



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# KULTURELLT INLÄRDA OCH ÖVERFÖRDA VÄRDERINGAR, NORMER OCH SYNSÄTT RELATERAT TILL FYSISK SMÄRTA

En litteraturstudie

Elin Andréasson  
Louise von Platen

Examensarbete  
VT 02  
Sjuksköterskeprogrammet  
Juni 2004

Malmö Högskola  
Hälsa och Samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: [postmasterhs.mah.se](mailto:postmasterhs.mah.se)

# KULTURELLT INLÄRDA OCH ÖVERFÖRDA VÄRDERINGAR, NORMER OCH SYNSÄTT RELATERAT TILL FYSISK SMÄRTA

En litteraturstudie

*Elin Andréasson  
Louise von Platen*

Andréasson, E & von Platen, L. Kulturellt inlärd och överförd värderingar, normer och synsätt relaterat till fysisk smärta. En litteraturstudie. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, utbildningsområde omvårdnad, 2004.

Smärta och smärtbehandling utgör en stor del av allmänsjuksköterskans arbete. Det krävs därför goda kunskaper av sjuksköterska inom detta område. Att vårt samhälle dessutom blir allt mer mångkulturellt ökar kraven på sjuksköterskan ännu mer, för att kunna förstå och behandla smärta hos patienter med annan kulturell bakgrund.

Syftet med föreliggande litteraturstudie är att undersöka vilka kulturellt inlärd och överförd värderingar, normer och synsätt som kan ses relaterat till fysisk smärta. Samt undersöka på vilket sätt sjuksköterskan bör förhålla sig för att respektera och få mer information om kulturella erfarenheter i mötet med patienten. Genom kritisk granskning av tio vetenskapliga artiklar framkom fyra teman: Kulturbundna uttryck vid smärta, Kulturbundna tolkningar av smärtans betydelse, Kulturbundna coping-strategier vid smärta och Kulturbundna synsätt vid smärta. Vidare framkom tre tillvägagångssätt på hur sjuksköterskan bör förhålla sig för att respektera och få mer information om dessa kulturella erfarenheter: Vara en god och lyhörd lyssnare, respektera patientens åsikter och värderingar och utveckla en relation byggd på trygghet med patienten. Resultatet kan tillämpas av sjuksköterskan i omvårdnaden av smärtpatienter från främmande kulturer.

*Nyckelord:* kultur, kulturella skillnader, Leiningar, omvårdnad, smärta.

# CULTURALLY LEARNED AND TRANSFERRED VALUATIONS, NORMS AND APPROACHES RELATED TO PHYSICAL PAIN

A literature review

*Elin Andréasson*  
*Louise von Platen*

Andréasson, E & von Platen, L. Culturally learned and transferred values, norms and approaches related to physical pain. A literature review. *Examination paper, 10 credit points*. Malmö University: Health and society, Department of Nursing, 2004.

Pain and pain treatment constitute a huge part of the general nurse's work. For that reason the nurse is required to have great knowledge about this area. The fact that our society is getting more multicultural increase the nurses demands even more, to understand and treat pain in patients of foreign cultural background.

The aim of this literature review is to examine which culturally learned and transferred valuations, norms and approaches that appear related to physical pain. The aim is also to examine the most appropriate ways for the nurse to show respect and to get more information about this cultural experience in the encounter with the patient. A critical review of ten scientific articles emerged in four themes: Cultural expressions in pain, Cultural interpretations in pain, Cultural coping-strategies in pain and Cultural approaches in the care of pain. Further three course of action emerged in what way the nurse ought to conduct to get information about this cultural experience: Be a good and keen listener, Respect the patient's opinions and values and Develop a relation grounded on trust with the patient. The nurse can apply the result in her nursing care of pain patients of foreign cultural background.

*Key words:* culture, cultural diversity, Leininger, nursing, pain

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Kultur	4
Smärta	5
Smärtans fysiologi	6
Smärtskattningsmetod	7
Kulturella synsätt på smärta	8
TEORETISK REFERENSRAM	10
Bakgrund till teorin	11
Beskrivning av teorin om kulturellrelaterad omsorg	11
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	14
METOD	14
Söksystem	14
Avgränsningar	15
Artikelgranskning	16
Artikelbearbetning och analys	17
RESULTAT	17
Resultat del 1	17
Kulturbundna uttryck vid smärta	17
Kulturbundna tolkningar av smärtans betydelse	19
Kulturbundna synsätt på vården vid smärta	19
Kulturbundna coping strategier vid smärta	20
Resultat del 2	21
Vara en god och lyhörd lyssnare	21
Respektera patientens åsikter och värderingar	21
Utveckla en relation byggd på trygghet mellan sjuksköterska och patient	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Resultat del 1	25
Resultat del 2	27
Slutsatser	28
Studiens användbarhet	28
Fortsatt forskning	29
REFERENSER	30
BILAGOR	32

## INLEDNING

Under vår kliniska utbildning har vi vid ett flertal omvårdnadssituationer stött på situationer där människor från främmande kulturer blivit missförstådda. Detta har banat väg för vårt intresse att studera kulturella möten i vården. Ämnet är brett och innehåller många intresseväckande sidor som vi skulle vilja studera närmare och kunna dra nytta av som färdiga sjuksköterskor. Vi har valt att ägna föreliggande litteraturstudie åt kulturella aspekter på smärta.

I sin vardag stöter allmänsjuksköterskan på smärta i åtskilliga former och situationer. Det kan vara smärta i form av symtom när någon söker vård, vilken man sedan utgår ifrån när diagnosen ställs, och inte allt för sällan leder en behandling eller ett kirurgiskt ingrepp till smärta som följd för patienten.

En av sjuksköterskornas främsta uppgifter är att så långt som möjligt upprätthålla bästa möjliga livskvalitet för patienterna (SOSFS 1995:5). En optimal smärtbehandling är avgörande i förverkligandet av detta mål. För att kunna erbjuda alla människor denna behandling oavsett kulturell bakgrund krävs kunskaper om hur kulturen påverkar människans syn på smärta.

Beteckningen ”han” används i denna litteraturstudie om patient och beteckningen ”hon” om sjuksköterskan. Detta är inte menat för att begränsa utan för att underlätta för läsaren.

## BAKGRUND

För att ge en uppfattning och en guidning i begreppen kultur och smärta presenteras de inledningsvis var för sig. Vidare presenteras smärtans fysiologi och sedan följer en beskrivning av smärtskattningsmetoden VAS-skalan. Därefter introduceras kultur och smärta ur ett gemensamt perspektiv. Slutligen motiveras ämnesvalets betydelse utifrån sjuksköterskans yrkesdomän.

### **Kultur**

I föreliggande studie används Madeleine Leiningers definition på kultur. Definitionen lyder:

”De inlärdade, gemensamma och överförda värderingar, övertygelser, normer och levnadssätt inom en viss grupp, som styr människornas mönster för tänkande, beslut och handlingar.” (Leininger 2002, s 47, författarnas översättning)

Begreppet kultur har använts och formulerats av antropologer och andra samhällsvetare i över 100 år. Men det var inte förrän i mitten på 1950-talet, då Leininger uppmärksammade kulturens betydelse för omvårdnad, som begreppet belystes och därmed ingick som en del av sjuksköterskans ansvar i hennes yrke (Leininger & McFarland, 2002). Ordet kultur har olika betydelser beroende på vilken avsikt som avses samt i vilket sammanhang och perspektiv det nyttjas (Barbosa da Silva & Lindquist, 2003).

Hanssen (1998) beskriver kulturen som en referensram som förs över från en generation till en annan. Den hjälper individen att konstruera sin omgivning och ger människan en bild av sig själv och världen. Den formar också speciella

igenkännande särdrag som t ex språk, religion, matvanor och kläder, men förutom dessa skapar den också mer osynliga drag som reaktioner vid smärta och vad medlemmarna i kulturen ser som allmänt skamfullt och omoraliskt.

Enligt Nilsson och Waldemarson (1994) har alla människor biologiskt och genetiskt sett samma utgångspunkt, men genom sin kultur har de olika lösningar till viktiga existentiella frågor och sociala problem. Det är svårt att dra skarpa gränser mellan kulturer. Vid stora yttre skillnader är det dock lätt att man klumpar ihop alla människor från en främmande kultur till en och samma kategori med precis samma egenskaper och likartade beteendemönster. Det är enligt Hanssen (1998) lätt att ta sina egna sedvanor, idéer och beteenden för givna, och anse att de är de "riktiga" sätten att tänka och handla på. Därför är det ofta först i kontakten med människor från andra kulturer som vi blir varse om att det finns olika meningar om vad som betraktas vara "riktiga" tankar, idéer och handlingar.

I en kultur är det vanligt att man understryker likheterna mellan medlemmarna, och ser skillnaderna som mindre betydelsefulla och passerar obemärkta. Men det är emellertid lättare att uppmärksamma skillnader och förbise likheter i mötet med främmande människor, och därmed stänga dem ute eller ta avstånd. Man ser ofta att skillnaderna *inom* en kultur kan vara större än skillnaderna *mellan* två kulturer (Nilsson & Waldemarson, 1994).

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är det av stor vikt att ha ett öppet förhållningssätt gentemot kulturell mångfald. Det innebär att personalen måste ha en generös inställning till alternativa behandlingsmetoder och kulturella värderingar (Hanssen, 1998). Barbosa da Silva och Lindquist (2003) skildrar detta öppna förhållningssätt som ett uttryck för att man följer en öppen vårdideologi. Denna vårdideologi skall för det första vara mångdimensionell, vilket betyder att se människan som flerdimensionell med hänsyn till kropp, själ och ande. De olika dimensionerna skall ses ur fysiologiska, psykosociala, sociala, emotionella, andliga och/eller religiösa behov. De behov som är relevanta utifrån vårdens synvinkel bör tillgodoses först. För det andra bör patienten ses i relation till ett större sammanhang, där man utgår ifrån den enskilda patientens livssyn och specifika vårdbehov.

I ett möte mellan olika kulturer kan det enligt Barbosa da Silva och Lindquist (2003) inträffa antingen en kulturdialog eller en kulturkonfrontation. Kulturdialog ses som något positivt men en kulturkonfrontation som något negativt. En kulturdialog bottnar i en ömsesidig förståelse och respekt, och en kulturkonfrontation i ett möte med avsaknad av förståelse och respekt.

## **Smärta**

Definitionen på smärta lyder enligt de nationella riktlinjerna i USA:

"En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse som uppstår av en uppenbar eller möjlig vävnadsskada, och som beskrivs i dessa skadors terminologi." (Andrews & Boyle, 2003, s 406, författarnas översättning)

Smärta associeras ofta till något negativt, en obehaglig upplevelse. Men rent biologiskt fungerar smärtan som en skyddsmekanism (Hawthorn & Remond, 1999).

Förmågan att känna smärta är en viktig varningssignal för hotande yttre eller inre skada. När man t ex drar handen från en het platta utlöses detta av en skyddsreflex (Killander m fl, 1999). Enligt Brödsgaard m fl (1999) lär varje människa sig att använda ordet smärta genom att relatera till skador man upplevt i en mycket tidig ålder.

Smärta uttrycks på oändligt många sätt, det går aldrig att jämföra en smärta med någon annan. Tanken att göra en objektiv uppdelning av människans smärta i kropp, själ eller psyke går inte. Det är inte ett organ som har ont. Det är hela människan som lider, människan är hel och förblir odelbar. Smärta är en universal upplevelse som omfattar ett enormt stort urval av intensitet, allt från milda besvär till olidliga plågor (Killander m fl, 1999). Smärtupplevelsen är unik för varje enskild individ, en subjektiv upplevelse som trots identisk stimuli kan leda till olika upplevelser för samma person vid olika tillfällen (Hawthorn & Redmond, 1999).

Som sjuksköterska är det viktigt att alltid utgå ifrån att smärta existerar när en patient uppger det. Det kan uppstå problem i mötet med smärtpåverkade patienter vid missförstånd mellan sjuksköterska och patient. Smärthantering utgör emellertid en stor del av professionen och det är därför viktigt att sjuksköterskan kan bemästra och möta patienten på ett sakkunnigt sätt (Andrews & Boyle, 2003). En smärta kan leda till ganska stora handikapp och medföra invaliditet för någon medan samma typ av smärta inte alls medför några större problem för en annan person. De faktorer som inverkar är bland annat personens motivation till att utreda smärtan eller skadan samt i vilken grad personen väljer att acceptera sin smärta (a a).

Smärttillståndet klassas efter varaktighet och delas in i akut (kortvarig) och kronisk (långvarig) smärta. Alla drabbas någon gång av akut smärta t ex vid tandvärk, huvudvärk eller vid trauma. Det onda går dock oftast över av sig själv (Killander m fl, 1999). Kronisk smärta skiljer sig från akut smärta då långvarig smärta ger upphov till förändringar i centrala nervsystemet. Den kroniska smärtan leder ofta till att förändringar sker i individens livsstil, personlighet och den funktionella förmågan (a a).

Ju längre en människa har ont, smärtan underbehandlas eller inte tas om hand på ett adekvat sätt, desto mer ökar smärtan och desto svårare blir det att ge adekvat smärtbehandling. Killander m fl (1999) anger Robert Melzack som en av världens ledande smärtforskare och lyfter fram hans konstaterande:

”Smärta kan ha avgörande betydelse för sjuklighet och dödlighet, smärta kan avgöra steget mellan liv och död.” (Killander m fl 1999, s 36)

Det behöver inte föreligga någon typ av vävnadsskada för att en människa skall uppleva något som kategoriseras som fysiska smärta (Killander m fl, 1999).

Föreliggande litteraturstudie avser fysisk smärta men enligt Hawthorn och Redmond, (1999) är det viktigt att inte glömma bort att smärtan har flera dimensioner som t ex emotionella och andliga sidor som inte får förbises för en framgångsrik smärtbehandling.

## **Smärtans fysiologi**

I början på 1900- talet koncentrerade sig forskarna på fysiska försvars-och skyddsmekanismer vid smärta. Detta ledde till forskningsresultat som beskrev

smärtbanor som var inblandade vid tämligen liten och mer påtaglig smärta som vid ett nålstick. Forskarna trodde att de uppnått vetenskaplig kunskap om de perifera mekanismer som engagerade all typ av smärta. Dagens forskare har dock konstaterat att smärtan är mer komplex än så. Det är inte enbart stimuli i sig som orsakar smärta. Vid sjukdom, infektion eller trauma uppstår förändringar som leder till att normala kroppsfunktioner som att gå, hosta eller röra sig kan bli smärtsamma. Dagens forskning ägnar sig mer åt helheten kring smärtupplevelsen och forskarna har kommit fram till att många smärttillstånd har en härfin bakomliggande fysiologi (Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärta kan visa sig genom fysiologiska och beteendemässiga tecken. Fysiologiska tecken på smärta kan vara puls- och blodtrycksstegring, medan de beteendemässiga symtomen är bundna till personens reaktion i ord och handling (a a).

### Smärtskattningsmetod

Killander m fl (1999) menar att det inte finns några objektiva mätmetoder för att mäta smärta. Däremot kan man mäta smärtintensitet vid bestämda tillfällen. En välkänd metod som används mycket inom sjukvården är en Visuell Analog Skala, den så kallade VAS-skalan. Med hjälp av den noteras smärtintensiteten före respektive efter en viss smärtbehandling. Den utgörs av en tio cm lång linje på en sticka, där det längst till vänster står "ingen smärta" och längst till höger "värsta tänkbara smärta". Patienten markerar var han uppskattar sin smärta. VAS-stickan, innehåller tre skalor:

- 1 Den visuella – där anges smärtintensiteten på en rät linje.
- 2 Den numeriska – där anges smärtintensiteten med hjälp av en siffra.
- 3 Kategoriskalan – där uttrycks smärtintensiteten med ord.



Figur 1. Visuell Analogskala- VAS-skala. Smärtskattningsmetod ur Killander m fl (1999, s 58).

Vårdpersonalen får försöka lista ut vilken av dessa skalor som den patienten man har framför sig har lättast för att uttrycka sig på. För att hjälpa patienten till ett mått på värsta tänkbara smärta kan man be honom att tänka på den värsta tänkbara smärta han varit med om. Det är av stor vikt att vara tydlig med att markera ytterligheterna på stickan innan patienten använder den, inte minst i kontakt med personer från kulturer där man läser från höger till vänster (Killander m fl, 1999).

Då resultatet anger smärta vid ett visst tillfälle är det möjligt att göra en jämförelse på VAS-stickan hos samma person vid olika tillfällen. Sjukvårdspersonalen måste



därför tänka på att det på grund av smärtans subjektiva karaktär inte går att jämföra en patients smärta med en annans patients smärta (a a).

### **Kulturella synsätt på smärta**

Det har pågått forskning kring hur kulturen påverkar en människas smärtbeteende sedan mitten på 1900-talet. I en studie av Zoborowskis från 1952 visas hur människans etniska bakgrund påverkar människans smärtbeteende. Redan då framkom det att en människas kulturella eller etniska tillhörighet influerar en persons attityder och svar på smärta. Kulturen representerar symbolen och det språkliga systemet i vilka en människas smärtuttryck finns. Därför menar Zoborowski (1952) att det är kunskap om kulturella och etniska trosföreställningar, attityder och normer kring uppförandet och meningar om smärta som är väsentligt för att förstå en människa med smärta.

Enligt Helman (2000) är det sjuksköterskan bland sjukvårdspersonalen, som kommer närmast patienten. Det är sjuksköterskan, som har närmast kontakt rent kroppsligt då läkarna har lite tid tillsammans med patienterna på tu man hand och är mer specialiserade på det inre biologiska och medicinska. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan är den som har kunskap om patienternas speciella kulturella värderingar. Sjuksköterskan har ett stort ansvar att förbättra patientens livskvalitet genom att ha förståelse för vad som är meningsfullt för patienten. Helman ser sjuksköterskan som en mellanhand mellan patient och läkare för att kunna uppnå målen med vården.

De faktorer som påverkar hur man uttrycker smärta är enligt Andrews och Boyle (2003) bland annat, i enlighet med tidigare forskning, en människans kultur, den formar synen och förväntningar vid smärta. De menar vidare att andra element som påverkar individens smärtuttryck är personens smärtröskel, smärttolerans samt motivation till tolerans vid det aktuella smärttillfället.

Det har forskats en hel del kring frågan om vissa folkgrupper har lägre smärtröskel än andra. Men man har inte lyckats hitta ett entydigt svar. Det är snarare olika förväntningar på när och hur smärta ska uttryckas som skiljer sig åt och inte själva smärttoleransen. Infödda skandinaver har ofta fått lära sig att "bita ihop" och inte visa att de har ont förrän det är absolut nödvändigt. Medan det i andra delar av världen är kulturellt godtagbart att uttrycka smärta i ett mycket tidigare utvecklingsskede av smärtan (Hanssen, 1998).

En sjuksköterska från Gibraltar som jobbar men hjärtpatienter i England beskriver i Hanssen (1998) att norska patienter är det värsta hon vet: "De skall alltid vara så tuffa och vikingaaktiga av sig att de inte säger att de har ont förrän de har så ont att de måste få jättehöga doser med smärtlindring för att det skall hjälpa, varför kan de inte säga ifrån innan så vi kan ge dem lägre doser lite oftare och göra livet drägligare för dem" (Hanssen 1998, s 54).

Hanssen (1998) skriver också om synsättet på smärta i den västafrikanska fulanikulturen, där idealet om att inte visa smärta sägs vara ännu mer utbrett än hos skandinaver. Det sägs att en fulanikvinna som skall föda barn inte bör visa att hon har värkar då det anses vara en positiv egenskap att dölja sina känslor.

Kulturen kan enligt Samuelsson (1999) ha väldigt stark påverkan på hur personen i fråga tolererar smärta. När stark smärta ingår i en väl känd ritual som blivit accepterad av medlemmarna kan smärtan trots omfattande vävnadskador mötas med sinneslugn. Detta fenomen inträffar t ex vid kvinnlig och manlig omskärelse

och könsstympning. Dessa gamla ritualer som främst har fäste i Afrika bland både kristna, muslimer och stamreligioner innebär smärta som upplevs som möjlig för var och en att uthärda. Den allt mer växande kritiken från västvärlden gentemot främst kvinnlig omskärelse ”könsstympning” är dock numera väl känd i Afrika, och även i de mindre lokala byarna. Samuelsson menar att sannolikheten är stor att detta kan leda till att de afrikanska kvinnorna i framtiden kommer att uppleva ingreppet som mer smärtsamt på grund av det enorma trycket som pågår om ifrågasättandet av ritualens värde (a a).

I Samuelssons bok finns också en jämförelse gjord mellan arabturkiska och svenska kvinnor. Det påstås att arabturkiska kvinnor väntar längre än svenskar med att yttra smärta, lidande eller sjukdom. Det finns en indirekt kulturell förväntan att de skall fortsätta med sina dagliga hushållssysslor väldigt länge. Svenska kvinnor skulle ha reagerat långt tidigare, och uppvisat symtom för sin omgivning. Men när väl tillkännagivandet sker görs detta på ett ur ett svenskt synsätt drastiskt vis, där de gråter dramatiskt, klagar, jämrar sig och ibland faller omkull på golvet för att visa sina smärtor. Människorna i den arabiska kulturen förstår detta uttrycksätt.

Det är av stor betydelse att som människa kunna ge utlopp åt sina symtom och smärtor både verbalt och icke verbalt på ett sätt som omvärlden förstår. För att bli tagen på allvar bör man varken överdriva eller underskatta sin smärta. Den som klagar och jämrar sig mer än vad infödda skandinaver är vana vid äventyrar sin trovärdighet. Risker blir härmed störst för personer som har en annan kulturell bakgrund, då deras normer är avgörande för vad som är rimligt att klaga över och i vilken mån. Föreligger det även språkproblem försvåras hela situationen (Hanssen, 1998).

I sin studie från 2002 undersökte Narayanasamy (2002) i vilken utsträckning sjuksköterskor tillämpade kulturanpassad omvårdnad i sitt yrke. 126 sjuksköterskor deltog i studien som bestod av ett frågeformulär innehållande frågor om kulturanpassad omvårdnad. Alla deltagarna var överens om att man som sjuksköterska har en skyldighet att ge kulturanpassad omvårdnad och att deras patienter hade speciella behov utifrån sin kultur. De var också eniga om att olika kulturella aspekter kommer att vara det som huvudsakligen färgar och genomsyrar omvårdnadsområdet i framtiden. Av de 126 som deltog var det 106 sjuksköterskor som önskade mer undervisning i olika kulturer för att kunna anpassa sin vård ännu mer än vad de gjorde nu.

Dessa exempel ger en indikation på att det inte är helt problemfritt att som sjuksköterska möta och förstå alla människors smärtbeteende. I Andrews och Boyle (2003) beskrivs sex strategier som är till hjälp för sjuksköterskan i mötet med patienter med smärta. De transkulturella aspekterna är integrerade i dessa strategier. Ifall man inte tillämpar dessa i sitt yrke råder en okänslighet för kulturella skillnader och likheter. Strategierna är följande:

1. *Att som sjuksköterska identifiera sina egna personliga attityder:* Sjuksköterskan måste förstå och jämföra sina egna värderingar och tankar om smärta. Hon måste också identifiera sina trosföreställningar om patienternas smärtuttryck och värderingar. Rannsaka sig själv och komma fram till vilka fördomar hon har om det väntade sättet att uttrycka smärta. Om sjuksköterskan är medveten om dessa är

de lättare att se och reflektera över mötet med patienter som har en annan syn och kulturell bakgrund än hon själv.

2. *Att som sjuksköterska skapa en god och effektiv relation till sina patienter:* Då smärta är en subjektiv upplevelse är den svår att få bekräftad och försäkrad människor emellan. En patient med smärta är beroende av att sjuksköterskan förstår patientens uttryck för smärta. Hur pass bra detta uppnås färgas av relationen mellan sjuksköterska och patient. Därför är det viktigt att inta en stöttande och förstående attityd till patienten för att uppnå bästa resultat vid t ex smärtlindring och användning av hjälpmedel för smärtskattning. Relationen till patienten bör grundas på ärlighet, empati, värme och respekt. Dessa vårdande egenskaper utgör de nödvändigaste för transkulturell omvårdnad.

3. *Att respektera patienterna som olika individer:* Sjuksköterskan måste respektera patienten som en unik individ och veta att kulturen utgör en viktig grund för just individualiteten. Att känna till att det finns en mängd olika tankar och värderingar om smärta och att det är just det egna sättet att se på smärta som patienten anser vara det riktiga.

4. *Respektera patientens respons på smärtan:* Trots att de kulturella synsätten skiljer sig måste sjuksköterskan respektera patientens rätt att ge uttryck för sin smärta på det sätt som de anser vara det lämpligaste. Patienten skall aldrig känna skuld för sina smärtuttryck, även om det inte är på det sättet som sjuksköterskan anser vara det mest passande. Man måste inse att uttryckssätten och värderingarna på smärta är många och inga är naturligt bra eller dåliga. Sjuksköterskan som är medveten om dessa olikheter kommer att svara effektivt och passande på patienternas behov. Hon kommer inte att förvånas eller distraheras av väldigt känslofylla uttryckssätt och kommer heller inte att missta och förbise väldigt lugna och behärskade sätt att visa sin smärta.

5. *Att aldrig inta ett stereotypt synsätt på en patient utifrån hans kultur:* Det finns alltid skillnader även inom en kultur. Sjuksköterskan måste också ta hänsyn till andra aspekter som påverkar en patient med smärta. De är bland annat personliga upplevelser och psykologiska aspekter på situationen.

6. *Grunda sig på sin kompetens som sjuksköterska:* Sjuksköterskan måste etablera och tillämpa sin kompetens för patienten. Den uppfattningen sjuksköterskan har om sig själv och den vård hon bedriver skall genomsyra hennes bemötande med patienter samt den omvårdnad hon utför. Hon har skyldighet att tillämpa de bästa aktuella forskningsresultaten av den vård hon bedriver. Patienten skall alltid känna sig trygg och bekväm med den tekniska och medmänskliga kunskapen som sjuksköterskan besitter (a a).

I avsnittet ovan har en del av litteraturens konkreta exempel på kulturella synsätt på smärta skildrats. Fallen kan anses tillhöra delar av resultatet i föreliggande litteraturstudie, men finns med för att ge kännedom om hur litteraturen redogör rörande kulturella synsätt på smärta. De leder till ett ökat intresse för att studera hur vetenskapen replikerar kulturellrelaterade synsätt på smärta i vetenskapliga studier.

# TEORETISK REFERENSRAM

Den teoretiska referensramen för föreliggande litteraturstudie utgörs av Madeleine Leiningers teori om kulturell omsorg.

Att studera olika kulturer inom omvårdnaden är ett högst relevant och växande område för sjuksköterskor som bor och är verksamma i det mångkulturella samhälle vi lever i (Leininger, 2002).

Då möjligheterna för sjuksköterskor att jobba utomlands är stora ger det tillfälle att upptäcka och uppleva kulturkrockar och få kunskap om att människor från olika kulturer inte har samma syn på professionell omvårdnad och vårdbehov. Leiningers teori har gjort sjuksköterskor medvetna om vilka kulturella faktorer som spelar roll i människans beteende och välbefinnande (Johnsson m fl, (1995).

Leininger anser att sjuksköterskan i sin profession har ett moraliskt och etiskt ansvar att upptäcka, känna till och använda sig av kulturellt baserade kunskaper i sitt omvårdnadsarbete som sin unika och distinkta kvalitet inom sin domän (Leininger, 2002).

I slutet på sin bok från 2002 ägnar Leininger sista kapitlet åt att reflektera över hur sjuksköterskans arbete kommer att se ut år 2020. Hon är övertygad om att en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter blir att bevara patientens rättighet att få en kulturellt anpassad omvårdnad (a a).

## Bakgrund till teorin

Det var när Leininger på 1950 - talet under sin kliniska specialistutbildning arbetade med psykiskt störda barn som hon blev medveten om att skillnader i den kulturella bakgrunden hos sjuksköterska och patient hade inverkan på omvårdnadsresultatet. Leininger menar att det var barnen som gav upphov till tankar om kulturens betydelse i omvårdnaden av människor från olika kulturer. Detta väckte intresse och hon började studera kulturella skillnader i synen på omsorg. Så småningom inledde Leininger sin avhandling i antropologi. Leiningers forskning inom antropologin och hennes bakgrund som sjuksköterska gav henne insikt i hur antropologin kunde bidra till omvårdnads kunskap och hur omvårdnad kunde bidra till antropologisk kunskap. I sin forskning intresserade sig Leininger framför allt för de två fenomenen omsorgsutövning (caring) och botande (curing). Dessa utgör basen för hennes utveckling av begrepp och hypoteser i hennes teori om kulturell omsorg (Leininger & McFarland, 2002). Leininger menade till en början att omsorg är det element som är centralt för ett framgångsrikt botande. Detta resonemang har hon sedan utvidgat till att påstå att det inte kan existera bot utan omsorg, men att omsorg däremot kan existera utan bot (a a).

Leininger var den som först utformade en omvårdnadsteori. Då väldigt få sjuksköterskor hade kunskap i omvårdnad och antropologi visste Leininger att det rådde brist på sjuksköterskor som var öppna för dessa kunskapsområden. Hon skapade kurser och utbildningsprogram som fick beteckningen transkulturell eller tvärkulturell omvårdnad. Leininger understryker att hennes teoretiska tänkande inte påverkas av någon särskild person eller filosofisk skola eller ideologi i sig. Teorin bygger på hennes egna kreativa tankar, reflektioner från hennes yrkesmässiga erfarenheter av omvårdnad samt hennes kunskaper i antropologi (Leininger & McFarland, 2002).

## Beskrivning av teorin om kulturell omsorg

I Leiningers beskrivning av sin "Culture Care" -teori använder hon sig av begreppet transkulturell omvårdnad. Hennes definition lyder:

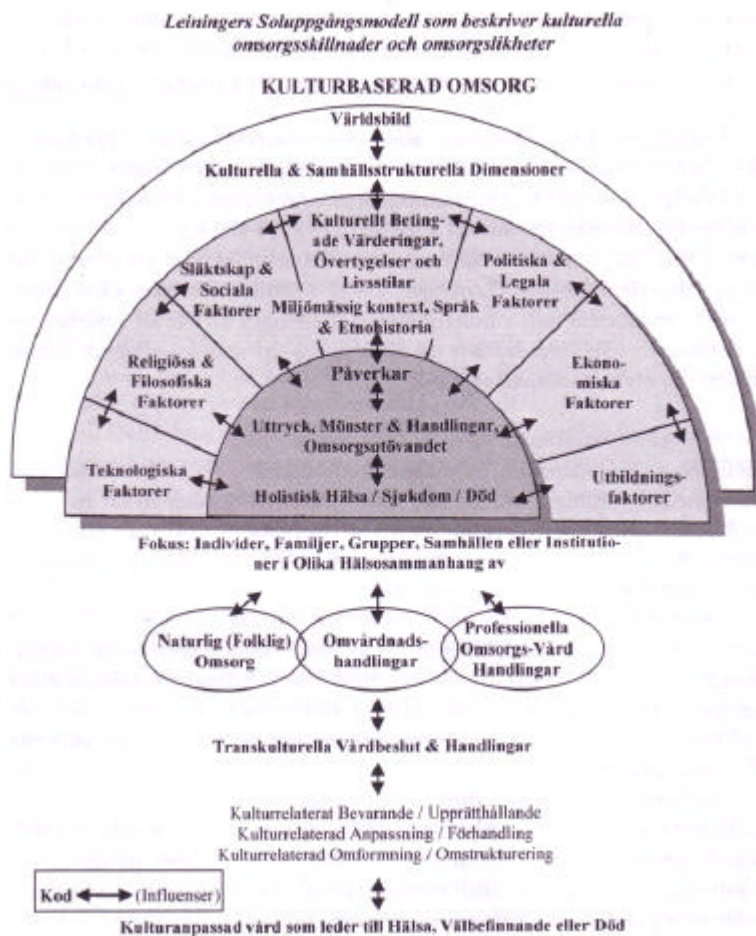
"Transkulturell omvårdnad är ett område som vid studier av och praktisk utövning fokuserar på att jämföra kulturella omvårdnadsaspekter berörande värderingar, trosföreställningar, och vanor hos enskilda individer eller grupper från samma eller olika kulturer. Den transkulturella omvårdnadens mål är att bevara kulturspecifika och universala synsätt på omvårdnad för hälsa och välbefinnande hos människor eller att hjälpa dem att möta ogynnsamma tillstånd, sjukdom eller död ur ett kulturellt meningsfullt sätt." (Leininger, 2002, s 46, författarnas översättning)

En intention med teorin är att upptäcka, dokumentera, tolka, förklara och förutsäga faktorer som inverkar på omvårdnaden utifrån två perspektiv: emic (härrör till en inifrån och mer kulturspecifik vy och värderingar om fenomen) och etic (härrör till en utifrån och mer universal vy och värderingar om fenomen). De faktorer som har påverkan på omvårdnaden är bland andra språkliga uttryck, uppfattningar, övertygelser och vanor relaterade till företeelser hos individer eller grupper inom eller utanför en viss kultur. Med hjälp av teorin och en forskningsmetod som Leininger utarbetat "the ethnonursing" – metoden vill man uppnå kunskap om "universality" (likheter) och "diversity" (skillnader) i synen på omvårdnad i och mellan olika kulturer. Målet är att slutligen forma en stomme med kunskap om transkulturell omvårdnad som man utgår ifrån i sitt praktiska arbete och som kunskapsbas för framtida sjuksköterskor världen över (Leininger, 2002).

Teorin grundar sig på antaganden som blivit formulerade för att stödja teorins lärosats. Nedan följer sju av dessa antaganden hämtade ur Leininger (2002).

1. Omsorg (care) är nödvändigt för omvårdnad och ett distinkt, dominant, centralt och förenande fokus.
2. Kulturell omsorg är nödvändigt för välmående, hälsa, tillfrisknande och överlevnad och för att möta döden eller handikapp.
3. Transkulturell omvårdnad är en mänsklig och av framtida värde omvårdnadsdisciplin och ett område där det centrala syftet är att hjälpa individer, grupper och samhällen.
4. Alla mänskliga kulturer besitter specifika naturliga kunskaper om och former av omsorg och normalt även professionella sådana, vilka kan variera mellan olika kulturer.
5. Kulturell omsorgsbegrepp, innebörder, uttryck, mönster, processer och strukturella former av omsorg har olikheter (diversities) och likheter (universalities) i sina drag, detta hos alla världens kulturer.
6. Kulturell omsorgsvärderingar, övertygelser och utövningsformer påverkas av och tenderar att ligga inbyggda i den specifika kulturens världsbild, språk, religion, släktförhållanden, politik, utbildning, ekonomi, teknologi, etno-historia och miljömässig kontext.
7. Kulturanpassad omvårdnad kan endast utövas om kulturell omsorgsvärderingar, uttryck eller mönster är kända och tillämpas på ett lämpligt, säkert och meningsfullt sätt. (a a, s 79, författarnas översättning)

Leininger har också utarbetat en modell, Sunrise-modellen. Den är en kognitiv karta av teorin som skall visa sjuksköterskan de faktorer som påverkar människans kulturella förutsättning och som inverkar på omvårdnaden av patienten. Leininger menar att det människans beteende påverkas av de kulturella erfarenheter en människa har från faktorerna i Sunrise-modellen. Sjuksköterskan kan själv bestämma vilken av faktorerna hon prioriterar och skaffar sig information om, utifrån vad som för tillfället är mest aktuellt. För att erhålla information om de olika faktorerna krävs förtroende mellan henne och patienten. Informationen leder till att sjuksköterskan lättare kan få en helhetsyn på omvårdnaden av patienter med olika kulturella bakgrund (Leininger, 2002).



Figur 2. Leiningers Sunrise-modell, enligt Leininger (2001) i Gebru (2003, s 11)

Leininger menar att sjukvårdspersonalen kan välja mellan tre strategier för att nå målet med transkulturell omvårdnad. De är:

1. *Bevarande eller upprätthållande av kulturrelaterad vård*, innebär att hjälpa, stödja, befrämja eller förstärka professionella handlingar och beslut som hjälper en människa inom en given kultur att bevara och/eller vidmakthålla omsorgsvärderingar för att främja välbefinnande, tillfriskna från sjukdom eller konfrontera handikapp och/eller död
2. *Anpassning av eller förhandling om kulturrelaterad vård*, innebär att hjälpa, stödja, befrämja eller förstärka professionella handlingar och beslut som hjälper en människa inom en given kultur att anpassa sig till eller förhandla med andra,

för att uppnå ett gynnsamt eller tillfredställande hälsoreultat tillsammans med professionella vårdgivare

3. *Omformning eller omstrukturering av kulturellt relaterad vård*, innebär att hjälpa, stödja, befrämja eller förstärka professionella handlingar och beslut som hjälper patienten att omorganisera eller förändra sin livsstil till nya, annorlunda eller mer gynnsamma hälsobefrämjande mönster, samtidigt som det föreligger respekt för patientens kulturbetingade värderingar och övertygelser (Leininger, 2002).

Det är av naturliga skäl lättast att förstå och acceptera de smärtuttryck och smärtvärderingar som ligger en själv närmast. Det är viktigt som sjuksköterska att se på smärta och smärtbehandling ur ett mer globalt perspektiv, sjukvårdssystemet med bland annat de långa köerna, personalbristen samt brist på kunskap om kulturella aspekter på värderingar, normer och tankar om smärta kan utgöra hinder mot en effektiv smärtbehandling. Eftersom behandlingen av smärta främst faller inom omvårdnadens område, är det sjuksköterskans uppgift att lösa dessa problem som kan uppkomma vid mötet med patienter från främmande kulturer (Hawthorn & Redmond, 1999). Det är av högsta angeläget för dagens sjuksköterska att utveckla och skaffa sig kompetens inom området kulturellt relaterad omvårdnad för att på ett effektivare sätt bedriva kulturanpassad omvårdnad (Narayanasamy, 2002). Det framgår tydligt att det samhälle vi idag lever i blir mer och mer mångkulturellt, därmed är det av stor vikt att belysa eventuella olikheter och likheter i de kulturer vi möter som sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet. Vi vill fördjupa våra kunskaper om smärta och kultur ur ett gemensamt perspektiv. Samt undersöka hur sjuksköterskan bör förhålla sig i mötet med människor från främmande kulturer. Utifrån vår teoretiska referensram vill vi sedan diskutera resultatet.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med föreliggande litteraturstudie är att studera och beskriva på vilket sätt kulturen påverkar uppfattningar, värderingar och uttryck vid fysisk smärta, i studien ingår både akut och kronisk smärta i definitionen som fysisk smärta. Vi vill också undersöka det lämpligaste sättet att som sjuksköterska förhålla sig för att respektera och få mer kunskap om de kulturella erfarenheterna som spelar in i omvårdnaden av människor med främmande kulturer. Vi vill sedan med utgångspunkt från vår teoretiska referensram diskutera vikten och innebörden av kulturkonkurrent omvårdnad. Våra frågeställningar är:

? Vilka kulturellt inlärd och överförda värderingar, normer och synsätt kan ses relaterat till fysisk smärta?

? På vilket sätt bör sjuksköterskan förhålla sig för att respektera och få kunskap om de sju faktorerna i Leiningers teori och Sunrise-modell?

## METOD

Föreliggande arbete är en litteraturstudie vars resultat baseras på analys av 10 vetenskapliga artiklar. Enligt Polit et al. (2001) är en litteraturstudie en kritisk sammanställning av tidigare forskning som är gjord inom en viss domän.

## Söksystem

Innan databassökningen gick vi in på webbsidan på Karolinska institutionens bibliotek för att få fram aktuella mesh-termer. Litteraturen till studien har vi sökt på Lunds universitetsbibliotek, vårdvetenskapliga biblioteket i Lund, Hälsa och Samhälles bibliotek på Malmö Högskola och Malmö stadsbibliotek. Sökningar efter vetenskapliga artiklar har gjorts i följande databaser ELIN, Pubmed och Swemed+. När vi sökte i databaserna sökte vi ända tills vi träffade på samma artiklar igen, då vi uppnått en så kallad ”mättnad”.

## Avgränsningar

Vi valde att begränsa oss till artiklar som publicerats under åren 1990 – 2004. Vi valde att begränsa åldern på dem som ingick i litteraturstudien till vuxna män och kvinnor över 18 år. De språkbegränsningar vi bestämde oss för på artiklarna var svenska, norska, danska och engelska.

*Tabell 1.* Redovisning av artikelsökning i databasen ELIN. Begränsningar, sökord, antal träffar, granskade abstract, granskade artiklar samt använda artiklar i litteraturstudien.

Sökning	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
1	Sökord skall finnas med i titel, abstract eller text + årtal + bara artiklar med fulltext	Cultural and pain	175	88	6	2
2	+ pain endast med i titeln	Culture* and pain	70	42	3	0
3	Sökorden med i titel, abstract eller text + fulltext + årtal	Nursing and cultural	701	33	4	1
4	”	Leininger and theory	21	11	3	0
5	”	Leininger and care	15	15	4	2
6	”	Cultural diversity and care	58	20	2	1

*Tabell 2.* Redovisning av artikelsökning i databasen Pubmed. Begränsningar, sökord, antal träffar, granskade abstract, granskade artiklar samt använda artiklar i litteraturstudien.



Sökning	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
1	Bara med abstract, språk + ålders begränsningar + årtal + orden skall vara med i texten, titel eller abstract	Pain and culture and cross cultural studies	110	26	5	2
2	”	Culture and pain and difference	95	20	11	1
3	”	Transcultural and care and pain	11	11	1	0
4	”	Nursing and care and culture and pain	44	24	4	0
5	”	Behaviour and pain and culture and diversity	5	6	1	0
6	”	Behaviour and pain and culture	156	57	8	0
7	”	Cross-cultural and pain	126	48	7	0

Tabell 3. Redovisning av artikelsökning i databasen Swemed+. Begränsningar, sökord, antal träffar, granskade abstract, granskade artiklar samt använda artiklar i litteraturstudien.

Sökning	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
1	Inga begränsningar	Antropologi	29	15	1	1
2	”	Kultur antropologi	47	3	1	0
3	”	Smärta och kulturella skillnader	0	0	0	0
4	”	Madeleine Leininger	3	3	2	0
5	”	Kultur och smärta	2	2	2	0
6	”	Kulturella perspektiv och smärta	0	0	0	0

## Artikelgranskning

Målet har varit att främst utgå ifrån kvalitativa studier, men då vi endast fann ett fåtal kvalitativa som passade vårt syfte bygger resultatet på både kvalitativa, kvantitativa och studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Granskningen av artiklarna utgår från kriterier för vetenskaplig granskning av studier enligt Polit et al. (2001). Mallen vi använt redovisas (se bilaga 1). I val av de 10 artiklarna genomförde vi som författarpär en diskussion angående artikelns innehåll. Vi utgick ifrån syftet med vår studie samt punkterna från granskningsmallen. Granskningen av artiklarna redogör vi för i granskningsmatrisen (se bilaga 2).

## Artikelbearbetning och analys

Vid analysen av materialet började vi först med att läsa igenom vårt material. Sedan gick vi tillsammans igenom materialet och kunde då urskilja de delar som svarade på våra frågor. Slutligen kom vi fram till fyra återkommande teman som svar på frågeställning ett, samt tre betydelsefulla förhållningssätt som upprepades i artiklarna och illustrerade svaret på frågeställning två.

# RESULTAT

Vårt resultat bygger på 10 vetenskapliga artiklar. Resultatet redovisas i två delar.

## Resultatdel 1

Utifrån studiens första frågeställning ”Vilka inlärd och överförda värderingar, normer och synsätt kan ses relaterat till fysisk smärta i en människas kultur?” har följande fyra återkommande teman framkommit:

- ? Kulturbundna uttryck vid smärta
- ? Kulturbundna tolkningar av smärtans betydelse
- ? Kulturbundna synsätt på vården vid smärta
- ? Kulturbundna coping strategier vid smärta

### *Kulturbundna uttryck vid smärta*

Riley et al. (2002) genomförde en studie i USA där de jämförde 1557 afrikansk-amerikanska och engelsk-amerikanska uttryckssätt vid smärta. För att uppnå sitt resultat användes VAS-skalan samt en fyra-steps-modell som ger kunskap om personens individuella smärtskattning. De framhåller i enlighet med sitt resultat att etniciteten har en liten inverkan på hur intensiteten upplevs men desto mer inverkan på känslorna och uppförandet vid smärta. Det framkom att de afrikansk-amerikanska patienterna uppvisade mer smärtobehag och gav mer känslomässig respons av sin smärta. Detta gav sig främst i uttryck i depressioner som följd, samt rädsla inför smärta. I en annan studie gjord av Edwards och Fillingim (1999) jämförs samma folkgrupper som studien ovan. De undersökte om det fanns någon skillnad i de afrikansk-amerikanska och engelsk-amerikanskas smärttröskel samt om dessa grupper tolererade fysisk smärta olika. Totalt ingick 48 informanter. De kom fram till att det inte föreligger någon skillnad i smärttoleransen men däremot styrker även denna studie, liksom den föregående, en skillnad i de emotionella smärtuttrycken. De afrikansk-amerikanska skiljer sig primärt mot de engelsk-amerikanska i hur de utåt sett visar sin smärta än hur de själva förnimmer sin smärta. En studie gjord i USA av Green et al (2002) omfattades av 3669 smärtpatienter, och deras journaler analyserade patienters journaler på ett smärtcentrum mellan åren 1993-2000. Syftet var att jämföra färgade amerikaner och vita ameri-

kaners symtom och uttrycksätt vid kronisk smärta. Studien visade att de färgade amerikanerna rapporterade mer smärta och lidelse till följd av smärtan än de vita amerikanerna gjorde. Det visade sig även i denna studie att färgades smärta i mycket större grad än hos de vita, ledde till depressioner och sömnproblem. De färgade uppgav också i större utsträckning än de vita att deras smärta påverkat och försämrat deras hälsa och livskvalitet. De färgade amerikanerna angav i större utsträckning rent fysiologiska problem som deras smärta lett till. Framför allt orsakade smärtan hos färgade yrsel, bröstsmärta och högt blodtryck (a a).

En studie med både kvalitativ och kvantitativ ansats gjord av Nayak et al. (2000) i USA jämfördes 226 indiska och amerikanska studenters syn på smärtuttryck i sin kultur. Datasamlingen bestod av ett test så kallat cold-pressor test, VAS-skalan samt enkäter. Resultatet i studien visar att det inte är lämpligt att uttrycka smärta offentligt i Indien. Det är däremot mer accepterat att ge uttryck för sin fysiska smärta i USA. Studien pekar också på att de indiska studenterna hade högre smärtröskel än de amerikanska studenterna vid olika smärttest som genomfördes. Däremot fanns ingen signifikant skillnad på test utförda med VAS-skalan, vilket tyder på att det inte fanns någon etnisk skillnad i smärtintensiteten hos de båda studentgrupperna.

I studien av Bates et al (1997) gjordes en jämförelse mellan fyra olika etniska grupper på två olika smärtcentrum: ett i Puerto Rico och ett i England. Det var polska, spanska, engelska och amerikaner som representerade de etniska grupperna och totalt 100 informanter ingick i studien. Datasamlingen bestod av semi-strukturerade intervjuer. De ville undersöka eventuella skillnader i smärtuttryck, smärtintensitet och attityder till smärta. Det framkom att i den spanska kulturen är det lämpligt att uttrycka och visa sina smärtor öppet för sin omgivning. Spanska patienter på smärtcentrat i Puerto Rico anger i studien att man inte skall undanhålla sina plågor för andra. Det är vanligt att uttrycka sin ångest, frustration och ilska på ett emotionellt sätt. Det är viktigt att uttrycka sig precis som man känner för att människor omkring en skall förstå vilket lidande smärtan orsakar. Även sjukvårdspersonalen i Spanien anser det passande att uttrycka sin smärta på detta vis, de menar att det är det mest naturliga att göra när man har ont. Enligt studiens resultat tas patienter som jämrar sig och klagar uttrycksfullt på största allvar i den spanska kulturen. Det ger en indikation på allvarlig smärta och att patienten är i stort behov av vård. En kvinna från Puerto Rico, som är bosatt i USA, har sedan en tid tillbaka haft kroniska smärtor i ryggen efter en olycka. I intervjun uttrycker hon att det ofta sker missförstånd mellan henne och personalen på grund av att hon inte uttrycker sig på ett lämpligt sätt enligt deras normer. I den spanska kulturen är det vanligt att gråta och jämra sig för att uttrycka sina smärtor. De håller inte inne sina känslor utan tycker att det är bättre att offentligt få utlopp för känslorna. Samma kvinna beskriver att hon ofta blir ilsken och frustrerad, då hon upplever att personalen inte tar henne på allvar. Hon förnimmer att hennes smärtuttryck inte uppfyller den kulturella förväntan hos personalen. En latinamerikansk man uttrycker sig på samma sätt som kvinnan angående hur han blir bemött i den amerikanska sjukvården. Han anser också sig ha blivit satt i en extra svår situation då detta uttrycksfulla sätt inte är lämpligt, och speciellt inte då han är man. I samma studie beskrivs även den engelska kulturen. Utifrån den menar den engelska sjukvårdspersonalen att det är precis tvärt om. En patient som "överdrivet" jämrar sig eller klagar över sina smärtor visar tecken på att vara väldigt känslig och hans uttryck för smärtor förbises (a a).

Bates et al (1997) har även med den polska kulturen i sin studie, och inom den anses det inte enligt studien vara kulturellt acceptabelt att visa att man har ont varken på ett verbalt eller kroppsligt förfarande. En polsk man förvånade personalen då han gav uttryck för hög smärtintensitet trots att han inte uppvisade några synbara symtom på smärta. Han uppgav då att han helst inte talade med andra om sin smärta eller uppvisade något smärtbeteende i personalens närvaro. En polsk kvinna uppgav ett liknande exempel i studien, hon lider av kronisk smärta efter en bilolycka som orsakat henne smärta i nacke och skuldror. När hon kom till smärtcentrat i England uppgav hon det högsta smärtintensitetsvärdet till personalen. Utåt sett visade hon inga tecken på vare sig smärta eller depression. Hon såg sig själv precis som mannen, helt frisk och tyckte att hon skulle fortsätta sitt arbete som vanligt trots smärtorna.

### *Kulturbundna tolkningar av smärtans betydelse*

Riley et al (2002) framhåller i sin studie att de afrikansk-amerikanska som ingick i studien tolkade smärta som mer allvarligt och mer som en betydande indikator för sjukdom än hur de engelsk-amerikanska interpreterar smärta. En kvalitativ studie gjord av Brödsgaard m fl (1999) hade som syfte att undersöka och tydliggöra hur smärta gav sig i uttryck hos smärtpatienter från USA, Taiwan, Kina och Danmark. Ur studien framkom att den kinesiska kulturen ser smärta som något förutbestämt av starkare makter, ett straff för något man gjort eller tecken på svaghet i en människas personlighet eller fysiska konstitution. Det är något man helst döljer för vänner och familjen för att inte enligt kinesiska traditioner ”tappa ansiktet”. I samma studie framställs att det kinesiska samhället präglas av en hierarkisk tankegång (*guanxi*) med hänsynstagande (*renqing*) och traditioner att inte ”tappa ansiktet” (*mianzi*). Detta tankesätt genomsyrar alla stora som små nätverk av sociala relationer och leder till att man står i skuld till dem som någon gång utfört en tjänst åt en. Detta medför att man alltid står i skuld till människor omkring sig (*bao da*). I studien beskriver en kinesisk ung man med ryggsmärtor sitt synsätt på smärta och hur han tolkar sin smärta ur ett buddistiskt tankesätt. Han tror att den har sitt ursprung från reinkarnationen där olika skulder har samlats upp från tidigare liv. Han accepterade därför sin smärta och anser den som normal.

### *Kulturbundna synsätt på vården vid smärta*

Som ovan nämnts råder det enligt studien av Brödsgaard m fl (1999) det hierarkiska levnadssättet i Kina. Studien framhåller att kineser oftast har en direkt accepterande och ej klagande hållning i mötet med sjukvårdspersonal som de ser som auktoriteter, vilka det alltid råder lojalitet mot. En kinesisk kvinna uttryckte sig i studien med orden:

”Låt inte doktor H. veta hur jag känner. Mitt förhållande till henne har alltid varit bra. Jag vill inte att hon missförstår något. När hon behandlade min man gick det så bra. Att jag har ont beror nog på mig själv och min fysiska konstitution som inte är god. Det har inte med doktorn att göra. Det är mitt eget problem.” (a a, s 1338-1339, författarnas översättning)

På grund av detta hierarkiska system förväntas hon att ”bita ihop” och leva med sin smärta (a a).

Studien av Brödsgaards m fl (1999) visade att människor från den västerländska kulturen ofta beskriver långvarig fysisk smärta som något som rättfärdigar en till ersättning från samhället. Ersättningarna består av olika former av bidrag, förtidspension eller privata försäkringar i USA. Studien har bland andra med en kvinna

från USA som lider av fibromyalgi sedan en tid tillbaka. Hon känner sig frustrerad över den skeptiska inställning hon stöter på från läkare och människorna på försäkringsbolagen som inte anser hennes diagnos vara skäl till handikapp i hennes vardag. Hon förnimmar att läkarna tror att hennes smärta sitter i huvudet. Själv anser hon att hon hamnat i kläm mellan försäkringsbolagen då hennes diagnos inte passar i en kategori som ger rätt till bidrag. Hon uttryckte sig med orden:

”Ibland så tror jag att sjukvårdspersonalen letar efter vad det är som egentligen gagnar mig. Jag menar att de redan från början har den attityden att patienten skall säkert hitta något att dra nytta av på ett eller ett annat sätt.” (a a, s 1340, författarnas översättning)

Långvarig fysisk smärta leder ofta till att västerlänningar får leda en kamp för att upprätthålla sin självrespekt. Danskarna beskrev detta i studien då de uppgav att de lägger ner mycket energi på att ”slåss” mot det byråkratiska offentliga systemet (a a).

### *Kulturbundna coping strategier vid smärta*

I studien av Brödsgaard m fl (1999) framgår det att människor från den kinesiska kulturen finner stort stöd hos varandra för att hantera sin smärta. De förenar sig med varandra genom sin tro och minskar därmed upplevelsen av sin fysiska smärta. Så här uttryckte sig en ung kinesisk man i studien:

”För att ta ett exempel i en stor familj, när en yngre bror blir skadad, så kommer alla äldre syskon att ta hand om honom. Fast att hans fysiska skada fortfarande är där så får han massor av mental omvårdnad. I motsättning till detta, om en person är isolerad från andra så blir den fysiska smärtan förstärkt.” (a a, s 1339, författarnas översättning)

Mannen i studien hade själv inte någon familj men fann tröst i sin vänkrets och kunde därmed följa betydelsen av täta relationer enligt deras tro (a a).

I studien av Bates et al (1997) innehållande den polska kulturens syn på smärta, beskriver en polsk man sina copingstrategier för att hantera sin kroniska smärta i nacke och ben orsakad av en motorcykelolycka. Han försöker ignorera sin smärta för att inte visa att han lider inför andra. Något som får honom att ”glömma” sin smärta är att gå till jobbet som vanligt för att hålla sig upptagen med annat. Han definierar sig själv som frisk, men smärtan har resulterat i att han utför sina vardagliga plikter långsammare än tidigare som frisk. Han anser att det bästa sättet att klara av sina smärtor är att se sig själv och att andra uppfattar honom som frisk och normal, vilket han lägger ner mycket tid och energi på.

En polska kvinna i samma studie uppgav också att hon klarade av sin smärta bäst genom att inte tala med andra om den. Många av hennes närmaste vänner visste inte att hon led av smärta. När hon hade som mest ont stannade hon hemma för sig själv och pratade inte med sina vänner. Det var detta hon nämnde när personalen undrade varför hon inte uttryckte att hon hade så ont som hon visade på smärtintensitetstestet. Om hon kände att hon behövde hjälp och stöd så var det bara de närmaste familjemedlemmarna hon vände sig till.

En kvinna från Puerto Rico som varit drabbad av reumatism i över 20 år hade bland annat mist förmågan att gå. Hon framhåller i studien av (a a) värdet av att arbeta fram en nära relation till sjukvårdspersonalen för att hantera smärtan. En

annan viktig del av hennes copingstrategier för att handskas med smärtan är den starka tron på Gud och de nära banden till familjen. Det ger henne styrka i svåra situationer. Innan hon blev sjuk levde hon ett väldigt aktivt socialt liv. Hennes tro till Gud fanns redan då men har stärkts avsevärt efter att hon blivit sjuk. Kvinnan hade inte tyckt att livet varit värt att leva om hon inte kunnat hämta kraft från familjen, sjukvårdspersonalen och tron till Gud.

## Resultatdel 2

Utifrån studiens andra frågeställning ”På vilket sätt bör sjuksköterskan förhålla sig för att respektera och få kunskap om de kulturellt inlärdade och överförda värderingar och kulturella erfarenheter från de sju faktorerna i Leiningers teori och Sunrise-modell?” har följande tre förhållningssätt identifierats:

- ? Vara en god och lyhörd lyssnare
- ? Respektera patientens normer och värderingar
- ? Utveckla en relation byggd på förtroende mellan sjuksköterska och patient

I vårt resultat har vi med två olika studier gjorda av Cortis (2000). Den studien som beskrivs först kommer att kallas Cortis studie (2000): 1 och den som beskrivs senare kallas Cortis studie (2000):2.

### *Vara en god och lyhörd lyssnare*

I en kvalitativ studie gjord i Holland undersökte George (2002) hur 39 patienter såg på omvårdnaden, och vad patienterna ansåg vara viktiga egenskaper hos sjukvårdspersonalen för att anpassa och respektera individuella kulturella behov i vården. George använde sig av Leiningers teori samt Sunrise-modell som teoretisk referensram och guide i studien. Det framkom att något av det viktigaste var att sjuksköterskan gav sig tid att lyssna på patienten. Vidare menade deltagarna i studien att sjuksköterskan skulle vara observant på tecken på emotionella och psykiska problem hos patienterna.

I en annan kvalitativ studie gjord av Cortis (2000):1 i England framkom även vikten av att sjuksköterskan bör vara en god lyssnare. Studien undersökte 38 pakistanska invandrades erfarenheter av möten med sjuksköterskor i omvårdnads-sammanhang. Syftet med undersökningen var att få en uppfattning om vad som ansågs vara god omvårdnad utifrån patienterna. Studien använde sig av Leiningers teori om kulturellrelaterad omvårdnad som begreppsmässig referensram för att upptäcka patienternas världssyn, kulturella värderingar samt livsstil. En av deltagarna beskriver sitt möte med sjuksköterskan så här:

” Jag såg sjuksköterskor prata med ”vita” patienter sittandes på deras sängkant men aldrig på min. Hon frågade i förbifarten om allt var bra och jag svarade ja. Detta är inget bra sätt om hon verkligen ville lära känna mig, men jag tror att hon bara inte ville besvara mig. ” (Cortis, 2000, s 57, författarnas översättning)

En australiensisk studie gjord av Cioffi (2002) undersökte 23 sjuksköterskors och barnmorskors strategier i mötet med patienter från främmande kulturer. Materialet till studien samlades in via intervjuer. De som ingick i studien menade att sjuksköterskorna bör ha god förmåga att observera beteenden utan att döma utifrån människans kultur.

### *Respektera patientens åsikter och värderingar*

Cortis studie från 2000:1 visade på att respekt var den huvudsakliga principen för en sjuksköterska i mötet med patienterna. En av deltagarna i studien kände sig upprörd av sina erfarenheter i mötena med sjuksköterskor. Han uttryckte sig med följande ord:

”Jag tycker att sjuksköterskorna borde bry sig mer, de måste känna mer respekt för sina patienter i omvårdnaden. Patienter får ibland fråga två och tre gånger efter t ex smärtstillande och ibland skriker sjuksköterskan åt patienten.” (Cortis, 2000, s 56, författarnas översättning)

Cortis 2000:1 poängterade vikten av att sjuksköterskan hade kunskap om kulturella normer och traditioner. Detta ledde till större respekt samt förståelse för dessa kulturella värderingar. I studien framkom det att kulturella dimensioner många gånger ignorerades i omvårdnads-sammanhang. En av dem som medverkade i studien formulerade sig så här:

”Om någon i vår kultur är sjuk och vistas på sjukhus, hälsar vi ofta på, försöker uppmuntra dem genom att prata och skämta och försöker därmed lätta upp stämningen. Många gånger förekommer det att vi ger en helande massage. Vi gör detta i första hand för att den sjuka skall glömma sin sjukdom, och få tillfredsställelse och därmed kunna slappna av. När vi gett massage på sjukhus har vi känt att sjuksköterskan tittat på oss och tänkt att vi inte borde ha utövat massagen där utan det är sådant man gör hemma.” (Cortis, 2000: 1, s 57, författarnas översättning)

En annan deltagare i samma studie ansåg att sjuksköterskan hade för lite kunskap om kulturella värderingar, och därmed lite förståelse för dem. Hon uttalade sitt exempel så här:

”Till och med när någon från vår kultur ligger inför döden finns ingen förståelse från sjuksköterskornas sida att alla i vår familj och släkt finns på plats. Det är viktigt för oss att finnas med när någon dör. Det har inte att göra med att vi är rädda för döden utan att det är en väldigt speciell händelse precis som när någon föds.” (Cortis, 2000, s 58, författarnas översättning)

I en annan studie gjord av Cortis (2000): 2 undersöktes pakistanska patienters erfarenheter av vården i United Kingdom. 55 informanter ingick i denna kvalitativa studie där resultatet grundas på 18 intervjuer. Deltagarna hade upplevt att deras kulturella och religiösa värderingar och ritualer inte blivit accepterade till omvårdnadsrutiner. De bemöttes av negativa reaktioner från sjuksköterskorna när de försökt att bevara sina rutiner. Detta gjorde det svårt att etablera ömsesidig respekt. En av informanterna uttryckte detta:

” Jag känner att vi respekterar dem för att de är sjuksköterskor. De har studerat mycket och bör vara bra på att möta människor, fast jag känner inte att jag fått den respekt av sjuksköterskorna.....i alla fall inte från alla”. (a a, s 115, författarnas översättning)

Det viktigaste är att sjuksköterskan visar respekt och förståelse inför patienter från främmande kulturer. Även att sjuksköterskan känner sig bekväm med att kulturella skillnader finns, och känner glädje till att utbyta kulturella kunskaper och erfarenheter med patienterna. Sjuksköterskan bör vidare känna till sin egen kulturs värderingar och den partiska sidan av denna, för att underlätta sin möjlighet till att upptäcka att det finns många kulturella synsätt, där alla är lika viktiga. Sjukskö-

terskorna menade vidare att respekt för andras kulturer bland annat innebär att ha grundläggande kunskaper i skilda kulturer, för att kunna känna till i vilka situationer olika förståelser, värderingar eller normer kan existera utifrån patientens kultur (Cioffi, 2002).

### *Utveckla en relation byggd på förtroende mellan sjuksköterska och patient*

En deltagare ur Cortis kvalitativa studie beskrev sitt möte med sjuksköterskan så här:

”Sjuksköterskan försökte göra sitt bästa och förklarade saker för mig. Men jag upplevde det ändå som besvärligt att fråga henne frågor. Så jag kände mig mer förvirrad efter kontakten med henne än vad jag gjorde innan.”  
(Cortis, 2000:1, s 57, författarnas översättning)

En annan patient beskrev vikten av relationen med sjuksköterskan med orden:

”När du är sjuk och ligger i en sjukhussäng vill du känna trygghet till dem som finns i din närhet och vårdar dig. Vissa av sjuksköterskorna ville inte tränga sig på, de gjorde enbart vad som var absolut nödvändigt och inget utöver detta.” (a a, s 57, författarnas översättning)

Studie från 2000:1 visade även på att patienterna ansåg att sjuksköterskan skulle ha ett ärligt sätt gentemot patienten. De menade att det helst skulle föreligga ett genuint intresse i att hjälpa och vårda människor. Georges studie från (2002) pekade på liknande resultat då den syftade på att ett ärligt och genuint förhållningssätt ledde till att visa respekt, visa att sjuksköterskan brydde sig om andras välmående och hjälpte patienten till självständighet och ansvarstagande.

I Cioffis (2002) studie framkom det att de största svårigheterna med kulturanpassad omvårdnad var kommunikationen, sjuksköterskorna och barnmorskorna ansåg att det var den största utmaningen i mötet med människor från andra kulturer och att bedriva kulturanpassad omvårdnad. I den mån det gick använde sig sjuksköterskorna av arbetskamrater som var flerspråkiga, men de hade inte så många som var flerspråkiga att det täckte behovet. Många gånger fick familjemedlemmar tolka vilket dock inte var det bästa alternativet då översättningen säkert inte alla gånger var objektiv.

I studien där Cortis (2000):2 undersökte Pakistaniers erfarenheter av vården i UK framkom att patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle ta hänsyn till deras kulturella behov samt hantera rasism i vården. Utifrån studien bör sjuksköterskan verka som patientens advokat.

## DISKUSSION

Diskussionen inleds med en metoddiskussion där ett resonemang kring metoden förs. Vidare diskuteras resultatet, som består av två delar då resultat del ett och två diskuteras var för sig. Slutligen följer slutsatser och därefter anges studiens användbarhet och sist förslag till fortsatt forskning.

### **Metoddiskussion**

Vi valde att genomföra en litteraturstudie då det kändes mest relevant med tanke på tidsramen för examensarbetet och vårt syfte med studien. Det hade inte varit möjligt att uppnå ett trovärdigt resultat på våra frågeställningar med en empirisk



studie under de veckor som var avsatta för arbetet. Av de databaser som fanns tillgängliga att söka i valde vi ut tre av dem. Detta för att kunna genomföra en grundlig och uttömmande sökning tills vi uppnådde så kallad vetenskaplig mättnad Polit et al (2001). Tiden begränsade vårt val av antal databaser. De artiklar som vi tyckte var intressanta utifrån vårt syfte men som inte fanns i fulltext beställde vi. Biblioteken vi sökte vår litteratur på gav oss mycket litteratur vi har haft användning för.

Litteraturstudier och undersökningar med hermeneutisk ansats bygger på tolkningar. Det leder till att en stor del av denna litteraturstudie är tolkningar av andra författares tolkningar och trovärdigheten kan därför diskuteras. Då alla former av tolkningar är subjektiva är detta vanlig kritik till hermeneutisk forskning, men kritiken försvaras genom att hermeneutikens teori är holistisk och föränderlig. I och med detta medför det att olika resultat från olika studier kan vara lika sanningsenliga eftersom de utgår från skilda kontexter (Hartman, 1998). Utifrån detta anser vi att litteraturstudier är en utmärkt metod för att få fram ett trovärdigt och relevant resultat.

Våra begränsningar vid artikelsökningen utgjorde språk, ålder och publiceringsår. Vad gäller språken var det mest naturliga att enbart ägna denna litteraturstudie åt artiklar med de språk vi kunde läsa utan hjälp till översättning. När det gäller publiceringsår på artiklarna är vi medvetna om att vi kan ha missat intressanta studier utifrån vårt syfte. Vi har dock inkonsekvent valt att ha med en studie i bakgrunden från 1952, detta för att belysa att det redan då bedrevs forskning kring smärta och kultur.

För att få en bredare sökning utgjordes våra sökord av aktuella mesh-termer som vi hämtade på Karolinska institutionens biblioteks-webbsida, detta ledde till en mer specifik och vedertagen sökning. Vi hade inledningsvis som mål att basera resultatet på kvalitativa studier men då vi endast fann ett fåtal så utgörs resultatet av 6 kvalitativa, 3 kvantitativa och 1 studie med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Vi har med två artiklar som inte är helt korrekta enligt Polit et al (2001) kriterier för vetenskaplighet. Vi bedömde dock att resultaten var bra enligt vårt syfte och valde därför att ta med dem ändå.

Våra sökord har främst innefattat olika termer för det vida begreppet kultur. Detta är en ganska bred sökning som påmint oss under resans gång att vi kan ha missat tänkvärda kulturspecifika aspekter som t ex utmärkande religioner. Men vi har valt att inte sträva efter att belysa några specifika folkgrupper eller kulturer utan att ge en allmän bild av hur kulturen kan påverka en människas syn och uttrycks-sätt vid smärta.

Våra två frågeställningars resultat bygger på skilda artiklar. Den första frågeställningens resultat grundas på sex vetenskapliga artiklar och den andra på fyra vetenskapliga artiklar. Det optimala hade varit att utgå ifrån samma artiklar, men vi fann detta omöjligt, då våra frågeställningar trots samhörighet har olika utgångspunkter. Vi anser emellertid att frågeställningarna är tätt sammanlänkade. Då man utifrån kunskap om hur sjuksköterskan bör förhålla sig i mötet med patienter från främmande kulturer för att bedriva kulturpassad omvårdnad, kan bland annat kulturella aspekter på smärta bemötas med professionalism.

I vårt val av teoretisk referensram var vi eniga om att Leiningers teori om kulturrelaterad omsorg lämpade sig bra för litteraturstudien. Då studiens syfte engagerar

kulturkongruent omvårdnad med kulturella aspekter på smärta och hur sjuksköterskan bör förhålla sig i mötet med patienter från främmande kulturer. Detta för att slutligen uppnå teorins mål, att få kunskaper om kulturella likheter och skillnader för att skapa en kunskapsbas att utgå ifrån i sitt praktiska arbete (Leininger, 2002).

## Resultatdiskussion

Fokus och syfte med studien har varit att beskriva kulturella skillnader i synsättet på fysisk smärta, samt betona innebörden av att tillämpa kulturkongruent omvårdnad och ge vägledning i förfarandet av detta. Ett mål som vi tycker att vi har följt. Artiklarna som vårt resultat bygger på är undersökningar av människor och patienter med fysisk smärta. Resultatet visar dock på att fysisk smärta är mycket tätt sammankopplat med psykisk smärta och besvär. Det är svårt att skilja på dessa begrepp, och som sjuksköterska är det viktigt att kunna se människan som en helhet där hon tar hänsyn till både kroppsliga och själsliga dimensioner i sin omvårdnad av patienten. Leininger förespråkar också att se människan ur ett helhetsperspektiv, då hon menar att hennes teori och modell leder till att upptäcka många gömda, uppenbara och oväntade faktorer som influerar i omvårdnaden. ”*Låt solen stiga och skina*” ett uttryck hon själv formulerat om sin Sunrise-modell och uppmanar sjuksköterskan att öppna upp sitt sinne och vara mottaglig för upptäcka annorlunda faktorer som spelar in i omvårdnaden och som kan leda till hälsa och välmående.

### Resultat del 1

Det framkommer tydligt att det finns kulturella skillnader i att se på, och uttrycka smärta. Våra fyra teman i resultat del ett kan ses som indikatorer på att kulturella grupper har väldigt skilda uppfattningar och meningar om dessa. Kunskapen är som sjuksköterska viktig att alltid bära med sig i mötet med och i behandling av en smärtpåverkad patient från en främmande kultur. Enligt Helman (2000) har sjuksköterskan ett stort ansvar att förbättra patientens livskvalitet genom att känna till värderingar och veta vad som är meningsfullt för patienten.

Ur studierna som resultatet bygger på framgår att etniciteten inte har någon betydelse för smärtuttryck. Det finns inga skillnader i smärtintensiteten hos olika folkgrupper. Det som skiljer sig är det kulturen skapat och format. Det är viktigt att som sjuksköterska känna till dynamiken bakom de kulturella betingelserna då Leininger (2002) menar att kulturens inlärdade värderingar är de som styr hennes mönster för tänkande, beslut och handlande.

Riley et al. (2002) menar att känslorna och uppförandet vid smärta utifrån sitt resultat av sin studie bottnar i de diskriminerande förhållanden som afrikansk amerikanska folkgruppen befunnit sig i. Det har visat sig att de blivit underbehandlade för sina depressioner sedan länge. Riley et al. (2002) poängterar att denna grupp under lång tid fått mindre och fördröjd tillgång till vård, samt mindre prioriterade behandlingsmöjligheter. Detta kan i sin tur leda till att de uttrycker sina smärtor på ett mer kraftfullt och känslomässigt sätt, trots att de uppger samma smärtintensitet som de engelsk amerikanska som ingick i studien.

Green et al. (2002) syftar på samma förklaring som studien ovan till sitt resultat. De menar att den generellt fattigare sjukvården som de färgade amerikanerna är vana vid påverkat studiens utfall. De syftar på den begränsade tillgången på

smärtbehandling, den allmänna motsrävigheten till att söka sjukvård för psykiska problem som de anser finnas hos den färgade befolkningen samt den begränsade tillgången till professionell sjukvård. Det är av vikt att känna till då ett flertal studier visar att de färgades fysiska smärta leder till och i allt högre grad orsakar större psykologisk börda än hos de vita. De fysiologiska problemen som smärtan lett till hos de färgade amerikanerna förklarar Green et al. (2002) bero på skillnad i stresshantering, copingstrategier och andra faktorer ur miljön som t ex sociala och ekonomiska problem.

Det är viktiga tankar Green et al. Samt Riley et al. framhåller. Vi tror att det är möjligt att överföra dessa reflektioner på andra grupper i vårt samhälle. Vi tänker i huvudsak på en del av invandraman, utan att generalisera alla invandrare, många gånger tvingats bryta upp från sina släktingar, vänner och arbete för att möta en (för dem) ny kultur med delvis andra förväntningar, synsätt och normer. Att som invandrare försöka integrera och bli en del av samhället ställer många gånger höga krav på både människan och inte minst på samhällets anpassnings och acceptans förmåga. Det är därför viktigt som sjuksköterska att tänka på att sociala, ekonomiska eller andra problem en människa har kan påverka hur patienten uttrycker och upplever sin smärta samt även leda till fysiologiska och psykologiska besvär som t ex depression, sömnproblem, yrsel och bröstsmärtor orsakade av primärsymtomet smärta.

Bates et al. (1997) påpekar att problemet mellan de spanskt talande och amerikanskt talande invånarna i USA inte bara beror på olika sätt att uttrycka smärta utan också i språkbarriärer. Detta fenomen är inte ovanligt inom sjukvården i vårt samhälle heller. Där förekommer ofta kulturkrockar där de inblandade inte talar samma språk. Vi tror att man i dessa situationer kanske ger uttryck för sina smärtor på ett mer känslomässigt sätt i frustrationen av att inte bli förstådd. Det icke-verbala språket blir därmed det verktyg som nyttjas för att ge uttryck för smärtan. Detta kan eventuellt resultera i att personalen uppfattar patienten som överdriven och dramatisk och inte tar hans smärtor på allvar. Risken att inte bli tagen på allvar skriver Hanssen (1998) också om i sin bok, där hon poängterar att om språkproblem föreligger försvåras hela situationen, det är därmed störst risk för patienter med annan kulturell bakgrund att bli missförstådda. Detta vetande bör leda till att sjuksköterskan är extra lyhörd och ödmjuk inför mötet och i behandling med denna patientgrupp.

Att det existerar kulturbundna tolkningar av smärtans betydelse betonar smärtans subjektiva mening då synen på smärta har stora kulturella skillnader. Hawthorn och Redmond (1999) skriver bland andra om smärtans subjektiva mening. Även Killander m fl (1999) betonar denna subjektiva mening och påstår att det aldrig går att jämföra en smärta med en annan smärta. Denna kunskap indikerar på att det är väldigt svårt att som sjuksköterska uppnå full förståelse och få insikt i en patients smärta. Men som Andrews och Boyle (2003) påpekar är det viktigt att sjuksköterskan alltid utgår ifrån att smärta existerar när en patient uppger det. Det är också betydelsefullt att sjuksköterskan tar till de hjälpmedel som finns att tillgå som t ex VAS-skalan, för att få en rättvis bedömning av patienternas smärta. VAS-skalan lämpar sig för en stor patientgrupp då antingen språk, syn eller oförmåga att tänka abstrakt kan förekomma detta på grund av sina tre skalor som VAS-skalan innefattar. VAS-skalan är ett bra mätinstrument då samma patients smärta kan jämföras vid olika tillfällen.

Kulturen har förvånansvärt stark inverkan på i vilken grad en människa tolererar smärta. I studien av Brödsgaards m fl (1999) beskriver en kinesisk kvinna hur hon står ut med sina smärtor på grund av att hennes man tidigare fått god och lyckosam behandling av deras gemensamma läkare. Som följd av detta är hon enligt hennes hierarkiska tro och kultur tvungen att finna sig i sina smärtor. Det är svårt att utifrån detta dra slutsats om hur starka smärtor och plågor kvinnan i själva verket lider av. Men fenomenet om kulturens inverkan på smärttoleransen skildras också i Samuelssons bok från 1999. I boken skriver han om hur framförallt afrikanska kvinnor och män uthärdar könsstympning med sinneslugn. Detta får oss onekligen att tänka på vilka otroliga krafter kulturens inverkan har på människans smärtuttryck.

Alla människor har olika coping strategier för att försöka klara av, och hantera sina smärtor. Ur resultatet framgår att många patienter vänder sig endast till familjen eller medlemmar av samma kultur för att få stöd och prata om sin smärta. Ett mer inåtvänt uttryckssätt skall om möjligt aldrig påverka smärtbehandlingen. Att ha kännedom om dessa kulturella coping strategier vid smärta underlättar mycket för sjuksköterskan. Då hon genom sina professionella handlingar här tillämpar kulturkongruent omvårdnad genom att hjälpa, stödja, befrämja patientens beslut att delvis anpassa sig för att uppnå en tillfredsställande smärtbehandling tillsammans med sjuksköterskan. Hon måste dock alltid enligt Leininger (2002) respektera de olika kulturella värderingarna för en kulturkongruent omvårdnad. Andrews och Boyle (2003) understryker också i en av strategierna i mötet med patienter med smärta, vikten av att respektera patienterna som olika individer med kulturen som grund för denna individualism, att just det egna synsättet på smärta anses utifrån patienten vara det "riktiga".

### *Resultat del 2*

Vi ser ett samband mellan de tre framtagna förhållningssätt som svarar på frågeställning två och Andrew och Boyle's (2003) strategier för att möta patienter med smärta. De båda genomsyras av att respektera patienten samt deras kulturella värderingar, skapa en god relation med patienten, inte fördöma eller stereotypisera en patient utifrån hans kultur samt bedriva trygg och professionell omvårdnad. Detta leder till att Andrew och Boyle's strategier därmed kan överföras i mötet med alla patienter från främmande kulturer och inte bara i mötet med en patient med smärta.

Leiningers teori bygger också på respekt, tillit och trygghet. Leininger anser att kulturrelaterad omvårdnad är nödvändigt för välmående, hälsa, tillfrisknande och för att möta döden eller handikapp. I målet om att bevara de kulturella ritualerna vid sjukdom menar Leininger att sjuksköterskan bör känna till och acceptera dessa samt att hon ibland till och med kan utföra dem.

De faktorer som Leininger menar har betydelse i omvårdnaden är de sju som ingår i Sunrise-modellen och hennes teori. Genom att tillämpa vårt resultat anser vi att det underlättar i mötet med patienten från främmande kulturer och hjälper sjuksköterskan att uppnå lämplig kulturkongruent omvårdnad. Dessa förhållningssätt för med sig att patienten känner tillit till sjuksköterskan och därmed har lättare för att anförtro sig och tala om sina kulturella värderingar och normer. Det leder till att sjuksköterskan inhämtar kunskap från de sju faktorerna som spelar in i omvårdnaden och sjuksköterskan får därmed en helhetssyn på patienten vilket hjälper henne i hennes praktiska arbete. Enligt Leininger (2002) avgör hon själv vilken av

dessa faktorer som hon prioriterar utifrån den aktuella omvårdnadssituationen. Utifrån denna kunskap om patienten är det upp till sjuksköterskan att genom sina professionella kunskaper och handlingar avgöra vilken av Leiningers tre strategier hon väljer för att uppnå målet med transkulturell omvårdnad. De tre strategierna syftar på att i största möjliga mån bevara de kulturella värderingarna som patienten har.

Där finns dock ibland problem i att bedriva kulturkongruent omvårdnad. Narayanasamy, 2002 menar att olika former för ras diskriminering är det som utgör det största hindret för att bedriva transkulturell omvårdnad. Sådana förtryckande känslor mot minoritetsgrupper kan leda till en negativ uppfattning av kulturanpassad vård gentemot t ex färgade eller andra etniska minoritetsgrupper i samhället. Hon poängterar att man som sjuksköterska måste känna till och kunna upptäcka eventuell rasdiskriminerande och förtryckande sidor hos sig själv eller från andra på arbetsplatsen då de påverkar ens relation till patienten. Andrew och Boyle (2003) poängterar också detta med att sjuksköterskan måste identifiera sina egna personliga attityder. Om sjuksköterskan är medveten om dessa är det lättare att se och reflektera över mötet med patienter som har en annan syn och kulturell bakgrund än hon själv. Leininger (2002) belyser det från en annan synvinkel och menar att även kulturella skillnader inom vårdarnas arbetsgrupp kan skapa konflikter om de inte har kunskap om varandras kulturella skillnader.

Dessa tillvägagångssätt och förhållningssätt ses säkert av många som självklara att sjuksköterskan utgår ifrån, vilket vi också anser att de bör vara. Men utifrån resultatet ses att det allt för ofta förekommer situationer där dessa inte tillämpas. Patienten måste som en självklarhet få känna respekt, trygghet och acceptans i sin utsatta situation som han ofta befinner sig i.

## **Slutsatser**

Inom sjukvården, utbildningar och forskning är kunskapen om transkulturell omvårdnad numera ett viktigt inslag för att bevara hälsan och välmående i vårt hastigt växande och allt mer globaliserande samhälle. Även efter många års forskning av Madeleine Leininger påstår hon att Transkulturell omvårdnad är den kreativa sidan för att uppnå en förståelse av den vetenskapliga samt människans emic perspektiv, och få de bästa professionella kunskaperna av etic perspektivet för att utöva en kulturkongruent omvårdnad. Narayanasamy (2002) påpekar att sjuksköterskans kunskaper idag generellt sätt inte svarar tillräckligt för omvårdnaden av patienter från etiska minoriteter. Vi anser att det är viktigt att man därmed redan i utbildningen lär sig att bedriva omvårdnad på ett lämpligt kulturanpassat sätt, detta för att på ett tidigt stadium anta den kulturella utmaningen som ligger framför oss i vårt kommande yrke. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om att kulturen influerar på den vård hon vidtar. Det är också av vikt att de kunskaper man för vidare till kommande sjuksköterskor i form av undervisning av t ex studenter, är kunskaper baserade på kulturella skillnader och likheter. Det är av värde att forska mer inom detta område för att få kunskap om olika kulturella grupper i vårt samhälle. Inte minst de kanske mest utsatta grupper minsta kulturella grupperna är viktigt att känna till för att bedriva kulturkongruent omvårdnad till alla oavsett ålder kön eller etnicitet.

Kulturanpassad omvårdnad kan endast utövas när kulturellerade värderingar, uttryck eller mönster är kända och tillämpas på ett lämpligt, säkert och menings-

fullt sätt (Leininger, 2002). Dessa ord av Leininger styrker betydelsen av sjuksköterskans kunskaper om kulturella värderingar, uttryck och mönster för att över huvud taget kunna bedriva kulturanpassad omvårdnad.

### **Studiens användbarhet**

Vi hoppas att arbetet skall inspirera sjuksköterskor till fortsatta studier och ökat intresse av ämnet. Hon kan använda sig av studien för att få kunskap om kulturens betydelse för smärtuttryck samt vilka aspekter och förhållningssätt som är viktiga i mötet med en patient från en främmande kultur. Nyttjar sjuksköterskan studiens resultat leder det förhoppningsvis till att patienten känner förtroende inför hennes kvalifikation i yrket. Detta leder troligtvis till en möjlighet att ta större del av hans kulturella bakgrund och att han känner att hon tar hänsyn till kulturella värderingar, normer och synsätt på ett både professionellt och medmänskligt sätt. Sjuksköterskan tar därmed en del av sitt ansvar utifrån Leiningers (2002) uppmaning om det moraliska och etiska ansvar att upptäcka, känna till och använda sig av kulturellt baserade kunskaper i sitt omvårdnadsarbete, som varje sjuksköterska har.

### **Fortsatt forskning**

Då vårt samhälle idag är väldigt rikt på många olika kulturer är det av stor betydelse att det bedrivs fortsatt forskning inom detta område i målet om att få en förståelse för kulturella skillnader och likheter. Som sjuksköterska är det av särskild vikt att ha en kulturell kunskapsbas för att på det mest gynnsamma sättet hantera och bedriva kulturkongruent omvårdnad. Då vi främst fann forskning inom kulturkongruent omvårdnad och kulturella värderingar på smärta från USA tyder det på att det fattas forskning i Norden och övriga Europa. Kanske beror detta enligt Thorsén 1997 på att Leininger arbetar i USA, där det transkulturella perspektivet blivit en del av vården på grund av den stora kulturella spridning som finns i landet. Thorsén menar vidare att i och med den ökade invandringen i Sverige blir det allt mer viktigt även här med insikt om transkulturell omvårdnad i det svenska mångkulturella samhället. Vi vill uppmantra fortsatt forskning inom samma ämne i Norden och Europa, och även då eventuellt med syfte att utforska en specifik kultur. Detta för att åstadkomma en djupare förståelse och få konkret kunskap om den aktuella kulturen. Hur ser det ut idag? Känner den nyexaminerade sjuksköterskan sig redo för att möta vårt mångkulturella samhälle? Har hon tillräckliga kunskaper i bagaget om kulturella skillnader och likheter angående exempelvis smärta efter avslutad utbildning, är andra frågor som är av intresse undersöka!

## REFERENSER

Andrews, M M & Boyle, J S (2003) *Transcultural Concepts in Nursing Care* (4<sup>th</sup> Edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Barbosa da Silva, A & Lindquist, M (2003) *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Bates M S et al. (1997) The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social Science Medicine*, 45, 1433-1447.

Brödsgaard, I m fl (1999) Kronisk smerte og lidelse i et tværkulturelt perspektiv. *Månedsskr Prakt Leagegern*, 77, 1335-1344.

Cioffi, (2002) Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.

Cortis, J D (2000) Caring as experienced by minority ethnic patients. *International Nursing review*, 47, 53-62.

Cortis, J D (2000) Perceptions and Experiences With Nursing Care: A study of Pakistani (Urdu) Communities in the United Kingdom. *Journal of Transcultural nursing*, 11, 111-118.

Edwards, R R & Fillingim R. B (1999) Ethnic Differences in Thermal Pain Responses. *Psychosomatic Medicine*, 61, 346-354.

Gebru, K (2003) *Kulturanpassad vård i livets slutskede*. Vård i livets slutskede – delrapport 2003:4 FoU-enheten för äldre.

George, T B (2002) Care meanings, expressions and experiences of those with chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 25-33.

Green, C R et al. (2002) Race and chronic pain: A comparative study of young black and white Americans presenting management. *The Journal of Pain*, 4, 176-183.

Hanssen, I (1998) *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawthorn, J & Redmond, K (1999) *Smärta – en bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Helman, C G (2000) *Culture, Health and Illness* (4<sup>th</sup> Edition). Oxford: Butterworth & Heinemann.
- Johnsson, L R m fl (1995) *Anteckningar om omvårdnadsteorier III*. Lund: Studentlitteratur.
- Killander, E m fl (1999) *Tro på patienten – behandling av tumörrelaterad smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M (2002) *The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method*. In M Leininger & MR McFarland (2002) *Transcultural Nursing – concepts, theories, research & practice*. New York: Mc Graw-Hill.
- Leininger, M & McFarland M R (2002) *Transcultural Nursing – concepts, theories, research & practice*. New York: Mc Graw-Hill.
- Narayanasamy, A (2002) Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?. *British journal of nursing*, 12, 185-194.
- Nayak, S et al (2000) Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. *Cross – Cultural Research*, 34, 135-151.
- Nilsson, B & Waldemarson A-K (1994) *Kommunikation – Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D et al (2001) *Essentials of nursing research. Methods appraisal, and utilization* (5<sup>th</sup> Edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Riley, J et al (2002) Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. *Pain*, 100, 291-298.
- Samuelsson, J (1999) *Muslimers möte med svensk sjukvård och skola*. Lund: Studentlitteratur.
- SOSFS 1995:5 *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*.
- Thorsén, H (1997) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber AB
- Zoborowski, M (1952) Cultural components in responses to pain. *Journal of Social issues*, 8, 16-30.



## BILAGOR

Bilaga 1 Granskningsmall

Bilaga 2 Granskningsmatris

## **Bilaga 1**

Mallen är hämtad ur Polit et al (2001) kriterier för vetenskapliga artiklar.

### **Titel:**

Ska vara kortfattad och uttrycka vad studien handlar om. Den får max innehålla 15 ord. I kvalitativa studier är ofta det centrala fenomenet och undersökningsgruppen med.

### **Abstract:**

Är en kortfattad beskrivning (100-200 ord) av studien, som placeras först i artikeln. Abstractet skall besvara frågorna:

- ? Vad var forskningsfrågorna?
- ? Vilka metoder har använts?
- ? Vad upptäcktes?
- ? Vilka konsekvenser för det praktiska omvårdnadsarbetet får studien?

Läsaren skall genom att enbart läsa abstractet kunna avgöra om artikeln är intressant eller inte.

### **Introduktion:**

Här sätts läsaren in i forskningsområdet och i vilket sammanhang undersökningen är gjord. Introduktionen skall komma efter abstractet, men det är inte tvunget att ha en egen rubrik.

Introduktionen innehåller oftast:

- ? Det centrala fenomenet
- ? Syftet, forskningsfrågan och/eller hypoteser
- ? Genomgång av relevant litteratur
- ? Den teoretiska ramen
- ? Betydelsen och behovet

### **Metod:**

Här skriver man vilken metod som har använts för att svara på forskningsfrågorna. I kvalitativa studier förklarar man varför man har använt en kvalitativ design. Här skrivs även de etiska aspekterna.

**Resultat:**

Innehåller information och beskrivning av studiens deltagare. Resultatet redovisas oftast i teman eller processer utifrån det insamlade materialet. Man kan även använda sig av citat för att belysa deltagarnas svar.

**Diskussion:**

Här dras slutsatser om resultatet, innebörden, varför resultatet blev som det blev och hur man kan använda sig av resultatet i praktiken. Diskussionen skall innehålla:

- ? En tolkning av resultatet till praktisk och/eller teoretisk tillämpning
- ? Hur resultatet kan användas för att förbättra omvårdnaden och vilken forskning som behövs för att området skall utvecklas ytterligare
- ? Begränsningar – dessa talar om för läsaren att forskaren har tagit hänsyn till dessa vid tolkningen av resultatet

## Bilaga 2

Författare, år och titel	Syfte	Metod	Resultat	Kritisk granskning enligt författarparet
Riley, et al. (2002) <i>Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain' (USA)</i>	Testa två hypoteser, 1: Afrikan-amerikaner ger mer kraftfullt uttryck vid smärta än engelsk-amerikaner. 2: Uppskattningen av smärtgraden är olika hos afrikansk-amerikaner och engelsk-amerikaner.	Kvantitativ studie. n=1557, medelålder 45,18 år. Datainsamlingen skedde genom mätning med VAS-skalan samt utgått ifrån en fyra stegs modell i mätning av smärta. Den består av 1. känslomässig beskrivning, 2. Obehag-beskrivning, 3. Beskrivning av hur smärtan påverkar ens liv, 4. Beskrivning av hur man hanterar sin smärta.	Båda hypoteserna verifierades.	Bra artikel, stort urval. Följer vetenskapliga kriterier enligt Polit et al. (2001).
Edwards & Fillingim (1999) <i>Ethnic Differences in Thermal Pain Responses (USA)</i>	Undersöka skillnaden på smärtresponser vid tre olika experiment mellan afrikansk-amerikanska och engelsk-amerikanska. Se om etniciteten har någon betydelse.	Kvantitativ studie med tre experiment som datainsamlingsmetod. n=48. Experimenten mätte smärttoleransen, smärtintensiteten och obehag som uppgavs, genom värme test.	Inga etniska skillnader i smärtintensiteten men de afrikansk-amerikanska uppgav lägre smärttolerans.	Bra artikel enligt Polit et al. (2001), dock en liten studie för att vara kvantitativ.
Brödsgaard, et al (1999) <i>Kronisk smerte og lidelse i et tværkulturelt perspektiv (USA och Danmark)</i>	Undersöka och tydliggöra hur smärta och lidelse gav sig i uttryck hos kroniska smärtpatienter från USA, Taiwan, Kina och Danmark. Samt se sammanhanget mellan dessa uttryck och den sociala kontext de befann sig i.	Kvalitativ studie baserad på grounded theory med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. n=118	De kommer fram till vad smärta innebär för de olika etniska grupperna som ingår.	Resultatet stämmer inte helt överrens med syftet. Saknar etniska aspekter. Annars bra enligt Polit et al. (2001).
Bates, et al (1997) <i>The effect of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness ( Mexico)</i>	Att jämföra fyra etniska gruppers skillnader i smärtbeteende, beskrivning av smärtintensitet, attityder till smärta och olika copingstrategier för att hanteras med sin smärta.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer både på ett smärtcentra i England och på ett sjukhus i Puerto Rico. n=100 Spanska, engelska, amerikanska och polska informanter ingick i studien.	De element som influerade attityderna till smärta är helhetssynen på människan med dimensionerna kropp och själ. Där inte denna syn stämde mellan patient och vårdare ledde till stress och utanförskap hos patienten.	Bra artikel enligt Polit et al. (2001).
Green, et al (2002)	Jämföra och undersöka om någon skillnad förelåg hos patienter	Kvantitativ studie med retrospektiv design där man analyserat journa-	Färgade amerikaner var mer uttrycksfulla vid	Bra artikel enligt Polit et al. (2001).

<i>Race and chronic pain: a comparative study of young black and white americans presenting for management (USA)</i>	med olika etnisk bakgrund med smärta vad gäller psykologiska funktioner, smärtuttryck samt i hur stor grad smärtan utgjorde något handikapp för människan.	ler hos smärtpatienter från 1993-2000. n=3669	smärta samt uppvisade mer depressiva symtom som följd av sin smärta än vad de vita engelsk-amerikanerna gjorde.	
Nayak et al. (2000)  <i>Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance (USA)</i>	Undersöka hur synen är på ett lämpligt smärtbeteende bland studenter från USA och Indien och att undersöka skillnader i smärttoleransen och intensitet.	Kvalitativ och kvantitativ studie. n=226, utgick ifrån VAS-skalan, cold-pressortest samt enkäter till sin datainsamling.	Det var mindre accepterat i Indien att uttrycka smärta offentligt än vad det var i USA. I enlighet med detta resultat hade de indiska studenterna högre smärttolerans än de från USA.	Mycket bra artikel enligt Polit et al. (2001). Bra metodbeskrivning samt statistiska test för att verifiera sin data.
Cortis (2000)  <i>Perceptions and Experiences With nursing care: A study of pakistani (Urdu) Communities in the United Kingdom (UK)</i>	Undersöka vilka vård-erfarenheter Pakistanska invandrare hade av sjukvården i Uk.	Kvalitativ studie, som utgår ifrån grounded teori. Datainsamlingen bestod av 18 face-to-face intervjuer för att fånga ansiktsuttryck, röst toner och kroppsspråk. 55 deltagare ingick i studien. Inklusionskriterier, alla skulle ha varit i kontakt med vården under de senaste 6-12 månaderna. Leiningers begrepp och transkulturell omvårdnad brukas i studien.	De förväntningarna som var mest betydelsefulla var: Respektfullt bemötande, vänlighet, att behandlas lika oavsett kultur eller ras samt att vårdpersonalen visade respekt för deras religiösa och kulturella värderingar. Erfarenheter: brister i kulturell kunskap hos personalen, att det skedde generalisering av kulturer och religioner, negativ attityd även rasism förekom.	Bra artikel enligt Polit et al (2001)
George (2002)  <i>Care meanings, expressions, and experiences of those with chronic mental illness (Holland)</i>	Att undersöka vad patienterna anser vara betydelsefull och god omvårdnad. Samt vilka erfarenheter de har av omvårdnaden under sin tid på sjukhuset.	Kvalitativ studie. Använt sig av ethnonursing metoden och utgått från faktorer från Leiningers teori och modell i studien. Key informanter: 15 General informanter: 24. Datainsamlingsmetod: intervjuer med ostrukturerade frågor samt observation under en 11 månaders period.	De faktorer utifrån Leiningers teori som främst hade inverkan på patienternas syn på omvårdnaden var kulturen, sociala strukturer, etnisk bakgrund och miljön. Sjuksköterskan kan använda sig av denna kunskap för att bevara kulturkongruent omvårdnad och uppnå livskvalitet och välmående hos dessa subkulturer.	Mycket bra artikel enligt Polit et al. (2001).
Cortis (2000)  <i>Caring as experienced by minority ethnic patients (UK)</i>	Undersöka vad som anses vara god och individuellt anpassad omvårdnad, samt hur deras erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad ser ut.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. De medverkande var 39 invandrare från Pakistan bosatta i England. Studien använder sig av Leiningers teori som begreppsmässig refe-	Förväntningarna mellan patienten och sjuksköterskan i synen på omvårdnaden stämmer inte helt överens. Kommer fram till strategier vilka hon kan utgå ifrån för att identi-	Bra artikel enligt Polit et al. (2001)

		rensram när de genomför intervjuerna.	fiera patienternas förväntningar på vården.	
Cioffi (2002)  <i>Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences (Australien)</i>	Undersöka hur sjuksköterskor och barnmorskor klarar av att kommunicera med patienterna i ett mångkulturellt samhälle samt vilka strategier de ansåg vara mest lämpliga i mötet med patienter från främmande kulturer.	Kvalitativ studie. Samlade in data genom intervjuer med öppna frågor. Det ingick 11 sjuksköterskor och 12 barnmorskor i studien som genomfördes i Australien. I undersökningen används Leiningers begrepp från hennes teori tillämpas för definitioner och stöd för kulturkongruent omvårdnad.	De utnyttjade ofta tvåspråkig personal och de tyckte att de bästa strategierna i mötet var att visa empati, respekt, och vänlig inställning till ansträngning i mötet med människor från främmande kulturer.	Bra artikel enligt Polit et al. (2001)