



Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsiendi nõustamine

Metoodiline juhendmaterjal
tuberkuloosi raviasutuste
meditsiini- ja sotsiaaltöötajatele ja
teistele tervishoiutöötajatele



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Alkoholi liigtarvitamise varajane
avastamine ja
patsiendi nõustamine

**Metoodiline juhendmaterjal
tuberkuloosi raviasutuste meditsiini- ja
sotsiaaltöötajatele ja teistele
tervishoiutöötajatele**

Käesoleva materjali aluseks on metoodiline juhendmaterjal „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises“ (Tervise Arengu Instituut, 2011), mille on koostanud Heli Tähepõld, Madis Veskimägi, Ruth Kalda, Heidi-Ingrid Maaroos ja Marje Oona (Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetool / Tartu Ülikooli arstiteaduskonna polikliinik) ning Iisi Saame (Tervise Arengu Instituut).

Tuberkuloosi raviasutuste jaoks kohandanud Piret Viiklepp, Tervise Arengu Instituut
Sotsiaalsete mõjurite peatüki koostasid Sarah Simpson (WHO Euroopa terviseinvesteeringute- ja arengubüroo Veneetsias) ja prof Chris Bentley (vabakutseline konsultant)
Sõltuvusravi peatüki koostas Teelia Rolko, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Psühhiaatrikliinik

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2012. a.
Igasugune materjali reprodutseerimine ja levitamine on keelatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Kirjastanud: Atlex AS
ISBN 978-9949-461-23-3 (trükis)
ISBN 978-9949-461-24-0 (pdf)
Tasuta jagamiseks

Sisukord

1. Sissejuhatus	4
1.1. Mõisted	6
2. Alkoholi tarvitamine ja selle mõjud	8
2.1. Alkoholi toime organismile	9
2.2. Alkoholi tarvitamise tavad Eestis	9
2.3. Alkoholi tarvitamine alaealiste hulgas	10
3. Sotsiaalsete mõjurite ja alkoholi tarvitamise koosmõjud	10
3.1. Riskigruppide erinevused	10
3.2. Riskide kuhjumine ja kahjud	10
3.3. Erinevus kahjude vähendamisel	11
4. Alkoholist tingitud kahjud	11
4.1. Haigestumus ja suremus	11
4.2. Sotsiaalmajanduslikust seisundist tulenev tervisenäitajate erinevus	12
4.3. Sotsiaalmajanduslikud tagajärjed	12
4.4. Alkoholi tarvitamine ja teised terviseprobleemid	13
5. Alkoholi tarvitamise kui terviseriski hindamine	14
5.1. Patsiendid, kellele soovitatakse hinnata alkoholi tarvitamist	14
5.2. Patsientide erinevad ligipääsuvõimalused arstiabile	15
5.3. Alkoholi tarvitamisega seotud riskide hindamine	15
5.4. Alkoholi tarvitamise riskipiirid	16
5.5. AUDIT test	16
5.6. AUDIT testi läbiviimine	17
5.7. AUDIT testi tulemuste tõlgendamine ja soovitused nõustamiseks	18
5.8. Sotsiaalse toimetuleku hindamine	18
6. Harjumuste muutumine	19
6.1. Muutuse faasid	19
6.2. Muutuse protsessid	20
6.3. Sotsiaalmajanduslikud ja isiklikud takistused muutumiseks	21
7. Nõustamismeetodid	21
7.1. Nõustamise viis tegevust	22
7.2. Lühinõustamine	23
7.3. Laiendatud nõustamine	24
7.4. Nõustamise abimaterjalid	25
8. Alkoholisõltuvusega patsientide nõustamise ja ravi põhimõtted	26
8.1. Patsiendi põhjalik hindamine	26
8.2. Alkoholisõltuvuse medikamentoosne ravi	28
8.3. Alkoholisõltuvusega patsiendi võõrutusseisundi ravi	29
8.4. Mittemotiveeritud, ravikoostööst keelduv patsient	31
Kokkuvõte	31
Kasutatud kirjandus	32
Lisad	34
Lisa 1. AUDIT test eesti keeles	34
Lisa 2. AUDIT test vene keeles	35
Lisa 3. Enesehinnanguline meeleolu skaala (EMS)	36
Lisa 4. Alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik SADQ	37
Lisa 5. CIWA-Ar – Võõrutusnähtude intensiivsuse hindamise skaala	39
Lisa 6. Alkoholiühikud	41

1. Sissejuhatus


Tervishoiuasutuste töötajate igapäevatöö osaks on patsiendi terviseriskide avastamine ja mõjutamine soodsamas suunas ning nende mõju vähendamisele kaasa aitamine. Üheks oluliseks terviseriskiks on alkoholi liigtarvitamine, mis on laialt levinud. Sellest tulenevad riskid ei piirdu ainult inimestega, kellel on välja kujunenud alkoholisõltuvus. Alkoholi liigtarvitamine on paljude haiguste riskiteguriks ning selle varajane väljaselgitamine ja nõustamine on tervishoiutöötajate – arstide, õdede ja tervishoiu sotsiaaltöötajate – igapäevatöö vajalik valdkond. Saab ju iga terviserisk alguse väikesest hälbest, mis aastate jooksul suureneb. Kui alkoholist tingitud terviserisk võimalikult vara avastada, võib asjatundlik nõustamine suure tõenäosusega aidata muuta patsiendi edasist elukäiku ja vältida alkoholist tingitud haiguste teket.

Alkoholi tarvitamine on vahelüli sotsiaalsete riskitegurite ning tervise- ja sotsiaalmajanduslike näitajate põhjuslikus ahelas. Sotsiaalseid riskitegureid ja sotsiaalmajanduslikke näitajaid tuleb arvestada alkoholi mõju hindamisel, kuna madalama sotsiaalmajandusliku seisundiga inimestel esineb tõsisemaid tervisekahjustusi sõltumata alkoholi tarvitamise riskitasemest. Tagajärjeks võivad olla kroonilised ja ägedad haigused. Ravi planeerimisel ja läbiviimisel tuleb arvesse võtta selliseid võimalikke tegureid nagu sissetuleku kaotus, töötus, tõrjutus, takistused sotsiaalteenuste ja -toetuste saamisel, näiteks vähene teadlikkus toetustest ja teenustest ning nende taotlemise viisidest.

Eelnimetatud asjaolusid tuleb arvestada kogu ravi vältel. Nii tuleb anamneesi kogumisel ja võimalike haiguste väljaselgitamisel aidata patsiendil ületada häbimärgistatuse ja tõrjutuse tunnet, püüda tõsta tema enesehinnangut ning ootusi ravi suhtes. Riskitegureid hinnates tuleb silmas pidada nii soost, vanusest, kultuurilisest ja sotsiaalmajanduslikust seisundist kui ka alatoitumusest tulenevaid riske. Alkoholi tarvitamisega seotud riskide hindamisel on oluline pöörata tähelepanu tarvitatava alkoholi kogusele, joomisharjumustele ja olukorrale, milles leiab aset alkoholi tarvitamine, kuid ka näiteks sellele, kas patsient tarvitab alkoholi surrogaate ja omavalmistatud alkoholi. Riskitegurite hindamisel tuleb arvesse võtta ka teisi terviseriske, nagu nt tahtmatud vigastused, HIV/AIDS, kokkupuude tuberkuloosiga (TB) või varasem tuberkuloosi põdemine. Ravi läbiviimisel mängib olulist rolli patsiendi ravisoostumus ja ravi vajalikkuse mõistmine, tema ligipääs käitumise muutmist toetavatele meetmetele, alatoitumus või väärtoitumus.

Tuberkuloosi haigestumus on Eestis viimasel kümnel aastal pidevalt vähenenud. 2010. ja 2011. aastal jäi TB esmahaigestumus alla 20 juhu 100 000 elaniku kohta (49), mis on siiski kolm korda kõrgem kui Põhja-maades (50). Üheks oluliseks põhjuseks, mis takistab tuberkuloosi haigestumise ja nakkuse leviku jätkuvat vähenemist, on see, et paljudel tuberkuloosihaigetel esineb sotsiaalseid probleeme ja nad kuritarvitavad alkoholi. Sellele on juba aastaid korduvalt tähelepanu juhtinud mitmed Eesti ja teiste riikide teadlased. Dr Kai Kliiman on välja toonud oma doktoritöös (2010), et kõige levinum tuberkuloosiravi katkestamise põhjus on alkoholi kuritarvitamine, samas on see ka üks eriti resistentse tuberkuloosi riskiteguritest (51). Eesti tuberkuloosiregistri andmetel on alkoholi kuritarvitajaid TB-haigete seas umbes 40%, kuid see protsent on kõrgem multiravimresistentsete ja tuberkuloosi korduvalt põdevate patsientide seas (52). Sama kõrgele protsendile (10–50%) viitab ka Knut Lönnroth oma 2008. aastal ilmunud ülevaateartiklis, kus ta toob välja, et alkoholi ja tuberkuloosi siduvateks teguriteks on alkoholitarvitajate eluviis ja sotsiaalsed riskitegurid, aga ka alkoholi toksiline toime organismi immuunsüsteemile (53). Alkoholi liigtarvitamisest kui tuberkuloosiga seotud probleemist on kirjutanud ka prof Heinart Sillastu oma raamatus, mis vaatab tagasi 1980. aastatele (54), ja Mare Tekkel koos kaasautoritega artiklis, mis tutvustab 1990. aastate lõpus ja 2000. aastate alguses toimunud uuringut (55). Alkoholismi probleemile TB-haigete puhul juhtisid samuti tähelepanu Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ja Euroopa haiguste seire ja kontrolli keskuse (ECDC) eksperdid oma tuberkuloositeemalise Eesti visiidi põhjal koostatud raportis (2010). Kõiki eelpool nimetatud asjaolusid arvestades on riikliku tuberkuloosistrateegia üks eesmärke tegelda TB-patsientide sõltuvus- ja sotsiaalsete probleemidega, et parandada TB-haigete ravitulemusi ja vähendada nakkuse levikut ühiskonnas. WHO toetab neid tegevusi jätkuvalt nii rahaliselt kui ka nõuga.

Käesolev metoodiline juhendmaterjal oli algselt välja töötatud kasutamiseks perearstipraksises, kuid seda otsustati täiendada nii, et see arvestaks tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga tegelevate raviasutuste spetsiifikat. Selleks lisati juhendmaterjali tervise sotsiaalseid mõjureid kirjeldav osa ja peatükk sõltuvuse diagnoosimisest ja ravist. Kuigi käesolev juhendmaterjal on mõeldud eeskätt tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga tegelevate raviasutuste arstidele, õdedele ja sotsiaaltöötajatele, võivad seda kasutada kõik tervishoiutöötajad.



Juhendmaterjal on abiks alkoholi liigtarvitamise varajasel avastamisel, patsiendi nõustamisel ja ravi planeerimisel. Sellest leiab praktilisi juhtnööre nii alkoholi tarvitamisest tulenevate riskide hindamiseks kui ka patsiendi motiveerimiseks ja nõustamiseks, et ta vähendaks alkoholi tarvitamist. Juhendmaterjalis kirjeldatud meetodika on mõeldud rakendamiseks tervishoiuasutustes ning arvestab sellega, et tervishoiutöötaja vastuvõtuaeg on piiratud ja ta peab seda väga efektiivselt kasutama. Juhendmaterjali koostamisel on tuginedud eri maade kogemustele ning Eestis perearstide ja -õdede osalusel läbi viidud pilootprojektile. Materjal sisaldab ka tänapäeval soovitatavaid mõisteid, mis aitavad selgitada mitmesuguseid alkoholi tarvitamisest tulenevaid riske füüsilisele ja vaimsele tervisele ning võimalusi nende ennetamiseks.

1.1. Mõisted

- **Absoluutne alkohol** – etanool, mis sisaldab maksimaalselt kuni 1 mahuprotsent vett.
- **Alkohol** – alkoholiseaduse kohaselt toidugrupp, mille moodustavad piiritus ja alkohoolsed joogid (1). Alkoholi tarvitamine annab võrreldes valkude ja süsivesikutega suhteliselt palju energiat – toiduenergia sisaldus valkudes ja süsivesikutes on 4 kcal/g, rasvades 9 kcal/g, alkoholis 7 kcal/g (2).
- **Alkoholid keemilise aina** on orgaanilised ühendid. Sellesse rühma kuuluvad: etanool (etüülpiiritus), metanool (puupiiritus), isopropanool (sageli aknapesuvedeliku ja mõnede kosmeetikatarvete koostises) jt.
- **Alkoholiühik** (ingl k *unit*) ehk **alkoholiannus** (ingl k *standard drink*) – alkohoolse joogi kogus, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi.
- **Alkohoolsed joogid** on üle 0,5-mahuprotsendise etanoolisisaldusega õlu ja muud joomiseks mõeldud vedelikud, mille etanoolisisaldus on üle 1,2 mahuprotsendi. Kange alkohoolne jook on etanoolisisaldusega üle 22 mahuprotsendi. Lahja alkohoolne jook on etanoolisisaldusega kuni 22 (kaasa arvatud) mahuprotsenti. Vähesese etanoolisisaldusega alkohoolne jook on etanoolisisaldusega kuni 6 (kaasa arvatud) mahuprotsenti (1).
- **Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine** (ingl k *binge drinking*) – alkoholi tarvitamise episood, mis põhjustab purjujäämist. See määratakse kindlaks alkoholiannustega, mis ületavad kokkuleppelist annuste piiri ühekordse alkoholi tarvitamise puhul (3).
- **Etüülalkohol** (etanool) – läbipaistev, kergesti lenduv ja kergesti põlev (oksüdeeruv) vedelik. Etüülalkoholil on kerge spetsiifiline lõhn. Seguneb veega igas vahekorras. Etanooli keemiline valem on C_2H_5OH . Etüülalkoholi saadakse kahel viisil: 1) põllumajandusliku päritoluga toorainest (teravili, kartul, suhkruroog) kääritamisel (fermenteerimisel), 2) etüleenist keemilisel sünteesil. Järgneval töötlemisel (destilleerimisel) saadakse kontsentreeritud alkoholilahus, mille kangus algab 96 mahuprotsendist. Etüülalkohol on oluline aine keemiatööstuses (lahusti, orgaaniliste ainete süntees). Tööstuses kasutatakse denatureeritud etanooli, mis on metanooli, benseeni või propanooli lisamisega muudetud joogiks kõlbmatuks. Etüülalkohol on laialdaselt kasutatav joovet tekitav komponent alkohoolsetes jookides. (4).
- **Karskus** – olukord, kus inimene ei tarvi alkohoolseid jooke, puuduvad võimalikust varasemast alkoholi tarvitamisest tingitud probleemid ning alkoholisõltuvus (6).
- **Kuritarvitamine** (F10.1) – alkoholi tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline (hepatiit, polüneuropaatia jms) või psüühiline (episoodilised depressiivsed häired jms) (7, 8).
- **Lühiajaline sekkumine** (ingl k *brief intervention, BI*) – lühikese kestusega (5–30 minutit) struktureeritud teraapia, mida tervishoiutöötaja saab kasutada selleks, et aidata patsiendil lõpetada psühhoaktiivsete ainete tarvitamine või seda vähendada. Lühiajalist sekkumist võib kasutada ka teiste, eluviisiga seotud probleemide puhul (5).
- **Madala riskiga alkoholi tarvitamine** – alkohoolse joogi tarvitamine kogustes, mille puhul tervisekahju ja alkoholisõltuvuse tekke tõenäosus on väike (5).
- **Ohustav alkoholi tarvitamine** (ingl k *hazardous alcohol consumption*) – alkoholi tarvitamine kogustes, mille puhul suureneb risk nii kahjulike mõjude avaldamiseks inimese vaimsele või füüsilisele tervisele kui ka sotsiaalsete probleemide tekkeks (5).
- **Piiritus** – põllumajandusliku päritoluga toorainest kääritamisel ja sellele järgneval töötlemisel saadud vedelik kangusega alates 96 mahuprotsendist (1).
- **Psühhoootiline häire** – häire, mis tekib tavaliselt psühhoaktiivse aine tarvitamise ajal või vahetult selle järel ning millele on iseloomulikud elavad hallutsinatsioonid, tajumishäired, luulumõtted, psühhomotoorsed häired (rahusus või stuupor), patoloogiline afekt, mille intensiivsus võib ulatuda hirmust ekstaasini (7,8).

- **Sõltuvus** (F10.2) – somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete sümptomite kompleks, mille korral alkoholi tarvitamine muutub patsiendi jaoks olulisemaks kui teised käitumisviisid, mis varem olid tähtsamad (7,8).
- **Tervise sotsiaalsed mõjurid** (ehk determinandid) – inimese tervist mõjutavad majanduslikud ja sotsiaalsed tingimused. Need ei ole niivõrd individuaalsed, kuivõrd ühiskonnast tingitud tegurid, mis suurendavad või vähendavad haigestumise riski ja ravi tulemuslikkust.
- **Tervist kahjustav alkoholi tarvitamine** (ingl k *harmful alcohol consumption*) – alkoholi tarvitamine kogustes, mis kahjustab inimese vaimset või füüsilist tervist ja millega võib kaasuda sotsiaalsete probleemide teke (5). RHK-10 klassifikatsioonis vastab sellele määratlusele diagnoosikood „F10.1. Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired: alkoholi kuritarvitamine“ (ingl k *Mental and behavioural disorders due to use of alcohol: harmful use*).
- **Tugev alkoholi tarvitamine** (ingl k *heavy drinking*) – alkoholi tarvitamise viis, mis vastandub mõõdukale alkoholi tarvitamisele. Määratakse enamasti kindlaks alkoholiannustes või -ühikutes, mis ületavad madala riskiga päevase või nädalase alkoholi tarvitamise koguseid (5). Madala riski piiri ületava alkoholi tarvitamise puhul kasutatakse sageli ka mõistet **alkoholi riskitarvitamine** (ingl k *risky drinking*).
- **Varajane avastamine** (ingl k *early identification, EI*) – testi või küsimustiku kasutamine, et teha kindlaks inimesed, kelle alkoholi tarvitamine on ohustav või kahjustav (5).
- **Võõrutusseisund** – eri raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib alkoholi absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui ainet on tarvitatud regulaarselt ja üldjuhul kaua ja/või suurtes annustes (7,8).
- **Äge intoksikatsioon** (F10.0) – mööduv seisund, mis järgneb alkoholi manustamisele ja avaldub häiritud või muutunud somaatilistes, psühholoogilistes või käitumuslikes funktsioonides ja reaktsioonides (7,8).

2. Alkoholi tarvitamine ja selle mõjud

Eestis suurenes perioodil 1996–2008 pidevalt alkoholi tarvitamine ühe elaniku kohta. Eesti Konjunktuuriinstituudi andmetel tarvitasid 2006. aastal Eesti elanikud absoluutses alkoholis mõõdetuna 11,4 liitrit alkohoolseid jooke elaniku kohta, 2007. aastal 12,6 liitrit. Samal aastal oli alkoholi kogutarvitamine Soomes ja Taanis 10,3 l, Rootsis 8,1 l, Norras 6,2 l ja Islandil 5,6 l elaniku kohta 100% alkoholis (9). 2008. aastal tarvitati Eestis puhast alkoholi ühe elaniku kohta 11,9 liitrit (sh ebaseaduslik alkohol, v.a turistide kaasa ostetud ning kohapeal tarvitatud alkohol) (10). See teeb aastas ühe Eestis elava inimese kohta (sh lapsed ja eakad!) kas 30 liitrit viina, 520 pooleliitrit pudelit 4,6%-list õlut või 133 kolmveerandliitrit pudelit 12%-list veini. Järgnevatel aastatel vähenes ostujõu languse tõttu alkoholi tarvitamine, moodustades 2009. aastal 10,2 ja 2010. aastal 9,7 liitrit absoluutset alkoholi elaniku kohta (11). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul põhjustab üle 6 liitri absoluutalkoholi tarvitamine ühe elaniku kohta aastas tõsist kahju rahva tervisele (3).

Inimesed ei pruugi õigesti hinnata, kui palju nad alkoholi joovad. Kuigi alkoholi tarvitamine on Eestis aasta-aastalt kasvanud, on suurenenud ka nende inimeste hulk, kes arvavad, et nad tarvitavad vähe alkoholi. 76% Eesti elanikest tõdes, et Eestis juuakse palju, kuid enda alkoholi tarvitamist hinnati pigem väheseks (58%) või mõõdukaks (25%) (9).

Alkoholi tarvitamist ja selle muutuseid saab hinnata toetudes nii ametlikule statistikale alkoholi tootmise, müügi ja elanike tarbimise kohta (Eesti Konjunktuuriinstituut) kui ka täiskasvanud elanikkonna seas regulaarselt läbiviidavate tervisekäitumise (16–64-aastased) ja terviseuuringute (15–85-aastased) andmetele (12, 13). Uuringutes esitatakse küsimused hindavad alkoholi tarvitamist erinevates soo- ja vanusegruppides. Noorukite alkoholi tarvitamist kajastavad rahvusvahelised uuringud (14, 15) ja mitmed uurimistööd (16).

2003.–2005. aastal viidi Eestis läbi uuring alkoholi tarvitamise kohta perearsti külastavate patsientide hulgas (17), mille andmed avaldati aastal 2010. Uuring näitas, et 18–75-aastaste patsientide hulgas avastati tervist kahjustav alkoholi tarvitamine igal kümnendal uuringus osalenud patsiendil. Karskust esines 13%-l uuritutest, seejuures polnud erinevust meeste ja naiste vahel. Kusjuures mehed tarvitasid alkoholi mitu korda sagedamini kui naised (17). Võrreldes Eesti andmeid sama uuringu tulemustega Ühendkuningriigis, Hispaanias, Portugalis, Sloveenias ja Hollandis selgub, et kõigis vanuse- ja soogruppides esines Eestis karskust kõige vähem (tabel 1). Uuringus osalenud Eesti patsientide tervist kahjustav ja episoodiline alkoholi tarvitamine (mida antud uuringus nimetati probleemseks tarvitamiseks) sarnanes üldiselt teiste maade tulemustega, küll aga esines Eestis rohkem probleemset alkoholi tarvitamist vanemate kui 50-aastaste meeste hulgas (tabel 1).

Tabel 1. Alkoholi tarvitamine perearsti külastanud patsientide hulgas protsentides. Eesti ja viie riigi võrdlusandmed*

Alkoholi tarvitamine	Vanus 18–29 aastat				Vanus 30–49 aastat				Vanus >50 aastat			
	Mehed		Naised		Mehed		Naised		Mehed		Naised	
	Viie riigi keskmine	Eesti	Viie riigi keskmine	Eesti	Viie riigi keskmine	Eesti	Viie riigi keskmine	Eesti	Viie riigi keskmine	Eesti	Viie riigi keskmine	Eesti
Karskus	15	6	30	8	17	9	38	8	21	17	44	28
Madala riskiga tarvitamine	45	57	56	82	57	64	56	87	65	60	53	70
Episoodiline tarvitamine	18	4	8	3	14	8	3	2	7	8	1	1
Tervist kahjustav tarvitamine	22	33	6	7	12	19	3	3	7	15	2	1

* Tabelis 1 kajastatud uuringus kasutati alkoholi tarvitamise riski hindamiseks AUDIT skriiningtesti (vt lisa 1), võttes aluseks järgmisi riskipiire:

Madala riskiga tarvitamine – AUDIT testi punktisumma < 8;

Episoodiline tarvitamine – 6 või enama alkoholiannuse joomine (AUDIT testi kolmas küsimus);

Tervist kahjustav tarvitamine – AUDIT testi punktisumma ≥ 8.

2.1. Alkoholi toime organismile

Alkoholi metabolism toimub põhiliselt maksarakkudes. Tsütoplasmaatilise alkoholi dehüdrogenaasi (ADH) toimel tekib etanoolist atseetaldehüüd, mitokondriaalse aldehüüdi dehüdrogenaasi (ALDH) toimel atseetaldehüüdist atsetaat (äädikhape). Atseetaldehüüd tekib etanoolist ka tsütokroomi (CYP450) toimel. Selle protsessi käigus tekib rohkesti väga reaktiivseid osakesi (18). Hapniku reaktiivsed osakesed ning atseetaldehüüd on kantserogeense toimega (19). Atseetaldehüüd põhjustab ka pohmelust.

Alkohol on otseselt või kaudselt seotud enam kui 60 haigusseisundi või häirega. Alkoholi tarvitamisest tulenevaid terviseriske on käsitletud arvukates uuringutes (3, 20). Nii on leitud, et alkohol on mitmesuguste südame-veresoonkonna haiguste, pahaloomuliste kasvaja, psüühikahäirete, seedeelundkonna jt haiguste riskiteguriks. Suurtes, ligi 50 000 juhuga äkksurmade uuringutes on tõestatud alkoholi eriti suur roll nii meeste kui ka naiste südame äkksurmade tekkes (21). Kuigi on andmeid ka alkoholi positiivsest mõjust kardiovaskulaarse riski vähendamisel, tuleb arvestada, et alkoholi mõju rahvatervisele võib sõltuda ka kultuurilistest iseärasustest. Nii on väidetud, et piirkondades, kus on levinud tugev alkoholi tarvitamine, ületab alkoholi negatiivne mõju selle positiivse mõju (22).

2.2. Alkoholi tarvitamise tavad Eestis

Alkoholi tarvitamise kultuuri Eestis iseloomustab joomine suurtes kogustes eesmärgiga jääda purju. Sellisele tarvitamise viisile on omane tugev seos joomise ning vägivalda, sealhulgas enese vastu suunatud vägivalda vahel. Võrdluseks võib tuua nn kontinentaalse joomiskultuuri, kus alkoholi tarvitamine on valdavalt seotud toidukultuuriga, inimesed tarvitavad alkoholi korraga väiksemas koguses, seos alkoholi tarvitamise ja vägivalda vahel on nõrk ning alkoholist tingitud kahjud väiksemad. Pea iga teine Eestis elav 16–44-aastane mees joob ennast purju kord kuus ja iga viies mees samas vanusegrupis joob end purju iga nädal. Iga kuues naine joob end purju kord kuus. Alkoholi tarvitamine ja purju joomine algab juba noores eas (12, 13). 11–15-aastased Eesti noored on purju joomise sageduselt Euroopa maade võrdluses 3.–4. kohal (14, 15).

Kes ei joo?

Eestis korraldatud uuringud selle kohta, kui palju on alkoholi mittetarvitavaid inimesi, on andnud erinevaid tulemusi. Täiskasvanud rahvastiku (16–64-aastased) tervisekäitumise uuringu (12) andmetel ei olnud viimase 12 kuu jooksul alkoholi üldse tarvinud 7,8% meestest ja 8,7% naistest. Vanusegrupiti on alkoholi mittetarvitajaid rohkem 55–64-aastaste naiste hulgas (13,8%) ning 16–24-aastaste meeste hulgas (10,9%). Eesti Konjunktuuriinstituudi uuringu andmete kohaselt ei tarvinud üldse alkoholi 16% küsitluteest (9).

Kes joovad sageli?

Igapäevane joomine on probleem, mida naiste puhul peaaegu ei esine (igapäevaste tarvitajate osakaal jääb alla 1%). Seevastu 8,4% täiskasvanud meestest tarvitab alkoholi iga päev (12). Nooremate, 16–24-aastaste meeste hulgas esineb igapäevast joomist väga vähe, kuid see suureneb vanuse kasvades. Kõige enam on igapäevaseid alkoholi tarvitajaid keskealiste ja vanemate meeste hulgas vanuses 35–64 eluaastat. Neist omakorda tõuseb esile vanusegrupp 45–54 aastat, kellest igapäevaseid joojaid on 12% (12).

23% täiskasvanud elanikest joob alkoholi paar korda nädalas: seda teeb 13% naistest ja 35% meestest. Kõigis vanuserühmades on inimesi, kes joovad vähemalt mitu korda nädalas. Meeste puhul tõusevad esile 25–44-aastased, kellest tarvitab alkoholi paar korda nädalas ligi pool – 45%. Vanemate meeste seas joomise sagedus üldiselt väheneb. Naiste puhul suureneb mitu korda nädalas joovate inimeste hulk vanuse kasvades, saavutades kõrgeima taseme 35–44-aastaste naiste seas (18%), pärast seda langeb alkoholi tarvitamise sagedus järsult (12).

Nooremad (kuni 34-aastased) ja lahutatud mehed tarvitavad alkoholi kõige sagedamini: 25–34-aastastest lahutatud meestest joob mitu korda nädalas 82%. Naiste puhul on olukord pigem vastupidi: kõige sagedamini joovad abielus naised, nooremast vanusegrupist ka vallalised naised. Nii meeste kui ka naiste puhul joovad sagedamini üksi elavad kuni 25-aastased noored. Sagedast alkoholi tarvitamist esineb rohkem suurema kuusissetulekuga inimeste seas, seda nii meeste kui ka naiste puhul (13). Kõige sagedamini juuakse õlut, mis on 18–29-aastaste meeste seas kõige populaarsem jook. 5% alkoholitavitajatest joob õlut iga päev ning 17% paar korda nädalas. Viina joovad kõige sagedamini 50–64-aastased mehed (9).

2.3. Alkoholi tarvitamine alaealiste hulgas

Vaatamata sellele, et Eestis on seadusega keelatud alkohoolse joogi pakkumine, müümine ja üleandmine alaealisele ning alaealistel ei ole lubatud omada ega tarvitada alkohoolseid jooke, näitavad Eesti noorte hulgas tehtud rahvusvahelised tervisekäitumise uuringud, et alkoholi tarvitamine on noorte hulgas laialt levinud. Noorte joomist ei iseloomusta mitte niivõrd sage joomine, kuivõrd purju joomine, mille sagedus on selgelt tõusmas. Kui 1995. aastal oli vaid 5% noortest viimase kuue kuu jooksul joonud 6–9 korda rohkem kui viis alkoholiannust, siis 2007. aastal oli see näit juba 16%. Tõusmas on ka nende osakaal, kes alustavad alkoholi tarvitamist noorelt: keskmiselt alustatakse alkoholi tarvitamist vanuses 12–13 eluaastat (14). Selles vanuses juuakse end ka esimest korda purju.

11–15-aastaste koolinoorte seas on 76,8% vastanutest vähemalt ühel korral alkoholi tarvitanud ja 41% vastanutest purjus olnud (14). Üha sagedamini joovad end purju noored tüdrukud, mis viitab traditsiooniliste soorollide mõju vähenemisele. Eesti koolide õpilaste seas on purjutajaid rohkem kui vene koolide õpilaste seas (15), eriti suur on erinevus eesti ja vene keelt rääkivate tüdrukute vahel. Alkohoolil on otsene seos kolme noorte seas enamlevinud surmapõhjusega: liiklusõnnetused, tahtmatud vigastused ja tapmised.

Enamik lapsi ei joo end purju mitte kangetest, vaid lahjadest alkohoolsetest jookidest (õlu, siider, segujookid), mida lapsed ise uuringuandmete põhjal alkohooliks ei pea. Enamik noori arvab, et lahjad alkohoolsed joogid on kergesti kättesaadavad, mõnevõrra vähem arvatakse seda kangete jookide kohta. Alkoholi tarvitamine seostub noortel pigem positiivsete tunnetega. Uuringu kohaselt peavad noored ahelsuitsetamist tervisele ohtlikumaks kui igapäevast joomist (15).

3. Sotsiaalsete mõjurite ja alkoholi tarvitamise koosmõjud

3.1. Riskigruppide erinevused

Eri sotsiaalsetesse gruppidesse kuuluvate inimeste vahel on suuri erinevusi alkoholi tarvitamisel ja sellest tingitud kahjudes. Need erinevused võivad sõltuda inimese soost, haridusest, vanusest või sotsiaalmajanduslikust seisundist ja nende peamine põhjus on mitmesuguste riskitegurite kuhjumine. Näiteks kui inimene on ebasoodsas sotsiaalmajanduslikus olukorras, võivad sellisteks teguriteks olla ebapiisav sissetulek, väärtoitumus, kehvad elutingimused ja halb juurdepääs tervishoiuteenustele. Nendel teguritel on oluline ebasoodne mõju inimese füüsilisele ja vaimsele tervisele ning kui sellele olukorrale kaasuvad tervist kahjustavad joomisharjumused, võib kõik kokku soodustada muid tervisekahjustusi, näiteks sagedasi vigastusi või tuberkuloosi nakatumist. Suurem haiguskoormus võib edaspidi põhjustada suuremat vajadust integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele, samas on aga sellises olukorras olevate inimeste jaoks juurdepääs teenustele raskendatud marginaliseerituse, tõrjutuse, majanduslike ja muude takistuste tõttu. (44)

3.2. Riskide kuhjumine ja kahjud

Riskigruppidesse kuuluvad ja madala sotsiaalmajandusliku seisundiga inimesed võivad sattuda sotsiaalsesse või füüsilisse keskkonda, kus on kõrgem risk saada alkoholist tingitud kahjusid. Näiteks võib inimene hakata tarvitama ebaseaduslikku alkoholi, alkoholi aseaineid ja surrogaate. Need on sageli odavamad, mistõttu neid kipuvad eelistama hinnatundlikud, madala sissetulekuga inimesed. Samas põhjustab alkoholi halb kvaliteet suuremat kahju tervisele. Kõige riskantsem on seaduslikult müüdavate, kuid joomiseks mitte mõeldud alkoholi sisaldavate toodete, näiteks tualettvee, süütevedeliku või muude surrogaatide joomine, mispuhul võivad terviseriskid olla pigem seotud saasteainete kui alkoholi endaga. Mürgistuste, tahtmatute vigastuste ja vägivalda riski tõstab ka osalemine grupiviisilistes joomingutes ning joomine ebatavalistes kohtades, nt mahajäetud majades. Sellised olukorrad võivad samuti suurendada kokkupuudet nakkushaigustega, nagu näiteks HIV/AIDS, suguhaigused ja tuberkuloos. (44)

Erinevad joomisharjumused võivad samuti mõjutada alkoholi tarvitamisest tingitud kahju, isegi kui tarvitamise üldine tase võib olla sarnane. Näiteks võib kõrgemasse sotsiaalmajanduslikku gruppi kuuluvatel inimestel tulla rohkem ette olukordi, kus nad joovad vähe või mõõdukalt, sidudes seda söömisega, samas kui madalama sotsiaalmajandusliku staatusega tarvitajatel võib rohkem esineda episoodilist ohustavat alkoholitavitamist. (44)

3.3. Erinevus kahjude vähendamisel

Sotsiaalmajandusliku seisundi erinevused alkoholiga seotud suremuses ei seisne mitte niivõrd alkoholist põhjustatud haiguste erinevas esinemissageduses, kuivõrd taastumis- ja ravivõimalustes. Madalamatesse sotsiaalmajanduslikesse gruppidesse kuuluvatel inimestel, kel on halvem juurdepääs ravi- ja taastusvõimalustele, diagnoositakse haigused tihti hiljem. Neil on ka halvem ligipääs asjakohastele teenustele, kõrgem rahuldamata tervisealaste vajaduste tase ja madalam ravisoostumus. Nad saavad vähem toetust oma käitumise muutmiseks ning sellest tulenevalt surevad nooremas eas. Tervishoiutöötajad peaksid olema neist probleemidest teadlikud ja tegema koostööd teiste kohalike teenusepakkujate ja sotsiaalsüsteemiga selleks, et:

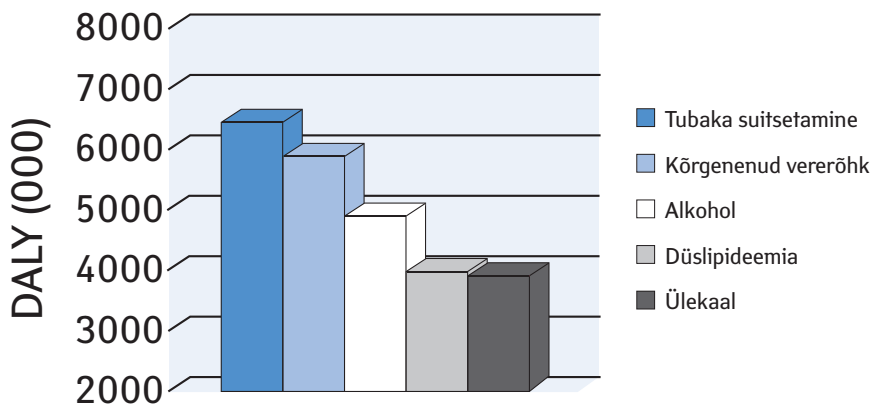
- luua toetav keskkond: vähendada odava alkoholi pakkumist, piirata alkoholireklaami, vähendada müügikohtade arvu ja lühendada nende lahtiolekuaegu, suurendada tervishoiu- ja hoolekandeteenuste kättesaadavust;
- tugevdada kogukonnameetmeid: parandada kohaliku kogukonna teadmisi ja arusaamist riskidest, kahjude vähendamisest ja sellest, kuidas taastuvaid inimesi toetada, aidata välja töötada mitmesuguseid kogukonnapõhiseid toetusvõimalusi (nt anonüümsed alkohoolikud);
- arendada patsientide isiklike oskusi eri eluvaldkondades, sh pakkuda koordineeritud abi rahaliste, töö- hõive, eluaseme-, isiklike ja pereprobleemide lahendamisel, enesekindluse arendamisel ja motivatsiooni tõstmisel. (44)

4. Alkoholist tingitud kahjud

4.1. Haigestumus ja suremus

WHO andmetel on viis kõige olulisemat enneaegse surma ning haigestumise riskitegurit Euroopas järgmised (joonis 1):

- tubaka suitsetamine
- kõrgenenud vererõhk
- alkohol
- düslipideemia ehk vere kolesteroolisisalduse suurenemine
- ülekaal.



Allikas: Maailma Terviseorganisatsioon (2002)

*DALY on enneaegsest suremusest ning haigestumisest tingitud haiguskoormus

Joonis 1. Viis kõige olulisemat enneaegse suremuse ja haigestumise riskitegurit Euroopas

WHO hinnangul on alkohol viis korda mõjukam riskitegur kui diabeet ja astma. Põhjuseid, miks tervishoiutöötajad pööravad alkoholile kui riskitegurile ebapiisavalt tähelepanu, võib olla mitmeid: seda teemat võidakse pidada liiga delikaatseks või arvatakse, et kui patsient seda ise jutuks ei võta, ei pea ka arst seda uurima. Nii on kujunenud tavaks, et palju rohkem aega ja raha kulutatakse üldtunnustatud, kuid alkoholiga võrreldes vähemolulistele riskiteguritele tegelemisele (düsliipideemia ja hüperglükeemia ravi, ülekaal ja toitumisolukord). Siiski näitavad mitmed uuringud (23, 24), et patsiendid suhtuvad positiivselt alkoholi tarvitamise uurimisse ja arstilt soovitude saamisenesse.

Igal aastal sureb Eestis alkoholi tarvitamisega seotud haigustesse 600–700 inimest, kellest üle 500 on mehed. Ligi kolmandiku surmadest põhjustab maksa alkoholitõbi, millele järgnevad alkoholimürgistus ning alkoholist tingitud psüühika- ja käitumishäired. (9)

Kahjud, mida põhjustavad regulaarne alkoholi tarvitamine ja joobeseisund, on Eestis suured. Alkoholi liigtarvitamine tähendab Eestis 46 273 kaotatud eluaastat ja 9,8% rahvastiku tervisekaotust aastas. Meeste arvele langeb 68% alkoholi tõttu kaotatud eluaastatest. Naiste eluaastate kaotus on võrreldes 2002. aastaga suurenenud 5066 eluaasta võrra (25).

Suurim osa alkoholi tõttu kaotatud eluaastatest on seotud haigestumisega südame-veresoonkonna haigustesse ning nendest ja välispõhjustest tingitud surmadega, millele järgnevad seedeelundite haigused, psüühilised haigused ja kasvaja (26).

Võrreldes teiste Euroopa riikidega on Eestis väga suur suremus erinevatesse vigastustesse (nagu enesetapp, mürgistused, liiklusõnnetused, tulesurmad). Ligi 1500 inimest sureb igal aastal alkoholiga seotud vigastustesse. Peaaegu kaks kolmandikku (65%) hukunutest on olnud alkoholijoobes. Tulesurmas hukunutest on alkoholijoobes olnud lausa 88%. Alkoholist põhjustatud vigastustesse surevad ennekõike mehed, kes on oma parimas eas. Meeste suremus ületab naiste oma keskmiselt 3,3 korda, mõnes vanuserühmas isegi kuni 8 korda. (9)

Alkoholisõltuvusega inimestel on suitsiidirisk suurem kui elanikkonna hulgas üldiselt, mistõttu peaksid perearstid neile erilist tähelepanu pöörama ja nendega jätkuvalt ühendust hoidma. Seetõttu on alkoholiprobleemidega inimesed perearsti praksises eritähelpanu ja jätkukontakte vajav rühm. Suitsiidiriski suurendab oluliselt alkoholi liigtarvitamise ja depressiooni koosinemine. Mitmed uuringud on näidanud, et suurem suitsiidi tõttu on sagedasem alkoholi kuritarvitajate hulgas ning et alkoholi kuritarvitajate suhtarv on suitsiidi sooritanute hulgas suurem. Eestis esines alkoholi kuritarvitamist 10%-l suitsiidi sooritanutest ning alkoholisõltuvust 51%-l. Sageli eelneb suitsiidi sooritamisele alkoholi tarvitamine ja sellest tingitud joove (27).

4.2. Sotsiaalmajanduslikust seisundist tulenev tervisenäitajate erinevus

Tervisenäitajate erinevus madalama ja kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste vahel on veelgi suurem kui erinevused alkoholi tarvitamisel. Kõrgeimat staatust omava grupiga võrreldes on madalama sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste alkoholiga seotud haiguskoormus ja suurem sarnase koguse tarvitamise korral kõrgem.

Sotsiaalmajanduslike riskide kuhjumine suurendab aja jooksul ka alkoholi tarvitamisega seotud probleemide riski, mis kaasnevad teiste tervisehäiretega. Alatoitumus ja muud madala sotsiaalmajandusliku staatusega seotud tegurid võivad ebasoodsalt mõjutada alkoholiga seotud terviseprobleeme, nõrgendades immuunsüsteemi. On tuvastatud, et see mõjutab omakorda tuberkuloosi ja HIV/AIDS-i kulgu, kuid ka vigastustest taastumist.

4.3. Sotsiaalmajanduslikud tagajärjed

Sotsiaalmajanduslikust seisundist tulenevalt tekivad erinevused alkoholi tarvitamise koguses ja kvaliteedis, riskide kuhjumises ja tervise seisundis. Tervist kahjustaval alkoholi tarvitamisel võivad aga omakorda olla sotsiaalmajanduslikud tagajärjed, nagu näiteks sissetuleku kaotus, töötus, pere lagunemine ja tõrjutus. Halvustav suhtumine on seoses alkoholismiga laialt levinud ning võib viia marginaliseerumise ja kodutuseni.

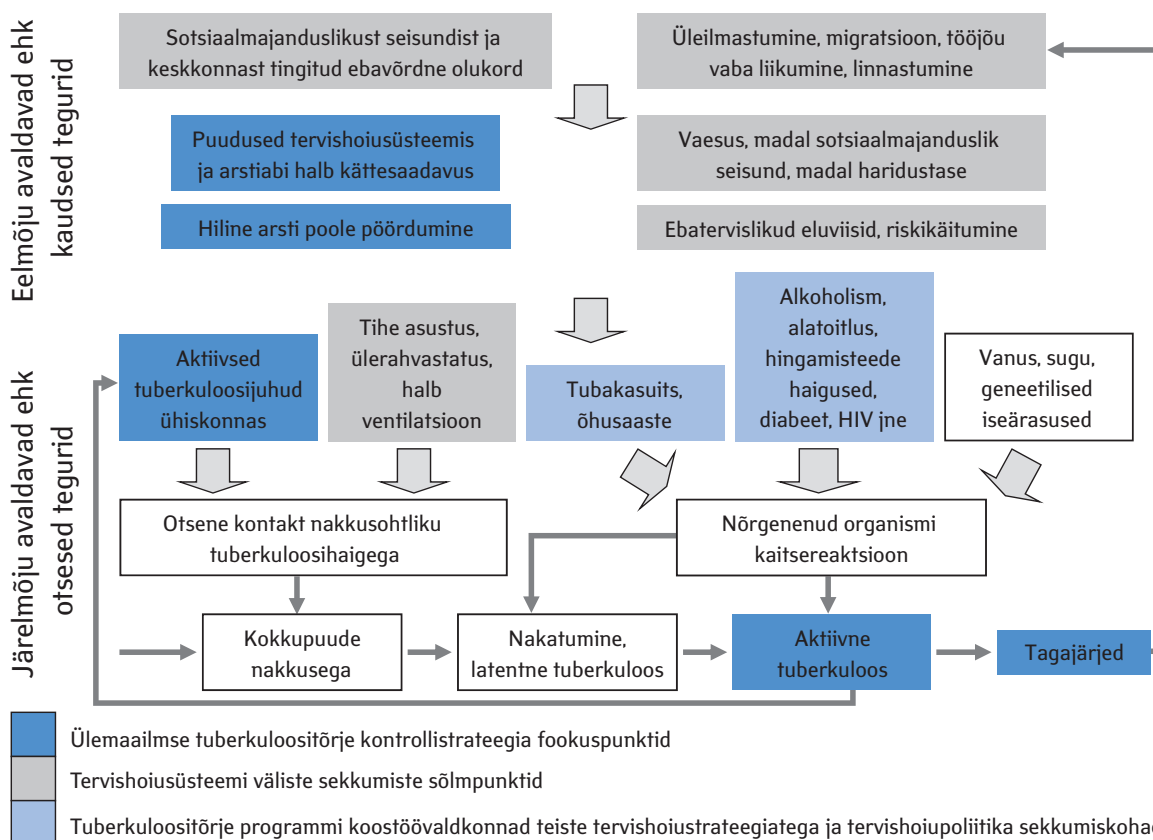
Üheskoos võivad nimetatud tegurid veelgi raskendada juurdepääsu tervishoiu- ja hoolekandeteenustele ning aidata kaasa inimese vaimsele, füüsilisele ja sotsiaalsele allakäigule.

EMORi poolt läbi viidud RISCi uuringu kohaselt (2009) teab Eestis iga teine inimene (52%) mõnda peret, kus on olnud probleeme alkoholi tõttu. Selliselt vastanute hulgas oli teistega võrreldes oluliselt rohkem naisi ja madalapalgalisi, st pereliikme kohta kuni 3500 krooni (223,7 eurot) koos teenivaid inimesi. Tunduvalt vähem oli nende seas mehi ja 15–24-aastaseid noori (28). Paljud alkoholitartvitajate lähedased muretsevad oma pereliikme joomise pärast. 30% meestest tunnistas, et pereliikmed on soovitanud neil vähem alkoholi tarvitada. (28)

4.4. Alkoholi tarvitamine ja teised terviseprobleemid

Arsti ülesanne on ravida patsienti tervikuna, mitte üksnes konkreetseid haigusi ja seisundeid. Kui tege- mist on kehvematest sotsiaalmajanduslikest oludest pärit inimestega, tähendab see erinevate kaasnevate probleemide teadvustamist. Neid punkte, kus erinevad riskitegurid ja mõjurid omavahel kokku puutuvad, on palju. Eelmõju avaldavad ehk inimese sotsiaalmajanduslike tingimuste ja keskkonnaga seotud tegurid on üldlevinud kahjustavad tegurid, mis kaudselt mõjutavad tõenäosust, et inimene võtab omaks alkoholi- luga seotud kahjustava käitumise ning tal võib areneda mõni haigus (joonisel vt TB haigestumise näide). Nende hulgas on ka sellised tegurid, mis raskendavad ligipääsu terviseteenustele. Järelmõju avaldavad ehk otsesed riskitegurid, nagu nt ülerahvastatus, tubaka suitsetamine ja väärtoitumus, nõrgestavad organismi kaitsevõimet, mis omakorda mõjutab nii alkoholiga seotud kahjustuste kui ka teiste haiguste ravitulemusi.

Seetõttu on ülitähtis tervise- ja sotsiaalteenuste osutajate teadlikkus neist olulistest seostest kogu juhtumi- korralduse protsessi jooksul. See hõlmab nii alkoholi tarvitamise kui ka TB skriiningut neil patsientidel, kes kuuluvad mõnda riskigruppi. Kui patsiendil on avastatud TB, siis selle ravimisel tuleb arvestada ravimite ja alkoholi koostoimet. TB diagnoosimise ja raviga tegelevatel raviasutustel, aga ka perearstikeskustel on oluline teha koostööd ka kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatega, et patsient saaks tuge sotsiaalmajan- duslike probleemide lahendamiseks.



Joonis 2. Tuberkuloosiga seotud eel- ja järelmõju avaldavad tegurid ning nendega seotud sekkumiste alguspunktid.

5. Alkoholi tarvitamise kui terviseriski hindamine

Perearst ja tema meeskond on need, kelle poole patsiendid kõigepealt mitmesuguste terviseprobleemidega pöörduvad. Pöördumise põhjuseks võib olla äge haigestumine, kroonilise haiguse jälgimine ja ravi, kaebusteta patsiendi tervisekontroll, skriining, meditsiiniliste dokumentide väljastamine vms. On mõisteta, et perearst suunab oma energia patsiendi probleemi lahendamisele. Alkoholi tarvitamine on delikaatne teema, mistõttu ei ole eetilise olenemata patsiendi pöördumise tegelikust põhjusest esmajärjekorras ainult sellele tähelepanu osutada.

Inimesel, kellel ei ole alkoholisõltuvus veel välja kujunenud, on kergem teha muudatusi alkoholi tarvitamise harjumustes. Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise (nn lühisekkumise) meetodika on abiks alkoholi tarvitamise vähendamisel ning mõeldud rakendamiseks perearstipraktises (29), kuid see leiab kasutust ka paljudel teistel erialadel. Kirjanduses on andmeid, et iga kaheksas nõustatud patsient vähendab sellise lühisekkumise tulemusel alkoholi tarvitamist (20).

2010. aasta kevadel viidi Tervise Arengu Instituudi eestvedamisel kuues Eesti perearstikeskuses läbi pilootprojekt, mille eesmärk oli uurida alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja patsientide nõustamise meetodika sobilikkust esmatasandi tervishoiusüsteemi. Selleks pakuti perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud järjestikustele 18–64-aastastele patsientidele võimalust hinnata AUDIT testi abil oma alkoholi tarvitamise riskitaset. AUDIT testi täitis arst või õde intervjuu käigus. Kõik testi täitnud patsiendid said info- või eneseabimaterjali alkoholi tarvitamise riskide ja nende vähendamise võimaluste kohta. Sõltuvalt riskitasemest pakuti patsientidele ka nõustamist. Pilootprojekti tagasiside oli küllalt julgustav – enamik patsientidest oli huvitatud testi täitmisest ning arstid ja õed andsid meetodikale hea hinnangu. Lühisekkumise laiemal rakendamisel tekkida võivate probleemidena tõid pilootprojekti osalenud spetsialistid välja aja- ja ruumipuuduse ning vajaduse parandada nõustamisoskusi.

5.1. Patsiendid, kellel soovitatakse hinnata alkoholi tarvitamist

Patsient ja tervishoiutöötajad peavad mõistma, et alkoholi näol on tegemist ühega paljudest terviseriskidest. Sõltuvalt arsti poole pöördumise põhjusest ja konkreetsest olukorrast, võib soovitada enne alkoholi tarvitamise uurimist esitada patsiendile küsimusi ka suitsetamise, liikumisharjumuse, toitumise, tööalase stressi jms kohta.

Tuginedes rahvusvahelistele suunistele (20) on soovitatav alkoholi tarvitamist hinnata ja AUDIT testi teha järgmistel juhtudel:

- patsient tunneb muret alkoholi tarvitamise ja sellest tulenevate võimalike tervisekahjude pärast
- patsient ise pöörduv tervisekontrolli ning saab teha testi teiste terviseriskide hindamise ja terviseuuringu osana
- tervisekontrolli pöörduv juhiloa või relvaloa taotlemiseks
- patsiendi vaevused ja sümptomid võivad olla seotud alkoholi tarvitamisega või võib seda kahtlustada tema uuringutulemuste põhjal
- patsiendil on alatoitumus
- patsient on nakatunud HIV-i
- patsient põeb või on põdenud tuberkuloosi
- patsiendil on arteriaalne hüpertensioon või südame rütmihäired
- patsiendil on depressioon või ärevushäire
- patsiendil on düspepsia, haavandtõbi või seedehäired
- patsiendil on teadmata põhjusega epileptilised hood
- patsiendil sageli esinevad traumad
- patsiendi taastumine vigastustest on aeglane
- patsiendil on varasem alkoholist tingitud tervisekahjustus.

Arvestades alkoholi tarvitamise levikut alaealiste hulgas ja sellega seotud terviseprobleemide ja vigastuste tõsidust, on oluline hinnata ka alaealiste patsientide alkoholi tarvitamist. Seda on soovitanud ka rahvusvahelised organisatsioonid (30).

Alkoholi tarvitamise hindamise sagedus sõltub patsiendi probleemist, kaasnevatest haigustest, nõustamise kulust jt asjaoludest. Tervishoiutöötajad peaksid tähelepanu pöörama ka patsiendi sotsiaalmajanduslikele riskiteguritele, nagu pere lagunemine, suurenev marginaliseeritus ja tööpuudus. Seetõttu on keeruline anda konkreetseid juhtnööre, kui sageli peaks alkoholi tarvitamist hindama. Oluline on meeles pidada, et elusündmused muudavad aja jooksul inimeste alkoholi tarvitamise harjumusi, mistõttu on teatud aja möödudes soovitatav sobivas kontekstis alkoholi tarvitamist uuesti uurida.

5.2. Patsientide erinevad ligipääsuvõimalused arstiabile

Alkoholiga seotud ohustava käitumise väljaselgitamisel võivad mõned grupid vajada erilist tähelepanu (47), sealhulgas näiteks:

- Koduta inimesed, kelle seas on alkoholiga seotud tervisekahjustuste ning kaasvatest haigustest (nt tuberkuloosist) põhjustatud tüsistuste tase kõrge. Sellistel inimestel on raske kasutada tavapäraseid alkoholiravi teenuseid – seda sageli raskuste tõttu kokkulepitud aegadest kinni pidada. Koduta inimeste kaasatuse suurendamiseks tuleb tervishoiuteenuseid, sh esmatasandi arstiabi kohandada.
- Teisest rahvusest inimesed – nt keeleprobleemide, kultuuriliste veendumuste ja teistsuguste abi otsimise viiside tõttu. Kui inimene ei valda vajalikul määral riigikeelt, võib tal olla raskusi ravi saamisel, kui tervishoiutöötaja ei räägi temaga sama keelt ega ole võimalik kasutada tõlki.
- Naised – naised on tavaliselt alkoholiravi teenuste kasutajate seas vähe. See võib tuleneda hirmust häbi-mürgistamise ees ja olla seotud murega, et kui naine pöördub ravile, siis hakkavad sotsiaalametnikud tundma huvi laste heaolu vastu ja halvimal juhul võib naine laste hooldusõigustest ilma jääda. Eestis pole levinud laste ajutise asendushoolduse pakkumine ajaks, mil lapsevanem viibib ravil. Erilist tähelepanu tuleb pöörata rasedatele naistele.

Ligipääsu alkoholiravile mõjutab ka teenuse eest tasumine, isegi kui on olemas kulude hüvitamise mehhanismid kehvemal elujärjel olevatele inimestele. Eestis tervisekindlustus alkoholiraviga seotud kulusid üldjuhul ei kata, mistõttu on ravi peaaegu kättesaamatu madala ja keskmise sissetulekuga inimestele.

5.3. Alkoholi tarvitamisega seotud riskide hindamine

Alkoholi tarvitamisest tuleneva riskitaseme hindamiseks on erinevad võimalused:

- uurida alkoholi tarvitamise kogust ja sagedust,
- pidada nn alkopäevikut ehk märkida üles teatud perioodil (nt nädala jooksul) tarvitatud alkoholikogused,
- kasutada mõnda skriiningtesti (AUDIT, AUDIT C, CAGE, FAST, MAST, TWEAK jt) (20).

Laboratoorsed vereanalüüsid (nt GGT, MCV, ALAT, ASAT) ei sobi alkoholi liigtarvitamise skriininguks oma madala tundlikkuse tõttu (20). Kui aga mõni neist analüüsist näitab, et uuringuväärtused on normist kõrgemad, siis on soovitatav patsiendi alkoholi tarvitamist täpsemalt uurida (vt ka ptk 8.1). Sageli võib normist kõrvalekalduv testi tulemus ka patsiendi jaoks olla tähtis ajend, et muuta oma alkoholi tarvitamise harjumusi.

Alkoholiannus, alkoholiühik

Tarvitatud alkoholikoguse objektiivseks hindamiseks kasutatakse alkoholiannuse ja alkoholiühiku mõisteid.

1 alkoholiannus võrdub *alkohoolse joogi kogusega, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi ehk 1 alkoholiühiku*. Joodud alkoholiannuste ja alkoholiühikute hindamisel on abiks lisa 6, tagumisel sisekaanel esitatud põhilised alkohoolsed joogid, nii nagu neid tavaliselt serveeritakse või pakendatakse. Paljudel alkohoolsetel jookidel on joogi kogus ja alkoholisisaldus kirjas etiketil. Mõõtühik võib olla liiter (0,33, 0,5 l), sentiliiter (1 cl=10 ml) või milliliiter. Kui on teada tarvitatava alkohoolse joogi kogus ja selle alkoholisisaldus, saab alkoholiühikud välja arvutada järgmise valemiga:

$$\text{Alkoholiühik} = \text{joodud alkohoolse joogi kogus (liitrit)} \times \text{joogi kangus (etanooli \%)} \times 0,789$$

5.4. Alkoholi tarvitamise riskipiirid

Alkoholiühikute ning alkoholi tarvitamise riskipiiride kindlaksmääramisel lähtutakse tõendus põhjustest andmetest ning eksperthinnangutest. Seetõttu võivad eri riikides kasutatavad riskipiirid (20, 31) olla erinevad. Käesolevas juhendmaterjalis on toodud Eestis kasutusele võetud riskipiirid.

Alkoholi tarvitamisest tulenevat riski saab hinnata tarvitatud koguste ja tarvitamise viisi alusel. Tarvitamisest tulenev risk ja kahju on iga inimese puhul erinev ja sõltub inimese üldisest tervislikust seisundist, kaasnevate haiguste olemasolust, ravimite tarvitamisest, füsioloogilistest iseärasustest, soost, vanusest jt teguritest. Seetõttu võib riskipiir iga konkreetse patsiendi puhul erineda alltoodud piiridest. Näiteks ei tohiks alkoholi üldse tarvitada rasedad ja alaealised.

Kuigi ohutut alkoholikogust ei ole olemas, võib rääkida teatud piiridest, millesse jäämisel on alkoholi tarvitamine täiskasvanud inimese jaoks madalama riskiga (tabel 2). Tabelis 2 kajastatud riskipiirid tuginevad tõendus põhjustele andmetele ning on kasutusele võetud alkoholi tarvitamisest tulenevate terviseriskide hindamisel (20). Kuna naised taluvad alkoholi vähem kui mehed, on ka riskipiirid naiste jaoks väiksemad kui meeste jaoks.

Tabel 2. Alkoholi tarvitamise riski tasemed tervete täiskasvanute puhul

TERVISERISK	MEHED	NAISED	MÄRKUSED
Madala riskiga alkoholi tarvitamine	< 4 alkoholiühikut päevas 3 alkoholiühikut päeva nädalas	< 2 alkoholiühikut päevas 3 alkoholiühikut päeva nädalas	Päevas enam kui 2 ühiku tarvitamine suurendab paljude siseelundite haigestumise riski ning psüühikahäire puhul sõltuvuse riski. Koostoimeohu ravimite tarvitamisel.
Keskmise riskiga ehk ohustav alkoholi tarvitamine	4–6 alkoholiühikut päevas või igapäevane alkoholi tarvitamine	2–4 alkoholiühikut päevas või igapäevane alkoholi tarvitamine	Vähenenud energia, depressioon, ärevus, unehäired, erektsioonihäired, suurem vigastuste risk, vererõhu kõrgenemine, suhte- ja pereprobleemid. Koostoimeohu ravimite tarvitamisel.
Kõrge riskiga ehk kahjustav alkoholi tarvitamine, võimalik alkoholisõltuvus	> 6 ühikut päevas	> 4 ühikut päevas	Eeltoetatud kahjulikud mõjud, lisaks mäluhäired, maksakahjustus, vähi risk tõuseb. Võimalik alkoholisõltuvus.

Alkoholi tarvitamisega seotud riski hindamiseks tuleks patsiendilt küsida, kui sageli ta tavaliselt alkoholi tarvitab ning mitu alkoholiannust ta tavaliselt korraga joob.

Alkoholi tarvitamine on madala riskiga, kui nädala jooksul tarvitatav alkoholikogus jääb meestel alla 16 ühiku ja naistel alla 8 ühiku. Sageli juuakse alkoholi nädalavahetusel. Ühekordse tarvitamise riskipiiriks võib pidada ≥ 6 alkoholiühikut meestel ja ≥ 4 alkoholiühikut naistel ühe alkoholi tarvitamise korra kohta.

5.5. AUDIT test

Üheks enamkasutatavaks võimaluseks alkoholi tarvitamisega seotud riskide hindamisel on AUDIT skriiningtesti läbiviimine (AUDIT – ingl k *Alcohol Use Disorder Identification Test*, alkoholi liigtarvitamise avastamise skriiningtest) (20, 32).

Lisas 1 toodud AUDIT test koosneb 10 küsimusest. Küsimused 1–3 hindavad joomise sagedust ja kogust, küsimused 4–6 võimalikku sõltuvusprobleemi ning küsimused 7–10 kahjustavat alkoholi tarvitamist ja alkoholi tarvitamisest tulenevaid probleeme igapäevaelus. Küsimustik on kohandatud eesti keelde (17) ning täpsustatud pilootprojekti käigus saadud kogemuse alusel.

Vastuseid antakse skaalal 0 (puudub, pole kunagi esinenud) kuni 4 (iga päev või enamikul päevadel). AUDIT test sobib hästi alkoholi liigtarvitamise esmaseks skriininguks, kuid ka sõltuvuse skriinimiseks, mille alusel on võimalik alustada alkoholisõltuvuse diagnoosimist ja ravi ning vajadusel suunata patsient eriarsti juurde. AUDIT testi alusel ei panda kunagi diagnoosi, kuid arst saab aimu võimaliku probleemi esinemisest.

Kui punktisumma on ≥ 20 , peaks erilist tähelepanu pöörama sellele, kas 4., 5. ja 6. küsimusele vastamisel saadi kõrge punktisumma, mis võib olla abiks edasise alkoholisõltuvuse diagnoosimisel RHK-10 kriteeriumide alusel.

AUDIT test on algselt koostatud täiskasvanutele, kuid on leitud, et see on ka sobivaim test teismeliste ja noorte (14–18 a) alkoholiprobleemide tuvastamiseks (33).

5.6. AUDIT testi läbiviimine

AUDIT testi võib läbi viia mitmel moel.

1. Patsient täidab testi ise. Seda võib teha vastuvõtu ajal, kuid ta võib täita küsimustiku paberil või arvutis ka vastuvõtule eelneval ajal või ooteruumis oodates.
2. Tervishoiutöötaja esitab patsiendile küsimused anamneesi kogumise või intervjuu käigus ja täidab testi ise. Sel juhul on soovitatav, et patsient saaks testi küsimusi ka ise kaasa lugeda.

Mõlemal juhul peaksid tervishoiutöötajad olema vajadusel valmis selgitama alkoholiannuse (alkoholiühiku) mõiste tähendust. Kui patsient on küsimustiku ise täitnud, peaks testi vastuvõtmisel patsiendilt üle küsima, kas kõik küsimused olid arusaadavad või jäi testi juures midagi ebaselgeks.

Pilootprojektis osalenud arstide ja õdede hinnangul tuli mõne küsimuse puhul patsientidele selgitada, mida küsitakse. Näiteks:

Küsimuses 1 on mõeldud kõiki jooke, mis sisaldavad alkoholi. Need hõlmavad ka vähese alkoholisisaldusega jooke, nagu siider või lahja õlu.

Küsimuse 4 puhul peetakse silmas alkoholi tarvitamise episoodi, mis kujunes pikemaks, kui patsient oleks soovinud, ja mille lõpetamine oli patsiendile raske.

Küsimuse 5 all on mõeldud kõiki kohustusi, mida patsient oleks pidanud täitma (töö-, perekondlikud kohustused jms), kuid mida ta ei täitnud joomise tõttu.

Küsimuse 9 puhul peetakse silmas ainult füüsilisi vigastusi, traumasid, õnnetusjuhtumeid, mitte vaimseid ja emotsionaalseid kannatusi.

Testi läbiviimise viisi valib arst, õde või sotsiaaltöötaja, arvestades patsiendi soovi ja hinnates võimalust paremaks koostööks. Kui patsient täidab küsimustiku ise, siis võimaldab see vähendada kohmetust, mis võib tekkida teema delikaatsuse tõttu. Kui aga testi täidab tervishoiutöötaja intervjuu või anamneesi kogumise käigus, annab see võimaluse edasi sujuvalt üle minna patsiendi nõustamisele. Arst võib testi teha ka koos teiste terviseriskide hindamisega ja anda patsiendile esmased soovitusel. Edasist nõustamist ning patsiendiga ühenduse pidamist võib vajadusel jätkata ka õde või tervishoiu sotsiaaltöötaja. Kui õde või sotsiaaltöötaja võtab patsiendi vastu ise, võib ta testi iseseisvalt teha ning jätkata samuti patsiendi nõustamisega.

Kuna alkoholi tarvitamist võidakse pidada delikaatseks teemaks, peab selle uurimisel arvestama patsiendi soovi ja valmisolekut antud teemaga tegeleda. Samas ei ole põhjust eeldada, et patsient ei soovi alkoholi-teemal rääkida. On võimalik, et patsient ei soovi kohe pärast testi tulemuste teadasaamist sellel teemal pikemalt peatuda, kuid võib selle juurde tagasi tulla mõne hilisema visiidi käigus.

Testi tulemuste dokumenteerimine võimaldab jälgida patsiendi alkoholi tarvitamisega seotud riske pikema perioodi (aastate) vältel. See võimaldab vältida dubleerivaid ning patsienti häirivaid küsitlusi eri spetsialistide poolt või liiga lühikese ajaperioodi järel toimuvaid küsitlusi. Samuti on dokumenteeritud tulemuste korral võimalik nõustamisega hiljem jätkata, kui patsient seda kohe teha ei soovi. Soovitatakse teha patsiendi tervisekaarti mäрге ka nõustamise kohta.

Selleks et alkoholiteemat perearstikeskuses käsitleda ja omandada nõustamise metoodika, soovitatakse eelnevalt läbida vähemalt 6-tunnine (8 akadeemilist tundi) alkoholi liigtarvitamise nõustamise alane koolitus.

5.7. AUDIT testi tulemuste tõlgendamine ja soovitusel nõustamiseks

AUDIT testi läbiviimisel hinnatakse punktisummat, mis võib jääda vahemikku 0–40 punkti (32). Tabelis 3 on toodud AUDIT testi tulemuste tõlgendus täiskasvanute puhul.

Tabel 3. AUDIT testi punktisummadele vastavad riskitasemed ning soovitusel nõustamiseks

Riskitase	AUDIT testi punktisumma	Nõustamise viis
Riskitase I Madala riskiga tarvitamine	0 kuni 7	Antakse tagaside testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et tõenäosus tervisekahjustuse tekkeks on väike, kui alkoholi tarvitamise tase jääb samaks. Soovitatakse mitte suurendada alkoholi tarvitamist. Soovitav on anda patsiendile infomaterjal (vt ptk 7.4. Nõustamise abimaterjalid).
Riskitase II (võib olla nii a kui b) a) Tervist ohustav tarvitamine b) Tervist kahjustav tarvitamine	8 kuni 15	Antakse tagaside testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et sellise alkoholi tarvitamise taseme juures on suurenenud risk tervisehäirete tekkeks. Antakse soovitusi alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Lühinõustamine (näiteks ptk 7.1. Nõustamise viis tegevust) + eneseabi-materjal patsiendile (vt ptk 7.4. Nõustamise abimaterjalid).
Riskitase III Tervist kahjustav tarvitamine	16 kuni 19	Antakse tagaside testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Antakse soovitusi alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Laiendatud nõustamine + eneseabimaterjal patsiendile (vt ptk 7.4. Nõustamise abimaterjalid).
Riskitase IV Võimalik alkoholisõltuvus	≥20	Antakse tagaside testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Tehakse täiendavaid uuringuid. Vajadusel suunatakse psühhiaatri konsultatsioonile.

Tehes AUDIT testi alla 18 aasta vanusele isikule, tuleb tulemuste tõlgendamisel arvesse võtta seda, et alkoholi tarvitamine kujutab noorele suuremat ohtu kui täiskasvanutele. Seetõttu ei saa testi tulemuste hindamisel kasutada täiskasvanutele sobivat alkoholi riskitarvitamise kriteeriumi (AUDIT testi punktisumma ≥8). On leitud, et 14–18-aastaste puhul võib probleemseks näitajaks pidada juba AUDIT testi punktisummat ≥2 ja alkoholi kuritarvitamisele või sõltuvusele võib viidata juba AUDIT testi punktisumma ≥3 (34). Samuti võib 13–19-aastaste noorte puhul pidada probleemseks kriteeriumiks AUDIT testi punktisummat ≥4 (35).

Ka eakatel patsientidel (vanus >70 a) võib kaasuvate haiguste ja tarvitavate ravimite tõttu olla alkoholist tulenev risk suurem kui keskealistel, mistõttu tuleks lähtuda AUDIT testi madalamast punktisummat (35). Soovitav on saata patsient psühhiaatri konsultatsioonile:

- kui joomisega kaasneb mõõdukas või raske depressioon,
- kui joomine on põhjustanud elustandardi langust,
- kui lühisekkumine ei ole andnud märkimisväärseid tulemusi.

Tervist kahjustav alkoholi tarvitamine on seotud depressiooniga. Depressioon eelneb sageli alkoholi kahjustavale tarvitamisele, kuid alkoholiprobleemid muudavad selle kroonilisemaks ja raskemini ravitavaks (17). Erineva raskusastmega depressioon, mitmesugused isiksusehäired ja alkoholisõltuvus (teismeliste puhul alkoholi liigtarvitamine) on kõige olulisemateks suitsiidi riskiteguriteks (36).

Juhtnõõrid kõrge alkoholi tarvitamise riskitasemega, võimaliku alkoholisõltuvuse ning suitsiidiriskiga patsiendi kohtlemiseks on toodud esmatasandi tervishoiutöötajate jaoks koostatud metoodilisest juhendmaterjalist „Alkoholiprobleemidega patsientide suitsiidiriski hindamine“ (27) vt ka lisa 3. Enesehinnanguline meeleolu skaala (EMS)

5.8. Sotsiaalse toimetuleku hindamine

Sotsiaalmajanduslikust staatusest sõltuvad erinevused haiguskoormuses ja suremuses on sageli suuremad, kui seda võiks eeldada vaid alkoholi tarvitamise taseme põhjal. Seega on oluline hinnata peamisi sotsiaalseid mõjureid – nii neid, mis on otseselt seotud alkoholist põhjustatud kahjuga, kui ka neid, mis on seotud ravisoostumuse ja motivatsiooniga. Peamised valdkonnad, mida tuleb hinnangu andmisel arvesse võtta, on

peresuhete kvaliteet, sotsiaalne võrgustik, tööalane staatus, eluase, sissetulek ja võlgade olemasolu. Arstid peaksid esitama patsiendile küsimusi sotsiaalse toimetuleku kohta ning probleemide ilmnemisel kaasama patsiendi nõusolekul sotsiaaltöötaja, kes viib läbi täiendava hindamise ning tutvustab sotsiaaltoetusi ja -teenuseid ja nende taotlemist.

6. Harjumuste muutumine

See, kuidas ja kui palju patsient parasjagu alkoholi tarvitab, on välja kujunenud kuude, aastate või isegi aastakümnetega. Tuleb aru saada, et ühekordne vestlus ei pruugi olukorda kuigivõrd mõjutada. Nii patsient kui ka nõustaja peaksid teadvustama endale seda, et esimese korraga õnnestub harjumusi harva muuta. Keegi ei ole täiuslik ja kõik teevad vigu, kuid ebaõnnestumise korral tuleb uuesti proovida. Harjumuste muutmisel esineb rida seaduspärasusi:

- ringi või spiraalikujuuline kulgemine
- ühe faasi järgnemine teisele, kusjuures sageli jõutakse tagasi algusesse
- loomulik kulg.

6.1. Muutuse faasid

Harjumuste ja käitumise muutmisel läbib inimene järgmised faasid (37):

1. Eelkaalutlemis- ehk läbimõtlemise faas

Puuduvad probleemid, mis inimest oluliselt häiriks.
Ta teab, et tema käitumine on teinekord tervist kahjustav.
Ta ei pea käitumise muutmist vajalikuks.
Lähedaste surve võib käitumine ajutiselt muutuda.
Hiljem taastub endine olukord kiiresti.

2. Kaalutlemisfaas

Inimene annab endale aru, et tal on probleem, ja mõtleb lahendustele.
Tegevus puudub.
Inimene pole veel valmis muutuma.
See faas võib kesta pikalt, tervist kahjustav tegevus jätkub.
Ambivalentsus, pidev poolt- ja vastuargumentide kaalumise.

3. Ettevalmistusfaas

Inimene on valmis lähiajal muutma oma harjumust või loobuma tervist ohustavast tegevusest.
Käitumises ilmnevad mõned muutused, kuid nende mõju ei saa veel hinnata.
Inimene hakkab rääkima teistele oma plaanist muutuda (nt hakata vähem jooma).
Ta teeb selgeid plaane, kuidas oma harjumust muuta ja kuidas seda muutust säilitada.

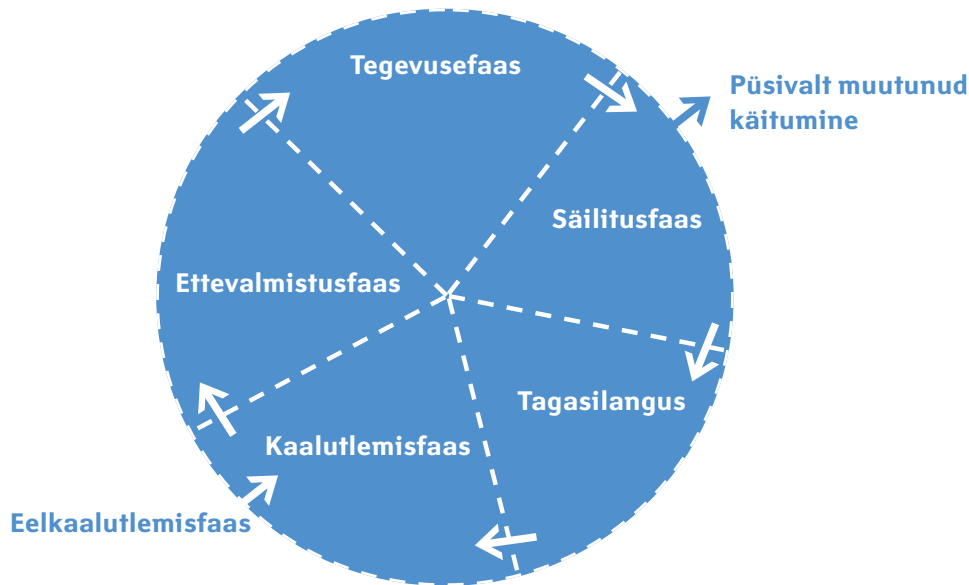
4. Tegevusfaas

Eesmärgi püstitamine ja selleni püüdlemine.
Inimene muudab oma tegevust või ümbrust, et probleemist üle saada.
Muutused on nähtavad, oluline on väline toetus ja tunnustus.
Koostöö professionaalide ja eneseabirühmadega.

5. Säilitusfaas

Saavutatud eesmärgi hoidmine ja kindlustamine.
Tagasilanguse vältimine.
Muutus käitumises on püsiv.
Võimalikud on lühiaegsed ebasoodsad muutused.

Kui saavutatud muutuse säilitamine või kindlustamine ei ole olnud piisav, võib järgneda **tagasilangus**, misjärel inimene alustab sammhaaval uuesti liikumist muutuse poole. Tagasilangus püsiva muutuse saavutamisel on pigem reegel kui erand.



Joonis 3. Muutuse mudel Prochaska ja DiClemente järgi (1986)

6.2. Muutuse protsessid

Ühest muutuse faasist teise jõudmiseks läbitakse teatud protsessid, mida kas teadvustatakse või mitte (37). Järgnev muutuse protsesside kirjeldus aitab selgitada seda, milliseid etappe läbides jõuab inimene uue, soovitud käitumise või olukorrani. Muutuse faase ja protsesse arvesse võttes on üles ehitatud lühisekkumiste nõustamismetoodika. Muutuse saavutamine on tulemuslik juhul, kui patsiendile antavad soovitused vastavad sellele muutuse faasile ja neile protsessidele, milles patsient nõustamise hetkel parasjagu viibib.

Enim käsitlemist leidnud muutuse protsessid on järgmised.

- **Teadlikkuse suurenemine** käitumisega seotud põhjustest, tagajärgedest, nendest hoidumise võimalustest. Teadlikkust suurendavad tagasiside, teavitamine, tõlgendamine, infomaterjalid, meediakampaaniad.
- **Suur kergendustunne**, mis järgneb sellele, kui ettevõetud muudatuse tõttu vähenevad senised mõjud. Psühhodraama, rollimäng, leinamine, isiklikest kogemustest rääkimine, oskuslikud meediakampaaniad jms liigutavad inimesi emotsionaalselt.
- **Mina-pildi muutumine, oma identiteedi ümberhindamine** – nt ülekaalulise ebasportliku inimese kuvandi asemel võetakse omaks tervislikke eluviise järgiva inimese kuvand.
- **Ümbritseva keskkonna ja suhtluse ümberhindamine** – hinnatakse seda, kuidas käitumise muutmine või mittemuutmine mõjub teistele inimestele ja iseendale. Ümberhindamist toetavad nt teiste positiivsed lood, dokumentaalfilmid.
- **Enesevabastamine** – usutakse, et muutus on võimalik, ja pühendutakse seda usku toetavatele tegevustele. Oma kavatsustest teistele rääkimine, mitme (kuid mitte liiga paljude) valikuvõimaluse omamine suurendab tahet.
- **Sotsiaalsete valikuvõimaluste rohkenemine** – nt suitsuvabad ruumid, lai salativalik, kättesaadavad kondoomid jms keskkonnas loodud muutust toetad võimalused.
- **Teistsuguse käitumise õppimine** – ebasoovitavale käitumisele asenduse leidmine: nt nikotiiniplaastrid sigareti asemel, puuvili rasvase koogi asemel, lõõgastustehnika stressi maandamiseks jms.
- **Stimuli kontroll** – ebasoovitavale käitumisele osutavate asjaolude vähendamine, soovitava käitumisele osutavate asjaolude suurendamine. Keskkonna muutmine, eneseabigrupid, stiimulite vältimine.
- **Toimetulek ootamatustega** (ingl k *contingency management*) – tunnustus soovitud suunas liikumise eest (karistus eksimuse eest on ebaefektiivne). Pidev kontakt spetsialistidega, jälgimine, tunnustus grupi poolt võimaldavad liikuda soovitud suunas.
- **Toetavad suhted** – hoolimine, usaldus, avatus, tunnustus, toetus. Erisugused kogukonna toe viisid aitavad liikuda muutuse poole või säilitada saavutatut.

Tabelis 4 on kirjeldatud harjumuste muutumise faase, inimeses toimuvaid protsesse ning neile etappidele sobivaid nõustamistegevusi ja eesmärgid.

Tabel 4. Muutuse faasid, seonduvad probleemid ja nõustamise eesmärgid (20).

Muutuse faas	Inimeses toimuv	Nõustamise eesmärk
I Eelkaalutlemine	Patsient ei ole oma probleemist teadlik, ei kavanda lähiajal muutust	Tõsta teadlikkust, teadvustada probleemi
II Kaalutlemine	Patsient on probleemist teadlik, kuid ei suuda otsustada muutuse vajalikkuse ja mittevajalikkuse vahel (ambivalentsus)	Uurida muresid, suurendada siseheitlust (ambivalentsust), tugevdada valmisolekut muutuseks
III Ettevalmistus	Patsient on teinud otsuse muutuda, kavandab tegevusi	Patsiendist lähtudes pakkuda teavet, soovitusi ja valikuid
IV Tegevus	Patsient on hakanud vähendama alkoholi tarvitamist, kuid muutus ei ole püsiv	Suurendada enesekindlust, enesetõhusust
V Säilitamine	Saavutatud on püsiv madala riskiga alkoholi tarvitamine või karskus	Tunnustada, toetada
Tagasilangus	Meeleheide	Hoiduda kriitikast, suurendada enesest lugupidamist, alustada II või III faasi tegevustega

6.3. Sotsiaalmajanduslikud ja isiklikud takistused muutumiseks

Igasugune käitumise muutmine toimub alati keerulises isiklikus eluolukorras, mis tähendab, et koos käitumisega peavad muutuma ka inimese vajadused ja soovid. Vajaduste hierarhias paigutatakse tavaliselt füsioloogilised, ohutusega seotud ja sotsiaalsed vajadused austus- ja saavutusvajadusest ettepoole. Tugev sõltuvus võib aga vajaduste tavapärase hierarhia segi lüüa ning asetuda kõigist teistest vajadustest kõrgemale. Alkoholiga seotud tervisehäirete varajases staadiumis, mil tajutavad tervisehäired ei ole veel domineerivad, võib vajaduste hierarhia siiski olla veel paigas ja inimese jaoks võivad olla olulisemad muud, eelkõige ohutusega seotud vajadused. Ohutuse või turvalisusega seotud vajadused võivad hõlmata raha ja võlgadega seotud muresid, vajadust püsiva töö, eluaseme ja turvalise ümbruskonna järele. Sotsiaalsed vajadused, nagu vajadus armastuse ja kuuluvuse järele, võivad domineerida juhul, kui peresuhted on lagunened (nt lähedase inimese kaotuse või abielulahutuse tõttu) ning kui sotsiaalne võrgustik on isolatsiooni, marginaliseerumise või diskrimineerimise tõttu nõrk.

Sellised vajadused võivad domineerida – eriti neis eluvaldkondades, kus kogetakse ilmajäetust millestki või kellestki. Sel juhul võib ohustava joomisharjumuse muutmiseks vajalike faaside läbimine olla takistatud ning sõltuda muude eluolukordade lahendamisest (nt võlad, töötus, perekondlikud probleemid). Juhul kui raviplaan ei võta arvesse sotsiaalmajanduslikke küsimusi ega toeta nende lahendamist, ei pruugi patsient olla võimeline eelkaalutlemisfaasist edasi liikuma või tagasilangusest välja tulema. Terviklik raviplaan hõlmab rohkemat kui tervishoiutöötaja tegevust – selleks on vaja head, patsiendi huve arvestavat koostööd ning kommunikatsiooni eri valdkondade spetsialistide ja asutuste vahel kohalikus kogukonnas.

7. Nõustamismeetodid

Pärast seda, kui on uuritud alkoholi tarvitamist ja küsimustiku abil tuvastatud riskitase, saab anda patsiendile tagasisidet. Kui tuvastatakse riskitarvitamine, tuleks anda soovitusi või nõuandeid alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Samuti võib patsiendile jagada illustreeritud infomaterjale.

Mõiste „lühiajaline sekkumine“ all kohtab kirjanduses erineva sisu ja kestusega sekkumisi, nagu soovitus andmine, lühinõustamine, laiendatud nõustamine või erineva kestusega teraapiad. Käesolevas juhendmaterjalis toodud nõustamismeetodid sobivad tervishoiuasutustele ja arvestavad tervishoiutöötajate piiratud ajaliste võimaluste ning töö intensiivsusega. Lühinõustamine võib toimuda sama visiidi käigus, laiendatud nõustamiseks võib kokku leppida uue aja. Nõustamiseks võib kasutada erinevaid raamistikke ja meetodeid (nt nõustamise 5 tegevust ehk 5 A, motiveeriv intervjuerimine).

Motiveeriva intervjuerimise meetodit kasutatakse nõustamiseks sageli. Motiveeriv intervjuerimine (MI) on eesmärgile suunatud isikukeskne nõustamismeetod ambivalentsuse ületamiseks ja positiivse muutuse esilekutsumiseks, mis saavutatakse isiku motivatsiooni väljatoomise ning tugevdamise kaudu (38). Meetodit iseloomustab empaatiline ja patsiendile mittevastanduv nõustamisstiil, muutustele vastupanu vähendamine, patsiendi julgustamine vastutust võtma ja otsuseid tegema. Nõustamisel kasutatakse avatud küsimusi, peegeldavat kuulamist, kokkuvõtete tegemist, patsiendi tunnetega nõustumist, vastandlike tundmuste suurendamist. On leitud, et MI meetodi ning teiste patsiendikesksete tehnikate kasutamine aitab parandada tervishoiutöötaja ja patsiendi suhet, kasvatada usaldust ning vähendada vastupanu muutusteks (38).

Soovitused nõustajale

- Ole empaatiline, kuid mitte hajameelne ja ära kiirusta
- Ole tähelepanelik, kuid mitte uudishimulik
- Ole mõistev, ära mõista hukka. Kuula patsienti, tema hinnanguid, ootusi ja kartusi
- Väldi „sildistamist“ ning patsiendiga vaidlemist
- Julgusta ja tunnusta patsienti probleemist rääkimisel ja esimeste sammude saavutamisel
- Kui patsient pole hetkel valmis kuulama, julgusta teda talle sobival ajal uuesti vastuvõtule pöörduma
- Anna infot eneseabi ja professionaalse abi võimalustest.

7.1. Nõustamise viis tegevust

Meetod põhineb ingliskeelsel nõustamismudelil „The 5 A-s“: *ask/assess* (küsi, uuri, hinda), *advise* (nõusta, soovita), *agree* (lepi kokku), *assist* (aita), *arrange* (korralda).

Küsi, uuri, hinda

Kas patsient tarvitab alkoholi tervist ohustavas/kahjustavas koguses? Milline on tema alkoholi tarvitamise riskitase? Hinda edasist käitumist mõjutavaid tegureid, motivatsiooni, valmisolekut, eesmärke, sobilikke meetodeid.

Soovita

Anna selgeid, spetsiifilisi ja personaalseid soovitusi. Samuti informeeri alkoholi tarvitamisega seotud terviseprobleemidest ja selle vähendamiseks saadavast kasuteguritest, millest olulisimad on:

- väiksem vigastuste risk
- vererõhu normaliseerumine
- vähiriski alanemine
- maksakahjustuse riski vähenemine
- parem uni
- rohkem energiat
- kehakaalu alanemine, parem füüsiline vorm
- pohmelli puudumine
- mälu paranemine
- meeleolu paranemine
- peretülide vähenemine, parem läbisaamine lähedastega
- joobes juhtimise tõenäosuse vähenemine
- rahaline sääst.

Lepi kokku

Lepi patsiendiga kokku eesmärk muutuseks.

Meespatsiendil on põhieesmärk vähendada alkoholi tarvitamist nii palju, et see jääks alla 4 alkoholiühiku päevas ja alla 16 ühiku nädalas, naispatsiendil alla 2 ühiku päevas ja alla 8 alkoholiühiku nädalas. Täielik karskus raseduse ajal.

Vali sekkumine ja ravivõimalused vastavalt patsiendi valmisolekule muuta alkoholi tarvitamist. Näiteks:

- kutsu patsient kordusvisiidile
- jaga infomaterjale, soovita internetiallikaid
- soovita alkopäeviku pidamist, kuhu patsient märgiks iga päev üles tarvitatud alkoholikogused. See aitab tarvitatud alkoholikoguseid ja suundumusi täpselt hinnata.

Eesmärk: Mitte rohkem kui ühikut ühel päeval ja mitte rohkem kui nädalas

Alguse nädal	E	T	K	N	R	L	P	Kokku
.....								
.....								
.....								
.....								

Aita

Aita patsiendil suurendada oskusi ja teadmisi, kaaluda erinevaid võimalusi ja valikuid, saada uusi kogemusi. Toetada teda eneseusalduse ja enesekindluse kasvatamisel, elu- või töökeskkonnas muutuste tegemisel, mis toetaksid uut eluviisi.

Järgmine vahend võib aidata teha kindlaks põhjused, miks patsiendil ei õnnestu kokkulepitud eesmärgist kinni pidada, ja olukorrad, kus see juhtub:

Kuupäev	Olukord (inimesed, koht või muu mõjur)	Millist alkoholi tarvitasite?	Kogus	Mis juhtus?

Veebilehelt www.alkoinfo.ee võib leida soovitusi alkoholi tarvitamisest tulenevate riskide vähendamiseks. Mõned näited:

- Kui on plaanis nädalavahetusel pidutseda, tuleks nädala sees alkoholist hoiduda. Välja minnes tuleks esimese joogiga alustada võimalikult hilja, mitte võtta see kohe pärast tööpäeva lõppu.
- Kui tundub, et mõnes olukorras võib alkohol aidata end enesekindlamalt tunda, tuleks piirduda ühe või kahe joogiga. Suurem kogus võib otsustusvõimele ja käitumisele laastavalt mõjuda.
- Kui eesmärk on joomist vähendada, tuleks valida, kuhu minna oma vaba aega veetma. Kino, jalutuskäik metsas või treening spordisaalis on kindlasti paremad valikud kui pubi või ööklubi.
- Joodud alkoholi koguse kontrollimine võib olla palju lihtsam kodust väljas kui kodus olles. Seetõttu tuleks ka kodus jälgida seda, kui palju alkoholi tarvitatakse. Kodus joodud klaas viskit võib tähendada palju suuremat kogust alkoholi kui restoranis serveeritud 4 cl kanget standardnapsi.
- Lõõgastumiseks on palju erinevaid võimalusi. Tuleks püüda vabaneda harjumusest pärast rasket tööpäeva alkoholi juua ja asendada alkohol mõne muu stressimaandajaga. Raamatu või ajakirja lugemine, lastega tegelemine, film või muusika aitavad mõtted tööasjadest eemale juhtida. Alati on kasu füüsilisest tegevusest: juba 15 min sörkjooksu, puude lõhkumist või pallimängu võivad enesetunnet oluliselt parandada.

Korralda

Lepi kokku uus kohtumine, suuna teiste spetsialistide juurde, vajadusel korralda uuringuid, lahenda esilekerkinud probleeme.

7.2. Lühinõustamine

AUDIT testi punktisumma 0–7

Selgita patsiendile, et tõenäosus tervisekahjustuste tekkeks sama alkoholi tarvitamise taseme juures on väike. Soovita mitte suurendada alkoholi tarvitamist. Jaga patsiendile infomaterjale.

AUDIT testi punktisumma 8–15

- Aruta patsiendiga tema enda tähelepanekuid ja muresid,
- selgita antud alkoholikoguse tarvitamise mõju tervisele,
- anna tagasisidet ankeetküsitlusest ja laboriuuringutest,
- soovita alkopäeviku pidamist,
- soovita minna üle lahjematele jookidele, juua aeglasemalt,
- lepi kokku tarvitamise ülempiir, nt madala riskiga alkoholi tarvitamine,
- koosta plaan.

7.3. Laiendatud nõustamine

AUDIT testi punktisumma 16–19

Kui patsient on valmis probleemiga tegelema, lepi temaga kokku aeg laiendatud nõustamiseks. Lase patsiendil kaaluda alkoholi tarvitamise vähendamise kaasnevaid poolt- ja vastuargumente. Seda on soovitatav teha kirjalikult. Et hinnata patsiendi valmisolekut oma käitumist muutma, võib kasutada järgmisi küsimusi:

1. Kui tähtsaks/oluliseks peate alkoholi tarvitamise vähendamist?

Hinnake skaalal 0 (üldse mitte) kuni 10 (väga oluline)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Teie hinnang

* Mis võib Teie arvates olla põhjuseks, et Teie hinnang paikneb skaalal just selles kohas ega ole kahe punkti võrra madalam? (X-2)

2. Kas Te usute (kui Te ise kindel olete), et suudate muuta oma alkoholi tarvitamist?

Hinnake skaalal 0 (üldse mitte) kuni 10 (väga kindel)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Teie hinnang

* Mis peaks muutuma (mida oleks vaja), et Te usk endasse paraneks? (oleks kahe punkti võrra kõrgem, X+2)

3. Mõelge palun sellele, mis muutub Teie elus positiivsemaks ja mis negatiivsemaks, kui vähendate alkoholi tarvitamist?

Positiivne

Negatiivne

.....
.....
.....
.....
.....

6-astmeline plaan alkoholi tarvitamise vähendamiseks

1. Tooge välja põhjused, miks Te soovite vähendada alkoholi tarvitamist.

1. põhjus
2. põhjus
3. põhjus

2. Püstitage endale eesmärk alkoholi tarvitamise vähendamiseks: kas see on saavutatav?

Mis on minu eesmärk?
Kuidas saan selle täide viia?
Millal saan selle täide viia?

3. Mõelge, millal või millistes olukordades võib Teil olla raske oma eesmärki täita? Kirjutage üles olukorrad, millal on see kõige raskem.

1.
2.
3.

4. Valmistuge toimetulekuks rasketega olukordadega. Mõelge ja kirjutage üles, mis aitaks Teil keerulistest olukordades paremini toime tulla.

1.
2.
3.

5. Leidke mõni inimene, kes võiks eesmärgi saavutamisel Teile toeks olla. Kas see võiks olla mõni pereliige või sõber?

Kes?

6. Jälgige, kuidas Te püstitatud eesmärki täidate, ja pidage eesmärgist kinni.

Abiks on järgmine vahend.

Kuupäev	Olukord (inimesed, koht või muu mõjur)	Millist alkoholi tarvitasite?	Kogus	Mis juhtus?

7.4. Nõustamise abimaterjalid

Patsientide nõustamiseks on teiste riikide nõustamismaterjalide põhjal (39–41) välja töötatud sobilik info-materjal „Kui palju on palju?“ (eesti ja vene keeles) ning patsiendi eneseabimaterjal „Nõuandeid alkoholi tarvitamise vähendamiseks“ (eesti ja vene keeles) (42), mis on avaldatud veebilehtedel www.terviseinfo.ee ja www.alkoinfo.ee. Nõustades patsiente eluviisi muutmise osas, võib kasutada ka järgmist tabelit. Selles on nimetatud vahendid, mis võivad olla patsiendile abiks soovitud muutuse või olukorra poole liikumisel. Tabel võimaldab nõustajal hinnata, millises muutuse faasis inimene on.

Tabel 5. Kümme võimalust eneseabiks

Patsient Kuupäev

1. PEA PÄEVIKUT TARVITATUD ALKOHOLI (JA SUITSETAMISE) KOHTA				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
2. OSALE ANONÜUMSETE ALKOHOLIKUTE TEGEVUSES				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
3. RÄÄGI SÕPRADELE JA PERELIIKMETELE OMA OTSUSEST OLLA FÜÜSILISELT AKTIIVNE				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
4. LASE UURIDA OMA TERVISESEISUNDIT JA ALKOHOLIKAHJUSTUSI				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
5. KAALU ALKOHOLI TARVITAMISE LOOBUMISE POOLT- JA VASTUARGUMENTE				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
6. VAATA FILME ALKOHOLIST TINGITUD TERVISERISKIDEST JA SURMADEST				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
7. LOE ARTIKLEID TERVISLIKUST ELUVISIISIST				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine

8. TEE OMA TÖÖKOHT, KODU, AUTO SUITSUVABAKS, RIPUTA SELLE KOHTA SEINALE SILDID				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
9. TEE ENDALE KINGITUS, KUI OLED ELANUD 1 KUU TERVISLIKULT				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine
10. ÕPI LÕDVESTUSTEHNIAID				
Mõtlemine	Kaalutlemine	Ettevalmistus	Tegevus	Muutuse säilitamine

8. Alkoholisõltuvusega patsientide nõustamise ja ravi põhimõtted

RHK-10 järgi on alkoholisõltuvus „somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral alkoholi tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega”. (8)

RHK-10 klassifikatsioonis on kirjas, et alkoholisõltuvust diagnoositakse siis, kui **eelneva aasta jooksul** on esinenud **kolm või enam** järgmistest sümptomitest:

- tugev tung või sundmõte tarvitada ainet;
- võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka;
- aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund, mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatika;
- tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta.
- vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;
- aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirumine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

8.1. Patsiendi põhjalik hindamine

Põhjalikumat hindamist tuleks kaaluda kõigi täiskasvanute puhul, kelle AUDIT testi punktisumma on üle 15 punkti. Hindamine peaks hõlmama järgmist:

- alkoholi kasutamine:
 - tarvitamise iseloom ja viis: varasemad ja praegused tarvitamisharjumused, võimalusel info lähedastelt
 - sõltuvus (alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik SADQ, vt lisa 4)
 - alkoholiga seotud probleemid
- teiste psühhoaktiivsete ainete kasutamine
- kehalised ja psüühilised haigused
- psühhosotsiaalsed probleemid
- kognitiivne funktsioon (vaimse seisundi miniuuring, (*Mini-Mental State Examination*, MMSE))
- valmisolek muutuseks.

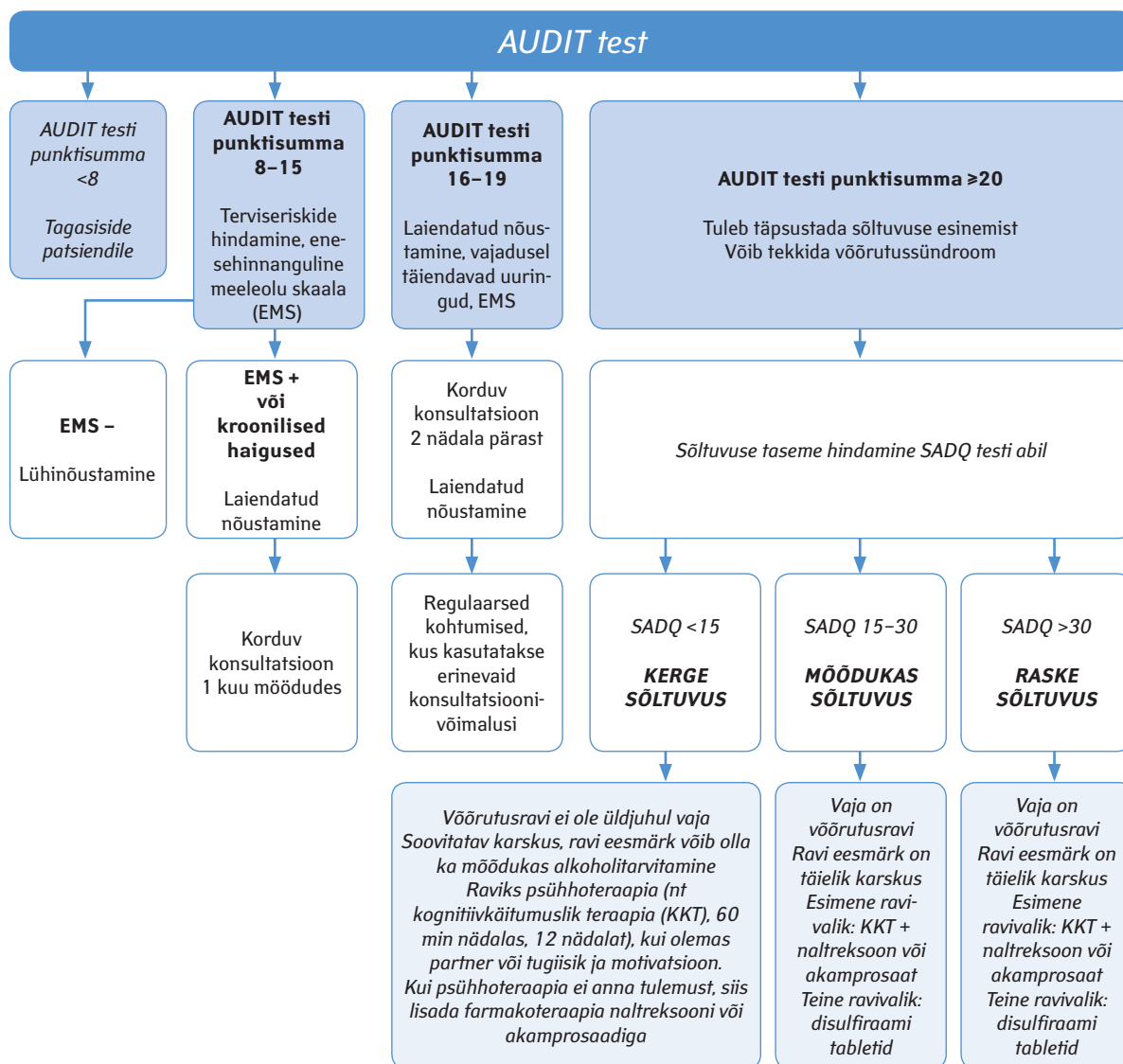
AUDIT testi punktisumma >20 annab märku võimalikust sõltuvusest. Alkoholisõltuvust ja selle raskusastet on võimalik mõõta alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustiku abil (ingl k *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*, SADQ, vt lisa 4) (48, 56). Küsimustik koosneb 20 küsimusest, mis hindavad viite eri aspekti:

- füüsilised ärajäämanähud (küsimused 1–4)
- psüühilised ärajäämanähud (küsimused 5–8)
- vajadus leevendada ärajäämanähte alkoholiga (9–12)
- tarvitavad kogused (13–16)
- võõrutusnähtude tekkimise kiirus (17–20). (46)

Kuigi ei ole kindlaks määratud absoluutse alkoholi kogust, mis kindlalt näitaks sõltuvust, korreleerub SADQ punktisumma tarvitatava alkoholi kogusega (56). SADQ tulemus <15 näitab kergest sõltuvust, mille korral patsient võõrutusseisundi ravi üldjuhul ei vaja. Mõõduka alkoholisõltuvusega on tegemist siis, kui SADQ tulemus jääb vahemikku 15–30. Alkoholisõltuvuse raskusastme testi tulemus >30 näitab rasket sõltuvust ning sellega seoses esineb tihti ka raskekujulisem võõrutusseisund.

Alkoholi kuritarvitamisel või kerge alkoholisõltuvuse korral, kui patsiendil on olemas toimiv sotsiaalne tugisüsteem ega esine kaasuvaid psüühilisi või kehalisi haigusi, võib ravi eesmärgiks olla mõõdukas alkoholi tarvitamine (46).

Mõõduka ja raske sõltuvuse puhul on eesmärgiks täielik karskus. Sama eesmärk tuleb püstitada ka kaasuvate psühhiaatriliste või kehaliste haiguste korral, sealhulgas tuberkuloos. Kui patsient ei soovi alkoholi tarvitamisest täielikult loobuda vaatamata mitmekülgsele veenmisele, tuleb siiski jätkata alkoholisõltuvuse ravi ning leida ravieesmärk, millega patsient nõustub (46).



Joonis 4. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine, patsiendi nõustamine ja alkoholisõltuvuse ravi

8.2. Alkoholisõltuvuse medikamentoosne ravi

Alkoholisõltuvuse farmakoteraapia tagasilanguse ehk relapside ennetamiseks võib tinglikult jagada kahte rühma: aversiivsed ehk alkoholi suhtes vastikust tekitavad ravimid ja alkoholihimu vähendavad ravimid (6).

Alkoholi suhtes vastikust tekitavad ravimid

Disulfiraam

Alkoholi vastu vastikust tekitavaks ravimiks on disulfiraam. Disulfiraam toimib alkoholi metabolismi blokeerides, mille tulemusena kuhjub veres toksiline atseetaldehüüd. Viimane põhjustab patsiendile ebameeldivaid vaevusi: iiveldust, näo punetust, tahhükardiat, õhupuudust, peavalu ja hüpertensiooni. Patsiendid peavad täielikult hoiduma alkoholi tarvitamisest disulfiraami ravi ajal, et ei tekiks eelmainitud sümptome. Superviseeritud (kontrollitud ravimi manustamine) ravi disulfiraamiga (400mg 2x nädalas või 200mg iga päev) on hinnatud efektiivseks, kuna selle puhul olid ravitulemused oluliselt paremad võrreldes sellega, kui kasutati ainult psühhoteraapiat (47). Siiski leitakse disulfiraami kliinilist efektiivsust hindavates NICE ravijuhistes, et vähem on tõendusviisi ravimi efektiivsuse kui selle potentsiaalse kahju kohta, mistõttu soovitatakse disulfiraami alkoholisõltuvuse ravis teise valikuna (46). Tuberkuloosi ravi saavatel patsientidel on disulfiraami kasutamine mittesoovitav disulfiraami ja tuberkuloosiravimite koostoime tõttu (nt koostoimes isoniaasidiga võivad tekkida käitumishäired ja koordinatsioonihäired). Uuringud näitavad, et disulfiraami nahaalune implantaat (kõnekeeles ampull) ja ilma kontrollita tablettide manustamine ei ole efektiivne (47). Kuna implantaadiga ei saavutata disulfiraami piisavat kontsentratsiooni veres, ei ole see efektiivsem kui platseebo (47).

Disulfiraami raviga võib alustada, kui viimasest alkoholi tarvitamise korrast on möödunud vähemalt 24 tundi. Tavaline säilitusannus on 200mg päevas. Enne ravi alustamist on vaja teha järgmised laboratoorsed analüüsid: ASAT, ALAT, GTT, elektrolüüdid, urea. Vastunäidustused: raske psüühikahäire, ajuinsult, südamehaigus, hüpertensioon. Esimese kahe kuu jooksul on vaja jälgida maksafunktsiooni näitajaid iga kahe nädala tagant, seejärel kord kuus. Meditsiiniline hindamine on vaja läbi viia iga 6 kuu tagant. (46)

Alkoholihimu vähendavad ravimid

Naltreksoon

Naltreksoon on opioidretseptorite antagonist, mille toime väheneb alkoholiõuobest saadav mõnutunne. Seetõttu kahaneb tung alkoholi järele ning vähenevad sellest tingitud tagasilangused. 50mg naltreksooni päevas tõstab alkoholivabade päevade arvu ja vähendab tagasilanguse esinemist võrreldes platseeboga. Samaaegne kognitiivkäitumuslik või motiveeriv teraapia suurendab naltreksooni efektiivsust oluliselt. (47)

a) Naltreksoon tableti kujul

Ravi alustatakse pärast võõrutusravi. Algannus on 25mg, säilitusannus 50mg päevas. Naltreksooni võib kasutada 6 kuud või kauem, kui patsient on motiveeritud ning raviefekt hea. Naltreksoonravi tuleks lõpetada juhul, kui patsient jätkab alkoholi tarvitamist 4–6 nädalat pärast ravi algust. Esimesed 6 kuud peab patsienti jälgima kord kuus ning seejärel regulaarsete ajavahemike tagant. Regulaarsed vereanalüüsid ei ole küll vajalikud, kuid neid soovitatakse eakamatele ja ülekaalulistele patsientidele ning maksafunktsiooni hindamiseks. Patsient peab teadma, et ohtlik on samal ajal kasutada opioidanalgeetikume. Kui patsient tunneb end naltreksooni võttes halvasti, tuleb ravi kohe lõpetada (46, 47).

b) Naltreksooni pikatoimeline süstelahus

1 kord kuus lihasesse süstitav lahus. Uuringutes leiti, et kui kord kuus süstiti 190 mg naltreksooni, vähenes alkoholi tarvitamine 17% ning 380mg doosi juures vähenes alkoholitarbimine 25%. (47)

c) Naltreksoon ainult vajadusel

Kui võtta naltreksooni ainult sellistes olukordades, kus on kõrge risk tarvitada alkoholi (nt teadaolev eesseisev pidu), vähendab see alkoholi tarvitamist ja suurendab alkoholivabade päevade arvu. Uuringus, kus osales 403 alkoholisõltuvusega patsienti, vähendas naltreksoon oluliselt alkoholi tarvitamist võrreldes platseebogrupiga. Uuringus osalenud ei saanud psühhoteraapiat (47).

Akamprosaat

Akamprosaat mõjutab aju glutamiinergilist süsteemi ning on GABA retseptori agonist. Patogeneetiliselt peetakse alkoholismi kujunemisel oluliseks just GABA ja glutamiinergilise süsteemi tegevuse häireid. Antud

preparaat vähendab alkoholihimu, kuid selle täpsem toimemehhanism rakutasandil on siiani ebaselge (6). Kolm metaanalüüsi uuringut näitavad, et akamprosaat koos psühhoteraapiaga suurendab oluliselt psühhoteraapia efektiivsust võrreldes platseeboga (47).

Ravi akamprosaadiga tuleb alustada kohe pärast võõrutusravi. Tavaline annus on 1998mg ööpäevas (666mg x 3 päevas), maksimaalne annus alla 60kg kaaluvatele patsientidele 1332mg päevas.

Akamprosaadiga ravi kestab 6 kuud või kauem, kui ravi tulemused on head ja patsient soovib raviga jätkata. Ravi tuleb katkestada, kui alkoholi tarvitamine jätkub 4–6 nädalat pärast ravi alustamist.

Esimesed 6 kuud on vaja patsiendi seisundit jälgida 1 kord kuus, hiljem harvemini, kuid regulaarselt. Regulaarsed vereanalüüsid ei ole vajalikud, kuid soovitatav on jälgida maksafunktsiooni taastumist. (46)

Eestis ei ole nimetatud ravim registreeritud ja selle kasutamisega puudub praktiline kogemus.

Alkoholisõltuvuse ravi lähtudes sõltuvuse raskusastmest

Täielik karskus on adekvaatne ravieesmärk enamikule alkoholisõltuvusega patsientidele, eriti kui neil on kaasuvaid kehalisi haigusi, nagu tuberkuloos. Kui patsient soovib üksnes alkoholi tarvitamist vähendada, mitte täiskarskust, ja sellega kaasnevad olulised terviseriskid, on oluline patsienti karskusele motiveerida. Kui patsient ei taha sellegipoolest alkoholist täielikult loobuda, siis ei tohi ravi katkestada, vaid tuleb leida optimaalne ravieesmärk, millega patsient on nõus (46).

Alkoholi kuritarvitamine ja kerge alkoholisõltuvus

Mõõduka alkoholi tarvitamise (naistel mitte üle 2, meestel mitte üle 4 alkoholiühiku päevas) võib seada ravi eesmärgiks juhul, kui patsiendil ei esine kaasnevaid kehalisi ja psühhiaatrilisi haigusi, tal on toimiv sotsiaalne võrgustik ja ta ei soovi täiskarskust. Alkoholi kuritarvitamise ja kerge alkoholisõltuvuse põhiravi on psühhoteraapia, mille meetoditest on teaduspõhist efektiivsust näidanud kognitiivkäitumuslik teraapia, käitumuslikud teraapiad, tugivõrgustikust ja keskkonnast lähtuvad teraapiad. Kui patsiendil on partner, kes soovib ravis osaleda, soovitatakse paariteraapiat (46).

Kui psühhoteraapia ei anna iseseisvalt mingil põhjusel tulemusi, tuleb sellele lisada medikamentoosne ravi akamprosaadi või naltreksooniga.

Mõõdukas ja raske alkoholisõltuvus

Pärast edukat võõrutusravi tuleb kohe alustada tagasilangusi vähendava raviga. Esmavalikuks on suukaudne naltreksoon või akamprosaat koos samaaegse psühhoteraapiaga.

Teine ravivalik on disulfiraam koos individuaalse psühhoteraapiaga juhul, kui:

- eesmärgiks on täielik loobumine alkoholi tarvitamisest, kuid akamprosaat ja naltreksoon on vastu näidustatud või mingil põhjusel ei sobi
- patsient ise eelistab disulfiraami ja on teadlik potentsiaalsetest riskidest alkoholi tarvitamise ajal.

8.3. Alkoholisõltuvusega patsiendi võõrutusseisundi ravi

Patsiendid, kes saavad AUDIT testis tulemuse 20 punkti ja enam, vajavad üldjuhul võõrutusravi.

Võõrutussündroom on somaatiliste ja psüühiliste sümptomite kombinatsioon, mis tekib alkoholi tarvitamise lõpetamisel. Pikaajase alkoholitavitamise lõpetamisel ilmnevad võõrutusnähud umbes 24–150 tunni möödudes (47). Enne võõrutusravi alustamist tuleb välistada muud kiiret ravi vajavad seisundid: ajutrauma, hüpopglükeemia, kopsupõletik, meningiit, maksakooma, intoksikatsioon (47).

Enne võõrutusravi alustamist tehtavad analüüsid

Alkoholi kontsentratsioon väljahingatavas õhus: alkohol väljutatakse väljahingatava õhu kaudu ning selle kontsentratsioon korreleerub veres sisalduva alkoholi kontsentratsiooniga (46).

Keskmiselt suudab organism elimineerida kehas 1 alkoholiühiku tunnis. Alkoholi organismis väljutamise aeg on igal inimesel erinev, kuid see lüheneb alkoholisõltuvusega patsientidel. (46).

Ravi paremaks planeerimiseks soovitatakse enne võõrutusravi alustamist teha kindlaks alkoholi kontsentratsioon (nt kui patsient on joobes, ei ole võimalik ravi alustada bensodiasepiinidega).

Vereanalüüsid:

Vereanalüüsid on alkoholi tarvitamise ja sellest tingitud tervisekahjude mõõtmiseks vähemtundlikud ja -spetsiifilised kui AUDIT test (46).

Sellegipooldest soovitatakse teha järgmised vereanalüüsid, et jälgida ravi efektiivsust ja hinnata kahjustuse astet:

GGT (gammaglutamüüli transferaas) – näitab alkoholi tarvitamise taset kahe viimase kuu jooksul, sensitiivsus 50–70%, spetsiifilisus 75%–85%. Valepositiivsust annavad: hepatiit, tsirroos, kolestaatiline ikterus, metastaatiline kartsinoom, ravi simvastatiiniga ja rasvumus (46).

MCV (ingl k *mean cell volume*, erütrotsüüdi keskmine maht) – sensitiivsus 25–50% ja spetsiifilisus 85–95% alkoholi kuritarvitamise puhul. MCV võib püsida kõrgena veel 3 kuud pärast viimast alkoholi tarvitamist. Valepositiivsust annavad: vitamiin B12 ja folaadi defitsiit, pernitsioosne aneemia, rasedus ja fenütoiin (46).

CDT (ingl k *Carbohydrate-deficient transferrin*, süsivesikdefitsiitne transferriin) kõrgem spetsiifilisus 80–98% kui teistel analüüsidel. Valepositiivsust esineb harva: raske maksahaigus, krooniline aktiivne hepatiit (46).

Komplikatsioonideta ja komplikatsioonidega võõrutusseisundid

Komplikatsioonideta võõrutussündroom

Komplikatsioonideta võõrutussündroom on seisund, mille sümptomid ei viita konkreetsele alkoholiga seotud somaatilisele haigusele ja on hea prognoosiga (48). Sümptomiteks on treemor, iiveldus, halb enesetunne, autonoomse närvisüsteemi hüperaktiivsus, rahutus, mööduvad hallutsinatsioonid (nt mustad täpid, virvendused silmade ees) ja illusioonid.

Ravi vajalikkuse ja raskusastme hindamiseks on kasutusel CIWA-Ar skaala (võõrutusnähtude intensiivsuse hindamise skaala, ingl k *Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised*, vt lisa 5), mille täidab tervishoiuasutuse personal. Testi täitmiseks kulub 5 minutit. Maksimaalne punktisumma on 67. Kui punktisumma on 10–20, kaalutakse võõrutusravi vajalikkust. Medikamentoosne ravi on õigustatud, kui punktisumma on üle 20 (48). Farmakoloogilise võõrutusraviga püütakse korrigeerida elektrolüütide ja vee tasakaaluhäireid, küllastatakse tiamiini depooide (Wernicke-Korsakovi sündroomi profülaktikaks) ning kasutatakse bensodiasepiini haige seisundi kergendamiseks ja alkoholepileptiliste krampide ennetamiseks. Tugevate võõrutusnähtude korral manustatakse haigla tingimustes ühekordselt 10–20 mg diasepaami suukaudselt või intravenoosselt tilkinfusioonina. Annust korratakse, kuni haige jääb magama või kuni annuseni 100–150 mg ööpäevas. Enamasti 60mg-st piisab. Vajadusel kasutatakse unerohuna tsopiklooni, tsolpideemi või bensodiasepiini, kuid ka sedatiivseid antidepressante. Somaatiliste vaevuste leevendamiseks kasutatakse sümptomaatiliselt beetablokaatoreid (nt propranolool) ja analgeetikume (48). Medikamentooset ravi jätkatakse nii kaua kui võõrutussümptomid esinevad, enamasti 3–5 ööpäeva.

Annust vähendatakse iga päev 25–30%, et ravimi järsk lõpetamine ei tekitaks võõrutusvaevusi (48). Kui katkestusravi ajal on teada, et patsiendil on varem esinenud krampe, soovitatakse profülaktiliselt manustada karbamasepiini 200mg x 3 esimesel ööpäeval, misjärel annust mõne ööpäeva jooksul vähendatakse. Rahutuse korral kasutatakse haloperidooli lahust intramuskulaarselt või intravenoosselt 5mg ühekordse annusena.

Näide:

Sol. NaCl 0,9% 500ml–1000ml (vastavalt vajadusele)

Sol. KCl 7,4% – 5ml

Sol. Vit. B1 5% – 4ml

Sol. Vit. B6 5% – 4ml

Sol. Ac. Ascorbinici 5% – 5ml

Sol. MgSO₄ 25% – 5ml

Sol. Diasepami 10mg – 2ml

Tuberkuloosihaigel patsiendil tekkinud komplikatsioonideta võõrutusseisundit võib ravida tuberkuloosiosakonnas.

Komplikatsioonidega võõrutusseisundid:

Delirium tremens

- segasusseisund (desorienteeritus ajas, kohas)
- märgatav autonoomne hüperaktiivsus
- tugev erutusseisund
- meelepetted
- vee ja elektrolüütide tasakaaluhäired
- krambid

Wernicke-Korsakovi sündroom

- Wernicke entsefalopaatia, akuutne staadium
- teadvuse taseme alanemine
- oftalmopleegia
- silmavärin
- ataksia
- perifeerne neuropaatia
- hüpotermia
- hüpotensioon
- Korsakovi psühhoos, hiline staadium
- lühimäluhäired
- konfabulatsioonid

Alkoholhallutsinooos

- püsivad tõelised hallutsinatsioonid (auditiivsed ja/või visuaalsed)
- *Grand mal* tüüpi krambid (48)

Komplikatsioonidega võõrutusseisundeid on vaja ravida selleks spetsialiseeritud asutustes (psühhiaatriakliinik).

8.4. Mittemotiveeritud, ravikoostööst keelduv patsient

Alkoholisõltuvusega kaasneb tihti teisi psüühikahäired, mis võivad komplitseerida haiguse kulgu. Kaasuvate seisundite korral on ravisoostumus ja ravikoostöö tihti raskendatud ning patsiendid katkestavad ravi sagedamini. 37%-l alkoholisõltuvusega patsientidest esineb kaasuv psüühikahäire, millest levinumad on ärevus- ja meeleoluhäired ning isiksushäired. Pikaajase alkoholisõltuvuse korral tekib isiksusemuutus ning kognitiivsete funktsioonide langus. Motiveerivat intervjuerimist soovitatakse rakendada siis, kui patsiendi kognitiivsed võimed seda võimaldavad. Kui patsient ei ole hetkel huvitatud alkoholisõltuvuse ravist, kuid jätkab tuberkuloosi ravi, on soovitatav aeg-ajalt patsiendi soovi muutuseks täpsustada ning rakendada kohtumistel motiveeriva intervjuu elemente. Kui haiguskriitika on puudulik ning patsient keeldub ravist või eirab senist ravikoostööd, on vastavalt 2003. aastal vastu võetud nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse § 4 võimalik rakendada ravikoostööst keelduva nakkusohtliku patsiendile tahtest olenematut ravi. Kui esineb kaasuv alkoholisõltuvus ja psüühikahäire, soovitatakse patsient parema ravitulemuse saavutamiseks suunata Viljandi haigla tuberkuloosiravi üksusesse, kus ravi juhivad pulmonoloog ja psühhiaater.

Kokkuvõte

Alkoholi tarvitamise taseme kui patsiendi ühe terviseriski väljaselgitamine on üks tervishoiutöötajate delikaatsemaid ülesandeid. Alkoholi tarvitamine on riskitegurina väga individuaalne ning sõltub patsiendi geneetilistest, sotsiaalsetest ja psühholoogilistest iseärasustest. Alkoholist tingitud riski hindamiseks on koostatud erinevaid meetodikaid, kuid ei tohi unustada, et need ei ole diagnostilised juhised, vaid lihtsalt hõlbustavad patsiendi olukorrast arusaamist. Tegelik tegutsemisviis ja koostöö patsiendiga kujuneb vastavalt olukorrale ning lähtub patsiendi iseärasustest ja kaasnevatest probleemidest. On väga tervitatav, kui esmatasandi tervishoiutöötajad tegelevad teiste probleemide kõrval ka alkoholiga seonduvate riskide nõustamisega ning patsiendi edasise käekäigu jälgimise ja toetamisega. Samas on alkoholialane nõustamine üks võimalus patsiendi terviseriskide vähendamiseks ja seeläbi eelduste loomiseks tervemaks ja pikemaks eluks. Ka tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga tegelevate raviasutuste töötajatel tasub hinnata alkoholi tarvitamist oma patsientidel ja toetada neid harjumuste muutmisel, kui alkoholi liigtarvitamine on ravile takistuseks. Käegakatsutavat tulemust ei maksa oodata liiga kiiresti ja kõigil juhtudel. Oluline on teada, et vastutus alkoholi tarvitamise vähendamise ja saavutatud muutuse säilitamise eest on patsiendil. Alkoholiga seotud riske hindavate testide ning sobilike nõustamisvõtetega saavad tervishoiutöötajad suunata patsienti muutma alkoholi tarvitamisega seotud käitumist.

Kasutatud kirjandus

1. Alkoholiseadus. Riigi Teataja I 2002, 3,7.
2. Vaask, S., Liebert, T., Maser, M. jt. Eesti toitumis- ja toidusoovitused. Tervise Arengu Instituut, Eesti Toitumisteaduste Selts, Tallinn 2006.
3. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. World Health Organization, Geneva.
4. Etüülalkohol. Encyclopædia Britannica. [<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/194354/ethyl-alcohol> (10.06.2010)].
5. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. [http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html (29.03.10)].
6. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise käsiraamat. MTÜ AIDSi Ennetuskeskus, Sotsiaalministeerium, Tallinn 2005. Projektijuht Marju Kiipus.
7. Psühhiaatria. AS Medicina, 2000.
8. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon. RHK 10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu Ülikool, 1999.
9. Hein, P., Ahermaa, E., Martens, K., Saar, I., Josing, M., Liivaauk, P. Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2008. Eesti Konjunktuuriinstituut, Tallinn 2009.
10. Martens, K. jt. Eesti alkoholiturg 2008. aastal. Eesti Konjunktuuriinstituut, 2009.
11. Martens, K. jt. Eesti alkoholiturg 2009. aastal. Eesti Konjunktuuriinstituut, 2010.
12. Tekkel, M., Veideman, T., Rahu, M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2008. Tervise Arengu Instituut, Tallinn 2009.
13. Eesti Terviseuuring 2006. Tervise Arengu Instituut. [www.tai.ee/?id=4890 (17.06.10)].
14. Aasvee, K., Maser, M. Ülevaade Eestis 2001/2002 ja 2005/2006 õppeaastal toimunud kooliõpilaste tervisekäitumise uuringutest (HBSC uuring) teiste riikide taustal. Eesti Arst 2009; 88:390-401.
15. Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students (ESPAD Study). [www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/ESPAD_17-18_Year_Old_2003.pdf].
16. Järvelaid, M. Health Damaging Risk Behaviours in Adolescence. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 2004.
17. Maaroo, H-I., Aluoja, A., Kalda, R. Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. Eesti Arst 2010; 89(5):316–322.
18. Zilmer, M., Karelson, E., Vihalemm, T. jt. Inimorganismi biomolekulid ja nende meditsiiniliselt olulisemad ülesanded. Inimorganismi metabolism, selle häired ja haigused. Tartu Ülikooli Biokeemia Instituut, 2010.
19. Pöschl, G., Seitz, H.K. Alcohol and Cancer. *Alcohol and Alcoholism*, 2004, 39(3):155–165.
20. Anderson, P., Gual, A., Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona 2005. [www.phepa.net].
21. Zaridze, D., Brennan, P., Boreham, J. jt. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case–control study of 48 557 adult deaths. *Lancet*, 2009, 373:2201–2214.
22. Rehm, J., Mathers, C., Popova, S. jt. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 2009, 373:2223–2233.
23. Aalto, M., Pekuri, P., Seppä, K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, 66:39–43.
24. Miller, P.M., Thomas, S.E., Mallin, R. Patient Attitudes Towards Self-Report and Biomarker Alcohol Screening by Primary Care Physicians. *Alcohol & Alcoholism*, 2006, 41(3):306–310.
25. Lai, T. Alkohol. Eluaastad. Majandus. Alkohol Eestis – tarbimine ja mõjud. Seminar 19.11.2009. Tervise Arengu Instituut. [http://www.tai.ee/failid/Taavi_Lai_Alkohol__eluaastad__majandus.pdf (30.01.10)].
26. Lai, T., Vals, K., Kiivet, R. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskiteguritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Sotsiaalministeerium, Tallinn 2005.
27. Laido, Z., Värnik, A., Sisask, M. Alkoholiprobleemidega patsientide suitsiidiriski hindamine. Metoodiline juhendmaterjal esmatasandi tervishoiusüsteemi jaoks. Tervise Arengu Instituut 2010. [<http://www.terviseinfo.ee/web/?id=2796> (17.06.10)].
28. EMOR RISC 2009

29. Kaner, E.F., Dickinson, H.O., Beyer, F.R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J.B., Burnand, B., Pienaar, E.D. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, 2, Art. No.: CD004148.
30. Policy Statement-Alcohol Use by Youth and Adolescents: A Pediatric Concern. Committee on Substance Abuse. *Pediatrics*, 2010, 125:1078–1087.
31. Australian Guidelines To Reduce Health Risks from Drinking Alcohol. National Health and Medical Research Council, 2009.
32. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. World Health Organization, 2001, 2. väljaanne.
33. Kelly, T.M., Donovan, J.E., Kinnane, J.M., Taylor, D.M. A Comparison of Alcohol Screening Instruments Among Under-Aged Drinkers Treated in Emergency Departments. *Alcohol and Alcoholism*, 2002, 37(5):444-450.
34. Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K., Gates, E.C., Chang, G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*, 2003, 27:67–73.
35. Reinert, D.F., Allen, J.P. The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2007, 31(2):185–199.
36. Vijayakumar, L. jt. Preventing suicide. A resource for primary health care workers. Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva 2000.
37. Prochaska, J.O., Velicer, W.F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12(1):38–48.
38. Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C. Motivational Interviewing in Healthcare. Guilford Press, 2007.
39. Brief interventions - alcohol and health improvement. Institute of Health and Society, Newcastle University, [<http://www.ncl.ac.uk/ihs/news/item/?brief-interventions-alcohol-and-health-improvement> (17.06.10)]
40. Rethinking Drinking. National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. [<http://www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/> (17.06.10)].
41. The „Drink-less“ Programme [<http://www.cs.nsw.gov.au/drugahol/drinkless/> (17.06.10)].
42. Kui palju on palju? Nõuandeid alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Tervise Arengu Instituut, 2010 [<http://www.terviseinfo.ee/web/?id=2796> (17.06.10)].
43. Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., Maaros, H-I. Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 2006; 23: 693–698.
44. Schmidt, L.A., Mäkelä, P., Rehm, J., Room, R. Alcohol: equity and social determinants. 2. peatükk kogumikust: Blas, E., Kurup, A.S. (toim.). Equity, social determinants and public health. World Health Organization, 2010.
45. Lönnroth, K., Jaramillo, E., Williams, B., Dye, C., Raviglione, M. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. 12. peatükk kogumikust: Blas, E., Kurup, A.S. (toim.). Equity, social determinants and public health. World Health Organization, 2010.
46. Alcohol Use Disorders: The Nice Guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists, 2011.
47. Current Care Guideline, Treatment of Alcohol Abuse, Working group appointed by The Finnish Medical Society Duodecim and the Finnish Society of Addiction Medicine, 2010.
48. Narkoloogia. AS Medicina, Tallinn 2000.
49. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas [<http://www.tai.ee/tstua>].
50. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2012.
51. Kliiman, K. Highly drug resistant tuberculosis in Estonia: Risk factors and predictors of poor outcome. *Dissertationes medicinae Universitas Tartuensis* 165, Tartu 2010.
52. Tuberkuloosigaigestumus Eestis 2008–2009. Tervise Arengu Instituut, Tallinn 2010.
53. Lönnroth, K. jt. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis- a systematic review. *BMC Public Health*, 2008.
54. Sillastu, H. Tuberkuloos Eestis. Tartu 2011.
55. Tekkel, M., Rahu, M., Loit, H-M., Baburin, A. Risk factors for pulmonary tuberculosis in Estonia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(10):887–894.
56. Stockwell, T., Murphy, D., Hodgson, R. The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78(2), 45–156, 1983.

Lisa 1.

AUDIT-test

Kuna alkoholi tarvitamine võib mõjutada Teie tervist ning teatud ravimite ja ravi tõhusust, siis on oluline esitada mõned küsimused Teie alkoholi tarvitamise harjumuste kohta. Teie vastused on konfidentsiaalsed, seepärast palume vastata võimalikult ausalt. **Pange tähele, et testi küsimused nr 1-8 puudutavad alkoholi tarvitamist viimase aasta jooksul.** Tõmmake sobivale vastusevariandile ring ümber.

1 alkoholiühik = 1 alkoholiannus

1 alkoholiannus võrdub alkohoolse joogi kogusega, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi ehk 1 alkoholiühiku.

1. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?

- 0 Mitte kunagi
- 1 Umbes kord kuus või harvem
- 2 2-4 korda kuus
- 3 2-3 korda nädalas
- 4 4 korda nädalas või sagedamini

Mõeldud on ka vähese alkoholisisaldusega jooke nagu siider, lahja õlu.

2. Mitu annust Te tavaliselt korraga alkoholi joote?

- 0 1-2 annust
- 1 3-4 annust
- 2 5-6 annust
- 3 7-9 annust
- 4 10 või rohkem

1 annus on näiteks:
 ½ pudelit (250 ml) 5-5,3% õlut või
 1 pokaal (120 ml) 12% veini või
 1 pits (40 ml) 40% kanget alkoholi

3. Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam annust?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

Kui küsimuste nr 2 ja 3 punktisumma on 0, võite jätkata küsimustega nr 9 ja 10.

4. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et kui Te tarvitasite alkoholi, ei suutnud Te alkoholi tarvitamist enam peatada?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

5. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul jäänud alkoholi tarvitamise tõttu tegemata midagi, mida Teilt oodati?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

6. Kui sageli olete viimase aasta jooksul vajanud rohke alkoholi tarvitamise järgsel hommikul mõnd alkoholi sisaldavat jooki, et saada üle pohmellist?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

7. Kui sageli on Teid viimase aasta jooksul vaevanud pärast alkoholi tarvitamist süü- või kahjutunne?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

8. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et alkoholi tarvitamisele järgnenud hommikul ei mäletanud Te eelmisel õhtul toimunut?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

9. Kas Teie ise või keegi teine on saanud Teie alkoholi tarvitamise tõttu vigastada?

- 0 Ei
- 2 On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4 Jah, on viimase aasta jooksul

10. Kas mõni Teie lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures Teie alkoholi tarvitamise pärast või on soovitanud Teil alkoholi tarvitamist vähendada?

- 0 Ei
- 2 On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4 Jah, on viimase aasta jooksul

Testi tegemise kuupäev

Patsiendi nimi

Punktsumma kokku

Употребление алкоголя может оказывать влияние на Ваше здоровье, а также на эффективность медикаментов и лечения. Поэтому очень важно изучить Ваше потребление алкоголя. Ваши ответы строго конфиденциальны, поэтому просим Вас отвечать на вопросы как можно честнее. **Обратите внимание, что 1-8 вопросы теста касаются употребления алкоголя в течение последнего года.** Обведите кружочком правильный вариант ответа.

1 единица алкоголя = 1 порция алкоголя

1 порция алкоголя равняется количеству алкогольного напитка, который содержит 10 г абсолютного алкоголя или 1 единицу алкоголя.

1. Как часто Вы употребляете содержащие алкоголь напитки?

- 0 Никогда
- 1 Примерно раз в месяц или реже
- 2 2-4 раза в месяц
- 3 2-3 раза в неделю
- 4 4 раза в неделю или чаще

Подразумеваются также напитки с малым содержанием алкоголя, такие как сидр или слабое пиво.

2. Сколько порций алкоголя Вы, как правило, выпиваете за раз?

- 0 1-2 порции
- 1 3-4 порции
- 2 5-6 порций
- 3 7-9 порций
- 4 10 или больше порций

*1 порция это, например:
½ бутылки (250 мл) 5%-5,3% пива или
1 бокал (120 мл) 12% вина или
1 стопка (40 мл) 40% крепкого алкоголя.*

3. Как часто Вы выпивали за раз 6 или более порций?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

Можете продолжить отвечать на вопросы 9 и 10, если в вопросах 2 и 3 Вы набрали 0 баллов.

4. Как часто за последний год случалось, что Вы были не в состоянии остановиться, прекратить употребление спиртного после того, как начали пить?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

5. Как часто за последний год случалось, что из-за употребления алкоголя Вы не выполняли что-то, чего от Вас ожидали?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

6. Как часто за последний год наутро после употребления алкоголя Вы нуждались в содержащем алкоголь напитке, чтобы справиться с похмельем?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

7. Как часто за последний год после употребления алкоголя Вас беспокоило чувство вины или сожаления?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

8. Как часто за последний год случалось, что Вы не помнили на утро после употребления алкоголя, что происходило вечером?

- 0 Ни разу
- 1 Реже раза в месяц
- 2 Раз в месяц
- 3 Раз в неделю
- 4 Ежедневно или практически ежедневно

9. Получали ли Вы или кто-то другой физические повреждения или травмы, как следствие употребления Вами алкоголя?

- 0 Нет
- 2 Такое случалось, но не в течение последнего года
- 4 Да, такое случалось в течение последнего года

10. Испытывал ли кто-либо из Ваших близких, друзей, врачей и т.п. беспокойство из-за употребления Вами алкоголя или рекомендовал Вам сократить потребление алкоголя?

- 0 Нет
- 2 Такое случалось, но не в течение последнего года
- 4 Да, такое случалось в течение последнего года

Дата

Имя и фамилия пациента

Всего баллов

Lisa 3. Enesehinnanguline meeleolu skaala (EMS)

Enesehinnanguline meeleolu skaala on patsiendi poolt täidetav küsimustik, mis sisaldab kuut depressioonile viitavat sümptomit. EMS skoor >11 viitab depressiooni esinemise võimalusele (43).

Kas Teile on viimase kuu jooksul mõni allpool nimetatud probleemest muret valmistanud?

Tõmmake ring ümber õigele vastusevariandile.

1. Huvi kadumine enamuse asjade vastu

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

2. Kurvameelsus, tühjuse- või masendustunne

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

3. Puhkamine ei taasta jõudu

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

4. Alaväärsustunne

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

5. Liigne mure erinevate asjade pärast

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

6. Võimetus rõõmu tunda

- 1 Üldse mitte
- 2 Mõnel päeval
- 3 Pooltel päevadel
- 4 Enam kui pooltel päevadel
- 5 Peaaegu iga päev

Lisa 4. Alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik SADQ

(ingl k *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*)

PATSIENDI NIMI: VANUS: KUUPÄEV:

Palun meenutage viimase kuu jooksul perioodi, mis oli Teie jaoks tüüpiline ohtra joomise periood. Millal see oli?

Kuu: Aasta:

Soovime täpsustada Teie alkoholi tarvitamist sel ajal ning seda, kui sageli Te kogesite teatud tundeid. Palun märkige ristiga vastus, mis näitab, kui tihti Teil esinesid sellel ohtra joomise perioodil järgmised seisundid.

Punktid	0	1	2	3
	Peaaegu mitte kunagi	Mõnikord	Tihti	Peaaegu alati
1) Ärgates on mul hiline tunne				
2) Mu käed värisevad kohe hommikul				
3) Värisen kohe hommikul tugevalt üle kere, kui ma ei saa ühte napsu				
4) Ärkan higist läbimärjana				
5) Mul on hirm hommikuse ärkamise ees				
6) Mul on hirm kohata kohe hommikul teisi inimesi				
7) Tunnen end ärgates meeleheite äärel olevat				
8) Mul on ärgates väga suur hirm				
9) Mulle meeldib võtta hommikul väike naps				
10) Kulistan oma hommikuse napsi alati nii kiiresti alla kui võimalik				
11) Ma joon hommikul, et värinatest lahti saada				
12) Mul on ärgates tugev vajadus alkoholi järele				
13) Ma joon rohkem kui 1/4 pudelit viina või 2 liitrit õlut/1 pudeli veini päevas				
14) Ma joon rohkem kui 1/2 pudelit viina või 4 l õlut/2 pudelit veini päevas				
15) Ma joon rohkem kui 1 pudel viina või 8 l õlut/4 pudelit veini päevas				
16) Ma joon rohkem kui 2 pudelit viina või 16 l õlut/8 pudelit veini päevas				

Kujutlege järgmist olukorda:

Te olete olnud mitu nädalat täielikult kaine. Seejärel joote ohtralt 2 päeva.

KUIDAS TE TUNNEKSITE END KAHEPÄEVASELE JOOMISELE JÄRGNEVAL HOMMIKUL?

Punktid	0	1	2	3
Hommikul	Üldse mitte	Vähesel määral	Keskmiselt	Palju
17) Ma hakkaksin higistama				
18) Mu käed väriseksid				
19) Ma väriseksin üle keha				
20) Ma tunneksin vajadust alkoholi järele				

Kokku:

ALKOHOLISÕLTUVUSE RASKUSASTET NÄITAV PUNKTISUMMA KOKKU:

NB! Küsimused 17–20: Kui patsiendil ei ole olnud 2-nädalast kainusperioodi, siis anna küsimuste 17–20 eest maksimumpunktid.

PUNKTIDE KOGUSUMMA:

0–3 punkti: sõltuvust ei esine, 4–19 punkti: kerge sõltuvus, 20–30 punkti: keskmine sõltuvus, 31–44+ punkti: raske sõltuvus, 45+ punkti: väga raske sõltuvus.

Lisa 5. CIWA-Ar – Võõrutusnähtude intensiivsuse hindamise skaala *

(Punktsumma üle 20 punkti näitab tugevaid võõrutusnähte, maksimumsumma on 67 punkti)

Patsiendi nimi:

Kuupäev/kuu/aasta:

IIVELDUS JA OKSENDAMINE	TUNDEHÄIRED
<p>„Kas Teil on süda paha? Kas Te olete oksendanud?“</p> <p>0. iiveldust ei ole, oksendanud ei ole 1. kerge iiveldus, ei ole oksendanud 2. 3. 4. vahetevahel esineb iiveldust ja oksendamist 5. 6. 7. pidev iiveldus, korduv oksendamine</p>	<p>„Kas Teil on tunne, nagu Teil miski sügeleks, torgiks, kipitaks või oleks tundetu, või nagu jookseksid sipelgad üle keha?“</p> <p>0. ei ole tundeäireid 1. väga vähene sügelus, torkimine, kipitamine, tundetus 2. vähene sügelus, torkimine, kipitamine, tundetus 3. mõõdukalt sügelust, torkimist, kipitamist, tundetust 4. keskmisest tugevamad meelepetted 5. tugevad meelepetted 6. eriti tugevad meelepetted 7. pidevad meelepetted</p>
TREEMOR	KUULMISHÄIRED
<p>Käed ette sirutatud ja sõrmed harali</p> <p>0. väärinat ei ole 1. ei ole näha, kuid võib sõrmedega tunda 2. 3. 4. keskmine, kui haigel on käed ette sirutatud 5. 6. 7. tugev isegi käte rahuolekus</p>	<p>„Kas Te kuulete mingeid erilisi helisid? Kas need on tugevad, hirmutavad või häirivad Teid? Kas Kas Te kuulete olematuid helisid?“</p> <p>0. ei kuule häält 1. väga vähesel määral ja nõrgalt hirmutavad häälled 2. vähe ja veidi hirmutavad häälled 3. mõõdukad ja üsna hirmutavad häälled 4. keskmisest tugevamad kuulmismeelepetted 5. tugevad kuulmismeelepetted 6. eriti tugevad kuulmismeelepetted 7. pidevad kuulmishallutsinatsioonid</p>
HIGISTAMINE	NÄGEMISHÄIRED
<p>0. ei ole nähtavat higistamist 1. vaevu nähtav higistamine, käed on niisked 2. 3. 4. otsmikul on higipiisad 5. 6. 7. eriti rohke higistamine</p>	<p>„Kas valgus tundub liiga ere? Kas see teeb silmadele haiget? Kas selle värv on teistsugune? Kas Te näete midagi, mis teid häirib? Kas Te näete olematuid asju?“</p> <p>0. ei ole nägemisilluusione 1. väga kerged nägemisilluusioid 2. kerged nägemisilluusioid 3. keskmised nägemisilluusioid 4. keskmisest intensiivsemad nägemisilluusioid 5. intensiivsed nägemisilluusioid 6. eriti intensiivsed nägemisilluusioid 7. pidevad nägemishallutsinatsioonid</p>

* Ing. k. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) scale revised. Eesti keeles avaldatud väljaandes Narkoloogia. Medicina (2000).

ÄREVUS	PEAVALU, SURVE PEAS
<p>„Kas Te tunnete ärevust?“</p> <p>0. ei ole ärevust, olen rahulik</p> <p>1. kergelt ärev</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. keskmiselt ärev või valvel, nii et ärevust võib eeldada</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. ärevus vastab sellisele akuutsele paanikahoole nagu ägeda deliiriumi või skisofreenia puhul</p>	<p>„Kas Teil pea valutab? Kas Teile tundub, et ümber pea on võru?“ Siin ei hinnata peapööritust.</p> <p>0. ei ole</p> <p>1. väga kerge</p> <p>2. kerge</p> <p>3. mõõdukas</p> <p>4. keskmisest tugevam</p> <p>5. tugev</p> <p>6. eriti tugev</p> <p>7. talumatu</p>
RAHUTUS	ORIENTEERUMINE JA TEADVUSE TASEME HÄMARDUMINE
<p>0. normaalne aktiivsus</p> <p>1. kergelt rahutu</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. keskmiselt rahutu</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. kõnnib edasi-tagasi peaaegu kogu vestluse ajal või esineb motoorset rahutust</p>	<p>„Mis päev täna on, kus Te olete? Kes mina olen? Olge hea ja arvutage, kui palju on...“</p> <p>0. orienteerub ajas ja kohas, suudab arvutada</p> <p>1. ei suuda arvutada või on koha suhtes ebakindel</p> <p>2. eksib kuupäeva suhtes kõige enam kahe päevaga</p> <p>3. eksib kuupäeva suhtes rohkem kui kahe päevaga</p> <p>4. eksib koha ja/või isiku suhtes</p>

Aeg:

Punktsumma:

Kehatemperatuur:

Vererõhk (RR):

Pulsisagedus:

Hingamissagedus:

Täitja:

CIWA-Ar punktsumma ja soovitatav ravi

Kerged vaevused CIWA-Ar <10

sümptomaatiline ravi, ei vaja ilmtingimata rahusteid, spordijoogid ja toitumustaseme parandamine; sageli piisab ambulatoorsest ravist

Keskised vaevused CIWA-Ar 10-20

tiamiinidepoode täiendamine, vee ja elektrolüütide tasakaalu häire (suukaudne) leevendamine, võõrutusvaevused vajavad sageli medikamentooset ravi; vajadusel profülaktiline antikonvulsiivne (krambivastane) ravi

Raskekujulised vaevused CIWA-Ar >20

tiamiinidepoode täiendamine, vee ja elektrolüütide tasakaalu häirete parenteraalne taastamine, võõrutusvaevuste küllastusravi (bensodiasepiinid), sageli vajalik profülaktiline antikonvulsiivne ravi

Lisa 6.

Alkoholiühikud



5,2% õlu,
0,5 l
2 annust



5,2% õlu,
500 ml
2 annust



4% õlu,
0,33 l
1 annus



4% õlu,
330 ml
1 annus



4,5% siider,
0,5 l
1,8 annust



4,5% siider,
500 ml
1,8 annust



5,6% gin,
0,5 l
2,2 annust



5% cooler,
0,275 l
1,1 annust



12% vein,
0,75 l
7,1 annust



12% vein,
120 ml
1,1 annust



14% vein,
0,75 l
8,3 annust



14% vein,
120 ml
1,3 annust



12% šampus,
0,75 l
7,1 annust



12% šampus,
175 ml
1,7 annust



40 ml kange alkoholi
sisaldusega kokteil
1,3 annust



40% kange alkohol
(viin, viski, konjak, puskar),
40 ml
1,3 annust



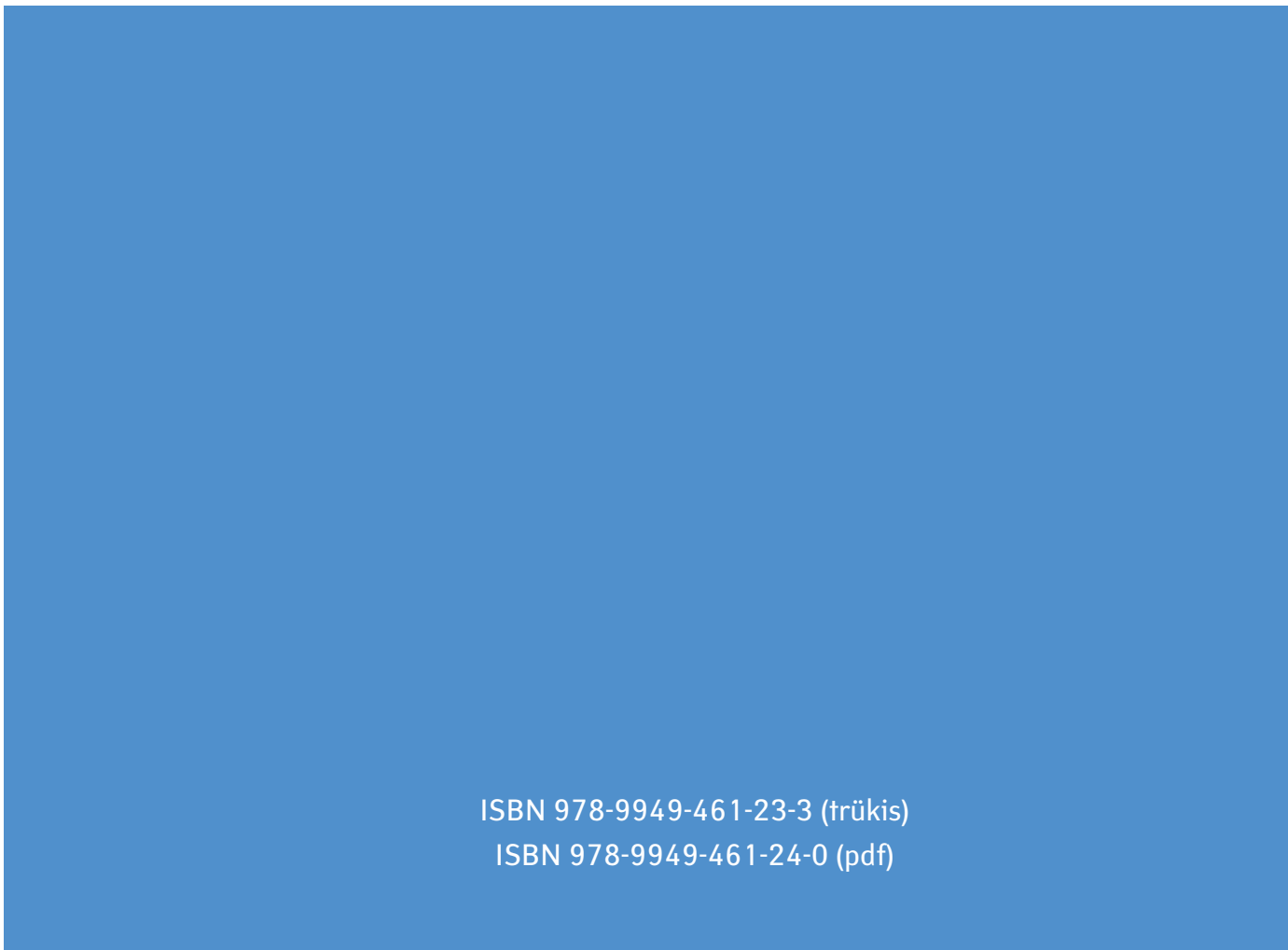
40% kange alkohol
(viin, viski, konjak, puskar),
200 ml
6,3 annust



40% kange alkohol
(viin, viski, konjak, puskar),
0,5 l
15,8 annust

60% kange alkohol
(odekolonn, samagonn),
200 ml 9,5 annust
0,5 l 23,7 annust

90% kange alkohol
(piiritus, tehniline piiritus),
200 ml 14,2 annust
0,5 l 35,5 annust



ISBN 978-9949-461-23-3 (trükis)
ISBN 978-9949-461-24-0 (pdf)