



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Miika Tölli

ANESTESIASAIRAANHOITAJIEN VALMIUDET
AKUUTIN KIVUN HOIDOSSA
Kyselytutkimus

Sosiaali- ja terveysala
2021

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Miika Tölli
Opinnäytetyön nimi	Anestesiahoitajien valmiudet akuutin kivun hoidossa
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	55 + 3 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää anestesiahoitajien kokemaa valmiutta hoitaa akuutista kivusta kärsivää potilasta. Akuutin kivun hoidon osaamista selvitettiin kivun tunnistamisen, kivun mittaamisen, akuutin kivun hoitomenetelmien sekä säädösten, suositusten ja lakien näkökulmasta. Akuutin kivun ammattitaitoisella hoidolla on runsaasti yksilön elämänlaatua, kansanterveyttä sekä kansantaloutta parantavia vaikutuksia. Akuutista kivusta kärsii suurin osa ihmisistä jossain elämänvaiheessa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Kyselylomake lähetettiin kaikille Oulun yliopistollisen sairaalan 250 anestesiahoitajalle. Kyselyyn vastasi yhteensä 89 ihmistä, joten vastausprosentiksi muodostui 35,9 %. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineiston keruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi 7 taustakysymystä, 15 asiakysymystä tai väittämää ja yhden avoimen kysymyksen. Kyselyn vastaukset ja taustamuuttujien vaikutus vastauksiin analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin kvalitatiivisen sisällön analyysin menetelmin.

Anestesiahoitajat kokevat valmiudet akuutin kivun hoitoon pääsääntöisesti hyväksi. Anestesiahoitajat pitivät akuutin kivun hoitoa tärkeänä sekä suhtautuvat siihen suurella tärkeydellä. Tutkimustulosten mukaan esille nousi säännöllisen lisäkoulutuksen tärkeys sekä halu ylläpitää omaa ammattitaitoa.

ABSTRACT

Author	Miika Tölli
Title	Capabilities of Anesthesia Nurses in the Treatment of Acute Pain
Year	2021
Language	Finnish
Pages	55 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

The purpose of this thesis was to determine the readiness experienced by anesthesia nurses to treat a patient suffering from acute pain. The expertise in acute pain care was elucidated from the perspective of pain recognition, pain measurement, the methods of treating acute pain and regulations, recommendations and laws. Skilled treatment of acute pain has an abundance of individual quality of life, public health, as well as national economy enhancing effects. The majority of people experience acute pain at some stage of life.

The thesis was carried out in cooperation with the University Hospital of Oulu. The questionnaire was sent to all 250 anesthetic nurses at the University Hospital of Oulu. A total of 89 people responded to the survey, making up 35,9% of the response rate. The research was conducted using a quantitative research method and the collection of data was carried out using a structured questionnaire. The questionnaire contained 7 background questions, 15 factual or assertions and one open question. The query responses and impact of background variables on responses were analysed using SPSS. The answers to the open question were analysed using the methods of qualitative content analysis.

Anesthesia nurses experience the ability to treat acute pain to be good as a rule. Anesthesia nurses considered the treatment of acute pain important, as well as administering to it with great importance. According to the findings, the importance of regular additional training, as well as the desire to maintain one's professional skills, was raised.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
3	KIPU	11
	3.1 Kivun luokittelu.....	11
	3.2 Akuutti kipu.....	13
	3.3 Somaattisen ja viskeraalisen kivun eroavaisuudet	14
	3.4 Akuutin somaattisen kivun fysiologia	15
	3.5 Akuutin viskeraalisen kivun fysiologia	16
4	ANESTESIASAIRAANHOITAJA KIVUNHOIDON ASIANTUNTIJANA	17
5	KIVUN HOITO	19
	5.1 Akuutin kivun hoidon suositukset	19
	5.2 Akuutin kivun tunnistaminen.....	20
	5.3 Akuutin kivun mittaaminen	22
	5.4 Akuutin kivun hoitomenetelmät.....	23
	5.4.1 Lääkehoito ja lääkehoidon tekniikat	24
	5.4.2 Lääkkeettömät hoitomenetelmät	25
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
	6.1 Kohderyhmä, yhteistyötaho ja tutkimuksen resurssit.....	26
	6.2 Tutkimusasetelma, aineiston keruu menetelmä ja analysointi.....	26
	6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	27
	6.4 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteuttaminen	28
	6.5 Opinnäytetyön tulosten raportointi ja päättäminen.....	29
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30
	7.1 Taustakysymykset	30
	7.2 Valmiudet ja suhtautuminen akuutin kivun hoitoon.....	34

7.3	Akuutin kivun tunnistaminen.....	35
7.4	Kipumittarit.....	36
7.5	Akuutti kipu ja hoitotyön toteutus	37
7.6	Raportointi, lainsäädäntö ja suositukset	40
7.7	Akuutin kivun hoidon kehittäminen	41
8	TAUSTAMUUTTUJIIEN VAIKUTUS TUTKIMUSTULOKSIIN	45
9	POHDINTA.....	49
9.1	Tutkimus oppimisprosessina	49
9.2	Yhteenvedo tuloksista, johtopäätökset ja kehittämissuositukset	50
9.3	Validiteetti ja reliabiliteetti	51
9.4	Jatkotutkimusehdotukset	52

LÄHTEET

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Ikä.	31
Kuvio 2. Koulutustausta.	32
Kuvio 3. Työskentely sosiaali- ja terveysalalla.	32
Kuvio 4. Työskentely anestesiahoitajana.	33
Kuvio 5. Pääsääntöinen työskentely.	33
Kuvio 6. Työn painopiste.	34
Kuvio 7. Anestesiahoitotyön erikoistumisopintojen opiskelu.	34
Kuvio 8. Valmiudet akuutin kivun hoitoon.	35
Kuvio 9. Akuuttiin kipuun suhtautuminen.	35
Kuvio 10. Akuutin kivun tunnistaminen.	36
Kuvio 11. Potilaan kannustaminen kivun arviointiin.	36
Kuvio 12. Kivun laadun, luonteen ja ajallisuuden seurannan hallinta.	37
Kuvio 13. Kipumittarit.	37
Kuvio 14. Kipumittarien käyttö kivun arvioimisessa.	38
Kuvio 15. Akuutin kivun hoidon tehostamisen tunnistaminen.	38
Kuvio 16. Lääkeaineiden tunteminen.	39
Kuvio 17. Akuutin kivun hoitomenetelmät.	39
Kuvio 18. Akuutin kivun aiheuttavat ja siihen johtavat tekijät.	40
Kuvio 19. Riittävä tieto akuutin kivun hoidossa käytettävistä lääkeaineista.	40
Kuvio 20. Kirjaaminen ja raportointi.	41
Kuvio 21. Akuutin kivun hoidon suositukset.	41
Kuvio 22. Lainsäädäntö ja asetukset.	42

Taulukko 1. Kivun luokittelu.	14
Taulukko 2. Kipumittarit.	24
Taulukko 3. Tutkimuksen aikataulu.	30
Taulukko 4. Sisällön analyysi.	45
Taulukko 5. Akuutin kivun hoidon valmiudet työyksikön mukaan.	47
Taulukko 6. Akuutin kivun hoidon valmiudet työkokemus huomioiden.	48
Taulukko 7. Akuutin kivun hoidon valmiudet työnkuvasta riippuen.	48
Taulukko 8. Akuutin kivun hoidon valmiudet erikoistumiskoulutuksen käymisestä riippuen.	49

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Haastattelukysymykset

LIITE 3. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Akuutista kivusta kärsii suurin osa ihmisistä jossain vaiheessa elämää. Pöyhiän (2014, 144) mukaan erilaiset akuutit kivut vaivaavat 15–40 % länsimaiden asukkaista. Suomessa kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolle hakeutuvista potilaista 40 %:lla tulossyynä on kipu ja näistä potilaista 80 %:lla on kyseessä akuutti kiputilanne. Potilaalla on oikeus hyvään kivunlievitykseen osana hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Valvira 2020).

Akuutin kivun laadukas hoitaminen on tärkeää, sillä se nopeuttaa potilaan toipumista vammoista ja mahdollisista leikkauksista (Hagelberg & Haanpää, 2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän Suomalaiset tapaturmien uhreina -tutkimuksen (2017) mukaan Suomessa tapahtuu erilaisia fyysisiä vammoja aiheuttavia tapaturmia vuodessa yli miljoona ja kansantaloudelliset kustannukset ovat merkittävät. Akuutin kivun vaikutukset myös yksilötasolla ovat merkittäviä. Pöyhiän (2014, 146) mukaan akuutti kipu voi aiheuttaa erilaisia psykososiaalisia ongelmia, kuten esimerkiksi unettomuutta, ärtyneisyyttä ja sosiaalisten kontaktien vähenemistä.

Oli tärkeää selvittää, minkälaiset valmiudet anestesiahoitajilla on akuutin kivun hoitoon. Suomen anestesiahoitajat ry (2017) on laatinut anestesiahoitajien osaamista koskevat yleiset osaamisvaatimukset sekä kliiniset osaamisvaatimukset. Yksi osa-alue osaamisvaatimuksissa on kivun hoito. Tengvalin (2010, 73) leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillista pätevyyttä käsittelevässä väitöskirjassa kivunhoidossa käytettävien lääkkeiden ja hoitomenetelmien tietäminen sekä kipumittarien käyttö ja niiden käytön tunteminen on määritelty ehdottomasti hallittaviksi hoitotyön toiminnoiksi anestesiahoitajille.

Tiedonhakuja tutkimussuunnitelman tekovaiheessa on tehty Cinahlissa, PubMedissa sekä Medicissä ja muissa tieteellistä tietoa sisältävissä tietokannoissa. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kipu, akuutti kipu, kivun hoito sekä anestesiahoitaja.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää anestesiahoitajien valmiuksia akuutin kivun hoidossa. Tarkoituksena on kartoittaa anestesiahoitajien ammattitaidon ja osaamisen tasoa liittyen akuutin kivun tunnistamiseen, arviointiin sekä akuutin kivun hoidon toteuttamiseen.

Kyselytutkimuksen lopputuloksen tarkoituksena on mahdollistaa akuutin kivun hoidon kehittäminen anestesiahoitajien näkökulmasta ja antaa suuntaviivat mahdolliselle akuutin kivun hoidon kehittämiselle.

Tärkeitä tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössä on:

- 1) Minkälaiset ovat anestesiahoitajan valmiudet hoitaa potilasta, joka kärsii akuutista kivusta?
- 2) Kuinka hyvin anestesiahoitajat tunnistavat akuutin kivun?
- 3) Kuinka hyvin anestesiahoitajat osaavat arvioida akuuttia kipua?
- 4) Kuinka hyvin anestesiahoitajat tuntevat akuutin kivun hoidon hoitomenetelmät?
- 5) Mitä kehitettävää akuutin kivun hoitoon liittyen on anestesiahoitajien näkökulmasta?

3 KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusseura IASP (International Association for the Study of Pain 2017) määrittelee kivun seuraavalla tavalla: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio tai jota kuvataan samalla tavalla”. Hoitotieteellisen määritelmän mukaan kipu on aina ihmisen subjektiivinen kokemus eli kaikkea sitä, mitä ihminen sanoo sen olevan ja kipua esiintyy silloin, kuin ihminen sitä sanoo esiintyvän (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 5).

Kipuprosessin tunteminen ja tietäminen kokonaisuutena on tärkeää hyvän kivun hoidon kannalta. Akuutin kivun patofysiologian ymmärtäminen antaa anestesia-sairaanhoitajalle valmiuksia kivusta kärsivän potilaan kohtaamiseen ja tukemiseen. Kipuprosessin ymmärtäminen myös auttaa kivun laadun arvioinnissa. Kipua aiheuttavat ja kipuun johtavat tekijät täytyy ymmärtää, että pystyy toteuttamaan laadukasta kivun hoitoa. (Rodriguez 2015.)

Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan kipupotilaan hyvän hoidon perustana on toimiva ja luottamuksellinen hoitosuhde. Ammattilainen toimii hoitosuhteessa empaattisesti sekä kuuntelee kipupotilasta. Hoitoon liittyen laaditaan hoitosuunnitelma yhteistyössä ja siihen sitoudutaan. Perusteellinen kliininen tutkimus ja yksilöllinen ohjaus ovat tärkeässä roolissa.

3.1 Kivun luokittelu

Kivun luokittelusta voidaan tehdä monella eri tavalla. Tärkein ero täytyy tehdä akuutin eli äkillisen ja kroonisen eli pitkäaikaisen kivun välillä. Kipu muuttuu krooniseksi siinä vaiheessa, kuin sen kesto on ylittänyt kudosaaurion tavallisen parantumisaikajän. Subakuutista eli pitkittyneestä kivusta puhutaan silloin, kuin kipu on kestänyt kahdesta kolmeen kuukauteen sen aiheuttaneen vamman tai sairauden jälkeen. Tavallisesti kroonisesta kivusta aletaan puhua siinä vaiheessa, kun kipu on

kestänyt yli kolme kuukautta. (Pöyhiä 2014, 143; Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, 129.)

Kipu voidaan luokitella mekanismin mukaan nosiseptiiviseen ja neuropaattiseen kipuun. Yleisin akuutin kivun aiheuttava mekanismi on nosiseptiivinen. Nosiseptiivisessä kivussa kipuprosessin aloittaa nosiseptorien eli kipureseptorien aktivoituminen. (Pöyhiä 2014, 143; Kalso & Koskinen 2018, 58.)

Kipua voidaan luokitella myös sen sijaintipaikan, elinsysteemien sekä aiheuttajan mukaan. Elinsysteemin mukaisesti kipu luokitellaan somaattiseen kipuun ja viskeraaliseen kipuun eli sisäelinperäiseen kipuun. (Pöyhiä 2014, 143; Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, 128.) Somaattisen ja viskeraalisen kivun fysiologia poikkeaa toisistaan, mutta niissä on myös yhtäläisyyksiä. (Kalso & Kontinen 2018, 56, 73.)

Kipu voidaan luokitella aiheuttajan mukaan leikkauskipuun, synnytyskipuun, degeneratiiviseen kipuun eli tuki- ja liikuntaelimestön rappeumaan liittyvään kipuun ja syöpäkipuun (Pöyhiä 2014, 143; Hamunen ym. 2018, 128). Tässä opinnäytetyössä painopiste on akuutissa nosiseptiivisessä kivussa.

Taulukko 1. Kivun luokittelu. Mukailen lähteestä Kipu (2018).

Mekanismin mukainen	
Nosiseptiivinen kipu	-Elimistön normaali reaktio -Aiheutuu nosiseptoreiden eli kipureseptoreiden ärsytyksestä -Somaattista ja/tai viskeraalista
Neuropaattinen kipu	-Johtuu hermoston vauriosta -Palovammapotilaan kipu voi olla
Elinsysteemin mukainen	
Somaattinen kipu	-Aiheutuu nosiseptoreiden ärsytyksestä -Esimerkiksi luun murtuma, nyrjähdys tai leikkaushaava
Viskeraalinen kipu	-Aiheutuu pääasiassa viskeraalisten mekanoreseptorien eli Pacinin kappaleiden ärsytyksestä -Sisäelinperäistä -Huonosti paikantuvaa ja säteilee muualle kehoon -Esimerkiksi sappitiekipu, virtsakivestä aiheutuva kipu tai haimakasvaimen aiheuttama kipu
Aiheuttajan mukainen	
Leikkauskipu	-Akuutti postoperatiivinen kipu
Synnytyskipu	

3.2 Akuutti kipu

Akuutti kipu on äkillisesti alkava epämiellyttävä, ahdistava tai tuskallinen tunne, joka liittyy traumaan, sairauteen tai leikkauksen jälkeiseen tilaan. Akuutin kivun sijainti, luonne ja ajoitus pystytään tarkoin määrittelemään. (Medical Subject Headings 2018; Anzca 2020) Käypä hoito -suositus (2017) määrittelee, että akuutti kipu kestää alle kuukauden.

Akuutti kipu on elimistön suojaimekanismi ja yleensä merkki elimistöä uhkaavasta tekijästä, kuten kudonvauriosta tai sen uhasta. Akuutti kipu on pääsääntöisesti somaattista tai viskeraalista, mutta palovammakipu voi olla myös neuropaattista.

(Salanterä ym. 2013, 3–5; Kalso & Kontinen 2018, 56–73; Hamunen & Kontinen 2018, 309).

Yleisiä ja tyypillisiä tilanteita akuutin kivun ilmenemiseen ovat synnytykseen liittyvä kipu sekä postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen kipu. Akuuttia kipua aiheuttavia tilanteita ovat myös erilaiset fyysiset vammat, kuten murtumat ja nyrjähdykset. (Pöyhiä 2014, 148; Hamunen & Kontinen 2018, 309).

3.3 Somaattisen ja viskeraalisen kivun eroavaisuudet

Sekä somaattisesta, että viskeraalisesta kivusta puhutaan nosiseptiivisena kipuna. Somaattisen ja viskeraalisen kivun fysiologiassa ja luonteessa on kuitenkin isoja eroavaisuuksia. Nosiseptiivinen kipu on terveen kipujärjestelmän reaktio kudosaaurioon. (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, 130.)

Somaattinen kipu aistitaan mekaaniseen, kemialliseen tai lämpöärsykkeeseen reagoivien kipureseptorien kautta. Nosiseptoreita eli kipureseptoreita on runsaasti iholla, lihaksissa, luustossa ja lihaskalvoilla. Somaattinen kipu on helposti paikallistettavaa. Somaattinen kipu on luonteeltaan terävää, sykkivää ja särkevää. Somaattista kipua aiheuttavat esimerkiksi lihas-, nivel- ja luustokivut sairauksien tai vammojen seurauksena sekä tulehduskipu. (Hamunen ym. 2018, 130; Pöyhiä 2014, 143; Leppäluoto ym. 2017, 465–469.)

Viskeraalinen kipu on sisäelinperäistä kipua. Viskeraalinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikallistettavaa ja se voi säteillä muualle kehoon, tällöin puhutaan kivun heijastumisesta. Esimerkiksi sydäninfarktiin liittyvä kipu heijastuu myös vasempaan käsivarteen rintakehällä tuntuvan kivun lisäksi noin neljänneksellä potilaista. Viskeraalinen kipu ei välttämättä kuitenkaan aina liity kudosaaurioon ja siihen liittyy motorisia sekä autonomisia heijasteita. Muun muassa sappitiekipu, virtsatiekiivistä aiheutuva kipu sekä haimakasvaimen aiheuttama kipu luokitellaan

viskeraaliseksi kivuksi. (Kalso & Kontinen 2018, 73; Hamunen ym. 2018, 130; Käypä hoito- suositus 2017).

3.4 Akuutin somaattisen kivun fysiologia

Akuutisti alkaneen somaattisen kivun fysiologia voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Prosessi kipuärsykkeestä kivun kokemiseen alkaa transduktiosta, kun kipua aistivaan kudokseen, luuhun tai sisäelimeen kohdistuu ärsyke. Ärsyke voi olla mekaaninen, kemiallinen tai lämpöärsyke. Transduktiossa nosiseptori eli kipureseptori aktivoituu sähkökemiallisesti ja aiheuttaa aktiopotentiaalin syntymisen. (Kalso & Kontinen 2018, 56.)

Aktiopotentiaali käynnistää transmission. Transmissioksi kutsutaan vaihetta, jolloin kipusignaali lähtee etenemään kohti keskushermostoa. Kipusignaali päättyy nopeasti keskushermoston sellaisiin osiin, joiden aktivaatio aiheuttaa kivun aistimisen. Keskushermosto sijaitsee selkäytimessä. Kun kipusignaali saavuttaa selkäytimen, se aktivoi selkäytimen projektineuronien verkoston. Projektineuronit kuljettavat kipusignaalin selkäytimestä aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. (Kalso & Kontinen 2018, 56–57.)

Selkäytimessä ja aivoissa tapahtuu nosiseptiivisen impulssin eli kipuimpulssin muuntelua transmission jälkeen ja tätä kutsutaan modulaatioksi. Aivojen ja selkäytimen välillä on inhibitorisia ratoja. Inhibitoriset radat voivat vaikuttaa kipuaistimukseen sitä lieventävästi, mutta myös sitä voimistavasti. (Kalso & Kontinen 2018, 57; Pöyhiä 2014, 148.)

Viimeinen vaihe on kivun aiheuttaman subjektiivisen tuntemuksen aistiminen ja tätä kutsutaan perseptioksi. Perseption fysiologia ja mekanismi on huonoiten tunnettua. Perseptiossa nosiseptiivinen impulssi saavuttaa aivot ja aiheuttaa subjektiivisen kokemuksen kivusta. (Kalso & Kontinen 2018, 57; Pöyhiä 2014, 148.) Salanterän ym. (2013, 3) laatiman hoitotyön suosituksen mukaan kipukokemukseen

vaikuttavia tekijöitä ovat myös henkilön yksilölliset emotionaaliset tekijät, kuten masennus, ahdistus ja pelko.

3.5 Akuutin viskeraalisen kivun fysiologia

Viskeraalisen kivun kokemiseen johtava prosessi on monimutkaisempi verrattuna somaattiseen kipuun. Sisäelimissä on myös nosiseptoreita, mutta paljon vähemmän. Kipuärsytyksen aistiminen tapahtuu sisäelinperäisessä kivussa viskeraalisten mekanoreseptoreiden eli Pacinin kappaleiden kautta tai viskeraalisten nosiseptoreiden kautta. (Kalso & Kontinen 2018, 73–76.)

Viskeraaliset nosiseptorit voidaan jakaa korkean kynnyksen nosiseptoreihin ja nukkuviin nosiseptoreihin. Korkean kynnyksen nosiseptorit aktivoituvat yleensä vasta voimakkaasta mekaanisesta ärsytyksestä, kuten esimerkiksi suolen venytyksestä. Nukkuvat nosiseptorit aktivoituvat esimerkiksi tulehdusreaktiosta tai hapenpuutteesta. Kipuaistimukseen johtavan aktiopotentiaalin syntymisen laukaisee yleensä mekaaninen ärsytys, tulehdusreaktio tai hapenpuute. Viskeraalisen kivun transmissiovaiheessa vaikuttaa useita eri kipuratoja riippuen kipuärsytyksen sijainnista eikä kaikkien kipuratojen fysiologiaa edes täysin tunneta. Viskeraalisen kivun aistimiseen ja fysiologiaan liittyy edelleen useampia olettamuksia. (Kalso & Kontinen 2018, 75–76.)

4 ANESTESIASAIRAANHOITAJA KIVUNHOIDON ASIANTUNTIJANA

Anestesiahoitajalla on Suomessa aina sairaanhoitajan tutkinto, mutta erikoistumiskoulutuksissa on suuriakin eroja. Anestesiahoitaja on anestesiologin työpari. Anestesiahoitajan vastuualueena on potilaalle annettavan anestesian valmistelut ja anestesian aloittaminen yhdessä anestesiologin kanssa. Anestesiahoitaja vastaa intraoperatiivisessa vaiheessa eli leikkauksen aikana potilaan valvonnasta ja hoidosta. Anestesiahoitajan tehtävä on tarkkailla ja huolehtia anestesioidun potilaan potilasturvallisuudesta leikkauksen tai muun toimenpiteen aikana. (Tengvall 2010, 9–10; Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 12.)

Anestesiahoitajan työ painottuu suurimmaksi osaksi intraoperatiiviseen vaiheeseen eli leikkauksen aikana tapahtuvaan hoitotyöhön. Leikkauspotilaan hoidon ymmärtäminen perioperatiivisena kokonaisuutena on kuitenkin tärkeää ja se on edellytys anestesiahoitajan ammatilliselle pätevyydelle. (Tengvall 2010, 9.) Perioperatiivinen hoitokokonaisuus sisältää preoperatiivisen eli ennen leikkausta tapahtuvan hoidon, intraoperatiivisen eli leikkauksen aikana tapahtuvan hoidon ja postoperatiivisen eli välittömästi toimenpiteen jälkeen tapahtuvan hoidon (Karma ym. 2016, 8).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on muodostettu sairaalan sisälle oma akuutin kivun hoidon verkosto. Anestesiahoitajien rooli akuutin kivun hoidossa on antaa ohjausta muiden osastojen henkilökunnalle. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri.)

APS-työryhmien (Acute Pain Service) toiminta on yleistynyt huomattavasti ja sen katsotaan nykypäivänä kuuluvan jo kaikkien suurempien sairaaloiden toimintaan. APS-työryhmän tehtävänä on huolehtia potilaiden akuuttiin kipuun liittyvästä päivittäisestä ohjaamisesta leikkauksen jälkeen. APS-työryhmä myös huolehtii yhteisistä toimintamalleista akuutin kivun hoitoon liittyen sekä kouluttaa henkilöstöä. (Hamunen & Kontinen 2018, 310–311.) APS-työryhmissä toimii anestesiologin

lisäksi kipuhoitajia. Kipuhoitajat ja APS-hoitajat ovat käytännön kentällä pääasiassa anestesiahoitajia. (Saarelainen, 2014.)

Siltasen, Murtolan & Salanterän (2013, 30–33) mukaan potilaan kivun hoito on yksi anestesiahoitajan keskeisimmistä tehtävistä leikkauksen aikana sekä sen jälkeen heräämössä. Suomen anestesiahoitajat ry:n (2017) laatimat anestesiahoitajan osaamisvaatimukset korostavat anestesiahoitajien keskeisiä työtehtäviä ja työnkuvaa Suomessa. Osaamisvaatimuksissa kivun hoito kokonaisuutena on yksi kliinisistä osaamisvaatimuksista.

Anestesiahoitaja toimii työssään kivun hoidon osa-alueella kokonaisvaltaisesti. Anestesiahoitaja tuntee sekä hallitsee kivun hoidossa käytettävät lääkkeet sekä kivun arviointi- ja hoitomenetelmät. Anestesiahoitaja toimii yhteistyössä kipupotilaan kanssa ohjaavalla ja kannustavalla työotteella. Tärkeää on kannustaa ja ohjata potilasta itse arvioimaan omaa kipuaan ja kertomaan siitä, jos se on mahdollista. (Suomen anestesiahoitajat ry 2017.)

Erilaisten kipumittareiden sekä niiden käytön hallinta kuuluu anestesiahoitajan osaamisvaatimukseen. Anestesiahoitajalta myös odotetaan osaamista liittyen kivun hoidon arviointiin sekä kivun laadun, luonteen ja ajallisuuden seurantaan. (Suomen anestesiahoitajat ry 2017.)

Tengvallin (2010) väitöskirja leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillisesta pätevyydestä tuo hyvin esille anestesiahoitajan ehdottomasti hallittavien hoitotyön toimintojen kautta kivun hoidon osaamisen tärkeyden. Ehdottomasti hallittavia hoitotyön toimintoja ovat kivun hoidossa käytettävien lääkkeiden ja hoitomenetelmien tietäminen sekä kipumittarit ja niiden käytön tunteminen (Tengvall 2010, 62.)

5 KIVUN HOITO

Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan kivun hoidon periaatteita ovat kivun lievittäminen, toimintakyvyn kohentaminen sekä elämänlaadun parantaminen. Kivun hoito toteutetaan välittömästi, jos kivun aiheuttaja ja syy on tiedossa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (2020) sekä lain potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8. 1992/785) mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään kivunlievitykseen.

5.1 Akuutin kivun hoidon suositukset

Akuutin kivun hoitoon liittyviä suosituksia Suomessa ovat laatineet Suomen anesthesiologiyhdistyksen (2014) kivun hoidon jaoksen työryhmä, Suomalainen lääkäri-seura Duodecim (2017) sekä Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) suositustyöryhmä. Painopiste kaikissa edellä mainituissa laadituissa suosituksissa on leikkausten jälkeisen akuutin kivun hoidossa.

Suomen anesthesiologiyhdistys SAY on laatinut suosituksen akuuttiin kipuun ja sen hoitoon liittyvään kirjaamiseen sekä suosituksen akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidon järjestämistä koskien. Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) suositustyöryhmä on laatinut hoitotyön suosituksen aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisestä lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä. Kipuun ja kivun hoitoon liittyvästä Käypä hoito -suosituksesta (2017) on rajattu pois akuutti leikkauksen jälkeisen kivun hoito sekä akuutista vatsa- tai rintakivusta kärsivän potilaan hoito.

SAY:n (2012) laatima suositus liittyen akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamiseen painottaa, että kirjaaminen ja säännöllinen kivun arviointi ovat perustana hyvälle kivun hoidolle. Suosituksessa kirjoitetaan, että: ”Kivun hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee saada riittävästi koulutusta kivun mittaamisesta ja tulosten kirjaamisesta.” Vähimmäisvaatimuksina kivusta ja sen hoidosta tulee kirjata SAY:n (2012) suosituksen mukaan kivun

voimakkuus validoidulla mittarilla mitattuna, kivun hoitomenetelmä sekä kivun hoidon mahdolliset haittavaikutukset.

SAY:n (2014) laatima suositus liittyy leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämiseen. Suositus painottaa, että IASP:n (International Association for the Study of Pain) mukaan kivun hoitaminen on perustavanlaatuinen ihmisoikeus. Suosituksessa on määritelty akuutin kivun hoidon minimiresurssit. Suositus linjaa hyvän kivun hoidon kannalta tärkeät osa-alueet, joita ovat potilaan onnistunut informointi, yhtenäiset ja kaikkien saatavilla olevat hoito-ohjeet liittyen akuutin kivun hoitoon sekä hoitohenkilökunnan systemaattinen kouluttaminen.

Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) suositustyöryhmän laatimassa suosituksessa on kivun hoitoon liittyen kehitetty tutkimuksen pohjalta kahdeksan eri vaihetta, jotka huomioimalla pyritään edistämään aikuispotilaan postoperatiivista kivun hoitoa. Kivun hoitotyön prosessin eri vaiheet ovat kirurgisen potilaan ohjaus osana kivun hoitotyötä, potilaan kivun tunnistaminen, potilaan kivun arviointi, kivun lääkehoidon toteutus, muiden kivun hoitomenetelmien käyttö, potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana, kivun hoitotyön kirjaaminen sekä kivun hoitotyön laadun varmistaminen (Salanterä ym. 2013, 24–25).

5.2 Akuutin kivun tunnistaminen

Akuutin kivun tunnistaminen on tärkeää ja sairaanhoitajan rooli kivun hoitotyön prosessin toteuttajana on keskeinen. Kivusta kysyminen ja kivusta kärsivän potilaan kuunteleminen ovat kivun tunnistamisessa tärkeässä roolissa. Hoitotieteellinen määritelmä kivusta korostaa sitä, että potilas itse tietää parhaiten oman henkilökohtaisen kokemuksen kivusta ja on oman kiputilanteensa paras asiantuntija. (Salanterä ym. 2013, 4–5).

Kaikki eivät kuitenkaan pysty kertomaan sanallisesti kivusta. Onkin havaittu paljon erilaisia käyttäytymiskeinoja, jotka ilmentävät kipua. Kasvojen ilmeet, ääntely, kehon kieli, persoonallisuuden muutokset, muutoksen päivittäisissä toiminnoissa

sekä muutokset henkisissä toiminnoissa voivat kertoa mahdollisesta kivusta. (Salanterä ym. 2013, 26.)

Kivuliaan potilaan kasvoilta ja olemuksesta voi näkyä jännittyneisyys, suru, pelko, itkuisuus, uupumus, tuska ja ahdistuneisuus tai potilas voi esimerkiksi irvistää. Kipu voi aiheuttaa myös sekavuutta. Kipua voi ilmentää myös esimerkiksi sulkeamalla silmät tiukasti kiinni tai vastaavasti silmät ovat täysin avoimet tai potilas räpyttelee silmiä. Hampaiden yhteen pureminen sekä suun pitäminen tiukasti kiinni ovat myös kipua osoittavia indikaattoreita. (Salanterä ym. 2013, 26.)

Kivulias potilas voi huutaa, voihkia, valittaa, huokailla tai olla aggressiivinen. Kivusta voi kertoa myös levottomuus, jännittyneisyys sekä kivuliaan alueen suojeleminen. Muutokset päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailussa ja liikkumisessa voivat kertoa myös mahdollisesta kivusta. (Salanterä ym. 2013.)

Akuutti kipu aiheuttaa myös fysiologisia muutoksia, jotka johtuvat sympaattisen hermoston aktivoitumisesta. Sympaattinen hermosto aktivoituu useimmiten hätätilanteissa ja näin ollen valmistaa elimistöä ns. taistele tai pakene-toimintaan. Sympaattisen hermoston aktivoituminen aiheuttaa muutoksia hormonitoimintaan ja tämä selittää fysiologiset muutokset. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2017, 344–345, 418.) Mahdollisia seurauksia akuutista kivusta voivat olla muutokset sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnassa, muutokset hengityselimistön sekä ruuansulatuselimistön toiminnassa, muutokset hormonitoiminnassa ja virtsanerityksessä sekä muutokset lihaksistossa. (Hamunen & Kontinen 2018, 293.)

Sydämen ja verenkiertoelimistön kuormittuminen sympaattisen hermoston aktivoitumisen myötä aiheuttaa verenpaineen ja syketaison nousua sekä riski rytmihäiriöille, laskimoveritulpille ja keuhkoembolialle kasvaa. Hengitystilavuus voi pienentyä, yskiminen on vaikeaa ja tällöin riski hypoksemialle eli hapenpuutteelle kasvaa. Hengitystoiminnan heikentyminen voi aiheuttaa atelektaaseja eli ilmattoimia alueita keuhkoihin, jotka aiheuttavat keuhkojen tilavuuden pienenemistä.

Heikentynyt keuhkojen toiminta on myös riski infektioille. Akuutti kipu voi aiheuttaa myös hengityslaman. (Hamunen & Kontinen 2018, 293; Pöyhiä 2014, 146.)

Akuutista kivusta kärsivän ihmisen liikkumattomuus voi aiheuttaa veren hyytymisen lisääntymistä. Riski vatsa- ja pohjukaissuolihaavalle kasvaa sekä mahalaukun ja suolen motiliteetti eli liikkuvuus voi heikentyä. Myös virtsaretentio eli virtsaumpi on mahdollinen. (Hamunen & Kontinen 2018, 293; Pöyhiä 2014, 146.)

Akuutti kipu voi aiheuttaa myös psykologisia muutoksia. Kivusta kärsivällä ihmisellä saattaa olla pelkoa, ahdistusta ja unettomuutta. (Hamunen & Kontinen 2018, 292.)

5.3 Akuutin kivun mittaaminen

Akuutti kipu on mitattavissa oleva arvo, jota voidaan mitata yhtä lailla kuin esimerkiksi verenpainetta tai lämpökäyrää. Akuuttia kipua täytyy mitata säännöllisesti. Kivun hoidon onnistumisen kannalta on oleellista hoidon vasteen arviointi kivun hoidon alussa ja sen edetessä. Kipumittareiden käyttämisen lisäksi akuutissa kiputilanteessa kipua tulee arvioida monipuolisesti esittämällä potilaalle kysymyksiä esimerkiksi: ”Kuinka kivun voimakkuus eroaa levossa kuin liikkeessä?” (Kalso 2018, 90; Hamunen & Kontinen 2018, 292; Kalso & Haanpää 2018, 281–285).

Kivun mittaamiseen on kehitetty useita eri kipumittareita. Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS (Visual Analogue Scale) eli visuaalinen analogiasteikko. VAS-kipumittarissa kipua arvioidaan numeerisella janalla. Janan vasemmassa reunassa on numero 0, joka tarkoittaa, että potilaalla ei ole kipua. Janan oikeassa reunassa on numero 100, joka tarkoittaa voimakkainta mahdollista kipua. Potilas arvioi omaa kiputilannetta merkitsemällä sen janalle sopivaan kohtaan. (Kalso 2018, 90.)

Kipua voidaan arvioida myös VRS-mittarilla (Verbal Rating Scale) eli sanallisella asteikolla, NRS-mittarilla (Numeric Rating Scale) eli numeerisella mittarilla ja FPS-mittarilla (Faces Pain Scale) eli ilmeasteikolla. Sanallisessa kipuasteikossa kipu voidaan jakaa esimerkiksi viiteen eri voimakkuuteen, jossa kivun voimakkuutta

kuvataan verbaalisesti. Numeerisessa asteikossa kipu on jaettu kymmeneen eri voimakkuuteen janelle, jossa numero 0 tarkoittaa, että potilaalla ei ole kipua ja numero 10 tarkoittaa voimakkainta mahdollista kipua. Ilmeasteikko on kehitetty lapsia varten ja tässä asteikossa potilas valitsee kasvojen ilmeen, joka kuvaa omaa kiputilannetta parhaiten. (Kalso 2018, 91.) Kipumittarit kuvattu taulukossa kaksi (2).

Taulukko 2. Kipumittarit. (Salanterä ym. 2013.)

A) VAS (Visual Analogue Scale)



B) VRS (Verbal Descriptor Scale)

Ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu

C) NRS (Numeric Rating Scale)



D) FPS (Faces Pain Scale)



5.4 Akuutin kivun hoitomenetelmät

Akuutin kivun laadukas, hyvä ja turvallinen hoito edellyttää hoitohenkilökunnan säännöllistä kouluttamista. Turvallisen ja hyvän hoidon takaamiseksi on tärkeä olla yhtenäiset toimintamallit sekä hoito-ohjeet hoitohenkilökunnan käytössä. Akuutin

kivun pitkittyminen on riski sille, että potilaan toipuminen hidastuu. Akuutin kivun pitkittyessä myös toimintakyky heikkenee. (Hamunen & Kontinen 2018, 292–293).

Voimakkaassa akuutissa kivussa yleisimmin käytetty hoitomenetelmä on lääkehoito. Lievemmissä akuuteissa kiputiloissa voidaan käyttää lääkehoidon rinnalla lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Akuutissa kivussa pyritään soveltamaan multimodaalisuuden periaatetta. Multimodaalisella analgesialla tarkoitetaan menetelmää, jossa yhdistellään eri mekanismeilla vaikuttavia kipulääkkeitä. (Hamunen & Kontinen 2018, 296–311.)

5.4.1 Lääkehoito ja lääkehoidon tekniikat

Leikkauksen jälkeisessä akuutin kivun hoidossa perinteinen kipulääkitys on lähtökohtaisesti tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin säännöllinen annostelu ja opioidin annostelu tarvittaessa. Lääkehoidon toteutus käytännössä ja kivunlievitysmenetelmien hyöty-haittasuhde riippuu kuitenkin leikkauksen tai vamman laajuudesta ja leikkaustyyppistä. Yleisimpiä akuutin kivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat analgeetit eli tulehduskipulääkkeet sekä parasetamoli, opioidit, gabapentinit, erilaiset puuduttavat lääkeaineet sekä kortikosteroidit. (Hamunen & Kontinen 2018, 296–297).

Akuutissa kivun hoidossa lääkeaine voidaan annostella laskimoon, spinaalisesti eli subaraknoidaalitilaan tai epiduraalisesti eli epiduraalitilaan. Spinaalisessa kivun hoidossa lääkeaine annostellaan selkäytimen subaraknoidaalitilaan aivo-selkäydinnesteeseen ja epiduraalisessa kivun hoidossa lääkeaine annostellaan selkäytimen epiduraalitilaan. Spinaalisesti ja epiduraalisesti käytettynä voidaan annostella opioidia, puudutetta tai näiden yhdistelmää. (Hamunen & Kontinen 2018, 300–303).

Kivun hoito laskimon sisäisesti, subaraknoidaalitilaan ja epiduraalitilaan voi tapahtua jatkuvana infuusiona, kerta-annoksina tai potilaan itse annostelevana PCA-laitteen avulla (patient controlled analgesia). PCA-laitteesta potilas saa itse

otettua lääkeannoksen nappia painamalla. Lääkeaineen kerta-annoksen vahvuus, kerta-annosten lukumäärä, liuoksen konsentraatio, lukitusaika sekä opioidin maksimiannos tunnissa on aina ennalta ohjelmoitu laitteeseen. Lukitusaika tarkoittaa väliaikaa itse otettujen annosten välillä, jolloin PCA-laite ei anna uutta annosta. Laskimon sisäisen potilaan itse annostelevan lääkehoidon nimitys on IV-PCA (intra venous patient controlled analgesia) ja epiduraalitaalain potilaan itse annostelevasta lääkehoidosta käytetään termiä PCEA (patient controlled epidural analgesia). (Hamunen & Kontinen 2018, 300–305).

Akuutin kivun hoidossa voidaan käyttää myös paikallista puuduttamista. Puudutus voi olla kertaluontoinen injektio tai mahdollisesti asennetaan pitkäkestoista puudutusta varten puudutuskatetri halutun hermorakenteen läheisyyteen. Käytännössä leikkauksen lopussa haavan eri kerrokset ja reunat voidaan puuduttaa tai vastaavasti voidaan puuduttaa yksittäisiä perifeerisiä hermoja ja hermopunoksia. (Hamunen & Kontinen 2018, 304).

5.4.2 Lääkkeettömät hoitomenetelmät

Lievissä akuuteissa tuki- ja liikuntaelimistön kiputilanteissa kylmähoito on hyvä hoitomenetelmä lääkehoidon lisäksi. Akuuttien tapauksien hoidossa yhdistetään kylmähoito, kohoasento sekä kompressio eli puristus. Paikallinen kylmähoito vaikuttaa kudokseen kipua lieventävästi, laskee turvotusta ja lievittää akuuttia tulehdusreaktiota. Myös lämpöhoidolla ja asentohoidolla on oma rooli lääkkeettömässä kivun hoidossa. (Pohjolainen 2018, 247–248; Hamunen & Kontinen 2018, 309.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä, yhteistyötaho ja tutkimuksen resurssit

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Oulun yliopistollisen sairaalan kaikki anestesia- ja sairaanhoitajat (N=250). Opinnäytetyöprosessiin liittyvistä kustannuksista, kuten materiaalin hankinnasta ja mahdollisesti matkustamisesta aiheutuvista menoista vastasi opiskelija itse. Kohdeorganisaatiolta eli Oulun yliopistolliselta keskussairaalalta vaadittavat resurssit liittyivät henkilökunnan työaikaan ja mahdollisesti sopivien tilojen järjestämiseen. Opinnäytetyön kyselytutkimusta varten anestesia- ja sairaanhoitajat tarvitsivat 15 minuuttia aikaa vastata kyselytutkimukseen rauhallisessa ympäristössä. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuutena vaati myös kohdeorganisaation yhdyshenkilöiden aikaa mahdolliseen neuvontaan ja ohjaukseen liittyen.

6.2 Tutkimusasetelma, aineiston keruu menetelmä ja analysointi

Opinnäytetyö on tutkimusasetelmalta kvantitatiivinen, selvittävä ja kuvaileva survey-poikittaistutkimus. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös yhden avoimen teemahaastattelukysymyksen. Aineisto analysoitiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen strukturoidun kyselylomakkeen kohdalla ja kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen avoimen teemahaastattelukysymyksen kohdalla.

Selvittävässä ja kuvailevassa tutkimuksessa todetaan nykyinen asiantila, mutta ei pyritä löytämään syitä vallitsevalle asiantilalle. Selvittävässä ja/tai kuvailevassa tutkimuksessa ei ole hypoteeseja. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran eikä tutkimuksessa tutkimusasetelman tarkoitus ole tarkastella tutkittavaa asiaa pidemmällä aikavälillä. Survey-tutkimuksessa haastattelu- tai kyselytutkimus toteutetaan valmiiksi laadituilla kysymyksillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56–62).

Kvantitatiivinen tutkimus on määrällinen tutkimus ja sen ominaispiirteitä ovat Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 62) mukaan: ”perusjoukon ja otoksen

määrittely, teoreettisten käsitteiden operationalisointi mitattaviksi muuttujiksi, numeerinen mittaaminen, tilastollisten menetelmien käyttö, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu, hypoteesien laatiminen, tilastollisen merkitsevyyden arviointi, objektiivisuus, yleispätevyyden tavoittelu, tutkijan ja tutkittavan välinen etäinen suhde, strukturoitu tutkimusasetelma, tutkimuksen luonne on teoriaa vahvistava sekä johtopäätöksien perustuminen aikaisempiin tutkimuksiin.”

Strukturoidussa haastattelussa kysymykset sekä niiden esittämisjärjestys ovat ennalta määrätty ja apuvälineenä käytetään lomaketta. Teemahaastattelussa aihepiiri on ennalta määrätty, mutta kysymykseen voi vastata vapaamuotoisemmin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124–125.) Kysely toteutettiin sähköisesti Google Forms-ohjelman avulla. Strukturoidun kyselyn vastaukset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa käyttäen ja teemahaastattelun vastaukset analysoitiin kvalitatiivisen tutkimusasetelman mukaisesti sisällön analyysia käyttäen.

Sisällön analyysissä tässä opinnäytetyössä keskityttiin tarkastelemaan teemahaastattelukysymyksen vastauksien sisältöä. Sisällön analyysissä muodostetaan aineistosta kategorioita sekä lasketaan ja tutkitaan tiettyjen yhtäläisyyksien esiintymistä aineistossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 68–72).

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa kokonaisuutena on otettu huomioon hoitotyön tutkimuksiin liittyvät eettiset periaatteet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) ohjeen mukaan. Opinnäytetyö on aiheena, käytännön toteutuksena ja tutkimusasetelmaltaan sellainen, että siinä ei ole kajottu tutkittavan fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen. Tutkimuksessa ei myöskään tarvittu henkilötietoja ja sen pystyi toteuttamaan täysin anonyymisti.

Osallistuminen kyselytutkimukseen on ollut vapaaehtoista ja osallistuja on voinut keskeyttää sen halutessaan. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) ohjeen mukaan tutkija on kunnioittanut tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa sekä

itseäänäämis-oikeutta. Tutkija myös on toteuttanut tutkimusprosessin niin, ettei siitä aiheudu haittaa mukana oleville henkilöille ja tahoille. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus saada tutkimukseen liittyvää tietoa esimerkiksi käytännön toteutuksesta. Tutkimus noudattaa lakia lääketieteellisestä tutkimuksesta (L9.4.1999/488), jota sovelletaan myös hoitotieteellisiin tutkimuksiin.

Tutkimuksen sekä mittarin eli kyselylomakkeen luotettavuutta arvioidaan pohtimalla tutkimuksen kokonaisvaliditeettia sekä mittarin validiteettia ja reliabiliteettia. Tampereen yliopiston tietoarkiston (2021) mukaan kokonaisvaliditeetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja mittarin validiteettia arvioidessa arvioidaan mittarin pätevyyttä eli mittarin kykyä mitata sitä asiaa, mitä sen on tarkoitus mitata. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarista puhuttaessa mittarin johdonmukaisuutta (Tampereen yliopiston tietoarkisto 2021).

6.4 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessin suunnittelu ja toteuttaminen kokonaisuutena oli jaettu Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 83–85) mukaan käsitteelliseen vaiheeseen ja empiiriseen vaiheeseen.

Käsitteellinen vaihe sisältää tutkimussuunnitelman tekemisen. Käsitteellisessä vaiheessa ensin valitaan tutkimuksen aihe ja rajataan valittua aihetta. Aiheen valinnan ja rajauksen jälkeen laaditaan teoreettinen tausta aiheelle ja tutustutaan valittuun kontekstiin. Käsitteellinen vaihe sisältää käytännön asioiden päättämistä, kuten otoksen määrittelyn, kontekstin määrittelyn ja aineiston keruu menetelmien valinnan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83–85.)

Empiirinen vaihe koostuu aineiston keruusta, aineiston tallennuksesta, aineiston analysoinnista, tulosten tulkinnasta ja tulosten raportoinnista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84). Opinnäytetyön tarkempi aikataulu on esitetty Taulukossa kolme (3).

6.5 Opinnäytetyön tulosten raportoiminen ja päättäminen

Tulokset raportoitiin ja esitettiin PowerPoint-esityksellä oppilaitoksella opinnäytetyön esitystilaisuudessa sekä myös kohdeorganisaation henkilökunnalle. Lähtökohtaisesti valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, joka on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden arkisto.

Taulukko 3. Tutkimuksen aikataulu. Mukailten lähdettä Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 83–83).

Tutkimuksen vaihe	Toteutuksen ajankohta
Aiheen valinta ja rajaaminen	Syyskuu – lokakuu 2020
Aloituspalaveri	Lokakuussa / marraskuussa 2020
Tutkimussuunnitelman laatiminen	Syyskuu – marraskuu 2020
Tutkimusluvan hakeminen	Marraskuun 2020 loppu puolella
Aineiston keruu	Tammikuussa 2021
Aineiston analysointi	Helmikuussa 2021
Tulosten raportointi	Maaliskuu – toukokuu 2021
Opinnäytetyön päättäminen	Toukokuu / kesäkuu 2021

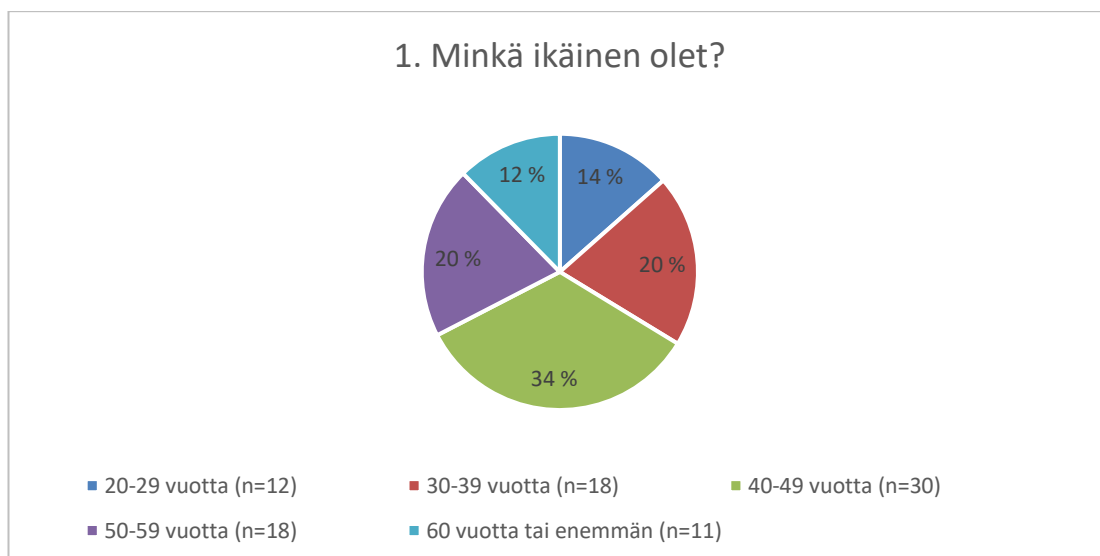
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön kyselylomake lähetettiin Oulun yliopistollisen sairaalan anestesia-sairaanhoidajille. Anestesia-sairaanhoidajia oli yhteensä 250 ja he sijoittuvat lasten ja naisten tulosalueelle, operatiiviselle tulosalueelle sekä Oulaskankaan sairaalaan Oulaisiin.

Kyselylomakkeessa oli seitsemän taustakysymystä sekä yhteensä 15 asiakysymystä ja väittämää. Kyselylomake sisälsi myös yhden avoimen kysymyksen, johon vastaaminen oli vapaaehtoista. Avoimeen kysymykseen vastauksia tuli 46 kappaletta. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 89 ihmistä, joten vastausprosentiksi muodostui 35,6 %.

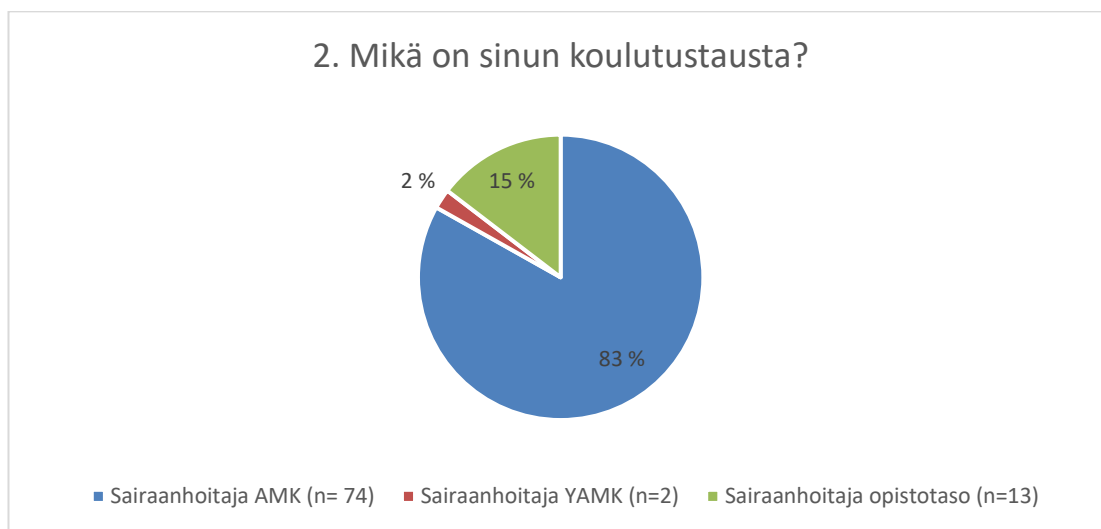
7.1 Taustakysymykset

Taustakysymyksissä kartoitettiin ensin vastaajien ikä (Kuvio 1). Vastaajista 14 % ilmoitti olevansa 20–29-vuotiaita. Vastaajista 30–39-vuotiaita sekä 50–59-vuotiaita oli molempia 20 %, 40–49-vuotiaita oli 34 % ja vastaajista 12 % oli 60 vuotta tai enemmän.



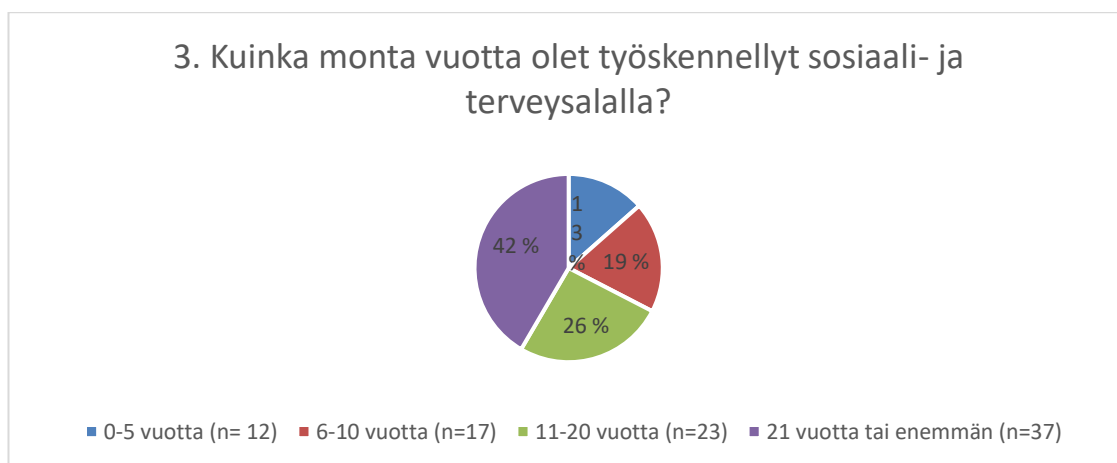
Kuvio 1. Ikä (N=89)

Toinen taustakysymys kartoitti vastaajien koulutustaustaa (Kuvio 2). Vastaajista 83 % kertoi olevansa AMK-tason sairaanhoitaja ja YAMK-tason sairaanhoitaja 2 %. Vastaajista 15 % kertoi, että heillä on opistotason sairaanhoitajan tutkinto.



Kuvio 2. Koulutustausta (N=89)

Kolmannessa taustakysymyksessä kartoitettiin vastaajien työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla (Kuvio 3). Vastaajista 13 % oli työskennellyt alalla 0–5 vuotta, vastaajista 19 % oli työskennellyt 6–10 vuotta, vastaajista 26 % oli työskennellyt 11–20 vuotta ja 42 % vastaajista 21 vuotta tai enemmän.



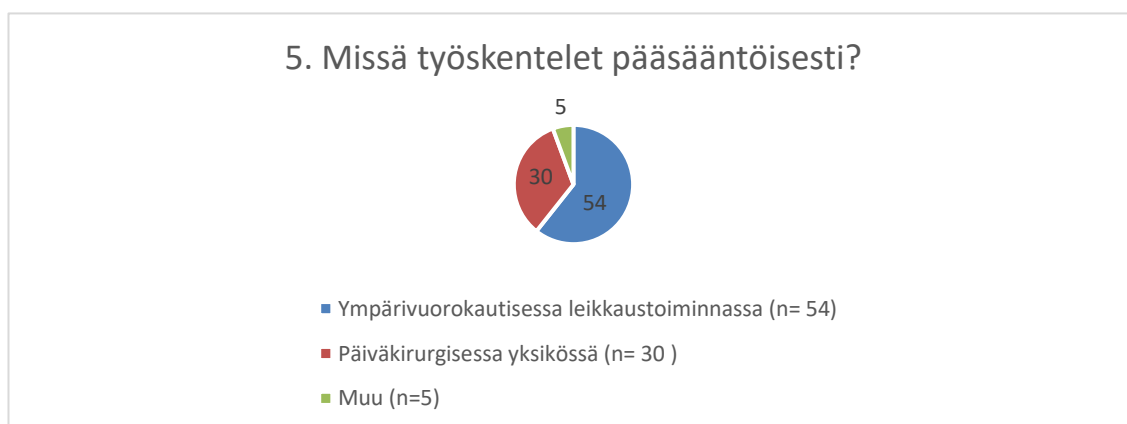
Kuvio 3. Työskentely sosiaali- ja terveysalalla (N=89)

Neljännessä taustakysymyksessä kysyttiin vastaajien työvuosia nimenomaan anestesia sairaanhoitajan työtehtävissä (Kuvio 4). Vastaajista 26 % oli työskennellyt anestesia sairaanhoitajana 0–5 vuotta, 18 % vastaajista 6–10 vuotta, 36 % vastaajista 11–20 vuotta. Vastaajista 20 % oli työskennellyt 21 vuotta tai enemmän.



Kuvio 4. Työskentely anestesia sairaanhoitajana (N=89)

Viidennessä taustakysymyksessä selvitettiin vastaajien pääsääntöistä työyksikköä (Kuvio 5). Vastaajista 63 % kertoi työskentelevänsä ympärivuorokautisessa leikkaustoiminnassa. Päiväkirurgisessa työyksikössä työskenteli 35 % vastaajista. Vastaajista 2 % oli vastannut työskentelevänsä muualla ja näistä vastaajista yksi työskenteli palliatiivisena kipu sairaanhoitajana, yksi päivystävässä päiväyksikössä ja kolme vastaajaa anestesia valvonnassa.



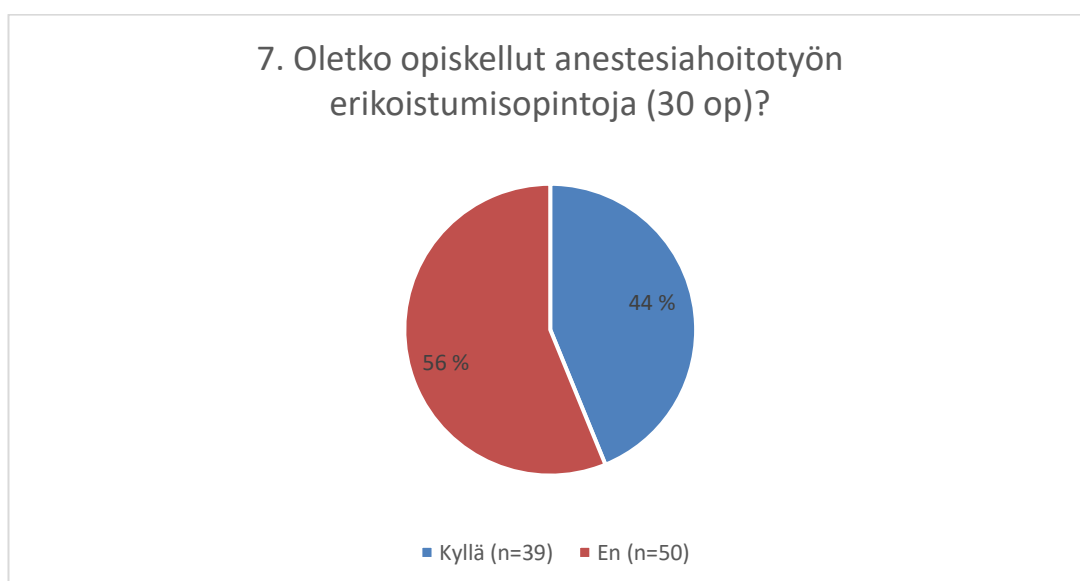
Kuvio 5. Pääsääntöinen työskentely (N=89)

Kuudennessa taustakysymyksessä kysyttiin anestesiahoitajan työn painopistettä (Kuvio 6). Vastaajista 38 % työskenteli intraoperatiivisessa vaiheessa ja heräämössä työskenteli 20 % vastaajista. Molemmissa työpisteissä tasapuolisesti työskenteli 42 % vastaajista.



Kuvio 6. Työn painopiste (N=89)

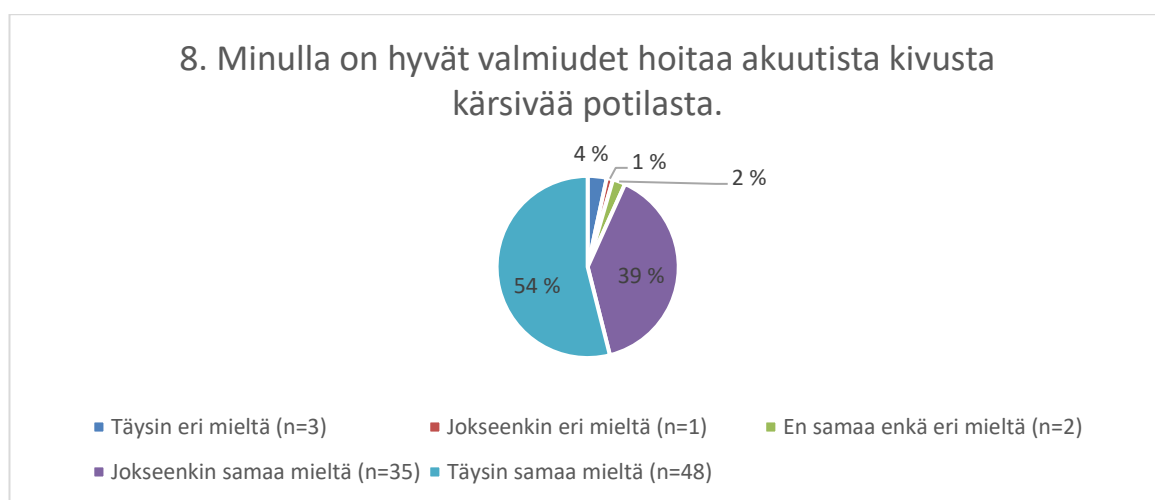
Viimeisellä taustakysymyksellä kartoitettiin anestesiahoitotyön erikoistumisopinnot (30 op) suorittamista (Kuvio 7). Vastaajista 44 % oli suorittanut nämä erikoistumisopinnot ja 56 % ei.



Kuvio 7. Anestesiahoitotyön erikoistumisopinnot opiskelu (N=89)

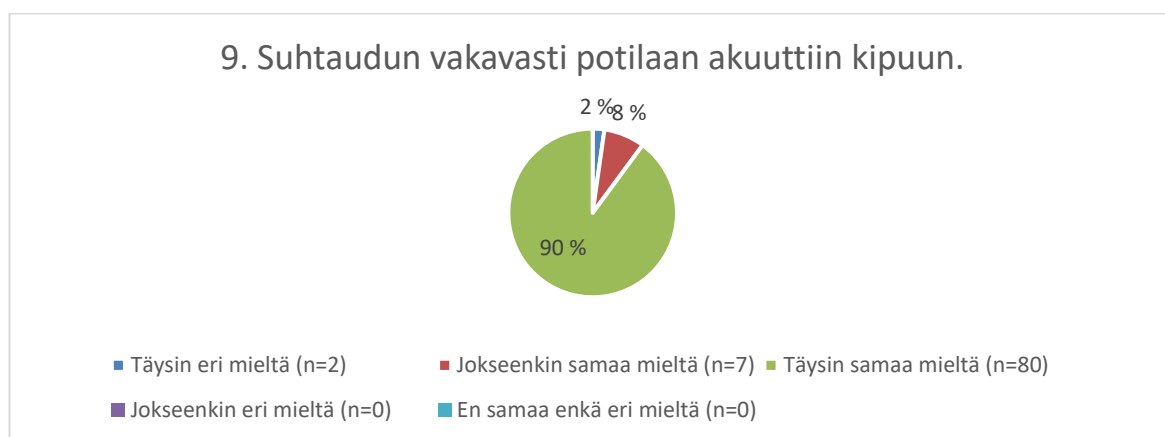
7.2 Valmiudet ja suhtautuminen akuutin kivun hoitoon

Asiakysymyksissä ja väittämissä kartoitettiin kyselyyn vastanneiden anestesia-sairaanhoitajien valmiuksia hoitaa akuutista kivusta kärsivää potilasta (Kuvio 8). Vastaa- jista 54 % oli täysin samaa mieltä, että heillä on hyvät valmiudet akuutin kivun hoitoon. Vastaa- jista 39 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä, 2 % vastasi en samaa enkä eri mieltä, vastaajista 1 % vastasi jokseenkin eri mieltä ja 4 % koki ole- vansa täysin eri mieltä.



Kuvio 8. Valmiudet akuutin kivun hoitoon (N=89)

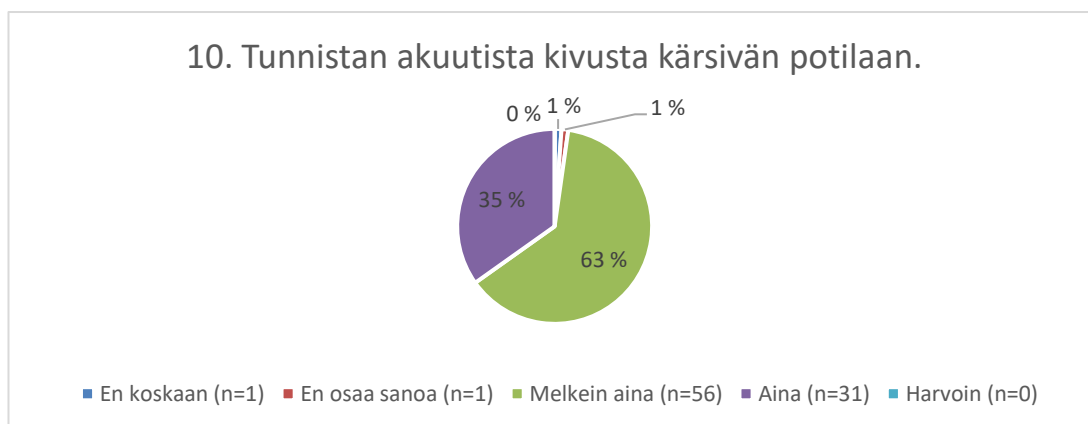
Anestesia-sairaanhoitajille esitettiin väittämä, kuinka vakavasti he suhtautuvat po- tilaan akuuttiin kipuun (Kuvio 9). Vastaa- jista 90 % oli täysin samaa mieltä väittä- män kanssa, 8 % vastaajista jokseenkin samaa mieltä ja 2 % täysin eri mieltä.



Kuvio 9. Akuuttiin kipuun suhtautuminen (N=89)

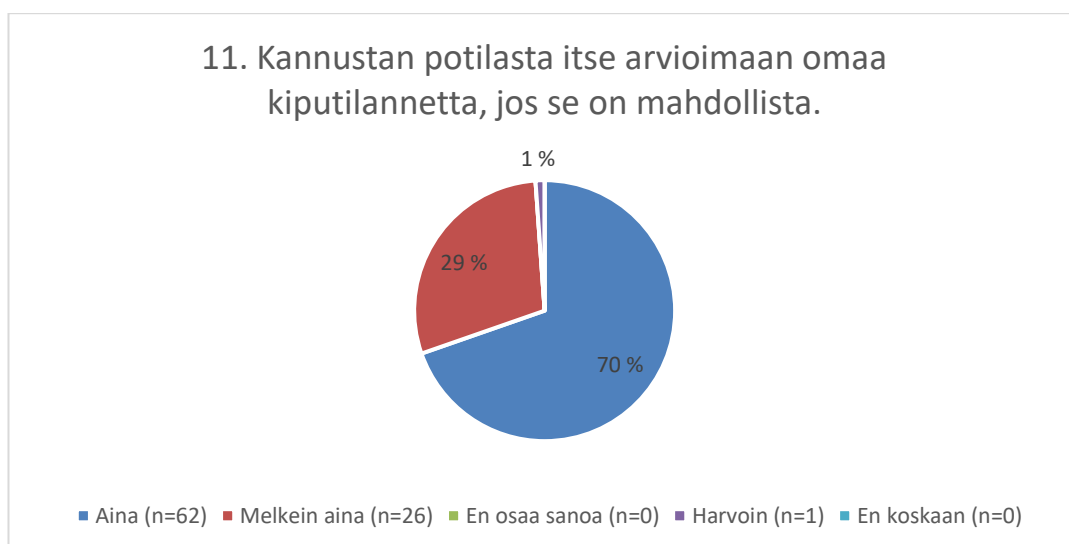
7.3 Akuutin kivun tunnistaminen

Kyselylomakkeessa esitettiin väittämä, kuinka hyvin anestesiahoitajat tunnistavat akuutista kivusta kärsivän potilaan (Kuvio 10). Vastaajista 35 % vastasi aina ja 63 % melkein aina. Väittämään 1 % vastasi en osaa sanoa ja 1 % en koskaan. Kukaan vastaajista ei vastannut, että harvoin.



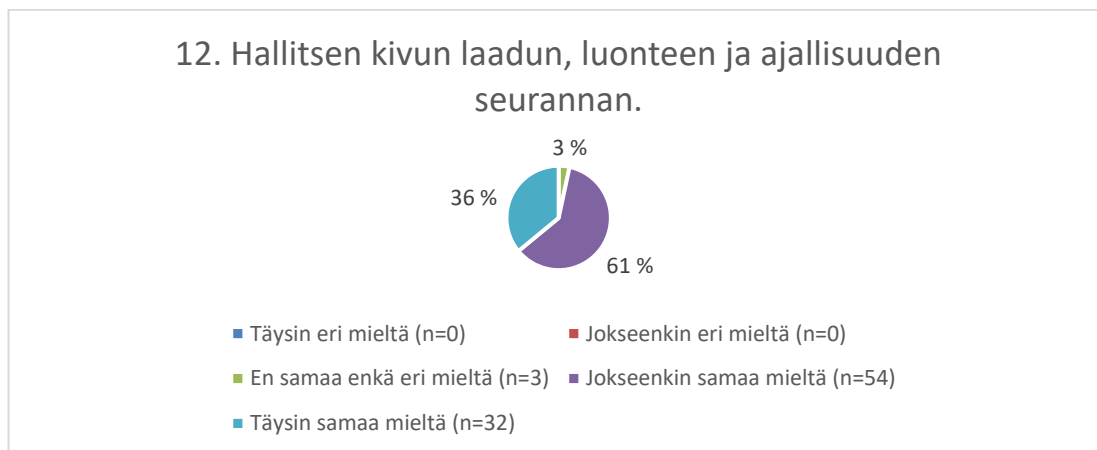
Kuvio 10. Akuutin kivun tunnistaminen (N=89)

Seuraavassa väittämässä (Kuvio 11) kysyttiin, kannustaako anestesiahoitaja potilasta itse arvioimaan kiputilannetta, jos se on mahdollista. Vastaajista 70 % vastasi aina ja 29 % melkein aina. Yksi prosentti vastasi, että harvoin.



Kuvio 11. Potilaan kannustaminen kivun arviointiin (N=89)

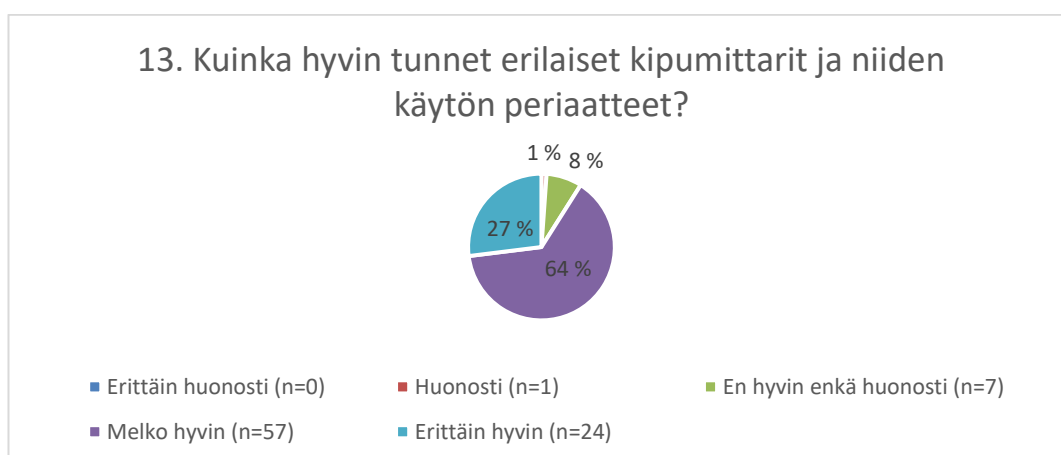
Seuraavassa väittämässä kysyttiin kivun laadun, luonteen ja ajallisuuden seurannan hallitsemisesta (Kuvio 12). Vastaajista täysin samaa mieltä oli 36 % ja jokseenkin samaa mieltä oli 61 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 3 % vastaajista.



Kuvio 12. Kivun laadun, luonteen ja ajallisuuden seurannan hallinta (N=89)

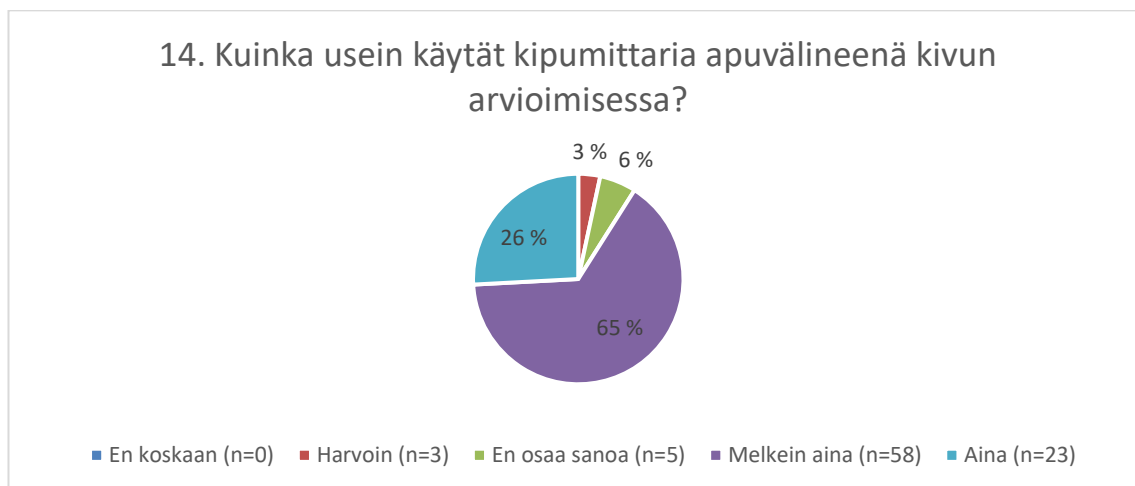
7.4 Kipumittarit

Anestesiahoitajilta kysyttiin, kuinka hyvin he tuntevat erilaiset kipumittarit ja niiden käytön periaatteet (Kuvio 13). Vastaajista 27 % vastasi, että erittäin hyvin ja 64 % vastaajista, että melko hyvin. Vastaajista 8 % vastasi en hyvin enkä huonosti ja 1 % vastasi, että huonosti. Kukaan vastaajista ei tuntenut kipumittareita sekä niiden käytön periaatteita erittäin huonosti.



Kuvio 13. Kipumittarit (N=89)

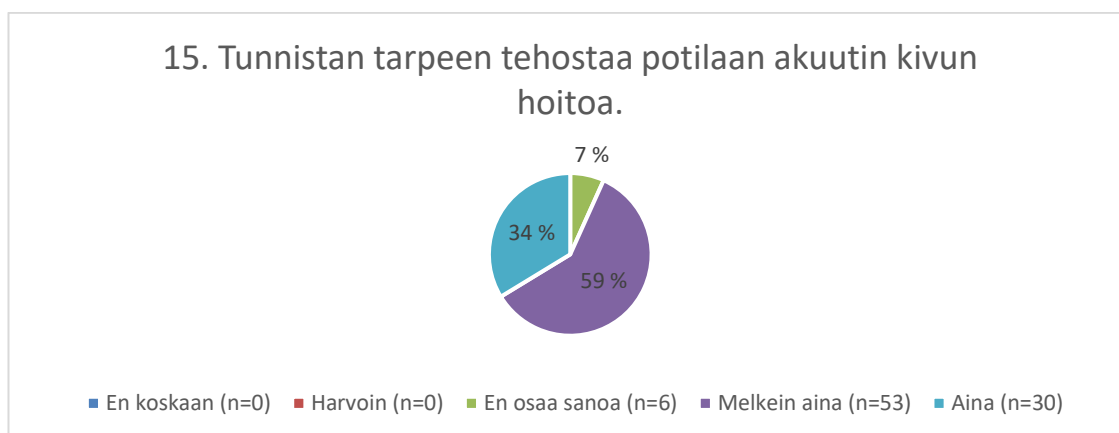
Myös kipumittarien käytöstä kivun arvioinnin apuvälineenä kysyttiin (Kuvio 14). Vastaajista 26 % vastasi kysymykseen aina ja 65 % vastasi melkein aina. Vastaajista 6 % vastasi en osaa sanoa ja 3 %, että harvoin. Kukaan vastaajista ei vastannut, että en koskaan.



Kuvio 14. Kipumittarien käyttö kivun arvioimisessa (N=89)

7.5 Akuutti kipu ja hoitotyön toteutus

Anestesiahoitajille esitettiin väittämä, liittyen potilaan akuutin kivun hoidon tehostamiseen (Kuvio 15). Vastaajista 34 % vastasi, että tunnistaa kivun hoidon tehostamisen tarpeen aina ja vastaajista 59 % melkein aina. Vastaajista 7 % vastasi, ettei osaa sanoa. Kukaan vastaajista ei vastannut harvoin tai en koskaan.



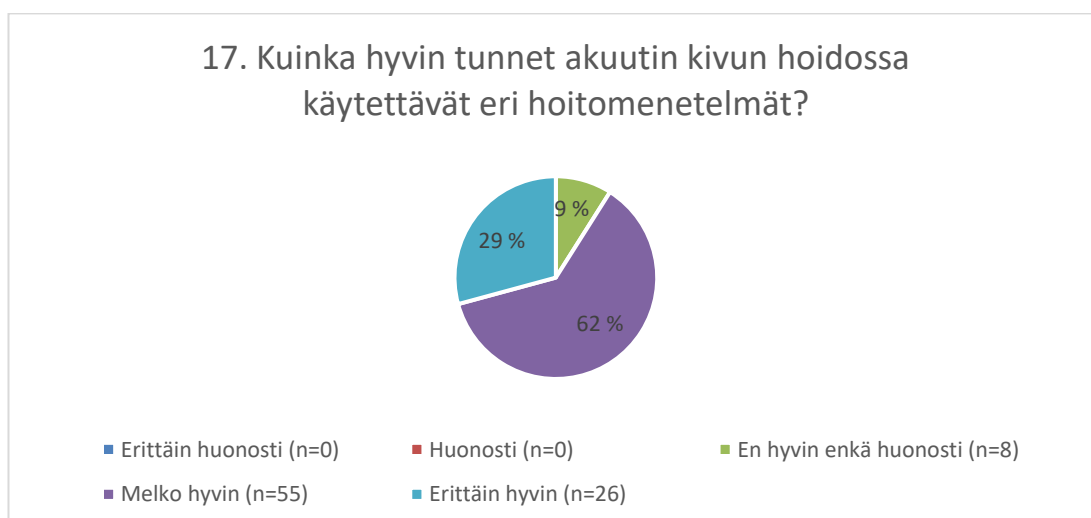
Kuvio 15. Akuutin kivun hoidon tehostamisen tunnistaminen (N=89)

Seuraava kysymys liittyi akuutin kivun hoidossa käytettävien lääkeaineiden tuntemiseen (Kuvio 16). Vastaajista 46 % vastasi, että tuntee akuutin kivun hoidossa käytettävät lääkeaineet erittäin hyvin ja 52 % vastasi, että melko hyvin. Vain 2 % vastaajista vastasi, että en hyvin enkä huonosti. Kukaan vastaajista ei vastannut, että huonosti tai erittäin huonosti.



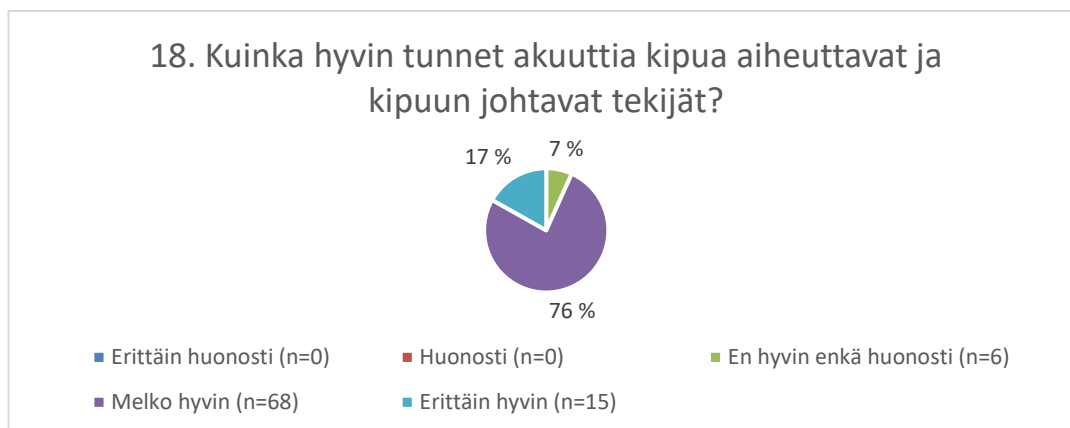
Kuvio 16. Lääkeaineiden tunteminen (N=89)

Anestesiahoitajilta kysyttiin akuutin kivun eri hoitomenetelmien tuntemisesta (Kuvio 17). Vastaajista 29 % vastasi, että tuntee akuutin kivun eri hoitomenetelmät erittäin hyvin ja 62 % vastasi melko hyvin. Vastaajista 9 % vastasi, että en hyvin enkä huonosti. Kukaan vastaajista ei vastannut huonosti tai erittäin huonosti.



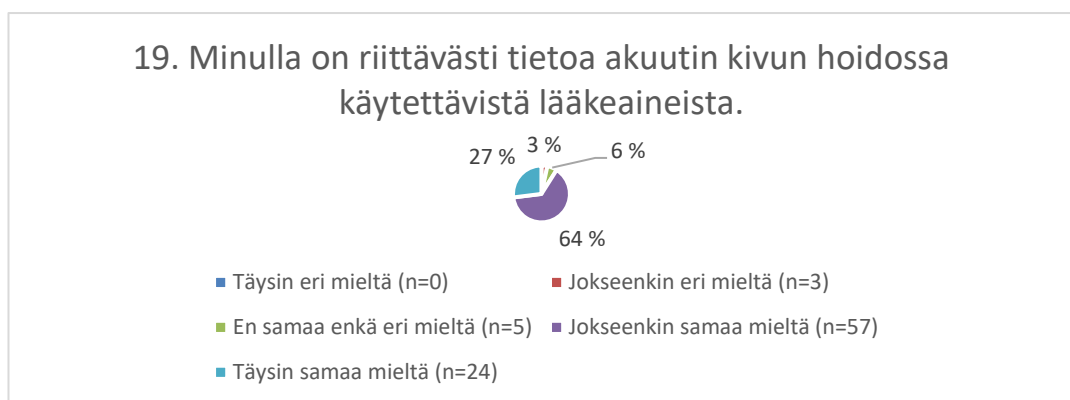
Kuvio 17. Akuutin kivun hoitomenetelmät (N=89)

Seuraava kysymys liittyi akuutin kivun aiheuttajien ja kipuun johtavien tekijöiden tuntemiseen (Kuvio 18). Vastaajista 17 % vastasi, että tuntee akuuttia kipua aiheuttavat ja siihen johtavat tekijät erittäin hyvin ja 76 % vastaajista, että melko hyvin. Vastaajista 7 % vastasi, että en hyvin enkä huonosti. Kukaan vastaaja ei vastannut, että huonosti tai erittäin huonosti.



Kuvio 18. Akuutin kivun aiheuttavat ja siihen johtavat tekijät (N=89)

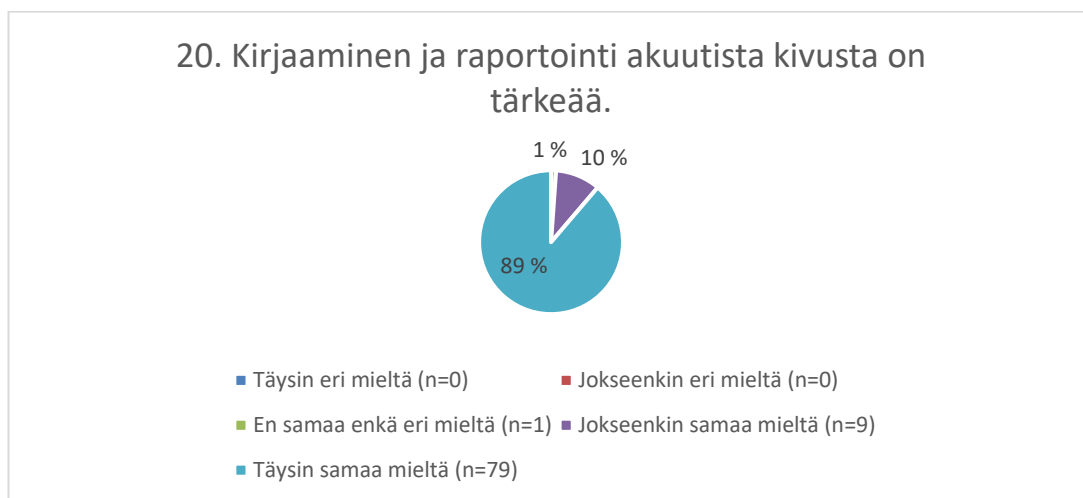
Seuraavassa väittämässä kysyttiin anestesiahoitajilta, onko heillä riittävästi tietoa akuutin kivun hoidossa käytettävistä lääkeaineista (Kuvio 19). Vastaajista 27 % oli täysin samaa mieltä siitä, että hänellä on riittävästi tietoa akuutin kivun hoidossa käytettävistä lääkeaineista ja 64 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 6 % vastasi, että en samaa enkä eri mieltä ja 3 % oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä.



Kuvio 19. Riittävä tieto akuutin kivun hoidossa käytettävistä lääkeaineista (N=89)

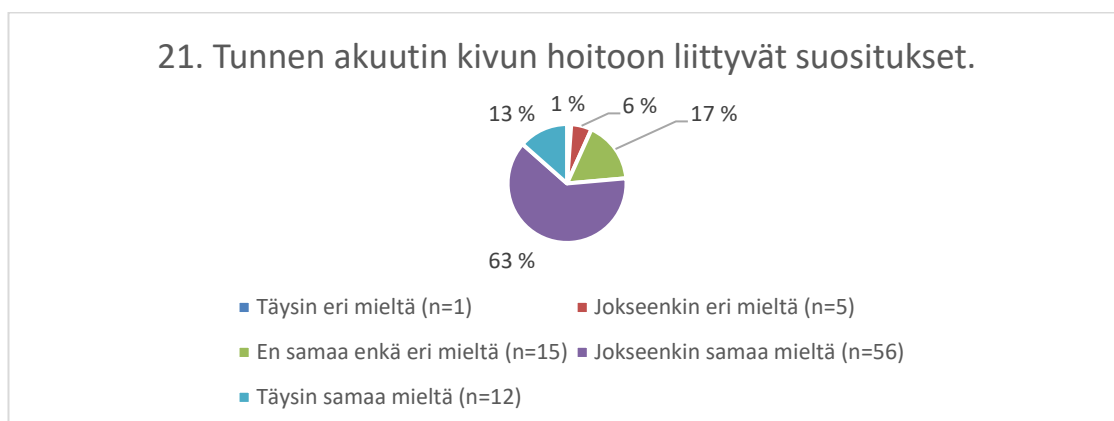
7.6 Raportointi, lainsäädäntö ja suositukset

Väittämässä (Kuvio 20) kysyttiin anestesiahoitajilta akuutin kivun kirjaamisen ja raportoinnin tärkeydestä. Vastaajista 89 % oli täysin samaa mieltä, että raportointi ja kirjaaminen akuutista kivusta on tärkeää ja 10 % jokseenkin samaa mieltä. Vain 1 % vastasi, että en saamaa enkä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista.



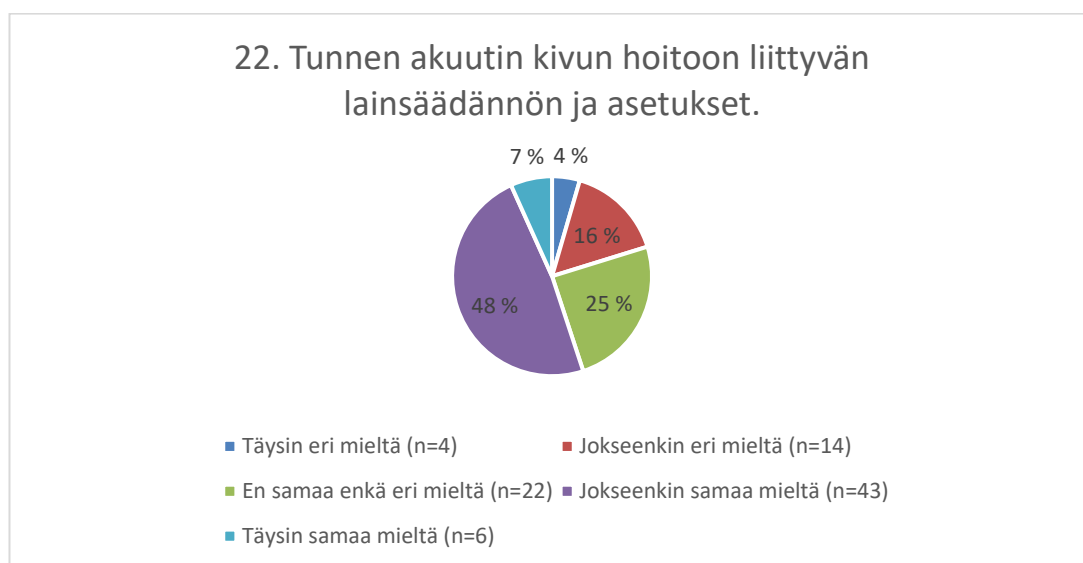
Kuvio 20. Kirjaaminen ja raportointi (N=89)

Seuraavaksi väittämässä kysyttiin akuutin kivun hoidon suositusten tuntemista (Kuvio 21). Vastaajista täysin samaa mieltä oli 13 % ja jokseenkin samaa mieltä 63 %. En samaa enkä eri mieltä vastaajista oli 17 %, jokseenkin eri mieltä 6 % ja 1 % oli täysin eri mieltä.



Kuvio 21. Akuutin kivun hoidon suositukset (N=89)

Viimeisessä strukturoidussa väittämässä kysyttiin anestesiasairaanhoitajilta tunte-
musta akuutin kivun hoitoon liittyvästä lainsäädännöstä ja asetuksista (Kuvio 22).
Vastaajista täysin samaa mieltä oli 7 % ja jokseenkin samaa mieltä 48 %. En samaa
enkä eri mieltä oli 25 % vastaajista sekä jokseenkin eri mieltä oli 16 %. Täysin eri
mieltä oli vastaajista 4 % siitä, että he tuntevat akuutin kivun hoitoon liittyvän lain-
säädännön ja asetukset.



Kuvio 22. Lainsäädäntö ja asetukset (N=89)

7.7 Akuutin kivun hoidon kehittäminen

Kyselylomakkeen viimeisenä kysymyksenä anestesiasairaanhoitajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, kuinka he kehittäisivät akuutin kivun hoitotyötä heidän omasta näkökulmasta. Aineiston sisällön analyysi (Taulukko 4) perustuu 46 avoimeen vastaukseen, joka on 51,7 % kaikista kyselyyn vastanneista.

Anestesiasairaanhoitajien vastausten perusteella on tarvetta ja halua säännölliselle koulutukselle liittyen akuutin kivun hoitoon (n=19). Farmakologian osaamista, tietoa lääkaineiden yhteisvaikutuksista, tietoa eri kivunhoitomenetelmistä sekä puudutuksista, tietoa kipupumpuista sekä multimodaalisen kivunhoidon periaatteesta pidetään tärkeinä aihealueina liittyen säännölliseen kouluttautumiseen. Esille tulee myös tiedon siirtymisen tärkeys uusille hoitajille sekä jatkuvan

kertaamisen merkitys ja aiheesta keskusteleminen työyksiköissä. Aihetta pidetään tärkeänä ja tavoitteellinen lääkehoidon osaamisen syventämisen tärkeys tulee esille.

Akuutin postoperatiivisen kivun hoidon ennakoiminen tulee esille kehityskohdeena (n=12). Preoperatiivisen analgesian toivotaan lisääntyvän ja tässä tarkoitetaan epiduraalista kivun hoitoa sekä erilaisia paikallispuudutteita. Hyvän esilääkityksen sekä intraoperatiivisen vaiheen aikana toteutettavan kipulääkityksen merkitystä pidetään tärkeänä. Vastauksista ilmeni myös se, että sellaisten potilaiden tunnistamista pidetään tärkeänä, joilla on suurentunut riski akuutin kivun kroonistumiselle.

Anestesiahoitajien avoimista vastauksista tuli esille myös tiedon lisääminen lääkkeettömän kivun hoidon mahdollisuuksista sekä sen merkityksen korostaminen osana akuutin kivun hoidon kokonaisuutta (n=8). Kivun arvioimista sekä kipulääkkeen vasteen arvioimista, kipumittareiden kehittämistä ja jokaiselle potilaalle sopivan kipumittarin löytämistä pidetään myös tärkeänä (n=4).

Akuutin kivun hoitoon liittyen vastausten perusteella toivotaan yhtenäisyyttä sekä standardoituja käytäntöjä tiettyjen leikkausten kohdalla. Suositusten sekä säännösten tietoisuuteen tuominen työntekijöille tulee myös esille. Potilasohjaukseen liittyen tuli esille, että preoperatiivisessa vaiheessa elektiivisten leikkausten kohdalla keskusteleminen mahdollisesta kivusta, kivun hoidosta sekä kipumittareiden esittelemisen potilaalle on tärkeää.

Vastauksista tuli esille, että tehokkaan akuutin kivun lääkehoidon toteuttamiseen aiheuttaa haasteita myös puutteelliset lääkemääräykset. Tähän liittyen ehdotetaan toimipaikkakohtaisia, rajoitettuja lääkkeen antamiseen liittyviä oikeuksia esimerkiksi parasetamolin kohdalla.

Taulukko 4. Sisällön analyysi (N=46).

23. Mitä osa-alueita kehittäisit akuutin kivun hoitotyössä anestesia- ja kivunhoitajan näkökulmasta?		
Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Akuutin postoperatiivisen kivun hoidon ennakoiminen - Preoperatiivisen analgesian, erityisesti epiduraalisen kivunhoiton ja paikallispuudutusten yleistymisen - Pitempi aikaisiin vaikutuksiin pyrkiminen - Hyvä esilääkitys - Hyvä kipulääkitys intraoperatiivisessa vaiheessa - Lääkkeettömien hoitomenetelmien huomioiminen - Niiden potilaiden tunnistaminen, kenellä on suurentunut riski kivun kroonistumiselle - Yksilöllinen kivunhoito 	Multimodaalinen kivunhoito	Akuutin kivun hoito
<ul style="list-style-type: none"> - Jokaiselle potilaalle yksilöllisesti sopivan kipumittarin löytäminen - Kivun hoidon vasteen seuraaminen - Kipumittareiden kehittäminen 	Kivun arviointi	
<ul style="list-style-type: none"> - Suositusten ja säädösten tuominen tietoisuuteen - Standardoituja käytäntöjä kivun hoitoon liittyen tiettyihin leikkauksiin - Yhtenäisyyttä kivun hoitoon 	Näyttöön perustuva kivunhoito	

- Säännöllistä koulutusta aiheesta		
<ul style="list-style-type: none"> - Kipuhoitajia ja kipuyhdyshenkilöitä enemmän - Yhteistyötä eri toimijoiden kesken - Lääkärin luentoja aiheesta - Keskustelua kivunhoidosta työyksikössä - Tiedon siirtäminen uusille hoitajille 	Moniammatillinen hoitotyö	
<ul style="list-style-type: none"> - Keskusteleminen mahdollisesta kivusta ja kivun hoidosta preoperatiivisessa vaiheessa - Kipumittareiden esittelemine etukäteen potilaalle 	Potilasohjaus	Potilaslähtöinen hoitotyö

8 TAUSTAMUUTTUJIEN VAIKUTUS TUTKIMUSTULOKSIIN

Taustamuuttujien vaikutukset suhteessa asiakysymysten ja väittämien vastauksiin on analysoitu kvantitatiivisella menetelmällä IBM SPSS Statistics-ohjelmaa käyttäen. Taustamuuttujia tarkastellaan suhteessa väittämään ”minulla on hyvät valmiudet hoitaa akuutista kivusta kärsivää potilasta”.

Väittämän vastausvaihtoehdot ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”en samaa enkä eri mieltä” on luokiteltu vähäisten vastausmäärien vuoksi uudelleen vaihtoehdoksi ”eri mieltä”. Muuttujien uudelleen luokittelusta huolimatta χ^2 -riippumattomuustestin käytön edellytykset eivät täyttyneet.

Taustamuuttujista ensimmäisenä tarkasteltiin työyksikön vaikutusta siihen, kuinka hyväksi anestesiasairaanhoitajat kokevat valmiudet akuutin kivun hoitoon liittyen (Taulukko 5).

Päiväkirurgisessa yksikössä työskentelevät anestesiasairaanhoitajat kokevat omaavansa parhaat valmiudet akuutin kivun hoitamiseen. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa päiväkirurgisessa yksikössä työskentelevistä oli 57,1 % (n=20) ja ympärivuorokautisessa leikkaustoiminnassa työskentelevistä 53,7 % (n=29). Toisaalta päiväkirurgisessa yksikössä työskentelevistä 8,6 % (n=3) vastasi eri mieltä, kun ympärivuorokautisessa leikkaustoiminnassa työskentelevistä näin vastasi vain 3,7 % (n=2).

Jokseenkin samaa mieltä vastasi 34,3 % (n=12) päiväkirurgisen yksikön anestesia-sairaanhoitajista ja 42,6 % (n=23) ympärivuorokautisessa leikkaustoiminnassa työskentelevistä anestesiasairaanhoitajista.

Taulukko 5. Akuutin kivun hoidon valmiudet työyksikön mukaan (N=89).

1. Akuutin kivun hoidon valmiudet työyksikkö huomioon otettuna %.

Päiväkirurgisessa yksikössä	Ympärivuorokautisessa leikkaustoiminnassa

Eri mieltä	8,6 % (n=3)	3,7 % (n=2)
Jokseenkin samaa mieltä	34,3 % (n=12)	42,6 % (n=23)
Täysin samaa mieltä	57,1 % (n=20)	53,7 % (n=29)
Yhteensä	100 % (n=35)	100 % (n=54)

Seuraavaksi tarkasteltiin vastaajien akuutin kivun hoidon valmiuksia sosiaali- ja terveysalan työkokemuksen mukaan (Taulukko 6). Anestesiahoitajat, joilla oli työkokemusta 21 vuotta tai enemmän, kokivat valmiudet akuutin kivun hoitoon liittyen parhaiksi. Tästä ikäryhmästä 64,9 % (n=24) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, 32,4 % (n=12) vastasi jokseenkin samaa mieltä ja vain 1 (2,7 %) vastasi eri mieltä.

Sosiaali- ja terveysalalla 11-20 vuotta työskennelleistä 52,2 % (n=12) koki olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa, 34,8 % (n=8) jokseenkin samaa mieltä ja 13 % (n=3) eri mieltä. Kun työkokemusta oli 6-10 vuotta, täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 52,9 % (n=9), jokseenkin samaa mieltä 47,1 % (n=8) ja kukaan tämän ikäryhmän anestesiahoitajista ei vastannut olevansa eri mieltä.

Vähiten sosiaali- ja terveysalan työkokemusta (0-5 vuotta) olevista vain 33,3 % (n=4) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, 58,3 % (n=7) jokseenkin samaa mieltä ja eri mieltä vain yksi (8,7 %) vastaaja.

Taulukko 6. Akuutin kivun hoidon valmiudet työkokemus huomioiden (N=89).

2. Akuutin kivun hoidon valmiudet työkokemuksen mukaan %.				
	0–5 vuotta	6–10 vuotta	11–20	21 vuotta tai enemmän
Eri mieltä	8,3 % (n=1)	0 %	13 % (n=3)	2,7 % (n=1)

Jokseenkin samaa mieltä	58,3 % (n=7)	47,1 % (n=8)	34,8 % (n=8)	32,4 % (n=12)
Täysin samaa mieltä	33,3 % (n=4)	52,9 % (n=9)	52,2 % (n=12)	64,9 % (n=24)
Yhteensä	100 % (n=12)	100 % (n=17)	100 % (n=23)	100 % (n=37)

Heräämötystä tekevät anestesiahoitajat kokivat heidän valmiutensa akuutin kivun hoitoon liittyen parhaiksi, kun heistä 76,5 % (n=13) vastasi väittämään täysin samaa mieltä (Taulukko 7). Heräämötystä sekä intraoperatiivisen vaiheen työtä tekevistä täysin samaa mieltä oli 52,6 % (n=20) ja vain intraoperatiivisen vaiheen työtä tekevistä 47,1 % (n=16) vastasi täysin samaa mieltä. Toisaalta heräämötystä tekevistä 11,8 % (n=2) vastasi jokseenkin samaa mieltä sekä eri mieltä.

Molemmissa työrooleissa tasapuolisesti työskentelevistä jokseenkin samaa mieltä vastasi 39,5 % (n=15) ja eri mieltä 7,9 % (n=3). Intraoperatiivisen vaiheen työtä tekevistä 52,9 % (n=18) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä eikä kukaan ollut eri mieltä.

Taulukko 7. Akuutin kivun hoidon valmiudet työnkuvasta riippuen (N=89).

3. Akuutin kivun hoidon valmiudet riippuen työnkuvasta %.			
	Intraoperatiivinen työ	Heräämötystä	Molemmat tasapuolisesti
Eri mieltä	0 %	11,8 % (n=2)	7,9 % (n=3)
Jokseenkin samaa mieltä	52,9 % (n=18)	11,8 % (n=2)	39,5 % (n=15)
Täysin samaa mieltä	47,1 % (n=16)	76,5 % (n=13)	52,6 % (20)
Yhteensä	100 % (n=34)	100 % (n=17)	100 % (n=38)

Anestesiahoitotyön erikoistumisopinnot (30 op) suorittaneet kokivat valmiudet akuutin kivun hoitoon paremmiksi verrattuna vastaajiin, jotka eivät ole suorittaneet erikoistumisopintoja. Erikoistumisopinnot suorittaneista 60,5 % (n=23) vastasi olevansa täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Vastaajista, jotka eivät ole suorittaneet erikoistumisopintoja 51 % (n=26) vastasi täysin samaa mieltä.

Jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa oli 36,8 % (n=14) anestesiahoitotyön erikoistumisopintojen suorittaneista ja vain yksi (2,6 %) vastasi eri mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 41,2 % (n=21) vastaajista, jotka eivät ole suorittanut erikoistumisopintoja ja heistä neljä (7,8 %) vastasi eri mieltä.

Taulukko 8. Akuutin kivun hoidon valmiudet erikoistumiskoulutuksen käymisestä riippuen (N=89).

4. Akuutin kivun hoito riippuen erikoistumisopintojen suorituksesta %.		
	Kyllä	En
Eri mieltä	2,6 % (n=1)	7,8 % (n=4)
Jokseenkin samaa mieltä	36,8 % (n=14)	41,2 % (21)
Täysin samaa mieltä	60,5 % (n=23)	51 % (n=26)
Yhteensä	100 % (n=38)	100 % (n=51)

9 POHDINTA

9.1 Tutkimus oppimisprosessina

Oppimisessa ja ammatillisen kasvun kehittymisessä opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui tutkijalle suuri harppaus. Opinnäytetyön kokonaisvaltaisuus sekä laajuus pakottivat tutkijan haastamaan itseään prosessiin liittyen. Oppimisprosessia sekä asiantuntijuuden syventämistä opinnäytetyön aihealueeseen kasvatti tutkijan oma mielenkiinto ja innostus anestesiahoitotyötä sekä akuutin kivun hoitotyötä kohtaan.

Tutkimuksen käsitteellinen vaihe opetti tutkijaa etsimään luotettavaa hoitotieteellistä tietoa tietokannoista sekä kirjoista. Suuri määrä aineistoa haastoi myös tutkijaa pohtimaan, mikä on tutkimuksen kannalta oleellista teoretietoa. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli menetelmänä tutkijalle selkeä jo käsitteellisen vaiheen alusta alkaen. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä osoittautui myös hyväksi käytännössä, koska tutkimuksen suunnitteluvaiheessa asetetut tavoitteet täyttyivät. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän kautta tapahtui paljon syy-seuraus-suhteiden ymmärtämistä. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän perusteiden sekä määrällisen aineiston analysoinnin perusteiden tunteminen opetti myös tieteellisten tutkimusten luotettavuuden, validiteetin ja reliabiliteetin arviointia tulevaisuutta ajatellen.

Tutkimusprosessin toteutus yksin haastoi tutkijan ottamaan suurta vastuuta omasta tutkimuksesta. Ajankäytön hallinta oli hyvällä tasolla ja työskenteleminen järjestelmällistä. Oman toiminnan johtaminen ja organisoinnin tärkeys konkretisoitui tutkimusprosessin aikana.

Tutkimuksen empiirisen vaiheen toteutuksessa oli ajoittain käytännön syistä johdettavia haasteita suunnitelman mukaisessa aikataulussa pysymisessä. Tutkimusprosessista tuli pitkäkestoinen, mutta prosessin eteenpäin vieminen ei kuitenkaan

missään vaiheessa tuntunut ylitsepääsemättömältä. Tutkimussuunnitelman alkuperäinen aikataulu ei toteutunut.

Aihealueen kokonaisvaltainen teorian tiedon ymmärtäminen oli tutkijalla hyvällä tasolla, koska perehtyminen akuutin kivun hoitotyön teoriaan oli huolellista. Hyvä teoreettinen osaaminen antoi valmiuksia ja oli myös välttämättömyys kattavan ja laadukkaan kyselylomakkeen laatimista varten. Kyselylomakkeen rakentaminen aineiston keruuta varten oli haastavaa, mutta myös erittäin opettavainen kokemus. Aineiston keruuseen liittyen tutkijalla oli ajatus, että se voitaisiin toteuttaa jakamalla fyysiset paperiset kyselylomakkeet kohderyhmälle ja tätä kautta olisi maksimoitu kyselylomakkeen vastausprosentti. Käytännön toteutukseksi valikoitui kuitenkin kyselyn toteuttaminen sähköisesti, joka mahdollisesti vaikutti vastausprosenttiin sitä laskevasti.

Tutkimusprosessina tämä oli tutkijan ensimmäinen. Kokonaisuutena opinnäytetyön tutkimusprosessi antoi tutkijalle runsaasti valmiuksia jatko-opintoihin liittyen sekä kykyä tarkastella kriittisesti omaa toimintaa ja sitä kautta mahdollisuuden kehittää omaa ammattitaitoa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisena.

9.2 Yhteenveto tuloksista, johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Kyselytutkimuksen vastausten perusteella tutkija voi yleisesti todeta, että anestesia sairaanhoitajien kokemus on, että heillä on hyvät valmiudet hoitaa akuutista kivusta kärsivää potilasta. Anestesia sairaanhoitajat suhtautuvat potilaan akuutin kivun hoitamiseen suurella tärkeydellä sekä pitävät akuutin kivun hoitoa ehdottoman tärkeänä hoitotyön toimintona ja hallitsevat akuutin kivun hoidon melkein kaikilla kyselytutkimuksessa esillä olleilla eri osa-alueilla.

Kyselytutkimuksen pohjalta nousi esille, että anestesia sairaanhoitajat kokevat osaamisen heikommaksi liittyen akuutin kivun hoidon suosituksiin sekä lainsäädäntöön ja asetuksiin. Puutteellinen tieto näistä asioista ei kuitenkaan poissulje ammattitaitoista kliinistä osaamista akuutin kivun hoitoon liittyen.

Anestesiahoitajat kokivat, että on tarvetta säännölliselle koulutukselle akuutin kivun hoitoon liittyen. Esille tässä yhteydessä nousi se, että koulutusta ja lisää tietoa halutaan ja ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä pidetään tärkeänä.

Tutkija voi todeta, että anestesiahoitajan urapolulla eteneminen koulutautumisen kautta lisää akuutin kivun hoidon osaamista. Tutkimustulosten perusteella voidaan pitää tärkeänä anestesiahoitajan urakehityksen ja lisäkoulutautumisen mahdollistamista, koska lisäkoulutautumisella on akuutin kivun hoitotyötä kehittävä vaikutus. Anestesiahoitajien osaamiseen ja lisäkoulutukseen perustuvan urakehitysmallin luominen voisi olla ammattitaidon kehittämistä motivoiva elementti. On myös tärkeää tiedostaa työkokemuksen kautta lisääntyvä osaaminen ja tästä syystä pyrkiä vahvistamaan työyhteisöjen pitovoimaa. Hyvällä akuutin kivun hoidolla on suuri positiivinen vaikutus kansantalouteen ja kansanterveyteen.

9.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen kokonaisvaliditeetti tässä opinnäytetyössä toteutuu hyvällä tasolla. Kyselylomakkeen vastauksilla tässä tutkimuksessa saatiin hyvin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake oli toimiva kokonaisuus ja aihealueiden käsittely kattavaa. Kokonaisvaliditeettia ja mittarin validiteettia heikentävänä tekijänä on tutkijan kokemattomuus.

Kyselylomakkeen lähettämisen ajankohta oli haasteellinen, joka myös heikentää kokonaisvaliditeettia sekä mittarin validiteettia. Kyselylomakkeen lähettämisen hetkellä tilanne työelämässä anestesiahoitajilla oli normaalista poikkeava, koska globaali viruspandemian aiheutti käytännön muutoksia ja poikkeusjärjestelyjä anestesiahoitajien työtehtäviin ja tätä kautta.

Tutkimuksen otanta oli kokonaisotantana erittäin hyvä. Kyselylomakkeen vastausprosentti oli kuitenkin vain kohtalainen ja tämä osaltaan myös heikentää

kokonaisvaliditeettia. Kyselylomakkeen sähköinen lähettäminen oli käytännön kannalta paras ja oikeastaan ainoa toteutettavissa oleva vaihtoehto, mutta sähköinen kyselylomake myös helposti hukkuu muiden sähköpostien sekaan ja vaikuttaa tästä syystä vastausprosenttiin sitä laskevasti.

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia arvioitaessa täytyy ottaa huomioon se, että vastaukset perustuvat ihmisen subjektiiviseen kokemukseen. Reliabiliteettia heikentää subjektiiviseen kokemukseen perustuvat vastaukset. Kyselylomakkeeseen vastanneiden anestesiasairaanhoitajien teoreettista osaamista ei ollut tarkoituksenmukaista ja relevanttia arvioida tenttimällä. Voin kuitenkin todeta, että tutkimuksen sisällöllinen validiteetti on hyvä.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella koetaan, että akuutin kivun hoidon lääkkeettömistä hoitomenetelmistä tietäminen on puutteellista ja lääkkeettömät hoitomenetelmät paikoittain huonosti käytössä. Jatkossa akuutin kivun hoitoa voisi kehittää tuottamalla aineistoa ja tietoa akuutin kivun hoidon lääkkeettömistä hoitomenetelmistä kaikille sairaanhoitajille, jotka työskentelevät akuutista kivusta kärsivien potilaiden kanssa.

Jatkotutkimusaiheina akuutin kivun hoitotyöstä voisi myös tehdä tutkimusta potilaiden näkökulmasta ja tähän liittyen kohdentaa tutkimusta esimerkiksi lonkka-murtumapotilaiden kivun hoitoon.

Tulevaisuudessa anestesiasairaanhoitajien ammattitaidon sekä osaamisen kehittämisen kannustimena olisi hyvä tutkia ja kehittää, millaisella toimintamallilla ja menetelmällä oman osaamisen kehittämistä voidaan palkita osana laadukkaan akuutin kivun hoitotyötä.

LÄHTEET

Anzca. 2020. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. What is pain and how do we manage it? Viitattu 19.10.2020. <https://www.anzca.edu.au/patient-information/pain-medicine-information-for-patients-and-carers/what-is-pain>

Hagelberg, N. & Haanpää, M. 2015. Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.10.2020. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/3/duo12064?keyword=hagelberg%20nora>

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kipu, 129. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Hotus-hoitosuositus: aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Viitattu 19.10.2020. <https://www.hotus.fi/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoitotyö-hoitosuositus/>

International Association for the Study of Pain. 2017. IASP Terminology. Pain terms. Pain. Viitattu 5.10.2020. <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kipu, 56–80. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013 Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö, 12. Helsinki. Sanoma Pro Oy. Tampere. PunaMusta Oy. Viitattu 23.10.2020. https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 5.10.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 5.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 9.4.1999/488. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 5.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2017. Anatomia ja fysiologia – rakenteesta toimintaan, 418. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Medical Subject Headings. 2018. Finto. Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. Acute Pain. Viitattu 12.10.2020. <https://finto.fi/mesh/fi/page/D059787?clang=en>

Pohjalainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu, 247–248. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Akuutin kivun hoito. Viitattu 19.10.2020. <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Leikkaus-ja-anestesia/Akuutin-kivun-hoito/Pages/default.aspx>

Pöyhiä, R. 2014. Kivun hoito. Teoksessa Anestesiologian ja tehohoidon perusteet, 143–161. Toim. Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Rodriguez, L. 2015. Pathophysiology of pain: Implications for Perioperative Nursing. Viitattu 23.10.2020. <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2014.12.008> (Maksullinen tietokanta).

Saarelainen, O. 2014. Miten APS toimii Suomessa? Valtakunnallisen kyselyn tulokset. Akuutin kivun hoidon toimikunta. Viitattu 31.10.2020. <https://docplayer.fi/167245-Miten-aps-toimii-suomessa.html>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö – hoitotyön suositus, 3–5, 24–25. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 5.10.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>

Siltanen, H., Murtola, L-M. & Salanterä, S. 2013. Kivun hoitotyön suosituksen hyödyntäminen anestesiahoitajan työssä. Spirium, 30–33. Verkko-lehti. Viitattu 23.10.2020. <https://sash.fi/2015/07/06/spirium-32013/#spirium-3-2013/30-31> (Maksullinen verkkolehti).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2020. Kivun hoito. Viitattu 5.10.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Suomen anestesiahoitajat ry. 2017. Osaamisvaatimukset. Viitattu 13.10.2020. <https://sash.fi/julkaisut/osaamisvaatimukset/>

Suomen anestesiologiyhdistys SAY. Kivunhoito. Suositukset. Viitattu 19.10.2020. <https://www.say.fi/fi/jaokset/kivunhoito/>

Suomen anestesiologiyhdistys SAY. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Viitattu 19.10.2020. https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf

Suomen anestesiologiyhdistys SAY. 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. Viitattu 19.10.2020. https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf

Tampereen yliopiston tietoarkisto. 2021. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. Tampereen yliopisto. Viitattu 10.1.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metodologia/kvanti/mittaaminen/luotettavuus/>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 13.10.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017. Suomalaiset tapaturmien uhreina. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Viitattu 12.10.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135809/TY%c3%962017_45_UHRI._.WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Viitattu 5.10.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

LIITE 1

Vaasan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

SAATEKIRJE

ARVOISA ANESTESIASAIRAANHOITAJA

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Minun opinnäytetyössäni ”**Anestesiahoitajien valmiudet akuutin kivun hoidossa**” kartoitetaan anestesiahoitajien osaamista liittyen akuutin kivun tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää akuutin kivun hoitotyötä anestesiahoitajan näkökulmasta.

Tutkimus toteutetaan ohessa olevalla kyselylomakkeella huhtikuussa 2021. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen 25.4.2021 mennessä. Kyselylomakkeeseen vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Jokainen vastaus on tärkeä! Kiitos yhteistyöstä jo etukäteen.

Tarvittaessa vastaan mielelläni kaikkiin esille tulleisiin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Ohjaava opettaja

Miika Tölli, sairaanhoitajaopiskelija

Johanna Latvala, lehtori

e1600830@edu.vamk.fi

johanna.latvala@vamk.fi

LIITE 2

KYSELYLOMAKE

TAUSTAKYSYMYKSET

1. Minkä ikäinen olet?

- 20–29 vuotta
- 30–39 vuotta
- 40–49 vuotta
- 50–59 vuotta
- 60 vuotta tai enemmän

2. Mikä on sinun koulutustausta?

- Sairaanhoitaja AMK
- Sairaanhoitaja YAMK
- Muu

3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla?

- 0–5 vuotta
- 6–10 vuotta
- 11–20 vuotta
- 21 vuotta tai enemmän

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt anestesia- ja sairaanhoitajana?

- 0–5 vuotta
- 6–10 vuotta
- 11–20 vuotta
- 21 vuotta tai enemmän

5. Missä työskentelet pääsääntöisesti?

- Päiväkirurgisessa yksikössä
- Ympäri vuorokautisessa leikkaustoiminnassa
- Muu

6. Työskenteletkö pääsääntöisesti?

- Intraoperatiivisessa vaiheessa
- Heräämössä
- Molemmissa tasapuolisesti
- Muu

7. Oletko opiskellut anestesiahoitotyön erikoistumisopintoja (30 op)?

- Kyllä
- En

ASIAKYSYMYKSET JA VÄITTÄMÄT

8. Minulla on hyvät valmiudet hoitaa akuutista kivusta kärsivää potilasta.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

9. Suhtaudun vakavasti potilaan akuuttiin kipuun.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

10. Tunnistan akuutista kivusta kärsivän potilaan.

- En koskaan
- Harvoin
- En osaa sanoa
- Melkein aina
- Aina

11. Kannustan potilasta itse arvioimaan omaa kiputilannetta, jos se on mahdollista

- En koskaan
- Harvoin
- En osaa sanoa
- Melkein aina
- Aina

12. Hallitsen kivun laadun, luonteen ja ajallisuuden seurannan.

- Täysin eri mieltä

- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

13. Kuinka hyvin tunnet erilaiset kipumittarit ja niiden käytön periaatteet?

- Erittäin huonosti
- Huonosti
- En hyvin enkä huonosti
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

14. Kuinka usein käytät kipumittaria apuvälineenä kivun arvioimisessa?

- En koskaan
- Harvoin
- En osaa sanoa
- Melkein aina
- Aina

15. Tunnistan tarpeen tehostaa potilaan akuutin kivun hoitoa.

- En koskaan
- Harvoin
- En osaa sanoa
- Melkein aina
- Aina

16. Kuinka hyvin tunnet akuutin kivun hoidossa käytettävät lääkeaineet?

- Erittäin huonosti
- Huonosti
- En hyvin enkä huonosti
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

17. Kuinka hyvin tunnet akuutin kivun hoidossa käytettävät eri hoitomenetelmät?

- Erittäin huonosti
- Huonosti
- En hyvin enkä huonosti
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

18. Kuinka hyvin tunnet akuuttia kipua aiheuttavat ja kipuun johtavat tekijät?

- Erittäin huonosti
- Huonosti
- En hyvin enkä huonosti
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

19. Minulla on riittävästi tietoa akuutin kivun hoidossa käytettävistä lääkeaineista?

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

20. Kirjaaminen ja raportointi akuutista kivusta on tärkeää.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

21. Tunnen akuutin kivun hoitoon liittyvät suositukset.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

22. Tunnen akuutin kivun hoitoon liittyvän lainsäädännön ja asetukset.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

23. Mitä osa-alueita kehittäisit akuutin kivun hoitotyössä anestesia- ja sairaanhoitajan näkökulmasta?



POHJOIS-POHJANMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 (3)

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoaika aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi Anestesiahoitajien valmiudet akuutin kivun hoidossa- kyselytutkimus	
Tutkimusdiaarinumero	32/2021
Pääkaavanumero 902 (kts. ohje)	
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita) <input type="checkbox"/> Tilaustutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Fimeaan ilmoitettava laitetutkimus <input type="checkbox"/> Muu laitetutkimus <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Biopankkitutkimus <input type="checkbox"/> Alkio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte <input type="checkbox"/> Vältöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input checked="" type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuuhenkilö PPSHP:ssä	Tatu Tiala, tatu.tiala@ppshp.fi, 040 126 3576 nimi, sähköposti, puhelinnumero
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	-
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastuualue)	Miika Tölli
Tutkimuspaikat	<input checked="" type="checkbox"/> OPTA <input type="checkbox"/> Medisiininen <input checked="" type="checkbox"/> LaNa <input type="checkbox"/> SAPA <input type="checkbox"/> Psykiatria <input checked="" type="checkbox"/> Oulaskangas <input type="checkbox"/> Konsernipalvelut Vastuualue Operatiivinen tulosalue/Perioperatiivinen hoitotyö
PPSHP:n ulkopuoliset tutkimuspaikat	-
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvun voimassaoloaika	1.1.2021-31.12.2021 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa PPSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi): <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektinumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektinumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:



Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot			
<input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Fimea (lääketutkimukset)	<input type="checkbox"/> Fimea/Valvira (kudosluvat)	<input type="checkbox"/> Fimea (laitetutkimukset)
<input type="checkbox"/> THL	<input type="checkbox"/> Findata		
<input type="checkbox"/> PPSHP rekisteritutkimuslupa			
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:			

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS	
Nimi:	Miika Tölli
Osoite:	Palosaarentie 24 B14, 65200 Vaasa
Puhelin:	044 209 6811
Sähköposti:	tollimika@gmail.com
Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:	
3.12. Vaasassa Miika Tölli	
Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan PPSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.	

LIITTEET	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle <input type="checkbox"/> Tieteellisen tutkimuksen tietosuojaseloste ja vaikutustenarviointi <input type="checkbox"/> Kustannuserittely <input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä: Saatekirje ja kyselylomake tutkimussuunnitelman liitteenä	Viranomaisluvut/lausunnot: <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan puoltava lausunto <input type="checkbox"/> Fimean käsitelyilmoitus (lääke/laitetutkimus) <input type="checkbox"/> Fimean/ Valviran lupa (kudoslupa) <input type="checkbox"/> THL:n / Findatan lupa <input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä:

VASTUUALUEEN JOHTAJIEN / YLIHOITAJIEN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin omalta alueeltaan)	
<input checked="" type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päättäjälle)	
Päivämaa	Allekirjoitus
10.2.2021	<i>[Handwritten signature]</i>
	YH ANITA TANTHA
	16.2.2021 <i>[Handwritten signature]</i>
	12.2.2021 <i>[Handwritten signature]</i>
	PÄIVI LAURILA

PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayli lääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin korjauksin/ehdoin	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi	
Päivämaa	Allekirjoitus
	<i>[Handwritten signature]</i>
	Rantala Asko 00102171964
	<small>Allekirjoitus Rantala Asko 00102171964 DK: 00102171964 -77 Siv: 11/11/2011 Päiväys: 2021.02.18 16:06:13 4230</small>

