

# Teist tüüpi diabeediga haigete ravikuulekust mõjutavad patsiendipoolsed tegurid – kvalitatiivne uuring

Anneli Rätsep – TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool

Teist tüüpi diabeet on krooniline haigus, mis on seotud tõsiste tüsistuste, kaasuvate haiguste ning märkimisväärsete tervishoiuökonomiliste kulu-  
tustega (1). Seoses keskmise eluea pikenedes, tervishoiu arengu ning üha tõhusamate sõel-  
uuringutega ühelt poolt ning riskitegurite osakaalu suurenemisega (väheliikuv elustiil, kahjulikud  
toitumisharjumused, ülekaal, suitsetamine) teiselt poolt (1) prognoositakse aastaks 2015 haiguse  
levimuse kasvu arenenud maades 42% ja arengu-  
maades 170% (2).

Hilistüsistused on diabeedi kulus peamine probleem, seega on ravi eesmärgiks nende vältimine või edasilükkamine (1).

Ravi on tõhus ja vastab eesmärgile, kui patsient ravi järgib, s.t. tarvitab ravimit vastavalt doseeringule ja määratud raviplaanile (3). Ravi võib oluliselt muutuda haiguse vältel, see on enamasti eluaegne, ei taga tervistumist, sõltub suures osas patsiendist ning kogutulemust mõjutab nii dieet, ravimite kasutamine, füüsiline aktiivsus kui ka veresuhkru omakontroll. Patsiendi tervislikul seisundil ja tema käitumismudelil on leitud otsene

seos. Seega peab ravi kavandamises arvestama nii meditsiinilisi kui ka käitumuslikke aspekte (4).

Halb ravikuulekus on ülemaailmne üha suurenev probleem. Uuringud on näidanud, et arenenud maades järgib ravi vaid 50% patsientidest ning arenevates maades on ravi mittejärgivate patsientide osakaal veelgi suurem (5). Maailma Terviseorganisatsioon on loonud tööühma, kes uurib ja töötab välja võimalusi, kuidas parandada ravikuulekust krooniliste haiguste korral (6). 2001. a aruande järgi sõltub ravikuulekus neljast üksteisega tihedalt seotud tegurist: tervishoiusüsteem/-töötajad, haiguse iseloom, ravimid, patsient. Tervishoiusüsteemi all mõeldakse tervishoiupoliitikat, tervishoiukorraldust, meditsiinitöötajate ettevalmistust, ravijuhiste olemasolu, tervishoiuteenuste kättesaadavust. Haiguse iseloomust sõltub, kui palju on haigusest tingitud sümptomid patsiendile tajutavad. Mida enam on väljendunud haigusest tingitud füüsilise puude olemasolu, psühholoogiline mõju ning mõjutatud ametialane toimetulek, seda enam on patsient motiveeritud ravi järgima (7). Ravimite tarvitamine sõltub

manustamise sagedusest, hulgast, kõrvaltoimetest, hinnast, kättesaadavusest. Patsiendist tingitud teguritele ravi järgimises on hakatud üha enam tähelepanu pöörama. Uued biotehnoloogilised saavutused ja ravimeetodid ei saavuta oma eesmärki, kui patsient neid ei järgi (9).

Traditsiooniline ravimudel ignoreerib sageli kroonilise haigusega kaasnevaid emotsionaalseid, hingelisi, sotsiaalseid ja tunnetuslikke aspekte: patsiendi teadmisi, uskumusi, kogemusi ja suhtumist seoses oma haigusega; motivatsiooni raviks, valmisolekut teha oma käitumises vajalikke muutusi (8). Patsiendid teevad sageli iseseisvalt otsuseid selle kohta, kuidas nad ennast ravivad ja milliseid nõuandeid igapäevaelu kohta aktsepteerivad. Otsused sõltuvad nii nende suhtumisest meditsiini üldiselt kui ka arsti-patsiendi suhetest.

**Töö eesmärgiks** oli välja selgitada II tüüpi diabeediga haigete haiguskogemus ja ravi-kuulekuse probleemid Eestis.

### Töö meetodika

Kvalitatiivne uuring tehti fookusgrupi meetodil. Nimetatud meetodikat kasutatakse laialdaselt sotsiaalteadustes, kuid see on viimasel ajal poolehoidu leidnud ka meditsiiniuuringutes. Kvalitatiivse uuringu eesmärgiks ei ole koguda loendatavat materjali, vaid selgitada suhtumist, hinnanguid ja ideid. Rühmavestlus toimub etteantud teemal ning osalejatel on tavaliselt teatud ühised huvid. Vestluse juhendaja ülesanne on arutelu soodustada ja julgustada. Vestluste kestus on 1–1,5 tundi. Uuringu eeliseks on, et üksteisega arvamusi vahetades tekib diskussioon ning see võimaldab saada informatsiooni, mis alati ei ilmne küsimustikele vastates. Vestlus lindistatakse audiokassetile ning kirjutatakse sõna-sõnalt ümber. Sõnad, väljendid ja laused, mis vastavad uuringuküsimusele, kodeeritakse. Koodid liigenduvad alateemadesse ning analüüsi tulemusena tekivad nendest veelgi üldisemad teemad, mis on paljudele uuritavatele ühised. Uusi rühmi kutsutakse vestlusele seni, kuni uut informatsiooni enam ei saada. Tavaliselt on selleks vaja 4–8 gruppi.

Tartu perearstide juures ja Tartu Ülikooli Kliinikumi sisekliinikus ravil olnud sajale järjekorrale II tüüpi suhkruhaigetele saadeti kutsed uuringus osalemiseks. Vastas 30 patsienti ning uuringus nõustus osalema 21. Loobumise põhjuseks olid peamiselt rasked kaasuvad haigused ja liikumispuue ning vestlusaegade sobimatus.

Osalejatest moodustati 5 rühma, millest igaüks kohtus ühel korral. Patsiendid vestlesid omavahel tunnetest ja kogemustest, mis valdasid neid diagnoosi teadasaamisel, raviprobleemidest ja koostööst arstiga.

### Tulemused ja arutelu

Analüüsi tulemusena ilmnedid patsiendi väidetest järgmised üldistatud teemad: teadmised, ravi järgimine, suhted arstiga, suhtumine haigusse. Järgnevalt on käsitletud teemasid lähemalt ning välja on toodud ka patsientide enda vabalt avaldatud arvamused.

### Teadmised

Ilmnes, et patsientide teadmised oma haiguse kulu, tüsistuste ja ravi eesmärkide kohta on sageli puudulikud: "*...tüsistuste suhtes ei anna omal midagi ära teha*"; "*...halvaa on magus, aga suhkruainet on temas vähe*"; "*...vähe informatsiooni, vähehaaval olen ise avastanud*"; "*...arstid ei ütle midagi, veresuhkur on kõrge ja kõik*".

Ühelt poolt on siin tegemist puuduliku informatsiooni jagamisega, kuid teiselt poolt on see tagasiside arstidele, kui palju jagatud informatsioonist tegelikult patsiendini jõuab.

Patsientides tekitab segadust, kui nad saavad konfliktset informatsiooni erinevatelt arstidelt, kaob julgus küsida üle, tekib küsimus, keda uskuda. Kui ei ole piisavalt teadmisi tüsistuste kohta, ei usuta, kui erinevad spetsialistid põhjendavad kõiki kaebusi ja sümptomeid diabeediga. Patsiendil tekib tunne, et temasse ei suhtuta piisava tähelepanuga.

### Ravi järgimine

Ise ei taheta võtta vastutust oma haiguse üle: "*Haigust mõjutab ühiskond...*", "*Oma probleemid*

*panen ma Jumala peale...". Ravi järgimine või mittejärgimine ei ole patsiendile tajutav, seetõttu tehakse järeleandmisi: "Ise ei pööra sellele [haigusele] nii palju tähelepanu, ega ta midagi erilist tunda ei anna." Kuna ravi on pikaajaline, siis järjepidevuses tekib enamasti probleeme: "Dieeti ma ei pea, sünnin, kuidas juhtub..."; "Oh, vahel on tablett mitu nädalat võtmata"; "Vaatan homme, kuidas veresuhkur ilma dieedita on, kui jälle ehmatustuleb, siis võtan rohtu."*

Meie patsientidele on väga tähtis siiski millelegi toetuda, millessegi uskuda. Mitmes rühmas toodi välja erinevaid ravimtaimede kombinatsioone, mida keegi kasutab ja tõhusaks peab, näiteks sibulakoored, türgi oakaunade leotis, tillitee, karulauk jne.

### **Suhted arstiga**

Sageli ei ole suhetes arstiga probleeme: "*Nad on küllalgi sellised arusaajad inimesed.*" Ilmnes ka teisi kitsaskohti, toodi välja, et arsti ees on hirm: "*Aga kas see on nii hull, kui läheb üle 10 [veresuhkur], vaat seda ei julge ma oma arsti käest küsida.*" Mainiti, et vahel on arst kritiseeriv, eriti kui patsiendi seisund ei ole kompensatsioonis. Selline suhtumine halvendab patsientide arvates koostööd.

### **Suhtumine haigusesse**

Jällegi, vabanedes vastutusest, suhtutakse haigusesse fatalistikult: "*Ega siis keegi igavesti ela, kas sa sured suhkrust või millestki muust, ära sured niikuinii.*" Lähtuvalt sümptomatoloogiast ei peeta diabeeti nii tõsiseks haiguseks, kui mõnd teist: "*...eesnääre häirib palju rohkem ... pärast tuled opilt pudel taskus, võib-olla ei saa urineeridagi*". Sageli domineerib üksikõikne suhtumine haigusesse, see ei ole osa patsiendi elustiilist.

Uuringus osalenud patsientide intervjuude analüüsi tulemusena võib öelda, et patsiendid ei ole piisavalt teavitatud oma haigusest. Selle uuringu põhjal ei ole võimalik kindlaks teha, kas informatsiooni on jagatud või mitte, kuid patsiendi seisukohast lähtudes tunnevad nad selles

vajakajäämisi. See võib olla tingitud valikulisest info vastuvõtmisest. Kui patsient ei tunnista oma haigust ega vastuta haiguse ravi eest, ei pea ta jagatud informatsiooni enda jaoks nii oluliseks. Teisest aspektist on info omandamisel oluline tähtsus, kuidas seda on edastatud, s.t milline on arsti suhtlemisviis ja võime arvestada iga patsiendi omapära. Kui arsti ja patsiendi vahel on usalduslik kontakt, julgub patsient avaldada oma arvamust või küsida ning arst mõistab paremini, milline on patsiendi arusaam oma haigusest ja ootused ravi suhtes.

Uuringust selgub, et otsused, mida patsiendid teevad oma haiguse ravi osas, ei ole kooskõlas raviplaaniga, mille arst on koostanud. Esineb juhtumeid, kus jäetakse võtmata ravimid ega jälgita toitumisenõuandeid.

1950. aastatel töötasid USA sotsiaalpsühholoogid välja tervisega seotud uskumuste mudeli (*Health Belief Model*). See on psühholoogiline mudel, kus lähtuvalt isiku uskumustest ja hoiakutest selgitatakse, kuidas kujuneb inimese tervise- ja haiguskäitumine. Inimene usub, et haigus mõjutab teda, kui tal on tajutavad sümptomid või teadmine, et haigus on tõsine või haiguse ravimata jätmise mõjub nii tervisele kui ka sotsiaalsele toimetulekule. Patsient pooldab ravi, kui ta usub, et raviga tema tervislik seisund paraneb. Eeldatavad haiguse ravi negatiivsed tagajärjed on häirivad, kui see nõuab füüsilist, psühholoogilist või majanduslikku ressursi (7).

Uuringust selgub, et osal uuritavatest on teave puudulik, haigust ei peeta raskeks, haiguse sümptomid on vähesed või puuduvad, seetõttu ei ole patsiendi panus ravi protsessi piisav. Diabeedi ravi tulemuslikkus tüsistuste vältimisel võib ilmnedas alles aastate pärast, seega on raske leida motivatsiooni ravi järgimiseks praegusel ajahetkel.

Millest tulevad siis erinevused arstide püüdluste ja tegeliku olukorra vahel? Vastutuse delegerimine patsiendile ei ole lihtsalt patsiendi seadmine fakti ette, et nüüd on ravi järgimine ainult tema enda mure. Probleem on ilmselt laiem ja selle juured

ulatuvad juba meditsiinitöötajate koolitamisse. Õpetus ravist rajaneb peamiselt ägeda haiguse mudelil, mis keskendub haigusest paranemisele, ravikuuri lühikesele ja ajutisele kestusele ja esinevatele sümptomitele, mitte patsiendile. Teadmised on meditsiinitöötajatel, arvestamata jäetakse patsiendi kogemus, uskumused ja tema individuaalsus (6). Me oleme omandanud head teadmised haiguste etiopatogeneesist, diagnostikast ja ravist. Kuidas aga teha ravi vajalikkus selgeks patsiendile, kaasata teda raviprotsessi, motiveerida ja juhendada, jagada vastutust, sellega saab igaüks hakkama vastavalt oma sisetundele.

Tegelikult peaks patsient olema oma haiguse suurim ekspert ja ravi korraldaja, kuid see toimub meditsiinitöötaja juhendamisel ja õpetamisel.

Sellise partnerluse kaudu töötatakse välja strateegiad, mis annavad patsiendile parima võimaluse kontrollida oma haigust ja vähendada kroonilise haiguse füüsilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid ning majanduslikke tagajärgi. Selleks on vajalik muuta haiguse ja ravi käsitlust nii patsiendi kui ka arsti tasandil. Patsiendi ettevalmistus efektiivseks eneseabiks toimetulekul kroonilise haigusega sõltub patsiendi õpetusprogrammide olemasolust ja nende rakendamisest ning patsiendi oma jõu kasutamisest, mis põhineb isiku võimel muuta oma käitumismalle. Arsti ettevalmistus edukaks koostööks patsiendiga eeldab põhjalikumat koolitust suhtlemis- ja õpetamisoskustes (10).

Anneli.Ratsep@kliinikum.ee

#### Kirjandus

1. van den Arend IJ, Stolk RP. Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Educ Couns* 2000;40:187-94.
2. Venkat Narayan KM. Diabetes. *Res Clin Pract* 2000;50:77-84.
3. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids* 1997;11:65-70.
4. Anderson R, Kirk L. Methods of improving patient compliance in chronic disease states. *Arch Intern Med* 1982;142:1673-5.
5. Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. (Article on - CD ROM 2001 issue 1). Oxford: The Cochrane Library; 2000.
6. Adherence to long-term therapies: policy for action. WHO, Meeting Report. June 4-5, 2001.
7. Becker M, Thorofare NJ. The Health belief model and personal health behavior. 1974.
8. Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diab Educ* 1995;21:308-12.
9. Beckles GL, Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH, Aubert RE, Williamson DF. Population based assessment of the level of care among adults with diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 1998;21:1432-8.
10. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ* 2000;320;26:572-5.