



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Aikuisen kehitysvammaisen asiakkaan kivun arviointi ja lääkkeetön hoito -

Opas hoitohenkilökunnalle

Löfström, Leena
Nielikäinen, Titta
Terho, Sanna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Aikuisen kehitysvammaisen asiakkaan kivun arviointi ja
lääkkeetön hoito -
opas hoitohenkilökunnalle

Löfström, Leena
Nielikäinen, Titta
Terho, Sanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2014

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Löfström, Leena
Nielikäinen, Titta
Terho, Sanna

**Aikuisen kehitysvammaisen asiakkaan kivun arviointi ja lääkkeetön hoito -
opas hoitohenkilökunnalle**

Vuosi 2014

Sivumäärä 68

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kivun arvioinnin metodeja aikuisten kehitysvammaisten hoidossa, sekä tarkastella kivun lääkkeettömiä hoitomuotoja. Osana opinnäytetyötä suunnittelimme oppaan kivun lääkkeettömistä hoitomuodoista Helsingin kaupungin ylläpitämään Pasilan ryhmäkotiin.

Kivun arviointi ja hoito on tärkeä hoitotyön osa-alue. On todettu, että joidenkin asiakasryhmien kohdalla kivun hoito on puutteellista. Henkilö, joka ei kykene kertomaan kivustaan, saattaa oirehtia muulla tavoin, kuten olemalla aggressiivinen. Hoitajien on tärkeä tietää, millä tavoin puhumaton kehitysvammaisen henkilö saattaa ilmaista kivuliaisuutta.

Lääkehoidolla ei aina saavuteta haluttua lopputulosta ja silloin ovat kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät tarpeellisia. Lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöön liittyy vain harvoin haittavaikutuksia. Tutkitusti tehokkaita lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat mm. hieronta, musiikin kuuntelu, kylmä- ja lämpöhoidot, liikunta, lepo sekä huomion muualle suuntaaminen.

Opinnäytetyön osana tehty opas on kohdennettu kehitysvammaisten parissa työskenteleville hoitajille työkaluksi, jonka avulla voi syventää osaamistaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä hoitomuodoista. Oppaaseen olemme koonneet lyhyesti tietoa siitä, miten kehitysvammaisen henkilö voi ilmaista kipua esimerkiksi huutamalla, kyynelehtimällä, käyttäytymällä aggressiivisesti tai liikehtimällä levottomasti. Lisäksi oppaassa on oma osuus erilaisista lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, ja siitä kuinka niitä voi hyödyntää asiakkaiden parissa.

Opas on laadittu laajan teoria- ja tutkimustiedon pohjalta. Suunnitteluun pyysimme kommentteja Pasilan ryhmäkodin henkilökunnalta. Toivomme oppaan rohkaisevan hoitohenkilökuntaa käyttämään kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä heidän haasteellisessa ja tärkeässä työssään.

Asiasanat: kipu, kehitysvammaisuus, kivun arviointi, lääkkeetön kivunhoito

Löfström, Leena
Nielikäinen, Titta
Terho, Sanna

Pain assessment and non-pharmacological pain management with an elderly intellectually disabled person - a guidebook for nurses

Year	2014	Pages	68
------	------	-------	----

The aim of this thesis is to explore an adult elderly intellectually disabled person's pain assessment, pain behaviour and different non-pharmacological methods of treating the pain. One part of this thesis was to create a guide book about non-pharmacological pain management for Pasila grouphome run by the City of Helsinki.

Pain assessment and treatment is an important area in nursing. It has been noticed that with some patient groups pain treatment is insufficient. A person who cannot tell about his/her pain, may show symptoms other ways, like being aggressive. It is important for nurses to know how an intellectually disabled person who is unable to speak may express pain.

There are cases where the wanted results are not achieved with medication, then non-pharmacological pain management is needed. When using non-pharmacological pain management, side effects rarely occur. There is scientific evidence that massage, listening to music, heat and cold therapies, exercise, resting and directing the attention to elsewhere are effective methods for treating pain.

The guide book that was made as a part of the thesis is designed for nurses who work among intellectually disabled people to help them to improve their knowledge of pain assessment, pain behaviour and non-pharmacological pain management. To the guidebook we have collected shortly some information about how an intellectually disabled person may express pain e.g. by shouting, weeping, behaving aggressively or moving restlessly.

There are sections in the guide book about different non-pharmacological pain management methods and how they can be used with clients.

The guidebook is based on literature and studies. Comments about the guide book were asked for from the personnel in Pasila grouphome. We hope that the guide book will encourage nurses to use different non-pharmacological pain management methods in their challenging and important work.

Keywords : pain, intellectual disability, pain assessment, non-pharmacological pain management

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehitysvammaisuus	7
2.1	Kehitysvammaisuuden määritelmä.....	7
2.2	Kehitysvammaisuuden syyt	8
2.3	Kehitysvammaisuuden vaikeusasteen luokittelu.....	8
2.4	Kehitysvammaisuuteen liittyvät kehityshäiriöt ja liitännäissairaudet	9
2.5	Ikääntymisen vaikutukset ja ikääntymiseen liittyvät sairaudet.....	10
3	Kipu.....	12
3.1	Kivun luokittelu.....	13
3.2	Kivun ilmeneminen.....	14
3.3	Kehitysvammaisen henkilön kivun arviointi	16
3.3.1	Kipumittareiden käyttö kehitysvammaisen kivun arvioinnissa	20
3.3.2	Puhumattoman kehitysvammaisen kipumittareita	21
3.4	Kivun hoito	21
3.5	Kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät kehitysvammaisilla	22
3.5.1	Uni ja lepo.....	23
3.5.2	Kylmä- ja lämpöhoito.....	23
3.5.3	Hieronta.....	24
3.5.4	Asentohoito.....	25
3.5.5	Huomion muualle suuntaaminen.....	25
3.5.6	Mielikuvaharjoittelu	26
3.5.7	Rentoutuminen	26
3.5.8	Musiikki.....	26
3.5.9	Liikunta	27
3.5.10	TNS- hoito.....	27
3.6	Moniammatillisuus kivunhoidossa	28
3.7	Hoitosuhteen ja potilasdokumentaation tärkeys kivunhoidossa	29
4	Kirjallinen opas.....	30
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	30
6	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen ja tulokset	31
7	Pohdinta	32
7.1	Arviointi.....	32
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	33
7.3	Jatkokehittämissuhteet.....	33
	Lähteet	34
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Kehitysvamma on vamma, johon kuuluu oppimisen, käyttäytymisen ja itsestä huolehtimisen ongelmaa. Lisäksi siihen liittyy kommunikaation ja sosiaalisten taitojen haasteita. Suomessa kehitysvammaisia henkilöitä arvioidaan olevan n. 40 000 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Kipu on universaalinen, monimuotoinen ja kokonaisvaltainen tunne. On ihmisryhmiä, joiden kipua alihoidetaan ja aliarvioidaan. Yksi tällainen ryhmä on kehitysvammaiset, joiden kivun kokemukset jäävät usein huomiotta.

Kehitysvammaisilla on elämässään paljon kokemuksia kivusta, mutta kivun arviointi ja sen hoito on heikkoa (Symons 2008). Kipu ilmenee muutoksina käyttäytymisessä, tunnereaktioissa sekä olemuksessa kokonaisuudessaan (Hardy & Joyce 2012).

Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen korostuu kehitysvammaisten hoitotyön kohdalla. Monissa kulttuureissa kehitysvammaisilla ei ole sosiaalista arvoa. Näin ollen heillä voi olla rajalliset oikeudet elämän perustarpeisiin, kuten asumiseen, syömiseen ja kunnolliseen terveydenhuoltoon. Vammaisten oikeuksia rajoittavia tekijöitä voivat olla erilaiset uskomukset, huonosti organisoidut palvelut, riittämätön terveydenhuolto tai sosiaaliset palvelut, huonot taloudelliset olosuhteet ja huonosti koulutettu terveydenhuollon ammattikunta. (World Health Organisation 2000.)

Henkilökunnan erityisosaamisen tulee olla riittävää. Parannusta osaamiseen saadaan tarpeisiin kohdennetun koulutuksen avulla. Henkilökunnan puutteelliset tiedot kehitysvammaisuudesta ja siihen liittyvistä erityispiirteistä saattavat johtaa myös siihen, että kehitysvammaiset jäävät helposti terveyden edistämiseen liittyvän informaation ja palvelujen ulkopuolelle. Tarjoamalla turvallinen, muuttumaton ja ennalta-arvattava ympäristö saavutetaan luottamus. Tutut hoitajat ja hoitajien vähäinen vaihtuvuus auttavat asiassa. (Hakkarainen 2014.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Pasilan ryhmäkoti, jossa asuu ikääntyneitä kehitysvammaisia. Tutkimusten mukaan juuri ikääntyneiden kehitysvammaisten kivun arviointi ja hoito on haasteellista, koska usein oletetaan terveydellisten muutosten johtuvan ikääntymisestä eikä kivuista. (British Journal of Learning Disabilities 2011.)

Valitsimme aiheen, koska kipu ja kivunhoito ovat kaikkien opinnäytetyön tekijöiden yhteinen kiinnostuksen kohde. Kohderyhmä valikoitui omien kokemusten, sekä yhteisen mielenkiinnon kautta.

2 Kehitysvammaisuus

2.1 Kehitysvammaisuuden määritelmä

Maailman terveysjärjestö WHO:n tautiluokituksen, ICD-10:n, mukaan älyllisesti kehitysvammaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka henkisen suorituskyvyn kehitys on estynyt tai epätäydellinen. Erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot, kuten kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset taidot ovat puutteellisia. Älyllinen kehitysvammaisuus voi esiintyä joko yksinään, tai siihen voi liittyä fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. (World Health Organization 1995.)

Älyllinen kehitysvammaisuus alkaa lapsuudessa, tai nuoruudessa ennen 18-vuoden ikää ja siihen liittyy rajoituksia kommunikaatiossa, itsensä huolehtimisessa, yksin kotona asumisessa, sosiaalisissa taidoissa, itsehallinnassa, terveyden hoitamisessa, oppimiskyvyssä, vapaa-ajan hallinnassa ja työelämässä (American association on intellectual and developmental disabilities 2014; Huttunen 2013a).

AAIDD:n (American Association on intellectual and developmental disabilities) vuonna 1992 lanseeraaman teorian mukaan kehitysvammaisuus tarkoittaa ”tämänhetkisen toimintakyvyn huomattavaa rajoitusta”, johon liittyy älyllisen kehityksen vajavuus. Termi ”tämänhetkisen toimintakyvyn huomattava rajoitus” pitää sisällään keskimääräistä heikomman älyllisen suorituskyvyn ja AAIDD käyttääkin määrittelyssään älykkyyssosamäärää $\bar{A}O$, jolle se on asettanut tiettyjä raja-arvoja (American Association on intellectual and developmental disabilities). Yleisesti on ajateltu, että älykkyyssosamäärän ollessa 70, tai alle, on älyllinen suoriutuminen merkittävästi huonompi keskitasoa (Iivanainen 2009; Huttunen 2013).

AAIDD on uusinut määritelmää on vuonna 2002. Uuden määritelmän mukaan kehitysvammaisuus on ”vammaisuutta, jota luonnehtivat huomattavat rajoitukset sekä älyllisissä toiminnoissa että adaptiivisessa käyttäytymisessä” (American Association on intellectual and developmental disabilities 2002).

American Psychiatric Association:n luokitus vuodelta 1994 käyttää kehitysvammaisuuden määrittelyssä älykkyyssosamäärää IQ, minkä se on jakanut neljään kategoriaan: lievä (IQ 50-70), kohtalainen (IQ 35-49), vaikea (IQ 20-34), sekä syvä (IQ < 20). Termi ”älyllinen kehitysvammaisuus” (Mental retardation) on edelleen käytössä diagnoosia tehtäessä, mutta muut ilmaisu-ovat korvanneet sen käytännössä. ”Kehitysvammaisuus” ja ”Henkinen kehitysvammaisuus” (englanniksi Intellectual disability) ovat termejä, mitä nykyisin käytetään kirjallisuudessa kuvaamaan samaa tilaa. (Zwakhalen, Van Dongen, Hamers & Abu-Saad 2004.)

Suomessa otettiin vuonna 1995 käyttöön WHO:n luokituksen, ICD-10:n, mukainen määritys kehitysvammaisuudesta (Kaski (toim.); Manninen, Mölsä & Pihko 2006).

2.2 Kehitysvammaisuuden syyt

Kehitysvamma ei ole sairaus, vaan ihmisessä oleva ominaisuus. Se voi johtua perintötekijöistä, synnytyksen aikaisesta hapenpuutteesta, keskosuudesta, lapsuusiässä tapahtuneista onnettomuuksista ja sairauksista (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014a; Iivanainen 2009). Yksilötasolla on kuitenkin tärkeää vammaisuutta aiheuttavien syiden selvittäminen.

Kehitysvammaisuuden syiden luokituksen avulla saadaan yhdenmukaista ja tärkeää tietoa. Luokituksen avulla voidaan seurata ajan myötä tapahtuvia muutoksia ja suunnitella syiden ennaltaehkäisyä (Kaski ym. 2006.)

Suomalaisen syyluokituksen pääryhmittely:

- ”Perintötekijöistä johtuvat syyt, esim. periytyvät sairaudet
- Sikiökautiset, tuntemattomasta syystä johtuvat epämuodostumat
- Ulkoiset prenataaliset syyt (ennen syntymää tapahtuvat esim. infektio, lääkkeiden väärinkäyttö)
- Perinataaliset syyt (syntymän jälkeisen ensimmäisen kuukauden aikana, esim. infektio tai synnytyksen aikainen hapenpuute)
- Postnataaliset syyt (aika ensimmäisen elinkuukauden jälkeen, esim. psykoosi tai infektiot)
- Tuntemattomat syyt
- Syytä ei ilmoitettu (Kaski ym. 2006)”

Kehittyneen sikiödiagnostiikan ansiosta selvät rakennepoikkeavuudet voidaan todeta heti syntymän jälkeen, tai jo aiemminkin. Esimerkkinä Downin syndrooma, 21- trisomia, mikä näkyy yleensä ultraäänessä jo raskauden aikana. Aina se ei kuitenkaan näy ja asia tulee yllätyksenä vanhemmille. Keskosuus, hapenpuute synnytyksen aikana sekä neurologiset ongelmat altistavat kehitysvammoille. Myöhemmin voi tulla keskushermoston vaurioita, esimerkiksi onnettomuuden, aivokasvaimen tai infektion seurauksena ja henkilöstä tulee kehitysvammainen (Manninen ym. 2006). Kehitysvammaisuuden yleisin aiheutumisaikajankohta on ennen syntymää (Kaski 2002).

2.3 Kehitysvammaisuuden vaikeusasteen luokittelu

Vaikeusasteen jaottelussa käytetään termejä; lievä-, keskiasteinen-, vaikea - ja syvä älyllinen kehitysvammaisuus. Lievän älyllisen kehitysvammaisuuden älykkyydosamäärän alaraja on 50-55 ja yläraja n. 70. Keskivaikean kehitysvammaisuuden ÄÖ:n alaraja on 35-40 ja yläraja 50-

55. Vaikean kehitysvammaisuuden ÄO:n alaraja on 20-25 ja yläraja 35-40. Syvässä älyllisessä kehitysvammaisuudessa ÄO on alle 20-25 (Huttunen 2013a; Heiskala 2006).

Lievä älyllinen kehitysvammaisuus voi aiheuttaa oppimisvaikeuksia. Henkilö on omatoiminen ja pystyy aikuisena asumaan omassa asunnossaan. Useimmat tarvitsevat työvalmentajan apua työskennellessään ja heidän rahankäytössään on ongelmia, johtuen rahan arvon ymmärtämättömyydestä. Diagnoisimatta jäänyt lievä kehitysvammaisuus saattaa myöhemmin aikuisena olla psyykkisen sairastumisen, tai psykososiaalisten lukttilanteiden taustalla. (Kaski ym. 2002; Mölsä & Pihko 2006.)

Mannisen ym. (2006) mukaan keskiasteinen älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa suuria viiveitä lapsen kehityksessä. Henkilö kykenee saavuttamaan jonkin asteisen riippumattomuuden omassa hoidossa ja omassa toiminnoissaan. Hänellä on yleensä riittävä kommunikointikyky. Aikuisena hän tarvitsee paljon tukea elääkseen ja työskennelläkseen yhteiskunnassa. Useimmat pystyvät osallistumaan ohjattuun työhön ja kulkemaan sinne itsenäisesti.

Vaikea ja syvä älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttavat täyden riippuvuuden muista ihmisistä. Henkilöt voivat kuitenkin pitkän kuntoutuksen avulla kehittyä melko itsenäisiksi päivittäisissä toimissaan. Suuret puutteet kommunikaatiossa, liikkumisessa, henkilökohtaisissa toimissa ja vaikeudet hallita suolen ja rakon toimintaa ovat yleisiä. (Kaski 2002; Kaski ym. 2006.)

2.4 Kehitysvammaisuuteen liittyvät kehityshäiriöt ja liitännäissairaudet

Älyllinen kehitysvammaisuus on usein vain yksi henkilöllä olevista ominaisuuksista. Kehitysvammaan voi liittyä erilaisia lisävammoja ja -sairauksia. Tyypillisiä ovat oppimishäiriöt, autismi, psyykkiset häiriöt, epilepsia, liikuntavammat, aistien toiminnan ongelmat, puheen ongelmat ja kommunikaation ongelmat. Tiettyjä infektioita voi esiintyä henkilöillä joiden normaali vastustuskyky on alhaisempi. Muita lisävammoja ja liitännäissairauksia esiintyy yleensä vaikeimmin vammaisilla henkilöillä. Syynä on usein se, että kehitysvamma heikentää toimintakykyä. Sairauksien ja vammojen ilmenemismuodot saattavat poiketa niiden tavanomaisista muodoista. Tässä vaaditaan hoitohenkilökunnalta herkkää kykyä arvioida ja tulkita potilaan käyttäytymistä. (Kaski ym. 2012.)

Yleisimpiä terveysongelmia kehitysvammaisilla ovat: iho-ongelmat, kynsien sieni-infektiot, hammassairaudet, näön alenema, ravitsemushäiriöt, muut neurologiset sairaudet, alentunut kuulo, osteoporoosi, murtumat, endokriiniset sairaudet, sydän- ja verisuonitaudit, psykiatriset häiriöt ja maha-suolikanavan ongelmat. Vaikeammin vammaisilla esiintyy ummetusta, refluksitautia, kroonisia keuhkosairauksia, näkö- ja kuulovammoja sekä autistisia piirteitä.

Joihinkin liitännäissairauksiin saattaa liittyä runsaammin kipuja. Näitä ovat esimerkiksi epilepsia ja sen aiheuttamat kouristuskohtaukset. Monesti kohtauksen jälkeen saattaa henkilöllä esiintyä voimakasta päänsärkyä, uneliaisuutta ja huonovointisuutta. Erilaiset liikuntavammat ja lihassairaudet voivat puolestaan aiheuttaa nivelsärkyjä ja kiputiloja. (Johansson 2013.)

Aistien toiminta voi olla häiriintynyt. Ei voida varmuudella sanoa, aiheutuuko niistä henkilölle kipuja. Motoriset ja tietyt neurologiset häiriöt aiheuttavat kömpelyyttä ja tekevät henkilöstä mahdollisesti tapaturma-alttiimman. Tällöin kaatumisista ja muista aiheutuu myös kipuja, joita ei aina heti osata huomioda. Ympäristön tulisikin olla liikuntarajoitteisille ja muille hitaammin liikkuville sopiva, jotta tapaturmia voitaisiin paremmin ehkäistä.

2.5 Ikääntymisen vaikutukset ja ikääntymiseen liittyvät sairaudet

Teemme opinnäytetyömme Pasilan ryhmäkotiin, jossa asuu ikääntyneitä kehitysvammaisia henkilöitä. Käsitlemme työssämme mm. ikääntymisen vaikutuksesta tulevia vaivoja ja haittoja.

Kirjallisuus määrittelee ikääntyneen kehitysvammaisen 35-75-vuotiaaksi. Yleisimmin käytetyissä määrittelyissä määritellään ikääntyneeksi yli 55-vuotias (Lähtenmäki & Jaakkola 2009; Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014b). Kansainvälisesti raja vaihtelee kuitenkin 40 vuodesta 75 vuoteen (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014b). Downin syndrooman yhteydessä henkilö määritellään ikääntyneeksi usein jo alle 40-vuotiaana. Kehitysvammaisuuden vaikeusaste määrittää usein myös henkilöiden elinajan ennusteen. Lievästi kehitysvammaisilla se on sama, kuin väestöllä yleensä. Vaikeammin vammaisilla noin kolmasosa väestön ennusteesta. Pitkän iän saavuttaneet kehitysvammaiset ovatkin usein muita kehitysvammaikäryhmiä terveempiä ja toimintakykyisempiä. Heillä on vähemmän käytösongelmia ja paremmat adaptiiviset taidot verrattuna muihin ikäryhmiin. (Lähtenmäki & Jaakkola 2009.)

Yleensä ikääntymiseen liittyviä muutoksia alkaa kehittyä jo 40 vuoden iässä (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014b). Kehitysvammaisuus vaikeuttaa erilaisten sairauksien ja oireiden tulkintaa. Erottamista vaikeuttaa myös se, ettei meillä ole tarpeeksi tietoa kehitysvammaisten henkilöiden normaalista ikääntymisestä. Joskus epäluonnollisia muutoksia pidetään luonnollisina ja luonnollisia muutoksia merkkeinä jostain sairaudesta. (Lähtenmäki & Jaakkola 2009.)

Psyykinen vanheneminen näkyy muistin, oppimisen, luovuuden, älykkyyden ja persoonallisuuden muutoksina (Kaski ym. 2006). Vaikka kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuu laskua, psyykkisissä toiminnoissa on alueita, mitkä kehittyvät koko ihmisen elinajan (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014). Ikääntyessä tapahtuvat muutokset voivat muuttaa henkilön minäku-

vaa negatiiviseen suuntaan. Näin ollen ikääntyvän kehitysvammaisen hoidossa tuleekin korostaa hänen omia voimavarojaan ja toimintaansa sosiaalisen yhteisön arvokkaana jäsenenä. Henkilöä tulee kunnioittaa omana itsenään, omine tarpeineen ja elämäkokemuksineen. (Kaski ym. 2006.)

Normaaleja ikääntymisen mukanaan tuomia vaivoja ovat muun muassa näön ja kuulon heikkeneminen, erilaiset ruoansulatuskanavan sairaudet, virtsaamisen vaivojen lisääntyminen, unetomuus ja yleinen heikotus. Joihinkin kehityshäiriöihin liittyy niille tyypillisiä lisäoireita, kuten esimerkiksi sydänvikoja. Sydän- ja aivoverenkierron sairauksia esiintyy ikääntyvillä kehitysvammaisilla yli puolta harvemmin kuin valtaväestöllä. Naisilla virtsatieinfektiot ja niiden uusiutuminen, sekä sairauden kroonistuminen on yleisempää. Virtsan pidätyskyvyttömyys, virtsainkontinenssi on yleistä kehitysvammaisilla. Syöpäsairauksia kehitysvammaisilla esiintyy yhtä paljon kuin muullakin väestöllä. (Kaski ym. 2006.)

Toimintakyvyn alentuessa ja käyttäytymisen haasteiden lisääntyessä on sairauksien diagnosoiminen vaativaa. Useinkaan henkilö ei sanallisesti kerro esimerkiksi rinta- tai vatsakipua ja monet muut epätyypilliset oireet vaikeuttavat diagnoosin tekoa. (Kaski ym. 2006.)

Tutkimusten mukaan kipua aiheutuu muun muassa artriitin, spastisuuden, epämuodostumien ja yleisen heikkouden vuoksi. Naispuolisilla Fragile-X geenin kantajilla voi olla neuropaattista ja lihasperäistä kipua, mikä liittyy fibromyalgiaan (Leehey, Legg, Tassone & Hagerman 2001). Tämän vuoksi onkin tärkeää huolehtia säännöllisistä terveystarkastuksista. Tarkastukset edesauttavat toimintakyvyn ylläpitoa jatkossa (Kaski ym. 2006).

Ikääntymiseen liittyy kehitysvammaisilla vahvasti myös dementiaa. Dementia on tila, jossa henkilön sosiaalinen selviytyminen ja toimintakyky on rajoittunut, koska useat aivotoiminnat ovat heikentyneet (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014c; Huttunen 2011). Dementia ei ole yksittäinen sairaus, vaan sillä tarkoitetaan oireyhtymää, johon liittyy mm. muistamattomuutta (Alzheimer`'s association 2014; Erkinjuntti, Rinne, Alkainen & Soinen 2001). Dementoivia sairauksia tai tiloja tunnetaan useita. Dementiaa voivat aiheuttaa esimerkiksi keskushermoston sairaudet, myrkytykset ja lääkkeet (Huttunen 2011). Yleisin dementoiva sairaus on alzheimerin tauti (Alzheimer`'s association 2014; Erkinjuntti ym. 2001; Juva 2013). Dementia liittyy läheisesti ikääntymiseen ja sitä esiintyy myös kehitysvammaisilla (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014c). Dementian esiintyvyys kehitysvammaisilla on sama kuin muulla väestöllä. Downin oireyhtymään liittyy vahvasti (n. 50%) varhaisen dementian riski ja jo 30-vuotiaalla tavataankin vahvoja dementian ja Alzheimerin taudin oireita (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014c; Erkinjuntti ym. 2001).

Dementian oireita ovat persoonallisuuden muutokset, muistin, ajattelun, arvostelukyvyn häiriöt, kielelliset ja kognitiiviset vaikeudet, sekä alttius sekavuustiloihin eli deliriumiin. Seka-

vuustila johtuu usein aivojen verenkierron ja hapensaannin huonontumisesta (Kaski ym. 2006.) Dementia aiheuttaa puheen sisällön köyhtymistä, sekä vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toimista, kuten pukeutumisesta ja peseytymisestä. Dementiasta kärsivän kyky suunnitella asioita ja jäsentää kokonaisuuksia on heikentynyt (Huttunen 2011).

Dementiaan liittyy myös erilaisia käytöshäiriöitä ja psyykkisiä oireita. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus on tavallista. Levottomuutta ja harhaluuloisuutta voi esiintyä (Juva 2013). Kehitysvammaisilla tyypillisiä dementian oireita ovat omatoimisuuden heikentyminen ja ymmärtämisen vaikeutuminen. Aiemmin opitut arkitaidot saattavat unohtua ja kielellinen kyvykkyys heikentyy. Lisäksi voi esiintyä mm. persoonallisuuden muutoksia, unihäiriöitä ja ruokahaluttomuutta (Erkinjuntti ym. 2001).

3 Kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP, International Association for Study of Pain 2011) määrittelyn mukaan ”kipu on epämiellyttävä, sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka on yhteydessä mahdolliseen tai selvään kudosvaurioon”. Se on aina subjektiivista ja ihmiset kokevatkin kivun erilailla, vaikka se olisi voimakkuudeltaan samanlaista. Hoitotyössä kipua on määritelty siten, että ”se on mitä tahansa, mitä yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. Kipu on paitsi tunne- ja aistikokemus, myös fysiologinen ilmiö. Henkilön kommunikaatiovaikeudet eivät poista sitä, etteikö hän kokisi kipua tai että sitä ei tarvitsisi hoitaa. (Lähtenmäki & Jaakkola 2009; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006.) Psykologi C. Richard Chapman on määrittellyt kivun olevan aistihavainto, voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta (Vainio 2009d). Länsimainen lääketiede käsittää kivun moniulotteiseksi, monimuotoiseksi ilmiöksi, jossa biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutusta pidetään tärkeänä kivun syntymiselle, kokemiselle, ilmaisemiselle, jatkumiselle ja lievittymiselle. Kivulla on myös yhteiskunnallisia vaikutuksia (Estlander 2003).

Kipu aistimuksena on ilmiö, jota ei voi sanallisesti kovin täsmällisesti kuvata. Sen tunteminen ja kokemus vaihtelee eri ihmisillä (Granström 2010). Kipu on henkilökohtainen kokemus, jonka ilmaisemisen tehtävänä on herättää toisten ihmisten huomio avun saamiseksi (Kalso ym. 2009; Vainio 2009f). On todettu, että kehitysvammaisten on joskus vaikea tunnistaa kipuaan, eivätkä he aina tiedä mitä tehdä asialle (Seppälä 2009).

Kipu saa aikaan monenlaisia ongelmia. Rajoittuneen toimintakyvyn vuoksi henkilön arkielämä ja siihen liittyvät toiminnot muuttuvat. Hän saattaa eristäytyä, jolloin kipu rajoittaa hänen arkeaan ja psykososiaalista elämäänsä (Lähtenmäki & Jaakkola, 2009; Salanterä 2006 ym.). Kipu aiheuttaa usein myös psyykkisiä ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja avuttomuutta (Suomen kivuntutkimusyhdistus ry 2014; Bachmann & Haanpää 2008).

Kivun kokemukseen vaikuttavat henkilön ikä, sukupuoli, kulttuuritausta, henkilökohtaiset kokemukset ja kivun merkitys. Muita kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat oppimistapahtumat, uskomukset, asenteet ja tunteet. (Lähtenmäki & Jaakkola 2009; Salanterä ym. 2006.)

Kipuaistimus syntyy monimutkaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien kautta. Nämä vaiheet voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio (Kalso, Haanpää & Vainio 2009). Transduktio on tapahtuma, jossa kudokseen kohdistuva ärsyke johtaa hermopäätteiden aktivoitumiseen. Transmissiossa viesti kivusta siirtyy hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, mitkä johtavat kivun aistimiseen. Modulaatio on kivun muuntelua hermostossa. (Wuhrmann & Cooney 2011; Kalso ym. 2009.) Perseptio tarkoittaa kipua välittävien neuronien aktivoitumisen aiheuttamaa tunnetta, eli kivun kokemista. Tämä vaihe on haasteellisin ns. kipuradan tutkimuskohde, koska tunne on subjektiivista (Kalso ym. 2009).

3.1 Kivun luokittelu

Kipua luokitellaan eri tavoin. Tyypillinen jako on akuutti ja krooninen kipu. Niiden ero määritellään ajallisen keston perusteella. Kipua luokitellaan myös tyyppin mukaan. Näiden tyyppien väliset rajat eivät kuitenkaan ole täysin ehdottomia (Salanterä ym. 2006.)

Kipua kuvaavia tyyppiluokituksia ovat muun muassa anatomian mukaan luokittelu, esimerkiksi niskan alueen kipu. Kipua on luokiteltu myös kivun aiheuttajan, paikan ja elinsysteemin, esimerkiksi ruoansulatuselinten mukaan (Kalso ym. 2009.)

Akuutti kipu on usein äkillistä, elimellistä kipua. Se on ohimenevää ja parannettavissa (Vainio 2009d). Akuutin kivun ensisijainen tehtävä on varoittaa ja suojata elimistöä. Se varoittaa elimistöä kudonvaurioista ja estää lisävaurioiden syntymistä. Akuutin kivun syy on yleensä tunnistettavissa (American chronic pain association 2014). Akuutin kivun vaikutuksia elimistöön ovat pulssin ja verenpaineen nousu, sekä verisuonten supistuminen ja hengitystoiminnan huononeminen (Wuhrmann & Cooney 2011; Kalso ym. 2009). Voimakas, äkillinen kipu aiheuttaa myös neurohumoraalisia vasteita, joiden ansiosta elimistö voi kompensoida elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa, kuten onnettomuuksissa. Näitä vasteita on muun muassa verenpaineen ylläpito hypovolemian yhteydessä. Hoitamattoman akuutin kivun seurauksena elimistö voi reagoida muutoksina sydän- ja verenkiertoelimistössä, hengityksen, ruoansulatuksen, aineenvaihdunnan ja hormonitoiminnan tasoilla. (Kalso ym. 2009.)

Krooninen kipu on yli kuusi kuukautta kestänyttä kipua tai kipua, joka on kestänyt yli kudonvaurion normaalin paranemisaajan (Paakkari 2013; Bachmann & Haanpää 2008). Joidenkin lähteiden mukaan kipu on kroonista silloin, kun se on kestänyt yli 3 kuukautta (The British pain society 2008; Suomen kivun tutkimusyhdistys 2014; Duodecim 2008).

Yksinkertainen määritelmä krooniselle kivulle on ”Kipu, joka jatkuu, vaikka ei pitäisi” (American chronic pain association 2014). Taustalla voi olla keskushermoston kivunsäätelymekanismien vika, tai viestityshäiriö. Kivun pitkittymisprosessin taustalla on erilaisia tekijöitä. Mikäli kipujärjestelmä pääsee herkistymään kivun akuuttissa vaiheessa, voi kipua jatkaa kudosaurion parantumisen jälkeenkin (Duodecim 2008). Kudosaurioista johtuvien kipujen taustalla on perustauti, jota ei saada hallintaan, esimerkiksi nivelreuma. Hermovaurioista johtuvien kipujen tausta on hyvin erilainen. Niiden taustalla on usein kipuviestiiä vievien ratojen pysyvät muutokset, esimerkiksi selkäydinvamma (Kalso ym. 2009).

Hoitamaton kipu saattaa muuttua kipu- eli vasomotoriseksi sokiksi. Fysiologisten seurausten merkitys kasvaa, mitä voimakkaampi potilaan kipu on. Henkilö voi reagoida kipusokkiin myös hiljaisuudella, tai olemalla hysteerinen. Päihteiden vaikutuksen alaisena voi kivun tunne olla erilainen. Kipu ja sen pelko voivat johtaa erilaisiin tajunnan häiriöihin ja sekavuuteen. Tällöin potilaalta itseltään kysytään kivun arvioita, jos hän pystyy vastaamaan. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010.)

3.2 Kivun ilmeneminen

Kipukäyttäytymisellä tarkoitetaan tapaa ilmaista kipua. Kivun ilmaiseminen voi olla merkki kudosaursytyksestä ja/tai fyysisestä taudista. Ilmaisemisen taustalla voi olla myös psyykinen järkytys, kärsimys tai pyrkimys johonkin päämäärään, esimerkiksi yksinäisyyden tunteen poikaamiseen. Kivun ilmaisemista säätelevät kulttuuri, persoonallisuuden rakenne, temperamentti ja aikaisemmat kokemukset. Myös muut ihmiset saattavat vaikuttaa siihen, miten henkilö ilmaisee kipua. (Estlander 2003.)

Kehitysvammainen ilmaisee kipua menetelmin ja tavoin, jotka eivät hänen normaaliin käyttäytymiseensä yleensä kuulu. Hiljaa paikoillaan oleminen voi olla myös yksi kivun ilmaisumuoto (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori, & Palo 2007). Kulmakarvat saattavat olla puristettuina yhteen. Irvistys, tuima ilme, itkuherkkyys, herkkyys yleisesti, kehon liikkeet, jännittyneisyys ja lisääntynyt uneliaisuus voivat myös olla merkkejä kivusta. Pupillit voivat olla laajentuneet. Henkilö voi viedä kätensä lähelle kipupistettä, mutta koskettamatta sitä. Hän voi myös hangata sitä jäsenillään. Hän voi olla ahdistunut, hermostunut, kosketusarka, jäykkä, levoton, oksentaa ja olla kylmänhikinen. Pitkittynyt kipu voi saada tuntemaan itsensä hyvin voimattomaksi, tai hermostuneeksi (Salanterä ym. 2006). Kehon liikkeissä voidaan nähdä muutoksia. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, hitaat liikkeet ja levoton liikehdintä voivat olla merkkejä kivusta. Kivun jatkuessa pitkään yleiskunto laskee. Se voi ilmetä reagoimattomuutena, ahdistuneisuutena ja tunteiden hallitsemattomuutena (Estlander 2003).

Vaikeasti kehitysvammaisella voi kivun paikantamisen vaikeuden takia ilmetä pahaa oloa, joka voi näyttäytyä itsensä vahingoittamisena (Koskentausta 2006). Aina kipu ei suoranaisesti ilmene muille ihmisille (Granström 2010). Psykologi ja kipututkija W. Fordycen mukaan ”kivun ilmaiseminen on mielenkiintoinen sosiaalinen tapahtuma, jonka yksilöllinen merkitys tulisi tutkia”. Fordycen mukaan psyykkiset tekijät vaikuttavat aina käyttäytymiseen, olipa kivulle löytynyt jokin elimellinen tausta tai ei. Psyykkisiä tekijöitä ovat muun muassa uskomukset, tunteet, käyttäytyminen ja pyrkimykset. Nämä tekijät vaikuttavat myös auttajan toimintaan. (Estlander 2003.)

Kivun seurauksena voi olla käyttäytymisen ja toiminnan tapa, jolla on lapsenomaisia piirteitä. Näin on usein kehitysvammaisten ollessa kyseessä. Liikkuminen on rajoittunutta ja kädet ovat kömpelöt. Pukeutumiseen ja moniin muihin arjen toimintoihin tarvitaan apua. Mielialat ailahtelevat ja epäonnistumiset suuttavat. Tällaiseen taantumiseen on ympäristön vaikea suhtautua. Kun huomataan, että kyse on kivun aiheuttamasta muutoksesta käyttäytymisessä, voidaan ongelmiin paremmin puuttua. (Vainio 2004.)

Kipukäyttäytymiseen kuuluvat myös kasvojen ilmeet, ääntely, kivun sanallinen ilmaisu, sekä asento ja liikkeet (Kalso ym. 2009). Kaikki nämä voivat olla vaikeita tulkita kehitysvammaisen henkilön ollessa kyseessä. Kehitysvammaisten kykyä tuntea kipua on epäilty, koska he eivät ole aina osanneet sanallisesti sitä ilmaista (Salanterä ym. 2006).

Kivulias ihminen ilmaisee kipua mm. huutamalla, irvistämällä tai kyynelehtimällä. Lisäksi hän saattaa ontua, tai olla täysin liikkumatta (Vainio 2009f). Kivusta kärsivä ihminen on kuin omis- sa maailmoissaan. Hän ei kiinnitä huomiota ulkopuolisiin tapahtumiin, ei reagoi, eikä muista asioita. Tutkimusten mukaan kivun mieltä häiritsevä vaikutus perustuu siihen, että se vie tilaa muilta kognitiivisilta toiminnoilta (Granström 2010).

Kivun tuntemiseen ja kokemiseen vaikuttavat muun muassa perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus ja aikaisemmat kipukokemukset. Ymmärryksen ja oppimiskyvyn on myös todettu vaikuttavan kipukokemukseen. (Salanterä ym. 2006.)

Kipukokemukset ovat erilaisia, koska aikaisemmat kokemukset ja muistot vaikuttavat henkilön tapaan kokea ja ilmaista kipua (Granström 2010). Kivun ilmaiseminen saattaa vahvistua ja jatkua, jos sillä on henkilön kannalta edullisia ja myönteisiä vaikutuksia. Ympäristö saattaa kannustaa ylläpitämään opittua käyttäytymistä ja esimerkiksi välttämään liikkumista. Tällaisen käyttäytymisen taustalla voi olla ylihuolehtivainen omainen, joka kokee itse tarkoittavansa hyvää mutta tekeekin itse asiassa vain hallaa toiselle. Myös hoitohenkilöstö saattaa tahtomattaan vahvistaa potilaan kipukäyttäytymistä turhin tutkimuksin ja kokein (Estlander 2003).

IASP:n (2011) mukaan ”kipuun liittyy negatiivisia tunteita”. Masennus, aggressio ja ahdistus ovat yleisiä kipuun liittyviä tunnereaktioita. Masennuksen oireet eivät välttämättä johdu itse kivusta. Myös osa lääkkeitä saattaa vaikuttaa masennuksen oireisiin, tai jopa aiheuttaa niitä (Estlander 2003). Masennuksen esiintyminen vaihtelee lievästä tunteiden ailahtelusta vaikeaan depressioniin. Sitä voidaan pitää reaktiona menetyksiin, joita varsinainen kipusairaus aiheuttaa (Granström 2010). Ei ole tutkimusnäyttöä siitä, esiintyykö kipupotilailla enemmän masennusta kuin muilla kroonista sairautta potevilla, mutta usein kipupotilas kertoo olevansa ”mieli maassa”. Kipupotilas ei aina halua kertoa masennuksen oireistaan, koska pelkää tiedon vaikuttavan sairautensa hoitoon (Estlander 2003). Italialaisen filosofi Aldo Masullon mukaan ”fyysinen kipu katkaisee ihmisten välisen vastavuoroisuuden”, mikä ehkä on yksi selitys alakuuloiselle ilmapiirille kivun ympärillä (Granström 2010).

3.3 Kehitysvammaisen henkilön kivun arviointi

Kehitysvammaisuuteen liittyy usein ilmaisun, sekä kuulemisen häiriöitä ja siksi kivun arviointi on haasteellista. Arvioinnin vaikeus voi johtua myös liian vähäisistä kivun arviointivälineistä ja henkilökunnan taitamattomuudesta (Jänis 2009). Monesti vammaisen henkilön olemus vaikuttaa liikkumattomalta ja ilmeettömältä, mutta se saattaa johtua aisti- ja liikuntavammasta. Tämän takia on erityisen tärkeää tuntea hänet ja käyttää hyödyksi moniammatillista osaamista kommunikoinnin onnistumiseksi (Launonen 2007).

Kehitysvammaisen kivun arviointia voi vaikeuttaa poikkeava kivun kokeminen ja kehon hahmotus. Kipualueen paikantamisessa voi olla vaikeuksia. Lisäksi voi olla aistisäätelyn poikkeavuutta. Kipukynnys voi olla korkea ja kipureaktio tulla viiveellä. (Johansson 2013.) Zwakhalenin ym. (2002) tutkimuksen mukaan kehitysvammaisten kipututkiminen on ollut vähäistä, erityisesti kivun arvioinnin osalta. Kipua voidaan ilman taidollista arviointia joko aliarvioida tai ylihoitaa. Kehitysvammaisen päivittäinen kipu on usein alihoidettua, josta seuraa elämänlaadun laskua. Zwakhalenin tutkimusryhmä kokosi tietoa hoitajien tulkinnoista ymmärtää kivun tuottamaa ei-verbaalista ilmaisua.

Andrasik ja Rime (2007) viittavat tutkimukseen, josta selkeästi ilmenee, että henkilöt joilla on Downin oireyhtymä reagoivat kipuun hitaammin, kuin ei-kehitysvammaiset henkilöt. Kivun ilmentämisessä voi olla eroavaisuuksia. Lapsen reagointi kipuun on useimmiten itku ja huomion haku. Näin ei ole aina kehitysvammaisilla. Autistinen henkilö saattoi reagoida herkemmin akuutissa kivussa, kun tutkijat tarkastelivat kasvojen liikkeitä. Suuri osa kehitysvammaisista joutuu kokemaan jatkuvaa, kovaa kipua. Erityisesti kipua on Downin oireyhtymää sairastavilla, autisteilla ja CP-vammaisilla. Loppupäätelmä tutkimuksessa oli, että ei voida sanoa, etteikö kehitysvammaisen tuntisi kipua. Kehitysvammaisella kivun tuntemisen osoittaminen on usein erilaista. Joissakin olosuhteissa se voi jopa olla vaimeaa.

Yli puolella avohoidossa olevista kehitysvammaisista on jonkinasteinen puhevamma ja joka kolmannella on vaikeuksia puheen ymmärtämisessä (Kaski 2004). Kipua arvioitaessa korostuvatkin vuorovaikutustaidot. Ilman niitä ei kivun tulkinta onnistu. Selvitetään millainen on henkilön normaali käytös ja olotila, jotta voidaan erottaa poikkeamat, kuten esimerkiksi kiputilat (Launonen 2007).

Oireiden lääketieteellinen selitys on tärkeää potilaalle. Selitys tulisi antaa ymmärrettävästi, koska ahdistus lisää kivun kokemusta. Henkilö voikin olla hyvin pelokas, tai puolustuskannalla, kun ei välttämättä ymmärrä mitä tapahtuu. Hyvä auttaja-potilassuhde, empatia ja ymmärrys ovat keskeisiä kivunhoidossa (Estlander 2003). Kaikkein haastavinta kommunikaatio on silloin kun henkilön käyttäytymiseen liittyy itsensä tai toisten vahingoittamista. Itseen kohdistuva vahingoittaminen voi olla puremista, pään hakkaamista, tai silmien painamista. Toisiin kohdistuva vahingoittaminen lyömistä, sylkemistä, kirkumista tai tavaroiden heittelyä heitä kohti. Tällaisen haastavan käyttäytymisen takana on lähes aina voimakas tunnetila, kuten esimerkiksi voimakas tai pitkään jatkunut kipu (Launonen 2007).

Kehitysvammaisen saattaa kärsiä päivittäin kipua ja saada siihen harvoin hoitoa. Suurimmaksi osaksi puhumaton kehitysvammaisen ilmaisee kipua parkaisulla, voihkaisulla, kipukohdan aristuksella, epätyypillisellä ääntelyllä, kouristuksilla ja silmien siristyksellä. Kipu ilmenee muutoksina käyttäytymisessä, tunnereaktiossa ja olemuksessa kokonaisuudessaan. Haasteellinen käytös kehitysvammaisella usein kasvaa, kun kommunikaation vaikeus lisääntyy. Jokainen ihminen haluaa ilmaista itseään ja tulla kuulluksi (Hardy & Joyce 2012).

Hoidossa tulee muistaa turvalliset otteet ja puhuminen hoitotoimenpiteiden aikana. Vanhemmat ja muut läheiset voivat olla monin tavoin avuksi kertomalla henkilön reaktioita kipuun ja sen lievitykseen. Potilasta tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti. Kehitysvammaiset potilaana tarvitsevat turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. (Kaakinen 2002.)

Vähäiseen kommunikaatioon pystyvällä on vaikeampaa diagnosoida ja arvioida kipua (Zwakhalen, 2002). Puheen lisäksi myös katse, ääntelyt, ilmeet, eleet, nauru, itku, sävelkulku sekä muu toiminta ovat vaikeavammaisen henkilön tapoja olla vuorovaikutuksessa. Näiden toimintojen tarkkailu antaa tärkeää tietoa kivusta ja siinä tapahtuvista muutoksista. Katseen kiinnittyminen johonkin voi tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että henkilö haluaa vain katsella asiaa tai hänen vatsaansa nipistää. Katseen kääntäminen pois voi myös tarkoittaa monia eri asioita mm. kivun tunnetta (Launonen 2007).

Ilmeet ja eleet vaikuttavat paitsi eri tunnetilojen, myös kiputilojen arviointiin. Vaikeasti vammaisella ilmeisiin liittyvä vaihtelu voi olla eri syistä hyvin pientä. Ilmeet voivat vaihdella tiheään ja olla mitä erilaisimpia. Ilmeettömyyden syynä voi olla kasvojen lihasten heikkous ja

liioiteltujen voimakkaiden ilmeiden takana voi olla lihasten spastisuus eli jäykistyminen. On mahdollista, että paljon ilmeiden välittämää viestintää jää havaitsematta. Hoitajan tulisikin aina keskittyä ja hidastaa omaa toimintaansa, jotta hän herkistyisi kuuntelemaan myös puhumattoman asiakkaan tarpeita. (Launonen 2007.)

Arvion & Aaltosen (2012) mukaan puhekyvyttömän kehitysvammaisen käytös voi muuttua akuutisti tai pidemmällä aikavälillä. Eleiden ja olemuksen seuraamisella voidaan joissakin tapauksissa päätellä kivun alkuperäinen sijainti. Hengityksessä voi tapahtua muutoksia. Ihminen voi oksentaa, kasvojen väri muuttua, hän voi hakea läheisyyttä ja mielialassa voi tulla muutoksia. Sosiaalis-emotionaaliset muutokset käyttäytymisessä olivat tutkimuksen mukaan tärkeät hoitajan havainnoissa kipua (Zwakhalen ym. 2002).

Potilaan kohtaaminen ja tutkiminen kiireettömästi on tärkeää. Esitietoihin kuuluvat perustietojen lisäksi potilaan elämään läheisesti liittyvät asiat. Voidaan tiedustella potilaan perhe-elämän tilannetta ja siinä olevia mahdollisia muutoksia. Tiedetään, että ihmisen psyykinen olotila voi heijastua haavojen paranemiseen ja vaikuttaa muutenkin hänen hoitoonsa, sekä siihen sitoutumiseen. Kipua voidaan aloittaa kartoittamaan haastattelemalla potilasta. Kysytään kivun sijaintia, alkamisajankohtaa, voimakkuutta ja sen tyyppiä (terävä, jomottava ym.). Lisäksi kartoitetaan tekijöitä, jotka helpottavat, tai pahentavat sitä. Haastattelun yhteydessä voidaan potilaalle antaa täytettäväksi kyselylomake, joita on olemassa erilaisia eri kiputiloihin. Tutkimuksia täydennetään useasti myös laboratorio-, kuvantamis- ja neurofysiologisilla tutkimuksilla. (Kalso & Haanpää 2009.)

Tutkimisen tarkoituksena on saada mahdollisimman kattavaa tietoa kivusta ja luoda luottamuksellinen suhde. Tutkittaessa on suositeltavaa kertoa potilaalle miten edetään. Tämä laukee mahdollista jännitystä, sekä antaa potilaalle mahdollisuuden vapaampaan kommunikointiin tutkimuksen aikana. Tutkimiseen tulee varata riittävästi aikaa. Tarvittaessa varataan uusi vastaanottoaika, tai toistetaan aiemmalla kerralla tehtyjä tutkimuksia. Lääkäri diagnoosia tehdessään joutuu sulkemaan pois yleisempiä vaivoja, jos kivun perussyö ei ole selkeä. (Arvio & Aaltonen 2012.)

” Tarkistetaan iho, ihon aukot, taiteet, varpaiden välit, takamus, sukupuolielimet. Palpoidaan potilas huolellisesti. Tehdään tuseeraus. Selvitetään neurologinen tila mahdollisuuksien mukaan. Otetaan huomioon lähi-ihmisten mahdollisesti esittämät epäilyt” (Arvio & Aaltonen 2012, 136).

Lääkäri tutkii kipualuetta, sen läheisiä alueita, lihastoimintaa ja nivelten liikkuvuutta. Erityisen tärkeää on kipualueen tuntoaistin tutkiminen, jossa kosketaan aluetta erilaisin välinein esim. neulalla, tai jollakin kylmällä. Näin saadaan jonkinlainen käsitys mahdollisen hermou-

rion olemassaolosta. Kivun rutiinitutkimuksiin kuuluu myös psykososiaalinen arvio. Tarkoituksena on selvittää henkilön persoonallisuuteen tai elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. Niiden helpottaminen auttaisi paranemisprosessia. (Vainio 2004.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida mm. kipumittareilla. Kivun laadun, voimakkuuden ja oireiden kartoittaminen auttaa kivun hoidon suunnittelussa. Arvioinnin perustana ovat akuutin kivun aiheuttamat muutokset elimistössä; esim. sykkeen nousu, liman kertyminen, virtsanerityksen muuttuminen ja verensokerin muutokset. Näihin muutoksiin vaikuttavat myös potilaan käytössä olevat lääkkeet, tunnetila, toiminta ja hoitoympäristö. Tarkkaillaan hengitystä, tajuntaa, ihoa, mahdollista pahoinvointia, erittämistä, asentoa, ilmeitä, eleitä, mielialaa ja käyttäytymistä. Yhteistyön perustana on hyvä kommunikaatio (Kalso & Haanpää 2009). Henkilö saattaa ilmaista kipureaktionsa hyvin kokonaisvaltaisesti ja kehitysvammaisen elämänlaadun arviointi edellyttääkin suurta herkkyyttä (Kaski ym. 2012).

Erittäin kivuliaan potilaan hoidossa käytetään kyselykaavaketta. Hyvänä muistisääntönä toimii kirjainyhdistelmä ALPO. Siihen sisältyvät kivun alkamisaika (A), kivun laatu (L), paikantaminen ja kipua pahentavat tekijät (P), sekä oireet (O). Arvioinnissa mitataan verenpaine, syke, happisaturaatio, tarkastetaan pupillien koko, symmetrisyys, nestetasapaino, tehdään tunnus-telu, painelu ja koputtelu. (Mustajoki ym. 2010.)

Vaikeassa kiputilanteessa arviota tehdään tiheämmin. Arvioinnin ja tarkkailun apuvälineinä ovat:

”Arvioinnin kirjaus toistetusti samaa asteikkoa käyttäen, visuaaliset asteikot, kipusanasto, kipuanalyysi, numeerinen luokitteluasteikko.

Tapahtumat ennen kivun alkamista, aikaisemmat kipukokemukset, suhtautuminen kipuun, aiemmat sairaudet, lääkitykset, leikkaukset, allergiat, käytetty kipulääkitys, kivunhoitomenetelmät ja niiden teho, työn luonne, kivun vaikutus uneen ja lepoon” (Mustajoki ym. 2010, 592).

Kivun mittaaminen pelkästään näiden ns. vitaalien avulla on kuitenkin epävarmaa. Kehitysvammaisen ollessa kyseessä pidetään käyttäytymisen muutoksia parempana mittarina. Muutokset voivat olla tahattomia, tai tarkoituksellisia. Henkilön hyvä tunteminen onkin erittäin tärkeää kivun eri ilmenemismuotojen tunnistamiselle. (Estlander 2003.)

Katja Hakkaraisen (2014) tutkimuksen mukaan kehitysvammaisen hoitotyön erityispiirteitä ovat turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen muodostaminen, sekä henkilön ominaisuuksia huomioon ottava kommunikaatio. Haasteita luovat yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja niiden toteutuminen hoitotyössä. Keskeisenä asiana on kognitiivisen tason huomioiva ohjaus. Henkilökohtainen osallistuminen omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon on tärkeää, jos se vain on mahdollista. Kommunikaatiovaikeuksien ja ymmärryksen puutteiden

vuoksi on yhteisen kommunikaation löytyminen ja siihen panostaminen olennainen osa yhteistyötä/hoidosuhdetta. Potilaalle informaation tarjoamiseen voidaan käyttää erilaisia vaihtoehtoja, kuten esimerkiksi sairauksista kertovat kuvakirjat ja selkokielineen kirjallisuus.

3.3.1 Kipumittareiden käyttö kehitysvammaisen kivun arvioinnissa

Kivun kehitystä voidaan arvioida kipumittarilla mittaamalla sitä aktiivisesti sopivin väliajoin. Samoilla periaatteilla kun seurataan verenpainetta ja kuumeikäyriä. Yleisin käytetty kipumittari on VAS-mittari (Vainio 2009e). VAS mittari on 10cm pituinen kiila, jossa ääripäät ovat: ei kipua/pahin mahdollinen kipu. Kivun voimistuessa kiila levenee. Potilasta pyydetään laittamaan kiilassa oleva merkki siihen kohtaan, mikä vastaa hänen kivun voimakkuutta (Kalso ym. 2009; Wuhrmann & Cooney 2011). Toinen yleinen käytössä oleva kipumittari on numeric rating scale, eli NRS-mittari. NRS-mittari on viivaimen näköinen jana, johon on merkitty numerot 0-10. Potilasta pyydetään laittamaan merkki sen numeron kohdalle, joka vastaa hänen kipunsa voimakkuutta (Wuhrman & Cooney 2011; Airaksinen & Kouri 2014).

Kehitysvammaisten kivun arvioinnissa on käytetty lasten kasvomittaria, jossa on viisi erilaista ilmettä. Ne kuvaavat kivun voimakkuutta. Mittarin käytön yhteydessä voidaan käyttää verbalista kyselyä asteikolla 0-5. Sanallisen mittarin hyödyllisyys on siinä, että sen avulla pystytään erottelemaan jonkin verran akuuttia ja kroonista kipua. Akuutista kivusta kärsivät valitsevat enemmän sensorisia kipuluokkia. Kroonisissa kivuissa tulevat esille affektiivisemmat sanat. Osalla kehitysvammaisista ei ole kykyä kuvailla kipua niin laajasti eriyttäen. (Kalso ym. 2009.)

Moniulotteisissa kivun voimakkuuden arviointimittareissa on kuva, johon henkilö merkitsee, tai osoittaa kivun esiintymispaikat. Hän ei välttämättä osaa huomioida kuvasta kehonsa vasenta, tai oikeata puolta. Varmimmin sen voi osoittaa suoraan omasta vartalostaan, jos mahdollista. Lasten, kuten myös monien kehitysvammaisten, kohdalla on huomioitu, että kuvat tulisi valita henkilön sukupuolen ja henkisen ikätason mukaan. Kroonisten kipujen arvioinnissa on käytössä myös laajoja kyselyjä. Kivun laadun arviointi on olennaista. Henkilön ilmaisemilla laatusanoilla pystytään analysoimaan kivun alkuperää. Kivun tunnetta kuvaavat sanat voivat olla esimerkiksi; tylppä, jomottava, terävä ym. Ongelmana näiden kivun arviointisanojen valinnassa voi olla se, että kokemus on yksilöllinen. (Salanterä ym. 2009.)

Jäniksen (2009) tutkimuksen mukaan vain noin neljännes hoitohenkilökunnasta käytti kipumittareita apunaan. Yleisesti tutkimuksesta voidaan sanoa, että kipu näkyi kehitysvammaisella henkilöllä käyttäytymisen muutoksena. Pitkä hoitosuhde ja työkokemus vaikuttivat kykyyn tehdä kivun arviota asiakkaasta.

3.3.2 Puhumattoman kehitysvammaisen kipumittareita

Käytettävissä olevia puhumattomien kehitysvammaisten kipumittareita ovat Jäniksen (2009) mukaan Bodymap (laajennettu kehonkuvakartta), kipuviivain (ilmaisee kivun voimakkuutta asteikolla), kipusimulaatio (valokuvasarja) ja kasvokuvakipumittari numeroidulla asteikolla. Käytössä on myös r-FLACC (revised-face, legs, activity, consolability), NAPI (nursing assessment of pain intensity) ja NCCP-PV (non-communicating children's pain checklist-postoperative version), jotka mittaavat kipua pisteyttäen ne, kuten esim; erilaiset ääntelyt, liikkuminen, kasvojen ilmeet ja erilaiset fysiologiset toiminnot. NCCPC-mittari on ei-kommunikoivan lapsen kivun tarkistuslista. Se on todettu kivun arvioinnissa toimivaksi apuvälineeksi myös kehitysvammaisilla. Mittari sisältää 7 erilaista käytöksen osaa, jotka ovat ääni, syöminen/nukkuminen, sosiaalisuus/persoonallisuus, kasvon ilmeet tai kipu, aktiivisuuden taso, keho/raajat ja psyyke. NCCPC-PV jatkokehiteltiin ja sen tarkoituksena on kartoittaa leikkauksen jälkeistä kipua. NCCPC-R on kehittyneempi versio NCCPC-tarkastuslistasta. Tarkastuslistamittari on osoittautunut toimivaksi ja luotettavaksi apuvälineeksi kivun arvioinnissa. (Andrasik & Rime 2007.)

Andrasikin & Rimen (2007) tutkimuksen mukaan joissakin tilanteissa hoitavat lääkärit olivat yliarvioineet henkilön kyvyn ilmaista kipua kasvokuva-asteikolla. He suosittelivat lisäksi läheisen haastattelua kivun yksityiskohdista. Läheisillä on usein arvokasta tietoa kipukäyttäytymisestä. Henkilö, jolla ei ole pitkää hoitosuhdetta potilaan kanssa, voi tulkita häntä täysin väärin.

Kipu on vaikea yhtälö sisältäen ahdistuksen. Vuonna 2006 palliatiivisen hoidon kehitysvammaisten asiantuntijajohtoryhmä Iso-Britanniassa kehitti Disability Assessment Toolin (Disdat). Se sisältää yksilöllisen kartoituksen siitä, miten potilas ilmentää itseään silloin, kun hänellä ei ole ahdistusoireita. Kartoitetaan myös sitä, kun hänellä niitä on. Yhteenvedona syntyi ahdistuskivun tarkistuslista, jolla on tarkoitus kartoittaa ahdistuksen syy. Jokaisella tutkitulla potilaalla huomioitiin ainakin yksi muutos kasvojen ilmeissä. Muutoksia huomioitiin mm. katsekontaktissa, ihossa ja asennossa. Aktiiviset potilaat saattoivat muuttua apaattisiksi. Pitkäaikaisessa potilas-hoitajasuhteessa olleet työntekijät pystyivät huomioimaan paremmin tapahtuneet muutokset potilaan käyttäytymisessä. Tutkimuksessa todetaan vielä, että ahdistus voi olla piilossa. Se ei tavallaan ole koskaan hiljaista, jos annamme aikaa potilaan kohtaamiseen. On tärkeää selvittää asian syy, jottei tilanne muuttuisi vielä vaikeammaksi. (Regnard 2006.)

3.4 Kivun hoito

Erityisen tärkeää on akuutin kivun hoito, koska hoitamaton kipu altistaa kivun kroonistumiselle. Tänä päivänä kroonistuneita kipupotilaita on paljon, eivätkä erikoissairaanhoidon resurssit

aina riitä kaikkien kiputilojen selvittelyyn ja hoitoon. Tämän vuoksi niitä, joiden kipuongelma uhkaa pitkittyä tulisi hoitaa tehokkaasti jo perus- ja työterveyshuollossa. (Salanterä ym. 2006.)

Akuutin kivunhoidon fokus on saada kipu loppumaan mahdollisimman pian ja mahdollisimman tehokkaalla tavalla. Kroonisen kivun hoidossa painopisteet ovat kuitenkin toimintakyvyssä, eivät sairaudessa. Ihmisen päivittäinen selviytyminen, eri hoitokeinojen yhdistäminen, moniammatillinen yhteistyö ja aktiivisten menetelmien käyttö passiivisten sijaan on kivun hoidon kannalta oleellista (Estlander 2003). Tärkeää on, että asiakkaalla olisi jatkuva hoitosuhde (Duodecim 2008).

Terveydenhuoltolaki määrittää kiireelliseen hoitoon pääsystä seuraavaa:

”Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista”. Sekä ”Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys” (Terveydenhuoltolaki. 6. luku, 50§).

3.5 Kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät kehitysvammaisilla

Kivun lääkkeettömällä hoitomenetelmällä on tärkeä rooli kivunhoidossa ja niitä käytetään yhä enenemässä määrin (Kopf & Patel 2010). Tutkimusten mukaan kroonisissa kivuissa ei aina lääkkeellinen hoito anna riittävää vastetta, jolloin tarvitaan myös lääkkeettömiä hoitomenetelmiä (Lewis, Bell & Gillander 2007). Kivun lääkkeettömässä hoidossa voidaan hyödyntää muun muassa fysikaalisia hoitomenetelmiä, stimulaatiohoitoja, itsehoitoa sekä vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä, kuten esimerkiksi rentoutusta ja mielikuvaharjoittelua. Lisäksi kivun hoidossa on käytetty musiikkia, taidetta, eläimiä sekä erilaisia tuoksujia (Salanterä ym. 2006). Eri menetelmiä voidaan yhdistää keskenään, kuten musiikin kuuntelu ja lepo.

Kipututkimusten avulla on voitu havaita, että mielihyvää aiheuttavat tekijät voivat vähentää kroonista kipua. Mielihyvää voivat tuottaa esimerkiksi muut ihmiset ja mielekäs tekeminen (Vainio 2004), joita kannattaa hyödyntää hoidettaessa kehitysvammaisia henkilöitä. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä kehitysvammaisilla on tutkittu melko vähän, mutta esimerkiksi Jäniksen (2009) tutkimuksen mukaan kehitysvammaisten asiakkaiden kivunhoidos-

sa on käytetty menestyksekkäästi asentohoitoa, musiikkia, rentoutumista ja hierontaa (Jänis, 2009). Erään tutkimuksen mukaan ikäihmisten kivunhoidossa yleisimmin käytettyjä lääkkeitömiä kivunhoitomuotoja olivat hieronta, lepo, huomion suuntaaminen muualle sekä liikunta. (Blomqvist & Edberg 2002).

Kivunhoitomenetelmät valitaan yksilöllisesti ja tavoitteena on mahdollisimman tehokas kivunlievitys (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2014). Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytetään yhdessä sopivan kipulääkkeen kanssa. Luottamuksellinen hoitosuhde hoitavaan henkilöön lievittää kipua ja ahdistusta. Keskusteleva hoito voi auttaa ymmärtämään itseään ja tunnereaktioitaan, kohtaamaan ongelmiaan ja avartamaan elämys- ja ilmaisukykyä. Lisäämällä tietoa asioista, vähennetään avuttomuuden tunnetta ja ahdistuneisuutta. (Kalso ym. 2009.) Tutkimuksia kehitysvammaisten henkilöiden lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä oli niukasti, mutta yleisesti lääkkeettömiä hoitomenetelmiä on tutkittu ja niiden tehokkuudesta löytyy näyttöä.

3.5.1 Uni ja lepo

Riittäväällä unensaamisella ja levolla on suuri merkitys ihmisen terveydelle sekä hyvinvoinnille. On todettu, että huonosti nukkuvat ihmiset kärsivät mm. lihaskivuista (Vainio 2009a). Kipu voi heikentää unenlaatua ja huonosti nukuttu yö voi puolestaan lisätä ihmisen kokemaa kipua. Unettomuuden hoito voidaankin nähdä myös kipujen hoitona. Tutkimuksissakin on todettu, että hyvin nukutun yön jälkeen kipua esiintyi vähemmän (Eloranta 2002).

Unensaantiin voidaan yrittää vaikuttaa monilla erilaisilla keinoilla, kuten viilentämällä makuuhuonetta, välttämällä kofeiinipitoisia juomia ennen nukkumaan menoa, huolehtimalla nukkumisympäristön rauhallisuudesta, hyvästä nukkumisasennosta sekä patjan ja tyynyn sopivuudesta (Huttunen 2013b). Koska uni ja lepo on tarpeellista kaikille, voidaan tätä menetelmää hyödyntää myös kehitysvammaisten kivunhoidossa.

3.5.2 Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoitoja on käytetty erilaisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon jo kauan aikaa sitten (Arokoski, Mäkitervo, Virtapohja & Arokoski 2004). Kylmähoidot ovat monille tuttuja vammojen ensiapuna, mutta kylmää voidaan käyttää myös kroonisessa kivussa (Mustajoki ym. 2010). Kylmähoitojen tiedetään nostavan kipukynnystä ja hidastavan hermojen johtumisnopeutta (Therapia fennica 2014). Kylmähoidossa käytetään kylmäpakkauksia, kylmiä pyyhkeitä, kylmägeeliä tai hoito toteutetaan kylmähierontana. Kylmää voidaan saada aikaiseksi myös kemiallisesti. Kylmäkäsittelyn pituus riippuu paljolti käyttömenetelmästä ja käyttöaiheesta, mutta yleensä hoito kestää 10-30 minuuttia. On huomioitava, että liian pitkä käyttöaika voi

aiheuttaa jopa hermovaurioita (Kalso ym. 2009). Kylmähoitoja ei tule käyttää alueilla, jossa on heikentynyt verenkierto, tuntoaisti tai akuutti ihottuma (Arokoski ym. 2004).

Kylmähoitojen käytöstä kehitysvammaisten henkilöiden kivunhoitona ei löytynyt tutkimustietoa, mutta kylmän fysiologisten vaikutusten vuoksi voidaan sitä ajatella käytettävän myös heidän hoidossaan. On kuitenkin pidettävä mielessä, että kylmä voi tuntua epämuikavalta ja siksi on tärkeää, että henkilö ymmärtää miksi kylmää laitetaan esimerkiksi polven päälle.

Lämpöhoidot ovat nimensä mukaisesti lämmön käyttöä hoidossa. Lämpömenetelmiä on olemassa monenlaisia ja ne voivat vaikuttaa pinnallisesti, kuten infrapunasäteilyn, lämpöpakkausten, kuumavesipullojen tai parafiini-, parafango-, sekä savihoitojen avulla tai sitten ne voivat vaikuttaa syvemmällä kudoksissa, kuten ultraääni syvälämpöhoidossa. (Kalso ym. 2009.) Yleisimmin lämpö tuotetaan sähkön avulla. Lämpöhoidossa sopiva lämpötila on noin 40-45 astetta (Hoikka 2013). Lämpöhoitojen vaikuttavuutta ei ole kovin paljon tutkittu, mutta on kuitenkin todettu, että lämpö saa aikaan kudoksissa verenkierron vilkastumista, hiussuonten aukeamista sekä kudosten venyvyyden lisääntymistä. Lämmön on myös todettu rentouttavan lihaksia ja lisäävän lihasten ja jänteiden venyvyyttä sekä joustavuutta (Therapia Fennica 2014). Lämmön on todettu vähentävän kipua, tosin lyhytkestoisesti (Kalso ym. 2009). Lämpöä on käytetty erityisesti lihaskipuihin (Blomqvist, Edberg 2002; Terapia Fennica 2014) ja alaselänkipuihin (Cho & Huffman 2007). Lämpöhoitoa ei tule käyttää alueilla joissa on akuutteja vammoja, tai alueilla, joissa on verenkierron häiriöitä tai tunnottomuutta.

Koska lämpöhoitoja kivunhoitona kehitysvammaisilla henkilöillä ei ole tutkittu, ei sen käytettävyydestä voida tehdä johtopäätöksiä. Koska kuitenkin tiedetään lämmön aiheuttamat fysiologiset vaikutukset, johon kivun lievittyminen perustuu, voidaan sitä kokeilla kehitysvammaisten kivunhoidossa. Kehitysvammaisilla lämpöhoitona voidaan käyttää esimerkiksi lämminvesiallasta, mikroaaltouunissa lämmitettävää kauratyynyä tai lämmitettyjä vesipulloja.

3.5.3 Hieronta

Hieronta on yksi suosituimmista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Se on vanha ja tehokas menetelmä kivunhoidossa. Hieronta rauhoittaa mieltä ja rentouttaa (Mitchinson, Fletcher, Hyungjin, Montagnini & Hinshaw 2013). Hieronnan avulla voidaan vaikuttaa ihon ja lihasten verenkiertoon, sekä pehmittää jännittyneitä lihaksia (Therapia Fennica 2014). Hieronnalla aikaansaadut aistiärsykkeet kilpailevat kipuärsykkeiden kanssa ja lievittävät niitä. Lisäksi hieromisen vaikutuksesta vapautuu endorfiineja, jotka myös lievittävät kipuärsykettä (Therapia Fennica 2014). Tutkimusten mukaan hieronta auttaa kipuihin, ehkäisee masennusta, ahdistuneisuutta ja parantaa verenkiertoelimestön toimintaa (Kopf & Patel 2010; Gecsed 2002; Karlson, Hamilton & Rapoff 2013).

Riippuen käytetyistä otteista, hieronta joko rentouttaa, tai stimuloi vartaloa. Kehitysvammaisilla käytetään usein molempia, riippuen tilanteesta ja mitä sillä haetaan. Hieronnassa voi-

daan käyttää apuna erilaisia materiaaleja kuten esim. pehmeää kangasta tai sivellintä, sekä erilaisia tuoksuöljyjä. Hierontatekniikoita on erilaisia, mutta esimerkiksi sivelyä voidaan käyttää turvallisesti. Tutkimusten mukaan hoitajat ovat käyttäneet kehitysvammaisten asiakkaiden kivunlievityksessä kädellä sivelyä (Jänis 2009).

Hieronnan vasta-aiheita yleisesti ovat ihoinfektio, tromboflebiitti, verenvuototaipumus, tuore vamma, sekä vaikea ateroskleroosi (Salanterä ym. 2006).

3.5.4 Asentohoito

Asentohoito lievittää lihasjännitystä, parantaa verenkiertoa ja ehkäisee painehaavaumia (Ilo-la, Hoikka, Heikkinen, Honkanen & Katomaa 2013). Asentohoidon avulla voidaan ennaltaehkäistä mm. kivuliasta nivelten jäykistymistä (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011). Asentohoittoa voidaan käyttää kivunlievitykseen erityisesti niillä potilailla, jotka ovat pitkiä aikoja vuoteessa, tai muuten paikallaan, kuten kehitysvammaiset. Pitkään samassa asennossa oltaessa heikentyy kudosten verenkierto ja painehaavojen riski kasvaa. Myös kipureseptorit ärtyvät, jos makaa pitkään samassa asennossa. Asentoa vaihdeltaessa myös kipureseptorien ärsytys lievittyy. Asentohoidossa on hyvä käyttää apuna erilaisia tyynyjä. Kehitysvammaan liittyvien liikuntavammojen sekä spastisuuden vuoksi on asentohoidolla suuri merkitys kivunhoidon kannalta. Kun nukkumisasento on riittävän rento ja tarpeeksi tuettu, esimerkiksi tyynyjen avulla ja sitä vaihdellaan yön aikana, helpottaa se kipua ja ehkäisee myös painehaavojen syntyä. Kehitysvammaisilla on yleisesti käytetty asentohoitoa yhtenä lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä (Jänis 2009).

3.5.5 Huomion muualle suuntaaminen

Huomion muualle suuntaaminen on lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, jota käytetään usein lääkehoidon ohella. Sen avulla pyritään väliaikaisesti suuntaamaan huomio kivusta johonkin muuhun asiaan (Chapman 2012). Se on soveltuva menetelmä kaikenikäisille, mutta sitä on käytetty erityisesti lasten parissa (Wen Sng ym. 2013). Suunnattaessa huomio pois kivusta voi ahdistuneisuus ja lihasjännitys helpottua (Hoikka 2013). Huomion muualle suuntaaminen voi yksinkertaisuudessaan olla vaikkapa tv:n katselua, keskustelua muista aiheista, musiikin kuuntelua, lukemista, tai erilaisten pelikonsolien pelaamista (Wen Sng ym. 2013). Vaikka tämä menetelmä ei olisikaan aina toimiva, on se kuitenkin täysin vaaraton (Blomqvist, & Edberg 2002). Tämä menetelmä ei toimi vaikeasti vammaisten henkilöiden kanssa, mutta lievemmin kehitysvammaisten kivunhoidossa siitä voi olla apua. Tutkimusten mukaan hoitajat ovat käyttäneet puhumista/juttelua kehitysvammaisten henkilöiden kivunhoidossa (Hakkarainen 2014), joten tätä menetelmää kannattaa kokeilla.

3.5.6 Mielikuvaharjoittelu

Mielikuvaharjoittelua voidaan käyttää ahdistuneisuuden ja kivun hallintaan erityisesti toimenpiteisiin liittyvän kivun, kuten verinäytteen ottamisessa (Chapman 2012). Se on ohjattua toimintaa, jossa mielikuvitusta hyödynnetään rentoutumisessa. Ohjatussa harjoittelussa ohjaaja opastaa asiakasta ajattelemaan jotain mieluista toimintaa ja "ohjaa" ajatusten kulkua (Salanterä ym. 2006). Esimerkiksi ohjaaja pyytää asiakasta miettimään jonkun mieluisan paikan. Pyydetään asiakasta katsomaan millaisia värejä siellä on ja miettimään minkälaisia tuoksuja siellä on jne. (Chapman 2012).

Mielikuvaharjoittelun käyttämisestä kehitysvammaisten kivunhoidossa ei ole tutkittu, mutta sitä voidaan kokeilla lievästi kehitysvammaisten henkilöiden kanssa.

3.5.7 Rentoutuminen

Kipuun liittyy erilaisia elimistön reaktioita, kuten lihasjännitystä, hermostuneisuutta ja sydämen sykkeen nousua, joihin rentoutuksen avulla yritetään vaikuttaa (Vainio 2009b; Estlander 2003). Tutkimusten mukaan rentoutuminen vaikuttaa sympaattisen hermostoon, (Vainio 2009b) sekä vähentää lihasjännitystä ja auttaa kohdistamaan ajatukset pois kivusta (American Chronic Pain Assosiation 2014). Rentoutuminen ei ole luontaista, vaan sitä tulee harjoitella. Rentoutumistekniikoita on erilaisia, mutta pääsääntöisesti niihin liittyy ajatuksen kohdistaminen tiettyyn asiaan, oman hengityksen tarkkailuun tai ajatusten tyhjentäminen mielestä (Vainio 2009b). Rentoutumista voidaan opetella siten, että jännitetään ja rentoutetaan vuoroin joitain lihasryhmiä (Salanterä ym. 2006). Tutkimusten mukaan rentoutus auttaa erityisesti jännityspäänsäryn, migreenin ja selkäkipujen hoidossa (Salanterä ym. 2006). Rentoutumisharjoittelu vaatii kuitenkin kärsivällisyyttä, sekä kykyä toimia ohjeiden mukaisesti, joten se ei välttämättä sovi kaikille.

Kehitysvammaisten kivunhoidossa rentoutumista voidaan harjoitella esimerkiksi lattialla tuoksuja ja himmennettyjen valojen tai kynttilöiden avulla. Tutkimusten mukaan hoitajat ovat käyttäneet lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä kehitysvammaisille asiakkailleen rauhoittelua ja rauhallisen ympäristön luomista (Jänis 2009; Hakkarainen 2014), jota voidaan ajatella rentoutumismenetelmänä. Rentoutumiseen voidaan käyttää apuna myös musiikkia (Weiss, 2013).

3.5.8 Musiikki

Musiikin kuuntelun on todettu auttavan kroonisista kivuista kärsivää potilasta. Sen tiedetään vaikuttavan autonomiseen hermoston aktiivisuuteen, sekä vähentävän stressiä ja ahdistuneisuutta (Akombo 2006; Nilsson 2008). Kerrotaan, että jo Krimin sodassa loukkaantuneille soitettiin musiikkia kivunhoitona sairaanhoitaja Florence Nightingalen toimesta (Nilsson 2008).

Musiikki on ollut Amerikassa osa lääketieteellisiä menetelmiä jo vuodesta 1950 alkaen. Tutkimusten mukaan musiikin kuuntelu voi myös vähentää kipulääkkeiden tarvetta (Akombo 2006). Musiikkia on käytetty myös kehitysvammaisten henkilöiden kivunhoidossa (Hakkarainen 2014; Jänis 2009; Kaakinen 2002).

Musiikki kuuluu kaikille. Musiikin käyttö pitäisi olla arkipäivää kehitysvammaisten hoidossa. On myös olemassa tietynlaisia resonoivia alustoja ja musiikkisänkyjä, joilla maassa keho rentoutuu ja kipu lievittyy. Yksinkertaisimmillaan musiikin käyttö kivunhoitona on rauhallisen musiikin soittamista kaiuttimista.

3.5.9 Liikunta

Liikunta sopii joissakin tilanteissa myös lääkkeettömäksi kivunhoitomenetelmäksi. Liikunnalla on todettu olevan lukuisia hyödyllisiä vaikutuksia terveyteen ja sillä on myös positiivinen vaikutus mielialaan (Kopf & Patel 2010; Huttunen 2012). Tiedetään, että liikkumattomuus voi lisätä toissijaisia kipuja (Haanpää 2007). Liikunnan avulla voidaan vähentää lihasjännitystä ja se auttaa myös nivelten liikkuvuuteen (Kujala 2014). Liikunta saa aikaan myös hyvänolon tunteen välittäjäainetuotannon kautta. Liikunnan ei tarvitse olla pitkäkestoista, tai fyysisesti kovin raskasta, vaan se voi olla myös kevyttä jumppaa tai kävelyä. Tutkimuksien mukaan liikunnan on osoitettu vähentävän erityyppisiä kiputiloja (American physical therapy association 2001; Bertozzi ym. 2013).

Liikunnasta kehitysvammaisten henkilöiden kivunhoidossa ei ole tutkimustietoa, mutta kehitysvammaisten on hyvin tärkeä liikkua päivittäin, jotta erilaiset lihasjännitykset helpottavat. Henkilölle joka ei pysty itse liikkumaan voi hoitaja toteuttaa ns. passiivisia liikeharjoituksia. Passiivisissa liikeharjoituksissa hoitaja tekee nivelille liikkeitä, jotka ovat sen luonnollisen liikeradan mukaisia, kuten koukistuksia ja ojennuksia.

Paitsi jäykkyyteen, liikunta ja liikuttelu vaikuttavat myös aineenvaihduntaan ja näin esimerkiksi vatsakivut voivat helpottua.

3.5.10 TNS- hoito

Transkutaaninen hermostimulaatio TNS, eli TENS, on yksi kivunhoitoon käytettävistä menetelmistä. TNS-hoidossa ihoon annetaan sähköimpulsseja, jotka potilas aistii kivuttomina, värinän tai lihasnykäysten kaltaisina tuntemuksina. Vaikutus perustuu porttikontrolliteoriaan. Kaikkia TNS-hoidon vaikutusmekanismeja ei kuitenkaan tunneta. (Salanterä ym. 2006; Vainio 2009c.) TNS-hoitoa voi toteuttaa siihen koulutuksen saanut fysioterapeutti tai hoitaja. TNS-hoito tapahtuu laitteella, johon kuuluu virtalähde, hoitolaite sekä iholle asetettavat elektrodit. Hoitoa aloitettaessa asetetaan elektrodit lähelle kipualuetta (Vainio 2009c). Laitteesta pystytään säätämään erikseen sähkövirran voimakkuutta, kestoja sekä taajuutta. TNS-hoitoa

on käytetty mm. erilaisten tuki- ja liikuntaelinperäisten kipujen, kuten selkäkivun ja polven nivelrikon hoitoon, sekä monenlaisten hermovauriokipujen hoitoon ja erään tutkimuksen mukaan siitä on ollut apua myös selkäkipuihin (Park & Hughes 2012). TNS-hoito on edullista ja turvallista, eikä hoitamiseen liity paljon vasta-aiheita. Kuitenkaan TNS- hoitoa ei saa käyttää potilaille joilla on sydämentahdistin, eikä sitä saa käyttää raskaana oleville naisille (Vainio 2009c). Muita hoidon vasta-aiheita ovat hoidettavan alueen ihorikot, ihon tunnottomuus tai vaikea epilepsia. Hoitoa ei myöskään saa toteuttaa kaulan alueella, sillä se voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa kohtalokkaan kurkunpään kouristuksen (Salanterä ym. 2006; Vainio 2009c). Potilaan on suositeltavaa pitää hoidostaan kipupäiväkirjaa, jotta voidaan seurata tehoaako hoito hänen kipuihinsa. Mikäli potilaalla on pitkäaikaisia kiputiloja, voidaan hänelle opastaa TNS- laitteen käyttö ja mahdollisesti hankkia hänelle kotiin lainaksi oma laite. On kuitenkin tärkeää opastaa potilaalle laitteen oikea käyttö (Salanterä ym. 2006). TNS-hoidon käyttämisestä kehitysvammasilla ei ole tutkimustietoa, mutta koska sen hyödyllisyydestä yleisesti kivunhoidossa on tietoa, voidaan sen käyttöä harkita myös lievästi kehitysvammaisilla henkilöillä. Tarvittaessa voidaan konsultoida lääkäriä hoitoa aloitettaessa. Koska laitteen aiheuttama impulssi voi tuntua joistain henkilöistä epämukavalta, tulisi henkilön ymmärtää laitteen käyttö ja olla yhteistyökykyinen.

3.6 Moniammatillisuus kivunhoidossa

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan työtä, jossa tekijät edustavat eri ammatteja, mutta toimivat samalla sektorilla. Kipuongelma on usein niin moniulotteinen, että yhteistyötä eri tahojen edustajien kanssa tarvitaan. Yhteistyössä kyetään kohdistamaan riittävästi rajallisia voimavaroja asiakkaan eduksi (Kalso ym. 2009). Erityisesti kroonisen kivun hoidossa moniammatillisuus on tärkeää (Suomen kivun tutkimusyhdistys ry 2014).

Kivun hoitamisen tueksi perustetaan usein työryhmä eri alojen edustajista. Työryhmässä jokainen hoitaa oman osansa kivunhoidosta. Kunkin hoidettavan yksilölliset tarpeet otetaan huomioon ja asiakkaan/potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon vahvistaa hänen sitoutumistaan hoitoonsa (Kalso ym. 2009).

Sairaudet ja oireet merkitsevät ihmisille erilaisia asioita. Lääketieteellinen diagnoosi on tärkeä. Mietittäessä eri hoitovaihtoehtoja tulee aina ottaa huomioon ihminen ja hänen yksilöllisyytensä. Vaikka olisi sama diagnoosi, eivät ihmiset ole samanlaisia. Ei ole olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että sama hoito sopisi kaikille potilaille. Näyttöä on siitä, että tietyillä hoitomenetelmillä saadaan aikaan myönteisiä muutoksia ihmisen käyttäytymisessä ja ajattelu- maailmassa. (Estlander 2003.)

3.7 Hoitosuhteen ja potilasdokumentaation tärkeys kivunhoidossa

Kehitysvammaisen tarvitsee luottamuksellista suhdetta hoitajaansa ja parhaassa tapauksessa hoitosuhde on ollut jo pitkäaikainen. Pitkä ja luottamuksellinen suhde on kommunikaation perusta. Hoitaja tuntee henkilön elämän taustat ja käyttäytymismallit.

Ilman kommunikaatiota ei henkilön tarpeita aina osata tunnistaa. Tämä saattaa johtaa huonoihin hoitokokemuksiin. Lisäksi se voi vaikuttaa kehitysvammaisen omaan ymmärrykseen sairautensa hoitamattomuutena. Perheenjäsenten ja läheisten kuunteleminen näillä alueilla on tärkeää. Rauhallinen puhe ja yksinkertainen, selkeä ilmaisu tuottavat tulosta ja turvallisuuden tunnetta. (Kaakinen 2002.)

Terveysongelmien suuri määrä, kommunikaatioon liittyvät vaikeudet ja haastava käyttäytyminen asettavat haasteita hoitohenkilökunnalle. Hoitotyössä aiemmat, täsmälliset kirjaukset asiakkaasta ovat erittäin tärkeitä. Niistä selviää asiakkaan normaalista poikkeavat käytösmallit. Puutteellinen kirjaaminen asumisyksikössä heikentää asukkaan asemaa. Kehitysvammaisen kipuoireilu voi hoitotyössä kokemattoman hoitajan mielestä olla pelkkä kehitysvammaan kuuluva asia. Tässä myös yksi tärkeä syy tarkkoihin kirjauksiin hoitotyössä. (Hakkarainen 2014.)

Kivun kirjaaminen perusteellisesti, sekä kivun ilmaantuessa, että hoidon jälkeen on tärkeää. Potilaan oman arvion lisäksi kirjataan hoitajan arvio kivusta ja sen voimakkuudesta. Hoitotyöntekijällä on suuri vastuu kivunhoidosta varsinkin silloin, kun potilas itse ei pysty ilmaisemaan sanallisesti kipunsa. (Ivanoff ym. 2007.)

Kehitysvammaisten kivun hoitoa ja kirjausta on Turkin, Sukhjinderin, Kerryn, Corneyn & Pain-terin (2011) mukaan todistettavasti laiminlyöty ja alihoidettu. Erityisesti tähän ryhmään kuuluvat CP-vammaiset potilaat. Heidän kipunsa ovat useasti kroonistuneet. Ongelma-alueita ovat olleet raajat ja niska. Kehitysvammaisille suunnattuja säännöllisiä terveystutkimuksia tulisi kehittää, sekä kivun arviointia ja terveydenhoidollisia vastaanottokäyntejä lisätä. Näissä vastaanottotilanteissa tulisi aina kysyä asianomaisen kipuja. Kipu jäi tutkimuksen mukaan usein huomioimatta ja kirjaamatta. Kipukyselytutkimus tehtiin aikuisille kehitysvammaisille, jotka pystyivät verbaalisesti kommunikoimaan. Kipua ilmeni eniten rinnassa, pään alueella, vatsassa ja selässä. Aikuiset kehitysvammaiset olivat kokeneet useammin terveydellisiä ongelmia sekä fyysisellä, että psyyken alueella. Se oli jäänyt hoitohenkilökunnalta usein huomioimatta ja kirjaamatta. Monet yleiset sairaudet voivat kertoa jostakin vakavammasta terveydentilaan vaikuttavasta muutoksesta. Hoitotyössä arvio tehdään liian usein fysiologisten muutosten perusteella, ennemmin kuin yksilön oman kokemuksen perusteella. Tarvitaan lisää aikaa asiakkaan kohtaamiselle, kuuntelulle ja kokonaisvaltaiselle tutkimiselle. (Turk ym. 2011.)

4 Kirjallinen opas

Hyvässä oppaassa rakenne on kunnossa ja se on huolella harkittu. Opas etenee loogisesti ja hyvän tavan mukaisesti. Oppaan sisältämien tietojen järjestys on valittu asian tärkeysjärjestyksen mukaisesti. Yleensä aloitetaan merkityksellisimmistä seikoista ja edetään vähemmän merkityksellisiin arvioiden, mitä lukija pitää tärkeimpänä asiana ja mitä tietoa hän etsii. Oppaan pituutta ei voi etukäteen määritellä, mutta yleissääntönä voi pitää, että mitä lyhyemmin asiat on selitetty, sitä paremmin sitä jaksaa lukea (Hyvärinen 2005.)

Opasta laatiessa tulee muistaa, että siihen kirjoitetaan vain oleellinen tieto ja kaikki muu pyritään karsimaan pois (University of Washington medical services 2014). Selkeä otsikointi, sekä väliotsikointi on tärkeää, jotta oppaan sisältö selviää sen lukijalle. Tekstin tulee olla ymmärrettävää, kappaleiden lyhyitä ja virkkeiden rakenteeltaan helposti hahmottuvia. Tekstin kirjoittamisessa on vältettävä käyttämästä lääketieteellisiä yms. termejä. Sanoman tulee olla yleiskieltä, ei lääketieteen sanastoa. Jos sitä käytetään, tulee sanojen merkitys selittää lukijalle (Cancer patient education network 2014).

Hyvä opas puhuttelee ja sitä tehdessä onkin otettava huomioon, missä sitä luetaan. Opinnäytetyömme suunnitelman mukaisesti opas tehdään sähköisessä muodossa, jolloin tietokoneruudulta luettava teksti on hankalampaa lukea, kuin paperilta. Opas tehdäänkin myös tulostettavassa muodossa ja siinä otetaan huomioon tekstin ja kuvien asettelu paperilla. Oikeinkirjoituksen tulee olla viimeisteltyä. Lopuksi katsotaan, että oppaan ulkoasu on siisti, kappaleet sopivan pituisia, otsikot erotettu eri fonttikoolla ja laitetaan kuvia elävöittämään tekstiä (Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2011).

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kivun arvioinnin metodeja aikuisten kehitysvammaisten asiakkaiden hoidossa, sekä tarkastella kivun lääkkeettömiä hoitomuotoja. Tutkimusmenetelmänä on kirjallisuuskatsaus, johon liittyy toiminnallinen osuus. Pää tavoitteena on laatia tutkimustietoon perustuva opas Pasilan ryhmäkotiin. Opas on suunnattu lähinnä aloitteleville, perehdytyksessä oleville hoitotyöntekijöille ja opiskelijoille. Oppaan tarkoitus on olla hoitotyön apuväline, lisäten tietoa ja ymmärrystä kivun ilmaisumuotojen moninaisuudesta ja siitä, miten erilaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä voidaan hyödyntää kivunhoidossa. Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat kipu, kivun arviointi, kehitysvammaisuus ja lääkkeettömän kivunhoito.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä ovat:

1. Miten aikuinen kehitysvammaisen ilmentää kipua?

2. Miten aikuisen kehitysvammaisen kipua voidaan arvioida?
3. Mitä eri lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää kehitysvammaisten kivunhoidossa?

6 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen ja tulokset

Kirjallisuuskatsaus on yksi tiedonkeruun menetelmä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan hahmottaa olemassa olevan tiedon kokonaisuutta kokoamalla yhteen aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Näin saadaan muodostettua kokonaiskuvaa siitä, miten paljon tutkimustietoa jo on olemassa ja millaista se sisällöllisesti on (Salminen 2011.) Valikoitu aineisto analysoidaan ja tulokset raportoidaan ja niistä tehdään johtopäätökset (Rattul & Ylämurto 2012).

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitettiin aineiston keruulla. Työssä käytetty aineisto kerättiin enimmäkseen vuosien 2000-2014 aikana tehdyistä julkaisuista ja tutkimuksista. Opin- näytetyön aiheen mukaisia tutkimuksia ja artikkeleita löytyi yhteensä n. 60, joista tutkimus- kysymyksiimme vastaavia käytimme kirjallisessa työssä n. 40. Lisäksi käytössämme oli alan kirjallisuutta ja erilaisia verkkosivustoja kuten Terveyskirjasto. Tietokannoista käytimme Lau- rean Nelli-portaalia, Mediciä ja Cinahlia. Näistä eri tietolähteistä tutkimalla, analyoimalla ja vertailemalla kokosimme teoreettisen perustan työlle, josta syntyi opas Pasilan ryhmäkodille. Käytettyjä hakusanoja englanniksi olivat: pain, intellectual disability, pain assessment, pain behavior, pain expression, pain management ja non-pharmacological pain management.

Kirjallisuuskatsauksen teko toteutettiin touko- lokakuun välisenä aikana 2014 siten, että ensin jaettiin tehtäväalueet, joista jokainen teki oman osuutensa. Tehty aineisto koottiin ja siihen tehtiin tarvittavat muokkaukset ja lisäykset. Yhteisiä tapaamisia opinnäytetyön merkeissä järjestettiin yhteensä viisi kertaa. Ohjaavien opettajien kanssa tapaamiskertoja oli kaksi, ja muuten työskentely oli itsenäistä ja tapahtui vain tekijöiden kesken.

Kivun arvionnista, ilmenemismuodoista sekä lääkkeettömistä hoitomuodoista kehitys- vammaisten osalta oli vain vähän tutkimuksia. Tutkimuksista ilmeni, että kehitysvammaisen kipu on usein aliarvioitua ja alilääkittyä. Kivun tulkinnalle ja kohtaamisille tarvitaan riittävästi aikaa. Kirjausten tarkkuus ja pitkäaikaisten hoitosuhteiden tärkeyden merkitys nousivat myös esille kehitysvammaisten hoitotyössä. Hoitavan henkilökunnan erityisosaamista tarvi- taan, mutta heille suunnattua kehitysvammakoulutusta tulisi vielä lisätä.

Viimeisempiä tutkimuksia oli tehty ikääntyneistä kehitysvammaisista, koska heidänkin elinajan odotteensa on nyt korkeampi. Ikääntyneiden hoidon erityispiirteet tulevatkin ole- maan haaste tulevaisuuden hoitotyölle.

7 Pohdinta

Opinnäytetyössämme käsitelimme kehitysvammaisten kivun arviointia, kivun erilaisia ilmenemismuotoja ja lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Tavoitteenamme oli myös tehdä selkeä opas Pasilan ryhmäkodin henkilökunnalle lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Opas on suunnattu apuvälineeksi erityisesti perehdytyksessä oleville hoitajille ja opiskelijoille. Mielestämme opas onnistui hyvin ja kuvituksista olemme kuvittajalle erittäin kiitollisia. Kiitämme myös Pasilan ryhmäkotiä yhteistyöstä. Toivomme, että oppaastamme on heille apua kivun arvioinnin ja lääkkeettömien hoitomenetelmien osalta.

Opinnäytetyön tekeminen prosessina oli haasteellinen ja mielenkiintoinen. Se kuitenkin tuki ammatillista oppimistamme. Lisäksi iloitsimme siitä, että saamme olla oppaan kautta myös osallisena kehittämässä ja palvelemissa työelämää.

7.1 Arviointi

Osana opinnäytetyötämme oli opas kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Opas tulee käyttöön Pasilan ryhmäkotiin ja halusimme kyselyn avulla selvittää oppaan käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä. Lähetimme valmiin oppaan sekä kyselylomakkeita Pasilan ryhmäkodin henkilökunnalle. Kyselylomakkeissa kysyttiin seuraavanlaisia kysymyksiä:

- Vastasiko oppaan sisältö odotuksiasi? Ympyröi oikea vaihtoehto
Kyllä Ei Perustelut:
- Opitko oppaasta jotain uutta? Ympyröi oikea vaihtoehto
Kyllä Ei Perustelut:
- Pystytkö hyödyntämään oppaan tietoja työssäsi? Ympyröi oikea vaihtoehto
Kyllä Ei Perustelut:
- Oliko opas helppolukuinen? Ympyröi oikea vaihtoehto
Kyllä Ei Perustelut:
- Oliko opas ulkoasultaan siisti?
Kyllä Ei Perustelut:
- Olisimme kiitollisia, jos vielä kirjoittaisit vapaamuotoisesti kehittämissuhteita oppaasta paperin kääntöpuolelle

Kyselymme vastasi viisi hoitajaa kahdeksasta. Kaikkien vastaajien mielestä oppaan sisältö vastasi odotuksia. Neljän vastaajan mielestä he oppivat uutta tietoa oppaasta. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei oppinut oppaasta mitään uutta. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he voivat hyödyntää oppaan tietoja työssään. Vastaajien mielestä opas oli helppolukuinen ja ulkoasultaan siisti. Kehittämissuhteina oppaaseen toivottiin enemmän väriä ja enemmän

kuvia. Lisäksi oppaaseen toivottiin listaa erilaisista palveluista, joista saa lisätietoa kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Olemme lisänneet nämä asiat oppaaseen.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekoon liittyy erilaisia eettisiä kysymyksiä, joita on otettava huomioon. Opinnäytetyö on eettisesti uskottava ja luotettava, jos sen tekemisessä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Eettisyyteen kuuluu esimerkiksi lähdekritiikki, jonka avulla voidaan arvioida tiedonlähteen luotettavuutta ja käytettävyyttä. Eettisyyttä on myös se, että opinnäytetyön tekijät noudattavat sopimuksessa sovittuja aikatauluja, sisältöä ja tavoitteita.

Opinnäytetyön tekemisessä tulisi käyttää tieteellistä tietoa, johon löytyy perustelut. Lähteinä olisi hyvä käyttää uusimpia tutkimuksia ja mielellään alkuperäisiä lähteitä, jotta vältetään siltä, että alkuperäinen tieto olisi muuttunut matkalla.

Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita tutkimuksen tekemisessä. Niiden mukaisesti hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu mm. että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen tekoon tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta ja arviointi menetelmiä sekä lähde-merkinnät tulee olla merkitty asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

7.3 Jatkokehittämissuhteet

Koska tietoa lääkkeettömien hoitomenetelmien käytöstä kehitysvammaisilla löytyi nykyisellään varsin niukasti, voisi opasta tulevaisuudessa päivittää kun lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä kehitysvammaisilla henkilöillä on tutkittu enemmän ja kun aiheesta löytyy enemmän tietoa. Mahdollisesti myös osastotunnin, tai muun vastaavan järjestäminen tulisi kysymykseen. Lisäksi voisi tutkia, onko opas lisännyt kivun lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä Pasilan ryhmäkodissa. Helsingin kaupunki on suosinut opiskelijoiden tekemiä opinnäytetöitä ja tämänkin oppaan voisi mahdollisesti linkittää Intranet-sivuille, jonka kautta sitä voisi hyödyntää muissakin ryhmäkodeissa.

Lähteet

Acombo, D. 2006. Effects of listening to music as an intervention for pain and anxiety in bone marrow transplant patients. University of Florida.

Airaksinen, O. & Kouri, J. 2014. Therapia Fennica. Kandidaatti kustannus oy. Viitattu: 05.10.2014.

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kipu#Kivun_kliininen_arviointi

Alzheimer`s association. 2014. What is dementia?. Viitattu: 04.10.2014.

<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>

American assosiation on intellectual and developmental disabilities. 2014. Viitattu:

04.10.2014. Definition of Intellectual Disability. <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.VC80wfldN8E>

American Chronic Pain Assosiation. 2014. ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment. Viitattu: 22.09.2014.

[http://www.theacpa.org/uploads/documents/ACPA_Resource_Guide_2014_FINAL%20\(2\).pdf](http://www.theacpa.org/uploads/documents/ACPA_Resource_Guide_2014_FINAL%20(2).pdf)

American physical therapy association. 2001. Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Knee Pain. Viitattu: 20.09.2014.

<http://ptjournal.apta.org/content/81/10/1675.full.pdf+html>

Andrasik, F. & Rime, C. 2007. Pain Assessment. International review of research in mental retardation. Vol 34.415-435.

Arkistolaitos. 2009. Asiakirjahallinnon ja arkistotoimen oppikirja. Viitattu: 09.10.2014.

<http://www.arkisto.fi/fi/palvelut/julkaisuluettelo/d-verkko-oppaat/arkistot-yhteiskunnan-toimiva-muisti/asiakirjahallinto-arkistonmuodostus-ja-tietotekniikka>

Arokoski, J., Mäkitervo, L., Virtapohja, H. & Arokoski, M. 2004. Polvi- ja lonkkanivelriikon konservatiivinen lääkkeetön hoito. Suomen lääkirilehti 2004;59(4):279-285.

Arvio, M. & Aaltonen, S .2012. Kehitysvammaisen potilaana. Helsinki: Duodecim.

Bachmann, M. & Haanpää, M. 2008. Krooninen kipu. Duodecim. Viitattu: 04.10.2014.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96996.pdf>

Bertozzi, L., Gardenghi, I., Turoni, F., Villafañe, J., Capra, F., Guccione, A. & Pillastrini, P. 2013. Effect of therapeutic exercise on pain and disability in the management of chronic non-specific neck pain: systematic review and meta-analysis of randomized trials. American Physical Therapy Association.

Blomqvist, K & Edberg, A. 2002. Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *Journal Of Advanced Nursing*, 40 (3) 297-306.

Cancer patient education network. 2014. Guidelines for Writing Patient Education Material. *Nursing Standard*, 26 (48). Viitattu: 09.10.2014.

http://www.cancerpatienteducation.org/health-literacy/alternate-document/UHN_Guidelines_for_writing_patient_education_material.pdf

Chapman, S. 2012. Cancer pain part 2: assessment and management. *Nursing standard*, 26 (48).

Chou, R. & Huffman, L. 2007. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American pain society and American college of physicians clinical practice guideline. *Annals Of Internal Medicine*, 147 (7) 492-504.

Doody, C., Markey, K. & Doody, O. 2011. Future need of ageing people with an intellectual disability in the Republic of Ireland: lessons learned from the literature. *British Journal of Learning Disabilities*, 41, 13-21.

Duodecim. 2008. Krooninen kipu. Viitattu: 16.09.2014.

http://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383_Facultas_Krooninen_kipu.pdf

Eloranta, M. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu-tutkielma. Viitattu: 20.09.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alkainen, K. & Soininen, H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY

Gecsed, R. 2002. Massage therapy for patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 6 (1).

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy

Hakkarainen, K. 2014. Kehitysvammaisen hoitotyön erityispiirteet. Kandidaatintutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Viitattu: 22.09.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00086>

Hardy, S. & Joyce, T. 2012. Challenging behaviour and people with learning disabilities. Brighton: Pavilion Publishing and Media.

Heiskala, H. 2006. Duodecim 2006;122:1890-2. Viitattu: 04.10.2014. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95903.pdf>

Helsingin kaupunki. Pasilan ryhmäkoti. 2014. Viitattu: 26.05.2014.
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/vammaisten-palvelut/asumispalvelut/ryhmakodit-mp/pasila/>

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2011. Lähihoitajan käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Huttunen, M. 2011. Dementia. Terveyskirjasto. Viitattu: 10.04.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358

Huttunen, M. 2013a. Älyllinen kehitysvammaisuus. Terveyskirjasto. Viitattu: 04.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00556

Huttunen, M. 2013b. Unettomuus. Terveyskirjasto. Viitattu: 21.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534#s2

Huttunen, J. 2012. Terveysliikunta - kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Terveyskirjasto. Viitattu: 22.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934#s2

Hyvärinen, R. Millainen on toimiva potilasohje?. 2005. Viitattu: 01.06.2014.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

International Association for the study of Pain. 2011. Pain in adults with intellectual disabilities. Viitattu: 10.09.2014.

<http://dspace.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/32996/De%20Knegt%20&%20Scherder,%202011,%20Pain%20in%20adults%20with%20intellectual%20disabilities.pdf?sequence=2>

Iivanainen, M. 2009. Kehitysvammaisuus. Terveyskirjasto. Viitattu: 04.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00131

Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim: Helsinki.

Ivanoff, P, Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R.2007. Hoidatko minua. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Johansson, R.2013. Kehitysvammaoireyhtymät ja terveys.
Viitattu: 29.07.2014. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=30423&GUID=%7B946C060E>

Juva, K. 2013. Alzheimerin tauti. Terveysportti. Viitattu: 04.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito.
Viitattu 29.07.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090086/urn_nbn_fi_uef-20090086.pdf

Kaakinen, P. 2002. Kehitysvammaisen lapsen pre- ja postoperatiivinen hoito lasten ja nuorten vuodeosastolla 40. Finnanest.vol. 35 Nro 2. Viitattu 29.07.2014.
http://www.finnanest.fi/files/sulat_kaakinen.pdf

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Karlson, C., Hamilton, N. & Rapoff, M. 2013. Massage on experimental pain in healthy female: A randomized controlled trial. Journal Of Health Psychology, 19 (3) 427-40.

Kaski, M. 2002. Kehitysvammaisuuden kuva. Finnanest. Viitattu: 04.10.2014.
http://www.finnanest.fi/files/sulat_kaski.pdf

Kaski, M. 2004. Suomen lääkärilehti. Kehitysvammaisen tarvitsee kiireettömän lääkärin. 27-29/2004.

Kaski, M. (toim.) Manninen, A. Mölsä, P. & Pihko, H. 2006 Kehitysvammaisuus. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Kaski, M. (toim.) Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. 5, uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro.

Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. 2014a. Kehitysvammaisuus. Viitattu: 04.10.2014.
<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus>

Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014b. Ikääntymisen määrittely. Viitattu: 04.10.2014.
<http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014c. Dementia. Viitattu: 04.10.2014.
<http://verneri.net/yleis/dementia>

Kehitysvammaisten tukiliitto ry. 2014. Tietoa kehitysvammasta. Viitattu: 05.08.2014.
<http://www.kvtl.fi/fi/kehitysvamma->

Kehitysvammaliitto. 2014. Kehitysvammaisuus. Viitattu: 04.10.2014.
<http://www.kehitysvammaliitto.fi/suomeksi/tietoa-liitosta/kehitysvammaisuus/>

Kopf, A. & Patel, N. 2010. Guide to pain management in low-resource settings. International association for the study of pain. Viitattu: 15.09.2014. http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Guide_to_Pain_Management_in_Low-Resource_Settings.pdf

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Suomen lääkirlehti 46/vsk 61.4827-4833.

Kujala, U. 2014. Nivelrikko ja nivelreuma - liikuntaohje. Terveyskirjasto. Viitattu: 22.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00981

Kwan, M., Soek Tian Seah, A. 2013. Music therapy as a non-pharmacological adjunct to pain management: Experiences at an acute hospital in Singapore. Progress in palliative care. Vol 21. No.3.

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus: kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin Helsinki. Kehitysvammaliitto, Oppimateriaalikeskus Opike.

Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöprosessi. 2014. Viitattu: 02.06.2014.
https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opintojen_toteutus/opinnaytetyo/otaniemi/arviointi/Sivut/default.aspx

Leehey, M., Legg, W., Tassone, F & Hagerman, R. 2001. Fibromyalgia in fragile X mental retardation 1 gene premutation carriers. Viitattu: 23.10.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222847/>

Lewis, S., Bell, D., Gillanders, D. 2007. Managing chronic pain in people with learning disabilities: a case study. *British Journal of learning disabilities*. 35. 93-98.

Lybeck, J. 2006. Arkistot yhteiskunnan toimiva muisti. Versio 1.0. Helsinki: Arkistolaitos.

Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Psykofyysinen fysioterapia 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt Nro 5.

Marjamäki, H & Mäkilä, H. 2006. Ortopedisen potilaan kokema postoperatiivinen kivunhoito. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Viitattu: 05.08.2014.
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2006/d2b877_Pori_Marjamki_q5446_Mkil_q5457

Mitchinson, A., Fletcher, C., Myra Kim, H., Montagnini, M. & Hinshaw, D. 2013. Integrating massage therapy within the palliative care of veterans with advanced illness: an outcome study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 31 (1).

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja.5-7. painos. Helsinki: Duodecim.

Nilsson, U. 2008. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN Journal*, 87 (4).

Paakkari, P. 2013. Krooninen kipu- lääkehoito. *Terveyskirjasto*. Viitattu: 04.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Park, J. & Hughes, A. Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: a Review of empirical evidence. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60 (3).

Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L. & Clarke, C.2006. Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (Dis.DAT). *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol 51/4. 277-292.

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

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa

Seppälä, H. 2009. Kehitysvammaisuus, toimintakyky, mielenterveys. Viitattu: 09.10.14.
http://www.eskoo.fi/documents/Haastavat_tilanteet_ ja_vuorovaikutus_peruspaketti%20150909.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta. Viitattu: 01.11.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24004.pdf

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2014. Kroonisen kivun hoito-opas. Viitattu: 20.09.2014.
http://www.skty.org/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Suomen lainsäädäntö. Ammattikorkeakoululaki. Finlex. Viitattu: 27.05.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351#L1P4>

Suomen lainsäädäntö. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Finlex. Viitattu: 27.05.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Suomen lainsäädäntö. Terveysturvalaki. Finlex. Viitattu: 28.05.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Symons, F.J, Shinde, S. K., Gilles, E. 2008. Perspectives on pain and intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. Vol 52/4. 275-286.

Taam-Ukkonen, M & Saano, S. 2012.1.-4. painos. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Terveysturva ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Tilastoraportti 26/2013. Viitattu: 13.05.2014. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

The British pain society. 2008. Guidelines for Pain Management. Viitattu: 05.10.2014. Programmes for adults. http://www.britishpainsociety.org/book_pmp2013_main.pdf

Therapia Fennica. 2014. Fysikaaliset hoidot. Viitattu: 21.08.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Fysikaaliset_hoidot#Kylm.C3.A4hoito

Turk, V., Sukhjinder K., Kerry, S., Corney, R. & Painter, K. 2011. Reporting of health problems and pain by adults with an intellectual disability and by their carers. *Journal of applied research in intellectual disabilities* 2012, 25, 155-165.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu: 27.05.2014.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

University of Washington medical center. 2014. Guidelines for Writing Effective Patient Education Materials. Viitattu: 09.10.2014.

<https://depts.washington.edu/pfes/GuidelinesWriting.htm>

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Vainio, A. 2009a. Kipu ja unettomuus. *Terveyskirjasto*. Viitattu: 21.09.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00055

Vainio, A. 2009b. Rentoutuminen. *Terveyskirjasto*. Viitattu: 22.09.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00088.

Vainio, A. 2009c. Stimulaatiomenetelmät. *Terveyskirjasto*. Viitattu:

20.09.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067

Vainio, A. 2009d. Akuutti ja krooninen kipu. *Terveyskirjasto*. Viitattu: 04.10.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005

Vainio, A. 2009e. Voiko kipua mitata? *Terveyskirjasto*. Viitattu: 05.10.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Vainio, A. 2009f. Kivun biologinen merkitys. *Terveyskirjasto*. Viitattu: 24.05.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00006&p_haku=kipuaisti

Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä A-M. 2004. Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. *Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.*

Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. 2011. Viitattu: 09.10.2014.

<http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut>

Weiss, T. 2013. Music therapy for people with disabilities. Disabled World. Viitattu: 31.10.2014. <http://www.disabled-world.com/medical/rehabilitation/therapy/music.php>

Wen Sng, Q., Taylor, B., Liam, J., Klainin-Yobas, P. Wang, W. & He, H. 2012. Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 22.

World health organization. 2000. Ageing and intellectual disabilities- improving longevity and promoting healthy ageing: Summative report.

Wuhrmann, E. & Cooney, M. 2011. Acute pain physiology. Medscape. Viitattu: 05.10.2014. http://www.medscape.com/viewarticle/735034_2

Ylämurto, A. & Rattul, K. 2012. Iäkkäiden lääkehoitoa ohjaavat lait ja säädökset: Kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Zwakhalen, S., Van Dongen, K., Hamers, J.& Huijer Abu-Saad, H. 2002. Pain assessment in intellectual disabled people: non-verbal indicators. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 236-245

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake oppaan ulkoasuun liittyen.....	44
Liite 2 Opas	45
Liite 3 Oppaan käytettävyyden arviointi.....	68

Liite 1 Kyselylomake oppaan ulkoasuun liittyen

Arvoisa Työntekijä,

Olemme Laurean Otaniemen sairaanhoidon opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä yksiköönne aiheesta "Aikuisen kehitysvammaisen kivun arviointi ja lääkkeetön hoito". Tarkoituksemme on tuottaa lääkkeettömän kivunhoidon opas.

Haluamme tehdä oppaasta Teidän näköisenne ja tällä lyhyellä kyselyllä kartoitammekin toiveitanne oppaan ulkoasuun liittyen.

Pyytäisimme ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin rengastamalla mieluisin vaihtoehto.

1. *Mikä näistä olisi toimivin vaihtoehto työssänne?*
 - a. *A4-koko*
 - b. *A5-koko*
 - c. *Taskukokoinen*

2. *Oppaan värimaailma*
 - a. *musta-valkoinen*
 - b. *värillinen*

3. *Kuvitus*
 - a. *kuvallinen*
 - b. *ilman kuvia*

4. *Muuta mainittavaa*

Vastauksianne pyydämme (pvm) mennessä.

Yhteistyöterveisin kiitoksella,

Leena Löfström, Titta Nielikäinen ja Sanna Terho



Liite 2 Opas

Kivun arviointi ja kivun lääkkeettö- mät hoitomene- telmät



Hyvä lukija

Jokainen on joskus kärsinyt kivuista ja tietää miten kurjalta kipu tuntuu. Kipu vaikuttaa merkittävästi hyvinvointiimme ja hoitamattomana se lisää eristäytymistä, tuskaa, ahdistusta ja inhimillistä kärsimystä.

Kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät eivät ole niin tunnettuja ja yleisesti käytettyjä kuin lääkehoito. Koska lääkehoitoon kuitenkin liittyy monesti haittavaikutuksia, eikä sillä aina päästä haluttuun lopputulokseen kivunhoidossa, korostuu lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien merkitys. Erityisesti yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan päästä kivunhoidossa tyydyttävään lopputulokseen.

Tämä opas on syntynyt opinnäytetyön pohjalta ja olemme koonneet oppaaseen tietoa kivun arvioinnista sekä erilaisista kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä.

Toivomme, että opas auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan kipua kehitysvammaisilla henkilöillä, sekä lisää tietoisuutta lääkkeettömistä hoitomenetelmistä.

Ystävällisin terveisin

Leena, Titta ja Sanna

Yleistä tietoa kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä

Kipu voi ilmentyä monin eri tavoin. Kivulias ihminen saattaa muuttua levottomaksi, itkuseksi, hikoilevaksi. Hän saattaa täristä, käyttäytyä aggressiivisesti tai huutaa.

Kipu aiheuttaa myös fysiologisia muutoksia elimistössä kuten verenpaineen nousua, sykkeen nopeutumista ja hengitystiheyden lisääntymistä. Huomioi, että nämä voivat johtua myös muista syistä kuin kivuliaisuudesta!

Erilaisia kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä voidaan yhdistellä ja valita asukkaan mieltymyksen mukaan. Kaikki menetelmät eivät sovi kaikille tai kaikkiin tilanteisiin. Erityisesti yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan päästä haluttuun lopputulokseen kivunhoidossa.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sopivat sekä akuutin, että kroonisen kivun hoitoon. Tulee kuitenkin muistaa, että kivun jatkuessa tulisi selvittää sen syy.

Kivun arvioinnin "muistilista"

- K =** kohtaa asukas, anna aikaasi, tunnista kipu, missä, millaista, voimakkuus, alkamisajankoh- ta, mikä helpottaa tai pahentaa oloa
- I =** ilmentyminen, kehon liikkeet, ilmeet, epätyy- pillinen ääntely, ihon väri, ihon kosteus, hen- gitys, kosketusherkkyyys
- P =** paineet (verenpaine), syke, happisaturaatio, hengitystiheys, kipumittarin käyttömahdolli- suus
- U =** uusi mittauksia tarvittaessa
- A =** arvioi, onko käytöksen muutoksia, muutoksia syömisessä, juomisessa, kosketusarkuutta, olemus kokonaisuutena, kivun sijainti, laatu, kesto, luonne
- R =** rekisteröi, mieti potilaskirjauksia, millainen kipukäyttäytyminen aiemmin
- V =** vastaus voi löytyä omaisilta tai kollegaltasi, joka tuntee asiakkaan pitkältä ajanjaksolta, jos asiakas itse ei pysty ilmaisemaan asiaa verbaalisesti
- I =** istu ja kirjaa perusteellisesti, kun asukas on hoidettu
- O =** ONNISTUMISIA ARVIOON!!!!

Uni ja lepo

- Riittävä uni ja lepo ovat tärkeitä terveydelle ja hyvinvoinnille. On todettu, että kipu voi heikentää unen laatua ja huonosti nukuttu yö puolestaan lisätä kipuja.
- Unen laatuun voit vaikuttaa monilla erilaisilla keinoilla kuten viilentämällä huoneen ja huolehtimalla ympäristön rauhallisuudesta sekä valitsemalla hyvät ja laadukkaat petivaatteet.
- Hyvä asento voi helpottaa kipuja. Voit lisätä tyynyjen määrää ja tukea niillä kehoa eri puolilta jotta se rentoutuisi yöllä. On tärkeä vaihtaa välillä asentoja ettei painehaavoja pääse syntymään eikä keho kangistu.
- Kevyt iltapala ennen nukkumaan menoa rauhoittaa vatsaa ja mieltä. Vältä kuitenkin kofeiinipitoisia juomia sekä kovin rasvaista ruokaa.

Kylmähoito

- Kylmähoitoja on käytetty tuki- ja liikuntaelinten sairauksien hoitoon jo kauan aikaa sitten.
- Kylmähoitojen tiedetään nostavan kipukynnystä ja hidastavan hermojen johtumisnopeutta. Kylmä supistaa verisuonia ja akuuteissa vammoissa ehkäisee turvotusta.
- Kylmähoito sopii parhaiten sellaisen kivun hoitoon, joka pystytään paikallistamaan tiettyyn kohtaan, kuten esimerkiksi polvisärky.
- Kylmähoidossa käytetään kylmäpakkauksia, kylmiä pyyhkeitä, kylmägeeliä, tai hoito toteutetaan kylmähierontana. Voit esimerkiksi laittaa pakastimessa jäähtyneen hernepussin tyynyliinan sisälle ja sitten kipeälle alueelle.
- Koska kylmä voi tuntua epämiellyttävältä, on tärkeää, että asukas ymmärtää hoidon merkityksen.

- Kylmäkäsitteilyn pituus riippuu paljolti käyttömenetelmästä ja käyttöaiheesta, mutta yleensä hoito kestää 10-30 minuuttia.
- On huomioitava, että liian pitkä kylmän käyttöaika voi aiheuttaa jopa hermovaurioita. Kylmähoitoja ei tule käyttää alueilla, jossa on heikentynyt verenkierto, heikentynyt tuntoaisti tai akuutti ihottuma.



Lämpöhoito

- Lämpöhoidot ovat nimensä mukaisesti lämmön käyttöä hoidossa. Lämpömenetelmiä on olemassa monenlaisia ja ne voivat vaikuttaa pinnallisesti, kuten infrapunasäteilyn tai lämpöpakkausten avulla tai sitten ne voivat vaikuttaa syvemmällä kudoksissa, kuten ultraääni syvälämpöhoidossa.
- Lämmön on todettu vähentävän kipuja lyhytaikaisesti ja lämpöä onkin käytetty erityisesti lihaskipuihin.
- Lämpö saa aikaan kudoksissa verenkierron vilkastumista, hiussuonten aukeamista sekä kudosten venyvyyden lisääntymistä. Lämmön on myös todettu rentouttavan lihaksia ja lisäävän lihasten ja jänteiden venyvyyttä sekä joustavuutta.
- Lämpöhoidon voit toteuttaa esimerkiksi mikrossa lämmitettävän kauratyynyn avulla tai kuumavesipullon avulla. Lämpöhoito sopii parhaiten sellaiseen kipuun, minkä pystyy paikallistamaan.

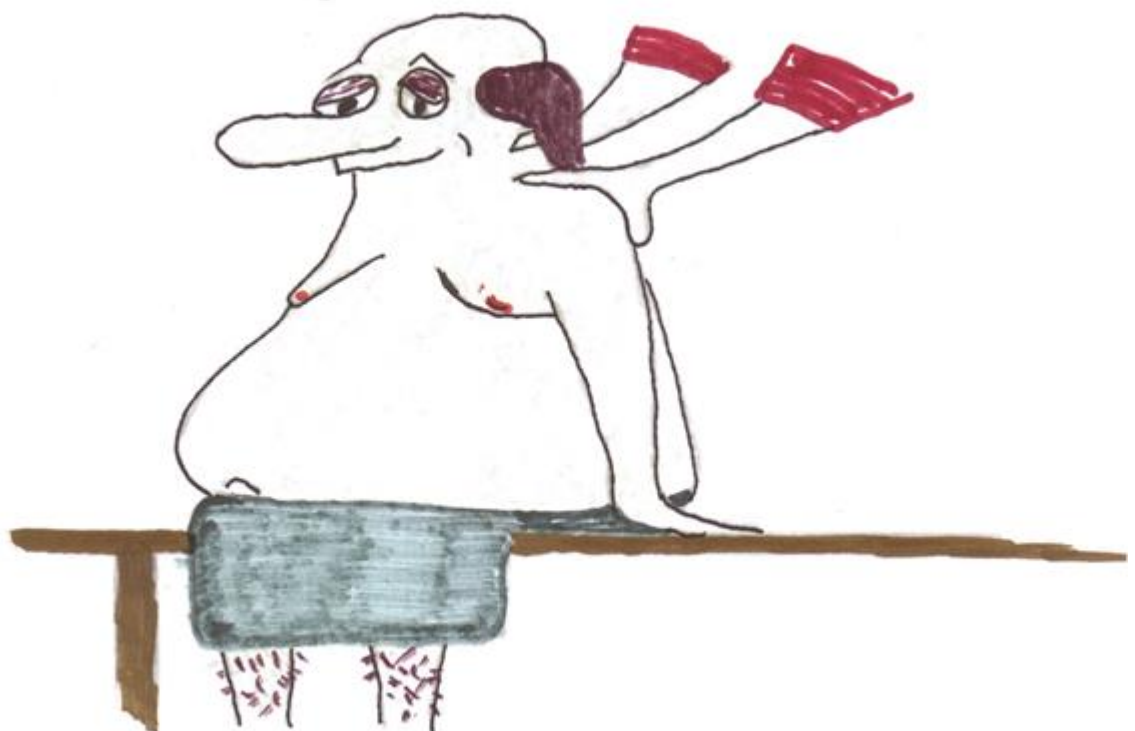
- **Lämpöhoitoja ei tule käyttää alueella, jossa on akuutti vamma tai niveltulehdus eikä alueilla, joissa on heikentynyt verenkierto tai tunnottomuutta.**

Hieronta

- Hieronta on ennen kaikkea kosketusta. Se rauhoittaa mieltä ja rentouttaa kehoa. Lisäksi se auttaa kipuihin ja ehkäisee masennusta sekä ahdistusta. Sen avulla voidaan vaikuttaa ihon ja lihasten verenkiertoon sekä pehmittää jännittyneitä lihaksia.
- Hieronta saa aikaan aistiärsyksiä jotka lievittävät kipuärsyksiä ja näin kipu lievittyy. Hierominen myös vapauttaa endorfiiniksi kutsuttuja hormoneja jotka lievittävät kipuärsyksiä.
- Ammattilaisen tekemään hierontaan kuuluu 6 perusotetta (sively, hankaus, pusertelu, ravistelu ja täritys), mutta sinä voit auttaa asukasta jo esimerkiksi sivelemällä kämmenelläsi kipeää kohtaa tai täristämällä sitä jolloin kipu helpottuu.
- Taputusotetta voit käyttää myös "herättämään" lihaksia ja virkistämään asukasta. Yksinkertaisimmillaan taputusote on reipastahtista, koko kämmenellä tapahtuvaa rytmikästä taputtelua lihaksen päällä. Pidäthän

kättesi kuppimaisessa asennossa ettet vahingossa tuota asukkaalle lisää kipua. Lopuksi sivele taputeltu alue muutaman kerran koko kämmenellä.

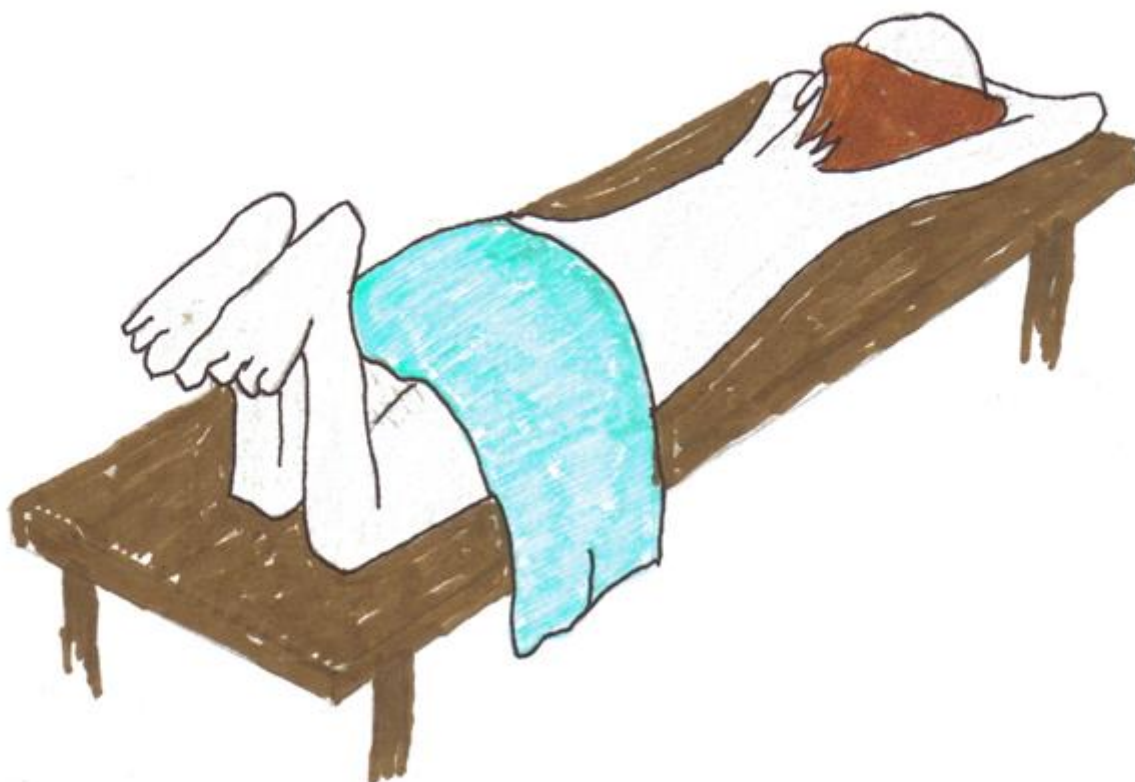
- Jos havaitset iholla muutoksia, kuten tulehduksen merkkejä tai tuoreen vamman, älä hiero. Samoin jos tiedät että asukkaalla on veritulppa tai kolesterolitauti kannattaa hierominen jättää väliin. Myös tavallinen flunssa ja varsinkin kuume ovat esteitä hieronnalle.
- Muita vasta-aiheita hieronnalle ovat: kasvaimet, antibioottikuuri, laskimotukokset, aktiivivaiheessa oleva reuma sekä akuutissa vaiheessa oleva syöpä.



Asentohoito

- Asentohoito lievittää lihasjännitystä, parantaa verenkiertoa ja ehkäisee painehaavaumia. Asentohoidon avulla voidaan ennaltaehkäistä mm. kivuliasta nivelten jäykistymistä.
- Asentohoitoa voidaan käyttää kivunlievitykseen erityisesti niillä potilailla jotka ovat pitkiä aikoja vuoteessa tai muuten paikallaan.
- Pitkään samassa asennossa oltaessa heikentyy kudosten verenkierto ja painehaavojen riski kasvaa. Myös kipureseptorit ärtyvät, jos makaa pitkään samassa asennossa. Asentoa vaihdeltaessa myös kipureseptorien ärsytys lievittyy.
- Asentohoidossa on hyvä käyttää apuna erilaisia tyynyjä. Kehitysvammaan liittyvien liikuntavammojen sekä spastisuuden vuoksi on asentohoidolla suuri merkitys kivunhoidon kannalta. Kun nukkumisasento on riittävän rento ja tarpeeksi tuettu, esimerkiksi tyynyjen avulla ja sitä vaihdellaan, helpottaa se kipua ja ehkäisee myös painehaavojen syntyä.

- Jos kipua esiintyy raajassa, voidaan se tukea hieman kohoasentoon.



Huomion muualle suuntaaminen

- Kun huomion suuntaa muualle, pois kivusta, voi ahdistus ja lihasjännitys helpottua.
- Voit kiinnittää asukkaan huomion vaikka tv:n katseluun, yrittää keskustella hänen kanssaan muista aiheista tai voitte yhdessä lukea jotakin kiinnostavaa lehteä tai kirjaa. Myös musiikin kuuntelua voit kokeilla.
- Tätä menetelmää voit huoletta käyttää, siitä ei ole vaaraa etkä voi tehdä mitään väärin.

Mielikuvaharjoittelu

- Mielikuvaharjoittelua voidaan käyttää ahdistuneisuuden ja kivun hallintaan erityisesti toimenpiteisiin liittyvän kivun sekä pelon lievittämiseen, kuten verinäytteen ottamisessa.
- Mielikuvaharjoittelu on ohjattua toimintaa jossa mielikuvitusta hyödynnetään rentoutumisessa.
- Ohjatussa harjoittelussa ohjaaja opastaa asukasta ajattelemaan jotain mieluista toimintaa ja "ohjaa" ajatusten kulkua. Vain mielikuvitus on rajana. Voit esimerkiksi pyytää asukasta miettimään jonkun mieluisan paikan, jonka jälkeen pyydetään häntä katsomaan ja kertomaan millaisia värejä siellä on ja miettimään minkälaisia tuoksuja siellä on, keitä muita on mukana jne.



Rentoutuminen

- Tutkimusten mukaan rentoutuminen vaikuttaa sympaattisen hermostoon sekä vähentää lihasjännitystä ja auttaa kohdistamaan ajatukset pois kivusta.
- Rentoutumistekniikoita on erilaisia mutta pääsääntöisesti niihin liittyy ajatuksen kohdistaminen tiettyyn asiaan, oman hengityksen tarkkailuun tai ajatusten tyhjentäminen mielestä
- Rentoutumisharjoittelu vaatii kuitenkin kärsivällisyyttä sekä kykyä toimia ohjeiden mukaisesti joten se ei välttämättä sovi kaikille.
- Kehitysvammaisten kivunhoidossa rentoutumista voidaan harjoitella esimerkiksi lattialla tuoksujen ja himmennettyjen valojen tai kynttilöiden avulla. Myös luomalla rauhallinen ja turvallinen ympäristö voidaan saada asukas rentoutumaan.
- Myös musiikkia kannattaa hyödyntää rentoutumisessa.

Musiikki

- Musiikin kuuntelu rauhoittaa ja sen on todettu auttavan erityisesti kroonisista kivuista kärsiviä. Jo 20 minuutin päivittäinen musiikkiannos vaikuttaa kipua alentavasti.
- Musiikki vaikuttaa autonomiseen hermostoon joka säätelee mm. sydäntä ja on se hermoston osa joka aistii kipua.
- Miellyttävä musiikki auttaa irtautumaan kivun kokemuksesta ja näin ihminen kokee tuntevansa vähemmän kipua.

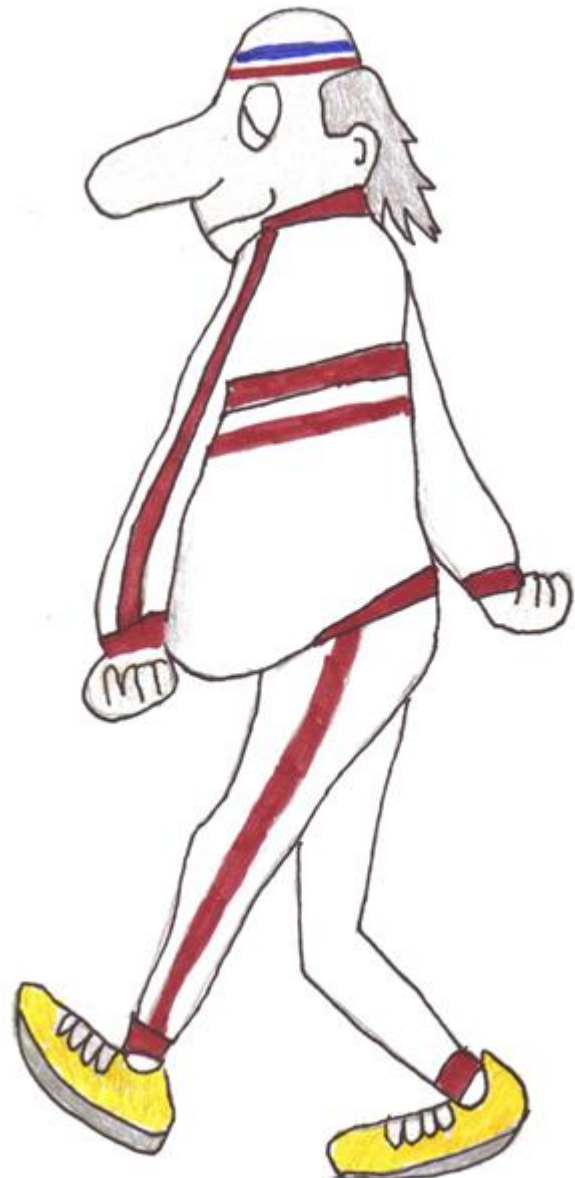
Musiikki kuuluu kaikille!



Liikunta

- Liikunta sopii joissakin tilanteissa myös lääkkeettömän kivunhoidon vaihtoehdoksi.
- Liikunnalla on todettu olevan lukuisia hyödyllisiä vaikutuksia terveyteen ja sillä on myös positiivinen vaikutus mielialaan
- Liikkumattomuus voi lisätä toissijaisia kipuja ja liikunnan avulla voidaan vähentää lihasjännitystä ja liikunta parantaa nivelten liikkuvuutta.
- Liikunta saa aikaan myös hyvänolon tunteen, välittäjä-ainetuotannon kautta.
- Liikunnan ei tarvitse olla pitkäkestoista tai fyysisesti kovin raskasta, vaan se voi olla myös kevyttä jumppaa tai kävelyä. Liikunta voi myös olla erilaisten arkiaskareiden tekoa yhdessä hoitajan kanssa.

- Aukkaalle, joka ei pysty liikkumaan voi hoitaja toteuttaa ns. passiivisia liikeharjoituksia. Passiivisissa liikeharjoituksissa hoitaja tekee nivelille liikkeitä, jotka ovat sen luonnollisen liikeradan mukaisia, kuten koukistuksia ja ojennuksia.
- Liikeharjoitukset tai liikunta eivät saa aiheuttaa kipua.



TNS-hoito

- Transkutaaninen hermostimulaatio TNS, eli TENS on hoito, jossa ihoon annetaan sähköimpulsseja, jotka henkilö aistii kivuttomina, värinän tai lihasnykäysten kaltaisina tuntemuksina.
- Vaikutus perustuu porttikontrolliteoriaan, vaikkakin kaikkia TNS-hoidon vaikutusmekanismeja ei kuitenkaan tunneta.
- TNS-hoitoa voi toteuttaa siihen koulutuksen saanut fysioterapeutti tai hoitaja.
- TNS-hoito tapahtuu laitteella, johon kuuluu virtalähde, hoitolaite sekä iholle asetettavat elektrodit. Hoitoa aloitettaessa asetetaan elektrodit lähelle kipualuetta.
- Laitteesta pystytään säätämään erikseen sähkövirran voimakkuutta, kestoja sekä taajuutta.
- TNS-hoitoa on käytetty mm. erilaisten tuki- ja liikuntaelinperäisten kipujen hoitoon, kuten selkävun ja

polven nivelriikon hoitoon, sekä monenlaisten hermo-
vaurio kipujen hoitoon.

- TNS-hoito on edullista ja turvallista, eikä hoitamiseen liity paljon vasta-aiheita.
- TNS-hoidon vasta-aiheita ovat: hoidettavan alueen ihorikot, ihon tunnottomuus tai vaikea epilepsia. Hoitoa ei myöskään saa toteuttaa kaulan alueella, sillä se voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa kohtalokkaan kurkunpään kouristuksen. TNS- hoitoa ei saa myöskään käyttää potilaille, joilla on sydämentahdistin, eikä sitä saa käyttää raskaana oleville naisille.

TNS-hoidon käytöstä kehitysvammaisilla ei ole tutkimustietoa, joten hoidon aloittamisesta sovitaan lääkärin kanssa.

Lopuksi

**”Mistä tunnistaa ihmisen, joka on oikeasti läsnä?
Ennen kaikkea siitä, että hänen lähellään on hyvä olla.
On kuin hänen persoonansa ympärillä olisi psyykkinen
huone johon saa asettua kaikessa rauhassa.
Tässä huoneessa kaikki on hiljaista ja kiireetöntä.
Tässä huoneessa sanat ovat hitaita ja niitä on vähän.
Ei siellä kukaan neuvo, anna ohjeita tai pyri kuumei-
sesti löytämään ratkaisua ongelmiin.
Siellä luotetaan siihen, että ratkaisut tulevat kuin it-
sestään, kunhan vain joku on läsnä.
Oikea läsnäolo on syvää kuuntelua.” -Hellsten Tommy 2004-**

**Näillä sanoilla tahdomme kiittää Teitä kaikkia jotka
mahdollistitte tämän opinnäytetyön tekemisen. Vain
aidolla läsnäololla ja kuuntelulla voimme huomioida lä-
himmäisemme hädän sekä kivun ja säryn ja yhteis-
työllä voimme toteuttaa laadukasta kivunhoitoa.**

Yhteistyöstä kiittäen:

Laurea AMK:n opiskelijat

Leena Löfström, Titta Nielikäinen ja Sanna Terho

Mistä lisätietoja?

Lisätietoa kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä löytyy runsaasti internetistä, esimerkiksi seuraavilta sivuilta:

- Suomen Kipu ry, <http://www.suomenkipu.fi/>
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, <http://www.skty.org/>
- International Assosiation For The Study Of Pain, <http://www.iasp-pain.org/>

Sivuilta löytyy mm. oppaita ja esitteitä kivunhoidosta.

Lisäksi kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä yleisesti on tehty useita opinnäytetöitä, joita voit etsiä hakusanoilla "kivun lääkkeetön hoito-opas" tai "lääkkeetön kivunhoito".

Kipuongelman pitkittyessä tai vaikeutuessa on kuitenkin ensisijaisesti otettava yhteys hoitavaan lääkäriin.

Liite 3 Oppaan käytettävyyden arviointi

Hei,

Olet saanut luettavaksi opinnäytetyöhömme liittyvän oppaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä kehitysvammaisilla henkilöillä.

Pyydämme, että vastaat seuraaviin kysymyksiin oppaaseen liittyen. Vastauksiesi pohjalta voimme vielä kehittää opasta.

1. Vastasiko oppaan sisältö odotuksiasi? Ympyröi oikea vaihtoehto
 - a. Kyllä
 - b. Ei

Perustelut:

2. Opitko oppaasta jotain uutta? Ympyröi oikea vaihtoehto
 - a. Kyllä
 - b. En
3. Pystytkö hyödyntämään oppaan tietoja työssäsi? Ympyröi oikea vaihtoehto
 - a. Kyllä
 - b. Ei

Perustelut:

4. Oliko opas helppolukuinen? Ympyröi oikea vaihtoehto
 - a. Kyllä
 - b. Ei

Perustelut:

5. Oliko opas ulkoasultaan siisti?
 - a. Kyllä
 - b. Ei

Perustelut:

6. Olisimme kiitollisia jos vielä kirjoittaisit vapaamuotoisesti kehittämisehdotuksia oppaasta paperin kääntöpuolelle.

Kiitos vaivannäöstäsi!

Terveisin: Sairaanhoitajaopiskelijat Sanna Terho, Leena Löfström, Titta Nielikäinen