



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 370

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11196

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 57

Andre medlemmer i gruppen: 366

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kulturbakgrunn, smerteuttrykk og en
sykepleiers utfordringer

Cultural background, pain expression and
nursing challenges

370 & 366

Sjukepleie
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Sammendrag

Tittel: Kulturbakgrunn, smerteuttrykk og en sykepleiers utfordringer

Formål: Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere på norske sykehus kan tolke smerteuttrykk og utøve sykepleie hos pasienter med asiatisk kulturbakgrunn.

Problemstilling: Er det forskjeller i hvordan en uttrykker eksperimentell smerte mellom asiatiske og vestlige kulturer, og hvordan kan sykepleiere basert på dette tolke smerteuttrykk hos pasienter?

Metode: Prosjektrapport med litteraturstudium som metode. Databaser som er brukt for å finne relevante artikler er PubMed, Cochrane Library, Epistemonikos, PsycINFO, CINAHL, SveMed+, SocINDEX og Web of Science. Dette er en god blanding av sykepleiefaglige, medisinske og sosiologiske databaser som til sammen dekker vår problemstilling. Oppgaven har inkludert seks forskningsartikler.

Resultat: To artikler fant likhetstrekk mellom deltakere med asiatisk og vestlig kulturbakgrunn i ansiktsuttrykk under påvirkning av smerte, og at smerte har en relativt universell uttrykksform. En artikkel fant at asiatiske deltakere hadde høyere smertetoleranse enn vestlige deltakere, mens en annen fant at vestlige deltakere hadde høyest smertetoleranse og smertegrense. Tre studier fant at det var ingen forskjell i smertegrense og smerteintensitet mellom disse gruppene. Tre studier konkluderer med at en uttrykker mer smerte i etnisk homogent miljø.

Konklusjon: Artikkene som er inkludert viser ikke entydige forskjeller i hvordan en uttrykker smerte mellom asiatiske og vestlige kulturer. For å kunne tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter må sykepleiere vise åpenhet, ærlighet og trygghet, og unngå praktisering av etnosentrisk sykepleie.

Nøkkelord: Transkulturell sykepleie, kultur, smerteuttrykk, asiatisk, vestlig

Abstract

Title: Cultural background, pain expression and nursing challenges

Purpose: The purpose of the thesis is to find out how nurses in Norwegian hospitals can interpret the expression of pain, and practice nursing with patients of Asian cultural background

Issue: Are there any differences in pain expression found in experimental pain studies between Asian and Western cultures, and how are nurses going to interpret minority ethnic patients' pain expressions?

Method: Systematic literature review. Relevant articles have been found using the databases PubMed, Cochrane Library, Epistemonikos, PsycINFO, CINAHL, SveMed+, SocINDEX and Web of Science. This is a mix of nursing theoretical, medical and sociological databases who, when combined, cover our issue. The thesis includes six articles.

Results: Two articles found similarities between subjects of Asian and Western cultural background, regarding facial expressions during pain stimulation. They also found that pain has a universal form of expression. One article found that Asian participants had higher pain tolerance than western participants, while another article found that western participants had higher pain tolerance and pain threshold. Three of the articles concludes that one expresses more pain when you are in an ethnic homogenous environment.

Conclusion: The articles that are included does not show any unambiguous differences in pain expression between participants of Asian and western cultures. To interpret minority ethnic patients' pain expressions, nurses needs to show openness and honesty, so the patients feel safe in the wards. The nurses need to avoid the use of ethnocentrism in nursing practice.

Key words: Transcultural nursing, culture, pain expression, Asian, Western

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning med problemstilling</i>	1
1.1	Begrunnelse av problemstilling	2
2	<i>Teori</i>	3
2.1	En sykepleiers utfordringer	3
2.2	Smerte	3
2.2.1	Definisjon.....	4
2.2.2	Ulike typer smerte	4
2.3	Smertekartleggingsverktøy	5
2.4	Stoisisme versus ekspressivitet	6
2.5	Kommunikasjonsmetoder	8
2.6	Kultur	9
2.6.1	Kulturell kompetanse.....	10
2.6.2	Begreper og fremmedgjøring.....	11
2.7	Asiatisk kultur	11
2.7.1	Folkegrupper	12
2.7.2	Religion	12
2.7.3	Overtro.....	12
2.7.4	Livssyn	13
2.8	Vestlig kultur	13
2.8.1	Folkegrupper	13
2.8.2	Religion	14
2.8.3	Overtro.....	14
2.8.4	Livssyn	15
2.9	Innvandrerens helse	15
2.10	Sykepleieteori	16
2.10.1	Madeleine Leininger	16
2.10.2	Kulturell smerte	17
2.10.3	Transkulturell sykepleie	18
2.10.4	Etnosentrisk sykepleie.....	18
3	<i>Metode</i>	19
3.1	Kvantitativ og kvalitativ forskning	19
3.2	Litteratursøk	20

3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	23
3.4	Kritisk vurdering av artikler.....	24
3.5	Kildekritikk.....	25
3.6	Forskningsetikk.....	26
4	Resultat.....	27
4.1	Nonverbalt smerteuttrykk.....	27
4.2	Smertegrense, toleranse og intensitet.....	28
4.3	Holdninger.....	29
4.4	Kulturelt miljø påvirker smerte.....	29
5	Diskusjon.....	29
5.1	Sosial kontekst.....	30
5.2	Asiatisk og vestlig kultur.....	31
5.3	Klinisk overførbarhet.....	32
6	Konklusjon.....	35
7	Referanseliste.....	36
8	Vedlegg.....	39
8.1	Vedlegg 1: Søkehistorikk, alfabetisk rekkefølge.....	39
8.2	Vedlegg 2: Inkluderte artikler.....	52
	 Tabell 1: Søkestrategi.....	 21
	Tabell 2: Funn i artikkel av Cordaro et al. (2018).....	27
	Tabell 3: Resultater om smerteintensitet, smertetoleranse og smertegrense.....	28
	 Figur 1: Enkel, linjær kommunikasjonsmodell (Biti, 2019).....	 8
	Figur 2: Valg av artikler.....	24

1 Innledning med problemstilling

Samfunnet står i dag overfor en økende andel innvandring til Norge. På alle de ulike stedene i helsevesenet vil sykepleiere møte en stadig mer flerkulturell hverdag, hvor både pasienter og pårørende kan ha en annen kulturell bakgrunn enn dem selv. Det kan være turister som av en eller annen grunn har måttet søke behandling og pleie mens de besøker landet, eller det kan være mennesker som har immigrert til Norge og gjort landet til sitt hjemland. Sykepleiere ønsker å utøve helhetlig sykepleie til alle pasienter og å vise respekt, omsorg og verdighet. Hvordan kan dette utføres uten kunnskap om deres kulturelle bakgrunn, verdier, holdninger og normer? Om sykepleiere utøver sykepleie uten kulturell forståelse kan det oppstå konflikt i møte med pasienter av annen kultur enn seg selv. For å unngå dette er kulturelt tilpasset omsorg nødvendig for å skape gode relasjoner med alle pasienter uavhengig av kulturell bakgrunn.

Mennesker fra ulike kulturer kan ha ulik smerteopplevelse og smerteuttrykk, og sykepleiere i norske sykehus kan oppleve kulturforskjeller i smertebegrepet. Vi begynte å interessere oss for dette temaet etter flere opplevelser relatert til forskjeller i kultur og smerteuttrykk i praksisperiodene våre i forbindelse med sykepleiestudiet. Vi møtte sykepleiere som la kulturelt opphav til grunn for administrering av behovsmedisin, for eksempel smertestillende medikamenter postoperativt. Disse sykepleierne uttrykte at mennesker fra enkelte land var mer tilbøyelige for å uttrykke smerte og spørre etter smertestillende selv om de egentlig ikke trengte det. I en situasjon brukte sykepleieren nedlatende kommentarer ovenfor en spesiell kultur, noe som opplevdes som krenkende ovenfor pasienten. Vi reagerte på denne påstanden og oppfattet det som et utsagn preget av fordommer og mangel på respekt. På bakgrunn av dette søker vi mer kunnskap om kulturelle forskjeller i hvordan en uttrykker smerte.

Ved inngangen til 2018 var det registrert 316 485 innvandrere i Norge fra Asia, altså 5,9 % av totalbefolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2019). Utenom Europa og EU28/EØS-land er det flest innvandrere fra Asia i Norge, hvor 236 748 av disse er innvandrere, mens 79 737 er norskfødte med innvandrerforeldre. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2019) er det av den asiatiske innvandringsgruppen i Norge høyest forekomst av innvandrere fra Syria, Irak, Filippinene og Pakistan. Dette tyder på at sykepleiere på norske sykehus kan møte flere pasienter fra ulike

etniske minoriteter fra Asia, og denne oppgaven vil av den grunn sammenligne asiatiske kulturer med vestlige kulturer.

Problemstillingen er dermed:

Er det forskjeller i hvordan en uttrykker eksperimentell smerte mellom asiatiske og vestlige kulturer, og hvordan kan sykepleiere basert på dette tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter på sykehus i Norge?

1.1 Begrunnelse av problemstilling

Vi vil skrive om *eksperimentell smerte*. Eksperimentell smerte er smerte påført under kontrollerte forsøk i forbindelse med forskning. Vi velger å skrive om eksperimentell smerte, da resultatene i mindre grad vil påvirkes av psykiske faktorer som kan oppstå ved somatisk sykdom og kronisk smerte. Slike faktorer kan være frykt for alvorlig skade eller død, samt tanker om hvem som skal forsørge familien om en selv er ufør. I tillegg kan feber påvirke deltakernes selvrapportering av smerte, og smertestillende medikamenter kan påvirke smerteopplevelsen (Reddy, Naidu, Rani & Rao, 2012). Det er viktig å vite at smerteuttrykket påvirkes av disse faktorene, men i denne oppgaven vil vi kun fokusere på den eksperimentelle smerten.

Vi velger å skrive om asiatisk og vestlig kultur fordi det statistisk sett er de to kulturbakgrunnene en vil møte oftest i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019). Når vi bruker uttrykket *minoritetsetniske pasienter* er dette pasienter som er innenfor en folkegruppe som utgjør et mindretall av den totale befolkningen. Gruppen er definert ut ifra etniske karakteristika som religion, språk, kultur, makt eller politisk innflytelse (Wæhle, 2018).

Vi mener oppgaven er relevant for sykepleiefaget da det er sykepleiere som ser pasients smerteuttrykk, tar stilling til administrasjon av behovsmedisin og tar opp med legen behov for smertelindring. Sykepleiere vil også kunne gjennomføre ikke-medikamentell smertelindring (Nilsen, 2013). Av alt helsepersonell på sykehuset er det sykepleierne som har tettest pasientkontakt og som har best egnet mulighet til å oppdage pasientenes behov.

2 Teori

2.1 En sykepleiers utfordringer

Når smerteformidling faller utenom det sykepleieren er vant til kan det være vanskeligere å tolke smerteintensiteten. Smerteuttrykket kan variere fra lite til svært ekspressivt. Ifølge Hanssen (2005, s. 83) kan norske sykepleiere oppleve at etniske minoritetspasienter ofte har et svært ekspressivt smerteuttrykk. At det er det ekspressive smerteuttrykket norske sykepleiere opplever at forekommer oftest kan ha sammenheng med at det er denne måten å uttrykke smerte på en legger lettest merke til i en travel hverdag på sykehuset. Det kan forekomme at sykepleierne gir mindre oppmerksomhet til de pasientene som har et mer beskjedent smerteuttrykk og fordommene vil være påvirket av dette.

Enkelte hypoteser tilsier at asiatiske pasienter har et sterkt behov for å opptre verdig og derfor har et lite ekspressivt smerteuttrykk (Carteret, 2010a). Om dette stemmer er det en mulighet for at disse pasientene lettere kan bli oversett og ikke motta adekvat smertelindrende behandling. Sykepleiere har ofte lang erfaring med å tolke smerteuttrykket hos norske pasienter og kan kanskje overse lite ekspressive smerteuttrykk. Pasienter av minoritetsetnisk bakgrunn kan oppleve at de ikke blir hørt og forstått eller ikke makter å formidle sin sykdomssituasjon, noe som videre kan føre til angst (Hanssen, 2005, s. 83). Sykepleiere må derfor vurdere om sine observasjoner og tolkninger er basert på fordommer eller kunnskap.

Ifølge Narayan (2010, s. 40) har hver enkelt pasient et unikt kulturelt perspektiv som sykepleiere må akseptere når de skal gi tilfredsstillende smertebehandling til pasienter. Sykepleiere må være oppmerksom på kulturelle mønstre, som tro, verdier og handlinger, som kan påvirke både deres egne og pasientenes reaksjoner på smerte. Samtidig er det viktig å ikke forhåndsdømme pasientene basert på en stereotypi ved å anta at de vil reagere på smerte ut ifra en spesiell type kulturs mønstre. Ifølge sykepleieteoretikeren Madeleine Leininger (2002b, s. 52) er det viktig for sykepleier å forstå at ulike kulturer reagerer ulikt på både fysisk og emosjonell smerte.

2.2 Smerte

2.2.1 *Definisjon*

Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som forbindes med skade, eller noe som virker som en skade, i en del av kroppen (Merskey & Bogduk, 2017). Smerte er en universell og personlig opplevelse, og smertefølsomhet varierer betydelig fra person til person (Nielsen, Steingrimsdóttir, Handal & Skurtveit, 2018). Én skade kan fremkalle sterk smerte hos en person, mens en annen ikke ville opplevd smerte i det hele tatt. I tillegg til det som utløser smerten er det flere faktorer som spiller inn på smerteopplevelsen, både psykiske, sosiale og kulturelle faktorer. Tidligere erfaringer og opplevelser kan også ha noe å si for den enkeltes smerteopplevelse (Merskey & Bogduk, 2017).

2.2.2 *Ulike typer smerte*

Det finnes fire ulike typer smerte basert på hvordan smerten oppstår; nociceptiv, nevropatisk, idiopatisk og psykogen. Nociceptiv smerte er smerte som oppstår ved aktivering av nervefibrene ved vevsskade. Dette kan oppstå i indre deler av kroppen som ved betennelsesreaksjoner i muskulatur, og ytre deler av kroppen som ved når en kutter seg i fingeren. Når dette skjer utløses det ulike stoffer som aktiverer nervefibrene slik at hjernen oppfatter skaden og får beskjed om hvor skaden sitter (Norsk Helseinformatikk, 2017).

Nevropatisk smerte oppstår ved skade i nerver eller i hjernen. Dette skjer typisk ved kirurgi, amputasjoner, fysiske traumer, hjerneslag og senkomplikasjoner etter cellegiftbehandling (Nielsen et al., 2018). Et annet eksempel på nevropatisk smerte er fantomsmerter. Det oppstår når nervefibrene er kuttet av, noe som kan føre til økt stimulering av nervefibrene (Norsk Helseinformatikk, 2017).

Idiopatisk smerte er smerte som en ikke kjenner årsakene til og er som oftest nakke- hode- og ryggsmertor. Psykogene smerter er smerter forårsaket av psykiske faktorer. Dette betyr at kroppslig besvær kan føre til psykiske symptomer, og at psykisk besvær kan komme til uttrykk gjennom kroppslige symptomer. Psykogene smerter brukes mest om den sistnevnte. Eksempler på dette er angst og depresjon (Norsk Helseinformatikk, 2017).

Smerte kan deles inn i akutt og langvarig smerte. Ifølge Nielsen et al. (2018) er akutt smerte et varsel om sykdom eller skade som fører til at vi setter i gang tiltak for å beskytte oss selv, for

eksempel at vi trekker hånden raskt vekk fra en varm kokeplate. Det finnes effektiv medikamentell behandling for de fleste akutte smerter. Ifølge Norsk Helseinformatikk (2017) varer akutt smerte mindre enn et halvt år, men kan variere fra sekunder til dager eller uker. Ved akutt smerte skjer det en aktivering av nociceptorer og smerten opphører når stimuleringen av nociceptorene er over. Akutt smerte er en viktig beskyttelsesfaktor mot mulige skadelige ting i omgivelsen og kan dermed føre til en viss angstfølelse som kan påvirke smerteopplevelsen (Norsk Helseinformatikk, 2017).

Langvarig smerte, også kalt kronisk smerte, er smerte som har varighet på minimum et halvt år (Norsk Helseinformatikk, 2017) og er vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter (Nielsen et al., 2018). Denne type smerte har ikke et formål ettersom den ikke advarer mot noe. Ifølge Nielsen et al. (2018) er smerter i muskel- og skjelettsystemet den vanligste årsaken til kronisk smerte, men kronisk smerte fra andre vevstyper er også hyppig forekommende. Langvarige smerter innebærer ofte sammensatte årsaksmekanismer og behandlingen vil derfor være langt mer krevende enn ved akutt smerte.

2.3 Smertekartleggingsverktøy

For å kartlegge smerte finnes det ulike standardiserte verktøy som viser til konsekvent registrering av smerteproblematikk og fører til god kommunikasjon mellom pasient, sykepleier og lege. For selvrapportering av smerteintensitet finnes smerteregistreringsverktøy som *visuell analog skala* (VAS) og *visuell numerisk skala* (VNS) som brukes til å angi nivået av ulike typer plager (på engelsk: *numerical rating scale* (NRS)). VAS er en visuell skala med en 10 cm lang rett linje hvor resultatet kan avleses i antall millimeter (0 – 100 mm) eller centimeter (0 – 10 cm). I venstre del står det for eksempel «ingen smerter» mens det i høyre del står «verst tenkelige smerter». Det finnes også andre varianter med blant annet gråtoner, fargeuttrykk eller ansiktsuttrykk som kan gjøre det lettere for barn eller personer med språkvansker å rapportere smerteintensitet. VNS er en numerisk skala hvor resultatet er oppgitt i tall fra 0 – 10. Ved bruk av denne skalaen kan en spørre pasienten; «hvis 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte, hvor vondt har du nå?» (Faiz, 2013).

Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er anbefalt for personer med kognitiv svikt eller språkvansker. Det finnes tre kartleggingsverktøy av denne typen som er oversatt til norsk og utprøvd iblant annet norske sykehjem. *Checklist of nonverbal pain indicators* (CNPI) er en

skala som består av seks atferdsbaserte smerteindikatorer. Listen omfatter verbale klager og ikke-verbale uttrykk, ansiktsgrimaser, klamring, uro, massering eller gniing av det affiserte området og høylytte klager eller verbale uttrykk. På hver av de seks punktene på listen skåres 1 for observert eller 0 for ikke observert (Galek & Gjertsen, 2011).

Doloplus-2 er et kartleggingsskjema som kartlegger smerte hos eldre med kognitiv svikt. Skjemaet består av ti punkter som er gruppert i tre områder; somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer. Somatiske plager observeres via ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykomotoriske endringer observeres via nedsatt funksjon i stell og forflytning. Psykososiale reaksjoner observeres via atferdsproblemer og endringer i kommunikasjon og sosialt liv. Observatøren skårer fra 0 – 3 på de punktene som er relevante for den enkelte pasient, total skår kan da være fra 0 – 30. Skår over 5 indikerer smerte som bør utredes videre (Galek & Gjertsen, 2011).

MOBID-2 smerteskala er et instrument som brukes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens og er designet ut ifra pasientens hverdagssituasjon på sykehjem (Sandvik & Husebø, 2011, s. 64). Ifølge Sandvik og Husebø (2011, s. 64) er hensikten med skalaen å fange opp og observere smertereaksjoner under stell og mobilisering. Del 1 går på smerter relatert til muskulatur, skjelett og ledd, hvor pasienten utfører fem standardiserte bevegelser. Her vurderer pleieren pasientens respons og smerteatferd ut ifra lyder, ansiktsuttrykk og avvergende reaksjoner. Atferden tolkes ut ifra en 0 – 10 punkts skala, numerical rating scale (NRS). Del 2 går ut på at pleieren skal være oppmerksom på atferd som gir uttrykk for smerter fra indre organer, hode og hud. Slike smerter kan oppstå på grunn av sykdom, sår, infeksjoner eller ulykker. Observasjoner gjort samme dag eller i løpet av siste uken skal inkluderes i instrumentet og vurderes ut ifra intensitet på en skala fra 0 – 10, sortert etter kroppens organer. Til slutt blir den totale smerteintensiteten vurdert av en sykepleier på en egen skala fra 0 – 10 (Sandvik & Husebø, 2011, s. 64).

2.4 Stoisisme versus ekspressivitet

Smerte blir oppfattet som en del av den universelle menneskelige erfaringen. Mange går derfor ut ifra at kommunikasjon om smerte vil være uproblematisk, også på tvers av kulturer (Sussex, 2015). Ifølge Hanssen (2005, s. 15) kan imidlertid norske helsearbeidere møte forventninger og atferd som en ikke er vant til ettersom minoritetsetniske grupper kan ha

svært forskjellige tanker og behov. Hanssen (2005, s. 30) påpeker at smerteopplevelse i stor grad er påvirket og tilegnet gjennom læring når det gjelder både psykiatriske og somatiske symptomer. Dette vil si at helt fra vi er små barn lærer vi hva vi legger vekt på hvis vi ikke føler oss vel, hvilke symptomer vi anser som viktige, hvilke vi overser, og hvordan vi uttrykker symptomene.

Stoisisme handler om å ha selvbeherskelse og sinnsro. Stoiske kulturer fokuserer på det som er viktigst og ønsker å bevare kontrollen over seg selv (Nemko, 2016). Narayan (2010, s. 40) mener at stoiske kulturer har en tendens til å unngå nonverbal kommunikasjon som stønn og skrik når de er i smerte. De prøver å «holde masken» og ønsker ikke å vise at de har smerte, selv via grimaser. Dette er fordi de er engstelig for å bli sett på som svake hvis en innrømmer eller viser at de har smerte, noe som kan føre til at de unngår å fortelle om smerte, selv hvis noen spør dem. Det kan være at de ønsker å få være alene i et håp om ikke å forstyrre andre. Dette kan være påvirket av at de gjennom hele livet har lært å oppføre seg på en måte der en ikke søker oppmerksomhet og omsorg når en har det vondt (Narayan, 2010, s. 40).

På en annen side eksisterer det kulturer som har et mer ekspressivt smerteuttrykk og som har lært fra barndommen at det er naturlig å grynte og skrike når en opplever smerte (Narayan, 2010, s. 40). De tenker gjerne at dette er den beste måten å håndtere smerte på. Noen kulturelle grupper oppfordres til å søke oppmerksomhet og støtte under smerte, noe som oppfordrer omsorgsyteren til å ligge merke til disse personene. Personene i disse kulturelle gruppene ønsker gjerne ikke å være alene når de opplever smerte. Selv om sykepleiere har sine forventninger om hvordan en skal reagere på smerte, må en vite at ingen smertereaksjon er hverken riktig eller feil. Reaksjonene vil variere og kan være et resultat av kulturelle mønstre og forventninger (Narayan, 2010, s. 40).

Sussex (2015) viser til at smerteuttrykket i Europa var mer tilbakeholdent på 1700 – tallet, da kristendommen forkynnet at smerte var en straff fra Gud. Mennesker ble da oppfordret til å lide i stillhet. Dette endret seg imidlertid i løpet av århundrene, da smertebehandling ble medikalisert. Han mener at mennesker i de europeiske kulturene i dag blir oppfordret til å uttrykke smerten de føler og «få det ut». Dette setter han i forbindelse med en forventning om at smerte skal fjernes eller dempes av smertestillende midler, og de smertestillende midlene kan kreves av legen om en synliggjør smerten en har.

Sussex (2015) mener at det er en annen situasjon i Øst-Asia. Dette er begrunnet med at det oftest er et større sosialt gap mellom lege og pasient, og at pasienten av denne grunn ikke forventer smertestillende medikamenter på samme måte som en gjør i vestlige land. Han mener dette er en av grunnene til at mennesker fra Øst-Asia viser et mer tilbakeholdent smerteuttrykk.

2.5 Kommunikasjonsmetoder

Kommunikasjon er en prosess der informasjon blir utvekslet mellom individer gjennom et felles system for symboler, tegn eller oppførsel (Merriam-Webster, 2019). Det er alltid en sender og en mottaker som vist i figur 1. *Sender* er den som formidler informasjon og *mottaker* er den som skal forstå budskapet (Dahl, 2018). Kommunikasjon deles inn i to hovedtyper: verbal, og nonverbal. *Verbal* kommunikasjon er kommunikasjon som gjøres med ord, enten i skriftlig eller muntlig form. *Nonverbal* kommunikasjon er kommunikasjon uten ord og er nyttig for å kommunisere blant annet følelser (Sander, 2017). Slik kommunikasjon er en betydelig del av menneskets kommunikasjon. Hele kroppen brukes, ofte ubevisst, for å uttrykke følelser og holdninger.

Figur 1: Enkel, linjær kommunikasjonsmodell (Biti, 2019)



Ansiktsuttrykk er et eksempel på nonverbal kommunikasjon (Eskelund, 2014, s. 7). Ved å se på ansiktsuttrykk kan mottaker innhente informasjon selv før senderen har begynt å snakke. De fleste sykepleiere vil i stor grad tolke ansiktsuttrykk i møte med mennesker som ikke snakker samme språk (Dobrin, 2013). Det er viktig å være klar over at det er kulturelle forskjeller i hvordan sender bruker ansiktsmusklene og hvordan mottaker tolker andres ansiktsuttrykk. Studier tyder imidlertid på at det er lettere for mennesker å tolke ansiktsuttrykkene til dem de deler kulturell bakgrunn med. Om en migrerer og tilbringer tid i en annen kultur vil en øve opp ferdigheter for å tolke ansiktsuttrykkene til vertskulturen raskere og mer nøyaktig (Elfenbein & Nalini, 2003).

Informasjon kan også formidles nonverbalt med *kroppsspråk*. Vinking og peking er tydelige nonverbale tegn de fleste forstår. Kroppsholdning kan formidle informasjon ved demonstrativ kryssing av armer og lignende, men dette er et tema som ofte blir overanalysert av populærkulturelle artikler og bøker. *Øyekontakt* er en stor del av den nonverbale kommunikasjonen og kan blant annet formidle interesse og avsky (Cherry, 2019). Hvor lenge og i hvilke sammenhenger en holder øyekontakt varierer derimot fra kultur til kultur. I Japan vil en ha mindre øyekontakt og se ned når en tenker (McCarthy, Lee, Itakura & Muir, 2006). Der vil mange fokusere på øynene når en avgjør andres emosjoner (Yuki & Masuda, 2007). Amerikanere vil i større grad tolke emosjoner basert på munnen til den de observerer og vil oftere se opp når de tenker (McCarthy et al., 2006).

Kroppskontakt er en annen form for nonverbal kommunikasjon, og kan formidle profesjonalitet, vennskap eller tiltrekning, men kan tolkes svært ulikt i forskjellige kulturer (Eskelund, 2014, s. 16). *Paralingvistikk* er tonefallet den verbale kommunikasjonen har og regnes også som en del av nonverbal kommunikasjon. Ved å endre tonefall kan budskapet i setningen forandres. Alle lyder som ikke er ord regnes som nonverbal kommunikasjon. Dette kan for eksempel være latter, skrik, eller klynking (Cherry, 2019).

En viktig del av kommunikasjon er tolkningen mottakeren gjør. Både verbal og nonverbal kommunikasjon gir informasjon som mottakeren må tolke (fig. 1). Senderen koder sin beskjed så budskapet formidles, samtidig som den sosiale relasjonen mellom de to opprettholdes (Dahl, 2018). Hvordan beskjeden skal kodes og tolkes er ulikt i forskjellige kulturer, og dette kan være grobunn for misforståelser og fornærmelser. I enkelte kulturer bør sender være presis og direkte i både sin verbale og nonverbale kommunikasjon. Ved å gjøre dette er det relativt enkelt å tolke budskapet til mottakeren. Andre ganger bør senderen være mer fintfølede og formulere seg slik at mottakeren ikke «taper ansikt». Dette gjør tolkningen av budskapet noe mer komplisert og mottakeren må bruke konteksten kommunikasjonen gjøres i for å tolke budskapet. Dette kalles derfor for *høykontekst-kommunikasjon*. Høykontekst-kommunikasjon er spesielt vanlig i øst-asiatiske land. *Lavkontekst-kommunikasjon*, altså den mer direkte kommunikasjonstypen, brukes mye i Norge. Dette kan gjøre situasjonen komplisert når en pasient fra Asia skal kommunisere sin smerte til en sykepleier av norsk etnisitet (Eskelund, 2014, s. 17-18).

2.6 Kultur

Det eksisterer mange definisjoner og tolkninger av ordet *kultur* (Thorbjørnsrud, Norvoll, Rugkåsa & Brodtkorb, 2009, s. 203). Det er vanlig at en ser tydelig for seg avgrensede rammer for hva de ulike kulturene innebærer og fokuset blir ofte på ulikhetene mellom kulturene. Dette kan forekomme ettersom mennesker ordner inntrykk etter oppfattede likheter og forskjeller (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 212). På bakgrunn av dette diskuterer antropologer seg imellom om det generelle kulturbegrepet skaper konflikt og om en derfor burde avskaffe begrepet kultur som faglig begrep.

Som faglig begrep lar ikke en kultur seg tydelig avgrense, men flyter over i andre kulturer og er i konstant forandring. Sosialantropologen Arne Martin Klausen mener at «Kultur er de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon» (1992, s. 27). Med andre ord innebærer kulturbegrepet for antropologer alt som er tillært. Det vil si at innenfor antropologien har genetikk og kultur ikke sammenheng (Klausen, 1992, s. 11).

I denne oppgaven ligges det vekt på at kultur definerer normer, verdier og holdninger. Kultur styrer våre forventninger og aksept om hva som er rett atferd. Normer, tradisjoner og verdensbilde påvirker hvordan en oppfatter smerte som fenomen. Hvordan en uttrykker smerteopplevelse til andre styres av den enkeltes kulturelle bakgrunn (Bjørkli, 2019, s. e-76013).

2.6.1 *Kulturell kompetanse*

Kulturell kompetanse er et begrep som diskuteres i utdanningsforløpet til sykepleiere. Ofte handler denne diskusjonen om hvordan «vi» som majoritet kan forstå og behandle «de andre» som minoritet. Minoriteten det er snakk om er vanligvis mennesker som har innvandret til Norge fra andre kontinenter. Det er lett å tenke at en kun trenger kulturell forståelse og kompetanse i møte med innvandrere fra andre verdensdeler, men faktum er at en benytter seg av kompetansen sin hver dag og i møte med alle. For eksempel ville en forklart medisinske diagnoser på en annen måte til en pasient med medisinsk utdanning enn et barn (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 203). Det er for eksempel et kulturskifte å bli lagt inn på sykehus eller flytte til sykehjem. Der vil rutiner, skikker og kommunikasjonsformer være annerledes og dette må sykepleiere ha forståelse for i møte med pasienten. Det kan være lett å

glemme at kulturen er en del av hvordan en tenker. Skal en utvikle god kulturell kompetanse må en ha en forståelse for både sin egen og andres kultur, og hvordan kulturene påvirker hverandre (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 201).

2.6.2 Begreper og fremmedgjøring

Bruken av ord som *vi* og *dem* er problematisk når en skal forstå andre kulturer, da en ved å bruke disse begrepene formidler sin egen forståelse av hva som er normalt og unormalt. Dette tydeliggjøres i antropologen Horace Mitchell Miners artikkel, der han tar for seg *Nacirema-folket*, en Nordamerikansk stamme og deres kulturelle og hellige ritualer. Disse menneskene har en forestilling om at kroppen er stygg, ekkel og at den forfaller. I denne forbindelse gjennomfører de mange daglige ritualer for å motvirke kroppens forfall og unngå sykdom. De har et hellig rom i bostedet som blir benyttet til å gjennomføre disse ritualene og alle familiemedlemmer går alene inn i rommet hver morgen. En av de viktigste ritualene innebærer at de dekker en myk bust med en karakteristisk luktende balm, som de så plasserer i munnen og beveger i faste rituelle mønstre. Om ikke dette gjøres opp til flere ganger daglig tror Nacirema-folket at det vil sette deres sosiale relasjoner tilbake og at partneren deres vil forlate dem. De tror også at munnen vil endre farge og lukt, at det vil begynne å blø, og at tennene vil falle ut (Miner, 1956).

Om en leser om Nacirema-folket med vestlige øyne vil det for de fleste høres eksotisk og annerledes ut. Poenget med artikkelen er imidlertid at dette ikke handler om et eksotisk og mystisk folk, men om helt vanlige amerikanere. Nacirema er nemlig American baklengs. Det hellige rommet er badet og munn-ritualet er tannpuss. Denne artikkelen fremhever hvordan en kan misforstå og fremmedgjøre hele den vestlige kulturen i så stor grad at selv vestlige ikke kjenner den igjen lenger, kun ved å benytte fremmed terminologi og å snakke om *dem* istedenfor *oss* (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 205).

2.7 Asiatisk kultur

Asia er verdens største verdensdel både i areal og i folketall. Hele 60 % av verdens befolkning bor i Asia. Det er derfor store ulikheter fra land til land og fra landsdel til landsdel (Thuesen, 2018).

2.7.1 *Folkegrupper*

Gjennom tidene har det vært flere store folkevandringer som har ført til at Asias befolkning er meget variert. I grove trekk kan en dele opp befolkningen i to hovedgrupper: de mongolske og de kaukasiske folkegruppene. De mongolske folkegruppene befinner seg i nord og øst. Kinesere, mongoler, koreanere og japanere er eksempler på mongolske folkeslag. Den kaukasiske folkegruppen befinner seg i Midtøsten, Afghanistan, Pakistan, og India. I tillegg til de to store gruppene finnes mange små, eldre folkegrupper, som ikke kan klassifiseres under noen av disse hovedgruppene (Thuesen, 2018).

2.7.2 *Religion*

Kristendommen, islam, buddhisme og hinduisme har sin opprinnelse i Asia og alle religionene praktiseres der. Islam og buddhisme har i dag sin største utbredelse i Asia. Islam er en sentral religion i mange land, blant annet Pakistan, Malaysia og Indonesia. I tillegg er det en viktig minoritetsreligion i flere land som India, Kina og Filippinene. Buddhismen har mange lokale variasjoner, men har i de fleste steder beholdt munkepraksisen som et sentralt punkt i religionen. Buddhisme er en sentral religion iblant annet Sri Lanka, Tibet, Korea og Japan, mens Hinduisme er den viktigste religionen i India og Nepal. Det har blitt drevet kristent misjonsarbeid i Asia i flere hundre år og i dag er kristendommen en viktig religion i India, Filippinene, Kina og Japan. I tillegg til de store verdensreligionene er det flere folkegrupper som har beholdt sine lokale religioner. Dette gjelder spesielt i fjellområder i India, Nepal, og Sørøst-Asia (Kværne, 2014).

2.7.3 *Overtro*

Ifølge Andaya (1997) ser de fleste i dag på modernitet som å bli mer europeisk. Det vil si å legge fra seg tradisjonelle religioner og skikker, og ta inn materialistiske verdier. Duara (1991) skriver at kinesiske reformatorer så på folkets åndskultur som en hindring for modernisering av landet. I Japan dukket det ifølge Laurel (2002) opp et nytt vokabular i forbindelse med modernisering. Ordet overtro ble for første gang introdusert til det asiatiske språket, og representerte det umoderne og ikke-vitenskapelige. Dette spredte seg til andre øst-asiatiske land, og det ble startet store kampanjer som endte i lovgivning som forbød ritualer forbundet med ånde verdenen (Endres, 2011).

I løpet av 80-tallet kom de lokale religionene tilbake, og i mange asiatiske land er i dag overtro en stor del av folkets hverdag (Endres, 2011). Studier tyder på at det for eksempel i Singapore er lønnsomt for butikker å prise varene sine etter slik overtro. Tallet 8 er et lykketall i dette landet, og priser som slutter på 8 vil derfor være mer attraktivt for kunder. Dette er i motsetning til priser som slutter på tallet 4, ettersom dette er et ulykkestall i Singapore (Westjohn, Roschk & Magnusson, 2017).

2.7.4 Livssyn

Det finnes mange unntak, men generelt sett er den asiatiske kulturen preget av familisme og kollektivism (Robson, 2017). Kollektivism er et standpunkt som regner sosial tilhørighet som en primærverdi og derfor prioriterer kollektivets behov foran individets. Familisme har fokus på at dette kollektivet er en familie og beskriver et sosialt mønster som verdsetter lojalitet, tillit og samarbeid innad i familien (Garzón, 2002). I enkelte kulturer er individualitet et tabu og det passer ikke inn i folkets filosofiske hverdag (Leininger & McFarland, 2006, s. 9). Familisme står ofte i sammenheng med en *utvidet familiemodell*. En familie som passer inn i denne modellen vil i dagliglivet ta del i et større familiært nettverk. Dette kan innebære foreldre, søsken, besteforeldre, onkler og tanter. I mange tilfeller bor hele denne utvidete familien under samme tak (Carteret, 2010b). Det er fordi storfamilien regnes som den minste og viktigste sosiale enheten (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 31). Hvilke roller hvert familiemedlem har vil variere fra familie til familie, men en generell regel er at familiens eldste mann har ansvar for det som skjer utenfor huset, mens den eldste kvinnen har ansvar for det som skjer innenfor. Dette varierer imidlertid, og den eneste måten en kan være sikker på er ved å spørre (Carteret, 2010b).

2.8 Vestlig kultur

Det er mange som setter likhetstegn mellom «vesten» og «rike land i Europa og Nord-Amerika». Statistisk sentralbyrå mente ordet var for upresist og sluttet i 2008 med å bruke det. Istedenfor dette ramser de opp de konkrete landene de snakker om, nemlig EU28/EØS, Canada, USA, Australia og New Zealand (Høydahl, 2008).

2.8.1 Folkegrupper

Gjennom mesteparten av menneskets historie har folkegrupper fra Asia og Afrika vandret inn i Europa. Dette har resultert i en variert, men hovedsakelig lyshudet mennesketype, som tilhører den kaukasoide menneskegren (Sommerfelt, 2017).

Europeerne har invadert en rekke land og spredt sin kultur til blant annet USA, Canada, Australia og New Zealand (Adas, 2002). Urbefolkningene i områdene har ofte tilhørighet til både den vestlige kulturen og urbefolkningens kultur ettersom det i hele vesten har blitt drevet aggressiv assimileringpolitikk rettet mot denne delen av befolkningen (Wilson, 2003).

2.8.2 Religion

Kristendommen har vært den dominerende religionen i Europa i flere hundre år, noe som eksisterer fortsatt. Det er imidlertid den sterkeste sekulariserte verdensdelen (Michalski, 2006). Europeerne spredte sin kristne kultur og har resultert i at kristendommen er den dominerende religionen også i USA, Canada, Australia og New Zealand (Kloster, Lende, Løland & Horsfjord, 2018).

2.8.3 Overtro

En stor majoritet av vestens befolkning, samt store deler av verden, har en sterk overbevisning om at verden styres av krefter som ikke kan sees. En kan kun observere virkningen disse kreftene har på naturen. Uten disse kreftene er mange overbevist om at verden ikke ville sett ut som den gjør i dag og at mennesker ville ikke overlevd. Noen vier livet sitt til å studere disse kreftene og det medbringer høy status i samfunnet, og i noen tilfeller rikdom. Disse menneskene forkynner sin visdom og barn får undervisning i deres navn og deres lære på skolen fra en tidlig alder. De kalles forskere, og deres fag kalles naturvitenskap (Opler, Malinowski & Redfield, 1949, s. 96-99).

Innenfor sport har også overtro en viktig rolle i vesten. For eksempel har mange profesjonelle utøvere av baseball strenge ritualer de følger før hver kamp, i den tro at det vil påvirke tilfeldighetene i spillet. Den profesjonelle baseballspilleren Boggs spiste for eksempel kylling før hver eneste kamp hele sin karriere. I tillegg dro han alltid hjemmefra på det samme tidspunktet hver dag, nøyaktig fem timer og 18 minutter før kampstart (Gmelch, 1971, s. 1-3).

2.8.4 Livssyn

I noen kulturer står individet sterkt og i den grad en kan snakke om vestlig kultur er det en av disse (Heine, Lehman, Markus & Kitayama, 1999). Dette kalles individualisme. Her er det kjernefamilien med foreldre og barn som er regnet som den minste og viktigste sosiale enheten (Thorbjørnsrud et al., 2009, s. 31). Ekteskap er en avtale som kun kan inkludere to mennesker og det er sosialt straffbart å inngå ett nytt ekteskap før det forrige er oppløst. Det er forventet at nygifte par bosetter seg alene og at unge voksne flytter ut av foreldrenes bolig (Klausen, 1992, s. 138-145).

2.9 Innvandrers helse

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2019) er *innvandrere* personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. *Norskfødte med innvandrerforeldre* er personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Dette ble tidligere kalt *første-, og andregenerasjonsinnvandrere* (Dzamarija, 2008). Av totalbefolkningen i Norge er andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 17,7 % (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Ifølge Diaz referert i Andreassen (2018) er innvandrere i Norge friskere enn nordmenn generelt. De har noe flere kroniske plager, som diabetes, enn den norske befolkningen (Diaz, referert i (Andreassen, 2018). De har derimot mindre forekomst av kreft (Hjerkind et al., 2017). Ifølge en registerstudie av Elstad (2016) angående bruk av helsetjenester blant innvandrere i aldersgruppen 30-69 år i Norge legges innvandrere noe sjeldnere inn på sykehus enn befolkningen for øvrig. Samtidig er det forskjeller etter landbakgrunn og innvandringsårsak. Andelene var høyest blant innvandrere fra Sør- og Vest-Asia, men lavest blant innvandrere fra resten av Asia og Europa. Blant flyktninger var andelen med innleggelse høyere enn i befolkningen for øvrig, men lavere blant arbeidsinnvandrere (Elstad, 2016).

Enkelte studier tyder på at etnisk minoritetsbefolkning står i fare for å i mindre grad motta smertelindring etter gjeldende retningslinjer (Cleeland, Gonin, Baez, Loehrer & Pandya, 1997; Hobara, 2005). Dette kan ha sammenheng med helsepersonellens manglende kunnskap om ulike kulturers smerteuttrykk, i tillegg til utilstrekkelige smertekartleggingsverktøy. Ifølge

Diaz og Kumar (2018) kan pasientenes helse påvirkes av kulturelle oppfatninger av tegn på sykdom og når en bør oppsøke lege. Språkbarriere og andre kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering. I tillegg påpeker de at helsepersonell kan ha manglende kunnskap og kompetanse om vanlige helseutfordringer hos innvandrere. Ettersom 17,7 % av Norges befolkning er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre er dette et område sykepleiere ikke kan tillate seg å være kunnskapsløse på (Statistisk sentralbyrå, 2019).

2.10 Sykepleieteori

Teori er generelt en forestilling eller en ide som forklarer opplevelser, tolker observasjoner og beskriver forhold. Teorier er mentale mønstre eller konstruksjoner laget for å bedre forstå og finne mening i det vi opplever, forstå og formidle kunnskap, og stille spørsmål som fører til ny innsikt. Sykepleieteori beskriver ulike fenomen i sykepleie på en systematisk måte hvor formålet er å forstå sykepleiepraksis og forskning. Slik teori tar for seg ulike pasientgrupper, forholdet mellom pasient og sykepleier, og hensikten og formålet med utøvelse av sykepleie. Sykepleiepraksis er både kilden til og målet for sykepleieteori, og ved å bruke teori i utøvelsen av sykepleie kan sykepleiere observere og vurdere fenomen på ulike måter og kritisk evaluere utfallene. Det er viktig å stille spørsmål ved om teoriene som er utviklet og utøvd i en majoritetskultur er innenfor å anvende i møte med pasienter av andre kulturer (Parker, 2005, s. 4-11).

2.10.1 Madeleine Leininger

If human beings are to survive and live in a healthy, peaceful and meaningful world, then nurses and other health care providers need to understand the cultural care beliefs, values and lifeways of people in order to provide culturally congruent and beneficial health care. (Leininger, 2002c, s. 3)

Madeleine Leininger var en amerikansk sykepleieteoretiker med doktorgrad i antropologi, som har bidratt til å utvikle tverrkulturell sykepleie (Leininger & McFarland, 2006, s. x-xi). Hun grunnla *Transcultural nursing society*, som i dag jobber med at sykepleiere skal få kompetanse i transkulturell sykepleie. Sitatet over forklarer tydelig hvor viktig det er at sykepleiere har en kulturell forståelse når det gjelder pasientens verdier, ønsker, behov og forventninger for å kunne yte omsorgsfull og helhetlig sykepleie. Sykepleiere er den største

gruppen innenfor helseprofesjonelle yrker og har dermed en stor og viktig rolle i møtet med pasienter av ulike kulturer. Av denne grunn bør sykepleiere ha god kunnskap om de ulike kulturenes helse- og omsorgsbehov og respektere dette i møtet med pasientene (Leininger, 2002c, s. 4).

The culture care theory (CCT) er en teori utviklet av Madeleine Leininger på 1950-tallet da hun så at det var mangel på forskning og dermed ingen undervisning som kombinerte sykepleie og kultur. Teorien bygger på at omsorg er grunnleggende verdier for å ivareta andre menneskers verdighet, og at dette er nødvendig for at pasientene skal bli frisk. Leininger og McFarland (2006, s. xi-12) definerer omsorg som handlinger, holdninger og skikker som skal assistere eller hjelpe andre til helbredelse og velvære. Hensikten med teorien er å oppdage og forklare hvordan kultur og omsorg er gjensidig avhengig av hverandre. Målet med denne teorien er å oppdage både de globale og lokale omsorgsfenomener. Ifølge Leininger skal denne kunnskapen brukes til å yte kulturelt tilpasset sykepleie slik at pasienter får hjelp til å bedre sin helse, få økt velvære og raskere bedring av sykdom (Leininger & McFarland, 2006, s. 1-14).

Leininger (2002c, s. 9) presenterte begrepet «*culture-specific care*» på 1960-tallet. Begrepet bygger på at kulturer varierer i måten de spiser på, måten de gjør ting på, og i hvordan de ønsker å bli tatt vare på når de er syke eller døende. Sykepleiere kan tilby pasientene kultur-spesifikk omsorg ved å bygge dette på pasientenes egne verdier og praktisere sykepleie på en måte som møter deres behov, ønsker og forventninger. Det er viktig å unngå å utøve sykepleie med en tanke om at alle har de samme behovene. Dette er blant annet for å unngå at pasientene blir misfornøyde og får dårligere behandling og omsorg (Leininger, 2002c, s. 9).

«To be culturally competent means to assess and understand culture, care, and health factors and use this knowledge in creative ways with people of diverse or similar lifeways» (Leininger, 2002a, s. 117).

2.10.2 *Kulturell smerte*

Kulturell smerte blir forklart av Leininger (2002b, s. 52) som smerte som oppstår på grunn av at sykepleiere og annet helsepersonell ikke klarer å gjenkjenne pasientenes ubehag og fornærmelse. Denne type smerte oppstår når en føler at ens egen kultur, deriblant holdninger, verdier, tro og ønsker, blir oversett og ikke tatt hensyn til. Sykepleiere har stor mulighet til å

oppdage kulturell smerte hos etniske minoritetspasienter ettersom det er sykepleiere som hører etter og observerer pasienter fra ulike kulturer. Et eksempel på kulturell smerte er hvis en sykepleier bryter en families kulturelle tabu. Dette kan føre til at pasienten føler seg undertrykt og fornærmet ovenfor seg selv og familien, noe som igjen kan føre til smerte (Leininger, 2002b, s. 52).

2.10.3 *Transkulturell sykepleie*

Målet innenfor *transkulturell sykepleie* er å utøve kultur-spesifikk og universell sykepleieomsorg hvor en ivaretar pasientens tro, verdier og handlinger hos dem med både like og ulike kulturer (Leininger, 2002b, s. 46). Ifølge Saadati (2009, s. 56) vil sykepleiere som ofte møter og kommuniserer med flerkulturelle pasienter lære å være mer åpen, likeverdig og mindre etnosentrisk ovenfor etniske minoritetspasienter. De viser større evne til å oppfatte beskjeder riktig og tolker dem ut ifra egen forståelse av sin smertetilstand. Dette er spesielt viktig ettersom pasienter fra en annen kultur kan vise andre kroppslige tegn og holdninger til sine smerter enn majoritetskulturen.

Transkulturell sykepleie kan føre til en opplevelse av åpenhet og gjensidighet, og sykepleieren kan på denne måten bygge en bro mellom seg og pasientene for å få kontakt med deres sårbare sjel, preget av smerter og det å være i et fremmed i land. Pasientene kan på denne måten åpne seg mer og ha et ønske om å prate om sine smerteopplevelser. Et slikt gjensidig og likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier oppfylder kravet til transkulturell sykepleie og bidrar til at pasientenes individuelle behov kan bli tilfredsstilt på en best mulig måte. Pasienter med flerkulturell bakgrunn kan ha redusert selvtillit i en sykdomssituasjon på grunn av kulturforskjell og trenger derfor mer sosial støtte og forståelse (Saadati, 2009, s. 56).

2.10.4 *Etnosentrisk sykepleie*

Etnosentrisme er et viktig konsept innenfor transkulturell sykepleie og påvirker hvordan en tenker og handler (Leininger, 2002b, s. 50). Etnosentrisme er troen om at sin egen måte å handle, tenke og oppføre seg på er den beste og foretrukne måten (Leininger, 2002b, s. 50). Sykepleiere med mindre kjennskap til etniske minoritetspasienter kan være mer etnosentrisk og vurdere pasienter ut ifra sine egne kulturelle verdier. Sykepleiere har lært å observere og kartlegge smerte på en spesiell måte, og vurderer pasienters smertetilstand ut ifra sine egne

verdier. Leininger mener at det kan oppstå problemer hvis en holder et for godt tak i sin egen tro, verdier og normer, istedenfor å se godt etter og respektere andres syn (Leininger, 2002b, s. 50).

Sykepleiere forholder seg til smerteintensitet, -varighet og -lokalisering slik at de kan få oversikt over den fysiske smertetilstanden og gi rutinemessige smertestillende midler. Ved etnosentrisk sykepleie kan det oppstå likegyldighet i forhold til pasientenes subjektive smerteopplevelser. Det kan føre til misforståelser og skape en følelse av isolasjon, angst og depresjon. Pasientene kan også reagere med taushet og derfor prate mindre om smertene sine. Relasjonen til sykepleierne kan bli overfladisk med lite tillitt. Mistillit kan føre til at pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring og etniske minoritetspasienter kan få et negativt syn på det norske helsevesenet (Saadati, 2009, s. 56).

3 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle informasjon og kunnskap til å belyse en problemstilling. For å svare på problemstillingen vår har vi skrevet prosjektrapport hvor vi bruker litteraturstudium som metode. Litteraturstudium vil si å sammenfatte informasjon fra flere kilder. Dette blir brukt for å skaffe oversikt over hvilken kunnskap som finnes innenfor det temaet en skriver om (Thidemann, 2015, s. 77-80).

Denne oppgaven vil inkludere flere typer vitenskapelige artikler for å få et bredt kunnskapsgrunnlag. Vi skal for eksempel bruke både primærstudier og systematiske oversiktsartikler. En primærstudie er en studie som presenterer ny kunnskap. Artikkelen er basert på og beskriver et forskningsprosjekt. Systematiske oversikter er en type litteraturstudie som vurderer og oppsummerer relevant forskning og kunnskap innenfor et forskningsområde. Det stilles strenge krav til kvalitetssikring, og den mest kjente databasen for systematiske oversikter er Cochrane Collaborations (Dalland, 2012, s. 78-79; Thidemann, 2015, s. 81).

3.1 Kvantitativ og kvalitativ forskning

Når en skal skrive en slik oppgave må en vite om de ulike forskningsmetodene som eksisterer. Det er to hovedmetoder innenfor forskning: kvantitativ og kvalitativ metode (Yilmaz, 2013, s. 311). Vi har i denne oppgaven i utgangspunktet vært interessert i begge forskningsmetodene,

ettersom vi ønsket å være åpne for all type forskning innenfor kulturforskjeller og eksperimentell smerte. De inkluderte artiklene er imidlertid av kvantitativ forskning ettersom vi ikke fant noen kvalitative studier som var relevant for vår oppgave. En årsak kan være at for å måle eksperimentell smerte hos to store grupper deltagere, folk med respektiv asiatiske og vestlig kulturbakgrunn, er kvantitativ metode den forskningsmetoden som er hensiktsmessig.

Kvantitativ forskning forklarer fenomener ut ifra numerisk data ved hjelp av matematisk baserte metoder, som statistikk. Kvantitativ forskning bruker ulike datasamlingsmetoder, som alle har til felles at de er basert på tall. Datasamlingsmetodene kan være spørreundersøkelser og eksperimenter, eller allerede eksisterende data som sykdomsregister eller forskningsartikler (Smyth & Craig, 2012, s. 146). Vi vil finne ut om det er kulturelle forskjeller i hvordan pasienter uttrykker smerte, og kvantitativ forskning er dermed hensiktsmessig å bruke ettersom vi vil tallfeste dette og finne korrelasjoner hos en større gruppe mennesker.

På den andre siden eksisterer forskning som bruker kvalitativ metode. Denne metoden blir ikke inkludert i oppgaven, men vi ønsker likevel å spesifisere hva dette er ettersom det da er mer forståelig hvorfor denne metoden ikke inkluderes. Kvalitativ forskning er en helhetlig tilnærming til et tema, som har som mål å utforske og få bedre forståelse av et fenomen. Hovedmålet er å beskrive utfallet i enkeltsituasjoner og identifisere årsakene til de spesifikke utfallene. Slik forskning er en samling av omfattende data som kan inkludere mange variabler målt over en lengre periode i en naturalistisk situasjon, for å få innsikt i fenomener som ikke er mulig ved andre forskningsmetoder (Mahoney & Goertz, 2006, s. 230; Williams, 2007, s. 67).

Kvalitative datainnsamlingsmetoder er ofte nødvendig for å finne meningssammenhenger, og gjøres ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Metoden fører til dybdekunnskap, som betyr at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Hensikten med metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78).

3.2 Litteratursøk

PICO er et verktøy i kunnskapsbasert praksis som tydeliggjør og presiserer problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 86). Dette klargjør spørsmålet for litteraturen og gjør overgangen til litteratursøket enklere. Vi velger imidlertid å ikke benytte oss av PICO, da problemstillingen vår ligger i grenseland mellom sykepleie og antropologiske fag. God bruk av PICO forutsetter at problemstillingen har et tiltak og en kontrollgruppe. Denne oppgaven har ikke det. Et tradisjonelt PICO-søk vil derfor ikke være det mest effektive. For kvalitative studier er det en egen søkestrategi som kalles for PS. P står for pasient og S står for situasjon. Ettersom denne oppgaven ikke har noen bestemt situasjon, vil heller ikke denne søkestrategien fungere.

Vi har valgt å trekke ut tre nøkkelord fra problemstillingen. Disse er *smerte*, *smerteuttrykk* og *kultur*. Dette er de tre hovedkategoriene vi har organisert søket med. Kategorien for kultur har vi delt i to; én for vestlig kultur og én for asiatiske kulturer. Ved å bruke nettstedet mesh.uia.no og SveMed+ har vi funnet emneord som representerer de tre kategoriene. Emneord er ord som databasene merker artiklene med, slik at de skal være enklere å finne i et søk. I tillegg har vi funnet relevante tekstord. Når en søker på tekstord får en treff om det aktuelle ordet enten er i tittelen eller abstrakten til artikkelen (Thidemann, 2015, s. 87). Disse ordene har vi funnet i løpet av søkeprosessen ved å finne ut hvilke synonymer som blir hyppig brukt innenfor forskningsfeltet vi søker på.

Tabell 1 viser vår søkestrategi. Øverste rad er de tre kategoriene søkene deles inn i. Under hver av disse ordene er en kolonne med emneord og tekstord som hører til kategorien de står under. I søk kombineres disse med OR. De kobles med de andre kategoriene med AND. Slik blir søket grundig, spesifikt og oversiktlig. Søkehistorikk i alfabetisk rekkefølge vises i vedlegg 1.

Tabell 1: Søkestrategi

	Smerte	Smerteuttrykk	Kulturer	
Emneord	Pain	Facial expression	Asian American	Culture
	Acute pain	Pain measurement	Asian continental ancestry group	Cross cultural comparison

		Verbal behavior	Asia	Transcultural Nursing
		Kinesics	Western world	
			European continental ancestry group	
			Ethnic groups	
Tekstord	Experimental pain	Communication of pain	Occidentals	Cultural background
	“Acute experimental pain”	Pain assessment	Euro-Americans	Transcultural care
		Pain expression	Race factors	
		Body language	Minority groups	
		Pain behavior		
		Pain ethnology		
		Pain catastrophizing		

For å finne relevant forskning har vi søkt databasene PubMed, Cochrane Library, Epistemonikos, PsycINFO, CINAHL, SveMed+, SocINDEX og Web of Science. Dette er en god blanding av sykepleiefaglige, medisinske og sosiologiske databaser som til sammen dekker vår problemstilling. PubMed er den databasen som er mest brukt blant helsepersonell og inneholder forskningsartikler som dekker medisin og sykepleie. Cochrane Library inneholder forskjellige typer studier og systematiske litteraturoversikter i fulltekst av høy kvalitet, mens CINAHL inneholder mest forskningsartikler på engelsk (Thidemann, 2015, s. 85). Vi søkte også i den skandinaviske databasen SveMed+ for å inkludere skandinaviske

forskningsprosjekter. Vi valgte også å inkludere SocINDEX ettersom denne databasen inneholder sosiologiske artikler. Web of Science inneholder alt fra fysikk til kunstfag, og vi gjennomførte litteratursøk i denne databasen for å finne nyttige, antropologiske artikler.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søket i så mange databaser resulterte i 202 treff. Det er ikke hensiktsmessig å lese alle disse artiklene for å avgjøre om de er relevante for vår oppgave. Derfor laget vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Slik avgjorde vi om artikkelen er relevant i forhold til oppgaven ved å ta utgangspunkt i overskrift, året artikkelen er publisert og nøkkelord.

Våre inklusjonskriterier er som følger:

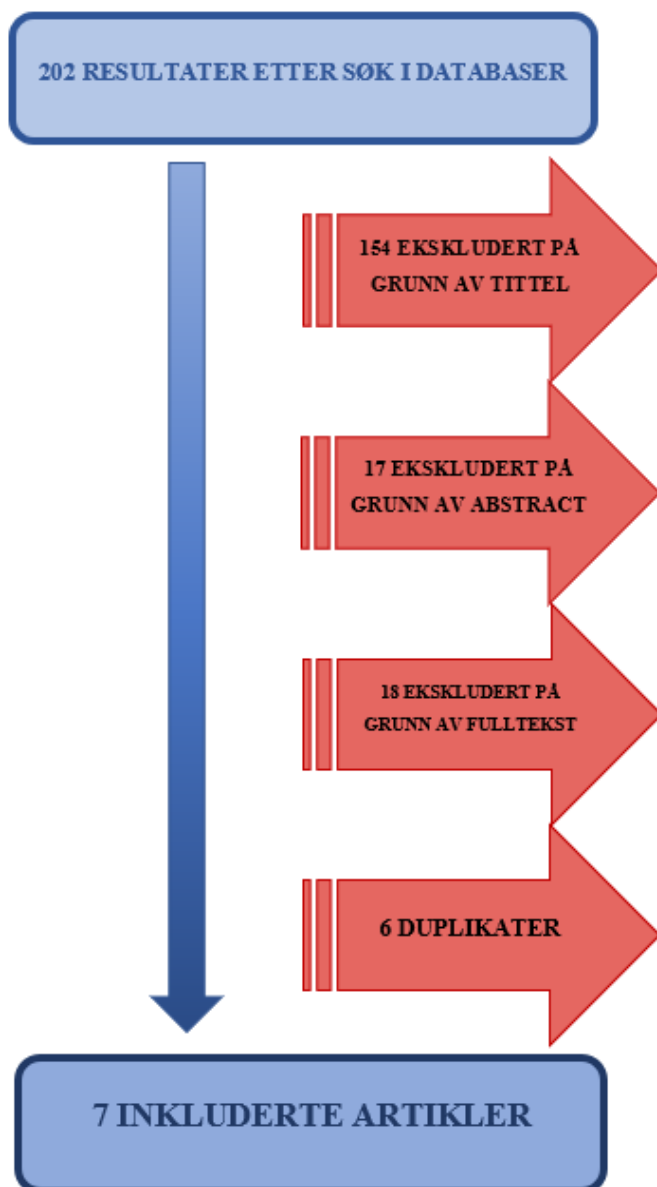
- Artikler i fulltekst
- Artikler der temaet asiatiske og vestlig kultur, samt smerteuttrykk i emneord eller tekstord
- Artikler der ordene *kultur*, *etnisitet* og *smerte* forekommer i emneord eller tekstord

Våre eksklusjonskriterier er som følger:

- Artikler eldre enn 15 år
- Artikler skrevet på andre språk enn engelsk og skandinavisk

Etter å ha gått gjennom de 202 artiklene søket ga oss, og ekskludert de som ikke var relevant, satt vi igjen med 7 artikler. Dette er vist i figur 2.

Figur 2: Valg av artikler



3.4 Kritisk vurdering av artikler

For å finne ut om artiklene svarer på problemstillingen vår og for å vurdere resultatene i studien, som ofte er beskrevet gjennom statistikk, må vi kritisk vurdere og evaluere artiklene. Dette er også aktuelt når sykepleiere skal lese ny forskning og innføre dette til sin praksis. Ifølge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleie har sykepleiere et faglig ansvar for å holde seg oppdatert på kunnskap og utvikling, og bidra til at ny kunnskap anvendes i egen praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det kan være en utfordring å lese kvantitativ forskning, ettersom dette ofte inkluderer statistiske analyser (Cathala & Moorley, 2018, s. 99). For å vurdere gyldigheten til artiklene vi inkluderte har vi

benyttet oss av helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering. Ved å anvende disse sjekklisterne kan en på en systematisk måte analysere ulike aspekter av artikkelen. En kan på denne måten finne ut om problemstillingen er tydelig og om problemstillingen blir besvart i artikkelen, i tillegg til om resultatene er gyldige og om de kan videreføres til vår praksis. Artiklene som er brukt i denne oppgaven er valgt ut ifra dette.

Når en kritisk vurderer forskningsartikler er det først og fremst viktig at introduksjonen inneholder en tydelig beskrivelse av temaet, problemstillingen, formålet og hypotesen. Metoden må være informativ og må gjenskape forskningen. Metoden må derfor inkludere en

oversikt over og begrunnelse for metoden som har blitt brukt, antall deltagere, hvordan data ble innhentet, metode av dataanalyse og etiske overveielser (Cathala & Moorley, 2018, s. 99-100).

Når en skal vurdere resultatene i en forskningsartikkel må de være tydelig presisert, gjerne i grafer, figurer eller tabeller med en forklarende tekst under. Det er her viktig å selv kritisk vurdere resultatene ettersom de ikke nødvendig er perfekt selv om artikkelen er blitt publisert. Kvantitative studier undersøker forhold mellom flere variabler og resultatene blir bedømt ut ifra p-verdi. Hvis p-verdien er under 0,05 er nullhypotesen avvist og hypotesen er dermed akseptert. "Nullhypotese er en hypotese om at endringer i en gitt årsak ikke påvirker utfallet" (Braut, 2018). Hvis p-verdien er over 0,05 er nullhypotesen akseptert og hypotesen er avvist. Studien viser dermed ingen signifikant forskjell. Dette er en generell regel i forskningsstudier (Cathala & Moorley, 2018, s. 100).

I diskusjon og konklusjon skal forfatterne diskutere resultatene og referere til annen litteratur som allerede eksisterer. Diskusjonen skal inkludere forfatterens tolkning av resultatene og hvilken annen forskning som bør gjennomføres i fremtiden innenfor dette fagfeltet. I tillegg bør diskusjonen inneholde svakheter ved studien, bias og interessekonflikter (Cathala & Moorley, 2018, s. 101).

3.5 Kildekritikk

Forskningen i flere av de inkluderte studiene er utført i USA eller Canada. Mennesker som innvandrer til et nytt kulturelt miljø blir påvirket av sine nye omgivelser og samfunnet de bosetter seg i. Det vil si at noen av resultatene kan være påvirket av at deltakerne har bodd en lengre periode i Nord-Amerika. En svakhet ved flere av artiklene kan være at det er stor forskjell på tiden innvandrerne har oppholdt seg i landet eksperimentet foregår i. Denne tiden varierer fra én måned til tretten år. Dette vil si at resultatene i de ulike artiklene kan være vanskelig å sammenligne. Ifølge Hanssen (2005, s. 15) vil graden av påvirkningen variere, men den vil alltid være der.

I alle studiene, bortsett fra to, er deltakerne unge studenter. I de fleste land er det dyrt å studere, så de fleste som studerer kommer fra en middelklassefamilie eller oppover. I flere av studiene er de asiatiske deltakerne utvekslingsstudenter fra Asia til USA eller Canada. Dette

er eksklusivt i den forstand at ressursvake familier som ikke ville være med i gruppen utvekslingsstudenter ikke blir tatt med i utvalget. Resultatene i studiene inkludert i denne oppgaven er derfor hovedsakelig gyldig for unge, velstående universitetsstudenter, og kan ikke uten videre overføres til eksempelvis eldre fra arbeiderklassen.

Mange av de inkluderte artiklene i denne oppgaven bruker metoden *Cold pain threshold* (CPT) i sin forskning. CPT er en metode som går ut på å måle den enkelte sin smertegrense ved å påføre den enkelte smerte ved bruk av kaldt vann eller is (Tilley & Bisset, 2017). Dette kalles også for kuldesmerte. Gjennomføringen av CPT varierer noe i de ulike forskningsartiklene. For eksempel varierer maksimal tid deltakerne kan ha hånden i kaldt vann fra 60 – 300 sekunder, og temperaturen på vannet varierer fra 0 – 3 grader celsius. Disse ulikhetene i gjennomføringen av eksperimentene kan påvirke resultatene.

3.6 Forskningsetikk

Det finnes begrensninger for hva oppgaven kan inneholde. Vi har for eksempel ikke mulighet til å intervju pasienter eller pårørende, da dette krever at prosjektet må legges frem for en etisk forskningskomité. Oppgaven bruker heller litteraturstudie som metode. De inkluderte artiklene er vurdert ved hjelp av sjekklister for kritisk vurdering. Slik finner vi ut hvilke artikler en kan tillegge forskningsbasert tyngde. Om en ikke gjør dette kan en ende opp med å ha fokus på resultater som ikke er gyldige, og oppgaven vil følgende få lavere kvalitet.

Vår tolkning av forskningsartiklene vi leser kan påvirke hva vi legger fokus på i denne oppgaven. Som mennesker er en preget av sine erfaringer og miljøet rundt seg, og dette vil oppgaven bære preg av. Vi må gjennom dette arbeidet ha fokus på å se opplysningene fra flere sider og være så objektive som mulig.

Oppgaven henviser til alle verker som brukes som kunnskapsgrunnlag. Dette kildeføres gjennom referansestilen APA 6th etter Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine gjeldende retningslinjer. Slik respekteres andres arbeid i tillegg til at det gir leseren mulighet til å etterprøve oppgavens utsagn. Vi har med dette reflektert over etiske overveielser som bør gjøres i forbindelse med skriving av bacheloroppgave.

4 Resultat

4.1 Nonverbalt smerteuttrykk

Cordaro et al. (2018) fant at det ikke er store forskjeller i smerteuttrykk på tvers av kulturer. Både de asiatiske og vestlige deltakerne uttrykte de samme non-verbale tegnene på smerte: smale, lukkede eller sammenpressede øyne. Studien så på uttrykk av 22 ulike følelser, og rangerte dem på en liste der nummer én var den mest universelle, og nummer 22 var den med størst variasjon i uttrykksmåte på tvers av kulturene. Smerte ble plassert som nummer fem, og har med andre ord en av de mer universelle uttrykksformene. Studien kom imidlertid frem til at det finnes enkelte kulturelle «aksenter». Dette er vist i tabell 2. Blant annet fant de en sammenheng mellom kollektivistisk kulturtilhørighet og uttrykkelse av følelser med non-verbale tegn som inkluderer negative assosiasjoner, som senket hode og skjult ansikt (Cordaro et al., 2018).

Tabell 2: Funn i artikkel av Cordaro et al. (2018)

(Cordaro et al., 2018)	Kina	India	Japan	Korea	USA
Lip corner puller (12)	x				x
Lower lip depressor (16)	x	x			x
Jaw drop	x	x		x	x
Head down (54)	x	x	x	x	
Upper lip raiser (10)		x			x
Nose wrinkler (9)			x	x	x
Lower lip depressor (16)			x		

Neck tightener (21)					x
---------------------	--	--	--	--	---

En studie av Chen et al. (2018) fant andre ansiktsbevegelser som oppsto både hos vestlige og asiatiske deltakere. Disse var neserynking (nose wrinkling), senking av øyenbryn (brow lowering), heving av kinn (cheek raising) og munnstrekking (mouth stretching).

4.2 Smertegrense, toleranse og intensitet

De ulike artiklene hadde sprikende funn når det gjaldt smertegrense, smertetoleranse og smerteintensitet. Disse funnene er presentert i tabell 3.

Tabell 3: Resultater om smerteintensitet, smertetoleranse og smertegrense

Resultat	(Nayak, Shiflett, Eshun & Levine, 2000)	(Rowell, Mechlin, Ji, Addamo & Girdler, 2011)	(Hsieh, Tripp, Ji & Sullivan, 2010)	(Hsieh, Tripp & Ji, 2011)
Vestlige deltakere har høyere smertegrense		x		
Ingen forskjeller i smertegrense			x	
Asiatiske deltakere har høyere smertetoleranse	x			
Vestlige deltakere har høyere smertetoleranse		x		
Asiatiske deltakere har høyere smerteintensitet				x

Ingen forskjell i smerteintensitet	x		x	
------------------------------------	---	--	---	--

4.3 Holdninger

Hobara (2005) and Nayak et al. (2000) undersøkte holdninger og tanker rundt måter å uttrykke smerte på. Asiatiske deltakere opplevde at et åpent smerteuttrykk var mindre akseptabelt enn de vestlige deltakerne gjorde. Hsieh et al. (2010) fant at asiatiske deltakere rapporterte om høyere nivåer av krisemaksimering, hjelpeløshet og grubling enn vestlige deltakere.

4.4 Kulturelt miljø påvirker smerte

En studie av Hsieh et al. (2011) fant at asiatiske deltakere som ble utsatt for kuldesmerte av og blant asiatiske forskere hadde signifikant mer nonverbal oppførsel enn både asiatiske og vestlige deltakere som ble påført kuldesmerte av og blant vestlige forskere. (Hsieh et al., 2011).

En studie av Chan et al. (2013) fant at førstegenerasjons asiatiske amerikanere hadde lavere smertegrense og smertetoleranse, og høyere smerteintensitet enn andregenerasjons asiatiske amerikanere. Studien fant ingen forskjell i smertegrense og smertetoleranse mellom andregenerasjons asiatiske amerikanere og europeiske amerikanere (Chan et al., 2013).

Samme studie fant også at deltakerne som hadde flyttet fra fastlands-Kina til Hong Kong hadde lavere smertegrense og smertetoleranse enn deltakere som hadde vokst opp i Hong Kong. De hadde derimot ingen forskjell i intensitet (Chan et al., 2013).

5 Diskusjon

Funnene presentert i *4 Resultat* kan bidra til å belyse problemstillingen i denne oppgaven. Den første delen av problemstillingen er om det er forskjeller i hvordan en uttrykker

eksperimentell smerte mellom asiatiske og vestlige kulturer. Ved å kombinere disse resultatene med sykepleieteori, kan vi også svare på den andre delen av problemstillingen som spør om hvordan sykepleiere kan tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter på sykehus i Norge. Vi vil derfor diskutere hvordan sosial kontekst påvirker smerteuttrykk og hvordan sykepleiere kan tilpasse utøvelsen av faget til den enkelte pasient. I tillegg diskuterer vi relevansen av vår egen oppgave og hvordan funnene i oppgaven kan overføres til praksis.

5.1 Sosial kontekst

Artiklene som er inkludert viser at etnisiteten og kulturbakgrunnen til menneskene i miljøet rundt har mye å si for hvordan en uttrykker og kommuniserer smerte. Artikkelen av Hsieh et al. (2011) konkluderer med at smerteoppførsel forekommer i større grad i et etnisk homogent miljø, uavhengig av hvilke etnisiteter det er snakk om. De samme resultatene forekommer i studien av Chan et al. (2013) hvor deltakerne som var innfødte både i USA og Hong Kong uttrykte smerten på en lik måte, i motsetning til deltakerne som var innvandrere i disse miljøet.

Førstegenerasjonsinnvandrere kan altså vise færre tegn på smerte (Chan et al., 2013). Det kan derfor være lettere å oppdage smerteuttrykk for sykepleiere i miljøer der det er mennesker som de identifiserer som «lik» seg selv. Som sykepleier kan det være veldig viktig å vite om disse forskjellene for å ivareta pasientsikkerheten. Det at førstegenerasjonsinnvandrere kan vise andre tegn til smerte kan føre til at deres behov ikke blir oppdaget og dermed ikke får tilfredsstillende smertebehandling.

Det kan være mange årsaker til at denne pasientgruppen har mindre smerteuttrykk. For eksempel kan pasienter i et etnisk homogent miljø føle seg mer komfortabel med å uttrykke smerte ettersom sykepleierne er av samme kultur og kan lettere forstå den smerten en opplever. Enkelte kan føle seg mer avslappet i et etnisk homogent miljø, noe som kan påvirke smerteopplevelsen. En annen grunn kan være at denne minoritetsgruppen er usikker på majoritetsbefolkningen sine forventninger til reaksjoner på smerte. Hvordan en uttrykker smerte kan være ubevisste reaksjoner som oppstår ut ifra ønsket om å tilpasse seg. Studien av Chan et al. (2013) forklarer nemlig at smerteuttrykk er påvirket av tilpasningen til en ny kultur. Dette betyr at det nødvendigvis ikke er en forskjell i smerteuttrykk mellom asiatiske og

vestlige kulturer, men at ulikhetene oppstår når en sammenligner personer som er i en fremmed kultur med personer som er innfødte av samme kultur (Chan et al., 2013).

I Leiningers sykepleieteori kommer det frem at kultur og omsorg er gjensidig avhengig av hverandre (Leininger & McFarland, 2006, s. 1-14). Om pasientene møter etnosentriske sykepleiere kan det oppstå mistillit ettersom sykepleieren vurderer pasientens smerteuttrykk ut fra sitt eget kulturelle ståsted (Leininger, 2002b, s. 50). Dette kan forklare det forandrede smerteuttrykket, da mistillit kan gjøre at pasientene reagerer med taushet og isolasjon (Saadati, 2009, s. 56). Om sykepleiere har kulturell kompetanse kan det føre til at etniske minoritetspasienter får riktig smertelindrende behandling.

Mennesker som holder på å tilpasse seg en ny kultur har sterkere smertereaksjoner enn andre. Ifølge Chan et al. (2013) kan akkulturasjon føre til stressreaksjoner i kroppen. Ifølge Edwards, Fillingim og Keefe referert i Chan et al. (2013) kan kronisk stress komme av urettferdig behandling og diskriminering grunnet etnisitet, og kan føre til høyere nivå av fysiologisk utmattelse. Kronisk stress kan igjen føre til redusert evne til å beherske smerte. Dette kan være en årsak til at en finner høyere smerte reaksjoner hos asiatiske førstegenerasjonsinnvandrere sammenlignet med personer av vestlig kultur, da studiene er gjennomført i vestlige land (Chan et al., 2013).

5.2 Asiatiske og vestlig kultur

Asiatisk og vestlig kultur er to store grupper som flere milliarder mennesker identifiserer seg som en del av (Thuesen, 2018). Det er store kulturelle forskjeller innunder disse og det er gjort flere studier som tyder på at smerteuttrykk vil variere innenfor gruppene. En kan derfor stille spørsmålsteget ved om det er etisk riktig å skrive om disse milliardene som én gruppe. Oppgaven har allikevel fokus på disse kulturene ettersom at det i en norsk kontekst er disse gruppene som er aktuelle om en skal overføre oppgaven til praktisk sykepleie. Det kan imidlertid bidra til at sykepleiere feiltolker smerteuttrykk. I praksis må en derfor alltid være oppmerksom på å alltid behandle pasienter som enkeltmennesker, ikke som en del av en kultur. Å ha kulturell forståelse i bakhodet kan imidlertid være et nyttig hjelpemiddel for å forstå enkeltmennesket.

5.3 Klinisk overførbarhet

Problemstillingen i denne oppgaven spør først om det er forskjeller mellom hvordan asiatiske og vestlige kulturer uttrykker akutt smerte. Funnene tyder på at det ikke eksisterer tydelige forskjeller i smerteuttrykk ved eksperimentell smerte på tvers av kulturene. Etter å ha analysert artiklene som er brukt i denne oppgaven ser en at det i tillegg finnes forskjeller innad i kulturene, noe som gjør sammenligningen vanskelig. Det er mulig forskjellene hadde fremstått tydeligere eller annerledes mellom asiatisk og vestlig kultur hvis en i tillegg hadde inkludert faktorer som kjønn, grad av integrering og holdninger. Oppgaven vil muligens ekskludere resultater ettersom den har fokus på eksperimentell smerte istedenfor klinisk smerte en observerer hos pasienter på sykehuset. For å få dette til kunne oppgaven inkludert kvalitative studier og studier gjort på pasienter med kronisk smerte. En annen faktor som kunne påvirket resultatet hadde vært å forsnevre begrepene “vestlig” og “asiatisk”, og begrense oppgaven til å handle om enkeltland eller mindre geografiske områder. Som nevnt i dette avsnittet er det mange faktorer som spiller inn og kan påvirke resultatene. Selv om artiklene som er inkludert ikke viser enstydige forskjeller mellom asiatiske og vestlige kulturer i smerteuttrykk, kunne resultatet vært annerledes, hadde vi tatt noen av disse faktorene i betraktning.

Den andre delen av problemstillingen spør hvordan sykepleiere kan tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter basert på disse forskjellene. Som nevnt tidligere er det vist at etniske minoritetspasienter i betydelig mindre grad mottar adekvat smertelindring. Sykepleiere er en essensiell yrkesgruppe når det kommer til smertelindring. Med både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak bidrar de i stor grad til pasientens velvære. Når denne pasientgruppen ikke får tilstrekkelig smertelindring, kan det derfor tyde på at sykepleiere og annet helsepersonell har et forbedringspotensial.

Sammenlagt viser ikke resultatene fra artiklene noen tydelige forskjeller i smerteuttrykk mellom deltakerne i asiatisk og vestlig kultur. Dette betyr at sykepleiere i norske sykehus må ha fokus på at hvert menneske har en unik kulturell bakgrunn som ikke begrenser seg til etnisk opphav. Selv om denne oppgaven ikke finner entydige forskjeller mellom disse to kulturene, så vet en at det finnes forskjeller mellom ulike kulturer når det gjelder kroppslige tegn og holdninger til smerte. Ved å benytte seg av transkulturell sykepleie vil en ha større mulighet til å tolke pasientens uttrykk, og derfor kunne tilby tilstrekkelig smertelindring

(Saadati, 2009, s. 56). Hvis sykepleiere møter etniske minoritetspasienter med et åpent, kulturelt syn, vil en lettere kunne fremme samarbeid og kommunikasjon med pasienten. Ved å utøve transkulturell sykepleie i henhold til Madeleine Leiningers teori, er det økt sjans for at sykepleiere vil kunne tolke smerteuttrykk hos denne pasientgruppen.

Sykepleiere på norske sykehus bør i møte med etniske minoritetspasienter være klar over at denne pasientgruppen kan oppleve kulturell smerte. Som nevnt i kapittel 2.9.1 *Madeleine Leiningers* skjer dette når de føler at helsepersonellet i miljøet rundt ikke oppdager deres ubehag og smerte, og når deres holdninger og verdier blir undertrykt. En slik smerte kan føre til at andre ubehag og problemer forverres, og er derfor motstridene med tanke på hva en sykepleier ønsker å oppnå. Dette kan forsterke smerteuttrykket hos pasienten og en sykepleier kan velge å gi medikamentell behandling for å lindre smerten. Det er imidlertid ikke ønskelig å administrere medikamenter for å lindre smerte om smerten kan reduseres på en annen måte. Ved å vise pasienten at en prøver å oppnå kulturell forståelse for den enkeltes verdier, holdninger, behov, mm., kan en unngå at det oppstår kulturell smerte og forverring av ubehag og problemer.

Et viktig redskap i vurdering av pasientens smerte og behov for smertelindring er sykepleierens kliniske blikk. Sykepleierstudenter får hjelpemidler til å trene opp sitt kliniske blikk hele sin utdanning. Et godt klinisk blikk regnes av mange som en av de viktigste kvalitetene hos en erfaren sykepleier og innebærer at en har kompetansen til å knytte teori og erfaringer sammen. Sykepleiere på norske sykehus gjør seg hver dag erfaringer om vestlige pasienters smerteuttrykk, i motsetning til pasienter med asiatisk kulturbakgrunn. En mulig forklaring på den manglende smertelindringen hos denne pasientgruppen kan derfor være at sykepleiere har et mindre utviklet klinisk blikk for disse pasientene. Enkelte sykepleiere kan vurdere sitt kliniske blikk som tilstrekkelig for alle pasientgrupper, noe som kan føre til at en ikke reflekterer over forskjellene i smerteuttrykk mellom vestlige og asiatiske pasientgrupper.

Det finnes mange ulike måter sykepleiere kan skaffe seg økt kulturell kompetanse på. For eksempel kan en videreutvikle sin kompetanse innenfor flere kulturer ved å blant annet dra på utveksling via sykepleierstudiet eller arbeide i andre land. Det er mange sykepleiere som jobber for Leger Uten Grenser og Røde Kors. Disse mulighetene fører til at sykepleiere får verdifull erfaring fra ulike kulturer, noe som kan hjelpe dem til å vurdere flerkulturelle pasienter i norske sykehus.

Det vil variere hvor lenge de etniske minoritetspasientene en møter på norske sykehus har bodd i Norge og noen vil være mer tilpasset den norske kulturen enn andre. Enkelte av funnene våre tyder på at pasienter vil uttrykke smerte tydeligere om de er omgitt av mennesker med lignende kulturell bakgrunn. Som sykepleier har en ikke mulighet til å endre sitt kulturelle opphav etter gjeldende pasient, men en har mulighet til å skaffe seg kunnskap om denne pasientens etniske opphav. Med denne informasjonen kan en velge å unngå for eksempel unødvendig berøring, forlenget blikkontakt, eller høyt lydnivå på stemmen.

Å endre handlingsmønsteret basert på informasjonen en har tilegnet seg om pasientens etniske opphav kan imidlertid sees på som kulturell stereotypi. Dette kan være lite hensiktsmessig ettersom etnisk opphav og kulturell bakgrunn ikke nødvendigvis stemmer overens. Selv om pasienten har vokst opp i en kultur betyr det ikke at vedkommende følger den aktuelle kulturens normer. Pasienten kan ha brutt med foreldrenes kultur i voksen alder, eller ha levd i en subkultur. For å være sikker på at sykepleiere tilpasser seg pasientens kultur og ikke etnisitet kan en være oppmerksom på pasientens oppførsel og til en viss grad imitere denne. Slik kan en oppnå at pasienten opplever trygghet.

Å endre sin egen fremtoning i takt med pasientens kan på en annen side føre til at sykepleier fremstår uforutsigbar og dette kan gjøre pasienten mer usikker. Ved å holde fast i sin egen personlighet og væremåte, framstår en som selvsikker og komfortabel, og sykepleieren kan derfor gi pasienten trygghet. Det kan være lurt å stille spørsmål til pasienten om han eller hennes kultur hvis dette lar seg gjøre, slik at sykepleieren får en bedre forståelse av kulturen. Slik skaffer en seg et bilde av pasientens kulturelle bakgrunn. En kombinasjon av disse fremgangsmåtene vil kanskje kunne være hensiktsmessig. Sykepleieren må innhente informasjon om pasientens kultur og være sensitiv for vedkommende sitt behov. Om sykepleieren er oppmerksom på sin egen kulturelle bakgrunn og hvordan det kan påvirke relasjonen til pasienten, vil det kunne gi pasienten en følelse av at sykepleieren viser interesse for han eller hennes kultur. Da kan det føles tryggere for pasienten å uttrykke sine følelser. Dette kan føre til at sykepleieren administrerer tilfredsstillende smertebehandling til etniske minoritetspasienter.

Selv om det er vist i de fleste artiklene vi har inkludert at det er likhetstrekk mellom hvordan asiatiske og vestlige pasienter reagerer på smerte, er etnosentrisk sykepleie noe en vil unngå.

For å kunne tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter må sykepleiere vise åpenhet, ærlighet og trygghet. Gjennom kunnskapsbasert praksis kan sykepleiere lære mer om hvordan ulike kulturer reagerer på smerte og om hvordan en skal tilpasse seg den enkelte kulturen en møter. En kan på denne måten lære mer om kommunikasjon, gester og holdninger. På bakgrunn av dette trengs det mer forskning om hvordan sykepleiere i vestlige land skal møte minoritetsetniske pasienter fra Asia og tolke smerteuttrykk hos denne pasientgruppen.

6 Konklusjon

Denne oppgaven har belyst ulike sider av hvordan norske sykepleiere kan tilpasse seg og tolke smerteuttrykk hos minoritetsetniske pasienter en møter i norske sykehus. Det blir stadig flere og flere innvandrere i Norge med ulik etnisitet og kulturell bakgrunn. Dette fører til at sykepleiernes kunnskap innen både kommunikasjon, klinisk observasjon og vurderinger stadig blir utfordret. De fleste er klar over at det eksisterer forskjeller i hvordan en anvender helsebegrepet på tvers av kulturene, og mange har tanker og fordommer som kan dominere ens sykepleiepraksis i møte med minoritetsetniske pasienter. Verden er i dag mye mindre enn hva den var tidligere. I tillegg til at det er en økende innvandring til Norge er det flere og flere norske sykepleiere som drar ut av Norge for å praktisere sykepleie, blant annet gjennom Røde Kors og UNICEF sitt arbeid i utviklingsland. Dette er noe som kan være med på å endre norske sykepleiers syn, holdninger og fordommer til minoritetsetniske pasienter.

7 Referanseliste

- Adas, M. (2002). Reviews of Books: The Dynamics of Global Dominance: European Overseas Empires, 1415-1980 David R. Abernethy. *The American Historical Review*, 107(4), 1189-1190. <https://doi.org/10.1086/532680>
- Andaya, B. W. (1997). Historicising «Modernity» in Southeast Asia. *Journal of the Economic and Social History of the Orient*, 40(4), 391-409.
- Andreassen, K. E. (2018). - Nordmenn bør lære helse av innvandrere. Hentet fra <https://www.uib.no/en/node/116102>
- Bjørkli, A. K. (2019). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk, 107(76013), e-76013. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Braut, G. S. (2018). Nullhypotese. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/nullhypotese>
- Carteret, M. (2010a). Cultural Aspects of Pain Management. Hentet fra <http://www.dimensionsofculture.com/2010/11/cultural-aspects-of-pain-management/>
- Carteret, M. (2010b). Cultural Differences in Family Dynamics. Hentet fra <https://www.dimensionsofculture.com/2010/11/culture-and-family-dynamics/>
- Cathala, X. & Moorley, C. (2018). How to appraise quantitative research. I: Royal College of Nursing.
- Chan, Y. P. M., Hamamura, Y. P. T. & Janschewitz, Y. P. K. (2013). Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation. *Pain*, 154(1), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.09.015>
- Chen, C., Crivelli, C., Garrod, O. G. B., Schyns, P. G., Fernández-Dols, J.-M. & Jack, R. E. (2018). Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(43), E10013-E10021. <https://doi.org/10.1073/pnas.1807862115>
- Cherry, K. (2019). Types of Nonverbal Communication. Hentet fra <https://www.verywellmind.com/types-of-nonverbal-communication-2795397>
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Baez, L., Loehrer, P. & Pandya, K. J. (1997). Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Annals of internal medicine*, 127(9), 813.
- Cordaro, D. T., Sun, R., Keltner, D., Kamble, S., Huddar, N. & McNeil, G. (2018). Universals and Cultural Variations in 22 Emotional Expressions Across Five Cultures. *Emotion*, 18(1), 75-93. <https://doi.org/10.1037/emo0000302>
- Dahl, Ø. (2018). Kommunikasjonsmodeller og forståelse. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:18/topic:1:185337/topic:1:21798/resource:1:21800>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diaz, E. & Kumar, B. N. (2018). Health care curricula in multicultural societies. *International Journal of Medical Education*, 9, 42-44. <https://doi.org/10.5116/ijme.5a7e.bd17>
- Dobrin, A. (2013). Facial Expressions: Universal vs Cultural. *Psychology Today*.
- Duara, P. (1991). Knowledge and Power in the Discourse of Modernity: The Campaigns Against Popular Religion in Early Twentieth-Century China. *The Journal of Asian Studies*, 50(1), 67-83. <https://doi.org/10.2307/2057476>
- Dzamarija, M. T. (2008). Hva skal «innvandreren» hete? Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hva-skal-innvandreren-hete>
- Elfenbein, H. A. & Nalini, A. (2003). When familiarity breeds accuracy: Cultural exposure and facial emotion recognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 276-290.
- Elstad, J. I. (2016). Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Services Research*, 16, 306. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1561-9>
- Endres, K. W. (2011). *Engaging the spirit world : popular beliefs and practices in modern southeast Asia*. New York: Berghahn Books.
- Eskelund, K. (2014). *Exploring communication challenges in global IT-projects*. (Master thesis). University of Oslo.
- Faiz, K. W. (2013). VAS - visuell analog skala, 2014(134), 323. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.13.1145>
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Personer med demens: Får bedre smertebehandling, 99(13), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0194>
- Garzón, A. (2002). Familism.
- Gmelch, G. (1971). Baseball magic. *Trans-action*, 8(8), 39-41. <https://doi.org/10.1007/BF02908325>
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R. & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106(4), 766-794.
- Hjerkind, K. V., Qureshi, S. A., Møller, B., Weiderpass, E., Deapen, D., Kumar, B. & Ursin, G. (2017). Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. *International Journal of Cancer*, 140(8), 1770-1780. <https://doi.org/10.1002/ijc.30598>
- Hobara, M. (2005). Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain*, 9(4), 389-393. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.09.006>
- Hsieh, A. Y., Tripp, D. A., Ji, L.-J. & Sullivan, M. J. L. (2010). Comparisons of Catastrophizing, Pain Attitudes, and Cold-Pressor Pain Experience Between Chinese and European Canadian Young Adults. *Journal of Pain*, 11(11), 1187-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.015>
- Hsieh, A. Y., Tripp, D. A. & Ji, L.-J. A. (2011). The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviours of pain. *Pain*, 152(9), 2016-2022. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.04.023>
- Høydahl, E. (2008). Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>
- Klausen, A. M. (1992). *Kultur, mønster og kaos*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Kloster, S. T., Lende, G., Løland, O. J. & Horsfjord, V. L. (2018). *Global kristendom : en samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforl.
- Kværne, P. (2014). Religion i Asia. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 14. oktober 2018 fra https://snl.no/Religion_i_Asia
- Laurel, K. (2002). *Under construction the gendering of modernity, class, and consumption in the Republic of Korea*. S.l.]: S.l. : University of Hawaii Press.
- Leininger, M. (2002a). Culture care assessments for congruent competency practices. I M. Leininger & M. R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3. utg., s. 117-143). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002b). Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. I M. Leininger & M. R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002c). Transcultural nursing and globalization of health: importance, focus, and historical aspects. I M. Leininger & M. R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3. utg., s. 3-43). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory* (2nd ed. utg.). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Mahoney, J. & Goertz, G. (2006). A tale of two cultures: Contrasting quantitative and qualitative research. *Political analysis*, 14(3), 227-249. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/pan/mpj017>
- McCarthy, A., Lee, K., Itakura, S. & Muir, D. W. (2006). Cultural display rules drive eye gaze during thinking. *Journal of cross-cultural psychology*, 37(6), 717-722. <https://doi.org/10.1177/0022022106292079>
- Merriam-Webster. (2019). communication. I *Merriam-Webster*. Hentet fra <https://www.merriam-webster.com/dictionary/communication>
- Merskey, H. & Bogduk, N. (2017, 14.12.2017). IASP Terminology. Hentet 13.11.2018 2018 fra <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>
- Michalski, K. (2006). *Religion in the New Europe*. New York, NY, USA: Central European University Press.
- Miner, H. (1956). Body Ritual Among the Nacirema. *American Anthropologist*, 58(3), 503-507.
- Narayan, M. C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *The American journal of nursing*, 110(4), 38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d>
- Nayak, S., Shiflett, S. C., Eshun, S. & Levine, F. M. (2000). Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research*, 34(2), 135-151. <https://doi.org/10.1177/106939710003400203>
- Nemko, M. (2016). Stoicism doesn't mean emotionless. Hentet fra <https://www.psychologytoday.com/us/blog/how-do-life/201610/stoicism-doesn-t-mean-emotionless>
- Nielsen, C., Steingrimsdóttir, O., Handal, M. & Skurtveit, S. (2018, 16. april). Langvarig smerte. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Nilsen, K. B. (2013). Bedre kunnskap om smertebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Norsk Helseinformatikk. (2017, 4. april). Smerte
Hentet fra <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/smerte/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_.pdf
- Opler, M. K., Malinowski, B. & Redfield, R. (1949). Magic, Science and Religion. *Philosophy and Phenomenological Research*, 10(2), 298. <https://doi.org/10.2307/2104095>
- Parker, M. E. (2005). Perspectives on nursing theory. I M. E. Parker (Red.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd. utg., s. 3-14).
- Reddy, K. S. K., Naidu, M. U. R., Rani, P. U. & Rao, T. R. K. (2012). Human experimental pain models: A review of standardized methods in drug development. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6), 587-595.
- Robson, D. (2017). How East and West think in profoundly different ways. Hentet fra <http://www.bbc.com/future/story/20170118-how-east-and-west-think-in-profoundly-different-ways>
- Rowell, L. N., Mechlin, B., Ji, E., Addamo, M. & Girdler, S. S. (2011). Asians differ from non-Hispanic Whites in experimental pain sensitivity. *European Journal of Pain*, 15(7), 764-771. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.11.016>
- Saadati, M. (2009). Åpner seg lettere for flerkulturelle sykepleiere, 16, 56-57. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0127>
- Sander, K. (2017). Verbal og ikke-verbal kommunikasjon (kroppsspråk). Hentet fra <https://estudie.no/verbal-ikke-verbal-kommunikasjon/>
- Sandvik, R. K. & Husebø, B. S. (2011). Smertekartlegging: Måler smerte hos personer med demens, 99(11), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Smyth, R. L. & Craig, J. V. (2012). *The Evidence-based practice manual for nurses* (3. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Sommerfelt, A. (2017). Europa - etniske forhold. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 07.05.2019 fra https://snl.no/Europa_-_etniske_forhold
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Innvandrere og norskfødte med innvandrere foreldre. I: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbf>
- Sussex, R. (2015). How different cultures experience and talk about pain. Hentet fra <http://theconversation.com/how-different-cultures-experience-and-talk-about-pain-49046>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Thorbjørnsrud, B., Norvoll, R., Rugkåsa, M. & Brodtkorb, E. (2009). *Mellom mennesker og samfunn : sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thuesen, N. P. (2018). Asia. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 14. oktober 2018 fra <https://snl.no/Asia>
- Tilley, P. & Bisset, L. (2017). The Reliability and Validity of Using Ice to Measure Cold Pain Threshold. *BioMed research international*, 2017, 7640649-7640649. <https://doi.org/10.1155/2017/7640649>
- Westjohn, S. A., Roschk, H. & Magnusson, P. (2017). Eastern Versus Western Culture Pricing Strategy: Superstition, Lucky Numbers, and Localization. *Journal of International Marketing*, 25(1), 72-90. <https://doi.org/10.1509/jim.16.0022>
- Williams, C. (2007). Research methods. *Journal of business & economic research*, 5(3), 65-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.19030/jber.v5i3.2532>
- Wilson, J. (2003). *Jorden skal gråte : USAs historie med indianernes øyne*. Oslo: Spartacus.
- Wæhle, E. (2018). Minoritet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 21. mai 2018 fra <https://snl.no/minoritet>
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: Epistemological, Theoretical, and Methodological Differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311-325. <https://doi.org/10.1111/ejed.12014>
- Yuki, M. & Masuda, T. (2007). Are the windows to the soul the same thing in the East and West? Cultural differences in using the eyes and mouth as cues to recognize the emotions in Japan and the United States. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(2), 303-311.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Søkehistorikk, alfabetisk rekkefølge

CINAHL		
#	Søkeord	Antall treff
#1	«Pain»	62112
#2	«Acute pain»	2961
#3	«Experimental pain»	629
#4	«Acute experimental pain»	27
#5	«Facial expression»	3509
#6	«Pain measurement»	42289
#7	«Verbal behavior»	2685
#8	«Kinesics»	10
#9	«Communication of pain»	106
#10	«Pain assessment»	3131
#11	«Pain expression»	117
#12	«Body language»	833
#13	«Pain behavior»	449
#14	«Pain behavior»	141
#15	«Pain ethnology»	364
#16	«Asian American»	1351
#17	«Asian continental ancestry group»	84
#18	«Asia»	5044
#19	«Western world»	1049
#20	«European continental ancestry group»	132
#21	«Ethnic groups» or «Asians»	39443
#22	«Euro-American»	148
#23	«Race factors»	20950
#24	«Minority groups» or «Social norms»	10922
#25	«Culture»	24157
#26	«Ethnological research» or «Cross-cultural comparison»	5989

#27	«Transcultural nursing»	3089
#28	«Cultural background»	673
#29	«Transcultural care»	2610
#30	Occidentals	0
#31	#1 OR #2 OR #3 OR #4	63876
#32	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	50504
#33	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	69225
#34	#25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29	34170
#35	#31 AND #32 AND #33 AND #34	30
#36	# 35 Avgrenset til publiseringsdato fra og med 2015	20
<p>20 resultater</p> <p>12 ekskludert på grunn av <i>tittel</i></p> <p>4 ekskludert på grunn av <i>abstrakt</i></p> <p>2 ekskludert på grunn av <i>fulltekst</i></p> <p>Inkluderte artikler:</p> <p>-Hsieh, A. Y., Tripp, D. A. & Ji, L.-J. A. (2011). The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviors of pain. <i>Pain</i>, 152(9), 2016-2022.</p> <p>-Hsieh, A. Y., Tripp, D. A., Ji, L.-J. & Sullivan, M. J. L. (2010). Comparisons of Catastrophizing, Pain Attitudes, and Cold-Pressor Pain Experience Between Chinese and European Canadian Young Adults. <i>Journal of Pain</i>, 11(11), 1187-1194.</p>		

Cochrane library		
#	Søkeord	Antall treff
#1	«Acute Pain» (explode all trees)	453
#2	Pain (explode all trees)	42685
#3	Experimental pain	8940
#4	Acute experimental pain	1758
#5	«Facial expression» (explode all trees)	647

#6	«Pain measurement» (explode all trees)	19572
#7	«Verbal behavior» (explode all trees)	1279
#8	«Kinesics» (explode all trees)	74
#9	Communication of pain	1625
#10	Pain assessment	32112
#11	Pain expression	1621
#12	Body language	89791
#13	Pain behavior	4559
#14	Pain ethnology	157
#15	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	135854
#16	#1 OR #2 OR #3	49058
#17	«Asian American» (explode all trees)	215
#18	«Asian continental ancestry group» (explode all trees)	1475
#19	«Asia» (explode all trees)	17039
#20	«Western world» (explode all trees)	11
#21	«European continental ancestry group»	1475
#22	«Ethnic groups» (explode all trees)	3905
#23	Occidentals	0
#24	Euro-American	0
#25	Race factors	2767
#26	Minority groups	2082
#27	«Culture» (explode all trees)	2628
#28	«Cross cultural comparison» (explode all trees)	226
#29	«Transcultural nursing» (explode all trees)	14
#30	Cultural background	1295
#31	Transcultural care	48
#32	#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26	26581
#33	#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	3782
#34	#15 AND #16 AND #32 AND #33	65

65 resultater

59 ekskludert på grunn av *tittel*

4 ekskludert på grunn av *abstrakt*

2 ekskludert på grunn av *fulltekst*

Epistemonikos		
#	<i>Søkeord</i>	<i>Resultater</i>
#1	Pain	42450
#2	Acute pain	4319
#3	Experimental pain	1150
#4	#1 OR #2 OR #3	42454
#5	Facial expression	123
#6	Pain measurement	1005
#7	Verbal behavior	218
#8	Kinesics	1
#9	Communication of pain	330
#10	Pain assessment	5635
#11	Pain expression	147
#12	Body language	715
#13	Pain behavior	444
#14	Pain ethnology	0
#15	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	8064
#16	Asian American	439
#17	Asian continental ancestry group	2
#18	Asia	2500
#19	Western world	400
#20	European continental ancestry group	0
#21	Ethnic groups	2066
#22	Occidentals	0
#23	Euro-Americans	6

#24	Race factors	8
#25	Minority groups	929
#26	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25	7007
#27	Culture	5652
#28	Cross-cultural comparison	16
#29	Transcultural nursing	16
#30	Cultural background	864
#31	Transcultural care	20
#32	#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	6449
#33	#4 AND #15 AND #26 AND #32	8
8 resultater 7 ekskludert på grunn av <i>tittel</i> 1 ekskludert på grunn av <i>abstrakt</i>		

PsycINFO		
#	Søkeord	Antall treff
#1	Pain	21269
#2	Acute pain	1692
#3	«Experimental pain» OR «electrical stimulation» OR «Racial and ethnic differences»	42408
#4	#1 OR #2 OR #3	63779
#5	«Facial expressions»	9300
#6	«Pain measurement»	1348
#7	«Verbal communication» OR «nonverbal communication» OR «Verbal behavior»	94571
#8	«Body language»	631
#9	«Communication of pain»	98
#10	«Pain expression»	194
#11	«Pain behavior»	846
#12	«Pain ethnology»	0
#13	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	96824

#14	«Asian American» OR Asians	23591
#15	«Asian continental ancestry group»	6
#16	«Western world»	1308
#17	«European continental ancestry group»	1
#18	«Racial and ethnic groups»	103485
#19	Occidentals	4
#20	Euro-Americans	246
#21	«Race factors»	17
#22	«Minority groups»	13016
#23	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22	115017
#24	«Culture (anthropological)» OR culture	169355
#25	«Cross cultural differences» OR «sociocultural factors» OR «cross cultural comparison»	100474
#26	«Cross culture treatment» OR transcultural care OR «cultural sensitivity»	9217
#27	Cultural background	2305
#28	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	25031
#29	#24 OR #27	170870
#30	#26 OR #29	176904
#31	#18 OR #21 OR #22 OR #28	115017
#32	#25 OR #30	241047
#33	Experimental pain OR electrical stimulation	15728
#34	#1 OR #2 OR #33	37183
#35	#13 AND #31 AND #32 AND #34	3

3 resultater

Inkluderte artikler

-Cordaro, D. T., Sun, R., Keltner, D., Kamble, S., Huddar, N. & McNeil, G. (2018). Universals and Cultural Variations in 22 Emotional Expressions Across Five Cultures. *Emotion*, 18(1), 75-93.

-Chen, C., Crivelli, C., Garrod, O. G. B., Schyns, P. G., Fernández-Dols, J.-M. & Jack, R. E. (2018). Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(43), E10013-E1002.

-Nayak, S., Shiflett, S. C., Eshun, S. & Levine, F. M. (2000). Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research*, 34(2), 135-151.

PubMed		
#	Søkeord	Antall treff
#1	«Pain»	366269
#2	«Acute pain»	1605
#3	Experimental pain	23023
#4	#1 OR #2 OR #3	377882
#5	«Facial expression*»	133377
#6	«Pain measurement*»	79037
#7	«Verbal behavior*»	40914
#8	«Kinesics»	2914
#9	Communication of pain	11652
#10	Pain assessment	139105
#11	Pain expression	19383
#12	Pain behavior	76362
#13	Pain ethnology	3310
#14	Body language	8444
#15	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	269193
#16	«Asian American*»	7011
#17	«Asian continental ancestry group»	65115
#18	«Asia»	738436
#19	«Western world»	2422
#20	«European continental ancestry group»	62489
#21	«Ethnic group*»	141336
#22	Occidentals	25
#23	Euro-Americans	109

#24	Race factors	107033
#25	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	956296
#26	«Culture»	150846
#27	«Cross cultural comparison*»	24522
#28	«Transcultural nursing»	3317
#29	Cultural background	897996
#30	Transcultural care	2319
#31	#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30	899760
#32	#2 OR #3 (emneordet «pain» kan ha vært for bredt og gjorde derfor søk uten i tillegg)	24549
#33	#4 AND #15 AND #25 AND #31 Avgrenset til: Publiseringsdato: 2003-2018 Engelsk Medline Voksne: 19+ Voksne: 19 - 44 år	298
#34	#32 AND #15 AND #25 AND #31 Avgrenset til Publiseringsdato: 2003-2018	18

18 resultater

13 ekskludert på grunn av *tittel*

2 ekskludert på grunn av *fulltekst*

Inkluderte artikler

-Hsieh, A. Y., Tripp, D. A., Ji, L.-J. & Sullivan, M. J. L. (2010). Comparisons of Catastrophizing, Pain Attitudes, and Cold-Pressor Pain Experience Between Chinese and European Canadian Young Adults. *Journal of Pain*, 11(11), 1187-1194.

-Chan, Y. P. M., Hamamura, Y. P. T. & Janschewitz, Y. P. K. (2013). Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation. *Pain*, 154(1), 119-123.

-Hobara, M. (2005). Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain*, 9(4), 389-393.

SocINDEX		
#	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>
#1	Pain	9377
#2	«Acute pain»	181
#3	«Experimental pain»	23
#4	«Acute experimental pain»	1
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	9377
#6	«Facial expression»	1050
#7	«Pain measurement»	166
#8	«Verbal behavior»	1335
#9	Kinesics	344
#10	«Communication of pain»	65
#11	«Pain assessment»	193
#12	«Pain expression»	69
#13	«Body language»	798
#14	«Pain behavior»	153
#15	«Pain ethnology»	0
#16	Pain ethnology	65
#17	«Pain catastrophizing»	20
#18	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #16 OR #17	3611
#19	«Asian American»	6491
#20	«Asian continental ancestry group»	2
#21	Asia	33323
#22	«Western world»	2315
#23	«European continental ancestry group»	1
#24	«Ethnic groups»	35786
#25	Occidentals	2777
#26	Euro-American	644
#27	«Race factors»	1609
#28	«Minority groups»	18 227
#29	#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28	89854

#30	Culture	159229
#31	«Cross cultural comparison»	1474
#32	«Transcultural nursing»	127
#33	«Cultural background»	2482
#34	«Transcultural care»	224
#35	«30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34	161720
#36	#5 AND #18 AND #29 AND #35	6
6 resultater		
6 ekskludert på grunn av <i>tittel</i>		

SveMed+		
#	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>
#1	Pain	4576
#2	«Acute pain»	17
#3	Experimental pain	11
#4	«Facial Expression»	33
#5	«Pain Measurement»	884
#6	«Verbal Behavior»	88
#7	Kinesics	33
#8	Communication of pain	111
#9	Pain assessment	979
#10	Pain expression	14
#11	Body language	39
#12	Pain behavior	626
#13	Pain ethnology	0
#14	«Asian Americans»	1
#15	«Asian continental ancestry group»	14
#16	«Western world»	25
#17	«European continental ancestry group»	12
#18	«Ethnic groups»	411
#19	Occidentals	0

#20	Euro-Americans	0
#21	Race factors	0
#22	Minority groups	121
#23	«Culture»	1556
#24	«Cross-cultural comparison»	169
#25	«Transcultural Nursing»	44
#26	Cultural background	1557
#27	Transcultural care	30
#28	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27	1568
#29	Asia	1372
#30	#14 OR #15 OR #29 OR #16 OR #17 OR #18 OR #22	1817
#31	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	1610
#32	#1 OR #2 OR #3	4576
#33	#28 AND #30 AND #31 AND #32	7
<p>7 resultater</p> <p>6 ekskludert på grunn av <i>tittel</i></p> <p>1 ekskludert på grunn av <i>fulltekst</i></p>		

Web of Science		
#	Søkeord	Antall treff
#1	Pain	1034498
#2	«Acute pain»	11173
#3	«Experimental pain»	2231
#4	«Acute experimental pain»	71
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	1035598
#6	«Facial expression*»	26641
#7	«Pain measurement*»	79897
#8	«Verbal behavior*»	18718
#9	«Communication of pain»	62
#10	«Pain assessment»	6587

#11	«Pain expression*»	413
#12	«Body language»	1372
#13	«Pain catastrophizing»	1908
#14	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	129777
#15	«Asian American*»	15418
#16	«Asian continental ancestry group*»	58118
#17	Asia*	1293934
#18	«Western world»	10829
#19	«European continental ancestry group*»	62389
#20	Occidentals	5342
#21	«Euro-American*»	1740
#22	#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	1359521
#23	Culture	2529744
#24	«Cross-cultural comparison» OR «cross cultural comparison»	26153
#25	«Cultural background*»	10119
#26	#23 OR #24 OR #25	2553279
#27	#5 AND #14 AND #22 AND #26	75

75 resultater

51 artikler ekskludert på grunn av *tittel*

8 artikler ekskludert på grunn av *abstrakt*

11 artikler ekskludert på grunn av *fulltekst*

Inkluderte artikler

-Cordaro, D. T., Sun, R., Keltner, D., Kamble, S., Huddar, N. & McNeil, G. (2018). Universals and Cultural Variations in 22 Emotional Expressions Across Five Cultures. *Emotion*, 18(1), 75-93.

-Chen, C., Crivelli, C., Garrod, O. G. B., Schyns, P. G., Fernández-Dols, J.-M. & Jack, R. E. (2018). Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(43), E10013-E10021.

-Nayak, S., Shiflett, S. C., Eshun, S. & Levine, F. M. (2000). Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research*, 34(2), 135-151.

-Chan, Y. P. M., Hamamura, Y. P. T. & Janschewitz, Y. P. K. (2013). Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation. *Pain*, 154(1), 119-123.

-Hobara, M. (2005). Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain*, 9(4), 389-393.

8.2 Vedlegg 2: Inkluderte artikler

Nummer	Forfatter og årstall	Database	Tittel	Oppsummering av artikkelen
1	Nayak S., Shiflett S. C., Eshun S. & Levine F. M. (2000)	PsycINFO Web of Science	Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance	Studien undersøker tanker om passende smerterespons hos universitetsstudenter i USA og India. 226 studenter fylte ut spørreskjemaet <i>The Appropriate Pain Behavior Questionnaire (APBQ)</i> . Studien fant at et åpent smerteuttrykk var mindre akseptert blant de indiske studentene. De indiske studentene hadde også høyere smertetoleranse.
2	Hsieh A. Y., Tripp D. A., Ji L., & Sullivan M. J. L. (2010)	CINAHL PubMed	Comparisons of Catastrophizing, Pain Attitudes, and Cold-Pressor Pain Experience Between Chinese and European Canadian Young Adults	Studien sammenligner smerterespons hos kinesere og europeiske canadiere. 160 deltakere gjennomførte CPT, og svarte på spørsmål om sin egen smerterespons før, under og etterpå. Studien fant at kinesiske deltakere hadde lavere smertetoleranse.
3	Chen C., Crivvelli C., Garrod O. G. B., Schyns P. G., Fernández-Dols J. & Jack R. E. (2019)	PsycINFO, Web of Science	Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures	Studien undersøker likheter og ulikheter i uttrykk av smerte og nytelse i vestlig og øst-asiatisk kultur. De fant at smerte hadde flere likhetstrekk på tvers av kulturene enn smerte, men at også smerte ble uttrykt noe ulikt.
4	Chan M. Y P., Hamamura T. & Janschewitz K. (2012)	PubMed Web of Science	Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation	Studien undersøker om tidligere funn av ulikheter mellom deltakere av asiatisk og vestlig kulturbakgrunn i reaksjoner på fysisk smerte kan være påvirket av de asiatiske deltakernes grad av akkulturasjon. De sammenlignet, ved bruk

				av CPT, asiatiske innvandrere til USA, og deres barn. De gjorde det samme med innvandrere fra fastlandskina til Hong Kong, og innfødte i Hong Kong. De fant at grad av akkulturasjon har en påvirkning på smerteopplevelse og smerteuttrykk.
5	Hobara, M. (2004)	PubMed Web of Science	Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans	Studiene undersøker om kjønn og kulturbakgrunn påvirker oppfattelse av hva som er et passende smerteuttrykk. 63 deltakere, japanere og euro-amerikanere, svarte på spørreskjemaet <i>APBQ</i> . Studien fant at euro-amerikanske deltakere opplevde et åpent smerteuttrykk som mer akseptabelt enn de japanske deltakere.
6	Hsieh A. Y., Tripp D. A. & Ji L. (2011)	CINAHL	The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviors of pain	Studien undersøker påvirkningen et etnisk kongruent miljø har på asiatiske deltakers smerterapportering og nonverbale tegn på smerte. 102 kinesiske deltakere ble utsatt for CPT, halvparten av kinesiske forsøksledere, halvparten av euro-kanadiske forsøksledere. I tillegg ble en euro-kanadisk kontrollgruppe undersøkt av euro-kanadiske deltakere. Studien fant at et etnisk kongruent miljø forbundet med økt grad av nonverbale tegn på smerte.
7	Cordaro D. T., Keltner D., Sun R., Kamble S., Huddar N. & McNeil G. (2017)	PsycINFO, Web of Science	Universals and Cultural Variations in 22 Emotional Expressions Across Five Cultures	Studien undersøker ansiktsuttrykk for 22 ulike følelser, deriblant smerte, blant kinesiske, indiske, japanske, koreanske og amerikanske deltakere. De ba deltakere vise hvordan de ville uttrykt ulike følelser, og analyserte resultatene. De fant at det er kulturelle forskjeller i uttrykk av smerte, men at sammenlignet

				med de andre følelsene har smerte en relativt universell uttryksmåte.
--	--	--	--	---