



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Janika Jaakkola

# KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN KOKEMA KIPU

Sosiaali- ja terveysala  
2019

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Janika Jaakkola
Opinnäytetyön nimi	Kotihoidon asiakkaiden kokema kipu
Vuosi	2019
Kieli	suomi
Sivumäärä	39
Ohjaaja	Anne Puska

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää minkä verran Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaat kokevat kipua ja miten arvioitu kipu on yhteydessä asiakkaan toimintakykyyn sekä taustamuuttujiin. Tavoitteena on saada lisää tietoa kotihoidon asiakkaiden kivun hallinnasta. Tämän tiedon avulla kotihoidon työntekijät voivat kiinnittää enemmän huomiota asiakkaiden kivun hallintaan ja näin parantaa asiakkaiden kokemaa kivun riittämätöntä hoitoa.

Teoreettisessa viitekehysessä määriteltiin keskeiset käsitteet, joita ovat kipu, ikääntynyt, kotihoito ja RAI-järjestelmä. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen, jolla pyrittiin tarkastelemaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Tutkimus toteutettiin Kristiinankaupungin kotihoitoon kotihoidon asiakkaille, joille oli tehty *Minimun data set (MDS) – kotihoito*. Kyselyllä arvioidaan asiakkaan hoidon ja palvelun tarvetta. Aineisto tulostettiin interRAI-ohjelmasta. Tutkimukseen tarkasteltaviksi mukaan otettuja asiakasraportteja oli 110. Nämä raportit syötettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan havaintomatriisitaulukkon analysointia varten.

Tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaista kolmasosa kokee kipua päivittäin ja vähän alle kolmasosa kokee kipua, mutta ei päivittäin. Tuloksista käy ilmi, että kipuun yhteydessä taustamuuttujista ovat sukupuoli, siviilisääty ja asiakkaalla käytössä olevien lääkkeiden lukumäärä. Kotihoidon asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa, eikä tuloksista käynyt ilmi, että toimintakyvyllä olisi merkittävä yhteys koettuun kipuun. Tuloksista voidaan päätellä, että asiakkaista suuri osa kokee kipua ja tähän tulisi puuttua vielä paremmin.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hoitotyö

## ABSTRACT

Author	Janika Jaakkola
Title	Pain Experienced by the Clients in Home Health Nursing
Year	2019
Language	Finnish
Pages	39
Name of Supervisor	Anne Puska

---

The purpose of this bachelor`s thesis was to find out the amount of pain felt by the clients of home health nursing in Kristiinankaupunki and how that estimated pain is connected to the clients ability to function and background variables. The goal is to gather more information about the management of pain in home health nursing. With the help of this information, the employees of home health nursing can transfer more of their focus to managing the pain of the client and this way improve the insufficient pain management of the clients.

The key concepts defined in theoretical framework, which are pain, aged, home health nursing and RAI-system. The study was quantitative and aimed to examine the links between the different variables. The study was carried out with the clients of home health nursing in Kristiinankaupunki, where Minimum data set (MDS) – home care had been implemented. The inquiry was used to evaluate the clients need for care and service. The materials were printed out from interRAI-program. Altogether 110 client reports were included in the study. These reports were entered to the table of SPSS-statistic-programme for analyzing.

According to results the study, about a third of the clients is subjected to pain daily and a bit under a third is subjected to pain but not on a daily basis. The study reveals that the background variables connected to pain are gender, marital status and the amount of medicine being used by the client. The clients of home health nursing are independent for the most part of the daily activities and the results do not support the idea that the client`s ability to function is connected to the pain. The results show that most of the clients are subjected to pain and this should ne intervened more.

---

Keywords                      Pain, aged, home health nursing, RAI-system

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	6
2	KIPU .....	7
	2.1 Ikääntyneen kipu .....	8
	2.2 Ikääntyneen kivun tunnistaminen ja arviointi.....	9
	2.3 Ikääntyneen kivunhoito .....	11
3	KOTIHOITO.....	15
	3.1 Kotona asumisen tukeminen.....	15
	3.2 Toimintakyvyn arviointi.....	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	19
5	TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	20
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	20
	5.2 Kyselylomake .....	21
	5.3 Aineiston analysointi.....	22
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	24
	6.1 Kotihoidon asiakkaiden taustatiedot .....	24
	6.2 Kotihoidon asiakkaiden kokema kipu .....	27
	6.3 Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky.....	27
	6.4 Arvioidun kivun yhteys kotihoidon asiakkaiden taustatekijöihin .....	
	ja toimintakykyyn.....	30
7	POHDINTA .....	32
	7.1 Tutkimuksen eettisyys .....	32
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
	7.3 Tulosten tarkastelu .....	33
	7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	36
	LÄHTEET .....	37

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

<b>Kuvio 1.</b> Kipujana.....	10
<b>Kuvio 2.</b> Asiakkaiden sukupuolen merkitys kokemaansa kipuun.....	30
<b>Kuvio 3.</b> Asiakkaiden siviilisäädyn merkitys kokemaansa kipuun.....	31
<b>Kuvio 4.</b> Asiakkaiden käyttämien lääkkeiden määrän merkitys kokemaansa kipuun.....	31
<b>Taulukko 1.</b> Hyvän kivunhoidon esteet.....	14
<b>Taulukko 2.</b> Asiakkaiden taustatiedot.....	25
<b>Taulukko 3.</b> Asiakkaiden lääkehoito.....	26
<b>Taulukko 4.</b> Asiakkaiden kokema kipu.....	27
<b>Taulukko 5.</b> Asiakkaiden selviytyminen päivittäisistä asioiden hoitamisista.....	28
<b>Taulukko 6.</b> Asiakkaiden selviytyminen henkilökohtaisista toiminnoista.....	29

## 1 JOHDANTO

Yli 65-vuotiaiden odotettu määrä vuoteen 2030 mennessä on 20 % koko väestöstä. Kehittyneen lääketieteen vuoksi ikääntyneet voivat odottaa pitkää ja aktiivisempaa elämää mitä aikaisemmin. (D`Arcy 2008, 19.) Näin ollen myös kotona asuvien ikääntyneiden määrä, joilla on kipua ja siihen liittyvää toimintakyvyn laskua, on kohonnut. Koska moni ikääntynyt haluaa asua kotona niin pitkään kuin mahdollista, on merkittävää, että heille tarjotaan yksilöllistä ja tarpeiden mukaista kotihoitoa. Ongelma kuitenkin on, että ikääntyneiden kivun arviointi ja hoitaminen on jäänyt vähälle huomiolle ja kirjaaminen kipuhavainnoista on puutteellista. (Berglund, Nässen & Gillsjö 2015.)

Ikääntyneiden kivunhoito on tärkeää. Kansantaloudellisesti on merkitystä, jos ikääntyneen pitkäaikainen kipu johtaa pysyvään toimintakyvyn menetykseen, apuvälineiden tarpeeseen ja riippuvuuteen toisesta henkilöstä. Ikääntyneen kivunhoidon päämääränä on ensisijaisesti kudosvaurion parantaminen ja kivun loppuminen. Jos edellä mainittu ei ole mahdollista, pyritään ikääntyneen kipua hallitsemaan niin että liikkuminen ja arkipäivän toimet sekä nukkuminen onnistuvat. (Finne-Soveri 2015.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Kristiinankaupungin kotihoitoon ja aiheena on kotihoidon asiakkaiden kivun kokeminen. Aiheen tarve tuli esille kotihoidossa RAI-järjestelmän kautta tehdyssä kyselyssä, jossa yli puolet kotihoidon asiakkaista toi ilmi kivunhoidon hallinnan riittämättömyyden. Kysely toteutettiin siten, että hoitaja havainnoi ja kysyi potilaalta sekä kirjasi potilaan vastaukset. Tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kotihoidon asiakkaalla käsitteitä ikääntynyt ja potilas.

Teoreettiseen viitekehykseen tietoa on haettu Cinahl-, Medic- ja PubMed-tietokannoista. Hakusanoina on käytetty sanoja: kipu, ikääntyneet, kotihoito ja RAI-järjestelmä, sekä niiden englanninkielisiä vastineita.

## 2 KIPU

Kipu on henkilökohtainen kokemus, joka johtuu kudოსvauriosta tai mahdollisesta kudოსvauriosta ja tätä selitetään kudოსvaurion käsittein (Kipu 2015). Määritelmässä on otettu myös huomioon yksilön kykenemättömyys kertoa sanallisesti omasta kivusta. Yksilö voi siis kokea kipua tai tarvita kivunlievitystä ilman, että hän pystyy sitä sanallisesti kertoa. Kivun syntyyn ei määritelmässä oteta kantaa, ja se sisältää niin akuutin kuin kroonisen kivun. Kivun tunnistaminen ja hoitaminen ovat haastavia, koska kipu on henkilökohtainen tunne ja eri yksilöt kokevat yhtä voimakkaan kivun eri lailla. Ihmisen kokemukset ja kulttuuri vaikuttavat tähän. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7–8.) Alle kuukauden kestänyt kipu määritellään akuutiksi kivuksi ja kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka on kestänyt yli kolme kuukautta (Kipu 2015).

Kipu vaikuttaa suureen osaan elämän osa-alueisiin kuten mielialaan, ihmissuhteisiin, toimintakykyyn sekä talouteen. Koska kivun kokeminen on yksilöllistä ja henkilökohtaista voi siitä olla vaikea kertoa muille niin että tulee ymmärretyksi. Yleisin lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumisen syy on kipu. (Kivun tutkimusyhdistys 2018.)

*Akuutissa kivussa* eli äkillisessä kivussa kehoa kohtaa uhkaava tai akuutti välitön kudოსvaurio. Kudოსvaurio on rajallinen. (Swann 2010, 212.) Tämä on yleensä seuraamusta kehoon suuntautuneesta ulkoisesta ärsykkeestä kuten iskusta, joka kertoo keholle, että jotain on vialla. Reaktiokyky ja käyttäytymisvaste ovat tallella ja tavallisesti kipuärsykkeeseen vastataan väistämällä tai välttämällä. Immobilisaatio helpottaa vointia, jos kudოს on jo vaurioitunut. Myös ruumiinosan suojaaminen ja hoitoon hakeutuminen ovat luonnollisia toimintoja kudoksen vaurioituessa. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2018.) Akuutti kipu, jota ei hoideta asianmukaisesti voi kroonistua (Finne-Soveri 2015).

*Kroonisessa kivussa* eli pitkäaikaisessa kivussa, aiheuttajana voi olla esimerkiksi kipuhermojärjestelmän vioittuminen. Tässä tapauksessa kipuviesti voi syntyä ärsykkeestä, joka on tavallisesti kivuton. Voi myös olla, että kipuärsyke syntyy ilman ärsykettä. Usein kroonisesta kivusta ei ole mitään hyötyä keholle ja toiminnallinen

suorituskyky vähenee. Lääketieteellisin keinoin kroonista kipua on vaikea lievittää tai poistaa. (Kivuntutkimusyhdistys ry 2018.)

## **2.1 Ikääntyneen kipu**

Useat tutkimukset vahvistavat, että ikääntyneiden kipu on huonosti hoidettua ja se tunnustetaan puutteellisesti. Tutkimustieto osoittaa, että jatkuva tai päivittäinen kipu kohoaa selvästi ikääntyessä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 50–54-vuotiailla se on noin 20 %, kun taas noustaessa 70–74-vuotiaisiin on se noin 30 %. (Kalso 2009, 470; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 198–200.) Triggler (2013, 6) artikkelissaan kirjoittaa, että kaksi kolmasosaa yli 75-vuotiaista on ilmoittanut kokevansa kipua Office for National Statisticsin mukaan, mutta joihin usea ei saa hoitoa, jota tarvitsevat.

Ikääntyneen tutkimiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, koska ikääntynyt ei välttämättä koe enää kipua samalla lailla kuin esimerkiksi nuorempi ihminen. Tällaisia tilanteita voivat esimerkiksi olla krooniset kiputilat, akuutti umpilisäkkeen tulehdus tai sydäninfarkti. Dementia, afasia ja masennus voivat hankaloittaa ikääntyneen kokeman kivun kertomista hoitohenkilökunnalle. Ongelmia saattaa aiheuttaa myös lääkkeiden huono sietokyky ja monien lääkkeiden samanaikainen käyttö. Kivun puuttuessa voi oireina olla yleistilan lasku, levottomuus, sekavuus, unihäiriöt, ruokahalun puute sekä kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puute. Ikääntyneiden kivun hoidon alihoitoon voivat vaikuttaa puutteellinen kirjaaminen ja huono tiedonkulku sekä alimiehitys hoitajien keskuudessa. Kivun hoitoon tulee puuttua, koska se voi vaikuttaa ikääntyneen päivittäiseen toimintakykyyn. (Kalso 2009, 470; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 198–200.)

Ikääntyessä kehon toiminta muuttuu; näkö, kuulo ja tuntoaisti heikkenevät. On myös päätelty, että kivuntunto ikääntyneillä olisi huonompi kuin nuoremmilla. Kivujärjestelmissä tapahtuu muutoksia iän myötä, kun johtonopeus hidastuu ja perifeeristen hermosyiden määrä laskee. Keskushermoston toiminnan hidastuminen vaikuttaa kivun kognitiiviseen käsittelyyn. On todettu, että ikääntyneet sietävät



huonommin paine kipua ja toleranssi voimakkaalle kivulle on laskenut. Kivun hiljainen hyväksyminen ja olettaminen, että se kuuluu, esimerkiksi leikkauksen jälkeiseen aikaan, on kuitenkin havaittavissa ikääntyneillä. (Kalso 2009, 470–471.)

## **2.2 Ikääntyneen kivun tunnistaminen ja arviointi**

Ikääntyneiden nopean määrän ja kipulääkkeiden käytön noustessa tulee kotihoidon hoitajien arvo suuremmaksi. Hoitajien tulee arvioida kipua ja miettiä asianmukaisia hoitoja yhä kriittisemmin kuin koskaan, koska suurentunut riski erilaisille komplikaatioille nousee verrattaessa kipulääkkeiden käyttöön. Kotihoidon henkilökunnalla onkin siis merkittävä rooli, kun heidän vastuullaan on ohjata ja neuvoa turvallisesti ja elämänlaatua parantavaan kivun lääkehoitoon. (MacSorley, White, Connerly, Walker, Lofton, Ragland, Davey & Robertson 2014, 272.)

Ikääntyneiden kivun arvioinnissa on tärkeä selvittää, onko kipu uusi vai onko se jatkunut jo pidempään (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjalainen 2018). Kipua arvioitaessa tulee ottaa huomioon fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen näkökulma. Tavoitteena on saada selville jokapäiväisistä toiminnoista selviytyminen ja hoitoon vaikuttavat tekijät. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 201.)

Swannin artikkelissa (2010, 212), jossa kerrotaan kivun syistä, vaikutuksista ja arvioinnista, korostetaan henkilökunnan roolia kivun arvioinnissa ja neljää vitaalielintoiminnon mittaamista kivun arvioinnin tueksi. Nämä mittaukset ovat verenpaineen mittaus, hengityksen tarkastelu, pulssin mittaus ja lämpötilan mittaus. Kivun syyn löytäminen antaa paremmat mahdollisuudet yksilölliselle kivunhoidolle. Näiden vitaalielintoimintojen seuraamisen lisäksi, on tärkeä kiinnittää huomiota jokapäiväisten arkitoimintojen lomassa muutoksiin jokapäiväisissä toiminnoissa, kasvojen ilmeisiin, kehon liikkeisiin ja liikkuvuuteen, vuorovaikutukseen ja äänenpaineeseen, muutoksiin luonteessa ja persoonassa kuten aggressiivisuus ja eristäytyminen sekä henkisen hyvinvoinnin tarkkailuun. (Swann 2010, 2012.) Hoitamaton kipu voi siis aiheuttaa huutelun, irvistelyn ja levottomuuden sijaan myös masenusta ja eristäytyneisyyttä sekä alentaa toimintakykyä (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007).

Kivunarviointi alkaa ikääntyneen omalla arvioinnilla voinnista, mikä on tärkeä tekijä hoitajan arvioidessa kipua, ja se tulee ottaa vakavasti huomioon. Hoitajien tulee olla herkkiä kuulemaan mitä ikääntynyt heille kertoo ja olemaan empaattisia. (Al-Shaer, Hill, Anderson 2011, 7–10.) Ikääntyneen oman arvioinnin jälkeen, hänet haastatellaan ja tutkitaan, sekä havainnot arvioidaan ja kirjataan. Kirjaamisessa on tärkeä ottaa huomioon kivun kesto, tyyppi ja sijainti. (Kipu 2015.)

Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, kuten kipujanalla (visual analogue scale = VAS) ja numeerisella asteikolla (numerical rating scale = NRS), joita voidaan käyttää potilaiden kanssa, jotka kykenevät itse arvioimaan omaa kipuaan. Kipujana on 10cm pitkä jana, jolla potilas arvioi kokemansa kivun voimakkuuden. (Swann 2010, 215.) (Kuvio 1.)



**Kuvio 1.** Kipujana.

Kipujanana asemasta voidaan käyttää myös numeroasteikkoa, jossa potilas arvioi kokemansa kivun skaalalla 0–10. Tässä skaalassa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 on pahin mahdollinen kipu. Kipua arvioitaessa otetaan huomioon lisäksi muut oireet ja liittyyvätkö ne mahdollisesti koettuun kipuun. Merkittävää on myös huomioida muut sairaudet ja lääkitykset sekä psyykinen hyvinvointi. Haastattelussa huomioidaan elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne, kuten elämänlaatu, uni, liikuntatottumukset, perhesuhteet ja päihteiden käyttö. (Kipu 2015.) Kivun arviointi on hyvä ottaa mukaan vitaalielintoimintojen rutiinimittauksiin (Swann 2010, 215).

Muita kivun arviointiin käytettäviä mittareita ovat sanallinen arvio (verbal rating scale = VRS) ja erilaiset kasvokuvat. Suullisissa mittareissa, asteikot ovat sanallisia, esimerkiksi käytetään sanoja lievä, kohtuullinen ja voimakas. Jokainen huomautus kivusta pitää arvioida ja määrittää mahdollinen taustalla oleva syy kivulle.

Ongelma kivun arvioinnille heidän kohdalla, jotka voivat itse kertoa kivustaan, on vastahakoisuus valittaa omasta olostaan ja kertoa lisääntyneestä kivusta. Syitä tälle voi olla, että ikääntyneet kokevat kivun kuuluvan ikääntymiseen, he eivät halua olla vaivaksi tai jos he myöntävät kivun, niin joutuvat he kalliisiin testeihin tai sairaalaan. Syöpää sairastaville lisääntynyt kipu voi johtua sairauden etenemisestä ja tätä ei välttämättä haluta myöntää itselleen. (D`Arcy 2008, 20.) Ikääntyneitä, jotka eivät halua valittaa kivustaan, on hoitajien vaikea auttaa yksilöllisellä tasolla ja miettiä parasta mahdollista hoitoa heille (Trigger 2013, 6).

Vaihtoehtona kivunarviointiin on, että ikääntynyt pitää päiväkirjaa kipuhavainnoista. Tällöin hoitohenkilökunnalle on helpompaa havaita kivunhoidon tehokkuus ja mitkä tekijät lievittävät ja pahentavat kipua. Päiväkirjaan on myös tärkeä merkitä lääkitykset ja jos ne muuttuvat sekä muut kivunlievitykset. Hoidon on oltava johdonmukaista ja on hyvä, jos joka käynnillä mitataan samalla kipumittarilla ikääntyneen kokema kipu, jotta tulokset ovat vertailtavissa. Hoitohenkilökunnan tulee avustaa päiväkirjan täytössä, jos ikääntynyt tai tämän omainen eivät ole pystyneet sitä täyttämään. (MacSorley ym. 2014, 277.)

### **2.3 Ikääntyneen kivunhoito**

Lähtökohta hyvälle kivunhoidolle on hoitajan perustiedot kivusta ja sen arvioinnista sekä hoitamisesta. Hoitajilla on tärkeä rooli ikääntyneen kivun arvioinnissa ja hoidossa ja on tiedettävä, mikä on paras arviointitapa ja hoito yksilölle. Hoitajan asenteet ikääntynyttä ja kipua kohtaa tulevat olla tarkoituksenmukaisia. (Al-Shaer, Hill, Anderson 2011, 7–10.) Jotta hoito olisi kaikista tehokkainta, tulee vuorovaikutuksen kaikkien hoidosta vastaavien välillä oltava asianmukaista, niin hoitohenkilökunnan, omaisten kuin potilaan välillä. Jokaisella on oma roolinsa, ja hoidon tulee perustua parhaaseen näyttöön. (MacSorley ym. 2014, 277.) Hyvän kivunhoidon kulmakivenä on ikääntyneen kokonaistilanteen arvio, hoidon seuranta sekä hoitojen lopettaminen tai muuttaminen, jotka eivät hänelle sovi (Finne-Soveri 2015).

Berglundin, Nässenin ja Gillsjön (2015) tutkimuksessa käsitellään hoitotyön ammattilaisten kokemuksia ikääntyneiden pitkäaikaisen kivun hoitamisesta. Tutkimuksessa kerrotaan, että yksi syy ikääntyneiden kivun sivuuttamiselle on, että kipu

nähdään ikääntymisen seurauksena, ja että se kuuluu ikääntymiseen. Myös ikääntyneet voivat kokea kivun normaalina ikääntymisen merkinä ja näin ollen pakottavat itsensä kestämään kipua päivittäin.

Tutkimuksessa hoitajien käsitykset ja tunteet vaihtelivat voimattomuuden ja merkityksettömän välillä. Hoitajilta vaatii rohkeutta ikääntyneiden pitkäaikaisen kivun hoidossa kohdata oma epävarmuus siitä, mihin suuntaan keskustelu ikääntyneen kanssa menee, ja kuinka hoitotyön ammattilainen voi häntä auttaa. Tuloksista käy ilmi, että kivun hoidon ydin sisältää ymmärryksen omasta voimattomuudesta kivun hoidossa, pyrkimyksen kehittää hyvää sairaanhoitoa sekä ymmärtämisen ja kunnioittamisen. Hoitajat siis kokevat itsensä voimattomiksi ikääntyneiden kivun hoidossa, mutta haluavat pyrkiä tekemään hyvää ja kehittämään hoitoa paremmaksi. Nämä tulokset tukevat sitä, että kotihoidon asiakkaiden kivun hoitoa tulisi parantaa ja hoitotyön ammattilaiset tarvitsevat työkaluja ja tukea ikääntyneiden kivun hoitoon. (Berglund, Nässen, Gillsjö 2015.)

Ikääntyneiden kivun hoitaminen on usein vajavaista ja väärinymmärrettyä. Huonosti hoidettu kivun lieventäminen voi johtaa elämänlaadun laskemiseen, masennukseen ja sosiaalisen kanssakäymisen vähenemiseen. Ei ole todistettua näyttöä sille, että ikääntyneet kokisivat kivun fyysisesti eri lailla kuin nuoremmat ihmiset. Ikääntyneiden kivunhoito voi olla haastavaa, koska ikääntyneet ovat useasti monisairaita ja heillä on suurempi määrä eri lääkityksiä kuin nuoremmilla. (D'Arcy 2008, 19.) Kuopiolaisen tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista joka neljäs käytti sekä kipu- että mielialalääkkeitä (Kalso 2009, 470).

Koska ikääntyneet usein ovat monisairaita, voi kivun tunteminen ja sen paikantaminen olla hankalaa. Yleensä ei ole vain yhdenlaista kipua, vaan montaa eri tyyppistä. Hoitoalan ammattilaisen pitääkin olla tarkkana ja ennakoida tällaisissa tapauksissa. Lisättyä tähän se, että kommunikoinnissa voi olla ongelmia, on tilanne hankala arvioitava. Hoitajan tulee olla valpas ja osata varautua kipuun, vaikka se ei olisikaan aluksi ilmeistä. On merkittävää kiinnittää tällaisissa tapauksissa huomiota muutoksiin kasvojen ilmeissä sekä äänessä, ja ylimääräisissä äänissä kuten

hengityksessä. Kuinka ikääntynyt liikkuu ja mitä aluetta kehossaan he turvaavat tai koskettelevat paljon. (Trigger 2013, 6-7.)

Vajavainen kivunhoito voi liittyä hoitoalan ammattilaisten ennakkokäsityksiin ikääntyneistä tai tiedon puutteesta. Toisaalta yhtä hyvin se voi liittyä ikääntyneeseen itseän ja vaikeuteen tunnistaa kipua. Vahvojen kipulääkkeiden, kuten opioidien, määrääminen yliannostuksen tai muiden sivuvaikutusten pelossa, voi myös olla syy kivun alihoidamiseen ammattilaisten puolelta. Toisaalta potilaat voivat kokea pelkoa, että jäävät koukkuun lääkkeisiin ja muita sivuvaikutuksia kuten ummetusta. (D`Arcy 2008, 19.)

D`Arcyn kirjoittaman artikkelin (2008) tutkimuksessa kerrotaan, että joka viides ikääntynyt potilas ottaa kipulääkettä silloin tällöin viikon mitattavalla jaksolla. Potilaan vastahakoisuus lääkettä kohtaan, rahallinen näkökulma ja lääkkeen määräämisen vastahakoisuus edistävät puutteellisen hoidon kierrettä. Epätasapaino kivun ja kivunhoidon suhteen suosii yhteyden ja vuorovaikutuksen rakoilua ikääntyneen ja ammattilaisten välillä.

Eganin ja Cornallyn tutkimuksessa (2013, 25) tultiin siihen johtopäätökseen, että potilaskohtaiset esteet optimaalisessa kivunhoidossa nähtiin useammin ristiriidassa hoidon kanssa kuin organisaatio- ja hoitajakohtaiset esteet. Kivun arvioinnissa nähtiin pulmallisena potilaan kognition häiriöt, kyvyttömyys käyttää kipumittareita ja vuorovaikutuksen puute sekä aistien heikkeneminen. Tutkimuksessa oli tarkoituksena saada selville hoitajan näkökulmasta ne ongelmat, jotka ovat esteenä hyvälle kivunhoidolle.

Tähän tutkimukseen on kerätty Eganin ja Cornallyn (2013, 25) tutkimuksesta hoitajien mielestä merkittäviä asioita, jotka vaikuttavat siihen, ettei kivunhoito toteudu mahdollisimman hyvällä tavalla. Esteet on kuvattu kaikkien kolmen näkökulman kautta. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Hyvän kivunhoidon esteet.

<b>Hoitoalan ammattilaisiin kohdistuvat esteet</b>	<b>Potilaskohtaiset esteet</b>	<b>Organisaatiokohtaiset esteet</b>
Levottoman potilaan hoidossa antipsykootteja harjetaan ennen kipulääkitystä.	Vaikea arvioida kipua, jos ikääntyneellä on häiriöitä kognitiossa.	Huonot mahdollisuudet keskustella ikääntyneen kivunhoidosta erityisosajaan kanssa.
Lääkärit kirjoittavat asianmukaisia kipulääkityksiä vastahakoisesti, koska pelkäävät yliannostuksen mahdollisuutta esimerkiksi dementian ja deliriumin hoidossa.	Ikääntyneiden voi olla vaikea käyttää oikein kipumittareita.	Puutteellinen aika keskustella ikääntyneen kanssa ja kertoa vaihtoehdoista ja kivunhoidosta.
Ikääntyneiden puheet ovat epä johdonmukaisia ja puheet eivät kohtaa ei-sanalisen käytöksen kanssa, joten ammattilaisten on vaikea uskoa kipua todeksi.	Vaikea arvioida kipua, jos ikääntyneellä on aistitoiminnoissa häiriöitä.	Epäjohdonmukainen tarvittaessa lääkkeiden antaminen.
Ollaan epävarmoja lääkelistassa olevien tarvittaessa lääkkeiden kanssa ja niiden antamisessa.	Vaikea arvioida kipua, jos mielialassa on muutoksia. Esimerkiksi masennus.	Puutteellinen aika, että voisi toteuttaa ei-lääkkelistä kivunhoitoa.
Yksilökohtainen kivun tarkkailu. Ei tiedetä kuinka paljon on hyväksyttävä määrä kipua ikääntyneellä.	Ikääntyneiden tahto laittaa krooninen kipu ikääntymisen normaaliksi ilmiöksi.	Taipumus siihen, että kirjataan vain, jos kipulääke ei ole auttanut tai ikääntynyt ei ole suostunut ottamaan lääkettä.

### 3 KOTIHOITO

Tässä luvussa kotihoidolla tarkoitetaan kotihoitoa, joka on tarkoitettu ikääntyneille, jotka tarvitsevat tukea ja apua esimerkiksi sairauden tai alentuneen toimintakyvyn takia. Kotihoidon ja -palveluiden lainsäädännön valmisteluista, suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalihuoltolain sekä terveydenhuoltolain määrittelemät kotipalvelu sekä kotisairaanhoido, voidaan kunnan päätöksellä yhdistää kotihoidoksi. Tässä työssä kotihoidolla tarkoitetaan näitä palveluita. Palveluilla on tarkoitus tukea ikääntyneiden kotona asumista. Näiden palveluiden lisäksi on myös erilaisia tukipalveluita, joihin kuuluvat esimerkiksi ateria-, kauppa- sekä siivouspalvelut. Palveluiden saamiseksi arvioidaan asiakkaan toimintakyky ja laaditaan yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä kunnan ja palvelun käyttäjän kanssa. (STM 2018 a.)

Kaikissa hyvinvointiyhteiskunnissa ajankohtainen kysymys on ikääntyneiden palveluiden oikeudenmukainen jakautuminen sekä tarpeiden mukainen kohdentaminen. Palveluiden epätasaisuuteen ja pirstaleisuuteen ovat vaikuttaneet kuntien erilaiset käytännöt ja palvelut sekä erilliset sosiaali- ja terveystoimi ja näiden omat lainsäädännöt. (Vilkko, Finne-Soveri, & Heinola 2010, 44.)

Kotihoito luo omat haasteensa niin hoitajille kuin asiakkaille, koska työskennellään asiakkaan kotona, jossa tulee vaalia asiakkaan yksityisyyttä. Jotta palvelutilanteet sujuvat hyvin, on eri näkökulmien tunnistaminen tärkeää. Vaatii hienotunteisuutta sekä taitoja ja toimintatapoja, jotta kotiympäristössä työskenteleminen onnistuu saumattomasti. Myös päättäjiltä, viranomaisilta ja muilta toimijoilta edellytetään eettisten näkökohtien arviointia, jotta hyvä hoito toteutuu. (THL 2017 a.)

#### 3.1 Kotona asumisen tukeminen

Hallituksen kärkihankkeena vuosille 2016–2018 on kehittää ikääntyneiden kotihoitoa ja vahvistaa kaikenikäisten omaishoitoa. Hankkeen tavoitteena on muuttaa palveluiden sisältöä ja rakennetta, koska tällä hetkellä ikääntyneiden palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja eivätkä aiemmat tavoitteet tai hyvät käytänteet ole levinneet toivotulla tavalla. Uudistus on osana sote-uudistusta. (STM 2018 b.)

Edellä mainittu kärkihanke sisältää neljä eri osa-aluetta, joihin yhtenä kuuluu ikään-  
tyneen toimintakyvyn tukeminen toimivalla kotihoidolla. Tavoitteena on luoda  
konkreettinen toimintamalli, jonka avulla pyritään tukemaan ikääntyneen asumista  
kotona myös sairaana tai kun toimintakyky on heikentynyt. Uudistuksen pääperi-  
aatteina ovat, että kotihoitoa on tarjolla ympäri vuorokauden, kehittämistyössä on  
mukana kotihoidon henkilöstö sekä kuntouttava ja akuuttitilanteiden toimintamalli  
on kehitetty ja käytössä. (STM 2018 b.)

Vuoden 2016 lopussa säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli kaikkiaan 73 481 (THL  
2017 b). Nykyään pyritään siihen, että ikääntynyt asuisi kotona ja pitkäaikainen  
hoito toteutettaisiin sinne. Yhä huonokuntoisempia hoidetaan kotona. Jotta ikään-  
tynyt, jonka toimintakyky on heikentynyt saisi tarvittavan tuen, tulee hänen saada  
oikea-aikaista palvelua ja tukea hänen arkeensa. Kotihoidon tavoitteena on auttaa  
ikäntynyttä tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään tämän olemassa olevia fyys-  
isiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja niin, että ikääntynyt selviytyy kotona.  
(THL 2017 a.)

### **3.2 Toimintakyvyn arviointi**

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys-  
palveluista laissa määritellään iäkäs henkilö henkilöksi, jolla sairauksien, vammo-  
jen tai korkean iän rappeutumisen vuoksi on kognitiivinen, fyysinen, psyykinen  
tai sosiaalinen toimintakyky laskenut. Ikääntyneen toimintakyky on arvioitava mo-  
nipuolisesti ja luotettavasti siihen suunnatuilla arviointivälineillä. Lain tarkoituk-  
sena on edistää ikääntyneiden kotona asumisen mahdollisuuksia.  
(L28.12.2012/980.) Toimintakyvyn arvioinnin on oltava pätevää ja luotettavaa,  
koska arviointitulosten perusteella tehdään päätöksiä palveluista ja etuuksista,  
suunnitellaan hoitoa ja arvioidaan hoidon vaikuttavuutta (THL 2017 c).

Uudessa Sosiaalihuoltolaissa (L30.12.2014/1301) kiinnitetään huomiota tuen ja  
palveluiden tarpeen selvittämiseen. Kaikille sosiaalisen kuntouksen asiakkaille pi-  
tää tehdä sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvitys. Sosiaalisella kun-  
toutuksella tarkoitetaan tehostettua tukemista sosiaalisen toimintakyvyn vahvista-  
miseksi, osallisuuden edistämistä ja syrjäytymisen torjumista.



Palvelutarpeen arviointi on lähtökohtana, kun aletaan miettiä yksilöllisiä palveluita ja ikääntyneen toimintakykyä. Jokaisen tarpeet vaihtelevat suuresti, joten kokonaistilanteen ja avuntarpeen hahmottaminen vaatii moniammatillista ja laaja-alaista näkemystä. Arviointi sisältää arvioinnin fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä erilaisista riskitekijöistä, asuin- ja elinympäristön haasteista sekä omaisten antamasta avusta. Huomioitavaa on asiakkaan ja omaisen kuunteleminen palvelutarpeita kartoitettaessa. Erilaisia mittareita on tarjolla palvelutarpeen arvioinnin tueksi. (THL 2017 a.)

### **RAI-järjestelmä**

Ensimmäinen interRAI-instrumentti on kehitelty Yhdysvalloissa vuonna 1987, tämä ensimmäinen versio oli suunniteltu vanhainkoteihin. Vuonna 1996 tuli oma versio, joka oli suunnattu kotihoidon tarpeisiin (RAI-Home Care). (Hirdes, Ljunggren, Morris, Frijters, Finne-Soveri, Gray, Björkgren & Gilgen 2008, 2.)

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on Suomessa ja kansainvälisestikin laajasti käytössä ja sitä käytetään hoidon laadun seurantaan ja siitä on kehitelty työväline myös kotihoidon tarpeisiin. Kotona asuvan palveluihin on suunniteltu RAI-HC (Home Care). RAI-järjestelmän avulla laaditaan potilaan palvelutarpeen arviointi sekä hoito- kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. THL on valvova organisaatio Suomessa. (THL 2017 d.)

RAI- ja hoitotyön prosessiin kuuluvat asiakas, moniammatillinen hoitotyön tiimi, josta on nimetty asiakkaalle vastuuhoitaja sekä asiakkaan omaiset. Prosessin alkuun kuuluu palvelutarpeiden selvittäminen RAI-mittareiden sekä muiden mittareiden avulla. Kun tarpeet on selvitetty, asetetaan hoidon tavoitteet. Kirjataan konkreettisesti mitä tavoitellaan, esimerkiksi voimavarojen vahvistamisesta, riskien vähentämisestä ja oireiden lievittämisestä. Hoidon toteutuksessa määritetään keinot, kuinka asetetut tavoitteet tullaan saavuttamaan. Huomioidaan kaikkien asiakkaan hoidossa mukana olevien rooli. Kirjaamisen avulla tehdään jatkuvaa hoidon arviointia. Hoidon tulosten arviointia tulee säännöllisesti arvioida. (RAIsoft 2013.)

Jokainen RAI-väline muotoutuu monesta eri osasta, johon kuuluvat kysymyslomake vastausvaihtoehtoineen, käyttäjäsikirja, arvioinnin perusteella lasketut mittarit sekä palveluiden ja hoidon päätöksentekotukiherätteet. Arvioinnissa selvitetään muun muassa arjesta suoriutumista, kognitiivista ja psyykkistä vointia, psykososiaalista hyvinvointia, yleisterveydentilaa, ravitsemusta ja esimerkiksi kipua. (THL 2017 d.)

Kun asiakas tulee kotihoidon asiakkaaksi, tehdään hänelle kokonaisarvio tuen tarpeista sekä aina hoidon aikana puolen vuoden välein. Jos asiakkaan vointi muuttuu keskeisesti, niin tehdään uusi arvio. Arviointitiedon tulee olla mahdollisimman ajantasainen asiakkaan voinnista. (THL 2017 d.)

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää RAI-järjestelmän tulosten avulla minkä verran kotihoidon asiakkaat kokevat kipua. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten arvioitu kipu on yhteydessä asiakkaan toimintakykyyn. Tarkoituksena oli myös saada selville, miten taustamuuttajat ovat yhteydessä asiakkaan kipuun.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada lisää tietoa kotihoidon asiakkaiden kivun hallinnasta. Tämän tiedon avulla kotihoidon työntekijät voivat kiinnittää enemmän huomiota asiakkaiden kivun hallintaan ja näin parantaa asiakkaiden kokemaa kivun riittämätöntä hoitoa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkä verran kotihoidon asiakkaat kokevat kipua?
2. Miten arvioitu kipu on yhteydessä kotihoidon asiakkaan toimintakykyyn?
3. Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaan kipuun?

## 5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan tilastollisten menetelmien käyttöä ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelua. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on esimerkiksi selittää, kuvata tai vertailla tutkittavaa ilmiötä. Tutkimus antaa kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Kvantitatiivista tutkimusta varten tulee määrittää perusjoukko ja otoksen määrä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–62.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, hypoteesien esittäminen ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkimuksen viitekehys on keskeisessä asemassa määrällisessä tutkimuksessa. Tutkitavan ilmiön on kuuluttava johonkin teoriasuuntaukseen. Objektiiivisuus eli tutkijan puolueettomuus on myös otettava huomioon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 139–140.)

### 5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin Kristiinankaupungin kotihoitoon. Tutkimuksen kohderyhmä oli Kristiinankaupungin kotihoidon tutkimushetkellä olevat asiakkaat, joille oli tehty *Minimum data set (MDS) – kotihoito*. Tämä kysely tehdään kotihoidon asiakkaan arviointia ja hoidon ja palvelun tarpeen kartoitusta varten. Tällä työkalulla arvioidaan asiakkaan kolme viimeksi kulunutta päivää ellei toisin kehoteta.

Otoksen riittävä koko on tärkeä tekijä kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 107). Tutkimuksessa koettiin hyväksi, että aineisto saadaan valmiiksi kerättynä, koska tällöin saavutetaan kaikki Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaat, eikä vaarana ole otoksen liian pieni määrä. Haluttiin, että otos, tässä tapauksessa Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaat, edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104).

Tutkimusaineisto kerättiin Kristiinankaupungissa 23.4.2018 Kristiinankaupungin kotihoidon interRAI-ohjelmasta, josta tulostettiin asiakaskohtaisesti peruseraportti, joka on yhteenveto asiakkaille tehdystä *Minimum data set – kotihoito* raportista.

Aineiston keruuhetkellä Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaita oli 160. Raportteja tulostettiin yhteensä 133. Ennen tulostusta asiakaskohtaisista perusraporteista karsittiin ne, joita ei ollut mahdollista tulostaa esimerkiksi sen takia, että ne olivat keskeneräisiä. Kerätyistä 133 perusraportista karsittiin vielä pois 23 perusraporttia, koska niiden arviointipäivä oli vuonna 2016 tai aiemmin. Yhteensä tutkimukseen mukaan otettuja asiakasraportteja oli 110 ja nämä oli arvioitu vuosina 2017-2018.

Tutkimustyössä tulee ottaa huomioon anonymiteetti. Tämä tarkoittaa sitä, ettei ulkopuolisille luovuteta tutkimustietoja ja tutkittavien henkilöllisyys tulee suojata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tässä tutkimuksessa, kun asiakaskohtaiset raportit oli tulostettu, leikattiin niistä asiakkaan nimi ja syntymäpäivä pois sekä nämä tuhottiin asianmukaisesti. Tutkijallakaan ei ole tietoa raporttien henkilöllisyyksistä. Tutkimusraportit säilytettiin asianmukaisesti lukitussa kaapissa ja tietokoneella salasanan takana. Tästä eteenpäin tässä tutkimuksessa kyselylomakkeella tarkoitetaan asiakaskohtaista perusraporttia.

## 5.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeista karsittiin pois kohdat, jotka eivät olleet olennaisia tässä tutkimuksessa. Mukaan otettiin ne kohdat, jotka edesauttavat, että tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset ja jotka tukivat tutkimuksen tarkoituksia ja tavoitteita.

Taustamuuttuja kysymyksistä mukaan otettiin kohdat kyselystä, jotka käsitelivät: sukupuolta, ikää, äidinkieltä, siviilisäätyä, asiakkuuden pituutta sekä edunvalvontaa. Lääkehoitoa koskevista kysymyksistä tarkasteltiin lääkkeiden lukumäärää, psykelääkkeiden käyttöä, hoitomyönteisyyttä, lääkityksestä suoriutumista sekä vaikeuksia lääkehoidossa. Kivun kokeminen, asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot ja henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot nostettiin myös tutkittavaksi kyselylomakkeelta. Asioiden hoitamiseen liittyviin päivittäisiin toimintoihin kuului mukaan: kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, puhelimen käyttö, ostoksilla käynti sekä kulkuvälineiden käyttö. Henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa esiin nostettiin: arkisuoriutuminen päivittäisistä toiminnoista, arkisuoriutuminen välinetoiminnoissa, liikkuminen vuoteessa, siirtyminen, liikkuminen kotona sekä

kodin ulkopuolella, pukeutuminen, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia sekä kylpeminen.

### 5.3 Aineiston analysointi

SPSS-ohjelma (Statistical Package for Social Sciences) on usein käytetty ohjelma hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128).

Aineisto käytiin ensimmäisenä läpi manuaalisesti. ”Sukupuoli” (1 = mies, 2 = nainen) ja ”Äidinkieli” (1 = suomi, 2 = ruotsi) luokiteltiin kahteen luokkaan. ”Siviilisääty” luokiteltiin neljään luokkaan (1 = naimaton, 2 = naimisissa, 3 = leski, 4 = eronnut). ”Asiakkaalla on virallinen edunvalvoja” luokiteltiin kahteen luokkaan (1 = ei, 2 = kyllä). ”Psykyen lääkkeiden käyttö” luokiteltiin kahteen luokkaan (1 = ei, 2 = kyllä). ”Hoitomyönteisyys” luokiteltiin kolmeen luokkaan (1 = noudattaa aina, 2 = noudattaa 80 % ajasta tai enemmän, 3 = noudattaa alle 80 % ajasta). ”Lääkityksestä suoriutuminen” jaettiin kolmeen luokkaan (1 = itsenäinen, 2 = tarvitsi hieman apua, 3 = tarvitsi paljon apua. ”Vaikeudet lääkeshoidossa” (1 = ei vaikeuksia, 2 = hieman vaikeuksia, 3 = paljon vaikeuksia) luokiteltiin kolmeen luokkaan.

Vastausvaihtoehdot kohtaan ”Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot” olivat viidessä eri luokassa (1 = itsenäinen, 2 = tarvitsee hieman apua, 3 = tarvitsee paljon apua, 4 = muut suorittivat toiminnon, 5 = toimintoa ei tapahtunut lainkaan). Vastaavasti ”Henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot” (1 = itsenäinen, 2 = tarvitsee vain valmisteluapua, 3 = ohjauksen tarvetta, 4 = tarvitsee rajoitetusti apua, 5 = tarvitsee runsaasti apua, 6 = tarvitsee suurimman mahdollisen avun, 7 = täysin autettava, 8 = toimintoa ei tapahtunut lainkaan) jaettiin kahdeksaan eri luokkaan. Nämä tiedot syötettiin SPSS – tilasto-ohjelmaan havaintomatriisitaulukkoon.

Jatkotarkastelua varten taustamuuttujista ikä uudelleen luokiteltiin neljään luokkaan (1 = ≤ 74 -vuotiaat, 2 = 75–84 -vuotiaat, 3 = 85–89 -vuotiaat ja ≥ 90 -vuotiaat). ”Asiakkuuden pituus” uudelleen luokiteltiin kolmeen luokkaan (1 = ≤ 2 -vuotta, 2 = 3–5 -vuotta ja ≥ 6 -vuotta) ja ”Lääkkeiden lukumäärä” uudelleen luokiteltiin kolmeen eri luokkaan (1 = ≤ 6 tablettia, 2 = 7–8 tablettia ja 3 = ≥ 9 tablettia).

Koska kohdissa ”Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot” sekä ”Henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot” oli monia eri vastausvaihtoehtoja, jäivät monien luokkien vastausmäärät hyvin pieniksi. Tämän takia niitä uudelleen luokiteltiin, jotta luokkien vastausmäärät olisivat mahdollisimman saman suuruisia. Uudelleen luokituksen jälkeen jatkotarkastelua varten jäi kaksi luokkaa (1 = tarvitsee apua ja 2 = itsenäinen). Näin ollen kysymykset ”Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot” ja ”Henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot” pystyttiin myöhemmässä vaiheessa muuntamaan summamuuttujiksi ja ristiintaulukoimaan. Kun lasketaan yhteen samaa ilmiötä mittaavia muuttujien arvoja, nimitetään tätä muuttujaa summamuuttujaksi. Kun muuttujien välisiä riippuvuuksia tutkitaan, nimitetään tätä ristiintaulukoinniksi. (KvantiMOTV 2009 a.)

Reliabiliteetin mittaamiseksi voidaan käyttää Cronbachin alfaa, jolla mitataan mittarin yhtenäisyyttä. Tämä lasketaan muuttujien välisten keskimääräisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän mukaan. Cronbachin alfa saa arvon väliltä 0-1. Vähintään arvon tulisi olla 0.6, mutta mieluiten yli 0.8. Mittarin yhtenäisyydestä ollaan kiinnostuneita, jos muuttujat halutaan tiivistää summamuuttujiksi. (KvantiMOTV 2008 b.) Cronbachin alfa testattiin kohdassa ”Henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot” ja se oli 0,9 ja ”Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot” ja se oli 0,7.

Syötetty aineisto käytiin kyselylomake kerrallaan läpi ja tarkastettiin, jotta virheet vältettiin. Ristiintaulukoinnissa käytettiin hyväksi khiin neliötestiä riippuvuustarkasteluun. Yleisesti käytetään  $p < 0,05$  (5 %) merkitsevyystasoa. (Heikkilä 2008.)

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tuloksia. Luvussa käy ilmi kotihoidon asiakkaiden taustatiedot ja toimintakyky sekä alaluvussa 6.2 käsitellään tulokset 1. tutkimuskysymykseen ja alaluvussa 6.4 tutkimuskysymyksiin 2. ja 3.

### 6.1 Kotihoidon asiakkaiden taustatiedot

Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaista 110 peruseräraporttia valikoitui tutkimukseen. Vastausprosentti oli 70 %. Heistä 67 % (n = 74) oli naisia ja yksi kolmesta, 33 % (n = 36) oli miehiä. Kotihoidon asiakkaista nuorin oli 52-vuotias ja vanhin 97-vuotias. Kolmannes asiakkaista (n = 31) oli yli 90-vuotiaita. Äidinkielenään suomea puhuvia oli 40 % ja ruotsia puhuvia 60 %. (Taulukko 2.)

Yli puolet asiakkaista (n = 60) oli leskiä. Noin kolmas osa (n = 29) oli naimattomia ja vain pieni osa (n = 17) oli kyselyn aikaan naimisissa. Alle kymmenesosa (n = 4) oli eronnut. Asiakkuuden pituudet vaihtelivat alle 2-vuotta kestäneistä yli 6-vuotta kestäneisiin. Alle 2-vuotta kestäneitä asiakkuuksia oli 45 %, 3–5-vuotta kestäneitä 26 % ja yli 6-vuotta 30 %. Melkein kaikilla (n = 92) kotihoidon asiakkaista oli virallinen edunvalvoja, vain 8 % (n = 9) ei ollut. (Taulukko 2.)



**Taulukko 2.** Asiakkaiden taustatiedot.

Taustamuuttujat	n	%
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	36	33
Nainen	74	67
<b>Ikä</b>		
Alle ≤ 74-vuotiaat	20	18
75–84-vuotiaat	22	20
85–89-vuotiaat	37	34
Yli ≥ 90-vuotiaat	31	28
<b>Äidinkieli</b>		
Suomi	44	40
Ruotsi	66	60
<b>Siviilisääty</b>		
Naimaton	29	26
Naimisissa	17	16
Leski	60	55
Eronnut	4	4
<b>Asiakkuuden pituus</b>		
Alle ≤ 2-vuotta	49	45
3–5-vuotta	28	26
Yli ≥ 6-vuotta	33	30
<b>Asiakkaalla on virallinen edunvaloja</b>		
Ei	101	92
Kyllä	9	8

Kaikilla kotihoidon asiakkailla oli vähintään 1 lääke/tabletti lääkelistallaan. Alle kolmasosalla (n = 30) oli alle 6 tablettia käytössä. Neljäsosalla (n = 44) oli yli 9 tablettia. Psykyen lääkkeiden käyttö jakautui puolella. 47 % asiakkaista ei ollut psyyke lääkkeitä käytössä, kun taas vastaavasti 53 % käytti niitä. Lukuun ottamatta yhtä kotihoidon asiakasta, niin asiakkaat olivat hoitomyönteisiä vähintään 80 % ajasta tai aina (n = 109). (Taulukko 3.)

Melkein puolet asiakkaista (n = 52) tarvitsivat hieman apua lääkityksestä suoriutumiseen. Kolmas osa (n = 36) tarvitsi paljon apua. Yksi viidestä (n = 22) asiakkaasta

suoriutui itsenäisesti lääkityksestä. Noin kolmannella (n = 31) ei ollut vaikeuksia lääkehoidossa ja loppuilla oli joko hieman vaikeuksia (n = 41) tai paljon vaikeuksia (n = 38) lääkehoidossa. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Asiakkaiden lääkehoito.

Taustamuuttujat, lääkehoito	n	%
<b>Lääkkeiden lukumäärä</b>		
Alle ≤ 6 tablettia	30	27
7-8 tablettia	36	33
Yli ≥ 9 tablettia	44	40
<b>Psyyken lääkkeiden käyttö</b>		
Ei	52	47
Kyllä	58	53
<b>Hoitomyynteisyys</b>		
Noudattaa aina	94	86
Noudattaa 80% ajasta tai enemmän	15	14
Noudattaa alle 80% ajasta	1	1
<b>Lääkityksestä suoriutuminen</b>		
Itsenäinen	22	20
Tarvitsi hieman apua	52	47
Tarvitsi paljon apua	36	32
<b>Vaikeudet lääkehoidossa</b>		
Ei vaikeuksia	31	28
Hieman vaikeuksia	41	37
Paljon vaikeuksia	38	35

## 6.2 Kotihoidon asiakkaiden kokema kipu

Vähän alle puolet (n = 47) kotihoidon asiakkaista ei kokenut kipua. Kolmas osa (n = 34) koki kipua päivittäin, kun taas vähän alle kolmas osalla (n = 29) oli kipua, mutta ei päivittäin. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Asiakkaiden kokema kipu.

Kipu	n	%
<b>Kivun kokeminen</b>		
Ei kipuja	47	43
Kipua, mutta ei päivittäin	29	26
Kipua päivittäin	34	31

## 6.3 Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky

Reilusti yli puolet asiakkaista tarvitsi jonkinlaista apua niin kotitaloustöissä, raha-asioiden hoidossa, ostoksilla käynnissä kuin kulkuvälineiden käytössä. Vastaavasti puhelimen käytössä 70 % asiakkaista pystyi toimimaan itsenäisesti. Raha-asioiden hoidossa puolet (n = 54) vastasi, että tämän toiminnon suorittaa joku muu asiakkaan puolesta. Kulkuvälineiden käytössä itsenäisiä oli 20 % ja apua tarvitsi melkein puolet (n = 48) asiakkaista. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Asiakkaiden selviytyminen päivittäisistä asioiden hoitamisista.

Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot	n	%
<b>Tavalliset kotitaloustyöt</b>		
Itsenäinen	23	21
Tarvitsee hieman apua	44	40
Tarvitsee paljon apua	38	35
<b>Raha-asioiden hoito</b>		
Itsenäinen	19	17
Tarvitsee apua	33	30
Muut suorittivat toiminnon	54	49
<b>Puhelimen käyttö</b>		
Itsenäinen	77	70
Tarvitsee apua	23	21
<b>Ostoksilla käynti</b>		
Itsenäinen	14	13
Tarvitsee hieman apua	31	28
Tarvitsee paljon apua	15	14
Muut suorittivat toiminnon	48	43
<b>Kulkuvälineiden käyttö</b>		
Itsenäinen	22	20
Tarvitsee apua	48	44
Toimintoa ei tapahtunut lainkaan	40	36

Huomattava osa kotihoidon asiakkaista selviytyi itsenäisesti henkilökohtaisista päivittäisistä toiminnoista. Eniten vaikeuksia koettiin välinetoiminnoissa, jossa suurimmalla osalla (n = 90) oli jonkin asteisia vaikeuksia. Kodin ulkopuolella liikkumisessa itsenäisiä oli 50 % ja muut tarvitsivat apua (n = 24) tai toimintoa ei tapahtunut lainkaan (n = 31). Kylpemisessä neljäs osa (n = 43) oli itsenäisiä ja muut tarvitsivat joko ohjausta (n = 23) tai enemmän apua (n = 31). (Taulukko 6.)

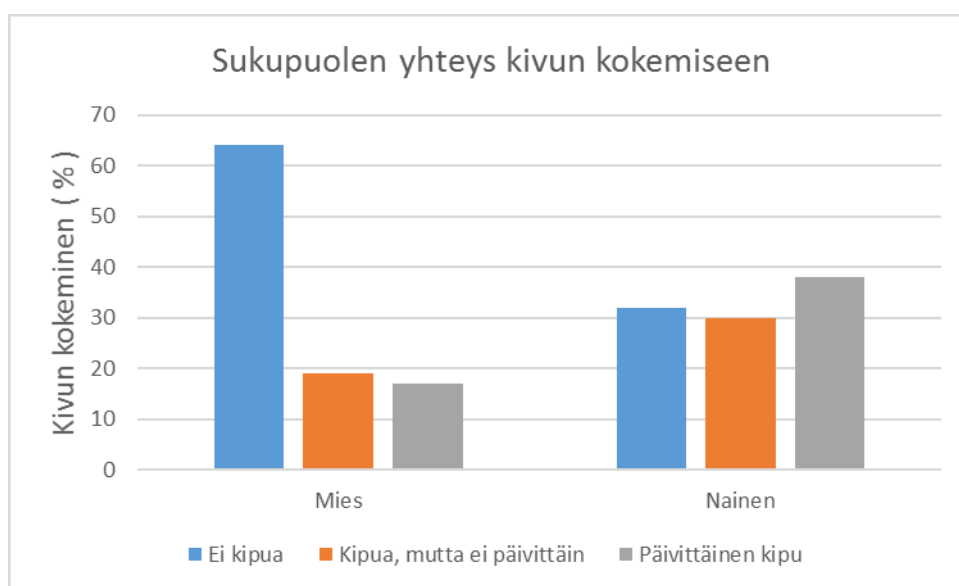
**Taulukko 6.** Asiakkaiden selviytyminen henkilökohtaisista toiminnoista.

Henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot	n	%
<b>Arkisuoriutuminen päivittäiset toiminnot</b>		
Itsenäinen	81	80
Tarvitsee apua	29	13
<b>Arkisuoriutuminen välinetoiminnot</b>		
Ei vaikeuksia	20	18
Hieman vaikeuksia	45	41
Paljon vaikeuksia	45	41
<b>Liikkuminen vuoteessa</b>		
Itsenäinen	100	91
Tarvitsee apua	10	9
<b>Siirtyminen</b>		
Itsenäinen	97	88
Tarvitsee apua	13	12
<b>Liikkuminen kotona</b>		
Itsenäinen	97	88
Tarvitsee apua	13	12
<b>Liikkuminen kodin ulkopuolella</b>		
Itsenäinen	55	50
Tarvitsee apua	24	22
Toimintoa ei tapahtunut lainkaan	31	28
<b>Pukeutuminen ylävartalo</b>		
Itsenäinen	84	76
Tarvitsee apua	26	24
<b>Pukeutuminen alavartalo</b>		
Itsenäinen	79	72
Tarvitsee apua	31	28
<b>Wc:n käyttö</b>		
Itsenäinen	89	81
Tarvitsee apua	20	18
<b>Henkilökohtainen hygienia</b>		
Itsenäinen	76	69
Tarvitsee apua	32	29
<b>Kylpeminen</b>		
Itsenäinen	43	39
Tarvitsee ohjausta	23	21
Tarvitsee apua	31	28

#### 6.4 Arvioidun kivun yhteys kotihoidon asiakkaiden taustatekijöihin ja toimintakykyyn

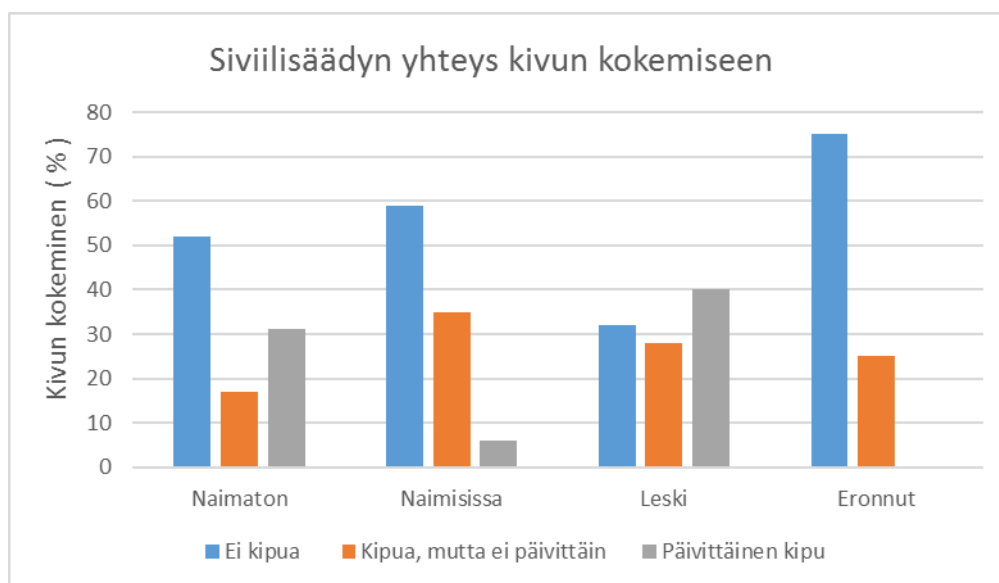
Kotihoidon asiakkaiden kipua tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla heidän taustatekijöihin ja toimintakykyyn. Kipu oli merkitsevästi yhteydessä sukupuoleen ( $p = 0,006$ ), siviilisäätyyn ( $p = 0,06$ ) ja lääkkeiden lukumäärään ( $p = 0,002$ ). Päivittäisillä toiminnoilla ei ollut merkittäviä eroja arvioidun kivun suhteen. Asiakkaat, jotka tarvitsivat paljon apua eivät kokeneet verraten enempää kipua kuin asiakkaat, jotka toimivat itsenäisesti. Näitä toimintoja ei tuoda esille tässä luvussa.

Tutkimuksen mukaan naiset kokivat kipua enemmän kuin miehet. Miehistä 64 % ei kokenut kipua, kun taas vastaava prosentti naisissa oli 32 %. Naisista melkein joka neljäs koki päivittäin kipua ja miehet vain puolet naisten määrästä. (Kuvio 2.)



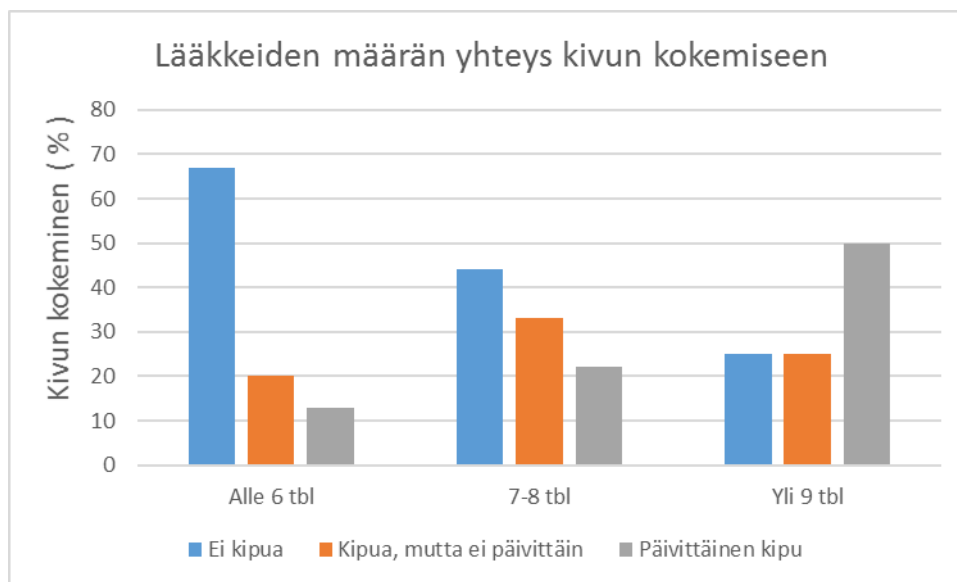
**Kuvio 2.** Asiakkaiden sukupuolen merkitys kokemaansa kipuun.

Tulosten mukaan eri siviilisäädyistä lesket kokivat eniten kipua. Myös naimattomista joka kolmas koki päivittäistä kipua. Siviilisäädykseen naimisissa ilmoittaneista yli puolet ei kokenut kipua ollenkaan. Toisaalta myös naimattomista noin puolet olivat kivuttomia tutkimushetkellä. Eronneita oli vain neljä ( $n = 4$ ) ja kolme heistä ei kokenut kipua. (Kuvio 3.)



**Kuvio 3.** Asiakkaiden siviilisäädyn merkitys kokemaansa kipuun.

Tulosten mukaan asiakkaat, joilla on vähemmän käytettäviä lääkkeitä, kokevat vähemmän kipua kuin ne, jotka käyttävät tablettimäärällisesti enemmän lääkkeitä. 67 % asiakkaista, joilla on alle 6 tablettia eivät koe kipua. Vastaavasti 25 % niistä joilla on yli 9 tablettia eivät koe kipua. Puolella asiakkaista, joilla on päivittäistä kipua, on yli 9 tablettia. (Kuvio 4.)



**Kuvio 4.** Asiakkaiden käyttämien lääkkeiden määrän merkitys kokemaansa kipuun.

## 7 POHDINTA

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi tuloksia tarkastellaan yksityiskohtaisemmin. Luvussa myös esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys

Kun lähdetään tekemään tutkimusta, on eettisyys toiminnan keskiössä. Tutkija joutuu jo aihetta valitessaan miettimään eettisestä näkökulmasta, onko aihe yhteiskunnallisesti merkittävä ja miten hyödyttävä se on osallistuvia kohtaan ja miten se heihin vaikuttaa. Kaikkien osallistuvien on oltava tasa-arvoisia, ja tutkijan on muistettava oikeudenmukaisuus sekä omalta kohdaltaan objektiivisuus. Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimuksen missään vaiheessa tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille sekä aineisto säilytetään asianmukaisesti. Tutkimusta varten tulee hakea tutkimuslupa. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–221.)

Tässä tutkimuksessa ollaan noudatettu eettisiä ohjeita tekemällä eri prosessin vaiheet tarkasti, avoimesti ja huolellisesti. Objektiivisuutta lisäsi se, että tutkijalla ei ole yhteyksiä kohdeorganisaatioon, niin tuloksia pystyttiin käsittelemään objektiivisesti. Tutkimusaineistoa käsiteltiin ja säilytettiin asianmukaisesti lukitussa kaapissa ja salasanan takana tietokoneella. Kukaan muu kuin tutkittaja ei nähnyt tai käsitellyt tutkimusaineistoa. Lopuksi aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimuslupa anottiin ja saatiin Kristiinankaupungin perusturvakeskukselta.

### 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valideetilla tarkoitetaan, että vastaako tutkimuksen tulokset asetettuja tavoitteita ja saatiinko mitattua sitä, mitä lähdettiin mittaamaan. Reliabiliteetti puolestaan kertoo ovatko tulokset pysyviä ja pystytäänkö tuottamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia samalla mittarilla eri aineistoissa. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.)



Tutkimuskysymyksiin saatiin tutkimuksessa vastaukset. Kivun kokemisen tutkiminen jäi kuitenkin pintapuoliseksi, koska tulostettu aineisto RAI-tietokannasta oli suppeampi kuin tutkija oletti ja mitä valmis kyselylomake antoi ymmärtää. Perusraportista ei käynyt ilmi, kuinka kotihoidon asiakkaat kokevat kivun hoidon, jos heillä on kipua. Alun perin tutkimusta ja sen tutkimuskysymyksiä lähdettiin muotoilemaan tämän tiedon perusteella, koska oli ilmi kuinka iso prosentti Kristiinankaupungin kotihoidon asiakkaista kokevat kivun hoidon olevan riittämätöntä. Verrottuna muuhun Suomeen luku oli korkeampi. Tämän vuoksi tutkimussuunnitelmasta kivun hallinnan tutkiminen muuttui kivun kokemiseksi ja mitkä asiat siihen mahdollisesti ovat yhteydessä. Myös tutkimuksen nimi muuttui suunnitelmavaiheesta.

Valmiista aineistosta oli hyötyä siinä, että saatu aineisto ei jäänyt suppeaksi, mikä voisi olla mahdollista, jos aineisto olisi itse kerätty. Kun saa valmiin aineiston, tulee kuitenkin olla varma tieto siitä, minkälainen aineisto on, jotta tutkimuskysymykset tai –ongelmat on aseteltu oikein ja näihin saadaan luotettava tieto.

Mittari, jota tutkimuksessa käytettiin, on valtakunnallisesti käytetty *Minimum data set (MDS) – kotihoito*, joten samaa mittaria voitaisiin käyttää uudestaan eri aineistoille ja tulokset näin ollen olisivat reliabileja.

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

Asiakkaista 26 % koki kipua, mutta ei päivittäin ja 31 % koki kipua päivittäin. Eli yli puolet kotihoidon asiakkaista koki jonkin asteista kipua tutkimuksen tekohetkellä. Tämä vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan yli 70 vuotiaista kolmasosa kokisi päivittäistä kipua (Kalso 2009, 470; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 198–200). Kipua ei tule hyväksyä normaaliksi tuntemukseksi ikääntyessä, vaan siihen tulee puuttua. Ikääntyessä kivut kasvavat, koska terveydelliset ongelmat kasvavat ja varsinkin lihaksisto ja luusto heikkenevät. (Swann 2010, 212.)

Kivun arviointi ja huomiointi voi olla hoitoalan ammattilaisille vaikeaa, jos ikään-tyneellä on ongelmia kertoa kivusta, koska kivun tunnistaminen voi olla monimutkaista ikääntyneellekin. Kipua voi olla montaa eri tyyppiä ja eri paikoissa kehoa. Tällöin ammattilaisen osaaminen on tärkeässä osassa, ja että osaa ennakoita tilanteita. (Triggle 2013, 6.)

Yhdysvalloissa yli 65 vuotiaat käyttävät eniten reseptilääkkeitä ja käsikauppatuotteita (MacSorley ym. 2014, 272). Tässä tutkimuksessa asiakkaista 40 % oli käytössä yli 9 tablettia. Näistä asiakkaista puolet kokivat kipua päivittäin. Tutkimuksesta ei käy ilmi, mitä lääkkeitä asiakkaat syövät, mutta tämän tutkimuksen perusteella korkea lääkelukumäärä ei vähennä koettua kipua. Riski kasvaa haitallisille lääkeaine-reaktioille ja riittämättömälle kivun hoidolle (MacSorley ym. 2014, 272).

On hieman yllättävää, että asiakkaat joilla on paljon lääkkeitä, kokevat enemmän kipua kuin vähemmän lääkkeitä syövät. Toisaalta voidaan olettaa, että näillä asiakkailla on enemmän perussairauksia, joiden vuoksi lääkemäärät kasvavat. Tutkimusten tulosten kannalta olisi ollut mielenkiintoista tietää, mitä lääkkeitä lääkelistalla on kivun kokemisen kannalta.

Tutkimuksen mukaan naiset kokevat miehiä enemmän kipua. Erään tutkimuksen (Samulowitz, Gremyr, Eriksson & Hensing 2018) mukaan, jossa tutkittiin sukupuolten eroavaisuuksia ihmisistä, jotka kokevat kroonista kipua. Tutkimuksessa kävi ilmi, että naiset ovat herkempiä kivulle ja näyttävät ja kertovat kokemastaan kivusta avoimemmin kuin miehet. Kipua ei siis välttämättä ole enemmän kuin miehillä, mutta naiset raportoivat siitä herkemmin.

Siviilisäädyllyä oli merkitys koettuun kipuun tässä tutkimuksessa. Leskistä joka neljäs koki kipua päivittäin ja naimattomista joka kolmas. Asiakkaista, jotka olivat siviilisäädyltään naimisissa, melkein 60 % ei kokenut kipuja. Tulos on odotettava, koska psyykkiset tekijät kuten yksinäisyys ja suru voivat vaikuttaa fyysisiin kipuihin (THL 2019 e).

Edellä mainitut tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Tutkijalla on usein oletuksia siitä, millaisia samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia perusjoukosta mitattujen muuttujien välille löytyy, näitä oletuksia kutsutaan hypoteeseiksi. Nämä oletukset perustuvat usein aikaisempien tutkimusten tuloksille tai teoreettisille keskusteluille. Nollahypoteesiksi kutsutaan alkuperäisen hypoteesin vastaista oletusta. Kun tutkimuksessa testataan hypoteesia, on ideana muotoilla hypoteesi, joka on vastoin alkuperäistä oletusta. (KvantiMOTV 2019 c.) Tässä tutkimuksessa lähtöoletus oli, että taustamuuttujilla ja toimintakyvyllä on yhteys kipuun. Nollahypoteesiksi tutkimuksessa voidaan asettaa, että taustamuuttujilla ja toimintakyvyllä ei ole yhteyttä koettuun kipuun ja vaihtoehtoisen hypoteesin mukaan niillä on yhteys. Tulosten perusteella nollahypoteesia ei voida täysin kumota, koska toimintakyvyn ja kivun yhteyttä tässä tutkimuksessa ei voida todentaa. Taustamuuttujista löytyi kohtia, jotka olivat yhteydessä koettuun kipuun.

Opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen. On ollut ammatillisen osaamisen kannalta merkittävää, että on tutustunut teorian pohjalta kivun arviointiin ja hoitoon näin tiiviisti ja pohtinut siihen vaikuttavia asioita. On päässyt syventämään omaa oppimista tärkeästä osa-alueesta. RAI-järjestelmään tutustuminen on myös ollut mielenkiintoista ja mainitun työkalun tulee tulevassa työelämässä varmasti kohtaan. Kristiinankaupungin kotihoidolta sain RAI:sta paljon tietoa ja materiaalia, jotta ymmärtäisin, kuinka prosessi etenee ja mitä asioita tulee ottaa huomioon ja kuinka asiakkaan toimintakykyä arvioidaan. Yhteistyö kohdeorganisaation kanssa on ollut sujuvaa ja tarvittavan tuen on saanut, jotta opinnäytetyö on edistynyt ja valmistunut.

Jos lähtisin uudestaan tekemään tätä opinnäytetyötä, olisin prosessin alkuvaiheessa vielä tarkempi ja pohtisin mitä tutkimuksella halutaan saavuttaa ja kuinka tähän tulokseen parhaiten päästäisiin. Varmistaisin, jos aineisto saataisiin valmiina, että siinä on kaikki tarvittava tieto, jotta tutkimuskysymyksiin saataisiin luotettavat ja parhaat mahdolliset vastaukset. Tutkimuksen aineiston tulostusvaiheessa ei saatu kaikkia mahdollisia kipuun liittyviä kohtia tulostettua, jotka olisivat voineet tuoda lisäarvoa tutkimuksen tuloksille. Kuitenkin tutkimukseen saaduilla materiaaleilla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

#### 7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Ikääntyneistä suuri osa kokee kipua ja jopa päivittäistä kipua. Kivunhoitoon tulisi puuttua vielä paremmin.
2. Käytettyjen lääkkeiden määrä ei vähennä kipua, vaan voidaan olettaa, että asiakkaat ovat monisairaita ja tämä mahdollisesti lisää koettua kipua. Kivun hoito on kuitenkin riittämätöntä, jos koettu kipu on näin suurta ja tähän tulisi puuttua.
3. Naiset ilmoittavat kokevansa enemmän kipua kuin miehet.
4. Lesket ja naimattomat kokevat enemmän kipua kuin naimisissa olevat. Ei käy ilmi, että asuvatko lesket ja naimattomat yksin. Mutta siviilisäädyn perusteella voidaan olettaa, että asuvat. Tämä tulee siihen johtopäätökseen, että yksinasuvat koki-sivat enemmän kipua kuin he, jotka eivät asu yksin.

Tutkimustulosten perusteella ehdotettavia jatkotutkimusehdotuksia:

1. Tarkastella hoitajien näkökulmasta asiakkaiden kivun hallintaa. Miten he kokevat kotihoidon asiakkaiden kivun arvioinnin ja hoidon. Mitä haasteita he siinä kokevat.
2. Tutkia kivun arviointimenetelmiä kotihoidossa.
3. Tehdä yhtenäiset ohjeet kotihoitoon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta.

## LÄHTEET

Al-Shaer, D., Hill, P.D. & Anderson, M. 2011. Nurses` knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg nursing* 20, 1, 7-11.

Berglund, M., Nässen, K. & Gillsjö, C. 2015. Fluctuation between powerlessness and sense of meaning – a qualitative study of health care professionals` experiences of providing health care to older adults with long-term musculoskeletal pain. *BMC Geriatr.*

D`Arcy, Y. 2008. Pain in the older adult. *The nurse practitioner* 33, 3, 18-24.

Egan, M. & Cornally, N. 2013. Identifying barriers to pain management in long-term care. *Nursing older people* 25, 7, 25-31.

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. *Sic! Verkkolehti.* 2015, 4. Viitattu 23.2.2018. [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa)

Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P. Liira, H. & Pohjalainen, T. 2018. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Hirdes, J., Ljunggren G., Morris J., Frijters D., Finne-Soveri H., Gray L., Björkgren, M. & Gilgen, R. 2008. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research* 8, 277, 1-11.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa *Kipu*, 470-477. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kipu 2015. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#K1>

Kivuntutkimusyhdistys ry 2018. Mitä kipu on. Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 23.2.2018. <https://www.skty.org/materiaalit/>

KvantiMOTV 2009 a. Summamuuttuja. Viitattu 19.1.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat/summamuuttuja.html>

KvantiMOTV 2008 b. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Viitattu 8.2.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

KvantiMOTV 2019 c. Hypoteesien testaus. Viitattu 13.2.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.2.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.3.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

MacSorley, R., White, J., Conerly, V.H., Walker, J.T., Lofton, S., Ragland, G., Davey, D. & Robertson, A. 2014. Pain assessment and management strategies for elderly patients. *Home healthcare nurse* 32, 5, 272-280.

RAIsoft 2013. RAI- ja hoitotyön prosessi. Kristiinankaupungin kotihoito.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaali Oy.

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E. & Hensing, G. 2018. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag.* 2018.

STM 2018 a. Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveystalvvelut. Viitattu 24.2.2018. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

STM 2018 b. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihankkeet ja säädösvalmistelu. Viitattu 6.3.2018. <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>

Swann, J. 2010. Pain: causes, effects and assessment. *Nursing & residential care* 12, 5, 212-215.

THL 2017 a. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. Ikääntyminen. Viitattu 24.2.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

THL 2017 b. Vähintään 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa saavien asiakkaiden osuus kasvaa edelleen. Uutinen. Viitattu 24.2.2018. <https://thl.fi/fi/-/vahintaan-60-kotihoidon-kayntia-kuukaudessa-saavien-asiakkaiden-osuus-kasvaa-edelleen>

THL 2017 c. Toimintakyky. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 19.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

THL 2017 d. Tietoa RAI-järjestelmästä. Ikääntyminen. Viitattu 23.2.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

THL 2019 e. Tutkimus elämän loppuvaiheen hoidosta: koulutusta tarvitaan lisää Suomen ohella monessa maassa. Tiedote. Viitattu 13.2.2019. <https://thl.fi/fi/-/tutkimus-elaman-loppuvaiheen-hoidosta-koulutusta-tarvitaan-lisaa-suomen-ohella-monessa-maassa>

Triggle, N. 2013. Pain is under-recognised and treated in older people. *Nursing older people* 25, 5, 6-7.

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, 44-59. Toim. Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.