



Pitkittyneen kivun suhde aikuisen potilaan mielenterveyteen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tiia Safonoff

Jaana Tapanainen

Hanne Ågren

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

SAFONOFF, TIIA & TAPANAINEN, JAANA & ÅGREN, HANNE:
Pitkittyneen kivun suhde aikuisen potilaan mielenterveyteen
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 64 sivua, joista liitteitä 21 sivua
Lokakuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pitkittyneen kivun vaikutusta aikuisen potilaan mielenterveyteen. Tutkimuskysymys oli: Miten pitkittyneen kivun suhde mielenterveyteen näkyy hoitotyössä? Opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen olemassa olevaa tutkimustietoa pitkittyneen kivun vaikutuksesta aikuisen potilaan mielenterveyteen sekä tarkastella, miten potilaan mielenterveyttä tuetaan tai miten sitä tulisi tukea pitkittyneen kivun hoidon yhteydessä. Pyrkimyksenä oli löytää uusia näkökulmia pitkäaikaisen kivun ja mielenterveyden suhteeseen, ja tuoda tietoa aiheesta jo ammatissa toimivalle hoitohenkilökunnalle sekä hoitotyön opiskelijoille.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Käytetyt tietokannat olivat Medic, Cinahl ja PsycInfo. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimuskysymyksen vastanneet artikkelien tulokset pelkistettiin, jonka jälkeen ne jaettiin ala- ja yläluokkiin.

Tutkimus osoitti mielenterveyden ja kivun olevan vuorovaikutuksessa keskenään. Kivun pitkittyessä tutkimusjoukossa ilmeni masennusta ja ahdistusta sekä toimintakyvyn heikkenemistä, antaen viitteitä pitkittyneen kivun mielenterveyttä heikentävästä vaikutuksesta. Tutkimuksissa nousi esiin myös mielenterveyden vaikutus kivun kokemukseen sekä yksilöön liittyvien tekijöiden vaikutus mielenterveyden ja kivun väliseen suhteeseen.

Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä potilaan kohtaamisissa sekä potilaan koko tilanteen kartoittamiseen. Tulokset antavat tietoa siitä, mihin hoitajan tulee kiinnittää huomiota kohdatessaan pitkittyneestä kivusta kärsivän potilaan. Tulevaisuudessa aiheita voidaan syventää tarkastelemalla, kuinka näissä tuloksissa esiin nousevia asioita huomioidaan hoitotyössä ja kuinka hyvin hoitajat tunnistavat pitkittyneen kivun ja mielenterveyden yhteyttä potilaskohtaamisissa.

Asiasanat: pitkittynyt kipu, mielenterveys, aikuinen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

SAFONOFF, TIIA & TAPANAINEN, JAANA & ÅGREN, HANNE:
The Connection Between Prolonged Pain and Mental Health on Adult Patients
Literature Review

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 21 pages
October 2020

This study aimed to gather information about the connection between prolonged pain and mental health on adult patients. Prolonged pain was defined as pain lasting longer than three to six months.

The study was conducted as a literature review. The data were collected from nine international, peer-reviewed research articles. The data were analysed by content analysis.

The findings indicate a two-way relationship between prolonged pain and mental health. The results show that patients with prolonged pain suffer from mental health disorders, such as depression and anxiety, and that existing mental health disorders affect the patients' experience of the pain severity. The findings suggest that individual variables, such as age and level of education, influence both pain experiences as well as mental wellbeing. Overall, the study provides information about the ways in which prolonged pain affects the mental health of an adult patient. Further studies on how this information is realised in patient encounters could provide more awareness to practising nurses and provide better care for pain patients.

Key words: prolonged pain, mental health, adult

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
	2.1 Pitkittänyt kipu	7
	2.2 Mielensterveys.....	8
	2.3 Mielensterveyshäiriöt	8
	2.4 Aikuinen	10
3	TARKOITUS, TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	11
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	12
	4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	12
	4.2 Aineiston haku ja valinta	13
	4.3 Sisällön analyysi.....	18
5	TULOKSET	23
	5.1 Kipu ja mielensterveys	24
	5.2 Kipuun liittyvät tekijät ja mielensterveys	26
	5.3 Yksilölliset tekijät ja mielensterveys	28
	5.4 Kipu, mielensterveys ja toimintakyky	29
6	POHDINTA	31
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	31
	6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	37
	6.3 Jatkotutkimukset ja johtopäätökset	40
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	44
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa aineistona käytetyt tutkimukset.....	44
	Liite 2. Alkuperäisilmaukset, suomennokset ja pelkistykset	48
	Liite 3. Pelkistykset, alaluokat ja yläluokat	60

1 JOHDANTO

Duodecimin Auts - nyt sattuu! -kipu-suosituksen perusteella kipu on osallisena 40 prosentissa perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä Suomessa. Tämän lähteen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat suurin kroonisen kivun aiheuttaja. (Tarnanen, Mäntyselkä & Komulainen 2016.) Työterveyslaitoksen teettämän ”Särkyä ja alakuloa –tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa” tutkimusraportissa todetaan, että kipu ja masennus liittyvät vahvasti toisiinsa. Raportista saatujen tulosten mukaisesti on jopa yleisempää, että henkilö kärsii masennuksen yhteydessä myös kivusta kuin että hän kärsisi ainoastaan kivusta (Miranda, Kaila-Kangas & Ahola 2011, 22).

Sekä kivusta että masennuksesta kärsivät hakeutuvat perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolle kolme kertaa useammin kuin henkilöt, jotka eivät kärsinäistä (Miranda ym. 2011, 23). Pitkittyneen kivun ja mielenterveyden välinen yhteys on selkeästi olemassa ja se on sairaanhoitajankin tärkeä tunnistaa voidakseen toimillaan ennaltaehkäistä sekä kivun että mielenterveyden ongelmien pahenemista.

Kipuhavainnot ja mielen reagointi kipuun tapahtuvat aivoissa. Kivun alkuperästä riippumatta krooninen kipu ja siihen liittyvät mielentilan muutokset muodostavat määrittelemättömän lääketieteellisen, psykologisen ja sosiaalisen oireyhtymän, jota kutsutaan krooniseksi kipusyndroomaksi. Psykologiset ilmiöt, kuten masennus, viha, pelko, levottomuus sekä vaikeus muistaa ja hahmottaa asioita liittyvät usein krooniseen kipuun. Kroonisen kivun aiheuttamista menetyskokemuksista, esimerkiksi terveydentilan menetyksestä seuraa usein masennusta. Mikäli menetyskokemusta ei pystytä käsittelemään ja hyväksymään, menetyksen aiheuttama puutos saatetaan kokea elämässä selviytymisen pysyväksi uhkaksi. Kipusyndrooman yhteydessä esiintyviä vihan tunteita selitetään siten, että kipu aiheuttaa uhkaa omalle elämänhallinnalle tai tuhoaa toiveita elämässä menestymiselle. (Granström 2004, 207–208.)

Kipu ja mielenterveyden häiriö ovat kaksi eri asiaa ja niitä pitää hoitaa erillisinä sairauksina. Toisen häiriön lievittäminen tai parantaminen helpottaa potilaan kokonaistilannetta, mutta ei välttämättä paranna toista häiriötä. Kivun hoidolla vapautetaan potilaan huomio kivusta muulle tiedostamiselle. Potilas itse voi lisätä tietoisuutta ohjaamalla omaa ajatteluaan ja kokemistaan. Kipupotilaan kohdalla on tärkeää huomioida, miten hän itse havaitsee ja kokee elämäänsä kuuluvan toivon. Kipu saattaa olla myös esteenä toivon näkemiselle. Potilaan tulisi nähdä kipu erillisenä kokemuksena tiedostaen kuitenkin omat muut ulottuvuutensa. Kipupotilaalla on mahdollisuus vaikuttaa itseensä ja omaan elämäänsä elämäntapoihin, itsehoitoaan ja ajatteluaan kehittämällä. (Granström 2004, 208–211.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pitkittyneen kivun vaikutusta aikuisen potilaan mielenterveyteen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tavoitteena on koota yhteen jo olemassa olevaa tutkimustietoa pitkittyneen kivun vaikutuksesta aikuisen potilaan mielenterveyteen sekä tarkastella, miten potilaan mielenterveyttä tuetaan tai miten sitä tulisi tukea pitkittyneen kivun hoidon yhteydessä. Pyrkimyksenä on löytää uusia näkökulmia pitkäaikaisen kivun ja mielenterveyden suhteeseen, ja tuoda tietoa aiheesta jo ammatissa toimivalle hoitohenkilökunnalle sekä hoitotyön opiskelijoille. Tämän opinnäytetyön aihe valittiin tekijöiden yhteisestä mielenkiinnosta kivun ja mielenterveyden väliseen yhteyteen.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Pitkittynyt kipu

Pitkittyneellä kivulla tarkoitetaan kipua, joka kestää yli normaalin kudosten paranemisen ajan eli joka on kestänyt kolmesta kuuteen kuukautta (Frostholm, Hornemann, Ornbol, Fink & Mehlsen 2018). Lisäksi pitkittyneeksi kivuksi luokitellaan sellainen kipu, joka on jatkuvan sairauden aiheuttamaa (Paakkari 2017). Käypä Hoito –suositus Kipu (2017) määrittää akuutiksi kivuksi alle kuukauden kestäneen kivun ja subakuutiksi kivuksi 1–3 kuukautta kestäneen kivun. Erilaisia kipuja ovat nosiseptiivinen eli kudosaivuriokipu, viskeraalinen eli sisäelinperäinen kipu ja neuropaattinen eli hermovauriokipu (Käypä Hoito 2017). Kivun hoidon kannalta on tärkeää pyrkiä selvittämään, mistä kipu johtuu, jotta löydetään esimerkiksi oikealla mekanismilla toimiva lääkitys (Käypä Hoito 2017). Aina kivun tyyppiä ei pystytä tunnistamaan (Paakkari 2017).

Pitkäaikainen kipu voi johtua kudosaivuriosta tai hermojärjestelmän vauriosta (Paakkari 2017). Pitkittyneeseen tai krooniseen kipuun voi täten johtaa esimerkiksi laiminlyöty tai tehottomasti hoidettu akuutti postoperatiivinen kipu (Glass, Hardy, Meeks & Carrol 2015). Pitkittyntä tai kroonista kipua ennustavat muun muassa voimakas akuutti kipu, leikkauksen jälkeinen kipu, hermovaurio leikkauksen yhteydessä tai neurologiset oireet ja löydökset selkäkipujakson yhteydessä (Käypä Hoito, 2017). Mikäli kipu jostain syystä pitkittyy, keskushermoston muutokset alkavat ylläpitää kipua (Paakkari 2017).

Kivun arvioinnissa vastaanotolla potilaan oma arvio kivustaan on keskeisessä asemassa (Käypä Hoito 2017). Kivun kartoitukseen kuuluu kivun keston, tyypin ja sijainnin määrittäminen, kivun voimakkuus sekä sensoriset, motoriset tai muut kipuun liittyvät oireet ja haitat (Käypä Hoito 2017). Kipu liittyy Suomessa noin 40 %:iin terveyskeskuslääkärikäynneistä (Käypä Hoito 2017; Tarnanen ym. 2016).

Käsitteitä 'krooninen kipu' ja 'pitkittynyt kipu' käytetään usein niin arkikielessä kuin tieteellisissäkin lähteissä synonyymeinä. Tästä syystä molempien käsitteiden käyttö tämän opinnäytetyön aineiston hakuprosessissa on perusteltua.

Koska tarkastelun kohteena on pitkään jatkuneen kivun ja mielenterveyden välinen yhteys, ei kroonisen ja pitkittyneen kivun eroilla ole suurta vaikutusta tämän opinnäytetyön aineiston haussa käytettäviin hakusanoihin. Kipupotilaalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan henkilöä, jolla on jokin pitkittynyt kiputila tunnetusta tai tuntemattomasta syystä, tai jonkin pitkäaikaisen sairauden aiheuttamana.

2.2 Mielenterveys

Maailman terveysjärjestö määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö on kykenevä toimimaan elämässä siihen kuuluvat tavalliset paineet siehtäen, pystyy toimimaan arjessa tuottavasti sekä toimimaan myös osana yhteiskuntaa. Maailman terveysjärjestön mukaan mielenterveys ei ole ainoastaan mielenterveyshäiriön puuttumista. (World Health Organization 2018.) Suomen lääkäriseura Duodecim Lääketieteen sanakirja (2020) määrittelee termin mielenterveys inhimillisen olemassaolon tilana. Se näkee mielenterveyden keskeisinä osa-alueina itsetunnon, itsenäisyyden sekä sopeutumis-, toiminta ja ongelmanratkaisukyvyyn. Duodecimin lääketieteen sanakirjan (2020) mukaan mielenterveyden määritelmään liittyy myös kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin ja virkistäytymiseen.

Tämän opinnäytetyön aineiston hakemisen näkökulmasta käsite 'mielenterveys' käyttäytyy laajana yläkäsitteenä, joka pitää sisällään sekä henkisen hyvinvoinnin kuin myös mielenterveyden häiriöt eli hyvinvoinnin järkkymisen. Opinnäytetyössä tarkastellaan kivun vaikutusta mielenterveyteen aikuisella potilaalla. Kivun seurauksena ihmisen mielen hyvinvointi saattaa haavoittua mahdollisesti mielenterveyden häiriöön asti. Tämän opinnäytetyön käsitteisiin on siksi järkevää sisällyttää myös mielenterveydellinen hyvinvointi.

2.3 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveys on osa ihmisen hyvinvointia ja sen häiriöt aiheuttavat suuria kustannuksia vuosittain: mielenterveyden häiriöt ovat yleisin syy sairauspäivärahan saamiselle ja lisäksi mielenterveyden häiriöistä aiheutuu yhteiskunnalle epäsuo-

ria kustannuksia, muun muassa työpanostuksen menettämisen vuoksi (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019). Työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2019 saaneista suurin osa (43 %) oli työkyvytön mielenterveyden häiriöstä johtuen (Eläketurvakeskus 2020). Tyypillisesti työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyssyystä saava on nuorempi iältään ja paluu työelämään on epätodennäköisempää verrattuna muihin sairausryhmiin (Eläketurvakeskus 2020).

ICD-tautiluokituksen (2012) mukaan mielialahäiriöihin kuuluvat muun muassa kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennuksen eri muodot (THL 2012, 136). Niissä keskeistä on mielialan muutos, joko masennusoireilu tai mielialan kohoaminen (THL 2012, 136). Depressiota eli masennusta hoidetaan Suomessa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa ja hoitoon voi kuulua lääkitystä ja psykoterapiaa (Käypä Hoito 2020). Masennuksen vaikeusasteen määrittelyssä toimintakyvyn haitta sekä oireiden lukumäärä ovat vaikuttavia tekijöitä (Käypä Hoito 2020).

Ahdistuneisuushäiriössä elämänlaatu ja toimintakyky ovat heikentyneet ahdistushäiriöille tyypillisten voimakkaiden kohtauksittaisten tai jatkuvien uhan ja ahdistuneisuuden tunteen takia (Käypä Hoito 2019). Ahdistushäiriöstä kärsivä saattaa yrittää säädellä ahdistuneisuuden ja uhan tunnetta välttämiskäyttäytymisen avulla (Käypä Hoito 2019). Välttämiskäyttäytyminen tarkoittaa hankalia tai negatiivisia tunteita aiheuttavan tapahtuman tai asian välttämistä tai kieltämistä ja siten elämän kaventumista ja mahdollisten uusien ongelmien ilmenemistä (Duodecim Lääketieteen Sanakirjat 2020). ICD-tautiluokitus listaa eri ahdistuneisuushäiriöt yhteen pelko-oireisten ja pakko-oireisten ahdistuneisuushäiriöiden kanssa (THL 2012, 160). Tässä opinnäytetyössä ahdistuneisuushäiriöllä viitataan johonkin edellä mainitun luokituksen häiriöön. Ahdistuneisuushäiriöihin voi liittyä eri terveystalveluiden suuri käyttöä (Käypä Hoito 2019). Toimintakyvyn ja elämänlaadun haitta saattaa ahdistuneisuushäiriössä johtaa alhaisempaan koulutustasoon ja johtaa siten heikompaan sosioekonomiseen asemaan (Käypä Hoito 2019). Tässä opinnäytetyössä käsitellään mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä, ellei toisin mainita.

2.4 Aikuinen

Aikuisella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan 18–64-vuotiasta ihmistä. Kotimaisien kielten keskuksen sanakirja määrittelee aikuisen täysikasvuiseksi, täysi-ikäiseksi, isoksi. Suomessa 18-vuotias on täysi-ikäinen (Laki holhoustoimesta, 1.4.1999/442, 1 luku, 2§) ja se myös määrittää tässä opinnäytetyössä tarkasteltavan ikäryhmän alarajan.

Tässä opinnäytetyössä keskitytään käsittelemään kivun ja mielenterveyden välistä yhteyttä aikuisilla. Lähdeaineiston hakukriteereissä rajattiin mukaan otettaviksi 18–64-vuotiaat, jotta saataisiin mahdollisimman kattava hakutulos. Lapset haluttiin rajata pois hakutuloksista, koska on yleisesti tiedossa, että lasten kipu ilmenee monin eri tavoin. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean (2020) mukaan lääkkeet käyttäytyvät ja vaikuttavat lapsen elimistössä eri tavalla aikuisiin verrattuna. Lapsen kipu on useimmiten lyhytaikaista ja kipu muuttuu lapsen kasvun myötä. Lapsen kivun arviointi voi olla haastavaa, mikäli lapsi on niin nuori, ettei osaa vielä puhua. Iäkkäät rajattiin hakutulosten ulkopuolelle, koska iäkkäiden kipu on monisyistä ja kivun hoitoon vaikuttaa elimistön vanhenemisestä johtuvat tekijät. Lisäksi iäkkäiden lääkehoitoon liittyy monia eri riskejä vanhenemismuutosten takia, esimerkiksi lääkehoidon aloitusvaiheessa suurentunut riski luunmurtumille sekä lisääntynyt kuolleisuus (Fimea 2018).

3 TARKOITUS, TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pitkittyneen kivun vaikutusta aikuisen potilaan mielenterveyteen kirjallisuuskatsauksen avulla.

Tutkimuskysymys on:

Miten pitkittyneen kivun suhde mielenterveyteen näkyy hoitotyössä?

Tavoitteena on koota yhteen jo olemassa olevaa tutkimustietoa pitkittyneen kivun vaikutuksesta aikuisen potilaan mielenterveyteen sekä tarkastella, miten potilaan mielenterveyttä tuetaan tai miten sitä tulisi tukea pitkittyneen kivun hoidon yhteydessä. Pyrkimyksenä on löytää uusia näkökulmia pitkäaikaisen kivun ja mielen-terveyden suhteeseen, ja tuoda tietoa aiheesta jo ammatissa toimivalle hoitohenkilökunnalle sekä hoitotyön opiskelijoille.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena opinnäytetyön laajuuden, tarkoituksen ja tehtävän takia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä, ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvaamista (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–292). Se on tutkimusmenetelmä, joka kokoaa aikaisempaa tietoa sekä kuvailee ja jäsentää sitä tarkastelua varten (Kangasniemi ym. 2013, 298). Kirjallisuuskatsaus auttaa ymmärtämään aiemmin tutkittua tietoa sekä tiedostamaan mahdollisia aiheeseen liittyviä ongelmia (Kylmä & Juvakka 2012, 45–46). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena ei kuitenkaan ole tuottaa uutta tietoa, vaan arvioida jo olemassa olevaa tietoa ja tehdä siitä yhteenveto (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110). Hyvä kirjallisuuskatsaus tuo esille keskeisimmät tulokset aikaisemmista tutkimuksista sekä tunnistaa tarpeen mahdollisille jatkotutkimuksille (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110). Kirjallisuuskatsaus metodina sopii luontevasti tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kontekstiin.

Kangasniemi ym. (2013, 292) erittelevät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessissa olevan neljä vaihetta: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Vaiheet toistuvat prosessin edetessä usein päällekkäin (Kangasniemi ym. 2013, 292). Vaiheiden päällekkäisyyden vuoksi oli odotettavissa, että hakusanat ja mahdollisesti tutkimuskysymykset tulisivat tarkentumaan vielä opinnäytetyön edetessä. Alustavat hakusanat muokkautuivatkin ja lopulliset opinnäytetyössä käytetyt hakusanat on esitetty taulukossa 1.

Kylmän ja Juvakan (2012, 46) mukaan hyvä kirjallisuuskatsaus rakentuu käsitteiden varaan, joten käsitteiden ja hakusanojen pohdinta tehtiin huolellisesti ja perusteellisesti. Käytetyt käsitteet ja hakusanat olivat kirjallisuuskatsauksen lähtökohdat, joiden perusteella aineistoa lähdettiin hakemaan ja työstämään.

4.2 Aineiston haku ja valinta

Tutkimuskysymyksen laajuus määrää aineiston riittävyyden (Kangasniemi ym. 2013, 295). Opinnäytetyössä käytettiin kansainvälisiä lähteitä, joita haettiin hakukoneita Medic, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) ja PsycInfo (Psychology Information) käyttäen. Kirjallisuuskatsaukseen olisi hyvä sisällyttää myös manuaalinen haku, koska manuaalisella haulla saattaa löytää tärkeitä lähteitä, joita ei tietokantahaulla löydy. Hyviä lähteitä saattaa löytyä esimerkiksi aiemmin löydettyjen aineistojen lähdeluetteloita selaamalla (Kylmä & Juvakka 2012, 49). Siksi tehtiin myös manuaalisia aineistohakuja, jotka eivät kuitenkaan johtaneet tutkimuskysymykseen vastaavien lähteiden löytymiseen.

Opinnäytetyön hakusanojen laatimiseen käytettiin FinMesh, Mesh ja MOT- asiasanastoja. Tässä opinnäytetyössä aineistona käytettävien tutkimusten haku aloitettiin käyttämällä tietokantoja Medic ja Cinahl. Alustavilla hakusanoilla tehtiin koehakuja, jotta saataisiin selville, millaisia hakutuloksia olisi löydettävissä. Alustavassa hakuvaiheessa käytettiin hakukoneina myös Medline (Medical Literature Online) ja PubMed (Public/Publisher MEDLINE) -tietokantoja, joista ei kuitenkaan löytynyt tutkimuskysymykseen vastaavia ja aineiston sisäänottokriteerit täyttäviä lähteitä. Aineiston hakuun kokeiltiin alkuvaiheessa myös Scopus -tietokantaa, mutta se osoittautui liian haasteelliseksi ja vieraaksi opinnäytetyön tekijöille, joten tietokantaa ei käytetty aineiston haussa.

Aineiston hakuvaiheen alussa käytettiin asiantuntija-apuna Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikkoa, jonka neuvojen avulla lopulliset hakulausekkeet muotoutuivat ja tarkentuivat. Kirjaston informaatikon ohjeen mukaisesti aineiston hakua lähdettiin tekemään myös PsycInfo -tietokannasta, josta löytyi tutkimuskysymykseen vastaavia lähteitä.

Medic- tietokannan hakulausekke sisälsi sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä hakusanoja, jotta tietokannan mahdolliset suomenkieliset artikkelit tulisi mukaan hakutuloksiin. Cinahl- ja PsycInfo- hakukoneissa käytettiin kummassakin samaa hakulauseketta, joka sisälsi ainoastaan englanninkieliset hakusanat, koska näissä tietokannoissa ei ole suomen kielellä julkaistuja artikkeleja. Tässä

opinnäytetyössä käytetyt tietokannat sekä hakulausekkeet ovat lueteltuina taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käytetyt tietokannat ja hakulausekkeet

Tietokanta	Hakulauseke
Medic	kipu* OR kivu* OR "krooni* kipu*" OR "krooni* kivu*" OR "pitkittyn* kipu*" OR "pitkittyn* kivu*" OR "pitkäaikai* kipu*" OR "pitkäaikai* kivu*" OR "pitkäänjatku* kipu*" OR "pitkäänjatku* kivu*" OR pain* OR "chronic pain*" OR "persistent pain*" OR "long term pain*" OR "prolonged pain*" AND mielentervey* OR "henki* hyvinvoin*" OR "psyykki* tervey*" OR "mielentervey* häiriö*" OR "mielentervey* ongelm*" OR "psyykki* oire*" OR "psyykki* ongel*" OR "psyykki* häiriö*" OR "mental health*" OR "mental hygiene*" OR sanity OR "mental wellness" OR "mental wellbeing" OR "mental illness*" OR "mental disorder*" OR "mental problem*" OR "mental health problem*"
Cinahl	pain* OR "chronic pain*" OR "persistent pain*" OR "long term pain*" OR "prolonged pain*" AND "mental health*" OR "mental hygiene*" OR sanity OR "mental wellness" OR "mental wellbeing" OR "mental illness*" OR "mental disorder*" OR "mental problem*" OR "mental health problem*"
PsycInfo	pain* OR chronic pain* OR persistent pain* OR long term pain* OR prolonged pain* AND mental health* OR mental hygiene* OR sanity OR mental wellness OR mental wellbeing OR mental illness* OR mental disorder* OR mental problem* OR mental health problem*

Tiedonhaun aikarajaukseksi asetettiin artikkelit vuodesta 2010 vuoteen 2019, jotta hakutuloksiin sisältyisi vain ajan tasalla olevaa tietoa. Aineiston kielirajauksena oli suomen- tai englanninkieliset tekstit, jotta välttyttäisiin käännösvaiheessa tapahtuvilta mahdollisilta virheellisiltä tulkinnoilta. Tutkimuskysymykseen vastaavaa suomenkielistä lähdeaineistoa ei ollut lainkaan saatavilla. Espanjan-, ranskan-, ruotsin- tai saksankieliset lähteet olisivat voineet tuoda aineistoon monipuolisuutta, mutta myös käännösongelmia, joten kielirajaukseksi oli perusteltua asettaa suomi ja englantia. Aineistoon haluttiin valita vain tieteellisiä ja vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, joista koko tutkimusteksti oli saatavilla. Sisäänottokriteereinä oli lisäksi tutkimusartikkelien maksuton saatavuus sekä mukaan otettiin vain tutkimusartikkelit, jotka on julkaistu länsimaissa. Taulukossa 2 on kuvattu tämän opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuonna 2010–2019	Julkaistu ennen vuotta 2010
Kielenä suomi tai englanti	Kielenä joku muu kuin suomi tai englanti
Tieteellinen ja vertaisarvioitu alkuperäistutkimusartikkeli	Tutkimus ei ole tieteellinen tai sitä ei ole vertaisarvioitu, tai se on kirjallisuuskatsaus
Koko teksti saatavilla	Koko tekstiä ei ole saatavilla
Tutkimus saatavilla Tampereen Ammattikorkeakoulun tietokannoista maksutta	Tutkimus ei ole saatavilla Tampereen Ammattikorkeakoulun tietokannoista tai sen hankkiminen maksaa
Länsimaalainen tutkimus (Euroopan maat, USA, Kanada, Australia, Uusi-Seelanti, Etelä-Korea)	Länsimaiden ulkopuolella julkaistu tutkimus

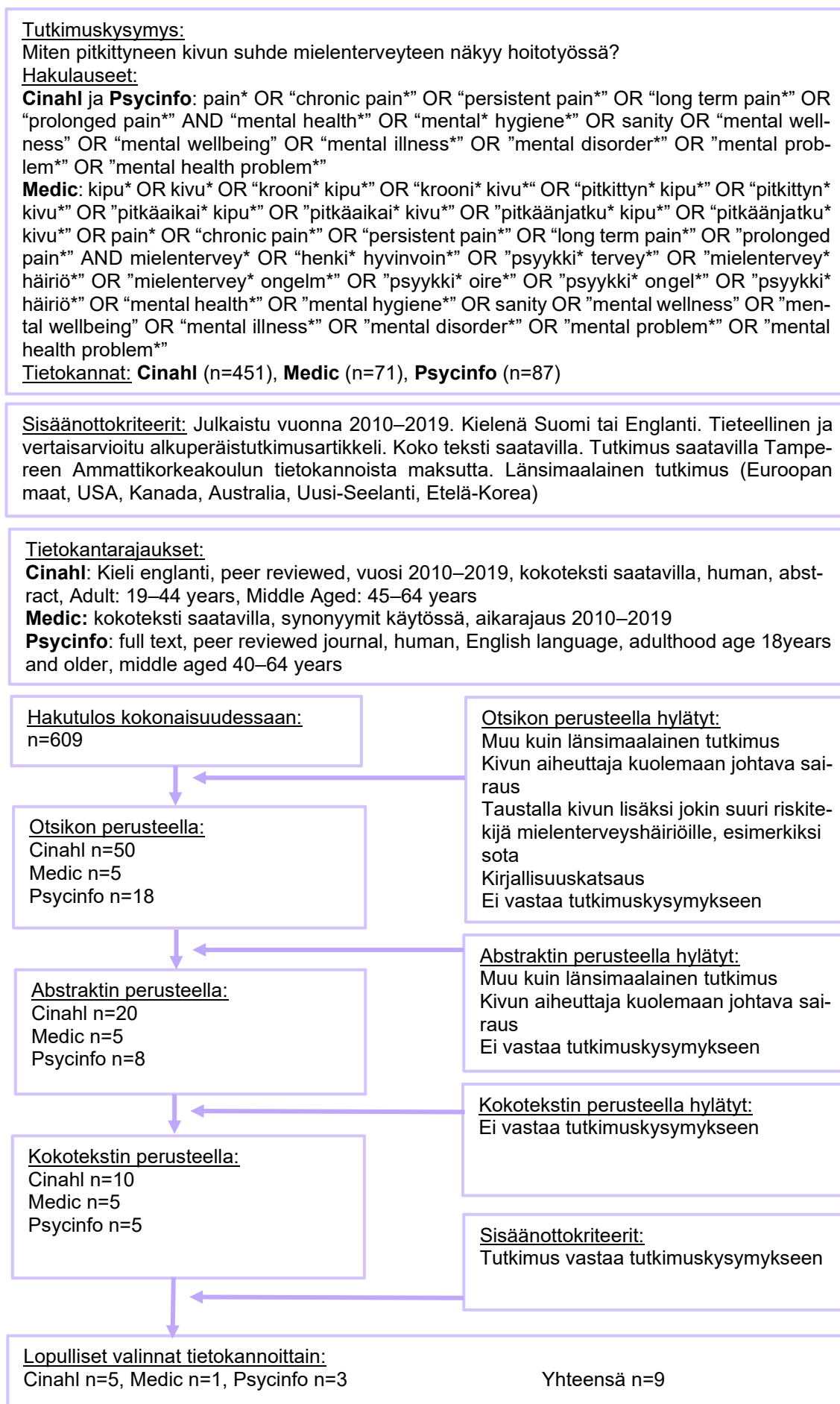
Medic -tietokannassa tietokantarajauksina käytettiin aikarajausta 2010–2019. Lisäksi rajauksena oli kokotekstin saatavuus sekä hakusanojen synonyymit käytössä. Taulukossa 1 luetelluilla hakusanoilla sekä näillä rajauksilla hakutulokseksi saatiin tästä tietokannasta 71. Näistä hakutuloksista käytiin otsikot läpi ja niiden perusteella mukaan otettiin viisi artikkelia. Näistä viidestä artikkelista luettiin abstrakti ja abstraktin perusteella nämä kaikki viisi sopivat asetettuun tutkimuskysymykseen ja ne luettiin kokonaisuudessaan. Kokotekstin perusteella lopulliseen aineistoon näistä valikoitui mukaan yksi artikkeli.

Cinahl -tietokannassa tietokantarajauksina käytettiin kielirajausta englanti, kokotekstin saatavuus ja aikarajauksena oli 2010–2019. Rajaukseksi valittiin tutkimukset, joissa tutkimuksen kohteena on ihmiset. Muita rajauksia oli vertaisarvioidut artikkelit, abstraktin saatavuus sekä tutkimusjoukkoon liittyvät rajaukset, joita olivat ikäryhmät aikuiset: 19–44- vuotiaat sekä keski-ikäiset 45–64- vuotiaat. Näillä rajauksilla sekä taulukossa 1 luetelluilla hakusanoilla hakutulos oli 451. Näistä käytiin otsikot läpi ja niiden perusteella mukaan otettiin 50 artikkelia. Näistä artikkeleista käytiin abstraktit läpi ja niiden perusteella tarkempaan tarkasteluun otettiin 20 artikkelia. Koko artikkelit käytiin läpi ja niiden perusteella kymmenen kappaletta otettiin tässä vaiheessa mukaan. Lopulliseen aineistoon tästä joukosta valikoitui mukaan viisi artikkelia, joiden todettiin vastaavan tutkimuskysymykseen.

PsycInfo -tietokannan rajauksina käytettiin kokotekstin saatavuutta ja kielirajauksista englanti. Lisäksi rajauksina oli vertaisarvioidut artikkelit ja tutkimukset, joissa tutkimuksen kohteena on ihmiset. Ikärajausena tutkimuksen kohteena oleville oli aikuisikä 18- vuotiaasta eteenpäin sekä keski-ikäiset 40–64- vuotiaat. Näillä hakutulokseksi saatiin 87 artikkelia. Näistä otsikon perusteella määräksi tuli 18 artikkelia. Abstraktin perusteella mukaan valikoitui kahdeksan artikkelia, joista käytiin koko teksti läpi. Koko tekstin perusteella mukaan otettiin viisi ja tarkemman tarkastelun jälkeen lopulliseen aineistoon näistä valikoitui kolme artikkelia.

Hylätyt artikkelit eivät vastanneet tutkimuskysymykseen, olivat kirjallisuuskatsauksia tai ne eivät olleet länsimaalaisia tutkimuksia. Jotkut hylätyt artikkelit taas käsittelivät asetetuista ikärajauksista huolimatta joko lapsia tai ikäihmisiä. Osa artikkeleista hylättiin sillä perusteella, että artikkelin käsittelemällä tutkimusjoukolla oli taustallaan jokin suuri riskitekijä, joka saattoi olla syynä mielenterveyshäiriön synnylle pitkittyneen kivun lisäksi, esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö, joka liittyi sodankäymiseen. Hylätyt artikkelit saattoivat myös käsitellä ihmisjoukkoa, jonka pitkittyneen kivun aiheuttajana oli selkeä kuolemaan johtava sairaus. Kokonaisuudessaan hakustrategia on kuvattuna kaavion muodossa kuviossa 1.

KUVIO 1. Tiedonhakustrategia



4.3 Sisällön analyysi

Tutkimuskysymys on jatkuvassa vuorovaikutuksessa aineiston kanssa, tarkoittaen sitä, että sekä tutkimuskysymys että siihen vastaamaan valittava aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan (Kangasniemi ym. 2013, 294). Valituksi tulevan aineiston keskeisin peruste on sen sisältö ja sisällön suhde muihin valituiksi tuleviin aineistoihin (Kangasniemi ym. 2013, 296). Tässä opinnäytetyössä aineistona on käytetty vain vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia. Aineiston hakukriteereissä on rajattu pois artikkelit, joita ei ole vertaisarvioitu.

Kuvailun rakentaminen vaatii aineiston syvällistä tuntemista sekä kokonaisuuden hallintaa (Kangasniemi ym. 2013, 297). Aineistosta poimitaan ilmiön kannalta merkityksellisiä asioita, joista muodostetaan sisällöllisiä kokonaisuuksia (Kangasniemi ym. 2013, 297). Aineistoa voidaan analysoida tarkoituksesta ja kirjallisuuskatsauksen tyypistä riippuen esimerkiksi kronologisesti aikajärjestyksessä tai temaattisesti (Grant & Booth 2009). Temaattisessa analysoinnissa aineistosta haetaan asiakokonaisuuksia otsikoiden alle ja näin jäsennetään ilmiötä ja sen eri näkökulmia tai seikkoja (Grant & Booth 2009). Aineiston sisällön analyysissa tutkitaan, mitä aineiston perusteella on saatu selville tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2012, 117). Aineiston valinta ja kuvailun rakentaminen on toteutunut opinnäytetyössä osittain samanaikaisesti, sillä rakentuva kuvailu riippuu valitusta aineistosta, eikä sitä siksi voi erottaa itsenäiseksi vaiheeksi opinnäytetyössä.

Tuloksen tarkastelun vaiheeseen sisältyy sisällöllinen ja menetelmällinen pohdinta, sekä tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi (Kangasniemi ym. 2013, 297). Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta ja arviointi aloitettiin jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. Luvussa 6 pohditaan tämän opinnäytetyön tavoitteiden ja tarkoituksen saavuttamista tarkemmin. Valitun aineiston mukaan voidaan hahmotella tulevaisuuden haasteita tai kysymyksiä sekä mahdollisesti esittää jatkotutkimuksen kohteita ja johtopäätöksiä (Kangasniemi ym. 2013, 297). Johtopäätöksiä ja jatkotutkimuksen kohteita on pohdittu luvussa 6.3.

Tässä opinnäytetyössä aineistona käytetyt tutkimusartikkelit on lueteltu työn lopussa liitteessä 1. Taulukossa on numeroituna tutkimusartikkelit, lueteltuina artikkeleiden otsikot, tutkimusten tekijät, tutkimusten julkaisuvuosi sekä maa, jossa

tutkimus on tehty. Taulukossa on kirjattuna suomeksi tutkimusten tarkoitukset sekä tutkimuksissa käytetty aineisto sekä niissä käytetyt tutkimusmenetelmät. Lisäksi taulukossa on tiivistetysti tutkimusten keskeiset tulokset. Oikean artikkelin ja sen sisällön jäljittämisen helpottamiseksi on artikkeleiden listauksen numerointia käytetty myöhemmissä työn liitetaulukoissa artikkeleiden tekstilainauksissa siten, että lainatun tekstin loppuun on kirjattu artikkelin järjestysnumero sulkeisiin.

Tähän opinnäytetyöhön valittiin aineistoksi yhdeksän englanninkielistä tutkimusartikkelia. Aineistohaun jälkeen tutkimusartikkelit käytiin huolellisesti läpi ja niiden tuloksia alettiin tutkimaan tarkemmin. Artikkeleiden tuloksista keräsimme erilliseen tiedostoon kaikki tutkimusten tulokset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Nämä kerättiin taulukoksi ja seuraavaksi ne suomennettiin huolella ja varoen, jotta alkuperäinen tarkoitus ei muuttuisi käännettäessä tekstiä suomen kielelle.

Tulosten suomentamisen jälkeen tulokset pelkistettiin. Tähän käytettiin runsaasti aikaa, ja pelkistykset käytiin läpi kaikkien työn tekijöiden kesken. Pelkistystä tehdessä käytiin jatkuvasti keskustelua siitä, vastaavatko saadut tulokset tutkimuskysymykseen ja onko mukaan otettu olennaiset asiat artikkeleista opinnäytetyötä ajatellen. Alkuperäisilmaukset, suomennokset ja pelkistykset ovat taulukoitu liitteessä 2. Lisäksi taulukossa 3 on esitelty esimerkkinä muutama alkuperäisilmaus, suomennos ja pelkistys.

TAULUKKO 3. Esimerkki alkuperäisilmaus, suomennos ja pelkistys.

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistys
In arthritic patients, we reported probable mild to severe anxiety (85,2 %) and minimal to severe depression (73,2 %). (1)	Nivelreumapotilaissa raportoitiin mahdollista lieväästä vaikeaan ahdistusta (85,2 %) ja lieväästä vaikeaan masennusta (73,2 %).	Yli neljä viidesosaa nivelreumapotilaista kärsi ahdistuksesta.
In arthritic patients, we reported probable mild to severe anxiety (85,2 %) and minimal to severe depression (73,2 %). (1)	Nivelreumapotilaissa raportoitiin mahdollista lieväästä vaikeaan ahdistusta (85,2 %) ja lieväästä vaikeaan masennusta (73,2 %).	Lähes kolme neljäsosaa nivelreumapotilaista kärsi masennuksesta.
Anxiety significantly positively correlated with depression, pain, functional disability, disease duration and co-morbidity, and negatively with education level. (1)	Ahdistus korreloi merkittävän positiivisesti masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden kanssa, ja negatiivisesti koulutustason kanssa.	Ahdistuksen lisääntymisen oli yhteydessä masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, sairauden keston ja monisairastavuuden lisääntymiseen.
Anxiety significantly positively correlated with depression, pain, functional disability, disease duration and co-morbidity, and negatively with education level. (1)	Ahdistus korreloi merkittävän positiivisesti masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden kanssa, ja negatiivisesti koulutustason kanssa.	Ahdistus lisääntyi koulutustason ollessa matalampi.

Kun kaikki suomennokset saatiin pelkistettyä, pelkistykset kerättiin omaan taulukkoon ja ne käytiin yksitellen läpi työn tekijöiden kesken. Ennen tätä kaikki työn tekijät olivat tahoillaan käyneet läpi pelkistyskiä ja pohtineet niiden sisältöä ja mahdollisia yhtäläisyyksiä sisällön analyysiä ajatellen. Esille oli myös tuotu ehdotuksia mahdollisista alaluokista. Pelkistyskiä alettiin jakamaan otsikoiden alle niiden asiasisällön perusteella, ja samankaltaisia sisältöjä saatiin yhdistettyä saman otsikon alle. Lopuksi otsikot käytiin läpi ja keskenään samankaltaisille otsikoille saatiin nimettyä oma alaluokka. Alaluokkia aineistoon tehtiin yhteensä 13 kappaletta.

Alaluokkien muodostamisen jälkeen ne jaettiin edelleen yläluokiksi. Jako yläluokkiin luonnistui melko joutuisasti ja yksimielisesti, johtuen alaluokkien asiasisällöistä. Yläluokkien otsikointi sen sijaan koettiin haastavammaksi. Yläluokkia otsikoidessa on otettava huomioon otsikon soveltuminen koko sisältöä kuvaavaksi. Yläluokkia aineistolle muodostui yhteensä neljä kappaletta. Luokkien muodostumista ohjasi ajatus siitä, että tutkimuskysymykseen on saatu vastaus. Liitteessä 3 on nähtävissä analyysien pelkistysten, alaluokkien ja yläluokkien muodostuminen. Taulukossa 4 on esiteltyä esimerkkinä yksi yläluokka, jossa on mukana sekä alaluokat että pelkistykset kyseisen yläluokan kohdalta.

TAULUKKO 4. Esimerkki pelkistys, alaluokka ja yläluokka.

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Kivun voimakkuudella/as- teella oli yhteys masennus- testissä fyysiseen ja so- maattiseen toimintaan.	Kivun yhteys toimintaky- kyyn	Kipu, mielenterveys ja toimintakyky
Päänsäryn aiheuttama toi- mintakyvyttömyys oli vah- vasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksyntään.		
Päänsäryn aiheuttama toi- mintakyvyttömyys oli koh- talaisesti yhteydessä vä- hentyneeseen arvoihin pe- rustuvaan toimintaan.		
Yli puolella päivittäisistä toi- mista selviytyminen ei to- teutunut.		
Sekä ahdistus että masen- nus vaikuttivat koetun toi- mintakyvyn haitan tason vaihtelevuuteen kahdessa viidesosassa tapauksia.	Mielenterveyden yhteys toimintakykyyn	
Masennus alensi toiminta- kykyä ja elämänlaatua mig- reenipotilailla.		
Ahdistuksen lisääntyminen oli yhteydessä masennuk- sen, kivun, toimintakyvyn haitan, sairauden keston ja monisairastavuuden li- sääntymiseen.	Muut sairauteen liittyvät tekijät	
Masennus syveni kivun, toi- mintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavu- uden lisääntyessä.		
Masennuksen ja monisai- rastavuuden välillä oli koh- talainen yhteys.		
Kolmeneljäsosaa potilaista kärsii kivun aiheuttamista univaikeuksista. Lähes 90 % käyttää kipulääkitystä.		

5 TULOKSET

Tulokset ovat jaoteltu yläluokittain. Jokaiseen yläluokkaan sisältyy useampi alaluokka, jotka ovat esitely taulukossa jokaisen kappaleen lopussa. Taulukosta näkee selkeästi, mitä aihealuetta yläluokassa on käsitelty. Tarkempi sisällön analyysi ja sen tekovaiheet on esitely luvussa 4. Selvyyden vuoksi alaluokkien nimet ovat tekstissä kursivoituina.

Tutkimusten tuloksissa esiintyy terminä kivun katastrofointi. Duodecimin Lääketieteen Sanakirja (2020) määrittelee katastrofoinnin tarkoittavan ahdistuneisuushäiriöissä ja masennuksessa esiintyvää kielteisten, usein epätodennäköisten tapahtumien ennakoitua ja vatvomista (Duodecim, Lääketieteen Sanakirjat 2020). Yhdessä kirjallisuuskatsaukseen valitussa alkuperäistutkimuksessa käytetään käsitettä 'mental defeat'. Yksi suora suomennos käsitteelle olisi henkinen tappio, joka ei kuitenkaan vastaa termin todellista merkitystä. Tampereen ammattikorkeakoulun englannin kielen lehtorin avustuksella käsitteelle saatiin paremmin vastaava suomennos, joten tässä opinnäytetyössä mental defeat -käsitteestä käytetään käännöstä henkinen kukistuminen.

Artikkeleissa käytettiin termejä Axis I ja Axis II, jotka ovat mielenterveyshäiriöiden luokittelussa aiemmin käytettyjä vanhoja pääluokkia. Luokittelu on tehty vuonna 1994 Yhdysvalloissa ja se jakaa mielenterveyshäiriöt karkeasti klinisiin mielenterveyshäiriöihin (Axis I) ja persoonallisuushäiriöihin (Axis II) (Røysamb, Tambs, Ørstavik, Torgersen, Kendler, Neale, Aggen, Reichborn-Kjennerud, 2011, 198). Tässä opinnäytetyössä Axis I -häiriöt ovat tarkastelun kohteena, sillä niihin sisältyy ahdistuneisuus- ja masentuneisuushäiriöt. Sen sijaan Axis II -häiriöt on mainittu vain yhdessä tutkimuksessa.

Yksilöllisiin tekijöihin on tässä opinnäytetyössä sisällytetty alkuperäistutkimuksiin sisältyneet koulutustaso, naissukupuoli, ikä, arvoihin perustuva toiminta, kivun hyväksyntä sekä välttämiskäyttäytyminen. Monessa artikkelissa näillä yksilöllisillä tekijöillä havaittiin olevan vaikutusta mielenterveyteen ja kipuun, joten se otettiin yhdeksi alaluokaksi.

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan pitkittyneeseen kipuun ja mielenterveyteen vaikuttavat erilaiset taustatekijät voidaan jaotella kipuun ja mielenterveyteen yhteydessä oleviin asioihin, kipuun liittyviin tekijöihin ja mielenterveyteen vaikuttaviin asioihin, yksilöllisiin tekijöihin ja mielenterveyteen liittyviin asioihin sekä kipuun, mielenterveyteen ja toimintakykyyn yhteydessä oleviin asioihin. Taulukossa 5 on lueteltu kaikki alaluokat ja yläluokat.

TAULUKKO 5. Alaluokat ja Yläluokat

Alaluokka	Yläluokka
Kivun yhteys masennukseen	Kipu ja mielenterveys
Kivun yhteys ahdistukseen	
Kivun yhteys mielenterveyshäiriöihin	
Mielenterveyden yhteys kipuun	
Kipuun liittyvät tekijät ja ahdistus	Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveys
Kipuun liittyvät tekijät ja masennus	
Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveyshäiriö	
Yksilölliset tekijät ja ahdistus	Yksilölliset tekijät ja mielenterveys
Yksilölliset tekijät ja masennus	
Yksilöllisten tekijöiden yhteys mielenterveyteen	
Kivun yhteys toimintakykyyn	Kipu, mielenterveys ja toimintakyky
Mielenterveyden yhteys toimintakykyyn	
Muut sairauteen liittyvät tekijät	

5.1 Kipu ja mielenterveys

Kivun yhteys masennukseen. Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan kivun ja masennuksen samanaikaisuus oli korkea: lähes kolme neljäsosaa nivelreumapotilaista kärsi masennuksesta (Soósová ym. 2017, 23), kolme neljäsosaa kroonisesta tuki- ja liikuntaelinperäisestä kivusta kärsivistä kärsi masennuksesta (Salazar ym. 2013, 1418) ja yli neljä viidesosaa migreenipotilaista täyttivät vaikean

masennuksen diagnostiset kriteerit (Dindo ym. 2015, 112). Helsingin kipupoliklinikan potilaista noin viidesosa kärsi vaikeasta masennuksesta kuluneen kuukauden aikana (Knaster 2015, 49). Masennuksesta kärsivillä kipupoliklinikan potilailla masennus kehittyi kivun alkamisen jälkeen 65 % tapauksista (Knaster 2015, 45).

Kivun yhteys ahdistukseen. Ahdistuksen esiintyminen kipupotilailla oli todennäköisempää verrattuna kivuttomiin kontrolliryhmässä (Kayhan ym. 2015, 21). Yli neljä viidesosaa nivelreumapotilaista kärsi ahdistuksesta (Soósová ym. 2017, 23) ja yli kolmasosa välilevytyräpotilaista kärsi ahdistuksesta (Kayhan ym. 2015, 21). Välilevytyräpotilailla ahdistus oli masennusta yleisempi mielenterveyshäiriö (Kayhan ym. 2015, 21). Kun tarkasteltiin ahdistuksen alkamisen ajankohtaa Helsingin kipupoliklinikan potilailla, kolme neljäsosaa kärsi ahdistuksesta ennen kivun alkua (Knaster 2015, 45).

Kivun yhteys mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys kipupotilailla oli korkea; kolme neljäsosaa kärsi ainakin yhdestä Axis I -ryhmän mielenterveyshäiriöstä elämänsä aikana (Knaster 2015, 44), ja kolme neljäsosaa epäspesifistä selkävivusta kärsivä täytti ainakin yhden Axis I -häiriön kriteerit (Gerhardt ym. 2011, 1234). Alle kymmenesosalla oli kahden tai useamman mielenterveyshäiriön diagnoosi (Kayhan ym. 2015, 21). Yleisimmät mielenterveyshäiriöt kipupotilailla olivat masennus ja ahdistuneisuushäiriöt (Knaster 2015, 44), ja noin puolella välilevytyräpotilaista oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö (Kayhan ym. 2015, 20). Seurannassa huomattiin kivun kaksinkertaistavan riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöön kolmen vuoden aikana (de Heer ym. 2018, 714). Suurella osalla kipupotilaista masennus- tai ahdistuneisuushäiriön diagnoosi oli tuore, tarkoittaen kulunutta puolta vuotta (Gerrits ym. 2011, 431). Mielenterveyshäiriön vakavuuteen huomattiin liittyvän kipuun liittyvät tekijät, kun tarkasteltiin vaikeita mielenterveyshäiriöitä (Gerrits ym. 2011, 431). Pitkäaikaista masennusta eli dystymiaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai paniikkihäiriötä ei esiintynyt kaikissa aineistoissa (Kayhan ym. 2015, 21).

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan kivulla ei ollut yhteyttä mielenterveyshäiriön alkamisen ikään (Gerrits ym. 2011, 432). Yleisin mielenterveyshäiriö oli vakava masennus, jota seurasi yleinen ahdistuneisuushäiriö (Kayhan ym. 2015,

21). Kolmanneksi yleisin oli epäspesifi ahdistuneisuushäiriö (Kayhan ym. 2015, 21). Kayhan ym. (2015, 21) eivät todenneet aineistossaan välilevytyräpotilailla muuta väestöä enemmän masennusta, pakko-oireista häiriötä, fobioita tai sosi-aalista pelkoa. Gerhardt ym. (2011, 1235) totesivat, että kipupotilailla esiintyy merkittävästi perusväestöä useammin jokin mielenterveydenhäiriö, lukuun otta-matta persoonallisuushäiriöitä.

Mielenterveyden yhteys kipuun. Neljäsosalla kipupotilaista ahdistus ja masennus vaikuttivat kivun voimakkuuden kokemukseen (Soósová ym. 2017, 23). Mieliala-häiriö yhdessä ahdistuneisuushäiriön kanssa johti voimakkaampaan sen hetki-seen kivun kokemukseen kipupotilailla (Knaster 2015, 45). Kipupotilaat, jotka kärsivät mielialahäiriöstä samaan aikaan kuin kivusta, raportoivat voimakkaasta ki-vusta, lukumääräisesti useammista kipukohdista, alhaisemmasta toimintaky-vystä sekä toistuvista unihäiriöistä (Salazar ym. 2013, 1418).

TAULUKKO 6. Kivun ja mielenterveyden välisten yhteyksien luokittelu

Alaluokka	Yläluokka
Kivun yhteys masennukseen	Kipu ja mielenterveys
Kivun yhteys ahdistukseen	
Kivun yhteys mielenterveyshäiriöihin	
Mielenterveyden yhteys kipuun	

5.2 Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveys

Kipuun liittyvät tekijät ja ahdistus. Tutkimuksen tulosten mukaan kivun asteen ja ahdistuksella välillä oli kipupotilailla kohtalainen yhteys (Soósová, Macejová, Zamboriová & Dimunová 2017, 23). Toisen tutkimuksen tulosten mukaan kivun kestolla oli vaikutusta koettuun ahdistukseen (Knaster 2015, 45). Esille tuli, että kipuun liittyvistä tekijöistä kivun laajuus ja pitkittyneisyys vaikuttivat suuresti sii-hen, kuinka vakava ahdistuneisuushäiriö on (Gerrits, Vogelzangs, van Oppen, van Marwijk, van der Horst & Penninx 2011, 432).

Kipuun liittyvät tekijät ja masennus. Kipupotilaiden kivun kestolla näytti olevan vaikutusta masennukseen (Knaster 2015, 45). Kivun tuntemusten ollessa voimakkaimmillaan ne, joilla oli taipumus pidättää vihan tunteitaan, tunsivat masennuksen muita tutkittavia fyysisemmin (Knaster 2015, 48). Alentunut toimintakyky migreenipotilailla johti tulosten mukaan vaikeampaan masennukseen sekä hyvinvoinnin alentumiseen (Dindo, Recober, Marchman, O'Hara & Turvey 2014, 112). Pitkittyneen kivun erilaiset tekijät näyttivät olevan yhteydessä masennuksen vakavuuteen yleisesti (Gerrits ym. 2011, 432).

Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveyshäiriö. Tämänhetkisen kivun suuruudella oli merkittävä yhteys viimeaikaiseen mielenterveyshäiriöön (Knaster 2015, 48). Kivun sijainnilla ei pääosin näyttänyt olevan yhteyttä masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriöön (Gerrits ym. 2011, 431), mutta kipukohtien lukuisuus näytti vaikuttavan merkittävästi mielenterveyshäiriön olemassaoloon pitkäaikaisseurannassa (Gerrits ym. 2011, 431). Kipuun liittyvät tekijät kipupotilailla, kuten pitkittynyt kipu, päivittäinen kipulääkitys ja kivun suuruus ennustivat vahvasti masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä pitkäaikaisseurannassa (Gerrits ym. 2011, 432). Pahimpiin itsemurha-ajatuksiin vaikutti kipuun liittyvistä tekijöistä kohtalaisesti kivun voimakkuus, ahdistus, masennus, kivun katastrofointi sekä henkinen kukistuminen (Tang, Beckwith & Ashworth 2016, 414). Kipupotilaiden kivun kestolla, resilienssillä tai toivottomuudella ei tulosten mukaan ollut merkittävää vaikutusta itsemurha-ajatteluun (Tang ym. 2016, 414). Sen sijaan kivun suuruus sekä mielialahäiriöt olivat merkittäviä riskitekijöitä itsemurha-aikomuksille (Tang ym. 2016, 414). Resilienssillä tarkoitetaan psyykkistä palautumiskykyä eli kykyä sietää vastoinkäymisiä, pysyä toimintakykyisenä vaikeissa muutostilanteissa sekä palautua niistä (Kotimaisten kielten keskus 2020).

TAULUKKO 7. Kipuun liittyvien tekijöiden ja mielenterveyden välisten yhteyksien luokittelu

Alaluokka	Yläluokka
Kipuun liittyvät tekijät ja ahdistus	Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveys
Kipuun liittyvät tekijät ja masennus	
Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveyshäiriö	

5.3 Yksilölliset tekijät ja mielenterveys

Yksilölliset tekijät ja ahdistus. Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan koulutustasolla ja kipupotilaan ahdistuksella havaittiin olevan merkittävä yhteys kipupotilaiden mielenterveyteen (Soósová ym. 2017, 23). Kipuun liittyvän ahdistuksen todettiin lisääntyvän koulutustason ollessa alhaisempi (Soósová ym. 2017, 23). Välttämiskäyttäytyminen lisäsi kipupotilailla selvästi negatiivisia tunteita kuten kipuun liittyvää ahdistusta (Knaster 2015, 43). Tutkimuksessa välttämiskäyttäytymisen havaittiin korreloivan positiivisesti negatiivisten tunteiden, kuten kipuun liittyvän ahdistuksen kanssa (Knaster 2015, 43).

Yksilölliset tekijät ja masennus. Välttämiskäyttäytymisellä todettiin olevan yhteys myös kipuun liittyvän masennuksen lisääntymiseen (Knaster 2015, 43). Tutkimuksen mukaan masennuksen havaittiin vaikeuttavan myös potilaiden kivun hyväksyntää sekä vähentävän potilaan omiin arvoihin liittyvää toimintaa (Dindo ym. 2014, 113). Alhainen kivun hyväksyntä oli todettavissa niin klinikon toteamassa masennuksessa kuin potilaan itse raportoimassaan masennuksessa (Dindo ym. 2014, 113).

Yksilöllisten tekijöiden yhteys mielenterveyteen. Kivun, psykologisten tekijöiden ja itsemurha-ajattelun välillä ei havaittu merkittävää yhteyttä (Tang ym. 2016, 415). Kivun lisäksi ahdistus, masennus, tai kivun katastrofointi eivät lisänneet alttiutta itsemurhaan (Tang ym. 2016, 415). Ahdistukseen, masennukseen tai kivun suuruuteen verrattuna suurin riskitekijä itsemurhalle oli henkinen kukistuminen (Tang ym. 2016, 416). Naissukupuoli, alhainen koulutustaso sekä neurologiset ongelmat lisäsivät riskiä ensisijaisesti ahdistuneisuushäiriöihin mutta myös muihin mielialahäiriöihin (Kayhan ym. 2015, 21). Sen sijaan ikä tai VAS-asteikon (Visual Analog Scale) eli kipua kuvaavan asteikon mukainen kivun suuruus eivät vaikuttaneet ahdistuneisuushäiriön tai muun mielenterveyshäiriön kehittymiseen (Kayhan ym. 2015, 21). Tutkimustulosten mukaan suurimmalle osalle kipupotilaista mielialahäiriö ilmaantui ensimmäistä kertaa (De Heer, Ten Have, Van Marwijk, Dekker, De Graaf, Beekman, & Van der Feltz-Cornelis 2017, 714). Tutkimuksen mukaan kivun seurauksena ilmaantunut mielialahäiriö ilmaantui odotta-matta eikä siis välttämättä vaatinut aikaisemmin sairastettua mielialahäiriötä (De Heer ym. 2017, 714).

TAULUKKO 8. Yksilöllisten tekijöiden ja mielenterveyden välisten yhteyksien luokittelu

Alaluokka	Yläluokka
Yksilölliset tekijät ja ahdistus	Yksilölliset tekijät ja mielenterveys
Yksilölliset tekijät ja masennus	
Yksilöllisten tekijöiden yhteys mielenterveyteen	

5.4 Kipu, mielenterveys ja toimintakyky

Kivun yhteys toimintakykyyn. Yli puolella kipupotilaista päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ei toteutunut (Salazar, Dueñas, Mico, Ojeda, Agüera-Ortiz, Cervilla, Failde 2013, 1418). Kivun tai säryn aiheuttama toimintakyvyttömyys vaikutti kipupotilaan toimintaan: se oli kohtalaisesti yhteydessä vähäisempään arvoihin perustuvaan toimintaan (Dindo, Recober, Marchman, O'Hara, Turvey 2014, 113). Lisäksi kivun aiheuttama toimintakyvyn aleneminen oli vahvasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksyntään (Dindo ym. 2014, 113). Kipupotilailla, joilla sen hetkinen kipu oli VAS-asteikolla korkea, kokivat masennuksen fyysiset oireet voimakkaammin kuin ne kipupotilaat, joiden sen hetkinen kipu VAS-asteikolla oli laimeampi (Knaster 2015, 43).

Mielenterveyden yhteys toimintakykyyn. Masennus syveni toimintakyvyn haitan lisääntyessä (Soósová ym. 2017, 23). Masentuneilla kipupotilailla oli heikompi toimintakyky verrattuna kipupotilaisiin, jotka eivät olleet masentuneita (Dindo ym. 2014, 112). Ahdistus, monisairastavuus sekä taudin pitkittynyt kesto syvensivät masennusta alhaisen toimintakyvyn lisäksi (Soósová ym. 2017, 23). Toimintakyvyn aleneminen oli yhteydessä lisäksi ahdistuksen vaikeutumiseen (Soósová ym. 2017, 23). Ahdistusta vaikeuttivat lisäksi samanaikainen masennus, taudin pitkittynyt kesto sekä kipu (Soósová ym. 2017, 23). Masentuneet kipupotilaat kykenivät hyväksymään kipunsa huomattavasti huonommin verrattuna kipupotilaisiin, jotka eivät olleet masentuneita (Dindo ym. 2014, 113) ja he myös arvioivat elämänlaatunsa huonommaksi (Dindo ym. 2014, 112). Sekä masennus että ahdistus vaikuttivat kipupotilaan kokemukseen omasta toimintakyvystään kahdessa

viidesosassa tapauksista niin, että he kokivat toimintakykynsä alhaisemmaksi (Soósová ym. 2017, 23).

Muut sairauteen liittyvät tekijät. Masennus ja muut mielialahäiriöt vaikuttivat moniin elämän osa-alueisiin; niistä kärsivät raportoivat enemmän vaikeuksia liittyen päivittäisistä toimista selviytymiseen sekä viettivät enemmän aikaa kärsien kivuista (Salazar ym. 2013, 1418). Heillä kipu häiritsi unta useammin kuin niillä, jotka eivät kärsineet mielialahäiriöistä (Salazar ym. 2013, 1418). Mielenterveydestään riippumatta kolme neljäsosaa kipupotilaista kertoi kivun haitanneen unta ja hieman yli puolet kertoi kivun herättäneen heidät (Salazar ym. 2013, 1418).

TAULUKKO 9. Kivun, mielenterveyden ja toimintakyvyn välisten yhteyksien luokittelu

Alaluokka	Yläluokka
Kivun yhteys toimintakykyyn	Kipu, mielenterveys ja toimintakyky
Mielenterveyden yhteys toimintakykyyn	
Muut sairauteen liittyvät tekijät	

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten raportointi on pyritty tekemään selkeästi ja tarkasti, sillä se edesauttaa tulosten hyödyntämistä (Kylmä & Juvakka 2012, 162). Kylmä & Juvakan (2012, 163) mukaan tutkimusraportti tulisi kirjoittaa niin, että se auttaa raportin lukijaa ymmärtämään koko tutkimusprosessia, tuloksia ja johtopäätöksiä. Keskeiset tulokset on käyty läpi tiivistettynä yläluokittain ja niitä on pohdittu suhteessa keskeisiin käsitteisiin. Opinnäytetyöntekijöiden oma pohdinta on pyritty selkeästi erottamaan valittujen artikkelien tuloksista hyvän tieteellisen käytännön mukaan, muiden työtä kunnioittaen (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuli esille kivun ja mielenterveyden väliseen yhteyteen liittyvää tietoa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella kipu ja masennus ovat vahvasti yhteydessä keskenään. Pitkittynyttä kipua aiheuttavaa kroonista sairautta sairastavilla masennuksen esiintyvyys oli suurta (Dindo ym. 2015, 112; Salazar ym. 2013, 1418; Soósová ym. 2017, 23). Tämä on samansuuntainen tulos kuin suomalaisessa Työterveyslaitoksen teettämässä tutkimusraportissa (Miranda ym. 2011, 22). Masennuksen huomattiin kehittyvän kivun alkamisen jälkeen, mikä osoittaa kivun vaikutusta masennuksen syntyyn (Knaster 2015, 45). Myös ahdistusta ilmeni kipupotilailla (Kayhan ym. 2015, 21; Soósová ym. 2017, 23) ja sen esiintyminen oli välilevytyrän aiheuttaman kivun potilailla jopa masennusta yleisempää (Kayhan ym. 2015, 21). Tosin suuri osa tutkittavista kärsi ahdistuksesta jo ennen kivun alkamista (Knaster 2015, 45). Kipu on osallisena 40 prosentissa perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä Suomessa (Tarnanen, Mäntyselkä & Komulainen 2016), joten sekä ahdistuneisuus- että masennusoireilun kartoittaminen kipupotilailla on tärkeä osa mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyä ja hoitoa.

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys vaikutti olevan yhteydessä kipuun, sillä suurella osalla kipupotilaista oli diagnoosi mielenterveyshäiriöistä (Gerhardt ym. 2011, 1234; Knaster 2015, 44). Kipupotilailla todettiin esiintyvän merkittävästi useammin jokin mielenterveydenhäiriö perusväestöön verrattuna (Gerhardt ym.

2011, 1235). Tämä vahvistaa ajatusta kipupotilaiden oirekartoituksen tärkeydestä hoitotyössä. Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä näytti olevan mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöt (Kayhan ym. 2015, 20; Knaster 2015, 44). Pitkäaikaisseurannassa kipu näytti kaksinkertaistavan riskiä sairastua mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöön (de Heer ym. 2018, 714) ja kipuun liittyvillä tekijöillä näytti olevan yhteys mielenterveyshäiriön vakavuuteen (Gerrits ym. 2011, 431). Yhden tutkimuksen mukaan kipu ei ollut yhteydessä mielenterveyshäiriön alkamisen ikään (Gerrits ym. 2011, 432). Kivusta ja masennuksesta kärsivät hakeutuvat Suomessa kuitenkin noin kolme kertaa useammin perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotolle perusväestöön verrattuna (Miranda ym. 2011, 23), joten mielenterveyden järkkymistä kivun seurauksena ei saa kuitenkaan sivuuttaa.

Tarkastellessa mielenterveyden yhteyttä kipuun, näyttää siltä, että ahdistuksella ja masennuksella on vaikutusta kokemukseen kivun voimakkuudesta (Soósová ym. 2017, 23) ja että samanaikainen mielialahäiriö ja ahdistuneisuushäiriö aiheuttavat kivun kokemisen voimakkaampana (Knaster 2015, 45). Granström (2004, 208) kuvaa vastaavaa tilannetta liittyen vihan tunteisiin: kipuun liittyvä viha voi paitsi pahentaa kipukokemusta mutta myös vaikuttaa negatiivisesti hoitosuhteeseen ja ihmissuhteisiin. Nämä tunteet voivat esimerkiksi johtua kivun aiheuttamasta pettymyksestä, kun kipu uhkaa omaa totuttua elämänhallintaa ja terveydentilaa (Granström 2004, 208). Mielentilan seurannan tulee kuulua osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä potilaan hoidossa. Tulosten mukaan kipupotilaiden mielialahäiriöllä oli myös vahvistava vaikutus kivun kokemiseen, sen laajuuteen ja sillä oli myös heikentävä vaikutus toimintakykyyn ja unenlaatuun (Salazar ym. 2013, 1418). Kipu ei vaikuta pelkästään potilaan fyysiseen ulottuvuuteen, vaan myös sosiaalisiin suhteisiin ja mielenterveyteen.

Koska mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (Eläketurvakeskus 2020), tulosten perusteella kipupotilaiden mielenterveys on tärkeää ottaa huomioon. Mielenterveyshäiriön yhtäaikaisuus pitkittyneen kivun kanssa oli tuloksissa korkea, joten mielenterveyden tilan kartoitus kipupotilaalla on tärkeää osana hoitoa. Kipupotilaiden mielenterveyttä voitaisiin tällöin tukea ja häiriöitä mahdollisesti ennaltaehkäistä. Kivun kustannuksista yhteiskunnalle suurin osa tulee epäsuorista kustannuksista, kuten töissä poissaolosta

(Käypä Hoito 2017). Tämä yhdistettynä tietoon siitä, että yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle Suomessa on mielenterveyden häiriöt (Eläketurvakeskus, 2020), on kipupotilaan mielenterveyden tukeminen mahdollisesti kokonaiskustannusten näkökulmastaikin hyvin tärkeää. Lisäksi mielenterveyden tuki tulisi olla osa hoitoa ennaltaehkäisevästi siksi, että mielenterveyden häiriöillä havaittiin olevan vaikutus myös kivun kokemukseen (Soósová ym. 2017, 23).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuli esille kipuun liittyvien tekijöiden yhteyttä mielenterveyteen. Esimerkiksi kivun asteen ja keston välillä näytti olevan yhteys ahdistukseen (Knaster 2015, 45; Soósová ym. 2017, 23). Kivun laajuudella ja pitkittyneisyydellä taas näytti olevan yhteys ahdistuneisuushäiriön vakavuuteen (Gerrits ym. 2011, 432). Kivun kestolla oli yhteys myös masennukseen (Knaster 2015, 45). Tämä vahvistaa ennakkokäsitystä siitä, että kipu ja mielenterveyden häiriöt eivät ole täysin erillisiä häiriöitä. Kivun tuntemusten ollessa voimakkaita, vihan tunteiden pidättämisellä oli vaikutus masennuksen fyysisyyteen (Knaster 2015, 48). Granström (2004, 208) mainitsee vihan kroonistuneen kivun yhteydessä, ja vihan voivan voimistaa kiputuntemusta. Granström (2004, 208) mainitsee myös masennuksen mahdollisesti voivan johtua kivusta aiheutuneista menetyksistä, kuten liikkumismahdollisuuden tai työkyvyn menetyksestä. Kivun aiheuttama toimintakyvyn aleneminen ja kivun erilaiset tekijät olivat myös kirjallisuuskatsauksen tutkimusten mukaan yhteydessä masennuksen vakavuuteen (Gerrits ym. 2011, 432; Dindo ym. 2014, 112).

Tarkastellessa mielenterveyden yhteyttä kipuun, näyttää siltä, että ahdistuksella ja masennuksella on vaikutusta kivun voimakkuuden kokemukseen (Soósová ym. 2017, 23) ja että mielialahäiriö ja ahdistuneisuushäiriö samanaikaisesti johtavat kivun kokemiseen voimakkaampana (Knaster 2015, 45). Tulosten mukaan kipupotilaiden mielialahäiriöllä oli myös suurentava vaikutus kivun kokemisen voimakkuuteen, sen laajuuteen, ja sillä oli myös heikentävä vaikutus toimintakykyyn ja unenlaatuun (Salazar ym. 2013, 1418). Tämä tulee muistaa kipua hoidettaessa sekä potilaan hoitotyössä, jotta kivun hoitoa saataisiin oikea-aikaisesti tehostettua. Kivun analyysi ja seuranta korostuu tässäkin kirjallisuuskatsauksen tuottamassa tuloksessa. Kipu ja mielenterveys ovat tulosten mukaan vuorovaikutuksessa keskenään, vaikuttaen toisiinsa. Tämä olisi tärkeää ottaa huomioon osana

kipupotilaan hoitoa esimerkiksi mielenterveyden seurannalla ja puheeksi ottamisella, jotta mahdollisimman vaikuttava ja kattava hoito saataisiin toteutettua.

Kivun voimakkuudella näytti olevan vaikutusta mielenterveyshäiriöön (Knaster 2015, 48), mutta kivun sijainnilla sen sijaan ei ollut niihin suurta vaikutusta (Gerrits ym. 2011, 431). Tutkimusten mukaan pitkäaikaisseurannassa kipukohtien lukuisuudella oli vaikutus mielenterveyshäiriöön suurentavasti ja pitkittynyt kipu, päivittäinen kipulääkitys ja kivun suuruus ennustivat vahvasti masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä pitkäaikaisseurannassa (Gerrits ym. 2011, 431–432). Itsemurha-ajatuksiin näytti olevan yhteys kivun voimakkuudella, ahdistuksella, masennuksella, kivun katastrofoinnilla sekä henkisellä kukistumisella (Tang, Beckwith & Ashworth 2016, 414). Sen sijaan ei tullut ilmi, että kivun kestolla, resilienssillä tai toivottomuudella olisi ollut merkittävää yhteyttä itsemurha-ajatteluun (Tang ym. 2016, 414). Tutkimuksen mukaan itsemurhalle merkittävä riskitekijä olivat kivun suuruus ja mielialahäiriö yhdessä esiintyessään (Tang ym. 2016, 414), joten itsetuhoisista ajatuksista on hyvä kysyä kipupotilaalta, jonka mielenterveys on järkkynyt.

Tuloksissa nousi esiin riskitekijöitä kipupotilaan mielenterveyden järkkymiselle. Etenkin niillä kipupotilailla, joilla kipu on voimakasta ja kipukohtia on useita, ovat vaarassa mielenterveyden häiriöille (Gerrits ym. 2011, 431–432; Knaster, 2015, 48). Potilaan oma kokemus kivusta on tärkeää kartoittaa (Käypä Hoito 2017), ja sen yhteys potilaan mielenterveyteen on hoitohenkilökunnan tärkeää tiedostaa näiden tulosten osoittamana. Osana kipupotilaan hoitoa etenkin niillä potilailla, joilla kipu on voimakasta, on otettava puheeksi potilaan jaksaminen ja mielenterveys. Itsetuhoisen ajattelu ja itsemurha-ajatukset on otettava puheeksi ja niistä on kysyttävä kipupotilaalta, sillä tuloksissa nousi esiin muun muassa kivun voimakkuus riskitekijänä itsemurhalle (Tang ym. 2016, 414).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kävi selvästi ilmi yksilöllisten tekijöiden vaikutus mielenterveyteen. Koulutustasolla ja kipupotilaan ahdistuksella havaittiin yhteys mielenterveyteen ja se näytti lisääntyvän koulutustason ollessa alhaisempi (Soósová ym. 2017, 23). Välttämiskäyttäytyminen kipupotilailla lisäsi negatiivisia tunteita kuten ahdistusta ja masennusta (Knaster 2015, 43). Masennus kipupoti-

lailla vaikeutti myös kivun hyväksyntää sekä vähensi omiin arvoihin liittyvää toimintaa (Dindo ym. 2014, 113). Tämä on tärkeää tiedostaa hoitotyössä, jotta suurimmassa riskissä olevat potilaat voidaan tunnistaa ja seuloa mielenterveydenhäiriöiden varalta. Näin hoitoa tarvitsevat potilaat voidaan ohjata hoidon piiriin.

Kipupotilaiden yksilöllisillä tekijöillä oli vaihtelevia tuloksia suhteessa mielenterveyteen. Esimerkiksi kivun, psykologisten tekijöiden ja itsemurha-ajattelun välillä ei ollut merkittävää yhteyttä, eikä kivun lisäksi ahdistus, masennus tai kivun katastrofointi lisänneet alttiutta itsemurhaan (Tang ym. 2016, 415). Kun verrattiin keskenään ahdistusta, masennusta, kivun suuruutta ja henkistä kukistumista riskitekijöinä itsemurhalle kipupotilailla, näistä suurin riskitekijä oli henkinen kukistuminen (Tang ym. 2016, 416). Granström (2004, 208) pohtii, että kivun aiheuttamasta terveydentilan heikkenemisestä voi seurata masennusta, mikäli potilas ei ole pystynyt käsittelemään menetyskokemustaan. Kirjallisuuskatsauksen tulokset lisäävät tähän pohdintaan tietoa siitä, kuinka potilas reagoi näihin menetyskokemuksiin. Hoitajan on seurattava potilaan reagointia terveydentilansa heikkenemiseen sekä potilaan sopeutumista tilanteeseen, jotta itsemurha-altis kipupotilas voitaisiin ajoissa tunnistaa.

Yksilöllisistä tekijöistä naissukupuoli, alhainen koulutustaso sekä neurologiset ongelmat lisäsivät riskiä mielenterveyshäiriöihin kipupotilailla. Näistä yleisin mielenterveyshäiriö oli ahdistuneisuushäiriö. (Kayhan ym. 2015, 21.) Ikä tai kivun suuruus VAS-asteikolla ei tulosten mukaan vaikuttanut ahdistuneisuus- tai mielialahäiriön kehittymiseen (Kayhan ym. 2015, 21). Tutkimustulosten mukaan suurimmalle osalle kipupotilaista mielialahäiriö ilmaantui ensimmäistä kertaa ja kivun seurauksena ilmaantunut mielialahäiriö ilmaantui odottamatta, eikä siis välttämättä vaatinut aikaisemmin sairastettua mielialahäiriötä (De Heer ym. 2017, 714). Tämä tulos osoittaa sen, että pitkittynyt kipu voisi olla yksi tekijä mielialahäiriön synnyssä, ja siksi mielenterveyden arviointi ja seuranta aiemmin mielenterveyshäiriöistä kärsimättömilläkin on tärkeä osa hoitoa kipupotilailla.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuli esille kivun vaikutusta toimintakykyyn. Yli puolella kipupotilaista selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ei onnistunut (Salazar ym. 2013, 1418). Kivusta aiheutunut toimintakyvyn aleneminen näytti ole-

van myös yhteydessä alhaiseen kivun hyväksyntään (Dindo ym. 2014, 113). Kivun suuruus puolestaan näytti vaikuttavan masennuksen fyysisiin oireisiin niitä korostaen (Knaster 2015, 43). Suomessa kipu liittyy noin 40 % kaikista terveyskeskuskäynneistä (Käypä Hoito, 2017), joten kivun vaikutusta jokapäiväiseen elämään ei tule vähätellä. Toimintakyvyn ja arjesta selviytymisen kartoitus on tärkeä osa kipupotilaan kohtaamista hoitotyössä.

Masennus vaikutti heikentävästi toimintakykyyn (Dindo ym. 2014, 112) ja se vaikutti myös pahenevan toimintakyvyn heikentyessä (Soósová ym. 2017, 23). Toimintakyvyn aleneminen kipupotilailla oli myös yhteydessä ahdistuksen vaikeutumiseen (Soósová ym. 2017, 23). Masennus kipupotilailla näytti vaikuttavan heikentävästi kivun hyväksyntään (Dindo ym. 2014, 113). Sekä masennus että ahdistus vaikuttivat kipupotilain siten, että he kokivat oman toimintakykynsä alhaisemmaksi (Soósová ym. 2017, 23). Masennuksesta ja muista mielialahäiriöistä kärsivillä kipu näytti häiritsevän unta useammin kuin niillä, jotka eivät kärsineet mielialahäiriöistä (Salazar ym. 2013, 1418).

Toimintakyvyn ja arjesta selviytymisen kartoitus on tärkeä osa kipupotilaan arviointia hoitotyössä, koska Eläketurvakeskuksen mukaan mielenterveyshäiriöt ovat syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen 43 % tapauksissa (Eläketurvakeskus 2020). Mielenterveyden heikentävä vaikutus potilaan selviytymiseen on siksi tiedostettava hoitotyössä, eikä hoitaja saisi keskittyä kipupotilaalla pelkästään kipuun elämää rajoittavana tekijänä. Tutkimustuloksissa toistui mielenterveyden häiriöiden samanaikainen esiintyvyys kipupotilailla korkeana, joten hoitajan on hyvä muistaa myös kipupotilaan henkinen jaksaminen ja mielenterveyden järkkyminen kivun pitkittymisen yhteydessä. Tuloksissa nousi toistuvasti esiin kipupotilailla kivun ja mielenterveyden häiriöiden samanaikaisuus. Kipupotilaita tavataan monessa eri hoitotyön ympäristössä, joten tutkimusten tulosten pohdinta hoitajan näkökulmasta osoittautui luontevaksi ja tärkeäksi. Mielenterveys on osa potilaan hyvinvointia ja vaikuttaa kuntoutumiseen, joten hoitajan on tärkeää osata ottaa se hoitotyön kaikissa ympäristöissä ja vaiheissa huomioon.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tampereen ammattikorkeakoulu myönsi tutkimusluvan opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen. Opinnäytetyön aineistona käytettiin alkuperäistutkimuksia, joten anonymiteetin suojan säilyminen ei ollut ongelma. Opinnäytetyössä keskeistä on hyvän tutkimuskäytännön mukainen, johdonmukainen lähteiden merkintä ja viittauksien selkeä merkintä (Varantola ym. 2013). Tämän opinnäytetyön teoriapainotteisuuden takia erityistä tarkkaavaisuutta noudatettiin lähdeviitteissä, jottei muiden tutkijoiden työn tulos sekoittunut tämän opinnäytetyön pohdinnan kanssa. Tarkkuutta on vaatinut myös se, ettei tule kirjoittaneeksi muiden tutkijoiden työn tuloksia omina ajatuksinaan ja pohdintana. Koko kirjallisuuskatsauksen tekemisen aikana on tärkeää muistaa perustella omaa aihevalintaa sekä tutkimuskysymystä (Kylmä & Juvakka 2012, 46).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeisiin (Varantola, Launis, Helin, Spoo & Jäppinen 2013) tutustuttiin jo suunnitelman teko- vaiheessa ja niitä sitouduttiin noudattamaan koko opinnäytetyön prosessissa. Kaikki viittaukset alkuperäisiin tutkimuksiin ja julkaisuihin tehtiin asianmukaisesti (Varantola ym. 2013). Referoinnit ja pelkistykset tehtiin alkuperäistä tekstiä muokaillessa siten, että asian varsinainen tarkoitus ja ajatus ei muuttunut opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen kannalta suotuisammaksi. Tutkimusten arvioinnissa ja tulosten esittämisessä noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tieteelliseen tietoon kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta (Varantola ym. 2013).

Kylmä & Juvakan (2012, 128) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljällä eri kriteerillä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan koko tutkimuksen ja tutkimuksen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessi on raportoitu niin, että se on toistettavissa (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Refleksiivisyydellä varmistetaan tutkijan tietoisuus omista lähtökohdistaan (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Siirrettävyys kartoittaa sitä, onko tutkimuksen tulokset siirrettävissä samankaltaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2012, 129).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa keskeisesti aineiston valinta (Kangasniemi ym. 2013, 298). Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta vahvistaa aineiston aikarajaus: aineistoa valitessa ei käytetty yli kymmenen vuoden takaista lähdemateriaalia. Tämän opinnäytetyön uskottavuutta ja luotettavuutta vahvistaa myös se, että siinä käytettiin vain vertaisarvioituja artikkeleita. Artikkeleiden valinta tehtiin yhdessä kolmen tekijän ryhmässä ja ryhmän jäsenet kävivät keskustelua sekä mukaan valittavista että pois jätettävistä artikkeleista. Artikkeleiden laatua tarkisteltiin kriittisesti ja mukaan otettavat tutkimukset valittiin tarkoin harkiten. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä ja arvioinnin kautta saadaan selville, onko tutkittu tieto totuudenmukaista (Kylmä & Juvakka 2012, 127).

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentää mahdollisuus siitä, että tekijät ovat ymmärtäneet tai tulkinneet väärin valitsemansa aineiston sisältöä. Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena kolmen hengen ryhmässä, joka saattoi osaltaan ehkäistä väärin ymmärrystä tai väärää tulkintaa. Kirjallisuuskatsauksen tekijät antoivat toisilleen jatkuvaa palautetta ja olivat säännöllisessä vuorovaikutuksessa. Opinnäytetyön refleksiivisyyttä ja luotettavuutta lisää myös, että kirjallisuuskatsaus on toteutettu kolmen hengen yhteistyönä, joten aineiston käsittely ja tulokset on analysoitu huolellisesti (Kangasniemi & Pölkki 2015, 94). Aineiston analysoinnissa on koko prosessin ajan ollut mukana kolme erilaista näkökulmaa. Kirjallisuuskatsauksen laatiminen vaatii paljon perustelua, itsenäistä ajattelua sekä kriittistä suhtautumista lähdeaineistoon (Kylmä & Juvakka 2012, 46).

Tämän opinnäytetyönä tehdyn kirjallisuuskatsauksen vahvistettavuutta ja luotettavuutta tukee se, että koko opinnäytetyön prosessi on raportoitu niin yksityiskohdaisesti, että se on toistettavissa (Kangasniemi & Pölkki 2015, 83). Tärkeä luotettavuuden kriteeri on myös se, miten kirjallisuuskatsaus vastaa annettuun tutkimuskysymykseen (Kangasniemi & Pölkki 2015, 94). Tulosten hyödyntämistä voidaan edesauttaa raportoimalla tulokset hyvin selkeästi ja elävästi (Kylmä & Juvakka 2012, 162).

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun aikana kävi ilmi, että tutkimuksia aiheeseen liittyen on tehty lukuisia ja aiheen rajaus kymmeneen vuoteen oli paikallaan jo

ainoastaan hakutuloksien runsasta määrää ajatellen. Prosessin aikana palattiin useaan kertaan tutkimuskysymykseen ja sitä peilattiin haun tuloksena löytyneisiin artikkeleihin. Hoitotyön näkökulmaa pidettiin mukana koko opinnäytetyön ajan ja jatkuvasti pyrittiin arvioimaan tutkimusten soveltuvuutta hoitotyöhön hyödynnettäväksi. Tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä mihin tahansa hoitotyön ympäristöön. Kipupotilaita tavataan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, sekä somaattisilla että psykiatrisilla osastoilla ja vastaanotoilla. Tulokset on koottu usean eri länsimaan lähdeaineistosta, joten pitkittyneen kivun vaikutuksia mielenterveyteen on tutkittu kansainvälisesti Suomeen verrattavissa maissa. Tulokset on tiivistetty usean erilaisen somaattisen syyn vuoksi kivusta kärsivistä, jolloin ne ovat paremmin yleistettävissä kipupotilaisiin yleensä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää siis monessa eri hoitotyön ympäristössä monilla eri kipupotilasryhmillä heidän kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa toteuttaessa.

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen kolmen hengen ryhmässä oli haastavaa mutta antoisaa. Aikataulujen yhteen sovittaminen oli välillä hankalaa eikä opinnäytetyön tekeminen etätyöskentelynä sujunut aivan ongelmitta. Ryhmän jäsenistä kenellekään kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei ollut ennestään tuttua. Jokaisella ryhmän jäsenellä oli oma tapansa tehdä työtä, mutta erilaiset työtavat toivat opinnäytetyöhön laajuutta sekä uusia näkökulmia. Opinnäytetyöhön liittyvistä ongelmista voitiin keskustella vapaasti ja ratkaisuehdotuksia tehtiin ennakkoluulottomasti. Tekijät loivat yhteiset säännöt prosessin alkuvaiheessa. Pidetyistä etäkokouksista kirjoitettiin muistiinpanot sekä työn etenemiselle asetettiin määräaikoja tarpeen mukaan. Tukea vaikeissa prosessin vaiheissa annettiin toisille ja työnjakoa pyrittiin tekemään reilusti tekijöiden vahvuuksien mukaan.

Opinnäytetyön prosessi aloitettiin lokakuussa 2019 ja aikaa koko prosessiin oli varattu yhteensä 12 kuukautta. Prosessi aloitettiin aiheen valinnalla, jonka jälkeen pohdittiin tutkimuskysymystä. Opinnäytetyön suunnitelma saatiin valmiiksi helmikuussa 2020, jolloin se myös hyväksyttiin. Tutkimusluvan saamisen jälkeen alkoi opinnäytetyön aineiston hakuprosessi ja lopullinen aineistovalinta oli tehtynä huhtikuun 2020 lopussa. Aineiston valinnan jälkeen aloitettiin aineiston analyysi, joka kesti odotettua pidempään ja vihdoinkin heinäkuussa 2020 analyysi saa-

tiin loppuun. Elokuussa 2020 ensimmäinen raakaversio oli valmis ja tämän jälkeen opinnäytetyötä vielä tarkennettiin ja työstettiin. Viimeistelyvaihe kesti syyskuun 2020 ja opinnäytetyö oli valmis lokakuussa 2020. Opinnäytetyön tekijät vastasivat kaikista työhön liittyvistä kustannuksista itse. Ulkopuoliselle rahoitukselle ei ollut tarvetta eikä sitä näin ollen haettu.

6.3 Jatkotutkimukset ja johtopäätökset

Tutkimusten tulosten perusteella mielenterveys ja pitkittynyt kipu ovat vuorovai-
kutuksessa keskenään, vaikuttaen toisiinsa. Samanaikainen mielenterveyshäiriö
pitkittyneen kivun kanssa on tulosten perusteella todennäköinen. Tulevaisuu-
dessa jatkotutkimuksen aiheena voisi olla, kuinka hyvin hoitajat eri hoitotyönym-
päristöissä tiedostavat tämän yhteyden ja kuinka he reagoivat siihen. Lisäksi olisi
mielenkiintoista tutkia, kuinka hyvät valmiudet kipupotilaiden mielenterveyshäiri-
öiden tunnistamiseen hoitajilla on ja kuinka valveutuneita he ovat hyödyntämään
hoitotyön eri menetelmiä kipua hoitaessa ja tukiessaan potilaan mielenterveyttä.

Kivun ja mielenterveyden välinen yhteys tulee ottaa huomioon hoitotyössä. Kipu,
kuten myös mielenterveyden häiriöt yksinäänkin ovat huomattavan suuri me-
noerä terveydenhuollossa. Kipupotilaan hoidossa mielenterveyttä tulee tukea
häiriöiden kehittymisen ehkäisemiseksi ja potilaan toimintakyvyn säilyttämiseksi,
sillä opinnäytetyön tuloksissa toimintakyvyn heikkeneminen kivun ja mielenter-
veyden järkkymisen seurauksena tuli esille. Tämä huomioiden mielenterveyspo-
tilaan fyysisestä toimintakyvystä tulee olla kiinnostunut, sillä tuloksissa havaittiin
mielenterveyshäiriön vaikuttavan kivun kokemukseen. Näin voidaan ottaa huo-
mioon myös kipupotilaan mielen hyvinvointi.

LÄHTEET

Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.8.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

De Heer, E., Ten Have, M., Van Marwijk, H., Dekker, J., De Graaf, R., Beekman, A. & Van der Feltz-Cornelis, C. 2017. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain* 159, 712–718.

Depressio. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.8.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Dindo, L., Recober, A., Marchman, J., O'Hara, M. & Turvey, C. 2014. Depression and disability in migraine: The role of pain acceptance and values-based action. *International society of behavioral medicine* 22, 109–117.

Duodecim Sanakirjat (2020). <https://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/> Luettu 25.1.2020.

Eläketurvakeskus. 2020. Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Eläketurvakeskus. Luettu 12.8.2020. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttömyyseläkkeelle-siirtymisen-syy/>

Fimea. 2020. Lasten lääkehoito. https://www.fimea.fi/vaestolle/lasten_laakehoito Luettu 15.9.2020.

Fimea. 2018. Lääke75+ -tietokannan avulla tunnistat iäkkäillä vältettävät lääkkeet. <https://www.fimea.fi/-/laake75-tietokannan-avulla-tunnistat-iaakkailla-valtettavat-laakkeet> Luettu 15.9.2020.

Frostholm, L., Hornemann, C., Ornbol, E., Fink, P. & Mehlsen, M. 2018. Using illness perceptions to cluster chronic pain patients: results from a trial on the chronic pain self-management program. *The clinical journal of pain* 34 (11), 991–999.

Gerhardt, A., Hartmann, M., Schuller-Roma, B., Blumenstiel, K., Bieber, C., Eich, W. & Steffen, S. 2011. The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: results from a population-based study. *Pain Medicine* 12, 1231–1240.

Gerrits, M., Vogelzangs, N., Van Oppen, P., Van Marwijk, H., Van der horst, H. & Penninx, B. 2011. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain* 153, 429–436.

Glass, J., Hardy, C., Meeks, N. & Carrol, B. 2015. Acute pain management in dermatology: Risk assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology* 73 (4).

Granström, V. 2004. Kipu on aina myös korvien välissä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 120 (2), 207–211. Luettu 14.08.2020. Saatavilla internetissä: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/2/duo94054>

Grant, M. J. & Booth, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information; Libraries Journal* 26 (2).

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2015. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.

Kayhan, F., Albayrak Gezer, İ., Kayhan, A., Kitiş, S. & Gölen, M. 2015. Mood and anxiety disorders in patients with chronic low back and neck pain caused by disc herniation. *International journal of psychiatry in clinical practice* 1 (20), 19–23.

Kipu. 2017. Käypä Hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 12.8.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Knaster, P. 2015. Anxiety, depression, and anger in the borderland of chronic pain. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Kotimaisten kielten keskus, Kielitoimiston sanakirja (2018). Luettu 15.9.2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Kotimaisten kielten keskus, Kielitoimiston sanakirja (2020). Luettu 15.9.2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/resilienssi>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laki holhoustoimesta, 1.4.1999/442. Luettu 10.12.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990442>

Miranda, H., Kaila-Kangas, L. & Ahola, K. 2011. Särkyä ja alakuloa – tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa. Työterveyslaitos. Helsinki.

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu. *Lääkärikirja Duodecim*. 2019. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 12.8.2020.

Røysamb, E., Tambs, K., Ørstavik, R., Torgersen, S., Kendler, K., Neale, M., Ag-gen, S., & Reichborn-Kjennerlund, T. 2011. The Joint Structure of DSM-IV Axis I and Axis II Disorders. *J Abnorm Psychol* 120 (1), 198–209.

Salazar, A., Dueñas, M., Mico, J-A., Ojeda, B., Agüera-Ortiz, L., Cervilla, J. & Failde, I. 2013. Undiagnosed mood disorders and sleep disturbances in primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine* 14, 1416–1425.

Soósová, M., Macejová, Ž., Zamboriová, M. & Dimuno-vá, L. 2017. Anxiety and depression in Slovak patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Mental Health* 26 (1), 21–27.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.

Tang, N., Beckwith, P. & Ashworth, P. 2016. Mental defeat is associated with suicide intent in patients with chronic pain. *Clinical pain* 5 (32), 411–419.

Tarnanen, K., Mäntyselkä, P. & Komulainen, J. 2016. Auts- nyt sattuu! (Kipusuositus). Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 12.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi/khp00119>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere, 2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Työikäisten mielenterveys. Luettu 20.8.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielenterveys>

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 16.9.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

World Health Organization. 2018. Mental health: strengthening our response. Luettu 2.12.2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa aineistona käytetyt tutkimukset.

Nro	Tutkimuksen nimi	Tekijät, julkaisu- vuosi ja julkaisu- maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusme- netelmät	Keskeiset tulokset
1.	Anxiety and depression in Slovak patients with rheumatoid arthritis	Soósová, M., Macejová, Ž., Zamboriová, M. & Dimunová, L. 2017. Slovakia.	Arvioida ahdistuksen ja masennuksen yleisyyttä slovakialaisilla nivelreumapotilailta, sekä ahdistuksen ja masennuksen vaikutusta nivel tulehduskipuun ja toimintakyvyn haittaan.	Poikittaistutkimus. Aineisto kerätty peräkkäisiltä nivelreuma- potilailta viideltä eri poliklinikalta Itä- Slovakiassa vuonna 2009 (n=142).	85,2 % reumapotilaista kärsi lievästä- vaikeasta ahdistuksesta ja 73,2 % lievästä- vaikeasta masennuksesta. Kipu korreloi keskeisesti ahdistuksen ja masennuksen kanssa. Kivun vaikeusaste korreloi jonkin verran ahdistuksen ja masennuksen kanssa. Ahdistus ja masennus vaikuttivat kivun kokemukseen 25,2 %:lla ja toimintakykyyn 41,7 %:lla.
2.	Anxiety, depression, and anger in the borderland of chronic pain	Knaster, P. 2015. Suomi.	Arvioida psykiatristen oireiden yleisyyttä kroonisesta kivusta kärsivillä potilailta, arvioida masennuksen, ahdistuksen sekä vihantunteiden yhteyttä krooniseen kipuun, kivun voimakkuuden vaikutusta psyykkisiin oireisiin sekä niiden suhdetta koettuun kipuun.	Poikittaistutkimus. Aineisto kerätty 3/2005- 7/2006 Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kipuklinikan potilailta, joilla on ollut kroonista kipua vähintään yhden vuoden ajan (n=100).	Kroonisesta kivusta kärsivillä noin 75 prosentilla esiintyy myös psyykkisiä häiriöitä. 20 %:lla oli vaikea masennus nyt (1kk) ja heillä tämänhetkinen kipu oli kovempi.

3.	Depression and disability in migraine: The role of pain acceptance and values-based action	Dindo, L., Recober, A., Marchman, J., O'Hara, M. & Turvey, C. 2014. Yhdysvallat.	Tarkoituksena tarkastella migreeniä sairastavilla potilailla yhteyttä masennuksen ja toimintakyvttömyyden esiintyvyyden välillä sekä kivun hyväksymistä ja arvoihin perustuvaa toimintaa.	Interventiotutkimus. Aineisto kerätty osana laajempaa tutkimuskokonaisuutta, joka suunnattiin potilaille, jotka kärsivät migreenistä sekä masennusoireista (n=93).	Alhainen kivun hyväksyminen oli vahvasti yhteydessä masennukseen ja toimintakyvttömyyteen. Se oli selittävä tekijä yksilöllisille vaihtelevuuksille toimintakyvyssä enemmän kuin masennus. Arvoihin perustuva toiminta oli vähäisesti yhteydessä masennukseen ja toimintakyvttömyyteen.
4.	Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders	Gerrits, M., Vogelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H., van der Horst, H. & Penninx, B. 2011. Alankomaat.	Tarkoituksena määrittää kivun vaikutus masennus- ja ahdistuneisuushäiriöihin ja tutkia, missä määrin psykiatriset ominaisuudet vaikuttavat kivun ja näiden mielenterveyshäiriöiden väliseen yhteyteen.	Kohorttitutkimus. Aineisto kerätty vuosien 2004 ja 2009 välillä osana Alankomaiden kahdeksanvuotista masennus- ja ahdistustutkimusta (n=1209).	61,5 % oli kuluneen puolen vuoden aikana masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön diagnoosi. Nivelkivulla oli merkittävä yhteys masennukseen/ahdistukseen. Kipukohtien lukumäärällä oli merkittävä yhteys häiriöihin kahden vuoden jälkeen. Krooninen kipu ennustaa masennuksen ja ahdistuksen kroonistumista.
5.	Mental defeat is associated with suicide intent in patients with chronic pain	Tang, N., Beckwith, P. & Ashworth, P. 2016. Iso-Britannia.	Tarkoituksena tutkia kroonisen kivun vaikutuksia itsemurha-alttiuteen.	Puolistrukturoitu haastattelu. Aineisto kerätty kivunhallintaklinikan kautta tehdyin haastatteluin (n=57).	22,6 % kertoi yrittäneensä itsemurhaa. Kohtalainen tai vahva kuolemanhalu oli 63,3 % yrittäneistä. Kivun voimakkuudella oli vaikutusta itsemurha-alttiuden ennakoitavuuteen.

6.	Mood and anxiety disorders in patients with chronic low back and neck pain caused by disc herniation	Kayhan, F., Albayrak Gezer, İ., Kayhan, A., Kitiş, S. & Gölen, M. 2015. Turkki.	Tarkoituksena tutkia ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden yleisyyttä potilailla, jotka kärsivät välilevytyrän aiheuttamasta kroonisesta alaselkä- ja niskakivusta sekä yhteyttä kivun sekä ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden välillä.	Aineisto kerätty kuntoutuspoliklinikan potilailta, joilla kroonista alaselkä- tai niskakipua sekä diagnosoitu välilevytyrä sekä verrokki-ryhmänä toimineelta sairaalan henkilöstöltä sekä heidän sukulaisiltaan (n=209).	46,6 % potilailla oli ainakin yksi mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö kivun lisäksi. Yleisimmät diagnoosit olivat masennus (16,9 %) ja yleinen ahdistuneisuushäiriö (12,8 %).
7.	Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study	De Heer, E., Ten Have, M., Van Marwijk, H., Dekker, J., De Graaf, R., Beekman, A. & Van der Feltz-Cornelis, C. 2017. Alankomaat.	Tarkoituksena tutkia onko kipu riskitekijänä mielenterveyden häiriöille.	Kohorttitutkimus. Aineistona käytettiin Alankomaiden mielenterveystutkimus ja esiintyvyys Study-2- tutkimuksesta saatua materiaalia (n=6646).	Lievä kipu kaksinkertaisti riskin ahdistuneisuushäiriöön seuranta aikana verrattuna kivuttomiin. Keskivaikea tai vaikea kipu kaksinkertaisti riskin ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöön seuranta aikana verrattuna kivuttomiin. Kivun haitatessa elämää vähän, oli kaksinkertainen riski mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöön seuranta aikana kivuttomiin verrattuna. Kivun vaikeus tai haitallisuus eivät ennustaneet päihdehäiriön kehittymistä. Aiempi mielialahäiriö tai päihdehäiriö ei ennustanut uuden mielialahäiriön kehittymistä.

8.	The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: results from a population-based study	Gerhardt, A., Hartmann, M., Schuller-Roma, B., Blumenstiel, K., Bieber, C., Eich, W. & Steffen, S. 2011. Saksa.	Tarkoituksena tutkia epäselvän alaselkävivun ja sen yhteydessä esiintyvien eri mielenterveyden ongelmien yleisyyttä.	Haastattelututkimus. Aineisto kerätty haastattelulla valikoitua joukkoa alaselkäkipupotilaita, jotka osallistuivat laajaan väestötutkimukseen. (n=110)	Kolmeneljäsosaa kertoi kivun aiheuttamista univaikeuksista ja puolet kertoo heränneensä kipuun. Mielialahäiriöistä kärsivillä oli kovempaa kipua ja useammin univaikeuksia. He käyttivät myös perusterveydenhuollon palveluita useammin.
9.	Undiagnosed mood disorders and sleep disturbances in primary care patients with chronic musculoskeletal pain	Salazar, A., Dueñas, M., Mico, J-A., Ojeda, B., Agüera-Ortiz, L., Cervilla, J. & Failde, I. 2013. Espanja.	Tarkoituksena tutkia diagnosoimattomien mielialahäiriöiden yleisyyttä kroonisilla tuki- ja liikuntaelinten kipupotilailla avoterveydenhuollossa, sekä tunnistaa unihäiriöitä ja muita niihin yhteydessä olevia tekijöitä näillä kipupotilailla. Tarkoituksena myös verrata kroonista tuki- ja liikuntaelinten kipua sairastavien henkilöiden terveyspalveluiden käyttöä, kun on samanaikainen mielialahäiriö ja kun sitä ei ole.	Poikittaistutkimus. Aineisto kerättiin vuonna 2006 terveyskeskuksista osana laajempaa tutkimusta potilailta, jotka tulivat vastaanotolle tuki- ja liikuntaelinten kivun vuoksi eikä heillä ollut aiemmin todettua mielialahäiriötä (n=1006).	Kroonisilla tuki- ja liikuntaelinten kipupotilailla oli korkea esiintyvyys diagnosoimattomia mielialahäiriöitä, tutkittavista suurempi sairastavuus oli naisilla ja leskillä. Unihäiriöt ja kivun suuruus olivat suorassa yhteydessä mielialahäiriöihin. Kipupotilaat, jotka kärsivät myös mielialahäiriöistä, hyödynsivät terveyspalveluita useammin verrattuna kipupotilain ilman mielialahäiriöitä.

Liite 2. Alkuperäisilmaukset, suomennokset ja pelkistykset

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistys
In arthritis patients, we reported probable mild to severe anxiety (85,2 %) and minimal to severe depression (73,2 %). (1)	Nivelreumapotilaissa raportoitiin mahdollista lievää vaikeaan ahdistusta (85,2 %) ja lievää vaikeaan masennusta (73,2 %).	Yli neljä viidesosaa nivelreumapotilaista kärsi ahdistuksesta.
In arthritis patients, we reported probable mild to severe anxiety (85.2%) and minimal to severe depression (73,2 %). (1)	Nivelreumapotilaissa raportoitiin mahdollista lievää vaikeaan ahdistusta (85,2 %) ja lievää vaikeaan masennusta (73,2 %).	Lähes kolme neljäsosaa nivelreumapotilaista kärsi masennuksesta.
Anxiety significantly positively correlated with depression, pain, functional disability, disease duration and co-morbidity, and negatively with education level. (1)	Ahdistus korreloi merkittävän positiivisesti masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden kanssa, ja negatiivisesti koulutustason kanssa.	Ahdistuksen lisääntyminen oli yhteydessä masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, sairauksien keston ja monisairastavuuden lisääntymiseen.
Anxiety significantly positively correlated with depression, pain, functional disability, disease duration and co-morbidity, and negatively with education level. (1)	Ahdistus korreloi merkittävän positiivisesti masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden kanssa, ja negatiivisesti koulutustason kanssa.	Ahdistus lisääntyi koulutustason ollessa matalampi.
Depression significantly correlated with the same variable as anxiety and with marital status. (1)	Masennus korreloi merkittävästi samojen muuttujien kanssa kuin ahdistus, sekä siviilisäädyn kanssa.	Masennus syveni kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden lisääntyessä.

Moderate correlations were found between pain intensity and anxiety, depression and co-morbidity and weak interactions were identified between pain and age and education level. (1)	Kohtalaisia korrelaatioita oli kivun voimakkuuden ja ahdistuksen, masennuksen ja monisairastavuuden, ja heikkoja yhteyksiä havaittiin kivun ja iän sekä koulutustason välillä.	Kivun voimakkuuden/asteen ja ahdistuksen välinen yhteys oli kohtalainen.
Moderate correlations were found between pain intensity and anxiety, depression and co-morbidity and weak interactions were identified between pain and age and education level. (1)	Kohtalaisia korrelaatioita oli kivun voimakkuuden ja ahdistuksen, masennuksen ja monisairastavuuden, ja heikkoja yhteyksiä havaittiin kivun ja iän sekä koulutustason välillä.	Masennuksen ja monisairastavuuden välillä oli kohtalainen yhteys.
...both anxiety and depression significantly explained 25,2 % variance of pain and 41,7 % variance of functional disability. (1)	...sekä ahdistus että masennus merkittävästi selittivät 25,2 % kivun (voimakkuuden kokemuksen) vaihtelevuudesta ja 41,7 % toimintakyvyn haitasta.	Sekä ahdistus että masennus vaikuttivat kivun asteen kokemuksen vaihtelevuuteen neljännesosassa tapauksia.
...both anxiety and depression significantly explained 25,2 % variance of pain and 41,7 % variance of functional disability. (1)	...sekä ahdistus että masennus merkittävästi selittivät 25,2 % kivun vaihtelevuudesta ja 41,7 % toimintakyvyn haitan vaihtelevuudesta.	Sekä ahdistus että masennus vaikuttivat koetun toimintakyvyn haitan tason vaihtelevuuteen kahdessa viidesosassa tapauksia.
Current pain intensity did not correlate with any of the variables, except for the BDI physical and somatic function scale. (2)	Senhetkisen kivun voimakkuus ei korreloinut minkään muuttujan kanssa, paitsi BDI:n fyysisen ja somaattisen toiminnan mittarin kanssa.	Kivun asteella oli yhteys masennustestissä fyysiseen ja somaattiseen toimintaan.
Harm Avoidance had a positive correlation with the scales related to negative emotions such as pain-related anxiety, inhibition of anger, and the BDI scales. (2)	Välttämiskäyttäytyminen korreloi positiivisesti negatiivisten tunteiden mittareiden kanssa, kuten kipuun liittyvän ahdistuksen, vihan pidättämiseen hillintä ja BDI:n mittareihin.	Välttämiskäyttäytyminen lisäsi ahdistusta ja masennusta.
During the lifetime 75 % of subjects had had at least one Axis-I disorder. (2)	75 %:lla osallistujista oli elämänsä aikana ollut vähintään yksi Axis I -häiriö.	Kolme neljäsosaa kipupotilaista kärsi vähintään yhdestä Axis I -häiriöstä elämänsä aikana.
The most common disorders were major depressive disorder (MDD) and anxiety disorders. (2)	Yleisimmät häiriöt olivat vaikea masennus ja ahdistuneisuushäiriöt.	Kipupotilaiden yleisimpiä häiriöitä olivat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt.

When comparing the time of onset of pain and the psychiatric disorders, the majority (77 %) of the anxiety disorders occurred before the onset of pain. (2)	Verrattaessa kivun ja mielenterveyden häiriön alkuaikaan, suurin osa (77 %) ahdistuneisuushäiriöstä alkoi ennen kivun alkamista.	Kolme neljäsosaa kärsi ahdistuneisuushäiriöstä ennen kipua.
Concerning depression, MDD followed onset of pain in 65 % of cases. (2)	Masennusta käsiteltäessä vaikea masennus alkoi kivun alkamisen jälkeen 65 % tapauksissa.	Kipu vaikutti masennuksen kehittymiseen.
...current pain severity (VAS) was significantly associated with presence of past 12-month mood disorders, anxiety disorders, and DSM-IV disorders. (2)	...tämänhetkisen kivun suuruus oli merkittävästi yhteydessä kuluneen 12 kuukauden aikaiseen mielialahäiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin ja DSM-IV häiriöihin.	Tämänhetkisen kivun suuruudella oli merkittävä yhteys viimeaikaiseen mielenterveyshäiriöön.
The length of the pain symptom was also associated with anxiety and depression. (2)	Kivun kestolla oli yhteys ahdistukseen ja masennukseen.	Kivun kesto vaikutti ahdistukseen.
The length of the pain symptom was also associated with anxiety and depression (2)	Kivun kestolla oli yhteys ahdistukseen ja masennukseen.	Kivun kesto vaikutti masennukseen.
The current pain VAS was highest among patients with both mood and anxiety disorders during the past 12 months. (2)	Tämänhetkinen VAS-suure oli korkein niillä potilailla, joilla oli sekä mieliala- että ahdistuneisuushäiriö kuluneen 12 kuukauden aikana.	Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö yhdessä aiheuttivat kovimman kivun tuntemuksen.
...pain patients with a tendency to inhibit their angry feelings had more physical symptoms of depression when the pain experience was stronger compared with those who experienced milder pain. (2)	...potilailla, joilla oli tapana pidättää vihan tunteitaan, oli enemmän fyysisiä masennuksen oireita kivun ollessa voimakkaampi kuin niillä, joilla kipu oli lievempää.	Kivun ollessa voimakkaimmillaan ne, jotka pidättivät vihan tunteitaan, tunsivat masennuksen fyysisemmin
The prevalence of the patients fulfilling the criteria of current MDD (1 month) was 20 %. (2)	Potilaiden vaikean masennuksen (1 kuukausi) esiintyvyys oli 20 %.	Yksi viidesosa kärsi vaikeasta masennuksesta kuluneen kuukauden aikana.

Of the 93 patients with migraine who completed the inperson assessment, 78 (84 %) met the criteria for a major depressive episode... (3)	93 migreenipotilaasta, jotka täyttivät läsnä ollessaan kyselyn, 78 (84 %) täyttivät vaikean masennuksen jakson kriteerit...	Yli neljä viidesosaa migreenipotilaista täyttivät vaikean masennusjakson kriteerit.
...there were significant and large differences between the depressed and non-depressed groups on all measures of functioning/ disability ranged from 0.89 to 1.8 such that patients with migraine with a SCID diagnosis of depression exhibited more disability and poorer quality of life than non-depressed patients with migraine. (3)	...masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä oli merkittäviä ja suuria eroja kaikilla toimintakyvyn/kyvyttömyyden mittareilla... siten että migreenipotilailla, joilla oli masennusdiagnoosi, esiintyi enemmän toimintakyvyttömyyttä ja alhaisempaa elämänlaatua kuin niillä migreenipotilailla, joilla ei ollut masennusta.	Masennus alensi toimintakykyä ja elämänlaatua migreenipotilailla.
...in patients with migraine, greater dysfunction and disability was strongly associated with greater depression severity and lower wellbeing. (3)	...migreenipotilailla, suurempi toimintakyvyttömyys oli vahvasti yhteydessä vaikeampaan masennukseen ja alhaisempaan hyvinvointiin.	Alentunut toimintakyky migreenipotilailla johti vaikeampaan masennukseen ja hyvinvoinnin alentumiseen.
...the depressed group exhibited significantly lower levels of pain acceptance and values-based actions than the non-depressed group. (3)	...masentuneilla esiintyi merkittävästi alhaisempaa kivun hyväksyntää ja arvoihin liittyvää toimintaa kuin ei masentuneilla.	Masennus vaikeutti kivun hyväksyntää ja vähensi arvoihin perustuvaa toimintaa.
Headache-related disability, migraine-specific role limitations, and general disability levels were strongly related to lower pain acceptance and moderately related with decreased values-based action. (3)	Päänsärkyyn liittyvä toimintakyvyttömyys, migreeniin liittyvät rajoitteet ja yleinen toimintakyky olivat voimakkaasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksynnän tasoon ja kohtalaisesti yhteydessä alentuneeseen arvoihin liittyvään toimintaan.	Päänsäryn aiheuttama toimintakyvyttömyys oli vahvasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksyntään.
Headache-related disability, migraine-specific role limitations, and general disability levels were strongly related to lower pain acceptance and moderately related with decreased values-based action. (3)	Päänsärkyyn liittyvä toimintakyvyttömyys, migreeniin liittyvät rajoitteet ja yleinen toimintakyky olivat voimakkaasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksynnän tasoon ja kohtalaisesti yhteydessä alentuneeseen arvoihin perustuvaan toimintaan.	Päänsäryn aiheuttama toimintakyvyttömyys oli kohtalaisesti yhteydessä vähentyneeseen arvoihin perustuvaan toimintaan.

On both clinician and self-reported depression severity scales, low pain acceptance explained a significant variance in depression. (3)	Sekä klinikon toteamaan että itseraportoituun masennuksen vaikeuden mittareihin vaikutti alhainen kivun hyväksyntä.	Alhainen kivun hyväksyntä oli yhteydessä niin klinikon toteamaan masennukseen kuin itse raportoituun masennukseen.
Two-thirds had a 6-month recency diagnosis of depressive and/or anxiety disorder after 2 years. (4)	Kahdella kolmesta oli kuuden kuukauden sisällä diagno-soitu masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriö kahden vuoden jälkeen.	Suurella osalla kroonisista kipupotilaista diagnosoitiin tuore masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriö.
Pain of the joints showed a significant association with having a depressive and/or anxiety disorder after 2 years. No associations were found for the other locations. (4)	Nivelkivulla näytti olevan merkittävä yhteys masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriöön kahden vuoden jälkeen. Muilla kipupaikoilla ei ollut yhteyttä näihin.	Kivun sijainnilla ei pääosin ole yhteyttä masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriöön.
The number of pain locations was also significantly associated with having a disorder after 2 years. (4)	Kipukohtien määrä oli myös merkittävästi yhteydessä häiriön olemassaoloon kahden vuoden kuluttua.	Kipukohtien lukuisuus vaikuttaa merkittävästi mielenterveyshäiriön olemassaoloon pitkäaikaisseurannassa.
Chronic pain as measured by 90 or more days of pain, the daily use of pain medication and CPG turned out to be strong pain predictors of the presence of depressive and/or anxiety disorders at the 2-year follow-up. (4)	Krooninen kipu kestäen vähintään 90 vuorokautta, päivittäinen kipulääkitys ja kroonisen kivun aste ennustivat vahvasti masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriötä kahden vuoden seurantajaksolla.	Pitkittänyt kipu, päivittäinen kipulääkitys ja kivun suuruus ennustivat vahvasti masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöihin.
Results were highly comparable for the single disorders, indicating that pain has a rather similar impact on the course of depressive versus anxiety disorders. (4)	Tulokset olivat hyvin verrattavissa yksittäisiin häiriöihin osoittaen, että kivulla on melko samanlainen vaikutus masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöiden kulkuun.	Kipu vaikutti samankaltaisesti eri masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöihin.
When using comorbidity as the indicator of course, some stronger associations were found. This suggests that pain variables may be of even more importance when a more severe course outcome is examined. (4)	Vahvempi yhteys löydettiin monisairastavuutta verrattaessa sairauden kulkuun. Tämä osoittaa, että kipuun liittyvät tekijät voivat olla jopa suuremmassa roolissa, kun tarkastellaan vakavampia häiriöiden muotoja.	Kipuun liittyvillä tekijöillä on suurempi vaikutus, kun kyseessä on vakava mielenterveyshäiriö.

All pain variables were associated with baseline depression severity, and that number of pain locations, several pain locations, pain for 90 days or more, and CPG score, were significantly associated with baseline anxiety severity. (4)	Kaikki kipuun liittyvät tekijät olivat yhteydessä lähtötilanteen masennuksen vakavuuteen. Kipukohtien määrä, useat kipukohtat, vähintään 90 vuorokauden kipujakso ja kroonisen kivun aste olivat merkittävästi yhteydessä lähtötilanteen ahdistuksen vakavuuteen.	Pitkittyneen kivun tekijät ovat yhteydessä masennuksen vakavuuteen yleisesti.
All pain variables were associated with baseline depression severity, and that number of pain locations, several pain locations, pain for 90 days or more, and CPG score, were significantly associated with baseline anxiety severity. (4)	Kaikki kipuun liittyvät tekijät olivat yhteydessä lähtötilanteen masennuksen vakavuuteen. Kipupaikkojen määrä, useat kipukohtat, vähintään 90 vuorokauden kipujakso ja kroonisen kivun suuruus olivat merkittävästi yhteydessä lähtötilanteen ahdistuksen suuruuteen.	Kivun laajuus ja pitkittyneisyys vaikuttavat suuresti siihen, kuinka vakava ahdistuneisuushäiriö on.
However, pain was not associated with duration of depressive and anxiety symptoms before baseline assessment and was hardly associated with the age of onset of the mental disorder... (4)	Kipu ei kuitenkaan ollut yhteydessä masennus- ja ahdistusoireiden kestoon ennen lähtötilanteen arviointia eikä sitä suuremmin voitu yhdistää mielenterveyshäiriön varhaiseen alkamisikään...	Kipu ei vaikuttanut mielenterveyshäiriön alkamisen ikään.
...no significant correlations were detected for present suicide intent with any of the pain and psychological variables, but there were moderate, positive correlations between worst-ever suicide intent and pain intensity, anxiety, depression, pain catastrophizing and MD. (5)	...itsemurha-ajatuksen ja kivun sekä psykologisten muuttujien välillä ei ollut merkittävää yhteyttä, mutta kohdalainen positiivinen yhteys löytyi pahimpien itsemurha-aikomusten ja kivun intensiteetin, ahdistuksen, masennuksen ja kivun katastrofoinnin sekä henkisen kukistumisen väliltä.	Kivun, psykologisten tekijöiden ja itsemurha-ajattelun välillä ei ollut merkittävää yhteyttä.
...no significant correlations were detected for present suicide intent with any of the pain and psychological variables, but there were moderate, positive correlations between worst-ever suicide intent and pain intensity, anxiety, depression, pain catastrophizing and MD. (5)	...itsemurha-ajatuksen ja kivun sekä psykologisten muuttujien välillä ei ollut merkittävää yhteyttä, mutta kohdalainen positiivinen yhteys löytyi pahimpien itsemurha-aikomusten ja kivun intensiteetin, ahdistuksen, masennuksen ja kivun katastrofoinnin sekä henkisen kukistumisen väliltä.	Pahimpiin itsemurha-ajatuksiin vaikutti kohtalaisesti kivun voimakkuus, ahdistus, masennus, kivun katastrofointi ja henkinen kukistuminen.
No significant correlations were found for pain duration, pain self-efficacy, and hopelessness. (5)	Kivun keston, resilienssi sekä toivottomuuden väliltä ei löytynyt merkittävää yhteyttä.	Itsemurha-ajatteluun ei vaikuttanut kivun kesto, resilienssi tai toivottomuus merkittävästi.

On the basis of the findings of the correlation analyses reported above, pain intensity was entered in the first model as a predictor of worst-ever suicide intent first and then followed by MD, and then anxiety, depression, and pain catastrophizing as the second and third blocks of predictors. (5)	Raportoitujen korrelaatioanalyysien perusteella kivun intensiteetti oli ensimmäisinä ennustajina pahimmille itsemurha-aikomoiksi ja seuraavana oli henkinen kukistuminen. Seuraavina ennustavina tekijöinä olivat ahdistus, masennus ja kivun katastrofointi.	Kivun suuruus sekä mielialahäiriöt ovat merkittäviä riskitekijöitä itsemurha-aikomoiksi.
In the second model, pain intensity again was included in the model first, followed by anxiety, depression and pain catastrophizing as the second block of predictors and then finally MD. (5)	Toisessa mallissa kivun intensiteetti oli jälleen ensimmäisenä, seuraavana oli ahdistus ja masennus. Kivun katastrofointi oli toisessa vaiheessa ennustava tekijä ja sen jälkeen henkinen kukistuminen.	Kivun suuruus sekä mielialahäiriöt ovat merkittäviä riskitekijöitä itsemurha-aikomoiksi.
...pain intensity alone was a significant predictor of worst-ever suicide intent (5)	...kivun intensiteetti oli yksittäisenä tekijänä merkittävin ennustava tekijä pahimmalle itsemurha-aikomoiksi.	Kivun suuruus on merkittävin yksittäinen riskitekijä itsemurhalle.
Adding anxiety, depression, and pain catastrophizing in the model did not improve the prediction. (5)	Ennusteeseen ei vaikuttanut ahdistuksen, masennuksen tai kivun katastrofoinnin lisääminen malliin.	Kivun lisäksi ahdistus, masennus tai kivun katastrofointi eivät lisänneet itsemurha-aikomoiksi.
Direct comparisons between step 2 of models 1 and 2 suggested that MD was a better predictor of worst-ever suicidality in this sample than anxiety, depression, and pain catastrophizing, both individually and as a combined set of predictors. (5)	Toisen vaiheen mallin 1 ja mallin 2 suora vertailu osoittaa, että henkinen kukistuminen on suurempi ennustetekijä pahimmalle itsemurha-aikomoiksi tämän näytön mukaan kuin ahdistus, masennus ja kivun intensiteetti, kummatkin sekä itsenäisinä tekijöinä että yhdistettyinä muihin ennustaviin tekijöihin.	Henkinen kukistuminen on suurin riskitekijä itsemurhalle verrattuna ahdistukseen, masennukseen tai kivun suuruuteen.
...patients with disc herniation met the criteria for at least one mood or anxiety disorder. (6)	...välilevytyrä-potilaista täytti kriteerit vähintään yhdestä mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä.	Noin puolella välilevytyrä- potilaista oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö.
The prevalence rates of any mood or anxiety disorder were 16,6 % and 35,8 %, respectively. (6)	Mielialahäiriö oli 16,6 %:lla ja ahdistuneisuushäiriö oli 35,8 %:lla.	Välilevytyrä- potilailla ahdistuneisuushäiriö oli mielialahäiriötä yleisempi.

The prevalence rate of patient with a diagnosis of two or more psychiatric disorders were 6,8 % (n=10). (6)	6,8 prosentille potilaista oli diagnosoitu kaksi tai useampi psykiatrinen häiriö.	Alle kymmenesosalla potilaista oli useita psykiatrisia häiriöitä.
None of the patients with disc herniation had a diagnosis of dysthymic disorder, bipolar disorder or panic disorder. (6)	Yhdelläkään potilaista ei ollut diagnoosia pitkäaikaisesta masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai paniikkihäiriöstä.	Pitkäaikaista masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai paniikkihäiriötä ei esiintynyt aineistossa.
The most common specific diagnoses were major depression (n=25, 16,9 %), generalised anxiety disorder (GAD) (n=19, 12,8 %), and anxiety disorder not otherwise specified (NOS) (n=24, 16,2 %). (6)	Yleisin diagnoosi oli vakava masennus, 16,9 %, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 12,8 % ja epäspesifi ahdistuneisuushäiriö 16,2 %.	Vakava masennus oli yleisin, yleinen ahdistuneisuushäiriö toiseksi yleisin ja kolmanneksi yleisin oli epäspesifi ahdistuneisuushäiriö.
Anxiety disorders, including GAD and anxiety disorder NOS, were more prevalent in the patient than in the control group. (6)	Ahdistuneisuushäiriöt, mukaan lukien yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja epäspesifi ahdistuneisuushäiriö olivat yleisempiä kipupotilaille verrattuna kontrolliryhmään.	Välilevytyräpotilaat kärsivät muuta väestöä todennäköisemmin ahdistuneisuushäiriöistä.
We found no significant differences between the groups with respect to the prevalence of major depression, obsessive-compulsive disorder, specific phobias or social phobia. (6)	Ryhmien välillä ei todettu suurta eroa vakavan masennuksen, pakko-oireisen häiriön, tiettyjen fobioiden ja sosiaalisten tilanteiden pelon esiintyvyyden välillä.	Välilevytyräpotilailla ei esiintynyt muuta väestöä enemmän vakavaa masennusta, pakko-oireista häiriötä, tiettyjä fobioita tai sosiaalista pelkoa.
Mood and anxiety disorders in patients with disc herniation were more prevalent in females, those with low educational level and those with neurologic deficits. (6)	Välilevytyräpotilaista mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt olivat yleisempiä naisilla, alhaisen koulutuksen omaavilla ja neurologisista ongelmista kärsivillä.	Naissukupuoli ja alhainen koulutus sekä neurologiset ongelmat lisäsivät riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin välilevytyräpotilailla.
...sex, neurological deficit, but not age, VAS score or spondylolisthesis were independent predictors of mood and anxiety disorders. (6)	...sukupuoli ja neurologiset ongelmat lukuun ottamatta ikää, VAS-astetta tai nikamansiirtymää, olivat itsenäisiä ennustavia tekijöitä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille.	Ikä, VAS-aste tai nikamasiirtymä eivät vaikuttaneet mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin.

<p>Of the 4974 persons at risk of a mood disorder, 304 developed a mood disorder (185 a first-incident disorder and 119 a recurrent disorder) over the next 3 years. Of the 4979 persons at risk of an anxiety disorder, 179 developed an anxiety disorder (131 a first-incident disorder and 48 a recurrent disorder) over the next 3 years. Of the 5073 persons at risk of a substance use disorder, 160 developed a substance use disorder (100 a first-incident disorder and 60 a recurrent disorder) over the next 3 years. Thus, most cases developed a first-incident disorder. (7)</p>	<p>4974 potilaasta, joilla riski mielialahäiriöille, 304:lle (185 ensimmäinen ja 119 toistuva) ilmaantui mielialahäiriö seuraavan kolmen vuoden aikana. 4979 potilaasta, joilla riski ahdistuneisuushäiriöön, 179 (131 ensimmäinen ja 48 toistuva) ilmaantui ahdistuneisuushäiriö kolmen vuoden aikana. 5073 potilaasta, joilla riski päihteiden käyttöön, 160:lle ilmaantui päihdehäiriö (100 ensimmäinen ja 60 toistuva) seuraavan kolmen vuoden aikana. Eli useimmissa tapauksissa häiriö ilmaantui ensimmäistä kertaa.</p>	<p>Suurimmassa osassa mielialahäiriö ilmaantui ensimmäistä kertaa.</p>
<p>Respondents with little pain severity at baseline (n 5 784, 14,0 %) had more than 2 times higher odds of developing any anxiety disorder 3 years later, compared with those without pain. Respondents with moderate to very severe pain at baseline (n 5 797, 15,1 %) had 2 times higher odds of developing any mood disorder and any anxiety disorder at 3-year follow-up, compared with those without pain. Respondents with little interference due to pain at baseline (n 5 806, 14,4 %) had approximately 2 times higher odds of developing any mood disorder and any anxiety disorder at 3-year follow-up, compared with those without pain. Respondents with moderate to very severe interference due to pain at baseline (n 5 451, 8,3 %) also had approximately 2 times higher odds of developing any mood disorder and any anxiety disorder 3 years later, compared with those without interference due to pain. (7)</p>	<p>Niillä, joilla kipu oli vähäistä lähtötilanteessa, oli kaksi kertaa suurempi riski kehittyä ahdistuneisuushäiriö kolmen vuoden kuluessa verrattuna niihin, joilla ei ollut kipua. Niillä, joilla oli kohtalainen tai hyvin ankara kipu lähtötilanteessa, oli kaksi kertaa suurempi riski sairastua mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöön kolmen vuoden seuranta-ajalla verrattuna niihin, joilla ei ollut kipua. Niillä, joilla oli vain vähän kipua lähtötilanteessa, oli kaksi kertaa suurempi riski sairastua mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöön kolmen vuoden seuranta-ajalla verrattuna niihin, joilla ei ollut kipua. Niillä, joilla oli kohtalaista tai ankaraa kipua lähtötilanteessa, oli myös kaksi kertaa suurempi riski mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöihin kolme vuotta myöhemmin verrattuna niihin, joilla ei ollut kivusta aiheutuvia mielialahäiriöitä.</p>	<p>Kipu kaksinkertaisti riskiä mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöön kolmen vuoden seurannan aikana verrattuna kivuttomiin.</p>

<p>No interaction effects were found for a previous history of a mood disorder with pain on the risk of developing a mood disorder at 3-year follow-up, a previous history of an anxiety disorder with pain on the risk of developing an anxiety disorder at 3-year follow-up, and a previous history of a substance use disorder with pain on the risk of developing a substance use disorder at 3-year follow-up. These effects applied for both pain severity and interference due to pain. This implies that the association between pain and mental disorders did not significantly differ between subjects with a first onset and subjects with a recurrent mental disorder. (7)</p>	<p>Kolmen vuoden seurannassa ei löydetty yhteyttä aikaisemman mielialahäiriön, aikaisemman ahdistuneisuus-häiriön tai aikaisemman päihdehäiriön, joissa mielialahäiriön riskitekijänä. Nämä vaikutukset koskivat sekä kivun vakavuutta että kivun aiheuttamia häiriöitä. Tämä viittaa siihen, että kivun ja mielenterveyden häiriöiden välisellä yhteydellä ei ole merkittävästi eroa, onko kyseessä ensimmäinen tai toistuva mielenterveyden häiriö.</p>	<p>Mielialahäiriön ilmaantuminen kivun seurauksena ei välttämättä vaadi aikaisempaa mieliala- tai päihdehäiriötä.</p>
<p>Table 2 shows the current prevalence and type of Axis-I disorders in subjects with non-specific CBP, excluding somatoform pain disorder. Of the subjects with nonspecific CBP, 39 subjects (35,5 %) received at least one Axis-I diagnosis. We observed no sex difference (men = 36 %, women = 35 %, NS) and no differences comparing CLP with CWP (17 % and 18 %, respectively) regarding prevalence of mental disorders. Anxiety disorders (20,9 %) and affective disorders (12,7 %) were the most frequently diagnosed, followed by substance-related disorders (7,3 %) and eating disorders (5,5 %). (8)</p>	<p>Taulukossa 2 on esitetty nykyinen Axis I -häiriön esiintyvyys epäspesifissä kroonisessa selkävivussa poislukien selittämätön kipuhäiriö. Epäspesifissä selkävivussa 35,5 % sai ainakin yhden Axis I -diagnoosin. Mielenterveyshäiriöiden ilmaantuvuudessa ei ollut eroa sukupuolen eikä kroonisen kivun paikallisuudella tai levinneisyydellä. Ahdistuneisuushäiriöt ja affektiiviset häiriöt olivat yleisimmät diagnoosit ja seuraavana päihdehäiriöt ja syömishäiriöt.</p>	<p>Noin kolmasosa epäspesifistä selkävivusta kärsivä täytti ainakin yhden Axis I -häiriön diagnostiset kriteerit.</p>

<p>Our CBP subjects showed a significantly higher prevalence in each of the accumulated categories (any Axis-I disorder: odds ratio, any anxiety disorder, any mood disorder, any substance related disorder, any eating disorder). The comparison of Axis-II PDs in our subjects and the data from the general population showed no significant differences, other than in avoidant PD in Cluster C. (8)</p>	<p>Tutkimus osoitti merkittävästi korkeamman esiintyvyyden jokaisessa kategoriassa; (mikä tahansa Axis I -häiriö, ahdistuneisuushäiriö, mielialahäiriö, päihdehäiriö tai syömishäiriö). Vertailu Axis II -häiriöisten ja perusväestön välillä ei tuonut esille merkittäviä eroja, paitsi välttävä persoonallisuushäiriö ryhmässä C.</p>	<p>Persoonallisuushäiriötä lukuun ottamatta perusväestöön verrattuna kipupotilailla esiintyi merkittävästi useammin jokin mielenterveydenhäiriö.</p>
<p>The mean inability to perform daily activities was 56.8, and the mean percentage of each day of the previous week spent in pain was 59.4 (SD = 23.3) (9)</p>	<p>Kykenemättömyys päivittäisiin toimiin oli 56,8 ja edellisellä viikolla kivuissa vietettyjen päivien prosenttiosuus oli 59,4.</p>	<p>Yli puolella päivittäisistä toimista selviytyminen ei toteutunut.</p>
<p>In addition, 74,9 % of patients reported sleep disturbances due to pain, while 53,7 % reported being awoken by pain. Of all the patients studied, 88,8 % took some type of analgesic medication (Table 2). (9)</p>	<p>74,9 % potilaista kertoivat kivusta johtuvista unihäiriöistä, kun taas 53,7 % raportoivat olleensa hereillä kivun takia. Kaikista tutkituista potilaista 88,8 % otti jonkinlaista kipulääkettä.</p>	<p>Kolmeneljäsosaa potilaista kärsii kivun aiheuttamista univaikeuksista. Lähes 90 % käyttää kipulääkitystä.</p>
<p>The prevalence of undiagnosed depression was 74,7 %, and this was higher in women, in patients under 40 years of age, and in patients affected by fibromyalgia, neck or back pain, and osteoarthritis. (9)</p>	<p>Diagnosoimatonta masennusta esiintyi 74,7 % ja enemmistö oli naisia, alle 40-vuotiaita ja sairastivat fibromyalgiaa, niska- tai selkäkipua ja nivelrikkoa.</p>	<p>Kolme neljäsosaa täytti masennuksen kriteerit.</p>
<p>The most common mood disorder was major depression (49,21 %), followed by dysthymia (17,39 %) and minor depression (17,19 %). (9)</p>	<p>Yleisin mielialahäiriö oli vakava masennus (49,21 %), seuraavana dystymia ja lievä masennus (17,19 %).</p>	<p>Lähes puolet nivelrikkopotilaista sairastaa vakavaa masennusta.</p>
<p>Some important differences were observed between subjects with and without comorbid mood disorders in terms of almost all the variables analyzed, with patients with mood disorders recording more intense pain, more pain sites, more problems in performing daily activities, more time in pain, and more frequent sleep disturbances. (9)</p>	<p>Tutkittavista ne, jotka kärsivät samanaikaisesti myös mielialahäiriöistä ilmoittivat voimakkaammasta kivusta, heillä oli enemmän kipukohtia, enemmän ongelmia päivittäisissä toiminnoissa, useampia kipupäiviä ja usein tahtuvia unihäiriöitä.</p>	<p>Samanaikaisesti mielialahäiriöistä kärsivät ilmoittivat voimakkaammasta kivusta, heillä oli useampia kipukohtia, alhaisempi toimintakyky ja toistuvia unihäiriöitä.</p>

<p>The factors positively associated with the presence of mood disorders were: being female, being a widow(er), being awoken due to pain, and experiencing a greater intensity of pain. (9)</p>	<p>Mielialahäiriötä lisääviä tekijöitä oli: naissukupuoli, leski, unettomuus kivun takia ja kivun kokeminen hyvin voimakkaana.</p>	<p>Mielialahäiriön riskiä lisäsi naissukupuoli, leskeys, unettomuus ja kokemus voimakkaasta kivusta.</p>
---	--	--

Liite 3. Pelkistykset, alaluokat ja yläluokat

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Lähes kolme neljäsosaa nivelreumapotilaista kärsi masennuksesta.	Kivun yhteys masennukseen	Kipu ja mielenterveys
Kipu vaikutti masennuksen kehittymiseen.		
Yksi viidesosa kärsi vaikeasta masennuksesta kulu- neen kuukauden aikana.		
Yli neljä viidesosaa migreenipotilaista täyttivät vaikean masennuksen jakson/masennusjakson kriteerit		
Kolme neljäsosaa täytti masennuksen kriteerit.		
Lähes puolet nivelrikkopotilaista sairastaa vakavaa masennusta		
Yli neljä viides osaa nivelreumapotilaista kärsi ahdis- tuksesta.	Kivun yhteys ahdistukseen	
Kolme neljäsosaa kärsi ahdistuneisuushäiriöstä en- nen kipua.		
Välilevytyräpotilailla ahdistuneisuushäiriö oli mieliala- häiriötä yleisempi.		
Välilevytyräpotilaat kärsivät muuta väestöä todennä- köisemmin ahdistuneisuushäiriöistä.		
Kolme neljäsosaa kipupotilaista kärsi vähintään yh- destä Axis I -häiriöstä elämänsä aikana.	Kivun yhteys mielenterveyshäiriöihin	
Kipupotilaiden yleisimpiä häiriöitä olivat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt.		

Suurella osalla kroonisista kipupotilaista diagnosoitiin tuore masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriö.		
Kipuun liittyvillä tekijöillä on suurempi vaikutus, kun kyseessä on vakava mielenterveyshäiriö.		
Kipu ei vaikuttanut mielenterveyshäiriön alkamisen ikään		
Noin puolella välilevytyrä- potilaista oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö.		
Alle kymmenesosalla potilaista oli useita psykiatrisia häiriöitä.		
Pitkäaikaista masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai paniikkihäiriötä ei esiintynyt aineistossa.		
Vakava masennus oli yleisin, yleinen ahdistuneisuushäiriö toiseksi yleisin ja kolmanneksi yleisin oli epäspesifi ahdistuneisuushäiriö.		
Välilevytyräpotilailla ei esiintynyt muuta väestöä enempää vakavaa masennusta, pakko-oireista häiriötä, tiettyjä fobioita tai sosiaalista pelkoa.		
Kipu kaksinkertaisti riskiä mieliala- tai ahdistushäiriöön kolmen vuoden seurannan aikana verrattuna kivuttomiin.		
Noin kolmasosa epäspesifistä selkäkivusta kärsivä täytti ainakin yhden Axis I -häiriön diagnostiset kriteerit.		
Persoonallisuushäiriötä lukuun ottamatta perusväestöön verrattuna kipupotilailla esiintyi merkittävästi useammin jokin mielenterveydenhäiriö.		
Kipu vaikutti samankaltaisesti eri masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöihin		
Mielialahäiriön riskiä lisäsi naissukupuoli, leskeys, unettomuus ja kokemus voimakkaasta kivusta.		

Sekä ahdistus että masennus vaikuttivat kivun asteen kokemuksen vaihtelevuuteen neljännesosassa tapauksia.	Mielenterveyden yhteys kipuun	
Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö yhdessä aiheuttivat kovimman kivun tuntemuksen.		
Samanaikaisesti mielialahäiriöistä kärsivät ilmoittivat voimakkaammasta kivusta, heillä oli useampia kipukohtia, alhaisempi toimintakyky ja toistuvia unihäiriöitä.		
Kivun asteen ja ahdistuksen välinen yhteys oli kohtalainen.	Kipuun liittyvät tekijät ja ahdistus	Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveys
Kivun kesto vaikutti ahdistukseen.		
Kivun laajuus ja pitkittyneisyys vaikuttavat suuresti siihen, kuinka vakava ahdistuneisuushäiriö on.	Kipuun liittyvät tekijät ja masennus	
Kivun kesto vaikutti masennukseen.		
Kivun ollessa voimakkaimmillaan ne, jotka pidättivät vihan tunteitaan, tunsivat masennuksen fyysisemmin.		
Alentunut toimintakyky migreenipotilailla johti vaikeampaan masennukseen ja hyvinvoinnin alentumiseen.		
Pitkittyneen kivun tekijät ovat yhteydessä masennuksen vakavuuteen yleisesti		
Tämänhetkisen kivun suuruudella oli merkittävä yhteys viimeaikaiseen mielenterveyshäiriöön.	Kipuun liittyvät tekijät ja mielenterveyshäiriö	
Kivun sijainnilla ei pääosin ole yhteyttä masentuneisuus- tai ahdistuneisuushäiriöön.		
Kipukohtien lukuisuus vaikuttaa merkittävästi mielenterveyshäiriön olemassaoloon pitkäaikaisseurannassa		

Pitkittänyt kipu, päivittäinen kipulääkitys ja kivun suuruus ennustivat vahvasti masentuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä.		
Pahimpiin itsemurha-ajatuksiin vaikutti kohtalaisesti kivun voimakkuus, ahdistus, masennus, kivun katastrofointi ja henkinen kukistuminen.		
Itsemurha-ajatteluun ei vaikuttanut kivun kesto, resilienssi tai toivottomuus merkittävästi.		
Kivun suuruus sekä mielialahäiriöt ovat merkittäviä riskitekijöitä itsemurha-aikomuksille.		
Ahdistus lisääntyi koulutustason ollessa matalampi.	Yksilölliset tekijät ja ahdistus	Yksilölliset tekijät ja mielenterveys
Välttämiskäyttäytyminen lisäsi ahdistusta ja masennusta.		
Välttämiskäyttäytyminen lisäsi ahdistusta ja masennusta.	Yksilölliset tekijät ja masennus	
Masennus vaikeutti kivun hyväksyntää ja vähensi arvoihin perustuvaa toimintaa.		
Alhainen kivun hyväksyntä oli yhteydessä niin klinikon toteamaan masennukseen kuin itse raportoituun masennukseen.		
Kivun, psykologisten tekijöiden ja itsemurha-ajattelun välillä ei ollut merkittävää yhteyttä.	Yksilöllisten tekijöiden yhteys mielenterveyteen	
Kivun lisäksi ahdistus, masennus tai kivun katastrofointi eivät lisänneet itsemurha-aikomuksia.		
Henkinen kukistuminen on suurin riskitekijä itsemurhalle verrattuna ahdistukseen, masennukseen tai kivun suuruuteen.		
Naissukupuoli ja alhainen koulutus sekä neurologiset ongelmat lisäsivät riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin välilevytyräpotilailla.		

Ikä, VAS-aste tai nikamasiirtymä eivät vaikuttaneet mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin.		
Suurimmassa osassa mielialahäiriö ilmaantui ensimmäistä kertaa.		
Mielialahäiriön ilmaantuminen kivun seurauksena ei välttämättä vaadi aikaisempaa mieliala- tai päihdehäiriötä.		
Kivun voimakkuudella/asteella oli yhteys masennustestissä fyysiseen ja somaattiseen toimintaan.	Kivun yhteys toimintakykyyn	Kipu, mielenterveys ja toimintakyky
Päänsäryn aiheuttama toimintakyvyttömyys oli vahvasti yhteydessä alhaiseen kivun hyväksyntään.		
Päänsäryn aiheuttama toimintakyvyttömyys oli kohtalaisesti yhteydessä vähentyneeseen arvoihin perustuvaan toimintaan.		
Yli puolella päivittäisistä toimista selviytyminen ei toteutunut.		
Sekä ahdistus että masennus vaikuttivat koetun toimintakyvyn haitan tason vaihtelevuuteen kahdessa viidesosassa tapauksia.	Mielenterveyden yhteys toimintakykyyn	
Masennus alensi toimintakykyä ja elämänlaatua migreenipotilailla.		
Ahdistuksen lisääntyminen oli yhteydessä masennuksen, kivun, toimintakyvyn haitan, sairauden keston ja monisairastavuuden lisääntymiseen.	Muut sairauteen liittyvät tekijät	
Masennus syveni kivun, toimintakyvyn haitan, taudin keston ja monisairastavuuden lisääntyessä.		
Masennuksen ja monisairastavuuden välillä oli kohtalainen yhteys.		
Kolmeneljäsosaa potilaista kärsii kivun aiheuttamista univaikeuksista. Lähes 90 % käyttää kipulääkitystä.		