



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Namn Michaela Alvo & Emelie Hellstrand
Program Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap
Kurs Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGK13, HT 2021
Nivå Grundnivå
Handledare Hanna Gabrielsson
Examinator Elisabet Mattsson

**FAKTORER SOM PÅVERKAR LIVSKVALITETEN HOS
PERSONER MED REUMATOID ARTRIT**
EN LITTERATURÖVERSIKT

**FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF LIFE FOR PEOPLE
WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**
A LITERATURE REVIEW

Sammanfattning

- Bakgrund** Reumatoid artrit (RA) är en autoimmun sjukdom som påverkar leder, senor och skelettvävnad genom att den orsakar inflammation. Det finns evidens för ärftlighet och även immunologiska faktorer spelar en roll men varför sjukdomen utvecklas är ännu inte känd. Omvårdnad sker främst i form av utbildning om egenvård och träning samt medicinering.
- Syfte** Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med Reumatoid Artrit.
- Metod** Arbetet är en litteraturöversikt. Urvalskriterierna var att artiklarna ska vara på engelska, publicerade inom de senaste fem åren (2016–2021), peer-reviewed och deltagare ska vara vuxna. De valda databaserna var PubMed och Cinahl complete. Databasernas fokusområden är omvårdnadsforskning och medicin vilket är relevant för det som eftersöks i arbetet. Sökmetoden var boolesk och sökorden var *rheumatoid arthritis* och *quality of life*. Artiklar som bedömts relevanta för att besvara syftet valdes ut.
- Resultat** Resultatet visar att de faktorer som kan påverka den mentala och fysiska livskvaliteten negativt hos personer med RA var smärta, depression, trötthet, sjukdomsaktivitet, övervikt, brist på sömn samt hög ålder. Kunskap om sjukdomen, inställning, stark identitet, hög motståndskraft samt psykologisk rådgivning, socialt stöd, träning, goda relationer, god ekonomi, hög utbildning och arbete sågs kunna påverka livskvaliteten positivt.
- Sammanfattning** RA påverkar personers livskvalitet i olika dimensioner på flera olika sätt. Sjukdomsaktivitet, information om sjukdomen och socialt stöd sågs vara några av de mest avgörande faktorerna för livskvaliteten. Som sjuksköterskor och omvårdnadsledare är det viktigt att undersöka faktorer som bidrar till bättre/sämre livskvalitet för att kunna främja patientens förmåga till egenvård. Sjuksköterskan bär ett ansvar för att säkra varje patients enskilda rätt till vård, vilket är en förutsättning för ett jämlikt samhälle.
- Nyckelord** *Reumatoid Artrit, Livskvalitet*

Abstract

Background Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease that affects joints, tendons and tissues by causing inflammation in them. There is evidence of the disease having hereditary and immunological factors that contribute to the emergence of Rheumatoid Arthritis, but the cause behind it is still unknown. Care is primarily focused on information about selfcare and exercise as well as medication.

Aim The aim was to describe the factors influencing the quality of life for people with Rheumatoid Arthritis.

Method This paper is a literature review. The inclusion criterias are that the articles are in English, published within the last five years (2016–2021), they are peer-reviewed and participants in studies are adults. The chosen databases were PubMed and Cinahl complete which both focus on nursing and medicine which are relevant for this review. The search method was boolean, and search words were *rheumatoid arthritis* and *quality of life*. The articles used for the assignment were chosen based on their abstract, how well the article could serve to answer the aim.

Results The results found that factors that can decrease the quality in life in people with Rheumatoid Arthritis is pain, depression, fatigue, disease activity, overweight, lack of sleep and old age. Knowledge about the disease, positive attitude, clear sense of identity, high resilience as well as therapy, social support, physical activity, marriage, good financial health, high education and employment was seen to improve the quality of life.

Conclusion RA affects people's quality of life in different dimensions and ways. Disease-activity, information about the disease and social support were seen as some of the most crucial factors in determining the quality of life. As nurses and leading care-givers it is important to know what factors can contribute a better/worse quality of life in order to encourage selfcare. Nurses carry a responsibility to ensure every patient's right to medical treatment and care which is a prerequisite for an equal society.

Keywords *Rheumatoid Arthritis, Quality of Life*

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
SJUKDOMEN REUMATOID ARTRIT	1
<i>Diagnostik</i>	2
<i>Läkemedelsbehandling</i>	3
<i>Omvårdnad</i>	4
<i>Egenvård</i>	4
<i>Livskvalitet</i>	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
TEORETISK REFERENSRAM	6
METOD	7
<i>Datainsamling</i>	8
<i>Dataanalys</i>	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	11
FAKTORERS KOMPLEXA PÅVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN	11
PERSONLIGA EGENSKAPER	13
FAKTORER SOM SKAPAR MENING	14
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	19
<i>Betydelsen av god fysisk kapacitet för livskvaliteten</i>	19
<i>Betydelsen av sjukvårdens stöd</i>	20
<i>Betydelsen av stöd och samhörighet</i>	22
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	24
SAMMANFATTNING	24
REFERENSFÖRTECKNING	26
BILAGA 1. SÖKMATRIS	29
BILAGA 2. ARTIKELMATRIS	30

INLEDNING

Anledningen till att vi valde ämnet reumatoid artrit för vårt arbete är att det fanns ett tidigare intresse av sjukdomen, dess behandlingsformer och en nyfikenhet att undersöka vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA. Som blivande sjuksköterskor är det viktigt att försöka förstå omständigheterna som påverkar patienters livskvalitet för att kunna främja dem och bidra till större välbefinnande. Att få en inblick i vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA är användbart i professionen då det bidrar till förståelse, större kunskap och ger möjligheten till mer personlig och betydelsefull vård.

BAKGRUND

SJUKDOMEN REUMATOID ARTRIT

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk och autoimmun sjukdom vilket innebär att immunförsvaret attackerar den egna kroppen och orsakar inflammation. Inflammationen drabbar främst senor, ledband, brosk och skelettvävnad som ligger i anslutning till leder vilket medför smärta i olika grad, stelhet och minskad rörlighet. Det är en livslång, obotlig sjukdom och behandlingen går ut på att patienten ska bli symptomfri. Orsaken till att sjukdomen utvecklas är inte känd, det finns evidens för ärftlighet och forskning har visat att genetiska och immunologiska faktorer bidrar till insjuknandet, samt att rökning ger en ökad risk (Simonsen & Hasselström, 2016). Tidigare forskning säger att cirka 20% av fallen av RA förklaras av rökning (Socialstyrelsen, 2021).

Enligt Alamanos och Drosos (2005) är det både miljön och genetiska faktorer som avgör vem som blir drabbad. Genetisk mottaglighet, rökning och ålder är identifierade riskfaktorer. Sjukdomen förekommer överallt i världen. I Skandinavien förekommer sjukdomen hos cirka 0,7 procent av befolkningen. Sjukdomen drabbar fler kvinnor än män och utvecklas oftast i 50–60 årsåldern men förekommer i alla åldersgrupper (Frostedgård, 2017). Socialstyrelsens (2021) rekommendationer berör träning och nyttan av att ställa diagnos så fort som möjligt för att kunna ge tidig behandling och bromsa sjukdomsförloppet. Det beskrivs även hur rekommendationerna bör påverka hälso-sjukvården ekonomiskt. År 2014 sågs kostnaderna för RA vara 4,2 miljarder kronor (Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi [IHE], 2016), höga kostnader medför en belastning på samhället och sjukvården, genom att följa

rekommendationerna och ställa en diagnos tidigt beräknas sjukvården kunna minska kostnaderna och vården bör bli mer jämlik. Som det ser ut skiljer sig vården och väntetiderna mellan regioner vilket gör att det inte är jämlikt. Målen som Socialstyrelsen satt upp syftar till att göra vården mer effektiv samt att personen med störst behov får tillgång till vård först (Socialstyrelsen, 2021) Detta kan även relateras till sjuksköterskans etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a) som säger att sjuksköterskor ska verka för jämlikhet vid fördelning av resurser och tillgången till sjukvården, alltså ligger det inom sjuksköterskor och blivande sjuksköterskors ansvarsområde. Det är ett samhällsligt problem att sjukvården ser olika ut då det bidrar till orättvisor och strider mot människors rättigheter. Det uppstår ett etiskt problem då alla bör ha lika rätt till vård.

Diagnostik

Enligt Socialstyrelsen (2021) är det viktigt för patientens hälsa att kunna ställa en diagnos redan i ett tidigt stadium, med fördel redan i primärvården. En tidigt ställd diagnos kan förse patienten med en effektiv läkemedelsbehandling redan i början av sjukdomsförloppet, vilket kan bromsa inflammationens skada på skelett, brosk och senor.

Hur snabbt sjukdomen utvecklas är individuellt. För vissa går sjukdomsförloppet fort, för andra utvecklas sjukdomen sakta under en längre tid (Simonsen & Hasselström, 2016). Vanliga symptom är liksidig ledinflammation samt smärta och styvhet i de påverkade lederna under minst 6 veckor. För många personer upplevs styvheten först i fingrar, tår och handleder. Fingrarna och/eller tårna kan även svullna, bli ömma och röda (Socialstyrelsen, 2021). Både Sänkningsreaktion (SR) och C-reaktivt protein (CRP) är vanligtvis förhöjt när dessa besvär börjar. Värdena är i princip proportionerliga till sjukdomsförloppet (Simonsen & Hasselström, 2016).

Under diagnostisering får patienten berätta om besvären och läkaren gör en kroppsundersökning där hen granskar och känner på lederna samt röntgar dem. Om det är i ett tidigt skede är det inte säkert att röntgenbilderna visar något, men har inflammationen pågått en längre tid kan läkaren se att skelettet intill lederna har tunnats ut (Simonsen & Hasselström, 2016). Patienten får sedan lämna blodprover, antikroppen anti-CCP är vanligt förekommande vid RA (van Venrooij m.fl., 2008). Tre av fyra som lider av sjukdomen har anti-CCP i blodet. Om det upptäcks är sannolikheten stor att det är RA, dock kan antikroppen förekomma utan insjuknande och det är inte heller en indikator på att RA kommer att

utvecklas då det även kan indikera en annan sjukdom (Kourilovitch m.fl., 2014). Förekomsten av anti-CCP kan vara vägledande inför diagnostisering. Om inflammationer förekommer i flera leder på båda sidor av kroppen samt i smålederna i händerna får patienten oftast diagnosen RA. Symtomen ska ha varat i minst sex veckor och det ska vara tydligt att det inte handlar om någon annan inflammatorisk ledsjukdom (Simonsen & Hasselström, 2016). Blodproverna är vägledande och räcker inte i sig då diagnosen främst grundar sig på vad undersökningar visar (Frostedgård, 2012).

Läkemedelsbehandling

Den farmakologiska behandlingen för RA går ut på att lindra symtom och besvär samt att förhindra sjukdomens progression för att undvika permanenta skador på leder och senor. Förstahandspreparatet som används vid farmakologisk behandling är NSAID-preparat (anti inflammatorisk, icke steroida läkemedel) och glukokortikoider som används för att lindra inflammationsförloppet, smärta, svullnad och stelhet. NSAID-medel gör detta genom att det hämmar enzymet cyklooxygenas. Hämmandet av detta enzym innebär hämning av syntesen av prostaglandiner, vilka har som funktion att förmedla och förstärka smärtsignaler i kroppen (Simonsen & Hasselström, 2016). Detta är varför läkemedlet minskar smärtan. Dessa läkemedel bör dock inte användas på lång sikt eftersom de ökar produktionen av magsyra och därmed kan orsaka magsår. Glukokortikoider kan även leda till biverkningar såsom ökad risk för infektion och utveckling av diabetes. De andrahandspreparat som erbjuds är DMARDs, disease-modifying antireumatic drugs, som förhindrar och saktar ner sjukdomsförloppet av RA. I denna grupp av läkemedel ingår bland annat metotrexat, vilket är en typ av cellgift som kan användas i låga doser vid RA och svår psoriasis. Dessa läkemedel används främst när sjukdomstillståndet förvärras i en snabb takt och ytterligare degeneration måste förhindras (Gaffo m.fl., 2006). Däremot bidrar de inte till att läka redan befintliga strukturella skador. Syftet med att ge dessa cellgifter är att de hämmar enzym som bildar kvävebaser, en av komponenterna i nukleotiderna som bildar DNA och RNA. Genom att bildning av nytt DNA reduceras minskar även bildningen av inflammatoriska celler i synovialhinnan vilket betyder att den inflammatoriska processen saktar ner eller stannar av och smärta samt skador på leder och brosk minskar (Simonsen & Hasselström, 2016).

Omvårdnad

Omvårdnaden av patienter med RA sker i team som består av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017b) ansvarar sjuksköterskan för samt leder omvårdnadsarbetet. Denne ska kunna bedöma, planera och genomföra omvårdnaden kring patienten. Omvårdnadsåtgärderna ska utgå från patientens behov, resurser och värderingar för att vården ska vara personcentrerad och betydelsefull. Sjuksköterskan fungerar som patientens närmsta kontakt och ansvarar för att förmedla information som patienten begriper. Det handlar främst om undervisning om egenvård, information om träning och uppföljning av medicineringen samt koordinering av vård. Personer med RA genomgår även ofta rehabilitering, vilket bör ske i samarbete mellan flera olika vårdprofessioner. Rehab kan också ske i form av egenvård, som patienten utför på egen hand (Alamanos & Drosos, 2005; Cooney m.fl., 2011).

Egenvård

Egenvård är en viktig del i omvårdnaden av patienter med RA. Personen med RA kan själv vidta åtgärder för att förbättra och upprätthålla god hälsa och gott välmående, förutsatt att personens kapacitet tillåter detta. Egenvård kan bestå av flera olika insatser och handlingar. Bland annat har fysisk aktivitet setts förbättra patientens fysiska förmåga då det leder till förbättrad kroppslig styrka, förbättrad ledrörelse och ökad muskelmassa (Cooney m.fl., 2011). Träningen kan vara en förutsättning till att patientens smärta minskar, rörligheten ökar samt att risken för benbrott minimeras (Socialstyrelsen, 2021). Träning påverkar även personens energifördelning och har en god påverkan på sömnen, vilket även detta är en fördel för patienter med RA då många upplever trötthet och/eller fatigue. En ökad kunskap hos patienter gällande träning och fysisk aktivitet kan leda till att fler personer väljer en aktiv livsstil, vilket kan påverka sjukdomsförloppet och den inflammatoriska processen i kroppen positivt hos personer med RA (Durcan m.fl., 2014). Brodin och Swärdh (2015) beskriver att det är främst aeroba och muskelstärkande övningar som förespråkas för personer med RA då de setts kunna lindra smärtan samt öka rörligheten i lederna. Utöver detta bör sjuksköterskan även informera om andra vardagliga ändringar som kan gynna personens välmående, vilket kan gälla val av passande skor för att inte belasta fel eller hemmaövningar för att stärka finger- och tåleder (Bremander, 2014).

RA ökar risken även för åderförfattning och sjukdomar som hjärtinfarkt och stroke. Det som kan göras själv för att minska risken för att utveckla en hjärt- eller kärlsjukdom är att motionera, sluta röka och gå ner i vikt för att både få ner blodtrycket och sänka halten blodfetter (Bremander, 2014). Som nämnts har rökning setts öka risken för att utveckla RA. Utöver det ökas även risken för att drabbas av ett allvarligare sjukdomsförlopp samt kan effektiviteten av läkemedelsbehandlingen minska. Därför kan det vara till stor fördel att sluta röka för att minimera påverkan på sjukdomsförloppet, såväl som hälsan i stort (Svenska läkaresällskapet [SLS], 2018).

Livskvalitet

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2012) återger världshälsoorganisationens (WHO) definition av begreppet livskvalitet:

“Individens uppfattning av sin livssituation i relation till rådande kultur och normer, och i förhållande till sina egna mål, förväntningar, värderingar och intressen”

Enligt denna definition är begreppet livskvalitet baserat på personens egen uppfattning om sitt tillstånd. Hälsorelaterad livskvalitet (på engelska health related quality of life, HRQoL) beskriver hur livskvalitet påverkas av hälsan. De valda artiklarnas studier utgår från formulär som är utformade för att undersöka livskvalitet (på engelska quality of life, QoL) och hälsorelaterad livskvalitet, vilket är intressant i forskning där man vill synliggöra effekten en sjukdom eller symptom har på en persons livskvalitet i kvantitativ mätning (SBU, 2012). Formulären som använts i studierna syftar till att skatta och beskriva tillstånd i olika kategorier som smärta, socialt stöd och fysisk förmåga som sedan analyseras och sammanställs. Vissa av formulären är generella och används oavsett vilken sjukdom patienten är drabbad av, andra är mer specifika och anpassade efter ett visst hälsoproblem. De mer specifika har möjlighet att ge en djupare bild och synliggöra detaljer som inte generiska frågeformulär kan (SBU, 2012).

PROBLEMFÖRMULERING

Uppemot en procent av befolkningen är drabbad av RA. Sjukdomen RA innebär kronisk inflammation i leder samt smärta i olika grad för de drabbade. Den påverkar personer olika men gemensamt är inflammation och minskad funktionalitet i lederna. Vården består av både läkemedelsbehandling och omvårdnad från sjuksköterskan i form av bland annat information om egenvård och träning. Det är nödvändigt att undersöka de faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA för att kunna se hur livskvaliteten för dessa individer ändras i takt med att sjukvården utvecklas och förbättras. Ökad förståelse och kunskap är en förutsättning för att kunna ge bättre och mer individanpassad vård.

SYFTE

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA.

TEORETISK REFERENSRAM

Aggernæs (1994) teori beskriver hur livskvalitet kan ses som en summering av fyra fundamentala behov. Dessa behov är (1) grundläggande biologiska behov, (2) behov av betydelsefulla och varma mänskliga kontakter, (3) behov av givande sysselsättning samt (4) behov av omväxling. Enligt teorin skulle människan bli lidande om dessa behov inte kan uppfyllas. Aggernæs teori utgår från Maslows behovstrappa som listar människans behov för att uppnå god hälsa i en hierarkisk ordning där behovet av mat och näring är det mest grundläggande, därefter följer trygghet, kärlek och självförverkligande. Nordenfelt (2004) skriver om hur Aggernæs teori (1994) kan ses som ett försök till att beskriva människans generella behov för tillfredsställelse i livet. Det finns minimala villkor som måste uppfyllas (behov av föda, trygghet, kärlek och självaktning) men teorin specificerar även hur dessa behov kan uppnås genom att benämna dem, exempelvis behov av betydelsefulla relationer samt behov av omväxling i livet. Han beskriver hur god livskvalitet kan uppnås, men tydliggör att det inte är en modell som beskriver människors universella behov för att uppnå hög livskvalitet. Vad som upplevs viktigt är individuellt, vilket också påverkar synen på livet och ens värdering av livskvaliteten (Nordenfelt, 2004). Aggernæs (1994) tar även upp hur mätning av livskvalitet i kvantitativa former kan vara problematiskt. Ett av argumenten är att

det inte finns något standardiserat formulär utan de skiljer sig från varandra i vissa avseenden. En annan fråga är hur man ska kunna sammanställa resultat från olika studier. Har varje studie samma relevans och väger lika tungt eller skiljer de sig åt? Hur avgörs relevansen? Ett argument för att mäta livskvalitet kvantitativt är att det ger en större överblick eftersom fler människor kan delta i en enkätstudie än enskilda intervjuer. Samtidigt måste de som utformar studien vara medvetna om att kvantitativa och kvalitativa studier ger olika resultat som kan vara mer eller mindre kliniskt användbara. Det som en person upplever i sitt sjukdomstillstånd och beskriver i en intervju kan påverkas av flera faktorer som går bortom sjukdomen och om det enbart är en persons erfarenheter som redovisas går det inte att dra slutsatser om vissa frågor. Studier som utförts med för få deltagare är inte applicerbara för andra patienter och kan därav inte ge en överblick över hur exempelvis det ser ut för de som lever med en sjukdom. Samtidigt kan en kvantitativ studie aldrig få samma djup och se till detaljer på samma sätt som en kvalitativ. Aggernæs beskriver sitt eget tillvägagångsätt när det kommer till att mäta livskvalitet. Han föredrar att mäta hälsofaktorer (resurser) och livskvalitet (tydligt beskrivet) separat för att sedan se till skillnader och om en förändring i en persons hälsa korrelerar med högre livskvalitet. På så sätt kan ett kliniskt användbart resultat utvinnas då det blir synligt om en positiv fysisk förändring ger en bättre livskvalitet. Aggernæs teori används senare i diskussionen där författarna diskuterar forskningens tendens att mäta livskvalitet kvantitativt samt i resultatdiskussionen där delar av resultatet diskuteras utifrån teorin om behov.

METOD

Den valda metoden var litteraturöversikt. Det innebär att fakta sammanställs från flera relevanta originalkällor för att besvara en frågeställning. Denna studie blir därav en sekundärkälla. Litteraturöversikter syftar till att informera om, alternativt ge en sammanställning av ett utstakat område (Friberg, 2017). Det som beskrivs i arbetet är vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA. Kvantitativa undersökningar syftar till att sammanställa data på ett överskådligt vis och redovisar svar på enkätundersökningar som QoL och HRQoL i siffror. För att besvara frågeställningen och beskriva de faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA användes kvantitativa artiklar.

Datainsamling

Artiklarna som valts uppfyller förbestämda inklusion- och exklusionkriterier. De är originalartiklar med hög relevans för arbetet och syftar till att besvara frågeställningen, är skrivna på engelska, inriktar sig på vuxna, är publicerade inom de senaste fem åren (2016–2021) samt är publicerade i en vetenskaplig tidskrift och är peer-reviewed, vilket innebär att artiklarna har blivit granskade av experter inom ämnet. Peer-reviewed innebär även att artikeln publicerats i en vetenskaplig tidskrift, men behöver inte nödvändigtvis betyda att den är vetenskaplig (Österlundh, 2017). Databaserna PubMed och Cinahl Complete användes för litteratursökningen. Sökning via Cinahl Complete tillåter för filtrering av artiklar som är peer-reviewed vilket gjorde att sökningen resulterade i runt 150 artiklar medan sökning via PubMed inte har något sådant filter och gav fler än dubbelt så många artiklar. Det beaktades sedan vid valet då artiklarna från PubMed noggrant undersöktes för att säkerställa att de är publicerade, trovärdiga och därav lämpliga att använda för arbetet. Cinahl Complete listar omvårdnad, arbetsterapi, fysioterapi och medicin som forskningsområden. Av dem är omvårdnad och medicin de mest relevanta för att besvara frågeställningen samt för sjuksköterskans arbete. PubMed innehåller studier som bedriver omvårdnadsforskning, vilket är relevant för arbetet. Alla artiklar som valts har granskats och bedömts relevanta. Anledningen till varför endast artiklar från de senaste fem åren inkluderades är främst för att tidigare artiklar med större sannolikhet har förlegad information medan nyare artiklar är baserade på modernare forskning samt metoder och system som nyttjas av sjukvården idag och är relevant för blivande sjuksköterskor (Segesten, 2017). Kriteriet valdes även för att begränsa antalet artiklar vid sökningen då att inkludera artiklar från de senaste tio åren gav för många träffar.

Vald sökmetod är boolesk, vilket innebär att de valda sökorden kombineras med olika operatörer för att skapa en önskvärd söksträng. Operatörerna inkluderar eller exkluderar då ett visst sökresultat. De kan användas enskilt, var för sig eller i kombination med andra operatörer för att skapa en längre och mer specifik söksträng. De vanligaste sökoperatörerna var AND, OR och NOT (Österlundh, 2017). De valda sökorden för detta arbete är *Rheumatoid Arthritis* och *Quality of life*. Sökorden kombinerades för att finna artiklar som handlar om faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med reumatoid artrit. Den slutgiltiga söksträngen blev ("Quality of life"[Mesh]) AND ("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh]) för PubMed. Mesh termerna är specificerade, denna söksträng letar efter artiklar som

innehåller orden livskvalitet och reumatoid artrit och inkluderar artiklar som har någon av de orden som fokus i artikeln. Söksträngen för Cinahl var (MH "Quality of life") AND (MH "arthritis, reumatoid"), även här är termerna specificerade (MH, major heading) och strängen ger resultat som har de engelska orden för livskvalitet i relation till reumatoid artrit som huvudämne (Bilaga 1). Dessa sökord relaterar direkt till problemområdet och var framtagna för att hitta relevanta artiklar för att besvara frågeställningen. Sökningen resulterade i kvantitativa studier som mäter livskvalitet i relation till hälsa (QoL och HRQoL formulär) där deltagarna får skatta exempelvis sin smärtnivå, emotionella förmågor eller fysiska kapacitet som forskarna som genomför studien sedan tolkar resultatet av.

Urvalsprocessen började med att artiklarnas titlar lästes för att få en initial uppfattning om dess relevans. Sedan lästes abstract och resten av artikeln. Om de ansågs lämpliga genomgick dem därefter stegen för kvalitetsgranskning där ytterligare artiklar valdes bort då de inte sågs lämpliga för arbetet (Friberg, 2017). Frågorna som författarna utgick från när artiklarna kvalitetsgranskades var hur syftet såg ut och om det var tydligt, hur metoden var beskriven, hur urvalet gjorts samt vilka inklusionskriterier som använts för studien. Även hur resultatet var analyserat och beskrivet var ett fokus under granskningen och en fråga som ställdes under arbetets gång. Mycket av resultatet i studierna var presenterat i mätdata som författarna till detta arbete behövde förståelse för, de undersökte därför hur QoL och HRQoL formulär redovisar resultat för att kunna återge resultatet i ord för litteraturöversikten. Många av studierna hade även förklaringar under tabellerna för termer samt hur siffrorna ska tolkas. Artiklarna som sågs relevanta för litteraturöversikten lästes flera gånger för att få en tydlig uppfattning om vad de handlade om. Under dataanalysen analyserades informationen i olika steg för att sedan sammanställas i tabell för att få fram överskådligt och användbart material för uppsatsen (Friberg, 2017).

Dataanalys

Fribergs analyssteg beskriver hur dataanalysen ska genomföras i olika steg. Det första steget går ut på att bekanta sig med materialet genom att det läses flera gånger. Därefter görs en sammanfattning där viktiga fynd från de artiklar/material som lästs lyfts. I nästa steg sammanställs information som är relevant för analysen. Data som exempelvis syfte, metod och resultat förs in i en tabell som underlättar för översikt och struktur. I steg fyra identifieras sedan skillnader och likheter mellan artiklar och material som används. Exempelvis om en

kvantitativ och kvalitativ studie jämförs måste det framgå att de är av olika natur och fokuserar på olika saker. Likheter mellan exempelvis syfte och resultat i olika artiklar ska uppmärksammas. Det sista steget går ut på att få en översikt av analysen som genomförts, sammanställa resultat och sortera artiklarna. Exempelvis kan artiklar med olika syften särskiljas och indelas i olika teman för att ge en överskådlighet för arbetet (Friberg, 2017).

Analysprocessen påbörjades genom att översiktligt läsa artiklarnas rubriker. Vid funnen relevans lästes därefter artikelns abstract för att undersöka huruvida artikelns resultat svarar på syftet. Sedan lästes artiklarna för att se att relevansen bibehölls under hela studien och att det inte var ett annat fokus än det som presenterats av titel och abstract. Efter urvalet av artiklar fördes de in i en artikelmatris (Bilaga 2) där studiens syfte, metod och resultat presenterades. Metoden delades upp i underrubrikerna metod, urval, datainsamling och analys. Efter det påbörjades tematiseringen av artiklarnas resultat, där likheter och skillnader i artiklarnas resultat blev tydliga. De valda artiklarna har granskats enligt Fribergs analysmodell (2017). Indelning i teman utifrån artiklarnas resultat syftade till att urskilja likheter och skillnader och underlätta tolkningen av materialet som används. Det görs för att underlätta processen av att skriva resultatet i detta arbete. Många av studierna hade liknande innehåll eftersom syftet ofta var likt eller detsamma. Fynd som återkom under dataanalysen refererades till de studier som funnit samma sak.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Uppsatsens innehåll har en etisk grund. För att möjliggöra detta och för att säkerställa att innehållet håller den etiska grunden genom hela arbetet ser man till olika forskningsetiska överväganden. De använda artiklarna är granskade i syfte att hålla uppsatsen till en etisk standard och arbetet behandlar och hanterar endast information som är värdefull för uppsatsens syfte. Metod och material följer ett etiskt genomförande och en etiskt medveten design. De forskningsetiska principerna har följts i de valda artiklarna, vilka är att deltagarna frivilligt medverkat i studien, att deras privatliv och samtycke respekteras och tas i beaktande samt att deltagarnas nytta respektive risk har värderats och övervägas vid start av undersökningen. Deltagarna ska även ha försetts med goda villkor och skydd vid särskilt behov (Sandman & Kjellström, 2018). Artiklarna som brukas är etiskt medvetna och inskränker inte på någon persons integritet. En av artiklarna skrev att ingenting om deltagarnas personliga information publiceras i studien och de har haft möjligheten att gå ur

studien utan konsekvenser vid vilken tidpunkt som helst (Oh, Park & Seo, 2019). De forskningsetiska överväganden som använts för detta arbete är att inte fabricera, vilket innebär att inte dra slutsatser om och hitta på resultat, utan all text ska ha korrekta referenser och vara förankrat i forskning. Att använda sig av rätt referenser är likaså en viktig princip för att läsaren ska förstå att det inte är egna insikter utan tankar formulerade av en annan källa som enbart använts i arbetet. Det är viktigt för att stärka trovärdigheten samt för att minska risken för plagiat, alltså kopiering av någon annans arbete (Sandman & Kjellström, 2018).

RESULTAT

För arbetet användes tio kvantitativa studier. De hade gemensamt att de redovisade vilka faktorer som påverkar den mentala och fysiska livskvaliteten hos personer med RA (Awada m.fl., 2019; Bai m.fl., 2020; Berner m.fl., 2018; Ferreira Santos m.fl., 2018; Ji m.fl., 2017; Larice m.fl., 2019; Liu m.fl., 2017; Oh m.fl., 2019; Rosa-Gonçalves m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016). Studierna utfördes i flera olika länder, de länder och antal studier som varje land hade var: Kina (3), Portugal (2) Italien (1), Libanon (1), Finland (1), Korea (1), Österrike (1). Efter analysen av artiklarna framkom tre teman: olika faktorerers komplexa påverkan på livskvaliteten, personliga egenskaper och faktorer som skapar mening.

FAKTORERS KOMPLEXA PÅVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN

Resultatet visade flera faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA. Faktorerna sågs påverka både den fysiska och mentala livskvaliteten på flera olika vis. Deras förmåga att påverka livskvaliteten på flera dimensioner (fysiskt och mentalt) både negativt och positivt (exempelvis brist av sömn/tillräckligt med sömn, hög sjukdomsaktivitet/låg sjukdomsaktivitet) gjorde att temat faktorers komplexa påverkan på livskvaliteten framkom. Ett återkommande resultat var att deltagarna ansåg att sjukdomen påverkade den fysiska livskvaliteten mer än den mentala och upplevde därmed de fysiska svårigheterna som det mest utmanande (Liu m.fl., 2017; Larice m.fl., 2019; Awada m.fl., 2019; Berner m.fl., 2018).

Utifrån en studie kunde tre symtomkluster identifieras som sammanhängande vid RA. Dessa var smärta och trötthet, trötthet och depression samt smärta, trötthet och depression. Fyndet var att symtom som kommer i kluster, det vill säga är sammanhängande, har en större inverkan tillsammans än vad de har var för sig då samspelet bidrar till att livskvaliteten blir

sämre hos patienterna (Oh m.fl., 2019). Sjukdomsaktiviteten vid RA hade en direkt påverkan på smärta, trötthet samt depression. Smärta i sig sågs inte ha en direkt påverkan på livskvaliteten, men när smärta samverkade med de övriga identifierade klustren sågs den ha en signifikant negativ påverkan på livskvaliteten (Oh m.fl., 2019). Smärta tillsammans med trötthet påverkade livskvaliteten mer tillsammans än var för sig (Berner m.fl., 2018). Smärtan var också avgörande för hur mycket personens fysiska kapacitet påverkades.

Ett resultat som framkom var att deltagarnas livskvalitet påverkades negativt av en försämrad fysisk kapacitet. Svåra och långa sjukdomsförlopp försvårade genomförandet av fysisk aktivitet vilket i sin tur leder till förtvining av muskler och protein (Bai m.fl., 2020). Risken för fysiska funktionshinder ökade alltså signifikant vid hög sjukdomsaktivitet. Ju högre sjukdomsaktivitet desto mer påverkades personens fysiska kapacitet negativt och därmed påverkades den hälsorelaterade livskvaliteten negativt. Hög sjukdomsaktivitet sågs även orsaka en lägre mental livskvalitet hos deltagarna (Berner m.fl., 2018; Liu m.fl., 2017; Ji m.fl., 2017; Ferreira Santos m.fl., 2018; Oh m.fl., 2019; Rosa-Gonçalves m.fl., 2018). Personer med nedsatt fysisk kapacitet sågs ha fler allvarliga depressiva symtom och lägre livskvalitet än individer utan begränsad fysisk kapacitet (Ji m.fl., 2017).

Den fysiska kapaciteten påverkades i sin tur återigen utifrån den grad smärta patienten upplevde, vilket påverkade livskvaliteten. En högre grad upplevd smärta resulterade i sämre fysisk kapacitet och en sämre livskvalitet (Rosa-Gonçalves m.fl., 2018; Larice m.fl., 2019; Uutela m.fl., 2016). Smärta sågs även påverka den mentala livskvaliteten negativt. Patienter som upplevde en mer intensiv smärta hade en lägre mental livskvalitet (Ji m.fl., 2017; Larice m.fl., 2019; Uutela m.fl., 2016).

Överviktiga personer med RA sågs uppleva en lägre livskvalitet, då vikten hade en direkt påverkan på den grad trötthet som personen upplevde. Överviktiga personer upplevde trötthet i större utsträckning än personer med normalvikt. Tröttheten i sin tur hade både en direkt och indirekt negativ påverkan på livskvaliteten. Ett annat resultat motsäger däremot detta och menar att ett förhöjt BMI gav högre livskvalitet för deltagarna då fettvävnaden skyddade mot kyla, vilket behövdes i kallare klimat (Bai m.fl., 2020). Livskvalitetens totala påverkan av trötthet sågs vara högre då den samspelade med depression (Oh m.fl., 2019).

Brist på sömn sågs vara en faktor som påverkade den mentala livskvaliteten. Personer som inte fick tillräckligt med sömn upplevde i större utsträckning en sämre livskvalitet än personer som fick tillräckligt med sömn (Bai m.fl., 2020; Ferreira Santos m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016).

Hög ålder visade också sig vara tydligt kopplat till en försämrad fysisk livskvalitet och var till viss grad avgörande för hur påtaglig sjukdomen upplevdes (Bai m.fl., 2020; Berner m.fl., 2018; Ferreira Santos m.fl., 2018; Liu m.fl., 2017; Uutela m.fl., 2016). Äldre personer var i större utsträckning mer drabbade av försämrad fysisk kapacitet och sämre rörlighetsförmåga och upplevde därmed en försämrad livskvalitet. Detta krockade till viss del med det faktum att även yngre patienter upplevde en sämre livskvalitet vid RA. I det fall var det däremot kopplat till den mentala livskvaliteten då de fysiska begränsningarna istället ledde till brist på acceptans för sjukdomen, vilket i sin tur bidrog till sämre livskvalitet (Berner m.fl., 2018).

PERSONLIGA EGENSKAPER

Det andra temat som framkom i resultatet var att personliga egenskaper var avgörande för personens förmåga att hantera sjukdomen (Bai m.fl., 2020; Berner m.fl., 2018; Ferreira Santos m.fl., 2018; Liu m.fl., 2017). Personens mentala livskvalitet styrdes till stor del av inställningen till sjukdomen (Berner m.fl., 2018; Ferreira Santos m.fl., 2018; Liu m.fl., 2017). En positiv inställning och personlighetsdrag såsom förståelse och acceptans hade ett samband med bättre mental livskvalitet (Bai m.fl., 2020). Det kunde även ha ett samband med den grad lycka som personen upplever, då stor mängd lycka hos personen leder till en mer positiv inställning till sjukdomen. En person som var emotionellt stabil, öppensinnad och som hade ett positivt synsätt på livet och omgivningen sågs ha en mindre mental påverkan av sjukdomen då dessa personer oftast upplever lycka i livet (Ferreira Santos m.fl., 2018). Patienter som istället upplevde negativa sinnestillstånd som depression, ångest och instabilitet hade en sämre livskvalitet då sjukdomsförloppet uppfattades mer psykiskt krävande för dessa personer (Bai m.fl., 2020).

Personer med en svagare emotionell koppling, det vill säga där personen inte har ett lika starkt känslomässigt band till sjukdomen och där man kan särskilja sjukdomen från sin identitet, upplevde en mindre mental påverkan av sjukdomen. Personer som inte upplevde att sjukdomen påverkade ens generella inställning till livet hade lättare att leva med den och fick därmed en högre mental livskvalitet (Berner m.fl., 2018).

Personens motståndskraft (den psykiska förmågan att "slå tillbaka" mot sådant som upplevs stressfullt i livet) visade sig även ha en bidragande roll i hur personen upplevde sin livskvalitet. En god motståndskraft visade sig ha en positiv påverkan på personens mentala livskvalitet då patienter som upplevde detta hade enklare att återhämta sig efter en period med

hög sjukdomsaktivitet. Motståndskraften visade sig alltså ha en koppling till personens mentala livskvalitet då motståndet gjorde att sjukdomsaktivitetens inverkan lindrades och därmed kunde hanteras lättare av personen, men hade ingen koppling till den fysiska livskvaliteten eftersom motståndskraftens effekt var betydligt lägre vid en hög sjukdomsaktivitet. Det innebär att när sjukdomsaktiviteten var alltför hög kunde motståndskraften inte lindra den negativa påverkan av sjukdomen och livskvaliteten blev därmed lägre. En person med hög motståndskraft sågs ha lättare att hantera sjukdomen (Liu m.fl., 2017).

I temat personliga egenskaper framkom slutligen att patienter som söker kunskap om sjukdomen och dess förlopp upplevde en signifikant mer positiv påverkan på den mentala livskvaliteten då inställningen kan påverkas av hur mycket personen vet om sin egen sjukdom. Ju mer kunskap patienterna hade, desto högre skattade de sin livskvalitet (Berner m.fl., 2018; Liu m.fl., 2017).

FAKTORER SOM SKAPAR MENING

Resultatet visade att det fanns inre och yttre faktorer som skyddar sjukdomens påverkan på personens livskvalitet. De presenteras under temat faktorer som skapar mening. Dessa faktorer sågs bidra till att skapa en positiv inverkan på personernas livskvalitet (Awada m.fl. 2019; Bai m.fl., 2020; Berner m.fl., 2018; Ferreira Santos m.fl., 2018; Larice m.fl., 2020; Liu m.fl., 2017).

Som tidigare nämnt kan personens mentala och fysiska tillstånd vara avgörande i hur sjukdomen upplevs. Det kan också vara avgörande för hur personen hanterar sjukdomen och dess konsekvenser (Liu m.fl., 2017). Människans personliga hanteringsmekanismer, det vill säga de strategier som kan användas för att hantera sjukdomen, består av både inre och yttre faktorer. Exempel på personliga faktorer är mental inställning och emotionell koppling till sjukdomen (Berner m.fl., 2018), positiv inställning (Ferreira Santos m.fl., 2018) och den mentala motståndskraften (Liu m.fl., 2017). Hanteringsmekanismer kan också bestå av yttre hjälpmedel såsom psykologisk rådgivning (Bai m.fl., 2020) och socialt stöd från familj, anhöriga och samhället (Larice m.fl., 2020) då de setts framkalla en högre mental livskvalitet för personer med RA. Stöd kunde ges i form av terapi, vilket sågs som en positiv hanteringsmekanism för personer med RA och gav en bättre mental livskvalitet (Bai m.fl., 2020).

Om personen upplevde en hög grad lycka i sitt liv kunde det vara avgörande för personens livskvalitet. Lyckan skapade bättre förutsättningar för patienten att skapa en positiv inställning till sjukdomen. Den positiva inställningen hade även, som tidigare nämnt, ett samband med både fysisk och mental livskvalitet då den påverkade förmågan att skapa en god inställning, vilket i sin tur skapade en god fysisk och mental livskvalitet (Ferreira Santos m.fl., 2018).

Träning visade sig ha en betydelsefull roll i hanteringen av RA. En person som tränade regelbundet upplevde en mer positiv livskvalitet (Awada m.fl. 2019; Larice m.fl., 2020). Den fysiska aktiviteten påverkade patienten positivt på det sättet att det minskade de symtom som personen upplevde. Det i sin tur ledde till att personens livskvalitet förbättras, vid frånvaron av de symtom som gör sjukdomen svår att hantera i vanliga fall (Awada m.fl. 2019). De symtom som visades kunna förbättras eller undvikas med hjälp av träning var en ökad rörelseförmåga, lindring av smärta och förbättrad sömn. Då dessa förbättras eller mildras kunde även personens inställning till sjukdomen påverkas positivt då sjukdomen blev enklare att hantera (Awada m.fl. 2019).

Den positiva effekten av god sömn sågs vara en skyddande faktor för RA och bidrog till en bättre livskvalitet. Patienter som sov bra upplevde i större utsträckning en bättre livskvalitet än patienter som sov dåligt (Bai m.fl., 2020; Ferreira Santos m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016).

Upplevd brist av socialt stöd hade ett samband med lägre livskvalitet hos patienter med RA (Larice m.fl., 2020; Awada m.fl., 2019). Det sociala bandet till omgivande människor ansågs vara avgörande för personen och dennes livskvalitet. Resultatet visade nämligen även att civiltillstånd sågs ha ett samband med livskvalitet hos personer med RA då gifta personer sågs uppleva en bättre mental livskvalitet än personer som var ensamstående (Liu m.fl., 2017; Uutela m.fl., 2016). Social isolation sågs däremot ha ett svagt samband med lägre livskvalitet (Bernier m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016), men sociala interaktioner, positiva såväl som negativa, hade överlag en direkt påverkan på den mentalt hälsorelaterade livskvaliteten (Bernier, m.fl., 2018).

Socioekonomiska skillnader kunde också vara avgörande i hur personens mentala livskvalitet påverkades av RA. Utifrån artiklarna kunde det utläsas att inkomst och ekonomi hade en koppling till livskvaliteten. En god ekonomi påverkade personens upplevda mentala livskvalitet positivt medan en sämre ekonomi påverkade livskvaliteten negativt (Awada m.fl., 2019; Bernier m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016).

Personer med hög utbildning visades uppleva en högre livskvalitet (Awada m.fl., 2019; Bernier m.fl., 2018; Larice m.fl., 2019; Rosa-Gonçalves m.fl., 2018), samt att arbete var

ytterligare en faktor som hade ett positivt samband med god livskvalitet. Resultatet visade att personer med en anställning upplevde högre mental livskvalitet än personer utan arbete (Rosa-Gonçalves m.fl., 2018; Uutela m.fl., 2016).

Tillgång till transport och transportmedel var också avgörande för den upplevda livskvaliteten. Personer som hade tillgång till eller ägde en bil med automatisk växellåda hade bättre förutsättningar för god livskvalitet till skillnad mot personer som cyklade eller promenerade (Bai m.fl., 2020).

DISKUSSION

Diskussionen utgörs av två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. Metoddiskussionen beskriver arbetets process, hur arbetet kommit att förändrats samt det som upplevs som styrkor och svagheter. Resultatdiskussionen lyfter de centrala delarna från resultatet och diskuterar dem utifrån olika aspekter.

METODDISKUSSION

Den valda metoden var litteraturöversikt. Den syftar till att skapa en överskådlig bild av tidigare forskning (Friberg, 2017). Det ansågs vara den mest lämpliga metoden för den angivna tidsramen och för arbetets syfte. Databaserna som användes var PubMed och Cinahl Complete. Databaserna bedömdes lämpliga för sökningen baserat på deras forskningsområden. Det är möjligt att sökning med fler databaser skulle kunna resultera i fler relevanta artiklar, samtidigt hade det inte varit möjligt att göra ett urval vid ett för högt antal resultat.

Detta arbete har både styrkor och svagheter. Det kan ses som en svaghet att sökprocessen blev utdragen och ändrades flera gånger i takt med att arbetet ändrades, samtidigt kan det argumenteras för att det är en styrka då författarna lärt sig mer från varje steg och noggrant övervägt de ord och urvalskriterier som tillslut valdes. Sökordet *qualitative* användes till en början som sökord och begränsning eftersom författarna initialt sökte främst kvalitativa artiklar för arbetet. Men i och med att ett av de andra sökorden var *quality of life* märktes det att *qualitative* var en för stor begränsning. Att helt utesluta kvantitativa artiklar som kunde vara relevanta för att besvara frågeställningen var inte en gynnsam utgångspunkt. Att sökningen inte föll väl ut blev tydligt då sökningen inte resulterade i tillräckligt många

relevanta artiklar. Orden omarbetades därefter för att ge mer relevanta resultat. Även fritextorden *life experience* användes när syftet var att undersöka livserfarenheter och livskvalitet hos personer med RA, men eftersom syftet egentligen rymde två frågeställningar (livserfarenheter som undersöks kvalitativt och livskvalitet som kan undersökas kvantitativt) behövdes det omarbetas dels för att skapa tydlighet och dels för att arbetet inte skulle få en dualism. Syftet blev tillslut att beskriva faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA.

Att endast kvantitativa artiklar används kan också ses som en svaghet i arbetet då resultatet skiljer sig från kvalitativa studier som är mer djupgående. Som nämnt har syftet och sökorden ändrats fram och tillbaka från att ursprungligen beskriva livskvalitet hos personer med RA, till livskvalitet och livserfarenheter där en kvalitativ artikel lades till. Sedan lades flera kvantitativa artiklar till som sågs vara relevanta för syftet. När syftet ändrades en sista gång fick de kvalitativa artiklarna tas bort eftersom arbetet inte längre fokuserade på livserfarenheter och till sist landade det i att enbart kvantitativa artiklar användes för resultatet.

Kvalitativa och kvantitativa studier fokuserar på olika saker. Kvantitativa artiklar presenterar resultatet i tabeller och mätdata, de ger en överskådlighet till ett ämne, likaså syftar litteraturöversikter till att ge en överskådlighet. Det är främst enkätundersökningar där forskarna får mindre ingående svar på flera punkter som sedan jämförs och analyseras. En kvalitativ studie använder sig snarare av intervjuer eller öppna enkäter som tillåter reflektion. Tanken som författarna hade med arbetet från första början var att beskriva hur det är att leva med RA, hur livskvaliteten ser ut för dessa personer och det fanns då en tanke om att enbart använda kvalitativa studier. När sökorden utformades och blev *quality of life* upptäcktes det att livskvalitet mäts i kvantitativa former. Det var inte något som förutsattes utan en upptäckt som gjorde att vi fick tänka om kring arbetet. Forskningen har styrts i den riktningen att livskvalitet mäts i kvantitativa undersökningar och det var majoriteten kvantitativa artiklar som våra ursprungliga sökningar gav resultat på. Livserfarenheter ger upphov till kvalitativa studier men i flera av utkasterna fokuserade arbetet på både kvantitativa och kvalitativa artiklar eftersom även syftet såg helt annorlunda ut. Resultatet vävdes sedan samman, men det fungerade inte eftersom resultaten redovisas på helt olika sätt där den ena fokuserar på mätdata (kvantitativa) och den andra går in på djupet och är mer personlig (kvalitativa) (Friberg, 2017). Det är subjektivt hur en sjukdom påverkar en människa och därför är det svårt att utforma studier som är helt kvantitativa för att beskriva livskvaliteten och också få ut ett värdefullt resultat (Aggernæs, 1994). Sökresultatet granskades därför noga för att välja

studier som ansågs relevanta för att svara på frågeställningen. Det vi ville undersöka var egentligen de faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA och efter flera utkast och vägledning från handledarna kom vi fram till syftet.

Mätinstrumenten och formulären som studierna använt sig av för att mäta QoL och HRQoL är inte standardiserade och skillnader förekommer mellan dem. Resultatet som framkommit i detta arbete är inte baserat på studiernas mätdata som redovisats i siffror utan på de faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA. Mätinstrumenten som använts presenteras i resultatmatrisen (Bilaga 2) men det fanns inte i tidsramen att inkludera och värdera mätdata även i siffror då problem uppstår när olika studier använder olika formulär som inte kan sammanställas.

Formandet av teman för arbetet var också en process som gick fram och tillbaka. Eftersom syftet ändrades, ändrades även namnen och innehållet på/i våra teman. Det var en utmaning att formulera ett syfte som stämde helt överens med det som arbetet fokuserade på. När fokuset ändrades från livskvalitet och livserfarenheter passade många av artiklarna inte längre in och urvalsprocessen och kvalitetsgranskningen fick börja om. De slutgiltiga namnen på arbetets teman reflekterar innehållet i resultatet.

En styrka är att många av studierna tar plats i olika länder och världsdelar vilket ger ett mer nyanserat resultat än om enbart studier i ett specifikt land använts. Den geografiska utsträckningen är stor, Kina, Portugal, Italien, Korea och Finland är några exempel på länder där de valda studierna utspelat sig. Förutom geografiska skillnader finns det många kulturella och samhällsliga skillnader mellan länderna. Exempelvis har Finland liksom Sverige gratis sjukvård, medan många av de andra länderna har både privat och offentlig sjukvård. Det gör att resultatet skiljer sig åt mellan studierna och det är något som författarna hade i åtanke i resultatdiskussionen.

En av artiklarna använder enbart kvinnor i sin studie. Eftersom våra inklusionskriterier inte utesluter studier som enbart fokuserar på män eller kvinnor bedömdes den relevant för arbetet. Den väger inte tyngre än någon annan artikel och resultatet presenteras som en integrerad helhet där fokus inte legat på kön utan på de faktorer som påverkar livskvaliteten för deltagarna.

Samarbetet har varit en utmaning och inte alltid fungerat vilket delvis kan bero på att mycket av kommunikationen skett på distans via meddelanden eller videomöte. Det har upplevts svårare att mötas online än att jobba i samma arbete på plats. Arbetet har skett till viss del i verkligheten bredvid varandra och under de träffarna har båda parterna känt sig mer effektiva. När det kommer till skrivandet har samarbetet fungerat i stort. Artiklarna var

uteslutande på engelska vilket har inneburit att vi fått översätta dem för att kunna använda oss av dem för att besvara frågeställningen. Vi har hållit oss nära original-formuleringar och sett till kontext för att inte syftet ska gå förlorat i översättningen. Arbetet har gått igenom många ändringar som har resulterat i omarbetning och att sortera vad som ska vara med av producerad text när syftet ändrats blev en stor del av fokuset för arbetet. Om vi hade börjat om arbetet på nytt hade vi hållit oss till enbart kvantitativa artiklar och undvikit att skriva flera sidor av text som sedan måste tas bort från resultatet. Hade vi haft mer tid hade det även varit intressant att fördjupa aspekter som geografiska skillnader och kultur, att beskriva hur de kan skapa faktorer (exempelvis hur varmt klimat kan vara lindrande för sjukdomen) som påverkar livskvaliteten hos personer med RA.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visade att flera faktorer påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer med RA. Faktorer som påverkade den fysiska och mentala livskvaliteten var när flera faktorer samverkade, som smärta och depression eller smärta, trötthet och depression.

Sjukdomsaktivitet, övervikt, brist på sömn, hög ålder sågs påverka den fysiska kapaciteten och livskvaliteten negativt. Egenskaper som påverkade hanteringen av sjukdomen sågs vara kunskap om sjukdomen, inställning och inre motståndskraft. Det sista temat som framkom var faktorer som skapar mening. Där framkom att både inre faktorer, som personens inställning, tydlig identitet och hög motståndskraft samt yttre faktorer som psykologisk rådgivning och socialt stöd hjälper personer att hantera sjukdomen. Även träning, goda relationer, god ekonomi, hög utbildning och arbete sågs påverka livskvaliteten positivt.

Betydelsen av god fysisk kapacitet för livskvaliteten

Den fysiska livskvaliteten påverkades mer negativt än den mentala livskvaliteten hos personer med RA i resultatet. Flera fysiska begränsningar uppkom av smärta och stelhet, vilka påverkade patientens fysiska kapacitet samt fysiska och mentala livskvalitet negativt både på kort och lång sikt.

Malm m.fl. (2016) redovisar i sin studie att det finns ett stigma kring att inte vara fysisk aktiv då det är känt att träning förbättrar sjukdomsförloppet för RA. Att vara fysiskt inaktiv bidrog därför till skuld hos deltagarna. Vetskapen om att de kunde förbättra sin livskvalitet

genom träning var däremot motiverande till att börja vara mer aktiv. Träningen redovisades även vara ett sätt för deltagarna att hitta gemenskap och tillhörighet på ett vis, medan andra påstod att träningen upplevdes ensam. Även personernas förmåga att delta i fysisk aktivitet var en källa till välbefinnande och påverkade livskvaliteten positivt.

I bakgrunden beskrevs tidigare att personens fysiska kapacitet kan förbättras med hjälp av olika åtgärder som exempelvis träning (Cooney m.fl., 2011), vilket var ett resultat som framkom i detta arbete. I bakgrunden nämns även betydelsen av en tidig diagnostisering för att hindra sjukdomsförloppet samt för att minska kostnaderna för sjukvården (Socialstyrelsen, 2021).

Aggernæs teori om livskvalitet (Nordenfelt, 2004) säger att människan har flera behov som måste uppfyllas för att god hälsa och livskvalitet ska kunna uppnås. De behoven är grundläggande biologiska behov, varma mänskliga kontakter, givande sysselsättning och behov av omväxling. Enligt denna teori är uppfyllande av biologiska behov kritiskt för att god livskvalitet ska kunna uppnås. För deltagare i studierna redovisade i resultatet sågs normal fysisk kapacitet, normalt BMI och tillräckligt med sömn, vilka kan ses vara biologiska behov för att ha en god hälsa, ge en positiv påverkan på livskvaliteten. Ett annat behov enligt Aggernæs teori är *omväxling i livet*. Studien av Poh m.fl. (2017) beskrev hur deltagare som inte kunde delta i aktiviteter som de en gång gjort vilket ledde till en känsla av utanförskap och som att de inte klarar av sin roll.

I en studie av Poh m.fl. (2017) upplevde många patienter att de inte klarade av att utföra aktiviteter som de tidigare gjort på grund av smärta, som att t.ex. borsta tänderna eller sätta på sig en tröja och var därför väldigt begränsade i sin fysiska kapacitet och i sin vardag. De behövde förlita sig på stöd från andra för att klara av dessa sysslor. De uppgav att deras motorik blivit försämrade och alla rörelser tog längre tid eftersom de hade smärta i olika grad. Både stora rörelser som att gå upp för trappan och finmotoriska rörelser som att hålla en penna påverkades av smärtan (Poh m.fl., 2017). Patienter upplevde även att de inte var i kontroll över sina liv på grund av sjukdomen, den styrde deras val och begränsade deras möjligheter (Bala m.fl., 2017).

Betydelsen av sjukvårdens stöd

I resultatet av detta arbete framkom det att deltagarnas livskvalitet förbättrades vid god kunskap om sjukdomen och vårdandet. Ju mer kunskap personen hade, desto högre skattade

de sin livskvalitet. Detta skulle kunna bero på att en ökad kunskap skapar mer förståelse och gör att personens inställning till sjukdomen förbättras.

I bakgrunden nämns egenvård som en betydande del i omvårdnaden av personer med RA. Personen kan själv vidta åtgärder för att förbättra sitt välmående och välbefinnande (Cooney m.fl., 2011). I detta har sjuksköterskan ett ansvarsområde i att utbilda och informera patienten hur detta kan göras, samt vilka åtgärder som förbättrar personens mående vid sjukdom. Ett citat från sjuksköterskans etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a), säger att "sjuksköterskan ansvarar för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling". Citatet berättar att det är sjuksköterskan som ansvarar för att förmedla information på ett sätt så att patienten kan ta emot den och förstå den. Det är ett viktigt ansvarsområde för sjuksköterskan i sin profession. Vid bristande information från vården får personer med RA inte tillräckligt med kunskap om sin sjukdom och egenvård och kommer att uppleva en lägre livskvalitet till följd.

I en kvalitativ studie var de flesta deltagarna nöjda med stödet de fick av läkare och vårdare men önskade mer information kring sjukdomen, speciellt i hur de skulle kunna hantera egenvård och smärta. De uppgav även att det kändes svårt att få stöd från samhället på grund av brist på information och stigma kring sjukdomen (Poh, m.fl., 2017). Det framkommer även att god kontakt med sjukvården gav trygghet, lugn och en större känsla av välbefinnande. När besöken var för korta var det svårare för patienten att förstå och ta del av information om sin egen sjukdom samt känna sig respekterad som en person. Samma studie visade även att längre besök med information som patienten förstår var något som patienterna värdesatte och som bidrog till att de kände sig hörda och respekterade (Bala m.fl., 2017). Det syns i resultatet som framkom i denna litteraturöversikt då ökad kunskap hos patienter gav en högre livskvalitet.

Poh m.fl., (2017) fann att personer med RA var i behov av medicin för att lindra symptomen. Vissa deltagare reglerade själva dosen eller undvek att ta medicin utan att fråga sin läkare för att kunna undgå biverkningarna av medicinerna. En del patienter uppgav att de inte kunde fungera normalt om de inte tog smärtlindrande medicin eftersom smärtan var så påtaglig. Vissa deltagare vände sig till alternativa behandlingar efter insjuknandet, exemplet som togs upp var traditionell kinesisk medicin (TCM) som inkluderar akupunktur och örtmedicin. De som hade vänt sig till TCM fann att det inte lyckades lindra symtomen och om de såg en förbättring av behandlingen var den kortvarig (Poh, m.fl., 2017). Personer som känner frustration och otillräckligt med stöd från sjukvården kan känna behov av att

självmedicinera. Med ett ökat stöd och information som patienterna kan förstå och känna sig trygg med kanske det skulle gå att undvika att patienterna avstår medicin och på så sätt mår bättre och får en högre livskvalitet. Vid tidig diagnostisering kan även sjukdomsförloppet saktas ned och lindras (Socialstyrelsen, 2021).

Sjukvården ser olika ut runtom i världen. I vissa länder ses gratis vård som en självklarhet medan privatpersoner i andra länder måste bekosta vården själva. Det kan ge en extra ekonomisk stress för personer med RA som dessutom ofta har svårare att jobba på grund av sin sjukdom (Bai m.fl., 2020). Enligt Socialstyrelsens mål (2021) ska vården vara lika för alla och inte skilja sig från region till region, detta gäller Sverige men någon generell reglering som gäller alla länder finns inte, vilket medför att vården skiljer sig beroende på vart man bor. Detta går emot människovärdesprincipen som säger att vården ska ges på lika villkor oavsett bostadsort, personliga egenskaper, kön eller ålder, med mera (Socialstyrelsen, 2021). Eftersom vården inte är likvärdig oavsett vart man befinner sig uppstår en orättvisa och ett etiskt problem eftersom det är slumpen av vart denne är född som avgör om en person får behandling i tid eller har råd med sin behandling.

Betydelsen av stöd och samhörighet

Hur deltagarna hanterade sin sjukdom var centralt för hur livskvaliteten uppfattades. En av faktorerna, socialt stöd, var av stor betydelse för livskvalitet då brist på socialt stöd sågs resultera i lägre livskvalitet. Personer som levde i ett äktenskap upplevde även en bättre livskvalitet än de som var ensamstående. Vårt resultat kan relateras till Aggernæs teori (1994) där *varma mänskliga kontakter* är ett grundläggande behov för god livskvalitet.

Denna litteraturöversikt visade tydligt hur socialt stöd och nära relationer var centralt för livskvaliteten hos patienter med RA. Detta var viktigt inte minst vid frånvaro av arbete och sysselsättning. Upplevd brist av stöd uttryckte sig i form av lägre livskvalitet. Även andra studier styrker detta, att socialt stöd från familj och vänner spelade en viktig roll i att underlätta personens hantering av sjukdomen (Bala m.fl., 2017; Poh m.fl., 2017). Flera patienter uppgav att brist på förståelse från familjemedlemmar gjorde att de inte fick tillräckligt med stöd, då det var svårt för närstående att känna sympati och förstå. En deltagare uppgav att deras partner kallat hen lat eftersom patienten ofta behövde vila då hen konstant var smärtpåverkad (Poh, m.fl., 2017). Smärtan och de fysiska begränsningarna som sjukdomen medförde påverkade patienternas sociala liv och arbetsprestationer negativt.

Personer som ofta behövde besöka sjukhuset och ta ledigt från jobbet fann även att det påverkade relationen till deras chefer. I ett av fallen kunde patienten inte jobba kvar på sitt jobb på grund av sjukdomen. Studien fann även att deltagarnas sociala relationer förändrades. En del av deltagarna uppgav att de inte kunde delta i aktiviteter med vänner och familj på samma sätt som före insjuknandet vilket ledde till utanförskap och att de upplevde att de inte klarade av sin roll i livet. Ett exempel var som förälder till småbarn. Intimitet var svårt att upprätthålla vilket resulterade i att flera av deltagarnas personliga förhållanden tog slut. Personens förmåga att kunna delta i aktiviteter sågs som betydelsefullt och hade en positiv effekt på livskvaliteten (Poh m.fl., 2017).

Aggernæs teori (1994) ser även att *givande sysselsättning* är viktig för god livskvalitet. Personer med anställning sågs ha en högre livskvalitet än de som var sysslösa och personen upplevde ett större självförtroende när de själva hade förmågan att genomföra uppgifter utan att behöva ta hjälp av andra. Vid oförmåga att arbeta kan självkänslan påverkas och det kan göra att personen känner att de inte har något meningsfullt syfte i livet.

Sämre livskvalitet hos patienten med RA resulterade i en större belastning på vårdgivaren. Nedsatt fysisk funktion gör att förflyttningar kräver mer hjälp och att personen behöver förlita sig på hjälp utifrån (Bala m.fl., 2017). Poh m.fl. (2017) fann i sin studie att en följd av sjukdomen var känslor av frustration och ilska över begränsningar som sjukdomen medförde. Även känslor som förtvivlan, sorgsenhet och hopplöshet uttrycktes över det faktum att livet inte var detsamma efter sjukdomen brutit ut. Slutligen beskrevs patienternas upplevelse av förlägenhet och lågt självförtroende när de var oförmögna att genomföra vardagliga sysslor och tvingades förlita sig på hjälp från andra.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Denna litteraturöversikt kan fungera som ett underlag för blivande sjuksköterskor samt sjuksköterskor som vill få en grundläggande kunskap kring vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med RA. Insikten kan vara användbar för sjuksköterskor i sin roll. I och med att sjuksköterskan är omvårdnadsledare ska denne kunna leda omvårdnaden kring en patient. För att kunna göra det betydelsefullt är det viktigt att vara medveten om vilka faktorer som kan påverka livskvaliteten hos en person med RA, samt insikten om att alla påverkas olika av sjukdom. Det kan leda till en mer individanpassad och personcentrerad vård. Genom att ha kunskap om påverkande faktorer kan sjuksköterskan bidra med värdefull

kunskap om vikten för tidig diagnostisering, vilket gynnar både individen och sjukvården. Ett resultat i arbetet var att stöttande närstående kan bidra till en högre livskvalitet för personer med RA. Resultaten kan då även vara ett stöd för närstående som har intresse av att öka sina kunskaper kring faktorer som kan påverka sjukdomen.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

En reflektion som gjordes i ett tidigt skede var att forskning om livskvalitet främst görs kvantitativt. Sökord som livserfarenheter och vardagsliv gav upphov till kvalitativa artiklar medan livskvalitet resulterade i kvantitativa. Som tidigare nämnt tycker författarna att detta är problematiskt eftersom livskvalitet egentligen är subjektivt då den styrs av personers värderingar. Det en person tycker är viktigt i livet samt inställning till sjukdomen kommer påverka resultatet och de faktorerna är svåra att fördjupa i en kvantitativ studie. Därför är ett av förslagen för fortsatt forskning att fler kvalitativa studier som fokuserar på livskvaliteten genomförs.

Vidare skulle det vara av intresse att se hur skillnader mellan länder eller regioner kan påverka sjukdomen och livskvaliteten. Ytterligare studier som fokuserar på att undersöka kulturella, ekonomiska och geografiska skillnader med avseende på klimat och värmens effekt på sjukdomen skulle vara användbara för att belysa exakt vilka faktorer som resulterar i en bättre kontra sämre livskvalitet. Denna studie fokuserade på vuxna. Fortsatt forskning skulle förslagsvis kunna inkludera barn och äldre för att belysa även de områdena.

SAMMANFATTNING

Författarnas mål med litteraturöversikten var att öka kunskap och förståelse kring ämnet hos sjuksköterskor, då sjuksköterskan bär omvårdnadsansvaret. I resultatet framkom faktorer som påverkar både den fysiska såväl som mentala livskvaliteten hos personer med RA, samt att livskvaliteten kunde förbättras och bibehållas utifrån olika personliga egenskaper och meningsskapande faktorer. Det som sågs vara centralt i resultatet var personens fysiska kapacitet som hade stor betydelse för den upplevda livskvaliteten samt att personlig inställning och socialt stöd var positiva och meningsskapande faktorer. Detta besvarade studiens problemformulering och synliggjorde behovet av kunskap kring detta.

Sjuksköterskans ansvarsområden är bland annat att förmedla information till patienten för att gynna personens livskvalitet. Sjuksköterskan ska även ansvara för en god fördelning av resurser samt säkra lika tillgång till vård. Det uppstår en orättvisa och ett etiskt problem när sjukvården inte är jämställd mellan regioner.

Utifrån arbetet kan man dra slutsatsen att människans livskvalitet tydligt förändras vid RA. Hur detta sker och i vilken utsträckning är ytterst individuellt och beror på flera olika personliga förutsättningar. Därför anses det viktigt att anpassa vården för dessa patienter utifrån vetskapen att ingen persons livskvalitet är den andre personens lik. För att uppnå bästa möjliga förståelse om faktorer som påverkar livskvaliteten bör vidare forskning utföras för att ge en mer nyanserad bild av situationen samt öka kunskapen. En ökad förståelse och kunskap gynnar både sjuksköterskan och patienten i vårdandet.

REFERENSFÖRTECKNING

- Aggernæs, A. (1994). On general and need-related quality of life: a psychological theory for use in medical rehabilitation and psychiatry. I L., Nordenfelt (red.), *Concepts and measurement of quality of life in health care* (s. 241–255). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Alamanos, Y., & Drosos, A. A. (2005). Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*, 4(3), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2004.09.002>
- * Awada, S., Ajrouche, R., Shoker, M., Al-Hajje, A., Rachidi, S., Zein, S., & Bawab, W. (2019). Rheumatoid Arthritis in the Lebanese Adults: Impact on Health-Related Quality of Life. *Journal of epidemiology and global health*, 9(4), 281–287. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190820.001>
- * Bai, B., Chen, M., Fu, L., Liu, H., Jin, L., Wei, T., & Xin, F. (2020). Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01355-7>
- Bala, S., Samuelson, K., Hagell, P., Fridlund, B., Forslind, K., Svensson, B., & Thomé, B. (2017). Living with persistent rheumatoid arthritis: a BARFOT study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(17–18), 2646–2656. <https://doi.org/10.1111/jocn.13691>
- * Berner, C., Erlacher, L., Fenzl, K. H., & Dorner, T. E. (2018). A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health & Quality of Life Outcomes*, 16(1), N.PAG. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1186/s12955-018-1064-y>
- Bremander, A. (2014). Reumatoid Artrit. I C. Helging Opava. (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (uppl., s 129–139). Studentlitteratur.
- Brodin, N., & Swärdh, E. (2015). Personer med reumatoid artrit bör uppmanas till fysisk aktivitet. *Läkartidningen*, 2015(46), 112–114. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/7X/%5bDP7X%5d/DP7X.pdf>
- Cooney, J. K., Law, R. J., Matschke, V., Lemmey, A. B., Moore, J. P., Ahmad, Y., ... & Thom, J. M. (2011). Benefits of exercise in rheumatoid arthritis. *Journal of aging research*, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/681640>
- Durcan, L., Wilson, F., & Cunnane, G. (2014). The effect of exercise on sleep and fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *The Journal of rheumatology*, 41(10), 1966–1973. <https://doi.org/10.3899/jrheum.131282>
- * Ferreira Santos, E. J., Duarte, C., Ferreira, R. J. O., Margarida Pinto, A., Geenen, R., da Silva, J. A. P., Santos, E. J. F., & Pinto, A. M. (2018). Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modelling approach. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(8), 1118–1124. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1136/annrheumdis-2017-212934>

- Friberg, F. (2017). Att göra litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–151). Studentlitteratur.
- Frostegård, J. (2017). (2017-05-03). *Reumatoid artrit, RA*. Netdoktor. <https://www.netdoktor.se/reumatologi/medicinska-oversikter/reumatoid-artrit-ra/>
- Gaffo, A., Saag, K. G., & Curtis, J. R. (2006). Treatment of rheumatoid arthritis. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 63(24), 2451–2465. <https://doi.org/10.2146/ajhp050514>
- Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. (2016). *KOSTNADER FÖR REUMATOID ARTRIT I SVERIGE 2014*. (IHE 2016:3) https://ihe.se/wp-content/uploads/2016/08/IHE-Rapport-2016_3.pdf
- * Ji, J., Zhang, L., Zhang, Q., Yin, R., Fu, T., Li, L., & Gu, Z. (2017). Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0659-z>
- Kourilovitch, M., Galarza-Maldonado, C., & Ortiz-Prado, E. (2014). Diagnosis and classification of rheumatoid arthritis. *Journal of autoimmunity*, 48-49, 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2014.01.027>
- * Larice, S., Ghiggia, A., Di Tella, M., Romeo, A., Gasparetto, E., Fusaro, E., Castelli, L., & Tesio, V. (2020). Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of psychology*, 61(2), 271–280. <https://doi.org/10.1111/sjop.12592>
- * Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0725-6>
- Malm, K., Bremander, A., Arvidsson, B., Andersson, M. L. E., Bergman, S., & Larsson, I. (2016). The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis--A constant balancing between ideality and reality. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 11, 1–N.PAG. <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.3402/qhw.v11.30534>
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. (2. uppl.) Linköping: Univ., Institutionen för hälsa och samhälle.
- * Oh, H., Park, J., & Seo, W. (2019). Identification of symptom clusters and their synergistic effects on quality of life in rheumatoid arthritis patients. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(2), N.PAG. <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1111/ijn.12713>

- Poh, L. W., He, H. G., Chan, W., Lee, C., Lahiri, M., Mak, A., & Cheung, P. P. (2017). Experiences of Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study. *Clinical nursing research*, 26(3), 373–393. <https://doi.org/10.1177/1054773816629897>
- * Rosa-Gonçalves, D., Bernardes, M., & Costa, L. (2018). Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study. *Reumatologia clinica*, 14(6), 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.002>
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (Andra upplagan). Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete: Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 103–108). Studentlitteratur.
- Simonsen, T., & Hasselström, J. (2016). *Illustrerad farmakologi 2 Sjukdomar och behandling*. (4. [uppdaterade] utg.) Natur & kultur.
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning 2021* (Artikelnummer 2021-1-7137). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (12 april 2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- Svenska Läkaresällskapet. (2018). *Tobaksbruk och reumatisk sjukdom*. [Broschyr]. LIR - Levnadsvanearbete inom reumatologi. https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2017/09/tobak_broschyr_lir.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>
- * Uutela, T., Kautiainen, H., Järvenpää, S., Hakala, M., & Häkkinen, A. (2016). Self-rated health in patients with rheumatoid arthritis is associated with health-related quality of life but not with clinical variables. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 45(4), 288–293. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.3109/03009742.2015.1116604>
- van Venrooij, W. J., van Beers, J. J., & Pruijn, G. J. (2008). Anti-CCP Antibody, a Marker for the Early Detection of Rheumatoid Arthritis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1143, 268–285. <https://doi.org/10.1196/annals.1443.013>
- Österlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–70). Studentlitteratur.

BILAGA 1. SÖKMATRIS

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar (ange första författare och år)
PubMed 2021-11-20	("Quality of life"[Mesh]) AND ("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh])	403	Publicerade 2016-2021 (Peer-Reviewed finns ej som begränsning på PubMed) Engelska Vuxna över 19 år	15	12	7 Awada, 2019 Bai, 2020 Ji, 2017 Larice, 2020 Liu, 2017 Rosa-Gonçalves, 2018 Uutela, 2016
Cinahl Complete 2021-11-20	(MH "Quality of life") AND (MH "arthritis, rheumatoid")	151	Publicerade 2016-2021 Peer-Reviewed Engelska Vuxna över 19 år	14	10	3 Berner, 2018 Ferreira Santos, 2018 Oh, 2019

BILAGA 2. ARTIKELMATRIS

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod Urval Datainsamling Analys	Resultat
Awada, S., Ajrouche, R., Shoker, M., Al-Hajje, A., Rachidi, S., Zein, S., & Bawab, W.	Rheumatoid Arthritis in the Lebanese Adults: Impact on Health-Related Quality of Life.	2019 Libanon <i>Journal of Epidemiology and Global Health</i>	Syftet med studien var att utvärdera QoL hos RA-patienter jämfört med icke-RA-patienter, samt att föreslå möjliga förbättringsområden för deras QoL i Libanon.	Metod Fallkontrollobservationsstudie. Urval Vuxna patienter som besökte något av tre sjukhus och olika privata kliniker. Diagnostiserade med RA i sedan 1–20 år tillbaka. Datainsamling QoL mättes med hjälp av SF-36-enkäten som administrerades ansikte mot ansikte till studiepopulationen, applicerade på RA och icke-RA grupper. Analys Data analyserades med hjälp av statistiskt paket för samhällsvetenskaplig analys.	RA visades påverka både den mentala och fysiska livskvaliteten. Bland RA-patienter minskade QoL signifikant med varaktigheten av stelhet på morgonen. Frekvensen av att utöva sport och träning varje vecka ökar QoL och tiden mellan blodtransfusion och sjukdomsdebut har en positiv inverkan på patientens välmående. För att förbättra QoL för patienter med RA måste behandlingen planeras utifrån detta.
Bai, B., Chen, M., Fu, L., Liu, H., Jin, L.,	Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid	2020 Kina	Syftet med studien var att utvärdera livskvaliteten (QoL) hos	Metod Kvantitativ studie, frågeformulär och journaluppgifter användes. Urval Urvalet bestod av 200 patienter som fått diagnosen RA. Kontrollgruppen bestod av	Resultatet visade på stora skillnader mellan kontrollgruppen och patienterna med RA. Faktorer som påverkade skattningen

Wei, T., & Xin, F.	arthritis in Northeast China.	<i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	patienter med RA efter behandling och att analysera påverkande faktorer.	200 friska personer. Alla deltagare bodde i nordöstra Kina. Datainsamling Bland andra användes formuläret 'Quality of life instruments for chronic diseases-RA' för att besvara deras frågeställning. Analys Statistisk och beskrivande analys utfördes för att analysera data.	var bland annat sömnmängd och terapi. Det visades att sömnbrist var en riskfaktor för patienter med RA medan terapi (psykologisk rådgivning) var en skyddande faktor.
Berner, C., Erlacher, L., Fenzl, K. H., & Dorner, T. E.	A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception.	2018 Österrike <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	Undersöka sjukdomsuppfattningen hos patienter med RA i relation till fysisk och mental ohälsa med skattningsskalan HRQoL.	Metod Tvärsnittsstudie. Urval 120 icke inläggande patienter med diagnosen RA valdes ut i en klinik. Datainsamling Frågeformulär om livskvalitet samt sjukdomsuppfattning och socialt stöd. Analys Data analyserades med IBM SPSS samt beskrivande statistisk analys.	Resultatet visade på ett lägre genomsnitt på den fysiska skalan än på den mentala. Enligt analysen var sjukdomsuppfattningen relaterad till deltagarnas psykiska och mentala skattning på HRQoL skalan. Faktorer som påverkade resultatet för den mentala skalan var emotionell representation och trötthet.
Ferreira Santos, Duarte, Ferreira, Margarida Pinto, Geenen,	Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural	2018 Portugal <i>Annals of the Rheumati</i>	Undersöka faktorer för lycka och livskvalitet (QoL) hos patienter med	Metod Tvärsnittsstudie. Urval 213 personer diagnostiserade med RA valdes ut för studien, de hade inga andra kända sjukdomar och var vuxna. Datainsamling	Lycka var positivt relaterad till en positiv inställning och, i mindre utsträckning, negativt relaterad till sjukdomens inverkan. Sjukdomens påverkan var i sin tur positivt relaterad till

da Silva, Santos, & Pinto.	equation modelling approach.	<i>c Diseases.</i>	reumatoid artrit (RA).	Patienternas sjukdomsaktivitet, sjukdomspåverkan, personlighet, livskvalitet och lycka bedömdes. Analys En uppskattning av strukturell ekvationsmodellering gjordes för att analysera sambanden mellan de ovannämnda.	sjukdomsaktivitet och mildrades av den positiva inställningen. Lycka mildrade den negativa effekten av sjukdomens inverkan på livskvalitet.
Ji, J., Zhang, L., Zhang, Q., Yin, R., Fu, T., Li, L., & Gu, Z. (2017).	Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis.	2017 Kina <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	Att undersöka förekomsten av funktionsnedsättning hos patienter med RA i Kina, samt undersöka faktorer kopplade till frågeformuläret för hälsobedömning av handikappindex (HAQ-DI).	Metod Tvärsnittsstudie. Urval 101 patienter med RA, vuxna samt inte diagnostiserade med någon annan sjukdom. Datainsamling Patienterna genomgick standardiserade laboratorieundersökningar och svarade på frågeformulär gällande Health Assessment Questionnaire (Hälsobedömningsformulär, HAQ). Smärta, grepp/styrka, sjukdomsaktivitet och ledrörlighet hos patienten registrerades. Analys Oberoende prover och en logisk regressionsmodell användes för att analysera data.	15,8 % av patienterna med RA i Kina upplever funktionshinder. Lång sjukdomsvarighet, smärta, hög sjukdomsaktivitet, ömma och svullna leder, hög nivå av C-reaktivt protein (CRP), minskad greppstyrka och begränsning av axel-, armbågs-, handleds-, knä- och fotledsrörelser uppkom av frågeformuläret kopplat till HAQ-DI. Deltagare med funktionshinder tenderade även att ha svårare depressiva symtom och lägre livskvalitet jämfört med individer utan funktionshinder.
Larice, S., Ghiggia,	Pain appraisal and quality of	2020	Utforska smärtintensitet,	Metod Tvärsnittsstudie med formulär.	Studien fann att patienterna hade kliniskt relevant höga

A., Di Tella, M., Romeo, A., Gasparetto, E., Fusaro, E., Castelli, L., & Tesio, V.	life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis.	Italien <i>Scandinavian Journal of Psychology</i>	emotionell funktion, smärtskattning, smärthantering och socialt samt hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med RA.	<p>Urval 108 patienter deltog. De var vuxna kvinnor med diagnosen RA, hade ingen annan känd sjukdom eller oförklarlig smärta, ingen känd psykiatrisk diagnos och god förståelse av Italienska.</p> <p>Datainsamling Patienterna fick fylla i skattningsskalor för upplevd livskvalitet, emotionell funktionalitet, smärtintensitet, hur de hanterar smärtan samt upplevt socialt stöd som forskarna sedan analyserade.</p> <p>Analys Resultatet analyserades med hjälp av regressionsanalys.</p>	nivåer på smärtskattningsskalan och att patienternas hanteringsmekanismer för smärtan hade en korrelation till deras livskvalitet.
Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L.	Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study.	2017 Kina <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	Syftet med studien var att bedöma sambanden mellan sjukdomsaktivitet, motståndskraft och HRQoL samt de modererande rollerna av motståndskraft	<p>Metod Tvärsnittsstudie med formulär.</p> <p>Urval 298 deltagare deltog. De skulle vara över 18 år, diagnostiserade med RA i minst 6 månader, kunna kommunicera på kinesiska. Personer som hade någon annan kroppslig sjukdom eller psykiatrisk diagnos blev exkluderade.</p> <p>Datainsamling SF-36 formuläret och ERS-formuläret för att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten samt motståndskraften hos personer med RA.</p> <p>Analys</p>	Sjukdomsaktivitet var negativt associerat med fysisk och mental livskvalitet. Motståndskraften kunde påverka den mentala livskvaliteten positivt till en viss grad, men om den fysiska hälsan var tillräckligt låg gav motståndskraften inte lika stor effekt på den psykiska hälsan.

			bland RA patienter i Kina.	Sjukdomsaktiviteten analyserades med hjälp av CRP (C-reaktivt protein och en regressionsanalys gjordes för att mäta sambandet mellan sjukdomsaktivitet och motståndskraft.	
Oh, H., Park, J., & Seo, W.	Identification of symptom clusters and their synergistic effects on quality of life in rheumatoid arthritis patients.	2019 Korea <i>International Journal of Nursing Practice</i>	Att undersöka förekomsten av symptomkluster och effekten av symptomkluster på livskvaliteten hos RApatienter.	Metod Tvärsnittsstudie. Urval 179 patienter diagnostiserade med RA deltog. Datainsamling Studien mätte livskvalitet med hjälp av SF-12 formuläret (short form of health, enkät om hälsorelaterad livskvalitet). Analys En hypotetisk modell utformades utifrån teorin om obehagliga symptom. Tidigare fysiologiska fynd inkluderade sjukdomsförekomst, övervikt, smärta, trötthet och depression vilka teoretiserades vara kluster som sedan analyseras.	Sjukdomsaktivitet hade en direkt påverkan på smärta, trötthet och depression och även indirekt påverkan på trötthet och depression. Övervikt hade en direkt påverkan på trötthet. Tre symptomkluster identifierades. De var smärta och trötthet, trötthet och depression samt smärta, trötthet och depression. Alla sågs ha stor effekt på livskvaliteten.
Rosa-Gonçalves, D., Bernardes, M., & Costa, L.	Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study.	2018 Portugal <i>Reumatologia clinica</i>	Analysera hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) och fysisk funktion hos patienter med RA jämföra med	Metod Tvärsnittsstudie. Urval Personer med RA valdes ut från ett universitetssjukhus i Portugal. De som deltog i studien var diagnostiserade med RA, patienter på sjukhuset som kunde förstå frågorna i formulären. 154 patienter deltog. Datainsamling	Resultatet visade att värdena och hälsotillståndet hos patienterna med RA var betydligt lägre än den generella befolkningen i Portugal. Patienter med mindre smärtförekomst skattade högre på flera av

			den generella befolkningen.	Patienterna fick fylla i självskattningsskalor för upplevd livskvalitet, smärta och smärtförekomst. Analys Regressionsanalys.	skalorna än de som upplevde smärta mer ofta.
Uutela, Kautiainen, Järvenpää, Hakala, & Häkkinen.	Self-rated health in patients with rheumatoid arthritis is associated with health-related quality of life but not with clinical variables.	2016 Finland <i>Scandinavian Journal of Rheumatology</i>	Att bedöma SRH (Self-rated health)-relaterade faktorer hos klinikbehandlade patienter med reumatoid artrit.	Metod Klinisk studie med formulär. Urval Studien omfattade 123 öppenvårdspatienter som behandlades 1998-1999. Datainsamling Patientfrågeformulär, inklusive ett SRH-relaterat formulär (Health Assessment Questionnaire (HAQ)) användes för att undersöka funktionsförmåga samt att Nottingham Health Profile (NHP) användes för att undersöka hälsorelaterad livskvalitet (QoL). Data om användningen av läkemedel och kirurgi för RA verifierades från medicinska journaler och genom att förfråga patienter. Analys Faktorer associerade med SRH undersöktes med hjälp av regressionsmodeller med benägenhetspoängen.	Enligt analysen var dålig SRH (self-rated health) associerad med högre ålder och sämre patientrapporterade resultat (PRO) men inte med kön och kliniska variabler. Smärta, energi, känslomässiga reaktioner och rörlighet var även signifikant kopplade till patientens SRH. Hos patienter med RA var SRH associerat med hälsorelaterade livskvalitetsdimensioner, vilket speglar patienternas välbefinnande.