



Ikääntyneiden kroonisen kivun hoito kotihoidossa - suositeltavat käytänteet

Miikka Marjamäki

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Ikäntyneiden kroonisen kivun hoito kotihoitossa - suositeltavat käytänteet

Miikka Marjamäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2018

Miikka Marjamäki

Ikääntyneiden kroonisen kivun hoito kotihoidossa - suositeltavat käytänteet

Vuosi 2018 Sivumäärä 49

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pääkaupunkiseudulla sijaitsevan kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista niin, että hoitajat tuovat tutkimuksen avulla esille omaa toimintaansa arvioidessaan ja hoitaessaan ikääntyneiden kroonista kipua. Tavoitteena oli tehdä saatujen tuloksien pohjalta suositukset siitä, millä tavoin ikääntyneen kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voitaisiin jatkossa toteuttaa kyseisessä kotihoidossa.

Ikääntyneillä kroonisesta kivusta on tullut merkittävä terveysongelma, jonka esiintyvyyden uskotaan lisääntyvän vanhenevan väestön, nykyisen hoitojärjestelmän sekä lääketieteen kehityksen myötä. Kotihoidossa ikääntyneet muodostavat suurimman hoidettavan asiakasryhmän. Terveystuollon palveluita tuottavien tahojen tulisi lisätä valmiuksia ikääntyneiden pitkäaikaisten kiputilojen hoitamiseen. Usein ikääntyneiden kroonisten kiputilojen riittämättömän hoidon taustalla on hoitajien tiedon ja ymmärryksen puute.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin fokusryhmähaastatteluita. Aineisto analysoitiin mukailien induktiivista sisällönanalyysiä. Tulokset osoittivat hoitajien toteuttaneen ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa nykysuositusten mukaisesti. Arvioinnin ja hoidon toteutukseen todettiin vaikuttaneen erinäiset ikäihmiin ja hoitajiin liittyneet syyt. Kotihoito osoitti toimipaikkana soveltuvan ikääntyneiden kroonisten kiputilojen hoitamiseen huolimatta hoitoon liittyneistä rajallisuuksista kotiolosuhteissa.

Asiasanat: ikääntyneet, krooninen kipu, arviointi, hoito, kotihoito

Miikka Marjamäki

Chronic pain management among the elderly at home care - recommended practices

| Year | 2018 | Pages | 49 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this thesis was to discuss the expertise of elderly patients' chronic pain management among home care nurses in the Helsinki metropolitan area. This thesis aims to enable nurses to describe their own actions when assessing and managing chronic pain in elderly people. The aim of this thesis was also to create recommendations based on the results on how the elderly patients' chronic pain assessment and management should be implemented in the future.

Chronic pain has become a significant health problem in elderly people. Its incidence is expected to increase because of the aging of the population, the current health care system and the development of the medicine. The largest patient group consists of elderly people in home care. The healthcare service providers should increase their ability to handle elderly people's chronic pain. Inadequate care of the elderly patients' chronic pain is often caused by nurses' lack of knowledge and understanding of chronic pain.

Qualitative research method was applied in this thesis. The used method for data collection was focus group discussions. The collected data was analyzed by adapting inductive content analysis. The results showed that nurses have performed the assessment and treatment of chronic pain in elderly people in line with current recommendations. The implementation of assessment and treatment was found to have affected the various causes related to elderly people and nurses. Home care proved to have suitable premises for managing chronic pain in elderly people despite the limitations of treatment in home conditions.

Keywords: elderly people, chronic pain, assessment, management, home care

Sisällys

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Ikääntyneen krooninen kipu | 9 |
| 3 | Ikääntyneiden kroonisen kivun keskeiset arviointi- ja hoitomenetelmät kotihoidossa | 12 |
| 3.1 | Kroonisen kivun arviointimenetelmät ikääntyneillä | 12 |
| 3.2 | Kroonisen kivun hoitomenetelmät ikääntyneillä | 14 |
| 4 | Hoitajien osaamisen haasteet ikääntyneiden kroonisessa kivussa | 17 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset | 19 |
| 6 | Opinnäytetyön toteutus | 19 |
| 6.1 | Kohderyhmän kuvaus | 20 |
| 6.2 | Aineiston keruu | 20 |
| 6.3 | Aineiston analysointi | 21 |
| 7 | Opinnäytetyön tutkimustulokset..... | 22 |
| 7.1 | Ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteutuminen | 22 |
| 7.2 | Hoitajien kroonisen kivun toteutukseen vaikuttaneet asiat..... | 24 |
| 7.3 | Hoitajien kokemat osaamisen kehittämistarpeet | 26 |
| 8 | Pohdinta..... | 27 |
| 8.1 | Luotettavuus..... | 32 |
| 8.2 | Eettisyys | 33 |
| 9 | Johtopäätökset ja suositukset | 34 |
| | Lähteet | 39 |
| | Liitteet..... | 42 |

1 Johdanto

Kroonisesta kivusta puhutaan silloin, kun kudosisaurion normaali paranemisaika on ylittynyt tai kipu on kestänyt pidempään kuin kolme kuukautta (Haanpää 2017). Lääketieteessä krooninen kipu voidaan luokitella sen kipumeکانismien mukaan, jotka ovat kudosis- ja hermovauriokipu sekä tuntemattomasta syystä johtuva kipu (Suomen kipu ry 2013, 5). Eri tutkimuksissa on pysytty osoittamaan, että kroonisen kivun syntyyn voivat myötävaikuttaa erilaiset tekijät, kuten naissukupuoli ja ikä. Tätä esimerkiksi kuvaa se, että ikääntyneillä kroonista kipua esiintyy enemmän. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös huonon terveyden, aikaisemmin koetun kivun, kivun voimakkuuden, kipualueiden määrän sekä perheen kipuhistorian on todettu olevan yhteyksissä kroonisen kivun syntyyn. Myös masennus, ahdistus ja passiivinen terveyskäyttäytyminen voivat lisätä riskiä siihen, että kipu muuttuu lopulta krooniseksi. (Smith, Macfarlane & Torrance 2007; van Hecke, Torrance & Smith 2013.)

Länsimaisissa yhteiskunnissa pitkäaikainen kipu tulee lisääntymään eliniän nousun myötä. Pitkäaikaiset kiputilat ovatkin paljolti yleisempiä vanhemmilla ihmisillä kuin nuoremmilla. Ikääntyneillä kroonisesta kivusta onkin tullut merkittävä ja maailmanlaajuinen terveysongelma. Tästä huolimatta kroonisen kivun tarkkaa esiintyvyyden määrää on ollut vaikea selvittää. (Granström 2010, 28; Dewar 2006, 33; Reid, Eccleston & Pillemer 2015.) Esimerkiksi tutkijat Australiassa saivat selville, että 26%:lla koko heidän väestöstään oli vähintään kaksi pitkäaikaissairautta tai -vaivaa, jotka olivat yhteydessä krooniseen kipuun. Erityisesti ikääntyneillä havaittiin esiintyvän yhtä aikaa monia kroonisia sairauksia sekä kroonista kipua. (Dominick, Blyth & Nicholas 2012.) Australiassa saadut tulokset kroonisen kivun esiintyvyyden suhteen ovat myös hyvin samankaltaisia Suomessa tehdyn tutkimuksen kanssa. Vuonna 2007 lähes kolmasosa suomalaisistakin 15-74 -vuotiaista kertoi kärsineensä kivusta, joka on kestänyt pidempään kuin kolme kuukautta. (Turunen 2007, 87.) Myös Yhdysvalloissa on saatu samanlaisia tutkimustuloksia kroonisen kivun esiintyvyyden suhteen niin kuin Euroopassa, Aasiassa ja Australiassa tehdyissä tutkimuksissa (Reid ym. 2015).

Kun kroonisen kivun esiintyvyyden uskotaan lisääntyvän kasvavan väestön ikääntymisen myötä, kuvaa tulevaisuuden tilannetta sekin, että arviolta vuoteen 2035 mennessä melkein neljäsosa Euroopan unionin väestöstä on 65 -vuotiaita tai vanhempia. Kasvavan vanhenevan väestön vuoksi terveydenhuollon palveluita tuottavien tahojen tulisikin jatkossa kehittää valmiuksia arvioida sekä hoitaa ikääntyneiden kroonista kipua huolimatta toimintapaikkojen erilaisuudesta tai erityispiirteistä. (Reid ym. 2015.) Ikäihmisten kroonisen kivun hoidon osaamisen tarpeeseen on myös keskeisesti vaikuttanut nykyinen hoitojärjestelmä. Nykypäivänä lääketieteen kehitys on mahdollistanut monien sairauksien hoitamisen ja potilaiden eliniän pidentymisen, mutta samalla se on lisännyt moniin sairauksiin liittyvien pitkäaikaisten kipujen kehittymisen todennäköisyyttä. Esimerkiksi diabeteksen liitännäissairautena kehittyvän hermovaurion. Muutenkin lääketieteellinen hoito tuottaa entistä enemmän pitkäaikaista kipua.

Tämän seurauksena voi kuulla sanottavan, että sairaaloista poistuessa ihmiset ovat paljon kiipeämpiä kuin sinne mentäessä. Tähän syynä ovat, että sairaaloiden hoitoajat ovat lyhenteet sekä samalla vaativat tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden määrä on kasvanut. (Granström 2010, 28.)

Edellä kuvatut tilanteet kroonisen kivun nykytilasta sekä tulevaisuuden haasteista ovat ohjanneet tämän opinnäytetyön aiheen suunnittelua, mutta tämän lisäksi työn tekemisen keskeisenä lähtökohtana on ollut yhteistyön toteutus ja sen merkitys työn toimeksiantajana toimineelle pääkaupunkiseudun kotihoidolle. Aiheen työstäminenkin alkoi pääkaupunkiseudun kotihoidon esimiehen kautta, joka oli ehdottanut ikääntyneiden kipua koskevan aiheen Laurea ammattikorkeakoululle. Idea aiheeseen syntyi sitä kautta, kun heidän säännöllisistä asiakkaista oli tehty RAI -arviointeja, joista Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos oli koonnut heille myöhemmin tilastoraportit. Saaduista tilastoraporteista voitiin todeta kipua käsittelevien kohtien avulla, että heidän säännöllisten asiakkaiden päivittäinen kokemus kipua oli erittäin yleistä (Liite 1 ja Liite 2). Pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkaiden kiputulokset ja RAI:n käytöstä mittarina on kirjoitettu tarkemmin erikseen liitteessä (Liite 2). Kerätyistä tuloksista huomionarvoista oli, että vuonna 2017 tehtyjen RAI -arviointien perusteella jopa 20,8%:lla (27/130) pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkaista oli kovaa tai sietämätöntä kipua päivittäin, mikä oli yksi lähtökohta ikääntyneiden kroonisen kivun tutkimiselle. Muita aiheen valintaan vaikuttaneita lähtökohtia olivat pääkaupunkiseudun kotihoidon näkökulmasta, että heillä mielenkiinnon kohteina oli hoitajien tämän hetkisen osaamisen selvittäminen ja tämän kehittäminen. Tutustuminen myös aikaisempiin tutkimuksiin ohjasivat aiheen suunnittelua lopulta niin, että tutkittavaksi kohteeksi tarkentui pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneen kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon osaaminen.

Tutkimuskohteen tarkentumisen myötä ikääntyneet kotihoidossa rajattiin tarkastelun kohteeksi myös siitäkin syystä, että väestön vanheneminen lisää sairastavuutta ja tapaturmia. Tänä päivänä ikääntyneitä hoidetaan kotiympäristöissä entistä enemmän. (Kehusmaa, Erhola & Luoma 2017.) Esimerkiksi vuonna 2016 marraskuussa kotihoidon säännöllisiä asiakkaita oli yhteensä 73 500 koko Suomessa. Näistä säännöllisistä kotihoidon asiakkaista noin 56 700 oli 75 vuotta täyttäneitä, mikä kattaa 77% kaikista kotihoidon säännöllisistä asiakkaista. Vuoden 2016 tilastossa säännöllisen kotihoidon asiakkaista alle 65 -vuotiaita oli yhteensä vain 6 370. (THL 2017a.) Päähuomio tässä opinnäytetyössä on keskittynyt kotihoidon hoitajien ikääntyneen kroonisen kivun osaamiseen. Hoitajilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan pääkaupunkiseudun kotihoidossa työskenteleviä lähi- ja sairaanhoitajia. Osaamisen kohdalta tarkasteltavaksi näkökulmaksi rajattiin kroonisen kivun arviointi ja hoito. Osaaminen on muutoin yksittäisenä käsitteenä niin laaja, moniulotteinen ja -merkityksellinen, jonka vuoksi sen rajaaminen oli tarpeellista kohdentaa vain kahteen osa-alueeseen.

Osaamisen näkökulmasta hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointi ja hoito rajattiin käsiteltäviksi teemoiksi, koska kroonisen kivun arvioiminen on haasteellista monisairailta ja -lääkityiltä ikääntyneiltä. Kivun arviointien tekemisen haastavuutta ovat myös lisänneet se, ettei terveydenhuollon ammattilaisilla ole riittävästi tietoa ja ymmärrystä kroonisen kivun monimutkaisuudesta. Tiedon puute on todettu vaikuttavan siihen, ettei kroonista kipua hoideta asianmukaisesti. (Dewar 2006, 34-35.) Krooniselle kivulle on myös tyypillistä, ettei se ole aina tunnistettavissa tai kokonaan hoidettavissa. Tämän vuoksi kroonisen kivun hoidossa tavoitteet usein keskittyvätkin siihen, miten kipu voidaan minimoida joka päiväisessä elämässä. (Tiaki 2014, 22.) Etenkin ikääntyneillä kroonisen kivun riittävä hoitaminen on tärkeää. Ikäihmisten ei tulisi elää tai kuolla tarpeettoman kivun vuoksi, koska kivulla on paljon negatiivisia vaikutuksia elämiseen, kuten terveyteen, elinikään ja elämänlaatuun. (Arnstein, Herr & Butcher 2017.) Myös tutkimuksiin perustuvaa tietoa on niukasti siitä, mitä erilaisia tarpeita ja haasteita hoitajat kohtaavat, kun he hoitavat ikääntyneiden kroonista kipua kotiolosuhteissa (Dewar 2006, 36).

2 Ikääntyneen krooninen kipu

Kipu on usein syynä, minkä vuoksi lääkäriin hakeudutaan tutkimuksiin. Tästä kuvaavia esimerkkejä ovat umpilisäketulehduksen tai sydänlihaksen hapenpuutteen seurauksena aiheutuva kipu, jolloin potilas hakeutuukin tutkittavaksi. Kun elimistö aistii kipua, se saa varoituksen siitä uhkaavasta kudosaivuriosta. Ihmisellä onkin melkein jokaisessa kehon kudoksessa hermopäätteitä, jotka lähettävät kivusta viestiä juuri silloin, kun kudosaivurio on uhkaamassa. Hermopäätteistä kipuviesti välittyy ääreisputkihermostojen kautta selkäyttimeen, josta kipuviesti jatkaa välittymistään selkäytimen kipuratoja pitkin aivoihin. Viestin välittymiseen vaikuttavat keskeisesti myös ääreis- ja keskushermoston alueella olemassa olevat kipuviestiä vahvistavat tai heikentävät jarrujärjestelmät. Näiden järjestelmien tasapaino määrittääkin sen, miten voimakkaana kipuviesti aistitaan. Elimistön kyky aistia kipua perustuu siihen, että se lopulta johtaa sellaisiin toimintoihin, joiden avulla kudosaivurion synty tai sen eteneminen voidaan ehkäistä. (Suomen Kipu ry 2013, 5; Vainio 2009a, 104.)

Kipuun käsitteenä liittyy keskeisesti myös sen tehtävän ja kipuviestin muodostumisen sekä sen synnyn ymmärtämisen lisäksi kivun kokeminen, joka voidaan nähdä jakautuvan tuntoon eli havainnointiin kivusta sekä tunteeseen, kun kipu havaitaan epämiellyttäväksi. Kivun kokemisessa epämiellyttävä tunne on tarkoituksenmukainen, sillä sen tavoitteena on ilmoittaa havainto mahdollisesta vaarasta, jota tulisi pyrkiä välttämään. (Granström 2010, 14.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistyksen määrittelee kivun niin, että se on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy kudosaivurio tai sen uhka, tai sitä kuvataan kudosaivurion käsittein. Määritelmän lisäksi on todettu, ettei kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti poista sitä asiaa, etteikö yksilö voisi kokea kipua tai hän ei olisi kivunlievityksen tarpeessa. Kipu on tunne kehon osassa tai osissa, mutta sen lisäksi se on aina epämiellyttävää ja sitä kautta tunnepitoinen kokemus. (IASP 2017.)

Kivulle on olemassa useita luokittelusysteemejä. Yleisimmin kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun (Vainio 2009a, 150). Akuutilla kivulla tarkoitetaan lyhytaikaista kipua, kun taas kroonisella viitataan pitkäaikaisempaan kipuun. Erot akuutin ja kroonisen kivun välillä perustuvat siihen, että niiden merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat toisistaan erilaisia. (Vainio 2009b, 15.) Krooninen kipu kestää ajallisesti pidempään kuin akuutti kipu. Kroonisesta kivusta puhutaan silloin, kun kudosaivurion normaali paranemisaika on ylittynyt tai kipu on kestänyt pidempään kuin kolme kuukautta. (Haanpää 2017.) Akuutilla kivulla on ensisijaisesti elimistöä suojaava tarkoitus, jonka lisäksi sen tehtävänä on varoittaa kudosaivuriosta ja estää lisävaurioiden syntyminen. Yleensä akuutille kivulle on olemassa selvä syy, jota kyetään hoitamaan. Nykypäivänä käytössä olevat hoitomenetelmät takaavat tehokkaan akuutin kivun lievityksen ja ne mahdollistavat sen, että akuutit kivut parantuvat päivien tai viikkojen kuluessa. Mikäli kudosaivurio jää kuitenkin hoitomattomaksi tai sitä hoidetaan huonosti, voi siinä tapauksessa kipu pitkittyä osalle potilaista. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105-

106.) Kivun muututtua pitkäaikaiseksi ja sen kroonistuminen johtavat siihen, että kivusta kehittyy itsenäinen sairaus (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2011, 345). Samalla kun kipu kroonistuu, se menettää myös siihen kuuluvan suojaavan merkityksensä (Vainio 2009b, 16).

Lääketieteessä krooninen kipu jaotellaan sen syntytapojen mukaan. Tämän vuoksi puhutaan nosiseptiivisestä, neuropaattisesta ja idiopaattisesta kivusta. (Vainio 2009b, 38.) Jaottelussa keskeistä onkin, että kipu ilmenee eri tavoin eri kipuryhmissä (Vainio 2009a, 106). Nosiseptiivinen kipu eli kudosaivuriokipu kertoo parhaillaan olevasta tai jatkuneesta kudosaivuriosta (Vainio 2009b, 38). Kudosaivurio voi kehittyä krooniseksi kiputilaksi, jos sen taustalla olevaa perussairautta ei saada hallintaan. Esimerkiksi reumassa tai muissa niveltulehduksissa jatkuva tulehdus ylläpitää kipua. (Vakkala 2016; Suomen kipu ry 2013, 5-6.)

Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermovauriokipua. Hermovauriokivussa hermojärjestelmään on syntynyt vika, jonka vuoksi kivusta viestittäminen jatkuu siitäkin huolimatta, vaikka kipualue on terve. Vaurio on voinut tapahtua esimerkiksi ihon hermostossa, hermosäikeissä tai kipua aistivissa keskuksissa aivoissa. (Vainio 2009b, 38.) Hermovauriokipu voi myös alkaa selaisesta tapaturmasta, joka on kohdistunut hermostoon. Muita mahdollisia aiheuttajia voivat olla hermopinne, diabetes tai aivoissa tapahtuneet muutokset. Neuropaattisen kivun syntymekanismeissa keskeistä on, että vauriot ääreishermostossa tai pysyvät muutokset kipuviestiä siirtävissä radoissa aiheuttavat lopulta kroonisen kiputilan kehittymisen. Neuropaattisessa kivussa tyypillisiä piirteitä kipualueella voivat olla pistely, polttava tunne, puutuneisuus ja tuntohäiriöt. Tämän vuoksi kipualueella olevat hermosolut eivät reagoi normaalisti, vaan kevyt ihoon kohdistuva kosketus voi laukaista pitkään kestävästä kiputilan. (Vainio 2009a, 157; Vakkala 2016.)

Idiopaattisesta kivusta puhutaan silloin, kun kipu aiheutuu ja johtuu täysin tuntemattomasta syystä. Tällöin kipualueella ei näy fyysisiä kudosaivurioita tai merkkejä hermovaurioista. Lääketieteellisesti ja tutkimuksien perusteella kipualue voikin näyttää olevan täysin kunnossa, mutta silti tuntemattomasta syystä aiheutuva kipu jatkuu. Idiopaattinen kipu ei tarkoita sitä, että kivut olisivat keksittyjä tai teeskenneltyjä. Tuntemattomasta syystä johtuva kipu tuntuu samanlaiselta kuin muutkin kivut, joihin liittyy näkyviä fyysisiä vaurioita. (Vainio 2009b, 39.)

Vuonna 2016 Suomessa tutkittiin itsenäisesti kotona asuvien ikääntyneiden kroonista kipua ja sen ilmenemismuotoja tarkemmin. Kaiken kaikkiaan kyseiseen tutkimukseen osallistui yhteensä 106 ikääntynyttä. Kerätyn aineiston avulla pystyttiin luokittelemaan ja määrittelemään yleisimmät kroonisen kivun aiheuttajat sekä sen ilmenemismuodot. Tutkimuksessa havaittiin, että kotona asuvilla ikääntyneillä pahimpia kroonisen kivun aiheuttajia olivat tuki- ja liikuntaelimestöstä johtuvat syyt, kuten selkärangan alueen vaivat sekä lonkan tai polven

alueen niveltulehdukset. Yleisin kroonisen kivun muoto oli nosiseptiivinen kipu. Nosiseptiivisestä kivusta kärsi yhteensä 61 (58%) ikääntyneitä. Toiseksi yleisin kroonisen kivun muoto oli neuropaattinen kipu, josta kärsi yhteensä 43 (40%) ikääntyneitä. Idiopaattisesta kivusta kärsi vain 2 (2%) ikäihmistä. (Rapo-Pylkkö, Haanpää & Liira 2016, 161.) Esimerkiksi jos edellä kuvattuja tilastoja ja tuloksia verrataankin muihin kansainvälisiin tieteellisiin katsauksiin, joissa ikäihmisten kroonisen kivun aiheuttajia sekä kivun ilmenemismuotoja on tarkasteltu, niin tulokset ovat hyvin samankaltaisia. Kansainvälisissä katsauksissa on todettu, että etenkin ikääntyneillä neuropaattinen kipu on lisääntynyt jatkuvasti diabeteksen ja leikkauksista johtuvien vammojen seurauksina. Myös tuki- ja liikuntaelimestön vaivat olivat olleet yleisiä myöhemmällä iällä. Kansainvälisissä katsauksissa oli käsitelty myös sitä, mistä kroonista kipua aiheuttavista vaivoista oli eniten raportoitu ikääntyneiden kohdalla. Raportointien perusteella yleisin kroonista kipua aiheuttavia vaivoja olivat nivelrikot alaselän ja kaulan alueella. Toiseksi yleisimpiä olivat olleet tuki- ja liikuntaelimestöön liittyneet vaivat. Kun taas kolmanneksi yleisimpinä kroonista kipua aiheuttavia vaivoina olivat olleet diabeteksestä johtuneet hermovaurio kivut ja neljäntenä pitkittyneet nivelkivut. (Reid ym. 2015; Molton & Terrill 2014, 197.)

Kroonisella kivulla on vaikutuksia yksilön koko elämään ja usein vaikutukset ovatkin melko negatiivisia. Krooninen kipu voikin aiheuttaa liikkumisen vähentymistä, aktiivisuuden välttämistä, kaatumisia, masennusta, ahdistusta, unihäiriötä ja eristäytymistä. (Reid ym. 2015; Dewar 2006, 33.) Erään tieteellisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin eri tutkimustuloksien tietoihin perustuen, miten krooninen kipu on vaikuttanut ja ilmennyt juuri ikääntyneillä ihmisillä. Katsaus osoitti, että kroonisen kivun huomattiin vaikuttavan ikääntyneiden käyttäytymiseen. Esimerkiksi he saattoivat vähentää tiettyjen asioiden tekemistä välttääkseen kivun tunteen pahenemisen ja varmistukseksi, etteivät he loukkaa itseään uudestaan. Ikääntyneiden kroonisen kivun seurauksena ilmenneen fyysisen aktiivisuuden vähentymisen todettiin puolestaan olevan keskeisesti yhteydessä siihen, että samalla sosiaaliset kontaktit vähentyivät ja tällöin itselleen merkityksellisiä asioita tehtiin vähemmän. Fyysisen aktiivisuuden vähentyminen lisäsi myös ikääntyneiden todennäköisyyttä painon nousun sekä ylipainon kehittymisen yleistymiseen. Muita kroonisesta kivusta aiheutuneita yleisiä ongelmia olivat negatiiviset vaikutukset nukkumiseen, erilaiset unihäiriöt ja lisääntynyt riski sairastua masennukseen. Katsauksessa todettiin, ettei krooninen kipu vaikutakaan ikääntyneillä pelkästään vain yhteen elämän osa-alueeseen. Kivun aiheuttamat haitat ovat yhteydessä niin ikääntyneen fyysiseen, sosiaaliseen kuin psyykkiseen toimintakyvyn kokonaisuuteen. (Molton & Terrill 2014, 197-198.) Esimerkiksi vertailun vuoksi Suomessakin tehdyssä tutkimuksessa huomattiin juuri samankaltaisia tuloksia ikääntyneiden kroonisen kivun ilmenemisestä. Tutkimuksessa selvisi, että kotona asuvat kroonisesta kivusta kärsivät ikääntyneet kokivat oman terveydentilansa ja liikkumisensa huonommaksi kuin sellaiset ikääntyneet, jotka eivät kärsineet pitkäaikaisesta kivusta. Kroonisesta kivusta kärsineet ikääntyneet olivat myös muihin ikääntyneisiin verrattuina surullisempia, yksinäisempiä sekä väsyneempiä. (Rapo-Pylkkö ym. 2016, 160.)

Ikääntyneiden krooniseen kipuun liittyen on hyvä huomioida, että jokainen yksilö kokee ja tiedostaa kipua omalla tavallaan. Kivun kokeminen onkin sen vuoksi subjektiivista. Kipukokemuksessa tapahtuvien aistimusten ja tuntemusten kuvailuun ei ole olemassa sellaisia menetelmiä, joilla yksilön kipukokemus voitaisiin selittää tai kuvata tyhjentävästi. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 57-58.) Kivun kokemiseen, ja siihen millainen kipukokemus lopulta on, vaikuttavat monet erilaiset ominaisuudet yksilössä itsessä. Näitä ovat perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset kivusta, sairaudet, tunteet, ymmärrys, oppimiskyky, tavat, motivaatio ja toiveet. Yhdessä kipuviesti, kivun vaimentamiseen osallistuvat sekä kivun kokemiseen vaikuttavat tekijät muodostavatkin lopputuloksena yksilöllisen kipukokemuksen. (Salanterä ym. 2006, 9; Granström 2010, 20-21.)

3 Ikääntyneiden kroonisen kivun keskeiset arviointi- ja hoitomenetelmät kotihoidossa

Kotihoito kohdentuu ensisijaisesti ikääntyneille ja pitkäaikaissairauksista kärsiville ihmisille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa kotona ollessaan. Suurimman osan kotihoidon asiakasryhmästä muodostavat iäkkäät henkilöt, jonka lisäksi muita asiakasryhmiä ovat vammais- ja päihdeasiakkaat sekä mielenterveyskuntoutujat. Pääsääntöisesti kotihoitopalveluita käyttävät kuitenkin huonokuntoiset 75-84-vuotiaat ikääntyneet, jotka ovat useimmiten monisairaita. Heillä voi olla esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelämistön sairauksia, diabetesta, hengitysteiden sairauksia, syöpää, dementoivia sairauksia sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Ikonen 2013, 15-43.) Keskeiset käytettävät kroonisen kivun arviointi- ja hoitomenetelmät on rajattu käsittelemään tässä opinnäytetyössä ikääntyneitä yleisenä ryhmänä erottelematta arvioinnin ja hoidon toteutustapoja sairauskohtaisesti. Menetelmien kuvauksissa on kuitenkin otettu huomioon ikäihmiset, joilla kognitiiviset taidot ovat heikentyneet.

3.1 Kroonisen kivun arviointimenetelmät ikääntyneillä

Ennen kuin kroonisen kivun hoito voidaan aloittaa, on ensimmäisenä tehtävä kroonisen kivun arviointi, jonka avulla saadaan tietoa kivun sijainnista, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista. Kroonisen kivun arvioinnissa käytettävät arviointimittarit ovat keskeisessä osassa, sillä ne mahdollistavat hoidon vaikuttavuuden seurannan. Pelkkä kivun voimakkuuden arvioiminen ei ole kuitenkaan riittävää kroonisessa kivussa, vaan sen lisäksi tulisi myös tarkastella sitä, miten hoito on vaikuttanut yksilön kivun kokemiseen, ja millaisia haittavaikutuksia on mahdollisesti hoidon aikana ilmennyt. Myös kivun muoto tulisi selvittää, jotta hoidon kannalta keskeiset hoitotavoitteet voidaan määrittää. (Tiaki 2014, 22-23.)

Ikääntyneiden kohdalla kroonisen kivun arvioinnissa tulee huomioida, että kivun kokeminen on subjektiivista, ja arviointia tulee toteuttaa yksilölle sopivimmilla tavoilla. Kansainvälisen suosituksen mukaan ikääntyneille tehtävä kroonisen kivun arviointi pitää kokonaisuudessaan sisältää aikaisemman lääkehistorian lyhyen läpikäymisen, fyysisen toimintakyvyn ja

biopsykososiaalisen tekijöiden arvioimisen, kroonisten sairauksien sekä tämänhetkisen lääkeytyksen selvittämisen. Esimerkiksi lääkitystä läpikäymällä saadaan tietoa siitä, onko samanaikaisesti käytössä muitakin lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiineja, masennuslääkkeitä tai muita ilman reseptejä saatavia lääkkeitä. Arvioinnissa tulisi myös tarkistaa ikääntyneen allergiat sekä aikaisemmat allergiset reaktiot. Hoitajan keskeisenä tehtävänä osana arviointia on ottaa selvää kivun keskeisistä piirteistä kuten siitä, kuinka usein kipua on esiintynyt, kuinka voimakasta se on, ja miten se on vaikuttanut ikääntyneen toimintaan, ja millaiset tekijät ovat lisänneet tai pahentaneet kipua. Arviointia tehtäessä tulisi aina käyttää näyttöön perustuvia arviointimenetelmiä. (Guerriero, Bolier, Van Cleave & Reid 2016.) Hoitotyön tutkijat ovat tutkineet myös sitä, miten kivun voimakkuutta mittaavat arviointimenetelmät soveltuvat käytettäväksi ikääntyneillä. Tuloksien perusteella on voitu todeta, että yleisesti käytössä olevat arviointimittarit, kuten verbaalinen eli VRS -kipumittari, numeraalinen eli NRS -kipumittari, kuvallinen eli VAS -kipumittari sekä kipukasvokipumittari eli FPS -kipumittari ovat tutkitusti luotettavia sekä päteviä ja ne soveltuvat ikääntyneiden kroonisen kivun arviointien tekemiseen. (Dewar 2006, 34; Arnstein ym. 2017.)

Kun kansainvälisissä suosituksissa kuvattuja ohjeita verrataan esimerkiksi suomalaisten perusterveydenhuollon ammattilaisia varten tehtyyn kivun Käypä hoito -suositukseen, jossa sisältö on enimmäkseen rajattu käsittelemään yleisimpiä pitkäaikaisia tuki- ja liikuntaelimistön, neuropaattisia ja fibromyalgiaan liittyviä kiputiloja, arvioinnin osa-alueet ovat hyvin samankaltaisia. Käypä hoito -suosituksessa on kuitenkin korostettu ensisijaisesti sitä, että kivun arvioimisen lähtökohtana tulisi olla potilaan oma arvio kokemastaan kivusta. Suomalaisessa suosituksissa on myös mainittu, että kivun arvioinnin osa-alueisiin kuuluukin selvittää kivun kesto, sen tyyppi ja sijainti. Muita kuvattuja käytäntöjä kivun arvioinnin tekemisen suhteen ovat, että kivun voimakkuutta tulisi arvioida yleisesti käytössä olevilla kipumittareilla, kuten kipujan, numeerisen asteikon, sanallisen arvioin tai kasvokuvien avulla. Arvioinnissa ei tule unohtaa sensorisia, motorisia tai muita ilmeneviä oireita. Suosituksessa korostetaan myös psyykkisten tekijöiden arviointia, jota voidaan tehdä esimerkiksi BDI -kyselyn tai GAD-7 -testin avulla. Myös elämäntavat ja sosiaaliset tekijät, kuten ajatukset ja tunteet liittyen kipuun, tämänhetkinen elämänlaatu, liikuntatottumukset, sosiaaliset verkostot, päihteiden käyttö sekä tarve tavata muita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia tulisi ottaa huomioon osana kivun arviointia. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Lievistä kognitiivisista ongelmista kärsivien ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnista ja sen toteutuksesta on tutkimuksissakin voitu todeta, että yksilön itseilmaisuuksiin perustuvat yleiset kivunarviointimittarit soveltuvat myös heille hyvin käytettäväksi. Ja niitä suositellaan myös käytettävän heillä ensisijaisina kivunarviointimenetelminä. Mikäli kognitiiviset taidot ovat huomattavasti heikentyneet esimerkiksi dementiaan sairastumisen myötä, jolloin ikääntynyt ei kykene ilmaisemaan kokemaansa kipua numeroin tai sanoin. Siinä tapauksessa kivunarviointimenetelmäksi suositellaan käytettävän ikääntyneen käytöksen havainnointiin perustuvia

kipua mittaavia mittareita. Kivun havainnointiin perustuvien mittarien käyttöön ottamisessa on kuitenkin todettu liittyvän haasteita, sillä niiden käyttö voi vaatia koulutusta. Osa havainnointimittareista on myös vastaikään kehitetty, jonka vuoksi ne voivat tietyltä osin olla vielä kehityksen alkuvaiheissa. Tällä hetkellä ikääntyneiden kivun havainnointiin on kuitenkin jo kehitetty useita mittareita, kuten CNPI-, DS-DAT-, MPS-, Dolopius-2-, PACSLAC- ja PAINAD-kipumittarit. (Ni Thuathail & Welford 2011, 39-46; Arnstein ym. 2017.)

Vaikeista kognitiivisista ongelmista kärsivien ikääntyneiden kivun arviointien tekemisen on todettu olevan haasteellista, sillä arviointien toteuttamiseen ei ole olemassa selkeitä ohjeistuksia. Tämän vuoksi toisaalta tarvitaankin lisää tutkimustietoa sen suhteen, mitkä kivun havainnointimittareista ovat toimivimpia ja luotettavimpia kyseisistä ongelmista kärsivillä ikääntyneillä. Tiedon puute havainnointimittarien luotettavuudesta tai niiden hyödyllisyydestä ei tulisi olla kuitenkaan este sille, etteikö kivun arviointia tehtäisi myös vaikeistakin kognitiivisista ongelmista kärsiville ikääntyneille. Nyt kehitetyt havainnointiin perustuvat mittarit ovat yleisesti hyväksytyjä ja niistä lupaavimpia ovat olleet Dolopius-2-, PACSLAC- ja PAINAD -kipumittarit. Tällä hetkellä viimeisin suositus vaikeista kognitiivisista ongelmista kärsivien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointien tekemisestä on, että kivun arviointia toteuttavien hoitajien suositellaan itse päättämään omassa työryhmässään, mitä kivun arviointimittareita he voisivat käyttää sellaisilla ikääntyneillä, joilla kognitiiviset taidot ovat huomattavasti heikentyneet. (Ni Thuathail & Welford 2011, 39-46; Arnstein ym. 2017.)

3.2 Kroonisen kivun hoitomenetelmät ikääntyneillä

Krooniselle kivulle on tyypillistä, ettei se ole aina tunnistettavissa tai kokonaan hoidettavissa. Tämän vuoksi hoitamisessa tavoitteet usein keskittyvät siihen, miten kipua voidaan minimoida joka päiväisessä elämässä. (Tiaki 2014, 22.) Etenkin ikääntyneiden kohdalla on tärkeää tiedostaa, ettei toimintakykyyn vaikuttava krooninen kipu kuulu normaaliin vanhenemiseen. Eri tutkimukset ovatkin osoittaneet, että monet ikäihmiset voivat pitää pitkittynyttä kipua normaalina tai odotettuna osana vanhenemista. Tänä päivänä monien kroonista kipua aiheuttavien kiputilojen hoitaminen on kuitenkin tehty mahdolliseksi. Ja jos kipua pidetään normaalina osana ikäihmisten vanhenemista, vaarana on, ettei ikääntynyt kerro omista kivustaan tai osaa hakea apua niihin. (Molton & Terrill 2014, 199-200.)

Eri kansainvälisten kipuyhdistyksien julkaisemissa ikääntyneiden kroonista kipua käsiteltävissä hoitosuosituksissa suositellaan ensisijaisesti moniammatillista lähestymistapaa, jossa tiimin jäsenenä voi olla hoitajia, fysioterapeutteja, lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä. Moniammatillisen tiimityöskentelyn merkitystä on näissä tehdyissä suosituksissa korostettu, sillä se mahdollistaa monipuolisen arvioinnin tekemisen ikääntyneen tilanteesta. Yhteistyön avulla hoidolle saadaan laadittua realistiset tavoitteet, jonka lisäksi hoidon toteutuksessa voidaan käyttää yksilöllisesti soveltuvia näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä. Hoidon suunnittelussa ja hoitomenetelmien valitsemisessa tulisi aina huomioida myös ikääntyneen omat mieltymykset

ja yksilölliset vasteet hoitoon sekä eri menetelmiin liittyvät edut ja haitat. Viimeisimmissä tehdyissä suosituksissa ollaan laajasti yksimielisiä sen suhteen, että kroonisen kivun hoito vaatii moninäkemyksellistä lähestymistapaa, jossa hyödynnetään lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (Guerriero ym. 2016; Arnstein ym. 2017.)

Ikääntyneiden kohdalla kroonisen kivun hoidossa käytettäviä kipulääkkeitä valittaessa tulee ottaa huomioon muut taustalla olevat sairaudet sekä muut käytössä olevat lääkkeet, koska niillä voi olla vaikutuksia kipulääkkeiden tehoon. Kipulääkkeillä voi olla puolestaan taas yhteisvaikutuksia muiden ikäihmisen käytössä olevien lääkkeiden kanssa. Sopivan kipulääkkeen valitseminen tulisikin perustua huolellisen riskiarvioinnin tekemiseen. Ikääntyneillä ensisijaiseksi kipulääkkeeksi suositellaan käytettävän Parasetamolia. Toisaalta taas tutkimukset ovat osoittaneet NSAID -kipulääkkeiden tuottavan paremman kivunlievityksen kuin Parasetamoli, mutta haittavaikutuksien vuoksi niiden käyttämistä kipulääkkeenä voidaan suositella vain lyhyen ajan verran. NSAID -kipulääkkeiden käyttämistä tulisi kuitenkin välttää etenkin sellaisilla ikäihmisillä, joilla on aikaisempaa historiaa mahahaavoista, munuaissairauksista tai sydämen vajaatoiminnasta. Opioideja suositellaan harkitsevan otettavan käyttöön vasta silloin, jos ikääntyneen kipua ei muuten saada hallintaan. Ennen opioidien käytön aloittamista suositellaan myös riskiarvioinnin tekemistä mahdollisen väärinkäytön toteamiseksi. Turvallisen lääkeshoidon takaamiseksi tiedon antaminen opioidien käyttämisestä niin ikääntyneelle kuin myös hänestä huolta pitäville on keskeistä. Kun opioidien käyttö aloitetaan avohoidossa, on ensisijaisen tärkeää seurata tiiviisti niiden käytöstä seuraavia etuja ja haittoja. Tyypillisesti opioidien käytöstä johtuvat haittavaikutukset ilmenevät 1-2 viikon kuluessa hoidon aloituksesta tai annoksen vahvuuden muutoksista. (Arnstein ym. 2017, Guerriero ym. 2016.)

Ikääntyneillä kipulääkkeiden käyttö suositellaan aloitettavan alkuun pienillä annoksilla seuraten samalla niiden vastetta. Välttämällä kuitenkin jäämistä liian pieniin annoksiin, mikäli kipulääkitys ei ole riittävä. Muutoin vaarana on kroonisen kivun alihoidaminen. Lääkehoidon aktiivisen seurannan avulla mahdollistetaan aloitetun kipulääkityksen luotettava jatkaminen etenkin, jos arviointien perusteella voidaan osoittaa, että käytössä oleva kipulääke on riittävän tehokas kivun lievittämisessä. Jatkuva kivun arvioiminen auttaa myös tarkastelemaan hoidolle asetettuja tavoitteita. Esimerkiksi hoidossa seurattaviksi tavoitteiksi on voitu asettaa, että koettuja kipuja on saatu vähennettyä, aktiivisuutta on onnistuttu lisäämään tai hoidossa ilmenneisiin vaikutuksiin osataan reagoida tarvittaessa vaihtamalla esimerkiksi kipulääke toiseen. (Guerriero ym. 2016.)

Kipulääkkeiden optimaalisen annoksen löytäminen sekä sivuvaikutuksien arvioiminen etukäteen on vaikeaa ikäihmisillä. Vanhenemisesta johtuvat muutokset vaikuttavat niin lääkkeiden imeytymiseen, munuaisten toimintaan kuin myös maksa-aineenvaihduntaan. Nämä muutokset tuovat puolestaan omat rajoitukset käytettävissä oleviin hoitovaihtoehtoihin. Kuten edellisessä kappaleessa kuvattiin hoidon tavoitteiden seuraamisen tärkeydestä, on myös hoidon

vaikuttavuuden seurannan osalta keskeistä havainnoida, miten hoito on vaikuttanut ikääntyneen aktiivisuuteen fyysisesti, sosiaalisesti ja esimerkiksi erilaisiin virkistystoimintoihin osallistumisena. Etenkin lääkehoidon toteutuksen onnistumisessa korostuu yhteistyö ikäihmisen, hänen omaistensa ja hoitajan välillä. Monet ikääntyneet saattavatkin välttää kipulääkkeiden käyttämistä niistä aiheutuvien haittojen takia, jonka vuoksi tiedon antaminen lääkkeitä, mahdollisista esiintyvistä haitoista sekä lääkkeiden käyttöön liittyvistä huolista on tärkeää käydä yhdessä läpi. Kotihoitajillakin keskeisenä tehtävä kivun hoidon seurannassa on, että he käyvät läpi, miten kipulääke on vaikuttanut, onko siitä aiheutunut haittavaikutuksia, ja miten vatsantoiminta on onnistunut kipulääkkeiden käytön aikana. (Guerriero ym. 2016.)

Ikääntyneiden kroonisten kiputilojen hoidossa kipulääkkeiden käyttäminen on usein välttämätöntä, vaikkakin kipulääkkeiden vaikutus jää usein väliaikaiseksi. Tämän vuoksi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntäminen osana ikäihmisten kivun hoitosuunnitelmaa on tarpeellista. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien ei tule kuitenkaan korvata kipulääkkeitä, mutta niiden käyttämisestä voivat erityisesti hyötyä myös sellaisetkin ikääntyneet, jotka eivät halua tai kykene ottamaan kipulääkkeitä säännöllisesti. Nykyisissä hoitosuosituksissa on todettu, että lääkkeettömillä hoitokeinoilla voidaan merkittävästi vaikuttaa kroonisen kivun hoitoon. Tästä johtuen hoitajia suositellaan kannustavan ikäihmisiä käyttämään esimerkiksi mieleen, kehoon tai sosiaalisen kanssakäymiseen vaikuttavia menetelmiä osana kroonisen kivun hoitoa. (Guerriero ym. 2016.)

Käytännössä lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä voidaan tarkastella kahden erilaisen lähestymistavan avulla. Ensimmäisessä lähestymistavassa käytettävänä hoitokeinoina korostetaan luontaistuotteiden hyödyntämistä, kuten yrttien, vitamiinien ja mineraalien käyttöä osana kivun hoitoa. Toisessa lähestymistavassa hoitomenetelminä korostetaan puolestaan mieleen ja kehoon vaikuttavia keinoja, kuten joogaa, meditaatiota, akupunktioita ja rentoutusharjoitusten tekemistä kivun helpottamiseksi. Kaikki lääkkeettömät hoitokeinot eivät kuitenkaan ole aina halpoja, vaarattomia ja helppokäyttöisiä. Tutkimuksien mukaan ikääntyneillä eniten käytetyimpiä lääkkeettömiä hoitokeinoja olivat olleet terapeuttiset harjoitukset, voiteet, erilaiset itsehoitotekniikat sekä tuen saaminen. (Guerriero ym. 2016.) Itsehoitotekniikoista ikääntyneet ovat eniten käyttäneet hierontaa, liikuntaharjoituksia ja fysioterapiaa. Sen lisäksi ikäihmiset ovat kokeneet tärkeiksi lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi myös kannustavat hoitokeskustelut hoitajien kanssa. Ikääntyneet haluavat saada tukea hoitajilta sekä samalla keskustella kipuun liittyvistä ongelmista. (Dewar 2006, 35.) Pitkäaikaisten kiputilojen hoidosahan suomalainen Käypä hoito -suositus suositelleekin sitä, että lääkkeettömiä hoitomenetelmiä tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista. Suomessa käytetyimpiä pitkäaikaisten kiputilojen lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat olleet liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, fysikaaliset hoidot, kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.)

4 Hoitajien osaamisen haasteet ikääntyneiden kroonisessa kivussa

Hoitajat kohtaavat ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin tekemisen kohdalla omanlaisiaan haasteita. Yleensä arvioinnin tekeminen on vaativaa ikääntyneen taustalla olevista sairauksista johtuen. Haasteita arvioinnin tekemiseen tuovat niin muu käytössä oleva lääkitys kuin heidän voimakkaampi reagointi kipulääkkeiden käyttöön. Tutkimuksissa on voitu myös osoittaa, että ikäihmisen omat uskomukset ja asenteet kroonista kipua kohtaan vaikeuttavat arviointia. Esimerkiksi ikääntyneet eivät välttämättä halua kertoa kokemastaan kivusta. Kertomatta jättämisen syynä voi olla, ettei hoitajia haluta häiritä mainitsemalla asiasta. Ikääntyneet voivat myös ajatella, että kivusta valittaminen tekee hoitajista etäisempiä ja tällöin heiltä saadun sosiaalinen tuen määrän uskotaan vähentyvän. (Dewar 2006, 34-35.) Myös myöhemmällä iällä ilmenevien kognitiivisten taitojen heikentyminen sekä keskustelutaitojen menettäminen ovat yleisiä ongelmia, mitkä vaikeuttavat hoitajien kroonisen kivun arvioinnin tekemistä (Guerriero ym. 2016). Kroonisen kivun arvioinnin haasteellisuutta lisäävänä tekijänä on myös tutkimuksissa pidetty hoitajien tiedon ja ymmärryksen puutetta siitä, kuinka monimutkainen asia krooninen kipu on. Hoitajienkin omilla uskomuksilla ja asenteilla ikääntyneiden kipukokemuksia kohtaan on myös todettu olevan vaikutuksia siihen, miten kivun arviointia on toteutettu. (Dewar 2006, 34-35.) Tehokkaan pitkäaikaisen kivun arviointien esteiksi on havaittu, ettei hoitajilla ole riittävästi aikaa niiden tekemiseen eikä riittämättömästi kipulääkityksestä raportoida riittävästi (Baumann 2009, 78).

Usein krooninen kipu jää ikääntyneillä kokonaan hoitamattomaksi tai sen hoitaminen on riittämätöntä, sillä vanhenemiseen liittyvät fysiologiset muutokset lääkkeiden imeytymisessä ja poistumisessa elimistöstä, monisairaudet sekä muu käytössä oleva lääkitys rajoittavat vaihtoehtoja kipulääkkeiden käytössä (Guerriero ym. 2016). Hoidonkin osalta hoitajien tiedon puutteen on osoitettu olevan yksi keskeisimmistä syistä, minkä vuoksi ikääntyneiden kroonista kipua ei osata hoitaa riittävästi. Esimerkiksi eräässä hoivakoteihin ja kotihoitoon keskittyneessä tutkimuksessa havaittiin siellä työskentelevien hoitajien tunnistavan tarvitsevan lisää tietoa kroonisesta kivun hoitamisesta ja siitä, miten ikääntyneen samanaikaiset sairaudet sekä muu käytössä oleva lääkitys tulisi ottaa huomioon oikeanlaisessa sekä riittävässä ikääntyneiden kroonisen kivun hoidossa. (Dewar 2006, 35.) Hoidon toteutuksen haasteena on ollut myös, että ikääntyneet ovat vastahakoisempia käyttämään kipulääkkeitä. Kipulääkkeitä ottaessaan he käyttävät paljon pienempiä annoksia ja yleensä harvemmin kuin on määrätty. Ikääntyneillä tämän tyyppisen käytöksen takana on usein koukkuun jäämisen tai sivuvaikutuksien pelko. (Molton & Terill 2014, 201-202.)

Ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteutukseen liittyen, esimerkiksi Koreassa tutkittiin pienituloisille ikääntyneille kotikäyntejä tekevien hoitajien näkökulmasta kroonisen kivun hoitamisessa esiintyneitä haasteita. Tutkimuksen perusteella hoidon toteutuksessa ilmenneet haasteet voitiin luokitella potilaista, hoitajista ja organisaatiosta johtuviksi. Potilaiden

kohdalla haasteita hoidossa tuottivat ikäihmisten tiedon puute pitkäaikaisen kivun itsehoitotekniikoista. Kipua saatettiin hoitaa vääriin tavoilla tai tekniikoilla, joista seurasi enemmänkin kipujen pahenemista kuin niiden helpottumista. Monet ikääntyneet eivät olleet myöskään valmiita sitoutumaan kroonisen kivun hoitoon, johon omalta osaltaan vaikuttivat heidän heikentynyt keskittymiskyky, jaksaminen ja alentunut muisti. Hoitajissa haasteita kroonisen kivun hoidossa tuottivat taas se, että he kokivat vaikeaksi saada ikäihmiset motivoitumaan sellaiseen liikkumiseen, joka auttaisi kipuun. Usein ikäihmiset eivät uskoneetkaan harjoitteista olevan apua pitkittyneeseen kipuun. Ikääntyneet ottivatkin mieluummin vastaan neuvoja tutuilta kuin terveydenhuollon ammattilaisilta saamaansa opetusta. Hoitajien aikaisemmat väärinkäsitykset kroonisen kivun hoidosta olivat myös yhteydessä heikkoon kivun hoitoon. Osa hoitajista koki kotikäyntien olevan hyödyttömiä, koska kroonista kipua ei voitu parantaa tai ongelmaa ei voitu ratkaista pysyvästi. Hoitajien tiedon puute kroonisen kivun hoidosta vaikutti toimintaan siten, ettei päätöksiä voitu sen vuoksi tehdä. Kaikille ikääntyneille tarjottiin usein samat neuvot kivun hoitoon eikä yksilöllisyyttä pystytty ottamaan huomioon ohjeita antaessa. Tämän lisäksi hoitajat arvioivat kipua eri tavoin kuin ikääntynyt itse. Viimeiseksi organisaation näkökulmasta ikääntyneiden kroonisen kivun hoitamisen haasteita aiheuttivat riittämätön henkilöstömäärä ja aika sen suhteen, kuinka suuri potilasmäärä oli yhtä hoitajaa kohden. Myös ohjeistuksien puuttumisella oli vaikutuksia hoitajien varmuuteen kertoa ja antaa tietoa kroonisesta kivusta. (Park, Park & Park 2016.)

Eräissä ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa käsittelevässä tutkimuksessa todettiin myös sitä, että hoitajien ikääntyneen kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon osaamisen kehittämiseksi tarvittaisiin lisäyhteistyötä. Yleensä hoitajat konsultoivat lääkäriä ikääntyneen kroonista kivun arviointiin ja hoitoon liittyen. Useat tutkijat ovat kuitenkin havainneet, että monien yleislääkärin mielestä ikääntyneen kroonisen kivun hoito on haastavaa. Tämän vuoksi tutkimuksessa suositellaankin, että hoitajilla olisi mahdollisuus konsultoida hoidossa yleislääkärin lisäksi myös krooniseen kivun arviointiin ja hoitoon erikoistuneita asiantuntijoita, jotta hoitajien osaaminen voisi kehittyä. Samassa tutkimuksessa mainittiin, että organisaatiokulttuurin ja siellä olevien käytäntöjen merkityksiä hoitajien osaamisen kehittämistyössä on tutkittu vielä vähän. Tällä hetkellä niiden kuitenkin tiedetään vaikuttavan siihen, miten ikääntyneen kroonista kipua hoidetaan. (Dewar 2006, 36.)

Tutkimuksien perusteella on voitu osoittaa, että onnistunut kroonisen kivun hoidon toteutus vaatii monipuolista lähestymistapaa, jossa organisaatio on suunnitellut toimintatavat ja käytännöt esimerkiksi sen suhteen, miten kroonisen kivun arviointi toteutetaan. Myös sitoutumalla pidemmällä aikavälillä tapahtuvaan koulutukseen voidaan tukea hoitajien ikäihmisten onnistunutta kroonisen kivun hoitoa. (Dewar 2006, 36.) Organisaation toiminnan merkitystä ja hoitajien osaamisen kehittämisen näkökulmasta kuvaavana tapausesimerkinä toimii Suomessa tehty tutkimus, jossa tutkittiin yliopistosairaalahenkilökunnan näkemyksiä kivun arvioimisesta ja sen mittaamisesta. Tutkimuksessa voitiin todeta, että yhteisten käytäntöjen

puuttumisella oli vaikutuksia kipumittarien käyttämiseen. Hoitajat saattoivat jättää käyttämättä kipumittaria, jos yhteiset käytännöt, kipumittarin käytön ohjeistus ja kipumittarit itsessään puuttuivat tai kipumittarin käyttö ei kuulunut osastolla säännölliseksi tavaksi. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mielestä kivun arviointia edistäisi sen systemaattinen tekeminen esimerkiksi vakiinnuttamalla se käytäntöön kirjallisten ohjeiden tai riittävän kivun arviointiin tarvittavan välineistön avulla. Myös yhteisistä käytännöistä ja toiminnan yhtenäistäminen, päivittäinen kirjaamisen sekä koulutuksen lisääminen eri kivun arviointimittarien mieleen palauttamiseksi koettiin kivun arviointia edistäviksi ja osaamista kehittäviksi tekijöiksi. (Formisto 2017, 21-24.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pääkaupunkiseudulla sijaitsevan kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista niin, että hoitajat tuovat tutkimuksen avulla esille omaa toimintaansa arvioidessaan ja hoitaessaan ikääntyneiden kroonista kipua. Tavoitteena oli tehdä saatujen tuloksien pohjalta suositukset siitä, millä tavoin ikääntyneen kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voitaisiin jatkossa toteuttaa kyseisessä kotihoidossa. Tehdyjen suositusten avulla haluttiin samalla auttaa hoitajia kehittämään kroonisen kivun osaamistaan tuomalla esille myös heidän toimintaansa vaikuttaneita asioita. Käsiteltäväksi tutkimusongelmaksi rajattiin pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamisen tutkiminen, jota selvitettiin näiden kolmen tutkimuskysymyksen avulla:

1. Millaista ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista hoitajilla on?
2. Millaiset asiat ovat vaikuttaneet hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamiseen?
3. Miten hoitajat kehittäisivät ikääntyneiden kroonisen kivun osaamistaan?

6 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaan. Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska siinä keskeisenä pyrkimyksenä on kuvata ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tietynlaista toimintaa tai antaa riittävän mielekäs teoreettinen tulkinta kuvatulle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-74). Laadullinen tutkimustapa mahdollisti sen, että pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista voitiin kuvata ilmiönä, jolloin osaamista sekä heidän toimintatapoja on voitu ymmärtää sitä kautta paremmin. Tutkimusaineisto kerättiin tässä opinnäytetyössä haastatteluiden avulla, koska haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava ja sen avulla tutkittavasta aiheesta pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelu sopii myös menetelmänä käytettäväksi sellaisille tutkittaville, joille tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on ennestään tuttu joko kokemuksen tai tiedon kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-74.)

6.1 Kohderyhmän kuvaus

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä toimivat pääkaupunkiseudun kotihoidossa työskentelevät hoitajat. Luotettavan tiedon saamiseksi kohderyhmä rajattiin koskevan vain kyseisen yhteistyökumppanina toimineen pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajia, sillä heillä on kokemusta ja tietoa ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteutuksesta päivittäisen käytännön työn kautta. Esimerkiksi he kohtaavat lähes päivittäin pitkäaikaisista kiputiloista kärsiviä ikäihmisiä. Hoitajien kohderyhmäksi valitsemisella on varmistettu myös ajankohtaisen tiedon keruun saanti ja tutkittavan ilmiön parempi ymmärtäminen kyseisen kotihoidon näkökulmasta.

6.2 Aineiston keruu

Analysointivaihetta varten tutkimusaineisto hankittiin ryhmähaastatteluiden avulla. Se valikoitui käytettäväksi aineistonkeruumenetelmäksi, koska se on ollut hyvin käytetty metodi eri tieteenaloiilla etenkin 1990- ja 2000-luvuilla. Aineiston keräämisenkin näkökulmasta ryhmähaastattelut mahdollistavat osallistujien yksilöllisten käsityksien, kokemusten ja ryhmässä tuotetun yhteisymmärryksen tutkimista. Mutta myös moniin muihin aineistotyyppisiin verraten, ryhmähaastattelu pystyy tuomaan enemmän esille osallistujien moniäänisyyttä. (Pietilä 2017, 111-113.) Ryhmähaastattelut toteutettiin opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimineen pääkaupunkiseudun kotihoidossa kahtena erillisenä kertana maaliskuussa vuonna 2018. Kahden erillisen haastattelukerran järjestämisen tarkoituksena oli, että mahdollisimman moni kyseissä kotihoidossa työskentelevä hoitaja pääsisi osallistumaan tutkimukseen. Alkuperäisenä tavoitteena oli, että haastatteluihin osallistuisi vähintään 5-10 hoitajaa, mutta kokonaismäärä nousi lopulta yhteensä 15 hoitajaan. Ennen sovittuja haastatteluajankohtia hoitajille jätettiin tiedote tutkimuksesta luettavaksi, jotta he olisivat haastattelupäivinä tietoisia siitä, mihin he ovat osallistumassa (Liite 3).

Ryhmähaastatteluita tehdessä on mukailtu kahden haastattelijan toteuttamaa fokusryhmähaastattelumenetelmää, jossa osallistujia pyritään ohjamaan keskustelemaan vain tietyistä aihealueista (Ronkainen ym. 2013, 116). Valittua menetelmää haluttiin hyödyntää, sillä esimerkiksi Vilka on kirjallisessa teoksessaan todennut viitaten Hirsijärveen ja Hurmeeseen, että fokusryhmähaastattelun avulla voidaan paljastaa aiheeseen liittyviä asenteita sekä kehittää ideoita tai toimipaikan toimintaa (Vilka 2005, 102). Haastattelutilanteissa toisena osallistuvana haastattelijana toimi Laurea ammattikorkeakoulussa opiskeleva sairaanhoitajaopiskelija, jolla on kokemusasiantuntijan taustaa kroonisesta kivusta. Haastattelupäivinä hänen vastuullaan oli huolehtia nauhoituksen toteutumisesta, muistiinpanojen kirjoittamisesta sekä lopuksi kertoa haastattelukysymysten jälkeen tietoa siitä, miten krooninen voi vaikuttaa elämään. Toteutetulla työnjaolla pyrittiin siihen, että tutkijana on mahdollista keskittyä vain haastattelutilanteiden ohjaamiseen ja suunniteltujen kysymysten kysymiseen. Tiedonantajilta kysytyt haastattelukysymykset käsittelivät hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin

ja hoidon osaamista, osaamiseen vaikuttaneita asioita, sekä miten osaamista voitaisiin kehittää. Haastattelukysymykset ja -runko ovat erikseen kuvattu liitteessä (Liite 4).

Molemmat ryhmähaastattelukerrat nauhoitettiin, jonka jälkeen kaikilta osallistuneilta pyydettiin vielä allekirjoitus suostumuslomakkeeseen. Suostumuslomakkeessa pyydettiin lupaa kerätyn haastatteluaineiston käyttämiseen tässä opinnäytetyössä (Liite 5). Nauhoitusten jälkeen kerätty aineisto litteroitiin eli se kirjoitettiin puhtaaksi. Litterointia tehdessä sen tarkkuuteen vaikuttavat, kuinka tarkasti aineisto halutaan analysoida, ja millaisia vuorovaikutuksen piirteitä tutkijalla on tarkoitus käyttää tulkinnoissa. Yleensä puhtaaksi kirjoittamisen riittävänä sisältönä on pidetty puhutun sisällön ja yksinkertaisen vuorovaikutuspiirteiden kirjaamista, mikäli tutkimuksessa analyysi toteutetaan sisältöä luokittelemalla tai teemoittelemalla. (Ronkainen, Pehkonen, Lindholm-Yläne & Paavilainen 2013, 119.) Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä haastatteluaineistosta puhtaaksi kirjoitettiin vain puhutut ilmaisut sekä keskusteluille omaiset piirteet. Yksityiskohtaisempi kuvailu ei ollut tarpeellista tutkimuskysymysten tulosten analysoinnin näkökulmasta.

6.3 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa perusanalyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Tuomi ja Saarijärvi ovat kirjoittaneetkin laadullisen tutkimuksen analysoimisesta yhdysvaltalaiseen lähteeseen viitaten siten, että aineistoa voidaan analysoida joko induktiivisella tai deduktiivisella sisällönanalyysillä. Esimerkiksi aineistolähtöinen eli induktiiviseen sisällönanalyysin perustuva menetelmä voidaan jakaa vielä kolmivaiheiseksi prosessiksi, jossa ensimmäisessä vaiheessa hankittu aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Toisessa vaiheessa se klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopulta kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli siitä luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-111.) Edellä kuvattujen laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaan soveltuvimmaksi käytettäväksi perusanalyysimenetelmäksi valikoitui tässä opinnäytetyössä induktiivinen sisällönanalyysi nauhoitetun haastatteluaineiston myötä.

Kun analysointi aloitettiin hankitun ryhmähaastatteluiden aineiston resudoinnilla, auki kirjoitettu haastatteluaineisto pelkistettiin niin, että tutkimukselle epäolennainen tieto jätettiin pois. Käytännössä pelkistämävaiheessa vain tutkimuskysymyksiä kuvaavat ilmaisut poimittiin litteroidusta aineistosta. Kuvaavat alkuperäisilmaisut kasattiin tämän jälkeen yhteen erillisille papereille aineiston ryhmittelemistä varten. Ryhmittelyn avulla samoja asioita kuvaavista alkuperäisilmaisusta saatiin luotua alaluokkia, jotka voitiin puolestaan ryhmitellä uudelleen yläluokiksi ja vielä isommiksi pääluokiksi (Liitteet 6 & 7). Ryhmittelyn jälkeen analysoiminen eteni abstrahointiin, jossa tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen perusteella muodostettiin teoreettiset käsitteet. Tällöin aineistoissa kuvatut alkuperäisilmaisut voitiin käsitteellistää ja näistä muodostuneiden käsitteiden avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.)

7 Opinnäytetyön tutkimustulokset

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista on raportoitu kolmessa eri kappaleessa tutkimuskysymyksittäin omien pääotsikoidensa alla. Ensimmäisessä tulosten esittely kappaleessa läpikäydään yhteistyökumppanina toimineen pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon tämänhetkistä toteutusta sekä nykyosaamista. Toisessa tulosten esittely kappaleessa on kuvattu kotihoidon hoitajien osaamiseen vaikuttaneita asioita. Kolmannen kappaleessa on käsitelty sellaisia toimintoja, millä tavoin kotihoidon hoitajat haluaisivat jatkossa kehittää nykyosaamistaan. Kappaleiden sisältö on rakennettu niin, että ensin on mainittu tutkimuskysymys, jonka jälkeen keskeiset tulokset on kuvattu aineiston analyysin myötä muodostuneilla pääkäsitteillä. Tämän jälkeen pääkäsitteiden taustoja on kuvattu ja selitetty vielä tarkemmin. Luotettavuuden lisäämiseksi myös haastatteluaineistojen alkuperäisilmaisuja on hyödynnetty tutkimustuloksien raportointiosioissa.

7.1 Ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteutuminen

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, millaista ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajilla on. Käsitellen sen, miten ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa on toteutettu. Tuloksina arvioinnin osalta oli, että pääkaupunkiseudun kotihoidossa ikääntyneiden kroonista kipua on arvioitu yksilöllisesti hoitotoimenpide- ja vuorovaikutustilanteissa. Yksilöllistä kroonisen kivun arviointia on tehty asiakaskäyntien sekä erilaisten hoitotoimien yhteydessä, kuten kipulaastarien vaihtojen aikana. Kroonisen kivun arviointia on toteutettu myös tulkitsemalla ikääntyneiden sanantonta viestintää havainnoiden kipua ilmeistä, eleistä ja liikkeistä.

Pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien kroonisen kivun aiheuttamien vaikutuksien seuranta ikääntyneillä ja kivun esiintymisen arviointi ovat perustuneet ikääntyneiden käytöksessä tapahtuvien muutoksien havainnointiin ja niiden seurantaan. Hoitajat ovat pystyneet tunnistamaan kroonisen kivun vaikutuksia niin, että he ovat voineet huomata esimerkiksi ikääntyneen alkaneen aristamaan kävelyä normaalista poiketen. Tai toimintakyvyn on havaittu muuttuneen niin, ettei aikaisemmin onnistuneiden arkitoimintojen tekeminen ole normaaliin tapaan onnistunut ikääntyneeltä. Tuloksien osalta myös ilmeni, että kipumittarin käyttäminen osana kroonisen kivun arviointia on ollut hoitajilla tilannesidonnaista; kivun luonteeseen sekä sen ilmaisemiseen. Kipumittaria on käytetty yleensä sellaisissa akuuteissa kiputilanteissa, joissa ikääntynyt on selkeästi valittanut kivusta tai särystä. Pelkästään kroonisen kivun arviointien tekemisessä kipumittarin käyttö on ollut harvempaa.

”Mutta sillee, mistä muuten itse asiassa kanssa huomaa. Nii jos on aktiivinen ihminen, joka niiku liikkuu ulkona tai ainakin kotona niiku tekee itse. Ja sitte yks kaks ei enää sitte, vaikka pääsekkää lähtee ulos tai pystykkää tekemään siellä kotona niitä asioita. Vaa niiku että, et enemmänkin niitä just se, et kun ei pääse tekemään niitä asioita, mitä on tottunu ja tykänny

tekee. Nii se on kyllä yks niiku, mistä sit huomaa kyllä, et se kipu niiku ihan oikeesti muuttuu kovaks.”

”Et arviointiihan me tehdään ihan varmaan jokasella käynnillä periaatteessa. Ja tietysti, jos on joku, vaikka kipulaastarin vaihto, niin kylhän siinä tilanteessa tietysti tulee kysyttyä ja seurattua. Et niinhän sitä pitää. Mut et tosiaan niillä eleillä, ja niillä mitä on jo tässä mainittu. Harvemmin sitä mittaria tulee kyllä käytettyä tai kysyttyä.”

”Se on sit niiku, se mittari on enemmän just et, jos on jotain akuuttia. Akuuttia kipua. Et jos se oikeesti niiku valittaa jotain, et johonkin sattuu, särkee kovasti. Nii sit saattaa olla et niiku, kuinka kovaa se kipu on ja semmosta. Mut harvemmin sit ehkä siin kroonisessa.”

Pääkaupunkiseudun kotihoidossa hoitajat ovat toteuttaneet ikääntyneiden kroonisen kivun hoitoa yksilöllisiä kroonisen kivun hoitomuotoja käyttäen. Ikäihmisten pitkäaikaisia kiputiloja on hoidettu yksilöllisesti lääkkeellisten sekä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien avulla. Käytetyimpiä lääkkeellisiä hoitokeinoja ovat olleet peruskipulääkitys, pitkävaikutteiset kipulaastarit ja kipuvoiteet. Lääkkeettömistä hoitomenetelmistä käytetyimpiä menetelmiä ovat olleet asento- ja lämpöhoidot, läsnäoloa sekä kuuntelua. Hoidon toteutuksessa ilmeni myös hoitajien kokema kroonisen kivun hoidon vaikeus ja rajallisuus kotiolosuhteissa. Esimerkiksi ikääntyneiden kroonisen kivun hoidossa sopivan kipulääkityksen löytäminen on ollut vaikeaa, jonka lisäksi myös liian vahvojakin kipulääkkeitä on voitu käyttää. Usein annettu kipulääkitys on ollut yksipuolista, ja myös erilaisiin kiputiloihin on annettu samaa kipulääkettä.

”Nii siin ei oikeestaa oo niiku tavallaan mitään semmosia keinoja muuta kuin yrittää niiku mahdollisimman tietysti sen asiakkaan mukaan ja rauhallisesti. Mut sitte niiku tietysti hoideaahan me sitte näitä just näillä lääkkeillä tai voiteilla tai tälläsella. Ja sitte tietysti, jos nyt on se. Tulee se kipukohtaus nii sitte pysäyttää ne hoitotoimenpiteet. Et ei vaa niiku jatka niitä.”

”Ja ehkä ne oikeet kipulääkkeet. Sitte sit siinäki voidaan välil antaa niit liian vahvoja”;” Tai sitte vaa pelkkää Panodolia.”;”Kipuun ku kipuun.”

Pääkaupunkiseudun kotihoidossa hoitoa on toteutettu myös moniammatillisena tiiminä. Moniammatillista yhteistyötä on toteutettu niin, että hoitajat ja lääkärit ovat konsultoineet toisiaan. Myös hoitajat ovat keskenään tehneet yhteistyötä keskustellen siitä, miten asiakkaiden kipuja voitaisiin hoitaa. Kroonisen kivun kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ovat osallistuneet myös monet muut terveydenhuollon ammattilaiset hoitajien ja lääkärien lisäksi, sillä pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkaiden luona käy hierojia, kotikuntouksen fysioterapeutteja sekä toimintaterapeutteja.

”Parhaamme mukaan me aina sitä niiku yritetään ja pyritään. Ja keskenämme sitte keskustellaan, konsultoidaan toisiamme.”

”Vaan mitä siis me tietysti tarkkaillaan, seurataan ja konsultoidaan jatkuvasti. On se sitte, että meilläki on nytte omalääkäri, mikä on ihan tossa heti saatavilla.”

”Sit on tää just, et ku tää kotikuntoutuksen fyssari käy. Nii se antaa just näille vinkkei, mitä voi itekseen niiku jumpata, siis silleen.”

7.2 Hoitajien kroonisen kivun toteutukseen vaikuttaneet asiat

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, millaiset asiat ovat vaikuttaneet pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamiseen eli arviointiin ja hoitoon. Tuloksina arviointiin vaikuttaneiden asioiden osalta oli, että aikaisemmat asiakaskokemukset ikääntyneestä helpottivat kipukäyttäytymisen arviointia. Kun ikäihminen oli hoitajalle entuudestaan tuttu, kivusta aiheutuvien vaikutusten tunnistaminen ja kivun tulkitseminen olivat näin olleet helpompia. Myös kokemukset ikääntyneen tavallisen käyttäytymisen sekä kipukäyttämisen välillä olivat auttaneet ja tukeneet hoitajia kivun arvioinnin tekemisessä. Toisena keskeisenä hoitajien kivun arviointiin vaikuttaneena tekijänä oli yksilöllisesti tehdyn kivun arvioinnin luotettavuus ja hyödynnettävyys. Kotihoidossa tehtyjen kipukokemusten arviointien luotettavuuteen vaikuttivat merkittävästi se, että ikääntyneet saattoivat kuvata kipua eri paikoissa asiakaskäyntien välissä. Etenkin kivun sijainnin vaihtelut ovat tuoneet hoitajille haasteita kivun seurantaan. Myös kipuherkkien ikääntyneiden asiakkaiden kivun arviointi koettiin haasteellisemmaksi, koska kivun uskottiin ilmenevän sellaisilla ikäihmisillä tavallista voimakkaampana. Viimeiseksi arviointien luotettavuuteen vaikuttavaksi asiaksi koettiin hoitajien tulkintaan perustuneet kipuarvioinnit sellaisilta ikäihmisiltä, joiden kohdalla kivun selvittämiseksi ei ole voitu käyttää kipumittareita.

”Musta se helpottaa ainakin sitä, että me jollain lailla tunnetaan nää. Koska sehän vasta ois vaikeeta, ku ois ihan joka kerta eri potilas ja uus potilas”.

”Just sit se on se tärkein, sitku sitä oppii, tietää, tuntee sitä kyseistä asiakasta. Nii siin osaa niiku paremmin ja helpommin sitä arvioida.”

”Että että. Ku joka käynnillä sama asiakas voi valittaa, et nyt on pää kipee tai nyt on jalka, ja nyt on selkä, ja nyt on käsi. Et joka käynnillä eri paikkaa särkee ja kolottaa. Ja sit sekin on vähä myös, meiän pitää osaa oppii vähä myös tunnistaa sitä, mikä on periaattees niiku sitä oikeeta kipuu, ja mikä on vaa sit voi olla psyykkeestä. Tai sit ihan vaa halua sitä huomioo.”

”Vaikkeetahan se on aina toisen kipua sillä lailla arvioida. Ihan sama vaikka kysyis sen kipumittarinkin. Et just niiku sanoit, ku et ne jotka on, niiku niin arkoja, ettei tarvi koskeekaa. Nii kylhän siin ain välillä. Niiku mieltii, et onks se just vähän sitä psyykkistäkin kipua ja pelkoo. Mut voihan se olla sitä kipuakin. Et sitä kun just ei. Sitä ei voi oikeestaan tietää.”

”Se on vähän niiku asiakkaasta kiinni, että millä tavalla kannattaa sitä kipua siltä. Jos kysyt nii, välttämättä ei koske minnekää sitte, vaikka se oiski se kymppi. Et se on niiku usein ku käy, nii oppii vähä pelaamaan sen asiakkaan kanssa, millä tavalla siltä sitä saa sitä oikeeta tietoo. Eihän kaikille käy sama millään, että esimerkiksi siltä asteikolta kysyt. Ei se kaikille onnistu. Eikä ne ymmärrykset.”

”Ja sit on sellasia ketkä, ei puhu ollenkaan. Et vois ees kysyä, se on sit vaa niistä eleistä. Ja semmosista arvioitava.”

Pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteuttamisessa yhtenä vaikuttavana tekijänä oli hoitajan myötätuntoinen suhtautuminen ikääntyneen kokemaan kipuun, jolla taas vaikutti siihen, miten kivun hoitoa on toteutettu. Hoitajien oma-kohtaiset kokemukset ja sitä kautta osittain syntynyt kokemusperäinen asiantuntijuus kroonisen kivun kokemisesta olivat vaikuttaneet hoidon toteutukseen niin, etteivät hoitajat tällöin aliarvioineet ikääntyneiden kipukokemusta. Toisena hoidon toteutukseen vaikuttavaksi asiaksi nousi, että ikäihmisten riittävän kivunlievityksen saaminen saattoi olla heidän kivun ilmaisustaan riippuvaista. Useasti kivusta valittavien ikäihmisten kertomat kipukokemukset saattoivat menettää hoitajien mielestä merkitystään, joka on johtanut siihen, ettei sellaisten ikääntyneiden kivusta kertomiseen suhtauduttu niin vakavasti. Tulokset ovat osoittaneet hoitajien reagoivan helpommin silloin, kun ikäihminen ilmaisee kipua voimakkaammin ja näkyvillä kipureaktioilla. Kolmanneksi hoitoon vaikuttavaksi asiaksi todettiin, että rajallisten aikaresurssien vuoksi riittävän hyvän kroonisen kivun hoidon toteutus on hoitajilla vaikeaa. Kun ikääntyneiden asiakkaiden luona vierailaan vain lyhyen ajan verran, ovat hoitajat kokeneet, ettei heillä ole sen vuoksi riittävästi mahdollisuuksia tukea ikääntyneen kivun hoitoa tai järjestää sellaista toimintaa, joka veisi ajatukset pois kivusta.

”No semmonen ajatus mulle tulee, että silloin ku oon itse kärsiny aivan sellaisesta kroonisesta kivusta. Nii se, että just et, jos joku toiset puhuu niiku siitä kivusta. Nii ainakin sillä, että ku tiedän omasta kokemuksesta, mitä sellanen piinava kipu on. Niin tota noin, ettei niiku mitätöi sitä toisen kipua. Kertoo se sitte mistä kivusta tahansa. Nii et ei ainakaan sillä, et niiku et, jos mikä nyt tahansa on kipee. Et ei se nyt niin kipee voi olla.”

”Siis nii kivulias oli se yks rouva, kun tosissaan ku kynelet valu ja ei pystyny puhuu ja ei pystyny syömää. Nii kyllähän tämmösii tulee väkisinkin täällä pähkäiltyä yhdessä, et mitä sille voi tehdä. Koska se käy sit meijänkin psyykkeen päälle, ku näkee et toinen on ihan tuskissaan

eikä pystytä mitään tekemään. Nii silloinhan siin tulee helpommin kyllä, että jotain pitää niiku tehdä.”

”Kun jossain vaikka hoivakodissa. Et siellähän on joku. Pistetään musiikki soimaa tai elokuva päälle et sais sen ajatuksen pois siit kivusta. Mut se et me ollaa siel kymmenen minuuttia ja lopun päivää hän on yksin. Nii mitä muuta siinä on, ku keskittyä siihe kipuun, kun ei ole niitä muita ajatuksia.”

7.3 Hoitajien kokemat osaamisen kehittämistarpeet

Kolmannen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, miten hoitajat kehittäisivät omaa ikääntyneen kroonisen kivun osaamistaan. Tuloksina oli, että hoitajien mielestä heidän osaamistaan tulisi kehittää kipukoulutuksien avulla. He kokivat koulutuksen hyväksi ja tärkeäksi osaksi kroonisen kivun hoitotyön osaamista. Hoitajat kokivat sen lisäksi tarpeelliseksi kehittää omassa toiminnassaan myös jatkuvaa asiakkaan tarpeisiin ja hyvän kivun hoidon ymmärryksen perustuvaa hoitamista. Joka tarkoitti heidän kohdallaan sitä, että kivusta kirjaamisesta tulisi jatkuvampaa ja rutiininomaisempaa. Säännöllinen kivusta kirjaaminen tukisi myös sitä, että kivun seuranta jatkettaisiin. Viimeiseksi kehittämistä vaativaksi kohteeksi hoitajat kokivat myös kokonaisvaltaisemman kivun hoidon ymmärtämisen. Tarkoittaen sitä, että hoitajat ymmärtäisivät vielä paremmin, mitkä sairaudet aiheuttavat ikääntyneiden kohdalla kipua, jonka lisäksi he tietäisivät vielä tarkemmin, mihin tarkoitukseen kipulääkkeitä on määrätty.

”Itse koe sen koulutuksen tärkeänä osana niiku, ja hyödyllisenä osana tätä työtä niiku.”

”Semmonen jatkumo. Et me joka päivä laitetaa mobiiliin ylös, että kaks voileipää tehty ja kahvit keitetty. Mut sit siel ei oo kukauteen siit kivusta sanaakaan. Et mikä on mun mielest olenaisempi, kuin se kaks voileipää ja kahvi jokikinen aamu.”

”Ja just tää näin, että niiku muistettais iha iteki kirjata niiku justii tätä näin. Nii sehän kyllä jo niiku lisää sitä kivun arviointia. Et ku siinä ois joku toinen jo kirjannu. Ja sitte seurattais sitä. Esimerkiksi uuden lääkkeen, tai jos just on alotettu uus kipulääke, Norspanit tai mitkä nyt tahansa nää kipulaastarit. Tai sitte jotkuthan syö vähä niiku just kuuriluontoisesti sen jonkun tulehduskipulääkkeen. Et onks se nyt auttanu, ku on syöny sen pari viikkoo jotain. Ihan tuli vaa mielee tänää justii vähä ennen kuin mä annoin just tämmösen kipulääkkeen, niin en mä kyllä kysyny, että miks se on määrätty.”

”Mut ehkä semmonenki, että tiedettäis, mitkä kivut kuuluis mihinkin sairauteen. Et lähettäis niiku siitä, että mikä aiheuttaa mitäkin kipua.”

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena oli tehdä ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa käsittelevät suositukset yhteistyökumppanina toimineelle pääkaupunkiseudun kotihoitolle. Suositusten tekemisen lähtökohtana ja tarkoituksena oli ensiksi, että tämän opinnäytetyön avulla kotihoidon hoitajat pystyivät tuomaan esille omaa toimintaansa arvioidessaan ja hoitaessaan ikääntyneiden kroonista kipua kotiolosuhteissa. Saatujen tutkimustulosten ja hoitajien oman toiminnan kuvaamisen kautta oli mahdollista luoda sellaiset suositukset, joissa voidaan käsitellä tarkemmin sitä, miten ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voitaisiin jatkossa toteuttaa pääkaupunkiseudun kotihoitossa. Suosituksissa käsiteltäviin teemoihin vaikuttivat keskeisesti tutkimustuloksissa esille nousseet asiat hoitajien nykyosaamisesta, heidän osaamiseensa vaikuttaneista asioista sekä heidän kokemistaan osaamisen kehittämistarpeista. Suosituksissa esille nostetut teemat kuvaavat myös niitä asioita, joihin hoitajat voisivat jatkossa kiinnittää enemmän huomiota sekä vaikuttaa mahdollisuuksien mukaan niiden toteutumiseen omassa päivittäisessä työssään. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella luotuja suosituksia käsitellään vielä tarkemmin johtopäätökset -kappaleen yhteydessä. Pohdinta -kappaleissa huomio on enemmänkin keskittynyt opinnäytetyön tutkimustulosten yhteenvedon tekemiseen.

Opinnäytetyöstä saatujen tutkimustulosten perusteella pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajat arvioivat ikääntyneiden kroonista kipua yksilöllisesti hoitotoimenpide- ja vuorovaikutustilanteissa. Hoitajat tekivät kroonisen kivun arviointeja asiakaskäynneillä, joko kysymällä kivusta tai tulkitsemalla ikääntyneiden sanaton viestintää havainnoimalla ilmeitä, eleitä ja liikkeitä. Ikääntyneiden kipua ja sen esiintyvyyttä havainnointiin myös seuraamalla heissä tapahtuneita muutoksia käyttäytymisen tai liikkumisen osalta. Esimerkiksi kun kotihoidon hoitajien arvioinnin toteutusta verrataan ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia käsitteleviin suosituksiin, voidaan heidän toteuttaman kivun arvioinnin todeta onnistuneen niiden mukaisesti. Guerriero ym. (2016) ovat korostaneet suosituksessaan sitä, että ikäihmisten kipua tuleekin arvioida yksilölle parhaiten soveltuvimmalla tavalla. Suomalaisessa Käypä hoito -suosituksessa (2017) on myös todettu, ettei kroonisen kivun arvioinnissa tule unohtaa motorisesti, sensorisesti tai muilla tavoilla ilmeneviä oireita. Lyhyt vertailu eri suositusten välillä osoittaaakin omalta osaltaan sen, että ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia on toteutettu pääkaupunkiseudun kotihoitossa hyvin monipuolisesti.

Kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia koskevissa tuloksissa ilmeni toisaalta, että kipumittarien käyttö arviointien tukena oli hyvin tilannesidon naisriippuvaista. Hoitajat käyttivät kipumittaria herkemmin sellaisten akuuttien kipujen ilmetessä, joissa ikäihminen oli selkeästi valittanut kivusta. Sen vuoksi voidaankin jopa olettaa, että tilannesidon nais kipumittarin käyttö on vaikuttanut merkittävästi myös siihen, miten ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia on lopulta toteutettu. On melko todennäköistä, että

pääkaupunkiseudun kotihoidossa säännöllisiä kroonisten kivun arviointeja on tehty erittäin vähän näiden tutkimustuloksien perusteella. Esimerkiksi vähäisten arviointien tekemisen sekä kroonisen kivun seuraamista jättämisen vaarana on Guerrieron ym. (2016) mukaan, että tällöin ikääntyneiden krooninen kipu jää alihoitetuksi, mikäli kiputilannetta ja kipulääkityksien tehoa ei arvioida. Vaikka tutkimustulosten näkökulmasta kotihoidon hoitajat ovat toteuttaneet ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia kliinisiin havaintoihin perustuen ja sitä kautta pystyneet huomaamaan ikääntyneillä pitkäaikaisten kiputilojen helpottumista tai niiden pahenemista. Niin pelkän kivun havainnoimisen ei tulisi kuitenkaan korvata kipumittarien käyttöä. Kipumittarien käyttämättä jättäminen voi pahimmassa tapauksessa lisätä riskiä sille, että kroonisen kivun seurauksena esiintyviä fyysisiä, sosiaalisia tai psyykkisiä ongelmia hoidetaan oireidenmukaisesti, jolloin todellinen syy näiden ongelmien aiheuttajille eli krooninen kipu voi jäädä huomaamatta.

Pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajat käyttivät ikääntyneiden kroonisen kivun hoidossa myös yksilöllisiä kivunhoitomenetelmiä. Hoidon toteutus perustui ikäihmisten yksilölliseen kohtaamiseen ja soveltuvien lääkkeellisten sekä lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttämiseen. Käytetyimpiä hoitomenetelmiä olivat peruskipulääkitys, kipulaastarit, läsnäolo, kuuntelu sekä asento- ja lämpöhoidot. Kroonisen kivun hoitoa toteutettiin myös moniammatillisena tiiminä, jossa hoitajat tekivät yhteistyötä niin lääkärin kuin toisten hoitajakollegoiden kanssa. Myös muut terveydenhuollonammattilaiset olivat osallisia ikääntyneiden kroonisen kivun hoidossa. Lääkehoidon toteuttamisen osalta haasteeksi koettiin sopivien kipulääkityksien löytäminen ikääntyneille. Eri pitkäaikaisten kiputilojen lääkehoito oli hyvin yksipuolista. Usein erilaisiin kroonisiin kiputiloihin annettiin samaa kipulääkettä, Parasetamolia. Kun pääkaupunkiseudun kotihoidossa hoitajien kivun hoitoa ja sen toteutukseen liittyviä tuloksia verrataan esimerkiksi muihin ikääntyneiden kroonisen kivun hoitoa käsittelevään suosituksiin, niin ilmenneistä haasteita huolimatta voidaan kuitenkin todeta, että hoito on onnistunut hyvin pitkälti suosituksissa kuvattujen toimien mukaisesti.

Guerriero ym. (2016) totesivatkin tekemässään suosituksessaan, että lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttäminen on usein välttämätöntä ikäihmisten kroonisen kivun hoidossa. Koska kipulääkkeet usein vaikuttavat vain väliaikaisesti, tulisi silloin myös käyttää lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä osana kivun hoidon toteutussuunnitelmaa. Esimerkiksi pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien monipuolista kivun hoidon toteutusta kuvaa myös se, miten paljon erilaisia hoitokeinoja he ovat lopulta käyttäneet ikäihmisten kipujen hoidossa. Vaikka kotihoidon hoitajat olivat toteuttaneet ikääntyneiden kroonisten kivun lääkehoitoa melko yksipuolisesti, ei heidän toimintaa voida kuitenkaan täysin vääränäkään pitää. Esimerkiksi ikääntyneiden suositellaankin käyttävän Parasetamolia ensisijaisena kipulääkkeenä pitkäaikaisten kipujen hoidossa (Arnstein ym. 2017; Guerriero ym. 2016). Kotihoidon hoitajien nykyinen kivun lääkehoidollinen toteutus on myös tietyssä määrin hyvin kuvaava esimerkki ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteuttamisen rajallisuudesta kotiolosuhteissa. Hoitoon

liittyvistä rajallisuuksista huolimatta on kuitenkin todettava, ettei kroonisen kivun asianmukaisen hoidon näkökulmasta pelkkä yhden kipulääkkeen antaminen pitkään jatkuessa ja toteutuessaan tule olemaan riittävä ratkaisu kipujen lievittämiseksi. Kaikin puolin hoidon toteutuksen voidaan nähdä yleisesti ottaen onnistuneen pääkaupunkiseudun kotihoidossa. Esimerkiksi yksilöllisten hoitokeinojen lisäksi hoitoa on toteutettua moniammatillisena yhteistyönä. Eri suositukset ovat korostaneet yhteistyön merkitystä, sillä moniammatillisen lähestymistavan avulla ikääntyneen tilanteesta on mahdollista tehdä monipuolinen kokonaisarvio. Silloin hoidolle saadaan asetettua yksilölliset tavoitteet ja soveltuvimpia näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä voidaan käyttää kivunlievityksessä. (Arnstein ym. 2017; Guerriero ym. 2016.)

Pääkaupunkiseudun hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun tämän hetkisen osaamisen raportoinnin jälkeen tutkimustuloksissa tuotiin esille sellaisia asioita, jotka olivat vaikuttaneet heidän osaamiseensa. Kroonisen kivun arvioinnin osalta vaikuttaviksi asioiksi todettiin, että hoitajat kokivat arviointien tekemisen sekä kipukokemuksien tulkitsemisen helpommaksi silloin, kun ikääntynyt ei ollut heille vieras. Merkittävämmäksi arviointiin vaikuttavaksi asiaksi nousi lopulta kuitenkin hoitajien tekemien kivun arviointien luotettavuus ja hyödynnettävyys hoidon seuraamisen tukena. Esimerkiksi kotihoidon hoitajien oli haasteellisempaa luottaa tai hyödyntää sellaisista ikääntyneistä tehtyjä kivun arviointeja, jos havaittiin, että kyseisillä ikäihmisillä oli tapana vaihtaa kipupaikkoja asiakaskäyntien välissä. Myös kipuherkiltä ikääntyneiltä tehtyjen kivun arviointituloksien uskottiin kuvaavan kipua todellisuutta voimakkaampana. Opinnäytetyön tutkimustulokset erosivat etenkin aikaisempiin tutkimustuloksiin nähden siinä määrin, että muissa tutkimuksissa arviointiin vaikuttaviksi tekijöiksi on selkeästi ilmennyt hoitajien ja ikääntyneiden asenteiden vaikutus siihen, miten arviointi on toteutunut. (Dewar 2006, 34-35; Park ym. 2016). Tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella ei esimerkiksi voida suoraan todeta, että pääkaupunkiseudun hoitajien asenteilla olisi ollut vaikutuksia kivun arviointien tekemiseen, vaikka tulokset osittain siihen viittaavatkin.

Hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteutukseen vaikuttavien asioiden osalta ilmeni, että hoitajien myötätuntoisella suhtautumisella ikääntyneen kipukokemukseen oli selkeästi vaikutuksia siihen, miten hoitoa oli toteutettu. Kun hoitajalla oli kroonisesta kivusta omakohtaisia kokemuksia, niin silloin ikääntyneen kokemaa kipua herkemmin aliarvioitiin. Toisena hoidon toteutukseen vaikuttavana asiana havaittiin olevan, että useasti kivusta valittavan ikäihmisten kipuja ei otettu hoitajien toimesta yhtä vakavasti niin kuin akuutteina ilmenneitä kiputiloja. Tämän vuoksi usein kivusta kertovien ikääntyneiden kipukokemus menetti merkitystään. Kolmantena hoidon toteutukseen vaikuttavana asiana oli, että hoitajat kokivat rajalliset aikaresurssit haasteelliseksi toteuttaa riittävää kivun hoitoa ikääntyneille. Hoitajien mielestä lyhyiden asiakaskäyntien aikana ole riittävästi aikaa panostaa esimerkiksi sellaisen oheistoiminnan järjestämiseen, joka saisi ajatukset pois kivusta. Esimerkiksi edellä kuvatut hoidon toteutukseen vaikuttaneet asiat olivat myös hyvin samankaltaisia korealaisen Parkin ym. (2016) saamien tutkimustuloksien kanssa, joiden tutkimuksessa tutkittiin

puolestaan korealaisessa kotihoidossa työskentelevien hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun hoitamiseen vaikuttaneita tekijöitä. Korealaisetkin kotihoidon hoitajat arvioivat esimerkiksi ikääntyneiden kokemaa kroonista kipua eri tavoin kuin ikäihmiset olivat sitä itse kuvailleet. Myös ajankäyttö ja suuret potilasmäärät yhtä hoitajaa kohden koettiin heidänkin kohdalla hoidon toteutukseen vaikuttaneiksi asioiksi.

Ehkä suurimpana eroavaisuutena tämän opinnäytetyön ja Koreassa tehdyn tutkimuksen tutkimustuloksien välillä oli se, että korealaisten kotihoidon hoitajien haasteiden taustalla todettiin olevan tiedon puute kroonisesta kivusta. Parkin ym. (2016) tutkimuksessa voitiin osoittaa tiedon puutteen näyttäytyvän hoitajien toiminnassa niin, että osa hoitajista koki kotikäynnit hyödyttömiksi, koska kroonista kipua ei voitu kokonaan parantaa. Ikääntyneille tarjottiin usein myös samat neuvot eri kiputilojen hoitoon eikä yksilöllisyyttä pystytty samalla tavalla hoidossa huomioimaan. Esimerkiksi pääkaupunkiseudun hoitajien hoidon toteutukseen vaikuttaneet asiat voidaan tietyssä määrin myös nähdä tiedon puutteesta johtuvana toimintana, vaikka tuloksissa ei ilmennyt tiedon puutteen olleen hoidon toteutukseen vaikuttava tekijä. Kuvaavimpia hoitajien toimintatapoja tutkimustulosten näkökulmasta oli, että hoitajat toteuttivat kroonisen kivun lääkehoitoa yksipuolisesti, heillä esiintyi myös tietynlaista asennoitumista sen suhteen, ettei ikääntyneistä tehtyihin kivun arviointeihin voitu aina luottaa tai ikääntyneiden kipua arviointiin eri tavoin kuin ikääntynyt itse oli sen ilmaissut. Myös säännöllisten kroonisen kivun arviointien vähäisyys ja toisaalta niiden puutekin kuvastavat mahdollista hoitajien tiedon puutteeseen liittyvää toimintaa. Mutta tietynlaiset puutteet tämän hetkessä hoitajien toiminnassa osoittavat myös suositusten tekemisen merkityksen pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajille etenkin heidän osaamisen kehittämisen näkökulmasta.

Kehittämistyö olikin yksi niistä syistä, miksi hoitajien tämän hetkisen osaamisen kehittämiskohteita selvitettiin myös tämän opinnäytetyön avulla. Tuloksien mukaan kotihoidon hoitajat halusivat kehittää omaa osaamistaan kipukoulutuksien avulla. Koulutuksien lisäksi hoitajat kehittäisivät myös jatkuvaa asiakkaan tarpeisiin ja laadukkaaseen kroonisen kivun hoidon ymmärrykseen perustuvaa osaamistaan. Mikä tarkoitti heidän kohdalla sitä, että kivusta kirjauksesta tulisi jatkuvampaa ja rutiininomaisempaa. Hoitajat kokivat, että heidän tulisi myös ymmärtää jatkossa vielä kokonaisvaltaisemmin, mitkä sairaudet aiheuttavat ikääntyneillä kipuja, ja minkä vuoksi ikääntyneille on määrätty tiettyjä kipulääkkeitä käytettäväksi. Esimerkiksi osaamisen kehittämisen näkökulmasta Dewar (2006, 36) on suositellut tutkimuksessaan sitä, että pidemmällä aikavälillä tapahtuvan koulutuksen avulla voidaan tukea onnistunutta ikäihmisten kroonisen kivun hoitoa.

Dewar (2006, 36) ja Formisto (2017, 21-24) ovat maininneet tutkimuksissaan myös, miten organisaatiokulttuuri ja käytössä olevat työtavat voivat vaikuttaa kivun hoidon kokonaisvaltaiseen toteuttamiseen sekä sen edistämiseen. Esimerkiksi tänä päivänä organisaatioilla onkin iso vastuu kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toimintaperiaatteiden sekä käytäntöjen

luomisessa työympäristöihin. Formisto (2017, 21-24) havaitsi tutkimuksessaan, jossa tutkittiin yliopistosairaalahenkilökunnan näkemyksiä kivun arvioimisesta ja sen mittaamisesta, että hoitajien mielestä heidän kivun arviointia voitaisiin edistää etenkin systemaattisten toimintamallien sekä ohjeistuksien avulla. Tämä on ollut myös omalta osaltaan yksi syy sille, että tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien perusteella tehdyillä suosituksilla on haluttu edistää pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteutusta. Hoitajien osaamisen edistämässä on pyritty ottamaan huomioon myös kotihoidon näkökulmasta tietynlainen ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteutukseen liittyvät rajalliset mahdollisuudet kotiolosuhteissa. Esimerkiksi suosituksissa esille nostetuissa teemoissa ei ole keskitytty hyvin yksityiskohtaisiin ohjeistuksiin, vaan niissä on enimmäkseen kuvattu suositeltuja toimintatapoja, joihin hoitajat voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa.

Pohdinnan lopuksi on vielä todettava, että tämän opinnäytetyön tutkimustuloksiin liittyy myös tietynlaisia puutteita eikä kaikkea hoitajien toimintaan vaikuttaneita asioita ole voitu selvittää. Esimerkiksi saaduista tuloksista esille voidaan nostaa, että hoitajien kipumittarin käyttöön todettiin vaikuttavan tilannesidonnaisuus. Tuloksissa se todettiin ainoaksi syyksi, miksi kipumittaria ei käytetty. Tämän vuoksi onkin hyvä huomioida se, että muut syyt kipumittarin käyttämättä jättämiselle ovat jääneet selvittämättä. Toisena kuvaavana esimerkkinä tuloksista on, että hoitajat toteuttivat kroonisen kivun hoitoa moniammatillisena tiiminä. Saatujen tuloksien perusteella ei pystytä kuitenkaan kuvaamaan, miten tiimityöskentely on lopulta toteutunut. Yhtenä tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien yleistettävyyttä rajoittavana tekijä voidaan pitää myös sitä, että nämä tulokset kuvaavat vain yhden ja tietyn pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien osaamisen nykytilannetta, haasteita ja kehittämistarpeita. Eikä sen vuoksi tuloksia voida yleistää koskevan esimerkiksi laajemmin muita pääkaupunkiseudulla sijaitsevia kotihoitoja.

Yhteenvetona opinnäytetyön tutkimustuloksien osalta voidaan todeta, että niissä oli paljon yhtäläisyyksiä kuin myös eroavaisuuksia aikaisempiin suosituksiin sekä tutkimustuloksiin nähden. Vertailun avulla on voitu kuitenkin osoittaa pääkaupunkiseudun kotihoidon onnistunut sekä laadukas ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteutus. Kotihoidon hoitajien nykyhetken osaaminen, koetut haasteet ja osaamisen vaikuttaneet asiat osoittivat heidänkin osaamisen kehittämisen tarpeellisuus. Kaikista huomionarvoisinta vertailussa oli lopulta se, että etenkin yhtäläisyyksiä löytyi todella monen sellaisen kansainvälisen tutkimuksen sekä suosituksien kanssa, joissa kuvattiin hoitajien kokemia ikääntyneiden kroonisen kivun hoidon toteutuksen haasteita. Ikäihmisten kasvavan määrän sekä kroonisen kivun yleistymisen myötä lähivuosien aikana voitaisiinkin jopa olettaa, että kroonisesta kivusta olisi tulossa ikääntyneillä myös yleinen sairaudentila ja globaalimpi ongelma. Tulevaisuudessa voikin olla, että ikääntyneiden kroonisen kivun osaamisen merkitys tulee kasvamaan merkittävästi.

8.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tekemiseen ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tuomi ja Sarajärvi ovat kirjassaan todenneet, että laadullista tutkimusta tulee aina arvioida kokonaisuutena. Luotettavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi heidän julkaiseman listan avulla, jossa tarkasteltaviksi teemoiksi on nostettu tutkimuksen kohde, tarkoitus, omat sitoutumiset tutkijana tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja välinen suhde, tutkimuksen kesto sekä tutkimuksen yleinen luotettavuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Edelle kuvattuja teemoja hyödyntäen tämän opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellessa toteutuksen, analysoinnin ja tulosten osalta on hyvä huomioida, että kyseisen työn on tehnyt aloitteleva tutkija, jonka lisäksi kyseessä on ammattikorkeakoulutasoinen tutkimuksellinen harjoitustyö. Aineiston keräämisen luotettavuuteen liittyvien tekijöiden tarkastelun osalta voidaan todeta, että aineiston on kerännyt tutkija, jolla ei ole ollut aikaisempaa kokemusta ryhmähaastatteluiden tekemisestä. Opinnäytetyön tuloksien luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa myös huomioon yleinen ryhmähaastatteluiden tekemisiin liittyvä haaste, jossa vaarana on, että tulokset kuvaavat vain haastattelutilanteissa aktiivisempia olleiden hoitajien ajatuksia. Kun tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan kokonaisuudessaan, voidaan sen merkittävänä heikentävänä tekijä pitää tutkijan kokemattomuutta.

Toisaalta tämän opinnäytetyön aineiston sekä tutkimustuloksien luotettavuutta lisäävät se, että tutkimuksen tiedonantajilla on ollut kattava tieto- ja kokemuspohjaa tutkittavana olleesta aiheesta eli ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnista sekä hoidosta. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää myös sitä, että koko opinnäytetyön tekeminen on perustunut tieteellisten kriteerien noudattamiseen. Opinnäytetyön tieteellisyys tarkoittaaakin sitä, että tutkimus on tehty oikein ja tieteessä hyväksi todettuja käytäntöjä ja menetelmiä on noudatettu. Tieteellisesti tehty opinnäytetyö takaa oikeanlaisen lopputuloksen, ja siten lisää saattujen tuloksien luotettavuutta, sillä väärin tehtynä saadut tulokset ovat epäluotettavia. (Kananen 2017, 77-78.) Myös tutkijan vahva esiyttäminen tutkittavasta aiheesta ja kotiolosuhteissa tapahtuvasta ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnista sekä hoidosta ammattitaidon kautta on tiettyssä määrin myös luotettavuutta lisäävä tekijä. Vahva aiheen esiyttäminen tuki merkittävästi tulosten analysointivaihetta litteroidusta aineistosta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on myös mahdollista tarkastella validiteetin näkökulmasta, joka tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu juuri sitä, mitä sen on ollut tarkoituskin. Tai reliabiliteetin näkökulmasta, jolla puolestaan tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta. Ongelmallisen tarkastelusta tekee näiden käsitteiden kautta sen, että validiteetti ja reliabiliteetti vastaavat käsitteinä enemmän määrällisen tutkimuksen tarpeita, ja sen vuoksi niiden käsitteiden käyttäminen on kritisoitu laadullisissa tutkimuksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Senpä vuoksi näitä käsitteitä on mahdollista tarkastella laadullisessa tutkimuksessa yleisemmällä tasolla, jossa validiteettia eli pätevyyttä tarkastellessa huomiota

voidaan kiinnittää tiedon tuottamisen pätevyyteen. Mikä tarkoittaa sitä, että ratkaisut ja käytännöt ovat perusteltavissa tutkimusta edustavan tieteen näkökulmasta. Reliabiliteetin avulla voidaan puolestaan tarkastella, miten tarkasti ja johdonmukaisesti aineiston luokittelu on tehty. (Ronkainen ym. 2013, 131-132.) Tämän opinnäytetyön validiteetin lisäämiseksi kaikki opinnäytetyöprosessissa tehdyt ratkaisut ovat perusteltuina. Reliabiliteetin tukemiseksi tehdyistä haastatteluaineistojen analysoinneista on kuvattu myös muutama esimerkki liitteissä (Liitteet 6 & 7).

8.2 Eettisyys

Tämä opinnäytetyö on tehty tieteellisen tutkimuksen ja siihen liittyvien hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Plagiointia ei ole tehty, jolla tarkoitetaan sitä, että toisen henkilön kirjoittaman tekstin tai artikkelin tietoa olisi esitetty omana. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemät tutkimuseettikan keskeiset lähtökohdat on otettu myös tätä opinnäytetyötä tehdessä huomioon. Toteutuksessa on sovellettu sellaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka täyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerit sekä ovat eettisesti kestäviä. Aikaisempien tutkijoiden tekemiin töihin ja heidän tekemiin julkaisuihin on viitattu asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-9.) Teoriaosuudessa on käytetty myös ikääntyneiden kroonista kipua käsitteleviä kansainvälisiä tutkimuksia sekä suosituksia, jotka on käännetty suomen kielelle niin tarkasti kuin on ollut mahdollista siten, että asiayhteys on pysynyt mahdollisimman muuttumattomana.

Opinnäytetyön teoriaan koskevien eettisten ohjeiden noudattamisen lisäksi tutkimusaineiston keruuvaiheessa noudatettiin eettisiä periaatteita. Haastattelujen onnistumisen tukemiseksi tiedonantajien annettiin tutustua etukäteen ryhmähaastattelussa käsiteltäviin teemoihin ja niihin liittyviin kysymyksiin. Haastattelukysymykset annettiin tarkoituksellisesti tutkimukseen osallistuneille etukäteen luettavaksi. Tällä tuettiin myös sitä, että tutkimukseen osallistuneet hoitajat ehtisivät vastaamaan haastattelutilanteen aikana esitettyihin haastattelukysymyksiin mahdollisimman syvällisesti. Ennen kysymysten antamista tutkimuksen tiedonantajille oli tiedossa, että tutkimus- ja haastattelukysymysten lähettäminen etukäteen voi pahimmassa tapauksessa johtaa siihen, että haastattelija lukee kysymykset suoraan paperista ja haastateltava vastaa kysymyksiin hänen ennalta kirjoittamiinsa muistiinpanoihin perustuen (Hyvärinen 2017, 38). Toisaalta tiedonantajille oli eettistä kertoa, mitä aiheita ryhmähaastatteluissa tullessaan käymään läpi. Tällöin voitiin välttää, etteivät ihmiset lupaudu mukaan sellaiseen tutkimukseen, josta he eivät olleet tienneet aikaisemmin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Tutkimuksessa henkilöt suostuvat haastateltavaksi aina sen tiedon pohjalta, joka heille on annettu. Haastateltaville annettavissa tiedoissa tulisi selvittää tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, tavoite sekä haastattelun toteutukseen liittyvät asiat, kuten paikka, ajankohta, kesto ja tallennustapa. Annettavissa tiedoissa tulisi myös ilmoittaa osallistumisen vapaaehtoisuus, haastatteluiden käsittelyn luottamuksellisuus, haastatteluotteiden sisällyttäminen osana

tutkimusjulkaisua, haastattelujen jatkokäyttö sekä niiden arkistointi. (Ranta & Kuula-Luumi 2017, 415.) Eettisen toiminnan varmistamiseksi pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajille jätettiin ennen ryhmähaastattelupäiviä luettavaksi tutkimuslupalomakkeet, tutkimustiedote sekä suostumuslomake (Liitteet 3 & 5). Haastatteluaineistoja ja tulosten kirjoittamisessa on otettu huomioon myös anonymiteetti, joka on yksi haastattelun keskeisimmistä eettisen toiminnan osa-alueista (Hyvärinen 2017, 32). Anonymiteetin varmistamiseksi on käytetty haastateltavien koskevien tunnistetietojen muuttamista, joka on yksi haastatteluihin soveltuvista anonymisoinnin tekniikoista (Ranta & Kuula-Luumi 2017, 419).

9 Johtopäätökset ja suositukset

Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että pääkaupunkiseudun kotihoito tarjoaa sellaisen ympäristön, jossa ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voidaan toteuttaa suositusten mukaisesti hyödyntämällä kokonaisvaltaisessa hoidon toteutuksessa moniammatillista yhteistyötä. Tuloksien osalta yhteenvetona voidaan vielä todeta, että ne pystyivät osoittamaan tietynlaisen rajallisuuden sen suhteen, mitä hoitajat voivat tehdä kotiolosuhteissa arvioidessaan ja hoitaessaan ikääntyneiden kroonista kipua. Pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointiin ja hoitoon liittyvää toimintaa kuvaa tällä hetkellä, että akuuttien kipujen hoitaminen on etusijalla kroonisten kiputilojen hoitoon nähden. Mikä on toisaalta täysin ymmärrettävää, sillä selkeästi esiintyvään kipuun on paljon helpompi reagoida, puuttua ja hoitaa. Toisin kuin keskittyä pitkittyneiden kiputilojen lievittämiseen tähtäävään hoitoon. Jatkossa ikääntyneiden kroonisen kivun suositusten mukainen arviointi ja hoito tulevat vaatimaan myös koko organisaation sitoutumista niissä tarvittavien välineiden hankkimiseen sekä tiiviimmän yhteistyön kehittämiseen krooniseen kipuun erikoistuneiden asiantuntijoiden välille. Myös pääkaupunkiseudun hoitajien vastuu korostuu onnistuneessa kroonisen kivun hoidon kokonaisvaltaisessa toteutuksessa etenkin asenteiden osalta.

Opinnäytetyön tutkimustuloksien perusteella yhteistyökumppanina toimineelle pääkaupunkiseudun kotihoidolle on luotu seuraavanlaiset suositukset, joissa käsitellään, miten ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voitaisiin jatkossa toteuttaa. Suositukset on kuvattu numeroituna ensin yleisen ohjeen muodossa. Ohjeen alapuolelle on kirjoitettu tarkemmat perustelut suositellulle toiminnalle. Tässä opinnäytetyössä yksityiskohtaisten suositusten tekeminen arvioinnin ja hoidon osalta ei ole ollut tarkoituksenmukaista.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien perusteella pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajia suositellaan jatkossa toteuttamaan ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia niin, että:

1) Ikääntyneiden kroonista kipua arvioitaisiin säännöllisemmin:

Opinnäytetyön tuloksien perustella kotihoidon hoitajien kipumittarin käyttö kroonisen kivun arvioinnissa oli tilannesidonnaista; kivun luonteeseen sekä sen ilmaisemiseen. Kipumittaria

käytettiin herkemmin sellaisissa akuuteissa kiputilanteissa, joissa ikääntynyt oli selkeästi välittänyt kokemastaan kivusta. Pelkästään kroonisen kipujen arvioinnissa kipumittarin käyttö oli ollut harvempaa. Säännöllinen kivun arviointi ja sen tekeminen on erittäin tärkeää, sillä kroonisessa kivun arvioinnissa käytettävät kivunarviointimenetelmät mahdollistavat hoidon vaikuttavuuden seurannan (Tiaki 2014, 22-23). Jatkuva kivun arvioiminen auttaa tarkastelemaan hoidolle asetettuja tavoitteita. Esimerkiksi hoidossa seurattaviksi tavoitteiksi voidaan asettaa, että kipuja on saatu vähennettyä tai aktiivisuutta on onnistuttu lisäämään. Säännöllinen kivun seuranta tukee myös kipulääkkeiden käytön seurannan vastetta. Esimerkiksi ikääntyneillä kipulääkkeiden käyttäminen suositellaan aloitettavan alkuun pienillä annoksilla seuraten samalla niiden vastetta. Välttämällä kuitenkin jäämistä liian pieniin annoksiin, mikäli kipulääkitys ei ole riittävä. Muutoin vaarana on kroonisen kivun alihoitaminen. Lääkehoidon aktiivisen seurannan avulla mahdollistetaan aloitetun kipulääkityksen luotettava jatkaminen etenkin, jos arviointien perusteella voidaan osoittaa, että käytössä oleva kipulääke on riittävän tehokas kivun lievittämisessä. (Guerriero ym. 2016.)

2) Ikääntyneen kroonisen kivun arvioimisen lähtökohdانا tulisi olla potilaan oma arvio kokemastaan kivusta:

Esimerkiksi suomalainen Käypä hoito -suosituskkin suosittelee sitä, että kivun arvioimisen lähtökohdانا tulisi olla potilaan oma arvio kokemastaan kivusta, jonka lisäksi kivun arvioinnin osa-alueisiin kuuluu kivun keston, tyyppin ja sijainnin selvittäminen. Kivun voimakkuutta tulee arvioida yleisesti käytettävillä mittareilla, kuten kipujanen, numeerisen asteikon, sanallisen arvioin tai kasvokuvien avulla. Arvioinnissa ei tule unohtaa sensorisia, motorisia tai muita ilmeneviä oireita. Suomalaisessa kivun arvioimista käsittelevässä suosituksessa korostetaan myös psyykkisten tekijöiden arviointia, jota voidaan tehdä esimerkiksi BDI -kyselyn tai GAD-7 -testin avulla. Myös elämäntavat ja sosiaaliset tekijät, kuten kipuun liittyvät ajatukset ja tunteet, tämänhetkinen elämänlaatu, liikuntatottumukset, sosiaaliset verkostot, päihteiden käyttö sekä tarve tavata muita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia tulisi ottaa huomioon osana kivun arviointia. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin lähtökohdan merkitystä on haluttu korostaa näissä suosituksissa, sillä opinnäytetyön tuloksetkin osoittivat sen, etteivät hoitajat voineet täysin luottaa tai hyödyntää tehtyjä kivun arviointeja, jos ikääntyneet vaihtoivat usein kipupaikkoja tai ilmaisivat kipua liian useasti, jonka vuoksi kipukokemuksesta kertominen menetti merkitystään tai kipuherkkien kivusta kertomista pidettiin todellisuutta voimakkaampana. Arviointien liittyvistä haasteista huolimatta tulisi kuitenkin muistaa, että kivun kokeminen on subjektiivista, ja arviointia tulee toteuttaa yksilölle sopivimmilla tavoilla (Guerriero ym. 2016). Hoitajien omilla uskomuksilla ja asenteilla ikääntyneiden kipukokemuksia kohtaan on myös todettu olevan vaikutuksia siihen, miten kivun arviointia on toteutettu. (Dewar 2006, 34-35).

3) Tiedon puute havainnointimittarien luotettavuudesta tai hyödyllisyydestä ei tulisi olla kuitenkaan este sille, etteikö kivun arviointia tehtäisi myös kognitiivisista ongelmista kärsiville ikääntyneillä:

Tällä hetkellä viimeisin suositus vaikeista kognitiivisista ongelmista kärsien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointien tekemisestä on, että kivun arviointia toteuttavien hoitajien suositellaan itse päättämään omassa työryhmässään, mitä kivun arviointimittareita he voisivat käyttää sellaisilla ikääntyneillä, joilla on kognitiiviset taidot ovat huomattavasti heikentyneet (Ni Thuathail & Welford 2011, 39-46; Arnstein ym. 2017). Kuten edellisen luodun suosituksen yhteydessä todettiin, kivun arvioimatta jättäminen lisää riskiä siihen, että ikääntyneiden kroonisten kiputilojen hoito jää riittämättömäksi (Guerriero ym. 2016). Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat myös sen, että hoitajien oli haasteellista luottaa tai hyödyntää tietynlaisilta ikääntyneiltä tehtyjä kivun arviointeja, joiden syyt on kuvattuna tarkemmin edellisessä suosituksessa. Tämän lisäksi hoitajien tehtyjen kivun arviointien luotettavuuteen ja hyödynnettävyyteen olivat myös vaikuttaneet, jos arviointi oli tehty perustuen vain tulkintaan ikääntyneen ilmeitä tai eleitä, jonka vuoksi kipumittaria ei ole voitu käyttää. Jos tehtyjä kivun arviointeja ei voi hyödyntää, ne toisaalta johtavatkin siihen, että säännöllisten kroonisten kivun arviointien tekeminen jää hoitajilta. Ongelmalliseksi arvioinnista tekee sen, että jopa ikääntyneiden kroonista kipua käsittelevässä suosituksissa todetaan, että vaikeista kognitiivisista ongelmista kärsivien ikääntyneiden kroonisen kivun arviointien tekemiseen ole olemassa selkeää ohjeistusta. Tämän vuoksi tarvitaan toisaalta lisää tutkimustietoa, mitkä kivun havainnointimittareista ovat toimivimpia ja luotettavimpia. (Ni Thuathail & Welford 2011, 39-46; Arnstein ym. 2017.) Vaikka toimintaan ei ole luotu selkeitä ohjeistuksia, kotihoidon hoitajia voidaan suositella hyödyntämään myös kokemukseen perustuvaa osaamista sopivimman kivunarviointimenetelmän valitsemiseksi.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien perusteella pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajia suositellaan jatkossa toteuttamaan ikääntyneiden kroonisen kivun hoitoa niin, että:

4) Ikääntyneiden kroonisen kivun hoito tapahtuisi jatkossakin yhteistyönä moniammatillisena tiiminä:

Moniammatillinen tiimityöskentely mahdollistaa monipuolisen arvioinnin tekemisen ikääntyneen tilanteesta. Yhteistyön avulla hoidolle saadaan laadittua realistiset tavoitteet ja hoidossa voidaan käyttää yksilöllisesti soveltuvia näyttöön perustuvia kivunlievitysmenetelmiä (Guerriero ym. 2016; Arnstein ym. 2017.) Ikääntyneiden kroonisen kipua käsittelevä tutkimus osoitti myös sen, että yleensä hoitajat konsultoivat lääkäriä ikääntyneen kroonisen kivun arviointiin ja hoitoon liittyen. Useat tutkijat ovat kuitenkin havainneet, että monien yleislääkärin mielestä ikääntyneen kroonisen kivun hoito on haastavaa. Tämän vuoksi suositellaankin, että hoitajilla olisi mahdollisuus konsultoida yleislääkärin lisäksi myös krooniseen kivun arviointiin

ja hoitoon erikoistuneita asiantuntijoita. (Dewar 2006, 36). Pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajia suositellaankin lisäämään ja kehittämään lisäyhteistyötä niin keskenään työyhteisössä kuin myös muiden ulkopuolisten tahojen kanssa, jotka ovat esimerkiksi erikoistuneet ikääntyneiden krooniseen kivun hoitoon. Viimeisessä tehdyissä suosituksissa ollaan laajasti yksimielisiä sen suhteen, että kroonisen kivun hoito vaatii moninäkemyksellistä lähestymistapaa, jossa hyödynnetään lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (Guerriero ym. 2016; Arnstein ym. 2017.)

5) Kroonisen kivun hoidon keskeiset tavoitteet käytäisiin työyhteisössä läpi:

Eri tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitajien tiedon puute on yksi keskeisimmistä syistä, miksi krooninen kipu jää usein hoitamattomaksi tai sitä ei hoideta riittävästi (Dewar 2006, 35; Park ym. 2016). Opinnäytetyön tuloksienkin perusteella kotihoidon hoitajat kokivat myös kehittämistä vaativaksi kohteeksi, että he tietäisivät paremmin, mitä kroonista kipua ikääntyneillä hoidetaan, ja mihin tarkoitukseen eri kipulääkkeitä on määrätty. Tämän suosituksen ideana ja tavoitteena olisi, että kotihoidon hoitajat olisivat jatkossa enemmän tietoisia siitä, että krooniselle kivulle on tyypillistä, ettei se ole aina tunnistettavissa tai kokonaan hoidettavissa. Tämän vuoksi hoitamisessa tavoitteet usein keskittyvät siihen, miten kipu voidaan minimoida joka päiväisessä elämässä. (Tiaki 2014, 22.) Kipulääkkeiden käyttäminen on usein välttämätöntä ikääntyneiden kroonisten kiputilojen hoitamisessa. Kipulääkkeiden vaikutus jää usein väliaikaiseksi. Myös lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntäminen osana ikäihmisten kivun hoitosuunnitelmaa on tarpeellista. (Guerriero ym. 2016.) Tavoitteiden läpikäymisellä voidaan välttää ongelmaa, joka Koreassa tehdyssä tutkimuksessakin havaittiin. Korealaisten kotihoidon hoitajien kroonisen kivun tiedon puutteen vuoksi kaikille iäkkäille tarjottiin usein aina samat neuvot kivun hoitoon eikä yksilöllisyyttä pystytty samalla tavalla ottamaan huomioon (Park ym. 2016).

6) Kroonisen kivun hoidon lääkehoidon aikana ikääntyneiden kipulääkkeiden käyttöä seurattaisiin säännöllisesti:

Monet ikääntyneet välttävät kipulääkkeiden käyttöä niistä johtuvien sivuvaikutuksien vuoksi (Guerriero ym. 2016). Todisteita on myös saatu siitä, että ikääntyneet ovat vastahakoisempia käyttämään kipulääkkeitä ja ottaessaan niitä he käyttävät paljon pienempiä annoksia ja yleensä harvemmin kuin on määrätty. (Molton & Terill 2014, 201-202). Opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että hoidossa haasteeksi koettiin sopivan kipulääkkeen löytäminen ikääntyneelle, jonka lisäksi kivun lääkehoito oli myös melko yksipuolista. Etenkin seuraamalla lääkehoidon toteutumista ja ikääntyneen käyttämiä kipulääkkeitä, voidaan myös helpommin arvioida, millaisilla kipulääkkeillä kivunlievitys voisi onnistua parhaiten.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien perusteella pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajia suositellaan jatkossa kehittämään ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista niin, että:

7) Hoitajille järjestetään riittävästi koulutusta kroonisen kivun osaamisen suhteen:

Saatujen tutkimustuloksien perusteella pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajat kaipaavat kroonisen kivun osaamisen kehittämiseksi koulutuksen järjestämistä. Tutkimuksissa on myös todettu, että sitoutumalla pidemmällä aikavälillä tapahtuvaan koulutukseen voidaan myös tukea ikääntyneiden onnistunutta kroonisen kivun hoitoa (Dewar 2006, 36).

8) Kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon toteuttamiseen saataisiin luotua yhteiset käytännöt ja toimintamallit:

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa selvisi, ettei kotihoidon hoitajien kivusta kirjaaminen ole ollut päivittäistä eikä kroonisen kivun seuraamista tehty esimerkiksi kipulääkityksessä tapahtuneiden muutoksien tai uuden kipulääkityksen aloittamisen jälkeen. Tutkimuksissa on suositeltu, että onnistunut kivun hoidon toteutus vaatii monipuolista lähestymistapaa, jossa myös organisaatio on suunnitellut toimintatavat ja käytännöt, miten esimerkiksi kroonista kivun arviointia toteutetaan (Dewar 2006, 36). Formisto (2017, 21-24) havaitsi tutkimuksessaan, jossa tutkittiin yliopistosairaalahenkilökunnan näkemyksiä kivun arvioimisesta ja sen mittaamisesta, että hoitajien mielestä heidän toteuttamaan kivun arviointia voitaisiin edistää systemaattisten toimintamallien sekä ohjeistuksien avulla. Hoitajat saattoivat jättää käyttämättä kipumittaria, jos yhteiset käytännöt, kipumittarin käytön ohjeistus ja kipumittarit puuttuivat tai kipumittarin käyttö ei kuulunut osastolla säännölliseksi tavaksi.

Edellä kuvatut ja tehdyt suositukset ovat tarkoitettu yhteistyössä toimineelle pääkaupunkiseudun kotihoidolle käytettäväksi ja kohdennettu palvelemaan juuri heidän ikääntyneiden kroonisen kivun osaamisen kehittämisen tarpeita. Luotujen suositusten kohdentaminen kyseiselle kotihoidolle ei poissulje kuitenkaan sitä mahdollisuutta, etteikö näitä suositeltuja käytäntöjä voisi hyödyntää ja käyttää myös monet muut terveydenhoidolliset toimipaikat, joissa ikääntyneiden kroonisia kiputiloja arvioidaan ja hoidetaan. Suositusten jatkokehittämisideoita pääkaupunkiseudun kotihoidon näkökulmasta ovat, että myöhemmin tutkittaisiin, miten luodut suositukset ovat vaikuttaneet hoitajien toimintaa. Konkreettisempi jatkokehittämisideana olisi, että kyseinen kotihoito aloittaisi luotujen suosituksen pohjalta virallisen oppaan luonnostelun hoitajien käytettäväksi. Etenkin nyt ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnin ja hoidon näkökulmasta luodut suositeltavat käytännöt ovat vielä melko harvinaisia suomen kielessä, sillä suurin osa suosituksista on saatavilla vain englanniksi.

Lähteet

Painetut

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2011. Hoitamalla Hyvää oloa. 14.-15. Painos. Helsinki: WSOYpro.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Helsinki: Edita.

Ikonen, E-J. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hyvärinen, M. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. 3., uudistettu painos. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Kananen, J. 2017. Opinnäytetyön tieteellisyys. Teoksessa Makkonen, T. (toim.) Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen Yliopistopaino - Juvenes Print.

Pietilä, I. 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa: Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Suomen Kipu ry. 2013. Kroonisen kivun ensitieto -opas. Lisäpainos. Espoo: Suomen kipu.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2009a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Vainio, A. 2009b. Sattuu! - kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Arnstein, P., Herr, K. & Butcher, H. 2017. Evidence-Based Practice Guideline: Persistent Pain Management in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*; Thorofare Vol. 43, Iss. 7, (Jul 2017): 20-31. Viitattu 25.2.2018. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1999700992?accountid=12003>

Baumann, S. 2009. A Nursing Approach to Pain In Older Adults. *MEDSURG Nursing*—March/April 2009—Vol. 18/No. 2. Viitattu 20.1.2018. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=a2e745e6-87a8-418e-a7fe-f2862e616682%40sessionmgr104>

Dewar, A. 2006. ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN IN THE OLDER PERSON LIVING IN THE COMMUNITY. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006 Volume 24 Number 1. Viitattu 20.1.2018. <http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.1-5.pdf>

Dominick, CH., Blyth, FM. & Nicholas, MK. 2012. Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population. *Pain* 2012;153: 293-304. Viitattu 11.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071318>

Formisto, K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaala henkilökunnan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 18.1.2018. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100904/GRADU-1491826398.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guerriero, F., Bolier, R., Van Cleave, JH. & Reid, MC. 2016. Pharmacological Approaches for the Management of Persistent Pain in Older Adults: What Nurses Need to Know. *Journal of Gerontological Nursing*; Thorofare Vol. 42, Iss. 12, (Dec 2016): 49-57. Viitattu 25.2.2018. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1901670314?accountid=12003>

Haanpää, M. 2017. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. *Duodecim*. Viitattu 11.11.2017. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=krooninen%20kipu

International Association for the Study of Pain. 2017. IASP Taxonomy. Viitattu 10.11.2017. <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, L-M. 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava. Tutkimuksesta tiiviisti 20, elokuu 2017. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 28.12.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUT12017_20_Kotihoidon%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#suositus>

Molton, IR. & Terrill, AL. 2014. Overview of Persistent Pain in Older Adults. *American Psychological Association* Vol. 69, No. 2, 197-207. Viitattu 16.2.2018. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0035794.pdf>

Ni Thuathail, A. & Welford, C. 2011. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *NURSING STANDARD / RCN PUBLISHING*. 6 october 12 :: vol 26 no 6 :: 2011. Viitattu 21.1.2018. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/899657109/D53EA7CBD8904526PQ/1?accountid=12003>

Park, H-R., Park, E. & Park, J-W. 2016. Barriers to chronic pain management in community-dwelling low-income older adults: Home-visiting nurses' perspectives. *Collegian*, september 2016 Volume 23, Issue 3. Australian College of Nursing Ltd. Published by Elsevier Ltd. Viitattu 26.3.2018. [http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(15\)00042-6/fulltext](http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(15)00042-6/fulltext)

Rapo-Pylkkö, S., Haanpää, M. & Liira, H. 2016. Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scandinavian journal of primary health care*, 2016 VOL. 34, NO. 2, 158-163. Viitattu 2.1.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164726/02813432.2016.pdf?sequence=1>

Reid, M-C., Eccleston, C. & Pillemer, K. 2015. Management of chronic pain in older adults. *BMJ Publishing Group Ltd* 2015. Viitattu 2.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707527/>

Smith, BH., Macfarlane, GJ. & Torrance, N. 2007. Epidemiology of chronic pain, from the laboratory to the bus stop: time to add understanding of biological mechanisms to the study of risk factors in population-based research? *Pain*: 2007 Jan;127(1-2):5-10. Viitattu 11.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17140732>

Tiaki, K. 2014. Understanding chronic pain. *Nursing New Zealand* vol. 20 no 9 October 2014. Viitattu 19.2.2018. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e9f194ad-47ea-4769-a725-7576b8e404d7%40sessionmgr102>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. RAI -järjestelmän mittareita. Viitattu 3.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Viitattu 28.12.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Tietoa RAI -järjestelmästä. Viitattu 3.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Turunen, J. 2007. Pain and Pain Management in Finnish General Population. Viitattu 2.1.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0629-7/urn_isbn_978-951-27-0629-7.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 8.1.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vakkala, M. 2016. Akuutti ja krooninen kipu. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. *Duodecim*. Viitattu 16.2.2018. <http://www.oppiportti.fi/op/atd00174/do>

Van Hecke, O., Torrance, N. & Smith, BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth* 2013;111:13-8. Viitattu 11.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794640>

Liitteet

| | |
|---|----|
| Liite 1: RAI -arviointilomakkeesta kipua käsittelevät kohdat, joiden avulla pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkaista saatuja kiputilastoja tutkittiin | 43 |
| Liite 2: Pääkaupunkiseudun kotihoidolle tehtyjen RAI -arviointien tausta ja heidän asiakkaidensa kipua koskevat tilastot | 44 |
| Liite 3: Saatekirje..... | 45 |
| Liite 4: Tutkimuksen tiedonantajilta kysytyt haastattelukysymykset/haastattelurunko | 46 |
| Liite 5: Suostumuslomake | 47 |
| Liite 6: Esimerkkikuvaus mukailusta induktiivisestä sisällönanalyysistä ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä: millaista ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista hoitajilla on | 48 |
| Liite 7: Esimerkkikuvaus mukailusta induktiivisesta sisällönanalyysistä toisesta tutkimuskysymyksestä: millaiset asiat ovat vaikuttaneet hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamiseen | 49 |

Liite 1: RAI -arviointilomakkeesta kipua käsittelevät kohdat, joiden avulla pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkaista saatuja kiputilastoja tutkittiin

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| 4. | KIPU | a. Asiakkaan valittaman tai ilmaiseman kivun esiintymistiheys | <input type="checkbox"/> |
| | | 0. Ei kipuja (kohdat b -e "0") | 2. Kipuja päivittäin - kerran |
| | | 1. Kipuja harvemmin kuin päivittäin | 3. Kipuja päivittäin - useita kertoja |
| | | b. Kivun voimakkuus | <input type="checkbox"/> |
| | | 0. Ei kipua | 3. Kova kipu |
| 1. Lievä kipu | 4. Ajoittain sietämätön kipu | | |
| 2. Kohtalainen kipu | | | |
| c. Asiakkaan mielestä kivun voimakkuus häiritsee päivittäisiä toimintoja | <input type="checkbox"/> | | |
| 0. Ei | 1. Kyllä | | |
| d. Kivun luonne | <input type="checkbox"/> | | |
| 0. Ei kipuja | 1. Kipuja vain yhdessä paikassa | 2. Kipuja useassa paikassa | |
| e. Asiakkaan mielestä lääkkeet hillitsevät riittävästi kipua | <input type="checkbox"/> | | |
| 0. Kyllä tai ei kipuja | 1. Lääke ei hillitse riittävästi kipuja | 2. Kipuja, ei ole ottanut lääkettä | |
| 5. | KAATULU | Kaatumisien lukumäärä viimeisen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta). Jos ei ole lainkaan kaatunut, kirjaa "0", jos enemmän kuin yhdeksän kertaa, kirjaa "9". | <input type="checkbox"/> |
| 6. | KAATUMISEN UHKA | (Kirjaa kaatumisen uhka) | <input type="checkbox"/> |
| | | 0. Ei | 1. Kyllä |
| | | a. Epävarma kävely | <input type="checkbox"/> |
| b. Asiakas rajoittaa ulos menemistä kaatumisen pelossa (esim. lakannut käyttämästä bussia, menee ulos vain muiden kanssa) | <input type="checkbox"/> | | |

Liite 2: Pääkaupunkiseudun kotihoidolle tehtyjen RAI -arviointien tausta ja heidän asiakkaidensa kipua koskevat tilastot

Opinnäytetyöaiheen työstäminen alkoi pääkaupunkiseudun kotihoidon esimiehen kautta, joka oli ehdottanut ikääntyneiden kipua koskevan aiheen Laurea ammattikorkeakoululle. Idea aiheeseen syntyi sitä kautta, kun kyseisen kotihoidon asiakkaista oli tehty RAI -arviointeja. Tehdyistä arvioinneista Terveyden ja hyvinvoinnin laitos oli koonnut tilastoraportin kotihoidolle käytettäväksi. Saatujen raporttien kautta huomattiin, että heidän asiakkaidensa kokema kipu oli erittäin yleistä, kun kipua käsitteleviä tilastoja tarkasteltiin lähemmin. Yleisesti ottaenhan kotihoidon asiakkaille tehtyt RAI -arvioinnit mahdollistavat kivun selvittämisen lisäksi myös sen, että niillä voidaan selvittää asiakkaiden arjessa selviytymistä, psyykkistä ja kognitiivista vointia, sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia, terveydentilaa ja ravitsemusta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b).

Pääkaupunkiseudun kotihoidon saamien RAI -tulosraporttien mukaan vuonna 2016 kyseissä kotihoidossa tehtiin RAI -arviointeja yhteensä 83 kappaletta. Saatujen tuloksien perusteella kovasta tai sietämättömästä kivusta kärsi yhteensä 24,1%:a (20/83) asiakaista. Asiakkaista 47%:lla (38/83) ei ollut kipuja, mutta 28,9%:lla (24/83) oli päivittäin kohtalaista kipua ja vain 2,4%:lla (2/83) asiakaista kipu oli päivittäistä sekä ajoittain vaikeaa tai sietämätöntä. Kun tilastoja verrataan vuoteen 2017, silloin pääkaupunkiseudun kotihoidossa arviointeja tehtiin yhteensä 130 kappaletta. Tuloksena saatiin, että 20,8%:lla (27/130) asiakaista oli kovaa tai sietämätöntä kipua päivittäin. Asiakkaista 50%:lla (65/130) ei ollut kipuja, mutta 19,2%:lla (25/130) oli päivittäin kohtalaista kipua, ja jopa 8,5%:lla (11/130) asiakaista kipu oli päivittäistä sekä ajoittain sietämätöntä tai vaikeaa. Vuoden 2017 tilastoista huomionarvoisena pidettiin sitä, että lähes neljäsosalla kyseisen kotihoidon asiakkaista koki päivittäin kovaa tai sietämätöntä kipua siitakin huolimatta, että tehtyjen arviointien lukumäärä kasvoi runsaasti edellisvuoteen nähden. Edellä kuvatuissa kiputilastoja ja niitä tarkastellessa on kuitenkin huomioitava, etteivät ne anna täysin tarkkaa kokonaiskuvaa tämän kotihoidon asiakkaiden kivun esiintyvyyden nykytilasta. RAI -arviointeja tehtiin vain säännöllisille asiakkaille.

Vaikka tässä opinnäytetyössä RAI -arviointituloksia käytettiin vain kuvaamaan ja vertaamaan kotihoidon asiakkaiden kipua käsitteleviä kohtia, on tärkeää huomioida, että RAI -tuloksia hyödynnetään pääasiassa moniin muihin eri tarkoituksiin. Näitä ovat palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja toteutus sekä kuntoutumisen seuranta. RAI -mitarin ja tulosten avulla voidaan myös kehittää yksiköiden ja organisaatioiden toimintaa sekä seurata niiden laatua. Tämän lisäksi tuloksia voidaan käyttää kansallisessa tai kansainvälisessä vertailussa sekä tutkimuksissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Tässä opinnäytetyössä pääkaupunkiseudun kotihoidolle kerättyjä tuloksia hyödynnettiin poikkeuksellisella tavalla.

Liite 3: Saatekirje

Saatekirje opinnäytetyön tutkimukseen osallistuville

Hyvä pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitaja,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Miikka Marjamäki. Opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea ammattikorkeakoulussa xxxxxxxx kampuksella. Olen tekemässä korkeakoulututkintooni liittyvää opinnäytetyötutkielmaa yhdessä pääkaupunkiseudun kotihoidon kanssa. Opinnäytetyöni aiheena on ikääntyneen kroonisen kivun arvioimisen ja hoitamisen osaaminen kotihoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää pääkaupunkiseudun kotihoidon hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista. Tarkoituksena on, että hoitajat tuovat esille omaa toimintaansa arvioidessaan ja hoitaessaan ikääntyneiden kroonista kipua.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa suosituksia siitä, millä tavoin ikääntyneen kroonisen kivun arviointia ja hoitoa voidaan toteuttaa pääkaupunkiseudun kotihoidossa sekä auttaa suositusten pohjalta kehittämään hoitajien kroonisen kivun osaamista tuomalla esille niihin vaikuttavia tekijöitä. Ikääntyneen kroonisen kivun osaamisen kehittäminen on tärkeää etenkin, kun tilastoitujen RAI -arviointien perusteella päivittäinen kipu on ollut melko yleistä pääkaupunkiseudun kotihoidon asiakkailla.

Opinnäytetyötä varten kerätään aineistoa. Aineiston kerääminen tullaan toteuttamaan kahdena erillisenä ryhmähaastattelukertana, jossa keskustelua ohjaa haastattelija. Ryhmähaastattelut tehdään kahtena erillisenä kertana, jotta mahdollisimman moni hoitaja kykenisi osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkittavilla on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa ilman, että siitä aiheutuu mitään seuraamuksia. Haastattelut tulevat tapahtumaan kotihoidossa maaliskuussa 2018. Haastatteluissa kysytään avoimia kysymyksiä ja haastattelut voivat viedä aikaa noin 15 minuutista 30 minuuttiin.

Ryhmäkeskustelutilanteet nauhoitetaan, jonka jälkeen aineisto kirjoitetaan puhtaaksi. Puhtaaksi kirjoittamisen vaiheessa vastaajista ei käytetä nimiä tai muitakaan henkilötietoja. Tutkimuksen eri vaiheissa, kuten raportoinnissa varmistetaan myös osallistuneiden anonymiteetti. Nauhoitettua ja puhtaaksi kirjoitettua haastatteluaineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä, jonka jälkeen aineistoa hävitetään. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syksyllä 2018, jonka jälkeen se on luettavissa Theseus -julkaisuarkistossa. Vastaan mielelläni tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Miikka Marjamäki

Sairaanhoitajaopiskelija

Laurea Ammattikorkeakoulu

s-posti: XXXX@XXXX.fi

Liite 4: Tutkimuksen tiedonantajilta kysytyt haastattelukysymykset/haastattelurunko

1. Miten arvioit ikääntyneen kroonista kipua?
2. Mitä keinoja käytät ikääntyneen kroonisen kivun arvioinnissa?
3. Miten hoidat ikääntyneen kroonista kipua?
4. Mitä keinoja käytät ikääntyneen kivun kroonisen kivun hoidossa?
5. Millaiseksi olet kokenut oman osaamisesi ikääntyneiden kroonisen kipua arvioittaessasi ja hoitaessasi?
6. Mitä ajattelet ikääntyneiden kroonisen kivun arvioinnista ja hoidosta?
7. Millaiset asiat mielestäsi tukevat tai heikentävät ikääntyneiden kroonisen kivun arviointia ja hoitoa?
8. Miten toivoisit ikääntyneiden kroonisen kivun hoitotyötä kehitettävän kyseisessä pääkaupunkiseudun kotihoidossa?
9. Millaista lisäosaamista kaipaisit ikääntyneiden kroonisen kivun arviointiin ja hoitoon liittyen?

Liite 5: Suostumuslomake

Suostumuslomake

Haastateltavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen, jonka aiheena on ikääntyneen kroonisen kivun arvioimisen ja hoitamisen osaaminen kotihoidossa. Olen perehtynyt opinnäytetyötutkimuksen tarkoitukseen, tavoitteisiin, toteutustapaan ja aineistonkeruumenettelmään sekä kerättävän tutkimusaineiston käyttöön. Suostun osallistumaan tutkimukseen. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa tutkimusta.

Haastatteluun osallistujan allekirjoitus

Nimenselvennys

Päivämäärä

Tutkijan allekirjoitus

Nimenselvennys

Päivämäärä

Jos opinnäytetyöhön liittyen ilmenee kysymyksiä, vastaan niihin mielelläni. Alla yhteystiedot:

Miikka Marjamäki

Sairaanhoitajaopiskelija

Laurea Ammattikorkeakoulu

s-posti: XXXXXX@XXXXX.fi

Liite 6: Esimerkkikuvaus mukailusta induktiivisistä sisällönanalyysistä ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä: millaista ikääntyneiden kroonisen kivun osaamista hoitajilla on

| Raakateksti | Taso1 (pelkistys) | Taso2 (ryhmittely) | Taso3 (ryhmittely) |
|---|---|--|---|
| ”Siis lääkinällinen ja sit joillain käy hieroja. Ja sitte paljonhan meillä käy nykyä kotikuntoutus, nii voihan se fysioterapiaki olla niiku tavallaan siihen.” | Hierojan osallistuminen kroonisen kivun hoitamiseen Kotikuntoutuksen fysioterapeutin osallistuminen kroonisen kivun hoitamiseen | Terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen kroonisen kivun hoitoon | Moniammatillinen yhteistyö kroonisen kivun hoidossa |
| ”Nii jalkahoitajathan käy sitte tosi monella meidän asiakkaalla, mikä myös sit niiku varmaa auttaa ja ennaltaehkäisee sitte niiku niitä.” | Jalkahoitajan osallistuminen kroonisen kivun hoitamiseen | Terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen kroonisen kivun hoitoon | Moniammatillinen yhteistyö kroonisen kivun hoidossa |
| ”Sit on tää just et ku tää kotikuntoutuksen fyssari käy. Nii se antaa just näille vinkkei, mitä voi itekseen niiku jumpata siis silleen.” | Kotikuntoutuksen fysioterapeutin liikkumisen hoito-ohjeiden anto | Terveydenhuollon ammattilaisten antamat hoito-ohjeet kotihoidon asiakkaalle kroonisen kivun ennaltaehkäisemistä varten | Moniammatillinen yhteistyö kroonisen kivun hoidossa |
| ”Parhaamme mukaan me aina sitä niiku yritetään ja pyritään. Ja keskenämme sitte keskustellaan, konsultoidaan toisiimme.” | Hoitajien keskenään tapahtuva keskustelu kroonisen kivun hoitamisesta | Hoitajien keskinäinen yhteistyö | Moniammatillinen yhteistyö kroonisen kivun hoidossa |
| ”Vaan mitä siis me tietysti tarkkaillaan, seurataan ja konsultoidaan jatkuvasti. On se sitte, että meilläki on nytte omalääkäri, mikä on ihan tossa heti saatavilla.” | Hoitajien yhteistyö asiakkaan kroonisen kivun tarkkailussa, seurannassa ja konsultoinnissa Omalääkäriin hyödyntäminen kroonisen kivun hoidossa | Hoitajien ja lääkärin keskinäinen yhteistyö sekä konsultointi | Moniammatillinen yhteistyö kroonisen kivun hoidossa |

Liite 7: Esimerkkikuvaus mukailusta induktiivisesta sisällönanalyysistä toisesta tutkimuskysymyksestä: millaiset asiat ovat vaikuttaneet hoitajien ikääntyneiden kroonisen kivun osaamiseen

| Raakateksti | Taso1 (pelkistys) | Taso2 (ryhmittely) | Taso3 (ryhmittely) |
|--|---|---|---|
| <p>”Ja ehkä semmonen itellä omakohtanen kokemus. Siis läheiseltä ihmiseltä siitä kivusta. Nii sen jälkee on aatellu, et mä en koskaa väheksy sitä. Et siihe kipuu pitää ottaa jokaisella semmonsena ku se on. Eikä vaa niiku joo, joo et ne on nyt niitä.”</p> | <p>Omaehtainen kokemus muuttanut asennetta, miten suhtautuu toisen kipuun</p> | <p>Toisen kipukokemuksen kunnioittaminen</p> | <p>Hoitajan myötätuntoinen suhtautuminen kipuun</p> |
| <p>”No semmonen ajatus mulle tulee, että silloin ku oon itse kärsiny aivan sellaisesta kroonisesta kivusta et just ku tää kipumittari yks viiva kymmenen. Et itse kokenu sellasta, että se ei riittäny kuvastamaan sitä kipua, mitä on ollu. Nii se, että just et, jos jotku toiset puhuu niiku siitä kivusta nii ainakin sillä, että ku tiedän omasta kokemuksesta, mitä sellanen piinava kipu on. Niin tota noin, ettei niiku mitätöi sitä toisen kipua. Kertoo se sitte mistä kivusta tahansa. Nii et ei ainakaan sillä, et niiku et, jos mikä nyt tahansa on kipee, et ei se nyt niin kipee voi olla.”</p> | <p>Omien kipukokemusten pohjalta ei aliarvioi toisen kokemaa kipua</p> <p>Omien kipukokemusten pohjalta ymmärtää, mitä piinaava kipu voi olla</p> | <p>Omaehtaisiin kokemuksiin perustuva asiantuntemus kivun kokemisesta</p> | <p>Hoitajan myötätuntoinen suhtautuminen kipuun</p> |