

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

ALKOHOLISÕLTUVUSEGA MEESTE ELUKVALITEET

Magistritöö rahvatervishoius

Indrek Linnuste

**Juhendajad: Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi
dotsent**

**Mare Teichmann, PhD, Tallinna Tehnikaülikool
psühholoogiaprofessor**

Tartu 2011

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis ja SA Pärnu Haiglas

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 13.05.2011 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: dr. Olev Poolamets, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi androloogiakeskus, meestearst

Kaitsmine: 07.06.2011

Magistriõpinguid ja magistritöö valmimist toetas Norra Finantsmehhanismi grant EE0016 Tartu Ülikooli tervishoiu instituudile projekti „Epidemioloogia õpe ja terviseinfo analüüs“ teostamiseks.



Sisukord

Kasutatud lühendid	5
Kokkuvõte.....	6
1. Sissejuhatus	7
2. Kirjanduse ülevaade.....	11
2.1 Alkoholiga seotud mõisted	11
2.2 Rahvastiku tervis ja elukvaliteet	12
2.3 Alkoholi tarvitamine ja tagajärjed.....	13
2.3.1 Alkoholi tarvitamine maailmas.....	13
2.3.2 Alkoholi tarvitamine Eestis.....	14
2.3.3 Alkoholist tingitud haigestumus	15
2.3.4 Alkoholist tingitud haigestumus Eestis.....	18
2.3.5 Alkoholist tingitud suremus maailmas.....	18
2.3.6 Alkoholist tingitud suremus Eestis	20
2.4 Alkoholi toime ja sõltuvusse haigestumine.....	21
2.4.1 Bioloogiline toime.....	22
2.4.2 Geneetiline eelsoodumus ja sõltuvuse tüübid	23
2.4.3 Sotsiaalpsühholoogilised faktorid sõltuvuse kujunemisel	24
2.4.4 Alkoholisõltuvuse komplekssus.....	25
2.5 Alkoholisõltuvuse diagnoosimine	26
2.6 Meeste tervis	28
2.7 Elukvaliteet ja selle mõõtmine.....	30
2.7.1 Elukvaliteet ja sõltuvushäired	31
3. Eesmärgid	33
4. Materjal ja metoodika	34
4.1 Valimi moodustamine	34
4.2 Küsimustikud	34
4.3 Andmete kogumine.....	35

4.4 Andmeanalüüs	35
5. Tulemused	37
5.1 Valim ja selle esindavus	37
5.2 Sihtrühma iseloomustus.....	37
5.3 Alkoholi tarvitamine.....	40
5.4 Elukvaliteet.....	42
6. Arutelu	46
7. Järeldused ja soovitused	52
Kasutatud kirjandus	53
Summary.....	59
Tänuavaldused	60
Curriculum vitae	61
Lisa 1	62

Kasutatud lühendid

AA – Anonüümsed Alkohoolikud

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

RHK-10 – Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, versioon 10

TAI – Tervise Arengu Instituut

WHO – World Health Organisation; Maailma Tervise Organisatsioon

WHOQOL-100 – World Health Organisation Quality of Life -100 (measurement instrument)

Kokkuvõte

Käesolev magistritöö viidi läbi 2010 - 2011 aastal SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikus ravil olnud alkoholisõltuvuse diagnoosiga (F10.2) meeste elukvaliteeti uurides.

Alkoholisõltuvus on kompleksne haigus, millega kaasneb terviseprobleemidele lisaks mitmeid majanduslikke ja sotsiaalseid probleeme nii indiviidi kui ühiskonna tasandil. Antud uurimistöö keskendus meeste alkoholisõltuvusele. Meeste oodatav eluiga sünnil, tervise näitajad, ja ka tervise teadlikkus on oluliselt madalamad kui naistel. Alkohol on oluline riskitegur nii haigestumise kui vigastuste ja õnnetuste puhul. Alkoholisõltuvus on ühiskonnas stigmatiseeritud nähtus, mida peetakse pigem tahtenõrkuseks kui haiguseks. Selline suhtumine loob halva pinnase nii ennetustöös, alkoholisõltlaste ravis, kui rehabilitatsiooni ja toetuse süsteemis.

Alkoholismi kui mitmetahulise probleemi parimaks kirjeldamiseks ja analüüsimiseks valis autor töö kandvaks temaks elukvaliteedi kontseptsiooni, tuginedes WHO elukvaliteedi käsitlusele. Uurimistöös kasutati instrumendina WHO elukvaliteedi mõõtmise instrumenti WHOQOL-100, mis mõõdab lisaks elukvaliteedi üldindeksile veel eraldi kuut aladimensiooni elukvaliteedis (füüsiline tervis, psühholoogiline heaolu, sotsiaalsed suhted, sõltumatus, elukeskkond ja hingelisuus). Uurimistöö tulemustest saab esile tuua madalaimad keskmised väärtused füüsilise tervise, psühholoogilise heaolu ning hingelisuse aladimensioonides. Käesoleva töö tulemustest saab välja lugeda elukvaliteedi kontekstis märke hingelis-psühholoogilisest puudujäägist. Laiemalt öeldes teatud vaimse iseloomuga kriisist, mis sisaldab nii madalat enesehinnangut kui puudujääke inimese isiklikes uskumustes. Nende tegurite olemasolu mõjutab inimese elukvaliteeti, aidates raskustega toime tulla, andes tema eksistentsile tähenduse ja struktuuri ning toetades inimese heaolutaju. Kindlasti aitab puudujääke kompenseerida erinevates tugirühmades osalemine. Raviprotsessi kontekstis võivad olla need tegurid otsustava tähendusega paranemise dünaamika osas.

Tuleb tõdeda, et oluline on erinevate valdkondade koostöö rahvatervise kontekstis alkoholiprobleemiga võitlemisel. Alustada tuleks rahvastiku teadlikkuse tõstmisest alkoholist kui sõltuvust põhjustavast ohtlikust ainek. Kindlasti on vaja selliseid meetmeid nagu riiklik alkoholipoliitika, raviprotsesside ümberstruktureerimine integratiivsemale suunitlusele (erinevate spetsialistide koostöö ravimeeskondadena) ja kolmandasse sektorisse kuuluvale sihtrühmale orienteeritud mittetulundusühingute tegevuste soodustamine.

1. Sissejuhatus

Egiptusest, aastast 1500 e.m.a. pärineb hieroglüüfikir, mis hoiatab noori: "Ära joo kunagi üleliia õlut, sa kukud ja murrad oma luud, keegi ei siruta sulle kätt, sinu sõbrad joovad edasi ja ütlevad:

"visake välja see joodik!"

(1)

Uurimistöö teema nii alkoholisõltuvuse kui elukvaliteedi kontekstis kandub oma multidimensionaalsusega üle erinevate distsipliinide. Tegemist on üheltpoolt meesuurimusega sotsiaaluuringute valdkonnas, teisalt puudutades elukvaliteeti kui üha olulisemat tervisetulemit terviseuuringutes kliiniliste avalduste kõrval. Sihtrühma moodustavad homogeenelt alkoholisõltuvusega mehed. Terminoloogiliselt tähendab „meesuurimus” eraldiseisvat uurimuste ala, kus ühelt poolt käsitletakse mehi kui ühiskonna struktuuri osa, kui vaatlus- ja analüüsiühikut, teiselt poolt aga kui eraldiseisvat huvigruppi sotsiaalpoliitilises tähenduses (nt. töö ja pere ühitamise problemaatika korral) (2). Alkoholisõltuvuse all pean silmas RHK-10/V - Psüühika- ja käitumishäiretes väljatoodud diagnoosi koodiga F10.2: somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on tung (sageli tugev, vastupandamatu) psühhoaktiivset ainet (mis võib, aga ei pruugi olla arsti poolt ordineeritud), alkoholi või tubakat tarvitada (3). Tegeledes igapäevatoos antud sihtrühmaga ning olles teadlik alkoholiprobleemi aktuaalsusest Eesti ühiskonnas, arvab töö autor, et alkoholipoliitikast lähtuv sekkumine võitluses nii ennetuses, alkoholisõltlaste ravis kui rehabilitatsioonis on ebaefektiivne. Inimloomusele on keeruline otsustada oma enda käitumisharjumuste vastu. Töö autor nõustub dr. Olev Poolametsaga, kelle hinnangul on universaalsete terviseedenduse ja haigestumiste ennetusprogrammide ning kampaaniate rakendamine kulukas ja väheefektiivne, kuna tõhusate ja tulemuslike programmide eeldus – meeste ja madalama haridustasemega inimesteni jõudmine, multidistsiplinaarne koostöö oluliste sektorite vahel ja meeste tervisetegurite laiahaardeline käsitlemine, on senini olnud vähetoimiv (4). Et leida sihtrühma kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kõige paremini haakuvat kontseptsiooni, valisin uurimistöö teemaks elukvaliteedi. Elukvaliteet on lai kontseptsioon, mis ühendab komplekselt isiksuse füüsilist tervist, psühholoogilist seisundit, iseseisvuse taset, sotsiaalseid suhteid, isiklikke tõekspidamisi ja suhet keskkonna

iseärasustesse. Elukvaliteedi definitsioone on erinevaid, kuid antud uurimistöö baseerub Maailma Tervise Organisatsiooni (WHO) elukvaliteedi mõistel. WHO on elukvaliteeti defineerinud kui inimese subjektiivset hinnangut oma positsioonile elus tema väärtussüsteemi ja kultuurikeskkonna kontekstis, kus hinnangud on seotud inimese eesmärkide, ootuste, elustandardite ja tajutud probleemidega (5).

Alkoholisõltuvus on komorbiidne haigus, mis hõlmab väga laia sektorit sõltlase ümber. Alkoholisõltuvusega kaasneb terviseprobleemidele lisaks mitmeid majanduslikke ja sotsiaalseid probleeme nii indiviidi kui ühiskonna tasandil. Liigsest alkoholitarvitamisest tekitatud individuaalsed ja sotsiaalsed kahjud on oluliseks rahvatervishoiu probleemiks paljudes riikides. Eesti koos Venemaa ja paljude teiste Ida-Euroopa riikidega on alkoholi kuritarvitamise ja sellega seonduvate probleemide ning tagajärgede epitsentris (6).

„Alkoholiga liialdamine on meie majandusele kõige suuremat kahju põhjustav terviserisk, ületades suitsetamisest tulenevat kahju kahekordselt,“ tõdeb Tervise Arengu Instituudi (TAI) direktor Maris Jesse (7). Veebruaris 2011 WHO poolt avaldatud raporti kohaselt tapab alkohol rohkem inimesi kui AIDS, tuberkuloos ja vägivald kokku (6). Teadlased on alkoholi seostanud kokku üle 60 erineva pika- või lühiajalise haiguse ja tervisehäirega, mis põhjustavad kas olulist elukvaliteedi langust või surma. Nendest olulisimana võib välja tuua neli: südame- ja veresoonkonna haigused, vähk, maksa alkoholtõbi ja vaimse tervise häired (8). Suremus maksa alkoholtõppe on näitaja, mis iseloomustab kõige otsesemalt alkoholiprobleemi levikut rahvastikus ja seda on hea kasutada alkoholiprobleemide markerina teadusuuringutes. Maksa alkoholtõve ja tsirroosi standarditud suremuskordaja 100 000 kuni 64-aastase elaniku kohta on Eestis enam kui kaks korda kõrgem võrreldes Euroopa Liidu keskmisega (9). Aastatel 1992 - 2008 täheldatud suremuse tõus alkoholist tingitud maksatsirroosi peegeldab ilmekalt alkoholi kuritarvitamist Eesti ühiskonnas. Peamiseks riskirühmaks on just vanemad mehed (10).

Spetsialistide arvamustele tuginedes julgeb töö autor väita, et alkoholisõltlane jääb sõltlaseks kogu eluks, isegi siis, kui on olnud aastaid karske. Alkoholisõltlaste ravile ja rehabiliteerimisele on oluline läheneda mitmekülgset, vastavalt individuaalse probleemi olemusele. Tähelepanu pööramine vaid meditsiinilisele sekkumisele on igas mõttes vähetõhus. Oluline on integratiivne sekkumine, kaasates erivaldkondade spetsialiste. See aga on suhteliselt kulukas. Samas pikemas perspektiivis vähendaks see kindlasti alkoholisõltlaste ravile sattumist ning kokkuvõttes oleks strateegia otstarbekam. Siinkohal saabki rääkida antud sihtgrupile suunatud tõendus põhjustest uuringutest, mis ületaksid teadusdistsipliinide piire, sest probleem on olemuselt kompleksne.

Alkohoolikute stigmatiseeritus ühiskonnas, probleemide eitamine või nende emotsiooni-keskne lahendamine on viinud meid üha süvenevasse paradoksi, kus "töövõimete" alkohoolikute arv kasvab ning maksumaksjatest tööliste arv väheneb. Tekib üha teravam konfrontatsioon ja kibestumine, mis kahjuks ei vii efektiivsete lahendusteni. Hinnates alkoholi mõju DALY (Disability-Adjusted Life Years) haiguskoormuse perspektiivist näeme, et 12% meeste enneaegsetest surmadest ja töövõimetusel on seotud alkoholiga (11). Alkoholi tarvitamist soodustab see, et etüülalkohol on kättesaadav ja reklaamitav sotsiaalses käitumisharjumistes sobitatud meeleolu ülendav ja sotsiaalseid pidurdusi vähendav farmakon, mida toodetakse heamaitsete preparaatidena (12). Kui majanduskasvu tempoga aastani 2008 kasvasid meil suuresti alkoholist tingitud probleemid, siis on positiivne, et viimastel aastatel on riik, kolmas sektor ja isegi alkoholitootjad antud probleemile keskendunud ning statistikast peegeldub mõningast olukorra stabiliseerumist (13).

Joobes juhtide osalusel toimunud liiklusõnnetuste arv langes 2009. aastal üle kahe korra võrreldes 2007. aastaga, haigestumus alkoholiga seotud haigustesse vähenes sama aja jooksul 20% ja suremus 35% (14). Võimalik, et see on tingitud majanduskasvu pidurdumisest, kuid teisalt on oluline tähelepanu pööramine probleemile, mida on märgata nii meediakanalites kui viimasel ajal tehtud teadustöödest. Sellest tulenevalt on loodetavasti tõusnud ka rahvastiku teadlikkus antud tervisemõjuri kohta.

Esile saab tuua TAI alkoholi liigtarvitamist ennetava kampaania "Terviseks?", mis toimus sügisel 2010, olles osa TAI tegevuskavast alkoholikahjude vähendamiseks. Avatud on mitmeid alkoholitarbimisega seotud probleematikat (alkohoolsed joogid, toime, kogused, ohutus, seadusandlus, liigtarbimise vältimine) avavaid internetilehekülgi: <http://reklaamivalve.wordpress.com>, <http://www.alkoinfo.ee/>. Eesti alkoholitootjad ja maaletootjad koos Euroopa Vastutustundliku Alkoholitarbimise Foorumiga on avanud alkoholiteemalise eestikeelse veebilehe www.jootargalt.ee, mis käsitleb alkoholi tervise, ohutuse ja seaduste seisukohast, annab ülevaate erinevatest alkoholisetest jookidest ning õpetab vältima alkoholi liigtarbimist. Aktiivselt on ennetustegevuses osalenud ning erinevaid seminare kokku kutsunud Eesti Tubaka ja Alkoholi tarvitamise kahjude vähendamise Koda ETAK ning Eesti Karskus Liit AVE.

Nendest algatustest hoolimata peetakse endiselt üldlevinud alkoholismi stigmatiseeritult tahtenõrkuseks, mitte haiguseks. See on halb pinnas nii ennetus, ravi kui rehabiliteerivas töös. Käesolev uurimistöö võeti ette selleks, et jätkuvalt pöörata tähelepanu alkoholist tingitud

aktuaalsetele teemadele Eesti ühiskonnas. Antud uurimistöö jätkutegevuseks on tagasiside andmine ja teadlikkuse tõstmine nii sihtrühmale, spetsialistidele, kui laiemale üldsusele.

2. Kirjanduse ülevaade

Joomine on see mis teeb inimesed ogaraks. See ähmastab kujundeid.

Don Juan Matus

(15)

2.1 Alkoholiga seotud mõisted

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) keemilisel sünteesil etüleenist. Järgneval töötlemisel (destilleerimisel) saadakse kontsentreeritud alkoholilahus kangusega alates 96%. Etüülalkohol on oluline komponent keemiatööstuses (lahusti; orgaaniliste ainete süntees). Tööstuses kasutatakse denatureeritud ehk metanooli, benseeni või propanooli lisamisega joogiks sobimatuks muudetud etanooli. Etüülalkohol on laialdaselt kasutatav joovet tekitav komponent alkohoolsetes jookides (16).

Absoluutne alkohol – etanool, mis sisaldab maksimaalselt kuni 1% mahuprotsent vett.

Alkoholiühik (*unit*) e. alkoholiannus (standard drink) - alkohoolse joogi kogus, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi.

Alkohol – alkoholiseaduse kohaselt on alkohol toidugrupp, mille moodustavad piiritus ja alkohoolsed joogid. Alkoholi tarvitamisel saadakse võrreldes valkude ja süsivesikutega suhteliselt palju energiat – toiduenergiasisaldus valkudes ja süsivesikutes on 4 kcal/g, rasvadel 9 kcal/g, alkoholil 7 kcal/g (17).

Alkoholid keemilise ainena on orgaanilised ühendid, siia rühma kuuluvad: etanool (etüülpiiritus), metanool (puupiiritus), isopropanool (sageli aknapesuvedeliku ja mõnede kosmeetikatarvete komponent) jt.

Komorbiidsus – kahe või mitme (iseseisva) haiguse samaaegne esinemine (18). Antud magistritöös mõistetakse selle all ka psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühilisi sündroome ja samaaegselt muu psüühikahäire esinemist (19).

Piiritus – põllumajandusliku päritoluga toorainest kääritamisel ja sellele järgneval töötlemisel saadud vedelik, kangusega alates 96 mahuprotsendist (20).

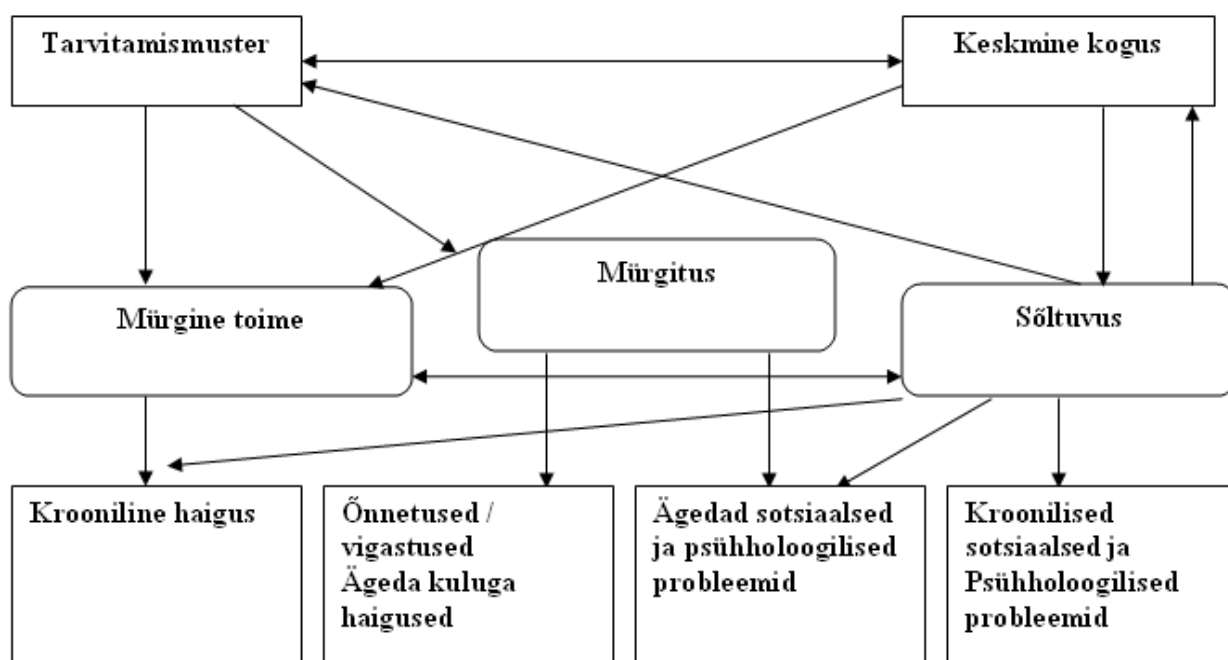
Võõrutusseisund – mitmesuguse raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib alkoholi absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui ainet on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/ või suurtes annustes (3).

2.2 Rahvastiku tervis ja elukvaliteet

WHO 1997. aasta definitsiooni järgi, on **tervis** dünaamiline füüsilise, vaimse, hingelise ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguste ja puude puudumine (21). Pidades tervise mõistet üheks olulisemaks inimõiguseks, rõhutatakse Ottawa Hartas tervise tagamiseks vajalikke kindlaid eeltingimusi, sealhulgas rahu, piisavat sissetulekut, toitu ja eluaset, stabiilset ökosüsteemi ning vahendite säästlikku kasutamist (22). Need eeltingimused on kindlasti üldistatavad ka adekvaatse elukvaliteedi alla. Tänapäeval tunnustatakse üha enam ka tervise vaimset dimensiooni, mille alla kuulub ühe osana ka elukvaliteet (23). Kui üksikindiviidi juurest edasi minna **rahvastiku tervise** juurde, siis saab paralleele tõmmata ka osana rahvastiku kvaliteedi näitajatega. Defineeritult on see kui koondmõiste, mis hõlmab endas kogu rahvastiku tervislikku seisundit statistiliste ja demograafiliste näitajate järgi. Mõiste **rahvatervis** on kogu rahvastiku tervise edendamisele, eluea pikendamisele ja elukvaliteedi parandamisele suunatud sotsiaalne ja poliitiline kontseptsioon, mis toimib terviseedenduse, haiguste ennetamise ja teiste tervise sekkumisvormide kaudu (24). Paradigmade nihkumise ning rahvatervise kui kasvava ja areneva teadusdistsipliini raames on tänapäeval pigem fookuses **uus rahvatervis** kui kontseptsioon, mis pakub laiahaardelisemat arusaama eluviisi ja elamistingimustemõjudest terviseseisundile. Uus rahvatervis tõstab esile vajadust mobiliseerida ressursse ja teha põhjendatud investeeringuid poliitikasse, programmidesse ja teenistustesse, mis loovad, säilitavad ja kaitsevad tervist läbi tervisliku eluviisi ja tervist soodustava elukeskkonna loomise (24). Tingimuste loomisega tõuseb ideaalis ka elukvaliteet. Antud uue rahvatervise kontseptsiooni kontekstis on ülioluline mobiliseerida ressursse alkoholipoliitikasse, mis emotsionaalselt väites on hetkel „rahva tervise vaenlane number üks.“

2.3 Alkoholi tarvitamine ja tagajärjed

Kuigi alkohol on sotsiaalselt aktsepteeritav mõnuaine, on tegemist ohtliku sõltuvust tekitava ainega, mis paneb inimesed alluma lihtsate keemiliste molekulide mõjule, mis moonutavad tegelikkust (25). Alkoholi tarvitamismuster ja organismi taluvuse tõus ehk tolerantsuse tekkimine on näide, kuidas on võimalik inimene „orjastada”. Et esialgset toime efekti saavutada, siis tasapisi manustatava alkoholi kogused üha suurenevad. Joonisel 1 on toodud tendents, kuidas alkoholi tarvitamismustrid toovad kaasa organismi mürgituse, sõltuvuse kujunemise ning kaugemas plaanis on tagajärgedeks kroonilised probleemid ühiskonna ja individuaalsel psühholoogilisel tasemel. Seega ei ole alkohol tavaline toode.



Joonis 1. Alkoholi tarvitamise ja tagajärgede vaheline seos (26).

2.3.1 Alkoholi tarvitamine maailmas

Maailma kõrgeim alkoholi tarvitamise tase on arengumaades ning Lääne- ja Ida Euroopas. Kõrge sissetulekuga riikides on üldiselt kõrgeim alkoholi tarvitamise määr. Alati ei saa otseselt seostada kõrget sissetulekut ja kõrget tarvitamise määra alkoholiga seotud probleemide ja riskantse

joomisega (6). Olulised on nii kultuuritaust oma traditsioonidega kui rahvastiku teadlikkus. Alkoholist tingitud haigestumuse ja suremuse osas on välja toodud uurimistööde tulemused, mis näitavad enim probleeme just Ida-Euroopas, kuhu kuulub ka Eesti.

Maailma kontekstis on madalaim tarvitamise määr Aafrikas, Vahemere idapoolsemas regioonis ja Aasia lõunapoolsemates osades ja India Ookeani piirkonnas, mis esindavad suurt islamiusuliste populatsiooni (6).

Geograafilised erinevused esinevad ka selles, millist alkoholi inimesed tarvitavad – õlu, vein, kanged alkohoolsed joogid või muud alkohoolsed karastusjoogid. Kanged alkohoolsed joogid on kõige enam tarvitatavad joogid Aasia ja Ida-Euroopa riikides. Mõnedes Euroopa riikides ja Lõuna-Ameerikas ning veini tootvates maades, nagu Argentiina ja Tšiili, moodustab vein suurima osakaalu tarvitatud alkoholist. Traditsioonilised Euroopa erinevused jookide eelistustes- kus põhjapoolsed Euroopa piirkonnad mingi aeg tagasi eelistasid õlut, samas kui lõunapoolsemad Euroopa piirkonnad eelistasid veini- on kahanemas. Näiteks on Hispaanias enim tarvitatav alkoholne jook õlu, samas kui Rootsis on selleks vein. Kõrge üldine alkoholi tarvitamise määr on Venemaal, kus ilmneb nii õlu kui kangete alkohoolsete jookide tarvitamine suurtes kogustes (6).

Euroopa Liidus (edaspidi: EL) tarvitatakse enim alkoholi maailmas, kuigi 11 liitrit iga täiskasvanud inimese kohta on vähem kui 1975. aastal, mil tarvitamise tase oli kõige kõrgem (iga täiskasvanud inimene jõi 15 liitrit absoluutalkoholi aastas). Viimase 40 aasta jooksul on alkohoolsete jookide tarvitamine muutunud ühtlasemaks EL vanades liikmesriikides. Joomine on kasvanud Põhja- ja Kesk-Euroopas, kuid vähenenud Lõuna-Euroopas. Uute liikmesriikide keskmine alkoholi tarvitamine on vana Euroopaga enamvähem ühel tasemel. Nii ühtlast taset pole varem olnud (11).

2.3.2 Alkoholi tarvitamine Eestis

Eesti paistab arenenud riikide hulgas negatiivselt silma elanike kõrge alkoholi tarvitamisega ja eelkõige suurte alkoholist tingitud kahjudega. Aastatel 1995-2008 alkoholi tarvitamine Eestis aasta-aastalt ainult kasvas. Pöörde tarbimisse tõi alles 2008. aastal alanud majanduskriis ja elanike sissetulekute vähenemine. Eesti elanik tarbis 2007. aastal 12,6, 2008.aastal 12,1 ja 2009.aastal 10,2 liitrit absoluutset alkoholi (14).

Eesti konjunktuuriinstituudi (edaspidi: EKI) andmetel joodi Eestis 2008. aastal inimese kohta (lapsed ja vanurid kaasa arvatud) ligi 12 liitrit absoluutset alkoholi, millega oleme Euroopas Tšehhi järel teisel kohal. 12 liitrit absoluutset alkoholi tähendab kas 30 liitrit viina või 520 pudelit õlut või 133 pudelit veini. Selle kogusega ületame kahekordselt WHO poolt määratletud piiri 6 liitrit elaniku kohta, millest alates hakkavad tekkima tõsised kahjud rahva tervisele. 2009. aastal vähenes ostujõu languse tõttu alkoholitarvitamine, olles 10,2 liitrit absoluutset alkoholi elaniku kohta (27).

2.3.3 Alkoholist tingitud haigestumus

Alkoholi tarvitamisel imendub alkohol suust, söögitorust, maost ja kõige suuremal määral peensoolest kiiresti verre ning jõuab kõikidesse organitesse. Nii mõjutab alkohol kogu organismi ja suurendab paljude haiguste tekkeriski (28). Alkohol on põhjustav faktor ligi 60-le haiguse ja vigastuse tüübile, olles kaasteguriks veel 200-le (6). Alkohol on Euroopa Liidus 26 riskifaktori nimekirjas üks kolmest ohtlikust terviseohustajast ülekaalulisuse järel ning tubaka ja kõrgvererõhu ees. Alkohol põhjustab kahju ka teistele peale alkoholi tarvitaja. Näiteks 60 000 alakaalulist sündi Euroopa Liidus igal aastal või 5-9 miljonit last kes elavad peredes, mis on mõjutatud alkoholi tarvitamisega seonduvatest riskidest (11).

Alkoholi tarvitamise ja maksahaiguste vahel on tugev seos. Maksa alkoholtõbi on peamine alkoholiga seonduvast haigestumusest ja suremusest (29). Maksa läbiv veri on kõige suurema alkoholisisaldusega, sest joodud alkohol imendub seedekulgla kaudu vereringesse, kogu seedekulglast pärit veri aga läbib enne teiste organite juurde jõudmist kõigepealt maksa. Alkoholi lõhustamise käigus tekib mitmeid keemiliselt aktiivseid ühendeid, mis põhjustavad halba enesetunnet (atsetaldehyüd) ning mis on vähki tekitava toimega (atsetaldehyüd, hapniku reaktiivsed osakesed) (28). Lisaks maksahaigustele nagu alkoholmaks, alkoholhepatiit või maksatsirroos saab esile tuua ka maksavähi. Alkohol on peetud kantserogeenseks järgnevate kasvaja kategooriate puhul: pärasoole-, rinna-, kõri-, maksa-, söögitoru-, suuõõne- ja neeluvähk (30). Mida enam alkoholi tarvitatakse, seda kõrgem on risk neisse haigestuda: isegi kahe dringi joomine päevas suurendab riski mõnede kasvaja tekkele, näiteks rinnavähk (31).

Kaheksa Lääne-Euroopa riigi põhjal läbi viidud kohortuuringus tõdetakse, et oluline osa vähki haigestumisel on tingitud alkoholist (32).

Alkoholi tarvitamise kaitseks on üldkasutatav ettekääne selle kaitsvast mõjust südamele. Alkoholi tarvitamine väikestes annustes küll suurendab isheemiatõve eest kaitsva HDL-kolesterooli ehk „hea kolesterooli“ sisaldust veres ja vähendab vere hüübivust, teisalt, aga tõstab rohke alkoholitarbimine vererõhku ja suurendab ajuhalvatuse ohtu ning tekitab südame rütmihäireid, suurendab ka surmaga lõppevat südame- ja veresoonkonnahaigustesse haigestumist (33). Venemaal uuriti alkoholi seost just südame-veresoonkonna haigustega ning väga tugev seos leiti kardiomiopaatia ja kõigil isheemiatõve valdkonda käivate haiguste ning alkoholi liigtarvitamise vahel (34).

Tugev seos on alkoholi tarvitamise ning HIV ja teiste sugulisel teel levivate haiguste vahel (35). Samas diabeedi osas on erinevaid tulemusi, vähese ja mõõduka alkoholi tarvitamise osas on leitud organismi kaitsvaid omadusi (36).

Vaimsed probleemid seoses alkoholiga on ilmsed, sest aju ja kesknärvisüsteem on otseselt alkoholi peamisi nn „ründepunkte“. Tuntud on efekt, et väikestes kogustes manustatuna on alkoholil universaalne toime vähendada ärevust ja tekitada meeldiv meeleolu. Alkoholiga liialdades kaob aga kriitikavõime käitumisele, kaasneb emotsionaalne labiilsus, mis võib varieeruda eufooriast düsfooriani. Selline labiilne isiksuse dünaamika on progresseeruva kuluga. Krooniline alkoholi tarvitamine muudab tunde-tahteelu ja isiksust. Nõrgeneb kognitiivne võimekus, informatsioonitöötlemine (taju, õppimisvõime ja mälu). Selle aluseks on närvirakkude atroofia ja ajukoe kahanemine. Häirub neurotransmitterite glutamaadi, gammaaminovõihappe ja teiste funktsioon. Neid muutusi soodustavad vitamiinide defitsiit ja maksahaigused (37). Joomatsüklite vahepeal on valdavalt iseloomulik düsfoorilisus ehk pahurus ja kergesti ärritumine ja depressiivne sümptomaatika ning käitumishäired (agressiivsus). Burnsi ja Teessoni uuringu andmetel on ühel kolmandikul alkoholi kuritarvitajatest või sõltlastest mõni teine kaasuv psüühikahäire ning erinevate psüühikahäiretega kaksikdiagnoosis mitmekordne oht kuritarvitada uimasteid (38). Sõltuvust tekitavate ainete tarvitamise ning delinkventse käitumise ja isiksusehäirete vahel esineb sageli komorbiidsus (39, 40).

Malouff ja Thorsteinsson teostatud alkoholi kasutamise seonduvate uuringute metaanalüüsis leiti, et alkoholi kuritarvitajatel esineb kõrgem neurootilisuse tase (41).

Alkoholi kuritarvitamise üheks raskeimaks tagajärjeks on haigus nimega alkoholisõltuvus, mille spetsiifikat käsitlem eraldi peatükis. Euroopas on hinnanguliselt 23 miljonit alkoholisõltlast (11). Alkoholisõltuvus on rahva tervise seisukohast tähtsaimaid kroonilisi haigusi (19). Üks Euroopa tuntumaid psühhofarmakolooge David Nutt avaldas eelmisel aastal uurimuse, mille järeldus oli, et kõige suuremat kahju tekitav sõltuvusaine on alkohol, kahjulikum kui heroiin või

crack-kokaiin. Ka tubaka asetas tema töögrupi tehtud hinnang paljudest illegaalsetest narkootikumidest ettepoole (42). Töö autor nõustub Jaanus Harro kommentaariga eelnevalt mainitud uuringu kohta, et alkohol on küll kõige suuremat kahju tekitav uimasti, kuid sellest ei tohi järeldada, et alkohol on kõige ohtlikum uimasti. Ohtlikkus ja kahju ei ole üks ja sama asi, sest kahju tegemine sõltub sellest, kui suur võimalus on sellel ohtlikul asjal kahju teha (43). Alkoholi kahjulikkus kandub just süsteemselt üle sotsiaalvõrgustikule, seda suuremalt, et ta on legaliseeritud ja väga kergesti kättesaadav. Samuti tuleb alkoholi kaitsetoimet haiguste või universaalse lõõgastusvahendi suhtes vaadata väga kriitiliselt. Tegemist võib küll olla tõenduspõhise faktiga, kuid inimene ise keerab selle fakti paradoksaalselt enda kahjuks, eirates asjaolu, et suhet haigusesse tuleb vaadata geenide, keskkonna ja eluviisi vastastikusel koostoimes. Väga õrn on piir, kustkohast läheb mõõdukas alkoholi tarvitamine tasapisi üle alkoholismi kaalukaasi poolele.

Lisaks on oluline märkida, et alkoholsete jookide kvaliteet omab mõju tervisele ja suremusele, mis on seotud ägeda mürgitusega. Teada on juhtumid, kus isevalmistatud või illegaalselt toodetud alkoholsetest jookidest on leitud metanooli või pliidi. Eestilgi on teada oma metanooli tragöödia. See toimus 2001. aastal, kui metanooli sisaldanud alkoholi tarvitamise tagajärjel hukkus 68 inimest ja vigastustega viidi haiglasse üle 40 inimese (44).

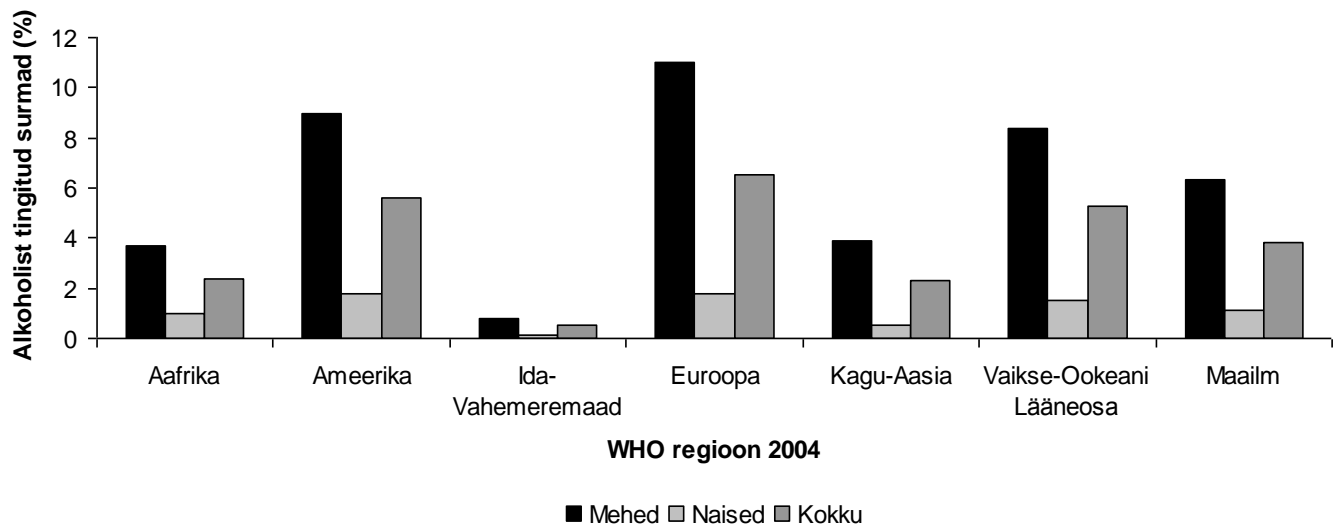
2.3.4 Alkoholist tingitud haigestumus Eestis

Alkoholiga otseselt seotud haigustest esineb kõige rohkem alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid ning maksa alkoholtõbe. Kokku pöördus alkoholiga otseselt seotud haigustega eriarsti poole 2009. aastal 10,4 tuhat inimest. Võrdluseks 2007. aastal pöördus 13,1 tuhat (14). TAI tervisestatistika osakonna 2008. aasta statistika alusel oli alkoholisoolestusega isikuid ravil nii ambulatoorselt kui statsionaarselt 5969 (45).

2.3.5 Alkoholist tingitud suremus maailmas

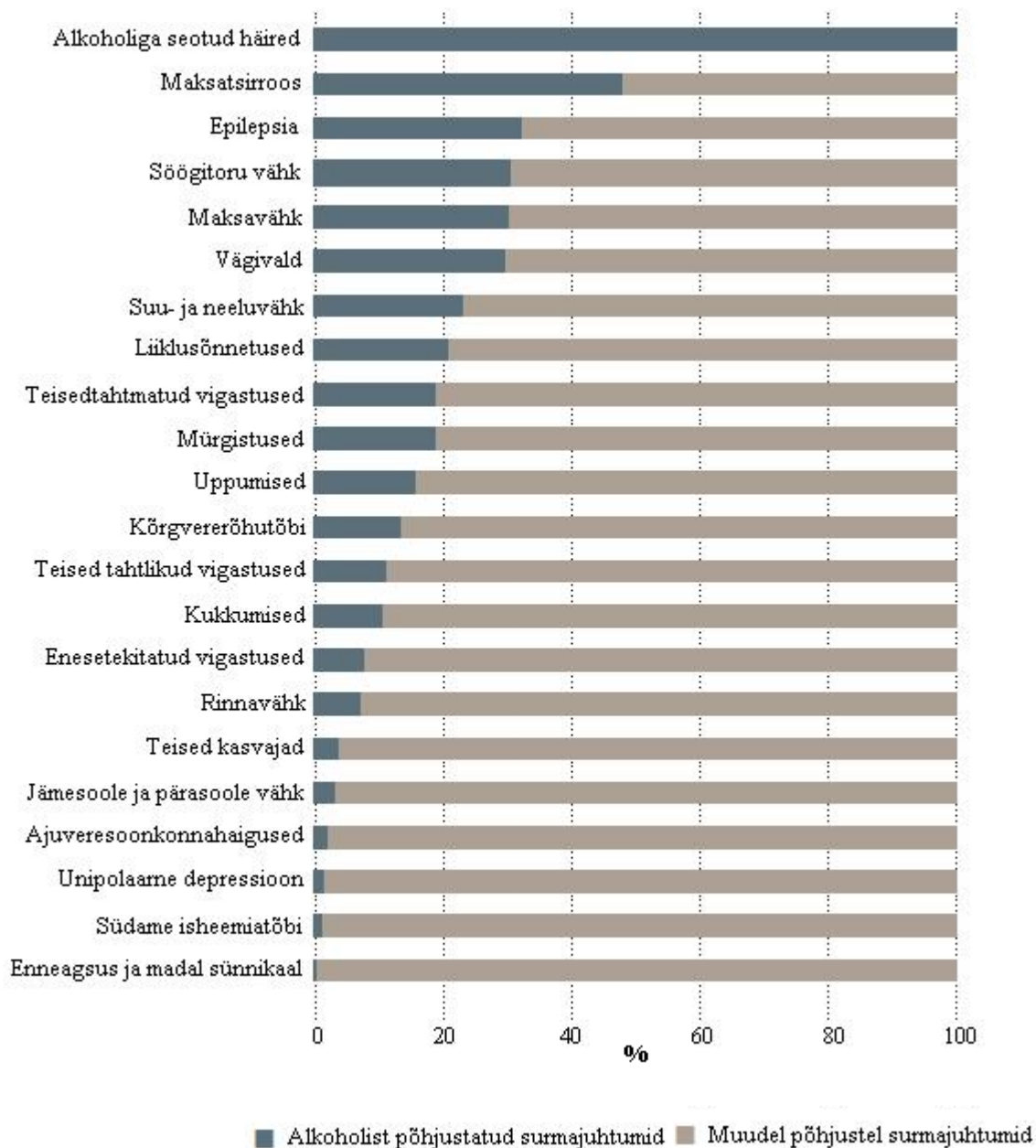
WHO andmetel sureb aastas umbes 2,5 miljonit inimest alkoholi tekitatud põhjustel. WHO raporti kohaselt tapab alkohol rohkem inimesi kui AIDS, tuberkuloos või vägivald. Ligi 4% kõigist surmadest on seotud alkoholiga. Vigastused, vähk, südame-veresoonkonna haigused ja maksatsirroos on seotud alkoholiga. Globaalselt on 6,2 % meeste surmadest seotud alkoholiga. Võrdlusena on naistel sama väärtus 1,1% (6). Alkohol on terviseohur, mis on vastutav 7,4% enneaegses suremuses ja vigastustes Euroopa Liidus, lisaks 10 000 liikelusega seonduvat surma igal aastal (11). Probleemseim piirkond on Venemaa ja lähedal asuvad Ida-Euroopa riigid, kus iga viies surm on tingitud alkoholist (6). Venemaal on tööaliste meeste enneaegne suremus oluliselt tingitud alkoholist (46). Oluline seos on alkoholil ja suitsiididel, 15% alkohoolikutest sureb suitsiidi läbi (40). See tõmbab otsesed paralleelid vaimse tervise ja psüühikahäirete valdkonnaga. Alkohol on põhjus tervislikuks ebavõrdsuseks, nii Euroopa Liidu liikmesriikide sees kui ka omavahelises võrdluses, põhjustades hinnanguliselt 90 lisasurma 100 000 mehe kohta ja 60 lisasurma 100 000 naise kohta 10 uues EL liikmesriigis, võrrelduna vanemate liikmesriikidega (11).

Alljärgnevalt iseloomustab joonis 2 alkoholist tingitud surmade osakaalu kõikide teiste surmade seas WHO regioonis 2004. aasta andmetele tuginedes. Sellelt on näha, et meestel on taoliste surmade osakaal võrreldes naistega kõikides piirkondades kõrgem. Protsentuaalselt juhib ülekaalukalt Euroopa regioon, kus meeste alkoholist tingitud surmade osakaal kõikide teiste surmade seas on 11% (47).



Joonis 2. Alkoholist tingitud surmad WHO piirkonnas 2004 (47).

Joonisel 3 on toodud globaalselt alkoholi osa kõikidest alkoholiga seotud surmadest ja vigastustest 2004. aasta andmete põhjal. On näha, et alkohol mängib rolli väga paljude surmapõhjuste puhul. Ligi pooled maksatsirroosi surmajuhud on seotud alkoholiga. Alkohol on seotud ka umbes ühe kolmandiku epilepsia, söögitoru vähi, maksavähi ja vägivallaga seotud surmajuhtumitega. Umbes viiendik suu- ja neeluvähi surmadest, liiklusõnnetustest ning teistest tahtmatutest vigastustest on seotud alkoholiga. Alkoholi osa on suhteliselt suur ka mürgistuste ning uppumiste puhul.



Joonis 3. Globaalselt alkoholi osa kõikidest alkoholiga seotud surmadest ja vigastustest 2004 aasta andmete põhjal (6).

2.3.6 Alkoholist tingitud suremus Eestis

Alkoholi tarvitamisega seotud haigustesse sureb igal aastal üle poole tuhande inimese, sealjuures 75% neist on mehed (14). Tuntud on fakt Eesti meeste kõrgest suitsiiditasemest. Selle seos alkoholiga on ilmne. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi uurimistöödest järeldub, et 60% suitsiidi sooritanutest leiti lahangul verest alkoholi (48). Samuti 60%

suitsidentidest Nõukogude Liidus ja Eestis oli diagnoositud alkoholi kuritarvitamine või sõltuvus (49). Eesti surmaregistri 1983.–2005. aasta andmete analüüsi alusel tehtud uuringust järeldub, et suurem risk alkoholistsõltuvatesse haigustesse surra on Eestis vähemharitutel ja mitte-eestlastel (50).

2.4 Alkoholi toime ja sõltuvusse haigestumine

Piltlikult öeldes oled kui karussellil, mille istmeteks on erinevad alkohoolsed joogid. Sa istud kord ratsu, kord lohe, kord tiigri selga, st jood kord viina, kord veini, kord likööri – kuid vahet ei ole, sest karusell aina keerleb ja keerleb ja keerleb ning sa ei saa sealt kuidagi maha.

Anu Rebane (51)

Psühhiaatrie sõnul on üheltpoolt alkohol universaalne rahusti, kuid nn. vanarahva tarkusest, et tegemist on tarkade inimeste joogiga, ei peeta enamasti kinni. Tuntud on tsitaat 16. sajandil elanud Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim ehk Paracelseuse sulest, et „Kõik ained on mürgid. Erinevus mürgi ja ravimi vahel seisneb õige doosi valimises“. Sõltuvus on keerukas ja mitmetahuline nähtus. Üldlevinult seostatakse sõltuvust mingi ainega, kuid arenenud maades räägitakse sõltuvushäiretest laiemalt. Sõltuvus võib kujuneda mitte ainult mingi aine tarvitamisest, vaid ka mingist tegevusest, näiteks hasartmängudest, televisioonist või teisest inimesest. Põhimõtteline sõltuvuse kujunemise baasmehhanism seisneb selles, et sõltuja leiab enda jaoks "võtte", mille abil ta saab vältida oma halbu, talumatuid tundeid ehk teisiti öeldes põgeneda iseenda eest (52).

19. sajandil tekkis esmane meditsiiniline terviklik käsitus uimastite, eeskätt alkoholi tarvitamisega liialdamisest kui sõltuvushäirest, mis asendas pelgalt moraalikeskse suhtumise sellesse. Tsellulaarpatoloogia võidukäigu ajal kaotas see aga oma esialgse tähtsuse ning asendus rõhuasetusega õiguslikele aspektidele. 20. sajandil sõltuvushäirete koht meditsiinis taastati (53). Enamikul alkohoolikutest on alkoholiga seotud probleemid tekkinud kahekümnenda ja neljakümnenda eluaasta vahel. Peale seda jääb alkoholism krooniliseks, tavaliselt eluaegseks haiguseks (54).

2.4.1 Bioloogiline toime

Aju on kaitstud mitmesuguste toksiliste ainete eest hematoentsefaalbarjääriga, milles on määraval kohal ajuveresoonte sein ja närvirakkude membraani läbitavus, kuid alkohol läbib need barjäärid. Alkoholi väikestest doosidest tingitud eufooria ja ärevuse vähenemise põhjuseks on arvatavasti juba mõjumine närvirakkude membraanile (37). Alkohol kutsub kesknärvisüsteemi talitluses esile ulatuslikke muutusi, mis avalduvad meeleolus, psüühikas, käitumises, liigutuste koordineerimises ning õppimis- ja töövõimes. Nende muutuste aluseks on ulatuslike eripärade teke närvitalitluse neurokeemilises spetsiifikas. Üldtulemuseks on kesknärvisüsteemi düsfunktsionaalsus. Alkoholi mõju kordumisel ajutalitluse häired süvenevad, kinnistuvad ja ulatuvad struktuursete kahjustusteni. Muutuste ahelasse kuulub alkoholisõltuvus ja siit edasi alkoholismi teke (37). Etanooli pidev tarvitamine ja sellele järgnev võõrutusseisund kutsuvad esile ulatusliku närvirakkude surma (55). Kaasneb isiksuse ruineerumine ja fataalsed kahjustused. Ajurakud küll kõrvaldavad alkoholidehüdroksüdaasi katalüüsiva mõju abil alkoholi toime, aga kannatavad palju muutusi neurotransmissioonis ja närvirakku toimivate endogeensete ainete koosmõjus (37). Vaatamata erinevatele esmastele molekulaarsetele sihtmärkidele kujuneb kõikide farmakonide ja mitmete teiste ainete korduval tarvitamisel välja samalaadne psühholoogiline seisund, mille tunnuseks on vastupandamatu iha aine järele ning painav vajadus seda uuesti hankida ja tarvitada (37). Seetõttu on tehtud palju tööd, et leida uimastite ühist neurobioloogilist sihtmärki või sõltuva käitumise endofenotüüpi. Kõige ilmsem sõltuvust tekitavate uimastite akuutse toime ühine komponent on dopamiini vabanemise suurendamine naalduvas tuumas. Üldistatult on sõltuvushäire aju niisuguste keskuste haigus, mis kannavad tähelepanu ja käitumise motiveerimise funktsioone (53).

2.4.2 Geneetiline eelsoodumus ja sõltuvuse tüübid

Alkoholisõltuvuses on oma osa ka geneetilisel teguril. Alkoholisõltuvust on vähem neil inimestel, kellel on geneetiliselt aeglasem alkoholi toksilise metaboliidi, atsetaldehyüdi elimineerumine. Vähemalt neli erinevat valku – kaks alkoholidehüdrogenaasi ja üks aldehüüdi dehüdrogenaasi ja üks tsütokroom P450 isoensüüm – kodeeritakse geenide poolt, mille polümorfismi saab seostada alkoholismi väljakujunemisega. Kaksikute uuring näitas, et nikotiinisõltuvuses on geneetiliste tegurite osa 60,3% ja alkoholisõltuvuses 55,1%. Eristades ühe- ja kahemunakaksikuid, on alkoholismi uuring Rootsis andnud 74%-l ühemunakaksikutest kokkulanguse alkoholismi tekkes. 2800 kaksikute paari uurimine Soomes andis alkoholisõltlastel geneetilise teguri osakaaluks 36-40% (53). Paremini tõestab geneetilist mõju meelemürkide kuritarvitamisele alkoholi ainevahetusega seotud aldehüüddehüdrogenaasi geen (ALDH-2). Nimelt pole sellist geenivarianti leitud Euroopa päritoluga inimestel. See kõneleb mutatsioonist millel on kaitse, mitte riskimõju. Hiina ja Jaapani päritoluga inimeste puhul tekitab antud geen teatud õhetusreaktsiooni alkoholi tarvitamisel, seda geenivarianti kandvatel inimestel on väga väike risk muutuda alkohoolikuks (56). Geenid võivad olla seotud nii kaitse kui riskiga (57).

Alkoholism on arvatavalt polügeneetiline häire (40). Sõltuvushäiretel on ilmne pärilik komponent, kuid häire kujunemisel on otsustavaks päriliku eelsoodumuse koosmõju keskkonnateguritega, millest olulisimaks on uimastite kättesaadavus. Stress soodustab uimastite tarvitamist ja selle alusel sõltuvushäire väljakujunemist (53).

Eristuvad psüühiline ja füüsiline sõltuvus ning primaarne ja sekundaarne alkoholitung. *Psüühiline sõltuvus* areneb väljaspool joobe- ja järelvaevuse- (pohmeluse) seisundit, tahtmisena kasutada alkohoolseid jooke oma psüühilise seisundi muutmisel komfordi ja eufooria suunas. *Füüsiline sõltuvus* põhineb isiksuse füüsilise seisundi sõltuvusel alkoholist. Viimase puudumisel tekib eelnevalt alkoholi poolt muudetud organismis füüsiline düskomfort ning tung alkoholi järele, eeldades, et selle kaudu organismi seisund normaliseerub (58).

Stress soodustab uimastite tarvitamist ja selle alusel sõltuvushäire väljakujunemist ning sõltuvushäire relapside tekkimist: see leiab aset ilmselt kortikotropiini vabastava faktori vabanemisest käivituvate protsesside (osa neist on dopaminergilised) vahendusel (53). Eelnevad eripärad ja omandatud muutused sellistes psüühilistes protsessides nagu impulsiivsus, käitumiskontroll ja mälu ning nende neurobioloogilistes substraatides on sõltuvuse väljakujunemisel juhtivateks teguriteks. Eelsoodumuse olemasolu ei tohi absolutiseerida ja seda

mitte üksnes seetõttu, et see jätab petliku mulje sõltuvusest mitte kui haigusest, vaid iseloomomadusest, mida muuta ei saa. See lihtsalt ei oleks faktidega kooskõlas - keskkonnategurid, näiteks uimastite kätte saadavus, on ilmselt otsustava tähendusega (53).

2.4.3 Sotsiaalpsühholoogilised faktorid sõltuvuse kujunemisel

Alkoholi tarvitamise põhjuste ja sõltuvuse kujunemise mehhanismide lahtiseletamisel tuleb lisaks aju talitlusele käsitleda inimese psühholoogilist ja sotsiaalset olukorda. Meestel väljendub sageli depressioon käitumishäiretes, milleks on nii agressiivne käitumine kui alkoholism (59). Näiteks ebaadekvaatne reaktsioon, psühhosotsiaalne toimetulek stressiolukordades, võib põhjustada alkoholi kuritarvitamise. Üks depressiooni kognitiivsete teooriate keskne mõiste, mis on välja kasvanud diatees-stressi mudelist, on kognitiivne haavatavus. Selle mudeli järgi teevad negatiivsed kognitsioonid koos negatiivsete elusündmustega inimese depressioonile haavatavamaks. Ehk inimestel, kellel on negatiivne kognitiivne stiil, võivad stressirohkete elusündmuste mõjul esile tulla depressiooni soodustavad kognitiivsed faktorid (60). Ellise distressi ABC mudeli järgi kogevad inimesed ebasoovitavaid aktiveerivaid sündmusi (A), mille kohta neil on moonutatud (düsfunksionaalsed või irratsionaalsed) või mittemoonutatud (funktsionaalsed või ratsionaalsed) uskumused (B). Need uskumused viivad kas düsfunktsionaalsete või funktsionaalsete emotsionaalsete, käitumuslike ja kognitiivsete tagajärgedeni (C) (60). Käitumisreaktsioonid tuntud Lazaruse ja Folkmani stressimudeli järgi (61), kus pingeseisundit, mis tekib kui tajutakse vastuolu keskkonna poolt esitatud väljakutsete ja toimetulekuvõimaluste vahel, kirjeldavad samuti erinevaid toimetulekustrateegiaid. Näiteks probleemiga teadvustatult tegelemise ehk adekvaatse võiltemise asemel on oht pigem ebaadekvaatselt põgeneda ehk alla anda, mis võib väljenduda autoagressiivse käitumisena ka alkoholi kuritarvitamises just meestel. Paljus taandub see isiksuseomadustele, millise toimetulekustrateegia indiviid valib. Eesti rakendusuuringu keskkuse Centar läbiviidud uuringu „Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis” tulemused näitavad, et Eesti on tööstressi tajumiselt Euroopas esirinnas (62).

Alkoholist loodetakse abi psüühilisest pingest jagusaamiseks. Elu pingelisus on osutunud korrelatsioonis olevaks alkoholismiga ning rohke alkoholi pruukimisega ja alkoholisõltuvusega (63). Alkoholi kroonilisel kasutamisel on kriitilise tähtsusega tolerantsi ja sõltuvuse tekkega

seotud protsessid. Tolerantsi kujunemisel väheneb korduva tarbimise efekt. Sõltuvuse teke kajastub intensiivsetes käitumise ja metaboolsetes muutustes, kui alkoholi manustamine lakkab (37). Viru täheldab uuringutele tuginedes, et on saadud ka vastupidiseid tulemusi ja kirjeldab uuringut, mille tulemused kinnitasid, et krooniline elupinge (rahalised raskused, ebaõnnestunud abielu, lahusus, probleemid tööhõivega) võib seostuda hoopiski alkoholist keeldumisega nii meestel kui naistel. Samas aga sellised elujuhtumid nagu langemine kuriteo ohvriks, rahaliselt kindlustava ametikoha kaotamine, osal juhtumitel ka lahusus, seostub meestel rohke joomisega. Teostatud uurimistöõ viitab, et karsklaste elu möödub ebasoodsamalt, kuid rohkem on siiski vastupidiseid tulemusi. Nii meeste kui ka naiste hulgas oli isikuid, keda ebaõnnestunud abielu või võimetus saada paremat tööd, pani rohkelt jooma. Autorid järeldasid, et pingeline elu kas teeb karsklaseks või alkoholisõltlaseks. Vähest ja mõõdukat joomist esineb viimati kirjeldatud inimeste hulgas harva (37).

2.4.4 Alkoholisõltuvuse kompleksus

Kõige enam levinud ja kahju tekitav uimasti läänepoolkeral on etüülalkohol (25). Haigestumisstatistikas kajastuvad haigusjuhud, mil inimene on arstiabi otsinud või saanud, kuid laiemalt ning üldistavamalt alkoholism sotsiaalse probleemina on väga raskesti haaratav ja kajastatav, sest on paljuski varjatud ning stigmaatiline ühiskonna nähtus, mida küll teatakse, aga millest ei räägita. Alkoholisõltuvus ei ole ainult indiviidi keskne haigus, vaid kompleksse probleemnähtusena puudutab alkoholism kõiki ühiskonna ja sotsiaalse ruumi aspekte, mis on seotud konkreetse alkoholisõltlasega. Alkoholi peetakse kõige rohkem kahju tekitavaks sõltuvusaineks (42). Peresüsteemiti saab esile tuua kaassõltuvuse, mis on varjatud ja millele seetõttu ei pöörata piisavalt tähelepanu. Alkoholismist kaassõltuvuses olevat peret võib nimetada düsfunktsionaalseks (64). Alkoholismist tingitud on ka paarisuhte vägivald ja üldse vägivaldne käitumine, sest kriitika võime oma tegudele, on seoses kognitiivse võimekuse langemisega oluliselt vähenenud. Alkoholi kuritarvitamine, meeste depressiivsus ning vägivaldne käitumine on omavahel seotud (59).

2.5 Alkoholisõltuvuse diagnoosimine

Käesoleval ajal on psüühiliste häirete, sh alkoholisõltuvuse määratlemiseks kasutusel kaks rahvusvaheliselt tunnustatud klassifikaatorit: Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsioon kümnes versioon (RHK 10) peatükk V ja DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition.) Esimene neist on Eestis ja paljudes teisteski maades ametlikult kasutatav diagnoosimisjuhise, teine on levinud peamiselt Põhja-Ameerikas ja teaduskirjanduses. DSM-IV (1994) annab natuke detailsemad diagnostiliste kriteeriumite juhised RHK-ga võrreldes. Kuigi antud uurimistöös tugineb RHK10 definitsioonile toon siiski võrdlusena esile DSM IV kriteeriumid. Nende kirjeldus ja võrdlus on toodud tabelis 1 (65).

Iseloomulik on ka aine tarvitamise mooduste kitsenemine (nt. tendents tarvitada ainet ühtmoodi nädalalõppudel ja äripäevadel, vaatamata väljakujunenud sotsiaalsetele alkoholi tarvitamisega seotud tõekspidamistele) (3). Sõltuvussündroomi tähtsaimaks omaduseks on psühhoaktiivse aine tarvitamine või tung ainet tarvitada. Aine tarvitamisvajaduse subjektiivne teadvustamine ilmneb eelkõige seoses püüdlustega lõpetada või kontrollida aine tarvitamist. See diagnostiline tähelepanek välistab näiteks kirurgilised patsiendid, kellele on valu vaigistamiseks ordineeritud opiaate ning kellel võivad avalduda opiaatide võõrutusnähud, kuid kellel sellele vaatamata ei teki tungi aine tarvitamist jätkata (3).

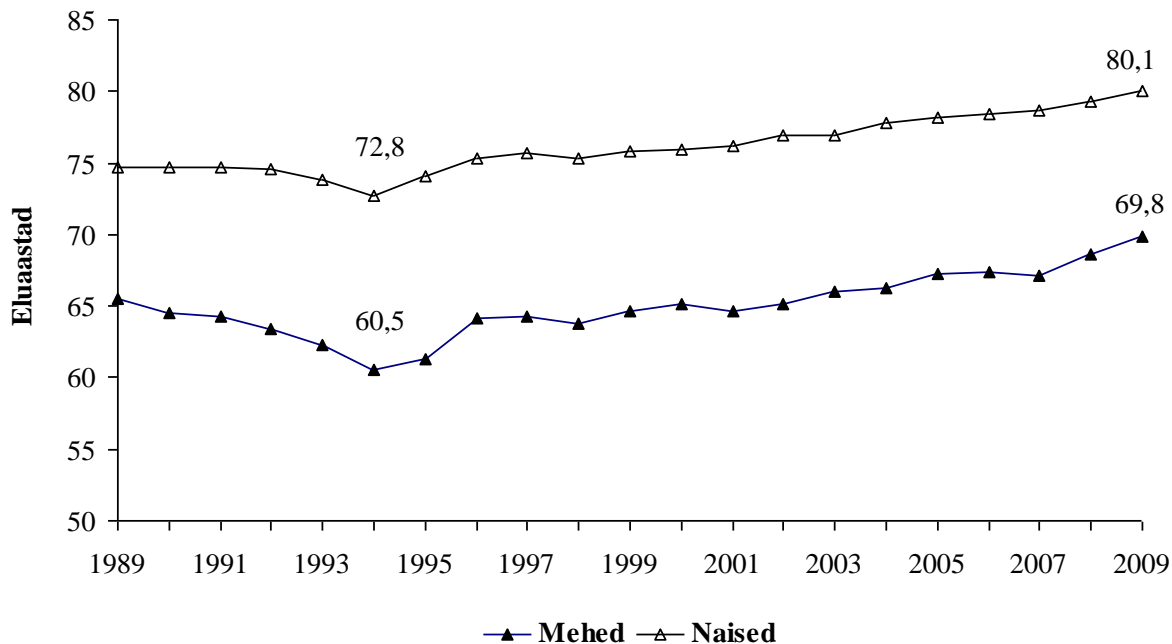
Käesolevas töös kasutatakse mõisteid alkoholisõltlane ja alkohoolik samatähenduslikena, kuigi erialases kirjanduses leidub selles küsimuses lahkarvamusi, siis uurimistöös vastavad mõlemad mõisted alkoholisõltlase kriteeriumitele RHK-10 ja DSM-IV järgi. Saab öelda, et alkohoolik on tegelikult diagnoosimata alkoholisõltlane. Põhimõtteliselt on tegemist inimesega, kes kuskil küla või linna keskkonnas regulaarselt ja krooniliselt kuritarvitab alkoholi, kuid ravile sattunud ei ole. Pärast alkoholiravile sattumist psühhiaatrilise ravi kontekstis ning arsti poolt diagnoositult on tegemist statistiliselt alkoholisõltlasega. Alkoholisõltuvuse diagnoosi saanud mehed on ka antud uurimistöös sihtühm.

Tabel 1. RHK ja DSM-IV võrdlus alkoholisõltuvuse diagnoosimisel

<p>RHK-10 Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, versioon 10</p>	<p>DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition</p>
<p>1. Tugev tung või sundmõte tarvitada ainet; 2. Võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka; 3. Aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund (vt. F10.3 ja F10.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatikat; 4. Tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkohol- ja opiaatsõltuvatest isikutest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks; 5. Vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele; 6. 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.</p>	<p>1. Tolerantsuse e. alkoholitaluvuse tõus, mis ilmneb selles, et a) soovitud toime saavutamiseks tuleb tarvitada suuremat annust kui varemalt; b) varasem annus avaldab tunduvalt nõrgemat toimet. 2. Võõrutusnähtud a) esineb alkoholile tüüpiline võõrutussündroom; b) võõrutusnähtude leevendamiseks kasutatakse uut annust alkoholi. 3. Alkoholi tarvitatakse suuremal hulgal või pikemat aega, kui algselt planeeriti. 4. Jätkuv realiseerimata jääv kavatsus või ebaõnnestunud katsed vähendada joodava alkoholi hulka või lõpetada alkoholi tarvitamine. 5. Suur osa ajast kulub alkoholi hankimisele, joomisele ja selle mõjust toibumisele. 6. Töö, vaba aja ja enese vormis hoidmisega seotud olulised toimingud jäetakse alkoholi tarvitamise tõttu osaliselt või täielikult unarusse. 7. Alkoholi tarvitamine jätkub vaatamata selle tarvitamisest põhjustatud püsivatele või korduvatele füüsilistele ja psüühilistele probleemidele.</p>

2.6 Meeste tervis

Eesti meeste üheks silmatorkavamaks terviseprobleemiks on madal oodatav eluiga sünnihetkel, mis küll veidi on viimastel aastatel tõusnud, kuid jäädes siiski naiste omale alla 10 aastaga (66). (vt. joonis 4).



Joonis 4. Meeste ja naiste oodatav eluiga sünnihetkel.

Madala oodatava eluea põhjusteks meestel on kõrge ja varajane välispõhjustest tingitud suremus, naistest kordades kõrgem suitsiidide, liiklusõnnetuste ja tööõnnetuste suremuskordaja. Meeste varajane suremus vigastussurmadesse on Eestis EL keskmisest kolm korda kõrgem. Eesti meeste seas on õnnetuse või vägivalda tõttu hukkunuid neli korda rohkem kui naiste seas (67). Taolisi kõrgeid suremuskordajaid on seletatud meeste suurema alkoholarvitamise ja riskikäitumisega. Dr. Poolamets tõdeb: „On jõutud arusaamisele, et androloogi kui iseseisvat arstieriala on vaja meeste soospetsiifiliste probleemidega tegelemiseks – otseseks konsultatsioonide andmiseks ja soospetsiifiliste teadmiste edastamiseks erinevatele spetsialistidele, kuna mehe tervis vajab terviknägemust“ (4).

Geert Hofstede (68) on eri kultuure võrdlevas käsitluses välja toonud maskuliinsuse ja feminiinsuse mõõtmel. Maskuliinsetes kultuurides rõhutatakse eneseteostust, edukust, võistlust ja materiaalseid väärtusi, feminiinsetes on tähtsal kohal pehmemad väärtused nagu hoolivus ja

sallivus. Eestis tehtud Hofstede mõõtetel põhinevad analüüsid näitavad, et Eesti kuulub pigem maskuliinse kultuuriga riikide hulka. Poliitilises retoorikas ja sihiseadetes domineerivad Eestis tihti maskuliinsed teemad: majanduskasv, kaitsepoliitika jms, feminiinseks peetavad (perekond, hoolivus, sotsiaalpoliitika jms) on tagaplaanil (69). See peegeldub ka tervises ja sellega seonduvates eelarvamuslikes dogmades nagu nn „mehed ei nuta“ arvamus. Maskuliinse väärtussüsteemi ülevaheldamine aga mõjutab otseselt tervisenäitajaid. Näiteks paljud sümptomid (ärevus, distress, meeleoluhäired jne.), mida saab varajases staadiumis eemaldada või kontrolli alla võtta, kahjuks jõuavad pigem nn. lumepalliefektina kriitilisse seisusse enne, kui abivajaja spetsialistideni jõuab.

Arsti poole pöördumistes Eestis on erinevused meeste ja naiste vahel suured, s.t. mehed külastavad arste vähem (23). Kuigi enesetapud on võrreldes 90-ndate keskpaigaga oluliselt langenud, siis aasta-aastalt, on tõusnud rohkem kui tavaliselt stressis ja rohkem kui varem masendunud ning õnnetute protsent (70).

2005. aasta oktoobris Viinis toimunud Euroopa meeste tervist edendaval foorumil *European Male Health Forum* võeti vastu esimene omalaadne deklaratsioon meeste ja poiste tervise kohta, pööramaks erilist tähelepanu meeste tervisele ning rõhutades selle valdkonna uuringute vajalikkust ja kasvavat kasu Euroopas (71).

Meesuuringuid ei tohiks arendada isolatsioonis, eraldatuna teistest teadusdistsipliinidest (72). Huvitav on mainida, et maailma esimene kongress soospetsiifilisest meditsiinist „*The World Congress on Gender Specific Medicine (a new view of the biology of sex/gender differences on aging)*” toimus alles 2006. aastal Berliinis (73).

2.7 Elukvaliteet ja selle mõõtmine

WHO definitsiooni järgi on elukvaliteet üksikisikute arusaam oma positsioonist kultuuri- ja väärtussüsteemi kontekstis, milles nad elavad, seoses oma eesmärkide, ootuste, standardite ja muredega (5). Elukvaliteedi mõõtmise vajadus lähtub WHO seisukohast, et tervise hindamisel ei piisa vaid haiguse esinemissageduse ja raskusastme mõõtmisest. Vaja on laiemat lähenemist, mis võtab arvesse kogu tervisega seotud heaolu ja elukvaliteedi (5). Meditsiini areng on toonud kaasa senisest rohkem kroonilisi haigeid, kelle puhul paratamatult kerkib esikohale elukvaliteedi, mitte täieliku paranemise küsimus (74).

Elukvaliteedi mõõtmise meetodikat ja teoreetilisi aluseid on arendatud juba rohkem kui 30 aastat (75). Aastast 1975 on elukvaliteet (ingl k. *quality of life, Qol*) Medline'i otsingusüsteemi iseseisev rubriik (76). Elukvaliteedist rääkimisel eristatakse tavapäraselt sotsioloogilist, meditsiinilist ja majanduslikku tähendust. Jättes kõrvale viimase, mis väljendub indiviidi majandusliku olukorra hindamises, on teadusmaailmas üha tähtsamat rolli omandamas elukvaliteedi tervist puudutav aspekt (77). Käesoleva töö kontekstis kasutatakse elukvaliteedi mõistet eelkõige sotsioloogilises tähenduses. Seega on töö keskmes alkohooliku üldine enesetunne ja eluga rahulolu uuritava enda subjektiivselt vaatenurgast. Meditsiinilist lähenemist kasutatakse eelkõige ravi tulemuslikkuse hindamiseks (77).

Elukvaliteedi kui mõõdiku arengut pidurdab konsensus puudumine elukvaliteedi mõiste defineerimise osas nii teadusharude siseselt kui vaheliselt. Näiteks aetakse praktikas tihti segamini elukvaliteedi sotsioloogilist ja meditsiinilist käsitlust, mis väljendub mõistete „tervise seisund“ (ingl k. *health status*) ja „elukvaliteet“ kasutamises sünonüümidenä. Vaatamata olulistele erinevustele on tervise seisund ja elukvaliteet reeglina tugevas omavahelises seoses (78).

Elukvaliteedi mõõtmisel eristatakse tavapäraselt geneerilisi ja seisundispetsiifilisi küsimustikke (74). Geneerilised küsimustikud sisaldavad laia valikut elukvaliteeti mõjutavaid teemavaldkondi, sh füüsiline seisund, sotsiaalsed suhted, vaimne heaolu, üldine rahulolu eluga jne. Sellised mõõdikud on kasutatavad nii üldelanikkonna kui ka kindlate patsiendigruppide elukvaliteedi hindamiseks. Tulemused on erinevate gruppide vahel võrreldavad. Spetsiifilised küsimustikud on rakendatavad üksnes konkreetse haiguse või häirega patsiendigrupi „seisundi“ hindamiseks ja ravimeetodite efektiivsuse hindamiseks. Selline küsimustik sisaldab eelkõige konkreetse probleemiga seotud elukvaliteedi aspekte (79). Enamik küsimustikke käsitleb kesksete teemadena füüsilist ja vaimset tervist. Välja on töötatud mitmeid ainult tervise teemadele

pühendatud küsimustikke, mis uurivad, kuidas mõjutab tervises seisund ja sümptomid inimese elukvaliteeti, võttes arvesse tervishoiusüsteemi olukorda. Selliste küsimustikega seoses on võetud kasutusele mõiste „tervisest sõltuv elukvaliteet” (ingl k. *health related quality of life; HRQoL*) (80). Tervisest sõltuva elukvaliteedi mõiste puuduseks on teiste elukvaliteeti määravate tegurite mitteamestamine nagu keskkond ja suhted vms. (76). Elukvaliteeti võib hinnata väljastpoolt (objektiivne, sotsiaal-normatiivne) või seestpoolt (subjektiivne, personaalne) ja elukvaliteet ei sõltu ainult inimesest ja keskkonnast, vaid inimese-keskkonna vahelistest suhetest (81).

2.7.1 Elukvaliteet ja sõltuvushäired

Elukvaliteedi mõiste on leidnud oma koha ka sõltuvushäireid ja nende ravi käsitlevates uuringutes. Elukvaliteet sobib kasutamiseks kõigi vaimsete häirete puhul, kuna nii probleemi olemus kui ravi tulemus on suures osas subjektiivsed. Vaimsete häirete, sh sõltuvushäirete, ravi puhul on elukvaliteedi mõõtmise kasutuselevõtt aidanud nihutada fookuse ravi protsessilt elukvaliteedi paranemisele (82). Kõige rohkem on uuritud võõrutusprogrammides osalenud opiaadide, alkoholi ja nikotiini sõltlaste elukvaliteeti. Reeglina rakendatakse sõltlaste puhul geneerilisi küsimustikke (79). Tuntumad sõltuvushäirete puhul kasutatavad elukvaliteedi küsimustikud on *World Health Organization QoL Instruments* (WHOQOL-Bref), *The Short Form-36*, *The Lancashire QoL Profile*, *The Nottingham Health Profile* (NHP), *The QoL Index* ja *The EuroQoL* (EQ-5D). Viimastel aastatel on loodud mitmeid konkreetse sõltuvushäirega seotud elukvaliteedi küsimustikke - *The Injection Drug User QoL Scale* (IDUQoL), *Drug User QoL Scale* (DUQoL), *QoL Scale for Drug Addicts*, *The Smoking Cessation QoL* (SCQoL) ja *Medical Outcome Study-HIV Health Survey* (MOS-HIV) (77). Käesolevas töös kasutatakse WHOQOL-100 küsimustikku, mis käsitleb kuut eluvaldkonda (lähemalt ptk-s 4.2 Küsimustikud).

Uuringute tulemusena on leitud, et alkoholisõltlaste elukvaliteet on võrreldes üldrahvastikust võetud valimiga madalam (83). Samas on leitud, et sekkumisprogrammidel, karskusel ja joodavate koguste piiramisel on alkoholisõltlaste elukvaliteedile positiivne mõju. Zubaran kirjeldab oma artiklis uuringut, kus paluti 46-l haiglas võõrutusravil viibinud inimesel täita WHOQOL-100 küsimustik enne ja pärast ravi. Pärast ravi oli patsientide elukvaliteet paranenud (77). Teises uuringus paluti 90-l meessoost alkoholisõltlasele täita WHOQOL-Bref küsimustik ja leiti, et võrreldes tavapärase nõustamisega avaldab lühike sekkumisprogramm alkoholisõltlaste elukvaliteedile paremat mõju (84). Alkoholisõltlaste elukvaliteeti vähendavad kõige enam

kaasuvad vaimsed häired, unehäired ja sotsiaalne olukord (83). Spetsiaalselt alkoholisõitlaste elukvaliteedi uurimiseks on SF-36 baasil välja töötatud küsimustik The ALQoL 9. Ühemõõtmeline küsimustik sisaldab olulisemaid tunnuseid, mis puudutavad alkohooliku elukvaliteedi muutusi alkoholismi tagajärjel (77). Kahjuks ei ole antud elukvaliteedi küsimustik Eestis adapteeritud. Seetõttu autor seda ei kasutanud.

Antud uurimistöö on viidud läbi Sihtasutuses Pärnu Haigla, asutuse missioonis on samuti ära märgitud nii inimese tervise kui elukvaliteedi toetamine. Hõlmates holistlikult väga erinevaid inimesega seotud nüansse, on ilmne, et elukvaliteedil puudub üks kindel ja tunnustatud definitsioon. Laia kontseptsioonina ühendab elukvaliteedi mõiste komplekselt isiksuse füüsilist tervist, psühholoogilist seisundit, iseseisvuse taset, sotsiaalseid suhteid, isiklike tõekspidamisi ja suhet keskkonna iseärasustesse (85).

3. Eesmärgid

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada ja analüüsida alkoholisõltuvusega meeste elukvaliteeti.

Alaeesmärgid:

- kirjeldada ja iseloomustada uuritavate sotsiaaldemograafilisi näitajaid;
- kirjeldada alkoholisõltlastest meeste elukvaliteeti ja elukvaliteedi mõõtmise instrumendi WHOQOL-100 alaskaalasid (füüsiline heaolu, psühholoogiline heaolu, sõltumatuse aste, sotsiaalsed suhted, keskkond, hingelisuus/ religioon/ isiklikud uskumused);
- leida statistiliselt olulisi seoseid uuritavate elukvaliteedi ning elukvaliteedi testi alaskaalade ja sotsiaaldemograafiliste ning eluviisi iseloomustavate tunnuste vahel.

4. Materjal ja meetodika

4.1 Valimi moodustamine

Valimisse kuulusid SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinikus statsionaarsel, päevastatsionaarsel või ambulatoorsel ravil olnud meespatsiendid, kellel oli diagnoositud alkoholi sõltuvus F10.2. Uuritavaid ei arvatud välja ka teiste psüühikahäirete puhul kui alkoholisõltuvus oli komorbiidne. Informatsiooni alkoholisõltuvusest sai autor koostöös patsientide raviarstidega.

Töö läbiviimiseks andis Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee loa 23.11.2009 (protokoll nr: 187/T-2).

4.2 Küsimustikud

Andmeid koguti kahe instrumendi abil: WHOQOL-100 elukvaliteedi küsimustik ja töö autori poolt koostatud lisaküsimustik, mis sisaldas küsimusi sotsiaaldemograafiliste näitajate, tugigruppides osalemise, usulise kuuluvuse ja alkoholi tarvitamise kohta (vt lisa 1).

WHO poolt väljatöötatud elukvaliteedi määramise küsimustik WHO *Quality of Life* Instrument WHOQOL-100 on eestindatud Tallinna Tehnikaülikoolis loodud Eesti Elukvaliteedi Keskuse poolt ja heaks kiidetud WHO poolt (5). WHOQOL-100 mõõdab ja kirjeldab kuut dimensiooni elukvaliteedis (tabel 2). Küsimustik annab kokkuvõtva üldhinnangu inimese elukvaliteedile ja tervisele.

Tabel 2. WHOQOL-100 skaalad (5)

Elukvaliteedi dimensioon	Iseloomustus
Füüsiline tervis	Energia ja väsimus; valu ja ebamugavus; uni ja puhkus
Psühholoogiline heaolu	Positiivsed-negatiivsed emotsioonid, mõtlemine, õppimine, mälu, tähelepanu, enesehinnang, välimus
Sõltumatus aste	Liikuvus, igapäevaelulised tegevused, sõltuvus ravimitest ja toetussüsteemidest, töövõime
Sotsiaalsed suhted	Isiklikud suhted, sotsiaalne toetus, seksuaalelu
Elukeskkond	Rahalised vahendid; vabadus, turvalisus ja julgeolek; tervise- ja sotsiaalsüsteemi kättesaadavus ja kvaliteet; kodune keskkond; informatsiooni kättesaadavus ja võimalus omandada uusi oskusi; vaba- ja puhkeaja võimalused; füüsiline keskkond (müra, liiklus, reostus, kliima); transport
Hingeliskus/ religioossus/ isiklikud uskumused	Hingeliskus/ religioossus/ isiklikud uskumused

4.3 Andmete kogumine

Andmete kogumine algas pärast SA Pärnu Haigla juhatuselt loa saamist 06.11.2009 ning kestis 31.01.2011 (SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinikus ambulatoorses, päevastatsionaarses ja statsionaarses osakonnas). Küsimustik edastati patsientidele antud töö autori või valves oleva osakonna õe poolt. Uuritav täitis küsimustiku kohapeal. Andmete kogumisel peeti silmas, et uuritavad oleksid selge teadvusega, võimelised küsimustikust adekvaatselt aru saama ja küsimustikku täitma s.t. terviseseisundile vastavalt stabiilses seisundis, mitte otseses võõrutusseisundis või alkoholi joobes. Osalemine oli vabatahtlik ja andmekogumine anonüümne. Uurimistöösse valiti uuritavad raviarsti poolse informatsiooni ja kokkuleppe alusel. Anonüümsuse tagamiseks ei kogutud isikulisi andmeid nagu nimi või sünnikuupäev. Tegemist oli pliiats-paber tüüpi küsimustikuga ning uuritavad täitsid küsimustiku koha peal, pärast töö autori, valves olnud õe või raviarsti poolseid selgitusi. Küsimustikuga oli kaasas informeerimisleht.

4.4 Andmeanalüüs

Sihtrühma iseloomustamiseks kasutati andmete kirjeldaval analüüsil sagedustabeleid koos keskvärtustega. Välja on toodud andmed sotsiaaldemograafiliste tunnuste, mõnede alkoholi tarvitamisega seonduvate andmete ning usulise kuuluvuse ning tugigruppide osavõtu kohta. On

esitatud üldine elukvaliteedi indeks ja alaskaalade indeksite keskmised väärtused koos usaldusintervalliga 95% ning miinimum ja maksimum väärtustega. WHOQOL-100 hõlmab elukvaliteedi kontseptsioonist lähtuvalt kuut suhteliselt sõltumatut valdkonda, mis koosnevad 24 faktorist. Iga faktor on väljendatud nelja küsimuse kaudu. Faktoritele antavad hinnangud, mõõtes neid viiepallisel Likerti skaalal, saadakse küsimustele antud punktide liitmise teel. Faktorite minimaalne punktisumma on 4 ja maksimaalne 20 punkti. Faktorite kõrgem punktisumma viitab kõrgemale elukvaliteedi hinnangule antud faktori raames. Erandiks on kolm faktorit, valu ja ebameeldivad tunded, negatiivsed elamused ja sõltuvus ravimitest, kus kogutud madalam punktisumma viitab kõrgemale elukvaliteedi tajule. Skaalade suuna ühtlustamiseks kasutatakse nende faktorite puhul skaala pööratud väärtusi (5, 86, 87). Elukvaliteedi üldindeksi ja alaskaalade indeksite keskmised väärtused arvutas spetsiaalne WHOQOL-100 andmete analüüsiks loodud Eesti Elukvaliteedi Keskuse arvutiprogramm (88).

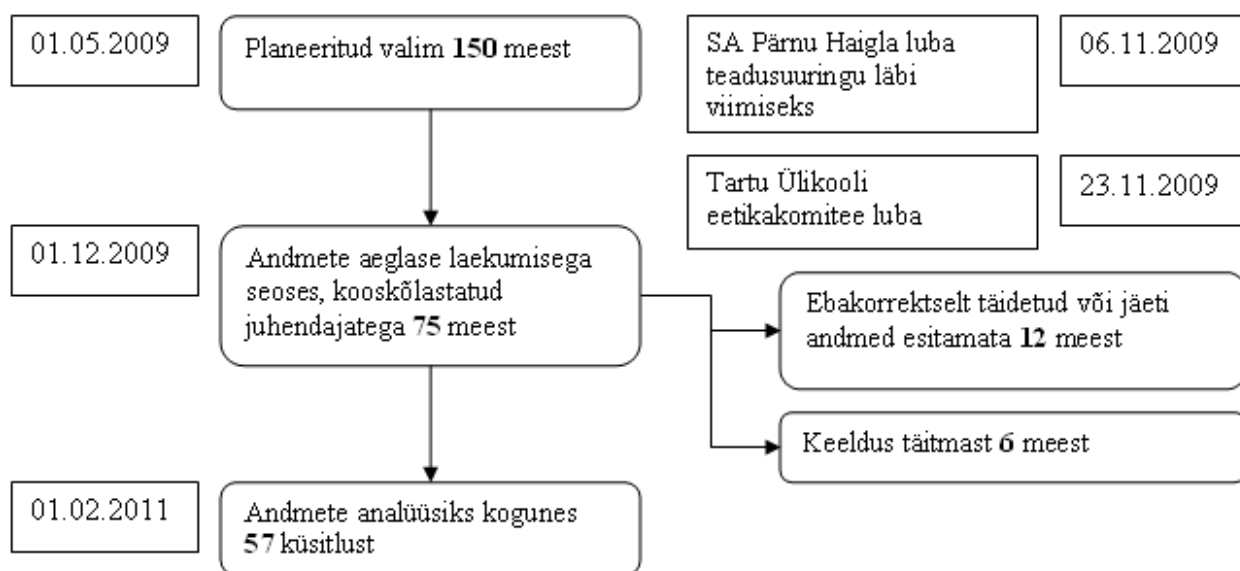
Elukvaliteedi indeksite seoseid kooselu, haridustaseme, staatusega tööturul, usulise kuuluvuse, kainusperioodide ning tugigruppides osalenute vahel testiti Mann-Whitney testiga, sest lineaarse regressiooni eeldused ei olnud täidetud, kuid töö tulemuste analüüsiks oli antud meetod piisav. Statistilist erinevust peeti oluliseks kui $p < 0,05$. Nn. trendina tõlgendas autor ka väärtusi sellele lähedasel tasemel. Seejuures grupeeriti pikimad kainusperioodid kuni kuus kuud ja üle kuue kuu binaarsete tunnustena. Grupeeriti ka staatus tööturul, kus jagati vastanud töötavateks või õppivateks ja mitte töötavateks. Perekonnaseis grupeeriti samuti kas kooselavad või üksinda elavad.

Andmeid analüüsiti programmiga STATA.

5. Tulemused

5.1 Valim ja selle esindavus

Algselt planeeriti valimiks 150 uuritavat, kuid täidetud küsimustike aeglase laekumise, täitmisest keeldumiste või täitmata jätmiste tõttu, teostas autor andmetöötluse 57 täidetud küsimustiku alusel. Uurimistöö ajakava ja käik etappide kaupa, on lühidalt välja toodud alljärgneval skeemil:



Joonis 4. Uurimistöö käik.

Uurimistöös osalemisest ning küsimustiku täitmisest keeldus konkreetselt 6 meest, ebakorrektseks oli täidetud 12 WHOQOL-100 küsimustikku. Seoses uuritavate ravilt lahkumisega ei saanud töö autor küsida täpsustavaid küsimusi ega anda selgitusi küsimustiku täitmise osas.

SA Pärnu Haigla 2010. aasta aruande järgi konsulteeriti uurimistööga kattuval perioodil 178 Psühhiaatrikliinikus ambulatoorsel ravil viibinud alkoholisõltuvuse diagnoosiga F10.2 meest (89).

5.2 Sihtrühma iseloomustus

Uuritavate keskmine vanus oli 44,6 aastat (SD=10,43). Oma vanuse märkis küsitluses ära 52 meest, ei vastanud 5. Noorim uuritav oli 21-aastane, vanim 72-aastane.

Sotsiaaldemograafilised andmed on toodud tabelis 3. Pooled uuritavatest olid abielus (49%) ning pooled elasid üksi (51%), s.t. olid vallalised, lahutatud/lahuselavad või lesed. Umbes kaks kolmandikku vastanutest elas linnas (64,91%) ning (35,09%) elas maapiirkonnas.

Suur enamus omas eluaset, alaline elukoht puudus neljal uuritaval. Hariduselt olid enamus uuritavad keskharidusega (59%) ja umbes viiendik põhiharidusega. Algharidusega oli kolm ja kõrgharidusega seitse vastanut.

Staatuse järgi tööturul ilmnas, et kõige enam oli töövõimetuspensionäre (39%), kolmandik uuritavatest töötas ja peaaegu samapalju oli töötuid/tööotsijaid. Umbes kolmandikul vastanutest ei olnud lapsi (29,63%).

Tabel 3. Uuritavate sotsiaaldemograafilised tunnused

Tunnused	Arv	%
Perekonnaseis		
Abielus / vabaabielus	28	49,12
vallaline	15	26,32
lahutatud / lahuselav	12	21,05
lesk	2	3,51
Elukoht		
linn	37	64,91
maapiirkond	20	35,09
Eluase		
Eluase olemas	51	92,73
Alaline elukoht puudub	4	7,27
Vastamata	2	
Haridus		
Algharidus (1-6 klassi)	3	5,26
Põhiharidus (8-9 klassi)	13	22,81
Keskharidus (10-12 klassi)	16	28,07
Kutsekeskharidus	18	31,58
Kõrgharidus (ka rakenduslik)	7	12,28
Staatus tööturul		
Töötav (ettevõtja, palgatöötaja)	17	29,82
Töotu, tööotsija	15	26,32
Vanaduspensionär	3	5,26
Töövõimetuspensionär (mittetöötav)	22	38,60
Laste arv		
Ei ole	16	29,63
1 laps	14	25,93
2 last	16	29,63
3 ja rohkem last	8	14,82
vastamata	3	

Tabelis 4 on autor välja toonud andmed uuritavate usulise staatuse ja tugigruppidest (eneseabigrupid, teraapiarühmad, AA) osavõtu kohta. Usulise staatuse olemasolule oli jaatavalt vastanud 13 uuritavat (24,53%) (sisaldab nii kindlat religioosset suundumust kui ka nn. subjektiivseid endogeenseid vaimseid õpetusi ja väärtusi nagu *new age* vms). Eitavalt ehk usulist staatust mitte kinnitavalt vastas 40 meest (75,47%).

Paralleelsena saab esile tuua tugigruppides osalemise, kus osavõttu kinnitas 11 uuritavat (19,3%) ning ei ole osalenud 46 uuritavat (80,7%).

Tabel 4. Usuline staatus ja tugigruppidest osavõtt

Tunnused	arv	%
Usuline staatus		
Usun	13	24,53
Ei usu	40	75,47
Vastamata	4	
Tugigruppides osalus		
Osalenud	11	19,30
Ei ole osalenud	46	80,70

5.3 Alkoholi tarvitamine

Uuritavatest enamus oli viimase 12 kuu jooksul tarvitanud alkoholi: 94,74% vastanutest ehk 54 vastanut (tabel 5). Alkoholi ei olnud tarvitanud 3 vastanut (5,25%). Tarvitamise sagedus, kus korraga ühel tarvitamisel joodi kas a) kuus pudelit (0,5 l) õlut või; b) kuus klaasi (100 ml) veini või; c) kuus pitsi (4 cl=40 g) kanget alkoholi, esines 37,74%’l meestest peaaegu igapäevaselt. Ligi kolmandik uurituid omas sellist tarvitamismustrit üks kord nädalas, teistel esines seda harvem.

Peaaegu kõigil vastanutest (94,64%) oli keegi (arst, pereliige, tuttav vms) soovitanud vähem alkoholi tarvitada.

Vastused pikimate kainusperioodide kohta varieerusid. Umbes pooled uuritavad olid pikima perioodina kained olnud kuni pool aastat ja pooled üle poole aasta. Pikim kainusperiood oli 8 aastat (96 kuud) ja väikseim oli nädal (0,25 kuud).

Tabel 5. Uuritavate alkoholitavitamine

Tunnused	arv	%
Alkoholi tarvitamine viimase 12 kuu jooksul		
On tarvitanud	54	94,74
Ei ole tarvitanud	3	5,26
Alkoholitarvitamise sagedus		
Mitte kunagi	4	
Harvemini kui üks kord kuus	9	18,36
Üks kord kuus	5	10,20
Üks kord nädalas	15	28,30
Peaaegu iga päev	20	37,74
Vastamata	4	
On soovitatud alkoholi tarvitamist vähendada		
On soovitanud	53	94,64
Ei ole soovitanud	3	5,64
Vastamata	1	
Kainuseperiood		
Kuni 0,5 aastat	29	52,73
Üle 0,5 aasta	26	47,27
Vastamata	2	

5.4 Elukvaliteet

Järgnevalt (tabel 6) on esitatud uuringu tulemused uuritavate elukvaliteedi kohta, hinnatuna nende poolt täidetud elukvaliteedi küsimustiku alusel.

Tulemustest ilmneb, et madalamad keskmised võrrelduna teiste skaaladega, on sellistel elukvaliteedi dimensioonidel nagu füüsiline tervis, psühholoogiline heaolu ning hingeliskus. Viimatinimetatud dimensioonil esineb ka kõige madalam minimaalne väärtus.

Tabel 6. Elukvaliteedi keskmised indeksid, 95% usaldusintervall ja miinimum ning maksimum väärtused

Elukvaliteet	Keskmine	95% Usaldusintervall	Min	Max
Elukvaliteedi indeks	12,60	12,12 - 13,08	7,58	16,66
Füüsiline tervis	12,06	11,42 - 12,69	6,00	17,67
Psühholoogiline heaolu	11,88	11,42 – 12,35	7,80	15,20
Sõltumatus	14,17	13,32 – 15,02	6,50	19,50
Sotsiaalsed suhted	12,54	11,88 – 13,20	6,33	18,33
Elukeskkond	13,20	12,58 – 13,82	7,75	17,63
Hingeliskus	11,86	10,80 – 12,91	4,00	20,00

Tabel 7 võrdleb tugigruppides osalenud ja mitteosalenud uuritavaid. Ilmneb, et tugigruppides osalenud uuritavad hindasid oma elukvaliteedi aladimensiooni hingelisust kõrgemalt kui tugigruppide tegevuses mitteosalenud uuritavad ($p=0,066$), mis ei ole küll statistiliselt oluline, kuid näitab tendentsi selles suunas. Huvitava tulemusena on ka mõnevõrra kõrgem sõltumatuse aste neil uuritavatel, kes ei ole osalenud tugigruppides, kuigi see tulemus ei ole statistiliselt oluline. Samuti üldine elukvaliteedi indeksi mediaani väärtus (mediaan tugigruppides osalenutel 12,29 ning tugigruppides mitte osalenutel 12,45), on tugigruppides mitteosalenutel kõrgem s.t. huvitaval kombel tugigruppides osalemine ei ole tõstnud üldist elukvaliteedi indeksit.

Tabel 7. Elukvaliteedi võrdlus: tugigruppides osalenud ja mitteosalenud uuritavad

Elukvaliteet	Tugigruppides osalenud			Tugigruppides ei ole osalenud			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	12,29	11,53	13,9	12,45	11,65	13,85	0,746
Füüsiline tervis	11,00	9,67	15,00	12,67	10,67	13,33	0,523
Psühholoogiline heaolu	11,60	10,40	13,00	11,90	11,00	13,00	0,401
Sõltumatuse aste	12,75	11,25	15,75	14,38	12,75	16,75	0,312
Sotsiaalsed suhted	11,33	10,33	14,67	12,33	11,00	14,33	0,571
Elukeskkond	12,75	11,00	14,00	13,50	12,13	15,00	0,436
Hingelisus	15,00	9,00	16,00	12,00	9,00	14,00	0,066

Järgnevalt (tabel 8) on toodud tulemused uuritavate elukvaliteedi indeksis ja aladimensioonides võrrelduna selle alusel, kas uuritav omab usulist kuuluvust.

Tulemustest on näha, et usulise määratluse alusel on erinevusi suuremal arvul aladimensioonidel. Sarnaselt tugigruppidesse kuuluvusega, on usulise kuuluvusega uuritavatel kõrgem hinnang oma hingelisusele ($p=0,026$). Huvitaval kombel on usulise kuuluvusega uuritavatel madalam hinnang oma füüsilisele tervisele ($p=0,053$) ja sõltumatuse astmele ($p=0,022$) kui usulise kuuluvusega uuritavatel.

Tabel 8. Elukvaliteedi võrdlus: Usuline kuuluvus ja mittekuuluvus

Elukvaliteet	Usuline kuuluvus olemas			Usuline kuuluvus puudub			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	11,94	11,65	13,27	12,59	11,80	14,03	0,199
Füüsiline tervis	10,33	9,67	12,33	12,67	10,84	13,84	0,053
Psühholoogiline heaolu	11,80	10,40	12,20	12,00	11,20	13,60	0,068
Sõltumatuse aste	12,50	11,25	13,75	15,38	13,13	17,38	0,022
Sotsiaalsed suhted	11,33	10,67	13,00	13,50	11,00	14,67	0,089
Elukeskkond	12,75	10,50	14,00	13,50	12,69	15,13	0,172
Hingelisus	15,00	12,00	16,00	12,00	9,00	14,00	0,026

Tabelis 9 on toodud tulemused elukvaliteedi võrdluses vastavalt sellele, kui pikk oli olnud uuritavate pikim kainusperiood.

Ilmneb, et need uuritavad, kellel oli olnud rohkem kui kuue kuu pikkuseid kainusperioode, hindasid oma sotsiaalsed suhteid paremateks kui uuritavad, kelle kainusperioodid olid kestnud vähem kui kuus kuud ($p=0,039$). Ootuspäraselt oli kõrgem ka pikemaid kainusperioode omavate uuritavate elukvaliteedi üldhinnang ($p=0,039$).

Tabel 9. Elukvaliteedi võrdlus: pikimad kainusperioodid

Elukvaliteet	Kainusperiood kuni 6 kuud			Kainusperiood üle 6 kuu			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	12,04	11,53	13,27	13,31	12,29	14,12	0,039
Füüsiline tervis	12,00	10,33	13,33	13,16	11,00	13,67	0,096
Psühholoogiline heaolu	11,60	10,60	12,80	12,10	11,60	13,60	0,086
Sõltumatuse aste	13,50	12,50	16,00	15,25	13,25	17,25	0,142
Sotsiaalsed suhted	11,67	10,33	13,67	13,67	11,67	15,00	0,039
Elukeskkond	13,25	11,50	14,00	13,76	12,75	15,38	0,159
Hingeliskus	13,00	9,00	15,00	12,00	10,00	14,00	0,611

Tabelis 10 on toodud tulemused elukvaliteedi ja selle aladimensioonide võrdluses vastavalt uuritute perekonnaseisule. Sarnaselt kainusperioodi pikkusele (pikem periood võrreldes lühemaga) on sotsiaalsed suhted paremad ($p=0,061$) ja elukvaliteedi indeks kõrgem ($p=0,051$) kooselus elavatel uuritavatel võrreldes üksinda elavate uuritavatega.

Tabel 10. Elukvaliteedi võrdlus: perekonnaseis

Elukvaliteet	Üksinda elavad			Kooselus			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	11,88	11,53	13,34	12,81	12,22	14,01	0,051
Füüsiline tervis	12,33	10,33	13,33	12,34	10,50	13,33	0,761
Psühholoogiline heaolu	11,80	10,60	13,00	11,90	11,20	12,90	0,533
Sõltumatuse aste	13,75	12,00	16,00	14,75	12,75	17,00	0,513
Sotsiaalsed suhted	11,33	10,33	13,67	12,83	11,67	14,67	0,061
Elukeskkond	13,25	11,50	14,00	13,57	12,50	15,63	0,083
Hingeliskus	11,00	9,00	15,00	13,00	10,50	15,00	0,239

Tabel 11 võrdleb elukvaliteeti vastavalt haridusele. Ootuspäraselt on haritumad uuritavad hinnanud kõrgemalt oma elukvaliteeti ($p=0,071$). Samuti on neil kõrgem hinnang oma elukeskkonnale ($p=0,009$).

Tabel 11. Elukvaliteedi võrdlus: haridustase

Elukvaliteet	Vähem haritud			Kõrgemalt haritud			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	11,84	11,11	12,76	12,76	11,88	13,99	0,071
Füüsiline tervis	11,34	9,16	13,33	12,67	10,67	13,67	0,121
Psühholoogiline heaolu	11,60	9,90	12,40	12,00	11,00	13,00	0,105
Sõltumatus	13,38	10,38	16,00	14,75	12,75	17,25	0,091
Suhted	11,67	10,50	12,66	13,33	11,00	14,67	0,096
Elukeskkond	12,13	9,82	13,13	13,50	12,75	15,00	0,009
Hingeliskus	13,00	10,50	15,50	12,00	9,00	15,00	0,412

Tabelis 12 on toodud tulemused elukvaliteedi võrdluses vastavalt staatusele tööturul. On näha, et neil, kes töötavad või õpivad, on suurem sõltumatus ($p=0,009$) ning parem hinnang oma elukeskkonnale ($p=0,008$) kui neil, kes on töötud või töövõimetud.

Tabel 12. Elukvaliteedi võrdlus: staatus tööturul

Elukvaliteet	Töötavad; õpivad			Töötud; töövõimetud			p-väärtus
	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	mediaan	kvartiil 1	kvartiil 2	
Elukvaliteedi indeks	13,27	11,88	13,99	12,32	11,59	13,56	0,246
Füüsiline tervis	12,67	11,00	13,33	12,00	10,33	13,50	0,569
Psühholoogiline heaolu	12,00	11,60	12,80	11,80	10,60	13,00	0,701
Sõltumatus	16,25	14,25	18,00	13,63	11,50	15,75	0,009
Suhted	12,33	11,00	14,67	12,33	10,67	14,00	0,958
Elukeskkond	14,00	13,50	15,38	12,75	11,25	14,00	0,008
Hingeliskus	12,00	6,00	15,00	12,50	9,50	15,00	0,587

6. Arutelu

Käesolev uurimistöö annab kirjelduse alkoholisõltuvate meeste elukvaliteedist ja selle aladimensioonidest.

Kuigi alkoholi tarvitamise mustiline spetsiifika erineb mõningas mõttes naistel ning meestel, siis alkoholisõltuvus kui kujunenud haigus, on oma olemuselt sama tõsine probleem mõlemal sugupoolel. Kogemustele, sõltlaste tagasisidele ja eriala spetsialistidele tuginevalt peab tõdema, et inimese sisemine tahe on nii elukvaliteedi tõstmisel kui haigusega võitlemisel otsustava tähendusega.

Uurimistöö puudusena saab välja tuua raskused valimi moodustamisel diagnoosikoodi alusel F10.2, mis esmapilgul tundub küll konkreetne, kuid psüühikahäireid lähemalt tundes ning alkoholisõltuvuse spetsiifikat analüüsides saab esile tuua mitmed miinused. Esiteks kaasuvad ehk komorbiidsed haigused ja häired. Alkoholisõltuvus on sageli ka probleemkomplekside tagajärg, sest inimene on lootnud paradoksaalselt oma meeleoluhäiretele esialgselt just alkoholist abi otsida. Teiseks probleemiks on erinev periood kui pikalt näiteks on sõltlane olnud, arvesse võttes ka alkoholisõltuvuse progresseeruvat iseloomu ja kroonilist kulgu. Vanim uuritav oli 72 aastane noorim 21 aastane. On suhteliselt loogiline, et vanemad alkoholisõltlased on oma eluea jooksul kordi rohkem alkoholi kuritaritanud, mis viib uurimistöö järgmise miinuse juurde, milleks on uuritavate kognitiivne võimekus ja üldine motiveeritus küsimustikust arusaamisel ja selle täitmisel.

Võimalik, et küsimustik osutus sihtrühmale liiga mahukaks (100+16 küsimust). Töö autor ei osanud eelnevalt ette näha probleeme küsimustiku mahukuse osas. Kuigi arvestati sellega, et küsimustiku täitmisel pidid uuritavad olema stabiilses tervislikus seisundis, selge teadvusega ja võimelised adekvaatselt küsimustikust arusaama ning seda täitma. Individuaalne haigusteadlikkus ja kriitika oli samuti uuritavatel väga erinev.

Kui elukvaliteedi test WHOQOL-100 oli täidetud kõigil uuritavatel, siis lisaküsimustik oli sageli ebakorrektselt või lünklikult täidetud ning andmeid adekvaatselt tõlgendada ei saanud. Andmete analüüsist jäeti välja osad tarvitamisega seonduvad küsimused, näiteks lisaküsimustiku küsimused 10. „Miks Te lõpetasite alkoholi tarvitamise?” või 11. „Kui sageli Te tarvitasite järgmisi alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?”, on sihtrühma arvesse võtvast nn. „segadusse ajavalt esitatud”, sest enamus uuritavaid ei olnud lõpetanud alkoholi tarvitamist ning alkoholisõltuvust ja joomatsükleid arvestades, siis ei oska reeglina sõltlane oma koguseid või

alkoholi kui jooki iseloomustada, sest juba alkoholisõltuvuse definitsioonile tuginedes võib väita, et sõltlasele on vastupandamatu tung alkoholi tarvitada, seega tarvitatakse kõike alkoholi sorte, mis joovastavalt mõjuvad. Peaaegu kõigile vastanutest (94,64%) oli keegi lähedane või spetsialist soovitanud alkoholist loobuda või seda vähem tarvitada.

Alkoholisõltuvuse kompleksust ja erinevat haiguse kujunemist arvesse võtvalt otsustas töö autor keskenduda nii isiklikust huvist kui valimi komplekteerimisel võimalikku homogeenset gruppi silmas pidades just meeste alkoholisõltuvusele. Valim moodustus SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinikus ravil olnud patsientidest. Uuritavate arv (57 meest) on Eesti mastaabis suhteliselt väike. Lisaks ei ole võimalik uurida, kas see valim on esinduslik kõigi Eesti alkoholisõltuvate meeste suhtes. Seega peab väitma, et uurimuse tulemused ei ole üldistatavad kõigile alkoholisõltlastele.

Tulemustest lähtuvalt üllatas autorit suhteliselt vähene osavõtt tugigruppidest (11 meest). Teades, et Pärnu linnas on mitu alkoholisõltlastele suunatud organisatsiooni (AA; erinevad kristlikud tugirühmad jms). Eeldatakse küll, et sihtrühmale toetust pakkuvate organisatsioonide tegevustest osavõtmisel on sõltlane kaine, kuid teisalt võib see viidata informatsiooni vähesusele ning erinevate ravile suunatud ja rohkem sotsiaalvaldkonda jäävate asutuste ebapiisavale koostööle. Või saab tugirühmadele omaks panna liigset religioosset suunitlust, sest uuritavatest vastas usulise kuulumise kohta samuti jaatavalt vaid 13 uuritavat.

Elukvaliteedi mõõtmise instrumendi tulemustele tuginedes esinesid madalaimad keskmised väärtused füüsilise tervise, psühholoogilise heaolu ning hingelisuse aladimensioonides. Kui füüsilise tervise madalamad keskmised näitajad on autorile suhteliselt ootuspärased, siis madalad psühholoogilise heaolu ning hingelisuse – isiklike uskumustega seotud madalamad keskmised ei olnud nii kergesti ette prognoositavad. Teada on (kahjuks mitte tõenduspõhiste uuringutele tuginevalt) sõltlaste kõrge enesehinnang ning vähene haiguskriitika. Sellele baseeruvalt saaks antud tulemuste osas eeldada kõrgemaid hinnangulisi väärtusi. Sellest saab välja lugeda, et elukvaliteedi kontekstis, on alkoholisõltlastel hingelis-psühholoogiline puudujääk ning teatud vaimne kriis, mis sisaldab nii madalat enesehinnangut kui elu mõtte ja mõttekuse puudumist ehk mitmeid eksistentsiaalseid küsimusi ning minakontseptsiooni ebaselgust. Seda aitab kindlasti toetada ja kompenseerida tugirühmades ning individuaalsel nõustamisel või teraapias osalemine. Antud vaimse tervise seonduvad puudujäägid võivad olla otsustava tähendusega kogu raviprotsessi kontekstis. Et nendesse puudujääkidesse täpsemalt süüvida, on vaja individuaalseid terapeutilisi lähenemisi raviprotsessis. Teaduslike uurimistööde kontekstis pooldan kombineerimist kvalitatiivsete uurimismeetoditega, sügavamate uurimistulemusteni jõudmiseks.

Ameerika Ühendriikides on palju antud hingelis-vaimsete teemade ja nende sidumisest traditsioonilise psühhiaatriaga ja sõltuvuse raviga edendanud dr. Marc Galanter (90-95). Samuti dr. Harold G. Koenig (96) ning kindlasti on teisigi autoriteete üle maailma. Üle kahekümne uuringu koondavas metaanalüüsis osutus, et religioosus on positiivselt seotud subjektiivse heaoluga (97). Positiivset efekti eluga rahulolule tõdevad ka Lima ja Putnam (98). Tõestust on leidnud, et religioosne pühendumine, kuid mitte konservatism, aitab toime tulla stressiga (99).

Eestis on kahjuks selliste nn. hingelis-eluliste individuaalsete vaimsete väärtuste aktsepteerimine ja isiklikele uskumustele tuginemine ning integreerimine raviprotsessi suhteliselt olematu. Seega on ilmne väljakutse hingelis-eluliste dimensioonide integreerimiseks nii praktilisse raviprotsessi kui eelnevalt tõenduspõhiste uurimistööde läbiviimiseks Eesti tingimustes.

Tulemused näitavad, et tugigruppides osalenud hindasid oma hingelisuse kategooriat kõrgemalt kui tugigruppides mitteosalenud uuritavad. Üllatuslikuna saab välja tuua tugigruppides osalenute madalama elukvaliteedi üldindeksi mediaanväärtuse, kui tugigruppides mitteosalenute oma. See tulemus, mis ei ole küll statistiliselt märkimisväärne, vajaks siiski tulevikus tähelepanu ja täpsemat analüüsi, mis siis, et käesolevat läbilõikelist uuringut ei saa antud küsimusele vastuste ja põhjuste andmiseks adekvaatselt tõlgendada. Mõeldav oleks prospektiivne uuring, et ajas jälgida nende nähtuste muutusi.

Usulise kuuluvusega uuritavatel esines kõrgem hingelisus. Samas on huvitav, et usulise kuuluvusega uuritavate hinnang oma füüsilise tervise osas on suhteliselt madal ja hinnang sõltumatus astmele on kõrgem kui usulise kuuluvusega meestel.

Mingil määral ootuspärased olid tulemused kainusperioodide pikkuse ja paremate sotsiaalsete suhete vahel, kus uuritavad kellel oli pikemaid kainusperioode, mis ületasid kuus kuud, oli hinnang sotsiaalsetele suhetele parem ning üldine elukvaliteedi indeks kõrgem.

Ootuspärane oli ka seos kooselavatel uuritavatel kõrgemalt hinnatava elukvaliteediga ja hinnangule sotsiaalsete suhete osas. Haritumatel uuritavatel oli hinnang oma elukeskkonnale parem ning kõrgem ka elukvaliteedi üldindeks.

Töötavatel uuritavatel oli parem hinnang oma elukeskkonnale ja suurem sõltumatus kui mittetöötavatel.

Võttes arvesse alkoholisõltuvuse üksikisiku individuaalseid nüansse soovib töö autor edaspidi siduda kvantitatiivsete uurimismeetodite tulemused kvalitatiivsetega. Teades probleemsemaid valdkondi alkoholisõltlaste elukvaliteedis, saab korraldada teemakohaseid fookusgrupe ja individuaalnõustamist.

Põhjuseid, miks praktilises arstitöös pööratakse alkoholile kui riskifaktorile ebapiisavalt tähelepanu, võib olla mitmesuguseid. Teemat on peetud delikaatseks või arvatakse, et kui patsient sellest ise ei räägi, ei pea seda ka meedik uurima. Palju rohkem ajalist ja rahalist ressursi suunatakse üldtunnustatud, kuid alkoholiga võrreldes vähem oluliste riskifaktorite mõjutamisele (düsliipideemia ja hüperglükeemia ravi, ülekaalu ja toitumisealane nõustamine jne) (100).

Alkoholisõltlaste elukvaliteedi hindamise tulemusena on võimalik esile tuua olulisemad valdkonnad, mis vajavad toetusmeetmete kasutuselevõttu, strateegiate ja tugivõrgustike väljatöötamist ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni efektiivsemaid väljundeid, lisaks meditsiinilis-bioloogilistele sekkumistele, sõltuvusega toimetulekul ja sellest vabanemisel, et taastada üksikisiku produktiivne toimimine perekonnas, töökohal, kogukonnas jne. Antud uurimistöo tulemustele tuginedes võib järeldada, et trend kõrgema elukvaliteedi indeksi näol, on ootuspäraselt nii partneriga kooselavatel, pikemaid kainusperioode omavatel, haritumatel alkoholisõltlastel. Seetõttu on igakülgne sihtrühmale toetuse pakkumine nii suhete parandamiseks, teadlikkuse tõstmiseks kui alkoholitartvitamise vähendamiseks strateegiliselt vajalik raviprotsessi osa.

Alljärgnevalt toon nii meeste tervist, elukvaliteeti kui alhoholiprobleemi olemust silmas pidades esile mõned teemakohased puudujäägid, miinused ja valupunktid meie ühiskonnas.

Võimalik, et üks oluline ja tihti tähelepanematu tegur Lääne ühiskonnas tuleneb transpersonaalsete soovide mittetunnistamisest, kus inimesed üritavad täita tunnustamata ja täitmata jäänud transpersonaalsete vajaduste tekitatud eksistentsiaalset vaakumit aseaineliste rahulduste nagu kompulsiiivse tarbimise abil, mille alla kuulub ka alkoholi tarvitamine. Viitan nn. metapatoloogiale või psühholoogilisele ahastusele Maslowi järgi (101). Maskuliinsest ühiskonnamudelidest oli juttu juba eespool, selle raamistikus on paradoksaalne, et terviseuuringute statistilised näitajad peegeldavad meeste tervisega seonduvaid probleeme, kuid samas puuduvad või on raskesti kättesaadavad meestele suunatud teenused. Näiteks meeste spetsiifikale spetsialiseerunud terviseedendajate, psühholoogide ja sotsiaaltöötajate vähesus. Teadvustatus selliste spetsialistide olemasolust on inimeste hulgas madal. Oluline on tähelepanu pööramine ühiskondlikule laiemale väärtussüsteemile ja haridusele selle kontekstis. Meie noored kasvavad üles liiga maskuliinse ning hierarhiapõhises tarbimisühiskonnas. Piisab vaid korra elu hammasrataste vahele jääda, kui abi küsimise asemel tuntakse häbireaktsiooni, kui nõrkuse tunnust ning pigem uputatakse probleemid alkoholi. Seetõttu on tähelepanu pööramine just poiste väärtussüsteemile ja käitumise modifitseerimisele äärmiselt tähtis. Poiste

olukord on toodud eraldiseisva valdkonnana välja ka EMHF Viini Meeste ja Poiste Tervise Deklaratsioonis (71).

Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemis keskendutakse alkoholiprobleemi kontekstis pigem füüsilise tervise temaatikale ning alkoholitarvitamist käsitletakse jätkuvalt vaba tahtena või pigem tahtenõrkusena. Samuti on miinused riiklikus alkoholipoliitikas ning vastutustundetu käitumine ärisectoris, kus alkoholi esitatakse pigem tavapärase kaubaartiklina kui ohtliku sõltuvusttekitava ainenä, mis põhjustab haigestumist ja langetab elukvaliteeti. Jätkuvad sotsiaalmajanduslikud probleemid ühiskonnas vaid lisavad üksikisiku tasandil distressi ning alkoholi temaatika on endiselt äärmiselt aktuaalne. Probleemi raamistikus saab esile tuua olukorrafaktoreid (sotsiaalmajanduslikud tingimused jms) ja dispositsioonifaktoreid (isiksuseomadused ja võimed jms), mida tuleb kindlasti vaadelda koos, sest nad on teineteisega seotud (102). Sekkumise strateegiate muutmisest ei tohi teha järeldusi, et alkoholisõltlaste aitamine peaks toimuma sihtrühma kuuluvatelt vastutustunde võtmise läbi nende käitumisele. Pigem tahab autor viidata vajadusele muuta eritasandite sekkumist efektiivsemaks.

Parafraseerides Carl Gustav Jungi, siis kliiniliste diagnooside ja haiguslugude raamidesse saab indiviide oma tohutus mitmekesisuses ning kaootilistes üksikjuhtumistes suruda vaid jõuga. Diagnoosikoodi nagu F10.2 alkoholisõltuvuse ja elukvaliteedi indeksi taga peitub palju enam kui defineeritavad kontseptsioonid elukvaliteedist või sõltuvusest. Seal on peidus purunenud perekondade agoonia, võõrutusseisundid täis katteta lubadusi, vanglates viibitud aastad, mille jõhkruks ei suuda tajuda ega ettekujutada enamus turvalises keskkonnas üleskasvanud tavakodanikke. Autor tahab sellega mõista anda, et käesolevat uurimistööd oli väga raske koondada üheks tervikuks.

Aldous Huxley oma essees „Taju ukseid” tõdeb: „Kopsuvähk, liiklusõnnetused ja miljonid viletsad ning viletsust sünnitavad alkohoolikud on faktid, mis on veel kindlamad kui Dante päevil oli Inferno olemasolu. Kuid kõik need faktid on kauged ja ebaolulised selle lähedase ja selgesti tuntud fakti kõrval, et just praegusel hetkel siinsamas on himu kergenduse ja rahustuse, jooma või suitsu järele.” (103).

Antud uurimistöö oli homogeenset gruppi kirjeldava iseloomuga. Kindlasti oleks palju andnud kontrollgrupi kaasamine või tulemuste võrdlemine erinevate sihtrühmade, regioonide ja sugude vahel. Kahjuks seab magistritöö maht olulised piirangud, kuid töö autor on motiveeritud nii edasistes õpingutes kui tööelus antud teemadega kindlasti edaspidi tegelema.

Töö autor püüab oma edasises praktilises tegevuses võimalikult holistlikult valdkonda hoomata ning siduda probleemi erinevad tahud indiviidi aitamiseks. Alkoholisõltlaste

sihtrühmale ja spetsialistidele töö autor planeerinud lähitulevikus antud uurimistöö tulemustest läbiviia teemakohase seminari.

7. Järeldused ja soovitused

Uurimistöö peamine eesmärk oli kirjeldada ja analüüsida alkoholisõltuvusega meeste elukvaliteeti. Uuritav alkoholisõltlaste grupp oli valdavalt kesk- ja põhiharidusega. Oluline osa uuritavatest oli töötuid ja töövõimetuspensionäre. Osalus tugigruppides oli väike. Alkoholisõltlastest meestel on madalamad keskmised väärtused elukvaliteedi dimensioonidel nagu füüsiline tervis, psühholoogiline heaolu ning hingeliskus.

Hingelisusele andsid kõrgema hinnangu tugigruppides osalejad ja usulise kuuluvusega uuritavad. Pikemaid kainusperioode omavad ning partneriga kooselus elavad uuritavad andsid kõrgema hinnangu sotsiaalsetele suhetele. Elukeskkonda hindasid kõrgemalt rohkem haritud ning töötavad uuritavad. Töötavad hindasid ka oma sõltumatust suuremaks kui mittetöötavad uuritavad.

Käesolevale uurimistööle tuginedes soovitab töö autor paremini eesmärgistada alkoholisõltlastele suunatud sekkumisi ning strateegiaid, et tõsta läbi üksikindiviidide tervise ja elukvaliteedi parandamise kogu Eesti rahvastiku tervise ja elukvaliteedi sisulisi näitajaid. Oluline on siduda alkoholiprobleemi lahendamisse erinevad valdkonad ja struktuurid alates praktilise suunitlusega teadusuuringutest, kus on kombineeritud erinevad kvalitatiivsed ja kvantitatiivsed uurimismeetodid, mis oleks hiljem spetsialistide poolt rakendatavad ennetus, ravi ja rehabilitatsiooni kontekstis.

Tuleb parandada informatsiooni vahetust ja koostööd sarnase suunitlusega, kuid erinevatel tasanditel tegutsevate nii rahvusvaheliste kui riiklike, omavalitsuste ja kolmanda sektori organisatsioonide vahel.

Kasutatud kirjandus

1. Jänes H. Allakäiguspiraal. Tallinn: Valgus; 1986. lk. 9.
2. Kutsar D. Mees sotsiaaluuringu subjektina. Sotsiaalministeeriumi toimetised. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2007.
3. RHK-10-V Psüühika- ja käitumishäired. Tartu Ülikooli Kliinikum. (<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>).
4. Poolamets O. Eesti meeste sotsiaalne, vaimne ja füüsiline tervis. In: Kutsar D, ed. Mees sotsiaaluuringu subjektina. 2nd ed. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2007. lk. 69–89.
5. WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Programme on mental health. WHOQOL - Measuring Quality of Life. WHO; 1997.
6. WHO. Global status report on alcohol and health. WHO; 2011.
7. Tervise Arengu Instituut. Alkoholi liigtarvitamise ennetamise kampaania kutsub üles jälgima oma joodavaid alkoholi koguseid. TAI; 2009. (<http://www.tai.ee/?id=6043>).
8. Tervise Arengu Instituut. Alkoholi liigtarvitamist ennetav kampaania räägib tänavu terviseriskidest. TAI; 2010. (<http://www.tai.ee/?id=6276>).
9. European health for all database. WHO Regional Office for Europe. (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
10. Pärna K, Rahu K. Dramatic increase in alcoholic liver cirrhosis mortality in Estonia in 1992-2008. Alcohol Alcoholism 2010; Epub 2010 Aug 20.
11. Anderson P, Baumberg B. Alcohol Euroopas rahva tervise perspektiivis. UK: Institute of Alcohol Studies; 2006.
12. Harro J. Miks just etanool? Ettekanne seminaril Alkohol - terviseks? Alkoholi mõjud tervisele ja alkoholireklaami mõjud tarbimisele. Tallinn: TAI; 2010. (<http://www.tai.ee/?id=6270>).
13. Lai T, Habicht J. Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. Alcohol Alcohol 2011;46:200–3.
14. Orro E, Hein P, Martens K, et al. Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Tallinn: EKI; 2010.
15. Castaneda, C. The Art of Dreaming. New York: HarperCollins; 1993.
16. Encyclopedia Britannica. Ethyl alcohol. (<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/194354/ethyl-alcohol>).
17. Vaask S, Liebert T, Maser M, et al. Eesti toitumis- ja toidusoovitused. Tallinn: TAI, Eesti Toitumisteaduse Selts; 2006.
18. Pavel B, Rein K, eds. Meditsiinisõnastik. Tallinn: Medicina; 2004.
19. Lönnqvist J, Heikkinen M, eds. Psühhiaatria. Tallinn: Medicina; 2006.
20. Riigi Teataja. Alkoholiseadus, 01.01.2011. RT I 2002, 3, 7.

21. WHO. Review of the constitution and regional arrangements of the World Health Organization. Executive Board 101st Session. WHO; 1997.
22. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva; WHO; 1986.
23. Kasmel A. Ebavõrdsus naiste ja meeste tervises.
(<http://www.salutare.ee/files/raamatud/Soolisus%20ja%20tervis.pdf>).
24. Tervise Arengu Instituut. Mõisted. (<http://www.terviseinfo.ee/web/?id=1547&op=print>).
25. Harro J. Uimastite ajastu. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2006. lk. 217.
26. Alcohol and Public Policy Group. Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. *Addiction* 2010;105:769–79.
27. Josing M, Liivaauk P, Hein P, et al. Eesti alkoholiturg 2009.a aastal. Tallinn: EKI; 2010.
28. Tervise Arengu Instituut. Alkoholi mõju tervisele. (<http://www.alkoinfo.ee/mojud/alkoholi-moju-tervisele>).
29. Salupere R. Alkohol ja seedeelundid. Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli Kliinikum.
(http://www.tai.ee/failid/R_Salupere_alkoholseedeelundid.pdf).
30. Baan R, Straif K, Grosse Y, et al on behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology* 2007;8:292–3.
31. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58, 515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002;87:1234–45.
32. Schütze M, Boeing H, Pischon T, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011;342:d1584.
33. Kettunen R, Kivelä A, Mäkijärvi M, et al. Südamehaigused. Tallinn: Medicina; 2010.
34. Leon DA, Shkolnikov VM, McKee M, et al. Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: acute and chronic effects or misattribution of cause? *Int J Epidemiol* 2010;39:1279–90.
35. Baliunas D, Rehm J, Irving H, et al. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health* 2010;55:159–66.
36. Baliunas D et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2009;32:2123–32.
37. Viru A, Volver A. Teadusvaade alkoholile. Tartu: Eesti Karskusliidu Karskusühendus AVE; 2002. lk. 31–4.
38. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:299–307.

39. Martins SS, Mazzotti G, Chilcoat HD. Recent-onset ecstasy use: association with deviant behaviors and psychiatric comorbidity. *Exp Clin Psychopharmacol* 2006;14:275–86.
40. Pridmore S. Chapter 12: Substance use Disorders. Download of *Psychiatry*: University of Tasmania; 2010.
41. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, et al. Alcohol involvement and the Five-Factor model of personality: a meta-analysis. *J Drug Educ* 2007;37:277–94.
42. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, et al. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376:1558–65.
43. Zirnask V. Jaanus Harro: keelaks nii palju, kui ühiskond välja kannatab. *Eesti Päevaleht*. 27. nov 2010.
44. Pärnu metanoolitragöödia. Vikipeedia. (http://et.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4rnu_metanoolitrag%C3%B6%C3%B6dia).
45. Tervise Arengu Instituut. Teadustegevus; Tervisestatistika osakond, Statistika; Haigestumus.
46. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet* 2007;369:2001–9.
47. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223–33.
48. Värnik A, Kõlves K, Väli M, et al. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction* 2007;102:251–6.
49. Kõlves K, Värnik A, Tooding LM, et al. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med* 2006;36:923–30.
50. Rahu K, Pärna K, Palo E, et al. Contrasts in alcohol-related mortality in Estonia: education and ethnicity. *Alcohol Alcoholism* 2009;44:517–22.
51. Rebane A. Elades Kainelt. Tallinn: Eesti keele Sihtasutus; 2010. lk. 15.
52. Taidre K, Tappel T. Elementaartheadmised narkootikumidest. (<http://raulpage.org/alko/art10.html>).
53. Harro J. Sõltuvuse neurobioloogia. *Eesti Arst* 2006;85:697–703.
54. Sova H. Mis on alkoholsõltuvus ja millal on vältimatult vaja pöörduda arsti juurde? Tartu A-Kliinik. (<http://www.akliinik.ee/artiklid.html>).
55. Jaako K. Alkohol ja selle toime. Tartu Ülikool: Farmakoloogia Instituut. (http://www.tai.ee/failid/K_lli_Jaako_Alkohol_ja_selle_toime.pdf).
56. Heath AC, Nelson EC. Effects of the interaction between genotype and environment. Research into the genetic epidemiology of alcohol dependence. *Alcohol Res Health* 2002;26:193–201.
57. Rutter M. Geenid ja käitumine. Looduse ja kasvatuse koosmõju. Tallinn: Kirjastus Pegasus; 2007. lk. 207.
58. Viru A, Volver A. Alkohol. Kuidas säästa end tulevikuks? Õpetajaraamat. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2004. lk. 22–27.

59. Ihsan MS, Dennis CD, Michael E. Male depression, alcoholism and violence. United Kingdom: Thase Martin Dunitz Ltd; 2000.
60. Vahtra L. Positiivsete ja negatiivsete automaatmõtete hindamine depressiooniga patsientidel ja tervetel inimestel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli psühholoogia instituut; 2008.
61. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub Co; 1984.
62. Seppo I, Järve J, Kallaste E, et al. Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis. Eesti Rakendusuuringu keskus Centar; 2010.
63. Linsky AS, Straus MA, Colby JP. Stressful events, stressful conditions and alcohol problems in the United States: a partial test of Bales's theory. *J Stud Alcohol* 1985;46:72–80.
64. Lausvee E, Seermaa U. Alkoholismist kaassõltuvuses oleva inimese vaimne tervis. *Eesti Arst* 2007;86:455–67.
65. Värnik A. Kes on alkohoolik? *Sotsiaaltöö* 2003;1:40.
66. Eesti Statistikaamet. Madal oodatav eluiga sünnihetkel.
67. Palo E. Statistikaameti blogi. Suremus on Eestis langustrendis ka tänavu . 2010 (<https://statistikaamet.wordpress.com/tag/oodatav-eluiga/>).
68. Hofstede G. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
69. Leif K, Jakobson M-L, Saarts T. Eesti poliitiline kultuur: alusväärtused. *Riigikogu Toimetised* 2008;18.
70. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2010. Tallinn: TAI; 2011.
71. European Male Health Forum. (http://www.emhf.org/index.cfm/item_id/305).
72. Connell RW ed. *Masculinities*. 2nd ed. Cambridge: Polity; 2005.
73. The World Congress on Gender Specific Medicine. (<http://www.gendermedicine.com/1st/1.asp>). 74. Tammaru M. Elukvaliteedi hindamine ja käsitlused arstiteaduses. *Eesti Arst* 2004;83:47–50.
75. Lohr KN. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002;22:193–205.
76. Doward LC, McKenna SP. Evolution of quality of life assessment. In: Rajagopalan R, Sheretz EF, Anderson R, eds. *Care management of skin diseases: Life quality and economic impact*. New York: Marcel Dekker; 1997. lk. 9–33.
77. Zubaran C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Curr Opin in Psychiatr* 2009;22:281–6.
78. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29:323–35.

79. Castillo I. Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQoL): psychometric assessment of the Spanish version. *Adicciones* 2008;20:281–94.
80. Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:42.
81. Kõre J, Murakas R et al. Puuetega tallinlaste kodust toimetulekut käsitlev sotsiaaluuring. Lepingu aruanne. Tartu: Tartu Ülikooli sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut; 2009.
82. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, et al. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:131–40.
83. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, et al. Quality of life in alcoholdependent subjects – a review. *Qual Life Res* 1999;8:255–61.
84. Pal HR, Yadav D, Mehta S, et al. A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India communitybased sample followed for 3 months. *Alcohol Alcoholism* 2007;42:328–32.
85. Kasmel A, Laasner A, Lipand A. Tervisemõju analüüsi käsiraamat: abiks poliitikule ja praktikule. Tallinn:Eesti Tervisedenduse Ühing; 2003.
86. Australian WHOQOL Field Study Centre. Australian WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, and CA-WHOQOL Instruments. User's manual and interpretation guide. Melbourne: WHOQOL Field Study Centre ; 2000.
87. WHO Department of Mental Health. WHOQOL-Annotated Bibliography. Geneva: WHO; 1999.
88. AS PE Konsult. Elukvaliteedi test WHOQOL-100. (<http://www.pekonsult.ee/who.php>).
89. SA Pärnu Haigla. SA Pärnu Haigla aasta-aruanne 2010. SA Pärnu Haigla; 2011 .
90. Galanter M, Dermatis H, Talbot N, et al. Introducing spirituality into psychiatric care. *J Relig Health* 2011;50:81–91.
91. Galanter M. Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective. *Psychiatry* 2010;73:145–57.
92. Galanter M. The concept of spirituality in relation to addiction recovery and general psychiatry. *Recent Dev Alcohol* 2008;18:125–40.
93. Galanter M. Spirituality, evidence-based medicine, and alcoholics anonymous. *Am J Psychiatry* 2008;165:1514–7.
94. Galanter M. Spirituality and addiction: a research and clinical perspective. *Am J Addict* 2006;15:286–92.
95. Grodzicki J, Galanter M. Spirituality and addiction. *Subst Abus* 2005;26:1–4.
96. Koenig HG. (<http://www.spiritualityandhealth.duke.edu/about/hkoenig>).

97. Witter RA, Stock WA, Okun MA, et al. Religion and Subjective Well-Being in Adulthood: A Quantitative Synthesis. *Rev Relig Res* 1985;26:332–42.98. Lima C, Putnam RD. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *Am Sociol Rev* 2010;75:914–33.
99. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Religion, Psychopathology, and Substance Use and Abuse: A Multimeasure, Genetic-Epidemiologic Study. *Am J Psychiatry* 1997;154:322–9.
100. Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R, et al. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõedele. Tallinn: TAI; 2010.
101. Walsch R, Vaughan F. Egost Kõrgemale. Transpersonaalseid käsitlusi. Tallinn: OÜ Väike Vanker; 2007. lk. 166.
102. Grom B. Õnn, rahulolu ja elu mõte. Mõtte küsimus psühholoogilisest ja teoloogilisest vaatepunktist. Tallinn: Johannes Esto Ühing; 2005. lk. 16.
103. Aldous Huxley. Taju ukсед. *Vikerkaar* 1991;11:69.

Summary

Quality of life of men with alcohol dependence syndrome

The present study describes and analyses quality of life of alcohol dependent men in Estonia. The social-demographic indicators, general index of quality of life and six broader domains (physical health, psychological, level of independence, social relationships, environment, spirituality/religion, personal beliefs) of quality of life were investigated. Quality of life is an important factor of outcome tracking and treatment in alcohol misuse. Questioning was carried out 2010-2011 in Foundation Pärnu Hospital.

Alcohol dependence is comprehensive disease that in addition to health problems, involves economic and social difficulties. The problems rise in individual and societal level. The present study focuses on alcohol addiction men's health. Men's health indicators, mortality, and health awareness are much lower comparing to women. Alcohol dependence is in society stigmatized phenomenon that is often considered as velleity, not disease. This attitude inhibits prevention, treatment, rehabilitation and development of support systems.

Men who participated in the study had diagnosed alcohol dependence and been on treatment in Pärnu Hospital. In the final analysis answers of 57 men were used. To describe the complex nature of alcohol dependence, the WHO definition of concept of quality of life was used. As research instrument WHOQOL-100 questionnaire was used. For data analysis statistical program STATA and Mann-Whitney test was used.

The lowest average index of quality of life was for physical health (12,06), psychological wellbeing (11,88) and spirituality (11,86). It refers to spiritual-psychological problems that stem from absence of meaning of life, low self-esteem and inadequate self-conception. Different special therapies and individual counseling can be the forms of treatment that can influence favorably the result of the whole treatment process.

In broader context, deeper cooperation of medical, scientific, political and non-governmental sphere is needed to gain success in the struggle against alcohol dependence. The practical work should start from better distribution of information about alcohol and co-morbid problems, more strict official alcohol policy, restructuring of treatment process to integrate medical and psychological methods.

Tänuavaldused

- Tänan oma juhendajat Katrin Langi entusiasmi, juhendamise ja igakülgse abi eest.
- Tänan Mare Teichmanni elukvaliteedi testi WHOQOL-100 kasutamise eest
- Tänan kõiki uuritavaid, kes antud lõputöösse ankeeditäitmise läbi oma panuse andsid.
- Tänan Tartu Ülikooli Tervishoiuinstituudi kollektiivi ja kõiki õppejõude meeldiva õpikeskkonna loomise eest.
- Tänan SA Pärnu Haiglat ja oma kolleege igakülgse vastutulelikkuse ja toetuse eest.
- Tänan oma lähedasi, sõpru ja kursusekaaslasi igakülgse abi ja toetuse eest.

Curriculum vitae

Isikuandmed

Nimi: **INDREK LINNUSTE**
Sünniaeg: 02.02.1979
Rahvus: Eestlane
Perekonnaseis: Vabaabielus / tütar Annabel
Elukoht: Väike-Kuke 6-6 80018 Pärnu
Telefon: 56 647 656
E-mail: indrekl@ph.ee

Haridus

2008 Tartu Ülikool Arstiteaduskond Rahvatervishoid (Epidemioloogia) magister omandamisel
Kõrgharidus - 2001-2005 Akadeemia Nord **Psühholoogia bakalaureus**
Keskharidus - 1997 Kilingi-Nõmme Gümnaasium

Erialased täiendkoolitused

2009 **Agressiivne patsient ja ohjeldusmeetmete rakendamine** SA Tartu Ülikooli Kliinikum
2009 **Rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koolitus** Tartu Ülikool (22,5 EAP)
2009 **CMPS test** (Cesarec-Marke Personaligetsschema) Harri Mägi
2009 **Psühholoogiline nõustamine** Jure Biechonsky (1,25 AP)
2008 **Toitumispsühholoogia** Annely Soots (1,25 AP)
2008 **Tartu Ülikool Psühhofarmakoloogia** Jaanus Harro (2AP)
2007 **Igapäevaelu psühhopatoloogia: Emotsionaalsus: ebakindlusest depressioonini** SENSUS
2006 **Laste ja noorukite psühhoterapia**. Professionaalse Psühholoogia Erakool Mairi Männamaa (2AP)
2006 **MMPI test** (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) MTÜ Eesti Vaimse Tervise Ühing, Svetlana Varjun
2005 **Loomulik kehahoiak, vaba hingamine ja loovus**. Tervise Arengu Instituut Maria Tomberg

Erialane Töökogemus

2010- Sõltuvusprobleemidega isikute ja nende lähedaste nõustamisteenuste projektis psühholoogina
2010- TTR Erivajadustega inimeste tööhoive suurendamine läbi toetatud tööerakendumise teenuse arendamise tugiisikuna
2005- **SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku päevastatsionaari juhataja**
2005- **SA Pärnu Haigla Psühhiaatrilise rehabilitatsiooniüksuse psühholoog**
2010- Sotsiaalse ettevõtluse arendamine „**Solve et Coagula**” töökohtade loomine sotsiaalsele riskirühmale (endised vangid, pikaajalised töötud, psühhikahäiretega inimesed jne.)
2008- **MTÜ Hingerahu juhatuse liige**
2008- MTÜ Hingerahu projektide ja seminarid läbiviimine: „Aju ja müstiline kogemus”; „Psühhohügieen”; „Mälumängud puuetega inimestele”; „Erivajadustega inimeste teatripäev 2009”
2004-2005 **SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku Rehabilitatsiooniüksuse juhataja assistent**

Täiendav informatsioon

Keeleoskus: eesti keel (emakeel)
inglise keel (rahuldav)
Arvutioskus: Microsoft Office, PhotoStudio 2000, Photoshop 7.0, STATA
Autojuhtimisluba: A; B- kategooria
Harrastused: Mootorrattad, fotograafia, tervise sport, psühholoogia, spirituaalsus, ajalugu, arvutid, alternatiiv muusika.

Lisa 1

Palun vastake järgmistele küsimustele. Ankeedi täitmisel tõmmake ring ümber Teie jaoks kõige sobivama vastuse ees olevale numbrile, kui küsimuse juures ei ole muud täpsustavat kommentaari.

1. Vanus täisaastates

2. Elukoht

1. Linn.....

2. Maapiirkond

3. Eluase

1. Korter või maja

2. Üüripind

3. Ühiselamu / sotsiaalkorter

4. Alaline elukoht puudub (tänav; varjupaik)

5. Muu, täpsustage

4. Milline tase kirjeldab Teie haridust kõige paremini (*Valige ainult üks variant*)

1. Algharidus (1-6 klassi)

2. Põhiharidus (8-9 klassi)

3. Keskharidus (10-12 klassi)

4. Kutsekeskharidus (põhihariduse või keskhariduse baasil)

5. Kõrgharidus (ka rakenduslik)

Vajadusel täiendage, kas lõpetatud või lõpetamata

5. Kes Te olete praegu? (*Palun tõmmake ring ümber igale sobivale variandile*)

1. Töötav (ettevõtja, palgatöötaja)
2. Töötu, tööotsija
3. Kodune
4. Üliõpilane
5. Vanaduspensionär
6. Töövõimetuspensionär (mittetöötav)
7. Muu (täpsustage)

5.1. Kui olete palgatöötaja, kas töötate

1. Osalise tööajaga
2. Täisajaga
3. Mitmel kohal
4. Muu (täpsustage)

6. Perekonnaseis

1. Vallaline
2. Abielus / vabaabielus
3. Elan lahus / lahutatud
4. Lesk

7. Laste arv

8. Kas Te olete tarvitanud alkoholi viimase 12 kuu jooksul?

1. Jah
2. Ei

9. Kui palju aega tagasi Te lõpetasite alkoholi tarvitamise?

1. Vähem kui aasta tagasi
2. 1-5 aastat tagasi
3. 5 või rohkem aastat tagasi

10. Miks Te lõpetasite alkoholi tarvitamise?

1. Kartsin kaotada töökohta
2. Arst soovitas alkoholi tarvitamisest loobuda
3. Olin viibinud alkoholismiravil
4. Tundsin ennast selleks liiga haigena
5. Perekonnaliikmete või sõprade surve
6. Rahalised põhjused
7. Usulised põhjused
8. Muud põhjused,
9. Ei oska öelda
10. Ei soovi vastata

11. Kui sageli Te tarvitasite järgmisi alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?

(Palun märkige iga alkoholiliigi tarvitamise sagedus.)

	üldse mitte	mõned korrad aastas	mõned korrad kuus	mõned korrad nädalas	Iga päev
11.1 Kange alkohol (viin, konjak, viski jms.)	1	2	3	4	5
11.3 Õlu	1	2	3	4	5
11.4 Vein	1	2	3	4	5
11.5 Kerge alkoholi segu toonikuga, siider jms.	1	2	3	4	5
11.6 Surrogaatalkoh ol (odekolonn jms.)	1	2	3	4	5
11.7 Kodus	1	2	3	4	5

valmistatud kange alkohol					
11.8 Kodus valmistatud vein	1	2	3	4	5

12. Kui sageli Te joote korraga kas a) kuus pudelit (0,5 l) õlut või b) kuus klaasi (100 ml) veini või c) kuus pitsi (4 cl=40 g) kanget alkoholi?

1. Mitte kunagi
2. Harvemini kui üks kord kuus
3. Üks kord kuus
4. Üks kord nädalas
5. Peaaegu iga päev

13. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimase 12 kuu jooksul soovitanud Teil vähem alkoholi tarvitada?

	Jah	Ei
Arst	1	2
Muu tervishoiutöötaja	1	2
Pereliige	1	2
Keegi muu	1	2

14. Kas Te olete usklik inimene ? (Kui vastate „jah”, siis palun täpsustage.)

1. Jah.....
 - 1.1. Kindel religioosne suundumus (katoliiklus, luterlus, islam jms.)
 - 1.2. Muu spirituaalne suundumus (budism, *new-age*, maausk jms.)
2. Ei

15. Kas Te olete osavõtnud mõnest tugigrupi tegevusest (AA Anonüümsed Alkohoolikud vms.)

1. Jah
2. Ei

16. Kui pikk on olnud Teie kõige pikem kainuse periood täisarvuna (päeva, kuud, aastat)

TÄNAN VASTAMAST !