



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VANLIGT OCH OLIDLIGT LIDANDE HOS PATIENTER MED KRONISK OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM

Annie Nevelius & Felicia Edgren

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Zahra Ebrahimi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka Avdelning 19, Lungmedicin, på Sahlgrenska Universitetssjukhus för att vi fick möjlighet till detta samarbete. Ett speciellt tack till Natasha, Camilla, Parvin och Anders för väl mottagande och engagemang. Vi vill även tacka vår handledare Angela Bång för visat stort stöd och vägledning.

Annie Nevelius & Felicia Edgren

Titel (svensk)	Vanligt och olidligt lidande hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom
Titel (engelsk)	Common and unbearable affliction in patients with chronic obstructive pulmonary disease
Examensarbete:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Författare	Annie Nevelius & Felicia Edgren
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Zahra Ebrahimi

Sammanfattning:

BAKGRUND: Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en sjukdom som drabbar främst lungorna och luftrören på patienten. Dyspné är ett av de vanligaste symtomen hos patienter med KOL och orsakar tillsammans med smärta stort lidande. Smärta hos den aktuella patientgruppen har tidigare inte varit ett identifierat symtom utan det är först nu som det har uppmärksamats kliniskt. **SYFTE:** Att undersöka förekomst och upplevelse av smärta hos patienter med diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom. **METOD:** En litteraturbaserad studie på 13 vetenskapliga artiklar från Cinahl, PubMed samt manuell sökning. **RESULTAT:** Resultatet visar att patienter med KOL upplever smärta och att detta har blivit överskuggat av andra symtom. Mer än hälften av deltagarna i majoriteten av artiklarna upplever smärta av något slag. Patienterna upplever att ett symtom avlöser ett annat och bildar en ond cirkel som är svår att ta sig ur. Individerna upplever livet som hopplöst då de känner ett enormt lidande som påverkar deras vardagliga liv. **KONKLUSION:** Identifiera smärta som symtom hos patienter med KOL samt skapa aktuella omvårdnadsriktlinjer för sjukvårdspersonal. Det är viktigt att uppmärksamma smärtan och särskilja den ifrån övriga symtom så att rätt behandling kan ges.

Nyckelord: KOL, smärta, smärtskattning, kliniskt, upplevelse

Innehållsförteckning

2. Bakgrund	2
2.1 Förekomsten i världen	2
2.2 Etiologi.....	2
2.3 Patofysiologi - Vad händer i lungorna vid KOL?.....	3
2.4 Diagnostik av KOL	3
2.5 Behandling	4
2.6 Sjuksköterskans professionella ansvar.....	4
2.7 Indelning av smärta.....	5
2.8 Bedömningsinstrument för smärta.....	6
2.9 Omvårdnadens medmänskliga aspekter.....	6
2.10 Hopp.....	7
3. Problemformulering	8
4. Syfte	8
5. Metod	9
5.1 Studiedesign.....	9
5.2 Urval och Datainsamling	9
5.3 Dataanalys.....	10
6. Etiska överväganden	10
7. Resultat	11
7.1 Vanligt lidande hos patienten	11
7.2 Ofattbar och olidlig smärta	12
7.3 Fast i min egen kropp och utestängd från världen	12
7.4 Den onda KOL-cirkeln	13
7.5 Smärtans lokalisering i kroppen.....	13
8. Metoddiskussion	13
9. Resultatdiskussion	15
9.1 Symtomens negativa påverkan på varandra.....	15
9.2 Kunskap för att minska lidandet hos patienten	16
10. Implikation till praxis	17
11. Förslag till vidare forskning	17
12. Konklusion	18
14.1 Bilaga 1 Tabellgranskning	22
14.2 Bilaga 2 Söktabel.....	27

1. Inledning

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en inflammationssjukdom i lungorna och luftrören vilket främst drabbar personer som blivit utsatta för tobaksrökning. Det är en av de största folksjukdomarna i Sverige och därav är det av stor vikt att sjukvårdspersonalen har kunskap och förståelse för sjukdomen. Sjukdomens främsta symtom är dyspné men senare forskning visar på smärta som ett tidigare dolt symtom. Genom att belysa den aktuella forskningen är förhoppningen att detta kan leda till en bättre individanpassad vård för patienterna, sannolikt lättare arbetsbelastning för vårdpersonalen samt tryggare anhöriga.

2. Bakgrund

Smärta vid KOL är ett relativt nyuppkommet symtom som ännu inte uppmärksammats inom den kliniska verksamheten. Det tillsammans med de övriga symtomen orsakar stort lidande hos patienten. Därav är det av största vikt att eftersträva ett arbetssätt där hela patienten är i fokus.

2.1 Förekomsten i världen

Enligt World Health Organisation (u.å) lider ungefär 80 miljoner människor i världen av KOL, sjukdomen är lika utbredd bland både män och kvinnor. WHO uppger att KOL var dödsorsaken för ungefär 3 miljoner människor i världen år 2005. I Sverige lider ungefär 500-700 000 människor av KOL (Vårdguiden, 2017).

2.2 Etiologi

KOL är en inflammationssjukdom som orsakar små irreversibla förändringar i bronkerna samt destruktion av lungvävnad, emfysem. Riskgrupper för sjukdomen är framför allt människor som utsätts för tobaksrökning men även exponering av luftföroreningar såväl inom- som utomhus samt biogasförbränning (WHO, u.å).

2.3 Patofysiologi - Vad händer i lungorna vid KOL?

Den kliniska benämningen på andnöd är dyspné vilket ger subjektiva känslor som försvårad eller tung andning. Dyspné är det vanligaste symtomet vid KOL och observeras genom hur tungt patienten andas medan svårighetsgrad och ventilationsförmåga på dyspnén går att mäta genom spirometri. Sjukdomen förstör bröstorgans och lungornas samverkan genom att balansen mellan de elastiska krafterna i bröstkorgen och lungorna förändras. Den elastiska dragningskraften minskas och lungornas struktur förändras vid emfysem, det vill säga att de små lungblåsorna (alveolerna) skadas och elasticiteten samt syreutbytet i lungorna försvåras. Hålrummen som bildas mellan alveolerna gör att passagen av syret till blodet blir sämre och till slut uppstår syrebrist. För varje hålrum som uppstår ökar andfåddheten hos patienten. Sjukdomen gör att luftvägarnas slemhinnor blir inflammerade och den inre delen av luftvägen (lumen) får en rodnad, blir svullen och irriterad. Detta orsakar en ökning utav slemcellerna i både antal och aktivitet vilket i sin tur kan leda till luftvägsobstruktion. Ökningen medför bland annat att patienten i högre grad måste hosta för att slemmet ska komma upp ur luftvägarna samt att luften får svårare att komma ned i lungorna. Som tidigare nämnts minskar elasticiteten i lungorna, vilket bidrar till att lungorna inte helt töms på luft efter en maximal utandning (hyperinflation). Till följd av detta måste patienten vidga sina lungor och bröstorgans mer än vid en normal andning för att få i sig den luft som krävs (Berglund, 2014).

2.4 Diagnostik av KOL

Larsson (2014) beskriver tillvägagångssättet för den basala diagnostiken och inleder med att poängtera att det första steget i diagnostiseringen är en misstanke om KOL. Vidare är den avgörande undersökningen för diagnostisering enkel spirometri. Ericson och Ericson (2012) beskriver en fördjupad bild av diagnostiseringen samt vilka parametrar som mäts vid en spirometri. Forcerad expiratorisk volym under en sekund (FEV1) mäter hur snabbt en maximal utandning kan ske vilket är något som kraftigt försämras vid KOL. Reversibilitetstest (mäter FEV1 efter bronkdilaterande läkemedel) och residualvolymen (RS). RS är den luftvolym som finns kvar i lungan efter maximal utandning. Vidare kan spirometri kompletteras med blodgasanalys, mätning av syremättnaden samt bilddiagnostik såsom lungröntgen för diagnostisering.

2.5 Behandling

Sjukdomen är kronisk och det finns idag inget botemedel utan endast läkemedel och icke farmakologisk behandling i sjukdomsbromsande syfte. Behandlingen har dock god effekt och ett stort antal människor lever många år med sin diagnos. Vid KOL menar Heinzer, Bish och Detwiler (2003) att genomförandet av andningshjälp kan hjälpa patienten både fysiskt och psykiskt. Socialstyrelsen (2015) påvisar att det finns två typer av andningshjälp, inandningsmuskelträning och motstånd på utandningen. Inandningsmuskelträningen hjälper till med att minska dyspné samt minska exacerbationer och motstånd på utandningen hjälper till att minska hostan och dess sekret samt minska hastigheten på luften ur lungorna.

2.6 Sjuksköterskans professionella ansvar

Omvårdnadsprocessen är en modell som används för att kunna identifiera behov och problem relaterade till omvårdnad, detta för att kunna individanpassa omvårdnadsåtgärderna. Med hjälp av omvårdnadsprocessen förklaras tillvägagångssättet vid smärta hos patienter med KOL. Processen innehåller fem delar: *Datainsamling, omvårdnadsdiagnos, planering, genomförande och utvärdering* (Florin, 2014).

Datainsamling innebär att data samlas in om patientens hälsotillstånd och denna information ligger till grund för vidare bedömning av hälsotillståndet samt för nästa steg i processen, planering. Den insamlade datan kan bestå av intervjuer eller samtal med patienten, kroppsundersökning eller genom journalhandlingar och andra yrkeskategoriers bedömningar. Bergh (2014) menar att en av sjuksköterskans främsta arbetsuppgifter är att bedöma och behandla smärta. Smärtan hos patienten måste uppmärksammas, identifieras, värderas och dokumenteras för att sjuksköterskan ska kunna förstå och kunna ge individanpassad behandling. Vidare menar Bergh (2014) att smärta är en subjektiv upplevelse och kräver därför att data samlas in genom både symtom (patientens upplevelser) och tecken (observation). Det är av stor vikt att göra skillnad mellan symtom och tecken i datainsamlingen och en kombination av dessa anses ge bäst resultat. Bedömningen och mätningen ska ske med systematiska instrument, metoder och mätningar för att kunna ge

relevanta och giltiga värden. I det kliniska arbetet kan detta appliceras genom att sjuksköterskan samlar in data kring smärta hos patienter med KOL, då med hjälp av både skattningsinstrument samt patientens upplevelser. Processens andra och tredje fas, *omvårdnadsdiagnos och planering av mål och åtgärder* innebär att allt insamlat material från datainsamlingen identifieras och analyseras och utgör sedan en omvårdnadsplan som är individanpassad efter patientens egna resurser och behov. Omvårdnadsdiagnostiken ger sjuksköterskan möjlighet att studera problemet, som i detta fall är smärtan. För att kunna uppnå huvudmålet som är att lindra smärtan hos patienten krävs det att varje delmål uppnås först. Ett delmål kan då vara att utvärdera smärtan kontinuerligt varje dag. Del fyra och fem i processen blir att *genomföra* det som är planerat för att sedan kunna *utvärdera* det. Utvärderingen kan ske på flera olika sätt: dels genom att dagligen utvärdera om patienten mår bättre eller sämre jämfört med tidigare, dels via ett mer strukturerat sätt genom utvärdering av omvårdnadsplanering och de uppsatta målen (Florin, 2014). Som tidigare nämnts är en av sjuksköterskans främsta uppgifter att behandla och bedöma smärta, för att kunna göra det krävs det att hela omvårdnadsprocessen tillämpas.

2.7 Indelning av smärta

Smärta delas in i fyra olika delar: Nociceptiv, neurogen, idiopatisk och psykogen. Dessa baseras på orsaken till smärtan samt smärtans karaktär (Bergh, 2014). Den nociceptiva smärtan uppkommer genom en vävnadsskada eller hot om vävnadsskada som aktiverar nociceptorerna. Neurogen smärta uppstår vid en skada eller dysfunktion på nervsystemet. Vid idiopatisk smärta saknar patienten oftast en diagnos till följd av att det inte finns någon känd orsak till smärtsyndromet. Psykogen smärta innefattar oro, depression, ångest, rädsla, sorg, skuld och oro. Råheim Borge, Wahl och Moum (2011) belyser vikten av att undersöka smärtans förekomst, intensitet och lokalisation då det är ett gömt symtom hos den aktuella patientgruppen.

2.8 Bedömningsinstrument för smärta

Förutom patientens symtom finns olika skattningsinstrument inom sjukvården och valet av mätinstrument beror på olika faktorer som sjukdom, ålder, språkbarriärer och kognitiv förmåga. Dessa skalor tillsammans med patientens individuella upplevelse kan bidra och vara behjälpliga till en mer tydlig och lokaliserad bild vilket i sin tur genererar en bättre smärtlindring för patienten. Brief pain inventory (BPI) uppfanns för att kunna mäta smärtan hos cancerpatienter, men har på senare tid kunnat appliceras på flera sjukdomar med smärta. Skattningsinstrumentet mäter smärtans intensitet och smärtans störningar i patientens liv med hjälp av socioekonomiska frågeställningar, body mapping, numerical rating scale och allmänna frågor kring smärtan (Cleeland & Ryan, 1994). Visuellt analog skala (VAS) är en skattningsskala på patientens smärtupplevelse och dess intensitet. Syftet med skalan är att patienten ska peka på ett horisontellt streck som symboliserar 1-10 från vänster till höger. Siffran ett symboliserar "ingen smärta" medan siffran tio symboliserar "värsta tänkbara smärtan" (Cleeland & Ryan, 1994). Numerical Rating Scale (NRS) är en numerisk skala för att mäta smärtupplevelsen hos patienten och den har graderingen 0-10, 0=ingen smärta och 10=värsta tänkbara smärta. Skalan är utformad som en tio centimeter horisontell linjal, där patienten får rita ut/peka alternativt säga en siffra som motsvarar individens smärtupplevelse (Cleeland & Ryan, 1994). Body mapping är ett skattningsinstrument där patienten får måla ut sin smärta på en bild av en kropp. Kroppen är indelad i 45 anatomiska områden med tydliga avgränsningar, där varje område representerar sin egen kroppsdel. Detta instrument har länge använts av brännskadade patienter men tillkom nyligen för patienter med smärtdebut inom andra områden. Instrumentet ger patienten möjlighet att ge en exakt förklaring vart smärtan är placerad samtidigt som personalen värnar om patientens integritet (Margolis, Tait & Krause, 1986).

2.9 Omvårdnadens medmänniska aspekter

Joyce Travelbee's omvårdnadsteori "Omvårdnadens medmänniska aspekter" innebär en jämlik nivå vid bemötandet mellan sjuksköterska och patient. Omvårdnadens huvudmål är att personen, familjen eller ett samhälle ska få hjälp med att hantera eller förebygga lidandet och sjukdomen samt kunna finna mening i detta. Varje enskild människa betraktar Travelbee som

en unik och oersättlig individ som kommer att uppleva olika allmänmänskliga erfarenheter som exempelvis sjukdom, förlust och lidande (Kirkevold, 2000). Lidandet kommer förr eller senare i livet att drabba alla människor på ett individuellt plan enligt Travelbee. Med detta menar hon att människan har en tendens att i mötet med lidandet, sjukdomen och smärtan söka en mening i situationen. Det är av största vikt att individens upplevelse av sjukdomen och lidandet behålls och att sjuksköterskan och annan vårdpersonal lyssnar till det. Detta för att det är patienten själv som upplever sjukdomen eller skadan och det är viktigare än sjukvårdens klassificeringssystem. För att förstå och veta hur patienten upplever sin sjukdom eller skada krävs det att vårdpersonalen faktiskt frågar patienten hur denne upplever sin sjukdom. Denna kontakt mellan patienten och sjuksköterskan ska ske genom etablering av en mellanmänsklig kontakt, det vill säga inte utifrån sin yrkesroll utan som medmänniskor. Vidare menar Arman (2012) att lidande är när människan upplever en emotionell, fysisk eller andlig/existentiell upplevelse som innehåller smärta, ångest eller oro. Det kan vara när patienten har en långvarig sjukdom, exempelvis KOL, som påverkar nära relationer, vardagslivet och orsakar en akut eller kronisk smärta. Lidandet är vårdandets hjärta och det krävs förståelse och kunskap för att kunna lindra lidandet, vilket är målet för all hälso- och sjukvård. Travelbee menar att det finns fyra interaktionsfaser, det första mötet, utvecklande av identiteter, empati, sympati samt en ömsesidig förståelse och kontakt för varandra. Det viktigaste är att skapa en god kommunikation vilket ger människor möjligheter att uttrycka känslor och tankar för varandra. Detta i sin tur kan ge en trygghet som gör att patienten kan öppna sig mer och prata om känsliga ämnen (Kirkevold, 2000).

2.10 Hopp

Heinzer et al., (2003) skriver om betydelsen för patienterna att känna hopp under sjukdomen. Benzein (2012) skriver om begreppet "hopp" som inneburit något relativt simpelt till att innefatta en annan komplexitet. Tidigare har det inneburit ett mål som strävas efter att uppnå men som successivt har förändrats till att levnadssätt. Benzein (2012) beskriver vidare hoppets två dimensioner, det generella hoppet och det konkreta hoppet. Med det generella hoppet menar författaren att "man känner sig hoppfull" medan det konkreta hoppet innebär att individen hoppas på att något specifikt ska hända. För den aktuella patientgruppen kan det innebära att de trots stark smärta ändå kan känna sig hoppfulla och att smärtan är övergående.

2.11 Patientperspektiv

Smärta är en stark subjektiv upplevelse och människor upplever smärta på olika sätt (Bergh, 2014). Patienternas upplevelse av smärta vid KOL beskrivs olika men har gemensamt att det upplevs som att det går ut över det vardagliga livet. Beroende på hur stark smärtan upplevs menar patienterna att det är svårt att hoppas på att det ska bli bättre. Heinzer et al. (2003) visar på patienternas upplevelse av att känna hopp och dess betydelse för sjukdomsförloppet. I det akuta skedet av KOL upplevde flertalet av deltagarna i studien att det kändes som att livet skulle ta slut och att varje andetag kändes som det sista. Detta orsakar ett stort lidande hos patienterna och upplevelsen av hopp blir svår att uppnå. Patienternas upplevelse av hur de önskar att sjukvårdspersonal ska bemöta deras smärta är med tålamod, förståelse och stöttning. Patienterna beskrev att smärtan var snabbare övergående om de fick lugn och ro runtomkring sig och inte kände sig ensamma (Lohne, Heer Drangsholt, Andersen, Miaskowski, Kongerud & Rustøen, 2010).

3. Problemformulering

Hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom har andnöd och ångest varit de symtom som forskning och klinisk verksamhet fokuserat på, vilket i sin tur sannolikt har överskuggat andra symtom såsom smärta. Mot bakgrund av detta orsakas patienterna onödigt lidande. Patienter med KOL upplever smärta som ett problem med flera olika aspekter men där alla i slutändan påverkar deras livskvalité. I nuläget används skattningsskalor för smärta hos patienter med KOL i liten utsträckning och detta försvårar smärtlindringen och orsakar ett onödigt lidande hos patienten.

4. Syfte

Att undersöka förekomst och upplevelse av smärta samt hur den upplevs hos patienter med diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom.

5. Metod

5.1 Studiedesign

En litteraturstudie har gjorts för att samla befintlig forskning. För att genomföra denna metod krävdes en systematisk sökning, kritisk granskning, analys och en sammanställning av det resultat som tidigare vetenskapliga studierna publicerat (Friberg, 2012). Författarnas intention att beskriva ett forskningsområde grundar sig i valet av metod, vilket medförde att en litteraturstudie valdes. Detta för att få en översikt över forskningen kring smärta hos patienter med KOL samt vart en vidare forskning kan ta form.

5.2 Urval och Datainsamling

Författarna har använt sig utav flera olika databaser för att få fram relevanta empiriska studier. Innan den första sökningen användes Svensk MeSH i syfte att hitta rätt sökord för framför allt ordet "smärtmonitorering" då författarna upplevde att just den översättningen var problematisk. I PubMed var sökorden "*pain measurement*", "*copd*". I Cinahl var sökorden "*pain*", "*chronic obstructive pulmonary disease*", "*copd*". I samtliga sökningar i båda databaserna användes trunkeringen "*AND*". Sökningarna i PubMed gjordes för att få en uppfattning om själva patientgruppen, patienter med diagnosen KOL, samt övrig medicinsk grund. För att sedan hitta mer kompletterande artiklar med relevans i omvårdnad gjordes fortsatta sökningar i Cinahl. Följande artiklar har hittats via manuell sökning: "*A rating system for use with patient pain drawings*", "*Acute dyspnea as perceived by patients with chronic obstructive pulmonary disease*", "*Pain in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) och* "*Pain assessment: Global use of the brief pain inventory*". En manuell sökning användes för att leta upp nya källor genom de böcker, tidskriftsartiklar samt övrigt underlag som redan fanns för att bidra med ytterligare relevant information (Östlundh, 2012). Exklusionskriterier var cancersjuka samt palliativt sjuka patienter då dessa tillstånd kan ge en "egen" smärta och gör det svårt att analysera om det är relaterat till KOL.

Inklusionskriterierna innefattade patienter diagnostiserade med KOL samt en åldersavgränsning över 19 år. Åldersavgränsningen är vald då sjukdomen främst drabbar

vuxna människor och inte barn. Då Cinahl och PubMed har olika åldersavgränsningar medförde detta att en extra granskning efter ålder gjordes i artiklarna från Cinahl för att vara säker på att inklusionskriterierna stämde överens med samtliga artiklarna från båda databaserna. Sökningarna resulterade i nio kvantitativa, två litteraturöversikter samt två kvalitativa.

5.3 Dataanalys

För att värdera och granska artiklarnas kvalitet användes SBU:s granskningsmall för de kvalitativa artiklarna samt Friberg (2012) "Dags för uppsats" för den kvantitativa forskningen. Med hjälp av dessa mallar kunde artiklarnas validitet samt reliabilitet avgöras och därmed gavs en ökad förståelse för artiklarnas innehåll. Studiens syfte låg till grund för det material som samlades in och varje resultat i artiklarna sorterades in i skillnader och likheter för att sedan kunna sammanställas i en enda text. Olika teman som svarade på syftet sorterades in under lämplig rubrik i resultatet (Friberg, 2012).

6. Etiska överväganden

Alla valda artiklar utom en hade informerat samtycke, antingen verbalt, i skrift eller båda. Informerat samtycke och respekt för patientens autonomi och integritet behövs för att skydda deltagarnas rättigheter att bestämma om denne vill delta i studien eller inte. Det krävs tre saker av deltagarna för att säkerställa att en person är villig att delta i studien: personen måste få information kring studien, kunna förstå och ta beslut, gärna med betänketid och det ska vara helt frivilligt för personen att delta. Frivillighet innebär att personen när som helst under studien kan avgå utan press eller påverkan (Sandman & Kjellström, 2013).

7. Resultat

Förekomsten och upplevelsen av smärta hos personer med KOL har beskrivits på följande sätt;

7.1 Vanligt lidande hos patienten

I de studier som valt att studera smärta och sjukdomen KOL, har alla varit samstämmiga avseende att patienter med KOL upplever smärta och att det är ett ämne som det hittills forskats lite i. (Bentsen Rustøen, & Miaskowski, 2011; Lohne et al., 2010; HajGhanbari, Holsti, Road & Reid, 2012; Råheim Borge et al., 2011; Chen, Camp, Coxson, Road, Guenette, Hunt & Reid, 2016; Christensen, Holm, Kongerud, Bentsen, Paul, Miaskowski & Rustøen, 2016 & Bentsen, Rustøen, & Miaskowski, 2012). Resultatet visade att 72,1% (Råheim Borge et al., 2011) och 61 % (Christensen et al., 2016) av deltagarna påvisade smärta av något slag. Den norska studien gjord av Bentsen et al., (2011) undersökte smärta hos patienter diagnostiserade med KOL i jämförelse med en slumpmässigt utvald grupp. Resultatet visade att det var en högre siffra på 45% hos patienter med KOL som rapporterade smärta än den allmänna befolkningen där 34 % rapporterade smärta. Chen et al., (2016) har genom BPI undersökt förekomsten av smärta hos personer med KOL och redogjorde att 71% av deltagarna i studien upplevde smärta av något slag. HajGhanbari et al., (2012) studerade smärta hos 47 personer diagnostiserade med KOL i förhållande till 47 friska personer. Personerna med diagnosen KOL rapporterades ha kraftigare smärta, högre smärtrelaterad påverkan på det dagliga livet samt högre smärtrelaterad rädsla för rörelse än jämförelsegruppen.

Råheim Borge et al. (2011) menar att personer med KOL ingår i en riskgrupp för andra sjukdomar som exempelvis kardiovaskulära sjukdomar, diabetes och osteoporos. Detta medför att patienter med KOL som redan har en smärta i grundsjukdomen även ligger i riskgruppen för att få ytterligare en typ av smärta. Enligt Chen et al. (2017) är artrit,

ryggproblem och muskelkramp några av de vanligaste komorbiditeterna som orsakar mer smärta utöver smärtan som redan finns i grundsjukdomen.

7.2 Ofattbar och olidlig smärta

Resultatet visade på svårigheten för patienten att leva med både dyspné och smärta. Deltagarna upplevde smärtan som så svår att de hyperventilerade och konstant gick runt och spände sig. Patienterna redogjorde att den dagliga smärtan var bortom gränsen för vad de orkade stå ut med (Lohne et al., 2010). Majoriteten av patienterna beskrev även hur smärtan kunde variera i intensitet vilket även mättes med data i Råheim Borge et al. (2011). Genom BPI mättes smärtans intensitet från 0-10 med ett medelvärde på 3,7 vilket gränsar mellan mild till måttlig smärta. Christensen et al. (2016) har använt sig av NRS mätninginstrument för att mäta patientens upplevelse av intensiteten i smärtan. Skalan mäter från 0-10 och författarna har valt att presentera resultatet i grupper med medelvärden för varje grupp; Om patienten upplever smärta nu (2,67), minst upplevda smärta (2,03), måttlig/medel upplevd smärta (3,91) och värsta upplevda smärtan (4,19).

7.3 Fast i min egen kropp och utestängd från världen

Smärtan framställdes som isolerande och deltagarna upplevde sig instängda i sin egen kropp. Patienterna menade på att varje dag kändes som ett maraton och att det inte fanns någon kraft kvar till något annat än att andas och ta sig igenom smärtan vilket resulterade i hopplöshet och panik. Till följd av detta höll de sig för sig själva och uppgav att de bästa stunderna var när de sov (Lohne et al., 2010). Disler, Green, Luckett, Newton, Inglis, Currow och Davidson (2014) visade att den vanligaste psykologiska påverkan av sjukdomen var svårigheter att hitta mening med att fortsätta leva och behålla hoppet. Deltagarna i studien såg sig begränsade av sin sjukdom vilket påverkade deras sociala och existentiella tillvaro. Den sociala och existentiella kontakten är enligt Disler et al. (2014) en förutsättning för att behålla mening och hopp för patienter med KOL.

7.4 Den onda KOL-cirkeln

Ett av de viktigaste resultaten var hur de olika symtomen påverkade och förvärrade varandra. Deltagarna uttryckte hur olidlig smärta, ångest, dyspné, depression och ensamhet avlöste varandra (Lohne et al., 2010). De olika symtomens påverkan studerades även i Bentsen et al. (2012) som beskrev att patienter med smärta uppvisade andnöd i högre grad jämfört med patienter utan smärta. Andnöden som patienter med smärta upplevde uttrycktes genom korta meningar som, “min hosta gör så jag får ont”, “min hosta gör mig trött” och “jag blir trött så lätt”. Vidare visade Bentsen et al. (2012) att patienterna som upplevde smärta fick känslan av att smärtan band upp kroppen, vilket medförde att det gjorde det omöjligt för dem att andas normalt. Det i sin tur resulterade i att patienten fick en ökad smärta och svårare att andas.

7.5 Smärtans lokalisation i kroppen

De studier som undersökte hur och var patienten upplevde smärtan visade att axlar, nacke, bröstorg och ryggen var de områden som gjorde ondast (Råheim Borge et al., 2011; Christensen et al., 2016; Chen et al., 2016 & Bentsen et al., 2011). HajGhanbari et al. (2012) visade på framförallt två specifika områden med störst smärta vilket var nacke och bål. Det var 40 % av patienterna i Christensen et al., (2016) som markerade fem eller fler områden på body mappingen. Andra lokaliseringer som också framkom i studierna var huvudet och benen (Råheim Borge et al. 2011 & Chen et al., 2016). För att undersöka om smärta fanns hos patienterna samt var på kroppen den var lokaliserad används body mapping i två av de valda studierna (Råheim Borge et al., 2011 & Christensen et al., 2016).

8. Metoddiskussion

Vid en litteraturbaserad studie riktas kritik mot att forskaren/skribenten har gjort ett selektivt urval, det vill säga att författaren väljer studier utifrån sin egen synvinkel. Därför gäller det att arbeta strukturerat och med hjälp av ett kritiskt synsätt granska litteraturen genom hela processen, från det att artiklarna väljs tills det att dess material skrivs in i studien (Friberg,

2012). En annan metod som diskuterades var intervjustudie, en sådan studie hade sannolikt genererat ett annat resultat med en fördjupad kunskap i både patientens upplevelser samt sjuksköterskan perspektiv. På grund av den begränsade tiden för arbetet togs dock beslutet att göra en litteraturstudie då författarna bedömde att tiden inte var tillräcklig för att genomföra en intervjustudie av god kvalitet. Sökorden som användes ansågs relevanta i relation till syftet trots att önskat antal kvalitativa artiklar ej hittades. Smärta hos patienter med KOL är ett relativt nyupptäckt forskningsområde därav upplevdes det till en början som svårt att hitta studier som berörde just det specifika området. Många artiklar riktade in sig på smärta hos palliativa patienter eller helt andra symtom. Palliativa patienter ansågs som en relevant exkludering då dessa patienter i majoritet har flera följsjukdomar som orsakar ytterligare smärta och som inte nödvändigtvis är relaterad till KOL-sjukdomen. Detta resulterade i att en stor del av tiden fick läggas på själva sökningarna. Via den manuella sökningen fick författarna fram fler artiklar som berörde det aktuella ämnet och som gav fördjupad kunskap. Det är en stor fördel att studera referenslistan i redan granskade artiklar, detta eftersom de undersöker det ämne författarna vill undersöka och sannolikt finns liknande artiklar där. Författarna gjorde sökningarna tillsammans för att ha möjligheten att diskutera innehållet och relevansen, granskningen har sedan gjorts på olika håll för att sedan återigen diskutera resultatet. Detta genomförande gjordes för att öka studiens reliabilitet. Vidare önskade författarna fler kvalitativa artiklar men fann svårigheter i att hitta kvalitativa som svarade på valt syfte. Många kvalitativa artiklar valdes bort på grund av att de endast handlade om livskvalité, andnöd, ångest och fatigue, troligtvis relaterat till att det är ett mer etablerat forskningsområde hos patienter med KOL. Med tanke på svårigheten att hitta kvalitativa artiklar som svarade till syftet kunde ytterligare övervägande om att genomföra en kvalitativ studie beaktats. Alla artiklar har granskats och kvalitetssäkrats. Hög eller medelhög kvalitet eftersträvades på samtliga artiklar men med beslutet att inkludera två artiklar med låg kvalitet som underlag i bakgrunden. Informationen som används från artiklarna är av hög kvalitet men enligt granskningsmallarna höll inte artiklarnas struktur, detta gjordes för att öka validiteten i studien. Majoriteten av studierna är gjorda på 2000-talet relaterat till att det är ett nytt forskningsområde. Två studier är gjorda på 1980- samt 1990-talet, dessa används som källor i bakgrunden på smärtskattning. Författarna har valt att inkludera båda då dess innehåll fortfarande är aktuellt. Då alla artiklar förutom två granskades som medelhög eller högre ger det studien en ökad reliabilitet samt validitet. Artiklarna representerar forskning från flera

olika världsdelar vilket författarna anses som positivt då det ger ett vidare perspektiv. Diagnosen KOL ser likadan ut världen över vilket i praktiken skulle betyda att även smärtupplevelsen är generaliserbar. Därigenom blir resultatet av denna studie applicerbart inom såväl svensk sjukvård som övriga världen.

9. Resultatdiskussion

9.1 Symtomens negativa påverkan på varandra

Lee, Harrison, Goldstein & Brooks (2015) menar på att högre smärta är i sin tur direkt relaterat till högre grad av andfåddhet. De resultat som framkommit innebär att smärtan i sig kräver stor energiåtgång åt basala funktioner såsom andningen. KOL-cirkeln upplevs som svår att leva med då patienterna endast då och då känner sig symptomfria. På grund av att de olika symtomen ständigt avlöser varandra känner sig patienterna sällan utvilade vilket skapar ett stort lidande hos individerna. Bentsen et al. (2012) diskuterar i sin studie om ett möjligt samband mellan smärta och andnöd där de båda symtomen förvärrar varandra. Smärtan uppkommer ofta i samband med dyspné vilket påträffas i ytterligare en studie, Lohne et al. (2010). Vidare ger dessa fynd även en potentiell förklaring till en första del av symtomens onda cirkel som patienterna upplever. Då påverkan av de olika symtomen upplevs som ett av de största problemen för patienterna är det viktigt att bryta cirkeln och behandla samt förebygga de olika symtomen. För att bryta den onda KOL-cirkeln kan sjuksköterskan tillämpa omvårdnadsprocessen och med hjälp av den bedöma och behandla utefter den enskilda individens upplevelser.

Fortsatta resultat som uppmärksammats är att det sker en överansträngning i de muskler som används vid en onormal andning. Råheim Borge et al. (2011) menar på att dessa muskler är placerade i nacke, överarmar, skuldror och ländryggen vilket i sin tur kan förklara det som framkommit i resultatets helhet om de kroppsdelar som fått flest markering för smärta. Hur smärtan skiftar i intensitet, placering och förekomst har varierat i de olika studierna. Dock finns ingen koppling till att det enbart skulle vara relaterat till en viss aktivitet, tid på dygnet eller övrig faktor utan att det har sin förklaring i sjukdomens fysiologiska påverkan. För att få bästa möjliga individuella behandling krävs flera professioners kunskap (SBU, 2006). Med hjälp av fysioterapeuter kan patienten få övningar för att avlasta de överansträngda musklerna

och sannolikt minska smärtan. Även andningsträning påvisas ha en möjlig smärtreducerande effekt hos patienter med KOL genom kontinuerligt utförande (Janssen, Wouters, Lozano Parra, Stakenborg och Franssen, 2016). Det främsta målet med andningsträning idag är att lindra dyspné vid KOL men resultatet visar på att det även har effekt vid smärta under regelbundet utförande.

9.2 Kunskap för att minska lidandet hos patienten

Resultatet visar på att smärta hos patienter med KOL är ett vanligt problem och som orsakar onödigt lidande. För de studier som undersökte huruvida smärta existerar hos patienter med KOL visade alla förutom två studier på att över hälften av deltagarna rapporterade smärta. De två andra studierna visade på siffror under hälften av deltagarna. Detta innebär att det är en stor andel av patienter med KOL som lider av smärta. För att de olika symtomen ska identifieras och behandlas krävs riktlinjer för all aktuell vårdpersonal. Vid avsaknad av dessa föreligger risk för att symtomen förväxlas med varandra och behandlingen av smärtan missas. I nuläget saknas riktlinjer för smärta inom sjukdomen hos Socialstyrelsen, sannolikt relaterat till att det inte är ett etablerat område. Vidare kan det även ses en avsaknad i kunskap hos vårdpersonalen i det nämnda området. Förutom att sjuksköterskan och övrig vårdpersonal behöver ha kunskap är det även av stor vikt att patienten själv vet och förstår de olika symtomen. När kommunikationen mellan patient och sjuksköterska sker som med människor ökar det chansen att patienten känner ett förtroende och vågar uttrycka andra känslor och tankar (Kirkevold, 2000). Flera av artiklarna (Lohne et al., 2010; Chen et al., 2016 & Bentsen et al., 2012) visar på att patienterna upplever kronisk smärta och lever då konstant med ett lidande. Chen et al. (2016) menar på att sjukdomen KOL har mer smärtförekomst än andra kroniska sjukdomar, vilket också leder till ett större lidande. Arman (2012) förklarar lidande som en upplevelse som innehåller smärta, ångest eller oro. Då forskningen kring smärta hos patienter med KOL är relativt nyupptäckt kan paralleller dras att patienterna troligtvis levt med smärta under en längre tid men det tolkas som något annat symptom exempelvis ångest eller oro. Arman (2012) fortsätter förklara att det krävs en förståelse och en kunskap för att kunna lindra lidandet och detta kan appliceras hos sjukvårdspersonalen som i nuläget har begränsad kunskap om smärtan hos den aktuella patientgruppen. Symtomen leder till att patienterna upplever svårigheter att orka utföra vardagliga aktiviteter, vilket bidrar till att

deras livskvalité minskas eftersom all fysisk aktivitet kräver planering. Därför är det av stor vikt att patientens symtom lindras så patienten känner en glädje till livet och ett hopp. Ett utav de viktigaste fynden som framkommit är vikten av att som sjuksköterska se patientens helhet istället för att fokusera på de enskilda delarna. Det är av största vikt att som vårdpersonal lyssna på patientens individuella upplevelse av sjukdomen då det är patienten som är expert på sin egen kropp och upplevelse.

Detta styrks även av sjuksköterskans etiska kod som innebär att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014)

10. Implikation till praxis

Med tanke på att det är en patientgrupp som vårdas inom flera olika vårdinrättningar krävs det omvårdnadsriktlinjer som kan appliceras för all vårdpersonal. Genom gemensamma riktlinjer för hur smärta hos patienter med KOL kan identifieras, behandlas och utvärderas kan patienten få en individanpassad vård där individens upplevelse är i fokus. Genom att implementera användningen av smärtskattningsskalor och kunskap för att särskilja de olika symtomen kan smärtan identifieras och behandlas.

11. Förslag till vidare forskning

På grund av att det är ett nytt forskningsområde och att smärta hos patienter med KOL varit ett gömt symptom krävs det ytterligare forskning inom ovan nämnt område. Det behövs mer omfattande studier med patientgrupper där fokus ligger på att identifiera smärtan i förhållande till övriga symptom. Fler kvalitativa studier behövs då det finns en stor avsaknad i dessa. Med tanke på de resultat som framkommit i gjord studie krävs även vidare forskning i smärtans uppkomst. Kvalitativ forskning bör användas i förhållande till kvantitativ för att få en bättre förståelse för patienters upplevelse av smärta och på så sätt kunna bidra till minskat lidande. Vidare behövs specifika mätinstrument framtagna för KOL-inducerad smärta.

12. Konklusion

Författarnas slutsats är att smärta hos patienter med KOL är ett vanligt problem som orsakar onödigt lidande hos individerna. Dyspné och fatigue är de vanligaste symtomen för patienter med KOL vilket sannolikt förstärkt varandra och därmed även överlappat andra symtom som exempelvis smärta. Därav kan sjukvårdspersonalens brist på kunskap missat att patientens dyspné egentligen är en kombination av dyspné och smärta men man har då bara behandlat det ena. Symtomet medför då att patienten fortfarande är lidande eftersom kunskapen bakom lidandet inte var tillräckligt. Slutligen upplever patienterna smärtan på olika sätt men gemensamt är att det har en påverkan på deras vardagliga liv.

13. Referenser

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.185-197). Lund: Studentlitteratur

Benzein, E. (2012). Hopp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 242-248). Lund: Studentlitteratur

*Bentsen, B S., Rustøen, T., & Miaskowski, C. (2012). Differences in subjective respiratory parameters in patients with chronic obstructive pulmonary disease with and without pain. *International journal of COPD*, 2012(7), 137-143. doi:10.2147/COPD.S28994

*Bentsen, B S., Rustøen, T., & Miaskowski, C. (2011). Prevalence and characteristics of pain in patients with chronic obstructive pulmonary disease compared to the Norwegian general population. *American pain society*, 12 (5), 539-545. doi: 10.1016/j.jpain.2010.10.014

Bergh, I. (2014). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (s. 421-437). Lund: Studentlitteratur

Berglund, E. (2014). Dyspné vid KOL. I K. Larsson (Red.), *KOL Kroniskt obstruktiv lungsjukdom* (s. 309-317). Lund: Studentlitteratur

*Chen, Y-W., Camp, G. P., Coxson, O. H., Road, D. J., Guenette, A. J., Hunt, A. M., & Reid, D. W. (2016). Comorbidities that cause pain and the contributors to pain in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *American congress of rehabilitation medicine*, 2017 (98), 1535-1543. doi: 10.1016/j.apmr.2016.10.016

*Christensen, V L., Holm, M., Kongerud, J., Bentsen, B S., Paul, M. S., Miaskowski, C., & Rusøen, T. (2016). Occurrence, Characteristics, and Predictors of Pain in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Pain Management Nursing*, 17(2), 107-118. doi: 10.1016/j.pmn.2016.01.002

*Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine*, 23(2), 129-138 doi:

*Disler, T. R., Green, A., Lockett, T., Newton, J. P., Inglis, S., Currow, C. D., & Davidson, M. P. (2014). Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1182-1199. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.03.009

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). Medicinska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur

Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s.44-77). Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags att skriva uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur

*HajGhanbari, B., Holsti, L., Road, D. J., & Reid, W. D. (2012). Pain in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Elsevier*, 2012 (106), 998-1005. doi: 10.1016/j.rmed.2012.03.004

*Heinzer, M.V. M., Bish, C., & Detwiler, R. (2003). Acute Dyspnea as Perceived by Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinical nursing research*, 12(1), 85-101. doi: 10.1177/1054773802238742

*Janssen, J. A. D., Wouters, M. F. E., Lozano- Parra, Y., Stakenborg, K., & Franssen, E. M. F. (2016). Prevalence of thoracic pain in patients with chronic obstructive pulmonary disease and relationship with patient characteristics: a cross-sectional observational study. *BMC Pulmonary Medicine*, 16(47), 1-8. doi: 10.1186/s12890-0210-8

Kirkevold, M. (2000). Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2014). Definitioner, basal diagnostik och svårighetsgradering vid kol. I K. Larsson (Red.), *KOL Kroniskt obstruktiv lungsjukdom* (s. 25-31). Lund: Studentlitteratur

*Lee, L. A., Harrison, L. S., Goldstein, S. S., & Brooks, D. (2015). Pain and Its Clinical Associations in Individuals With COPD. *Chest*, *147*(5), 1246-1258. doi: 10.1378/chest.14-2690

*Lohne, V., Drangsholt Heer, H. C., Andersen, M., Miaskowski, C., Kongerud, J., & Rustøen, T. (2010). Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, *39*(3), 226-234. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.08.002.

*Margolis, B. R., Tait, C. R., & Krause, J. S. (1986). A rating system for Use with Patient Pain Drawings. *Elsevier Science Publishers B. V*, *24*(1), 57-65. doi:

*Råheim-Borge, C., Wahl, K. A., & Moum, T. (2011). Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, *40*(3), 90-101. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.10.009

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). Etikboken: Etik för vårdande yrken. Lund: Studentlitteratur

SBU. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL: Fullständigt kunskapsunderlag – Omvårdnad och rehabilitering vid KOL*. Hämtad 2017-11-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-astma-rehabilitering-kol.pdf>

Vårdguiden. (2017). *KOL- Kronisk obstruktiv lungsjukdom*. Hämtad 2017-12-06, från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/KOL---kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom/>

World health organization. (u.å). *Causes of COPD*. Hämtad 2017-11-09, från <http://www.who.int/respiratory/copd/causes/en/>

14. Bilagor

14.1 Bilaga 1 Tabellgranskning

Författare, tidskrift, år & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
Bentsen, B S., Rustøen, T., & Miaskowski, C. 2012 Norge	Differences in subjective respiratory parameters in patients with chronic obstructive pulmonary disease with and without pain.	Utvärdera skillnaden mellan respiratoriska parametrar hos patienter med KOL som upplever/inte upplever smärta.	Tvårsnittsstudie	45% upplevde smärta. Patienter med smärta hade oftast komorbiditet, högre andnöd och kronisk smärta. Smärtan var kopplad till hostan, vilket gjorde patienterna trötta, fick svårt att sova och svårt att prata.	Medelhög
Bentsen, B. S., Rustøen, T. & Miaskowski, C. 2011, Norge	Prevalence and Characteristics of Pain in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Compared to the Norwegian General Population	Undersöka smärtans förekomst och karaktär hos patienter med KOL jämfört med en kontrollgrupp.	Tvårsnittsstudie	Högre smärtförekomst hos patienter med KOL jämfört med kontrollgruppen. Smärtan var framförallt lokaliserad till bröst, axlar, nacke och bröstorg.	Hög
Chen, Y-W., Camp, G. P., Coxson, O. H., Road, D. J., Guenette, A. J., Hunt, A. M. & Reid, D. W. 2016, Canada	Comorbidities that cause pain and the contributors to pain in individuals with chronic obstructive pulmonary disease.	Fastställa komorbiditeten som orsakar smärta samt de potentiella bidragsgivande faktorerna till smärta som fysisk och psykisk status, rökning och socioekonomisk status.	Prospektiv tvårsnittsstudie	71% av patienterna rapporterade smärta genom BPI. Ländryggen var den vanligaste lokaliseringen för smärta. Artrit, ryggproblem och muskelkramp var de vanligaste komorbiditeterna som orsakade smärta. En lägre självkänsla var individuellt associerat med smärta hos patienter med KOL.	Medelhög

Författare, tidskrift, år & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
Christensen, V L., Holm, M., Kongerud, J., Bentsen, B S., Paul, M. S., Miaskowski, C., & Rusøen, T. 2016, Norge	Occurrence, Characteristics, and Predictors of Pain in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	Beskriva förekomsten av intensiteten, lokaliseringen, och störningen associerad med smärta, samt smärtlindrande; för att identifiera skillnaderna i demografiska, kliniska och symptom karaktärer hos patienter med KOL med och utan smärta.	Tvärsnittsstudie	61% upplevde smärta och det var inga skillnader mellan grupperna i de demografiska variablerna. Smärtgruppen hade en högre % komorbiditet än den andra gruppen. Nacken, ländryggen och korsryggen fick flest markeringar för smärta. 5% kände sig helt smärtlindrande. Patienter med flera markeringar, svårare fatigue upplevde intensivare smärta.	Medelhög
Cleeland, C.S., & Ryan, K.M. 1994, USA	Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory	Att beskriva utvecklingen och applikationen av smärtinstrumentet, Brief Pain Inventory, i olika studier kring epidemiologin vid smärtan, i det kliniska och i studier kring behandlingen av smärtan.	Litteraturoversikt	Ett tillförlitligt smärtinstrument för epidemiologin och hälsopolitiska studier är svårt att få tag i. BPI är ett enkelt mätinstrument som går att utföra i flera olika kulturer och finns även översatt till flera språk.	Låg
Disler, T. R., Green. A., Luckett, T., Newton, J. P., Inglis, S., Currow, C. D. & Davidson. M. P. 2014, USA	Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research	Öka förståelsen av upplevelsen och individuella behov hos personer som lever med avancerad KOL.	Kvalitativ metasyn	Patienternas upplevelse kategoriserades in i tre beskrivande teman; behovet av ökad förståelse för individens tillstånd, symptomens sammanhängande belastning och sjukdomens fruktansvärda psykologiska påverkan på det dagliga livet.	Medelhög

Författare, tidskrift, år & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
HajGhanbari, B., Holsti, L., Road, D. J. & Reid, W. D. 2012, Canada	Pain in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).	Undersöka smärta hos patienter med KOL jämfört med smärta hos friska människor.	Tvärsnittsstudie	Patienter diagnostiserade med KOL upplevde en större smärta i nacke och bål än friska människor.	Hög
Heinzer, M.V. M., Bish, C., & Detwiler, R. 2003, USA	Acute Dyspnea as Perceived by Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease	Undersöka patienters upplevelse av dyspné i den akuta fasen hos patienter med diagnosen KOL	Semistrukturerade intervjuer.	I den akuta fasen av dyspné upplevde majoriteten av deltagarna att nu skulle livet ta slut. Vidare var det avgörande att patienterna inte upplevde någon stress ifrån personalen då detta förvärrade deras dyspné.	Hög
Janssen, J. A. D., Wouters, M. F. E., Lozano-Parra, Y., Stakenborg, K., & Franssen, E. M. F. 2016, Netherlands	Prevalence of thoracic pain in patients with chronic obstructive pulmonary disease and relationship with patient characteristics: a cross-sectional observational study.	Utvärdera förekomsten bröstsmärta hos patienter med KOL i relation till forcerad utandning.	Tvärsnittsstudie	82.1 % rapporterade kronisk smärta och 53.7% upplevde bröstsmärta. Det fanns inget samband mellan smärta i bröstkorgen och FEV1, hyperinflation, lufttransporten från lungorna till trombocyterna, mMRC skala, 6MWD, ångest och depression.	Hög

Författare, tidskrift, år & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
Lee, L. A., Harrison, L. S., Goldstein, S. R., & Brooks, D. 2015, Canada	Pain and its clinical associations in individuals with COPD: a systematic review.	Undersöka smärta som en klinisk komplikation hos patienter med KOL	Litteraturöversikt	Högre smärta var relaterat till ökad dyspné, fatigue, sämre livskvalité och komorbiditet.	Medelhög
Lohne, V., Drangsholt Heer, H. C., Andersen, M., Miaskowski, C., Kongerud, J & Rustøen, T. 2010, Norge	Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease	Utvärdera smärtupplevelsen hos patienter med KOL	Tvärsnittsstudie	Tre huvudgrupper av smärta uppkom; ofattbar och olidlig smärta, fast i "min" egen kropp, den onda KOL-cirkeln. Patienterna rapporterade smärta främst i skuldror, axlar, nacke, bröst och överarmar. Smärta uppges vara ett signifikant problem hos patienter med KOL.	Medelhög
Margolis, B. R., Tait, C. R., & Krause, J. S. 1986, USA	A rating system for use with patient pain drawings	Att jämföra relationen mellan systemen som avser att mäta olika konstruktioner, kroppsområden och psykologisk medverkan.	Kvantitativ	Resultaten indikerar att body mapping är en mycket pålitlig metod för att kvantifiera klinisk data som finns i patientens smärtritningar.	Låg

Författare, tidskrift, år & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
Råheim Borge, C., Wahl, K. A., & Moum, T. 2011 Norge	Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease.	Undersöka förekomsten och intensiteten av smärta, samt lokalisering, demografiska och kliniska variabler som kan vara relaterade till smärta och smärta associerat till livskvalitén.	Tvärsnittsstudie	72% av patienterna visade att de hade smärta genom body mapping. De med lägre lungfunktion upplevde mer smärtaintensitet. De fann inga demografiska skillnader relaterat till smärtan. Lokalisationerna som det upplevdes mest smärta på var axlarna, lungregionen och benen.	Medelhög

14.2 Bilaga 2 Söktabell

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
18/10	pain AND chronic obstructive pulmonary disease AND clinical	peer reviewed	82	5	2	2
18/10	pain AND copd	peer reviewed	111	8	6	2
31/10	Symptom AND Chronic obstructive pulmonary disease AND experience	peer reviewed	136	6	3	1

Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
6/10	pain measurement AND copd	+19 Adults	80	8	4	3
9/10	pain measurement AND copd	+19 Adults	80	9	5	1

