



PÄIHDEONGELMAISEN POTILAAN KIVUNHOITO

Opas hoitohenkilökunnalle

Paula Mannila

Aino Mattila

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MANNILA, PAULA & MATTILA, AINO:
Päihdeongelmaisen potilaan kivunhoito
Opas hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö 67 sivua, joista liitteitä 26 sivua
Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas hoitohenkilökunnalle päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidosta. Tehtävinä oli kertoa päihteen vaikutuksesta kivun tuntemiseen sekä kipulääkkeen valintaan, antaa välineitä kivun arvioimiseen ja päihdeongelmaisen potilaan tunnistamiseen. Tehtävät valikoituivat kyselyn perusteella, jossa selvitettiin hoitohenkilökunnan tiedontarvetta aiheesta. Menetelmänä tähän työhön oli tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi opas yhteistyössä erään Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon sisätautiosaston kanssa. Opas sisältää tietoa päihdeongelmaisen potilaan tunnistamisesta, kivunhoidosta sekä kivun arvioinnista. Lisäksi oppaassa kerrotaan, mitä erityispiirteitä voi olla alkoholi-ongelmaisen potilaan lääkkeellisessä kivunhoidossa, oppaassa on myös tieto alkoholin aiheuttamista muutoksista elimistössä. Oppaassa on pyritty selventämään teorian tietoa erilaisilla kuvioilla ja taulukoilla. Opas tehtiin sähköiseen muotoon, jotta sen käyttäminen on mahdollisimman vaivatonta ja jotta sitä voi tarvittaessa helposti päivittää.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa hoitohenkilökuntaa päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa. Työn hyöty tuli ilmi työn edetessä, sillä ilmeni että aiheeseen liittyviä kotimaisia tutkimuksia on tehty vähän, siten työn tarpeellisuus on korostunut. Jatkossa voitaisiin selvittää, onko tästä työstä syntyneitä opasta käytetty hoitotyössä ja opasta voitaisiin kehittää tarvittavaan suuntaan.

ABSTRACT

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

MANNILA, PAULA & MATTILA, AINO:
Pain Management in Substance Abusing Patient
A Guidebook for Nursing Staff

Bachelor's thesis pages 67, appendices 26 pages
October 2013

The objective for this study was to provide a nursing staff with a guidebook on pain management in patients with substance abuse. The study explains how long-term substance abuse affects the efficiency of pain management. Substance abuser has been defined to mean alcohol abuser. To define the contents of guidebook we made a short survey for the nursing staff about what kind of troubles they have had with substance abusers and what kind of information they need on the subject.

The guidebook contains information on measuring pain, for example whether there are some differences in pain management among moderate consumers and substance abusers. There is also information about recognition of an alcohol abuser. The guidebook is in electronic form, nursing staff can print it out if they want to or they can read it on screen. The objective of this thesis was to increase the nursing staff's knowledge about the pain management for substance abusers. A suggestion for the future study could be for someone to examine whether this guidebook has helpful for the nursing staff in pain management of substance abusers.

Key words: pain management, substance abuse, alcohol, pain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	8
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	9
4	PÄIHTEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJÄ	10
4.1	Ongelmakäytön asteet.....	10
4.1.1	Riskikäyttö	10
4.1.2	Haitallinen alkoholin käyttö.....	11
4.1.3	Riippuvuus	11
4.2	Tunnistaminen	12
4.2.1	Tulotilanne	13
4.2.2	Laboratorioarvot.....	13
4.2.3	Testit.....	15
5	KIVUNHOITO.....	17
5.1	Kivuntuntemus.....	17
5.1.1	Akuutti kipu	18
5.1.2	Krooninen kipu	18
5.2	Kivun arviointi.....	19
5.2.1	Alkoholin vaikutus kipuun.....	21
5.2.2	Lääkkeen valinta	22
6	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	27
6.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	27
6.1.1	Opinnäytetyön toteuttaminen	27
6.1.2	Sisällönanalyysi	28
6.1.3	Tuotoksen ulkoasu	29
6.1.4	Tuotoksen sisältö.....	29
6.2	Kysely	30
6.2.1	Osastolla olevat päihdepotilaat	30
6.2.2	Ongelmat päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa	31
6.2.3	Tuotoksen muoto.....	31
7	POHDINTA.....	32
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	32
7.2	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	33
7.3	Pohdinta.....	34
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	42

Liite 1. Tutkimustaulukko	42
Liite 2. Alcohol use disorder identification test: AUDIT-testi.....	46
Liite 3. Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire: SADD-kysely	49
Liite 4. Kyselylomake hoitohenkilökunnalle	52
Liite 5. Vastaukset kysymykseen 2.	54
Liite 6. Vastaukset kysymykseen 3.	56
Liite 7. Opas henkilökunnalle.....	57

1 JOHDANTO

Tilastollisesti alkoholi on Suomessa eniten käytetty päihde, ja sen käytöstä aiheutuu yhä enemmän kustannuksia terveydenhuollossa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 16—18; Telakivi, Rapeli, Kaarne & Hillbom 2010, 2510). Alkoholin käyttö lisää väkivallan ja tapaturmien määrää, myös alkoholin aiheuttamat myrkytykset ovat yleistyneet. Somaattiset sairaudet ovat lisääntyneet alkoholin käytön myötä, tämän johdosta vuodeosastoilla hoidossa olevien alkoholiongelmaisten määrä on kasvanut. Vuonna 2000 kirjattiin 11 949 sairaalajaksoa, joissa alkoholismi oli osa diagnoosia. Myös suomalaisten kuolinsyissä alkoholi on nykyisin yhä suuremmassa roolissa, alkoholikuolemien osuus on noin 6% kaikista kuolemista. (Lönnqvist, 2005; Salaspuro 2009, 897.)

Suomalaisista noin miljoona henkilöä kokee päivittäin kipua. Kivusta ja sen hoidosta aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Kroonisen kivun selvittäminen voi olla hankalaa ja potilas voi joutua kulkemaan monissa tutkimuksissa kivun selvittämiseksi. (Huttunen 2003.) Apteekista on saatavilla lukuisia reseptivapaita kipulääkkeitä, jotka eivät ole täysin vaarattomia. Reseptivapaat kipulääkkeet voivat aiheuttaa käyttäjälle ongelmia esimerkiksi ruoansulatuselimistössä, sydämessä, munuaisissa ja maksassa. Alkoholiongelmaisen potilaan kivunhoidossa haasteellista on potilaan muu terveydentila ja käytössä oleva lääkitys yhdistettynä päihdetaustaan. (Dart ym. 2010, 479.) Kivunhoidossa yleisesti käytettyjä kipulääkeryhmiä ovat tulehduskipulääkkeet, vahvat kipulääkkeet eli opioidit, masennuslääkkeet sekä epilepsialääkkeet. Lisäksi paljon käytetään parasetamolia, joka ei varsinaisesti kuulu mihinkään edellä mainittuun lääkeryhmään. (Paakkari 2013.) Käytettävissä olevan lähdemateriaalin perusteella olemme jättäneet epilepsialääkkeet käsittelemättä. Masennuslääkkeistä on rajattu käyttöön trisykliset masennuslääkkeet.

Hakalan (2004) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että hoitajat kokevat kivunhoidossa vaikeaksi muun muassa kivun arvioinnin, potilaalle sopivan kipulääkkeen löytämisen sekä riittämättömät lääkemääräykset. Vastuu kivunhoidosta jakaantuu hoitajalle ja lääkärille. (Hakala 2004, 23—26.) Hoitajan onkin tärkeää tietää riittävästi potilaan taustoista sekä potilaan kiputilanteesta. Hoitajan ja lääkärin välisen kommunikaation

myötä voidaan saada potilaalle riittävät lääkemääräykset hyvää kivunhoitoa varten. Hoitaja voi toimiessaan potilaan kanssa olla ensimmäinen henkilö, joka havaitsee potilaalla olevan päihdeongelman. Ongelma voi tulla ilmi keskusteluissa potilaan kanssa tai esimerkiksi potilaan käytöstä tarkkailtaessa.

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin omasta kiinnostuksestamme. Käytännön harjoitteluissa olemme havainneet hoitohenkilökunnan vaikeudet päihdeongelmaisten potilaiden kivunhoidossa. Työn tarkoituksena on tehdä opas hoitohenkilökunnalle päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta. Opas antaa hoitohenkilökunnalle tietoa päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidon erityispiirteistä. Opas tehdään eräälle Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle. Menetelmänä opinnäytetyössä on tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tuotosta varten tehdään henkilökunnalle lyhyt kysely, joka rajaa oppaan sisältöä. Päihdeongelmainen potilas rajataan tarkoittamaan alkoholiongelmaista potilasta ja kivunhoidolla tarkoitetaan lääkkeellistä kivunhoitoa. Opinnäytetyö sisältää raportin sekä tuotoksen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta hoitohenkilökunnalle.

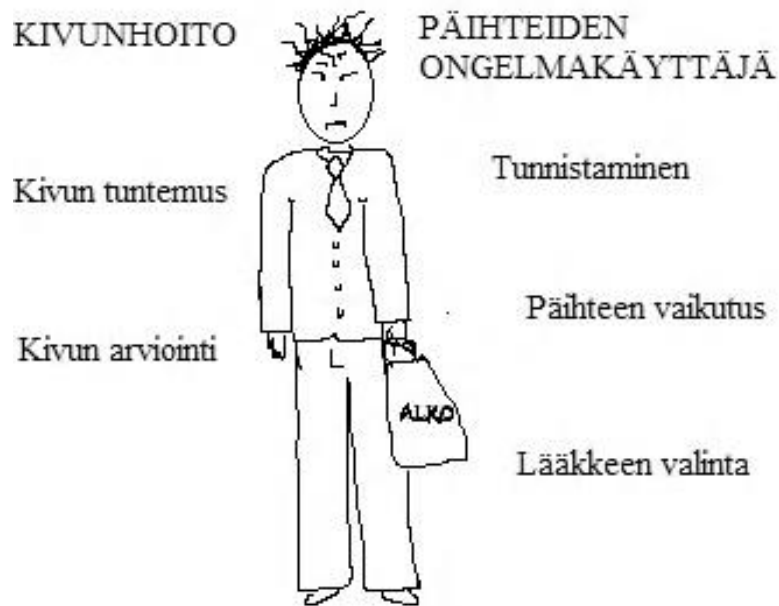
Tehtävät:

1. Millaiselle tiedolle osaston hoitohenkilökunnalla on tarve päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta?
2. Kuinka päihteen käyttö vaikuttaa kivun tuntemukseen ja kipulääkkeen valintaan?
3. Miten kipua arvioidaan?
4. Kuinka tunnistaa päihdeongelmainen potilas?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan valmiutta hoitaa päihdeongelmaisen potilaan kipua.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana on päihdeongelmaisen potilaan kivunhoito. Lähtökohdassa on kaksi pääkäsitettä: kivunhoito ja päihteiden ongelmakäyttäjä. Näitä käsitteitä on tarkennettu ja kohdennettu käsitteillä: kivun tuntemus, kivun arviointi, tunnistaminen, päihteen vaikutus sekä lääkkeen valinta (kuvio 1). On tärkeää tunnistaa päihdeongelmainen potilas, jotta hänen kipujaan voidaan hoitaa asiaan kuuluvalla tavalla. Päihteen käyttö vaikuttaa sekä kivun tuntemukseen että lääkkeen valintaan. Kivun arvioinnissa voi olla päihteiden ongelmakäyttäjän kohdalla eroavaisuuksia verrattuna raittiiseen potilaaseen.



KUVIO 1. Teoreettinen lähtökohta

4 PÄIHTEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJÄ







4.1 Ongelmakäytön asteet

Raittiutta tai alkoholin kohtuullista käyttöä voidaan sanoa terveelliseksi elämäntavaksi, sillä kohtuullisella alle kahden annoksen päiväkulutuksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia etenkin sepelvaltimotautiin sekä ihmisen rasva-aineenvaihduntaan. Alkoholin haitalliset vaikutukset alkavat näkyä päivittäisen kulutuksen lisääntyessä yli 2-3 annokseen. (Aro 2013.) Ongelmakäyttö voidaan jaotella esimerkiksi riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön sekä riippuvuuteen.

4.1.1 Riskikäyttö

Alkoholin riskikäytölle on voitu asettaa rajat (taulukko 1), joiden avulla voidaan arvioida alkoholin käytönastetta (Aalto 2010, 8). Raja määritellään alkoholiannoksina. Yksi annos tarkoittaa mittaa, joka sisältää noin 12g alkoholia eli esimerkiksi 33cl keskialutta, 12cl mietoa viiniä tai 4cl väkevää alkoholijuomaa. (Poikolainen 2009.) Riskikäytössä on kyse riskirajat ylittävästä juomisesta. Riskikäyttäjällä ei ole vielä merkittäviä alkoholin aiheuttamia sairauksia, sosiaalisia haittoja tai riippuvuutta, mutta riskikäyttö kuitenkin altistaa näille. (Aalto 2010, 8.) 30-64 vuotiaista naisista 3,1% täyttää alkoholin riskikäytönrajan, miesten osalta kyseinen luku on 8,5% (Terveys 2000 –tutkimus 2002, Aallon & Sepän mukaan 2009, 13).

TAULUKKO 1. Alkoholin käytön riskirajat (Muokattu: Aalto 2010, 10).

MIEHET		NAISET	
Annosta kerralla		Annosta kerralla	
Annosta säännöllisesti päivittäin		Annosta säännöllisesti päivittäin	
Annosta viikossa		Annosta viikossa	

4.1.2 Haitallinen alkoholin käyttö

Alkoholin riskikäytön jatkuessa voi alkoholin käyttö muuttua haitalliseksi. Haitallisesta käytöstä seuraa selvästi tunnistettavia ja määriteltäviä psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Haitallisessa käytössä alkoholia on usein käytetty pitkään, mutta se ei ole vielä aiheuttanut riippuvuutta. Kuitenkin alkoholin käyttö jatkuu edelleen, vaikka sen aiheuttamat haitat olisivat tiedossa. (Aalto 2010, 8—9.) Mitä enemmän alkoholia käytetään, sitä enemmän esiintyy siitä koituvia haittoja. Alkoholin aiheuttamia haittoja voi ilmetä, vaikka potilaan käyttömäärät eivät ylittäisi riskirajoja. (Aalto & Seppä 2009, 13.)

Suomessa alkoholin haitallista käyttöä ilmenee enemmän miehillä kuin naisilla. Haitallisen alkoholin käytön esiintyvyys 30–64-vuotiailla miehillä on noin 0,9% ja naisilla 0,1%. Verrattuna riskikäyttöön tai alkoholiriippuvuuteen, haitallinen käyttö on tulosten mukaan huomattavasti harvinaisempaa. (Terveys 2000 – tutkimus 2002, Aallon & Sepän mukaan 2009, 14.)

4.1.3 Riippuvuus

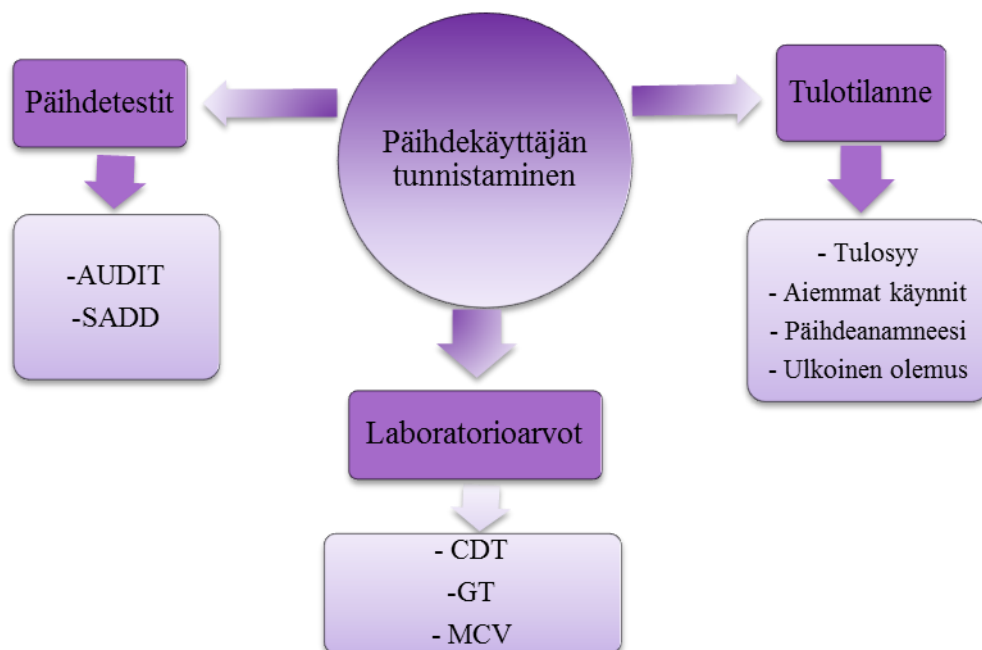
Alkoholiriippuvuus eli alkoholismi on sairaus, jossa riippuvuus on sekä fyysistä että psyykkistä. Suomessa 8 % miehistä ja 2 % naisista on todetusti alkoholiriippuvaisia. (Aalto 2010, 8—9.) Psyykkisessä riippuvuudessa henkilöllä on tarve saada alkoholia huolimatta sen aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Psyykinen riippuvuus johtaa toleranssin ja fyysisen riippuvuuden kehittymiseen. (Kiianmaa 2010, 23—25; Hamunen & Konttinen 2009, 423—424; Hirschovits 2008, 32.) Fyysinen riippuvuus ilmenee usein vasta, kun juominen katkeaa ja vieroitusoireet ilmaantuvat (Hamunen & Konttinen 2009, 423—424).

Juoppohulluus eli delirium tremens on alkoholivieroitusoireyhtymän muoto, joka on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Se syntyy pitkäaikaisen ja runsaan alkoholinkäytön äkillisestä lopettamisesta tai vähentämisestä. Alkoholi deliriumin taustalla on pitkään jatkunut alkoholiriippuvuus. Deliriumin tyypillisiä oireita ovat sekavuus, des-orientoituminen, harhat, kuumeilu ja sydämen tykytys. Delirium

aiheuttaa Suomessa vuosittain noin 1500-2000 sairaanhoitajaksoa. (Jokelainen & Aalto 2010, 141—142; Leppävuori & Alho 2007, 169—175.)

4.2 Tunnistaminen

Kroonisella alkoholin käyttäjällä voi olla toleranssia alkoholia kohtaan. Tällaisen potilaan tunnistaminen alkoholin ongelmakäyttäjäksi voi olla vaikeaa käytön akuuttivaiheessakin. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 95.) Alkoholitoleranssi voidaan jakaa kahteen osaan, toiminnalliseen ja aineenvaihdunnalliseen. Toiminnallisessa toleranssissa hermosto on tottunut alkoholiin, jolloin hermosolut eivät reagoi alkoholiin niin voimakkaasti. Lisäksi elimistön sopeutuessa alkoholiin humalan tunne on vähäisempi. Aineenvaihdunnallisella toleranssilla tarkoitetaan tilaa, jossa syntyneen toleranssin myötä alkoholi poistuu elimistöstä nopeammin. (Sillanauke, Eriksson, Seppä & Kiianmaa 1996.) Alkoholiongelman tunnistamisen apuna voidaan käyttää tulotilanteen alkutietoja potilaasta, laboratoriokokeita sekä alkoholinkäytöstä kertovia testejä (kuvio 2).



KUVIO 2. Päihteiden ongelmakäyttäjän tunnistaminen

4.2.1 Tulotilanne

Potilaan tullessa osastolle tai ensiapuun tulisi ottaa verikoe (S-Alkot) veren alkoholipitoisuuden selvittämiseksi tai tehdä puhalluskoe, jos on syytä epäillä potilaan päihtymystilaa. Tietoisuus potilaan päihtymystilasta auttaa turvallisen ja riittävän kivunhoidon toteuttamisessa. (Askay, Bombardier & Petterson 2009, 271—277.) Jos potilaan veren alkoholipitoisuus on yli 1 promillea, mutta potilaassa ei näy päihtymyksen merkkejä, voidaan olettaa potilaalle kehittyneen alkoholitoleranssi (Telakivi ym. 2010, 2512; Salaspuro 2009, 898). Käypä hoito –suosituksen (2011) mukaan promille luku on 1,5 promillea. Potilaan puhalluttaminen päivystyksessä on perusteltua. Mahdollinen positiivinen tulos vaikuttaa potilaan akuutin hoidon jatkohoitosuunnitelmaan. Tapaturman vuoksi päivystykseen hakeutuvista suurin osa on alkoholin vaikutuksen alaisina. (Karjalainen, LÜThje, Karjalainen, LÜThje 2013, 731—736.)

Alkoholin ongelmakäyttäjän ulkonäössä voi olla piirteitä, jotka viittaavat alkoholin käyttöön. Tällaisia piirteitä ovat esimerkiksi äkillinen ihon punoitus (flush), vetistävä ihottuma, ihon verisuonten laajentumat ja levottomuus. Tulee huomioida myös potilaalle mahdollisesti päihtyneenä sattuneiden onnettomuuksien aiheuttamat vauriot, kuten naarmut ihossa, palovammat ja rikkinäiset hampaat. Myös huonosti hoidettu hygienia voi viitata alkoholin ongelmakäyttöön, esimerkiksi huono suuhygienia. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2011.)

4.2.2 Laboratorioarvot

Laboratoriokokeita ei voida pitää yksiselitteisinä kertomaan alkoholin käytöstä. Laboratoriokokeita, joihin alkoholin käyttö voi tehdä muutoksia, ovat muun muassa plasman glutamyyli transferaasi (P-GT), punasolujen keskitilavuus (E-MCV) ja vähähiilihydraattinen transferriini (S-CDT) (taulukko 2). (Poikolainen 2009.) Laboratoriokokeilla voidaan saada tukea haastatteleamalla saatuun tietoon. Kokeita voidaan hyödyntää alkoholiongelman hoitoon. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2011.)

Punasolujen keskitilavuusarvo (MCV) on suurentunut 48-90% alkoholiongelmaisista, naisten kohdalla MCV viittaa miehiä harvemmin alkoholin ongelmakäyttöön. Ongelmakäyttöä arvioitaessa glutamyyli transferaasi (GT) ei ole tarkka tutkimus, mutta arvoa seuraamalla voidaan saada viitteitä alkoholin käytöstä. 70 % todetuista suurentuneista glutamyyli transferaasiarvoista viittaa alkoholin ongelmakulutukseen. Vähähiilihydraattinen transferriini (CDT) nousee alkoholin ongelmakäytön seurauksena. Arvon avulla voidaan seurata juomatottumuksen muutosta parin viikon aikana, sillä arvo puoliintuu 15 vuorokauden kuluessa. Arvolla saadaan herkästi tietoa alkoholiriippuvuudesta. Koe ei kuitenkaan ole täysin pätevä esimerkiksi nuorilla tai ylipainoisilla naisilla eikä toimi myöskään riskikulutuksen arvioinnissa. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011.) Taulukossa 2 on esitetty laboratoriokokeiden viitearvot, niiden muutoksiin vaikuttavat tekijät sekä missä tilanteissa arvon muutos todennäköisesti viittaa alkoholin ongelmakäyttöön.

TAULUKKO 2. Alkoholiongelmaisen tunnistamisen laboratoriotutkimukset. (Koottu: Desialotransferriini Fimlab Oy 2013, Alkoholit; Glutamyyliitransferriini, B-PVK ja trombosyytit: Fimlab Oy 2012, Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011).

Laboratoriotutkimus	Raja-arvot	Syitä arvon muutokseen	Todennäköinen alkoholismi
Punasolujen keskitilavuus (E-MCV)	82–98 femtolitra (fl)	-alkoholin ongelmakäyttö - anemia -B12-vitamiinin puute -kilpirauhasen vajaatoiminta	Syytä epäillä jos arvo nousee 90fl:sta 100 fl:n Jos Hb työkäisellä normaali mutta MCV koholla, kysymys usein alkoholismista
Vähähiilihydraattinen transferriini (S-CDT)	alle 2.5 %	- herkkä alkoholiriippuvuuden toteamiseen	Arvon kohoaminen
Glutamyyliitransferaasi (P-GT)	Naiset 18 - 39 v 10 - 45 U/l ≥ 40 v 10 - 75 U/l Miehet 18 - 39 v 10 - 80 U/l ≥ 40 v 15 - 115 U/l	-Alkoholismi -Lääkeaineet: fenytoiini, barbituraatit ja dekstropropoksifeeni - akuutti pankreatiitti -keuhkoinfarkti - pneumonia -diabetes -colitis ulcerosa -bronkuskarsinooma	Alkoholisteilla tavataan korkeita GT-arvoja, jotka normalisoituvat parissa viikossa alkoholin käytön lopettamisen jälkeen.
Veren alkoholipitoisuus (S -Alkot)	veressä ei normaalitilanteessa ole alkoholia		- veren alkoholipitoisuus on yli 1,5 promillea, mutta potilaassa ei näy päihtymyksen merkkejä

4.2.3 Testit

Alcohol use disorder identification test eli AUDIT-testiä voidaan käyttää seulontamenetelmänä, kun halutaan tietää alkoholin käytönaste. Kyselyssä on kysymyksiä liittyen alkoholin käytön toistuvuuteen, käyttökertojen käyttömääriin, käyttötilanteisiin, sekä alkoholin käytöstä aiheutuneisiin seurauksiin (liite 2). (Päihdelinkki n.d.) AUDIT-testin tuloksissa riskikäytön ja tarkemman tarkastelun

rajaksi on miehillä asetettu 8 pistettä ja naisilla 6 pistettä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011). World health organization (WHO) (n.d., 21—22) määrittelee AUDIT-testistä saadut pisteet seuraavasti: 0-7 vähäiset riskit, 8-15 riski kasvanut, 16-19 riskit suuret, 20-40 alkoholin käytön riskit erittäin suuret. Pisteitä tarkasteltaessa tulee huomioida kansalliset eroavaisuudet juomistottumuksista. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro n.d., 21—22.)

Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire eli SADD-kyselyn (liite 3) tarkoituksena on selvittää alkoholiriippuvuuden eri asteita ja riippuvuuden tämänhetkistä tilaa. SADD-kyselyssä kysymykset liittyvät juomatottumuksiin sekä alkoholin käytöstä aiheutuneisiin seurauksiin. Jos SADD-kyselyn tuloksena on 0 pistettä, ei potilaalla ole riippuvuutta. 1-9 pistettä viittaa lievään riippuvuuteen, 10-19 kohtalaiseen riippuvuuteen ja yli 20 pistettä vahvaan riippuvuuteen. (Päihdelinkki n.d.)

Kyselyiden ongelmana voidaan pitää sitä, kertooko potilas rehellisesti omasta alkoholin käytöstään. Oikeanlaisella haastattelutyylillä voidaan saada potilas motivoitua hoidon vastaanottamiseen ja näin hän myös vastaa kysymyksiin rehellisemmin. (Aalto 2010, 33; Poikolainen 2009.) Kun kyselyn tai testin täyttää hoitaja potilasta haastatteleamalla, voi hän tarkentaa epäselviä kysymyksiä haastattelun yhteydessä. Haastattelulla hoitaja auttaa potilaita, joiden oma lukutaito ei riitä lomakkeen täyttöön. Kun hoitaja täyttää kyselyä potilasta haastatteleamalla, voi hän antaa potilaalle siitä välitöntä palautetta. Kun potilas täyttää lomakkeen itse, on se nopeampaa, hän voi itse hallita helpommin vastauksiaan. Potilas voi täyttää lomakkeen tietokoneella. Potilas voi myös itse täyttäessään tuottaa tarkempia vastauksia. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro n.d., 16.)

5 KIVUNHOITO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan oikeudeksi saada selkeää ja ymmärrettävää tietoa saamastaan hoidosta. Tämä sisältää tiedon kivusta, sen hoidosta ja siihen käytettävistä eri menetelmistä. Kivunhoidossa hoitajalla on keskeinen rooli potilaan tiedottamisessa. Kivunhoito tulee kirjata selvästi: kivunhoidon päätökset, perustelut päätöksille, hoidon vaikutukset. (785/1992.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (28.6.1994/559§15) määrittää ammattihenkilön eettiseksi velvollisuudeksi kärsimyksen lievittämisen. Ammatillisessa toiminnassa tulee käyttää keinoja, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä ja hyväksi todettuja. Toiminnassaan ammattihenkilön tulee punnita potilaalle koituvat hyödyt tai siitä koituvat haitat. (28.6.1994/59§15.) Lääkehoidon rinnalla kivunhoitoon kuuluvat kivun psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Hoidossa voidaan käyttää asentohoitoa, rentoutumista, hierontaa, kylmä- ja lämpöhoitoa. (Blomqvist 2000, 132—139.) Potilaan säännöllinen kivunhoito esimerkiksi leikkausten jälkeen on suositeltavaa, tällöin vältetään yllättäviltä ja kovilta kiputiloilta, joiden hallintaan saaminen voi olla todella haastavaa. (Askay ym. 2009, 271—277.)

5.1 Kivuntuntemus

Kipu on epämiellyttävä tunne, johon liittyy yleensä joko nähtävä tai sisäinen kudosaivurio. Kipu alkaa kudokseen kohdistuneesta ärsykkeestä esimerkiksi iskusta tai lämmöstä. Kudoksen ärsyke aktivoi kipuviestin aloittavan hermon. Kivun voimakkuus riippuu hermoon tulevien impulssien taajuudesta. Syntynyt kipuviesti välittyy hermosoluja pitkin keskushermostoon, mikä johtaa varsinaiseen kivun aistimiseen. (Kalso & Konttinen 2009 76—77; Indo 2012, 342; International association for the study of pain 2011, 3.)

Potilaalla voi olla alkoholin käytön seurauksena kroonista tai akuuttia kipua. Alkoholiingelmainen potilas jää herkästi vaille riittävää kivunhoitoa. Tämän vuoksi hoitajan tulee olla tarkka arvioidessaan kipua. (Vorma 2010, 201.) Akuutissa tilanteessa

pyritään ensin rauhoittamaan kiputilanne, ja vasta jatkohoidossa huomioidaan potilaan päihdetausta (Hamunen & Konttinen 2009, 422—423).

5.1.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu on elimistöä suojaava mekanismi. Kipu varoittaa elimistöä mahdollisesta vauriosta ja aiheuttaa toiminnan, jolla voidaan estää lisävauriot. Akuutin kivun voimakkuutta määrittää kipuärsyksen voimakkuus ja sitä eteenpäin vievien hermosäikeiden aktivoituminen. (Askay ym. 2009, 271—277; Kalso 2009.)

Akuutti kipu on yleensä hoidettavissa ja kivun syyn selvittäminen on melko mutkatonta. Kun mahdolliset kudosaauriot saadaan hoitoon ja kivun hoito aloitetaan tehokkaasti, voidaan akuutista kivusta päästä eroon päivien kuluessa. (Askay ym. 2009, 271—277; Kalso 2009, 105—106.)

Potilaalla voi olla vaikeuksia selviytyä kokemastaan akuutista kivusta. Nämä vaikeudet voivat pitkittää potilaan toipumista, niistä voi koitua potilaalle entisestään lisääntyvää fyysistä ja psyykkistä kuormaa. Vaikeudet altistavat myös akuutin kivun kroonistumiselle. Akuutti kipu voi aktivoida potilaassa ahdistuneisuuden tunteita, tämä kasvattaa potilaan tunnetta uhkaavasta tilanteesta ja ohjaa häntä suojautumaan vaaralta. lisäksi akuutin kivun poistamiseksi voidaan joutua tekemään erilaisia hoitotoimenpiteitä, jotka voivat entisestään lisätä potilaan pelkoa. Voimakas ahdistuneisuus voi osaltaan lisätä kivun tuntemusta. Ahdistuneena ihmisen elimistö kiihtyy ja lihasjänteys kasvaa, tällöin elimistön kipusignaalit ovat aktiivisempia. (Salo 2011, 41—44.)

5.1.2 Krooninen kipu

Kipu on kroonista, jos se kestää yli kolme kuukautta. Jos kipu on aiheutunut kudosaauriosta ja tämän myötä pitkittynyt, voi taustalla olla jokin ihmisen perussairaus. Tyypillisiä kroonista kipua aiheuttavia perussairauksia ovat muun muassa diabetes ja nivelreuma. (Kalso 2009, 106.) Alkoholiongelmaisilla on usein kroonisia kiputiloja

(Kalso n.d., 3). Krooninen kipu jaetaan nosiseptiseen, neuropaattiseen sekä idiopaattiseen kipuun (Bachmann & Haanpää 2008, 142—143).

Nosiseptiivinen kipu on kudonsvauriosta johtuvaa kipua. Nosiseptiiviseen kipuun kuuluvat esimerkiksi luusto- ja lihaskivut, syöpäkivut, tulehduskivut, iskeeminen kipu ja migreeni. (Bachmann & Haanpää 2008, 142; Tigerstedt 1998.) Myös sisäelin eli viskeraalinen kipu kuuluu nosiseptiseen kipuun (Vainio 2009a, 156).

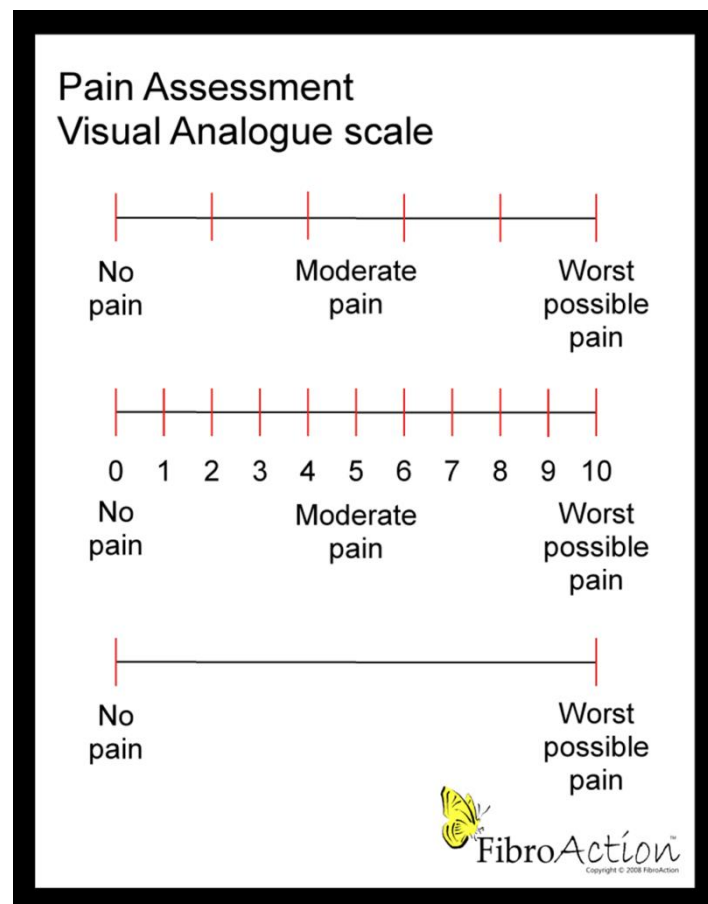
Neuropaattinen eli hermovauriokipu aiheutuu vauriosta tai sairaudesta raajojen asennoista ja liikkeistä huolehtivassa järjestelmässä. Neuropaattinen kipu voi olla ääreishermosto- tai keskushermostoperäistä, mikä voi aiheuttaa poikkeavuuksia tuntoaistin toiminnassa. Muutokset saattavat aiheuttaa heikentyntä tuntoa eri ärsykkeille tai ärsykkeiden liiallista tuntemista. Neuropaattisia kiputiloja ovat muun muassa aavesärky, ääreishermoston toimintahäiriöt, ja hermopinteet. (Bachmann & Haanpää 2008, 143; Haanpää 2007.)

Idiopaattinen kipu tarkoittaa kipua, jota ei voida selittää kudons- tai hermovaurioilla. Potilaalla ei ole havaittavissa somaattista vauriota tai sairautta, kipu on kuitenkin potilaan todellinen tuntemus. Idiopaattisen kivun mekanismit ovat vielä tuntemattomat. Esimerkiksi fibromyalgia luokitellaan idiopaattiseksi kivuksi. (Bachmann & Haanpää 2008; Vainio 2009a, 157.)

5.2 Kivun arviointi

Kivun yksilöllinen kokeminen tulisi huomioida kivunhoidossa. Jotta kivunhoito voi olla yksilöllistä, tulee jokaiselta potilaalta selvittää hoidon tavoitteet ja mahdolliset esteet hoidon toteuttamiselle. Esteenä hoidon toteuttamiselle voi olla esimerkiksi potilaan päihdetausta. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009, 173—175.) Hoitaja on ympäri vuorokauden potilaan tavoitettavissa. Hoitaja näkee potilaan tilan ja sen muutokset eri tilanteissa, potilaan liikkeessa ja potilaan nukkuessa. Potilas on itse oman kipunsa asiantuntija. Kivunhoito voidaan ajatella prosessimallisesti: tarpeen määrittely, tarpeeseen vastaaminen, vaikutuksen arviointi. (Salanterä ym. 2013, 5—6.)

Potilaalle tulee selvittää erikseen mitä kivulla tarkoitetaan: lepokipua, liikekipua, kipua keskimäärin vai kipua voimakkaimmillaan vuorokauden aikana (Kalso, Vainio & Haanpää 2009, 175—176). Kipua ja sen voimakkuutta voidaan arvioida esimerkiksi Visual analogue scalen eli VAS-asteikon avulla, jossa potilas arvioi kipuaan numeraalisesti 0-10 (kuva 1) tai osoittamalla kipua kuvaavaa kohtaa kipujanalla. Jotta potilaan kiputilasta saadaan mahdollisimman luotettava kuva, olisi asteikon rinnalla hyvä tarkastella potilaan fysiologisia muutoksia. (Blomqvist 2000, 130—131.)



KUVA 1. VAS-asteikko (Fibro Action n.d.)

Kasvojen ilmeet ja fysiologiset muutokset voivat kertoa henkilökunnalle paljon potilaan kivusta. Fysiologisina muutoksina esimerkiksi hikoilu, kalpeus, nopea pulssi ja korkea verenpaine kertovat kivusta. Näiden muutosten lisäksi tulisi kiinnittää huomiota potilaan ulkoiseen olemukseen; ilme kasvoilla, lihasjänteys, liikehdintä tai liikkumattomuus vuoteessa voivat viestittää kivusta. (Jeitziner ym. 2012, 645—648.)

5.2.1 Alkoholin vaikutus kipuun

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ehkäisevän päihdetyön periaatteiden (2011) mukaan kaikille päihteiden haitoista kärsiville kuuluu yhdenmukainen kohtelu, ongelman tausta tai sen paremmin käytetty päihde eivät saa vaikuttaa kohteluun. Päihdehaitoista kärsivän ihmisarvoa ei saa loukata, eikä puheessa saa käyttää syrjiviä ilmaisuja (Ehkäisevän päihdetyön eettiset periaatteet 2011). Kaikilla potilailla, myös päihdeongelmista kärsivillä, tulee olla oikeus asiantuntevaan ja riittävään kivunhoitoon. Hoidossa tulee olla mukana asiantuntijoita myös päihdeongelmaisen potilaan hoidosta. (Holopainen 2008, 17.)

Alkoholiriippuvuuden kehittyminen muuttaa kivun kokemista elimistössä, se voi heikentää kivunsäätelymekanismin toimintaa (Hamunen & Konttinen 2009). Pitkäaikainen alkoholin käyttö vaurioittaa ääreishermostoa, joka voidaan todeta vähitellen ilmenevänä tuntohäiriönä ja kipuherkkyytenä. Pitkälle edetessään ääreishermovaurio voi aiheuttaa vartalon tunnottomuutta sekä vaikeuksia liikuntakyvyssä. (Atula 2012; Holopainen 2008, 17; Havio ym. 1994, 89—91.)

Krooninen alkoholin käyttö voi madaltaa kipukynnystä. Kun alkoholiongelmainen potilas on raitis, on hänen kipuherkkyytensä suurentunut, verrattuna muutoinkin raittisiin henkilöihin. Ongelmakäyttäjällä alkoholi voi toimia tehokkaana kivun lievittäjänä. (Askay ym. 2009, 271—277.) Jos potilaalle on tapahtunut päihtymyksen alaisena vammoja aiheuttava tapaturma, saattavat nämä vammat jäädä potilaalta huomaamatta alkoholin aiheuttaman kivuttomuuden vuoksi. Päihtymystilan hälventyessä saattaa kipu ilmetä yllättävänä ja kovana. (Holopainen 2008, 17.)

Alkoholin aiheuttamat elinvauriot voivat aiheuttaa potilaalle kipua sekä vaikuttaa potilaalle valittavaan kipulääkitykseen (Holopainen 2008, 17; Havio ym. 1994, 89—91). Runsaalla alkoholin käytöllä on vaikutusta esimerkiksi maksavaurion syntymiseen sekä aivoverenkiertohäiriöihin (Aro 2013). Alkoholin käyttö lisää tapaturmia, onnettomuuksia sekä väkivallan riskiä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011).

5.2.2 Lääkkeen valinta

Kivun hoitoon tarkoitettut käsikauppalääkkeet tuovat haastetta alkoholiongelmaisen potilaan kivunhoitoon. Tulotilanteessa on tärkeää selvittää käyttääkö potilas käsikauppalääkkeitä, mitä hän käyttää ja kuinka paljon. Verrattuna raittiiseen tai alkoholin kohtuukäyttäjään, on alkoholin ongelmakäyttäjän tärkeämpää pysyä lääkkeen suositellussa annostuksessa. (Dart 2001, 599—601.)

Kivun voimakkuus ja potilaan päihdetausta vaikuttavat lääkkeen valintaan sekä lääkeannoksen määrään. Alkoholiongelmaisen potilaan optimaalinen kivunhoito on haastavaa, sillä alkoholi vaikuttaa kivun aistimiseen. Usein hoitajat antavat potilaalle alkuun pieniä annoksia lääkärin määräämiä tarvittavia kipulääkkeitä, ja muokkaavat annosta vasteen mukaisesti. (Askay ym. 2009, 271—277.)

Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset

Alkoholi vaikuttaa lääkkeiden kanssa kahden tyyppisissä tilanteissa. On tilanteita, joissa lääkettä ja alkoholia on nautittu samaan aikaan, ja tästä on syntynyt antabusreaktio. Lääke ja alkoholi yhdessä voivat aiheuttaa myös keskushermoston lamaantumista. Alkoholi vaikuttaa osittain elimistön CYP-entsyymien toimintaan, mikä voi aiheuttaa lääkkeiden vaikutusten lisääntymistä tai heikentymistä. Alkoholin runsas kertajuominen alkoholin krooniseen käyttöön verrattuna vaikuttaa CYP-entsyymien toimintaan eri tavoilla. (Laine 2005, 73—75; Havio ym. 1994, 96.)

Alkoholin ongelmakäyttö voi aiheuttaa useita sairauksia ja siitä voi seurata elinvaurioita. Esimerkiksi haimatulehdus, alkoholimaksasairaudet ja sisäinen verenvuoto voivat olla seurausta alkoholin ongelmakäytöstä. (Alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Käypä hoito –suositus.) Kipulääkkeistä esimerkiksi parasetamolilla on todettu olevan vaikutusta maksan toimintaan ja tulehduskipulääkkeillä on verenvuotoriskiä kasvattava vaikutus (Nurminen 2012, Dart ym. 2010; Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito –suositus 2009).

Tulehduskipulääkkeet

Vuonna 2007 käytetyistä tulehduskipulääkkeistä 69% oli reseptillä hankittuja, 28% olivat reseptivapaana ostettuja ja 3% käytettiin sairaaloissa ja laitoksissa. Muihin

pohjoismaihin verrattuna Suomessa käytetään enemmän tulehduskipulääkkeitä ja vähemmän parasetamolia kivunhoidossa. (Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito –suositus 2009.) Pitkäaikainen tulehduskipulääkkeiden käyttö on riski ruoansulatuskanavan verenvuotoihin. Käytössä tulee olla varovainen myös, jos potilaalla on munuaisten vajaatoimintaa. Tulehduskipulääkkeiden aiheuttamat maksahaitat ovat harvinaisia. (Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito – suositus 2009.)

Nonsteroidal anti-inflammatory drug eli steroideihin kuulumattomien tulehduskipulääkkeiden (NSAID) käyttö lisää riskiä ruoansulatuselimistön verenvuodolle ja haavaumille. Jos potilas käyttää alkoholia ja kivunhoidossa käytetään NSAID lääkkeitä kasvaa ruoansulatuselimistön vuotoriski jopa 6 kertaiseksi. Jos potilaan hoitoon valitaan asetyylisalisyyliä sisältävä NSAID lääke, on vuotoriski jopa 8,1 kertainen raittiiseen potilaaseen verrattuna. (Dart 2001, 599—601.) Asetyylisalisyylin ja alkoholin samanaikainen käyttö hidastaa veren hyytymistä (Korpi & Seppälä 1998).

Jos potilaalla on lievä krooninen maksasairaus, voidaan NSAID-lääkkeitä käyttää turvallisesti. Kuitenkin NSAID-lääkkeiden käyttöä tulisi välttää maksakirroosipotilailla, koska tällöin on riski maksan ja munuaisten samanaikaiseen sairastumiseen. Tutkimusta COX-2 estäjien vaikuttavuudesta tai turvallisuudesta maksakirroosipotilaiden kohdalla ei ole tehty. (Chandok & Watt 2010, 454.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (n.d.) (HUS) ohjeissa sekä Lindgrenin (2002, 253) artikkelissa tulehduskipulääkkeet koetaan vasta-aiheisiksi, kun hoidetaan maksanvajaatoimintaa tai maksakirroosia.

Parasetamoli

Parasetamoli on mieto särkylääke, joka ei estä tulehdusta. Tulehduskipulääkkeisiin verrattuna parasetamolilla on vähemmän haittavaikutuksia. (Dart ym. 2010.) Parasetamolin on esitetty olevan alkoholiongelmiaisten potilaiden hoidossa vasta-aiheista. Parasetamoli metaboloituu aineeksi nimeltä N-asetyyli-p-bentsokinoni-imiini (NAPQI), joka tavallisesti eliminoituu elimistössä sitoutumalla glutationiin. Parasetamolin yliannostuksessa maksan glutationvarastot tyhjäntyvät, eikä eliminaatiota pääse tapahtumaan. Tästä seuraa maksasolujen kuolio. Alkoholinongelmakäyttö kiihdyttää entsyymiaktiivisuutta maksassa, mikä puolestaan kuluttaa glutation varastoja.

Näiden varastojen ehtymisen vuoksi alkoholinongelmakäyttäjät ovat alttiimpia parasetamolimyrkytykselle. (Nurminen 2012; Dart ym. 2010.)

Parasetamoli voi aiheuttaa kroonisella alkoholinkäyttäjällä maksavaurion jo terapeuttisella annoksella, 4g päivässä (Khalid, Lane, Navarro & Garcia-Tsao 2009, 997). Kuitenkin Dartin ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan parasetamolin terapeuttisen annoksen käyttö on turvallista potilailla, jotka ovat juuri lopettaneet juomaputken. Tutkimuksessa annettiin kahdelle ryhmälle lääkettä kolmena juomisputkea seuraavana päivänä. Toiselle ryhmälle annettiin parasetamolia ja toiselle ryhmälle placeboa. Tutkittavilta otettiin säännöllisesti erilaisia maksan toimintaan kohdistuvia laboratorioskokeita, kokeiden tuloksissa ei huomattu merkittäviä muutoksia. (Dart ym. 2010) Tämä tietojen välinen ristiriita voi kuitenkin selittyä sillä, että tutkimus oli lyhytkestoinen. Parasetamolin vaikutuksia alkoholin ongelmakäyttäjällä ei ole tutkittu vielä pitkäkestoisilla kokeilla. Siksi useat maksatauteihin erikoistuneet sisätautilääkärit suosittelevat alkoholin ongelmakäyttäjiä käyttämään parasetamolia maksimissaan 2g päivässä. Parasetamolia käytettäessä potilaan tarkkailu on suositeltavaa. (Chandok & Watt 2010, 452—454.) Mikäli potilaalle on kehittynyt maksan vajaatoiminta tai kirroosi, parasetamolia ei tulisi käyttää potilaan kivunhoidossa (HUS n.d.; Lindgrenin 2002, 253).

Opioidit

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä, ne lievittävät kipua kokonaisvaltaisemmin tulehduskipulääkkeisiin verrattuna. Opioidien pitkäaikaista käyttöä esimerkiksi kroonisen kivun hoidossa on syytä välttää, sillä päihdeongelmiin taipuvaisilla ihmisillä ne voivat aiheuttaa riippuvuutta. Opioidit voidaan jaotella heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. (Vainio 2009b.) Kuten NSAID lääkkeillä myös opioideilla voi olla vahingollisia vaikutuksia potilaille, joilla on maksakirroosi. Useimmat opioidit metaboloituvat maksassa. (Chandok & Watt 2010, 454—456.)

Vielä ei ole tutkittu alkoholin pitkäaikaisen käytön aiheuttavan toleranssia opioideille. Kuitenkin toiset klinikot ovat sitä mieltä että alkoholin ongelmakäyttäjillä on epäsuoraa toleranssia opioideja kohtaan ja siksi heille pitäisi annostella opioideja muita suurempia annoksia. (Askay ym. 2009, 271—277.) Opioidien samanaikainen käyttö alkoholin

kanssa voi olla kohtalokasta. Alkoholi tehostaa keskushermostoa lamaavien lääkkeiden vaikutusta. Yhdessä käytettynä voi seurauksena olla sekavuus tai voimakas keskushermostolama. (Kalliokoski 2012; Korpi & Seppälä 1998.)

Hagelberg ja Heiskanen (2012, 2461—2465) sanovat artikkelissaan, että opioidien ja bentsodiatsepiinien käyttämisestä tulisi välttää päihdeongelmaisen potilaan kivun hoidossa. Kalson (n.d., 3) mukaan alkoholin ongelmakäyttö voi olla vasta-aihe opioidien käytölle. Alkoholin väärinkäyttö, muiden päihteiden lisäksi, on tärkein opioidien väärinkäyttöä ennakoiva tekijä (Kalso n.d., 3). Askay ym. (2009) puolestaan ovat sitä mieltä, että jollei potilaalle määrätä tai anneta terveydenhuollosta tarpeeksi hyvää kipulääkitystä, hankkii potilas sen muita teitä. Artikkelissa sanotaan myös, että alkoholin ongelmakäyttäjillä riski opioidien väärinkäyttöön on melko pieni, kun opioideja käytetään akuutin kivun hoidossa (Askay ym. 2009).

Kodeiini on yleinen kirroosipotilaille määrätty heikko opioidi. Tramadol on myös matala-annoksena käytetty lääke maksakirroosipotilailla. Jotta voidaan minimoida lisähaittojen riski, tulisi kirroosipotilaiden kohdalla antaa pienempiä annoksia tai antovälien tulisi olla pidennettyjä. Potilaiden kohdalla tulee kiinnittää huomiota tajunnantason, ummetukseen sekä aivosairauksien varhaisvaiheisiin. Jos näitä haittavaikutuksia ilmenee, tulee opioidilääkitys lopettaa välittömästi. Terveydenhuollonammattilaisten tulee olla tarkkoja addiktoivien lääkkeiden käytössä, esimerkiksi opioidien käytössä kirroosipotilailla. Kirroosipotilailla on usein kirroosin taustalla alkoholismi ja tämän vuoksi suurentunut riski risti-riippuvuuteen. (Chandok & Watt 2010.)

Trisykliset masennuslääkkeet

Etenkin kroonisen kivun hoidossa voidaan käyttää trisyklisiä masennuslääkkeitä. Nämä lääkkeet vaikuttavat välittäjäaineiden toimintaan. Trisyklisten masennuslääkkeiden käytön tulee olla säännöllistä, sillä vaikutus tulee vasta pidemmän käytön jälkeen. (Vainio 2009b.) Chopra ja Tiwari (2012, 357) sekä Chandok ja Watt (2010) kertovat artikkeleissaan, että trisykliset masennuslääkkeet ovat olleet jo useampien vuosien ajan pääasiallinen kivunhoitomenetelmä neuropaattiseen kipuun. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei tulisi käyttää samanaikaisesti alkoholin kanssa, sillä tämä voi

johtaa väsyttävän vaikutuksen korostumiseen. Yhteiskäyttö voi aiheuttaa myös muistikatkoksia ja rytmihäiriöitä. (Korpi & Seppälä 1998.)

Maksakirroosipotilaat kärsivät usein neuropaattisesta kivusta. Hoito tulisi aloittaa matalalla annoksella, sillä nämä lääkkeet ovat usein sedatoivia. Potilaat ovat myös herkempiä parasympaattista hermostoa salpaaville haittavaikutuksille. Näitä haittavaikutuksia ovat muun muassa suun kuivuminen, sumea näkökenttä, huimaus ja sydämen nopealyöntisyys. (Chandok & Watt 2010.)

6 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

6.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tutkimuksellisen opinnäytetyön vaihtoehtona on ammattikorkeakoulussa tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tuotokseen painottuvalla opinnäytetyöllä pyritään ohjeistamaan tai opastamaan ammatillista työtä. Oleellista on, että työssä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Usein toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamiseksi tarvitaan lisäksi jokin selvitys. (Vilka & Airaksinen 2004, 9—10.) Lähdimme itse alkuun ajatuksesta, että teemme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön. Tuotos oli aiheeseemme luonteva lähtökohta, saimme tähän työelämänpalaverissa tukea. Tuotoksen lopullinen malli selventyi työelämään tehdyn kyselyn myötä.

Tuotos on Tampereen kaupungin sisätautien vuodeosastolle tehty sähköinen opas, jonka tarkoituksena on auttaa hoitajia päihdeongelmaisten potilaiden kivunhoidossa. Osastolle tehdyn kyselyn sekä siitä tehdyn analyysin perusteella, oppaan sisältö sekä aihe rajautuivat alkoholin ongelmakäyttäjiin.

6.1.1 Opinnäytetyön toteuttaminen

Kirjassa Tutki ja kirjoita Hirsjärvi, Remes ja Sajajärvi (2007, 77—80) kuvaavat hyvää tutkimusaihetta yhdeksän kysymyksen kautta. Hyvälle tutkimusaiheelle ominaista on: aiheen kiinnostavuus, aiheen sopivuus tieteen alalle, aiheen yhteiskunnallinen tai tieteen sisäinen merkitys, mahdollisuus oppia uutta, laadukas ohjaus, toteutus kohtuullisessa ajassa, valmiin tiedon riittävyys, tutkimukseen käytettävät taloudelliset resurssit, tutkijan kyky tuoda omat kykynsä ja kokemuksensa esiin (Hirsjärvi ym. 2007, 77—80).

Aihe yhdistää meidän molempien suuntautumisvaihtoehdot ja tukee näin molempien oppimista ja kehitystä tulevaa ammattia kohtaan. Aihe on kohdistettu tukemaan hoitajia työssään ja näin soveltuu hoitotieteen alalle hyvin. Tietoa päihteistä on saatavilla hyvin, samoin tietoa lääkkeistä. Haasteellista on soveltaa tiedot yhteen tarpeeksi tiiviisti.

6.1.2 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyön teoriaosan ja tuotoksen sisältöä ohjasi työelämään tehty kysely, jonka vastauksia tutkimme sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi voidaan määritellä tavaksi analysoida aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä voidaan saattaa aineisto tiiviiseen ja yleiseen muotoon, ilman että pelkistetyistä muodoista katoaa alkuperäinen tieto. Sisällönanalyysissä voidaan jatkaa analyysi sanallisesta määrälliseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103—109.)

Taulukossa 3 on esimerkki työssä tehdystä sisällönanalyysistä. Sisällönanalyysissa on saatettu alkuperäiset ilmaukset yksinkertaisempaan muotoon. Vastaukset on ryhmitelty ja rajattu lopulta yhteen yhteiseen muotoon.

TAULUKKO 3. Esimerkki tehdystä sisällönanalyysistä

<i>"Tiivistetty opas-kirjanen."</i>	Opas	O p a s
<i>"Opaskirjanen (perusteellisemmin asiaa), tähän vaaditaan toki aikaa paneutua. Check-list (lyhyesti/ytimekkäästi listattu huomioitavia asioita (teoria pohja löytyy halutessa teoriaosasta)."</i>	Opas Check-list	
<i>"Potilaiden kokemukset aiheesta + lääketieteelliset faktat."</i>	-	
<i>"Esim Word-tiedostona oleva opas/tiedote/ohje, jonka voi tarvittaessa tulostaa."</i>	Word muotoinen: - opas - tiedote - ohje	
<i>"Sähköisessä muodossa."</i>	Sähköisessä muodossa	

6.1.3 Tuotoksen ulkoasu

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä visuaalisin ja viestinnällisin keinoin luodaan kokonaisuus, josta voi nähdä päämäärät. Tuotoksen tekstien tulee olla ilmaisullisesti ja ulkonäöllisesti kohderyhmää palvelevassa muodossa. Tekstin tulee olla muodossa, jossa saadaan haluttu viesti perille. (Vilka & Airaksinen 2004, 51—52.)

Tekstin havainnollistaminen lisää lukemisen miellekkyttä ja ymmärrettävyyttä, lisäksi se houkuttelee jatkamaan lukemista. Tekstin ulkoasun tulee olla lukijan silmälle miellyttävää, lukija näkee ennen sisällön lukemista tekstin ulkoasun. Työelämään tarkoitettu teksti tulee kirjoittaa asiakielellä. Kirjoitetun tekstin tulee olla selvää, havainnollista, tiivistä sekä kieliopillisesti oikeaa. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 77—82.)

Kirjoitetussa tekstissä yksinkertaiset ilmaisut, selkeä otsikointi ja sanoman ilmi tuleminen ovat tärkeitä. Virkkeiden tulee olla riittävän lyhyitä ja yksinkertaisia, sekä tekstin hyvin rytmitettyä. Kun tekstin ulkoasu on siisti ja viimeistelty se houkuttelee lukijan lukemaan. Tekstin fontiksi kannattaa valita yksinkertainen ja selkeä fontti, tämä lisää luettavuutta. Otsikointi jäsentää tekstiä ja helpottaa lukemista, asiaa voi havainnollistaa esimerkiksi kuvilla ja taulukoilla. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 83—89.)

6.1.4 Tuotoksen sisältö

Tuotosta tehdessä tulee pitää huoli lähdekritiikistä. Oppaassa käytettyjen lähteiden tietojen oikeellisuutta ja luotettavuutta tulee pohtia. (Vilka & Airaksinen 2004, 52.) Viestinnällisessä kirjoittamisessa tulee huomioida tuotoksen lukija. Millainen lukija on; ikä, koulutus, sukupuoli. Myös lukijan mahdollinen asenne tekstin sisältöä kohtaan vaikuttaa tekstin kirjoittamiseen. Kirjoituksessa on hyvä tuoda esille tärkein asia ensin, hyvä napakka aloitus saa lukijan mielenkiinnon heräämään. Oppaassa on kerättyä tietoa, joka pyritään välittämään helposti luettavassa muodossa vastaanottajalle. Tekstissä ei tarvitse olla vuoropuhelua kirjoittajan ja lukijan välillä. Oppaan tavoitteena on välittää lukijalle uutta tietoa tiiviissä paketissa monelle lukijalle. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 33—45.)

Tuotosta tehdessä tulee miettiä kuinka viesti tulee parhaiten esille juuri kyseessä olevalle kohderyhmälle. Kirjoitetun viestin sisällön tulee olla johdonmukainen. Tekstiä luodessa tulee ensin koota asiat yhteen, jonka jälkeen ne jäsenellään johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Kirjoittaessa tulee huomioida se, millainen on oppaan viestintäkanava, onko tuotos painotuote vai esimerkiksi sähköinen asiakirja. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 51—54 .)

6.2 Kysely

Kävimme yhteistyöosaston osastotunnilla esittelemässä opinnäytetyötämme varten tehtävän kyselylomakkeen (liite 4). Esittelimme itsemme ja kerroimme työstämme, sekä vastailimme osastotunnille osallistuneiden henkilöiden kysymyksiin. Osastotunnille osallistui viisi hoitajaa, joista yksi oli osaston apulaisosastonhoitaja. Opinnäytetyön suunnitelma oli jätetty henkilökunnalle kahvihuoneeseen luettavaksi, minkä koimme osittain johdattelevan vastauksia. Jätimme osastolle 25 kyselylomaketta, vastauksia saimme yhteensä kahdeksan kappaletta. Osastolla on yhteensä 12 sairaanhoitajaa, neljä lähihoitajaa sekä neljä perushoitajaa, lisäksi osastonhoitaja ja diabeteshoitaja. Kaikkiaan osastolla toimii siis yhteensä 22 hoitohenkilökunnan jäsentä. Kyselyn vastauksissa ei pyydetty erillistä erittelyä vastaajan työtehtävästä.

6.2.1 Osastolla olevat päihdepotilaat

Ensimmäiseen kysymykseen; ”Mitä päihdettä käyttäviä potilaita olet kohdannut eniten toimiessasi osastolla? (Laita yksi päihde)”, tuli kahdeksasta palautetusta lomakkeesta kaikista vastaus. Kaikissa vastaus oli alkoholi. Kysymyksen perusteella pystyimme rajaamaan opinnäytetyön aiheen päihdeongelmaisesta potilaasta käsittelemään alkoholin ongelmakäyttäjää.

6.2.2 Ongelmat päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa

Toisen kysymyksen oli tarkoitus antaa meille viitettä siitä, mitä tulevassa työssä olisi hyvä käsitellä. ”Mitkä asiat päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisessä kivunhoidossa mietityttävät sinua?” (liite 5).

Kysymyksen vastauksia käsiteltiin sisällönanalyysin mukaisesti vastauksia jäsentelemällä, yksinkertaistamalla ja edelleen rajaamalla ja yksinkertaistamalla. Kysymyksen vastaukset rajaavat oppaan sisältöä: päihdeongelmaisen tunnistaminen, kivun arviointi, päihdeongelmaisen kivun hoidon erityiskysymykset.

6.2.3 Tuotoksen muoto

Viimeisen kysymyksen tarkoituksena oli antaa meille tieto siitä, millaisessa muodossa opas hyödyttäisi henkilökuntaa eniten. ”Millaisessa muodossa tuotoksesta olisi eniten hyötyä hoitotyössä?” Viimeiseen kysymykseen tuli viisi vastausta.

Vastauksista neljässä mainitaan opas, yhdessä mainitaan enemmänkin tuotoksen sisällön toiveista (liite 6). Opas toteutetaan Word-muotoisena ja se luovutetaan osastolle sähköisessä muodossa (liite 7). Hoitajat voivat lukea opasta halutessaan koneelta tai tulostaa sen itselleen käyttöön.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Keskeistä hyvässä tieteellisessä käytännössä on noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tuloksia tallentaessa, esittäessä sekä arvioidessa. Tutkimusta tehdessä tulee käyttää tiedonhankinnassa, tutkimusmenetelmissä sekä arviointimenetelmissä eettisesti kestäviä menetelmiä. Työssä huomioidaan ja kunnioitetaan muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia ja saavutuksia tekemällä asianmukaiset viittaukset heidän töihinsä. Tutkimus tulee raportoida asianmukaisella tavalla, sekä tietoaineistot tallennetaan näkyviin. Eettisyyttä on pohdittu ja huomioitu jo tutkimuslupaa hankittaessa. Tutkimuksen alussa tulee sopia osapuolten kanssa periaatteet tutkimuksen toteutuksesta ja niitä voidaan tarvittaessa muokata työn edetessä. Tutkimuksen raportoinnissa tulee huomioida tutkimukseen osallistuneet rahoittajat sekä eri sidonnaisuuksien tulee olla tietoisia toisistaan. (Hyvä tieteellinen käytäntö: Valtakunnallinen tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Työtä varten osaston henkilökunnalle tehtiin kysely ja kävimme esittäytymässä henkilökunnalle osastotunnilla. Osastonhoitaja oli saanut edeltävästi luettavaksi raportin, jossa käsiteltiin tulevaa työtä ja esiteltiin tehtävä kysely. Vastauslomakkeet henkilökunta palautti laatikkoon, joka avattiin vasta annetun määräajan jälkeen. Palautettuja kyselylomakkeita ei ole nähnyt opinnäytetyöntekijöiden lisäksi kukaan muu. Vastauslomakkeet on hävitetty analyysin jälkeen asianmukaisella tavalla. Työn tiedonhaussa on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Lähteitä haettaessa on esimerkiksi artikkeleiden kirjoittajia tutkittu tarkastelemalla heidän tekemiensä julkaisujen määrää, julkaisujen julkaisupaikkoja sekä sitä kuinka paljon heidän kirjoituksiaan on lainattu. Tämä opinnäytetyö on toteutettu omakustanteisesti, olemme vastanneet itse työstä koituvista paino ja sidonta kustannuksista.

Tutkimuksessa pyrkimyksenä tulisi aina olla virheiden välttäminen. Virheiden välttämiseksi tulee arvioida erikseen tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi 2007, 149.) Luotettavuutta heikentää esimerkiksi toisten tutkijan tai kirjoittajan tekstin kopioiminen, tai suora lainaaminen ilman asianmukaista viittausta alkuperäiseen kirjoittajaan. Jos

sama tutkija on tehnyt samasta aiheesta aiemmin tutkimuksen, voi hän tehdä niin kutsuttua itseplagointia. Tällöin tutkija muuttaa aiemman tutkimuksen tuloksia hieman, tuottaman muka uutta tutkimustietoa. Luotettavuutta heikentää myös tulosten turha yleistäminen ja tulosten keksiminen. Myös tutkimuksen heikkoudet on kirjoitettava näkyviin. Raportoinnin tulee olla kattava ja sinä tulee näkyä käytetyt menetelmät. Tutkimusta julkaistaessa kaikkien tutkimusta tehneiden nimet ovat tuotava esiin. Tutkimukseen mahdollisesti annetut rahat käytetään niille tarkoitettuun asiaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-27.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa huomio kiinnittyy koko raportin luotettavuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa painottuu siis tutkimuksen koherenssi eli johdonmukaisuus koko raportin ajan. (Tuomi 2007, 149—153.)

Useissa lähteissä on puhuttu alkoholin ja lääkityksen välisistä vaikutuksista kun alkoholin käytöstä on kulunut tietty vuorokausimäärä. Joistain lähteistä on tullut omaan aiempaan tietoon verraten ristiriitaista tietoa, mutta ei ole löytynyt varsinaisesti hyvää tutkimustietoa mikä olisi tukenut omia aikaisempia näkemyksiä.. Aiheeseen liittyvät kotimaiset tutkimukset ovat todella harvassa. Lääketutkimuksia lukiessa tuli kiinnittää huomiota siihen, onko tutkimusta ollut rahoittamassa jokin lääkeyhtiö, joka hyötyisi tutkimuksessa esille tuoduista tuloksista.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Vastaavanlaista tuotosta ei ollut aiemmin tehty. Tuotokseen on pyritty kokoamaan erityisesti niitä asioita, joihin hoitaja voi päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa vaikuttaa. Teoriaosuuden lähdeluettelo on melko pitkä, sillä aiheesta ei ollut saatavilla tarkkaan siihen kohdennettua tietoa. Tietoa on tarvinnut koota pienistä palasista useista lähteistä.

Työ auttaa hoitajia tunnistamaan päihdeongelmaisen potilaan sekä hoitamaan heidän kokemaansa kipua. Hoitajat saavat tehdystä oppaasta tiiviissä paketissa tiedon näistä asioista, ja voivat halutessaan tutustua aiheeseen tarkemmin lukemalla raportin sekä raportissa käytetyt lähteet. Opas antaa hoitajille eväitä siihen, mitä erityistä huomioitavaa on päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa.

Jatkossa voitaisiin tutkia aiheesta esimerkiksi kuinka tämän opinnäytetyön tavoite on toteutunut, onko hoitajien valmius hoitaa päihdeongelmaisten potilaiden kipua lisääntynyt. Jatkossa voitaisiin myös tutkia onko nyt tehtyä opasta käytetty hoitotyössä, sekä tehdä nykyiseen tuotokseen parannuksia henkilökunnan toiveiden ja ajatusten mukaan.

Olemme tuotosta kootessa huomioineet kohderyhmän eli osaston hoitohenkilökunnan. Tekstissä ei tarvitse alkaa selventää kaikkia käsitteitä auki, kun lukijana on ammattihenkilö. Olemme tehneet oppaaseen tekstiä tukevia ja jäsentäviä taulukoita sekä kuvioita. Oppaan sisältöä on jäsennelty selkeällä otsikoinnilla. Kappalejako on pyritty tekemään tasaiseksi ja näin lukijan silmää miellyttäväksi. Tekstin ulkoasussa on huomioitu lukijaystävällisyys: fontti on väriltään musta ja kirjaintyyppi on yleisesti käytetty ja selkeä. Lähteisiin on kiinnitetty huomiota jo teoriaa kootessa, sillä oppaan sisältö on koottu opinnäytetyön teoriaosuudesta.

Opas oli alkuperäisesti tarkoitus saada tiiviimpään kokonaisuuteen. Saatavilla olevan tiedon puitteissa oli tiivimmän kokonaisuuden kokoaminen haastavaa. Tietoa ei voitu saattaa yksiselitteiseen muotoon, olemme kuitenkin pyrikineet tiivistämään asiaa mahdollisimman paljon. Opas luovutetaan sähköisessä muodossa ja on näin ollen helposti koko osaston henkilökunnan saatavilla. Opas on ulkoasultaan hyvin yksinkertainen ilman ylimääräisiä koristuksia, jotta se on helppo tulostaa paperille.

7.3 Pohdinta

Työn lähdemateriaalin lukeminen, luetun tekstin sisäistäminen sekä sen aukikirjoittaminen työhön sopivalla tavalla ei ole aina ollut helppoa. Vaikka aihe herättää kysymyksiä siitä, onko työ tarpeeksi hoitotyöhön suuntautuva, on mielestämme hoitajienkin tärkeää tietää opinnäytetyössä käsitellystä aiheesta. Vaikka lääkäri tekeekin lääkemääräykset, on hoitaja kuitenkin tärkeä tiedonantaja lääkärille. Hoitajat ovat potilaiden kanssa enemmän kontaktissa ja näin tietoisempia muun muassa potilaan kivunhoidon riittävydestä. Hoitaja on henkilö, joka arvioi potilaan kipua ja antaa lääkärin määrittelemät lääkkeet. Hoitaja arvioi myös lääkkeen vaikutusta sekä mahdollisia haittavaikutuksia.

Työn tarkoituksena oli tehdä opas päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta. Teoria osuudessa käsitellään päihdeongelmainen potilas, joka rajattiin työn edetessä tarkoittamaan tässä työssä alkoholiongelmaista potilasta. Olisi voinut olla hyödyllistä tehdä työ laajemmalla alueella päihdeongelmaisia, mutta työn rajaaminen mahdollisimman pieneen ryhmään helpotti huomattavasti työn tekemistä. Rajaukseen tuli tukea yhteistyöosastolta. Opinnäytetyön tehtäviin haettiin vastauksia muun muassa hoitohenkilökunnalle tehdyllä kyselyllä. Ensimmäiseen tehtävään hoitohenkilökunnan tiedon tarpeesta vastaus tuli kyselyn vastauksista. Toinen tehtävä käsiteltiin teoriaosuuden kappaleissa. Työssä esitellään myös kivun arviointimenetelmiä, sekä kipuun vaikuttavia eri tekijöitä. Päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen on käsitelty teoriaosuudessa.

Työn nimi on pysynyt samana alusta alkaen. Kun aihe rajautui päihdeongelmaisesta vain alkoholiongelmaiseen, olisi voitu myös työn nimi vaihtaa suppeampaan muotoon. Kuitenkin asiaa pohdittuamme, päädyimme pitämään nimen alkuperäisenä. Nimen säilyttäminen on perusteltua, sillä perustelemme työssä aiheen rajaamisen. Lisäksi alkuperäisen tarkoituksen mukaan tehty kysely on koskenut laajalti kaikkia päihdepotilaita. Näistä syistä johtuen työn nimen muuttaminen ”alkoholiongelmaisen potilaan kivunhoito” -tyyppiseksi, olisi vaikuttanut jo työn sisältöön ja johdonmukaisuuteen.

Työn aihe on osoittautunut prosessin aikana todella haastavaksi. Etenkin tarkan tiedon löytäminen ja aiheen rajaaminen on vienyt yllättävän paljon aikaa. Työn muotoa on jouduttu alkuperäisistä ajatuksista yksinkertaistamaan melko paljon, johtuen lähinnä löydetyistä tiedosta ja sen käytettävyydestä. Lähteiden etsimisessä erityisiä ongelmia on ollut muun muassa löytää tietoa siihen, mihin tiettyjen lääkeaineiden käyttösuositukset perustuvat. Kaikkia hyvältä vaikuttavia lähteitä ei ole päässyt lukemaan ilman erillisiä maksuja tai liittymistä tahojen jäseneksi.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on opettanut erityisen paljon tiedonhausta, sekä tutkimusten lukemisesta. Työtä tehdessä on oppinut poimimaan eri lähteistä omaa aihetta koskevan tiedon. Asiatekstin kirjoittamisesta olemme oppineet muun muassa tekstin jäsentelyn haastavuuden sekä sen merkityksen. Päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidosta olemme saaneet aiemmin opittuun tietoon varmennusta sekä tieto on

syventynyt entisestä. Jos aloittaisimme opinnäytetyön tekemisen uudelleen, kiinnittäisimme heti aluasta alkaen enemmän huomiota aiheen tarkkaan rajaamiseen. Ennen aiheen lopullista valintaa olisi kannattanut tehdä tarkempi tiedonhaku ja lähteisiin paneutuminen.

LÄHTEET

Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7-16.

Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, S., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopainos, 11-21.

Alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 2.05.2013. <http://www.kaypahoito.fi/>

Aro, A. 2013. 100 kysymystä ravinnosta. Alkoholit. Luettu 4.03.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00065

Askay, S.W., Bombardier, C., Patterson, D. 2009. Effect of acute and chronic alcohol abuse on pain management in a trauma center. *Expert Review of Neurotherapeutics* 9 (2), 271-277. Luettu 13.8.2013. http://www.expert-reviews.com/doi/abs/10.1586/14737175.9.2.271?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

Atula, S. 2012. Ääreishermostojen sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 1.10.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00066

Babor, T., Higgings-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. n.d. The alcohol use disorders identification test –Guidelines for use in primary care. WHO: Department of mental health and substance dependence. 2.painos.

Bachmann, M. & Haanpää, M. 2008. Krooninen kipu. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 124 (2), 142–145.

Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoito potilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M (toim.). 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Chopra, K. & Tiwari, V. 2012. Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. *British Journal of Clinical Pharmacology* 73 (3), 348–362. Luettu 20.08.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3370340/>

Chandok, N. & Watt, K. 2010. Pain Management in the Cirrhotic Patient: The Clinical Challenge. *Mayo Clinic Proceedings* 85 (5), 451-458. Luettu 20.08.2013 [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)60332-7/fulltext](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)60332-7/fulltext)

Dart, R.C., Green, J.L., Kuffner, E.K., Heard, K., Sproule, B., Brands, B. 2010. The effects of paracetamol (acetaminophen) on hepatic tests in patients who chronically abuse alcohol – a randomized study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 32 (3), 478–486. Julkaistu 20.5.2010. Luettu 10.8.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2010.04364.x/pdf>

Dart, R.C. 2001. The use and effect of analgesics in patients who regularly drink alcohol. *The American journal of managed care* 7 (19), 597-601. Luettu 12.8.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11776482>

Ehkäisevän päihdetyön eettiset periaatteet. 2011. Ehkäisevä päihdetyö. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Neuvoa antavat. Luettu 20.05.2013. Päivitetty 2011. www.thl.fi

Fibro Action. n.d. Scales and Assessments for Measuring and Recording Pain. Luettu 16.8.2013. http://www.fibroaction.org/Images/content/Pain_Assessment_VAS_lrg.png

Fimlab Oy. 2012. Alkoholit. 23.09.2013. www.fimlab.fi/lake/ohjekirja

Fimlab Oy. 2013. Desialotransferriini. Luettu 23.09.2013. www.fimlab.fi/lake/ohjekirja

Fimlab Oy. 2012. Glutamyyli transferriini. Luettu 23.09.2013. www.fimlab.fi/lake/ohjekirja

Fimlab Oy. 2012. B-PVK ja trombosyytit. Luettu 23.09.2013. www.fimlab.fi/lake/ohjekirja

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Luettu 1.5.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086

Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2012. Kroonisen kivun hoidon kehittäminen perusterveydenhuolossa. *Lääkärilehti* 67 (36), 2461 – 2465. Luettu 21.8.2013. <http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000038076>

Hakala, P. 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivun hoidosta. *Kipuviesti* 2/2004, 23-26. Luettu 16.8.2013. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2004.pdf>

Hamunen, K. & Konttinen, V. 2009. Huumeriippuvaisen kipu. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.). 2009. *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 420-428.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. 2.painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. n.d. Maksapotilaan kivun hoito. Luettu 26.9.2013. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/eri_potilasryhmia/maksapotilaan_kivun_hoito/Sivut/default.aspx

Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille*. 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 27-47.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13.painos. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A. 2008. Toteutuuko päihdeongelmaisen riittävä kivunhoito. Kipuviesti 1/2008, 17-19. Luettu 16.8.2013.

<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%201-2008.pdf>

Huttunen, J. 2003. Voimmeko tehdä enemmän kivun poistamiseksi? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119 (10), 925-926.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Valtakunnallinen tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 13.9.2013. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Indo, Y. 2012. Nerve growth factor and the physiology of pain: lessons from congenital insensitivity to pain with anhidrosis. *Clinical Genetics* 82 (4), 341-350. Luettu 11.8.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0004.2012.01943.x/pdf>.

International association for the study of pain. 2011. Classification of chronic pain. Luettu 15.8.2013.0 http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283

Jeitziner, M., Schwenmann, R., Hamers, J., Rohrer, O., Hantikainen, V., Jakob, M. 2012. Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: an observational study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56 (5), 645-654. Luettu 12.8.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2012.02660.x/pdf>

Jokelainen, K. & Aalto, M. 2010. Alkoholidelirium eli juoppohulluus. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 141-143.

Kalliokoski, A. 2012. Alkoholien ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. *Sic- Fimean verkkolehti* 2/2012. Luettu 24.09.2013. http://sic.fimea.fi/2_2012/alkoholin_ja_laakkeen_yhteisvaikutukset.aspx

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-103.

Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.) Kipu. 2009. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104-108.

Kalso, E. Vainio, A. Haanpää, M. 2009. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 173-180.

Kalso, E. n.d. Opioidien käyttö pitkäaikaisen, muusta kuin syövästä johtuvan kivun hoidossa. Teoksessa: Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Lääkelaitos. 2. painos. Tampere: PunaMusta Oy, 1-9. Luettu 22.8.2013. http://www.fimea.fi/download/17160_opioidit-opas.pdf

Karjalainen, K-M., LÜThje, I., Karjalainen, K., LÜThje, P. 2013. Alkoholit usein osallisena päiivystykseen tulevien nuorten tapaturmissa. *Lääkärilehti* 68 (10), 731-736.

- Luettu 22.8.2013. <http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039063>
- Khalid, S., Lane, J., Navarro, V. & Garcia-Tsao, G. 2009. Use of Over-the-Counter Analgesics Is Not Associated With Acute Decompensation in Patients With Cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 7 (9), 994-999. Luettu 26.9.2013. <http://www.cghjournal.org/article/S1542-3565%2809%2900375-9/fulltext>
- Kiianmaa, K. 2010. Alkoholien vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17-30.
- Korpi, E. & Seppälä, T. 1998. Alkoholien vaikutusmekanismi, interaktiot ja väärinkäyttöön liittyvä hoito. *Duodecim* 114 (10), 1029-1036.
- Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Helsinki: Tammi.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559.
- Leppävuori, A. & Alho, H. 2007. Alkoholideliriumin hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (2), 169-175.
- Lindgren, L. 2002. Maksapotilas ja anestesia. *Finnanest* 35 (3), 253.
- Lohtaja, S. & Kaihovirta-Rapo, M. 2007. Tehoa työelämän viestintään; puhu kuulijalle, kirjoita lukijalle. Helsinki: WSOYpro.
- Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Päihteiden käyttö ja päihdehäiriöt. Luettu 18.7.2005. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028#s5
- Nurminen, M-L. 2012. Hyvä paha parasetamoli. *Sic-Fimean verkkolehti* 1/2012. Luettu 24.09.2013. http://sic.fimea.fi/1_2012/hyva_paha_parasetamoli.aspx
- Paakkari, P. 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. *Lääkärikirja Duodecim*. Luettu 3.10.2013. www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939
- Poikolainen, K. 2009. Alkoholinkäyttö. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Luettu 27.7.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00154.
- Päihdelinkki.n.d. AUDIT. Luettu 1.8.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>
- Päihdelinkki. n.d. SADD. Luettu 1.8.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd>
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Luettu 25.09.2013. www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (8), 897-904.

Salo, S. 2011. Akuutin kipupotilaan kokonaisvaltainen hoito – potilaan yksillöisyyden kohtaamista. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti 2/2011, 41-44.

Sillanaukee, P., Eriksson, P., Seppä, K. & Kiianmaa, K. 1996. Humala ja sen haitat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 112 (20), 1909.

Telakivi, T. Rapeli, P. Kaarne, T. Hillbom, M. 2010. Päihdeongelmaisen neurologisen ja kognitiivisen toimintakyvyn hyvä arviointikäytäntö. Lääkärilehti 65 (32), 2510-2513.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Alkoholiolojen lähihistorian ja nykytilan kartoitus sekä arvio alkoholihaittoja vähentävistä keinoista. THL:n muistio sosiaali- ja terveys-ministeriölle alkoholilain valmistelun tueksi. 2012. Luettu 20.04.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8a8b675-3f86-4dd6-a757-eed0b8d44842>

Tiegerstedt, I. 1998. Kroonisen kivun farmakologinen hoito ja sen vaihtoehdot pään alueella. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 114 (5), 483.

Tulehduskipulääkkeet. 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologiayhdistys ry:n ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.8.2013. <http://www.kaypahoito.fi/>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2009a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2009b. Sattuu! Kroonisen kivunhallinta. Luettu 22.5.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö.1.- 2. painos. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Vorma, H. 2010. Sekakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 197-204.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

1(4)

TAULUKKO 3. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Aihe & Tekijät	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Dart, R.C., Green, J.L., Kuffner, E.K., Heard, K., Sproule, B., Brands, B. 2010 The effects of paracetamol (acetaminophen) on hepatic tests in patients who chronically abuse alcohol – a randomized study.	Tarkoituksena selvittää parasetamolin vaikutus serumiin maksakokeissa, kun potilas on ollut alkoholinongelma käyttäjä ja raitistunut siitä hiljattain, sisältäen potilaat joilla on C hepatiitti.	Kvantitatiivinen tutkimus N=142, 74 sai parasetamolia, 68 sai placeboa Kontrolloitu tuplasokkotutkimus. Aikuiset alkoholinongelmakäyttäjät, joilla hiljattain takana yli seitsemän vuorokauden juomapatki saivat viiden päivän ajan joko placeboa tai 4g parasetamolia.	-ALAT arvon aktiivisuus hoidon aikana kasvoi parasetamolia syöneellä ryhmällä 48:sta 62:n KY/1, kun placebo ryhmällä arvo nousi 47 49:n - INR ei muuttunut kummallakaan ryhmällä - Bilirubiini arvo nousi molemmissa ryhmissä -4g parasetamolia on turvallinen potilailla, joilla on takana yli 7vrk:n juomapatki
Jeitziner, M., Schwenmann, R., Hamers, J.,		Kvantitatiivinen tutkimus	-Systolisen verenpaineen muutokset

(jatkuu)

<p>Rohrer, O., Hantikainen, V., Jakob, M. 2012.</p> <p>Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: an observational study.</p>		<p>N=21 teho-hoito potilasta</p> <p>Yliopistosairaalassa toteutettu tutkimus</p> <p>Tarkkailtu potilaiden verenkierron, hengityksen, pupillien, kasvonilmeiden, lihastonuksen, liikehdinnän muutoksia ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon kun sedatointua potilaan hengitysteitä on imetty.</p>	<p>diastolista huomattavampia</p> <p>-Kasvonilmeissä, vartalon liikehdinnässä sekä lihastonuksessa tapahtui selkeitä muutoksia</p> <p>-Syke sekä pupillien koko säilyivät lähes ennallaan kaikissa tutkituissa tilanteissa.</p>
<p>Hakala. P. 2004</p> <p>Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta</p>	<p>Tarkoituksena selvittää hoitajien mielipiteitä, tietoja ja koulutustarvetta kivusta ja kivunhoidosta</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Hyvinkään sairaalassa</p> <p>N= 137 sh, 37 ph, 7ctl, 4 lastenhoitajaa, 15 ei ilmoittanut ammattinimikettä</p> <p>Kysely</p>	<p>-Hoitajien tietämys opioideista ja tulehduskipulääkkeistä riittämätön, sekä tietö näiden haittavaikutuksista on riittämätön.</p> <p>-Kipua arvioidaan vähän</p> <p>-Vastuunjako kivunhoidosta lääkärin ja hoitajan välillä on epäselvä</p>

<p>Karjalainen, K-M., Nurmi-LÜThje, I., Karjalainen, K., LÜThje, P. 2013</p> <p>Alkoholi usein osallisena päivystykseen tulevien nuorten tapaturmissa</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää 15-29-vuotiaiden nuorten tahalliset ja tahattomat tapaturmat ja niihin liittyvät tekijät.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kuusankosken aluesairaalan päivystyspoliklinikka</p> <p>N= 1416, nuoret 15-29 vuotiaat naiset ja miehet, n=415, m=1001</p>	<p>-Miehille sattui tapaturmia 2,4-kertainen määrä naisiin verrattuna.</p> <p>- Miesten yleisimmät tapaturmat: kaatuminen, putoaminen, törmäys, pahoinpitelyn uhri, itsensä vahingoittaminen.</p> <p>-Naisten yleisimmät tapaturmat: kaatuminen, liikennetapaturma, itsensä vahingoittaminen.</p> <p>-Puhallustestin tulos saatiin 38 %:lta (n = 533) potilaista, joista miehiä oli 385 ja naisia 148.</p> <p>-Suurin osa tapaturmista tapahtui alkoholin vaikutuksen alaisena.</p>
<p>Khalid, S., Lane, J., Navarro, V. & Garcia-Tsao, G. 2009</p>	<p>Tarkoituksena selvittää kipulääkkeiden vaikutusta akuuttiin maksan</p>	<p>Kvantitatiivinen tapaus-verrokkitutkimus</p>	<p>-sairaalassa olevista kirroosipotilaista 35% käytti reseptivapaita kipulääkkeitä,</p>

<p>Use of Over-the-Counter Analgesics Is Not Associated With Acute Decompensation in Patients With Cirrhosis</p>	<p>toimintahäiriöön. Potilaille annettiin kyselylomakkeet, joilla selvitettiin heidän käyttämänsä reseptivapaat kipulääkkeet (parasetamoli, NSAID) sekä heidän alkoholin käyttönsä.</p>	<p>N= 333, potilaat jotka sairaalahoidossa maksavaurion (kirroosi) vuoksi=91, potilaat jotka maksasairauden (kirroosi) vuoksi avohoidossa=153, satunnaisesti valitut ei-kirroosipotilaat=89</p>	<p>verrokki kiirroosipotilaista 52% ja ei-kirroosipotilaista 70%. -Parasetamolien käyttö ei eronnut ryhmien välillä. Kiroosi potilaat käyttivät enemmän NSAID-lääkkeitä kontrolliryhmiin verrattuna. -Kontrolliryhmiin verrattuna kiirroosipotilaat käyttivät huomattavasti enemmän alkoholia. -Matalampien parasetamoliannosten käyttö ei ole tarpeen potilailla, joilla on kirroosi edes vaikka he olisivat hiljattain käyttäneet alkoholia. -NSAID-lääkkeiden käytöllä voi olla vahingollinen yhteys kiirrosiin syntyyn.</p>
--	---	---	---

Liite 2. Alcohol use disorder identification test: AUDIT-testi

1 (3)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi.

Klikkaa kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto.

Paljonko juot?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa

(jatkuu)

2 (3)

- päivittäin tai lähes päivittäin

Ryypyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastaajan sukupuoli

- Mies
- Nainen

12. Ikä

- 15 tai alle
- 16 – 17

- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän

13. Ketä testaa

- itseään
- puolisoaan
- lastaan
- muuta lähiomaistaan
- asiakastaan

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Liite 3. Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire: SADD-kysely

1 (3)

Tämän testin 17 kysymystä auttavat sinua selvittämään alkoholiriippuvuutesi tason. Kysymykset koskevat tuoreinta 12 kuukauden jaksoa.

Klikkaa kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto.

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

(jatkuu)

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

16. Ikä:

- 15 tai alle
- 16 – 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän
- En halua kertoa
-

17. Sukupuoli:

- Mies
- Nainen
- En halua kertoa

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd>

Liite 4. Kyselylomake hoitohenkilökunnalle

1 (2)

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta, teemme opinnäytetyötä päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidosta, josta te saatte lopulta käyttöönnne tietoa tiivistetysti helpottamaan päivittäistä hoitotyötä

Teidän vastausten pohjalta valitsemme työhömmme päihteen, joka on pääosassa opinnäytetyössämme. Vastatthhan kyselylomakkeen jokaiseen kysymykseen, sen mukaan mitä teillä on asiasta sanottavana. Vastauksenne ohjaavat meitä tekemään työn, josta on mahdollisimman paljon hyötyä teille hoitaessanne potilaita. Vastatkaa kyselyyn nimettöminä.

Kiitos vastauksistanne, Aino Mattila & Paula Mannila TAMK

(jatkuu)

2 (2)

1. Mitä päihdettä käyttäviä potilaita olet kohdannut eniten toimiessasi osastolla?

(Laita yksi päihde)

2. Mitkä asiat päihdeongelmaisen potilaan lääkkeellisessä kivunhoidossa mietityttävät sinua?

3. Millaisessa muodossa tuotoksesta olisi eniten hyötyä hoitotyössä?

Liite 5. Vastaukset kysymykseen 2.

1 (2)

TAULUKKO 4. Ongelmat päihdeongelmaisen potilaan kivunhoidossa

Alkuperäisilmausten pelkistys	Samankaltaisuudet yhdistäminen	Pelkistäminen ja yhdistäminen	Kokoavan käsitteen muodostus
Lääkkeiden väärinkäyttö Alkoholin aiheuttamat haitat; lääkkeiden yhteensopivuus niiden kanssa Delirium-potilaan kipu Toleranssi Hoitajan harhaanjohtaminen lääkkeiden käytöstä	Toleranssi Päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen Hoitajan harhaanjohtaminen lääkkeiden käytöstä Väärinkäyttö Väärinkäyttö, lääkekoukku Tulovaiheen promillet	Päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen Tulovaiheen promillet Toleranssi	Päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen
Väärinkäyttö Maksan vajaatoiminta	Kivun teeskentely Delirium-potilaan kipu	Väärinkäyttö Väärinkäyttö, lääkekoukku Hoitajan harhaanjohtaminen lääkkeiden käytöstä	Kivunarviointi
Kivun teeskentely Lääkkeetön kivunhoito Kipulääkkeen sopivuus muiden lääkkeiden kanssa Väärinkäyttö, lääkekoukku Päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen	Lääkkeetön kivunhoito Alkoholin aiheuttamat haitat ja lääkkeiden yhteensopivuus niiden kanssa Lääkkeiden väärinkäyttö ja kipulääkkeen valinta Maksan vajaatoiminta kipulääkkeen sopivuus muiden lääkkeiden kanssa	Kivun arviointi Päihdeongelmaisen kipu	

(jatkuu)

		<p>Lääkkeetön kivunhoito Lääkkeiden väärinkäyttö ja kipulääkkeen valinta</p>	<p>Kipulääkkeen valinta</p>
		<p>Alkoholin aiheuttamat haitat, esim maksan vajaatoiminta, ja lääkkeiden yhteensopivuus niiden kanssa</p>	

Liite 6. Vastaukset kysymykseen 3.

TAULUKKO 5. Tuotoksen muoto

Opas	O p a s
Opas	
Check-list	
-	
Word muotoinen: - opas - tiedote - ohje	
Sähköisessä muodossa	

Liite 7. Opas henkilökunnalle

1(10)