



# **Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa -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

**SARI KNAAPI-JUNNILA**, TtM, ft, väitöskirjatutkija, Viestintätieteiden tiedekunta, Puheviestintä,  
Tampereen yliopisto; osa-aikainen projektityöntekijä (v.2016) ja tutkija (1-5/2017), Filha ry

**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 yli-  
opisto

**ULLA VETELÄSUO**, projektivastaava, Filha ry

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

## Kokemusasiantuntija

**OIVA LINQVIST**

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

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

ISSN 2489-5024 (24.9.2018)

## Johdanto

Tupakkariippuvuus, jolla tarkoitetaan tupakoitsijan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta tupakoinnista, on krooninen sairaus<sup>1, 2</sup>. Nikotiiniriippuvuudella puolestaan tarkoitetaan keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutosta, joka syntyy nikotiinin käytön seurauksena. Nikotiiniriippuvuus saa aikaan fyysiset vieroitusoireet nikotiinin saannin vähentyessä tai loppuessa. Nikotiiniriippuvuutta voidaan arvioida Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä, josta on käytössä myös lyhennetty kahden kysymyksen mittari.<sup>2</sup>

Tupakointi on keuhkohtaumataudin suurin ehkäistävässä oleva riskitekijä. Tupakointi pahentaa sairautta sen kaikissa vaiheissa<sup>3, 4</sup>. Se vaikeuttaa myös monien samanaikaisten sairauksien lääkettä, koska se kiihdyttää lääkeaineiden eliminaatiota elimistöstä ja siten vähentää monien lääkeaineiden pitoisuutta plasmassa. Hengitysteihin kulkeutuva tupakansavu huonontaa oksidatiivisen stressin<sup>5, 6</sup> ja kortikosteroidiresistenssin<sup>7</sup> vuoksi ahtaavien keuhkosairauksien hoitoon tarkoitettujen inhaloitavien lääkkeiden vaikutusta<sup>8</sup>.

Tupakoinnin lopettaminen on tehokkain keino hidastaa keuhkohtaumataudin etenemistä, vähentää pahenemisvaiheita<sup>4</sup> ja parantaa taudin ennustetta<sup>3</sup>. Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa sekä potilaan jaksamiseen arkipäivän toiminnoissa että suorituskykyyn, kun hiilimonoksidikuorma veressä vähenee ja kaasujen vaihdunta keuhkoissa paranee. Liikunnan merkitys tupakoinnin lopetuksessa on huomioitu myös uusissa liike-/liikuntamobiilisovelluksissa, joilla tuetaan tupakoinnin vieroitushoitoja.<sup>9</sup>

Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulee kysyä vuosittain keuhkohtaumatautia sairastavilta tupakoinnista<sup>2</sup> ja kertoa tupakoiville henkilöille tupakoinnin yhteydestä sairauden pahenemiseen ja oireiden esiintymiseen<sup>10</sup>. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulee myös kysyä tupakoivien halukkuudesta tupakoinnin lopettamiseen, sekä tukea tupakoimattomuuden saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Tieto tupakoinnista tulee kirjata potilastietoihin niin, että se on helposti löydettävissä.<sup>2</sup>

Tupakoivien saattaa olla vaikea myöntää tupakointiaan ja kyvyttömyyttään sen lopettamiseen. Tupakoimattomuuteen saattaa liittyä sosiaalinen paine ja tupakointi nähdään laajasti ei-toivottavana. Potilaat voivat kaunistella todellisuutta paitsi tupakoinnin synnyttämän stigman, itsesyytösten ja tuomitukseksi tulemisen pelon vuoksi, myös välttääkseen tuottamasta pettymystä esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöille.<sup>11</sup>

Keuhkohtaumatautia sairastavien saattaa olla muita tupakoitsijoita vaikeampi lopettaa tupakointia. Tutkimukset viittaavat siihen, että keuhkohtaumatautia sairastavat paitsi tupakoivat muita enemmän, myös inhaloivat savua muita tupakoitsijoita enemmän ja syvemmälle. Keuhkohtaumatautia sairastavien tupakoitsijoiden nikotiiniriippuvuus näyttää myös olevan muita tupakoitsijoita suurempi. Tupakoinnin lopettamista vaikeuttaa lisäksi se, että keuhkohtaumatautia sairastavilla tupakoitsijoilla on masennusta muita tupakoitsijoita yleisemmin ja he luottavat muita vähemmän omiin kykyihinsä tupakoinnin lopettamiseksi (heikompi minäpystyvyys).<sup>4</sup>

Ennen pysyvää savuttomuutta, tupakoinnin lopettaneet ovat yrittäneet savuttomuutta keskimäärin 3–4 kertaa. Tupakoinnin uudelleen aloittaminen tapahtuu yleensä kolmen kuukauden kuluessa tupakoinnin lopettamisesta.<sup>2</sup>

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee keskustella tupakoinnista (tupakointihistoria ja nykytilanne) keuhkohtaumatautia sairastavien kanssa vähintään kerran vuodessa. Esiin otettavia asioita ovat<sup>4</sup>:

- tupakointiriippuvuus
- tupakoinnin lopetusyritykset
- halukkuus tupakoinnin lopettamiseen ja usko omaan kykyyn onnistua siinä
- mahdollisen tupakoinnin kesto arvioituna askivuosina (20 savuketta/vrk/vuosi)
- tupakointimäärä (savukkeita/vrk)
- mieliala.

Kannustettaessa keuhkohtaumatautia sairastavaa savuttomuuteen, voidaan käyttää kansainvälisesti tunnettua 5A-menetelmää (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange; Kysy, Neuvo, Arvioi, Avusta, Järjestä)<sup>1, 2</sup>. Savuttomuudesta ja tupakoinnin lopettamisesta löytyy lisätietoa Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito Käypä hoito -suosituksesta<sup>2</sup>.

## Suosituslauseet

### Savuttomuuteen kannustaminen

#### 1. Kannusta keuhkohtaumatautia sairastavaa tupakoinnin lopettamiseen ja savuttomana pysymiseen, sillä

##### ➤ keuhkohtaumatautia sairastavilla tupakointi on ilmeisesti yhteydessä suurempaan riskiin kuolla tai joutua suunnittelemattomasti sairaalahoitoon (B).

- Keuhkohtaumatautia sairastavaa kunnioittava, empaattinen ja kannustava vuorovaikutus on tärkeää tupakoinnista ja sen lopettamisesta keskustellessa. Keuhkohtaumatautia sairastavaa ei pidä syyllistää tupakoinnista tai epäonnistuneista lopetusyrityksistä.<sup>4</sup>
- Ohjauksessa tulee huomioida, että tupakoivat voivat kokea tupakoinnin lopettamisesta puhumisen uhkaavan heidän itsenäisyyttään tehdä päätöksiä omassa elämässään<sup>12</sup>.
- Esteinä tupakoinnin lopettamiselle voivat olla paitsi virheelliset tiedot ja haitalliset terveysuskomukset, myös motivaation puute sekä vuorovaikutusongelmat terveydenhuollon ammattilaisten kanssa<sup>13</sup>.
- Tupakoinnin lopettamisen edellytys on tupakoitsijan motivaation syntyminen ja oma päätös lopettaa tupakointi<sup>12, 14</sup>.
- Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllinen tilanne, koska tupakoivat henkilöt kokevat tupakoinnin lopettamisen hyvin yksilöllisellä tavalla<sup>12, 14</sup>.

- Keuhkohtaumatautia sairastavilla on sairauteen liittyvää masennusta, joka voi vaikeuttaa tupakoinnin lopettamista ja savuttomana pysymistä<sup>14</sup>.
- Keskustelu spirometriamittauksen osoittamasta keuhkofunktion laskusta saattaa edistää savuttomuuspäätöksen syntymistä<sup>4, 13, 15</sup>, joskin tutkimustulokset ovat ristiriitaisia<sup>15</sup>.

## Lääkehoito ja ohjaus tupakoinnin lopettamisessa

### 2. Lääkehoito ja käyttäytymisen muutokseen kannustava ohjaus ovat yhdessä vaikuttavimmat menetelmät tupakoinnin lopettamisessa (A).

- Kaikille tupakasta eroon haluaville tulee tarjota mahdollisuutta sekä lääkitykseen että käyttäytymisen muutokseen kannustavaan ohjaukseen<sup>13</sup>.
- Psykososiaalinen tuki yhdistettynä lääkehoitoon oli vaikuttava menetelmä tupakasta vieroituksessa keuhkohtaumatautia sairastavilla 12 kuukauden seurannassa<sup>16</sup>.
- Mitään tiettyä käyttäytymisen muutokseen tukevaa ohjausmuotoa tai lääkehoitoa ei voitu osoittaa muita tehokkaammaksi<sup>10</sup>.
- Kannustaminen tupakoinnin lopettamiseen oli hyödyllistä silloinkin, kun siihen oli käytävissä vain vähän (3 minuuttia) aikaa<sup>1</sup>.
- Toistuvat tapaamiset terveyden edistämiseen perehtyneen hoitajan kanssa tukivat tupakoinnin lopettamista paremmin, kuin lyhyt hoitosuhde asiaan erikoistumattoman hoitajan kanssa<sup>17</sup>.
- Hoitajien ohjaus ja tuki saattavat lisätä etenkin sairaalahoidossa olevien potilaiden onnistumismahdollisuuksia tupakoinnin lopettamisessa<sup>17</sup>.
- Liikunnan yhdistäminen tupakoinnin lopettamiseen saattaa auttaa savuttomana pysymistä, joskin tutkimustulokset ovat ristiriitaisia<sup>18</sup>.

## Suosituksen käyttöönotto

Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa -hoitosuositus yhtenäistää keuhkohtaumatautia sairastavien ohjauksen sisältöä ja mahdollistaa yhtenäisen näyttöön perustuvan ohjauksen niissä tilanteissa, joissa terveydenhuollon ammattihenkilö kohtaa keuhkohtaumatautia sairastavan.

Savuttomuutta koskevan hoitosuosituksen tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden, opettajien ja opiskelijoiden sekä keuhkohtaumatautia sairastavien ja omaisten tietoisuutta savuttomuuden merkityksestä keuhkohtaumataudin hoidossa. Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää osaamisen varmistamista koulutuksen avulla sekä hoitotyön johtajien ja keuhkohtaumatautia sairastavien ohjaukseen osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden sitoutumista näyttöön perustuvan ohjauksen käyttöönottoon omissa organisaatioissa ja työyksiköissä.

Hoitosuosituksen käyttöönottamista voidaan edistää organisaatioissa esittämällä kysymyksiä:

- Kysytäänkö jokaiselta tupakoivalta tai joskus tupakoineelta keuhkohtaumatautia sairastavalta tupakoinnista kerran vuodessa?
- Mitä heille kerrotaan tupakoinnista ja sen lopettamisesta tällä hetkellä?
- Mihin ohjauksen sisältö perustuu?
- Antaako hoitosuositus aihetta tarkastella oman yksikön käytäntöjä tarkemmin ja tarvitaanko käytäntöjen kehittämistä?
- Mikä on eri terveydenhuollon henkilöstöryhmien vastuu pyrittäessä savuttomuuteen?

## 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. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 25.7.2018). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).
3. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 17.3.2018). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).
4. Jimenez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015; 46: 61-79.
5. Langen RC, Korn SH and Wouters EF. ROS in the local and systemic pathogenesis of COPD. *Free Radic Biol Med* 2003; 35: 226-235.
6. Ito K, Hanazawa T, Tomita K, et al. Oxidative stress reduces histone deacetylase 2 activity and enhances IL-8 gene expression: role of tyrosine nitration. *Biochem Biophys Res Commun* 2004; 315: 240-245.
7. Barnes PJ. Role of HDAC2 in the pathophysiology of COPD. *Annu Rev Physiol* 2009; 71: 451-464.
8. Ito K, Ito M, Elliott WM, et al. Decreased histone deacetylase activity in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1967-1976.
9. Hassandra M, Lintunen T, Hagger MS, et al. An mHealth App for Supporting Quitters to Manage Cigarette Cravings With Short Bouts of Physical Activity: A Randomized Pilot Feasibility and Acceptability Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2017; 5: e74.
10. van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, et al. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (8):CD010744. doi: CD010744.
11. Castaldelli-Maia J, Ventriglio A and Bhugra D. Tobacco smoking: From 'glamour' to 'stigma'. A comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70: 24-33.

12. van Eerd EA, Risor MB, van Rossem CR, et al. Experiences of tobacco smoking and quitting in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease-a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 164-015-0382-y.
13. Coronini-Cronberg S, Heffernan C and Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence. *JRSM Short Rep* 2011; 2: 78.
14. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, et al. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tob Induc Dis* 2012; 10: 17-9625-10-17.
15. Bize R, Burnand B, Mueller Y, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD004705.
16. Pires-Yfantouda R, Absalom G and Clemens F. Smoking cessation interventions for COPD: a review of the literature. *Respir Care* 2013; 58: 1955-1962.
17. Rice VH, Hartmann-Boyce J and Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8):CD001188. doi: CD001188.
18. Ussher MH, Taylor A and Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014: N.PAG-N.PAG.