

VIÐBÓTARMEÐFERÐIR OG IKTSÝKI HUGURINN BER MIG HÁLFA LEIÐ

FRÆÐILEG SAMANTEKT

ESTER ÞORSTEINSDÓTTIR
SÓLRÚN ODDNÝ HANSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (16 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: DR. ÞÓRA JENNY GUNNARSÓTTIR, LEKTOR

JÚNÍ 2010



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Við viljum þakka Þóru Jenný Gunnardóttur, leiðbeinanda okkar, kærlega fyrir góða aðstoð og samstarf við gerð þessarar fræðilegu úttektar. Einnig viljum við þakka góðar móttökur og hjálpssemi frá starfsfólki á Reykjalundi og hjá Gigtarfélagi Íslands og sömu leiðis starfsfólki bókasafns LSH. fyrir aðstoðina og gott viðmót. Síðast en ekki síst viljum þakka fjölskyldum okkar fyrir óendalega þolinmæði og stuðning gegnum árin.

Útdráttur

Á Íslandi eru um 3000 manns greind með iktsýki. Þetta er ólæknandi sjúkdómur og geta fylgikvillar hans valdið mikilli vanlíðan og skert lífsgæði fólks þrátt fyrir hefðbundna læknismeðferð. Margir þessara sjúklinga nota viðbótarmeðferðir til að draga úr einkennum.

Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar er að skoða notkun og árangur af viðbótameðferð fyrir iktsýkissjúklinga. Einnig að skoða hvernig hjúkrunarfræðingar geta nýtt sér niðurstöðurnar í starfi og við meðferð iktsýkisjúklinga. Heimildaleit fór fram í gegnum gagnasöfn, tímarit og bækur.

Helstu niðurstöður sýndu að viðbótarmeðferðir eru mikið notaðar meðal iktsýkissjúklinga og eru þeir jafnframt almennt ánægðir með virkni þeirra og telja að þær hafi jákvæð áhrif á bæði líkamlega og andlega líðan. Aftur á móti er skortur á gagnreyndum rannsóknum á áhrifum einstakra meðferða. Það eru vísbendingar um að hugræn atferlismeðferð geti haft jákvæð áhrif á andlega líðan fólks sem svo aftur getur haft áhrif á getu þeirra til sjálfshjálpar og gæti þessi meðferð því verið áhugaverður kostur fyrir iktsýkissjúklinga.

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar kynni sér og hafi þekkingu á viðbótarmeðferðum og geti veitt bæði fræðslu og leiðsögn um notkun þeirra til iktsýkissjúklinga.

Lykilorð: Óhefðbundnar- og viðbótarmeðferðir, iktsýki, hugræn atferlismeðferð, verkir, þreyta.

Abstract

In Iceland there are about 3000 people diagnosed with rheumatoid arthritis (RA). RA is an incurable disease with complications which can cause discomforts and disturbances. In spite of the usage of traditional medicine many patients with RA use Complementary and alternative medicine (CAM) to minimize the symptoms of the disease.

The main reason for this literature review is to look into the use of CAM for patients with RA, also to gather information about the usefulness of these therapies and how nurses can use these in profession and with RA patients. The review was done through evidence based databases, journals and books.

The main findings of this review showed that CAM is widely used among patients with RA and they are generally pleased with the positive effects on both mental and physical wellbeing. But there is a shortage of evidence based research of the effects of CAM for RA. Some research has demonstrated that cognitive behavioural therapy can have positive effects on the individual psychological well-being and on patients ability to help themselves.

Because of the wide usage of CAM it is important for nurses to seek knowledge about the therapies and be knowledgeable about their usefulness.

Keywords: Complementary and alternative therapies, rheumatoid arthritis, cognitive behavioral therapy, pain, fatigue

Efnisyfirlit

| | |
|--|-----|
| Þakkarorð | III |
| Útdráttur | IV |
| Abstract | V |
| Efnisyfirlit | VI |
| Inngangur | 1 |
| Fræðileg samantekt | 4 |
| Iktsýki | 4 |
| Fylgikvillar og einkenni | 6 |
| Verkir | 6 |
| Svefn..... | 8 |
| Þreyta og slen | 8 |
| Þunglyndi | 11 |
| Streita | 13 |
| Lífsgæði og heilsutengd lífsgæði. | 14 |
| Hreyfing | 19 |
| Viðbótarmeðferðir..... | 20 |
| Flokkun óhefðbundinna- og viðbótarmeðferða..... | 22 |
| Heildræn kerfi lækninga..... | 22 |
| Meðhöndlun sem byggist á tengslum hugar og líkama..... | 24 |

| | |
|--|----|
| Lífrænar meðferðir | 24 |
| Meðferðir þar sem líkaminn er handleikinn | 24 |
| Orkumeðferðir | 25 |
| Notkun viðbótarmeðferða almennt..... | 25 |
| Notkun viðbótameðferða hjá fólki með iktsýki..... | 29 |
| Samantekt á niðurstöðum rannsókna..... | 34 |
| Rannsóknir á áhrifum viðbótarmeðferðum við iktsýki | 34 |
| Hugræn atferlismeðferð..... | 35 |
| Rannsóknir á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar | 36 |
| Samantekt á niðurstöðum rannsókna..... | 39 |
| Nudd | 40 |
| Jóga..... | 42 |
| Tai chi..... | 43 |
| Mikilvægi fyrir hjúkrun | 45 |
| Umræður..... | 49 |
| Framtíðarsýn..... | 55 |
| Lokaorð | 57 |
| Heimildaskrá | 58 |

Inngangur

Iktsýki er ólæknandi sjúkdómur og eru orsakir hennar ekki að fullu kunnar en talin vera sambland ýmissa þátta sem hvetja til myndunar sjálfsofnæmis hjá einstaklingum. Einnig er talið að erfðabátturinn spili stórt hlutverk í þessu sambandi. Þrátt fyrir að oft sé hægt að halda einkennum niðri með hefðbundnum meðferðum og draga úr framgangi sjúkdómsins þá getur verið erfitt að koma í veg fyrir ýmsa fylgikvilla iktsýkinnar sem valdið geta andlegri og líkamlegri vanlíðan. Algengir fylgikvillar eru t.d. verkir, stirðleiki, þreyta, svefnerfiðleikar ásamt þungyndi og kvíða. Þetta eru allt einkenni sem geta haft neikvæð áhrif á lífsgæði einstaklinganna og skert getu þeirra til að takast á við daglegt líf.

Vegna þess hve mikil þörf er á því að finna leiðir fyrir sjúklinga til að takast á við fylgikvilla iktsýkinnar þrátt fyrir hefðbundna læknis meðferð er mikilvægt að nýta allar hugsanlegar leiðir til að stuðla að betri líðan og bæta lífsgæði hjá iktsýkissjúklingum. Viðbótarmeðferðir geta komið að gagni og eru sérstaklega áhugaverðar í þessu sambandi þar sem þær má nota samhliða hefðbundinni læknis meðferð og auðvelt er að fella notkun þeirra saman við aðrar hjúkrunarmeðferðir. Auk þess hafa hjúkrunarfræðingar almennt jákvætt viðhorf til notkunar á viðbótarmeðferðum þar sem margar af þeim falla vel að hugmyndafræði hjúkrunar um heilðræna sýn á einstaklinginn. Margir hjúkrunarfræðingar nota nú þegar gagnreyndar viðbótarmeðferðir í starfi sínu til að hjálpa einstaklingum að takast á við verki, kvíða og aðra vanlíðan (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Einnig er talið að þekking á viðbótarmeðferðum auki sjálfstæði og sjálfræði hjúkrunarfræðinga sem leiðir til árangursríkari hjúkrunar (Hunt, Randle og Freshwater, 2004).

Vinsældir óhefðbundinna meðferða eða viðbótameðferða hafa farið vaxandi á síðustu árum bæði hjá almenningi og meðal heilbrigðisstarfsfólks. Framboð á þessum meðferðum hefur aukist samfara vaxandi meðvitund fólks um ábyrgð sína á eigin heilsu og því sækist það eftir meiri þekkingu á þessum meðferðum ásamt notagildi þeirra. Rannsóknir á nytsemi þeirra er samt enn ábótavant og ekki alltaf hægt að sýna fram á að þær virki í raun og veru þrátt fyrir staðhæfingar í þá átt (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006).

Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar er að skoða notkun og árangur af nokkrum viðbótarmeðferðum fyrir iktsýkisjúklinga. Leitast var við að skoða um hvað viðbótarmeðferðir snúast, hvort að iktsýkisjúklingar séu að nota þessar meðferðir, í hvaða tilgangi og hversu algeng sú notkun er. Nokkrar meðferðir voru skoðaðar með tilliti til hvort þær hafi áhrif á einhver einkenni sem fylgt geta iktsýki og þá á hvaða einkenni. Einnig hvort að þær geti haft áhrif á andlega líðan sjúklinganna, sem svo aftur hefur áhrif á getu þeirra til sjálfshjálpar. Þessar meðferðir eru nudd, jóga, tai chi, ásamt hugrænni atferlismeðferð (HAM)

Við val á viðfangsefni ritgerðarinnar var gengið út frá þeirri tilgátu að viðbótarmeðferðir geti haft jákvæð áhrif á iktsýki og fylgikvilla hennar og hugsanlega komið iktsýkissjúklingum að góðu gagni samhliða hefðbundinni meðferð. Af þessum ástæðum varð þetta viðfangsefni fyrir valinu og telja má enn fremur að þrátt fyrir að viðbótarmeðferðir séu notaðar í einhverju mæli innan heilbrigðisstéttarinnar þá sé þeim ekki beitt markvisst samhliða hefðbundinni meðferð og að skortur sé á upplýsingum og fræðslu til sjúklinga.

Við val á fræðilegum heimildum var reynd að finna sem nýlegastar heimildir eða innan síðustu 15 ára. Reynt var finna rannsóknir inniheldu samburðarhópa eða þversniðsrannsóknir. Flestar rannsóknirnar voru byggðar upp með stöðluðum

mælikvörðum og spurningarlistum ásamt huglægu mati iktsýkisjúklinga á verkjum og andlegri vanlíðan fyrir og eftir rannsókn. Heimildaleit fór fram í gegnum gagnasöfnin Scopus, PubMed, Cinahl og Google fræðasetur ásamt leit í tímaritsgreinum og bókum. Auk þess voru heimildaskrár þeirra greina sem uppfylltu leitarskilyrði skoðaðar og gagnlegar greinar valdar. Meðal þeirra leitarorða sem höfundar notuðu voru: Iktsýki, óhefðbundnar- og viðbótarmeðferðir, hugræn atferlismeðferð, lífsgæði, heilsutengd lífsgæði, hreyfing, verkir, þreyta, slen, svefnörðugleikar, kvíði og þunglyndi.

Eins og leitarorðin gefa til kynna þá var hugmyndin sú að skoða rannsóknir um iktsýki og notkun iktsýkisjúklinga á viðbótarmeðferðum. Það hafa margar rannsóknir verið gerðar erlendis um tíðni notkunar iktsýkisjúklinga á viðbótarmeðferðum og hvað meðferðir þeir eru að nota. Minna hefur verið rannsakað áhrif einstakra meðferðir á iktsýki og fylgikvilla hennar. Samt sem áður eru notendur viðbótarmeðferða almennt ánægðir með árangur meðferðanna og er oft um huglægar niðurstöður að ræða og þar af leiðandi oft erfitt að sýna fram á tölfræðilegar niðurstöður þeirra.

Notkun viðbótarmeðferða hjá iktsýkisjúklingum hérlendis hefur lítið sem ekkert verið könnuð og ekki er vitað hve mikil notkunin er meðal þeirra eða hvaða meðferðir þeir eru helst að nota. Með þessari úttekt er leitast við að koma á framfærigagnlegum upplýsingum til hjúkrunarfræðinga sem vinna með iktsýkisjúklinga sem verði hvatning til þeirra til að auka þekkingu sína og notkun á viðbótarmeðferðum ásamt því að miðla henni áfram til sjúklinga.

Fræðileg samantekt

Rheumatoid arthritis eða iktsýki á íslensku er einn algengasti gigtarsjúkdómurinn. Iktsýki finnst um allan heim og í öllum þjóðarbrotum. Á Íslandi er 3000 manns greindir með sjúkdóminn (Sigríður Jónsdóttir, 2006). Tíðnin er um 1% og er lægst hjá blökkumönnum og Kínverjum en mest meðal ákveðins þjóðflokks indíána í Arizona í Bandaríkjunum. Hlutfall kvenna á móti körlum er 3:1 en er reyndar hærra hjá konum fyrir 45 ára aldur eða 1:6 (Boon, Colledge, Walker og Hunter, 2006). Allt að 70% þeirra sem hafa greinst með iktsýki á aldrinum 30-50 ára eru konur (Coty og Wallston, 2008).

Iktsýki

Sjúkdómurinn greinist oftast um 20-50 ára aldurinn. Iktsýki er bólgusjúkdómur, sjálfsónæmissjúkdómur sem leggst á liði og mjúkvefinn umhverfis þá. Þessi bólgueinkenni geta einnig breiðst um önnur kerfi líkamans s.s. lungu, hjarta- og æðakerfi, augu og húð. Algengust einkenni eru liðbólga sem koma fram í liðum útlima, verkir með og án hreyfingar, morgunstirðleiki, þreyta og minni hreyfigeta. Orsakir sjúkdómsins eru ekki kunnar en eru taldar vera sambland ýmissa þátta sem hvetja til myndun sjálfsónæmis og má þar nefna gigtarþátt (rheumatoid factor), jákvæðan gigtarþátt sem finnst hjá 80% þeirra sem eru með sjúkdóminn (Monahan, Sands, Neighbors, Marek og Green, 2007). Það er sterkur erfðarþáttur meðal þeirra sem fá iktsýki. Tíðni er allt að 15% meðal eineggja tvíbura heldur en tvíeggja tvíbura en þar er tíðnin um 3%. Allt að 50% þeirra sem fá iktsýki hafa einhvern erfðarþátt um iktsýki (Boon o.fl., 2006).

Greining á iktsýki fer fram með ítarlegri líkamlegri skoðun, sögu einstaklingsins ásamt greiningu á blóðprufum þar sem leitað er eftir gigtarþáttum í blóði. Til að einstaklingur sé greindur með iktsýki þarf hann að finna hjá honum fjögur eða fleiri eftirtalinna skilyrða; morgunstirðleiki > 1 klukkustund, gigt í þremur eða fleiri liðum, gigt í handarliðum, samhverf einkenni í líkama, gigtarhnútar, gigtarþáttur í blóði, skemmdir á liðum sem hafa varað í sex vikur eða meira (Boon o.fl., 2006).

Liðskemmdir byrja mjög snemma í sjúkdómsferlinu og er hægt að greina einhverjar skemmdir með röntgenmyndum hjá allt að 60% einstaklinga með sjúkdóminn innan tveggja ára (Goldblatt og Isenberg, 2005). Einstaklingar sem eru með iktsýki eru oft með verki, stirðleika, bólgna liði og jafnvel afmyndaða og með sjúkdóm sem heldur áfram að ágerast (Lu, Lin, Lin og Lin, 2008).

Algengast er að iktsýki byrji í smáliðum handar og fóta. Sjúkdómurinn byrjar í liðhimnum umhverfis liðinn. Liðbólga sem er bein afleiðing af bólgum í liðhimnum veldur niðurbroti beina og vefja í liðnum og kringum þá. Liðirnir verða bólggir og aumir. Liðbólgan leggst yfirleitt samhverft í líkama eða jafnt beggja megin í líkama. Helst eru það liðir handar og úlnliða sem verða fyrir barðinu á þessum liðskemmdum en iktsýki leggst raunar einnig á aðra liði líkamans ásamt því leggjast á önnur líffæraakerfi (Monahan o.fl., 2007).

Vegna þess að iktsýki er ólæknanleg er mikilvægt að greina sjúkdóminn snemma og hefja meðferð sem fyrst til að koma í veg fyrir frekari skemmdir og afmyndun liða (Lee, Lee, Yang, Lee, Joo, Shinn o.fl., 2008). Hefðbundinn læknismeðferð við iktsýki hefst oft með bólgueyðandi lyfjum (NSAID-lyf), hægverkandi gigtarlyf (DMARD) eru einnig gefin en þau hafa hæga verkun og áhrif þeirra koma ekki strax í ljós, heldur koma fram á nokkrum vikum. Þegar bólguferlið er mikið eða byrjandi liðskemmdir er stundum gefin lyf sem vinna gegn þeim boðefnum eða hormónum sem talin eru eiga þátt í bólguferli

líkamans eða interleukín-1 og TNF- α . Þessi lyf hafa hraða bólgueyðandi verkun og hafa einnig alvarlega áhættu í för með sér því að þau veikja mótstöðuafli líkamans og viðkomandi getur verið hætt við sýkingum. Kortísón hormónalyf eru einnig notuð en þau eru með afar hraða bólgueyðandi verkun en hafa miklar aukaverkanir og viðkomandi verður að hætta á þeim í smáskömmtum (Boon o.fl., 2006). Þegar liðir eru orðnir það skemmdir að þeir eru farnir að valda viðkomandi erfiðleikum við hreyfingu er reynt að skipta um liði þar sem það er hægt og láta gerviliði í staðinn og eru það helst hné-, axlar- og mjaðmaliðum sem er skipt út.

Fylgikvillar og einkenni

Iktsýki fylgja oft önnur einkenni sem hafa truflandi áhrif á líðan og lífsgæði viðkomandi. Má þar nefna verki, svefntruflanir, slen, kvíði og þunglyndi (Chen og Wang, 2007). Sterk tengsl eru á milli þessara einkenna, verkir og minni hreyfigeta geta leitt til svefnleysis og það getur leitt af sér aukið slen. Kvíði og þunglyndi geta verið afleiðingar sjúkdómsástands ásamt lífeðlisfræðilegum þáttum (Kojima, Kojima, Suzuki, Oguchi, Oba, Tsuchiya o.fl., 2009).

Verkir

Það að hafa stöðuga verki er afar íþyngjandi og hefur mikil áhrif á daglegt líf fólks og getur dregið úr mótstöðukrafti einstaklingsins og áhugahvöt (Wells, 2009). Verkir og stirðleiki eru oft fyrstu einkenni iktsýki. Venjulega byrja verkir þegar vefur eða taugar verða fyrir skemmdum. Verkjaþröskuldur er oftast hár í liðum, liðir þola mikinn sársauka, en við bólguferli lækkar þessi þröskuldur (Caporali, Cavagna og Montecucco, 2009). Liðir sem eru bólgnir þurfa því ekki mikið álag til framkalla verki.

Iktsýkissjúklingar þjást oft af bæði krónískum og bráðum verkjum, fá oft blöndu af þessum tegundum verkja. Sumir einstaklingar eru oftast verkjalausir en fá skyndilega verki í einhverja ákveðna liði (Montecucco, Cavagna, og Caporali, 2009).

Verkir er það sem sjúklingar telja vera með verstu fylgikvillum iktsýkinnar og auknir verkir geta valdið streitu og þunglyndi hjá þeim (Mäkeläinen, Vehviläinen-Julkuneir og Pietilä, 2009). Verkir er taldir vera einn af áhættuþáttum fyrir kvíða og streitu og það að geta ekki gert einföldustu verk án verkja eða slens er talið geta leitt til þunglyndis.

Lífsgæði iktsýkissjúklinga með verki verða oft minni en áður og hægt er að tengja efnahagsleg áhrif beint við verkina s.s. lyf, lækniástoð og sjúkrahúsinnlögn. Skert vinnugeta getur jafnvel leitt til varanlegrar örorku (Montecucco o.fl., 2009).

Í rannsókn sem Lee og félagar (2009) gerðu á tengslum milli sjúkdómsvirkni, svefns, streitu og verkja kemur fram, að þrátt fyrir fá hefðbundna lækni meðferð gegn bólgum eru það verkirnir sem standa upp úr. Þetta var þversniðrannsókn með 59 kvenkyns þátttakaendum sem fylltu út spurningalista, fóru í álagspróf á liði m.t.t. sársaukaþröskulds viðkomandi og teknar voru blóðprufur til að mæla c-reactive protein (CPR). Notaðir voru staðlaðir mælikvarðar til að meta útkomu á svefntruflunum, streitu, og daglegri getu meðal hópsins. Einungis konur voru í þessari rannsókn vegna þessa konur hafa annan verkjaþröskuld en karlar og útilokaðir voru þátttakendur sem höfðu tekið inn óþíata lyf innan við viku áður en rannsóknin fór fram. Meðal aldur kvennanna var 60 ár +/- 15 ár. Helstu niðurstöður voru þær að verkir höfðu mest áhrif á svefn, þunglyndi og kvíða. Einnig kom fram að þeir sem eru með fleiri en 11 bólgna liði eiga við meiri vandamál að stríða tengdum verkjum og svefnvandamálum.

Af niðurstöðum ofantalinna rannsókna má álykta að verkir hafa mikil áhrif á svefn, andlega líðan og lífsgæði einstaklinga með iktsýki.

Svefn

Svefnörðugleikar hjá iktsýkissjúklingum valda oft sleni og svefnþörf á daginn (Bourguignon, Labyak og Taibi, 2003). Það er ekki að fullu kunnugt hversvegna svefntruflanir koma fram hjá þessum einstaklingum. Hugsanlega gæti verðið um að ræða hormón eða boðefni sem stjórna ónæmiskerfinu. Einnig er talið að bólguviðbrögð eigi þar einhvern hlut að máli og geti ruglað eðlilegt svefnmynstur. Einstaklingar með iktsýki tjá oft erfiðleika um að sofna og vakna oft upp á nóttunni. Svefnörðugleikar geta því haft áhrif á daglegt líf viðkomandi og getu til daglegra athafna. Stirðleiki er meiri á morgnanna og aukið slen yfir daginn sem getur haft áhrif á getu þeirra og valdið andlegri vanlíðan. Þetta hefur svo aftur áhrif á getu þeirra til félagslegra athafna sem getur leitt til einangrunar. Einnig getur af þessum sökum dregið úr atvinnuþátttöku þeirra og þar af leiðandi leitt til verri afkomumöguleika. Svefn og hvíld skiptir því einstaklinga miklu máli til að halda uppi eðlilegri virkni yfir daginn.

Þreyta og slen

Slen er algengur fylgikvilli sem kemur fram í mörgum sjúkdómum, þar á meðal iktsýki. Einstaklingar með iktsýki lýsa sleni sem mest truflandi einkenni sjúkdómsins fyrir utan verkina (Repping-Wutz, Uitterhoeve, Van Riel og Van Achterberg, 2008; Parrish, Zautra og Davis, 2008). Margir lýsa sleni sem yfirþyrmandi þreytu, tilfinningu örmögnunar og minni getu til að sinna andlegum og líkamlegum

verkefnum. Svefn og hvíld vinnur ekki gegn þessari þreytu og hefur þessi tilfinning afar neikvæð áhrif á lífsgæði einstaklingsins. Það að líða vel og vera óþreyttur skiptir meira máli heldur en að vera með bólgnu liði og stirðleika.

Í rannsókn Repping-Wutz og féлага (2008) kemur fram að slen eða síþreyta þeirra sem hafa iktsýki virðist vara lengur og vera meira viðvarandi en hjá þeim sem þjást af öðrum langvarandi sjúkdómum. Það kemur einnig fram hjá Parrish og félögum (2008) í rannsókn sem þeir gerðu um áhrif jákvæðra atburða og neikvæðra atburða á daglegt slen fólks með iktsýki. Í rannsókninni sem þau gerðu voru 89 konur með iktsýki á aldrinum 21-79 ára. Héldu þátttakendur dagbók um liðan sína yfir í 30 daga. Í dagbókinni voru mælikvarðar á slen, jákvæða og neikvæða atburði daglegs lífs, verki, svefntruflanir og daglega liðan einstaklingsins. Í ljós kom að svefntruflanir og verkir ásamt því að upplifa neikvæða tilfinningar hefur áhrif á hversu mikið þessir einstaklingar fundu til slens. Þeir sem viðhéldu félagslegum tengslum og reyndu að viðhalda líkamlegri virkni fundu minna til slens en aðrir þátttakendur.

Slen getur endurspeglað verki hjá iktsýkisjúklingum og gerð var rannsókn á göngudeildarsjúklingum í London á Bretlandi sem styður þetta (Pollard, Choy, Conzales, Khishaba og Scott, 2006). Voru fjórir hópar skoðaðir, einn hópur samanstóð af 238 einstaklingum og meðalaldur hópsins 60 ár, annar hópurinn var 274 einstaklingar og meðalaldurinn í þeim hópi var 64 ár, þriðji hópurinn, 30 einstaklingar sem voru að byrja á anti-TNF- α lyfi, meðalaldur þess hóps var 53 ár og í fjórða hópnun voru 54 einstaklingar sem voru að byrja á DMARDs lyfjum. Þetta var þversniðsrannsókn og mældur var árangur meðferðar hjá síðari tveimur hópunum. Notaðir voru staðlaðir mælikvarðar til mæla slen og verki. Mæld var útkoma eftir 6 mánuði hjá þeim sem voru að byrja lyfjameðferð. Um 80% iktsýkisjúklinganna í rannsókninni mældust með slen og yfir 50% skoruðu hátt á slen mælikvarðanum. Þeir

sem höfðu notað DMARDs lyfin í 6 mánuði sögðust vera með minni verki 48% og 42% fundu fyrir minna sleni. Þeir sem höfðu notað anti- TNF- α lyf í 6 mánuði fundu einnig fyrir minni verkjum eða um 50% og 78% fundu einnig fyrir minna sleni. Niðurstaða þessarar rannsóknar sýndi að iktsýkisjúklingar eru með mikið slen og að það eru sterk tengsl milli verkja og slens. Það að nota DMARDs lyf og anti- TNF- α lyf hefur gífurleg áhrif á líðan þessa sjúklingahóps.

Fram kemur í rannsókn sem Repping-Wutz, Hewlet, Van Riel og Van Acterberg (2009) gerðu að næst á eftir verkjum er það slenið sem er helsta einkennið sem einstaklingar með iktsýki finna fyrir. Þessi niðurstaða er byggð á spurningakönnun sem lögð var fyrir breska og hollenska hjúkrunarfræðinga (n=494), svarhlutfall varð 48 %, (n=232). Tilgangurinn var að kanna þekkingu, viðhorf hollenskra og breskra hjúkrunarfræðinga á sleni meðal iktsýkisjúklinga. Kom það fram í rannsókninni að sjúklingar þyrftu meiri upplýsingar um slen. Kom það fram hjá báðum hópum að flestir sjúklingar teldu að bólgusvörunin væri aðalástæða slens, 22% þeirra hollensku töldu að svefntruflanir væru ástæða slens og 24% töldu það vera vegna vinnuálags. Það kemur einnig fram að sjúklingar kvörtuðu lítið um slen í viðtölum við hjúkrunarfræðinga en aðspurðir um einkenni slens þá neituðu þeir sjaldan. Það var ekki mikil munur á milli þessara landa. Helst var það breskir hjúkrunarfræðingar töldu slen ekki vera hjúkrunargreiningu en hollensku hjúkrunarfræðingarnir töldu svo vera. Mátti það helst rekja til lítillar fræðslu og þekkingar bresku hjúkrunarfræðinganna um slen. Það sem helst þyrfti að mati þessara hjúkrunarfræðingar er að fá meiri fræðslu og betri upplýsingar um slen.

Þunglyndi

Þunglyndi er algengur fylgikvilli iktsýki. Tíðni þunglyndis verið allt að 40% þeirra sem eru með sjúkdóminn. Daglegir verkir og slen hefur helst áhrif á þunglyndi sjúklinga með iktsýki, sérstaklega hjá þeim sem hafa fyrri sögu um þunglyndi. Sýnt hefur verið fram á tengsl milli lífeðlisfræðilegar breytingar hjá sjúklingum með þunglyndi og þeim eru með iktsýki. Hjá báðum þessum sjúklingahópum finnst í blóði hækkað gildi IL-1-receptor antagoist (IL-1rA). Verkir, kvíði, slen og svefntruflanir og þunglyndi haldast því oft í hendur (Bruce, 2008).

Könnun var gerð af Kojima og félagum (2009) um tengslin milli þunglyndis, bólgu og verkja hjá iktsýkisjúklingum. Þessi könnun var gerð meðal göngudeildarsjúklinga í Nagoya í Japan árið 2003 og tóku 218 einstaklingar þátt í henni. Meðalaldur þátttakenda var 60 ár og voru konur í meirihluta eða um 82%. Þátttakendur fylltu út í byrjun spurningalista um félagslegar aðstæður, hvenær þeir fundu fyrir fyrstu einkennum sjúkdómsins og mátu verki eftir VAS verkjamælikvarða. Þunglyndi þessara einstaklinga var mælt með Becks-mælikvarða. Einnig voru teknar blóðprufur til að mæla CPR (C-reactive protein) í blóði þessara einstaklinga. Kom þar í ljós að það voru línuleg tengsl á milli hærrí skorunar á þunglyndiskvarða, aukins magns CPR í blóði og meiri fram gangs sjúkdóms. Með öðrum orðum ef einstaklingur finnur fyrir meira þunglyndi er hann líklegri til að vera með hærri magn af CPR magn í blóði og með meiri sjúkdómseinkenni. Niðurstaða rannsókna Kojima og féлага (2009) sýndi að aukning á bólgumyndandi boðefnum í líkama hefur áhrif á þunglyndi og verkjaupplifun.

Í grein Ingibjargar E. Ingimarsdóttur (2008) um hjúkrun gigtsjúklinga kemur fram hvernig ýmsir þættir sjúkdómsins geta haft áhrif á andlega líðan. Fyrir utan það

áfall sem einstaklingurinn getur orðið fyrir að greinast með langvinnan sjúkdóm þá getur óvissan um framvindu sjúkdómsins valdið mörgum kvíða. Dagarnir geta verið mjög misjafnir þar sem sumir dagar eru góðir á meðan aðrir eru slæmir og því oft erfitt að gera langtímaáætlanir sem getur bæði verið mjög hamlandi og valdið því að einstaklingnum finnst hann ekki hafa stjórn á lífi sínu. Fylgikvillar iktsýki geta einnig leitt til þunglyndis og upplifun á sorg vegna minnkandi getu, breyttra aðstæðna og breytingar á líkamsímynd þar sem t.d. liðir geta afmyndast. Þetta eru allt þættir sem geta leitt til minnkandi getu einstaklingsins til að sinna áhugamálum sínum og félagslegri þátttöku sem oft getur leitt til einangrunar og einmannaleika. Þunglyndi er algengur fylgikvilli iktsýki. Tíðni þunglyndis verið allt að 40% þeirra sem eru með sjúkdóminn. Daglegir verkir og slen hefur helst áhrif á þunglyndi sjúklinga með iktsýki, sérstaklega hjá þeim sem hafa fyrri sögu um þunglyndi. Sýnt hefur verið fram á tengsl milli lífeðlisfræðilegar breytingar hjá sjúklingum með þunglyndi og þeim eru með iktsýki. Hjá báðum þessum sjúklingahópum finnst í blóði hækkað gildi IL-1-receptor antagoist (IL-1rA). Verkir, kvíði, slen og svefntruflanir og þunglyndi haldast því oft í hendur (Bruce, 2008).

Könnun var gerð af Kojima og félögum (2009) um tengslin milli þunglyndis, bólgu og verkja hjá iktsýkisjúklingum. Þessi könnun var gerð meðal göngudeildarsjúklinga í Nagoya í Japan árið 2003 og tóku 218 einstaklingar þátt í henni. Meðalaldur þátttakenda var 60 ár og voru konur í meirihluta eða um 82%. Þátttakendur fylltu út í byrjun spurningalista um félagslegar aðstæður, hvenær þeir fundu fyrir fyrstu einkennum sjúkdómsins og mátu verki eftir VAS verkjamælikvarða. Þunglyndi þessara einstaklinga var mælt með Becks-mælikvarða. Einnig voru teknar blóðprufur til að mæla CPR (C-reactive protein) í blóði þessara einstaklinga. Kom þar í ljós að það voru línuleg tengsl á milli hærri skorunar á

þunglyndiskvarða, aukins magns CPR í blóði og meiri fram gangi sjúkdóms. Með öðrum orðum ef einstaklingur finnur fyrir meira þunglyndi er hann líklegri til að vera með hærra magn af CPR magn í blóði og með meiri sjúkdómseinkenni. Niðurstaða rannsóknar Kojima og féлага (2009) sýndi að aukning á bólgumyndandi boðefnum í líkama hefur áhrif á þunglyndi og verkjaupplifun.

Í grein Ingibjargar E. Ingimarsdóttur (2008) um hjúkrun gigtsjúklinga kemur fram hvernig ýmsir þættir sjúkdómsins geta haft áhrif á andlega líðan. Fyrir utan það áfall sem einstaklingurinn getur orðið fyrir að greinast með langvinnan sjúkdóm þá getur óvissan um framvindu sjúkdómsins valdið mörgum kvíða. Dagarnir geta verið mjög misjafnir þar sem sumir dagar eru góðir á meðan aðrir eru slæmir og því oft erfitt að gera langtímaáætlanir sem getur bæði verið mjög hamlandi og valdið því að einstaklingnum finnst hann ekki hafa stjórn á lífi sínu. Fylgikvillar iktsýki geta einnig leitt til þunglyndis og upplifun á sorg vegna minnkandi getu, breyttra aðstæðna og breytingar á líkamsímynd þar sem t.d. liðir geta afmyndast. Þetta eru allt þættir sem geta leitt til minnkandi getu einstaklingsins til að sinna áhugamálum sínum og félagslegri þátttöku sem oft getur leitt til einangrunar og einmannaleika.

Streita

Vegna þess að iktsýki er talinn vera sjálfónæmissjúkdómur hafa margir þættir áhrif á þróun sjúkdómsins og má þar nefna til dæmis andlega streitu. Þetta var rannsakað af þeim félögum Curtis, Groarke, Coughlan, og Gsel (2005) meðal 59 kvenna í Galaway á Írlandi. Var sú rannsókn gerð með hálfopnum viðtölum (semi-structured interview). Þeir sem hafa góð bjargráð aðlagast betur en þeir sem hafa neikvæð bjargráð. Bjargráð þess sem þjáist af iktsýki er ein breyta þess hvernig viðkomandi aðlagast sjúkdómi sínum. Það eru ekki bara líkamleg einkenni

sjúkdómsins sem hafa áhrif á einstaklinginn sem hefur iktsýki heldur koma oft fram andleg og félagsleg einkenni.

Vinnuálag, áhyggjur, hjónabandserfiðleikar, skilningsleysi samfélagsins og niðurbjótandi samskiptahættir heilbrigðisstarfsfólks eru taldir vera áhættuþættir fyrir iktsýki og streitu eins og kemur fram í grein þeirra Sigríðar Jónsdóttur og Sigríðar Halldórsdóttur (2008). Þar kemur einnig fram að sjúkdómseinkennum geta versnað við langvarnandi streitu og að mikil streita vegna meiriháttar líkamlegra og andlegra áfalla er einn af mestu áhrifaþáttunum til að leysa sjúkdóminn úr læðingi.

Það að vera með iktsýki leiðir oft til allskonar skerðingar á starfshæfni einstaklingsins. Verkir, takmörkuð hreyfigeta og slen leiðir oft til að fólk verður að forgangsraða í lífi sínu. Það getur leitt til missi mikilvægra hlutverka fyrir einstaklinginn sjálfan og getur einnig leitt til skaða á sjálfsmynd og minna sjálföryggis. Það eru tengsl á milli þess að geta gert athafnir daglegs líf, að höndla verki og jákvæðs sjálfsálits (Reinseth og Espnes, 2007).

Lífsgæði og heilsutengd lífsgæði.

Það er mikið vitnað til lífsgæða þegar fjallað er um sjúkdóma og afleiðingar þeirra, bæði almenn lífsgæði og heilsutengd lífsgæði. Almenn lífsgæði eru tengd grunnþörfum eins og næringu, húsnæði, tekjum og huglægum þörfum eins og vellíðan og hamingju. Heilsutengd lífsgæði eru hins vegar lífsgæði sem tengjast heilsunni, upplifun á heilbrigði, takmörkunum og hvernig einstaklingurinn metur sjálfur aðstæður sínar miðað við eigið heilsufar. Heilbrigði og aðrir ytri þættir geta verið uppspretta vellíðunar en eru kannski ekki grunnur góðra lífsgæða (Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson, 2009). Lífsgæði eru oftast

talin tengjast jákvæðum atburðum í lífi einstaklingsins. Oftast er heilsa talin vera hluti lífsgæða.

Hugtakið heilsutengd lífsgæði er ekki eins víðtækt og lífsgæði almennt.

Heilsutengd lífsgæði byggjast frekar á mati hvers einstaklings fyrir sig. Hvernig heilbrigði þeirra hefur áhrif á líðan og virkni þess í hinu daglega lífi. Á síðari hluta tuttugustu aldarinnar og fram á þennan dag hefur verið mikið fjallað um lífsgæði í umfjöllun um sjúklinga og þá meðferð sem þeir hljóta og er sérstaklega talað um langveika og þá sem eru með lífsógnandi sjúkdóma og meðferð sem þeir fá, aukaverkanir og vanlíðan (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir, 2000). Árangur meðferða er oft óviss og er oft nauðsyn að finna jafnvægi á milli lífsgæða og afleiðinga meðferðar. Það er ekki nóg að bæta árum við lífið heldur verða lífsgæðin að fljóta með.

Heilsutengd lífsgæði hafa áhrif á einstaklinginn á margan hátt og tengjast líkamlegri, andlegri- og félagslegri vellíðan. Þetta kemur fram í rannsókn sem Reinseth og Espnes (2009) gerðu meðal norskra kvenna með iktsýki á aldrinum 25-80 ára kom í ljós að heilsutengd lífsgæði eru tengd því hversu vel viðkomandi getur stundað sína frístundaiðju. Þetta var spurningalistakönnun sem 45 konur svöruðu. Stuðst var við staðlaða mælikvarða við gerð spurninganna og var spurt um líðan kvennanna undanfarin 10 ár. Í ljós kom að konurnar höfðu dregið úr frístundaiðju sinni um allt að þriðjung á undanförunum 10 árum. Í Niðurstöðum rannsóknarinnar kom í ljós að þær konur sem fundu til andlegrar vellíðunar tóku meir þátt í frístundaiðju en þær sem fundu til andlegrar vanlíðunar. Einnig bendu niðurstöður til að tengsl væru á milli minnkandi getu til að stunda frístundaiðju og andlegs álags. Andleg vellíðan getur haft góð áhrif á hreyfigetu. Það geta ekki tekið þátt í

frístundaiðju getur því aukið andlegt álag og jafnvel aukið hættu á þunglyndiseinkennum.

Sjúklingar með iktsýki eru meðal þess sjúklingahóps sem finna til minnkaðra lífsgæða og var gerð rannsókn (Garip, Eser og Bodur, 2010) í Tyrklandi meðal 153 einstaklinga sem uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar. Tilgangur hennar var að meta lífsgæði (QoL) og þá þætti sem þeim tengdust hjá iktsýki sjúklingum. Notuð voru nokkur mælitæki til að meta heilsufar, sjúkdómsvirgni og verki. Niðurstöður sýndu að lífsgæði iktsýkisjúklinga endurspeglast af verkjum, hreyfifærni og framgangi sjúkdómsins þar sem allir þessir þættir geta haft áhrif á lífsgæði einstaklingsins.

Það kemur einnig fram í rannsókn Kojima og féлага (2009) að tengsl eru á milli heilsutengdra lífsgæða og andlegrar líðan einstaklingsins. Það kemur fram í rannsókn þeirra að þrátt fyrir að einstaklingur hefði þjáðst lengi af iktsýki, væru með minni líkamlegra hreyfigetu og jafnvel farið í nokkrar skurðaðgerðir vegna hennar en væru samt með betri andleg lífsgæði. Skiptir þar máli að hafa góða sjálfsbjargarviðleitni, gott sjálfsálit, góð bjargráð og góða innri stjórnrot (Kojima og félagar, 2009).

Viðhorf einstaklingsins til síns sjúkdóms (illness belief) hefur mikil áhrif hvernig hann tekst á við einkenni og framvindu sjúkdóms. Tengsl eru á milli viðhorfa og væntinga til lífsfyllingar, líkamlegra einkenna og þunglyndis þeir sem hafa góða persónulega sjálfstjórn eiga betri möguleika á að aðlagast sínum sjúkdómi (Graves, Scott, Lempp og Wieman, 2009). Góð sjálfstjórn getur haft góð áhrif á líkamlega færni og bætt andlega líðan. Það kom einnig fram í grein Graves og féлага (2009) að þeir sem hafa neikvæð viðhorf eiga við meiri andleg vandamál að stríða og hafa minni hreyfigetu. Það er mikil breidd á meðal sjúklinga í þessum efnum. Sjúklingar með mjög virkan sjúkdóm líta ekki endilega á að þeirra sjúkdómur sé verri en annarra (Carlisle, John, Fitch-Shaw og Lloyd 2005). Það að einblína á sjúkdóminn getur látið

fólk finnast það vera öðruvísi en aðrir og getur þannig aukið á neikvæð bjargráð og þannig aukið á félagslega einangrun og minnkað ánægju af áhugahvetjandi athöfnum.

Viðhorf einstaklingsins til sjúkdóms hefur mikil áhrif á hvernig viðkomandi tekst á við einkenni sjúkdómsins. Sjúklingar sem eru á byrjunarstigi iktsýki og líta á sjúkdóm sinn sem alvarlegan sýna meiri merki um þunglyndi. Þeir einstaklingar sem eru bjartsýnir að eðlisfari og hafa gott sjálfsálit sýna betri viðhorf til sjúkdóms heldur en þeir sem eru neikvæðari og með minna sjálfsálit. Þetta kemur fram í könnun sem Treharne, Kitas, Lyons og Booth (2005) gerðu meðal 154 iktsýkisjúklinga í Birmingham á Englandi. Þetta var úrtaksrannsókn þar sem notaðir voru spurningarlistar sem sjúklingarnir fylltu út. Rannsakendur studdust við staðlaða mælikvarða við gerð spurningalistans. Tilgangur þessarar könnunar var að reyna finna tengsl milli þess hvernig iktsýkisjúklingar takast á við sjúkdóminn með tilliti til persónueinkenna, félagslegs stuðnings og viðhorfs einstaklingsins til sjúkdómsmyndar iktsýki. Fram kom að þeir sem voru bjartsýnir voru minna kvíðnir, þunglyndir og voru mikið ánægðari með lífið heldur en þeir sem voru svartsýninni. Það kom einnig í ljós að þeir sem höfðu góðan félagslegan stuðning fundu einnig fyrir minna sleni. Sjúkdómskilningur hefur einnig áhrif á hvernig viðkomandi upplifir sinn sjúkdóm sérstaklega við upphaf greiningar. Þeir sem töldu að sjúkdómurinn myndi hafa alvarlegar afleiðingar í för með sér fundu fyrir auknu þunglyndi, kvíða, minni lífsánægju, auknu sleni og meiri morgunstirðleika en þeir sem veltu sér síður uppúr afleiðingum sjúkdómsins. Bjartsýni er samkvæmt þessari könnun tengd því að finna fyrir minni þunglyndiseinkennum og finna til meiri lífsfyllingar.

Í könnun sem Groarke og félagar (2004) gerðu meðal 75 kvenna á Írlandi, var kannað hvernig viðhorf einstaklingsins til sjúkdómsins, iktsýkinnar, hefur áhrif á líðan og aðlögun viðkomandi. Í þessari könnun var konum boðið bréflaga og fólst í

því að þær svöruðu spurningum sem voru lagðar fyrir þær á þeirri göngudeild sem þær sóttu og auk þess sem teknar voru úr þeim blóðprufur. Niðurstaða þessarar könnunar var sú að þeir sem notuðu ekki jákvæð bjargráð, höfðu litlar framtíðar fyrirætlanir, sóttu ekki í félagslegan stuðning eða notuð lítið jákvæða uppbyggingu ásamt því að vera í afneitun gagnvart sjúkdómi sínum sýndu aukinn merki um þunglyndi. Þeir einstaklingar sem notuðu jákvæð bjargráð með framtíðar áætlunum voru aftur á móti með betri andlega og líkamlega virkni.

Starfsánægja eða ánægja með sitt hlutskipti skiptir einstaklinginn miklu máli. Jafnvægi á milli hlutverka í lífinu skiptir miklu máli í lífinu og getur dregið úr álagi og stuðlað að vellíðan. Þetta kemur fram í rannsókn sem tveir hjúkrunarfræðingar gerðu í Nashville í Bandaríkjunum (Coty og Wallston, 2008) meðal 97 kvenna. Þetta varsamanburðarrannsókn og var þátttakendum skipt í tvo hluta. Það voru 47 heilbrigðarkonur og 50 konur með iktsýki. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tengsl á milli fjölda hlutverka, gæði hlutverka, hlutverkaálag, hlutverkajafnvægi og vellíðan meðal iktsýkisjúklinga. Það var ekki teljandi munur á milli hópanna á fjölda hlutverka nema að konur með iktsýki voru með lægri atvinnuþátttöku. Niðurstaðan úr þessarar könnun var sú að konur með iktsýki væru með jafnmörg hlutverk í lífinu og þær heilbrigðu en þær sýndu aftur á móti minni andlega vellíðan. Þær konur sem voru með iktsýki voru með minni atvinnu þátttöku og það að hafa vinnu hefur mikil áhrif á andlega vellíðan.

Skapgerð einstaklinga skiptir miklu máli um hvernig viðkomandi tekst á við sjúkdóm sinn og einkenni hans. Carlisle ofl.,(2005) gerðu rannsókn meðal 125 kvenna með iktsýki á Englandi og var tilgangur rannsóknar þeirra að athuga hvort hægt væri að finna tengsl á milli skapgerðareinkenna og viðhorfs til sjúkdóms, notkun bjargráða og birtingu sjúkdómsins. Niðurstaða þeirra var sú að þeir sem nota neikvæð

bjargráð eru líklegri til að hafa færri bjargráð til að takast á við sjúkdóminn og hafa minni hreyfigetu og meiri andlega vanlíðan sem getur haft áhrif á lífgæði. Það að einblína mikið á einkenni sjúkdómsins getur valdið því að fólk verði meira sjálfsmiðað og getur sú hegðun leitt til félagslegrar einangrunar og minnkað áhuga viðkomandi fyrir ánægjuvekjandi atburðum í lífi þess og þar afleiðandi verri sjúkdómsútkomu (Carlisle o.fl., 2005).

Miðað við ofangreindar rannsóknir þá skiptir viðhorf einstaklingsins miklu máli, þeir sem hafa neikvæð viðhorf og lítið sjálfstraust hafa færri bjargráð til að takast á við andlega- og líkamlega fylgikvilla iktsýkinnar heldur þeir sem hafa jákvæð viðhorf og gott sjálfsálit.

Hreyfing

Æfingar eru oft gerðar til að viðhalda styrk, auka þrek og einnig til að viðhalda liðleika liða og vöðva (Vliet-Vlieland og Pattison, 2008). Hægt er að gera liðferlisæfingar og styrktaræfingar án þess að auka verki eða skemmdir á liðum eða auka frekar á framvindu iktsýkinnar.

Í tveggja ára stýrðri rannsókn með tilviljunarkenndu úrtaki sem hollenskir vísindamenn gerðu árið 1997-1999 (Jong, Munneke, Zwinderman, Kroon, Jansen og Runday 2002) var skoðað öryggi þolæfingar fyrir iktsýkisjúklinga. Þrjúhundruð einstaklingar tóku þátt í rannsókninni frá fjórum göngudeildum fyrir iktsýkisjúklinga sem uppfylltu ákveðinn skilyrði fyrir þátttöku. Þátttakendum var skipt af handhófi upp í tvo jafnstóra hópa. Annar hópurinn gerði tvisvar í viku þolæfingar sem fólu í sér upphitun, 20 mínútuna hjólaæfingar, 20 mínútna þolæfingar og síðan 20 mínútna íþróttaleikjaæfingar og enduðu með teygjum og slökun. Voru þessar æfingar gerðar undir eftirliti. Samanburðarhópurinn fékk meðferð hjá sjúkraþjálfara einungis ef

læknir þeirra hafði bent á nauðsyn þess en að öðru leyti fékk þessi hópur ekki neina auka meðferð. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að þeir sem stunduðu æfingarnar voru með betri hreyfigetu en samanburðarhópurinn. Æfingahópurinn tjáði betri líkamsgetu strax fyrsta árið. Liðskemmdir jukust hjá hvorugum hópunum og bendir það til þess að æfingar gera ekki liðina verri eða auki á liðskemmdir.

Í breskri rannsókn, sem gerð var af Lemmey, Marcora, Chester, Wilson og Maddison (2009), um áhrif þrek- og styrktaræfinga meðal iktsýkissjúklinga kemur fram að það er merkjanlegur árangur æfinga, s.s. gönguæfinga og armrétta, á líkamlega virkni, Þetta var stýrð rannsókn með tilviljunarkenndu úrtaki 28 einstaklinga sem skipt var í tvo hópa að uppfylltum skilyrðum til þátttöku. Í þeim hópi sem fylgdi æfingaáætlun tvisvar í viku í 24 vikur voru 13 einstaklingar, en í samanburðarhópnum sem gerðu aðeins liðferlisæfingar heima hjá sér voru 15 einstaklingar. Niðurstöður þessara rannsóknar sýndu greinlega aukinn vöðvastyrk og bætta hreyfifærni hjá þeim sem stunduðu þrek- og styrktaræfingar miðað við samanburðarhópinn sem stundaði einungis liðferlisæfingar. Rannsakendur benda á að það ætti að vera hluti af meðhöndlun þessa sjúklingahóps að stunda styrktaræfingar.

Samkvæmt ofangreindum rannsóknum hefur hreyfing góð líkamleg áhrif hjá einstaklingum með iktsýki. Hreyfing eykur vöðvastyrk og hreyfigetu líkama. Mikilvægt er fyrir einstaklinga með iktsýki að fara með gát þegar þeir stunda æfingar eða líkamsrækt að ofreyna ekki bólgnu liði en samt er talið öruggt að gera styrktar-, þols- og liðferlisæfingar án þess að eiga það á hættu að skemma liði frekar.

Viðbótarmeðferðir

Óhefðbundnar- og viðbótameðferðir (complementary and alternative medicine, CAM) eru skilgreindar sem samansafn af margvíslegum lækningar- og

heilbrigðis meðferðum, verklagi og vörum sem stuðla að því að bæta heilsu fólks en eru yfirleitt ekki talin vera hluti af hefðbundnum lækningum (NCCAM, 2010). Þær eru almennt ekki viðurkenndar innan læknastétta, eru sjaldan kenndar í skólum fyrir heilbrigðisstéttir og er yfirleitt ekki boðið upp á þessar meðferðir á sjúkrahúsum eða heilsugæslustöðvum (Tan, Craine, Bair, Garcia, Gidano o.fl., 2007). Þróunin hefur samt verið á þá leið að vinsældir óhefðbundinna- og viðbótarmeðferða hafa farið vaxandi bæði meðal almennings og heilbrigðisstarfsmanna og hafa margir skólar í heilbrigðisvísindum nú bætt inn efni um óhefðbundnar og viðbótarmeðferðir í námsskrár sínar (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Á Íslandi hafa þeir sem bjóða upp á óhefðbundnar meðferðir utan heilbrigðiskerfisins verið kallaðir „græðarar“ (Heilbrigðisráðuneytið, 2005).

Hjúkrunarfræðingar hafa notað óhefðbundin meðferðarform í töluverðum mæli til að bæta og efla heilsu sjúklinga. Erlendis eru hugtökin „complementary“ og „alternative“ notuð sem samheiti yfir óhefðbundnar meðferðir og yfirleitt notuð saman sem complementary and alternative medicine eða CAM (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Ekki er til nein ein einföld þýðing á orðunum á íslensku og því ekki auðvelt að þýða þau beint. Orðið „complementary“ er notað sem viðbót eða uppþót og hafa hjúkrunarfræðingar því notast við orðið viðbótarmeðferðir um þær óhefðbundnu meðferðir sem þeir nota sem viðbót við hefðbundnar meðferðir. Orðið „alternative“ er notað um kost eða val á einhverri annarri meðferð og er þá átt við þegar hún er notuð í stað hefðbundinnar meðferðar (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010).

National Center for Complementary and Alternative Medicin, NCCAM, er rannsóknarstofnun um óhefðbundnar meðferðir sem sér um vísindalegar rannsóknir á margvíslegum lækningar- og heilbrigðis meðferðum sem eru yfirleitt ekki taldar vera hluti af hefðbundnum lækningum. Stofnunin hefur það hlutverk að framkvæma og

stuðla að rannsóknum á óhefðbundnum- og viðbótarmeðferðum, mennta og þjálfara vísindamenn og miðla upplýsingum til almennings og fagfólks um hvaða meðferðir virðast ganglegar og hvers vegna. Þó að til séu vísindalegar sannanir um gagnsemi sumra óhefðbundnar lækningar þá vantar enn frekari rannsóknir á því hvort að þessar meðferðir séu hættulausar og hvort að þær virki á þann hátt sem þeim er ætlað að gera (NCCAM, 2010).

Flokkun óhefðbundinna- og viðbótarmeðferða

Óhefðbundnar- og viðbótarmeðferðir eru margar og er því nauðsynlegt að flokka þær frekar niður. Samkvæmt flokkunarkerfi NCCAM sem hér verður stuðst við, eru óhefðbundnum-og viðbótarmeðferðum skipt niður í fjóra aðalflokka sem byggja á grunnhugmyndinni um heildræn kerfi lækninga. Þessir fjórir flokkar eru meðhöndlun sem byggist á tengslum hugar og líkama (e.mind-body medicine), lífrænar meðferðir (e.biologically based practices), meðferðir þar sem líkaminn er handleikinn (e.manipulative and body-based practices) og orkumeðferðir (e. energy medicine) (NCCAM, 2010).

Heildræn kerfi lækninga

Heildrænt kerfi lækninga er hugtak sem notað er yfir kerfi lækninga sem orðið hafa til innan menningasamfélaga sem grundvallast af menningu ýmissa þjóða og byggjast á heildrænni hugmyndafræði. Dæmi um þannig kerfi eru kínverskar og indverskar lækningar, smáskammtalækningar eða hómópatía og náttúrulækningar. Kínverskar lækningar eiga sér nær 5000 ára sögu og felast í meðferðum og aðferðum til að bæta heilsu og byggist á þeirri hugmyndafræði að kí (qi) sem er lífskraftur eða

orka, flæði um líkamann í orkubrautum. Þetta eru meðferðir eins og t.d. þrýstipunktameðferðir, jurtaalækningar, nálastungur og orkuæfingar (qi gong).

Indverskar lækningar hafa verið stundaðar í yfir 5000 ár og er kerfi lækninga sem leggur áherslu á að leiðrétta ójafnvægi milli líkama, hugar og sálar. Helstu meðferðirnar eru hugleiðsla, jurtir, fæði, hreyfing, nudd, jóga og öndun. Dæmi um heildrænt lækningarkerfi sem hefur þróast í Vestrænum samfélögum er hómopatía (smáskammtalækningar) sem byggist á því að meðhöndla sjúkdóma með því að gefa smáminnkandi magn af ýmsum efnum sem valda einkennum hjá heilbrigðum einstaklingum þegar þau eru gefin í stórum skömmtum, sem líkjast einkennum þess sjúkdóms sem verið er að meðhöndla. Hugmyndin er að efni sem geta valdið einkennum ákveðins sjúkdóms sé jafnframt hægt að nota til að lækna sjúkdóminn ef þau eru gefin í réttum skömmtum (Green, 2001). Náttúrulækningar miða að því að aðstoða líkamann til að lækna sig sjálfan með réttu mataræði og lífstílsbreytingum ásamt viðbótarmeðferðum eins og nuddi, jurtum og æfingum fyrir liðamót. Þær byggja á þeirri hugmynd að eitthvað hafi farið úrskeiðis í því hvernig líkaminn læknar sig sjálfur og er því áherslan lögð á að endurheimta heilsu frekar en að meðhöndla sjúkdóminn sjálfan. Kínverskar lækningar eru byggðar á þeirri hugmyndafræði að sjúkdómar stafi af truflun á flæði qi og ójafnvægi á kröftum milli yin og yang. Meðferðir eins og jurtaalækningar, hugleiðsla, nudd og nálastungumeðferðir eru leiðir til að hjálpa líkamanum til að gróa með því að lagfæra yin-yang jafnvægið og flæði qi. Lækningar sem eiga uppruna sinn að rekja til indverskra lækninga byggja á því að samþætta líkama, huga og sál til að fyrirbyggja og meðhöndla sjúkdóma. Meðferðirnar byggjast á jurtaalækningum, nuddi og jóga.

Meðhöndlun sem byggist á tengslum hugar og líkama

Meðferðir sem byggja á því að sterk tengsl séu á milli hugar og líkama, þannig geta hugsanir haft jákvæð áhrif á líkamsstarfsemi og þ.a.l. jákvæð áhrif á sjúkdóma og aðra líkamlega og andlega kvilla. Undir þennan flokk falla flestar viðbótameðferðir í hjúkrun sem notaðar eru eins og t.d. sjónsköpun, tónlist, endurminningameðferðir, hugleiðsla, bænameðferðir, kímni (humor), dans og listmeðferðir.

Lífrænar meðferðir

Lífrænar meðferðir byggjast á mörgum ólíkum meðferðum sem eiga það sameiginlegt að nota efni sem finnast í náttúrunni eins og jurtir, fæðu og vítamín. Undir þennan flokk falla m.a. grasalækningar og meðferðir með ilmkjarnaolíu.

Meðferðir þar sem líkaminn er handleikinn

Meðferðir sem byggjast á því að meðhöndla eða hreyfa líkamann. Undir þennan flokk falla m.a. nudd, höfuðbeina- og spjaldhryggjöfnun og svæðanudd. Í nuddi er verið að vinna með mjúkvefi með það að markmiði að stuðla að slökun vöðva og streitulosun, þannig er talið að nuddið geti losað ákveðna orku úr læðingi. Höfuðbeina- og spjaldhryggjöfnun stuðlar að því að bæta ástand líkamans með því að losa um hindranir og þannig koma líkamsvökva og orku aftur á hreyfingu þannig að líkaminn geti starfað eðlilega. Svæðanudd byggir á því að ákveðin svæði á fótum og höndum séu hliðstæð líffærum, kirtlum og beinum í líkamanum og með því að nota ákveðna nuddaðferð á þessi svæði er hægt að hafa áhrif á líkamann.

Orkumeðferðir

Orkumeðferðir byggjast á því ákveðnar orkubrautir (e. energy fields) séu að finna bæði í kringum og innan líkamans en ekki hefur enn verið hægt að sýna fram á tilvist þessara orkubrauta með vísindalegum aðferðum. Þessum meðferðum er skipt í tvo flokka, orkuhjúpsmeðferðir (e. biofield therapies) og rafsegulpúlsméðferð (e. electromagnetic fields). Í orkuhjúpsmeðferðum er tilgangurinn að hafa áhrif á þennan orkuhjúp sem er í kringum og innan líkamans. Meðferðirnar eru margskonar og beinast sumar að því að beita þrýstingi eða meðhöndla líkamann með því að setja hendur á eða í gegnum þessa hjúpa í þeim tilgangi að hafa áhrif á þá. Dæmi um þesskonar meðferðir eru qi gong, reiki og lækandi snerting (e. therapeutic touch). Qi gong er ein meðferð sem beitt er í kínverskum lækningum sem sameinar hreyfingu, hugleiðslu og öndun í þeim tilgangi að styrkja flæði lífsorkunnar og til að auka blóðflæðið og styrkja ónæmiskerfið. Reiki má rekja til Japans og er byggist á hægt sé að miðla heilunarorku frá meðferðaraðila til skjólstæðings í þeim tilgangi að heila líkamann. Lækandi snerting er tækni handayfirlagningar sem byggist á því að hægt sé að meta ójafnvægi orku í líkamanum með því að hreyfa hendur yfir honum og hjálpa þannig líkamanum að komast í jafnvægi. Orkumeðferðirnar sem fela í sér rafsegulpúlsméðferð byggjast á því að senda rafsegulsbylgjur með ákveðinni tíðni um líkamann til að meðhöndla sjúkdóma. Samkvæmt NCCAM þá hafa áhrif orkumeðferða ekki verið vísindalega sannaðar (Tan o.fl., 2007).

Notkun viðbótarmeðferða almennt

Aukin áhugi á notkun viðbótameðferða virðist víða eiga sér stað í vestrænum þjóðfélögum en samkvæmt skýrslu sem Heilbrigðisráðuneytið (2005) lét gera þá

höfðu 10% Dana notfært sér viðbótarmeðferðir árið 1987 en þetta hlutfall komið í 20,6% árið 2000 og voru konur þar í meirihluta (Kjöller, 2002). Könnun sem gerð var í Noregi árið 1977 sýndi að einn af hverjum fimm Norðmönnum höfðu einu sinni eða oftár á ævinni notað viðbótarmeðferð af einhverri tegund en þetta hlutfall var komin í 37% árið 1998. Konur voru þar einnig í meirihluta þeirra sem notfærðu sér viðbótarmeðferðir (Det kongelige helsedepartment, 2002). Í Svíþjóð sögðust 20% hafa notfært sér viðbótarmeðferðir árið 2000 og þar af höfðu 49% notfært sér þær einu sinni eða oftár (Eklöf og Tegern, 2001) og hafði þessi fjöldi tvöfaldast frá árinu 1985 (Alternativmedicinkomittén, 1987). Í Finnlandi jókst notkun viðbótarmeðferða úr 34% árið 1983 í 46% árið 1993 (Det kongelige helsedepartment, 2002). Í Bretlandi er notkun á viðbótarmeðferðum einnig algeng en samkvæmt könnun sem gerð var þar árið 1999 á vegum breska ríkisútvarpsins þá sögðust 20% svarenda hafa notfært sér þessar meðferðir á síðustu 12 mánuðum (Ernst og White, 2000). Í niðurstöðum úr tveimur samsvarandi símakönnunum sem gerðar voru í Bandaríkjunum á árunum 1990 og 1997 þá kom í ljós að hlutfall þeirra sem notfærðu sér viðbótarmeðferðir af einhverju tagi á síðustu 12 mánuði hafði aukist úr 34% í 42% á milli þessara ára. Samkvæmt þessum könnunum þá var ástæða þess að svarendur leituðu eftir meðferðum af þessu tagi oftast vegna langvarandi kvilla eins og verkja, kvíða, og depurðar (Eisenberg o.fl., 1998.)

Í könnun sem gerð var árið 2000 af Barnes, Powell-Griner, MaFann og Nahin (2004) sýndu niðurstöðurnar að 62% Bandaríkjamann höfðu notað eitthvað form af óhefðbundinni meðferð á síðustu 12 mánuðum. Það kom einnig fram að ef þeir sem tiltóku bænir sem viðbótarmeðferð voru útilokaðir þá voru 36% sem notuðu óhefðbundnar meðferðir á síðustu 12 mánuðum. Þessi könnun var byggð á viðtölum við 31.044 einstaklinga, 18 ára og eldri sem valdir voru af handahófi. Í

niðurstöðunum kom einnig fram að konur voru líklegri til að nota óhefðbundnar meðferðir en karlar, tekjumeiri einstaklingar notuðu frekar þessar meðferðir en tekjuminni og að þeir sem legið höfðu á spítala einhvern tímann á síðustu 12 mánuðum voru líklegri til að nota viðbótameðferðir en þeir sem ekki höfðu legið á spítala. Samkvæmt niðurstöðunum þá voru óhefðbundnar meðferðir oftast notaðar til að meðhöndla verki, stirðleika, kvíða og þunglyndi.

Á Íslandi hafa fáar rannsóknir verið birtar um notkun óhefðbundinna- og viðbótarmeðferða en þær sem gerðar hafa verið sýna aftur á móti að hér á landi virðist engin undantekning vera á þessari auknu aðsókn almennings á viðbótameðferðum. Á vegum Landlæknisembættisins hafa verið gerðar nokkrar kannanir á notkun almennings á viðbótarmeðferðum. Þessar kannanir voru gerðar á fimm ára fresti frá árinu 1985 til ársins 2000. Þetta voru símakannanir þar sem sömu spurningarnar voru notaðar í öll skiptin og á þessu 15 ára tímabili virðist mikil aukning hafa verið á notkun viðbótarmeðferða eða úr 0,3% í 1,7%. Í rannsókn sem gerð var árið 1998 kom í ljós að 24% svarenda höfðu notað viðbótarmeðferðir af einhverju tagi síðustu 12 mánuði og þeir sem áttu við einhvern langvinnan sjúkdóm að etja voru líklegri til að notfæra sér slíka þjónustu. Í langflestum tilfellunum voru meðferðirnar notaðar sem viðbót við hefðbundnar læknismeðferðir en ekki í stað þeirra (Heilbrigðisráðuneytið, 2005).

Nýlega birtist könnun (Björg Bjarnadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010) sem er byggð á landskönnunni Heilbrigði og aðstæður Íslendinga sem fram fór haustið 2006. Spurningarlistar voru póstsendir til einstaklinga á aldrinum 18-78 ára sem valdir voru með slembiúrtaki úr Þjóðskrá. Þeir sem svöruðu könnuninni voru alls 1532 einstaklingar sem samsvarar 60,03% svarhlutfalli. Samkvæmt þessari könnun þá sögðust 31,8% þeirra sem svöruðu notað

viðbótarmeðferðir á síðustu 12 mánuðum sem er um 6% aukning frá árinu 1998. Niðurstöður könnunarinnar eru í samræmi við fyrri kannanir sem Landlæknisembættisins lét gera og sýndi að Íslendingar noti viðbótarmeðferðir í vaxandi mæli og að flestir þeirra noti meðferðirnar sem viðbót við hefðbundnar meðferðir en ekki í stað þeirra. Niðurstöðurnar benda einnig til þess að meiri áhugi sé meðal kvenna á viðbótarmeðferðum en hjá körlum. Skýringarnar gætu hugsanlega legið í því að almennt er þörf kvenna fyrir heilbrigðisþjónustu meiri en hjá körlum eða að áhugi á þessum meðferðum sé meiri. Þeir einstaklingar sem frekar leituðust eftir viðbótarmeðferðum voru að meðaltali tekjuhærri, áttu við langvarandi veikindi að stríða, leituðu oftari til læknis, áttu við mikla vanlíðan, þunglyndi eða kvíða að stríða auk þess sem neikvæð lífsreynsla og álag virtist auka líkurnar á notkun slíkra meðferða. Þessar niðurstöður eru sambærilegar við þær sem gerðar hafa verið erlendis. Rannsakendum fannst þessar niðurstöður vekja upp þá spurningu hvort að hið hefðbundna heilbrigðiskerfi sinni nægilega vel þeim einstaklingum sem eiga við langvarandi verki og þreytu að stríða eða önnur þrálát heilbrigðisvandamál. Langalgengasta meðferðin sem fólk leitaði eftir var nudd eða 19,3 % og þar á eftir jóga eða innhverf íhugun eða 6,8 %. Rannsóknir sem gerðar hafa verið erlendis hafa sýnt að þeir einstaklingar sem leita til hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu eru yfirleitt ekki að segja frá þeim viðbótarmeðferðum sem þeir eru að nota og að heilbrigðisstarfsfólk sé yfirleitt ekki heldur að spyrja um þær. Það skiptir því miklu máli að heilbrigðisfólk afli sér upplýsinga um þær viðbótarmeðferðir sem skjólstæðingar þeirra eru að nota m.a. vegna hugsanlegra neikvæðra víxlverkana á milli hefðbundinna meðferða og viðbótarmeðferða getur haft í för með sér. Þess vegna virðist vera ástæða til að auka áherslu á viðbótarmeðferðir meðferðir í námi heilbrigðisstétta til að bæta þekkingu þeirra á meðferðarnotkun, ráðleggingum til

einstaklinga og samþættingu viðbótar- og hefðbundinnar meðferðar (Eisenberg o.fl., 1998).

Notkun viðbótarmeðferða hjá fólki með iktsýki

Notkun á óhefðbundnum- og viðbótarmeðferðum til viðbótar við hefðbundnar lækni meðferðir virðist vera nokkuð algeng á meðal fólks sérstaklega hjá þeim sem þjáist af langvarandi sjúkdómum (Jacobs, Kraaimaat og Bijlsma, 2001). Það hefur ekki verið fullkomlega útskýrt hvaða þættir það eru sem ákvarða hvort að fólk noti þær eða ekki, en óánægja með hefðbundnar meðferðir gæti skipt þarna miklu máli.

Í Hollandi birtist árið 2001 rannsókn sem gerð í þeim tilgangi að kanna hvaða eiginleikar það eru í fari þess fólks með iktsýki sem leitar eftir óhefðbundnum- og viðbótarmeðferðum (Jacobs o.fl., 2001). Rannsóknin var gerð á fjórum sjúkrahúsum þar sem af 500 manna handahófkenndu úrtaki fylltu 262 einstaklingar út lista um eigið sjálfsmat ásamt spurningalista um verki. Í þessari rannsókn var CAM skilgreint sem viðbótarmeðferð sem sjúklingar leituðu sjálfir eftir sem viðbót við þá hefðbundnu meðferð sem þeir fengu frá heilbrigðiskerfinu. Samkvæmt rannsókninni sögðust 20% sjúklinganna hafa notað viðbótarmeðferðir á síðustu 12 mánuðum og sögðust finna fyrir betri líkamlegri-, andlegri- og félagslegri virkni. Konur virtust frekar nota viðbótarmeðferðir en karlar og þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir voru einnig að meðaltali yngri en þeir sem ekki notuðu þessar meðferðir en menntunarstig virtist ekki hafa áhrif á notkun á viðbótarmeðferðum samkvæmt þessari rannsókn. Þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir höfðu einnig jákvæðara viðhorf gagnvart sjúkdómnum. Það kom einnig í ljós að þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir heimsóttu sjaldnar sérfræðinga sína vegna iktsýkinnar en þeir sem einungis fengu hefðbundnar lækningar. Rannsakendur drógu þá ályktun að ástæðan væri frekari framgangur á

sjúkdóminum hjá þeim sem notuðu viðbótarmeðferðir miðað við þá sem ekki notuðu þær.

Í Kóreu var árið 2005 gerð rannsókn á notkun viðbótarmeðferða hjá fólki með iktsýki (Lee o.fl., 2008). Þjálfaðir hjúkrunarfræðingar tóku viðtöl við göngudeildarsjúklinga. Af þeim 153 sjúklingum sem tóku þátt þá sögðust 125 eða 82% vera að nota viðbótarmeðferðir á sama tíma og könnunin fór fram auk hefðbundinnar læknismeðferðar við einkennum iktsýki. Þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir höfðu verið með sjúkdóminn í lengri tíma, þeir höfðu þurft á heilbrigðisþjónustu að halda um lengri tíma og voru með meiri verki samanborið við þá sem ekki notuðu viðbótarmeðferðir. Helstu sjúkdómseinkenni eða ástæða þess að fólkið leitaði eftir viðbótarmeðferðum voru langvarandi og bráðaverkir, heilsuefling, slæmt heilsufarsástand eða versnun á sjúkdómnum og þreyta. Flestir sjúklinganna notuðu viðbótarmeðferðir innan 12 mánaða frá greiningu sjúkdómsins eða 75%, helmingur hafði notað viðbótarmeðferðir í 12 mánuði eða minna eða 49%, 23% höfðu notað viðbótarmeðferðir í 12-36 mánuði og 28% höfðu notað þær í meira en 36 mánuði. Flestir eða 72% sjúklinganna sögðust ekki hafa rætt um notkun sína á viðbótarmeðferðum við heilbrigðisstarfsfólk. Af þeim 125 einstaklingum sem notuðu viðbótarmeðferðir töldu 49% finna fyrir jákvæðum árangri. Tæplega 65% eða 99 sjúklingar sögðust ekki hafa neina vitneskju um árangur eða aukaverkanir af viðbótarmeðferðunum áður en þeir byrjuðu að nota þær en þrátt fyrir hættu á aukaverkunum höfðu sjúklingarnir hugsað sér að nota þær áfram án þess að ræða það sérstaklega við heilbrigðisstarfsfólk. Helstu sjúkdómseinkenni eða ástæður fyrir notkun viðbótarmeðferða voru langvarandi eða bráðir verkir, til að bæta heilsuna, lélegt heilsufarsástand eða aukin virkni sjúkdómsins ásamt og þreytu og þróttleysi. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar þá draga viðbótarmeðferðir úr

sjúkdómseinkennum iktsýki eins og t.d. verkjum og stirðleika ásamt því að bæta andlega líðan hjá sjúklingunum. Þær viðbótarmeðferðir sem mesta voru notaðar voru austurlenskar lækningar eins og nálastungur og notkun náttúruylfja, samtals 84%.

Í bandarískri könnun kom fram að af 95 einstaklingum með iktsýki sögðust 71% þeirra nota viðbótarmeðferðir (Hermann, Allen, Hunt, Prasad, og Brady, 2004).

Niðurstöður úr þessari rannsókn sýndu einnig að konur væru í meiri hluta þeirra sem leituðu eftir viðbótarmeðferðum, voru að jafnaði yngri og með meiri menntun. Þær meðferðir sem voru vinsælastar voru notkun á fæðubótarefnum (34,1 %), meðferðir sem byggðust á tengslum hugar og líkama (29 %), og jurtlækningar (25,1 %). Fæstir sögðu lækningum sínum um notkun sína á viðbótarmeðferðum.

Í nýlegri rannsókn sem gerð var af Efthimious, Kukar og MaKenzie (2009) í þeim tilgangi að kanna tíðni iktsýkisjúklinga á notkun viðbótarmeðferða, voru sjúklingar beðnir um að velja af ákveðnum lista þær meðferðir sem þeir notuðu eða höfðu notað áður. Af 166 einstaklingum sögðust 126 (75,9 %) hafa notað viðbótarmeðferðir á síðustu 12 mánuðum. Þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir upplifðu minni stirðleika í liðum og færri fylgikvilla en þeir sem ekki notuðu þær. Notkun viðbótarmeðferða á meðal einstaklinga með iktsýki virðist vera útbreidd og oft byrjað að nota þessar meðferðir á fyrstu stigum sjúkdómsins sem viðbót við hefðbundnar meðferðir. Algengustu meðferðirnar voru nudd (33,7 %), nálastungumeðferðir (25,3%) og hugleiðsla (20,2 %), þar á eftir kom slökun (16,3 %) jóga (10,7 %) og tai chi (10,1 %).

Gerð var rannsókn í Svíþjóð um notkun viðbótarmeðferða hjá iktsýkisjúklingum (Klingberg, Wallerstedt, Torsteinson, Håwi og Forsblad-d'Elia, 2009). Einstaklingar af göngudeild fyrir gigtsjúklinga voru valdir með slembiúrtaki og beðnir um að fylla út spurningarlista um notkun sína á viðbótarmeðferðum, sjúkdómsgreiningu,

lyfjameðferð, lífsgæðum, þreytu og verkjum. Til að meta niðurstöðurnar var stuðst við ákveðna skala til að meta hvern þátt fyrir sig. Af þeim 200 einstaklingum sem þátt tóku í þessari könnun sögðust 130 eða 65% hafa notað viðbótarmeðferðir einhvern tímann á ævinni og af þeim höfðu 103 eða 51% notað óhefðbundin lyf.

Niðurstöðurnar bentu til þess að notkun á viðbótarmeðferðum samhliða hefðbundnum meðferðum eru algengar á meðal iktsýkisjúklinga í Svíþjóð. Þær sýndu einnig að notkun viðbótarmeðferða er algengari og meiri hjá konum en körlum, eru frekar notaðar hjá þeim sem yngri eru og að hægt er að tengja slæma heilsu, léleg lífsgæði og þreytu við notkun á viðbótarmeðferðum. Algengasta ástæðan sem gefin var fyrir notkun á viðbótarmeðferðum var löngun til að hafa stjórn á verkjum og stirðleika, til að bæta liðleika og til að minnka þreytu. Þær meðferðir sem voru algengastar voru óhefðbundin lyf (51,5 %), nálastungur (22,5 %), nudd (12 %) og smáskammtalækningar (10 %).

Í annarri sænskri rannsókn frá 2001 (Eklof o.fl.) kom fram að helstu viðbótarmeðferðirnar sem iktsýkisjúklingar notuðu voru nudd (57 %), hnykkklækningar (30 %) og nálastungumeðferðir (26 %). Það kom einnig fram að þeir sem bjuggu í þéttbýli notuðu frekar viðbótarmeðferðir en þeir sem bjuggu í minni bæjum. Skýringin gæti verið betra aðgengi að mismunandi tegundum af viðbótarmeðferðum í stærri borgum eða mismunandi menntunarstig. Í flestum tilvikum voru sjúklingarnir að nota hefðbundin lyf sem ávísuð voru af lækni ásamt viðbótarmeðferðum. Í meðferðarskýrslum sjúklingana var sjaldnast minnst á það að þeir væru að nota óhefðbundin lyf samhliða hefðbundinni meðferð eða einungis í 4% tilvika. Þetta gæti skýrst af áhugaleysi heilbrigðisstarfsfólks á óhefðbundnum lyfjum eða tregðu sjúklinganna við að upplýsa þá um notkun sína á þeim. Í sænskri könnun frá 2005 (Wallerstedt og Skrtic) sögðust 69% sjúklinga hafa notað óhefðbundin lyf

einhvern tímann á ævinni en einungis 28% þeirra upplýsti um þessa notkun og notkun á óhefðbundnum lyfjum var sjaldnast skrá í meðferðarskýrslur sjúklinganna

Í bandarískri rannsókn um notkun viðbótameðferða á meðal iktsýkisjúklinga sögðust 45% þeirra hafa upplýst heilbrigðisstarfsfólk um notkunina. Helsta ástæða fyrir því að þeir sögðu ekki frá notkun sinni á viðbótameðferðum samhliða hefðbundnum var vegna þess að þeir voru ekki spurði (Rao, Mihaliak, Kroenke, Bradley, Tierney og Weinberger, 1999). Vegna þess að mörg óhefðbundin lyf geta beinlínis verið hættuleg ef þau eru tekin inn samhliða hefðbundnum lyfjum er mjög mikilvægt að upplýsa heilbrigðisstarfsfólk um notkun þeirra. Ýmsar aðrar rannsóknir frá mismunandi löndum sýna að notkun einstaklinga með iktsýki á viðbótarmeðferðum er algeng og má þar m.a. nefna rannsókn sem gerð var í Japan sem sýndi að 35% einstaklinga með iktsýki notuðu viðbótarmeðferðir (Kajiyama, Akama, Yamanaka, Shoji, Matsuda, Tanaka o.fl., 2006). Í Ástralíu sýndi könnun að 73% iktsýkissjúklinga höfðu notað einhverja tegund af viðbótarmeðferðum undanfarið ár og að þeir eyddu a.m.k. jafn miklum pening í viðbótarmeðferðir eins og þeir eyddu í lyfseðilsskyld lyf (Buchbinder, Gingold, Hall og Cohen, 2002). Í rannsókn frá Kanada kom fram að 22% iktsýkissjúklinga höfðu notað viðbótarmeðferðir á síðustu 12 mánuðum (Fautrel, Adam, St-Pierre, Joseph, Clarke og Penrod, 2002). Í rannsókn frá Ísrael þar sem af 350 sjúklingum sögðust 42% (148) nota viðbótameðferðir (Breuer o.fl., 2006). Vinsælustu meðferðirnar voru smáskammtalækningar, nálastungur. Þeir sem notuðu CAM voru með meiri menntun, voru yngri, höfðu lengri sjúkdómssögu og meiri framgangur var á sjúkdómnum hjá þeim. Algengast að nota smáskammtalækningar (61%) og nálastungur (65 %).

Samantekt á niðurstöðum rannsókna

Þegar helstu niðurstöður úr ofangreindum rannsóknum eru dregnar saman þá benda þær til þess að notkun á viðbótarmeðferðum séu almennt algengar á meðal iktsýkissjúklinga í mörgum löndum og oft byrjað að nota þessar meðferðir á fyrstu stigum sjúkdómsins sem viðbót við hefðbundnar meðferðir. Helstu ástæður fyrir notkun viðbótarmeðferða eru verkir, stirðleiki, lélegt heilsufarsástand eða aukin virkni sjúkdómsins, þreyta og þróttleysi. Svo virðist vera að aðeins lítill hluti einstaklinga segi heilbrigðisstarfsfólki frá notkun sinni á viðbótarmeðferðum og sjaldan sem þeir eru spurðir um notkunina sína. Það virðist vera landfræðilegur munur á því hvaða viðbótarmeðferðir er mest notaðar hverju sinni.

Rannsóknir á áhrifum viðbótarmeðferðum við iktsýki

Margar ástæður geta legið á bak við notkun iktsýkissjúklinga á óhefðbundnum meðferðum og má þar nefna vilji þeirra til að hafa einhverja stjórn á heilsu sinni, löngun þeirra til að reyna allt sem hægt er til að ná betri líðan og í þeirri trú að óhefðbundnar meðferðir séu hættulausar. Þessi mikla notkun á viðbótarmeðferðum endurspeglar óuppfylltar þarfir þessara sjúklinga á sérhæfðri meðferð. Það er almennt talið að sjúklingar velji viðbótarmeðferðir vegna þess að þeir eru óánægðir með hefðbundnar meðferðir og telja þær jafnvel gagnslausar, hættulegar, ópersónulegar eða kostnaðarsamar. Það hefur hins vegar verið bent á að óánægja með hefðbundnar meðferðir þarf ekki endilega að vera ástæða þess að fólk leiti eftir viðbótarmeðferðum og hafa rannsóknir stutt þá kenningu að þeir sem nota viðbótarmeðferðir eru ekki óánægðari með hefðbundnar meðferðir en þeir sem ekki nota þær (Efthimious o.fl.,

2009). Hér á eftir verður farið í nokkrar viðbótarmeðferðir sem hugsanlega geta haft jákvæð áhrif á iktsýki og þar af leiðandi bætt lífsgæði þeirra.

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er byggð á kenningu bandaríska geðlæknisins Aaron Becks og hefur verið sýnt fram á að um sé að ræða mjög árangursríka leið til að hjálpa fólki með þunglyndi, kvíða og önnur geðræn vandamál. Meðferðin getur einnig aukið starfshæfni þess, haft fyrirbyggjandi áhrif og getur hjálpað ef vandamálin koma upp aftur þrátt fyrir bata. Samkvæmt kenningunni þá hafa sjálfvirka hugsanir einstaklinga áhrif á líðan og hugsanir þeirra og má rekja orsakir hugsananna til svokallaðra kjarnaviðhorfa sem eru almenn, fastmótuð og rótgróin viðhorf sem einstaklingurinn hefur um sjálfan sig og umhverfi sitt. Þessi viðhorf mótast að mestu í uppvexti einstaklingsins ásamt reynslu hans síðar á lífsleiðinni og er túlkun einstaklingsins á atburðum í samræmi við kjarnaviðhorf hans. Ef kjarnaviðhorfin eru neikvæð getur einstaklingurinn þess vegna þróað með sér óæskilegan hugsunarhátt eða svokallaða hugsunarskekkjur sem geta valdið andlegri vanlíðan. Þessi kjarnaviðhorf geta einnig verið óvirk og hafa þá ekki mikil áhrif á hugsanir sem geta leitt til þunglyndis og kvíða. Þessi kjarnaviðhorf geta orðið aftur virk við ákveðnar aðstæður s.s. neikvæða lífsatburði (Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason, 2008)

Hugræn atferlismeðferð felst í því að kenna einstaklingnum að skoða samband hugsana, líðan og hegðunar, að endurskoða hugsanir sínar og hjálpa þeim að koma auga á neikvæðar sjálfvirkar hugsanir og nota síðan rökleiðslu til að leiðrétta hugsanirnar og gera þær jákvæðar. Sjálfvirkar neikvæðar hugsanir og hugsanir sem tengjast eða stuðla að kvíða eru greindar og þeim svarað. Skoðað er hvernig hegðun

tengist hugsunum og tilfinningum og reynt er að breyta atferlinu þannig að það verði líður í bata í stað þess að stuðla að einkennum (Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason, 2008; Pétur Hauksson, 2000).

Hugræn atferlismeðferð er því ákveðin meðferð sem byggist á því að skoða hvernig hugsanir einstaklinga getur haft áhrif á hegðun þeirra og líðan. Lögð er áhersla á hegðun sem bætir aðstæður einstaklingsins og líðan með því að hjálpa þeim að sjá og skilja þann óraunhæfa og neikvæða hugsunarhátt sem getur viðhaldið andlegri vanlíðan. Sá hluti hugrænnar atferlismeðferðar sem snýr að atferlismeðferðinni hefur reynt sérstaklega áhrifaríkur við þunglyndi en hann miðar að því að auka virkni og framtakssemi einstaklinga og hámarka þannig aðgengi þeirra að jákvæðum styrkjum í umhverfinu (Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason, 2008).

Rannsóknir á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar

Á árunum 2002 til 2008 var gerð hér á landi rannsókn (Inga H. Jónsdóttir, Sýlvía Ingibergsdóttir og Pétur Hauksson, 2009) þar sem tilgangurinn var að athuga árangur hugrænnar atferlismeðferðar á sjúklinga með þunglyndi og að gera samanburð á meðferðarformum. Þátttakendur voru 206 sjúklingar sem þjáðst höfðu af langvinnu þunglyndi og voru inniliggjandi á Reykjalundi sem er endurhæfingarmiðstöð SÍBS. Einstaklingunum var skipt í þrjá hópa þar sem 68 fengu HAM einstaklingsmeðferð, 99 fengu HAM hópmeðferð og 39 voru í samanburðarhópi og fengu enga HAM meðferð en voru að öðru leyti í sömu endurhæfingu og hinir hóparnir. Meðferðin fólst í viðtölum ásamt því að lagðir voru reglulega fyrir þátttakendur staðlaðir spurningalistar. Eftirfylgd var einu og tveimur árum eftir meðferðarlok. Meðferðin fólst í hugrænni atferlismeðferð tvisvar í viku í 6 vikur, einstaklingsmeðferðin í 50

mínútur í hvert skipti en hópmeðferðin í 90 mínútur í senn, samtals 12 skipti. Í hópmeðferðinni voru 10-15 sjúklingar í hverjum hóp. Niðurstöðurnar sýndu góðan árangur hjá öllum hópunum en þeir sem fengu einstaklingsmeðferð náðu marktækt meiri árangri en hinir tveir hóparnir í að draga úr einkennum þunglyndis, vonleysi og sjálfvirkra neikvæðra hugsanna en kvíða. Hjá þeim einstaklingum sem voru í hópmeðferð reyndist árangurinn ekki vera marktækt betri en samanburðarhópurinn á þessum einkennum. Árangur þeirra sem voru í einstaklingsmeðferð hélst einnig betur í eins árs eftirfylgd en hjá þeim sem voru í hópmeðferð eða samanburðarhópnum. Þessar niðurstöður benda til þess að hugræn atferlismeðferð við þunglyndi sem veitt er í einstaklingsmeðferð er áhrifaríkari en ef hún er veitt í hópmeðferð og virðist bæta árangur hefðbundinna endurhæfingar. Einnig benda niðurstöðurnar til þess að langtíma árangur haldist best hjá þeim sem fá einstaklingsmeðferð.

Í rannsókn Evers, Kraaimaat, Van Riel og De Jong (2002) könnuðu þeir áhrif einstaklingsmiðaðrar HAM meðferðar á iktsýkissjúklinga sem voru í áhættuhópi fyrir andlegri og félagslegri vanlíðan og höfðu verið greindir með iktsýki innan átta ára. Úrtakið var tilviljunarkennt þar sem spurningarlisti var lagður fyrir sjúklinga sem leituðu til þriggja göngudeilda gigtarsjúklinga í Hollandi. Skimað var eftir andlegum og félagslegum áhættuþáttum eins og hækkandi kvíða, neikvæðum skapgerðareinkennum og félagslegri óvirkni. Heildarúrtak voru 278 einstaklingar og þar af uppfylltu 112 þeirra skilyrði fyrir því að vera í áhættuhóp. Alls voru 64 einstaklingar sem samþykktu að taka þátt og þar af féllu 5 út úr rannsókninni (n=59). Einstaklingunum var skipt í tvo hópa þar sem um helmingur (n=30) fengu hefðbundna lækni-meðferð ásamt hugrænni atferlismeðferð en hinir voru í samanburðarhóp (n=29) og fengu einungis hefðbundna lækni-meðferð. Árangurinn var metinn með stöðluðum spurningarlistum sem lagðir voru fyrir einstaklinganna

fyrir og eftir meðferð. HAM hópurinn fékk einstaklingsmeðferð einu sinni í viku fyrstu 10 vikurnar og fjórum vikum síðar einn stuðningsfund. Eftir 6 mánuði voru þeir síðan metnir aftur m.t.t. andlegrar og félagslegrar virkni. Niðurstöðurnar sýndu að þátttakendur sem notuðu hugræna atferlismeðferð sýndu minni merki um þreytu, fundu minna fyrir verkjum, minni einkennum af þunglyndi, aukin félagsleg, upplifðu minna hjálparleysi og fundu fyrir meiri lífsgæðum.

Áhrif HAM hefur einnig verið skoðað í annarri rannsókn hjá sjúklingum með iktsýki sem viðbót við hefðbundna læknismeðferð hjá þeim sem nýlega höfðu greinst með iktsýki, eða innan 2ja ára (Shape o.fl. 2001). Rannsóknin var gerð á þremur göngudeildum fyrir iktsýkissjúklinga í London og nágrenni á einstaklingum 18- 75 ára (n=53) þar sem meðalaldur var 55 ár og allir þátttakendur voru sjálfboðaliðar. Einstaklingunum var skipt tilviljunarkennt í tvo hópa þar sem annar hópurinn (n=22) fékk HAM meðferð auk hefðbundinnar meðferðar en samanburðarhópurinn (n=23) fékk einungis hefðbundna meðferð. Þetta var blind, tilviljunarkennd rannsókn þar sem spyrjendur voru þjálfaðir hjúkrunarfræðingar sem ekki vissu í hvorn hópin var viðmælandi þeirra tilheyrði. Í upphafi var meðferðin í HAM hópnum einstaklingsmeðferð sem veitt var einu sinni í viku í 8 vikur í klst. í senn og fólst m.a. í fræðslu, sjálfshjálpargetu, slökunarþjálfun og athyglisdreifingu, markmiðasetningu, vandamálalausnum, andlegri enduruppbyggingu og samtalstækni. Notaðir voru staðlaðir viðmiðunarskalar um kvíða og þunglyndi ásamt spurningarlistum sem lagðir voru fyrir þátttakendur fyrir meðferð og síðan aftur eftir 6 mánuði. Hjá þeim sem fengu HAM meðferð dró úr þunglyndiseinkennum á meðan þunglyndi jókst hjá samanburðarhópnum. Einnig jókst liðleiki hjá þeim sem fengu HAM meðferð. Þessar niðurstöður styðja gagnsemi þess að nota HAM meðferð snemma í sjúkdómsferlinu

því að það getur bæði aukið líkamlega og andlega færni sjúklinganna, sérstaklega kvíða og þunglyndi.

Niðurstöður sambærilegrar rannsóknar sem stóð mun lengur yfir eða í 2 ár (Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, og Allard, 2002) styðja þessar niðurstöður, þ.e. að það ber minna á þunglyndi og kvíða hjá þeim sem nota HAM en þeim sem ekki nota þessa meðferð. Niðurstöðurnar benda einnig til þess að þeir sem nota HAM meðferð og fá þjálfun í sjálfshjálparleiðum, hafa betri og fleiri bjargráð gagnvart einkennum sjúkdómsins. Þeir hafa ekki einungis betri andlega heilsu heldur einnig betri líkamlegri virkni til langs tíma.

Framhaldsrannsókn sem stóð yfir 5 ára tímabil (Sharpe, Allard og Sensky, 2008) styður einnig enn frekar niðurstöður úr fyrri rannsóknunum um jákvæð áhrif HAM á þunglyndi. Auk þess kom fram að þeir sem fengu HAM meðferð voru meðferðarhaldnari og þurftu síður á liðskiptaaðgerðum að halda. Þeir notuðu heilbrigðiskerfið minna sem leiddi til minni kostnaðar bæði fyrir sjúklinginn sjálfan og ekki síður heilbrigðiskerfið.

Samantekt á niðurstöðum rannsókna

Rannsóknir sem gerðar hafa verið á notkun hugrænnar atferlismeðferðar við iktsýki benda til þess að þessi meðferð hafi jákvæð áhrif á einkenni sjúkdómsins og þá sérstaklega á kvíða og þunglyndi sem hefur svo aftur á móti jákvæð áhrif á andlega og félagslega virkni einstaklingsins. Rannsóknir benda einnig til að sjúklingar geti með hugrænni atferlismeðferð þróað með sér jákvæðara hugsunarferli sem gerir þeim m.a. betur kleift að takast á við sjúkdómseinkenni, s.s. langvarandi verki, á jákvæðari hátt. Því fyrr sem meðferðin hefst því betri langtíma áhrif hefur hún og getur

hugsanlega fyrirbyggt langtíma versnun einkenna eins og t.d. afmyndun liða (Evers, o.fl., 2002).

Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga að sinna andlegum þáttum sjúklinga ekki síður en líkamlegum. Hugræn atferlismeðferð (HAM) er skipulögð og vandamálamíðuð meðferð á einstaklingum með sálfélagsleg vandamál sem hjúkrunarfræðinga ættu auðveldlega að geta nýtt sér starfi sínu. Niðurstöður rannsókna benda til þess að hjúkrunarfræðingum sem veita hugræna atferlismeðferð í starfi sínu gengur vel að tileinka sér meðferðina og að það beri góðan árangur að veita hana samhliða öðrum meðferðum (Sylvía Ingibergsdóttir, 2010)

Nudd

Nudd er ævagömul aðferð og hefur verið notuð sem hjúkrunarmeðferð í gegnum tíðina (Snyder og Taniguki, 2010). Notkun þess hefur aukist mikið á meðal almennings og hafa hjúkrunarfræðingar hafa minnkað notkun þess sem hjúkrunarmeðferð samfara því en þess í stað hafa margar stofnanir ákveðinn nuddara/heilsunuddara sem sjá um að nudda sjúklingana. Nudd er oft haft með öðrum meðferðum eins og tónlist, ilmmeðferðum, nálastungumeðferðum og léttum strokum. Það getur því stundum verið erfitt að segja hver eru áhrif nudds ein og sér og hvaða áhrif hinar meðferðirnar hafa. Talið er að nuddið sjálft hafi almennt slakandi áhrif, bæti svefn og geti minnkað verki.

Lítið er til í þeim gagnagrunnum sem notaðir voru við þessa samantekt um tengsl eða árangur nudds og iktsýki. Það var hægt að finna í samtektum hvað nudd væri, ein yfirlitsgrein fannst um hefðbundnar kínverskar lækningarmeðferðir í meðferðum við iktsýki og síðan fannst ein grein um óhefðbundnar meðferðir við meðferð gegn gigt.

Í grein eftir Roberts (2003) sem fjallar um viðbótameðferðir fyrir gigtarsjúklinga er talað um að í mörgum velþróuðum Vesturlöndum er nudd gert af fagaðila, greitt af almannatryggingum eða heilsutryggingum og í Kína er nudd hluti af heilbrigðisþjónustu. Nudd er nú aftur upp á borðinu meðal Bandríkjamanna eftir minnkandi notkun snemma á tuttugustu öldinni samfara framförum í lyfja- og tæknimeðferðum fyrir gigtarsjúklinga. Mikilvægt er að gigtarsjúklingar leiti til sérhæfðra nuddarar eða svokallaða heilsunuddara og fullvissi sig um að viðkomandi hafi reynslu við nudda einstaklinga með gigtatsjúkdóm m.t.t bólginnu liða og skertar hreyfigetu en ekki til ófaglegra aðila.

Nudd er talið auka eða hvetja til minnkunar bólgu í vöðva- og beinakerfi líkamans, ásamt því að losa um stífar sínar (Snyder og Taniguki, 2010). Við að nudda húðina og undirliggjandi vefi losnar histamin sem getur aukið æðaúrvíkkun, örvað blóðflæði um vefi og talið hvetja bláæðaflæði frá vefjum líkama aftur til hjartans.

Notkun nuddmeðferðar getur haft áhrif á blóðrásarkerfið og taugakerfið getur þannig haft áhrif vöðvaverki með auka blóðflæði og minnka þannig bólgu. Þrátt fyrir að nudd geti ekki stöðvað framvindu iktsýki getur það línað fylgikvilla iktsýkinnar sem tengdir eru bólgu og hjálpað til að auka lífsgæði. Þetta kemur fram í yfirlitsgrein eftir Zhang, Li, Han, Yu og Qin (2010). Þeir benda reyndar á að það skortir rannsóknir á því sviði.

Sammerkt með ofangreindu greinum um nudd og iktsýki bendir til að nudd getur haft góð áhrif á fylgikvilla iktsýkinnar með því að örva blóðflæði og minnka þannig bólgu sem leiðir til minni verkja, bæti svefn og lífsgæði einstaklingsins. Athylgisvert væri að rannsaka þetta frekar vegna þessa að nudd er kostnaðarlítill meðferð og gæti kannski haft góð áhrif á lífsgæði.

Jóga

Jóga er orð úr sanskrít og nær yfir hóp af andlegum æfingum sem hafa verið stundaðar á Indlandi í yfir 7000 ár. Jóga upphefur öndun sem tengil milli hugar, sálar, líkama og tilfinninga (Monahan o.fl., 2007).

Öldum saman hafa indverskir jóga iðkendur bent á góð áhrif þess á heilbrigði. Talið er að jóga hafi öðruvísi áhrif en venjulegar líkamlegar æfingar. Það er talið bæta líkamsstöðu og öndun einstaklingsins og jafnvel blóðflæði (Cameron, 2010).

Það hefur verið talið að jóga hafi jákvæð á marga sjúkdóma og má þar nefna gigtarsjúkdóma (Cameron, 2010). Jóga hefur einnig verið talið geta minnkað streitu, aukið vellíðan og eflt úthald, dregið úr verkjum og minnkað þunglyndiseinkenni.

Rannsókn var gerð var í Arizona í Bandaríkjunum meðal 20 kvenna með iktsýki á aldrunum 45-75 ára (Bosch, Traustadóttir, Howard og Matt, 2009) á áhrif jóga á hreyfifærni og lífeðlisfræðilegar breytingar. Þetta var tilraunarannsókn, allar konur voru sjálfboðaliðar og komnar yfir breytingarskeiðið. Ellefu konur fengu jógameðferð en 9 konur voru í samanburðarhóp. Tvær konur féllu úr jógaþóttum og einnig tvær úr samanburðarhópnum og tóku því alls 16 konur þátt í rannsókninni. Konurnar voru með iktsýki á mismunandi stigum en uppfylltu allar skilyrði rannsóknarinnar. Notaðir voru staðlaðir mælikvarðar til meta hreyfigetu, verki, þunglyndi og jafnvægi fyrir og eftir meðferð. Meðferðin fólst í því að þátttakendur tóku þátt í 75 mínútna jóga tíma þrisvar í viku yfir 10 vikna tímabil. Niðurstaða þessarar tilraunar sýndi að þeir sem stunduðu jóga töldu sig hafa meiri líkamlega getu og liðleika, aukið jafnvægi og töldu sig finna minna fyrir verkjum og minni þunglyndiseinkennum.

Gerð var stýrð rannsókn í Arabísku furstadæmunum af Badsha, Chhabra, Leibman, Mofti og Kong (2009) á áhrifum jóga á líkamlega og andlega líðan. Þar í

landi er hátt hlutfall iktsýki en engin sem lítil hefð fyrir líkamlegum æfingum. Í þessari rannsókn voru sendur tölvupóstur til sjúklinga sem voru í gagnagrunni tveggja göngudeildar fyrir iktsjúka. Send voru boð um að taka þátt í átta vikna rannsókn á áhrifum jóga á iktsýki. Voru alls send boð til 320 einstaklinga og þar af tóku 47 þátt í rannsókninni. Hópnum var skipt upp í tvo hópa, 26 manns tóku þátt í jóganámskeiði en 21 voru í samanburðarhópi. Lagðir voru staðlaðir mælikvarðar fyrir þátttakendur um hreyfifærni, lífsgæði, verki og slen bæði fyrir og eftir rannsóknina. Stóð rannsóknin yfir í tvo mánuði og fékk jóga hópurinn æfingar í alls 12 skipti en samanburðarhópurinn fékk enga meðferð. Niðurstöður sýndu að jóga hefur góð áhrif á að takast á við athafnir hins daglega lífs.

Tai chi

Saga tai chi nær aftur til 13. aldar þegar Taoista presturinn, Chang, þróaði hreyfingar tai chi með því að horfa á slagsmál milli trönu og snáks (Chen og Snyder, 1999; Chen 2002). Tai chi hefur verið stundað um aldir í Kína sem listform, helgiathöfn, slökunarmeðferð, líkamsrækt og einnig sem sjálfvarnariþrótt. Tai chi er safn fljótandi samhangandi, þokkafullra og danslíkra hreyfinga, talað um form hreyfinga. Þessar þokkafullu hreyfingar eru stjórnað af einbeitingu hugans, færsla á þyngdarpunktum líkama, vöðvaslökun og stjórnun öndunar. Þetta er framkvæmt með hægum, taktföstum og vel stjórnuðum hreyfingum.

Til eru nokkrar tegundir af Tai chi sem eru iðkaðar í dag; *chen* (hraðar og hægar stórar hreyfingar), *yang* (hægar stórar hreyfingar), *wu* (mid pace compact) og *Sun* (quick compact). Vestræn útgáfa af einföldum tai chi hreyfingum, sem er kallað tai chi chih, felur í sér 20 einfaldar, áreynslulausar og endurteknar hreyfingar ásamt endastöðum, sem byrjendur eiga yfirleitt auðvelt með að læra. Flestar tai chi

hreyfingar eru nefndar eftir hreyfingum dýra eins og “hvíta tranan breiðir úr vængjum sínum” eða “ ná taki á stéli fuglsins”.

Í grein eftir Roberts (2003) um viðbótarmeðferðir hjá gigtsjúklingum er sagt frá tai chi og er þar mælt með því að nota tai chi æfingar sem henta gigtsjúklingum þannig að viðkomandi geti framkvæmt æfingarnar án þess að skaða sig. Nefnir greinarhöfundur að sá sem er t.d. með slæm hné skyldi forðast að gera æfingar sem krefjast þess að vera með beygð hné. Einnig ráðleggur greinarhöfundur að einstaklingar læri tai chi æfingar hjá þeim aðila sem getur kennt æfingarnar og þá speki sem fylgir tai chi.

Erfitt er að finna rannsóknir sem styðja það iktsýkisjúklingar hafi gott af því að nota eða gera tai chi æfingar. Það fannst ein nýleg rannsókn eftir töluverða leit. Þetta er megind- og eigindleg rannsókn sem var gerð af Uhlig, Fongen, Steen, Christie og Ødegård (2010) í Osló í Noregi meðal 15 einstaklinga með iktsýki þar af 2 karlmenn og 13 konur, á aldrinum 33-70 ára. Rannsóknin stóð yfir í 12 vikur og með eftirfylgni eftir aðrar 12 vikur. Markmið þessarar rannsóknar var að athuga hvort staðlaðar tai chi æfingar hefðu áhrif á framvindu sjúkdómsins, líkamlega hreyfifgetu og heilsu ásamt því hvernig sjúklingar upplifðu það að gera tai chi æfingar. Þetta var stýrð rannsókn að hluta og notaðir voru staðlaðir mælikvarðar við að meta liðleika liða, bólgu í liðum, verki, slen, hræðslu við detta og svo voru notuð hópviðtöl þar sem þátttakendur voru hvattir til að segja frá með eigin orðum hvernig þeir upplifðu æfingarnar og árangur þeirra. Fundu þeir einstaklingar eftir 12 vikur sem gerðu tai chi æfingar fyrir minni bólgu í liðum. Þátttakendur tjáðu í umræðuhópunum jákvæðan árangur á meðan þeir stunduð tai chi æfingarnar eins og minni verki í öxlum, hnjám, ökkulum og minni höfuðverki og einnig fannst þeim þeir vera með betra blóðflæði, betri líkamsbeitingu, meira jafnvægi, betri samhæfingu og fyndu til meiri lífsorku.

Töldu þátttakendur þeir finna meira hvernig líkaminn virkaði eins og hvernig þeir önduðu, hvað væru erfiðar hreyfingar og fyndist almennt meira vita hvernig líkami þeirra virkaði. Hvetja höfundar þessara rannsóknar til aukinna rannsókna á áhrifum tai chi á líkamlega og andlega líðan sjúklinga almennt.

Það væri verðugt rannsóknarefni að rannsaka áhrif tai chi hjá einstaklingum með iktsýki. Tai chi æfingar eru taldar bæta líkamsburði viðkomandi og það eitt gæti hjálpað einstaklingum sem eiga erfitt með að hreyfa sig vegna iktsýkinnar.

Mikilvægi fyrir hjúkrun

Síaukin áhersla hefur verið á heilðræna hjúkrun síðustu árin. Hjúkrunarfræðingar hafa þannig notað heilðræna nálgun til að skoða einstaklinginn í heild og hans umhverfi. Þannig geta þeir m.a. stutt einstaklinginn til að hafa sjálfur trú á eigin getu, að hann sjálfur hafi einhverja stjórn á eigin heilbrigði. Það að nota heilðræna nálgun þýðir að einstaklingnum finnst hann vera virtur og einhvers virði sem getur leitt til betra sjálfstraust (Arvidsson, Petersson, Nilsson, Andersson, Arvidsson, Petersson o.fl.2006).

Hér á landi er stór hópur einstaklinga sem eru greindir með iktsýki og benda niðurstöður rannsókna til þess að margir þeirra noti viðbótarmeðferðir þar sem hefðbundin lækni meðferð nær oft ekki að vinna á fylgikvillum iktsýkinnar, sem geta verið bæði líkamlegir og andlegir. Það getur verið misjafnt hversu mikil áhrif sjúkdómurinn hefur á þessa þætti og fer það m.a. eftir virkni og framgangi sjúkdómsins. Því byggist hjúkrun þessara einstaklinga mikið á heilðrænni nálgun. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar sem koma að meðferð iktsýkissjúklinga séu meðvitaðir um hver áhrif sjúkdómsins geta verið á einstaklinginn og hvernig best sé

að nýta sér hinar ýmsu hjúkrunarmeðferðir, bæði hefðbundnar og viðbótarmeðferðir, til að bæta lífsgæði þeirra.

Einstaklingar með iktsýki hafa oft takmarkaða orku og geta dagarnir verið misgóðir og því er mikilvægt að þeir ofgeri sér ekki þegar þeir eiga góða daga því að það getur komið niður á þeim seinna. Því er mjög mikilvægt að halda jafnvægi í daglegu lífi. Hlutverk hjúkrunarfræðinga er að styðja einstaklinginn ásamt því að leiðbeina honum, fræða og hvetja til að takast á við sjúkdóminn á jákvæðan hátt. Það er einnig hlutverk hjúkrunarfræðinga að hjálpa honum við að aðlagast breyttum aðstæðum, lifa með sjúkdómi sínum og geta þannig aukið lífsgæðin.

Sjúklingafræðsla gegnir því miklu hlutverki í því að bæta líðan og skilning sjúklinga með iktsýki og hjálpar þeim að stjórna betur sinni eigin sjálfumönnun (Chiou, Lin og Huang, 2008). Í því felst m.a. að kenna sjúklingum með sjúkdóminn að tileinka sér aðferðir til að ná sem mestri daglegri virkni og getu þrátt fyrir sjúkdóm. Það er stór þáttur í hjúkrun iktsýkissjúklinga að fræða og kenna þeim hvað þeir geta gert til að skilja hvernig verkjameðferð virkar, mikilvægi jafnvægis á milli hvíldar og virkni og meðferðarheldni gagnvart lyfjum.

Það er ekki síður mikilvægt að sinna andlegum þáttum hjá iktsýkisjúklingum en líkamlegum. Þar gæti hugræn atferlismeðferð hugsanlega verið ákjósanlegur kostur. Þetta er skipulögð og vandamálamiðuð meðferð á einstaklingum með sálfélagsleg vandamál sem hjúkrunarfræðinga ættu auðveldlega að geta nýtt sér í starfi sínu. Niðurstöður rannsókna benda til þess að hjúkrunarfræðingum sem veita hugræna atferlismeðferð í starfi sínu gengur vel að tileinka sér meðferðina og að það beri góðan árangur að veita hana samhliða öðrum meðferðum (Sylvía Ingibergsdóttir, 2010).

Eins og áður hefur komið fram er viðhorf margra hjúkrunarfræðinga jákvætt gagnvart viðbótarmeðferðum í hjúkrun og margar af þessum meðferðum falla vel að hugmyndafræði hjúkrunar um heildræna hjúkrun. Hjúkrunarfræðingar nota viðbótarmeðferðir til að hjálpa einstaklingum sem eiga við verki og aðra vanlíðan að stríða. Þrátt fyrir það þarf að hafa í huga að margar upplýsingar um viðbótameðferðir byggja ekki á gagnreyndri þekkingu og þarf því að skoða og rannsaka þær betur til að hægt sé að réttlæta notkun á þeim innan heilbrigðisstéttarinnar (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006).

Við val á viðbótameðferðum verður að hafa vilja sjúklingsins í huga ásamt ástandi hans og hentugleika hvernar meðferðar fyrir sig. Upplýsingar um meðferðir verða einnig að byggja á haldgóðum upplýsingum um þær meðferðir sem í boði eru (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Nauðsynlegt er því fyrir hjúkrunarfræðinga að kynna sér hvaða viðbótarmeðferðir eru notaðar meðal iktsýkisjúklinga og bjóða þeim upp á fræðslu sem byggð er á gagnreyndri þekkingu og upplýsingar um hugsanlegar aukaverkanir (Lee o.fl., 2008). Það er einnig margt sem bendir til þess að þörf sé á að auka þekkingu heilbrigðisstarfsfólks um notkun viðbótarmeðferða til að koma í veg fyrir eða forðast hættulegar víxlverkanir við hefðbundnar meðferðir (Ang-Lee, Moss og Yuan, 2001).

Það er nauðsyn að efla einstaklinga í að stunda heilsueflandi hegðun og viðhalda líkamlegri getu. Heilbrigðisstarfsfólk er í lykilaðstöðu til að byggja upp styðjandi umhverfi til að styðja andlega heilsu einstaklingsins því viðhorf einstaklingsins til sjúkdóms hefur mikil áhrif á hvernig viðkomandi tekst á við einkenni sjúkdómsins. Þeir einstaklingar sem eru bjartsýnir að eðlisfari og hafa gott sjálfsálit sýna betri viðhorf til sjúkdóms heldur en þeir sem eru neikvæðari og með minna sjálfsálit (Treharne o.fl., 2005).

Mikil þörf er hjá einstaklingum með iktsýki að fá fræðslu um sjúkdóminn og fylgikvilla hans því að hún getur skipt sköpum í sambandi við lífsgæði þeirra. Mikilvægt að fræðslan sé veitt af fagmennsku og eru hjúkrunarfræðingar þar í lykilhlutverki.

Umræður

Helstu niðurstöður þessarar fræðilegu samantektar eru að notkun viðbótarmeðferða er algeng meðal einstaklinga, bæði hérlendis og erlendis, hefur notkunin aukist verulega á síðustu árum. Svo virðist vera að fæstir einstaklingar noti óhefðbundnar meðferðir í stað hefðbundinna meðferða heldur frekar sem viðbótarmeðferð til að bæta andlega og líkamlega líðan.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið erlendis hafa sýnt að þeir einstaklingar sem leita til hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu segja yfirleitt ekki frá þeim viðbótarmeðferðum sem þeir nota og eru sjaldan spurðir um notkunina (Eisenberg o.fl., 1998; Lee o.fl., 2008; Klingberg o.fl., 2009). Þetta eru áhugaverðar niðurstöður þar sem þær gefa til kynna að hefðbundnar meðferðir virðast ekki mæta þörfum iktsýkissjúklinga. Það skiptir því miklu máli að heilbrigðisstarfsfólk afli sér upplýsinga um þær viðbótarmeðferðir sem skjólstæðingar þeirra nota m.a. vegna hugsanlegra neikvæðra víxlverkana á milli hefðbundinna meðferða og viðbótarmeðferða. Þess vegna virðist vera að ástæða sé til að auka áherslu á viðbótarmeðferðir meðferðir í námi heilbrigðisstétta til að bæta þekkingu þeirra á meðferðarnotkun, ráðleggingum til einstaklinga og samþættingu viðbótar- og hefðbundinnar meðferðar.

Niðurstöður benda til þess að notkun á viðbótarmeðferðum séu almennt algengar á meðal iktsýkissjúklinga í mörgum löndum og oft byrjað að nota þessar meðferðir á fyrstu stigum sjúkdómsins sem viðbót við hefðbundnar meðferðir. Konur virðast nota viðbótarmeðferðir oftar og meira en karlar og þeir sem notuðu viðbótarmeðferðir eru að meðaltali yngri en þeir sem ekki notuðu þær og hafa haft lengri sjúkdómssögu. Í flestum rannsóknum kemur það fram að menntunarstig hefur einnig áhrif á notkun

viðbótarmeðferða þar sem fólk með meiri menntun virðist nota þær meira en þeir sem minni menntun hafa. Helstu ástæður fyrir notkun viðbótarmeðferða eru verkir, stirðleiki, lélegt heilsufarsástand eða aukin virkni sjúkdómsins, þreyta og þróttleysi. Meiri hluti þeirra sem nota viðbótarmeðferðir segjast finna fyrir jákvæðum áhrifum af notkun þeirra, m.a. á líkamlega, andlega og félagslega virkni ásamt jákvæðara lífsviðhorfi. Svo virðist sem aðeins lítill hluti einstaklinga segi heilbrigðisstarfsfólki frá notkun sinni á viðbótarmeðferðum og sjaldan sem þeir eru spurðir um notkunina þrátt fyrir litla vitneskju einstaklinga um árangur meðferðanna og aukaverkanir.

Þær meðferðir sem mest eru notaða virðast mikið fara eftir því í hvaða löndum einstaklingarnir búa. Í rannsókninni frá Hollandi var ekki getið sérstaklega hvaða meðferðir voru mest notaðar en önnur könnun sýndi (Ernst, 2000) að þar í landi væru smáskammtalækningar og nálastungur vinsælar viðbótarmeðferðir. Í Kóreu þá voru það nálastungur og náttúrulyf sem mest voru notuð. Í Bandaríkjunum virðist sem nudd, nálastungur og notkun á náttúrulyfjum séu vinsælar meðferðir og þar á eftir hugleiðsla, slökun, jóga og tai chi. Aðrar rannsóknir hafa sýnt (Rao o.fl., 1999; Kaboli, Doebbeling, Saag, og Rosenthal, 2001) að hnykkklækningar séu einnig meðal vinsælustu meðferðunum þar. Í könnuninni frá Ísrael þá voru það smáskammtameðferðir og nálastungur sem mest voru notaðar. Í öðrum rannsóknum á notkun viðbótarmeðferða hjá iktsýkissjúklingum þá virðist einnig vera landfræðilegur munur á því hvaða meðferðir eru mest notaðar. Í kanadískri könnun (Fautrel o.fl., 2002) voru hnykkklækningar algengustu meðferðirnar en smáskammtalækningar og nálastungur minna notaðar. Notkun á lækningajurtum og öðrum fæðubótarefnum virðast vera vinsælastar í Bretlandi (Ernst, 2000).

Þegar einstakar meðferðir eru skoðaðar og hvaða áhrif þær hafa á líkamlega og andlega fylgikvilla iktsýki þá virðist sem lítið sé til að rannsóknum sem tengjast beint

sjúkdómnum iktsýki og hvaða áhrif þær hafa á sjúkdómseinkennin. Samt sem áður eru til ýmsar rannsóknir sem beinast að einstaka fylgikvillum sjúkdómsins eins og t.d. verkjum, þunglyndi og kvíða. Í þessari fræðilegu samantekt voru teknar nokkrar viðbótarmeðferðir og áhrif þeirra á líðan iktsýkissjúklinga.

Hugræn atferlismeðferð hefur reynst vel við andlegri vanlíðan og þá sérstaklega þunglyndi og kvíða sem hefur svo aftur á móti jákvæð áhrif á andlega og félagslega virkni einstaklingsins (Inga H. Jónsdóttir o.fl., 2009; Sharpe o.fl., 2008).

Einstaklingar geta með hugrænni atferlismeðferð þróað með sér jákvæðara hugsunarferli sem gerir þeim m.a. betur kleift að takast á við sjúkdómseinkennin á jákvæðari hátt eins og t.d. langvarandi verki. Því fyrr sem meðferðin hefst því betri langtíma áhrif hefur hún og getur hugsanlega komið í veg fyrir langtíma versnun einkenna eins og t.d. afmyndun liða.

Heilsutengd lífsgæði byggjast á mati hvers einstaklings fyrir sig og hvernig heilbrigðisviðhorf hans hefur áhrif á líðan og virkni einstaklingsins í hinu daglega lífi. (Tómas Helgason o.fl., 2000). Viðhorf einstaklingsins til sjúkdóms (illness belief) er lykilþáttur í því hvernig viðkomandi tekst á við sjúkdóm og einkenni hans (Graves o.fl., 2009).

Hreyfing getur haft ýmis jákvæð áhrif á líkamann þar sem hún eykur blóðflæðið, er styrkjandi auk þess sem hún getur viðhaldið þreki og styrk vöðva ásamt því að bæta liðleika (Jong o.fl., 2002; Lemmey o.fl., 2009). Hreyfing getur einnig dregið úr þreytu, aukið orku og hefur auk þess jákvæð áhrif á andlega líðan. Hægt er að gera styrktar- og þolæfingar án þess að auka verki eða skemmdir á liðum eða auka frekar á framvindu iktsýkinnar og er mælt með að þessar æfingar séu hluti af að meðhöndlun iktsýkissjúklinga og gerðar undir eftirliti fagfólks.

Talið er að nudd hafi almennt slakandi áhrif, bæti svefn og geti minnkað verki. Það er einnig talið auka eða hvetja til minnkunar bólgu í vöðva- og beinakerfi líkamans, losa um stífar sínar (Snyder og Taniguki, 2010; Roberts, 2003). Notkun nuddmeðferðar getur haft áhrif á blóðrásarkerfið og taugakerfið getur þannig haft áhrif vöðvaverki. Þó að nudd geti ekki stöðvað framvindu iktsýki getur nudd linað fylgikvilla iktsýkinnar sem eru tengdir bólgu og hjálpað til að auka lífsgæði en skortur er á rannsóknum eru á þessu sviði.

Það hefur verið talið að Jóga hafi jákvæð á marga sjúkdóma og þar á meðal gigtarsjúkdóma. Jóga hefur einnig verið talið geta minnkað streitu, aukið vellíðan og úthald, minnkað verki og dregið úr þunglyndi. Samkvæmt þeim rannsóknum sem skoðaðar voru þá benda niðurstöður til þess þessi meðferð hafi jákvæð áhrif á líkamlega getu og liðleika ásamt því að auka jafnvægi og minnka verki og þunglyndi (Bosch o.fl., 2009; Badsha o.fl., 2009).

Það er erfitt að finna rannsóknir sem styðja það iktsýkisjúklingar hafi gott af því að nota eða gera tai chi æfingar en þær benda til jákvæðra niðurstaðna í sambandi við verki, betra blóðflæði, samhæfingar líkamans, stjórnun öndunar og aukinnar orku. Það væri verðugt rannsóknarefni að rannsaka áhrif tai chi hjá einstaklingum með iktsýki. Tai chi æfingar eru taldar bæta líkamsburði viðkomandi og það eitt gæti hjálpað einstaklingum sem eiga erfitt með að hreyfa sig vegna iktsýkinnar (Uhlig o.fl. 2010).

Margar ástæður geta legði á bak við notkun iktsýkisjúklinga á óhefðbundnum meðferðum og má þar nefna vilja þeirra til að hafa einhverja stjórn á heilsu sinni, löngun þeirra til að reyna allt sem hægt er til að ná betri líðan og í þeirri trú að viðbótarmeðferðir séu hættulausar. Þessi mikla notkun á viðbótarmeðferðum endurspeglar óuppfylltar þarfir þessara sjúklinga á sérhæfðri meðferð. Mikilvægt er

Því að heilbrigðisstarfsmenn séu meðvitaðir um að markir iktsýkissjúklingar eru að nota meðferðir á eigin vegum og ættu einnig að hafa í huga að þessar meðferðir geta haft alvarlega aukaverkanir í för með sér. Því er mikilvægt að þeir kynni sér hvaða viðbótameðferðir sjúklingar þeirra eru að nota og bjóða upp á fræðslu um viðbótameðferðir, ráðleggingar um notkun ásamt því að kynna fyrir þeim verkun og hugsanlegar aukaverkanir.

Þetta eru áhugaverðar niðurstöður þar sem þær gefa til kynna að hefðbundnar meðferðir virðast ekki mæta þörfum iktsýkissjúklinga. Mikilvægt er því að heilbrigðisstarfsmenn séu meðvitaðir um að margir iktsýkisjúklingar nota meðferðir á eigin vegum og ættu því að kanna notkun þeirra meðal sjúklinga sinna og jafnvel að hafa spurningar um notkun sem fasta venju í meðferðarferlinu (Hermann, Allen, Hunt, Prasad, og Brady, 2004). Það þarf einnig að hafa í huga að flest form af viðbótarmeðferðum hafa ekki verið rannsökuð mikið og það er bil á milli þess sem mælt er með og þess sem hefur verið rökstutt með vísindalegum rannsóknum (Ernst, 2004). Sjúklingar sem velja að nota óhefðbundnar meðferðir í stað hefðbundinna meðferða geta upplifað neikvæð áhrif á heilsu og aukna virkni sjúkdómsins (Wallersted og Skrtic, 2005). Heilbrigðisstarfsfólk ætti því að viðurkenna að viðbótameðferðir eru mikið notaðar af iktsýkissjúklingum og ættu að hafa í huga að þessar meðferðir geta haft alvarlega aukaverkanir í för með sér. Þeir ættu að kynna sér hvaða viðbótameðferðir sjúklingar þeirra eru að nota og bjóða upp á fræðslu um viðbótameðferðir, ráðleggingar um notkun ásamt því að kynna fyrir þeim verkun og hugsanlegar aukaverkanir (Lee o.fl., 2008).

Það þarf einnig að hafa í huga að þrátt fyrir að margar viðbótarmeðferðir virðast hafa jákvæð áhrif þá er nauðsynlegt að gera þær undir eftirliti fagaðila og fólk geri aldrei meira en að það ráði við. Hjúkrunarfræðingar eru í mjög góðri aðstöðu til að

veita fræðslu og því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar að kynni sér hvaða viðbótarmeðferðir eru notaðar meðal iktsýkissjúklinga og bjóði þeim upp á fræðslu sem byggð er á gagnreyndri þekkingu og upplýsingum um hugsanlegar aukaverkanir. Það er einnig mikilvægt að viðbótameðferðirnar séu í samræmi við þarfir hvers einstaklings fyrir sig og þeir ætli sér ekki meira en þeir geta. Nauðsynlegt er að veita viðbótameðferðir undir eftirliti fagaðila. Það er ekki nóg að veita fræðsluna heldur einnig mikilvægt að vera til staðar í hjúkrunarmeðferð iktsýkissjúklinga.

Framtíðarsýn

Vegna aukinnar notkunar á viðbótarmeðferðum meðal almenning og heilbrigðisstarfsfólks er mikilvægt að efla þekkingu á notagildi þeirra, ásamt virkin og aukaverkunum. Einnig er mikilvægt að stuðla að því að notendur viðbótarmeðferða skýri heilbrigðisstarfsmönnum frá notkun sinni og að jafnvel sér hægt að samþætta saman hefðbundna meðferð við viðbótarmeðferðir. Einnig er mikilvægt að bæta þekkingu bæði innan heilbrigðisstétta og almennings á viðbótarmeðferðum og benda á að margar af þessum meðferðum hafa ekki verið rannsakaðar mikið og því lítið vitað um virkni þeirra og aukaverkanir þrátt að rannsóknir benda til mikillar notkunar meðal iktsýkissjúkling.

Af fyrirbyggjandi rannsóknum má ráða að hugræn atferlismeðferð sé ein mikilvægasta meðferðin sem rannsökuð hefur verið í sambandi við meðferð á einkennum iktsýkissjúkdómsins. Sýnt hefur verið fram á að hún hafi jákvæð áhrif á andlega líðan sem er ein helsta forsenda þess að einstaklingar með iktsýki nái að takast á við þá mörgu fylgikvilla sem henni fylgir þar sem svo virðist vera að jákvæðar hugsanir og gott sjálfstraust tengjast mjög mikið andlegri og líkamlegri líðan.

Það sem við vildum sjá í framtíðinni er að áherslan á hugræna atferlismeðferð yrði meiri í sambandi við meðferð hjá einstaklingum með iktsýki og að hún verði notuð markvisst á meðal þeirra. Ekki er vitað um neinar rannsóknir hérlendis á viðbótarmeðferðum hjá einstaklingum með iktsýki. Það er því áhugavert rannsóknarefni að skoða hvaða viðbótarmeðferðir einstaklingar með iktsýki nota hérlendis og árangur þeirra í sambandi við líðan og lífsgæði.

Í framtíðarsýn okkar sjáum við einnig fyrir okkur góða og öfluga göngudeild fyrir gigtarsjúklinga almennt þar sem þeir geta leitað eftir upplýsingum og fræðslu fagaðila ásamt því að fá þá aðstoð sem þeir þurfa á einum stað.

Lokaorð

Í þessari fræðilegu úttekt hefur verið greint frá notkun og árangri af notkun viðbótarmeðferða hjá einstaklingum með iktsýki ásamt því hvernig hjúkrunarfræðingar geti nýtt sér þær í starfi. Meginniðurstaðan er að viðbótameðferðir eru mikið notaðar hjá þessum sjúklingahópi og þeir eru almennt ánægðir með virkni þeirra. Það þarf samt sem áður að hafa í huga að flest form af viðbótarmeðferðum hafa ekki verið rannsökuð mikið og það er bil á milli þess sem mælt er með og þess sem hefur verið rökstutt með vísindalegum sönnunum (gögnum/rannsóknum). Hugarfar einstaklinga er einn af lykilþáttum í að takast á við iktsýki og er því mikilvægt að byrja á þeim þætti snemma í sjúkdómsferlinu. Því að jákvætt hugarfar er undirstaða þess að einstaklingar geti tekist á við fylgikvilla sjúkdómsins og má því segja að hér eigi vel við orðatiltækið „hugurinn ber mig hálfaleið“.

Heimildaskrá

- Ang-Lee, M. K., Moss, J. og Yuan, C. S. (2001). Herbal Medicines and Perioperative Care. *JAMA*, 286, 208-216.
- Arvidsson, S.B., Petersson, A., Nilsson, I., Andersson, B., Arvidsson, B.I., Petersson, I.F. og Fridlund, B. (2006). A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Nursing and health science*, 8, 133-139.
- Barnes, P. M., Powell-Griner, E., MaFann, K. og Nahin, R. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United states 2002. *Seminars in Integrative Medicine*, 7, 54-71.
- Badsha, H., Chabra, V., Leibman, C., Mofti, A. og Kong, K.O. (2009). The benefits of yoga for rheumatoid arthritis: Results of a preliminary, structured 8-week program. *Rheumatol Int*, 29, 1417–1421.
- Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2010). Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið*, 96, 267-273.
- Boon, N.A., Colledge, N.R., Walker, B.R. og Hunter, J.A.A. (2006). *Davidson's principles & practice of medicine*. (20. útgáfa). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Bosch, P.R., Traustadóttir, T., Howard, P. og Matt, K.S. (2009). Functional and physiological effects of yoga in women with rheumatoid arthritis: A pilot study. *Alternative therapies in health and medicine*, 15, 24-31.
- Bourguignon, C., Labyak, S.E. og Taibi, D. (2003). Investigating sleep disturbances in adults with rheumatoid arthritis. *Holistic nursing practice*, 17, 241-249.
- Breuer, G. S., Orbach, H., Elkayam, O., Berkun, Y., Paran, D., Mates, M. o.fl. (2006). Use of complementary and alternative medicine among patients attending rheumatology clinics in Israel. *Israel Medical Association Journal*, 8, 184-187.

- Bruce, T.O. (2008). Comorbid depression in rheumatoid arthritis: Path physiology and clinical implications. *Current psychiatry reports*, 10, 258-264.
- Caporali, R., Cavagna, L. og Montecucco, C. (2009). Pain in arthritis. *European journal of pain supplements*, 3, 123-127.
- Cameron, M.E. (2002). Yoga. Í Snyder, M. og Lindquist, R. (ritstjórar), *Complementary/alternative therapies in nursing* (bls.81-88). Springer publishing company: New York.
- Cameron, M.E. (2010). Yoga. Í Snyder, M. og Lindquist, R. (ritstjórar), *Complementary/alternative therapies in nursing* (bls.123-133). Springer publishing company: New York.
- Carlisle, A.C., John, A.M.H., Fith-Schaw, C. og Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British journal of health psychology*, 10, 571-587.
- Chen, K.M. (2002). Tai Chi. Í Snyder, M. og Lindquist, R. (ritstjórar), *Complementary/alternative therapies in nursing* (bls.81-88). Springer publishing company: New York.
- Chen, K.M. og Snyder, M. (1999). A research-based use of Tai Chi/movement therapy as a nursing intervention. *Journal of holistic nursing*. 17, 267-279.
- Chiou, A.F., Lin, H.Y., og Huang, H.Y. (2008). Disability and pain management methods of Taiwanese arthritic older patients. *Journal of clinical nursing*, 18, 2206-2216.
- Coty, M.B. og Wallston, K.A. (2008). Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. *Journal of advanced nursing*. 63,189-198.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R. og Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient education and counselling*. 59, 192-198.

- Efthimious, P., Kukar, M. og MaKenzie, R. (2009). Complementary and alternative medicine in rheumatoid arthritis: No longer the last resort! *Hospital for Special Surger*, 6, 108-111.
- Eklof, M., Tegern, G. og Eriksson, B. (2001). Stockholmare och den komplementära medicine. Í Tema Hälsa och samhälle. Linköpings universitet.
- Ernst, E. (2000). Complementary and alternative medicine in rheumatology. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 14, 731-749.
- Ernst, E. (2004). Musculoskeletal conditions and complementary/alternative medicine. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 18, 539-556.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. o.fl. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA*, 280, 1569-1575.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Riel, P. L. C. M. og De Jong, A. J. L. (2002). Tailored cognitive-behavioural therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: A randomized controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
- Fautrel, B., Adam, V., St-Pierre, Y., Joseph, L., Clarke, A. E. og Penrod, J. R. (2002). Use of complementary and alternative therapies by patients self-reporting arthritis or rheumatism: results from a nationwide Canadian survey. *The Journal of Rheumatology*, 29, 2435-2441.
- Garip, Y., Eser, F. og Bodur, H. (2010). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatol Int*. Sótt 23. apríl 2010 af <http://www.springerlink.com/content/ap5861h5h1055117/fulltext.pdf>
- Goldenblatt F. og Isenberg D.A., 2005. New therapies for rheumatoid arthritis. *British society for immunology, clinical and experimental immunology*. Sótt 19 janúar 2010 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1809355/>

- Graves, H., Scott, D.L., Lempp, H. og Wiemann, J. (2009). Illness belief predicts disability in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 67, 417-423.
- Green, C. (2001). *Náttúrulegar og hefðbundnar lækningar*. (Helga Þórarinsdóttir þýddi). Reykjavík; Almenna bókafélagið.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R. og Gsel, A. (2004). The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 43, 1142-1149.
- Heilbrigðisráðuneytið. (2005). Skýrsla heilbrigðisráðherra um græðara og starfsemi þeirra á Íslandi. Sótt 12 febrúar 2010 af <http://www.althingi.is/altext/131/s/0731.html#Footnote1>
- Hermann, C. D., Allen, P., Hunt, W. C., Prasad, A. og Brady, T. J. (2004). Use of Complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Preventing Chronic Disease*, 1, 1-15.
- Hunt, V., Randle, J. og Freshwater, D. (2004). Paediatric nurses' attitudes to massage and aromatherapy massage. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 194-201.
- Inga H. Jónsdóttir, Sýlvía Ingibergsdóttir og Pétur Hauksson. (2009). Hugræn atferlismeðferð við langvinnu þunglyndi: Samanburður á einstaklings- og hópmeðferð í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar. *Sálfræðiritið*, 14, 57-61.
- Ingibjörg E. Ingimarsdóttir. (2008). Hjúkrun gigtsjúklinga á Íslandi. *Öldrun*, 27, 12-15.
- Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason. (2008). Um hugræna atferlismeðferð og thafnasemismeðferð við þunglyndi. *Sálfræðiritið*, 13, 199-211.
- Jacobs, J.W.G., Kraaimaat, F.W. og Bijlsma, J.W.J. (2001). *Why do patients with rheumatoid arthritis us alternative treatments?* *Clinical Rheumatology*, 20, 192-196.
- Jong, Z., Munneke, M., Zwinderman, A.H., Kroon, H.M., Jansen, A., Runday, K.H. o.fl. (2003). Is a long high-intensity exercise programs effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? *Arthritis & Rheumatism*, 48, 2415-2424.

- Kaboli, P. J., Doebbeling, B. N., Saag, K. G. og Rosenthal, G. E. (2001). Use of complementary and alternative medicine by older patients with arthritis: a population-based study. *Arthritis Care & Research*, 45, 398-403.
- Kajiyama, H., Agama, H., Yamanaka, H., Shoji, A., Matsuda Y., Tanaka, E. o.fl. (2006). One third of Japanese patients with rheumatoid arthritis use complementary and alternative medicine. *Japan College of Rheumatology*, 16, 355–359.
- Klingberg, E., Wallerstedt, S. M., Torsteinson, T., Håwi, G. og Forsblad-d'Elia, H. (2009). The use of complementary and alternative medicine in outpatients with inflammatory rheumatic diseases in Sweden. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38, 472-480.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H. o.fl. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & rheumatism (Arthritis care & Research)*, 6, 1018-1024.
- Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson (2009). Lífsgæði og lífsgæða rannsóknir. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. 85, 22-29.
- Lee, M.S., Lee, M.S., Yang, C.Y., Lee, S.I., Joo, M.C., Shinn, B.C., Yoo, W.H. o.fl. (2008). Use of complementary and alternative medicine by rheumatoid arthritis patients in Korea. *Clinical rheumatology*, 27, 29-33.
- Lemmey, A., B., Marcora, S., M., Chester, K., Wilson, F.C. og Maddison, P.J. (2009). Effects of high-intensity resistance training in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Arthritis & rheumatism (Arthritis care & research)*, 61, 1726-1734.
- Monahan F.D., Sands J.K., Neighbors, M., Marek J.F. 2007. *Phipps' medical-surgical nursing, health and illness perspectives*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Montecucco, C., Cavagna, L. og Caporali, R. (2009). Pain and rheumatology: An overview of the problem. *European journal of pain supplements*, 3, 105-109.

Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. og Pietilä, A.M. (2009). Patient information and education. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of Clinical nursing*, 18, 2058-2065.

NCCAM. *National Centre for Complementary and Alternative Medicine- General Information*. Sótt 9. febrúar 2010 af <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/overview.htm#types>

Parrish, B.P., Zautra, A.J. og Davis, M.C.(2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health psychology*, 27, 694-702.

Pétur Hauksson (2000). Hugræn atferlismeðferð á sjúkrahúsum. *Geðvernd*, 1, 26-30.

Pollard, L.C., Choy, E.H., Gonzalez, B.J., Khishaba, B. og Scott, D.L. (2006). Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain not disease activity. *Rheumatology*, 45, 885-889.

Roam, J. K., Mihaliak, K., Kroenke, K., Bradley, J., Tierney, W. M. og Weinberger, M. (1999). Use of Complementary Therapies for Arthritis among Patients of Rheumatologists. *Annals of Internal Medicine*, 131, 409-416.

Reinseth, og Espnes, G.A. (2009). Women with rheumatoid arthritis: Non-vocational and quality of life. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 14, 108-115.

Repping-Wutz, H., Uitterhoeve, R., Riel, P. og Achterberg, T. (2008). Fatigue as experienced by patients with rheumatoid arthritis (RA): A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45, 995-1002

Repping-Wutz, H., Hewlett, S., Van Riel, P. Og Van Achterberg, T. (2009). Fatigue in patients with rheumatoid arthritis: British and Dutch nurses' knowledge, attitudes and management. *Journal of advanced nursing*, 65, 901-911.

Reinseth, L. og Espnes, G., A. (2009). Women with rheumatoid arthritis: Non-vocational activities and quality of life. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 14, 108-115.

Roberts, D. (2003). Alternative therapies for arthritis treatment. *Orthopaedic nursing*, 22, 412-418.

- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B. og Allard, S. (2002). Long-term efficacy of a cognitive behavioral treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42, 435-441.
- Sharpe, L., Allard, S og Sensky, T. (2008). Five-year follow-up of a cognitive-behavioural intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: Effects on health care utilization. *Arthritis Care and Research*, 59, 311-316.
- Sigríður Jónsdóttir. (2006). Iktsýki, streita og tileinkun bjargráða eftir áföll. *Meistaraverkefni Sigríðar Jónsdóttur, til M.S. gráðu í heilbrigðisvísindum*.
- Sigríður Jónsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2008). Iktsýki, streita og bjargráð eftir áföll: „Þessi sjúkdómur er allt öðruvísi en bækurnar segja til um.” *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. 84, 48-55.
- Snyder, M. og Tangiguki, S. (2010). *Massage*. Í Snyder, M. og Lindquist, R. (ritstjórar), *Complementary/alternative therapies in nursing. Therapies in Nursing* (bls.337-348). Springer publishing company: New York.
- Sylvía Ingibergsdóttir (2010). Hjúkrunarfræðingar og árangur hugrænnar atferlismeðferðar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1, 28-31.
- Tan, G., Craine, M.H., Bair, M.J., Garcia, M.K., Giordano, J., Jensen, M.P o.fl. (2007). Efficacy of selected complementary and alternative medicine interventions for chronic pain. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44, 195-222.
- Tómas Helgason, Júlíus, K., Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir (2000). Heilsutengd lífsgæði íslendinga. *Læknablaðið*, 86, 251-257.
- Treharne, G.J., Kitas, G.D., Lyons, A.C. og Booth, D.A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: The effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of health psychology*, 10, 457-474.
- Uhlig, T., Fongen, C., Steen, E., Christie, A. og Ødegård, S. (2010). Exploring Tai Chi in rheumatoid arthritis: A quantitative and Qualitative Study. *BMC Musculoskeletal disorders*. Sótt 27 apríl 2010 af <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/43>

- Wallerstedt , S.M. og Skrtic , S. (2005). Use of natural remedies is seldom documented in medical records. There is a risk of overlooked interactions and adverse effects, as a point prevalence study shows. *Lakartidningen*, 102, 3220-3222.
- Wells, G.A. (2009). Patient –driven outcomes in rheumatoid arthritis. *The journal of rheumatology*, 82, 33-38.
- Vliet-Vlieland og Pattison. (2009). Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Best practice clinical rheumatology*, 2, 103-116.
- Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2006). Viðbótarmeðferðir í hjúkrun. Í Helga Jónsdóttir (ritstjóri), *Frá innsæi til inngrípa: þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfraði* (bls. 341-357). Hið íslenska bókmenntafélag og hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2010). Bókakynning. Viðbótameðferð getur verið hjúkrunarfræðingum gagnleg við hjúkrun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2, 46-47.