

Päivi Markkanen

COPD POTILAIDEN TUPAKOINNIN LOPETTAMISEEN
VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2012

COPD POTILAIEN TUPAKOINNIN LOPETTAMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Markkanen, Päivi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2012
Ohjaaja: THM Lahtinen, Elina
Sivumäärä: 39
Liitteitä: 1

Asiasanat: tupakointi, nikotiini, keuhkoastma, ohjaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät ovat vaikuttaneet tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen AST-tutkimukseen osallistuneilla TYKS:n COPD potilailla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa tupakoinnin lopettamista ennustavista tekijöistä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimivalle tupakasta vieroitusyksikölle.

Tässä tutkimuksessa aineisto muodostui tupakasta vieroitusohitajan keräämästä aineistosta ja Miranda potilastietojärjestelmästä haetuista tiedoista. Tarvittavat tiedot haettiin potilasdokumenteista, ensisijaisesti manuaalisesti ylläpidettävistä hoitosuunnitelmista ja niistä puuttuvia tietoja haettiin sähköisestä Miranda - potilastietojärjestelmästä. Kohderyhmänä olivat AST-tutkimukseen vuoden 2007 jälkeen rekrytoituneet TYKS:n keuhkoklinikan potilaat. Tutkimus rajattiin koskemaan niitä potilaita (N=323), joista tupakointitiedot löytyivät. Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmalla. Tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Tulokset havainnollistettiin kuvioiden avulla.

Tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä selvitettiin potilaan ikä, sukupuoli, tupakasta vieroitusohitajan antama ohjaus, potilaan nikotiiniriippuvuus ja vieroitusohitojen käyttö. Ikäryhmässä 61–70 –vuotiaat, oli eniten tupakoinnin lopettaneita. Miehet onnistuivat naisia useammin lopettamaan tupakoinnin tämän tutkimuksen perusteella. Selvästi eniten tupakoinnin lopettaneita oli 30–49 vuotta tupakoineiden ryhmässä. Kohtalaisesti nikotiiniriippuvaiset onnistuivat lopettamaan tupakoinnin vähäisesti ja voimakkaasti riippuvaisia useammin. Yksilöohjauksella ja nikotiinikorvaushoidon käytöllä näyttäisi tämän tutkimuksen mukaan olevan positiivinen vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tietää nikotiinikorvaushoitojen ja erityisesti lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen tällä hetkellä, kun lääkkeet ovat olleet pidemmän aikaa käytössä tupakasta vieroituksessa. Mielenkiintoista olisi myös tietää onko keuhkoastmaudin vaiheella vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen. Kehittämishaasteena koko terveydenhuollon henkilökunnalle on tupakoinnin lopettamisen puheeksi ottaminen kaikissa vastaanottotilanteissa ja avun tarjoaminen tupakoinnin lopettamiseen, sekä näiden asioiden kirjaaminen.

THE FACTORS THAT AFFECT SUCCEEDING SMOKING CESSATION AMONG COPD PATIENT

Markkanen, Päivi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

December 2012

Supervisor: Lahtinen, Elina

Number of pages: 39

Appendices: 1

Keywords: smoking, nicotine, chronic obstructive pulmonary disease, counseling

The purpose of this research was to explore the factors that affect succeeding smoking cessation among COPD patient in AST-research in TUCH. Aim was to evaluate information about reasons that forecasts smoking quitting for TUCH pulmonary clinics smoking cessation unit.

The topics discussed in the research were collected by counselling nurse and information searched from Miranda database that includes medical records. All needed information was searched from patient documents, first of all manually updated cessation plan and missing information was searched from Miranda-database. Focus group was AST-research patients recruited after year 2007 in TUCH pulmonary clinic. Research was limited to concern patients (N=323) who's smoking history was available. Research information was analysed with Microsoft Excel chart. Result was shown as frequency and as percentage. Results were shown out as figure.

The reason to succeed with smoking cessation differs and factors which affect it were defined as patients age, sex, counseling provided by nurse, patients addiction and use of nicotine replacement therapy. Age group 61-70 years had most patients who had stopped smoking. In this research men succeeded better than women in smoking cessation. Clearly biggest group of patients had smoked 30-49 years and then stopped. Patients who had moderate nicotine addiction succeeded to quit strongly and easily compared to strongly addicted. Individual guiding and use of nicotine replacement therapy, seems to have positive affection in smoking cessation.

As a follow-up research it would be interesting to find out nicotine replacement therapy and specially medicines impact in the success of smoking cessation. Medicines are now been in use such a long time in smoking cessation. It would be also interesting to find out if COPD has impact for smoking cessation. As a progress challenge for all health care people would be talking about smoking cessation in all situations a patients are met. And also provide help to quit and also making reports all these contacts.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUPAKOINTI.....	7
3	TUPAKOINTIA SELITTÄVIÄ TEKIJÖITÄ	9
4	TUPAKOINTI JA KEUHKOAHTAUMATAUTI.....	11
5	TUPAKOINNIN LOPETTAMINEN JA TUPAKASTA VIEROITUS	13
6	YKSILÖOHJAUS	15
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	17
8	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	18
8.1	Aineiston keruu.....	18
8.2	Aineiston käsittely ja analysointi	19
8.2.1	Iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	23
8.2.2	Sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen.....	23
8.2.3	Tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	23
8.2.4	Fagerströmin testituloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	24
8.2.5	Yksilö- tai ryhmäohjauksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	24
8.2.6	Nikotiinikorvaushoidon tai lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen.....	24
9	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
9.1	Taustatiedot.....	26
9.2	Iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	28
9.3	Sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	28
9.4	Tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen.....	29
9.5	Fagerströmin testin tuloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	30
9.6	Yksilöohjauksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen.....	31
9.7	Nikotiinikorvaushoidon tai lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen	32
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
10.1	Tulosten tarkastelu	32
10.2	Tutkimuksen eettiset näkökulmat	34
10.3	Luotettavuuden pohdinta	36
10.4	Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset.....	37
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Asiakkaan ohjaus sosiaali- ja terveysalalla on yksinkertaistettuna käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista. Ei ole olemassa vain yhtä ohjausteoriaa, vaan ohjausta on lähestytty erilaisten vuorovaikutusteorioiden, persoonallisuus-, oppimis- ja käyttäytymisteorioiden, terveystieteiden teorioiden, organisaatioteorioiden ja ryhmädynaamisten teorioiden kautta. Ohjaustilanteessa ohjaustyötä tekevä henkilö asettuu asiakkaan palvelukseen ja tarjoaa hänelle aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Tavoitteena on asiakkaan mahdollisuus tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja elää voimavaraisemmin ja paremmin voiden. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15–16.)

Ohjaajat, ohjattavat ja toimintaympäristöt muuttuvat ja tänään toimiva ohjaus muuttuu todennäköisesti tulevaisuudessa toimimattomaksi. Menneiden vuosikymmenten perinteinen kieltoihin ja moraaliin perustuva terveysvalistus ei nykyisessä yhteiskunnallisessa ilmapiirissä tuota toivottuja tuloksia, lähinnä se herättää vastustusta. 2000-luvulla on helpompi vastaanottaa ohjausta, joka tukee yksilöllisesti toimivia kansalaisia tekemään kestäviä valintoja. Valistus onkin muuttunut merkitykselliseksi tiedottamiseksi ja opastamiseksi, joiden muodot ovat muutoksessa. Tekniikka mahdollistaa valtavan tiedon tarjonnan eri kanavien kautta. Tavallisen ihmisen voi olla vaikea hahmottaa kokonaiskuvaa tai sitä, mitä kannattaa uskoa ja mitä ei. Tiedottamisen ja ohjauksen tehtävä on nykyään pikemminkin virittää ihmisiä pohtimaan asiaa oma-kohtaisesti. (Vänskä ym. 2011, 9-10.)

Keuhkohtaumatauti eli COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) on alati lisääntyvä sairausryhmä ja sen ennustetaan olevan maailmanlaajuisesti kolmanneksi tärkein kuolinsyy vuoteen 2020 mennessä. Tarkkaa esiintyvyyttä ei tiedetä, sillä monien sairastuneiden tauti jää diagnosoimatta, vaikka ahtautuminen voidaan todeta yksinkertaisella spirometrilla. (Tashkin & Murray 2009, 963.) Tärkein yksittäinen väestön terveyttä edistävä tekijä on tupakoimattomuus. Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoivaa tupakoinnin vähentymisestä huolimatta. (Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen yksikkö ja farmasian laitos, Savonia-ammattikorkeakoulu ja Mikkelin, Seinäjoen, Lah-

den ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulut [www-sivut 2012.](#)) Keuhkohtaumataudin tärkein yksittäinen aiheuttaja on tupakka, se selittää noin 90 prosenttia tapauksista. Keuhkohtaumataudin yleisyys korreloi suoraan väestön tupakointitapoihin parinkymmenen vuoden viiveellä. Diagnostiikan keskeinen tavoite on todeta tauti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tupakoinnin lopettaminen aikaisessa vaiheessa parantaa merkittävästi ennustetta. (Knuutila 2006, 319; Käypä hoito – suositus 2004, 2-3; Vauhkonen & Holmström 2005, 618–619.)

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimivan tupakasta vieroitusyksikön kanssa. Yksikössä toimiva tupakasta vieroitushoitaja on Suomen ensimmäinen ja oli pitkään ainoa kokopäivätoiminen tupakasta vieroitushoitaja, nykyisin myös Helsingissä toimii hoitaja joka tekee kokopäiväisesti tupakasta vieroitustyötä. Vastuulääkärinä toimi keuhkosairauksien- ja allergologian erikoislääkäri keuhkosairauksien klinikalta, hän on myös yksikön tupakkavastuulääkäri. Yksikkö toimii tupakasta vieroituksen osaamiskeskuksena ja kouluttajana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. (Grönroos henkilökohtainen tiedonanto 16.10.2009, tarkistettu 29.10.2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät TYKS:n keuhkohtaumatautipotilailla vaikuttavat tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen. Lopettamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä selvitettiin tässä opinnäytetyössä potilaan ikä, sukupuoli, tupakointivuodet, potilaan nikotiiniriippuvuus, onko potilas käynyt yksilö- tai ryhmäohjauksessa, sekä mitä vieroitushoitoja hän on mahdollisesti käyttänyt (Kilpeläinen henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2009). Tavoitteena on tuottaa tietoa tupakoinnin lopettamista ennustavista tekijöistä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimivalle tupakasta vieroitusyksikölle.

Opinnäytetyö on osa suurempaa AST - tutkimusta, joka on astman ja keuhkohtaumataudin yksilöllinen hoitotutkimus. Tutkimuksia tehdään Helsingin (HYKS) ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). Tutkimus antaa real-world -tietoa keuhkohtaumataudin monimutkaisuudesta valikoimattomassa sairaaloiden potilasryhmässä (Laitinen ym. 2009, 260).

Opinnäytetyön aihe on valittu sen ajankohtaisuuden vuoksi. Aiheeseen tutustuttaessa artikkeleista nousi esille, että Suomessa tunnetaan hyvin tupakoinnin riskitekijät, varsinkin keuhkosityöpä, tupakoinnin lopettamisen ongelmat ja vieroitushoidot. Mielenkiintoa herättää se, miksi tämä tietämys ei näy käytännössä, eikä tupakointia oteta tarpeeksi usein puheeksi käytännön hoitotilanteissa. Riskitekijöistä keuhkohtaumatauti on huonosti tunnettu, vaikka yli 90 prosenttia keuhkohtaumista aiheutuu tupakasta ja tupakoivista 20–30 prosenttia sairastuu siihen (Knuutila 2006, 319). Aiheen valintaan liittyy myös opinnäytetyöntekijän henkilökohtainen kiinnostus tupakoinnin lopettamiseen ja siihen liittyviin vieroitushoitoihin. Opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimivaan tupakasta vieroitusyksikön hoitajaan selvittääkseen olisiko heillä tarvetta opinnäytetyölle. Hoitaja neuvotteli yksikön vastuulääkärin kanssa ja he halusivat selvitettävän tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavat tekijät AST-tutkimukseen vuoden 2007 jälkeen rekrytoituneista TYKS:n keuhkoklinikan potilaista. Tämä opinnäytetyö on tehty tilaustyönä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalle.

2 TUPAKOINTI

Tärkein estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja on tupakointi. Tupakointi aiheuttaa maailmanlaajuisesti vuosittain noin 5 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa. Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain 4000–6000 ihmistä. (Käypä hoito – suositus 2012, 3)

Noin viidesosa suomalaisista tupakoi päivittäin. Vuonna 2010 15–64-vuotiaista (N=2826) miehistä 23 prosenttia ja naisista 16 prosenttia tupakoi päivittäin ja noin 6 prosenttia tupakoi satunnaisesti. Viimeisen 30 vuoden aikana miesten tupakointi on puolittunut ylemmässä koulutusryhmässä ja naisten tupakointi lähes kaksinkertaistunut alimmassa koulutusryhmässä. Vuonna 2009 eläkeikäisistä, 65–84-vuotiaista (N=1741), miehistä tupakoi päivittäin 10 prosenttia ja naisista 5 prosenttia. Vuonna 2009 nuorista, 14–18-vuotiaista (N=5516) miehistä tupakoi päivittäin 18 prosenttia, satunnaisesti 6 prosenttia ja vastaavasti naisista 18 prosenttia ja 8 prosenttia Toisen

asteen oppilaitoksissa on huomattava ero tupakoinnin yleisyydessä, lukiolaisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin ja ammatillisessa koulutuksessa olevista 40 prosenttia. Pitkällä aikavälillä työikäisten miesten tupakointi on vähentynyt, ja viime vuosina myös naisten tupakointi on vähentynyt 1980-luvun alun tasolle. Myös nuorten, alle 18-vuotiaiden, tupakointi on ollut laskussa viime vuosina. (Käypä hoito – suositus 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Työssäkäyvistä, tupakoimattomista miehistä noin seitsemän prosenttia ja naisista noin neljä prosenttia, altistuu päivittäin työpaikan tupakansavulle. Ympäristön tupakansavu on luokiteltu syöpävaaralliseksi aineeksi Suomessa ja Tupakkalain 700/2006 mukaan työnantajan on suojeltava työntekijöitään sille altistumiselta. Altistuminen on vähentynyt huomattavasti viimeisten 20 vuoden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011; Tupakkalaki 700/2006, 11a §.)

Tiedot aikuisväestön (15–64-vuotiaat) tupakoinnista perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain toteuttamaan tutkimukseen ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys”. Eläkeikäisen (65–84-vuotiaat) väestön tupakointitiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen joka toinen vuosi toteuttamaan tutkimukseen ”Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys”. Tiedot nuorten, 14–18-vuotiaiden, tupakoinnista perustuvat Tampereen yliopiston terveystieteen yksikön joka toinen vuosi toteuttamaan Nuorten terveystapatutkimukseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Vuonna 2010 Suomessa kulutettiin hieman vähemmän verollisia tupakkatuotteita (N=4,7 miljardia kappaletta) kuin edeltävinä viitenä vuotena. Irtotupakkaa käytettiin 657 tuhatta kiloa, sen kulutusta ei ole viime vuosina tilastoitu, mutta 2000-luvun alun ja vuoden 2010 välillä irtotupakan kulutus on vähentynyt noin kolmanneksella. Verollisten savukkeiden verollinen kulutus väheni noin neljä prosenttia, mutta sikareiden kulutus (N=123 miljoonaa kappaletta) lisääntyi noin yhdeksän prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Ulkomaanmatkoilta tuotiin 387 miljoonaa verovapaata savuketta vuonna 2010. Verottomien savukkeiden kulutus lisääntyi yhdeksällä prosentilla edellisestä vuodesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Keskeiset länsimaissa käytettävät tupakkatuotteet ovat savuke, sikari ja piipputupakka. Nuuskaa käytetään ulkomailta tuotuna, sen myynti on kielletty Suomessa ja muuallakin Euroopan unionin maissa. Suurin osa tupakasta käytetään savukkeina, osa tupakoijista käyttää useampaa tupakkatuotetta. (Suomen ASH ry:n www-sivut 2012.)

Pohjois-Afrikassa, Välimeren alueella ja Aasian maissa käytetään vesipiippua, siinä tupakkaa hengitetään kulhossa olevan höyryävän veden kautta. Nuoria kiinnostaa sen mystisyys ja siihen liittyvät rituaalit. Vesipiippu on rantautumassa myös Suomeen, josta muun muassa Nuorten terveystapatutkimuksen tekijät ovat huolissaan. Uusia trendituotteita, kuten karkkitupakka ja erilaiset yrteipohjaiset savukkeet, kehitellään koko ajan. (Suomen ASH ry:n www-sivut 2012.)

Kehitysmaat ovat tupakkayhtiöille sopivia kohteita koska monissa länsimaissa tupakkalainsäädäntöä on kiristetty. Länsimaissa markkinoille on tuotu sähkötupakat eli elektronisesti toimivat savukkeet, jotka näyttävät tavalliselta savukkeelta, mutta joista ei lähde savua. Niitä mainostetaan tupakoinnin lopettajien tueksi ja käytettäväksi esimerkiksi lentokoneissa ja ravintoloissa. Sähkötupakka kuuluu Suomessa osittain lääkelain piiriin. Sen tehosta tupakoinnin lopettamisen apuvälineenä ja muista terveysvaikutuksista ei ole olemassa selvää tieteellistä näyttöä, maailman terveysjärjestö WHO onkin varoittanut sähkötupakan käytöstä. Lisäksi uusi tuote on savuton savuke, jota on saatavilla eri makuvaihtoehtoja ja jossa on vain nikotiinia, se ei koostu elektronisista laitteista. Kummatkin tuotteet ovat Suomen Tupakkalain 487/1999 mukaan tupakkajäljitelmiä ja tupakan vastikkeita, joiden mainonta ja muu myyninedistäminen on Tupakkalain 698/2010 mukaan kielletty. (Suomen ASH ry:n www-sivut 2012; Tupakkalaki 487/1999, 2 §; Tupakkalaki 698/2010, 8 §.)

3 TUPAKOINTIA SELITTÄVIÄ TEKIJÖITÄ

Tupakan monet erilaiset vaikutukset vahvistavat toisiaan. Tupakointi on riippuvuusoireyhtymä, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Siihen kuuluu vahvasti ehdollistunutta käyttäytymistä, jota on tapariippuvuus. Al-

kuvaiheessa sosiaalinen yhteenkuuluvaisuuden tarve, joka toteutuu yhdessä kokeilemalla, vahvistuu kehittyvästä nikotiiniriippuvuudesta. Hermosolut muuttuvat nikotiinin vaikutuksesta, mikä aiheuttaa fyysisen riippuvuuden. Kun nikotiiniriippuvuus on kehittynyt, tupakoija kokee tupakan lievittävän stressiä, sillä nikotiinin vierotusoireisiin kuuluu lisääntynyt ärtyvyys. Toleranssin, eli sietokyvyn lisääntymisen, kehittymisen nikotiinille on merkinä fyysisestä riippuvuudesta. Nikotiini aiheuttaa vakavan riippuvuuden jo lyhyessä ajassa (Lehto & Winell 2012, 1059). Pakonomainen tarve tupakoida ja suurien rahasummien kuluttaminen savukkeisiin on osoitus psyykkisestä riippuvuudesta. Tupakointi on opittu psyykkinen tapa reagoida erilaisiin tunnetiloihin, tilanteisiin ja paikkoihin, tämä opittu psyykkinen tapa saa fyysisen vahvistuksen, kun tupakoimattomuus johtaa vierotusoireisiin, jotka lievittyvät tupakkatuotteilla. Erilaiset sosiaaliset tilanteet ylläpitävät tupakointia, tupakoidaan kahvilla, ruuan jälkeen tai tietyssä seurassa, tupakoijat tupakoivat usein yhdessä muun muassa työpaikoilla ja ravintoloissa. Tupakkariippuvuus täyttää kroonisen sairauden määrittelykriteerit ja tupakoinnin aiheuttamalle riippuvuusoireyhtymälle, sen aiheuttamille vierotusoireille ja tupakoinnille on olemassa omat diagnoosikoodit, F17.2, F17.3, Z72.0. (Käypä hoito – suositus 2012; Hengitysliitto Heli Ry:n Stumppi www-sivut 2009; Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012.)

Nikotiiniriippuvuudella tarkoitetaan nikotiinin käytön seurauksena syntynyttä keskushermoston rakenteellista muutosta, josta seuraa, että käytön lopettaminen aiheuttaa fyysisiä oireita. Nikotiini on ensisijainen tupakan riippuvuutta aiheuttava aine, riippuvuus siihen kehittyy nopeasti. Riippuvuuden kehittymisen kannalta keskeisiä mekanismeja ovat toleranssin kehittyminen keskushermostossa, nikotiinin metabolia maksassa ja näitä säätelevät geneettiset tekijät. Nikotiinin aivotoimintoja muokkaava vaikutus on erityisen merkittävä nuorilla. Useat geneettiset tekijät yhteisvaikutuksessa ympäristötekijöiden kanssa vaikuttavat siihen miten nopeasti nikotiiniriippuvuus kehittyy. Nikotiiniriippuvuus täyttää kemiallisen riippuvuuden kriteerit kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan ja se on sairaus, jonka hoitoon tulee suhtautua vakavasti. Hoidettaessa nikotiiniriippuvuutta tulee tuntea eri riippuvuuden mekanismit ja niiden yhteisvaikutukset. Osa niistä on samoja kuin päihderiippuvuuksissa yleensä ja ne muistuttavat mekanismeiltaan eniten voimakkaiden ja huumaavien kipulääkkeiden (opioidit) kaltaista riippuvuutta. (Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012; Käypä hoito – suositus 2006, 3; Käypä hoito – suositus 2012, 4-5.) Niko-

tiiniriippuvuutta voidaan arvioida Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä (LIITE 1). Nikotiiniriippuvuuden voimakkuus voidaan jakaa vähäiseen, kohtalaiseen, vahvaan ja hyvin vahvaan riippuvuuteen. Nikotiiniriippuvuuden mukaan voidaan valita potilaalle sopiva korvaushoito. (Grönroos henkilökohtainen tiedonanto 16.10.2009; Haviio, Inkinen, & Partanen 2008, 69.)

Tupakointiin ovat vahvasti yhteydessä psykiatriset sairaudet, erityisesti masennus ja skitsofrenia, skitsofreniapotilaista jopa 70–90 prosenttia tupakoi. Päivittäin tupakoi-ville suomalaisilla aikuisilla on todettu kaksi kertaa todennäköisemmin masennus edeltäneen vuoden aikana kuin tupakoimattomilla, nuorilla vastaava yhteys on viisinkertainen. Nuorten tupakoinnin aloittamiseen ovat yhteydessä mielialahäiriöt, erityisesti masennus, ja käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt. Alkoholia käytettäessä tupakointi lisääntyy. Alkoholisteista 75–90 prosenttia tupakoi, ja heistä yli 30 savuketta vuorokaudessa tupakoi 70 prosenttia. (Käypä hoito – suositus 2012, 4.)

4 TUPAKOINTI JA KEUHKOAHTAUMATAUTI

Keuhkoahtaumatauti on hitaasti etenevä, pääosin korjaantumaton hengitysteiden ahtauma ja hidastunut ulosvirtaus, eli krooninen keuhkoputkitulehdus, keuhkolaajentuma sekä pienten ilmäteiden ahtauma. Spirometritutkimuksen perusteella määritellään keuhkoahtaumataudin vaikeusaste. Lievässä taudissa uloshengityksen sekuntikapasiteetti (FEV1) on 65–80 prosenttia viitearvosta, keskivaikeassa 40–64 prosenttia ja vaikeassa alle 40 prosenttia viitearvosta. (Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012.)

Keuhkoahtaumataudin tavallisimpia oireita ovat hengenahdistus, varsinkin raskuudessa, ja limaneritys. Oireinen tauti on edennyt pitkälle. Lievä keuhkoahtaumatauti voi olla käytännössä oireeton ja tyypillinen potilas, joka on pitkään tupakoinut mies tai nainen, pitää oireitaan usein tupakkaskäyttöineen. Oireita ei tiedosteta, eikä tautia tunneta, minkä vuoksi tutkimuksiin hakeutuminen viivästyy. Pidemmälle edenneessä taudissa rasituksen siedon huonontuminen liitetään usein huonoon kuntoon ja hen-

genahdistuksen vuoksi liikuntaa vähennetään. Koska oireet etenevät hitaasti, potilas sopeutuu niihin hyvin ja on mahdollista, että jopa puolet keuhkotoiminnasta on lakannut ennen kuin varsinainen diagnoosi tehdään. (Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012; Kinnula & Tukiainen 2005, 357–358.) Tupakoinnin lopettaminen on tehokkain tapa pysäyttää tai hidastaa keuhkohtaumataudin eteneminen, vaikkakin keuhkovaurio on pysyvää, eikä kuolleisuus koskaan palaa tupakoimattomien tasolle (Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012; Tashkin & Murray 2009, 963). Tupakoinnin lopettaminen vähentää oireita, pahenemisvaiheita, sairaalahoidon tarvetta ja kuolleisuutta. Tupakoinnin lopettamisesta on hyötyä kaikissa keuhkohtaumataudin vaikeusasteissa. Lopettamisen myötä veren teofylliinipitoisuus suurenee, joten lääkeannosta voidaan ehkä pienentää. (Käypä hoito – suositus 2012, 13.)

Laitisen ym. (2009, 256–260) tutkimuksessa ”Real-World Data Identifies Gender-related Profiles in Chronic Obstructive Pulmonary Disease” selvitettiin sukupuoleen liittyviä profiileja keuhkohtaumataudissa (N=844). Tutkitut potilaat olivat Helsingin ja Turun yliopistollisten keskussairaaloiden vuosina 2005–2007 rekrytoimia, iältään 18–75 -vuotiaita, keuhkohtaumatauti diagnoosin saaneita henkilöitä. Tutkimuksessa löydettiin todisteita siitä, että naisilla (n=266) on suurempi riski kuin miehillä (n=578) sairastua ja kuolla tupakoinnin aiheuttamiin keuhkojen toimintahäiriöihin. Yhdysvalloissa keuhkohtaumatautiin kuolleiden naisten määrä ylittää jo miesten määrän. Maailmanlaajuisesti tärkein syy keuhkohtaumatautiin sairastuneiden naisten määrän nousuun on naisten lisääntynyt tupakointi. Vaikka naiset olivat tupakoineet vähemmän kuin miehet, heille kehittyi vakavampia keuhkoputkien sairauksia, varsinkin ahtaumia. Naisilla raportoitiin enemmän hengitystieoireita jotka huononsivat heidän elämänlaatuaan. Toisaalta naisilla todettiin miehiä vähemmän rinnakkais-sairauksia. Ainoastaan psyykkiset sairaudet, erityisesti masennus, näyttivät olevan naisilla yleisempiä.

5 TUPAKOINNIN LOPETTAMINEN JA TUPAKASTA VIEROITUS

Tupakoinnin lopettaminen ei onnistu aina ensimmäisellä kerralla, se vaatii usein 3-4 yritystä. Relapsi, eli tupakoinnin uudelleen aloittaminen, tapahtuu yleensä ensimmäisen kuukauden aikana. (Käypä hoito – suositus 2006, 2.) Tupakoivista aikuisista, 15–64 –vuotiaat, (N=2826) 59 prosenttia ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin. Miehistä 12 prosenttia ja naisista 11 prosenttia ilmoitti, ettei halua lopettaa tupakointia. Päivittäin tupakoivista miehistä 36 prosenttia ja naisista 42 prosenttia kertoi yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin, toisin sanoen he olivat olleet tupakoimatta vähintään vuorokauden viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain toteuttamaan tutkimukseen ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys”. (Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uutela 2009, 6; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.) Päivittäin tupakoivista noin 76 prosenttia oli huolissaan tupakan aiheuttamista terveyshaitoista (Itä-Suomen yliopisto ym. www-sivut 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011).

Vieroitushoito on tupakoinnin lopettamiseen tähtäävää lääke- tai muuta hoitoa. Se sisältää kaikki vaikuttaviksi osoittautuneet hoitomuodot, jotka kohdistuvat yksilöihin. Korvaushoidossa tupakan nikotiini korvataan nikotiinilääkevalmisteella fyysisten vieroituseroien lievittämiseksi. (Käypä hoito – suositus 2006, liite.) Vieroituksessa käytettävät nikotiinikorvaushoitotuotteet korvaavat osittain tupakasta saatavan nikotiinin, näin voidaan välttää tai ainakin lievittää tupakoinnin lopettamisen yhteydessä esiintyviä vieroituseroita. Nikotiinikorvaushoitoja on tarjolla erilaisissa muodoissa: purukumi, laastari, nenäsuihke, inhalaattori ja kielenalus- tai imeskelytabletti. Ne ovat tehokkaita ja lisäävät onnistumismahdollisuutta. Hoidon toteutuksessa on kiinnitettävä huomiota annosten riittävyteen ja tarpeeksi pitkään hoitoaikaan. (Käypä hoito – suositus 2006, 7-8.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan viimeisen 12 kuukauden aikana nikotiinikorvaushoitoa ilmoitti käyttäneensä tupakoinnin lopettamiseksi (N=2826) 18 prosenttia miehistä ja 15 prosenttia naisista ja muusta syystä 6 prosenttia sekä miehistä että naisista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Tupakasta vieroituksessa käytetään apuna lääkkeitä. Suomessa on saatavana reseptivalmisteina varenikliiniä, bupropionia, ja nortriptyliiniä. TYKS:ssä yleisimmin käytössä oleva varenikliini on tehokas vieroituslääke. Sen vaikutus perustuu nikotiinireseptorien osittaiseen aktivaatioon. (Kilpeläinen henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2009; Käypä hoito – suositus 2012, 9.) Bupropioni ja varenikliini on todettu lumelääkettä tehokkaammiksi tupakoinnin lopettamisen apuna lievää tai kohtalaista keuhkohtaumatautia sairastavilla (Käypä hoito – suositus 2012, 13).

Varenikliini on aikuisille tarkoitettu, ensimmäinen varta vasten tupakoinnin lopettamiseen kehitetty reseptilääke, joka ei sisällä nikotiinia. Se vähentää tupakanhimoa ja mahdollisia vieroitusoireita, eikä lääkehoidon aikana poltettu tupakka tuo enää samaa tyydytyksen tunnetta kuin aikaisemmin. Noin 44 prosenttia tupakoitsijoista pystyy lopettamaan tupakoinnin varenikliini hoidon aikana. Lumelääkkeeseen verrattuna lopettamisen todennäköisyys varenikliinin avulla on nelinkertainen. Yhdistämällä lääkehoito ja neuvonta saadaan paras hoitotulos tupakasta vieroituksessa. Varenikliinin käyttäjille on tarjolla ilmainen tukiohjelma LifeREWARDS. (Pfizer Oy:n www-sivut 2011.)

Bupropioni on reseptilääke tupakoinnin lopettamisen apuna, yhdessä motivoivien tukitoimintojen kanssa, nikotiiniriippuvaisilla potilailla. Bupropioni vähentää halua tupakoida ja helpottaa vieroitusoireita, mutta ei tiedetä varmasti millä vaikutusmekanismilla se auttaa lopettamaan tupakoinnin. Noin 30 prosenttia tupakoitsijoista onnistuu lopettamaan tupakoinnin Bupropioni hoidon aikana. Lumelääkkeeseen verrattuna lopettamisen todennäköisyys bupropionin avulla on kaksinkertainen. Bupropioni ei sovi kaikille. (Pfizer Oy:n www-sivut 2011.)

Ilman reseptiä saatavat nikotiinikorvaushoidot ovat kohtalaisen tehokkaita. Noin 18 - 24 prosenttia onnistuu lopettamaan tupakoinnin nikotiinikorvaushoidojen avulla. Nikotiinikorvaushoitoja on saatavilla purukumina, laastareina, imeskelytabletteina ja inhalaattorina, niiden yleisimmät haittavaikutukset ovat huimaus, päänsärky ja pahoinvointi. (Pfizer Oy:n www-sivut 2011.)

Pitkäaikaistulokset tupakoinnin lopettamisesta ovat huonoja, vain noin viisi prosenttia onnistuu lopettamaan tupakoinnin ilman hoitoa, pelkällä tahdonvoimalla. Tupa-

koinnin lopettaminen onnistuu parhaiten kun sen tueksi haetaan apua. Lopettamisprosentti on jopa 30 prosenttia optimaalisen tuen jälkeen. Kuitenkin vain pieni osa hakee ammattilaisen apua tupakoinnin lopettamiseen. (Lehto ym. 2012, 1059; Pfizer Oy:n www-sivut 2011.)

6 YKSILÖOHJAUS

Ohjaaminen sosiaali- ja terveysalalla on sidoksissa olemassa olevien lakien, ammatikäytänteiden ja suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen määrityksiin. Sitä säätelevät muun muassa Suomen perustuslaki, kuntalaki, ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö, potilaiden tai asiakkaiden asemaa koskeva lainsäädäntö ja muut asiakkaan ja potilaan ohjausta sivuavat lait. Ohjaukseen antavat suosituksia kansalliset ja kansainväliset terveys- ja hyvinvointiohjelmat, toimintaa ohjaavat yleiset suositukset, Käypä hoito- ja laatusuosituksset, oppaat, ammatilliset käytänteet ja hyvät käytännöt sekä yleiset eettiset periaatteet ja hyvät tavat. (Vänskä ym. 2011, 16.)

Terveydenhuollolle on tyypillistä siirtyminen terveysvalistuksesta terveysneuvontaan ja terveyden edistämiseen. Potilas otetaan mukaan omaa terveyttään ja hyvinvointiaan koskevaan päätöksentekoon. Tätä on vahvistettu lainsäädännöllä (esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 ja Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tämä tarkoittaa ja edellyttää työtapojen ja – toimintojen arviointia ja muuttamista sellaisiksi, että ne mahdollistavat ohjattavan ottamisen mukaan päätöksentekoon. Ohjattavan hyvän elämän jäsentämiseen ja tunnistamiseen tarjoaa eväitä ajatus hyveestä. Tähän päästään ohjauksessa pohtimalla yhdessä ohjattavan kanssa toimintakykyetiikan näkökulmasta, millaisia ovat ne oikeat ohjaustavat, joilla vahvistetaan ohjattavan omaa toimintakykyä. Ohjaajan eettisesti korkeatasoinen työskentely perustuu hänen itsessään ja työskentelyssään olevien hyvien ja pahojen piirteiden tunnistamiseen, hyväksymiseen ja huomioon ottamiseen. (Kettunen ym. 2011, 11–13.)

Tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka on määritelty potilaslaissa, on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan, hänen omaisensa tai läheisensä tai hänen

laillisen edustajansa kanssa. Laissa korostetaan suunnitelman laatimisessa yhteistyötä ja asiakkaan tasa-arvoista asemaa. Palvelujen sisällöistä keskustellaan asiakkaan kanssa siten, että hänen elämäntilanteensa, voimavaransa ja muut hoidon onnistumiseen liittyvät tekijät otetaan huomioon ja hoidolle asetetaan tavoitteet. Asiakkaalla on tiedonsaantioikeus, mikä tarkoittaa sitä, että hänelle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä, kun päätetään hänen hoitamisestaan. Se on annettava riittävän ymmärrettävästi. Asiakkaan osallisuus ja hänen huomiointinsa korostuvat tässäkin. Asiakkaalla on ohjauksessa itsemääräämisoikeus, joka liittyy olennaisesti kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Ilman näitä on vaikea ajatella, että hoito toteutuisi lain määräämällä tavalla yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan osallistuminen ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi lisäävät asiakkaalle koituvaa hyötyä. Terveystieteiden ammattihenkilöstön on ohjauksen näkökulmasta pidettävä kliiniset tiedot ajan tasalla ja ylläpidettävä ja kehitettävä ohjauksen sisältöjä sekä siihen kuuluvia vuorovaikutustaitoja ja ohjauksen suunnittelutaitoja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, & Renfors 2007, 16–17).

Käypä hoito – suosituksessa, ”Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus” (2012, 14–15) on ehdotus tupakasta vieroitushoitajien järjestämiseen Suomessa. Sen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten on tunnettava tupakoinnin merkitys sairauksien vaaratekijänä. Heidän on hallittava ja organisoitava yksilöllinen vieroitushoito ja vieroitusryhmät. Potilaita on kehoitettava tupakasta luopumiseen, lisäksi heille on suositeltava vieroitushoitoa ja heidät on tarvittaessa ohjattava jatkohoitoon tupakasta vieroitukseen erikoistuneiden osaajien hoidettaviksi, tämä tarkoittaa tupakasta vieroitusyksiköitä. Yksikössä on hallittava kaikki tehokkaat vieroitusmenetelmät, ja organisoitava alueellaan niiden käyttö ja toimittava konsultaatioyksikkönä muulle terveydenhuollolle. TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimii tupakasta vieroitusyksikkö. Yksikössä toimiva tupakasta vieroitushoitaja on Suomen ensimmäinen, ja oli pitkään ainoa, kokopäivätoiminen tupakasta vieroitushoitaja, nykyisin myös Helsingissä toimii hoitaja joka tekee kokopäiväisesti tupakasta vieroitustyötä. Yksikön tupakkavastuulääkärinä toimii keuhkosairauksien- ja allergologian erikoislääkäri keuhkosairauksien klinikalta. Yksikkö toimii tupakasta vieroituksen osaamiskeskuksena ja

kouluttajana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. (Grönroos henkilökohtainen tiedonanto 16.10.2009, tarkistettu 29.10.2012.)

TYKS:n tupakasta vieroitusyksikköön potilas tulee yksilöohjaukseen joltakin TYKS:n poliklinikalta tai osastolta. Aluksi tupakasta vieroitushoitaja keskustelee potilaan kanssa kahdestaan. Jos potilas haluaa, hän pääsee ryhmäohjattuun vieroitukseen tai hän voi jatkaa yksilöohjauksessa. Yksilöohjauksessa potilas saa henkilökohtaista, potilaan tarpeet ja elämäntilanteen huomioivaa ohjausta. Potilaan tupakkatilanne, halukkuus ja motivaatio lopettamiseen kartoitetaan. Potilas käy yksilöohjauksessa niin usein ja niin monta kertaa kuin katsotaan tarpeelliseksi, vähintään kuitenkin niin kauan, että hän on ollut tupakoimatta kolme kuukautta. Ohjaus on positiivisesti kannustavaa, positiivisella ajattelutavalla yritetään saada potilas lopettamaan tupakointi. (Grönroos henkilökohtainen tiedonanto 16.10.2009.)

TYKS:n tupakasta vieroitusyksikössä kaikille potilaille esitellään yksityiskohtaisesti nikotiinikorvausvalmisteet, myös reseptilääkkeet. Potilaalle tehdään kuuden kohdan Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta (LIITE 1) ja sen sekä keskustelun perusteella valitaan potilaalle sopiva vieroitushoito. Vieroitushoitoon kuuluu potilaan seuranta, käyttäpä hän mitä korvausvalmistetta tahansa. Tupakointiin liittyvien asioiden lisäksi potilaan kanssa keskustellaan kaikista sairauteen ja henkilökohtaiseen elämään liittyvistä asioista. Lopuksi tupakasta vieroitushoitaja puhuu potilaalle aina jotain positiivista, jotta potilas lähtee vastaanotolta hyvillä mielin. Hyvien asioiden esilletuominen on osa kannustavaa ja motivoivaa vieroitusta. (Grönroos henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2009.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät TYKS:n keuhkoah-
taumatautipotilailla vaikuttavat tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen. Lopettami-
sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä selvitettiin tässä opinnäytetyössä potilaan
ikä, sukupuoli, tupakointivuodet, potilaan nikotiiniriippuvuus, onko potilas käynyt

yksilö- tai ryhmäohjauksessa, sekä mitä vieroitushoitoja hän on mahdollisesti käyttänyt (Kilpeläinen henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2009). Tavoitteena on tuottaa tietoa tupakoinnin lopettamista ennustavista tekijöistä TYKS:n keuhkosairauksien klinikalla toimivalle tupakasta vieroitusyksikölle.

Opinnäytetyö on osa suurempaa AST - tutkimusta, joka on astman ja keuhkohtaumataudin yksilöllinen hoitotutkimus. Tutkimuksia tehdään Helsingin (HYKS) ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). AST – tutkimuksen tarkoituksena on 1) tunnistaa astmassa ja keuhkohtaumataudissa kliinisesti erilaisia alaryhmiä, 2) löytää ne biologiset erot potilaiden välillä, jotka auttavat tunnistamaan nämä alaryhmit ja 3) tutkia hoitokäytäntöjen (hoidon saatavuus, lääkevalinnat, hoidon porrastus, potilaan opastus ja niin edelleen) vaikutuksia tutkittavien välisiin eroihin. Tutkimuksesta vastaa Tarja Laitinen Keuhkosairauksien tutkimusyksiköstä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Tutkimusongelmat tässä opinnäytetyössä ovat:

1. Mikä on potilaan iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen?
2. Mikä on potilaan sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen?
3. Mikä vaikutus tupakointivuosilla on tupakoinnin lopettamiseen?
4. Mikä on Fagerströmin testin tuloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen?
5. Mikä vaikutus yksilö- tai ryhmäohjauksella on tupakoinnin lopettamiseen?
6. Mikä vaikutus nikotiinikorvaushoidoilla tai lääkkeillä on tupakoinnin lopettamiseen?

8 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

8.1 Aineiston keruu

Tässä kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto muodostui tupakasta vieroitushoitajan keräämästä aineistosta ja Miranda – potilastietojärjestelmästä haetuista tiedoista. Tarvittavat tiedot haettiin potilasdokumenteista, ensisijaisesti manuaalisesti ylläpidettävistä hoitosuunnitelmista ja niistä puuttuvia tietoja haettiin sähköisestä Miranda-

potilastietojärjestelmästä, josta suurin osa tiedoista löytyi. Kohderyhmänä olivat AST-tutkimukseen vuoden 2007 jälkeen rekrytoituneet TYKS:n keuhkoklinikan potilaat. Tutkimus rajattiin koskemaan niitä potilaita (N=323), joista tupakointitiedot löytyivät. Tiedot potilaiden iästä, sukupuolesta, tupakointivuosista, Fagerströmin testituloksesta, ohjauksesta, korvaushoidoista ja tupakoinnin lopettamisesta koottiin Microsoft Excel-taulukkoon. Kohderyhmän henkilöt ovat antaneet suostumuksensa tietojensa käyttöön tutkimuksessa suostuessaan AST-tutkimukseen. Tutkimus on kokonaistutkimus eli aineisto sisälsi kaikki klinikalla hoidossa olleet potilaat. Tutkimuksen haasteena oli tutkittavien menettäminen. Tässä tutkimuksessa tällä tarkoitetaan potilaiden kuolemista kesken tutkimuksen. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan myös kuolleet henkilöt. Lisäksi tämän tutkimuksen haasteena oli tietojen löytäminen, tupakointitietoja ei ole yleensä kirjattu selkeästi potilasdokumenteihin. Kaikkien valmiina olevien aineistojen luotettavuutta on punnittava ja niihin on suhtauduttava kriittisesti, tämä merkitsee lähdekritiikkiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 189).

8.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyöntekijä syötti Excel-taulukkoon potilaiden iän, sukupuolen, tupakointivuodet, tiedot nikotiiniriippuvuudesta, vieroitushoidoista ja mahdollisista käynneistä yksilö- tai ryhmäohjauksessa sekä tiedot tupakoinnin lopettamisesta. Analysointi tilastollista ohjelmaa käyttämällä, on aineiston tallentamisen jälkeen melko nopeaa ja vaivatonta (Kankkunen ym. 2009, 41). Tietoja pitää muokata, yhdistellä, tulkita ja normittaa, jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia (Hirsjärvi ym. 2009, 189). Tietojen syötön jälkeen aineisto pitää järjestää tiedon tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia, ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Koodaaminen tarkoittaa, että jokaiselle havaintoyksikölle eli tutkittavalle kohteelle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.)

Tiedot potilaista muutettiin numeeriseen muotoon, eli niille annettiin arvot, jotta niitä pystyi analysoimaan Excelissä. Ikä, tupakointivuodet ja Fagerströmin testin tulos merkittiin sellaisenaan, numeroina. Sukupuoli muutettiin numeeriseen muotoon, mies = 1 ja nainen = 2. Vieroitushoidot olivat tiedonkeruuvaiheessa kaikki omina

sarakkeinaan, nikotiinilaastari, -purukumi, -tabletti, inhalaattori, bupropioni ja varenikliini. Ennen aineiston analysointia tiedot muutettiin numeeriseen muotoon ja tiivistettiin yhteen sarakkeeseen. Nikotiinikorvaushoidot yhdistettiin ja niitä kuvaavaksi numero 1, bupropioni oli 2 ja varenikliini numero 3. Lisäksi tarvittiin yhdistelmä nikotiinikorvaushoito ja lääke, josta tuli numero 4, numero 5 olivat lääkereseptin saaneet. Yksilöohjaus oli numero 1, ryhmäohjaus 2 ja ei ohjausta saaneet olivat numero 3. Tiedot tupakoinnin lopettamisesta numeroitiin seuraavalla tavalla, 0 = tupakointi loppunut, 1 = tupakointi jatkuu, 2 = ei tupakoinut ja 3 = ei tietoa tupakoinnista. Tiedot tallennettiin Data – nimiseen laskentataulukkoon. Tämä tapahtui kevään ja kesän 2010 aikana.

Frekvenssit ja prosenttiosuudet ovat kvantitatiivisen tutkimuksen peruselementtejä, todetaan tutkimusmenetelmäkirjallisuudessa (Kankkunen ym. 2009, 104). Tämän opinnäytetyön aineiston taustatiedot eli tutkittujen sukupuoli, ikä, tiedot tupakoinnista, tupakointivuodet, Fagerströmin testitulos, tiedot yksilöohjauksesta ja korvausvalmisteiden käyttö koottiin yhteen taulukkoon (Taulukko 1). Taulukko tehtiin ja tallennettiin ”Taustatiedot” nimiseen laskentataulukkoon. Taulukko tehtiin analysoimalla Excelin analyysityökaluilla. Taustatietoihin laskettiin Excelin funktiolla KESKIARVO, potilaiden keskimääräinen ikä luokittelemattomasta aineistosta. Tästä aineistosta laskettiin funktiolla myös MEDIAANI, joka ilmoittaa sen iän jota nuorempia on puolet tutkittavista. MOODI -funktio ilmoittaa minkä ikäisiä on eniten.

Sukupuolet luokiteltiin, 1 = mies ja 2 = nainen, näistä tiedoista tehtiin frekvenssitaulu, jossa ensimmäisessä sarakkeessa on sukupuoli numerolla ilmaistuna ja toisessa sarakkeessa lukumäärät sukupuolittain niistä tutkittavista henkilöistä joiden tupakointitiedot löytyivät (n=280). Määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Jotta iät saatiin analysoitua, ne jaettiin ikäluokkiin, jotka määriteltiin etsimällä minimi- ja maksimi-ikä, 27 ja 75 – vuotta. Tämä tehtiin Excelin funktioilla MIN ja MAKS, vaihteluväli laskettiin vähentämällä MAKS-MIN. Sen jälkeen valittiin luokkien ylärajat siten, että kaikki iät tulivat huomioituiksi ja kaikkiin luokkiin tuli arvoja. Ikäluokkia tehtiin viisi, 0–30-, 31–50-, 51–60-, 61–70 – ja 71–80 -vuotiaat. Ikäluokista tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tutkitta-

vien henkilöiden lukumäärät ($n=279$) ikäluokittain, määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Tiedot tupakoinnista luokiteltiin seuraavalla tavalla: Tupakointi ”Loppunut”, Jatkuu”, ”Ei tupakoinut” ja ”Ei tietoa”. Näistä luokista tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tutkittavien henkilöiden lukumäärät ($N=323$) tupakointitietojen mukaan, määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Tutkittavat jaettiin luokkiin tupakointivuosien mukaan. Luokat määriteltiin etsimällä minimi- ja maksimitupakointivuodet, 0 ja 70 – vuotta, MIN- ja MAKS -funktioilla. Ne, joilla tupakointivuosia oli 0 eli eivät olleet tupakoineet ($n=11$), jätettiin pois tutkimuksesta. Tupakointivuodet jaettiin viiteen luokkaan, 1–9, 10–29, 30–49, 50–69 ja 70–80. Tupakointivuodet oli ilmoitettu joidenkin henkilöiden kohdalla epäselvästi. Kun tupakointivuosia oli ilmoitettu esimerkiksi yli 30 tai yli 50, opinnäytetyöntekijä laitoi taulukkoon vuosiksi 31 ja 51, näin tutkittava meni oikeaan luokkaväliin jaotellussa. Ne, joiden tupakointivuosista ei ollut tietoa tai se oli pitkä, satunnaista tai jostain muuta epämääräistä, jätettiin tästä tutkimuksesta tupakointivuosien osalta pois. Tutkimukseen osallistuneista ($n=258$) jätettiin pois myös ne, joiden tupakoinnin loppumisesta ei ollut tietoa. Tupakointivuosiluokista tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tutkittavien henkilöiden lukumäärät tupakointivuosien mukaan, määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Tutkittavat jaettiin luokkiin Fagerströmin testitulosten mukaan. Luokitus on tehty valmiin testituloluokituksen mukaan (LIITE 1). Luokat olivat 1 = Vähäinen nikotiiniriippuvuus, 0-2 pistettä, 2 = Kohtalainen nikotiiniriippuvuus 3-6 pistettä ja 3 = Voimakas nikotiiniriippuvuus 7-10 pistettä. Tutkimukseen otettiin mukaan ne, joiden Fagerströmin testitulos ja tiedot tupakoinnin loppumisesta löytyivät ($n=37$). Näistä luokista tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tutkittavien henkilöiden lukumäärät jaoteltuina Fagerströmin testituloksen mukaan, määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Tässä tutkimuksessa potilaat olivat siirtyneet ryhmäohjaukseen yksilöohjauksen kautta, eli pelkästään ryhmäohjattuja ($n=2$) ei ole tutkittu erikseen vaan heidät on laskettu mukaan yksilöohjattujen määrään ($n=70$). Potilaat, joiden tupakoinnin lopet-

tamisesta ei ole tietoja, jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Yksilöohjausta saaneista tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tupakoinnin lopettaneiden ja sitä jatkavien henkilöiden lukumäärät, määrät ilmoitettiin myös prosentteina. Tiedot tupakoinnista luokiteltiin seuraavalla tavalla: ”Tupakointi loppunut” ja ”Tupakointi jatkuu”.

Korvausvalmisteiden käyttö selvitettiin niiden osalta joiden tupakoinnin lopettamistiedot ja tiedot käytetyistä korvaushoidoista löytyivät (n=68). Tuloksessa ovat mukana (n=8) lääkereseptin saaneet, jotka eivät tietojen mukaan ole lääkettä käyttäneet. Korvausvalmisteita käyttäneistä tehtiin Excelin analyysityökaluilla frekvenssitaulu, jolla selvitettiin tutkittavien henkilöiden lukumäärät korvausvalmisteiden käytön mukaan, määrät ilmoitettiin myös prosentteina.

Kaikki edellä kuvatut tiedot koottiin yhteen tauluun, joka kopioitiin kuvana Tutkimustuloksiin (Taulukko 1).

Tupakoinnin lopettamista eri asioiden osalta arvioitiin ristiintaulukoimalla ja muilla Excelin analyysityökaluilla. Ristiintaulukointi soveltuu kahden luokittelu- tai järjestysasteikollisten muuttujan välisen yhteyden tarkasteluun. Ristiintaulukointi tarkoittaa kaksiulotteista frekvenssitaulukkoa. (Kankkunen ym. 2009, 113.) Analysointi kunkin tutkimusongelman kohdalla tehtiin omaan laskentataulukkoonsa jotka nimettiin niitä kuvaavilla nimillä, ”Iän vaikutus tup.lop.”, ”Sukupuolen vaikutus tup.lop.”, ”Tup.vuosien vaik.tup.lop.”, ”Fag.testin vaik.tup.lop.”, ”Yks.ohj.vaik.tup.lop.” ja ”Korv.valm.vaik.tup.lop.”. Data – taulukosta kopioitiin kutakin tutkimusongelmaa varten tarvittavat sarakkeet edellä mainittuihin laskentataulukoihin. Tulokset muunnettiin pylväskaavioiksi helpomman luettavuuden vuoksi. Nämä kaikki tallennettiin yhteen työkirjaan nimeltään Tulos.

Analysointi tehtiin syksyn 2010 ja 2012 aikana. Osa tutkimuksen tuloksista koottiin posteriin ja esiteltiin 2.12.2010 pidetyillä neljänsillä valtakunnallisilla Tupakka- ja Terveys – päivillä Helsingin Kalastajatorpalla.

8.2.1 Iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Ristiintaulukoimalla eli Pivot -taulukolla selvitetiin potilaiden iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen (n=279). Pivot – taulukko tehtiin uuteen laskentataulukkoon ”Iän vaikutus tup.lop. risti”. Riviotsikoksi vedettiin ”Ikäluokka” ja Sarakeotsikoksi ”Tupakointi loppunut”, arvoksi valittiin ”Laske/Tupakointi loppunut”. Näin saatiin ristiintaulukoimalla selville kustakin ikäryhmästä tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Tulos muutettiin pylväskaavion (Kuvio 1) muotoon. Siihen lisättiin kaavion otsikko ja arvopisteiden otsikot eli tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät sekä vaaka-akselin otsikko ”Ikäryhmät”.

8.2.2 Sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Tupakoinnin lopettaneista ja tupakointia jatkavista tehtiin molemmista sukupuolista (n=280) erikseen frekvenssitaulut, näin saatiin selville tupakoinnin lopettaneiden prosenttiosuudet naisista (n=94) ja miehistä (n=186) erikseen. Prosenttiosuudet laskettiin myös sukupuolittain kaikista lopettaneista (n=202). Sukupuolen vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen tutkittiin myös ristiintaulukoimalla. Pivot –taulukko tehtiin uuteen laskentataulukkoon ”Sukupuolen vaik.tup.lop.”. Riviotsikoksi vedettiin ”Sukupuoli” ja Sarakeotsikoksi ”Tupakointi loppunut”, arvoksi valittiin ”Laske/Tupakointi loppunut”. Näin saatiin ristiintaulukoimalla selville tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät sukupuolittain. Tulos muutettiin pylväskaavion (Kuvio 2) muotoon. Siihen lisättiin kaavion otsikko ja arvopisteiden otsikot eli tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät sekä vaaka-akselin otsikko ”Tupakointi loppunut”.

8.2.3 Tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Tupakointivuodet luokiteltiin edellä kuvatulla tavalla. Tupakointivuosista laskettiin myös keskiarvo Excelin KESKIARVO funktiolla. Tupakointivuosi –luokasta, johon keskiarvo kuului, laskettiin sen prosentuaalinen osuus kaikista tupakointivuositain luokitelluista (n=258). Tiedot tupakointivuosista ristiintaulukoitiin, jotta saatiin selville tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. Pivot –taulukko tehtiin

uuteen laskentataulukkoon ”Tup.vuosien vaik.Risti”. Riviotsikoksi vedettiin ”Tupakointivuosisiluokka” ja Sarakeotsikoksi ”Tupakointi loppunut”, arvoksi valittiin ”Laske/Tupakointivuosisiluokka”. Näin saatiin ristiintaulukoimalla selville kustakin tupakointivuosi -luokasta tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Tulos muutettiin pylväskaavion (Kuvio 3) muotoon. Siihen lisättiin kaavion otsikko ja arvopisteiden otsikot eli tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät sekä vaaka-akselin otsikko ”Tupakointivuodet”.

8.2.4 Fagerströmin testituloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Fagerströmin testitulokset ristiintaulukoitiin, jotta saatiin selville Fagerströmin testituloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. Pivot –taulukko tehtiin uuteen laskentataulukkoon ”FagerströminTestiRisti”. Riviotsikoksi vedettiin ”Riippuvuusluokka” ja Sarakeotsikoksi ”Tupakointi loppunut”, arvoksi valittiin ”Laske/Fagerströmin testin tulos”. Näin saatiin ristiintaulukoimalla selville kustakin riippuvuusluokasta tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Tulos muutettiin pylväskaavion (Kuvio 4) muotoon. Siihen lisättiin kaavion otsikko ja arvopisteiden otsikot eli tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Jokaisesta nikotiiniriippuvuus luokasta laskettiin tupakoinnin lopettaneiden osuus prosentteina.

8.2.5 Yksilö- tai ryhmäohjauksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Edellä kuvatulla tavalla tehdystä frekvenssitaulusta tehtiin pylväskaavio (Kuvio 5), jossa tupakoinnin lopettamistiedot ilmoitettiin prosentteina.

8.2.6 Nikotiinikorvaushoidon tai lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Tiedot korvausvalmisteiden käytöstä ristiintaulukoitiin jotta saatiin selville korvausvalmisteiden käytön vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. Pivot –taulukko tehtiin uuteen laskentataulukkoon ”KorvaushoitoRisti”. Riviotsikoksi vedettiin ”Korvaushoito” ja Sarakeotsikoksi ”Tupakointi loppunut”, arvoksi valittiin ”Laske/Korvaushoito”. Näin saatiin ristiintaulukoimalla selville korvausvalmisteita käyt-

täneiden tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Tulos muutettiin pylväskaavion (Kuvio 6) muotoon. Siihen lisättiin kaavion otsikko ja arvoasteiden otsikot eli tupakoinnin lopettaneiden ja tupakointia jatkaneiden lukumäärät. Jokaisesta korvausvalmisteesta laskettiin erikseen tupakoinnin lopettaneiden käyttäjien osuus prosentteina.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin mitkä eri tekijät vaikuttavat tupakoinnin lopettamiseen. Lopettamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä selvitettiin tässä tutkimuksessa potilaan ikä, sukupuoli, tupakointivuodet, potilaan nikotiiniriippuvuus, onko potilas käynyt yksilö- tai ryhmäohjauksessa sekä mitä vieroitushoitoja hän on mahdollisesti käyttänyt.

Tutkimustuloksia voidaan kuvata teksteillä, taulukoilla ja kuvioilla. Taulukoissa tulokset voidaan esittää tiivistetysti käyttämällä tilastollisia tunnuslukuja. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa kuvataan yleisesti vastaajien kaikki taustatiedot omassa taulukossaan. Selitettävän ilmiön jakaumat ja osamittarit kuvataan omissa taulukoissaan. Tutkija tuntee itse aineistonsa parhaiten ja päättää havainnollisimman tavan kuvata aineistoa. Suunniteltaessa taulukon ulkoasua on hyvä muistaa joitakin seikkoja. Taulukon otsikko sijoitetaan yleensä taulukon ulkopuolelle, useimmiten yläpuolelle. Kuvion otsikko on taas yleensä kuvion alapuolella. Tavallisesti aineistoa kuvataan prosenttijakauman avulla. Jos muuttujissa on puuttuvia arvoja, on kuvattava jokaisen muuttujan vastausten määrä (n). Muussa tapauksessa n-arvo voidaan kuvata taulukon otsikossa. Käyttämällä rivivälejä, sisennyksiä, lihavoitua ja kursivoitua voidaan parantaa taulukon ulkoasua ja luettavuutta. Tutkimusraportissa taulukon tulee mahtua kokonaan samalle sivulle, tekstin lomaan. (Kankkunen ym. 2009, 129–130.)

9.1 Taustatiedot

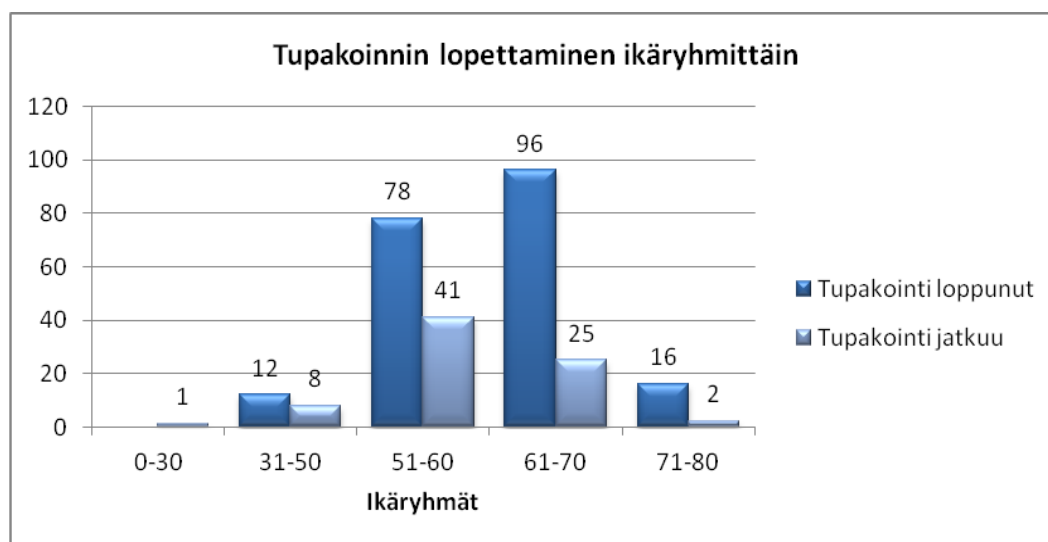
Kohderyhmänä olivat AST-tutkimukseen vuoden 2007 jälkeen rekrytoituneet TYKS:n keuhkoklinikan potilaat. Tutkimus rajattiin koskemaan niitä potilaita (N=323), joista tupakointitiedot löytyivät. Tutkittujen henkilöiden taustatiedot kuvataan taulukossa 1. Potilaiden ikä vaihteli välillä 27 – 75 vuotta, keskimääräinen potilaan ikä oli 60,25 vuotta. Puolet potilaista oli alle 60-vuotiaita, eniten oli 61-vuotiaita.

Taulukko 1. Vastaajien (N=323) taustatiedot

Taustatiedot		n	%
Sukupuoli	Mies	186	66 %
	Nainen	94	34 %
Ikä	0 - 30 v.	1	0 %
	31 - 50 v.	20	7 %
	51 - 60 v.	119	43 %
	61 - 70 v.	121	43 %
	yli 70 v.	18	6 %
Tupakointi	Loppunut	201	62 %
	Jatkuu	79	24 %
	Ei tupakoinut	11	3 %
	Ei tietoa	32	10 %
Tupakointivuodet	1 - 9 v.	5	2 %
	10 - 29 v.	29	11 %
	30 - 49 v.	182	71 %
	50 - 69 v.	40	16 %
	70 - 80 v.	2	1 %
Fagerströmin testitulos	Vähäinen nikotiiniriippuvuus	6	16 %
	Kohtalainen nikotiiniriippuvuus	19	51 %
	Voimakas nikotiiniriippuvuus	12	32 %
Yksilöohjaus	Tupakointi loppunut	39	56 %
	Tupakointi jatkuu	31	44 %
Korvausvalmisteiden käyttö	Nikotiinikorvaushoito	33	49 %
	Varenikliini	3	4 %
	Bupropioni	11	16 %
	Nikotiinikorvaushoito + lääke	13	19 %
	Lääkeresepti	8	12 %

9.2 Iän vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

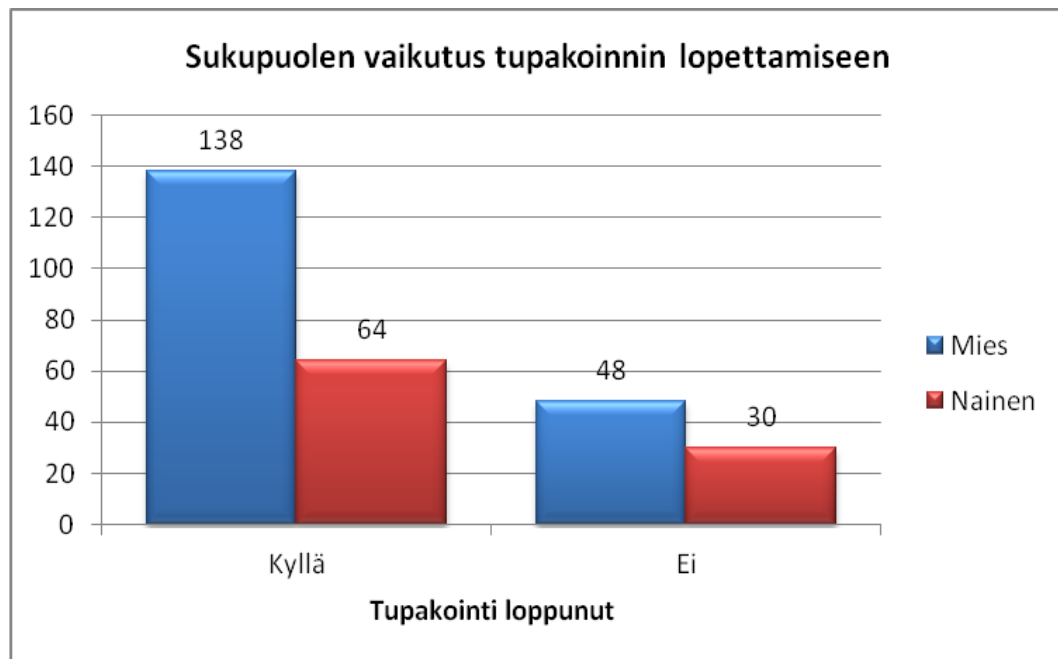
Ensimmäiseksi selvitettiin mikä on potilaan iän vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen (Kuvio 1). Tässä tuloksessa ovat mukana tupakoineet potilaat (n=279). Tupakoimattomat, ja ne, joiden tupakoinnista ei ole tietoa, on jätetty pois (n=44). Ikäryhmässä 0–30 vuotta oli yksi tutkittava, hän jatkoi tupakointia. Ikäryhmässä 31–50 vuotiaat (n=20) tupakoinnin lopetti 12 henkilöä. Ikäryhmässä 51–60 vuotiaat (n=119) tupakoinnin lopetti 78 henkilöä. Ikäryhmässä 61–70 vuotiaat (n=121) tupakoinnin lopetti 96 henkilöä. Ikäryhmässä 71–80 vuotiaat (n=18) tupakoinnin lopetti 16 henkilöä.



Kuvio 1. Tupakoinnin lopettaminen ikäryhmittäin (n=279).

9.3 Sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

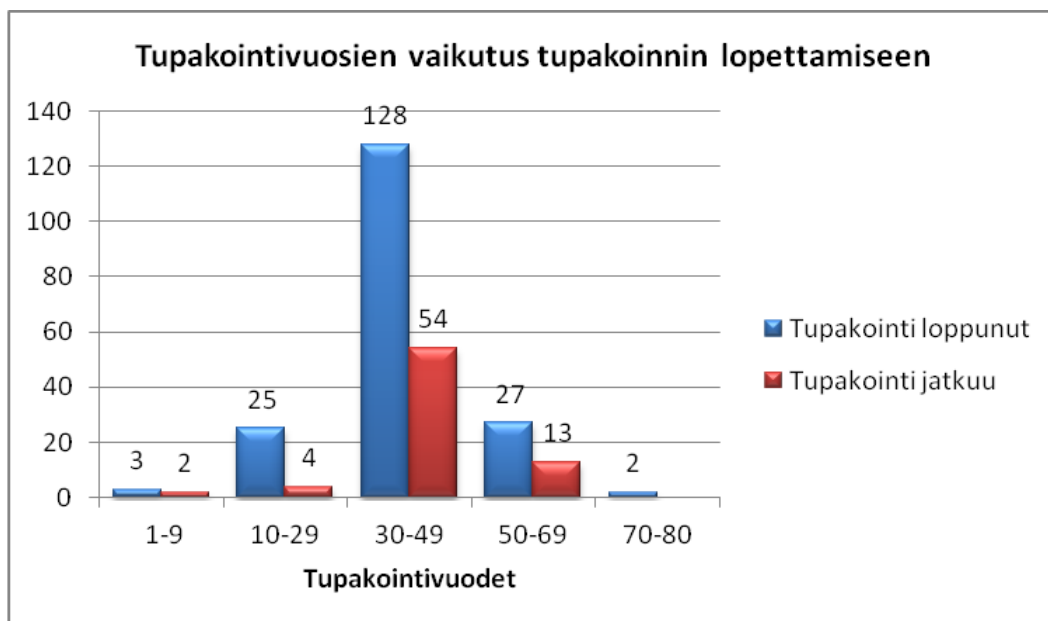
Toiseksi selvitettiin potilaan sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen (Kuvio 2). Tuloksessa ovat mukana ne potilaat, joista tupakointitiedot löytyvät (n=280). Kaikista tupakoinnin lopettaneista (n=201) naisten (n=64) osuus on 31 prosenttia ja miesten (n=138) osuus 69 prosenttia. Tupakoineista naisista (n=94) tupakoinnin lopetti 68 prosenttia (n=64) ja miehistä (n=186) 73 prosenttia (n=138).



Kuvio 2. Sukupuolen vaikutus tupakoinnin lopettamisessa (n=280).

9.4 Tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

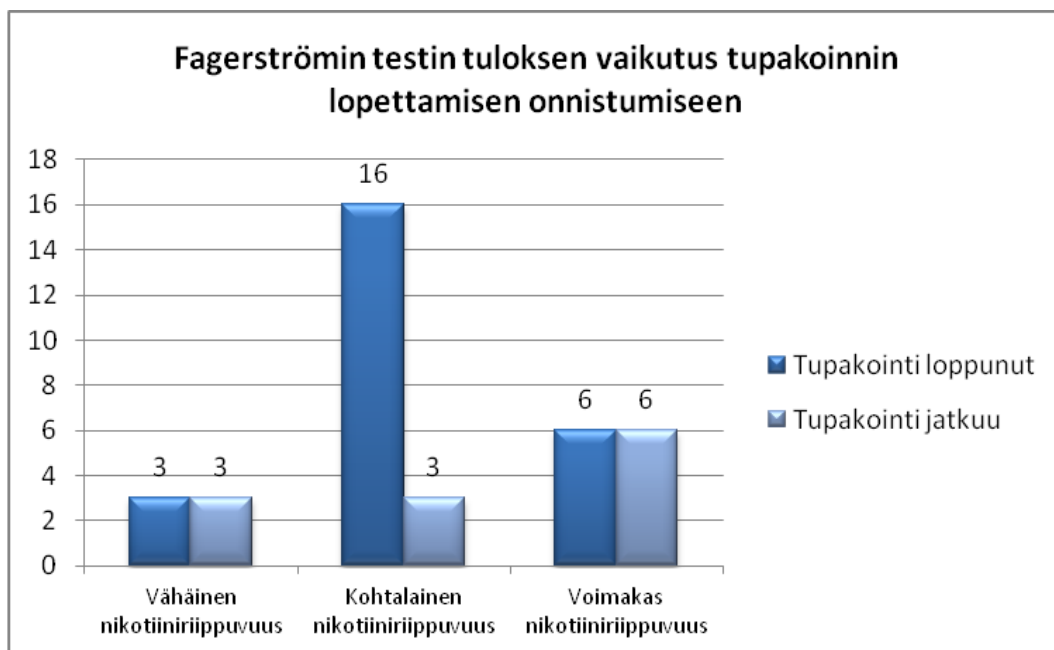
Kolmanneksi selvitettiin, mikä vaikutus tupakointivuosilla on potilaiden (n=258) tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen (Kuvio 3). Keskimäärin tupakointivuosia oli 38 vuotta. Keskiarvo potilas kuuluu tupakointivuosiluokkaan 30–49 vuotta (n=182), johon kuuluu 71 prosenttia tupakointivuosittain luokitelluista, tässä ryhmässä oli eniten tupakoinnin lopettaneita (n=128).



Kuvio 3. Tupakointivuosien vaikutus tupakoinnin lopettamiseen (n=258).

9.5 Fagerströmin testin tuloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

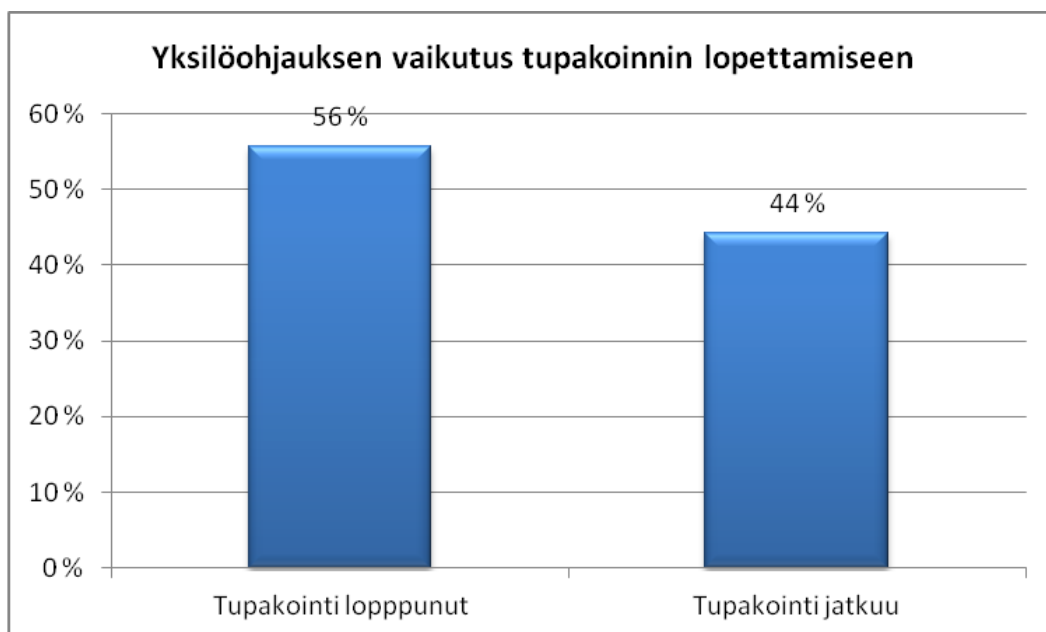
Neljänneksi selvitettiin mikä on Fagerströmin testin (LIITE 1) tuloksen vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen (Kuvio 4). Fagerströmin testissä kohtalaiseen nikotiiniriippuvuuden – ryhmään kuuluvista 84 prosenttia lopetti tupakoinnin (n=16), kun vastaava prosenttiluku oli vähäisesti (n=3) tai voimakkaasti (n=6) nikotiiniriippuvaisilla 50 prosenttia.



Kuvio 4. Fagerströmin testin tuloksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen (n=37).

9.6 Yksilöohjauksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

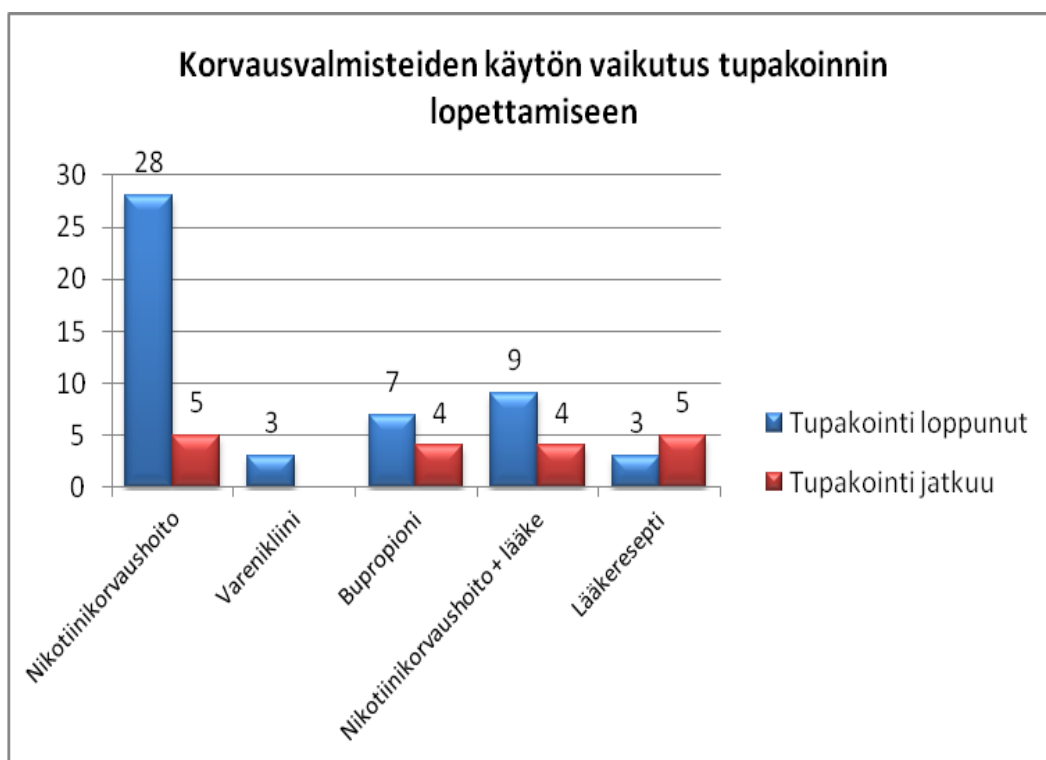
Viidentenä selvitettiin onko potilas käynyt yksilöohjauksessa (kuvio 5). Yksilöohjauksista 56 prosenttia lopetti tupakoinnin.



Kuvio 5. Yksilöohjauksen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen (n=70).

9.7 Nikotiinikorvaushoidon tai lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen

Kuudentena selvitettiin, onko potilas käyttänyt nikotiinikorvaushoitoa tai lääkkeitä tupakoinnin lopettamisen apuna (Kuvio 6). Nikotiinikorvaushoitoa käyttäneistä 86 prosenttia, varenikliinia käyttäneistä 86 prosenttia ja bupropionia käyttäneistä 63 prosenttia lopetti tupakoinnin. Tutkimuksen tekohetkellä varenikliini ei ollut vielä ollut yleisessä käytössä. Nikotiinikorvaushoito ja lääke – yhdistelmää käyttäneistä 67 prosenttia lopetti tupakoinnin.



Kuvio 6. Korvausvalmisteiden käytön vaikutus tupakoinnin lopettamiseen (n=68).

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelu

Tarkasteltaessa tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia on muistettava, että tutkituilla potilailla on keuhkohtaumatauti diagnoosi, tässä opinnäytetyössä ei ole tutkittu sen vaikutusta tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen. Koska keuhkohtaumatauti ke-

hittyy hitaasti, keskimääräinen tutkitun potilaan ikä on 60 vuotta. Tämän tutkimuksen perusteella ikä ei vaikuta tupakoinnin lopettamiseen onnistumiseen, vaan kaikissa ikäluokissa enemmistö lopetti tupakoinnin. Poikkeus oli ikäryhmässä 0-30 vuotiaat, tähän ikäryhmään kuului yksi potilas ja hän jatkoi tupakointia tutkimuksen tekoheikellä. Tästä ei kuitenkaan otoksen pienuuden takia voida tehdä johtopäätöksiä tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen.

Miesten näyttäisi olevan jonkin verran helpompi lopettaa tupakointi tämän opinnäytetyön tulosten mukaan. Samoja tupakoinnin lopettamismenetelmiä ja tukimuotoja voidaan käyttää sekä miehillä että naisilla, lukuun ottamatta raskaana olevia tupakoitsijoita. Tupakoinnin lopettamisohjelmien vaikuttavuus ei riipu sukupuolesta. Naiset hakevat todennäköisemmin apua lopettamisyrittäisiinsä. Lopettamistutkimusten mukaan naiset ja miehet hyötyvät samoista menetelmistä. Näyttö sen suhteen, hyötyvätkö naiset interventioista yhtä paljon kuin miehet, vaihtelee. Kaikki lopettamistuen muodot eivät ole naisilla yhtä tehokkaita kuin miehillä, tällainen on esimerkiksi nikotiinikorvaushoito. Lisäksi naisilla saattaa olla erilaisia stressitekijöitä ja lopettamisen esteitä, jotka pitää ottaa huomioon lopettamisen yhteydessä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa naisten suurempi taipumus masentuneisuuteen, suurempi huoli painonnoususta ja hormonaaliset tekijät. Erityisesti naisiin liittyvien tekijöiden huomioimista tupakoinnin lopettamisen tukemiseen on tutkittu vähän. (Korhonen 2011, Käypä hoito – suositus)

Tässä tutkimuksessa enemmistö tupakoineista onnistui lopettamaan tupakointivuosien määrästä huolimatta. Fagerströmin testituloksella näytti olevan vaikutusta tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen, enemmistä lopettaneista kuului kohtalaisesti nikotiiniriippuvaisten ryhmään, mutta vähäisesti ja voimakkaastikin nikotiiniriippuvaisista puolet lopetti tupakoinnin. Yksilöohjauksella näyttää olevan positiivinen vaikutus tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen samoin kuin korvausvalmisteiden käytöllä. Lehto ja Winell (2012, 1059) toteavat artikkelissaan, että optimaalisen tuen jälkeen tupakoinnin lopettamisprosentti voi olla jopa 30 prosenttia, kun se ilman hoitoa lopettaneilla on vain noin viisi prosenttia.

10.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet sisältyvät lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan keskeisiä oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Näistä tärkein on potilaan itsemääräämisoikeus, sen mukaan hoito tai tutkimus, tässä opinnäytetyössä tutkimus, edellyttää aina potilaan suostumusta. Potilaalla on oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta tai tutkimuksesta. Tähän opinnäytetyöhön potilaat ovat antaneet suostumuksensa tietojensa käyttöön osallistuessaan AST-tutkimukseen. Potilaalle on annettava kaikki ne tiedot, joilla on merkitystä, lisäksi potilaan tiedot on pidettävä salassa ja luottamuksellisina. (Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan Etenen www sivut 2001.)

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijoiden tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Tutkijoiden on otettava muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että he kunnioittavat näiden työtä ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaisessaan. Edelleen hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Yliopistojen, tutkimuslaitosten, ammattikorkeakoulujen ja muiden tieteellistä tutkimusta harjoittavien organisaatioiden on huolehdittava siitä, että hyvään tieteelliseen käytäntöön perehdyttäminen ja tutkimusetiikan opettaminen ovat osa niiden antamaa koulutusta. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse, mutta myös tutkimusyksikön johtaja ja tutkimusta harjoittavien organisaatioiden johto. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2002.)

On tärkeää, että tutkijoilla on hyvä ammattitaito jotta tutkimukset ovat laadukkaita ja niiden tulokset luotettavia. Ammattitaito voidaan jakaa kunkin tieteenalan edellyttämään tiedolliseen ja tutkimuskäytäntöjen tekniseen hallintaan sekä ammattietiikkaan, jotka yhdessä muodostavat hyvän tieteellisen käytännön. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2002.) Tämän opinnäytetyön tekijä on osallistunut Satakunnan ammattikorkeakoulun tarjoamiin koulutuksiin koskien etiikkaa ja opinnäytetyön tekemistä sekä noudattanut työn toteuttamisessa opinnäytetyön tekemistä koskevia menettelytapaohjeita. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa ilmoitetaan rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2002). Tässä opinnäytetyössä on ilmoitettu yhteistyökumppanit ja muut sidonnaisuudet. Tutkimuksen rahoituksesta opinnäytetyöntekijä vastasi itse.

Jokaisella julkaisun laatineella on tekijänoikeus omaan materiaaliinsa ja sitä siteeraavien on viitattava alkuperäisjulkaisuun lähdemerkinnöin. Viitemerkinnöillä tulee selvästi osoittaa mikä on hänen itsensä tuottamaa materiaalia ja mikä on jonkun muun tuottamaa tekstiä. Erityisesti on huolehdittava siitä, että suorat lainaukset sijoitetaan sitaattimerkkien väliin ja muut viittaukset osoitetaan lähdemerkinnöillä. (Kankkunen ym. 2009, 141.) Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Satakunnan ammattikorkeakoulun ohjeita tekstiviitteistä ja lähdeluettelon laadinnasta.

AST-tutkimukseen osallistuvien suostumuksella heidän sairaustietonsa on kerätty, säilytetty ja päivitetty valtakunnallisista terveydenhuollon rekistereistä, sairaaloista, terveyskeskuksista, työterveyshuolloista, opiskelijaterveydenhuolloista, yksityisiltä lääkäriasemilta ja lisäksi kyselylomakkeella on selvitetty sairauden vaikutuksia yleiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn. Tutkittava on voinut vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. (AST - yhteenveto 2007.)

Tietoturvan takaamiseksi tutkittavien henkilötietoja ei käytetty Excel-taulukossa, johon tiedot tallennettiin. Taulukko tehtiin TYKS:n keuhkotautien poliklinikalla olevalla tietokoneella ja se tallennettiin myös tutkimuksen tekijän käytössä olleelle muistitikulle. Muistitikku toimi samalla tiedonsiirtovälineenä ja varmuuskopiona. Tietoja haettiin ja tallennettiin TYKS:n keuhkotautien poliklinikalla Turussa ja

TYKS Vakka-Suomen sairaalan hallinto-osastolla Uudessakaupungissa. Molempiin sairaaloihin haettiin ja myönnettiin lupa toimia sairaanhoitopiirin yksikössä ilman palvelussuhdetta ja saatiin kulkuavaimet. Tämä tutkimus on hyväksytty VSSH:n eettisessä toimikunnassa. (Kilpeläinen henkilökohtainen tiedonanto 19.3.2010.)

10.3 Luotettavuuden pohdinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että onko teoreettiset käsitteet pystytty operationalisoimaan muuttujiksi luotettavasti. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimustulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, se tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen ym. 2009, 152.) Reliabiliteettia voidaan parantaa joillakin toimenpiteillä. Aineistojen kerääjät tulisi kouluttaa niin hyvin, että he toimivat aineistonkeruutilanteissa mahdollisimman samantyyppisesti. Lisäksi on pyrittävä minimoimaan kohteesta johtuvat virhetekijät, niitä ovat mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja niiden järjestys. Mittarin luotettavuuteen saattavat vaikuttaa myös ympäristötekijät, esimerkiksi tutkimusaineiston kokoamispaikka. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210.) Tämä opinnäytetyö on tehty yksin, eli sama henkilö on kerännyt aineiston eri lähteistä, tällöin se on kerätty samalla tavalla koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyöntekijä piti huolen omasta jaksamisestaan syöttäessään tietoja Excelin taulukkoon, tietojen hakeminen ja syöttäminen vaati keskittymistä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Opinnäytetyöntekijä sai käyttöönsä rauhalliset työtilat, joten ympäristötekijät eivät häirinneet. Kaikkien valmiina olevien aineistojen luotettavuutta on punnittava ja niihin on suhtauduttava kriittisesti, tämä merkitsee lähdekritiikkiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 189). Tässä opinnäytetyössä tämä tarkoittaa väärinymmärrystä tai muuta sekaannusta sairauskertomusten tupakointitietojen tulokinnassa. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 158) ovat kirjoittaneet listan osa-alueista, joista kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tulisi heidän mielestään koostua. Otoksen edustavuus on tässä opinnäytetyössä kattava, otokseen valittiin kaikki potilaat joiden tupakointitiedot löytyivät. Tutkittavien tiedot ha-

ettiin hoitosuunnitelmista ja potilastietojärjestelmästä, eli tutkittavia ei tarvinnut tavoittaa erikseen. Tutkittavat olivat antaneet suostumuksensa tietojensa käyttöön osallistuessaan AST-tutkimukseen. Tulokset on saatu aikaan tieteellisellä menetelmällä, Excelin taulukkolaskentaohjelmalla ja sen analyysityökaluilla. Hoitotyön käytäntöön tuloksilla on opinnäytetyön tekijän mielestä vaikutusta, koska tupakoinnin lopettamisen puheeksi ottaminen kannattaa aina, opinnäytetyön tulosten mukaan tupakoinnin lopettaminen onnistuu kun siihen annetaan apua ja ohjausta.

10.4 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämishaasteena kaikille terveydenhuollon ammattilaisille on tupakoinnin puheeksi ottaminen kaikilla vastaanotoilla ja tupakoinnin lopettamisen avun tarjoaminen. Opinnäytetyöntekijä huomasi tutkimusta tehdessään puutteita tupakoinnin kirjaamisessa, myös siinä on haastetta terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyöntekijä aikoo itse hyödyntää tutkimuksen tuloksia tulevassa terveydenhoitajan työssään, ottaessaan tupakoinnin puheeksi vastaanotolla. Tuloksia voidaan myös hyödyntää TYKS:n tupakasta vieroitusyksikössä.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia nämä samat asiat HYKS:n osalta, siellä ei tutkimuksen tekohetkellä toiminut kokopäivätoimista tupakasta vieroitushoitajaa. Olisi myös mielenkiintoista tietää nikotiinikorvaushoitojen ja erityisesti lääkkeiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen onnistumiseen tällä hetkellä, kun lääkkeet ovat olleet pidemmän aikaa käytössä tupakasta vieroituksessa. Mielenkiintoista olisi myös tietää onko keuhkohtaumataudin vaiheella vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen.

LÄHTEET

AST – yhteenveto 2007. Tutkimussuunnitelman yhteenveto.

Grönroos, P. 2009. Tupakastavieroitusohitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 16.10. – 19.10.2009.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2008. Viitattu 20.10.2009. <http://www.thl.fi>

Hengityslitto Heli Ry:n Stumppi www-sivut. Viitattu 28.10.2009. <http://www.stumppi.fi>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Itä-Suomen yliopiston, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen, Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen yksikön ja farmasian laitoksen, Savonia-ammattikorkeakoulun sekä Mikkelin, Seinäjoen, Lahden ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulujen yhteistyössä laatima monimuotoinen, eri ammattiryhmille soveltuva tupakasta vieroituksen koulutuskokonaisuus. Viitattu 29.04.2012. <http://www.uef.fi/tupakkakoulutus/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, T., Mäkelä, J., Laitinen-Väänänen, S. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Kilpeläinen, M. 2009. Keuhkosairauksien- ja allergologian erikoislääkäri, LT, Turun yliopistollinen keskussairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2009 – 19.3.2010.

Kinnula, V. & Tukiainen, P. 2005. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa V. Kinnula, P. E. Brander & P. Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. uud. p. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 352–360.

Knuutila, A. 2006. Keuhkosairaudet. Teoksessa R. Kauppinen (toim.) Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita Prima Oy, 319–320.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito - suositus. 1999/2004. Keuhkohtaumatauti. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim 115(22):2496–505. Viitattu 24.10.2009. <http://www.kaypahoito.fi>

Käypä hoito - suositus. 2002/2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen asettama työryhmä. Duodecim 118(24):2578–87. Viitattu 20.10.2009.
<http://www.kaypahoito.fi>

Käypä hoito – suositus. Lisätietoa aiheesta. Korhonen, T. 2011. Tupakoinnin lopettaminen ja sukupuoli.. Viitattu 02.11.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00273>

Käypä hoito – suositus. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 02.11.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Laitinen, T., Hodgson, U., Kupiainen, H., Tammilehto, L., Haahtela, T., Kilpeläinen, M., Lindqvist, A. & Kinnula, V.L. 2009. Real-World Clinical Data Identifies Gender-related Profiles in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 6, 256-261. Viitattu 6.8.2009.
<http://informahealthcare.com>

Lehto, S. & Winell, Klas. 2012. Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Duodecim 128, 1059.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 210.

Pfizer Oy:n www-sivut. Viitattu 08.10.2012.
<http://www.pfizer.fi/sites/fi/Products/terapia-alueet/Pages/Tupakoinninloppamahoitovaihtoehdot.aspx>

Suomen ASH ry:n www-sivut. Viitattu 29.04.2012.
<http://www.suomenash.fi/fi/etusivu/>

Tashkin, D. & Murray, R. 2009. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine 103, 963. Viitattu 21.3.2010.
<http://www.sciencedirect.com>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 08.10.2012.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/tupakka.htm>

Tupakkalaki 13.8.1976/693. Viitattu 21.10.2012. <http://www.finlex.fi>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 14.10.2012.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan Etenen www-sivut. Viitattu 14.10.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Kuinka riippuvainen olet nikotiinista?

1. Kuinka pian heräämisen jälkeen tupakoit ensimmäisen kerran?

- | | |
|-----------------------------|----|
| a) Viiden minuutin kuluessa | 3p |
| b) 6-30 minuutin kuluessa | 2p |
| c) 31-60 minuutin kuluessa | 1p |
| d) 60 minuutin jälkeen | 0p |

2. Onko sinusta vaikeaa olla tupakoimatta tiloissa, joissa se on kiellettyä?

- | | |
|----------|----|
| a) Kyllä | 1p |
| b) Ei | 0p |

3. Mistä tupakointikerrasta sinun olisi vaikeinta luopua?

- | | |
|------------------------|----|
| a) Aamun ensimmäisestä | 1p |
| b) Jostain muusta | 0p |

4. Kuinka monta savuketta poltat vuorokaudessa?

- | | |
|-----------------------------|----|
| a) 1-10 savuketta | 0p |
| b) 11-20 savuketta | 1p |
| c) 21-30 savuketta | 2p |
| d) 31 savuketta tai enemmän | 3p |

5. Poltatko aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana?

- | | |
|----------|----|
| a) Kyllä | 1p |
| b) En | 0p |

6. Tupakoitko, jos olet niin sairas, että joudut olemaan vuoteessa suurimman osan päivää?

- | | |
|----------|----|
| a) Kyllä | 1p |
| b) En | 0p |

Tulkinta:

- | | |
|---------------|---------------------------------|
| 0-2 pistettä | Vähäinen nikotiiniriippuvuus |
| 2-6 pistettä | Kohtalainen nikotiiniriippuvuus |
| 7-10 pistettä | Voimakas nikotiiniriippuvuus |

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Lähde: Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27.