

---

# MONIKULTTUURISTEN LASTEN KIVUNHOITOTYÖ

Sairaanhoitajien kokemuksia



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2012

Tuominen Jonna



Forssa  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Jonna Tuominen	<b>Vuosi</b> 2012
<b>Työn nimi</b>	Monikulttuuristen lasten kivunhoitotyö	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä sairaanhoitajien näkökulmasta erään yliopistollisen keskussairaalan lastenklinikan osastoilla. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten monikulttuuristen lasten kulttuurista näkyi ja miten sairaanhoitajat sitä huomioivat osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa monikulttuuristen lasten kivunhoitotyön kehittämiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin erään yliopistollisen keskussairaalan lastenklinikan lastentautien-, lastenkirurgian- ja lasteninfektio-osastoilla. Opinnäytetyöhön osallistui yhteensä kuusi sairaanhoitajaa. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen. Opinnäytetyönaineisto kerättiin haastatteluiden avulla, jotka nauhoitettiin. Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysin tuloksena syntyi kuvaus sairaanhoitajien kokemuksista monikulttuuristen lasten kivunhoitotyöstä.

Opinnäytetyön keskeiseksi tulokseksi muodostui monikulttuuristen lasten kulttuurista näkyminen kivunhoitotyössä osastoilla. Kulttuurista näkyi kommunikointiongelmassa, jotka hankaloittivat hoitotyötä, koska toisen ymmärtäminen täysin oli hankalaa ja se johti väärinymmärryksiin. Kulttuurista näkyi lasten kivunilmentämisessä. Sairaanhoitajat kokivat kulttuurista lasten kivunilmentämisen joskus hämmentäväksi ja heidän kipunsa tulkinta oli vaikeampaa. Toiseksi keskeiseksi tulokseksi muodostui monikulttuuristen lasten kulttuurista huomioiminen osastoilla. Sairaanhoitajat pyrkivät ottamaan selvää perheen tavoista ja tottumuksista ja mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan niitä. Kolmas keskeinen tutkimustulos oli kulttuurista vaikutus kivunhoitotyöhön. Sairaanhoitajat keskustelivat perheen kanssa enemmän ja kiinnittivät huomiota puhetaapaansa, jotta väärinymmärryksiä ei syntyisi.

**Avainsanat** monikulttuurisuus, kivunhoitotyö, lapset, kulttuuri–kipu, kulttuuri–lapset, kulttuuri–hoitotyö

**Sivut** 49 s. + liitteet 5 s.

Forssa  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

<b>Author</b>	Jonna Tuominen	<b>Year</b> 2012
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Nursing of multicultural children's pain	

---

## ABSTRACT

The purpose of this study was to describe pain management nursing with multicultural children from nurses' perspective. This study looked into the nurses' thoughts about how the children's cultural background stands out and how nurses take it into consideration on the wards of a certain university hospital's department of paediatrics. The aim of this study was to obtain new knowledge to develop pain management nursing with multicultural children.

This study was put into practice on a paediatric ward, an infection ward of children and on a ward of paediatric surgery. Research data were collected from six nurses. The research method was qualitative. Research data were collected using theme interviews that were recorded. The research material was analysed inductively by using a content analysis.

The main result of this study was how the children's cultural background stood out in the pain management nursing on the wards. Cultural background appeared as communication problems that hampered nursing, because it was difficult to understand the other completely and it could lead to misunderstandings. Cultural background appeared in the children's ways of showing their pain. The nurses experienced multicultural children's ways of showing their pain sometimes confusing and the nurses' interpretation of the children's pain was very difficult. The second main result of this study was how the nurses took the children's cultural background into their consideration on the wards. The nurses tried to find out the families' habits and if possible they tried to fulfill them. The third main result of this study was how the cultural background affected the pain management nursing. Nurses talked with the families more and they drew their attention to the way they talked in order to avoid any misunderstandings.

**Keywords** multiculturalism, nursing of the pain, children, culture–pain, culture–children, culture–nursing

**Pages** 49 p. + appendices 5 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	HOITOTYÖN MONIKULTTUURISUUS.....	3
2.1	Kulttuurin ja monikulttuurisuuden määritelmät.....	3
2.2	Monikulttuurinen hoitotyö.....	4
3	MONIKULTTUURISTEN LASTEN KIVUNHOITOTYÖ.....	6
3.1	Kivun ja kivunhoitotyön määritelmät.....	6
3.2	Lasten kivunhoitotyön erityispiirteitä.....	7
3.3	Lasten kivunhoitotyön kulttuurisidonnaisuus.....	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	13
5	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	13
5.1	Tutkimusmenetelmät.....	13
5.2	Kohderyhmän kuvaus.....	14
5.3	Aineistonkeruu.....	14
5.4	Aineistonanalyysi.....	15
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	17
6.1	Haastateltavien esitiedot.....	18
6.1.1	Kulttuuri.....	18
6.1.2	Monikulttuurisuus.....	18
6.1.3	Monikulttuurinen hoitotyö.....	19
6.1.4	Kulttuuritietämys.....	19
6.2	Monikulttuurisuuden näkyminen.....	20
6.2.1	Kulttuuritaustan näkyminen osastolla.....	20
6.2.2	Kulttuuritaustan näkyminen kivunilmentämisessä.....	21
6.2.3	Kulttuuritaustaiset vanhemmat.....	23
6.3	Monikulttuurisuuden vaikutus hoitotyöhön.....	23
6.3.1	Kulttuuritaustan vaikutus perheen kanssa toimimiseen.....	23
6.3.2	Kulttuuritaustan vaikutus perheen ohjaukseen.....	25
6.4	Monikulttuuristen perheiden erot.....	25
6.5	Monikulttuurisuuden huomioiminen.....	26
6.5.1	Kulttuuritaustaisen perheen tapojen ja tottumusten huomiointi.....	27
6.5.2	Kulttuuritaustan huomiointi kivunhoitotyössä.....	27
6.6	Monikulttuurisuuden tuomat haasteet.....	28
6.7	Sairaanhoitajan tunteet.....	29
6.8	Kehittämisehdotukset.....	29
7	POHDINTA.....	30
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	30
7.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	33
7.3	Tulosten tarkastelua.....	34
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	37

Liite 1	Teemahaastattelu runko
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Tiedot opinnäytetyöstä – lomake
Liite 4	Suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta
Liite 5	Opinnäytetyöntulosten luokittelua

## 1 JOHDANTO

Maahanmuutto on Suomessa 2000-luvun ilmiö. Vuoden 2010 lopussa vieraskielisten osuus väestöstä oli 4,2 prosenttia eli 224 000 vieraskielistä asukasta. (Rapo 2012, 72.) Maahanmuuttajien määrä on merkittävästi lisääntynyt. Maahanmuutto on myös modernisoitunut, sillä muuttajista naisia ja miehiä on yhtä paljon. (Malin 2010, 288.) Parinkymmenen vuoden aikana suomalaisesta yhteiskunnasta on tullut monikulttuurinen. Maailman muuttuessa kansainvälisemmäksi asettaa se hoitotyölle uudenlaisia vaatimuksia, ja hoitotyön tekijältä edellytetään erilaisten kulttuurien tuntemusta. (Husu 2007, 393.)

Terveydenhuollon eri erikoisaloilla hoitohenkilökunta tapaa maahanmuuttajia lisääntyvässä määrin palvelujen käyttäjinä. Suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kohtaamisesta on tehty vähän tutkimuksia. Suomessa on tehty myös vähän tutkimuksia maahanmuuttajien näkemyksistä siitä, miten suomalainen terveydenhuoltohenkilöstö toimii. Suomessa tehdyissä maahanmuuttajiin ja hoitamiseen liittyvissä tutkimuksissa on tullut esille tarve koulutukseen maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvissä asioissa. (Sainola-Rodriguez 2009, 3, 12–13.)

Suomessa erikoissairaanhoidossa tehdyt lastenhoitotyön tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet mm. perhehoitotyöhön ja lasten kivunhoidon teemoihin. Tutkimuksissa, joissa käsitellään lasten hoitotyötä, on tutkittu paljon perheen mukanaoloa ja osallistumista lapsen sairaanhoidon aikana sekä miten sairaanhoitajat ottavat vanhemmat mukaan yhteistyöhön. Lapsen näkökulmasta on tutkittu päätöksentekoon osallistumista ja hoitotyön laatua. (Tuomi 2008, 13–14.) 2000-luvulla suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa lasten kivunhoidon kiinnostuksen kohteina ovat olleet kivun arvioinnin ja hoitamisen menetelmät (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 192).

Perustelut lapsen kivunhoidon tärkeydelle ovat kiistattomat nykytutkimusten mukaan. Tietämys on lisääntynyt mm. kivun syntymekanismeista ja uusia lääkkeitä on otettu käyttöön. Lasten kivunlievitys ei silti ole kaikilta osin riittävää. (Tuomi 2008, 18.) Lasten kivunhoitotyöhön kohdistuvien tutkimusten mukaan hoitajat usein aliarvioivat lapsipotilaiden kipua, kun verrataan lasten ja hoitajien arvioiden yhteneväisyyttä ja lasten kivunlievitys on usein riittämätöntä. Tulosten mukaan myös lasten riittävä kivunhoito vaatii lääkehoidon rinnalle lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Tutkimuksissa lasten mukaanottoa kivun arviointiin pidetään tärkeänä ja erityisesti vanhempien lasten kykyä itse ilmaista kivun laatua, sijaintia ja voimakkuutta. (Pölkki 2005, 3967.)

Lasten hoitotyön sisältöä sairaanhoitajan näkökulmasta on tutkittu hyvin vähän. Tutkimuksissa ei ole tarkasteltu sairaanhoitajien osaamista laaja-alaisesta näkökulmasta, johon liittyy kliinisen ja vuorovaikutusosaamisen lisäksi myös muita hoitotyössä tarvittavia osaamisalueita. (Tuomi 2008, 13–14.) Sairanhoitajan ammatillisen osaamisen osaamisalueita ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja

opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta ja kliininen hoitotyön lääkehoito (Opetusministeriö 2006).

Monikulttuurinen hoitotyönosaaminen sisältää sairaanhoitajan tiedot eri kulttuureista ja taidot ymmärtää erilaisista taustoista tulevia lapsia ja perheitä. Monikulttuuriseen hoitotyöhön kuuluu niin maahanmuuttajien kulttuuritaustat kuin lapsen ja perheen erilaiset alakulttuurit. (Tuomi 2008, 27.) Terveystieteiden ammattihenkilön tärkeitä työkaluja monikulttuurisessa kohtaamisessa ovat ammatillinen tieto, ymmärryskyky, sensitiivisyys sekä vuorovaikutustaidot potilasta kunnioittaen (ETENE 2004, 10). Hoitajalla on oltava vähintään perustiedot kulttuurillisten tekijöiden merkityksestä ja vaikutuksesta ihmisten hyvinvointiin, terveyteen ja sairauteen sekä niiden kokemiseen. Tämä on edellytys kokonaisvaltaiseen, kulttuurinmukaiseen, yksilölliseen ja ammatilliseen hoitotyöhön pyrittäessä. Hoitotyön tekijän on tiedostettava myös omia kulttuurisia asenteitaan, normejaan ja ihanteitaan. (Husu 2007, 393.)

Hoitotieteessä terveyden ja kulttuurin välinen suhde on tarpeellinen tutkimusalue. Jotta kaikki potilaat saisivat samantasoista hoitoa, on kulttuurin merkitys terveyteen, sairauteen ja hoitoon sekä niihin liittyviin uskomuksiin tiedostettava. Eri kulttuurista tulevia potilaita pidetään usein vaikeina ja he jäävät vähemmälle hoidolle, koska heidän ajatusmaailmaansa ei ymmärretä. (Sinivuo & Paavilainen 2011, 35.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä sairaanhoitajien näkökulmasta ja sairaanhoitajien kokemuksia lasten kivunhoitotyön monikulttuurisuudesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä kehitettäessä.

## 2 HOITOTYÖN MONIKULTTUURISUUS

### 2.1 Kulttuurin ja monikulttuurisuuden määritelmät

Nykyään kulttuurin käsite on keskeinen kaikilla humanistisilla tieteenaloilla, ja se on määritelty sadoin eri tavoin. Kulttuurin käsitteen käyttö on ongelmallista, koska yksimielisyyttä sen määritelmästä ei ole saavutettu. Yksi uusimmista määritelmistä on Unescon vuonna 2002 julkaisema määritelmä. Unescon mukaan yhteiskunnassa tai sosiaalisessa ryhmässä kulttuuria yhdistää henkiset, aineelliset, älylliset ja tunneperäiset piirteet. (Kokko 2008, 19–21.)

Kulttuurin monista määrittelyistä huolimatta yhteisenä piirteenä on nousut esille yhteisöllisyys ja että se on ihmisen tekemää, ilmaisemaa ja ajattelemaa. Klassinen kulttuurin määritelmä on 1870-luvulta, jonka mukaan kulttuuri on moniulotteinen kokonaisuus, joka sisältää tiedot, arvot, uskomukset, taiteet, moraalisaännöt, lait, tavat ja kaikki mahdolliset kyvyt, taipumukset ja elämäntavat, joita vaaditaan ihmiseltä yhteisön jäsenenä. (Repo 2004, 11.)

Jokaisella ihmisellä on kulttuuritausta. Ihminen on osa kulttuuria ja yhteiskuntaa ja kulttuuri on osa ihmistä. (Vainio 2009, 27.) Kulttuuri voidaan määritellä olevan kaikkea sitä tietoa, mitä me siirrämme sukupolvelta toiselle. Sen avulla me luokittelemme ympäristöä, arvostamme itseä ja muita sekä rakennamme identiteettiä. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 16–19, 266–267.) Kulttuuri määrittelee suhtautumisen sairaisiin ja kuoleviin, miten kohdellaan vanhoja ja sairaita, seurustelutavat, tuolien ja portaiden korkeuden, mitä tarkoitetaan maskuliinisuudella ja feminiinisyydellä sekä mikä vaatetus ja käytös ovat sopivia (Vainio 2009, 27).

Kulttuuri näkyy ja vaikuttaa yksilössä. Kulttuuri opitaan syntymästä alkaen kielen oppimisen ja sosiaalistumisprosessin yhteydessä. Se jaetaan kulttuuriryhmän kesken ja yhteisö liittyy jäsenensä yhteisten arvojen, uskomusten ja tapojen avulla yhteen muodostaen yhteisön identiteetin. Kulttuuri auttaa sopeutumaan spesifisiin tilanteisiin, jotka liittyvät ympäristön vaatimuksiin ja käytettävissä oleviin mahdollisuuksiin ja voimavaroihin. Kulttuuri on dynaaminen ajassa muuttuva prosessi. (Hirvonen & Salanterä 2002, 4.)

Kulttuuri on ikään kuin eräänlainen sosiaalinen perimä. Kulttuuria voi verrata meressä kelluvan jäävuoreen. Jäävuoren huippu koostuu niistä asioista, jotka voimme nähdä ja havaita, kuten käytöstavat, kieli, pukeutuminen ja ruoka. Näkymättömissä pinnan alla on suurin osa kulttuurista, kuten viestintätavat, arvot, normit, asenteet, uskomukset ja käsitys oikeasta ja väärästä. (Husu 2007, 393–394.)

Mikään kulttuuri ei ole täysin yhtenäinen. Ikä, sukupuoli, koulutustausta, varallisuus, vakaumus ja persoona muodostavat yksilöllisiä eroja. Jotta voimme ymmärtää ihmistä, on pyrittävä ymmärtämään hänen kulttuuritaustaansa. Miksi hän käyttäytyy, ajattelee tai tuntee tietyllä tavalla? (Husu 2007, 393–394.)



Monikulttuurisuus tarkoittaa samassa yhteiskunnassa eläviä useita toisistaan kulttuurisesti eroavia ihmisiä ja ihmisryhmiä. Monikulttuurisuus liittyy yhteen monta kulttuuria ja viittaa yhteiskuntaan, jossa vallitsee myönteinen kulttuurienkirjo, kulttuurienvälinen suvaitsevaisuus ja palvelujen monipuolisuus. Monikulttuurinen yhteiskunta tavoittelee ihmisten välistä tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. (Abdelhamid ym. 2010, 18.)

Termi monikulttuurisuus viittaa käsitteisiin, jotka ylittävät kulttuurirajat. Nämä käsitteet, kuten perhe, terveys ja hoito ovat löydettävissä kaikista kulttuureista. Monikulttuurisuus on läsnä jokaisessa kulttuurissa. (Hanssen 2002, 3.)

Suomeen tulee maahanmuuttajia hyvin erilaisista maista, olosuhteista ja yhteiskunnista. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana kansallinen, kulttuurinen ja etninen monimuotoisuus ovat nopeasti lisääntyneet. Erilaiset kulttuurit kohtaavat yhä useammin ja yhä tiiviimmin ja kulttuurien perinteiset tavat saavat kohtaamisissa uusia muotoja. (Sainola-Rodriguez 2009, 11.)

### 2.2 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurinen hoitotyö tarkoittaa erilaisten kulttuurien parissa tehtävää hoitotyötä, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat peräisin eri kulttuureista. Monikulttuurisissa hoitoyhteisöissä ja hoitosuhteissa huomioidaan ihmisten kulttuuriset lähtökohdat ja tausta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Abdelhamid ym. 2010, 16–19, 266–267.)

Leininger määritteli monikulttuurisen hoitotyön tarkoittavan potilaan huomioimista kulttuurinsa muovaamana yksilönä, jonka kanssa yhteistyössä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan hänen terveytensä ylläpitämiseen ja palauttamiseen tähtäviä toimintoja. Kokonaisvaltaisessa, kulttuurinmukaisessa ja yksilöllisessä hoitotyössä hoitotyöntekijällä on perustietoja ja -taitoja kulttuuristen tekijöiden merkityksestä ja vaikutuksesta ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja sairauteen sekä niiden kokemiseen. (Suokas 2008, 14.)

Perusajatuksena monikulttuurisessa hoitotyössä on, että ihminen on itse oman kulttuurinsa asiantuntija. Keskeisenä ajatuksena on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, toisen ihmisen arvojen ja uskomusten hyväksyminen ja kunnioittaminen. Monikulttuurinen hoitotyön on yhteistyötä ja vaatii hoitajalta herkkyyttä ja luovuutta. Se ei edellytä hoitajalta suuria muutoksia toimintatapoihin. Potilaan tilanteeseen perehtymiseen tarvitaan enemmän aikaa, herkkyyttä tehdä valintoja, joustavaa työtettä ja valmiutta omien asenteiden tarkistamiseen. Ihmiset ovat erilaisia siinä, miten vahvasti he noudattavat oman kulttuurinsa tapoja ja sääntöjä. (Husu 2007, 396.)

Kun hoitotyöntekijä kohtaa vieraasta kulttuurista tulevan potilaan, kulttuurierot tulevat konkreettisesti esille hoitotyössä. Vieraasta kulttuurista tulevan potilaan kohtaamisessa ja tarpeisiin vastaamisessa terveydenhuol-

lonammattilaiselta vaaditaan tietoa eri kulttuureista ja kykyä kohdata myönteisesti vieraan kulttuurin edustaja. (Hirvonen ym. 2002, 1.)

Terveystieteiden ammattihenkilön tärkein työkalu monikulttuurisessa kohtaamisessa on ammatillinen tieto, ymmärryskyky, sensitiivisyys sekä vuorovaikutustaidot. Potilaan tapojen, elämän ja arvojen kunnioittaminen sekä hänen tahtonsa noudattaminen ovat peruslähtökohtia keskusteltaessa eri hoitovaihtoehtoista. Potilaan kokemus hoidon hyödyllisyydestä riippuu hänen kulttuuristaan ja sen arvoista. Esimerkiksi jos potilasta hoidetaan ilman hänen kulttuurinsa tuntemusta, hän voi tuntea itsensä huonosti kohdelluksi ja huonosti ymmärretyksi. Terveystieteiden ammattihenkilö ei voi tuntea kaikkia kulttuureja ja tapoja, mutta kyselemällä ja kuuntelemalla voidaan päästä lähemmäs potilaan parasta. (ETENE 2004, 9–11.)

Sainola-Rodriguezin (2009, 3) tutkimuksen mukaan kulttuurisia tekijöitä huomioitiin käytännön hoitotilanteissa vähän. Huomioiminen jäi yksittäisten työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien varaan. Suomalaisia hoitokäytäntöjä oli selitetty potilaille, mutta potilaan omia odotuksia, terveys- ja sairauskäsityksiä tai hoitokäytäntöjä ei oltu selvitetty. Terveystieteiden ammattihenkilöstö yliarvioi potilaiden hoitotytyväisyyttä ja tulevaisuuden hoitoluottamusta, sekä aliarvioi potilaiden sitoutumista lääkehoitoon. Hoitohenkilökunta ei tiennyt potilaiden käyttämistä oman kulttuurin hoitotavoista suomalaisten hoitotapojen rinnalla.

ETENEn (2004, 30–31) työryhmä käsitteli julkaisussaan terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia kartoitettavista tutkimuksista, joissa nousi kaikissa esille samat ongelma-alueet, kulttuuritietouden puute ja kieliongelmat. Esimerkiksi Taavelan (1999) tutkimustulosten mukaan henkilöstö koki maahanmuuttajat hankalana asiakasryhmänä erityisesti kieliongelmien vuoksi. Hänen mukaansa huomattavaa osaa henkilöstöstä ärsytti maahanmuuttajien liiallinen vaativuus, hoito-ohjeiden ja sovittujen aikojen noudattamattomuus, sopeutumattomuus suomalaiseen kulttuuriin ja vihamieliset käytöstavat. Heidän mielestään suurin ongelma oli yhteisen kielen puuttuminen ja tulkin käytön vaikeudet. Toinen tutkimuksessa ilmennyt suuri ongelma oli työntekijöiden ja maahanmuuttajien kulttuurisen tiedon puute.

Kommunikointi on asia, joka yhdistää ihmisiä. Kulttuuri vaikuttaa suuresti siihen, miten ilmaisemme tunteita ja se ohjaa sekä sanallista että sanatonta viestintää. Kommunikointi on käytännön hoitotyön kulmakivi, ja selkeä ja keskinäinen ymmärrys muodostaa perustan myönteisille tuloksille. Sanallinen kommunikointi edellyttää kieltä. (Jenko & Moffitt 2006, 174.)

Mikäli kommunikointi tapahtuu potilaalle vieraalla suomen kielellä tai hoitavalle henkilölle ja potilaalle kummallekin vieraalla kielellä, kuten englannilla, joudutaan käyttämään rajallista sanastoa. Silloin sanattomien viestien merkitys korostuu. Sanattomia viestejä ovat esimerkiksi kasvojen ilmeet, katsekontaktit, eleet, liikkeet, kosketukset ja fyysinen etäisyys. Ilmeiden ja eleiden käyttö on tavallista runsaampaa ja samalla väärinymmärrysten tai tahattomien loukkausten mahdollisuudet kasvavat. (Cools, Kahla & Tuominen 1998, 37–40.)

Vuorovaikutuksessa käytetään hyvin yksinkertaista keiltä, ele- ja käsikielillä täydentäen. Väärinymmärretyksi tuleminen ja ymmärtämisen tarkistaminen ovat hoitotyön suuria haasteita. Apukeinoina kommunikointiin ja ymmärtämisen varmistamiseen käytetään työyhteisön vieraskielistä työntekijää, asiakkaan läheistä tulkkina, ammattitulkkia tai kirjallisia ohjeita suomeksi tai vieraalle kielelle käännettynä. (Suokas 2008.) Kirjallista materiaalia on käännettynä eri kielillä vähän. Eikä kaikissa kulttuureissa tällaisia lehtisiä ole totuttu vielä käyttämään informaation lähteenä (Husu 2007, 395.)

### 3 MONIKULTTUURISTEN LASTEN KIVUNHOITOTYÖ

#### 3.1 Kivun ja kivunhoitotyön määritelmät

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain) eli IASP:n (1979) kivunmääritelmä on nykyäänkin vielä kaikkein laajimmin hyväksytty määritelmä. IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Tässä määritelmässä otetaan huomioon kivun sekä fyysinen että emotionaalinen puoli. Siinä myös painotetaan kivun subjektiivista luonnetta ja kipua voi esiintyä ilman havaittavaa biologista ärsykettä. (Pölkki 2002, 22; Salanterä 1999, 10–11; Repo 2004, 10–11.)

IASP:n määritelmässä on huomioitu kivun moniulotteinen luonne. Se ei sulje pois sitä, ettei ihminen voisi tuntea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa, vaikka hän olisi kykenemätön kommunikoimaan sanallisesti. Määritelmä kattaa sekä akuutin että kroonisen kivun. Siihen miten kipu on syntynyt, määritelmä ei ota kantaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.)

Margo McCafferyn (1979) määritelmä soveltuu käytettäväksi hoitotyössä. Määritelmän mukaan kipua on silloin, kun ihminen sanoo hänellä olevan kipua. (Pölkki 2002, 22; Salanterä 1999, 10–11; Repo 2004, 10–11.) Kipu on yksilöllinen tunne, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000, 30.) Suomen kielen perussanakirjan (1990) mukaan kipu tarkoittaa fyysistä tuskaa, kuten kirvelyä, kivistystä, särkyä, polttoa ja pakotusta sekä psyykkistä tuskaa (Repo 2004, 10).

Kivunhoitotyö on potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Se edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää niihin muitakin kivunhoitokeinoja ja arvioida hoidon onnistumista. Kipu vaikuttaa monin eritavoin, esimerkiksi se aiheuttaa muutoksia yksilön tunteissa ja käytöksessä sekä elimistön toiminnassa. Kipua voidaan hoitaa monin eri tavoin, koska se on moniulotteinen ilmiö. (Salanterä ym. 2006, 9.)

Kivunhoitotyön toteutus alkaa kivun tunnistamisesta. Kivun tunnistamisen lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivusta ja kivunkokija on tunnistamisen paras asiantuntija. Tunnistamisen jälkeen kivun voimakkuus ja sen aiheuttama haitta tulee arvioida. Kivun tunnistamisessa ja arvioimisessa oleellista on, että kivun syy pyritään löytämään. Kivun arviointi voidaan toteuttaa peruselintoimintoja mittaamalla ja yksilön käyttäytymistä seuraamalla. (Salanterä ym. 2006, 75–77.)

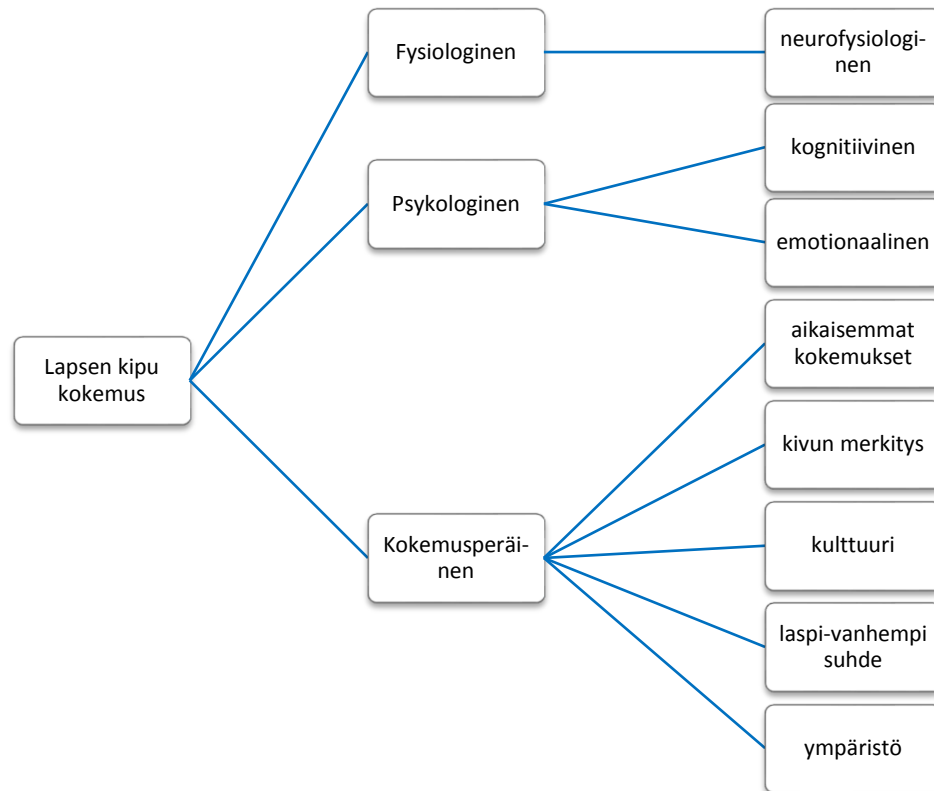
Kivunhoito pyritään suunnittelemaan siten, että hoito kohdistuu kivun syyhyyn. Lääkehoito suunnitellaan kivun mekanismin ja kivun keston mukaan. Kivunhoito on onnistunut vasta, kun se on tehokasta. Hoidon vaikuttavuuden arviointi on yhtä oleellista kuin kivun tunnistaminen ja tehokas hoito. Hoidon vaikutusta arvioidaan seuraamalla kivun lieventymistä ja mahdollisia haittavaikutuksia. Kivunhoitotyöhön kuuluu olennaisena osana kivun kirjaaminen. Hyvin kirjattu kivunhoito antaa selkeän kuvan potilaan kivusta, hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. (Salanterä ym. 2006, 94–102.)

### 3.2 Lasten kivunhoitotyön erityispiirteitä

IASP:n ja McCafferyn määritelmien käyttöä lasten kivun määritelmänä on kritisoitu, koska lapsi ei välttämättä iän, vamman tai mahdollisen lääkityksen aiheuttaman alentuneen tajunnantason takia pysty kertomaan kipukokemuksestaan. Myös lapsen kehitystaso vaikuttaa hänen kykyihinsä kuvata, arvioida ja käsitellä kipua. Esimerkiksi pienten lasten on vaikea pukea kipua sanoiksi, kun taas vanhemmat lapset saattavat vaieta kivusta ja olla haluttomia pyytämään kivunlievitystä. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, miten normaalisti kehittynyt jopa kolmevuotias lapsi pystyy kertomaan kivustaan, joten yleistyksen tekeminen lasten kyvyttömyydestä kuvata kipuaan ei ole oikeutettua. (Pölkki 2002, 22–23; Salanterä ym. 2006, 190–191.)

Kipu on moniulotteinen ilmiö eikä kaksi ihmistä voi kokea sitä samalla tavalla, koska se on subjektiivinen kokemus (Pölkki 2002, 22). Lapsen kipu on aina oire jostakin ja se on aina oikeaa ja todellista. Lapset kestävät kipua kehityksellisistä syistä huonommin kuin aikuiset ja he kärsivät siitä enemmän. Kivulla on aina psyykinen vaikutus. Lapsi muistaa kivuliaan kokemuksen pitkään ja se voi myöhemmin aiheuttaa pelkoa ja siten vaikeuttaa lapsen elämää, sairauksien tutkimista ja hoitoa. (Viheriälä 2009, 464.)

Lasten kipukokemus koostuu fysiologisista, psykologisista ja kokemusperäisistä tekijöistä (kuvio 1). Fysiologiset tekijät koostuvat neurologisista aistimuksista, jotka liittyvät kudosvaurion syntymiseen. Psykologiset tekijät viittaavat käsitykseen epämiellyttävästä tunteesta kognitiivisten ja emotionaalisten elementtien kautta. Kokemusperäisiin tekijöihin kuuluvat mukaan lukien kokemuksen merkityksen ymmärtäminen, aiemmat kokemukset, kulttuuri, lapsi-vanhempisuhteet ja ympäristö. (Pölkki 2002, 24–25.)



Kuvio 1. Lapsen kivunkokemiseen vaikuttavat tekijät

Kognitiivisilla tekijöillä tarkoitetaan lapset kykyä ymmärtää kipua ja emotionaalisilla tekijöillä tarkoitetaan tunteiden näyttämistä (Pölkki 2002, 27). Pieni lapsi ei ymmärrä kipua tuottavan toimenpiteen merkitystä ja jo suhteellisen pienikin kipu voi kehittyä peloksi ja aiheuttaa merkittävää kärsimystä lapselle. Usein ongelmana onkin kipu-pelko-ahdistus-vyyhti, jonka purkaminen on vaikeaa sen jo kehityttyä. (Hamunen 2009, 443.) Pelko vaikuttaa lapsen kipukokemukseen ja pelkoon vaikuttavat lapsen ikä, kehitysvaihe ja aiemmat kokemukset (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 21).

Injektion pelossa lapsi saattaa kieltää kipunsa (Ivanoff ym. 2007, 191; Jokinen ym. 1999, 23). Myös halu olla urhea ja riippumaton toisten avusta, voi saada lapsen kieltämään kipunsa. Varsinkin kouluikäiset saattavat pitää kivunilmaisemista heikkoutena ja yrittävät kestää kipua valittamatta. (Ivanoff ym. 2007, 191.) Lapsilla on paljon sairaalaan liittyviä pelkoja. Tutkimuksessa lapset ilmaisivat eniten hoitotyöntoimintoihin, kipuun ja hoitoympäristöön liittyviä pelkoja. Lapsi, jonka pelot otettiin huomioon, oli muita yhteistyökykyisempi ja vähemmän ahdistunut. (Salmela, Aronen & Salanterä 2011, 26.)

Lapsen kipukokemukseen vaikuttavat olennaisesti myös vanhemmat. Lapsi voi aistiessaan vanhempiensa hädän peitellä kipua ja muuttua hiljaiseksi ja sulkeutuneeksi kärsijäksi. Kivunhoito vaatii vanhemmilta ja hoitohenkilökunnalta herkkyyttä ja kokemusta tulkita lapsen kipuviestejä, koska pieni lapsipotilas ei osaa sitä verbaalisesti ilmaista. Kouluiästä alkaen lapsen kipukokemusta ohjaavat perheen kipukäyttäytymismalli ja kulttuurisidonnaiset erot kipuun suhtautumiseen. (Manner 2009, 9.) Tutkimuksis-

sa on todettu, että vanhempien osallistuminen lapsen hoitoon vähentää lapsen kivuntunnetta, edistää toipumista ja lisää vanhempien tyytyväisyyttä lapsen saamaan hoitoon (Pölkki 2008, 19–20).

Lapsen kyky ymmärtää kipua ja kipukokemukset muuttuvat kasvun ja kehityksen myötä. Lapsi pyrkii hallitsemaan kipuaan eri tavoin, osa tuo kipunsa hyvin aktiivisesti julki sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, ja osa lapsista on passiivisia. He ovat hiljaa paikoillaan tai ajattelevat kivun kestäessä jotakin mieluisaa. Passiivisesti kipua ilmaisevien lasten kivun tunnistaminen ja hoito on haastavampaa ja jää usein helpommin hoitamatta. (Ivanoff ym. 2007, 191.)

Tutkimusten (esim. Bernau ym. 2004) mukaan monet tekijät vaikuttavat lasten kivunarviointiin, kuten hoitajien asenteet, tiedot, koulutus, kokemus ja työmäärä. Kipua voidaan arvioida hoitotyössä riippuen lapsen iästä ja hänen kommunikaatio kyvyistään käyttämällä lapsen itse arviointia, käyttäytymisen havainnointia ja fysiologisia indikaattoreita. (Pölkki 2008, 20). Salanterän (1999) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat lapsen kipua pääsääntöisesti lapsen käytöksen ja fysiologisten muutosten perusteella. Kipumittareita käytettiin vähän ja erittäin harvoin.

Riittävä kivunhoito edellyttää lapsen omaa arviota kivustaan. Tutkimuksissa (esim. Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala & Kiviluoma 2007), joissa verrattiin lapsen itsensä arviota kivustaan hoitajien, lääkäreiden ja vanhempien arviointeihin lapsen kivusta ja sen voimakkuudesta ilmeni, että hoitohenkilökunta aliarvioi lapsen kipua. Tutkimuksissa (esim. Kortesuoma & Nikkonen 2006) kävi ilmi, että lapsi osaa kuvata kipuaan jo leikki-ikästä alkaen ja hän osaa kertoa kipua lievittävästä menetelmästä ja selviytymiskeinoistaan. Lapsen näkökulman saaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta aloitteellisuutta ja hyviä vuorovaikutustaitoja, joihin kuuluu lapsen aito kuunteleminen. (Pölkki 2008, 18–19.) Pölkkin (2002) tutkimuksen mukaan hoitajista vain puolet (52 %) ilmoitti kysyvänsä lapsen mielipidettä rutiininomaisesti parhaiten auttavasta kivunlievitys menetelmästä.

Lapsipotilaan oikeudesta päättää hoidostaan on säädetty laissa. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 7§ mukaan alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Lapsella on myös eettinen oikeus saada kipuunsa lievitystä, siinä missä muillakin potilasryhmillä (Pölkki 2008, 18). Myös lapsen oikeuksien julistuksen mukaan lapsella on oikeus ilmaista mielipiteensä ja oikeus saada mielipiteensä huomioiduksi asioissa tai toimenpiteissä, jotka koskevat häntä. Lapsilla on oikeus saada kipuunsa lievitystä jo ennalta. Heillä on oikeus saada tietää, mitä tapahtuu ja miltä se tuntuu jo etukäteen (United Nations 1989; Jokinen ym. 1999, 21.)

Lasta kunnioittavan kivunhoidon päätavoite on kivuttomuus. Paras kivunhoito saavutetaan yhdistämällä farmakologinen hoito muuhun kivunhoitoon. Kipua pyritään hoitamaan ennen sen voimistumista tai ennen edes

sen ilmenemistä. (Ivanoff ym. 2007, 194–195.) Lasten kivunhoidossa kivun arviointi ja kirjaaminen ovat tärkeitä (Hamunen 2009, 442).

Lasten kivunhoito sisältää sekä lääkkeellisten että lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Molempia menetelmiä tarvitaan, jotta voitaisiin taata riittävä kivunlievitys lapsille heidän sairaalassaoloaikana. (Pölkki 2002, 33; Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala & Kiviluoma 2005, 3965.) Usean tutkimuksen tulokset osoittavat, että lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ei käytetä riittävästi hoitotyössä (Pölkki 2008, 18; Pölkki 2002, 103–104; Pölkki ym. 2005, 3965; Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2003, 22), vaikka niiden käytöstä on saatu näyttöä kivun ja stressin vähentämiseksi (Pölkki 2008, 20).

Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, kuten valmistavan tiedonantaminen, ajatusten muualle suuntaaminen, mielikuvien käyttö ja rentoutuminen sekä fyysiset menetelmät, kuten hieronta, kylmä- tai lämpöhoito. Lisäksi näihin menetelmiin kuuluu emotionaalisentuenantaminen, kuten läsnäolo, lohduttaminen ja kosketus sekä viihtyisän ja turvallisen ympäristön järjestäminen, esimerkiksi melutekijöiden minimoinnilla ja osaston sisustamisella. Näillä menetelmillä huomio suuntautuu pois kivusta ja siten muuttaa tai estää kivuntuntemusta. (Pölkki 2008, 18; Pölkki 2002, 103–104.)

### 3.3 Lasten kivunhoitotyön kulttuurisidonnaisuus

Kivun on oletettu olevat kulttuuristen määrittelyjen ulkopuolella, koska kivulla on hyvin biologinen rooli ruumiin suojelemiseksi ympäristön vaaroilta, mutta eri kulttuurit ja sosiaaliset ryhmät reagoivat eri tavoin kipuun. (Sarlio 2000, 24.) Kipuun suhtautuminen on kulttuurisidonnaista ja vaadittu kipukäyttäytyminen opitaan jo lapsuudessa (Vainio 2009, 31). Lapsi oppii sallitun kipukäyttäytymisen yhteisön ja perheen sisällä jo varhain, mallioppimisen, erilaisten selitysmallien ja ohjeiden kautta (Juntunen 2010, 169). Hän omaksuu ympäröivästä yhteisöstä sen tavan, kuinka hän suhtautuu ja hahmottaa kivun, miten hän itse kokee kivun ja miten hän havainnoi muiden kipua (Sarlio 2000, 24).

Erilaisista kulttuureista tulevien lasten ja heidän perheidensä kohtaaminen terveydenhuollossa on haaste lasten kivunhoitotyölle. Jo vauvoilla voi esiintyä kulttuurisidonnaisia tapoja reagoida kipuun. Kivunarvioinnin ja kivunhoidon vaativuutta lisäävät monet kulttuurisidonnaiset tekijät lapsen yksilöllisten ominaisuuksien ohella hoitotyössä, koska hiljainen kivunilmaiseminen ei välttämättä tarkoita kivuttomuutta. Kulttuuri uskomuksiin voi vaikuttaa paljon kivunhoidonkäytäntöihin hoitotyössä. (Pölkki 2008, 21.)

Kulttuuritausta vaikuttaa potilaan tapaan ja valmiuteen ilmaista kipua. Kipua saatetaan pitää rangaistuksena, pahan silmän aiheuttamana tai epätasapainona oman itsen ja ympäristön välillä. (Niemi-Murola, Halavaara, Kontinen, Harjola & Mattila 2011, 749.) Kulttuuri vaikuttaa siihen tapaan, jolla ihminen kohtaa terveyttä, sairautta ja kipua. Myös ikä, sosiaalinen asema ja koulutus vaikuttavat tähän. (Sarlio 2000, 28.) Kulttuuritaustalla

on vaikutusta kivun toleranssiin, sietokykyyn ja kivun ilmaisuun. Myös sairauskäyttäytymisessä on eroja kulttuurien välillä. (Vainio 2009, 31.) Kulttuurin sisällä olevat erot voivat olla yhtä suuria kuin kahden eri kulttuurin edustajan välillä (Sarlio 2000, 28).

Perheen kulttuuritausta määrittää perheen roolijakoa sekä odotuksia perheen jäseniä kohtaan. Roolijaot korostuvat perheenjäsenen sairastuessa. Lapsen kulttuuritausta on huomioitava, koska se vaikuttaa hoitajan käsitukseen lapsen kasvatuksesta, kehityksestä ja vanhemmuudesta. (Sinivuo ym. 2011, 35.)

Kulttuurien omat säännöt vaikuttavat kivun ilmaisuun. Esimerkiksi joissakin afrikkalaisissa kulttuureissa miehet opetetaan ilmaisemaan kipua hiljaisuudella ja vain naiset saavat huutaa kipuaan ääneen. (Jokinen ym. 1999, 21; Ivanoff ym. 2007, 191.) Kivunilmaiseminen on kuitenkin yksilöllistä (Lindström 2004, 432).

Kulttuurin vaikutuksia lapsen kipukokemukseen on tutkittu vähän. Lasten odotetaan käyttäytyvän kulttuurinsa hyväksymällä tavalla, jotta he olisivat kulttuurinsa jäseniä. On olemassa kulttuurisidonnaisia ulottuvuuksia ihmisten keskuudessa eri maissa. (Pölkki 2002, 29.) Tutkimuksilla on todettu, että kulttuurilla ja etnisellä taustalla on vaikutusta potilaan kivunhoitoon (Niemi-Murola ym. 2011, 745).

Tutkimuksissa on saatu selville, että lapset eri kulttuureista ilmaisevat kipua eri tavalla, jopa kaksi kuukautta vanhat vauvat reagoivat kipuun eritavalla. Rosmus (2000) tutki yhdessä muiden tutkijoiden kanssa kaksi kuukautta vanhoja Kanadassa syntyneitä kiinalaisia ja ei-kiinalaisia vauvoja, joille annettiin rokotusohjelman mukaisesti rokotuksia. Tutkimuksessa huomattiin merkittäviä eroja vauvojen reagoinnissa kipuun. (Pölkki 2002, 30.)

Välimerenkansat ilmaisevat kipua äänekkäästi valittaen. Heidän kivunilmaisuuksensa on estottomampaa ja dramaattisempaa. Dramaattisuus ja valittaminen toimivat myös ahdistuksen hallintakeinoina. Pohjois-Euroopassa arvostetaan tyyneyttä kivunkestämisessä ja Uudessa Guineassa sairastuttavat vetäytyvät puhumattomina yksinäisyyteen. Etelä-Amerikassa kansanlääkintä on yleistä ja luonnonlääkkeiden ja rukouksen yhdistelmää pidetään tehokkaana hoitona. Kipua pidetään Jumalan tahtona ja henget voivat sairastuttaa tai parantaa ihmisen. Toisten apuun turvautumista pidetään alentavana. (Vainio 2009, 31–33.)

Afrikassa luotetaan rukouksen ja luonnonlääkkeiden parantavaan voimaan. Sairaalle kirkko ja uskonnolliset yhteisöt ovat tärkeitä tukia. Perheissä on selvät roolierot. Heidän kivunilmaisunsa on avointa. Islamilaisten arabimaiden ihmisten on vaikea suhtautua odottamiseen, tuloksia on saatava heti. Patriarkaalinen arabiyhteisö arvostaa miehiä enemmän, esimerkiksi mieslääkäreitä enemmän kuin naislääkäreitä. Sukupuoliroolit ovat heille tärkeitä. Sairautta pidetään Jumalan tahtona. Kiinalaisilla itsehoito on yleistä ja lääkkeitä käytetään teetä, yrttejä ja voiteita. Heidän käsityksensä mukaan pitkittyneet hoidot ja lääkitykset heikentävät ruumista.



He kunnioittavat suuresti lääkäreitä, eivätkä he siksi esitä näille kysymyksiä. (Vainio 2009, 33.)

Aasialaiset ja arabialaiset potilaat ilmaisevat kipuaan sanallisesti, kun taas afrikkalaiset voivat pyrkiä kieltämään sen. Joissakin kulttuureissa kivun sietämistä pidetään miehekkyyden osoituksena ja kivunilmaisemista voidaan pitää häpeällisenä heikkouden merkinä. Myös hoitohenkilökunnan oma kulttuurista ja ennakkokäsitykset vaikuttavat siihen, miten potilaan kipua tutkitaan ja hoidetaan. Potilaan kanssa tulee keskustella siitä, mikä on hänen oma käsityksensä kivusta ja sen merkityksestä. (Niemi-Murola ym. 2011, 749.) Eri kulttuurien kivunilmentämistavoissa ei ole kysymys siitä, että kipua tunnettaisiin vähemmän sitä vain ilmaistaan vähemmän. Kivun tyyni kestäminen on sidoksissa kunnian ja häpeän kulttuurisiin arvoihin. (Vainio 2009, 31.)

Niemi-Murolan ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että vieraskielisten potilaiden kärsimän ja eritavoin ilmaiseman kivun havaitseminen ja sen voimakkuuden arvioiminen oli hoitajalle vaikeaa. Yhteisen kielen puuttuminen hankaloitti numeerisen kipuasteikon käyttöä, koska se ei onnistunut ilman sanallista ohjeistusta.

Kulttuuri vaikuttaa myös kivun ilmaisemiseen tytöillä ja pojilla. Tutkimuksissa on huomattu, että eri-ikäiset lapset kokevat saman verran kipua tehtäessä esimerkiksi iholle allergiatestiä, mutta tytöt kokivat kivun suuremmaksi kuin pojat. Pojat näyttivät kontrolloidumman reaktion kivuliaan toimenpiteen aikana, kun taas tytöt näyttivät pelkonsa ja itkivät avoimesti. Kulttuurin vaikuttaa erityisesti kouluikäisiin lapsiin, jotka yrittävät käyttäytyä sosiaalisten normien mukaisesti. (Pölkki 2002, 30.)

Vainio (2009, 31–32) tuo esille kirjoituksessaan tutkimuksia liittyen eri kulttuurien suhtautumiseen kipuun. Yhdessä tutkimuksessa verrattiin 35 amerikkalaisen ja 43 Yhdysvalloissa asuvan eteläamerikkalaisen lasten ja heidän vanhempiensa reaktioita invasiivisiin toimenpiteisiin lasten syöpäosastolla. Tutkimus tehtiin vuonna 1990 ja lapset olivat 3–15-vuotiaita. Tutkimuksen tuloksena oli, että lasten reaktiot olivat samanlaiset molemmissa etnisissä ryhmissä, mutta eteläamerikkalaiset vanhemmat olivat paljon hermostuneempia kuin pohjoisamerikkalaiset. Tutkimusten yhteinen viesti oli, että mistä tahansa kulttuurista puhutaankin, terveydenhuollon työntekijöiden tulisi ottaa huomioon potilaan käsitykset kivusta, kärsimyksestä ja vammaisuudesta sekä hänen kokemuksensa kivusta ja sen vaikutuksesta hänen elämänlaatuunsa. (Vainio 2009, 32.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöntarkoituksena on kuvata monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä sairaanhoitajien näkökulmasta ja sairaanhoitajien kokemuksia lasten kivunhoitotyön monikulttuurisuudesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä kehitettäessä.

Tutkimuksella haetaan vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten monikulttuurisuus näkyy lasten kivunhoitotyössä?
2. Miten sairaanhoitajat huomioivat monikulttuurisuutta lasten kivunhoitotyössä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyönlähestymistapa on kvalitatiivinen eli kyseessä on laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimuksenaineisto kootaan luonnollisista ja todellisista tilanteista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 155.) Opinnäytetyönlähestymistavaksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus, koska opinnäytetyössä on tarkoitus kuvata sairaanhoitajien kokemuksia monikulttuuristen lasten kivunhoitotyöstä.

Kvalitatiivisia tutkimusmetodeja on lukuisia. Tämä opinnäytetyö on suuntaukseltaan fenomenologinen. Fenomenologinen lähestymistapa kuvaa ihmisten inhimillisiä kokemuksia, joita pyritään kuvaamaan sellaisena kuin ne ovat. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 152–153.) Tässä opinnäytetyössä kokemukset, joita pyritään selittämään, ovat sairaanhoitajien kokemukset monikulttuurisuuden näkymisestä ja huomioimisesta lasten kivunhoitotyössä osastolla. Koska syntyneet havainnot ovat haastateltavan subjektiivisia kokemuksia asiasta, on lähestymistapa tässä tilanteessa perusteltu.

Fenomenologisessa tutkimuksessa aineisto kerätään niin, että tiedonantajat kertovat omilla ilmaisutavoillaan kokemuksistaan, jotka liittyvät tutkittavaan asiaan (Paunonen ym. 1998, 156). Teemahaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska kyseessä on vähän kartoitettu alue ja vastausten suuntaa on vaikea tietää etukäteen (Hirsjärvi ym. 2001, 192–195). Sillä pyrittiin saamaan vastauksia tutkimustehtäviin, joita ohjasivat etukäteen valitut teemat (Tuomi & Sarajärvi 2012, 74–77). Teemahaastattelun pohjana toimi teemahaastattelurunko (liite 1).

## 5.2 Kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyössä haastateltiin kuutta vapaaehtoista sairaanhoitajaa erään yliopistollisenkeskussairaalan lastenklinikan lastentautien-, lastenkirurgian- ja lasteninfektio-osastoilta. Haastatteluun osallistuminen edellytti sairaanhoitajan virkaa ja kokemusta monikulttuuristen lasten kivunhoitotyöstä. Sairaanhoitajan kokemukseksi riitti yhdenkin monikulttuurisen lapsen kivunhoito. Valitettavasti useista yrityksistä huolimatta kohderyhmä jäi aiottua vähän pienemmäksi. Alkuperäinen suunnitelma oli saada vähintään yhdeksän sairaanhoitajaa osallistumaan haastatteluun.

Haastateltavat olivat 27–54-vuotiaita. Haastateltavien keski-ikä oli 45 vuotta. Kolme haastateltavista oli lastenkirurgiselta vuodeosastolta, kaksi lasteninfektio-osastolta ja yksi lastenosastolta. Sairaanhoitajilla oli työkokemusta lasten parissa 4–27 vuotta siten, että nuorin hoitajista oli työskennellyt lasten parissa neljä vuotta ja vanhemmat sairaanhoitajat 27 vuotta. Työkokemusten keskiarvo oli 19 vuotta. Jokainen haastateltava sairaanhoitaja ilmoitti työkokemuksensa kulttuuritaustaisten lasten parissa samaksi kuin muun työkokemuksensa. Eräs haastateltava totesi: *”kyllä niitä sitten on ollu vuosien varrella, ehkä nykyään vähän enemmän”*.

## 5.3 Aineistonkeruu

Teemahaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska kyseessä on vähän kartoitettu alue ja vastausten suuntaa on vaikea tietää etukäteen. Haastatteluissa sairaanhoitajat saivat vapaasti kertoa omista kokemuksistaan ja mielipiteistään. Haastatteluissa nousseiden asioiden pohjalta muovautui raportin lopullinen ulkomuoto ja sisältö. Teemahaastattelun teemoiksi valittiin monikulttuurisuuden näkyminen lasten kivunhoitotyössä ja monikulttuurisuuden huomioiminen lasten kivunhoitotyössä. Teemahaastattelurungon toimivuus testattiin yhden sairaanhoitajan koehaastattelulla. (ks. Hirsjärvi ym. 2001, 152, 192–195.)

Tutkimuslupaprosessi alkoi tutkimuslupahakemuksen lähettämällä lastenklinikan ylihoitajalle, joka puolsi hakemusta. Opinnäytetyönsuunnitelma esiteltiin sen jälkeen asiantuntijaryhmälle, joka puolsi hakemusta ja päätti, ettei hakemusta tarvinnut lähettää Eettiselle toimikunnalle. Lastenklinikan ylihoitaja myönsi lopullisen luvan opinnäytetyölle 20.12.2011.

Opinnäytetyönaineisto kerättiin erään yliopistollisenkeskussairaalan lastenklinikan lastentautien-, lastenkirurgian- ja lasteninfektio-osastoilta siten, että kustakin osastosta valittiin vapaaehtoisia sairaanhoitajia haastatteluun. Vapaaehtoisten sairaanhoitajien löytämiseksi pyydettiin apua osastojen osastonhoitajilta. Osastonhoitajat jakoivat sairaanhoitajille, joilla oli kokemusta tutkittavasta aiheesta ja kiinnostusta osallistua haastatteluun, Saatekirjeen (liite 2) ja Tiedot opinnäytetyöstä -lomakkeen (liite 3). Edellä mainituista lomakkeista sairaanhoitajat näkivät opinnäytetyötä koskevat tiedot lyhyesti, jotta voisivat päättää osallistuisivatko tutkimukseen. Jotkut vapaaehtoiset ottivat itse yhteyttä opinnäytetyöntekijään sähköpostitse ja toisia opinnäytetyöntekijä kyseli osastojen osastonhoitajien kautta. Sähköpostin välityksellä sovittiin haastatteluaika haastateltavan työpaikalle tä-

män työaikana. Haastatteluja suoritettiin sitä mukaa, kun vapaaehtoisia sairaanhoitajia löytyi. Haastattelut toteutettiin 4.4.–13.6.2012 välisenä aikana. Toukokuussa opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä myös lasten ensiapupoliklinikalle sekä puhelimitse että sähköpostitse, jotta haastateltavia saataisiin lisää. Kesäkuun aikana innokkaita ei löytynyt, joten haastateltavien määrä jäi kuuteen sairaanhoitajaan. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien kirjallisella luvalla (liite 4).

Haastattelutilana toimi huone, joka sillä hetkellä kullakin osastolla oli vapaana, kuten tyhjä eristyshuone, lääkäreidenhuone, tyhjä potilashuone tai hoitajien kahvihuone. Yhden haastattelun aikana paikkaa jouduttiin vaihtamaan muutamaan otteeseen. Haastattelut sujuivat hyvin. Haastateltavat olivat motivoituneita ja kiinnostuneita. Heillä oli paljon asiaa ja keskustelua syntyi hyvin. Muutamissa haastatteluissa tuli keskeytyksiä, mutta ne eivät haitanneet keskustelun kulkua. Haastattelut kestivät keskimäärin 31 minuuttia. Pisin haastattelu oli 43 minuuttia ja lyhin 19 minuuttia pyöristettynä minuutin tarkkuuteen. Kokonaisuudessaan haastattelut kestivät 187 minuuttia. Haastatteluista pidettiin päiväkirjaa, johon kirjattiin esimerkiksi ilmapiiristä ja arvioitiin, miten haastattelu onnistui ja tietoja hyödynnettiin litteroinnissa ja analysoinnin yhteydessä. Kun haastattelut oli pidetty, kirjoitettiin haastattelunauhat sanatarkasti auki.

Teemahaastattelurungon toimivuus testattiin yhden sairaanhoitajan koehaastattelulla. Koehaastattelu sujui hyvin. Haastattelun pohjalta tehtiin vain pieniä kieliopillisia täsmennyksiä ja tarkennuksia kysymysten muotoihin. Koehaastattelua hyödynnettiin tutkimustuloksissa. Muutosten pohjalta muodostui varsinainen haastattelurunko (liite 1).

Ennen jokaisen haastattelun alkua kysyttiin, oliko haastateltava saanut Saatekirjeen (liite 2) ja Tiedot opinnäytetyöstä -lomakkeen (liite3) ja haluaisivatko he vielä kopiot niistä itselleen. Sairaanhoitajille kerrottiin, että haastattelut nauhoitettaisiin ja heiltä pyydettiin kirjallisesti suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 4), jolla he hyväksyivät myös haastattelun nauhoittamisen. Heille kerrottiin, että haastattelu oli täysin vapaaehtoista ja sen saisi keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

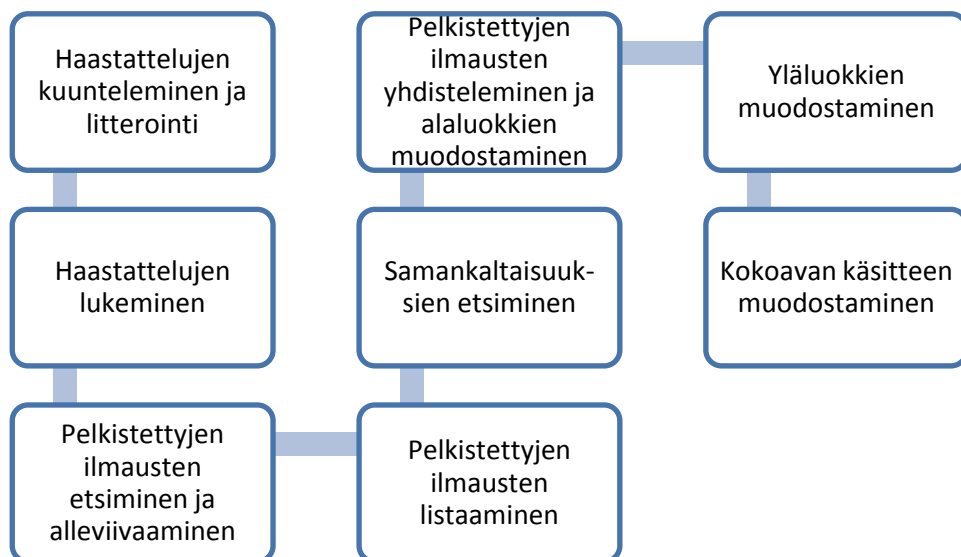
Haastattelunteemoina olivat monikulttuurisuuden näkyminen lasten kivunhoitotyössä ja monikulttuurisuuden huomioiminen lasten kivunhoitotyössä. Sairaanhoitajilta pyydettiin haastattelun alussa myös määrittelemään käsitteet kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö sekä kertomaan minkälaisena he pitivät omaa kulttuuritietämystään. Lopuksi kysyttiin vielä olisiko heillä jotain kehittämissuhteita. Haastattelun kysymykset olivat kaikille samanlaisia ja haastateltavan annettiin kertoa omin sanoin kysyttävästä asiasta.

### 5.4 Aineistonanalyysi

Haastattelujen jälkeen haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti auki. Litterointi suoritettiin jokaisen haastattelun koko haastattelu-dialogista. Auki kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 31 sivua Times New Roman -fontilla 12 ja rivivälillä 1,0.

Tutkimustulokset muodostettiin sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysiä voidaan pitää sekä yksittäisenä metodina että väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi perustuu opinnäytetyöntekijän omiin tulkintoihin ja päättelyihin, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteitä ja lopulta saadaan vastaus tutkimustehtäviin. (Tuomi ym. 2012, 91, 112.)

Aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Analyysiprosessi koostui aineiston litteroinnista eli puhtaaksi kirjoituksesta, aineiston lukemisesta, suorienlainausten poimimisesta, aineistonpelkistämisestä, aineiston kategorioihin luokittelusta, ala- ja yläkategorioiden muodostamisesta, pääluokkien muodostamisesta ja yhdistävänkategorian muodostamisesta. Kuviossa 2 on kuvattuna sisällönanalyysin eteneminen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135, 138–144; Tuomi ym. 2012, 109.)

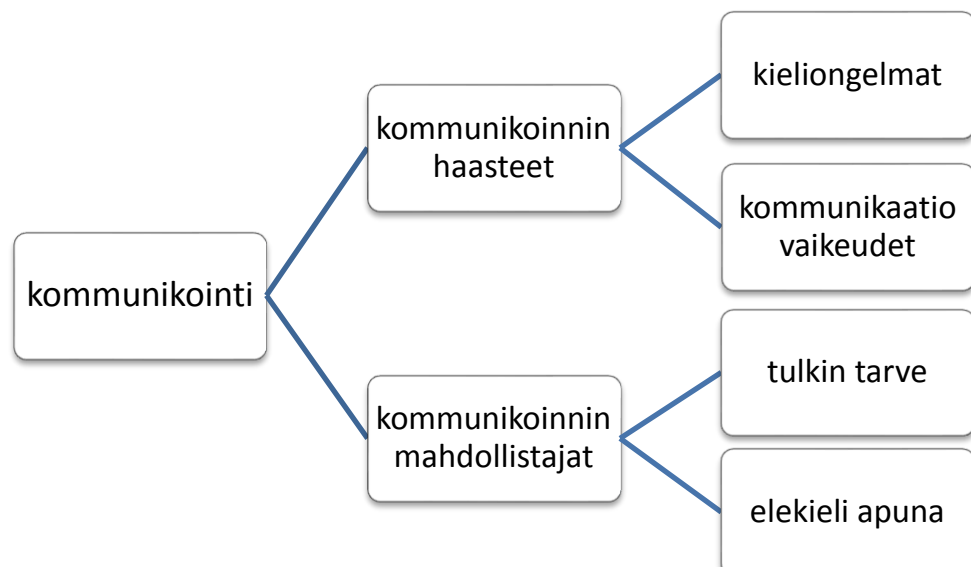


Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Tässä opinnäytetyössä toimittiin analyysiprosessin mukaisesti. Haastatteleluaineiston läpikäynnin jälkeen suorat lainaukset poimittiin alleviivaamalla ne litteroidusta tekstistä käyttäen hyödyksi erivärisiä puuvärejä. Litteroidusta tekstistä alleviivattiin teemojen mukaisia ilmaisuja ja analyysiyksiköksi valittiin lause, lauseen osa ja ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen suorista lainauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistämisen jälkeen, alkuperäisilmauksiin vielä tarkasti tutustuen, muodostettiin alakategorioita yhtäläisyyksiä etsien. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alakategorioiksi ja sille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Alakategoriat yhdistettiin välikategorioihin ja ne taas yläkategorioihin ja niin edelleen aina yhdistäväntekijän muodostamiseen saakka. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25–30.) Kuvio 3 on esimerkki suorien lainausten pelkistämisestä ja kuvio 4 on esimerkki kategorioiden muodostamisesta.

Suora lainaus	Pelkistys
”tietenkin on usein kielellistä estettä” ”kieliongelmia tietty on monel”	kieliongelma
”se näkyy esimerkiks siinä et aika mones- tihan lapsi tulee tänne sairaalaan äidin kanssa... ni se ei välttämättä osaa sitä kieltä just ollenkaan... hänen kanssaan ei voi kommunikoida” ”hankaloittaa sitä kommunikointia... ettei oo sitä yhteistä kieltä”	kommunikaatio vaikeudet
”useinkin on tulkin tarvetta” ”tulkkikaan ei voi olla tääl niiku ympäri- vuorokautisesti” ”sitten kun tarvitaan ni meil on tulkki apuna ”	tulkin tarve
”elekieltä käytetään hyvin paljon”	elekieli apuna

Kuvio 3. Esimerkki suorienlainausten pelkistämisestä



Kuvio 4. Esimerkki kategorioinneista, pelkistyksistä yläkategoriaan.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset on jaettu kahdeksaan isompaan osioon, haastateltavien esitiedot (6.1), monikulttuurisuuden näkyminen (6.2), monikulttuurisuuden vaikutus hoitotyöhön (6.3), monikulttuuristen perheiden erot (6.4), monikulttuurisuuden huomioiminen (6.5), monikulttuurisuuden tuomat haasteet (6.6), sairaanhoitajan tunteet (6.7) ja sairaanhoitajien kehittämisehdotukset monikulttuuristen lasten kivunhoitotyön kehittämiseksi (6.8) (liite 5).

## 6.1 Haastateltavien esitiedot

Haastateltavilta sairaanhoitajilta kysyttiin haastattelun alussa, miten he määrittelisivät kulttuurin (6.1.1), monikulttuurisuuden(6.1.2) ja monikulttuurisen hoitotyön (6.1.3) sekä minkälaisina he kokevat oman kulttuuritietämyksensä (6.1.4).

### 6.1.1 Kulttuuri

Haastateltavat sairaanhoitajat kuvasivat kulttuurin olevan elämäntapa. Siinä ihminen kasvaa ja kehittyy. Se tarkoittaa ihmisten tapoja ja tottumuksia.

*”se on niiku tavat ja tottumukset”*

*”et kulttuuri on sellanen asia missä ihminen niiku kasvaa ja kehittyy”*

Sairaanhoitaja kuvasivat kulttuurin sisältävän ympäristön, perimän, sukulaisten, kansallisuuden ja perheen. Ihmiset luovat kulttuurin ja kulttuuri itsessään muokkaa ihmistä. Ihminen syntyy tiettyyn kulttuuriin. Kulttuuriin sisältyi myös uskonto. Eräs sairaanhoitaja totesi, että *”oikeastaan kaikki liittyy siihen kulttuuriin.”*

*”jokaisel meil on oma kulttuuri, se tulee oikeastaan perimästä”*

*”siihen sisältyy uskonto, tottumukset, tavat, perhe, sukulaiset,”*

*”syntyy tiettyyn kulttuuriin”*

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että hänen mielestään kulttuuri tarkoittaa kulttuurielämystä, mihin liittyy taiteet, musiikki ja kuvanveisto.

*”kulttuurist tulee ekana kyl mieleen ihan joku tämmönen kulttuurielämys eli musiikki ja taide ja kuvanveisto ja tämmönen”*

### 6.1.2 Monikulttuurisuus

Haastateltavat sairaanhoitajat kertoivat oman mielipiteensä, miten he määrittelisivät monikulttuurisuuden. He kertoivat, että monikulttuurisuus on erikulttuurien sekoittumista yhteen. Esimerkiksi maahanmuuttajat, jotka tulevat suomeen sopeutuvat elämään meidän kulttuurissamme, jolloin kulttuurit sekoittuvat. Monikulttuurisuuden ajateltiin olevan erilaisuutta. Ihmiset puhuvat eri kieliä, heillä on erilaiset tavat ja tottumukset, erilaiset rituaalit ja uskomukset. Yksi sairaanhoitaja ei osannut sanoa, mitä hänen mielestään tarkoittaa monikulttuurisuus, vaikka totesikin siitä puhuttavan paljon. Monikulttuurisuuden kerrottiin olevan myös sitä, että maahanmuuttajia on paljon ja he kaikki ovat erilaisia.

*”mä ehkä käsittäsin, just näitä kun tulee muualta tänne ja sitten niitten täytyy vähän niiku sopeutua tähän uuteen kulttuuriin niin, et nää kulttuurit sekottuu toisiinsa”*

*”erilaiset lähtökohdat vanhemmilla jotka tuo sitä omaa kulttuuria, omaa suvun kulttuuria, omaa maan kulttuuria ehkä mukanansa ja ja lapset kasvaa siinä”*

*”tulee näit uusia kulttuureja ja ne sekottuu tähän voimassa olevaan kulttuuriin, ... rikastuttaa meidän elämää, puhutaan monikulttuurisuudesta”*

*”monikulttuurisuus on sitä et nykyisin maahanmuuttajia on koko ajan enemmän ja enemmän ja kaikki on erilaisia”*

### 6.1.3 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurinen hoitotyö oli haastateltavien mielestä potilaan kulttuurin huomioimista hoitotyössä ja kaikkien arvostamista samalla tavalla. Monikulttuurista hoitotyötä kuvattiin tämän päivän hoitotyöksi. Monikulttuurisessa hoitotyössä kohtaa eri kulttuurista tulevia potilaita ja silloin soviteetaan yhteen ne kulttuurit. Eräs haastateltava kuvasi monikulttuurisen hoitotyön olevan sitä, että hoitotyössä kohtaa eri kulttuureista tulevia perheitä ja potilaita.

*”osattais arvostaa kaikkia samalla tavalla tai heidän tavoillaan toteutettais hoitoa, ottaen heidän tavat ja tottumukset mukaan”*

*”sitähän se meidän oikeastaan on tää tämän päivän niinku hoitotyö meille hyvin pitkälle tota meidän tulee tota ottaa tiettyjä asioita huomioon siinä potilas työssä riippuen siitä mistä kulttuurista he tulee”*

*”monikulttuurisuuteen vois hoitotyös liittyä se et, otetaan huomioon niin paljon ku mahdollista, niin sen henkilön, sen potilaan omat ajatukset uskomukset, tavat”*

### 6.1.4 Kulttuuritietämys

Sairaanhoitajat kuvasivat omaa kulttuuritietämystään heikoksi ja pinnalliseksi. Jotkut sanoivat, että perustietoja tietää erikulttuureista, mutta se voisi olla parempikin. He kuvasivat erilaisten kulttuurien omaksumisen haasteelliseksi ja kertoivat, että on paljon asioita, joita he eivät ymmärtäneet. Haastateltavat kertoivat saavansa tietoa erikulttuureista mediasta, kokemuksen kautta ja ottamalla itse selvää sekä koulutuksista. Vain yksi haastateltava antoi ymmärtää, että hänen kulttuuritietämyksensä on hyvä, kertoessaan olevansa hyvin kansainvälinen ihminen.

*”Heikko.”*

*”et on niiku paljon, paljon semmosii asioita mitä ei niiku ymmärrä”*

*”eri kulttuureista lähtökohtasii potilaita on tosi paljon ja se että et niiden erilaisten kulttuurien niinku omaksuminen nii ni on kyl todella haasteellista.”*



## 6.2 Monikulttuurisuuden näkyminen

Monikulttuurisuuden näkyminen on yksi pääluokista, jonka alle muodostui kolme yläluokkaa, kulttuuritaustan näkyminen osastolla (6.2.1), kulttuuritaustan näkyminen kivunilmentämisessä (6.2.2) ja kulttuuritaustaiset vanhemmat (6.2.3). Yläluokkien alle muodostui kahdesta kuuteen alaluokkaa (liite 5).

### 6.2.1 Kulttuuritaustan näkyminen osastolla

Kielelliset ongelmat nousivat esille jokaisella sairaanhoitajalla. Kieliongelmat vaikeuttivat ja hankaloittivat perheen ja lapsen kanssa kommunikointia. Haastateltavat toivat esille tulkin tarpeellisuuden kommunikoinnin mahdollistamiseksi ja huomauttivat, että tulkkikaan ei voi olla paikalla ympärivuorokautisesti. Eräs haastateltava otti esille elekielen ja sen käytön kommunikoinnin apuna.

*”Se ehkä hankaloittaa sitä kommunikointia monessakin asiassa, ettei oo sitä yhteistä keiltä...”*

*”useinkin on tulkin tarvetta”*

*”...et on vaikeuksii ku monet ei osaa suomee ja tota englantiinkin hyvin harvat et tota noin ni elekieltä käytetään hyvin paljon”*

Eräs sairaanhoitajista kertoi esimerkin avulla, miten kieliongelmat monesti tulevat esille:

*”...aika monestihan lapsi tulee tänne sairaalaan äidin kanssa ja kuitenkin usein se äiti on kuitenkin se, joka on hoitamassa niitä lapsia siellä kotona, ni se ei välttämättä osaa sitä kieltä just ollenkaan ja sit isä on just se joka käy töissä ja se on opetellut sen suomenkielen, niin monesti se hankaluus tulee siinä, koska meidän osastolla on, sitten taas semmonen et yöpyä esimerkiksi saa niiku toinen vanhemmista täällä lapsen kanssa ja sitte se äiti on tietenkin se joka haluais jäädä tänne lapsen kanssa yöpymään, mutta sitten hänen kanssaan ei voi kommunikoida ja sit se kaikki kommunikointi tapahtuu sitte sen isän välityksellä päiväsaikaan, kunnes sit voidaan saada joku tulkki, mut tulkkikaan ei voi olla tääl niiku ympärivuorokautisesti vaan tulkin voi saada vaik niiku lääkärin kierrolle...”*

Perheiden suuri kokoonpano ja suvun tärkeys nousi esille sairaanhoitajien haastatteluissa. He kertoivat, miten lapsen sairastuessa perheet tulevat osastolle suurella joukolla saattamaan lasta; tämä on muuttunut vuosien varrella. Suvun tärkeyttä myös korostettiin. Sairaanhoitajat kertoivat, että lapsen lähelle oli joskus vaikea päästä omaisten suuren luvun takia. Eräs haastateltava nosti esille, miten toisissa kulttuureissa läheisyys lapseen oli hyvin luontevaa ja toisissa kaukaista.

*”...monikulttuuriset perheet yleensä tulee aika suurel kokoonpanolla...”*

*”...se suku on hirveen tärke monessakin kulttuurissa.”*

*”...lapsen lähelle ei niin paljon pääse, koska siin on ne lähiomaiset, sukulaiset...”*

Kulttuuritausta näkyi osastoilla luonne eroissa. Välimerenmaista tulevilla perheillä luonne ja temperamentti kuvattiin erilaisiksi. Kulttuuritaustaisten äitien kerrottiin tuovan omaa huolta ja tuskaa enemmän esille hoitajille.

*”...esimerkiks jostain välimerenmaista tai jostain tuolt... niin heil on niiku se luonnekin ja se temperamenttikin niin erilainen.”*

*”Vanhemmat eri kulttuureista varsinkin äidit ni on ehkä tai tuo enemmän sitä huolta ja tuskaa esille hoitajille, kun täältä omasta kulttuurista kotosin ovat...”*

Ruokailutottumukset, pukeutuminen, päivärytmi, kivunilmaiseminen, lapsen hoitotavat ja potilaiden erilaiset näkemykset kertoivat haastateltaville lapsen ja perheen olevan eri kulttuurista. Sairaanhoidajat kertoivat myös perheen vaativan heidän tapojensa noudattamista.

*”...ja tota just kaikki niiku syömiset ja mitä tääl niiku tarjotaan ruuaks, et jos on niiku ulkomaalaisia ni he ei välttämättä pidä niistä niiku suomalaisista ruuista tai suomalaisesta makkarakastikkeest ja perunoist ni ne voi olla vähä ihmeissään ja tosiaan sitte muslimien kanssa se että ei syö sitä sianlihaa ja semmoset kaikki.”*

*”...somalit taustanen perhe tai romaaniperhe ni heidän pukeutuminen nyt ainakin on hyvin erilaista.”*

*”...se näkyy kaikis niis, niiku mä sanoin et nukkumaanmenoajoissa, et huomaa et jossain tuol ulkomailla niin et valvotaan paljon myöhempään ja sit ne on ihan ihmaissään ja kauhuissaan ku me tullaan täält puol 8 ja repäistään peitot aiki ja nyt aamupesuille ni ja ne on vast niiku muutama tunti sit suurin piirtein käyny nukkumaan.”*

*”...mutta myös on niiku just siin kivussa on eroja...”*

*”...he vaatii, vaatimalla vaatii, jotain enemmän ei niinkään lääkkeellistä hoitoa vaan he haluaa, että heidän tapoja noudatetaan myöskin täällä osastolla.”*

## 6.2.2 Kulttuuritaustan näkyminen kivunilmentämisessä

Sairaanhoidajat kertoivat läheisten vaikuttavan lasten kivunilmentämiseen. Vanhemmat toimivat kivun ilmaisijoina, koska lapsi ei sano suoraan hoitajalle ja omaiset vähän provosoiivat lapsen kipua.

*”Kivun ilmaiseminen tulee ehkä sielt vanhempien kautta enemmän, ei suoraan hoitajalle sanota...”*

*”...omaiset vähän viel niiku provosoi enemmän sitä kipua.”*

Kulttuuritaustaiset lapset näyttävät ja ilmentävät kipua eri tavalla kuin suomalaisesta kulttuurista tulevat lapset. Kivun esiintuomista kuvattiin helpommaksi ja itse kipu arvioitiin samanlaiseksi kaikilla.

*”...erikulttuureista tulevat potilaat ilmentää kipua toisella tavalla kuin suomalaiset...”*

*”...kipu on varmaan samanlainen, oli mistä kulttuurista tahansa, mut aika monet ulkomaalaistaustaiset kuitenkin ni ehkä tuo helpommin esil sitä kipua.”*

Haastateltavat kuvasivat kulttuuritaustaisten lasten kivunilmentämistä luontevaksi, voimakkaaksi, hämmäntäväksi, äänekkääksi ja suuremmaksi. Kivusta saatettiin myös vaieta tai sitä tuotiin koko vartalolla esille.

*”...kivun ilmaiseminen on jotenkin tuntuu et se on niiku luontevampaa, toisaalta niin se on paljon voimallisempaa ja se on hämmennystä herättävämpää...”*

*”...he saattaa itse asiassa koko heijän kropallaan tuoda sitä kipua esille...”*

*”...ulkomaalaisilla just kaikki ne eleet ja ilmeet saattaa olla semmosii paljon niiku suurempia,... et aikuinenkin saattaa ääneen huutaa jostain lääkineinjektioita antamisesta.”*

*”...Aasiasta tulevat, jotka ei sit niin selkeästi ilmase, mikä on se kipu tai missä se tuntuu ennen kun heiltä kysyy, mut usein nenänpää valkosena että tietää et on kipee mut toinen ei sano kuitenkaan enne kun kysytään suoraan.”*

Haastateltavat ottivat esille myös kivun tunnepuolen. Eri kulttuurissa tunteiden näyttäminen oli sallitumpaa ja myös kivun esiintuomisessa tunteet olivat mukana. Kulttuuritaustaisen lapsen kipuun ajateltiin sekoittuvan pelon tunteita, koska kieliongelmiensa takia lapsi ei ymmärtäisi kaikkea ja olisi peloissaan. Tunteiden näyttämisestä haastateltava toi esille sen ääriolaisen luonteen.

*”...jossain kulttuurissa on sit vain yksinkertaisesti niiku sallitumpaa itkeä pienistä asioista ja niiku näyttää se.”*

*”...niil on se ehkä tunteen tasolla enemmän, niil ulkomaalaisil se... kivun esiintuominen.”*

*”...sitte että vois ajatella pelkoa siel taustalla tietenkkin lapselle, että ja varsinkin jos ei niiku puhu tätä keiltä mitä me, et ei ymmärrä miks ollaan sairaalassa ja ... mitä tutkitaa ja mitä tehdään, niin siihen saattaa kyl sekoittuu sitä pelkoakin sit siihen kipuun.”*

*”...ilot ja surut on hirveen semmosia ääriolaitoja...”*

Yhden haastateltavan mielestä lapsen kivunilmaiseminen oli yksilöllistä, eikä se riippunut kulttuuritaustasta.

*”Se on hirveen yksilöllistä, joillain lapsilla on vaan korkea kipukynnys ja toisella on matalampi ja loppujen lopuksi ihonväristä ja kulttuurista niiku riippumatta...”*

Kulttuuritaustaisen lapsen kivun tulkinta oli vaikeampaa, koska sairaanhoitajat vertasivat lapsen kivunilmentämistä suomalaiseseen tapaan ilmentää kipua. Suomalaiset olivat yleensä rauhallisempia ja tasaisempia.

### 6.2.3 Kulttuuritaustaiset vanhemmat

Haastateltavilta kysyttiin, miten kulttuuritaustaiset vanhemmat tarkkailevat tai puhuvat lapsen kivusta. Sairaanhoitajat vastasivat, että vanhemmat tulivat herkästi kertomaan lapsen kivusta, he pelkäsivät lapsen kipua ja lapsen puolesta, he olivat huolissaan lapsesta, jotkut vanhemmat piilottivat todelliset tunteensa, toiset olivat hätääntyneitä tai saattoivat lamaantua täysin lapsen kivun takia ja jotkut vanhemmat olivat täysin huolettomia. Vanhemmat suojelivat ja puolustivat lastaan.

*”Vanhemmat tulee kertomaan aika herkästi ja monesti lapset uskaltaa sen vanhemmille helpommin sanoakin... et nyt se on kipee.”*

*”...on sit semmosii tapauksii jossa se vanhempi pelkää sitä lapsen kipua niin paljon että se laps saattaa olla ihan ilonen ja semmonen ja sitten se vanhempi silti tulee sanomaan et se on hirveen kipee, se on hirveen kipee.”*

*”...aasialaisissa kulttuurissa ni lapset on tietty lapsia mutta ei ainakaan niissä vanhemmissa ne on aika sellasia kasvottomia monta kertaa...”*

Kulttuuritaustaiset vanhemmat vaativat itselleen välitöntä huomioita, jos lapsi oli kipeä ja kärkkäästi sanoivat olevansa ensimmäisiä.

*”...he on niiku ainoita joita pitäis niiku huomioida sillä hetkellä kun se kipu on kova ja he tulee hakemaan hoitajaa tuolta jos ei heti tuu kun soittaa kelloa.”*

## 6.3 Monikulttuurisuuden vaikutus hoitotyöhön

Pääluokan, monikulttuurisuuden vaikutus hoitotyöhön, alle muodostui kaksi yläluokkaa, kulttuuritaustan vaikutus perheen kanssa toimimiseen (6.3.1) ja kulttuuritaustan vaikutus perheen ohjaukseen (6.3.2). Yläluokkien alle muodostui viisi ja neljä alaluokkaa (liite 5).

### 6.3.1 Kulttuuritaustan vaikutus perheen kanssa toimimiseen

Sairaanhoitajat selvittivät kulttuuritaustaisen perheen taustoja, jotta he olisivat voineet huomioida perheen tapoja ja tottumuksia sekä toiveita toimi-

essaan yhdessä perheen kanssa. Myös uskonnollisten asioiden huomioonottaminen oli tärkeää. Yhteistyön sujumiseksi oli saatava perheen luottamus.

*”...mahdollisimman paljon yritetään ottaa huomioon heidän omat tavat ja tottumukset et niin pitkälle kun pystytään...”*

*”...muslimiuskonto, mitä nykyisin on paljon suomessakin on niin pyritään valitsemaan sillä tavalla, että naishoitaja hoitaa tyttöjä...”*

Sairaanhoitajat kertoivat kulttuuritaustaisten perheiden välillä vaativan asioita, joita muillekaan perheille ei sallita, jolloin hoitajan oli kerrottava samojen sääntöjen koskevan kaikkia.

*”...et ne tulee tänne vähän semmosel asenteella et me kohdeltais niitä eriarvoisesti ja ne vaatii paljon semmosii asioita mitä me ei täällä sallita kenellekään muullekaan ja sit tai mulle tulee semmonen olo että ne kuvittelee et kaikki muut sais tehdä niin ja sit me kielletään ne vaan niiltä... mut et periaate on et on niiku samanlaiset säännöt ja kaikille sitte.”*

Jotkut haastateltavat kertoivat, ettei kulttuuritausta heidän mielestään vaikuta perheen kanssa toimimiseen. Toiset kertoivat sen vaikuttavan kommunikointiin siten, että perheen kanssa keskusteltiin ja kerrattiin asioita enemmän. Vanhempien kanssa toimimiseen kieliongelmat vaikeuttivat ymmärtämistä puolin ja toisin samoin oli lasten kanssa. Tulkin apua hyödynnettiin paljon.

*”...jää hyvin sellanen epävarma ja hämmentynyt olotila, heitä ymmärtämään ja ymmärsiks määhä heitä oikein et kyl ne kielelliset vaikeudet tulee esille.”*

*”...kommunikoi vanhemmalle omalla kielellään ja vanhempi yrittää sitten tulkita sitä hoitajille ja niissä niiku jää tuntuu että niissä jää paljon asiaa ymmärtämättä puolin ja toisin.”*

Vanhempien kanssa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat yhteistyö, hoitajan läsnäolo, luottamus ja pelko. Sairaanhoitajat pyrkivät tekemään yhteistyötä kulttuuritaustaisten vanhempien kanssa, jotta löydettäisiin sopiva keino kivunlievittämiseksi. Samalla tavalla hoitajat kertoivat toimivansa kaikkien perheiden kanssa. He kertoivat, että monesti kulttuuritaustaisille vanhemmille jo pelkkä sairaanhoitajan läsnäolo auttoi. Haastateltavien mielestä jos ei ollut luottamusta hoitajan ja kulttuuritaustaisen vanhemman välillä, vanhemmat saattoivat kieltää jonkin tärkeän hoidollisentoimenpiteen suorittamisen. Heidän mielestään vanhempien pelko tuli ottaa huomioon, koska vanhemmat saattoivat olla pelokkaampia kuin lapset.

*”no kaikkien vanhempien kans pyritään toimimaan niin, et apua saatais ja tilanne saatais laukeamaan ja löydettäis simmonen sopiva, sopiva keino siihen kivun lievitykseen”*

*”monta kertaa et jos on semmonen vanhempi joka ei ehkä luota meihin... et vanhempi ei oo halunnu et laitetaan tippaa tai otetaan verikoetta...”*

Sairaanhoitajien mielestä oli tärkeää näyttää lapselle, että hänet otetaan todesta varsinkin silloin kun yhteistä kieltä ei ollut, jotta hänellä olisi turvallinen olo. Lapsen turvallisuudentunnetta lisäsi myös suvun läsnäolo.

*”...jos ei oo sitä yhteist kieltä niin sitte toki tarvii silittelyllä ja simmosella iloisella hyväksyvällä ilmeellä tavallaan, et hei nyt sut otetaan todesta...”*

*”...sukua ympärillä ni sen lapsen on turvallisempi olla”*

### 6.3.2 Kulttuuritaustan vaikutus perheen ohjaukseen

Ohjauksensisältö on sama riippumatta kulttuuritaustasta, mutta sairaanhoitaja tunsu olonsa epävarmemmaksi, jos perhe oli muusta kulttuurista.

*”Se omatoiminta ei sillai kyllä muutu, mut siihen ehkä enemmänki liittyy just tämmösii omii epävarmuuden olotiloja, enemmän ku sitten taas kun hoitaa ihan suomalaista perhettä ja suomalaista lasta.”*

Sairaanhoitajat ottivat perheen tavat mahdollisimman hyvin huomioon ja varmistivat, että perhe oli ymmärtänyt kaiken, mistä puhuttiin. Haastattelutavat kertoivat artikuloivansa selvemmin, olevansa tarkempia, puhumalla hitaammin, selkeämmin ja rauhallisemmin. Asioita käytiin kiireettömästi läpi ja niitä kerrattiin useaan otteeseen. Perhettä ohjattiin mieluummin liian yksinkertaisesti kuin liian vaikeasti. Kulttuuritaustaisen perheen ohjausta kuvattiin intensiivisemmäksi.

*”...vielä artikuloi selvemmin tai vielä kertoo asioista tarkemmin ja toistaa ehkä itseään enemmän.”*

*”...ohjauksessa esimerkiks kotihoito-ohjeita ni täytyy kauheen tarkkaan kysyä, että ymmärsitkö nyt mitä ei saat tehdä ja mitä saa tehdä ja milloin saa syödä ja milloin saa liikkua ja semmosta niiku varmistumista tarvii paljon enemmän siinä kohtaa ja myöskin se, että jos osaa puhua suomea niin ei se silti tarkota sitä että osaa lukea ne suomenkieliset ohjeet välttämättä...”*

Ohjauksen tukena käytettiin kirjallisia ohjeita ja tulkin apua. Kulttuuritaustaiset perheet soittivat melko paljon jälkeinpäin osastolle ja tarkistelivat, olivatko he ymmärtäneet oikein.

*”...enemmän kirjallisia ohjeita ja se et noudatetaan niit kirjallisia ohjeita et ei poiketa niistä eikä niihin tehdä paljon muutoksia...”*

### 6.4 Monikulttuuristen perheiden erot

Pääluokan, monikulttuuristen perheiden erot, alle ei muodostunut yhtään yläluokkaa.

Useampi haastateltava kertoi, ettei ollut miettinyt kulttuuritaustaa ja ettei sillä ollut juuri merkitystä lapsen hoitotyön kannalta. Lapsi sai saman hoidon kulttuuritaustasta riippumatta.

*”...maailman laajusesti lapset on lapsia, et ne tietyt asiat mitkä myös suomalaisen lapsen ajatukset saa muualle saa myös ulkomaalaisen lapsen.”*

Haastateltavat toivat esille, että eri kulttuureissa oli vivahde-eroja ja yksilöllisiä eroja. Vaikka ihan lähi maista tulevilla kulttuureilla oli paljon samaa suomalaisten kanssa, jokainen oli erilainen.

*”...jokaisella on ne omat piirteet mitä niiku joka maassa on omat, omat tavat ja omat ruokailutottumukset...”*

Eroavaisuuksia löytyi halussa suojella lasta, terveydellisissä asioissa, kivunhoidollisissa asioissa, uskomuksissa ja uskontoon liittyvissä asioissa. Yleisesti kulttuuritaustaisista ihmisistä sanottiin, että he helpommin kertovat kivusta ja lääkevastaisuus nousi esille yhden sairaanhoitajan haastattelussa.

*”venäjältä virolta tulevat ni ne on jotenkin kauheen semmosii kanaemoja ne äidit ne niinku halua suojata sitä lasta, et ei pääse, meinaa niiku päästä siihen lapseen lähellekään ja... mun mielest taas sit jotkut somali äidit niin he sit taas mielelläänki antaa niiku hoitaa sitä lastaan, et he ei oo niin sillain niiku suojaa sitä lastaan et siihen pääsee niiku mukaan siihen hoitoon niiku helpommin.”*

*”...kun näitä ensimmäisiä vietnamilaisia on tullu niin heil on ollu kivunhoito menetelmät vähän erilaiset ku tänäpäivänä, ... lapsista löyty semmosia niinku mustelman tapasia painaumia, ... että ne he he tota niin saatto tota niin polttaa noita kolikoita ja sit oli niiku ne anto vähän niiku tavallaan tommosia palovammoja niillä niin he kuvitteli varmaan et sitä kautta lähtee sairaus pois tai jotain vastaavaa että et se on niinkun ainut semmonen et minkä mä muistan näidän vuosien aikana ja sit on joskus löytyny jotain kolikoita sängystä että jotain onnen amuletteja tai jotain tämmösiä...”*

*”...saattaa olla ihan terveyteen liittyviä eroja... albaanit heil on hirveen erilaiset ruokatottumukset, he käyttää paljon rasvaa ja paljon kermaa...”*

## 6.5 Monikulttuurisuuden huomioiminen

Monikulttuurisuuden huomioiminen -pääluokan alle muodostui kaksi yläluokkaa: kulttuuritaustaisen perheen tapojen ja tottumusten huomiointi (6.5.1) ja kulttuuritaustan huomiointi kivunhoitotyössä (6.5.2), joiden alle muodostui kaksi ja kolme alaluokkaa (liite 5).

### 6.5.1 Kulttuuritaustaisen perheen tapojen ja tottumusten huomiointi

Sairaanhoitajat selvittivät perheen tapoja ja tottumuksia kyselemällä, ha-  
vainnoimalla ja tarkkailemalla. Kaikki mahdollinen pyrittiin toteuttamaan,  
mutta kaikkea ei aina pystytty.

*”...alkuhaastattelussa näistä tavoista ja tottumuksista yritetään ottaa sel-  
vää ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaa...”*

*”...jotain tiettyi tapoja ja tottumuksia niin jos ne ei niiku istu tähän hoi-  
tamisen kulttuuriin mitä täällä on tai että se niin kun hankaloittaa hoita-  
mista ni sit tietenkin, ne on semmosii asioita mitä ei pystytä välttämättä  
mahdollistamaan.”*

Kulttuuritaustaisen perheen tapojen ja tottumusten lisäksi huomioitiin va-  
kaumus, kulttuuri, perheen totutut toimintatavat ja yksilöllisyys.

*”...ruoka et tietenki tilataan jos on vakaumukseen perustellen et ei saa  
syödä verta tai ei saa syödä sianlihaa tai muuta ni sit tilataan se semmo-  
nen ruoka...”*

*”...hirveen tärkeä sille lapselle ja perheelle, että ne se on se oma tuttu  
toimintatapa ja tyyli minkä voi niiku pitkälti säilyttää tääl sairaalassak-  
kin.”*

### 6.5.2 Kulttuuritaustan huomiointi kivunhoitotyössä

Kivunhoitotyössä huomioitiin kommunikointiongelmien, mahdolliset kie-  
liongelmat ja tulkin varaaminen. Oli huomioitava myös, että kulttuuritau-  
stasta johtuen ihmiset saattoivat mieltää asioita eri tavalla. Hoitaja oli pal-  
jon läsnä ja kertasi asioita useaan otteeseen perheen kanssa sekä käytti pal-  
jon aikaa perheen kanssa keskusteluun.

*”...silloin valmistaudutaan eritavalla koska se, meidän täytyy tilata se  
tulkki etukäteen paikalle...”*

Kivunhoitoon valmistauduttiin varaamalla aikaa, panostamalla ohjauk-  
seen, miettimällä lähestymistavat ja selvittämällä perheen taustat.

*”...perheiden ja lasten kohtaamiseen varaa, varaa ehkä enemmän aikaa.”*

*”...jotain sä voit niiku lähestyä suoraan faktat ilmoittamalla ja jotain pi-  
tää vähän kauniimmin niiku vähän sieltä kauempaa niiku kertoa et täs nyt  
on tämmösiä ja tämmösiä tekijöitä ja tota sit mennä niiku lähemmäs siihen  
itse aiheeseen...”*

Useampi haastateltava oli sitä mieltä, ettei kulttuuritaukta tarvitse ottaa  
huomioon lasten kivunhoitotyössä. Samat toimintatavat pidettiin kaikkien  
kanssa. Hoitajat toimivat intuitiivisesti ja kulttuuritaukta ei tuonut kivun-  
hoitoon mitään rajoitteita.



*”...just siitä kipuasiasta ja mut et niin missä siinä mielessä me toimitaan samalla tavalla kaikkien kanssa...”*

*”... et oikeastaan oo mitään eroa sillä että tuut sä mistä tahansa kulttuurista että et tota oli kyseessä per os, suppo, i.v. lääkemuo to niin ei niil oo mitään väliä et ei he kyseenalaista meidän tapoja niiku toimia sit kuitenkin eli se kulttuuri ei tuo siihen mitään semmosia rajoitteita.”*

## 6.6 Monikulttuurisuuden tuomat haasteet

Monikulttuurisuuden tuomat haasteet pääluokan alle ei muodostunut yhtään yläluokkaa.

Sairaanhoitajien mielestä haasteellisia tilanteita loivat kommunikaatio ongelmat, kulttuuriin tai vakaumukseen perustuvat rajoitteet, etuuskien vaatiminen, luottamuksen saaminen ja toimintatapojen erilaisuus.

*”mä muistan kerran on ollu semmonen tilanne et se oli varmaan joku kosovon albaaneista tai sieltä niin semmonen isompi poika jolle piti laittaa nenämahaletku, mä tarkotan isommalla pojalla semmonen et se on ollu koululainen ja se oli kyl aika kauhee tilanne yrittää selittää sille et miks semmonen letku pitää laittaa ja ja tota niin kyl me saatiin se sitte ku hän tuli tubinäytteille tuli epäiltiin tubia niin tota kyl se, se vaati kyllä haastetta että piti selittää että ei saa aamulla nousta sängystä ylös ennen kun on hoitaja tullu paikalla ku mahalimat ei saa niinku nousta pystyyn että (naurahtaa) et aamulla yritettiin siellä tikkana kattoo että siel verhon takana käytävältä että onks siellä vielä unta et ei se vaan nouse sieltä pystyyn että et muistaakseni kaikki meni ihan hyvin”*

*”esimerkiks oli joku haaste ku on tää ramada aika eli tota noin ni sillohan ne ei saa syödä päivällä eli jotku voi olla niin tiukkoi sen suhteen et he ei voi ottaa mitään lääkettäkään päiväsaikaa niin tämmösii on joskus jouduttu selvittämään et lääkkeen niiku otto on niiku tosi tärkeetä et tämmönen poikkeus täytyy niinku ottaa se on niiku sillo terveydellisistä syistä otettava päiväsaikaa”*

*”ne niikun tulee jo sillä asenteella et me sit vaaditaan se yhdenhengen huone ja me sit vaaditaan et tääl saa yöpyy koko perhe ja sit me vaaditaan sitä ja vaaditaan tätä et ehkä se liittyysit siihen, varsinkin nää maahanmuuttajilla et ne joutuu niiku vaatimaan itselleen palveluja ja paljon asioita mutta se on niiku joskus tosi inhottavaa täällä että et sitte sit ne ei niiku ymmärrä sitä että ei tääl noin vaan vaadita sitä yhden hengen huonetta tää ei oo hotelli vaan täällä saa sen potilaspaikan mihin mahtuu”*

Haastavana tilanteina pidettiin myös haastavia kipupotilaita.

*”Haasteellisii tilanteit kyl on ihan tämmösii, et jos ajattelee kroonista kipuu mikä on sit jo jatkunu muutaman kuukauden.”*

Ongelmatilanteet ratkesivat puhumalla, ongelmakohtaan ratkaisulla, hymyllä ja rauhallisuudella, keskustelemalla, tekemällä kompromisseja ja

luovimalla tilanteita. Ongelmatilanteista opittiin, ettei ole olemassa itsensänselvyyksiä.

*”...puhumalla, hankkimalla mies hoitaja, tai sitten jos tääl on äiti ja poika niin äiti pyytää jonkun suvun miehistä paikalle...”*

*”Hymyllä ja rauhallisuudella periaatteessa monta kertaa ni kyllä aika pitkälle pötkii.”*

## 6.7 Sairaanhoitajan tunteet

Sairaanhoitajan tunteet -pääluokan alle ei muodostunut yläluokkia.

Sairaanhoitajat kokivat ahdistusta, epävarmuutta, ärtyneisyyttä ja turhautuneisuutta, mutta myös kunnioitusta toista kohtaan. Iän myötä tunteet muuttuivat. Sairaanhoitaja kertoi, ettei ottanut asioita enää niin henkilökohtaisesti.

*”ajatukset ja ne ne tunteet niikun niis tilanteissa kun hoitaa ulkomaalaista potilasta ni ni niis on mun mielestäni niinku hyvin pitkälti niit samoi semmosii niiku ahdistuneisuuden olotiloja ehkä liittyen siihen että tulinko oikein ymmärretyksi”*

*”...mulla välil niiku ittee rupee ärsyttämään se että no vaatii semmosia asioita mitä tosiaan niinku tosiaan vaikka kuinka yrittää selittää että kukaan muukaan ei saa, kaikki joutuu järjestämään ne sisarukset jonnekin ja ne niiku tavallaan sen niiku, tulee semmonen olo et ne kokee tulleensa kohdelluks väärin ja nostaa siitä kauheen älämölön.”*

*”...vähän eritavalla varmaan aiheutti tunteita silloin ensi alkuun, nyt tietää et toi kuluu vähän niinku tohon kulttuuriin niin jota ei ehkä henkilökohtaisesti ota sillälaila asioita...”*

*”...jonkun voi olla se usko niin vahva et täytyy niiku kunnioittaa sitä toista ihmistä ja ymmärtää se hänen puoli siit asiast kuitenkin...”*

## 6.8 Kehittämisehdotukset

Sairaanhoitajilta kysyttiin haastattelun lopuksi, mitä kehittämisehdotuksia heillä olisi. Yksi toivoi jatkotutkimusta niin, että haastateltaisiin ulkomalaisia perheitä. Kyseltäisiin heidän näkemyksiään kivusta ja heidän kivunlievitysmenetelmistään. Useimmat toivoivat enemmän tietoa erikulttuurista ja koulutuksien järjestämisestä. Eräs haastateltava toivoi pieniä tietoisuuksia työpaikalla ja erikulttuureista tulevat ihmiset voisivat tulla kertomaan kulttuuristaan ja heiltä voisi suoraan kysellä asioista. Muutama hoitaja toivoi lisää tietoa lapsen kivusta. Yksi sairaanhoitaja ei nähnyt kehittämiselle tarvetta.

*”vaikka kivun osa-alueelta, että kun saisi sellasen tietämyksen, vaikka vaan sellasiin suurpiirteisiin, vaikka maanosallisesti sellasiin kulttuurillisii eroja tietää, joita vois hyödyntää omas hoitotyössä, mitä mä haluaisin.”*

*”koulutustilaisuuksia pitäisi olla enemmän sellasia vaikk pieniä tietoiskuja ne ei tarvii olla mitään koko päivän luentoja. Se että et ne olis tääl työpäikällä jollon niihin on helpompi osallistua vaikka niinkin että että nää erikulttuureista olevat tulis itse kertomaan asioita ja vois suoraan kysyä, se olis ehkä antoisampaa. Ja varsinkin heidän kivunilmenemisestä ja muistakin tämmöisistä käytännöistä ja tavoista ihan pelkästään sen et miten erilaista on olla sairaalassa ku kotona ja ja ja toisilla on kuitenkin aika tarkat säännöt et mitä saa ja mitä ei saa tehdä, samoin kun ravitsemuksen kanssa”*

*”lisää tietoo näist muista kulttuureist enemmän et niinku et ymmärtää ne syyt minkä takia he käyttäytyy näin et esimerkkinä et meilläkin oli ku oli joku vasta syntynyt somali vauva ni me ihmeteltiin et miks se äiti vaan makkaa siin vuolteel eikä niiku hoida sitä vauvaa kunnes me saatiin tietoo et niil kuuluu se kulttuuriin et pari viikkoo äidit vaan lepäilee ja muut hoitaa sen vauvan ni tämmösest voi tulla niiku hirveit väärin käsityksii just kun ei tiedä et heil on kaikki nää tavat voi olla niin erilaisii”*

*”mä en ny osaa tohon vastata et mitä pitäis viel kehittää koska kyl tieto kulkee ... Ei oo mitään sellasta mielessä et tätä ei oo viel kokeiltu et tätä mä haluisin”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Yksi tapa tutkia kvalitatiivisen opinnäytetyön luotettavuutta on tutkia työn validiteettia ja reliabiliteettia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Validiteettiongelma saattaa syntyä siitä, että aineiston keräämisessä on puutteita ja tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteetilla tarkoitetaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa sitä, että esimerkiksi tutkimusaineistonanalyysi on tehty virheellisesti tai opinnäytetyöntekijä on tehnyt virhetulkintoja. (Nieminen 1998, 215–216.)

Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset antoivat monipuolisia vastauksia tutkimustehtäviin. Tuotettua tietoa voidaan käyttää jatkossa monikulttuuristen lasten kivunhoitotyön kehittämiseksi. Huolellinen tutustuminen aineistoon jokaisessa analyysivaiheessa pienensi virhetulkintojen mahdollisuutta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös arvioimalla tutkimusaineistonkeräämistä, aineistonanalyysiä ja tutkimuksenraportointia (Nieminen 1998, 216–217; Hirsjärvi ym. 2001, 214). Luotettavuuden arvioinnissa olisi hyvä muistaa myös tarkastella opinnäytetyön

kohdetta ja tarkoitusta, opinnäytetyöntekijän omaa sitoutumista tähän tutkimukseen ja tutkimuksentiedonantajia (Tuomi ym. 2012, 140–141).

Tutkimuksenkohdetta ja -tarkoitusta tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota siihen, mitä ollaan tutkimassa ja miksi (Tuomi ym. 2012, 140). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata monikulttuuristen lasten kivunhoitotyötä sairaanhoitajien näkökulmasta. Aiheeseen päädyttiin toimeksiantajan pyynnöstä. Toimeksiantaja toivoi opinnäytetyötä, joka liittyisi kulttuuritaustaisiin lapsiin ja kipuun, koska lastenlinikalla on ollut paljon lapsipotilaita muista kulttuureista. Kipu-aihepiiri tuli kiputyöryhmältä.

Luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon opinnäytetyöntekijän omat sitoumukset tähän opinnäytetyöhön, miksi aihe on tärkeä, mitä opinnäytetyöntekijä on alussa olettanut ja miten ne oletukset ovat muuttuneet. On huomioitava opinnäytetyöntekijän puolueettomuus. Vaikuttaako tekijän sukupuoli, ikä, uskonto tai kansalaisuus siihen, mitä hän kuulee ja havainnoi? (Tuomi ym. 2012, 136, 140.) Opinnäytetyöntekijä otti aiheen innolla vastaan, koska siitä ei ole tehty kovin paljon tutkimuksia ja lähteiden löytäminen oli haasteellista. Aihe on myös erittäin mielenkiintoinen ja tärkeä, jotta kulttuuritaustaisten lasten ja heidän perheidensä hoitotyö parantuisi sekä ylipäättään selvittämään tarvitaanko parannuksia. Opinnäytetyöntekijällä ei ollut kuin muutamia omakohtaista kokemuksia kulttuuritaustaisten lasten hoidosta, mutta aikuisten hoidosta enemmän. Näiden kokemusten myötä huomattiin, että kulttuuritaustaisenpotilaan kanssa työskentely saattaa olla haasteellista lähinnä kommunikaatio-ongelmien tähden. Opinnäytetyötä lähdettiin toteuttamaan avoimin mielin, ilman ennako-oletuksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan pohtimalla haastatteluaineistonkeruuta, miten se tapahtui, miten onnistui ja mahdollisia ongelmia (Tuomi ym. 2012, 140). Haastatteluaineiston luotettavuutta arvioidaan pohtimalla ja arvioimalla haastattelunteemoja ja haastateltavien vastauksia (Nieminen 1998, 216–217; Hirsjärvi ym. 2001, 193–194). Opinnäytetyön luotettavuus vähenee jos teemahaastattelun kysymykset ovat liian suppeita tai liian laajoja. Kysymysten tulisi olla sellaisia, että haastateltavan oma näkemys ja kokemus tulisivat mahdollisimman hyvin esille. Aineistonluotettavuus lisääntyy, kun opinnäytetyöntekijä pitää haastatteluista päiväkirjaa, koska siihen voidaan kirjoittaa kuvauksia haastattelun kulusta. Haastattelupäiväkirjassa pohdittiin haastattelu tilannetta ja haastateltavan sanatonta viestintäänsä. Oliko haastateltava rehellinen ja avoin vai jättikö hän oleellisia asioita kertomatta, muunteliko hän totuutta tai pyrkikö hän tuottamaan vastauksia, joiden oletti miellyttävän haastattelijaa? (Nieminen 1998, 216–217; Hirsjärvi ym. 2000, 184–187.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluaineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajia ja haastattelut nauhoitettiin. Nauhoitukset sujuivat hyvin. Ääni kuului hyvin, eikä nauhurin käyttö tuottanut ongelmia. Vain yhdessä haastattelussa haastateltavan lievästi epäselvä puhe paikoin hidasti litterointia. Kaiken kaikkiaan haastattelut sujuivat hyvin ja haastateltavat olivat motivoituneita, kiinnostuneita ja he mielellään kertoivat omista mieliteistään. Haastateltavat olivat rehellisiä ja avoimia, eikä ole syytä uskoa,

että he olisivat tuottaneet vastauksia, joiden uskoivat miellyttävän haastattelijaa. Vain yhden haastattelun aikana haastattelu jouduttiin keskeyttämään useaan kertaan ja haastattelupaikkaa vaihtamaan tilanpuutteen ja osaston kiireen vuoksi. Keskeytykset eivät juuri häirinneet, mutta saattoivat keskeyttää haastateltavan ajatukset ja mahdollisesti jotain oleellista saattoi jäädä kertomatta vaikuttaen näin saatuihin tuloksiin. Kokonaisuudessa haastatteluista saatiin paljon tuloksia.

Teemahaastattelurungon kysymyksistä pyrittiin tekemään riittävän laajoja, jotta haastateltavan omat näkemykset ja omat kokemukset tulisivat mahdollisimman hyvin esille. Asetetut kysymykset olivat onnistuneita ja jokaiselta haastateltavalta pyrittiin kysymään kysymykset samassa muodossa. Vastauksia saatiin paljon ja laajasti. Jokainen haastateltava toi esille jonkin uuden asian tai näkökulman kysyttävästä asiasta, mutta myös päällekkäisyyksiä esiintyi. Tämä saattoi johtua kohdejoukon pienuudesta.

Haastatteluaineiston luotettavuutta arvioidaan pohtimalla ja arvioimalla tutkittavia eli ketä tulisi haastatella (Nieminen 1998, 216–217; Hirsjärvi ym. 2001, 193–194; Tuomi ym. 2012, 140). Koska laadullisessa haastattelututkimuksessa on tarkoitus kuvata ilmiötä koko moninaisuudessaan, on järkevää ja tarkoituksenmukaista valita haastateltavaksi sellaisia ihmisiä, jotka haluavat osallistua ja osaavat ilmaista haastattelussa itseään. Heidän tulisi olla sellaisia ihmisiä, jotka ovat opinnäytetyön kannalta tarkoituksenmukaisia eli he osaavat ja pystyvät vastaamaan opinnäytetyölle asetettuihin tutkimusongelmiin. (Nieminen 1998, 216.)

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneet sairaanhoitajat omasivat tutkimuksen kannalta olennaista tietoa ja kokemusta. Heille oli asetettu tietyt kriteerit, jotta heidät voitiin ottaa haastateltaviksi. Heidän tuli olla sairaanhoitajia ja heillä tuli olla kokemusta ainakin yhden kulttuuritaustaisen lapsen kivunhoidosta. Jotta monipuolisuus säilyisi, sairaanhoitajat valittiin vapaaehtoisuuden periaatteen mukaisesti. Haastatteluun osallistuneen sairaanhoitajat olivat vapaaehtoisia ja pystyivät ilmaisemaan itseään monipuolisesti. Haastattelutilanteissa pyrittiin avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelutilanteet pyrittiin luomaan kiireettömiksi. Haastateltavia oli yhteensä kuusi ja he olivat kaikki naisia.

Tutkimusaineiston analyysin luotettavuutta lisää se, että aineistosta etsitään luokituksia, jotka ovat toisensa pois sulkevia. Aineistoa tarkastellaan useista eri näkökulmista ja luokitteluperusteet kirjataan ja perustellaan. Tämä toteutetaan niin, että analyysin tueksi esitetään aineistosta poimittuja suoria lainauksia. Luotettavuus syntyy siitä, etteivät luokitukset ja suorat lainaukset ole ristiriidassa keskenään. (Nieminen 1998, 219–220; Hirsjärvi ym. 2001, 194.) Tutkijan on esitettävä riittävästi alkuperäisiä havaintoja tutkimusaineistosta, jotta analyysin luotettavuus lisääntyy empiiristen havaintojen avulla (Hirsjärvi ym. 2000, 189).

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijä on kirjannut analyysinsä pohjalta nousseet luokat ja tuonut tutkimustulosten perään suoria lainauksia haastatteluista, jotta opinnäytetyö olisi havainnollinen ja luotettava. Ai-

neistonanalyysin aikana huolehdittiin, että luokat kuvaavat eri asioita, mutta ovat kuitenkin sopivia tässä kontekstissa. Opinnäytetyössä on myös tarkasti kerrottu analyysin vaiheet ja niiden toteutus.

Luotettavuuteen vaikuttavat raportin arvioitavuus ja toistettavuus. Arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimus on kirjoitettu niin että lukijan on mahdollista seurata työntekijän päättelyä ja arvioida sitä. Toistettavuudella tarkoitetaan sitä, että raportti on kirjoitettu niin että lukija saadaan vakuutuneeksi työntekijän tekemien ratkaisujen oikeellisuudesta ja luokitusten perusteluista. Opinnäytetyössä pyritään tutkimusraportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen selkeiden perusteluiden kautta. Opinnäytetyö pyritään tekemään niin, että sen kirjoitustyyli ja -asu on hyvää ja selkeä. (Nieminen 1998, 220; Hirsjärvi ym. 2001, 194.)

Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt olemaan mahdollisimman johdonmukainen raportissaan. Raportointia tukevat tutkimustulosten yhteydessä olevat kaaviot luokkien muodostumisesta sekä liitteet. Jotta lukija tulisi vakuutuneeksi opinnäytetyöntekijän tekemistä ratkaisuista, on tulos osioon otettu mukaan sairaanhoitajien suoria lainauksia haastatteluista.

### 7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkimuksen teossa noudatetaan eettisiä periaatteita (Hirsjärvi ym. 2001, 25–28). Opinnäytetyöntekijä on vastuussa ensisijaisesti opinnäytetyön eettisistä ratkaisuista. Opinnäytetyötä aloittaessa on mietittävä, mitä tulee tutkia ja mitä ei. Opinnäytetyöntekijä valitsee työhönsä tietyn näkökulman ja sitoutuu kuvaamaan valitsemaansa näkökulmaa raportissaan (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26; Tuomi ym. 2012, 125–127.) Tässä opinnäytetyössä valittiin näkökulmaksi monikulttuuristen lasten kivunhoitotyö sairaanhoitajien kokemana.

Tutkimuksen eettisyys turvataan mm. tutkimuksen aihetta tarkkaan miettimällä (Hirsjärvi ym. 2001, 25–28). Tämän opinnäytetyönaihe saatiin eräältä yliopistollisenkeskussairaalan lastenlinikalta. Opinnäytetyönaihe valittiin tiedon puutteen ja kiinnostuksen pohjalta.

Opinnäytetyöntekijän ja tutkimukseen osallistuvan organisaation välillä on oltava suhde. Molemmilla on vastuu tutkimuksen tulosten käytöstä. Tutkimuksen toteuttamisesta sovittiin hoitotieteellisellä tutkimuslupa-anomuksella. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 28.) Opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä toimeksiantajaan opinnäytetyön tiimoilta ja myöhemmin molemmat osapuolet allekirjoittivat sopimuksen opinnäytetyöstä. Hoitotieteen protokollan mukaan opinnäytetyöntekijä teki tutkimuslupa-anomuksen, joka käsiteltiin asiantuntijaryhmässä. Asiantuntijaryhmä toivoi tarkennuksia opinnäytetyönsuunnitelmaan, ja kun ne oli tehty, vastaava ylihoitaja allekirjoitti lupahakemuksen.

Haastateltaville on taattava anonymiteetti. Heidän on oltava tietoisia, mitä heiltä tutkitaan, mitä rajoituksia tutkimus mahdollisesti aiheuttaa ja mitkä ovat tutkimuksen riskit ja hyödyt. Tutkittavalle ei saa kuitenkaan kertoa

liikaa tutkimuksesta, koska se saattaa vaikuttaa heidän antamiinsa vastauksiin. Opinnäytetyöntekijän on saatava lupa haastateltavalta tutkimukseen osallistumisesta. Nauhurin käyttöä ei salata haastatteluun osallistujalta. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29–30.)

Tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia kohdeltiin asianmukaisesti. Haastateltavien sairaanhoitajien suostumus haettiin lomakkeen avulla, jossa heitä informoidaan tutkimuksesta. Heille kerrottiin, mihin he ovat ryhtymässä ja mikä merkitys tutkimuksella on sekä sen tarkoitus ja tavoite. Heitä perehdytettiin kertomalla, mitä tulee tapahtumaan ja mitä saattaa tapahtua tutkimuksen aikana. Haastattelujen nauhoittamista ei salattu haastateltavilta. Sairaanhoitajia informoitiin siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Koko tutkimuksen aikana pyrittiin säilyttämään haastateltavien anonymiteettiä. Pienen tiedonantajajoukon takia tämä korostuu. Siksi opinnäytetyössä ei käytetty sellaisia suoria lainauksia, joiden perusteella yksittäisen tiedonantajan henkilöllisyys voisi paljastua. Tutkimusaineistoa ei luovutettu missään vaiheessa ulkopuolisille ja saatuja tuloksia käytettiin vain tässä opinnäytetyössä. Anonyymiuden parantamiseksi suorat lainaukset eivät ole haastattelu järjestyksessä, eikä niiden perään ole laitettu numero- tai kirjaintunnistetta.

Tutkimus ei saa aiheuttaa fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista vahinkoa tutkittavalle. Tutkimustulokset on raportoitava avoimesti ja rehellisesti, jotta tuloksista tulee avoimia ja rehellisiä, on opinnäytetyöntekijän tunnistettava oma subjektiivisuutensa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 27, 30.) Tutkimustietoja tulee säilyttää asianmukaisesti ja luottamuksellisesti koko tutkimusprosessin ajan. Valmiin työnaineisto on hävitettävä asiaankuuluvasti. (Hirsjärvi ym. 2001, 25–28.)

Opinnäytetyö toteutettiin luotettavasti ja aineisto tallennettiin asianmukaisesti. Valmiin opinnäytetyön aineisto hävitettiin asiaankuuluvasti. Opinnäytetyötä tehdessä vältettiin epärehellisyyttä. Toisten tekstejä ei plagioitu. Lainaukset merkittiin asiaankuuluvalla tavalla. Tuloksia ei sepitetty tai kaunisteltu. Raportointi ei ole harhaan johtavaa tai puutteellista. Myös puutteet tuotiin julki. Tutkimusprosessin päätteeksi audiotallenteet ja paperit hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

### 7.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön avulla saatiin tietoa sairaanhoitajien kokemuksista siitä, miten monikulttuurisuus näkyy lasten kivunhoitotyössä ja miten sairaanhoitajat huomioivat monikulttuurisuutta lasten kivunhoitotyössä. Lisäksi tietoa saatiin myös siitä, minkälainen vaikutus monikulttuurisuudella on kivunhoitotyölle ja minkälaisia haasteita monikulttuurisuus tuo lasten kivunhoitotyölle. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat myös kehittämissuunnitelmia lasten kivunhoitotyölle. Yliopistollisenkeskussairaalan lastenkliniikka varmasti hyötyy sairaanhoitajien ideoista. Tässä opinnäytetyössä saadut sairaanhoitajien subjektiiviset kokemukset monikulttuuristen las-

ten kivunhoitotyöstä auttavat sairaanhoitajia ja kaikkia lastenklinikan hoitohenkilökunnan jäseniä muodostamaan paremman kuvan monikulttuuristen lasten kivunhoitotyöstä.

Opinnäytetyöntiedonantajien mukaan kulttuuri sisältää ympäristön, perimän, sukulaiset, kansallisuuden, uskonnon ja perheen. Se on elämäntapa. Ihminen syntyy siihen ja siinä hän kasvaa ja kehittyy. Kulttuurin kuvattiin olevan myös kulttuurielämys, kuten taide ja musiikki. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurista on hyvin samanlainen kuin Revon (2004) määritelmä. Hän kirjoittaa, että kulttuuri on moniulotteinen kokonaisuus, joka sisältää tiedot, arvot, uskomukset, taiteet, moraalisäännöt, lait, tavat ja kaikki mahdolliset kyvyt, taipumukset ja elämäntavat, joita vaaditaan ihmiseltä yhteisön jäsenenä.

Haastateltavat määrittivät monikulttuurisuuden olevan eri kulttuurien sekoittumista yhteen. Sen ajateltiin olevan ihmisten erilaisuutta. Abdelhamid ym. (2010, 18) määrittivät monikulttuurisuuden tarkoittavan samassa yhteiskunnassa eläviä toisistaan kulttuurillisesti eroavia ihmisiä. Monikulttuurisen hoitotyön haastateltavat sairaanhoitajat määrittivät tarkoittavan potilaan kulttuuritaustan huomioimista hoitotyössä. Monikulttuurista hoitotyötä kuvattiin tämän päivän hoitotyöksi. Hoitotyöksi, jossa kohtaa eri kulttuureista tulevia potilaita. Abdelhamid ym. (2010, 16–19) kuvasivat monikulttuurisen hoitotyön tarkoittavan erilaisten kulttuurien parissa tehtävää hoitotyötä, jossa huomioidaan potilaan kulttuuriset lähtökohdat ja tausta. Sairaanhoitajat olivat siis oikeilla jäljillä kaikissa määrittelyissä, mikä mielestäni tukee sairaanhoitajien sopivuutta tiedonantajina toimimisessa.

Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kulttuuritausta näkyi osastolla ruokailutottumuksissa, pukeutumisessa, päivärytmissä ja kivunilmaisemisessa. Kulttuuritaustaisten perheiden kanssa ilmeni kommunikointiongelmia ja he erottuivat suuren perheen vuoksi.

Kommunikaatio- ja kieliongelmissa sairaanhoitajat kertoivat selviytyvänsä tulkin ja jos tulkkia ei ole saatavilla, elekielen ja kuvakorttien avulla. Etenyöryhmän käsittelemissä tutkimuksissa kaikissa nousi esille kieliongelmat. Taavelan tutkimuksessa hoitajat kokivat kieliongelmat ja tulkin saannin vaikeudet suurimmiksi ongelmiksi työskenneltäessä kulttuuritaustaisen potilaan kanssa. (ETENE 2004, 30–31.) Kun asiakkaalla ja työntekijällä ei ole yhteistä kieltä kommunikaatio toteutetaan yksinkertaista ele- ja käsikieltä käyttäen. Apu keinoina käytetään tulkkia, joka sukulainen tai ammattilainen ja kirjallisia ohjeita. (Suokas 2008.) Sairaanhoitajien vastaukset ja mielipiteet olivat samanlaisia kuin aiemmat tutkimustulokset.

Haastateltavien mielestä lapsen lähelle oli joskus vaikea päästä perheen ja omaisten suuren lukumäärän takia ja sairaanhoitajat kertoivat perheiden vaativan heidän tapojensa noudattamista.

Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat kulttuuritaustan näkyvän kivunilmentämisessä siten, että lapset ilmensivät kipua luontevammin, voimakkaammin, äänekkäämmin, tunteellisemmin ja suurellisemmin kuin



valtaväestö. Se oli sairaanhoitajien mielestä hämmentävää ja erilaista kuin suomalaisten lasten tapa ilmaista kipua. Sarlion (2000, 24) mukaan eri kulttuurit reagoivat eri tavoin kipuun. Vaadittu kipukäyttäytyminen opitaan jo lapsuudessa (Vainio 2010, 169). On tutkittu että esimerkiksi väli­meren kansat ovat kipunsa ilmaisemisessa äänekkäämpiä ja Pohjois-Euroopassa arvostetaan tyyneyttä ja kivun kestämistä (Vainio 2009, 31) ja jopa kaksi kuukautta vanhat vauvat erikulttuureista reagoivat kipuun erita­valla (Pölkki 2002, 30).

Sairaanhoitajat kertoivat, että kulttuuritaustaiset lapset eivät kertoneet suo­raan hoitajalle kivustaan vaan vanhemmat toivat sen esille hoitajalle. Tä­mä voi olla myös yksilöllistä ja kulttuurista riippumatonta. Lapsi osaa ku­vata kipuaan jo leikki-ikästä alkaen (Pölkki 2008, 19), mutta harvoin hän oma-aloitteisesti ottaa sitä esille, joten aikuisen on oltava aloitteellinen ja ottaa selvää lapsen mielipiteestä (Pölkki ym. 2003, 26–27). Pölkin (2002) tutkimuksen mukaan vain puolet hoitajista kysyi lapsen mielipidettä rutiinomaisesti.

Haastateltavien mielestä kulttuuritaustaisten lasten kivuntulkinta oli vaike­ampaa kuin suomalaisen lapsen, koska he vertasivat kulttuuritaustaisten lasten kivunilmentämistä suomalaisen lapsen kivunilmentämiseen. Tämän takia luulen, että jos sairaanhoitajilla olisi enemmän tietoa kulttuureista ja kulttuurille tyypillisistä kivunilmentämistavoista, se helpottaisi kulttuuri­taustaisten lasten kivuntulkintaa ja siihen suhtautumista.

Opinnäytetyöntiedonantajista kulttuuritaustaiset vanhemmat tulivat her­kemmin kertomaan sairaanhoitajalle lapsen kivusta. He kertoivat, miten joistain kulttuureista tulevat vanhemmat piilottivat tunteensa ja vaikuttivat usein kasvottomilta, kun taas toisista kulttuureista tulevat vanhemmat saat­toivat lamaanua ja hätääntyä täysin lapsen kivun takia. Vainion (2009, 32) kuvaamissa tutkimuksissa, yhdessä kuvattiin kulttuuritaustaisten vanhem­pien eroavaisuuksia. Siinä eteläamerikkalaiset vanhemmat olivat paljon hermostuneempia kuin pohjoisamerikkalaiset.

Haastateltavat sairaanhoitajat kertoivat monikulttuurisuuden vaikuttavan hoitotyöhön siten, että perheen kanssa tuli keskusteltua enemmän ja hei­dän kanssaan kerrattiin asioita enemmän. Toisten sairaanhoitajien mielestä kulttuuritaustalla ei ollut vaikutusta perheen kanssa toimimiseen. Kielion­gelmissä kuitenkin jokainen haastateltava mainitsi. Kieliongelmi­en koettiin vaikeuttavan kommunikointia ja ymmärtämistä. Sairaanhoitajat koki­vat, että kommunikointiongelmi­en vuoksi he eivät tulleet täysin ymmärre­tyiksi ja että he eivät täysin ymmärtäneet perhettä. Kommunikointi on käytännön hoitotyön kulmakivi, ja selkeä ja keskinäinen ymmärrys muo­dostaa perustan myönteisille tuloksille. Sanallinen kommunikointi edellyt­taa kieltä. (Jenko & Moffitt 2006, 174.) Etenetyöryhmän esille nostamista tutkimuksista saatiin samansuuntaisia tuloksia. Tutkimuksissa nousi esille kieliongelmat ja tulkin käytön vaikeudet. (ETENE 2004, 30–31.)

Sairaanhoitajat kuvasivat monikulttuurisuuden vaikuttavan perheen ohja­ukseen siten, että perheen tavat ja tottumukset pyrittiin ottamaan mahdolli­simman hyvin huomioon, sairaanhoitajat artikuloivat selvemmin ja puhu-

malla hitaasti. Ohjaus tilanne oli kiireetön ja intensiivisempi. Ohjauksen apuna käytettiin mahdollisuuksien mukaan tulkkia. Ohjauksensissällön he kuitenkin kuvasivat samaksi kuin kaikilla perheillä.

Opinnäytetyön tiedonantajat kertoivat pyrkivänsä ottamaan selvää vieraasta kulttuurista tulevan perheen tavoista ja tottumuksista ja pyrkivänsä noudattamaan niitä mahdollisuuksien mukaan. Kivunhoitotyössä sairaanhoitajat pyrkivät huomioimaan kommunikointiongelmat, tulkin varaamisen ajoissa ja että eritaustasta johtuen ihmiset saattavat käsittää asioita eritavalla. Hoitaja oli paljon läsnä ja asioita kerrattiin yhdessä monta kertaa, väärinymmärrysten välttämiseksi.

Haastaviksi tilanteiksi sairaanhoitajat kuvasivat kommunikaatio-ongelmat, kulttuuriin tai vakaumukseen perustuvat rajoitukset, kulttuuritaustaisen perheen etuuksien vaatimisen, perheen luottamuksen voittamisen ja toimintatapojen erilaisuuden. Haastavista tilanteista sairaanhoitajat selviytyivät puhumalla, ratkaisemalla ongelmakohdan, hymyllä ja rauhallisuudella. Tilanteista selvittiin myös tekemällä kompromisseja. Samanlaisia tuloksia oli saatu myös Etene työryhmän käyttämissä tutkimuksissa. Niissä tutkitavat olivat kokeneet haastavaksi kieliongelmat ja kulttuuritietämättömyyden. Heitä ärsytti kulttuuritaustaisten perheiden liiallinen vaativuus, hoito-ohjeiden noudattamattomuus ja vihamieliset käytöstavat. (ETENE 2004, 30–31.) Tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat eivät maininneet kulttuuritaustaisten perheiden tai kenenkään perheenjäsenistä käyttäytyvän vihamielisesti tai ettei hoito-ohjeita olisi noudatettu.

Opinnäytetyöntiedonantajat kuvasivat omia tunteitaan kulttuuritaustaisen perheen hoitamisesta. He kokivat ahdistusta ja epävarmuutta tilanteissa, joissa eivät kokeneet tulleen oikein ymmärretyiksi. He kokivat ärtyneisyyttä ja turhautuneisuutta tilanteissa, missä monikulttuurinen perhe vaati itselleen asioita, joita ei sallita kenellekään ja jotka ovat osaston toimintaperiaatteen vastaisia, ja väittävät että heitä kohdellaan väärin, kun niitä ei heille myönnetä. Taavelan tutkimuksessa hoitajat kokivat kulttuuritaustaisten potilaiden vaativuuden ja hoito-ohjeiden noudattamattomuuden ärsyttävänä (ETENE 2004, 30–31). Samansuuntaisia tutkimus tuloksia on siis aiemminkin saatu.

### 7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön pohjalta nousi muutama jatkotutkimusehdotus. Aihetta voisi jatkaa eri näkökulmasta tutkittuna, kuten kulttuuritaustaisen lapsen vanhempia haastatteleamalla tai lasta itseään tutkimalla. Ulkomalaisia perheitä haastatteleamalla, voitaisiin selvittää heidän näkemyksiään kivusta ja heidän kivunlievitysmenetelmistään sekä vertailla eri kulttuureista tulevien perheiden vastauksia. Monikulttuuristen perheiden kokemuksia suomalaisesta hoitokulttuurista ja heidän tyytyväisyyttään hoitoon voitaisiin selvittää haastatteleamalla perhettä. Monikulttuuristen lasten kivunhoidon toteutusta voisi ylipäätään tutkia, koska aikaisempien tutkimusten mukaan lasten kivunhoito ja monikulttuurinen hoitotyö on haastavaa. Onko monikulttuuristen lasten kivunhoito riittävää?

## LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Cools, C., Kahla, E. & Tuominen, R. 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.). Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY, 32–48.
- ETENE. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. ETENE-julkaisuja 11, pdf-tiedosto. Viitattu 7.10.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf)
- Hamunen, K. 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uud. p. Keuruu: DUODECIM, 442–453.
- Hanssen, I. 2002. Facing Differentness. An empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing. Oslon yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.–7. p. Vantaa: Tammi.
- Hirvonen, M-R. & Salanterä, S. 2002. Valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:39/2002. Turku: Digipaino Turun yliopisto.
- Husu, K. 2007. Maahanmuuttajaperhe neuvolassa. Teoksessa: Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. 1.–3. p. Helsinki: Tammi, 393–398.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.–4. p. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jenko, M. & Moffitt, S. 2006. Transcultural nursing principles. An application to hospice care. Journal of hospice and palliative nursing 8 (3), 172–180. pdf-tiedosto. Viitattu 29.10.2012.  
<http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=644725>
- Jokinen, S., Kuusela, A-L. & Lautamatti, V. 1999. ”Sattuaks se?” Lasten kliiniset tutkimukset. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Juntunen, A. 2010. Kipukäyttäytymisen kohtaaminen. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY, 168–175.

Kokko, R. 2008. Aiming at culture conscious and tailored nursing. An ethnographic study on the development process towards quality transcultural nursing. Tampereen yliopisto, Hoitotieteet. Acta Tamperensis 1295. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 785/1992. Alaikäisen potilaan asema. 17.8.1992. Viitattu 26.10.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lindström, J. 2004. Lapsi tehohoidossa. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Tammi, 429–451.

Malin, M. 2010. Maahanmuuttajat ja Eurooppa vuonna 2010. Matkakerotomus Third Conference of migrant and ethnic minority health In Europe Pecs Unkari 27.5.–29.5.2010. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47, 288–290.

Manner, T. 2009. Kieletöntien kipua? Kipuviesti 2, 9–10.

Niemi-Murola, L., Halavaara, J., Kontinen, V., Harjola, V-P. & Mattila, J. 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. Suomen Lääkärilehti 9, 745–750.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 30.9.2011.  
<http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pölkki, T. 2002. Postoperative pain management in hospitalized Children – Focus on non-pharmalogical pain relieving methods from the viewpoints of nurses, parents and children. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 97. Väitöskirja.

Pölkki, T. 2008. Lasten kivunhoidon kehittäminen – haasteita hoitotyölle ja hoitotieteelliselle tutkimukselle. Tutkiva Hoitotyö 6 (2), 17–22.

Pölkki, T., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* 1 (2), 22–27.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H. & Kiviluoma, K. 2005. Lasten postoperatiivisen kivun lievitys: interventiona mielikuvaäänite. *Suomen lääkärilehti* 40 (60), 3965–3968. Viitattu 3.10.2011.  
<http://www.fimnet.fi.proxy.hamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL402005-3965.pdf>

Rapo, M. 2012. Suomi ilman maahanmuuttajia. Jos vieraskielisiä ei olisi, Suomessa olisi alle 15-vuotiaita vähiten 120 vuoteen. *Hyvinvointikatsaus* 1, 72–74.

Repo, M. 2004. Liittyykö kipukokemukseen kulttuurisuus? Pohjoissavolaisten kuvauksia kivusta. *Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.*

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) *Kivunhoito*. Tampere: Tammi, 30–38.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. *Kuopion yliopiston julkaisuja E-172*. Kuopio: Kuopion yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 19.10.2012.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1302-8/urn\\_isbn\\_978-951-27-1302-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-1302-8.pdf)

Salanterä, S. 1999. *Caring for children in pain – Nursing knowledge, activities and outcomes*. Turun yliopiston julkaisuja D-345. Väitöskirja.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. 1. p. Helsinki: WSOY.

Salmela, M., Aronen, E. & Salanterä, S. 2011. Sairaalaan liittyvät pelot ja pelon merkitys leikki-ikäiselle lapselle. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (3), 23–28.

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) *Kivunhoito*. Tampere: Tammi, 23–29.

Sinivuo, R. & Paavilainen, E. 2011. Perheen ja sen kulttuuritaustan rooli päiväkirurgisessa hoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 23 (1), 34–45.

Suokas, M. 2008. Vieraskielinen terveydenhuollon asiakkaana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. pdf-tiedosto. Viitattu 26.10.2012.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03115.pdf>

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. *Nurse's Professional Competence in Pediatric Nursing*. Kuopion yli-

piston julkaisuja E-156. Kuopio: Kuopion yliopisto. pdf-tiedosto. Viitattu 30.9.2011.

<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

United Nations. 1989. Convention on the Rights of the Child. www-sivusto, päivitetty 2012. Viitattu 26.10.2012.

<http://www.unicef.org/crc/>

Vainio, A. 2009. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uud. p. Keuruu: DUODECIM, 27–37.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Viheriälä, L. 2009. Lapsen kipu lastenpsykiatrian näkökulmasta. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uud. p. Keuruu: DUODECIM, 464–468.

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

### A. Tiedot haastateltavasta

ikä

osasto

työkokemus lasten parissa (kulttuuritaustaisten lasten hoito)

Tiedot haastateltavan monikulttuurisuus osaamisesta

- Miten määrittelette kulttuurin ja monikulttuurisuuden?
- Mitä on monikulttuurinen hoitotyö?
- Miten kuvaisitte omaa kulttuuritietämystänne?

### B. Tutkimustehtävät

*Miten monikulttuurisuus näkyy lasten ja perheen kivunhoitotyössä?*

- Miten eri kulttuuritaustat näkyvät lapsissa tai heidän perheissään osastolla, esim. käyttäytymisessä, pukeutumisessa, kommunikoinnissa?
- Miten kulttuuritausta näkyy lapsen kivunilmentämisessä?
- Miten kulttuuritaustaiset vanhemmat tarkkailevat ja puhuvat lapsen kivusta?
- Miten kulttuuritausta vaikuttaa lapsen kanssa toimimiseen?
- Miten kulttuuritausta vaikuttaa vanhempien kanssa toimimiseen?
- Miten kulttuuritausta vaikuttaa lapsen ja vanhempien ohjaukseen?
- Miten eri kulttuureista tulevat lapset ja perheet eroavat näissä asioissa toisistaan?

*Miten sairaanhoitajat huomioivat monikulttuurisuutta lasten ja perheen kivunhoitotyössä?*

- Miten huomioitte eri kulttuuritaustoista tulevien lasten ja perheiden tapoja ja tottumuksia?
- Miten huomioitte monikulttuurisuutta lapsen kivunhoitotyössä?
  - miten valmistaudut eri tavalla, miten toimit eri tavalla?
- Miten toimitte tilanteessa, joissa lapsi ja perhe ovat eri kulttuurista?
- Millaisia monikulttuurisia tilanteita teille on tullut vastaan lasten kivunhoitotyössä?
- Minkälaiset tilanteet koette haasteellisina?
- Miten kyseiset ongelmatilanteet ovat yleensä selvinneet?
- Mitä tunteita herättää?

*Minkälaisia kehittämissuhteita teillä olisi lasten monikulttuurisen kivunhoitotyön kehittämiseksi?*

## SAATEKIRJE

Hyvä sairaanhoitaja,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Teen opinnäytetyönä tutkimusta Turun yliopistolliselle keskussairaualalle (TYKS). Opinnäytetyön aiheena on lasten monikulttuurinen kivunhoitotyö. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lasten monikulttuurista kivunhoitotyötä sairaanhoitajien näkökulmasta ja sairaanhoitajien kokemuksia lasten kivunhoitotyön monikulttuurisuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lasten monikulttuurista kivunhoitotyötä kehitettäessä. Tutkimuksen kohteena on kolme TYKS:n lastenklinikan osastoa: lastentautien- (412), lastenkirurgian- (411) ja lasten infektiotautienosasto (415). Ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Päivi Homan-Helenius Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksiköstä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään teemahaastattelulla haastatteleamalla sairaanhoitajia. Lastentautien-, lastenkirurgian- ja lasten infektiotautienosastolta valitaan kustakin kolme sairaanhoitajaa. Yhteensä haastatteluihin osallistuu yhdeksän sairaanhoitajaa. Teemahaastattelussa sairaanhoitajilta kysytään heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan lasten monikulttuuriseen kivunhoitotyöhön liittyen. Teemahaastattelun pohjana toimii teemahaastattelurunko, joka on laadittu kirjallisuuteen pohjautuen. Haastateltavilla sairaanhoitajilla toivotaan olevan kokemusta lasten monikulttuurisesta kivunhoitotyöstä, jotta tutkimustehtäviin saataisiin mahdollisimman kattavat vastaukset. Haastattelut nauhoitetaan.

Tutkimuksessa noudatetaan tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita. Haastattelu aineisto kerätään ja käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, niin ettei haastateltavien henkilöllisyys tule missään vaiheessa tutkimusprosessia esille. Haastatteluissa saatua aineistoa hyödynnetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja ne hävitetään työn valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta tutkimuksen luotettavuuden kannalta toivottavaa. Tutkimuksen voi keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Mikäli olette kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, ottakaa ystävällisesti yhteyttä joko oman osastonne osastonhoitajaan tai minuun. Mikäli teillä on jotain kysyttävää, voitte ottaa minuun yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Jonna Tuominen

HAMK, Forssa

luokkatunnus: SHHTNU09A2

s-posti: jonna.tuominen@student.hamk.fi



**TIEDOT OPINNÄYTETYÖSTÄ:**

**Lasten monikulttuurinen kivunhoitotyö**

1. Opinnäytetyön aihe:

Lasten monikulttuurinen kivunhoitotyö

2. Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Jonna Tuominen sairaanhoitajaopiskelija (AMK) Hämeen ammattikorkeakoulu Forssan yksikkö, luokkatunnus SHHTNU09A2.

s-posti: jonna.tuominen@student.hamk.fi

3. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien näkökulmasta lasten kivunhoitotyön monikulttuurisuutta ja sairaanhoitajien kokemuksia lasten kivunhoitotyön monikulttuurisuudesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lasten hoitotyötä kehitettäessä.

4. Haastateltavien oikeudet

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Koko tutkimuksen ajan tutkittavien anonymiteetti säilytetään. Tulokset julkaistaan niin, ettei yksittäistä tutkittavaa voida tunnistaa. Tutkittavilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa allekirjoittaneelta.

5. Tutkimuksen taustatiedot

Kyseessä on hoitotyön koulutusohjelmassa toteutettava opinnäytetyö, joka valmistuu syksyllä 2012. Tutkimusaineisto kerätään keväällä 2012. Saatuja tuloksia käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä noudatetaan koko tutkimusprosessin ajan tutkimuseettisiä periaatteita ja tietosuojalakeja.

6. Tutkimusaineiston kerääminen ja analysoiminen

Tutkimusaineisto kerätään teemahaastatteluilla, jotka nauhoitetaan. Tutkimusaineisto analysoidaan induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.

7. Tutkimusaineiston säilyttäminen

Tutkimusprosessiin liittyvät nauhoitteet ja paperit hävitetään asianmukaisesti tulosten julkaisemisen jälkeen. Tutkimusaineisto ei pääse ulkopuolisten ulottuville missään tutkimuksen vaiheessa.

8. Tulosten raportointi

Tulokset raportoidaan syksyllä 2012 Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden julkaisusarjassa. Valmis työ toimitetaan tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon ja hoitotyön toimistoon, sekä Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastoon ja ammattikorkeakoulujen verkkokirjastoon.

## SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Hämeen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Wahreninkatu 11  
30100 Forssa

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyön aihe

---

Opinnäytetyön tekijä

---

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja

---

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tutkittavien oikeuksiin. Suostun osallistumaan teemahaastatteluun, joka nauhoitetaan. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani saa käyttää opinnäytetyössä sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

---

Päiväys Tutkittavan allekirjoitus

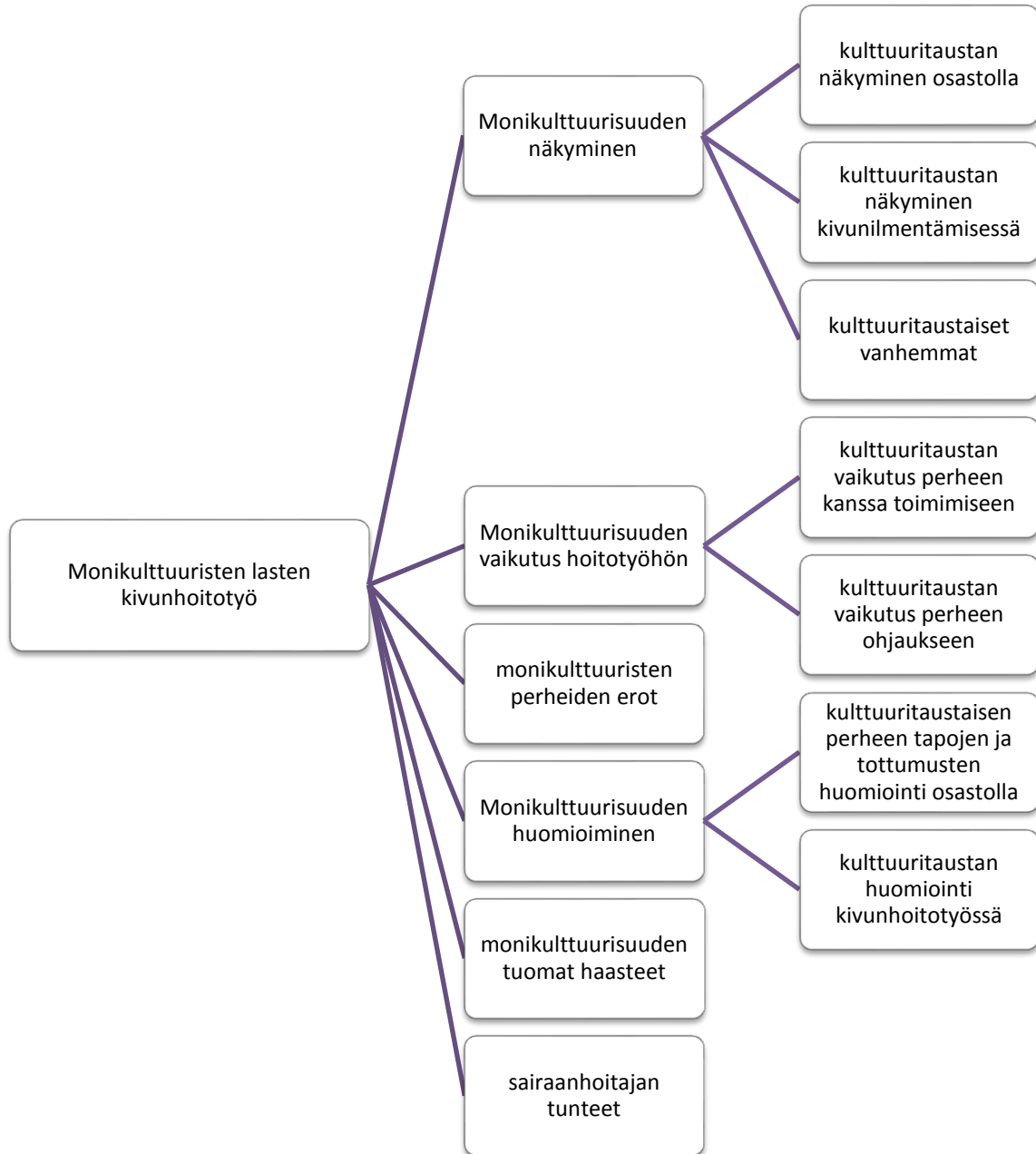
---

Päiväys Tutkijan allekirjoitus

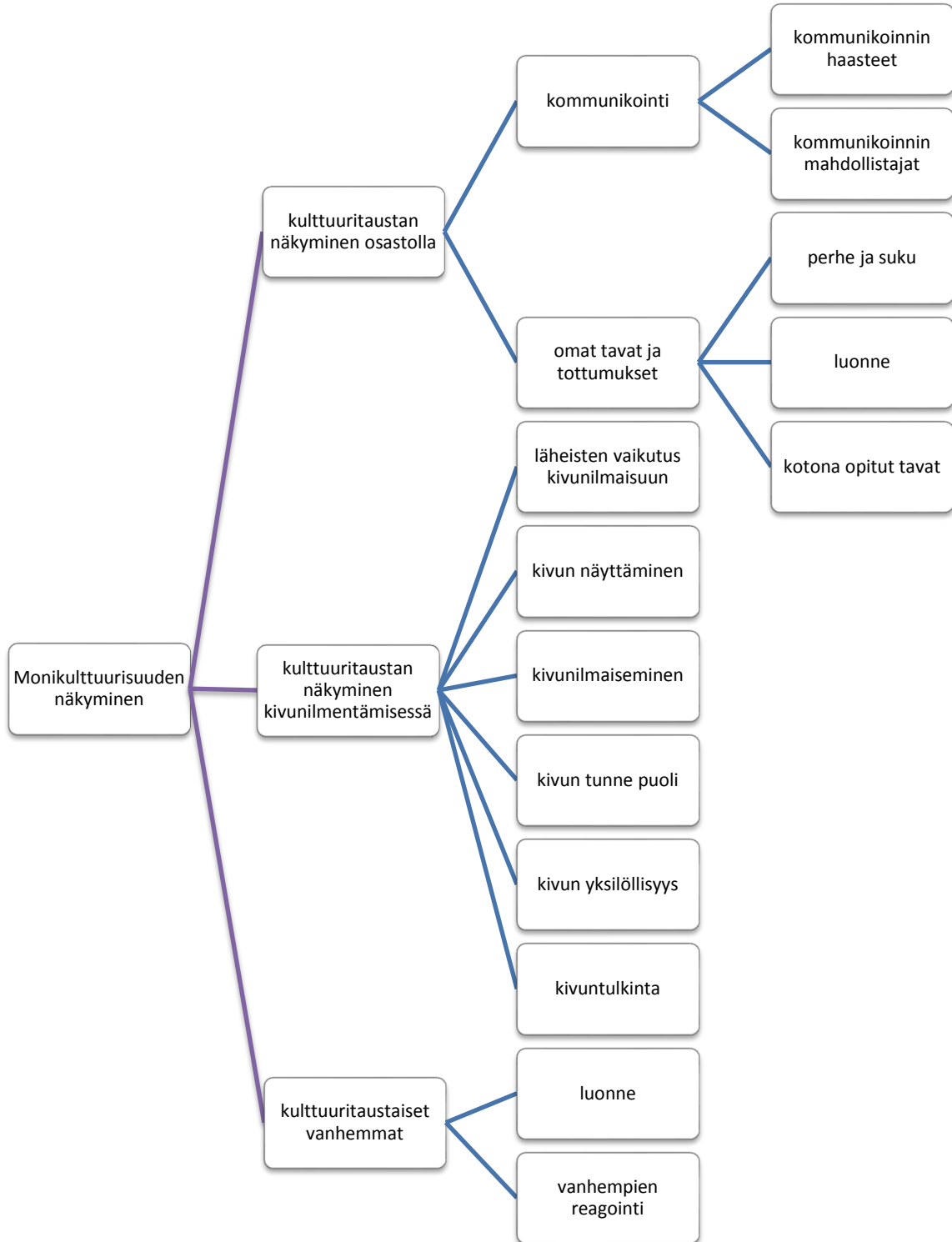
Jonna Tuominen  
HAMK, Forssa  
luokkatunnus: SHHTNU09A2  
s-posti: jonna.tuominen@student.hamk.fi

OPINNÄYTETYÖNTULOSTEN LUOKITTELUA

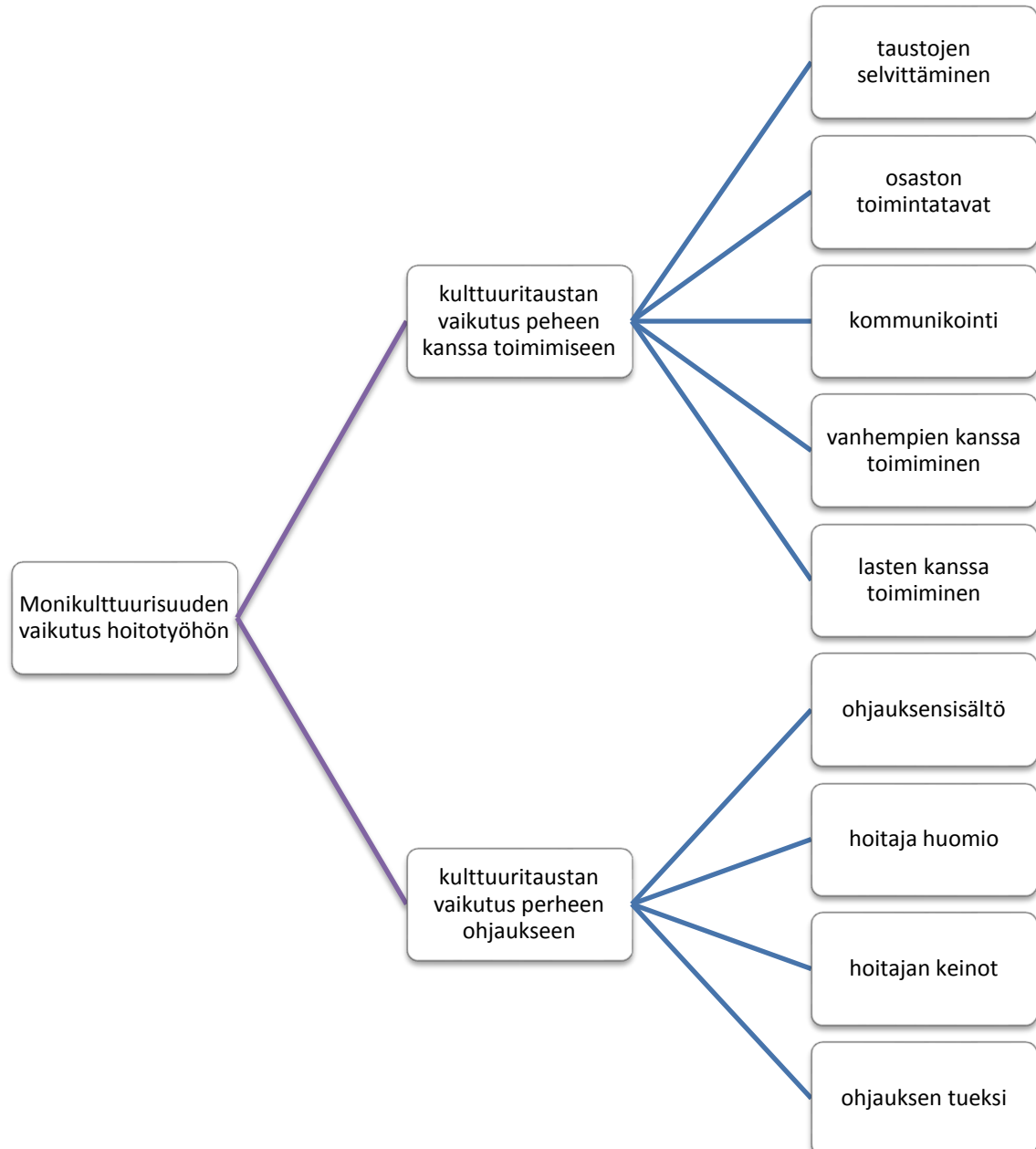
Monikulttuuristen lasten kivunhoitotyö  
Yhdistävätekijä, pää- ja yläluokat



Monikulttuurisuuden näkyminen  
Pää-, ylä-, väli- ja alaluokat



Monikulttuurisuuden vaikutus  
Pää-, ylä- ja alaluokat



Monikulttuurisuuden huomioiminen  
Pää-, ylä- ja alaluokat

