Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Jaakko Riihimäki ja Mikko Toivanen

TUPAKASTAVIEROITUSRYHMÄN TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU KAKSI VUOTTA KURSSIN ALKAMISESTA

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2015 | 39

Ohjaaja Tuija Leinonen

Jaakko Riihimäki ja Mikko Toivanen

TUPAKASTAVIEROITUSRYHMÄN TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU KAKSI VUOTTA KURSSIN ALKAMISESTA

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan yhteydessä toimivan ryhmämuotoisen tupakkavieroituskurssin osallistujien elämänlaatua kaksi vuotta kurssin alkamisesta. Tutkimukseen osallistui 44 henkilöä. Elämänlaadun määrittämisessä on käytetty terveydentilaan liittyvää elämänlaatua tarkastelevaa Harri Sintosen kehittämää 15D-mittaria. Tavoitteena on keuhkoklinikan ryhmävieroituskurssin toiminnan kehittäminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tupakasta vieroittautuvien elämänlaatua kahden vuoden kuluttua vieroituskurssin alkamisesta.

Opinnäytetyössä käydään läpi aiempaa tutkimustietoa tupakoinnin vaikutuksesta elämänlaatuun sekä määritellään elämänlaatuun ja tupakointiriippuvuuteen liittyviä käsitteitä. Opinnäytetyö pohjautuu strukturoidun kyselylomakkeen vastauksiin joita tarkasteltiin kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin tilasto-ohjelma Excelillä.

Vieroituskurssilaisten fyysinen elämänlaatu oli heikointa hengittämisen, nukkumisen sekä vaivat ja oireet osa-alueilla. Korkeinta elämänlaatu oli fyysisellä alueella syömisen, puhumisen, näön sekä kuulon osa-alueilla. Psyykkinen elämänlaatu oli heikointa energisyyden ja korkeinta masentuneisuuden osa-alueella. Sukupuolielämään liittyvä elämänlaatu oli vastaajilla yleisesti tulosten alhaisinta. Vieroituskurssille osallistuneiden naisten 15D-score oli merkittävästi matalampi kuin miesten. Tupakoimattomien kokonaiselämänlaatu oli merkittävästi korkeampi verrattuna säännöllisesti tupakoiviin.

ASIASANAT:

Tupakointi, Nikotiiniriippuvuus, Elämänlaatu, Terveyteen liittyvä elämänlaatu, Tupakasta vieroituskurssi, 15D, HRQOL

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered nurse (AMK)

May 2015 | 39

Instructor Tuija Leinonen

Jaakko Riihimäki and Mikko Toivanen

THE QUALITY OF LIFE OF A TOBACCO REHABILITATION GROUP AFTER TWO YEARS OF REHABILITATION

This thesis focuses on the quality of life of a group rehabilitation course for tobacco smokers hosted by the pulmonary clinic of Turku University Hospital. The study on the quality of life was done after two years from the beginning of rehabilitation. 44 people participated in the study. The quality of life was measured by using a health-related quality of life questionnaire 15D, designed by Harri Sintonen. The aim of this thesis is to develop and improve the rehabilitation courses with the information from the study.

This thesis reviews prior research data on the effects smoking has on the quality of life and specifies the concepts of quality of life, smoking addiction and concepts related to them. This study focuses on the following questions: How do the participants of the rehabilitation course assess their physical, mental and social quality of life after two years of rehabilitation? Are there any noticeable differences in the query answers on quality of life between sexes?

The results showed the physical quality of life of the participants to be the poorest in the areas of breathing, discomfort and symptoms and sleeping while the highest physical quality of life was reported in the areas of eating, speech, vision and hearing. The mental quality of life was the poorest in the areas of energy and the highest in the question related to depression. Social quality of life, referring to sexual activities, was generally reported to be the lowest among participants. The overall 15D score of the participating women was significantly lower than the score of the participating men. The overall quality of life of the non-smokers was significantly higher in this study than the quality of life of regular smokers.

KEYWORDS:

Smoking, Nicotine dependency, Quality of life, Health-related quality of life, Smoking cessation intervention in group 15D, HRQOL

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO **6**

2 TUPAKOINTI JA ELÄMÄNLAATU **7**

2.1 Tupakkariippuvuus 7

2.2 Tupakasta vieroitus 8

2.3 Elämänlaatu 9

2.4 Elämänlaatumittarit 11

2.5 Tupakan vaikutus elämänlaatuun 12

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT **14**

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN **15**

4.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu 15

4.2 Tutkimusmenetelmä 16

4.3 Aineiston analysointi 18

5 TULOKSET **20**

5.1 Vastaajien taustamuuttujat 20

5.2 Fyysinen elämänlaatu 21

5.3 Psyykkinen elämänlaatu 28

5.4 Sukupuolitoimintoihin liittyvä elämänlaatu 30

5.5 Vastaajien kokonaiselämänlaatu 31

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS **34**

7 POHDINTA **37**

LÄHTEET **41**

TAULUKOT

Taulukko 1. Muutokset 15D scoressa ja niiden tulkintarajat. 18
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli. 20
Taulukko 3. Tupakointitilanne. 20
Taulukko 4. Elämänlaatukysely 15D:n ulottuvuuksien tilastollisia tunnuslukuja. 21
Taulukko 5. Liikuntakyky. 22

Taulukko 6. Näkö. 22
Taulukko 7. Kuulo. 23
Taulukko 8. Hengitys. 24
Taulukko 9. Nukkuminen. 24
Taulukko 10. Syöminen. 25
Taulukko 11. Puhuminen. 25
Taulukko 12. Eritystoiminta. 26
Taulukko 13. Tavanomaiset toiminnot. 27
Taulukko 14. Vaivat ja oireet. 27
Taulukko 15. Henkinen toiminta. 28
Taulukko 16. Masentuneisuus. 29
Taulukko 17. Ahdistuneisuus. 29
Taulukko 18. Energisyys. 30
Taulukko 19. Sukupuolielämä. 30
Taulukko 20. Elämänlaatu 15D-score. 31
Taulukko 21. Tupakointitilanne ja elämänlaatu. 32

1 JOHDANTO

Vuonna 2013 työikäisistä naisista 13 % sekä miehistä 19 % kertoi tupakoivansa päivittäin. 15-24- vuotiaista miehistä taas 12 % ja naisista 9 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Päivittäinen tupakointi on miehillä vähentynyt vuodesta 1978 tasaisesti, kun taas naisilla tupakointi on vähentynyt vasta 2000-luvun alussa. Yli puolet tupakoivista miehistä sekä naisista kertoi vakavasti yrittäneensä lopettaa tupakointiaan. Tupakointi aiheuttaa vakavia terveyshaittoja itse käyttäjälle sekä käyttäjän läheisille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Elämänlaadulla ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Elämänlaatu on käsitteenä moniulotteinen ja koostuu subjektiivisesti sekä objektiivisesti tarkasteltavista käsitteistä jotka ovat sidoksissa fyysisiin, henkisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Tupakointi vaikuttaa tutkitusti yksilön elämänlaatuun heikentävästi tupakoinnin ollessa todistettavasti yhteydessä suureen määrään erilaisia sairauksia (Benowitz 1998). Terveydentilaan liittyvää elämänlaatua määrittämään on kehitetty useita mittareita kuten 15D, WHOQOL-BREF ja RAND-36.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tupakasta vieroittautuvien elämänlaatua kaksi vuotta kestäneen vieroituskurssin lopussa. Tavoitteena on kehittää Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan ryhmävieroituksen toimintaa.

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan kanssa. Työ keskittyy tupakkavieroittautumisryhmän kävijöihin vuosina 2007–2012 ja strukturoituun 15D-elämänlaatukyselyyn vastanneiden tuloksiin.

2 TUPAKOINTI JA ELÄMÄNLAATU

Säännöllinen tupakointi on merkittävin estettävissä oleva kuolinsyy ja noin joka toinen tupakoitsija kuolee tupakoinnista aiheutuviin sairauksiin. Maailmanlaajuisesti arvioidaan että noin viisi miljoonaa ihmistä kuolee tupakoinnista aiheutuviin terveysongelmiin (Alleyne ym. 2006). Tupakointi aiheuttaa mm. kroonista keuhkoputken tulehdusta ja keuhkojen laajentumaa (Huttunen 2014). Tupakoinnin on tutkittavasti todettu olevan yhteydessä merkittävästi suurentuneisiin syöpäriskeihin. Muun muassa riski sairastua keuhkosyöpään on tupakoivilla keskimäärin noin 6-21-kertainen. Noin 90 % keuhkosyövistä on liitoksissa tupakointiin. Tupakointi lisää tutkitusti myös mm. suu-, nielu-, haima- ja ruokatorvisyövän riskiä sekä vaaraa sairastua sydäninfarktiin sekä muihin vakaviin vaskulaarisiin sairauksiin. (Lääkärin käsikirja 2014; Benowitz 1998.)

2.1 Tupakkariippuvuus

Tupakointiin liittyy kahdenlaista riippuvuutta. Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää, jolla on määritelty ICD-10-diagnoosikoodi F17.2. Nikotiiniriippuvuudella taas tarkoitetaan nikotiinin käytöstä johtuvaa keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutosta, joka käytön lopettamisen seurauksena johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Nikotiiniriippuvuuden määritelmä tehdään DS-IV- luokituksen mukaan. Vieroitusoireista käytetään ICD-10-diagnoosikoodina F17.3. (Korhonen & Bromus 2011; Tupakkariippuvuus ja tupakastavieroitus: Käypä hoito -suositus 2012.)

Tupakkariippuvuuden ensisijainen aiheuttaja on tupakan sisältämä nikotiini, mutta myös tupakansavu sisältää riippuvuuteen vaikuttavia aineita. Tupakoinnin aiheuttama mielihyvän tunne, keskittymiskyvyn paraneminen, suurentunut stressin sietokyky ovat palkitsevia tekijöitä ja vahvistavat näin tupakoivaksi oppimista. Tupakkariippuvuus on vakava sairaus jolla on voimakas yhteys lukuisiin

liitännäissairauksiin. Tutkimukset osoittavat että lukuisat säännöllisesti tupakoivat ihmiset puhuvat haluavansa lopettaa tupakoinnin, mutta tästä huolimatta vuosittaiset tupakkavieroitusluvut jäävät erittäin pieniksi. (Stead ym. 2007; Korhonen & Bromus 2011; Tupakkariippuvuus ja tupakastavieroitus: Käypähoito -suositus 2012.)

Nikotiiniriippuvuuden tyypillisimpiä vieroitusoireita on ärtyneisyys, masentuneisuus, ruokahalun lisääntyminen, unettomuus, ahdistuneisuus sekä pulssin kiihtyminen, keskittymisvaikeudet ja levottomuus (Huttunen 2014). Riippuvuuden kehittymisen keskeisiä mekanismeja ovat toleranssin kasvaminen keskushermostossa sekä nikotiinin metabolia maksassa. Nikotiiniriippuvuutta voidaan mitata esimerkiksi Fagerstromin nikotiiniriippuvuustestillä (FTND), tai sen lyhyemmällä versiolla Heavines of Smoking Index (HSI). (Tupakkariippuvuus ja tupakastavieroitus: Käypähoito -suositus 2012.)

2.2 Tupakasta vieroitus

Tupakointia yritetään lopettaa keskimäärin 3-4 kertaa ennen onnistumista. Suurimpia tekijöitä uudelleen aloitukseen on tupakanhimo, painonhallinta ongelmat, kahvin juonti sekä alkoholinkäyttötilanteet. Lopettamisen apuna voidaan käyttää nikotiinikorvaustuotteita sekä erilaisia ryhmäkeskusteluja kuten vertaistukiryhmiä tai lääkärin tai sairaanhoitajan pitämää yksilöohjausta, joita voidaan myös toteuttaa puhelinohjauksina. Yksilöohjaus on todettu olevan tehokkaampaa kuin ryhmäohjaus. (Kettunen 2014; Saarelma 2014.)

Tupakan lopettamisesta johtuviin vieroitusoireisiin voidaan käyttää nikotiinikorvaushoitoa, kuten esimerkiksi nikotiinilaastareita, -purukumia, -tabletteja tai -inhalaattoreita. Valmisteiden käyttö on tutkitusti helpottanut tupakanhimoa sekä vieroitusoireita. On tutkittu että valmisteiden käyttö tupakoinnin lopettamisen apuna nostaa lopettamisen todennäköisyyttä 1,5-2 -kertaiseksi. (Bullen ym. 2012.)

Nikotiinivalmisteiden lisäksi on olemassa lääkkeitä, kuten bupropioni, nortriptyliini, klonidiini ja varenikliini (Saarelma 2014). Yleisimmät näistä ovat varenikliini

ja bupropioni. Varenikliini muistuttaa kemiallisesti nikotiinia. Se sitoutuu samaan paikkaan aivoissa kuin nikotiini estäen näin ollen nikotiinin kiinnittymisen solukalvolle. Varenikliini osaltaan myös lievittää vieroitusoireita ja lääkitys aloitetaan usein 1-2 viikkoa ennen tupakoinnin lopettamista. Varenikliinin on todettu aiheuttavan painon nousua eikä sitä saa käyttää yhdessä muiden nikotiinikorvaustuotteiden kanssa. Bupropionia on käytetty alun perin masennuslääkkeenä. Lääkkeen vaikutus tapahtuu aivojen nautintokeskuksessa ja siellä dopamiininimiseen välittäjäaineeseen. Tarkoituksena on vähentää nikotiinin aiheuttamaa nautintoa. Lääkityksen aloitus on tärkeä aloittaa ennen tupakoinnin lopettamista, sillä bupropionin vaikutus alkaa hitaasti. (Patja 2014.)

Tupakoinnin lopettamisella on useita positiivisia vaikutuksia. Lopettamisen seurauksena esimerkiksi haju- ja makuaisti korjaantuvat muutaman päivän jälkeen, limannousu sekä yskä lievittyvät 1-2 kuukauden kuluessa sekä keuhkojen toiminta paranee merkittävästi muutaman savuttoman kuukauden jälkeen. Myös erektiohäiriö paranee miehillä n. 25 %:lla sekä naisten kohdalla parantaa hedelmällisyyttä. Riski sairastua mm. sepelvaltimotautiin puolittuu vuodessa, sekä keuhkosyövän riski vähenee, mutta riippuen jo tupakoiduista vuosista sekä tupakkamääristä, jää tämän mahdollisuus kuitenkin olemaan. Tupakoinnin lopettaminen saattaa aiheuttaa lihomista. Tämä johtuu yleensä lisääntyneestä ruokahalusta sekä perusaineenvaihdunnan vähentymisestä. (Tupakkariippuvuus ja tupakastavieroitus: Käypä hoito 2012.)

2.3 Elämänlaatu

Elämänlaadulle ei löydy yleistä hyväksyttyä määritelmää. Se nähdään usein subjektiivisena käsitteenä ja yksilöt kokevat oman elämänlaatunsa muuttuvan erilaisista tekijöistä riippuen verrattuna toisiin ihmisiin. Elämänlaatu on useista konkreettisista tekijöistä ja niiden yhteisvaikutuksesta muodostuva abstrakti kokonaisuus, johon usein liittyy vahvasti henkinen näkökulma, mutta elämänlaatua voidaan tarkastella ja määrittää erilaisin tarkastelumenetelmin, joiden tarkoituksena on jaotella elämänlaatuun vaikuttavat yleispätevimmät taustatekijät kuten

terveys ja sosiaalinen elämä. (Rueda ym. 2011; Seattle Quality of Life Group 2011.)

Elämänlaatua määritellessä voidaan vaihtoehtoisesti pohtia, millainen on hyvä elämä. Hyvä elämä määrittyy yksilön positiivisten kokemusten, onnen tunteen ja mielihyvän kautta. Myöskin yksilön tavoitteiden ja toiveiden toteutumisen avulla voidaan määritellä hyvä elämä: hyvä elämä on esimerkiksi omien toiveiden täyttymistä. Näiden kahden lisäksi hyvä elämä voidaan määritellä myös tiettyjen elintapojen esimerkiksi uskon, sivistyksen tai materiaalisen elintason kautta. (Saarni ym. 2010.)

Terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan elämänlaadun osa-alueita, mitkä vaikuttavat yksilön terveyteen, kuten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista, sekä vaivoja ja oireita. Maailman terveysjärjestön, WHO:n määritelmän mukaan terveydellä tarkoitetaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, eikä vain sairauden tunnetta. (World Health Organization 1997.) Terveyteen liittyvät muuttujat ovat usein objektiivisesti tarkasteltavia asioita ja niihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan joko yksilön oman toiminnan tai ulkopuolisen avun esimerkiksi lääkehoidon kautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Vuonna 2011 tehty Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -tutkimus osoittaa, että naiset ovat arvioineet elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet. Tulos oli päinvastainen puhuttaessa terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Erot saattavat johtua jo pelkästään eri elämänlaatumittarin käytöstä. Elämänlaatua mitattiin kyseisessä tutkimuksessa EUROHIS-QOL-8- mittarilla, joka on johdettu WHO:n kehittämästä WHOQOL-mittarista, kun taas terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin EQ-5D- sekä 15D- elämänlaatumittarilla. Kaikilla mittareilla mitattaessa iän myötä elämänlaatu heikkeni. Kyseinen tutkimus oli seurantatutkimus Terveys 2000 -tutkimukselle. Näiden tutkimusten tulosten perusteella suomalaisten elämänlaatu on hieman noussut yli 30-vuotiailla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

2.4 Elämänlaatumittarit

Elämänlaadun tutkimiseen voidaan käyttää yleisiä terveyteen liittyviä elämänlaatua kartoittavia mittareita tai tutkittavan sairauden tai terveysongelman tarkasteluun kehitettyjä sairausspesifejä mittareita. Sairausspesifit mittarit ovat tehokkaita, kun tarkastellaan jollekin tietylle sairaudelle keskeisiä elämänlaadun tasoja. Yleiset mittarit ovat hyviä, kun on tarkoitus tehdä vertailuja elämänlaadussa eri väestö- tai potilasryhmien välillä. Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit voidaan jaotella mittaustasojen mukaan globaaleihin mittareihin, moniulotteisiin profiilimittareihin, utiliteettimittareihin sekä yhden ulottuvuuden mittareihin. (Aalto ym. 1999; Pekkonen 2010.)

15D –elämänlaatumittari on Harri Sintosen kehittämä ja sitä on alettu kehittämään 1970-luvulla ja sen nykyisin versio on julkaistu 1993. Mittari on kehitetty Suomessa ja sitä voidaan käyttää mittaamaan esimerkiksi hoitomenetelmien vaikuttavuutta. 15D on standardoitu, helppokäyttöinen mittari, joka koostuu 15 fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvointia ja toimintakykyä mittaavasta ulottuvuudesta. Mitattavat ulottuvuudet ovat liikkuminen, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhe, erittäminen, henkinen toimintakyky, tavanomaiset aktiviteetit, oireet/vaivat, ahdistus, masennus, elinvoimaisuus sekä seksuaalinen aktiivisuus. Jokainen ulottuvuus on jaoteltu viiteen sanallisesti kuvailtuun tasoon, joiden avulla voidaan määritellä paljonko kyseinen ulottuvuus koskee vastaajaa. (Sintonen 1994.)

EQ-5D- mittarin on kehittänyt EuroQol-ryhmä ja se kehitettiin ensisijaisesti täydentämään muita mittareita, mutta nykyään sitä käytetään myös itsenäisesti. Mittari on lähinnä tarkoitettu populaatioiden kuvaamiseen eikä niin yhden henkilön kokemia eroja ennen ja jälkeen hoidon. Mittari käsittää viisi kysymystä, jotka koostuvat liikkumisesta, itsestään huolehtimisesta, tavanomaisista toiminnoista, kivuista/vaivoista ja ahdistuneisuudesta/masennuksesta. Jokainen osa-alue jaetaan kolmeen tasoon: ei ongelmia, joitain ongelmia ja vakavia ongelmia osa-alueella. Mittarin arvotettavien tilojen kesto on 10 vuotta, jotka aina päättyvät

kuolemaan. Näin ollen mittaria käytetään vain pitkäaikaisiin, kuolemaan päättyviin tiloihin. (Malmivaara 2014.)

WHOQOL-100 on WHO:n kehittämä elämänlaatumittari, jolla arvioidaan yksilön käsityksiä elämänlaadusta oman kulttuurin ja arvojärjestelmän kontekstissa, heidän henkilökohtaisia huoliaan, arvojaan ja tavoitteitaan. Mittarin tehtävänä on arvioida ihmisen tyytyväisyyttä psyykkisen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristöön. Mittarista on 1990 -luvun alussa kehitetty lyhyempi versio, WHOQOL-BREF. Tämä mittari koostuu 26 kysymyksestä. (World Health Organization 1997.)

RAND-36 on kehitetty Yhdysvalloissa mittaamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua. Mittari on jaettu kahdeksaan eri ulottuvuuteen: koettu terveydentila, psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi, kivuttomuus, tarmokkuus, roolitoiminta ja fyysisistä syistä johtuvat ongelmat sekä roolitoiminta ja psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. RAND-36 -mittari on kansainvälisesti eniten käytetty mitattaessa terveyteen liittyvää elämänlaatua. (Aalto ym. 1999; Pekkonen, 2010.)

2.5 Tupakan vaikutus elämänlaatuun

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet tupakoinnilla olevan vahvaa yhteyttä suureen määrään objektiivista sekä subjektiivista elämänlaatua heikentäviin terveydellisiin haittoihin. Löydökset sisältävät usein yhteyksiä fyysisiin ja psyykkisiin vaivoihin mutta psyykkisten ongelmien ja tupakoinnin yhteyttä ja niiden lähempää tarkastelua on vaikeuttanut osaltaan muun muassa runsaasti tupakoivien henkilöiden sosiaalinen status, ikä, taustasairaudet jne. sekä näiden muuttujien yhteisvaikutukset. Lisäksi tupakoinnin vaikutuksia tarkastelevien tutkimusten tuloksiin vaikuttavat voimakkaasti tutkittava kohderyhmä (esim. nuoret opiskelijat vrt. iäkkäät monisairaat), tutkimuksen laatu, toteutustapa sekä käytettävät tutkimustyökalut. (Vogl ym. 2012.)

Englannissa toteutetetussa tutkimuksessa tupakoinnin vaikutuksesta englantilaisen väestön terveyteen liittyvään elämänlaatuun kävi ilmi, että yli 20 savuketta päivässä polttavien kokemukset omasta elämänlaadusta ovat huonompia

kuin vähän tai lainkaan tupakoivilla. Tuloksien tulkinnasta nousi kuitenkin tutkimuksessa käytetyn EQ-5D-elämänlaatukyselyn mahdollinen riittämättömyys havaita voimakkaimmin elämänlaatua heikentäviä piirteitä. (Vogl ym. 2012.)

Helsingin yliopiston tutkijat seurasivat vuosien 1919 ja 1934 välillä syntyneiden miesten (n=1658) ryhmää tarkoituksenaan tutkia tupakoinnin vaikutusta elämänlaatuun myöhäisemmällä iällä. Tutkittavat miehet olivat kaikki tutkimuksen alkaessa terveitä ja sosioekonomisesti samalla tasolla. Tutkimustulokset osoittivat että voimakkaasti tupakoivilla oli huomattavasti enemmän terveydellisiä vaikeuksia myöhemmällä iällä, vaikka tupakointi olisi loppunut tutkimuksen aikana. Tupakoimattomat elivät noin 10 vuotta voimakkaasti tupakoivia pidempään sekä kokivat elämänlaatunsa huomattavasti tupakoivia ja tupakoineita paremmaksi tutkimuksen lopputarkastuksessa. Seuranta kesti vuodesta 1974 vuoteen 2000 asti. 30 % tupakoivista jatkoi tupakointiaan koko tutkimuksen ajan. Tämä ryhmä pisteytyi elämänlaatukartoituksessa muita huomattavasti heikommin osa-alueilla jotka määrittivät fyysistä toimintaa, energisyyttä, sosiaalisia toimintoja sekä psyykkistä hyvinvointia. Tutkimuksessa elämänlaadun määrittämisessä käytetty RAND-36 osoitti vahvaa korrelaatiota alentuneen elämänlaadun ja voimakkaan tupakoinnin välillä. (Strandberg ym. 2008.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa todetaan, että päivittäin tupakoivien ja tupakoinnin lopettaneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompi kuin satunnaisesti tai ei koskaan tupakoineet. Tutkimustuloksia ei kuitenkaan pidetty kovinkaan merkittävinä, pienien indeksilukuerojen vuoksi. Tuloksissa tupakoitsijat menestyivät huonoimmin liikuntakyvyn, nukkumisen, ahdistuneisuuden, vaivat ja oireet, masentuneisuuden, energisyyden, näön, tavanomaisten toimintojen sekä hengityksen ulottuvuuksilla. Päivittäin tupakoivien ja tupakoinnin lopettaneiden välillä todettiin myös eroja terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. (Kiviniemi 2013.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämä työ tarkastelee Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoklinikan yhteydessä pidettävien tupakointia koskevien ryhmävieroituskurssien vuosivälillä 2007–2012 pidettyjä ryhmiä ja sen 44 (=n) kävijän täyttämää 15D-elämänlaatukyselyä. Opinnäytetyössä käytettävä elämänlaatukysely on toteutettu kaksi vuotta vieroituskurssin alkamisesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tupakasta vieroittautuvien elämänlaatua kaksi vuotta kestäneen vieroituskurssin lopussa sekä tavoitteena on kehittää Tyksin keuhkoklinikan ryhmävieroituksen toimintaa.

Tutkimusongelmat:

1. Millaiseksi vieroitusryhmän osallistujat arvoivat elämänlaatunsa kaksi vuotta kurssin alkamisesta?

   1.1 Millaiseksi vieroitusryhmän osallistujat arvioivat fyysisen elämänlaatunsa?

   1.2 Millaiseksi vieroitusryhmän osallistujat arvioivat psyykkisen elämänlaatunsa?

   1.3 Millaiseksi vieroitusryhmän osallistujat arvioivat sukupuolielämään liittyvän elämänlaatunsa?

   1.4 Onko elämänlaatukyselyn vastauksissa havaittavissa selkeitä sukupuolten välisiä eroja?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on vuodesta 1994 alkaen järjestetty ryhmävieroituskursseja tupakoiville. Vieroituskurssien toiminta on alkanut Tyksin sädehoito-osastolla josta se siirtyi 1.1.2000 keuhkoklinikan alaisuuteen missä toiminta jatkuu yhä nykyään. Kursseja on pidetty tähän päivään mennessä yli 80. Kurssit ovat potilaille täysin ilmaisia ja kurssien alussa jokainen ilmoittautunut saa yksilöllistä ohjausta. Ainoa kriteeri ryhmään pääsemiselle on täysiikäisyys. Kurssit koostuvat kymmenestä kokoontumiskerrasta sekä moniammatillisesta ohjauksesta, joka kattaa muun muassa ravitsemus- sekä fysioterapeuttista näkemystä sekä addiktiopoliklinikan hoitajan vierailun kokoontumisessa. Kuudennen kokoontumiskerran yhteydessä potilaat saavat yksilöllisemmät vieroitusohjelmansa noudatettavakseen, jonka jälkeen muut kokoontumiskerrat koostuvat kokemusten, ajatusten ja kuulumisten vaihdosta. Kokoontumiskerroilla on pääpaino keskustelulla ja yhteisellä vuorovaikutuksella. (Grönroos 2014.)

Jokaiseen kurssiin liittyen osallistujat täyttävät neljässä eri vaiheessa kaksiosaisen kyselylomakkeen, 15D-elämänlaatu- sekä tupakkariippuvuuskyselyn. Kurssin alkaessa lisäksi täytetään henkilötietolomake. Tupakkariippuvuuskysely sekä 15D -elämänlaatukysely lomakkeet täytetään kurssin alussa, kuuden kuukauden, 12 kuukauden sekä 24 kuukauden kohdalla. (Grönroos 2014.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä on Tyks:n keuhkoklinikan vieroitusryhmäläiset sekä tutkimusaineistona kyseisen ryhmän jäsenten antamat vastaukset 15D-lomakkeeseen kaksi vuotta kurssin alkamisesta. Aineisto on kerätty keuhkoklinikalla. Vieroituskurssilta tutkimukseen osallistui 44 elämänlaatukyselyyn vastannutta. Lisäksi tätä opinnäytetyötä varten saatiin kurssille osallistujien taustamuuttujat kuten ikä, sukupuoli, tupakointitilanne ja sosiaalinen tilanne.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen ja menetelmänä strukturoitu kyselylomake. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimustapa, joka vastaa perustasolla kysymyksiin ”kuinka moni”, ”miten paljon” sekä ”miten usein”. Kvantitatiivinen menetelmä on tutkimusmetodi, jonka puitteissa tutkimustietoa tarkastellaan numeerisesti ja otokset ovat tyypillisesti suuria (Heikkilä 2008, 16-17). Tutkimuksessa erilaisia tutkittavia asioita muutetaan numeeriseen muotoon, jotta voidaan havainnoida tiettyjen asioiden esiintyvyyttä ja mahdollista yhteyttä tai korrelaatiota. Ominaista on että kysymykset ovat rakennettu siten, että niiden pohjalta on helppo tehdä luokitteluja. Määrällisessä tutkimuksessa hyödynnetään esimerkiksi erilaisia rekistereitä, haastatteluja tai kirjekyselyitä. Tutkimuksessa tulokset ovat alussa joko pelkkää numeerista dataa tai tutkija muuntaa kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusdatan numeromuotoon. Tutkimuksen tulokset esitetään numeroina, mutta tutkija tulkitsee tutkimuksen aikana kerätyn ydininformaation sanallisessa muodossa selittäen tutkittavien asioiden keskinäisiä suhteita, eroavaisuuksia sekä samankaltaisuuksia. (Hirsjärvi ym. 2006, 125,182; Vilkka 2007, 13-14,17,19.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttaminen tarkasteltaessa henkilöiden terveyteen liittyviä asioita on mahdollista, kun tutkimus toteutetaan strukturoituna ja tutkittavat asiat sekä muuttujat järjestellään erilaisiksi vakioiksi. Strukturointi toteutetaan tutkimuksen alkuvaiheessa. Kaikki tutkimuksessa esitettävät kysymykset suunnitellaan ja vakioidaan kysymyksiksi sekä vastausvaihtoehdoiksi siten että kaikki tutkimukseen osallistuvat henkilöt ymmärtävät kysymykset ja vastaukset samalla tavalla. Vakiointi tarkoittaa että jokaiselta tutkimukseen osallistuvalta kysytään samat asiat samalla tavalla sekä samassa järjestyksessä samoin annetuin vastauksin. Kaikki tutkittavat muuttujat arvotetaan ja tutkimuksen loppuvaiheessa tutkimusdatan antamat erilaiset arvot tulkitaan, analysoidaan ja lopuksi muutetaan sanalliseen muotoon niin että kuka tahansa voi sen arkiymmärryksellään lukea. (Vilkka 2007; Aira & Seppä 2010.) Tässä opinnäytetyössä käytetään 15D- elämänlaatumittaria, joka on yleispäteväksi terveydentilaan liittyvän elämänlaadun määrittämiseen kehitetty strukturoitu kysely.

Terveydentilaan liittyvää elämänlaatua määrittävä 15D- elämänlaatumittari on Harri Sintosen vuonna 1981 kehittämä ja vuonna 1993 viimeistelemä työkalu, jota hyödynnetään tutkimuksissa sekä kliinisissä kartoituksissa. 15D on standardoitu, strukturoidun kyselyn tavoin rakennettu mittari, joka koostuu 15 fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvointia ja toimintakykyä mittaavasta ulottuvuudesta. 15 ulottuvuuden tarkastelemat asiat ovat liikkuminen, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhe, erittäminen, henkinen toimintakyky, tavanomaiset aktiviteetit, oireet ja vaivat, ahdistus, masennus, elinvoimaisuus sekä seksuaalinen aktiivisuus. (Sintonen 1994.)

Jokainen ulottuvuus kattaa viisi sanallisessa muodossa esitettyä väittämää joista vastaaja valitsee yhden joka kuvaa parhaiten hänen kokemusta tai näkemystä omasta terveydentilastaan. Tason yksi vastaus tarkoittaa että kyseisen ulottuvuuden määrittämän toimintakyvyn kanssa ei ole ongelmia, tason viisi vastaus tarkoittaa huonointa mahdollista tilaa kyseisen toimintakyvyn kohdalla. Mittari tuottaa vastauksista indeksiluvun välille 0-1. Luku 0 tarkoittaa kuollutta, 0.0162 tarkoittaa tajutonta tai koomassa olevaa ja luku 1 tarkoittaa että vastaajalla ei ole mitään ongelmaa millään ulottuvuudella. Indeksiluvun avulla voidaan helposti verrata yksilön tai ryhmän terveydentilaa esimerkiksi ennen ja jälkeen hoidon. Mittari myös kertoo millä ulottuvuuden alueilla muutoksia on tapahtunut sekä muutosten suunnan sekä määrän. 15D on tarkoitettu yli 16-vuotiaiden käyttöön mutta nuoremmille on kehitetty mittarit 16D 12–15 -vuotiaille sekä 17D 8-11- vuotiaille. (Kukkonen 2005; Sintonen 2013.)

15D on suunniteltu terveydentilaan liittyvän elämänlaadun määrittämiseen vastaajan omien kokemusten pohjalta. Mittari sulkee pois elämänlaadun objektiivisen näkökulman ja nojaa täysin vastaajan antamaan vastaukseen vastauksen todenmukaisuudesta riippumatta. 15D antaa 15 kysymyskohdan vastauspistemäärien perusteella 15D-pisteytyksen eli 15D score-arvon numerovälillä 0-1. 15D -score kuvaa numeerisesti 15 kysymyskohdan tuottamaa elämänlaatua mutta yksittäisiä väliarvoja sekä niiden merkitystä voi myös tarkastella helposti. 15D:tä käytetään usein saman tutkimuksen useissa vaiheissa jotta jonkin tutkimuksen osa-alueen, esimerkiksi hoidon tai lääkkeen, vaikutusta elämänlaatuun

voidaan vertailla mittauskertojen välillä. 15D Scoren vaihtelun kautta voidaan yhden lukuarvon tarkastelulla määrittää elämänlaadun kokonaiskuvan muutoksia. (Alanne ym. 2014.) (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Muutokset 15D scoressa ja niiden tulkintarajat.

Tulosvaihteluluokitus	**Vaihtelumerkitysrajat (15D Score)**
Merkittävästi parempi	>.035
Lievästi parempi	.035 - .015
Ei merkittävää muutosta	<.015 - >-.015
Lievästi huonompi	-.015 - -.035
Merkittävästi huonompi	>-.035

(Alanne ym. 2014)

4.3 Aineiston analysointi

TYKS:n keuhkoklinikka on saanut tutkimukselle tutkimusluvat sekä Harri Sintoselta luvan käyttää 15D- elämänlaatumittaria. Työtä varten saatiin tutkimukseen kirjallisella suostumuksella osallistuvien henkilöiden täyttämät kyselylomakkeet keuhkoklinikalta. Saatu aineisto käytiin läpi, arvioitiin vastausten laatu, kyselylomakkeet numeroitiin sekä tallennettiin data numeeriseen muotoon tilastollista käsittelyä varten. Työn aineistoanalyysiin on käytetty tilastotyökaluohjelma Exceliä. Datan käsittelyssä käytettiin kaksoistarkistusta joka viidennen lomakkeen kohdalla. Excel -taulukkoon siirretyt vastaukset tallennettiin tämän jälkeen 15D-mittarin valmiiseen datan tallennuspohjaan, joka saatiin mittarin kehittäjältä, Harri Sintoselta. Analysoitaessa vastauksia ja tallennuspohjan muodostamia arvoja, tässä opinnäytetyössä on otettu vain huomioon ne kysymykset joihin on saatu vastaus. Tämän jälkeen tutkimustulokset esitetään taulukoita hyödyntäen sanallisessa muodossa. Vastauksien havainnollistamisessa tässä työssä käytetään 15D -kyselylomakkeen Likert-asteikkoa taulukkomuodossa. Tässä opinnäytetyössä on taustamuuttujista otettu huomioon sukupuoli sekä tupakointiti-

lanne. Tupakointitilanteella tarkoitetaan, onko vastaaja tupakoimaton, säännöllisesti tupakoiva tai satunnaisesti tupakoiva. Tässä työssä 15D- mittari on jaettu kolmeen osioon: fyysiseen-, psyykkiseen- ja sukupuolitoiminnalliseen elämänlaatuun. Fyysisellä elämänlaadulla tarkoitetaan mittarin ulottuvuuksista seuraavia: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot sekä vaivat ja oireet. Psyykkiseen elämänlaatuun ulottuvuuksiksi tässä työssä on määritelty henkinen toiminta, masentuneisuus, ahdistuneisuus sekä energisyys. 15D-kaavakkeen 15. kohta määrittää vastaajan sukupuolitoimintoihin liittyvää elämänlaatua, jonka olemme eriyttäneet fyysisestä ja psyykkisestä kokonaisuudesta omaksi osioksi kysymyskohdan yleisemmän luonteen vuoksi. Kysymyksestä eikä vastausvaihtoehdoista ilmene selkeää painotusta fyysisen eikä psyykkisen elämänlaadun puolelle, joten tarkastelemme ulottuvuutta muista erillään.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustamuuttujat

Vastaajia oli yhteensä 43 henkilöä. Miehiä vastanneiden joukosta oli 24 ja naisia 19. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli.

Sukupuoli (n=43)	f	f%
Nainen	19	44,2
Mies	24	55,8

Vastaajilta kysyttiin heidän tämänhetkinen tupakointitilanne. 31 ilmoitti lopettaneensä tupakoinnin ja näistä naisia oli 12 ja miehiä 19. Vastaajista 11 ilmoitti tupakoivansa päivittäin ja näistä kuusi oli naisia ja viisi miehiä. Yksi nainen ilmoitti tupakoivansa satunnaisesti. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tupakointitilanne.

Tupakoitko tällä hetkellä? (n= 43)	f	f%	Naisia	Miehiä
En tupakoi	31	72,1	12	19
Kyllä, päivittäin	11	25,6	6	5
Kyllä, vain satunnaisesti	1	2,3	1	0

Vieroituskurssilaisten vastauksista 15D -kyselyyn määritettiin keskiarvot, keskihajonnat, mediaanit, minimit sekä maksimit. Vastauksia eri ulottuvuuksia käsit-

televiin kysymyksiin saatiin keskimäärin 41. Alin vastausmäärä oli sukupuolielämää koskevassa kysymyksessä (35) ja ylin Näössä (43). Vastausten kokonaiskeskiarvo oli 0,809, alin keskiarvo sukupuolielämässä (0,666) ja ylin keskiarvo syömisessä (0,992). Ulottuvuuksien alin arvo oli 0,115, joka tuli nukkumisesta, sekä ylin 1, joka esiintyi joka ulottuvuudessa. Seitsemällä ulottuvuudella 15:sta mediaani oli 1. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Elämänlaatukysely 15D:n ulottuvuuksien tilastollisia tunnuslukuja.

	n	keskiarvo	keskihajonta	mediaani	min	max
Liikuntakyky	42	0,814	0,186	0,713	0,473	1
Näkö	43	0,908	0,124	1	0,490	1
Kuulo	42	0,898	0,139	1	0,461	1
Hengitys	42	0,696	0,225	0,698	0,258	1
Nukkuminen	42	0,679	0,250	0,762	0,115	1
Syöminen	42	0,992	0,055	1	0,646	1
Puhuminen	42	0,922	0,132	1	0,703	1
Eritystoiminta	42	0,844	0,196	1	0,396	1
Tavanomaiset toiminnot	42	0,774	0,237	0,721	0,413	1
Henkinen toiminta	42	0,826	0,202	1	0,375	1
Vaivat ja oireet	40	0,700	0,262	0,702	0,062	1
Masentuneisuus	42	0,831	0,176	0,765	0,305	1
Ahdistuneisuus	42	0,835	0,206	1	0,263	1
Energisyys	41	0,757	0,186	0,771	0,125	1
Sukupuolielämä	35	0,666	0,275	0,710	0,249	1
Ulottuvuuksien kokonais keskiarvo	41	0,809	0,19	0,856	0,356	1
15Dscore	31	0,807	0,121	0,832	0,530	1

5.2 Fyysinen elämänlaatu

Liikuntakyky osioon oli kokonaisuudessaan vastannut 42 henkilöä, joista 19 oli vastannut, että pystyy kävelemään normaalisti. Vastaajista ketään ei kertonut

olevansa liikuntakyvytön, vuoteenoma tai tarvitsevansa kävelemiseen avustajaa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Liikuntakyky.

Liikuntakyky (n=42)	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa	19	45,2	16,7	28,6
2. Pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.	18	42,9	21,4	21,4
3. Pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.	5	11,9	7,1	4,8
4. Pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.	0	0,0	0,0	0
5. Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.	0	0,0	0,0	0

Näkö-osiossa vastaajia oli yhteensä 43. Heistä 26 kertoi näkevänsä normaalisti. Ketään vastaajista ei vastannut olevansa lähes tai täysin sokea. Yhdellä vastaajista oli huomattavia vaikeuksia lukea lehteä/tai TV:n tekstejä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Näkö.

Näkö (n=43)	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).	26	60,5	25,6	34,9
2. Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).	16	37,2	18,6	18,6
3. Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).	1	2,3	0,0	2,3
4. En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen kulkea ilman opasta.	0	0,0	0,0	0
5. En näe kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea.	0	0,0	0,0	0

Kysymysosiossa 3 vastaajilta kysyttiin heidän kuuloa. Tähän osioon yhteensä oli vastattu 42 henkilöä. 26 vastaajista kertoi ettei heillä ole kuulon kanssa on-

gelmia. Yksi henkilö oli vastannut, että on vaikeuksia kuulla normaalia puheääntä. Ketään ei vastannut olevansa kuuro tai melkein kuuro. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Kuulo.

Kuulo (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).	26	61,9	33,3	28,6
2. Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.	15	35,7	7,1	28,6
3. Minun on melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.	1	2,4	2,4	0
4. Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro.	0	0,0	0,0	0
5. Olen täysin kuuro.	0	0,0	0,0	0

Hengitykseen liittyvässä osiossa vastaajista viisi ilmoitti kärsivänsä hengenahdistuksesta pienen rasituksen jälkeen. 10 vastaajaa ilmoitti pystyvänsä hengittämään normaalisti. 23 vastaajista ilmoitti saavansa hengenahdistusta urheilusta tai raskaasta työstä. Kenelläkään ei ollut levossa esiintyvää hengenahdistusta. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hengitys.

Hengitys (n=42)				
	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.	10	23,8	14,3	9,5
2. Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.	23	54,8	23,8	31
3. Minulla on hengenahdistusta, kun kävelen tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.	4	9,5	4,8	4,8
4. Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.	5	11,9	2,4	9,5
5. Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.	0	0,0	0,0	0

Kysymys numero 5 kartoitti vastaajien nukkumista. Vastauksia oli yhteensä 42 joista yhdeksällä ei ollut ongelmia nukkumisen suhteen. Ketään ei ilmoittanut kärsivänsä vaikeasta unettomuudesta. Vastaajista 18 ilmoitti kärsivänsä lievistä univaikeuksista, mm. nukahtamisvaikeuksista tai yöllisistä heräämisistä. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Nukkuminen.

Nukkuminen (n=42)				
	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen.	9	21,4	7,1	14,3
2. Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä.	18	42,9	16,7	26,2
3. Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.	7	16,7	9,5	7,1
4. Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.	7	16,7	9,5	7,1

5. Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä.	0	0,0	2,4	0

Syömiseen liittyvään osioon oli vastaajia 42. Heistä 41 ilmoitti syövänsä normaalisti. Ketään ei ilmoittanut vakavista syömisongelmista. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Syöminen.

Syöminen (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.	41	97,6	45,2	52,4
2. Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin).	1	2,4	0,0	2,4
3. Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä.	0	0,0	0,0	0
4. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää.	0	0,0	0,0	0
5. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minulle pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.	0	0,0	0,0	0

Puhumiseen liittyvässä kysymyksessä vastauksia oli yhteensä 42, joista 31 ilmoitti pystyvänsä puhumaan normaalisti ja 11 kärsivänsä pienistä ongelmista, kuten sanojen etsintää tai ääni ei ole riittävän kuuluva. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Puhuminen.

Puhuminen (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.	31	73,8	35,7	38,1
2. Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.	11	26,2	9,5	16,7

3. Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.	0	0,0	0,0	0
4. Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani.	0	0,0	0,0	0
5. Pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein.	0	0,0	0,0	0

Kysymys numero yhdeksän kartoitti vastaajien eritystoimintaa ja siihen vastauksia tuli yhteensä 42. 24 ilmoitti virtsarakon ja suolen toiminnan normaaliksi sekä 15 kertoi kärsivänsä lievistä ongelmista kuten virtsaamisongelmista tai kova/löysä vatsa. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Eritystoiminta.

Eritystoiminta (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta.	24	57,1	26,2	31
2. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa	15	35,7	14,3	21,4
3. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.	3	7,1	4,8	2,4
4. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta.	0	0,0	0,0	0
5. En hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.	0	0,0	0,0	0

Tavanomaiset toiminnot käsitteli vastaajan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista kuten opiskelu, ansiotyö tai kotityö. Vastaajia oli yhteensä 42, joista 32 koki suoriutuvansa päivittäisistä toimista normaalisti tai pienillä vaikeuksilla. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Tavanomaiset toiminnot.

Tavanomaiset toiminnot (n=42)				
	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).	19	45,2	23,8	21,4
2. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.	13	31,0	9,5	21,4
3. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.	10	23,8	11,9	11,9
4. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.	0	0,0	0,0	0
5. En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.	0	0,0	0,0	0

Vaivat ja oireet kartoittivat mm. vastaajien kipun, säryn ja pahoinvoinnin määrää. Vastaajia oli yhteensä 40 joista kolmasosa ei kokenut kärsivänsä mistään, 19 ilmoitti lievistä vaivoista ja oireista. 4 vastaajista ilmoitti kärsivänsä voimakkaista tai sietämättömistä vaivoista ja oireista. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Vaivat ja oireet.

Vaivat ja oireet (n=40)				
	f	f%	Naisia %	Miehiä %
1. Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.	12	30	10,0	20
2. Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.	19	47,5	20,0	27,5
3. Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.	5	12,5	7,5	5
4. Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia,	3	7,5	7,5	0

kutinaa jne.				
5. Minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.	1	2,5	0,0	0

5.3 Psyykkinen elämänlaatu

Henkinen toiminta kartoitti vastaajien muistia, johdonmukaisuutta sekä kykyä ajatella selkeästi. Vastauksia tuli yhteensä 42, joista 23 ilmoitti pystyvänsä ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti. 17 vastaajista koki lieviä vaikeuksia selkeässä ajattelussa sekä johdonmukaisuudessa. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Henkinen toiminta.

Henkinen toiminta (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti.	23	54,8	26,2	28,6
2. Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti	17	40,5	14,3	26,2
3. Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä	2	4,8	4,8	0
4. Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä	0	0,0	0,0	0
5. Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua	0	0,0	0,0	0

Masentuneisuutta koskevaan kysymykseen vastauksia tuli yhteensä 42. Vastanneista 19 ilmoitti kärsivänsä lievästä alakuloisuudesta tai masennuksesta. 18 vastanneista ei kokenut minkäänlaista alakuloisuutta tai masentuneisuutta. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Masentuneisuus.

Masentuneisuus (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.	18	42,9	11,9	31
2. Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.	19	45,2	23,8	21,4
3. Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.	4	9,5	7,1	2,4
4. Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.	1	2,4	2,4	0
5. Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.	0	0,0	0,0	0

Ahdistuneisuutta koskevaan kysymykseen vastauksia tuli 42. Noin puolet vastaajista ei kokenut olevansa ahdistunut, jännittynyt tai hermostunut. 1 vastaajista koki itsensä erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Ahdistuneisuus.

Ahdistuneisuus (n=42)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.	23	54,8	19,0	35,7
2. Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.	13	31,0	16,7	14,3
3. Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.	5	11,9	7,1	4,8
4. Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.	1	2,4	2,4	0

5. Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.	0	0,0	0,0	0

Energisyyttä koskevaan kysymykseen vastaajia oli yhteensä 41. n. 60% vastaajista koki olevansa hieman uupunut, väsynyt tai voimaton. 1 vastaajista koki itsensä äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Energisyys.

Energisyys (n=41)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**
1. Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.	8	19,5	9,8	9,8
2. Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.	26	63,4	26,8	36,6
3. Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.	5	12,2	2,4	9,8
4. Tunnen itseni erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".	1	2,4	2,4	0
5. Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".	1	2,4	2,4	0

5.4 Sukupuolitoimintoihin liittyvä elämänlaatu

Sukupuolielämää koskevaan osioon oli vastaajia yhteensä 35. Heistä 11 ilmoitti ettei terveydentilalla ole vaikutusta sukupuolielämään. Viisi vastaajaa ilmoitti nykyinen terveydentila tekee sukupuolielämän lähes mahdottomaksi. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Sukupuolielämä.

Sukupuolielämä (n=35)				
	f	**f%**	**Naisia %**	**Miehiä %**

1. Terveydentilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.	11	31,4	17,1	14,3
2. Terveydentilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.	10	28,6	8,6	20
3. Terveydentilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.	9	25,7	8,6	17,1
4. Terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.	5	14,3	2,9	11,4
5. Terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.	0	0,0	0,0	0

5.5 Vastaajien kokonaiselämänlaatu

44 vastaajan kyselylomakedatan joukosta voitiin määritellä 31 osallistujan 15D-score. Vastaajien joukosta matalin 15D-score-arvo löytyy naisten joukosta (0.530) sekä korkein arvo (1.000) miehiltä. Tuloksista valtaosa sijoittuu lukuvälille 0.800-0.950. Vastanneiden kokonaiskeskiarvo on 0,807. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Elämänlaatu 15D-score.

Miehet	**(n=20)**	**Naiset**	**(n=11)**
	15D score		**15D score**
	0,889		0,831
	0,677		0,873
	0,879		0,959
	0,600		0,533
	0,932		0,803
	0,735		0,709
	0,844		0,810
	0,598		0,885
	0,823		0,530
	0,847		0,838
	0,867		0,913
	0,680		
	0,843		
	1,000		
	0,783		
	0,824		
	0,815		
	0,942		

	0,832	
	0,928	
Keskiarvo:	0,8169	0,789

Osallistujilta kysyttiin tupakointitilannetta jonka jälkeen katsottiin heidän 15D-score. Vastausvaihtoehdot olivat: en tupakoi, tupakoin säännöllisesti ja tupakoin satunnaisesti. Ei tupakoivien 15D-pistearvon keskiarvoksi saatiin 0,824 sekä tupakoivien 0,745. Satunnaisesti tupakoivia vastauksia oli yksi. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Tupakointitilanne ja elämänlaatu.

Tupakointi tilanne / 15Dscore (n=28)			
	En tupakoi	**Tupakoin säännöllisesti**	**Tupakoin satunnai-sesti**
Vastanneet	0,677	0,889	0,832
	0,879	0,844	
	0,600	0,823	
	0,932	0,680	
	0,735	0,843	
	0,783	0,831	
	0,824	0,533	
	0,598	0,530	
	0,847		
	0,867		
	1		
	0,815		
	0,942		
	0,928		
	0,873		
	0,959		
	0,709		
	0,810		
	0,885		
Keskiarvo:	0,824	0,747	0,832

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia sekä validiteettia. Tutkimuksen validiteetilla viitataan siihen että onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä on ollut tarkoitus mitata. Käytännössä validiteetti määrittää sitä miten luotettavasti teoreettiset käsitteet on pystytty operationalisoimaan muuttujiksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perusta on tutkimuksessa käytettävän mittarin sisältövaliditeetti. Käytettävän mittarin tulee olla perustellusti oikein valittu siten että se soveltuu kuvaamaan tutkimuksessa esiintyviä löydöksiä. Mikäli tutkimuksen muut osa-alueet ovat kunnossa, mutta valittu mittari ei sovellu mittaamaan haluttua tutkimusilmiötä, luotettavia tuloksia on mahdotonta saada. Tutkimuksen reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen. Tutkimuksessa käytettävä mittari on reliaabeli, mikäli mittari kykenee tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tuloksien reliabiliteettia voidaan arvioida käyttämällä tutkimusilmiön tarkastelussa jotain toista mittaria jossain toisessa aineistossa. Mittari on reliaabeli silloin kun kahden tai useamman mittarin tulokset ovat samansuuntaisia. (Kankkunen ym. 2010)

Tämän opinnäytetyön hyödyntämä mittari, 15D, on useiden vuosien aikana kehitetty ja testattu. Mittari on tutkitusti kykenevä mittaamaan subjektiivista elämänlaatua nopeasti ja toimivasti sekä määrittämään kliinisen hoitotyön toimivuutta ja hoitointervention käytännöllistä vaikutusta. 15D:n on osoitettu olevan erittäin reliaabeli subjektiivisten käsitteiden tutkimisessa. (Sintonen 1994.) Tutkimustuloksia tarkastellessa erityistä huomiota on kiinnitetty kyselydatan tallennusvaiheessa jolloin sähköiseen muotoon muutetut vastaukset on kaksoistarkastettu virheiden varalta. Kaavakkeista puuttuvia vastauskohtia ei ole täydennetty tutkimuksen tekijöiden omilla ajatuksilla vaan tyhjät vastaukset on tallennettu puuttuvana datana Excel-ohjelmalla.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä toimii myös tutkimuksen ja tulosten yleistettävyys, mutta erilaisella tavalla kuin laadullisessa tutkimuksessa. Määrällisen tutkimuksen yleistettävyys liittyy vahvasti tutkimuksen ulkoiseen

validiteettiin ja siihen että onko tutkimus sovellettavissa johonkin toiseen otantaryhmään. Yleistettävyys kuvaa sitä kuinka todenmukaisesti kokonaisväestöä edustavan yleiskatsauksen tutkimuksen otanta antaa. (Leipämaa-Leskinen 2009, 59.) Tämän työn tarkastelema otanta on 44 henkilön ryhmä eli otanta on liian pieni edustamaan kokonaisväestöä ja liian pieni ollakseen yleistettävissä edes tutkittavan ilmiön piiriin kuuluvaan yleiseen ryhmään joka tässä tutkimuksessa on tupakoivat ihmiset. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat kaikki tupakasta vieroittautuvia ihmisiä joten tutkimustuloksista voi saada Tyksin keuhkoklinikan ryhmävieroituskurssin toimintaa kehittämiseen soveltuvaa tutkimustietoa. Otanta on kuitenkin hyvin pieni joten tutkimustuloksia ei voi yleistää koko väestöön päteväksi.

Tutkimuksen eettisyyden katsotaan olevan kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka pohtii tutkittavien asioiden, tutkimuksessa käytettävien metodien sekä moraalisen toiminnan välistä suhdetta. Tutkimusetiikassa on tarkoitus määrittää tutkimuksen moraalinen toiminnallinen taso sekä keinot ylläpitää kyseistä tasoa tutkimuksen aikana. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikan alalajiksi, jonka tarkoitus on vastata kysymykseen tutkimuksessa noudatettavista oikeista säännöistä. (Mäkinen 2006, 10; Kankkunen ym. 2010, 173-180.)

Tutkimusetiikka voidaan edelleen jaotella tieteen sisäiseen sekä tieteen ulkopuoliseen. Tieteen sisäinen etiikka tarkastelee tieteenalojen luotettavuutta ja todenmukaisuutta tutkimuksen tavoitteen, tutkimusprosessin sekä tutkittavaan kohteeseen muodostettavan suhteen kautta. Sisäisen tutkimusetiikan perusteita ovat omien metodien, tapojen sekä perusteiden arviointia erilaisista perspektiiveistä sekä tutkimustiedon rehellinen ja todenmukainen tulkitseminen. Tutkimusaineistoa ei voi sisäisen etiikan raameissa väärentää tai luoda tyhjästä. Tieteen ulkopuolisessa etiikassa on kysymys tutkimuksen ja ulkopuolisten vaikuttimien suhteesta. Tutkimusta rahoittavien tahojen vaikutus tutkimusaiheeseen tai tutkimuksen kulkuun on hyvin perinteinen ja yleinen tutkimuseettinen dilemma. (Kankkunen ym. 2010.)

Tutkimuseettisiä kulmakivikäsitteitä ovat oikeudenmukaisuus sekä anonymiteetti. Tutkimustyön oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että tutkittavat ovat tasaarvoisia eikä tutkijatahon ja tutkimuskohteiden välillä vallitse alisteista vallankäyttöasetelmaa. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa terveyspalveluiden käyttäjät ovat usein tutkimuksien kohteina ja tämä saattaa helposti luoda tutkittaville terveydenhuollon asiakkaille kokemuksen alisteisesta tutkimussuhteesta. Anonymiteetti tarkoittaa että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule tutkimuksen aikana tai tuloksissa esille, tutkittavia tietoja ei luovuteta kenenkään tutkimuksen ulkopuolisen henkilön nähtäväksi tai kuultavaksi sekä tutkimustietoja säilytetään turvallisissa paikoissa lukkojen tai salasanojen takana. (Kankkunen ym. 2010)

Tämä opinnäytetyö noudattaa kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkimuksen toteuttajat ovat olleet motivoituneita tutkimuksen työstämiseen sekä tutkimustyö on toteutettu asianmukaisen kriittisellä ajatuksella. Tutkimusvastaukset on tulkittu ja tallennettu täsmälleen sellaisenaan kuin osallistujat ovat vastauslomakkeisiin ne merkanneet. Tutkimuksen tekijät ovat kirjanneet puutteelliset tai epäselvät lomakevastaukset puutteellisena datana eikä näitä ole tulkittu tutkijoiden omien ajatusten mukaisiksi. Näin tutkimuksen aikana on varmistettu tutkimustulosten mahdollisimman suuri paikkansapitävyys ja todenmukaisuus ilman tutkijoiden omaa agendaa. Osallistujat ovat täysin vapaaehtoisia ja heiltä on saatu kirjallinen suostumus sekä osallistujat ovat olleet tietoisia tutkimuksen sisällöstä. Aineistoa säilytettiin lukitussa tilassa ja käsiteltiin vastaajan anonymiteettiä kunnioittaen kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Aineiston sähköiseen muotoon siirtämisessä käytettiin kaksoistarkastusta tulosten virheettömyyden varmistamiseksi. Opinnäytetyössä sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti hyviä tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tätä opinnäytetyötä varten Tyks:n keuhkoklinikalta on varmistettu lupa käyttää heidän nimeään työssä. Keuhkoklinikka on myös hankkinut tarvittavat luvat tutkimuksen toteuttamiseen sekä 15D -mittarin käyttöön. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001; Kankkunen ym. 2010; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tupakasta vieroittautuvien elämänlaatua kaksi vuotta kestäneen vieroituskurssin lopussa käyttäen hyväksi 15D -elämänlaatumittaria. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Tyks:n keuhkoklinikan ryhmävieroituksen toimintaa. Työn tuloksissa käydään läpi vieroituskurssilaisten vastaukset 15D -elämänlaatukyselyn eri ulottuvuuksissa sekä tarkastellaan mahdollisia eroavaisuuksia elämänlaadussa miesten ja naisten välillä. Elämänlaatukyselyyn oli osallistunut 44 henkilöä, joista yksi oli jättänyt jokaisen kysymyskohdan tyhjäksi, joten tätä lomaketta ei ole voitu huomioida tuloksissa. Elämänlaatumittarin lopullista elämänlaadun yhteenvetoarvoa, 15D-scorea, ei ole voitu määrittää tarkasti mikäli kyselylomakkeen jokaiseen viiteentoista kohtaan ei ole vastattu. 15D-ohjeistukset tarjoavat pienen määrän keinoja jolla korvata puuttuva vastausdata jotta lopullinen 15D-score on mahdollista laskea, mutta mittarin kehittäjä lisää että näiden keinojen kautta saadut ns. korvikevastaukset ovat melko fiktiivisiä eivätkä välttämättä anna todenmukaista lopputulosta.

Tutkimukseen osallistuneiden vastauksien joukosta fyysiset ongelmat korostuivat eniten tässä tutkimuksessa. Fyysisiksi ominaisuuksiksi tässä työssä laskettiin liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot sekä vaivat ja oireet. Löydökset ovat yhdensuuntaisia aiemman tutkimustiedon kanssa erityisesti hengittämiseen, vaivat ja oireet sekä nukkumiseen liittyvien ongelmien kanssa (Heikkinen ym. 2008). Vaikeutuneeseen hengittämiseen ja univaikeuksiin liittyy tutkitusti monia muita tekijöitä kuten ylipaino, astma, henkinen ja stressi (Huttunen 2015). Vaivat ja oireet, kuten pahoinvointi, särky, ja kutina ovat tupakoinnissa usein esiintyviä oireita, esimerkiksi vieroitusoireissa (Tupakkariippuvuus ja tupakastavieroitus: Käypä hoito -suositus 2012). Korkeimmat arvot fyysisessä elämänlaadussa oli syömisen, puhumisen, näön sekä kuulon osa-alueilla. Koska 15D-mittarin perusteella ei käy ilmi yksittäisiä sairauksia tai altistavia tekijöitä terveysongelmien taustalla, olisi tämän tutkimustiedon pohjalta tupakoinnin vaikutuksen sekä hen-

gitys- ja nukkumisongelmien välille vedetty linkki vähintäänkin kyseenalainen. Fyysisten elämänlaadun ulottuvuuksien vastauksia mediaanilla mitattuna, viidellä osa-alueella kymmenestä ei ole ongelmia suurimmalla osalla vastaajista.

Psyykkisiin elämänlaadun ulottuvuuksiin tässä työssä määriteltiin henkinen toiminta, masentuneisuus, ahdistuneisuus sekä energisyys. Tutkimuksen alhaisin psyykkistä elämänlaatua kuvaava arvo löytyy energisyys-ulottuvuuden vastauksista (0,125) ja korkein jokaisesta ulottuvuudesta (1). Keskiarvolla mitattaessa psyykkisistä ulottuvuuksista parhaimman tuloksen sai masentuneisuus (0,831) ja huonoimman energisyys (0,757). Vieroituskurssilaiset siis kokevat elämänlaatunsa olevan psyykkisellä alueella huonointa juuri energisyydessä. Tämä tulos on yhdenmukainen juuri fyysisen elämänlaadun nukkumisen kanssa. Mikäli unettomuutta esiintyy, näkyy se myös psyykkisessä jaksamisessa. Energisyydessä miehillä oli enemmän ongelmia kuin naisilla. Sama tulos toistui nukkumisen osa-alueella. Vähiten ongelmia näyttäisi olevan juuri masentuneisuuden sekä ahdistuneisuuden osa-alueilla mitattuna vastausten mediaanilla.

Sosiaalisella elämänlaadun ulottuvuudeksi tässä työssä määriteltiin sukupuolielämä. Vieroituskurssilaisten vastauksista saatu huonoin arvo oli 0,249. Keskiarvo (0,666) oli koko elämänlaatukyselyn alhaisin. Vastaajista viisi koki terveydentilan tekevän sukupuolielämän lähes mahdottomaksi. noin 70% vastaajista koki tervedentilalla olevan vaikutusta sukupuolielämään. Vastausprosentti tässä kysymyksessä oli n. 80%. Kysymys on ehkä koettu liian henkilökohtaiseksi vastata, vaikka kaikki tulokset on käsitelty ja analysoitu vastaajan anonymiteettiä kunnioittaen.

Tupakointitaustaa ei kykene 15D-mittarin keinoin yleistämään mittarissa esille tulevien terveysongelmien perimmäiseksi syyksi, koska kysely keskittyy ainoastaan vastaajan subjektiiviseen kokemukseen jokaisesta viidestätoista terveyteen liittyvästä osa-alueesta. Tupakan tai minkään muun terveyteen vaikuttavan ulkoisen tai sisäisen tekijän vaikutusta 15D ei yksilöi.

Tulosten perusteella satunnaisesti tupakoivien elämänlaatu on korkein (0,832), tätä ei kuitenkaan oteta huomioon, sillä satunnaisesti tupakoivia vastaajista il-

moitti olevan vain yksi. Tupakoimattomien (0,824) ja tupakoivien (0,745) välinen ero on 0,0779, eli tulos on merkittävästi parempi. Tuloksessa on kuitenkin otettava huomioon tutkimuksen pieni osallistujamäärä joka tarkoittaa sitä että osallistuneiden henkilöiden yksilölliset piirteet ja ominaisuudet korostuvat. Lisäksi lopullinen 15D Score oli mahdollista määrittää 31 osallistujan kyselyvastauksista eli 13 lomaketta olivat puutteellisesti täytettyjä. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien kanssa (Heikkinen ym. 2008).

Naisten elämänlaatu oli keskiarvolla mitattuna 0,789 ja miesten 0,817. Tämä tutkimus osoittaa että miesten elämänlaatu olisi hieman naisiin verrattuna parempi. Tämäkin tulos on ainoastaan yleistettävissä kyseisen vieroitusryhmän osallistuneisiin, jossa kyselyyn vastanneiden määrä on melko pieni (n=44).

Kyselytuloksia tarkastellessa nousee esiin kysymys keuhkoklinikan vieroitusryhmän tehokkuudesta ja motivoinnin tasosta. Kurssille osallistuneista 11 henkilöä ilmoitti tupakoivansa päivittäin ja yksi henkilö satunnaisesti. Oletettavasti kurssin alkaessa kaikki osallistujat ovat tupakoivia, ja kaksi vuotta kurssin alkamisesta säännöllisesti tupakoivia on enää 11, on lopettamisprosentti tällöin 75%. Saamamme data ei erittele onko kysymys relapsista, vähentyneestä tupakointimäärästä vai onko tupakointikäyttäytyminen pysynyt täysin muuttumattomana kaksi vuotta kestäneen vieroituskurssin aikana. Saamamme tiedon valossa on mahdotonta vetää johtopäätöstä siitä, miten tehokkaaksi tai toimivaksi vieroitusryhmän osallistujat kokevat prosessin tupakoinnin yhä jatkuessa monen kohdalla, mutta ehdotuksemme ryhmävieroituksen tehostamiseksi ja parantamiseksi on kohdentaa aikaa mahdollisuuksien mukaan osallistujien yksilökohtaiseen motivointiin tupakoinnin lopettamiseksi. Kursseille osallistuvien elämänlaadun ja tupakoinnin vaikutuksen välistä suhdetta tarkemmin määrittämään on suositeltavaa ottaa rinnalle strukturoitu tai vapaamuotoisempi yleiskatsaus yksilön terveyshistoriaan. Tällöin voidaan eriyttää mahdollisten muiden terveydentilamuutosten vaikutus erilliseksi tekijäksi. Yksi ryhmävieroituskurssi koostuu kymmenestä tapaamiskerrasta joiden aikana osallistujat saavat moniammatillista informaatiota vieroittautumisesta ja siihen liittyvistä asioista ja osa käyntikerroista keskittyy yksilökohtaiseen motivointiin sekä ryhmän keskinäisiin tunte-

musten käsittelyyn. Ehdotamme vieroituskurssin toiminnan kehittämiseksi yhteisten kokoontumiskertojen lisäämistä tai siirtämistä kurssin myöhemmille vaiheille relapsoitumisen ja motivaation heikkenemisen ehkäisemiseksi.

Kehittämiskohtana vieroituskurssin olisi järkevää tarjota osallistujille ohjausta ravitsemuksen suhteen erityisesti sellaisille henkilöille jotka ovat ylipainoisia tai kärsivät usein ylipainoon liittyvistä liitännäissairauksista kuten uniapneasta ja sydänsairauksista. Tupakkavieroitukseen usein liittyy lisääntyneen ruokahalun ja perusmetabolian hidastumisen vuoksi painonnousua, joka voi puolestaan agitoida merkittävään ylipainoon liittyviä oireita sekä vaivoja. Vieroitusryhmään osallistuneilla tyypillisimmät vaikeudet liittyivät nukkumiseen ja hengittämiseen joten adekvaatilla itsehoito-ohjeistamisella sekä motivoinnilla ryhmän henkilöt voivat itse vaikuttaa tupakoinnin sekä ylipainon aiheuttamien oireiden lievittymiseen ja hallintaan, joka oletettavasti näkyy suorasti kohentuneena elämänlaadun kokemuksena. Lisäksi elämänlaatukysely on suositeltavaa toistaa esimerkiksi viiden vuoden kuluttua vieroittautumiskurssin alkamisesta jolloin tupakoinnin lopettamisen vaikutukset elämänlaatuun tulisivat esille selkeämmin pidemmällä aikavälillä.

LÄHTEET

Aalto A-M.; Aro, A. & Teperi, J. 1999. RAND-36 Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Sosiaali- ja terveysala tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Aira. M.; Seppä K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä, Suomen lääkärilehti. Vol. 68. No. 9, 806.

Alanne, S.; Roine, R.; Räsänen, P.; Sintonen, H.; Vainiola, T. 2014. Estimating the minimum important change in the 15D scores. Quality of Life Research. Vol. 24 No. 3, 599-606.

Alleyne, G.; Breman, J.; Claeson, M.; Evans, D.; Jamison, D.; Jha, P.; Measham, A.; Mills, A.; Musgrove, P. 2006. Tobacco Addiction. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Washington: World Bank publications.

Benowitz, N. 1998. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press.

Bullen, C.; Cahill, K.; Hartmann-Boyce, J.; Lancaster, T.; Mant, D.; Perera, R.; Stead, L. 2012. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library. Viitattu 15.9.2014. http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4

Gröönroos. P. 2014. Kokemuksia tehokkaasta tupakkavieroituksesta ryhmässä. Luentosarja. Tyks, keukopoliklinikka. Turku.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Heikkinen, H.; Jallinoja, P.; Saarni, I.; Patja, K. 2008. The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. Nicotine & Tobacco Research. Vol. 10. No. 7, 1199-1207.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2014. Nikotiiniriippuvuus ja nikotiinivieroitusoireyhtymä. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 11.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00397.

Huttunen, M. 2015. Unettomuus. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 26.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Tutkimus hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, R. 2014. Tupakoinnin lopettaminen. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 25.2.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00050.

Kiviniemi, E. 2013. Terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja sen muutokseen vaikuttavat tekijät aikuisväestössä -seurantatutkimus. Tutkielma. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Korhonen T.; Broms U. 2011. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 25.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00254.

Kukkonen, J. 2005. Terveydenhuollon vaikuttavuuden arviointi rutiinisti kerätyn tiedon pohjalta. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Leipämaa-Leskinen, H. 2009. Kuluttajat ristiriitojen maailmassa. Vaasan yliopisto.

Malmivaara, K. 2014. The quality of life and cost-effectiveness of treatment after a serious neurosurgical illness. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Mäkinen, Olli. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Patja, K. 2014, tupakoinnin lopettaminen - reseptilääkkeet. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 20.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01067.

Pekkonen, M. 2010. Terveyteen liittyvä elämänlaatu laitoskuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Rueda, J-R.; Solà, I.; Pascual, A. & Casacuberta M.S. 2011. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol. 9. No. CD004282.

Saarelma, O. 2014. Tupakoinnin lopettaminen (tupakasta vieroitus). Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 20.2. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337.

Saarni,S.; Pirkola. S. 2010. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Vol. 126. No 19, 2265-2273.

Seattle Quality of Life Group. 2004. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). Quality of Life Research. Vol. 13, 299-300.

Sintonen, H. 1994. The 15-D Measure of Health Related Quality of Life: Reliability, Validity and Sensitivity of its Health State Descriptive System. The Centre for Health Program Evaluation.

Sintonen, H., 2013, Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen, Suomen Lääkärilehti. Vol. 68. No 17, 1261-1267a.

Stead L. & Lancaster T. 2007. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. The Cochrane Library.

Strandberg, A.; Strandberg, T.; Pitkälä, K.; Salomaa, V.; Tilvis, R.; Miettinen, T. 2008. The Effect of Smoking in Midlife on Health-Related Quality of Life in Old Age. Arch Intern Med. Vol. 168. No. 18, 1968-1974.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013.

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 30.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. 6-7.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunte ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoittee ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vilkka. H. 2007. Tutki ja Mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vogl. M.; Wenig. C.; Leidl. R.; Pokhrel. S. 2012. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. BMC Public Health. Vol. 12. No. 203.

World health organization. 1997. WHOQOL Measuring quality of life. WHO. Viitattu 12.11.2014. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf?q=whoqol