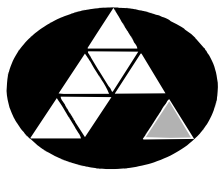


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Suvi Siidorow
Maija-Kaisa Tiainen

MIELENTERVEYSPOTILAAN KIVUN ARVIOINNIN HAASTEET
Haastattelututkimus sairaanhoitajille

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät

Suvi Siidorow, Maija-Kaisa Tiainen

Nimeke

Mielenterveyspotilaan kivun arvioinnin haasteet - haastattelututkimus sairaanhoitajille

Tiivistelmä

Mielenterveyspotilailla esiintyy paljon kipua. Kivun tunnistaminen on haastavaa, sillä useisiin mielenterveyden häiriöihin kuuluu kipuoireilua. Kipu on aina subjektiivinen kokemus ja sen arviointiin vaikuttavat hoitajan ulkoiset sekä sisäiset tekijät.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista. Tutkimus tehtiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla viideltä vapaaehtoiselta sairaanhoitajalta, jotka työskentelevät mielenterveyspuolella. Haastattelut toteutettiin tammikuussa 2012. Tutkimusaineiston analyysissä menetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimustulokset esitetään tutkimustehtävien mukaisesti.

Opinnäytetyön tulosten mukaan mielenterveyspotilaan kivun arviointi koetaan aliarvioituksi. Haasteita tutkimuksen mukaan esiintyy etenkin hoitajien asennoitumisessa mielenterveyspotilaan kivun arviointiin, hoitajien tiedoissa kivusta ja sen hoidosta sekä työyhteisön suhtautumisessa mielenterveyspotilaan hoitoon. Myös lisäkoulutuksen tarve mielenterveyden ja kivun yhteydestä nousi vahvasti esille haastatteluissa.

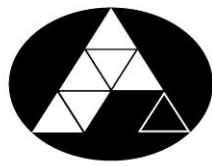
Opinnäytetyö tuo esiin mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnin haasteita ja ongelmakohtia. Opinnäytetyössä kävi ilmi, että tutkimustietoa mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnista on vähän. Jatkotutkimuksena opinnäytetyöstä voitaisiin selvittää, mitä kipumittareita voitaisiin käyttää mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa.

Kieli
suomi

Sivuja 45
Liitteet 2
Liitesivumäärä 2

Asiasanat

mielenterveyspotilaan hoitotyö, mielenterveyspotilaan kivun arviointi, kivun arvioinnin haasteet



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
April 2012
Degree Programme in Nursing
Tikkariinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 6600

Authors

Suvi Siidorow, Maija-Kaisa Tiainen

Title

Challenges in Pain Evaluation with Psychiatric Patients – Interview Survey for Nurses

Abstract

Pain is a common symptom among psychiatric patients. Pain is challenging to recognize because it is involved with many mental illnesses. Pain is always a subjective experience. Pain evaluation is affected by the nurse's internal and external factors.

The aim of this study was to describe nurses' experiences of pain evaluation with psychiatric patients. The study was qualitative by nature. Data for this study was collected by thematic interviews. Five psychiatric nurses volunteered for the interview. The nurses were interviewed in January 2012. The material was analysed using inductive content analysis. The results of this study are represented according to the research tasks.

This study indicates that pain evaluation with psychiatric patients is experienced as being underestimated. These results suggest that challenges occur especially in nurses' attitudes toward pain evaluation with psychiatric patients, nurses' knowledge about pain and treatment of pain and also in the work community's attitudes toward psychiatric patients' care. Interviews also showed that more education about the relation between mental health and pain is needed.

The study reveals challenges and problems in pain evaluation with psychiatric patients. In this study, it was discovered that there are only few studies on pain evaluation with psychiatric patients. As a follow-up research it could be examined what pain indicators are suitable for mental health care.

Language
Finnish

Pages 45
Appendices 2
Pages of Appendices 2

Keywords

psychiatric patient's nursing, pain evaluation with psychiatric patient, challenges in pain evaluation

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kipu ja mielenterveys	6
2.1	Mitä kipu on	6
2.2	Kivun anatomia	7
2.3	Kipukokemus ja -käyttäytyminen	8
2.4	Kivun arvioinnin keinot	9
2.4.1	Kivun mittaaminen	9
2.4.2	Kipumittarit	10
2.5	Mielenterveyshäiriöt ja kipu	12
2.5.1	Mielenterveyden ja kivun vaikutus toisiinsa	12
2.5.2	Mielenterveyden häiriöitä	13
2.5.3	Masennus ja kipu	15
2.6	Tutkimus mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista	16
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	19
4	Aineisto ja menetelmät	20
4.1	Tutkimusmenetelmä	20
4.2	Tiedonantajat	21
4.3	Tutkimusaineiston kerääminen	22
4.4	Aineiston käsittely ja analyysi	24
5	Tutkimuksen tulokset	25
5.1	Yleistä tutkimuksen tuloksista	25
5.2	Sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin valmiuksistaan	26
5.2.1	Teoriatietoa sovelletaan mielenterveystyössä	26
5.2.2	Käytännön kokemus tuo varmuutta kivun arviointiin	27
5.2.3	Sairaanhoitajan persoona vaikuttaa mielenterveyspotilaan hoitoon ..	27
5.2.4	Ympäristö vaikuttaa kivun arviointiin	28
5.3	Sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin keinoista	30
5.3.1	Havainnointi kivun arvioinnin keinona	30
5.3.2	Kipua mitataan erilaisin menetelmin	32
5.4	Sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin resursseista	33
5.4.1	Sairaanhoitajien keskinäinen kommunikointi ja kollegiaalisuus	33
5.4.2	Sairaanhoitajien koulutukseen kaivataan lisää opetusta kivusta	34
6	Pohdinta	35
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	35
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	37
6.3	Tutkimuksen eettisyys	39
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	41
6.5	Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	42
	Lähteet	44

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelun runko

Liite 2 Esimerkki tutkimusaineiston analyysistä

1 Johdanto

Kipu on epämiellyttävä tuntemus, joka on aina subjektiivinen. Kipu-sanalla on monia merkityksiä, mutta useimmiten sitä käytetään kuvaamaan kokemusta, aistimusta, kivun tunnetta tai elämystä. Sana voidaan ajatella myös patologisena tilana, jolloin kipu on sairaus ja sen taustalla on esimerkiksi toimintahäiriö hermojärjestelmässä. Kivulla kuvataan myös emootiota eli tunnetta, johon liittyy psyykkistä hätää ja kärsimystä. (Estlander 2002, 9 -12.)

Kipu on yleisin yksittäinen syy lääkärin vastaanotolle hakeutumiseen. Suomessa lääkäriin hakeudutaan jopa neljä miljoonaa kertaa vuodessa kivun vuoksi. Kipu kuormittaa ihmistä henkisesti, mutta toisaalta myös yhteiskuntaa taloudellisesti. Monella työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä tärkein työkykyä heikentävä oire on kipu. Ongelmalliset kipupotilaat kuormittavat terveyspalveluja, sillä heitä tutkitaan usealla eri erikoisalalla. (Haanpää & Soinila 2007, 239.)

Mielenterveyspotilaiden terveysongelmat, kuten päänsärky, hammassärky ja muut kiputilat, jäävät usein huomiotta. Tämä johtuu yleensä siitä, että hoitohenkilökunta ei kykene kuvittelemaan potilaiden harhojen, psykoottisuuden tai ahdistuksen johtuvan fyysisistä syistä. Kivun arvioinnin mittareita on kehitetty helpottamaan oikean kipulääkityksen valitsemista. Nämä mittarit vaativat kuitenkin potilaan aktiivista osallistumista. Tämä puolestaan voi osoittautua lähes mahdollottomaksi mielenterveyspuolella. (Daniels 2007, 26.)

Mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on normaalia väestöä suurempi riski fyysiseen sairastavuuteen ja lyhyempi elinajanodote. Syitä näille ovat itse mielenterveyden häiriö, terveyspalveluiden hajanaisuus, elämäntavat, kuten tupakoiminen ja vähäinen liikunta, sekä psyykelaakkeiden käyttö. Tämän vuoksi sairaanhoitajilla on tärkeä rooli fyysisen terveyden tarkkailemisessa ja terveellisten elämäntapojen edistämässä. (Gray & Robson 2006, 457.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnin haasteita haastatteleamalla sairaanhoitajia. Kivun arviointia ja sen haasteita on tutkittu vähän mielenterveyden hoitotyössä vaikka aihe on tärkeä. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla kolmea sairaanhoitajaa ja kahta sairaanhoitajaopiskelijaa Itä-Suomen ja Kymenlaakson alueelta. Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällön analyysiä.

2 Kipu ja mielenterveys

2.1 Mitä kipu on

Kivun käsite on monitahoinen ja laaja. Kipu kokemuksena on jokaiselle tuttu, mutta kokemus siitä on aina yksilöllinen. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi emotionaaliseksi tai sensoriseksi kokemukseksi, jonka taustalla on mahdollinen tai selvä kudonvaurio tai jota kuvaillaan samalla tavalla. (Kalso & Vainio 2002, 18, 94.) Kipu-sanalla on monia merkityksiä, mutta useimmiten sitä käytetään kuvaamaan kokemusta, aistimusta, kivun tunnetta tai elämystä. Sana voidaan ajatella myös patologisena tilana, jolloin kipu on sairaus ja sen taustalla on esimerkiksi toimintahäiriö hermojärjestelmässä. Kivulla kuvataan myös emootiota eli tunnetta, johon liittyy psyykkistä hätää ja kärsimystä. (Estlander 2003, 9 - 11.) Kipua pyritään välttämään ja siitä yritetään päästä eroon. Toisaalta kivulla on tärkeä merkitys ihmisten selviytymisessä. Kipuaistimus ohjaa toimimaan niin, ettei elimistö vahingoitu. Kivun ansiosta vaaraan kiinnitetään huomio ja siihen reagoidaan, jottei lisävahinkoja synny. (Granström 2010, 9 - 10.)

Kipu jaotellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutille kivulle löytyy usein selvä syy, ja sen ensisijainen merkitys on elimistön suojaaminen. Akuutti kipu viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Esimerkkejä akuutista kivusta ovat toimenpiteen jälkitilaan liittyvät kivut sekä äkilliseen ku-

dosvaurioon liittyvät kivut. (Estlander 2003, 16.) Akuutti kipu estää myös lisävaurioiden syntymisen väistöheijasteen avulla (Kalso & Vainio 2002, 86).

Krooninen kipu erotetaan akuutista kivusta määrittelemällä kivun kesto. Yleisimmin kivun kestäessä yli kolme kuukautta tai pitempään kuin odotettu kudoksen paranemisaika, on aihetta puhua kroonisesta kivusta. Määritelmät kudoksen normaalista paranemisajasta ovat kiistanalaisia, joten tämän perusteella täsmällisten aikarajojen asettaminen krooniselle kivulle on haasteellista. (Estlander 2003, 17-18.) Kroonisesta kivusta voidaan puhua myös, kun kipujärjestelmän ärsytystila jatkuu kudoksen parantumisen jälkeen. Aina krooninen kipu ei kuitenkaan ole jatkoa akuutille kivulle, vaan sen aiheuttavat muutokset ääreis- ja keskushermoston alueella. (Achte & Vainio 1996, 112 - 113.) Kroonisen kivun hoitoon ei ole löydetty tehokasta hoitomuotoa, vaikka se aiheuttaa ihmiselle paljon haittaa ja kärsimystä (Granström 2005, 3373).

2.2 Kivun anatomia

Kun ruumiiseen kohdistuu sellainen ärsyke, joka aiheuttaa kudonsvaurioita, aktivoituvat nosiseptorit. Nosiseptorit ovat hermopäätteitä, jotka ovat erikoistuneet kivun aistimiseen. Ärsykkeen tulee ylittää tietty raja, jotta nosiseptorit aktivoituvat. Nosiseptoreista lähtee sekä myeliinitupellisia että myeliinitupettomia hermosäikeitä. Kummallakin hermosäie-tyypillä on omat ärsykkeensä, joihin ne reagoivat. Hermosäikeet kulkevat selkäytimen takajuurten kautta ja päättyvät selkäytimen takasarveen. (Achte & Vainio 1996, 112 - 113.) Hermosto liittävät hermoimpulssin selkäytimessä neuroneihin eli hermosoluihin. Neuronit johtavat impulssit aivoihin, jossa ne kulkeutuvat joko talamukseen tai aivorunkoon. Aivorunkoon kulkeutuvat kipuiimpulssit aktivoivat etenkin aivoverkostoa. Talamuksesta impulssit johtavat isoavokuorelle, jossa kipuaistimus todennäköisesti havaitaan. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2000, 105 - 106.)

Tavallisimmin kipua määriteltäessä puhutaan nosiseptisestä kivusta, joka aiheutuu kipureseptoreja aktivoivista ärsykkeistä. Nosiseptinen kipu jaetaan edelleen somaattiseen kipuun ja viskeraaliseen kipuun. Somaattisella kivulla tarkoitetaan paitsi pintakipua, joka liittyy ihoon, myös syväkipua, joka on lähtöisin luista, ni-

velistä, sidekudoksista tai luustolihaksista. Viskeraalisella kivulla tarkoitetaan sisäelinkipua. (Bjålie ym. 2000, 105.)

Nosiseptiivisen kivun eli kudosaauriokivun lisäksi puhutaan hermovauriokivusta, josta usein käytetään myös nimitystä neuropaattinen kipu. Tällaisessa tilanteessa vika on hermojärjestelmässä, jossa hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan sellaisiin ärsykkeisiin, jotka eivät normaalisti aiheuta kipua. Neuropaattista kipua luonnehditaan usein pistelyksi, polttavaksi tunteeksi tai puutuneisuudeksi kipualueella. Myös tuntohäiriöt ovat tavallisia. (Kalso & Vainio 2002, 97-99.)

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan sellaista kipua, johon ei pystytä toteamaan selittävää kudosa- tai hermovauriota. Tällaisen kipupotilasryhmän muodostavat ne henkilöt, joilla on erilaisia käyttäytymistä kuvaavia diagnooseja. Kivun taustalla voi siis olla esimerkiksi masennus, persoonallisuushäiriö, deluusiohäiriö tai neuroottisia oireita. Idiopaattisen kivun yhteydessä puhutaan usein somatoformisista häiriöistä, joiden yhtenä alalajina pidetään kipuhäiriötä. Tämä tarkoittaa suurin piirtein samaa kuin idiopaattinen kipu. (Kalso & Vainio 2002, 97 - 99.)

2.3 Kipukokemus ja -käyttäytyminen

Kipu on subjektiivinen kokemus, ja sen takia kivun tulkitseminen on aina yksilöllistä. Toisille kipu ja särky merkitsevät samaa asiaa, kun taas ilmaisut sietämättömän kipu ja pahin kuviteltavissa oleva kipu merkitsevät eri ihmisille eri asioita. Kipua voidaan ilmaista paitsi kielellisesti myös ilmeillä ja eleillä. Kipukäyttäytymistä eli kivun ilmentämistä on se, mitä ihminen sanoo tai ilmaisee kivun olevan. Kivun ilmaisuun vaikuttavat suuresti yhteiskunta, kulttuuri, sosiaaliset säännöt ja normit sekä yksilön henkilökohtainen elämänselitys. (Estlander 2003, 12 - 14.) Lisäksi kivun ilmaisuun vaikuttaa esimerkiksi se, missä ja kenen kanssa kivun kokija on sekä mistä kipu johtuu (Lindfors 2006, 15). Tavallisimmin kipua kuvaillaan oireilla, valittamalla, huokailemalla, irvistämällä, voivottamalla, ontumalla, asennonvaihoilla tai särkylääkettä ottamalla. Usein ihmiset kuitenkin tarkoittavat samoilla sanoilla eri asioita. (Estlander 2003, 12 - 14.)

Mielellä on suuri vaikutus siihen, miten kipu koetaan. Etenkin aikaisemmat kipukokemukset ja -muistot vaikuttavat yksilön kivun kokemiseen. (Granström 2010, 29.) Mieli osallistuu myös kivun määrän säätelyyn. Kipu voi lisääntyä, kun yksilö on ahdistunut tai peloissaan. Toisaalta vaikeasti sairas voi tuntea olevansa täysin kivuton. (Heikkilä 2009, 77.)

2.4 Kivun arvioinnin keinot

2.4.1 Kivun mittaaminen

Kipu on kokemus, jota on vaikea määritellä objektiivisten mittareiden puutteen vuoksi ja sitä arvioidaan usein yksilön itseilmaisun kautta (Reigstad, Jorgensen & Wichstrom 2006, 185). Kivun arvioiminen ja mittaaminen on tärkeää sekä tutkimustyölle että kliinisen hoitovasteen saamiselle. Käytetyimpiä menetelmiä ovat erilaiset kipuasteikot, joiden tarkoituksena on selvittää lähinnä kivun voimakkuutta. Kivun arvioinnissa käytetään myös kipusanastoja, jotka antavat viitteitä kivun emotionaalisesta ja affektiivisestä puolesta sekä kiputilan patofysiologiasta. (Estlander 2003, 131.) Tärkeää kivun arvioinnissa on myös määritellä, minkä kivun voimakkuutta mitataan: lepokivun, liikekivun, keskimääräisen kivun vai vuorokauden voimakkaimman kivun (Kalso & Vainio 2002, 214). Hoitajien täytyisi pidättäytyä perustelemasta kivun arviointia henkilökohtaisten uskomusten ja käsitysten perusteella. Täsmälliset tiedot ja menetelmät kivun arvioinnista ja hoidosta ovat olennaisia kliinisen hoitotyön käytäntöön, sillä ne vaikuttavat suoraan hoidon tuloksiin. (Al-Shaer, Anderson & Hill 2011, 11.)

Al-Shaer ym. (2011, 7 - 11) tuovat tutkimuksessaan esille kivun arvioinnin ja tietämyksen kivusta olevan hoitotyön käytännön perusteita sekä olennaisia osia tehokkaassa kivun hoidossa. Heidän tutkimuksessaan kävi ilmi, että merkittävin este tehokkaalle kivun hoidolle on hoitajien luottaminen omaan subjektiiviseen arvioonsa. Jotta potilaiden kipua voitaisiin hoitaa kunnolla, hoitajien täytyy luot-

taa potilaiden kertomukseen, vaikka se ei olisi yhteneväinen potilaan non-verbaalisen viestinnän tai hoitajan henkilökohtaisten uskomusten kanssa.

2.4.2 Kipumittarit

Yleisin käytössä oleva kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale). Se on vaakasuora jana, jonka vasen ääripää kuvastaa tilannetta, jossa potilas ei koe lainkaan kipua. Oikea ääripää kuvastaa tilannetta, jossa kipua on pahin mahdollinen. Potilas asettaa janan leikkaavan pystyviivan siihen kohtaan, jonka arvioi kuvastavan parhaiten kipunsa voimakkuutta. Janasta on muokattu erilaisia versioita, jotta ne vastaisivat mahdollisimman hyvin erilaisten kohderyhmien tarpeisiin. Esimerkiksi postoperatiivisessa tilanteessa on yksinkertaista ja helppoa käyttää punaista kipukiilaa, jossa asteikon muuttuminen punaisemmaksi kuvastaa voimakkaampaa kipua. Lapsille kivun mittaamiseen on kehitetty kasvoasteikko, jonka avulla lapsi voi havainnollistaa kipuaan valitsemalla viidestä erilaisesta ilmeestä parhaiten itselleen sopivan. (Kalso & Vainio 2002, 41.) Numeraalinen asteikko, NRS (numeral rating scale), on myös yleisesti käytetty kivunarvioinnin menetelmä. Siinä potilaalta kysytään kivun voimakkuutta asteikolla nolasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa, että kipua ei ole, ja kymmenen tarkoittaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. Näiden asteikkojen lisäksi on olemassa sanallisia asteikkoja, VRS (verbal rating scale), joissa kipua ja sen voimakkuutta kuvataan sanoin. Potilaalta voidaan kysyä esimerkiksi, onko kipu lievää, kohtalaista, voimakasta vai sietämätöntä. (Heinonen 2007.)

Suomessa yleisimmin käytetty sanallinen kipumittari on Ronald Melzackin vuonna 1975 kehittämään kipumittariin pohjautuva Heikki Ketovuoren muokkaama suomalainen versio vuodelta 1980. Mittarissa jokaiselle kipusanalle on määritetty numeerinen arvo, joka kuvastaa kivun voimakkuutta. Mittarista laskeaan niin sanottu kipuindeksi, joka saadaan laskemalla potilaan valitsemien kipusanojen numeeristen arvojen keskiarvo. Kipuindeksi kuvaa potilaan senhetkistä kivun voimakkuutta. Toisena merkittävänä tekijänä pidetään valittujen kipusanojen määrää. Kivun sanallista kuvailua käytetään useimmiten erottamaan akuutti kipu kroonisesta kivusta. Akuutista kivusta kärsivät potilaat kuvailevat kipuaan yleensä käyttäen sensorisia kipuluokkia, kuten terävä paine, puutumi-

nen ja kuumotus. Kroonisesta kivusta kärsivät puolestaan kuvailevat kipuaan affektiivisesti ärsyttävyyteen, pelkoon ja ahdistavuuteen liittyvillä sanoilla. Tällaisia sanoja ovat muun muassa kauhea, kiusallinen, karmiva ja tuskastuttava. (Kalso & Vainio 2002, 41 - 43.)

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös kipupiiirrosta, joka on käyttökelpoinen kivun sijainnin paikantamisessa. Siinä potilas merkitsee piirrettyyn ihmishahmoon omat kipualueensa ja kuvailee erilaisin merkein kivun luonnetta. Kipupiiirroksen validiteetti potilaan psyykkisen reagoinnin mittarina on kuitenkin edelleen kyseenalainen seikka. Erikoisesti täytetystä piirroksesta ei pidä tehdä suoria, yksiselitteisiä johtopäätöksiä ilman potilaan haastattelua. (Estlander 2003, 133 - 135.)

Kivun arvioinnissa käytetään toisinaan erilaisia kyselyjä, joiden tarkoituksena on selvittää kivun subjektiivista häiriötä sekä kartoittaa toimintakykyä. Kyselyt sisältävät kysymyksiä potilaan suoriutumisesta erilaisissa tehtävissä sekä kivun vaikutuksesta suoriutumiseen. Kysymykset ovat hyvin monipuolisia ja aihealueet laajoja liittyen yleisimmin liikkumiseen, fyysiseen rasitukseen, istumiseen, sosiaaliseen elämään, keskittymiseen, matkustamiseen ja sukupuolielämään. Tällaisia kyselyjä on kehitetty eri potilasryhmille, ja erityisesti ne ovat käytössä niska- ja selkäkipupotilailla sekä päänsärkypotilailla. (Estlander 2003, 135.) Yhtenä kivunarvioinnin muotona on vielä kipupäiväkirja, jota käytetään, kun halutaan saada luotettavaa tietoa pitkältä aikaväliltä. Mittarina kipupäiväkirja on luotettava ja antaa rakenteen seurannalle, mutta sen käytön tulisi olla harkittua ja perusteltua, sillä usein jatkuva kivun arviointi lisää elämän keskittymistä kivun ympärille. (Kalso & Vainio 2002, 214.)

PAINAD-mittari (The Pain Assessment in Advanced Dementia scale) on Wardenin, Hurleyn ja Volicerin vuonna 2002 kehittämä kivunarvioinnin mittari pitkälle edennyttä dementiaa sairastaville. Mittarin avulla kipua arvioidaan käyttäytymisen perusteella. PAINAD-asteikko sisältää viisi osiota, jotka ovat ääntely, hengitys, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Jokainen näistä osioista pisteytetään pistein nollasta kahteen. Maksimissaan kokonaispistemäärä on siis

kymmenen. Mitä enemmän pisteitä kertyy, sitä kivuliaampi potilaan oletetaan olevan. (Salanterä 2006, 39 - 40.)

2.5 Mielen terveyshäiriöt ja kipu

2.5.1 Mielen terveyden ja kivun vaikutus toisiinsa

Descartes loi 1600-luvulla dualistisen ihmiskäsityksen, jonka mukaan mieli ja ruumis ovat erillisiä, mutta kommunikoivat jotenkin keskenään. Tämän ajatusmallin mukaisesti kipu on joko elimellistä tai mielen tuottamaa. Vasta viime vuosikymmenten aikana kivuntutkimukset ovat alkaneet muuttaa näitä käsityksiä, kun mielen ja ruumiin todellinen vuorovaikutus on alkanut selvitä. Nykyisin käytetään paljon termiä biopsykososiaalinen, joka tarkoittaa viitekehystä, jossa otetaan huomioon ihmisen biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä näiden vuorovaikutus. (Estlander 2003, 33 - 35.) Etenkin kroonisen kipuoireyhtymän säätelyssä tärkeitä vaikuttajia ovat psykososiaaliset tekijät, kuten yksilön kokemukset ja ihmissuhteet, sekä sosiaalis-taloudellinen järjestelmä. Biopsykososiaalisella ajattelumallilla pyritään huomioimaan erilaiset vaikuttimet kivun kokemisessa. (Estlander & Vainio 2002, 101.)

Mielen terveydellinen sairaus ei sulje pois vakavan ruumiillisen sairauden puhkeamista. Mielen terveydellisiin sairauksiin kuuluvat mielen ja kehon toiminnan muutokset sekä poikkeava terveystyöskäyttö, joka osaltaan toimii riskitekijänä ruumiillisen sairauden syntymiselle. Kipu ja mielen häiriöt voivat aiheuttaa ihmiselle ikävän noidankehän ilman asiamukaista hoitoa. Potilaan kipua on vaikea hoitaa, jos mielen terveyshäiriötä ei saada samanaikaisesti hoidettua. Toisaalta mielen terveydellisten ongelmien hoito on mahdotonta, jos potilaan kipua ei saada lievitettyä. (Vainio 2002, 298.)

Mielen terveyden ja muiden terveysongelmien välistä riippuvuutta ei ole ymmärretty riittävästi, minkä seurauksena mielen terveyshäiriöiden kuormittavuutta on aliarvioitu. Koska näiden väliset riippuvuussuhteet ovat moninaisia, terveyttä ei voida käsittää ilman mielen terveyden huomioonottamista. Mielen terveyden häi-

riöt lisäävät riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin ja ovat lisäksi osallisina harkituissa ja tapaturmaisissa loukkaantumisissa. Vastavuoroisesti monet terveysongelmat lisäävät riskiä sairastua mielenterveyshäiriöihin. Liitännäissairaudet myös hankaloittavat hoitoon hakeutumista, diagnoosin tekemistä ja hoitoa sekä vaikuttavat potilaan ennusteeseen. Mielenterveyspotilaiden hoidonlaatu tarvitsee parantamista, sillä heille ei tarjota riittävästi terveystalvveluja mielenterveyden ja fyysisten sairauksien hoitoon. (Maj, Maselko, Patel, Phillips, Prince, Rahman & Saxena 2007, 1/859.)

Psykiatrisessa sairastavuudessa krooninen kipu liitetään useiden mielenterveyshäiriöiden oireisiin. Mielenterveyshäiriöiden yhteydessä myös monihäiriöisyys on hyvin yleistä. Perusoireena pitkäaikaisessa kipuoireyhtymässä on vaikea ja sitkeä kipu, joka aiheuttaa kärsimystä. Kivulle ei pystytä löytämään sellaista fysiologista sairautta tai vammaa, joka selittäisi täysin kivun luonteen. Psykososiaaliset ongelmat ja tunne-elämän vaikeudet ovat usein liittyneitä kipuun, minkä seurauksena on tuen ja huomion hakeminen sekä läheisiltä että hoitohenkilökunnalta. Kipuoireyhtymän liitännäissairauksina ovat tavallisesti persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuus- ja mielialahäiriö sekä päihteiden väärinkäyttö. (Joukamaa 2011, 293 - 294.)

2.5.2 Mielenterveyden häiriöitä

Paniikkihäiriö on mielenterveyden häiriö, johon liittyy toistuvia ja voimakkaita ahdistustiloja eli paniikkikohtauksia. Paniikkikohtauksia voi esiintyä myös liittyneenä muihin ahdistuneisuushäiriöihin. Erilaisia kognitiivisia ja somaattisia oireita kohtauksien yhteydessä esiintyy. Tällaisia oireita ovat muun muassa hengenahdistus, sydämentykytys, rintatuntemukset, pahoinvointi, keskittymisvaikeudet ja muistikatkokset. (Isometsä 2011, 218 - 221.) Mielenkiintoinen ja tärkeä tutkimustulos on se, että paniikkihäiriötä esiintyy enemmän niillä henkilöillä, joilla on lääketieteellisesti todettu koronaaritauti. Onkin siis erityisen tärkeää huomioida rintakipuisen potilaan somaattisen taudin lisäksi myös henkinen puoli ja mielenterveydelliset häiriöt. (Vainio 2002, 298 - 302).

Yleistyneellä ahdistuneisuushäiriöllä tarkoitetaan pitkäkestoista ahdistuneisuushäiriötä, jossa tyypillisinä oireina ovat useat somaattiset oireet, ahdistuneisuus sekä liiallinen huolehtiminen esimerkiksi taloudellisesta tai terveydellisestä tilasta. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on usein liittynään muihin ahdistuneisuushäiriöihin sekä masennukseen. Autonomisen hermoston oireet ovat usein syynä hoitoon hakeutumiselle. Tällaisia oireita ovat muun muassa sydämen tykytys, hikoilu ja vapina. Somaattisten oireiden runsaus ja muut samanaikaiset oireet viivyttävät usein asianmukaisen hoidon saamista. Yleisimpiä somaattisia oireita ovat pahoinvointi, vatsakivut, rintakivut, huimauksen tunne, ihon puuttuminen, lihaskivut ja univaikeudet. (Koponen 2011, 244 - 247.)

Somatoforminen häiriö on yleisnimitys tilanteille, joissa fyysisten oireiden perusteella on syytä epäillä somaattista sairautta. Oireiden olemassaoloa selittävää somaattista sairautta ei kuitenkaan löydy eikä oireiden aiheuttajana ole myöskään lääkeaine tai psyykkinen häiriö. (Vainio 2002, 100.) Somatoformisiin häiriöihin lasketaan kuuluvaksi somatisaatiohäiriö, kipuhäiriö, konversiohäiriö, hypokondria, dysmorfinen häiriö sekä tarkempi määrittelemätön somatoforminen häiriö.

Somatisaatiohäiriössä potilaalla ilmenee toistuvia fyysisiä oireita, joille ei kuitenkaan pystytä löytämään lääketieteellistä selitystä. Oireet, joita somatisoivilla potilailla yleisimmin esiintyy, ovat pahoinvointi, vatsakipu, raajojen särky, hengenahdistus sekä polte genitaalialueella. (Vainio 2002, 306.) Somatisaatiohäiriöön liittyy ainakin kahdessa eri elinjärjestelmässä esiintyviä somaattisia oireita. Oireita tulee esiintyä samanaikaisesti vähintään kuusi jossakin taudin vaiheessa. Somatisaatiohäiriön yhteydessä ilmenee monesti muita mielenterveyden häiriöitä kuten masennusta ja paniikkihäiriötä. (Joukamaa 2011, 284 - 285.)

Hypokondrialla tarkoitetaan sairauden pelkoa, ja joissakin yhteyksissä näkee käytettävän termiä luulosairaus. Hypokondrinen potilas on täysin vakuuttunut siitä, että hän kärsii jostakin vaikeasta fyysisestä sairaudesta, esimerkiksi syövästä tai sydänsairaudesta, vaikka sairauden olemassaolo on poissuljettu lääketieteellisin kokein. (Vainio 2002, 306.) Hypokondrisuus voi ilmentyä itsenäisenä sairautena tai toisen mielenterveyshäiriön yhteydessä. Diagnoosin perustana

on potilaan vähintään kuusi kuukautta kestänyt pelko siitä, että hän sairastaa yhtä tai useampaa fyysistä sairautta. (Joukamaa 2011, 289.)

Konversiohäiriössä potilas kärsii vakavista somaattisista toimintahäiriöistä, joita ovat esimerkiksi kouristukset, halvaukset ja sokeutumiskohtaukset. Häiriöön liittyy tyypillisenä piirteenä myös yli puoli vuotta kestävä kipu, joka esiintyy missä tahansa kehon osassa. Kipu on intensiivistä ja vaivaa koko valveillaoloajan, mutta ei kuitenkaan häiritse yöunta. Usein kivun sijainnilla on symbolinen merkitys, ja onkin havaittu, että tunne-elämän ristiriidoilla on oireita provosoiva vaikutus. Potilas ei kuitenkaan yleensä suostu hyväksymään psykologisia selityksiä oireille ja sairaudelle. Konversio-oireyhtymää pidetään täysin tiedostamattomana, kun taas Mûnchhausenin oireyhtymä on osittain tiedostettu. Mûnchhausenin oireyhtymässä potilaalla on tiedostamaton tarve tulla hoidetuksi ja olla sairaan roolissa, mikä johtaa tietoiseen oireiden tuottamiseen. Myös deluusioissa eli harhaluuloissa esiintyy joskus kipuoireita. Kipu on tällöin pysyvästi samassa paikassa, ja sen alkaminen ja paheneminen ovat vahvasti yhteydessä muiden mielenterveydellisten ongelmien alkamiseen ja pahenemiseen. Potilaan oma kuvaus kivusta ja sen syystä on harhainen ja todellisuudelle vieras. (Vainio 2002, 306 - 307.)

2.5.3 Masennus ja kipu

Tutkimusten mukaan somaattisista syistä johtuva krooninen kipu on usein masennuksen lähtökohtana, ja toisaalta taas masennuksen oireena voi olla krooninen kipu. Näyttääkin siltä, että näillä kahdella on toisiaan vahvistava vaikutus. (Vainio 2002, 298.) Masennukseen liittyy usein kipuoireilua. Masennus voi jäädä fyysisten oireiden ja somaattisen sairauden varjoon. Masennus voi olla seurausta pitkittyneestä kivusta tai sairaudesta, mutta toisaalta somaattinen sairaus voi olla masennuksen aiheuttamaa. (Salokangas 1997, 139.) Fyysisen kivun on todettu vaikeuttavan masennuksen diagnosointia, sillä monet potilaat korostavat fyysisiä oireita ja jättävät psykososiaaliset ongelmat huomiotta. Monet ihmiset kokevat tunteiden ilmaisun vaikeana ja pitävät mielenterveyden häiriöitä häpeällisinä. Masennus saatetaan tästä syystä naamioda somaattisiksi ongelmiksi. (Arnstein, Caudill & Wells-Federman 2001, 238.) Masennuksella on tutkimuk-

sisä havaittu olevan yhteyksiä sekä diabeteksen että sydänsairauksien kanssa. Näin ollen masennusta tulisi tarkastella sairautena, jolla on vaikutuksia koko kehoon, ja täten hoidossa tulisi huomioida myös fyysiset oireilut. (Maj ym. 2007, 4-5/862 - 863.)

Masennus voi olla etiologinen tekijä, toisin sanoen taudin syy, somaattiselle sairaudelle, kuten sydänsairaudelle, epilepsialle ja aivohalvaukselle. Masennuksen hoidolla ja varhaisella puuttumisella on tärkeä merkitys sairauksien ehkäisemisessä. Lisäksi masennus voi vaikuttaa somaattisen sairauden kulkuun muun muassa diabeteksessa, sydänsairauksissa ja neurologisissa häiriöissä. Masennus heikentää ennustetta, sillä se vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen, heikentää fyysistä ja kognitiivista suorituskykyä sekä elämänlaatua, alentaa selviytymiskykyä ja lisää kuolleisuutta. Alustavat tutkimukset masennuksen hoidosta somaattisesti sairailta potilailla ovat rohkaisevia. Lisätutkimuksia kuitenkin tarvitaan vahvistamaan käsitystä siitä, että masennuksen hoito parantaa kokonaisvaltaista terveyttä. (Bremner, Carney, Charney, Coyne, Delong, Evans, Frasure-Smith, Glassman, Gold, Golden, Gorman, Grant, Gwyther, Ironson, Johnson, Kanner, Katon, Kaufmann, Keefe, Ketter, Krishnan, Laughren, Leserman, Lewis, Lysketsos, Nemeroff, McDonald, McEwen, Miller, Musselman, O'Connor, Petitto, Pollock, Robinson, Roose, Rowland, Sheline, Sheps, Simon, Spiegel, Stunkard, Sunderland, Tibbits & Valvo 2005, 181.)

2.6 Tutkimus mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista

Dewar, Langdeau, Mullet, Osborne ja Plummer (2009, 295 - 303) ovat julkaisseet tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää, miten psykiatriset sairaanhoitajat tekevät päätöksiä mielenterveyspotilaiden kivun hoidosta. Tutkimustulosten perusteella luotiin kaksi päätöksentekomallia, jotka ovat vaikuttamassa sairaanhoitajien arviointiin mielenterveyspotilaiden kivusta. Lisäksi näiden mallien mukaisesti hoitajat tekevät päätöksiä potilaan kivunhoidon linjauksista.

Vaikka tutkimuksessa käsitellään psykiatristen sairaanhoitajien päätöksen tekoa mielenterveyspotilaiden kivun hoidossa, julkaisusta nousee esiin useita haaste-

kohtia, jotka vaikuttavat mielenterveyspotilaan kivun arviointiin. Kivun arviointi ja hoito kulkevatkin tutkimuksessa rinnakkain.

Interpersoonallisten eli ihmisten välisten tekijöiden mukaan hoitajien vuorovai-
kutukset potilaiden ja toisten hoitajien kanssa vaikuttaa hoitajan päätökseen kivun-
hoidosta. Lisäksi hoitajan näkemys siitä, miten toiset tarkastelevat hänen käyt-
tämistään, vaikuttaa kivunhoidon päätöksiin. Hoitajat ovat huolestuneita te-
rapeuttisen hoitoympäristön luomisesta, mikä vaikuttaa potilaan paranemispro-
sessiin. Samaan aikaan he ovat huolestuneita itsensä esille tuomisesta luotet-
tavana ammattilaisena ja arvokkaana tiiminjäsenenä. Ihmisten väliset tekijät
sisältävät kivun oikeellisuuden määrittämisen, yksikön turvallisuuden, luotetta-
van ja tehokkaan vuorovaikutuksen sekä ulkoiset vaikutteet. (Dewar ym. 2009,
298.)

Hoitajien näkemys kivun oikeellisuudesta on avaintekijä kivun hoidon määrittä-
misessä. Heidän näkemyksensä muotoutuu vuorovaikutuksen kautta, johon
vaikuttavat keskustelut potilaan, toisten hoitajien ja muiden terveydenhuoltoalan
ammattilaisten kanssa. Kivun lähde vaikuttaa näkemykseen. Kun potilaan kipu
on peräisin todistettavasta lähteestä, esimerkiksi sairaudesta, kipua pidetään
oikeutettuna. Mikäli kivulle ei löydy fysiologista selitystä, hoitaja kohtaa ristirii-
tää, erityisesti jos potilaalla on riippuvuustilaa. Potilaan psykiatrinen diag-
noosi herättää myös kysymyksen kivun oikeellisuudesta. Esimerkiksi yksi per-
soonallisuushäiriön oireista on taipumus liioitteluun. Tällöin on helppoa ajatella,
ettei kipu ole niin suurta kuin potilas antaa ymmärtää. Tällaisissa tilanteissa po-
tilaan psykiatrinen diagnoosi vaikuttaa siihen, miten potilaan kipua käsitellään.
Myös keskusteleminen muiden hoitajien kanssa vaikuttaa siihen, miten aidoksi
potilaan kipu arvioidaan. (Dewar ym. 2009, 298 - 299.)

Psykiatrisen osaston yhteisten sääntöjen tuntemus rohkaisee potilaita vuorovai-
kutukseen sekä hoitajien että toisten potilaiden kanssa. Hoitajat ovat vastuussa
hyvän hoitoympäristön luomisesta, samaan aikaan kun heidän tulee tarkkailla
ympäristöä ja olla valmiina puuttumaan uhkaavaan tai häiritsevään käytökseen.
Häiriöiden mahdollisuus ja vastuu turvallisen hoitoympäristön varmistamisessa

vaikuttaa siihen, miten hoitajat käsittelevät potilaan ilmaisemaa kipua. (Dewar ym. 2009, 299.)

Myös hoitajien keskinäinen vuorovaikutus vaikuttaa siihen, miten potilaita tarkkaillaan ja kuinka heidän kipuaan hoidetaan. Kollegoiden reagointi potilaan kipuun vaikuttaa hoitajan päätökseen kivun lääkitsemisestä. (Dewar ym. 2009, 299.)

Ulkoisilla vaikuttimilla tarkoitetaan osaston sisäisiä paineita, jotka vaikuttavat hoitajien näkemykseen kivun hoidosta. Esimerkiksi osastolla, jossa hoidetaan paljon riippuvuustautaisia potilaita, on taipumus hoitaa kipu eri tavalla kuin osastolla, jossa hoidetaan somaattisia sairauksia. (Dewar ym. 2009, 299.)

Intrapersonallisilla tekijöillä tarkoitetaan yksilön sisäisiä vaikuttimia. Kun hoitaja kohtaa vaikean tilanteen, yksilön sisäiset tekijät vaikuttavat päätöksen tekoon, hoitajan näkemykseen kivusta ja hoidon valitsemiseen. Hoitajan itsetunto sekä näkemys ammatillisista rooleista ja henkilökohtaisista saavutuksista liittyvät siihen, miten hoitaja kokee potilaan arvostavan hoitoa ja hyötyvän hoidosta. Toisaalta nämä näkemykset voivat olla vaikuttamassa ongelmien pahenemiseen, etenkin riippuvuuden kehittymiseen. Yksilön sisäisiin tekijöihin kuuluvat henkilökohtaiset kokemukset ja uskomukset kivusta, huoli manipuloinnista, uskomukset riippuvuudesta sekä hoitajan roolin arvostuksesta. (Dewar ym. 2009, 300.)

Hoitajan henkilökohtaiset kokemukset kivusta vaikuttavat siihen, miten hoitaja lähtee selvittämään kivun syitä sekä etsimään potilaalle tukea ja hoitoa. Toisaalta hoitajan aikaisemmat kipukokemukset voivat johtaa ennakkoluuloihin kivun sietokyvystä sen sijaan, että kipukynnystä pidettäisiin yksilöllisenä kokemuksena. Uskomukset kivusta vaikuttavat kivun arviointiin ja hoitoon. (Dewar ym. 2009, 300.)

Potilaat voivat yrittää painostaa hoitajia lääkitsemiseen, mikä voi laukaista hoitajissa pelon manipuloinnista. Tunne manipuloinnista uhkaa hoitajien itseluottamusta, jolloin hoitajat eivät enää koe tarjonneensa hyvää hoitoa ja apua. Tämä

puolestaan vaikuttaa siihen, miten hoitajat näkevät itsensä hoitotyön ammattilaisina. (Dewar ym. 2009, 300.)

Ajatukset riippuvuudesta vaikuttavat hoitajien päätöksiin kipulääkkeen antamisesta. Jotkut hoitajat pelkäävät, että he pahentavat potilaan riippuvuutta. Toivo ja usko väärinkäyttäjän paranemiseen ovat tärkeässä roolissa kipua arvioitaessa. Päätöksenteko on erityisen vaikeaa silloin, kun potilas on juuri päässyt irti riippuvuudestaan. Tällöin hoitaja pelkää, että kipulääkitys aiheuttaa retkahtamisen. (Dewar ym. 2009, 300.)

Päätöksentekoon kivun hoidossa vaikuttavat usein hoitajien uskomukset hoitajan roolin arvostuksesta. Hoitajat odottavat tunnustusta ja arvostusta annetusta hoidosta. Tulokseton hoito kerta toisensa jälkeen on haastavaa. Mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelevät hoitajat eivät usein saa samanlaista tunnustusta kuin kliinisemmissä hoitoympäristöissä työskentelevät. Mielenterveydellisten sairauksien luonne voi rajoittaa potilaiden kykyä sosiaaliselle kanssakäymiselle, mikä vaikuttaa kiitollisuuden ilmaisuun. (Dewar ym. 2009, 300 - 301.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia haasteita sairaanhoitajat kokevat arvioidessaan mielenterveyspotilaiden kipua.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaiset ovat sairaanhoitajien valmiudet arvioida mielenterveyspotilaan kipua?
2. Mitä keinoja sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan kivun arviointiin?
3. Millaiset resurssit sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan kivun arviointiin?

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyöhömme valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tässä yhteydessä todellisuus käsitetään moninaisena, ja sen osatekijät vaikuttavat toisiinsa. Pyrkimyksenä onkin kohteen mahdollisimman kokonaisvaltainen tutkiminen ja ymmärtäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161,181.) Laadullinen tutkimus on hyvä tutkimusmenetelmä silloin, kun halutaan saada uutta tietoa vähän tutkitusta aiheesta (Krause & Kiikkala 1996, 62).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu tutkijan luottaminen omiin havaintoihinsa ja keskusteluun tutkittavan kanssa sekä aineiston kokoaminen todellisissa tilanteissa ja sen yksityiskohtainen ja moninainen tarkastelu. Lisäksi kohdejoukko valitaan aina tarkoituksenmukaisesti. Tutkimukseen osallistujat ovat ainutlaatuisia, ja heidän kertomuksiaan ja aineistoaan analysoidaan sen mukaisesti. Tutkimusprosessi on joustava, ja se muuttuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen ajatellaan olevan tutkijoiden ja tiedonantajien yhteistyön tulosta. Tutkijat nähdäänkin usein osana tutkimansa kohteen luomista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 23.)

Kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin teemahaastattelun menetelmin. Haastattelun etuna on sen muokattavuus tilanteen ja haastateltujen vastausten edellyttämällä tavalla. Lisäksi haastattelussa on mahdollisuus vastausten moninaisempaan tulkintaan kuin esimerkiksi kirjallisessa kyselyssä. (Hirsjärvi ym. 2009, 205.) Haastattelun etuihin kuuluu, että tutkija voi valita tiedonantajiksi henkilöitä, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Lisäksi haastatteluun suostunut tiedonantaja harvoin kieltää haastattelunsa käytön tutkimusaineistona jälkikäteen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 74.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyöhömme kvalitatiivisen tutkimuksen, koska sen avulla oli mahdollista saada sairaanhoitajien omia kokemuksia

ja näkemyksiä aiheesta. Teemahaastattelua käyttäen oli puolestaan mahdollista muokata kysymyksiä ja haastattelun kulkua haastateltavien vastausten mukaan.

Tutkimuksen kohteena olivat sairaanhoitajien kokemukset siitä, mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyspotilaan kivun arviointiin. Haastatteluista pystyimme löytämään yhteneväisyyksiä vastausten välillä ja määrittämään, mikä tekee mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista haasteellista.

4.2 Tiedonantajat

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajien valinnan kriteerinä ei tule olla saattamisotos, vaan tiedonantajien tulisi olla henkilöitä, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tiedonantajat tulee siis valita huolella ja harkinnanvaraisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85 - 86.) Tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa tyypillistä on, että tiedonantajia on juuri sen verran kuin on välttämätöntä tarvittavan tiedon saamiseen. Jo yksittäinen tiedonkeruu voi sisältää niin suuren määrän havaintoja, että aineisto on määrällisesti runsas ja riittävä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 58 - 59.)

Tiedonantajiksi tutkimukseen valikoitui joukko vapaaehtoisia sairaanhoitajia ja sairaanhoitajaopiskelijoita. Tiedonantajiksi valitsimme sellaisia sairaanhoitajia, joilla on tietoa ja kokemusta mahdollisimman erilaisista mielenterveyden yksiköistä. Haastattelimme yhteensä viittä tiedonantajaa. Kaksi heistä on opintojen loppuvaiheessa olevia sairaanhoitajaopiskelijoita, jotka ovat työskennelleet ja tehneet harjoitteluja mielenterveysalalla. Loput kolme tiedonantajaa ovat työskennelleet mielenterveysalalla 2,5 - 25 vuotta. Tiedonantajilla on työkokemusta mielenterveysshoitotyöstä keskimäärin kymmenen vuotta. Tiedonantajista neljä on työskennellyt eri puolilla Itä-Suomea. Yksi haastatelluista työskentelee Kymenlaakson alueella. Kolme tiedonantajista oli miehiä ja kaksi naista.

4.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Laadullisen tutkimuksen aineistosta ei ole tarkoitus tehdä yleisiä päätelmiä. Ajatuksena on kuitenkin, että tutkimalla riittävän tarkasti yksittäistä tapausta saadaan esille se, mikä toistuu usein, kun tarkastellaan ilmiötä yleisemmästä näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ennemminkin tosiasioiden huomaaminen ja paljastaminen kuin olemassa olevien väittämien todeksi ilmoittaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 161, 182.) Yksi laadullisen tutkimuksen menetelmistä on haastattelu, joka kohdistuu ajattelun ja tietoisuuden sisältöihin. Teemahaastattelussa nämä kohdennetaan vielä tiettyihin teemoihin, joista muodostuu tutkimusaineisto. Teemahaastattelussa korostuu tiedonantajien kokemusmaailma ja heidän erilaiset määritelmänsä tilanteista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 - 48.)

Haastattelussa haastattelija esittää kysymyksensä suullisesti tiedonantajalle. Haastattelun etuna on joustavuus, joka mahdollistaa sen, että haastattelija voi tehdä tarkentavia kysymyksiä, oikaista väärinymmärryksiä, toistaa kysymyksen, selventää ilmauksia ja keskustella aiheesta yhdessä tiedonantajan kanssa. Kysymyksiä ja niiden järjestystä voidaan muokata haastattelun edetessä. Haastattelutilanteessa haastattelija voi myös havainnoida tiedonantajan ilmaustapaa ja tehdä tämän pohjalta muistiinpanoja. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 73.) Haastattelussa oleellista kielen lisäksi onkin tiedonantajan ilmeet ja eleet (Hirsjärvi ym. 2009, 205). Haastattelu on kahden ihmisen välistä viestintää ja vuorovaikutusta, joka koostuu paitsi sanoista myös niiden kielellisestä tulkinnasta ja merkityksestä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48).

Teemahaastattelu on välimuoto avoimelle haastattelulle ja lomakehaastattelulle. Teemahaastattelussa aihealueet ovat tiedossa, mutta kysymyksille ei ole asetettu tarkkaa järjestystä ja muotoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.) Teemahaastattelussa on oletuksena, että kaikkia tiedonantajan ajatuksia, kokemuksia, tunteita ja uskomuksia voidaan tutkia tämän menetelmän avulla. Tutkijan tulisi valita aihealueet haastatteluunsa niin väljästi, että tutkittavan ilmiön moninaisuus ja rikkaus paljastuisivat mahdollisimman hyvin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48, 67.)

Teemahaastattelu valikoitui tutkimusmenetelmäksi, sillä sen joustavuus mahdollistaa luontevan keskustelun. Tällöin haastattelun aikana on mahdollista muokata haastattelua tiedonantajan ominaisuuksien mukaan. Ennen haastatteluja pyysimme tiedonantajia vastaamaan kysymyksiin niiden tietojen ja kokemusten pohjalta, jotka he ovat saaneet mielenterveystyöstä. Monella vastaajista on kokemusta myös somaattiselta puolelta, mutta tutkimustamme varten oli järkevää rajata aihetta koskemaan ainoastaan mielenterveystyötä. Kaikissa haastattelussa pohjana oli sama haastattelurunko, jonka sisältöä pystyimme kuitenkin järjestämään uudelleen tiedonantajan vastausten mukaisesti.

Tiedonantajiin olimme yhteydessä sekä sähköpostitse että puhelimitse. Sovimme yhdessä tiedonantajien kanssa heille parhaiten sopivan ajankohdan ja paikan haastattelun toteuttamiselle. Kerroimme tiedonantajille työmme taustoista sekä haastattelun kulusta ja sen nauhoituksesta. Lisäksi kerroimme jokaiselle tiedonantajalle, että heidän henkilöllisyytensä ei tule julki missään tutkimusprosessin vaiheessa. Kaikki haastattelut toteutettiin vuoden 2012 tammikuun aikana.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina rauhallisissa paikoissa, jolloin taatiin tiedonantajan anonymiteetti ja annettiin hänelle mahdollisuus kertoa kokemuksistaan avoimesti. Neljä haastatteluista toteutettiin yhteisessä tilassa tiedonantajan kanssa ja yksi puhelimitse. Yksi haastatteluista oli esihaastattelu, josta saamamme aineisto hyödynnettiin työssämme. Esihaastattelun perusteella muokkasimme haastattelurunkoa ja lisäsimme muutamia tarkentavia kysymyksiä. Esihaastattelussa varmistettiin myös käytetyn laitteiston toimivuus ja haastatteluun kuluva aika. Koimme esihaastattelun tärkeäksi ja hyödylliseksi paitsi haastattelurungon muokkaamisen vuoksi myös oman varmuuden löytämiseksi tulevia haastatteluja varten.

Haastattelut sujuivat rauhallisesti. Osa tiedonantajista tarvitsi enemmän apukysymyksiä vastaustensa muodostamiseen kuin toiset, mutta yleensä haastattelussa edettiin saman kaavan mukaan. Haastattelut kestivät kahdeksastatoista minuutista kolmeenkymmeneenkahteen minuuttiin. Keskimääräinen haastattelun kesto oli kaksikymmentäkaksi minuuttia. Haastattelimme tiedonantajat vuo-

rotellen. Esihaastattelussa esitimme kysymykset vuorotellen, jotta kumpikin meistä sai kokemusta haastattelun tekemisestä. Muissa haastatteluissa toisen haastattellessa toinen huolehti nauhurin toimivuudesta, rauhallisen tilan säilymisestä ja huomioi mahdolliset vastauksiin vaikuttavat tekijät. Haastatteluissa ei kuitenkaan sattunut mitään, mikä olisi vaikuttanut vastauksiin, joten toisen haastattelijan roolina oli pääasiassa kuunnella.

4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston analyysivaihetta pidetään usein tutkimusprosessin ongelmallisimpana, työläimpänä ja eniten aikaa vievänä vaiheena. Analysointitapaa tulisikin miettiä jo tutkimusprosessin alkuvaiheessa, mutta viimeistään aineistoa kerätessä. Kvalitatiivisen tutkimuksen sanotaan perustuvan induktiiviseen prosessiin, jolla tarkoitetaan yleisesti sitä, että tutkimus etenee yksityisestä tiedosta yleiseen tietoon. Induktiivisessa prosessissa pyritään kehittämään teorioita ja säännönmukaisuuksia, jotta voitaisiin paremmin ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Lisäksi tutkimuksen luotettavuus ja tarkkuus voidaan saavuttaa todentamalla. Induktiivisessa prosessissa ollaan kiinnostuneita niistä yhtäaikaisista tekijöistä, jotka ovat vaikuttamassa tutkimuksen lopputulokseen. Induktiivisen prosessin asetelma on muuttuva, sillä tutkimuksen luokat muokkautuvat tutkimusprosessin edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 25, 135 - 136.)

Tutkimuksen ydin on tutkimusaineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen. Kvalitatiivinen analyysi on usein merkitysten tulkintaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkija pyrkii löytämään aineistosta niitä piirteitä, joita ei ole suoraan lausuttu. Tutkija ei siis tyydy pelkästään kerrottuun tietoon. Kvalitatiivisen analyysin tuloksena on enemmän aineiston laajeneminen kuin tiivistyminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 137, 221.)

Kun haastatteluaineisto on saatu kerättyä ja tallennettua, tutkijan on litteroitava eli puhtaaksikirjoitettava se. Aineistosta muodostetaan sanasanainen teksti. Tutkija voi litteroida joko koko aineistonsa tai valikoida sieltä vain osan, esimerkiksi teema-alueet. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.) Tutkimusaineiston käsittelyssä käytimme menetelmänä sisällönanalyysiä ja käsitelimme aineiston induktiiv-

visesti eli aineistolähtöisesti. Keräämämme aineiston eli haastattelut litteroimme Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla. Luimme litteroidut haastattelut vielä läpi samalla alkuperäistä haastattelua kuunnellen. Näin varmistimme, että haastattelun sisältö vastaa litteroitua tekstiä. Valmista litteroitua tekstiä kertyi 40 sivua rivivälillä 1,5. Tämän jälkeen tulostimme materiaalin, johon perehdyimme lukemalla aineiston läpi usean kerran. Tämä auttoi hahmottamaan eri tiedonantajien haastatteluiden välillä ilmeneviä yhteneväisyyksiä. Litteroinnin ja aineiston sisäistämisen jälkeen järjestimme aineistoa tutkimustehtävien mukaan. Kokosimme jokaisen tutkimustehtävän alle siihen viittaavat litteroidut ilmaukset.

Tiedonantajien alkuperäisistä ilmauksista muodostimme pelkistetyt ilmaukset. Nämä ilmaukset lajittelimme niissä ilmenevien yhtäläisyyksien mukaan alakategorioihin, joiden aiheet muotoutuivat ilmausten mukaisesti. Alakategorioita muodostui yhteensä 20. Kokosimme alakategoriat laajempien yläkategorioiden alle, joita muodostui kahdeksan. Yläkategoriat jakaantuivat vielä teemojensa mukaan kolmeen yhdistävään luokkaan, jotka muodostuivat tutkimustehtävistämme.

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Yleistä tutkimuksen tuloksista

Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisesti, ja niiden perusteella olemme luoneet vastausmallin tutkimustehtäväämme. Ensimmäisenä käsittelemme sairaanhoitajien valmiuksissa esille tulleita haasteita mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa. Toisena käsittelemme sairaanhoitajien kokemia haasteita mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnin keinoissa. Kolmannessa osiossa tarkastelemme, mitä haasteita ilmeni sairaanhoitajien resursseissa arvioida mielenterveyspotilaan kipua.

5.2 Sairaanhoidajien kokemuksia kivun arvioinnin valmiuksistaan

5.2.1 Teoriatietoa sovelletaan mielenterveystyössä

Haastateltujen sairaanhoidajien vastauksista ilmeni, että he kokevat tietonsa kivun arvioinnista ja hoidosta yleisesti liian vähäiseksi. Sairaanhoidajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että koulutus tarjoaa turhan vähän ja vain pintapuolisesti tietoa kivusta ja sen hoidosta. Haastateltujen mukaan koulutus tarjoaa lähinnä vain perusteet kivun arviointiin kipumittaria ja kipuasteikkoa hyödyntäen. Haastateltujen vastauksista ilmeni lisäksi, että moni joutuu turvautumaan omaehtoiseen tiedonhankintaan, esimerkiksi etsimällä tietoa internetistä. Jokainen tiedonantajista kuitenkin painotti, että käytännön harjoittelut ja kokemus opettavat enemmän kuin koulutuksen tarjoama teoriatieto.

"Kun minä sairaanhoidajaks luin yheksänkyt luvulla niin silloin ei hirveen paljoo painotettu kivun hoitoo sairaanhoidajan koulutuksessa."

Haastatellut sairaanhoidajat kertoivat, että ovat kokeneet tilanteita, jolloin opittua teoriatietoa on joutunut itse soveltamaan mielenterveystyöhön. Koulutuksessa esimerkiksi opetetaan leikkauspotilaan kivun mittaamista ja arviointia, mutta mielenterveyspotilaan tilanteeseen niitä ei aina voi suoraan yhdistää. Tiedonantajat olivatkin sitä mieltä, että mielenterveystyön tueksi tarvitaan lisää tietoa kivun arvioinnista ja hoidosta. Lisäksi psykosomaattisen kivun erottamiseen somaattisesta kivusta kaivataan lisää koulutusta ja tietoa, sillä aihe koetaan usein haastavaksi. Haastateltujen vastauksista kävi ilmi, että koulutuksen ja tiedon puute estävät hoitajia lähtemästä arvioimaan mielenterveyspotilaan kipua.

"Ja sitten pitää pystyä miettimään, että mikä on tätä psykosomaattista kipua. Et niittenhän se erottaminen, niin siihen tarvitaan kyllä todella paljon koulutusta lissää."

5.2.2 Käytännön kokemus tuo varmuutta kivun arviointiin

Haastateltujen sairaanhoitajien vastaukset osoittavat, että käytännön kokemus vaikuttaa siihen, miten he hoitotyössä toimivat. Tuloksista ilmenee, että kokemuksen myötä moni oppii epäilemään ja suhtautumaan harkiten mielenterveyspotilaan kipukokemuksiin. Lisäksi kokemus opettaa näkemään sen, mikä on todellista kipua ja mikä ei.

"Niin siinä pittää olla kyllä aika taitava havaitsemaan se, että mikä on semmosta esittämistä ja mikä on sitten sitä oikeaa kipua, mutta siinä niinku tulee koko ajan niinku varmemmaks siihen, mitä enemmän tekkee sitä työtä."

Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat lisäksi ilmi sen, että vanhemmilla ja kokeneemmilla hoitajilla koetaan usein olevan enemmän näkemystä potilaan tilanteesta, sillä he ovat uransa aikana nähneet useita samankaltaisia tapauksia. Kokeneena hoitajana osaa myös suhteuttaa asioita ja tilanteita eri tavalla sekä katsoa tilanteita eri näkökulmista kuin aloittelevana sairaanhoitajana.

Kokemuksen tuomalla varmuudella on myös kääntöpuolensa. Yksittäiset ja yleiset toimintamallit tarttuvat helposti nuoriin hoitajiin, joille ei vielä ole syntynyt omia tapoja ja rutiineja. Näillä toimintamalleilla ja muiden käyttäytymisellä näyttäisi olevan suuri vaikutus siihen, miten hoitaja itse reagoi ja suhtautuu tilanteeseen.

5.2.3 Sairaanhoitajan persoona vaikuttaa mielenterveyspotilaan hoitoon

Haastateltavien mukaan hoitajan asenteet hoitotyöhön ja ihmisiin vaikuttavat siihen, miten hän reagoi mielenterveyspotilaan kipuun. Sairaanhoitajat nostivat esille kyynisyyden ja ennakkoluulojen välttämisen osana oikeudenmukaista hoitotyötä. Hyvän ja oikeudenmukaisen hoidon esteenä nähdään luottamuspula potilaaseen, ihmistuntemuksen puute sekä hoitajien mahdollinen turtuminen mielenterveyspotilaiden kipukokemuksiin. Haastatteluista kävi ilmi myös, että joillakin hoitajilla oma työmotivaatio vaikuttaa potilaan kivun arviointiin. Vaikut-

taakin siltä, että näille hoitajille mielenterveyspotilaan kivun hoito on toissijaista hoitotyössä.

"...pyrkisin ottamaan vakavasti enkä oo niin turtunut ehkä tietyllä tavalla."

"Ku ei oo laitteita, ei oo koneita, se on se oma ittesä työkalu, millä sä teet töitä, niin siinä pitää pystyä tulkitsemaan ihmistä."

"Työntekijöitten asenteet, että jos ne on sellasia niinku, "nääh on psykiatrisia potilaita, näillääh aina koskee johonki", ni se on myös semmonen, joka tavallaan sitten saattaa olla esteenä kivun arvioinnille."

Sairaanhoitajat toivat ilmi haastatteluissaan, että hoitajan oman ammatillisen otteen tulisi olla vahva. Tällä hoitajat viestittivät sitä, että olipa potilas psyykkisesti missä kunnossa tahansa kertoessaan kivuistaan, hänen kokemukseensa on reagoitava. Kuitenkaan täysin varauksettomasti ei pidä potilaan sanaan uskoa ja hänen kipukokemustaan arvioida.

"Siinä on sitte vaan yksinkertaisesti hirveen vaikee seuloa, että mikä on todellista ja mikä ei."

"Voinko mä luottaa täysin, siis voinko mä luottaa todella, että se ihminen kokee sitä kipua, vai onko se joittenki kohalla jotain vedätystä, vai mitä tämä on?"

5.2.4 Ympäristö vaikuttaa kivun arviointiin

Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat ilmi, että ulkopuolisilla tekijöillä on suuri vaikutus siihen, kuinka potilaan kipua arvioidaan. Sairaanhoitajat mainitsivat, että työyhteisön yleinen suhtautuminen potilaan kipuun vaikuttaa usein siihen, miten hoitaja itse suhtautuu asiaan. Mielenterveystyössä näyttäisikin näin ollen vallitsevan melko kollegiaalinen ajattelumaailma, jossa ei toimita oman tiedon ja intuition varassa, vaan pikemminkin niin kuin yleisesti on ollut tapana.

"...minään niinku vastarannankiiskenäkään voi mennä toimimaan tai paasamaan, huutamaan että, "ettekö te ota tosissanne tämän ihmisen kipuja"."

Haastatteluissa ilmeni, että potilasaineksella on vaikutusta kivun arviointiin. Tällä tiedonantajat tarkoittivat, että kivun arvioiminen on erilaista ja usein haasteellisempaa mielenterveyspotilaan kuin somaattisen potilaan hoidossa. Tämän lisäksi sairaanhoitajat mainitsivat, että joihinkin hoitajiin mielenterveydellinen häiriö ja psykiatrinen sairaala vaikuttavat niin, että kipuun reagoidaan eri tavalla kuin jossakin muussa toimintaympäristössä. Yhtenä suurimpana haasteena mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa sairaanhoitajat pitivät psyykkisen kivun erottamista somaattisesta kivusta.

Sairaanhoitajasta riippumattomia tekijöitä mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa ovat lisäksi potilaslähtöiset tekijät. Haastatteluissa mainittiin muun muassa potilaan psyykkinen sairaus sekä taustatiedot ja menneisyys. Mielenterveydellinen sairaus voi vaikuttaa potilaan kokemukseen kivusta, jolloin tilannetta on vaikea arvioida totuudenmukaisesti. Sairaus voi myös vaikuttaa siihen, ettei potilas itse tunnista kipuaan tai ettei hän osaa tuoda sitä ilmi. Tämä voi aiheuttaa vaarallisiakin tilanteita.

"Pitäis olla laaja tietämys niistä potilaan tiedoista ja sitten vaan niinku osata arvioija sitä."

"...ja sit se on vahvasti psykoottinen, nii semmosessa on aika vaikee arvioida sitä, kuinka kipee se on fyysisesti. Psykoosi saattaa niinku vaikuttaa molempiin suuntiin, se saattaa niinku lisätä sitä kivun tuntemusta potilaassa tai se saattaa heikentää."

Aina potilas ei myöskään osaa kohdentaa kipuaan tai kertoa kivun luonteesta. Lisäksi potilaan esittäminen hankaloittaa hoitajan arviointia kivusta. Haastattelut kertoivat, että potilaan riippuvainen luonne ja epäily addiktiosta vaikuttavat kivun arviointiin. Hoitajasta riippumattomana tekijänä haastatteluissa nousi esille tilanne, jossa kipukokemus ilmenee. Hoitajan tulisi osata lukea tilanteita ja

niiden syy-seurauksia, jolloin olisi helpompi ennakoita ja ymmärtää potilaiden käyttäytymistä.

"Potilas valittaa kipua, niin sitten siinä, että niinko, kun onko sitä kipua oikeesti tai että onko se vaan sitä addiktioo, mitä on aikasemmin ollu, onko se sitä sairautta..."

"Vääjäämättä kelaat taaksepäin jonki matkaa, et mitä on tapahtunu tän ihmisen kohdalla, voiko sieltä löytyä jotakin syy-yhteyttä tähän, et kumpaa kipua se nyt on sitte."

"Ja sit jos on niinku ihan, sanotaan, umpihullu, nii sit jos potilas ei pysty suoraan kommunikoimaan, niin siinä tilanteessa on hyvin vaikee lähtee arvioimaan sitä kivun määrää..."

5.3 Sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin keinoista

5.3.1 Havainnointi kivun arvioinnin keinona

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissaan ilmi sen, mikä heidän mielestään on tärkeintä kivun arvioinnissa. Haastatellut kertoivat, että kivun arvioinnissa tulisi aina lähteä liikkeelle niin sanotusti puhtaalta pöydältä, sillä on selvää, että muuttuvissa tilanteissa ei voi olla varma, onko kyseessä vanha kipu vai jokin uusi vaiva. Potilaan haastatteleminen onkin sairaanhoitajien mukaan ensisijainen havainnointikeino arvioitaessa potilaan kipua.

"...kerätään tietoo ja toimitaan sen pohjalta..."

Haastatellessaan potilaitaan sairaanhoitajat kertoivat pyytävänsä potilaitaan kuvailemaan itse omia tuntemuksiaan. Ensimmäisenä pyydetään yleensä kertomaan, missä kipu tuntuu ja kuinka voimakasta kipu on. Lisäksi sairaanhoitajat pyytävät potilaitaan kuvailemaan kivun laatua, sitä, millaiselta kipu tuntuu. Tär-

keäksi paitsi hoitajat, myös potilaat ovat kokeneet sen, että hoitajalla olisi aikaa kuunnella potilasta ja hänen tarinaansa.

"Useimmat kuitenkin pystyy kertomaan aika hyvin, sanallisesti kuvailemaan sitä."

"Olla kuulolla siinä, kun ihminen tulee sanomaan, et mulla on nyt kipuja."

"Varmasti se kuuntelu on siinä semmonen tärkeä keino, että se potilas kokkee tulleensa kuulluks ja että se asia otetaan niinku kumminkii vakavasti."

Haastateltujen vastauksista ilmeni, että potilaan fyysisten oireiden tarkkailu on sairaanhoitajille tärkeä mittari kivun arvioinnissa. Haastatellut kertoivat tarkkailevansa potilaiden ulkoista olemusta sekä käyttäytymisen muutoksia. Ulkoisesta olemuksesta pystyy tekemään varsin luotettavia johtopäätöksiä, mutta ainoana arviointikeinona se ei sairaanhoitajien mukaan ole riittävä. Käyttäytymisen muutoksia tarkkailemalla voidaan puolestaan ennakoida tulevia tilanteita ja välttyä esimerkiksi väkivallalta.

"...sitten myös tää non-verbaaliviestintä ihmiseltä. Miten se ihminen viestii kehonkielellä sen kivun. Sitä pystyy tulkitsee sieltä hyvin paljon."

"Ehkä semmonen ulkonen olemus...toiset saattaa muuttua tosi hiljasiks ja toiset sitten taas tosi kovaäänisiks ja oikeesti huutaa sitä. Tai ei välttämättä huua just nimenomaan sitä kipua, vaan saattaa ihan muuten muuttua tosi kovaäänisiks."

Vastauksista kävi ilmi hoitajien vahva näkemys siitä, että potilaan kivun aitouden selvittäminen kuuluu hoitajan työhön. Selvittäminen ei ole aina helppoa, mutta se on osa psykiatrisen potilaan hoitotyötä.

"Et totta kai se pitää sun selvittää hoitajana, et onks se niinku, ku siinä on aina mahdollista että täs on vähä vilunkipeli käynnissä..."

5.3.2 Kipua mitataan erilaisin menetelmin

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat, että heidän työyksiköissään konkreettisia kipumittareita ja kipuasteikkoja käytetään hyvin vähän. Sairaanhoitajat toivat kuitenkin ilmi, että niiden käyttö olisi hyödyllistä myös mielenterveysalalla.

"Varsinaisia asteikkoja en oo kyllä käyttäny."

"Kipumittari ois varmasti hyvä sellaseen tilanteeseen, jossa on oikeesti kipee."

Haastatteluissa nousi esille kuitenkin sairaanhoitajien mahdollisuus niin sanottujen fyysisten mittareiden käyttöön. Fyysisillä mittareilla haastatellut tarkoittivat esimerkiksi verenpaineen ja pulssin mittaamista sekä sydänfilmin ottamista. Fyysisten mittareiden käyttö on kuitenkin harkinnanvaraista ja käytössä lähinnä vain, jos kipu on kovaa ja tilanne vaikuttaa vakavalta.

"Sitte jos on oikeesti silleesä, että näyttää, että ois pahempaa, niin kyllä se ihan varmaan verenpaine, syke ois ihan hyvä kahtoo...Niitä nyt harvemmin, mutta jos pitäis eikä potilas ite pystys kertomaan ni ne ois ihan hyvät mittarit."

Kivun arviointiin vaikuttava ulkoinen tekijä on haastateltujen sairaanhoitajien mukaan lääkärin konsultaation vaikeudet. Lääkäri ei ole fyysisesti paikan päällä kuin tietyn ajan vuorokaudesta, jolloin sairaanhoitajan on tehtävä itsenäisesti päätös siitä, onko potilaalla akuutti tarve lääkärin vastaanotolle vai riittääkö kenties ajan varaaminen myöhemmäksi.

"Esimerkiks tuolla osastolla lääkäri on paikalla korkeintaan sen puoltoista tuntii kaks tuntii päivässä..."

5.4 Sairaanhoidajien kokemuksia kivun arvioinnin resursseista

5.4.1 Sairaanhoidajien keskinäinen kommunikointi ja kollegiaalisuus

Sairaanhoidajien haastatteluista ilmeni, että työyksiköllä ja -yhteisöllä on suuri merkitys potilaan kivun arvioimisessa. Hoitajien keskinäinen kommunikointi ja kollegiaalisuus koetaan tärkeäksi osaksi paitsi kivun arviointia myös koko mielenterveystyötä. Työnohjaus nähdään myös hyvänä asiana koko hoitotyön kannalta, mutta valitettavan vähän haastateltavat olivat päässeet osallistumaan työnohjaukseen.

"...eniten varmaan on sit, et tiimityötä tehään muitte hoitsujen kanssa..."

Työvoiman riittävyden ja vaihtuvuuden koetaan myös vaikuttavan kokonaisvaltaisesti niin hoitotyöhön kuin kivun arviointiin. Hoitajien lyhytaikaiset sijaisuuDET koetaan selvästi haasteellisina, kun taas työkierron ajatellaan tuovan sekä jotakin hyvää että huonoa työyksikölle ja -yhteisölle. Työkierrossa hoitajat avartavat sekä omaa että työyksiköiden hoitotyötä, mutta tuovat samalla vaihtuvuutta henkilökuntaan. Se koetaan joskus etenkin mielenterveysalalla hoidon ja edistymisen kannalta huonona. Lisäksi haastateltujen vastauksista ilmeni, että henkilökunnan riittävyys on tärkeässä osassa hyvän ja syvällisen kivun arvioinnin toteuttamisessa mielenterveyspotilaiden hoidossa.

Työyksikön resursseihin mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa vaikuttaa sairaanhoidajien mukaan täydennyskoulutuksen tarve. Lisäksi hoitajat toivovat lääkäreiden tuovan omaa ammattitaitoaan esille mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnissa ja hoidossa. Lääkäreiden nopea vaihtuvuus koetaan ongelmalliseksi monissa yksiköissä, sillä hoitaja ei yksin voi tehdä päätöksiä potilaan kivun hoidon linjauksista.

"Sellanen niinku ilmapiiri, että niistä asioista voidaan puhua siellä, että voidaan kysyä toisilta, mitä mieltä he ovat ja sitte ehkä, että myös lääkäri tois enemmän sitä omaa ammattitaitoosa siihen kivun arviointiin ja lääkitsemiseen."

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat, että työyhteisön yleinen suhtautuminen mielenterveystyöhön ja siellä ilmenevät asenteet vaikuttavat siihen, millaista hoitoa potilas tulee saamaan. Tiedonantajamme kertoivat, että joskus on tilanteita, joissa hoitaja jättää kivun hoidon taka-alalle sillä periaatteella, että hän hoitaa mielenterveyspotilaan psyykkistä puolta. Vastauksista ilmenikin yhteneväinen kanta siihen, että mielenterveyspotilaiden kivun arviointi koetaan aliarvioiduksi. Työyhteisön yhteistyö potilaan kipukokemuksen käsittelystä riippuu haastateltujen mukaan paljon siitä, missä tilanteessa ja kenelle potilas kipukokemuksestaan kertoo. Haastatellut sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että keskustelu potilaiden asioista työyhteisössä voisi olla rakentavampaa.

"Koko työyhteisön suhtautuminen ja asenteet, eliikkä ei oo semmosta 'hällä väliä' vaan todellakin otetaan nää ihmisen asiat asioina..."

"Joskus saattaa olla tätä vähättelyä ja sekin todennäköisesti on sitä, että ei mielletä sitä, että psyykkisesti sairas ihminenkin voi kokee todellista fyysistä kipua, et näissä asioissa on opittavaa kaikilla."

"Se monta kertaa jää taka-alalle. Eliikkä me keskitytään hyvin herkästi pelkkään psyykkeen hoitoon, että somaattinen kipu niinku jää taakse."

5.4.2 Sairaanhoitajien koulutukseen kaivataan lisää opetusta kivusta

Haastatellut sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että vaikka parhaiten oppii kokemuksen kautta, sairaanhoitajan koulutukseen tulisi lisätä yleisesti opetusta kivusta sekä sen arvioimisesta ja hoidosta. Erityisesti koulutukseen kaivataan nimenomaan opetusta mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista ja hoidosta. Sairaanhoitajat mainitsivat, että koulutuksen tulisi antaa hoitajille sellaiset valmiudet mielenterveyspotilaan kivun arviointiin, että erilaisia sanattomia merkkejä tarkkailemalla voisi tunnistaa potilaan kivun.

"Lisää pitäis olla sitä kivun arviointia, kivun hoitoa ylipäättään, myös psyykkisellä puolella, ehottomasti. Koska tää on vielä vaikeempi tulkita tällä puolella ku tuolla somaattisella puolella ne kivut. Ihmiset ei välttämättä osaa kertoa sitä oikeeta,

et siinä saattaa ihan hyvin yllätyksiä tulla vastaan. Ja sitten pitää pystyä miettimään, että mikä on tätä psykosomaattista kipua. Et niittenhän se erottaminen, niin siihen tarvitaan kyllä todella paljon koulutusta lissää."

" Ihminenhän on tällanen psykofyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus..."

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää millaisia haasteita sairaanhoitajat kokevat mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa olevan. Aihetta on käsitelty Suomessa vain vähän, joten suomalaisten tutkimusten löytäminen oli haasteellista. Ulkomaisia tutkimuksia löysimme muutamia ja lisäksi sovelsimme tietoa, joka sivusi aihettamme. Tarkastelimme tutkimustuloksia tutkimustehtäviemme mukaan ja samalla viittaamme teoreettisiin lähteisiimme.

Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien valmiudet arvioida mielenterveyspotilaan kipua ovat puutteelliset. Koulutuksessa saadut tiedot kivusta ja sen arvioinnista keskittyvät lähinnä leikkauskivun hoitoon, ja tämän tiedon soveltaminen on haasteellista eri hoitotyön alueille, etenkin mielenterveystyöhön. Moni tiedonantajista onkin turvautunut itsenäiseen tiedonhankintaan työn ohessa mielenterveyspotilaan kivun arvioinnin piirteistä. Tiedon puute on esteenä sairaanhoitajien toteuttamalle kivun arvioinnille. Al-Shaer ym. (2011, 7 - 11) tuovat tutkimuksessaan esiin sairaanhoitajien tietämyksen kivusta sekä sen, että kivun arviointi on olennainen osa tehokasta kivun hoitoa.

Kokemus ja muilta hoitajilta oppiminen helpottavat kivun arviointia. Kokemuksen kautta hoitaja oppii tulkitsemaan kivun aitoutta, suhteuttamaan asioita sekä katsomaan tilannetta eri näkökulmista. Toisaalta kokemuksella on myös kääntöpuolensa. Kokeneiden hoitajien toimintamallit ja asenteet tarttuvat helposti uusiin hoitajiin, mikä estää hoitotyön kehittymistä. Myös Dewar ym. (2009, 295 -

303) toivat tutkimuksessaan esille hoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen merkityksen potilaiden tarkkailussa ja hoidossa.

Sairaanhoitajan valmiuksiin arvioida mielenterveyspotilaan kipua vaikuttavat myös hoitajan ulkoiset ja sisäiset tekijät. Ulkoisia tekijöitä ovat työyhteisön suhtautuminen kivun arviointiin, yksikön potilasaines sekä potilaslähtöiset tekijät kuten potilaan taustatiedot ja menneisyys. Ulkoisista tekijöistä haasteellista oli etenkin psyykkisen kivun erottaminen somaattisesta kivusta. Hoitajan sisäisiä tekijöitä ovat hoitajan omat asenteet ja työmotivaatio työhön sekä ammatillisen otteen vahvuus. Dewar ym. (2009, 295 - 303) esittivät tutkimuksessaan hoitajien välisiin tekijöihin kuuluviksi kivun oikeellisuuden määrittämisen, yksikön turvallisuuden, luotettavan ja tehokkaan vuorovaikutuksen sekä osaston sisäiset paineet. Hoitaja sisäisiin vaikuttimiin he laskivat kuuluviksi hoitajan omat kokemukset ja uskomukset, epäily manipuloinnista, uskomukset riippuvuudesta ja hoitajan roolin arvostuksesta. Nämä hoitajan sisäiset ja hoitajien väliset tekijät vaikuttavat siihen, miten hoitaja lähtee arvioimaan ja hoitamaan mielenterveyspotilaan kipua.

Tutkimustulokset osoittavat, että sairaanhoitajilla erilaisia keinoja arvioida mielenterveyspotilaan kipua, mutta ne eivät ole luotettavia. Sairaanhoitajat kyselevät kivun luonteesta, paikasta, missä kipu tuntuu ja millaista kipu on. Hoitajat kuuntelevat potilaan huolia, tarkkailevat fyysisiä oireita, kuten pulssia ja verenpainetta sekä havainnoivat potilaan käyttäytymistä ja potilaan ulkoista olemusta. Varsinaisten kipumittareiden ja -asteikkojen käyttö on kuitenkin vähäistä, vaikka ne koetaankin hyödyllisiksi. Estlander (2003, 12 - 14) esittää kivun ilmaisun tapahtuvan kielellisesti, ilmeillä ja eleillä. Reigstad ym. (2006, 185 - 191) toteavat kivun määrittämisen vaikeaksi objektiivisten mittareiden puutteen vuoksi, sillä kivun arviointi tapahtuu yksilön oman ilmaisun kautta.

Työpaikan tarjoamat resurssit vaikuttavat siihen, miten mielenterveyspotilaan kivun arviointi toteutuu. Työvoiman riittävyys ja vaihtuvuus ovat merkittävä tekijä kivun arvioinnin toteutumisessa. Työvoiman vähyys ja lyhytaikaiset sijaisuudet heikentävät itse hoitotyötä ja kivun arviointia. Toisaalta työkierto edistää hoitaji-

en tietoutta ja näin ollen vaikuttaa myönteisesti mielenterveyspotilaan kivun arviointiin.

Työyhteisö ja sen asennoituminen vaikuttavat kivun arviointiin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että osa hoitajista jättää mielenterveyspotilaan kivun hoidon taka-alalle, sillä he kokevat hoitavansa vain potilaan psyykkistä terveyttä. Vastauksissa ilmeni selkeää yhteneväisyys siitä, että mielenterveyspotilaiden kivun arviointi on aliarvioitua. Maj:n ym. (2007, 859 - 877) mukaan mielenterveyden ja muiden terveysongelmien välisiä yhteyksiä ei ole ymmärretty riittävästi, ja näin ollen mielenterveyshäiriöiden kuormittavuutta on aliarvioitu. Estlander (2003, 33 - 35) esittää käytettäväksi biopsykososiaalista viitekehystä, jossa otetaan huomioon ihmisen biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä näiden vuorovaikutus.

Resursseihin kuuluvat myös erilaiset täydennyskoulutukset. Täydennyskoulutusten avulla voidaan pitää yllä hoitohenkilökunnan tietoutta. Haastatteluissa kävi ilmi, että täydennyskoulutusten määrä ja sisältö on riippuvainen työyksiköstä. Pääasiallisesti täydennyskoulutuksia mielenterveydestä ja kivusta on vähän.

Työyksikön resursseihin kuuluu myös hoitajien toive moniammatillisuuden kehittymisestä. Etenkin lääkäreiden toivottaisiin tuovan omaa ammattitaitoaan mukaan mielenterveyspotilaiden kivun arviointiin ja hoitoon. Dewar ym. (2009, 295 - 303) painottivat osaston sisäisten paineiden merkitystä mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa ja hoidossa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta, jotta välttäisiin virheitä. Luotettavuuden arviointiin on olemassa useita erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja. Tutkijan tarkka selostaminen tutkimuksensa toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulisikin kertoa selvästi ja rehellisesti niistä olosuhteista, joissa hän aineistoa tuotti. Esimerkiksi haastattelututkimuksessa tutkija kertoo aineiston keräämiseen käytetyn ajan sekä paikan, jossa aineistot kerättiin. Lisäksi tutkija kertoo mahdollisista häiriö-

tekijöistä ja virhetulkinnoista sekä tuo julki oman itsearviointinsa haastattelutilanteesta. Laadullisen aineiston analyysivaiheesta tutkija kertoo lukijalleen luokittelun syntymisestä ja perusteista. Tulkitessaan tutkimustuloksiaan tutkija perustelee päätelmänsä eli kertoo sen, miten hän on tulkintoihinsa päätenyt. Tässä hän voi käyttää hyödykseen esimerkiksi suoria haastatteluotteita, joilla hän voi rikastuttaa tutkimusselostettaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 - 233.)

Opinnäytetyössämme pyrimme kuvaamaan tutkimuksen etenemistä ja tulosten analysointia mahdollisimman tarkasti. Tutkimustuloksia esittäessä kerroimme, miten päädyimme tällaisiin tuloksiin. Tässä olemme käyttäneet tukena suoria ilmauksia haastatteluista. Nämä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa esille nousevat käsitteet reliabelius ja validius. Käsitteet pohjautuvat ajatukseen siitä, että tutkija voi saavuttaa tutkimuksellaan objektiivisen totuuden ja todellisuuden. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 185.) Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimustulosten ei-sattumanvaraisuutta. Reliaabelius voidaan todeta, jos yhtä henkilöä tutkitaan useita kertoja ja jokaisella tutkimuskerralla saadaan sama tulos. Tulosta voidaan pitää reliabelina silloinkin, kun kaksi arvioitsijaa päätyy samankaltaisiin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Kolmantena reliabeliuden mittana on se, että kahdella eri tutkimusmenetelmällä päädytään samaan tulokseen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 186).

Validiudella tarkoitetaan tutkimuksen arvioinnissa tutkimuksen pätevyyttä. Validius kertoo tutkimusmenetelmän tai mittarin kyvystä mitata sitä, mitä nimenomaan on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiudesta puhuttaessa erotetaan usein kolme eri näkökulmaa, jotka ovat ennustevalidius, tutkimusasetelmavaliidius sekä rakennevalidius. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 - 232.) Ennustevalidius on todennäköisyyslausema, joka siis viittaa tulevaisuuden tapahtumiin. Ennustevalidiudella tarkoitetaan myöhempien tutkimuskertojen tulosten ennustettavuutta ensimmäisen tutkimuskerran perusteella. Näkökulmassa otetaan huomioon myös ihmisen ja olosuhteiden muuttuminen. Tutkimusasetelmavaliidius nähdään usein jaettavan tilastollisen validiuden lisäksi sisäiseen ja ulkoiseen validiuteen. Rakennevalidiudella määritellään tutkimuksesta se, koskeeko tutkimus juuri si-

tä, mitä sen on haluttu koskevan. Rakennevalidiudella selvitetään, onko tutkimuksessa käytetty ilmiötä heijastavia käsitteitä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 186 - 187.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa esihaastattelun suorittaminen. Esihaastattelulla testasimme haastatteluteemojamme sekä tarkentavia kysymyksiä. Pilotoinnissa ilmeni, että osa apukysymyksistämme oli hieman johdattelevia. Muokkasimme apukysymyksiä, jotta saisimme niihin luotettavia vastauksia. Esihaastattelun aikana pystyimme myös kehittämään omia haastattelijan taitojamme. Haastattelut toteutettiin rauhallisissa paikoissa, jolloin haastateltava tunsi olonsa turvalliseksi. Tämä lisäsi vastausten luotettavuutta. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan, jotta aineisto pysyisi muuttumattomana ja luotettavana.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tiedonantajat. Pyrimme valitsemaan haastateltavia mahdollisimman erilaisista työyksiköistä, eripituisilla työkokemuksilla ja kummastakin sukupuolesta, jotta saisimme mahdollisimman kattavan otannan. Tiedonantajia työssämme oli viisi, mikä oli mielestämme riittävä määrä, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkeintä on laatu. Tiedonantajien erilaisista kokemuksista ja ominaisuuksista riippumatta nousivat samanlaiset asiat kaikissa haastatteluissa esille.

Käytimme lähteitä mahdollisimman monipuolisesti. Valitsimme lähteitä erilaisista julkaisuista, joiden luotettavuutta arvioimme ennen lähteiden käyttöä. Lähteiden käytössä pyrimme tuoreuteen: suurin osa lähteistä on 2000-luvulta. Myös poikkeuksia on, sillä kaikista teoksista ei ole tuoreempia painoksia eikä vastavia teoksia löydy. Arvioimme kuitenkin näiden teosten tietojen pysyneen muuttumattomina ja edelleen ajankohtaisina. Lisäksi käytimme runsaasti englanninkielisiä lähteitä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Jokaiseen tutkimukseen liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka voivat nousta esille tutkimuksen aikana. Tärkeimpiä eettisiä periaatteita tutkimusta tehdessä ovat

luottamuksellisuus, yksityisyys, seuraukset sekä informointiin pohjautuva suostumus. Esille nousevia eettisiä kysymyksiä voivat olla lisäksi esimerkiksi tutkijan vallankäyttö ja toiminta ammatti-ihmisenä, tutkimuksen rahoitus sekä laillisuus-kysymykset. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 19 - 20.)

Suomessa toimii erilaisia julkisia elimiä, jotka ohjaavat ja valvovat eettisyyttä ja asianmukaisuutta eri tutkimushankkeissa. Esimerkiksi opetusministeriön tutkimuseettinen neuvottelukunta sekä yliopistojen eettiset toimikunnat ovat laatineet ohjeita tieteellisistä menettelytavoista. Eettisesti hyvältä tutkimukselta vaaditaan hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksenteossa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tällä tarkoitetaan ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamista antamalla jokaisen päättää itse siitä, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Ihmisarvon kunnioittaminen pitää lisäksi sisällään tiedon siitä, millaista tietoa osallistujille annetaan ja miten heidän suostumuksensa hankitaan sekä millaisia riskejä heidän osallistumisensa mahdollisesti pitää sisällään. Perehtyneisyys on tärkeää tutkimuksen eettisyyden kannalta. Perehtyneisyys tarkoittaa sitä, että tutkimushenkilölle kerrotaan kaikki oleellinen siitä, mitä tapahtuu tai voi tapahtua tutkimuksen aikana. Tutkimushenkilön on pystyttävä ymmärtämään hänelle annettu informaatio. Myös suostumus on tärkeä osa tutkimuksen eettisyyttä. Suostumuksella tarkoitetaan paitsi sitä, että tutkimushenkilön osallistuminen on vapaaehtoista, myös sitä, että hän kykenee tekemään kypsiä ja järkeviä arviointeja tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Tavoitteenamme opinnäytetyössä oli toimia mahdollisimman eettisesti. Ihmisarvon kunnioittaminen nousee esille siinä, että annoimme jokaiselle haastateltavalle mahdollisuuden valita, osallistuuko haastatteluun sekä lopettaa haastattelu missä vaiheessa tahansa. Ennen haastatteluja kerroimme tiedonantajille haastattelun aihealueen.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös epärehellisyyden välttäminen jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tutkijan tulee muistaa, että plagiointi eli toisen tekstin

luvaton lainaaminen on kiellettyä. Tutkijan ei pidä yleistää tutkimuksensa tuloksia kriittikittömästi eikä tuloksia tule kaunistella tai sepittää. Raportointivaiheessa tutkijan pitää olla rehellinen myös tutkimuksen puutteista. Raportointi ei saa olla puutteellista eikä johtaa lukijaa harhaan. Tutkijan on mainittava julkaisussaan myös tutkimusryhmän muut jäsenet. Tutkija ei saa vähätellä muiden osuutta tutkimuksessa. Jos tutkimukseen on myönnetty määrärahoja, niitä ei saa väärinkäyttää, ja tarvittaessa tutkijan on kyettävä selvittämään näiden rahojen käyttökohteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 25 - 27.)

Opinnäytetyössämme merkitsimme kaikki käyttämämme lähteet viittausten loppuun opinnäytetyönohjeiden mukaisesti. Näin varmistimme, että lukijalle käy selväksi, mikä on omaa tekstiämme ja mikä muiden tekijöiden tietoa. Tarkastelimme tutkimustuloksia kriittisesti ja nostimme tuloksissa esille myös tutkimuksessa löytyneitä myönteisiä puolia mielenterveyspotilaan kivun arvioinnista.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kivun arvioinnin haasteista. Tutkimustulosten avulla voidaan havainnoida mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnin ongelmakohdat, kiinnittää niihin huomiota ja etsiä mahdollisia keinoja niiden kehittämiseen. Tulosten mukaan päähaasteet mielenterveyspotilaan kivun arvioinnissa ovat sairaanhoitajien puutteelliset tiedot kivusta, kivun hoidon kokeminen työhön kuulumattomana asiana, työyhteisön suhtautuminen, asenteet ja yleiset käytännöt, potilaslähtöiset tekijät, kuten kivun ilmaisemisen puutteellisuus ja potilaan taustatiedot, lääkärin nopea vaihtuvuus ja puute sekä työvoiman riittämättömyys ja lyhytaikaiset sijaisuudet.

Opinnäytetyötämme voitaisiin hyödyntää erilaisissa mielenterveyspotilaiden hoitopaikoissa. Näissä paikoissa voitaisiin opinnäytetyömme perusteella havainnoida työyksiköiden omia ongelmakohtia ja ryhtyä kehittämään niitä.

Kirjallisuutta tutkiessamme pohdimme, voisiko mielenterveyspotilaiden kivun arvioinnista käyttää PAINAD-asteikkoa. Mittarin avulla voidaan arvioida kipua

käyttäytymisen perusteella. Tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että psyykkisen kivun erottaminen fyysisestä kivusta on haasteellista ja että hoitajilla on usein epäily potilaan kivun näyttelemisestä. Tällaisissa tilanteissa PAINAD-asteikko voisi tuoda varmuutta hoitajan käsitykseen kivun luonteesta ja alkuperästä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla PAINAD-asteikon käytön mahdollisuus mielenterveyspotilaiden hoidossa.

6.5 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman kiinnostuksemme mukaan. Mielestämme kivun arviointiin ja hoitoon voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota mielenterveyshoitotyössä. Tästä lähtökohdasta lähdimme tekemään opinnäytetyötä. Työn tekeminen osoittautui ajoittain haasteelliseksi. Aineistoa ja tutkimustietoa oli vaikea löytää. Suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta löytyi vähän ja monessa vain sivuttiin aihetta. Onneksi löysimme muutamia englanninkielisiä tutkimuksia ja julkaisuja. Englanninkielisiä julkaisuja olisi löytynyt muutama lisää, mutta ne olisi täytynyt tilata Yhdysvalloista. Tällöin niiden hinnat kohosivat suhteettoman suuriksi suhteutettuna siihen, ettemme voineet olla varmoja niiden sopivuudesta työhömmme. Päätimme siis jättää nämä ulkopuolelle.

Oman haasteensa opinnäytetyön tekoon toi tutkimusluvan hylkääminen. Haimme tutkimuslupaa Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymältä, mutta emme saaneet sitä toimeksiannon puuttumisen vuoksi. Tämän seurauksena syksyllä 2011 opinnäytetyöprosessi jäi tauolle, jonka aikana annoimme aiheen kehittyä mielissämme. Keskustelimme aiheesta ohjaajamme kanssa, ja sovimme tekevämme opinnäytetyön vapaaehtoisuuteen perustuen. Joulukuussa 2011 jatkoimme opinnäytetyötä kirjoittamalla teoriaosuuden. Lisäksi keräsimme vapaaehtoisia tiedonantajia tuttujemme kautta. Tammikuussa 2012 toteutimme haastattelut, ja opinnäytetyön tekeminen alkoi edistyä.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon prosessityöstä, jossa täytyy edetä vaihe kerrallaan ja hyväksyä, etteivät asiat aina mene niin kuin on suunniteltu. Tiedon kokoaminen eri lähteistä pienissä osissa on kehittänyt maltillisuuttamme ja kokonaisuuden hallintataitojamme.

Olemme molemmat tyytyväisiä siihen, että teimme opinnäytetyön yhdessä. Toisen kanssa tehdessä on kannustavaa pohtia asioita yhdessä. Toisella on aina hyviä ajatuksia ja voimaa kannustaa, mikäli toinen tuntee opinnäytetyön teon toivottomaksi.

Lähteet

- Achte, K. & Vainio, A. 1996. Kivun monet kasvot. Teoksessa Achte, K. & Tamminen, T. (toim.) *Somatopsykiatria*. Jyväskylä: Gummerus, 111 – 127.
- Al-Shaer, D., Anderson, M. A. & Hill, P. D. 2011. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MedsurgNursing* 20 (1), 7 - 11.
- Arnstein, P., Caudill, M. & Wells-Federman, C. 2001. Self-efficacy as a mediator of depression and pain-related disability in three samples of chronic pain patients. *Pain medicine*. 2 (3), 238.
- Bjälle, J. G., Haug, E. Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K.C. 2005. *Ihminen. Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOY.
- Bremner, J.D., Carney, R.M., Charney, D.S., Coyne, J.C., Delong, M. R., Evans, D. L., Frasura-Smith, N., Glassman, A.H., Gold, P. W., Golden, R. N., Gorman, J. M., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R.L., Kanner, A. M., Katon, W. J., Kaufmann, P.G., Keefe, F.J., Ketter, T., Krishnan, K. R.R., Laughren, T.P., Leserman, J., Lewis, L., Lyketsos, C.G., McDonald, W. M., McEwen, B.S., Miller, A.H., Musselman, D., Nemeroff, C.B., O'Connor, C., Petitto, J.M., Pollock, B.G., Robinson, R.G., Roose, S.P., Rowland, J., Sheline, Y., Sheps, D. S., Simon, G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Tibbits, P. Jr. & Valvo, W.J. 2005. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biol psychiatry* 2005 (58), 175-189.
- Daniels, S. 2007. Easing the pain. *Nursing standard* 22 (8), 28.
- Dewar, A., Langdeau, S., Mullet, J., Osborne, M. & Plummer, M. 2009. Psychiatric patients: How can we decide if you are in pain? *Issues in mental health nursing* 2009 (30), 295 - 303.
- Estlander, A.-M. 2003. *Kivun psykologia*. Juva: WSOY.
- Estlander, A- M. & Vainio, A. 2002. Kroonista kipua vahvistavat tekijät ja potilaan rooli. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 101.
- Granström, V. 2005. Psykiatria kipupotilaan tutkimisessa ja hoidossa. *Suomen lääkärilehti* 60 (35), 3373 - 3377.
- Granström, V. 2010. *Kipu ja mieli*. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Gray, R. & Robson, D. 2006. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44 (3), 457 - 466.
- Haanpää, M. & Soinila, S. 2007. Kipu. Teoksessa Kaste, M., Soinila, S. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 238 - 257.
- Heikkilä, A. 2009. *Siunattu kipu*. Helsinki: Rasalas Kustannus.
- Heinonen, M. 2007. Kivun arviointimenetelmät. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170 2.12.2011.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Isometsä, E. 2011. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218 - 221

- Joukamaa, M. 2011. Elimellisoireiset häiriöt. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284 – 294.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Koponen, H. 2011. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244 – 247.
- Lindfors, P. 2006. Kivusta ja kulttuurista. Kipuviesti 2006 (1), 12-19.
- Maj, M., Maselko, J., Patel, V., Phillips, M.R., Prince, M., Rahman, A. & Saxena, S. 2007. No health without mental health. Lancet 2007 370/9590, 859-877.
<http://www.globalmentalhealth.org/downloads/Lancet%20series%20on%20GMH%20-%20Article%201%20%28469%20KB%29.pdf>.
14.12.2011.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Reigstad, B., Jorgensen, K. & Wichstrom, L. 2006. Pain in adolescent psychiatric patients. Child and adolescent mental health 11 (4), 185 - 191.
- Salanterä, S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. Kipuviesti 2006 (2), 39 - 40.
- Salokangas, R.K.R. 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Porvoo: WSOY.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, A. 2002. Kipupotilailla esiintyvät psykiatriset häiriöt. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, S. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 298 – 311.

Teemahaastattelun runko

1. Taustatiedot

- Kauanko olet työskennellyt sairaanhoitajana?
- Kuinka pitkään olet työskennellyt mielenterveyspuolella?

2. Valmiudet

- Teoriatietämys kivusta, kivun arvioinnista, kivun mittaamisesta
- Hoitotyön kokemuksen vaikutus mielenterveyspotilaan kivun arviointiin
- Ulkopuolisten tekijöiden vaikutus potilaan kivun arviointiin
- Kivun arviointia edistävät tekijät
- Kivun arviointia estävät tekijät
- Työyhteisön merkitys potilaiden kipukokemusten käsittelyssä

3. Keinot

- Hoitajan keinot arvioida kipua
- Hoitajan toiminta potilaan kertoessa kivustaan
- Hoitajan saamat mallit toimia potilaan kertoessa kivustaan

4. Resurssit

- Kivun arvioinnin ja mittaamisen opetus koulutuksessa
- Kivun arviointia edistävät tekijät työpaikalla
- Kivun arviointia estävät tekijät työpaikalla
- Työpaikan järjestämät lisäkoulutukset mielenterveyspotilaan kivusta

ESIMERKKI TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSISTÄ

