

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Heli Veber

**TÄISKASVANUD PATSIENTIDE ÄGEDA VALU MITTEFARMAKOLOOGILINE
KÄSITLUS: LÄBILÕIKELINE UURIMUS KIRURGIAOSAKONNA ÕDEDE
HOIAKUTE JA PRAKTIKA NÄITEL**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2021

Põhijuhendaja: Ulla Raid, MSc (terviseteadused)
Kaasjuhendaja: Airin Treiman-Kiveste, MSc (õendusteadus)
Retsensent: Heli-Kaja Kübarsepp, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 05.05.2021.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Heli Veber,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Täiskasvanud patsientide ägeda valu mittefarmakoloogiline käsitus: läbilõikeline uurimus kirurgiaosakonna õdede hoiakute ja praktika näitel“, mille põhijuhendajaks on Ulla Raid ja kaasjuhendajaks Airin Treiman-Kiveste, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Heli Veber

12.05.2021

KOKKUVÕTE

Täiskasvanud patsientide ägeda valu mittefarmakoloogiline käsitus: läbilõikeline uurimus kirurgiaosakonna õdede hoiakute ja praktika näitel

Kirurgia osakonnas kogevad paljud patsiendid ägedat valu, mida seostatakse tavalise reaktsiooniga koe kahjustusele. Puudulik valukäsitus mõjutab haiglas viibimise aega ja patsiendi rahulolu teenuse ning elukvaliteediga. Kuigi sageli eelistatakse valu leevendamisel kasutada farmakoloogilisi meetodeid, on õdedel positiivne hoiak mittefarmakoloogiliste meetodite rakendamiseks. Need meetodid on teaduslikult tõestatult efektiivsed, ohutud, kulutõhusad, ei tekita sõltuvust ning sobivad kasutada iseseisvalt või lisaks ravimitele, et leevendada patsiendi ärevust, hirmu ja valu. Nende meetodite igapäevasesse õenduspraktikasse rakendamist võivad takistada mitmed tegurid, näiteks teadmiste puudumine, ajapuudus, suur töökoormus.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada kirurgiaosakonnas töötavate õdede hoiakuid mittefarmakoloogilise ägeda valu käsitluse suhtes, mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist tavapraktikas ning välja selgitada seotud tegurid, mis mõjutavad nende meetodite kasutamist. Uuritavateks olid nelja keskhaigla ja kahe regionaalhaigla kirurgiaosakondades töötavad 72 õde. Andmeid koguti ajavahemikul 01.04.-31.05.2020 ja 1.09.-30.09.2020 *LimeSurvey* veebikeskkonnas asuva ankeetküsimustikuga. Andmete analüüsiks kasutati statistikaprogrammi STATA 14. Andmed analüüsiti, kasutades kirjeldavat ja analüüsivat statistikat.

Tulemustest selgus, et üle poole uurimistöös osalenud õdedest pidas valu leevendamist mittefarmakoloogiliste meetoditega väga oluliseks/oluliseks. Valu leevendamiseks enim kasutatavad meetodid olid kognitiiv-käitumuslikud lähenemised ja mugava keskkonna loomine. Kolmandik õdedest leidis, et mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõjutab ajapuudus, arsti/valuravimeeskonna korralduste puudumine, suur töökoormus, vähesed teadmised, juhendite puudumine ja patsientide eelistus saada farmakoloogilist ravi. Andmete analüüsi tulemusena võib näha tendentsi, et mittefarmakoloogilisi meetodeid käsitlevatel koolitustel osalemine viimase kolme aasta jooksul mõjutab nende meetodite kasutamist tavapraktikas.

Märksõnad: äge valu, mittefarmakoloogilised meetodid, valukäsitus, hoiakud, mõjutavad tegurid

SUMMARY

Non-pharmacological management of acute pain in adult patients: a cross-sectional study of the attitudes and practices of nurses in surgical departments

Many patients in surgical departments experience acute pain associated a normal reaction to tissue damage. Inadequate pain management affects the length of hospital stays and patients' satisfaction with the service and their quality of life. Although pharmacological methods are often preferred for pain relief, nurses have a positive attitude towards non-pharmacological methods. These methods are scientifically proven to be effective, safe, non-addictive, cost-effective and suitable for use independently or in addition to other medications used to alleviate patient's anxiety, fear and pain. Applying these methods in everyday nursing practice can be hindered by a range of factors, such as high workload and a lack of time and knowledge.

The aim of this thesis was to describe the attitude towards the management of acute pain using non-pharmacological methods among nurses working in surgical departments and the use of non-pharmacological methods in common practice, and to identify factors that influence the use of these methods. The study sample consisted of 72 nurses working in the surgical departments of four central and two regional hospitals. Data were collected from 1 April-31 May 2020 and from 1-30 September 2020 using a questionnaire on the LimeSurvey website. The statistical program STATA 14 was used for data analysis. Data were analysed using descriptive and analytical statistical methods.

The results of the study revealed that more than half of the nurses in the sample considered pain relief using non-pharmacological methods to be important or very important. Creating a more comfortable environment for the patient and using cognitive-behavioural approaches were the most commonly used methods for relieving pain. One-third of the nurses noted that the use of non-pharmacological methods was influenced by a lack of time, a lack of instructions from the doctor or pain team, a high workload, a lack of knowledge, a lack of guidelines and the patients' preference for pharmacological treatment. The data analysis shows that participation in training on non-pharmacological methods within the last three years influences the use of these methods in common practice.

Keywords: acute pain, non-pharmacological methods, pain management, attitudes, influencing factors

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	1
SUMMARY	2
EESSÕNA.....	5
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. ÄGEDA VALU MITTEFARMAKOLOOGILINE KÄSITLUS.....	8
2.1. Äge valu	8
2.2 Ägeda valu hindamine ja käsitus.....	8
3. MITTEFARMAKOLOOGILISED MEETODID VALU LEEVENDAMISEKS ÕENDUSPRAKTIKAS	11
4.ÕDEDE HOIAKUD JA TEGURID MITTEFARMAKOLOOGILISTE MEETODITE KASUTAMISEL.....	14
4.1. Õdede hoiakud.....	14
4.2. Mõjuvad tegurid mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamisel	15
5. METOODIKA.....	16
5.1. Metodoloogilised lähtekohad	16
5.2. Uuritavad	16
5.3. Andmete kogumine	17
5.3.1. Ankeetküsimustik	17
5.3.2 Andmete kogumise keskkond ja uurimistöö läbiviimine	18
5.5. Andmete analüüs	19
6.TULEMUSED.....	20
6.1. Õdede taustaandmed	20
6.2. Teadmiste pärinemine valukäsitlusest.....	21
6.3. Valu hindamine, õdede hoiakud ja takistavad tegurid ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitluse suhtes	22
6.6. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine praktikas	24
6.7. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise seos mõjutavate teguritega.....	25
7.ARUTELU	29
7.1 Õdede hoiakud ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitluse suhtes	29
7.2. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine praktikas	30
7.3. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõjutavad tegurid	32
7.4. Töö kitsaskohad.....	35
7.5. Eetilised aspektid.....	36
8. JÄRELDUSED.....	37
KASUTATUD KIRJANDUS	38

LISAD	46
Lisa 1. Küsimustik eesti keeles	46
Lisa 2. Küsimustik vene keeles	52
Lisa 3. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba	58
Lisa 4. Mõõdiku kasutamise ja tõlkimise luba	60
Lisa 5. Prooviuuringu lisaküsimused eesti keeles	63
Lisa 6. Prooviuuringu lisaküsimused vene keeles	64
Lisa 7. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamiseks	65
Lisa 8. Töös kasutatavad tabelid	66

EESSÕNA

Soovin väljendada tänu kõigile, kes on kaasa aidanud käesoleva magistritöö valmimisele. Ulla Raid ja Airin Treiman-Kiveste, tänan teid jagatud mõtete ja toetuse eest sellel huvitaval teekonnal. Janne Kommusaar, suur tänu kaasa mõtlemast ja soovitude eest *LimeSurvey* keskkonna tundmaõppimisel. Minu siiras tänu õendusjuhtidele, toe eest, selle uurimistöö läbiviimisel. Suurimad tänusõnad kirurgiaosakonna õdedele, kes leidsid aega ja motivatsiooni sellel kiirel perioodil vastata küsimustikule.

1. SISSEJUHATUS

“Valu on ebameeldiv sensoorne ja emotsionaalne kogemus, mis on seotud või sarnaneb tegeliku võimaliku koekahjustusega” (Raja jt 2020: 2). Paljud kirurgiaosakonna patsiendid kogevad ägedat valu, aga sageli jääb see alahinnatuks (Shoqirat jt 2019). Valukäsitlus hõlmab erinevaid tegevusi, sh farmakoloogilisi ja mittefarmakoloogilisi sekkumisi ning koostööd tervishoiutöötaja, patsiendi ja lähedaste vahel, et tagada patsiendile ohutu ja turvaline tervishoiuteenuse osutamine valu leevendamisel (Fishman jt 2013, Francis ja Fitzpatrick 2013, Lin jt 2015, Ramia jt 2017). Kompetentne valu leevendamine peegeldab teenuse kvaliteeti ning peaks olema tervishoius prioriseeritud tegevus, sest valu pikendab patsiendi haiglas veedetud aega, mõjutab tema terviseseisundit, vähendab rahulolu elukvaliteediga ja suurendab ravikulusid (Taylor ja Stanbury 2009, Ali jt 2013, Lin jt 2015, Ahmadi jt 2016).

Tervisepoliitika juhtimine lähtub teadusuuringute tulemustest ja nende usaldusväärsest analüüsist. Tervisesüsteemi kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavate tegevuste arendamine on „Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030“ üks riiklik tegevussuund. Arengukavas suunatakse tähelepanu inimkesksusele ja toetavale keskkonnale, kaasates inimest, tema lähedasi ja tervishoiutöötajaid, et seeläbi pakkuda parimaid sobivaid lahendusi tervise eest hoolitsemisel. (Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.) Mitmed mittefarmakoloogilised valu leevendamise meetodid nagu näiteks kognitiiv-käitumuslikud, külma/sooja aplikatsioonide kasutamine, massaaž, patsiendi/lähedase kaasamine, on teaduslikult tõendatult efektiivsed, kulutõhusad, kergesti kasutatavad, ohutud ega tekita sõltuvust (Geziry jt 2018, Tick jt 2018).

Varasematest uurimistöödest selgub, et õdedel on keskne roll valu käsitlemisel, sest just nemad jälgivad ja hindavad pidevalt patsiendi seisundit (Francis ja Fitzpatrick 2013, Dijk jt 2017, Medrzycka-Dabrowka jt 2017). Õed valivad valu leevendamiseks sageli pigem farmakoloogilisi meetodeid (Mackintosh-Franklin 2014, Ay 2018, Reinhard 2020). Samas on õdedel positiivne hoiak mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise suhtes, sest see võimaldab patsientidel olla kaasatud enda valuga toimetulekul (Bicek 2004, Ali 2013, Stewart ja Cox-Davenport 2015). Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist igapäevases õenduspraktikas võivad mõjutada erinevad tegurid, näiteks teadmiste, koolituste (Badr jt 2015, Khalil 2018) või ajapuudus, suur töökoormus, vajaliku varustuse puudumine (Nwaneri jt 2018, Kidanemariam jt 2020).

Puudulik valukäsitlus ja kasvavad tervishoiukulud viitavad süsteemi ümberkujundamise vajadusele (Ali jt 2013, Ay 2018, Geziry jt 2018, Tick jt 2018). Patsiendi kaasamine enda valuga toimetulekusse võib kaasa aidata tema tervises seisundi paranemisele ja suurendada rahulolu tervishoiu teenusega (Meissner jt 2018, Siu jt 2019). Eesti tervishoiusüsteemis moodustab inimese omaosalus tervishoiukuludest 24,5% 2018. aasta näitel (Vörk ja Piirits 2020), mis on suurem kui Euroopa Liidu keskmine (15,8%) 2017. aastal (OECD/European Observatory 2019). Sellest moodustab suure osa ravimite ja hambaraviga seotud omaosalustasu, aga statsionaarses ravis näiteks voodipäeva- ja taastusravitasu, mistõttu võivad vaesemad leibkonnad tervishoiuteenuse kasutamisest loobuda (Vörk ja Habicht 2019). Seetõttu tuleks tähelepanu pöörata teaduslikult tõendatud, efektiivsete ja kulutõhusate teenuste integreerimisele tervishoiusüsteemi, mis aitaks patsiendil suurendada enda rolli ja teadlikkust valuga toimetulekul, et seeläbi parandada rahulolu tervishoiuteenuse kui ka elukvaliteediga.

2016. aastal välja töötatud ravijuhend annab soovitusi nõrga ja mõõduka valu korral kaaluda mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist lisaks farmakoloogilisele valuravile (Perioperatiivne ägeda valu ... 2016). Eestis puudub teave statsionaarse kirurgia osakondades töötavate õdede hoiakute suhtes mittefarmakoloogilise lähenemise ägeda valu korral: milliseid mittefarmakoloogilisi meetodeid igapäevaselt rakendatakse või mis mõjutab nende meetodite kasutamist? Saadav teave võimaldab kirjeldada õdede hoiakuid seoses mittefarmakoloogilise valukäsitlusega, hinnata nende meetodite kasutamist igapäevases praktikas ning kaardistada kitsaskohti nende sekkumiste rakendamisel.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada kirurgia osakonnas töötavate õdede hoiakuid mittefarmakoloogilise ägeda valu käsitluse suhtes, mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist tavapraktikas ja välja selgitada seotud tegurid, mis mõjutavad nende meetodite kasutamist.

Lähtuvalt eesmärgist püstitati uurimisküsimused:

- Millised on õdede hoiakud ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitluse suhtes?
- Milliseid mittefarmakoloogilise valutustamise meetodeid kasutavad õed tavapraktikas?
- Mis tegurid mõjutavad mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist?

2. ÄGEDA VALU MITTEFARMAKOLOOGILINE KÄSITLUS

2.1. Äge valu

Valu on subjektiivne kogemus, mis ei ole alati tingitud valuretseptorite ärritusest, vaid seda mõjutavad bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid, mistõttu selle käsitlemisel keskendutakse ka biopsühhosotsiaalsele lähenemisele (Raja jt 2020). Valu on kirjeldatud ka kui keha, meele kannatust või häda (Sykes 1987, Kernerman 1998). Valu saab kategoriseerida kestvuse (äge, krooniline), tüübi (notsiitiline, neuropaatiline, psühhogeeniline), koha (lihaskoht, liiges, vistseraalne) või etioloogia (trauma, haigus) järgi (Glowacki 2015).

Äge valu (*acute pain*) kestab tavaliselt vähem kui kolm kuud ja seda seostatakse füüsiliselt nootsiitilise patoloogia või koe kahjustusega, mis möödub kahjustuse paranedes. Äge valu algab äkki, tavaliselt mingi sündmuse tagajärjel (operatsioon, trauma), kestab piiratud aja ning võib potentsiaalselt areneda patoloogiliseks seisundiks. (Tighe jt 2015, Tick jt 2018.) Äge valu takistab osalemast füsioteraapias ja taastusravis, selle leevendamine aga parandab rehabilitatsiooni ja funktsioonide taastumist (Taylor ja Stanbury 2009, Poulsen ja Coto 2018). Mitmed mittefarmakoloogilised meetodid on ägeda valu leevendamiseks efektiivsed ega nõua arsti korraldust, vähendades valuvaigistite vajadust (Liu jt 2015, Poulsen ja Coto 2018, Tick jt 2018). Käesolevas töös on äge valu määratletud kui valu, mis on seotud trauma, protseduuri või operatsiooniga.

2.2 Ägeda valu hindamine ja käsitlemine

Valu hindamine (*pain assessment*) on oluline valu intensiivsuse, piirkonna ja ulatuse teada saamiseks, sõltumata patsiendi kognitiivsest võimekusest ennast väljendada. Valu hindamine on määrav valu leevendamiseks planeeritavate sekkumiste valimisel, rakendamisel ja tulemuse kontrollimisel. Valu tuleb hinnata süstemaatiliselt, nii esimese füüsilise läbivaatuse jooksul kui hiljem, kasutades seejuures standardiseeritud valuskaalasid, mis vastavad patsientide vanusele, eripäradele kui arengutasemele. (Ahmadi jt 2016, Perioperatiivne ägeda valu 2016, Angeletti jt 2018.)

Enimlevinud skaalad, mida kasutatakse kontaktse täiskasvanud patsiendi hindamiseks, on visuaalsed analoogskaalad (*Visual Analogue Scale VAS*), verbaalsed hindamisskaalad (*Verbal Rating Scale*) ja numbrilised hindamisskaalad (*Numerical Rating Scale NRS*). Need on

ühedimensioonilised enesehindamise skaalad valu intensiivsuse hindamiseks. (Karcioglu jt 2018.) Pärsitud ja mehaanilisel ventilatsioonil oleva patsiendi ägeda valu hindamiseks kasutatakse vaatlusskaalasid, mis põhinevad käitumise hindamisel, näiteks: *behavioral pain scale (BPS)* (Payen jt 2001) või *critical care pain observation tool (CPOT)* (Gélinas jt 2006) jne. BPS määrab näo miimika, käte liikumise ja mehaanilise ventilatsiooni vastuse põhjal, kas valu esineb või puudub (Payen jt 2001). CPOT skaala sobib valu leevendavate sekkumiste mõju hindamiseks. Selleks tuleb vaatluse põhjal sarnaselt BPS skaalale hinnata näo miimikat, jäsemete liikuvust, lihaspinget, vastust mehaanilisele ventilatsioonile ning ekstubeeritud patsiendi hääletooni. (Gélinas jt 2006.) Phillips jt (2019), kes on uurinud valu hindamist Austraalia intensiivravi osakonnas enne õdede koolitamist seoses valu hindamise ja CPOT valuskaala õige kasutamise ning juhendite kaasajastamisega, leidis, et standardiseeritud valu hindamise koolitus ja CPOT rakendamine tõstis valu hindamise sagedust mittesuhtlevate patsientidega peaaegu kolmekordselt. Suurenes statistiliselt oluliselt paratsetamooli, opiaatide ja neuropaatiliste valuvaigistite kasutamine, mis viitab varasemale valu alahindamisele ja CPOT valuskaala näol tõhusale tööriistale.

Varasemad uurimistööd on välja toonud, et valu puudulik hindamine võib olla peamine tegur käsitlemaks patsiendi valu korrektselt. Jordaanias läbi viidud kirjeldavas uurimuses nõustusid 48% õdedest (n=58) väitega, et enne uue valuravi määramist peab patsient tundma valust põhjustatud ebamugavust. (Shoqirat jt 2019.) Kahes läbilõikeuuringus, millest üks viidi läbi Itaalias (n=665) ja teine Poolas (n=500), toodi välja, et Lõuna-Itaalias reageerisid õed patsiendi valule alles siis, kui patsient kaebas valu ja selle hindamiseks kasutati suusõnalist vormi. Samas Põhja-Itaalias hindasid õed valu regulaarselt, planeerimaks ravi ja leevendamaks valu, ning kasutasid hindamisel ka valuskaalasid. Poolas leidis suur osa (71%) õdedest, et kui patsiendil ei ole muutusi elutähtsates parameetrites ega käitumises, siis tõenäoliselt neil ei ole valu. Valuskoore ka ei dokumenteeritud. (Angeletti jt 2018, Tomaszek ja Dębska 2018.)

Badr jt (2015) on läbilõikelises uurimistöös toonud esile, et patsientide valu hindamist võivad mõjutada nii õdede haridus, töökoormus kui ka patsiendi ebastabiilsus. Uurides õdede teadmisi ja hoiakuid seoses mittefarmakoloogilise valukäsitlusega leidis Ali jt (2013), et rohkem on õdesid, kes ei kasuta valuhindamise skaalasid kui neid, kes kasutavad. Seevastu Bicek (2004) läbiviidud uurimistöös märkisid õed, et osakonnas on olemas skaala valu hindamiseks ja seda kasutatakse. Eestis läbiviidud auditis "Perioperatiivne ägeda valu käsitlus" on Reinhard (2020) rõhutanud, et dokumentide alusel hinnati valu vaid veidi üle pooltel (63%) valimi patsientidest. Sageli puudusid hindamise kellaajad ning enamasti ei kasutatud valu hindamisel standardiseeritud valuskaalasid,

vaid valu sõnalist kirjeldamist. Ühtlasi toodi esile valu hindamise sageduse suurt erinevust, kus ööpäevas mõõdeti valu 1-15 korda, aga valdavalt piirdus see 1-2 korruga ööpäevas. Tänapäeval on õdede peamine ülesanne pakkuda individuaalset abi, mis eeldab arusaamist, et valu on oluline näitaja ning valu hindamine vajalik individuaalse plaani koostamiseks (Angeletti jt 2018).

Valukäsitus (*pain management*) on kooskõlastatud, interdistsiplinaarne ja mitmesuunaline tegevus, mis hõlmab nii farmakoloogilisi kui ka mittefarmakoloogilisi valikuid valu leevendamiseks või ärahoidmiseks ja parandab seeläbi patsiendi elukvaliteeti. Valukäsitus hõlmab mitmesuguseid tegevusi: valu äratundmist, hindamist, ümberhindamist, dokumenteerimist, ohutust, farmakoloogilisi ja mittefarmakoloogilisi sekkumisi, koostööd nii erinevate erialade kui ka patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel, millega kaasneb valu vähenemine tasemele, mis oleks patsiendile vastuvõetav. (Fishman jt 2013, Francis ja Fitzpatrick 2013, Lin jt 2015, Ramia jt 2017.) Ägeda valu käsitlemine on muutunud operatsioonijärgselt ärkamisruumi protokollides oluliseks osaks ning saab üha enam tähelepanu igapäevases töös (Tighe jt 2015). Valukäsitus käesolevas töös on seotud toimingutega enne protseduuri, selle ajal ja pärast seda.

3. MITTEFARMAKOLOOGILISED MEETODID VALU LEEVENDAMISEKS ÕENDUSPRAKTIKAS

Valu saab leevendada nii farmakoloogiliste kui mittefarmakoloogiliste meetoditega. Mittefarmakoloogilisteks meetoditeks (*non-pharmacological methods*) nimetatakse sekkumisi, mille käigus ei manustata ravimeid (Manwere jt 2015, Geziry jt 2018) ja mida õed saavad kasutada ravimitele lisaks (Bicek 2004, Ali jt 2013, Ay 2018). Mittefarmakoloogiliste meetodite eesmärgiks on vähendada hirmu ja ärevust ning leevendada valu, võimaldades patsiendil tunda ennast samal ajal kaasatuna (Geziry jt 2018, Pestana-Santos jt 2019). Üheks võimaluseks on jagada mittefarmakoloogilisi meetodeid psühholoogilisteks, füüsilisteks ja muudeks sekkumisteks. Psühholoogiliste meetodite alla kuulub näiteks kognitiiv-käitumuslik teraapia, aktsepteerimis- ja pühendumisteraapia. Füüsiliste meetodite alla kuulub näiteks massaaž, positsioneerimine, külma- ja soojaaplikatsioonide kasutamine. Muud sekkumised on seotud inimese sotsiaalse, vaimse või religioosse taustaga, mis aitavad läbi veendumuste, uskumuste valu aktsepteerida, taluda ja seeläbi valuga toime tulla. (Geziry jt 2018; Tick jt 2018.) Varasemate uurimistööde tulemuste põhjal loetakse ägeda ja postoperatiivse valu puhul tõhusateks meetoditeks ka akupunktuuri (Liu jt 2015), muusikaterapiat (Lee 2016, Li jt 2017, Poulsen ja Coto 2018), hüпноosi (Kekecs jt 2014) ja juhitud visualiseerimist (*guided imagery*) (Jacobson jt 2016).

Kognitiiv-käitumuslike meetodite (*cognitive-behavioural methods*) kasutamine ehk kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) võimaldab muuta patsiendi mõtlemismustrit, et seeläbi parandada tema toimetulekuoskusi (Geziry jt 2018), ja keskendub eelkõige mentaalsetele tegevustele (Pölkki jt 2001, Bicek 2004, Manwere jt 2015). Tong jt (2020) on metaanalüüsi tulemusena jõudnud järeldusele, et psühholoogilistel sekkumistel on positiivne mõju eelkõige ärevusele ja vaimse elukvaliteedi paranemisele ägedal operatsioonijärgsel perioodil. Kuigi Bicek (2004), toetudes Pölkki jt (2001) mõõdikule klassifitseerib kognitiiv-käitumuslike meetodite alla ettevalmistava informatsiooni andmise, kujutlemise, tähelepanu kõrvalejuhtimise, lõdvestumise, hingamistehnika ja positiivsuse kujundamise (*reinforcement*), siis varasemate uurimistööde põhjal on mitmeid erinevaid kognitiiv-käitumuslike meetodite jaotusi ägeda valu leevendamiseks.

Rolving jt (2016) uuris Taanis randomiseeritud kontrolluuringuga lülisamba nimmeosa fusiooniga patsiente (n=90), jagades nad juhuslikkuse alusel KKT ja kontrollrühma, ning leidis, et operatsioonieelne KKT näib hõlbustavat varasemat liikuma hakkamist ja vähenenud valuvaigistite vajadust ägedas postoperatiivses faasis, mis võib viidata paremale valuga toimetulekule antud rühmas, kuigi valu tugevuse erinevust ei tuvastatud. Selles uuringus olid kognitiiv-

käitumisteraapia teemad jaotatud järgmiselt: tunnetuse ja valu tajumise vastastikune mõju, erinevad toimetuleku strateegiad, kõndimise põhimõtted, ergonoomilised suunad, tööle naasmine ja kirurgilise protseduuri üksikasjad.

Füüsilised meetodid on suunatud füsioloogiliste protsesside muutmisele (Pölkki jt 2001, Bicek 2004, Manwere jt 2015). Kukimoto jt (2017) on leidnud metaanalüüsi tulemusena, et ühekordsel massaažiteraapial võib olla kohene, lühiajaline valu vähendav toime postoperatiivses perioodis. Lisaks toodi esile selle positiivne mõju patsientidele pärast südameoperatsiooni. Kanadas läbiviidud randomiseeritud kontrolluuringus, milles osales 46 südameoperatsiooni läbi teinud täiskasvanud patsienti leiti, et käemassaaž võib aidata patsientidel kogeda pikemaid valuvabasid perioode ja võimaldab väiksemat valu intensiivsust. Käemassaaži ja taastusravi kombinatsioon võib vähendada valuga seotud funktsioonihäireid. (Boitor jt 2019.)

Külma ja sooja kasutamise meetodite puhul on kvaasi eksperimentaalmeetodiga leitud, et külm jääkott võib olla ohutu ja tõhus meetod valu leevendamisel arteriaalse veresoone punkteerimisel (Khalil 2017). Sarnase tulemuse on saanud ka Demir ja Khorshid (2010), kes töid randomiseeritud pimeuuringus välja, et külma kasutamine vähendab statistiliselt oluliselt rindkerest toru eemaldamisega seotud valu.

Positsioneerimine aitab lõdvestada lihaseid ja asendist tingitud ebamugavust. Patsiendi jäsemete liigutamise on võimalik vähendada lamatiste tekke ohtu. Kuna positsioneerimise käigus paraneb verevarustus ja võivad väheneda tursed, siis võib see kaasa aidata haavade paranemisele ja valu leevendamisele. (Geziry jt 2018.)

TENS on elektriline seadeldis, mida kasutatakse kerge kuni mõõduka valu leevendamiseks ja lihaste stimuleerimiseks läbi elektriliste impulsside. Sellel on 2-4 juhet ja need kinnitatakse kleepuvate elektrodipaaridega valutava ala ümber. (Geziry jt 2018.) Johnson (2017) kirjanduse ülevaate tulemused kinnitavad, et TENS toimib nii valu, iivelduse kui oksendamise vähendamiseks tõhusamalt kui platseeboefekt. Samuti väheneb valuvaigistite kasutamise vajadus ja paraneb liikuvus. Parseliunas jt (2020) randomiseeritud, topeltpimedas, platseebo-kontrollitud uurimuse tulemusel on TENS ohutu ja tõhus protseduur pärast lahtise kubemesonga operatsiooni, et vähendada valu ja seeläbi valuvaigistite kasutamist.

Patsientide sõnul aitab perekonna emotsionaalne tugi neil valuga toime tulla (Gelinis jt 2013). Patsiendi/lähedaste kaasamine ja koolitamine mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamiseks võib leevendada patsiendil ägeda valu intensiivsust ja seeläbi vähendada opioidide kasutamist. Sageli on patsiendid rahul valu käsitlemisega, hoolimata kogetud intensiivsest valust. Seda rahulolu seostatakse nii patsiendi kaasamisega enda valu leevendamisse, ravi võimalustega kui ka toetava keskkonnaga. (Meissner jt 2018, Siu jt 2019.)

Õed on patsiendile lähimad tervishoiutöötajad, kes jälgivad ja hindavad tema seisundit pidevalt, mistõttu on neil valu käsitleuses keskne roll (Francis ja Fitzpatrick 2013, Dijk jt 2017, Medrzycka-Dabrowka 2017). Kuigi mittefarmakoloogilisi meetodeid peetakse ohututeks, tuleb nende valikul arvestada patsiendi valukogemuse, arengutaseme, haigusloo ja vanusega (Geziry jt 2018). Pölkki jt (2001) on jaganud mittefarmakoloogilised meetodid viide kategooriasse: kognitiiv-käitumuslikud meetodid, füüsilised meetodid, emotsionaalne tugi, igapäevase elu abistamine ja mugava keskkonna loomine. Bicek (2004) on eelpool olevast loetelust jätnud välja igapäevase abistamise ning lisanud patsiendi/lähedaste kaasamise.

Varasemad teadustööd on uurinud, milliseid mittefarmakoloogilisi meetodeid õed kõige enam kasutavad valu leevendamiseks. Kidanemariam jt (2020) on läbilõikelises uurimuses õdede (n=154) näitel leidnud, et enim kasutatakse postoperatiivselt valu leevendamiseks patsientide abistamist igapäevastes tegevustes (67,5%), mugava keskkonna loomist (61%) ning emotsionaalse toe pakkumist (45,5%). Samas kognitiiv-käitumuslikke (5,9%) ja füüsilisi meetodeid kasutatakse vähe (5,8%). Geziry jt (2018) väidab vastupidiselt, et kõige sagedamini kasutatakse kognitiiv-käitumuslikke ja füüsilisi meetodeid.

4.ÕDEDE HOIAKUD JA TEGURID MITTEFARMAKOLOOGILISTE MEETODITE KASUTAMISEL

4.1. Õdede hoiakud

Õded vastutavad suurel määral patsientide valukäsitluse ja mittefarmakoloogiliste valu vähendavate meetodite kasutamise eest. Samas mõjutavad nende meetodite kasutamist praktikas õdede ebapiisavad teadmised ja hoiakud mittefarmakoloogilisse lähenemisse. (Manwere jt 2015, Stewart ja Cox-Davenport 2015, Khalil 2018, Mwanza 2019.) Õdede hoiakuid võivad omakorda mõjutada näiteks teadmiste ja koolituste puudus või patsiendi õe suhtarv (Jira jt 2020).

Manwere jt (2015) on osutanud oma kirjeldavas uurimuses õdede teadmiste ja hoiakute kohta seoses täiskasvanud patsientide valukäsitlusega, sealhulgas mittefarmakoloogilise valu leevendamisega, et enamik õdesid ei hinda ega usu patsiendi valukogemust. Mittefarmakoloogiliste meetodite eeliseid oskab nimetada ainult pisut üle poole õdedest. Sellele võib viidata ka Reinhard (2020) audit, kes leidis, et valu dokumenteeritakse operatsioonide järgi erinevalt. Kõige sagedamini on valuhinnang dokumenteeritud põlveliigese proteesimise ja kõige vähem songa operatsioonide korral. Inglismaal on uuritud kirjeldava kvalitatiivse uurimistööga 16 õde ja nende isiklikku reageeringut patsientide operatsioonijärgsele valule ning selle mõju edasistele valikutele patsiendi valu leevendamisel. Tulemustest selgus, et õded peavad valu operatsioonijärgses perioodis normaalseks kaasuvaks komponendiks, mis võib samuti mõjutada õdede motivatsiooni valu leevendamisel. (Mackintosh-Franklin 2014.)

Mittefarmakoloogilise valukäsitluse alastel koolitustel osalenud õdedel on 4,6 korda tõenäolisemalt positiivne hoiak nende meetodite kasutamisse, kui õdedel, kes nimetatud koolitustel osalenud ei ole (Jira jt 2020). Stewart ja Cox-Davenport (2015) võrdlesid 64 õendusüliõpilase ja 49 õe hoiakuid mittefarmakoloogiliste meetodite suhtes ja tõid esile, et mõlemad uuritavad grupid toetavad eelmainitud meetodite kasutamist. 75% õendusüliõpilastest leidis, et on omandanud piisavalt teadmisi mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamiseks, samas kui 51% õdedest tundsid, et neil ei ole piisavat väljaõpet. Mittefarmakoloogiline valukäsitlus võib olla efektiivne ja parandada patsientide enesetunnet, ning mitmed uurimistööd on leidnud, et õdedel on valmidus kasutada mittefarmakoloogilisi meetodeid, kaasates ka patsiente nende valu leevendamisel (Bicek 2004, Ali 2013).

4.2. Mõjuvad tegurid mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamisel

Valu leevendamine ei ole tervishoius sageli prioriseeritud tegevus (Mędrzycka-Dąbrowska jt 2016) ja mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine ei ole praeguses tervishoiusüsteemis standardiseeritud, puuduvad selged juhised nende meetodite rakendamiseks (Ali jt 2013). Mackintosh-Franklin (2014) arvates võib mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõjutada see, et õed võtavad valu käsitlemisel arvesse rohkem farmakoloogilisi lähenemisi (invasiivne ravi, suukaudu manustatavad analgeetikumid), jättes tähelepanuta mittefarmakoloogilised sekkumised, mis viitab õdede töös tehnilisele rõhuasetusele, eriti operatsioonijärgses perioodis. Sarnasele järeldusele on jõudnud ka Ay (2018), kes on tõdenud, et nii õed kui arstid valivad postoperatiivse valu vaigistamiseks pigem farmakoloogilised meetodid. Seda võib seletada seadustest tulenevaga ja õdede kohustusega täita arsti korraldusi, aga ka valuvaigistite efektiivse mõjuga. Manwere (2015) on välja toonud, et see on üsna murettekitav, kuna õed vastutavad peamiselt mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise eest.

Peamiselt mittefarmakoloogiliste meetodite praktikasse rakendamist mõjutab teadmiste ja koolituste puudus, ajapuudus, töökoormus, ebapiisav varustus, patsientide seisundi ebastabiilsus ja patsientide võimetus suhelda (Badr jt 2015, Khalil 2018, Nwaneri jt 2018, Kidanemariam jt 2020). Lisaks on Kidanemariam jt (2020) välja toonud mittefarmakoloogiliste meetodite rakendamist mõjutavate teguritena juhiste puudumise, patsiendi koostöövõimetu käitumise ning keelebarjääri. Bicek (2004) osutab veel patsiendi soovile saada farmakoloogilist valuravi.

Kvalifikatsioon, kõrgem haridustase ning aastatepikkune kogemus mõjutavad teadmisi mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise kohta valu leevendamisel (Jira jt 2020). Ali jt (2013) uurimistöö tulemus kinnitab, et õdede teadmistel on positiivne seos mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise osas, ning Kidanemariam jt (2020) toob välja, et nende meetodite kasutamine tavapraktikas tõuseb seoses vanuse, kõrgema hariduse ja töökohaga. Khalil (2018) statistiliselt olulisi seoseid mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise ja hariduse, töökogemuse ning töökohaga seoses ei leidnud.

5. METOODIKA

5.1. Metodoloogilised lähtekohad

Läbiviidud uurimistöö oli empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav, keskendudes õdede hoiakutele mittefarmakoloogilise valukäsitluse suhtes, mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamisele tavapraktikas ja mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõjutavate tegurite välja selgitamisele. Kvantitatiivse uurimistöö teaduslik taust on välja kasvanud positivismist, mille vaatenurgast saavad teadlased elanikkonda võimalikult objektiivselt uurida, väiteid kontrollida või ümber lükata (Allen 2017). Kvantitatiivse uurimistöö läbiviimiseks kasutatakse objektiivseid mõõtmismeetodeid nagu küsitlused, küsimustikud ning andmete analüüsiks statistilisi ja numbrilisi andmete analüüsimeetodeid (Taguchi, 2018). Käesoleva uurimistöö metoodika valik tugines varasematele uurimistöödele (Pölkki jt 2001, He jt 2005, He jt 2010, Kidanemariam jt 2020) ja tulenes teaduslikust taustast, uurimisprobleemist, uurimistöö eesmärgist ning küsimustest.

5.2. Uuritavad

Uurimistöö viidi läbi kahes Eesti piirkondliku haigla (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum) ja nelja keskhaigla (AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Pärnu Haigla ja SA Ida-Viru Keskhaigla) kirurgiaosakondades. Uurimistöö valimi moodustasid eelnimetatud haiglate kirurgiaosakondades töötavad abiõed (edaspidi õed) ja õed (N=580), kellest võttis uurimistööst osa 72 (12,4%). Osakonna õdede poole pöördui e-kirja teel, kirurgia kliiniku õendusjuhtide kaudu. Kiri sisaldas kutset ja infot uurimistöös osalemise kohta ning linki veebikeskkonnas asuvale ankeetküsimustikule eesti keeles (vt lisa 1) ja vene keeles (vt lisa 2). Uuritavad kaasati järgmiste kriteeriumite alustel: uuritav on nõus osalema vabatahtlikult, töötab õena/abiõena Eesti piirkondlike- või keskhaiglate kirurgia osakondades.

5.3. Andmete kogumine

5.3.1. Ankeetküsimustik

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba Tartu inimuuringute komiteelt (vt lisa 3). Andmete kogumiseks kasutati Bicek (2004) ankeetküsimustikku *Non-pharmacological Methods Questionnaire*, mis on kohandatud uurimaks kõikide patsientide mittefarmakoloogilist valukäsitlust. Antud küsimustiku aluseks on Põlkki jt (2001) poolt koostatud ja valideeritud küsimustik *Non-pharmacological methods*, millega hinnati laste postoperatiivset mittefarmakoloogilist valukäsitlust. Pärast mõlemalt autorilt küsimustiku kasutus-, kohandamis- ja tõlkimisloa saamist (vt lisa 4), tõlgiti Bicek (2004) kohandatud mõõdik inglise keelest eesti keelde tõlkebüroos "Dialog" Reg. Nr.10050341 ja seejärel eesti keelest vene keelde. Bicek (2004) ankeetküsitlusest jäid välja Põlkki jt (2001) poolt koostatud mõned väited. Tuginedes teaduskirjandusele kaasati Põlkki jt (2001) poolt koostatud mõõdikust kaks väidet, mis lisati planeeritava uurimistöö küsimustikku: "Enne protseduuri arutan patsiendiga teemal: patsiendi asukoht pärast protseduuri (ärkamisruumis, palatis, intensiivravi palatis)" ja „ Kasutan TENS-tehnikat patsiendi operatsiooni järgse valu leevendamiseks“.

Uurimistöös jaotati küsimused kahte ossa. Esimese osa moodustasid küsimused taustaandmete kohta (sugu, vanus, kutse, haridus, töökogemus), mis koostati Põlkki jt (2001), Bicek (2004) varasemate uurimistööde põhjal. Lisaks esitati kaks küsimust valukäsitlust puudutavate teadmiste, üks küsimus valuskaala kasutamise kohta, kolm küsimust õdede hoiakute suhtes mittefarmakoloogilisse valukäsitlusse ning üks küsimus puudutas takistusi mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamisel.

Küsimustiku teine osa jaotati viieks, mis sisaldas küsimusi kognitiiv-käitumuslike, füüsiliste meetodite, emotsionaalse toe pakkumise, mugava keskkonna loomise ja lähedaste kaasamise kohta. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõõdeti 5- pallisel Likerti skaalal: „1 – mitte kunagi“, „2 – väga harva“, „3 – mõnikord“, „4 – peaaegu alati“ ja „5 – alati“. Likerti skaala on kõige enam kasutatav skaala, mis mõeldud määramaks arvamust või suhtumist ja nende tugevust. Vastuse võimalused on suunatud väidetega nõustumisele, hindamisele, sagedusele, määrates ka väitega nõustumise taseme. (Burns ja Grove 2001.)

Originaal mõõdikut kasutanud varasemad tööd (Põlki jt 2001, He jt 2005, Kidanemariam jt 2020) on teisendanud andmete analüüsimisel ja esitamisel antud vastused kasutamise sageduse järgi kolme gruppi „Mitte kunagi/Väga harva“, "Mõnikord" ja „Peaagu alati/Alati“. Andmetest parema ülevaate saamiseks ja selgema vastuste mustri moodustamiseks (DiStefano jt 2020), koondati käesolevas uurimistöös viiepunktiline Likerti skaala kolmepunktiliseks. Uurimistöö käigus saadud andmed kodeeriti arvudeks või tähisteks, mida oli võimalik statistiliselt analüüsida.

5.3.2 Andmete kogumise keskkond ja uurimistöö läbiviimine

Andmeid koguti *LimeSurvey* veebikeskkonnas, mis on mõeldud veebipõhiste küsimustike koostamiseks ja küsitluste läbiviimiseks. Enne põhiuuringut viidi läbi prooviuurimus SA Pärnu Haiglas ajavahemikul 01.03.2020-23.03.2020, mille eesmärk oli hinnata, kas küsimustest/väidetest saadakse üheselt aru ning kas andmed salvestuvad õigesti. Selleks paluti pärast uurimistöös osalemist anda tagasiside uurimistöös kasutatud küsimustikule, mille kuvatav eesti keelne (vt lisa 5) ja vene keelne (vt lisa 6) vorm asus küsimustiku lõpus. Prooviuurimusele vastas 13 õde, kellest 11 täitsid nii ankeedi kui tagasiside küsimustiku. Pärast prooviuurimuse lõppemist analüüsiti antud tagasiside ja täiendati küsimust nr 14 „Kasutan TENS-tehnikat patsiendi operatsiooni järgse valu leevendamiseks, kirjutades sõna “TENS” juurde selgituse “transkutaanne elektriline närvistimulatsioon”. Kuna rohkem muudatusi ankeetküsimustikus ei tehtud, kaasati uurimistulemused põhiuurimusse. Võimaliku korduva küsimustiku täitmise vältimiseks ei kaasatud nimetatud haiglat uuesti uurimistöö esimeses etapis.

Uurimistöö andmed koguti ajavahemikul 01.04.2020-31.05.2020 ja 1.09.-30.09.2020. Esimesel korral vastas ankeetküsitlusele 32 õde ja neist nõuetekohaselt oli täidetud 27 ankeeti. Uurimistöö esimene etapp langes kokku kevadise SARS-CoV-19 leviku poolt põhjustatud eriolukorraga Eesti Vabariigis. Uurimistöös osalejate vähesuse tõttu taotleti eetika komiteelt uurimistöösse värbamise ja osalemise perioodi pikendust (vt lisa 7). Seoses SARS-CoV-19 leviku ja sellest tingitud töö ümberkorraldusega ei osalenud esimeses uurimisperioodis Lääne-Tallinna Keskhaigla. Teises uurimisperioodis osalesid kõik uurimistöös osalevad haiglad, ankeetküsimustikule vastas 54 õde, neist 32 ankeeti täideti nõuetekohaselt. Ankeetküsimustikku *LimeSurvey* keskkonnas külastati esimesel ja teisel korral kokku 99 korda, millest 84 korral alustati küsimustiku täitmisega, kuid 12 korral jäi ankeedi täitmise määr alla 50% ja need arvati andmeanalüüsist välja. Täielikult täidetud ankeete, mis kaasati andmete analüüsi, laekus 72, ning neid analüüsiti üldistatud kujul.

5.5. Andmete analüüs

Uurimistöö andmed laeti alla *LimeSurvey* veebikeskkonnast programmi *Microsoft Excel*, kus andmetabel korrastati ehk viidi analüüsitavasse vormi. Andmeanalüüs viidi läbi statistikaprogrammiga *STATA 14*. Andmete analüüsimisel kasutati kirjeldavat statistikat. Keskmised arvutati viiele mittefarmakoloogilisele meetodile, et näidata milliseid neist enam kasutatakse. Pidevate arvtunnuste puhul arvutati mediaan, miinimum ja maksimum. Nominaaltunnuste korral leiti sagedused, mis esitati absoluut- ja suhtarvudena tabelis. Õde ja abiõde koondati „õe“ nimetuse alla ja andmete analüüsimisel käsitleti neid ühtse grupina, sest nende tööülesanded on samad ning mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamisel statistiliselt olulist erinevust esile ei tulnud. Õdede vanus grupeeriti järgnevalt: <30, 30-39, 40-49, ≥50. Haridustasemetest liideti bakalaureusekraad ja rakenduskõrgharidus, sest mõlemad on kõrghariduse esimese astme õpped. Tööstaaž ja tööstaaž praeguses osakonnas grupeeriti järgnevalt: <1 aasta, 1-9 aastat, 10-29 aastat, ≥30 aastat. Mittefarmakoloogiliste koolituste maht grupeeriti tundide alusel: 1-7 tundi, 8-15 tundi, 16-35 tundi, ≥36 tundi. Nominaal ja järjestustunnuste analüüsimisel kasutati χ^2 -testi ja Fischeri täpset testi. Selgitamaks, millised tegurid mõjutavad mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist, uuriti seoseid MF meetodite kasutamise ja vanuse, hariduse, tööstaaži, tööstaažiga praeguses osakonnas, MF koolituste ja koolitustundide, hoiakute ning takistuste vahel. MF koolitustel osalenud ja mitteosalenud gruppide võrdlemisel MF meetodite kasutamise osas, kasutati Wilcoxon astak-summatesti. Statistilise olulisuse piiriks seati $p < 0,05$. Vabateksti kasutati, et näitlikustada õdede hoiakuid, arvamusi, hinnanguid jms.

Originaalinstrumentil on sisu ja üldine valiidsus, instrumendi erinevate osade reliaabluse näitaja Cronbachi alfa on jäänud 0,84-0,92 vahele (Pölkki jt 2001, He jt 2005, He jt 2010). Bicek (2004) poolt kohandatud küsimustiku Cronbachi alfa väärtuseks saadi 0,93. Käesoleva küsimustiku Cronbachi α (alfa) väärtuseks saadi 0,83.

Uurimistöö käigus saadavad andmed ja küsimustik säilitatakse *LimeSurvey* keskkonnas ning parooliga kaitstud arvutis andmetöötlusprogrammis *Microsoft Excel*. Kogutud andmetele pääsesid ligi ainult uurimistöö läbiviimisega seotud isikud ning andmed kustutatakse lõplikult kahe nädala jooksul pärast uurimistöö avaldamist.

6.TULEMUSED

6.1. Õdede taustaandmed

Uurimistöös osales 72 õde, kellest 71 (98,6%) olid naised. Õdede vanus varieerus vahemikus 21 kuni 72 eluaastat (mediaan 40) ning ligi kolmandik vastanutest (30,6%) olid 40-49 aastased. Enamus vastajatest (88,9%) töötas õe ametikohal ning uuritavatest 63,9% omas rakenduskõrgharidust. Õdede tööstaaž varieerus vahemikus 2 kuud kuni 50 aastat (mediaan 16,5 aastat) ja abiõdedel 1 kuu kuni 1 aasta (mediaan 5 kuud). Kolmandikul vastanutest (34,7%) oli tööstaaži üks kuni üheksa aastat ning pooled (50%) olid töötanud praeguses osakonnas üks kuni üheksa aastat. Uurimuses osalejate taustaandmed on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Uurimistöös osalejate sotsiaaldemograafilised andmed (n=72)

Demograafilised muutujad	n	%
Sugu		
Naine	71	98,6
Mees	1	1,4
Vanusgrupid		
<30	21	29,2
30-39	14	19,4
40-49	22	30,6
≥50	15	20,8
Keel		
Eesti	61	84,7
Vene	11	15,3
Amet		
Õde	64	88,9
Abiõde	8	11,1
Haridus		
Keskharidus	7	9,7
Keskeriharidus/kutseharidus	8	11,1
Rakenduskõrgharidus	50	69,5
Magistrikraad	3	4,2
Rakenduskõrgharidus + spetsialisti õpe	4	5,6
Tööstaaž		
<1 aasta	8	11,1
1-9 aastat	25	34,7
10-29 aastat	25	34,7
≥30 aastat	14	19,4
Tööstaaž praeguses osakonnas		
<1 aasta	9	12,5
1-9 aastat	36	50,0
10-29 aastat	22	30,6
≥ 30 aastat	5	6,9

6.2. Teadmiste pärinemine valukäsitlest

75% vastanutest tõid välja, et nende teadmised valukäsitlese kohta pärinevad õenduspraktikast. 38% märkisid, et on nimetatud teadmisi omandanud nii koolis, õenduspraktika käigus kui koolitustel. Lisaks toodi välja, et teadmisi on saadud valuravimeeskonnalt ja -arstidelt, iseseisvalt õppides ja varasemast töökogemusest hooldajana. Mittefarmakoloogilisi (edaspidi MF) sekkumisi käsitlevatel koolitustel oli viimase kolme aasta jooksul osalenud 23,6% vastanutest, kellest 58,8% oli saanud koolitusi mahus kuni 15 tundi ja 11,8% ≥ 36 tundi. MF sekkumisi käsitlevatel koolitustel mitte osalenud õdedest 49,1% tõid välja, et valu käsitlevatel koolitustel ei ole räägitud MF sekkumistest. Neli õde (7,3%) märkisid, et ei soovinud osaleda vastavasisulistel koolitustel (vt tabel 2).

Tabel 2. Õdede teadmised valukäsitlest ja MF sekkumisi käsitlevad koolitused (n=72)

Teadmiste pärinemine ja MF meetodeid käsitlevad koolitused	n	%
Teadmised valukäsitlest pärinevad		
Õenduspraktikast (pärast lõpetamist)	54	75,0
Koolist	53	73,6
Koolitus(t)elt	46	63,9
Kõigist eelnevatest kohtadest	28	38,0
Muu:		
<i>Valuravimeeskonnalt/arstidelt</i>	3	2,2
<i>Iseseisev õppimine</i>	2	1,4
<i>Varasem töökogemus hooldajana</i>	1	0,7
Osalemine MF meetodeid käsitlevatel koolitustel		
Ei	55	76,4
Jah	17	23,6
MF koolituste maht (t)		
1-7 tundi	5	29,4
8-15 tundi	5	29,4
16-35 tundi	5	29,4
≥ 36 tundi	2	11,8
MF koolitusel mitteosalemise põhjused		
Koolitustel ei käsitleta MF sekkumisi	27	49,1
Puudub sobiv koolitus	17	30,9
Ajapuudus	7	12,7
Ei ole soovi osaleda	4	7,3
Puuduvad rahalised võimalused	0	0
Muu:		
<i>Soov osaleda, kuid kohad alati täis</i>	2	2,8
<i>Vastavasisulised koolitused puuduvad</i>	1	1,4
<i>On teisi huvitavamaid ja vajalikke koolitusi</i>	1	1,4
<i>Lapsehoolduspuhkus</i>	1	1,4

6.3. Valu hindamine, õdede hoiakud ja takistavad tegurid ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitluse suhtes

95,8% õdede hinnangul kasutatakse nende osakonnas valu tugevuse hindamiseks valuskaalat peaaegu alati enne ja 79,2% hinnangul pärast sekkumist (vt lisa 8, tabel 3). Valu leevendamist MF meetoditega pidas väga oluliseks/oluliseks üle poole (58,4%) õdedest ning 5,6% ei pidanud ägeda valu mittefarmakoloogilist käsitlust oluliseks (vt tabel 4). Õed, kes MF käsitlust oluliseks ei pidanud oma seisukohti ei kommenteerinud. Kõik kommentaarid lisa 8, tabel 5.

Õed, kes pidasid MF käsitlust väga oluliseks/oluliseks tõid avatud küsimusele vastusena välja, et MF meetodite kasutamine või kombineerimine farmakoloogiliste meetoditega on patsiendi tervislikule seisundile parem kui ainult farmakoloogiliste meetodite kasutamine. Vastajate seas oli õdesid, kes pidasid MF käsitlust oluliseks, kuid lisasid, et ägeda valu korral ei ole MF meetoditest abi. MF käsitlust vahel oluliseks pidavad õed märkisid, et ainult MF meetodite kasutamine kirurgias ei ole efektiivne meetod valu leevendamiseks (vt allpool kursiivis tekst).

„Kui valu on võimalik leevendada mittefarmakoloogiliste vahenditega/lahendustega, siis see on patsiendi tervisele/seisundile soodsam ja parem. /.../ Kõik loomulikult sõltub ka patsiendist endast ja millise valuga on tegemist (iseloom, tugevus, kiirus jne). Esmalt siiski proovida mittefarmakoloogilist lahendust, kui see on patsiendi puhul võimalik või siis kombineerida seda farmakoloogiliste preparaatidega.“

„Ägedate kirurgiliste seisundite ja vahetult postop valu korral eeldan, et sellest siiski abi pole.“

„Ei pea efektiivseks kirurgias ainult mittefarmakoloogiliste vahendite kasutamist. Enamasti on postoperatiivne valu siiski piisavalt tugev, et patsient vajab valuvaigistit. Parim variant on neid omavahel kombineerida. Näiteks juhul, kui patsient on ärev, hirmul ja/ või pinges ning vajab selgitust, rahustamist, julgustust.“

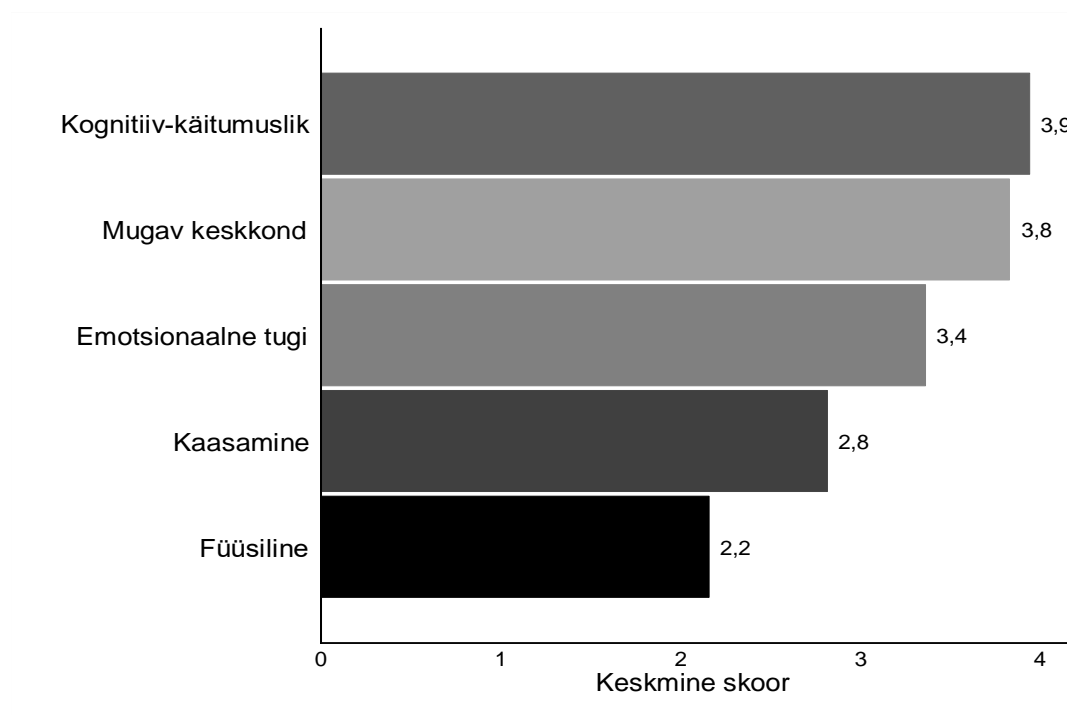
73,6% õdedest olid seisukohal, et MF meetodid ei tekita sõltuvust, ning 66,7% märkisid, et MF meetoditel on vähe kõrvaltoimeid. 70,8% õdedest pidasid MF valukäsitluse puuduseks ühtsete juhendite puudumist. 37% õdede hinnangul esineb takistusi MF meetodite kasutamisel, neist 40,7% tõid peamise takistusena välja ajapuuduse ja 37,0% MF meetodite puudumise arsti/valuravimeeskonna korralduses (vt tabel 4).

Tabel 4. Õdede hoiak ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitle suhtes ja MF meetodite kasutamise takistused (n=72)

Hoiakud ja takistused	n	%
Ägeda valu mittefarmakoloogiline käsitus		
Pean väga oluliseks	11	15,3
Pean oluliseks	31	43,1
Pean vahel oluliseks	26	36,1
Ei pea oluliseks	3	4,2
Täiesti ebaoluline	1	1,4
Eelised		
Tõhusus	19	26,4
Vähesed kõrvaltoimed	48	66,7
Ei tekita sõltuvust	53	73,6
Ei ole eeliseid	4	5,6
Puudused		
Ajamahukas	30	41,7
Ebaefektiivne	13	18,1
Puuduvad juhendid	51	70,8
Ei ole puuduseid	6	8,3
Muu:		
<i>Patsiendi motivatsiooni puudus</i>	1	1,4
<i>Kõigile ei sobi</i>	1	1,4
<i>Ägeda valu korral puudub toime</i>	1	1,4
<i>Tihti saab neid kasutada lisana, ainult neist ei piisa alati</i>	1	1,4
Kas esineb takistusi MF meetodi kasutamisel?		
Jah	27	37,5
Ei	45	62,5
Takistused		
Aja puudus	11	40,7
Arsti/valuravimeeskonna korraldused ei sisalda MF meetodeid	10	37,0
Suur töökoormus	5	18,5
Vähesed teadmised	5	18,5
Juhendite puudumine	5	18,5
Patsiendid eelistavad farmakoloogilist lähenemist	5	18,5
Patsiendi koostöövõimetu käitumine	3	11,1
Patsiendi liikumine piiratud	2	7,4
Vahendite puudumine	2	7,4
Farmakoloogiline meetod on tõhusam	2	7,4
Hirm patsiendi suhtumise ees	1	3,7
Vastavate koolituste puudumine	1	3,7

6.6. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine praktikas

MF meetoditest kõige enam kasutatakse kognitiiv-käitumuslikke (keskmine 3,9, SD 0,78) ja mugava keskkonna loomise (keskmine 3,8, SD 1,53) meetodeid. Vähem kasutatakse füüsilisi (keskmine 2,2, SD 0,54) ja patsiendi/lähedase kaasamise (keskmine 2,8, SD 1,69) meetodeid (vt joonis 1).



Joonis 1. Mittefarmakoloogiliste meetodite (kognitiiv-käitumuslikud, füüsilised, emotsionaalse toe, mugava keskkonna ja patsiendi/lähedase kaasamise meetodid) kasutamise keskmine.

Kognitiiv-käitumuslikest meetoditest kasutatakse 98% õdede hinnangul peaaegu alati ettevalmistava informatsiooni andmist patsiendile (vt tabel 6). Kõik õed selgitavad patsiendile, milline protseduur ees ootab (100%), mida on vaja teha/teada protseduuri ettevalmistamisel (98,6%), kus protseduur läbi viiakse (91,7%) ja millised on protseduurijärgsed piirangud (90,3%) (vt lisa 8, tabel 7). 76,4% õdedest märkis, et kasutab peaaegu alati/alati positiivse hoiaku kujundamist (*reinforcement*) (vt tabel 6). Tähelepanu kõrvalejuhtimist kasutab 54,2% õdedest, vesteldes igapäevaasjadest (63,8%) ja võttes appi huumori (58,0%) (vt lisa 8, tabel 8). 50,0% vastanutest kasutab lõdvestumistehnikat (vt tabel 6).

Füüsilistest meetoditest kasutatakse 75% õdede hinnangul peaaegu alati/alati valu leevendamiseks positsioneerimist ja 28,8% õdede hinnangul külmaaplikatsioone (vt tabel 6) nagu külmakotid, jahe söök/jook, jahe palat, jahe rätt/lapp (vt lisa 8, tabel 9). **Emotsionaalse toe**

meetoditest kasutab 88,9% õdedest peaaegu alati/alati lohutamist/rahustamist. 58,3% õdedest märkisid, et toetavad patsienti **mugava keskkonna** loomisel (vt tabel 6). 70,6% õdedest tagab selleks sobiva temperatuuri ja värske õhu palatis ning 57,4% õdedest vähendab müra (lisa 8, tabel 10). **Patsiendi ja lähedase kaasamist** kasutab peaaegu alati/alati vastavalt 34,7% ja 22,2% õdedest (vt tabel 6).

Tabel 6. MF meetodite kasutamise sagedus (n=72)

MF meetodid	Mitte kunagi/ Väga harva n (%)	Mõnikord n (%)	Peaaegu alati/alati n (%)
Kognitiiv-käitumuslikud meetodid			
Ettevalmistava informatsiooni andmine	0	1 (1,4)	71 (98,0)
Kujutlemine	21 (29,2)	23 (31,9)	28 (38,9)
Tähelepanu kõrvalejuhtimine	4 (5,6)	29 (40,3)	39 (54,2)
Lõdvestumine	16 (22,2)	20 (27,8)	36 (50,0)
Hingamistehnika	13 (18,1)	27 (37,5)	32 (44,4)
Positiivsuse kujundamine (<i>reinforcement</i>)	4 (5,6)	13 (18,1)	55 (76,4)
Füüsilised meetodid			
Külmaaplikatsioonid	32 (44,4)	25 (34,7)	15 (28,8)
Soojaaplikatsioonid	60 (83,3)	11 (15,3)	1 (1,4)
Massaaž	59 (81,9)	12 (16,7)	1 (1,4)
Positsioneerimine	3 (4,2)	15 (20,8)	54 (75,0)
TENS	71 (98,6)	0	1 (1,4)
Emotsionaalse toe meetodid			
Kohalolek	16 (22,2)	33 (45,8)	23 (31,9)
Lohutamine/rahustamine	2 (2,8)	6 (8,3)	64 (88,9)
Puudutamine	30 (41,7)	24 (33,3)	18 (25,0)
Mugav keskkond			
	12 (16,7)	18 (25,0)	42 (58,3)
Patsiendi/lähedase kaasamine			
Patsiendi arvamuse küsimus, mida võiks muuta	26 (36,1)	21 (29,2)	25 (34,7)
Pereliikmete kaasamine valuga toimetulekuks	28 (38,9)	28 (38,9)	16 (22,2)

6.7. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise seos mõjutavate teguritega

Vastuste jaotus **vanusegruppide** vahel andis statistiliselt olulise seose emotsionaalse toe meetodiga - puudutamisega. Näiteks 50 aastaste vanusegrupis kasutavad 60% (n=9) õdedest mõnikord MF meetodina puudutamist, mis on neli korda rohkem kui 30-39 aastaste vanusegrupis, kellest 78,6% (n=11) ei kasuta puudutamist valu leevendusmeetodina või teevad seda väga harva (p=0,020). Vastuste jaotus **haridustasemete** vahel andis statistiliselt olulise tulemuse emotsionaalse toe meetodite: kohaloleku ja puudutamisega. Näiteks kohalolekut kasutab peaaegu alati/alati 100% (n=4) rakenduskõrghariduse + spetsialisti õppe ja 50% (n=4) keskerihariduse/kutseharidusega õdedest. 48,0% (n= 24) rakenduskõrgharidusega õdedest ei kasuta seda meetodit või teevad seda väga harva (p=0.010). Puudutamist kasutab peaaegu alati/alati 50% (n=2) rakenduskõrghariduse + spetsialisti õppe ja 42,8% (n=3) keskharidusega õdedest. Kõik magistrikraadiga õed (n=3) teevad seda mõnikord. (p=0,036%) (vt lisa 8, tabel 11).

Vastuste jaotus **tööstaaži gruppide** vahel andis järgmised statistiliselt olulised seosed: kognitiiv- käitumusliku meetodi puhul kujutlemine; füüsilise meetodi puhul massaaž, ning emotsionaalse toe meetodi puhul lohutamine ja rahustamine. Näiteks patsienti julgustab mõtleva positiivsetest asjadest peaaegu alati/alati 64,3% (n=9) õdedest, kellel on tööstaaži 30 ja rohkem aastat (. Õed tööstaažiga alla ühe aasta ja üks kuni üheksa aastat ei julgusta patsienti positiivsetest asjadest mõtleva, vastavalt 62% ja 44% (p=0,010). Massaaži ei kasuta üle 50% õdedest kõigis tööstaaži gruppides või teeb seda väga harva valu leevendamiseks (p=0,022). Patsiendi lohutamist, rahustamist kasutab peaaegu alati/alati üle 76% (n=64) õdedest kõigis tööstaaži gruppides (p=0,008). Vastuste jaotus tööstaaži gruppide praeguses osakonnas vahel statistilist olulist seost MF meetodite kasutamisega ei andnud (vt lisa 8 tabel 11).

Vastuste jaotus **MF koolitustel osalemise** gruppide vahel andis statistiliselt olulise seose mitme MF meetodiga. Kognitiiv-käitumuslikest meetoditest kasutab kujutlemist peaaegu alati/alati 64,7% (n=11) MF koolitustel osalenud ja 30,9% (n=17) mitteosalenud õdedest (p=0,046). Lõdvestumismeetodit kasutab peaaegu alati/alati 82,4% (n=14) MF koolitustel osalenud ja 40,0% (n=22) mitte osalenud õdedest (p=0,003). Füüsilistest meetoditest positsioneerimist kasutab peaaegu alati/alati 100% (n=17) MF koolitustel osalenud ja 67,3% (n=37) mitteosalenud õdedest (p=0,023). Mõõduka seose MF koolitustel osalemise vahel andis massaaž, mida ei kasuta või kasutab väga harva 64,7% (n=11) MF koolitustel osalenud ja 87,3% (n=48) mitte osalenud õdedest. MF koolitustel osalenud 35% (n=6) õdedest kasutab massaaži mõnikord ja 10% (n=6) mitteosalenud õdedest. (p=0,053) Emotsionaalse toe meetoditest kasutab kohalolekut mõnikord 58,8% (n=10) MF koolitustel osalenud ja ei kasuta või kasutab väga harva 50,9% (n=28) koolitustel mitte osalenud õdedest (p=0,006). Puudutamist kasutab mõnikord 52,9% (n=9) MF koolitustel osalenud õdedest, 49% (n=27) MF koolitustel mitte osalenud õdedest kasutab seda väga harva või mitte kunagi (p=0,046). Mugava keskkonna loomist kasutab 82,4% (n=14) MF koolitustel osalenud ja 50,9% (n=28) mitteosalenud õdedest (p=0,030) (vt tabel 12).

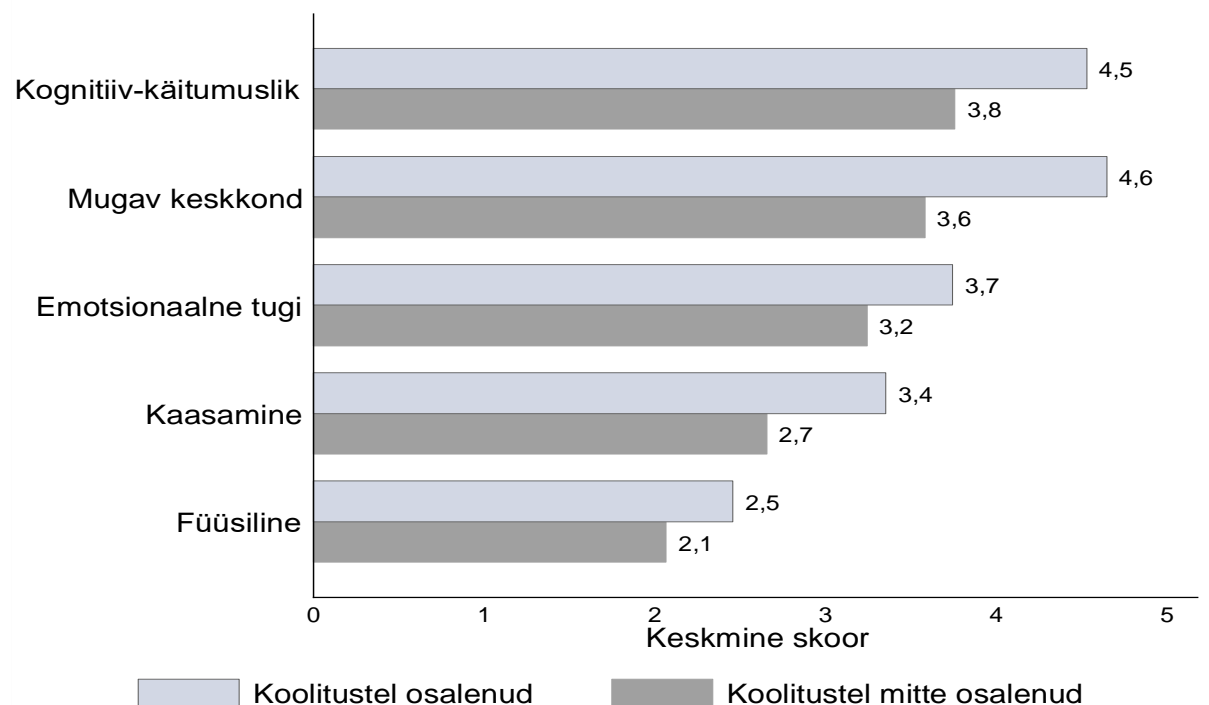
Vastuste jaotus **MF koolitustundide** gruppide vahel andis statistiliselt olulise seose kognitiiv- käitumusliku meetodiga - tähelepanu kõrvalejuhtimisega. 100% (n=5) õdedest, kes olid saanud MF koolitusi rohkem kui kaheksa tundi ning 20% (n=1) õdedest, kes olid saanud MF koolitusi kuni 7 tundi, kasutavad peaaegu alati/alati tähelepanu kõrvalejuhtimist (p=0,006). Füüsilistest meetoditest soojaaplikatsioone kasutavad mõnikord 100% (n=2) MF koolitusi 36 ja rohkem tundi ja 40% (n=2) 8-15 tundi MF koolitusi saanud õdedest. Kõikidest MF koolitusi saanud õdedest 76,0% (n=13), olenemata koolitustundide arvust, ei kasuta soojaaplikatsioone või teevad seda väga harva (p=0,019) (vt lisa 8, tabel 13).

Tabel 12. Varasem osalemine MF koolitustel

MF meetod	Osalenud MF koolitustel						p*
	Jah n (%)			Ei n (%)			
	Mitte kunagi/ Väga harva	Mõnikord	Peaagu alati/ Alati	Mitte kunagi/ Väga harva	Mõnikord	Peaagu alati/ Alati	
Ettevalmistava informatsiooni andmine			17 (100)		1 (1,8)	54 (98,2)	1,000
Kujutlemine	2 (11,8)	4 (23,5)	11 (64,7)	19 (34,5)	19 (34,5)	17 (30,9)	0,046
Tähelepanu kõrvalejuhtimine		4 (23,5)	13 (76,5)	4 (7,3)	25 (45,4)	26 (47,3)	0,101
Lõdvestumine		3 (17,7)	14 (82,4)	16 (29,1)	17(30,9)	22 (40)	0,003
Hingamistehnika	2 (11,8)	4 (23,5)	11 (64,7)	11 (20)	23 (41,8)	21 (38,2)	0,184
Positiivsuse kujundamine		1 (5,9)	16 (94,1)	4 (7,3)	12 (21,8)	39 (70,9)	0,172
Külmaaplikatsioonid	7 (41,2)	4 (34,7)	6 (35,3)	25 (45,5)	21 (38,2)	9 (16,4)	0,279
Soojaaplikatsioonid	13 (76,5)	4 (23,5)		47 (85,5)	7 (12,4)	1 (1,8)	0,573
Massaaž	11 (64,7)	6 (35,3)		48 (87,3)	6 (10,9)	1 (1,8)	0,053
Positsioneerimine			17 (100)	3 (5,5)	15 (27,3)	37 (67,3)	0,023
TENS	16 (94,1)		1 (5,9)	55 (100)			0,236
Kohaolek	2 (11,8)	10 (58,8)	5 (29,4)	28 (50,9)	14 (25,5)	13 (23,6)	0,006
Lohutamine/rahustamine		3 (17,7)	14 (82,4)	2 (3,7)	3 (5,5)	50 (90,9)	0,187
Puudutamine	3 (17,7)	9 (52,9)	5 (29,4)	27 (49,1)	15 (27,3)	13 (23,6)	0,046
Mugav keskkond		3 (17,7)	14 (82,4)	12 (21,8)	15 (27,3)	28 (50,9)	0,030
Patsiendi arvamuse küsimus	4 (23,4)	4 (23,5)	9 (52,9)	22 (40)	17 (30,9)	16 (29,1)	0,251
Pereliikmete kaasamine	4 (23,6)	8 (47,1)	5 (29,4)	24 (43,6)	20 (36,4)	11 (20)	0,312

* Fisher'i täpne test

Koolitustel osalejate ja mitte osalejate MF meetodite kasutamise erinevus andis statistiliselt olulise seose kognitiiv-käitumuslike ($p=0,001$), füüsilise ($p=0,022$), mugava keskkonna ($p=0,013$) ja patsiendi/lähedaste kaasamise ($p=0,043$) meetodite vahel (vt joonis 2).



Joonis 2. MF koolitustel osalenud ja mitte osalenud õdede mittefarmakoloogiliste meetodite (kognitiiv-käitumuslikud, füüsilised, emotsionaalse toe, mugava keskkonna ja patsiendi/lähedase kaasamise meetodid) kasutamine.

Vastuste jaotus **hoiakute** gruppide vahel andis statistiliselt olulise seose kognitiiv-käitumusliku meetodi - kujutlemisega. 81,2% ($n=9$) õdedest, kes peab valu leevendamist MF meetoditega väga oluliseks, kasutab kujutlemist valu leevendamisel ($p=0,007$). Vastuste jaotus **takistuste** vahel andis statistiliselt olulise seose füüsilise meetodi soojaaplikatsiooni kasutamisega. Näiteks 91,1% ($n=41$) õdedest, kelle hinnangul takistusi MF meetodite kasutamisel ei esine, ei kasuta või kasutavad harva soojaaplikatsioone võrreldes 70,4% ($n=19$) õega, kes leiavad, et takistusi esineb MF meetodite rakendamisel. 6,7% ($n=3$) õdedest, kelle hinnangul takistusi MF meetodite kasutamisel ei esine, kasutavad sooja aplikatsioone harvem mõnikord võrreldes 29,6% ($n=8$) õega, kes leiavad, et takistusi esineb MF meetodite rakendamisel ($p=0,015$). 77,8 % ($n=21$) õdedest, kes on leidnud, et takistusi esineb MF meetodite kasutamisel, kasutab peaaegu alati/alati mugava keskkonna loomist võrreldes 46% ($n=21$) õdedega, kelle hinnangul takistusi ei esine (vt lisa 8, tabel 13).

7.ARUTELU

7.1 Õdede hoiakud ägeda valu mittefarmakoloogilise käsitluse suhtes

Uurimistöö tulemustest selgus, et üle poole uurimistöös osalenud õdedest pidas valu leevendamist MF meetoditega väga oluliseks/oluliseks. Ligi kolmveerandi vastanute arvates ei tekita MF meetodid sõltuvust ja üle poole märkisid, et nendel meetoditel puuduvad kõrvaltoimed. Saadud tulemused sarnanevad osaliselt Ali jt (2013) uurimistöö tulemustega, mille kohaselt on õed positiivselt meelestatud kasutama MF meetodeid, ning osaliselt Bicek (2004) ja Mwanza jt (2019) uurimistööga, milles õed leidsid, et MF sekkumistel on vähem kõrvaltoimeid kui ravimitel. Lisaks tuli käesolevas uurimuses esile üks statistiliselt oluline seos vastuste jaotuses hoiakupõhiste gruppide vahel, kus rohkem kui kolmveerand õdedest, kes peavad valu leevendamist MF meetoditega väga oluliseks, julgustavad patsienti mõtlema positiivsetest asjadest ehk kasutavad kujutlemist rohkem kui teised grupid. Selline tulemus viitab võimalusele, et õdede hoiak MF meetoditega valukäsitluse suhtes ei kajastu alati praktikas: õed, kes vastuste põhjal ei pidanud MF lähenemist valule eriti oluliseks, kasutasid neid meetodeid sarnastelt õdedega, kes pidasid seda oluliseks või väga oluliseks.

Valuskaalade kasutamine valu hindamiseks aitab üldisemalt kirjeldada hoiakuid valu käsitlemise suhtes. Õdede hinnangul kasutati valuskaalat peaaegu alati enne ja kolmveerand juhtudel ka pärast sekkumist, mis on sarnane Bicek (2004) ja Angeletti jt (2018) uurimistöös väljatooduga, et valuskaalad on osakonnas olemas ja neid kasutatakse. Samas vastanduvad tulemused Lõuna-Itaalias läbiviidud uurimistööle, kus valu hindamiseks kasutati suusõnalist vormi (Angeletti jt 2018), ning Eestis läbiviidud auditile “Perioperatiivne ägeda valu käsitlus”, kus Reinhard (2020) tõi esile, et dokumentide alusel hinnati valu vaid 63%-l (n=433) valimis osalenud patsientidest, kuşjuures hindamisel ei kasutatud standardiseeritud valuskaalaid, vaid pigem sõnalist kirjeldamist. Käesolev uurimistöö ei keskendu valu hindamise dokumenteerimisele, vaid õdede hinnangule seoses valuskaala kasutamisega, mistõttu näiline vastandlikkus valuskaalade kasutamise osas võib tuleneda uurimismeetodi erinevusest. Õdede poolt märgitud valuskaalade kasutamise muster viitab, et valuhindamisel võib esineda siiski puudujääke, sest pärast sekkumist hinnatakse valu vaid kolmel neljandikul juhtudest. See võib olla tingitud mitmetest põhjustest, näiteks töö korralduslikust poolest, dokumentatsiooni puudujääkidest või teadmiste puudusest.

Uurimistöös selgus, et õdede teadmised valukäsitlusest pärinevad suures osas õenduspraktikast. Kolm neljandikku vastanutest tõid välja, et ei olnud viimase kolme aasta jooksul saanud vastavasisulisi koolitusi. Uurimistöö tulemus sarnaneb osaliselt Bicek (2004) uurimuse tulemustega, kus õdede teadmised valukäsitlusest pärinesid 80% ulatuses õenduspraktikast. Samas üle poole Bicek (2004) ja ka Ali jt (2013) uurimistöös osalenud õdedest olid saanud kahe viimase aasta jooksul MF meetodeid käsitlevaid koolitusi, vastupidiselt Jira jt (2020) tulemustele, kus õdedest kolm neljandikku ei olnud osalenud vastavasisulistel koolitustel. Vaadates uurimistöö tulemuste osalist vastandumist MF koolituste saanute osakaalu osas võiks arvata, et käesolevas uurimistöös koolitustel mitteosalenute arv tõusis abiõdede tõttu, kes ei ole veel võibolla vastavasisulisi koolitusi saanud, aga see ei suurenenud uurimustöösse kaasatud abiõdede arvelt, sest kaks neist olid vastavasisulistel koolitustel osalenud. Sellest võib järeldada, et Eestis tehakse MF koolitusi vähe või ei integreerita MF meetodite kasutamist valukäsitluse koolitustesse, mida tõid ise esile ka uurimistöösse kaasatud õed.

MF koolitustel käinud õdedest üle poole märkis koolituste mahuks 1-15 tundi, mis sarnaneb Bicek (2004) tulemustega. Vaadates kahe uurimuse vahelist ajatelge ja tulemuste sarnasust koolitustundide mahu osas, saab öelda, et endiselt ei tähtsustata MF meetodite õpetamist samaväärselt farmakoloogiliste meetoditega. Reinhard (2020) toob ravijuhendi auditis välja, et MF valuravi dokumenteeriti vaid 7% (n=46) juhtudest: 18 korral oli tehtud füsioterapeutilisi protseduure, 24 korral kasutatud külmaaplikatsioone ning neljal korral rakendatud mõlemaid tegevusi. Auditist ei selgu, mis laadi füsioterapeutilisi protseduure tehti, kes neid läbi viis ja kas neid kasutati valu leevendamise eesmärgil. Lisaks eelpool toodud MF meetodite koolitustundide vähesusele, on MF meetodite dokumenteerimine praktikas vähene. Töö autori arvates tuleks käesoleva töö tulemusi tutvustada valukoolitusi läbiviivatele seltsidele, organisatsioonidele ja kirurgiaosakondadele, et rõhutada MF meetodite osatähtsust ja olulisust farmakoloogiliste meetodite kõrval. Kuigi uurimuse raames olid õdede hoiakud MF sekkumiste osas pigem positiivsed, siis koolitustel osalemine võib tõsta teadlikkust MF meetoditest, nende kasutamise ja integreerimise vajadusest valu leevendamiseks, et kasutada rohkem neid tavapraktikas.

7.2. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine praktikas

MF meetoditest kasutati kõige enam kognitiiv-käitumuslikke meetodeid, mugava keskkonna loomist ja seejärel emotsionaalse toe meetodit. Füüsilisi meetodeid ja patsiendi/lähedaste kaasamist kasutati harvem. Samade tulemusteni jõudis Bicek (2004) ja osaliselt ka Kidanemariam jt (2020), kelle uurimistöös kasutasid õed MF meetoditest enim emotsionaalset tuge, igapäevaste

tegevuste juures abistamist ja mugava keskkonna loomist. Samas füüsilisi ja kognitiiv-käitumuslikke meetodeid peaaegu ei kasutatud. Viimane võis Kidanemariam jt (2020) sõnul olla seotud sellega, et patsientidele annab informatsiooni operatsiooni kohta kirurg või anestezioloog. Samas kasutasid õed kognitiiv-käitumuslikest meetoditest kõige enam hingamis- ja lõdvestumistehnikat. Need tulemused ei kattu käesoleva uurimistöö tulemustega, kus enda sõnul kasutavad kõik õed kognitiiv-käitumuslikest meetoditest ettevalmistava informatsiooni andmist, kolm neljandikku positiivse hoiaku kujundamist (*reinforcement*), üle poolte õdedest tähelepanu kõrvalejuhtimist ja pooled lõdvestumistehnikat. Nende tulemuste lahknevus võib tuleneda nii töökorralduslikest aspektidest, kui näidata, et Eestis kirurgia osakonnas töötavatel õdedel on informatsiooni edastamisel ja suhtlemisel patsiendiga oluline roll ning suhtlemise vastastikuse mõju tulemusena võidakse kasutada rohkem ka teisi kognitiiv-käitumuslikke meetodeid.

Mugava keskkonna loomisel tagab peaaegu kolm neljandikku õdedest patsiendile sobiva temperatuuri ja värske õhu palatis. Üle poolte õdedest vähendab müra. Need on lihtsalt kasutatavad meetmed ega ole ajamahukad. **Emotsionaalse toe meetoditest** kasutavad õed kõige sagedamini lohutamist/rahustamist, kolmandikul juhtudest kohalolekut ja kõige harvem puudutamist. Ka Kidanemariam jt (2020) toob esile, et puudutamist kasutatakse emotsionaalse toe meetodina kõige vähem. Eestis võib kohaloleku meetodi vähene kasutamine kirurgiaosakondades olla seotud töötavate õdede ajapuuduse ja töökoormusega. Võimalik, et õed ei teadvusta, kui oluline võib nende kohalolek olla patsiendi jaoks. Puudutamise kasutamine võib tuua kaasa väärarvamusi ja ootamatuid reageeringuid, mistõttu selle meetodi teadvustamine MF meetodina vajaks suunamist ja õpetamist, kuidas seda teha lugupidavalt, valesid signaale andmata. Lohutamine/rahustamine on samuti meetod, mida õed tõenäoliselt ei seosta otseselt MF valu leevendusmeetodiga, seda peetakse loomulikuks osaks õe tööst.

Füüsilisi meetodeid kasutati uurimistöös pigem harva, ja kui, siis kasutati positsioneerimist. Sarnane tulemus tuleb esile nii Bicek (2004), Khalil (2018) kui Kidanemariam jt (2020) uurimistöös. Külmaaplikatsioonide kasutamine oli teine kasutatav meede käesolevas töös, samas ülejäänud meetodeid nagu soojaaplikatsioonid, massaaž, TENS praktiliselt ei kasutatud. See võib olla tingitud mitmetest teguritest, nagu näiteks õdede teadmised, ajapuudus, töökoormus, seadmete olemasolu.

Patsiendi ja lähedase kaasamine oli õdede hinnangul vähene. Üks kolmandik õdedest kaasas patsienti valu leevendamisse, küsides patsiendi arvamust selle kohta, millised muudatused palatis aitaksid leevendada tema valu. Üks viiendik kaasas pereliikmeid valuga toimetuleku

parandamiseks, mis võib tähendada, et patsiendi ja pereliikmete kaasamine ei ole valuga toimetulekuks tavapärane praktika. Samas lubaks patsiendi/lähedase kaasamine parandada patsiendi teadmisi, oskuseid mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise osas ja seeläbi suurendada enda rolli valu leevendamisel. Samuti võimaldaks see hiljem paremini hakkama saada kodus ja kiirendada taastumist.

7.3. Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist mõjutavad tegurid

MF meetodite praktikasse rakendamist võivad mõjutada mitmed tegurid. Uurimistöös otsiti seoseid MF meetodite ja neid mõjutavate tegurite vahel: vanus, haridus, tööstaaž, tööstaaž praeguses osakonnas, MF koolitused ja koolitustunnid, hoiakud ja takistused. Selgelt eristus teistest teguritest MF koolitustel osalemine viimase kolme aasta jooksul. Teiste eespool loetletud teguritega tuli esile üksikuid statistiliselt olulisi erinevusi MF meetodite vahel. See võib olla tingitud nii vähesest vastajate arvust kui ka muutujate varieeruvusest. Kuigi statistilisel analüüsil jagati grupe erinevatesse kategooriatesse, siis statistiliselt olulisi tulemusi rohkem ei leitud. Uurimistöö tulemused on osaliselt vastuolus Kidanemariam jt (2020) uurimistöö tulemustega, kus nii õdede vanus, pikaajalisem töökogemus, kõrgem haridustase kui ka töökoht mõjutas proportsionaalselt rohkem MF meetodeid kasutama.

Vastuste jaotus **vanusegruppide** vahel andis statistiliselt olulise tulemuse emotsionaalse toe meetodi – puudutamisega. MF meetodina kasutati puudutamist mõnikord 50 aastaste vanusegrupis neli korda rohkem kui 30-39 aastaste vanusegrupis. Mis võib viidata õdede pikaajalisemale kogemusele, sellest tulenevale enesekindlusele antud meetet kasutada. Kuna rohkem statistiliselt olulisi seoseid välja ei tulnud, siis võib öelda, et MF meetodite kasutamine ei erine vanuserühmades.

Vastuste jaotus **haridustasemete** vahel andis statistiliselt olulise tulemuse emotsionaalse toe meetodite, kohaloleku ja puudutamisega. Näiteks rakenduskõrghariduse + spetsialistiõppe läbinud õed kasutavad kohalolekut sagedamini võrreldes keskerihariduse/kutsehariduse omandanud õdedega. Teise haridustasemega grupid kasutavad seda meetodit veel harvem. Puudutamist kasutavad aga pooled rakenduskõrghariduse + spetsialistiõppe läbinud õed sarnaselt keskhariduse omandanud õdedega ja teised vähem. Nende seoste vahel võib esineda mitmeid põhjuseid. Suure tõenäosusega on rakenduskõrghariduse + spetsialistiõppe läbinud õed saanud süvendatult erialalise väljaõppe võrreldes rakenduskõrghariduse omandanud õdedega ja oskavad seetõttu hinnata kohalolekut kui ka puudutamise mõju olulisust patsiendile rohkem.

Keskerihariduse/kutsehariduse omandanud õed on tõenäoliselt pikemaajalise töökogemusega, mistõttu võib arvata, et neil on rohkem kogemusi antud meetodeid kasutada. Keskkhariduse omandanud õed alles tõenäoliselt omandavad õe haridust, mistõttu võib neil olla rohkem motivatsiooni viibida patsiendi juures ja kasutada ka puudutamist MF meetodina, näiteks julgustades patsienti, samal ajal patsutades õlale.

Vastuste jaotus **tööstaaži gruppide** vahel tõi välja olulised seosed kognitiiv-käitumusliku meetodi kujutlemise, füüsilise meetodi massaaži, ning emotsionaalse toe meetodi lohutamise/rahustamisega. Näiteks julgustab patsienti mõtlema positiivsetest asjadest rohkem neid õdesid, kellel on tööstaaži 30 ja enam aastat võrreldes nendega, kellel on tööstaaži üheksa või vähem aastat. See võib näidata, et pikema tööstaažiga inimestel on rohkem kogemusi ja ka julgust suunata patsienti mõtlema positiivsetest asjadest. Massaaži ei kasuta või teeb seda harva üle poole õdedest kõigis tööstaaži gruppides, mis võib olla tingitud selle meetodi ajamahukusest, aga ka õdede teadmiste puudumisest seoses massaažiga, näiteks kui tugev peaks olema surve või kui kaua see peaks kestma, et valu leeveneks. Lohutamist/rahustamist kasutavad enamik õdedest kõigis tööstaaži gruppides, mis võib viida sellele, et seda peetakse normaalseks osaks õe tööst.

Vastuste jaotus **MF koolitustel osalemise gruppide** vahel andis järgmised statistiliselt olulised seosed: kognitiiv-käitumusliku meetodi puhul kujutlemine ja lõdvestumine; füüsilise meetodi puhul positsioneerimine; emotsionaalse meetodi puhul kohalolek ning puudutamine, mugava keskkonna loomine ja patsiendi/lähedase kaasamine. Ka Bicek (2004) uurimistöö tulemused tõid esile statistiliselt olulise seose MF koolituste ja sooja/külma aplikatsioonide kasutamise vahel. Üle poole MF koolitustel osalenud õdedest kasutab kujutlemist ja lõdvestusmeetodit rohkem võrreldes koolitustel mitteosalenud õdedega, mis võib näidata, et nad on teadlikumad nende meetodite kasutamisest ja mõjust. Positsioneerimist kasutavad kõik: nii MF koolitustel osalenud õed kui ka üle poole mitteosalenutest. Siiski kasutatakse seda meetodit sageli ka teistel põhjustel: mitte alati valu leevendamiseks, vaid näiteks lamatiste vältimiseks ja turse ära hoidmiseks. Mõõduka seose MF koolitustel osalemise vahel andis massaaž, mida valdavalt ei kasutata kummaski grupis, aga mõnikord kasutavad seda MF koolitustel osalenud võrreldes mitteosalenutega rohkem. Tõenäoliselt võivad õdedel puududa kindlad teadmised kuidas massaaži läbi viia, samas massaaži kasutamine näiteks positsioneerimise ajal parandab kudede verevarustust ja seda võivad koolitustel käinud õed paremini teadvustada ja kasutada. Üle poole MF koolitustel osalenud õdedest kasutab kohalolekut ja puudutamise meetodit mõnikord, koolitusel mitteosalenud seda valdavalt ei tee, mis võib viidata koolitustel käinud õdede teadmistele ja kindlustundele antud meetodeid kasutada, sest varasemate uurimistööde põhjal ei ole puudutamine mittefarmakoloogilise

meetodina sageli kasutatav meede (Kidanemariam jt 2020). Ka mugava keskkonna loomist kasutavad MF koolitustel osalenud õed rohkem. Samas ongi need meetodid kergelt kasutatavad ja koolitustel käinud õed võivad märgata ja integreerida neid meetmeid teadlikumalt tavapraktikasse. Võrreldes MF koolitusel osalenud õdesid koolitustel mitteosalenutega, tuli esile, et koolitustel osalenud õed kaasavad enam nii patsienti ennast kui ka lähedasi valu leevendamise protsessi. Need tulemused näitavad kerget tendentsi suunas, et koolitustel võib olla mõju MF meetodite rakendamisele.

Vastuste jaotus **koolitustundide** gruppide vahel andis statistiliselt olulise seose kognitiiv-käitumuslikest meetoditest tähelepanu kõrvalejuhtimisega ja füüsilistest meetoditest soojaaplikatsioonide kasutamisega. Võttes arvesse koolitustundide gruppide väiksust, siis tekkinud seoseid MF meetodite kasutamisega ei saa suure tõenäosusega kasutada üldistuste tegemiseks ja tulemused on pigem juhuslikud.

Uurimistöös leidis üks kolmandik õdedest, et MF meetodite rakendamisel esineb **takistus**. Peamisteks takistusteks pidasid õed ajapuudust ja MF meetodite kohta käivate korralduste puudumist arsti/valuravimeeskonna poolt. Teised sagedamini mainitud takistavad tegurid olid: suur töökoormus, vähesed teadmised, juhendite puudumine ja patsientide eelistus saada farmakoloogilist ravi. Sarnase tulemuse on esitanud Ali (2015), Khalil (2018), Nwaneri jt (2018) ja Kidanemariam jt (2020). Bicek (2004) toob samuti esile uurimistöös patsiendi eelistuse farmakoloogilise ravi osas. Ajapuudus, töökoormus on sageli välja toodud põhjused uurimistöodes. OECD andmetel on Eestis õdede arv 1000 inimese kohta (6,2) alla Euroopa Liidu keskmise (OECD/European Observatory 2019), mis võib olla põhjuseks, miks tajutakse ajapuudust ja töökoormust MF meetodite kasutamisel.

Õdede viitamine arsti/valuravimeeskonna korralduste ja ühtsete juhendite puudumisele seoses MF valukäsitlusega võib näidata töö korralduslikku poolt ja seda, et õed on harjunud tööd planeerima korralduste või raviskeemi alusel ning sageli ei kaalu võimalust kasutada neid meetodeid iseseisvalt. Selleks, et tõsta õdede teadlikkust ja julgustada kasutama mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist tavapraktikas, tuleks pakkuda neile rohkem vastavasisulisi koolitusi ja seeläbi kaasata ka rohkem patsienti.

Uurides käesolevas töös vastuste jaotust takistuste vahel (õdede hinnangul takistus esineb/ei esine), leiti statistiliselt oluline seos füüsilise meetodi - soojaaplikatsiooni kasutamisega ja mugava keskkonna loomise vahel. Kumbki grupp soojaaplikatsioone peaaegu ei kasuta. Siiski õed, kes

leidsid, et MF kasutamisel esineb takistusi, kasutab soojaaplikatsioone ja mugava keskkonna loomist rohkem võrreldes õdedega, kelle arvates takistusi ei esine. Need tulemused võivad viidata sellele, et õed, kes soovivad rohkem rakendada MF meetodeid, märkavad nende meetodite kasutamisel takistavaid tegureid sagedamini. Samas need üksikud statistiliselt olulised seosed näitavad, et hoolimata takistustest kasutatakse MF meetodeid mõlemas grupis sarnaselt.

7.4. Töö kitsaskohad

Uurimistöö läbiviimise värbamise ja osalemise periood (01.04.-31.05.2020) langes Eesti Vabariigis väljakuulutatud eriolukorraga samasse aega. Sellest tulenevalt oli vastuste saamine raskendatud, mistõttu planeeriti kordusuurimistöö sügisesse. Olukorrast tingituna ei saanud uurimistööd käia tutvustamas, mis oleks võinud lisada huvi antud teema vastu. Samuti tõusis sellel perioodil kirurgia statsionaarsetes osakondades õdede töökoormus, igapäevaselt lisandus uut infot muudatuste kohta töökorralduses, nakkusohu vältimiseks jms kohta, mis võis mõjutada uurimistööle vastajate arvu.

Arvestades ajafaktorit ja kehtestatud töötingimusi, millal uurimistöö läbi viidi, võivad tulemused olla sellest mõjutatud, sest kirurgia osakonnad pidid toime tulema ka töö ümberkorraldustega. Piirati plaaniliste operatsioonide tegemist ja näiteks patsiendi lähedasi ei olnud võimalik sellel perioodil kaasata. Uurimistöö viidi läbi kesk- ja regionaalhaiglates, mistõttu võivad tulemused erineda, kui viia sama uurimistöö läbi näiteks maakonnahaiglates. Lisaks, vastajate vähesusest tingituna võivad uurimistöös leitud seosed olla juhuslikud.

Uurimistöö andmed koguti *LimeSurvey* keskkonnas ankeetküsimustikuga. Kuna MF meetodid olid küsimustikus ette antud, siis võis see piirata saadud andmete mitmekesisust. Samas olid mitmeid küsimused esitatud avatud küsimustena ja näiteks takistavaid tegureid toodi välja rohkem, kuid osasid neist oli raske interpreteerida („Haigla apteegis ei ole“ või „Privaatsus“) nagu ka MF meetodite eeliseid, kuhu vastusena oli lisatud arusaamatud kommentaarid („Ise proovis“). Kuna uurimistöö küsimustik oli üles ehitatud nii, et kõigepealt küsiti sotsiaaldemograafilisi andmeid, siis tagasi vaadates oleks lahtistele küsimustele osatud selgemalt vastata, kui ülesehitus oleks olnud vastupidine. Lisaks on varasemalt mõõdikut kasutatud rohkem, et uurida MF meetodite kasutamist lastel, mis piiras käesolevas töös kasutatud mõõdiku võrdlusvõimalusi varasemate uurimistöödega.

Mõõdikuga seotud kitsaskohaks võib lugeda, et kuigi uurimistöös sooviti saada õdede hinnangut valuskaalade kasutamise kohta eesmärgiga kirjeldada õdede suhtumist valu leevendamisse, siis oleks pidanud küsima õdedelt täpsemalt, et kas just nemad kasutavad valuskaalat, mitte kas osakonnas kasutatakse. Seetõttu ei pruugi vastused kajastada õdede täpset hinnangut enda poolt kasutatava valuskaala kasutamise kohta.

7.5. Eetilised aspektid

Üheski etapis ei küsitud nime, kontaktandmeid ega küsimusi, mis ei oleks uurimistöö jaoks asjakohased. Kutse, mis sisaldas infot uurimistöö kohta, saadeti koos ankeetküsimustiku lingiga e-kirjana juhtivatele õdedele, kes edastasid selle õdedele. Küsimustiku täitmisega anti nõusolek uurimistöös osaleda ja andmeid töödelda. Kuna *LimeSurvey* keskkond kasutab tunnuskoodi (*token*), mis võimaldab näha uuritava vastamise staatust, kuid ei seo seda vastusega, siis võimaldab see vastajatel jääda anonüümseks. Samuti saab *LimeSurvey* keskkonnas uurimistöö läbiviija nõuda oma vastajatelt vastuseid küsitlusküsimustele. Kui kohustuslikele küsimustele ei vastata, ei saa vastajad edasi liikuda. Lisaks saab kuvada küsimusi vastavalt eelnevalt antud vastustele, mis võimaldab õdedele pakkuda näiliselt lühemat küsimustikku. Eelnevalt loetletud võimalused vähendavad tühjade vastuste osakaalu ja lisavad uurimistööle kvaliteeti. Uurijal võimaldab keskkond uurida suuri valimeid ning hiljem mugavamalt ja vigu vältides andmeid ümber tõsta ning analüüsida.

Uurimistööd läbi viies tõstati ka küsimus, kas on eetiline koormata nii õdesid kui ka õendusjuhte antud perioodil uurimistöö läbiviimiseks, arvestades töökoormuse tõusu ja ümberkohanemise vajadust kevadel Eestis välja kuulutatud eriolukorra ajal, kui COVID-19 haigust põhjustava koroonaviiruse SARS-CoV-2 puhangu tõttu hakkas nakatumiste arv tõusma. Samas oli küsimustikule vastamine vabatahtlik ja *LimeSurvey* veebikeskkond võimaldas õdedel paremini enda aega planeerida ja küsimustikule vastamiseks koht valida.

8. JÄRELDUSED

Õdede hoiakud mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise suhtes on pigem positiivsed. Märgiti, et mittefarmakoloogilised meetodid ei tekita sõltuvust ja neil on vähem kõrvaltoimeid. Valu hindamist valuskaalal kasutati peaaegu alati enne, kuid vähem pärast sekkumist valu leevendamiseks. Õdede teadmised valukäsitlusest pärinesid valdavalt õenduspraktikast. Kuigi enamus õdedest ei olnud viimase kolme aasta jooksul osalenud mittefarmakoloogilisi meetodeid käsitlevatel koolitustel, pidas üle poolte õdedest valu leevendamist MF meetoditega oluliseks.

Mittefarmakoloogilistest meetoditest kasutavad õed kõige enam kognitiiv-käitumuslikke meetodeid ja mugava keskkonna loomist; kõige vähem füüsilisi meetodeid ning patsiendi/lähedase kaasamist. Kognitiiv-käitumuslikest meetoditest leidis enim kasutust ettevalmistava informatsiooni andmine, positiivsuse kujundamine, tähelepanu kõrvalejuhtimine ja lõdvestumine. Mugava keskkonna loomise meetodite puhul tagati patsiendile palatis sobiv temperatuur, värske õhk ja vähendati müra. Emotsionaalse toe meetoditest kasutati kõige sagedamini lohutamist/rahustamist ning füüsilistest meetoditest positsioneerimist.

Mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist tavapraktikas mõjutab peamiselt ajapuudus, arstide/valuravimeeskondade korralduste puudumine, töökoormus, vähesed teadmised, juhendite puudumine, patsientide eelistus saada farmakoloogilist ravi ja MF koolitustel osalemine. MF koolitusi saanud õed kasutasid koolitustel mitteosalenutega võrreldes rohkem MF meetodeid nagu kognitiiv-käitumusliku meetodi puhul kujutlemine ja lõdvestumine; füüsilise meetodi puhul positsioneerimine; emotsionaalse meetodi puhul kohalolek ning puudutamine, mugava keskkonna loomine ja patsiendi/lähedase kaasamine.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ahmadi, A., Bazargan-Hejazi, S., Heidari Zadie, Z., Euasobhon, P., Ketumarn, P., Karbasfrushan, A., Amini-Saman, J., Mohammadi, R. (2016). Pain management in trauma: A review study. *Journal of Injury and Violence Research*, 8(2): 89–98.

Ali, H. S., Ibrahim, Y., Mohamed, E. E. E. (2013). Non-pharmacological pain management: Nurses' knowledge, attitudes and practices in selected hospitals at Makkah El-Mukarramah. *Life Science Journal*, 10: 1327–1335.

Allen, M. (2017). *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*. SAGE Publications. Thousand Oaks.

Angeletti, C., Guetti, C., Paesani, M., Colavincenzo, S., Ciccozzi, A., Angeletti, P. M. (2018). An Analysis of Italian Nurses' Approach to Patients' Pain: A Nationwide Online Survey. *Pain Research Management*, 2018: 1–8.

Ay, F. (2018). Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of Turkish doctoral dissertation in 2000-2015. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 30(2): 71–83.

Badr, M. N., Morsy, W. Y., Ali, N. S. (2015). Critical care Nurses' Knowledge and Practices regarding Pain assessment and management at Cairo University Hospitals. *Egyptian Journal of Nursing*, 10(1): 89–98

Bicek, E. (2004). Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmacological Pain Management Techniques and Therapies. Honors Projects, Illinois Wesleyan University.

Boitor, M., Martorella, G., Maheu, C., Laizner, A. M., Gélinas, C. (2019). Does Hand Massage Have Sustained Effects on Pain Intensity and Pain-Related Interference in the Cardiac Surgery Critically Ill? A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 20(6): 572–579.

Burns, N., Grove, S.K. (2001). *Practice of Nursing Research: Conduct, Critique&Utilization*. Elsevier, St. Louis.

Demir, Y., Khorshid, L. (2010). The Effect of Cold Application in Combination with Standard Analgesic Administration on Pain and Anxiety during Chest Tube Removal: A Single-Blinded, Randomized, Double-Controlled Study. *Pain Management Nursing*, 11(3): 186–196.

Dijk, J. F. van, Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., Wijck, A. J. van. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22): 3500–3510.

DiStefano, C., Shi, D., Morgan, G. B. (2020). Collapsing Categories is Often More Advantageous than Modeling Sparse Data: Investigations in the CFA Framework. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 0(0): 1–13.

Fishman, S.M, Young, H.M., Arwood, E.L., Chou, R., Herr, K. Murinson, B.B. Watt-Watson, J., Carr, D.B., Gordon, D.B. Stevens, B.J., Bakerjian, D., Ballantyne, J.C. Courtenay, M., Djukic, Koebner, I.J., Mongoven, J.M, Paice, J.A., Prasad, R., Singh, N., Sluka, K.A., Marie, B., Strassels, S.A. (2013). Review Articles Core Competencies for Pain Management: Results of an Interprofessional Consensus Summit. *Pain Medicine*, 14, 971–981.

Francis, L., Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative pain: Nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 14(4): 351–357.

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., Cote, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6): 307–318.

Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4): 420–427.

Geziry, A., Toble, Y., Kadhi, F., Nobani, M. (2018). Non-Pharmacological Pain Management. <https://doi.org/10.5772/intechopen.79689> (23.12.2020).

Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3): 33–41.

He, H.-G., Jahja, R., Lee, T.-L., Ang, E. N. K., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Chan, M. F. (2010). Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: Educational intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2398–2409.

He, H.-G., Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A.-M. (2005). Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4): 335–342.

Jacobson, A. F., Umberger, W. A., Palmieri, P. A., Alexander, T. S., Myerscough, R. P., Draucker, C. B., Steudte-Schmiedgen, S., Kirschbaum, C. (2016). Guided Imagery for Total Knee Replacement: A Randomized, Placebo-Controlled Pilot Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(7): 563–575.

Jira, L., Weyessa, N., Mulatu, S., Alemayehu, A. (2020). Knowledge and Attitude Towards Non-Pharmacological Pain Management and Associated Factors Among Nurses Working in Benishangul Gumuz Regional State Hospitals in Western Ethiopia, 2018. *Journal of Pain Research*, 13: 2917–2927.

Johnson, M. I. (2017). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as an adjunct for pain management in perioperative settings: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(10): 1013–1027.

Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>

Kekecs, Z., Nagy, T., Varga, K. (2014). The Effectiveness of Suggestive Techniques in Reducing Postoperative Side Effects: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesia Analgesia*, 119(6): 1407–1419.

Kernerman, L. (1998). Password – Inglise-eesti seletav sõnaraamat. TEA Publishers Ltd. Tallinn.

Khalil, N. S. (2017). Effect of application of ice pack on reducing pain during the arterial puncture. *Clinical Practice*, 14(4): 214–218.

Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research*, 44: 33–38.

Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., Andemeskel, Y. M. (2020a). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 19(1): 100.

Kukimoto, Y., Ooe, N., Ideguchi, N. (2017). The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Management Nursing*, 18(6): 378–390.

Lee, J. H. (2016). The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy*, 53(4): 430–477.

Li, J., Zhou, L., Wang, Y. (2017). The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1): 158.

Lin, R.J., Reid, M.C., Liu, L.L., Chused, A.E., Evans, A.T. (2015) The Barriers to High-Quality Pain Management: A Qualitative Study. *Am J Palliat Care*, 32(6): 594–599.

Liu, X.-L., Tan, J.-Y., Molassiotis, A., Suen, L. K. P., Shi, Y. (2015). Acupuncture-Point Stimulation for Postoperative Pain Control: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2015: 1–28.

Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered Nurses' Personal Responses to Postoperative Pain: A Descriptive Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 15(3): 580–587.

Manwere, A., Chipfuwa, T., Mukwamba, M. M., Chironda, G. (2015). Knowledge and Attitudes of Registered Nurses towards Pain Management of Adult Medical Patients: A Case of Bindura Hospital. *Health Science Journal*, 9(4):1–6.

Medrzycka-Dabrowka, W., Dąbrowski, S., Gutysz-Wojnicka, A., Gawroska-Krzemińska, A., Ozga, D. (2017). Barriers Perceived by Nurses in the Optimal Treatment of Postoperative Pain. *Open Medicine*, 12: 239–246.

Mędrzycka-Dąbrowska, W. A., Dąbrowski, S., Basiński, A., Małecka-Dubiela, A. (2016). Identification and Comparison of Barriers to Assessing and Combating Acute and Postoperative Pain in Elderly Patients in Surgical Wards of Polish Hospitals: A Multicenter Study. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 25(1): 135–144.

Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer, E. A. M., Osterbrink, J., Benhamou, D., Betteridge, N., Coluzzi, F., De Andres, J., Fawcett, W., Fletcher, D., Kalso, E., Kehlet, H., Morlion, B., Montes Pérez, A., Pergolizzi, J., Schäfer, M. (2018). Management of acute pain in the postoperative setting: The importance of quality indicators. *Current Medical Research and Opinion*, 34(1): 187–196.

Mwanza, E., Gwisai, R. D., Munemo, C. (2019). Knowledge on Nonpharmacological Methods of Pain Management among Nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. *Pain Research and Treatment; Hindawi*. 2703579.

Nwaneri, A., Ndubuisi, I., Anarodo, A., Okoronkwo, I., Offor, E. (2018). Nurses' Knowledge and Level of Utilisation of Non-Pharmacological Pain Control for Orthopaedic Patients in Enugu Nigeria. *International Journal of Nursing Science*, 8(4): 61–66.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). Eesti: riigi terviseprofiil 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://www.oecd.org/publications/eesti-riigi-terviseprofiil-2019-1efa7683-et.htm> (23.12.2020).

Parseliunas, A., Paskauskas, S., Kubiliute, E., Vaitekunas, J., Venskutonis, D. (2020). Transcutaneous Electric Nerve Stimulation Reduces Acute Postoperative Pain and Analgesic Use After Open Inguinal Hernia Surgery: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Pain*, 22(5): 533-544.

Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12): 2258.

Perioperatiivne ägeda valu käsitus, RJ-R/8.1-2016. Ravijuhendite nõukoda. (2016). <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/13/perioperatiivne-ageda-valu-kasitus-rj-r81-2016> (25.01.2018).

Pestana-Santos, M., Santos, M. R., Cardoso, D., Lomba, L. (2019). Non-pharmacological interventions used during the perioperative period to prevent anxiety in adolescents: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 17(9): 1883–1893.

Phillips, M. L., Kuruvilla, V., Bailey, M. (2019). Implementation of the Critical Care Pain Observation Tool increases the frequency of pain assessment for noncommunicative ICU patients. *Australian Critical Care*, 32(5). 367–372.

Poulsen, M. J., Coto, J. (2018). Nursing Music Protocol and Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 19(2): 172–176.

Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A. M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4): 483–492.

Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030> (20.03.2021).

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976.

Ramia, E, Nasser, S.C., Salameh, P., Saad, A.H. (2017). Patient Perception of Acute Pain Management: Data from Three Tertiary Care Hospitals. *Pain Research and Management*, 1: 1-12.

Reinhard, V. (2020). Kliiniline audit „Perioperatiivne ägeda valu käsitus“. *Eesti Arst*, 99(4): 202- 206.

Rolving, N., Nielsen, C. V., Christensen, F. B., Holm, R., Bünger, C. E., Oestergaard, L. G. (2016). Preoperative cognitive-behavioural intervention improves in-hospital mobilisation and analgesic use for lumbar spinal fusion patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 178(217): 2-7.

Sykes, J.B. (1987). *The Concise Oxford Dictionary*. Oxford University Press. Bombay.

Shoqirat, N., Mahasneh, D., Al-Khawaldeh, O., Al Hadid, L. (2019). Nurses' Knowledge, Attitudes, and Barriers Toward Pain Management Among Postoperative Patients in Jordan. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(2): 359–367.

Siu, E., Quick, J. S., Xu, X., Correll, D. J. (2019). Evaluation of the Determinants of Satisfaction With Postoperative Pain Control After Thoracoscopic Surgery: A Single-Center, Survey-Based Study. *Anesthesia Analgesia*, 128(3): 555–562.

Stewart, M., Cox-Davenport, R. A. (2015). Comparative Analysis of Registered Nurses' and Nursing Students' Attitudes and Use of Nonpharmacologic Methods of Pain Management. *Pain Management Nursing*, 16(4): 499–502.

Taguchi, N. (2018). Description and explanation of pragmatic development: Quantitative, qualitative, and mixed methods research. *System*, 75: 23–32.

Taylor, A., Stanbury, L. (2009). A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia Critical Care*, 20: 188–194.

Tick, H., Nielsen, A., Pelletier, K. R., Bonakdar, R., Simmons, S., Glick, R., Ratner, E., Lemmon, R. L., Wayne, P., Zador, V. (2018). Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care. *EXPLORE*, 14(3): 177–211.

Tighe, P., Buckenmaier, C. C., Boezaart, A. P., Carr, D. B., Clark, L. L., Herring, A. A., Kent, M., Mackey, S., Mariano, E. R., Polomano, R. C., Reisfield, G. M. (2015). Acute Pain Medicine in the United States: A Status Report. *Pain medicine*, 16(9): 1806–1826.

Tomaszek, L., Dębska, G. (2018). Knowledge, compliance with good clinical practices and barriers to effective control of postoperative pain among nurses from hospitals with and without a „Hospital without Pain“ certificate. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8): 1641–1652.

Tong, F., Dannaway, J., Enke, O., Eslick, G. (2020). Effect of preoperative psychological interventions on elective orthopaedic surgery outcomes: A systematic review and meta-analysis. *ANZ Journal of Surgery*, 90(3): 230–236.

Võrk, A., Habicht, T. (2019). Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada? Uued tõendid finantskaitse kohta Eestis. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/402061/Estonia-Estonian-WHO-FP-014-digital-single-pages.pdf (03.03.2021).

Võrk, A., Piirits, M. (2020). Tervishoiu rahastamise ebavõrdsus ja omaosaluse mõju vaesusele. Arenguseire Keskus. https://www.riigikogu.ee/wpcms/wp-content/uploads/2020/12/2020_tervishoid_Rahastuse-ebavõrdsus-ja-omaosaluse-mõju_aruanne.pdf (03.03.2021)

LISAD

Lisa 1. Küsimustik eesti keeles

TÄISKASVANUTE VALU MITTEFARMAKOLOOGILINE KÄSITLUS: KIRURGIA OSAKONNA ÕDEDE HOIAKUD JA PRAKTIKA

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada kirurgia osakonnas töötavate õdede hoiakuid seoses mittefarmakoloogilise ägeda valu käsitlemisega ja mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist igapäevases praktikas ja neid mõjutavad tegureid. Uurimistöö tulemused võimaldaksid kirjeldada õdede hoiakuid seoses mittefarmakoloogilise valukäsitlusega, hinnata nende meetodite kasutamist igapäevases õe töös ning kaardistada kitsaskohti nende sekkumiste rakendamisel. Kogutud infomatsiooni alusel saaksid õendusjuhid analüüsida ja hinnata õdede koolitusvajadust ning planeerida tegevusi, mis aitaksid kasutusele võtta erinevaid mittefarmakoloogilisi meetodeid valu leevendamiseks, parandades seeläbi õendusabi kvaliteeti. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja anonüümne ning üheski etapis ei küsita Teie nime, kontaktandmeid ega küsimusi, mis ei ole uurimistöö jaoks asjakohased. Uurimistööst on võimalik loobuda andmekogumise etapi alguses, küsimustiku täitmisega annate nõusoleku uurimistöös osalemiseks (andmete töötlemiseks). Saadud andmeid kasutatakse ainult üldistatud kujul.

Uurimistöös osalemiseks tuleb täita küsimustik, mis koosneb kahest osast. Esimene osa sisaldab küsimusi demograafiliste andmete, hoiakute ja takistuste kohta seoses mittefarmakoloogilise valukäsitlusega ning teine osa küsimusi mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamise kohta. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 20 minutit. Saadud andmeid säilitatakse *LimeSurvey* keskkonnas ning uurija parooliga kaitstud arvutis andmetöötlusprogrammis Microsoft Excel. Kogutud andmetele pääsevad ligi ainult uurimistöö läbiviimisega seotud isikud ning kustutatakse lõplikult kahe nädala jooksul pärast uurimistöö avaldamist, mis on planeeritud juuni kuusse, aastal 2021. Avaldatud uurimistöö tulemustest antakse ülevaade uurimistöös osalenud osakondadele, samuti saab küsimuste tekkimisel kontakti võtta uurijaga e-maili teel.

Küsimused

1. Teie sugu?

1. Naine

2. Mees

2. Teie vanus: _____(täisaastates).

3. Kellena Te töötate?

1) Õena

2) Abiõena

4. Omandatud haridus?

1) Keskharidus

2) Keskeriharidus/kutseharidus

3) Bakalaureusekraad

4) Rakenduskõrgharidus

5) Rakenduskõrgharidus + spetsialisti õpe (nimeta)_____

6) Magistrikraad

5. Teie töökogemus?

1) Kogu tööstaaž õena _____ aastat _____ kuud (*vastab õde*)

2) Kogu tööstaaž abiõena _____ aastat _____ kuud (*vastab abiõde*)

3) Praeguses osakonnas _____ aastat _____ kuud

6. Teie teadmised valukäsitlusest pärinevad (*lubatud valida mitu vastust*):
- 1) Koolist (õe õppekava)
 - 2) Õenduspraktikast (pärast lõpetamist)
 - 3) Koolitus(t)elt
 - 4) Muu (palun täpsustage)_____
7. Kas Te olete osalenud viimase kolme aasta jooksul valu käsitleval või muudel koolitusel, kus on käsitletud mittefarmakoloogilisi valu leevendusvõtteid?
- 1) Jah, olen osalenud koolitusel, kus on käsitletud mittefarmakoloogilisi sekkumisi mahus_____ tundi (h) (märkida orienteeruv tundide maht mittefarmakoloogilisest osast)
 - 2) Ei ole osalenud sellistel koolitustel, sest (*lubatud valida mitu vastust*):
 - a. pole leidnud sobivat koolitust
 - b. ei ole soovinud osaleda selle teemalistel koolitustel
 - c. soovin, aga ei ole aega osaleda
 - d. koolitustel ei ole käsitletud mittefarmakoloogilisi sekkumisi
 - e. puuduvad rahalised vahendid
 - f. muu, mis ? _____
8. Kas Teie osakonnas kasutatakse valu hindamiseks valu skaalat/-skaalasiid? (*lubatud valida mitu vastust*):
- 1) Jah – enne sekkumist, et valu tugevust hinnata
 - 2) Jah – pärast sekkumist, et valu tugevust uuesti hinnata
 - 3) Ei kasutata
 - 4) Ei oska öelda / ei ole kokku puutunud
9. Kuidas Teie suhtute mittefarmakoloogilisse valu leevendamisse?
- 1) Pean väga oluliseks
 - 2) Pean oluliseks
 - 3) Pean vahel oluliseks
 - 4) Ei pea oluliseks
 - 5) Täiesti ebaoluline
- Põhjendage

10. Nimetage Teie arvates mittefarmakoloogilise valukäsitluse eelised

(lubatud valida mitu vastust):

- 1) Tõhusus
- 2) Vähesed kõrvaltoimed
- 3) Ei tekita sõltuvust
- 4) Ei ole eeliseid
- 5) Muu, mis? _____

11. Nimetage, Teie arvates mittefarmakoloogilise valukäsitluse puudused

(lubatud valida mitu vastust):

- 1) Ajamahukas
- 2) Ebaefektiivne
- 3) Puuduvad ühtsed juhendid
- 4) Ei ole puuduseid
- 5) Muu, mis? _____

12. Mis põhjused takistavad Teie töös mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist?

Palun nimetage 3 peamist põhjust.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) Ei ole takistusi

Alljärgnevad väited käsitlevad täiskasvanud patsientide ägeda valu leevendamist mittefarmakoloogiliste meetoditega. Iga küsimuse juures valige vastus, mis väljendab kõige paremini Teie tegevust skaalal 1–5, kus on „1 – mitte kunagi“, „2 – väga harva“, „3 – mõnikord“, „4 – peaaegu alati“ ja „5 – alati“. Vastake igale küsimusele. Kui Te näiteks ei kasuta ühtegi loetletud meetoditest, märkige vastus „1 – mitte kunagi“. Samuti, vastates avatud küsimusele (muu. Mis? ____), määrake tegevuse sagedus skaalal 1–5, kus on „1 – mitte kunagi“, „2 – väga harva“, „3 – mõnikord“, „4 – peaaegu alati“ ja „5 – alati“.

	mitte kunagi	väga harva	mõnikord	peaaegu alati	alati
1. Enne protseduuri räägin patsiendile, mis on plaanis teha. (Kui vastate „mitte kunagi“, siis jätkate 3. küsimuse vastamisega.)	1	2	3	4	5
2. Milliseid järgmistest teemadest arutate patsiendiga enne protseduuri?					
2.1 millist protseduuri hakkate tegema	1	2	3	4	5
2.2 kus protseduur läbi viiakse	1	2	3	4	5
2.3 kes protseduuri läbi viib	1	2	3	4	5
2.4 miks protseduur on oluline	1	2	3	4	5
2.5 kui kaua protseduur kestab	1	2	3	4	5
2.6 ettevalmistamine protseduuriks (söögikordade vahelejätmine, premedikatsioon)	1	2	3	4	5
2.7 anesteesia tüüp (üldine, lokaalne)	1	2	3	4	5
2.8 patsiendi asukoht pärast protseduuri (ärkamisruum, palat, intensiivravi palat)	1	2	3	4	5
2.9 protseduurijärgne jälgimine palatis	1	2	3	4	5
2.10 protseduurijärgsed piirangud (mida saab / ei saa teha)	1	2	3	4	5
2.11 valuvaigistid pärast protseduuri	1	2	3	4	5
2.12 muud meetodid valu leevendamiseks (muu. Mis?) _____ _____	1	2	3	4	5
3. Ma julgustan patsienti mõtlema meeldivatest ja positiivsetest asjadest, kui ta tunneb valu. (Kui vastate „mitte kunagi“, siis jätkate 5. küsimuse vastamisega.)	1	2	3	4	5
4. Millistele järgmistele asjadele soovitate patsiendil mõelda:					
4.1 meeldiv koht	1	2	3	4	5
4.2 kena ekskursioon/reis	1	2	3	4	5
4.3 lemmiktegevus	1	2	3	4	5
4.4 muu. Mis? _____	1	2	3	4	5
5. Ma üritan juhtida patsiendi mõtted/tähelepanu valult kõrvale. (Kui vastate „mitte kunagi“, siis jätkate 7. küsimuse vastamisega.)	1	2	3	4	5
6. Mida Te soovitate kasutada tähelepanu kõrvalejätmiseks?					
6.1 raamatute/ajakirjade lugemine	1	2	3	4	5

6.2 vestlemine igapäevaasjadest	1	2	3	4	5
6.3 mängude mängimine	1	2	3	4	5
6.4 televiisori/videote vaatamine	1	2	3	4	5
6.5 muusika kuulamine	1	2	3	4	5
6.6 tegelemine käsitöö (hobiga)	1	2	3	4	5
6.7 huumori kasutamine	1	2	3	4	5
6.8 muu. Mis? _____	1	2	3	4	5
7. Ma julgustan patsienti valu leevendamiseks lõdvestama oma erinevaid kehaosi.	1	2	3	4	5
8. Ma õpetan patsiendile valu leevendamiseks õiget hingamistehnikat (palun temal hingata aeglaselt ja sügavalt).	1	2	3	4	5
9. Kui patsiendil on valu, julgustan/tunnustan patsienti verbaalselt (öeldes, et ta on hästi vastu pidanud).	1	2	3	4	5
10. Ma kasutan valu leevendamiseks külmaaplikatsioone. Täpsustage, mida: _____ (külmakotid, külm toit/jook).	1	2	3	4	5
11. Ma kasutan valu leevendamiseks soojaaplikatsioone. Täpsustage, mida: _____ (soojenduspadjad, soojendavad sidemed).	1	2	3	4	5
12. Ma kasutan valu leevendamiseks massaaži.	1	2	3	4	5
13. Muudan patsiendi asendit valu leevendamiseks.	1	2	3	4	5
14. Kasutan TENS-tehnikat patsiendi operatsioonijärgsevalu leevendamiseks.	1	2	3	4	5
15. Ma veedan koos patsiendiga aega, kui ta tunneb valu.	1	2	3	4	5
16. Ma lohutan ja rahustan patsienti suusõnaliselt.	1	2	3	4	5
17. Ma kasutan valu leevendamiseks puudutusi (silitan patsiendi pead, hoian tema kätt).	1	2	3	4	5
18. Ma üritan leevendada patsiendi valu, muutes teda ümbritsevat keskkonda mugavamaks. (Kui vastate „mitte kunagi“, siis jätkate 20. küsimuse vastamisega.)	1	2	3	4	5
19. Milliseid järgmisi meetodeid Te kasutate:					
19.1. tagan palatis sobiva temperatuuri ja värske õhu	1	2	3	4	5
19.2. annan patsiendile võimaluse puhata, vähendades müra	1	2	3	4	5
19.3. julgustan pereliikmeid tooma palatisse mõned patsiendi asjad (fotod , muusika kuulamise seadmed, isiklik padi)	1	2	3	4	5
19.4. ma mõtlen, et palati interjööri mõjutab patsiendi toimetulekut valuga (värvid, valgus, mööbel)	1	2	3	4	5
19.5. muu. Mis? _____	1	2	3	4	5
20. Ma küsin patsiendilt soovitusi, mille muutmine palatis aitaks leevendada tema valu.	1	2	3	4	5
21. Ma kaasan patsiendi pereliikmeid valuga toimetuleku parandamiseks.	1	2	3	4	5

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛИ У ВЗРОСЛЫХ: ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИКА В РАБОТЕ СЕСТЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Цель настоящей исследовательской работы - описать отношение сестер хирургического отделения к нефармакологическому подходу к острой боли и использованию нефармакологических методов в ежедневной практике, а также воздействующие на них факторы. Результаты исследовательской работы позволят описать принципы и отношение сестер в связи с нефармакологическим подходом к лечению боли, оценить использование этих методов в ежедневной практике сестер и наметить проблемные места в сфере применения данных способов вмешательства. На основании полученной информации руководители в области сестринского дела смогут провести анализ и оценку необходимости в проведении обучений сестер и запланировать действия, способствующие использованию различных нефармакологических методов лечения боли, и тем самым улучшить качество предоставления сестринской помощи. Участие в исследовательской работе является анонимным и добровольным. Ни на одном из этапов не будут запрашиваться Ваше имя и контактные данные, а также не будут задаваться вопросы, не связанные с предметом исследовательской работы. Вы можете отказаться от участия в исследовательской работе в начале этапа по сбору сведений; приступив к заполнению анкеты, Вы даете свое согласие на участие в исследовательской работе (обработку данных). Полученные данные будут использованы исключительно в обобщенном виде.

Для участия в исследовательской работе следует заполнить анкету, состоящую из двух частей. Первая часть содержит вопросы относительно демографических данных, принципов и затруднений в связи с нефармакологическим подходом к боли. Вторая часть содержит вопросы относительно применения нефармакологических методов. Заполнение анкеты займет около 20 минут. Полученные данные сохраняются в системе *LimeSurvey* и программе по обработке данных *Microsoft Excel* на компьютере автора исследования, защищенном паролем. Доступ к собранным сведениям имеют только лица, связанные с проведением настоящей исследовательской работы; данные будут окончательно удалены в течение двух недель после публикации научной работы, которая запланирована на июнь 2021 года. Обзор итогов исследовательской работы будет предоставлен в отделения,

принявшие участие в исследовании. При возникновении вопросов просим Вас связываться непосредственно с автором исследовательской работы по электронной почте heli.veber@gmail.com.

1. Ваш пол?
 - 1) Женский
 - 2) Мужской

2. Ваш возраст: _____ (полных лет).
 - 1) Кем Вы работаете?
 - 2) Сестрой
 - 3) Помощником / помощницей сестры

3. Полученное образование?
 - 1) Среднее образование
 - 2) Среднее специальное / профессиональное образование
 - 3) Степень бакалавра
 - 4) Прикладное высшее образование
 - 5) Прикладное высшее образование + обучение специализации (какой именно) _____
 - 6) Степень магистра

4. Ваш опыт работы?
 - 1) Общий трудовой стаж работы сестрой _____ лет _____ месяцев
(отвечают сестры)
 - 2) Общий трудовой стаж работы помощником / помощницей сестры _____ лет _____ месяцев (отвечают помощники сестры)
 - 3) Стаж в нынешнем отделении _____ лет _____ месяцев

5. Где Вы получили знания относительно лечения боли (можно отметить несколько вариантов ответов):
 - 1) Учебное заведение (учебная программа для сестер)
 - 2) Сестринская практика (после окончания обучения)
 - 3) Обучающий курс (курсы)
 - 4) Другое (пожалуйста, уточните) _____

6. Участвовали ли Вы в течение последних трех лет в обучении на тему боли или других курсах, где рассматривались нефармакологические способы облегчения боли?

- 1) Да, я принимал(а) участие в обучении, где рассматривались нефармакологические методы вмешательства, в объеме _____ часов (ч) (указать ориентировочный объем нефармакологической части в часах).
- 2) Нет, я не участвовал(а) в таких курсах, поскольку *(можно отметить несколько вариантов ответов)*:
 - a. подходящих курсов не нашлось
 - б. не было желания участвовать в курсах на данную тему
 - с. желание было, но не было времени участвовать
 - д. на курсах не рассматривались нефармакологические формы вмешательства
 - е. отсутствовали денежные средства
 - ф. другое, а именно: _____

7. Используется ли в Вашем отделении шкала/шкалы измерения боли? *(можно отметить несколько вариантов ответов)*:

- 1) Да – до вмешательства, чтобы оценить интенсивность боли.
- 2) Да – после вмешательства, чтобы оценить интенсивность боли.
- 3) Не используется.
- 4) Затрудняюсь ответить / не приходилось сталкиваться

8. Как Вы относитесь к нефармакологическому облегчению боли?

- 1) Считаю очень важным
- 2) Считаю важным
- 3) Иногда считаю важным
- 4) Не считаю важным
- 5) Считаю совсем неважным

Поясните свой ответ:

9. Что именно Вы считаете преимуществом нефармакологических методов облегчения боли?

(можно отметить несколько вариантов ответов):

- 1) Эффективность
- 2) Мало побочных эффектов
- 3) Не вызывают привыкания
- 4) Преимуществ нет
- 5) Другое, а именно: _____

10. Что именно Вы считаете недостатками нефармакологических методов облегчения боли?

(можно отметить несколько вариантов ответов):

- 1) Временные затраты
- 2) Неэффективность
- 3) Отсутствие общих рекомендаций
- 4) Недостатков нет
- 5) Другое, а именно: _____

11. Какие причины препятствуют использованию нефармакологических методов в Вашей работе? Просим назвать 3 основные причины.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) Препятствий нет.

Следующие утверждения рассматривают использование нефармакологических методов облегчения острой боли у взрослых пациентов. В каждом пункте просим обвести кружком вариант, наилучшим образом отражающий ваши собственные действия, оценив его по шкале от 1 до 5, где „1 – никогда“, „2 - очень редко“, „3 – иногда“, „4 - почти всегда“ и „5 = всегда“. Просим Вас отметить ответ в каждом пункте, (например, если Вы не пользуетесь ни одним из указанных методов, обведите кружком вариант „1 – никогда“). В вопросах с открытой формулировкой („другое, а именно“) просим указать частоту действий по шкале от 1 до 5, где „1 – никогда“, „2 - очень редко“, „3 – иногда“, „4 - почти всегда“ и „5 – всегда“.

	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда
1. Перед процедурой я рассказываю пациенту, что планируется сделать	1	2	3	4	5
(Если Вы выбрали вариант «никогда», переходите к вопросу 3)					
2. Какие из перечисленных ниже тем Вы обсуждаете с пациентом перед процедурой?					
2.1 какая именно процедура будет проводиться	1	2	3	4	5
2.2 где будет проводиться процедура	1	2	3	4	5
2.3 кто будет проводить процедуру	1	2	3	4	5
2.4 почему эта процедура важна	1	2	3	4	5
2.5 как долго продолжается процедура	1	2	3	4	5
2.6 подготовка к процедуре (воздержание от пищи, премедикация и т.п.)	1	2	3	4	5
2.7 тип анестезии (общая или местная)	1	2	3	4	5
2.8 местонахождение пациента после процедуры (послеоперационная палата,	1	2	3	4	5

стационарное отделение, палата интенсивной терапии)					
2.9 наблюдение в палате после процедуры	1	2	3	4	5
2.10 ограничения после процедуры (т.е. что можно делать, а что нельзя)	1	2	3	4	5
2.11 болеутоляющие средства после процедуры	1	2	3	4	5
2.12 иные методы облегчения боли (другое, а именно) _____	1	2	3	4	5
3. Я побуждаю пациента думать о приятных и позитивных вещах, если он чувствует боль. (Если Вы выбрали вариант «никогда», переходите к вопросу 5)	1	2	3	4	5
4. О чем из перечисленных ниже вещей Вы рекомендуете пациенту подумать:					
4.1 приятное место	1	2	3	4	5
4.2 приятная поездка/экскурсия	1	2	3	4	5
4.3 любимое занятие	1	2	3	4	5
4.4 другое, а именно: _____	1	2	3	4	5
5. Я пытаюсь отвлечь внимание/мысли пациента от боли (Если Вы выбрали вариант «никогда», переходите к вопросу 7)	1	2	3	4	5
6. Что Вы рекомендуете использовать как средство отвлечься?					
6.1 чтение журналов/книг	1	2	3	4	5
6.2 беседа о повседневных делах	1	2	3	4	5
6.3 различные игры	1	2	3	4	5
6.4 просмотр телевидения/видео	1	2	3	4	5
6.5 прослушивание музыки	1	2	3	4	5
6.6 занятие рукоделием/хобби	1	2	3	4	5
6.7 юмор	1	2	3	4	5
6.8 другое, а именно: _____	1	2	3	4	5
7. Я побуждаю пациента расслаблять различные части тела, чтобы облегчить боль.	1	2	3	4	5
8. Я обучаю пациента правильной дыхательной технике для облегчения боли (прошу пациента дышать медленно и глубоко).	1	2	3	4	5
9. Если пациент чувствует боль, то я подбадриваю и хвалю его (говорю, что он молодец, хорошо держится).	1	2	3	4	5
10. Я использую холодные компрессы для облечения боли. Уточните, какие именно: _____ (охлаждающие пакеты, холодные напитки/продукты)	1	2	3	4	5
11. Я использую теплые компрессы для облечения боли. Уточните, какие именно: (грелки, согревающие повязки)	1	2	3	4	5
12. Я использую массаж для облегчения боли.	1	2	3	4	5
13. Я меняю положение тела пациента для облечения болей.	1	2	3	4	5
14. Я использую технику ТЭНС для облечения постоперационной боли у пациента.	1	2	3	4	5

15. Я провожу время вместе с пациентом, если он чувствует боль.	1	2	3	4	5
16. Я устно утешаю и успокаиваю пациента.	1	2	3	4	5
17. Я использую прикосновения для облегчения боли (глажу пациента по голове, держу его за руку).	1	2	3	4	5
18. Я стараюсь облегчить боли пациента, делая более комфортными окружающие его условия (Если Вы выбрали вариант «никогда», переходите к вопросу 20)	1	2	3	4	5
19. Какие из перечисленных ниже методов Вы используете?					
19.1. обеспечиваю подходящую температуру и вентиляцию в палате	1	2	3	4	5
19.2. даю пациенту возможность отдохнуть, снижая уровень шума	1	2	3	4	5
19.3. прошу близких пациента принести в палату какие-то личные вещи пациента (фотографию, технику для прослушивания музыки, личную подушку).	1	2	3	4	5
19.4. мне кажется, что обстановка палаты влияет на способность пациента справиться с болевыми ощущениями (цвета, свет, мебель)	1	2	3	4	5
19.5. другое, а именно: _____	1	2	3	4	5
20. Я спрашиваю у пациента, какие изменения в обстановке палаты помогли бы ему облегчить боль.	1	2	3	4	5
21. Я привлекаю близких пациента к процессу облегчения боли.	1	2	3	4	5

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 300/T-11

koosolek: 20.01.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik
Jaanka Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht
Katrín Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatuse ja spordididaktika osakonna juhataja
Indrek Peedu Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute noorenteadur
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütika õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Täiskasvanute valu mittefarmakoloogiline käsitlus: kirurgia osakonna õdede hoiakud ja praktika.

Vastutav uurija (asutus): Airin Treiman-Kiveste (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 02.02.2020
2. SA Tartu Ülikooli Kliinikum kooskõlastus uurimistöö läbi viimiseks
3. Kutse eesti keeles, 02.02.2020
4. Kutse vene keeles, 02.02.2020
5. Küsimustik eesti keeles, 02.02.2020
6. Küsimustik vene keeles, 02.02.2020
7. Prooviuuringu küsimused eesti keeles
8. Prooviuuringu küsimused vene keeles
9. Uurimistöö läbiviijate CVd (A. Treiman-Kiveste, H. Veber, U. Raid)

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Uurimistöö lõpp: 01.05.2021

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalalkirja kuupäev/*

Lisa 4. Mõõdiku kasutamise ja tõlkimise luba

Request for contact details ➤



Heli Veber <heli.veber@gmail.com>
saajale digitalcommons ▾

19. detsember 2018 12:01 ☆ ↶ ⋮

Dear Sir or Madam

My name is Heli Veber. I am a Master's student of Nursing Science at the University of Tartu, Estonia. In my Master's thesis I have planned to study attitudes, knowledge and barriers use of nonpharmalogical pain management among Estonian nurses. For this reason I would like to get in touch with Erin Bicek, who is the author of "Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmalogical Pain Management Techniques and Therapies"(2004). Would it be possible to get her contact details?

Thank you in advance and kind regards.

Sincerely,

Heli Veber

Department of Nursing Science
Institute of Family Medicine and Public Health
Faculty of Medicine
University of Tartu
19 Ravila Street, Tartu 50411, Estonia
E-mali: heli.veber@gmail.com

↶ Vasta

➤ Edasta

Re: Request for contact ➤ Postkast x



Meg Miner <mminer@iwu.edu>
saajale mina ▾

K, 19. detsember 2018 14:15 ☆ ↶ ⋮

inglise ▾ > eesti ▾ [Tõlgi sõnum](#)

[Lülita välja: inglise x](#)

Hello Heli,
I received your request for Erin Bicek's contact information. Can you tell me if you are interested in something specific about the paper or just looking to collaborate with Bicek in some way?

I'll do my best to help!
Thanks,
Meg

⋮



Heli Veber <heli.veber@gmail.com>
saajale Meg ▾

K, 19. detsember 2018 15:34 ☆ ↶ ⋮

Dear Ms Miner,

Thank you for your quick response. I would like to contact with Erin Bicek in order to ask her permission to use "Non-pharmacological Methods Questionnaire" - an instrument that she used in her study called "Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmacological Pain Management Techniques and Therapies", originally developed by Tarja Polkki.

Respectfully,

Heli Veber



Meg Miner

saajale mina ▾

N, 20. detsember 2018 21:52 ☆ ↶ ⋮

inglise ▾ > eesti ▾ Tõlgi sõnum

Lülita välja: inglise ×

Thanks for clarifying. I am able to provide permission for the use of Bicek's portion of the questionnaire. It's not clear to me exactly which parts she got from Polkki so you'll want to try to clear that up with the original author or get a copy of it for comparison. For attribution in your bibliography, we request that you use the information below in whatever citation style your work calls for.

Please let me know if you need anything else and best wishes in your work!

Meg

Bicek, Erin, "Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmacological Pain Management Techniques and Therapies" (2004). *Honors Projects*. 12.
https://digitalcommons.iwu.edu/nursing_honproj/12

⋮

Permission to translate and use the instrument "Non-pharmacological Methods Questionnaire"

⇅ 🖨️ 📧

Postkast ×



Heli Veber <heli.veber@gmail.com>

saajale Tarja.Polkki ▾

R, 25. jaan 19:06 (5 päeva tagasi) ☆ ↶ ⋮

Dear Dr. Tarja Põlkki

I am Master's student of Nursing Science at the University of Tartu (Estonia). In my Master's thesis, I have planned to study non-pharmacological management of acute pain in surgery departments: nurses' attitudes, knowledge and barriers in everyday practice. I am inspired of articles of yours and your colleagues in this field:

- Polkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., and Pietilä, A. (2001). Non-pharmacological methods in relieving postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 483-492.
- He, H. G., Põlkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. M. (2005). Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 335-342.
- He, H.G., Lee, T.L., Jahja, R., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Põlkki, T., Kim Ang E.N. (2011). The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 27-38.

I would like to use the same instrument used in your study, and adjusted by E. Bicek ("Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmacological Pain Management Techniques and Therapies" (2004). *Honors Projects*. 12), since my study focuses on adults.
https://digitalcommons.iwu.edu/nursing_honproj/12

I kindly ask you the original instrument (in order to compare it with E. Bicek's version) and permission to translate and use this instrument, by adapting it to all patients in the hospital. With your permission, I would like to translate the instrument into Estonian and use it in my Master's thesis. When obtaining the use of this instrument, applicable copyright stipulations will be followed including the obligation to make known the source of the instrument.

Remaining at your disposal for any explanations or further information you may need.

Thank you in advance and kind regards.
Sincerely,
Heli Veber

Department of Nursing Science
Institute of Family Medicine and Public Health
Faculty of Medicine
University of Tartu
19 Ravila Street, Tartu 50411, Estonia
E-mail: heli.veber@gmail.com



Põlkki Tarja

saajale mina ▾

📧 27. jaan 2019 13:34 (3 päeva tagasi) ☆ ↶ ⋮

inglise ▾ > eesti ▾ Tõlgi sõnum

Lülita välja: inglise ×

Dear Heli

Thank you for your interest. As the attachment, you will find the original instrument.

You can use the instrument and translate it into Estonia based on your plan.

Good luck to your studies!

With best wishes, Tarja

Tarja Põlkki
RN, PhD, Adjunct Professor, Specialist in Clinical Nursing Science
Department of Children and Women, Oulu University Hospital
P.O. Box 23, FIN-90029, Oulu, Finland
Tel. +358 505794454
tarja.polkki@ppshp.fi



Heli Veber <heli.veber@gmail.com>

21:05 (1 tunni eest)



saajale Meg ▾

Dear Ms Miner,

I am writing to you again in connection with my Master's thesis. I also contacted the author of the original questionnaire Dr. Tarja Pölkki and got her permission to use, translate and adapt the questionnaire to all patients with postoperative pain. However, I would rather use E. Bicek's version "Non-pharmacological Methods Questionnaire" and this is why I'm asking your permission to translate and adapt it for all patients with postoperative pain.

With best regards,



Meg Miner

21:17 (1 tunni eest)



saajale mina ▾



inglise ▾



eesti ▾

Tõlgi sõnum

[Lülita välja: inglise](#) ×

Yes, I do give permission for this as long as you make include some information that Bicek was also adapting her work from the others...does that help?



Yes, thank you!

Yes, it does.

No, it doesn't.

Lisa 5. Prooviuringu lisaküsimused eesti keeles

Lisa 11.6. Prooviuringu küsimused eesti keeles

1. Kui kaua Teil võttis küsimustiku täitmine aega? _____

2. Millised küsimused/väited või sõnad olid Teie arvates ebaselgelt sõnastatud? (*Märkige küsimuse/väite või sõna number.*)

3. Kas Teie arvates on küsimustikust mõni küsimuse vastusevariante puudu? (*Märkide ristiga sobiv vastusevariant.*)

Ei Jah

* Kui vastasite jah, siis mida peaks Teie arvates veel küsima?

4. Kas mõni küsimus/väide oli Teie arvates üleliigne või sobimatu või sellele oli raske vastata? (*Märkige ristiga sobiv vastusevariant.*)

Ei Jah

* Kui vastasite jah, siis mida peaks välja jätma? (*Märkige küsimuse/väite number.*)

Põhjendage, miks selle küsimuse/väite peaks välja jätma? _____

6. Mida Te soovite lisada küsimustiku või selle täitmise kohta?

Lisa 6. Prooviuringu lisaküsimused vene keeles

11.7. Prooviuringu küsimused vene keeles

Вопросы тестового исследования

1. Сколько времени Вам понадобилось на заполнение анкеты?

2. Какие вопросы/утверждения на Ваш взгляд были нечетко сформулированы?

(Пожалуйста, укажите номер утверждения/вопроса)

3. Показалось ли Вам, что в каком-либо из вопросов анкеты было недостаточно вариантов для ответа? *(Пожалуйста, отметьте крестиком выбранный вариант ответа)*

Нет Да

* Если Вы ответили «Да», то чего именно не хватало? Что еще мы могли бы спросить?

4. Показалось ли Вам, что какие-то вопросы/утверждения были лишними или неподходящими, или же на них было сложно дать ответ? *(Пожалуйста, отметьте крестиком выбранный вариант ответа)*

Нет Да

* Если Вы ответили «Да», то какие вопросы следовало бы удалить из анкеты?

(Пожалуйста, укажите номер утверждения/вопроса)

Поясните, почему этот вопрос/утверждение следовало бы удалить?

6. Что бы Вы хотели добавить или прокомментировать относительно самой анкеты или её заполнения?

Lisa 7. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamiseks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 319/M-18

koosolek: 15.06.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika assistent

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Divi Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik
Jaanika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht
Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Indrek Peedu Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute nooremteadur
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Margit Piirman Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütika õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö jätkamine

Uurimistöö nimetus: Täiskasvanute valu mittefarmakoloogiline käsitus: kirurgia osakonna õdede hoiakud ja praktika.

Vastutav uurija (asutus): Airin Treiman-Kiveste (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Jätkutaotluse kaaskiri
2. Muudatustega uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt
3. Muudatustega korduskutse eesti keeles
4. Muudatustega korduskutse vene keeles

Uurimistöö lõpp: 01.05.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Lisa 8. Töös kasutatavad tabelid

Tabel 3. Valuskaala kasutamine valu hindamiseks osakonnas (n=72)

Valuskaala kasutamine	n	%
Jah – enne sekkumist	69	95,8
Jah – pärast sekkumist	57	79,2
Ei kasuta	1	1,4
Ei oska öelda/pole kokku puutunud	0	0

Tabel 5. Kommentaarid hoiakute kohta

Kommentaarid:		
<i>Mõnda valu saab kindlasti leevendada mittefarmakoloogiliselt, kuid kirurgias on seda tüüpi valud harvemad.</i>		
<i>Ägeda valu korral vähe tõhus. Nõrga ja mööduka valu puhul on abi.</i>		
<i>Eriti oluline, kui valu suureneb teadmatuses, hirmust, vales asendist</i>		
<i>Mõnikord on abi asendivahetusest või hingamisharjutustest (pt rahustamine), Hapniku olemasolu mõnikord leevendab/rahustab.</i>		
<i>Kui valu on võimalik leevendada mittefarmakoloogiliste vahenditega/lahendustega, siis see on patsiendi tervisele/seisundile soodsam ja parem. Vajadusel erinevate valu vähendavate võtete õpetamist, saab patsient neid kodus keskkonnas vajadusel iseseisvalt praktiseerida, ilma, et peaks tekkima vajadus farmakoloogiliste preparaatide järele. Kõik loomulikult sõltub ka patsiendist endast ja millise valuga on tegemist (iseloom, tugevus, kiirus jne). Esmalt siiski proovida mittefarmakoloogilist lahendust, kui see on patsiendi puhul võimalik või siis kombineerida seda farmakoloogiliste preparaatidega.</i>		
<i>Valu on tihti seotud ka inimese psühholoogilise seisundiga.</i>		
<i>Alati tabletina valuvaigisti ei aita, sageli on valu "peas kinni"</i>		
<i>Alati ei pruugi ravimid aidata ja üleannustamise oht.</i>		
<i>Ei pea efektiivseks kirurgias ainult mittefarmakoloogiliste vahendite kasutamist. Enamasti on postoperatiivne valu siiski piisavalt tugev, et patsient vajab valuvaigistit. Parim variant on neid omavahel kombineerida. Näiteks juhul, kui patsient on ärev, hirmul ja/ või pinges ning vajab selgitust, rahustamist, julgustust.</i>		
<i>Nt sünnituse ajal esimesene valitakse mittefarmakoloogilised meetodid sest, et nad soodustavad ka keha lõõgastumist ja soodustab sünnituse progresseerumist. Farmakoloogilised meetodid saavad kahjuks sünnitust pidurdada, mis omakorda põhjustab stimulatsiooni kasutamist.</i>		
<i>lxOleneb olukorrast ja patsiendist</i>		
<i>Ärevus, pinge, vae/mittesobiv asend, mured eraelus (kuidas skodused hakkama saavad jms) - need kõik suurendavad patsiendi valutunnetust ja muudavad haiglas olemise halvemini talutavaks.</i>		
<i>Peaaegu oluliseks, kuna sellega on võimalik veelgi enam patsiendi heaolu parandada/valu leevendada. Võimalusel on hea vältida ravimite kasutamist, eelkõige nt opioidide, mis tekitavad omakorda kõrvaltoimeid.</i>		
<i>Võimalusel pakume patsiendile valu leevendavaid asendeid, kuid enamasti vajavad kõik patsiendid ka farmakoloogilist valuravi</i>		
<i>Ei ole piisavalt informatsiooni, selle pärast ei oska midagi öelda</i>		
<i>Alati ei pea võtma NSAIDe et valust vabaneda. Hea kui inimesed teavad kõiki võimalikke valuleevendusvõtteid.</i>		
<i>Osadele inimestele kroonilise valu tõttu farmakoloogilised valu leevendamine ei anna mingit efekti või rikub terve elu. Selles olukorras lootus, et mittefarmakoloogiline valu leevendamine sobib paremini.</i>		
<i>Ägedate kirurgiliste seisundite ja vahetult postop valu korral eeldan, et sellest siiski abi pole.</i>		
<i>Ägedas kirurgilises situatsioonis tugeva valu korral on patsient sundasendis, mis on tema poolt antud valu korral kõige sobilikum ja valu vähendava iseloomuga.</i>		

Tabel 7. Enne protseduuri patsiendiga arutatavate teemade sagedus (n=72)

Ettevalmistava informatsiooni andmine	Mitte kunagi/ Väga harva n (%)	Mõnikord n (%)	Peaaegu alati/alati n (%)
Millist protseduuri hakatakse tegema	0	0	72 (100,0)
Kus protseduur läbi viiakse	0	6 (8,3)	66 (91,7)
Kes protseduuri läbi viib	2 (2,8)	10 (13,9)	60 (83,3)
Miks protseduur on oluline	2 (2,8)	10 (13,9)	60 (83,3)
Kaua protseduur kestab	6 (8,3)	24 (33,3)	42 (58,3)
Ettevalmistamine protseduuriks	0	1 (1,4)	71 (98,6)
Anesteesia tüüp	19 (26,4)	11 (15,3)	42 (58,3)
Patsiendi asukoht pärast protseduuri	3 (4,2)	10 (13,9)	59 (81,9)
Protseduurijärgne jälgimine palatis	2 (2,8)	7 (9,7)	63 (87,5)
Protseduurijärgsed piirangud	3 (4,2)	4 (5,6)	65 (90,3)
Valuvaigistid pärast protseduuri	4 (5,6)	9 (12,5)	59 (81,9)

Tabel 8. Tähelepanu kõrvalejuhtimise meetodite sagedus (n=69)

Tähelepanu kõrvalejuhtimine	Mittekunagi/Väga harva n (%)	Mõnikord n (%)	Peaaegu alati/alati n (%)
Raamatute/ajakirjade lugemine	22 (31,9)	25 (36,2)	22 (31,9)
Vestlemine igapäevaasjades	5 (7,3)	20 (29,0)	44 (63,8)
Mängude mängimine	47 (68,1)	13 (18,8)	9 (13,0)
Televiisori/videote vaatamine	20 (29,0)	24 (34,8)	25 (36,2)
Muusika kuulamine	14 (20,3)	26 (37,7)	29 (42,0)
Tegelemine käsitöoga (hobiga)	27 (39,1)	22 (31,9)	20 (29,0)
Huumori kasutamine	10 (14,5)	19 (27,5)	40 (58,0)

Tabel 9. Külma- ja soojaaplikatsioonide kasutamiste sagedus

	Peaaegu alati/alati n (%)	Mõnikord n (%)	Mitte kunagi/Väga harva n (%)
Külmaaplikatsioonid			
Külmakott	22	20	11
Jahe söök/jook	7	3	1
Jahe palat	1	1	0
Jahe rätt/lapp	1	1	0
Soojaaplikatsioonid			
Soe söök/jook	1		1
Soe tekk/padi	2	2	2
Soe kott	0	1	2
Kampriõli	0	1	1
Side/mähis		4	1
Vann/dušš	1	0	0

Tabel 10. Mugava keskkonna pakkumise meetodite kasutamise sagedus (n=68)

Mugava keskkonna loomine	Mitte kunagi/Väga harva n (%)	Mõnikord n (%)	Peaaegu alati/alati n (%)
Palatis sobiv temperatuur/õhk	4 (5,9)	16 (23,5)	48 (70,6)
Müra vähendamine	4 (5,9)	25 (36,8)	39 (57,4)
Patsiendi asjade toomine palatisse	18 (26,5)	25 (36,8)	25 (36,8)
Palati interjööri mõjutamine	21 (30,9)	22 (32,4)	25 (36,8)

Tabel 11. MF meetodite kasutamise seos vanuse, hariduse, tööstaaži ja tööstaažiga praeguses osakonnas

MF meetodid	Vanus (p ^{**})	Haridus (p ^{**})	Tööstaaž (p ^{**})	Tööstaaž* (p ^{**})
Kognitiiv-käitumuslikud meetodid				
Ettevalmistava informatsiooni andmine	0,194	1,000	1,000	1,000
Kujutlemine	0,087	0,447	0,010	0,148
Tähelepanu kõrvalejuhtimine	0,277	0,403	0,240	0,727
Lõdvestumine	0,094	0,807	0,497	0,862
Hingamistehnika	0,102	0,789	0,260	0,700
Positiivsuse kujundamine (<i>reinforcement</i>)	0,384	0,425	0,692	0,761
Füüsilised meetodid				
Külmaaplikatsioonid	0,693	0,201	0,913	0,498
Soojaaplikatsioonid	0,361	0,361	1,000	0,978
Massaaž	0,104	0,441	0,022	0,061
Positsioneerimine	0,123	0,925	0,122	0,512
TENS	0,403	0,306	0,306	0,500
Emotsionaalse toe meetodid				
Kohalolek	0,107	0,010	0,315	0,194
Lohutamine/rahustamine	0,099	0,905	0,008	0,224
Puudutamine	0,020	0,036	0,222	0,185
Mugav keskkond	0,582	0,956	0,836	0,374
Patsiendi/lähedase kaasamine				
Patsiendi arvamuse küsimus, mida võiks muuta	0,298	0,230	0,469	0,710
Pereliikmete kaasamine valuga toimetulekuks	0,224	0,058	0,124	0,228

*Tööstaaž praeguses osakonnas

** Fisher'i täpne test

Tabel 13. MF meetodite kasutamise seos hoiakute, takistuste ja MF koolitustundidega

MF meetodid	Hoiakud (p ^{**})	Takistused (p ^{**})	Koolitused (h) (p ^{**})
Kognitiiv-käitumuslikud meetodid			
Ettevalmistava informatsiooni andmine	0,569	0,625	
Kujutlemine	0,007	0,380	0,644
Tähelepanu kõrvalejuhtimine	0,074	0,213	0,006
Lõdvestumine	0,793	0,772	0,816
Hingamistehnika	0,488	0,181	0,451
Positiivsuse kujundamine (<i>reinforcement</i>)	0,118	1,000	1,000
Füüsilised meetodid			
Külmaaplikatsioonid	0,620	0,634	0,057
Soojaaplikatsioonid	0,551	0,015	0,019
Massaaž	0,502	1,000	1,077
Positsioneerimine	0,087	0,339	
TENS	0,208	1,000	1,000
Emotsionaalse toe meetodid			
Kohalolek	0,437	0,907	1,000
Lohutamine/rahustamine	0,551	0,587	0,816
Puudutamine	0,558	0,184	0,062
Mugav keskkond	0,333	0,013	0,816
Patsiendi/lähedase kaasamine			
Patsiendi arvamuse küsimus, mida võiks muuta	0,967	0,953	0,338
Pereliikmete kaasamine valuga toimetulekuks	0,548	0,064	0,270

*Tööstaaž praeguses osakonnas

** Fisher'i täpne test