

# Alkoholi tarvitamise muutused lühinõustamise järel ja seos elukvaliteediga perearsti poole pöördunud patsientide hulgas

Kaja Põlluste<sup>1</sup>, Veera Dudanova<sup>2</sup>, Anne Kaldoja<sup>3</sup>, Helve Kansi<sup>4</sup>, Liina Kask-Flight<sup>5</sup>, Ivika Oja<sup>6</sup>, Piret Tammist<sup>7</sup>, Margus Lember<sup>1,8</sup>

Eesti Arst 2016;  
95(10):628–636

Saabunud toimetusse:  
16.03.2016  
Avaldamiseks vastu võetud:  
25.07.2016  
Avaldatud internetis:  
28.11.2016

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

Kirjavahetajaautor:  
Kaja Põlluste  
kaja.polluste@ut.ee

Võtmesõnad:  
tervist ohustav alkoholitarvitamine, AUDITi küsimustik, terviseiga seotud elukvaliteet, lühinõustamine, prospektiivne uuring

**Taust ja eesmärk.** On teada, et lühinõustamisel on positiivne mõju patsientide alkoholi tarvitamise harjumustele. Töö eesmärk oli hinnata alkoholitarvitamise ja terviseiga seotud elukvaliteedi hinnangute muutusi perearstikeskuses teostatud lühinõustamine järel alkoholi liigtarvitavate patsientide hulgas.

**Metoodika.** 12 kuu pikkuses prospektiivses uuringus osales 93 alkoholi liigtarvitavat ja lühinõustamist saanud uuritavat. Uuritavate alkoholitarvitamist mõõdeti AUDITi (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) küsimustiku ning terviseiga seotud elukvaliteedi SF-36 küsimustiku abil enne lühinõustamist ja 12 kuud hiljem. AUDITi skoori ja terviseiga seotud elukvaliteedi muutuste seoseid hinnati lineaarse regressiooni abil.

**Tulemused.** Aasta hiljem kordusvisiidil mõõdetud tulemustest selgus, et 81,7%-l uuritavatest oli võrreldes nõustamiseelse hindamisega AUDITi skoor oluliselt vähenenud ( $12,3 \pm 0,5$  kuni  $7,5 \pm 0,5$  punkti;  $p < 0,001$ ). Nende kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoor suurenes keskmiselt 7,8 punkti võrra ( $68,3 \pm 2,5$  kuni  $76,1 \pm 2,0$ ;  $p < 0,05$ ), vaimset tervist kirjeldavate komponentide üldskoor suurenes keskmiselt 5,7 punkti võrra ( $68,2 \pm 2,5$  kuni  $73,9 \pm 2,0$ ;  $p = 0,068$ ). AUDITi skoori vähenemine seostus kehalise tervise komponentide üldskoori suurenemisega, kuid ei seostunud vaimse tervise komponentide üldskoori muutusega.

**Järeldused.** Alkoholitarvitamise vähenemine lühinõustamise järel on seotud patsiendi enda hinnatud terviseiga seotud elukvaliteedi kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoori suurenemisega.

Eesti kuulub enim alkoholi tarbivate riikide hulka. Alkoholist põhjustatud kahjud nii rahvastiku tervisele kui ka majandusele on ulatuslikud ning seetõttu on alkoholi poliitika peamisteks prioriteetideks alkoholi tervisekahjude vähendamine, noorte alkoholitarvitamise tõkestamine ning alkoholi kogutarbimise vähendamine (1). Alates 2008. aastast on alkoholi tarvitamine Eestis mõningal määral vähenenud. 2014. aastal tarbiti Eestis iga üle 15 aasta vanuse Eesti inimese kohta 11,7 liitrit absoluutset alkoholi, mis on 3,1 liitri võrra vähem kui 2007. aastal (2). Alkoholitarvitamise vähenemisele on kaasa aidanud riigi tasandil rakendatud abinõud, näiteks alkoholirek-

laami mõningane piiramine, alkoholimüügi ajalised piirangud ning aktsiisitõus, kuid teatud osa võib olla ka eelmise kümnendi lõpus alguse saanud majanduslangusel (3). Lisaks nimetatud tegevustele on oluline rakendada ka abinõusid alkoholitarvitamise vähendamiseks üksikisiku tasandil. Üheks selliseks abinõuks on perearstikeskuses alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsientide nõustamine, mille tulemuslikkus on viimase kahekümne aasta jooksul tõestatud paljudes uuringutes, sh metaanalüüsid ja süstemaatilistes kirjan- duse ülevaadetes (4, 5).

Eestis uuriti perearsti poole pöörduvate patsientide alkoholitarvitamist esimest

korda aastatel 2003–2005 toimunud üle-euroopalise depressiooni riskitegurite uurimisprojekti PREDICT käigus (6), kuid järjekindlamalt on alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamisega hakatud tegelema alates 2010. aastast (3). 2011. aastal valmis Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli peremeditsiini kliiniku koostöös metoodiline juhend, milles määrati patsiendirühmad, kellele soovitatakse alkoholitarvitamist hinnata (7). Juhendis on soovitatud alkoholitarvitamise riskitaseme hindamise mõõdikuna kasutada AUDITi (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) küsimustikku, mis võimaldab hinnata alkoholi tarvitamisest tulenevat riski alkoholi tarvitamise sageduse ja tarvitatud alkoholi koguse selgitamise abil (8). Lisaks üldskoorile on AUDITi küsimustiku põhjal võimalik arvutada kolm alaskoori, mis kirjeldavad

- 1) alkoholitarvitamise sagedust ja kogust, s.o 1.–3. küsimuse skooride summa, kusjuures 2. või 3. küsimuse skoor  $\geq 1$  näitab, et tegemist on tervist kahjustava alkoholitarvitamisega;
- 2) võimaliku sõltuvusprobleemi esinemist, millele viitab nullist suurem 4.–6. küsimuse skooride summa;
- 3) kahjustavat alkoholitarvitamist ja probleeme igapäevaelus, kui 7.–10. küsimuse skooride summa  $> 0$ .

Tagasisidet testi tulemuste kohta antakse kõigile patsientidele ning olenevalt AUDITi üldskoorist valitakse sobiv sekkumisviis (7):

- 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 ning neil patsientidel soovitatakse mitte suurendada alkoholi tarvitamist.
- AUDITi skoor 8–15 punkti viitab tervist ohustavale alkoholitarvitamisele, s.o alkoholi tarvitamine kogustes, mille puhul suureneb vaimse või füüsilise tervise kahjustuse ning sotsiaalsete probleemide tekke risk. Neile patsientidele selgitatakse alkoholitarvitamisega seotud riske, lisaks pakutakse lühinõustamist ning infomaterjale alkoholitarvitamise vähendamiseks.
- AUDITi skoor 16–19 punkti viitab tervist kahjustavale alkoholitarvitamisele. Patsientidele selgitatakse, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab nii vaimset kui ka füüsilist tervist, soovi-

tatakse alkoholi tarvitamist vähendada ning soovitatav on viia läbi laiendatud nõustamine.

- AUDITi skoor  $\geq 20$  punkti näitab, et tegemist võib olla alkoholisõltuvusega ning lisaks selgitustele alkoholi tarvitamisest tuleneva kahju kohta tehakse lisauuringuid ning vajaduse korral suunatakse patsient psühhiaatri konsultatsioonile. Senised uuringud on näidanud, et AUDITi küsimustik sobib alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks Eesti perearstisüsteemis, kuna test võtab vähe aega, küsimustikule vastamine on perearstide hinnangul enamikule patsientidest lihtne (9) ning ka patsiendid suhtuvad alkoholi tarvitamise kohta küsimuste esitamisesse ja nõustamisse positiivselt (10). On leitud, et tervist kahjustav alkoholitarvitamine seostub noorema ea, meessoos (6, 9, 11), depressiooni (6) ja suitsetamisega (11). Alkoholi liigtarvitavate patsientide nõustamise tulemuslikkust Eestis seni veel uuritud ei ole.

Alkoholi liigtarvitamine on enam kui 200 terviseprobleemi otseseks või kaudseks põhjuseks (12) ning alkoholi liigtarvitamine seostub negatiivselt ka inimese enda hinnatud elukvaliteediga (13–15). Varane testimine ja nõustamine perearstisüsteemis on üks võimalus vähendada alkoholi liigtarvitamisega seotud ebasoovitavat tervisetulemit. Hiljuti avaldatud uurimuste tulemustest selgus, et näiteks alkoholisõltuvusega patsientidel aitas ravi ja alkoholist loobumine oluliselt parandada nii kehalise kui ka vaimse tervise seotud elukvaliteeti (14, 16, 17). Kuidas võiks varane testimine ja nõustamine perearstisüsteemis mõjutada nende patsientide tervisetulemit ja elukvaliteeti, kellel veel alkoholisõltuvust pole, kuid on leitud tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine, selle kohta on senini tõenduspõhist infot veel ebapiisavalt (18).

Seetõttu seati 2012. aastal TÜ sisekliinikus alustatud prospektiivse uuringu „Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena (ALTOKROON)“ üheks eesmärgiks selgitada perearstikeskustesse pöörduvate patsientide hulgas alkoholi liigtarvitamise seost patsiendi elukvaliteedi ja terviseseisundiga ning hinnata alkoholitarvitamise muutusi lühinõustamise järel. Uuringu esimeses etapis selgitati alkoholi liigtarvitamisega seotud tegureid ning

AUDITi küsimustiku abil sõeluti välja 133 patsienti, kellel tuvastati tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor  $\geq 8$ ) (11). Neile pakuti nõustamist ning nad kutsuti aasta pärast kordusvisiidile, et hinnata, kuidas on muutunud alkoholitarvitamise harjumused ja kas AUDITi skoori muutused on seotud muutustega patsiendi elukvaliteedis ning terviseisendis. Kuna AUDITi esimesed kaheksa küsimust hindavad alkoholi tarvitamist viimase 12 kuu jooksul, siis on ühe aasta pikkune jälgimisperiod sobiv aeg võimalike muutuste hindamiseks.

Töö eesmärk oli hinnata perearsti või pereõe poole pöördunud alkoholi liigtarvitavate patsientide lühinõustamise tulemuslikkust 12 kuud pärast lühinõustamise läbiviimist. Uuringus otsiti vastust järgmistele küsimustele:

1. Kuidas on perearstikeskuses teostatud lühinõustamine seotud muutustega patsientide alkoholitarvitamise harjumustes?
2. Kas seoses nõustamisjärgsete muutustega alkoholitarvitamises ilmnevad muutused
  - a. uuritava elukvaliteedis;
  - b. tervisekäitumises ja riskitegurite esinemises (suitsetamine, kehamassiindeks, abdominaalne rasvumine, arteriaalne hüpertensioon, suurenenud veresuhkruväärtus)?

## UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Uuringu andmed koguti projekti ALTO-KROON raames 2013. ja 2014. aastal kuues Eesti perearstikeskuses, milles töötavad arstid ja/või õed olid läbinud Tervise Arengu Instituudi korraldatud lühinõustamiskoolituse. Uuringusse kutsuti osalema kõik järjestikused perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud täiskasvanud patsiendid. Uuringu valim on käepärane, s.t. valim kujunes iseenesest patsientidest, kes nõustusid uuringu osalema ( $n = 840$ ). Valimi moodustamist on üksikasjalikumalt kirjeldatud varem avaldatud uurimuses (11). Uuringus osalemine oli patsientidele vabatahtlik, uuringu kavandi kiitis heaks Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee (protokoll nr 223/T-16, 25.02.2013).

Uuritavate alkoholitarvitamist hinnati AUDITi küsimustiku abil, terviseiga seotud elukvaliteedi hindamiseks täitsid kõik uuritavad SF-36 (*36-Item Short Form Health Survey*) küsimustiku (19). Küsimustik

võimaldab hinnata nelja kehalise terviseiga ja nelja vaimse terviseiga seotud valdkonda ning arvutada kehalise ja vaimse tervise komponentide üldskoorid (ingl *physical component score*, PCS ja *mental component score*, MCS). Küsimustik sisaldas ka patsiendi taustandmeid (vanus, sugu, elukoht, tööhõive, perekonnaseis, sissetulek) ning andmeid suitsetamise kohta. Andmeid uuritava terviseisendi 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 puusaümbermõõt. Kõigile patsientidele, kellel tuvastati AUDITi küsimustikuga tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor  $\geq 8$ ), pakuti lühinõustamist ja nad kutsuti 12 kuu möödudes kordusvisiidile. Kordusvisiidi käigus hinnati uuritava alkoholitarvitamist, elukvaliteeti ning teisi eespool kirjeldatud näitajaid.

AUDITi küsimustiku tulemuste kohta anti tagasisidet kõigile küsimustiku täitnud patsientidele. Tagasiside andmisel ja nõustamismetoodika valikul lähtuti perearstidele ja pereõdedele välja töötatud juhendis soovitatud põhimõtetest (7), mida on kirjeldatud eespool. Tulenevalt AUDITi tulemustest pakuti valdavale osale uuritavatest nii WHO kui ka Eesti spetsialistide soovitusel põhinevat lühinõustamist (7, 8).

Nõustamise eel ja järel mõõdetud näitajate erinevuse hindamiseks kasutati hii-ruuttesti, keskmisi väärtusi võrreldi ANOVA-testi abil. Nõustamisjärgsete muutuste hindamiseks võrreldi nõustamise eel ja järel järgmisi alkoholitarvitamist kirjeldavaid näitajaid:

- 1) alkoholitarvitamise riskitasemete sagedusjaotus;
- 2) episoodilise ohustava alkoholitarvitamise osakaal uuritavate hulgas enne ja pärast nõustamist (patsientide osakaal, kes on vähemalt kord kuus joonud korraga 6 või enam annust);
- 3) AUDITi üldskoori muutus;
- 4) AUDITi alaskooride muutused:
  - a. alkoholitarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1–3 skooride summa);
  - b. võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4–6 skooride summa);
  - c. kahjustav alkoholitarvitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7–10 skooride summa).

Uuritavate elukvaliteedi muutuse hindamiseks võrreldi nõustamise eel ja järel tervisega seotud elukvaliteedi kehalist ja vaimset tervist kirjeldavate komponentide keskmisi skooore. Lisaks võrreldi nõustamise eel ja järel hinnatud riskitegurite esinemise osakaalu: ülekaal ( $KMI \geq 25$ ), abdominaalne

rasvumine (vööümbermõõt  $\geq 88$  cm naistel ja  $\geq 102$  meestel), normist kõrgem arteriaalne vererõhk ( $\geq 130 / \geq 85$  mm Hg) ja tühja kõhu veresuhkur ( $\geq 5,6$  mmol/l) ning suitsetamine.

AUDITi skoori ning tervisega seotud elukvaliteedi kehalise ja vaimse tervise

**Tabel 1.** Jätku-uuringus osalenud ja mitteosalenud patsientide taustandmete ja riskitegurite võrdlus enne nõustamist, % (n). Statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ) erinevused on esitatud paksus kirjas

	Jätku-uuringus	
	osalenud (n = 93)	mitteosalenud (n = 40)
Vanus (%), $p < 0,01$		
18–44	<b>63,4 (59)</b>	<b>95,0 (38)</b>
45–64	<b>29,0 (27)</b>	<b>5,0 (2)</b>
65 ja vanem	<b>7,5 (7)</b>	<b>0 (0)</b>
Sugu (%), $p = 0,814$		
Mees	80,6 (75)	77,5 (31)
Naine	19,4 (18)	22,5 (9)
Alkoholi tarvitamise riskitase AUDITi skoori järgi (%), $p = 0,733$		
Ohustav tarvitamine (skoor 8–15)	83,9 (78)	82,5 (33)
Kahjustav tarvitamine (skoor 16–19)	9,7 (9)	7,5 (3)
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor $\geq 20$ )	6,4 (6)	10,0 (4)
AUDITi skoor nõustamise eel (keskmine $\pm$ standardviga SE), $p = 0,596$	11,9 $\pm$ 0,4	12,4 $\pm$ 0,7
AUDITi alaskoorid nõustamise eel (keskmine $\pm$ SE)		
Alkoholitarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1–3 skooride summa), $p = 0,134$	6,0 $\pm$ 0,2	6,5 $\pm$ 0,3
Võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4–6 skooride summa), $p = 0,969$	1,5 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,2
Kahjustav alkoholitarvitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7–10 skooride summa), $p = 0,825$	4,4 $\pm$ 0,3	4,3 $\pm$ 0,5
Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (%), $p = 0,137$	68,8 (64)	82,5 (33)
Tervisega seotud elukvaliteet (keskmine $\pm$ SE)		
Kehalise tervise komponentide üldskoor, $p = 0,721$	68,9 $\pm$ 2,2	70,4 $\pm$ 3,7
Vaimse tervise komponentide üldskoor, $p = 0,530$	68,5 $\pm$ 2,2	65,7 $\pm$ 3,8
Suitsetamine (%), $p < 0,05$		
Mittesuitsetaja	<b>53,7 (50)</b>	<b>32,5 (13)</b>
Suitsetaja	<b>46,2 (43)</b>	<b>67,5 (27)</b>
Kehamassiindeks (%), $p = 0,769$		
< 25,0	44,1 (41)	50,0 (20)
25,0–29,9	36,5 (34)	35,0 (14)
$\geq 30$	19,4 (18)	15,0 (6)
Vööümbermõõt $\geq 88$ cm naistel ja $\geq 102$ meestel (%), $p = 0,840$	33,3 (31)	30,0 (12)
Arteriaalne vererõhk $\geq 130 / \geq 85$ mm Hg (%), $p = 0,088$	52,7 (49)	35,0 (14)
Tühja kõhu veresuhkur $\geq 5,6$ mmol/l (%), $p = 0,105$	34,4 (32)	20,0 (8)
Vähemalt ühe kroonilise haiguse olemasolu (%), $p < 0,05$	<b>66,7 (62)</b>	<b>42,5 (17)</b>

**Tabel 2.** Uuritavate alkoholitarvitamine, tervisega seotud elukvaliteet ja riskitegurite esinemine uuringu alguses (nõustamise eel) ja uuringuperioodi lõpus (12 kuud pärast nõustamist) seoses AUDITi skoori muutusega uuringuperioodi jooksul. p-väärtus näitab hinnatud tunnuste nõustamiseelse ja -järgse väärtuse erinevuse olulisust patsiendirühmades. Statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ) erinevused on esitatud paksus kirjas

Hinnatavad tunnused	AUDITi vähenenud skooriga patsiendid (n = 76)			AUDITi suurenenud skooriga patsiendid (n = 17)		
	Nõustamise		p-väärtus	Nõustamise		p-väärtus
	eel	järel		eel	järel	
Alkoholi tarvitamise riskitase AUDITi skoori järgi, %			<b>p &lt; 0,001</b>			p = 0,220
Väike risk (skoor < 8)	<b>0 (0)</b>	<b>60,5 (46)</b>		0 (0)	0 (0)	
Ohustav tarvitamine (skoor 8–15)	<b>81,6 (62)</b>	<b>34,3 (26)</b>		94,1 (16)	88,2 (15)	
Kahjustav tarvitamine (skoor 16–19)	<b>10,5 (8)</b>	<b>2,8 (6)</b>		5,9 (1)	0 (0)	
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor ≥ 20)	<b>7,9 (6)</b>	<b>2,8 (2)</b>		0 (0)	11,8 (2)	
Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (%)	<b>68,4 (52)</b>	<b>38,2 (29)</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	70,8 (12)	58,8 (10)	p = 0,360
AUDITi skoor (keskmine ± standardviga SE)	<b>12,3 ± 0,5</b>	<b>7,5 ± 0,5 ( )</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	10,4 ± 0,6	13,2 ± 1,4	p = 0,065
AUDITi alaskoorid (keskmine ± SE)						
Alkoholitarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1–3 skooride summa)	<b>6,0 ± 0,2</b>	<b>4,5 ± 0,3</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	5,8 ± 0,3	5,8 ± 0,5	p = 1,000
Võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4–6 skooride summa)	<b>1,7 ± 0,2</b>	<b>0,7 ± 0,1</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	0,9 ± 0,3	1,7 ± 0,6	p = 0,274
Kahjustav alkoholitarvitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7–10 skooride summa)	<b>4,6 ± 0,3</b>	<b>2,4 ± 0,3</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>3,7 ± 0,5</b>	<b>5,7 ± 0,5</b>	<b>p = 0,007</b>
Tervisega seotud elukvaliteet (keskmine ± SE)						
Kehaline seisund	84,9 ± 2,3	89,3 ± 1,6	p = 0,113	84,7 ± 4,5	82,7 ± 5,4	p = 0,771
Kehalised piirangud igapäevaelus	<b>67,6 ± 4,4</b>	<b>79,9 ± 3,8</b>	<b>p = 0,034</b>	73,5 ± 9,5	75,0 ± 10,5	p = 0,918
Valu	<b>63,9 ± 3,2</b>	<b>74,4 ± 2,4</b>	<b>p = 0,009</b>	67,2 ± 6,8	63,4 ± 7,8	p = 0,714
Üldine tervises seisund	54,8 ± 2,4	60,7 ± 2,2	p = 0,071	59,1 ± 4,3	55,9 ± 4,7	p = 0,613
Kehalise tervise komponendi üldskoor	<b>68,3 ± 2,5</b>	<b>76,1 ± 2,0</b>	<b>p = 0,016</b>	71,4 ± 5,3	69,2 ± 6,5	p = 0,218
Emotsionaalsed piirangud igapäevaelus	67,6 ± 4,8	75,9 ± 4,0	p = 0,184	64,7 ± 9,7	62,8 ± 11,0	p = 0,895
Vitaalsus	55,3 ± 2,1	60,6 ± 2,1	p = 0,082	57,4 ± 4,6	55,9 ± 5,1	p = 0,831
Vaimne heaolu	72,3 ± 2,1	76,0 ± 1,7	p = 0,166	72,9 ± 4,8	69,9 ± 4,5	p = 0,646
Sotsiaalne toimetulek	77,3 ± 2,6	82,9 ± 2,1	p = 0,093	83,8 ± 5,5	80,2 ± 5,8	p = 0,649
Vaimse tervise komponendi üldskoor	68,2 ± 2,5	73,9 ± 2,0	p = 0,068	69,7 ± 5,3	67,2 ± 5,4	p = 0,738
Suitsetamine, %			p = 0,742			p = 1,000
Mittesuitsetaja (sh endine suitsetaja)	56,6 (43)	60,5 (46)		41,2 (7)	41,2 (7)	
Suitsetaja	43,4 (33)	39,5 (30)		58,8 (10)	58,8 (10)	
Kehamassiindeks, %			p = 0,685			p = 0,913
< 25,0	46,1 (35)	50,0 (38)		35,3 (6)	35,3 (6)	
25,0–29,9	36,8 (28)	30,0 (23)		35,3 (6)	29,4 (5)	
≥ 30,0	17,1 (13)	19,7 (15)		29,4 (5)	35,3 (6)	
Vööümbermõõt ≥ 88 cm naistel ja ≥ 102 meestel (%)	32,9 (25)	26,3 (20)	p = 0,478	35,3 (6)	35,3 (6)	p = 1,000
Arteriaalne vererõhk ≥ 130 / ≥ 85 mm Hg (%)	51,3 (39)	47,9 (36)	p = 0,411	64,7 (11)	64,7 (11)	p = 1,000
Tühja kõhu veresuhkur ≥ 5,6 mmol/l (%)	41,3 (31)	43,3 (33)	p = 0,856	41,1 (7)	41,1 (7)	p = 1,000

komponentide üldskooride muutuste vaheliste seoste selgitamiseks kasutati lineaarset regressioonianalüüsi. Andmete analüüsiks kasutati tarkvarapaketti SPSS Windows 23.0.

### TULEMUSED

Uuringu esimeses etapis leiti tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor  $\geq 8$ ) 133 patsiendil, kellest jätku-uuringus osales 93 ehk 69,9%. Jätku-uuringus osalenud olid võrreldes teistkordsest hindamisest loobunudega oluliselt vanemad ( $p < 0,01$ ), nende hulgas oli vähem suitsetajaid ( $p < 0,05$ ) ning oluliselt enam neid, kellel oli diagnoositud vähemalt üks krooniline haigus. Muude uuritavaid kirjeldavate tegurite puhul olulisi erinevusi ei ilmnenud. Jätku-uuringus osalenute ning mitteosalenute võrdlus on esitatud tabelis 1. Jätku-uuringust loobunud patsientidest oli 24 asunud välismaale tööle, vahetanud perearsti või jäänud aasta jooksul ilma ravikindlustusest. 12 uuritavat ei soovinud enam teistkordsele hindamisel osaleda ning 4 juhul ei saadud uuritavaga enam kontakti. Uuritavad, kes ei soovinud teistkordsele visiidile tulla, olid valdavalt mehed (92%), 18–44 aasta vanused, neist pooled olid

suitsetajad ning 40%-l oli diagnoositud vähemalt üks krooniline haigus.

Aasta hiljem kordusvisiidil mõõdetud tulemustest selgus, et 76 uuritaval (81,7%) olid võrreldes nõustamiseelse hindamisega oluliselt vähenenud kõik alkoholitarvitamist kirjeldavate näitajate väärtused, s.o AUDITi üldskoori ja kõigi alaskooride väärtused, samuti oli nende hulgas oluliselt vähenenud nende osakaal, kes tarvitasid korraga 6 või enam annust ( $p < 0,001$ ). Uuritavate hulgas, kellel AUDITi üldskoor uuringuperioodi lõpuks ei muutunud ( $n = 1$ ) või suurenes ( $n = 16$ ), kasvas oluliselt tervist kahjustavat alkoholitarvitamist ja probleeme igapäevaelus kirjeldava alaskoori keskmine väärtus ( $p < 0,01$ ) ning mõningal määral ka sõltuvusele viitava alaskoori keskmine väärtus. Tarvitatava alkoholi kogust ja tarvitamise sagedust kirjeldava alaskoori keskmistes väärtustes muutusi ei ilmnenud (vt tabel 2). Uuritavate hulgas, kellel AUDITi üldskoor vähenes, oli uuringu alguses enam mittersuitsetajaid, normkaalulisi ning normaalse vererõhuga isikuid, kuid võrreldes uuritavatega, kelle alkoholitarvitamine uuringuperioodi jooksul ei vähenenud või suurenes, ei olnud erinevused statistiliselt olulised.

**Tabel 3.** Nõustamiseelse ja -järgse AUDITi skoori muutuse seos elukvaliteedi kehalise ja vaimse tervise komponentide üldskooride muutusega pärast nõustamist

Kehalise tervise komponendi nõustamisjärgse ja -eelse üldskooride vahe standardimata regressioonikordajad B (95% usaldusvahemik, uv), standarditud regressioonikordajad $\beta$ ja p-väärtused*			
Sõltumatud tunnused	Standardimata regressioonikordaja B (95% uv)	Standarditud regressioonikordaja $\beta$	p-väärtus
AUDITi skoori erinevus <sup>1</sup>	<b>0,87 (0,08–1,65)</b>	<b>0,24</b>	<b>0,03</b>
Vanus <sup>1</sup>	-0,11 (-0,37–0,16)	0,08	0,43
Sugu <sup>2</sup>	4,44 (-4,87–13,74)	0,10	0,35
Kroonilise haiguse olemasolu <sup>2</sup>	-0,77 (-8,63–7,09)	0,02	0,85
Vaimse tervise komponendi nõustamisjärgse ja -eelse üldskooride vahe standardimata regressioonikordajad B (95% usaldusvahemik uv), standarditud regressioonikordajad $\beta$ ja p-väärtused*			
Sõltumatud tunnused	Standardimata regressioonikordaja B (95% uv)	Standarditud regressioonikordaja $\beta$	p-väärtus
AUDITi skoori erinevus <sup>1</sup>	0,60 (-0,34–1,55)	0,14	0,21
Vanus <sup>1</sup>	-0,02 (-0,31–0,27)	0,02	0,89
Sugu <sup>2</sup>	4,34 (-5,63–14,30)	0,10	0,39
Kroonilise haiguse olemasolu <sup>2</sup>	5,23 (-3,74–14,19)	0,13	0,25

<sup>1</sup> pidev tunnus

<sup>2</sup> nominaaltunnus

\* Statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ) regressioonikordajad on esitatud paksus kirjas.

Uuritavatel, kellel AUDITi skoor uurin-guperioodi lõpuks oli vähenenud, suurenes oluliselt ( $p < 0,05$ ) kehalist tervist kirjeldava komponendi üldskoor. Kõige enam olid vähenenud valu ning kehalised piirangud igapäevaelus. Vaimse tervise valdkondadest olid selles uuritavate rühmas suurenenud kõige enam vitaalsust ning sotsiaalset toime-tulekut kirjeldavate valdkondade skoorid, samuti vaimse tervise komponendi üldskoor, kuid nende muutuste statistiline olulisus oli piiripealne (vahemikus 0,051–0,099). Uuritavatest, kellel AUDITi skoor vähenes, olid viiel vähenenud ka vööümberrõõd, kolmel KMI ning kolm uuritavat olid uurin-guperioodi lõpuks suitsetamisest loobunud. Neljal uuritaval leiti uuringuperioodi lõpuks, et ka arteriaalne vererõhk oli normi piires (vt tabel 2).

Uuritavate hulgas, kellel AUDITi skoor suurenes või ei muutunud, olid nii kehalist kui ka vaimset tervist kirjeldavate valdkon-dade keskmised skoorid mõnevõrra vähe-nenud, kuid muutused ei olnud statistiliselt olulised. Riskitegurite esinemises selles uuritavate rühmas muutusi ei ilmnunud (vt tabel 2).

Regressioonanalüüsi tulemustest selgus (vt tabel 3), et AUDITi skoori vähenemine uuringuperioodi jooksul mõjutas positiivselt nõustamise eel ja järel hinnatud kehalise tervise komponendi skooride erinevust ning seda seost ei mõjutanud uuritava vanus, sugu ega kroonilise haiguse esinemine. AUDITi skoori muutus ei seostunud vaimse tervise komponendi skoori muutustega. Regressioon-analüüsi kaasati kõik uuritavad ( $n = 93$ ), sõltumata sellest, kas nende AUDITi skoor oli uuringuperioodi jooksul vähenenud, jäänud muutuseti või suurenenud.

## ARUTELU

Uuringu eesmärk oli hinnata, kuidas muutub patsientide alkoholitarvitamine perearsti-keskuses teostatud lühinõustamine järel ning kuidas seostub alkoholitarvitamise muutus patsiendi enda hinnatud elukvaliteediga. Lisaks hinnati, kas alkoholitarvitamise muutus seostub ka riskitegurite esinemissagedusega. Lühinõustamise tulemuslikkust alkoholi liigtarvitavate patsientide hulgas on tõestatud paljudes uuringutes, sealhulgas metaanalüüsid ja süstemaatilistes kirjanduse ülevaadetes (4, 5), ning see leidis kinnitust ka käesolevas, Eestis esimest korda korraldatud uuringus.

Võrreldes mõningate varasemate, teistes riikides tehtud uuringutega on saadud tulemused võrreldavad nii AUDITi skoori muutuse kui ka jätku-uuringu osalusprot-sendi poolest (20–22).

Lisaks selgus, et vähenenud alkoholitarvitamine oli oluliselt seotud patsiendi enda hinnatud kehalise tervisega. Uuringust selgus, et mida enam vähenes nõustamise järel AUDITi skoor, seda positiivsemat mõju avaldas see patsiendi enda hinnatud tervi-sega seotud elukvaliteedi kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoorile, sõltumata patsiendi vanusest, soost ning kroonilise haiguse olemasolust. Kuigi varasemas uuringus on leitud, et alkoholi liigtarvitamine seostub depressiooniga (6), ei seostunud käesolevas uuringus alkoholi-tarvitamise muutus uuritavate vaimse tervise hinnanguga. Põhjus võib olla selles, et jätku-uuringus osalenud patsiendid olid vanemad kui jätku-uuringule mitteilmunud ning neil oli enamasti juba diagnoositud vähemalt üks krooniline haigus. Varasemas uuringus selgus, et nii kõrgem vanus kui ka tervist ohustav alkoholitarvitamine vanemas eas on seotud elukvaliteedi kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoori väiksema väärtusega (15). Seetõttu võib alkoholitarvitamise vähendamine avaldada eeskätt just kehalise tervise enesehinnangu paranemises. Siiski ei saa uuringu tulemuste põhjal alkoholitarvitamise vähendamise positiivset mõju vaimse tervise enesehin-nangule välistada, kuna seose puudumise põhjuseks võib olla suhteliselt väike uuri-tavate arv ning on võimalik, et suurema valimi puhul võib seos muutuda statistiliselt oluliseks (23). See valdkond vajab edasist uurimist.

Varasemates uuringutes on kirjeldatud tervisega seotud elukvaliteedi ja vähenenud alkoholitarvitamise vahelisi seoseid ainult alkoholisõltuvusega patsientide hulgas. Mitmetes uuringutes on leitud, et tervist kahjustav alkoholitarvitamine ja alkoholisõltuvus on seotud halvema elukvaliteediga (13–15) ning alkoholitarvitamise vähenda-mine või alkoholist loobumine parandab oluliselt patsientide vaimset ja füüsilist heaolu (14, 16, 17). Toetudes käesoleva uuringu tulemustele, on tõenäoline, et alko-holitarvitamise vähenemisel lühinõustamise tulemusena on tervist ohustava alkoholitarvitamisega patsientidele samasugune mõju, nagu on alkoholisõltuvusega patsientidele

ravil. See tulemus rõhutab veelgi alkoholi tarvitamise hindamise ja lühinõustamise olulisust perearstisüsteemis.

Lühinõustamise mõju võib aga olla veelgi ulatuslikum, kui lisaks alkoholi tarvitamisele hinnata komplekselt kõiki olulisemaid riskitegureid: uuringust selgus, et lühinõustamise järel ei vähenenud mitte ainult alkoholi tarvitamine, vaid kolm patsienti loobusid ka suitsetamisest, kolmel ülekaalulisel patsiendil vähenes 12 kuu jooksul kehakaal ning viiel vööümbermõõt. Need andmed ei ole siiski piisavad tõestamiseks, et riskitegurite hindamine koos lühinõustamisega võib positiivselt muuta patsiendi eluviisi ning selle hüpoteesi kontrollimiseks oleks vaja mahukamat uuringut.

Uuringul on mitu olulist tugevat külge. Esiteks, uuringu käigus selgitati lisaks alkoholi tarvitamise muutustele lühinõustamise järel ka muutusi nii patsiendi enda kui ka tervishoiutöötaja hinnatud tervisetulemis. Seda valdkonda on seni veel väga vähe uuritud (18) ja saadud tulemused võivad olla selle valdkonna edasiste uuringute lähtekohaks. Kui varasemad Eestis korraldatud uuringud on näidanud, et nii perearstide kui ka patsientide suhtumine alkoholi tarvitamise hindamisse ning lühinõustamisse on valdavalt positiivne ning lihtsasti teostatav (9, 10), siis käesoleva uuringu tulemused kinnitavad testimisest ja lühinõustamisest saadavat kasu. Siiski tuleb uuringu tulemuste tõlgendamisel tähelepanu pöörata asjaolule, et jätku-uuringus osalenud olid võrreldes jätku-uuringust loobunutega oluliselt vanemad ning nende hulgas oli enam kroonilise haigusega inimesi, mistõttu on võimalik, et nooremate ja tervemate uuritavate hulgas võivad tulemused olla erinevad. Kuna aga regressioonanalüüsis võeti arvesse nii vanuse kui ka kroonilise haiguse mõju, on siiski alust arvata, et alkoholi tarvitamise vähenemise ja kehalise tervise enesehinnangu paranemise vahel leitud seos on tõepärane. Uuritavate väikse arvu tõttu ei olnud võimalik analüüsida täiendavalt seoseid uuritavate soo, alkoholi tarvitamise riskitasemete ja muude taustatunnuste alusel.

Tuleb ka silmas pidada, et uuringus ei olnud kontrollrühma, mistõttu ei saa otsest lühinõustamise mõju hinnata. See ei olnud aga ka uuringu esmane eesmärk, kuna lühinõustamise mõju on juba varem arvu kates juhuslikustatud kliinilistes katsetes

kinnitust leidnud ning lühinõustamise tulemuslikkust on tõestanud ka mitmete süstemaatiliste ülevaadete autorid (4, 5). Seetõttu on siiski alust arvata, et lühinõustamisel on oluline osa ka Eesti perearstipraksiste patsientide alkoholi tarvitamise harjumuste muutmisel.

## KOKKUVÕTE

Uuringust selgus, et perearstikeskuses teostatud testimise ja lühinõustamise järel vähenes alkoholi tarvitamine enam kui nelja viiendiku alkoholi liigtarvitavate uuritavate hulgas ning vähenenud alkoholi tarvitamine oli seotud tervisega seotud elukvaliteedi kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoori suurenemisega. Need tulemused kinnitavad veel kord perearsti või -õe lühinõustamise vajalikkust alkoholi liigtarvitavate patsientide hulgas, kuna vähenenud alkoholi tarvitamine toob endaga kaasa ka elukvaliteedi paranemise. Seega on oluline, et alkoholi liigtarvitamise testimine ja liigtarvitavate lühinõustamine eeskätt riskirühmade hulgas muutuks perearstide ja -õdede igapäevase töö lahutamatuks osaks ning selleks tööks oleks tagatud vajalik ressurss nii töötajate koolituse kui ka teenuse rahastamisena.

## TÄNUAVALDUS

Uuringut rahastati Eesti Teadusagentuuri programmi TerVE kaudu Euroopa Regionaalarengu Fondist.

## AUTORITE VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel huvidekonflikt puudub.

## SUMMARY

### Brief alcohol intervention and health-related quality of life among primary health care patients

Kaja Põlluste<sup>1</sup>, Veera Dudanova<sup>2</sup>, Anne Kaldoja<sup>3</sup>, Helve Kansi<sup>4</sup>, Liina Kask<sup>5</sup>, Ivika Oja<sup>6</sup>, Piret Tammist<sup>7</sup>, Margus Lember<sup>1,8</sup>

**Aim.** To investigate whether changes in alcohol consumption (AC) are associated with changes in HRQoL scores among PHC patients with hazardous and harmful drinking habits.

**Methods.** A 12-month follow-up study included 93 adult patients screened positive

<sup>1</sup> Department of Internal Medicine, University of Tartu, Estonia,  
<sup>2</sup> Maardu Centre of Family Medicine, Maardu, Estonia,  
<sup>3</sup> Family Physician Anne Kaldoja Ltd, Rõpina, Estonia,  
<sup>4</sup> Helve Kansi Ltd, Viljandi, Estonia,  
<sup>5</sup> Tartu Kesklinna Centre of Family Medicine Ltd, Tartu, Estonia,  
<sup>6</sup> Ivika Oja Ltd, Laeva, Estonia,  
<sup>7</sup> Family Physician Piret Tammist Ltd, Tallinn, Estonia,  
<sup>8</sup> Internal Medicine Clinic, Tartu University Hospital, Estonia

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

**Keywords:** Hazardous alcohol consumption, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), health-related quality of life, brief alcohol intervention, follow-up study



for an alcohol use disorder, who underwent BI after screening. The main outcome measures were AC (measured by Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT), and physical (PCS) and mental (MCS) component scores of HRQoL (measured by SF-36). Linear regression analysis was used to predict variation in PCS and MCS from the change of the AUDIT score during the follow-up period.

**Results.** At follow-up 12 months later, 81.7% of the study participants demonstrated a significant decrease of average AUDIT score (from 12.3±0.5 to 7.5±0.5,  $p<0.001$ ) and an increase of PCS (from 68.3±2.5 to 76.1±2.0,  $p<0.05$ ). The MCS increased from 68.2±2.5 to 73.9±2.0 ( $p=0.068$ ). Regression analysis showed that the decrease of AUDIT score during follow-up was positively associated with PCS but did not have a significant effect on MCS.

**Conclusion.** Reduced AC proceeding from BI was positively associated with the PCS of HRQoL among PHC patients with hazardous and harmful drinking habits.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Alkoholipoliitika roheline raamat. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2014.
2. Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2015. Tallinn: Eesti Konjunkturiinstituut; 2015.
3. Lai T, Habicht J. Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol Alcohol* 2011;46:200–3.
4. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18: CD004148.
5. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014;49:66–78.

6. Maaros HI, Aluoja A, Kalda R. Alkoholi tarvitamise soelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst* 2010;89:316–22.
7. Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R, Maaros HI, Oona M, Saame I. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2012.
8. 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.
9. Saame I, Glušková N, Viilmann K, Kalda R. Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst* 2011;90:216–24.
10. Kriipsalu I, Glušková N, Tähepõld H. Perearstikeskust külastavad patsiendid soovivad rääkida alkoholi tarvitamise teemal. *Eesti Arst* 2015;94:404–10.
11. Põlluste K, Dudanova V, Kaldjoja A, Kansil H, Kask L, Oja I, Tammist P, Lember M. Alkoholi tarvitamine ja sellega seotud tegurid perearsti poole pöördunud patsientide hulgas. *Eesti Arst* 2016;95:92–8.
12. 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](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1).
13. Mathiesen EF, Nome S, Eiseemann M, et al. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Qual Life Res* 2012;21:1527–36.
14. Levola J, Aalto M, Holopainen A, et al. Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nord J Psychiatry* 2014;68:369–84.
15. Põlluste K, Aart A, Kallikorm R, et al. Adverse lifestyle and health-related quality of life: gender differences in patients with and without chronic conditions. *Scand J Public Health* 2015. pii: 1403494815615763.
16. Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S, et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21:1–17.
17. Daepfen JB, Faouzi M, Sanchez N, et al. Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 2014;49:457–65.
18. Jonas D, Garbutt J, Brown J, et al. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
19. Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *SPINE* 2000;25:3130–9.
20. Tsai YF, Tsai MC, Lin YP, Chen CY. Brief intervention for problem drinkers in a Chinese population: a randomized controlled trial in a hospital setting. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33:95–101.
21. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2010;45:252–7.
22. Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:e8501. doi: 10.1136/bmj.e8501.
23. Hackshaw A, Kirkwood A. Interpreting and reporting clinical trials with results of borderline significance. *BMJ* 2011;343:3340.