



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KIVUNHOITO ASIAKKAAN KOKEMANA KOTIHOIDOSSA

Toni Kähkönen

Alexi Lilja

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KÄHKÖNEN TONI & LILJA ALEKSI:
Kivunhoito asiakkaan kokemana kotihoidossa

Opinnäytetyö 32 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Huhtikuu 2017

Laitoshoitopaikkoja on viime vuosina Suomessa vähennetty runsaasti ja hoitotyötä on siirretty ihmisten koteihin tuotettaviksi palveluiksi. Näin ollen kotihoidon palvelun piiriin on tullut paljon lisää asiakkaita ja kotiin tuotettavien palvelujen laajuus on kasvanut huomattavasti. Myös suurten ikäluokkien vaikutus on nähtävissä kotihoidon asiakasrakenteessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ja kehittää tietoa kivunhoidosta kotihoidon asiakkaille ja työntekijöille sekä terveysalan opiskelijoille. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineisto kerättiin teemahaastatteluina. Haastatteluihin osallistui kahdeksan kotihoidon asiakasta, joilla oli hoidettu kipua viimeisen vuoden aikana kotihoidon toimesta.

Tutkimustulokset osoittivat, että asiakkaiden kokemukset kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta olivat vaihtelevia. Kivunhoidon koettiin olevan riittävää ja laadukasta, toisaalta taas kivunhoidon koettiin olevan puutteellista. Kipua oli hoidettu erilaisilla menetelmillä ja kokemukset eri menetelmistä olivat vaihtelevia. Kotihoidon henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena, mutta henkilökunnan suuri vaihtuvuus asetti haasteita kivunhoidon jatkuvuudelle ja tasalaatuisuudelle.

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden kokemukset kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta olivat vaihtelevia. Osittain kivunhoito koettiin laadukkaaksi ja riittäväksi, toisaalta riittämättömäksi tai puutteelliseksi. Opinnäytetyössä kerättiin asiakkaiden kokemuksia kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta, joten ehdotamme jatkotutkimuksia silmällä pitäen, että tutkimuksen voisi toteuttaa keräämällä kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kivunhoidosta. Tutkimustulosten vertailulla voitaisiin saada hyötyä kipukokemuksen subjektiivisuuden ymmärtämiseen ja näin ollen kivunhoidon yksilöllisyyttä ja laatua pystyttäisiin lisäämään.

Asiasanat: kipu, kivunhoito, hoitotyö, kotihoito, kokemus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Programme of Nursing

KÄHKÖNEN TONI & LILJA ALEKSI:
Pain Management as Experienced by the Customer in Home Care

Bachelor's thesis 32 pages, appendices 4 pages
April 2017

The purpose of this study was to describe the experiences of home care clients' pain management. The aim of the study was to yield and develop information of pain management for home care clients and employees, as well as for students of nursing.

The approach of the study was qualitative and the data were collected through theme interviews. The participants were eight home care clients whose pain had been treated in home care during the past year.

The results showed that the participants' experiences of pain management in home care varied. Some respondents regarded the pain management adequate and high-quality, whereas some experienced it insufficient. Home care employees were considered professional by the clients. The changing of the personnel poses challenges for the continuity and consistent quality of pain management.

A suggestion for potential further study would be to examine pain management conducted in home care from the perspective of the employees. By comparing the results with the current study it would be possible to enhance the understanding of subjective experiences of pain and thus improve the individuality and quality of care.

Key words: pain, pain management, nursing, home care, experience

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Kotihoito	8
	3.2 Kotihoidon asiakas.....	9
	3.3 Kipukokemus	9
	3.4 Hoitotyö	10
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	11
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	11
	4.2 Haastateltavat ja aineiston hankinta.....	11
	4.3 Aineiston analysointi	13
5	TULOKSET	15
	5.1 Kokemukset kivunhoidosta.....	15
	5.2 Kokemukset kotihoidosta	17
	5.3 Kotona selviytyminen	18
6	TULOSTEN TARKASTELU	20
	6.1 Kokemukset kivunhoidosta.....	20
	6.2 Kokemukset kotihoidosta	22
	6.3 Kotona selviytyminen	23
7	POHDINTA.....	24
	7.1 Eettisyys ja luotettavuus	24
	7.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	25
	LÄHTEET	27
	LIITTEET	29
	Liite 1. Saatekirje ja tietoinensuostumus lomake.....	29
	Liite 2. Teemahaastattelun runko	31
	Liite 3. Luokittelu.....	32

1 JOHDANTO

Kotihoido on palvelukokonaisuus, joka koostuu useammasta erilaisesta asiakkaan kotiin tuotettavasta palvelusta. Näiden palveluiden tarkoituksena on auttaa kotona asuvia eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia avun tarvitsijoita. Kotihoidon asiakkaita yhdistävä tekijä on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt toimintakyky. (Ikonen 2013, 15.) Kotihoidossa toteutetaan asiakkaille hoitotyötä. Hoitotyön päätarkoitus on edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia, säilyttää terveyttä ja auttaa tai tukea ihmistä sopeutumaan erilaisiin ja muuttuviin tilanteisiin (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 15). Osana kotihoidossa tapahtuvaa hoitotyötä toteutetaan asiakkaiden yksilöllistä kivunhoitoa ja arvioidaan kivunhoidon tarvetta sekä tuloksia.

Kivun kuvataan olevan epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon, kudonvaurion uhkaan tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015). Kivun kokeminen ja siitä kärsiminen on aina subjektiivinen kokemus (Karttunen 2014, 9). Kipu on aina yhtä aikaa fysiologinen ilmiö mutta myös tunne- ja aistikokemus (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7).

Opinnäytetyö käsittelee kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta. Tavoitteena on tuottaa ja kehittää tietoa kivunhoidosta kotihoidon asiakkaille ja työntekijöille, sekä terveystieteen opiskelijoille.

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena on asioita, joita ei voi kvantitatiivisesti mitata. Aineisto kerättiin haastattelemalla kotihoidon asiakkaita, joilla on viimeisen vuoden aikana hoidettu kipua kotihoidon toimesta. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelusta saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmivaiheisen prosessin mukaisesti. Yhteistyötahona opinnäytetyössä toimi Tampereen kaupunki.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta.

Opinnäytetyön tehtävät:

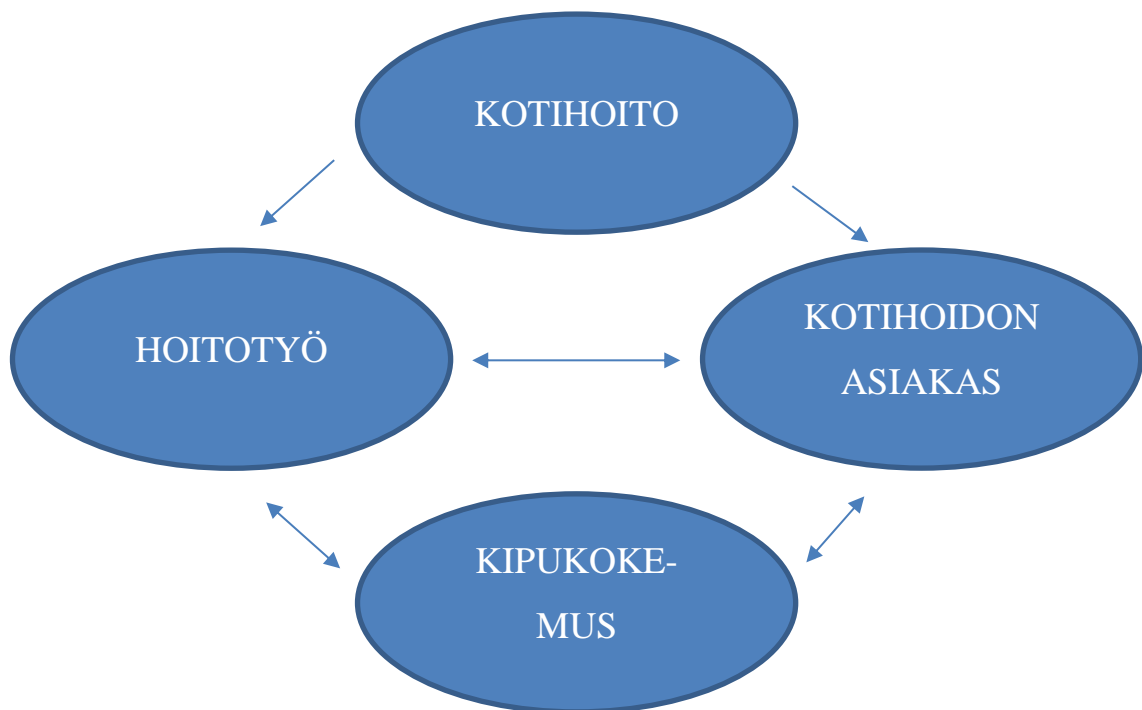
1. Miten kipu vaikuttaa elämään?
2. Vaikuttaako kipu kotona selviytymiseen?
3. Miten kipua hoidetaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ja kehittää tietoa kivunhoidosta kotihoidon asiakkaille ja työntekijöille, sekä terveysalan opiskelijoille.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Työelämäpalaverin pohjalta opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi nousi kotihoito, kotihoidon asiakas, kipu ja hoitotyö. Ideaseminaarin jälkeen käsitteet pysyivät muuten ennallaan, mutta käsite kipu muutettiin käsitteeksi kipukokemus. Syy muutokseen oli asiakkaan näkökulman säilyttäminen.

Teoreettiset lähtökohdat on avattu myös kuviolla (KUVIO 1.). Kotihoidossa hoitotyötä toteutetaan kotihoidon asiakkaille. Toteutettavaan hoitotyöhön vaikuttaa asiakkaan kipukokemus ja hoitotyöllä taas pyritään vaikuttamaan asiakkaan kipukokemukseen.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Kotihoito

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka koostuu useammasta erilaisesta asiakkaan kotiin tuotettavasta palvelusta. Näitä palveluita ovat kotipalvelu, tukipalvelu ja sairaanhoitopalvelut. Näiden palveluiden tarkoituksena on auttaa kotona asuvia eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia avun tarvisijoita. Kotihoidon asiakkaita yhdistävä tekijä on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt toimintakyky. (Ikonen 2013, 15.) Kotihoidolla pyritään turvaamaan kotona asuminen ja arjesta selviytyminen. Samalla pyritään takaamaan kaikille tasavertainen avun saanti ja luomaan turvallisuutta. (Ikonen 2013, 11.)

Kotihoidon asiakasrakenne on muuttunut 2000-luvulla (Björkgren, Heinola, Kattainen, Luoma, Matikainen, Paasivaara, Tepponen & Voutilainen 2007, 18). Kotihoidon asiakkaista nykyisin suurin osa on ikääntyneitä avun tarvisijoita (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela. 2007, 5). Heidän ikäjakaumansa on 75-84- vuotta ja he kattavat lähes puolet kaikista kotihoidon asiakkaista. 2000-luvulla 85- vuotta täyttäneiden osuus asiakkaista on kasvanut. Tällä hetkellä joka kolmas asiakas on täyttänyt 85-vuotta ja joka viides on 65-74- vuotias. Jakauma miesten ja naisten välillä ei ole tasainen. Kotihoidon säännöllisistä asiakkaista suurempi osa on naisia kuin miehiä. Yleisin kotihoitoon tulon syy on asiakkaan fyysisen toimintakyvyn vaje. Lähes kaikilla asiakkailla esiintyy avuntarvetta myös välinetoiminnoissa ja näistä useimmiten siivouksessa. Kolmasosa kotihoidon asiakkaista saa vuorokaudessa kaksi kotihoidon käyntikertaa. (Björkgren ym. 2007, 20.)

Kotihoidossa asiakkaalle suunnitellaan ja toteutetaan hoiva- ja sairaanhoito palveluita asiakaslähtöisesti. Kotihoidon perustan ajatellaan olevan henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, asumiseen ja muuhun jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja erilaisten toimintojen suorittamiseen ja niissä avustamiseen liittyvät palvelut. Näitä palveluita ei välttämättä toteuta terveydenhuollon ammattilainen. Kotihoidossa asiakkaille tarjotaan myös sairaanhoitopalveluita, sairaanhoitopalveluita toteuttaa aina terveyden huollon ammattilainen. Nämä sairaanhoitopalvelut on tarkoitettu kotona asuville, jotka ovat vammansa, sairautensa tai heikentyneen toimintakykynsä vuoksi estyneitä käyttämään muita avoterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita. (Ikonen 2013, 72.)

3.2 Kotihoidon asiakas

Kotihoidossa asiakkaan voidaan ajatella olevan tarjotun palvelun käyttäjä. Käytännössä palvelun käyttäjä voi olla esimerkiksi iäkäs tai vammaisen henkilö. Henkilön iällä tai taustalla ei tässä yhteydessä ole niinkään merkitystä. Tärkeintä on ihmisen tämän hetkinen tilanne. Kaikkia kotihoidon palvelujen käyttäjiä yhdistää yksi tekijä, tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt toimintakyky ja kyky selviytyä jokapäiväisestä elämästä. (Ikonen 2013, 15-19.) Asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (1992/912) palvelujen käyttäjä tarkoittaa yhtä tai useampaa henkilöä, joka käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai johon palvelut kohdistuvat.

3.3 Kipukokemus

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (IASP 1994) määrittelee kivun olevan epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Määritelmän täydennyksessä todetaan, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Kipu on aina yhtä aikaa fysiologinen ilmiö mutta myös tunne- ja aistikokemus. Kipu on myöskin aina henkilökohtaista ja yksilöllistä. (Salanterä ym. 2006, 7.)

Yksilön kivun kokemiseen vaikuttavat useat eri tekijät kuten perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus ja aikaisemmat kokemukset kivusta. Nämä vaikuttavat yksilön kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn. Kivunsietokyky tarkoittaa kivun keston ja voimakkuuden määrää, jonka yksilö sietää. Kipukynnys taas on se vaihe, jossa ärsyke tunnetaan kipuna. Kipukynnykseen vaikuttavat kivun laatu ja kesto. (Salanterä ym. 2006, 9–10.) Usein myös kulttuuri määrittelee sairauksiin ja kipuihin suhtautumisen. Kulttuuri vaikuttaa myös siihen miten sairaat suhtautuvat itseensä ja siihen voiko sairas edes olla muiden joukossa vai pitääkö hänet eristää. (Vainio 2009, 27.)

Naiset ja miehet kokevat kivun eri tavalla. Naiset ilmaisevat kipua herkemmin kuin miehet, naiset myös kokevat kipuja enemmän kuin miehet. Kaikki yksilöt ikään katsomatta kokevat kipua. Ikä kuitenkin vaikuttaa kipukokemukseen ja se muuttuu vanhetessa. Vastasyntyneet ja keskosetkin kokevat kipua, mutta ei tiedetä minkälainen tuo kipukokemus

on. Vanhetessa yksilö ei tunne niin herkästi kipua. Aikaisemmat kipukokemukset muokkaavat yksilön kipukokemuksia. Henkilö joka on aiemmin tuntenut kovaa kipua, tuntee sitä herkemmin myös uudelleen. (Salanterä ym. 2006, 9.)

3.4 Hoitotyö

Hoitotyön päätarkoitus on edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia, säilyttää terveyttä ja auttaa tai tukea ihmistä sopeutumaan erilaisiin ja muuttuviin tilanteisiin. Hoitotyössä hoitajan rooli on olla asiantuntija, joka omaa hyvän teorianäytämysten, käytännön taidot ja käyttää niitä hoitaessaan asiakasta. Hoitotyön keskiössä ei ole itse sairaus, vaan se mitä asiakas sairautensa aikana tuntee ja kokee. Tehtävänä on pyrkiä tunnistamaan asiakkaan kipukokemus. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 16.)

Kivun hoito ja kuntoutus perustuvat huolelliseen arvioon potilaan kivusta ja kokonaistilanteesta. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan ja sovitaan yhdessä potilaan kanssa siten, että osapuolet voivat sitoutua siihen. Potilasta informoidaan tutkimustuloksista ja taudinmäärittämisestä, hoitovaihtoehdoista sekä niiden odotettavissa olevista hyödyistä ja mahdollisista haitoista. Hoidon tavoitteita ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen. Mahdollinen syyn mukainen kivun hoito toteutetaan aina viipymättä. Pitkäkestoista kipua ei yleensä pystytä kokonaan poistamaan, mutta sitä voidaan lievittää ja potilaan selviytymistä voidaan tukea. Oheisoireiden hoito voi lievittää kipua ja parantaa kivun kanssa selviytymistä. Lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia ja lääkehoito yhdistetään muihin hoitomenetelmiin. Pitkäkestoisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillinen lähestymistapa on tarpeen. Siihen voivat sisältyä esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeuttinen ohjaus, psyykinen tuki ja hoitajan antama ohjaus. Potilasta ohjataan myös sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Potilaalla on aktiivinen rooli kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. Omien selviytymiskeinojen käyttö tukee kivun kanssa selviytymistä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin kolmivaiheisen prosessin mukaisesti.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on ihminen ja elämän kuvaaminen. Kvalitatiivinen tutkimus voi sisältää erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineiston keruu- ja analyysimenetelmiä. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole vakiinnuttanut paikkaansa minkään tieteenalan parissa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160–165.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii opinnäytetyöhön, koska siinä tarkastellaan kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta ja sen nykytilasta. Opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteina on asioita, joita ei voi kvantitatiivisesti eli määrällisesti mitata.

4.2 Haastateltavat ja aineiston hankinta

Tutkimukseen osallistujien valinnan suorittivat kotihoidon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat suorittivat valinnan, koska heillä oli pääsy potilastietojärjestelmään ja näin ollen tieto asiakkaista, joilla kipua on hoidettu viimeisen vuoden aikana kotihoidossa. Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa kotihoidon asiakasta. Tutkimukseen osallistujat olivat pääosin naisia, kaikki osallistujat olivat ikääntyneitä avun tarvitsijoita.

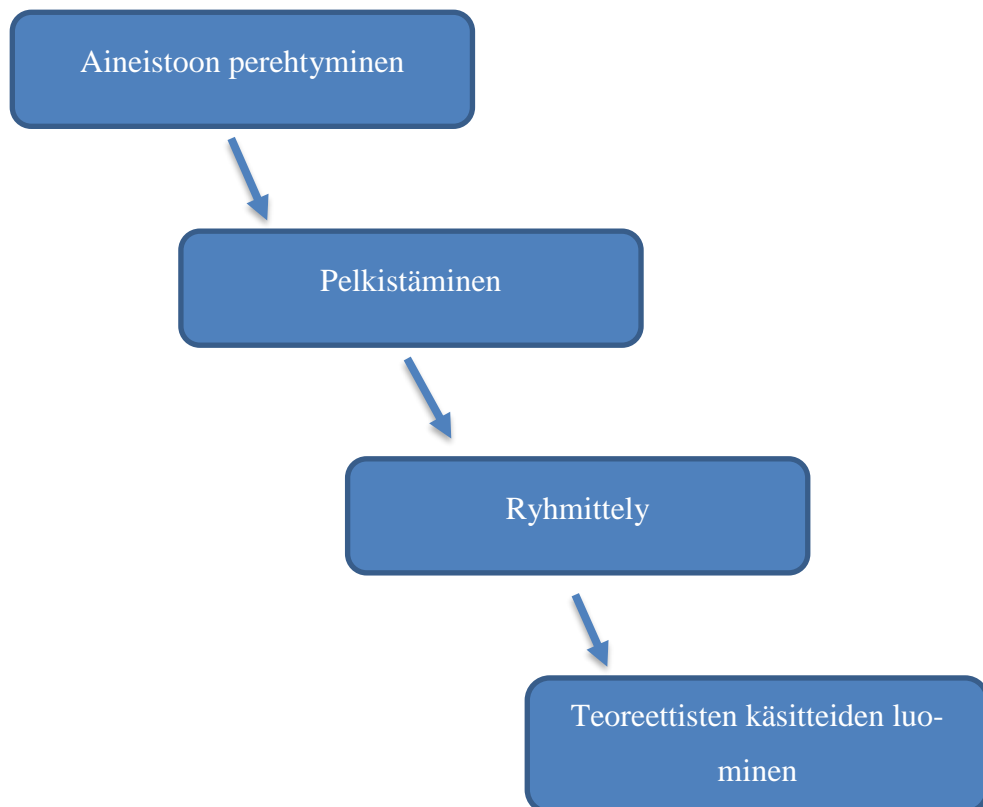
Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kotona puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Tuomen & Sarajärven (2010, 72–74) mukaan haastattelun idea on hyvin yksinkertainen. Haastattelemalla saadaan selville ihmisen ajatusmaailma ja se miksi ihminen toimii niin kuin hän toimii. Joustavuus lasketaan haastattelun eduksi. Haastateltavalla on mahdoli-

suus toistaa vastauksensa ja käydä vastavuoroista keskustelua haastattelijan kanssa. Lisäksi haastattelija voi samalla toimia myös havainnoitsijana. Haastatteluista voidaan siis kirjata muistiin myös non-verbaalinen viestintä. Haastatteluissa edettiin keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Etukäteen valittuja teemoja oli kipukokemus, kivunhoito, kotona selviytyminen ja kehitysehdotukset. Tarkentavat kysymykset rakentuivat näiden edellä mainittujen teemojen mukaisesti. Teemat ja tarkentavat kysymykset löytyvät opinnäytetyöstä liitteenä (Liite 2.).

Haastattelutilanteet oli etukäteen suunniteltu ajallisesti noin yhden tunnin kestoisiksi ja aikataulussa pysyttiin kaikkien haastattelujen kohdalla. Kaikissa haastatteluissa oli läsnä opinnäytetyön tekijät ja itse haastateltava. Joissakin haastattelutilanteissa paikalla oli myös haastateltavan läheisiä. Läheisten paikalla oleminen ei vaikuttanut haastattelun kulkuun. Haastattelutilanteet olivat kaiken kaikkiaan rauhallisia ja etenivät sujuvasti. Kommunikaatio oli vastavuoroista ja antoi niin haastateltaville kuin haastatteliijoillekin positiivisen kokemuksen. Haastattelun aiheena kipu on hyvin henkilökohtainen ja subjektiivinen. Näin ollen haastattelutilanteet herättivät haastateltavissa monenlaisia, voimakkaitakin tunnereaktioita. Haastateltavat kokivat aiheen merkitykselliseksi ja halusivat kertoa kokemuksistaan avoimesti ja hyvinkin laajasti.

4.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2010, 103). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) Aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 108). Sisällönanalyysin eteneminen on esitetty alla kuviolla (KUVIO 2.).



KUVIO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.

Aineistoa kertyi kymmeniä sivuja ja aineistoon perehdyttiin sen vaatimalla tarkkuudella. Aukikirjoitettu aineisto luettiin useaan kertaan ja analysoitiin huolellisesti.

Aineiston pelkistämässä aineisto aukikirjoitettiin, jolloin aineistosta karsittiin tutkimukselle epäoleellinen pois. Epäoleellisuuksilla tarkoitetaan kaikkia sellaisia ilmauksia, jotka eivät vastaa keskeisiin etukäteen valittuihin teemoihin ja niihin liittyviin tarkentaviin kysymyksiin. Pelkistettäessä aineisto pilkottiin osiin, jolloin taas tutkimustehtävät

ohjasivat aineiston pelkistämistä. Tällä tavalla aineistosta löytyi tutkimustehtävälle merkittävät ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 109.)

Aineiston ryhmittelyssä koodatut alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja aineistosta etsittiin samankaltaisia käsitteitä. Samanlaiset käsitteet ryhmiteltiin luokiksi, jotka nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tällä tavalla aineisto saatiin tiivistettyä, koska yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisimpiin käsitteisiin. Ryhmittelyllä luotiin pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Käsitteet ryhmiteltiin ensin alaluokiksi ja edelleen alaluokat yläluokiksi. Yläluokat yhdistettiin yhdeksi yhtenäiseksi pääluokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 109–110.)

Aineiston ryhmittelyä seurasi aineiston käsitteellistäminen. Käsitteellistämässä aineistosta erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Ryhmittelyä jatkettiin tässä vaiheessa yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin, se oli aineiston sisällön kannalta mahdollista. Yhdistelemällä käsitteitä saatiin vastaus tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 111–113.)

5 TULOKSET

Analysoinnin myötä muodostui yksi pääluokka ja kolme yläluokkaa. Pääluokaksi muodostui kivunhoito asiakkaan kokemana kotihoidossa. Yläluokiksi taas muodostui kokemukset kivunhoidosta, kokemukset kotihoidosta ja kotona selviytyminen. Aineiston luokittelu löytyy opinnäytetyöstä liitteenä (Liite 3.). Tulosten luotettavuutta on lisätty liittämällä niihin suoria lainauksia haastatteluista.

5.1 Kokemukset kivunhoidosta

Haastateltavien kokemukset kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta ovat vaihtelevia. Kivunhoidon koetaan olevan riittävää ja laadukasta, toisaalta kivunhoidon koetaan olevan myös puutteellista. Kipua on hoidettu erilaisilla menetelmillä ja kokemukset eri menetelmistä ovat vaihtelevia. Haastateltavien kipukokemukset ovat muodostuneet erilaisten vammamekanismien pohjalta ja näin ollen kivunlaatukin vaihtelee yksilöllisesti. Haastateltaville oli muodostunut runsaasti kehitysehdotuksia, rajoittuen kuitenkin asiakkaan omaan henkilökohtaiseen kipukokemukseen.

Kivun huomioinnin koetaan olevan rutiininomainen osa kotihoidon käyntejä. Omahoitajan aktiivinen rooli kivun huomioinnissa koetaan erityisen positiivisena asiana. Kivun huomioinnissa on kuitenkin eroja päivästä ja henkilökunnasta riippuen.

”...se kipu nyt on vaan semmonen juttu minkä ne aina kysyy...”

”...toi omahoitaja on kyllä hyvä, että hän siitä kyllä aina kysyy...”

Lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista koetaan olevan suuresti apua kipuihin. Niillä koetaan olevan osittain jopa parempi vaste kuin kivun lääkehoidolla. Erityisen hyvänä haastateltavat kokevat fysioterapiasta saadun avun kivunhoidossa.

”...juu kyllä siitä on apua, kun fysioterapeutti käy...”

Kivun lääkehoidolla koetaan olevan tärkeä rooli kivunhoidossa. Lähes kaikki haastateltavat kokevat lääkehoidon toimivaksi kivunhoitomuodoksi.

”...se on tää nykyinen lääkitys joka tehoo...”

Kivun lääkehoitoa arvioidaan henkilökunnan toimesta aktiivisesti ja tarvittaessa siihen tehdään muutoksia. Erilaisia kivunhoito- ja lääkemuotoja on kokeiltu asiakkaiden kokemusten perusteella laajasti.

”...vähän joskus kun ei sopinu, niin sitä muutettiin...”

Haastateltavien kokemukset kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta ovat vaihtelevia. Kivunhoidon koetaan olevan riittävää ja laadukasta, toisaalta taas kivunhoidon koetaan olevan puutteellista, eikä kipuihin puututa riittävästi.

”...niinkun olis elpynyt ja kyllä siitä apua on ollu...”

”...voivat joskus kysyä, mutta eivät kyllä puutu mitenkään...”

Haastateltavien kipukokemukset ovat muodostuneet erilaisten vammamekanismien pohjalta. Vammamekanismin syntyyn on vaikuttanut taustalla olevat perussairaudet, niin hoidetut kuin hoitamattomat. Vammamekanismien taustalla on myös aiempia traumoja ja niistä johtuvia pitkäaikaisia, jopa kroonistuneita kiputiloja ja toimintakyvyn vajetta.

”...mä oon kaatunut ja ammeeseen viimeksi mukkasin, siinä sitten itteni loukkasin...”

Haastateltavien kipu on hyvin yksilöllistä, monivaihteista ja kestoaltaan vaihtelevaa. Kivunlaatu vaihtelee sietämättömästä, lievään ja kestoaltaan kroonisesta vuosikymmeniä kestäneestä särystä, muutamassa päivässä nopeasti ohimenevään kipuun.

”...joo se kivunkesto vaihtelee, jonain päivänä on helpompaa ja jonain ei...”

Kivunhoidosta keskusteltaessa haastatteluissa nousi esiin useita erilaisia kehitysehdotuksia, toisaalta kivunhoidossa ei koeta olevan lainkaan kehitettävää. Kehitysehdotukset kumpuavat asiakkaiden yksilöllisistä tarpeista ja päivittäisen kotona selviytymisen tuomista haasteista.

”...ei siinä oikeestaan mitään kehitettävää oo...”

”...kun mulla sitä kipua tulee, niin saisin siihen sitten heti sitä apua jotenki...”

5.2 Kokemukset kotihoidosta

Kotihoidon henkilökunta koetaan ammattitaitoiseksi, mutta henkilökunnan suuri vaihtuvuus asettaa haasteita kivunhoidon jatkuvuudelle ja tasalaatuisuudelle. Omahoitajan rooli koetaan tärkeäksi asiaksi.

Kotihoidon henkilökunnan ammattitaitoa arvostetaan ja heidän tekemänsä työ koetaan tarpeelliseksi. Henkilökunnan ammattitaito välittyy haastateltaville osana päivittäisiä kotihoidonkäyntejä. Haastateltavat kokevat pystyvänsä luottamaan henkilökuntaan.

”...minusta he on vähän niinku ammatti-ihmisiä...”

Haastateltavien mielestä henkilökunnan vaihtuvuus koetaan ristiriitaiseksi mutta kivunhoitoon vaikuttavaksi asiaksi. Osittain vaihtuvuus koetaan positiiviseksi asiaksi, erilaisien hoitokäytäntöjen ja henkilökunnan persoonallisten ominaisuuksien vuoksi. Jatkuvuuden ja tasalaatuisuuden kannalta vaihtuvuuden koetaan asettavan kivunhoidolle haasteita. Haastateltavat arvostavat omahoitajuutta ja sen mukanaan tuomaa varmuutta ja turvaa, liittyen kokonaisvaltaiseen ja laadukkaaseen kivunhoitoon.

”...olisi hyvä jos omahoitaja kävisi mahdollisimman paljon...”

”...on sieltä käyny paljon sijaisia...”

Kotihoidon tuottamien palvelujen tarve vaihtelee asiakaskohtaisesti. Hoidontarve on yksilöllisesti määritelty ja hoito sen mukaan suunniteltu. Palvelujen tarvetta arvioidaan aktiivisesti ja muuttuviin tilanteisiin, kuten asiakkaan toimintakyvyn heikentymiseen reagoidaan esimerkiksi kotihoidon käyntejä lisäämällä.

”...jossain vaiheessa kävi jopa kolme kertaa päivässä, mutta sitten sitä vähennettiin...”

Haastateltavat kokevat saavansa kotihoidolta laadukkaita palveluita, jotka vastaavat heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa.

”...mulla ei oo heistä kun hyvää sanomista...”

5.3 Kotona selviytyminen

Laadukas kivunhoito vaikuttaa positiivisesti kotona selviytymiseen. Onnistuneen kivunhoidon lisäksi kotona selviytymistä tukee tukiverkostoilta saatu apu arkisissa asioissa, päivittäisiä toimintoja helpottavat asianmukaiset apuvälineet, sekä asiakkaiden oma motivaatio ja kiinnostuneisuus itsehoitoon.

Haastateltavat kokevat tukiverkostoilta saadun avun positiivisena ja kotona selviytymistä tukevana asiana. Tukiverkostojen koko vaihteli haastateltavien kesken suuresti, osalla tukiverkosto on laaja, kun taas osa kokee, että sitä ei ole lainkaan. Haastateltavien tukiverkostot koostuvat esimerkiksi perheenjäsenistä, lähisukulaisista ja naapureista, sekä erilaisten yhteisöjen tai yhdistysten tarjoamista ystävä- tai ulkoiluttajapalveluista.

”...tytär tekee monen päivän ruokia ja sitten käymme esimerkiksi tänä aamuna kaupassa...”

”...vei sitten mua ulos tällä pyörätuolilla, se oli kyllä niin upeeta...”

Kipu rajoittaa itsenäistä selviytymistä kotona ja apuvälineiden tuoma hyöty koetaan positiivisesti. Erilaisia apuvälineitä käytetään monipuolisesti. Uusien apuvälineiden käyttöönottoa kotihoidossa toivotaan lisättävän.

”...kyllähän mulla näitä apuvälineitäkin on kaikenlaisia ja on kyllä hyvä kun näitä on ollu...”

”...kyllä on hyvä että tekniikka menee eteenpäin ja sitä toivoisi hyödynnettävän tähän hoitoon...”

Haastatteluista nousee esiin omatoimisuuden ja oman motivaation merkitys kotona selviytymiseen. Motivoitunut itsehoito, positiivinen asenne ja omatoimisuuden ylläpitäminen luovat haastateltavien mukaan edellytykset kokonaisvaltaiselle kivunhoidolle. Haastateltavat kokevat, että ilman omaa motivoituneisuutta kivunhoito ei ole niin onnistunutta ja kotona selviytyminen vaikeutuu.

”...oon pyrkiny että korostan tota omatoimisuutta jatkossakin...”

6 TULOSTEN TARKASTELU

Haastatteluiden pohjalta saatuja tuloksia on verrattu aiempaan tutkittuun tietoon. Tulosten tarkastelulla on pyritty saamaan vahvistusta tutkimustuloksiin ja etsimään ristiriitaisuuksia verrattuna aiemmissä tutkimuksissa saatuihin tuloksiin.

6.1 Kokemukset kivunhoidosta

”Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein” (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015). Opinnäytetyön tuloksena saatiin selville, että haastateltavien kipukokemusten taustalta löytyi monenlaisia syitä, lisäksi kipukokemukset ovat hyvin yksilöllisiä. Myös Karttusen (2014, 9) mukaan kipu ja siitä kärsiminen on subjektiivinen kokemus. Potilaiden asenteet ja omat uskomukset kivusta ovat tärkeässä roolissa siinä, miten potilaat kokevat kivun. On yleinen uskomus, että kivut ovat normaali osa elämää.

Potilaat eivät mielellään puhu kivuistaan, jotta eivät vaikeuttaisi perusongelman selvittämistä. Kivunhoidossa on parantamisen varaa ja potilaita tulisi rohkaista puhumaan kivuistaan. (Grenman, Niemi-Murola, Silfvast & Kalso 2006, 321.) Riskipotilaat kuten iäkkäät ja monisairaajat, tulee tunnistaa aikaisessa vaiheessa, jotta voidaan tutkia kohdennettuja hoitomuotoja, joilla taas voidaan tehostaa akuutin kivun lievitystä ja vähentää kivun kroonistumista (Hamunen & Kontinen 2015, 16–19).

Opinnäytetyön tuloksena kotihoidon asiakkaat kokevat, että kotihoidon henkilökunta on ammattitaitoista ja hallitsee kivunhoidonprosessin kokonaisuudessaan. Haasteita kivunhoidonprosessin toteutumiselle aiheuttaa henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja työn hektisyys. Salanterän, Heikkisen, Kauppilan, Murtolan & Siltasen (2013, 5) mukaan prosessiajattelu jäsentää kivun hoitamista ja tekee siitä harkittua sekä tietoisia toimintaa, joka perustuu kipuongelman tunnistamiseen ja sen ratkaisemiseen. Prosessiajattelulla tarkoitetaan potilaan kivunhoidon tarpeen määrittelyä, kivunhoidon toteuttamista ja kivunhoidon arviointi. Käytännössä prosessin vaiheet menevät päällekkäin, vaikka ne yleensä esitetään peräkkäisinä toimintoina.

Björkmanin, Palviaisen, Laurilan & Tilviksen (2007, 2547–2553) mukaan kivun arvioinnissa on tavallisesti käytetty potilaan omaan tai henkilökunnan ilmoitukseen perustuvia menetelmiä. Näiden tukena on myös käytetty erilaisia verbaalisia tai visuaalisia asteikkoja, kuten esimerkiksi kasvoilla kuvitettu kipujanaa. Opinnäytetyön tuloksena selvisi, että kivunhoidon arviointi perustuu haastatteluun asiakkaan kivuista, ei niinkään erilaisien asteikkojen käyttöön. Kotihoidon asiakkaiden mukaan pohjan hyvälle kivun arvioinnille antaa luottamuksellinen hoitosuhde henkilökuntaan.

Lääkkeettömät hoitomuodot ovat ensisijaisia ja lääkehoito yhdistetään muihin hoitomenetelmiin vasta, jos niiden teho ei ole riittävä tai ne tarvitsevat sitä tueksi (Kipu: Käypähoito -suositus 2015). Opinnäytetyön tuloksena selvisi, että kotihoidon asiakkaiden mielestä kivun lääkkeettömällä hoitomuodoilla on hyvä tai jopa parempi vaste kuin lääkehoidolla. Fysiatrია tarjoaa kipupotilaille useita lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Yhteistä näille menetelmille on, että niissä sekä hoidetaan potilaiden kipua, että kehitetään potilaiden omia valmiuksia hallita ja hoitaa kipujaan. (Arokoski 2015, 13–15.) Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen. Tämä edellyttää myös potilaan omaa ja aktiivista osallistumista. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu ja fyysiset hoidot, kuten TNS eli transkulaatinen hermosimulaatio. (Kipu: Käypähoito -suositus 2015.) Tämä tukee opinnäytetyön tuloksia siinä mielessä, että myös kotihoidon asiakkaat kokevat fysioterapiasta saadun avun erityisen hyväksi kivunhoidossa.

Opinnäytetyön tuloksena kotihoidon asiakkaat kokevat, että kivun lääkehoitoa arvioidaan aktiivisesti ja tarvittaessa sitä muutetaan. Kuten Heiskanen, Hamunen & Hirvonenkin (2013, 385) ovat tutkimuksessaan todenneet, kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän ja onnistuneen kivunhoidon perusedellytys. Potilaan ja hänen kiputilansa kokonaisvaltainen arvioiminen luo pohjan hyvälle kivun lääkehoidolle ja luottamukselliselle hoitosuhteelle. Potilaiden on helpompi hallita kipua ja saada hyötyä kipulääkkeistä, kun heille on selitetty kivun syyt ja mekanismit. Kivun lääkehoito tulee suunnitella potilaan kanssa yksilöllisesti ja hänen kipuongelmaansa palvelevaksi. Huomioon tulee ottaa potilaan muut sairaudet ja niiden riskitekijät, sekä potilaan psykososiaalinen tilanne. Kivun lääkehoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa tai ylläpitää potilaan toimintakykyä sekä elämänlaatua. (Kipu: Käypähoito -suositus 2015.) Opinnäytetyön tuloksena selviää, että lähes kaikki asiakkaat kokevat lääkehoidon tärkeäksi ja toimivaksi osaksi kivunhoitoa.

6.2 Kokemukset kotihoidosta

Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaat kokevat saavansa kotihoidolta laadukkaita palveluita, jotka vastaavat heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. Palvelujen tarve vaihtelee asiakaskohtaisesti ja hoito on sen mukaan suunniteltu. Palvelujen tarvetta arvioidaan aktiivisesti ja muutoksiin reagoidaan. Tampereen kaupungin teettämässä asiakastyytyväisyyskyselyssä (2015, 28) tuli ilmi, että kotihoito koetaan asiakkaiden mielestä keskimäärin riittäväksi ja siihen ollaan enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä. Kotihoidon palvelut koetaan yleisesti ottaen hyödyllisiksi. Tyytymättömiä asiakkaat ovat henkilökunnan vaihtuvuuteen ja kiireellisyyteen. Turjamaa (2014, 29–37) on omassa tutkimuksessaan todennut, että kotihoidonkäyntejä kuvattaessa tulee ilmi niiden kiireellisyys ja asiakkaan puolesta tekeminen. Tämä tukee myös opinnäytetyön tuloksia, joiden mukaan henkilökunnan suuri vaihtuvuus koetaan ristiriitaiseksi, sillä se asettaa haasteita hoidon jatkuvuudelle ja tasalaatuisuudelle. Toisaalta asiakkaat kokevat vaihtuvuuden positiiviseksi asiaksi erilaisten hoitokäytäntöjen ja henkilökunnan persoonallisten ominaisuuksien vuoksi.

Tampereen kaupungin (2015, 28) teettämän asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan omahoitajuus koetaan pääsääntöisesti hyvänä ja positiivisena asiana. Tämä käy ilmi myös opinnäytetyön tuloksista. Tyytymättömyyttä omahoitajuuteen aiheuttaa kuitenkin epätietoisuus itselle nimetystä omahoitajasta ja omahoitajan vähäiset käynnit asiakkaan luona. Yli puolet asiakkaista eivät olleet edes tavanneet omahoitajaansa. (Tampereen kaupunki 2015, 28.) Opinnäytetyön tuloksista selviää, että asiakkaat toivovat enemmän omahoitajan osallistumista hoitoon.

Kotihoidon laatuun ollaan pääsääntöisesti tyytyväisiä mutta kotihoidon käyntien määrä katsotaan joskus riittämättömäksi (Tampereen kaupunki 2015, 28). Opinnäytetyön tuloksista nousi esille asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon kokonaisuutena.

6.3 Kotona selviytyminen

Opinnäytetyön tuloksista nousee esille, että asiakkaat kokevat oman motivaation ja oma-toimisuuden tärkeäksi kotona selviytymisen kannalta. Korolainen (2001, 35) totesi samaa, että kotona selviytymisen kannalta on tärkeää oma elämänhalu ja periksi antamattomuuden asenne sekä yritteliäisyys ja sisu. Nämä tekijät tukevat toimintakykyä. Asiakkaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä tukee riittävä avunsaanti kunnallisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta.

Turjamaan (2014, 29–37) mukaan kotihoidon iäkkäät asiakkaat sekä henkilökunta kokevat sosiaaliset suhteet ja mielekkään arjen voimavaroiksi. Lisäksi luottamuksellinen suhde kotihoidon henkilökuntaan koetaan voimavaroja lisäävänä tekijänä. Sosiaalisissa suhteissa korostuu läheiset suhteet lapsiin ja lähisukulaisiin. Ystävyysuhteet ovat merkityksellisiä ja ehkäisevät syrjäytymistä ja yksinäisyyttä. (Korolainen 2001, 31–34.) Samankaltaisia asioita tulee ilmi opinnäytetyön tuloksista. Asiakkaat kokevat tukiverkostot tärkeäksi voimavaraksi ja kotona selviytymistä tukevana asiana. Osalla asiakkaista tukiverkosto on kuitenkin hyvin suppea tai sitä ei ole lainkaan.

Apuvälineet koetaan kotona selviytymistä tukeviksi tekijöiksi. Erityisesti liikkumista helpottavat apuvälineet koetaan merkityksellisiksi itsenäisen kotona selviytymisen kannalta. Apuvälineillä on toimintakykyä ylläpitävä ja parantava vaikutus. (Mäkelä & Perälä 2010, 27.) Opinnäytetyön tuloksena saatiin selville, että kotihoidon asiakkaat käyttävät laajasti erilaisia apuvälineitä ja kokevat niistä saadun hyödyn positiivisesti ja kotona selviytymistä tukevana tekijänä. Asiakkaille annettavaa välitöntä hoitotyöaika on kyetty apuvälineiden myötä lisäämään, toisaalta henkilökohtaisen läsnäolon laatu on samalla muuttunut (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2015). Mäkelän & Perälän (2010, 27) mukaan apuvälineiden koetaan myös ennaltaehkäisevän kaatumistapaturmia. Opinnäytetyön tuloksista selviää, että usein vammamekanismin taustalla on kaatuminen ja asiakkaat toivovat uusien apuvälineiden käyttöä kotihoidossa lisättävän.

7 POHDINTA

Tähän opinnäytetyön osioon on kerätty omaa pohdintaamme työn johtopäätöksistä, eettisyydestä ja luotettavuudesta. Pohdintaan on sisällytetty myös kehittämisehdotuksia ja jatkotutkimusideoita.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessin aikana arvioitiin jatkuvasti eettisyyttä ja luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytettiin lähdemateriaalina tutkimuseettisesti laadukasta, uskottavaa ja tuoretta tietoa. Käytetty lähdemateriaali koostuu oppikirjoista, väitöskirjoista, internet lähteistä, laeista ja asetuksista sekä hoitosuosituksista. Lähdemateriaali on tuoretta, viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistua, pois lukien materiaali joka on vanhemmasta julkaisu iästään huolimatta edelleen täysin validia ja käyttökelpoista. Lähdemateriaali koostuu niin kotimaisista, kuin kansainvälisistäkin julkaisuista.

Opinnäytetyöprosessin aikana on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tulosten julkaisussa on kiinnitetty huomiota avoimuuteen ja vastuullisuuteen. Lähdemateriaalia etsittäessä ja sitä käytettäessä on otettu asianmukaisesti huomioon ja kunnioitettu muiden tutkijoiden tekemää työtä. Lähdeviitteet on merkitty raporttiin asianmukaisesti, joten ne saavat niille kuuluvan arvon ja merkityksen. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimuslupa myönnettiin eettisen ennakoarvioinnin jälkeen. Tutkimusta koskevat oikeudet, periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä salassapitoa ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset on sovittu ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten kesken. Tutkimuksella ei ole rahoittajaa eikä muitakaan merkityksellisiä sidonnaisuuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

Opinnäytetyön aihe oli haasteellinen, sillä asiakkaiden kokemukset kivusta ja kivunhoidosta ovat aina hyvin subjektiivisia ja vaihtelevia. Haastattelujen pohjalta saatiin hyviä tuloksia ja ne ovat luotettavia, sillä aiemmista tutkimuksista on saatu samankaltaisia yk-

silöllisiä ja vaihtelevia tuloksia. Aineiston analysointi on toteutettu tarkoin aineistolähtöisen sisällönanalyysin kaavaa mukailleen. Opinnäytetyön tekijöiden taustat ja kokemukset hoitotyöstä, sekä kokemattomuus tieteellisen tutkimuksen teosta saattoivat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Opinnäytetyön prosessiin oli etukäteen perehdytty tarkasti ja huolellisesti. Kahden tekijän yhteistyö opinnäytetyössä vähentää virheiden mahdollisuutta ja lisää tulosten luotettavuutta.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden kokemukset kotihoidon toteuttamasta kivunhoidosta ovat vaihtelevia. Osittain kivunhoito koetaan laadukkaaksi ja riittäväksi. Tämän koetaan olevan seurausta hoitajien hyvästä ammattitaidosta, myös omahoitajuus koetaan tärkeäksi asiaksi puhuttaessa onnistuneesta ja laadukkaasta kivunhoidosta. Kivunhoitoon tyytyväiset asiakkaat ovat myös hyvin motivoituneita itsehoitoon. Osa asiakkaista vastaavasti kokee kivunhoidon riittämättömäksi tai puutteelliseksi. Tämän koetaan olevan seurausta henkilökunnan kiireisyydestä ja suuresta vaihtuvuudesta. Osa asiakkaista kokee henkilökunnan työskentelyn olevan liian rutiinoinnutta. Kivunhoitoon tyytymättömät asiakkaat ovat usein kärsineet kivusta pitkään, ja heidän oma motivaationsa itsehoitoa kohtaan on melko heikkoa.

Voidaan ajatella, että henkilökunnan säännöllinen koulutus ja oman ammattitaidon ylläpitäminen sekä kehittäminen ovat erittäin tärkeitä asioita onnistuneen kivunhoidon kannalta. Laadukkaan kivunhoidon ja hoidon jatkuvuuden kannalta omahoitajan rooli tulisi huomioida. Omahoitajuuden toteutuminen kotihoidossa on usein varmasti haastavaa, johon tuen suurista asiakasmääristä, alati muuttuvista tilanteista ja henkilökunnan suuresta vaihtuvuudesta. Henkilökunnan vaihtuvuus olisi kuitenkin hyvä minimoida laadukkaan kivunhoidon kannalta ja pyrkiä omahoitajuuteen sekä asiakaskohtaisesti pysyvään hoitajien ryhmään. Asiakkaita tulisi kotihoidon henkilökunnan toimesta rohkaista omatoimisuuteen ja itsehoitoon osana kivunhoidon kokonaisuutta. Osa asiakkaista kokee, että heidän kipujensa hoitoon ei ole mitään keinoa ja he ovat päättäneet hyväksyä kivun osana elämää.

Lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista koetaan olevan suuresti apua, jopa enemmän kuin kivun lääkehoidolla. Lääkehoito koetaan kuitenkin tärkeäksi osaksi kivunhoitoa sekä lääkkeetöntä kivunhoitoa tukevaksi. Laadukkaana kivunhoidon kannalta on tärkeää tuoda asiakkaille esille erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja, myös apuvälineiden ja tuki-verkoston tuoma hyöty tulee ottaa huomioon kivunhoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa.

Hoitohenkilökunnan liian rutiininomainen suhtautuminen asiakastyöhön on mahdollistanut kivunhoidon laiminlyönnin. Asiakkaiden kivut huomioidaan osana kotihoidon käyn-tejä mutta toimenpiteet kivun arvioimiseksi ja sen hoitamiseksi jäävät usein vähäisiksi. Asiakkaiden omat mielipiteet ja ääni tulisi saada paremmin kuulumaan sekä kehityseh-dotukset koskien kivunhoitoa tulisi ottaa paremmin huomioon. Asiakkaiden kehityseh-dotukset kumpuavat yksilöllisistä tarpeista ja päivittäisen kotona selviytymisen tuomista haasteista. Laadukkaalla kivunhoidolla mahdollistetaan kotona selviytyminen.

Opinnäytetyössä kerättiin asiakkaiden kokemuksia kotihoidon toteuttamasta kivunhoi-dosta, joten ehdotamme jatkotutkimuksia silmällä pitäen, että tutkimuksen voisi toteuttaa keräämällä kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kivunhoidosta. Tutkimustulosten ver-tailulla voitaisiin saada hyötyä kipukokemuksen subjektiivisuuden ymmärtämiseen ja näin ollen kivunhoidon yksilöllisyyttä ja laatua pystyttäisiin lisäämään. Olemassa olevien resurssien puitteissa myös hoitohenkilökunnan säännöllinen lisäkoulutus ja kivun hoidon käytänteiden, kuten esimerkiksi yhtenäisten kivun arviointimenetelmien kehittämistä tu-lisi harkita osana kotihoidon toteuttamaa laadukasta kivunhoitoa.

LÄHTEET

- Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. *Sic!: lääketietoa Fimeasta* 5 (4), 13–15.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.
- Björkgren, M., Heinola, R., Kattainen, E., Luoma, M., Matikainen, K., Paasivaara, L., Tepponen, M. & Voutilainen, P. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi: Kahden kipumittarin vertailu. *Suomen lääkärilehti – Finlands läkardidning*. 62 (26), 2547–2553.
- Grenman, D., Niemi-Murola, L., Silfvast, T. & Kalso, E. 2006. Kivun hoito kirurgian päivystyspoliklinikalla: Potilaan näkökulma. *Finnanest* 39 (4), 321.
- Hamunen, K. & Kontinen, V. 2015. Mitä uutta kivunhoidossa?. *Sic!: lääketietoa Fimeasta* 5 (4), 16–19.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim 129 (4), 385.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15. Uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. Uudistettu painos. Porvoo: Bookwel Oy.
- International association for study of pain. 1994. IASP taxonomi. Päivitetty 2012. Luettu 02.04.2016. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navitemNumber=576>
- Karttunen, N. 2014. Pain, persistence of pain and analgesic use in community-dwelling older Finns. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Kipu. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi>
- Korolainen, K. 2001. Ikääntyneiden käsityksiä toimintakyvystään ja kotona selviytymisestäään sekä ikäihmisten avomuotoisen kuntoutuksen kehittämishankkeesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu.
- Mäkelä, M. & Perälä, M. 2010. Kotona asuvien ikääntyneiden kokemuksia hyvinvointiteknologisista apuvälineistä sekä kodin ja asuinympäristön esteettömyydestä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, L. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiö.

Tampereen kaupunki. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen yksikkö. 2015. Selvitys kotihoidon asiakastytyvyydestä. Luettu 28.12.2016. http://www.tampere.fi/material/attachments/uutiskeskus/tampere/k/JB3reMruu/kotihoito_kysely2015.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. 10. Uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012-2014. Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Luettu 13.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Vainio, A. 2009. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 27–37.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2015. Tuloksellisuus tarkastus 3/2015: Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa. https://www.vtv.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2015/teknisten_apuvälineiden_kayttoonottoa_vanhusten_kotipalveluissa_tulisi_nopeuttaa.5765.news

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje ja tietoinensuostumus lomake



1(2)

TIEDOTE

XX.XX.2016

Hyvä kotihoidon asiakas!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kotihoidon asiakkaita. Kaikki haastattelut nauhoitetaan.

Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei muuta ole sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Toni Kähkönen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
toni.kahkonen@health.tamk.fi

Alexi Lilja
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
aleksi.lilja@health.tamk.fi



SUOSTUMUS

Opinnäytetyön nimi

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kivunhoidosta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Kipukokemus

Onko kipuja? Millaisia kipuja? Missä on kipuja? Kipuherkkyys? Aikaisemmat kipukokemukset?

Kivunhoito

Hoidetaanko kipua? Miten kipua hoidetaan? Onko kivunhoito riittävää? Kuka hoitaa kipua? Kivunhoidon jatkuvuus? Haasteet kivunhoidossa? Asiakslähtöisyys kivunhoidossa? Potilasohjaus?

Kotona selviytyminen

Asiakkaan toimintakyky, hygienian hoito, ravitsemus, lääkehoito, palvelut ja tukiverkostot?

Kehitysehdotukset

Miten kivunhoitoa voisi kehittää? Mitä asioita tulee ottaa asiakkaan näkökulmasta huomioon?

Liite 3. Luokittelu

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Kokemukset lääkkeettömästä kivunhoidosta	Kokemukset kivunhoidosta	Kivunhoito asiakkaan kokemana kotihoidossa
Kokemukset kivun lääkkehoidosta		
Positiiviset ja negatiiviset kokemukset kivunhoidosta		
Kehitysehdotukset		
Vammamekanismi		
Kivunlaatu		
Kivunhoidon huomiointi		
Henkilökunnan vaihtuvuus		
Ammattitaito		
Hoidon laatu		
Hoidon tarve		
Tukiverkosto	Kotona selviytyminen	
Apuvälineet		
Omatoimisuus		