde och syftar till att människan på den tiden ansåg att sjukdom berodde på obalans i kroppsvätskorna. År 1800 publicerade fransmannen Augustin-Jacob Landré-Beauvais den första kliniska beskrivningen av reumatoid artrit hos nio kvinnor. Först under 1800-talet började patienterna att regelbundet kliniskt undersökas och sedan jämfördes resultaten med obduktionsfynd (Engström-Laurent et al., 1994; Engström-Laurent, 1996).

Epidemiologi

Nitelius (1999) beskriver ledgångsreumatism som en av våra stora folksjukdomar som innefattar cirka 0,5-1 % av Sveriges befolkning vilket innebär cirka 60000 individer. Sjukdomen förekommer överallt i hela världen men är tre gånger vanligare bland kvinnor och insjuknandet sker främst i 40-65-års ålder. Engström-Laurent (1996) skriver att studier har visat på att det förekommer en ökad morbiditet och mortalitet bland RA-patienter.

Orsak

Den utlösande faktorn till att människor drabbas av reumatoid artrit är fortfarande okänd (Engström-Laurent, 1996). Vad som däremot är känt är att ledgångsreumatism är ett autoimmunt sjukdomstillstånd då immunförsvaret börjar angripa den egna organismen (Nystrand, 1998). T-lymfocyter aktiveras av någon okänd antigen i lederna och denna aktivering leder till att makrofager och granulocyter kallas till området och börjar bryta ned brosk och ledvävnad (Engström-Laurent, 1996). Vad den egentliga orsaken till sjukdomen är alltså fortfarande okänd men det diskuteras om vad som kan utlösa sjukdomen. Nystrand (1998) skriver om flera tänkbara orsaker. Infektion är en av dessa, men det har dock inte kunnat bevisas att så är fallet. En annan teori är proteinet kollagen II som vid djurförsök har visat sig framkalla den autoimmuna reaktionen.

Diagnostisering

Vid diagnostisering av sjukdomar med okänd etiologi används ofta diagnostiska kriterier. En reumatikerorganisation vid namn American College of Rheumatology har ställt samman sju olika kriterier som ska gälla vid diagnostisering av reumatoid artrit. Kriterierna innefattar a) morgonstelhet i minst en timme, b) svullnad av tre eller fler leder c) svullnad av antingen handled, knogled eller fingerled närmast knogen d) symmetrisk svullnad, det vill säga samtidig engagemang av samma led på den andra sidan e) förekomst av subkutana noduli f) reumatoidfaktor g) förekomst av röntgenverifierade förändringar i lederna (Engström-Laurent et al., 1994; Engström-Laurent, 1996; Ericson & Ericson, 2002).

Ledgångsreumatism är ofta i det tidiga skedet svårt att diagnostisera. Även när patienten fått diagnosen kan symtomen variera i intensitet och med tiden. Det finns en rad olika blodprover som kan användas, men tyvärr får patienten ha i åtanke att inget blodprov kan garantera en korrekt diagnos. Vad som undersöks är om patienten har RA-faktorn som förekommer hos 70 % av patienterna. Andra blodprover är CRP och SR som ofta ökar, likaså följs blodstatus med röda och vita blodkroppar, trombocyter och Hb. Ledröntgen kan ge information om förändringar i leden såsom urkalkning, benerosion eller förändrat ledspaltutrymme (Engström-Laurent et al., 1994; Engström-Laurent, 1996).

Symtom

Symtomdebuten varierar från individ till individ. I de flesta fall ökar symtomen sakta under veckor och månader med alltmer ömmande, smärtande och stela leder. Först i början engageras oftast bara någon enstaka led för att sedan förökas till alltfler. Ett viktigt diagnostiskt symtom är morgonstelheten som kan kvarstå under flera timmar. Andra och mer allmänna symtom är ökad trötthet, viktnedgång, sjukdomskänsla och subfebrilitet. Sjukdomen fortgår i så kallade skov, det vill säga perioder av ökad sjukdom. Detta skiljer sig dock mellan individer. Genom hela sjukdomsförloppet är det smärtan som är det dominerande problemet även om stelhet och funktionsnedsättning också plågar den drabbade (Engström-Laurent et al., 1994; Nitelius, 1999).

Smärtbegreppet

Smärta är ett samlingsbegrepp för subjektiva upplevelser med en olustbetonad karaktär. Akut smärta kan ses som en varningssignal som talar om för oss att någon vävnad i kroppen håller på att skadas. Detta är en signal som vi bör lyssna till och försöka åtgärda. Vår förmåga att känna smärta är livsnödvändig. Smärtsinnet fyller en viktig funktion, men ibland kan smärtan bli en långvarig plåga (Nisell & Lundeberg, 1999; Nystrand & Röhl, 1999). Den smärta som uppstår när vi slår oss eller drabbas av vissa sjukdomar kan betraktas som naturlig, medan långvarig smärta ibland är mer oförklarlig och svår att behandla. Trots att ordet smärta är ett vanligt förekommande ord är det inte lätt att förklara vad som egentligen menas. Den internationella smärtforskningsorganisationen (IASP= International Association for the Study of Pain) har definierat smärta på följande sätt: *”Smärta är en obehaglig sensorisk eller emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada”* (Brattberg, 1995, s.18).

Smärta är alltid individuell. Orsaken till smärtan kan dock variera. Fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer kan påverka hur smärtan upplevs och uttrycks. Smärtan är alltså en komplicerad privat upplevelse av lidande, ett svar på mekanisk, kemisk eller termisk stimulering. Smärta är följaktligen ett symtom, ett resultat av individens reaktion på sjuklig stimulering (Brattberg, 1995; Nisell & Lundeberg, 1999).

Akut och kronisk smärta

Nociceptiv smärta, vävnadssmärta, är den vanligaste typen av smärta som vi känner när någon vävnad i kroppen skadas eller på väg att skadas. Alla hastigt påkomna smärtor kallas akut smärta. Det kan handla om trauma med vävnadsskada, inflammation i inre organ, operativa ingrepp, kemisk påverkan, nervskador och mycket annat (Redke, 2000). Akut smärta är en varningssignal. Det kan vara tecken på skada eller sjukdom och ge individen tecken på att söka läkare för undersökning, utredning och eventuellt behandling. Akut smärta är därför meningsfull. Långvarig, kronisk smärta är däremot för det mesta meningslös. Långvarig nociceptiv smärta kan orsakas av inflammatoriska sjukdomar som till exempel ledgångsreumatism. Inflammationen påverkar vävnadens receptorer så att de mer eller mindre ständigt signalerar smärta. Vävnadsskadan behöver inte finnas kvar och då är smärtan inte längre någon varningssignal. Med kronisk smärta menas vanligen smärta som varat längre tid än sex månader. Det är ingen skarp tidsgräns, en smärta kan sägas vara kronisk när den har suttit i längre än förväntat efter sjukdom och skada. Ordet kronisk ger ett intryck av hopplöshet, både hos patient och hos behandlare. Kronisk smärta går att behandla även om den inte alltid går att bota. Därför bör begreppet kronisk överges och istället bör begreppet långvarig smärta användas. Den akuta smärtan följs ofta av ångest medan individer med långvariga, kroniska smärtor inte sällan har depressiva symtom. Akut smärta kan i allmänhet behandlas effektivt medan kronisk smärta kan vara mycket svårbehandlad (Brattberg, 1995; Brattberg & Stenlund, 1998; Nystrand & Röhl, 1999).

Smärtproblem hos reumatiker

Trots att besvär med stelhet och funktionsnedsättning kan vara framstående är smärtan oftast det som är det mest besvärande problemet för reumatikerpatienten. Smärtan hos den nyinsjuknande beror på den inflammatoriska reaktionen i leder och omgivande strukturer såsom ligament och senor, detta medför retning av smärtreceptorer. Det är här fråga om nociceptiv smärta. Karaktären på smärtan är viktig att känna till för att kunna skilja den inflammatoriska smärtan från andra orsaker till smärta som förslitning eller överansträngning. Vid exempelvis reumatisk ryggsjukdom är smärtan, som är kopplad till stelhet, värst på natten eller tidigt på morgonen och minskar när patienten kommer upp och rör på sig. Hos patienter som har haft sin reumatiska sjukdom under flera år kan

smärtan, förutom inflammation i ledkapseln, bero på förstörda leder (destruktioner). Detta leder till felställning med snedbelastningar i till exempel fötter som smärtar vid belastning och det blir svårt att gå även kortare sträckor. Inflammation i blodkärl kan leda till ischemismärta i fingrar och tår med svårläkta smärtande sår men även brännande, stickande eller neuropatisk smärta kan uppkomma. Trötthet, infektioner eller lågt blodvärde kan leda till att smärtkänsligheten ökar. Psykologiska faktorer som oro och ängslan kan givetvis också bidra till att öka smärtkänsligheten. Däremot kan ett välfungerande socialt liv, meningsfullt arbete och fritidsverksamhet ge psykologiskt positiva effekter och minska smärtproblematiken (Nisell & Lundeberg, 1999).

En reumatiker har ständigt en viss värk men vänjer sig, eller snarare lär sig att leva med sin smärta. Plötslig förändring av smärtan är en viktig varningssignal och kan peka på ett skov eller komplikation såsom fraktur, infektion, annan sjukdom eller biverkan till mediciner (Nisell & Lundeberg, 1999).

Behandling vid kroniska smärttillstånd

Eftersom ingen vet vad reumatoid artrit beror på går det inte att vare sig bota eller förebygga sjukdomen. Vid behandling av reumatoid artrit fokuseras det därför på att lindra smärta och i möjligaste mån förbättra rörelsefunktionen (Engström-Laurent, 1996). Nitelius (1999) menar att målsättningen med behandlingen är att dämpa inflammationen, lindra smärta och stelhet, begränsa skador på brosk och ben och behålla funktionsförmågan.

Behandling av patienter med funktionsnedsättning och smärttillstånd som följd av reumatisk sjukdom kräver ofta ett nära samarbete mellan olika vårdgivare såsom sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare och kurator. Dessa bildar det reumatologiska teamet. Sjuksköterskan är tillsammans med läkaren spindeln i nätet och samordnar behandlingsinsatserna, förmedlar kunskap om bland annat sjukdomssymtom och medicinsk behandling. Tillsammans med läkaren är hon ansvarig för läkemedelsinformationen, och hon är överhuvudtaget en mycket viktig person för patienten när det gäller frågor om behandling, kontroller och provtagningsrutiner (Nisell & Lundeberg, 1999; Nitelius, 1999).

All smärta kan lindras, även om den inte alltid helt kan botas. Numera finns en mängd olika behandlingsmetoder mot smärta, alltifrån receptfria läkemedel till avancerade tekniker. Vid svår och långvarig smärta kombineras ofta flera metoder. För att smärtbehandlingen ska kunna ge bästa möjliga resultat måste den, skraddarsys, individualiseras (Nystrand & Röhl, 1999).

Eftersom inflammationen vid reumatiska sjukdomar är en huvudsaklig orsak till smärta och funktionsnedsättning syftar behandlingen i första hand till att dämpa den inflammatoriska aktiviteten, även långsiktigt. Modern reumatologisk forskning har visat att kraftfull inflammationsdämpande medicinering kan påverka sjukdomsförloppet i gynnsam riktning, framförallt om behandlingen sätts in i ett tidigt skede av sjukdomen. Det har visat sig att det inte bara går att uppskjuta sjukdomen utan även förhindra skador på brosk och ben. För den som har akuta problem med värk och stelhet kan dock symtomlindring kännas som det mest angelägna behovet. Tyvärr finns det inget läkemedel som samtidigt kan ge både snabb symtomlindring och tillräckligt effektiv inflammationsdämpning. Därför behövs ofta en kombination av läkemedel med olika verkningsmekanismer för att målsättningen med behandlingen ska kunna uppfyllas (Ericsson & Ericson, 2002; Nisell & Lundeberg, 1999; Nitelius, 1999).

Alternativa behandlingsmetoder

Till de alternativa behandlingsmetoderna räknas bland annat diet, homeopatiska medel och andra naturmedel, akupunktur, TENS, zonerapi och kiropraktik. Dessa metoder ligger vid sidan om den så kallade skolmedicinen och utanför den naturvetenskapliga grund som traditionell behandling vilar på. Effekten av alternativmedicinska metoder är sällan vetenskapligt bevisad (Nisell & Lundeberg, 1999; Nitelius, 1999).

Kostens betydelse vid ledgångsreumatism har väckt och väcker fortfarande ett mycket stort intresse. Många har provat både fasta och diet och blivit besvikna, men många har också upplevt att de mår bättre av att förändra sina kostvanor. Veckolång fasta har i flera undersökningar visat sig ha en positiv effekt på symtomen vid ledgångsreumatism. Dock är effekten kortvarig, symtomen återkommer när patienten börjar äta igen. Mekanismen bakom förbättringen under fasta tros vara den stress som kroppen då

utsätts för. Produktionen av stresshormoner som till exempel kortisol ökar och detta dämpar tillfälligt inflammationen. Någon bestående förändring av sjukdomens förlopp har aldrig påvisats. Vetenskapliga studier har inte kunnat visa att vegetarisk kost inklusive vegankost kunnat påverka sjukdomsutvecklingen hos reumatiker. Förstörelse av brosk och ben förekommer i lika stor utsträckning hos vegetarianer som hos personer som äter normalkost. Vissa reumatiker upplever dock en symtomlindring vid övergång till vegetarisk kost. Orsaken kan vara att bakteriefloran i tarmen påverkas på olika sätt av olika näringsämnen, vilket i sin tur kan påverka immunförsvaret (Ericson & Ericson, 2002; Nisell & Lundeberg, 1999; Nitelius, 1999).

Stressorer

Kristoffersen (1998) beskriver stressorer som påfrestningar eller stressmoment. Det är olika stimuli som ger upphov till en stressreaktion. Detta kan vara en utmaning eller en belastning för individen. En sjukdom är en stor stressor i sig, den ger i sin tur upphov till en mängd andra stressorer. Patienter med akut sjukdom eller skada kan påvisa omfattande stressreaktioner. Stressfaktorerna ställer krav på individen som antingen kan innebära känslomässig bearbetning eller fysisk anpassning.

Copingbegreppet

När en individ drabbas av motgångar och svårigheter, innebär det att individens förmåga att hantera sin livssituation utsätts för en stor prövning. Coping handlar om människans förmåga att hantera prövningar och stressframkallande upplevelser och att finna lösningar till dessa utmaningar (Nilsson, 1999). Gustavsson (1999) beskriver (utifrån Lazarus, Averil & Opton, 1970; Zaruta & Manne, 1992 & Newbold, 1996) att coping som är förenad med kroniska smärttillstånd som hos RA-patienter kan delas upp mellan två copingriktningar. Den ena riktningen fokuserar på mer generella copingstrategier, alltså hur människan hanterar vardagsstress och sin vardagsituation. Den andra riktningen är mer specifik, då det fokuseras på att handskas med smärta.

Ett närbesläktat begrepp med coping är adaption, vilket inte skall förväxlas. Adaption är ett bredare begrepp och redogör för mera rutinbetonade beteenden, medan coping alltid

refererar till specifika situationer med icke rutinmässiga beteenden och som involverar någon form av stressupplevelse (Hallberg, 1992 i Gustavsson, 1999 & Lazarus, Averil & Opton, 1974 i Nilsson, 1999). Det innebär att coping handlar om den process där individen strävar att komma tillrätta med och hantera de prövningar och svårigheter som livssituationen medfört. Adaption innebär snarare att det finns en balans mellan individen och denna situation i form av en kompromiss eller anpassning till situationen (Lazarus et al., 1974 i Nilsson, 1999).

Lazarus och Folkman (1984) definierar coping med utgångspunkt från ett processperspektiv enligt vilket coping är ”*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (s. 141). Processkaraktären i denna definition framgår tydligt av att den betonar att den handlar om oavbrutet förändrade kognitiva och beteendemässiga försök att hantera specifika situationer. Den innefattar också att det finns en skillnad mellan coping och adaptiva beteenden, då den räknar coping till situationer som uppfattas som utmaningar eller prövningar i relation till individens resurser (Lazarus & Folkman, 1984).

Typer av coping

Lazarus och Folkman (1984), i Gustavsson (1999), skiljer mellan två huvudinriktningar av coping. Den första är problemfokuserad coping där individen ändrar eller hanterar en stressfull personlig-miljöbetingad relation på ett aktivt och konstruktivt sätt, för att lösa problemet. Den andra copingstrategin är känslufokuserad coping, där syftet är att lindra känslolntrycket av den stressfulla relationen. Detta åstadkommer personen genom handlingar och tankar, som indirekt skapar en gynnsam känsloreaktion. Problemfokuserad och känslufokuserad coping används ofta tillsammans och kan främja eller hämma varandra.

Problemfokuserade copingstrategier

Dessa strategier är primärt inriktade på att aktivt handskas med den svåra situation en sjukdom innebär (Kristoffersen, 1998). De problemfokuserade copingstrategierna kan antingen vara kognitiva eller beteendeinriktade. Exempel på kognitiva

problemfokuserade copingstrategier är övervägande av olika tänkbara alternativ, ta en sak i taget och förlita sig på tidigare erfarenheter. Beteendeorienterade är när patienten försöker ta reda på mer om situationen, talar med någon kunnig personal, gör något positivt åt situationen eller talar med närstående om problemet (Billings & Moos, 1981).

Logiska analyser och mentala förberedelser

Logiska analyser och mentala förberedelser avser patientens förmåga att kunna uppmärksamma en sak i taget och bryta ner en hotfull helhet i mindre, hanterbara delar. Förmågan att kunna förbereda sig mentalt inför kommande påfrestningar och att i efterhand kunna bearbeta minnen av svåra upplevelser räknas också till den logiska analysen. Det är också viktigt hur patienten lyckats tidigare i livet att klara av svåra livssituationer, att påminna sig om detta reducerar ängslan och fungerar stärkande för självkänslan (Moos, 1986).

Omdefiniera den hotfulla situationen

Detta innefattar att acceptera vad som skett men att rekonstruera det till psykologiskt mer hanterbara upplevelser. Den drabbade kan jämföra sig med andra i liknande situation och då komma till slutsatsen att det finns de som har det mycket värre och kan då uppleva den egna situationen som mer positiv (Moos, 1986).

Söka information

Information och bättre kunskap om sjukdomen ger bättre möjligheter att undersöka alternativa förhållningssätt och deras tänkbara konsekvenser. Detta bidrar på så sätt till att ge mer personlig kontroll över situationen under förutsättning att den låter sig kontrolleras och påverkas (Moos, 1986).

Lösa problem

Kompetens, positiv självbild och förmåga att kunna klara sig själv är betydelsefulla prediktorer för god anpassning vid kronisk sjukdom och handikapp. Att konfronteras med problem i sin vardag och i bästa mån försöka kompensera för de funktionsbortfall sjukdomen innebär, genom att finna olika kompenserande tekniker eller hjälpmedel, bidrar till att stärka självkänslan (Moos, 1986).

Acceptera

Att acceptera situationen för vad den är och inse att det inte är något de kan göra för att förändra den. Det innebär däremot inte att patienten är ur stånd att engagera sig i problemlösande strategier utan representerar bara det medvetna beslut att acceptera nuvarande omständigheterna (Moos, 1986).

Emotionellfokuserade copingstrategier

Dessa strategier ändrar inte på situationen utan förändrar upplevelsen av situationen. Den emotionellfokuserade copingen syftar till att minska obehag och dämpa de hotfulla känslor som uppkommer i samband med sjukdomen (Kristoffersen, 1998). Emotionellfokuserade copingstrategier kan delas in i undvikande eller beteendearikade strategier. Undvikande copingstrategier är när patienten förbereder sig på det värsta och behåller känslorna för sig själva. Beteendearikade copingstrategier är när patienten försöker se svårigheterna på ett positivt sätt, försöker få distans till situationen eller ber andra om råd och vägledning (Billings & Moos, 1981).

Söka alternativa former för tillfredsställelse

Tvingas patienten på grund av sin sjukdom avstå från något som givit livet stor mening kan upptäckten av nya värden och intressen, som han tidigare inte reflekterat över eller brytt sig om, skänka ny tillfredsställelse. De kan till och med tona ner betydelsen av sådant som tidigare betytt mycket och uppvärderar sådant som inte störs av sjukdomen (Moos, 1986).

Emotionell återhållsamhet

Vissa personer kan reagera med emotionell återhållsamhet och yttre lugn när de drabbas av svårigheter. Detta kan omgivningen tolka som förnekande men det kan vara ett effektivt sätt att modulera känslorna, att medvetet lägga vissa känslor åt sidan en tid, undvika att tänka på det svåra och sen steg för steg släppa in mer och arbeta sig igenom den svåra händelsen (Moos, 1986).

Förneka det hotfulla

Denna strategi, ofta betraktad som en psykologisk försvarsmekanism, kan dock vara framgångsrik i det att den skänker en andningspaus från akuta och överväldigande känslor. Är framtiden osäker och hotfull och det samtidigt finns lite patienten själv kan påverka, mår patienten troligen bäst av att slippa tänka på det som är svårt (Moos, 1986).

Ge utlopp för känslor

Ett sätt att förhålla sig till hotfulla händelser kan vara att öppet ge uttryck för starka känslor genom gråt, ilska eller skrik i protest mot det som skett. Känslorna kan också uttryckas på mer förvanskande och inadekvata sätt till exempel genom att skratta omotiverat, berusa sig eller tröstata ohämmat (Moos, 1986).

Moos (1986) menar att dessa copingstrategier sällan används isolerade var för sig utan snarare i olika kombinationer. Tre faktorer är av avgörande betydelse för patientens tillgång till och val av copingstrategier: demografiska faktorer och personlighetsfaktorer, situationella faktorer och sociala faktorer. Till de demografiska faktorerna och personlighetsfaktorerna hör ålder, kön, etnisk tillhörighet, socioekonomisk status, kognitiv och emotionell mognad, självförtroende, religiositet samt tidigare erfarenheter av stressfyllda händelser/kriser. Detta har betydelse för hur patienterna hanterar hälsokriser. Situationella faktorer är situationer som patienten har viss grad av kontroll över och utlöser mer probleminriktade strategier. När det gäller sociala faktorer som att ha stöd av familj, anhöriga och vänner när patienten hamnar i svårigheter ger detta tillgång till fler anpassningsalternativ eftersom en del uppgifter till fölligt kan utföras av någon annan. Det innebär också att ha tillgång till människor som kan ge ett betydelsefullt emotionellt stöd. Kristoffersen (1998) skriver att i vilket sammanhang en person utsätts för en påfrestning spelar en oerhört stor roll i hur personen agerar. Författaren skriver att det är mycket vanligare att använda sig av emotionella copingstrategier som till exempel undvikande då man kämpar mot sviktande hälsa.

Coping och kronisk smärta

Tidigare forskning har visat att coping har en betydelsefull roll vid hantering av kronisk smärta. Både känslomässig förtvivlan och smärta kan reduceras hos patienter med svår smärtproblematik, med hjälp av coping strategier. Aktiv coping vid kronisk smärta gör det möjligt för patienten att uppleva en mindre känslomässig orolighet och beroendet av analgetikamedicinering minskar (Ferrell, 1995; Turk & Meichenbaum, 1994 i Gustavsson, 1999).

Graden av kontroll har visat sig vara mycket viktig för RA-patienter på grund av att plötslig försämring är oförutsägbar. Patienternas egna utvärderingar av copingresultaten är av värde för en fortsatt lyckad coping. Det har visat att patienter som kombinerar olika copingstrategier hanterar sjukdomen bäst (Keefe & Van-Horn, 1993, i Gustavsson, 1999).

Sjuksköterskans roll

När en sjuksköterska och patient möts har det en orsak. I början är en av dem i beroendeställning gentemot den andra. För att då utveckla ett bra samarbete ligger det på sjuksköterskans ansvar att skapa en fungerande relation. Denna utveckling är dock beroende av patientens delaktighet. Det gäller alltså för sjuksköterskan att göra patienten till en del av omvårdnaden. Förutsättning för att samarbetet ska fungera är att det bygger på respekt, engagemang och tillit mellan parterna (Andersen, 1998).

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) ska all omvårdnad bedrivas med patientens välbefinnande som utgångspunkt. Grunden till detta ligger i ett respektfullt bemötande. För att omvårdnadsåtgärderna ska kunna bli så optimala som möjligt krävs en problemlösningssmodell vilken ska innefatta bedömning, planering, genomförande och utvärdering.

Andersen (1998) tar upp problemlösningssmodellen och poängterar dess betydelse i sjuksköterskans vardagliga arbete. Grunden för en riktig och professionell omvårdnadsbedömning ligger i datainsamlingen som dock pågår kontinuerligt under

samarbetets gång. Likaså planeringen sker kontinuerligt. I planeringsfasen upprättas en omvårdnadsplan med syfte att kunna konkretiseras. Det är därför viktigt att den är realistisk och genomtänkt. Vid genomförandet åtgärdas behov för att nå de mål som framarbetats. Vid utvärderingen krävs ett kritiskt förhållningssätt, då syftet med utvärderingen är att ta reda på om omvårdnaden haft den effekt och kvalitet som önskades.

Sjuksköterskan har, enligt Ericson och Ericson (2002), en central roll i omvårdnaden av RA-patienter. Hon ska kunna samordna de olika vårdinsatserna som teamet arbetar fram men framförallt finnas till för patienten. Eftersom det är sjuksköterskan som patienten möter vid samtal ska hon kunna lyssna in hur patienten mår och fungerar i sin vardag och sedan omvandla dessa känslor och upplevelser så att vardagen fungerar kring patienten. Det är sjuksköterskan som genomför smärtanalysen för att sedan hjälpa patienten att identifiera vad smärtan beror på och att komma på när den uppstår. Smärtanalysen kan hon genomföra med hjälp av VAS-skalan som är ett instrument för att mäta och beskriva subjektiv smärta. Likaså har sjuksköterskan en central roll i patientundervisningen som i sig ligger till grund för att patienten ska få uppleva ett drägligt liv. Patientundervisningen kan ske enskilt eller i grupp. Då har patienten möjlighet att öka sin kunskap angående medicinering, behandlingsformer, smärtlindring och kostfrågor.

SYFTE

Syftet med detta arbete var att beskriva vilka copingstrategier patienter med reumatoid artrit kan använda och sjuksköterskans roll vid patientens val av dessa.

Frågeställningar

Vad påverkar patientens copingstrategier?

Vilka är de vanligaste copingstrategierna?

Hur bör sjuksköterskan arbeta för att patienter med reumatoid artrit ska välja positiva copingstrategier?

METOD

Metoden för detta arbete är litteraturstudier. Backman (1998) skriver att en litteraturgranskning ger inblick i det valda området och sker genom att sammanställa litteraturen. Litteraturen har sökts på biblioteket på Högskolan i Trollhättan/Uddevalla och på Biomedicinska biblioteket på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Litteratursökningen har framförallt skett via Cinahl men även SweMed. De sökord som användes var *coping strategies*, *rheumatoid arthritis*, *nursing*, *caring*, *journal of coping*, *treatment*, *chronic* och *pain*.

För att redovisa artikelsökningens gång har en tabell skapats. Enligt Nyberg (2000) åskådliggör tabeller data på ett klart sätt. Sökresultaten redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Sammanställning av sökresultaten.

Databaser	Sökord	Begränsningar	Träffar	Urval
Cinahl	Coping strategies and rheumatoid arthritis	Peer-Reviewed	141	2
Cinahl	Nursing rheumatoid arthritis	Peer-Reviewed	62	2
Cinahl	Caring and rheumatoid arthritis	Peer-Reviewed	142	3
Cinahl	Caring and journal of and coping and rheumatoid arthritis	Peer-Reviewed	59	2
Cinahl	Treatment and rheumatoid arthritis and nursing	Peer-Reviewed	218	5
Cinahl	Nursing and rheumatoid arthritis	Peer-Reviewed	725	3
Cinahl	Rheumatoid arthritis and chronic and pain	Peer-Reviewed	647	3
SweMed	Journal of and pain and rheumatoid arthritis		3	3
Manuell sökning via referenser från artiklar				2

Urval och urvalskriterier

Sökningens primära urval skedde framförallt genom att läsa rubrikens namn. De artiklar som föreföll relevanta lästes sammanfattningen igenom. De som sedan bedömdes överensstämma med studiens syfte inkluderades i studien. Av totalt 25 artiklar valdes 17

ut för att ingå i resultatet. Artiklarna som användes i resultatet var alla granskade utifrån vetenskapliga kriterier. Enligt Backman (1998) ska det då ingå abstract, introduktion, metod, resultat, diskussion samt referenser. Artiklar tidigare än 1995 exkluderades. Allt material till resultatet kunde kopplas till antingen reumatoid artrit, coping eller kronisk sjukdom samt sjuksköterskans omvårdnadsroll. Artiklarna som uteslöts ansågs ej stämma överens med detta arbetets syfte. En artikel som beställdes kom aldrig fram. För att hålla texten i studien flytande valdes sjuksköterskan att emellanåt benämnas som hon och patienten som han. Beroende på sammanhanget beskrevs patienten både i singularis och pluralis. Reumatoid artrit valdes att i vissa sammanhang förkortas till RA.

De följande 17 artiklarna var de som användes till resultatet. Tabell 2 ger en övergripande bild på deras syfte, urval och metod.

Tabell 2. Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval.

Författare/ Publ. År/ Titel	Syfte	Metod	Urval
Ahlström, G., & Hansson, B. (2000). A model for supporting the patient's coping with chronic illness.	Att beskriva hur sjuksköterskan kan använda en modell i arbetet med att guida patienten gentemot en positiv coping.	Litteraturstudie.	
Brown, S., & Williams, A. (1995). Women's experiences of rheumatoid arthritis.	Att undersöka kvinnors upplevelser av RA.	Kvalitativ metod med intervjuer.	Kvinnor med diagnosen RA.
Davis, G. C. et al. (2002). Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis.	Att undersöka hinder i smärthanteringen hos äldre med RA, identifiera teman och utveckla en teoretisk modell.	Kvalitativ metod.	Totalt 57 patienter, 45 kvinnor och 12 män i åldern 66-95 år.
Dewar, A. (2001). Protecting strategies used by sufferers of catastrophic illnesses and injuries.	Att beskriva strategier som används av patienter med katastrofisk sjukdom eller skada.	Kvalitativ metod med bandande intervjuer.	Totalt 28 patienter, 16 kvinnor och 12 män i åldern 18-75 år.

Dildy, S. P. (1996). Suffering in people with rheumatoid arthritis.	Att undersöka lidande ur patienternas perspektiv för att främja en god omvårdnadsstrategi.	Kvalitativ metod med bandade intervjuer.	Totalt 14 personer, 9 kvinnor och 5 män i åldern 39-76 år med diagnosen RA.
Downe-Wamboldt, B. L., & Melansson, P. M. (1995). Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis.	Att undersöka förhållandet mellan socioekonomisk status, försäkring, kön, stressupplevelser, copingstrategier och välbefinnande hos äldre personer med RA.	Kvalitativ metod. Intervjuer med frågeformulär.	Totalt 78 personer, 59 kvinnor och 19 män i åldern 60-94 år.
Downe-Wamboldt, B. L., & Melansson, P. M. (1998). A causal model of coping and well-being in elderly people with arthritis.	Att undersöka förhållandet mellan socioekonomisk status, kön, försäkring, stressupplevelser, copingstrategier och välbefinnande hos äldre personer med RA.	Kvalitativ metod med intervjuer.	Totalt 78 kvinnor och män i åldern 60 år och uppåt.
Kamwendo, K. et al. (1999). Physical activity in the life of the patient with rheumatoid arthritis.	Att undersöka hur patienter med RA uppfattar och relaterar gentemot fysisk aktivitet i det dagliga livet.	Kvalitativ metod med intervjuer.	Totalt 10 personer med diagnosen RA.
Long, A. F. et al. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team.	Att identifiera sjuksköterskans bidrag till rehabiliteringsteamet.	Kvalitativ metod med observationer och intervjuer.	Totalt 158 personer, 49 patienter och 109 vårdpersonal.
Mahat, G. (1997). Perceived stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis.	Att identifiera de stressorer patienter med RA upplever samt beskriva copingstrategier.	Kvantitativ metod med frågeformulär.	Totalt 53 personer i åldern 18-80 år.
Newbold, D. (1996). Coping with rheumatoid arthritis. How can specialist nurses influence it and promote better outcomes?	Att öka kunskapen kring RA patienters copingstrategier.	Litteraturstudie.	
Nyman, C. S., & Lützen, K. (1999). Caring needs of patients with rheumatoid arthritis.	Att identifiera omvårdnadsbehov vid RA i samband med akupunkturbehandling.	Kvalitativ metod med bandade intervjuer.	Totalt 6 kvinnor i ålder 32-66 år.

O'Neill, E. S., & Morrow, L. L. (2001). The symptom experience of women with chronic illness.	Att undersöka hur kvinnor tolkar och hanterar de kroniska sjukdomssymtomen.	Litteraturstudie.	
Read, E. et al. (2001). Psychological wellbeing of patients with rheumatoid arthritis.	Genom att öka kunskapen kring RA, förbättra den psykologiska omvårdnaden.	Kvalitativ metod med intervjuer och frågeformulär.	Först 15 personer till intervjuerna. Sedan 140 personer till frågeformuläret.
Richardson, C., & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models.	Med hjälp av en vedertagen modell utveckla bedömningen av copingstrategier.	Litteraturstudie.	
Schaefer, K. M. (1995). Struggling to maintain balance: a study of women living with fibromyalgia.	Att beskriva hur kvinnor upplever det att leva med fibromyalgi.	Kvalitativ metod med intervju följt av telefonintervjuer.	Totalt 36 kvinnor med diagnosen fibromyalgi.
Sinclair, V. G. et al. (1998). Effects of a Cognitive-Behavioral Intervention for Women with Rheumatoid Arthritis.	Att undersöka effekten av ett kognitivt beteendeprogram hos kvinnor med RA.		Totalt 90 kvinnor i åldern 24-80 år.

Bearbetning och analys av artiklarna

Enligt Backman (1998) ingår det i analysen att materialet bearbetas för att uppnå ett ändamålsenligt resultat. Syftet är då att resultatet redovisas som svar på frågeställningarna. För att uppnå syftet i studien valdes tre frågeställningar. Utifrån dem bearbetades och analyserades artiklarna. Litteraturen lästes och granskades av alla författarna. Var och en av författarna läste, strök under och skrev ned det som ansågs relevant. Därefter jämfördes data och de olika frågeställningarna diskuterades. Analysen har fortgått under arbetets gång och en diskussion mellan författarna har ständigt funnits för att uppnå en så hög validitet som möjligt. Svaren och frågorna kategoriserades och redovisas i resultatet med hjälp av underrubriker.

RESULTAT

Faktorer som påverkar copingstrategier

Vad som påverkar patientens copingstrategier har diskuterats. Undersökningar har gjorts för att analysera förhållandet mellan olika faktorer. Patientens kön, ålder, smärta, rörlighet, depression, sjukdomsfas och ekonomisk status har visat sig ha ett samband med patientens coping.

Kön

Brown och Williams (1995) samt Nyman och Lützén (1999) visade i sina studier att kön hade en direkt påverkan på copingstrategierna. Män använde mer undvikande copingstrategier än kvinnor. Kön hade också en betydelsefull påverkan på användandet av stödjande coping. Kvinnor använde stödjande coping i större utsträckning än män. Studier har gjorts om kvinnors olika vägar för att kämpa mot sin sjukdom. Författarna skriver bland annat att många av kvinnorna i studierna var missnöjda med det bemötande de fick inom den allmänna vården. Detta provocerade dem till att söka hjälp på annat håll, exempelvis hos akupunktörer. Att söka hjälp blev därför en av kvinnornas copingstrategi. Denna strategi underlättade inte bara de fysiska symtomen utan också de känslomässiga, sociala och existentiella behoven. Det framkom att patienter som kämpar med en kronisk sjukdom också ofta strävar för att hitta en bidragande faktor till sjukdomen. Copingprocessen underlättades genom att kvinnorna sökte acceptans för sin sjukdomssituation.

Ålder

Davis, Hiemenz och White (2002) skriver i sin studie om vilka hinder som kan uppstå vid smärt- hantering hos äldre patienter med RA. Patienterna har själva ett stort ansvar för hur de väljer att handskas med sin smärta, då detta val påverkar om copingen får en positiv utveckling. Författarna skriver om vilka faktorer som påverkar patienternas smärthantering. Tvekan inför medicin där rädsla för beroende, bieffekter, rädsla för allergiska reaktioner och brist på följsamhet vid medicinering var det främsta orsakerna för en negativ smärthantering. Ytterligare hinder var att en del av patienterna såg sin smärta som en del av åldrandet. De accepterade smärtan och tog inga initiativ för att

påverka den. En del patienter hyste misstro mot läkaren och antog att läkaren gav dem vilken medicin som helst efter en viss ålder. Många upplevde en bristande kommunikation med vården, en saknad av tillräcklig information om sin sjukdom och otillräckligt stöd resulterade i en sämre smärthantering. Vilket i sin tur påverkade förutsättningarna för en positiv copingprocess.

Vid allvarligare sjukdom visade det sig att de äldre patienternas vilja att utmana sjukdomen minskade. Graden av försämring påverkade självständiga val av copingstrategier. Downe-Wamboldt och Melanson (1995) antyder att fastän kunskap om det allvarliga i försämringen är viktig för att utveckla vår förståelse av hur äldre människor upplever en kronisk sjukdom som RA, är det ännu viktigare att be dem beskriva hur de tror de kan klara av de dagliga problemen som är förenade med sjukdomen.

En stressor som många, främst de unga patienterna delade var oron för oförmågan att arbeta som vanligt. Det var en svår balansgång för patienterna. Även om patienterna klarade av att arbeta för stunden visste de att de tog en risk att därigenom förvärra symtomen. Om de å andra sidan ej arbetade påverkades tillfredsställelsen över att utföra något och på lång sikt även ekonomin (Read, McEachern & Mitchell, 2001).

Ekonomiskt status

De patienter som hade ett högre socioekonomiskt status använde sig mer av konfronterande copingstrategier, såsom positiv omtolkning, distansering, sökande av spirituellt guidning och självkontroll (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998).

O'Neill och Morrow (2001) bekräftar resultaten och menade att patienter med högre socioekonomisk status och utbildning använde sig i större utsträckning av konfronterande copingstrategier. Enligt författarna kunde detta jämföras med patienter med lägre socioekonomiskt status som använde sig mer av undvikande copingstrategier, såsom önsketänkande och självförebråelse.

Smärta

Smärta var en av de stressorer som påverkade patienter med RA mest (Mahat, 1997; Read et al., 2001). Smärta påverkade kvalitén på livet, både i patienternas arbete och socialisation. Stressupplevelsen som smärtan medförde gjorde att patienterna använde undvikande copingstrategier i högre utsträckning och upplevde mindre psykologiskt välbefinnande (Brown & Williams, 1995; Nyman och Lützén 1999). Några patienter tyckte inte medicinen hjälpte, och andra var rädda för att det skulle bli värre i framtiden. En patient tyckte inte att hennes närstående förstod hennes smärta. Bieffekterna av medicineringen var ytterligare en stressor liksom dosanpassningen. Många hade också svårigheter att komma ihåg när de skulle ta sin medicin (Read et al., 2001).

Vardagsaktiviteter påverkade smärthanteringen på grund av den smärta som aktiviteterna utlöste. Detta ledde till att patienterna i många fall undvek aktiviteter som de tyckte mycket om. Den känslomässiga stressen som kom ur smärtan var svår att handskas med för patienterna liksom de negativa känslorna som kom av att behöva använda hjälpmedel. Patienterna kände också att de saknade kunskap i hur de skulle använda hjälpmedlen. Smärtans onda cirkel var en stor överhängande påfrestning på hela livet som ledde till inaktivitet hos patienterna (Davis et al., 2002).

Rörlighet

För patienterna med RA var orörlighet ett stort bekymmer vilket resulterade i att de fick svårigheter med vardagliga sysslor. De kände att deras självständighet var hotad och de var oroliga för framtiden. En del oroade sig för att det sexuella samlivet skulle påverkas negativt av begränsningar i rörligheten eller till följd av biverkningar av medicinen. Orörligheten gjorde det dessutom svårare att delta i olika former av aktiviteter (Read et al., 2001). Dildy (1996) menade att det inte var försämringens påverkan på den fysiska förmågan som ansågs svårast utan istället immobilitetens följder. Känslan av att vara instängd och att vara i beroendeställning gentemot omgivningen medförde att patienterna upplevde en förlust av självständighet.

Depression

Depressioner och dåligt självförtroende kopplat till frustrationen över sin sjukdom var vanligt hos patienterna. Det sociala livet var jobbigt för många på grund av att många var rädda för att bli en börda för sina närstående. Många tyckte de behövde tillgång till professionell rådgivning, stöd och möjlighet att diskutera sin sjukdom. (Read et al., 2001). Enligt Dildy (1996) såg patienterna den mentala oron som en del av lidandet vilket i sin tur kunde utvecklas till ett depressivt tillstånd. Vid ett depressivt tillstånd hade patienten svårt att aktivt handskas med sin sjukdom på ett positivt sätt.

Sjukdomsfas

Den personliga uppfattningen av vad som upplevs som påfrestande kan bero på om individen har haft sjukdomen under en längre period eller om sjukdomen nyligen har debuterat (Newbold, 1996).

I det tidiga stadiet av sjukdomen utsattes individerna för liknande stressorer. Dessa stressorer som uppkom i samband med sjukdomsdiagnosen var situationer som att berätta för familjemedlemmarna om sjukdomen, mediciner och behandling, anpassning till arbete och sociala mönster samt osäkerhet angående prognosen. Första fasen är mycket omvälvande för patienten. Sjukdomsbeskedet och anpassningen var svår att hantera. Patienten blev då tvungen att använda sig av någon form av coping för att hantera stressorerna. Detta skedde oftast genom en undvikande coping strategi, vilket var genomgående för det flesta patienter i den första sjukdomsfasen (Newbold, 1996).

När sjukdomen har etablerat sig blir individerna alltmer olika i sin sjukdomsutveckling. Känslan av vad som upplevs som stressfullt uppfattas olika av olika individer. Detta resulterar i skillnader mellan patienternas copingbeteende. Även när patienten hade accepterat sin sjukdom, fanns det fortfarande stressande faktorer kvar i omgivningen. Vissa av dem som till exempel smärta och handikapp blir istället värre och kanske ännu mer stressfulla (Newbold, 1996). Viktiga faktorer som påverkade det psykologiska välbefinnandet visade sig vara patientens smärt- och sjukdomsupplevelse samt sjukdomsstadiet. (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998; Mahat, 1997).

När patienten har haft sjukdomen under en längre tid, mer än två år, är det möjligt att patientens copingstrategier ändras. Detta beror på att individen inte längre förnekar sjukdomen utan accepterar att han har en kronisk sjukdom (Newbold, 1996).

Graden av försämring

Graden av försämring påverkade patientens upplevelse av smärta, viljan att utmana sjukdomen och känslan av att känna sig tillfreds. Det visade sig också att graden av försämring medförde att patienten använde sig mer av undvikande copingstrategier på grund av den stora påfrestning sjukdomen innebär (Downe-Wamboldt & Melanson 1995, Downe-Wamboldt & Melanson, 1998).

Enligt Downe-Wamboldt och Melanson (1995) uppfattade patienter stressorer olika beroende på hur allvarligt sjuk han var. Begränsningar som försämringen resulterade i såsom minskad fysisk aktivitet var den största stressorn och ledde ofta till känsla av handikapp. Graden av försämring påverkade likaså smärtupplevelsen, den sociala aktiviteten, hushållsaktiviteterna och slutligen aktiviteterna i det dagliga livet.

De vanligaste copingstrategierna hos patienter med RA

De copingstrategier som användes mest av individerna med RA var optimism följt av självständighet, stödjande, konfronterande, lindrande, fatalistisk (ödestro), undvikande och slutligen känslomässiga strategier. Optimistisk coping är en form av emotionellfokuserad coping medan konfrontation är en problemfokuserad coping (Mahat, 1997). Enligt Lazarus och Folkmans (1994) teori i O'Neill och Morrow (2001) används båda strategierna för att klara av en stressad situation. Problemfokuserad coping hjälper patienten att klara av eller förändra källan till stress medan emotionellfokuserad coping behövs för att kontrollera den emotionella responsen.

Problemfokuserad coping

Dewar (2001) beskriver utifrån Lazarus och Folkman (1984) att vid användning av problemfokuserade strategier handlar patienten aktivt för att förändra den påfrestande situationen som sjukdomen medför.

Konfronterande copingstrategier

Konfronterande copingstrategier innefattar positiv omtolkning, distansering, sökande av spirituellt guidning och självkontroll. Med positiv omtolkning menade O'Neill och Morrow (2001) att hålla kvar eller skapa en positiv inställning och återupptäcka det viktiga i livet. Vid distansering strävade patienten efter att leva med sin sjukdom istället för att identifiera sig med den. Patienten sökte spirituellt guidning hos en högre makt. Med hjälp av problemfokuserad konfrontativ coping kan patienten på ett konstruktivt sätt möta problemet. Detta påstående styrks även av andra studier som visade att användning av problemfokuserad coping, som exempelvis konfrontation, oftare gav positiva resultat (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998; Mahat, 1997).

Enligt Sinclair, Wallston, Dwyer, Blackburn och Fuchs (1998) förbättrades patienternas förmåga att handskas med sin smärta och sjukdom med hjälp av en kognitiv beteendestrategi. Detta innebar att patienter i grupp diskuterade, reflekterade, analyserade, informerades och utbytte erfarenheter i syfte att öka självförtroende och öka förmågan att hantera stress och därigenom minska smärtproblematiken. Studiens syfte var att undersöka om projekten kunde få patienterna att omvärdera sin situation utifrån ny kunskap. Detta är ett sätt att konfronteras med sin sjukdom.

Informationssökning

Patienter som använde sig av informationssökning sökte aktivt nya lösningar för att samla information i syfte att hantera stressorer. Patienterna visade en ökad positiv effekt med bättre psykisk förmåga och minskning av depression. (Newbold, 1996) Utbildning och information gjorde det lättare för patienterna att använda sig av konfronterande copingstrategier (O'Neill & Morrow, 2001 refererar till Downe-Wamboldt, 1991; Burke & Flaherty, 1993).

Fysisk aktivitet

Enligt Kamwendos, Askerboms och Wahlgrens (1999) studie fanns olika sorters drivkrafter men också olika hinder till träning för patienter med RA. En drivkraft var personlig tillfredsställelse, patienten kände glädje och välmående. Patienterna kände flera positiva effekter av att träna däribland ökad fysisk styrka och rörlighet. Patienterna

upplevde då att de rörde sig mot ett tillfrisknande. Stöd från omgivningen sågs också som en drivkraft. Den fysiska miljön och den sociala situationen var betydelsefulla. Om patienten till exempel bodde på landet fanns det stora möjligheter till utomhusmotion. Värme var också en betydande faktor, värme ökade rörligheten och gynnade därmed fysisk aktivitet. Frukten för minskad rörlighet om patienten inte tränade var också en motivationsfaktor för vissa. Patienterna var rädda för att det skulle bli värre (Kamwendo et al., 1999).

Fysisk aktivitet är inte bara organiserad träning utan även vardagliga sysslor är en form av nyttig träning, vilket inte alla uppfattade som kvalitativ träning. Studien gjord av Kamwendo et al. (1999) visade att fysisk aktivitet/träning var en viktig ingrediens i RA-patienters kamp med sin sjukdom och strävan efter fysiskt välmående. Det var önskvärt att sjukgymnaster aktivt skulle uppmuntra patienten till att kämpa med sjukdomen på ett salutogent sätt. Detta är ett sätt att handskas med sin sjukdom på ett positivt sätt, där sjukgymnaster jobbar för att stärka det friska i varje patient och på så sätt bekämpa det sjuka. Sjukgymnasten försökte hitta roliga och meningsfulla aktiviteter för varje enskild patient. Viktigt var också att se de vardagliga sysslorna som terapeutisk träning. Vårdpersonalen bör förklara för patienten varför det är viktigt med fysisk aktivitet inte bara för att det bekämpar sjukdomen utan också för att det gynnar hälsan. Författarna poängterar alltså vikten av att kombinera det patogena synsättet med det salutogena (Kamwendo et al., 1999).

De svårigheter som fanns för att motivera patienterna till fysisk aktivitet var hinder som trötthet, svaghet eller smärta. Dessa hinder medförde att patienterna undvek fysisk aktivitet. Patienterna var lika störda av trötthet som av smärta. Det fanns även hinder utifrån omgivningen av till exempel vårdpersonal och släktingar. Närstående som är överbeskyddande och trodde att aktivitet skulle göra mer skada än nytta. Tidsbrist var ytterligare ett hinder. Även kyla stoppade fysisk aktivitet för vissa patienter (Kamwendo et al., 1999).

Emotionellfokuserad coping

Emotionella strategier innebar att patienten styrde sitt handlande för att skydda sig mot icke önskvärda känslor. Patienterna med kroniska sjukdomstillstånd utvecklade och förbättrade emotionella copingstrategier med tiden för att begränsa lidandet. Strategierna användes för att klara av den förändring och omställning som sjukdomen medförde (Dewar, 2001).

Positiva emotionella copingstrategier

Optimistiska strategier innebar att patienten uttryckte sina känslor och därigenom minskade sina spänningar (O'Neill & Morrow, 2001). Exempel på optimistiska strategier kan vara att patienten finner styrka i tron, är hoppfull eller utför handlingar som avleder medvetenheten från smärtan (Newbold, 1996). Optimistisk coping var den mest använda typen av copingstrategier. De patienter som använde optimistiska copingstrategier hade ett högre välbefinnande (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998; Mahat, 1997). Likaså hade känslan av utmaning en positiv effekt på användandet av optimistiska copingstrategier som gav psykologiskt välbefinnande (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998).

Enligt Dewar (2001) var patienterna rädda för att förlora sina vänner på grund av belastningen sjukdomen medförde. Vänner och bekanta hade vissa gränser för vad de kan uthärda och därför försökte de flesta patienter att välja strategier som gjorde att de upprätthöll den sociala kontakten. Detta gjorde att patienterna dolde sina fysiska och kognitiva begränsningar inför sina vänner. Döljande är en svår men välgörande strategi. Prata med utomstående istället för sina vänner var en annan hjälpfull strategi. Det visade sig att stöd från en annan individ vid stressupplevelser gav en högre grad av psykologisk välbefinnande (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995, 1998). För att klara det dagliga livet var patienterna tvungna att anpassa sig till situationen, detta stärkte dem och förbättrade deras självkänsla (Dewar, 2001).

Negativa emotionella copingstrategier

Emotionell coping kan vara negativ om patienten använder sig av strategier som passivitet, undvikande, självföretbråelse och önsketänkande. Dessa hävdar Downe-

Wamboldt och Melanson, (1995, 1998) var associerade med högre nivåer av depression och smärta. Stressupplevelsen som smärtan utlöste medförde att patienterna använde sig av undvikande copingstrategier i högre utsträckning och upplevde därigenom mindre psykologiskt välbefinnande. Patienter som använde undvikande coping så som önsketänkande och självförebåelse var relaterade till lägre psykologiskt välbefinnande.

Enligt Dewar (2001) använde patienterna sig av beskyddande strategier för att skydda sig från negativ påverkan från andra patienter och svåra situationer. Beskyddande strategier var påfrestande därför att det innebar en ansträngning för att förhindra sitt lidande. Patienterna hade svårt att behålla sina vänner då många var oroliga för den fysiska och känslomässiga belastningen som deras vänskapsrelationer utsattes för. Beskyddande strategier användes även för att minska de anhörigas arbetsbörda. I den beskyddande strategin hände det att patienterna undertryckte sina känslor och minimerade sina egna behov. Detta skedde dock på bekostnad av känslolivet. Dessa känslomässiga reaktioner riskerade det sociala stödet och ökade deras känsla av sårbarhet. Därmed visade det sig att patientens börda inte enbart beror på deras eget lidande, utan också på det lidandet närstående genomgår.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan kommer i allt större kontakt med kroniskt sjuka patienter. Om hon då är medveten om vilka stressorer som orsakar mest lidande kan hon på ett bättre sätt utveckla omvårdnadsåtgärder i syfte att minska stress (Mahat, 1997). Sjuksköterskan har därigenom en central roll i patienternas copingval (Long et al., 2002).

Bedömning

Sjuksköterskans bedömningsarbete av patienten ansågs, enligt Long et al. (2002), som ett avgörande bidrag då hon bekräftar faktiska eller potentiella problem som kan uppstå i arbetet kring patienten. Dewar (2001) menade att sjuksköterskan är i sådan position att hon ska kunna bedöma patienternas och deras partners situation för att sedan hjälpa dem att utveckla passande strategier i syfte att minska stress. Enligt Ahlström och Hansson (2000) bestod en stor del av sjuksköterskans arbete att leta efter och bedöma

patienternas egna resurser. Hon skulle sedan utifrån individens situation tolka erfarenheter och slutligen bedöma vilka copingstrategier som krävs. Downe-Wamboldt och Melanson (1998) skrev att fastän att sjukdomsbedömningen är en viktig del av arbetet ligger nyckeln till att förstå en patients copingval i patienternas egna uppfattningar om hur de hanterar en stressfylld situation.

Nyman och Lütsén (1999) kom i sin studie fram till att patienterna hanterade sin rädsla och osäkerhet inför sjukdomen genom att söka meningen med sitt tillstånd. För att sjuksköterskan ska bli mer kompetent i sin omvårdnad av dessa patienter bör hon i bedömningen vara medveten om hur detta behov påverkar och påverkas av de fysiska, emotionella, sociala och existentiella händelserna i patienternas liv.

Planering

Det var viktigt att sjuksköterskan var inställd på att arbeta för att patienten ska bli huvudpersonen i omvårdnaden och inte en passiv vårdmottagare (Ahlström & Hansson, 2000). Read et al. (2001) medvetandegjorde i sin studie vad sjuksköterskan ska prioritera vid omvårdnadsplaneringen. Det visade sig genom intervjuer att patienterna främst fokuserade sina funderingar kring smärta, medicinering, välbefinnande, socialt stöd, arbete och information. Utifrån denna vetskap kunde sjuksköterskan då lägga upp sitt arbete. Long et al. (2002) tog i sin studie upp vikten av sjuksköterskans uppgift att skapa en omgivning som i sig är terapeutisk. Dessutom är det viktigt att hon söker alternativ och vägar för att minimera fysiska, emotionella och sociala hinder för att behandlingen ska fortgå.

För att kunna sätta sig in i patienternas verklighet menade Schaefer (1995) och att det är viktigt att sjuksköterskan accepterar varje individs berättelse i syfte att bli en del av läkningen. Detta kunde hon göra genom att uppmuntra patienterna att berätta sina livshistorier. Vad hon då behöver ha i åtanke är att vare sig patienternas sjukdom är sann i den meningen att den har en orsak och är behandlingsbar eller ej är irrelevant. Vad de känner är verkligt. Smärtan är verklig. Sjukdomen är alltid verklig för den som upplever de.

Enligt Read et al. (2001) gällde det för sjuksköterskan att ingripa utifrån patientens synsätt. Om hon gör det blir hon medveten om vilka stressorer som orsakar mest lidande. Utifrån detta kan hon sedan utveckla åtgärder. Hon måste självklart då ha kunskap om hur hon ska gå tillväga för att hjälpa patienterna att utveckla positiva copingstrategier och dessutom förstärka de goda copingstrategier som patienterna redan äger (Mahat, 1997).

Genomförande

I omvårdnadsutförandet hade sjuksköterskan en stödjande roll. Denna roll gick ut på att vara närvarande, förklara och uppmuntra patienterna till att återta kontrollen över sitt eget liv (Dildy, 1996; Long et al., 2002). Enligt Ahlström och Hansson (2000) skulle sjuksköterskan, i arbetet med copingen, ge stöd när patienten inte kunde hitta lösningen på egen hand.

Enligt Long et al. (2002) bestod en del av sjuksköterskans arbete av samordning och kommunikation vilket inkluderade ansvar för aktiviteter, informationsspridning, upprätthållande av förbindelser, hänvisningar, förhandlingar och verkställande av planeringar. På sjukhus bidrog sjuksköterskan med viktig information till andra personalgrupper som gjorde att de i sin tur kunde individanpassa omvårdnaden. Sjuksköterskan kallades för en tal- och språkterapeut som andra personalgrupper inte kunde klara sig utan. Vidare är hon den som upprätthåller kontakten mellan familjer och mellan olika professioner i teamet kring patienten.

O'Neill och Morrow (2001) kom i sin studie fram till att sjuksköterskan kunde hjälpa patienten att nå en positiv coping genom att sammanföra patienter med liknande symtom och förklara konsekvenser på lång sikt vid undvikande coping. Vidare menade författarna att hon kunde arbeta genom att förespråka och motivera självförtroende, lära ut metoder för att minska inflytandet av stressorer samt vara uppmärksam på stress och oro.

Dildys (1996) diskuterade vikten av sjuksköterskans omvårdnadsuppträdande i samband med lidande patienter. Sjuksköterskeprofessionen kommer i allt större utsträckning att

komma i kontakt med kroniskt sjuka individer. Detta kräver att förståelsen för kroniskt sjuka och deras lidande ökar (Dildy, 1996; Mahat, 1997). Sjuksköterskor som i mötet hade empati, förståelse och var trevliga, tillmötesgående och milda beskrevs som mer hjälpsamma. Patienterna menade också att beroende på vilket sätt det gavs reducerade tröst lidande. Viktiga ingredienser som ingick i tröstgivandet var sjuksköterskans förmåga att beröra samt välviljan till att lyssna på patienternas egna förslag i omvårdnadsarbetet (Dildy, 1996). Vad dock Long et al. (2002) varnade för var sjuksköterskor som omedvetet utförde patientens sysslor i syfte att mildra rehabiliteringen. Detta gjorde det lättare för patienten att fungera för stunden men i det långa loppet förlorade alla på ett sådant förhållningssätt i omvårdnaden.

Utvärdering

Det låg enligt Mahat (1997) på sjuksköterskan att utvärdera de använda copingstrategiernas effektivitet.

Sjuksköterskan har ett ansvar i att ge patienterna möjlighet att se förändringar i syfte att förhoppningsvis kunna gå vidare. I detta arbete bör sjuksköterskan låta patienterna få sörja sina förluster och hjälpa dem att acceptera sin nya verklighet (Schaefer, 1995).

För att hjälpa patienterna i deras fortsatta vardag kunde sjuksköterskan förse dem med information angående sjukdomen såsom nya forskningsrön, stödgrupper samt resurser. Kunskap är makt och kan hjälpa patienterna i deras val i vardagen för att uppnå en livsduglig stabilitet (Read et al., 2001; Schaefer, 1995).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att undvika Backmans (1998) varning för endast en granskning av litteratur utan varken syntes, integration eller analys har författarna till denna studie kontinuerligt under arbetets gång gått tillbaka till det valda materialet. Genom diskussioner av resultaten fördjupades analysen och förståelsen ökade. Detta tillvägagångssätt ökade studiens validitet.

Det var svårt att begränsa datan, då coping är ett sådant omfattande begrepp som påverkar hela livet. Vi hade emellanåt problem att analysera copingstrategiernas uppdelning och innehåll på grund av författarnas olika benämningar i artiklarna. Detta gjorde det svårt att tolka och strukturera resultatet till ett lättbegripligt material.

Vid sökningen påträffades ett stort antal artiklar. De som valdes ut innefattade alla coping, smärta och reumatoid artrit, därav blev urvalet litet relaterat till träffarna. Dock anses att urvalet resulterade i artiklar med hög standard vilket gav ett kvalitativt resultat. Vidare är författarna medvetna om att delar av resultatet bygger på andra litteraturstudier. Även om risken för omtolkning ökar valde vi att använda dem, då de bedömdes som ytterst relevanta.

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var bland annat att beskriva copingstrategier som patienter med RA använde och faktorer som påverkade detta. Den aktuella forskningen visar på vilken komplex problematik dessa patienter tvingas handskas med och vilken utmaning sjukvården står inför i omvårdnaden av dessa patienter. De stressorer som patienterna upplevde som mest svårhanterliga var att hantera smärtan och immobiliteten. Ovisshet om stressorernas förlopp och intensitet gör att sjukdomen blir svårhanterbar. Detta skapar stress och ytterligare stressorer för patienten att handskas med.

Den svårkontrollerbara situation som patienten utsätts för skapar ett oerhört lidande. Detta lidande medför att patienten måste omvärdera sina uppfattningar och ändra sin livsstil. Vid en omvälvande sjukdom drabbas patienten ofta av en kris. Patienten upplever en identitetssplittring, livet tar en ny väg. För att klara av denna omvälvning måste patienten skapa olika sätt att handskas med sin sjukdom. Sjukdomen går igenom olika stadier och därefter ändras och utvecklas patientens strategier för att hantera alla stressorer sjukdomen för med sig. Detta försvar utvecklar patienten genom sjukdomsförloppet, vissa med bra andra med mindre lyckade strategier. Vilken strategi patienten väljer beror också på i vilket sammanhang patienten utsätts för påfrestningen. Det är vanligare att patienten använder sig av emotionella copingstrategier som

undvikande och passiva strategier. Dessa typer av strategier är i många fall nödvändiga beroende på den påfrestning sjukdomen för med sig. Det är dock viktigt att patienten inte stannar kvar där och trampar utan fortsätter framåt och utvecklar sig (Kristoffersen, 1998, refererar till Lazarus & Folkman, 1981).

Patienterna behöver anpassa sig, etablera sig och acceptera sin sjukdom. Vid anpassningsfasen ser stressorer ungefär lika ut för patienterna. Exempel på stressorer kan vara att anpassa familj, arbete, mediciner och sociala mönster till sjukdomen. Det är först vid etableringsfasen som copingstrategierna ser olika ut hos patienterna. Här måste patienten försöka att distansera sig gentemot sin sjukdom och försöka börja leva med tillståndet istället för att identifiera sig med det. Sjukdomen fortlöper och patienten lär sig acceptera sjukdomen och förhoppningsvis att hantera stressorer i sin omgivning allt bättre. Trots att patienten utvecklar sina copingstrategier under sjukdomsförloppet är smärtan och immobiliteten svåra att värja sig mot på grund av att dessa problem accelererar under hela sjukdomsförloppet. Enligt Strömskag (1982) i Kristoffersen (1998) är immobilitet en subjektiv upplevelse som inte är ett isolerat fenomen. Kristoffersen (1998) skriver att immobilitet har en stark negativ effekt på alla kroppens system. Denna negativa effekt blir djupare när patientens immobilitet förvärras.

Graden av försämring påverkar det psykologiska välbefinnandet negativt, detta leder i många fall till att individen använder sig av undvikande coping som i sin tur kan leda till depression. Mathisen (1997) menar att ett depressivt tillstånd kan uppstå när patienten inser att sjukdomen är ofrånkomlig. Newbold (1996) påpekar dock att de patienter som använde sig av en problemfokuserad copingstrategi såsom informationssökning upplevde ett högre välbefinnande. Gruppsammanskomster med diskussioner gav enligt Sinclair et al. (1998) ett positivt resultat. Medlemmarna träffades då i syfte att försöka lära sig att öka förmågan att hantera den stress som sjukdomen innebär.

Studierna visar att de patienter som såg sin sjukdom som en utmaning, som en kamp använde en mer positiv coping där de konfronterade sin sjukdom. Exempel på konfronterande strategier var att aktivt söka hjälp, fysisk aktivitet som sjukgymnastik

såväl som vardagliga sysslor. Sternbach (1987) skriver att fysisk aktivitet leder till en bättre smärttolerans. Viktigt att tänka på är vad som upplevs som träning och fysisk aktivitet är individuellt. Patientens livssituation sätter ramen för vilken aktivitet som är hälsobefrämjande. Träningsformer kan därför te sig olika mellan patienterna.

Patienterna i Kamwendo et al. (1999) studie upplevde positiva effekter av träningen såsom ökad rörlighet och styrka. Detta ökar naturligtvis patientens självförtroende och hotet på deras självständighet minskar. Detta hot är en framträdande stressor hos många patienter. Kristoffersen (1998) refererar till Janis (1958) som skriver att när hotväderingen ökar väljer sällan patienten en problemfokuserad coping. Hotbilden förstärks genom patientens upplevelse av osäkerhet, konflikt och hjälplöshet.

Patientens rädsla för att mista kontrollen över sin tillvaro kan göra dem hjälp- och maktlösa, då ofta kontroll kopplas samman med att på egen hand klara av vardagsaktiviteter (Solvoll, 1997). Rädslan att bli beroende av andra och att upplevas som en börda inför sina närstående, kan leda till att patienterna isolerar sig och intar en beskyddande strategi. Denna emotionellfokuserade strategin är självklart känslomässigt påfrestande och negativ för patienten. Kristoffersen (1998) skriver att det är viktigt att komma ihåg att en strategi som är ineffektiv för patienten i en situation kan vara effektiv i en annan. Att dölja sin sjukdom för anhöriga kan även vara en positiv lösning, att prata med utomstående istället för sina vänner var en emotionellfokuserad strategi som patienten många gånger upplevde som positiv. Patienten slipper känna skuld i att han belastar sina närstående med allt som sjukdomen innebär. Dewar (2001) fann i sin studie att se sina närstående lida blir ytterligare en börda för patienten. Sternbach (1987) menar att kroniska smärttillstånd orsakar lika stort lidande för närstående som för patienten. Detta skapar en svår balansgång för patienten som på samma gång känner att deras närstående inte har förståelse för vad de går igenom. Ett sätt för att få respons och ge utlopp för sina känslor kan vara att samtala med andra i liknande situationer. Patienterna har då chans att utbyta tankar och erfarenheter med människor som verkligen har en djup förståelse (Sinclair et al., 1998).

Det framkom skillnader i vilka stressorer som påverkar patienten och vad för copingstrategier som används. Dessa tydliga skillnader fanns främst mellan kön, ålder och ekonomi. I studien framkom det att kvinnor var mer aktivt hjälpsökande än män. Det använde sig av stödjande copingstrategier medan mäns copingstrategier var mer av undvikande karaktär. O'Neill och Morrow (2000) tar i sin studie upp det faktum att det är mer accepterat för kvinnor i vårt samhälle att vara sjuka. Studierna visade att kvinnor ofta söker en orsak till sitt tillstånd och i många fall i alternativa terapier. Många ansåg att sjukdomen hade sitt ursprung i det förflutna. Ofta letade kvinnorna efter orsaker som inte alltid kunde förklaras av vare sig sjukvården eller alternativa behandlingsformer. Det visade sig att många svar låg i acceptansen av tillståndet (Brown & Williams, 1995; Nyman & Lütsen, 1999).

Vi upplever att det i samhället även anses normalt för gamla att ha ålderskrämpor, vi tror att detta faktum kan leda till det som Davis et al. (2002) kommer fram till i sin studie. Många av de gamla som drabbades av reumatoid artrit tog inte sin sjukdom på allvar. De ville inte klaga utan såg sin smärta som en del av åldrandet. Detta sätt att förtränga sin sjukdom är enligt Kristoffersen (1998) en emotionellt orienterad strategi. Kristoffersen (1998) skriver att om ett förnekande kvarstår leder det till att patienten aldrig accepterar sin sjukdom och därigenom aldrig lär sig leva med den. Denna undvikande emotionellfokuserande copingstrategi kan ligga i den misstro mot sjukvården och medicinerna som många äldre patienter hyste. Mediciner var en av de största och besvärligaste stressorerna för de äldre patienterna. Denna rädsla och osäkra inställningen mot medicineringen kan lösas till stor del genom att ta sig tid och informera patienterna om medicinen. Genom att undervisa om exempelvis verkningar, biverkningar, beroende och dosanpassning kan sjuksköterskan eller läkaren motivera till en positiv inställning och en större följsamhet (Kristoffersen, 1998).

Kristoffersen (1998) tar upp skillnader mellan hur äldre och yngre hanterar stressfulla situationer och livsförändringar. Författaren menar att äldre har i lägre grad än yngre förmågan att anpassa sig till förändringar. Däremot har äldre på grund av sin livserfarenhet en större förmåga att klara av stressen som förändringen innebär.

Framträdande hos de yngre patienterna var att de oroade sig för sitt arbete och karriären. Detta var inte en så framträdande stressor hos de äldre. Svårigheter i att prestera på sitt arbete är självklart mycket påfrestande, sjukdomen kan upplevas som speciellt hotande om identiteten och statusen är knuten till karriären (Kristoffersen, 1998). Denna stressor förvärrades av oron om ekonomin. När stressorer blir värre och fler blir det svårare att hantera sin sjukdom. I resultaten framkom att patienterna oftast väljer negativt undvikande copingstrategier vid för hög belastning av stressorer. Patienter med god ekonomi använde sig till större del av konfronterande copingstrategier. Detta kan ligga i en mängd olika faktorer. Patienterna behöver inte oro sig för ekonomin, härigenom har de en mycket större frihet. De kan aktivera sig i saker som de tycker om, som avleder koncentration på sjukdomen och smärtan. De kan unna sig alternativ behandling som exempelvis en resa till värmen. Värme hjälper enligt Kamwendo et al. (1999) många patienter mot stelhet, smärta och ökar härigenom patientens fysiska förmåga.

Resultatet i denna studie visade att själva nyckeln till kunskap om patientens val av copingstrategi ligger i hur patienten uppfattar den stressfulla situation han utsätts för. En stor uppgift som sjuksköterskan därför står inför i mötet med patienten är hur hon ska gå tillväga för att tolka patientens verklighet och sedan möjliggöra lösningar på problemen i form av copingstrategier. Vad sjuksköterskan först och främst bör ta reda på är patientens upplevelse av sjukdomen och hur han förhåller sig till faktorer runtomkring (Kristoffersen, 1998). Fysiska, emotionella, sociala och existentiella faktorer påverkar upplevelsen (Nyman & Lützén, 1999). Det är utifrån information om dessa som sjuksköterskan kan skapa sig en bild och bedöma vilka copingstrategier som hon anser att patienten bör fokusera sina ansträngningar på. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är medveten om vilka stressorer som påverkar patienten mest. Med hjälp av omvårdnadsprocessen kan sjuksköterskan kontinuerligt och kritiskt utvärdera sitt arbete med patienten för att uppnå en så hög kvalitet som möjligt.

För att sjuksköterskan ska få information måste hon skapa en kontakt mellan sig själv och patienten. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) talar om en subjekt-subjektrelation vilket innebär att både vårdaren och vårdtagaren ses som egna individer med vilja, mål, avsikter och resurser. Både sjuksköterskan och hennes patient är två olika individer som

tillsammans ska skapa något hållbart och bra. Självklart ska sjuksköterskan ha kunskap om hur hon ska gå tillväga vid patientundervisningen men lika viktigt är det att patienten själv har viljan till att bli undervisad. Ahlström och Hansson (2000) poängterade vikten av att sjuksköterskan arbetar med att ge patienten en aktiv roll i omvårdnaden. Hanssen (1998) menar att patienten kan tilldelas olika roller. Författaren talar om patientens olika val av roller som står mellan passiv, svår, medgörlig eller aktiv patient. En aktiv patient är någon som står på sig och inte låter sig köras över. Han kräver information och vet vad han har för rättigheter.

Hur sjuksköterskan ska gå tillväga vid mötet med patienten påverkas också av i vilket stadium av sjukdomen som patienten befinner sig. Som resultatet visar reagerar patienten olika på stressorerna beroende på sjukdomens fas.

Vid ett sådant komplext sjukdomstillstånd som reumatoid artrit är uppstår det ofta problem mellan patient och sjukvård. Det gäller då för sjuksköterskan att vara tolerant gentemot och ha förståelse för patienternas utsatthet. Studierna visade att patienterna ofta söker svar och försöker hitta en mening till varför just de blivit drabbade (Brown & Williams, 1995; Nyman & Lütsén, 1999). Svaren är ofta omöjliga för sjuksköterskan att hitta. En av hennes omvårdnadsuppgifter blir därför att främja att accepterande av situationen (Ahlström & Hansson, 2000; Dildy, 1996; Long et al., 2002).

Vid kroniska smärttillstånd går det inte att undvika lidandets perspektiv. Resultatet visar att tröst från sjuksköterskan reducerar lidande. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) menar att lidandet är en del av livet och att det inte går att komma ifrån. Snarare leder ofta lidande till utveckling. Därför är det viktigt att ha i åtanke att enda vägen till välbefinnande inte bara bör fokuseras på smärthindring. En väg mot välbefinnande kan istället hittas i stödet. Om sjuksköterskan stödjer patienten så att han orkar möta och bearbeta lidandet kan det hela resultera i utveckling.

KONKLUSION

Människor med reumatoid artrit utsätts för olika faktorer under sjukdomens gång. Dessa faktorer påverkar hur de upplever sin sjukdom. Det visade sig att de som framförallt

berör patienter med reumatoid artrit är smärta och immobilitet. För att hantera sjukdomen används vissa strategier. Situation och sammanhang har en avgörande betydelse för vilken strategi patienten väljer. Under arbetets gång har det klargjorts att för att en individ ska kunna uppnå en hantering av sin sjukdom krävs en kombinerad användning av både emotionella och problemfokuserade copingstrategier, emotionella för att minska obehagliga känslor i stressituationen och problemfokuserade för att ta tag i dem. Sjuksköterskans främsta uppgift ligger i att tyda patientens subjektiva upplevelse av sjukdomen i syfte att hjälpa patienten att välja den strategi som är lämplig.

Förslag på vidare forskning anser vi ska ske inom den alternativa medicinen. Detta för att göra behandlingen av reumatoid artrit mer lättillgänglig och därigenom underlätta för patienterna att själva ta tag i sin situation och göra något åt sitt sjukdomstillstånd.

Källförteckning

- Ahlström, G., & Hansson, B. (2000). A model for supporting the patient's coping with chronic illness. *Vård i Norden*, 20, (3), 34-38.
- Andersen, I. (1997). Omvårdnadsprocessen. N. J. Kristoffersen. (Red.). *Allmän omvårdnad del 2*. (s.11-60). Stockholm: Liber.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). Att möta sin sjukdom- coping och försvarsstrategier. I. O.Rydén & U.Stenström. (2000). *Hälsopsykologi*. (s.81-99). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Brattberg, G. (1985). *Att möta smärta*. Stockholm: Liber.
- Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber (Almqvist & Wiksell Medicin)
- Brattberg, G., & Stenlund, B. (1998). *Kvinnor och smärta. Rapport från Yrkesmedicinska enheten*. Stockholms läns kvinnohälsorapport, kapitel 10. Stockholm: Karolinska sjukhuset,
- Brown, S., & Williams, A. (1995). Women's experiences of rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 695-701.
- Davis, G. C., Hiemenz, M. L., & White, T. L. (2002). Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, (2), 121-126.
- Dewar, A. (2001). Protecting strategies used by sufferers of catastrophic illness and injuries. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 600-608.
- Dildy, S. P. (1996). Suffering in People With Rheumatoid Arthritis. *Applied Nursing Research*, 9, (4), 177-183.
- Downe-Wamboldt, B. L., & Melanson, P. M. (1995). Emotions, Coping, and Psychological Well-Being in Elderly People With Arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 17, (3), 250-265.
- Downe-Wamboldt, B. L., & Melanson, P. M. (1998). A causal model of coping and well-being in elderly people with arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1109-1116.
- Engström-Laurent, A., Leden, I., Nived, O., Sturfeldt, G. (1994). *Reumatologi*. Stockholm: Liber utbildning.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

- Grewin, B. (1994). Medicinska fakta om reumatiska sjukdomar. E. Jacobsson (Red.), *Hjälpreda för reumatiker* (s. 16-25). Uppsala: Ord & Forum.
- Gustafsson, M. (1999). *Chronic pain experiences. Studies of perception, evaluation and responses to pain in patients with rheumatoid arthritis and musculoskeletal pain* (avhandling för doktorexamen, Göteborgs universitet).
- Hanssen, I. (1997). Kommunikation. N. J. Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad del 2* (s. 61-107). Stockholm: Liber.
- Kamwendo, K., Askenbom, M., & Wahlgren, C. (1999). Physical activity in the life of the patient with rheumatoid arthritis. *Physiotherapy Research International*, 4, (4), 278-292.
- Kristoffersen, N. J. (1989). *Allmän omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Long, A. F., Kneafsey, R; Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, (1), 70-78.
- Mahat, G. (1997). Perceived stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1144-1150.
- Mathisen, J., & Dahle, R. (1998). Respiration. N. J. Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad del 3* (s. 403-441). Stockholm: Liber.
- Moos, R.H. (1986). Att möta sin sjukdom- coping och försvarsstrategier. O.Rydén & U.Stenström. (2000). *Hälsopsykologi*. (s.81-99). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Newbold, D. (1996). Coping with rheumatoid arthritis. How can specialist nurses influence it and promote better outcomes? *Journal of Clinical Nursing*, 5, 373-380.
- Nilsson, T. (1999). *Multifaktoriella aspekter på obesitas. Studier rörande copingförmåga, personlighetsdrag och förekomst av dopamin receptor gen DRD4 långa alleler* (avhandling för doktorexamen, Umeå universitet).
- Nisell, R. & Lundeberg, T. (1999). *Smärta och inflammation*. Lund: Studentlitteratur.
- Nitelius, E. (1999). *Kronisk ledgångsreumatism – reumatoid artrit*. Stockholm: Förlaget Hagman.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.

- Nyman, C. S., & Lützn, K. (1999). Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 12, (2), 164-169.
- Nystrand, A. (1998). *Reumatiska sjukdomar. Aktuell medicinsk forskning 1998*. Lidköping: Strokirk-Landström.
- Nystrand, A. & Röhl, A. (1999). *Smärta. Aktuell medicinsk forskning 1999*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- O'Neill, E. & Morrow, L. (2001). The symptom experience of women with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 10, (2), 257-268.
- Read, E., McEachern, C., & Mitchell, T. (2001). Psychological wellbeing of patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Nursing*, 10, (21), 1385-1391.
- Redke, Finn. (2000). *Smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Richardson, C., & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (5), 659-667.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult (1996). *Vård -ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- Schaefer, K. M. (1995). Struggling to maintain balance: a study of women living with fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 95-102.
- Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso-och sjukvården (SOSFS 1993:17).
- Solvoll, B. (1997). Identitetens betydelse. N. J. Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad del 2* (s. 135-182). Stockholm: Liber.
- Sinclair, V. G., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., Blackburn, D. S., & Fuchs. (1998). Effects of a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Research in Nursing & Health*, 21, 315-326.
- Sternbach, R. A. (1987). *Leva med smärta*. Stockholm: Bonnier.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se