



Hotus

Hoitotyön tutkimussäätiö



# **Keuhkoahtaumatautia sairastavan oireet ja psyykinen hyvinvointi -hoitosuositus**

# TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

## Puheenjohtaja

**KATJA HEIKKINEN**, TtT, Koulutus- ja tutkimusvastaava ylempi amk -koulutukset  
Terveys ja hyvinvointi, Turun ammattikorkeakoulu

## Jäsenet

**TIINA KAISTILA**, THM, FT-opiskelija, liikuntafysiologi, PSHP

**MERJA KUKKONEN**, esh, aoh, HUS

**ANNE POHJU**, TtM, FT-opiskelija, laill. ravitsemusterapeutti, HUS

**HANNELE SILTANEN**, TtM, väitöskirjatutkija, tutkija, Hotus

## Asiantuntijat

**TUULA VASANKARI**, LT, keuhkosairauksien el, pääsihteeri, professori, Filha ry, Turun yliopisto

**ULLA VETELÄSUO**, projektivastaava, Filha ry

**LILJA-MARITA KIVIAHO**, terveydenhoitaja, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto

## Kokemusasiantuntija

**OIVA LINQVIST**

**SIDONNAISUUDET:** Suositustyöryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

Tämän hoitosuosituksen menetelmällinen toteutus on kuvattu Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt – hoitosuosituksen kokonaisuutta kuvaavassa tiedostossa ([www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)).

ISSN 2489-5024 (24.9.2018)

## Johdanto

Keuhkohtaumatauti on parantumaton sairaus, jonka hoito perustuu sairauteen liittyvien oireiden tunnistamiseen, arvioimiseen ja lievittämiseen sekä pahenemisvaiheen ehkäisyyn<sup>1</sup>. Yksittäisellä henkilöllä voi esiintyä 8–12 keuhkohtaumatautiin liittyvää oiretta<sup>2-4</sup>. Vaikka oireita voidaan usein hoitaa lääkityksellä, monet keuhkohtaumatautia sairastavat kärsivät niistä päivittäin<sup>5</sup>. Oireilla on merkittävä vaikutus keuhkohtaumatautia sairastavan elämänlaatuun<sup>2</sup>. Sen lisäksi, että yksittäinen oire voi olla elämää hankaloittava ja sairastavaa kuormittava, tutkimuksissa on osoitettu oireiden kumuloituva kuormittavuus<sup>2-4, 6</sup>. Tällä tarkoitetaan sitä, että oireet vaikuttaessaan toisiinsa lisäävät oireiden kokonaiskuormittavuutta. Esimerkiksi hengenahdistukseen liittyvä pelko ja huolestuneisuus lisäävät hengenahdistuksen tunnetta, joka puolestaan lisää pelkoa ja huolestuneisuutta (dyspnea-anxiety-dyspnea cycle)<sup>7</sup>.

Hengenahdistus on yleisin keuhkohtaumatautia sairastavien monista oireista<sup>6, 8</sup>. Se vaikuttaa sairastavan päivittäisiin toimintoihin, liikkumiseen, fyysiseen aktiivisuuteen ja elämänlaatuun<sup>6</sup>, mutta myös hänen läheistensä elämään<sup>9</sup>. Hengenahdistus voidaan nähdä subjektiivisena kokemuksena (breathlessness) sekä objektiivisin havainnoin todennettavana (dyspnoea)<sup>10</sup>.

Uupumus on muutamissa tutkimuksissa todettu toiseksi yleisimmäksi oireeksi hengenahdistuksen jälkeen<sup>2, 4</sup>. Yleisyydestään huolimatta se jää terveydenhuollon ammattilaisilta usein huomiotta<sup>11</sup>. Uupumuksen, kuten muidenkin keuhkohtaumatautiin liittyvien oireiden esiintymiseen saattaa vaikuttaa potilaalla olevat liitännäissairaudet. Hengenahdistuksen ja uupumuksen lisäksi keuhkohtaumatautia sairastavilla on muita usein ilmeneviä oireita, kuten yskä, liman erityys, suun kuivuminen, kipu, huolestuneisuus ja univaikeudet.<sup>2, 4</sup>

Masennus ja ahdistus ovat tutkimusten mukaan varsin yleisiä liitännäissairauksia keuhkohtaumatautia sairastavilla<sup>12, 13</sup>. Masennuksen ja ahdistuksen esiintyvyydessä on eri tutkimustulosten perusteella suurta hajontaa johtuen esimerkiksi siitä, miten ahdistus ja masennus on diagnosoitu. Masennusta on arvioitu esiintyvän 7–80 prosentilla ja ahdistusta 2–80 prosentilla keuhkohtaumatautia sairastavista<sup>14</sup>. Keuhkohtaumataudin vaikeutuminen ja happihoidon käyttö lisäävät masennuksen ja ahdistuksen todennäköisyyttä<sup>15</sup>.

Masennus voi ilmetä apeana mielialana tai siten, että päivittäiset aktiviteetit eivät kiinnosta tai tuota mielihyvää. Masennukseen voi liittyä esimerkiksi uupumusta, muutoksia painossa, ruokahalussa tai nukkumisessa, keskittymiskyvyn puutetta, pessimistisyyttä tulevaisuutta kohtaan sekä itsetuhoisuutta. Ahdistus voi ilmetä myös erilaisina pelkoina ja välttelynä. Muita ahdistukseen liittyviä oireita voivat olla esimerkiksi uupuminen, rauhattomuus, ärtyisyys ja unihäiriöt.<sup>16</sup> Masennuksen ja ahdistuksen on todettu vaikuttavan keuhkohtaumatautia sairastavan elämänlaatuun<sup>17</sup> sekä hoitoon sitoutumiseen<sup>18</sup>. Niiden on todettu olevan yhteydessä myös pahenemisvaiheen esiintyvyyteen ja sairaalahoidon tarpeeseen<sup>18-20</sup>.

Oireiden kokonaisvaltainen arviointi on keskeinen osa keuhkohtaumatautia sairastavan hyvää hoitoa. Jokaisella vastaanottokäynnillä oireita tulisi arvioida ja verrata muutosta aiempaan.<sup>1</sup> Oireiden arvioinnissa tulee ottaa huomioon, että keuhkohtaumatautia sairastavilla saattaa olla

muita sairauksia, joihin voi myös liittyä erilaisia oireita. Oireiden monimuotoisuudesta johtuen niitä tulisi arvioida käyttäen oireiden arviointiin kehitettyjä mittareita<sup>21</sup>. Kokonaisvaltaiseen arviointiin on olemassa kansainvälisesti validoituja mittareita (esim. The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)<sup>22</sup>; The COPD Control Questionnaire (The CCQ))<sup>1</sup>. Myös yksittäisten oireiden arviointiin on käytössä mittareita<sup>23</sup>. Masennuksen (esim. BDI-21) ja ahdistuksen (esim. GAD-7) tunnistamiseen on terveydenhuollon ammattihenkilöille käytettäväksi mittareita, joista on olemassa myös suomenkielelle validoituja versioita.<sup>24</sup> Suomessa on yleisesti käytössä oireiden laajempaan arviointiin laadittu KAT-mittari (COPD Assessment Test) ja hengenahdistuksen arviointiin kehitetty modified Medical Research Council -dyspnoea scale (mMRC)<sup>25</sup>.

## Suosituslauseet

### Keuhkohtaumatautia sairastavan oireiden arviointi

#### 1. Kysy keuhkohtaumatautia sairastavalta oireiden esiintyvyydestä, sillä

➤ **monilla keuhkohtaumatautia sairastavilla on sairauteen liittyviä jatkuvia tai usein toistuvia elämää (B) ja omahoitoa (C) rajoittavia oireita.**

- Yleisimmät oireet keuhkohtaumatautia sairastavilla olivat hengenahdistus (89 %), voimattomuus (76 %), uneliaisuus (70 %), suun kuivuminen (68 %), yskä (65 %), huolestuneisuus (55 %), turvotuksen tunne (53 %), kipu (52 %), surullisuus (51 %), seksuaalisen kiinnostuksen ja aktiviteetin ongelmat (51 %) ja univaikeudet (50 %)<sup>4</sup>.
- Yleisimmät oireet keuhkohtaumatautia sairastavilla olivat hengenahdistus (94 %), voimattomuus (71 %), suun kuivuminen (60 %), yskä (56 %) ja huolestuneisuus (51 %)<sup>2</sup>.
- Riskitekijöinä invalidisoivalle hengenahdistukselle olivat korkea ikä, heikentynyt keuhkofunktio, toistuvat pahenemisvaiheet, lihavuus, sydänsairaus, masennus sekä krooninen hapenpuute ja hengitysvajaus<sup>8</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavien oireista kuormittavin oli hengenahdistus, tämän jälkeen kuiva suu, yskä, univaikeudet, uupumus ja kipu<sup>3</sup>.
- Monilla keuhkohtaumatautia sairastavilla oli lääkityksestä huolimatta hengenahdistusta. Oireen lievitykseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota<sup>8, 26</sup>.
- Kuiva suu on hankala oire etenkin sairauden erittäin vaikeassa vaiheessa olevilla, ja se voi olla yhteydessä keuhkohtaumatautia sairastavan heikentyneeseen ravitsemustilaan<sup>4</sup>.
- Liikuntaa estäviä oireita olivat hengenahdistus (66 %) ja kipu (36 %)<sup>27</sup>.
- Oireiden suuri kuormittavuus oli yhteydessä keuhkohtaumatautia sairastavan heikentyneeseen omahoitokykyyn, mikä näkyy esimerkiksi terveyttä edistävien toimintojen vähentymisenä (esim. kävely, liikunta ja rentoutuminen) ja erilaisten asioiden vaikeutumisenä (esim. lääkkeiden jako).<sup>28</sup>

- Erittäin vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavilla oli enemmän hengenahdistusta ja se oli usein vaikeampiasteista kuin lievempää keuhkohtaumatautia sairastavilla. Heillä oli myös muita enemmän voimattomuutta ja huolestuneisuutta<sup>4</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavista (n = 2135) yli neljäsosa (26 %) ilmoitti diagnosoidusta refluksitaudista (gastroesofagiaalinen refluksi I. GER tai GERD)<sup>29</sup>.
- Keuhkohtaumatautiin liittyvät oireet olivat yhteydessä pitkälle edennyttä keuhkohtaumatautia sairastavien elämänlaatuun (MSAS-GDI (= global symptom distress)  $r = -0.7$ ,  $p < 0.001$ ), ja oireet yleensä pahenivat sairauden vaikeutuessa<sup>2</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavat hyväksyivät uupumisen osana sairauttaan. He kokivat, että hengenahdistuksen aikana uupuminen lisääntyy ja sitä on vaikeampi hoitaa. Pahenemisvaihe lisää uupumuksen tunnetta.<sup>30</sup>
- Keuhkohtaumatautia sairastavat kokivat, että uupuminen kontrolloi elämää, mikä voi herättää toivottomuutta ja tuntua siltä, että se hallitsee koko elämää<sup>30</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavat kokivat, että he eivät saa tietoa uupumisesta lääkäriltä ja he pelkäävät, ettei heitä oteta todesta<sup>30</sup>.

## 2. Kysy keuhkohtaumatautia sairastavalta oirevaihtelusta ja tarvittaessa etsi hänen kanssaan keinoja selviytyä näiden oireiden kanssa, sillä

### ➤ keuhkohtaumatautia sairastavien oireet ovat usein pahimmat aamuisin (B) sekä kylmänä vuodenaikana (C).

- Oireista etenkin liman erityis ja yskä olivat pahimmat heti heräämisen jälkeen aamulla<sup>26, 31, 32</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavista (n = 743) yli puolet oli oireellisia kaikkina vuorokaudenaikoina lääkityksestä huolimatta<sup>26</sup>.
- Huono sää voi estää liikunnallisen harjoittelun (17 %, n = 121). Keuhkohtaumatautia sairastavien fyysinen aktiivisuus oli vähäisempää talvella verrattaessa muihin vuodenaikoihin. Tutkimukseen osallistuneista 24 prosenttia oli selvästi inaktiivisia talviaikaan. Tutkimuksessa ei kysytty, mikä vähentää sairastavien liikuntaa talviaikaan.<sup>27</sup>

## Keuhkohtaumatautia sairastavan psyykinen hyvinvointi

### 3. Kysy keuhkohtaumatautia sairastavalta mielialasta, sillä

#### ➤ ahdistus ja masennus ovat yleisiä keuhkohtaumatautia sairastavilla (B).

- Keuhkohtaumatautia sairastavilla masennuksen ja ahdistuksen esiintyvyys oli 16 prosenttia (n = 512)<sup>33</sup>.
- Veteraaneista, joilla oli ollut ainakin yksi pahenemisvaihe, masennus todettiin 12 prosentilla (n = 3077), ahdistus seitsemällä prosentilla (n = 1784) ja posttraumaattinen stressireaktio kuudella prosentilla (n = 1569)<sup>18</sup>.
- Keuhkohtaumatautia sairastavilla, joilla oli masennus, vain 27–33 prosentilla masennusta oli hoidettu<sup>19</sup>.

- **ahdistus ja masennus ovat ilmeisesti yhteydessä keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheisiin (B).**
- **ahdistus ja masennus näyttäisivät olevan yhteydessä keuhkohtaumatautia sairastavan pahenemisvaiheen hoitoon sairaalassa (C).**
  - Ahdistus ja masennus liittyvät pidempään sairaalahoitoon ja suurempaan kotiutumisen jälkeiseen kuolleisuuteen. Muita yhteydessä olevia tekijöitä voivat olla matala BODE-indeksi, elämänlaatu, matala sosioekonominen asema, ahdistuksen paheneminen, naissukupuoli, keuhkotoiminnan huononeminen, hengenahdistuksen vähäinen parantuminen, PaCO<sub>2</sub> nousu, PaO<sub>2</sub> lasku ja kohonnut pH<sup>19</sup>.
  - Uuden sairaalahoitjakson todennäköisyys oli suurin niillä, joilla oli ahdistusta (HR 1.22; 95 % CI 1.03–1.43 tai masennusta (HR 1.35; 95 % CI 1.18–1.54)<sup>18</sup>.
- **ahdistus ja masennus ovat ilmeisesti yhteydessä keuhkohtaumatautia sairastavan heikentyneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun (B).**

#### 4. Kysy keuhkohtaumatautia sairastavalta hänen jaksamisestaan, sillä

- **uupumus ilmeisesti liittyy keuhkohtaumatautiin (B).**
  - Uupuminen oli keuhkohtaumatautia sairastavilla selvästi yleisempää verrattaessa keuhkoiltaan terveisiin<sup>34</sup>.
  - Lisääntynyt uupumus oli yhteydessä vähentyneeseen ulkona oloon, lisääntyneeseen masennukseen ja pahenemisvaiheiden määrään/vuosi<sup>34</sup>.

## Suosituksen käyttöönotto

Keuhkohtaumatautia sairastavan oireet ja psyykkinen hyvinvointi -hoitosuositus yhtenäistää keuhkohtaumatautia sairastavien omahoidon ohjauksen sisältöä ja mahdollistaa yhtenäisen näyttöön perustuvan ohjauksen niissä tilanteissa, joissa terveydenhuollon ammattihenkilö kohtaa keuhkohtaumatautia sairastavan.

Hoitosuositusten käyttöönotto edellyttää työntekijöiden osaamisen varmistamista koulutuksen avulla ja hoitotyön johtajien ja esimiesten sekä keuhkohtaumatautia sairastavien ohjaukseen osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden sitoutumista keuhkohtaumatautia sairastavan näyttöön perustuvan omahoidon ohjauksen käyttöönottoon omissa organisaatioissa ja työyksiköissä.

Hoitosuosituksen käyttöönottamista voidaan edistää organisaatioissa esittämällä kysymyksiä:

1. Miten oireita ja psyykkistä hyvinvointia arvioidaan?
2. Mitä keuhkohtaumatautia sairastavalle ja hänen läheisilleen kerrotaan oireiden tunnistamisesta ja psyykkisestä hyvinvoinnista?
3. Mihin ohjauksen sisältö tällä hetkellä perustuu?
4. Antaako hoitosuositus aihetta tarkastella oman yksikön käytäntöjä tarkemmin ja tarvitaanko käytäntöjen kehittämistä?

## Lähteet

1. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018 REPORT, [http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf) (2018).
2. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, et al. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 115-123.
3. Eckerblad J, Todt K, Jakobsson P, et al. Symptom burden in stable COPD patients with moderate or severe airflow limitation. *Heart Lung* 2014; 43: 351-357.
4. Christensen VL, Holm AM, Cooper B, et al. Differences in Symptom Burden Among Patients With Moderate, Severe, or Very Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 849-859.
5. Ding B, DiBonaventura M, Karlsson N, et al. A cross-sectional assessment of the burden of COPD symptoms in the US and Europe using the National Health and Wellness Survey. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 529-539.
6. Joshi M, Joshi A and Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Curr Opin Pulm Med* 2012; 18: 97-103.
7. Disler RT, Green A, Luckett T, et al. Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease: metasynthesis of qualitative research. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 1182-1199.
8. Sundh J and Ekstrom M. Persistent disabling breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016; 11: 2805-2812.
9. Hutchinson A, Barclay-Klinge N, Galvin K, et al. Living with breathlessness: a systematic literature review and qualitative synthesis. *Eur Respir J* 2018; 51: 10.1183/13993003.01477-2017. Print 2018 Feb.
10. Borge CR, Wahl AK and Moum T. Association of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs* 2010; 66: 2688-2700.
11. Spruit MA, Vercoulen JH, Sprangers MAG, et al. Fatigue in COPD: an important yet ignored symptom. *Lancet Respir Med* 2017; 5: 542-544.
12. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 217-223.
13. Yohannes AM and Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014; 23: 345-349.



14. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, et al. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 297-328.
15. Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, et al. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis* 2014; 6: 1615-1631.
16. Panagioti M, Scott C, Blakemore A, et al. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 1289-1306.
17. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, et al. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. *Prim Care Respir J* 2011; 20: 257-268.
18. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M and Van der Weg MW. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and the effect of existing psychiatric comorbidity on subsequent mortality. *Psychosomatics* 2011; 52: 441-449.
19. Pooler A and Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 315-330.
20. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, et al. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest* 2013; 144: 766-777.
21. Theander K, Hasselgren M, Luhr K, et al. Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 785-794.
22. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 1326-1336.
23. Antoniu SA and Ungureanu D. Measuring fatigue as a symptom in COPD: From descriptors and questionnaires to the importance of the problem. *Chron Respir Dis* 2015; 12: 179-188.
24. THL/Toimia tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/>.
25. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 17.1.2018). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).
26. Miravittles M, Worth H, Soler Cataluna JJ, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respir Res* 2014; 15: 122-014-0122-1.

27. Katajisto M, Kupiainen H, Rantanen P, et al. Physical inactivity in COPD and increased patient perception of dyspnea. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012; 7: 743-755.
28. Bringsvor HB, Skaug K, Langeland E, et al. Symptom burden and self-management in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018; 13: 365-373.
29. Benson VS, Müllerová H, Vestbo J, et al. Associations between gastro-oesophageal reflux, its management and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine* 2015; 109: 1147-1154.
30. Stridsman C, Lindberg A and Skär L. Fatigue in chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study of people's experiences. *Scand J Caring Sci* 2014; 28: 130-138.
31. Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J* 2011; 37: 264-272.
32. Miravittles M, Izquierdo JL, Esquinas C, et al. The variability of respiratory symptoms and associated factors in COPD. *Respir Med* 2017; 129: 165-172.
33. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, et al. Overview of the Impact of Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung* 2017; 195: 77-85.
34. Baghai-Ravary R, Quint JK, Goldring JJ, et al. Determinants and impact of fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2009; 103: 216–223.