

Kvinner og menn oppfatter smerte ulikt – hva innebærer det for måling?

Det er en kompleks oppgave å måle smerte. Pasientene har ulike bekymringer og oppfatninger om smertelindring, og det påvirker målingen.

Ann Kristin Bjørnnes

Førstemanuensis
Oslomet – storbyuniversitetet

Hanne Marie Rostad

Postdoktor
Senter for omsorgsforskning, øst, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

smertekartlegging

Kjønn

Spørreskjema

Sykepleien 2020 108 (80588) (e-80588)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80588

Hovedbudskap

Smerte er mer enn en sensorisk opplevelse og inkluderer både emosjonelle, kognitive og sosiokulturelle komponenter. Kvinner og menn kan ha ulike opplevelser av smerte og andre barrierer mot behandling enn det helsepersonellet er klar over. Dette gjør smertemåling til en kompleks oppgave. Måleverktøy er derfor til stor hjelp når tilstedeværelse, smertelokalisasjon og smerteintensitet skal kartlegges.

Forskning viser at helsepersonell kan vurdere tilstedeværelsen av smerte, smerteintensiteten og behovet for smertelindring ulikt hos menn og kvinner (1).

Kvinner rapporterer om en høyere forekomst av smertefulle tilstander, og kvinner har større risiko for underbehandling av smerter sammenliknet med menn (2). Kvinner har også en økt risiko for å utvikle vedvarende smerter etter kirurgiske inngrep, som for eksempel hjertekirurgi (3, 4).

Kjønn refererer til sosialt konstruerte roller, atferd, uttrykk og identiteter til jenter, kvinner, gutter, menn og kjønns mangfoldige mennesker. Samtidig refererer kjønn også til biologiske egenskaper hos mennesker og dyr, inkludert fysiske trekk, kromosomer, genuttrykk, hormoner og anatomi (1).

Den biopsykososiale modellen (5) antyder at kvinner har en høyere forekomst av smerte, og at kvinner opplever smertefulle stimuli som mer intense sammenliknet med menn i eksperimentelle studier. Det kan forklares av biologiske kjønnsforskjeller i kroppens smertetransportveier, hormoner og gener.

Emosjonelle responser påvirker smerten

I tillegg kan også psykiske og sosiokulturelle forhold forklare kjønnsforskjeller relatert til smerte (6). Jenter og gutter vokser opp med ulike forventninger til smerte: Ofte føler jenter seg mer frie til å gråte om de utsettes for skade, mens gutter gjerne føler et ekstra sosialt press for å holde tilbake tårene.



«Jenter og gutter vokser opp med ulike forventninger til smerte.»

Psykologisk forskning indikerer at sammenhengen mellom emosjonelle responser og selve opplevelsen av smerte er kompleks. Emosjonelle responser kan gjøre en smertefull situasjon verre. Samtidig kan emosjonelle responser som gråt redusere smerteopplevelsen ved at stresshormoner og andre toksiner raskere skilles ut ved hjelp av tårer.

Studier indikerer også at gråt stimulerer utskillelsen av endorfiner, kroppes lykkehormon, som har en smertestillende effekt (7). Kvinner har større risiko enn menn for å utvikle depresjon eller angstlidelser, som kan forsterke smerteopplevelsen og øke risikoen for langvarige smertetilstander (1).

Hvordan måles effekten av kjønn?

Det er økende anerkjennelse for at kjønn har stor betydning for helse og symptomerfaringer, men det er ingen enighet om hvordan effekten av kjønn best kan måles (8) i forbindelse med for eksempel smerteproblemer.

Ifølge retningslinjene for Sex And Gender Equity in Research (SAGER guidelines) (9) kan effekten av kjønn utforskes gjennom sosiodemografiske karakteristika som utdanningsnivå, ansettelsesstatus, primærinntekt, gjennomsnittlig antall timer husarbeid per uke, stressnivå og/eller hvem som har primæransvaret for husarbeid eller barnepass i husholdet.



«Det er økende anerkjennelse for at kjønn har stor betydning for helse og symptomerfaringer.»

En større forståelse for samspillet mellom menns og kvinners psykososiale belastninger og biologiske faktorer kan avdekke nye muligheter for behandling og forebygging av langvarige smerteproblemer (1). I tillegg har også pasienters *bekymringer* og *oppfatninger* om smertelindring betydning (10).

Smerte etter hjertekirurgi oppfattes forskjellig

Ved Oslo universitetssykehus ble 416 pasienter, der 23 prosent (n = 94) var kvinner, fulgt opp gjennom det første året etter hjertekirurgi (4). Smerter som følge av operasjonen ble målt ved hjelp av Brief Pain Inventory Short Form (11), der smerteintensitet og plagsomhet angis på en tipoengs numerisk skala (NRS).

På skalaen er 0 «ingen smerter» og 10 «verst tenkelig smerte». Kvinner rapporterte om mer intense postoperative smerter enn menn i løpet av de tre første postoperative dagene. I tillegg rapporterte kvinner om mer intense smerter og smertepåvirkning i dagliglivet sammenliknet med menn fra fire uker etter utskriving frem til tolv måneder etter operasjonen (4).

Etter tolv måneder hadde 32 prosent (n = 32) av kvinnene, sammenliknet med 28 prosent (n = 73) av mennene, fortsatt smerter som hadde sammenheng med operasjonen. For 15 prosent av kvinnene var smertene moderate til intense (>4 NRS) sammenliknet med 7 prosent av mennene.



«Flere kvinner enn menn hadde negative holdninger til bruk av smertestillende medikamenter.»

Smerter etter tolv måneder hadde blant annet sammenheng med komorbiditet, lavere utdanning og postoperativ smerte i hvile én måned etter operasjonen. Det ble også avdekket at flere kvinner enn menn hadde negative holdninger til bruk av smertestillende medikamenter og barrierer mot å kommunisere med helsepersonell om smerter (4).

Kvinner og menn har ulike holdninger til smerte

Holdninger til smerte og bruk av medikamentell smertelindring ble målt før operasjonen ved hjelp av The Barriers Questionnaire (12). Dette spørreskjemaet inneholder fire utsagn som representerer holdninger som hindrer kommunikasjon om smerte, og tre utsagn relatert til frykt for å bruke smertelindrende medikamenter.

Respondentene ble bedt om å ta stilling til utsagnene på en skala fra 0 «helt uenig» til 5 «helt enig». Funnene indikerte at flere kvinner enn menn var enige i utsagn som hindret kommunikasjon: «klaging på smerter kan distrahere legen fra å behandle underliggende sykdom» og «gode pasienter unngår å snakke om smerte».

Kvinner var reddere for å bruke smertelindrende medikamenter og var i større grad enn menn enige i utsagnene «smertelindrende medikamenter bør spares i tilfelle smertene blir verre» og «man blir lett avhengig av smertelindrende medikamenter».

Kvinner som hadde barrierer mot å kommunisere med helsepersonell om smerte, fikk færre smertestillende medikamenter under innleggelse og hadde større sannsynlighet for postoperativ smerte etter tolv måneder. Sammenhengen mellom holdninger og økt risiko for smerter tolv måneder etter hjerteoperasjonen ble ikke observert blant menn (4).

Kvinner og menn kommuniserer ulikt om smerte

Det er særlig interessant at kvinner hadde større bekymringer for å kommunisere om smerte. Kvinner generelt oppsøker lege for helseproblemer oftere enn menn (3). I tillegg er kvinner villige til å diskutere egne helseutfordringer mens menn oftere underrapporterer helserelaterte bekymringer (3).

Funnene kan ha sammenheng med at særlig kvinner med hjertelidelser ofte opplever at deres hjertelaterte symptomer blir oversett og ikke fulgt opp etter etablerte retningslinjer, sammenliknet med menn som presenterer samme symptomer (13).

Dermed kan kvinner velge å underkommunisere smertesymptomer på grunn av tidligere erfaringer. Det er også mulig at helsepersonell oftere målte smerter og kartla behovet for smertelindring hos menn fordi de forventet at kvinnene selv ville spørre om hjelp ved plagsomme smerter.



«Pasientene uttrykte at de ikke opplevde oppfølgingen som personsentrert.»

I en nylig publisert kvalitativ studie (14), der ti sykepleiere og ti pasienter ved norske smerteklinikker ble intervjuet, fremhevet sykepleierne at personsentrert tilnærming var avgjørende for smertebehandlingen.

Dette funnet står i kontrast til det pasientene erfarte: De uttrykte at de ikke opplevde oppfølgingen som personsentrert, og at personlige mål for behandlingen i liten grad ble fulgt opp.

Resultatene fra denne studien indikerer at det er nødvendig at helsepersonell forplikter seg mer til personsentrert kommunikasjon ved å måle og følge opp pasienter med både akutte og langvarige smerteutfordringer.

Oppsummering

Smerte er mer enn en sensorisk opplevelse og inkluderer både emosjonelle, kognitive og sosiokulturelle komponenter. Pasienter kan ha andre oppfatninger om smerte og andre barrierer mot behandling enn det helsepersonellet forventer.

En personsentrert tilnærming som tar hensyn til og kartlegger for eksempel kjønns spesifikke faktorer og personlige holdninger, er både hensiktsmessig og nødvendig. Trolig finnes det et stort potensial for å forebygge og måle smerter bedre hvis helsepersonellet blir mer bevisst på samspillet mellom biologi og kjønn.

Referanser

1. Gemmati D, Varani K, Bramanti B, Piva R, Bonaccorsi G, Trentini A, et al. «Bridging the Gap». Everything that could have been avoided if we had applied gender medicine, pharmacogenetics and personalized medicine in the gender-omics and sex-omics era. *Int J Mol Sci.* 2020;21(1):296.
2. Bartley EJ, Palit S. Gender and pain. *Curr Anesthesiol Rep.* 2016;6(4):344-53.
3. Keogh E. Sex and gender differences in pain across the life course. I: Moore RJ, red. *Handbook of pain and palliative care.* Cham: Springer; 2018.
4. Bjornnes AK, Parry M, Lie I, Fagerland MW, Watt-Watson J, Rustoen T, et al. Pain experiences of men and women after cardiac surgery. *J Clin Nurs.* 2016;25(19-20):3058-68.
5. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624.
6. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain.* 2017;158 Suppl 1(4):S11-S8. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000000775](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000775)
7. Rendeza K. Turning weakness into strength: the benefits of shedding emotional tears. *PEOPLE International Journal of Social Sciences.* 2018;4(3):1-16.
8. Tannenbaum C, Clow B, Haworth-Brockman M, Voss P. Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review. *CMAJ open.* 2017;5(1):E66.
9. De Castro P, Heidari S, Babor TF. Sex And Gender Equity in Research (SAGER): reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. *Ann Ist Super Sanita.* 2016;52(2):154-7.

10. Wright EM, El-Jawahri A, Temel JS, Carr A, Safren SA, Park ER, et al. Patient patterns and perspectives on using opioid regimens for chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(6):1062–70.
11. Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S. The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(5):517–25.
12. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain*. 2002;99(3):385–96.
13. Wilkinson C, Bebb O, Dondo TB, Munyombwe T, Casadei B, Clarke S, et al. Sex differences in quality indicator attainment for myocardial infarction: a nationwide cohort study. *Heart*. 2019;105(7):516–23.
14. Gjesdal K, Dysvik E, Furnes B. Mind the gaps: a qualitative study combining patients' and nurses' reflections on pain care. *SAGE Open Nurs*. 13. august 2019.
DOI: [10.1177/2377960819868865](https://doi.org/10.1177/2377960819868865)