

Opinnäytetyö (AMK)
Terveysala
Sairaanhoitaja (AMK)
2015

Minna Viinikka

NIKOTIINIRIIPPUUUS JA TUPAKOINTITOTTUMUKSET NIKOTIINIVIEROITUSKURSSIN ALOITTANEILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja

Toukokuu 2015 | 27 +1

Ohjaaja TtT Tuija Leinonen

Minna Viinikka

NIKOTIINIRIIPPUUUS JA TUPAKOINTITOTTUMUKSET NIKOTIINIVIEROITUSKURSSIN ALOITTANEILLA

Tässä kvantitatiivisessa opinnäytetyössä oli tarkoituksena kartoittaa nikotiinivieroituskurssilaisten nikotiiniriippuvuutta ja tupakointitottumuksia strukturoidun kyselylomakkeen, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin (FTND-testin) avulla. Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan kanssa. Keuhkoklinikka on järjestänyt useita nikotiinivieroituskursseja, joiden avulla on tavoitteena päästä eroon nikotiini- ja tupakkariippuvuudesta. Vuosina 2007 – 2012 nikotiinivieroituskursseille osallistuneita oli yhteensä 148 (N=148) ja heistä jokainen täytti kyselylomakkeen kurssin alussa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin Excel-ohjelman avulla.

Nikotiinivieroituskurssin aloittaneilla FTND-testin tuloksena saatujen nikotiiniriippuvuus pisteiden keskiarvo oli 5,58 - maksimipistemäärän ollessa 10. Testin tehneistä (n=148) 46:lla (31 %:lla) nikotiiniriippuvuustaso oli erittäin korkea eli FTND-testin tulos oli 7-10 pistettä. Nikotiinivieroituskurssin aloittaneista 23 (16 %) tupakoi 1-10 savuketta päivässä, 80 (54 %) tupakoi 11-20 savuketta, 33 (22 %) poltti 21-30 savuketta ja yli 30 savuketta tupakoi heistä 8 % eli 12 henkilöä.

Nikotiinivieroituskurssilaisista summafrekvensseinä 43 (29 %) tupakoi heti herättyään, 128 (87 %) tupakoi puolen tunnin sisällä heräämisestä ja 143 (97 %) tupakoi tunnin kuluessa heräämisestä. Kurssin aloittaneista 27 (18 %) koki savuttomissa tiloissa tupakoimatta olemisen vaikeaksi. Vaikein väliin jätettävä tupakointikerta oli aamun ensimmäinen 126:lla (85 %) kurssin aloittaneista. FTND-testin mukaan 46:sta erittäin korkeasti riippuvaisesta 38 (83 %) tupakoi aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana. Kaikista nikotiinivieroituskurssilaisista (n=148) 91 (62 %) tupakoi myös ollessaan niin sairas, että joutuu olemaan vuoteessa suurimman osan päivää. 46:sta erittäin korkeasti riippuvaisesta 44 (96 %) tupakoi myös sairaana ollessaan.

ASIASANAT:

Nikotiini, tupakointi, nikotiiniriippuvuus, nikotiinivieroitus, ryhmävieroitus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered nurse

May 2015 | 27+1

Instructor PhD Tuija Leinonen

Minna Viinikka

NICOTINE ADDICTION AND SMOKING HABITS AMONG STARTERS ON SMOKING CESSATION INTERVENTION IN GROUP -COURSE

The aim of this quantitative thesis was to survey nicotine dependence of starters on smoking cessation in group –courses (SCIG-courses) and their smoking habits – how situations and points in time affect smoking and how many cigarettes participants smoke in a day. Starters on SCIG–courses have filled a total of 148 (N=148) structured questionnaires, Fagerström test for nicotine dependence -forms, during 2007-2012. This bachelor's thesis was made in a co-operation with the Pulmonary Diseases Outpatient Clinic in Turku university hospital (TYKS). The Pulmonary Diseases Outpatient Clinic has arranged several SCIG–courses aiming to help nicotine dependent persons withdraw tobacco usage. FTND predicts the level of nicotine dependence and smoking habits in the beginning of the course. The research data for this thesis consists of the FTND scores of the starters on the courses. The data were analyzed statistically using Excel.

The nicotine dependence score of the starters on SCIG-courses was 5.58 points / 10 points on average. Of all starters on the courses (n=148) 46 (31 %) had very high levels of nicotine dependence. 23 (16 %) of all starters smoked 1-10 cigarettes a day, 80 (54 %) smoked 11-20 cigarettes, 33 (22 %) 21-30 cigarettes and 12 (8 %) smoked more than 30 cigarettes.

43 (29 %) of the participants on the SCIG-courses smoked their first cigarette in the morning immediately after waking up, 128 (87 %) during the first 30 minutes and 143 (97 %) in an hour after waking up. 27 (18 %) participants experienced that it was hard not to smoke in non-smoking areas. The most difficult smoking occasion to omit was the first cigarette in the morning for 126 (85 %) participants. 38 (83%) participants with a very high level of nicotine dependence smoked more during the first hours of the morning than during the rest of the day. All participants (n=148) on SCIG-courses 91 (62 %) smoked also if they were sick and abed for most of the day. Among all very dependent participants the part of those who smoked whilst sick and abed for most of the day was 44 (96 %).

KEYWORDS:

Nicotine, smoking, nicotine dependence, nicotine withdrawal, smoking cessation intervention in group

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 NIKOTIINIRIIPPUUUS JA NIKOTIINISTA VIEROITTAUTUMINEN	9
2.1 Neurobiologinen tausta	9
2.2 Nikotiiniriippuvuuden mittarit	10
2.3 Vieroittautumien ja nikotiinikorvaushoito	11
2.3.1 Lääkkeet nikotiinivieroitukseen	13
2.3.2 Ryhmävieroitus	14
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	15
4.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	15
4.2 Kyselytutkimuksen mittari	16
4.3 Aineiston analyysi	17
5 TULOKSET	18
5.1 Nikotiinivieroituskurssille osallistuneiden nikotiiniriippuvuus	18
5.2 Vieroituskurssilaisten tupakointitottumukset	18
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	23
7 POHDINTA	24
LÄHTEET	26

LIITTEET

Liite 1: Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti.	28
---	----

KUVIOT

Kuvio 1. Nikotiiniriippuvuus pisteiden jakauma.	19
Kuvio 2. Erittäin korkea nikotiiniriippuvuustaso.	19

TAULUKOT

Taulukko 1. Osallistujien nikotiiniriippuvuus pisteet.	18
--	----

Taulukko 2. Päivän ensimmäinen tupakointikerta.	20
Taulukko 3. Tupakoimattomuus savuttomissa tiloissa vaikeaa.	21
Taulukko 4. Vaikein väliin jätettävä tupakointikerta.	21
Taulukko 5. Aamun tupakointi runsaampaa loppu päivään verrattuna.	21
Taulukko 6. Sairaana tupakoiminen.	22
Taulukko 7. Päivittäinen tupakointimäärä.	22

KÄYTETYT LYHENTEET

AUTOS	The Autonomy Over Smoking Scale
FTND	The Fagerström Test for Nicotine Dependence
CDS	The Cigarette Dependence Scale
HSI	The Heaviness of Smoking Index
HONC	Hooked on Nicotine Checklist
NDSS	The Nicotine Dependence Syndrome Scale
SRNT	Society for Research on Nicotine and Tobacco
SCIG-course	Smoking cessation intervention in group –course, Nikotiinivieroituskurssi
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala

1 JOHDANTO

Tupakkariippuvuus voidaan määritellä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaksi oireyhtymäksi. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, joka johtaa merkittävään sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Tupakointi aiheuttaa mittavia kustannuksia sekä yhteiskunnalle, että tupakoitsijoille. (Patja & Rouhos 2004, 2347–2352; D`Souza & Markou 2011; Käypä hoito –suositus 2012.) Tupakointi on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä (Neumann 2013). Tupakointi on tärkein yksittäinen ehkäistävissä oleva kuolinsyy länsimaissa (Eskola & Patja 2003) ja siksi on erittäin perusteltua perehtyä nikotiiniriippuvuuden taustoihin, etsiä ratkaisuja ja tehdä mahdolliseksi uusia hoitotyön toimintamalleja, sekä kehittää jo olemassa olevia menetelmiä, jotka edesauttaisivat nikotiiniriippuvuudesta eroon pääsyä. Nikotiiniriippuvuus aiheena on erittäin tärkeä, koska siihen tulee törmäämään terveydenhuoltoalalla lähes jokaisessa potilasryhmässä.

Nikotiiniriippuvuudessa on kyse keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutoksesta, joka aiheutuu nikotiinin käytöstä. Tämän seurauksena nikotiinin käytön lopettaminen voi johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Nikotiinista vieroittautumisen tueksi on olemassa erilaisia keinoja. (D`Souza & Markou 2011; Käypä hoito -suositus 2012.) Nikotiinista vieroittautuminen ja tupakoimattomuus ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeissa erityisen tärkeää, sillä se on merkittävin ehkäistävissä oleva riskitekijä. Tupakoinnilla on paljon vaikutuksia ihmisen elimistössä – se kuormittaa sydäntä nostamalla sykettä ja verenpainetta, supistaa verisuonia, aiheuttaa hapenpuutetta, lisää veren hyytymistäipumusta ja saa aikaan verisuonen seinämiin jatkuvan tulehdusreaktion. Lisäksi tupakointi vähentää monien lääkeaineiden pitoisuuksia veressä. (Ahonen ym. 2012; 217, 186-187.) Tupakointi on haitallista myös tupakoitsijan läheisille, joten tupakoinnin lopettamisella ehkäistään terveyttä vaarantava vaikutus myös läheisten terveyteen.

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan nikotiinivieroituskurssin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vieroituskurssille osallistuneiden nikotiiniriippuvuutta ja tupakointitottumuksia. Tupakointitottumusten ja nikotiiniriippuvuustason

mittarina toimiva strukturoitu kyselylomake, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti koostuu kuudesta kysymyksestä, joiden avulla pyritään selvittämään millaista vastaajien tupakointikäyttäytyminen on. Vastauksien perusteella yhteenlaskettu pistemäärä kuvastaa nikotiiniriippuvuuden suuruutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää nikotiinivieroituskursseja tulevaisuudessa.

2 NIKOTIINIRIIPPUUUS JA NIKOTIINISTA VIEROITTAUTUMINEN

Kirjallisuuskatsauksella kartoitettiin nikotiiniriippuvuuteen liittyvää tietoa useista tietokannoista, joita olivat Medic, Medline, Pubmed, Theseus ja Cinahl. Hakusanalla nikotiiniriippuvuus löytyi osuvia vain suomenkielisistä Medicistä ja Theseuksesta yhteensä noin pari sataa. Hakusanalla nicotine AND dependence AND addictive AND behavior osuvia löytyi kaikista tietokannoista ja yhteensä useampia satoja. Lisäksi hakusanalla ftnd AND fagerstrom löytyi lähes 500 hakutulosta. Hakusanoilla smoking AND cessation AND intervention AND group AND skandinavia löytyi noin 40 hakutulosta. Näistä kaikista 16 hakutulosta valittiin kirjallisuuskatsaukseen.

2.1 Neurobiologinen tausta

Tupakkariippuvuus voidaan määritellä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaksi oireyhtymäksi. Nikotiinin aiheuttama kemiallinen riippuvuus on tärkein tekijä, joka ylläpitää tupakkariippuvuutta. Savun sisältämä nikotiini kulkeutuu systemaattisesti muutamassa sekunnissa aivoihin ja sitoutuu nikotiinireseptoreihin. (D`Souza & Markou 2011; Käypä hoito -suositus 2012; Fagerström & Eissenberg 2012.) Limakalvon kautta imeytyessään nikotiinin pääsy keskushermostoon vie 10-20 minuuttia (Kilpeläinen 2004, 4245-4250). Nikotiiniriippuvuudessa on kyse keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutoksesta eli neuroadaptaatiosta, joka aiheutuu nikotiinin käytöstä. Tämän seurauksena nikotiinin käytön lopettaminen voi johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. (D`Souza & Markou 2011; Fagerström & Eissenberg 2012; Käypä hoito -suositus 2012.)

Aivoissa nikotiini sitoutuu mesolimbisen järjestelmän nikotiinireseptoreihin, jonka seurauksena dopamiinia vapautuu ja kortikolimbinen rata aktivoituu (Kilpeläinen 2004, 4245-4250). Kortikolimbinen dopamiinirata on aivojen hermoradasto, joka liittyy palkkio- ja mielihyvähakuisuuteen (Kekkonen ym. 2014). Dopamiinin ohella nikotiini stimuloi asetyylikoliinin ja glutamaatin erittymistä ja vaikuttaa myös muihin välittäjäaineisiin, kuten serotoniiniin,

noradrenaliiniin, gamma-aminovoihappoon sekä sisäsyntyisiin opiaatteihin (Mustonen 2004a, 145–152). Sen lisäksi että nikotiini vaikuttaa aivoissa, se voi myös aiheuttaa välittömiä vaikutuksia ääreishermostossa. Nikotiinin on tutkittu stimuloivan sensorisia hermopäätteitä sekä saa aikaan vahvan sensomotorisen stimulaation hengitysteissä. (Fagerström 2012, 1382-1390.) Kemiallisesta nikotiiniriippuvuudesta irtipääsyn jälkeen tapariippuvuudesta on mahdollista päästä eroon (Kilpeläinen 2004, 4245–4250).

Tupakkariippuvuus on usein osaltaan myös psyykinen riippuvuus. Tapariippuvuudesta puhuttaessa kyseessä on vahvasti ehdollistunut käyttäytyminen. Tapariippuvuutta voidaan pitää oppimisen, psykososiaalisten tekijöiden ja niitä vahvistavien fysiologisten vaikutusten summana. Tupakoinnilla on sensomotorisia vaikutuksia, kuten sormilla näpertely ja tuntemukset kurkunpäässä, jotka vaikuttavat kognitiivis-affektiivisiin seurauksiin. Tupakoinnin ehdollistumiseen kuuluu sekä ulkoiset että sisäiset ärsykkeet. Neuvonnan lisäksi nikotiiniriippuvuuden hoidossa tarvitaan lääkehoitoa, koska se voidaan kohdistaa suoraan nikotiinin vaikutuksiin hermostossa tai välillisesti nikotiinin moduloimiin välittäjäaineisiin. (Mustonen 2004, 145–152.) Nikotiinista vieroittautumiseen on olemassa tehokkaita vieroituslääkkeitä; nikotiinikorvaushoito, varenikliini, bupropioni ja nortriptyliini. (D`Souza & Markou 2011; Fagerström & Eissenberg 2012; Käypä hoito -suositus 2012.) Ilman apuja tupakoinnin lopettamisessa on todettu onnistuneen noin 3-8 % vuoden seuranta-aikana. Mini-interventiolla onnistumisprosentti on 10-13 ja eri lääkevalmisteiden avulla jopa 30 %. (Vierola 2006, 302).

2.2 Nikotiiniriippuvuuden mittarit

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (Liite 1) on yleisimmin tunnettu nikotiiniriippuvuutta mittaava testi (Laaksonen ym 2003, 2847-2849; Fagerström 2011, 75-78). Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti on ollut käytössä vastaavilla nikotiinivieroituskursseilla, esimerkiksi vuonna 2003 tehdyssä ryhmävieroitusta käsittelevässä tutkimuksessa Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (Laaksonen ym. 2003, 2847-2849). FTND-testiä on käytetty myös esimerkiksi Tanskassa vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa, jossa vertailtiin

ryhmävieroituksen ja internetin käyttöä hyödyntävän vieroitusmenetelmän eroja (Pisinger ym. 2009, 62-70), sekä Yhdysvalloissa tehdyssä meta-analyysissä koskien tupakointitottumusten geneettistä taustaa (Han ym. 2010). Lisäksi on olemassa myös muita nikotiiniriippuvuutta mittaavia testejä, kuten Heaviness of Smoking Index (HSI), The Cigarette Dependence Scale (CDS), The Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS), Hooked on Nicotine Checklists (HONC) ja The Autonomy Over Smoking Scale (AUTOS) (SRNT Europe 2012).

Heaviness of Smoking Index, HSI-testissä käytetään kahta kaikkein informatiivisinta kysymystä FTND-testistä – kuinka pian heräämisen jälkeen tupakoi (ensimmäinen kysymys) ja kuinka monta tupakkaa polttaa päivässä (neljäs kysymys). The Cigarette Dependence Scale eli CDS-testillä on psykometrisiä ominaisuuksia ja se sopii käytettäväksi yksilöllisesti sekä korkean- että matalan riippuvuustason yhteydessä. Testissä huomioidaan myös sivuoireet ja sen avulla voidaan ennustaa tupakoimattomuuden onnistumista. The Nicotine Dependence Syndrome Scale eli NDSS-testi koostuu 19 kysymyksestä, jotka liittyvät tupakoinnin säännöllisyyteen, sietokykyyn, vaikutuksiin, sivuoireisiin ja käyttäytymiseen. (SRNT Europe 2012.)

Hooked on Nicotine Checklists eli HONC-testissä on 10 kohtaa, joista saa pisteitä yhteensä 0-10. HONC sopii käytettäväksi sekä nuorilla, että aikuisilla ja huomioi tupakan lisäksi myös muut tupakkatuotteet. HONC-testi on osoitettu olevan erittäin validi useissa pitkittäistutkimuksissa ja testi on saatavilla 19 eri kielellä. The Autonomy Over Smoking Scale eli AUTOS -testi on myös käytettävissä sekä nuorille että aikuisille ja se on räätälöity paremmaksi huomioiden FTND-testin rajoitukset. AUTOS-testiä voidaan käyttää sekä ennen, että jälkeen tupakoinnin lopettamisen. AUTOS on saatavilla hollannin, englannin, ranskan, saksan ja espanjan kielillä. (SRNT Europe 2012.)

2.3 Vieroittautuminen ja nikotiinikorvaushoito

Tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan ensisijaisesti oma sisäinen motivaatio ja vasta sen pohjalta voidaan lähteä työstämään vieroittautumista nikotiinista. Suorat kehotukset lopettaa tupakointi hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden taholta

on todettu olevan huonosti toimivia. Parempaa tulosta saadaan yhteistyöllä ja hoidettavan ja hoitajan tai lääkärin tasavertaisella suhteella. Potilaskeskeinen työskentely on erityisen tärkeää terveyden edistämisen kannalta. (Mustajoki 2003.) Tupakoinnin lopettamispäätöksen synnyttyä ryhmävieroituksesta on myös todettu olevan merkittävää etua (Laaksonen 2003, 2847-2849). Tupakoinnin lopettamiselle olisi edullista tehdä Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti jo tupakoinnin lopettamisen harkintavaiheessa, jolloin testin tulos voisi auttaa sisäisen motivaation syntymisessä. Nyt testi tehdään siinä vaiheessa, kun päätös tupakoinnin lopettamisesta on jo tehty ja esimerkiksi aloitettu nikotiinivieroituskurssi. (Roschier 2009.)

Tupakoinnin lopettamisesta seuraa nikotiinin saannin loppumisen myötä vieroitusoireita, mikä vaikeuttaa tupakoimattomana pysymistä. Useimmilla tupakoitsijoilla esiintyy vieroitusoireita 2-12 tunnin kuluttua, siitä kun nikotiinin saanti loppuu. Vieroitusoireet voivat kestää kolmesta neljään viikkoa. Nikotiinin tyypillisimpiä vieroitusoireita ovat tupakan himo, keskittymisvaikeus, ärtyneisyys, unihäiriöt, päänsärky, masentuneisuus sekä ummetus ja ruokahalun lisääntyminen. (Eskola & Patja 2003; Kilpeläinen 2004, 4245–4250; Mustonen ym. 2004b.)

Nikotiinikorvaushoidosta aiheutuvat sivuvaikutukset voivat muistuttaa vieroitusoireita. Nikotiinikorvaushoitotuotteet ylläpitävät veren matalahkoa nikotiinipitoisuustasoa ja vähentävät siten vieroitusoireita, jolloin keskushermosto tottuu tupakoimattomuuteen. (Kilpeläinen 2004, 4245–4250.) Onnistuneeseen nikotiinikorvaushoittoon vaaditaan yleensä kolme kuukautta kestävä yhtäjaksoinen käyttö sekä oikea annos ja annostelutapa. Nikotiinikorvaushoidosta yleensä hyötyy vähintään 10 savuketta päivässä tupakoiva ja motivoitunut henkilö. (Eskola & Patja 2003; Kilpeläinen 2004, 4245–4250) Nikotiinikorvaushoitotuotteista aivojen reseptoreihin sitoutuu vain nikotiinia, kun tupakan nikotiinissa mukana tulee myös useita karsinogeenisiä molekyyliä sekä tervaa ja häkää. Nikotiinikorvaushoitotuotteita on saatavilla purukumina, laastarina, inhalaattorina, imeskely- tai kielenalustablettina ja reseptillä saatavana nenäsumutteena (Mustonen ym. 2004b). Tupakoinnin lopettamisessa nikotiinikorvaushoidolla on myös taloudellista merkitystä, sillä

nikotiinikorvaushoito on todettu erittäin kustannustehokkaaksi tavaksi pidentää elinikää (Eskola & Patja 2003).

2.3.1 Lääkkeet nikotiinivieroitukseen

Nikotiinikorvaushoidon lisäksi nikotiinista vieroittautumiseen on olemassa myös muita tehokkaita vieroituslääkkeitä; varenikliini, bupropioni ja nortriptyliini (Fagerström & Eissenberg 2012; Käypä hoito -suositus 2012). Muista lääkehoidoista voi olla hyötyä sellaisille henkilöille, joille nikotiinikorvaushoito ei ole ollut riittävä. Vähintään viiden viikon yhtäjaksoinen lääkehoito nikotiinista vieroittautumisen tukena lisää merkittävästi onnistumista tupakoinnin lopettamiseen (Siahpush ym. 2015). Varenikliini toimii sekä agonistina sitoutumalla nikotiinireseptoriin paremmin kuin nikotiini että antagonistina estäen nikotiinin sitoutumisen reseptoreihin ja siten nikotiinin haluttu vaikutus vähenee. (Käypä hoito -suositus 2012.) Bupropioni ja nortriptyliini kuuluvat masennuslääkkeisiin ja ovat tehokkaita vieroituksessa. Masennuslääkkeitä on alun perin alettu käyttää nikotiinivieroituksessa, koska masentuneet henkilöt tupakoivat muita enemmän ja masentuneisuus on yksi nikotiinin aiheuttamista vieroitusoireista. (Laaksonen ym 2003, 2847-2849; Kilpeläinen 2004, 4245 – 4250.) Bupropioni on dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä sekä nikotiinireseptorien antagonist. Dopamiini on keskeinen välittäjäaine nikotiinin vaikutuksissa. Bupropioni vaikuttaa keskushermoston välittäjäaineisiin, jotka ylläpitävät riippuvuutta ja vieroitusoireita. Vaikkakin bupropioni kuuluu masennuslääkkeisiin, sen on todettu tehoavan yhtä hyvin sekä masentuneilla että ei-masentuneilla henkilöillä. (Kilpeläinen 2004, 4245 – 4250.) Bupropionin avulla tupakoinnin lopettamisessa vuoden seuranta-aikana on onnistunut 30 % (Vierola 2006, 302). Suomessa nortriptyliinin ainoa käyttöaihe on nikotiiniriippuvuuden hoito (Kilpeläinen 2004, 4245 - 4250).

Tupakkariippuvuuteen voidaan puuttua myös muiden biologisten reittien kautta. Nikotiinin palkitseva vaikutus ei ole vain dopaminerginen, vaan nikotiini lisää myös limbisessä osassa kannabinoidien määrää. Nikotiiniriippuvuus onkin biologisesti lähellä opioidiriippuvuutta. Nikotiinia voidaan myös muokata. Tällöin elimistö immunisoidaan nikotiinia vastaan siten, että nikotiiniin sitoutuu vasta-

aine ja koko molekyyli kasvaa niin suureksi, ettei se läpäise veri-aivoestettä eikä siten pääse aivoihin. Tällöin käyttäjä saa lähinnä haittoja, muttei haluttua hyötyä. (Mustonen ym. 2004b.)

2.3.2 Ryhmävieroitus

On huomattu, että jo hoitohenkilökunnan mini-interventiolla on vaikutusta, mutta ryhmävieroituksesta on koettu olevan erityisiä apuja tupakoinnin lopettamiseen. Ryhmävieroituksessa voidaan hyödyntää ryhmädynamiikan positiivisia vaikutuksia ja yhdistää se intensiiviseen ohjaukseen sekä yksilöllisesti räätälöityyn nikotiinikorvaushoitoon tai muuhun lääkehoitoon. Ryhmän ohjaajalla on suuri merkitys ryhmän toimintaan ja edistymiseen. Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu keuhkopoliklinikapotilaan tupakasta vieroitusta ryhmäohjauksen avulla. Tutkimus on osana Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2000 käynnistynyttä tupakkavieroitusohjelman kehittämisprojektia, jonka tavoitteena oli kehittää tehokas tupakkavieroitusmalli erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon käyttöön. Tutkimuksen tuloksena vieroituskurssin ryhmätapaamisten päätyttyä tupakoimatta oli 96 % ja siitä vuoden kuluttua 42 % vieroituskurssin käyneistä. Tutkimuksessa käytettiin Fagerströmin nikotiiniriippuvuus testiä, jonka määrittämät nikotiiniriippuvuusasteet ryhmävieroituksen alussa olivat keskimäärin 6,3/10. Vuoden kuluttua ryhmävieroituksen päätyttyä lopettaneiden, joita oli 42 %, nikotiinivieroitusasteet olivat 5,3/10 ja edelleen tupakoivien (58 %) 7,1/10. (Laaksonen ym. 2003, 2847-2849).

Ryhmävieroittautumista on tutkittu myös muualla pohjoismaissa. Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin nikotiiniriippuvuudesta vieroittautumisen onnistumista ryhmävieroituksen ja internetin hyödyntämiseen perustuvan vieroittautumismenetelmän välillä. Menetelmien välillä ei huomattu eroa. (Pisinger ym. 2009, 62-70).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa nikotiinivieroituskurssilaisten nikotiiniriippuvuutta ja tupakointitottumuksia.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on nikotiinivieroituskurssille osallistuneiden nikotiiniriippuvuuden taso?
2. Millaisia ovat vieroituskurssille osallistuneiden tupakointitottumukset?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Kohderyhmä, aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä

Kohderymänä ovat tupakoitsijat, jotka ovat osallistuneet Tyksin keuhkoklinikan järjestämille nikotiinivieroituskursseille vuosina 2007-2012. Mittarin valinnasta, aineiston keruusta ja lupa-asioista vastaa keuhkoklinikka. Opinnäytetyössä on kvantitatiivinen lähestymistapa ja aineistonkeruumenetelmänä on strukturoitu kyselylomake, jonka vieroituskursseille osallistuneet ovat täyttäneet. Operationalisointi on tässä työssä jo valmiina. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuttamista empiirisesti mitattavaan muotoon (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013). Strukturoitu kysely tutkimusmenetelmänä tarkoittaa, että valmiit vastausvaihtoehdot ovat toisensa poissulkevia eli vastaus on joko kyllä tai ei, tai vastausvaihtoehtojen luokat on muodostettu niin, etteivät ne voi saada päällekkäisiä arvoja (Hirsjärvi ym. 2009; Mattila ym. 2010).

4.2 Kyselytutkimuksen mittari

Tupakointitottumusten ja nikotiiniriippuvuuden kartoituksessa mittarina toimii strukturoitu kyselylomake, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (Liite 1), joka sisältää kuusi kysymystä nikotiiniriippuvuustason määrittämiseksi. Kyselystä saatava minimipistemäärä on 0 ja maksimipistemäärä 10. Mitä korkeamman pistemäärän testistä saa, sitä suurempi nikotiiniriippuvuus on. Yli kahden pisteen tulos kertoo riippuvuudesta ja yli 6 pistettä erittäin korkeasta riippuvuudesta. Kysymykset koskevat tupakoinnin ajankohtia, tilanteita ja määriä. Testin muuttujien mitta-asteikko on luokitteluasteikko kysymyksissä 2, 3, 5 ja 6 ja välimatka-asteikko kysymyksissä 1 ja 4. Luokitteluasteikko on yksinkertaisin mitta-asteikko, eikä sillä voida tutkia paremmuutta tai järjestystä ja välimatka-asteikolla tutkittavat muuttujat voidaan asettaa järjestykseen ja niitä voidaan vertailla keskenään (Ernvall ym. 2002; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128-132). Vuosina 2007-2012 järjestetyille nikotiinivieroituskursseille osallistui yhteensä 148 henkilöä (N=148), jotka täyttivät kurssin alussa Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin.

4.3 Aineiston analyysi

Tämä on kvantitatiivinen opinnäytetyö. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta, jossa aineisto voidaan ilmaista numeerisesti (Hirsjärvi 2009). Kyselylomakkeet numeroitiin 1-148. Opinnäytetyön aineisto tallennettiin Excel-ohjelmaan. Jokainen strukturoitu kyselylomake käsiteltiin yksitellen ja noudattaen erityistä tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta. Kyselylomakkeet palautettiin ohjaavan opettajan kautta keuhkoklinikalle tallennuksen jälkeen. Data taulukoitiin niin, että kustakin sarakkeesta pystyi tarkastelemaan sekä kokonaispisteistä että erikseen kunkin yksittäisen kysymyksen tuloksia. Testistä saaduista kokonaispisteistä eli nikotiiniriippuvuusasteista laskettiin keskiarvo ja keskihajonta sekä taulukoitiin frekvenssit, suhteelliset frekvenssit, summafrekvenssit ja suhteelliset summafrekvenssit. Nikotiiniriippuvuusasteista esitettiin lisäksi jakauma pylväsdiagrammina.

Tuloksista eroteltiin ne, joilla oli testin mukaan erittäin korkea nikotiiniriippuvuusaste eli he saivat tulokseksi yli 6 pistettä kymmenestä. Erittäin korkeasti riippuvaisten osuutta kaikista testin tehneistä havainnollistettiin ympyrädiagrammilla. Kutakin strukturoidun kyselylomakkeen kysymystä tarkasteltiin erikseen. Jokaisen kysymyksen vastausvaihtoehdoista muodostettiin frekvenssit ja suhteelliset frekvenssit ja ne taulukoitiin. Lisäksi kysymyksen vastausvaihtoehtojen yhteyttä testin tuloksiin tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ne omiksi taulukoikseen. Taulukosta pystyi tarkastelemaan yksittäisen kysymyksen vastausvaihtoehtojen jakautumista ”erittäin korkea nikotiiniriippuvuusaste eli 7-10 pistettä” -tuloksen saaneiden kesken. Ristiintaulukoinnissa käytettiin sekä frekvenssiä että suhteellista frekvenssiä.

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin määrittämät nikotiiniriippuvuusasteet eivät ole pisteellisesti yhtä suuria (1–2 p, 3–6 p ja erittäin korkea riippuvuus 7–10 p), joten näitä testituloksista muodostuvia ryhmiä ei voitu verrata suoraan keskenään. Tuloksia verrattiin kunkin nikotiiniriippuvuusasteen sisällä eri vastausvaihtoehtojen kesken, sekä kunkin vastausvaihtoehdon osuutta erittäin korkeassa nikotiiniriippuvuudessa. Nikotiiniriippuvuusasteita voitiin kuitenkin verrata keskenään ja niistä saatiin taulukoitua jakaumat. Tulokset nikotiiniriippuvuusasteista olivat normaalisti jakautuneet (Taulukko 2).

5 TULOKSET

5.1 Nikotiinivieroituskurssille osallistuneiden nikotiiniriippuvuus

Vuosina 2007-2012 nikotiinivieroituskurseille osallistui yhteensä 148 henkilöä (n=148), jotka olivat täyttäneet Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin nikotiinivieroituskurssin alussa. Testin tulokseksi saadaan nikotiiniriippuvuus pisteet, joiden maksimimäärä on 10 ja minimimäärä 0. Kurssin aloittaneilla testistä saadut nikotiiniriippuvuus pisteiden keskiarvo oli 5,58 keskihajonnan ollessa 1,97 (Taulukko 1).

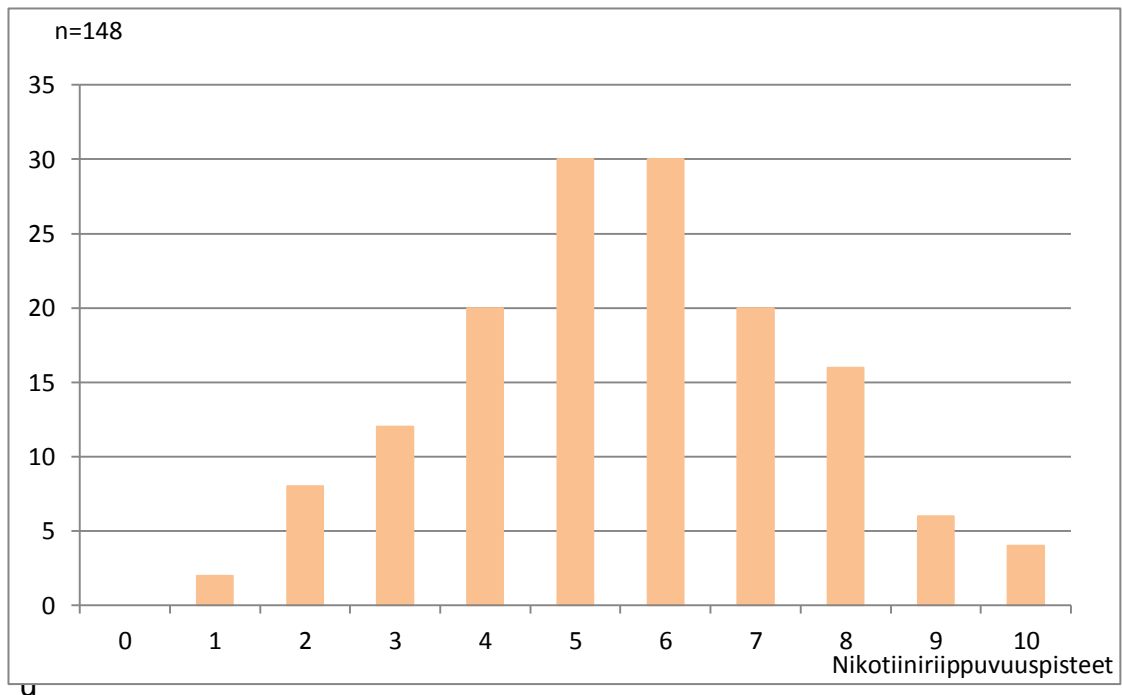
Taulukko 1. Osallistujien nikotiiniriippuvuus pisteet.

Pisteet	f	f %	F	F %
1	2	1,35 %	2	1,35 %
2	8	5,41 %	10	6,76 %
3	12	8,11 %	22	14,86 %
4	20	13,51 %	42	28,38 %
5	30	20,27 %	72	48,65 %
6	30	20,27 %	102	68,92 %
7	20	13,51 %	122	82,43 %
8	16	10,81 %	138	93,24 %
9	6	4,05 %	144	97,30 %
10	4	2,70 %	148	100,00 %
Yht.	n=148	100,00 %		

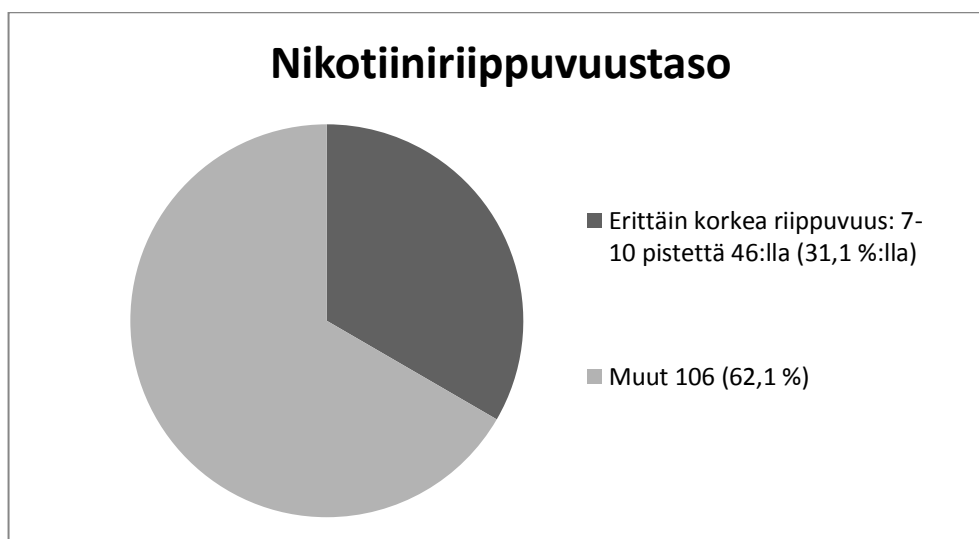
f = frekvenssi, % f = suhteellinen frekvenssi, F = summafrekvenssi

% F = suhteellinen summafrekvenssi

Kaikista nikotiinivieroituskurssin aloittaneista 60 (41 %) sai testistä tulokseksi 5 tai 6 pistettä (Kuvio 1). Kaikista testin tehneistä 46:lla (31,1 %:lla) nikotiiniriippuvuuden taso oli erittäin korkea eli testin pisteet olivat 7-10. (Kuvio 2). Testin tulokseksi 3-6 pistettä sai 92 (67,6 %) vastanneista. 1-2 pistettä oli 10:llä (6,76 %:lla) vastaajista.



Kuvio 1. Nikotiiniriippuvuusasteiden jakauma.



Kuvio 2. Erittäin korkea nikotiiniriippuvuustaso, n=148.

5.2. Vieroituskurssilaisten tupakointitottumukset

5.2.1 Tilanteiden ja ajankohtien vaikutus tupakointiin

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin tehneistä 3,4 % vastasi tupakoivansa yli 60 minuutin kuluttua heräämisestä, 10,1 % vastasi tupakoivansa 31–60 minuutin kuluessa, 57,4 % vastasi tupakoivansa 6-30 minuutissa ja 29,1 % viiden minuutin sisällä. Suhteellisen summafrequenssin sarakkeesta (F %) on nähtävissä, että puolen tunnin kuluessa heräämisestä tupakoi 86,5 % vastanneista ja 96,6 % vastanneista tupakoi tunnin kuluessa heräämisestä. Erittäin riippuvaisista 60,87 % tupakoi viiden minuutin kuluessa heräämisestä, se oli 3,7 kertaa yleisempää kuin kohtalaisesti riippuvaisilla. Kaikki erittäin korkeasti riippuvaiset tupakoivat 30 minuutin kuluessa heräämisestä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Päivän ensimmäisen tupakointikerran ajankohta.

Ensimmäisen tupakointikerran ajankohta	f	f %	F%	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
Yli 60min (0p)	5	3,4 %	100,0 %	4 (40 %)	1 (1,09 %)	0 (0 %)
31-60 min kuluessa (1p)	15	10,1 %	96,6 %	6 (60 %)	9 (9,78 %)	0 (0 %)
6-30min kuluessa (2p)	85	57,4 %	86,5 %	0 (0 %)	67 (72,83 %)	18 (39,13 %)
5 min kuluessa (3p)	43	29,1 %	29,1 %	0 (0 %)	15 (16,30 %)	28 (60,87 %)
N	148	100 %		10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

p = pistettä

Kaikista testin tehneistä 81,8 % vastasi, että ei ole vaikeaa olla tupakoimatta tiloissa, joissa tupakointi on kielletty. Savuttomissa paikoissa tupakoimatta oleminen oli vaikeaa 18,2 %:lle vastaajista. Erittäin riippuvaisilla savuttomissa tiloissa tupakoimatta oleminen oli vaikeaa 8,8 kertaa yleisemmin kuin ei erittäin korkeasti riippuvaisilla. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Savuttomissa tiloissa tupakoimattomuuden vaikeus.

Tupakoimattomuus vaikeaa savuttomissa tiloissa	f	f %	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
Ei (0p)	121	81,8 %	10 (100 %)	87 (94,57 %)	24 (52,17 %)
Kyllä (1p)	27	18,2 %	0 (0 %)	5 (5,43 %)	22 (47,83 %)
N	148	100 %	10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

Kaikista testiin vastanneista noin 85,1 % koki, että aamun ensimmäisestä tupakointikerrasta on vaikeinta luopua. 14,9 % vastasi että, vaikeinta on luopua jostain muusta kuin aamun ensimmäisestä tupakasta. 97,8 % erittäin korkeasti riippuvaisista koki aamun ensimmäisen tupakointikerran vaikeimmaksi luopua. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vaikein väliin jätettävä tupakointikerta.

Vaikein väliin jätettävä tupakointikerta	f	f %	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
Ei (0p)	22	14,9 %	4 (40 %)	17 (18,48 %)	1 (2,17 %)
Kyllä (1p)	126	85,1 %	6 (60 %)	75 (81,52 %)	45 (97,83 %)
N	148	100 %	10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

Vastaajista 54,1 % tupakoi aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana ja 45,9 % ei tupakoi. FTND-testin perusteella erittäin korkeasti riippuvaisista 82,6 % tupakoi aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppu päivän aikana. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Aamun tupakointi runsaampaa loppu päivään verrattuna.

Aamun tupakointi loppu päivään verrattuna	f	f %	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
Ei (0p)	68	45,9 %	9 (90 %)	51 (55,43 %)	8 (17,39 %)
Kyllä (1p)	80	54,1 %	1 (10 %)	41 (44,57 %)	38 (82,61 %)
N	148	100 %	10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

Kurssilaisista 61,5 % vastasi tupakoivansa myös ollessaan niin sairas, että joutuu olemaan vuoteessa suurimman osan päivää ja 38,5 % ei tupakoi sairaana ollessaan. Sairaana tupakoimatta oleminen oli 11,2 kertaa yleisempää niillä, joilla riippuvuus ei ollut erittäin korkea kuin erittäin korkeassa riippuvuudessa. FTND–testin mukaan erittäin korkeasti riippuvaisista oli 46, heistä 44 eli 95,7 % tupakoi myös sairaana ollessaan. (Taulukko 6.) . Sairaana tupakoimisen lisäksi se, että aamun ensimmäisestä tupakointikerrasta on vaikeinta luopua viittaa vahvasti siihen, että kyseessä on erittäin korkea nikotiiniriippuvuus.

Taulukko 6. Sairaana tupakoiminen.

Sairaana tupakoiminen	f	f %	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
Ei (0p)	57	38,5 %	10 (100 %)	45 (48,91 %)	2 (4,35 %)
Kyllä (1p)	91	61,5 %	0 (0 %)	47 (50,09 %)	44 (95,65 %)
N	148	100 %	10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

5.2.2 Savukkeiden päiväkulut

Nikotiinivieroituskurssin aloittaneista 15,5 % poltti 1-10 savuketta päivässä, 54,1 % 11-20 savuketta, 22,3 % 21-30 savuketta ja 8,1 % yli 30 savuketta. Yli 30 savukkeen tupakointi vuorokaudessa viittaa erittäin korkeaan nikotiiniriippuvuuteen. Kaikki erittäin korkeasti riippuvaiset polttivat yli kymmenen savuketta päivässä ja heistä 71,7 % tupakoi päivittäin yli 20 savuketta. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Päivittäinen tupakointimäärä.

Päivittäinen tupakointimäärä	f	f %	1-2 p f (%)	3-6 p f (%)	Erittäin korkea riippuvuus 7-8 p (%)
1-10 savuketta	23	15,5 %	7 (70%)	16 (17,39 %)	0 (0 %)
11-20 savuketta	80	54,1 %	3 (30 %)	64 (69,58 %)	13 (28,26 %)
21-30 savuketta	33	22,3 %	0 (0 %)	12 (13,04 %)	21 (45,65 %)
31 tai enemmän	12	8,1 %	0 (0%)	0 (0 %)	12 (26,09 %)
N	148	100 %	10 (100 %)	92 (100 %)	46 (100 %)

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Anonymiteetti tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyydet ovat salassa pidettäviä, eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa tuloksista. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tukee validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että onko opinnäytetyössä mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 177-189.)

Opinnäytetyössä noudatettiin kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkittavan yksityisyys ja potilastiedot turvattiin. Anonymiteetti säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan ja säilyy sen jälkeen. Mittarin valinnasta, aineiston keruusta ja lupa-asioista vastasi keuhkoklinikka. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus on allekirjoitettu ja keuhkoklinikka antoi luvan käyttää organisaation nimeä opinnäytetyössä. Tässä opinnäytetyössä nikotiinivieroituskurssille osallistuneiden ja Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin täyttäneiden henkilöiden tiedot ovat salassa pidettäviä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja sen jälkeen. Tutkittavat olivat tietoisia vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen ja pystyivät kieltäytymään osallistumisesta milloin tahansa ilman seuraamuksia. Strukturoituja kyselylomakkeita säilytettiin huolellisesti ja lopuksi ne palautettiin yhteistyötaholle.

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti on kansainvälisesti hyvin tunnettu ja paljon käytetty nikotiiniriippuvuuden mittari, joten validiteetti on korkea. Tutkimusaineistona käytetty testi mittasi hyvin nikotiiniriippuvuutta, kuten oli tarkoituskin. Reliabiliteettia tukee kohtalaisen suuri otoskoko (n=148). Kyselylomakkeiden pohjalta saatavia tuloksia ei ole vääristelty ja aineisto on analysoitu tilastollisin menetelmin Excel-ohjelman avulla. Myöskään aineistoa ei ole vääristelty ja sen käsittelyssä noudatettiin erityistä huolellisuutta. Lyhyt mittari oli helppo tallentaa. Saatuja tuloksia ei ole vääristelty ja niitä käsiteltäessä on toimittu oikeudenmukaisesti. Sattuman osuus tuloksissa on hyvin pieni.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vieroituskurssille osallistuneiden nikotiiniriippuvuutta ja tupakointitottumuksia. Tupakointitottumusten ja nikotiiniriippuvuustason mittarina toimi strukturoitu kyselylomake, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää nikotiinivieroituskursseja tulevaisuudessa.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuskurssin aloittaneilla nikotiiniriippuvuusasteiden keskiarvo oli 5,58 - maksimipistemäärän ollessa 10 eli ei aivan erittäin korkeaa tasoa. Testin tehneistä (n=148) 46:lla (31 %:lla) nikotiiniriippuvuustaso oli erittäin korkea eli FTND -testin tulos oli 7-10 pistettä. Erittäin korkeasti riippuvainen tupakoi testin mukaan 30 minuutin kuluessa heräämisestä, kokee aamun ensimmäisen tupakan vaikeimmaksi jättää väliin, tupakoi aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana, polttaa yli 10 savuketta päivässä ja tupakoi myös sairaana ollessaan. Testituloksen 1–2 p sai vain 6,8 % vastaajista, joten tämä ryhmä on melko pieni, jotta voisi tarkastella vastausvaihtoehtojen jakautumista ryhmän sisällä.

Nikotiinivieroituskurssilaisista 43 (29 %) tupakoi heti herättyään ja 128 (87 %) tupakoi puolen tunnin sisällä sekä 27 (18 %) koki savuttomissa tiloissa tupakoimatta olemisen vaikeaksi. Vaikein väliin jätettävä tupakointikerta oli aamun ensimmäinen 126:lla (85 %:lla) kaikista kurssin aloittaneista. Kaikista nikotiinivieroituskurssilaisista (n=148) 91 (62 %) tupakoi myös ollessaan niin sairas, että joutuu olemaan vuoteessa suurimman osan päivää.

Saatuja tuloksia voidaan verrata Tampereella 2003 tehtyyn vastaavaan tutkimukseen, jossa vieroituskurssilaisten nikotiiniriippuvuuden keskiarvo samalla, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä, mitattuna oli 6,3 pistettä kymmenestä (Laaksonen ym. 2003, 2847-2849). Eli kyseisen tutkimuksen kohderyhmän nikotiiniriippuvuuden keskiarvo oli luokiteltavissa erittäin korkeaksi nikotiiniriippuvuudeksi ja siten 0,72 pistettä korkeampi kuin tässä opinnäytetyössä saatu tulos.

Tulosten perusteella yhteenvetona kyselylomakkeesta voidaan sanoa, että tupakointikäyttäytymistä parhaiten kuvaa vuorokaudessa poltettujen

savukkeiden määrä ja erittäin korkeaan riippuvuuteen viittaa vahvimmin Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin kysymyksiin 1, 2 ja 4 maksimipistemäärän tuottavat vastaukset. Kysymyksiin 1, 3, 4 ja 6 matalat pisteet tuottavat vastaukset viittasivat parhaiten alhaisempaan nikotiiniriippuvuuden tasoon. Tupakoimattomuus ensimmäisen 30 minuutin aikana hereillä olosta ja muusta kuin aamun ensimmäisestä savukkeesta luopumisen oleminen vaikeinta viittasivat nikotiiniriippuvuuden tason olevan ei-erittäin korkeaa. Samoin 1-10 savukkeen päiväkulutus ja tupakoimattomuus sairaana ollessa viittasivat alhaisempaan riippuvuuteen.

Käytetyn mittarin esittämä asteikko nikotiiniriippuvuustasoista oli melko karkeajakoinen. Samaa FTND testiä on käytetty yleisesti monissa nikotiiniriippuvuuteen liittyvissä tutkimuksissa, mutta nikotiiniriippuvuusasteiden tulkinnasta on olemassa erilaisia versioita. Tarkemmat määritelmät ja yhtä suuret pistevälit nikotiiniriippuvuustasoille olisi tässä tapauksessa selkeyttänyt tulosten tulkintaa. Selvää oli kuitenkin se, että korkeampi pistemäärän testissä merkitsi suurempaa riippuvuutta.

Kurssilaisten tupakointitottumusten kartoituksesta ja nikotiiniriippuvuusasteiden määrittämisestä voi olla hyötyä nikotiini- ja tupakkavieroituskurssien järjestämisessä ja kehittämisessä tulevaisuudessa. Tuloksissa tuotiin esille erittäin korkeasti nikotiiniriippuvaiset omana ryhmänään ja heidän erityispiirteitä tupakointitottumusten osalta. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä kohdattaessa erittäin korkeasta nikotiiniriippuvuudesta kärsiviä henkilöitä. Sairaanhoidajat ja muu hoitohenkilökunta voivat hyötyä siitä, että ymmärtävät opinnäytetyössä kartoitettuja erittäin korkeasti riippuvaisten henkilöiden tupakointitottumuksia todellisen elämän eri tilanteissa. Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin voisi ottaa käyttöön jo tupakoinnin lopettamisen harkintavaiheessa, jos tulos motivoisi lopettamaan. Jatkotutkimusaiheena voisi tarkastella sitä, kuinka nikotiinivieroituskurssilaiset käyttävät eri tupakkatuotteita jo lähtötilanteessa sekä mikä vaikutus niillä on nikotiiniriippuvuuden tasoon ja saada siitä apua nikotiinivieroituskurssien kehittämiseen täsmällisemmiksi. Kehittämisehdotuksena on lisätä Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesteihin päivämäärät testiä tehdessä, jotta tulosten luotettavuus parane.

LÄHTEET

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: SanomaPro.

D`Souza, M. & Markou, A. 2011. Neuronal Mechanisms Underlying Development of Nicotine Dependence: Implications for Novel Smoking-Cessation Treatments *Addiction Science and Clinican Practice* Vol. 6, No 1, 4-16.

Ernvall, R.; Ernvall, S. & Kaukkila, H. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Eskola, E. & Patja, K. 2003. Nikotiinikorvaushoidon kustannustehokkuus 35–65-vuotiailla tupakoijilla Suomessa. *Suomen lääkirilehti* Vol. 58, No 22, 2419-2422.

Fagerström, K. 2011. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research* Vol. 14, No 1/2012, 75-78.

Fagerström, K. & Eissenberg, T. 2012. Dependence on Tobacco and Nicotine Products: A Case for Product-Specific Assessment. *Nicotine & Tobacco Research* Vol. 14, No 11, 1382-1390.

Han S, Gelertner J, Luo X, & Yang, B. 2010. Metaanalysis of 15 genome-wide linkage scans of smoking behavior. *Biol Psychiatry* Vol. 67, No 1, 12-19.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kekkonen, V.; Kivimäki, P. & Laukkanen, E. 2014. Vaikuttaako alkoholi nuorten aivojen kehitykseen. *Suomen lääkirilehti* Vol. 69, No 8, 549–554.

Kilpeläinen, M. 2004. Nikotiiniriippuvuuden lääkehoito. *Suomen lääkirilehti* Vol. 59, No 44, 4245-4250.

Käypä hoito -suositus 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 14.9.2014 www.kaypahoito.fi > Suositukset > Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus.

Laaksonen, K.; Kolu, T.; Pitkänen, M. & Lahdensuo, A. 2003. Keuhkopoliklinikapotilaan tupakasta vieroitus ryhmäohjauksen avulla. *Suomen lääkirilehti* Vol. 58, No 25-26, 2847-2849.

Mattila, M.; Paaso, E.; Borg, S.; Alastalo, M.; Ellonen, N.; Sivonen, J.; Keckman-Koivuniemi, H.; Antikainen, S.; Alaterä, T. & Pasanen, T. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto, KvantiMOTV. Viitattu 20.9.2014 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen lääkirilehti Vol. 58, No 42, 4235-4237.

Mustonen, T. 2004a. Tupakkariippuvuuden neurobiologinen tausta. Duodecim Vol. 120, No 2, 145-152.

Mustonen, T.; Mustonen, J. & Kava, T. 2004b. Tupakkariippuvuuden etiologia ja tupakoinnin keskeiset terveydelliset vaikutukset. Suomen lääkirilehti Vol. 59, No 14.

Neumann, T.; Rasmussen, M.; Ghith, N.; Heitmann, B. & Tønnesen, H. 2013. The Gold Standard Programme: smoking cessation interventions for disadvantaged smokers are effective in a real-life setting. Tobacco control Vol. 22, No 6.

Patja, K. & Rouhos, A. 2004. Tupakasta vieroitus. Duodecim Vol. 120, No 19, 2347-2352.

Pisinger, C.; Jørgensen, M.; Møller, N.; Døssing, M. & Jørgensen, T. 2009. A cluster randomized trial in general practice with referral to a group-based or an internet-based smoking cessation programme. Journal of public Health Vol. 32, No 1, 62-70.

Roschier, A. 2009. Tupakoinnin lopettaneiden ja lopettamisyrityksessään epäonnistuneiden lopettamisprosessien kuvausten vertailu. Opinnäytetyö. Terveiden edistämisen koulutusohjelma ylempi AMK. Lappeenranta: Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.2.2015 <http://www.theseus.fi/handle/10024/6762>.

Siahpush, M.; Shaikh, R.; McCarthy, M.; Kessler, A.; Tibbits, M. & Singh, G. 2015. Association between duration of use of pharmacotherapy and smoking cessation: findings from a national survey. British medical journal Open Vol. 5 No 1.

Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe 2012. Tests for nicotine dependence. Viitattu 2.11.2014. <http://www.srntheurope.org/> > Tests for nicotine dependence.

Vierola, H. 2006. Tyttöjen ja naisten tupakkatietokirja. Pysy nuorena – elä kauemmin. Vantaa: Dark Oy.

LIITE 1**FAGERSTRÖMIN NIKOTIINIRIIPPUVUUSTESTI**

Testaa riippuvuutesi. Vastaa kysymyksiin ja laske pisteesi.

- Kuinka pian heräämisen jälkeen tupakoit ensimmäisen kerran?
5 min. kuluessa 3 pistettä
6-30 min. kuluessa 2 p
31-60 min. kuluessa 1 p
60 min jälkeen 0 p

- Onko sinun vaikeaa olla tupakoimatta tiloissa, joissa se on kiellettyä?
Kyllä 1 p
Ei 0 p

- Mistä tupakointikerrasta sinun on vaikeinta luopua?
Aamun ensimmäisestä 1 p
Jostain muusta 0 p

- Kuinka monta savuketta poltat vuorokaudessa?
1-10 savuketta 0 p
11-20 savuketta 1 p
21-30 savuketta 2 p
31 tai enemmän 3 p

- Poltatko aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana?
Kyllä 1 p
Ei 0 p

- Tupakoitko, jos olet niin sairas, että joudut olemaan vuoteessa suurimman osan päivää?
Kyllä 1 p
Ei 0 p

Yhteensä pistettä

Mitä korkeampi on pistemäärä, sitä suurempi riippuvuus. Yli 2 pistettä kertoo jo riippuvuudesta ja yli 6 pistettä erittäin korkeasta riippuvuudesta. Minimi pistemäärä on 0 ja maksimi 10.