

TARTU ÜLIKOOL

Sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

Denis Molodost

**Alaseljavaluga füsioteraapiasse saabunud patsientide kirjeldused
esmatasandi tervishoiu läbimisest:
vastuvõtu sisu ja kommunikatsiooni aspektid**

**Descriptions of going through primary care from low back pain patients
presenting to physical therapy:
the content of the consultations and aspects of communication**

Magistritöö

Füsioteraapia õppekava

Juhendaja:
Martin Argus (PhD)

Tartu 2024

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID	3
LÜHIÜLEVAADE	4
ABSTRACT	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	6
1.1 Alaseljavalu biopsühhosotsiaalsed tegurid	6
1.2 Alaseljavalu prognoos	8
1.3 Sekkumised ja soovitused	9
1.4 Kommunikatsioon ning selle verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid.....	9
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	12
3. METOODIKA	13
3.1 Valimi moodustamine.....	13
3.2 Eetilised aspektid.....	15
3.3 Uurimismeetodid	15
3.4 Andmete analüüs	16
4. TULEMUSED	18
4.1 Valimi üldandmed.....	18
4.2 Intervjuude tulemused	19
5. ARUTELU.....	24
5.1 Alaseljavalu biopsühhosotsiaalsed tegurid	24
5.2 Alaseljavalu prognoos	25
5.3 Sekkumised ja soovitused	27
5.3.1 Sekkumised.....	27
5.3.2 Soovitused.....	28
5.4 Kommunikatsioon ning selle verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid.....	29
5.4.1 Vahelesegamine.....	29
5.4.2 Mitteverbaalsed aspektid.....	31
5.4.3 Suhtumise tajumine.....	33
5.4.4 Terminoloogiast arusaamine	34
5.5 Vastuvõtuga seotud muret tekitavad asjaolud.....	36
5.6 Kokkuvõtavad mõtted ja tulevikuperspektiivid	37
6. JÄRELDUSED	39
KASUTATUD KIRJANDUS	40
Lisa 1	47
Lisa 2	48
Lisa 3	49
Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks	50

KASUTATUD LÜHENDID

BPS — biopsühhosotsiaalne

LBP — ing. *low back pain*

LVD — lülihaheketta degeneratsioon

MRT — magnetresonantstomograafia

MSPR — mittesteroidne põletikuvastane ravim

RHK-10 klassifikatsioon — Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon

U1-10 — uuritavate randomiseeritud koodid, mida kajastati 5. peatükis tsitaatide esitamisel

ÜK — ülemkategoriad

LÜHIÜLEVAADE

Alaseljavaluga füsioteraapiasse saabunud patsientide kirjeldused esmatasandi tervishoiu läbimisest: vastuvõtu sisu ja kommunikatsiooni aspektid

Eesmärk: Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on välja selgitada, missuguseks kujunes alaseljavalu kaebusega patsientide hinnangul tervishoiusüsteemi esmatasandi läbimine — vastuvõtu sisu ja kommunikatsiooni erinevad aspektid.

Metoodika: Uuringu käigus viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud 10 alaseljavalu kaebusega isikuga (3 meessoost, 7 naissoost, keskmine vanus $37,4 \pm 7,6$ eluaastat), kes saabusid füsioteraapia teenusele. Intervjuude raames uuriti, milliseks kujunes alaseljavalu kaebusele keskendunud esmatasandi vastuvõtt: mis infot uuritavad omandasid (seoses alaseljavalu põhjuste ja prognoosiga ning sekkumiste ja soovitustega) ning milliseks kujunes uuritavate hinnangul kommunikatsioon (sh arsti hoiak, suhtumine). Samuti selgitati välja, kuidas uuritavad mõistsid alaseljaga seotud meditsiinilist terminoloogiat. Andmete käsitlemisel kasutati temaatilist analüüsi.

Tulemused: Pooled uuritavad said selgitusi alaseljavalu kohta ning need olid valdavalt biomehaanilised, prognoos enamasti polnud mainitud, sekkumistest oli lisaks füsioteraapiale peamiseks farmakoloogiline ravi ning soovitusteks olid kas füüsilise aktiivsuse rakendamine või vastupidi rahu andmine. Enamasti tundsid uuritavad, et nad said rääkida vastuvõtul piisavalt. Verbaalsel kommunikatsioonil olid tähtsateks teemadeks suunavate küsimuste esinemine ja ajapiirangu rõhutamine. Mitteverbaalsel kommunikatsioonil peeti oluliseks arsti probleemile ja lahendustele orienteeritud hoiakut, kehakeele juures täheldati käelise kontakti esinemist ja silmkontaktiga seotud asjaolusid. Neutraalselt olid tõlgendatud terminid "dorsalgia" ja "lumbaago", kõige rohkem negatiivseid interpretatsioone kaasnes terminiga "ebastabiilsus". Vähem kui pooled uuritavad tundsid, et suhtumine probleemi oli tõsine.

Kokkuvõte: Uuritavate kirjelduste alusel oli esmatasandi tervishoius alaseljavalu keskse info hulk vähene ning kommunikatsioonil arsti ja patsiendi vahel esinesid tähtsad, nii positiivsed kui ka negatiivsed, asjaolud. Kogutud info aitab tervishoiutöötajatel käsitleda alaseljavaluga patsiente ning annab tervishoiusüsteemile sisendit tulevikuks esmatasandi ravi kujundamisel.

Märksõnad: alaseljavalu, patsientide harimine, mitteverbaalne kommunikatsioon, arsti-patsiendi suhted, kindlustunne

ABSTRACT

Descriptions of going through primary care from low back pain patients presenting to physical therapy: the content of the consultations and aspects of communication

Aim: The aim of this research is to determine how the process of primary care unfolded based on the descriptions from low back pain (LBP) patients — including the content of the consultations and various aspects of communication.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 10 people (3 male, 7 female, average age $37,4 \pm 7,6$ years) presenting to physiotherapy with LBP. The interviews aimed to explore how the LBP-focused primary care consultations unfolded: what information the subjects acquired (regarding the causes and prognosis of LBP, the interventions and recommendations) and how the communication (including the doctor's attitude and approach) was perceived by the subjects. Additionally, the subjects' understanding of medical terminology related to the low back was investigated. The data was handled using thematic analysis.

Results: Half of the subjects received explanations regarding their LBP, which were predominantly biomechanical, and prognosis was mostly not mentioned; in addition to physiotherapy, the main intervention was pharmacological treatment, and the recommendations focused on physical activity or, conversely, rest. Most subjects felt they were able to speak sufficiently during the consultation. Regarding verbal communication, important topics were the presence of guiding questions and the emphasis on time constraints. Regarding non-verbal communication, the doctor's problem- and solution-oriented attitude was valued; in terms of body language, physical contact and matters related to eye contact were noted. The terms "dorsalgia" and "lumbago" were interpreted neutrally, while the term "instability" had the most negative connotations. Less than half of the participants felt their problem was taken seriously.

Conclusions: Based on the subjects' descriptions, the info related to LBP in primary care was scarce, and the doctor-patient communication had important positive and negative aspects. The acquired information helps healthcare professionals in managing LBP patients and provides input to the healthcare system in the future process of shaping primary care treatment.

Keywords: low back pain, patient education, non verbal communication, physician-patient relations, reassurance

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Muskuloskeetaalne valu esineb WHO (World Health Organization) hinnangul 20-33%-l kogu maailma populatsioonist ehk umbes 1,75 miljardil inimestest. Alaseljavalu on probleemiks 30-40% seas (El-Tallawy *et al.*, 2021). Ajakirjas The Lancet 2020. aastal ilmunud ”*Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories*” artikli andmetel on alaseljavalu kõige levinum muskuloskeetaalne haiguskoormuse põhjustaja vanuses 10 ja enam eluaastat. Kõige enam haarab see inimesi vanuses 25-49 eluaastat.

Biopsühhosotsiaalne (BPS) lähenemine hõlmab endas ideed, et valu on psühholoogiliste, füsioloogiliste ja sotsiaalsete faktorite mitmekülgse vastastikuse koostöö tulem (Meints & Edwards, 2018). Ronald Melzack räägib oma 2001. aasta uuringus valu ”neuromaatiksi” teooriast, mille kohaselt on valu toodetud väljundina, mis tuleneb peajju saabuvate sisendite töötuse tulemusena mitmekülgses neuraalses võrgus, kusjuures seda väljundit mõjutavad paljud asjaolud, mitte ainult somaatilised (ehk konkreetsete kudede vigastused). On näiteks leitud, et määramisel magnetresonantstomograafiaga (MRT) varieerub lülivaheketta degeneratsioon (LVD) esinemissagedus vahemikus 37-96% asümptomaatilistel inimestel vanuses 20-80 aastat; samas vanusegrupis esineb asümptomaatiline diski prolaps 30-84%-l (Brinjikji *et al.*, 2015b). See näitab, et psühholoogilised ja sotsiaalsed aspektid on tähtsal kohal. Kulińska ja kolleegid (2022) leidsid, et patsientide jaoks on väga olulised nt. töötajate heatahtlikkus nende vastu ja ohutuse tunne. Seega kujuneb arsti vastuvõtt delikaatseks protsessiks, kus mängib olulist rolli nii see info, mida patsient saab (nt. valu põhjustest, prognoosist ja sellest, mida ta saab valu leevendamiseks ette võtta), kui ka see, kuidas kujuneb verbaalne ja mitteverbaalne kommunikatsioon.

1.1 Alaseljavalu biopsühhosotsiaalsed tegurid

Alaseljavalu potentsiaalsete põhjuste tõlgendamine võib olla keeruline. Teaduskirjanduses leidub tõendeid, et struktuurne diagnoos või piltidiagnostilised leiud ei pruugi olla piisavad, et selgitada alaseljavalu (Brinjikji *et al.*, 2015b). Kui selge patoanatomilise diagnoosi formuleerimine ei ole võimalik, räägime mittepetsiifilisest alaseljavalust. Selle kategooria alla langeb umbes 85% alaseljavalu patsientidest (Nijs *et al.*, 2015). Siiski ei saa unustada, et BPS mudelis on olemas ka bioloogiline tahk. Malik ja kolleegid (2022) arutavad, kuidas ka mittespetsiifilise valu puhul on tegelikult valu algne allikas olemas, ning vahepeal võib nende allikate loomulik kulg lõppeda spontaanse taastumisega (nt. lihaste venitusvigastus), vahepeal aga

progresseeruda (nt. LVD puhul). Kirjanduses leidub valu tüpoloogiline jaotus notsitseptiivseks, neuropaatiliseks ja tsentraalsest sensitiseerimisest tulenevaks valuks (Nijs *et al.*, 2015). Niisiis on notsitseptiivne valu selline, mille puhul väljendub valu proportsionaalselt notsitseptiivsetele stiimulitele.

Kuigi paljud anatoomilised leiud ei korreleeru alaseljavalu sümptomaatikaga, siis mõned võivad seostuda paremini. Üldiselt on lumbaal- ja vaagnapiirkonnas palju erinevaid kudesid, mis on võimelised tootma notsitseptiivseid stiimuleid: lülivahekettad, lihased, fastsia, luu, fassettliigesed, sakroiliakaalliidus, sümfüüsiliidus, sidemed ja liigeskapslid (nt. fassettliigeste kapslid) (Nijs *et al.*, 2015). Konkreetsete anatoomiliste leiude, mis võivad korreleeruda alaseljavaluga rohkem, on nt. LVD, muud diskidega seotud muutused (ing. *disc bulge, extrusion, protrusion*) ja spondüلولüüs (Brinjikji *et al.*, 2015a). Sageli on LVD ja vertebraalse lõpp-plaadi (ingl. *vertebral end plate*) kahjustus omavahel põimunud (Velnar *et al.*, 2023). Lõpp-plaadi defekte (ja nendega seostuvaid Schmorli sõlmi — säsituuma sisenemist kõrvalasuva lüliskeha sisse) ning teatud määral ka Modic tüüpi muutuseid on seostatud alaseljavaluga (Lotz *et al.*, 2013; Viswanathan *et al.*, 2020). Neuropaatilise valu näide alaselja perspektiivist on lumbaalne radikulopaatia, mille puhul võib olla haaratud kas tagumise juure ganglion või spinaalnärv (Nijs *et al.*, 2015). Alla 50-aastastel sümptomaatilistel isikutel esineb radioloogilistel uuringutel rohkem lülivahekettaga seotud muutuseid (ing. *bulge, extrusion, protrusion*) kui asümptomaatilistel isikutel (Brinjikji, Diehn *et al.*, 2015). Lõpuks on ka sakroiliakaalliiduse kaasatus võimalik — umbes 13% püsivast alaseljavalust võib tuleneda sealt (Laslett, 2008).

Kindlasti tuleb aga mainida BPS mudeli ülejäänud tahke. Alaseljavalu hindamisel tuleb lisaks punastele lippudele tähele panna ka niinimetatud kollaseid (psühhosotsiaalsed faktorid), siniseid (sotsiaalne distress) ja musti (hirmud ja uskumused) lippe, mis võivad kroonilisust mõjutada (Nicol *et al.*, 2023). Mittespetsiifilise alaseljavalu krooniliseks muutumise tõenäosust suurendavad sellised faktorid nagu negatiivsed ootused paranemise osas ning väljendunud emotsionaalne distress ja valu katastrofiseerimine (Otero-Ketterer *et al.*, 2022). Depressioon, ärevus ja emotsionaalne kurnatus mõjutavad oluliselt püsiva valuga seotud pikaajalisi näitajaid, näiteks füüsilisest tervisest tulenevaid piiranguid (ing. *physical disability*), töövõimetust, tervishoiu kulutusi, suremust ja enesetapu määra (Meints & Edwards, 2018). Üldiselt on depressiooni ja kroonilise valu komorbiidsuse tase kõrge — 30-60% (Walker *et al.*, 2014). Malik ja teised (2022) toovad välja, et psühhosotsiaalsed faktorid võivad nii eelneada valule kui ka ilmneada valu tekkimise

järgselt ja mõjutada seeläbi valu püsimist. Yao ja kolleegid (2023) leidsid näiteks kahesuunalise seose depressiooni ja unetuse ning seljavalu vahel. Lõpuks võivad need psühhosotsiaalsed tegurid olla põimunud närvisüsteemi anatoomiaga. Näiteks on kroonilise alaslejavaluga patsientidel leitud negatiivseid muutuseid kortikaalsel tasemel piirkondades ja juhteteedes, mis vastutavad emotsionaalse ja kognitiivse informatsiooni töötlemise eest (Zhang *et al.*, 2019).

1.2 Alaseljavalu prognoos

Patsiendid soovivad teada, kuidas näeb välja nende seisundi tulevik ehk prognoos — haigusliku seisundi tõenäoline kulg (Thomas *et al.*, 2021). Eelmises peatükis oli võrreldud mittespetsiifilist alaslejavalu ning alaslejavalu, mis võib tuleneda konkreetsest anotoomilisest patoloogiast. Kuna esimese puhul ei ole valu seostatud kindla struktuuri või koega, ei ole ka võimalik rääkida väga konkreetsest prognoosist. Kui aga kahtlustada anotoomilist probleemi, saab olla täpsem. Igal juhul võib prognoos anda väärtuslikku infot patsiendile, aidates seada realistlikke ootuseid.

On olemas üldistavad andmed alaslejavalu kohta. Need võivad olla abiks mittespetsiifilise alaslejavalu korral. On leitud, et nii akuutse kui korduva alaslejavalu intensiivsus taandub oluliselt 6 nädalaga, aga valu võib püsida ka aasta möödudes (da C Menezes Costa *et al.*, 2012). Pikaajaline kulg aga ei tähenda ohtlikku seisundit — nt. Austraalias leiti, et alla 1% patsientidest oli alaslejavalu põhjuseks tõsine patoloogia (Traeger *et al.*, 2017).

Prognoosi puhul, mis lähtub konkreetsest anotoomilisest patoloogiast, räägime sageli konkreetsete kudede või struktuuride paranemise ajaraamidest. Sõltuvalt vigastuse tõsidusest on paranemisajad Kirkby Shaw ja kolleegide (2020) andmetel järgmised: lihaste puhul mõnest nädalast 6 kuuni, sidemete puhul mõnest nädalast 1 aastani. Vahepeal võib aga olla kasu tegevuspõhisest prognoosist. Kui sakroiliakaalliidus on kaasatud, siis harjutusravist võib olla abi 8 nädala järgselt (Al-subahi *et al.*, 2017). Analoogselt on ka LVD puhul saavutatud sümptomite vähenemist 8-nädalase harjutusprogrammi abil (Kim *et al.*, 2014). Kui tegu on vertebraalse lõpplaadi kahjustusest tuleneva Schmorli sõlmega, siis sageli laabuvad sümptomid konservatiivse raviga 2-6 kuu jooksul (Kim *et al.*, 2020). Kui rääkida lülivaheketta säsituumast, siis resorptsioon võib esineda umbes 25%-l juhtumitest esimese 3 kuu jooksul (Hornung *et al.*, 2023) ja üldiselt umbes 70%-l juhtumitest (Zou *et al.*, 2023).

1.3 Sekkumised ja soovitused

Alaseljavalu puhul, mis on akuutne või subakuutne, on kirjanduse põhjal üheks põhiliseks sekkumiseks harjutusravi. Suurbritannia 2016. aasta ja Ameerika Ühendriikide 2017. aasta kliinilised juhendid soovitavad harjutusravi rohkem püsiva kui akuutse alaseljavalu puhul. Ravile võivad lisanduda mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPR), aga nende puhul tuleb arvestada kõrvaltoimetega ning neid tuleks kasutada lühiajaliselt, kui mittefarmakoloogiline ravi ei toimi (Gianola *et al.*, 2022; Traeger *et al.*, 2017). Eesti ravijuhendis "Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil" on soovitused väga sarnased (Ravijuhendite töökoda, 2019). Ka Belgia, Kanada, Saksamaa ja Prantsusmaa juhendites on info alaseljavalu käsitlemiseks analoogne — MSPR ja füsioteraapia või progresseeruv füüsiline aktiivsus (kas omaette või kombinatsiooniga muu mittefarmakoloogilise lähenemisega, nt. massaaži või patsiendi harimisega) on soovitatud (Nicol *et al.*, 2023). Kroonilise alaseljavalu puhul soodustab progresseeruv füüsiline aktiivsus ja hirmutavate tegevuste juurde naasmine katastrofiseerimise ja funktsionaalse piiratuse vähenemisest (Meints & Edwards, 2018). Samas kui meditsiinipersonalil on ohtu vältivad uskumused (ingl. *fear-avoidance beliefs*), võivad need oluliselt mõjutada soovitusi, mida patsientidele antakse füüsilise aktiivsuse osas. Lõppkokkuvõttes võib see takistada inimest mõistmast, et tegevuste juurde naasmine ei pruugi üldse nende sümptomeid süvendada (Turk & Wilson, 2010). Näiteks Prantsusmaal leiti, et 16%-l esmatasandi spetsialistidest olid ohtu vältivad uskumused, mis negatiivselt mõjutasid liikumis- ja töötegevustega seotud soovituste andmist (Coudeyre *et al.*, 2006).

1.4 Kommunikatsioon ning selle verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid

Oluline on, milliseks kujuneb suhtlus patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel. Kahe osapoole vaheline suhe võib tõsta sekkumiste tulemuslikkust, kui see kujuneb positiivselt. On leitud seoseid kahe osapoole tugevama suhte ning tõenäolisema sekkumisplaaniga nõustumise, parema enesetõhususe ja suurema meditsiinitöötajapoolse empaatia vahel. Hea suhe patsiendi ja teenuseosutaja vahel on oluline patsiendi rahulolu ja sekkumisplaanist kinnipidamise ennustaja (Dorflinger *et al.*, 2013). Oluline on see, kui palju saab patsient rääkida ise. Plug ja kolleegid (2022) leidsid, et patsientide jutule segati vahele keskmiselt 36 sekundit peale vestluse algust. Suurt rolli mängivad ka suhtluse mitteverbaalsed aspektid — 60-90% kommunikatsioonist on mitteverbaalne (Wanko Keutchafo *et al.*, 2022). Oluline on töötaja hääletoon (pigem rahulik),

naeratuse olemasolu, ruumi sisustus. Patsientidele meeldib, kui teatud määral esineb füüsiline kontakt (nt. käte surumine) ja ei pruugi meeldida, kui kontakti pole üldse. Samuti on negatiivselt tajutud liiga suur interpersonaalne distants. Kellale mittevaatamine oli positiivne märk, oluline on silmkontakti olemasolu (Marcinowicz *et al.*, 2010). Khani ja teiste (2014) uuringus arvasid 54,1% inimestest, et silmkontakt peaks olema lühike, aga regulaarne ning 36,7% arvasid, et pikaajaline silmkontakti hoidmine on ebamugav. Murphy & Salisbury (2020) leidsid, et üks olulisimaid aspekte perearsti suhtumises on austus ja usaldus patsiendi vastu.

Oluline on vastuvõtul kasutatav sõnavara. Ritter ja kolleegid (2019) leidsid oma uuringus, et negatiivse varjundiga või valu kirjeldavate sõnade esitamine enne valuliku stiimuli rakendamist põhjustas tunnetatava valu intensiivistumise. Meditsiinipersonali seas on leitud vältivat ja kaitslikku käitumist soodustavat sõnakasutust (nt. soovitusel tegevuste vältimiseks, et ennetada edasist kahjustust) (Caneiro *et al.*, 2021). Barker ja kolleegid (2009) leidsid, et inimesed seostasid paljusid sagedalt kasutatavaid väljundeid (nt. "pitsunud närv", "ebastabiilsus", "neuroloogiline") negatiivsete, ohtlike asjaolude või tagajärgedega. Darlow ja teised (2013) leidsid oma uuringus, et see, mida meditsiinitöötajad ütlevad patsientidele nende akuutse või kroonilise alaseljavalu osas, mõjutab tugevalt valu interpreteerimist, selle tajumist ja ootuseid selle osas ning see mõju võib olla negatiivne isegi siis, kui meditsiinitöötaja tahab tagada patsiendile kindlustunnet (ing. *reassurance*) — nt. seljavalu põhjuse kirjeldamine kui "lihtsalt nikastus", mis võib põhjustada mõtlemist selja seisundile valu interpreteerimisel.

Oluline aspekt, mis on kaudselt seotud kommunikatsiooniga, on piltdiagnostika. See on väga aktuaalne: Halli ja kolleegide (2021) sõnul eeldavad umbes pooled patsiendid piltdiagnostika saamist ning seda seostatakse uskumusega, et piltdiagnostika aitab paremini valida ravi vastavalt antud patsiendi juhtumile ning välistada valu ohtlikke põhjuseid. Nad toovad ka välja, et meditsiinitöötajad tellivad tihti piltdiagnostilist uuringut siis, kui patsiendid seda nõuavad ning see tundub olevat seotud kolme kommunikatiivse asjaoluga: 1) sooviga täita patsientide nõudeid, 2) uskumisega, et piltdiagnostiline uuring rahustab patsienti ning 3) ajapuudusega, mille tõttu meditsiinitöötaja lihtsalt ei jõua selgitada piltdiagnostika ebavajalikkust. Rahvusvaheliste kliiniliste juhendite soovitusel selle osas järgmised: kui punased lipud puuduvad ning tegu on akuutse või korduva alaseljavaluga, või juhul, kui uusi sümptomeid ei ole juurde tekkinud, ei ole piltdiagnostika näidustatud. Kroonilise alaseljavalu puhul on selle vajalikkuse üle arutletud rohkem, kuid siiski ei ole see enamasti soovitatud seoses piltdiagnostiliste leidude ja valu halva

korrelatsiooniga ning sellega, et pildidagnostilised leiud võivad soodustada ebavajlike ravimodaalsuste valimist ja jätkuvat kronifitseerimist (Nicol *et al.*, 2023). Tõesti, paljud degeneratiivsed ja muud muutused alaselja piirkonnas on selgelt nähtavad ka asümptomaatilistel indiviididel (Brinjikji *et al.*, 2015b). Eesti ravijuhendis "Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil" on tugevalt soovitatud mitte teha radioloogilisi uuringuid, kui punased lipud on välistatud ja tegu on mittespetsiifilise alaseljavaluga (Ravijuhendite töökoda, 2019).

Patsiendid läbivad sageli oma tervisemurede, sh alaseljavaluga, raviteekonda, mille vältel kohtuvad erinevate spetsialistidega. Vastuvõttud ei pruugi ajaliselt olla väga pikad, aga siiki on võimalik, et selle käigus annab tervishoiutöötaja edasi omajagu infot. Kuna inimesed kipuvad koheselt unustama 40-80% meditsiinilisest infost (Kessels, 2003) ja mäletavad oluliselt paremini negatiivseid episoodide (Williams *et al.*, 2022), siis väga oluline on see, et edasiantav info oleks oleks asjakohane, teaduspõhine ja toetust pakkuv ning ei tekitaks patsiendil ebavajalikku hirmu oma seisundi osas. Nagu on toodud välja Eesti alaseljavalu ravijuhendis (Ravijuhendite töökoda, 2019), hea ravitulemuse eelduseks on, et "arst selgitab patsiendile kohe esimesel visiidil pärast alaseljavalu diagnoosimist järgmised asjaolud": millest valu tuleneb, kuidas valu tavapäraselt kulgeb, kas analüüsid ja uuringud on vajalikud, milles seisneb ravi ning mida patsient ise valu vähendamiseks teha saab. Lisaks, nagu ülal oli välja toodud, mõjutavad vastuvõttu ka kommunikatsiooni erinevad verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid, mis omakorda võivad kujundada patsiendipoolset tõlgendust oma olukorrast. Esineb teadmiste lünk selle osas, missuguses seisus on mainitud asjaolud Eestis. Käesolevas uuringus on kajastatud tulemused nendel teemadel. Tulemused põhinevad Tartu linnas füsioteraapia teenusele saabunud patsientide meenutustel seni läbitud raviteekonnast esmatasandil. See info aitaks suunata spetsialistide, sh füsioterapeutide tähelepanu sellele, mida tuleks meeles pidada ja millega arvestada suhtluses patsientidega.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on välja selgitada, missuguseks kujunes alaseljavalu kaebusega patsientide hinnangul tervishoiusüsteemi esmatasandi läbimine — vastuvõtu sisu ja kommunikatsiooni erinevad aspektid. Sellest lähtuvalt on uurimistöö ülesandeks selgitada välja järgmised asjaolud:

- Missugune on alaseljavaluga seotud info, mida patsient omandab perearsti vastuvõtu käigus
- Missugused on vastuvõttu kujundavad kommunikatsiooni verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid
- Missugune on alaseljavaluga inimesse teadlikkus seljavaluga seonduvast terminoloogiast ning millega seda seostatakse
- Kas vastuvõtul esinesid seisundi osas muret tekitavad asjaolud

3. METOODIKA

Uurimistöö läbiviimise taotlusele 379/T-15 saadi 06.07.2023 kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteelt. Uuringu raames viidi osalejatega läbi intervjuud ajavahemikus 16.08.2023-19.04.2024. Kõik tööga seotud andmed säilitati digitaalkujul Tartu Ülikooli OneDrive pilvekeskkonnas. Andemetele oli ligipääs ainult uuringu läbiviijal.

3.1 Valimi moodustamine

Uurimistöösse kaasati 10 osalejat vanuses 20-50 eluaastat (keskmime vanus 37,4 ±7,6 eluaastat, 3 meessoost ja 7 naissoost osalejat). Antud vanusevahemik oli valitud lähtuvalt töö alguses mainitud The Lancet ajakirja artikli (2022) andmetest (alaseljavalu kui kõige levinum muskuloskeletaalne kaebus ning selle suur levimus vanusevahemikus 25-49 eluaastat). Osalejad asusid "Vireo füsioteraapia ja treeningutesse" (M.R. Therapy OÜ) füsioteraapia teenusele perearsti saatekirjaga kaebusega alaseljavalule isoleeritult või kaasneva valuga alajäsemes ajavahemikus 15.06.2023-31.04.2024. Uurimistöö läbiviimiseks oli saadud vastava ettevõtte juhi nõusolek. Uuringu fookuses on patsientide kogemus raviteekonna esmatasandi läbimisest ning töö käigus koguti infot, mida patsiendid meenutasid sellest protsessist. Seejuures pöörati tähelepanu asjaolule, et iga uuringus osaleja oleks läbinud erineva perearsti vastuvõtu. See aitas paremini üldstada uuringu tulemusi. Lisaks ei tohtinud uuritavad langeda väljajätmise kriteeriumite alla:

- Patsient läbis vastuvõttu telefoni teel ja kontaktkohtumist alaseljavalu käsitlemiseks ei olnud
- Esmakordne alaseljavalu kestusega alla 6 nädala
- Üle 5 aasta kestnud pidev või episoodiline valu
- Valu mõemas alajäsemes korraga
- Kaasnevad haigused — veresoonehaigused, mis pole ravimitega kontrollitud (nt. ravimata kõrgvererõhktõbi), ravimitega kontrollimata diabeet, reumatoidartriit (ja teiste autoimmuunhaiguste ägenemised), fibromüalgia, anamneesis esinenud tromboos, ajuinfarkt või insult, osteopeenia või osteoporoos
- Kõneraskused

- Punased lipud — eelnev operatsioon lülisamba lumbaalosas, sümptomite algusega ajastunud kontaktrauma, kortikosteroidide või immunosupressantide kasutamine, vähk anamneesis, tahtmatu kaalukaotus, vaagna piirkonna või alajäsemete tundlikkuse häired, oluline lihasjäõudluse langus alajäsemes võrreldes mittehaaratud poolega, probleemid WC-toimingutega, tugev õine valu, püsiv palavik

Kontaktkohtumine oli nõutud, kuna ainult nii sai hinnata suhtluse mitteverbaalseid aspekte (nt. intervjuu 2. kategooria küsimuste asjaolusid). Sümptomite kestuseks oli vähemalt 6 nädalat esmakordse valu puhul — selle eesmärk oli välistada akuutsed seisundid uuringust — või siis oli alaseljavalu esinemine korduv. Esmakordseid akuutseid seisundeid välistati uuringust, kuna akuutsete sümptomite intensiivsus tihtipeale taandub oluliselt 6 nädala jooksul (da C Menezes Costa *et al.*, 2012). See info võis esmakordse valu puhul olla perearsti vastuvõtu tuumaks ja intervjuu väärtus oleks tõenäoliselt piiratud. Valu mõlemas alajäsemes korraga oli välistatud, kuna see võib kirjandusest lähtuvalt olla viide tõsisemale patoloogiale (nt. spinaalstenoos või seljaaju patoloogia) (See *et al.*, 2021). Kaasuvad haigused olid välistatud, et kõrvaldada nende potentsiaalset seost kroonilise valuga (Desai *et al.*, 2020; Lacagnina *et al.*, 2021). Kõne- ja intellektuaalsed raskused oleksid takistuseks intervjuu läbiviimiseks. Punased lipud (See *et al.*, 2021) olid üle kontrollitud võimslike tõsisemate patoloogiate välistamiseks.

Valu kestuse ülempiiriks (ing. *cut-off*) oli valitud 5 aastat. Selleks oli mitu põhjust. Esiteks võib alaseljavalu (da C Menezes Costa *et al.*, 2012) ja krooniline valu üldiselt (Vachon-Preseau *et al.*, 2016) kesta üle aasta, seega 1-aastane ülempiir oli minimaalne. Samas leidsid nt. Hart ja kolleegid (2015), et osteoartroosi ja alaseljavalu patsiendid käivad oma kaebustega perearsti juures 2-4 korda aastas. Seega liiga pikk periood poleks ka sobiv, kuna aastatepikkused arstil käijad võivad olla rohkem haigusega kohanenud ning juba palju informatsiooni nende seisundi kohta saanud, see võib antud töö eesmärkide saavutamist aga takistada. Teiseks lähtub see ülempiir teaduskirjanduses esinevatest andmetest. Nt. Campbell ja kolleegid (2013) leidsid, et valu ennustavad faktorid on nii 6 kuu kui 5 aasta järgselt sarnased (nimetatud uuringus olid nendeks faktoriteks algne valu intensiivsus ja uuritavate usk, et valu jääb püsima). Lõpuks on pikemaid uuringuid kui 5 aastat vähem. Nii pikki uuringuid on raske läbi viia, kuna uuritavate protsent, kes aastate pärast taas andmeid jagama tulevad, võib osutada väikeseks. Seega võib palju andmeid kaotsi minna ja tervikpilt (ehk mis uuritavatest päriselt sai) ei pruugi adekvaatne olla. Niisiis oli ülempiiriks valitud 5 aastat.

3.2 Eetilised aspektid

Uuringus osalemine oli igale osalejale vabatahtlik. Uuringus osalejat informeeriti infolehe kaudu uuringu eesmärgist, sisust, meetodikast, korralduslikust poolest ja vajalikkusest. Kõik uuringus osalejad märgistati unikaalse randomiseeritud koodiga. Samad koodid olid kasutusel kogu uuringu vältel ning pärast salvestuste kustutamist ei olnud võimalik enam transkribeeritud intervjuud isikuga kokku viia. Osalejatega seotud andmed (allkirjastatud informeeritud nõusoleku lehtede digitaalkoopiad ja intervjuude salvestised) hävitati hiljemalt 05.2024, kui oli teostatud lõplik andmete analüüs. Uuringuga ei kaasnenud peale informeeritud nõusolekulehtede muid käsitsi kirjutatud materjale ega märkmeid. Enne intervjuu alustamist paluti patsiendil täita üldankeet (lisa 1). Ankeedi eesmärk oli mõningase täiendava info kogumine ning väljajätmiskriteeriumitega sobivuse lõplik hindamine. Kui ankeeti sisestatud andmete põhjal tundus, et isik ei sobi siiski uuringusse, katkestati protsess kohe ja hävitati eelnevalt allkirjastatud dokumendid (informeeritud nõusolekuleht paber kandjal ja selle digitaalkoopia, kui see juba oli tehtud). Saadud andmeid kasutati ainult magistritöö kirjutamisel ning ei avaldatud kolmandatele osapooltele. Intervjuudel osalesid need patsiendid, kes allkirjastasid intervjuule eelnevalt informeeritud nõusolekulehe. Kõiki osalejaid teavitati, et nad võivad uuringus osalemisest loobuda igal ajahetkel, ilma et seda põhjendama peaks või et sellega kaasneks mingeid tagajärgi.

3.3 Uurimismeetodid

Intervjuu toimus semi-struktureeritud formaadis — formuleeritud küsimusele vastuse saamise järgselt võis uurija esitada suunavaid või täiendavaid küsimusi, et avada teemat laiemini (Virkus, i.a.). Enne intervjuu kasutamist uuringu käigus viis uurija läbi piloot-testimist, esitades küsimusi uuringuga mitteseotud isikule. Intervjuu oli jaotatud kategooriateks, igal kategoorial oli oma alaeesmärk, mis haikus uurimistöö alaeesmärkidega. Esimese kategooria eesmärk oli välja selgitada, missugust infot omandasid patsiendid perearsti vastuvõtu käigus oma seisundi kohta. Teise kategooria eesmärk oli saada aimu, milliseks kujunes patsiendi ja perearsti vaheline kommunikatsioon, selle erinevad verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid. Kolmanda kategooria eesmärgiks oli uurida, kuidas saavad patsiendid aru terminoloogiast, mis on kasutusel RHK-10 klassifikatsioonis (Sotsiaalministeerium, i.a.), ning hinnata, kas vastuvõtul esinesid uuritava jaoks

seisundi osas muret tekitavad asjaolud. Struktureeritud küsimusi ning suunavate küsimuste näidiseid saab näha lisas 2.

Üks osa intervjuust (nimelt 3. kategooria 1 küsimus) seisnes meditsiinilise temrinoloogia esitamises uuritavatele, et teada saada, kuidas nad interpreteerivad etteantud termineid. Barker ja kolleegid (2009) leidsid, et inimesed seostasid paljusid sagedalt kasutatavaid väljendeid (nt. ”pitsunud närv”, ”ebastabiilsus”, ”neuroloogiline”) negatiivsete, ohtlike asjaoludega. Teatud terminid, mis võivad patsiendi jaoks keerulised olla, leiduvad ka RHK-10 klassifikatsioonis. Võimalik, et need leiavad kasutust ka suhtluses arsti ja patsiendi vahel. Seega olid küsimustesse valitud 6 alaselja ja selle struktuuridega seotud terminid RHK-10 klassifikatsioonist (Sotsiaalministeerium, i.a.).

Intervjuusid salvestati üks-ühele ja viidi läbi selleks eraldatud kinnises ruumis, kus ei viibinud peale uurija ja uuritava keegi. Intervjuud transkribeeriti praktiliselt täieliku täpsusega, jättes välja väheinformatiivsed või tähendust mitteomavad aspektid (nt. pikad häälikud või korduvad sõnad mõttepauside ajal). Samuti jäeti välja igasugune info, mis võis potentsiaalselt ohustada uuritava anonüümsust. Transkriptsioonid olid hiljem aluseks andmete analüüsimisele. Intervjuude kestuseks osutus 10-20 minutit, kuid selle jaoks varuti 20-30 minutit, et aega oleks kindlasti piisavalt. Lisaks kestis intervjuueelse ankeedi täitmine umbes 5 minutit.

3.4 Andmete analüüs

Analüüs põhines deduktiivsel lähenemisel. Deduktiivset lähenemist kasutatakse juhul, kui uuritava nähtuse kohta leidub teooriaid ja/või varasemaid uurimusi, mida kontrollida või edasi arendada. Käesoleva uuringu autor sai algset mõtteainet ning võttis inspiratsiooni Barkeri ja teiste (2009) ning Darlowi ja kollegide (2013) uuringutest. Sisu haldati, kasutades temaatilist analüüsi — andmetest otsiti välja domineerivad teemad, kusjuures need kujunesid nii lähtuvalt uuringu eesmärkidest ja küsimusest kui ka sellest, mida uuritavad pidasid oluliseks (Kalmus *et al.*, 2015). See tähendab, et uuritav võis vastata küsimusele laiemalt, kui uurija eeldas, ning selle tulemusena võis esile tulla oluline, huvitav info. Teemad jaotati alakategooriatesse vastavalt uuringu eesmärkidele ja intervjuu küsimustele. Alakategooriaid moodustanud teemad koondati ka vastavatesse ülemkategoriatesse, et lihtsustada info käsitlemist ja uuringu tulemuste lugemist. Intervjuu iga kategooria ja iga küsimuse kohta võis tekkida mitu ülemkategoriat. See kodeerimine toimus manuaalselt, kasutamata tarkvara. Seda protsessi iseloomustab tabel 1.

Tabel 1. Andmete kategoriseerimise protsessi näide.

Intervjuu küsimus	Intervjuu tsitaat	Alakategooria	Ülemkategooria
”Kuidas kirjeldaksite arsti hoiakut - silmsidet, näoilmet, soovi Teid kuulata?”	”Väga hea, /.../ süübib probleemi, võtab seda täie tõsidusega, /.../ kuulab ära ja üritab leida probleemile lahenduse”	Hoiak tundus heatahtlik/abivalmis	Positiivne üldmulje

4. TULEMUSED

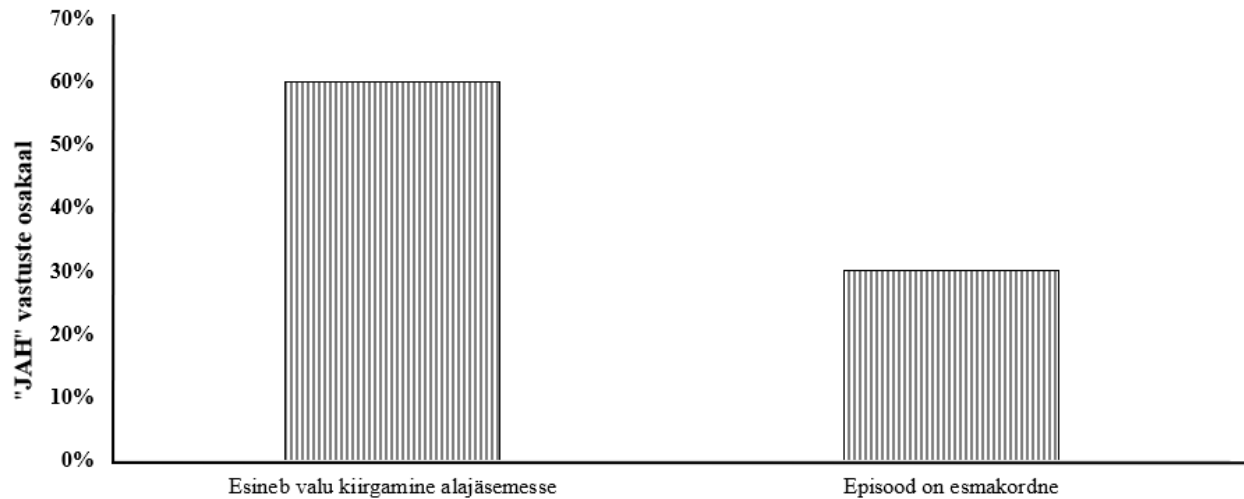
4.1 Valimi üldandmed

Üldankeetides kogutud andmed on esitatud tabelis 2 (uuritavate keskmine vanus ja andmed sümptomite kestuse kohta) ning joonisel 1 (info valu kiirgamisest ja probleemi esmakordsusest).

Tabel 2. Uuritavate keskmine vanus ja andmed alaseljavalu kestuse kohta (n=10).

Andmete rühm	Ühik	Andmete väärtus
Keskmine vanus \pm SD	Aastad	37,4 \pm 7,6
Sümptomite kestuse mediaanväärtus (IKV)	Kuud	9,5 (6-12)
Sümptomite minimaalne kestus	Kuud	1,5
Sümptomite maksimaalne kestus	Kuud	60

SD — standarddeviatsioon; IKV — interkvartiilide vahemik



Joonis 1. Info uuritavate valu kiirgamisest ja probleemi esmakordusest (n=10).

4.2 Intervjuude tulemused

Intervjuude tulemusted on esitatud süstemaatiliselt tabelites 3, 4, 5 ja 6.

Tabel 3. Intervjuude 1. kategooria (info asjakohasus, teaduspõhisus) analüüsi tulemused (n=10).

Küsimused	Ülemkategoriad/alakategoriad
1) Kas arst selgitas Teile, milles võiks olla Teie probleemi olemus (ja mida ta selgitas)?	1) ÜK: POTENTSIAALSED PÕHJUSED POLNUD ARUTATUD (5 intervjuud) ÜK: BIOMEHAANILISED/ANATOOMILOSED PÕHJUSED <ul style="list-style-type: none"> - Üleliigne lihaspinge (1 intervjuu) - Närvikoe haaratus (2 intervjuud) - Teatud liigutus (1 intervjuu) - Liigne töö-/treeningkoormus (2 intervjuud) ÜK: KESKKONDLIKUD PÕHJUSED <ul style="list-style-type: none"> - Külme (1 intervjuu)
2) Kas ja missugust prognoosi Teie saite seoses oma probleemiga?	2) ÜK: PROGNOOSI PUUDUMINE (9 intervjuud) ÜK: ÜLDINE PROGNOOS <ul style="list-style-type: none"> - Teavitatud, et taastumine on aeglane (1 intervjuu)
3) Kas Teie saite infot, mida võiks proovida ette võtta ka iseseisvalt?	3) ÜK: SOOVITUSED PUUDUSID (1 intervjuu) ÜK: FÜSIOTERAPEUTILINE SEKKUMINE <ul style="list-style-type: none"> - Füsioteraapiasse saadetud mitte esimese, vaid hilisema kohtumise järgselt (5 intervjuud) - Saadetud füsioteraapiasse kohe (5 intervjuud) ÜK: MUUD SEKKUMISED <ul style="list-style-type: none"> - Välja kirjutatud ravimid/soovitatud käsikäsi valuvaigistid (6 intervjuud) - Saadetud edasi kirurgilise spetsialisti juurde (1 intervjuu) ÜK: SOOVITUSED <ul style="list-style-type: none"> - Soovitus teha harjutusi/muud füüsilist aktiivsust (4 intervjuud) - Soovitatud anda puhkust/koormust vähendada (4 intervjuud) - Soovitatud igapäevased muudatused (madratsite vahetus vms) (1 intervjuu) - Teemaks toodud ameti vahetamine (2 intervjuud) - Soovitatud toidulisandid — D-vitamiin, magneesium (1 intervjuu) ÜK: SOOVITUSED PUUDUSID (1 intervjuu)

Tabeli paremas tulpas on **ülemkategoriad (ÜK) esitatud paksus kirjas**, alamkategoriad esitatud tavalises kirjas.

Tabel 4. Intervjuude 2. kategooria (patsiendi ja perearsti vahelise kommunikatsiooni erinevad verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid) analüüsi tulemused (n=10).

Küsimused	Ülemkategoriad/alakategoriad
	<p>1) ÜK: POSITIIVNE KOGEMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sai rääkida piisavas koguses (7 intervjuud) - Sai rääkida oodatust rohkem (1 intervjuu) <p>ÜK: NEGATIIVNE KOGEMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ei saanud piisavalt rääkida (2 intervjuud) <p>ÜK: TÄPSEMAD TÄHELEPANEKUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasutati suunavaid/täpsustavaid küsimusi (3 intervjuud) - Suunavate/täpsustavate küsimuste puudumine (1 intervjuu) - Rõhutatud ajapiirang (2 intervjuud) - Samastumine patsiendi probleemiga (1 intervjuu)
1) Kas saite arsti juures rääkida endale piisavas koguses või tundsite, et Teie jutule segati vahele?	<p>2) ÜK: POSITIIVNE ÜLDMULJE (2 intervjuud)</p> <p>ÜK: NEUTRAALNE ÜLDMULJE (3 intervjuud)</p> <p>ÜK: NEGATIIVNE ÜLDMULJE (5 intervjuud)</p> <p>ÜK: TÄPSEMAD KIRJELDUSED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abivalmidus/viisakus (2 intervjuud) - Tavapärase/normaalne/ei saa kurta (3 intervjuud) - Jäi mulje, et otsiti põgusat lahendust/et arstil oli kiire (2 intervjuud) - Jäi mulje, et probleemi ei loetud tähtsana (1 intervjuu) - Puudus turvatunne (1 intervjuu) <p>ÜK: KEHAKEEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läbivaatusel kasutatud käelist kontakti (3 intervjuud) - Pilk pikaajakselt arvutis (1 intervjuu) - Hinnangut andev näoilme/pilk (1 intervjuu). - Näoilme, mis ei läinud kokku jutu kontekstiga (1 intervjuu)
2) Kuidas kirjeldaksite arsti hoiakut - silmsidet, näoilmet, soovi Teid kuulata?	<p>3) ÜK: ÜLDHINNANG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jäi mulje, et võeti tõsiselt/jäi positiivne mulje (4 intervjuud) - Jäi mulje, et suhtumine polnud tõsine/jäi negatiivne mulje (6 intervjuud) <p>ÜK: POSITIIVSED TEGURID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otsiti või leiti lahendus/süübiti probleemi (3 intervjuud) <p>ÜK: NEGATIIVSED TEGURID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selgituste puudumine ravi/seisundi osas jättis negatiivset muljet (2 intervjuud) - Tundus, et arstil ei olnud aega probleemi lahata (1 intervjuu) - Probleemi tähtsust taandavad kommentaarid (2 intervjuud) - Soovitused läksid vastuollu sellega, mis on toimunud (1 intervjuu) <p>ÜK: PILTDIAGNOSTIKA (5 intervjuud)</p>

Tabeli paremas tulpas on **ÜK esitatud paksus kirjas**, alamkategoriad esitatud tavalises kirjas.

Tabel 5. Intervjuude 3. kategooria terminoloogia tõlgendamise analüüsi tulemused (n=10).

Terminid	Ülemkategoriad/alakategoriad
	<p>1) a) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Täiesti võõras sõna/ei seostu millegagi (6 intervjuud) - Üldine negatiivne varjund (1 intervjuu) <p>ÜK: TÕLGENDUSED KORREKTSES SUUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Torso/seljaga seotud (3 intervjuud) <p>ÜK: SEOSSED KONKREETSE PROBLEEMIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihaskärbumine (1 intervjuu)
1) a) "Dorsalgia"	<p>b) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üldine negatiivne varjund (4 intervjuud) - Üldine positiivne varjund (1 intervjuu) - Ajalooline/vanaaegne/vanemate inimestega seos (4 intervjuud) <p>ÜK: TÕLGENDUSED KORREKTSES SUUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiirgamine/valu asukoha muutus (3 intervjuud) - Jalgedega seotud (1 intervjuu) <p>ÜK: SEOSSED KONKREETSE PROBLEEMIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seos valuga/pingega (2 intervjuud) - Haigus (3 intervjuud)
c) "Lumbaago"	<p>c) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Täiesti võõras sõna/ei tekita mingisugust reaktsiooni (6 intervjuud) <p>ÜK: TÕLGENDUSED KORREKTSES SUUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seostub lülisambaga/lülidega/luudega (3 intervjuud)
d) "Ebastabiilsus"	<p>ÜK: SEOSSED KONKREETSE PROBLEEMIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nakkushaigus (1 intervjuu) <p>d) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üldine negatiivne varjund (2 intervjuud) <p>ÜK: ANATOOMILISED/FÜSIOLOOGILISED SEOSSED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihaskonna nõrkus (1 intervjuu) - Vigastuse riski suurenemine (1 intervjuu) - Tasakaalutus/tasakaaluprobleemid/üldkehaline ebastabiilsus (4 intervjuud) - Korrektsest olekust kõrvalekalle (1 intervjuu) - Järjekindluse/püsivuse puudumine tegevustel/liikumisel/treenimisel (2 intervjuud) - Võimetus teha teatud liigutusi (1 intervjuu) - Vale rüht/kõnnimuster/liigutused (2 intervjuud) - Seos ebapiisava taastumisega/suure töökoormusega (2 intervjuud)

e) ”Lüливаheketta nihe”	<p>e) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Täiesti võõras sõna/ei seostu millegagi (1 intervjuu) - Üldine negatiivne varjund (2 intervjuud) - Miski, millega saab hakkama (1 intervjuu) <p>ÜK: TÖLGENDUSED KORREKTSES SUUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lülide vahel on kettad, mis on nihkes (3 intervjuud) <p>ÜK: FÜSIOLOOGILISED SESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigastuse tulem (1 intervjuu) - Seos teatud tööga/töösanditega/raskuste käsitlemisega (1 intervjuud) <p>ÜK: SESED KONKREETSE PROBLEEMIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seos valu/ohuga (6 intervjuud) - Operatsiooni vajadus (2 intervjuud)
f) ”Lüливаheketta degeneratsioon”	<p>f) ÜK: ÜLDSESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üldine negatiivne varjund (4 intervjuud) - Miski, millega saab hakkama (1 intervjuu) <p>ÜK: TÖLGENDUSED KORREKTSES SUUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taandamine/taandumine/taandareng (2 intervjuud) - Ei ole oma õiges/algses olekus (4 intervjuud) - Pikaajalise kuluga (1 intervjuu) <p>ÜK: FÜSIOLOOGILISED SESED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seos teatud tööga/töösanditega/raskuste käsitlemisega (1 intervjuu) <p>ÜK: SESED KONKREETSE PROBLEEMIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seos valuga (3 intervjuud) - Operatsiooni vajadus (1 intervjuu)
2) Kas miski arsti sõnakasutuse juures jäi ebaselgeks?	<p>2) ÜK: ARUSAAMATUSI EI TEKINUD (9 intervjuud)</p> <p>ÜK: SOODUSTAVAD TEGURID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arst seletas terminoloogiat lahti (1 intervjuu) <p>ÜK: TAKISTAVAD TEGURID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infot oli palju, raske meelde jätta (1 intervjuu)

Tabeli paremas tulpas on **ÜK esitatud paksus kirjas**, alamkategoriad esitatud nende järgselt tavalises kirjas.

Tabel 6. Intervjuude 3. kategooria 3. küsimuse (seisundi osas muret tekitavad asjaolud) analüüsi tulemused (n=10).

Küsimused	Ülemkategoriad/alamkategoriad
Kas olid asjaolud, mis arstiga suheldes tekitasid ebakindluse või mure tunnet teie probleemi suhtes?	ÜK: MURET TEKITAVAD ASJAOLUSID POLNUD (4 intervjuud)
	ÜK: SELGITUSTE JA SOOVITUSTEGA SEOTUD MURED
	- Selgituse puudumine (2 intervjuud)
	- Ei saanud pildiagnostikat (1 intervjuu)
	- Mure, et soovitude seas oli liikumisharrastusest loobumine (1 intervjuu)
	ÜK: SUHTUMISEGA SEOTUD MURED
	- Jäi mulje, et justkui mõtlesin probleemi välja/simuleerisin (2 intervjuud)
	- Kergekäelisus (1 intervjuu)
	- Jäi tunne, et peaksin ise hakkama saama/olen vales kohas (2 intervjuud)

Tabeli paremas tulpas on **ÜK esitatud paksus kirjas**, alamkategoriad esitatud tavalises kirjas.

5. ARUTELU

Antud peatükis on tekstile lisatud ka mõningate uuritavate tsitaadid, et paremini illustreerida teemat, mille üle parasjagu arutletakse. Tsitaadid on esitatud kaldkirjas.

5.1 Alaseljavalu biopsühhosotsiaalsed tegurid

5 uuritavat mainisid, et perearsti vastuvõtu käigus ei tulnud alaseljavalu potentsiaalsed põhjused teemaks. Selgitused olid eelkõige biomehaanilised või anatoomilised ning nendeks olid üleliigne lihaspinge (1 mainimine), teatud närvikoe haardatus (2 mainimist — nt. ”närvipiitumine”), teatud liigutus (1 mainimine) ning liigne töö- või treeningkoormus (2 mainimist). Nagu oli manitud käesoleva töö 2. peatükis, siis vahepeal on reaalne oht (koeärritus või -vigastus) päriselt olemas ja on relevantne, seega selliste ”mehaaniliste” põhjuste arutamine võib olla igati õigustatud. Lisaks võib anatoomiliste allikate arutamine olla sissejuhatuseks BPS mudeli teiste osade arutamisele ja tekitada patsiendis tunnet, et nende valu võetakse tõsiselt. Teisisõnu võib see aidata vältida olukorda, kus patsiendil tekib tunne, et temale sisuliselt öeldakse ”See kõik on su peas” (ing. ”*It’s all in your head*”). Burke (2019) arutab, kuidas see fraas võib kahjustada patsiendi ja meditsiinitöötaja suhet ning isegi süvendada probleemi mõju. BPS mudel aga taaskord viib meid tagasi selle juurde, et kasulik võib olla psühholoogiliste või sotsiaalsete tahkude arutamine. Käesoleva uuringu tulemuste põhjal saab öelda, et seda tehtud ei olnud. Kuna suur osa alaseljavalust on mittespetsiifiline (ja antud valimis võib seda samuti oletada punaste lippude välistamise tõttu), siis psühholoogilistel ja sotsiaalsetel tahkudel võib lõppkokkuvõttes olla oluline roll seisundi lahtimõistatamisel.

Ka Holt ja kolleegid (2015) leidsid, et patsiendid alaseljavaluga väärtustavad selgitusi selle kohta, mis võis valu algatada ja mis struktuurid võivad sellega seotud olla ning sageli olid patsiendid rahul anatoomiliste selgitustega, mis olid sarnased käesoleva uuringu andmetele. Olgugi et alaseljavalu põhjustest rääkimine on kahtlemata keeruline ja konkreetset vastust ei ole alati kerge anda, on mingisuguse arvamus avaldamine oluline. Berhane ja Enqueselassie (2016) leidsid oma uuringus, et 93,7% ambulatoorsetest patsientidest otsisid arstiabi muuseas selleks, et saada oma seisundi osas diagnoosi. Kuigi potentsiaalsete põhjuste arutamine ei ole diagnoos, loob see patsiendi jaoks parema arusaamise olukorrast. Ka käesolevate intervjuude käigus tuli välja, et antud teema on oluline.

U1: ”/.../ ma ei saanud vastuseid. /.../ ta ei pakkunud /.../ välja, et mis see võiks olla, millest see võiks olla /.../”

Infot alaseljavalu kohta on palju, perearstide tegevuspõld on aga lai ning seetõttu ei saa eeldada, et nad omavad põhjalikke teadmisi kõikidest alaseljavaluga seonduvatest nüanssidest. Seega antud biomehaanilised või anatoomilised selgitused valu kohta võisid jääda pigem üldisteks. Samuti ei olnud ühegi uuritava korral jutuks võetud bioloogilisi ega sotsiaalseid aspekte. Põhjuseid, miks need ei olnud arutatud, võib olla mitu. Esiteks ei pruugi kõik meditsiinitöötajad olla väga põhjalikult kursis BPS mudeliga. See mudel hakkas koguma populaarsust võrdlemisi hiljuti — 1977. aastal George Engeli töö kaudu — ja selle juured on väga erinevates meditsiinilistes valdkondades (Lugg, 2022). Seega pole äärmiselt üllatav, kui paljud ei ole sellega tuttavad. Teiseks võib nendest asjaoludest rääkimine olla ebamugav ja perearst võib tajuda ohtu patsiendi usalduse kaotamiseks, kui patsient tõlgendab, et tema probleeme omistatakse vaid psühholoogilistele teguritele. See asjaolu haakub varasemalt mainitud Burke'i artikli (2019) mõttega. Kolmandaks võis probleemiks olla vastuvõtu ajaline limiit, sest patsiente on perearstidel palju ja vastuvõtt võib osutuda lühikeseks. Neljandaks võis perearst otsustada, et konkreetse juhtumi põhjal oli biopsühhosotsiaalse mudeli arutamine ebavajalik, sest tema hinnangul oli tegu patsiendiga, kelle puhul psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid ei mänginud otsustavat rolli. Lisaks, nagu ühes intervjuus välja koorus, võis spordiala harrastamise kohta edastatud info tuleneda perearsti isiklikest kogemustest.

Kuna krooniline alaseljavalu on levinud, on BPS mudeli arutamine oluline. Üks praktiline viis selle tegemiseks on metafooride kasutamine. Johnson ja kolleegid (2023) toovad oma uuringus välja, et metafoorid võivad olla kasulikud nt. katastrofiseerimise vähendamisel ja parema kontseptsiooni loomisel (ing. *reconceptualization*) valu mõistmisel, aga nende kasutamisel peab pöörama tähelepanu mitmele asjaolule: tuleks seostada neid isikuga (nt. kasutada metafoorseid jutte, kus patsient on nii-öelda ”peategelane”), kajastada valu vaid osana elust (mitte millegina, mis võtab patsiendi elu üle) ja vältida liialt biomehaanilisi või ohuga seotud metafoore (nt. selliseid, mis lähtuvad koekahjustusest või kirjeldavad valu kui ”võitlust”, kus on vaid üks võitja).

5.2 Alaseljavalu prognoos

9 uuritavat mainisid, et seljavalu prognoos ei tulnud vastuvõtu käigus jutuks, ning 1 uuritava puhul oli prognoos umbkaudne (öeldud, et taastumine on aeglane). Täiendavalt mainisid

60% uuritavatest, et valu kiirus ka alajäsemesse. Alaseljavalu puhul tähendab prognoos seda, mis aja raames võiks valu taanduda. Nagu eelpool mainitud võivad biopsühhosotsiaalsed faktorid mõjutada valu kulgu ning kirjanduses leiduvad andmed valu kestuse osas on üpris laialivalguvad. Adekvaatse prognoosi andmine sõltub suure osas töötaja kogemusest säärase probleemiga, millest omakorda sõltub oskuslikkus probleemi tuvastamisel, ning see nõuab põhjaliku anamneesi võtmist ja hindamist, mis aitab saada aimu potentsiaalsetest teguritest. Kui on kahtlus mõnele anatoomilisele tegurile, võib prognoos muutuda vastavalt sellele. Mõned spetsiifilised põhjused olid mainitud antud töö 2. peatükis ning võib arvata, et sellistesse detailidesse laskumine jääb tõepoolest perearsti tööpõllult välja. Võimalik, et muu info osutus vastuvõtu piiratud aja raames olulisemaks ja prognoosi polnud arutatud ajapuuduse tõttu.

Sõltumatult keerukusest ja ajapiirangutest on prognoosile tähelepanu pööramine oluline, kuna see annab patsiendile võimalust seada realistlikud ootused. Lim ja kolleegid (2019) leidsid, et alaseljavalu patsientide jaoks on prognoos väga oluline osa infost. Lisaks on olemas juba varasemalt mainitud üldistavad andmed, mis kajastavad mittespetsiifilise alaseljavalu potentsiaalseid ajaraame (da C Menezes Costa *et al.*, 2012); kuna käesoleva uuringu valimi puhul olid punased lipud välistatud, siis suureneb ka tõenäosus, et tegu oli mittespetsiifilise alaseljavaluga. Need ajaraamid võivad anda patsiendile esmast infot, millega arvestada, sõltumatult sellest, kas on tehtud põhjalik hindamine või mitte. Kiirgava valu osas on olemas andmed, et prognoos võib valu, tervisest tulenevate piirangute ja elukvaliteedi osas olla kehvem (Hill *et al.*, 2011; Konstantinou *et al.*, 2013). Tuleb aga arvesse võtta ka seda, et kiirgav valu võib olla seotud nii närvikoe (nt. närvijuure) kui ka muude somaatiliste kudedega, mis paiknevad alaseljapiirkonnas (nt. fassetliigesed või sakroiliakaalliidus). Esimene on oma olemuselt terav, üpris hästi lokaliseeritav ja levib sageli põlveliigesest distaalsemale, viimane aga pigem tuim, selle piirid on halvasti kirjeldatavad ning see jääb sageli püsima põlveliigesest proksimaalsemale. Viimast nimetatakse kirjanduses somaatiliseks edasikantud valuks (ing. *somatic referred pain*) (Vernon, 2012). Kuna punased lipud, mis viitavad tõsisemale patoloogiale, on suure osas seotud just närvikoehaaratusega alaselja piirkonnas (See *et al.*, 2021), siis somaatilise edasikantud valu kahtlustamisel on ka prognoos leebem.

5.3 Sekkumised ja soovitus

5.3.1 Sekkumised

Sekkumistest olid põhilised farmakoloogiline sekkumine (retsepti või käsimüügi valuvaigistid) ja suunamine füsioteraapiasse. Soovitused olid erinevad, enim olid välja toodud harjutused või muu füüsiline aktiivsus (4 mainimist), puhkuse andmine või koormuse vähendamine (4 mainimist) ning ameti vahetamine (2 mainimist). Vaid 1 intervjuu põhjal ei tulnud mingisugused soovitusid jutuks.

Farmakoloogiline ravi tuli teemaks enamasti retseptiravimi kontekstis, aga ei olnud täpsustatud ravimi nimetust ega liiki (6 mainimist). 1 uuritav täpsustas, et juhiseks oli antud hoopis käsimüügi valuvaigistite kasutamine vajaduspõhiselt. Väljakirjutatud ravimite puhul võis olla tegu MSPR-idega või opioididega — mõlemad on retseptiravimid ja on juhendites (Nicol *et al.*, 2023; Ravijuhendite töökoda, 2019; Traeger *et al.*, 2017) mainitud. Opioidid on aga oluliselt suurema kõrvaltoimete ja riskide profiiliga, mistõttu nende kasutamist soovitatakse vaid siis, kui MSPR-id ei toimi või on vastunäidustatud. Käesolevas uuringus kogutud andmete põhjal on raske teha järeldusi selle kohta, kas farmakoloogiline lähenemine vastas juhenditele või mitte (just sellest perspektiivist, kas MSPR või opioid oli kasutatud juhendites soovitatud skeemi alusel). Kokkuvõtlikult võib aga öelda, et farmakoloogiline ravi on alaseljavalu puhul näidustatud ja selle kasutamine käesolevas valimis oli õigustatud.

Füsioteraapiasse olid 5 uuritavat saadetud koheselt, ülejäänud 5 aga hilisema arstivastuvõtu järgselt. Põhjuseid, miks 5 uuritavat ei olnud saadetud teenusele kohe, võib olla erinevaid. Võimalik, et arstide hinnangul ei esinenud nendel uuritavatel psühholoogilisi või sotsiaalseid ohulippe, mis võiksid viidata kroonilisuse suurele ohule (see asjaolu ei olnud käesoleva uuringu käigus kuidagi objektiivselt kontrollitud — ei olnud nt. andmeid STaRT Back Screening Tool küsimustikku täitmise kohta). Lisaks, järeldades intervjuudest, võis arst otsustada kõigepealt mõne muu ravi kasuks, enne kui füsioteraapiat rakendada.

U1: *”Ta kirjutas mulle välja ravimid, /.../ et see võiks nagu lahendada, ja, kui ei, siis vaatame edasi, et füsioteraapiat, juhul kui.”*

U4: *”/.../ saadeti mind kohe /.../ neurokirurgi juurde /.../”*

Alaägeda ja kroonilise alaseljavalu korral on Eesti ravijuhendis (Ravijuhendite töökoda, 2019) vastavalt nõrgaks ja tugevaks soovituseks füsioteraapiasse saatmine. Sümptomite kestuse mediaanväärtus oli käesoleva uuringu valimis 9,5 kuud ning minimaalne kestus (1,5 kuud — see

esines 1 uuritava puhul), seega ajaraamide mõistes oli kõikide uuritavate puhul tegu kas alaägeda või kroonilise alaseljavaluga. Kui lähtuda juhenditest (Nicol *et al.*, 2023; Ravijuhendite töökoda, 2019; Traeger *et al.*, 2017) ja progresseeruva liikumise positiivsest mõjust (Meints & Edwards, 2018), siis sisuliselt kõikide uuritavate puhul oli füsioteraapia näidustatud. Erisus kohese ja hilisema füsioteraapiasse saatmise vahel võib olla oluline, eelkõige nende patsientide puhul, kellel esinevad kollased, sinised ja mustad lipud (Nicol *et al.*, 2023), mis olid varem mainitud. Arsti vastuvõttude vahele jäänud aeg võib olla edukalt täidetud füsioterapeudi konsultatsiooniga, tekitades patsiendil võimaluse saada individualiseeritud soovitusi oma seisundi kohta. Lisaks võib füsioterapeutilisest hindamisest olla abi mittespetsiifilise seisundi ja konkreetsema anatoomilise mure eristamisel, kuna üheks osaks füsioterapeutilisest hindamisest on sageli testimine. Kuigi isolatsioonis on enamikel kliinilistel ja ortopeedilistel testidel äärmiselt madal väärtus (Mathieu *et al.*, 2023), siis kasutamisel kombinatsioonis võib nendest olla rohkem kasu (Petersen *et al.*, 2017).

5.3.2 Soovitused

Soovituste seas esines kaks vastandlikku teemat. Ühelt poolt oli antud soovitus koormust maha võtta (4 mainimist), teiselt poolt oli juhiseks antud aktiivsuse jätkamine läbi harjutuste tegemise või mingisuguse füüsilise aktiivsuse harrastamise (4 mainimist). Mõne perearsti vastuvõtu puhul lisandus viimasele soovitusele ka arsti aktiivne osalus.

U2: ”*Ta näitas mulle mingid harjutused, tegime neid ka läbi /.../*”

Iga patsiendi juhtum eeldab individuaalset lähenemist hindamaks, kuidas avaldub antud hetkel sümptomaatika. Peab arvestama, et ägeda alaseljavalu või korduva alaseljavalu ägenemise puhul võib teatud rahuperiood olla vajalik, et lasta sümptomitel taanduda loomuliku kulu käigus tasemele, mis võimaldab talutavat liikumist. Samas on varajane patsientide innustamine liikumise jätkamiseks oluline. Kui rahuperiood tundub vajalik, oleks oluline rõhutada, et see periood ei peaks kestma lõpmatuseni vaid peaks lõppema esimesel võimalusel, kui patsient tunneb valmisolekut aktiivsuse suurendamiseks.

Eelpool sai viidatud Meintsi & Edwardsi artiklile (2018), kus oli toodud välja füüsilise aktiivsuse katastrofiseerimist vähendav mõju. Lisaks mainivad autorid, et oluline ei ole mitte ainult katastrofiseerimise vähendamise üldiselt, vaid ka see, kui varakult see juthub: kui eesmärk on valu vähendamine, siis lõpptulemused sõltuvad suures osas varajastest muutustest katastrofiseerimises. Alaseljavalu ja üldiselt kroonilise valu seos psühholoogiliste teguritega oli mainitud eelnevalt

(Otero-Ketterer *et al.*, 2022; Walker *et al.*, 2014). See seos võib olla eriti oluline, kui patsiendil esineb mõni liikumisharrastus. Kui jääb mulje, et peab sellest harrastusest loobuma, võib see avaldada negatiivset psühholoogilist mõju.

U3: *”Meeles on eredamalt muidugi /.../ See osa, kus oli juttu, et võib-olla ei peaks nagu tegelema väga enam selle spordiga /.../ tollel hetkel mul nagu see spordi tegemine oli ka vaimse tervisega seotud, noh, teadsin, et see mõjub nagu hästi, et see nagu tõmbas natuke maha seda, et ”ah, et nüüd ei saa mingit sporti teha” /.../”*

Veel ühe teema keskmes oli amet ja selle vahetamine (2 mainimist). Ametile võib olla vajalik osutada tähelepanu eesmärgiga aidata patsiendil teadvustada, mis riskifaktorid kaasnevad tema tööga ja mis võiksid olla lahendused või ennetavad meetmed. Teiselt poolt ei saa aga ehitada dialoogi üles moel, mis jätab inimesele mulje, et ametivahetus on ainus lahendus alaseljavalu leevendamiseks. Ameti teemaks toomine võib olla oluline, aga sobivas kontekstis, mis ei tekita patsiendis ebameeldivat tunnet.

U4: *”/.../ seda, et ”Kas ei ole mõelnud töövahetusele /.../?” Ei ole nii lihtne.”*

Töö on vaid üks aspekt, mis võib mõjutada alaseljavalu multidimensionaalset protsessi. Ametist tulenevate riskifaktoritega (nendeks on nt. füüsiliselt kurnav töö, mis sisaldab ühepoolseid, asümeetrilisi asendeid, suurte raskuste käsitlemist või ülesannete täitmist ebasobivates tingimustes) avaldavad koosmõju ka sotsioökonomilised faktorid, mis võivad omakorda viia ebasoodsa elustiilini (nt. soodustada madalat füüsilist aktiivsust töövälisel ajal), ja vaimsed stressifaktorid (Scheider *et al.*, 2006).

5.4 Kommunikatsioon ning selle verbaalsed ja mitteverbaalsed aspektid

5.4.1 Vahelesegamine

Kommunikatsioon tervishoiutöötaja ja patsiendi vahel on mitmetahuline. Esimene analüüsitud aspekt oli vahelesegamine. Uuritavate kogemus oli enamasti positiivne — uuritavad said rääkida piisavas koguses (7 mainimist) või oodatust isegi rohkem (1 mainimine). Mõned aga tundsid, et ei saanud piisavalt rääkida (2 mainimist).

U6: *”/.../ ma ei mäleta küll, et midagi oleks olnud, et minu meelest ma sain kenasti ära räägitud”* — positiivne kogemus

U4: *”/.../ põhimõtteliselt, noh, ma arvan, et seda oli vähe.”* — negatiivne kogemus

Täpsematest tähelepanekutest käis läbi 2 olulist teemat. Esimene oli suunavate ja täpsustavate küsimuste esinemine (3 mainimist). Huvitav oli see, et neid küsimusi interpreteeriti nii positiivselt kui negatiivselt. Positiivsel interpreteerimisel oli oluline suhtluse vastastikune olemus ehk see, et patsient oli koheldud dialoogi võrdse osalisena. Negatiivsel interpreteerimisel oli see tasakaal puudu. Samas tunti täpsustavatest küsimustest puudust, kui neid polnud üldse (1 mainimine).

U2: *''Ta kuulab ära, esitab suunavaid küsimusi, mille peale ma ise võib-olla poleks tulnud, et ma seda ka räägiksin kaasa /.../''* — positiivne interpretatsioon

U9: *''/.../ hästi palju küsiti vahele. /.../ Ta hästi kiirustas oma küsimuste ja jutuga ja mingit pikka juttu väga ei olnud.''* — negatiivne interpretatsioon

U5: *''Kui ma mõtlen tagasi, et ideaalis milline see vestlus võiks olla, siis seal võiks olla rohkem nagu küsimusi. /.../ Ma üritasin ise veel mingisugust lisainfot anda, aga mul jäi nagu tunne, et ma oleks tahtnud nagu võib-olla täpsustusküsimusi või selliseid suunavaid, et mul oleks endal süda rahul, et ma olen nagu ära rääkinud kõik, mis on asjakohane selles osas.''* — rääkides suunavate ja täpsustavate küsimuste puudumisest

Teine oluline tähelepanek oli ajapiirangu rõhutamine (2 mainimist). See oli interpreteeritud negatiivselt.

U4: *''Mulle nagu juba arst ütles, et ''Aeg-aeg, teine kord räägime.''*

Nagu oli mainitud, leidsid Plug ja kolleegid (2022), et patsientidele segati vahele 36 sekundi järgselt. Samas leidsid nad, et kaugeltki mitte kõik vahelesegamised ei ole negatiivse iseloomuga: 82,9% korral oli see nii-öelda kooperatiivne (selle siuks oli nt. nõustumine või mingi asjaolu täpsustamine). Selle tõttu järeldasid nad, et eriti vastuvõtu varajases faasis võib see hoopis parendada kommunikatsiooni kvaliteeti. Singh Ospina ja teised leidsid aga oma uuringus (2019), et vahelesegamine toimus juba 11 sekundi järgselt, ning arutasid, et nii varajast vahelesegamist on raske õigustada. Ka käesolevas uuringus tuli kooperatiivsuse temaatika välja, aga siin pigem täiendavate küsimuste esitamise kontekstis. Tundub, et täiendavate küsimuste esitamisel tuleb pöörata tähelepanu nende ajastusele ja sisule. Küsimus, mis on ajastatud tabavalt ja soodustab patsiendi mõttekäiku (nt. sümptomite või selle osas, kuidas ja millal problem tekkis), võib soodustada vestluse kulgemist. Ülalmainitud kirjandusele toetudes (Plug et al., 2022) tundub, et see võib olla esitatud ka vahele segades, kui see on vajalik. Kui rääkida ajapiirangust, siis selle otsene rõhutamine ei pruugi mõjuda hästi. Samas on arusaadav, et vatsuvõtule ettenähtud aeg on

piiratud ja ühe vastuvõtu lõppemisest sõltub teise algus. Juhul kui patsient tahab rääkida mingisugusest spetsiifilisemast teemast, mille osas saab edukalt aidata mõni järgmine spetsialist, võib lahenduseks olla patsiendi teavitamine, et need arutlemata teemad võivad olla käsitletud antud spetsialisti juures. Nt. sageli on patsiendid alaseljavaluga saadetud füsioteraapiasse (nagu ka käesolevas uuringus). Paljud olulised teemad (ka need, mis olid käsitletud intervjuudes — nt. valu põhjused ja prognoos) jäävad füsioterapeutide pädevusse. Füsioterapeudi vastuvõtt kipub olema ka pikem, kui perearsti oma. Selline delegeerimine võib säästa perearsti aega ning samas tagada patsiendile kindlustunnet, et ta saab vastuseid. Kasulik võib olla ka see patsientide teavitamine vastuvõtu pikkusest, et nad saaksid prioriteerida oma muresid.

5.4.2 Mitteverbaalsed aspektid

Üldmuljet mitteverbaalsest kommunikatsioonist kirjeldati kas positiivselt (2 mainimist), neutraalselt (3 mainimist) või negatiivselt (5 mainimist). Täpsemad kirjeldused arsti hoiakust olid samuti erineva iseloomuga. Positiivsetest olid välja toodud kirjeldused abivalmidusest ja viisakusest (2 mainimist), neutraalsete seas kõlasid väljendid "tavapärane", "normaalne" ja "ei saa kurta" (3 mainimist). Negatiivsed kirjeldused olid peamiselt seotud sellega, kuidas uuritavad tajusid probleemi käsitlust. Mainiti, et jäi mulje, nagu käsitlusega oleks kiirustatud (2 mainimist) või et probleemi ei loetud tähtsana (1 mainimine). Oli mainitud turvatunde puudumine (1 mainimine). Antud tulemused haakuvad ülalmainitud Kulińska ja kolleegide (2022) uuringu tulemustega, kus 82,9% patsientidest hindasid oluliseks töötajate heatahtlikkust ja 54,4% väärtustasid ohutuse tunnet. Nad leidsid ka, et ohutuse tunne ja usaldus meditsiinipersonali vastu olid tugevas korrelatsioonis. Käesoleva uuringu osalejate neutraalsed kirjeldused tähendasid, et arsti hoiak ei olnud muudest vastuvõttudest kuidagi halvem.

U7: "…/ väga-väga viisakas /…/" — positiivne kirjeldus

U3: "Noh, mulle tundus see tegelikult nagu suhteliselt tavaline või okei, et ei olnud nagu ühele poole kaldu ega teisele poole minu arust." — neutraalne kirjeldus

U5: "…/ mulle tundus, et tal ei olnud nagu aega sellesse nagu süvitsi minna, /…/ et me, noh, ei läinud sinna teemasse sisse. /…/ jäi nagu mulje, et teeme nagu produktiivselt, kürest ja tehtud." — negatiivne kirjeldus

Kehakeele osas oli põhiliseks tähelepanekuks käelise kontakti kasutamine vastuvõtu käigus (3 intervjuud). See oli kasutatud läbivaatuse eesmärgil. Kuigi antud juhtudel oli käelisel

kontaktil justkui üks konkreetne eesmärk, siis üldiselt võib sellel olla laiem mõju. Kliinilises keskkonnas peegeldab käte kasutamine meditsiinitöötaja tehnilist kompetentsi (nt. pehmete kudede palpeerimise oskust), väljendab tervishoiuteenuse inimlikkust (nt. annab edasi kaastunnet ja toetust täiendavalt öeldud sõnadele) ning paneb paika füüsilisi, isiklikke ja professionaalseid piire (nii-öelda ohutu ruum, kus teenus saab toimuda). Lisaks võib puudutusel olla analgeetiline toime ning see võib parendada kehataju, eriti nendes piirkondades, mis pole üldjuhul silmale nähtavad (nt. selg) (Geri *et al.*, 2019). Pilkkontakti osas oli 2 tähelepanekut — negatiivselt tõlgendati seda, kui pilk oli pikalt arvutis (1 intervjuu) ning kui pilk ja sellega kaasnev näoilme tundusid olevat hinnangut andvad (1 intervjuu). See, kuidas tõlgendab vestluse üks osapool teise osapoole näoilmet või pilku, on tõenäoliselt väga individuaalne ja selle kohta on raske teha mingisuguseid järeldusi. Samas lühikese, aga regulaarse pilkkontakti olemasolu on patsientide jaoks tähtis (Khan *et al.*, 2014). Marcinowiczi ja teiste (2010) uuringus seostati töötajapoolse pilkkontakti olemasolu tähelepanu ja huviga, vastupidist aga tähelepanu ja huvi puudusega. Need asjaolud paistavad olevat ka alaseljavalu käsitlemisel tähtsad ja võivad mõjutada vastuvõtu kulgu.

U9: ”Noh, see vestlus oli pigem selline, et ta oli hästi arvutis kinni, ja mul nagu tekkis vahepeal see, et kas ta nüüd kuulab mind või jäi tal midagi pooleli kirjutamisel, või peaksin ma midagi täpsustama.”

Võimalik, et antud leiud mitteverbaalse kommunikatsiooni kohta on üldistatavad ka teistele muskuloskeetaalsetele probleemidele, kuna käeline ja pilkkontakt on loomulik osa inimsuhtlusest. Tervishoiutöötajana tuleb tähele panna lisaks kasutatavatele sõnadele vaid ka suhtluse üldaspekte. Patsiendid hindavad seda, kui nad tunnevad, et tervishoiutöötaja on temaga samal lainel mitte ainult mõttega, vaid ka füüsiliselt, väljendades seda oma kehakeele kaudu ja kasutades vajadusel käelist kontakti, mis võib täita suuremat eesmärki, kui ainult info kogumine. Eriti oluline tundub olevat pilk. Kuna arvutid on olulised töövahendid, siis nendest ei saa loobuda, aga hea tava oleks pakkuda silmkontakti ka patsiendile, valides märkmete tegemiseks sobivat hetke (nt. siis, kui patsient on juttu lõpetanud). Nagu tuli intervjuudes välja, tajusid mõned uuritavad, et negatiivselt interpreteeritud mitteverbaalsed tegurid olid seotud ajapuudusega, ehk ka siin võib rolli mängida vastuvõtu vähene kestus.

5.4.3 Suhtumise tajumine

Suhtumise tajumisel oli nii positiivseid (4 mainimist) kui negatiivseid (6 mainimist) vastuseid. Positiivselt mõjus see, kui uuritav tajus ühel või teisel moel põhjalikkust probleemi lahkamisel (nt. lahenduse leidmine) (3 mainimist).

U6: *”Noh, selles suhtes, et mingi lahenduse me saime, et ta ikkagi pakkus välja, et teeme saatekirja [füsioteraapiasse] ja vaatame, mis siis edasi... Kuidas on lood. Et ei olnud ju külm suhtumine, et pigem leiti nagu lahendus asjale.”*

Negatiivseted tegurid olid mitmekülgsed. Uuritavaid häirisid selgituste puudumine ravi või seisundi osas (2 intervjuud), tunne, et arstil polnud aega mure käsitlemiseks (1 mainimine), teatud taandavad kommentaarid (2 mainimist) ning ka see, et soovitud läksid vastuollu sellega, mis on varasemalt patsiendi jaoks toimunud (1 mainimine).

U1: *”Ma ootasin nagu mingit, noh, et ta pakuks, et mis see võiks või milles see võiks olla, /.../ või, noh, selliseid lahendusi pakkuda või küsida, et seda ta ei teinud. /.../ ja, noh, lõpptulemus oligi, et ta kirjutas need ravimid. /.../ Ja, noh, ta ei selgitanud ka selle ravimi kõrvaltoimeid, mis on tegelikult väga suured.”* — rääkides selgituste puudumisest

U5: *”/.../ mulle tundus, et tal ei olnud nagu aega sellesse nagu süvitsi minna, /.../ et me, noh, ei läinud sinna teemasse sisse. /.../ jäi nagu mulje, et teeme nagu produktiivselt, kiiresti ja tehtud.”* — rääkides tundest, et arstil polnud aega

U10: *”/.../ arst oligi, et ”Ah, näed välja, et sul ei olegi midagi viga” /.../”* — rääkides seisundit taandavatest kommentaaridest

U3: *”/.../ ikkagi nagu kripeldab /.../ see suhtumine, et tuleks nagu enam-vähem rattasõit ära lõpetada ja peaks üldse nagu veidi tagasi tõmbama selles osas. /.../ Ja teistpidi ka see, et kui ma ju enne ka selle seljavalu ajal tegelikult ju tegin ikkagi sporti edasi, ma lihtsalt nagu jälgisin ka natuke, et nagu väga liiga ei teeks /.../”* — rääkides soovitude ja varasema kogemuse vastuolust

Väga sarnased tegurid olid välja toodud Murphy & Salisbury (2020) uuringus, kuhu kaasati inimesi pikaajaste tervisemuredega. Nad hindasid oluliseks, kui tundsid, et nende mured ei olnud taandatud, et arst võttis aega kuulamiseks ning seda, et arst andis stabiilselt sarnast nõu. Mainitud uuringus olid paljud nendest teguritest seotud ka pikaajase suhtega patsiendi ja arsti vahel. Erinevate uuritavate hinnangul see võis asjaolu olla nii positiivne kui ka negatiivne (positiivne selles mõttes, et arst oli paremini kursis juhtumiga; negatiivne selle poolest, et see võib põhjustada

ülemäärast familiaarsust, mille tõttu probleemi ei võeta enam tõsiselt). Käesolevas uuringus oli vaid 30% valust esmakordne (3 uuritavat), ülejäänud 70% (7 uuritavat) kogesid valu juba mitmendat korda. Ei ole teada, kas korduva valuga uuritavad olid käinud varasemate alaseljavalu episoodidega perearsti juures ja kas see oli sama perearst. Üldiselt esines aga suhtumise tõsiduse hindamisel nii positiivseid kui negatiivseid hinnanguid mõlemas uuritavate rühmas (nii esmakordse kui korduva valuga), seega tundub, et antud valimis ei mänginud familiaarsus olulist rolli. Soovituste ja varasema kogemuse vastuolu oli kajastatud ka Darlowi ja kolleegide (2013) uuringus, kus mõned uuritavad mainisid, et nad ei jälginud arsti soovitusi seoses varasemate kogemustega või uskumustega.

Nagu oli käesoleva töö 2. peatükis mainitud, piltidiagnostika on osaliselt seotud kommunikatsiooniga. Ka selles uuringus tuli piltidiagnostilika tegemine teemaks (5 mainimist). Intervjuudes kõlas ka soov selgituste saamiseks.

U5: *''/.../ kui ma praegu nagu järele mõtlen, et mis ma oleks tahtnud teada, ongi see et oleks aega olnud ja oleks keegi nagu selgitanud, mida siis see pilt näitas või kui tõsine /.../ see probleem on.''*

Piltidiagnostikat saab kommunikatsiooni kontekstis vaadelda kahel moel. Ühelt poolt on tervishoiutöötajal oluline roll selgitamisel, miks piltidiagnostika ei pruugi olla alaseljavalu puhul adekvaatne ega vajalik. Piltidiagnostiliste leidude korrelatsioon valuga on sageli halb (Brinjikji, Luetmer *et al.*, 2015) ja juhendid ei soovita uuringu tegemist mittespetsiifilise alaseljavalu korral (Nicol *et al.*, 2023). Teiselt poolt tuleb arvestada sellega, et mõned piltidiagnostilised leiud on valu kontekstis olulisemad. Relevantsed piltidiagnostilised leiud olid mainitud varasemalt (Brinjikji, Diehn *et al.*, 2015; Laslett, 2008; Lotz *et al.*, 2013; Nijs *et al.*, 2015; Velnar *et al.*, 2023). Niisiis, kui piltidiagnostika on ikkagi tellitud, on tulemuste selgitamine ja kindlustunde tagamine tähtis. Juhuslikud leiud võivad panna patsiente muretsema, kui patsient ei tea, et paljud nendest on sagedased ja ohutud (Hall *et al.*, 2021).

5.4.4 Terminoloogiast arusaamine

Üpris neutraalselt olid tõlgendatud terminid ''dorsalgia'' ja ''lumbaago''. Esimese puhul olid seosed üldise negatiivse varjundi (1 mainimine) ja lihaskärbumisega (1 mainimine), aga paljud ei osanud sellele mingit tähendust anda (6 mainimist). Teise puhul oli olukord sarnane — oli seos nakkushaigusega (1 mainimine), aga mitu uuritavat ei osanud millegagi seda seostada (6

mainimist). Mõlemat terminit seostasid uuritavad kehaliste segmentide või anatoomiliste struktuuridega — nt. torso, lülisammas (mõlema puhul 3 mainimist). Seega enamus tõlgendusi olid korrektsed, aga, kuna need terminid ei oma enamus inimeste jaoks mingit tähendust, siis tundub, et nende kasutamisel suhtlusel patsiendiga on madal väärtus.

Terminid "ishias" seostati üldpildis nii negatiivse (4 mainimist) kui positiivse (1 mainimine) seisundiga. Täpsemad tõlgendused olid pigem korrektsed: seda seostati kiirgamise või valu asukoha muutusega (3 mainimist) ja jalgadega (1 mainimine), samuti valu või pingega (2 mainimist). Silmatorkav oli, et seda seostati mõne haigusega (3 mainimist). Võimalik, et see seos esines "-s" lõpu tõttu — paljude haiguste diagnoosid lõpevad just "S" tähega (Sotsiaalministeerium, i.a.).

Kõige mitmekülgsemalt oli tõlgendatud termin "ebastabiilsus". Enam seostati seda tasakaaluprobleemide või koguni üldkehalise ebastabiilsusega (4 mainimist), samuti olid mitmed üksikud interpretatsioonid, mis olid üpris negatiivse tähendusega (nt. vale rüht, võimetus teha teatud liigutusi). Käesoleva uuringu tulemuste põhjal võib arvata, et antud termini vältimine suhtlemisel patsiendiga on hea mõte.

U2: "/.../ rüht on natukene vale ilmselt ja ma kõnnisamm on natukene vale, kuna see kõik toetab... Nagu selg toetab kõndimist ja rühti ja kui selg on ebastabiilne, siis on ilmselt ka kogu keha kuidagi tasakaalust väljas."

U3: "Et midagi on... Ei ole päris nii, kuidas ta tegelikult peaks olema. Noh, nätieks, et mingi asi peaks olema stabiilne, aga ei ole."

Ka Barker ja kolleegid (2009) uurisid, kuidas inimesed said aru terminist "ebastabiilsus", ning autorid leidsid mitu sarnast seost: inimesed seostasid seda sellega, et selg võib igalt hetkel "paigast minna" (ing. *the back could "go" at any time*), ning pidasid seda püsivaks seisundiks, mille tõttu ei saa lõõgastuda.

Terminite "lülivaheketta nihe" ja "lülivaheketta degeneratsioon" interpretatsioonid olid sarnased. Esimese puhul oli kõige sagedamini esinevaks teemaks seos valu või ohuga (6 intervjuud) ja teise puhul tõlgendus, et ketas ei ole oma alguses või õiges olekus (4 intervjuud). Kuigi antud terminite puhul esines mitu tõlgendust korrektses suunas (mõlema peale kokku 10 korda), siis nende kasutamine ilma selge vajaduseta (nt. siis, kui patseint konkreetselt küsib, mida termin tähendab) ei pruugi olla kasulik. Need leiud on sageli asümptomaatilised (Brinjikji, Luetmer et al., 2015) ning käesoleva uuringu andmetel kaasnes nendega lisaks korrektsetele

interpretatsioonidele ka negatiivseid tõlgendusi (nt. operatsiooni vajadus). Samas leidsid Barker ja kolleegid (2009), et terminil *''slipped disc''* (mille eestikeelne vaste ongi *''lülivaheketta nihe''*) oli vaatamata ebakorreksetele tõlgendustele vähe negatiivseid seoseid. Üldiselt tundub, et juhul, kui kumbki nendest terminitest on kasutatud, oleks hea tava selgitada lahti nende sisu ja olemus.

Lõpuks tuli välja, et üldiselt ei esinenud vastuvõtude käigus arusaamatusi (9 mainimist). Soodustava tegurina toodi välja, et arst selgitas esinevat terminoloogiat lahti (1 mainimine). Ainsa negatiivse asjaoluna toodi välja, et inforohkuse tõttu oli seda infot raske meelde jätta (1 mainimine).

U2: *''/.../ alati, kui ta kas räägib mingisugusest diagnoosist või siis kasutab meditsiinilisi termineid, siis ta alati ka seletab lahti kas siis selle haiguse nii-öelda olemuse või siis termini seletuse, et ta annab päris põhjalikku ülevaate''* — rääkides terminoloogia lahtiseletamisest

U3: *''Pigem võis olla seda, et lihtsalt informatsiooni oli palju, ja pärast selle peale mõtlema hakkasid ja siis ei olnud meeles enam''* — rääkides inforohkusest

Terminoloogia kohta kogutud info võib olla relevantne mitmel põhjusel. Üheks on see, et teatud terminid, mis võivad patsiendi jaoks keerulised olla, leiduvad ka Rahvusvaheliste haiguste klassifikatsiooni 10. versioonis (RHK-10 klassifikatsioon) (Sotsiaalministeerium, i.a.) ning võivad lõpuks jõuda ka Eestis patsientide saatekirjadele mingisuguse diagnoosi raames. Kui patsient tõepoolest omistab terminile tegelikkust negatiivsemat tähendust, ei ole välistatud, et ta interpreteerib ka oma seisundit (nt. alaseljavalu) ohtliku või lahendamatu. Teiseks on see, et antud info suunab tähelepanu teatud terminoloogiale, mida võiks suhtlusel patsiendiga kas vältida või selle kasutamisel seda lahti selgitada, et välistada ebasoodsaid interpretatsioone. Nagu leidsid Darlow ja kolleegid (2013), suurimat mõju avaldab paljudele inimestele alaseljavaluga arstidelt saadud info (rohkem, kui internetist või tuttavate käest saadud info).

5.5 Vastuvõtuga seotud muret tekitavad asjaolud

Kindlustunde tagamisest või nõustamisest räägivad läbivalt erinevad alaseljavalu käsitlemise juhendid (Nicol *et al.*, 2023; Ravijuhendite töökoda, 2019). Käesolevas uuringus oli see teema käsitletud vastupidiselt: uuritavatelt küsiti, mis olid need asjaolud, mis hoopis tekitasid muret vastuvõtu ajal või selle järgselt. Esines mitu suhtumisega seotud tähelepanekut (nt. *''kergekäelisus''*), samuti oli häiriv selgituste puudumine (2 mainimist). Võimalik, et küsimuse

esitamine moel, mis paneb fookust negatiivsetele asjaoludele, soodustas ka vastuste rohkust. Nagu oli juba mainitud, inimesed kipuvad mäletama paremini just negatiivseid asjaolusid (Williams *et al.*, 2022).

Nagu toovad välja Holt ja teised (2015), "kindlustunde tagamisel" ei ole head definitsiooni või raamistikku; et saada juurde selgust antud teemal, uurisid need autorid, mis asjaolud omavad patsientide silmis suurimat väärtust kindlustunde suurendamiseks. Patsientide hinnangul olid nendeks faktoriteks suhtumise tõsidus (tunne, et neid kuulatakse, ning täpsem hindamine või uuringud), hea suhe arstiga ja arsti kättesaadavus, tõsiste seisundite välistamine ning valu põhjuste ja ravi selgitamine. Simonsen ja kolleegid (2021) leidsid aga, et kindlustundel oli üpris nõrk, olgugi et positiivne seos alaseljavalu intensiivsuse vähenemisega. Autorid arutasid, et see seos on siiski väärtuslik, kui see on saavutatav juba vaid suhtlusega.

5.6 Kokkuvõtvad mõtted ja tulevikuperspektiivid

Tulemuste analüüsimisel kerskisid üles mõned tähelepanekud. Esiteks tuli teatud küsimuste puhul palju rohkem negatiivseid kui positiivseid vastuseid, või siis esines negatiivse iseloomuga vastuste puhul rohkem variatsiooni (nt. 2. kategooria 2. ja 3. küsimuste vastused). Inimeste mällu salvestuvad oluliselt paremini negatiivsed episoodid (Williams *et al.*, 2022) ning see võib selgitada, miks vahepeal oli uuritavate poolt kirjeldatud negatiivseid asjaolusid rohkem või miks need olid variatiivsemad. Teiseks on tõenäoline, et mõned teemad (nt. ajapiirangu rõhutamine või muud vastuvõtu pikkusega seotud asjaolud) tulenevad suures osas perearstide töökoormusest, millest omakorda sõltub vastuvõtu pikkus. Seda kommenteeriti ka intervjuudes.

U6: *".../ minu kui kliendi või patsiendi jaoks on [pühendunud suhtumine] oluline, aga ma näen, et neil on tööd nii hirmpalju, et nad ei suuda, nad ei saa hakkama, ja siis ongi see, et selle konkreetse kliendi jaoks või patsiendi jaoks, noh, .../ neil ei ole seda aega /.../"*

Paljud perearstid tunnevad, et nende töö on väga stressirohke ning paljud üksikud, näiliselt väiksed probleemid töökorralduses (nt. tagasilükatud saatekiri, probleemid arvutiga või info patsiendi kohta, mis ei saabu õigeaegselt) kuhjuvad, vähendavad patsientidele pühendatavat aega ja soodustavad rahulolematust tööga (Sinnott *et al.*, 2023). Üheks olukorda leevendavaks meetmeks on kasutatud füsioteraapiat esmatasandi teenusena. Muskuloskeetaalsete murede puhul on leitud, et hoopis füsioterapeudid võivad efektiivselt käsitleda 85% perearstide patsientidest, see

aga vabastaks tohutut arvu vastuvõtte teiste perearsti patsientide jaoks. On ka leitud, et säärasel viisil käsitletud patsiendid vajavad vähem täiendavaid perearsti vastuvõtte, vähem edasisaatmisi tesite spetsialistide juurde, veedavad vähem aega haiguslehel ning saavad vähem ravimite retsepte. Füsioterapeutidel on oskused hinata patsiente ja vajadusel ka saata neid edasi muskuloskeetaalsete, aga ka muude seisundite korral. Füsioterapia esmatasandil on laialt kasutatud nt. Hollandis, Norras, Rootsis ja Suurbritannias (Europe Region of World Physiotherapy, 2018). Kui selline lähenemine on kasutusel, võib olla abi infolehtedest, mis aitavad eristada perearsti ja füsioterapeudi abi vajavaid tervisemuresid. Säärased infolehed on kasutusel perearstiabi ja erakorralise meditsiini vajaduse eristamiseks (lisa 3).

Käesoleval uuringul olid mõned limitatsioonid. Esiteks oli valim väike, mistõttu tulemusi üldistada ei saa. Teiseks põhinevad uuringu tulemused patsientide meenutustel, mistõttu ei saa garanteerida, et need on täiesti täpsed. Kolmandaks limitatsiooniks on see, et analüüsimisel osales vaid 1 uurija, mis mõnevõrra suurendab eelarvamuste tendentsi. Tugevuseks võib antud töö puhul lugeda seda, et see on uudne uuring, kus olid üpris mitmekülgset käsitletud olulised patsienditööga seotud teemad. Teine tugevus on see, et väljajätmiskriteeriumid olid koostatud rangelt, mistõttu valimi homogeensus oli heal tasemel. Uuringus korraldatud intervjuude käigus olid analüüsitud uuritavate kirjeldused olulistest alaseljavalu käsitlusega seonduvatest aspektidest: info selle põhjustest, prognoosist, soovitudest ja sekkumistest selle käsitlemiseks ning verbaalsetest ja mitteverbaalsetest suhtluse aspektidest, mis lõpuks kujundasid vastuvõttu. Olgugi et kogutud info puudutab antud juhul tervishoiusüsteemi esmatasandit, on need teemad olulised kõikide alaseljavaluga tegelevate spetsialistide vaatevinklist. Saadud teadmised võivad aidata suunata vastuvõtte, pöörates tähelepanu sellele, mida patsient tahaks teada (seoses seljavalu olemuse ja prognoosiga) ning kuidas seda infot edasi anda (võtta spetsialistina arvesse oma kehakeelt ja sõnavara). Samuti annavad tulemused sisendit tervishoiusüsteemi kujundamiseks, võttes potentsiaalselt arvesse füsioterapeutide kaasamist ravi esmatasandile. Tulevased tööd võivad läheneda mõnele teemale spetsiifilisemalt (nt. ainult alaseljavaluga seotud info või ainult kommunikatsioon), proovida kaasata suuremat uuritavate arvu ning koguda infot patsientidelt seoses teise muskuloskeetaalse mure või lähtuvalt teisest tervishoiusüsteemi tasandist.

6. JÄRELDUSED

Alaseljavaluga patsientide esmatasandi läbimise kirjelduste põhjal saab teha järgmiseid järeldusi:

1. Pooled uuritavad ei saanud selgitusi oma alaseljavalu kohta, ülejäänud said valdavalt biomehaanilisi selgitusi ning prognoos ei tulnud enamasti jutuks.
2. Sekkumistest esines üle poolte uuritavate puhul farmakoloogiline ravi, füsioteraapiasse olid pooled uuritavad saadetud kohe ja pooled hilisema vastuvõtu järgselt ning soovitude osas olid peamised kas nõu aktiivseks liikumiseks või vastupidi rahu andmiseks.
3. Enamus uuritavaid tundsid, et said vastuvõtu käigus rääkida piisavalt, kusjuures verbaalse kommunikatsiooni juures osutusid tähtsateks teemadeks suunavate küsimuste esinemine ja ajapiirangu rõhutamine.
4. Mitteverbaalse kommunikatsiooni juures oli uuritavate jaoks oluline arsti probleemile ja lahendustele orienteeritud hoiak ning kehakeel, mille osas pandi tähele käelise kontakti esinemist ja silmkontaktiga seotud asjaolusid, kusjuures vähem kui pooled uuritavad tundsid, et suhtumine probleemi oli tõsine.
5. Uuringus käsitletud terminoloogia seas olid neutraalse iseloomuga terminid "dorsalgia" ja "lumbaago", kõige rohkem negatiivseid interpretatsioone kaasnes terminiga "ebastabiilsus".
6. Üle poole uuritavatest tundsid, et vastuvõtul või selle järgselt esinesid seisundi osas muret tekitavad asjaolud, ning peamised olid seotud selgituste puudumise ja negatiivsel moel tõlgendatud suhtumisega.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Al-subahi M., Alayat M., Alshehri M.A., Helal O., Alhasan H. *et al.* (2017). The effectiveness of physiotherapy interventions for sacroiliac joint dysfunction: a systematic review. *J Phys Ther Sci.* 29(9):1689-1694. doi:[10.1589/jpts.29.1689](https://doi.org/10.1589/jpts.29.1689)
2. Barker K.L., Reid M., Lowe C.J.M. (2009). Divided by a lack of common language? - a qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 10:123. doi:[10.1186/1471-2474-10-123](https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-123)
3. Berhane A., Enquesslassie F. (2016). Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence.* 10:1919-1928. doi:[10.2147/PPA.S109982](https://doi.org/10.2147/PPA.S109982)
4. Brinjikji W., Diehn F.E., Jarvik J.G., Carr C.M., Kallmes D.F. *et al.* (2015a). MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 36(12):2394-2399. doi:[10.3174/ajnr.A4498](https://doi.org/10.3174/ajnr.A4498)
5. Brinjikji W., Luetmer P.H., Comstock B., Bresnahan L.E., Chen L.E. *et al.* (2015b). Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *AJNR Am J Neuroradiol.* 36(4):811-816. doi:[10.3174/ajnr.A4173](https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173)
6. Burke M.J. (2019). “It’s All in Your Head”—Medicine’s Silent Epidemic. *JAMA Neurology.* 2019;76(12):1417-1418. doi:[10.1001/jamaneurol.2019.3043](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.3043)
7. Campbell P., Foster N.E., Thomas E., Dunn K.M. (2013). Prognostic Indicators of Low Back Pain in Primary Care: Five-Year Prospective Study. *J Pain.* 14(8):873-883. doi:[10.1016/j.jpain.2013.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.03.013)
8. Caneiro J.P., Bunzli S., O’Sullivan P. (2021). Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther.* 25(1):17-29. doi:[10.1016/j.bjpt.2020.06.003](https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.06.003)
9. Coudeyre E., Rannou F., Tubach F., Baron G., Coriat F. *et al.* (2006). General practitioners’ fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain.* 124(3):330-337. doi:[10.1016/j.pain.2006.05.003](https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.05.003)
10. da C Menezes Costa L., Maher C.G., Hancock M.J., McAuley J.H., Herbert R.D. *et al.* (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ.* 184(11):E613-E624. doi:[10.1503/cmaj.111271](https://doi.org/10.1503/cmaj.111271)

11. Darlow B., Dowell A., Baxter G.D., Mathieson F., Perry M. *et al.* (2013). The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *Ann Fam Med.* 11(6):527-534. doi:[10.1370/afm.1518](https://doi.org/10.1370/afm.1518)
12. Desai G., Jaisoorya T.S., Sunil Kumar G., Manoj L., Gokul G.R. *et al.* (2020). Disentangling comorbidity in chronic pain: A study in primary health care settings from India. *PLoS One.* 15(11):e0242865. doi:[10.1371/journal.pone.0242865](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242865)
13. Dorflinger L, Kerns RD, Auerbach SM. (2013). Providers' roles in enhancing patients' adherence to pain self management. *Transl Behav Med.* 3(1):39-46. doi:[10.1007/s13142-012-0158-z](https://doi.org/10.1007/s13142-012-0158-z)
14. El-Tallawy S.N., Nalamasu R., Salem G.I., LeQuang J.A.K., Pergolizzi J.V. *et al.* (2021). Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther.* 10(1):181-209. doi:[10.1007/s40122-021-00235-2](https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2)
15. Europe Region of World Physiotherapy. (2018). Statement on Physiotherapy in Primary Care. https://www.ewcpt.eu/_files/ugd/3e47dc_70d719a3cc8b48aea0842ec33ec891ad.pdf
16. Geri T., Viceconti A., Minacci M., Testa M., Rossetini G. (2019). Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science and Practice.* 44:102044. doi:[10.1016/j.msksp.2019.07.008](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.008)
17. Gianola S., Barger S., Del Castillo G., Corbetta D., Turolla A. *et al.* (2022). Effectiveness of treatments for acute and subacute mechanical non-specific low back pain: a systematic review with network meta-analysis. *Br J Sports Med.* 56(1):41-50. doi:[10.1136/bjsports-2020-103596](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103596)
18. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 396(10258):1204-1222. doi:[10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
19. Hall A.M., Aubrey-Bassler K., Thorne B., Maher C.G. (2021). Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ.* 372:n291. doi:[10.1136/bmj.n291](https://doi.org/10.1136/bmj.n291)
20. Hart O.R., Uden R.M., McMullan J.E., Ritchie M.S., Williams T.D. *et al.* (2015). A study of National Health Service management of chronic osteoarthritis and low back pain. *Prim Health Care Res Dev.* 16(2):157-166. doi:[10.1017/S1463423614000140](https://doi.org/10.1017/S1463423614000140)

21. Hill J.C., Konstantinou K., Egbewale B.E., Dunn K.M., Lewis M. *et al.* (2011). Clinical outcomes among low back pain consulters with referred leg pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*. 36(25):2168-2175. doi:[10.1097/BRS.0b013e31820712bb](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31820712bb)
22. Holt N., Pincus T., Vogel S. (2015). Reassurance during low back pain consultations with GPs: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 65(639):e692-e701. doi:[10.3399/bjgp15X686953](https://doi.org/10.3399/bjgp15X686953)
23. Hornung A.L., Barajas J.N., Rudisill S.S., Aboushaala K., Butler A. *et al.* (2023). Prediction of lumbar disc herniation resorption in symptomatic patients: a prospective, multi-imaging and clinical phenotype study. *Spine J*. 23(2):247-260. doi:[10.1016/j.spinee.2022.10.003](https://doi.org/10.1016/j.spinee.2022.10.003)
24. Johnson M.I, Hudson M., Ryan C.G. (2023). Perspectives on the insidious nature of pain metaphor: we literally need to change our metaphors. *Front Pain Res (Lausanne)*. 4:1224139. doi:[10.3389/fpain.2023.1224139](https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1224139)
25. Kalmus V., Masso A., Linnus M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. Veebiõpik. Tartu Ülikool.
26. Kessels R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. 96(5):219-222.
27. Kim H.S., Raorane H.D., Sharma S.B., Wu P.H., Jang I.T. (2020). Infected Schmorl's node: a case report. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 21(1):280. doi:[10.1186/s12891-020-03276-4](https://doi.org/10.1186/s12891-020-03276-4)
28. Kim S., Kim H., Chung J. (2014). Effects of Spinal Stabilization Exercise on the Cross-sectional Areas of the Lumbar Multifidus and Psoas Major Muscles, Pain Intensity, and Lumbar Muscle Strength of Patients with Degenerative Disc Disease. *J Phys Ther Sci*. 26(4):579-582. doi:[10.1589/jpts.26.579](https://doi.org/10.1589/jpts.26.579)
29. Kirkby Shaw K., Alvarez L., Foster S.A., Tomlinson J.E., Shaw A.J. *et al.* (2020). Fundamental principles of rehabilitation and musculoskeletal tissue healing. *Veterinary Surgery*. 49(1):22-32. doi:[10.1111/vsu.13270](https://doi.org/10.1111/vsu.13270)
30. Khan F.H., Hanif R., Tabassum R., Qidwai W., Nanji K. (2014). Patient Attitudes towards Physician Nonverbal Behaviors during Consultancy: Result from a Developing Country. *ISRN Family Med*. 473654. doi:[10.1155/2014/473654](https://doi.org/10.1155/2014/473654)
31. Konstantinou K., Hider S.L., Jordan J.L., Lewis M., Dunn K.M. *et al.* (2013). The impact of low back-related leg pain on outcomes as compared with low back pain alone: a systematic review of the literature. *Clin J Pain*. 2013;29(7):644-654. doi:[10.1097/AJP.0b013e31826f9a52](https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31826f9a52)

32. Kulińska J., Rypicz Ł., Zatońska K. (2022). The Impact of Effective Communication on Perceptions of Patient Safety—A Prospective Study in Selected Polish Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 19(15):9174. doi:[10.3390/ijerph19159174](https://doi.org/10.3390/ijerph19159174)
33. Lacagnina, M.J., Heijnen C.J., Watkins L.R., Grace P.M. (2021). Autoimmune regulation of chronic pain. *Pain Rep*. 6(1):e905. doi:[10.1097/PR9.0000000000000905](https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000905)
34. Laslett M. (2008). Evidence-Based Diagnosis and Treatment of the Painful Sacroiliac Joint. *J Man Manip Ther*. 16(3):142-152. doi: [10.1179/jmt.2008.16.3.142](https://doi.org/10.1179/jmt.2008.16.3.142)
35. Lim YZ, Chou L, Au RT, et al. (2019). People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother*. 65(3):124-135. doi:[10.1016/j.jphys.2019.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010)
36. Lotz J.C., Fields A.J., Liebenberg E.C. (2013). The Role of the Vertebral End Plate in Low Back Pain. *Global Spine Journal*. 3(3):153. doi:[10.1055/s-0033-1347298](https://doi.org/10.1055/s-0033-1347298)
37. Lugg W. (2022). The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. *Australas Psychiatry*. 30(1):55-59. doi:[10.1177/10398562211037333](https://doi.org/10.1177/10398562211037333)
38. Malik K.M., Nelson A.M., Chiang T.H., Imani F., Khademi S.H. (2022). The Specifics of Non-specific Low Back Pain: Re-evaluating the Current Paradigm to Improve Patient Outcomes. *Anesth Pain Med*. 12(4):e131499. doi:[10.5812/aapm-131499](https://doi.org/10.5812/aapm-131499)
39. Marcinowicz L., Konstantynowicz J., Godlewski C. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 60(571):83-87. doi:[10.3399/bjgp10X483111](https://doi.org/10.3399/bjgp10X483111)
40. Mathieu J., Pasquier M., Descarreaux M., Marchand A.A. (2023). Diagnosis Value of Patient Evaluation Components Applicable in Primary Care Settings for the Diagnosis of Low Back Pain: A Scoping Review of Systematic Reviews. *J Clin Med*. 12(10):3581. doi:[10.3390/jcm12103581](https://doi.org/10.3390/jcm12103581)
41. Meints S.M., Edwards R.R. (2018). Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 87(Pt B):168-182. doi:[10.1016/j.pnpbp.2018.01.017](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017)
42. Melzack R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ*. 65(12):1378-1382.
43. Mills S.E.E., Nicolson K.P., Smith B.H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 123(2):e273-e283. doi:[10.1016/j.bja.2019.03.023](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023)

44. Murphy M., Salisbury C. (2020). Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 70(698):e676-e683. doi:[10.3399/bjgp20X712349](https://doi.org/10.3399/bjgp20X712349)
45. Nicol V., Verdaguer C., Daste C., Bissériex H., Lapeyre É. *et al.* (2023). Chronic Low Back Pain: A Narrative Review of Recent International Guidelines for Diagnosis and Conservative Treatment. *J Clin Med.* 12(4):1685. doi:[10.3390/jcm12041685](https://doi.org/10.3390/jcm12041685)
46. Nijs J., Apeldoorn A., Hallegraef H., Clark J., Smeets R. *et al.* (2015). Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. *Pain Physician.* 18(3):E333-346. <https://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=&vol=18&page=E333>
47. Otero-Ketterer E., Peñacoba-Puente C., Ferreira Pinheiro-Araujo C., Valera-Calero J.A., Ortega-Santiago R. (2022). Biopsychosocial Factors for Chronicity in Individuals with Non-Specific Low Back Pain: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 19(16):10145. doi:[10.3390/ijerph191610145](https://doi.org/10.3390/ijerph191610145)
48. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18:188. doi:[10.1186/s12891-017-1549-6](https://doi.org/10.1186/s12891-017-1549-6)
49. Plug I., van Dulmen S., Stommel W., olde Hartman T.C., Das E. (2022). Physicians' and Patients' Interruptions in Clinical Practice: A Quantitative Analysis. *Ann Fam Med.* 20(5):423-429. doi:[10.1370/afm.2846](https://doi.org/10.1370/afm.2846)
50. Ravijuhendite töökoda. (2019). Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid>
51. Ritter A., Franz M., Miltner W.H.R., Weiss T. (2019). How words impact on pain. *Brain Behav.* 9(9):e01377. doi:[10.1002/brb3.1377](https://doi.org/10.1002/brb3.1377)
52. Schneider S., Lipinski S., Schiltenswolf M. (2006). Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J.* 15(6):821-833. doi:[10.1007/s00586-005-1015-2](https://doi.org/10.1007/s00586-005-1015-2)
53. See Q.Y., Tan J.B., Kumar D.S. (2021). Acute low back pain: diagnosis and management. *Singapore Medical Journal.* 62(6):271. doi:[10.11622/smedj.2021086](https://doi.org/10.11622/smedj.2021086)

54. Simonsen G.D., Jensen T.S., Kongsted A. (2021). Reassuring Patients With Low Back Pain in Primary Care Consultations. *Clin J Pain.* 37(8):598-606. doi:[10.1097/AJP.0000000000000946](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000946)
55. Singh Ospina N, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, Castaneda-Guarderas A., Gionfriddo M.R. *et al.* (2019). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *J Gen Intern Med.* 34(1):36-40. doi:[10.1007/s11606-018-4540-5](https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5)
56. Sinnott C., Dorban-Hall B., Dixon-Woods M. (2023). Tackling the crisis in general practice. *BMJ.* 381:p966. doi:[10.1136/bmj.p966](https://doi.org/10.1136/bmj.p966)
57. Sotsiaalministeerium. Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon. Kasutatud 05.06.23. <https://rhk.sm.ee/>
58. Thomas J.M., Cooney L.M., Fried T.R. (2021). Prognosis as Health Trajectory: Educating Patients and Informing the Plan of Care. *J Gen Intern Med.* 36(7):2125-2126. doi:[10.1007/s11606-020-06505-7](https://doi.org/10.1007/s11606-020-06505-7)
59. Traeger A., Buchbinder R., Harris I., Maher C. (2017). Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ.* 189(45):E1386-E1395. doi:[10.1503/cmaj.170527](https://doi.org/10.1503/cmaj.170527)
60. Turk D.C., Wilson H.D. (2010). Fear of Pain as a Prognostic Factor in Chronic Pain: Conceptual Models, Assessment, and Treatment Implications. *Curr Pain Headache Rep.* 14(2):88-95. doi:[10.1007/s11916-010-0094-x](https://doi.org/10.1007/s11916-010-0094-x)
61. Vachon-Preseu E., Centeno M.V., Apkarian A.V. (2016). The Emotional Brain as a Predictor and Amplifier of Chronic Pain. *J Dent Res.* 95(6):605-612. doi:[10.1177/0022034516638027](https://doi.org/10.1177/0022034516638027)
62. Velnar T., Gradisnik L. (2023). Endplate role in the degenerative disc disease: A brief review. *World J Clin Cases.* 11(1):17-29. doi:[10.12998/wjcc.v11.i1.17](https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i1.17)
63. Vernon H. (2012). What is different about spinal pain? *Chiropr Man Therap.* 20:22. doi:[10.1186/2045-709X-20-22](https://doi.org/10.1186/2045-709X-20-22)
64. Virkus, S. (i.a). Intervjuu Liigid | Intervjuu, Vaatlus Ja Sisuanalüüs. Õpiobjekt. Tallinna Ülikool.
65. Viswanathan V.K., Shetty A.P., Rajasekaran S. (2020). Modic changes - An evidence-based, narrative review on its patho-physiology, clinical significance and role in chronic low back pain. *J Clin Orthop Trauma.* 11(5):761-769. doi:[10.1016/j.jcot.2020.06.025](https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.06.025)

66. Walker A.K., Kavelaars A., Heijnen C.J., Dantzer R. (2014). Neuroinflammation and Comorbidity of Pain and Depression. *Pharmacol Rev.* 66(1):80-101. doi:[10.1124/pr.113.008144](https://doi.org/10.1124/pr.113.008144)
67. Wanko Keutchafo E.L., Kerr J., Baloyi O.B. (2022). A Model for Effective Nonverbal Communication between Nurses and Older Patients: A Grounded Theory Inquiry. *Healthcare (Basel)*. 10(11):2119. doi:[10.3390/healthcare10112119](https://doi.org/10.3390/healthcare10112119)
68. Williams S.E., Ford J.H., Kensinger E.A. (2022). The power of negative and positive episodic memories. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 22(5):869-903. doi:[10.3758/s13415-022-01013-z](https://doi.org/10.3758/s13415-022-01013-z)
69. Yao C., Zhang Y., Lu P., Xiao B., Sun P. *et al.* (2023). Exploring the bidirectional relationship between pain and mental disorders: a comprehensive Mendelian randomization study. *J Headache Pain.* 24(1):82. doi:[10.1186/s10194-023-01612-2](https://doi.org/10.1186/s10194-023-01612-2)
70. Zhang L., Zhou L., Ren Q., Mokhtari T., Wan L. *et al.* (2019). Evaluating Cortical Alterations in Patients With Chronic Back Pain Using Neuroimaging Techniques: Recent Advances and Perspectives. *Front Psychol.* 10. doi:[10.3389/fpsyg.2019.02527](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02527)
71. Zou T., Liu X.Y., Wang P.C., Chen H., Wu P.G. *et al.* (2023). Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation: A Meta-analysis. *Clin Spine Surg (in press)*. doi:[10.1097/BSD.0000000000001490](https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000001490)

Alaseljavalu algne ankeet

Nimi

Vanus

Kuupäev

Palun vastake kõigile küsimustele, tõmmates õigele vastusele ringi ümber ja lisades vajadusel selgituse

Nr.	Küsimus (vajadusel ka kommentaarid)	Vastus
1	Kas seljavalu episood on esmakordne?	JAH EI
2	Kui ammu on Teil alaseljavalu esinenud (mitu nädalat/kuud/aastat)?	
3	Kas Teie valu kiirgab ka alajäsemesse?	JAH EI
4	Kas Te kasutate käesoleval ajal ravimeid või toidulisandeid? Kui Te vastate JAH, siis lisage palun selgitus:	JAH EI
5	Kas Te olete kukkunud viimase 5 aasta jooksul? Kui Te vastate JAH, siis palun lisage selgitus: Mitu korda? Kas Te vajasite haiglaravi? (Jah Ei)	JAH EI
6	Kas Teil esineb valu öösel? Kui Te vastate JAH, siis palun lisage selgitus, millises kehapiirkonnas ja kui tugevalt (nõrk/mõõdukas/tugev) ning kui kaua see on kestnud	JAH EI

Lisa 1. Üldankeet.

1. kategooria

- 1) Kas arst selgitas Teile, milles võiks olla Teie probleemi olemus (ja mida ta selgitas)?
- 2) Kas ja missugust prognoosi Teie saite seoses oma probleemiga?
- 3) Kas Teie saite infot, mida võiks proovida ette võtta ka iseseisvalt?

2. kategooria

- 1) Kas saite arsti juures rääkida endale piisavas koguses või tundsite, et Teie jutule segati vahele?
- 2) Kuidas kirjeldaksite arsti hoiakut - silmsidet, näoilmet, soovi Teid kuulata?
- 3) Kuidas hindaksite, kui tõsiselt suhtuti Teie muresse?

3. kategooria

- 1) Kuidas sate aru järgmistest sõnadest? Proovige kirjeldada nende tähendust oma sõnadega.
Siin pole õiget või valet vastest, ainult Teie enda arusaamine.
 - Dorsalgia
 - Ishias
 - Lumbaago
 - Ebastabiilsus
 - Lülivaheketta nihe
 - Lülivaheketta degeneratsioon
- 2) Kas miski arsti sõnakasutuse juures jäi ebaselgeks?
- 3) Kas olid asjaolud, mis arstiga suheldes tekitasid ebakindluse või mure tunnet teie probleemi suhtes?

Suunavate küsimuste näited:

Kas (kõne all olev asjaolu) oli pigem hea või halb?

Kas saaksite rääkida (kõne all olevast asjaolust) täpsemini?

Mis tundeid (kõne all olev asjaolu) Teil tekitas?

jms...

Lisa 2. Intervjuu küsimused ja suunavate küsimuste näidised.

Perearst või EMO?

Ootamatult tekkinud tervisehäire puhul tekib igapäev küsimus, kust saada kiiresti abi. Vajaliku esmast abi osutab perearst või pereõde Teie oma perearstikeskuses. Haiglate erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) pakutakse vältimatut abi, s.o meditsiiniabi, mille osutamise edasilükkamine või osutamata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

Võrreldes EMOga, kus isepöördujate keskmine ooteaeg ületab nelja tundi, saab visiidi aega perearsti ja pereõde juurde

planeerida. Samuti on võimalik saada visiidi ajal perearstikeskuses rohkem teavet oma haiguse olemuse ning profülaktika kohta. EMOs on fookuses raskest seisundis patsiendi kiirdiagnostika ja ravi alustamine.

Selleks, et säästa nii oma aega kui ka tervishoiuasutuse ressursi, soovime Teil valida sobivaima variandi. Käesolev infoleht aitab otsustada, millisesse tervishoiuasutusse oma probleemiga pöörduda.

TÄISKASVANUD

Erakorralise meditsiini osakonda (EMOsse) minge siis, kui kahtlustate, et Teie tervislik seisund võib põhjustada surma või püsiva tervisekahjustuse.

Regionaalhaigla erakorralise meditsiini osakonnas osutatakse arstiabi alates 16. eluaastast, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla erakorralise meditsiini osakonnas alates 15. eluaastast.

MINGE PEREARSTI JUURDE

MINGE EMOsse

VALU

KESKMISE TUGEUSEGA JA/VÕI PIKALT KESTNUD VALU

- peavalu
- liigesevalu
- alaseljavalu
- kõrvavalu
- kurguvalu
- kõhuvalu

TUGEV JA ÄRKI TEKINUD VALU

- tuum pigistav, suruv või ängistav rinnavalu
- äkki tekkinud tugev ja püsiv peavalu, millega võivad kaasneda oksandamine ja tsukaalühäired
- äärmusliku kõhuvalu korral oksandamisega
- äärmusliku suukaudsetele ravimitele äärmusliku valu

NB!

Jäsemete valu, alaselja valu ja näopiirkonna valu, sh hambavalu ilma kõrge palavikuta ei ole eluohtlik ega vaja EMO abi! Nende valude puhul konsulteerige perearstiga või küsige nõu perearsti nõuandelinist **1220**.

TRAUMA/ÕNNETUS

VÄIKSEM TRAUMA/ÕNNETUS

- trauma, millega ei kaasne vigastatud kehassa tugevat painetust, luu murrust ega liikumise piirangut
- psühtrauma
- putukahammustus, sh puugihammustus

TRAUMA/ÕNNETUS

- värske trauma, vigastatud kehassa tugev painetus, luu murru või liikumise piirangut, haavad, põletust, sõbritus, elektritrauma, mürgistus jms
- võõrkeha hingamisteedes, seedetraktis või mujal
- looma hammustus (kass, koer vms)

VEREJOOKS

VEREJOOKS

- veri väljaveetis
- verekiud rõgas
- sageli raskest rinnaverejooksust

ÄGE VEREJOOKS

- kaitetud seedetrakti verejooks
- luu- ja liigeseverejooks
- äge rinnaverejooks
- äge verekiha

ÄGEDAD SEISUNDID

KERGEMATE HAIGUSTE ÄGEDAD SEISUNDID

- haigestumine külmushaigustesse (nohu, kõha, kurgu- kõrva- ja peavalu jms)
- haigestumine kõhuvaluksesse või kaebustud seedetraktis (õeldus, oksandamine, kõrvetised, kõhuvalu, kõhulahtisus jms)
- allergilised (dermatit ehk nahapõletik, astma, heinasnohu, keele- ja neeluturse)
- enam kui 48 tundi tagasi tekkinud südamerütmihäire, millega ei kaasne õhupuudust ega valu rinnus ning patsient ei tarvita antikoagulantide (verevedeldajate)
- sageda urineerimine, ebamugavus või suurenenud urineerimine, urineerimisvõime vähenemine, voolus sagedamini, kahtlus suguhäigusele
- nägemisvõime langus, eriti silmist, silmapõletik
- kuulmislangus, kõhn/helid kõrvus, eriti kõrvast
- krooniliste haiguste ägenemine (kõrgenenud vereerh jms)

ÄGEDAD SEISUNDID

- insuldi kahtlus - äkki tekkinud kõnehäire ja kehapiirte halvatus või nõrkus või tundlikkuse langus (nt ühe suunurk vajub alla poole), äkki tekkinud tsukaalühäire või peapööritus, müra või teadvusekaotus
- äärmuslik nõrkus, jõuetus
- palavikulandajatele äärmuslikult üle 38,5 °C palavik, kõrge palavik kaebatult kõrge palavik ja/või lakkamatu oksandamine kaheksa päeva patsiendil
- hingeldus, õhupuudus, raske astmahoog (hingamisteadust viitava väljalangamisega)
- äge allergiline reaktsioon, millega kaasneb õhupuudus, kogu keha haavav lööve, keeleturse, neelamisvõime vähenemine jms
- urineerimise puudumine
- kuni 48 tundi tagasi tekkinud südamerütmihäireid või enam kui 48 tundi kestnud südamerütmihäireid, millega kaasneb õhupuudus ning valu rinnus
- tromboosikahtlus - äkki tekkinud valu ja turse jäsemetel, enamasti sääremee- ja põlvepiirkonnas; jäseme jahutus ja värvumine valgeks või punaseks-õliliseks

NAHAPÕLETIKUD

NAHAPÕLETIKUD

- nahalööve mädanikud (patie, mädanuk jms)
- nahapõletik - võib esineda lööve ni täppidena kui ka kulduna, sügelus, kipitus, letendus jms)
- kroonilised haavandid
- herpes

ÄGEDAD NAHAPÕLETIKUD

- laialdasel mädanikul ja mädakogumil, millega kaasneb valu ja palavik
- põletikuline haav, millega kaasneb palavik ja vigastatud piirkonnas kiiresti (tundidega) leviv turse (alatalvik paistetust)

PSÜÜHIKA- JA MEELEOLUHÄIRED

MEELEOLUHÄIRED

- depressioon (mehendum, meeleheide, huvipuudus, ümbritseva suhtes), meeleolu langus
- ärevus ja unehäired
- käitumus- ja sõltuvusprobleemid

PSÜÜHIKAHÄIRED, MIS ON PATSIENDILE ENDALE VÕI TEISTELE OHTLIKUD

- äge psühhos (luudus, meelepetted, paranoia)
- seisusastund
- enesetapukatse

Lisa 3. Infoleht perearstiabi ja erakorralise meditsiini vajaduse eristamiseks (Terviseamet).

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Denis Molodost (06.08.1999)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose xx,

mille juhendaja on Martin Argus,

reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
3. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.