



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Sjuksköterskans bedömning av smärta utifrån patientens kön och kulturella bakgrund

Litteraturstudie

Jessica Eriksson & Louise Larsson

2013

Examensarbete 15hp  
Omvårdnadsvetenskap  
Examensarbete inom omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Gunilla Lindström  
Examinator: Josefine Westerberg Jacobson

---



## **Abstrakt**

**Syfte:** Att se om patientens kön och kulturella bakgrund har betydelse vid sjuksköterskans bedömning av smärta.

**Metod:** En beskrivande litteraturstudie. Artikelsökning med söktermer som utgick från syfte och frågeställningar. Sökning av artiklar gjordes via databaserna Cinahl och PubMed. Urvalet av de 13 artiklarna bestämdes genom granskning av artiklarnas titel och abstrakt för att senare granskas i sin helhet.

**Resultat:** Sju av studierna visar att patientens kön har betydelse för hur sjuksköterskan bedömer smärta. En av studierna berörande kön visar motsatsen. Sex av studierna behandlar ämnet kulturell bakgrund där fem av dessa talar för att det har betydelse för sjuksköterskans bedömning medan en av dessa tar upp att det inte har någon betydelse. Resultaten kommer ifrån olika delar av världen under samma tidsperiod.

**Slutsats:** Patientens kön och kulturella bakgrund har betydelse i sjuksköterskans bedömning och behandling av smärta, dock visar två artiklar att inte några skillnader kunde påvisas.

Mer djupgående studier behövs för att få ett mer omfattande resultat.

**Sökord:** Omvårdnad, sjuksköterska, smärtbedömning, kön, kultur, minoritetsgrupper

**Abstract**

**Aim:** To see if the patient's gender and cultural background are important in the nurse's assessment of pain.

**Method:** A descriptive literature study. Article Search with search terms that were based on purpose and the research questions and conducted in the databases PubMed and Cinahl. The sample of 13 articles were determined by examining the articles title and abstract for a later examination of the whole content.

**Results:** Seven of the studies showed that patient's gender is relevant to how nurses assess pain. One of the studies regarding gender reveals the opposite. Six of the studies described the subject cultural background were five of them revealed that the subject was important for the nurse's assessment, while the result in one article showed that it had no significance. The results came from different parts of the world during the same period.

**Conclusion:** The patient's gender and cultural background are important in nursing assessment and treatment of pain, however, two articles revealed that no differences could be detected. More in-depth studies are needed to obtain a more comprehensive result.

**Key words:** Nursing, nurse, pain assessment, gender, culture, minority groups

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	1
1.1. Smärta.....	1
1.2. Smärta utifrån kön .....	2
1.3. Smärta utifrån kulturell bakgrund.....	2
1.4. Begreppet bedömning .....	3
1.5. Omvårdnadsteori.....	4
1.6. Problemformulering.....	4
1.7. Syfte.....	4
1.8. Frågeställning.....	5
<b>2. Metod</b> .....	5
2.1. Design.....	5
2.2. Urval.....	5
2.3. Databaser och sökord.....	5
2.4. Dataanalys.....	6
2.5. Etiska överväganden.....	6
2.6. Examensarbetets betydelse.....	7
<b>3. Resultat</b> .....	7
3.1. Sjuksköterskans bedömning av smärta utifrån patientens kön.....	7
3.2. Sjuksköterskans bedömning av smärta utifrån patientens kulturella bakgrund.....	8
3.3. Granskning av urvalet i artiklarna.....	9
<b>4. Diskussion</b> .....	10
4.1. Huvudresultat.....	10
4.2. Resultatdiskussion.....	10
4.3. Diskussion urvalsgranskning.....	12
4.4. Metoddiskussion.....	13
4.5. Allmän diskussion.....	13
<b>5. Slutsats</b> .....	14
<b>6. Referenslista</b> .....	15
<b>7. Bilaga 1</b> .....	19
<b>8. Bilaga 2</b> .....	22



## 1. Inledning

Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor framgår att lidande ska lindras genom att uppmärksamma patientens individuella behov, basala som specifika. Att visa respekt för och ta hänsyn till dennes integritet, värdighet och autonomi och därefter göra bedömning och utföra adekvata åtgärder (Socialstyrelsen 2005). Det är grundläggande inom omvårdnad att som personal vara medveten om att smärta är något individuellt som upplevs olika av alla människor (Hawthorn & Redmund 1999, Strang & Werner 2010). När det gäller kontakt med hälso- och sjukvården så är smärta det som är den vanligaste orsaken i Sverige, cirka 50 procent hos vuxna patienter, men även i hela Europa (Almås *et al.* 2011) samt i andra länder är smärta ett hälsoproblem (Altmaier & Lohnberg 2012). I Danmark är den kroniska smärtan ett folkhälsoproblem där användning av smärtstillande läkemedel, som exempelvis morfin, ständigt ökar (Kurita *et al.* 2012).

Smärta är inget nytillkommet problem, grekiska läkare från ca 100 år e.kr beskrev hur smärta kunde drabba leder och muskler och på papyrusrullar från 1500-talet finns beskrivningar av ryggsmärta (Wadell *et al.* 1998). Carl von Linne försökte att skapa ett klassificeringssystem för smärta baserat på lokalisering på kroppen (Johannisson 1998). Kunskap om och förståelse av smärta har utvecklats under åren genom forskningen vilket också har lett fram till nya behandlingsformer. Sjuksköterskans arbete grundar sig på denna kunskap både när det gäller kroppens fysiologi och patientperspektiv för att möjliggöra en god vård för varje enskild patient (Almås *et al.* 2011).

### 1.1 Smärta

Smärta är ett symtom på en patologisk, fysiologisk och/ eller en psykologisk process och det ingår även både emotionella och sensoriska delar i begreppet (Strang & Werner 2010). Fysiologisk inverkan på kroppen som högt blodtryck och ökad hjärtfrekvens kan inträffa som följd av att det sympatiska nervsystemet aktiveras av smärtsinnet (Sand *et al.* 2004). Det finns olika former av smärta, bland annat - den *nociceptiva* vilken är vanligast, där olika substanser framkallar smärtupplevelsen, som tryck, vävnadsskada eller värme, kyla och uppstår ofta vid skador som är akuta - den *neurogena*, där retning av nervbanor, skada i nervsystemet, är det som utlöser smärtan - den *psykogena* smärta innebär att det är svårt att finna någon tydlig utlösande faktor, individens egen upplevelse av smärtan går inte att förklara anatomiskt och orsakas ofta av psykiska sjukdomstillstånd - *referred pain* innebär symtom från något inre organ vilket ger smärta i någon annan kroppsdel (Ericson & Ericson, 2008, Almås *et al.* 2011).

Kroppsliga funktioner och våra tidigare erfarenheter, andras reaktioner påverkar smärtbeteendet även kulturella, sociala och existentiella förhållanden samt rädslan över att mista kroppsfunktioner och integritet har betydelse för hur vi upplever smärtan. Och det är genom kroppslig och verbal kommunikation som individen kan uttrycka sin smärtupplevelse till omgivningen (Strang & Werner 2010).

Hur stor påverkan individen får av smärtsinnet beror på individuella upplevelser (Sand *et al.* 2004). Det är endast patienten själv, när det gäller smärtans intensitet, duration och känsla som vet hur det är, vilket gör det till en subjektiv upplevelse och denna är svår att förmedla och det för med sig en ensamhet som patienten kan känna i sin smärta och den kan förstärkas om sjuksköterskan inte ser trovärdighet i patientens berättelse vid sin bedömning (Almås *et al.* 2011).

## **1.2 Smärta utifrån kön**

Patientens kön kan innebära skillnader både psykiskt och fysiskt när det gäller smärta (Psykologiguiden 2013). Skillnaderna av smärtupplevelser kan bero på samspelet mellan psykologiska, biologiska och sociala faktorer som innebär exempelvis att hormoner, personlig utveckling och känslor påverkar, vilket ser olika ut hos män respektive kvinnor (Hawthorn & Redmond 1999). De båda könen har olika sätt att tolka signalerna som kroppen sänder ut och beskriver sedan sin smärta eller sitt problem på olika sätt hos sjukvården (Kristoffersen *et al.* 2005). Kvinnor uppvisar mer omfattande påverkan av smärta och den varar längre. De har svagare symtom och inte lika klar smärtbild, de tenderar att bagatelliserar och har flera olika sorters smärta än männen (Gerdle *et al.* 2004, Kristoffersen *et al.* 2005, Bernardes & Lima 2010, van Dijk *et al.* 2011, & McKee *et al.* 2012) Skillnader kan även ses när det gäller subjektiva upplevelser, att män och kvinnor förhåller sig till och upplever smärta på olika sätt (Lesuis *et al.* 2012) att de uttrycker smärta olika genom sina ansiktsuttryck (Kunz *et al.* 2006) och att män har svårare att berätta och förklara sin smärta (Hawthorn & Redmond 1999)

## **1.3 Smärta utifrån kulturell bakgrund**

Kulturell bakgrund har betydelse för hur en person utvecklas och vem personen är, vilka värden, traditioner och normer som en person har med sig. Skillnader mellan olika kulturer kan vara stora och skapa svårigheter i att förstå varandra genom att uttrycksformer och förväntningar kan vara olika (Kristoffersen *et al.* 2005). Olika människor uttrycker sin smärta på olika sätt där kulturella och etniska faktorer har



betydande roll. Det kan vara språket som används för att beskriva smärta, olika copingstrategier, föreställningar om smärta och lidande och synen på hälsovård (Lasch 2000). Det har gjorts undersökningar angående smärtröskeln hos människor med olika bakgrund, dessa visar att det förekommer etniska skillnader av smärtans förekomst (Campbell *et al.* 2005). Svenska medborgare med icke nordiskt ursprung har högre förekomst av olika smärttillstånd, genom att de kan ha varit utsatta för fler riskfaktorer så som trauman (fysiska, psykiska och sociala) och även sämre möjligheter till vård tidigare i livet (Persson *et al.* 2001).

#### **1.4 Begreppet bedömning**

Att göra en bedömning är att utifrån fakta om bakgrund, innebörd, samband, data och sammanhang skapa sig en uppfattning och handla utifrån det. Svårigheter i bedömningar kan vara att människor uttrycker sig och reagerar på olika sätt (Psykologiguiden 2013). En bedömning bör göras inte bara objektivt utan även subjektivt då smärtupplevelser är komplexa och bör tas på allvar (Strang & Werner 2010). Vid en bedömning av smärta är patienten den som har auktoriteten, sjuksköterskan bör lyssna och tro på patientens egen upplevelse. En patients upplevelse eller sjuksköterskas bedömning, tolkning av smärta grundar sig på eget omdöme och egna erfarenheter, detta medför en risk att patienten ses som mindre tillförlitlig om patientens upplevelse bedöms som mindre objektiv än sjuksköterskans egen uppfattning. Enligt Almås *et al.* behöver sjuksköterskan uppdatera sina kunskaper ur ett patientperspektiv, hur smärtan upplevs, för att sjuksköterskan skall väga in en god och bra förståelse i sin bedömning.

Instrument som gör det möjligt att få en tydligare bild av patientens smärta, såsom bedömningsformulär och smärtskattningsskalor, är till hjälp för sjuksköterskan vid bedömning (Almås *et al.* 2011). Ett instrument är VAS, en visuell analog smärtskattningsskala från 0-10, där 0 är avsaknad av smärta och 10 är den maximala smärta en patient kan tänka sig. Den används för att få en uppfattning om patientens subjektiva upplevelse och därav ges möjlighet att beskriva och mäta smärtan (Ericson & Ericson, 2008). Skillnader har setts när det gäller hur vårdpersonal och patienter värderar smärta utifrån skattningsskalor i en studie från Florida (van Dijk *et al.* 2011). Där framgick att akutsjuksköterskor tenderade att inte göra samma bedömning utifrån VAS-skalan som patienterna när det gäller vad de sätter för värdering för ”hanterbar smärta”. Patienterna värderade hanterbar smärta vid 4-6 enligt VAS medan sjuksköterskorna ansåg att från 5 och uppåt så var smärtan inte längre hanterbar

Begreppet attityd innebär hur en person förhåller sig, vilken inställning denne har till något och dessa attityder har påverkan på hur en person tar ställning till, bedömer och agerar (Psykologiguide 2013). En sjuksköterska gör utifrån sina egna erfarenheter och värderingar en tolkning av patientens smärta som används i bedömningen och detta kan få konsekvenser för smärtbehandlingen och patienten. Det kan få negativa konsekvenser om dessa erfarenheter och värderingar används som norm vid en bedömning genom att det kanske inte stämmer överens med hur patienten själv verkligen upplever smärtan men även positiva konsekvenser genom att sjuksköterskan kan få en ökad förståelse för patientens upplevelser (Almåås *et al.*, 2011).

### ***1.5 Bekräftande omvårdnad - SAUK-modellen***

Omvårdnadsteoretiker Barbro Gustafsson (1943-2012) har inom området bekräftande omvårdnad utarbetat SAUK-modellen. Hennes omvårdnadsteori grundar sig på synen på människa och hälsa samt mötet mellan givare och tagare inom omvårdnad, vad det innebär att leva med ohälsa, sjukdom, handikapp och hur ser man på sig själv som vårdtagare och vårdgivare. Bekräftande omvårdnad utgår från en individnivå där motivation, bekräftelse och stödjande kring självuppfattning och hur man ser på sig själv är grunden. SAUK-modellens fyra grundfaser är: Sympati, Accepterande, Upplevelser och Kompetens (Gustafsson 2004).

### ***1.6 Problemformulering***

Smärta är en subjektiv upplevelse och kan påverkas av olika aspekter så som kultur, erfarenheter, attityder, kön, reaktioner. Sjuksköterskan kommer i kontakt med patienter med smärtproblematik inom alla områden i sjukvården, det är därför viktigt att vara uppmärksam på vad som kan vara av betydelse för sjuksköterskans bedömning av smärta. Det är därför relevant att ta reda på om vilka faktorer som kan inverka på sjuksköterskans bedömning av smärta.

### ***1.7 Syfte***

Att beskriva om patientens kön och kulturella bakgrund har betydelse vid sjuksköterskans bedömning av smärta hos vuxna patienter.

## ***1.8 Frågeställning***

Har patientens kön betydelse vid sjuksköterskans bedömning av smärta?

Har patientens kulturella bakgrund betydelse vid sjuksköterskans bedömning av smärta?

Vilken urvalsmetod har använts i de granskade artiklarna?

## **2. Metod**

### ***2.1 Design***

Beskrivande litteraturstudie.

### ***2.2 Urval och urvalskriterier***

Urvalsprocessen skedde genom sökning i databaser med söktermer som utgick från syfte och frågeställningar och därefter valdes artiklar som var relevanta för studien ut genom dess titel och abstrakt för vidare granskning i sin helhet.

Inklusionskriterier var att de vetenskapliga artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska, finnas i fritext och inte vara äldre än 10år (mellan åren 2003-2012) samt att urvalsgrupperna i artiklarna endast innefattade färdigutbildade sjuksköterskor och vuxna patienter, från och med 18år och uppåt. De artiklar som var litteraturstudier samt de som inte uppfyllde inklusionskriterierna har exkluderats. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har inkluderats för att få ett så brett underlag som möjligt. Författarna har inte exkludera några artiklar på grund av eget tycke.

### ***2.3 Databaser och sökord***

Datainsamlingen gjordes genom sökning av vetenskapligt material via databaserna PubMed och Cinahl. Sökningen gjordes utifrån ett bredare perspektiv för att sedan smalnas av genom fler sökord i kombination med varandra genom booleska operatorm AND samt användning av trunkering\* och citationstecken. Sökorden delades upp mellan författarna. Sökord som gav för stort antal artiklar för att möjliggöra granskning och där det behövdes göras en avsmalning var: sex characteristics, Pain and sex characteristics, gender identity, nursing, nursing care, gender differences, pain and gender difference, biases, pain, assessment, nurses, nurses and pain, nurses and pain and assessment, nurse and pain assessment. Sökord som möjliggjorde granskning av titel och abstrakt redovisas i tabell 1.

**Tabell 1 Artikelsökning**

Databas	Söktermer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda källor (Exklusive dubletter)
PubMed	Nursing care and gender differences	18	0	0
PubMed	Nursing and gender difference and pain and expression	8	8	1
PubMed	Nursing and pain and gender	7	7	1
PubMed	Prejudice and pain and culture	9	9	1
PubMed	Prejudice and pain and gender	10	10	2
Cinahl	Nursing attitudes and pain and gender	10	10	0
Cinahl	Nursing assessment and pain and gender	50	2	1
Cinahl	Nurse and pain assessment and attitudes and gender	2	2	1
Cinahl	Nurse and pain assessment and gender	5	5	1
Cinahl	Nursing and paing assessment and attitudes and cultrure	4	4	2
Cinahl	Nurs*pain minority groups	8	8	3
<b>Totalt</b>		131	75	13

### **2.3 Dataanalys**

Granskning av de vetenskapliga artiklarna har genomförts genom att artiklarna utvalda via titel och abstrakt utifrån studiens syfte och frågeställningar delades upp mellan författarna, översattes till svenska och lästes i sin helhet flera gånger. Utifrån studiens syfte och frågeställningar har artiklarna sedan bearbetats enligt Forsberg och Wengström (2008) för att försöka komma underfund med den bakomliggande meningen i artiklarna och på så vis kommer det relevanta att lyftas fram och förtydligas. Detta gjordes genom en granskning av studiernas resultat samt urvalsmetod i artiklarna av var och en av författarna enskilt och artiklarnas syfte, resultat och urvalsmetod sammanställdes i tabellform, se tabell 1 och 2, för att få en tydlig överblick. De framkomna resultaten diskuterades sedan mellan författarna, att de svarade på studiens syfte och frågeställningar samt att resultaten tolkats rätt och att inga relevanta data fallit bort under granskningen.

### **2.4 Etiska överväganden**

Etiska överväganden har gjorts genom att artiklarna som används i studien är publicerade i vetenskapliga tidningar, och är därmed etiskt granskade. Alla artiklar som fallit inom exklusions- och inklusionskriterier har bearbetats oavsett slutligt resultat. Resultaten kommer att återges sanningsenligt och objektivt och författarna har inte uteslutit artiklar på grund av eget tycke.

### 3 Resultat

De 13 utvalda artiklarna ligger till grund för sammanställningen av resultatet vilket är uppdelat i tre underrubriker utifrån frågeställningarna och presenteras i löpande text. Rubrikerna är: *sjuusköterskans påverkan av patientens kön vid bedömning av smärta*, *sjuusköterskans påverkan av patientens kulturella bakgrund vid bedömning av smärta* samt *granskning av urvalet*.

Förtydligande av artiklarna visas i tabeller, bilaga 1 och 2.

#### 3.1 Betydelse av patientens kön vid sjuusköterskans bedömning av smärta

Resultatet från Hirsch *et al.* (2010) visar att 28-54% av sjuusköterskorna lade vikt vid om patienten var kvinna eller man vid bedömning av smärta. Ingen av sjuusköterskorna själva rapporterade att de i sin bedömning använde sig av och vägde in denna faktor, vilket visade på att de inte var medvetna eller inte hade vilja till medvetenhet om detta. Sjuusköterskorna som deltog i undersökningen fick bedöma en video av en postoperativ patient i 20 sekunder där patientens kön, etnicitet och ålder varierade.

Hirsch *et al.* (2011) resultat visade att kön var en viktig faktor när det gäller smärtbedömningar hos sjuusköterskor, vilket påverkade besluten.

Ytterligare en studie av Hirsch *et al.* (2009) visar att patientens kön och hur kvinnor respektive män uttrycker smärta hade stor betydelse vid beslutsfattandet hos sjuusköterskor när det gäller smärtbedömning. Både bedömning och behandling var beroende av denna faktor samt de olika ansiktsuttryck som kvinnor och män visade. Criste (2003) ansåg att kvinnor riskerar att bli underbehandlade. Här tillfrågades 450 narkossjuusköterskor att svara på ett frågeformulär. De 133 som svarade på formuläret angav att de behandlade kvinnor och män olika där män får mer smärtstillande.

Kvinnorna fick istället lugnande medel i större utsträckning och detta ersatte smärtlindringen så de blev lugnare men de kände inte mindre smärta.

Resultatet av Bernades och Limas (2011) studie från Portugal visar att sjuusköterskors bedömning av smärta skiljer sig när det gäller patientens kön. Bedömningen av mäns smärta påverkades inte av de symtom, kliniska fynd, som de hade medan det hos kvinnor var en viktig del i bedömningen.

Studien av Harper *et al.* (2007) visar att sjuusköterskor tjänstgörande inom det militära gjorde antaganden i sin bedömning av smärta där de tog förgivet att ett visst operativt ingrepp ledde till en viss smärtintensitet. De ansåg att de alltid lyssnade och trodde på patientens egen smärtupplevelse dock visade sig detta vara mer vanligt när sjuusköterskans egen bedömning stämde överens med patientens. Även ansåg

sjuksköterskorna att de kunde bedöma patientens smärtnivå mer korrekt än patienten själv utifrån deras tidigare erfarenheter. Manliga patienter beskrevs som att inte vilja bli sedda som svaga och försökte hålla upp en oberörd fasad.

Resultatet av Melottis *et al.* (2008) undersökning från Italien visar på att kategorin kön, hade betydelse när det gällde sjuksköterskors bedömning av smärta i förhållande till patienternas självrapporterade upplevelse. 50 % av bedömningarna stämde inte överens med patienternas egen. Desto mer smärta patienterna upplevde desto mer skillnad blev det i förhållande till sjuksköterskornas bedömning. Detta ledde till undervärdering hos kvinnor med svår smärta och hos män med måttlig smärta.

Sloman *et al.* (2011) gjorde en undersökning för att se om det är skillnader mellan hur sjuksköterskor bedömer smärtintensitet hos kvinnor och män och hur patienterna själva skattar sin smärta. Resultatet visade att sjuksköterskor övervägande undervärderade smärta utifrån visuella analoga smärtskattningsskalor jämfört med patientens egen skattning oavsett vilken smärtnivå det hamnade på men att ingen skillnad gjordes vid bedömning av smärta utifrån om patienten var man eller kvinna.

### **3.2 Betydelse av patientens kulturella bakgrund vid sjuksköterskans bedömning av smärta**

Den Danska (Nielsen & Birkelund 2009) visade att sjuksköterskor hade problem med kommunikationen med patienter som tillhör etniska minoriteter och att sjuksköterskorna ofta antog att patienten överdrev sin smärta och att de tyckte att det var svårt att bedöma hur allvarlig smärtan var. Det som sjuksköterskorna uttryckte som det största problemet var att många av dessa patienter inte pratade eller förstod danska, de ansåg detta tidskrävande och irriterande även det att en tolk behövdes fast än patienterna bott i landet en längre tid. Då familjemedlemmar tolkade upplevde sjuksköterskorna att patienterna inte vågade uttrycka sin smärta inför sin make eller sitt barn, viktig information kunde då utebli.

Resultatet av Kamath och OConnor (2011) visade att det var stor skillnad på hur olika grupper i samhället, däribland människor med minoritetsursprung, blev behandlade för sin smärta. Det framkom även att det förekom både öppna och undermedvetna fördomar hos personalen och på vilket sätt de gav smärtbehandling till sina patienter.

Im *et al.* (2009) studie gjord i USA jämförde olika erfarenheter av cancersmärta hos de största etniska grupperna genom specifika onlineforum. Genom att låta patienterna diskutera sin smärta med varandra på forumet kunde forskarna se hur de olika grupperna upplevde smärtan. Det som också framkom var att sjuksköterskorna måste

vara mera vaksamma på att det finns kulturella olikheter i smärta och inte behandla alla lika. Enligt studien skulle en ökad uppmärksamhet av skillnader i smärtupplevelse och smärthantering hos olika kulturer ge sjuksköterskan en bättre möjlighet att ge alla patienter en bra behandling.

Festini *et al.* (2009) undersökte attityder och problem som italienska sjuksköterskor upplevde sig ha vid vård av patienter med annan etnisk, kulturell bakgrund. Resultatet visade att 44.9% av deltagarna hade uppfattningen av att ha en annan inställning gentemot utländska familjer och deras barn jämfört med dem som inte hade annan etnisk bakgrund. Sjuksköterskorna ansåg att det kunde vara svårigheter med kommunikationen på grund av språkförbistringar samt att det fanns kulturella skillnader som försvårade relationen mellan sköterska och patient. De uppfattade att föräldrarna hade en inställning mot deras barns smärta som var mer tolererande

Epps *et al.* (2008) undersökte om väntetid och bedömning av smärtbehandling på akutmottagning påverkades av patients etniska bakgrund. Resultatet visade att det var stora skillnader trots likvärdig smärtpåverkan, hur länge patienterna fick vänta på smärtbehandling beroende på vilken etnicitet de hade. Det skilde i genomsnitt 35minuter innan Hispaniska (spanska, latinamerikanska) patienter fick behandling jämfört med Europé-Amerikanska både när det gällde analgesisk och opioidbehandling. Det framkom även att män med Hispanisk bakgrund fick vänta avsevärt mycket längre på att deras smärta blev dokumenterad i patientjournalen.

I Sloman *et al.* (2011) studie framkom att sjuksköterskors värdering av smärta inte påverkas av etniska och kulturella skillnader i sin bedömning av smärta hos patient.

### **Kvalitetsgranskning av artiklar**

En granskning har gjorts av författarna av de 13 valda artiklarnas urval.

Av de granskade artiklarna framgick tydligt formulerat urval i 7 stycken artiklar (Criste 2003, Sloman *et al.* 2004, Harper *et al.* 2007, Epps *et al.* 2008, Festini *et al.* 2009, Im *et al.* 2009, Bernades & Lima 2011) medan i 6 av artiklarna så var urvalet inte tydligt formulerat (Melotti *et al.* 2009, Hirsh *et al.* 2009, Hirsh *et al.* 2010, Hirsh *et al.* 2011, Kamath & OConnor 2011, Nielsen & Birkelund 2009).

När det gäller urvalstyp så har slumpmässigt urval används i 3 stycken av artiklarna (Criste 2003, Festini *et al.* 2009, Bernades & Lima 2011), strategisk/ändamålsenligt urval kan ses i 2 artiklar (Harper *et al.* 2007, Epps *et al.* 2008) samt 2 artiklar med bekvämlighetsurval (Sloman *et al.* 2004, Im *et al.* 2009).

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Syftet med denna litteraturstudie var att se hur sjuksköterskan påverkades av patientens kön och kulturella bakgrund i sin bedömning av smärta hos patient.

Resultatet utgjordes av två kategorier utifrån syfte och frågeställning: betydelse av patientens kön vid sjuksköterskans bedömning av smärta och betydelse av patientens kulturella bakgrund vid sjuksköterskans bedömning av smärta.

Litteraturstudiens resultat visade att kön i det flesta av studierna hade betydelse för sjuksköterskans bedömning och behandling av smärta. Dock visade två studier att man där inte fann några skillnader i smärtbedömningen bland sjuksköterskorna både när det gäller betydelsen av patientens kön och kulturella bakgrund.

### **4.2 Resultatdiskussion:**

#### ***Betydelse av patientens kön vid sjuksköterskans bedömning av smärta***

Sju studier visar att könet har betydelse när det gäller smärtbedömning. Hirsch *et al.* (2009, 2010, 2011) kom fram till att patientens kön hade en betydande roll i beslutsfattandet hos sjuksköterskor, detta påverkade vilken medicinering patienterna fick, alla tre studierna var gjorda i USA. Criste (2003) studerade om könet hade betydelse för vilken smärtlindring patienter fick i USA och kom fram till att kvinnor riskerade att bli underbehandlade av narkossjuksköterskor. Deras smärta lindrades istället med lugnande medel vilket inte gav kvinnorna samma smärtlindring som männen. Detta beskrev även Cepeda och Carr (2003) att kvinnor upplevde mer intensiv smärta och hade högre behov av läkemedlet morfin än männen för att uppnå samma smärtlindring.

Studier av Bernades och Limas (2011) från Portugal, Melotti *et al.* (2008) och Harper *et al.* (2007) kom fram till att det skiljer sig i bedömningen av smärta, att det berodde på vilket kön patienten hade, vilken smärtlindring som patienterna fick. Desto mer smärta patienterna upplevde desto mer skillnad blev det i förhållande mellan patientens och sjuksköterskornas bedömning. Män försökte hålla uppe en fasad för att inte visa sig svaga och där fanns en risk för undervärdering vid måttlig smärta medan kvinnor riskerade att bli undervärderade vid svår smärta. Detta visar även en studie av McMillan *et al.* (2000) där deltagande sjuksköterskorna ansåg att kvinnor och män tolererade, uttryckte och rapporterade smärta olika. 40 procent ansåg att män tenderade att vilja visa sig starka och därmed underrapportera sin smärta och 29 procent ansåg att kvinnor tolererade högre smärta.



Israeliska sjuksköterskor undervärderade smärta hos både kvinnor och män utifrån smärtskalor i jämförelse med hur patienterna själva skattade sin smärta, detta enligt Sloman *et al.* (2011).

### ***Betydelse av patientens kulturella bakgrund vid sjuksköterskans bedömning av smärta***

Sex stycken av studierna berörde ämnet kulturell bakgrund och smärtlindring, också här kom studierna från olika länder. Tre av artiklarna har utförts i USA på olika platser (Epps *et al.* 2008, Kamath & OConnor 2011, Im *et al.* 2009). Där det framkom att både öppna och undermedvetna fördomar mot människor som kommer ifrån etniska minoritetsgrupper förekommer bland personalen (Kamath & OConnor 2011) och att patienter med spanskt/latinamerikanskt ursprung fick vänta längre i väntrummet på smärtbehandling än patienter med europeiskt/amerikanskt ursprung. Trots att de uttryckte samma sorts smärta skilde det i genomsnitt 35 minuter, vilket Epps *et al.* (2008) visade medan Im *et al.* (2009) i sin studie visar att sjuksköterskor inte tog hänsyn till kulturella skillnader i hur patienterna upplevde smärta. Skillnader i upplevelser kan ses i Finnström & Söderhamn (2005) resultat där somaliska kvinnor och män hade förväntningar på sig själva att vara starka när det gäller smärtupplevelser, särskilt när det gällde männen och kvinnorna hade svårigheter att prata om och uttrycka sin smärta, även med hjälp av en tolk.

När det gäller Nielsen och Birkelund (2009) och Festini *et al.* (2009) så visade resultaten att kommunikationssvårigheter på grund av språkförbistringar försvårade relationen mellan patienter och sjuksköterskor och att patienter överdriver sin smärta vilket skiljer resultaten.

Sloman *et al.* (2009) hade i sin studie från Israel sett att det inte framkom någon skillnad i bedömningen av smärtan beroende på patientens kulturella bakgrund.

Gustafsson (2004) bekräftande omvårdnad utgår från en personlig nivå där motivation, bekräftelse och stödjande kring självuppfattning och hur man ser på sig själv är grunden. SAUK-modellen kan vara till hjälp för hur vi kan vara bekräftande i möten med patienter. Att från en personlig nivå där motivation, bekräftelse och stödjande kring självuppfattning och hur man ser på sig själv är grunden detta gäller för patienter men även för personal. Genom att stödjer individen att aktivt se till dennes egna resurser och med hjälp av sympati stärka motivationen och stödja personen i uppbyggnaden av ett ökat engagemang, inre säkerhet och trygghet i den aktuella vårdssituationen.

#### **4.2.1 Diskussion urvalsgranskning**

Av de 13 utvalda artiklarna så hade 7 stycken ett tydligt formulerat urval medan det i 6 stycket inte framgick vilket typ av urval som använts.

Väsentligt för ett slumpmässigt urval är att ett representativt urval av en population med utgång från variabler utifrån syftet väljs ut om forskarna vill täcka en hel population (Forsberg & Wengström, 2008) vilket 3 av studierna hade för avsikt med (Criste 2003, Festini *et al.* 2009, Bernardes & Lima 2011). Criste (2003) poängterar dock att studien skulle ha varit större för att kunna vara riktigt tillförlitlig.

Med ett strategiskt, ändamålsenligt urval vill forskarna få fram ett svar på frågeställningen som har variation genom att inkludera deltagare med mycket att berätta kring denna fråga (Forsberg & Wengström, 2008). Detta urval användes i 2 av artiklarna (Harper *et al.* 2007, Epps *et al.* 2008). Ett strategiskt urval ger inte samma kvalitativa tyngd som ett slumpmässigt urval vilket Harper *et al.* (2007) poängterar men att de med detta val ville försäkra sig om att inklusionskriterierna i studien uppfylldes.

Både Sloman *et al.* (2004) och Im *et al.* (2009) använde sig av bekvämlighetsurval vilket innebar att deltagare som var mest lämpade för studien tillfrågades av forskarna. Problemet med detta, anser författarna, kunna vara att urvalet kan bli riktat åt det resultat som forskarna vill få fram (Polit & Beck 2004) vilket innebär en påverkan av resultatet. Im *et al.* (2009) menar att deltagarna i studien tenderar att vara högtbildade och därmed duktigt att uttrycka sig i tal och skrift, vilket kan ha påverkat resultatet av studien.

6 av artiklarna hade ett otydligt formulerat urval (Melotti *et al.* 2009, Hirsh *et al.* 2009, Hirsh *et al.* 2010, Hirsh *et al.* 2011, Kamath & OConnor 2011, Nielsen & Birkelund 2009). Dessa artiklar, menar författarna, kunde inte uteslutas för att de tillförde studien viktiga delar samt att författarna inte bör utesluta dessa på grund av eget tycke och på så vis påverka resultatet av studien.

#### **4.3 Metoddiskussion**

För att ge möjlighet till att belysa studiens syfte och frågeställningar så valde författarna att göra en litteraturstudie med beskrivande design. 13 artiklar valdes ut genom sökning i de lämpliga databaserna PubMed och Cinahl med sökord som var definierade utifrån syfte och frågeställning. Många sökord, var för sig och i kombination, användes för att få fram ett representativt underlag. Författarna valde att söka bland både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att få ett så brett underlag som möjligt. När det gäller kriterier för sökning av artiklarna så fick ålder på artiklarna vara högst 10år detta för att aktuell

forskning skulle vara det som resultatet baserades på. Svaghet kunde ses här genom att detta gav ett begränsat antal artiklar som föll in under urvalet och svarade mot syfte och frågeställningar och det behövdes många olika sökord för att få ett relevant underlag för studien. Att ändra ålderskriteriet på artiklarna med några år hade möjligtvis kunnat ge bättre förutsättningar för ett större underlag och ändå innehållit aktuell forskning och även om många sökord användes så kan relevanta sökord ha undgått författarna. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska för att minimera feltolkningar och missad relevant data vid översättningar av resultaten. Styrka, enligt författarna, var att artiklarna var lästa flera gånger för att verkligen få en förståelse för resultatet. Att artiklarna i urvalet härrör från många olika länder samt att artiklarna både har kvalitativ och kvantitativ ansats anser författarna också vara en styrka i studien.

#### ***4.4 Allmän diskussion***

Som sjuksköterska bör man bemöta alla patienter från samma utgångspunkt och inte göra någon skillnad utifrån egna fördomar och värderingar. Det anser vi författare och detta låg till grund för denna studie. Desto fler som blir medvetna om att det finns skillnader i hur patienter blir behandlade beroende på kön eller etnisk tillhörighet desto större möjlighet att ändra på detta. För att som sjuksköterska få ökad medvetenhet om denna betydelse behövs mer kunskap och sjuksköterskor behöver göras mer uppmärksamma på egna och andras värderingar och eventuella fördomar som undermedvetet och även medvetet kan påverka yrkesutövandet. Här kan vikten ses av att detta tas upp och arbetas mera kring redan under utbildningen till sjuksköterska för att där lägga en god grund för utövandet av professionen. Professionen där det är betydande att bemöta varje människa som en enskild individ och se till helheten för att skapa en miljö och en relation till patienten som gör att denne som människa kan känna sig trygg och få en bedömning som är baserad på rätt grunder.

#### **5. Slutsats**

I arbetet med patienter har sjuksköterskan en viktig roll i att behandla alla lika och att se människan som en helhet. Sjuksköterskans ansvar är att inte behandla patienter på olika sätt på grund av egna värderingar. Denna studie visar att patienternas kön och kulturella bakgrund har betydelse för sjuksköterskans bedömning av smärta och därmed också vilken smärtbehandling som ges och detta ser lika ut över stora delar av världen då studierna är gjorda i olika länder. Det finns begränsat med forskning inom området och mer forskning behövs för att få ett mer tillförlitligt resultat.



## 6. Referenslista

\* *Studier inkluderade i resultatet*

Almås H, Stubberud DG & Grönseth R (2011) *Klinisk omvårdnad del 1*. Liber AB, Stockholm.

Altmaier EM & Lohnberg JA (2012) A review of psychosocial factors in complex regional pain syndrome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. DOI: 10.1007/S10880-012-9322-3

Bernardes SF & Lima ML (2010) Being less of a man or less of a woman: perceptions of chronic pain patients' gender identities. *European journal of pain* 14, 194-199.

\*Bernades SF & Lima ML (2011) A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain. *Psychology and Health* 26, 1642-1658.

Campbell CM, Edwards RR, Fillingim RB (2005) Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain* 113, 20-6.

Cepeda MS & Carr DB (2003) Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *Anesthesia Research Society* 97, 1464-1468.

\*Criste A (2003) Do Nurse Anesthetists Demonstrate Gender Bias In Treating Pain? A National Survey Using A Standardized Pain Model. *Arthroscopy Association of North America Journal* 3 206-209

\*Epps CD, Ware LJ, & Packard A (2008) Ethnic wait time differences in analgesic administration in the emergency department. *Pain Management Nursing* 9 26-32.

Ericson E & Ericson T (2008) *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Studentlitteratur AB, Lund.

\*Festini F, Focardi S, Bisogni S, Mannini C & Neri S (2009) Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship* 41, 220-227.

Finnström B & Söderhamn O (2005) Conceptions of pain among Somali women. *Journal of Advanced Nursing* 54, 418-425.

Forsberg C & Wengström Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och kultur AB, Stockholm.

Gerdle B, Björk J, Henriksson C, Bengtsson (2004) A Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *Journal Rheumatol* 31, 1399-406.

- Gustafsson B (2004) *Bekräftande omvårdnad – SAUK-modellen för vård och omsorg*. Studentlitteratur AB, Lund.
- \*Harper P, Ersser S & Gobbi M (2007) How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions. *Journal of Advanced Nursing* 59, 601-611.
- Haug E, Sand O & Sjaastad OV (2004) *Människans fysiologi*. Liber AB, Stockholm.
- Hawthorn J & Redmund K (1999) *Smärta- bedömning och behandling*. Studentlitteratur AB, Lund.
- \*Hirsch AT, George SZ & Robinson ME (2009) Pain assessment and treatment disparities: A Virtual human technology investigation. *PAIN* 143, 106-113.
- \*Hirsh AT, Jensen MP & Robinson ME (2010) Evaluation of nurses' self-insight into their pain assessment and treatment decisions. *The Journal of Pain* 11, 454-461.
- \*Hirsh AT, Sarah B, Callander B, Michael E, Robinson C (2011) Patient demographic characteristics and facial expressions influence nurses assessment of mood in the context of pain: A Virtual Human and lens model investigation. *International Journal of Nursing Studies* 48, 1330-1338.
- \*Im E-O, Lee S H, Lim H-J, Guevara E, & Chee W (2009) A National Online Forum on Ethnic Differences in Cancer Pain Experience. *Nursing research* 58, 86-94.
- Johannisson K (1998) *Kroppens tunna skal*. Norstedts Förlag, Stockholm.
- \*Kamath AF & OConnor MI (2011) Breakout session: Gender and Ethnic Disparities in pain Management. *Clinical Orthopaedics and related research* 7, 1962-1966.
- Kunz M, Gruber A. & Lautenbacher S (2006). Sex differences in facial encoding of pain. *Journal of pain* 7, 915-928
- Kurita PG, Sjögren P, Juel K, Hojsted J & Ekhol O (2012) The burden of chronic pain: cross-sectional survey focusing on diseases, immigration and opioid use. *PAIN* 153, 2332–2338.
- Kristoffersen NJ, Nortvedt F & Skaug E (2005) *Grundläggande Omvårdnad. Del 1*. Liber AB, Stockholm.
- Kristoffersen N, Nortvedt F & Skaug E-A (2005) *Grundläggande omvårdnad Del 3*. Liber AB, Stockholm.
- Lasch KE (2000) Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing* 1, 16-22.
- Lesuis, N., Befrits, T., Nyberg, F. & van Vollenhoven, R. F. (2012). Gender and the treatment of immune-mediated chronic inflammatory diseases: rheumatoid arthritis,

- inflammatory bowel disease and psoriasis: an observational study. *BMC Medicin* 10, 1-9.
- O'Donnell S, McKee G, O'Brien F, Mooney M & Moser DK, & (2012) Gendered symptom presentation in acute coronary syndrome: a cross sectional analysis. *School of nursing and Midwifery* 49, 1325-1332.
- McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J & Tabler R (2000) Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. *MCMILLIAN* 27, 1415-1423.
- \*Melotti RM, Gedaliahu Samolsky Dekel B, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, D'Andrea R & Di Nino G (2009) Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *European Journal of Pain* 13, 992-1000.
- \*Nielsen B & Birkelund R (2009) Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses experience when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian journal of caring sciences* 23, 431-437.
- Persson G, Barlow L, Karlsson A, Rosen M, Stefansson CG, Theorell T (2001) Major health problems: Health in Sweden: *The National public health report* 58, 37-102.
- Polit DF & Beck CT (2004) *Nursing research: Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Psykologiguiden (2013). *Psykologiguiden: Psykologilexikon*. Tillgänglig: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=234&Psykologilexikon> (Hämtad 1 Januari 2013).
- Sand O, Sjaastad OB (2004) *Människans fysiologi*. Liber AB, Stockholm.
- \*Sloman R, Rosen G, Rom M & Shir Y (2011) Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 52 125-132.
- SOSFS (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. *Socialstyrelsens författningssamling*. Socialstyrelsen Stockholm. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> (Hämtad 14 oktober 2012).
- Strang P & Werner M (2010) *Smärta och smärtbehandling*. Liber AB, Stockholm.
- Sobraske M & Katz J (2005) Culturally Competent Care of Patients With Acute Chestpain. *Clinical Practice* 9, 342-349
- van Dijk J, van Wijck A, Kappen T, Peelen L, Kalkman C & Schuurmans M (2011) postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*

49, 85-92.

Wadell G & Allan DB (1998) *Back pain through history: The back pain revolution*.  
Churchill Livingstone, Edinburgh.



## 7. Bilaga 1

Tabell 1 Översikt av artiklar

Författare/ År/land	Titel	Design & ansats	Urval/Undersökning- grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalysmetod
Bernades & Lima  2011  Portugal	A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain.	experimentell mellan-subjekts design  Kvantitativ	Randomiserat/ slumpmässigt  126 kvinnliga sjuksköterskor från olika sjukhus 22-60år 1-34års erfarenhet	Förtestade skrivna vingetter med patientfall Frågeformulär	Multivatehuvud-axel faktoranalys multivariate analys av variation
Criste  2003  USA	Do Nurse Anesthetists Demonstrate Gender Bias In Treating Pain? A National Survey Using A Standardized Pain Model.	Beskrivande	Slumpmässigt  450 st narkossjuksköterskor, hälften kvinnor, hälften män, tillfrågades. Av dessa deltog 133 st varav 44% kvinnor, 56 % män.	Ett frågeformulär angående en postoperativ patient. 50 % av de kvinnliga deltagarna fick en manlig patient och 50 % av de manliga deltagarna fick en kvinnlig patient.	Deskriptiv och kvalitativ analys.
Epps <i>et al.</i>  2008  USA	Ethnic wait time differences in analgesic administration in the emergency department	Retrospektiv	Strategiskt/ Ändamålsenligt  234 patienter: Europeisk- och Afikansk-amerikanska samt hispanic	Patienters medicinjournaler >18år med benfrakturer ICD-9 koder	LBS koder Transkribering
Festini <i>et al.</i>  2009  Italien	Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from italy	Undersökande beskrivande  Kvantitativ	Radomiserat/ Slumpmässigt  192 sjuksköterskor arbetande på ett sjukhus 22-60år 1-34års yrkeserfarenhet Arbetat under maj-juli 2007	11 objekts Frågeformulär: öppna och slutna frågor.	Cronbach´s alpha Test-retest Beräkning av relativa frekvenser Innehållsanalys
Harper <i>et al.</i>  2007  Storbritannien	How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions.	Etnometodologisk  Kvalitativ	Stategiskt/ Ändamålsenligt purposive  29 militära leg. sjuksköterskor inom operation eller oropedi	Semi-strukturerade Intervjuer Bandinspelade Över en 4månaders period	Huvudaspekten i etnometodologisk Analysering av genom undersökning av descriptoring Inductive reasoning - identifiera Non-numerical
Hirsh <i>et al.</i>  2009  USA	Pain assessment and treatment disparities: A Virtual human technology investigation.	Innovative forskning Lens model Analog metod  kvantitativ	Otydligt urval  54 yrkesverksamma sjuksköterskor >18år och legitimerade	Web-baserad: Virtuella individer Numerical rating scale NRS eller VAS Frågeformulär: bakgrundsfakta	Beskrivande statistik. Ideografisk analys – individ baserad Nomothetic analys-grupp baserad Paired samples t-test Wilcoxon signed – rank test

Hirsh <i>et al.</i> 2010 USA	Evaluation of nurses' self-insight into their pain assessment and treatment decisions.	Lens model Analog metod  Kvantitativ	Otydligt urval  54 legitimerade sjuksköterskor >18år och nyligen legitimerade och praktiserande	Videouppspelning av Vingetter- Patientfall med virtuella individer. Frågeformulär: smärtbedömning och behandling utifrån VAS-skala Bakgrundsfakta.	Beskrivande statistik Idiografisk multiple regression analys
Hirsh <i>et al.</i> 2011 USA	Patient demographic characteristics and facial expressions influence nurses assesment of mood in the context of pain: A Virtual Human and lens model investigation	Tvårsnitt  Kvantitativ	Otydligt urval  54 yrkesverksamma sjuksköterskor >18år och legitimerade	Videouppspelning av Vingetter- Patientfall med virtuella individer. Frågeformulär: smärtbedömning och behandling utifrån VAS-skala Bakgrundsfakta	Idiografisk multiple regressions analys  Nomothetic parade prover t-test
Im <i>et al.</i> 2009 USA	A National Online Forum on Ethnic Differences in Cancer Pain Experience	Tvårsnitt  kvantitativ	Bekvämlighets  22 vita, 15 hispanic, 11 afroamerikaner, 27 asiater med cancersmärta	Online forum där deltagarna diskuterade sin cancer relaterade smärta på internet. Administratörer kontrollerade deltagarnas besök och flytet i diskussionerna	Forumets data behandlas av tema analyser
Kamath & OConnor 2011 USA	Breakout Session: Gender and Ethnic Disparities in Pain Management	Otydlig design  Kvantitativ	Otydligt urval  Experter inom sjukvård. (Läkare, sjuksköterskor, apotekare mfl.)	Diskussioner mellan experter av sjukvårdspersonal på en konferens.	Framgår ej
Melotti <i>et al.</i> 2009 Italien	Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation.	Tvårsnitt  Kvantitativ	Otydligt urval  115 sjuksköterskor Aktiv deltagit i omvårdnaden de senaste 7 dagarna och arbetat ett skift inom 24 timmar innan dagen för studien. 869 patienter >6år Sjukhusvistelse >24 timmar vid tidpunkt för studien	Numerical rating scale NRS Frågeformulär i 3 delar: Del 1 Bakgrundsfakta patient Del 2 Patient självskattning och sjuksköterskans skattning Del 3 Anledning till eventuella avhopp	Pearson korrelation Procent av överensstämmande poäng Medelvärde av den absoluta skillnaden (MAD) Icke-parametrisk korrelationspearman-rank
Nielsen & Birkelund 2009 Danmark	Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses experiences when meeting minority ethnic patients.	Beskrivande utforskande	Otydligt urval  4 st sjuksköterskor med minst fem års erfarenhet mellan 40 - 55 år. Arbetande på samma avdelning på ett danskt sjukhus.	Öppna intervjuer som spelades in på band. Observationer både när sjuksköterskorna arbetade med patienten och när de befann sig i fikarummet. Observationerna delades in i tre teman och skrevs ner som en dagbok.	Intervjuer och observationer analyserades med en metod utvecklad av Malterud som i sin tur bygger på Hussels fenomenologi.

Sloman <i>et al.</i> 2004 Israel	Nurses assessment of pain in surgical patients.	Beskrivande Jämförande  kvantitativ	Lämplighets  95 patienter, varav 52 män och 43 kvinnor. Ålder 18-78. Inklusion: Patienter som fick postoperativvård av sjuksköterska Patient upplevde smärta i 48h efter operation 95 sjuksköterskor varav 22 män och 73 kvinnor Ålder 20-64 Arbetade på kirurgavdelning och var legitimerade.	Insamling mellan 2003-2004. Frågeformulär SF-MPQ – Short form McGill Pain Questionnaire. VAS-skalar 3st: Befolknings-kulturellt frågeformulär: kön, ålder osv.	Paired t-test Pearson´s correlation Multivariate analysis
--	---	--	--	---	---

## 8. Bilaga 2

**Tabell 2** Förtydligande av artiklar

Författare/år	Syfte	Resultat
Bernades & Lima 2011	Att undersöka den ledande rollen av två kliniskt relevanta variabler vid kronisk lägre ryggsmärta: diagnostiserade bevis på patologi/symtom och smärtbeteende som förmedlar distress.	Bedömning av kvinnors smärta var påverkades av symtom medan bedömning av mäns smärta inte gjorde det. Sjuksköterskan visade fördomar mot män endast vid närvaro av symtom. Påverkan av oro/ distress-variabler var mindre viktiga
Criste <i>et al.</i> 2003	Att få reda på om kvinnliga och manliga narkossjuksköterskor behandlar kvinnliga och manliga patienter olika	Kvinnor riskerar att bli underbehandlade för att de i större utsträckning än männen får lugnande behandling istället för smärtstillande.
Epps <i>et al.</i> 2008	Att undersöka om skillnader i väntetid för smärtbehandling existerade för vuxna etniska minoritet (18år och äldre) vilka har tillträde till akutmottagning lidandes av långa benfrakturer	Stora skillnader i väntetider till smärtbehandling mellan Hispaniska och Europé-Amerikanska patienter, främst bland män och även längre tid till dokumentation.
Festini <i>et al.</i> 2009	Att undersöka attityder och problem upplevda av Italienska sjuksköterskor på en pediatrik avdelning när det gäller omvårdnaden av barn och deras familjer från andra länder.	Språkförbistringen mest betydande. Sjuksköterskor hade annan attityd mot familjer och barn från andra länder. Barn ansågs ha högre smärttoleransnivå, visade mindre, diskretare tecken eller motsatsen.
Harper <i>et al.</i> 2007	Att undersöka hur militära sjuksköterskor rationaliserar sina postoperativa smärtbedömningsbeslut, framförallt när dessa skiljer sig från patientens egen smärtrapportering	Avslöjar tar-för-givet antaganden kring bedömningen. Viss typ av smärta är kopplat till speciellt ingrepp: tar-för-givet. Sjuksköterskan menade att de trodde på patients egen smärtupplevelse detta visade sig vara mer vanligt i de fall då patients smärtbeteende och vad sjuksköterskan förväntade sig stämde överrens. Sjuksköterskors tidigare erfarenheter gjorde att de kunde bedöma vilken smärtnivå patienten hade och att de kunde bedöma smärtan mer riktigt än patienterna själva.
Hirsch <i>et al.</i> 2009	Att undersöka olikheter/skillnader i smärtrelaterat kliniskt beslutsfattande Att bidra mera till tidigare studier att undersöka smärtrelaterat beslutsfattande	Individuellt resultat visade på att kön, ras, ålder och smärtuttryck visade på betydande variationer i beslutsfattandet hos många sjuksköterskor. Bedömning och behandling av akut smärta efter operation varierar ofta baserat på VH demografi/bakgrundsfakta och ansiktsuttryck.
Hirsh <i>et al.</i> 2010	Att undersöka sambandet mellan statistiskt identifierade och självrapporterade influenser/påverkan av kontextuell information i/om smärtrelaterade beslut.	28-54% av deltagarna använde sig av VH demografisk info Visade att ingen sjuksköterska rapporterade att de vägde in ålder, ras eller kön i sin bedömning. Data visar att fördomar kan finnas men att vårdgivarna inte är medvetna eller har brist på vilja att uppmärksamma dessa fördomar.
Hirsh <i>et al.</i> 2011	Att förstå hur patienters kön, ålder och ras påverkar sjuksköterskans bedömning av patientens smärtuttryck i ansiktet	De som tar beslut om hur man ska vårda i en smärtsituation är partiska, medvetet eller omedvetet.

Im <i>et al.</i> 2009	Att jämföra de olika erfarenheterna av cancer smärta hos de största etniska grupperna i USA.	Sjuksköterskor måste vara vaksamma över de kulturella olikheterna hos patienter med cancer smärta. Olika etniska grupper hanterar och upplever smärta på olika sätt
Kamath & OConnor 2011	Att identifiera om kön och etniska faktorer leder till skillnader i smärtbehandling.	Både öppna och undermedvetna fördomar existerar hos sjukvårdspersonal. Smärtmedicineringen skiljer sig beroende på etnisk tillhörighet, ålder och klass.
Melotti <i>et al.</i> 2009	Att öka medvetenheten om att partisk/fördomsfull smärtuppskattning kan underminera dess behandling, att bestämma överrensstämmande kategorier mellan inlagd patients självrapporterad smärta och sjuksköterska smärtbedömning och söka samband mellan kongruens kategorier och patient och situationsanpassat moderatorer.	Patienters självrapporterade smärta och sjuksköterskor smärtbedömning överrensstämmelse var begränsad. Kategorier kön, ålder, civilstatus hade betydelse i bedömningen. Skillnaderna öka mellan sjuksköterskans och patientens smärtbedömning ju starkare smärtaupplevdesle patienten hade. Under- och övervärdering av smärta beroende på patientens kön och smärtnivå gjordes.
Nielsen & Birkelund 2009 Danmark	Att reda ut sjuksköterskors erfarenhet i att ge vård till patienter med etnisk minoritets bakgrund.	Analysen visade att sjuksköterskor hade problem med kommunikationen med patienter med etnisk minoritets bakgrund samt hur de uttrycker smärta.
Sloman <i>et al.</i> 2011	Att jämföra sjuksköterskors rankning/värdering av smärtans intensitet och lidande hos vuxna kirurgipatienter med patienternas egen rakning av dessa variabler. Och att undersöka om smärtvärderingarna påverkas av kulturell och etniska skillnader/olikheter.	Sjuksköterskor undervärderade patienters smärta utifrån VAS -skalorna men bedömde korrekt patienters tillfredsställelse av behandlingen. Det fanns ingen statistisk betydande effekt av kulturella och etniska skillnader i bedömningen av smärta.