

Alkoholi tarvitamine ja sellega seotud tegurid perearsti poole pöördunud patsientide hulgas

Kaja Põlluste¹, Veera Dudanova², Anne Kaldoja³, Helve Kansi⁴, Liina Kask⁵, Ivika Oja⁶, Piret Tammist⁷, Margus Lember^{1, 8}

Eesti Arst 2016;
95(2):82–88

Saabunud toimetusse:
10.07.2015
Avaldamiseks vastu võetud:
12.10.2015
Avaldatud internetis:
26.02.2016

¹ TÜ kliinilise meditsiini instituut,
² Maardu Perearsti Keskus,
³ OÜ Perearst Anne Kaldoja
⁴ Helve Kansi OÜ,
⁵ OÜ Tartu Kesklinna
Perearstikeskus,
⁶ Ivika Oja OÜ,
⁷ Perearst Piret Tammist OÜ,
⁸ TÜ Kliinikumi sisekliinik

Kirjavahetajaautor:
Kaja Põlluste
kaja.polluste@ut.ee

Võtmesõnad:
tervist ohustav
alkoholitarvitamine, AUDITi
küsimustik, tervisega
seotud elukvaliteet,
riskitegurid

Taust ja eesmärk. Alkoholi liigtarvitamine on paljude terviseprobleemide otsene või kaudne põhjus. Uuringu eesmärk oli selgitada alkoholi liigtarvitamise seost perearstikeskustesse pöörduvate patsientide elukvaliteedi, tervise seisundi ja patsiendi iseloomustavate taustateguritega.

Metoodika. Uuringusse kaasati 840 patsienti kuuest perearstikeskusest. Alkoholi liigtarvitamise hindamiseks kasutati AUDITi (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) küsimustikku, tervisega seotud elukvaliteeti hinnati SF-36 (*Short Form-36*) küsimustiku abil. Uuritavate pikkust, kaalu, vöö- ja puusaümberrõõtu mõõdeti visiidi ajal, andmed riskitegurite ja tervise seisundi kohta saadi patsientide tervisekaartidelt. Lisaks koguti patsiendi taustaandmeid ning andmeid suitsetamise kohta. Alkoholi liigtarvitamisega seostuvate tegurite selgitamiseks kasutati logistilist regressioonanalüüsi.

Tulemused. 15,8%-l uuritavatest leiti tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor ≥ 8). Tervist ohustava või kahjustava alkoholitarvitamise šanss oli oluliselt suurem 18–44aastaste, meessoost ning madalama haridustasemega patsientide hulgas. Tervist ohustava alkoholitarvitamise šanssi suurendasid ka suitsetamine ja väiksem kehamassiindeks. Patsiendi enda hinnatud tervisega seotud elukvaliteedi ja AUDITi skoori vahel seost ei ilmnenu.

Järeldused. Alkoholi liigtarvitamisega seotud tervisekahjude ennetamiseks võiks lisaks praegusel ajal soovitatud riskirühmadele AUDITi küsimustiku abil hinnata ka kõigi perearstikeskusesse pöörduvate kuni 44 aasta vanuste meessoost ning suitsetavate patsientide alkoholitarvitamist.

Suuremates kogustes või sage alkoholi liigtarvitamine suurendab oluliselt paljude raskete tervisehäirete tekkimise riski (1, 2) ja see on enam kui 200 terviseprobleemi otsene või kaudne põhjus (3). Eestis kasutusele võetud alkoholitarvitamise riskipiiride kohaselt on tervist ohustavaks alkoholi koguseks nädalas meestel 160 g ja naistel 80 g või enam absoluutset alkoholi ehk vastavalt 16 ja 8 või enam alkoholiühikut, samuti igapäevane või episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (*binge drinking*), s.t korruga kuue või enama alkoholiühiku (60 või enama grammi absoluutset alkoholi) tarvitamine vähemalt kord kuus (4).*

Eestis on alkoholi liigne tarvitamine olnud probleemiks aastaid. Eesti Konjunktuuriinstituudi andmetel (5) tarbiti 2013.

aastal iga üle 15 aasta vanuse Eesti inimese kohta 11,8 liitrit absoluutset alkoholi. Seda on küll kolme liitri võrra vähem võrreldes näiteks 2007. aastaga, kuid siiski enam kui Põhjamaades ja Lääne-Euroopas (3). Kuigi 89% Eesti inimestest peab alkoholiga seotud terviseprobleemide esinemist ühiskonnas tõsiseks või väga tõsiseks probleemiks (5), näitavad täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringud, et aastatel 2000–2014 on suurenenud vähemalt üks kord kuus korruga 6 või enama alkoholiühiku tarvitajate osakaal 16–64aastaste küsitletute hulgas 23%-lt 29%-ni, meestel 43%-lt 50%-ni ja naistel 9%-lt 15%-ni (6).

Alkoholiga seotud haiguste tõttu pöördus 2013. aastal tervishoiuteenuse osutajate poole enam kui 13 600 isikut, neist ligi-

* Siin ja edaspidi kasutatud alkoholitarvitamist kirjeldavate mõistete eestikeelsed terminid ja selgitused pärinevad 2011. aastal Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli peremeditsiini kliiniku koostööna valminud metoodilisest juhendist „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises“ (4).

kaudu 1/3 perearsti poole. Eriarsti poole pöörduti kõige enam alkohoolse psühhoois ja alkoholisõltuvuse tõttu, perearsti poole aga alkoholist põhjustatud kroonilise pankreatiidi ning maksa alkoholtõve tõttu (5). Alkoholiga seotud haigustest põhjustatud pöördumiste osakaal kõigist eri- ja perearsti poole pöördumistest oli 0,2%, kuid alkoholi seotud haiguste raviks kulus 2013. aastal 3,2 miljoni eurot ehk 5,8% kõigist Eesti Haigekassa üld- ja eriarstiabi kuludest (5, 7). Seega on oluline vähendada nii alkoholi kogutarbimist kui ka liigtarvitamist, et seeläbi vähendada tervisekahjusid ja sellega seotud kulutusi (8).

Alkoholi liigtarvitamise varane testimine ja nõustamine perearstisüsteemis on üheks võimaluseks vähendada alkoholi liigtarvitamisega seotud ebasoovitavat tervistulemit, kuid kõigi patsientide testimine suurendab oluliselt perearstide ja -õdede töökoormust, kuna nõuab lisaaega (9). Kui kõigi nimistusse kuuluvate patsientide testimine ei ole võimalik, soovitatakse testida suure riskiga patsiendirühmi (10), kuna alkoholitarvitamise risk on seotud mitmete teguritega, näiteks patsiendi sugu, vanus ja tervises seisund (11). Varasemates esmatsandi patsientide hulgas tehtud uuringutes on leitud, et alkoholi liigtarvitamine on seotud nii kehalise kui ka vaimse tervise probleemidega ning alkoholi liigtarvitamist esineb enam nooremate patsientide ja meeste hulgas (12–15). Taanis korraldatud rahvastikupõhises uuringus leiti, et alkoholi liigtarvitamise risk on kõige suurem suitsetajate ja vallaliste ning nooremate meeste hulgas (16).

Tervise Arengu Instituudi (TAI) ja Tartu Ülikooli peremeditsiini kliiniku metoodilises juhendis alkoholi liigtarvitava patsiendi varajaseks avastamiseks ja nõustamiseks perearstipraktistes on soovitatud alkoholitarvitamist hinnata järgmistes patsiendirühmades (4):

- aktiivselt tervisekontrollile pöörduvad isikud;
- autojuhi- ja relvaloa taotlejad;
- teatud terviseprobleemidega isikud: arteriaalne hüpertensioon (esmasleid ilma eelneva vererõhuhaiguse diagnoosita, määratud ravi ei mõju), südame rütmihäired, depressioon, ärevushäire, düspepsia, teadmata põhjusega epileptilised hood, sage traumatism, varasem alkoholist tingitud tervisekahjustus;

- patsiendid, kellel esinevad vaevused, sümptomid ja sellised uuringutulemused, mis võivad olla seotud alkoholi tarvitamisega;
- patsiendid, kellel on mure oma alkoholi tarvitamise ja sellest tulenevate võimalike tervisekahjude pärast.

Alkoholi tarvitamisest tulenevat riski on võimalik hinnata alkoholi tarvitamise sageduse ja tarvitatud alkoholikoguse selgitamise abil ning selleks on töötatud välja mitmeid instrumente. Üks enam kasutatud ja ka WHO ekspertide soovitatud mõõdik on AUDITi (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) küsimustik (11). Seda mõõdikut on kasutatud paljudes Euroopa riikides ning uuringutes on leidnud kinnitust mõõdiku valiidus ja usaldusväärsus (17–20). Varasema uuringu tulemused näitasid, et AUDITi küsimustik sobib alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks ka Eesti perearstisüsteemis, kuna testimine on seotud vähese ajakuluga ning küsimustikule vastamine on perearstide hinnangul enamikule patsientidele lihtne (15).

Mõõdik koosneb 10 küsimusest, igal küsimusel on valikvastused skaalal 0–4. AUDITi skoor 0–7 punkti iseloomustab väikse riskiga alkoholitarvitamist, see tähendab, et alkohoolseid jooke tarvitatakse koguses, mille puhul tervisekahju ja alkoholisõltuvuse tekke tõenäosus on väike (4). AUDITi skoor 8–15 punkti viitab tervist ohustavale alkoholitarvitamisele (*hazardous alcohol consumption*), s.o. alkoholi tarvitamine koguses, mille puhul suureneb inimese vaimsele või füüsilisele tervisele kahjulike mõjude tekke risk, samuti sotsiaalsete probleemide tekke risk. Skoor 16–19 punkti näitab tervist kahjustavat alkoholitarvitamist (*harmful alcohol consumption*), s.t. alkoholi tarvitatakse koguses, mis kahjustab inimese vaimset või füüsilist tervist ja millega võib kaasneda sotsiaalsete probleemide teke (4). Kui AUDITi skoor on 20 punkti või enam, võib olla tegemist alkoholisõltuvusega (4). AUDITi küsimustik on kohandatud nii eesti kui ka vene keelde ja seda on kasutatud varasemates uuringutes (14, 15). Eesti-keelne küsimustik on kättesaadav varem Eestis avaldatud uurimustes (14, 15) ning perearstidele ja pereõdedele mõeldud metoodilises juhendis (4), milles on põhjalikult selgitatud tulemuste tõlgendamist ja kasutamist lühinõustamisel. Seetõttu ei ole käesolevas artiklis pikemalt peatunud mõõdiku kirjeldamisel.

2012. aastal alustati TÜ sisekliinikus prospektiivset uuringut „Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena (AL TOKROON)“, mille üheks osaks oli hinnata alkoholi liigtarvitamise seost patsiendi elukvaliteedi ja terviseseisundiga perearstikeskustesse pöörduvate patsientide hulgas. Kõigile uuritavatele, kellel tuvastati tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor ≥ 8), pakuti lühinõustamist ning nad kutsuti aasta pärast kordusvisiidile, et hinnata lühinõustamise tulemuslikkust ja selle seost patsiendi elukvaliteedi ning terviseseisundiga.

Käesolevas töös on kasutatud AL TOKROON uuringu esimese etapi andmeid, mille eesmärk oli selgitada alkoholi liig-

tarvitamise seost perearstikeskustesse pöörduvate patsientide elukvaliteedi, tervisenäitajate ja patsiendi iseloomustavate taustateguritega.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Uuringu andmed koguti projekti AL TOKROON raames 2013. aastal kuues Eesti perearstikeskuses. Perearstipraksiste valikul lähtuti järgmistest kriteeriumidest:

- 1) esindatud peavad olema Eesti eri piirkonnad, linna- ja maaelanikud, samuti eesti ja vene keelt kõnelevad patsiendid;
- 2) perearstikeskuses töötav perearst ja/või pereõde on läbinud TAI korraldatud lühinõustamise koolituse;
- 3) perearstikeskuse töötajatel on soov ja valmisolek uuringus osaleda.

Uuringusse kutsuti osalema kõik järjestikused perearsti või pereõde vastuvõtule pöördunud täiskasvanud patsiendid. Uuringu valim on käepärane, kokku nõustus uuringus osalema 840 patsienti, neist 507 Tallinnast ja Harjumaalt, 250 Tartu- ja Viljandimaalt ning 83 Põlvamaalt. Uuringus osalemine oli patsientidele vabatahtlik, uuringu kavandi kiitis heaks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (25.02.2013. a protokoll nr 223/T-16).

Uuritavate alkoholitarvitamist hinnati AUDITi küsimustiku abil, tervisega seotud elukvaliteedi hindamiseks täitsid kõik uuritavad tervisega seotud elukvaliteedi küsimustiku lühivormi SF-36 (*Short Form-36*) (21). Küsimustik sisaldas ka patsiendi taustandmeid (vanus, sugu, elukoht, tööhõive, perekonnaseis, sissetulek) ning andmeid suitsetamise kohta. Andmed uuritava terviseseisundi kohta (riskitegurite ja krooniliste haiguste olemasolu) kogusid perearstid ja -õed patsientide tervisekaartidelt. Uuritavate antropomeetriliste näitajate arvutamiseks mõõdeti visiidi ajal uuritavate pikkus, kehakaal ning vöö- ja puusaümberrõõd. Meeste ja naiste alkoholitarvitamise ja muude näitajate erinevuse hindamiseks kasutati hii-ruut-testi, keskmisi väärtusi võrreldi ANOVA-testi abil. Elukvaliteedi ja alkoholitarvitamise seost hinnati Pearsoni korrelatsioonikordaja abil, vanuse mõju selgitamiseks kasutati osakorrelatsiooni. Tervist ohustava ja/või kahjustava alkoholitarvitamise (AUDITi skoor ≥ 8) seost uuritava taustatunnuste ja terviseseisundiga hinnati logistilise regressioonanalüüsi abil. Tulenevalt tunnuste jaotumisest jagati regressioonanalüüsiks uuritavad kolme vanuserühma: 18–44aastased,

Tabel 1. Uuritavate taustatunnused, % (n = 840)

	Mehed (n = 323)	Naised (n = 517)	Kokku (n = 840)
Vanuserühm**			
18–24	8,4	10,4	9,6
25–34	17,6	16,2	16,8
35–44	21,1	12,4	15,7
45–54	16,1	21,7	19,5
55–64	18,9	23,2	21,5
65–74	11,5	11,8	11,7
75 ja vanem	6,4	4,3	5,2
Elukoht			
Suur linn / maakonnakeskus	48,6	47,0	47,6
Väikelinn	30,0	36,0	33,7
Maapiirkond	21,4	17,0	18,7
Haridus*			
Alg- või põhiharidus	13,8	8,3	10,5
Kesk- või keskeriharidus	57,2	61,2	59,6
Kõrgharidus	29,0	30,5	29,9
Tegevusala**			
Töötab (sh töötav pensionär)	75,3	65,5	69,3
Ei tööta (õpib, pensionil, kodune, töötu)	24,7	34,5	30,7
Perekonnaseis**			
Abielus / vabaabielus	74,5	61,8	66,7
Lahutatud / elab lahus	6,2	15,7	12,1
Vallaline	15,3	11,5	12,9
Lesk	4,0	11,0	8,3
Leibkonna sissetulek võrreldes Eesti keskmisega**			
Alla keskmise	26,6	31,9	29,9
Ligikaudu keskmine	55,2	55,9	54,5
Üle keskmise	21,2	12,2	15,6

* p < 0,05; ** p < 0,01 – statistiliselt olulised erinevused mees- ja naispatsientide vahel

Tabel 2. Uuritavate tervisega seotud elukvaliteet (keskmine ± standardviga) ja riskitegurid, % (n = 840)

	Mehed (n = 323)	Naised (n = 517)	Kokku (n = 840)
Tervisega seotud elukvaliteet: kehaline tervis			
Kehaline seisund*	83,3 ± 1,2	78,2 ± 1,1	80,2 ± 0,8
Kehalised piirangud igapäevaelus*	67,9 ± 2,3	59,8 ± 1,9	63,0 ± 1,5
Valu*	66,2 ± 1,6	61,0 ± 1,2	63,0 ± 1,0
Üldine tervise seisund*	57,3 ± 1,1	52,1 ± 0,9	54,1 ± 0,7
Tervisega seotud elukvaliteet: vaimne tervis			
Emotsionaalsed piirangud igapäevaelus*	71,4 ± 2,2	62,5 ± 1,9	66,0 ± 1,5
Energia ja väsimus*	58,2 ± 1,2	52,2 ± 0,9	54,5 ± 0,7
Vaimne heaolu*	73,9 ± 1,1	69,4 ± 0,8	71,1 ± 0,7
Sotsiaalne toimetulek*	78,2 ± 1,3	71,4 ± 1,1	74,0 ± 0,9
Suitsetamine*			
Ei ole kunagi suitsetanud	32,2	58,3	48,3
Suitsetab	34,4	19,0	24,9
Endine suitsetaja	33,4	22,7	26,8
Kehamassiindeks (KMI)*			
< 25,0	34,7	42,6	39,6
25,0–29,9	41,2	31,4	35,2
≥ 30	24,1	26,0	25,2
Vööümbermõõt (cm) ≥ 88 / 102 (naised/mehed)*	35,6	49,1	43,9
Arteriaalne vererõhk ≥ 130 / ≥85 mm Hg*	57,9	47,6	51,5
Tühja kõhu veresuhkur ≥ 5,6 mmol/l*	36,2	26,7	30,4
Vähemalt ühe kroonilise haiguse esinemine	62,9	63,0	62,9

* p < 0,001 – statistiliselt olulised erinevused mees- ja naispatsientide vahel

45–64aastased ning 65aastased ja vanemad. Episoodilist ohustavat alkoholitarvitamist hinnati AUDITi küsimustiku kolmanda küsimuse „Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam annust?” alusel. AUDITi küsimustiku sisemise kooskõla (reliaabluse) hindamiseks arvutati Cronbachi alfa, mille väärtus oli 0,82. Andmete analüüsiks kasutati tarkvarapaketti SPSS Windows 19.0.

TULEMUSED

Uuringus osales kokku 840 patsienti kuuest Eesti perearstikeskusest. Uuringus osalenutest olid 62% naised ja 17% vanemad kui 64 aastat. Uuritavate keskmine vanus (± standardhälve) oli 47,8 ± 16,5 aastat, noorim uuritav oli 18- ja vanim 92aastane. Ligikaudu pooled uuritavatest elasid suuremates linnades või maakonnakeskustes, enam kui kaks kolmandikku küsitletutest (69%) töötas ja kaks kolmandikku oli abielus või vabaabielus. Oma leibkonna sissetulekut hindasid Eesti keskmisega ligikaudu võrdselt natuke enam kui pooled uuritavatest.

Uuritavate tervisekaartide andmetel esines 63%-l vähemalt üks krooniline

haigus, sh maksa alkoholtõbi oli seitsmel patsiendil ehk 0,8%-l kõigist uuritavatest (viiel mehel ja kahel naisel) ning alkoholist põhjustatud pankreatiiti oli diagnoositud kolmel meespatsiendil ehk 0,4%-l uuritavatest. Üks neljandik uuritavatest suitsetas, suitsetajate osakaal oli oluliselt suurem meeste hulgas. 60% uuritavatest olid kehamassiindeksi järgi hinnates ülekaalulised, kuid vööümbermõõdu järgi hinnatud abdominaalset rasvumist esines 44%-l uuritavatest. Arteriaalset hüpertensiooni esines 52%-l uuritavatest ning normist suuremat tühja kõhu veresuhkru väärtust 30%-l uuritavatest. Võrreldes naistega hindasid mehed nii kehalise kui ka vaimse tervisega seotud elukvaliteeti oluliselt paremaks. Uuritavate taustategurite kirjeldus on esitatud tabelis 1, tabelis 2 on antud ülevaade uuritavate endi hinnatud tervisega seotud elukvaliteedist ning neil esinevatest riskiteguritest.

84,2% uuringus osalenud patsientide AUDITi tulemus oli 0–7 punkti, see tähendab, et nende alkoholitarvitamine ei kujuta endast olulist riski ning tõenäosus tervisekahjustuse tekkeks on väike. Nende hulgas

oli ka 94 isikut (11,2% kõigist uuritavatest), kelle AUDITi skoor oli 0, s.t. isikud, kes ei ole viimase aasta jooksul üldse alkoholi tarvitanud. Tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor ≥ 8) leiti 133 patsiendil, kellest enamikul ($n = 111$ ehk 13,2%) leiti ohustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor 8–15). Tervist kahjustavat alkoholitarvitamist leiti 12 uuritaval (1,4%, AUDITi skoor 16–19) ning võimalik sõltuvusprobleem (AUDITi skoor ≥ 20) 10 uuritaval (1,2%). AUDITi tulemused erinesid oluliselt ($p < 0,0001$) nii eri vanuserühmades kui ka mees- ja naispatsientide hulgas (vt joonis 1).

Korrelatsioonanalüüsil selgus, et AUDITi suurema skooriga uuritavad hindasid oma tervisega seotud elukvaliteeti paremaks. Kaheksast tervisega seotud elukvaliteedi valdkonnast seostusid AUDITi suurema skooriga positiivselt kõik kehalist tervist kirjeldavad valdkonnad ($p < 0,05$): kehaline seisund ($r = 0,18$) ja üldine tervise seisund

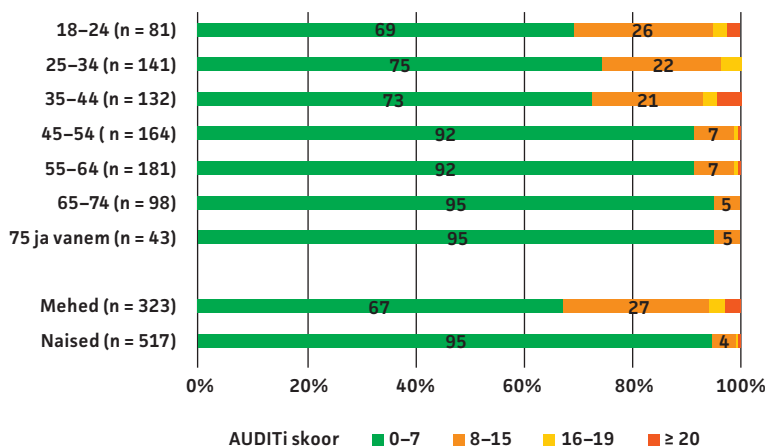
($r = 0,13$) ning vähem väljendunud kehalised piirangud igapäevaelus ($r = 0,12$) ja valu ($r = 0,09$). Samuti hindasid ADUDITi suurema skooriga uuritavad paremaks kaht vaimset tervist kirjeldavat valdkonda: sotsiaalne toimetulek ($r = 0,11$) ja vitaalsus ($r = 0,09$). Võttes aga arvesse vanuse mõju, muutusid seosed statistiliselt mitteoluliseks.

Episoodilist ohustavat alkoholitarvitamist ehk olukorda, kus vähemalt kord kuus on korraga joodud 6 või enam alkoholiühikut, esines 12,6% küsitletute hinnangul ning oluliselt enam ($p < 0,0001$) nooremates vanuserühmades ning meeste hulgas (vt joonis 2).

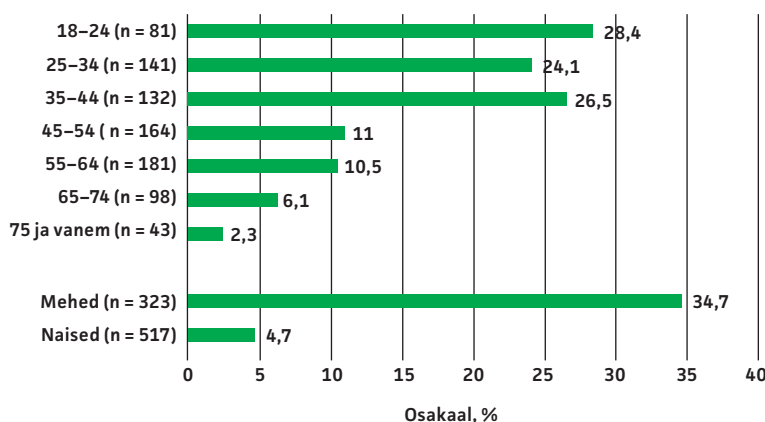
Uuritavate taustaandmete ja riskitegurite seosed tervist ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamisega on esitatud tabelis 3. Regressioonanalüüsi tulemusena selgus, et tervist ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamise šanss oli oluliselt suurem 18–44 aasta vanuste, meessoost ning madalama haridustasemega patsientide hulgas. Riskiteguritest suurendas tervist ohustava alkoholitarvitamise šanssi suitsetamine ning väiksem kehamassiindeks.

ARUTELU

Uuringu eesmärk oli selgitada alkoholi liigtarvitamise seost perearstikeskustesse pöörduvate patsientide elukvaliteedi, tervisenäitajate ja patsienti iseloomustavate taustateguritega. Uuringusse kaasamisel olid ainukesteks valikukriteeriumideks uuritava vanus (vähemalt 18aastane) ning nõusolek uuringus osalemiseks. Uuringu tulemustest selgus, et tervist ohustavat või kahjustavat alkoholitarvitamist esines ligikaudu 16%-l perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud patsientidest. Need tulemused erinevad varasematest Eesti perearstikeskuste patsientide hulgas korraldatud uuringute tulemustest (14, 15) ning see on tõenäoliselt tingitud kõige enam erinevustest uuringu kavandis ja uuritavate valiku kriteeriumides. Nii oli näiteks 2010. aastal avaldatud uurimuses (14) hinnatud alkoholitarvitamist AUDITi küsimustiku abil uuringule eelnenud kuue kuu jooksul, käesolevas uuringus ning 2011. aastal avaldatud uurimuses (15) hinnati alkoholitarvitamist uuringule eelnenud viimase 12 kuu jooksul. Sellest võib tuleneda näiteks mõnevõrra väiksem alkoholi mittetarvitavate osakaal käesolevas uuringus võrreldes varasemaga (14) (11,2% vs. 12,3%). Teises uuringus (15) aga jäeti uuritavate hulgast välja kõik need patsiendid, kes viimase aasta



Joonis 1. AUDITi skooride jaotus uuritavate vanuse ja soo järgi.



Joonis 2. Episoodilise ohustava alkoholitarvitamise sagedus vanuse ja soo järgi.

jooksul polnud üldse alkoholi tarvitavad ning uuringus osalesid ainult kuni 65aastased patsiendid. Sellega on seletatav asjaolu, et nimetatud uuringus (15) oli 8punktise või suurema AUDITi-skooriga patsientide osakaal kõigi uuritavate hulgas märkimisväärselt suurem kui käesoleva uuringu andmetel (23% vs. 16%). Kõigis nimetatud uuringutes kasutati ühesugust mõõdikut. Varasemates Eestis tehtud uuringutes pole AUDITi küsimustiku usaldusväärsust hinnatud, kuid käesolevas uuringus leidis mõõdiku usaldusväärsus kinnitust.

Vaatamata uuringukavandite ja uuritavate valikukriteeriumide erinevustele on nii käesoleva kui ka varasemate uuringute (14, 15) puhul sarnaseks tulemuseks alkoholi liigtarvitamise, sh episoodilise ohustava alkoholitarvitamise sagedasem esinemine nooremates vanuserühmades (kuni 44aastased) ja meespatsientide hulgas. Sarnaseid tulemusi on leitud ka teistes riikides tehtud uuringutes (12, 13).

Käesolevas uuringus hinnati ka patsiendi elukvaliteeti, terviseriske ning kroonilisi haigusi. Selle info olemasolu võimaldas analüüsida lisaks patsiendi sotsiaal-majanduslikele taustateguritele ka alkoholitarvitamise seoseid erinevate riskitegurite ja kroonilise haiguse olemasoluga. Positiivne seos ilmnes alkoholitarvitamise ja suitsetamise vahel ning seda on leitud ka varasemas uuringus (16), samuti suurendas tervist ohustava või kahjustava alkoholitarvitamise šanssi väiksem kehamassiindeks. Alkoholitarvitamise seoseid teiste riskiteguritega, samuti kroonilise haiguse olemasoluga käesolevas uuringus ei ilmnenud. Selle üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et patsiendid, kellel on tõsine alkoholiprobleem, võisid keelduda uuringus osalemast. Samuti on võimalik, et osa patsientidest, kes uuringus osalesid, võisid alahinnata oma alkoholitarvitamist. Tähelepanu väärib ka patsiendi enda hinnatud tervisega seotud elukvaliteedi positiivne seos suurema AUDITi skooriga. Kuigi selgus, et nende kahe tunnuse vahelise seose kujunemisel on oluline vanuse mõju, ei teadvusta patsiendid seda üldjuhul endale ning on leitud, et alkoholi liigtarvitajad võivad oma kehalist ja vaimset tervist isegi ülehinnata. Samuti tuleb arvesse võtta asjaolu, et AUDIT võimaldab hinnata alkoholitarvitamist viimase 12 kuu jooksul, mistõttu ei saa selle mõõdiku abil hinnata varasemat alkoholitarvitamist.

Tabel 3. Tervist ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamisega (AUDITi skoor ≥ 8) seostuvad tegurid. Tabelis on esitatud vaid statistiliselt olulised seosed

Patsiendi taustategurid	Šansside suhe	95% usaldusvahemik	p-väärtus
Sugu			
Mees	8,33	4,85–14,33	< 0,0001
Naine	1,00		
Vanus			
18–44	7,09	2,57–19,57	< 0,0001
45–64	1,52	0,57–4,11	0,303
65+	1,00		
Haridus			
Alg- või põhiharidus	1,23	0,54–2,80	0,468
Kesk- või keskeriharidus	1,74	1,00–3,05	< 0,05
Kõrgharidus	1,00		
Suitsetamine			
Suitsetab	3,86	2,18–6,82	< 0,0001
Endine suitsetaja	1,37	0,74–2,55	0,744
Ei ole kunagi suitsetanud	1,00		
Kehamassiindeks (KMI)			
< 25,0	2,64	1,08–6,43	< 0,05
25,0–29,9	2,22	1,04–4,73	< 0,05
≥ 30	1,00		

Neid piiranguid on kirjeldatud erinevates alkoholitarvitamisega seotud uuringutes (22–24) ning seda peab arvestama uuringu tulemuste tõlgendamisel.

KOKKUVÕTE

Uuringust selgus, et ligikaudu 16%-l kõigist perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud patsientidest tuvastati tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine, mida esineb oluliselt sagedamini meeste, kuni 44aastaste ja keskharidusega isikute, suitsetajate ning väikse kehamassiindeksiga patsientide hulgas. Eestis väljatöötatud metoodilises juhendis, kus on käsitletud alkoholi liigtarvitava patsiendi varajast avastamist ja nõustamist perearstipraksistes (4), on soovitatud testida alkoholi liigtarvitamise suhtes erinevaid patsiendirühmi – nii teatud terviseprobleemidega isikuid kui ka aktiivselt tervisekontrolli pöördujaid. Tulenevalt käesolevast uuringust võiks alkoholi tarvitamist hinnata lisaks juhendis soovitatud patsiendirühmadele ka neil perearsti või pereõe vastuvõtule pöörduvatel 18–44 aasta vanustel meestel, kellel muud näidustust testimiseks ei esine. Nimetatud vanuserühma kuuluvaid mehi soovitatakse alkoholitarvitamise suhtes testida ka

Maaailma Terviseorganisatsiooni väljatöötatud juhendis (11). Samuti võiks testida alkoholi liigtarvitamise suhtes suitsetajaid, sest suitsetamine suurendab samuti tervist ohustava alkoholitarvitamise šanssi ning seeläbi suurendab patsiendi terviseriske.

TÄNUAVALDUS

Uuringut rahastati Eesti Teadusagentuuri programmi TerVE kaudu Euroopa Regionaalarengu Fondist.

AUTORITE VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses uurimusega.

SUMMARY

Alcohol consumption among the patients of primary health care: factors associated with hazardous and harmful drinking habits

Kaja Põlluste¹, Veera Dudanova², Anne Kaldoja³, Helve Kansil⁴, Liina Kask⁵, Ivika Oja⁶, Piret Tammist⁷, Margus Lember^{1,8}

Aim. To explain the associations between hazardous alcohol consumption, health related quality of life, health status and patient's background factors.

Methods. 840 consecutive patients from six family practices were involved. Each patient completed a questionnaire including patient's socio-demographic data and smoking status. The level of alcohol consumption was identified by using the AUDIT questionnaire, the health-related quality of life (QoL) was assessed by SF-36. Patient's individual body weight, height and waist circumference were assessed by the physician or practice nurse. Information about risk factors and chronic conditions was collected from the patients' records. The associations between these characteristics and hazardous alcohol consumption were calculated using logistic regression.

Results. Hazardous drinking (AUDIT score ≥ 8) was found in 15.5% of the patients. It was strongly associated with male gender, younger age (18–44 years), lower level of education, smoking and lower body mass index (BMI). The self-reported QoL was not associated with the AUDIT score.

Conclusion. The list of recommended groups of patients for the screening could be upgraded: the male patients aged 18–44 should be routinely screened concerning the alcohol misuse; also, the screening of all smokers would be reasonable to prevent the alcohol related harm.

KIRJANDUS / REFERENCES

- Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35:155–73.
- Sun K, Ren M, Liu D, Wang C, Yang C, Yan L. Alcohol consumption and risk of metabolic syndrome: a meta-analysis of prospective studies. *Clin Nutr* 2014;33:596–602.
- Global status report on alcohol and health 2014. Copenhagen: WHO; 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
- Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R, Maaros HI, Oona M, Saame I. Alkoholiliigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011.
- Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2014. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut; 2015.
- Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2015.
- Eesti Haigekassa Aastaraamat 2014. Tallinn: Eesti Haigekassa; 2015. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/haigekassa_aastaraamat_2014.pdf.
- Alkoholipoliitika roheline raamat. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2014.
- Anderson P. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care. Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
- Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT – the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22:92–7.
- Proude EM, Britt H, Valenti L, Conigrave KM. The relationship between self-reported alcohol intake and the morbidities managed by GPs in Australia. *BMC Fam Pract* 2006;7:17.
- Maaros HI, Aluoja A, Kalda R. Alkoholitarvitamise soelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst* 2010;89:316–22.
- Saame I, Gluškova N, Viilmann K, Kalda R. Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst* 2011;90:216–24.
- Hansen AB, Hvidtfeldt UA, Grønbaek M, Becker U, Nielsen AS, Tolstrup JS. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scand J Public Health* 2011;39:128–36.
- Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:272–9.
- Gache P, Michaud P, Landry U, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:2001–7.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185–99.
- de Torres LA, Rebollo EM, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Vega RA, Palomino MM. Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *Eur J Gen Pract* 2009;15:15–21.
- Ware Jr, JE. SF-36 Health Survey Update. *SPINE* 2000;25:3130–9.
- Valencia-Martín JL, Galán I, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol drinking patterns and health-related quality of life reported in the Spanish adult population. *Prev Med* 2013;57:703–7.
- Dissing AS, Gil A, Keenan K, et al. Alcohol consumption and self-reported (SF12) physical and mental health among working-aged men in a typical Russian city: a cross-sectional study. *Addiction* 2013;108:1905–14.
- Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M, Richter J. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Qual Life Res* 2012;21:1527–36.

Correspondence to:
Kaja Põlluste
kaja.polluste@ut.ee

Keywords:
hazardous alcohol consumption, alcohol use disorders, identification test (AUDIT), health-related quality of life, risk factors