

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
2013

Anu Hakala & Sofia Koch

SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN NEUVOLOISSA

– kysely yksilövieroitusmallin kehittämiseksi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2013 | 77 sivua ja 5 liitettä

Ohjaajat: Kristiina Viljanen, Riikka Korhonen & Sirpa Ernvall

Anu Hakala & Sofia Koch

SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN NEUVOLOISSA

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda pohja savuttomuuteen tukevan yksilövieroitusmallin kehittämiseen Turun äitiys- ja lastenneuvoloihin. Työ liittyy Savuton Turku 2015 – ohjelmaan, joka sisältää erilaisten savuttomuusmallien kehittämisen perusterveydenhuoltoon.

Raskaus- ja imetysajan tupakointi aiheuttaa huomattavan terveystarpeen äidille, sikiölle, syntyvälle lapselle ja koko perheelle. Siksi neuvoloiden savuttomuuteen tukevalla työllä voitaisiin merkittävästi edistää tämän väestöryhmän terveyttä.

Opinnäytetyö toteutettiin strukturoituna sähköisenä kyselynä, joka lähetettiin turkulaisten äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille ja kätilöille. Kyselyn avulla selvitettiin neuvoloiden henkilökunnan nykyistä osaamista, asenteita ja koulutuksen tarpeita savuttomuuteen tukemiseen liittyen sekä toiveita tulevan vieroitusmallin sisällöistä ja menetelmistä. Tuloksia hyödynnetään savuttomuuteen tukevan yksilövieroitusmallin kehittämisessä.

Kyselyn vastaajat (n=38) antavat tällä hetkellä eniten tietoa tupakoinnin haitoista ja lopettamisen hyödyistä tupakoiville äideille sekä tukevat kumppania savuttomuuteen. Kaikki vastaajat kysyvät tupakoinnista, mutta kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen ei täysin toteudu. Tupakoinnin uudelleenaloittamiselle altistavia tekijöitä tunnistetaan laajasti ja savuttomuuden jatkumista synnytyksen jälkeen tuetaan antamalla tietoa, kannustamalla ja motivoimalla sekä kontrolloimalla. Asiakkaan vieroitusoireita ei osata täysin tunnistaa. Myös tieto vieroitusoireiden hoidosta on osin puutteellista tai virheellistä.

Vastaajat sisällyttäisivät kehitteillä olevaan yksilövieroitusmalliin tällä hetkellä neuvoloissa jo käytössä olevia menetelmiä ja aihealueita. Menetelmistä vastaajat sisällyttäisivät lisäksi motivoivan haastattelun, Kuuden K:n mallin ja nikotiinikorvaushoidon tarjoamisen ja aihealueista synnytyksen jälkeisen savuttomuuteen tukemisen. Vastaajat kokevat koulutuksensa riittämättömäksi koskien savuttomuutta tukevia menetelmiä sekä synnytyksen jälkeistä savuttomuuteen tukemista.

Raskaana olevan savuttomuuteen tukemista pidetään tärkeänä ja neuvolatyöhön kuuluvana. Tupakoinnin puheeksi ottaminen koetaan kuitenkin joskus vaikeaksi asiakkaasta johtuvista syistä. Suurin osa vastaajista katsoo, että raskaana oleva on itse vastuussa omasta tupakoinnistaan. Yksimielisyyttä ei ole myöskään siitä, onko savuttomuuteen tukemisessa kyse sairauden hoidosta.

ASIASANAT:

Imetys, lapset, raskaus, riippuvuus, sikiö, tupakoimattomuus, tupakointi, vieroitus, äitiyshuolto

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Public Health Nursing

2013 | 77 pages & 5 appendixes

Instructors: Kristiina Viljanen, Riikka Korhonen & Sirpa Ernvall

Anu Hakala & Sofia Koch

PROMOTING SMOKING CESSATION IN MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES

The purpose of this thesis is to create a basis for an individual model of smoking cessation for maternal and child health services in Turku. The thesis is a part of Savuton Turku 2015 – smokefree programme, which contains development of different smoking cessation models for public health care.

Smoking during pregnancy and lactation causes significant health risks for the mother, the fetus, the baby and the whole family. Therefore smoking cessation interventions provided by maternal and child health services could remarkably promote health in this population group.

The thesis was carried out as a structured electronic questionnaire, which was sent to the public health nurses and midwives in maternal and child health services in Turku. The public health nurses' and midwives' current competence, attitudes and educational needs concerning smoking cessation interventions was investigated with the questionnaire, as well as their expectations regarding to the contents and the methods of the individual model of smoking cessation.

The respondents of the study (n=38) give most information about risks of smoking and benefits of quitting smoking, as well as support partners in smoking cessation at the moment. All of the respondents ask about smoking, but not all of them advice to quit smoking. The predisposing factors to relapse were recognized widely and relapse was prevented by giving information, encouraging, motivating and controlling. The customers' withdrawal symptoms were not properly identified. The knowledge of treatment of withdrawal symptoms was partly defective and incorrect.

The respondents wanted to include currently used methods and contents in the individual model of smoking cessation. They also wanted to include motivational interviewing, the 5 A's and nicotine replacement therapy as methods and prevention of relapse after delivery as a content in the model. Generally speaking education of the smoking cessation methods and prevention of relapse after delivery was experienced insufficient.

Promoting smoking cessation during pregnancy was considered important. It was also considered as a part of work in maternal and child health services. Talking about smoking with customers was experienced difficult sometime resulting from customers. The great part of respondents regard that a pregnant woman is responsible of her smoking. There is no consensus whether promoting smoking cessation is about treating a disease or not.

KEYWORDS:

Addiction, child, fetus, lactation, non-smoking, pregnancy, prenatal care, smoking, smoking cessation, withdrawal

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 TUPAKOINTI ILMIÖNÄ – HISTORIAKATSAUS	8
3 TUPAKOINNIN YLEISYYS	11
3.1 Tupakoinnin kehitys ja yleisyys Suomessa	11
3.2 Tupakoinnin yleisyys raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen	13
4 TUPAKOINNIN HAITAT	15
4.1 Tupakoinnin kustannukset yhteiskunnalle	15
4.2 Yleiset terveyshaitat	15
4.2.1 Tupakoinnin välittömät vaikutukset	15
4.2.2 Tupakoinnin pitkäaikaisvaikutukset	15
4.3 Terveyshaitat raskaana olevalle, sikiölle ja lapselle	16
4.4 Tupakoinnin vaikutus imetykseen	18
5 RIIPPUUUS TUPAKASTA	19
5.1 Fyysinen riippuvuus – riippuvuus nikotiinista	20
5.2 Psykkinen ja sosiaalinen riippuvuus	22
6 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN YHTEISKUNNAN TASOLLA	25
6.1 Tupakkalainsäädäntö	25
6.1.1 Tupakkalainsäädännön kehityksestä Suomessa	25
6.1.2 Tupakkalain keskeistä sisältöä	26
6.2 Hintapolitiikka ja tuontirajoitukset	27
6.3 Tupakoinnin vastaisia strategioita ja ohjelmia	27
7 PERHEEN SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN	30
7.1 Tupakoinnin lopettamisen prosessi	30
7.2 Tupakastavieroituksen nykytila Suomessa	30
7.3 Tupakkavieroitusyksikkö ja tupakkaklinikka	33
7.4 Nikotiinikorvaushoito ja lääkehoito	33

8 RASKAANA OLEVAN JA IMETTÄVÄN SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN	35
8.1 Tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä	35
8.2 Savuttomuuteen tukevia menetelmiä kansainvälisten tutkimusten mukaan	36
8.2.1 Motivoiva haastattelu	36
8.2.2 VBRT	37
8.2.3 Opaslehtiset	37
8.2.4 Nikotiinikorvaushoito ja lääkehoito	38
8.3 Kumppanin, läheisten ja ystävien vaikutuksesta tupakoinnin lopettamiseen	39
8.4 Relapsin estosta	40
8.5 Asenteiden merkitys savuttomuuden toteutumisessa	42
9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	45
10 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	46
10.1 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto	46
10.2 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus	48
10.3 Aineiston käsittely ja analysointi	48
11 TULOKSET	50
11.1 Vastaajien taustatiedot	50
11.2 Raskaana olevien savuttomuuteen tukemisen toteutuminen neuvoloissa	51
11.3 Koulutussisältöjen tarve savuttomuuteen tukemisessa	57
11.4 Työmenetelmien tarve savuttomuuteen tukemisessa	60
11.5 Asenteiden vaikutus savuttomuuteen tukemiseen	63
12 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	64
12.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	64
12.2 Tutkimuksen luotettavuus	67
12.3 Tutkimuksen eettisyys	69
12.4 Kehittämisehdotukset	69
LÄHTEET	71

LIITTEET

- Liite 1. Tiedonhakutaulukko.
- Liite 2. Tutkimuslupalomake.
- Liite 3. Saatekirje.
- Liite 4. Kyselylomake.
- Liite 5. Ristiintaulukoinnin tulokset.

KUVAT

Kuva 1. Tupakointiin liittyvä sukupolvien välinen sairastavuuden kehä.	41
Kuva 2. Mittausvälineen laatiminen aineiston hankkimiseksi.	47
Kuva 3. Aineiston käsittely ja analysointi.	48
Kuva 4. Esimerkki avointen kysymysten analyysistä.	49

KUVIOT

Kuvio 1. Päivittäin tupakoivien miesten ja naisten osuudet 1980–2010.	11
Kuvio 2. Tupakointi Euroopassa 1996-2003 välisenä aikana.	12
Kuvio 3. Synnyttäjien tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana ikäryhmittäin 2011.	14
Kuvio 4. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kehittyminen perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena.	20
Kuvio 5. Vastaaajien työkokemus vuosina.	50
Kuvio 6. Raskaana olevan ja synnyttäneen savuttomuuteen tukemisessa käytetyt menetelmät.	53
Kuvio 7. Vieroitusoireiden hoito raskaana olevalla ja imettävällä.	56
Kuvio 8. Koulutuksen riittävyys savuttomuutta tukevista aihealueista.	57
Kuvio 9. Lisäkoulutuksen tarve savuttomuutta tukevista aihealueista.	58
Kuvio 10. Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä aihealueita.	59
Kuvio 11. Koulutuksen riittävyys savuttomuutta tukevista menetelmistä.	60
Kuvio 12. Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä menetelmiä.	61
Kuvio 13. Muita tarpeita savuttomuutta tukevan työn toteuttamiseen.	62

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedon antaminen raskaana olevalle ja synnyttäneelle.	52
Taulukko 2. Tupakoinnin uudelleen aloittamiselle altistavat tekijät synnytyksen jälkeen.	54
Taulukko 3. Savuttomuuden jatkumista tukevat menetelmät synnytyksen jälkeen.	55

1 JOHDANTO

Suomessa raskaudenaikainen tupakointi on pysytellyt samalla tasolla viimeiset 20 vuotta: 15 % raskaana olevista tupakoi. Muissa Pohjoismaissa raskaudenaikainen tupakointi on merkittävästi vähentynyt. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010b.) Suomessakin tavoite tupakoinnin vähentämiseksi on asetettu: Suomen ehkäisevää terveyspolitiikkaa linjaavan Terveys 2015- kansanterveysohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääminen ja terveydentilan parantaminen. Koska raskaus- ja imetysajan tupakointi aiheuttaa huomattavan terveysriskin äidille, sikiölle, lapselle ja koko perheelle, tämän väestöryhmän savuttomuuteen tukemisella voitaisiin merkittävästi edistää kansanterveysohjelman tavoitteen saavuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda pohja yksilövieroitusmallin kehittämiseksi tupakoiville naisille turkulaisiin äitiys- ja lastenneuvoloihin. Malli tulee olemaan osa Savuton Turku 2015 - ohjelmaa. Yhteistyökumppaneina opinnäytetyössä toimivat Turun ammattikorkeakoulu ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan terveyden edistämisen yksikkö.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on taustoittaa tupakointia terveyden edistämisen näkökulmasta unohtamatta sen sosiokulttuurista merkitystä. Katsauksessa käsitellään tupakoinnin esiintyvyyttä, terveyshaittoja, tupakkariippuvuuden osatekijöitä ja mekanismeja, savuttomuuteen tukemista yhteiskunnallisella tasolla, perheen tasolla sekä raskaana olevan ja imettävän elämässä. Kirjallisuuskatsauksen valmistelussa tukena on ollut professori, Ph.D., R.D.H. Joan M. Davis (Southern Illinois University Carbondale).

Opinnäytetyö toteutettiin sähköisenä kyselynä turkulaisten äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille ja kättilöille. Kyselyn avulla selvitettiin neuvoloiden henkilökunnan nykyistä osaamista, asenteita ja koulutuksen tarpeita savuttomuuteen tukemiseen liittyen sekä toiveita tulevan vieroitusmallin sisällöistä ja menetelmistä. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää savuttomuuteen tukevan yksilövieroitusmallin kehittämisessä.

2 TUPAKOINTI ILMIÖNÄ – HISTORIAKATSAUS

Tupakointi ilmiönä käsitetään yhteiskunnassamme eri tavoin. Aihetta voidaan tarkastella sen historian valossa, kulttuurisena tai sosiaalisena ilmiönä, osana identiteetin rakentamista tai lääketieteen näkökulmasta. Vaikka tässä työssä tupakointia tarkastellaankin terveyden edistämisen näkökulmasta, tuodaan kirjallisuuskatsauksessa suppeasti esille myös muita näkökulmia aiheeseen, jotta tupakointi ilmiönä voitaisiin kiinnittää laajempaan kontekstiin ja näin nähdä se sosiokulttuurisena ilmiönä.

Tupakan arvellaan olevan kotoisin Keski-Amerikasta, jossa Maya-intiaanit todennäköisesti ovat käyttäneet sitä jo 2500 vuotta sitten polttamalla kasvin lehtiä. He käyttivät sitä uskonnollisissa rituaaleissa ja myös lääkkeenä. (Doll 1999, 290.) Merkkejä tupakan käytöstä myös nautintoaineena löytyy yli tuhannen vuoden ikäisistä Maya-intiaanien kivipiirroksista (Kärkkäinen ym. 2000, 800).

Tupakkakasvi (*Nicotina tabacum*) tuli Eurooppaan todennäköisesti espanjalaisien mukana Karibialta 1500-luvulla (Doll 1999, 290) ja sen poltto, ”savun juominen”, yleistyi nopeasti löytöretkeilijöiden, merimiesten, sotilaiden, kauppiaiden ja siirtolaisten välityksellä (Piispa 1995, 1). Tupakkaa pidettiin tuolloin nautintoaineena alkoholin tapaan, mutta sitä käytettiin myös lääkkeenä muun muassa yskään, astmaan, päänsärkyyn, vatsakipuihin, kihtiin, naistentauteihin, avohavoihin ja pahanlaatuisiin kasvaimiin. Tupakan uskottiin myös suojaavan rutolta. (Doll 1999, 290; Kärkkäinen ym. 2000, 800.) Lääkkeenä käytettäessä tupakkakasvin lehtiä pureskeltiin, käytettiin nenän kautta annosteltavana jauheena tai kasvin lehtiä voitiin käyttää paikallisesti (Doll 1999, 290).

Ruotsi-Suomeen tupakka tuli 1600-luvun aikana. Tupakoinnin muodoista yleisin oli tuolloin piipunpoltto. 1700-luvulla nuuskan käyttö oli suosittua (Piispa 1995, 2) ja 1800-luvun alussa sikari tuli muotiin. Ensimmäiset savukkeet eli paperossit tulivat Suomeen Venäjältä 1800-luvulla (Kärkkäinen ym. 2000, 800) ja ensimmäiset savukkeet Suomessa valmisti Rettigin tehdas vuonna 1856 (Piispa 1995, 4).

Vuonna 1881 tapahtuneen savukekoneen keksimisen jälkeen tupakointi muuttui ratkaisevasti: savukkeiden massatuotanto mahdollistui ja siten niiden hinta halpeni. Tupakointi lisääntyi voimakkaasti erityisesti kaupunkien työväestön keskuudessa. Tupakan mainontaan liitettiin ylellisyys, erotiikka, itsenäisyys sekä valta, ja tupakoinnista tuli myös osa elokuvien tarjoamaa maailmankuvaa. (Kärkkäinen ym. 2000, 800.) Yhteiskunnallisten muutosten myötä myös naisten tupakointi alkoi lisääntyä heidän siirryttyään ansiotyöhön kodin ulkopuolelle. Taloudellisen ja moraalisen tasa-arvoisuuden lisääntyminen vaikutti naisten tupakoinnin kasvuun, mutta myös savukekulttuurin läpimurto ja savukkeiden tuotekehittäminen on vaikuttanut asiaan: tupakkateollisuus on kehittänyt niin sanottuja kevytsavukkeita laajentaakseen markkinointia naisten keskuudessa. (Piispa 1995, 5.)

Tupakoinnin terveydellisistä haitoista ei sen historian alkuaikoina tiedetty, vaan päinvastoin tupakkaa käytettiin lääkkeenä. Kuitenkin jo 1741 tupakointi kiellettiin Ruotsi-Suomessa alle 21-vuotiailta terveyssyiden perusteella. Collegium medicum lähetti vuonna 1785 kuninkaalle kirjelmän, jossa todettiin tupakoinnin olevan haitallista sikiölle. 1930-luvulla henkivakuutusyhtiö kiinnitti Yhdysvalloissa huomiota tupakoitsijoiden ennenaikaisiin kuolemiin. Ensimmäinen tieteellisesti luotettava tutkimus tupakoinnin ja keuhkosyövän yhteydestä julkaistiin Saksassa 1939, jossa Kölnin yliopiston patologian laitoksen tutkija Franz H. Müller julkaisi kontrolloidun epidemiologisen tutkimuksen aiheesta (Müller 1939, 84). Tutkimustulokset kuitenkin jäivät huomiotta, sillä natsiaikaan ei heti toisen maailmansodan jälkeen voitu yhdistää mitään hyvää (Hiilamo 2008, 225).

Tupakoinnin haittavaikutuksiin alettiin laajemmin kiinnittää huomiota toisen maailmansodan jälkeen, jolloin ensimmäiset nuoruudestaan saakka runsaasti tupakoineiden miesten ikäluokat tulivat keski-ikään ja alkoivat sairastua. Tupakoinnin yhteyttä keuhkosyöpään ja sydänsairauksiin alettiin epäillä, mutta varmuudella tupakoinnin katsottiin aiheuttavan vain yskää. (Kärkkäinen ym. 2000, 800.) Selkeä todiste tupakoinnin ja keuhkosyövän välisestä yhteydestä löytyy vuonna 1950 julkaistuista toisistaan riippumattomista tutkimuksista Englannissa (Doll ja Hill 1950, 746) ja Yhdysvalloissa (Wynder ja Graham 1950, 329), jonka

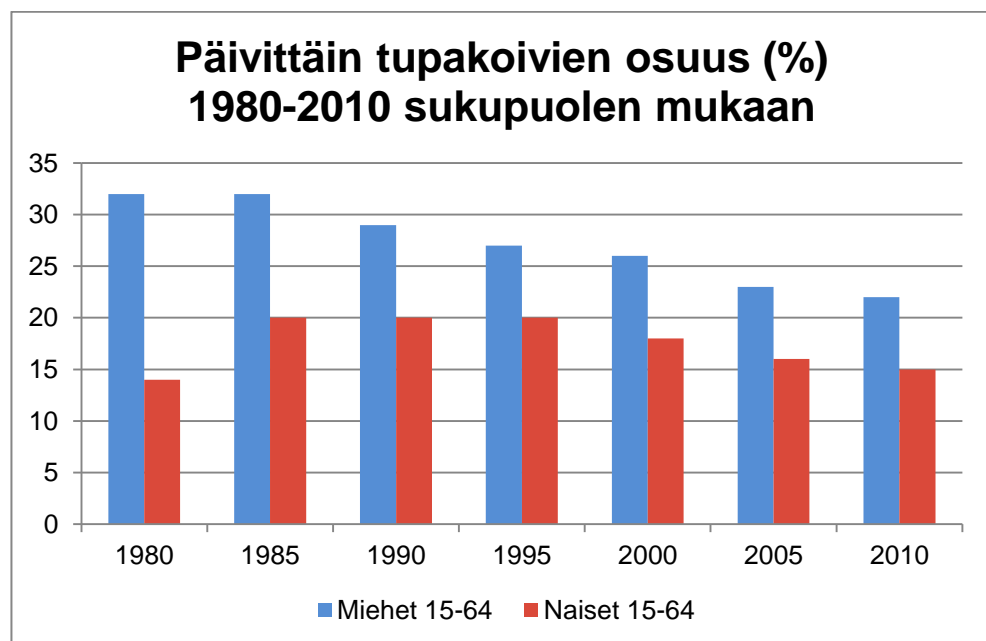
jälkeen tupakoinnin terveyshaitat alettiin tunnistaa laajemmin. Vuonna 1964 Yhdysvaltain terveysviranomaisten niin sanotun Terra-raportin tuloksena tupakointi tuli myös lainsäädännön kohteeksi (Pennanen ym. 2006, 12).

Nykyään tiedetään, että tupakansavu sisältää yhteensä yli 4 000 erilaista kemikaalia, jotka voidaan jakaa syöpää aiheuttaviin, ärsyttäviin ja riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin. Yli 70:n tupakan sisältämän kemikaalin tiedetään aiheuttavan syöpää (Hildén 2006, 7-9; Cancer Research UK 2012.) Nämä tosiasiat ovat johdaneet tupakkasäätelyyn yhteiskunnassa. Väestön suojelun rinnalla on kuitenkin jatkuvasti käyty keskustelua myös toisesta kulttuurisesti vahvasta teemasta, yksilönvapaudesta.

3 TUPAKOINNIN YLEISYYS

3.1 Tupakoinnin kehitys ja yleisyys Suomessa

Miesten päivittäistupakointi on viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana vähentynyt melko tasaisesti (tutkimusjakso on alkanut 1978). Naisten päivittäistupakointi taas yleistyi 1980-luvun puoliväliin saakka. Tämän jälkeen naisten tupakointi pysyi pitkään samalla tasolla (noin 20 %), mutta kääntyi laskuun 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puolivälin jälkeen. (Helakorpi ym. 2012, 13.) (Kuvio 1)



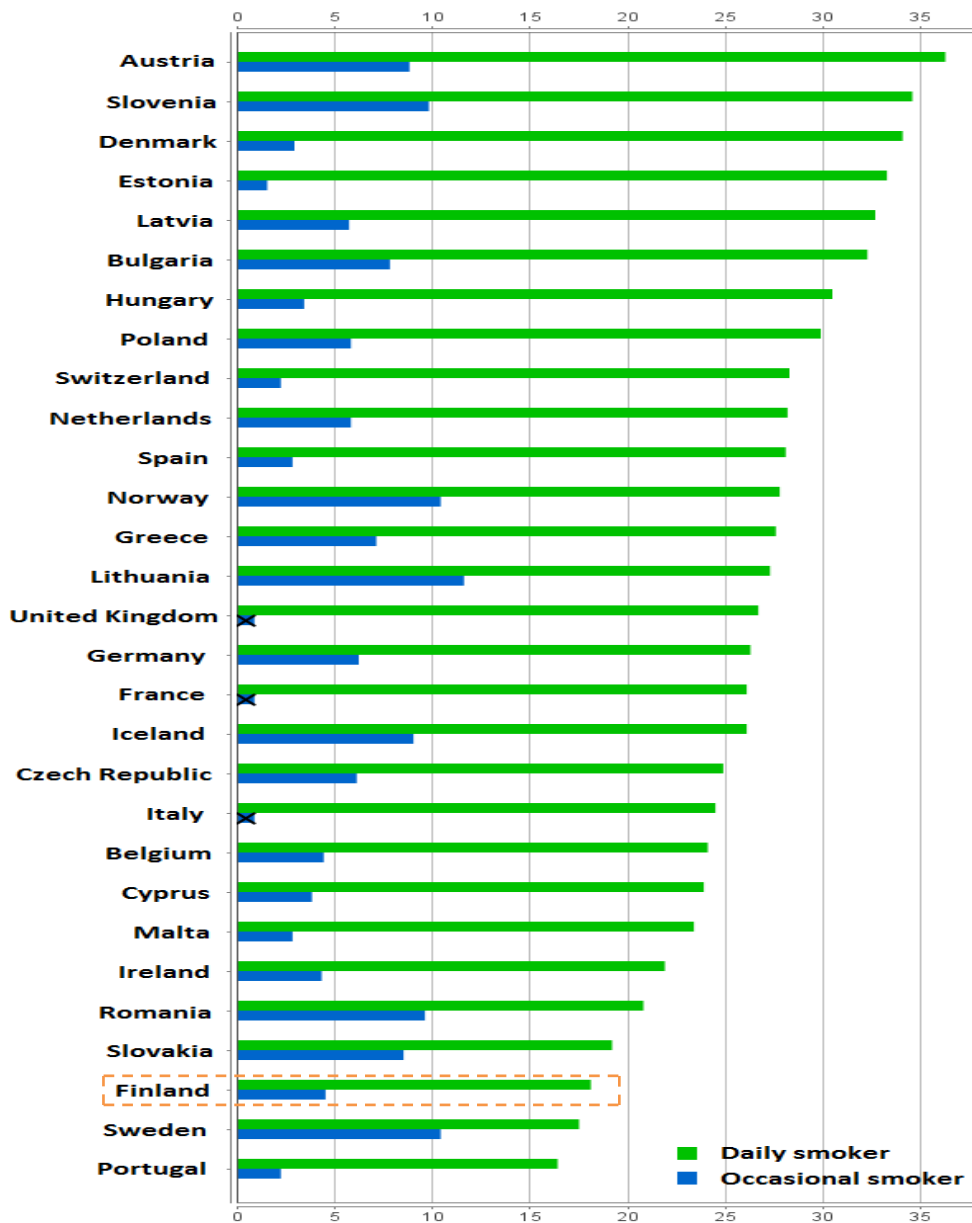
Kuvio 1. Päivittäin tupakoivien miesten ja naisten osuudet 1980–2010 (Stakes 2012).

Vuonna 2011 työikäisistä miehistä tupakoi päivittäin 22 % ja naisista 15 %. Nuorista (15–24-vuotiaat) miehistä 12 % ja naisista 14 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Satunnaisesti tupakoivia oli nuorista miehistä 6 % ja nuorista naisista 10 %. (Helakorpi ym. 2012, 12.)

Tupakoitsijoista noin 60 % kertoi haluavansa irti tupakasta ja 79 % olevansa huolissaan tupakoinnin jatkamisen vaikutuksesta terveyteensä (Helakorpi ym.

2011, 14). Vuonna 2010 päivittäin tupakoivista naisista ja miehistä 38 % ilmoitti yrittäneensä lopettaa tupakoinnin edeltäneen vuoden aikana (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010b, 2).

Muihin eurooppalaisiin verrattuna suomalaisten päivittäinen tupakointi on vähäisempää ja satunnainen tupakointi eurooppalaista keskitasoa. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tupakointi Euroopassa 1996-2003 välisenä aikana (Eurostat 2012).

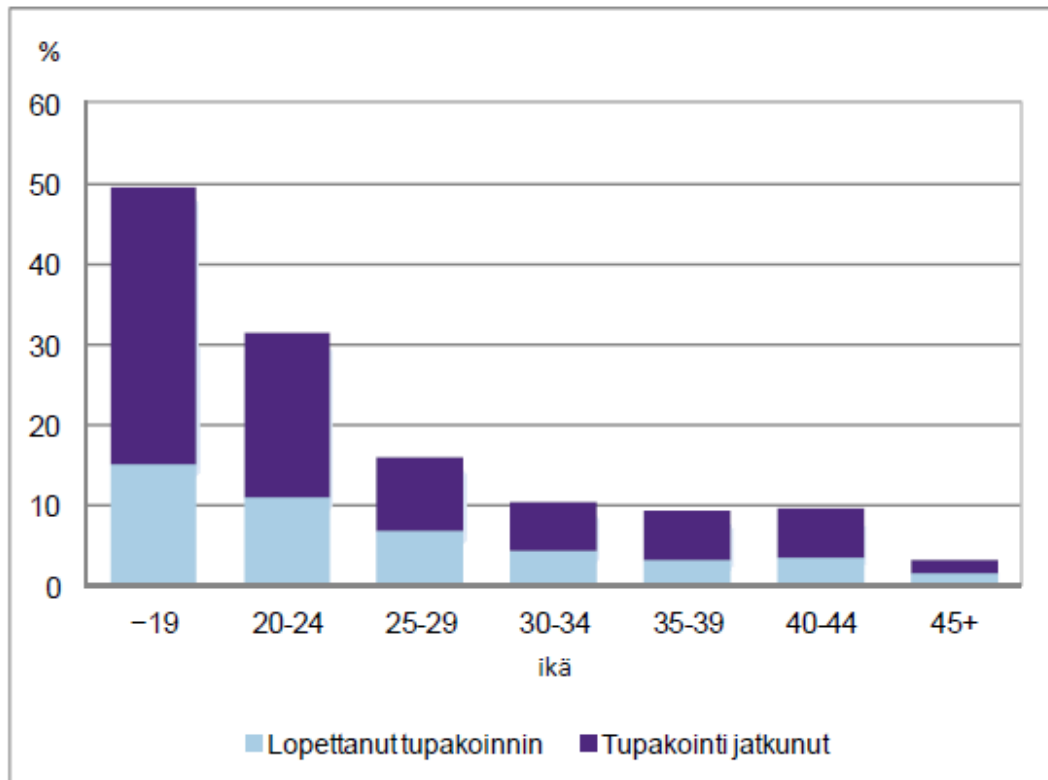
3.2 Tupakoinnin yleisyys raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen

Niemi-Mustosen ym. (2010) väestöpohjaiseen prospektiiviseen seurantatutkimukseen osallistuneista naisista ennen raskautta 32 % tupakoi päivittäin. Äitien tupakointi puolittui ja tupakointikerrat ja -määrät vähenivät raskauden ajaksi. Lapsen synnyttyä tupakoivien naisten osuus ja poltetut savukemäärät lisääntyivät, mutteivät palanneet raskautta edeltäneelle tasolle. Ennen raskautta tupakoineista naisista yli puolet jatkoi tupakointia lapsen syntymän jälkeen. (Niemi - Mustonen ym. 2010, 3137–3138.)

Miehistä 44 % tupakoi ennen kumppaniensa raskautta. Heistä 8 % lopetti tupakoinnin kumppaninsa raskauden myötä. Tupakoinnin lopettaneiden miesten osuus lisääntyi jatkuvasti lapsen kasvaessa siten, että enää vajaa kolmannes isistä tupakoi lapsen ollessa kouluiässä. (Niemi - Mustonen ym. 2010, 3137–3138.)

Viime vuosina raskaudenaikaisen tupakoinnin lopettaminen on kuitenkin kehittynyt positiiviseen suuntaan: yhä useampi tupakoiva raskaana oleva nainen lopettaa tupakoinnin vähintään raskauden ajaksi. Vuonna 2011 tupakoinnin lopetti 39 % kaikista synnyttäjistä raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, kun vuonna 2001 lopettaneiden määrä oli 14 % (Vuori & Gissler 2012, 1).

Tupakointi oli yleisempää nuorilla ja vähemmän koulutetuilla äideillä ja isillä (Niemi- Mustonen 2010, 3137–3138). Vuonna 2011 alle 20-vuotiaista raskaana olevista lähes puolet tupakoi raskauden alussa ja heistä 31 % lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Vastaavasti yli 35-vuotiaista tupakoi 9 % raskauden alussa, ja heistä 36 % lopetti tupakoinnin raskauden aikana. (Kuvio 3.) (Vuori & Gissler 2012, 1.)



Kuvio 3. Synnyttäjien tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana ikäryhmittäin 2011 (Vuori & Gissler 2012, 4).

Kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Suomessa raskaudenaikainen tupakointi on merkittävästi vähentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Suomessa raskaudenaikainen tupakointi on pysytellyt viimeiset 20 vuotta 15 %:ssa, kun taas Tanskassa tupakoivien määrä on puolittunut ja Ruotsissa määrä on vähentynyt 8,5 %:iin. (Stakes 2006, Lehtonen 2008, 1048; THL 2010a.)

4 TUPAKOINNIN HAITAT

4.1 Tupakoinnin kustannukset yhteiskunnalle

Tupakointi aiheuttaa vuosittain kahden miljardin euron kokonaiskustannukset yhteiskunnalle (Mäntymaa 2010, 297; Päihdelinkki 2011). Kaikista terveydenhuollon kustannuksista arviolta noin 6-15 % johtuu tupakoinnista (Vitikainen 2006, 2985). Lisäksi tupakointi aiheuttaa Suomessa vuosittain arviolta 1,2 miljoonaa sairauspoissaolopäivää, 600 000 lääkäriäkäyntiä sekä 220 000 – 300 000 hoitopäivää. Näin ollen tupakasta johtuvien sairauksien hoitoon käytetään resursseja yhden suuren keskussairaalan kapasiteetin verran. (Mäntymaa 2010, 297; Suomen ASH 2013.)

4.2 Yleiset terveyshaitat

4.2.1 Tupakoinnin välittömät vaikutukset

Nikotiini supistaa ääreisverisuonia, mikä lisää sydämen sykettä, nostaa verenpainetta, heikentää ihon verenkiertoa ja laskee kehonlämpöä. Suurina annoksina nikotiini aiheuttaa myrkytysoireita, kuten pahoinvointia, päänsärkyä ja tasapainohäiriöitä. Yli 60mg:n annos on aikuiselle ihmiselle tappava. Häkä eli hiili-monoksidi sitoutuu hemoglobiiniin ja heikentää hapenkuljetusta. Syöpää aiheuttavat bentsopyreeni, formaldehydi ja syanidihappo ärsyttävät hengitysteiden limakalvoja, lamaavat keuhkoputkien värekarvatoimintaa ja näin heikentävät liman poistumista keuhkoista. (Pietilä 2003, 421.)

4.2.2 Tupakoinnin pitkäaikaisvaikutukset

Suomessa kuolee vuosittain noin 6000 henkilöä tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Tupakointi on suurin yksittäinen kuolemantuottaja sekä merkittävä sairastuvuutta ja työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä. Tupakointi vaikeuttaa monien sai-

rauksien hoitoa ja heikentää paranemistuloksia. Tupakoinnin lopettaminen parantaa monien sairauksien ennustetta. (Patja ym. 2005, 107–108; Käypä hoito 2012.)

Nikotiini lisää sympaattisen hermoston stimulaation kautta sydämen lyöntitiheyttä, verenpainetta ja ääreisverenkierron vastusta, mikä altistaa sydän- ja verisuonitaudeille. Tupakointi vaikuttaa haitallisesti veren rasvakuvaan ja lisää verihiutaleiden aggregaatio- eli tarttumistaipumusta. Nämä tekijät ahtaavat ja kalkkeuttavat verisuonia. Tupakointi kaksinkertaistaa sydän- ja verisuonisairauksien vaaran. (Pietilä 2003, 422.) Joka viides sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus on tupakoinnin aiheuttama. Tupakoitsijan riski sydän- tai aivoinfarktiin on 2-9 -kertainen tupakoimattomiin verrattuna (Käypä hoito 2011; THL 2012).

Syöpäsairauksista kolmannes aiheutuu tupakoinnista (THL 2012). Erityisen selkeä yhteys tupakoinnilla on keuhko- ja kurkunpääsyöpiin, mutta se on myös yhteydessä moniin muihin syöpiin. Keuhkosyövistä 90 % aiheutuu pitkäaikaisesta tupakoinnista. Syöpien todennäköisyys on yhteydessä tupakoinnin aloittamisikään ja keston sekä poltettujen savukkeiden määrään. (Pietilä 2003, 422; Käypä hoito 2008, 3.) Lisäksi tupakointi on tärkein yksittäinen syy keuhko- ahtaumatautiin (Käypä hoito 2009, 2).

4.3 Terveystaitat raskaana olevalle, sikiölle ja lapselle

Tupakointi huonontaa raskauden ennustetta, hedelmöityshoitojen tuloksia ja hedelmällisyyttä. Tupakoivilla naisilla on 1,6 -kertainen riski hedelmättömyyteen tupakoimattomiin verrattuna. Munanjohtimen toiminta heikkenee, minkä seurauksena kohdunulkoisen raskauden vaara kasvaa. Tupakoivilla naisilla menopaussi alkaa keskimääräisesti 1-4 vuotta aikaisemmin kuin tupakoimattomilla. (Augood 1998, 1538; Tikkanen 2008, 1224.)

Tupakkatuotteiden käyttö raskauden aikana altistaa eteisistukalle, istukan ennenaikaiselle irtoamiselle, ennenaikaiselle lapsivedenmenolle ja synnytykselle, kätkytkuolemalle sekä sikiön kasvuhäiriölle. Tupakoivalla raskaana olevalla naisella on 33 %:n keskenmenoriski. Raskaudenaikainen tupakointi saattaa olla

taustalla 15 %:ssa ennenaikaisista synnytyksistä ja se kaksinkertaistaa vastasyntyneen pienipainaisuuden riskiä. Äidin raskaudenaikainen tupakointi pienentää lapsen syntymäpainoa keskimäärin 200g. Perinataalikuolleisuus on merkittävästi korkeampi tupakoivien naisten raskauksissa. (Andres & Day 2000, 231–232.)

Istukan ennenaikainen irtoaminen (ablaatio) on vaaraksi sekä sikiölle että äidille. Tupakoitsijalle ablaation riski on 2,5-kertainen ja molempien puolisoitten tupakointi aiheuttaa lähes viisinkertaisen riskin. Tupakoinnin lopettaminen alkuraskaudessa vähentää ablaation riskiä 15–25 %:lla. (Tikkanen 2008, 1226.)

Tupakansavun sisältämät nikotiini ja hiilimonoksidi läpäisevät istukan aiheuttaen sikiölle korkeampia nikotiini- ja hiilimonoksidipitoisuuksia kuin äidille. Nikotiini supistaa istukan ja kohdun verisuonia sekä heikentää sikiön hapensaantia. Lisäksi nikotiini nostaa sikiön sykettä ja valtimoverenpainetta. Hiilimonoksidi sitoutuu hemoglobiiniin vähentäen hapenkuljetusta sikiön kudoksiin. (Andres & Day 2000, 232.)

Tupakoitsijan pienet veren askorbiinihappo- ja kuparipitoisuudet heikentävät sikiökalvoja ja aiheuttavat sikiökalvojen huonoa vetolujuutta. Tupakointi myös heikentää immunologista vastetta ja altistaa infektiolle. Nämä tekijät ovat yhteydessä ennenaikaiselle lapsivedenmenolle ja sikiökalvon repeämiselle. (Andres & Day 2000, 234.)

Tupakointi raskauden aikana altistaa vastasyntyneen häiriöille ja vaarantaa lapsen myöhempää terveyttä. Tupakalle raskauden aikana altistuneilla vastasyntyneillä on huonommat Apgarin pisteet, pienempi napaveren pH ja intuboinnin sekä syntymänjälkeisen tarkkailun tarve on yleisempi. (Tikkanen 2008, 1226.) Tupakoivien äitien lapsilla saattaa olla enemmän koliikkeja eli vatsavaivoja ja he ovat itkuisempia ja helpommin ärtyviä (Søndergaard ym. 2001, 345; Shenassa & Brown 2004, 501; Terve Suomi 2010).

Äidin tupakointi aiheuttaa toksisia vaikutuksia sikiön keuhkokudokseen ja muuttaa sikiön hengitysteiden hermotusta heikentäen keuhkojen kehitystä ja toimintaa (Andres & Day 2000, 238). Raskausaikana tupakoineiden äitien lapset ovat

myös alttiimpia hengitystieinfektioille, obstruktiiviselle bronkiitille ja astmalle (Tikkanen 2008, 1226; Jaakkola & Gissler 2004, 104).

Ympäristön tupakansavulle altistuneilla lapsilla on matalammat plasman C-vitamiinipitoisuudet kuin tupakoimattomassa ympäristössä eläneillä lapsilla (Preston ym. 2003, 170). Alentunut plasman C-vitamiinipitoisuus vähentää vastustuskykyä ja näin lisää lasten sairastuvuutta (Vierola 2004, 103). Lisäksi tupakansavulle altistuneilla lapsilla on useammin oppimishäiriöitä ja ylivilkkautta, ylipainoa ja normaalia korkeampi verenpaine (Tikkanen 2008, 1226).

Ylirukan ym. (2006) tutkimuksessa neuvolan terveydenhoitajat arvioivat vanhemmilla raskaana olevilla naisilla olevan paremmat tiedot tupakoinnin riskeistä kuin nuoremmilla. Lisäksi he arvioivat raskaana olevilla naisilla olevan paremmat tiedot alkoholin kuin tupakan haitoista sikiölle. (Yliruka ym. 2006, 30–31.)

4.4 Tupakoinnin vaikutus imetykseen

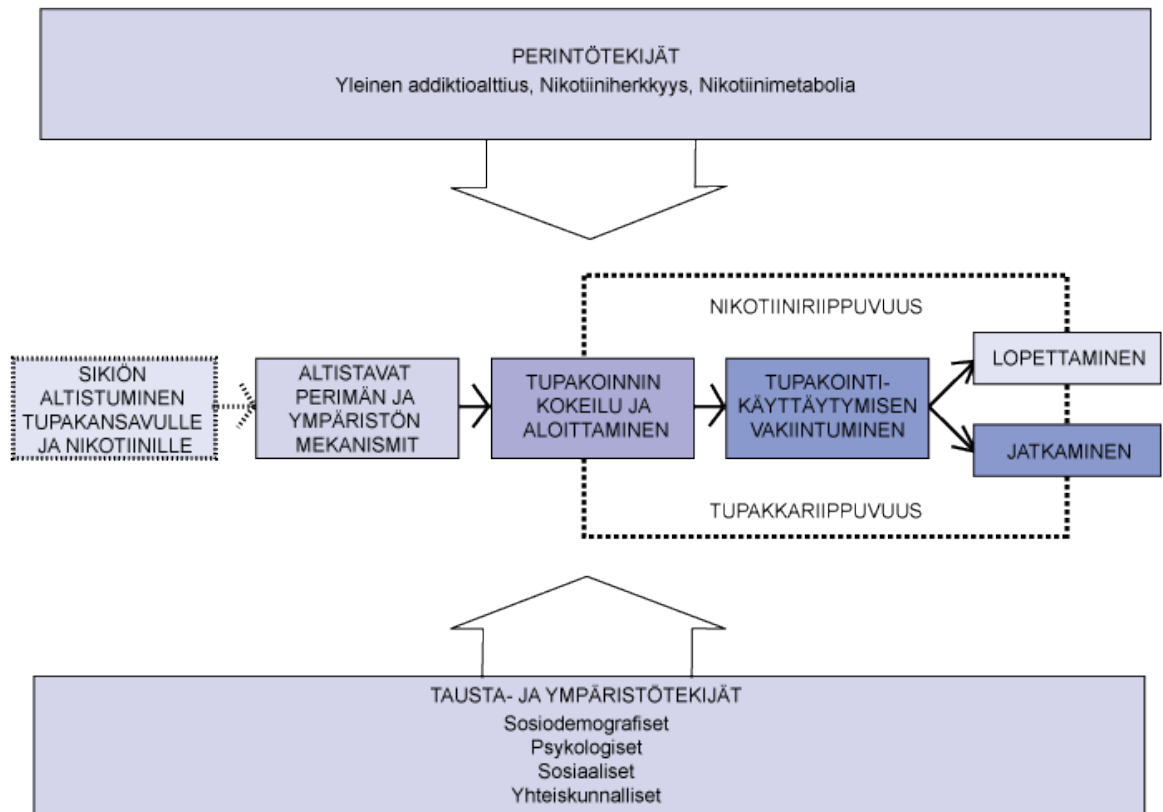
Tupakoivat äidit imettävät vähemmän ja lopettavat imettämisen aikaisemmin kuin tupakoimattomat äidit. Liun ym. (2006) tutkimuksen mukaan tupakoivat äidit lopettivat imettämisen yli kaksi kertaa todennäköisemmin ensimmäisen kymmenen viikon aikana kuin tupakoimattomat. Syyksi arvellaan, että tupakoitsijoilla imettäminen vaatii enemmän työtä alhaisen prolaktiinitason vuoksi. Nikotiini estää prolaktiinin vaikutusta, mikä edellyttää tupakoivilta äideiltä enemmän rintojen stimulointia ja useampia imetyskertoja maidonerityksen ylläpitämiseksi. Tupakoivat äidit tuottavat vain 80 % tupakoimattomien äitien tuottaman maidon määrästä. (Myr 2004, 416; Liu ym. 2006, 313.) Lisäksi tupakoivien äitien rintamaito tuoksuu ja saattaa maistua tupakalta (Mennella & Beauchamp 1998, 1560).

Nikotiini hakeutuu rintamaitoon aiheuttaen yli kaksinkertaisen nikotiinipitoisuuden verrattuna äidin veren nikotiinipitoisuuteen. Mitä enemmän lapsi saa nikotiinia rintamaidon kautta, sitä enemmän hänellä on unihäiriöitä. Tupakoivien äitien lapsilla on huomattavasti vähäisempi aktiivisen unen määrä ja he heräävät päiväuniltaan aikaisemmin. (Myr 2004, 415; Mennella ym. 2007, 500.)

5 RIIPPUVUUS TUPAKASTA

Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää, joka täyttää kroonisen sairauden määrittelykriteerit (Käypä hoito 2012). Tupakkariippuvuus on luokiteltu sairaudeksi yli 30 vuotta sitten (ICD-9-luokitus vuodelta 1978 ja DSM-III- luokitus vuodelta 1980) (Mustonen 2004, 145).

Tupakkariippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Tupakoinnin aloittamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat niin perintötekijät, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät kuin näiden yhteisvaikutuksetkin (Kuvio 4). Nuorilla ympäristötekijöiden osuus tupakoinnin aloittamisessa ja jatkamisessa on suurempi kuin aikuisilla, joilla geneettisten tekijöiden (keskushermoston nikotiinireseptorien rakenne ja maksan kyky hajottaa nikotiinia) merkitys kasvaa (Mustonen 2004, 150). Psykiatriset sairaudet ovat vahvasti yhteydessä tupakointiin sekä nuorilla että aikuisilla, samoin alkoholin käyttö, jonka tiedetään lisäävän tupakointia. Tupakoinnin jatkumiseen aikuisilla vaikuttaa eniten nikotiiniriippuvuuden kehittyminen, jossa keskeisiä mekanismeja ovat toleranssin kehittyminen keskushermostossa, nikotiinin metabolia maksassa ja näitä säätelevät geneettiset tekijät. (Käypä hoito 2012.)



Kuvio 4. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kehittyminen perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena (Lerman & Niaura 2002, 7413; Käypä hoito 2012 mukaan).

5.1 Fyysinen riippuvuus – riippuvuus nikotiinista

Nikotiiniriippuvuus määritellään nikotiinin käytöstä johtuvaksi keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutokseksi, jonka seurauksena tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa fyysisiä vieroitusoireita. Se on farmakologiselta ja käyttäytymistä sääteleviltä tekijöiltään muiden aineriippuvuuksien kaltaista ja täyttää kemiallisen riippuvuuden kriteerit kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan. (Käypä hoito 2012.)

Savuketta poltettaessa nikotiini imeytyy hengitysteistä verenkiertoon. Noin 25 % nikotiiniannoksesta saavuttaa aivot jopa 10–15 sekunnissa. (Balfour 2002,7; Pietilä 2003, 421.) Nuuskasta, piipusta ja sikarista nikotiini imeytyy limakalvojen kautta ja saavuttaa aivot noin 10–20 minuutissa. Vaikutuksen nopea alkaminen selittää osaltaan vahvan riippuvuuden syntymisen tupakasta. Verenkiertoon

päästyään nikotiini jakautuu nopeasti elimistön muihin kudoksiin. (Pietilä 2003, 421; Mustonen 2004, 146.)

Riippuvuutta nikotiinille tehostetaan sokereilla. Sen lisäksi tupakkaan lisätään erilaisia ainesosia, kuten ammoniakkia, mentolia ja teobromiinia. Ammoniakki auttaa keuhkokalvojen nikotiiniläpäisevyyttä, hidastaa nikotiinin metaboliaa ja parantaa nikotiinin kulkeutumista keuhkoihin. Mentoli ja teobromiini helpottavat tupakansavun hengittämistä puuduttamalla ja laajentamalla hengitysteitä. (Sce-nihr 2010, 37.)

Tärkein syy tupakkariippuvuuteen on siis nikotiinin neurobiologisissa vaikutuksissa: nikotiini aiheuttaa palkitsevia tunteita (hyvänolon tunne, rentoutuminen tai piristävä vaikutus) ja toisaalta sen puute vieroitusoireita (Mustonen 2004, 146; Benowitz 2010, 2299).

Nikotiinin vaikutuksia elimistössä välittävät nikotiinireseptorit, joita sijaitsee poik-
kijuoovaisessa lihaksessa, lisämunuaisytimessä, autonomisen hermoston gang-
lioissa sekä keskushermostossa. Näitä reseptoreita aktivoiva fysiologinen aine
on asetyylikoliini. (Ahtee 2003, 132, 135; Mustonen 2004, 146.) Nikotiinin, si-
säsyntyisen asetyylikoliinin kaltaisen aineen, välittömät vaikutukset keskusher-
mostossa ovat muita välittäjäainejärjestelmiä moduloivia. Pitkäaikaisvaikutukset
johtavat neuroadaptaatioon eli fysiologisiin muutoksiin keskushermostossa.
(Mustonen 2004, 146.)

Nikotiinin sitouduttua reseptoriinsa seuraa hermoradan aktivoituminen ja tästä
johtuvia muutoksia hermovälittäjäaineissa, jotka koetaan positiivisina ja jotka
siten edesauttavat riippuvuuden syntyä ja säilymistä. Suurimmaksi osaksi niko-
tiin vaikutukset johtuvat asetyylikoliinin nikotiinireseptorien säätelemästä her-
movälittäjäaineiden (asetylikoliini, dopamiini, serotoniini, noradrenaliini) vapau-
tumisesta keskushermostossa. Nikotiinin positiivisia vaikutuksia keskushermos-
tossa ovat muun muassa tarkkaavaisuuden ja kognitiivisten toimintojen lisään-
tyminen sekä vireyden vahvistuminen, joiden oletetaan olevan yhteydessä glu-
tamaatin ja asetyylikoliinin stimuloiviin vaikutuksiin. Dopamiini puolestaan on
yhteydessä hyvänolon tunteeseen, lisääntyneeseen energisyyteen ja oppimisen

vahvistamiseen. Ruokahalun hillintä ja mielialaa piristävät vaikutukset liitetään noradrenaliiniin. Nikotiinin on todettu lisäävän myös beetaendorfiinin (sisäsyn-tyinen opiaatti) esiastetta, mikä vaikuttaa kivun aistimiseen ja mielialaan. (Ahtee 2003, 132; Mustonen 2004, 147, 148; Garwood & Potts 2007, 1694.)

Nikotiini on poikkeuksellinen aine siksi, että se salpaa reseptorinsa aktivoituaan ne ensin – sillä on siis sekä stimuloivia että lamaavia vaikutuksia (Ahtee 2003, 132). Nikotiini kiihdyttää asetyylikoliinin nikotiinireseptoreita pienillä annoksilla ja lamaa ne suurilla, jolloin sen aiheuttama hyvinolontunne tai piristävä vaikutus ovat seurausta näitä reseptoreita sisältävien hermoratojen aktivoitumisesta tai salpautumisesta sekä toistuvan käytön aiheuttamasta tehostussäätelystä. (Mustonen 2004, 146.)

Nikotiinin toistuva nauttiminen aiheuttaa neuroadaptaatiota: hermosto pyrkii muuntumaan, vastaanottamaan ja käyttämään suurenevia annoksia nikotiinia lisäämällä asetyylikoliinin nikotiinireseptorien tiheyttä ja sidontakykyä. Tämä ylläpitää nikotiiniriippuvuutta. Lopetettaessa tupakointi hermosto joutuu sopeutumaan nikotiinittomaan tilaan, joka johtaa edelleen keskushermostomuutoksiin ja vieroitusoireisiin, kuten ärtyisyyteen, masentuneisuuteen, levottomuuteen ja ahdistuneisuuteen. (Mustonen 2004, 149.)

5.2 Psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus

Tupakointi käsitetään yhteiskunnassamme eri tavoin. Terveystieteiden näkökulmasta tupakointi on ongelma, joka on määritelty terveysperustein: se aiheuttaa terveydellistä haittaa tupakoitsijalle ja tupakoimattomallekin passiivisen tupakoinnin muodossa. (Sandström ym. 2009, 41.)

Nuoret, tupakointia aloittelevat, eivät ajattele vaarantavansa terveyttään tupakoimalla. Heille se on ensisijaisesti sosiaalisten suhteiden rakentamiseen ja ylläpitoon liittyvää toimintaa, joka sisältää aikuisuuden ja riippumattomuuden tavoittelun sekä vahvan yhteenkuuluvuuden tunteen. Se voi olla tapa rakentaa identiteettiä tai luoda tietynlainen imago erilaisten mielikuvien perusteella, tapa

erottautua muista nuorista tai tapa kapinoida. Tupakan tiedetty vaarallisuus voi lisätä sen vetovoimaa joidenkin nuorten parissa. (Sandström ym. 2009, 41.)

Vaikka tupakkariippuvuusoireyhtymässä keskeistä onkin riippuvuus nikotiinista, siihen liittyy myös vahvasti ehdollistunut käyttäytyminen, jota toistetaan useita kertoja päivässä. Tupakoinnista muotoutuu moniulotteinen käyttäytymismuoto, johon nikotiiniriippuvuuden rinnalle kehittyy psyykkinen ja sosiaalinen riippuvuus. Tupakoivaksi oppimista palkitsevat koettu mielihyvän tunne, ahdistuksen lieveneminen sekä akuutin stressin siedon, tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn paraneminen. Tupakointitottumusta vahvistavat edelleen käsillä näpertäminen (savukeaskin kaivaminen taskusta, savukkeen sytyttäminen, tuhkan karistaminen ja savukkeen sammuttaminen) ja tuntemukset kurkunpäässä (savun imeminen). (Pietilä 2003, 419; Benowitz 2010, 2298.) Tupakointi on myös osa sosiaalista kanssakäymistä, jossa tupakoitsija kokee yhteenkuuluvuuden ja tasavertaisuuden tunteita. Tupakoitsija ehdollistuu näin sekä sisäisille ärsykkeille, kuten esimerkiksi stressille, jolloin tupakointi merkitsee lupaa pitää tauko ja kerätä ajatuksia, että ulkoisille ärsykkeille, kuten sosiaalisille tilanteille, jolloin tupakoivan ystävän tapaaminen saattaa merkitä automaattista savukkeen sytyttämistä. (Pietilä 2003, 419; Patja & Rouhos 2004, 2347; Benowitz 2010, 2298; Käypä hoito 2012.)

Tupakointi ei ole tupakoitsijan mielessä psyykkinen ongelma, vaan ratkaisu, apu ongelmiin: auttaa stressin hallinnassa, lieventää ahdistusta, rauhoittaa emotionaalisesti, lohduttaa, täyttää tyhjyyttä, helpottaa keskittymistä ja ongelmanratkaisua. Tupakointi myös rytmittää arkea ja sen avulla voi palkita tai piiskata itseään. Tupakointi on tupakoitsijalle tärkeä osa sosiaalista vuorovaikutusta; se lisää yhteenkuuluvuudentunnetta ja toimii työyhteisössä ”tiedonvälittäjänä”. Tupakoitsijalle tupakka tarjoaa nautintoa: maistuu hyvälle, kruunaa elämyksiä, tuottaa vahvoja mielikuvia ja merkityksiä ja luo tunnelmaa (Sandström ym. 2009, 41, 42.) Siitä on muodostunut osa tupakoitsijan hyväksymää minäkuvaa, josta luopuminen herättää pelkoa minän hallinnan menettämisestä, koska lopettamisen seuraukset eivät ole tiedossa (Pietilä 2003, 419). Tupakka on kuin pitkäaikainen ystävä, jonka hyvästely tuntuu lähes mahdottomalta, vaikka tupa-

koitsijan suhde siihen saattaakin olla hyvin ristiriitainen sen tunnettujen terveys-
haittojen ja ympäröivän yhteiskunnan negatiivisen suhtautumisen vuoksi.
(Sandström ym. 2009, 42).

6 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN YHTEISKUNNAN TASOLLA

Tupakkatuotteet ovat terveysriski: tupakan aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain noin 6000 suomalaista. Tupakoinnin aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen on siten tärkeä terveyspoliittinen tavoite. (Pennanen ym. 2006, 16.)

Keinoja tupakoinnista aiheutuvien haittojen vähentämiseen ovat lainsäädäntö, hintapolitiikka, tuontirajoitukset ja väestön valistaminen sekä savuttomuuteen tukeminen erilaisilla kansainvälisillä ja kansallisilla strategioilla sekä alueellisilla ohjelmilla.

6.1 Tupakkalainsäädäntö

6.1.1 Tupakkalainsäädännön kehityksestä Suomessa

Suomessa keskustelu tupakoinnin haitoista alkoi muun muassa kansainvälisen keskustelun sekä suomalaisen itä-länsi-tutkimuksen perusteella. Eduskunta oli vuonna 1961 esittänyt ponnin tupakkalaki hallitukselle: hallituksen tulisi ryhtyä toimiin tupakan myynnin kieltämiseksi alaikäisille sekä tupakkamainonnan rajoittamiseksi. Tupakkalaki alettiin valmistella kuitenkin vasta 1970-luvun alkupuolella poliittisen paineen muodostuttua riittävän suureksi. Laki tupakoinnin vähentämiseksi hyväksyttiin 1976 ja siihen liitettiin 1977 voimaan tullut täydellinen tupakkatuotteiden mainontakielto. (Pennanen ym. 2006, 13.) Suomen ensimmäinen tupakkalaki oli kattava ja edistyksellinen kansainvälisessä vertailussa (Hiilamo 2008, 226).

Tupakkalaki täydennettiin 1994, jolloin muun muassa tupakointi työyhteisöjen yhteisissä ja yleisissä sekä asiakkaille tarkoitetuissa sisätiloissa kiellettiin. Tupakointi ja tupakansavulle altistuminen työpaikoilla ovat sen jälkeen olennaisesti vähentyneet. Myös tupakkatuotteiden epäsuora mainonta kiellettiin. Vuonna 1999 annettiin tupakkalain muutos, jolla rajoitettiin tupakointia ja tupakansavulle

altistumista ravintoloissa. (Pennanen ym. 2006, 13.) Ravintolatupakoinnin täyskielto tuli voimaan kesäkuussa 2007 (Hiilamo 2008, 226).

EU-lainsäädännössä kiellettiin tupakkatuotteiden harhaanjohtavat merkinnät (mild, light, ultra light, kevyt) pakkauksissa 2002 ja samalla savukepakkauksissa olevien varoitusmerkintöjen koko kasvoi ja varoitustekstit monipuolistuivat (Pennanen ym. 2006, 13).

1.1.2012 tuli voimaan muutossäädös (22.12.2011/1529) sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetukseen tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden vähittäismyynnistä (26.2.2009/99). Siinä säädetään, ettei tupakkaa, tupakan vastiketta, tupakkajäljitelmää tai tupakointivälinettä ja niitä esittävää kuvastoa ja luetteloa saa pitää esillä vähittäismyynnissä.

6.1.2 Tupakkalain keskeistä sisältöä

Tupakkalain tarkoituksena on Pennanen ym. mukaan suojella väestöä terveysvaaroilta ja säännöllisen tupakoinnin aiheuttamalta nikotiiniriippuvuudelta (Pennanen ym. 2006, 13). Tupakkalaki koskee savukkeita, sikareita, piipputupakkaa, irtotupakkaa, tupakkapaperia sekä nuuskaa, purutupakkaa, tupakointivälineitä, tupakan vastiketta sekä tupakkajäljitelmää (Tupakkalaki 13.8.1976/693, 2 §).

Tupakkalaissa kielletään tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden myyminen tai muu luovuttaminen 18 vuotta nuoremmalle henkilölle (10 §) ja asetuksessa säädetään, että tupakkatuotteiden myyntikiellosta alle 18-vuotiaille tulee tiedottaa ilmoituksella, joka sijoitetaan jokaiseen tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden myyntipisteeseen sekä tupakkatuotteiden automaattiseen myyntilaitteeseen. Tupakkatuotteita saa myydä vain valvotuissa myyntipisteissä, ja se koskee myös automaattisia myyntilaitteita. (Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 25.2.1977/225, 11§.)

Tupakkalaissa säädetään lisäksi tupakkatuotteiden koostumuksesta, laadunvalvonnasta, maahantuonnista, hallussapidosta, myynnistä, mainonnasta, väestön suojelemisesta ympäristön tupakansavun aiheuttamilta terveyshaitoilta sekä

ohjauksesta ja valvonnasta. Tupakkalain noudattamisen yleinen johto ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Lain valvonta ja sen ohjaus kuuluvat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Tupakkalaki 13.8.1976/693, 14§).

Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), tupakkatuotteita koskeva puitesopimus, hyväksyttiin WHO:n yleisistunnossa 2003 ja se tuli Suomea sitovaksi 2005. Sopimus on ensimmäinen kansainvälisesti sitova kansanterveyttä koskeva sopimus. Suomen lainsäädännössä suurin osa sopimuksen artikloista on jo toteutunut eikä se aiheuta merkittäviä tarpeita lainsäädännön kehittämiseksi Suomessa. (Pennanen ym. 2006, 16.)

6.2 Hintapolitiikka ja tuontirajoitukset

Tupakkatuotteista suoritetaan valtiolle veroa lain mukaan (Laki tupakkaverosta 29.12.1994/1470, 1 §). Tupakkaveron tarkoituksena on tupakan hintaa nostamalla vähentää sen kysyntää ja siten vähentää tupakoinnin aiheuttamaa sairastavuutta ja sen aiheuttamia menoja yhteiskunnassa.

Tupakkavero nousi Suomessa terveystaloudellisin ja valtiontaloudellisin perustein vuoden 2012 alusta, jolloin savukkeiden hinnat nousivat keskimäärin 7,8 % (Valtiovarainministeriö 2012).

Tupakoimattomuutta edistetään Suomessa myös tuontirajoituksilla (Tupakkalaki 13.8.1976/693, 7b §), joita tullilaitos valvoo (Tulli 2012).

6.3 Tupakoinnin vastaisia strategioita ja ohjelmia

Tupakoinnin vastaisia strategioita ja ohjelmia ovat muun muassa kansainvälinen Maailman tupakaton päivä, kansalliset terveystaloudelliset ohjelmat, joissa savuttomuuden edistäminen nostetaan tavoitteeksi, Savuton Suomi 2040-hanke sekä kaupunkien, oppilaitosten tai työpaikkojen savuttomuusohjelmat.

Maailman Terveysjärjestö WHO:n aloitteesta on vietetty maailman tupakatonta päivää (World No Tobacco Day) vuosittain 31. toukokuuta vuodesta 1987 alkaen. Tarkoituksena on kiinnittää huomiota tupakoinnin terveysriskeihin ja tuoda esille tehokkaampia ohjelmia tupakan kulutuksen vähentämiseksi. (WHO 2012.)

Terveys 2015 – strategia ohjaa suomalaista terveystoimintaa. Tupakoinnin vähentämisellä on strategiaan asetettujen tavoitteiden toteutumisessa merkittävä osa. Tavoitteina ovat muun muassa lisätä terveenä elettyjä vuosia kahdella vuodella, kaventaa sukupuolten välistä eliniän ennustetta ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. (STM 2001, 18.) Erillisenä tavoitteena on laskea nuorten (16–18 -vuotiaiden) tupakointia niin, että heistä alle 15 % tupakoi (STM 2001, 15).

Savuton Suomi 2040–hankkeessa tupakointia pyritään vähentämään kymmenellä prosentilla vuodessa. Tämän hankkeen taustalla ovat terveyden edistämistä ja tupakkatuotteiden käytön loppumista tukevat organisaatiot, kuten Työterveyslaitos, Hengitysliitto ry, Filha ry, Suomen Syöpäyhdistys ry, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sydänliitto sekä Allergia- ja Astmaliitto (Savuton Suomi 2040[®]). Savuton kunta- hankkeen seurauksena 203 kuntaa (63,4 %) on julistautunut savuttomaksi työpaikaksi ja 23 kunnassa päätös on valmisteilla (Savuton Kunta 2013). Turussa sosiaali- ja terveystoimi julistautui savuttomaksi vuonna 2009 (Turku 2012a). Koko kaupungin osalta päätös on valmisteilla (Savuton Kunta 2012).

Turun terveystoimintamallissa on vuoden 2011 aikana otettu käyttöön maksuton tupakastaveroitusohjelma. Ohjelman toteutuksesta vastaavat erityisen koulutuksen saaneet savuttomuushoitajat. Koulutukseen sisältyvät muun muassa tupakkasairaudet, tupakasta vieroituksen merkitys keuhkosairauksien ja valtimotautien ehkäisyssä, tupakasta vieroituksen lääkehoito sekä nikotiinikorvaushoito. Osallistujat saavat lisäksi Turun kaupungin tarjoamaa koulutusta esimerkiksi liikunnassa ja osallistuvat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin järjestämiin tupakkakoulutuksiin. (Turku 2012b.)

Nykyisen terveystieteiden toimivan savuttomuusinterventiomallin lisäksi perusterveydenhuollon eri toimipisteisiin on luotu savuttomuusmalleja eri asiakasryhmille, kuten yläkoululaisille (Turku 2012b).

Koulupohjaisia tupakoinnin ehkäisyohjelmia kartoittaneessa kansainvälisessä Cochrane -katsauksessa (Thomas ja Perera 2008) löytyi 23 korkealaatuista RCT -tutkimusta. Näiden ohjelmien tavoitteena oli ehkäistä tupakoinnin aloittaminen 5-12 -vuotiailla lapsilla ja 13–18 -vuotiailla nuorilla. Katsauksessa mukana olleet ohjelmat sisälsivät tiedon antamista, sosiaalisten taitojen harjoittelua ja yhteisöön vaikuttamista. Suurin osa tutkimuksista käytti hyväkseen sosiaalisen vaikuttamisen interventiota. Tiedon antaminen yksinään ei katsauksen mukaan osoittautunut tehokkaaksi. Puolessa tutkimuksista osoitettiin tupakoinnin ehkäisyohjelmilla olevan lyhyen aikavälin vaikutuksia koululaisten käyttäytymiseen. Katsauksen korkealaatusimmassa ja pisimmässä tutkimuksessa pitkän aikavälin vaikutuksia ei todettu. Yleisten sosiaalisten taitojen kehittämisellä todettiin olevan vain vähän vaikutusta. (Thomas & Perera 2008.)

Tulokset vuosien 1990–2005 aikana julkaistujen nuorten tupakointia ehkäisevien koulupohjaisten ohjelmien vaikuttavuudesta ovat samansuuntaisia kuin edellä: tupakoinnin ehkäisyohjelmilla voidaan ehkäistä nuorten tupakointia, mutta on vaikea sanoa, mitkä tupakoinnin ehkäisyohjelmista ovat vaikuttavimpia. Nuorten tupakointi väheni sellaisilla ohjelmilla, jotka sisälsivät koulu- ja yhteisöpohjaisen ohjelman ja sellaisilla, joissa harjoiteltiin sosiaalisia taitoja sekä ohjelmilla, joissa oli otettu huomioon kohderyhmän yksilölliset tarpeet. Myös ikätoverin toimiminen ohjaajana näytti lisäävän vaikuttavuutta. Nuorten tupakointia ehkäisevillä ohjelmillakin näytti olevan vain lyhyen aikavälin vaikutuksia. (Pennanen ym. 2006, 22.)

7 PERHEEN SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN

Seitsemän kymmenestä tupakoitsijasta haluaa irti tupakasta, mutta vain kolmannes pystyy lopettamaan tupakoinnin jokaista lopetuskertaa kohden. Tupakoinnin lopettaminen edellyttää keskimäärin 3–4 lopetuskertaa. Omin avuin tupakoinnin lopettaminen onnistuu vuosittain vain noin 4–7 %:lla. Asianmukaisen ohjauksen, tuen ja lääkehoidon avulla lopettaminen onnistuisi jopa 30–40 %:lla. (Patja & Rouhos 2004, 2347–2348; Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008, 15.)

7.1 Tupakoinnin lopettamisen prosessi

Tupakoinnin lopettaminen on pitkälinen prosessi, jonka tarkoituksena on elämäntapojen muutos. Prosessi alkaa välinpitämättömyys- eli esiharkintavaiheella, jolloin tupakoitsija ei ole vielä halukas muuttamaan käyttäytymistään eikä tiedosta ongelmaansa. Harkintavaiheessa tupakoitsija suhtautuu myönteisesti tupakoinnin lopettamiseen. Silloin hänen tulisi saada oikeanlaista tietoa päätöksenteon tueksi. Valmistautumisvaiheessa mietitään konkreettisia keinoja ja voimavaroja tupakoinnin lopettamiseksi. Toimintavaiheessa tupakoitsija lopettaa tupakoinnin ja muuttaa käyttäytymistään. Ylläpitovaiheessa tupakointi on jo loppunut ja silloin on tärkeää vahvistaa vaihtoehtoja käyttäytymistä. Tupakoimattomana pysyminen on hankalinta ja siksi onkin tärkeää tunnistaa riskitilanteet ja valmistautua niihin relapsin eli tupakoinnin uudelleenaloittamisen ehkäisemiseksi. (Prochaska & DiClemente 1983, 390; Patja & Rouhos 2004, 2348–2349; Hildén 2006, 33–34.)

7.2 Tupakastavieroituksen nykytila Suomessa

Suomessa tämänhetkisenä suosituksena on, että lääkäri tai terveydenhoitaja kysyy ja kirjaa asiakkaidensa tupakoinnista sekä kannustaa tupakoinnin lopettamiseen vähintään kerran vuodessa. Mitä useampi terveydenhuollon ammatti-

lainen kysyy tupakoinnista, sitä useammin tupakoitsija yrittää lopettaa tupakoinnin ja sitä todennäköisemmin onnistuu siinä. Tupakointistatuksen lisäksi tulisi kirjata myös tupakointitapa, savukkeiden määrä, tupakoinnin kesto ja aiemmat lopettamisyriytokset. Vuonna 2008 tupakointistatus löytyi 60 %:lta terveyskeskuksen asiakkaista. (Patja & Rouhos 2004, 2349; Sandström ym. 2009, 17; Käypä hoito 2012.)

Päivittäin tupakoivista 80 % käy keskustelua lääkärin tai hoitajan kanssa tupakoinnin lopettamisesta, mutta vieroituskeskustelu painottuu tällä hetkellä enimmäkseen tupakan terveyshaittoihin motivoivan keskustelun sijaan. Lääkärit ovat epävarmoja käymään motivoivaa keskustelua ja ohjaavat harvoin asiakkaitaan avun piiriin. (Sandström ym. 2009, 17, 23.)

Kun tupakoitsija on pohtinut lopettamista, voidaan edetä viiden A:n – mallin, Suomessa vastaavan kuuden K:n -mallin, mukaisesti: kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta ja kontrolloi. Tutkimusten mukaan tupakasta vieroitus on tehokkaimmillaan sisältäessään kaikki kuuden K:n -mallin kohdat. Terveyskeskusten johtavien lääkärin mukaan kuuden K:n -mallia käytetään kuitenkin vain hieman yli puolessa tupakoivien asiakkaiden terveystarkastuksista. (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008, 39; Sandström ym. 2009, 15, 21; Käypä hoito 2012.) Kun päätös lopettamisesta on tehty, suunnitellaan lopettamisen aikataulu ja arvioidaan lääkehoidon tarve. Lopettamisen jälkeen onnistumista tulisi seurata kontrollikäynneillä. (Patja & Rouhos 2004, 2349.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan intensiivinen strukturoitu interventio ja lyhyt lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen toteuttama interventio ovat tehokkaimpia lähestymistapoja tupakoinnin lopettamiseen. Neuvonnan kesto ja interventioiden määrä vaikuttavat suoraan niiden tehokkuuteen. Neuvonnan tukena voi käyttää lisäksi puhelin- ja tietokonepohjaista neuvontaa, sillä eri interventiomuotojen yhdistämisellä saadaan parempia lopettamistuloksia. (Lai ym. 2009, 11; Stead ym. 2009, 17; Murthy & Subodh 2010, 151, 155.) Meyer ym. (2008) toteaa, että tietokonepohjaiset kirjeet ovat vähintään yhtä tehokkaita kuin lyhytkestoinen neuvonta (Meyer ym. 2008, 301).

Suurimmat haasteet tupakastavieroituksen toteuttamiselle ovat ajanpuute, hoitoketjun toimimattomuus, resurssipula, tupakoitsijan yksityisyyden loukkaamisen pelko ja tehokkaiden työkalujen puuttuminen. (Sandström ym. 2009, 26–27).

Suurin osa terveydenhuollon ammattilaisista kokee vieroitustyön tärkeäksi, mutta samalla se koetaan vaikeaksi (Sandström ym. 2009, 19, 23–24). Samansuuntaisia tuloksia löytyy myös kansanvälisistä tutkimuksista (Hall ym. 2005, 615; Carlsson ym. 2010, 6). Terveydenhuollon henkilöstöstä yli kaksi kolmasosaa ei tunne onnistuneensa tukiessaan asiakasta tupakastavieroituksessa. Käypä hoito – suosituksen tunteminen lisää huomattavasti luottamusta omaan osaamiseen. Kuitenkin vain 11 % terveydenhoitajista kertoi saaneensa koulutusta Käypä hoito – suosituksen käytöstä. Lisäkoulutetut ammattilaiset puuttuvat asiakkaansa tupakointiin 1,5–2 kertaa useammin kuin kouluttamattomat. (Sandström ym. 2009, 23–24.) Sairaanhoitajat, jotka eivät ole saaneet koulutusta tupakoinnin lopettamisesta ja jotka tupakoivat itse, ovat vähemmän innostuneita tarjoamaan vieroitustyötä ja heidän tarjoamansa vieroitustyö on vähemmän tehokasta (Hall ym. 2005, 615). Vuonna 2006 toteutetun tutkimuksen mukaan 48 % neuvoloiden terveydenhoitajista oli saanut koulutusta tupakan haitoista viimeisen kahden vuoden aikana. Eniten koulutusta saaneita olivat 56–62 -vuotiaat terveydenhoitajat. (Yliruka ym. 2006, 28.)

Vuonna 2006 Suomessa toteutetun tutkimuksen mukaan 87 % neuvolan terveydenhoitajista kysyi raskaana olevien naisten tupakoinnista vastaanotolla ja 66 % selvitti tupakointia sekä esitietolomaketta että haastattelua käyttäen. Terveydenhoitajista 97 % kehotti aina tai lähes aina tupakoinnin lopettamiseen ja onnistumista seurasi aina 82 % terveydenhoitajista. Noin puolet terveydenhoitajista kehotti tupakoivia äitejä käyttämään nikotiinikorvaushoitoa aina tai lähes aina ja yli 45 % kehotti myös raskaana olevan puolisoa lopettamaan tupakoinnin, jos hän oli mukana käynnillä. (Yliruka ym. 2006, 28–29.)

7.3 Tupakkavieroitusyksikkö ja tupakkaklinikka

Jokaisessa keskussairaalassa tulisi olla tupakkavieroitusyksikkö, joka toimisi alueellaan kouluttajana, konsultaatiopoliklinikkana ja hoitoyksikkönä. Lopettavalle tupakoitsijalle tulisi olla myös mahdollisuus osallistua vieroitusryhmiin. (Winell & Lehto 2012, 1059–1060.) Vieroitusryhmiin kuitenkin tukeudutaan tällä hetkellä vain vähän ja vuonna 2005 vieroitusryhmiä oli tarjolla vain joka kolmannessa terveyskeskuksessa (Sandström ym. 2009, 17, 23).

Monissa sairaaloissa ja suurimmissa terveyskeskuksissa toimivat tupakkaklinikat, joissa annetaan yksilöohjausta ja järjestetään vieroitusryhmiä. Kokemukset ja tulokset tupakkaklinikoista ovat olleet myönteisiä: vuoden kuluttua lähes 30 % tupakoitsijoista ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin. (Sandström ym. 2009, 16; Helsingin kaupunki 2012.)

Ylirukan ym. (2006) tutkimuksen mukaan tupakan käytön vähentämiseksi oli ryhdytty toimiin 76 %:ssa tutkimukseen osallistuneista Etelä-Suomen läänin kunnista antamalla muun muassa informaatiota tupakoinnin terveyshaitoista ja järjestämällä vertaisryhmätoimintaa. Näistä kunnista 62 %:lla oli käytössä tupakoinnin vähentämishjelma. (Yliruka ym. 2006, 37.)

7.4 Nikotiinikorvaushoito ja lääkehoito

Nikotiinikorvaushoidon tarkoituksena on pitää vieroitusoireet poissa. Yli 80 %:lla tupakoinnin lopettaneista esiintyy vieroitusoireita, kuten tupakanhimoa, levottomuutta, ärtyneisyyttä, keskittymisvaikeuksia, univaikeuksia, kärsimättömyyttä, päänsärkyä ja lisääntynyttä ruokahalua, jotka johtuvat elimistön nikotiinipitoisuuden pienenemisestä. Fyysiset vieroitusoireet alkavat noin 2–12 tunnin kuluttua lopettamisesta, ovat pahimmillaan 1–3 vuorokauden kuluessa ja kestävät 3–4 viikkoa. (Hughes 1994, 1464-1465; Patja & Rouhos 2004, 2350; Käypä hoito 2012.)

Nikotiinikorvaushoito lisää tupakoinnin lopettamisen onnistumismahdollisuuden 1,5-2 -kertaiseksi. Se on tarkoitettu yli kymmenen savuketta päivässä polttaville tupakoitsijoille. Tupakkariippuvuuden voimakkuutta sekä nikotiinikorvaushoidon tarvetta ja annostusta tulisi aina arvioida Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä. Nikotiinikorvaushoitoon käytetään laastaria, purukumia, imeskelytabletteja, resoribletteja ja inhalaattoria. Tupakoitsijoista 16 % raportoi käyttäneensä nikotiinikorvaushoitoa tupakoinnin lopettamiseen viimeisen vuoden aikana. (Käypä hoito 2012.)

Tupakastavieroituksessa auttavia lääkkeitä on Suomessa käytössä reseptivalmisteina varenikliini, bupropioni ja nortriptyliini. Bupropioni lievittää vieroitusoireita ja pienentää tupakanhimoa sekä lisää onnistumisen todennäköisyyden kaksinkertaiseksi. Varenikliini on tehokas vieroituslääke, joka sitoutuu nikotiinireseptoreihin ja toimii niissä sekä agonistina (aktivoijana) että antagonistina (salpaajana). Varenikliinin ja bupropionin on todettu lisäävän vakavan masennuksen ja itsetuhoisuuden riskiä, mikä tulee huomioida niitä määrätessä. Reseptivalmisteiden yhdistämisellä nikotiinikorvaustuotteisiin ei ole todettu olevan vaikutusta hoitotuloksiin. (Patja & Rouhos 2004, 2350; Käypä hoito 2012.)

8 RASKAANA OLEVAN JA IMETTÄVÄN SAVUTTOMUUTEEN TUKEMINEN

8.1 Tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä

Raskaudenaikaisen tupakoinnin tiedetään liittyvän hyvin voimakkaasti köyhyyteen, alhaiseen koulutustasoon, vähäiseen sosiaaliseen tukeen, masentuneisuuteen ja psyykkiseen sairastavuuteen (Lumley ym. 2009, 2).

Tupakoinnin lopettamiseen tai sen jatkumiseen raskauden aikana vaikuttavat hyvin monenlaiset tekijät: kulttuuriset, rakenteelliset, sosiaaliset ja yksilölliset. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ympäristöstä saatu malli tupakointiin edesauttaa sen jatkumista raskauden aikana erityisesti köyhillä alueilla, samoin koulutustason alhaisuus. Tietyt tupakointiin liittyvät tavat (esimerkiksi ensimmäisen savukkeen polttamisen ajankohta aamuisin) tai raskauteen liittyvät seikat (tupakoinnin herkempi lopettaminen ensisynnyttäjillä) vaikuttavat tupakoinnin lopettamisennusteeseen. Raskaana olevan oma motivaatio ja ympäristöltä, erityisesti kumppanilta, saatu tuki vaikuttavat ennusteeseen myös. (Koshy ym. 2010, 500, 501.)

Eri elämäntilanteisiin, kuten raskauteen, sovitettu interventio parantaa huomattavasti tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä (Sandström ym. 2009, 15). Raskauden aikana naisen valmius tupakoinnin lopettamiseen on korkeimmillaan, joten lopettaminen on tällöin helpompaa kuin ennen raskautta (Crittenden ym. 1994, 497; Hughes ym. 2000, 502). Oman terveytensä takia tupakoinnin lopettavat raskaana olevat naiset pysyvät paremmin tupakoimattomina myös synnytyksen jälkeen verrattuna lapsen vuoksi tupakoinnin lopettaneisiin (Edwards & Sims-Jones 1998, 99).

8.2 Savuttomuuteen tukevia menetelmiä kansainvälisten tutkimusten mukaan

Tupakoinnin lopettamista tukevista interventioista raskauden aikana on tehty Cochrane -katsaus, johon on koottu tutkimukset aiheeseen liittyen vuosilta 1975–2008. Tutkimuksia löytyi ajalta 72 ja niihin osallistui 25000 naista pääosin hyvinvointivaltioista. (Lumley ym. 2009, 2)

Cochrane -katsauksen mukaan tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät interventiot on yleensä toteutettu yksilöllisesti ja ne ovat sisältäneet käyttäytymisinterventioita, motivoivaa haastattelua, kannustuspalkkioiden tarjoamista, muutoksen askeleihin perustuvaa tukea, sikiön terveydentilasta annettua palautetta, nikotiinin aineenvaihduntatuotteiden mittausta, nikotiinikorvaushoitoa sekä bupropionia tai muuta lääkehoitoa. Tehokkain katsauksen sisältämistä interventioista auttoi 24 % raskaana olevista tupakoitsijoista lopettamaan tupakoinnin. Tämä interventio sisälsi kannustuspalkkion. (Lumley ym. 2009, 2)

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät interventiot vähensivät syntyneiden lasten alhaista syntymäpainoa ja ennenaikaisuutta vahvistaen näin, että tupakoinnin lopettaminen voi vähentää tupakoinnin haitallisia vaikutuksia vastasyntyneille (Lumley ym. 2009, 2). Sellaiset interventiot, joissa yhdistettiin sekä palkitsemista että sosiaalista tukea lisäsivät tupakoinnin lopettamista tilastollisesti merkittävästi enemmän kuin muut tuen muodot.

8.2.1 Motivoiva haastattelu

Motivoivan haastattelun on todettu lisäävän tupakoinnin lopettamista raskaana olevilla tupakoitsijoilla. Karatayn tutkimuksessa (2010) tupakoivia raskaana olevia tuettiin savuttomuuteen julkisessa terveydenhuollossa toteutetulla interventiolla, joka sisälsi kahdeksan kotikäyntiä. Näistä viisi toteutettiin interventiokäyntinä 12–13 päivän välein ja kolme kontrollikäyntinä kuukauden välein. Tutkimukseen osallistuvien naisten raskauden kesto oli tutkimuksen alkaessa enintään 16 viikkoa. Kotikäynnit sisälsivät muun muassa tupakointitottumusten ja muutoshalukkuuden sekä pystyvyyden tunteen kartoituksen, tupakoinnin sikiöhai-

toista kertomisen, häkämittauksen, tupakoinnin lopettamiseen motivoinnin, päiväkirjan pitämisen syntymättömälle lapselle tunteista häntä kohtaan, lopettamispäätökseen tukemisen ja sopivasta menetelmästä keskustelemisen, vertais-tuen etsimisen, lopettamista seuraavien oireiden ja stressin siedon käsittelyn ja tuen sekä virtsanäytteiden oton. Tutkimukseen osallistuneista naisista 39,5 % lopetti tupakoinnin ja 44,7 % onnistui vähentämään sitä. (Karatay 2010, 1328, 1331–1332.)

8.2.2 VBRT

VBRT -menetelmän (voucher-based reinforcement therapy), johon liittyy etusetelien ansaitseminen, on todettu motivoivan tupakoinnin lopettamiseen raskaana olevilla tupakoitsijoilla. Heil ym. totesi tutkimuksessaan (2008), että vähittäiskaupan tuotteisiin vaihdettava etuseteli, joka piti ansaita olemalla tupakoimatta, motivoi lopettamiseen. Tupakoimattomuus kontrolloitiin äidin oman kertomuksen, biokemiallisten mittausten ja sikiön kasvun ultraääniseurannan avulla. Tutkimuksessa todettiin lisäksi tupakoinnin lopettaneiden äitien sikiöiden kasvun paranevan vertailuryhmään verrattuna (Heil ym. 2008, 2012, 2014). VBRT -menetelmällä savuttomuuteen tuettujen äitien vauvojen syntymäpainojen todettiin olevan suuremmat kuin vertailuryhmässä. Lisäksi tupakoinnin lopettaminen tällä menetelmällä pidensi raskauden kestoa, vähensi ennenaikaisia synnytyksiä ja vastasyntyneiden tarvitsemaa tehohoitoa. Edellä mainitut tulokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Higgins ym. 2010, 2026.)

8.2.3 Opaslehtiset

Cochrane -katsauksen mukaan ei-raskaana olevilla tupakoitsijoilla opaslehtiset yksinään lisäävät tupakoinnin lopettamista vain marginaalisesti verrattuna siihen, ettei mitään materiaalia ole tarjolla. Tietylle ryhmälle räätälöityjen, ryhmän tarpeet huomioivien opaslehtisten on arveltu lisäävän tupakoinnin lopettamista. (Lancaster & Stead 2009.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja sen perusteella tehdyn meta-analyysin mukaan näin onkin: 12:n kirjallisuuskatsaukseen

valitun tutkimuksen perusteella opaslehtiset tukivat keskimäärin 13,2 % raskaana olevista tupakoitsijoista lopettamaan, kun taas perinteinen hoito ilman opaslehtisiä sai 4,9 % raskaana olevista lopettamaan tupakoinnin. (Naughton ym. 2008, 573.)

8.2.4 Nikotiinikorvaushoito ja lääkehoito

Suomessa raskaana oleville naisille suositellaan nikotiinikorvaushoitoa, mikäli he tupakoivat päivittäin 10–15 savuketta, eivätkä kykene muilla tavoin lopettamaan tupakointia. Nikotiinikorvaustuotteiden käyttö ei ole täysin riskitöntä, sillä nikotiini voi aiheuttaa sekä raskaana olevalle että sikiölle verenkiertoaikutuksia ja keskushermostomuutoksia. Se on kuitenkin huomattavasti parempi vaihtoehto kuin tupakointi, sillä sen terveyshaitat ovat tupakansavua pienemmät ja elimistöön kulkeutuva nikotiinimäärä jää selvästi pienemmäksi. (Benowitz & Dempsey 2003, 200; Kuronen 2004, 2000; Käypä hoito 2012.)

Raskauden aikana nikotiinikorvaushoidoksi tulisi valita lyhytvaikutteisia valmisteita, kuten nikotiinipurukumi tai nenäsuihke, jolloin sekä raskaana olevan naisen että sikiön elimistön nikotiinipitoisuus laskee tietyin väliajoin ja vuorokauden kokonaisannos jää pienemmäksi. (Benowitz & Dempsey 2003, 200; Kuronen 2004, 2000; Käypä hoito 2012.) Koska raskaana olevan naisen nikotiiniaineenvaihdunta on nopeampaa kuin ei-raskaana olevan, tulisi nikotiinikorvausvalmisteita käyttää tavallista korkeammin annoksin, jotta hoito olisi tarpeeksi tehokas (Benowitz & Dempsey 2003, 195).

Colemanin ym. (2010) mukaan vieläkään ei ole tarpeeksi näyttöä siitä, että nikotiinikorvaushoito on tarpeeksi tehokas ja turvallinen keino raskaudenaikaisen tupakoinnin lopettamiseen (Coleman ym. 2010, 59). Wisborgin ym. (2000) tutkimuksessa oli verrattu nikotiinilaastareiden vaikutusta verrattuna lumelääke-laastareihin. Kyseisessä tutkimuksessa nikotiinilaastareista ei ollut merkittävää hyötyä tupakoinnin lopettamiselle. Lumelääkelaastaria käyttäneet raskaana olevat naiset turvautuivat kuitenkin useammin tupakointiin laastarin ohella verrattuna nikotiinilaastaria käyttäneisiin. Heillä havaittiin myös korkeammat syljen koti-

niinitasot tutkimuksen aikana. Nikotiinilaastaria käyttäneiden vastasyntyneet olivat keskimäärin 186 g painavampia kuin lumelääkelaastaria käyttäneiden. (Wisborg ym. 2000, 969–970.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan tupakoivilla raskaana olevilla ainoa käytössä oleva lääke on bupropioni. Bupropionin kinetiikasta ja metaboliasta raskauden aikana ei ole tällä hetkellä tutkimustietoa. Myöskään sen hyötyä raskaana olevan naisen tupakoinnin lopettamiselle ei ole tutkittu, mutta sen käyttöä on syytä harkita, mikäli muista hoitomuodoista ei ole ollut hyötyä. (Benowitz & Dempsey 2003, 198.)

8.3 Kumppanin, läheisten ja ystävien vaikutuksesta tupakoinnin lopettamiseen

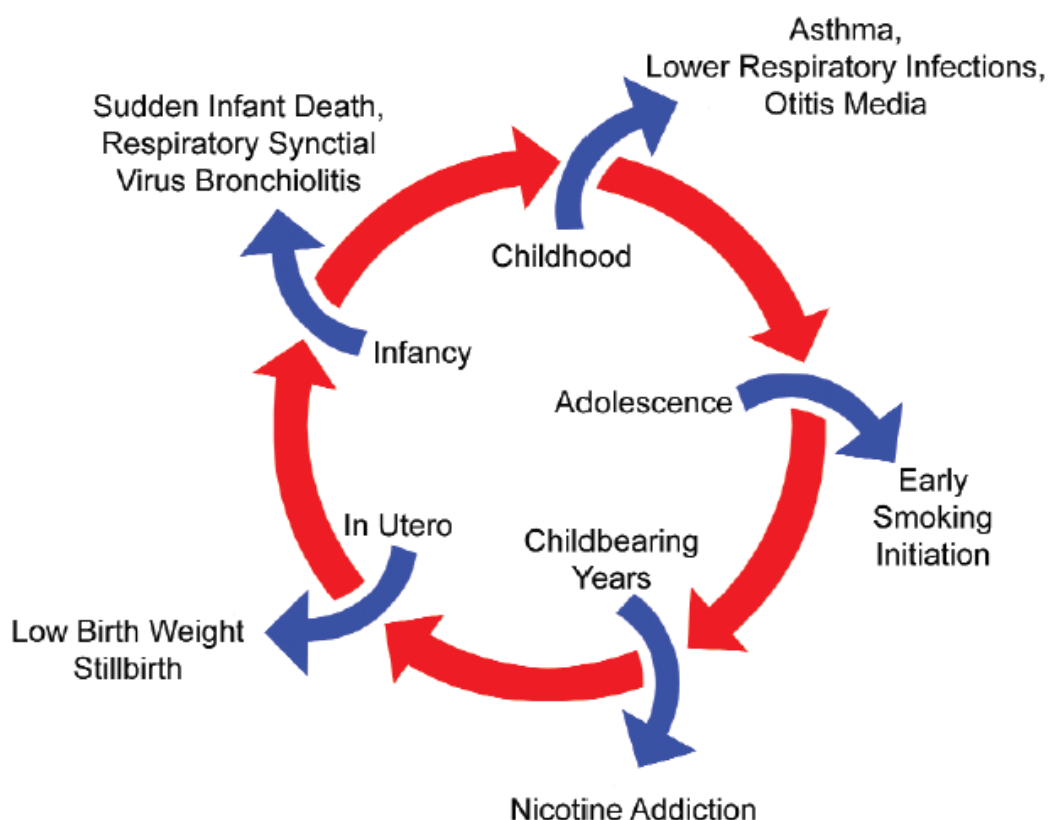
Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että raskaana olevan kumppani, perhe (läheiset) ja ystävät vaikuttavat tupakoinnin lopettamisyhteyksiin. Raskaana olevan on helpompaa lopettaa tupakointi, mikäli kumppani ei tupakoi tai lopettaa sen ja mikäli sosiaalinen verkosto on tupakoimaton. Koshy ym. toteaa tutkimuksessaan kuitenkin, että raskaana olevat tupakoitsijat kokivat suhteensa kumppaneihinsa, perheisiinsä ja ystäviinsä monimutkaisina: sama henkilö saattoi eri aikoina olla sekä apuna että esteenä tupakoinnin lopettamiselle. Tutkimuksessa ehdotetaankin sellaisen vieroitusmallin kehittämistä, mikä ulottuisi koskemaan raskaana olevan tupakoitsijan sosiaalista verkostoa laajemmin. (Koshy ym. 2010, 506–507.) Tätä ehdotusta tukee tutkimustulos, jonka mukaan tupakoiville latinalaisamerikkalaisille isille kumppanin raskaus saattaisi olla otollinen aika tupakoinnin lopettamiselle. Tutkimukseen osallistuneet miehet olivat tietoisia tupakoinnin haitallisista vaikutuksista syntyvälle lapselle ja siten motivoituneita muuttamaan terveyskäyttäytymistään. (Pollak ym. 2010, 54.)

Duckworth ja Chertok (2012) käsittelevät kirjallisuuskatsauksessaan viittä tutkimusta, jotka keskittyvät raskaana olevan tupakoitsijan kumppanin tupakoinnin lopettamiseen tai sisältävät kumppanin tupakoinnin lopettamisen raskauden aikana. Nämä interventiot sisälsivät puhelimesta annettua tukea, tukea parisuhteeseen, keskusteluja, nikotiinilaastareiden käyttöä ja erilaisia lopettamista tu-

kevia koulutusmalleja, kuten esitteitä ja videoita. (Duckworth ja Chertok 2012, 176.) Neljässä näistä viidestä interventtiosta kumppaneiden tupakointi väheni ja yhdessä tutkimuksessa merkittävää eroa kontrolliryhmään ei saatu (Duckworth ja Chertok 2012, 177). Tulosten perusteella odottavaa perhettä pitäisi käsitellä kokonaisuutena ja kehittää sille räätälöity tupakastavieroitusohjelma ottaen samalla huomioon kumppaneiden yksilölliset tarpeet.

8.4 Relapsin estosta

Tutkimukset osoittavat, että raskauden aikana tupakoinnin lopettaneet naiset usein aloittavat sen uudelleen synnytyksen jälkeen (Colman & Joyce, 2003, 29), mikä lisää sekä äidin että vauvan pitkäaikaisten terveyshaittojen riskiä (Kuva 1.) (Gaffney & Henry 2007, 126). Tämän sukupolvien välisen sairastavuuden keuhon murtaminen tukemalla äidin savuttomuutta olisi ensiarvoisen tärkeää sekä syntyvän lapsen että äidin terveyden kannalta ja toisi lisäksi mittavat kustannussäästöt terveydenhuollolle.



Kuva 1. Tupakointiin liittyvä sukupolvien välinen sairastavuuden kehä (Gaffney ym. 2008, 254).

Synnytyksen jälkeisen relapsin eston ymmärtämiseksi on kehitetty käsitteellisiä malleja, joista kahden uskotaan olevan taustalla vauvan ja äidin ensimmäisten kahden yhteisen viikon aikana, mikä on kriittisin vaihe tupakoinnin uudelleen aloittamiselle. Ensimmäinen malli on Marlattin ja Gordonin relapsinestomalli (1985), jonka mukaan niillä, joilla on tehokkaimmat selviytymisstrategiat, on myös eniten itseluottamusta tupakoimattomana pysymiseen, ja päinvastoin, kun he kohtaavat mahdollisia tupakoinnin laukaisevia tekijöitä. Toinen malli on Mercerin (2004) ”Becoming A Mother”: äidin identiteetin luomiseen liittyvien, tiettyjen kehitystehtävien läpikäyminen raskauden aikana ja vauvan synnyttyä. (Gaffney ym. 2008, 254.)

Ensimmäisten kahden viikon aikana äidit opettelevat tuntemaan vauvojaan ja heidän reaktioitaan yrityksen ja erehdyksen kautta. Erityisenä haasteena on vauvan ärtyisyyden käsitteleminen samanaikaisesti synnytyksestä palautumisen kanssa. Raskautensa aikana tupakoinnin lopettaneilla naisilla nämä kaksi dynaamista prosessia – tupakoinnin uudelleen aloittamisen estyminen ja äidiksi

tuleminen – ovat samanaikaisesti aktiivisia. Tähän aikaan liittyvät stressitekijät saattavat laukaista tupakoinnin uudelleen aloittamisen, mikäli äitejä ei ole varustettu etukäteen tehokkailla selviytymiskeinoilla. (Gaffney ym. 2008, 254.)

Riskitekijöinä tupakoinnin uudelleen aloittamiselle näyttäisivät tutkimuksen mukaan olevan raskaana olevan oma käsitys tupakoinnistaan synnytyksen jälkeen sekä tulevan äidin herkkyys vauvan itkukohtauksille (Gaffney & Henry 2007, 132). Joillekin äideille vauvan pitkittynyt ja selittämätön itku saa aikaan tupakoinnin ajattelemisen stressiä helpottavana asiana tai tupakoinnin aloittamisen samasta syystä (Gaffney ym. 2008, 258). Äidin oma odotus siitä, että tupakoimattomuus jatkuu synnytyksen jälkeen ja itseluottamus tupakoimattomana pysymiseen vauvan itkusta huolimatta ennustivat merkittävästi äidin kykyä pidättäytyä tupakoinnista synnytyksen jälkeen. Siten sellaiset interventiot, joissa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa tarjottaisiin tulevalle äidille keinoja itkävän vauvan hoitoon, saattaisivat olla erityisen arvokkaita raskausaikana toteutettavaksi. (Gaffney & Henry 2007, 132).

Myös synnytyksen jälkeen toteutettu interventio auttoi äitejä pysymään tupakoimattomana (10 % enemmän kuin vertailuryhmässä). Interventio perustui kognitiivis-behavioristiseen relapsin estoon ja se toteutettiin kotikäynteinä ja puhelinkontakteina synnytyksen jälkeen. Kotikäynneillä käytiin läpi muun muassa äidin stressiä ja stressin vähentämistä, laukaisevia tekijöitä, sosiaalisen tuen saamista sekä muiden perheenjäsenten tupakointia ja sen vähentämistä. Äidit kokivat menetelmän positiivisena. (Groner ym. 2005, 157.)

8.5 Asenteiden merkitys savuttomuuden toteutumisessa

Terveystieteiden ammattilaisten roolilla ja asenteilla on osoitettu olevan tärkeä vaikutus kannustettaessa äitejä osallistumaan savuttomuutta tukeviin ohjelmiin (Pullon ym. 2003, 323). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan neuvoloiden terveydenhoitajilla on erittäin positiivinen asenne tupakoinnin ennaltaehkäisevää työtä kohtaan ja vanhempien motivointia tupakoinnin lopettamiseen pidettiin hyvin

tärkeänä. Hoitajat kokivat kuitenkin vaikeaksi tavoittaa isät, maahanmuuttajaperheet ja alemman sosiaaliluokan perheet. (Carlsson ym. 2010, 6-7.)

Ruotsista löytyy hyvä esimerkki onnistuneesta interventtiosta, jossa eräs äitiys- ja lastenneuvola sitoutui raskaana olevien tupakoinnin lopettamiseen tähtäävään työhön. Vuosien 1984–2000 välillä raskauden alkuvaiheessa tupakoivien naisten määrä oli vähentynyt 46 %:sta 24 %:iin ja samalla tupakoinnin lopettaneiden naisten määrä oli noussut 20 %:sta 74 %:iin. Intervention onnistumisen tärkein yksittäinen tekijä oli terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen hyvä vuorovaikutus. (Lendahls 2003, Yliruka ym. 2006, 24 mukaan.) Kyseistä väittämää puoltaa myös Abrahamsson (2004), jonka mukaan ystävyteen tai yhteistyöhön pohjautuvan asiakassuhteen muodostavat työntekijät onnistuvat tupakoinnin ehkäisytyössä paremmin kuin ne, jotka välttelevät tupakoinnista puhumista tai pelkästään kertovat tupakoinnin terveysriskeistä (ks. Yliruka ym. 2006, 24). Muut tupakoinnin vähentämiseen vaikuttavat tekijät olivat tutkimuksen mukaan raskaana olevien tupakointiin liittyvien asenteiden muutos, raskaudenaikaisen stressin lievittäminen ja pystyvyyden tunteen lisääminen (Lendahls 2003, Yliruka ym. 2006, 24 mukaan).

Lendahlsin (2003) mukaan tupakoinnin lopettamisen onnistuminen raskauden aikana riippuu henkilökunnasta, tupakoitsijasta ja ympäristöstä. Henkilökunnalla pitää olla oikea asenne, tietoa, taitoa ja kokemusta tukeakseen tupakoivaa raskaana olevaa naista. Henkilökunnalla tulee olla keskenään samanlaiset asenteet ja toimintatavat, jotta odottavat naiset eivät saisi ristiriitaista tietoa eikä intervention vaikuttavuus heikkenisi. Tupakoitsijan tärkein edellytys tupakoinnin lopettamisen onnistumiselle on halu lopettaa. (ks. Yliruka ym. 2006, 24.)

Lendahlsin ym. (2002, 220) tutkimuksen mukaan raskaana olevat naiset odottavat keskustelua terveydenhuollon henkilökunnan kanssa tupakoinnista raskauden aikana. Ne raskaana olevat naiset, joilta oli pelkästään kysytty heidän tupakoinnistaan, olivat pettyneitä ja yllättyneitä hoitajien pinnallisesta lähestymistavasta. Raskaana olevat naiset haluavat tietää faktoja terveyshaitoista vauvalle. Näin ollen terveydenhuollon henkilökunnan ei tarvitse pelätä loukkaavansa, vaan päinvastoin heidän tulisi olla suoraviivaisempia kertoessaan tupakoinnin

vaikutuksista raskauteen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat, että hoitajilla on tärkeä rooli motivoitaessa heitä lopettamaan tai vähentämään tupakointia raskauden aikana. (Lendahls ym. 2002, 219-220.)

Tutkimusten perusteella terveydenhuollon henkilöstön asenteilla näyttäisi olevan erittäin iso merkitys savuttomuutta tukevan työn onnistumisessa. Tutkimuksia asenteiden vaikutuksista löytyy kuitenkin niukasti. Osasyyn tähän saattaa olla asenteiden moniulotteisuus ja määrittelyn vaikeus. Gordon Allportin (1954) mukaan (ks. Erwin 2005, 12) asenteella tarkoitetaan ”opittua taipumusta ajatella, tuntee ja käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan”. Tämän määrittelyn ydin viittaa asenteiden kolmikomponenttimalliin, jonka komponentit ovat tunne, kognitio ja käyttäytyminen. Nämä kolme elementtiä (taipumusta) toimivat piiloprosessina yksilön sisällä ja niihin liittyvillä tieto-, tunne- ja käyttäytymisreaktioilla on selvä yhteys asenteen kohteeseen: ”jos pidämme jostakin asiasta (tunne), ajatuksemme siitä ovat todennäköisesti myönteisiä (kognitio) ja luultavasti hakeudumme tekemisiin kyseisen asian kanssa (käyttäytyminen)”. (Erwin 2005, 13–14.) Jotta terveydenhuollon henkilöstö ottaisi savuttomuuteen tukemisen systemaattisesti osaksi työnkuvaansa, täytyisi henkilökunnan, Allportin ajattelua mukaillen, pitää savuttomuutta tukevasta työstä ja ajatusten savuttomuuteen tukemista kohtaan muuttua myönteiseksi. Tällaiseen ajatteluun pyrittäessä lähtökohtana voisi pitää sitä tosiasiaa, että nikotiiniriippuvuutta tulisi hoitaa, kuten sairautta hoidetaan (Mustonen 2004, 145).

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda pohja yksilövieroitusmallin kehittämiseksi tupakoiville raskaana oleville ja synnyttäneille naisille turkulaisiin äitiys- ja lastenneuvoloihin. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä Turun neuvoloiden henkilökunnalle ja sen tavoitteena oli selvittää heidän nykyistä osaamistaan, asenteitaan ja koulutuksen tarpeitaan savuttomuuteen tukemiseen liittyen sekä toiveitaan tulevan vieroitusmallin sisällöistä ja menetelmistä.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

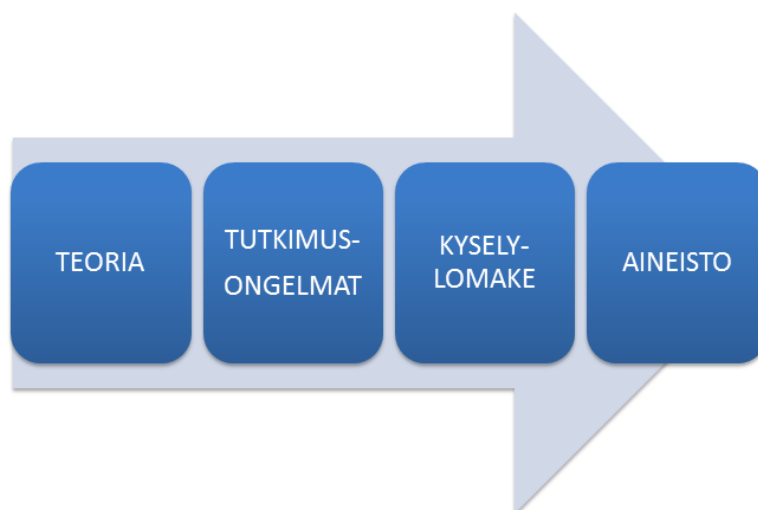
1. Miten raskaana olevien savuttomuutta tuetaan tällä hetkellä?
2. Minkälaisilla koulutussisällöillä voidaan lisätä neuvoloiden henkilökunnan mahdollisuuksia savuttomuuteen tukemiseen?
3. Minkälaisia työmenetelmiä neuvoloiden henkilökunta tarvitsee savuttomuuteen tukemisessa?
4. Miten neuvoloiden henkilökunnan asenteet vaikuttavat savuttomuuteen tukemiseen?

10 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

10.1 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto

Tutkimus on lähestymistavaltaan kvantitatiivinen ja tarkoitukseltaan selvittävä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 44). Otoksena olivat turkulaisten neuvoloiden terveydenhoitajat tai kätilöt, yhteensä 70 henkilöä, ja tutkimuksen aineisto siten suhteellisen laaja. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin tarkoituksenmukaisimpana kyselylomake (Hirsjärvi ym. 2000, 182; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 87). Se mahdollisti suhteellisen laajan aineiston keräämisen ja oli vastaajalle joustava ja melko vaivaton.

Tutkimusongelmat muodostuivat kirjallisuuskatsauksen ja yksilövieroitusmallin kehittämiseen tarvittavien tietojen pohjalta. Määritellyt tutkimusongelmat operationalisoitiin mitattavaan muotoon kyselylomakkeen kysymyksiksi. (Kuva 2.) Taustamuuttujiksi valittiin vastaajien koulutus, työkokemuksen pituus sekä osallistuminen Turun kaupungin tai muun tahon järjestämään savuttomuuskoulutukseen (kysymykset 1-3 ja 11–12). Ensimmäistä tutkimusongelmaa ”Miten raskeana olevien savuttomuutta tuetaan tällä hetkellä?” kartoitettiin kysymyksillä 4-10. Toista tutkimusongelmaa ”Minkälaisilla koulutussisällöillä voidaan lisätä neuvoloiden henkilökunnan mahdollisuuksia savuttomuuteen tukemiseen?” selvitettiin kysymyksillä 13–14 sekä 18. Kolmatta tutkimusongelmaa ”Minkälaisia työmenetelmiä neuvoloiden henkilökunta tarvitsee savuttomuuteen tukemisessa?” kartoitettiin kysymyksillä 15–17. Viimeistä tutkimusongelmaa ”Miten neuvoloiden henkilökunnan asenteet vaikuttavat savuttomuuteen tukemiseen?” selvitettiin kysymyksillä 19–23. (Liite 4.)



Kuva 2. Mittausvälineen laatiminen aineiston hankkimiseksi.

Kyselylomakkeeseen sisällytettiin avoimia kysymyksiä, valintakysymyksiä, monivalintakysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä ja asteikkoon perustuvia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2000, 185). Sekamuotoisissa kysymyksissä annettiin vastausvaihtoehtoja ja sen lisäksi oli yksi avoin kysymys ("muu, mikä?"). Näitä kysymyksiä käytettiin silloin, kun oli syytä epäillä, ettei kaikkia vastausvaihtoehtoja tunnettu. (Vilka 2007, 69). Asteikkona käytettiin neliportaista sanallista Likert-asteikkoa, johon lisättiin "en osaa sanoa" -vaihtoehto (Vilka 2007, 49; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 102).

Annettujen vastausten luotettavuus pyrittiin varmistamaan kontrollikysymyksillä. Näiden määrää jouduttiin kuitenkin karsimaan, jottei kyselylomakkeesta olisi tullut liian pitkä. Helpot taustakysymykset sijoitettiin lomakkeen alkuun ja arkaluonteiset asenteita käsittelevät kysymykset loppuun.

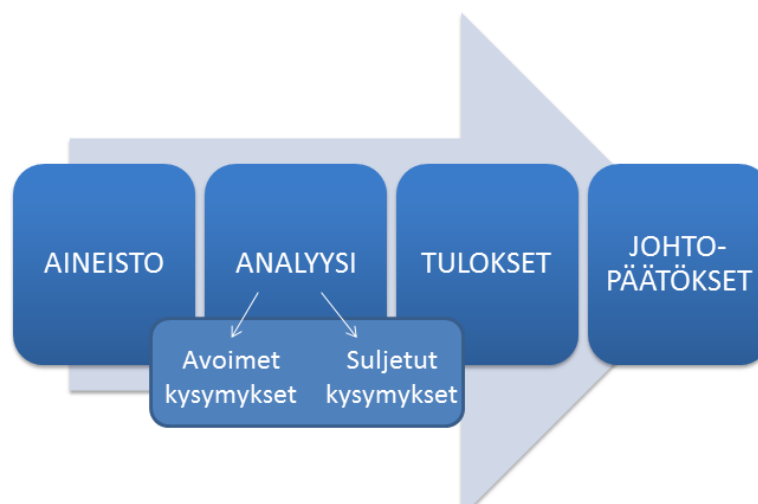
Kyselylomake muunnettiin sähköiseksi Webropol[®] -kyselyksi, jossa kysymykset jakaantuivat tasaisesti usealle sivulle. Sivujen ulkoasua muokattiin persoonallisemmaksi ja sivujen alalaitaan sijoitettiin kyselyn etenemistä osoittava palkki. Kyselylomaketta esiteltiin neljällä neuvolassa terveydenhoitajana työskentelevällä henkilöllä (Vilka 2007, 78; Vehkalahti 2008, 48).

10.2 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus

Neuvoloiden henkilökuntaa yritettiin motivoida kyselyyn vastaamiseen esittelemällä kyselyä ennakolta neuvoloiden kuukausikokouksessa ennen kyselyn lähettämistä. Sähköisen kyselylomakkeen linkki saatekirjeineen lähetettiin 7. tammikuuta 2013 sähköpostitse äitiys- ja lastenneuvoloiden osastonhoitajille, jotka välittivät sen edelleen neuvoloidensa henkilökunnalle. Vastausaikaa oli 4. helmikuuta saakka. Kyseisenä aikana vastaajille lähetettiin kyselystä kaksi muistutusviestiä. Kyselyyn vastasi 38 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi tuli 54,3 %.

10.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineisto tallennettiin Webropol[®] -ohjelmasta Excel – muotoon havaintomatriisiksi. Aineiston suljettujen kysymysten (valinta- ja monivalintakysymysten) vastaukset analysoitiin SPSS Statistics 20 -ohjelmalla (Statistical Package for Social Sciences), joka on yleisimmin käytetty hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 100). Osa vastauksista koodattiin uudelleen analysoitavaan muotoon, esimerkiksi monivalintakysymyksissä valittu vaihtoehto=1 ja ei valittu=0. Vastaajien työkokemuksen pituus luokiteltiin viiteen ryhmään: alle vuosi, 1-9, 10–19, 20–29 sekä 30 vuotta tai yli. Monivalintakysymysten vastauksista muodostettiin frekvenssitaulukkoja, joista ilmenee vastausten frekvenssi ja frekvenssiprosentti. (Kuva 3.)



Kuva 3. Aineiston käsittely ja analysointi.

Sekamuotoisten kysymysten valintaosuus analysoitiin kuten suljetut kysymykset ja avoimista vastauksista poimittiin oleelliset lausumat tuloksiin.

Ristiintaulukoinnilla tutkittiin tiettyjen muuttujien riippuvuutta Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen osallistumiseen. Näitä muuttujia olivat tällä hetkellä käytetyt menetelmät savuttomuuteen tukemisessa, vieroitusoireiden hoito, lisäkoulutuksen tarve savuttomuutta tukevista aihealueista, menetelmien ja aihealueiden sisällyttäminen yksilövieroitusmalliin sekä asenteet. Ristiintaulukoinnin tarkoituksena oli tarkastella kahden muuttujan välistä yhteyttä (Vilka 2007, 129; Holopainen & Pulkkinen 2008, 52; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 113). Muuttujien välisen yhteyden tilastollista merkitsevyyttä testattiin Fisherin tarkan todennäköisyyden testin avulla, koska otoskoko oli alle 50. Tilastollisesti merkitsevä p-arvona pidettiin $p < 0,05$. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 106, 113.)

Avointen kysymysten vastausten lausumat pelkistettiin ilmauksiksi, joissa ajatuskokonaisuus muodosti yhden analyysiyksikön (Kuva 4.). Yksittäinen vastaaja on saattanut tuottaa useamman lausuman eli analyysiyksikön omassa vastauksessaan. Samaa tarkoittavat analyysiyksiköt laskettiin yhteen ja niiden osuus kaikista vastauksista laskettiin myös. Samaa merkitsevät pelkistetyt lausumat ryhmiteltiin alakategorioihin, jotka nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 137.)

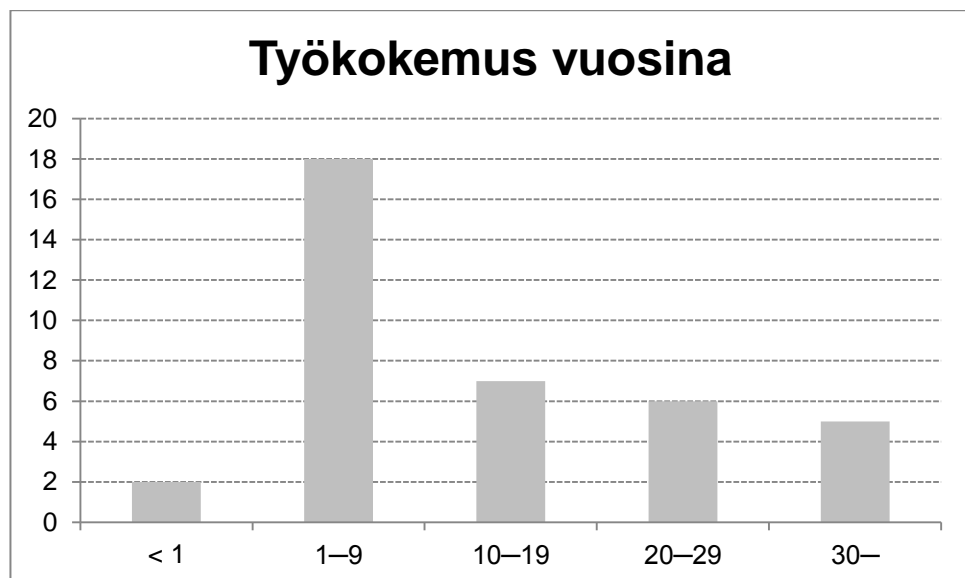


Kuva 4. Esimerkki avointen kysymysten analyysistä.

11 TULOKSET

11.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 38 henkilöä (n=38). Koulutukseltaan heistä 20 oli terveydenhoitaja, 16 sairaanhoitaja-terveydenhoitaja ja 2 kättilö-terveydenhoitaja. Työkokemus vaihteli 7 kuukaudesta 35 vuoteen ja keskimääräinen työkokemuksen pituus oli 12,5 vuotta. Työkokemuksen jakaantuminen on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Vastaajien työkokemus vuosina.

Vastaajista 57,9 % kertoo työssä ollessaan saaneensa koulutusta raskaudenai-
kaisesta ja synnytyksen jälkeisestä tupakoinnista. Näistä 68,2 % kokee, ettei
koulutus ole ollut riittävää. Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulu-
tukseen kertoo osallistuneensa 39,5 % vastaajista.

11.2 Raskaana olevien savuttomuuteen tukemisen toteutuminen neuvoloissa

Aihealueita, joista tietoa annettiin

Vastaajat antoivat tietoa raskaana oleville ja synnyttäneille tupakoinnin haitoista, lopettamisen hyödyistä ja vieroituksesta (Taulukko 1.). Tietoa annettiin eniten tupakoinnin haitoista. Yli puolet vastaajista antoi tietoa tupakoinnin terveyshaitoista sikiölle ja lähes 43 % terveyshaitoista syntyneelle lapselle. Myös tupakoinnin haitoista raskaana olevalle, (synnyttäneelle) äidille, imetykselle ja koko perheelle kerrottiin: ”*Kerron mm. haitoista sikiöön, tupakoinnin haitoista imetyksen yhteydessä, lasten infektioherkkyydestä tupakoivissa perheissä, terveyshaitoista yleensä*”. Tupakoinnin lopettamisen hyödyistä annettiin huomattavasti vähemmän tietoa kuin sen haitoista. Viidennes vastaajista kertoi antavansa kirjallista tietoa suullisen tiedon tueksi.

Vastaajista 37 % antoi tietoa vieroitukseen liittyen. Tietoa annettiin nikotiinikorvausvalmisteista sekä erilaisista toimintamalleista: ”...*annan käytännön vinkkejä ongelmatilanteisiin, etsin heidän kanssaan toimintamallia niitä tilanteita varten, jolloin päätöksessä pysyminen tuottaa vaikeuksia.*”

Taulukko 1. Tiedon antaminen raskaana olevalle ja synnyttäneelle. (Avoimista vastauksista luotu taulukko, jossa yksittäinen vastaaja on saattanut tuottaa useamman lausuman, jotka näkyvät taulukossa pelkistettyinä ilmauksina.)

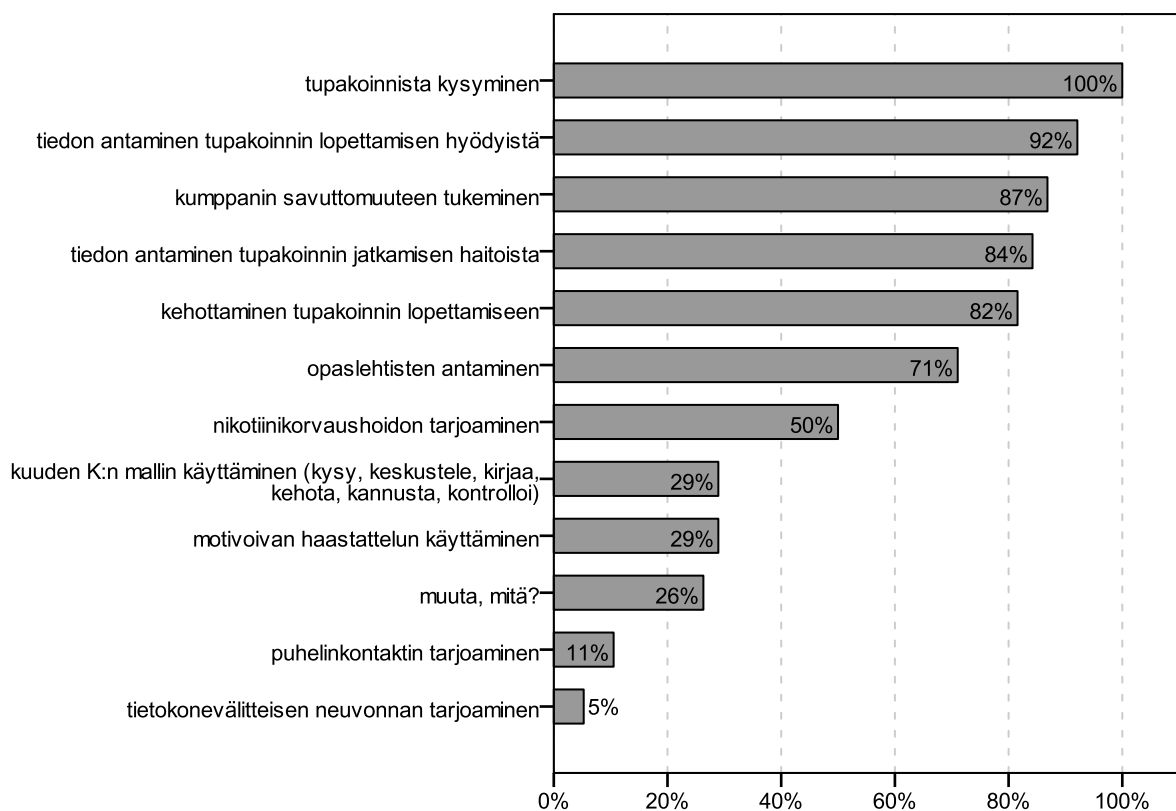
Pelkistetty ilmaus	Vastausten määrä (n=35)	Vastausten osuus (%)	Alakategoria
"tietoa terveyshaitoista sikiölle"	19	54,3	tiedon antaminen tupakoinnin haitoista
"tietoa terveyshaitoista raskaana olevalle"	6	17,1	
"tietoa terveyshaitoista lapselle"	15	42,9	
"tietoa haitoista imetykselle"	5	14,3	
"tietoa terveyshaitoista äidille"	7	20	
"tietoa terveyshaitoista perheelle ja yleisesti"	9	25,7	
"tietoa tupakasta vieroituksesta"	13	37,1	tiedon antaminen vieroitukseen liittyen
"ohjaaminen savuttomuushoitajalle"	2	5,7	
"tietoa lopettamisen hyödyistä äidille"	3	8,6	tiedon antaminen lopettamisen hyödyistä
"tietoa lopettamisen hyödyistä lapselle"	3	8,6	
"tietoa lopettamisen hyödyistä yleisesti"	6	17,1	
"opaslehtisen antaminen"	7	20	kirjallisen tiedon antaminen

Savuttomuuden tukemisessa käytetyt menetelmät

Kaikki vastaajat ilmoittivat kysyneensä raskaana olevan ja synnyttäneen tupakoinnista. Lähes 90 % vastaajista antoi tietoa tupakoinnin lopettamisen hyödyistä ja tupakoinnin jatkamisen haitoista sekä tuki kumppania savuttomuuteen. Tupakoinnin lopettamiseen kehotti 82 % vastaajista. Kuuden K:n mallia käytti vajaa kolmannes vastaajista, samoin motivoivaa haastattelua. Vastaajista 71 % ilmoitti antaneensa opaslehtisen ja puolet tarjonneensa nikotiinikorvaushoitoa. (Kuvio 6.)

Puhelinkontaktien ja tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen oli hyvin vähäistä. Yhtenä esimerkkinä tietokonevälitteisestä neuvonnasta mainittiin www.stumppaa.fi -sivusto. Muita mainittuja menetelmiä olivat vieroitusryhmistä kertominen ja terveyskeskuksen savuttomuushoitajalle ohjaaminen.

Savuttomuuteen tukevien menetelmien käyttö f% (n=38)



Kuvio 6. Raskaana olevan ja synnyttäneen savuttomuuteen tukemisessa käytetyt menetelmät.

Osallistumisella Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen ei ollut yleisesti ottaen tilastollisesti merkitsevää vaikutusta savuttomuutta tukevien menetelmien käyttöön. Motivoivaa haastattelua ja tiedon antamista tupakoinnin jatkamisen haitoista käyttivät kuitenkin jokseenkin merkitsevästi enemmän koulutukseen osallistuneet. (Liite 5.)

Relapsiin altistavien tekijöiden tunnistaminen ja sen ennaltaehkäisy

Vastaajat (n=36) toivat esille runsaasti tekijöitä, jotka altistavat tupakoinnin uudelleenaloittamiselle synnytyksen jälkeen. Altistavat tekijät jakautuivat seuraaviin alakategorioihin: sosiaalisen ympäristön, elämäntilanteen muutoksen, elä-

mäntapojen, nuoren iän ja kouluttamattomuuden vaikutukseen sekä vaikeuteen sitoutua tupakoinnin lopettamiseen. (Taulukko 2.)

Merkittävimpänä altistavana tekijänä vastaajat pitivät puolison tai kumppanin tupakointia (61,1 %). Lähipiirin tupakoinnin vaikutuksen nosti esille kolmannes vastaajista. Muina merkittävänä altistavina tekijöinä pidettiin aikaisemmasta tupakoinnista aiheutunutta nikotiiniriippuvuutta (33,3 %) sekä elämäntilanteen muutokseen liittyvää stressiä (36,1 %): ”*haastava vauva tai vauvan kokeminen haastavana = stressi...*”. Vastaajat toivat esille myös väsymyksen (22,2 %) ja yksinäisyyden (16,7 %).

Taulukko 2. Tupakoinnin uudelleen aloittamiselle altistavat tekijät synnytyksen jälkeen. (Avoimista vastauksista luotu taulukko, jossa yksittäinen vastaaja on saattanut tuottaa useamman lausuman, jotka näkyvät taulukossa pelkistettyinä ilmauksina.)

Pelkistetty ilmaus	Vastausten määrä (n=36)	Vastausten osuus (%)	Alakategoria
"puolison tai kumppanin tupakointi"	22	61,1	Sosiaalisen ympäristön vaikutus
"lähipiirin tupakointi"	12	33,3	
"yksinäisyys"	6	16,7	
"tuen puute"	3	8,3	
"parisuhteongelmat"	4	11,1	
"uusi elämäntilanne"	4	11,1	Elämäntilanteen muutoksen vaikutus
"oman ajan puute"	4	11,1	
"stressi"	13	36,1	
"väsymys"	8	22,2	
"epävarmuus"	1	2,8	
"vaativa vauva"	6	16,7	
"raskauden loppuminen"	3	8,3	
"imetyksen loppuminen ja vastikeruokailu"	4	11,1	Vaikeus sitoutua tupakoinnin lopettamiseen
"psykkisen hyvinvoinnin aleneminen"	5	13,9	
"satunnainen tupakointi"	2	5,6	
"nikotiiniriippuvuus"	12	33,3	
"motiivin puute"	2	5,6	
"mielekkään tekemisen puute"	1	2,8	
"välinpitämättömyys"	1	2,8	
"tiedon puute"	5	13,9	
"epäsäännöllinen elämänrytmi"	1	2,8	
"juhliminen, alkoholin käyttö"	4	11,1	
"nuori ikä"	4	11,1	Nuoruus ja kouluttamattomuus
"sosiaalinen status"	1	2,8	

Eniten savuttomuuden jatkumista synnytyksen jälkeen tuettiin antamalla tietoa (44,4 %). Kolmannes vastaajista kannusti savuttomuuteen ja motivointia käytti noin viidennes vastaajista samoin kuin positiivisen palautteen antamistakin. Kuuden K:n mallia kertoi käyttäneensä yksi vastaaja. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Savuttomuuden jatkumista tukevat menetelmät synnytyksen jälkeen. (Avoimista vastauksista luotu taulukko, jossa yksittäinen vastaaja on saattanut tuottaa useamman lausuman, jotka näkyvät taulukossa pelkistettyinä ilmauksina.)

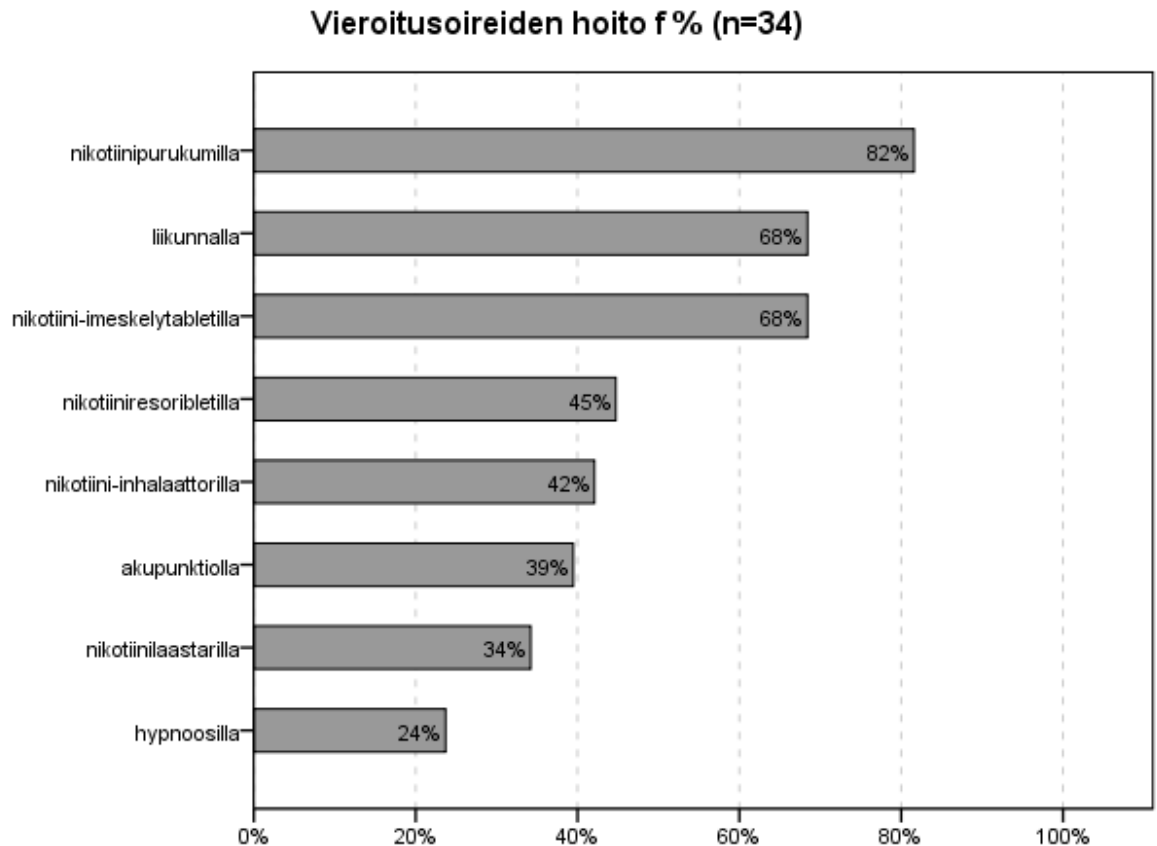
Pelkistetty ilmaus	Vastausten määrä (n=36)	Vastausten osuus (%)
"kontrollointi, puheeksi ottaminen uudelleen"	10	27,8
"kannustaminen"	12	33,3
"positiivisen palautteen antaminen"	7	19,4
"motivointi"	8	22,2
"tiedon anto"	16	44,4
"keskustelu"	8	22,2
"tukeminen"	4	11,1
"Kuuden K:n malli"	1	2,8
"ilmaisemalla pettymystään"	1	2,8
"ratkaisukeinojen miettiminen"	3	8,3

Vieroitusoireiden tunnistaminen ja niiden hoito

Parhaiten vieroitusoireista tunnistettiin ärtyisyys sekä makeanhimo ja ruokahalun lisääntyminen (58 %). Vastaajista 53 % tunnisti vieroitusoireina levottomuuden ja 50 % kärsimättömyyden ja tupakanhimon. Vähiten tunnistettiin keskittymisvaikeuksia (42 %), univaikeuksia (37 %) tai päänsärkyä (37 %) vieroitusoireisiin kuuluviksi.

Nikotiinikorvaustuotteiden käyttö tunnistettiin vaihtelevasti raskaana olevan ja imettävän vieroitusoireiden hoitamisessa (Kuvio 7.). Eniten ehdotettiin nikotiinipurukumin käyttöä (82 %). Nikotiinilaastaria käyttäisi 34 % vastaajista. Niko-

tiinikorvaustuotteiden lisäksi ehdotettiin liikuntaa (68 %), akupunktiota (39 %) ja hypnoosia (24 %). Yksikään vastaajista ei ehdottanut lääkkeiden eikä nuuskan tai sähkötupakan käyttöä vieroitusoireiden hoitoon.



Kuvio 7. Vieroitusoireiden hoito raskaana olevalla ja imettävällä.

Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen osallistuneet hoitivat vieroitusoireita hieman aktiivisemmin kuin koulutukseen osallistumattomat, ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi enemmän. Kummassakin ryhmässä oli kuitenkin virheellistä tietoa nikotiinilaastarin, akupunktion ja hypnoosin käytöstä vieroitusoireiden hoidossa. Savuttomuuskoulutukseen osallistuneista kaikki tiesivät, että nikotiinipurukumilla voidaan hoitaa raskaana olevan ja imettävän vieroitusoireita. (Liite 5.)

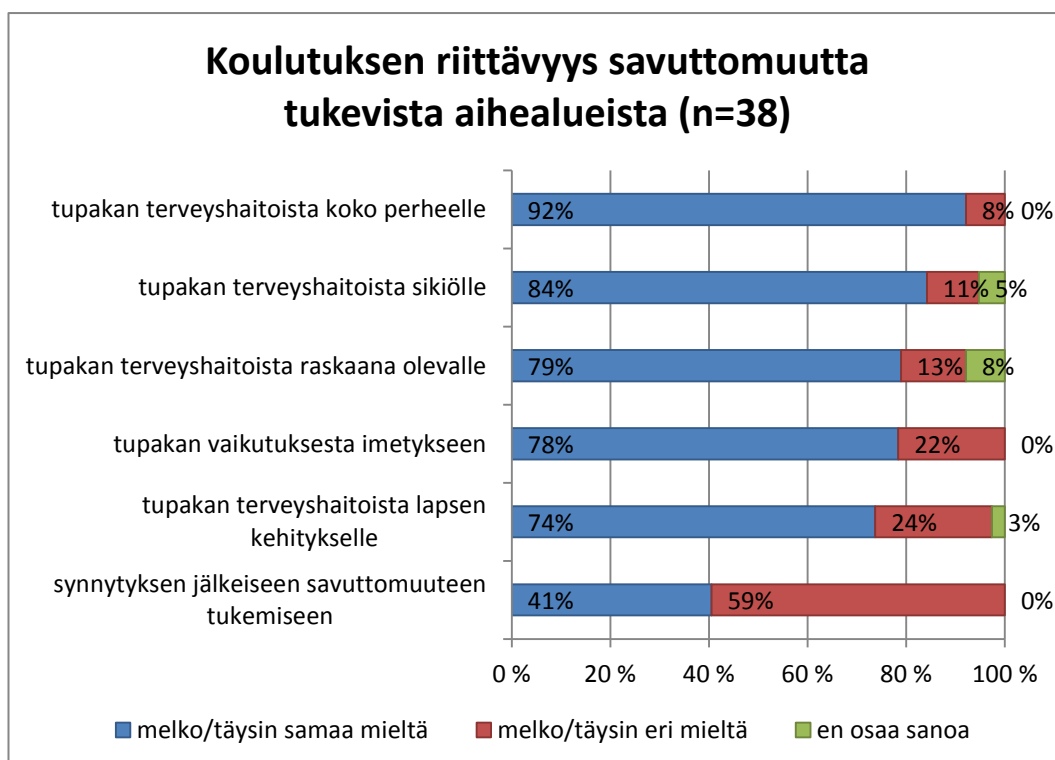
Ohjauk käytäntöjen yhtenäisyys työpaikoilla

Vastaajista 84 % ei osannut sanoa tai ei kokenut työpaikalla olevan yhtenäisiä ohjauk käytäntöjä raskaana olevan savuttomuuteen tukemisessa (n=37).

11.3 Koulutussisältöjen tarve savuttomuuteen tukemisessa

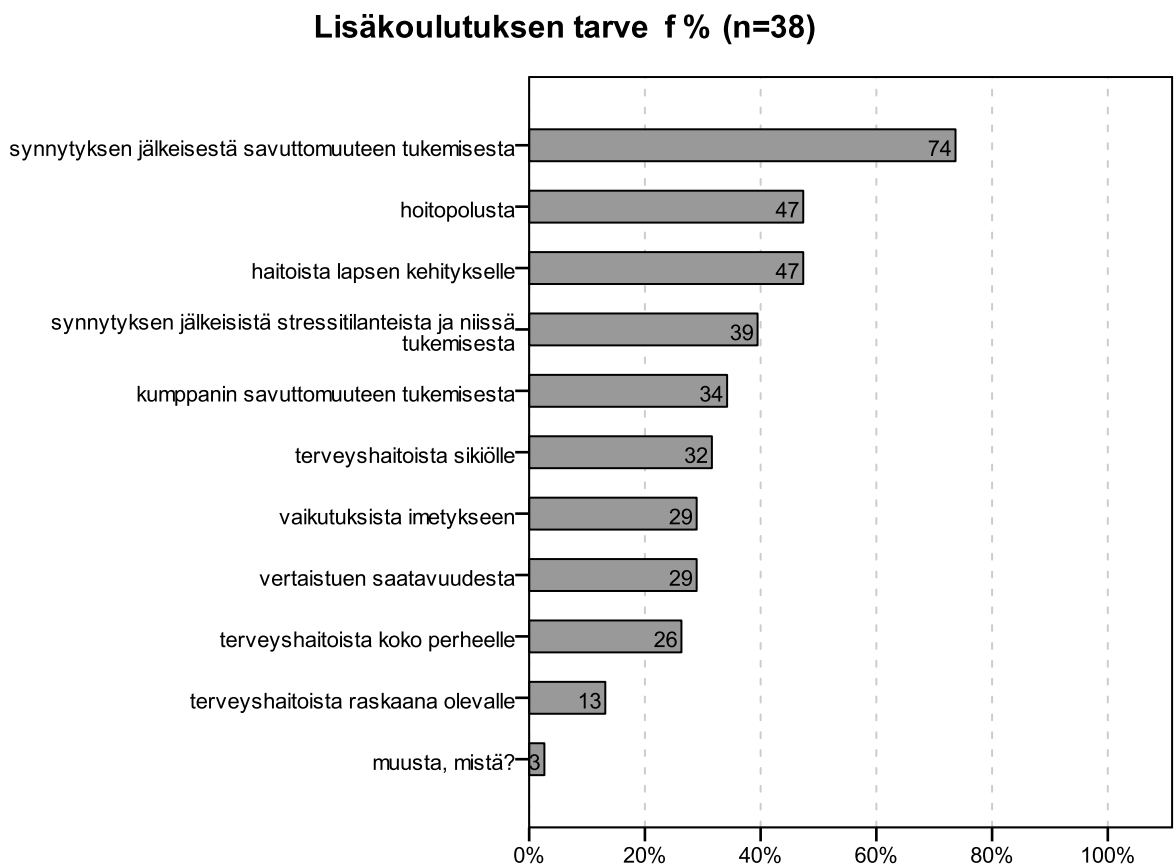
Koulutuksen riittävyys ja lisäkoulutuksen tarve

Valtaosa vastaajista koki koulutuksensa riittäväksi koskien tupakan terveyshaittoja sikiölle, lapselle, raskaana olevalle, koko perheelle ja vaikutuksia imetykseen. Vajaa neljännes vastaajista ei osannut sanoa tai ei kokenut koulutustaan riittäväksi edellä mainituista aihealueista. Vastaajista 59 % koki koulutuksensa riittämättömäksi synnytyksen jälkeisessä savuttomuuteen tukemisessa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Koulutuksen riittävyys savuttomuutta tukevista aihealueista.

Koulutuksen riittävyttä kontrolloitiin kysymällä lisäkoulutuksen tarpeesta liittyen savuttomuutta tukeviin aihealueisiin (Kuvio 9.). Tulos oli samansuuntainen kuin edellä: eniten kaivattiin lisäkoulutusta synnytyksen jälkeisestä savuttomuuteen tukemisesta (74 %). Vastaajista 47 % halusi lisäkoulutusta myös hoitopolusta ja haitoista lapsen kehitykselle. Synnytyksen jälkeisistä stressitilanteista ja niissä tukemisesta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta 39 % vastaajista. Noin joka kolmas kaipasi lisäkoulutusta kumppanin savuttomuuteen tukemisesta, terveyshaitoista sikiölle ja koko perheelle, vaikutuksista imetykseen ja vertaistuen saatavuudesta. Näiden lisäksi tuli esille lisäkoulutuksen tarve ”itse tukemistyöstä ja puheeksiottamisesta, siitä miten motivoida eikä syyllistää”.



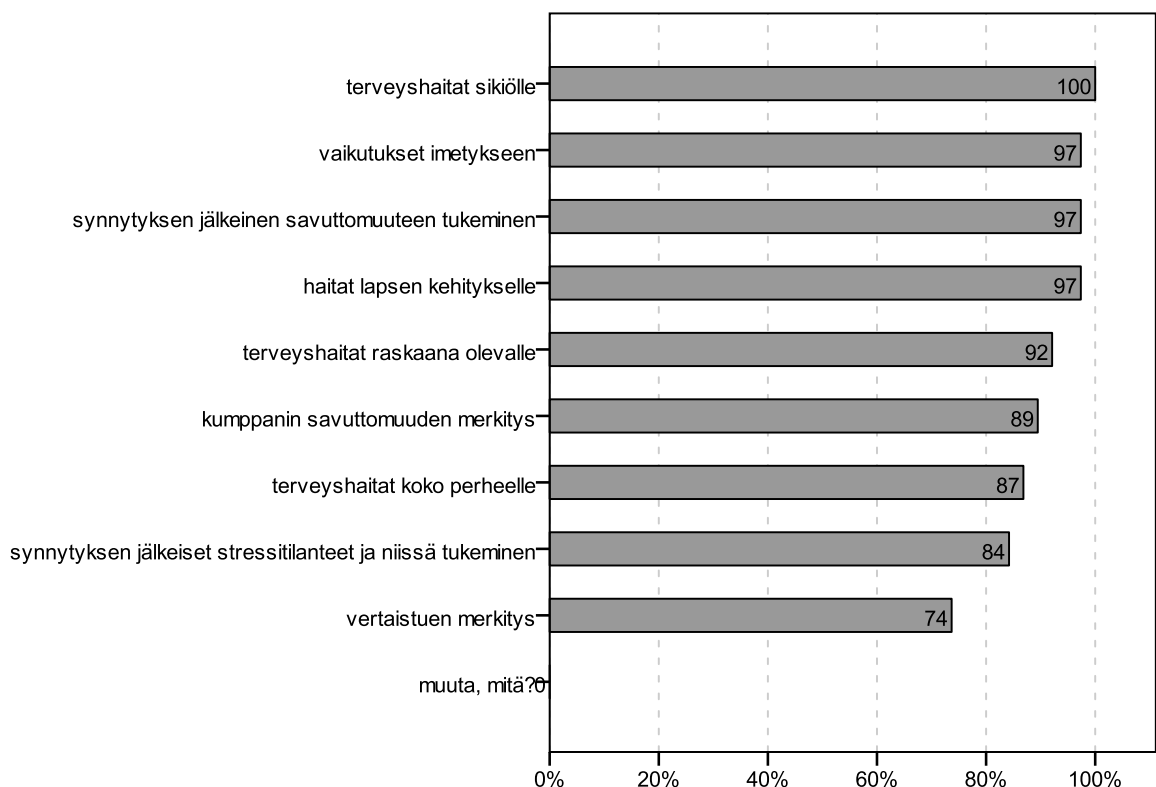
Kuvio 9. Lisäkoulutuksen tarve savuttomuutta tukevista aihealueista.

Osallistumisella Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää vaikutusta lisäkoulutuksen tarpeeseen. (Liite 5.)

Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä aihealueita

Lähes jokainen vastaaja sisällyttäisi kehitteillä olevaan yksilövieroitusmalliin seuraavia aihealueita: terveyshaitat sikiölle, haitat lapsen kehitykselle ja imetykseen sekä synnytyksen jälkeisen savuttomuuteen tukemisen (Kuvio 10.). Lähes 90 % vastaajista sisällyttäisi malliin terveyshaitat raskaana olevalle ja koko perheelle sekä kumppanin savuttomuuteen tukemisen. Synnytyksen jälkeisissä stressitilanteissa tukemisen sisällyttäisi malliin 84 % vastaajista.

Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä aihealueita f % (n=38)



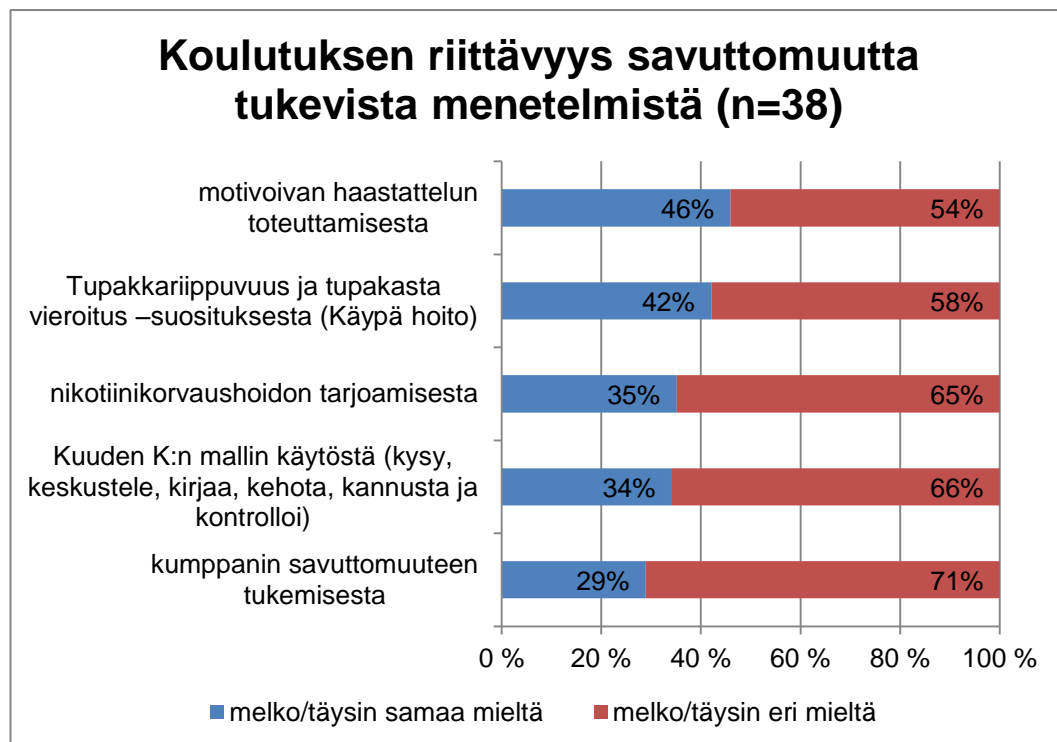
Kuvio 10. Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä aihealueita.

Turun kaupungin järjestämällä savuttomuuskoulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta siihen, mitä aihealueita tulevaan yksilövieroitusmalliin haluttiin sisällyttää (Liite 5.).

11.4 Työmenetelmien tarve savuttomuuteen tukemisessa

Koulutuksen riittävyys menetelmistä

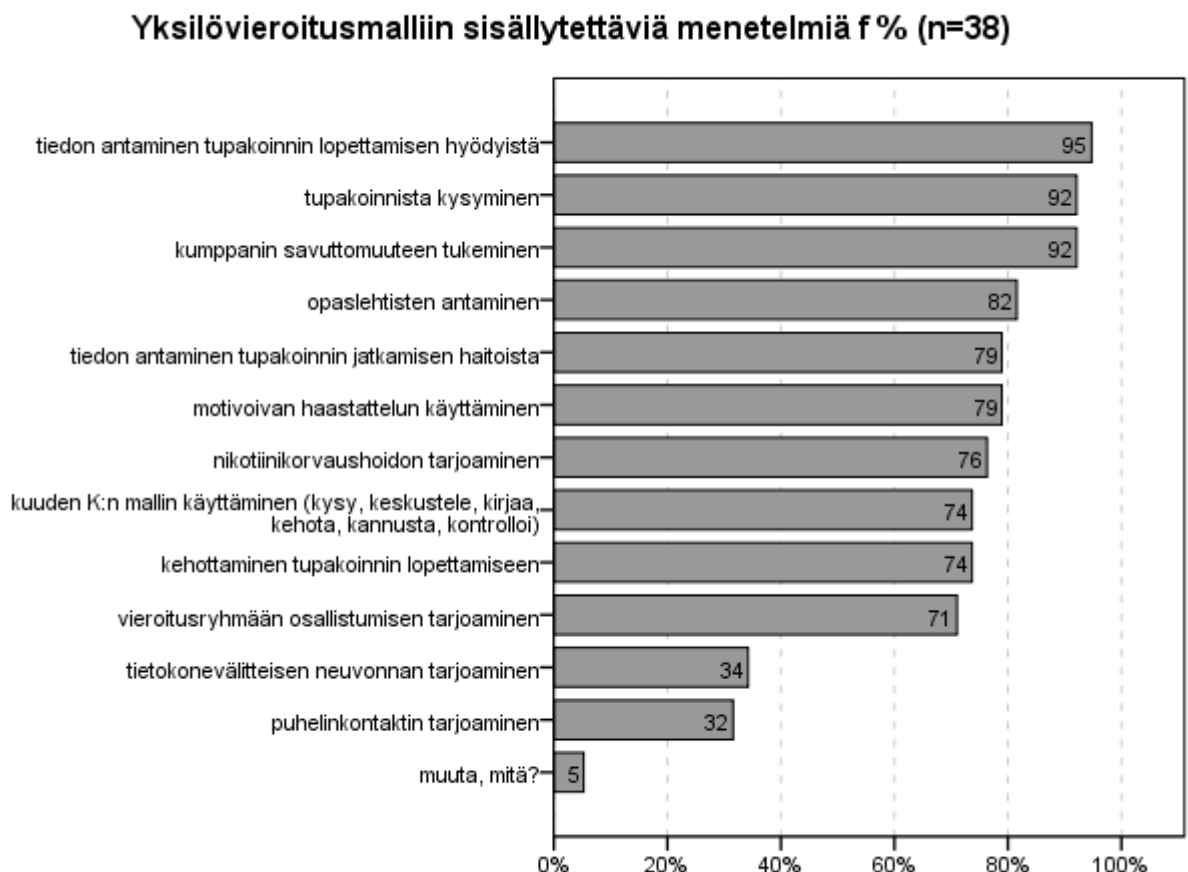
Yli puolet vastaajista ilmoitti koulutuksensa riittämättömäksi savuttomuutta tukevista menetelmistä (Kuvio 11.). Eniten (71 %) kaivattiin lisäkoulutusta kumppanin savuttomuuteen tukemiseen. Kuuden K:n mallin käytöstä sekä nikotiinikorvaushoidon tarjoamisesta koulutusta kaipasi lisää kaksi kolmesta vastaajasta. Vastaajista 58 % ilmoitti koulutuksensa riittämättömäksi Käypä hoito- suosituksesta ja 54 % motivoivan haastattelun toteuttamisesta.



Kuvio 11. Koulutuksen riittävyys savuttomuutta tukevista menetelmistä.

Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä menetelmiä

Tärkeimpinä menetelminä, joita tulisi sisällyttää kehitteillä olevaan yksilövieroitusmalliin, pidettiin tiedon antamista tupakoinnin lopettamisen hyödyistä, tupakoinnista kysymistä ja kumppanin savuttomuuteen tukemista. (Kuvio 12.). Noin 80 % vastaajista sisällyttäisi malliin opaslehtisten antamisen, motivoivan haastattelun ja tiedon antamisen tupakoinnin jatkamisen haitoista. Joka neljäs vastaaja jättäisi sisällyttämättä malliin kehottamisen tupakoinnin lopettamiseen ja Kuuden K:n mallin. Joka kolmas sisällyttäisi malliin tietokonevälitteisen neuvonnan tai puhelinkontaktin tarjoamisen.



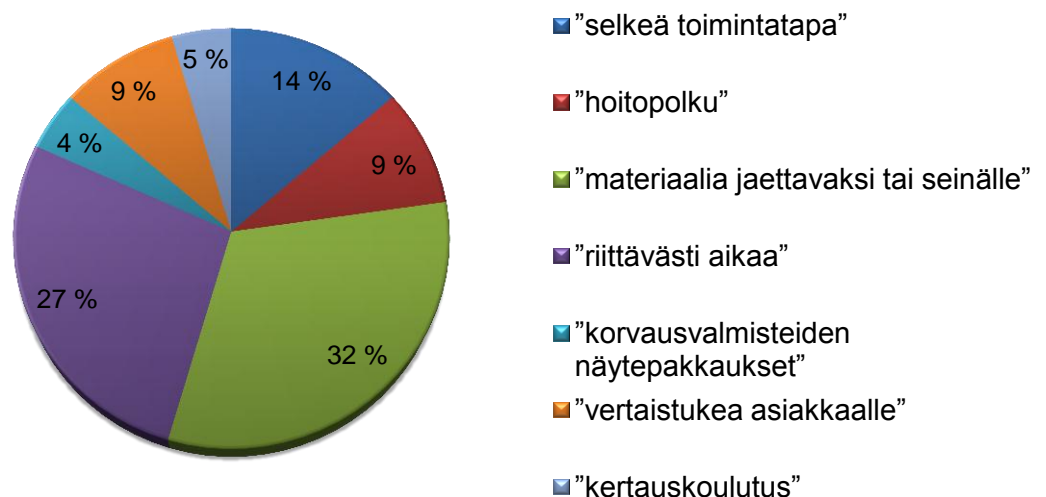
Kuvio 12. Yksilövieroitusmalliin sisällytettäviä menetelmiä.

Turun kaupungin järjestämällä savuttomuuskoulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta siihen, mitä menetelmiä tulevaan yksilövieroitusmalliin haluttiin sisällyttää (Liite 5.).

Muita tarpeita savuttomuutta tukevan työn toteuttamiseen

Vastaajista kolmannes toivoi konkreettista materiaalia savuttomuudesta jaettavaksi tai neuvolan seinille. Vastaajat kokivat tarvitsevansa myös lisää aikaa savuttomuutta tukevan työn toteuttamiseen (27 %), sillä: *”Tupakoinnista puhuminen vie aina paljon aikaa, koska se vielä jotenkin koetaan yksityisasiaksi. Tupakoivan kanssa täytyy ensin tutustua ja lämmitellä asiaan ennen kuin asiaa voi täysin alkaa työstämään.”*. Lisäksi vastaajat toivoivat selkeää toimintatapaa savuttomuuteen tukemiseen (14 %) sekä hoitopolkua (9 %). Yksittäiset vastaajat toivoivat vertaistukea asiakkailleen, kertauskoulutusta ja korvausvalmisteiden näytepakkauksia. (Kuvio 13.)

Muita tarpeita savuttomuuteen tukemiseen (n=18)



Kuvio 13. Muita tarpeita savuttomuutta tukevan työn toteuttamiseen. (Avoimista vastauksista luotu kuvio, jossa yksittäinen vastaaja on saattanut tuottaa useamman lausuman, jotka näkyvät kuvion selitteessä pelkistettyinä ilmauksina.)

11.5 Asenteiden vaikutus savuttomuuteen tukemiseen

Kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä siitä, että raskaana olevan savuttomuuteen tukeminen on tärkeää. Kaikki vastaajat olivat myös täysin tai melko (1 vastaaja) samaa mieltä siitä, että tupakoinnin puheeksi ottaminen kuuluu neuvolatyöhön. Vastaajista 23,7 % koki tupakoinnin puheeksi ottamisen joskus vaikeaksi. Näistä kaksi kolmesta koki puheeksi ottamisen vaikeuden johtuvan asiakkaasta: asiakas kieltäytyy keskustelemasta asiasta, ärsyyntyy tai ei motivoitu. Muita syitä olivat pelko syyllistämisestä ja hoitopolun puuttuminen.

Vastaajista 56,8 % oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että raskaana olevan savuttomuuteen tukemisessa on kyse sairauden hoidosta. Yksi vastaaja ei ottanut väittämään kantaa. Suuri osa (86,8 %) vastaajista ajatteli raskaana olevan naisen olevan itse vastuussa omasta tupakoinnistaan.

Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen osallistuminen ei näyttänyt tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavan asenteisiin.

12 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

12.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Seuraavassa tullaan tarkastelemaan savuttomuuteen tukemisen toteutumista neuvoloissa tällä hetkellä, koulutustarpeita ja ehdotuksia yksilövieroitusmalliin sisällytettävistä asioista kyselyn pohjalta sekä henkilökunnan asenteita savuttomuuteen tukemiseen.

Turun neuvoloiden terveydenhoitajat ja kätilöt antavat tällä hetkellä eniten tietoa tupakoinnin haitoista, erityisesti sikiön ja lapsen näkökulmasta. Kehitteillä olevaan yksilövieroitusmalliin vastaajat sisällyttäisivät erityisesti seuraavia aihealueita: terveyshaitat sikiölle, haitat lapsen kehitykselle ja imetykseen sekä synnytyksen jälkeisen savuttomuuteen tukemisen.

Tutkimusten mukaan synnytyksen jälkeinen savuttomuuteen tukeminen on tärkeää, sillä raskauden aikana tupakoinnin lopettaneista naisista yli puolet aloittaa sen uudelleen synnytyksen jälkeen (Colman & Joyce, 2003, 29; Niemi - Mustonen ym. 2010, 3137-3138). Eniten lisäkoulutusta vastaajat kaipaavatkin juuri kyseisestä aihealueesta. Kyselyn tulosten mukaan tupakoinnin uudelleenaloittamiselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa kumppanin ja lähipiirin tupakointi, elämäntilanteen muutoksesta tai vauvasta johtuva stressi sekä nikotiiniriippuvuus. Kansainväliset tutkimustulokset ovat samansuuntaisia: Gaffneyn ym. (2008, 258) mukaan vauvan pitkittynyt ja selittämätön itku saa aikaan äidillä tupakoinnin ajattelemisen stressiä helpottavana asiana ja Koshyn ym. (2010, 506) mukaan kumppanin ja sosiaalisen verkoston tupakoimattomuus helpottaa raskaana olevan tupakoinnin lopettamista.

Tällä hetkellä Turun neuvoloissa savuttomuuden jatkumista synnytyksen jälkeen tuetaan muun muassa antamalla tietoa, kannustamalla ja motivoimalla sekä kontrolloimalla. Kuuden K:n mallia ja ratkaisukeinojen pohtimista asiakkaan kanssa ongelmatilanteisiin käytetään vain vähän. Koska tutkimusten mukaan noin puolet raskauden aikana tupakoinnin lopettaneista naisista aloittaa

sen uudelleen, tulisi savuttomuuteen tukemista synnytyksen jälkeen tehostaa. Tutkimusten mukaan esimerkiksi vahvistamalla äidin itseluottamusta tupakointimattomana pysymiseen, tunnistamalla laukaisevia tekijöitä ja miettimällä etukäteen selviytymiskeinoja sekä etsimällä sosiaalista tukea voidaan ennaltaehkäistä tupakoinnin uudelleen aloittaminen synnytyksen jälkeen (Groner ym. 2005, 157; Gaffney & Henry 2007, 132; Gaffney ym. 2008, 254.)

Kyselyn mukaan raskaana olevan ja synnyttäneen tupakoinnista kysyminen toteutuu tällä hetkellä Käypä hoito – suosituksen mukaisesti: kaikki neuvoloiden terveydenhoitajat ja kätilöt kysyvät tupakoinnista (Käypä hoito 2012). Toisaalta kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen ei tällä hetkellä toteudu täysin. Suurin osa vastaajista antaa tietoa tupakoinnin lopettamisen hyödyistä ja tupakoinnin jatkamisen haitoista sekä tukee kumppania savuttomuuteen, mutta näiden toteuttamiseen kaivataan riittävästi aikaa. Näitä menetelmiä suurin osa vastaajista sisällyttäisi yksilövieroitusmalliin, kuten myös motivoivan haastattelun, Kuuden K:n mallin, opaslehtisten ja nikotiinikorvaushoidon tarjoamisen.

Kyselyn mukaan koulutus koetaan yleisesti ottaen riittämättömäksi koskien savuttomuutta tukevia menetelmiä. Käypä hoito – suositus (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus) ja siihen sisältyvät Kuuden K:n malli ja motivoiva haastattelu eivät ole tällä hetkellä laajasti käytössä ja toisaalta niistä kaivataan myös lisää koulutusta.

Asiakkaan vieroitusoireita ei kyselyn mukaan osata tällä hetkellä täysin tunnistaa käytännön työssä ja myös tieto vieroitusoireiden hoidosta raskaana olevalla ja imettävällä on joiltain osin puutteellista tai virheellistä: esille tulivat nikotiinilaastarin, akupunktion ja hypnoosin käyttö. Käypä hoito – suosituksen mukaan edellä mainittuja menetelmiä ei tulisi käyttää (Käypä hoito 2012). Suurin osa vastaajista kaipaa lisäkoulutusta nikotiinikorvaushoidon tarjoamisesta, mikä mahdollisesti selittää tiedon puutteellisuutta tällä alueella. Kyselystä ei käynyt ilmi, millä tasolla nikotiinikorvaushoidon tarjoaminen tällä hetkellä on: onko kyse ainoastaan nikotiinikorvausvalmisteiden suosittelemisesta asiakkaalle vai kokonaisvaltaisesta nikotiinikorvaushoidosta yhteistyössä lääkärin kanssa.

Ristiriitaista tietoa saatiin savuttomuutta tukevien opaslehtisten oikeanlaisesta käytöstä: suurin osa vastaajista ilmoitti antavansa opaslehtisen, mutta samalla toivottiin lisää savuttomuutta tukevaa materiaalia jaettavaksi. Kyselyn pohjalta epäselväksi jäi, onko jo olemassa oleva savuttomuutta tukeva opaslehtinen kaikkien tiedossa ja käytetäänkö sitä suullisen ohjauksen tukena.

Puhelinkontaktien ja tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen on tällä hetkellä hyvin vähäistä ja harva vastaaja sisällyttäisi niitä yksilövieroitusmalliin, vaikka kansainvälisten tutkimusten mukaan näiden käyttö neuvonnan tukena tehostaisi savuttomuuteen tukemista (Meyer ym. 2007, 301; Lai ym. 2009, 11; Stead ym. 2009, 17).

Kyselyn pohjalta ilmeni epätietoisuutta tupakoivan raskaana olevan ja imettävän hoitopolusta: esille tulivat niin vieroitusryhmiin kuin terveyskeskuksen savuttomuushoitajalle ohjaaminenkin, jotka eivät tällä hetkellä ole käytössä. Suurin osa vastaajista toivoo vieroitusryhmiä raskaana olevalle. Hoitopolkuun liittyen kaivataan myös lisäkoulutusta ja neuvoloihin yhtenäisiä ohjaukseenkäytäntöjä raskaana olevan ja synnyttäneen savuttomuuteen tukemiseen.

Kyselyn mukaan raskaana olevan savuttomuuteen tukemista pidetään tärkeänä ja neuvolatyöhön kuuluvana. Tupakoinnin puheeksi ottamisen vastaajat kokevat kuitenkin joskus vaikeaksi asiakkaasta johtuvista syistä. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että raskaana olevat odottavat keskustelua terveydenhuollon henkilökunnan kanssa tupakoinnista raskauden aikana (Lendahls ym. 2002, 219). Vaikka vastaajat pitävät savuttomuuteen tukemista tärkeänä ja neuvolatyöhön kuuluvana, samalla suurin osa heistä katsoo, että raskaana oleva on itse vastuussa omasta tupakoinnistaan. Yksimielisyyttä vastaajien keskuudessa ei ole myöskään siitä, onko savuttomuuteen tukemisessa kyse sairauden hoidosta, vaikka tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on luokiteltu sairaudeksi jo yli 30 vuotta sitten (Mustonen 2004, 145; Käypä hoito 2012).

12.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselytutkimuksen luotettavuusongelmia ovat mittarin luotettavuus, eli mittaako kysely sitä ilmiötä, jota on tarkoitus mitata, sekä mahdollinen kato, vaikeus kontrolloida väärinymmärryksiä tai vastaajien perehtyneisyyttä tutkittavaan aiheeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152).

Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin kirjallisuuskatsauksen ja yksilövieroitusmallin kehittämiseen tarvittavien tietojen pohjalta. Kyselylomaketta esitettiin pienemmällä vastaajajoukolla (Vilkka 2007, 78; Vehkalahti 2008, 48) ja sen pohjalta tehtiin muutoksia lomakkeeseen.

Luotettavuusongelmaksi jäi kontrollikysymysten vähäisyys kyselylomakkeessa. Syynä oli kyselyn muodostuminen liian pitkäksi, jos kontrollikysymyksiä olisi sisällytetty siihen lisää. Asia jouduttiin ratkaisemaan kompromissilla: säilyttämään kyselyn pitäminen sopivan mittaisena ja samalla tinkimään sen luotettavuudesta.

Osassa kyselylomakkeen kysymyksiä käytettiin Likert -asteikkoon perustuvaa kysymystyyppiä (Hirsjärvi ym. 2000, 187), josta neutraali väittämä ("en samaa enkä eri mieltä") (Vehkalahti 2008, 36; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 102) on kuitenkin jätetty pois. Tätä voidaan pitää vastaajan kannalta eettisenä ongelmana. Vehkalahden mukaan neutraali vaihtoehto tulisi tarjota, koska "neutraali vastaus on parempi kuin puuttuva tieto". "En osaa sanoa"-vaihtoehto ei useinkaan ole neutraali, vaan voi kertoa siitä, ettei kysymystä ole ymmärretty tai ettei siihen haluta ottaa kantaa. (Vehkalahti 2008, 36.) Likertin asteikkoa voidaan kuitenkin käyttää myös neliportaisena (Vilkka 2007, 49). Eettistä ongelmaa ei voitu välttää, sillä vastaajan haluttiin ottavan kantaa kysyttävään asiaan, jotta voitaisiin rakentaa kestävä pohja tulevalle yksilövieroitusmallille.

Asenteen selvittäminen osoittautui vaikeaksi. Asenteen määrittely on myös kirjallisuuden mukaan ongelmallista. Erwinin (2005, 30) mukaan jokaisen määri-

telmän tulisi kuvata määriteltävän kohteen perimmäistä luonnetta, mutta asenteiden luonteesta vallitsee kuitenkin suuri teoreettinen erimielisyys.

Asennetta savuttomuuteen tukemiseen mitattiin kyselyssä muutamien kysymyksin, jotka keskittyivät tähän aiheeseen suhtautumiseen (kognitio) ja toiminnan valmiuteen. Näin yksi asenteen määritelmän mukaisista ulottuvuuksista, tunne, jäi kokonaan kyselyssä selvittämättä, mikä vähentää kyselyn luotettavuutta (Allport 1954; ks. Erwin 2005, 13–14). Tutkimuksia terveydenhuollon henkilöstön asenteista savuttomuuteen tukemiseen löytyi niukasti, jolloin kysymysten muodostaminen kirjallisuuden pohjalta osoittautui haasteelliseksi.

Vastaamattomuutta pyrittiin minimoimaan ennakolta esittelemällä kyselyä neuvoloiden kuukausikokouksessa ennen sen lähettämistä. Vastausten määrää seurattiin vastausaikana, minkä pohjalta lähetettiin kaksi muistutusviestiä kyselystä ja pidennettiin vastausaikaa. Alustavan suunnitelman mukaan kysely oli suunnattu myös neuvoloissa työskenteleville lääkäreille, mutta tieto kyselystä ei tavoittanut heitä. Näin ollen lääkäreiden näkökulma jäi tuloksista kokonaan pois.

Avointen kysymysten vastauksissa osa ilmauksista oli epätarkkoja, jolloin niiden pelkistäminen jäi tulkinnanvaraiseksi. Näin ollen epätarkkojen ilmausten ryhmitely ei ole varmuudella luotettavasti toteutettu, jolloin myöskään ryhmien toistensa poissulkevuudesta ei ole varmuutta (Vilkka 2007, 68).

Ristiintaulukoinnin tarkoituksena oli tarkastella kahden muuttujan välistä yhteyttä. Fisherin tarkan todennäköisyyden testin tuloksena tarkasteltujen muuttujien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta, ja näin ollen ei voitu tehdä päätelmiä muuttujien syy-seuraussuhteesta. (Vilkka 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 106, 113). Muuttujien välinen (tilastollisesti merkitsevä) yhteys olisi saattanut tulla esille, mikäli otoskoko olisi ollut suurempi.

12.3 Tutkimuksen eettisyys

Kyselytutkimusta savuttomuuteen tukemisesta neuvoloissa voidaan pitää tutkimuseettisesti oikeutettuna, kun oikeutuksen lähtökohtana pidetään tutkimuksen hyödyllisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177). Vastaajat eivät suoraan kyselytutkimuksesta hyötäneet, mutta siitä ei myöskään katsottu aiheutuvan heille haittaa. Kyselyn tuloksena saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää kehitteillä olevan savuttomuuden yksilövieroitusmallin luomisessa neuvoloihin, joten tätä kautta hyöty tulee neuvoloiden henkilökunnalle uutena työmenetelmänä ja sen seurauksena asiakkaille heidän terveytensä edistämisenä.

Kyselytutkimus pyrittiin toteuttamaan yleisten tutkimusta ohjaavien eettisten periaatteiden mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173, 176). Kirjallisuuskatsauksessa ulkopuolisia lähteitä käytettiin asiallisesti ja kunnioittavasti, mikä tarkoittaa lähdeviitteiden tarkkaa merkitsemistä (Vilka 2007, 165). Kyselylle haettiin ja saatiin tutkimuslupa (Liite 2) ennen sen lähettämistä. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista, mikä kerrottiin kyselyn saatekirjeessä (Liite 3). Vastaajien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään prosessin vaiheessa. Vastaajat näkyivät ainoastaan id -koodeina havaintomatriisissa. Koko tutkimusprosessi kuvattiin johdonmukaisesti. Aineiston analyysi pyrittiin tekemään tarkasti ja analyysivaiheessa syntyneet taulukot esitettiin tulosten yhteydessä. Kyselyn tulokset pyrittiin esittämään neutraalisti, vastaajia kunnioittavalla tavalla. Johtopäätökset tehtiin tutkimusaineistoon perustuen.

12.4 Kehittämissuhteet

Kyselyn pohjalta ilmeni selkeä tarve yksilövieroitusmallille, joka selkeyttäisi savuttomuutta tukevaa työtä neuvoloissa. Yhtenäiset käytännöt lisääisivät asiakastyön laatua ja helpottaisivat sen toteuttamista.

Neuvoloissa on otollinen tilaisuus vaikuttaa koko perheen terveystottumuksiin. Perhettä tulisi kohdata enemmän kokonaisuutena. Raskauden aikana tulisi tukea sekä äidin että isän kiintymyssuhteen muodostumista syntymättömään lap-

seen, jolloin kummatkin vanhemmat motivoituisivat luopumaan lapsen kannalta haitallisista elämäntavoista suojellakseen häntä.

Keskustelun painopistettä tulisi siirtää tupakan terveyshaitoista kertomisen sijaan asiakkaan motivointiin. Motivoinnin onnistumisen edellytyksenä on sekä neuvolan henkilöstön että asiakkaan sitoutuminen yhteistyöhön. Tämä edellyttää henkilöstöltä oikeanlaista asennetta ja halua asettua avoimeen vuorovaikutussuhteeseen.

Laadukkaan, henkilöstön tarpeita vastaavan koulutuksen avulla voitaisiin vaikuttaa asenteisiin, jolloin tupakkariippuvuus ymmärrettäisiin enemmän sairautena ja tällöin terveydenhuollon ammattilaiset ottaisivat vastuun sen hoidosta.

LÄHTEET

- Abrahamsson, A. 2004. Addressing smoking during pregnancy – the challenge to start from the woman's View. Lund University, Department of community medicine. Malmö University hospital.
- Ahtee, L. 2003. Nikotiini. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 132-140.
- Allport, G. 1954. The historical background of modern social psychology. Teoksessa Lindzey (toim.) Handbook of social psychology, Vol. 1: Theory and method. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Andres, R. & Day, M.-C. 2000. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol.* Vol. 5, No 3/2000, 231–241.
- Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 25.2.1977/225.
- Augood, C.; Duckitt, K. & Templeton, A.A. 1998. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction.* Vol. 13, No 6/1998, 1532-1539.
- Balfour, D.J.K. 2002. The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration.* Vol. 69, No 1/2002, 7-11.
- Benowitz, N.L. & Dempsey, D.A. 2004. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research.* Vol. 6, No 2/2004, 189- 202.
- Benowitz, N.L. 2010. Nicotine Addiction. *The New England Journal of Medicine.* Vol. 362, No 24/2010, 2295-2303.
- Cancer Research UK 2012. Smoking and cancer: What's in a cigarette? Viitattu 7.9.2012. <http://www.cancerresearchuk.org> > About cancer > Smoking > What's in a cigarette?
- Carlsson, N.; Johansson, A.K.; Hermansson, G. & Andersson-Gäre, B. 2010. Child health nurses' roles and attitudes in reducing children's tobacco smoke exposure. *Journal of Clinical Nursing.* Vol. 19, No 3-4/2010, 507-516.
- Coleman, T.; Chamberlain, C.; Cooper, S. & Leonardi-Bee, J. 2010. Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Addiction.* Vol. 106, No 1/2010, 52-61.
- Colman, G.J. & Joyce, T. 2003. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American Journal of Preventive Medicine.* Vol. 24, No 1/2003, 29-35.
- Crittenden, K.S.; Manfredi, C.; Lacey, L.; Warnecke, R. & Parsons, J. 1994. Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors.* Vol. 19, No 5/1994, 497–507. Viitattu 12.2.2013. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460394900051>
- Doll, R. & Hill, A.B. 1950. Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal.* No.ii/1950,739-748. Viitattu 15.9.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038856/pdf/brmedj03566-0003.pdf>
- Doll, R. 1999. Tobacco: a medical history. *Journal of Urban Health. Bulletin of New York Academy of Medicine.* Vol. 76, No 3/1999, 289-293.

Duckworth, A.L. & Chertok, I. R. 2012. Review Of Perinatal Partner Focused Smoking Cessation Interventions. The American Journal of Maternal Child Nursing. Vol. 37, No 3/2012, 174-181.

Edwards, N. & Sims-Jones, N. 1998. Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: result of a qualitative study. Birth. Vol. 25, No 2/1998, 94-100.

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Helsinki: WSOY.

Eurostat 2012. Smokers by sex. Viitattu 11.9.2012.

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tps00169&language=en&toolbox=sort>

Gaffney, K.F. & Henry, L.L. 2007. Identifying Risk Factors For Postpartum Tobacco Use. Journal Of Nursing Scholarship. Vol. 39, No 2/2007, 126-132.

Gaffney, K.F.; Henry, L.L.; Douglas, C.Y. & Goldberg, P.A. 2008. Tobacco Use Triggers for Mothers of Infants: Implications for Pediatric Nursing Practice. Pediatric Nursing. Vol. 34, No 3/2008, 253-258.

Garwood, C.L. & Potts, L.A. 2007. Emerging pharmacotherapies for smoking cessation. American Journal of Health-System Pharmacy. Vol. 64, No 16/2007, 1693-1698.

Groner, J.; French, G.; Ahijevych, K. & Wewers, M.E. 2005. Process Evaluation of a Nurse-Delivered Smoking Relapse Prevention Program for New Mothers. Journal Of Community Health Nursing. Vol. 22, No 3 /2005, 157-167.

Hall, S.; Vogt, F. & Marteau, T.M. 2005. A short report: survey of practice nurses' attitudes towards giving smoking cessation advice. Family Practice. Vol. 22, No 6/2005, 614-616. Viitattu 21.10.2012. <http://fampra.oxfordjournals.org/content/22/6/614.full.pdf+html>

Heil, S.H.; Higgins, S.T.; Bernstein, I.M.; Solomon, L.J.; Rogers, E.R.; Thomas, C.S.; Badger, G.J. & Lynch, M.E. 2008. Effects of voucher-based incentives on abstinence from cigarette smoking and fetal growth among pregnant women. Addiction. Vol. 103, No 6/2008, 1009-1018.

Helakorpi, S.; Prättälä, R. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2011. Viitattu 5.9.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>

Helakorpi, S.; Holstila, A.-L.; Virtanen, S. & Uutela, A. 2012. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 45/2012. Helsinki: THL. Viitattu 12.9.2012.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80461/URN_ISBN_978-952-245-5666.pdf?sequence=1

Helsingin kaupunki 2012. Tupakkaklinikka. Viitattu 7.10.2012. <http://www.hel.fi> >Terveyspalvelut > Terveyskeskus > Terveyspalvelut aakkosjärjestyksessä > Tupakkaklinikka

Higgins, S.T.; Bernstein, I.M.; Washio, Y.; Heil, S.H.; Badger, G.J.; Skelly, J.M.; Higgins, T.M. & Solomon L.J. 2010. Effects of smoking cessation with voucher-based contingency management on birth outcomes. Addiction. Vol. 105, No 11/2010, 2023-2030.

Hiilamo, H. 2008. Miksi tupakka on alkanut haista pahalta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol. 45, No 3/2008, 224-227.

Hildén, S.-M. 2006. Tupakasta vieroittajan opas – motivoinnin avulla eroon tupakkariippuvuudesta. Juva: WSOY.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5.-6. painos. Helsinki: WSOY.
- Hughes, E.G.; Lamont, D.A.; Beegroft, M.L.; Wilson, D.M.; Brennan, B.G. & Rice, S.C. 2000. Randomized trial of a "stage-of-change" oriented smoking cessation intervention in infertile and pregnant women. *Fertility and Sterility*. Vol. 74, No 3/2000, 498-503. Viitattu 18.4.2013. <http://www.urmc.rochester.edu/flrpp/forum/documents/Stage-of-Change.pdf>
- Hughes, J.R.; Higgins, S.T. & Bickel, W.K. 1994. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction*. Vol. 89, No 11/1994, 1461-1470.
- Jaakkola, J.J.K. & Gissler, M. 2004. Maternal smoking in pregnancy, fetal development and childhood asthma. *American Journal of Public Health*. Vol. 94, No 1/2004, 136-140.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä.1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro.
- Karatay, G.; Kublay, G. & Emiroğlu, O.N. 2010. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 66, No 6/2010, 1328–1337.
- Koshy, P.; Mackenzie, M.; Tappin, D. & Bauld, L. 2010. Smoking cessation during pregnancy: the influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. *Health and Social Care in the Community*. Vol. 18, No 5/2010, 500–510.
- Kuronen, M. 2004. Raskaana oleville suositellaan vain lyhytvaikutteisia nikotiinikorvausvalmisteita. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 59, No 19/2004, 2000.
- Kärkkäinen, S.; Hausen, H. & Knuutila, M. 2000. Tupakoinnin historiaa – tiesitkö? *Suomen Hammaslääkärilehti*. Vol. 7, No 13/2000, 800-801.
- Käypä hoito 2008. Keuhkosyöpä. Viitattu 17.9.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi06050.pdf>
- Käypä hoito 2009. Keuhkohtaumatauti. Viitattu 17.9.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi06040.pdf>
- Käypä hoito 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 11.4.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>
- Käypä hoito 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 11.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>
- Lai, D.; Cahill, K.; Qin, Y. & Tang, J.-L. 2009. Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library*. Viitattu: 20.9.2012 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub2/pdf>
- Laki tupakkaverosta 29.12.1994/1470.
- Lancaster, T. & Stead, L. 2009. Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library*. Viitattu 1.10.2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001118.pub2/pdf/abstract>
- Lehtonen, L. 2008. Raskauden aikaista tupakointia pitää aktiivisesti vähentää. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 63, No 11/2008, 1043-1044.
- Lendahls, L. 2003. Smoking cessation and health promotion around pregnancy. Lund University, Faculty of medicine. Malmö University hospital.
- Lendahls, L.; Ohman, L.; Liljestrand, J. & Håkansson, A. 2002. Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth. *Midwifery*. Vol.18, No 3/2002, 214-222.

- Lerman, C. & Niaura, R. 2002. Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence. *Oncogene*. Vol. 21, No 48/2002, 7412-7420.
- Liu, J.; Rosenberg, K.D. & Sandoval, A.P. 2006. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *American Journal of Public Health*. Vol. 92, No 2/2006, 309-314.
- Lumley, J.; Chamberlain, C.; Dowswell, T.; Oliver, D.; Oakley, L. & Watson, L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. Viitattu 25.9.2012.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001055.pub3/abstract>
- Mennella, J.A. & Beauchamp, G.K. 1998. Smoking and the Flavor of Breast Milk. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 339, No 21/1998, 1559-1560. Viitattu 4.3.2013.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199811193392119>
- Mennella, J.A.; Yourshaw, L. & Morgan, L.K. 2007. Breastfeeding and Smoking: Short-term Effects on Infant Feeding and Sleep. *Pediatrics*. Vol. 120, No 3/2007, 497-502. Viitattu 25.10.2012. <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/497.full>
- Meyer, C.; Ulbricht, S.; Baumeister, S.E.; Schumann, A.; Rüge, J.; Bischof, G.; Rumpf, H.-J. & John, U. 2008. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction*. Vol. 103, No 2/2008, 294-304.
- Murthy, P. & Subodh, B. 2010. Current developments in behavioral interventions for tobacco cessation. *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 23, No 2/2010, 151-156.
- Mustonen, T. 2004. Tupakkariippuvuuden neurobiologinen tausta. *Duodecim*. Vol. 120, No 2/2004, 145-152.
- Müller, F.H. 1939. Tabakmissbrauch und lungencarcinom. *Zeitschrift für Krebsforschung*. Vol. 49/1939, 57-85.
- Myr, R. 2004. Promoting, protecting and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *Journal of Human Lactation*. Vol. 20, No 4/2004, 415-416.
- Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön – hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 65, No 4/2010, 297-301.
- Naughton, F.; Prevost, A.T. & Sutton, S. 2008. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. Vol. 103, No 4/2008, 566-579.
- Niemi-Mustonen, P.; Patja, K.; Rautava, P.; Aromaa, M.; Niemelä, S. & Sillanpää, M. 2010. Vanhempien tupakointi äidin ensiraskaudesta lapsen 15 vuoden ikään. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 65, No 39/2010, 3135-3139.
- Patja, K. & Rouhos, A. 2004. Tupakasta vieroitus. *Duodecim*. Vol.120, No 19/2004, 2347-2352.
- Patja, K.; Aatela, E. & Iivonen, K. 2005. Pystyt kyllä, eroon tupakasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pennanen, M.; Patja, K. & Joronen, K. 2006. Tupakkakertomus. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2006. Viitattu 7.9.2012.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78812/2006b3.pdf?sequence=1>
- Peto, R. 1994. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *British Medical Journal*. Vol. 309, No 6959/1994, 937-939.

Pietilä, K. 2003. Nikotiini. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 419–429.

Piispa, M. 1995. Tupakan kulttuuriset merkitykset ja niihin vaikuttaminen. Tampereen yliopiston julkaisu A-87. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pollak, K.I.; Denman, S.; Gordond, K.C.; Lynab, P.; Rochae, P.; Brouwera, R.N.; Fisha, L. & Baucomf, D.H. 2010. Is pregnancy a teachable moment for smoking cessation among US Latino expectant fathers? A pilot study. *Ethnicity & Health*. Vol. 15, No 1/2010, 47-59.

Preston, A.M.; Rodriguez, C.; Rivera, C.E. & Sahai, H. 2003. Influence of environmental tobacco smoke on vitamin C status in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 77, No 1/2003, 167-172. Viitattu 23.3.2013. <http://ajcn.nutrition.org/content/77/1/167.full.pdf+html>

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 51, No 3/1983, 390–395. Viitattu 19.3.2013. <http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/Stages%20and%20Processes%20of%20self%20change.pdf>

Pullon, S.; McLeod, D.; Benn, C.; Viccars, A.; White, S.; Cookson, T.; Dowell, A. & Green, R. 2003. Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. *Health Promotion International*. Vol. 18, No 4/2003, 315-325.

Päihdelinkki 2011. Tupakka. Viitattu 17.9.2012. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Tupakka>

Raisamo, S.; Pere, L.; Lindfors, P.; Tiirikainen, M. & Rimpelä, A. 2011. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.9.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16067.pdf

Sandström, P.; Leppänen, A. & Simonen, O. (toim.) 2009. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.11.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-10968.pdf

Savuton Kunta 2013. Kunnat näyttävät esimerkkiä savuttomuudessa. Viitattu 13.4.2013. www.savutonkunta.fi>Ajankohtaista>Uutiset

Savuton Suomi 2040[®] 2012. Viitattu 13.9.2012. <http://www.savutonsuomi.fi/index.php?k=19665>

SCENIHR Committee of EU. 2010. Addictiveness and attractiveness of tobacco additives. *EU* 4/2010, 1-119.

Shenassa, E.D. & Brown, M.-J. 2004. Maternal Smoking and Infantile Gastrointestinal Dysregulation: The Case of Colic. *Pediatrics*. Vol. 114, No 4/2004, 497-505. Viitattu 17.10.2012. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1036

Simonen, O. 2012. Tupakoinnin haitat ja lopettamisen hyödyt kansanterveyden kannalta. *Duodecim*. Vol.128, No 10/2012, 1055–1057.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden vähittäismyyntistä 26.2.2009/99.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Søndergaard, C.; Henriksen, T.B.; Obel, C. & Wisborg, K. 2001. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics*. Vol. 108, No 2/2001, 342-346.

Stakes 2006. Syntymärekisterin aikasarjoja 1987, 1993, 1996, 1998, 2000, 2002-2005 ja 2006 ennakkotiedot. Viitattu 8.9.2012.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/ennakkotilastot/taulukko_synnyttajat2006ennakko.pdf

Stakes 2012. Tupakka. Viitattu 3.9.2012.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/tupakka.htm>

Stead, L.F.; Perera, R. & Lancaster, T. 2009. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. Viitattu 13.3.2013.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002850.pub2/pdf>

Suomen ASH 2013. Tupakoinnin kustannukset. Viitattu 27.3.2013.

<http://www.suomenash.fi/fi/tupakkatuotteet/tupakoinnin+kustannukset>

Terve Suomi 2010. Imetys ja tupakointi. Viitattu 3.4.2013.

<http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11787>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2010a. Perinatal statistics in the Nordic countries. Viitattu 16.9.2012.

<http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/perinatalreproductionssummary.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2010b. Tupakkatilasto 2010. Tilastoraportti 44/2011. Viitattu 11.9.2012. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr44_11.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2012. Tupakoinnin terveystaitat. Viitattu 12.9.2012. www.thl.fi > Etusivu > Aiheet > Tietopaketit > Tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen > Tupakoinnin terveystaitat

Thomas, R.E. & Perera, R. 2008. School-based programmes for preventing smoking. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. Viitattu 14.9.2012.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub2/abstract>

Tikkanen, M. 2008. Tupakointi ja raskaus. *Duodecim*. Vol. 124, No 11/2008, 1224-1229.

Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services 5/2008. Viitattu 14.9.2012.

http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

Tulli 2012. Viitattu 13.9.2012. <http://www.tulli.fi> > Yksityisille > Matkailijat ja muuttajat > Alkoholi ja tupakka

Tupakkalaki 13.8.1976/693.

Turku 2012a. Viitattu 13.9.2012. <http://www.turku.fi> > Turku.info > Media ja viestintä > Tiedotteet > Sosiaali- ja terveystieteet > Turun sosiaali- ja terveystoimesta savuton

Turku 2012b. Viitattu 13.9.2012. <http://www.turku.fi> > Terveystieteet > Terveyden edistäminen > Ensimmäiset savuttomuushoitajadiplomit jaettiin 16.12.

Valtiovarainministeriö 2012. Viitattu 13.9.2012. www.vm.fi > Etusivu > Verotus > Valmisteverotus > Tupakkatuotteiden verotus

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vierola, H. 2004. Tupakka-miehen tietokirja. Helsinki: Terra Cognita.

- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vitikainen, K.; Pekurinen, M. & Kiiskinen, U. 2006. Onko tupakoinnin lopettaminen taloudellisesti kannattavaa? Suomen Lääkärilehti. Vol. 61, No 27–31/2006, 2985–2989.
- Vuori, E. & Gissler, M. 2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastoraportti 20/2012. Helsinki: THL. Viitattu 13.2.2013. http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr20_12.pdf
- Winell, K. & Lehto, S. 2012. Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Duodecim. Vol. 128, No 10/2012, 1059–1060.
- World Health Organization, WHO 2012. World No Tobacco Day. Viitattu 13.9.2012. <http://www.who.int/en/> > Programmes and projects > Tobacco Free Initiative > World No Tobacco Day.
- Wisborg, K.; Henriksen, T.B.; Jespersen, L.B. & Secher, N.J. 2000. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. Obstetrics & Gynecology. Vol. 96, No 6/2000, 967-971. Viitattu 27.9.2012. <http://www.pi.nhs.uk/smoking/paper.pdf>
- Wynder, E.L. & Graham, E.A. 1950. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. The Journal of the American Medical Association. Vol. 143, No 4/1950, 329-36.
- Yliruka, J.; Pesonen, S. & Heloma, A. 2006. Neuvolan terveydenhoitajien käsitykset raskaana olevien naisten päihteidenkäytöstä ja tupakoinnista Etelä-Suomen läänissä. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisu 2006. [http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/07F49A72D5BFD459C22572600045DD41/\\$file/112.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/07F49A72D5BFD459C22572600045DD41/$file/112.pdf)

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta/ tietolähde	Hakusana	Rajaukset	Osumien määrä
Cinahl	AB smoking and AB breastfeed		30
Cinahl	AB smoking and AB breastfeed	Linked Full text	3
Cinahl	AB maternal and AB smoking	2000-; Linked Full text	122
Cinahl	AB maternal and AB smoking AND cessation	2000- Linked Full text	7
Cinahl	AB pregnancy and AB smoking and AB intervention	Linked Full text	19
Cinahl	AB bupropion and pregnancy		12
Cinahl	AB bupropion and AB pregnancy and AB smoking		10
Cinahl	TX tobacco use and TX history	2000-	370
Cinahl	TX history of smoking	2000-	26
Cinahl	TX history of tobacco	2000-	654
Cinahl	AB smoking cessation AND AB ma- ternal health services	2005-; Smart Text	112
Cinahl	TX tobacco and TX addiction	2005-; Ref., Abstr.	28
Cinahl	AB acetylcholine receptors AND AB nicotine addiction	2005-	4
Cinahl	Interventions for promoting smok- ing cessation during pregnancy	Smart Text Linked Full text	2289
Cinahl	TI Maternity Nursing and TI atti- tude and TI smoking	Smart Text	4
Cinahl	AB Maternity Nursing and AB atti- tude and AB smoking	Smart Text	32
Cochrane	tobacco		58
Medic	tupakka and historia	2000-	2
Medic	tupakointi and historia	2000-; asiasana	3
Medic	tupakka and riippuvuus	2000-	62
Medic	savuttomuus		1
Medic	vieroitus	2000-	161
Medic	vieroitus	Kokoteksti; 2005-	56
Medline	AB attitude and AB maternal and AB smoking		19
Medline	AB attitude and AB pregnancy and AB smoking	Linked Full text	5
Medline	TITLE: Smoking and infertility		29
Medline	AB maternal and AB smoking	Linked Full text Last 10 years	747
Medline	AB pregnancy and AB smoking and AB intervention	Linked Full text	80

Tutkimuslupalomake



SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI

Anomus/Päätös
Tutkimuslupa

DWCO 13116-2012

Tutkimustyyppi, johon lupaa haetaan

- Lääketutkimus Muu ulkopuoliselta rahoitusta saava tutkimus Muu hanke
 EVO-tutkimus Opinnäytetyö

Savuttomuuteen tukeminen neuroloisissa - yksilövieroitussmallin kehittäminen

Tutkimuksen nimi
Anu Hakala
Sofia Koch

Hakijan/vastaavan tutkijan nimi Henkilötunnus Henkilönumero

Nimike Kustannuspaikka
Turun Ammattikorkeakoulu, Ruiskatu 8, 20720 Turku

Osoite
anu.hakala@students.turkuamk.fi
sofia.koch@students.turkuamk.fi

Sähköpostiosoite Puhelinnumero

Oman yksikön henkilöstön käyttötarve -

Tarvittava ulkopuolinen työvoima -

Sisäisten palvelujen tarve -

Tutkimuksen laajuus (potilaiden lukumäärä tms.) *70*

Tutkimuksen aikataulu *1.9.2012 - 31.12.2013*

Arvio tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista

- palkat - €

- henkilöstösivukulut - €

- asiakasmaksut - €

- muut kulut - €

Tutkimukseen ulkopuoliselta rahoittajalta saatavat korvaukset (maksajat, eurot)

-

Suunnitelma ulkopuolelta saatavien korvausten edelleen ohjaamisesta, esim. - henkilöille maksettaviin palkkioihin sivukuluineen	-	€
- terveystoimen tulotileille (asiakasmaksuihin, sisäisiin palveluihin ym.)	-	€
- tulosyksikölle siirrettäväksi sponsorirahaksi	-	€

Liitteenä

- eettisen toimikunnan lausunto tarvitaan ei tarvita liitteenä
- tutkimussuunnitelma (tiivistelmä)
- kopio lääkelaitokselle tehdystä ilmoituksesta
- rekisteröinti tiedekuntaan tehty vireillä ei tarvita

Haen lupaa tutkimuksen tekemiseen.

Sitoudun samalla vastaamaan tietojen käytöstä sekä siitä, että tutkimusryhmäni noudattaa tietosuojaa koskevia määräyksiä.

Turussa 23 / 11 2012

Anu Hakala

Sofia Koch

Hakijan allekirjoitus

Tulosyksikön johtajan lausunto

tulee kaupungin ja seurojen luottamusta
 toimintamuus ohjelmasta kokonaisuutena

Puollan en puolla

/ 20

Allekirjoitus

Tulosaluejohtajan päätös

Myönnän anotun mukaisesti en myönnä

351112

17

Päätäjäkoodi

23 / 11 2012

Päätös
Riikka Liuska

Allekirjoitus

JAKELU

hakija
 tulosyksikön johtaja
 tulosaluejohtaja
 tutkimus- ja kehitysyksikkö
 kirjanpito

Saatekirje

Kysely turkulaisten neuvoloiden henkilökunnan näkemyksistä ja kokemuksista raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten savuttomuuteen tukemisessa

Hyvä vastaaja,

Valtioneuvoston hyväksymä periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta linjaa Suomen ehkäisevää terveyspolitiikkaa vuoteen 2015 asti. Ohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääminen ja terveydentilan parantaminen. Raskaudenaikainen ja synnytyksen jälkeinen tupakointi aiheuttaa huomattavan terveysriskin äidille, sikiölle, syntyvälle lapselle, imetykselle ja koko perheelle.

Tämän kyselyn tarkoituksena on luoda pohja yksilövieroitusmallin kehittämiseksi tupakoiville naisille turkulaisiin neuvoloihin. Malli tulee olemaan osa Savuton Turku -ohjelmaa.

Kyselyllä pyritään selvittämään turkulaisten neuvoloiden henkilökunnan koulutustarpeita savuttomuuteen tukemisessa sekä näkemyksiä ja toiveita siitä, mitä tulevaan yksilövieroitusmalliin tulisi sisällyttää. Vastaamalla kyselyyn autat kehittämään mallia, joka tarjoaa työkaluja oman työsi tueksi.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaaminen on vapaaehtoista. Antamianne tietoja tullaan käyttämään vain tilastollisessa analyysissä. Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn tammikuun 25. päivään mennessä. Kyselyyn vastaamiseen kuluu noin 10 minuuttia.

Vastaamaan pääsette seuraavasta linkistä:

<https://www.webpolsurveys.com/S/A92926652064B296.par>

Ystävällisin terveisin,

Terveydenhoitajaopiskelijat Anu Hakala & Sofia Koch

Turun Ammattikorkeakoulu Ruiskatu 8, 20720 Turku

Lisätietoja kyselystä antavat:

THL, yliopettaja Kristiina Viljanen

kristiina.viljanen@turkuamk.fi

Hankekoordinaattori Riikka Korhonen

riikka.korhonen@turku.fi

Kyselylomake



Kysely turkulaisten neuvoloiden henkilökunnan näkemyksistä ja kokemuksista raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten savuttomuuteen tukemisessa

1. Koulutus

- terveydenhoitaja
 terveyden- ja sairaanhoitaja
 kätilö
 lääkäri
 muu, mikä?

2. Työkokemus

Vuosina

3. Jos työkokemuksesi on alle vuoden

Kuukausina

4. Mitä tietoa annat raskaana olevalle ja synnyttäneelle tukiessasi häntä savuttomuuteen?

5. Käytän tällä hetkellä seuraavia menetelmiä raskaana olevan ja synnyttäneen savuttomuuteen tukemisessa:

Valitse sopivat vaihtoehdot.

- tupakoinnista kysyminen
 kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen
 tiedon antaminen tupakoinnin jatkamisen haitoista
 tiedon antaminen tupakoinnin lopettamisen hyödyistä
 kuuden K:n mallin käyttäminen (kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta, kontrolloi)
 motivoivan haastattelun käyttäminen
 puhelinkontaktin tarjoaminen
 tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen
 kumppanin savuttomuuteen tukeminen

- opaslehtisten antaminen
- nikotiinikorvaukshoidon tarjoaminen

muuta,
mitä?

6. Mielestäni seuraavat tekijät altistavat tupakoinnin uudelleen aloittamiselle synnytyksen jälkeen:

7. Millä tavoin tuet savuttomuuden jatkumista myös synnytyksen jälkeen?

8. Mielestäni tunnistan seuraavat asiakkaan vieroitusoireet käytännön työssäni:

- ärtyisyys
- kärsimättömyys
- tupakanhimo
- levottomuus
- keskittymisvaikeudet
- univaikeudet
- päänsärky
- makean himo ja ruokahalun lisääntyminen

9. Miten vieroitusoireita hoidetaan raskaana olevalla ja imettävällä?

- nikotiinilaastarilla
- nikotiinipurukumilla
- nikotiini-imeskelytabletilta
- nikotiiniresoribletilla
- nikotiini-inhalaattorilla
- bupropionilla
- vareniktiinillä
- nortriptyiinillä
- nuuskalla
- sähkötupakalla
- hypnoosilla
- akupunktiolla
- liikunnalla

10. Mielestäni työpaikallani on yhtenäiset ohjauskäytännöt raskaana olevan savuttomuuteen tukemisessa.

- kyllä
 ei
 en osaa sanoa

11. Olen saanut työssä ollessasi koulutusta raskaudenaikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä tupakoinnista.

- kyllä
 kyllä, mutta en riittävästi
 en

12. Olen osallistunut Turun kaupungin järjestämään savuttomuuskoulutukseen.

- kyllä
 en

13. Minulla on mielestäni riittävästi koulutusta

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
tupakan terveyshaitoista raskaana olevalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tupakan terveyshaitoista sikiölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tupakan terveyshaitoista koko perheelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tupakan terveyshaitoista lapsen kehitykselle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tupakan vaikutuksesta imetykseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
synnytyksen jälkeiseen savuttomuuteen tukemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Mistä aihealueista savuttomuuteen tukemiseen liittyen koet erityisesti tarvitsevasi lisää koulutusta?

Valitse 3 tärkeintä.

- terveyshaitoista raskaana olevalle
 terveyshaitoista sikiölle
 haitoista lapsen kehitykselle
 terveyshaitoista koko perheelle
 vaikutuksista imetykseen
 synnytyksen jälkeisestä savuttomuuteen tukemisesta
 synnytyksen jälkeisistä stressitilanteista ja niissä tukemisesta
 hoitopolusta
 vertaistuen saatavuudesta
 kumppanin savuttomuuteen tukemisesta
 muusta, mistä?

15. Minulla on mielestäni riittävästi koulutusta

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
motivoivan haastattelun toteuttamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus -suosituksesta (Käypä hoito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuuden K:n mallin käytöstä (kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta ja kontrolloi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kumppanin savuttomuuteen tukemisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nikotiinikorvaushoidon tarjoamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Mitä muuta, koulutuksen lisäksi, koet tarvitsevasi toimivan savuttomuuteen tukevan työn toteuttamiseksi?

17. Mielestäni seuraavia menetelmiä tulisi sisällyttää tupakoivan raskaana olevan ja synnyttäneen yksilövieroitusmalliin:

- tupakoinnista kysyminen
- kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen
- tiedon antaminen tupakoinnin jatkamisen haitoista
- tiedon antaminen tupakoinnin lopettamisen hyödyistä
- kuuden K:n mallin käyttäminen (kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta, kontrolloi)
- motivoivan haastattelun käyttäminen
- vieroitusryhmään osallistumisen tarjoaminen
- puhelinkontaktin tarjoaminen
- tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen
- kumppanin savuttomuuteen tukeminen
- opaslehtisten antaminen
- nikotiinikorvaushoidon tarjoaminen
- muuta, mitä?

18. Mielestäni seuraavia aiheita tulisi sisällyttää tupakoivan raskaana olevan ja synnyttäneen yksilövieroitusmalliin:

- terveyshaitat raskaana olevalle
- terveyshaitat sikiölle
- haitat lapsen kehitykselle
- terveyshaitat koko perheelle
- vaikutukset imetykseen
- synnytyksen jälkeinen savuttomuuteen tukeminen
- synnytyksen jälkeiset stressitilanteet ja niissä tukeminen
- vertaistuen merkitys

kumppanin savuttomuuden merkitys

muuta, mitä?

19. Mielestäni raskaana olevan savuttomuuteen tukeminen on tärkeää.

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä
- en osaa sanoa

20. Mielestäni raskaana olevien tupakoinnin puheeksi ottaminen kuuluu neuvolatyöhön.

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä
- en osaa sanoa

21. Tupakoinnin puheeksi ottaminen on mielestäni vaikeaa

kyllä, miksi?

joskus,
miksi?

ei

22. Mielestäni raskaana olevan savuttomuuteen tukemisessa on kyse sairauden hoidosta.

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä
- en osaa sanoa

23. Mielestäni raskaana oleva on itse vastuussa omasta tupakoinnistaan.

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä
- en osaa sanoa

Ristiintaulukoinnin tulokset

Koulutukseen osallistumisen yhteys savuttomuuteen tukevien menetelmien käyttöön	Osallistunut koulutukseen (n=15)	Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	p-arvo
tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen	0 %	9 %	0,509
puhelinkontaktin tarjoaminen	13 %	9 %	1,000
kuuden K:n mallin käyttäminen (kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta, kontrolloi)	40 %	22 %	0,285
motivoivan haastattelun käyttäminen	53 %	13 %	0,012 *
opaslehtisten antaminen	60 %	78 %	0,285
nikotiinikorvaushoidon tarjoaminen	60 %	43 %	0,508
tiedon antaminen tupakoinnin jatkamisen haitoista	67 %	96 %	0,027 *
kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen	73 %	87 %	0,401
kumppanin savuttomuuteen tukeminen	73 %	96 %	0,069
tiedon antaminen tupakoinnin lopettamisen hyödyistä	93 %	91 %	1,000
tupakoinnista kysyminen	100 %	100 %	-

Koulutukseen osallistumisen yhteys vieroitusoireiden hoitoon	Osallistunut koulutukseen (n=15)	Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	p-arvo
nikotiinilaastarilla	20 %	43 %	0,176
hypnoosilla	20 %	26 %	1,000
akupunktiolla	40 %	39 %	1,000
nikotiiniresoribletilla	53 %	39 %	0,509
nikotiini-inhalaattorilla	53 %	35 %	0,324
nikotiini-imeskelytabletilta	80 %	61 %	0,294
liikunnalla	80 %	61 %	0,294
nikotiinipurukumilla	100 %	70 %	0,029 *

Koulutukseen osallistumisen yhteys lisäkoulutuksen tarpeeseen eri aihealueista	Osallistunut koulutukseen (n=15)	Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	p-arvo
terveyshaitoista raskaana olevalle	13,3 %	13,0 %	1,000
terveyshaitoista sikiölle	33,3 %	30,4 %	1,000
haitoista lapsen kehitykselle	26,7 %	60,9 %	0,052
terveyshaitoista koko perheelle	20,0 %	30,4 %	0,709
vaikutuksista imetykseen	20,0 %	34,8 %	0,470
synnytyksen jälkeisestä savuttomuuteen tukemisesta	66,7 %	78,3 %	0,473
synnytyksen jälkeisistä stressitilanteista ja niissä tukemisesta	33,3 %	43,5 %	0,736
hoitopolusta	46,7 %	47,8 %	1,000
vertaistuen saatavuudesta	33,3 %	26,1 %	0,722
kumppanin savuttomuuteen tukemisesta	26,7 %	39,1 %	0,501

Koulutukseen osallistumisen yhteys yksilövieroitusmalliin sisällytettäviin menetelmiin	Osallistunut koulutukseen (n=15)	Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	p-arvo
tupakoinnista kysyminen	86,7 %	95,7 %	0,550
kehottaminen tupakoinnin lopettamiseen	60,0 %	82,6 %	0,150
tiedon antaminen tupakoinnin jatkamisen haitoista	73,3 %	82,6 %	0,687
tiedon antaminen tupakoinnin lopettamisen hyödyistä	86,7 %	100,0 %	0,149
kuuden K:n mallin käyttäminen (kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta, kontrolloi)	73,3 %	73,9 %	1,000
motivoivan haastattelun käyttäminen	73,3 %	82,6 %	0,687
vieroitusryhmään osallistumisen tarjoaminen	73,3 %	69,6 %	1,000
puhelinkontaktin tarjoaminen	33,3 %	30,4 %	1,000
tietokonevälitteisen neuvonnan tarjoaminen	26,7 %	39,1 %	0,501
kumppanin savuttomuuteen tukeminen	80,0 %	100,0 %	0,054
opaslehtisten antaminen	80,0 %	82,6 %	1,000
nikotiinikorvaushoidon tarjoaminen	66,7 %	82,6 %	0,436

Koulutukseen osallistumisen yhteys yksilövieroitummalliin sisällytettäviin aihealueisiin	Osallistunut koulutukseen (n=15)	Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	p-arvo
terveyshaitat raskaana olevalle	93,3 %	91,3 %	1,000
terveyshaitat sikiölle	100,0 %	100,0 %	-
haitat lapsen kehitykselle	100,0 %	95,7 %	1,000
terveyshaitat koko perheelle	93,3 %	82,6 %	0,630
vaikutukset imetykseen	100,0 %	95,7 %	1,000
synnytyksen jälkeinen savuttomuuteen tukeminen	93,3 %	100,0 %	0,395
synnytyksen jälkeiset stressitilanteet ja niissä tukeminen	86,7 %	82,6 %	1,000
vertaistuen merkitys	80,0 %	69,6 %	0,709
kumppanin savuttomuuden merkitys	86,7 %	91,3 %	1,000

Koulutukseen osallistumisen yhteys asenteeseen: ”Raskaana olevan savuttomuuteen tukemisessa on kyse sairauden hoidosta”	en osaa sanoa	täysin/melko eri mieltä	täysin/melko samaa mieltä	p-arvo
Osallistunut koulutukseen (n=15)	0,0 %	42,9 %	57,1 %	0,689
Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	4,3 %	39,1 %	56,5 %	

Koulutukseen osallistumisen yhteys asenteeseen: ”Raskaana oleva on vastuussa omasta tupakoinnistaan”	en osaa sanoa	täysin/melko eri mieltä	täysin/melko samaa mieltä	p-arvo
Osallistunut koulutukseen (n=15)	13 %	13 %	73 %	0,603
Ei osallistunut koulutukseen (n=23)	0 %	4 %	96 %	