

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitotyö
2012

Essi Loikas & Elisa Mäkilä

SAVUTTOMUUTEEN TÄHTÄÄVÄN INTERVENTIO- OHJELMAN VAIKUTTAVUUS TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKENA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Terveydenhoitotyö

Lokakuu 2012 | 64 sivua + 3 liitettä

Ohjaaja: Kristiina Viljanen

Essi Loikas & Elisa Mäkilä

SAVUTTOMUUTEEN TÄHTÄÄVÄN INTERVENTIO-OHJELMAN VAIKUTTAVUUS TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKENA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli kehittää savuttomuuteen tähtäävää interventio-ohjelmaa, joka perustuu Savuton Turku 2015 -ohjelmaan, ja selvittää sen vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisen tukena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa ja aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö on toteutettu osana Terveesti tulevaisuuteen -projektia ja yhteistyötahona toimi Turun Sosiaali- ja terveystoimen Terveyden edistämisen yksikkö. Opinnäytetyötä jatkettiin myöhemmin kehittämistyönä kirjoittamalla siitä artikkeli Terveydenhoitajaliittoon.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin tupakkakäyttäytymistä sekä kotimaassa että kansainvälisesti, tupakoinnin vastaisia ohjelmia ja kampanjoita, tupakoinnin aiheuttamia vaikutuksia, tupakoinnin lopettamista sekä tupakoinnin vähentämistoimia. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousivat tutkimusongelmat ja teemat haastattelurunkoa varten.

Tutkimuksessa haastateltiin seitsemän savuttomuusohjelman asiakasta. Haastateltavat olivat keski-ikäisiä ja he olivat tupakoineet kymmeniä vuosia. Lähes kaikilla oli ollut useita tupakoinnin lopettamisyrityksiä. Haastateltavista kolme oli onnistunut tupakoinnin lopettamisessa. Loput neljä oli onnistunut vähentämään huomattavasti tupakointia ja kaikkien tavoitteena oli täysi savuttomuus. Haastattelijat kokivat savuttomuusohjelman hyvänä ja hyödyllisenä tukena tupakoinnin lopettamisessa. Oleellisimpana tekijänä tupakoinnin lopettamisessa he kuitenkin pitivät itsestä lähtevää päätöstä ja riittävää motivaatiota.

Tämä opinnäytetyö oli ensimmäinen Savuton Turku 2015 -ohjelman vaikuttavuutta kartoittava tutkimus. Jotta johtopäätöksiä pystyttäisiin tekemään, tulisi aiheesta tehdä vielä jatkotutkimuksia. Koska kaikki haastateltavat eivät olleet onnistuneet tupakoinnin lopettamisessa, olisi hyvä tehdä tutkimuksia, joissa olisi pelkästään savuttomuudessa onnistuneita haastateltavia ja verrata näitä tutkimuksia keskenään. Lisäksi tutkimus, jossa haastateltaisiin myös savuttomuushoitajia, toisi uutta näkökulmaa aiheeseen.

ASIASANAT:

Tupakointi, tupakoinnin lopettaminen, nikotiinikorvaushoito, tupakkariippuvuus, tupakkalaki

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care, Degree programme in Nursing | Public health nurse

October 2012 | 64 pages + 3 appendices

Instructor: Kristiina Viljanen

Essi Loikas & Elisa Mäkilä

THE EFFECTIVENESS OF AN INTERVENTION PROGRAMME AIMING AT NON-SMOKING AS SUPPORT FOR SMOKING CESSATION

The purpose and goal of this thesis was to develop an intervention programme based on the Savuton Turku 2015 -programme and look into its impressiveness as a support for smoking cessation. Qualitative approach was used as the research method and theme interviews as data collection method. The interviews were carried out as individual interviews, and the data was analysed with content analysis. The thesis has been executed as a part of the project "Terveesti tulevaisuuteen" in cooperation with Turku Municipal Health Care and Social Services Department's Health Promotion Unit. The thesis was later continued with an article written to Terveystieteiden tutkimuskeskus.

In the literature review, both domestic and international smoking habits, anti-smoking programmes and campaigns, the effects of smoking and the measures to prevent smoking were observed. The research problem and themes for the interview framework rose from the literature review.

In the study, seven clients of the non-smoking programme were interviewed. The interviewees were middle-aged and they had been smoking for more than one decade. Almost everyone had had several attempts to quit smoking. Three of the interviewees had succeeded in smoking cessation. The remaining four had succeeded in reducing smoking significantly, and all of them aimed at total non-smoking. The interviewees experienced the non-smoking programme as good and useful support for smoking cessation. However, they regarded a self-originated decision and sufficient motivation as the most essential factor.

This thesis was the first study surveying the effectiveness of the Savuton Turku 2015 -programme. In order to draw conclusions, further studies should be made on the subject. Since not all of the interviewees had succeeded in smoking cessation, it would be advisable to carry out studies made only with interviewees who had succeeded in smoking cessation and then compare these studies. In addition, a study which would include interviews of smoking prevention nurses would bring a new viewpoint to the subject.

KEYWORDS:

Smoking, smoking cessation, nicotine replacement therapy, tobacco use disorder, tobacco act

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TUPAKKAKÄYTTÄYTYMINEN JA TERVEYS	8
2.1 Tupakoinnin merkitys terveyden edistämisessä	8
2.2 Suomalaisten päivittäistupakointi	9
2.3 Tupakointi kansainvälisesti	14
3 TUPAKOINNIN VASTAISET OHJELMAT JA KAMPANJAT	16
3.1 Terveys 2015 -kansanterveysohjelma	16
3.2 Savuton Suomi 2040 -ohjelma	17
3.3 Savuton Turku 2015 -ohjelma	17
3.4 Muita kotimaisia hankkeita	19
3.5 Kansainvälisiä kampanjoita	20
4 TUPAKOINNIN VAIKUTUKSET JA LOPETTAMINEN	22
4.1 Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt	22
4.2 Tupakoinnin vähentäminen ja lopettaminen	25
5 TUPAKOINNIN VÄHENTÄMISTOIMET	30
5.1 Tupakkalaki	30
5.2 Kansainvälinen tupakkasopimus	32
5.3 Savuttomuus kunnissa ja työpaikoilla	33
5.4 Terveystuhojen toimet tupakoinnin ehkäisyssä	34
5.5 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun yliopistollinen sairaala: tupakasta vieroitus osa sairauden hoitoa	36
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	38
7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	39
7.1 Tutkimusmenetelmä	39
7.2 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu	39
7.3 Aineiston käsittely ja analysointi	41
8 TUTKIMUSTULOKSET	43
8.1 Haastateltavien tupakointihistoria	43
8.2 Interventio-ohjelman apu tupakoinnin lopettamisessa	44
8.3 Tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavat tekijät	46
8.3.1 Elämäntilanne ja terveydentila ennen tupakoinnin lopettamista	47
8.3.2 Interventio-ohjelman ulkopuolelta saatu tuki tupakoinnin lopettamisessa	48
8.4 Kehittämisehdotuksia interventio-ohjelmaan	48

8.5 Savuttomuudessa onnistuneet	49
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	51
9.1 Eettisyys laadullisessa tutkimuksessa	51
9.2 Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa	53
10 POHDINTA	56
10.1 Tulosten tarkastelua	56
10.2 Kehittämis- ja jatkotutkimustarpeita	57
11 OPINNÄYTETYÖSTÄ ARTIKKELIKSI	59
LÄHTEET	60
LIITTEET	

Liite 1. Teemahaastattelurunko.

Liite 2. Tiedonhakutaulukko.

Liite 3. Artikkelit

KUVIOT

Kuvio 1. Päivittäin tupakoivat ikäryhmittäin (THL 2011).	10
Kuvio 2. Päivittäistupakointi sukupuolittain (THL 2011).	10
Kuvio 3. Päivittäistupakoivien osuus vuosina 1978–2003 (Helakorpi ym. 2003, 5).	11
Kuvio 4. Päivittäin tupakoivien osuus Turussa ikäryhmittäin (THL 2011).	13
Kuvio 5. Päivittäin tupakoivien osuus Turussa sukupuolittain (THL 2011).	13

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö kuuluu Terveesti tulevaisuuteen -projektiin, jonka tavoitteena on terveysneuvonnan kehittäminen tuottamalla terveyskasvatusmateriaalia ja kehittämällä uusia terveysneuvonnan malleja. Opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta: itse tutkimuksesta sekä artikkelista, jossa tehtyä tutkimusta käsitellään. Pääpainona artikkelissa ovat tutkimustulokset sekä jatkotutkimustarpeet. Artikkelin julkaistaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen verkkosivuilla tai Terveystieteen lehdessä. Aihe opinnäytetyöhön saatiin Turun sosiaali- ja terveystoimen Terveystieteiden edistämisyksiköstä ja yhdyshenkilönä toimi Terveystieteiden edistämisyksikön terveysohjaaja. Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia Turun terveysasemien savuttomuuteen tähtäävän interventio-ohjelman vaikuttavuutta asiakkaan tupakoinnin lopettamisen tukena. Interventio-ohjelma perustuu Savuton Turku 2015 -ohjelmaan, jonka myötä Turussa on joka terveysasemalla koulutettu savuttomuusohjaaja (Turun sosiaali- ja terveystoimi 2011). Savuttomuusohjelmassa mukana olevat asiakkaat pääsevät mukaan vieroitusohjelmaan, johon kuuluu muun muassa käyntejä savuttomuusohjaajan vastaanotolla sekä puhelinkeskustelu-aikoja (Turun sosiaali- ja terveystoimi 2011). Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää savuttomuusohjelmaa asiakkaiden kokemusten, palautteen ja ehdotusten avulla.

Koska tupakointi aiheuttaa runsaasti terveysongelmia, ennen aikaista kuolemaa sekä suuria kustannuksia, on aihe tärkeä ja ajankohtainen koskien terveyden edistämistä. Tupakoinnilla on suuri merkitys terveyden edistämisen lisäksi kroonisten tautien ehkäisyssä: Suomessa kuolee vuosittain 4000–6000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin aiheuttaen yhteiskunnallemme noin kahden miljardin euron vuosittaiset kustannukset. (Helakorpi ym. 2011, Käypä hoito 2012b; Mäntymaa 2010.) Tupakoinnin ehkäiseminen koskee koko terveydenhuoltoa (Käypä hoito 2012a; Mäntymaa 2010) ja tämän opinnäytetyön avulla kartoitetaan savuttomuusohjelman vaikutusta tupakoitsijoihin. Kattavin terveyden edistämishjelma Suomessa on tällä hetkellä Terveystieteiden 2015 -

kansanterveysohjelma, johon myös Savuton Turku 2015 -ohjelma perustuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a).

Suomessa on lainsäädännön ja erilaisten tupakoinnin vähentämistoimien ja -ohjelmien avulla yritetty vaikuttaa kansalaisten terveyden edistämiseen ja näin myös tupakointiin. Vuoden 2010 lokakuussa Suomessa tuli voimaan uudistettu tupakkalaki, jonka tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen kokonaan. Siinä säädetään erilaisista toimenpiteistä, jotka liittyvät tupakkatuotteiden käytön aloittamisen ehkäisyyn, käytön lopettamisen edistämiseen sekä väestön suojelemiseen tupakansavulle altistumiselta. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kaikki sairaanhoitopiirit ovat julistautuneet savuttomiksi jo vuosia sitten ja vuoden 2012 alkuun mennessä noin puolet Suomen kunnista oli julistautunut savuttomiksi (Paasivirta 2012).

2 TUPAKKAKÄYTTÄYTYMINEN JA TERVEYS

2.1 Tupakoinnin merkitys terveyden edistämisessä

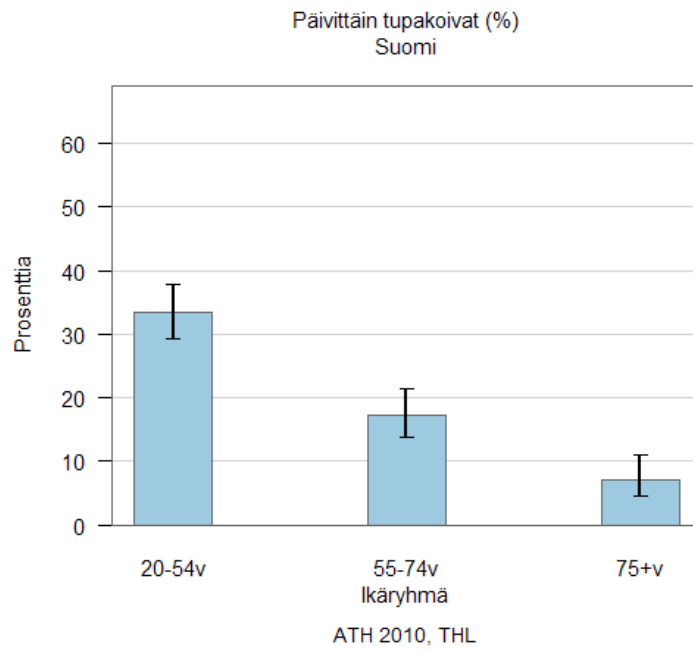
Väestön terveyden edistämisen perusta rakentui 1800-luvulla ja näin alkoi kehittyä ensimmäisiä kansanterveysliikkeitä. Useissa eri maissa oivallettiin tuolloin, että väestöjen terveyteen voidaan vaikuttaa ja että se on myös yhteiskunnan julkisen vallan tehtävä. (Ståhl & Rimpelä 2010, 12.) Tämä on myöhemmin määritetty perustuslaissa (Ståhl & Rimpelä 2010, 45). Suomeen kansanterveysliike tuli 1860-luvulla (Ståhl & Rimpelä 2010, 23). Terveyden edistämisen perusta luodaan jo lapsuudessa ja se tarkoittaa toimia, joilla edistetään kansalaisten terveyttä. Lisäksi parannetaan myös kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä. Terveyden edistäminen on siis laaja-alaista ja koskee koko väestöä kaikissa ikäryhmissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 53.) Väestön terveyshyötyjä pystytään saavuttamaan vaikuttamalla yksilöiden terveysvalintoihin ja elämäntapoihin sekä vähentämällä sairausriskiä. Näin hillitään myös terveydenhuollon menoja. (Kiiskinen ym. 2008, 13–19; Ståhl & Rimpelä 2010, 3.) Terveydenhuollolla on tärkeä rooli terveyden edistämisen asiantuntijana ja puolestapuhujana sekä terveysnäkökohtien esiin nostajana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11).

Tupakoinnilla on suuri merkitys terveyden edistämisessä ja kroonisten tautien ehkäisyssä (Helakorpi ym. 2011, 9–13). ”Tupakoimattomuuden edistäminen sisältää tupakoinnin ehkäisyn, tupakoinnin lopettamisen tukemisen, elinympäristön savuttomuuden edistämisen sekä tupakoimattomuutta edistävän asenneilmapiirin vahvistamisen” (STM 2006, 53). Kroonisten kansantautien ehkäisy on ollut menestyksellistä viimeisen neljän vuosikymmenen aikana (Ståhl & Rimpelä 2010, 65). Suomalaiset ovat tänä päivänä terveempiä kuin koskaan aiemmin: odotettu elinikä on kasvanut, ikääntyneiden terveys ja toimintakyky kohenee jatkuvasti, lisääntyneet vuodet ovat pääasiassa terveitä vuosia ja on onnistuttu ehkäisemään sekä torjumaan monia sairauksia ja tauteja (Ståhl ym. 2006, 17;

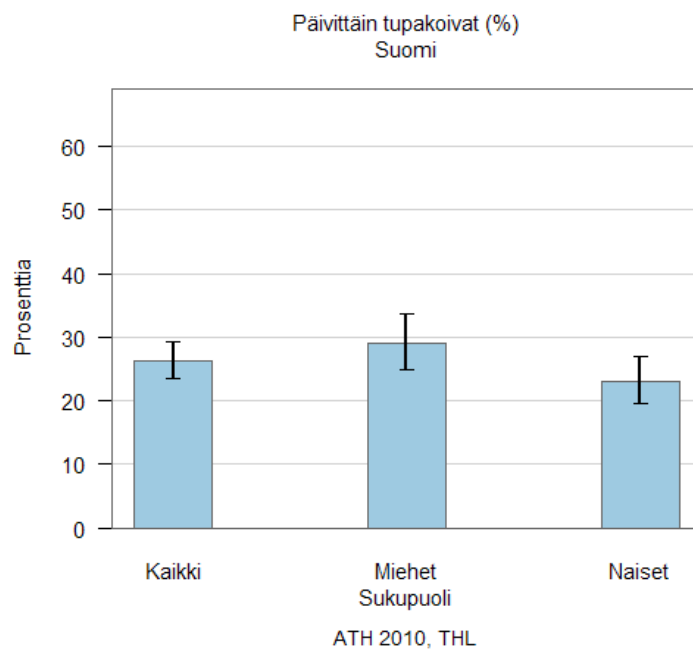
Ståhl & Rimpelä 2010, 65). Myös muissa Euroopan Unioniin kuuluvissa maissa on saavutettu historiallisesti ennätysellistä tasoa terveyden ja vaurauden suhteen. Elinikä on kasvanut huomattavasti EU:n maissa - ihmiset elävät pitempään ja ovat terveempiä kuin 20 vuotta sitten. Vuodesta 1980 lähtien tupakkapolitiikka on ollut keskeisessä roolissa kansanterveydellisesti Euroopan unionissa ja siitä lähtien EU:n maiden terveys on parantunut tasaisesti. Kuitenkin maiden väliset ja maiden sisäiset eriarvoisuudet koskien terveyttä ovat yhä jäljellä tai jopa kasvaneet. (Ståhl ym. 2006, 17.)

2.2 Suomalaisen päivittäistupakointi

Suomessa kuolee vuosittain 4000–6000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin ja heistä puolet on työkäisiä (Käypä hoito 2012b, 3; Savuton Suomi 2040). Lisäksi tupakointi aiheuttaa merkittävän määrän sairastuvuutta, inhimillistä kärsimystä sekä terveydenhuollon ja yhteiskunnan kustannuksia. Terveiden tasa-arvoa voidaan lisätä vähentämällä ja ehkäisemällä tupakointia. (Savuton Suomi.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2010 suomalaisista 20–54 -vuotiaista päivittäistupakoi vajaan 25 %, 55–74 -vuotiaista vajaan 20 % ja 75+ -vuotiaista vähän yli viisi prosenttia. Kokonaisväestöstä vähän yli 25 % tupakoi päivittäin. Miesten osuus on noin 30 % ja naisten osuus vähän yli 20 %. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)



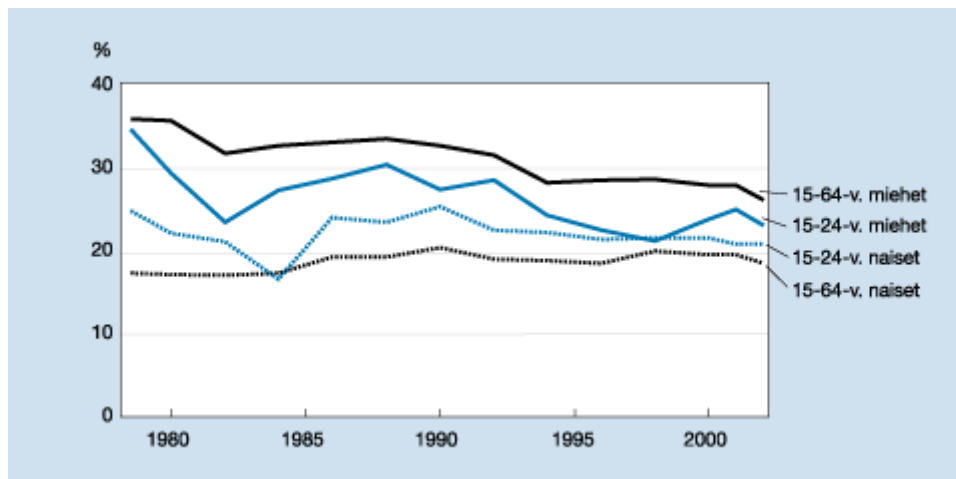
Kuvio 1. Päivittäin tupakoivat ikäryhmittäin (THL 2011).



Kuvio 2. Päivittäistupakointi sukupuolittain (THL 2011).

Vuonna 2010 tehdyn Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys - tutkimuksen mukaan 23 % työikäisistä miehistä ja 16 % naisista tupakoi päivit-

täin. Tutkimusjakso on alkanut jo vuodesta 1978 ja tutkimus on suoritettu vuosittain. Tänä aikana miesten päivittäistupakointi on vähentynyt melko tasaisesti. Naisilla puolestaan päivittäistupakointi yleistyi aina 1980-luvun puolivälin paikkeille ja vasta 2000-luvun puolivälin jälkeen naisten tupakointi on kääntynyt laskuun. (Helakorpi ym. 2003, 5; Helakorpi ym. 2011, 9–13; Vartiainen 2005.) Myös nuorimpien ikäryhmien tupakointi on kääntynyt laskuun 2000-luvulla (Ståhl & Rimpelä 2010, 68).



Kuvio 3. Päivittäistupakoivien osuus vuosina 1978–2003 (Helakorpi ym. 2003, 5).

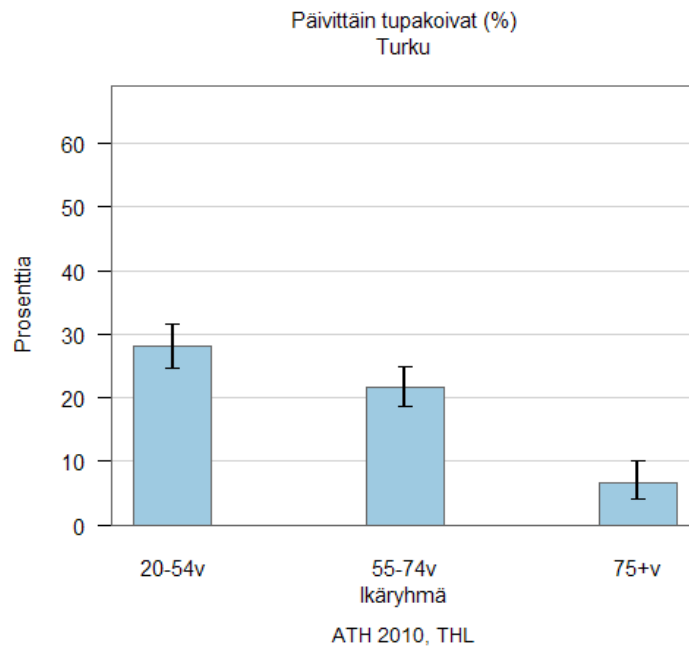
Koulutusryhmittäiset erot ovat suuret: ylimmässä koulutusryhmässä tupakointi on vähentynyt eniten (Helakorpi ym. 2007, 2977). Alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista päivittäistupakoi noin 30 % ja miehistä lähes 40 %. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvien päivittäistupakointi on jopa 20 prosenttiyksikköä vähäisempää. Eroavuus näkyy myös nuorien keskuudessa - lukiolaisista 9 % tupakoi päivittäin kun taas ammattiin opiskelevista 38 %. (Sandström ym. 2010, 12.) Alemman koulutustason väestön muutkin terveystottumukset kuin tupakointi ovat heikommalla tasolla verrattuna. Tupakointiin liittyy näin ollen voimakkaasti sosiaalinen ja terveydellinen eriarvoistuminen. (Savuton Suomi.)

Teini-ikäisistä pojista 18 % ja tytöistä 16 % tupakoi säännöllisesti (Käypä hoito 2012a, 3). Päivittäin tupakoivien osuus 14–16 -vuotiailla ovat lähellä vuoden

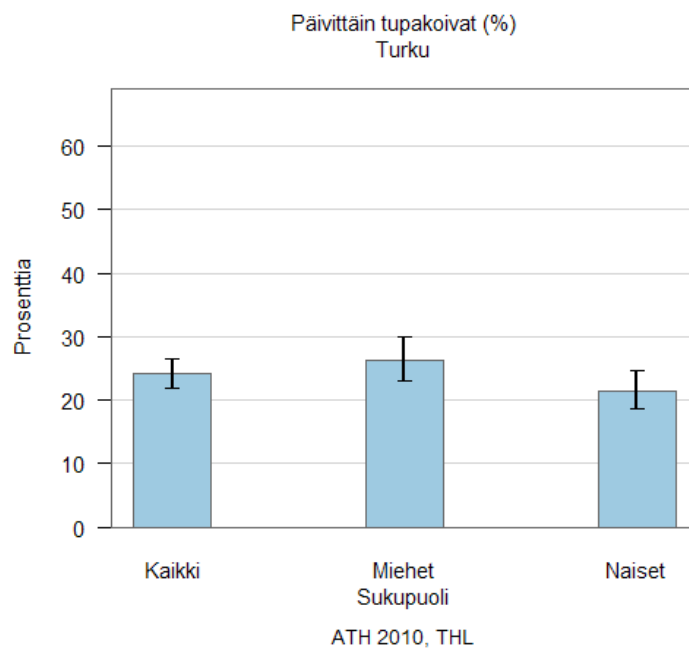
1979 lukuja, jotka ovat alhaisimmat koskaan mitatut (Rimpelä ym. 2005, 3). Nuorten terveystapatutkimuksia on tehty vuodesta 1977 alkaen joka toinen vuosi ja tutkimuksien mukaan 2000-luvulla tapahtui keskeisiä muutoksia tupakoinnin suhteen. Tupakkakokeilujen aloittamisikä siirtyi myöhempään ikään ja on jatkunut myös vuosien 2003–2005 aikana. (Rimpelä ym. 2005, 3.) Tyypillisin ikä tupakkakokeiluille on 13–15 vuotta, mutta kokeilleiden osuus alkaa kasvaa jo 10. ikävuodesta lähtien (Käypä hoito 2012a, 4). Tyttöjen tupakoinnin nousu pysähtyi ja kääntyi laskuun 2000-luvulla. Poikien tupakointi oli vähentynyt jo aikaisemmin. (Rimpelä ym. 2005, 3.)

Vaikka tupakointi onkin viime vuosina ollut laskussa, niin vuonna 2009 tehdystä Kouluterveyskyselystä käy kuitenkin ilmi, että nuorten päihdeasenteet ovat höltyneet ja tupakointiin ja muihin päihteisiin suhtaudutaan aiempaa sallivammin. Yläkoululaisten ja lukiolaisten asenne tupakointia kohtaan on muuttunut selvästi aiemmista vuosista entistä hyväksyvämmäksi. (THL 2009.) Vuoden 2010 tupakkalain muutokset ovat alkaneet kuitenkin tuottaa tulosta yhdessä oppilaitosten savuttomuustyön kanssa - tupakointirajoitukset ja valvonta ovat lisääntyneet merkittävästi. Toisen asteen ammattioppilaitosten opiskelijoista 61 % kertoi, että tupakointi on kokonaan kielletty oppilaitoksessa kun taas kaksi vuotta aikaisemmin osuus oli vain 18 %. (Suomen ASH 2011.) Koska tupakointi aloitetaan yleensä alle 20 vuoden iässä, on ensiarvoisen tärkeää ehkäistä tupakoinnin aloittamista kokonaan. Myös vanhempien tupakoimattomuuden tukeminen lisää nuorten savuttomuutta. (Savuton Suomi.) Tupakansavulle altistuminen eli passiivinen tupakointi on vähentynyt merkittävästi vuoden 1991 jälkeen ja asenteet tupakointia kohtaan ovat tiukentuneet. Nykyään nuorista valtaosa pitää tupakointia ”luuserien” puuhana. (Rimpelä ym. 2005, 3.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos pitää tilastoa päivittäisistä tupakoitsijoista eri kunnissa. Vuoden 2010 tilastokuvioista käy ilmi, että turkulaisista 20–54 -vuotiaista vähän alle 30 % tupakoi päivittäin, 55–74 -vuotiaista vähän yli 20 % ja 75+ -vuotiaista vähän yli 5 %. Kaiken kaikkiaan noin 25 % turkulaisista tupakoi päivittäin. Tupakoivien miesten osuus turkulaisista on vähän yli 25 % ja naisten osuus vähän yli 20 %. (THL 2011.)



Kuvio 4. Päivittäin tupakoivien osuus Turussa ikäryhmittäin (THL 2011).



Kuvio 5. Päivittäin tupakoivien osuus Turussa sukupuolittain (THL 2011).

2.3 Tupakointi kansainvälisesti

Tupakointi aiheuttaa merkittäviä määriä ennenaikaisia kuolemia maailmanlaajuisesti ja se onkin yksi eniten kuolemia aiheuttavista tekijöistä. On arvioitu, että noin viisi miljoonaa kuolemaa vuodessa johtuu tupakoinnista. (Morbidity and Mortality Weekly Report 2010, 487; Käypä hoito 2012b, 3.) Lisäksi 13 miljoonaa ihmistä kärsii tupakan aiheuttamista kroonisista taudeista (Ståhl ym. 2006, 55). Odotettavissa on, että vuoteen 2030 mennessä tupakoinnin seurauksiin kuolevien määrä nousee kahdeksaan miljoonaan vuodessa (MMWR 2010, 487). Vaikka tupakointi onkin vähentynyt, silti kolmasosa eurooppalaisista tupakoi yhä. Tupakointi aiheuttaa Euroopassa enemmän ongelmia kuin alkoholi, huumet, korkea verenpaine, ylipaino tai korkea kolesteroli ja vuosittain pelkästään Euroopassa kuolee 650 000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin syihin. Lisäksi tupakoinnin kustannukset maksavat Euroopalle noin 100 biljoonaa euroa. (European commission 2012.)

Kansainvälinen tutkimusryhmä on tehnyt ensimmäistä kertaa tutkimuksen passiivisen tupakoinnin aiheuttamasta tautitaakasta koko maailmassa. Siinä tarkasteltiin aineistoja 192 maasta vuodelta 2004 ja se on julkaistu vuonna 2010. Passiivinen tupakointi tappaa maailmassa yli 600 000 ihmistä vuosittain ja passiiviselle tupakoinnille altistuu lapsista noin 40 %, savuttomista miehistä 33 % ja naisista 35 %. Passiivisen tupakointiin kuolevista 47 % on naisia, 28 % lapsia ja 26 % miehiä. Sen seurauksena ihmiset sairastuvat ja kuolevat muun muassa sydänsairauksiin, hengitysteiden infektioihin, astmaan ja keuhkosityöpään. Kaksi kolmasosaa kuolemista tapahtuu Afrikassa ja Etelä-Aasiassa, lisäksi Itä-Euroopassa on suuri sairastuvuus ja kuolleisuus. Onkin syytä muistaa, että vain 7,4 % maailman väestöstä asuu maissa, joissa tupakointia rajoitetaan lainsäädännöllä. (Tohtori 2010.)

Nykyään Suomen tupakointiluvut ovat Euroopan alhaisimpia (Sandström ym. 2010, 40). 2000-luvun alussa Suomessa päivittäistupakoi 23 % kokonaisväestöstä, Norjassa määrä oli 30 %, Tanskassa 28 %, Ruotsissa 19 % (lisäksi miehistä 23 % käytti nuuskaa), Espanjassa 32 % ja Saksassa 36 %. (Helakorpi

2008, 15.) Monissa Pohjois-, Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa tupakointi miesten keskuudessa on vähentynyt kun taas naisten tupakointi on selvästi lisääntynyt tietyissä maissa. Keski- ja Itä-Euroopan maista ei ole saatavilla samalla tavoin tilastoja kuin muilta Euroopan alueilta, mutta on kuitenkin esitetty, että tupakointi ei olisi juurikaan vähentynyt näissä maissa vaan jopa lisääntynyt sekä miesten että naisten keskuudessa. (Helakorpi 2008, 20.)

Yhdysvalloissa tupakointi on kolmanneksi suurin terveysongelma ja se on yksi eniten sairauksia ja kuolemia sekä invaliditeettia aiheuttava tekijä (Bryant 2008, 31 & MMWR 2010, 487). Tupakointi aiheuttaa vuosittain 443 000 Yhdysvaltain kansalaisen kuoleman ja 8,6 miljoonan henkilön vakavan sairastumisen. Vuonna 2008 yhdysvaltalaisista aikuisista 20,6 % eli noin 46 miljoonaa henkilöä tupakoi. Huolta aiheuttaa se, että tupakointi ei näytä vähentyneen juuri ollenkaan aikuisten eikä nuorten keskuudessa 2000-luvun aikana. (MMWR 2010, 487.) Pohjois-Carolinassa aikuisväestöstä tupakoi 26,3 % ja yli 11 500 tupakoitsijaa kuolee tupakan aiheuttamiin sairauksiin vuosittain. Vuonna 2002 Pohjois-Carolinassa oli 25 sairaalaa, joissa oli käytössä ohjelmia tupakoinnin lopettamiseksi. Kuitenkin vain 47 % tupakoitsijoista, jotka olivat saaneet sydäninfarktin ja joutuneet sairaalahoitoon, tarjottiin apua tupakoinnin lopettamiseen. (Bryant 2008, 31.)

3 TUPAKOINNIN VASTAISET OHJELMAT JA KAMPANJAT

3.1 Terveys 2015 -kansanterveysohjelma

Tällä hetkellä meneillä olevista terveyden edistämisen hankkeista Suomessa ehdottomasti kattavin on Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Se on linjaamassa maan terveystoimintaa 15 vuoden ajan. Ohjelma painottaa voimakkaasti terveyden edistämistä terveydenhuollon osana. Ohjelma on jatkoa Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmalle ja sen taustalla on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. (STM 2001a.)

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteena on tukea ja edistää terveyttä kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. Ohjelman kautta halutaan vaikuttaa elämään joka osa-alueeseen, esimerkiksi arkielämän ympäristöihin, palveluihin ja liikenteeseen. Ohjelmalla on sekä ikäryhmittäisiä että kaikille yhteisiä tavoitteita. Yhteisiä tavoitteita ovat muun muassa suomalaisten tyytyväisyyden säilyminen koskien terveydenhuollon palveluja ja koetun terveydentilan säilyminen vähintään nykyisellä tasolla, terveiden elinvuosien lisääntyminen sekä eriarvoisuuden vähentyminen niin, että heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi paranee. Ikäryhmittäisiä tavoitteita ovat muun muassa lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja turvattomuudesta johtuvien oireiden ja sairauksien väheneminen, nuorten tupakoinnin väheneminen, nuorten miesten kuolleisuuden aleneminen, työikäisten työhyvinvoinnin kestäminen pidempään sekä yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paraneminen. (STM 2001a.)

Erilaisten päihteiden, kuten tupakan ja alkoholin käyttö aloitetaan nykyään aikaisempaa varhaisemmassa iässä. Nämä aineet aiheuttavat terveysriskejä sekä lyhyemmällä että pidemmällä tähtäimellä. Nuorilla riski epäterveellisten elämäntapojen kehittymisestä pysyviksi on suurempi silloin, kun nuori elää sosiaalisesti ongelmallisessa ympäristössä. Tärkeää on kehittää tukitoimia nuorille ja lisätä terveystietoa sekä auttaa heitä elämänhallinnassa. (STM 2001b.) Ohjel-

man tavoitteena on vähentää nuorten tupakointia niin, että 16–18 -vuotiaista alle 15 prosenttia tupakoi ja hoitaa nuorten alkoholin ja huumeiden käytöstä johtuvat terveyteen liittyvät ongelmat asiantuntevasti ja estää niiden lisääntyminen 1990-luvun alusta (STM 2001a.).

3.2 Savuton Suomi 2040 -ohjelma

Savuton Suomi 2040 -ohjelma sai alkunsa kun entinen pääministeri ja eduskunnan puhemies Paavo Lipponen esitti vision savuttomasta Suomesta vuoden 2006 Tupakka- ja terveyspäivillä. Pieni joukko terveysalan vaikuttajia lähti viemään visiota eteenpäin ja mukaan liittyi useita tupakkatuotteiden käytön loppumista tukevia organisaatioita. (Savuton Suomi 2040.)

Savuton Suomi 2040 -strategiassa painotetaan, että kaikkien tulee tiedostaa ja tietää tupakkatuotteiden aiheuttamista vakavista terveydellisistä sairauksista ja riippuvuudesta. Terveyttä edistäviin valintoihin kannustetaan muun muassa yhteiskuntapoliittisilla toimenpiteillä. Yhteiskunnan tavoitteena on ehkäistä erityisesti nuorten tupakoinnin aloittamista sekä tukea aikuisten tupakoinnin lopettamista. Kaikilla on oltava mahdollisuus saada tukea tupakoinnin lopettamiseen tarvittaessa. (Savuton Suomi 2040.)

Jotta Suomi saataisiin vuoteen 2040 mennessä savuttomaksi, tulisi tupakoinnin vähentyä vuosittain noin kymmenen prosenttia. Savuttomuuden edistämiseksi tarvitaan konkreettisia keinoja - perheitä on autettava savuttoman sukupolven kasvattamisessa, tupakoinnin lopettamista on tuettava ja vieroitustyötä vahvistettava. (Savuton Suomi 2040.)

3.3 Savuton Turku 2015 -ohjelma

Turussa on tällä hetkellä käynnissä kaupungin savuttomuuteen tähtäävä Savuton Turku 2015 -ohjelma (Turun sosiaali- ja terveystoimi 2011). Sen yhteistyökumppanina on Pfizerin vuonna 2008 aloittama Maailman Tervein Kansa 2015 -hanke, jonka tavoitteena on auttaa suomalaiset maailman terveimmäksi kan-

saksi vuoteen 2015 mennessä (Pfizer 2011). Savuton Turku 2015 -ohjelman myötä Turun jokaiseen terveysasemaan koulutettiin savuttomuushoitaja. Savuttomuuden hoito-ohjelmaan kuuluu kolme käyntiä savuttomuushoitajan vastaanotolla ja kolme motivoivaa puhelinkeskustelua vuoden aikana. Kaikki käynnit ovat asiakkaille maksuttomia. Käynneillä kartoitetaan terveydentilaa ja elämäntapoja ja selvitetään keuhkojen kunto mikrospirometrillä. Asiakas ohjataan tarvittaessa maksuttomaan liikuntaneuvontaan. Ohjelman aikana tupakoinnin lopettamisen tukena voi käyttää myös nikotiinikorvaushoitoa tai lääkehoitoa. (Turun sosiaali- ja terveystoimi 2011.)

Savuton Turku 2015 -ohjelman prosessi alkoi niin, että vuonna 2007 Turun terveystoimen johtokunnassa päätettiin, että koko Turun terveystoimesta tulisi savuton työpaikka. Tämä päätös johti siihen, että Turun terveystoimen henkilökunnalle tehtiin Turun kaupungin ensimmäinen savuttomuusmalli työterveyshuoltoon. Vuonna 2009 sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät, jolloin tätä mallia päätettiin laajentaa myös sosiaalitoimen työntekijöille. Keväällä 2009 palvelua alettiin suunnitella tarjottavaksi myös kuntalaisille. Tällöin perustettiin asiantuntijaryhmä perusterveydenhuollosta, johon kuului lääkäri ja kolme terveydenhoitajaa. Ryhmä suunnitteli ja työsti savuttomuusmallia runsaan vuoden ajan ennen sen käyttöönottoa. Toukokuussa 2010 malli esitettiin Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmälle, joka suoralla päätöksellä päätti ottaa mallin vakituiseen käyttöön koskien työntekijöiden lisäksi kaikkia kuntalaisia. Saman vuoden syksyllä prosessi eteni niin, että valittiin hoitajat toteuttamaan savuttomuustyötä. Marraskuun 2010 lopulla Turun Mäntymäessä pidettiin savuttomuuspäivä, jolloin savuttomuusmalli lanseerattiin. Tämän jälkeen savuttomuushoitajat alkoivat vastaanottaa asiakkaita ja toteuttaa savuttomuusmallia myös kuntalaisille. Savuttomuusohjelmaan on tähän mennessä osallistunut noin 160 henkilöä, johon sisältyy myös ohjelman keskeyttäneet. (Riikka Korhonen, 11.1.2012.)

Savuton Turku 2015 -ohjelman on tarkoitus kehittää koko perusterveydenhuoltoon tupakoinnin puheeksiottamisen ohjeet tai interventiomalli. Vuonna 2011 lanseerattiin jo suun terveydenhuollon puheeksiottamisen ja hoitoon ohjaamisen malli sekä tehtiin asiakasesite suun terveydestä ja tupakasta. Ohjelman kehit-

tämishaasteet vuodelle 2012 ovat peruskoulu, toisen asteen oppilaitokset sekä neuvolat. (Riikka Korhonen, 10.4.2012.)

3.4 Muita kotimaisia hankkeita

Yksi aikaisemmista suomalaisista hankkeista tupakan käytön vaikuttamiseen on Vältä koukkua -kehittämishanke, joka järjestettiin vuosina 2006–2008. Ajatus hankkeen takana oli katkaista nuorten riskikäyttäytyminen puuttamalla siihen heti. Hankkeessa selvitettiin yläkoululaisten päihteiden käyttöä ja puuttumiskeinoja siihen. Hankkeen tavoitteina oli vähentää nuorten tupakan ja alkoholin käyttöä, myöhentää nuorten päihdekokeiluikää, kohdentaa valistusta ja valmistaa yhteistyömalli terveydenhuollon, koulun ja kodin välille. Tutkimuksessa tehtiin interventio tupakoiville nuorille, joista hieman alle 20 % lopetti tupakoinnin intervention jälkeen. (Heikkinen ym. 2009, 2008.)

Kehittämishankkeen perusteella saatiin selville, että terveydenhuollon eri toimijoiden tulisi täydentää toistensa toimintaa, jotta nuorten päihteiden käyttöön puuttuminen olisi tarpeeksi kattavaa. Erityisesti hankkeessa huomattiin suun terveydenhuollon mahdollisuudet puuttua nuorten tupakointiin. Tupakoivien terveyden edistämisen lisäksi on kannustettava savuttomia nuoria. Kouluterveydenhuollon roolia tulisi hankkeen mukaan syventää, jotta se voisi tukea nuorten elämässä olevia aikuisia puuttumaan mahdolliseen päihteiden käyttöön. Päihdemittaria suositeltiin käyttämään järjestelmällisesti nuorten seurannassa kouluterveydenhuollossa. Yhteistyötä vanhempien ja opetushenkilökunnan kanssa pidettiin tärkeänä ja käytännössä sitä voidaan toteuttaa muun muassa vanhempainiltojen ja terveystiedon opetuksen merkeissä. (Heikkinen ym. 2009, 2010.)

Toinen nuorten tupakointikäyttäytymiseen liittyvä hanke on edelleen toiminnassa oleva SmokeFree-hanke. Se on Ehkäisevä päihdetyö EHYT Ry:n valtakunnallista savuttomuuden edistämistyötä, jota tehdään kouluissa ja oppilaitoksissa. Sen tarkoituksena on kannustaa nuorten savuttomuutta ja erityisesti se keskittyy ehkäisemään nuorten tupakoinnin aloittamista. SmokeFree-hanke jakaa

muun muassa taloudellista toimintatukea kouluille siellä järjestettävää savutto-muustyötä varten. Hankkeeseen kuuluu 5–6 -luokkien opettajille järjestettävä Tupakatta Oot Paras -koulutus. Koulutuksen tavoitteena on ehkäistä alakoulussa olevien lasten tupakoinnin aloittamista ja sen päämääränä on, että oppilas ei polttaisi tupakkaa yläkoulun aikana. Hanke järjestää kouluille myös tupakoimattomuuskilpailuja, jotka ovat Suomesta levinneet myös muihin Euroopan maihin. (Ehkäisevä Päihdetyö EHYT Ry 2012.) Kansainvälisten luokkakilpailujen tarkoituksena on viivyttää tai ehkäistä tupakoinnin aloittaminen ja estää siirtyminen satunnaisesta tupakoinnista säännölliseen tupakointiin. (Smokefree class competition 2012).

3.5 Kansainvälisiä kampanjoita

Yhdysvaltalainen sairauksien valvonnasta ja ehkäisystä vastaava viranomaisen CDC aloitti suuren liittovaltion rahoittaman tupakan vastaisen kampanjan vuoden 2012 maaliskuussa. Kampanjan pituus on 12 viikkoa, mutta jotkut kampanjan osat tulevat kuitenkin todennäköisesti säilymään pitempään. Kampanjan kohderyhmänä ovat 18–54-vuotiaat tupakoitsijat ja sen tarkoituksena on rohkaista heitä lopettamaan tupakointi ja tarjota siihen apua sekä tuoda yleisölle tietoisuutta tupakoinnin terveyshaitoista. Kampanja rohkaisee tupakoitsijoita lopettamaan tupakoinnin muiden keskuudessa sekä tupakoimattomia suojelemaan itseään ja perhettään tupakan savulta. (Centers for Disease Control and Prevention 2012.)

Kampanjassa on mukana ihmisiä, jotka kärsivät vakavista terveysongelmista tai sairauksista tupakoinnin takia. Tällaisia ovat muun muassa halvaantumisen, sydänkohtaus, keuhkon poisto, raajojen amputointi ja astma. Mainoksissa korostuu tupakoinnin aiheuttamat välittömät vauriot kehoon, niissä esiintyy ihmisiä, jotka ovat sairastuneet tupakointiin liittyviin sairauksiin suhteellisen nuorella iällä. Kampanjassa on esillä myös kolme henkilöä, jotka ovat onnistuneet tupakoinnin lopettamisessa. He tuovat esille vinkkejä, joiden avulla he ovat päässeet eroon tupakasta. (Centers for Disease Control and Prevention 2012.)

Englannissa on tehty yhdeksänvuotinen hoitajien organisoima projekti, joka on tuonut enemmän asiakkaita savuttomuuteen liittyviin terveystalveihin ja rohkaisut tuhansia lopettamaan tupakoinnin. Projektista tehdyssä selvityksessä korostuu erityisesti kaksi asiaa, joilla on erittäin tärkeä rooli savuttomuuteen rohkaisussa. Ensinnäkin terveystalven työntekijöiden yhteistyö asiakkaiden tupakointiin liittyen korostui. Toiseksi huomioitiin, että on erittäin tärkeää, että terveystalven ammattilaiset saavat tarvittavan lisäkoulutuksen, jotta he pystyvät sitoutumaan tupakoinnin ehkäisyyn mahdollisimman tehokkaasti. Näiden tekijöiden lisäksi asiakkaiden motivointi koettiin tärkeäksi osaksi tupakasta vieroitusta. (Fairhurst 2010, 12–13.)

Euroopan unionilla on oma tupakan vastainen kampanja, jonka kohderyhmänä ovat erityisesti alle 35-vuotiaat nuoret aikuiset. Kampanjan osina ovat kolme televisiokanavilla pyörivää tietoiskua. Kampanjalla on myös verkkosivut, jonne käyttäjät voivat ladata omia tupakan vaaroista kertovia videoita. Käyttäjiltä on myös pyydetty videoita, joissa he antaisivat vihjeitä tupakoinnin lopettamiseen. Lisäksi sivuilla on perustietoa muun muassa tupakoinnin lopettamisesta sekä mahdollisuus tehdä nikotiiniriippuvuustesti. (Euroopan komissio 2012.)

4 TUPAKOINNIN VAIKUTUKSET JA LOPETTAMINEN

4.1 Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt

Tupakkakasvi, *nicotiana tabacum*, on tupakkatuotannon raaka-aine ja se kasvaa luonnonvaraisena Amerikassa, Meksikossa ja Länsi-Intiassa. Tupakkatuotteisiin käytetään myös lukuisia muita aineita kuin tupakkakasvia. Näitä ovat muun muassa ammoniakki, mausteet, makeutusaineet, mentoli ja kaakao. Tupakassa on yli 4000 kemikaalia ja ne voidaan jakaa neljään pääryhmään: syöpää aiheuttavat aineet, ärsyttävät aineet, riippuvuutta aiheuttava aine ja händäkaasu. (Hildén 2005, 7-8.) Tupakka tuli Suomeen 1600-luvulla ja aiheuttaa nykyään noin 5000 ihmisen kuoleman vuosittain (Vierola 2004, 20 & Mäntymaa 2010, 297).

Tupakoinnin kokonaiskustannukset yhteiskunnallemme ovat noin 2 miljardia euroa vuodessa, koska se aiheuttaa muun muassa paljon sairauspäiviä ja lääkärikäyntejä. Tupakoinnin hoidon ja seurannan tehostaminen olisi siis myös kustannusvaikuttavaa. (Mäntymaa 2010, 297.) Kustannusvaikuttavuus on sitä suurempaa mitä nuorempana tupakointi lopetetaan, mutta vielä 60–64 -vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 % hoitokustannuksista. Työikäisten miesten tupakoinnin lopettamisella olisi mahdollista säästää yli 60 % odotetuista työvuosien menetyksistä. (Sandström ym. 2010, 3.) Vuonna 2004 tupakoinnista johtuvien sairauksien terveydenhuollon hoitokustannukset olivat Suomessa väestötasolla arviolta 246 miljoonaa euroa (Sandström ym. 2010).

Tupakka on nautintoaine, jolla on sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Tupakoitsijat saattavat hyvinkin tietää tupakoinnin vaarat ja lopettamisen edut mutta eivät silti määrittele tupakointiaan ongelmaksi, sillä he näkevät siinä myös hyviä puolia. (Sandström ym. 2010, 41.) Toisaalta on myös tupakoitsijoita, joille terveyshaitat ovat tuntemattomampia (Pietinalho 2003, 4701). Useita vuosia polttaneet aikuiset käyttävät tupakkaa paitsi riippuvuuden, myös rentoutumisen, nau-

tinnon ja tavan vuoksi – tupakkariippuvuus on siis moniulotteista käyttäytymistä ja riippuvuus voi olla sekä fyysistä että psyykkistä (Sandström ym. 2010, 41).

Riippuvuus jaetaan tupakkariippuvuuteen sekä nikotiiniriippuvuuteen. Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakoinnista seuraavaa hyvää oloa - mielihyvän tunnetta, keskittymiskyvyn paranemista, stressin sietoa ja rauhoittumista (Käypä hoito 2012a, 1–3.) Tupakoinnin ensisijaisin ja tärkein haitta on kuitenkin nikotiiniriippuvuus, jolla tarkoitetaan nikotiinin elimistölle aiheuttamia muutoksia ja se voi kehittyä jo viikossa (Pietinalho 2003, 4701–4703). Nikotiinin määrän väheneminen elimistössä tupakoinnin lopettamisen jälkeen aiheuttaa suurimmalla osalla vieroitusoireita. Nikotiiniriippuvuutta voidaan testata muun muassa Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustestillä, jossa selvitetään kuinka pian herättyään polttaa ensimmäisen tupakan ja kuinka monta tupakkaa polttaa päivässä. Mitä suuremman pistemäärän testissä saa, sitä vahvemman nikotiiniriippuvuudesta on kyse. Tupakkariippuvuus määritellään krooniseksi sairaudeksi ja sille on omia diagnoosikoodeja, joita terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät. (Käypä hoito 2012a, 1–3.)

Tupakointi aiheuttaa haittaa koko elimistölle. Tunnetuin kuolinsyy on syöpä ja nimenomaan keuhkosityöpä, mutta alttius lukuisille muillekin syöville lisääntyy tupakoidessa. Keuhkosityöpätapauksista 90 % on tupakoinnin aiheuttamia. Kuitenkin eniten suomalaisten kuolleisuutta lisäävät tupakoinnin aiheuttamat sydän- ja verisuonisairaudet. Tupakoitsijat sairastavat arviolta noin kaksi kertaa niin paljon kuin tupakoimattomat ja noin puolet tupakoivista kuolee ennen aikaansa. (Pietinalho 2003, 4701–4703.) Useat tutkimukset viittaavat siihen, että tupakointi lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen (Schulze & Hu 2005). Tupakointi aiheuttaa myös monia hengitysteiden sairauksia, jotka vähentävät elämänlaatua (Kiiskinen ym. 2008, 36). Muun muassa 90 % keuhkohtaumataudeista johtuu tupakoinnista. Keuhkohtaumatauti eli COPD ei ole parannettavissa, mutta se voidaan pysäyttää lopettamalla tupakointi. (Pietinalho 2003, 4703.)

Lisäksi tupakointi kaksinkertaistaa aivohalvausriskiä - on arvioitu, että joka viides aivoverenkierron häiriötapauksista johtuu tupakoinnista. Aivohalvausriski

kasvaa suorassa suhteessa päivittäiseen savukemäärään. Tupakoinnin vähentäminen ja lopettaminen on siis tehokas tapa vähentää riskiä. (Käypä hoito 2011, 5.) Useat tutkimukset osoittavatkin, että myös tupakointia vähentävien terveys kohenee ja että tupakan haittavaikutukset ovat suorassa suhteessa poltettujen savukkeiden määrään (Johnson & Johnson, 8). Tutkimuksissa on muun muassa voitu osoittaa, että pienikin vähentäminen (25%) johtaa huomattavasti pienempään keuhkojen vajaatoimintaan. Lisäksi savukkeiden määrän ja keuhkosyövän välinen suhde on kiistaton – yli 40 savuketta päivässä polttavalla on kaksinkertainen riski sairastua keuhkosyöpään verrattuna alle 20 savuketta päivässä polttavaan. Myös joidenkin muiden syöpätautien kohdalla on todettu vastaavanlainen suhde annoksen ja riskin välillä. Göteborgissa tehdyn tutkimuksen mukaan tupakoinnista aiheutuvat riskit, jotka voivat johtaa sydän- ja verisuonitauteihin, voivat nopeasti vähentyä kun kulutus vähenee. (Johnson & Johnson, 8-9.)

Tupakoinnin haitat näkyvät hampaissa jo muutaman vuoden päästä aloittamisesta: hampaat värjäytyvät ja limakalvon huono kunto aiheuttaa hengityksen pahaa hajua, lisäksi tulehdukset suussa ovat yleisempiä tupakoitsijoilla kuin tupakoimattomilla. Tupakointi heikentää myös haju- ja makuaistia sekä aiheuttaa luun hajoamista eli osteoporoosia. Ihon kollageenin muuntuminen tekee ihosta ryppyisemmän ja nikotiini aiheuttaa myös ihon kalpenemista. Hedelmällisyys heikkenee sekä naisilla että miehillä ja raskaudenaikaisten komplikaatioiden riski kasvaa. Tupakoitsijoiden puolustuskyky infektioita vastaan heikkenee ja muun muassa leikkaushaavojen paraneminen hidastuu heikentyneen verenkierron vuoksi, lisäksi leikkauskomplikaatioiden riski kasvaa huomattavasti. (Pietinalho 2003, 4702–4703.)

Nopeasti tapahtuvia tupakoinnin lopettamisen hyötyjä ovat muun muassa verenpaineen ja sykkeen korjautuminen, veren hapetuksen normalisoituminen sekä häkä- ja nikotiinipitoisuuksien väheneminen. Häkä poistuu elimistöstä jo yhden vuorokauden aikana ja nikotiini puolestaan kahden vuorokauden aikana, maku- ja hajuaisti korjaantuvat samassa ajassa. Hengittäminen helpottuu kolmessa vuorokaudessa. (Pietinalho 2003, 4703.) Tupakoinnin lopettamisen jäl-

keen nukkuu paremmin ja pidempään ja niin sanotun hyvän eli HDL-kolesterolin osuus kokonaiskolesterolista nousee nopeasti (Käypä hoito 2012b, 1). Yskä ja limaisuus alkavat helpottaa 1–2 kuukaudessa ja keuhkotoiminta paranee merkittävästi 2–3 kuukaudessa tupakoinnin lopettamisesta (Käypä hoito 2012b, 1 & Pietinalho 2003, 4703). Tautiriskit pienenevät selvästi tupakoimattomuuden jatkuessa - sydänkohtauksen vaara puolittuu vuodessa ja aivohalvausriski laskee tupakoimattoman riskitasolle 5–15 vuodessa. Keuhkosyöpäriski laskee puolestaan tupakoimattoman riskitasolle 15–20 vuodessa lopettamisesta. (Pietinalho 2003, 4703.)

4.2 Tupakoinnin vähentäminen ja lopettaminen

Tutkimukset ovat osoittaneet, että tupakoinnin määrää voidaan vähentää nikotiinivalmisteiden ja/tai lääkityksen avulla ja tämä voi olla askel kohti täydellistä savuttomuutta. Nykyisten tupakastaveroitusmallien tavoitteena on täysi savuttomuus ja jollei tavoitetta saavuteta, katsotaan vieroituksen epäonnistuneen. Jos kuitenkin päivittäinen savukemäärä saataisiin vähenemään esimerkiksi 20 savukkeesta viiteen savukkeeseen ja motivaatio täydelliseen savuttomuuteen lisääntymään, olisi se jo todella suuri edistysaskel. (Johnson & Johnson Consumer Nordic, 4–5.) Tupakoinnin vähentämisen vaikutuksista on tehty tutkimuksia ja muun muassa eräässä tanskalaistutkimuksessa nousi esiin, että nikotiinivalmisteen avulla voimakkaastikin tupakkariippuvaisen savukkeiden kulutusta voidaan vähentää, ja että heidän motivaatiotaan lopettaa kokonaan voidaan lisätä. Tanskalaisen tutkimuksen tulokset viittasivat myös siihen, että tupakoijat, jotka vähentävät tupakoimista, kiinnostuvat enemmän myös täydellisestä lopettamisesta. (Johnson & Johnson Consumer Nordic, 6–7.)

Nikotiinivalmisteen tehtävä on korvata osa päivittäisistä savukkeista ja näin auttaa tupakoinnin vähentämisessä. Monet tutkimukset tukevat sitä, että joillekin tupakoijille vähentynyt tupakan kulutus nikotiinivalmisteen avulla on realistisempi tavoite kuin täysi savuttomuus. (Johnson & Johnson Consumer Nordic, 8.) Kun tavoitteena on lopettaa tupakointi kokonaan, käytetään nikotiinivalmistetta

yleensä noin 3–6 kuukautta, kuitenkin vähintään kolmen kuukauden ajan, jonka jälkeen hoitoa vähennetään asteittain, kunnes se lopetetaan kokonaan - tarpeeksi pitkä hoitajakso lisää mahdollisuutta onnistua tupakoinnin lopettamisessa. Tupakointia vähennettäessä nikotiinivalmistetta käytetään pidempään kuin lopetettaessa kokonaan. Nikotiinikorvaushoidosta on tehty yli 100 teho- ja turvallisuustutkimusta, jotka osoittavat nikotiinivalmisteen tuplaavan mahdollisuuden onnistua savuttomuudessa. Ympäristä saatu tuki lisää vielä onnistumismahdollisuutta. (Johnson & Johnson Consumer Nordic, 10–14.) Tupakasta vieroituksessa voidaan käyttää myös varenikliinia, bupropionia sekä notriptyliiniä - nämä ovat nikotiinikorvaushoidon lisäksi tehokkaita lääkkeitä, joita tulisi käyttää aktiivisesti tupakoinnin lopettamisen tukena (Käypä hoito 2012a, 9).

Noin 880 000 suomalaista aikuista tupakoi päivittäin (Patja ym. 2005, 5). 79 % suomalaisista päivittäistupakoitsijoista on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä ja noin puolet sekä miehistä että naisista ilmaisivat haluavansa lopettaa tupakoinnin vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa (Helakorpi ym. 2011, 14). Tupakoinnin lopettaminen koetaan kuitenkin vaikeana ja tästä syystä vain noin kolme sadasta lopettajasta on tupakoimatta vielä vuoden jälkeen (Reijula ym. 2011, 1406). Lopettamisyritykset ovat siis olleet varsin vaatimattomia, vaikka monilla onkin halu lopettaa tupakointi (Mäntymaa 2010, 297). Vaikka useat tupakoitsijat ovatkin huolissaan tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista, he pitävät sairastumista epätodennäköisenä tai kaukaisena omalla kohdallaan eivätkä tästä syystä ole valmiita lopettamaan tupakointia juuri nyt (Sandström ym. 2010, 43). Tästä syystä aikuiset suhtautuvatkin tupakoinnin aiheuttamiin haittoihin vakavammin, sillä mahdollinen sairastuminen on todennäköisempää ajallisesti ajatellen (Pietinalho 2003, 4701).

Suurin osa tupakoinnin lopettajista on aikuisia, jotka ovat polttaneet jo vuosikymmenen ajan, mutta nykyään myös enenevässä määrin nuoret haluavat lopettaa tupakoinnin. Tupakoinnin lopettamisen taustalla on yleensä useita syitä ja tekijöitä, kuten oman tai perheenjäsenen sairaus, kehotus lopettaa, sosio-ekonominen status, savukkeiden päivittäismäärä, poltettujen vuosien määrä

sekä sukupuoli ja terveystyötyminen. Tärkein tekijä näyttäisi kuitenkin olevan huoli omasta terveydestä. (Sandström ym. 2010, 43, 44.)

Tupakoinnin lopettaminen ei siis aina ole helppoa ja siksi moni sortuukin polttamaan uudelleen, kun taas toisilla lopettaminen onnistuu kerrasta. Tärkeintä on kuitenkin oma päätös ja riittävä motivaatio ryhtyä savuttomaksi. (Avainapteekit 2011.) Tupakoinnin uudelleen aloittaminen eli relapsi tapahtuu keskimäärin kolmen kuukauden päästä lopettamisesta ja yleensä lopettamiseen tarvitaan 3–4 lopettamisyritystä ennen kuin on täysin savuton. Vaaratekijöitä relapsiin ovat voimakkaan nikotiiniriippuvuuden lisäksi yksittäiset lipsahdukset, muiden perheenjäsenten tupakointi, vähäinen motivaatio, painonhallinnan ongelmat, alkoholinkäyttö ja kahvinjuonti. Yleensä lopettamiseen tarvitaan 3–4 lopettamisyritystä. Tupakoija tarvitseekin tietoa, taitoa, oppimista ja tukea tupakoinnin lopettamisessa. (Käypä hoito -suositus 2012a, 2, 11; Sandström ym. 2010, 45, 77.) On hyvä tiedostaa millaisissa tilanteissa polttaa ja välttää ainakin aluksi näitä tilanteita, jottei kiusaus kasva liian suureksi. Tupakoinnin tilalle tulisikin keksiä jotain korvaavaa tekemistä, etenkin tupakanhimon iskiessä. Jos näihin asioihin ei ole lainkaan valmistautunut, sortuminen on mahdollista. (Avainapteekit 2011.)

Käypä hoito -suosituksesta käy ilmi, että terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus ottaa asiakkaan tupakointi puheeksi. Terveydenhoitajan ja lääkärin antama tuki vieroituksen aikana auttaa huomattavasti asiakasta tupakoinnin lopettamisessa ja toistuvat tapaamiset kasvattavat todennäköisyyttä pysyä päätöksessä. (Reijula ym. 2011, 1406–1407.) Toljamon ym. alkuperäistutkimuksen mukaan yksikin hoitajan antama ohjauskerta voi vaikuttaa myönteisesti lopettamispäätöksen syntymiseen (2008, 1737). Myös muut tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitajalla on suuri vaikutusvalta potilaaseen koskien tupakoinnin lopettamista pelkästään sillä, että hoitaja ottaa asian puheeksi asiakkaan kanssa. Tästä syystä tupakoitsijoilla, jotka saavat tukea terveydenhuollon ammattilaisilta, on suurempi todennäköisyys onnistua lopettamaan tupakointi. (Bryant 2008, 32.)

Suomalaisen terveydenhuollon tehtävänä on siis tukea väestön terveystyötymistä ja siinä tapahtuvia muutoksia ja näin ollen myös tupakoinnin lopettami-

sessä. Haasteena terveydenhuollossa on vieroitustyön organisointi. (Sandström ym. 2010, 68, 26.) Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että valtaosa hoitajista on sitä mieltä, että tupakkaneuvonta on osa heidän työtään ja velvollisuuttaan. Islannissa tehdyssä tutkimuksessa suurin osa hoitajista kysyi tupakkatottumuksista, mutta vähemmistö neuvoi tai auttoi asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa. Jos asiakkaalla ei ollut tupakoinnista johtuvia oireita, alle puolet hoitajista kysyi edes tupakkatottumuksista. Syitä tähän olivat muun muassa ajanpuute, puutteellinen tietotaito sekä mieltäminen, ettei asia kuulu heidän työhön. (Svavarsdóttir & Hallgrimsdóttir 2008, 1335.)

Kannustava, voimavaroja voimistava ja vahvistava neuvonta on tupakoitsijalle sopivaa ohjausta (Sandström ym. 2010, 77). Tupakoimattomuuden hyödyistä puhuminen saattaisi olla tehokkaampaa kuin vaaroilla pelottelu, sillä ainakaan nuorten kohdalla tuloksia ei näin ole syntynyt (Pietinalho 2003, 4704). Savuttomuusohjelmia järjestetään lähinnä aikuisille, mutta myös nuoret tarvitsevat apua tupakoinnin lopettamisessa. He tarvitsevat tiedon ja motivaation lisäksi paljon itseluottamusta, mahdollisuuksien ymmärtämistä ja hahmottamista sekä kykyä saavuttaa tavoite. (Heale & Griffin 2008, 912.) Pienet, mutta vakaat hoitotoimenpiteet, jotka auttavat tupakoinnin lopettamisessa, ovat kliinisesti merkittäviä suurien terveyshyötyjen kasvaessa (The Author Journal compilation 2007, 508).

Ympäristön vaikutus tupakointiin on suuri ja muun muassa tupakointikiellot työpaikoilla ja kouluissa sekä nuoriin kohdistuva tupakan myynnin rajoittaminen ja niiden valvonta ovat vaikuttaneet myönteisesti tupakoinnin vähenemiseen (Sandström ym. 2010, 75; Kiiskinen ym. 2008, 105). Perhe, ystävät ja muut lähellä olevat ihmiset voivat myös olla tukena ja kannustaa sekä kehua tupakoinnin lopettajaa. Sekä positiiviset että negatiiviset muutokset elämässä saattavat joko kannustaa tai lannistaa lopettamispäätöksessä pysymistä. (Sandström ym. 2010, 75.) Elintavoilla on keskeinen merkitys tupakoinnin ehkäisyssä ja terveyden edistämässä yleensä (Helakorpi ym. 2007, 2975). Toljamon ym. tutkimus osoittaa, että ikä ja paino vaikuttavat tupakoinnin lopettamiseen - tupakointia jatkavat ovat keskimäärin hoikempia ja nuorempia kuin tupakoinnin lopettavat. Myös keuhkohtaumatautia potevat lopettavat tupakoinnin herkemmin kuin ne,

joille tauti ei ollut kehittynyt. Koulutuksella ei näyttänyt olevan vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen tässä tutkimuksessa. (2008, 1740.)

5 TUPAKOINNIN VÄHENTÄMISTOIMET

5.1 Tupakkalaki

Suomi sai ensimmäisen tupakkalakinsa vuonna 1977 (Hiilamo 2008, 226). Lain avulla pyritään ehkäisemään sellaisia terveystaakkoja ja -haittoja, joita tupakointi voi aiheuttaa tai joiden syntymisen tupakointi altistaa. Laissa kielletään tupakoinnin mainontaa ja muu tupakkatuotteiden myynninedistämistoimintaa. Tupakkapakkauksissa tulee myös olla varoitus tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista. Laissa säädetään, että tupakkatuotetta tai tupakointivälinettä ei saa myydä eikä luovuttaa alle 16-vuotiaalle. (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693.) Lisäksi laissa rajoitetaan suurelta osin tupakointipaikkoja: tupakointi kielletään yleisten kulkuneuvojen sisätiloissa, päiväkodeissa, kouluissa ja muissa lasten käyttöön tarkoitetuissa tiloissa, sisätiloissa järjestetyissä julkisissa tilaisuuksissa, joihin lapsilla on pääsy sekä julkisten laitosten julkisissa tiloissa, joihin on esteetön pääsy. (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693.)

Seuraava suuri muutos tupakkalakiin tuli vuonna 1995. Silloin tupakointi kiellettiin työyhteisöjen yleisissä tiloissa, lukuun ottamatta ravitsemisliikkeitä (Tupakkalaki 20.8.2010/698). Vuonna 2003 Suomen tupakkalakia muutettiin siten, että laki tuli yhtenäiseksi EU:n tupakkatuotedirektiivin kanssa. Muutos koski lähinnä tupakkatuotteiden pakkausmerkintöjä ja kielsi sellaisten sanojen, jotka antavat tupakkatuotteesta muita vähemmän haitallisen kuvan, käyttämisen tupakkatuotteiden pakkauksissa. (Suomen ASH 2012; Tupakkalaki 20.8.2010/698.)

Vuonna 2005 tuli voimaan EU:n direktiivi, joka kielsi tupakkamainonnan verkossa, radiossa ja painetuissa tiedotusvälineissä. Suomessa direktiivi otettiin osaksi lainsäädäntöä. Merkittävä askel Suomessa otettiin tupakkalainsäädännössä vuonna 2007, jolloin tupakoinnista tuli kiellettyä ravintoloiden ja muiden ravitsemisliikkeiden sisätiloissa. Laissa on kahden vuoden siirtymäaika, joten ravitsemisliikkeistä tuli savuttomia kesäkuusta 2009 alkaen. Laki mahdollisti erillisen

tupakointitilan järjestämisen ravitsemisliikkeen sisätiloihin, mutta se ei saanut olla osa anniskelualueita. (Suomen ASH 2012; Tupakkalaki 20.8.2010/698.)

Vuoden 2010 lokakuussa Suomessa tuli voimaan uudistettu tupakkalaki, jonka tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen kokonaan. Siinä säädetään erilaisista toimenpiteistä, jotka liittyvät tupakkatuotteiden käytön aloittamisen ehkäisyyn, käytön lopettamisen edistämiseen ja väestön suojelemiseen tupakansavulle altistumiselta. Lain tavoitteena on täysin poistaa tupakointi Suomesta. Laki rajoittaa erityisesti lasten altistumista tupakkatuotteiden markkinoinnille ja tarjonnalle. Uudistetun lain mukaan tupakkatuotteiden myyminen ja luovuttaminen alle 18-vuotiaalle kielletään myös yksityishenkilöiltä. Lain mukaan jopa yhden savukkeen tai savukeaskin myyminen tai ostaminen alaikäiselle on myyntirikos, josta voidaan tuomita sakkoa tai korkeintaan kuusi kuukautta vankeutta. Tupakan tarjoaminen alaikäiselle on myös kiellettyä, mutta siitä ei rangaista. Tupakkalaki on tuonut uusia säädöksiä myös maahantuontiin liittyen. Alaikäiset eivät saa tuoda maahan tai pitää hallussaan tupakkatuotteita. Maahantuonnista voidaan myös tuomita sakkoa. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; STM 2010.)

Tupakkatuotteiden mainonta ja epäsuora mainonta on kielletty. Epäsuoralla mainonnalla tarkoitetaan esimerkiksi muiden hyödykkeiden mainostamisen ohella tapahtuvaa tupakan myynnin edistämistä. (Tupakkalaki 20.8.2010/698.) Tupakan myyntipaikkoja laki koskee niin, että niissä ei enää saa pitää tupakkatuotteita tai niiden tavaramerkkejä näkyvillä. Pyynnöstä asiakkaalle voidaan näyttää kuvasto tai antaa hinnasto myytävistä tuotteista. Tupakan myyjän on oltava vähintään 18-vuotias. Alle 18-vuotias voi kuitenkin myydä tupakkaa täysikäisen valvonnan alaisena. Tupakkatuotteiden automaattit poistetaan myös käytöstä. Lain myötä nikotiinivalmisteita voidaan alkaa myydä myös ravitsemisliikkeissä. Tupakointia on myös rajoitettu siten että tupakointikieltoja on laajennettu koskien lasten ja nuorten käytössä olevia tiloja, asuinkiinteistöjen yhteisiä tiloja, ulkona järjestettäviä tilaisuuksia, hotellihuoneita ja julkisia kulkuneuvoja. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; STM 2010.)

Laki tuo uusia säädöksiä myös nuuskan käyttöön ja saatavuuteen. Nuuskan myynti on Suomessa täysin kielletty. Nuuskaa ei myöskään voi enää tilata maahan. Sitä voi kuitenkin tuoda henkilökohtaiseen käyttöön korkeintaan 30 kappaletta 50 gramman rasioita, mutta lahjaksi sitä ei saa tuoda. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; STM 2010.) Uudistettu tupakkalaki on ollut voimassa 1.10.2010 lähtien. Kuitenkin kiello pitää tupakkatuotteita esillä myymälöissä ja hotellihuoneiden tupakointirajoitukset tulivat voimaan vasta vuoden 2012 alusta alkaen. Kielto koskien tupakka-automaatteja tulee voimaan vuoden 2015 alusta. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; STM 2010.)

Tupakkalain toteutumisen valvontaa ohjaa valtakunnallinen tupakkalain valvontaohjelma, joka on osa ympäristöterveydenhuollon valtakunnallista valvontaohjelmaa. Ohjelma edistää valvonnan laatua ja suunnitelmallisuutta sekä tekee siitä yhtenäisempää eri kuntien välillä, jolloin kaikki ovat valvonnan kannalta tasa-arvoisessa asemassa. Valvontaohjelma tulee tarkistaa tarpeen mukaisesti, joka tapauksessa ainakin kolmen vuoden välein. (Evira, Tukes ja Valvira 2011, 137.)

5.2 Kansainvälinen tupakkasopimus

Vuonna 2003 hyväksyttiin Maailman terveysjärjestö WHO:n toimesta ensimmäinen tupakoinnin torjuntaa koskeva kansainvälinen puitesopimus, joka asettaa periaatteet tupakkatuotteiden käytön ja haittojen vähentämiseksi. Tavoitteena on suojella sekä nykyisiä että tulevia sukupolvia tupakoinnin haitoilta. Sopimuksella vahvistetaan kaikkien ihmisten oikeutta korkeaan terveydentasoon ja se tarjoaa välineen kansainväliselle terveysyhteistyölle. Suomea sitovaksi sopimus tuli vuonna 2005, jolloin myös 40 muuta maata oli sen ratifioinut. Vuoteen 2011 mennessä siihen oli liittynyt jo 172 maata. Suomi on toiminut aktiivisesti tupakoinnin torjumiseksi koko prosessin ajan. Sopimus velvoittaa suojelemaan ihmisiä tupakansavulta, sääntelemään tupakkatuotteiden sisältöä, tuotetietojen antamista ja pakkausmerkintöjä sekä kieltää tupakkatuotteiden myymisen alaikäisille ja tupakan mainonnan. Jotta tupakointia saataisiin vähennettyä, on

myös tarjottava koulutusta, tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi. (STM 2011, 3–10.)

Sopimus edellyttää vankkaa poliittista sitoutumista ja jokaisen maan on laadittava, toteutettava, ajoittain päivitettävä ja tarkistettava kansallisia tupakoinnin vastaisia strategioita, suunnitelmia ja ohjelmia. Jokaisen maan on myös raportoitava säännöllisesti sopimuksen täytäntöönpanoon liittyvistä toimista. Maiden on hyväksyttävä ja toteutettava tehokkaita lainsäädäntö- tai muita toimenpiteitä ja lisäksi maita kehoitetaan harkitsemaan hintaan ja verotukseen liittyviä toimenpiteitä tavoitteiden toteuttamiseksi. (STM 2011, 24–27.)

Selvää vaikuttavuusnäyttöä on muun muassa tupakointikielloista ja -rajoituksista - ne ovat vähentäneet tupakointia. Tupakan valmisteveron korotus on omalta osaltaan vähentänyt tupakoinnin aloittamista ja käyttöä. Alueelliset interventiot lisäävät lopettamisyrityksiä, mutta eivät kuitenkaan lopettaneiden määrää. Nikotiinikorvaushoito sekä lääkärin kehoitus tupakoinnin lopettamiseen lisäävät tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä. Myös hoitohenkilökunnan toteuttamalla tupakoinnin lopettamisryhmällä on todettu olevan vaikutusta. (Kiiskinen ym. 2008, 57–62.)

5.3 Savuttomuus kunnissa ja työpaikoilla

Kuntaliiton selvitysten mukaan vuoden 2012 alkuun mennessä Suomessa oli 166 savutonta kuntaa, mikä tarkoittaa, että noin puolet Suomen kunnista on julistautunut savuttomiksi. Lisäksi 40 kuntaa valmistelee asiaa, muun muassa Turussa päätös on valmisteilla. Kaikki sairaanhoitopiirit ovat julistautuneet savuttomiksi jo vuosia sitten ja lisäksi useat yritykset ovat nykyään savuttomia. Hankkeita, joilla pyritään tupakoinnin laskun lisäämiseen, ovat muun muassa ”Savuton työpaikka - kiinteä osa työhyvinvointia”, ”Tavoitteena savuton työpaikka”, ”Tavoitteena savuton oppilaitos” ja ”Savuton kunta”. (Suomen Kuntaliitto 2012.)

Savuton työpaikka tarkoittaa, että tupakointi on kielletty kaikkialla työpaikan sisätiloissa tupakkalain edellyttämällä tavolla ja tupakointi on kielletty työaikana.

Mahdolliset tupakointipaikat on sijoitettu vähemmän näkyvästi ulos ja riittävän kauaksi rakennuksesta. Tupakkatuotteita ei myydä työpaikalla ja tupakoivaa henkilökuntaa tuetaan tupakoinnin lopettamisessa. (Työterveyslaitos 2011.)

Laskelmien mukaan työntekijä, joka tupakoi, maksaa työnantajalle 2000 euroa enemmän vuodessa kuin työntekijä, joka on savuton. Kustannukset kertyvät muun muassa työterveyshuollosta, sillä tupakoivat työntekijät sairastelevat enemmän kuin tupakoimattomat. Ylimääräisiltä kustannuksilta ja poissaoloilta säästyttäisiin, mikäli mahdollisimman moni tupakoiva työntekijä ryhtyisi savuttomaksi. (Työterveyslaitos 2011.)

5.4 Terveysthuollon toimet tupakoinnin ehkäisyssä

Jotta tupakointi Suomessa vähenisi, on erittäin tärkeää tehostaa niitä keinoja, joita käytetään tupakkariippuvuuden hoitojen toteuttamisessa. Näitä keinoja on selvitelty Duodecimin Käypä hoito -suosituksessa. Suosituksessa korostetaan sitä, miten tupakointi aiheuttaa myös fyysistä riippuvuutta psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi. Tällöin vieroitushoidolla voidaan monia tupakoijia auttaa lopettamisessa. (Käypä hoito 2012a, 2.) Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakasta vieroituksen tulee sisältyä terveydenhuollon toimintasuunnitelmaan sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Valtaosa tupakoijista käy terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla kerran tai useammin vuoden aikana, jolloin ammattihenkilön tuen antaminen tupakoinnin lopettamiseen mahdollistuu. (Sandström ym. 2010, 3.)

Keskeisimmät esteet tupakasta vieroitukselle ovat aikapula, puutteellisesti toimivat hoitoketjut ja resurssipula. Koska vieroitus onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, on tärkeää luoda katkeamaton hoitoketju ja palautejärjestelmä eri toimijoiden välillä. (Sandström ym. 2010, 3.) Terveysthuollon ammattilaisten aktiivisuus tupakointiin puuttumisessa on siis tärkeässä asemassa. Tarvitaan sekä herkkyyttä vuorovaikutustilanteissa, kykyä motivoivaan keskusteluun että tietämystä vieroituslääkkeistä. Keskeistä on tunnistaa, miten tupakoitsija itse kokee tupakoinnin ja mikä sen merkitys hänelle on. On selvitettävä,

mitkä ovat myönteisiä puolia, joita tupakoitsija kokee tupakoidessaan ja miten tai millä niitä voisi korvata tupakointia lopetettaessa. Ei myöskään ole itsestään selvää, että kaikki tupakoitsijat tietäisivät tarpeeksi tupakoinnin vaaroista. Tupakoitsija ei kaipaa riskilähtöistä ohjausta vaan kannustavaa ja omia voimavaroja voimistavaa ja vahvistavaa neuvontaa. (Sandström ym. 2010, 11.)

Mini-interventiolla tarkoitetaan sitä, että lääkäri tai hoitaja kertoo olevansa huolestunut tupakoinnin vaikutuksesta potilaaseen, kehottaa potilasta lopettamaan ja motivoi lopettamista potilaan terveydentilan tai oireiden perusteella (Sandström ym. 2010, 15). Motivoiva haastattelu on ollut käytössä Suomen päihdehoidossa jo yli kymmenen vuotta ja haastattelulla pyritään siihen, että tupakoitsija itse haluaa lopettaa tupakoinnin ja on valmis ponnistelemaan tavoitetta kohti (Hildén 2005, 5). Tupakoitsijalta on kirjattava tupakointimäärä ja tupakointivuodet, jotta voidaan arvioida nikotiiniriippuvuuden taso. Relapsi eli tässä tapauksessa tupakoiminen tupakoinnin lopettamisen jälkeen ei vielä enteile tupakoinnin lopettamisen epäonnistumista vaan yleensä lopettamiseen tarvitaan 3–4 yritystä. (Käypä hoito 2012a, 2.)

Koska on todettu, että pelkkä puheeksi ottaminen vaikuttaa tupakoitsijaan, tulisi jokaisen terveydenhuollon työntekijän muistaa tämä kohdatessaan asiakkaan. Englannin kielellä onkin tehty viiden A:n suositus hoitajille: Ask (kysy), advise (neuvo), assess (arvioi), assist (avusta) & arrange (järjestä). Hoitajan tehtävä on siis kysyä tupakoinnin määrästä ja kestosta ja tämän jälkeen kehottaa potilasta lopettamaan tupakointi viitaten muun muassa tupakoinnin vaikutuksiin, riskeihin ja lopettamisen hyötyihin. Tutkimusten mukaan jopa kolmen minuutin keskustelu on vaikuttanut siten, että tupakoitsija on tosissaan harkinnut tupakoinnin lopettamista. Jotta asiakas onnistuisi tupakoinnin lopettamisessa, tulisi hänen kuitenkin olla valmis sekä fyysisesti että psyykkisesti. Tätä valmiutta hoitajan tulee siis arvioida kunkin asiakkaan kohdalla. Hoitajan tulee myös auttaa asiakasta muodostamaan strategia ja suunnitelma tupakoinnin lopettamiseksi. Tutkimuotoja on myös hyvä käydä läpi, joista asiakas voi valita mieleisensä. Hoitaja voi osaltaan järjestää käyntejä muun muassa muille terveydenhuollon ammattilaisille. (Bryant 2008, 32–33.)

Monissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa on käynnistetty tupakkaklinikkatoiminta ja kokemukset näistä ovat olleet myönteisiä. Tulokset ovat olleet rohkaisevia, sillä lähes 30 % raportoi vuoden päästä lopettaneensa tupakoinnin. Osallistumisaktiivisuus ja tuloksellisuus ovat olleet parempia heidän kohdalla, jotka ovat hakeutuneet klinikoille omaehtoisesti kuin heillä, jotka on ohjattu hoidon piiriin. (Sandström ym. 2010, 16.)

5.5 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun yliopistollinen sairaala: tupakasta vieroitus osa sairauden hoitoa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri julistautui savuttomaksi tammikuussa 2007 ja se kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:hyn, joka puolestaan kuuluu kansainväliseen WHO:n alaiseen Health Promoting Hospitals (HPH) -verkostoon. Verkoston toiminnassa terveyden edistäminen ymmärretään laaja-alaisena tehtävänä, jossa edistetään potilaiden ja väestön sekä henkilökunnan ja sairaalaympäristön terveyttä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 11 & 22.)

VSSHP on tehnyt tupakointiin puuttumisen mallin, jonka mukaan hoitohenkilökunta toimii. Jokaisella käynnillä kysytään ja kontrolloidaan tupakointitavat. Mikäli potilas ei tupakoi tai on entinen tupakoitsija, annetaan positiivista palautetta ja kannustetaan savuttomuudessa. Jos potilas tupakoi, kartoitetaan muutoshalukkuus. Mikäli potilas ei harkitse lopettamista, kehoitetaan häntä kuitenkin miettimään asiaa ja annetaan kirjallista materiaalia luettavaksi. Jos hän kuitenkin harkitsee lopettamista, tehdään nikotiiniriippuvuudesta, keskustellaan tupakoinnin vaikutuksesta potilaan terveydentilaan ja lopettamisen hyvistä puolista, kannustetaan ja vahvistetaan muutoshalukkuutta, kerrotaan lopettamisen keinoista, ohjataan tarvittaessa lääkärille tai tupakastavieroitusohjajalle sekä annetaan kirjallista materiaalia. Kaikki nämä asiat kirjataan potilasasiakirjaan. (VSSHP 2009, 23.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa aloitti vuonna 1998 toimintansa Suomen ensimmäinen sairaille potilaille tarkoitettu tupakasta vieroitus -yksikkö, jos-

sa työskentelee vieroitushoitaja. Yksikkö palvelee kaikkia TYKS:ssä asioivia potilaita sekä sairaalan henkilökuntaa ja palvelu on potilaille ilmaista. Poliklinikoilla on yhdyshenkilöitä, jotka ovat perehtyneet vieroitukseen ja heidän tehtävänä on asiasta tiedottaminen ja muistuttaminen. (Sandström ym. 2010, 35.)

Vieroitushoitaja ja lääkärit tekevät tiivistä yhteistyötä. Vieroitushoitajan tehtävänä on antaa asiakkaille käytännön neuvoja ja tukea tupakoinnin lopettamiseen joko yksilö- tai ryhmäohjauksen turvin. Tupakoinnin lopettamisen hyvien puolien kertominen on tärkeää, sillä positiivinen ajattelutapa motivoi asiakasta tupakoinnin lopettamisessa. Ensimmäinen tapaaminen on niin sanottu motivointitapaaminen. Seuraavalla tapaamiskerralla käydään läpi tupakoinnin lopettamisen perusasiat sekä nikotiinikorvauslääkkeet ja mahdolliset muut vieroituslääkkeet, päätetään lopettamispäivä ja sovitaan seuraavat tapaamisajat. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen tavataan 2–3 kertaa ja sitten harvemmin, kuitenkin kolme kuukautta tupakoinnin lopettamisen jälkeen. (Sandström ym. 2010, 36.)

6 OPINNÄYTETYÖN

TARKOITUS

JA

TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia Turun terveysasemien savuttomuuteen tähtäävän interventio-ohjelman vaikuttavuutta asiakkaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja saada asiakkailta kehittämissuhteita.

Tutkimusongelmat:

1. Miten interventio-ohjelma auttoi tupakoinnin lopettamisessa?
2. Mitkä asiat vaikuttivat tupakoinnin lopettamiseen?
3. Miten interventio-ohjelmaa voisi kehittää?

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusongelmiin haettiin vastauksia käyttäen kvalitatiivista lähestymistapaa, menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelussa käsitellään tiettyjä teemoja, joista keskustellaan haastattelun aikana (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Se on siis puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, koska siinä haastattelun aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48). Teemahaastattelussa otetaan esille tutkimusongelmien keskeiset aiheet, joita on käsiteltävä, jotta saadaan tarvittavat vastaukset tutkimusongelmiin (Vilka 2005, 101). Olennaista teemahaastattelussa on se, että se keskittyy etenemään esillä olevien teemojen avulla, eikä esimerkiksi yksittäisiä, tarkkoja kysymyksiä käyttäen. Siinä korostuu haastateltavan omat tulkinnat ja vuorovaikutuksen merkitys. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.)

Teemahaastattelun tavoitteena on, että jokainen haastateltava tuo omat ajatuksensa ilmi jokaisesta teema-alueesta. Haastattelijan vastuuna on huolehtia, että keskustelu pysyy teemojen asettamissa rajoissa. Teemahaastattelussa teemojen käsittelyjärjestyksellä ei kuitenkaan ole merkitystä. (Vilka 2005, 102–103.) Ennen teemahaastattelun suunnittelemista tulee perehtyä tutkittavaan ilmiöön ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Tämän analyysin pohjalta kehitetään teemahaastattelun haastattelurunko. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47.) Tästä aiheesta tehtiin kirjallisuuskatsaus ja sen pohjalta laadittiin tutkimusongelmat sekä teemahaastattelurunko. Teemahaastattelurunkoon tuli tutkimusongelmien lisäksi niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä.

7.2 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu

Opinnäytetyötä tehtiin yhteistyössä Turun kaupungin terveyden edistämisyksikön kanssa ja yhdyshenkilönä toimi terveysohjaaja. Aluksi tehtiin kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön aiheesta. Tietoa haettiin eri tietokannoista, kuten Medicistä, Medlinesta, Pubmedistä ja Cinahlista. Tietoa haettiin myös googlen ja WHO:n

internet-sivuilta ja lisäksi materiaalia saatiin myös yhdyshenkilön toimesta. Tiedonhaussa käytettiin muun muassa seuraavanlaisia hakusanoja: smoking, smoking cessation, adverse effect, support, intervention, tupakointi ja hoitopolku. Lisää hakusanoja löytyy liitteestä 2. Kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille oleelliset tiedot tupakoinnista ja savuttomuudesta ja sen pohjalta laadittiin teemahaastattelurunko (Liite 1), jota käytettiin haastattelujen pohjana. Teemahaastattelurungossa on tutkimusongelmien lisäksi niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä, joita käytetään haastattelun tukena. Tavoitteena oli haastatella 8–12 savuttomuusohjelman asiakasta, jotka ovat onnistuneet tupakoinnin lopettamisessa. Aineistonkeruulupa saatiin marraskuussa 2011 Turun sosiaali- ja terveyshoitojen toimesta. Tämän jälkeen opinnäytetyön yhdyshenkilö otti yhteyttä terveysasemien savuttomuusohjelmien saadakseen tietoonsa mahdollisten haastateltavien henkilö- ja yhteystietoja. Tavoitteena oli saada haastateltavien tietoja ennen joulua 2011, jotta haastateltaviin päästäisiin ottamaan yhteyttä heti tammikuun 2012 alussa, mutta tämä ei kuitenkaan toteutunut.

Työnjako tapahtui niin, että mahdolliset haastattelupäivät ja -ajat lähetettiin yhdyshenkilölle, joka otti ensin yhteyttä mahdollisiin haastateltaviin ja kysyi heidän halukkuuttaan osallistua haastatteluun ja lupaa antaa yhteystiedot haastatteli-joille. Haastattelijat soittivat haastateltavalle haastattelupäivänä varmistaakseen kellonajan ja osoitteen. Haastattelut toteutuivat joko Turun AMK:ssa tai haastateltavan kotona.

Haastateltavien saaminen osoittautui kuitenkin haastavaksi ja yhdyshenkilö joutui ottamaan kolmasti savuttomuusohjelmien yhteyttä, koska asiakastietoja ei ollut saatu tarpeeksi. Pyrkimyksenä oli aloittaa haastattelut heti tammikuussa ja suorittaa kaikki tammi- helmikuun aikana. Helmikuun alkuun mennessä ei ollut saatu yhtään haastateltavaa, niin päätettiin, että haastateltavia ei rajata sen mukaan, ovatko he onnistuneet tupakoinnin lopettamisessa vai ei. Ensimmäinen haastattelu oli helmikuun lopussa ja haastattelut päättyivät maaliskuun puolessa välissä. Kokonaisuudessaan haastateltavia saatiin 7 henkilöä. Haastattelusta kieltäytyi 12 asiakasta ja yhden asiakkaan kanssa haastattelua ei saatu järjestettyä lomamatkan takia.

Haastatteluissa käytettiin teemahaastattelua ja haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina aiheen yksityisyyden takia. Tupakointi ja sen lopettaminen ovat monille henkilökohtaisia ja arkaluonteisia asioita, joten koimme yksilöhaastattelun parhaimpana vaihtoehtona, koska siinä asiasta puhuminen kahdestaan haastattelijan kanssa saattaa olla helpompaa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 115). Tupakointiin ja sen lopettamiseen liittyvät asiat ovat hyvin moniulotteisia ja liittyvät monin tavoin toisiinsa, joten teemahaastattelussa tulee esille jokaisen haastateltavan ajatukset pääkysymyksistä ja se antaa lisäksi haastateltavalle tilaa puhua laajemmin niistä asioista, jotka ovat olleet hänelle tärkeämmässä roolissa savuttomuuden tukemisessa. (Vilkkä 2005, 101; Hirsjärvi yms. 2007, 200–201).

Haastattelut toteutettiin niin, että toinen opinnäytetyön tekijöistä haastatteli kolme ja toinen neljä haastateltavaa. Haastatteluihin oli varattu aikaa noin ½ tuntia – 1 tunti. Haastattelut kestivät 15 minuutista puoleen tuntiin ja haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla.

7.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analysointi voi alkaa jo haastattelutilanteessa, kun haastattelija tekee havaintoja haastatteluissa esiin tulleista asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136.) Haastattelujen jälkeen haastattelut kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. Se voidaan tehdä koko haastattelusta, vain haastateltavan puheesta tai teema-alueista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.) Aineiston litteroinnin jälkeen saatua aineistoa tulee lukea aktiivisesti moneen kertaan. On tärkeää esittää kysymyksiä aineistolle ja kiinnittää lukiessa huomioita eri teemoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143.)

Aineiston analyysi alkaa varsinaisesti aineiston kuvailusta. Sen tarkoituksena on vastata aineistolle esitettyihin kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 145.) Aineiston kuvailun jälkeen aineisto luokitellaan. Se tiivistää aineistoa ja luo edellytykset aineiston myöhemmälle tulkinnalle. Luokittelussa aineiston osia verrataan keskenään ja nimetään suuresta aineistomäärästä keskeiset asiat. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 147.) Luokittelun tarkoituksena on kuvata ilmiötä, lisätä ymmärrys-

tä aiheesta ja tuottaa tietoa. (Elo & Kyngäs 2008,111.) Tämän vaiheen jälkeen aineisto voidaan järjestellä uudestaan luokittelun mukaisesti, jotta nähdään kuinka onnistuneita luokittelut ovat. Luokkia voidaan tässä vaiheessa yhdistellä tai pilkkoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 149.)

Luokittelun jälkeen aineiston analyysissä seuraavana on aineiston yhdistely. Sen tarkoituksena on löytää säännönmukaisuuksia ja yhteisiä piirteitä luokkien kesken. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 149.) Aineiston analyysin viimeisenä kohtana on aineiston tulkinta. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa tulkinta kulkee mukana koko tutkimusprosessissa. Tutkimuksessa voidaan käyttää useita tulkitsijoita tai vastaavasti tulkintoihin päätyminen voidaan kuvailla mahdollisimman tarkasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 151.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysiä tapahtui jo haastattelujen aikana, sillä niissä tuli esille samoja asioita eli oli havaittavissa aineiston kylläntymistä. Haastattelijat litteroivat pitämänsä haastattelut sanasta sanaan, jonka jälkeen ne lähetettiin myös toiselle haastattelijalle. Molemmilla haastattelijoilla oli siis luettavana koko aineisto. Tämän jälkeen aineistoa luettiin useaan kertaan, jotta se tuli tutuksi. Analysointi tehtiin ristikkäisanalysointina eli molemmat haastattelijat tahoillaan analysoivat aineistoa tietämättä toisen analyysistä. Aineistoa analysoitiin luokittamalla eli opinnäytetyön tekijät luokittelivat tahoillaan aineiston teemahaastattelurungon mukaisiin ryhmiin. Luokittelu tapahtui niin, että opinnäytetyön tekijät ottivat haastatteluista ne kohdat esille, jotka liittyivät tiettyihin teemahaastattelurungon ryhmiin kysymyskohtaisesti. Näin pystyttiin katsomaan yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joita analyysissä syntyi. Luokittelun jälkeen aineistoa yhdisteltiin ja etsittiin siitä yhtäläisyyksiä ja säännönmukaisuuksia.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Haastateltavien tupakointihistoria

Savuttomuusohjelmaan kuuluu kolme käyntiä savuttomuushoitajan vastaanotolla ja kolme motivoivaa puhelinkeskustelua vuoden aikana. Kaikki käynnit ovat asiakkaille maksuttomia. Käynneillä kartoitetaan terveydentilaa ja elämäntapoja ja selvitetään keuhkojen kunto mikrospirometrillä. Asiakas ohjataan tarvittaessa maksuttomaan liikuntaneuvontaan. Ohjelman aikana tupakoinnin lopettamisen tukena voi käyttää myös nikotiinikorvaushoitoa tai lääkehoitoa. (Turun sosiaali- ja terveystoimi 2011.) Haastattelut osoittivat, että vastaanottokäyntejä ja puhelinkontakteja järjestettiin yksilöllisen tarpeen mukaan.

Haastateltavien ikäjakauma oli 45–60 vuotta. Yksi haastateltavista oli aloittanut tupakoinnin 12-vuotiaana, yksi 25-vuotiaana ja yksi 37-vuotiaana, loput neljä 15–20 -vuotiaana. Kaksi haastateltavista oli tupakoinut noin 20 vuotta, yksi noin 42 vuotta ja loput 32–36 vuotta. Kaksi haastateltavista oli tupakoinut 5–10 savuketta päivässä, kaksi 10–15, kaksi 20–30 ja yksi 40 savuketta päivässä. Haastateltavat olivat hakeutuneet savuttomuushoitajalle joulukuun 2010 ja joulukuun 2011 välillä, yksi heistä oli ohjelmassa mukana puolisen vuotta ja lopuilla se oli vielä kesken.

Kolme haastateltavaa oli ennen savuttomuusohjelmaa yrittänyt lopettaa tupakoinnin useita kertoja (kymmeniä kertoja). Kolmella haastateltavalla oli puolestaan 2–3 lopettamisyritystä/-kertaa ja yhdellä ei lainkaan. Suurin osa oli ollut ilman tupakkaa 1–3 vuotta, yhden haastateltavan lopettamisyritykset olivat kestäneet muutaman kuukauden ja yksi oli ollut jopa 8 vuotta savuton.

”Olen, olen useampii kertoi.”

”Joo, monta kertaa.”

”Mä oon ollu kolme vuotta ilman ja kerran vuoden ja sillai.”

”Mä oon ollu kuule kahdeksan vuotta polttamatta kest alotin tyhmä uudestaan.”

Syitä aikaisempiin tupakoinnin lopettamiskertoihin/-yrityksiin olivat muun muassa omien lasten syntymät, terveys, sopimattomuus ammattiin, ympäristö, oma päätös ja kyllästyminen tupakointiin. Haastateltavat arvioivat savuttomuuden epäonnistumisen johtuneen muun muassa stressistä, kriisistä, tuttujen tupakoinnista, laastarin käytön liian aikaisesta lopettamisesta, motivaation puutteesta, juhlista sekä ulkomaan matkasta.

”...terveydellisistä syistä ja välillä vähän ympäristönkin syy...”

”Yhden mä muistan hyvin ku oliko se nyt sit meidän nuorin poika syntys tai oli syntymässä niin tota sillon ei tietenkään. Halus tota et ei haisis tupakal kauheesti ku se oli ehdottomasti koton kielletty ja ja muutenki, kylhän se inhottava haju on.”

”No se on semmonen joku sukujuhla tai joku juhla, jossa kaikki polttaa ni otetaan vähän viintä ja ruokaa ja sitten se laukeaa.”

”Sehän on niinku alkoholisti, et jos sä otat sen ensimmäisen ni se aina vaan on huonompaa se lopettaminen.”

8.2 Interventio-ohjelman apu tupakoinnin lopettamisessa

Haastateltavat olivat kuulleet savuttomuusohjelmasta muun muassa radiomainoksesta, esitteistä, verkosta, hoitajalta ja tuttavalta. Haastateltavat kokivat vastaanottokäynnit ”hyvinä”, ”myönteisinä”, ”positiivisina” ja ”asiallisina”. Kaksi heistä halusi kuitenkin jatkossa pelkkiä puhelinkontakteja käyntien järjestelyvaikeuksien vuoksi.

”Tosi positiivisina. Ei tullut oloa, että hoitaja paimentaa tai syyllistää.”

”Ihana mennä kertomaan että on edelleen polttamatta.”

Haastateltavat saivat käynneillä tietoa muun muassa tupakoinnin haitoista ja savuttomuuden hyödyistä, nikotiiniriippuvuudesta, erilaisista korvaushoitomahdollisuuksista sekä vieroitusoireista. Kaikkien keuhkoja oli myös tutkittu, minkä haastateltavat kokivat hyödylliseksi.

”Kyl hän semmosen hyvän keskustelun piti...et kyllä se ihan asiaa oli.”

”Juteltiin just näist terveyteen liittyvist asioist ja sit mä sain sen päiväkirjan sielt ja sit neuvoi näist laastareist ja siit inhalaattorist ku emmä niistäkää oikee tienny mitään...”

Interventio-ohjelma kannusti ja motivoi, ja savuttomuushoitajaa pidettiin hyvänä tukihenkilönä. Haastateltavat kokivat nimenomaan ulkopuolisen tuen hyvänä, koska retkahtamisen myöntäminen ulkopuoliselle olisi aiheuttanut häpeää ja epäonnistumisen tunnetta. Tieto siitä, että tupakointia seurataan eikä ole asian kanssa yksin, nähtiin hyvänä. Haastateltavat toivat lisäksi esille, että savuttomuushoitajan olisi hyvä olla sama koko ohjelman ajan, kun on ehtinyt luomaan kontaktin jo yhteen hoitajaan. Haastateltavien mukaan Interventio-ohjelma pisti lisäksi miettimään omaa tupakointiaan ja sen syitä.

”Kyl se oli ku sai semmosen, se oli, sillohan oli sairaanhoitaja niinku tukihenkilönä, se oli mun mielest tosi hyvä.” ”Se oli kyllä hyvä tukihenkilö siinä.”

”...vaikka sulla on läheisten tuki, mut sä kuitenkin myös tarviit sellasta ulkopuolista tukea. Se on ihan ehdoton.”

”Ei olisi kehdannut mennä seuraavalle käynnille, jos olisi joutunut kertomaan että polttaa edelleen. Olisi ollut noloa, ei pystyisi valehtelemaan ja joutuisi itselleenkin myöntämään että on ihan töhelo kun ei sitäkään pysty tekemään.”

”...se kannusti ettei kehdannu myöntää sitä et on taas alottanu polttamaan et se, se niinku motivois sitä mul ainaki että se oli paha myöntää...”

Haastateltavat kuvasivat puhelinkontaktit savuttomuushoitajan kanssa ”riittävinä”, ”ihanina”, ”toimivina”, ”kannustavina” ja ”motivoivina”. Puhelinkontakteja ei varsinaisesti osattu eritellä vastaanottokäynneistä, vaan ne koettiin yhtenä osana savuttomuusohjelmaa. Haastateltavat arvostivat puhelujen kiireettömyyttä ja aikaa keskustella rauhassa. Monet kokivat, että puhelimesse olisi helpompaa kertoa repsahduksesta ja rehellisesti omista ajatuksistaan.

”Tosi positiivisena. Ihan oikeesti ihan ihan positiivisena. Se jok ei tullu semmone olo et kauheeta että nyt tuo paimentaa mua ja syyllistää ja ei ei ihan ihan ihan to della positiivisena.”

”Ei siin varmaa mittää eroo sillai oo...” ”...no ehkä puhelimes jos olis jottai ni olis helpompi sanoo sit taas...”

8.3 Tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavat tekijät

Tärkeimpänä tupakoinnin lopettamisessa pidettiin itsestä lähtevää päätöstä ja riittävää motivaatiota ja tahtoa päästä eroon tupakasta. Monet haastateltavista olivat kyllästyneet tupakointiin ja lisäksi terveysasioilla ja riskillä sairastua oli suuri rooli tupakoinnin lopettamisessa. Monet olivat jo pitkään tehneet ajatustyötä ja pohtineet tupakoinnin lopettamista. Sosiaalinen paine vaikutti myös päätökseen sekä se, että useat työpaikat ovat nykyään savuttomia. Haastattelijat toivat esille, että tupakointi on tehty vaikeaksi ja se koetaan häpeällisenä. Monien haastateltavien tuttavat ovat lopettaneet ja joidenkin isovanhemmuus vaikutti myös lopettamispäätökseen. Lisäksi yksi haastateltavista toi esille stressin, joka tuli itsensä syyttämisestä ja mainoksista, jotka käsittelivät savuttomuutta.

”...ittest se täytyy lähtee, ei siin muu auta et ei siihen vaik kuka puhuis mitä, mut täytyy itelle se saada selväks ens,,,”

”...mä nyt kovasti sen olin ite niinku jo valmistanu ja päättänykki...”

”...vähän katotaan niinku pitkin nenänvartta sit sitä ku joku polttaa...”

”Vaan se kerta kaikkiaan kyllästysin siihen et eiks sitä vois olla ilman...”

”Ja sit toiki tietty vaikuttaa et monet tuttavatki on lopettanu, et se auttaa kyl.”

Haastateltavat olivat polttaneet jo pitkään ja mielestään tarpeeksi. He pyrkivät etsimään mahdollisimman paljon asioita, jotka kannustivat savuttomuuteen. Myös ikä vaikutti tupakoinnin lopettamiseen. Haastateltavat ajattelivat, että voisivat lisätä elinvuotiaan tupakoinnin lopettamisella. Monet olivat huomanneet kunnon heikentyneen ja halusivat voida paremmin. Yksi haastateltavista toi esille että savuttomana jaksaa paremmin, nukkuu paremmin ja on virkeämpi.

”Mä vaan halusin päästä eroon tupakast ku mul oli kyl toiki et ku mul on kohonnu kolesteroli ja sit mä olen lihonu ja muutenki rapakunnos ja rupee olee ikääki jo sen verran pal et mä ajattelin et jos siit edes pääsis eroon ni vois vähän kauemmi ehkä elääki.”

”No nii, kyl mul vaikutti se, et mä olin sen ite ite niinku ajatellu et tota et nyt se saa riittää.”

”...mä yritin penkoo kaikki mahdolliset asiat.”

8.3.1 Elämäntilanne ja terveydentila ennen tupakoinnin lopettamista

Kaikilla haastateltavilla ei ollut tapahtunut muutoksia elämäntilanteessa ennen tupakoinnin lopettamista, vaan elämä oli pysynyt ennallaan. Joidenkin haastateltavien läheinen oli kuollut lähiaikoina, mikä oli osaltaan vaikuttanut lopettamispäätökseen.

”Ihan normaali, olin töissä silloin ja muuten ihan normaali ei mitään. Siin ei ollu tapahtunu muutosta.”

”...mun veli kuoli, sil oli aika paha diabetes ja se sai aivoinfarktin ni kyl se tupakka siihenki vaikuttaa, se oli yks syy minkä takia mä ajattelin kans et kannattais varmaan vähän rajottaa edes.”

Suurimmalla osalla haastateltavista oli sairauksia, joihin tupakointi vaikuttaa. Näitä olivat muun muassa 2 luokan diabetes, Crohnin tauti, kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroli sekä selän välilevyn pullistuma. He olivat tiedostaneet tupakoinnin vaikutuksen sairauksiin, mutta kaikilla se ei kuitenkaan oireettomuuden vuoksi vaikuttanut päätökseen lopettaa tupakointia. Yhden haastateltavan tuleva nivelrikkoleikkaus vaikutti päätökseen vähentää tupakointia, jotta leikkaushaava parantuisi nopeammin. Joillain päätökseen vaikuttivat myös yskiminen, limaisuus, hengästyminen ja keuhkojen huono kunto sekä se, että halusi voida paremmin ja liikkua.

”No kyl mua on kyl kehotettu lopettamaan et kyl mul on aika paljon kaikkii sairauksii mihin se viäl haittaa lisää, et on tämä kakkosluokan diabetes, sit on verenpaineet ja sit seläs on se on kerran leikattu ja siäl on uus pullistuma ja tupakointi heikentää sitä verenkiertoa siin et kyl nämä kaikki tiedostettu on ja tiedos on.”

”...halusin voida paremmin mut sit kun tiesi et tavallaan muuten on ihan jees, niin se kuntoilu puuttuu ja sit tää esti sen.”

8.3.2 Interventio-ohjelman ulkopuolelta saatu tuki tupakoinnin lopettamisessa

Perheen tai läheisten tuki koettiin tärkeänä, yksi haastateltavista tosin koki sukulaisten kyselyt tupakoinnista ärsyttävinä. Hyödyllisenä pidettiin läheisten savuttomuutta tai tupakoinnin lopettamista, monien perheenjäsenet olivat lopettaneet tupakoinnin. Myös joidenkin haastateltavien puoliset olivat savuttomia, mikä osaltaan motivoi lopettamaan. Erityisesti sellaisten läheisten tukea arvostettiin, jotka ovat joskus itse lopettaneet tupakoinnin, koska heidän koettiin ymmärtävän tilannetta paremmin. Suurin osa koki läheisen savuttomuuden kannustavana. Yksi haastateltavista yritti hakea apua kaikista mahdollisista paikoista ja kävikin savuttomuusohjelman yhteydessä akupunktiohoidoissa. Aikaisemmin hän oli kokeillut myös hypnoosihoitoa, mutta tällä kertaa sitä ei ollut mahdollista saada. Muut eivät olleet hakeneet ulkopuolisilta tahoilta apua.

”...mä ajattelin et mä nyt kaikkeni teen, et mä olisin nyt menny sinne hypnoosiin, mä oisin menny joka paikkaan vaan ku mä niinku joka paikast sitä apuu haen.”

”...mun likka oli mun tukihenkilönä vaik se itte poltti mut tota se oli se hänen mies ku lopetti niin ne kannusti mua koko aika...” ”...me sovittiin et jos mul tulee sim mone olo et mun tekee kauheesti mieli tupakkaa et mä menen käymään tai sit mä soitan.”

”Totta kai perheeltä, läheisiltä, se on kaikkist tärkein tuki.”

8.4 Kehittämisehdotuksia interventio-ohjelmaan

Kaikki haastateltavat kokivat interventio-ohjelman hyvänä ja olivat pääosin tyytyväisiä siihen. Haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen, että savuttomuusohjelma ei perustunut niin sanottuun tuputtamiseen vaan savuttomuushoitajien kanssaan on ollut mukava keskustella eikä ole tarvinnut hävetä vaan on saanut olla oma itsensä. Yhtenä tärkeänä asiana koettiin se, että savuttomuushoitaja pysyisi samana koko hoitajakson ajan. Lisäksi yhdessä haastattelussa nousi esille, että haastateltava oli päässyt hoitoon vasta kuukauden päästä ajanvarauksesta. Yksi haastateltavista toivoi puolestaan, että vastaanotoilta saatu materiaali olisi yhtenä kirjasena, mutta toisaalta hän koki, että pitkin matkaa saadut

laput vahvistivat prosessia. Yksi haastateltava koki, että savuttomuushoitaja olisi voinut kertoa enemmän tupakan sisältämistä myrkyistä, ja lisäksi hänen mielestään kauhukäsittely toimisi paremmin.

”...mä olen ihan tyytyväinen tähän mikä on nyt. Just se on niin hyvä et se ei oo semmost kauheet tuputtamist ja sit kuitenkin et tietää et se on semmost et seuraan ja semmotti ettei oo niinku iha yksin sen asian kans.”

Hoitajan tavoittaminen koettiin hankalana, koska heillä ei ollut savuttomuushoitajan suoraa numeroa. Ehdotuksena tuli mahdollisuus puhelinajasta savuttomuushoitajalle. Yhden haastateltavan kohdalla ilmeni, että terveysaseman vastaanotolla ei tiedetty savuttomuusohjelmasta, kun hän yritti varata aikaa. Ajan varaaminen oli kuitenkin onnistunut.

Savuttomuusohjelman antama tuki koettiin riittävänä, varsinkin kun oli itse jo niin vahvasti tehnyt päätöksen lopettaa tupakointi. Yksi ehdotus oli, että käyntejä olisi savuttomuusohjelman alussa tiiviimmin ja jos sattuisi repsahdus, niin asiakkaan voisi ottaa kohdennetumman tuen piiriin. Osa haastateltavista koki, että vaikka he eivät kaivanneet lisää tukea, niin joku toisessa elämäntilassa oleva olisi saattanut kaivata sitä lisää.

”Tää on tosi hyvä.” ”...et en mä ainakaa näe enkä koe semmosta että miten sitä vois parantaa.”

”...se voi jonkun toisen kohdal olla mut mun kohdal ei ollu sil taval et mä oisin kaivannu.”

”...ehkä alus ois voinu olla hiukka tiiviimminkin.”

8.5 Savuttomuudessa onnistuneet

Haastateltavista neljä polttaa tällä hetkellä. Savuttomuusohjelman läpikäynyt henkilö oli ohjelmassa mukana puolisen vuotta, jonka jälkeen koki pärjäävänsä itsekseen. Haastateltava alkoi taas tupakoida työpaikallaan työkavereidensa kanssa, kaiken kaikkiaan hän oli tupakoimatta noin 8–9 kuukautta. Nykyään hän polttaa noin 6–7 savuketta vuorokaudessa eli kolmasosan siitä määrästä, mitä

poltti ennen savuttomuusohjelmaa. Yksi haastateltavista retkahti noin kahden viikon päästä tupakoinnin lopettamisesta ollessaan viihteellä. Hän polttaa edelleen esimerkiksi baarissa kavereidensa kanssa ja silloin, kun nauttii alkoholia. Muulloin hän on ilman tupakkaa. Tupakointi on kaikesta huolimatta vähentynyt runsaasti, sillä hän poltti ennen savuttomuusohjelmaa noin kaksi askia päivässä. Yhden haastateltavan oli tarkoitus lopettaa tupakointi tulevan leikkauksen jälkeen. Hän ei ollut pystynyt luopumaan tupakoinnista kokonaan ennen leikkausta, vaan poltti edelleen 3–4 savuketta päivässä eli noin puolet alkuperäisestä määrästä. Yksi haastateltavista polttaa yhä, mutta vain satunnaisesti. Kaikkien tavoitteena on kuitenkin täysi savuttomuus. Haastateltavista kolme on edelleen täysin savuttomia. He ovat pystyneet olemaan kokonaan ilman tupakkaa lopettamispäätöksensä jälkeen.

”...niin tyhmä en ole et tupakkaa aloittaisin nyt ihan enshätään uudestaan et kyl aika paljon sit täytyy tapahtuu.”

”...mul on vieläki semmonen olo niinku mä olisin menettäny parhaan ystäväni...ihmettelen vieläki et mä pystyin siihen, et ku mä sen päätin ni sit se, kyl on ikävä vieläki tupakkaa.”

”Jos mä en olis menny sinne, ni mä en usko et mä olisin lopettanu.”

”..kyl täs tarvis viel ottaa kerran simmonen rutistus ja päästä siitä eroon.”

”En oo ihan, mä oon tos ku mä oon käyny vähän baaris istumas ni mä oon siel polttanu...”

Yksi haastateltavista oli innostunut tupakoinnin lopettamisen jälkeen laihduttamisesta. Hän on laihtunut seitsemän kiloa lähtöpainosta ja tavoitteena on laihtua yhteensä 15 kiloa. Hän kokee olevansa nykyään päättäväinen ja järkkymätön, ja tupakoinnin lopettamisessa onnistuminen on lisännyt kykyä pysyä päätöksissä.

”Mä olen nykyään tullu semmoseks et ku mä päätän jotain ni mä teen sen sit, must on tullu ittepäinen.”

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

9.1 Eettisyys laadullisessa tutkimuksessa

Hyvän tieteellisen käytännön edellyttämin tavoin tehty tutkimus on eettisen hyväksyttävyyden edellytys. Tähän kuuluu muun muassa yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä sekä toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Tulosten yhteydessä tulee ottaa huomioon myös aikaisempi tutkimusmateriaali kyseisestä aiheesta ja antaa niille kuuluvaa arvoa ja merkitystä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011, 3.)

Yksi merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri on sisäinen johdonmukaisuus (koherenssi). Eettisyys tarkoittaa myös tutkimuksen laatua - tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas ja että valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi on hyvin tehty. Tutkimuseetikassa tulee ottaa huomioon itse tutkimustoiminta, kuten tutkimukseen tulevien informoiminen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuus, tutkittavien anonymiteetti ja tutkimustulosten esittämistapa. Eettisiä ratkaisuja ovat muun muassa tutkimusaiheiden valinta (kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään), tutkimuskysymyksien muodostaminen ja se, mitä pidetään tärkeänä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126–129.) Tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä uskottavuuden kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132).

Eettiset ratkaisut liittyvät kaikkiin tutkimuksiin ja tutkimuksen kaikkiin eri vaiheisiin, mutta haastattelussa eettiset ratkaisut ovat erityisen monitahoisia, etenkin silloin kun haastateltava tavataan kasvotusten (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19–20). Ihmisoikeudet muodostavatkin tutkimuksen eettisen perustan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen aihe, tavoitteet ja tarkoitus sekä menetelmät ymmärrettävällä tavalla. Tutkittavilla on oikeus kiel-

täytyä osallistumasta tutkimukseen ja päättää itseään koskevan aineiston käytöstä. Luottamuksella on iso rooli tutkimuksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tietojen antamisessa on kuitenkin hyvä olla tarkkana, koska tiedot saattavat vaikuttaa haastateltavan käytökseen ja näin ollen vinouttaa tuloksia. Informaation tulee olla asianmukaista, jotta haastateltava pystyy antamaan suostumuksensa tutkimukseen tai kieltäytymään tästä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.)

Tässä opinnäytetyössä terveysohjaaja Turun sosiaali- ja terveystoimesta soitti haastateltaville ja informoi heitä tutkimuksesta ennen kuin opinnäytetyön tekijät eli haastattelijat saivat yhteystiedot itselleen. Yhteystiedot lähetettiin sähköpostitse, jonka jälkeen ne poistettiin sähköpostista tietoturvan suojaamiseksi. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä pääkohdat menettelytavoista kerrottiin haastateltaville haastattelutilanteessa ensimmäisenä. Haastateltavien anonymiteetista huolehdittiin koko tutkimuksen ajan ja heillä oli mahdollisuus jättäytyä tai kieltäytyä tutkimuksesta. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä myös haastattelun nauhoittamisesta. Aineistot hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua ja mitään henkilötietoja ei käytetty opinnäytetyössä.

Lisäksi eettiset ratkaisut näkyivät muun muassa siinä, että teemahaastattelurunko pohjautui tutkimuskysymyksiin, jotka puolestaan nousivat kirjallisuuskatsauksesta. Opinnäytetyön tekijät olivat siis tutustuneet laaja-alaisesti tupakointiin, josta sitten nostettiin niitä asioita, jotka koettiin tärkeiksi – tästä muodostui tutkimusongelmat. Tutkimusongelmia ja kirjallisuuskatsausosiota tarkastellen muodostettiin teemahaastattelurunko, joka antoi vastauksia tutkimusongelmiin. Tämä liittyy myös hyvin läheisesti tutkimuksen luotettavuuteen.

Tuloksia julkaistessa otettiin huomioon haastateltavien vähäinen määrä: ne esitettiin niin, ettei kukaan haastateltavista erotu tekstistä. Tästä syystä myös sitaatteja tuli pohtia tarkkaan. Tuloksissa tuotiin esiin myös aikaisempi tutkimustieto aiheesta ja tuloksia vertailtiin keskenään. Eettisesti oikein on myös pohtia omia puutteita opinnäytetyössä ja ne on tuotu esille pohdinta osiossa.

9.2 Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Selvää on kuitenkin se, että tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja siksi tutkimuksessa onkin arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta eli sitä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys ovat kriteerejä, joiden avulla voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta, jotka tulee myös osoittaa itse tutkimuksessa. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että toinen tutkija pystyy seuraamaan koko tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus-kriteeri on osin ongelmallinen laadullisessa tutkimuksessa, koska eri tutkijoilla voi syntyä eri tulkintoja. Tämä ei kuitenkaan merkitse luotettavuusongelmaa, vaan useat todellisuudet hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. Reflektiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija on tietoinen siitä, miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan puolestaan sitä, että tutkija antaa riittävästi tietoa tutkittavista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Haastattelun etu on joustavuus - siinä haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmauksia sekä esittää kysymykset siinä järjestyksessä mikä tuntuu luontevalta. Tämä liittyy vahvasti tutkimuksen luotettavuuteen. Tärkeintä on saada tietoa mahdollisimman paljon halutusta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien mukaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Ennen opinnäytetyön virallisia haastatteluja, haastattelijat tekivät esihaastattelun kahdelle tupakoinnin lopettaneelle, jolloin tutkimusongelmista ja haastattelurungosta voitiin varmistua. Esihaastattelu on teemahaastattelun välttämätön ja tärkeä osa ja sen tarkoituksena onkin testata haastattelurunkoa ja sen toimivuutta sekä auttaa selvittämään haastattelun keskimääräinen pituus (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72–73). Tilanteessa olivat mukana molemmat haastattelijat, jotta molempien näkemykset tulisivat esille. Myös ensimmäinen opinnäytetyön haastattelu tehtiin yhdessä, jotta haastattelutapa muotoutui mahdollisimman samankaltaiseksi - vain toinen haastattelijasta oli kuitenkin vetovastuussa. Kaikki haastattelut tehtiin rauhallisissa tiloissa ilman ulkoisia häiriötekijöitä, jotka olisivat saattaneet vaikuttaa työn luotettavuuteen.

”Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelun tallentaminen” (Hirsjärvi & Hurme 2000, 92) ja haastattelut tallennettiin haastateltavien luvalla. Näin haastattelusta saatiin mahdollisimman luontevaa sekä vapautunutta ja haastattelu eteni nopeasti, lisäksi saatiin säilytetyksi olennaisia seikkoja kommunikointitapahtumasta, jotka lisäävät tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 92). Haastattelun laatua parantaa se, että haastattelut litteroitiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185) ja tämä tehtiin sanasta sanaan, jotta kaikki merkityksellinen asia tulisi esille.

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsausosion lähteinä on käytetty tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia pääasiassa viimeisen viiden vuoden ajalta. Tutkimusprosessin kulku raportoitiin mahdollisimman tarkasti ja selkeästi, jotta tutkimuksen seuraaminen ja toistaminen olisi mahdollista. Haastattelut tuovat tietoa tutkittavista ja heidän ympäristöistään ja näistä kerrottiin eettisyyden rajoissa.

Aineiston analyysivaiheessa luotettavuutta lisäsi se, että haastattelijat tekivät ristikkäisanalyysin koko aineistoon. Tämän jälkeen tuloksia lähdettiin pohtimaan tutkimusongelmien ja teemahaastattelurungon avulla. Vaikka haastateltavien määrä jäi melko pieneksi, oli kuitenkin huomattavissa saturaatiota eli kylläntymistä tietyissä aihealueissa. Tällöin aineisto alkaa toistaa itseään. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole tilastollinen yleistäminen, vaan jonkin ilmiön kuvaaminen ja tulkinta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–87.) Luotetta-

vuudessa huomioitiin myös se, että tupakka ja tupakkakäyttäytyminen ovat varsin henkilökohtaisia ja arkaluonteisia asioita. Tällöin on syytä pohtia, kuinka luottamuksellista tietoa haastateltavat ovat antaneet, sillä haastattelutilanne on saattanut aiheuttaa muun muassa stressiä ja häpeää, varsinkin niiden kohdalla, jotka myönsivät jälleen tupakoivansa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Tämä saattaa siis omalta osaltaan vaikuttaa myös tutkimustuloksiin.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelua

Kaikki haastateltavat olivat aikuisia, keski-ikäisiä ihmisiä ja he olivat tupakoineet jo kymmeniä vuosia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisun mukaan suurin osa tupakoinnin lopettajista onkin aikuisia, jotka ovat polttaneet jo vuosikymmenen ajan (Sandström ym. 2010, 43). Tähän vaikuttaa muun muassa huoli tupakoinnin aiheuttamista haitoista, sillä mahdollinen sairastuminen on todennäköisempää nuoriin verrattuna ajallisesti ajatellen (Pietinalho 2003, 4701). Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikilla oli useita tupakoinnin lopettamisyrittäjiä. Tutkimuksien mukaan lopettamiseen tarvitaankin keskimäärin 3–4 yritystä (Käypä hoito 2012a, 2).

Tärkeimpänä tupakoinnin lopettamisessa haastateltavat pitivät itsestä lähtevää päätöstä ja riittävää motivaatiota. Lisäksi tupakoinnin lopettamiseen vaikuttivat terveysriskit, sosiaalinen paine, kyllästyminen, pitkään kestänyt ajatustyö koskien tupakoinnin lopettamista sekä muun muassa työpaikkojen ja muiden julkisten tilojen savuttomuus. Myös aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että tärkeintä tupakoinnin lopettamisessa on oma päätös ja riittävä motivaatio (Avainapteekit 2010). Lisäksi ympäristön vaikutus tupakointiin on suuri ja muun muassa tupakointikiellot julkisilla paikoilla ovat vaikuttaneet myönteisesti tupakoinnin vähenemiseen (Sandström ym. 2010, 75; Kiiskinen ym. 2008, 105).

Haastateltavien tupakoinnin lopettamiseen vaikuttivat myös läheisten kuolemat ja omat sairaudet. Oireettomat sairaudet eivät kuitenkaan kaikkien kohdalla olleet syitä savuttomuuteen. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että oman tai perheenjäsenen sairaus voi olla tupakoinnin lopettamisen taustalla. Lisäksi sekä positiiviset että negatiiviset elämänmuutokset voivat kannustaa tai lannistaa lopettamispäätöksessä pysymistä. (Sandström ym. 2010, 44 & 75.)

Haastateltavat toivat esille, että sekä perheen että muiden läheisten tuki on tärkeää ja hyödyllisenä koettiin varsinkin läheisten savuttomuus. Sosiaali- ja terve-

ysministeriön julkaisun mukaan perheellä, ystävillä ja muilla läheisillä on oma roolinsa tupakoinnin lopettamisen tukena (Sandström ym. 2010, 75). Haastateltavat näkivät kuitenkin nimenomaan ulkopuolisen tuen hyvänä ja motivoivana asiana, koska retkahtamisen myöntäminen ulkopuoliselle henkilölle koettiin vaikeana ja häpeällisenä. Positiivisia vaikutuksia oli heidän mukaansa muun muassa sillä, ettei ollut asian kanssa yksin ja että tiesi että tupakointia seurataan. Bryantin tutkimuksen mukaan tupakoitsijoilla, jotka saavat tukea terveydenhuollon ammattilaisilta, onkin suurempi todennäköisyys onnistua tupakoinnin lopettamisessa (2008, 32).

Kaikki haastateltavat kokivat savuttomuusohjelman hyvänä ja riittävänä ja olivat pääosin tyytyväisiä siihen. He toivoisivat, että savuttomuushoitaja pysyisi samana koko hoitoprosessin ajan ja että hoitajan tavoittaminen olisi helpompaa. Yksi haastateltavista ei ollut päässyt vastaanotolle heti, vaan vasta kuukauden päästä yhteydenotosta. Koemme, että tällaisessa tilanteessa olisi hyvä saada tukea mahdollisimman pian sen jälkeen, kun asiakas on tehnyt lopettamispäätöksen.

Kolme haastateltavaa on onnistunut pysymään savuttomana. Haastateltavista neljä tupakoi jälleen, mutta he ovat kuitenkin onnistuneet vähentämään tupakointia huomattavasti ja pyrkivät edelleen savuttomuuteen. Tupakoinnin vähentäminen voikin olla askel kohti täydellistä savuttomuutta (Johnson & Johnson Consumer Nordic, 4). Tutkimukset osoittavat, että relapsi tapahtuu keskimäärin kolmen kuukauden päästä lopettamisesta ja siihen saattaa vaikuttaa muun muassa voimakas nikotiiniriippuvuus, yksittäiset lipsahdukset, muiden perheenjäsenten tupakointi, vähäinen motivaatio, painonhallinnan ongelmat, alkoholin käyttö ja kahvin juonti (Käypä hoito 2012a, 11.) Haastateltavien kohdalla juuri nämä asiat olivat vaikuttaneet retkahdukseen.

10.2 Kehittämisen- ja jatkotutkimustarpeita

Koska aihe saattaa olla joillekin arkaluonteinen, voi haastateltavan olla vaikeampi puhua aiheesta suoraan haastattelijalle kuin esimerkiksi vastata kyselylo-

makkeeseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 115). Tämä saattaa vaikuttaa siis tulosten luotettavuuteen. Aiheen arkaluonteisuus vaikutti siihen, että toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluina. Lisäksi haastateltavien vähäisellä määrällä ja opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuudella on oma vaikutuksensa tutkimuksen luotettavuuteen. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole tilastollinen yleistäminen, vaan jonkin ilmiön kuvaaminen ja tulkinta. (Tuomi & Sarajärvi 2009,85–87.)

Haastattelun onnistumiseksi suositellaan, että tiedonantajat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin aiheeseen etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Koemme kuitenkin, että valmistautuminen kysymyksiin olisi saattanut vaikuttaa haitallisesti tuloksiin, sillä vastaukset eivät olisi tulleet tällöin niin spontaanisti. Tästä syystä haastateltavilla oli pelkästään haastattelun aihe tiedossa ennen haastattelua.

Teemahaastattelurunko toimi hyvin, mutta se ei tukenut haastattelua niin hyvin heidän kohdalla, jotka eivät olleet onnistuneet savuttomuudessa, sillä se olin alun perin suunniteltu tupakoinnin lopettamisessa onnistuneille. Näiden haastateltavien kohdalla esitettiin kuitenkin lisäkysymyksiä koskien tupakoinnin lopettamisessa epäonnistumista ja muokattiin haastattelua muutenkin sopivammaksi.

Savuton Turku 2015 -ohjelman vaikuttavuutta ei ole aikaisemmin tutkittu. Tässä opinnäytetyössä otos jäi kuitenkin melko pieneksi, joten johtopäätösten tekemiseksi tulisi tehdä uusia tutkimuksia suuremmilla otoksilla. Kaikki haastateltavat eivät olleet onnistuneet tupakoinnin lopettamisessa, joten olisi hyvä tehdä vielä tutkimuksia, joissa olisi pelkästään savuttomuudessa onnistuneita haastateltavia ja verrata näitä keskenään. Lisäksi tutkimuksesta tulisi vielä kattavampi ja siihen saisi uutta näkökulmaa tekemällä jatkotutkimuksen, jossa haastateltaisiin myös savuttomuushoitajia.

11 OPINNÄYTETYÖSTÄ ARTIKKELIKSI

Opinnäytetyöstä tehtiin jatko-osa, joka päätettiin toteuttaa artikkelin muodossa. Artikkelin lähetetään Terveystieteiden tutkimuskeskukseen, joka julkaisee sen joko verkkosivuillaan tai Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lehdessä. Kirjoitusohjeet saatiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, joka tekee viimeiset muokkaukset vielä ennen artikkelin julkaisua. Artikkelin yhteyteen laitetaan linkki koko opinnäytetyöhön, jotta tutkimukseen pääsee halutessaan tutustumaan tarkemminkin.

Artikkelissa (Liite 3) keskitytään opinnäytetyön tutkimustuloksiin sekä jatkotutkimustarpeisiin, ja alussa käsitellään lyhyesti kirjallisuuskatsauksen keskeisimpiä asioita. Teksti on tiivis, koska artikkelin kokonaispituus saa olla korkeintaan noin 5000 merkkiä välilyönteineen. Lisäksi artikkeliin lisätään täydentävä kuva ja lähteistä merkitään vain keskeisimmät. Artikkelin eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät kysymykset ovat samoja kuin itse opinnäytetyössä.

Koska savuttomuuteen tähtäävää ohjelmaa on tutkittu vasta hyvin vähän, saadaan sitä artikkelin avulla levitettyä ihmisten tietoisuuteen. Mikäli kuitenkin artikkeli julkaistaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen verkkosivuilla, sen pystyvät lukemaan vain liiton jäsenet. Artikkelin on siis tarkoitettu lähinnä hoitotyön ammattilaisille. Alkuun haluttiin kuitenkin tuoda esille kirjallisuuskatsauksen tärkeimpiä asioita, jolloin myös henkilöt, jotka eivät ole kyseisen asian kanssa niinkään tekemisissä, pääsevät myös artikkeliin sisälle. Terveystieteiden ammattilaiset saavat artikkelista vinkkejä omaan toimintaansa työssä ja lisäksi lukijoille selviää ohjelman vaikuttavuus tupakoinnin lopettamisen tukena. Laajemman näkyvyyden saamiseksi artikkelia tarjotaan myös Sairaanhoidon tutkimuskeskukselle.

LÄHTEET

Avainapteekit 2011. Kuinka lopettaa tupakointi. Viitattu 27.3.2012

<http://www.avainapteekit.fi/oma-terveys/tupakoinnin-lopettaminen/kuinka-lopettaa-tupakointi>

Bryant, Saovarot K. 2008. Smoking cessation strategies by nurses in an acute care setting. Journal for nurses in staff development volume 24, number 1, 31–35. Viitattu 20.11.2011

http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-3.4.2a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BLKOPDIPOCHFNIMKFNBLGHOFBBHBAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.14%257c1%257c50%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dBLKOPDIPOCHFNIMKFNBLGHOFBBHBAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNOFGHMKOC00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv025%2f00124645%2f00124645-200801000-00009.pdf&filename=Smoking+Cessation+Strategies+by+Nurses+in+an+Acute+Care+Setting.&navigation_links=NavLinks.S.sh.14.1&link_from=S.sh.14|1&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.14

Centers for Disease Control and Prevention. Campaign overview. Viitattu 4.4.2012

<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/resources/about/campaign-overview.html>

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2012. Savuton koulu. Viitattu 4.4.2012

<http://www.smokefree.fi/fi/savuton+koulu/>

Elintarviketurvallisuusvirasto Evira, Turvallisuus- ja kemikaalivirasto Tukes sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2011. Ympäristöterveydenhuollon yhteinen valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2011-2014. Viitattu 5.1.2012

http://www.valvira.fi/files/ymparistoterveydenhuollon_yhteinen_valvontaohjelma_paivitys_vuodelle_2012_22062011_lopullinen.pdf

Elo, S. & Kylgäs, H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107-115.

Euroopan komissio. Hymyä huuleen ilman tupakkaa – 05/06/2009. Viitattu 4.4.2012

http://ec.europa.eu/news/environment/090605_fi.htm

European commission 2012. Policy. Viitattu 27.3.2012

http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm

Fairhurst, A., BSc, RN, 2010. Developing a joined up approach to smoking cessation in primary and secondary care. Nursing Times 2010 Sep 21-27, 106(37):12-13.

Heale, R. & Griffin, M.T.Q. 2009. Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 65(4), 912-918. Viitattu 13.3.2012

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=126&sid=d9c40053-14b7-4fd0-9057-6caaabb1e2f%40sessionmgr14>

Heikkinen, A-M.; Järvenpää, K.; Hautamäki, R-M.; Tammekas, T.; Jekkonen-Cavenius, K-M.; Degerth, S.; Huvinen, S. & Elonheimo, O. Tupakointi on tartuntatauti. Suomen Lääkärilehti 21–22/2009 vsk 64, 2008-2010. Viitattu 12.9.2011

http://www.helsinki.fi/akateeminenterveyskeskus/julkaisut/SLLValta_Koukkua212009_2008.pdf

Helakorpi, S. 2008. Impact of Tobacco Control Policy on Smoking and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Publications of the National public health institute A15/2008. Helsinki. Viitattu 5.1.2012

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2008/2008a15.pdf

Helakorpi, S.; Pajunen, T.; Jallinoja, P.; Virtanen, S. & Uutela A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti

15/2011. Yliopistopaino: Helsinki. Viitattu 28.11.2011 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>

Helakorpi, S.; Patja, K.; Prättälä, R.; Aro A. R. & Uutela, A. 2003. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003. Helsinki. Viitattu 9.4.2012 <http://www.ktl.fi/publications/2003/b17.pdf>

Helakorpi, S.; Uutela, A. & Puska, P. 2007. Työikäisen väestön elintapojen muutokset, ylipaino on yleistynyt ja alkoholin kulutus kasvanut. Suomen lääkärilehti 34/2007 vsk 62, 2975–2980. Viitattu 20.11.2011 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL342007-2975.pdf>

Hiilamo, H. 2008. Miksi tupakka on alkanut haista pahalta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008; 45, 224–227. Viitattu 13.2.2012 <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/717> --> Ko-ko teksti: PDF

Hildén, S-M. 2005. Tupakasta vieroittajan opas: motivoinnin avulla eroon tupakkariippuvuudesta. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Johnson & Johnson Consumer Nordic. Tupakoinnin vähentämisen edut. Viitattu 27.3.2012 <http://www.poisceus.com/nicorette/tupakoinninvahentaminen.pdf>

Kiiskinen U.; Vehko, T.; Matikainen, K.; Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Yliopistopaino, Helsinki. Viitattu 14.3.2012 <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki.

Käypä hoito 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 20.12.2011 http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051#s15_8

Käypä hoito 2012a. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 13.3.2012 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi40020.pdf>

Käypä hoito 2012b. Tupakoijasta tupakoimattomaksi, sauhuttelijasta savuttomaksi – otatko haasteen vastaan? Viitattu 13.3.2012 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/khp/khp00042.pdf>

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi. 13.8.1976/693.

Morbidity and Mortality Weekly Report 2010. Current Opportunities in Tobacco Control. Centers for Disease Control and Prevention vol. 59 no.16, 487–492. Viitattu 27.1.2012 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5916a3.htm>

Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön – hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. Suomen Lääkärilehti 4/2010 vsk 65. 297–301. Viitattu 13.2.2012 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL42010-297.pdf>

Patja, K.; Iivonen, K. & Aatela, E. 2005. Pystyt kyllä eroon tupakasta. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim.

- Pfizer Oy 2011. Maailman tervein kansa 2015. Viitattu 27.3.2012
http://www.pfizer.fi/sites/fi/yritysvastuu/suomalaisten_terveyden_edistaminen/Pages/MaailmanTerveinKansa2015.aspx
- Pietinalho, A. 2003. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Suomen lääkärilehti 46/2003 vsk 58, 4701–4704. Viitattu 13.3.2012
<http://www.filha.fi/@Bin/1557213/tupakoinnin%20haitat.pdf>
- Reijula, K.; Ervasti, O.; Riikkala P.; Nykänen, M.; Pavela, M. & Teirilä, J. 2011. Kokemuksista mallia tupakasta vieroitukseen työterveyshuollossa. Suomen lääkärilehti 16-17/2011 vsk 66, 1406-1407d. Viitattu 1.2.2012
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL162011-1406.pdf>
- Rimpelä, A.; Rainio, S.; Pere, L.; Lintonen, T. & Rimpelä M. 2005. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005, nuorten terveystapatutkimus 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23. Helsinki. Viitattu 1.4.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1134387529796/passthru.pdf>
- Sandström, P.; Leppänen, A. & Simonen O. (toim.) 2010. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Yliopistopaino, Helsinki. Viitattu 12.2.2012
http://www.heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Materiaalit_terveydenalan_henkilostolle/tupakasta_vieroitus_organisointi_ja_kaytannot.pdf
- Savuton Suomi 2040. Tupakoinnin vähennyttävä 10 prosenttia vuosittain - Suomi savuttomaksi 2040. Viitattu 27.3.2012 <http://www.savutonsuomi.fi/>
- Schulze, M. B. & Hu, F.B. 2005. Primary prevention of diabetes : what can be done and how much can be prevented? Annual review of Public Health, 26, 445-467.
- Smokefree class competition. Smoking and youth. Viitattu 4.4.2012
http://www.smokefreeclass.info/smoking_and_youth.htm
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8. Viitattu 27.3.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Viitattu 26.3.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. Viitattu 9.2.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Tupakkalain tavoitteena tupakoinnin loppuminen Suomessa. Tiedote 224/2010. Viitattu 12.9.2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1522179>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Tupakkasopimus tutuksi; tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:3. Helsinki. Viitattu 9.4.2012 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14651.pdf
- Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino: Helsinki. Viitattu 24.11.2012
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f>
- Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E. & Leppo, K. 2006. Health in all policies, prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Viitattu 5.2.2012
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

Suomen ASH 2012. Aikajana / Tupakkalaki 1995-2012. Viitattu 4.1.2012

<http://www.suomenash.fi/fi/tupakkalaki/lainsaadanto/>

Suomen ASH 2011. Kouluterveyskysely: tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä työ tuottanut

tulosta. Viitattu 9.4.2012 <http://www.suomenash.fi/siteneews/view/-/nid/691/ngid/1/>

Suomen Kuntaliitto 2012. Savuttomat kunnat 2012 -yhteenveto. Viitattu 27.3.2012

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/savuton%20kunta/Sivut/default.aspx>

Svavasdóttir, M.H. & Hallgrimsdóttir, G. 2008. Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counseling. Journal of clinical nursing 17, 1335–1341. Viitattu 13.3.2012

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=126&sid=d9c40053-14b7-4fd0-9057-6caaabbd1e2f%40sessionmgr14>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. ATH-tilastokuviot. Viitattu 9.4.2012

<http://www.terveytemme.fi/ath/turku/graph/userselect.php>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Kouluterveyskysely 2009: Nuorten päihdeasenteet hölty-

neet. Viitattu 9.4.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=18620

The Author. Journal compilation. Society for the Study of Addiction 2007. The clinical significance of 'small' effects of smoking cessation treatments. Addiction, 102, 506–509. Viitattu

13.3.2012 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2007.01750.x/pdf>

Tohtori 2010. Passiivinen tupakointi aiheuttaa maailmassa yli 600 000 kuolemaa vuosittain.

Viitattu 20.4.2012 <http://www.tohtori.fi/?page=7743008&id=0708603>

Toljamo, T.; Kaukonen, M.; Nieminen, P. & Kinnula, V. 2008. Keuhkohtaumataudin seulonta ja tupakasta vieroitus oireettomilla tupakanpolttajilla. Duodecim 2008; 124, 1737-1743. Viitattu

15.1.2012 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97421.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.

Tupakkalaki. 20.8.2010/698.

Turun sosiaali- ja terveystoimi. Savuton Turku. Viitattu 12.9.2011

<http://savuton.fi/turku/main.aspx>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitte-

leminen. Viitattu 16.4.2012

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Työterveyslaitos 2012. Mitä savuton työpaikka tarkoittaa? Viitattu 27.3.2012

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ ja_tyokyky/elintavat_ ja_tyokyky/savuton_tyopaikka/mita_savuton_tyopaikka_tarκοittaa/sivut/default.aspx

Työterveyshuolto 2011. Tupakoinnin kustannukset työnantajalle. Viitattu 27.3.2012

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ ja_tyokyky/elintavat_ ja_tyokyky/savuton_tyopaikka/tupakoinnin_kustannukset/sivut/default.aspx

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009. Varsinainen terveesti; Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ja hyvät käytännöt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 9.4.2012

<http://www.vsshp.fi/fi/6119/38969/> → Avaa terveyden edistämisen toimintasuunnitelma (pdf-tiedosto)

Vartiainen, E. 2005. Tupakointi, suomalaisten terveys. Terveyskirjasto. Viitattu 9.4.2012

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00018

Vierola, H. 2004. Tupakkamiehen tietokirja. Helsinki.

Vilka, Hanna. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Keuruu

Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Miten interventio-ohjelma auttoi tupakoinnin lopettamisessa?

- Mikä sinut sai hakeutumaan savuttomuushoitajalle?
- Millaisina koit vastaanottokäynnit savuttomuushoitajalla?
- Miten vastaanottokäynnit tukivat lopettamista?
- Miten puhelinkontaktit edistivät savuttomuutta?
- Mistä oli eniten apua ja miksi?

Mitkä asiat vaikuttivat tupakoinnin lopettamiseen?

- Minkälainen elämäntilanteesi oli kun päätit lopettaa tupakoinnin?
- Minkälainen terveydentilasi oli ennen tupakoinnin lopettamista?
- Vaikuttiko tupakoimattomuuteen jokin elämänmuutos, mikä?
- Saitko tukea tupakoinnin lopettamiseen interventio-ohjelman ulkopuolelta, mistä?

Miten interventio-ohjelmaa voisi kehittää?

- Oliko mielestäsi interventio-ohjelman tarjoama tuki riittävää?

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	hakusanat	rajaukset	osumat	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Kokoteksin perusteella valittu
Medline (ovid)	Smoking AND adverse effect	Abstract Full text	59	-	-	-
Medline (ovid)	Smoking AND adverse effect	Abstract Full text Vuodet 2007 →	11	1	1	1
Medline (ovid)	Smoking AND COPD	Title Full text Vuodet 2007 →	17	2	2	2
Medline (ovid)	Smoking cessation AND difficult*	Abstract Full text Vuodet 2007 →	13	1	1	1
Medline (ovid)	Smoking cessation AND support AND family	Abstract Full text Vuodet 2007 →	7	2	2	2
Medic	Tupakointi AND COPD	Abstract	18	1	1	1
Medic	Kansanterveys AND terveyskäyttäytymisen AND krooniset sairaudet	Abstract	6	1	1	1

Medic	Tupakointi AND tupakoinnin lopettaminen AND lainsäädäntö	Abstract	6	2	2	2
Medic	Terveyskäyttäytymisen AND tupakointi AND terveystutkimukset	Abstract	10	3	3	1
Medic	Tupakointi AND tupakoinnin lopettaminen AND tupakka-riippuvuus	Abstract	22	2	2	2
Medic	Tupakoinnin lopettaminen AND motivaatio	Abstract	3	1	1	1
Medic	Tupakoinnin lopettaminen AND hoidonohjaus	Abstract	19	2	2	1
Medic	Tupakoinnin lopettaminen AND psykologia	Abstract	16	2	2	2
Medic	Terveysten edistäminen AND tupakointi AND ennalta ehkäisy	Abstract	3	1	1	1
Cinahl (Ebsco)	Smoking cessation AND effects	Title Abstract Full text Vuodet 2006 →	53	5	5	-
Cinahl (Ebsco)	Smoking cessation AND intervention	Abstract Full text Vuodet 2006 →	71	1	1	-
Cinahl (Ebsco)	Smoking worldwide AND	All text Full text Vuodet 2006 →	29	6	6	-

Ovid	Smoking cessation AND strategies AND care setting	Ab- stract Vuodet 2008 →	2	2	2	1
Pubmed	Smoking cessation AND strategies AND care setting	Ab- stract Full text	24	1	1	1
Google	Hoitopolku AND tu- pakointi					1
Google	Savuton Suomi 2040					1
Google	Savuton Turku 2015 -ohjelma					1
Google	Terveys 2015 - kansanterveysoh- jelma					1
Google	Maailman tervein kansa 2015 -hanke					1

Essi Loikas, Elisa Mäkilä & Riikka Korhonen

SAVUTTOMUUTEEN TÄHTÄÄVÄN INTERVENTIO-OHJELMAN VAIKUTTAVUUS TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKENA

Tupakointi aiheuttaa runsaasti terveysongelmia, ennen aikaista kuolemaa sekä suuria kustannuksia. Sillä on suuri merkitys terveyden edistämisen lisäksi kroonisten tautien ehkäisyssä: Suomessa



Turun Sanomat (verkkolehti) 17.6.2012

kuolee vuosittain 4000–6000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin aiheuttaen yhteiskunnallemme noin kahden miljardin euron vuosittaiset kustannukset. (Helakorpi ym. 2011, Käypä hoito 2012b; Mäntymaa 2010.) Vuonna 2010 kokonaisväestöstä vähän yli 25 % tupakoi päivittäin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011). 79 % suomalaisista päivittäistupakoitsijoista on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä ja noin puolet haluaisi lopettaa tupakoinnin (Helakorpi ym. 2011, 14). Tupakoinnin ehkäiseminen koskee koko terveydenhuoltoa. Kattavin terveyden edistämishjelma Suomessa on tällä hetkellä Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, johon Savuton Turku 2015 -ohjelma perustuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a).

Suomessa on lainsäädännön ja erilaisten tupakoinnin vähentämistoimien ja ohjelmien avulla yritetty vaikuttaa kansalaisten terveyden edistämiseen ja näin myös tupakointiin. Vuoden 2010 lokakuussa Suomessa tuli voimaan uudistettu tupakkalaki, jonka tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen kokonaan. (Tupakkalaki 20.8.2010/698; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kaikki

sairaanhoidopiirit ovat julistautuneet savuttomiksi jo vuosia sitten ja vuoden 2012 alkuun mennessä noin puolet Suomen kunnista oli julistautunut savuttomiksi (Suomen kuntaliitto 2012).

Savuton Turku 2015 -ohjelma

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi on ollut savuton työyhteisö vuodesta 2009. Johtoryhmässä hyväksytty toimenpideohjelma pitää sisällään myös tavoitteen asiakkaiden savuttomuudesta. Ohjelman tavoitteena on kohentaa asiakkaiden koettua terveyttä ja kaventaa näin väestöryhmien välisiä terveyseroja. Turun kaupungin ensimmäinen savuttomuusmalli lanseerattiin perusterveydenhuoltoon vuoden 2010 lopussa. Malli on sisällöltään kaksiosainen; jokaisella hoitajalla ja lääkärillä on velvollisuus ottaa tupakointi puheeksi, ja lisäksi savuttomuushoitajat toteuttavat yksilövieroitusmallia terveysasemilla. Savuttomuuden hoito-ohjelmaan kuuluu käyntejä savuttomuushoitajan vastaanotolla sekä motivoivia puhelinkeskusteluja. Hoito-ohjelma kestää noin vuoden ja se on asiakkaalle maksuton.

Opinnäytetyö

Teimme vuonna 2012 opinnäytetyön, jonka tarkoituksena ja tavoitteena on kehittää savuttomuuteen tähtäävää interventio-ohjelmaa ja selvittää sen vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisen tukena. Opinnäytetyötä tehtiin yhteistyössä Turun kaupungin terveyden edistämisen yksikön kanssa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa ja aineistonkeruumenetelmänä teema-haastattelua. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulokset

Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää savuttomuusohjelman asiakasta. Kaikki haastateltavat olivat keski-ikäisiä, kymmeniä vuosia tupakoineita. Lähes kaikilla oli ollut useita lopettamisyrityksiä. Haastatteluhetkellä kolme oli täysin savuttomia. Loput neljä oli onnistunut vähentämään huomattavasti tupakointia ja kaikkien tavoitteena oli yhä täysi savuttomuus. Oleellisimpana tekijänä

tupakoinnin lopettamisessa he kuitenkin pitivät itsestä lähtevää päätöstä ja riittävää motivaatiota. Lisäksi lopettamispäätökseen vaikuttivat muun muassa terveysriskit, sosiaalinen paine, kyllästyminen tupakointiin, omat sairaudet, läheisten kuolemat, pitkään kestänyt ajatustyö koskien tupakoinnin lopettamista sekä muun muassa työpaikkojen ja muiden julkisten tilojen savuttomuus.

Haastateltavat toivat esille, että perheen ja muiden läheisten tuki on tärkeää, ja hyödyllisenä koettiin varsinkin läheisten savuttomuus. He näkivät kuitenkin myös ulkopuolisen tuen ja seurannan hyvänä ja motivoivana asiana, koska relapsin myöntäminen ulkopuoliselle henkilölle koettiin vaikeana ja häpeällisenä. Kaikki haastateltavat kokivat savuttomuusohjelman hyvänä ja riittävänä ja olivat pääosin tyytyväisiä siihen. He toivoisivat, että savuttomuushoitaja pysyisi samana koko hoitoprosessin ajan ja että hoitajan tavoittaminen olisi helpompaa. Yksi haastateltavista ei ollut päässyt vastaanotolle heti, vaan vasta kuukauden päästä yhteydenotosta.

Jatkotutkimustarpeita

Koska savuttomuusohjelmaa on tutkittu vasta niin vähän, löytyy siihen useita jatkotutkimustarpeita. Savuttomuusohjelman toimivuudesta käytännössä olisi hyvä tehdä kysely savuttomuushoitajille. Näin saataisiin selville tarvitseeko ohjelman sisältö muutoksia, jotta se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla käytännön tarpeita. Lisäksi tulisi kehittää virtuaalimalli asiakkaille, joiden on haasteellista sitoutua virka-aikana annettavaan pitkään ohjaukseen. Ryhmäohjausmallia tulisi kehittää edelleen ja lisäksi olisi kartoitettava myös muita perusterveydenhuoltoon sopivia malleja.

Lähteet:

Helakorpi, S.; Pajunen, T.; Jallinoja, P.; Virtanen, S. & Uutela A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2011. Yliopistopaino: Helsinki.

Käypä hoito 2012b. Tupakoijasta tupakoimattomaksi, sauhuttelijasta savuttomaksi - otatko haasteen vastaan?

Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön - hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. Suomen Lääkärilehti 4/2010 vsk 65. 297–301.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Tupakkalain tavoitteena tupakoinnin loppuminen Suomessa. Tiedote 224/2010.

Suomen Kuntaliitto 2012. Savuttomat kunnat 2012 -yhteenveto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. ATH-tilastokuviot.

Tupakkalaki. 20.8.2010/698.