

INFEKTSIONISTI KÜLASTAVATE HIV-I NAKATUNUD INIMESTE TERVIS

2013. aasta terviseuuringu raport

Liilia Lõhmus, Liis Lemsalu, Kristi Rüütel,
Kaja-Triin Laisaar, Anneli Uusküla

Tallinn 2014



SISUKORD

TABELITE LOETELU	3
SISSEJUHATUS	5
LÜHENDID JA MÕISTED.....	6
TAUST JA UURINGU EESMÄRGID	6
METOODIKA	8
Üldkogum	8
Valim	8
Uuringu käik	9
Proovide kogumine STLide levimuse hindamiseks	9
Uuringu instrumendid	9
Andmete haldamine ja analüüs	10
Eetilised aspektid	10
ANDMETE KOGUMINE JA ESINDUSLIKKUS.....	10
Vastamismäär	11
Andmete esinduslikkus	12
Keeldujad vs valim	12
Üldkogum vs valim	13
UURINGU TULEMUSED	16
Sotsiaal-demograafilised andmed	16
Sõltuvusainete tarvitamine	23
Suitsetamine ja alkoholi tarvitamine	23
Narkootikumide tarvitamine.....	24
Seksuaalkäitumine	28
Seksuaalne orientatsioon	28
Seksuaalkäitumine viimase 12 kuu jooksul	29
Rasestumisest hoidumise meetodid	31
Suguhaiguse kahtlus viimase 12 kuu jooksul	33
Hinnang tervisele ja elukvaliteedile	33
Kehakaal.....	35
Vaimne tervis	36
HIV-i nakatumise ja raviga seotud andmed	39
HIVi nakatumise aeg ja viis	39
Haiguse staadium ja ARV-ravi.....	40
Infektsionisti külastamine.....	43
Oma nakatumisest rääkimine	43
Tegevused, mida on nakatumise tõttu välditud	44
Kaasuvad haigused	45
Seksuaalsel teel levivad infektsioonid	45
Viirushepatiitid	46
Tuberkuloos.....	47
HIVi nakatunute kirjeldus nakatumise viisi alusel	47
Psühhosotsiaalsed ja tervishoiuteenused	49
Rahulolu oma nakkushaiguste arsti ja tema poolt osutatud raviteenusega	53
Kondoomide, rasestumisvastaste vahendite ja süstalde/nõelte kättesaadavus	59
HIV-positiivsete inimeste tugigrupp	61
KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED	65
ИТОГИ И ВЫВОДЫ	71
VIITED.....	78

TABELITE LOETELU

Tabel 1: Uuringusse kaasamine kuude lõikes	11
Tabel 2: Uuringust keeldumise põhjused	11
Tabel 3: Valimi võrdlus keeldujatega sugude alusel	12
Tabel 4: Valimi võrdlus keeldujatega vanusgruppide alusel	13
Tabel 5: Valimi võrdlus keeldujatega ARV-ravi saamise alusel	13
Tabel 6: Valimi võrdlus keeldujatega HIV diagnoosi alusel	13
Tabel 7: Valimi võrdlus üldkogumiga uuringukeskuste alusel	14
Tabel 8: Valimi võrdlus üldkogumiga sugude alusel	14
Tabel 9: Valimi võrdlus üldkogumiga vanusgruppide alusel	15
Tabel 10: Valimi võrdlus üldkogumiga ARV-ravi saamise alusel	15
Tabel 11: Valimi võrdlus üldkogumiga HIV diagnoosi koodi alusel	16
Tabel 12: Sugu ja vanus	18
Tabel 13: Rahvus ja kodakondsus	18
Tabel 14: Elukoht enamusel päevadel nädalas	19
Tabel 15: Kõrgeim lõpetatud haridustase	19
Tabel 16: Sotsiaalne staatus	19
Tabel 17: Sissetulekuallikad küsitlusele eelnenud kuul	20
Tabel 18: Ravikindlustuse olemasolu	20
Tabel 19: Hinnang majanduslikule olukorrale	20
Tabel 20: Pere koosseis	21
Tabel 21: Lapse/laste olemasolu	22
Tabel 22: Praegune eluase	22
Tabel 23: Vanglas viibimine elu jooksul	22
Tabel 24: Suitsetamise sagedus viimase 4 nädala jooksul	23
Tabel 25: Alkoholi tarvitamise sagedus viimase 4 nädala jooksul	23
Tabel 26: Hinnang alkoholi tarvitamisele, CAGE-testi tulemused	23
Tabel 27: Narkootikumide tarvitamine elu jooksul	25
Tabel 28: Vanus esmakordsel narkootikumide tarvitamisel	25
Tabel 29: Narkootikumide tarvitamine viimase 4 nädala jooksul	25
Tabel 30: Narkootikumide tarvitamise sagedus viimase 4 nädala jooksul	26
Tabel 31: Narkootikumide tarvitamine viis viimase nelja 4 jooksul	26
Tabel 32: Narkootikumid, mida viimase 4 nädala jooksul tarvitati muul viisil kui süstides	26
Tabel 33: Narkootikumid, mida viimase 4 nädala jooksul tarvitati süstides	27
Tabel 34: Süstla, nõela või muu süstimisvarustuse jagamine viimase 4 nädala jooksul	27
Tabel 35: Narkomaaniaravil viibimine	27
Tabel 36: Narkomaaniaravi liik, mida saadakse küsitluse toimumise ajal	28
Tabel 37: Seksuaalne orientatsioon	28
Tabel 38: Seksuaalvahekord samast soost partneriga	29
Tabel 39: Seksuaalvahekord viimase 12 kuu jooksul	29
Tabel 40: Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul	29
Tabel 41: Seksuaalvahekord püsipartneriga viimase 12 kuu jooksul	30
Tabel 42: Püsipartnerite arv viimase 12 kuu jooksul	30
Tabel 43: Kondoomi kasutamine viimase 12 kuu jooksul püsipartneriga seksuaalvahekorras	30
Tabel 44: Püsipartnerite hulgas HIVi nakatunud ja/või süstivad narkomaanid	30
Tabel 45: Seksuaalvahekord juhupartneriga viimase 12 kuu jooksul	31
Tabel 46: Juhupartnerite arv viimase 12 kuu jooksul	31
Tabel 47: Kondoomi kasutamine viimase 12 kuu jooksul juhupartneriga seksuaalvahekorras	31
Tabel 48: Juhupartnerite hulgas HIVi nakatunud ja/või süstivad narkomaanid	31
Tabel 49: Rasestumisest hoidumise meetodid viimase seksuaalvahekorra ajal	32
Tabel 50: Rasestumisest hoidumise meetodid viimase seksuaalvahekorra ajal	32
Tabel 51: Viimase 12 kuu jooksul kahtlus, et võib olla mõni suguhaigus	33
Tabel 52: Käitumine suguhaiguse kahtluse korral	33
Tabel 53: Rahulolu oma tervisega üldiselt viimase kahe nädala jooksul	34
Tabel 54: Hinnang oma elukvaliteedile viimase kahe nädala jooksul	35
Tabel 55: Elukvaliteedi kuue valdkonna keskmised skoorid	35
Tabel 56: Hinnang kehakaalule vastavalt KMI gruppidele	36
Tabel 57: Vaimse tervise aspektid ja riskigruppi kuulumine vastavalt EEK-2-le	37
Tabel 58: Arsti poolt diagnoositud depressioon ja ärevushäired viimase 12 kuu jooksul	38
Tabel 59: Ravimeid, mida on tarvitatud viimase 12 kuu jooksul	38

Tabel 60: Enesetapuga seotud küsimused	39
Tabel 61: HIVi nakatumise aasta	40
Tabel 62: HIV-nakkuse kestus	40
Tabel 63: HIVi nakatumise viis	40
Tabel 64: Positiivse HIV-testi tulemuse teada saamisest infektsionisti visiidini kulunud aeg	42
Tabel 65: HIVi nakatunute jagunemine vastavalt CD4 rakkude arvule	42
Tabel 66: HIVi nakatunute jagunemine vastavalt viiruste hulgale veres	42
Tabel 67: Arsti soovitus alustada antiretroviirusraviga	42
Tabel 68: Antiretroviirusravimite võtmine	43
Tabel 69: Regulaarne infektsionisti külastamine	43
Tabel 70: Inimesed, kellele on räägitud oma nakatumisest HIVi	44
Tabel 71: Haigusega seotud murede rääkimine perekonnale ja sõpradele-tuttavatele	44
Tabel 72: Tegevused, mida on välditud oma HIV-positiivsuse tõttu	45
Tabel 73: STLide levimus viimase 12 kuu jooksul patsiendi poolt raporteeritud andmetel	46
Tabel 74: Uuringu käigus teostatud analüüside tulemused	46
Tabel 75: B- ja C-hepatiidi levimus	47
Tabel 76: Vaktsineerimine B-hepatiidi vastu	47
Tabel 77: Tuberkuloosi levimus	47
Tabel 78: Patsiendi poolt nimetatud arvatav nakatumise viis ja elu jooksul süstimisega kokkupuude	48
Tabel 79: HIVi nakatunute andmed arvatava nakatumise viisi lõikes	48
Tabel 80: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste vajadus viimase 12 kuu jooksul	50
Tabel 81: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste kasutamine viimase 12 kuu jooksul	51
Tabel 82: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste kasutamise ja vajadusega seotud puudujäägid viimase 12 kuu jooksul	52
Tabel 83: Keskmine hinnang rahulolule seoses tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavusega	53
Tabel 84: Hinnang oma raviarsti poolt pakutavale abile	56
Tabel 85: Infektsionisti poolt pakutud abiga rahulolu põhjused	57
Tabel 86: Keskmine hinnang infektsionisti poolt osutatud raviteenuse erinevatele külgedele viimase 12 kuu jooksul	57
Tabel 87: Infektsionisti poolt pakutud raviteenuse erinevad küljed, mida patsiendid peavad oluliseks	58
Tabel 88: LTKH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul	58
Tabel 89: IVKH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul	59
Tabel 90: NH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul	59
Tabel 91: Vahendite vajadus viimase 12 kuu jooksul	60
Tabel 92: Vahendite kättesaadavus viimase 12 kuu jooksul (vastavat vahendit vajanutest)	61
Tabel 93: HIV-positiivsete inimeste tugigrupis osalemine	63
Tabel 94: Põhjused, miks ei osaleta HIV-positiivsete inimeste tugigrupis	63
Tabel 95: Abi ja teemad, mille käsitlemist oodatakse HIV-positiivsete tugigrupis	64
Tabel 96: Soov suhelda teiste HIV-positiivsete inimestega	64
Tabel 97: Põhjused, miks ei soovita suhelda teiste HIVi nakatunud inimestega	64

SISSEJUHATUS

„HIVi nakatunud inimeste terviseuuring 2013“ viidi läbi Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi poolt koostöös Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ning Narva Haigla suurema uuringuprojekti „HIV ennetus ja ravi Eestis: teadmiste ja praktika ühendamine“ raames. Varasemalt on väiksemas mahus taolist uuringut korraldatud 2005. ja 2008. aastal. Uuringut rahastati Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi ja Tervise Arengu Instituudi poolt järgmistest vahenditest: Sihtasutus Archimedes alameetme „Tervishoiualase teadus- ja arendustegevuse toetamine“ projekti „Bridging the gap in knowledge and practice of prevention and care for HIV in Estonia“ (projekti number struktuuritoetuse riiklikus registris 3.2.1001.11-0020) ja riiklik HIV ja AIDSi Strateegia aastateks 2006–2015. Uuring sai heakskiidu Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt (otsus nr 2919, 15.12.2012).

Käesolev raport on kirjeldav ülevaade uuringu raames kogutud andmetest: sotsiaal-demograafilised andmed, sõltuvusainete tarvitamine, seksuaalkäitumine, füüsiline tervis, vaimne tervis, elukvaliteet, HIVi nakatumisega seotud andmed, kaasuvad haigused, psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste kasutamine ning rahulolu nendega.

HIVi nakatunud inimeste terviseuuringu andmed koguti perioodil jaanuar kuni november 2013. Uuringusse kaasati sellel perioodil Lääne Tallina Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Narva Haigla infektsionisti ambulatoorsele vastuvõtule pöördunud HIVi nakatunud patsiendid.

Raporti koostajad ja projekti meeskond tänab kõiki inimesi, kes osalesid uuringus ning leidsid aega ankeetide täitmiseks ja analüüside andmiseks.

Andmete kogumise ja uuritavate kaasamisega tegelesid Lääne-Tallina Keskhaiglas dr Tiiu Aug, dr Kerstin Kase, dr Helen Mülle, dr Kersti Kink, õed Merike Meindok, Irina Milaševitš, Irina Sorokina, Olev Lumiste ja Liudmila Ponomarenko. Ida-Viru Keskhaiglas olid uuringuga seotud dr Jelena Šmidt, dr Svetlana Semjonova, dr Natalia Nikitina, dr Julia Kogan, õed Anne Junolainen, Marjana Golubnitšija ja Tatiana Fishkova. Narva Haiglas korraldas andmete kogumist dr Lilia Novikova. Andmete sisestamisega tegelesid Ludmilla Jakobson ja Meeli Paldrok. Uuringu planeerimisel ning andmete analüüsil aitasid kaasa dr Kai Zilmer Lääne-Tallinna Keskhaiglast, dr Pille Letjuka Narva Haiglast, Eha Nurk Tervise Arengu Instituudist, Mait Raag Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist. Ankeetide piloteerimine viidi läbi tänu Eesti HIV-positiivste Võrgustikule. Suured tänud!

LÜHENDID JA MÕISTED

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)
ARV-ravi	antiretroviirusravi
ARV-ravimid	antiretroviirusravimid
CD4	CD4 diferentseerumise klaster (T-raku pinnaretseptor)
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
IVKH	Ida-Viru Keskhaigla
KMI	kehamassiindeks
LTKH	Lääne-Tallinna Keskhaigla
MSM	meestega seksiv mees
NH	Narva Haigla
PCR	polümeraasi ahelreaktsioon (<i>polymerase chain reaction</i>)
RSN	Uuring „Ravisoostumust toetava nõustamise uuring antiretroviirusravi (ARV-ravi) saavate isikute hulgas“
STLI	seksuaalsel teel leviv infektsioon
TAI	Tervise Arengu Instituut
TÜ	Tartu Ülikool
UNAIDS	ÜRO AIDSi programm (<i>United Nations AIDS programme</i>)
Uuringukeskus	haigla, kus viidi terviseuuring läbi
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)

TAUST JA UURINGU EESMÄRGID

Terviseameti andmetel [1] oli Eesti Vabariigis 31. detsembri 2013 seisuga kokku HIV diagnoositud 8 702 inimesel, sh AIDS 414 inimesel. Hinnanguliselt võib aga HIVi nakatunute arv Eestis olla suurem. Süstivate narkomaanide ja teiste riskirühmade hulgas tehtud uuringutel põhineva mudeliga hinnati, et Eestis elavate HIViga inimeste koguarv oli 2008. aastal umbes 11 000 [2]. UNAIDSi hinnangul võis Eestis elavate HIViga inimeste arv aastal 2012 olla 7 200–11 000 [3]. Uusimad andmed pärinevad WHO Eesti HIVi ja AIDSi ravi ning teenuste korraldust hindavast raportist, mis pakub HIVi nakatunute arvuks 13 500 [4].

Terviseameti andmed [1] näitavad, et peaaegu 70% kõigist uutest HIVi juhtudest aastatel 2000–2013 avastati meeste seas. Meeste osakaal oli eriti kõrge ajavahemikus 2000–2001, kuid viimastel aastatel on naiste osatähtsus suurenenud kõigis vanuserühmades. Põhjuseks on nakatunud meeste absoluutarvu vähenemine. Kõigist 2000. aasta uutest juhtudest moodustasid naised 20%, 2013. aastal 39%. Kui vaadata vanusrühmiti andmeid, siis erandiks on 15–24-aastased, kelle hulgas on viimasel viiel aastal naiste osakaal suurem kui meestel – 2013. aastal moodustasid naised selles vanusrühmas 63%. Kokku on meeste hulgas 31.12.2013 seisuga registreeritud 5 866 ning naiste seas 2 836 HIV-nakkuse juhtu.

Inimeste vanus esmasel HIV-nakkuse diagnoosimisel on kasvamas: 30-aastaste ja vanemate inimeste osakaal on aastate jooksul suurenenud. 2001. aastal, mil diagnoositi läbi aegade enim uusi HIVi juhte, moodustasid 30-aastased ja vanemad uute juhtude hulgas 8%. 2013. aastal registreeriti selles vanusrühmas 59% uutest HIVi juhtudest. Epideemia algusaastatel oli põhiliseks riskirühmaks 15-24-aastased, moodustades ajavahemikus 2000–2001 78% uutest juhtudest. 2013. aastal oli HIVi uute juhtude hulgas 15-24-aastaseid vaid 14%.

2000. aastal registreeriti enamik diagnoositud uutest HIVi juhtudest (92%) Ida-Virumaal. Harju maakonnas (k.a Tallinnas) uute HIVi juhtude osakaal tõusis märkimisväärselt aastatel 2001–2002. Alates sellest ajast on epideemia levinud peamiselt nendes kahes piirkonnas.

HIVi nakatunud inimeste terviseseisundi jälgimise ja raviga tegelevad Eestis nakkushaiguste arstid ehk infektsionistid, kes võtavad patsiente vastu viies linnas – Tallinnas, Narvas, Kohtla-Järvel, Tartus ja Pärnus. Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2012. aasta tegevuskava aasta-aruande [5] põhjal on hinnanguliselt nakkushaiguste arstide juures arvel veidi rohkem kui pooled registreeritud nakkuskandjatest ning neist umbes pooled saavad antiretroviirusravi (ARV-ravi).

Kolmes haiglas – Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Ida-Viru Keskhaiglas ja Narva Haiglas – osutatakse HIVi nakatunud isikutele juhtumikorraldusteenust. Osades haiglates töötavad nakkusosakondades lisaks sotsiaaltöötajad ning psühholoogid. Samuti pakutakse HIVi nakatunud inimestele ja nende lähedastele sotsiaal-, kogemus- ja psühholoogilist nõustamist ning psühhoteraapiat. Neid teenuseid pakuvad Eestis mitmed osa- ja mittetulundusühingud. Riigi ja kohalike omavalitsuste poolt pakutavaid sotsiaaltoetusi määratakse kõigile abivajajatele samadel tingimustel ning HIV-nakatunutele mingeid erisoodustusi ei ole.

2013. aastal viidi HIVi nakatunud inimeste hulgas uuring läbi kolmandat korda. Esmakordselt koguti HIVi nakatunutelt spetsiaalse uuringu abil andmeid 2005. aastal ning käsitletavateks teemadeks olid sotsiaalmajanduslik olukord, elukvaliteet ning stigma ja diskrimineerimine [6]. Uuringu käigus kujundati valimi moodustamise ja küsitluse meetodika, mida järgiti ka 2008. aastal. 2008. aasta uuringu raames koguti esimese uuringu tulemustega võrdlemist võimaldavat ning ka uut informatsiooni HIViga nakatunud inimeste sotsiaalmajandusliku olukorra, elukvaliteedi, tervisliku seisundi ja diskrimineerituse kohta [7].

2013. aastal läbiviidud uuringu raames käsitleti mitmeid teemasid HIVi nakatunute puhul Eestis esmakordselt – meeolelu- ja ärevushäirete esinemine ning suitsidaalsus. Osad teemad aga leidsid võrreldes varasemaga põhjalikumat käsitlemist – HIVi nakatunud inimeste seksuaalkäitumine, sõltuvusainete, sh alkoholi, tarvitamine, HIViga seotud teenuste kättesaadavus ning rahulolu nendega.

HIV-nakkuse levikut ja HIVi nakatunud inimeste elukvaliteeti ei mõjuta mitte üksnes inimeste teadmised ja käitumine ning tervishoiusüsteem, vaid ka paljud keskkonnast, sotsiaalmajanduslikust ning õiguslikust olukorrast tulenevad tegurid [8, 9]. Nende tegurite mõistmine on oluline, et planeerida ja rakendada meetmeid eesmärgiga pidurdada HIV-nakkuse levikut ning parandada HIVi nakatunud inimeste elukvaliteeti.

Maailma Terviseorganisatsiooni [10] raporti kohaselt on HIVi nakatunud inimeste hulgas märkimisväärselt rohkem psüühikahäirega inimesi kui tavaelanikkonnas. Näiteks USAs läbiviidud uuringus selgus, et peaaegu pooled uuringus osalenud HIVi nakatunutest kannatasid psüühikahäire käes ja depressiooni levimus oli kaks kuni kolm korda suurem kui tavaelanikkonnas [11]. Meeleluuhäired (depressioon, düstüümia) olid HIVi nakatunute seas levinumad kui ärevushäired [11]. On leitud, et depressioon alandab oluliselt HIVi nakatunute hinnangut oma elukvaliteedile [11–15] ning ka enesetapumõtted on seotud madalama elukvaliteediga [16]. HIVi nakatunute seas on kirjeldatud enam unehäireid kui tavaelanikkonnas ning need omakorda mõjutavad elukvaliteeti laiemalt [17, 18].

Alkoholi ja illegaalsete uimastite liigtarbimine on seotud paljude terviseriskidega. Nii HIVi nakatunud kui mitte-nakatunud inimeste seas on näidatud, et inimesed, kes enam tarvitavad alkoholi

ja narkootikume, hindavad ka oma elukvaliteeti madalamalt, nende seas on enam vaimse tervise häireid ning seksuaalset riskikäitumist [19, 20].

Eesti epideemiat iseloomustatakse jätkuvalt kontsentreeritud epideemiana süstivate narkomaanide rahvastikurühmas. Ametlikult registreeritud andmed levikuteede osas on puudulikud, kuid viimastel aastatel on täheldatud HI-viiruse leviku suurenemist seksuaalsel teel, seda eelkõige HIVi nakatunud süstivate narkomaanide seksuaalpartnerite seas [21]. Eestis läbiviidud uuringute andmed näitavad, et arvatav seksuaalsel teel nakatumise osakaal on aastate jooksul kasvanud [7]. Lisaks on varasemad uuringud näidanud, et enam kui kolmandikul HIVi nakatunutel puudub tervisekindlustus, mis muudab seksuaaltervise teenuste kättesaadavuse neile keerukaks.

Eeltoodust lähtuvalt on HIVi nakatunud inimeste terviseuuringu eesmärgiks eelkõige koguda andmed järjepideva seire eesmärgil nende sotsiaalmajanduslikust olukorrast, elukvaliteedist, tervislikust seisundist ning nakatumisega seotud käitumuslikest aspektidest. Olulise ja uudse eesmärgina on uurida HIVi nakatunud inimeste vaimset tervist, alkoholi ja narkootikumide tarvitamist, põhjalikumalt HIVi nakatunud inimeste seksuaalkäitumist ning seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLD) levimust. Samuti selgitatakse psühhosotsiaalsete ning raviteenustega seotud vajadused, juurdepääs ja barjäärid.

Kogutud andmed võimaldavad paremini ja täpsemalt planeerida ning hinnata riikliku HIV strateegia tegevusi ning arendada HIVi nakatunud inimestele suunatud tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid.

METOODIKA

Üldkogum

Üldkogumi moodustavad ambulatoorsele vastuvõtule pöördunud HIVi nakatunud inimesed kolmes haiglas: Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH), Ida-Viru Keskhaigla (IVKH), Narva Haigla (NH). Seisuga 31.03.2013 oli kolmes haiglas arvel kokku 4162 HIVi nakatunud inimest, sh 1998 LTKHs, 1183 IVKHs, 981 NHs. ARV-ravi saab kokku 2361 inimest, sh 1164 LTKHs, 605 IVKHs ja 592 NHs. Samad koostööpartnerid osalesid läbilõikelistes uuringutes ka 2005. ja 2008. aastal ning haiglate valik lähtub asjaolust, et üle 90% HIV-nakkuse juhtudest on avastatud Ida-Virumaal või Tallinnas ning Tartus ja Pärnus on infektsionistide juures käivate nakatunute hulk väga väike [1].

Valim

Uuringu valim moodustus HIViga nakatunud inimestest, kes andmete kogumise perioodil pöördusid ambulatoorsele vastuvõtule. Eraldi kedagi välja ei kutsutud. Uuringusse kaasajateks olid nakkushaiguste arstid. Algselt planeeriti, et uuringus osalevad kõik nakkushaiguste arstid, kes võtavad HIVi nakatunud inimesi ambulatoorselt vastu. Uuringu käigus kaasas LTKHs 13-st ambulatoorse vastuvõtu nakkushaiguste arstist neli, IVKHs töötab neli nakkushaiguste arsti ja nad kõik osalesid ka uuringus ning Narvas võtab vastu ambulatoorseid patsiente üks arst, kes ka kaasamisega tegeles.

Uuringus osalemist pakuti järjestikku kõikidele patsientidele, kui nad vastasid järgmistele kriteeriumitele:

- vanus vähemalt 18 aastat;
- räägib kas eesti või vene keelt;
- on oma HIV-positiivsest staatusest teadlik vähemalt kolm kuud;
- ei ole teadaolevalt rase;

- ei ole silmnähtavalt ravimite või narkootikumide mõju all ehk on võimeline andma informeeritud nõusoleku, täitma ankeedi ja läbima kõik uuringus ettenähtud protseduurid;
- ei ole varem antud uuringus osalenud (ehk iga inimene osaleb ühel korral).

Valimi suuruseks planeeriti 750 HIVi nakatunud inimest, sh LTKHst oli eesmärgiks koguda andmed 300 inimeselt, samuti IVKHst 300 inimest ning NHst 150 inimest.

Uuringu käik

Läbilõikeline uuring viidi läbi kvantitatiivse uuringu põhimõtetel. Andmed koguti küsimustike abil, mida täitsid uuritavad ja arstid. Uuringu käigus läbis HIVi nakatunud inimene järgmised etapid:

- Esmalt selgitas arst uuritava sobivuse uuringusse ning seejärel tutvustas uuringu eesmärke ning läbiviidavaid protseduure. Uuringust keeldumise korral see dokumenteeriti ning selgitati välja keeldumise põhjused. Uuringus osalejatelt küsiti informeeritud nõusolek.
- Uuritavad kaaluti ning mõõdeti nende pikkus;
- Uuringus osalejad vastasid iseseisvalt küsimustikule;
- Uuritavad võtsid iseseisvalt tupeäige- või uriiniproovi;
- Uuritavale anti uuringus osalemise eest kinkekaart (väärtuses 10 eurot);
- Lisaks täitis raviarst lühikese küsimustiku uuringus osaleja kohta.

Kõik uuringu käigus täidetud küsimustikud ning informeeritud nõusoleku leht suleti uuritava koodiga markeeritud ümbrikusse.

Proovide kogumine STLIde levimuse hindamiseks

Määramaks haigustekitajad enam levinud STLIde osas (klamüdioos ja gonorröa) andsid uuritavad tupeäige- või uriiniproovi. Uuritav võttis iseseisvalt proovi selleks ettenähtud ruumis. Eelnevalt teda juhendati ning varustati vajalike vahenditega (naistele tampoon ja meestele uriinitops). Meestelt koguti 2 ml esmajoa uriini ning naistelt tupekaabe. Kogutud proov anti õele. Proovimaterjale testiti vastava haigla laboris PCR meetodiga. Analüüside tulemustest teavitati uuritavat tema raviarst ning vajadusel tagati tasuta antibiootikumravi.

Tupeäige- ja uriiniproovid koguti kahes suuremas uuringukeskuses – LTKHs ja IVKHs.

Uuringu instrumendid

1. HIVi nakatunud inimese poolt täidetav ankeet, mis oli eelkodeeritud ja sisaldas järgmisi küsimusteblokke ning tervisliku seisundi hindamiseks kasutatavaid instrumente:
 - A. Sotsiaal-demograafilised andmed;
 - B. Elukvaliteet, mille hindamisel võeti aluseks Maailma Terviseorganisatsiooni poolt välja töötatud küsimustik *WHOQOL-HIV Instrument* lühendatud variant [22];
 - C. Vaimne tervis, mille hindamisel võeti aluseks emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 [23, 24]. EEK-2 on subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni, ärevuse, sotsiaalfoobia, paanikahäire, unehäirete ja vaimse kurnatuse sümptomite hindamiseks;
 - D. Seksuaalkäitumine;
 - E. Sõltuvusainete tarvitamine. Probleemset alkoholi tarvitamist hinnati CAGE-testi alusel [25];
 - F. HIV-staatus, ravi ja stigma;
 - G. Terviseteenusega seotud vajadused ja rahulolu nendega.
 2. Arsti küsimustik, kuhu ambulatoorse kaardi alusel märgiti uuritava taustaandmed, HIVi nakatumise ja raviga seotud daatumid, ravimitega seotud info ning CD4-rakkude arv ja viiruskoormus.
 3. Skriiningukaart, mille alusel selgitati patsiendi sobivus uuringusse (vastavus kaasamise kriteeriumitele). Uuringus osalejate puhul märgiti skriiningukaarti uuringus osaleva patsiendi pikkus ja kaal ning keeldujate puhul keeldumise põhjus.
- Uuringu küsimustikud olid koostatud eesti ja vene keeles.

HIVi nakatunud inimeste poolt täidetud ankeet ja informeeritud nõusoleku leht piloteeriti oktoobris 2012 Eesti HIV-positiivste Võrgustiku abil kahes grupis: eestikeelne (n=3) ja venekeelne grupp (n=4). Mõlemas grupis olid esindatud mehed ja naised, antiretroviirusraviga (ARV-ravi) olevad inimesed ja ravi mitte saavad inimesed, narkootikumide süstimisega seotud inimesed ja narkootikume mitte tarvitanud inimesed.

Andmete haldamine ja analüüs

Andmed sisestati Microsoft Excel programmis andmemaatriksina ja andmesisestusprogrammis Epi Info 3.5 jooksvalt andmete laekumisel topelt. Andmesisestuse kvaliteeti kontrolliti ning andmed puhastati. Käesoleva raporti tarbeks analüüsiti andmeid kasutades statistilise analüüsi paketti SPSS 16.0. Kahemõõtmelises analüüsis on andmete kirjeldamiseks kasutatud sagedusi (n; %) ning keskmisi näitajaid. Erinevuste hindamiseks on kasutatud peamiselt χ^2 testi, lisaks ka *Fisher's Exact* testi, Kruskal-Wallis testi ja One-Way ANOVA Tamhane testi või Bonferroni testi.

Eetilised aspektid

Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Uuringus osalemist oli võimalik selle igas etapis katkestada, ilma et see oleks toonud kaasa mingeid ebameeldivaid tagajärgi.

Esmalt tutvustati uuritavale uuringu eesmärke, tingimusi ja protseduure. Uuritav tutvus informeeritud nõusoleku lehega, sellega nõustumisel kinnitas ta need allkirjaga või muu märkega (mis tema jaoks anonüümsuse huvides sobiv oli). Allkirjastati kaks identset nõusoleku vormi, millest üks jäi uuringu meeskonnale ning teise sai uuritav endaga kaasa.

Uuringuga seotud andmed, mis edastati TÜ/TAI töötajatele, olid anonüümsed, isikut identifitseerida võimaldavat infot ei edastatud. Iga uuringus osaleja sai koodi, mis sisaldas küsitlemise koha tähist ja uuritava järjekorranumbrit (nt LTKHs osalenu T001, T002; NHs N001, N001; IVKHs K001, K002). Koodiga varustati kõik uuringuinstrumendid, kaasnev dokumentatsioon (nt nõusoleku lehed, skriininguleht) ning sellega kodeeriti ka kogutud uriini- või tupeäigeproovid.

Täidetud küsimustikud ning laboritestide vastused paber kandjal säilitatakse lukustatud ruumis viis aastat.

Uuringuga seotud ebameeldivuste (ajakulu, vastamine ankeedi küllaltki intiimsetele küsimustele, ebamugavus tupeäige- või uriiniproovi kogumisel) korvamiseks said uuritavad hüvitiseks kinkekaardi 10 euro väärtuses. Uuringus osalemisega kaasnev kasu seisnes ka selles, et ta sai teavet oma tervises seisundi kohta. Kui uuritaval diagnoositi mõni STLI, sai ta selle ravi.

ANDMETE KOGUMINE JA ESINDUSLIKKUS

Andmed koguti perioodil 29.01.2013–28.11.2013: LTKHs 29.01.2013–28.11.2013; IVKHs 1.02.2013–12.11.2013 ning NHs 14.02.2013–6.04.2013. Tabelis 1 on näidatud lõpliku valimi andmete kogunemine kuude lõikes. Kui vaadata kahte suuremat uuringukeskust, siis intensiivsem andmete kogunemine toimus LTKHs veebruarist maini ehk neljal esimesel kuul ning IVKHs veebruarist aprillini ehk kolmel esimesel andmete kogumise kuul. Üle 90% andmetest kogunes mõlemas keskus juuli kuu lõpuks ehk kuue kuu jooksul.

Tabel 1: Uuringusse kaasamine kuude lõikes

Kuu	LTKH			IVKH			NH		
	n	%	kumu- latiivne %	n	%	kumu- latiivne %	n	%	kumu- latiivne %
jaanuar	11	3,3	3,3	-	-	-	-	-	-
veebbruar	76	22,9	26,2	100	31,4	31,4	27	18,0	18,0
märts	39	11,7	38,0	66	20,8	52,2	122	81,3	99,3
aprill	78	23,5	61,4	59	18,6	70,8	1	0,7	100,0
mai	63	19,0	80,4	24	7,5	78,3	-	-	-
juuni	29	8,7	89,2	24	7,5	85,8	-	-	-
juuli	10	3,0	92,2	19	6,0	91,8	-	-	-
august	7	2,1	94,3	12	3,8	95,6	-	-	-
september	3	0,9	95,2	6	1,9	97,5	-	-	-
oktoober	4	1,2	96,4	3	0,9	98,4	-	-	-
november	12	3,6	100,0	5	1,6	100,0	-	-	-
KOKKU	332	100,0		318	100,0		150	100,0	

Vastamismäär

Kokku pakuti uuringus osalemist 924-le inimesele. Uuringust keeldus 119 (2,9%) HIVi nakatunut (sh 69 LTKHs, 44 IVKHs ja 6 NHs). Ülekaalukalt kõige sagedasemaks uuringust keeldumise põhjuseks oli ajapuudus, sellele järgnes soov mitte avalikustada isiklikku informatsiooni. Täpsemad andmed haiglate lõikes on näidatud tabelis 2. LTKHs jäi kuuel inimesel keeldumise põhjus märkimata.

Tabel 2: Uuringust keeldumise põhjused

Põhjus	LTKH		IVKH		NH	
	n	%	n	%	n	%
ei ole piisavalt aega	48	76,2	36	81,8	3	
kartus, et ei jää anonüümseks	3	4,8	-	-	-	
ei soovi avaldada isiklikku informatsiooni	12	19,0	5	11,4	2	
ei soovi anda proove suguhaiguste suhtes testimiseks	2	3,2	-	-	-	
muu	7	11,1	3	6,8	1	

LTKHs keeldunud inimesed nimetasid muude põhjustena veel järgmist:

- leian, et see ei anna mulle midagi (n=1);
- ei meeldi täita igasuguseid pabereid (n=1);
- ei ole mõtet (n=1);
- ei soovi üldse mingis uuringus osaleda (n=1);
- ei soovi teada ravimite võtmisest (n=1);
- alles täitsin mingit ankeeti (n=1);
- ankeeti on psüühiliselt raske täita (n=1).

IVKHs mainiti muude põhjustena:

- liiga kaugel kohale sõita (n=2);
- uuritav keeldub vastamast küsimustele, ei saa küsimustest aru (on psühhiaatri jälgimise all) (n=1).

NHs nimetas üks uuringust keelduja lisaks tabelis toodule veel asjaolu, et ei osale kunagi uuringutes.

Uuringusse kaasati 805 inimest. Edasisest analüüsist eemaldati üks inimene (IVKHs) puudulike andmete tõttu (uuritava enda poolt täidetud ankeet jäi täitmata) ning neli (kolm LTKHs ja üks IVKHs) seetõttu, et HIVi nakatumise staaž oli väiksem kui kolm kuud. Lõpliku valimi moodustavad 800 HIVi nakatunud inimest (sh 332 LTKHs, 318 IVKHs ja 150 NHs) ehk 86,6% inimestest, kellele pakuti uuringus osalemist, ja 106,7% planeeritud valimist. Selline tulemus saavutati tänu asjaolule, et koos terviseuuringuga viidi LTKHs ja IVKHs läbi uuring „Ravisoostumust toetava nõustamise uuring antiretroviirusravi (ARV-ravi) saavate isikute hulgas“ (RSN), mille raames jätkati andmete kogumist peale terviseuuringu valimi täitumist. Üheks RSN uuringust osavõtmise tingimuseks oli ankeedi täitmine, mis oli ühine terviseuuringuga. Seetõttu loeti ka nn jätku-uuringus osalenud inimesed terviseuuringu valimisse.

Lõplikuks vastamismääraks on 87% (LTKHs 82%, IVKHs 87% ja NHs 96%).

Andmete esinduslikkus

Keeldujad vs valim

Lisaks uuringust keeldumise põhjustele märgiti keeldujate kohta üles ka järgmised andmed: sugu, vanus, antiretroviirusravi (ARV-ravi) saamine ning HIV diagnoosi kood visiidi ajal, millal pakuti uuringus osalemist.

Üldiselt uuringust keeldujad ei erine valimisse kaasatud inimestest. Vaid ravi saamise alusel ilmneb, et IVKHs on võrreldes keeldujatega uuringus osalenute hulgas rohkem neid, kes saavad ARV-ravi (vt tabelid 3–6).

Üheks erinevuste puudumise põhjuseks võib olla kahe võrreldava grupi suur erinevus absoluutarvudes ehk uuringust keeldujaid on vähe. Eelnimetatud erinevusest lähtudes tuleks aga andmete tõlgendamisel silmas pidada, et need on IVKHs veidi nihutatud ravi saavate patsientide poole. 87%-line vastamismäär on aga kõrge ning ilmselt see nihe ei oma uuringu tulemustele suurt mõju.

Tabel 3: Valimi võrdlus keeldujatega sugude alusel

Sugu	LTKH				IVKH				NH			
	keelduja		valim		keelduja		valim		keelduja		valim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
mees	36	52,2	184	55,4	23	52,3	197	61,9	4		90	60,0
naine	33	47,8	148	44,6	21	47,7	121	38,1	2		60	40,0
KOKKU	69	100	332	100	44	100	318	100			150	100
P*	0,690				0,250				1,000			

* Fisher's Exact Test

Tabel 4: Valimi võrdlus keeldujatega vanusgruppide alusel

Vanusgrupp	LTKH				IVKH				NH			
	keelduja		valim		keelduja		valim		keelduja		valim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20–24	3	4,4	13	3,9	2	4,7	8	2,5	-		7	4,7
25–29	22	32,4	83	25,0	7	16,3	72	22,7	1		32	21,3
30–34	25	36,8	121	36,5	15	34,9	131	41,2	4		68	45,3
35–39	6	8,8	55	16,6	9	20,9	60	18,9	1		23	15,3
40–44	4	5,9	20	6,0	4	9,3	25	7,9	-		6	4,0
45–49	2	2,9	11	3,3	4	9,3	8	2,5	-		3	2,0
50–54	2	2,9	18	5,4	-	-	6	1,9	-		5	3,3
55–59	1	1,5	7	2,1	-	-	4	1,3	-		6	4,0
60–64	2	2,9	3	0,9	1	2,3	3	1,0	-		-	-
65–69	1	1,5	1	0,3	1	2,3	1	0,1	-		-	-
KOKKU	68	100	332	100	43	100	318	100	6		150	100
P	0,569				0,219				0,974			

Tabel 5: Valimi võrdlus keeldujatega ARV-ravi saamise alusel

	LTKH				IVKH				NH			
	keelduja		valim		keelduja		valim		keelduja		valim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
saab ravi	58	93,5	300	90,4	26	61,9	265	83,6	4		122	81,3
ei saa ravi	4	6,5	32	9,6	16	38,1	52	16,4	1		28	18,7
KOKKU	62	100	332	100	42	100	317	100	5		150	100
P*	0,630				0,003				1,000			

* Fisher's Exact Test

Tabel 6: Valimi võrdlus keeldujatega HIV diagnoosi alusel

RHK-10 kood*	LTKH				IVKH				NH			
	keelduja		valim		keelduja		valim		keelduja		valim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
B20	2	2,9	8	2,4	4	9,3	26	8,2	-		2	1,3
B20, B23	-	-	2	0,6	-	-	-	-	-		-	-
B20, B22	-	-	-	-	-	-	2	0,6	-		-	-
B21	-	-	1	0,3	-	-	3	1,0	-		1	0,7
B22	-	-	2	0,6	1	2,3	5	1,6	-		-	-
B22, B23	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-		-	-
B23	64	92,8	300	90,4	37	86,1	273	86,1	5		141	94,6
Z21	3	4,3	18	5,4	1	2,3	8	2,5	1		5	3,4
KOKKU	69	100	332	100	43	100	317	100	6		149	100
P	0,962				0,737				0,575			

* Z21 – HIV asümtomaatiline seisund; B20 – mükobakternakkusena avalduv HIV-tõbi; B21 – pahaloomuliste kasvajatena avalduv HIV-tõbi; B22 – muude täpsustatud haigustena avalduv HIV-tõbi; B23 – muude haigusseisunditena avalduv HIV-tõbi.

Üldkogum vs valim

Võrdlemaks valimi andmeid üldkogumiga eemaldati üldkogumist nooremad kui 18-aastased (n=39) ning naised, kes said üldkogumi andmete kogumise hetkel lühiajalist profülaktiilist ARV-ravi raseduse ajal (n=24), sest valimi kriteeriumite tõttu ei olnud neil võimalik uuringus osaleda. Kuna üldkogumi puhul ei kogutud nakatumise aja kohta andmeid, siis sisaldab võrreldav üldkogum ka nende inimeste andmeid, kes on saanud oma HIVi nakatumisest teada vähem kui kolm kuud tagasi.

Vaadates valimi jaotust uuringukeskuste lõikes ilmneb, et võrreldes üldkogumiga on valimis IVKH uuritavate osakaal suurem ning LTKHs ja NHs vastajaid vähem (vt tabel 7).

Tabel 7: Valimi võrdlus üldkogumiga uuringukeskuste alusel

Uuringukeskus	Üldkogum		Valim	
	n	%	n	%(95% UV)
LTKH	1966	48,0	332	41,5 (38,1–44,9)
IVKH	1164	28,4	318	39,7 (36,3–43,1)
NH	969	23,6	150	18,8 (16,1–21,5)
KOKKU	4099	100,0	800	100,0

$\chi^2 = 41,486$; $p < 0,0001$

Üldiselt valimi sooline ja vanuseline jaotus ei erine olulisel määral üldkogumist. Vaid LTKHs on võrreldes üldkogumiga valimis naiste osakaal veidi suurem (vt tabel 8 ja 9).

Valim on nihkes võttes võrdluse aluseks ARV-ravi saamist: võrreldes üldkogumiga on valimis rohkem neid, kes saavad ravi (vt tabel 10).

Samuti tulevad üldkogumi ja valimi vahelised erinevused esile HIV-diagnoosi osas: LTKH valimis on rohkem B23 ja vähem Z21 diagnoosiga inimesi; IVKH valimis on rohkem B23 ja vähem B20 diagnoosiga ning NHs vähem B23 ja rohkem Z21 diagnoosiga uuritavaid (vt tabel 11).

Sellised erinevused võivad esile tulla mitmel põhjusel:

- 1) ravisaajad käivad ambulatoorsel vastuvõtul sagedamini, seetõttu on neil suurem võimalus sattuda valimisse (valimi tingimuseks oli, et uuringut pakutakse järjestikku kõikidele patsientidele);
- 2) võrreldav üldkogum sisaldab ka nende inimeste andmeid, kes on teadlikud oma HIVi nakatumisest vähem kui kolm kuud.

Kui esialgselt planeeritud terviseuuringu valim täitus, koguti andmeid ainult neilt patsientidelt, kes said ARV-ravi (et täita RSN uuringu valimimaht). Andmete analüüsi käigus kontrolliti andmete esinduslikkust ka sellisel juhul, kui eemaldati uuritavad, kes täitsid ankeedi peale planeeritud valimimahu täitumist. See ei toonud kaasa olulist erinevuse vähenemist valimi ja üldkogumi vahel.

Kokkuvõttes oleks asjakohane kaaluda andmeid uuringukeskuste ning ARV-ravi saamise alusel. Kuid seda ei tehta võttes aluseks asjaolu, et üldkogum sisaldab vähem kui kolm kuud nakatumisest teadlikke inimesi ning nende ARV-ravi saamise andmeid ei ole võimalik tuvastada (suurema tõenäosusega võib nende hulgas olla rohkem patsiente, kes ei saa ravi). Järgnevas raportis on esitatud andmed uuringukeskuste lõikes ning üldine hinnang. Üldiste hinnangute jälgimisel tuleks silmas pidada, et valim on nihutatud IVKH patsientide ning ravisaajate kasuks. Iga uuringukeskuse andmeid jälgides tuleb arvestada, et need kirjeldavad pigem ARV-ravi saavaid inimesi.

Tabel 8: Valimi võrdlus üldkogumiga sugude alusel

Sugu	LTKH				IVKH				NH			
	Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim	
	n	%	n	%(95% UV)	n	%	n	%(95% UV)	n	%	n	%(95% UV)
mees	1216	61,9	184	55,4 (50,1–60,8)	731	62,8	197	61,9 (56,6–67,2)	568	58,6	90	60,0 (52,2–67,8)
naine	750	38,1	148	44,6 (39,3–50,0)	433	37,2	121	38,1 (32,8–43,4)	401	41,4	60	40,0 (32,2–47,8)
KOKKU	1966	100	332	100	1164	100	318	100	969	100	150	100
P*	0,029				0,794				0,789			

* Fisher's Exact Test

Tabel 9: Valimi võrdlus üldkogumiga vanusgruppide alusel

Vanus-grupp	LTKH				IVKH				NH			
	Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim	
	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)
18–19	1	0,1	-	-	2	0,2	-	-	1	0,1	-	-
20–24	99	5,0	13	3,9 (1,8–6,0)	66	5,7	8	2,5 (0,8–4,2)	62	6,4	7	4,7 (1,3–8,1)
25–29	543	27,6	83	25,0 (20,3–29,7)	295	25,3	72	22,6 (18,0–27,2)	270	27,9	32	21,3 (14,8–27,9)
30–34	661	33,6	121	36,5 (31,3–41,7)	416	35,7	131	41,2 (35,8–46,6)	355	36,6	68	45,3 (37,3–53,3)
35–39	320	16,3	55	16,6 (12,6–20,6)	197	16,9	60	18,9 (14,6–23,2)	170	17,5	23	15,3 (9,5–21,1)
40–44	132	6,7	20	6,0 (3,45–8,55)	72	7,1	25	7,9 (4,9–10,9)	47	4,9	6	4,0 (0,9–7,1)
45–49	77	3,9	11	3,3 (1,4–5,2)	41	3,5	8	2,5 (0,8–4,2)	29	3,0	3	2,0
50–54	70	3,5	18	5,4 (3,0–7,8)	29	2,5	6	1,9 (0,4–3,4)	16	1,7	5	3,3 (0,4–6,2)
55–59	35	1,8	7	2,1 (0,6–3,6)	18	1,5	4	1,3 (0,1–2,6)	12	1,2	6	4,0 (0,9–7,1)
60–64	17	0,9	3	0,9	6	0,5	3	0,9	4	0,4	-	-
65–69	10	0,5	1	0,3	6	0,5	1	0,3	1	0,1	-	-
70–74	1	0,1	-	-	3	0,3	-	-	1	0,1	-	-
75–79	-	-	-	-	3	0,3	-	-	1	0,1	-	-
KOKKU	1966	100	332	100	1164	100	318	100	969	100	150	100
P	0,878				0,373				0,208			

Tabel 10: Valimi võrdlus üldkogumiga ARV-ravi saamise alusel

	LTKH				IVKH				NH			
	Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim	
	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)
saab ravi	1134	57,7	300	90,4 (87,2–93,6)	587	50,4	265	83,6 (79,5–87,7)	581	60,0	122	81,3 (75,1–87,5)
ei saa ravi	832	42,3	32	9,6 (6,4–12,8)	577	49,6	52	16,4 (12,3–20,5)	388	40,0	28	18,7 (12,5–24,9)
KOKKU	1966	100	332	100	1164	100	317	100	969	100	150	100
P*	<0,0001				<0,0001				<0,0001			

* Fisher's Exact Test

Tabel 11: Valimi võrdlus üldkogumiga HIV diagnoosi koodi alusel

RHK-10 kood	LTKH				IVKH				NH			
	Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim		Üldkogum		Valim	
	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)	n	%	n	% (95% UV)
B20	61	3,1	8	2,4 (0,8–4,1)	192	16,5	26	8,2 (5,2–11,2)	7	0,7	2	1,3
B20, B23	-	-	2	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
B20, B22	-	-	-	-	-	-	2	0,6	-	-	-	-
B21	2	0,1	1	0,3	4	0,3	3	1,0	1	0,1	1	0,7
B22	3	0,2	2	0,6	14	1,2	5	1,6 (0,2–3,0)	1	0,1	-	-
B22, B23	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
B23	1574	80,1	300	90,4 (87,2–93,6)	940	80,8	273	86,1 (82,3–89,9)	956	98,7	141	94,6 (90,7–98,7)
Z21	326	16,6	18	5,4 (3,0–7,8)	14	1,2	8	2,5 (0,8–4,2)	4	0,4	5	3,4 (0,5–6,3)
KOKKU	1966	100	332	100	1164	100	317	100	969	100	149	100
P	<0,0001				0,0001				0,002			

UURINGU TULEMUSED

Sotsiaal-demograafilised andmed

Rohkem kui pooled uuritavatest on mehed (LTKH – 55%, IVKH – 62% ja NH – 60%). Jagades uuritavad viie aasta kaupa vanusrühmadesse moodustavad selgelt kõige suurema grupi 30–34-aastased, keda on rohkem kui kolmandik uuritavate hulgas (LTKH – 37%, IVKH – 41% ja NH – 45%). Uuringus osalenute mediaanvanus on 32 (vt tabel 12). Analüüsi käigus kontrolliti ka iga uuringukeskuse puhul eraldi meeste ja naiste vanuselist jaotumist, kuid statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud.

Valdav enamik uuringus osalenutest on vene rahvuse esindajad. Eestlaste osakaal on suurem LTKH patsientide hulgas: 19% vs 6% IVKHs ja 3% NHs. Patsientide hulgas on kõige rohkem Eesti kodakondsusega ning välismaalase passiga inimesi. Pooled Tallinna patsientidest omavad Eesti kodakondsust, Ida-Virumaa uuringukeskustes on Eesti riigi kodanikke umbes kolmandik – IVKH 37% ja NH 29%. Välismaalase passiga inimeste osakaal on kõigis uuringukeskustes võrdvärsel tasemel ning moodustavad enam kui kolmandiku patsientidest. Venemaa kodanike osakaal on kõige suurem NHs – 29%, IVKHs moodustavad nad 13% ning kõige vähem on neid LTKH patsientide hulgas – 7% (vt tabel.13).

Infektsionisti teenuse kasutamine on elukohakeskne. Üle 90% LTKH patsientidest elab Tallinnas või mujal Harjumaal. Andmetest võib märgata, et ilmselt kuuluvad LTKH teeninduspiirkonda ka Lääne-Virumaa ja Raplamaa. Peaaegu kõik IVKH patsiendid elavad Ida-Virumaal ning sh 2/3 Kohtla-Järvel ning kümnendik Jõhvis. Praktiliselt kõik NH patsiendid elavad Narvas (vt tabel 14).

Umbes kolmandik HIVi nakatunud patsientidest omab põhiharidust ning sama palju on ka kutseharidusega inimesi. Kesklaridust omab umbes viiendik ning lõpetamata põhiharidusega patsiente leidub vähem kui kümnendik. Nimetatud näitajad uuringukeskuste lõikes ei erine. Võrreldes kahe Ida-Virumaa keskuse patsientidega on Tallinnas enam kõrgharidusega inimesi (9% vs 2% IVKHs ja 3% NHs) (vt tabel 15).

Rohkem kui pooled (55%) LTKH patsientidest töötavad kas osalise või täistööajaga. Ida-Virumaa kahes uuringukeskuses on töötavaid inimesi oluliselt vähem: IVKH 34% ja NH 24%. Teise suurema grupi moodustavad tervislikel põhjustel pensionil olevad inimesed. Kõige suurem on selliste inimeste osakaal NHs – 57%, IVKHs moodustavad nad 42% ning LTKHs 22%. Umbes neljandik uuritutest on töötud (vt tabel 16). Analüüsi käigus vaadati lisaks erinevaid staatuse kombinatsioone, nende hulgas kõige levinumaks oli töötamine + pension tervislikel põhjustel (LTKH – n=18, 6%; IVKH – n=10, 3%; NH – n=8, 5%,) ning töötaja + pension tervislikel põhjustel (LTKH – n=18, 6%; IVKH – n=12, 4%; NH – n=10, 7%).

Sotsiaalne staatus kajastub ka sissetulekuallikates. Rohkem kui pooled (58%) LTKH patsientidest saavad palka ning 44% töövõimetuspensionini. Töötasu saajaid on Ida-Virumaal oluliselt vähem: IVKH – 31% ja NH – 25%. Enam on aga töövõimetuspensionini saajaid – 80% NH ning 69% IVKH patsientide hulgas (vt tabel 17). Üle 90% IVKH ja NH patsientidest omab ravikindlustust, Tallinna uuritute hulgas on see näitaja märkimisväärselt madalam – 77% (vt tabel 18). See võib olla seotud asjaoluga, et Ida-Virumaal on oluliselt rohkem töövõimetuspensionäre. Vastavalt seadusele on töövõimetuspensionäri, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%, õigus saada ravikindlustus.

Uuritavatelt küsiti ka nende subjektiivset hinnangut oma majanduslikule olukorrale. Selle alusel jagati vastajad kahte gruppi: praeguse sissetulekuga saab hakkama (elan/elame sissetulekuga lahedasti ära + saan/saame sissetulekuga hakkama) ja praeguse sissetulekuga on raske toime tulla (sissetulekuga on raske toime tulla + sissetulekuga on väga raske toime tulla). Vastavalt sellele jaotusele on enamikul praeguse sissetuleku juures raske toime tulla (LTKH – n=198, 60,6%; IVKH – n=238, 75,8%; NH – n=113, 76,4%; $p<0,0001$), seejuures on keerukam majanduslik olukord IVKH ja NH patsientidel. Täpsemalt on hinnang majanduslikule olukorrale esitatud tabelis 19.

Pere koosseis erinevate uuringukeskuste patsientidel on sarnane. Veidi rohkem kui kümnendik elab üksinda. Viieksik elab koos kas ühe või mõlema vanemaga, samasugusel hulgal on neid, kes elavad koos abikaasa või elukaaslasega ning neid, kellel kuulub perekonda lisaks abikaasale/elukaaslasele ka vähemalt üks laps. Analüüsist eemaldati ebaloogilised vastused ning selle põhjal ei erine ühel elamispinnal elavate inimeste arv. Koos elavate inimeste mediaanarv LTKH ja IVKH patsientide puhul on kolm ning NH patsientidel kaks (vt tabel 20).

Eraldi vaadeldi laste olemasolu, uuringus käsitleti lapsena kas bioloogilist, adopteeritud või kasulast. Laste olemasoluga seotud näitajad ei erine samuti uuringukeskuste lõikes - ligi 2/3-l on laps olemas ning enamasti on need alaealised ehk nooremad kui 18-aastased. Koos lapsega elab ühel elamispinnal kolmandik HIVi nakatunud patsientidest (vt tabel 21).

Kõige rohkem on HIVi nakatunud patsientide hulgas isiklikus korteris või majas elavaid inimesi – 46% IVKH, 39% nii LTKH kui NH patsientidest. 26% LTKHs uuringus osalenutest elab üüripinnal, mõlema Ida-Virumaa keskuse uuritutest ligikaudu viieksik. Kui Narvas on ühiselamus elavaid patsiente kümnendik, siis kahes ülejäänud keskuses mõne protsendi jagu (vt tabel 22).

Kõige enam on elu jooksul vanglas viibinud patsiente IVKHs – ligi pooled. Oluline on erinevus võrreldes LTKHga, kus vanglas viibinuid on veidi rohkem kui kolmandik (vt tabel 23).

Tabel 12: Sugu ja vanus

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sugu									
mees	184	55,4	197	61,9	90	60,0	471	58,9	0,228
naine	148	44,6	121	38,1	40	40,0	329	41,1	
KOKKU	332	100,0	318	100,0	150	100,0	800	100,0	
Vanus									
20–24	13	3,9	8	2,5	7	4,7	28	3,5	0,334
25–29	83	25,0	72	22,6	32	21,3	187	23,4	
30–34	121	36,5	131	41,2	68	45,3	320	40,0	
35–39	55	16,6	60	18,9	23	15,3	138	17,2	
40–44	20	6,0	25	7,9	6	4,0	51	6,4	
45–49	11	3,3	8	2,5	3	2,0	22	2,8	
50–54	18	5,4	6	1,9	5	3,3	29	3,6	
55–59	7	2,1	4	1,3	6	4,0	17	2,1	
60–64	3	0,9	3	0,9	-		6	0,8	
65–69	1	0,3	1	0,3	-		2	0,2	
KOKKU	332	100,0	318	100,0	150	100,0	800	100,0	
keskmine vanus	34,3		33,8		33,7		34,0		0,879*
mediaanvanus	32,0		32,0		32,0		32,0		
min; max	21;65		21;67		22;59		21;67		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 13: Rahvus ja kodakondsus

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Rahvus									
eestlane	64	19,4	18	5,7	5	3,3	87	10,9	<0,0001
venelane	251	75,8	283	89,6	141	94,0	675	84,7	
muu rahvus*	16	4,8	15	4,7	4	2,7	35	4,4	
KOKKU	331	100,0	316	100,0	150	100,0	797	100,0	
märkimata	1		2		-		3		
Kodakondsus									
Eesti	165	49,9	116	36,6	44	29,3	325	40,7	<0,0001
Venemaa	22	6,6	41	12,9	43	28,7	106	13,3	
Eesti+ Venemaa	-	-	2	0,6	1	0,7	3	0,4	
muu riik**	3	0,9	-	-	1	0,7	4	0,5	
välismaalase pass	126	38,1	140	44,2	55	36,6	321	40,2	
kodakondsuseta	15	4,5	18	5,7	6	4,0	39	4,9	
KOKKU	331	100,0	317	100,0	150	100,0	798	100,0	
märkimata	1		1				2		

* LTKH: armeenlane, moldaavlane (n=2), osseet, soomlane (n=2), tatarlane, ukrainlane (n=6). Lisaks nimetati: ukrainlane-eestlane ja välismaalane (n=2). IVKH: poolakas (n=2), sakslane (n=2), soomlane, tatarlane (n=3), ukrainlane (n=3), valgevenelane (n=3). Lisaks nimetati: kodakondsuseta välismaalane. NH: armeenlane, grusiin, valgevenelane. Lisaks nimetati: välismaalane.

** LTKH: Soome, Ukraina (n=2). NH: Leedu.

Tabel 14: Elukoht enamusel päevadel nädalas

Elukoht	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tallinn	270	81,8	5	1,6	1	0,7	276	34,7	<0,0001
muu Harjumaa	34	10,3	-	-	-	-	34	4,3	
Kohtla-Järve	3	0,9	212	67,1	-	-	215	27,0	
Jõhvi	1	0,3	31	9,8	-	-	32	4,0	
Narva	3	0,9	5	1,5	146	97,3	154	19,3	
muu Ida-Virumaa	2	0,6	61	19,3	3	2,0	66	8,3	
Lääne-Virumaa	8	2,4	1	0,3	-	-	9	1,1	
Raplamaa	6	1,8	-	-	-	-	6	0,7	
Järvamaa	2	0,6	-	-	-	-	2	0,3	
muu*	1	0,3	1	0,3	-	-	2	0,3	
KOKKU	330	100,0	316	100,0	150	100,0	796	100,0	
märkimata	2		2				4		

* LTKH: Eestis viibides elan Lääne-Virumaal, hetkel elan Soomes. IVKH: rehabilitatsioonikeskus.

Tabel 15: Kõrgeim lõpetatud haridustase

Haridustase	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
lõpetamata põhiharidus	23	7,0	19	6,0	8	5,4	50	6,3	0,001
põhiharidus	107	32,5	119	37,5	57	38,5	283	35,6	
keskharidus	71	21,6	53	16,7	26	17,6	150	18,9	
kutseharidus (põhi- või keskhariduse baasil), keskeriharidus	98	29,8	117	36,9	53	35,8	268	33,8	
kõrgharidus (ka rakenduslik, sh magistri- ja doktorikraad)	30	9,1	6	1,9	4	2,7	40	5,0	
muu*	-	-	3	1,0	-	-	3	0,4	
KOKKU	329	100,0	317	100,0	148	100,0	794	100,0	
märkimata	3		1		2		6		

* IVKH: lõpetamata kutseharidus

Tabel 16: Sotsiaalne staatus

Sotsiaalne staatus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
töötab osalise või täistööajaga	181	54,8	106	33,7	36	24,0	323	40,6	<0,0001
õpib koolis/kõrgkoolis	11	3,3	7	2,2	1	0,7	19	2,4	0,201
töötu, töötotsija	87	26,4	82	26,0	38	25,3	207	26,0	0,972
lapsehoolduspuhkusel	21	6,4	11	3,5	7	4,7	39	4,9	0,238
pensionil tervislikel põhjustel, invaliidsus	73	22,1	133	42,2	86	57,3	292	36,7	<0,0001
vanaduspensionil	2	0,6	-	-	1	0,7	3	0,4	
muu*	5	1,5	3	1,0	1	0,7	9	1,1	
KOKKU	330		315		150		795		
märkimata	2		3						

* LTKH – akadeemiline puhkus, kodune (n=3), vabatahtlik; IVKH – viibin rehabilitatsiooni keskus; NH – töötasin kohtu poolt määratud 480 tundi.

Tabel 17: Sissetulekuallikad küsitlusele eelnenud kuul

<i>Sissetuleku allikas</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
palk (sh ka mitteametlik)	192	57,8	98	30,8	38	25,3	328	41,0	<0,0001
töövõimetuspension	145	43,7	218	68,6	120	80,0	483	60,4	<0,0001
vanaduspension	2	0,6	1	0,3	1	0,7	4	0,5	
töotuabiraha	14	4,2	16	5,0	8	5,3	38	4,8	0,828
alimendid	6	1,8	7	2,2	1	0,7	14	1,8	
muud riiklikud hüvitised	64	19,3	60	18,9	20	13,3	144	18,0	0,266
stipendium	4	1,2	9	2,8	1	0,7	14	1,8	
muu sissetulek*	14	4,2	3	0,9	1	0,7	18	2,3	
ei ole mingit sissetulekut	15	4,5	21	6,6	6	4,0	42	5,2	0,368
KOKKU	332		318		150				

* LTKH – ühistu auto kütuse kompensatsioon, eskort, igasugune erinev, kogunenud kapital, lapsed aitavad (n=2), mees toetab, mehelt ja küttepuude müümine, saadud tulu, sugulaste ja tuttavate abi (n=3), vanemad aitavad (n=2); IVKH – vanemate abi, mees töötab, sõprade abi; NH – vanaema pension.

Tabel 18: Ravikindlustuse olemasolu

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
on ravikindlustus	254	77,0	286	90,8	137	91,9	677	85,3	<0,0001
ei ole ravikindlustust	50	15,1	21	6,7	8	5,4	79	9,9	
ei tea	26	7,9	8	2,5	4	2,7	38	4,8	
KOKKU	330	100,0	315	100,0	149	100,0	794	100,0	
märkimata	2		3		1		6		

Tabel 19: Hinnang majanduslikule olukorrale

<i>Hinnang</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
elan/elame praeguse sissetulekuga lahedasti ära	29	8,9	19	6,1	11	7,4	59	7,5	0,001
saan/saame praeguse sissetulekuga hakkama	100	30,6	57	18,2	24	16,2	181	22,9	
praeguse sissetulekuga on raske toime tulla	95	29,0	127	40,4	56	37,9	278	35,2	
praeguse sissetulekuga on väga raske toime tulla	103	31,5	111	35,3	57	38,5	271	34,4	
KOKKU	327	100,0	314	100,0	148	100,0	789	100,0	
märkimata	5		4		2		11		

Tabel 20: Pere koosseis

<i>Koosseis</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
elab üksinda	43	13,0	47	15,0	20	13,3	110	13,9	0,215
koos ema ja/või isaga	58	17,6	70	22,3	35	23,3	163	20,5	
koos abikaasa või elukaaslasega	67	20,3	56	17,8	35	23,3	158	19,9	
koos abikaasa/elukaaslase ja enda või abikaasa/elukaaslase lapsega/lastega	66	20,0	50	15,9	22	14,7	138	17,4	
koos enda või abikaasa/elukaaslase lapsega/lastega	33	10,0	40	12,7	19	12,7	92	11,6	
koos ema ja/või isaga ja enda või abikaasa/elukaaslase lapsega/lastega	7	2,1	14	4,5	5	3,3	26	3,3	
koos abikaasa/elukaaslasega, ema ja/või isaga ja enda või abikaasa/elukaaslase lapse/lastega	11	3,3	5	1,6	2	1,3	18	2,3	
koos ühe või mitme täiskasvanud sugulasega	5	1,5	9	2,9	3	2,0	17	2,1	
koos ühe või mitme sõbra-tuttavaga	6	2,7	4	1,3	-	-	13	1,6	
koos abikaasa või elukaaslasega ja ema ja/või emaga	5	1,5	6	1,9	2	1,3	13	1,6	
muud variandid	26	7,9	13	4,1	7	4,7	46	5,8	
KOKKU	330	100,0	314	100,0	150	100,0	794	100,0	
märkimata	2		4				6		
ühel elamispinnal elavate inimeste keskmine arv	2,88		2,69		3,13		2,89		0,246*
5% trimmitud keskmine arv	2,68		2,61		2,47		2,61		
mediaanarv	3		3		2		3		
min; max	1;30		1;12		1;80		1;80		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 21: Lapse/laste olemasolu

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bioloogilise/adopteeritud/kasulapse olemasolu									
on laps/lapsed	194	59,7	205	66,3	93	63,3	492	63,0	0,222
ei ole last/lapsi	131	40,3	104	33,7	54	36,7	289	37,0	
KOKKU	325	100,0	309	100,0	147	100,0	781	100,0	
märkimata	7		9		3		19		0,454*
keskmise laste arv	1,55		1,71		1,51		1,61		
laste mediaanarv	1		1		1		1		
min; max	1;4		1;10		1;4		1;10		
Noorema kui 18-aastase bioloogilise/adopteeritud/kasulapse olemasolu									
on laps/lapsed	153	52,0	163	59,1	67	52,3	383	54,9	0,198
ei ole last/lapsi	141	48,0	113	40,9	61	47,7	315	45,1	
KOKKU	294	100,0	276	100,0	128	100,0	698	100,0	
märkimata	38		42		22		102		0,316*
keskmise laste arv	1,49		1,61		1,48		1,54		
laste mediaanarv	1		1		1		1		
min; max	1;4		1;4		1;4		1;4		
Elab koos enda või elukaaslase lapse/lastega									
elab koos	117	35,5	109	34,7	48	32,0	274	32,0	0,758
ei ela koos	213	64,5	205	65,3	102	68,0	520	68,0	
KOKKU	330	100,0	314	100,0	150	100,0	794	100,0	
märkimata	2		4				6		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 22: Praegune eluase

Elukoht	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
üürikorter või -maja	85	26,3	60	19,2	27	18,4	172	22,0	<0,001
isiklik korter või maja	125	38,7	145	46,3	58	39,4	328	41,9	
enda või elukaaslase vanemate/vanavanemate juures	78	24,1	80	25,5	34	23,1	192	24,5	
varjupaik, sotsiaalmaja	15	4,6	4	1,3	4	2,7	23	2,9	
ühiselamu	6	1,9	10	3,2	16	10,9	32	4,1	
tänav, park, mahajäetud hoone	-	-	-	-	-	-	-	-	
alaline eluase puudub	5	1,6	5	1,6	2	1,4	12	1,5	
muu*	9	2,8	9	2,9	6	4,1	24	3,1	
KOKKU	323	100,0	313	100,0	147	100,0	783	100,0	
märkimata	9		5		3		17		

* LTKH – üürituba, 8m² endine kiosk, korter, munitsipaaleluase (n=4), notariaalne elamisõigus korteris, rehabilitatsioonikeskus; IVKH – ühiskorter, munitsipaaleluase (n=2), rehabilitatsioonikeskus (n=4), tädi juures, üürituba; NH – 2-toaline hrushovka, ametliku mehe ja tema isaga, korter volikirjaga, munitsipaaleluase (n=3).

Tabel 23: Vanglas viibimine elu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on vanglas olnud	122	37,0	149	47,3	59	39,9	330	41,6	0,026
ei ole vanglas olnud	208	63,0	166	52,7	89	60,1	463	58,4	
KOKKU	330	100,0	315	100,0	148	100,0	793	100,0	
märkimata	2		3		1		7		

Sõltuvusainete tarvitamine

Suitsetamine ja alkoholi tarvitamine

Valdav enamik HIVi nakatunud patsientidest suitsetab igapäevaselt, Tallinnas on neid oluliselt vähem (65%) võrrelduna Ida-Virumaa kahe uuringukeskusega (IVKH – 75% ja NH – 78%). Küsitlusele eelnenud nelja nädala jooksul ei suitsetanud kordagi neljandik Tallinna patsientidest. Statistiliselt oluliselt erinevad nad selle poolest NHs osalenutest, kellest kordagi ei suitsetanud ligikaudu kümnendik (vt tabel 24).

Veidi rohkem kui kolmandik patsientidest on küsitlusele eelnenud kuu jooksul alkoholi tarvitanud üks kord nädalas või sagedamini. Vähem on sellise sagedusega alkoholi pruukijaid IVKH patsientide hulgas, kes erinevad seepoolest olulisel määral NH patsientidest (32% vs 45%). Sealhulgas igapäevaseid alkoholi tarvitajaid leidub kõikides uuringukeskustes mõne protsendi jagu. 40% IVKHs uuringus osalenutest ei ole kordagi kuu jooksul alkoholi tarvitanud, oluliselt vähem on selliseid patsiente LTKHs (30%) (vt tabel 25).

Alkoholisõltuvuse riski hinnati CAGE-testi alusel. Uuritavatele esitati neli küsimust, millele oli võimalik vastata binaarselt (1 – jah, 0 – ei). Vastused summeeriti ning saadi skoor vahemikus 0–4 ning skoori väärtus vahemikus 2–4 viitab olulistele alkoholi tarvitamisega seotud probleemidele. Vastavalt sellele kuuluvad rohkem kui pooled HIVi nakatunud patsientidest alkoholisõltuvuse riskigruppi (vt tabel 26).

Tabel 24: Suitsetamise sagedus viimase 4 nädala jooksul

Sagedus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
iga päev	214	64,5	237	74,8	116	77,8	567	71,1	0,002
mitu korda nädalas või harvem	38	11,4	18	5,7	14	9,4	70	8,8	
- sh mitu korda nädalas	18	5,4	12	3,8	9	6,1	39	4,9	
- sh üks kord nädalas	7	2,1	-	-	3	2,0	10	1,3	
- sh harvem kui üks kord nädalas	13	3,9	6	1,9	2	1,3	21	2,6	
mitte kordagi	80	24,1	62	19,5	19	12,8	161	20,2	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	149	100,0	798	100,0	
märkimata			1		1		2		

Tabel 25: Alkoholi tarvitamise sagedus viimase 4 nädala jooksul

Sagedus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
üks kord nädalas või sagedamini	129	39,1	100	31,5	67	44,7	296	37,2	0,015
- sh iga päev	16	4,8	7	2,2	8	5,3	31	3,9	
- sh mitu korda nädalas	52	15,8	43	13,6	27	18,0	122	15,3	
- sh üks kord nädalas	61	18,5	50	15,8	32	21,4	143	18,0	
harvem kui üks kord nädalas	101	30,6	89	28,1	35	23,3	225	28,2	
mitte kordagi	100	30,3	128	40,4	48	32,0	276	34,6	
KOKKU	330	100,0	317	100,0	150	100,0	797	100,0	
märkimata	2		1				3		

Tabel 26: Hinnang alkoholi tarvitamisele, CAGE-testi tulemused

CAGE-testi skoor	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0	88	28,4	92	30,7	44	31,4	224	29,9	0,286
1	63	20,3	45	15,0	18	12,9	126	16,8	
2-4	159	51,3	163	54,3	78	55,7	400	53,3	
KOKKU	310	100,0	300	100,0	140	100,0	750	100,0	
märkimata	22		18		10		50		

Narkootikumide tarvitamine

Suurem osa HIVi nakatunud patsientidest on elu jooksul tarvitanud narkootikume ükskõik millisel viisil. Kõige enam on selliseid patsiente IVKHs – 85%. Oluliselt erineb see näitaja LTKHst, kus narkootikumide tarvitamisega seotud inimesi on 77% (vt tabel 27). Umbes 2/3 on alustanud narkootikumide tarvitamisega alaealisena, mediaanvanus LTKHs esmakordsel uimastite pruukimisel on 17; IVKHs ja NHs 16 (vt tabel 28).

Narkootikumide süstimine jälgib sarnast trendi: kõige enam on sellega seotud inimesi IVKH patsientide hulgas – 79%, oluliselt vähem LTKH patsientide hulgas – 60% on elu jooksul vähemalt korra uimasteid tarvitanud süstides (vt tabel 27). Ligi pooled süstivatest narkomaanidest (n=553) on alustanud sellega enne täisealiseks saamist, mediaanvanus esmakordsel süstimisel on kõikide uuringukeskuste patsientide puhul 18 (vt tabel 28).

Küsitlusele eelnenud nelja nädala jooksul on ükskõik millisel viisil uimasteid tarvitanud 28% LTKH, 35% IVKH ja 38% NH patsientidest, seejuures erinevad olulisel määral Tallinna ning Narva andmed. Umbes viiendik HIVi nakatunud patsientidest on tarvitanud narkootikume muul viisil kui süstimine, ligi pooled neist on teinud seda harvem kui kord nädalas (vt tabel 29 ja tabel 30). Muul viisil kui süstides narkootikume tarvitanute hulgas (n=150) on kõige levinumaks viisiks nende suitsetamine – enam on see levinud Tallinnas (82% nendest, kes tarvitasid küsitlusele eelnenud nädala jooksul uimasteid muul viisil), vähem IVKH (59%) ja NH patsientide (69%) hulgas (vt tabel 31). 17% LTKH patsientidest tarvitas sel perioodil uimasteid süstides, kahes Ida-Virumaa uuringukeskuses on see näitaja oluliselt kõrgem – 25% IVKHs ja 29% NHs. Ka süstimise teel uimasteid pruukinutest (n=179) moodustavad suurima grupi need, kes on teinud seda harvem kui kord nädalas – 46% LTKHs, 38% IVKHs ja 51% NHs, sealjuures süstimissageduse andmed uuringukeskuste lõikes ei erine statistiliselt olulisel määral (vt tabel 29 ja tabel 30). Kui vaadata patsiente, kes süstisid viimase nelja nädala jooksul narkootikume, siis 40% neist tarvitas uimasteid ka muul viisil ehk moodustavad nn segatarvitajate grupi (LTKH – 17, 30,9%; IVKH – 34, 43%; NH – 21, 47,7%; p=0,195).

Kõige sagedamini märgiti mittesüstitava narkootikumina kanepitooteid – 71% LTKH, 57% IVKH ja 90% NH patsientidest, kes manustasid uimasteid muul viisil kui süstides (vt tabel 32). Süstimise teel narkootikume tarvitanud patsientide hulgas on kõige levinumaks uimastiks fentanüül. Peamise süstitava aina nimetas seda 66% LTKH, 50% IVKH ja 47% NH viimase nelja nädala jooksul süstinud patsientidest (vt tabel 33).

Süstla, nõela või muu süstimisvarustuse jagamise andmed küsitlusele eelnenud nelja nädala kohta ei erine olulisel määral uuringukeskuste lõikes – umbes kolmandik süstis varustusega, mida keegi oli enne juba kasutanud, ning veidi vähem kui viiendik andis enda poolt kasutatud süstimisvarustust edasi kellelegi teisele süstimiseks (vt tabel 34).

Elu jooksul narkootikumide süstimisega kokku puutunud HIVi nakatunutelt (n=553) uuriti andmeid narkomaaniaravi kohta. Veidi rohkem kui pooled neist on ravi saanud (LTKH – 61%; IVKH 51% ja NH – 51%). Käesoleva uuringu toimumise ajal sai narkomaaniaravi 41% LTKH, 30% IVKH ja 31% NH narkootikumide süstimisega seotud HIVi nakatunud patsientidest (vt tabel 35). Kõige levinumaks on asendusravi metadooniga – umbes 3/4 hetkel ravi saanutest nimetas seda raviliiki (vt tabel 36). Ligi pooled (46%) neist, kes said küsitluse toimumise ajal mingit liiki narkomaaniaravi, süstisid uimasteid uuringule eelnenud nelja nädala jooksul (LTKH – 35, 43,8%, IVKH – 35, 47,9%, NH – 15, 46,9%; p=0,868). Kui vaadata neid patsiente, kelle narkomaaniaravi on seotud metadooni saamisega, siis neist samuti pooled (49%) on samaaegselt süstinud narkootikume (LTKH – n=31, 51,7%; IVKH – n=27, 50,9%; NH – n=10, 38,5%; p=0,495).

Tabel 27: Narkootikumide tarvitamine elu jooksul

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ükskõik millisel viisil									
on tarvitanud	257	77,4	269	85,1	120	80,0	646	81,0	0,042
ei ole tarvitanud	75	22,6	47	14,9	30	20,0	152	19,0	
KOKKU	332	100,0	316	100,0	150	100,0	798	100,0	
märkimata			2				2		
Süstides									
on tarvitanud	199	59,9	251	79,4	103	68,7	553	69,3	<0,0001
ei ole tarvitanud	133	40,1	65	20,6	47	31,3	245	30,7	
KOKKU	332	100,0	316	100,0	150	100,0	798	100,0	
märkimata			2				2		

Tabel 28: Vanus esmakordsel narkootikumide tarvitamisel

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ükskõik millisel viisil (elu jooksul tarvitanutest)									
17 ja nooremad	158	62,0	172	66,2	78	65,0	408	64,3	0,600
18 ja vanemad	97	38,0	88	33,8	42	35,0	227	35,7	
KOKKU	255	100,0	260	100,0	120	100,0	635	100,0	
märkimata	2		9				11		
keskmine vanus	17,6		17,2		17,3		17,4		0,947*
mediaanvanus	17,0		16,0		16,0		16,0		
min; max	9;42		9;42		11;38		9;42		
Süstides (elu jooksul süstinutest)									
17 ja nooremad	93	47,9	115	47,9	45	44,1	253	47,2	0,786
18 ja vanemad	101	52,1	125	52,1	57	55,9	283	52,8	
KOKKU	194	100,0	240	100,0	102	100,0	536	100,0	
märkimata	5		11		1		17		
keskmine vanus	18,6		18,3		18,7		18,5		0,971*
mediaanvanus	18,0		18,0		18,0		18,0		
min; max	9;42		12;42		11;38		9;42		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 29: Narkootikumide tarvitamine viimase 4 nädala jooksul

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ükskõik millisel viisil (muul viisil kui süstides ja/või süstides)									
on tarvitanud	90	27,6	110	35,0	57	38,3	257	32,6	0,035
ei ole tarvitanud	236	72,4	204	65,0	92	61,7	532	67,4	
KOKKU	326	100,0	314	100,0	149	100,0	789	100,0	
märkimata	6		4		1		11		
Muul viisil kui süstimine									
on tarvitanud	51	15,5	65	20,6	34	22,8	150	18,9	0,101
ei ole tarvitanud	278	84,5	250	79,4	115	77,2	643	81,1	
KOKKU	329	100,0	315	100,0	149	100,0	793	100,0	
märkimata	3		3		1		7		
Süstides									
on tarvitanud	56	17,1	79	25,1	44	29,3	179	22,6	0,005
ei ole tarvitanud	272	82,9	236	74,9	106	70,7	614	77,4	
KOKKU	328	100,0	315	100,0	150	100,0	793	100,0	
märkimata	4		3				7		

Tabel 30: Narkootikumide tarvitamise sagedus viimase 4 nädala jooksul

Sagedus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Muul viisil kui süstides (4 nädala jooksul muul viisil kui süstides tarvitanutest)									
iga päev	6	12,2	7	11,7	2	6,1	15	10,5	0,569
mitu korda nädalas	16	32,7	14	23,3	13	39,4	43	30,3	
üks kord nädalas	7	14,3	9	15,0	2	6,1	18	12,7	
harvem kui üks kord nädalas	20	40,8	30	50,0	16	48,4	66	46,5	
KOKKU	49	100,0	60	100,0	33	100,0	142	100,0	
märkimata	2		5		1		8		
Süstides (4 nädala jooksul süstinutest)									
iga päev	4	7,7	11	14,9	3	7,0	18	10,7	0,167
mitu korda nädalas	18	34,6	19	25,7	7	16,3	44	26,0	
üks kord nädalas	6	11,5	16	21,6	11	25,6	33	19,5	
harvem kui üks kord nädalas	24	46,2	28	37,8	22	51,1	74	43,8	
KOKKU	52	100,0	74	100,0	43	100,0	169	100,0	
märkimata	4		5		1		10		

Tabel 31: Narkootikumide tarvitamise viis viimase 4 nädala jooksul
(viimase 4 nädala jooksul muul viisil kui süstides tarvitanutest)

Tarvitamise viis	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
tablettidena	7	14,3	17	29,3	5	15,6	29	20,9	0,037
sisse hingates	7	14,3	17	29,3	9	28,1	33	23,7	
suitsetades	40	81,6	34	58,6	22	68,8	96	69,1	
toiduga ja/või joogiga	4	8,2	3	5,2	2	6,2	9	6,5	
KOKKU	49		58		32		139		
märkimata	2		7		2		11		

Tabel 32: Narkootikumid, mida viimase 4 nädala jooksul tarvitati muul viisil kui süstides
(viimase 4 nädala jooksul muul viisil kui süstides tarvitanutest)

Narkootilised ained	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
kanepitooted	36	70,6	36	57,1	28	90,3	100	69,0	0,005
amfetamiin, metamfetamiin	8	15,7	16	25,4	6	19,4	30	20,7	
ecstasy	1	2,0	2	3,2	1	3,2	4	2,8	
rahustid, uinutid ilma arsti korralduseta	4	7,8	18	28,6	6	19,4	28	19,3	
kokaiin, crack	1	2,0	-	-	-	-	1	0,7	
MAK	-	-	2	3,2	1	3,2	3	2,1	
fentanüül	16	31,4	15	23,8	4	12,9	35	24,1	
GHB	2	3,9	-	-	-	-	2	1,4	
heroiin	1	2,0	2	3,2	1	3,2	4	2,8	
muu*	-	-	2	3,2	-	-	2	1,4	
KOKKU	51		63		31		145		
märkimata			2		3		5		

* IVKH – dimedrool, sudafed

Tabel 33: Narkootikumid, mida viimase 4 nädala jooksul tarvitati süstides
(viimase 4 nädala jooksul narkootikumide süstinutest)

Narkootilised ained	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Viimase 4 nädala jooksul süstitud uimastid									
amfetamiin, metamfetamiin	20	35,7	37	47,4	24	54,5	81	45,5	0,155
ecstasy	-	-	1	1,3	-	-	1	0,6	0,525
MAK	3	5,4	6	7,7	2	4,5	11	6,2	0,750
fentanüül	39	69,6	44	56,4	22	50,0	105	59,0	0,116
sudafed	-	-	10	12,8	1	2,3	11	6,2	0,005
heroiin	9	16,1	12	15,4	7	15,9	28	15,7	0,994
muu*	-	-	1	1,3	-	-	1	0,6	0,529
Peamine süstitav uimasti									
amfetamiin, metamfetamiin	14	26,4	23	31,1	19	44,2	56	32,9	0,242
ecstasy	-	-	-	-	-	-	-	-	
MAK	1	1,9	1	1,4	-	-	2	1,2	
fentanüül	35	66,0	37	50,0	20	46,5	92	54,1	
sudafed	-	-	4	5,4	-	-	4	2,4	
heroiin	3	5,7	8	10,8	4	9,3	15	8,8	
muu*	-	-	1	1,4	-	-	1	0,6	
KOKKU	53	100,0	74	100,0	43		170		
märkimata	3		5		1		9		

* IVKH - marihuaana

Tabel 34: Süstla, nõela või muu süstimisvarustuse jagamine viimase 4 nädala jooksul
(viimase 4 nädala jooksul narkootikumide süstinutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Süstinud narkootikumide süstimisvarustusega, mida keegi oli enne kasutanud									
jah	14	25,6	25	32,1	19	44,2	58	33,1	0,159
ei	40	74,1	53	67,9	24	55,8	117	66,9	
KOKKU	54	100,0	78	100,0	43	100,0	175	100,0	
märkimata	2		1		1		4		
Eelnevalt enda poolt kasutatud süstimisvarustuse kellelegi teisele süstimiseks andmine									
jah	10	18,5	13	16,7	6	14,6	29	16,8	0,881
ei	44	81,5	65	83,3	35	85,4	144	83,2	
KOKKU	54	100,0	78	100,0	41	100,0	173	100,0	
märkimata	2		1		3		6		

Tabel 35: Narkomaaniaravi viibimine (elu jooksul narkootikumide süstinutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Narkomaaniaravi elu jooksul									
on saanud ravi	118	61,1	125	51,4	52	51,0	295	54,8	0,089
ei ole saanud ravi	75	38,9	118	48,6	50	49,0	243	45,2	
KOKKU	193	100,0	243	100,0	102	100,0	538	100,0	
märkimata	6		8		1		15		
Narkomaaniaravi küsitluse toimumise ajal									
saab ravi	80	41,2	73	29,9	32	31,4	185	34,3	0,037
ei saa ravi	114	58,8	171	70,1	70	68,6	355	65,7	
KOKKU	194	100,0	244	100,0	102	100,0	540	100,0	
märkimata	5		7		1		13		

Tabel 36: Narkomaaniaravi liik, mida saadakse küsitluse toimumise ajal (küsitluse toimumise ajal ravi saanutest)

Ravi liik	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
asendusravi (metadooni/buprenorfiiniga)	56	70,9	53	73,6	25	78,1	134	73,2	0,734
võõrutusravi (metadooni/buprenorfiiniga)	3	3,8	2	2,8	2	6,2	7	3,8	
võõrutusravi rahustite ja muude ravimite baasil (va metadoon/buprenorfiin)	4	5,1	3	4,2	-	-	7	3,8	
ravimivaba ravi (ambulatoorne nõustamine/psühhoteeraapia)	4	5,1	6	8,3	4	12,5	14	7,7	
rehabilitatsiooniprogramm statsionaarse patsiendina	9	11,4	7	9,7	1	3,1	17	9,3	
tugirühm	8	10,1	6	8,3	3	9,4	17	9,3	
muu*	4	5,1	3	4,2	-	-	7	3,8	
KOKKU	79		72		32		183		
märkimata	1		1				2		

* LTKH – Anonüümsed Narkomaanid (n=4), Xanax ja Dormikum; IVKH – Tarmadol, Xanaks ja perearst, psühhiaater.

Seksuaalkäitumine

Seksuaalne orientatsioon

Valdav enamik HIVi nakatunud patsientidest määratleb ennast heteroseksuaalsena (LTKH – 79%, IVKH – 84% ja NH – 79%). Mõne protsendi jagu on neid, kes peavad ennast homo- või biseksuaalseks ning umbes kümnendik ei määratle oma seksuaalset suundumust üldse (vt tabel 37).

Elu jooksul on samast soost partneriga vahekorras olnud 17% LTKH patsientidest, oluliselt vähemal määral on neid Ida-Virumaa patsientide hulgas – nii IVKHs kui NHs 7% (vt tabel 38).

Et selgitada patsientide hulgas meestega seksivate meeste (MSM) osakaal, kõrvutati analüüsi käigus uuritava enda poolt määratletud orientatsiooni ning samast soost partneriga vahekorra andmed. MSMiks loeti meessoost uuritav, kes on elu jooksul olnud seksuaalvahekorras samast soost partneriga (olenemata orientatsioonist) või määratlenud ennast homo- või biseksuaalsena. Vastavalt sellele moodustavad MSMid valimist 6% (n=50) – LTKH patsientidest 9% (n=30), IVKHs 3,8% (n=12) ning NHs 5,3% (n=8) (p=0,019).

Tabel 37: Seksuaalne orientatsioon

Seksuaalne orientatsioon	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
heteroseksuaalne	245	78,5	257	83,7	106	78,5	608	80,6	0,022
homoseksuaalne	7	2,3	-	-	-	-	7	0,9	
biseksuaalne	15	4,8	8	2,6	3	2,2	3	3,5	
määratlen ennast mõne muu nimetusega	11	3,5	17	5,5	9	6,7	37	4,9	
ma ei määratlegi ennast	34	10,9	25	8,2	17	12,6	76	10,1	
KOKKU	312	100,0	307	100,0	135	100,0	754	100,0	
märkimata	20		11		15		46		

Tabel 38: Seksuaalvahekord samast soost partneriga

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on olnud vahekorras	56	17,2	24	7,6	11	7,3	91	11,5	<0,001
ei ole olnud vahekorras	270	82,8	290	92,4	139	92,7	699	88,5	
KOKKU	326	100,0	314	100,0	150	100,0	790	100,0	
märkimata	6		4				10		

Seksuaalkäitumine viimase 12 kuu jooksul

Praktiliselt kõik (n=789, 99%) uuringus osalejad on elu jooksul olnud seksuaalvahekorras (LTKH – 328, 99,1%; IVKH – 312, 98,4%; NH – 149, 99,3%; p=0,605). Üle 80% uuringus osalenud patsientidest oli seksuaalvahekorras küsitlusele eelnenud aasta jooksul (vt tabel 39). Umbes 2/3-l neist oli sel perioodil üks partner, seksuaalpartnerite mediaanarv kõikides uuringukeskustes on üks (vt tabel 40).

Üle 70% (n=599) HIVi nakatunud patsientidest on küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul olnud vahekorras püsipartneriga, neist üle 80% on olnud vahekorras ühe partneriga. Umbes kolmandik püsipartneriga olnutest on kasutanud igal korral kondoomi. Sageli on ka püsipartner nakatunud HIVi. 67% NH ja 62% IVKH patsientidest märkis, et nende praegune või viimane püsipartner on nakatunud HIVi, oluliselt vähem mainisid seda Tallinna patsiendid – 50%. 52% NH patsientidest omab püsipartnerit, kes süstib või on kunagi süstinud narkootikume. LTKH ja IVKH patsientide hulgas on see osakaal väiksem – vastavalt 31% ja 37% (vt tabel 41 kuni 44).

Umbes viiendik (n=175) HIVi nakatunud patsientidest on küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras juhupartneriga. 39% LTKH, 57% IVKH ja 48% NH sellises vahekorras olnud patsientidest omas sel perioodil ühte juhupartnerit. Juhupartnerite mediaanarv LTKHs on kaks, nii IVKHs kui NHs üks. Rohkem kui pooled kasutasid juhuvahekorras olles iga kord kondoomi. Umbes pooled olid juhuslikus vahekorras inimesega, kelle kohta nad teadsid, et ta on nakatunud HIVi. Samasugusel määral on ka neid, kes olid vahekorras juhupartneriga, kes teadaolevalt süstib või on süstinud narkootikume (vt tabel 45 kuni 48).

Tabel 39: Seksuaalvahekord viimase 12 kuu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on olnud vahekorras	283	86,5	255	81,2	121	80,7	659	83,3	0,122
ei ole olnud vahekorras	44	13,5	59	18,8	29	19,3	132	16,7	
KOKKU	327	100,0	314	100,0	150	100,0	791	100,0	
märkimata	5		4				9		

Tabel 40: Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul
(viimase 12 kuu jooksul vahekorras olnutest)

Arv	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 partner	176	64,7	179	71,6	84	70,0	439	68,4	0,218
2 või rohkem partnerit	96	35,3	71	28,4	36	30,0	203	31,6	
KOKKU	272	100,0	250	100,0	120	100,0	642	100,0	
märkimata	11		5		1		17		0,080*
keskmine partnerite arv	2,8		1,6		1,7		2,2		
5% trimmitud keskmine partnerite arv	1,7		1,3		1,5		1,5		
partnerite mediaanarv	1		1		1		1		
min; max	1;150		1;13		1;10		1;150		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 41: Seksuaalvahekord püsipartneriga viimase 12 kuu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on olnud vahekorras	252	77,8	234	74,5	113	75,8	599	76,1	0,626
ei ole olnud vahekorras	72	22,2	80	25,5	36	24,2	188	23,9	
KOKKU	324	100,0	314	100,0	149	100,0	787	100,0	
märkimata	8		4		1		13		

Tabel 42: Püsipartnerite arv viimase 12 kuu jooksul
(viimase 12 kuu jooksul püsipartneriga vahekorras olnutest)

Arv	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 partner	196	82,0	186	85,7	89	85,6	471	84,1	0,503
2 ja rohkem partnereid	43	18,0	31	14,3	15	14,4	89	15,9	
KOKKU	239	100,0	217	100,0	104	100,0	560	100,0	
märkimata	13		17		9		39		
keskmine partnerite arv	1,4		1,2		1,3		1,3		0,509*
5% trimmitud keskmine partnerite arv	1,2		1,1		1,1		1,1		
partnerite mediaanarv	1		1		1		1		
min; max	1;23		1;7		1;10		1;23		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 43: Kondoomi kasutamine viimase 12 kuu jooksul püsipartneriga seksuaalvahekorras
(viimase 12 kuu jooksul püsipartneriga vahekorras olnutest)

Sagedus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
iga kord	92	36,8	69	29,7	37	33,6	198	33,4	0,260
mitte iga kord	158	63,2	163	70,3	73	66,4	394	66,6	
- sh enamus kordadel	36	14,4	35	15,1	5	4,5	76	12,8	
- sh umbes pooltel kordadel	13	5,2	9	3,9	4	3,6	26	4,4	
- sh mõnel korral	32	12,8	38	16,4	18	16,4	88	14,9	
- sh mitte kordagi	77	30,8	81	34,9	46	41,8	204	34,5	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	149	100,0	592	100,0	
märkimata			1		1		2		

Tabel 44: Püsipartnerite hulgas HIVi nakatunud ja/või süstivad narkomaanid
(viimase 12 kuu jooksul püsipartneriga vahekorras olnutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Praegune või viimane püsipartner on nakatunud HIVi									
jah	123	49,6	143	61,6	73	67,0	339	57,5	0,006
ei	103	41,5	70	30,2	33	30,3	206	35,0	
ei tea	22	8,9	19	8,2	3	2,8	44	7,5	
KOKKU	248	100,0	232	100,0	109	100,0	589	100,0	
märkimata	4		2		4		10		
Praegune või viimane püsipartner süstib või on kunagi süstinud narkootikume									
jah	76	30,6	86	37,1	58	52,3	220	37,2	0,001
ei	156	62,9	123	53,0	44	39,6	323	54,7	
ei tea	16	6,5	23	9,9	9	8,1	48	8,1	
KOKKU	248	100,0	232	100,0	111	100,0	591	100,0	
märkimata	4		2		2		8		

Tabel 45: Seksuaalvahekord juhupartneriga viimase 12 kuu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on olnud vahekorras	84	26,1	59	18,8	32	21,3	175	22,3	0,086
ei ole olnud vahekorras	238	73,9	254	81,2	118	78,7	610	77,7	
KOKKU	322	100,0	313	100,0	150	100,0	785	100,0	
märkimata	10		5				15		

Tabel 46: Juhupartnerite arv viimase 12 kuu jooksul (viimase 12 kuu jooksul juhuvahekorras olnutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 partner	30	38,5	32	57,1	15	48,4	77	46,7	0,099
2 ja rohkem partnereid	48	61,5	24	42,9	16	51,6	88	53,3	
KOKKU	78	100,0	56	100,0	31	100,0	165	100,0	
märkimata	6		3		1		10		0,053*
keskmine partnerite arv	4,3		1,9		2,2		3,1		
5% trimmitud keskmine partnerite arv	2,5		1,7		1,9		2,1		
partnerite mediaanarv	2		1		1		2		
Min; Max	1;100		1;7		1;10		1;100		

* Kruskal-Wallis Test

Tabel 47: Kondoomi kasutamine viimase 12 kuu jooksul juhupartneriga seksuaalvahekorras (viimase 12 kuu jooksul juhuvahekorras olnutest)

Sagedus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
iga kord	54	65,9	31	52,5	18	56,2	103	59,5	0,259
mitte iga kord	28	34,1	28	47,5	14	43,8	70	40,5	
- sh enamus kordadel	9	11,0	11	18,6	-	-	20	11,6	
- sh umbes pooltel kordadel	5	6,1	3	5,1	1	3,1	9	5,2	
- sh mõnel korral	5	6,1	7	11,9	8	25,0	20	11,6	
- sh mitte kordagi	9	11,0	7	11,9	5	15,7	21	12,1	
KOKKU	82	100,0	59	100,0	32	100,0	173	100,0	
märkimata	2						2		

Tabel 48: Juhupartnerite hulgas HIVi nakatunud ja/või süstivad narkomaanid (viimase 12 kuu jooksul juhuvahekorras olnutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Viimase 12 kuu juhupartnerite hulgas HIVi nakatunud inimesi									
jah	37	45,1	28	47,5	19	59,4	84	48,5	0,652
ei	29	35,4	18	30,5	9	28,1	56	32,4	
ei tea	16	19,5	13	22,0	4	12,5	33	19,1	
KOKKU	82	100,0	59	100,0	32	100,0	173	100,0	
	2						2		
Viimase 12 kuu juhupartnerite hulgas inimesi, kes süstib või on kunagi süstinud narkootikume									
jah	41	53,2	30	51,7	23	71,9	94	56,3	0,139
ei	36	46,8	28	48,3	9	28,1	73	43,7	
KOKKU	77	100,0	58	100,0	32	100,0	167	100,0	
märkimata	7		1				8		

Rasestumisest hoidumise meetodid

Kasutatavatest rasestumisest hoidumise meetoditest ülevaate saamiseks küsiti viimase seksuaalvahekorra andmeid. Analüüsi käigus vaadeldi nende andmeid, kes olid vahekorras olnud viimase 12 kuu jooksul (n=659) ning vastused grupeeriti neljaks: 1) ei kasutanud mingeid meetodeid raseduse tõttu (on rase/planeeritakse rasedust); 2) ei kasutanud mingeid vahendeid: 3)

efektiivsed meetodid (hormonaalne kontratseptsioon – tabletid, plaastrid, rõngas, SOS-tabletid; emakasisene vahend – spiraal; kondoom; spermitsiidid; steriliseerimine) ja 4) ebaefektiivsed meetodid (kalendermeetod, katkestatud suguuhe, tupeloputus).

Umbes pooled (n=332) vahekorras olnutest kasutasid efektiivseid rasestumisest hoidumise meetodeid. Kõige sagedamini nimetati sellise vahendina kondoomi: mõnevõrra rohkem LTKH patsientide hulgas – 56%, IVKH ja NH patsientide seas vastavalt 45% ja 44%.

Ebaefektiivsete meetodite kasutajaid on oluliselt vähem. Kõige vähem – 6% – on neid IVKH patsientide hulgas, LTKH ja NH patsientide seas üle 10%. Kõige sagedamini nimetati ebaefektiivse meetodina katkestatud suguuhet - 6% IVKH vs 12% LTKH ja 13% NH viimase aasta jooksul vahekorras olnud patsientidest.

Kümnendik ei kasutanud mingeid meetodeid, sest nad planeerivad rasedust või uuritav/uuritava partner juba on rase. 35% IVKH patsientidest ei kasutanud midagi, et rasedusest hoiduda. Oluliselt vähem on neid LTKH patsientide hulgas – 19%, NHs on vastav näitaja 28% (vt tabel 49 ja 50).

Tabel 49: Rasestumisest hoidumise meetodid viimase seksuaalvahekorra ajal (viimase 12 kuu jooksul vahekorras olnutest)

Meetod	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ei kasutanud midagi, sest partner on rase/planeerime rasedust	29	10,7	26	10,5	14	11,8	69	10,8	0,001
ei kasutanud mingit vahendit muul põhjusel	51	18,9	86	34,7	33	27,7	170	26,7	
efektiivsed meetodid	156	57,8	121	48,8	55	46,2	332	52,1	
ebaefektiivsed meetodid	34	12,6	15	6,0	17	14,3	66	10,4	
KOKKU	270	100,0	248	100,0	119	100,0	637	100,0	
märkimata	13		7		2		22		

Tabel 50: Rasestumisest hoidumise meetodid viimase seksuaalvahekorra ajal (viimase 12 kuu jooksul vahekorras olnutest)

Meetod	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ei kasutanud midagi, sest partner on rase/planeerime rasedust	29	10,7	26	10,4	14	11,8	69	10,8	0,927
ei kasutanud mingit vahendit muul põhjusel	49	18,1	85	34,1	33	27,7	167	26,1	<0,001
rasestumisvastased tabletid	5	1,8	8	3,2	3	2,5	16	2,5	
rasestumisvastased plaastrid	-	-	-	-	1	0,8	1	0,2	
rasestumisvastane rõngas	1	0,4	1	0,4	1	0,8	3	0,5	
emakasisene vahend (spiraal)	7	2,6	3	1,2	-	-	10	1,6	
kondoom	151	55,7	113	45,4	52	43,7	316	49,5	0,024
spermitsiidid	2	0,7	-	-	-	-	2	0,3	
kalendermeetod	4	1,5	2	0,8	2	1,7	8	1,3	
katkestatud suguuhe	32	11,8	14	5,6	16	13,4	62	9,7	0,018
tupeloputus pärast suguuhet	2	0,7	1	0,4	-	-	3	0,5	
SOS-pillid	2	0,7	2	0,8	-	-	4	0,6	
muu*	5	1,8	3	1,2	1	0,8	9	1,4	
KOKKU	271		249		119		639		
märkimata	12		6		2		20		

* LTKH – arvan, et ei saa rohkem lapsi, ma ei saa lapsi, steriliseeritud (n=2); IVKH – ei meeldi, ei tea, steriliseeritud; NH – steriliseeritud.

Suguhaiguse kahtlus viimase 12 kuu jooksul

18% LTKHs uuritud patsientidest, kes olid küsitlusele eelnenud aasta jooksul vahekorras, märkis ankeeti, et neil on tekkinud kahtlus enda nakatumise kohta mõnda suguhaigusesse. See on oluliselt kõrgem näitaja võrreldes NH patsientidega (7%), IVKHs on suguhaiguse kahtlus tekkinud 12%-l. Umbes pooled pöördusid kahtluse tekkimisel eriarsti poole, ligikaudu kolmandik aga ei teinud midagi (vt tabelid 51 ja 52).

Tabel 51: Viimase 12 kuu jooksul kahtlus, et võib olla mõni suguhaigus (viimase 12 kuu jooksul vahekorras olnutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
on olnud kahtluseid	50	17,9	30	11,8	9	7,4	89	13,6	0,011
ei ole olnud kahtluseid	229	82,1	225	88,2	112	92,6	566	86,4	
KOKKU	279	100,0	255	100,0	121	100,0	655	100,0	
märkimata	4						4		

Tabel 52: Käitumine suguhaiguse kahtluse korral (nendest, kellele viimase 12 kuu jooksul tekkinud suguhaiguse kahtlused)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ei teinud midagi	18	36,7	9	31,0	3		30	34,5	
külastasin eriarsti	24	49,0	15	51,7	5		44	50,6	
külastasin perearsti	4	8,2	4	13,8	1		9	10,3	
küsisin ravimeid otse apteegist	3	6,1	2	6,9	-	-	5	5,7	
tarvitasin kodus olemasolevaid ravimeid omal käel	1	2,0	-	-	-	-	1	1,1	
rääkisin seksuaalpartnerile oma probleemist	8	16,3	2	6,9	-	-	10	11,5	
ei olnud seksuaalvahekorras, kuni haigustunnused kadusid	3	6,1	1	3,4	-	-	4	4,6	
kasutasin kondoomi, kuni haigustunnused kadusid	6	12,2	-	-	2		8	9,2	
muu*	4	8,2	-	-	-	-	4	4,6	
KOKKU	49		29		9		87		
märkimata	1		1				2		

* LTKH – kavatsen pöörduda arsti juurde, registreerisin arsti juurde, registreerisin günekoloogi juurde, kuid järjekord on 3 kuud, testikodus.ee teenus

Hinnang tervisele ja elukvaliteedile

HIVI nakatunud patsientide hinnangut oma elukvaliteedile, tervisele ja erinevatele eluvaldkondadele uuriti WHO poolt välja töötatud instrumendi lühendatud versiooni WHOQoL-HIV BREF abil. Instrument sisaldab 31 küsimust ning hõlmab 6 valdkonda:

- 1) füüsiline tervis – käsitleb füüsilise valu tundmist, energiat ja elujõulisust, probleeme unega ja HIV-nakkusega seotud vaevusi;
- 2) psühholoogiline tervis – käsitleb positiivsete ja negatiivsete tunnete kogemist, enesehinnangut ja keskendumisvõimet;
- 3) sõltumatus – käsitleb inimese võimet ringi liikuda, igapäevatoimetusi teha, sõltumist ravimitest ja raviprotseduuridest ning töövõimet;
- 4) sotsiaalsed suhted – käsitleb rahulolu isiklike suhetega ja teiste inimeste toetusega, rahulolu seksuaaleluga ning sotsiaalset kaasatust (st. kas tuntakse end aktsepteerituna ja kuivõrd ollakse kogunud võõrandumist);

- 5) keskkond – käsitleb ümbritseva keskkonna turvalisust ja tervislikkust, rahulolu elamistingimustega, tervishoiuteenuste kättesaadavust, finantsilisi võimalusi, vajaliku info saamise ning vaba aja veetmise võimalusi;
- 6) vaimsed/ religioossed/ isiklikud veendumused – isiklike tõekspidamisi, andeksandmist ja süütunnet oma nakatumise pärast, muret tuleviku ning surma pärast.

Lisaks on kaks küsimust üldiselt elukvaliteedi ja tervise kohta.

Hinnanguid küsiti uuringule eelnenud kahe nädala kohta 5-pallisel skaalal, kus 1 tähistas madalaimat hinnangut ning 5 kõrgeimat hinnangut. Enamiku küsimuste puhul olid vastusevariandid nn positiivse suunaga. Mõnede küsimuste puhul oli skaala vastupidine ning sellisel juhul tuli hiljem vastused ümber kodeerida.

Iga valdkonna puhul arvutati keskmine skoor, misjärel korrutati tulemus neljaga. Seega iga valdkonna skoor varieerub vahemikus 4–20, sellisel skaalal on keskmine skoor 12. Kahe üldise küsimuse puhul varieeruvad hinnangud vahemikus 1–5, keskmine hinnang 3.

Võrreldes kahe Ida-Virumaa uuringukeskusega on LTKH patsiendid enam rahul oma tervisega (keskmised hinnangud vastavalt 3,09 vs 2,73 IVKHs ja 2,57 NHs). See kajastub vaadates ka hinnangute protsentuaalset jagunemist. Oma tervisega on rahul või väga rahul 42% LTKH, 26% IVKH ja 20% NH patsientidest. Täpne hinnangute jagunemine on näidatud tabelis 53.

Sarnane pilt avaldub ka hinnangus elukvaliteedile: LTKH patsientide keskmine hinnang elukvaliteedile on 3,26, IVKH ja NH patsientide puhul vastavalt 3,01 ja 2,86. Oma elukvaliteeti hindab heaks või väga heaks 39% LTKH, 25% IVKH ning 14% NH patsientidest. Kusjuures NH uuritud patsientidest keegi ei märkinud, et on oma elu kvaliteediga väga rahul. Täpsemad hinnangud on näidatud tabelis 54.

Ka kuue koondvaldkonna andmeid analüüsidis ilmneb Tallinna patsientide kõrgem hinnang võrreldes kahe ülejäänud uuringukeskuse patsientidega. Vaid keskkonna teema puhul erinevad omavahel kõigi keskuste andmed. Üldiselt hindavad HIVi nakatunud patsiendid oma elukvaliteeti kuues valdkonnas keskmisest tasemest (12) kõrgemaks, vaid Narvas on see jäänud psühholoogilise tervise ja sõltumatuse valdkonnas alla keskmise taseme. Kõrgeimalt on hinnatud füüsilise tervise ning veendumuste valdkonda. Sellele järgnevad sotsiaalsete suhete ja keskkonna valdkond. Kõige madalamalt aga hinnatakse oma psühholoogilist tervist ning sõltumatust (vt tabel 55).

Tabel 53: Rahulolu oma tervisega üldiselt viimase kahe nädala jooksul

<i>Hinnang</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
üldse ei ole rahul	18	5,4	40	12,8	19	12,8	77	9,7	<0,0001
ei ole rahul	88	26,6	94	29,9	57	38,5	239	30,1	
ei rahul ega rahulolematu	86	26,0	98	31,2	42	28,4	226	28,5	
rahul	125	37,8	76	24,2	28	18,9	229	28,9	
väga rahul	14	4,2	6	1,9	2	1,4	22	2,8	
KOKKU	331	100,0	314	100,0	148	100,0	793		
märkimata	1		4		2		7		
keskmine hinnang	3,09		2,73		2,57		2,85		<0,0001*

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Bonferroni testi abil.

Tabel 54: Hinnang oma elukvaliteedile viimase kahe nädala jooksul

<i>Hinnang</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
väga halb	8	2,4	10	3,2	7	4,7	25	3,1	<0,0001
halb	43	13,1	66	20,8	28	18,8	137	17,2	
ei halb ega hea	151	45,9	162	50,9	93	62,4	406	51,0	
hea	108	32,8	72	22,6	21	14,1	201	25,3	
väga hea	19	5,8	8	2,5	-	-	27	3,4	
KOKKU	329	100,0	318	100,0	148	100,0	796	100,0	
märkimata	3				1		4		
keskmise hinnang	3,26		3,01		2,86		3,09		<0,0001*

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Tamhane testi abil.

Tabel 55: Elukvaliteedi kuue valdkonna keskmised skoorid

<i>Valdkond</i>	<i>LTKH</i>	<i>IVKH</i>	<i>NH</i>	<i>KOKKU</i>	<i>P*</i>
füüsiline tervis	14,95	13,47	12,77	13,94	<0,0001
psühholoogiline tervis	12,99	12,20	11,64	12,43	<0,0001
sõltumatus	13,42	12,04	11,34	12,47	<0,0001
sotsiaalsed suhted	13,77	12,88	12,70	13,22	0,001
keskkond	13,93	12,71	12,02	13,08	<0,0001
vaimsed/religioossed/ isiklikud veendumused	14,63	13,90	13,26	14,08	<0,001

Valdkondade vaheliste hinnangute võrdlusel võeti aluseks Wilcoxon Signed Ranks Test.

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Bonferroni testi abil.

Kehakaal

Uuringu käigus registreeriti uuritavate pikkus ning kaal. Selle alusel arvutati kehamassiindeks (KMI) ning vastavalt WHO klassifikatsioonile [26] jagati uuritavad kaalugruppidesse (vt tabel 56). Võrdluseks on kasutatud 2012. aastal Eesti täiskasvanud elanikkonna seas läbi viidud tervisekäitumise uuringu andmeid [27].

KMI alusel uuringukeskuste andmed omavahel ei erine olulisel määral. Kõige enam on HIVi nakatunud patsientide hulgas normaalkaaluga inimesi (70% LTKH, 67% IVKH ja 75% NH), sh valdava enamuse moodustavad normaalkaalu alumisse gruppi (KMI 18,50-24,99) kuuluvad inimesed. Eesti täiskasvanud elanikkonna hulgas on normaalkaaluga inimesi vähem – 49%. Väikese ülekaaluga ehk rasvumise-eelses seisundis on umbes viiendik patsientidest, üldelanikkonnas on see näitaja 30%. Ülekaalulised rasvumise staadiumis inimesed moodustavad HIVi nakatunute hulgas mõne protsendi, täiskasvanud elanikkonna seas aga 19%. Mõne protsendi jagu on ka alakaalulisi inimesi. See on võrreldav Eesti üldelanikkonnaga, kelle hulgas alakaalus olevaid inimesi on 2%. Kokkuvõttes võib öelda, et HIVi nakatunud inimesed on oluliselt rohkem normaalkaalulised kui Eesti täiskasvanud elanikkond ning rasvumine ega alakaal ei ole levinud probleemiks nende hulgas.

Tabel 56: Hinnang kehakaalule vastavalt KMI gruppidele

<i>KMI grupp</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
alakaal (KMI <18,50)	14	4,2	21	6,6	7	4,7	42	5,3	0,153
normaalkaal (KMI 18,50-24,99)	230	69,5	213	67,4	113	75,3	556	69,8	
- sh KMI 18,50-22,99	167	50,5	142	44,9	90	60,0	399	50,1	
- sh KMI 23-24,99	63	19,0	71	22,5	23	15,3	157	19,7	
ülekaal, rasvumise-eelne seisund (KMI 25,00-29,99)	64	19,3	71	22,5	23	15,3	158	19,8	
ülekaal, rasvumine (KMI ≥30,00)	23	7,0	11	3,5	7	4,7	41	5,1	
KOKKU	331	100,0	316	100,0	150	100,0	797	100,0	
märkimata	1		2				3		

Vaimne tervis

Vaimse tervise erinevaid aspekte (depressioon, üldine ärevus, paanikahäire, sotsiaalsoobia, vaimne kurnatus, unehäired) hinnati emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 alusel. Instrument koosneb 28 küsimusest. Erinevate probleemide ja vaevuste esinemise sagedust uuriti küsitlusele eelnenud nelja nädala kohta 5-pallisel skaalal (0 – üldse mitte, ..., 4 – pidevalt).

Iga vaimse tervise aspekti puhul arvatati välja skoor, maksimaalne väärtus ja riskipiir on näidatud tabelis 57. Vastavalt riskipiirile jagati uuritavad kahte gruppi: riskigrupp (riskipiir on ületatud) ja riskigrupi mittekuuluvad inimesed.

Üldiselt uuringukeskuste andmed ei erine omavahel. Vaid kahe aspekti osas (paanika- ja unehäired) tuleb esile, et need on Tallinna patsientide hulgas vähem levinud (vt tabel 57).

Kõige suuremaks vaimse tervise probleemiks võib lugeda unehäireid, riskigrupi kuuluvad 73% NH ja 66% IVKH patsientidest, oluliselt vähem on see levinud LTKH patsientide hulgas – 55%. Unerohkusid on tarvitanud aga märkimisväärselt väiksem hulk HIVi nakatunuid: küsitlusele eelnenud aasta jooksul tarvitas neid 20% LTKH, 24% IVKH ja 27% NH patsientidest (vt tabel 59).

Unehäiretele järgnevad esinemissageduselt vaimne kurnatus ja depressioon. Mõlemal juhul on see probleemiks rohkem kui pooltele patsientidele. Samas vähem kui viiendikule on arst eelnenud aasta jooksul öelnud, et tal on depressioon (vt tabel 58). Antidepressante on viimase aasta jooksul tarvitanud kümnendik patsientidest (vt tabel 59).

Üldisele ärevushäirele viitavaid sümptomeid esineb rohkem kui kolmandikul HIVi nakatunud patsiendil ning paanikahäireid vähem kui viiendikul LTKH patsiendil ja rohkem kui viiendikul Ida-Virumaa uuringukeskuste vastajatel. Patsientide poolt raporteeritud andmete alusel on ärevushäire arsti poolt diagnoositud umbes kümnendikul patsientidest (vt tabel 58). Kõige vähem on levinud sotsiaalsoobia – veidi vähem kui viiendikul HIVi nakatunud patsiendil (vt tabel 57).

Võrreldes antidepressantide ja unerohuga on HIVi nakatunud patsiendid enam tarvitanud rahusteid. Kõige enam on küsitlusele eelnenud aasta jooksul rahusteid tarvitanud NH patsiendid (42%), oluliselt väiksem on see näitaja LTKH uuritavate hulgas (29%), IVKH patsientidest on rahusteid manustanud 35% (vt tabel 59).

Rohkem kui kolmandik HIVi nakatunud patsientidest on elu jooksul mõelnud enesetapust, sh umbes pooled neist küsitlusele eelnenud aasta jooksul. Endalt elu on püüdnud võtta väiksem osakaal patsientidest – rohkem kui viiendik, sh viimase 12 kuu jooksul mõne protsendi jagu (vt tabel 60).

Tabel 57: Vaimse tervise aspektid ja riskigruppi kuulumine vastavalt EEK-2-le

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Depressioon: maksimaalne skoor 32, riskipiir >11									
kuulub riskigruppi	150	49,7	160	54,6	77	57,5	387	53,1	0,257
ei kuulu	152	50,3	133	45,4	57	42,5	342	46,9	
KOKKU	302	100,0	293	100,0	134	100,0	729	100,0	
märkimata	30		25		16		71		
keskmine	11,77		12,45		13,66		12,39		0,053
min; max	0;32		0;32		0;32		0;32		
Üldine ärevus: maksimaalne skoor 24, riskipiir >11									
kuulub riskigruppi	118	36,2	124	40,5	67	47,2	309	39,9	0,080
ei kuulu	208	63,8	182	59,5	75	52,8	465	60,1	
KOKKU	326	100,0	306	100,0	142	100,0	774	100,0	
märkimata	6		12		8		26		
keskmine	9,64		10,05		10,80		10,02		0,079
min; max	0;24		0;24		0;24		0;24		
Paanikahäire: maksimaalne skoor 20, riskipiir >6									
kuulub riskigruppi	52	16,0	77	24,4	45	31,5	174	22,2	0,001
ei kuulu	272	84,0	239	75,6	98	68,5	609	77,8	
KOKKU	324	100,0	316	100,0	143	100,0	783	100,0	
märkimata	8		2		7		17		
keskmine	3,00		3,90		4,55		3,64		<0,001
min; max	0;18		0;19		0;20		0;20		
Sotsiaalfoobia: maksimaalne skoor 8, riskipiir >3									
kuulub riskigruppi	47	14,4	57	18,4	28	19,4	132	16,9	0,275
ei kuulu	279	85,6	253	81,6	116	80,6	648	83,1	
KOKKU	326	100,0	310	100,0	144	100,0	780	100,0	
märkimata	6		8		6		20		
keskmine	1,35		1,72		1,77		1,58		0,032
min; max	0;7		0;8		0;7		0;8		
Vaimne kurnatus: maksimaalne skoor 16, riskipiir >6									
kuulub riskigruppi	174	54,5	183	59,4	88	60,3	445	57,6	0,357
ei kuulu	145	45,5	125	40,6	58	39,7	328	42,4	
KOKKU	319	100,0	308	100,0	146	100,0	773	100,0	
märkimata	13		10		4		27		
keskmine	6,94		7,41		7,77		7,28		0,112
min; max	0;16		0;16		0;16		0;16		
Ünehäire: maksimaalne skoor 12, riskipiir >5									
kuulub riskigruppi	179	54,7	208	66,0	106	72,6	493	62,6	<0,001
ei kuulu	148	45,3	107	34,0	40	27,4	295	37,4	
KOKKU	327	100,0	315	100,0	134	100,0	788	100,0	
märkimata	5		3		4		12		
keskmine	5,33		6,22		6,90		5,98		<0,0001
min; max	0;12		0;12		0;12		0;12		

Tabel 58: Arsti poolt diagnoositud depressioon ja ärevushäired viimase 12 kuu jooksul (patsiendi raporteeritud andmed)

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Depressioon									
jah	51	15,6	49	15,7	22	15,0	122	15,5	0,023
ei	252	76,8	218	69,9	100	68,0	570	72,4	
ei tea, ei mäleta	25	7,6	45	14,4	25	17,0	95	12,1	
KOKKU	328	100,0	312	100,0	147	100,0	787	100,0	
märkimata	4		6		3		13		
Ärevushäired									
jah	35	10,9	38	12,2	21	14,6	94	12,1	0,010
ei	251	77,9	218	70,1	91	63,2	560	72,1	
ei tea, ei mäleta	36	11,2	55	17,7	32	22,2	123	15,8	
KOKKU	322	100,0	311	100,0	144	100,0	777	100,0	
märkimata	10		7		6		23		

Tabel 59: Ravimeid, mida on tarvitatud viimase 12 kuu jooksul

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Antidepressandid*									
jah	29	9,0	30	9,9	16	11,2	75	9,7	0,749
ei	295	91,0	274	90,1	127	88,8	696	90,3	
KOKKU	324	100,0	304	100,0	143	100,0	771	100,0	
märkimata	8		14		7		29		
Rahustid**									
jah	95	29,1	110	34,9	61	41,5	266	33,7	0,025
ei	232	70,9	205	65,1	86	58,5	523	66,3	
KOKKU	327	100,0	315	100,0	147	100,0	789	100,0	
märkimata	5		3		3		11		
Unerohud***									
jah	64	19,9	73	23,5	39	26,7	176	22,6	0,231
ei	258	80,1	237	76,5	107	73,3	602	77,4	
KOKKU	322	100,0	310	100,0	144	100,0	778	100,0	
märkimata	10		8		6		22		

* Näiteks: Cipralax, Ciral, Citalec, Esprital, Remeron, Zoloft, tsitalopraam, esitalopraam, sertraliin, mirtasepaam

** Näiteks: Xanax, Valocordin, alprasolaam, diasepaam, bromasepaam

*** Näiteks: Imovane, Hypnogen, Stilnox, zolpideem, zopikloon

Tabel 60: Enesetapuga seotud küsimused

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Möelnud enesetapust									
jah	125	37,9	107	34,0	56	37,6	288	36,3	0,548
- sh viimase 12 kuu jooksul	65	19,7	55	17,5	36	24,2	156	19,7	
- sh rohkem kui aasta tagasi	60	18,2	52	16,5	20	13,4	132	16,6	
ei	205	62,1	208	66,0	93	62,4	506	63,7	
KOKKU	330	100,0	315	100,0	149	100,0	794	100,0	
märkimata	2		3		1		6		
Püüdnud endalt elu võtta									
jah	65	19,8	69	22,0	28	18,7	162	20,4	0,657
- sh viimase 12 kuu jooksul	12	3,6	18	5,7	10	6,7	40	5,0	
- sh rohkem kui aasta tagasi	53	16,1	51	16,2	18	12,0	122	15,4	
ei	264	80,2	245	78,0	122	81,3	631	79,6	
KOKKU	329	100,0	314	100,0	150	100,0	793		
märkimata	3		4				7		
Möelnud enesetapust ja/või püüdnud endalt elu võtta									
jah	134	40,6	116	36,8	59	39,6	309	38,9	0,605
ei	196	59,4	199	63,2	90	60,4	485	61,1	
KOKKU	330	100,0	315	100,0	149	100,0	794	100,0	
märkimata	2		3		1		6		

HIV-i nakatumise ja raviga seotud andmed

HIVi nakatumise aeg ja viis

Kasutades nii arsti kui patsiendi poolt raporteeritud andmeid arvutati analüüsi käigus orienteeruv nakatumisest teada saamise kuupäev. Arvutuste juures võeti arvesse arsti ja patsiendi andmete võrdlusel varaseim kuupäev. Sellest lähtuvalt on arvestatud HIV-nakkuse kestus päevades, kuigi näitaja peegeldab eelkõige ajaperioodi diagnoosi teadasaamisest alates. Tegelik nakatumise aeg võis olla mitmeid aastaid varem ja kestus seega pikem. Antud uuringu käigus ei kogutud kahjuks andmeid (näiteks CD4 rakkude hulk HIV-nakkuse esmase diagnoosimise ajal), mis oleksid võimaldanud hinnata, kas tegemist oli värsket või hilise HIV-nakkusest teadasaamisega. Järgnevalt on nakatumisest teada saamise kuupäeva kohta kasutatud mõistet „nakatumise aeg“, sest on lähim tuvastamist võimaldav daatum nakatumisele.

Kõige enam on uuringusse kaasatud inimesi, kes said oma HIVi nakatumisest teada perioodil 2000–2004 (LTKH – 47%, IVKH – 60% ja NH – 54%), sh kõige rohkem on HIViga inimesi LTKHs ja IVKHs 2001. aastast ning NHs 2000. aastast. 33% LTKH, 28% IVKH ja 30% NH vastajatest on nakatunud HIVi vahemikus 2005–2009. Võrreldes Ida-Viru uuringukeskustega on LTKHs vähem 2000ndate esimesel poolel ning rohkem perioodil 2010–2013 nakatunud, oluline on erinevus võrreldes IVKHga (vt tabel 61). Need tulemused on kooskõlas riikliku statistikaga esmasdiagnooside osas [1]. Kui vaadata 2013. aasta lõpu seisuga ametlikku statistikat, siis selle kohaselt on pooled viirusekandjatest (4346/8702, 50%) HIVi nakatunud aastatel 2000–2004 ning kolmandik (2878/8702, 33%) perioodil 2005–2009. 2001. aastal registreeriti kõige enam nakkuse esmasjuhte, siis sai HIV diagnoosi 17% (1474/8702) kõikidest HIViga inimestest. Ning eelkõige sai nakkuse levik alguse just Ida-Virumaal.

Toodud andmed peegelduvad ka HIV-nakkuse kestuses. Võrreldes Tallinnaga on kahe Ida-Virumaa uuringukeskuse patsiendid olnud viirusekandjad pikema perioodi vältel (LTKHs keskmiselt 7,6 aastat vs IVKH 9,0 ja NH 8,6) (vt tabel 62).

Ankeedile vastajatel paluti nimetada üks võimalus, kuidas ta võis nakatuda HIVi. Selle järgi on 53% LTKH patsientidest nakatunud seksuaalsel teel ning 41% kasutades uimastite süstimiseks saastunud varustust. IVKHs on olukord vastupidine ja erinevus on statistiliselt oluline: rohkem kui pooled on nakatunud süstimise teel ning veidi rohkem kui kolmandik seksuaalsel teel. NHs on võrdväärset hulgal seksuaalsel ja narkootikumide süstimise teel nakatunud, vastavalt 46% ja 48%. Mehelt mehele on viirus seksuaalsel teel edasi kandunud mõnel protsendil patsientidest (vt tabel 63). Osad vastajad märkisid siiski mitu vastust, need on toodud tabelis 63 real „märkimata“ (LTKH – n=19, 5,7% kogu valimist; IVKH – n=15, 4,7%; NH – n=4, 2,7%). Enamikel juhtudel oli üks märgitud vastustest seotud nakatumisega süstimise ning teine seksuaalsel teel. Vaid kahe mitu vastust andnud respondendi vastused ei sisaldanud süstimisel võimalikku nakatumist. Üks patsient oli LTKHst ning märkis võimaliku nakatumise teena seksuaalvahekorda naisega või tätoveerimist. Teine patsient IVKHst märkis võimalikuks nakatumise viisiks seksuaalvahekorda kas naisega või mehega.

Tabel 61: HIVi nakatumise aasta

Aasta	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1996–1999	4	1,2	8	2,5	4	2,7	16	2,0	0,005
2000–2004	157	47,3	191	60,1	82	54,6	430	53,8	
2005–2009	110	33,1	90	28,3	45	30,0	245	30,6	
2010–2013	61	18,4	29	9,1	19	12,7	109	13,6	
KOKKU	332	100,0	318	100,0	150	100,0	800	100,0	
mood	2001 (n=47; 14,2%)		2001 (n=58; 18,2%)		2000 (n=29; 19,3%)		2001 (n=126; 15,8%)		

Tabel 62: HIV-nakkuse kestus

Kestus	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
3–12 kuud	11	3,3	3	0,9	3	2,0	17	2,1	0,002
1–5 aastat	88	26,5	52	16,4	24	16,0	164	20,5	
5–10 aastat	114	34,3	113	35,5	63	42,0	290	36,3	
10 ja rohkem aastat	119	35,9	150	47,2	60	40,0	329	41,1	
KOKKU	332	100,0	318	100,0	148	100,0	800	100,0	
keskmine HIV-nakkuse kestus päevades (aastates)	2787,87 (7,6)		3271,06 (9,0)		3153,21 (8,6)		3048,44 (8,4)		<0,0001*
min; max (aastates)	88; 5841 (0,2;16,0)		184; 6146 (0,50;16,8)		112; 6007 (0,3;16,5)		88; 6146 (0,2; 16,8)		

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Tamhane testi abil.

Tabel 63: HIVi nakatumise viis

Nakatumise viis	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
seksuaalsel teel	164	53,1	109	36,2	67	46,2	340	45,0	0,001
- sh seksuaalsel teel mehelt mehele	10	3,2	4	1,3	3	2,1	17	2,3	
süstimise teel	126	40,8	173	57,5	69	47,6	368	48,7	
muul viisil või ei tea*	19	6,1	19	6,3	9	6,2	47	6,2	
KOKKU	309	100,0	301	100,0	145	100,0	755	100,0	
märkimata	23		17		5		45		

* LTKH – ei tea (n=9), kaklus, nakatati sihilikult (n=2), tätoveerimine (n=3), töötrauma (n=2), vereülekanne; IVKH – ei tea (n=10), elu-olu käigus, tätoveerimine (n=5), torkimine; NH – ei tea (n=7), kaklus, mees nakatas.

Haiguse staadium ja ARV-ravi

Nii arsti kui patsiendi ankeedis küsiti andmeid infektsionisti juurde pöördumise esmakordse aja kohta. Kasutades mõlema andmestiku andmeid arvutati välja varaseim aeg, millal toimus peale

HIVI nakatumisest teada saamist esmakordne visiit infektionisti juurde. Rohkem kui pooled LTKH patsientidest on nakkushaiguste arsti juurde jõudnud esimese 30 päeva jooksul. See on oluliselt kõrgem näitaja kui kahe Ida-Virumaa uuringukeskuse patsientidel (IVKH 44% ja NH 39%). Ligi kolmandik patsientidest on nakkushaiguste arsti juurde jõudnud aga aasta või pikema perioodi jooksul peale HIV-diagnoosi saamist. Keskmiselt on arstini jõudmine võtnud aega rohkem kui üks aasta, mõnevõrra vähem LTKHs kui kahes Ida-Virumaa haiglas (LTKHs keskmiselt 13,8, IVKHs 16,8 ja NHs 20,9 kuud) (vt tabel 64).

Uuringu käigus paluti patsiendi raviarstil märkida ankeeti tema CD4 rakkude arv ja viiruste hulk veres. Vastavalt Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi poolt välja antud ravijuhisele alustatakse ravi [28]:

- patsientidel, kellel on tekkinud kliinilise progresseerumise nähud (hoolimata viroloogilistest ja immunoloogilistest näitajatest);
- sümptomiteta patsientidel, kelle CD4 rakkude arv on korduvalt alla 200 raku/mm³;
- soovitatavalt sümptomiteta patsientidel, kellel CD4 rakkude arv on korduvalt 200-350 ja viiruse koopiade hulk korduvalt üle 55 000 koopiat/ml;
- sümptomiteta patsientidel, kelle CD4 rakkude arv on suurem kui 350 raku/mm³ ja viiruse koopiade hulk üle 55 000 koopiat/ml, on ravi alustamine individuaalne;
- rasedatel naistel viiruse ülekande takistamiseks lootele (sõltumata viroloogilistest ja immunoloogilistest analüüsides).

Kuigi antud uuringu andmed ei võimalda jälgida CD4 rakkude ja viiruskoormuse aegrida, võeti siiski andmetest parema ülevaate saamiseks antud klassifikatsioon aluseks uuritavate jagamisel gruppideks (vt tabel 65 ja 66).

CD4 rakkude arvu ja viiruste hulga alusel võib öelda, et LTKH patsientide tervislik seisund on parem kui Ida-Virumaa keskustes uuringusse kaasatud. 61%-l LTKH patsientidel on CD4 rakkude arv suurem kui 350, samas IVKHs on see näitaja 47% (NHs 59%). Väiksem kui 200 on CD4 rakkude arv kümnendikul LTKHs ravil käivatel inimestel, Ida-Virumaa keskustes umbes viiendikul. 51%-l LTKH uuritaval on viiruste hulk veres alla määramistaseme, NHs kuuluvad siia gruppi 27% ja IVKHs 39% patsientidest. Viiruste hulk veres üle 55 000 on 8%-l LTKH patsientidest, samas IVKHs 26%-l ja NHs 19%-l (vt tabel 65. ja 66).

Valdavale enamikule uuringusse kaasatud on arst soovitanud alustada antiretroviirusravi (ARV-ravi). Enam on selliseid patsiente LTKHs – 93%, oluliselt vähem on ravi soovitatud IVKHs – 86%-le, NHs on antud näitaja 88% (vt tabel 67). Üle 90% neist, kellele arst on soovitanud alustada ARV-ravi, on seda ka elu jooksul teinud (LTKH – 271, 90%; IVKH – 249, 91,9%; NH – 121, 93,1%; p=0,537).

Patsientide endi poolt raporteeritud andmetel on kokku üle 80% uuritustest elu jooksul antiretroviirusravimeid (ARV-ravimid) võtnud ning küsitluse toimumise ajal saab ARV-ravi 83% LTKHs, 77% IVKHs ja 71% NHs nakkushaiguste arsti vastuvõtul käivatest HIVi nakatunutest. Arsti andmetel on ravisaajaid mõnevõrra rohkem: LTKHs 90%, IVKHs 84% ja NHs 81%. Arsti andmete põhjal on Tallinnas ravisaajate hulk oluliselt suurem kui kahes Ida-Virumaa keskuses (vt tabel 68).

Patsiendi ja arsti andmed erinevad: arstide andmetel on ravisaajaid oluliselt rohkem kui patsientide endi poolt raporteeritud andmed näitavad (LTKH – p < 0,0001; LTKH ja NH – p=0,001). Küsimus oli ARV-ravimite võtmise kohta ning mõned uuritavatest oli ARV-ravi eitamise juures märkinud ankeeti siiski võetavate tablettide arvu (LTKH – n=3; IVKH – n=5; NH – n=8). Sellise erinevuse põhjuseks võib olla asjaolu, et vaatamata arsti poolt välja kirjutatud ravimitele, ei jälgita raviskeemi ning küsitluse toimumise ajal olid ravimid võtmata jäetud.

Tabel 64: Positiivse HIV-testi tulemuse teada saamisest infektsionisti visiidini kulunud aeg

Aeg	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
kuni 30 päeva	179	54,1	140	44,3	59	39,4	378	47,4	0,015
1-3 kuud	25	7,5	42	13,3	17	11,3	84	10,5	
3-12 kuud	32	9,7	31	9,8	23	15,3	86	10,8	
1 aasta ja kauem	95	28,7	103	32,6	51	34,0	249	31,3	
KOKKU	331	100,0	316	100,0	150	100,0	797	100,0	
märkimata	1		2				3		
keskmine aeg päevades (kuudes)	420,1 (13,8)		510,2 (16,8)		635,6 (20,9)		496,4 (16,3)		0,040*
min; max (kuudes)	0; 4523 (0; 148,6)		0; 4470 (0; 146,9)		0; 4470 (0; 146,9)		0; 4523 (0; 148,6)		

* Kruskal-Wallis Test.

Tabel 65: HIVi nakatunute jagunemine vastavalt CD4 rakkude arvule

CD4 rakkude arv	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
199 ja vähem	32	9,7	81	25,6	26	17,4	139	17,4	<0,0001
200-350	98	29,5	87	27,4	35	23,5	220	27,6	
351 ja rohkem	202	60,8	149	47,0	88	59,1	439	55,0	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	149	100,0	798	100,0	
märkimata			1		1				

Tabel 66: HIVi nakatunute jagunemine vastavalt viiruste hulcale veres

Viiruste hulk	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
alla määramispiiri*	168	50,6	124	39,2	41	27,3	333	41,7	<0,0001
20(40)*-55 000	137	41,3	110	34,8	80	53,4	327	41,0	
55 001 ja rohkem	27	8,1	82	26,0	29	19,3	138	17,3	
KOKKU	332	100,0	316	100,0	150	100,0	798	100,0	
märkimata			2				2		

*LTKHs ja NHs on määramispiiriks 20 koopiat/ml ja IVKHs 40 koopiat/ml

Tabel 67: Arsti soovitus alustada antiretroviirusraviga

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
arst on teinud ettepaneku	302	92,6	271	85,8	130	87,8	703	89,0	0,018
arst ei ole teinud ettepanekut	24	7,4	45	14,2	18	12,2	87	11,0	
KOKKU	326	100,0	316	100,0	148	100,0	790	100,0	
märkimata	6		2		2		10		

Tabel 68: Antiretroviirusravimite võtmine

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Elu jooksul ARV-ravimite võtmine (patsiendi andmed)</i>									
jah	278	84,8	257	81,1	125	83,3	660	83,0	0,457
ei	50	15,2	60	18,9	25	16,7	135	17,0	
KOKKU	328	100,0	317	100,0	150	100,0	795	100,0	
märkimata	4		1				5		
<i>Küsitluse toimumise hetkel ARV-ravimite võtmine (patsiendi andmed)</i>									
jah	271	82,9	242	76,6	105	70,9	618	78,1	0,010
ei	56	17,1	74	23,4	43	29,1	43	21,9	
KOKKU	327	100,0	316	100,0	148	100,0	791	100,0	
märkimata	5		2		2		9		
<i>Küsitluse toimumise hetkel ARV-ravimite võtmine (arsti andmed)</i>									
jah	300	90,4	265	83,6	122	81,3	687	86,0	0,009
ei	32	9,6	52	16,4	28	18,7	112	14,0	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	150	100,0	799	100,0	
märkimata	2		1				1		

Infektsionisti külastamine

Uuriti patsientide hinnangut nakkushaiguste arsti külastamise regulaarsusele, seejuures mõeldi regulaarsuse all arsti külastamist vähemalt üks kord aastas. Vaid iga kümnes patsient arvas, et ta ei külasta infektsionisti regulaarselt (vt tabel 69). Kõige sagedamini põhjendati seda asjaoluga, et ei ole aega (LTKH – n=7; IVKH – n=3; NH – n=3). Sagedamini nimetati ka ravikindlustuse puudumist (LTKH – n=4; IVKH – n=5; NH – n=1), arsti juurde minemise ebamugavust, st transpordi puudumist, ebasobivaid vastuvõtuaegu jms (LTKH – n=1; IVKH – n=7; NH – n=2), kartust HIV-staatuse teadasaamise ees (LTKH – n=1; IVKH – n=5; NH – n=3) ning soovi saada pensioni (LTKH – 2; IVKH – n=2; NH – n=3).

Tabel 69: Regulaarne infektsionisti külastamine

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
külastab regulaarselt	302	92,4	281	89,2	134	89,9	717	90,6	0,371
ei külasta regulaarselt	25	7,6	34	10,8	15	10,1	74	9,4	
KOKKU	327	100,0	315	100,0	149	100,0	791	100,0	
märkimata	5		3		1		9		

Oma nakatumisest rääkimine

Kõige sagedamini on oma nakatumisest teada antud pereliikmetele: üle 60% on rääkinud vanema(te)ga, ligi 2/3 Tallinnas uuritutest ja rohkem kui pooled Ida-Virumaa keskuste patsientidest on teavitanud abikaasat/elukaaslast ning ligi kolmandik õdesid-vendi. Väljaspool pereringi on sellest räägitud enam sõpradele – pooled LTKH, rohkem kui kolmandik IVKH ja ligi kolmandik NH patsientidest, ning üle 40% perearstile. Vähem kui kümnendik ei ole oma nakatumisest kellelegi rääkinud (vt tabel 70).

Üldiselt võib hinnata, et HIVi nakatunutel on olemas lähedaste ring, kellega saaks vajadusel rääkida oma haigusega seotud muredest. Vaid vähem kui viiendik (LTKH – 18%; IVKH – 15%; NH – 12%) on märkinud, et lähedaste hulgas ei ole ühtegi inimest, kelle poole mure korral pöörduda, samas 28% LTKH, 48% IVKH ja 43% NH patsientidest on hinnanud, et saavad kõikide oma lähedastega rääkida. 3/4 uuringus osalenutest on vajadusel ka oma lähedaste poole pöördunud, sh ligi pooled on teinud seda kõhklemata ning rohkem kui neljandik mõningate kõhklustega (vt tabel 71).

Tabel 70: Inimesed, kellele on räägitud oma nakatumisest HIVi

<i>Inimesed</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
ei ole sellest kellelegi rääkinud	20	6,0	20	6,3	5	3,3	45	5,6	0,393
ema ja/või isa	199	60,1	202	63,7	93	62,0	494	61,9	0,640
abikaasa/elukaaslane	210	63,4	163	51,4	80	53,3	453	56,8	0,005
õde ja/või vend	104	31,4	99	31,2	41	27,3	244	30,6	0,632
oma laps/lapsed	18	5,4	23	7,3	10	6,7	51	6,4	0,632
sõber/sõbrad	167	50,5	124	39,1	48	32,0	339	42,5	<0,001
perearst	145	43,8	139	43,8	65	43,3	349	43,7	0,994
töökaaslased/koolikaaslased	17	5,1	16	5,0	6	4,0	39	4,9	0,854
ülemus/õpetaja	11	3,3	6	1,9	-	-	17	2,1	0,061
muu vastus*	25	7,6	16	5,0	15	10,0	56	7,0	
KOKKU	331		317		150		798		
märkimata	1		1				2		

* LTKH – arstid (n=2), kardioloog, eksabikaasa (n=2), kogu pere, ämm, naise pere, juhupartner, seksuaalpartner (n=3), sugulased, tädi, tädipoeg, vanaema (n=2), juhendaja, kõik, kellega suhtlen (n=2), kõik, kellel seda vaja teada on minu arvates, praktiliselt kõik, ei varja seda (n=2); IVKH – lähedased (n=2), sugulased, tädi, vanaema (n=2), venna- või õetütar, ämm, andsin intervjuu üliõpilastele, tuttav, ei varja seda, kõik; NH –, arst-infektsionist, günekoloog, lähedased, tädi, ämm (n=2), inimesed, kellel on HIV, ei varja seda, kõik (n=2), kõik sellised, kõik, kelle jaoks see on huvitav, kõik, kellele pean vajalikuks, kui keegi küsib,

Tabel 71: Haigusega seotud murede rääkimine perekonnale ja sõpradele-tuttavatele

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Lähedaste hulgas on inimesi, kellega saaks rääkida igal hetkel									
kõik lähedased	88	28,4	147	48,2	63	42,6	298	39,1	<0,0001
enamus	29	9,4	29	9,5	13	8,8	71	9,3	
mõni	138	44,5	83	27,2	54	36,5	275	36,0	
ei ole võimalik ühegi lähedasega rääkida	55	17,7	46	15,1	18	12,1	119	15,6	
KOKKU	310	100,0	305	100,0	148	100,0	763	100,0	
märkimata	22		13		2		37		
Pöördumine lähedaste poole, kui vajadus rääkida									
on pöördunud	239	73,5	238	76,0	117	80,1	594	75,8	0,300
- sh kõhklemata	145	44,6	154	49,2	69	47,3	368	46,9	
- sh mõningate kõhklustega	94	28,9	84	26,8	48	32,9	226	28,8	
ei ole pöördunud	86	26,5	75	24,0	29	19,9	190	24,2	
KOKKU	325	100,0	313	100,0	146	100,0	784	100,0	
märkimata	7		5		4		16		

Tegevused, mida on nakatumise tõttu välditud

Umbes pooled uuringus osalenutest on vältinud seksuaalvahekorda, ligi kolmandik uute tutvuste loomist ning umbes neljandik suudlemist. Veidi rohkem kui kümnendik on peljanud suhelda oma vanade sõpradega (vt tabel 72).

Tabel 72: Tegevused, mida on välditud oma HIV-positiivsuse tõttu

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Vanade sõpradega suhtlemine</i>									
on vältinud	48	14,9	53	16,9	24	16,3	125	16,0	0,769
ei ole vältinud	275	85,1	260	83,1	123	83,7	658	84,0	
KOKKU	323	100,0	313	100,0	147	100,0	783	100,0	
märkimata	9		5		3		17		
<i>Uute tutvuste loomine</i>									
on vältinud	96	29,5	100	32,1	47	32,0	243	31,0	0,759
ei ole vältinud	229	70,5	212	67,9	100	68,0	541	69,0	
KOKKU	325	100,0	312	100,0	147	100,0	784	100,0	
märkimata	7		6		3		16		
<i>Suudlemine</i>									
on vältinud	74	22,9	82	26,5	35	23,6	191	24,5	0,551
ei ole vältinud	249	77,1	227	73,5	113	76,4	589	75,5	
KOKKU	323	100,0	309	100,0	148	100,0	780	100,0	
märkimata	9		9		2		20		
<i>Seksuaalvahekord</i>									
on vältinud	164	50,9	173	56,0	76	51,7	413	53,1	0,415
ei ole vältinud	158	49,1	136	44,0	71	48,3	365	46,9	
KOKKU	322	100,0	309	100,0	147	100,0	778	100,0	
märkimata	10		9		3		22		

Kaasuvad haigused

Seksuaalsel teel levivad infektsioonid

Saamaks ülevaadet seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI) levikust HIVi nakatunud inimeste hulgas, küsiti uuritavatelt, kas arst või õde on neile viimase 12 kuu jooksul ütelnud, et nad põevad mõnda suguhaigust. Kahes suuremas uuringukeskuses (LTKH ja IVKH) koguti tupeäige- ja uriiniproovid, et hinnata kahe STLI levimust (klamüdioos ja gonorröa).

Kõige sagedamini nimetasid uuritavad genitaaltüükaid, papillomiviirust – 3% LTKH, 5% IVKH ja 4% NH patsientidest. Genitaalherpese diagnoosi sai viimase aasta jooksul 2% LTKH ja NH ning 3% IVKH patsientidest. Trihhomoniasid nimetas 2% LTKH, alla 1% nii IVKH kui NH uuringusse kaasatutest. Klamüdioosi esines vaid LTKH (2%) ja IVKH (1%) patsientide hulgas. Süüfilis diagnoositi alla 1% LTKH viirusekandjatel, gonorröad ei nimetanud ükski uuritav (vt tabel 73). Lisaks nimetasid IVKH uuritavad muid haiguseid: kandidoos (n=2), seenhaigus (n=1)

Uuringu käigus võetud proovide alusel selgus üks gonorröa juht IVKHs. Klamüdioosi diagnoositi vaid LTKHs osalenute seas ning positiivne tulemus oli 1%-l (vt tabel 74).

Tabel 73: STLIde levimus viimase 12 kuu jooksul patsiendi poolt raporteeritud andmetel (elu jooksul vahekorras olnutest)

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Süüfilis</i>									
jah	2	0,7	-	-	-	-	2	0,3	0,225
ei	297	99,3	301	100,0	144	100,0	742	99,7	
KOKKU	299	100,0	301	100,0	144	100,0	744	100,0	
märkimata	29		11		5		45		
<i>Gonorröa ehk tripper</i>									
jah	-	-	-	-	-	-	-	-	
ei	299	100,0	299	100,0	144	100,0	742	100,0	
KOKKU	299	100,0	299	100,0	144	100,0	742	100,0	
märkimata	29		13		5		47		
<i>Genitaaltüükad ehk kondüloomid, papillomiviirus</i>									
jah	10	3,3	15	5,0	6	4,2	31	4,2	0,599
ei	289	96,7	285	95,0	138	95,8	712	95,8	
KOKKU	299	100,0	300	100,0	144	100,0	743	100,0	
märkimata	29		12		5		46		
<i>Genitaalherpes</i>									
jah	7	2,3	8	2,7	3	2,1	18	2,4	0,926
ei	292	97,7	292	97,3	141	97,9	725	97,6	
KOKKU	299	100,0	300	100,0	144	100,0	743	100,0	
märkimata	29		12		5		46		
<i>Klamüüdia ehk klamüdioos</i>									
jah	7	2,4	4	1,3	-	-	11	1,5	0,153
ei	97,6	97,6	295	98,7	144	100,0	729	98,5	
KOKKU	297	100,0	299	100,0	144	100,0	740	100,0	
märkimata	31		13		5		49		
<i>Trihhomonias</i>									
jah	7	2,3	2	0,7	1	0,7	10	1,4	0,159
ei	291	97,7	293	99,3	143	99,3	727	98,6	
KOKKU	298	100,0	295	100,0	144	100,0	737	100,0	
märkimata	30		17		5		52		

Tabel 74: Uuringu käigus teostatud analüüside tulemused

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Gonorröa</i>							
positiivne	-	-	1	0,3	1	0,2	0,490*
negatiivne	296	100,0	283	97,3	579	98,6	
muu tulemus	-	-	7***	2,4	7	1,2	
KOKKU	296	100,0	291	100,0	587	100,0	
märkimata**	36		27		63		
<i>Klamüdioos</i>							
positiivne	4	1,4	-	-	4	0,7	0,124
negatiivne	292	98,6	284	100,0	576	98,1	
muu tulemus	-	-	7***	2,4	7	1,2	
KOKKU	296	100,0	291	100,0	587	100,0	
märkimata	36		27		63		

* Fisher's Exact Test, analüüsil ei arvestatud vastust „muu tulemus“

** Peale terviseuuringu valimi täitumist proovide kogumine lõpetati

*** Muu tulemus: selgusetu (n=5), analüüs tühi (n=1), saastunud (n=1)

Viirushepatiitidid

Arsti küsimustiku (kliinilise haigusloo) andmetel on B-hepatiiti põdenud või põdevaid inimesi kõige enam LTKHs – 39%, kahes Ida-Viru maakonna uuringukeskuses kümnendiku jagu. C-

hepatiiti on põdenud või põevad praegu kõige enam IVKH patsiendid – 84%, LTKHs on see näitaja 64% ning NHs 59% (vt tabel 75).

Vaktsineerimist B-hepatiidi vastu uuriti kõikidelt HIVi nakatunutelt, kes on elu jooksul olnud seksuaalvahekorras. Umbes kolmandik ei osanud öelda, kas ta on vaktsineeritud või mitte. Enda ütluste järgi on 15% LTKH, 16% IVKH ja 20% NH seksuaalvahekorras olnud patsientidest vaktsineeritud B-hepatiidi vastu (vt tabel 76).

Tabel 75: B- ja C-hepatiidi levimus

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<i>B-hepatiit</i>									
põeb/on põdenud	129	38,9	35	11,0	12	8,1	176	22,1	<0,0001
ei	203	61,1	11,0	89,0	136	91,9	621	77,9	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	148	100,0	797	100,0	
märkimata			1		2		3		
<i>C-hepatiit</i>									
põeb/on põdenud	213	64,2	265	83,6	88	59,1	566	70,9	<0,0001
ei	119	35,8	52	16,4	61	40,9	232	29,1	
KOKKU	332	100,0	317	100,0	149	100,0	798	100,0	
märkimata			1		1		2		

Tabel 76: Vaktsineerimine B-hepatiidi vastu (elu jooksul vahekorras olnutest)

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
on vaktsineeritud	50	15,5	48	15,6	30	20,4	128	16,5	0,512
ei ole vaktsineeritud	157	48,6	138	45,0	68	46,3	363	46,7	
ei tea, ei mäleta	116	35,9	121	39,4	49	33,3	286	36,8	
KOKKU	323	100,0	307	100,0	147	100,0	777	100,0	
märkimata	5		5		2		12		

Tuberkuloos

Arsti küsimustikku märgiti andmed ka tuberkuloosi kohta. Sellest selgub, et infektsionisti külastavatest HIVi nakatunutest on põdenud või põevad praegu tuberkuloosi mõni protsent: 3% LTKHs, 5% IVKHs ja 3% NHs (vt tabel 77).

Tabel 77: Tuberkuloosi levimus

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
põeb/on põdenud	11	3,3	17	5,4	4	2,7	32	4,0	0,264
ei	319	96,7	296	94,6	144	97,3	759	96,0	
KOKKU	330	100,0	313	100,0	148	100,0	791	100,0	
märkimata	2		5		2		9		

HIVI nakatunute kirjeldus nakatumise viisi alusel

Järgnevalt vaadeldakse andmeid nakatumise viisi analüüsi aluseks võttes. Kõrvutades patsiendi poolt raporteeritud tõenäolist nakatumise viisi ja elu jooksul narkootikumide süstimise andmeid, selgub, et nende hulgas, kes arvavad, et nakatusid HIVi seksuaalsel teel, on ligi viiendiku jagu elu jooksul ka narkootikumide süstinuid (vt tabel 78). Enda hinnangul seksuaalsel teel nakatunute ja samas uimasteid süstinute hulgas on kõrge C-hepatiidi levimus (LTKHs 91%, IVKHs 93% ja NHs 67%). Kõrge C-hepatiidi levimus viitab võimalusele, et on kasutatud süstimisvarustust, millega keegi on eelnevalt süstinud. Kuna HIVi nakatumine on tõenäolisem saastunud süstimisvarustust kasutades kui seksuaalsel teel, on järgnevast analüüsist need patsiendid eemaldatud. Ka ei ole

analüüsi kaasatud need inimesed, kes ei teadnud oma nakatumise viisi või on märkinud mõne muu nakatumise võimaluse (nt kaklus, tätoveering). Analüüsi tulemused on näidatud tabelis 79.

Tabel 78: Patsiendi poolt nimetatud arvatav nakatumise viis ja elu jooksul süstimisega kokkupuude

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
nakatumine seksuaalsel teel ja kokkupuude narkootikumide süstimisega	46	14,9	54	18,0	25	17,2	125	16,6	<0,0001
nakatumine seksuaalsel teel ja kokkupuude narkootikumide süstimisega puudub	118	38,2	54	18,0	42	29,0	214	28,4	
nakatumine süstimise teel	126	40,8	173	57,7	69	47,6	368	48,8	
muu	19	6,1	19	6,3	9	6,2	47	6,2	
KOKKU	309	100,0	300	100,0	145	100,0	754	100,0	
märkimata	23		18		5		46		

Tabel 79: HIVi nakatunute andmed arvatava nakatumise viisi lõikes

	<i>Seksuaalsel teel nakatunud (n=214)</i>		<i>Süstimise teel nakatunud (n=368)</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Sotsiaal-demograafilised andmed</i>					
Naiste osakaal	140	65,4	106	28,8	<0,0001
Mediaanvanus	34		32		<0,0001*
Eestlaste osakaal	44	20,7	22	6,0	<0,0001
Põhiharidus või alla selle taseme	43	20,3	190	51,9	<0,0001
Kõrgharidus	31	14,6	5	4,1	<0,0001
Sissetulekuallikas: palk	122	57,0	132	35,9	<0,0001
Sissetulekuallikas: töövõimetuspension	87	40,7	259	70,4	<0,0001
Ravikindlustuse omamine	192	90,6	306	83,4	0,053
Laps samal elamispinnal	91	42,5	102	27,9	<0,001
Elu jooksul vanglas viibinud	18	8,5	207	56,9	<0,0001
<i>Nakatumisega seotud andmed</i>					
Keskmine HIV-nakkuse kestus aastates	6,4		9,8		<0,0001*
Peale nakatumist keskmine infektsionistini jõudmise aeg kuudes	10,1		21,4		<0,0001*
ARV-ravi saamine (arsti andmed)	176	82,2	325	88,6	0,045
Infektsionisti regulaarne külastamine (patsiendi hinnang)	200	94,8	329	89,9	0,042
CD4 rakkude arv <200	25	11,7	74	20,2	0,009
CD4 rakkude arv ≥350	135	63,1	183	49,9	0,002
Viiruskoormus veres ei ole määratav	101	47,4	149	40,6	0,118
Viiruskoormus 55 001 ja rohkem	23	10,8	68	18,5	0,013
<i>Sõtuvusainete tarvitamine</i>					
Igapäevane suitsetamine	106	49,8	296	80,4	<0,0001
Alkoholisõltuvuse risk (CAGE-test, skoor 2–4)	75	39,3	204	57,6	<0,0001
Elu jooksul narkootikumide tarvitanud ükskõik millisel viisil	76	35,7	368	100,0	<0,0001
Narkootikumide tarvitamine muul viisil kui süstimine viimase 4 nädala jooksul	11	5,2	87	23,8	<0,0001
<i>Seksuaalkäitumine viimase 12 kuu jooksul</i>					
Püsipartner viimase 12 kuu jooksul	165	78,9	271	74,5	0,263
Püsipartner süstib või on süstinud narkootikume	16	9,9	138	51,5	<0,0001
Püsipartner on nakatunud HIVi	81	50,6	170	63,4	0,011
Juhupartner viimase 12 kuu jooksul	32	15,5	98	26,8	0,002
Juhupartner süstib või on süstinud narkootikume	3**	9,7	61	64,9	<0,0001
Juhupartner on nakatunud HIVi	7**	21,9	55	56,7	0,001

Tervis ja elukvaliteet (põhiliselt WHOQoL-HIV BREF)					
Keskmine KMI	23,52		23,15		0,262*
Keskmine hinnang rahulolule oma tervisega	3,21		2,68		<0,0001*
Keskmine hinnang oma elukvaliteedile	3,42		2,91		<0,0001*
Füüsiline tervis: keskmine skoor	15,47		13,34		<0,0001*
Psühholoogiline tervis: keskmine skoor	13,70		11,81		<0,0001*
Sõltumatus: keskmine skoor	14,14		11,73		<0,0001*
Sotsiaalsed suhted: keskmine skoor	14,69		12,56		<0,0001*
Keskkond: keskmine skoor	14,33		12,55		<0,0001*
Veendumused: keskmine skoor	14,75		12,55		0,003*
Vaimne tervis (põhiliselt EEK-2)					
Depressioon (skoor >11)	75	37,1	194	57,7	<0,0001
Üldine ärevus (skoor >11)	61	29,2	164	45,7	<0,001
Paanikahäire (skoor >6)	34	16,2	85	23,5	0,042
Sotsiaalfoobia (skoor >3)	31	14,8	60	16,7	0,636
Vaimne kurnatus (skoor >3)	99	47,4	222	62,9	<0,001
Unehäire (skoor >5)	99	46,7	243	67,1	<0,0001
Mõelnud enesetapust ja/või püüdnud endalt elu võtta elu jooksul	46	21,5	170	46,2	<0,0001

* Mann-Whitney Test

** N=32

Psühhosotsiaalsed ja tervishoiuteenused

Uuringusse kaasatud HIVi nakatunutelt küsiti, milliste teenuste järgi nad on vajadust tundnud ning milliseid teenuseid kasutanud viimase 12 kuu jooksul.

Selgelt kõige suurem vajadus on viirusekandjatel ARV-raviga seotud nõustamise (LTKH – 42%, IVKH – 39% ja NH – 45%) ning psühholoogilise nõustamise järele (LTKH – 42%, IVKH – 34%, NH – 32%). Vähem on tuntud vajadust STLide suhtes testimise ja ravi (LTKH – 15%, IVKH – 11% ja NH – 7%) ning lapsehoiu teenuse (nii LTKH kui IVKH – 13%, NH – 17%) järele. Suurim keskustevaheline erinevus ilmneb sotsiaaleluasemega seoses. 24% LTKHs infektsionisti külastavatest HIVi nakatanutest on tundnud vajadust sotsiaaleluaseme järele viimase 12 kuu jooksul. IVKHs on sellist vajadust tundnud märkimisväärselt vähem patsiente – 7%. NHs on antud näitaja 18% (vt tabel 80).

Üldiselt on viimase 12 kuu jooksul erinevate teenuste kasutamine ühtlasel tasemel. Erinevaid sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid on kasutanud veidi vähem kui viiendik ambulatoorse ravi patsientidest. Erandina võib siin välja tuua günekoloogi teenuse, mida on kasutanud rohkem kui viiendik patsientidest. Vähem on kasutatud psühhoteraapia, sotsiaaleluaseme ja STLide suhtes testimise ja ravi teenust – umbes kümnendik uuringusse kaasatud on neid teenuseid kasutanud viimase 12 kuu jooksul. Haiglate vaheline erinevus tuleb esile sotsiaalteenuste osas. Võrreldes kahe Ida-Virumaa uuringukeskuse patsientidega on LTKHs neid teenuseid kasutanud inimesi rohkem: sotsiaalnõustamine – LTKHs 23% vs IVKHs 14% ja NHs 15% ning sotsiaaleluase – LTKHs 14% vs IVKHs 6% ja NHs 10%. Iga sotsiaal- ja tervishoiuteenuse puhul on mõne protsendi jagu ka neid inimesi, kes ei ole antud teenusest teadlikud (vt tabel 81).

Kui kõrvutada teenuse vajaduse ja kasutamise andmed, siis selle alusel on suurim puudujääk seotud psühhoteraapiaga. Ligikaudu 2/3 neist, kes on seda teenust enda hinnangul vajanud, ei ole seda uuringule eelnenud aasta jooksul kasutanud. Ka on suuremad erinevused vajaduse ja kasutamise vahel sotsiaal- ning psühholoogilise nõustamise puhul – umbes pooled neid teenuseid vajanutest ei ole nende teenusteni jõudnud (vt tabel 82).

Uuringusse kaasatud HIVi nakatunutel paluti hinnata ka oma rahulolu sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kättesaadavusega. Hinnang anti 4-pallisel skaalal (1 – üldse ei ole rahul, ..., 4 – väga rahul), sellisel skaalal on keskmine tase 2,5 ja mida kõrgem on keskmine hinnang seda enam ollakse rahul antud teenuse kättesaadavusega. Üldiselt ollakse rahul teenuste kättesaadavusega, keskmised hinnangud on enamasti kõrgemad kui keskmine tase. LTKH patsiendid on kõige enam rahul süstlavahetusteenuse, seksuaalpartneri HIV-testimise ning STLide suhtes testimise ja raviga. Ida-Virumaal uuritud on rohkem rahul seksuaalpartneri HIV-testimise, süstlavahetus- ning günekoloogi teenusega. Kõige vähem ollakse rahul sotsiaaleluasemega seotud teenuse kättesaadavusega. Tallinnas on kättesaadavust selle teenusega hinnatud keskmisel tasemel ning Ida-Virumaa mõlemas uuringukeskuses alla keskmise taseme. Lisaks on LTKHs madalamalt hinnatud psühhoterapia kättesaadavust ning IVKHs ja NHs narkosõltuvuse ravi kättesaadavust (vt tabel 83).

Tabel 80: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste vajadus viimase 12 kuu jooksul

	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Psühholoogiline nõustamine</i>									
jah	135	41,9	104	33,5	47	32,0	286	36,7	0,038
ei	187	58,1	206	66,5	100	68,0	493	63,3	
KOKKU	322	100,0	310	100,0	147	100,0	779	100,0	
märkimata	10		8		3		21		
<i>Psühhoterapia</i>									
jah	68	21,1	67	21,8	32	21,8	167	21,5	0,974
ei	254	78,9	240	78,2	115	78,2	609	78,5	
KOKKU	322	100,0	307	100,0	147	100,0	776	100,0	
märkimata	10		11		3		24		
<i>Muud väimse tervisega seotud teenused</i>									
jah	68	21,3	66	21,3	28	19,3	162	20,9	0,868
ei	251	78,7	244	78,7	117	80,7	612	79,1	
KOKKU	319	100,0	310	100,0	145	100,0	774	100,0	
märkimata	13		8		5		26		
<i>Seksuaalpartneri HIV-testimine</i>									
jah	68	20,7	52	16,7	29	19,9	147	18,9	0,424
ei	253	79,3	259	83,3	117	80,1	629	81,1	
KOKKU	319	100,0	311	100,0	146	100,0	776	100,0	
märkimata	13		7		4		24		
<i>Sotsiaalnõustamine</i>									
jah	88	27,8	63	20,3	34	23,3	185	23,9	0,086
ei	229	72,2	248	79,7	112	76,7	589	76,1	
KOKKU	317	100,0	311	100,0	146	100,0	774	100,0	
märkimata	15		7		4		26		
<i>Sotsiaaleluase</i>									
jah	77	24,1	22	7,1	26	17,9	125	16,1	<0,0001
ei	242	75,9	288	92,9	119	82,1	649	83,9	
KOKKU	319	100,0	310	100,0	145	100,0	774	100,0	
märkimata	13		8		5		26		
<i>Süstlavahetusteenus</i>									
jah	32	10,0	52	16,8	27	18,8	111	14,3	0,013
ei	288	90,0	258	83,2	117	81,2	663	85,7	
KOKKU	320	100,0	310	100,0	144	100,0	774	100,0	
märkimata	12		8		6		26		
<i>Narkosõltuvuse ravi</i>									
jah	69	21,6	56	18,1	33	22,4	158	20,4	0,435
ei	251	78,4	253	81,9	114	77,6	617	79,6	
KOKKU	319	100,0	309	100,0	147	100,0	775	100,0	
märkimata	13		9		3		25		

STLide suhtes testimine ja ravi									
jah	48	15,2	33	10,6	10	6,8	91	11,8	0,025
ei	268	84,6	278	89,4	136	93,2	682	88,2	
KOKKU	316	100,0	311	100,0	146	100,0	773	100,0	
märkimata	16		7		4		27		
Günekoloog									
jah	83	26,8	62	20,3	37	25,9	182	24,0	0,140
ei	227	73,2	244	79,7	106	74,1	577	76,0	
KOKKU	310	100,0	306	100,0	143	100,0	759	100,0	
märkimata	22		12		7		41		
ARV-raviga seotud nõustamine									
jah	130	41,5	120	38,8	65	45,1	315	41,1	0,438
ei	183	58,5	189	61,2	79	54,9	451	58,9	
KOKKU	313	100,0	309	100,0	144	100,0	766	100,0	
märkimata	19		9		6		34		
Juriidiline abi									
jah	74	23,7	61	19,7	31	21,5	166	21,7	0,485
ei	238	76,3	248	80,3	113	78,5	599	78,3	
KOKKU	312	100,0	309	100,0	144	100,0	765	100,0	
märkimata	20		9		6		35		
Lapsehoid teenuste kasutamise või arsti külastamise ajaks									
jah	39	12,5	40	13,1	25	17,0	104	13,6	0,400
ei	273	87,5	265	86,9	122	83,0	660	86,4	
KOKKU	312	100,0	305	100,0	147	100,0	764	100,0	
märkimata	20		13		3		36		

Tabel 81: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste kasutamine viimase 12 kuu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Psühholoogiline nõustamine									
jah	65	20,8	49	16,3	15	10,4	129	17,0	0,055
ei	23	73,7	240	79,7	124	85,5	594	78,4	
ei teadnud teenusest	17	5,5	12	4,0	6	4,1	35	4,6	
KOKKU	312	100,0	301	100,0	145	100,0	758	100,0	
märkimata	20		17		5		42		
Psühhoteeraapia									
jah	26	8,5	30	10,0	14	9,9	70	9,3	0,959
ei	272	88,6	260	86,7	123	86,6	655	87,5	
ei teadnud teenusest	9	2,9	10	3,3	5	3,5	24	3,2	
KOKKU	307	100,0	300	100,0	142	100,0	749	100,0	
märkimata	25		18		8		51		
Seksuaalpartneri HIV-testimine									
jah	54	17,9	50	16,5	26	18,4	130	17,5	0,386
ei	242	80,4	250	82,5	110	78,0	602	80,8	
ei teadnud teenusest	5	1,7	3	1,0	5	3,6	13	1,7	
KOKKU	301	100,0	303	100,0	141	100,0	745	100,0	
märkimata	31		15		9		55		
Sotsiaalnõustamine									
jah	70	23,1	41	13,6	21	14,9	132	17,7	0,007
ei	221	72,9	254	84,4	113	80,1	588	78,9	
ei teadnud teenusest	12	4,0	6	2,0	7	5,0	25	3,4	
KOKKU	303	100,0	301	100,0	141	100,0	745	100,0	
märkimata	29		17		9		55		

Sotsiaaleluase									
jah	42	13,8	18	6,0	14	9,9	74	9,9	0,009
ei	252	82,6	275	92,0	121	85,2	648	86,9	
ei teadnud teenusest	11	3,6	6	2,0	7	4,9	24	3,2	
KOKKU	305	100,0	299	100,0	142	100,0	746	100,0	
märkimata	27		19		8		54		
Süstlavahetusteenus									
jah	41	13,7	59	19,6	33	23,4	133	17,9	0,043
ei	256	85,3	242	80,4	107	75,9	605	81,5	
ei teadnud teenusest	3	1,0	-	-	1	0,7	4	0,6	
KOKKU	300	100,0	301	100,0	141	100,0	742	100,0	
märkimata	32		17		9		58		
Narkosõltuvuse ravi									
jah	60	19,5	42	13,9	25	17,6	127	16,9	0,093
ei	243	79,2	261	86,1	115	81,0	619	82,3	
ei teadnud teenusest	4	1,3	-	-	2	1,4	6	0,8	
KOKKU	307	100,0	303	100,0	142	100,0	752	100,0	
märkimata	25		15		8		48		
STLide suhtes testimine ja ravi									
jah	46	15,2	26	8,6	11	7,9	83	11,2	0,062
ei	254	84,1	274	91,0	128	91,4	656	88,3	
ei teadnud teenusest	2	0,7	1	0,3	1	0,7	4	0,5	
KOKKU	302	100,0	301	100,0	140	100,0	743	100,0	
märkimata	30		17		10		57		
Günekoloog									
jah	78	26,5	58	19,7	32	22,7	168	23,1	0,107
ei	215	73,1	234	79,6	106	75,2	555	76,1	
ei teadnud teenusest	1	0,3	2	0,7	3	2,1	6	0,8	
KOKKU	294	100,0	294	100,0	141	100,0	729	100,0	
märkimata	38		24		9		71		

Tabel 82: Psühhosotsiaalsete ja tervishoiuteenuste kasutamise ja vajadusega seotud puudujäägid viimase 12 kuu jooksul (vastavat teenust vajanutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Psühholoogiline nõustamine									
on vajadus/ei ole kasutanud	73	54,5	56	54,9	34	72,3	163	57,6	0,081
on vajadus/ on kasutanud	61	45,5	46	45,1	13	27,7	120	42,4	
KOKKU	134	100,0	102	100,0	47	100,0	283	100,0	
märkimata	1		2				3		
Psühhoterapia									
on vajadus/ei ole kasutanud	44	66,7	41	63,1	21	65,6	106	65,0	0,909
on vajadus/ on kasutanud	22	33,3	24	36,9	11	34,4	57	35,0	
KOKKU	66	100,0	65	100,0	32	100,0	163	100,0	
märkimata	2		2				4		
Seksuaalpartneri HIV-testimine									
on vajadus/ei ole kasutanud	20	31,7	17	32,7	11	37,9	49	33,3	0,837
on vajadus/ on kasutanud	43	68,3	35	67,3	18	62,1	96	66,7	
KOKKU	63	100,0	52	100,0	29	100,0	144	100,0	
märkimata	5						5		
Sotsiaalnõustamine									
on vajadus/ei ole kasutanud	36	42,4	31	50,8	22	64,7	89	49,4	0,085
on vajadus/ on kasutanud	49	57,6	30	49,2	12	35,3	91	50,6	
KOKKU	85	100,0	61	100,0	34	100,0	180	100,0	
märkimata	3		2				5		

Sotsiaaleluase									
on vajadus/ei ole kasutanud	35	47,3	11		16		62	52,5	0,248
on vajadus/ on kasutanud	39	52,7	9		8		56	47,5	
KOKKU	74	100,0	20	100,0	24	100,0	118	100,0	
märkimata	3		2		2		7		
Süstlavahetusteenus									
on vajadus/ei ole kasutanud	3	9,7	6	11,5	2	7,4	11	10,0	0,843
on vajadus/ on kasutanud	28	90,3	46	88,5	25	92,6	99	90,0	
KOKKU	31	100,0	52	100,0	27	100,0	110	100,0	
märkimata	1						1		
Narkosõltuvuse ravi									
on vajadus/ei ole kasutanud	17	24,6	20	35,7	11	34,4	48	30,6	0,357
on vajadus/ on kasutanud	52	75,4	36	64,3	21	65,6	109	69,4	
KOKKU	69	100,0	56	100,0	32	100,0	157	100,0	
märkimata					1		1		
STLide suhtes testimine ja ravi									
on vajadus/ei ole kasutanud	19	39,6	21	63,6	3		43	48,3	0,084
on vajadus/ on kasutanud	29	60,4	12	36,4	5		46	51,7	
KOKKU	48	100,0	33	100,0	8	100,0	89	100,0	
märkimata					2		2		
Günekoloog									
on vajadus/ei ole kasutanud	17	21,5	11	18,0	11	31,4	39	22,3	0,308
on vajadus/ on kasutanud	62	78,5	50	82,0	24	68,6	136	77,7	
KOKKU	79	100,0	61	100,0	35	100,0	175	100,0	
märkimata	4		1		2		7		

Tabel 83: Keskmise hinnangu rahulolule seoses tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavusega (vastavat teenust viimase 12 kuu jooksul kasutanutest)

<i>Teenus</i>	<i>LTKH</i>	<i>IVKH</i>	<i>NH</i>	<i>KOKKU</i>	<i>P*</i>
psühholoogiline nõustamine	2,80	2,74	2,57	2,75	0,701
psühhoteraapia	2,60	2,77	2,58	2,67	0,716
seksuaalpartneri HIV-testimine	3,40	3,30	3,08	3,30	0,097
sotsiaalnõustamine	2,76	2,74	2,79	2,76	0,950
sotsiaaleluase	2,50	1,85	2,00	2,28	0,051
süstlavahetusteenus	3,41	3,24	2,93	3,21	0,055
narkosõltuvuse ravi	2,88	2,67	2,45	2,73	0,185
STLide suhtes testimine ja ravi	3,18	2,72	2,90	3,02	0,097
günekoloog	2,99	3,09	3,03	3,03	0,913

* Kruskal-Wallis Test

Rahulolu oma nakkushaiguste arsti ja tema poolt osutatud raviteenusega

Hinnangut nakkushaiguste arstile ja tema poolt pakutavale raviteenuse erinevatele külgedele anti 4-pallisel skaalal (1 – üldse ei ole rahul, ..., 4 – väga rahul). Sellisel skaalal on keskmine tase 2,5 ja mida kõrgem on keskmine hinnang seda enam ollakse rahul raviarsti ja tema poolt pakutava teenusega.

Üldiselt võib öelda, et oma raviarsti poolt pakutud abiga ollakse rahul. Kõikides keskustes on keskmised hinnangud üle keskmise taseme. Kõige kõrgemalt on hinnatud oma raviarsti LTKHs (keskmise hinnang 3,60). Statistiliselt oluliselt erineb see IVKH patsientide hinnangust (3,41). NHs on antud näitaja 3,53 (vt tabel 84).

Uuringusse kaasatutel paluti ka põhjendada oma hinnangut raviarstile. Rohkem kui pooled uuritud patsientidest nimetasid erinevaid põhjuseid, enamasti olid need positiivsed (vt tabel 85). Kõige enam nimetati positiivsena informatsiooni, nõustamise ning oma küsimustele selgete arusaadavate

vastuste saamist – umbes kolmandik erinevaid põhjuseid esile toonud patsientidest mainis seda asjaolu.

„Alati selgitab kõike, vastab igasugustele tervist puudutavatele küsimustele.“
„Arst on väga tähelepanelik ja delikaatne, annab vajalikku infot minu tervise olukorra ja ravi võimaluste kohta.“
„Arst selgitab hästi ja nõustab, kuidas paremini toimida.“
„Arst selgitab arusaadavalt, kuidas mul on vaja käituda, kuidas on vaja ravimeid võtta ja kuidas need mõjuvad.“
„Arst andis soovitusi immuunsuse tugevdamiseks, ravimite võtmise konsulteerimine.“
„Mulle väga meeldib, kuidas arst suhtub minu probleemidesse ja on alati valmis andma asjalikku nõu.“
„Olen oma seisundiga väga hästi kursis ja saan mind huvitavatele küsimustele alati ammendava vastuse.“
„Saan vastused igale küsimusele ning tunnen ennast kindlalt.“
Vastuvõttudel oma doktori juurde saan kogu informatsiooni mis mind huvitab.“

Ligi viiendik põhjendas oma rahulolu asjaoluga, et arst pakub vajalikku ravi ja teenuseid ning suunab vajadusel edasi.

„Osutab vajalikku abi, suunab vajaliku arsti juurde.“
„Alati on valmis vastu võtma ja ravi osutama.“
„Saan alati endale vajalikud ravimid.“
„Arst planeerib ise, millised testid on vaja teha, millised ravimid on vajalikud.“
„Tasuta tabletid ja analüüsid.“
„Kirjutab välja antiretroviirustabletid, jälgib tervist.“
„Teeb kõik vajalikud analüüsid ja saan ravimid.“
„Minu arst-infektsionist valib mulle õiged tabletid, olen väga rahul raviga.“
„Mulle väga meeldib, kuidas arst korraldab ravi. Ma muutun rahulikumaks.“

Samuti ligi viiendik kiidab arsti suhtumist patsientidesse.

„Harva kui arst suhtub patsienti nii hästi kui minu arst.“
„Ei ole mingit vaenulikkust haige suhtes.“
„Minusse heatahtlik suhtumine tekitab usaldust ja heatahtlikku õhkkonda suhtlemisel“
„Minusse suhtuvad kõik hästi. Ma tunnen ennast normaalselt.“
„Olen infektsionisti juures tundnud mõistvat suhtumist ja olen alati saanud oma muredest, probleemidest rääkida ja koos oleme leidnud lahenduse.“
„Peale arsti külastamist saan aru, et on olemas inimesi, kellel pole HIVi nakatunust ükskõik.“
„Suhtub nagu inimesse, aga mitte nagu puudulikku.“
„Suhtumine minusse on väga hea. Minuga suheldakse kui inimesega, aidatakse – nagu võimalik, mitte ei suhtuta nagu katkuhaigesse, kellest tuleb igal juhul eemale hoida.“

Kolmandik NH patsientidest ning rohkem kui kümnendik LTKH ja IVKH patsientidest on põhjendanud arstiga rahulolu üldise abivalmidusega, et on alati saanud abi.

„Aitab igal ajal ja kõiges.“
„Alati annab abi, mitte kunagi ei keeldu.“
„Alati on osutatud abi terviseiga seotud kaebuste puhul.“
„Ei keskendu negatiivsele, saan alati vajalikku abi.“
„Infektsionist aitab kõiges.“
„Konkreetne ja adekvaatne abi.“
„Meeldib, et arst tõesti aitab raskustes, mis on seotud HIVi nakatumisega.“
„Arst ei ütle kunagi ära abist, kui ma seda vajan.“

Rohkem kui kümnendik on rahul arsti kompetentsuse ja professionaalsusega.

„Abivalmis, taktitundeline arst, kes mitte esimest aastat ei tegele raviga. Teab kõike probleemide kohta.“
„Arst on pädev ja haiguse erinevate probleemidega piisavalt kursis.“
„Minuarst on väga positiivne kvalifitseeritud töötaja.“
„Kiire väljatulek kriisist. Ma arvan, et parim spetsialist meie regioonis.“
„Kompetentne lähenemine teemale, terve mõistusega.“
„Mul on väga hea doktor. Kui kerkivad küsimused, siis ta seletab kõike hästi ja õigesti.“
„Oskuslik töö infektsionistilt.“
„Suurepärase arst kui spetsialist ja kui konsultant.“

Vähem kui kümnendik on toonud esile rahulolematuse põhjuseid. Sagedamini on mainitud tasulist vastuvõttu, pensioni puudumisega seotud rahulolematust ning pikka ooteaega visiidile.

„Alati ei ole arst kohal ja palju muud.“

„Mulle ei sobi anda analüüsi kell 8.00-9.30. Võiks olla võimalus anda analüüsi teisel ajal – kell 8.00-11.00.“

„Ebamugav aeg vastuvõtuks.“

„Ei ole rahul ja kõik.“

„Ei ole rahul, et mulle ei anta pensioni, kuigi kaks eelnevat tööd kaotasin peamiselt haiguslehe tõttu.“

„Ei saa täielikku infot oma tervise kohta.“

„Ei saanud mingit abi, tõenäoliselt ei ole seda veel vaja läinud.“

„Ei ole rahul haigla asukohaga, liiga kaugel.“

„Kinnipandud numbrit arsti juurde tuleb oodata 1-1,5 kuud.“

„Kogu süsteem töötab normaalselt, aga hädavajaliku pideva ja regulaarse arsti külastuse puhul maksta visiidi eest ei paista hea välja ja on sarnane riigimaksule.“

„Kui arst on haige, siis tuleb tulla ilma registreerimata.“

„Kõige muuga olen igati rahul, aga ARV-ravist tuleneva allergiaga olen püüdnud saa uuringutele või sellega üldist tegelemist juba 6 kuud. Kõik liigub aeglaselt. Siiani ei ole abi saanud.“

„Kõikide terviseprobleemide kohta ütleb arst, et mida teie siis tahtsite, teil on ju HIV.“

Ma olen AIDSi viirusega juba üle 10 aasta, see annab ka tunda, kuid abi ühiskonna poolt ei ole ja see on väga valus. Tundub, et pole mõtet, jõud on otsas.“

„Ei ole rahul sellega, et iga visiidi eest tuleb maksta 5 eurot.“

„Minu arvates, kuigi ma pole arst, on ARV-ravi valitud ebatäpne.“

Mul võeti ära pension, aga ravi ma pean jätkama. Ma arvan, et kui mul võeti ära pension, siis ma olen terve ja mul ei ole HIVi, hepatiiti, papillomiviirust ja vähki. Mul ei ole raha, et maksta arsti eest 3,20 eurot ja osta ravimeid, mis on arsti poolt välja kirjutatud. Ma ei saa hoolitseda laste eest ja ei saa minna tööle.“

„Mind häirib väga, et ootan vastuvõtu järjekorras koos narkomaanidega ja ebameeldivalt lõhnavate inimestega. Olen seisukohal, et patsientide jaoks (kellel on nõ täispakett), st narkomaanide jaoks tuleb midagi eraldi teha.“

„Väga raske on väiksemate terviseprobleemidega statsionaari saada.“

„Alati on vaja külastada arsti, kuid saan väga vähe informatsiooni ja seetõttu ei tea, mida doktorilt küsida.“

„paljudel juhtudel ei kuulata sind.“

„On lahkkelid ARV asendamise teemal.“

„Peale väljaantavate ravimite mingit muud abi ma ei saa. Kui kaalun 60 kg, siis kaalu. Kui tunnen ennast nõrgana, siis tunnen.“

„Vastuvõtt on minu jaoks liiga kallis, pension on 50 eurot.“

„Saan halvasti aru oma arstist, tuleb alati peale käia, et kuidas paremini toituda, eluviisist, infoallikatest...“

„Ei ole võimalik jälgida meestehaiguseid ja ei tea kuhu pöörduda.“

„Tahaksin rääkida nakatumisest ja selle ravist arstiga põhjalikumalt.“

„Tasuline vastuvõtt, kaua ei anta numbrit.“

„Tulles vastuvõtule, arst vaikib, räägib medõde. Isegi tabletid kirjutab välja õde. Arst ei esita ka küsimusi, ei vasta ka minu küsimustele jne jne. Aga ta ei suhtu kõikidesse nii.“

„Tüli arstiga ja ei pikendatud pensionit.“

„Väga kaua peab ootama järjekorda. Ja halb on see, et ei pääse ravile või uuringutele haiglasse, see on peaaegu võimatu, väga keeruline.“

„Vähe infot haigusest.“

„Üritasin peale haigust numbrit saada kuu aega.“

Hinnangud raviteenuse erinevatele külgedele on kõikides keskustes keskmisest tasemest kõrgemad. Kolm aspekti, millega kõige enam rahul ollakse, on viisakus, pühendatud aja piisavus ning murede ja soovide mõistmine arsti/õdede poolt. Võrreldes kahe Ida-Virumaa uuringukeskusega, on LTKH patsiendid raviteenusega enam rahul. Sageli on erinevus oluline võrreldes mõlema Ida-Virumaa keskusega, vaid kolme aspekti osas on LTKH keskmised hinnangud oluliselt kõrgemad võrreldes vaid IVKHga. Need on haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine (3,49 vs 3,25), arstide/õdede vastuvõtuaeg (3,45 vs 3,20) ja vastuvõtule pääsemise paindlikkus (3,43 vs 3,05) (vt tabel 86).

Uuringusse kaasatud patsientidel paluti nimetada kolm tema jaoks kõige olulisemat aspekti raviteenuse juures. Ligi poolte vastanute jaoks on kõige olulisem raviteenus üldiselt. Umbes kolmandiku jaoks on tähtis info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta ning arstide usaldusväarsus ja oskused. Kõige vähem nimetati olulisena arstide ja õdede vastuvõtuaega, seda mainis vähem kui

kümnendik küsimusele vastanutest. Vähem tähtis on ka pühendatud aja piisavus – vähem kui kümnendikule LTKH ja NH ning rohkem kui kümnendikule IVKH patsientidele (vt tabel 87).

Kõik raviteenuse erinevad aspektid võib jagada olulisuse ja rahulolu poolest neljaks:

- 1) olulisemad aspektid, millega ollakse rohkem rahul;
- 2) olulisemad aspektid, millega ollakse vähem rahul;
- 3) vähem olulised aspektid, millega ollakse rohkem rahul;
- 4) vähem olulised aspektid, millega ollakse vähem rahul.

Tabelite 88 kuni 90 koostamiseks on raviteenuse erinevad küljed järjestatud esmalt selle alusel, mida patsiendid on oluliseks pidanud. Rohkem oluliseks on loetud patsientide poolt seitse kõige sagedamini nimetatud aspekti ning vähem oluliseks kuus harvem nimetatud raviteenuse külge. Seejärel jagati teenuse erinevad küljed rahulolu keskmise hinnangu alusel sama skeemi järgi kaheks: kõrgemaks loeti need raviteenuse küljed, mis keskmise hinnangu alusel olid esimesed seitse, ning madalama rahuloluga aspektideks loeti kuus madalama keskmise hinnanguga raviteenuse külge. Seejuures tuleb silmas pidada, et kõiki raviarsti poolt pakutava teenuse erinevaid külgi on patsiendid hinnanud keskmisest tasemest kõrgemaks ning taoline jagamine kaheks on tinglik.

Antud skeemi aluseks võttes peaks üldise rahulolu tõstmiseks eelkõige tegelema nende raviteenuse külgedega, mis on patsientide jaoks rohkem olulised, kuid millega ollakse vähem rahul. Sarnaselt on kõikides keskustes nende külgede hulgas üldine raviteenus ning arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta. Kindlasti tuleks jälgida, et raviteenuse käigus ei langeks nende aspektide rahulolu, mis on patsientide jaoks olulised ja millega hetkel ollakse rohkem rahul. Nende raviteenuse külgedega rahulolu vähenemisega langeb ka üldine rahulolutunne. Kõigis kolmes keskus on selliste aspektide seas arstide usaldusväärsus ja oskused ning üldine suhtumine. Kolmandana tuleks tähelepanu pöörata nendele asjadele, mis on patsientide jaoks vähem olulised, kuid rahulolu nendega on madalam – kõigis kolmes keskus on ühe sellise tahuna märgitud arstide ja õdede vastuvõtuaega. Patsientide rahulolu tagamiseks tegevuste järjestamisel võib hetkel vähem tähelepanu pöörata sellistele teenuse külgedele, mis on patsientide arvates vähem olulised ja millega praegu ollakse rohkem rahul. Kuid see ei tähenda antud külgede tähelepanuta jätmist, sest rahulolu langus toob kaasa ka üldise rahulolutunde vähenemise. Hetkel kuuluvad sellesse gruppi kõikide keskuste puhul ühtsena viisakus ja pühendatud aja piisavus (vt tabelid 88 kuni 90).

Tabel 84: Hinnang oma raviarsti poolt pakutavale abile

<i>Hinnang</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
ei ole üldse rahul	1	0,3	6	2,0	1	0,7	8	1,0	0,006
pigem ei ole rahul	6	1,8	9	2,9	1	0,7	16	2,0	
pigem rahul	117	35,5	145	46,9	65	43,3	327	41,5	
väga rahul	206	62,4	149	48,2	83	55,3	438	55,5	
KOKKU	330	100,0	309	100,0	150	100,0	789	100,0	
märkimata	2		9				11		
keskmise hinnang	3,60		3,41		3,53		3,51		0,001*

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Tamhane testi abil.

Tabel 85: Infektsionisti poolt pakutud abiga rahulolu põhjused

<i>Põhjus</i>	<i>LTKH</i>		<i>IVKH</i>		<i>NH</i>		<i>KOKKU</i>		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
arst aitab, abivalmis	37	14,1	25	11,4	34	32,7	96	16,4	<0,0001
saan vajalikku infot, nõustamist, vastab kõikidele küsimustele arusaadavalt	93	35,5	59	26,8	36	34,6	188	32,1	0,105
meeldivad isikuomadused	38	14,5	20	9,1	1	1,0	59	10,1	<0,001
saan ravi, vajalikke ravimeid, teenuseid, vajadusel suunatakse edasi	46	17,6	34	15,5	19	18,3	99	16,9	0,761
hea, professionaalne, kvalifitseeritud arst	30	11,5	34	15,5	14	13,5	78	13,3	0,435
saan toetust, sh psühholoogiline toetus, usku iseendasse	9	3,4	8	3,6	4	3,8	21	3,6	
hea suhtumine minusse ja patsientidesse üldiselt	34	13,0	33	15,0	19	18,3	86	14,7	0,429
head suhted, vastastikune suhtlus meeldib	2	0,8	3	1,4	3	2,9	8	1,4	
usaldan arsti	4	1,5	6	2,7	-	-	10	1,7	
alati kättesaadav, vabadus vastuvõtuaegu määrata	12	4,6	4	1,8	3	2,9	19	3,2	
kõigea rahul, arst teeb minu jaoks kõik	9	3,4	7	3,2	4	3,8	20	3,4	
negatiivne põhjendus	16	6,1	21	9,5	1	1,0	38	6,5	0,013
muu vastus	37	14,1	31	14,1	13	12,5	81	13,8	
KOKKU	262		220		104		586		
märkimata	70		98		46		214		

Tabel 86: Keskmise hinnang infektsionisti poolt osutatud raviteenuse erinevatele külgedele viimase 12 kuu jooksul

<i>Raviteenuse aspektid</i>	<i>LTKH</i>	<i>IVKH</i>	<i>NH</i>	<i>KOKKU</i>	<i>P*</i>
raviteenus üldiselt	3,29	3,19	3,18	3,23	0,014
arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta	3,43	3,26	3,20	3,32	<0,0001
info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta	3,23	3,18	3,10	3,18	0,053
ravimite korrapärasest kasutamisest toetavate juhiste või tegevuste selgitamine arsti/õe poolt	3,46	3,35	3,31	3,39	0,003
arstide usaldusväärsus ja oskused	3,49	3,32	3,32	3,39	<0,001
haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine	3,49	3,25	3,37	3,37	<0,0001
üldine suhtumine	3,56	3,33	3,40	3,44	<0,0001
uuringute ja protseduuride kohta antud selgituste arusaadavus	3,51	3,31	3,31	3,39	<0,0001
viisakus	3,67	3,43	3,51	3,54	<0,0001
pühendatud aja piisavus	3,60	3,36	3,44	3,48	<0,0001
murede ja soovide mõistmine arsti/õe poolt	3,59	3,37	3,40	3,47	<0,0001
arstide/õdede vastuvõtuaeg	3,45	3,20	3,31	3,32	<0,0001
vastuvõtule pääsemise paindlikkus	3,43	3,05	3,27	3,24	<0,0001

* Kruskal-Wallis Test. Konkreetsete uuringukeskuste vahelisi erinevusi vaadeldi One-Way ANOVA Tamhane testi abil.

Tabel 87: Infektsionisti poolt pakutud raviteenuse erinevad küljed, mida patsiendid peavad oluliseks

Raviteenuse aspektid	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
raviteenus üldiselt	123	41,1	149	50,5	66	48,2	338	46,2	0,064
arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta	119	39,8	87	29,5	46	33,6	252	34,5	0,030
info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta	59	19,7	81	27,5	32	23,4	172	23,5	0,085
ravimite korrapärasest kasutamist toetavate juhiste või tegevuste selgitamine arsti/õe poolt	44	14,7	37	12,5	21	15,3	102	14,0	0,654
arstide usaldusväärsus ja oskused	109	36,5	91	30,8	50	36,5	250	34,2	0,291
haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine	73	24,4	74	25,1	31	22,6	178	24,4	0,857
üldine suhtumine	94	31,4	86	29,2	57	41,6	237	32,4	0,033
uuringute ja protseduuride kohta antud selgituste arusaadavus	50	16,7	34	11,5	11	8,0	95	13,0	0,027
viisakus	44	14,7	47	15,9	25	18,2	116	15,9	0,644
pühendatud aja piisavus	21	7,0	45	15,3	13	9,5	79	10,8	0,005
murede ja soovide mõistmine arsti/õe poolt	70	23,4	47	15,9	28	20,4	145	19,8	0,072
arstide/õdede vastuvõtuaeg	23	7,7	29	9,8	10	7,3	62	8,5	0,555
vastuvõtule pääsemise paindlikkus	62	20,7	60	20,3	17	12,4	139	19,0	0,091
KOKKU	299		295		137		731		
märkimata	33		23		13		69		

Tabel 88: LTKH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul

	KÕRGEM RAHULOLU	MADALAM RAHULOLU
ROHKEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> arstide usaldusväärsus ja oskused haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine üldine suhtumine murede ja soovide mõistmine arsti/õe poolt 	<ul style="list-style-type: none"> raviteenus üldiselt arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta vastuvõtule pääsemise paindlikkus
VÄHEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> uuringute ja protseduuride kohta antud selgituste arusaadavus viisakus pühendatud aja piisavus 	<ul style="list-style-type: none"> info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta ravimite korrapärasest kasutamist toetavate juhiste või tegevuste selgitamine arsti/õe poolt arstide/õdede vastuvõtuaeg

Tabel 89: IVKH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul

	KÕRGEM RAHULOLU	MADALAM RAHULOLU
ROHKEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> • arstide usaldusväärsus ja oskused • üldine suhtumine 	<ul style="list-style-type: none"> • raviteenus üldiselt • arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta • info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta • haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine • vastuvõtule pääsemise paindlikkus
VÄHEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> • ravimite korrapärast kasutamist toetavate juhiste või tegevuste selgitamine arsti/õe poolt • uuringute ja protseduuride kohta antud selgituste arusaadavus • viisakus • pühendatud aja piisavus • murede ja soovide mõistmine arsti/õe poolt 	<ul style="list-style-type: none"> • arstide/õdede vastuvõtuaeg

Tabel 90: NH patsientide hinnang raviteenuse erinevate aspektide olulisusele ja rahulolule küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul

	KÕRGEM RAHULOLU	MADALAM RAHULOLU
ROHKEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> • arstide usaldusväärsus ja oskused • haiguse ja eraeluga seotud informatsiooni saladuses hoidmine • üldine suhtumine • murede ja soovide mõistmine arsti/õe poolt 	<ul style="list-style-type: none"> • raviteenus üldiselt • arsti/õe poolt antud info haiguse ja sellega seotud ohtude kohta • info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta
VÄHEM OLULINE	<ul style="list-style-type: none"> • ravimite korrapärast kasutamist toetavate juhiste või tegevuste selgitamine arsti/õe poolt • viisakus • pühendatud aja piisavus 	<ul style="list-style-type: none"> • uuringute ja protseduuride kohta antud selgituste arusaadavus • arstide/õdede vastuvõtuaeg • vastuvõtule pääsemise paindlikkus

Konoomide, rasestumisvastaste vahendite ja süstalde/nõelte kättesaadavus

Erinevad kahjude vähendamise tegelevad teenusepakkujad jagavad klientidele enda kaitsmiseks ning nakkuse leviku takistamiseks vahendeid (süstlad/nõelad, kondoomid). Lisaks on võimalik neid vahendeid hankida apteegist ja kauplustest. HIVi nakatunutel uuriti, kuidas on nende jaoks erinevad vahendid olnud kättesaadavad küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul. Ette oli antud kolm vastust: mul ei ole neid vaja läinud; jah, on kättesaadav; ei ole kättesaadav. Vahendite vajaduse hindamiseks jagati uuritavad kahte gruppi: 1) ei ole vajadust (vastus „mul ei ole neid vaja“) ja 2) on vajadus (vastused „jah, on kättesaadav“, „ei ole kättesaadav“).

Kõige suurem on vajadus kondoomide järele, seda on märkinud 72% LTKH, 63% IVKH ja 53% NH patsientidest. Steriilsete süstalde/nõelte järele on suurem vajadus Ida-Virumaal, eriti NH patsientide hulgas (48%), IVKHs on see näitaja 40% ja LTKHs 29%. Ligi kolmandik patsientidest on vajanud küsitlusele eelnenud aasta jooksul rasestumisvastaseid vahendeid (vt tabel 91).

Kõige paremini kättesaadavaks on hinnatud kondome –valdav enamik (90% või veidi alla selle) on neid küsitlusele eelnenud aasta jooksul vajadusel saanud. Süstlaid-nõelu on kättesaadavaks

hinnanud ligikaudu 2/3 neid vajanutest. Rohkem kui pooled LTKH ja IVKH patsientidest on saanud vajadusel rasestumisvastaseid vahendeid. Halvemaks on rasestumisvastaste vahendite kättesaadavust küsitlusele eelnenud aastal hinnanud NH patsiendid, kellest vaid 27% on vajadusel need saanud (vt tabel 92).

Juhul, kui mõni vahenditest ei olnud küsitlusele eelnenud aasta jooksul kättesaadav, paluti selgitust. Paljudel juhtudel ei kirjutatud, millist vahendit kommentaar puudutas, seetõttu on järgnevalt esitatud selgitused ühtse loeteluna. Üldiselt võib aga selgituste puhul välja tuua, et süstalde/nõelte kättesaadavus on probleemiks õhtusel ja öisel ajal, kui suletud on apteegid-kauplused ning süstlavahetuspunktid. Samuti on probleemiks vahendite kallidus ja rahapuudus nende ostmiseks.

LTKHs toodi esile järgmised selgitused:

- Ma ei tea, kust võtta kondoomi ja mul ei ole raha;
- Lähedal ei olnud kohta, kus ma oleksin saanud kondoomi tasuta;
- Kondoomid – mulle ei öeldud, et on kättesaadavad;
- Kondoomid, süstlavahetuspunkt oli suletud
- Süstlaid ei ole võimalik öisel ajal osta (n=2);
- Rasestumisvastaste vahendite kohta tean, et neid on võimalik ainult osta;
- Spiraali ei osta (ei ole vahendeid), ei ole sattunud günekoloogi juurde;
- Ei olnud raha, et osta. Nad on väga kallid. Kreemid. Spetsiaalsed küünlad;
- Pole günekoloogi juures käinud;
- Mul on spiraal, kuid lähiajal tuleb kasutada kondoomi;
- Ma ei tea, kust kohast saab ja mulle ei ole pakutud;
- Mitte igal pool ja mitte kõikjal ei ole müüa;
- Apteegid ja kioskid olid suletud;
- Vähe raha apteegist ostmiseks;
- Ei ole raha (n=2);
- Liiga kallis;
- Istusin vanglas;
- Ei ole küsinud;
- Ei oska öelda, miks.
- Ei tea.

IVKH patsiendid nimetasid järgmisi asjaolusid:

- Kondoomi ma ei kasuta, ma soovin rasestumisvastast spiraali;
- Probleem on süstaldega, öösel ei ole neid leida kuskilt ja küsisin teiselt;
- Sest pole võimalik saada neid tasuta;
- Ei liigu;
- Ei olnud aega;
- Ma ei küsinud (n=2).

NHs ankeedile vastanud panid kirja järgmised selgitused:

- Kondoomid on kallid;
- Oli liiga hilja, kauplused ja apteegid olid kinni. Apteekidest ei õnnestu alati süstlaid saada;
- Et saada rasestumisvastaseid vahendeid, on vaja registreerida arsti juurde, teha vajalikud analüüsid, aga kõigest sellest ei aita ja aeg;
- Ma ei seksi;
- Mulle neid ei antud;
- Ma ei teadnud;
- Turvalisus.

Tabel 91: Vahendite vajadus viimase 12 kuu jooksul

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kondoomid									
on vajadus	232	71,8	195	62,9	77	53,1	504	64,8	<0,001

ei ole vajadust	91	28,2	115	37,1	68	46,9	274	35,2	
KOKKU	323	100,0	310	100,0	145	100,0	778	100,0	
märkimata	9		8		5		22		
Rasestumisvastased vahendid									
on vajadus	92	31,7	82	28,4	41	29,5	215	29,9	0,673
ei ole vajadust	198	68,3	207	71,6	98	70,5	503	70,1	
KOKKU	290	100,0	289	100,0	139	100,0	718	100,0	
märkimata	42		29		11		82		
Steriilsed süstlad/nõelad									
on vajadus	86	29,4	118	39,9	68	47,6	272	37,2	0,001
ei ole vajadust	207	70,6	178	60,1	75	52,4	460	62,8	
KOKKU	293	100,0	296	100,0	143	100,0	732	100,0	
märkimata	39		22		7		68		

Tabel 92: Vahendite kättesaadavus viimase 12 kuu jooksul (vastavat vahendit vajanutest)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kondoomid									
on kättesaadavad	209	90,1	177	90,8	67	87,0	453	89,9	0,645
ei ole kättesaadavad	23	9,9	18	9,2	10	13,0	51	10,1	
KOKKU	232	100,0	195	100,0	77	100,0	504	100,0	
Rasestumisvastased vahendid									
on kättesaadavad	54	58,7	47	57,3	11	26,8	112	52,1	0,002
ei ole kättesaadavad	38	41,3	35	42,7	30	73,2	103	47,9	
KOKKU	92	100,0	82	100,0	41	100,0	215	100,0	
Steriilsed süstlad/nõelad									
on kättesaadavad	55	64,0	92	78,0	46	67,6	193	71,0	0,073
ei ole kättesaadavad	31	36,0	26	22,0	22	32,4	79	29,0	
KOKKU	86	100,0	118	100,0	68	100,0	272	100,0	

HIV-positiivsete inimeste tugigrupp

HIV-positiivsete inimeste tugigrupi tegevusega on kokku puutunud veidi rohkem kui kümnendik ambulatoorsetest patsientidest. Hetkel aktiivseid osalejaid on mõne protsendi jagu (vt tabel 93).

Inimestelt, kes küsitluse toimumise ajal ei osalenud tugigrupi tegevuses või ei ole seal kunagi käinud, uuriti selle põhjuseid. Kõige sagedamini nimetati vajaduse puudumist – nii leidis 47% tugirühma mitte külastavatest LTKH patsientidest ning umbes kolmandik Ida-Virumaa haiglates uuringus osalenutest. Kõikides uuringukeskustes on neljandiku jagu neid, kes ei osale tugigruppide tegevuses ajapuuduse tõttu (vt tabel 94).

LTKHs nimetati muude põhjustena:

- Ei soovi avalikustada oma staatust (n=2);
- Minu jaoks ei ole see huvitav (n=2);
- Asun rehabilitatsioonikeskuses;
- Ei ole arusaadav;
- Ei taha mõelda sellele;
- Ei usu vastavasse teraapiasse;
- Mul on omad meetodid;
- Lähen ainult koos oma mehega;
- Mul on laps; Väikese lapse kõrvalt ei saa käia (n=2)
- Ma ei ole veel otsustanud, kas seda on mul vaja või mitte;
- Võib-olla kunagi siiski tahaks minna;
- Ma elan väga kaugel;
- Minu kodukandis neid ei ole;
- Mulle ei meeldi see, millega nad tegelevad;
- Olen grupis Anonüümsed Narkomaanid, mulle sellest piisab. Kardan oma haiguse kohta midagi hirmsat teada saada;
- Võtan osa Anonüümsetest Narkomaanidest, seal on ka HIV-positiivsete toetus;

- Otsin tööd ja parandan tervist;
- Parem räägin sellest oma sugulastega;
- Pettusin pärast esimest külastust;
- See on jama, seal kõik valetavad ja süstivad, lihtsalt püüavad end õigustada;
- Väga hõivatud.

IVKHs märgiti muude põhjustena järgmist:

- Ei ole raha selleks (n=2);
- Ma ei taha (n=2);
- Hetkel ei võta osa, tugigrupp toimus vanglas;
- Tugirühm oli vanglas. Nüüd olen paremini informeeritud ja sellest mulle piisab;
- Ma arvan, et see ei aita;
- Vabandage mind, kuid ma ei usu sellesse meetodisse. Tühi aja kulu;
- Ma ei näe mõtet;
- Ma ei ole mõelnud selle peale;
- Ma ei tea, miks ma sinna ei pöördu;
- Meil ei ole sellist;
- Elan kaugel;
- Mul on lapsed ja oma elu;
- Mul on piinlik oma probleemidest rääkida;
- Ei taha oma staatust paljastada;
- Sellest diagnoosist teab ainult ema ja elukaaslane (va arst-infektsionist);
- Olen väga haige;
- Mul on südamehaigus
- Ei huvita;
- Kabinet suleti.

NH patsiendid panid muude põhjustena kirja järgmist:

- Sellel ei ole mõtet;
- Ei ole võimalik külastada;
- Ma ei soovi külastada;
- Ei taha külastada selliseid asutusi;
- Formaalne suhtumine organisatsiooni;
- Halb tervislik seisund;
- Inimene aitab ennast ise ja lahendab oma probleemid;
- Lähiajal plaanin külastada;
- Lihtsalt minu vanuses pole mugav;
- Ma olen ema kätes;
- Ma pettusin programmis;
- Mul on väike laps, teda ei ole kuhugi jätta;
- Varem töötasin seal, aga pragu töötan palga eest.

Kõikidelt uuringus osalenutelt küsiti, millist abi või teemade käsitlemist nad ootavad HIVi nakatunud inimeste tugigrupis. Vähem kui pooled uuritavatest (n=351) vastasid sellele küsimusele (vt tabel 95). Ligikaudu neljandik neist märkis, et ei tea, mida oodata, ning ligi viiendik ei oota tugigruppidele midagi. Umbes viiendik aga ootab tugigrupilt toetust, nii psühholoogilist kui moraalset.

„Kõige tähtsam küsimus HIV-positiivsete inimeste jaoks on moraalne tugi.“

„Moraalne toetus, teistele küsimustele võib leida vastuseid iseseisvalt või arsti abil.“

„Psühholoogilist tuge. Ma pole üksik, aga koos on kergem haigusega toime tulla.“

„Toetust. On stress, mis on seotud haigusest tulenevatest probleemidest.“

Võrdväärselt (umbes kümnendik või veidi vähem patsientidest) on nimetatud ootustena suhtlemist ja kogemuste vahetamist, mõistmist ja arusaamist ning info saamist ravi, ravimite, HIVi jmt kohta (vt tabel 95).

Umbes 2/3 ambulatoorse ravi patsientidest sooviks suhelda teiste HIVi nakatunud inimestega (vt tabel 96). Neist rohkem kui 80% (LTKH 84%; IVKH 81% ja NH 80%; p=0,888) ei ole kunagi osalenud HIV-positiivsete inimeste tugigrupis. Nendelt, kes ei soovi suhelda teiste HIVi nakatunud inimestega (n=275), uuriti selle põhjuseid (vt tabel 97). Kõige sagedamini mainiti asjaolu, et on olemas inimesed, kellega suhelda – viiendik teiste HIVi nakatunutega suhelda mitte soovijatest tõi esile selle põhjuse.

„Aga milleks? Mul on HIVi nakatunud sõbrad ja mulle nendega suhtlemisest piisab. Aga gruppi ei ole mulle vaja.“

„Elukaaslane on HIV-positiivne ning ta pakub piisavalt tuge. Vajadusel rohkema info järele kasutame internetist leitud infot.“

„Mul ei ole seda vaja, mul on piisab sõpradest ja sugulastest.“

„Mul ei ole midagi nende vastu, aga eelistan edasi suhelda oma sõpruskonnaga.“

„Sest mul on pere, milleks mulle teised, võõrad inimesed.“

Samaväärsel hulgal on ka neid, kes ei näe vajadust ega mõtet teiste HIVi nakatunutega suhtlemiseks. Ligi kümnendik on neid, kes ei taha sellest rääkida ja mõelda sellele, see teeb haiget.

„Ma püüan elada normaalset elu, mitte mõelda HIVist. HIV-positiivsete inimestega suhtlemine HIV-teemadel lisab ainult muremõtteid sellest haigusest (ma ei tahaks seda).“

„Raske veel kord seda üle elada.“

„Suhtlemine teeb haiget.“

„Ei taha, püüan sellele mitte mõelda.“

„Emotsionaalse taseme ja tasakaalu kontrolliks ma piiran suhtlemist teiste HIV-positiivsetega.“

Samuti ligi kümnendiku jagu on neid, kes ei soovi oma HIV-staatust avalikustada ning soovivad säilitada anonüümsuse.

„Kardan liigselt rääkida oma staatusest (haigena) ja mingit kõlakat selle kohta.“

„Liiga väike linn (ei tahaks, et keegi teada saab).“

„Ma ei taha, et võõrad inimesed saaksid sellest teada, sest alati leidub ühiseid tuttavaid, aga see tähendab – teavad paljud.“

„Soovin jääda anonüümseks teatud piirini oma elukaaslase ja enda tuleviku huvides.“

Tabel 93: HIV-positiivsete inimeste tugigrupis osalemine

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
käin praegu	10	3,1	12	3,9	5	3,4	27	3,4	0,909
olen käinud, kuid praegu enam ei käi	30	9,2	30	9,7	17	11,6	77	9,8	
ei ole kunagi käinud	287	87,8	267	86,4	125	85,0	679	86,7	
KOKKU	327	100,0	309	100,0	147	100,0	783	100,0	
märkimata	5		9		3		17		

Tabel 94: Põhjused, miks ei osaleta HIV-positiivsete inimeste tugigrupis (nendest, kes ei osale hetkel tugigrupis)

Põhjused	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ei tea, et tugigrupid olemas on	37	12,1	55	19,2	15	10,9	107	14,7	0,019
ei tea, kuhu minna	44	14,4	50	17,5	18	13,0	112	15,3	0,409
kardan minna	32	10,5	23	8,0	20	14,5	75	10,3	0,119
ei ole vajadust	143	46,7	95	33,2	54	39,1	292	40,0	0,004
ei ole aega	79	25,8	69	24,1	34	24,6	182	24,9	0,890
muu	24	7,8	28	9,8	13	9,4	65	8,9	
KOKKU	306		286		138		730		
märkimata	11		11		4		26		

Tabel 95: Abi ja teemad, mille käsitlemist oodatakse HIV-positiivsete tugigrupis

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
toetus, sh psühholoogiline, moraalne toetus	26	16,2	21	16,7	18	27,7	65	18,5	0,108
suhtlemine, kogemuste vahetamine	16	10,0	12	9,5	5	4,7	33	9,4	0,864
mõistmine, arusaamine	12	7,5	10	7,9	8	12,3	30	8,5	0,482
info ravi, ravimite, HIVi jmt kohta	17	10,6	9	7,1	3	4,6	29	8,3	0,283
kuidas edasi elada, igapäevane elu	9	5,6	7	5,6	4	6,2	20	5,7	
ravi, ravimite saamine	2	1,2	5	4,0	1	1,5	8	2,3	
abi	3	1,9	-	-	5	7,7	8	2,3	
ümbritsevate suhtumine HIVi nakatunutesse	3	1,9	5	4,0	-	-	8	2,3	
abi töötöingutel	1	0,6	3	2,4	3	4,6	7	2,0	
kuidas narkootikumide mitte tarvitada	4	2,5	2	1,6	-	-	6	1,7	
kaaslase, partneri leidmine	2	1,2	2	1,6	-	-	4	1,1	
rahaline abi	1	0,6	1	0,8	2	3,1	4	1,1	
ei tea, mida oodata	36	22,5	31	24,6	12	18,5	79	22,5	0,629
ei oota midagi	31	19,4	23	18,3	9	13,8	63	17,9	0,615
muu vastus	21	13,1	14	11,1	8	12,3	43	12,3	
KOKKU	160		126		65		351		
märkimata	172		192		85		449		

Tabel 96: Soov suhelda teiste HIV-positiivsete inimestega

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
jah	204	63,4	198	64,1	98	68,1	500	64,5	0,605
ei	118	36,6	111	35,9	46	31,9	275	35,5	
KOKKU	322	100,0	309	100,0	144	100,0	775	100,0	
märkimata	10		9		6		25		

Tabel 97: Põhjused, miks ei soovi suhelda teiste HIVi nakatunud inimestega (nendest, kes ei soovi suhelda)

	LTKH		IVKH		NH		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
mul on olemas inimesed (perekond, sõbrad, lähedased), kellega suhelda	17	18,9	12	19,0	6	20,0	35	19,1
ma ei näe mõtet, vajadust	20	22,2	13	20,6	2	6,7	35	19,1
ei taha sellest rääkida, mõelda, sest see teeb haiget, tahan unustada	8	8,9	5	7,9	4	13,3	17	9,3
ei soovi avalikustada oma staatust	8	8,9	4	6,3	4	13,3	16	8,7
ei ole aega	6	6,7	2	3,2	5	16,7	13	7,1
ma ei tea	2	2,2	6	9,5	3	10,0	11	6,0
ei taha suhelda narkomaanidega, asotsiaalidega	4	4,4	3	4,8	2	6,7	9	4,9
mind see ei huvita	6	6,7	2	3,2	1	3,3	9	4,9
ma ei tee vahet HIV+ ja HIV- inimestel	4	4,4	5	7,9	-	-	9	4,9
kardan tagajärgi	2	2,2	2	3,2	-	-	4	2,2
mul on sellest ükskõik	1	1,1	2	3,2	1	3,3	4	2,2
saan vajaliku info mujalt	3	3,3	-	-	-	-	3	1,6
saan üksi paremini hakkama	2	2,2	-	-	-	-	2	1,1
ma ei tunne neid	1	1,1	1	1,6	-	-	2	1,1
muu vastus	12	13,3	7	11,1	4	13,3	23	12,6
KOKKU	90		63		30		183	
märkimata	28		48		16		92	

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

„HIVi nakatunud inimeste terviseuuring 2013“ viidi läbi Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi koostöös Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ning Narva Haiglaga suurema uuringuprojekti „HIV ennetus ja ravi Eestis: teadmiste ja praktika ühendamine“ raames. Varasemalt on selles rahvastikurühmas uuringuid korraldatud 2005. ja 2008. aastal [6, 7].

Käesolev raport kajastab 800 HIVi nakatunud ambulatoorse patsiendi andmeid, mis on esitatud uuringukeskuste lõikes ning üldise hinnanguna. Valimi võrdlusel üldkogumiga selgus selle kallutatus Ida-Viru Keskhaigla ning ARV-ravi saavate patsientide poole, mida tuleb silmas pidada jälgides esitatud üldiseid hinnanguid. Iga uuringukeskuse andmeid eraldi vaadates tuleb arvestada, et need kirjeldavad pigem ARV-ravi saavaid inimesi. Peamiseks põhjuseks ARV-ravi saavate inimeste ülekaaluks valimis on asjaolu, et ravisaajad käivad sagedamini arsti vastuvõtul ning seetõttu oli neil suurem tõenäosus sattuda valimisse (uuringusse kaasamise üheks tingimuseks oli, et uuringus osalemist pakutakse järjest kõikidele vastuvõtule tulevatele patsientidele). Samuti võis rolli mängida see, et terviseuuringuga paralleelselt toimunud RSN uuringu raames oli uuritavatel võimalus saada ravisoostumusealast nõustamist, mis võis suurendada ravisaavate patsientide huvi osalemise vastu.

59% uuringus osalenutest on mehed. Suurima (40%) vanusgrupi moodustavad 30–34-aastased, uuritavate mediaanvanus on 32. Valdav enamus (85%) on vene rahvuse esindajad ning on enamasti kas Eesti riigi kodanikud (41%) või omavad välismaalase passi (40%). Uuritute hulgas on kolmandiku jagu nii põhiharidusega (36%) kui kutseharidusega inimesi (34%). 41% töötab kas osalise või täistööajaga, 37% on pensionil tervislikel põhjustel. 85% omab ravikindlustust. 70% osalenute hinnangul on neil praeguste sissetulekute juures raske või väga raske toime tulla. Rohkem kui kümnendik (14%) elab üksinda, viiendik kas koos vanema(te)ga (21%) või abikaasa/elukaaslasega (20%). 63%-l osalenutest on laps(ed), sh 55%-l alaealine laps(ed), koos ühe või mitme lapsega elab 32% küsitletutest. Ligi pooled (42%) elavad isiklikus majas või korteris.

HIVi nakatumine

Kõige enam (54%) osales uuringus inimesi, kes said oma HIVi naktumisest teada perioodil 2000-2004, mil ka riikliku statistika kohaselt avastati enim uusi nakkusjuhte [1]. Keskmise HIV-nakkuse kestus on 8,4 aastat. Võrdväärsetel hulgal on uuritavate hulgas neid, kes oma ütluse järgi said viiruse süstides narkootikumide saastunud varustusega (49%) kui ka neid, kes on nakatunud viirusesse seksuaalsel teel (45%). Kui eemaldada analüüsist need, kes on enda poolt raporteeritud andmetel nakatunud seksuaalsel teel, kuid samas on elu jooksul ka uimasteid süstinud, jääb seksuaalsel teel nakatunute osakaaluks 28%. Mehelt mehele seksuaalsel teel on viirus edasi kandunud 2%-l uuritavatest. Võrreldes süstimise teel nakatunutega on seksuaalvahekorra kaudu nakkuse saanud patsientide hulgas enam naisi (65% vs 29%), nad on vanemad (mediaanvanus 34 vs 32), eestlaste osakaal on suurem (21% vs 6%) ning haridustase kõrgem (põhiharidusega või alla selle tasemega inimesi 20% vs 52%). Süstimise teel nakatunute teadlikkus oma viirus kandlusest on pikem kui seksuaalvahekorras nakatunutel (keskmise HIV-nakkuse kestus 9,8 aastat vs 6,4 aastat).

Sõltuvusainete tarvitamine

Suitsetamine

Uuringus osalenutest on igapäevaseid suitsetajaid 71%; narkootikumide süstimise teel nakatunute puhul on see näitaja veelgi kõrgem – 80% (seksuaalsel teel nakatunute hulgas 50%). Eesti täiskasvanud elanikkonnas on igapäevasuutsetajaid ligi kolm korda vähem – 26% [27]. Suitsetamine suurendab südamehaigustesse, vähki, tõsisesse kopsuhaigustesse (nagu kopsupõletik) ja muudesse haigustesse-infektsioonidesse haigestumise riski. Võrreldes HIVi mitte-nakatunutega on viirusekandjatel risk nendeks haigusteks suitsetamise korral kaks korda kõrgem [29].

Alkoholi tarvitamine

37% uuritutest tarvitas küsitlusele eelnenud nelja nädala jooksul alkoholi üks kord nädalas või sagedamini, sh iga päev või mitu korda nädalas 19%. Üldise Eesti elanikkonnaga võrreldes ei erine HIVi nakatunud oma alkoholi tarvitamise poolest väga, pigem tarvitatakse isegi vähem. Eesti täiskasvanud elanikkonna andmed uurisid tarvitamise sagedust aasta jooksul ning neist 25% pruukis alkoholi igapäevaselt või mõned korrad nädalas [27]. Vastavalt CAGE-testile võivad 53% osalenutest olla probleemsed alkoholitartitajad. Alkoholi tarvitamisega seotud probleemid ilmnevad enam narkootikumide süstimise teel nakatunute seas – riskigruppi kuulub 58% (vs 39% seksuaalvahekorras nakatunute seas).

Narkootikumide tarvitamine

81% uuringus osalenutest on oma elu jooksul tarvitanud narkootikume ükskõik millisel viisil ning 69% on tarvitanud neid süstides. Mediaanvanus esmakordsel kokkupuutel uimastitega on 16 ning süstimisega 18.

Küsitlusele eelnenud kuu jooksul pruukis uimasteid muul viisil kui süstides 19% uuritutest ning narkootikume süstis 23%. Mõlemal juhul on suurim nende osakaal, kes tarvitasid narkootikume harvem kui kord nädalas – 47% muul viisil uimasteid tarvitanutest ning 44% narkootikume süstinutest. Mitte-süstitavatest uimastitest on kõige enam levinud kanepitooted (69% muul viisil tarvitanute hulgas) ning süstitavatest narkootikumidest fentanüül (59% viimase nelja nädala jooksul süstinutest, 54% puhul peamise süstitava narkootikumina). 33% süstis narkootikume süstimisvarustusega, mida keegi oli enne kasutanud, ning 17% andis enda poolt kasutatud süstimisvarustust edasi kellelegi teisele süstimiseks.

Rohkem kui pooled (55%) narkootikume süstinutest on elu jooksul saanud narkomaaniaravi. Küsitluse toimumise ajal sai narkomaaniaravi 34%, neist 73% metadoonasendusravi. Metadooniga seotud ravi saavatest patsientidest pooled (49%) siiski süstivad narkootikume samaaegselt.

Toodud andmed näitavad, et HIVi nakatunud patsientide hulgas on suureks probleemiks multisõltuvus. Lisaks uimastite tarvitamisega seotud ravile tuleks patsientidele senisest intensiivsemalt pakkuda nõustamist ja teenuseid, mis on suunatud tubakatoodete ja alkoholi tarvitamise vähendamisele. Alkoholisõltuvuse ravi on Eestis üldjuhul tasuta. Kuid arvestades viirusekandjate nõrgemat immuunsussüsteemi ja seega suuremat riski haigestuda erinevatesse haigustesse sõltuvusainete tarvitamise tagajärjel, oleks vaja hinnata täpsemalt HIVi nakatunute alkoholisõltuvuse levimust ning kaaluda riigi poolt rahastatud alkoholisõltuvuse ravi pakkumist HIVi nakatunud patsientidele. Samuti tasuks mõelda, kuidas ja milliste sõnumite abil on kõige mõjusam ennetustegevus HIVi nakatunute hulgas vähendamaks tubakatoodete tarvitamist. Probleemaatiline on ka uimastite jätkuv tarvitamine, sh ka narkomaaniaravi saamise ajal. Oluline on jätkata narkootikumide süstimistarvikute ühise kasutamise vähendamist, et vältida HI-viiruse edasi kandumist.

Seksuaalkäitumine

81% HIVi nakatunud patsientidest määratleb ennast heteroseksuaalsena, 1% peab ennast homoni ning 4% biseksuaalseks. Kui vaadata kõrvale samast soost partneriga seksuaalvahekorra kogemust elu jooksul ning arvestada uuritava sugu, siis moodustavad mehega seksivad mehed kogu valimist 6%.

99% uuringus osalenutest omab seksuaalvahekorra kogemust. Küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul on vahekorras olnud 83%. Partnerite mediaanarv sel perioodil on üks.

Seksuaalvahekord püsipartneriga

76% osalenutest on viimase aasta jooksul olnud seksuaalvahekorras püsipartneriga. Püsipartnerite mediaanarv on üks. 67% püsipartneriga vahekorras olnutest ei ole alati kondoomi kasutanud. Rohkem kui pooltel (58%) on psüüpartneriks HIVi nakatunu ning rohkem kui kolmandikul (37%) on püsipartner narkootikumide süstinud.

Seksuaalvahekord juhupartneriga

22% uuringus osalenutest on küsitlusele eelnenud aasta jooksul olnud juhuvahekorras. Võrreldes seksuaalsel teel nakatunud viirusekandjatega, on narkootikumide süstimisel nakatunutel enam juhusuhteid (16% vs 27%). Juhupartnerite mediaanarv on kaks. 41% juhupartneriga vahekorras olnutest ei ole iga vahekorra ajal kondoomi kasutanud. Pooltel juhuvahekorras olnutel on partnerite hulgas olnud HIVi nakatunud inimesi ning üle poole (56%) on olnud juhuslikus vahekorras inimesega, kes süstib või on kunagi süstinud narkootikumide.

Rasestumisest hoidumise meetodid

Rasestumisest hoidumise meetodite osas koguti andmed viimase seksuaalvahekorra kohta. 52% küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul vahekorras olnud HIV-positiivsetest kasutas siis efektiivseid meetodeid, kõige enam (50%) kondoomi. 11% uuritute puhul ei kasutatud mingeid meetodeid, sest planeeriti rasedust või partner oli uuringu toimumise ajal juba rase. Küllalt suur on aga nende osakaal, kes ei kasutanud mingeid abinõusid või kasutasid rasedusest hoidumiseks ebaefektiivseid vahendeid – vastavalt 27% ja 10%. Ebaefektiivsetest meetoditest on kõige levinum katkestatud suguuhe – viimase vahekorra ajal praktiseeris seda 10% eelnenud 12 kuu jooksul vahekorras olnutest.

Seksuaalsel teel levivad infektsioonid.

Uuritavate endi poolt raporteeritud andmete põhjal on kõige levinumaks genitaaltüükad ja papilloomiviirus – 4%-le elu jooksul vahekorras olnule on arst või öde küsitlusele eelnenud aasta jooksul seda öelnud. 2%-l on diagnoositud genitaalherpes, üle 1% klamüdioos ja trihhomoniasis. Uuringu käigus võetud proovide alusel selgus üks positiivne gonorröa juht ning 1%-l esines klamüdioos.

Kondoomi järjepideva kasutamise tase on madal. Uuringust selgub, et narkootikumide süstinute seas on palju juhuvahekordi, kus kondoomi ei kasutata. See viitab, et HIVi nakatunud süstivate narkomaanide seksuaalpartnerid on endiselt oluline riskigrupp HI-viiruse edasikandumiseks. Järjepidev tasuta kondoomide jagamine ning STLI-dest teavitamine on vajalik uute HIV juhtude vältimiseks. Enamasti on uuringus osalenud patsiendid reproduktiivses eas ning seetõttu on oluline ka nõustamine pereplaneerimise, raseduse ning infektsiooni emalt lapsele edasi kandumise teemadel, mh pakkudes paarinõustamist. Võiks suurendada teadlikkust HI-viiruse edasikandumise mõjudest kahe HIVi nakatunud seksuaalpartneri vahel.

Kogutud andmed näitavad küllalt suurt riskikäitumise taset seksuaalsuhetes, samas võib STLI levikut hinnata madalaks ning rutiinse seksuaalsel teel levivate infektsioonide skriiningu järele vajadust ei ole. Arvestades asjaolu, kui sageli patsiendid peavad HIV-nakkuse tõttu käima tervishoiuasutustes (ja paljud ka narkomaaniaravil), oleks oluline neile STLI kahtluse korral tagada võimalikult kiire ja mugav ligipääs dermatoveneroloogi vastuvõtule (või vajalike uuringute korraldamine nakkuskeskustes). Peab aga märkima, et käesoleva uuringu raames kogusid uuritavad ise proovimaterjali, mis ei pruukinud osutada piisavalt kvaliteetseks õigete analüüsivastuste saamiseks.

Tervis ja elukvaliteet

Arsti poolt registreeritud andmetel on 55%-l uuritud CD4 rakkude arv suurem kui 350 rakku/mm³ ning 42%-l viiruskoormus määramatu. 17% on neid, kelle CD4 rakkude arv on väiksem kui 200 rakku/mm³, samasugusel määral on ka neid, kelle viiruse koopia hulk veres on üle 55 000 koopia/ml.

Valdavale enamikule (89%) on arst teinud ettepaneku alustada antiretroviirusraviga (ARV-ravi). Patsientide endi poolt raporteeritud andmetel on elu jooksul võtnud antiretroviirusravimeid (ARV-ravimid) 83% uuritudest ning küsitluse toimumise ajal tarvitab neid 78%. Arstide andmetel saavad ARV-ravi aga 86% osalenutest. Patsiendi ja arsti andmete erinevuse põhjuseks võib olla asjaolu, et patsientide hulgas on inimesi, kes ei ole aru saanud ARV-ravi olemusest, vajadusest ja järjepidevuse tähtsusest või vaatamata arsti ettekirjutustele ei ole jälgitud raviskeemi ning ravimid on jäänud võtmata. Toodud andmed viitavad ARV-raviga seotud nõustamise tõhustamise vajadusele, et tagada head ravitulemused ja vältida ravimresistentsuse tekkimist ning üleminekut keerukamatele raviskeemidele.

Kehakaal

70% uuringus osalenud patsientidest on KMI alusel normaalkaalulised. Väikese ülekaaluga ehk rasvumise-eelses seisundis on 20% ning ülekaalulisi rasvumise staadiumis 5% uuritudest. Võrreldes üldelanikkonnaga on kehakaaluga seotud terviseriskid HIVi nakatunute hulgas vähem levinud. 2012. aasta täiskasvanud elanikkonna uuringute andmetel kuulub normaalkaaluga elanikkonna hulka 49%, rasvumise-eelses seisundis on 30% ning rasvumise staadiumis 19% [27].

Hinnang tervisele ja elukvaliteedile

Hinnangut oma tervisele ja elukvaliteedile uuriti WHO poolt välja töötatud instrumendi lühendatud versiooni WHOQoL-HIV BREF abil. Instrument sisaldab 31 küsimust ning hõlmab kuute valdkonda. Hinnanguid küsiti uuringule eelnenud kahe nädala kohta 5-pallisel skaalal, kus 1 tähistas madalaimat hinnangut ning 5 kõrgeimat hinnangut. Iga valdkonna puhul arvutati keskmine skoor, misjärel korrutati tulemus neljaga. Seega iga valdkonna skoor varieerub vahemikus 4–20, sellisel skaalal on keskmine hinnang 12. Kahe üldise küsimuse puhul varieeruvad hinnangud vahemikus 1–5, keskmine hinnang 3.

Vastavalt sellele ei ole oma tervisega rahul 40% patsientidest, rahul või väga rahul on 32%. Keskmine hinnang oma rahulolule tervisega on 2,85. Üldist elukvaliteeti hindab halvaks või väga halvaks 20% uuritudest ning 28% leiab, et see on hea või väga hea. Keskmine hinnang oma elukvaliteedile on 3,09.

Kuute eluvaldkonda vaadates hindavad HIVi nakatunud patsiendid kõrgemalt füüsilist tervist (keskmine skoor 13,94) ja isiklike veendumuste valdkonda (keskmine skoor 14,08). Nendele aspektidele järgnevad sotsiaalsete suhete (keskmine skoor 13,22) ja keskkonnaga (keskmine skoor 13,08) seotud valdkonnad. Madalamalt on aga hinnatud psühholoogilist tervist (keskmine skoor 12,43) ning oma sõltumatust (keskmine skoor 12,47). Võrreldes seksuaalsel teel nakatunutega hindavad süstimise kaudu viiruse saanud patsiendid oma tervist, üldist elukvaliteeti ning sellega seotud kuute eluvaldkonda oluliselt madalamalt (vt tabel 79 lk 47).

Vaimne tervis

Vaimse tervise erinevaid aspekte (depressioon, üldine ärevus, paanikahäire, sotsiaalfoobia, vaimne kurnatus, unehäired) hinnati emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 alusel. Instrument koosneb 28 küsimusest. Erinevate probleemide ja vaevuste esinemise sagedust uuriti küsitlusele eelnenud nelja nädala kohta 5-pallisel skaalal (0 – üldse mitte, ..., 4 – pidevalt). Iga vaimse tervise aspekti puhul arvutati välja skoor ning vastavalt riskipiirile [24] hinnati, kui paljudel inimestel võib

olla kalduvus selleks häireks. Tegemist on skriininguinstrumendiga ning selle põhjal ei saa diagnoosida häire olemasolu.

Vastavalt EEK-2-le võib kõige ulatuslikumaks vaimse tervise probleemiks HIVi nakatunud patsientide hulgas lugeda võimalikke unehäireid – 63% uuritutest kuuluvad sellesse riskigruppi. 23% on küsitlusele eelnenud aasta jooksul tarvitanud unerohutusi. Rohkem kui pooltele uuritutele võib olla probleemiks vaimne kurnatus ja depressioon – riskigruppi kuuluvad vastavalt 58% ja 53%. Võrreldavad samale instrumendile põhinevad andmed üldelanikkonna kohta pärinevad 2002. aastast ning siis leiti, et umbes 11% elanikkonna sümptomid viitavad depressioonile [30]. Patsiendi poolt raporteeritud andmetel on küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul arst tuvastanud depressiooni 16%-l ning antidepressante on sel perioodil tarvitanud 10%. Üldisele ärevusele viitavad sümptomid esinevad 40%-il uuringus osalenud HIVi nakatunud. 12%-le on arst viimase aasta jooksul öelnud, et tal on ärevushäired. Vähem on levinud paanikahäiretele ja sotsiaalfoobiale viitavad sümptomid – riskigruppi kuuluvad vastavalt 22% ja 17% HIVi nakatunud patsientidest. Rahusteid on tarvitanud 34%. Praktiliselt kõikide aspektide osas on EEK-2 alusel vaimse tervise probleemid enam levinud süstamise teel nakatunud patsientide hulgas, erandiks on sotsiaalfoobia (vt tabel 79 lk 47). Võrreldes skriininguinstrumendi tulemusi võimalike diagnooside arvuga, tunduvad psüühikäirete levimus olevat alahinnatud.

36% uuringus osalenutest on elu jooksul mõelnud enesetapust ning viiendik (20%) on püüdnud endalt elu võtta. Viimase 12 kuu jooksul on vastavad näitajad 20% ja 5%. Võrreldes seksuaalsel teel nakatunud patsientidega on narkootikumide süstimisel viiruse saanud patsiendid suitsidaalsemad. Oma elu jooksul on mõelnud ja/või püüdnud endalt elu võtta vastavalt 22% ja 46%.

HIVi nakatunud patsientide vaimsele tervisele tuleks rohkem tähelepanu pöörata. Eelkirjeldatud andmed viitavad vajadusele teostada rutiinset vaimse tervise skriinimist, eelkõige narkootikumide süstimisega seotud patsientide hulgas.

Kaasuvad haigused

Arsti poolt raporteeritud andmetel on 22% patsientidest põdenud või põevad B-hepatiiti ning 71% C-hepatiiti. Tuberkuloosi on põdenud või põevad küsitluse toimumise ajal 4% uuritutest.

Psühhosotsiaalsed ja tervishoiuteenused

Infektsionisti külastamine ja rahulolu pakutava teenusega

47% uuritutest on infektsionisti vastuvõtule jõudnud 30 päeva jooksul peale HIV-diagnoosi saamist. 31%-l on vastuvõtule jõudmiseks kulunud aega aasta või kauem. Keskmiselt on esimesele vastuvõtule jõudmine võtnud aega üle aasta ehk 16,3 kuud. Süstamise teel nakatunutel võtab arstini jõudmine üle kahe korra rohkem aega kui seksuaalsel teel viiruse saanud patsientidel. Peale nakatumisest teada saamist on infektsionisti vastuvõtule jõudmise keskmine aeg vastavalt 21,4 ja 10,1 kuud. Tervise seisukohalt on aga võimalikult varajane spetsialisti poole pöördumine äärmiselt oluline, see tagab õigeaegse ravi. Väga oluline on uue HIVi juhu tuvastamise ja esimese infektsionisti visiidi omavaheline süstemaatiline sidumine. Tagamaks süstivate narkomaanide õigeaegse ravile jõudmise tuleks neid nõustada ja arstile suunata ka läbi kahjude vähendamisega seotud teenusepakkujate, näiteks süstlavahetuspunktides.

Rahulolu oma nakkushaiguste arsti ja tema poolt pakutava teenusega mõõdeti neljapallisel skaalal (1 – üldse ei ole rahul, ..., 4 – väga rahul). Üldiselt ollakse oma arstiga rahul, keskmine hinnang 3,51. Pakutava raviteenuse erinevatest külgedest ollakse kõige enam rahul viisakuse (3,54), pühendatud aja piisavuse (3,48) ning arsti- ja õepoolse murede ning soovide mõistmisega (3,47). Vähemal määral on rahulolu pakkunud info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta (3,18), raviteenus üldiselt (3,23) ning vastuvõtule pääsemise paindlikkus (3,24). Patsiendid peavad ise

kõige olulisemaks üldist raviteenust (46% uuritavatest nimetas seda). Tähtsamateks aspektideks on ka arstide ja õdede poolt antav informatsioon haiguse ning sellega seotud ohtude kohta (35%), arstide usaldusväärsus ja oskused (34%) ning üldine suhtumine (32% pidas seda oluliseks). Vähem tähtsaks peavad patsiendid vastuvõtuaega (9% mainis seda olulise aspektina infektsionisti poolt pakutava raviteenuse juures), pühendatud aja piisavust (11%) ning uuringute ja protseduuride kohta antavate selgituste arusaadavust (13%).

Muud teenused

Uuringus osalenud HIVi nakatunud on küsitlusele eelnenud aasta jooksul tundnud kõige suuremat vajadust ARV-raviga seotud nõustamise (41%) ning psühholoogilise nõustamise järele (37%). Väiksem on vajadus STLide suhtes testimise ja ravi (12%) ning süstlavahetusteenuse järele (14%). Teenuste kasutamise tase on üsna madal – üldiselt veidi vähem kui viiendik on küsitlusele eelnenud aasta jooksul erinevaid psühhosotsiaalseid ja tervishoiuteenuseid kasutanud. Kõige sagedamini on kasutatud günekoloogi teenust – 23% patsientidest. Vähem on kasutatud psühhoteraapia (9%), sotsiaaleluasemega (10%) ning STLide suhtes testimise ja raviga (11%) seotud teenuseid. Kui kõrvutada teenuse vajaduse ja kasutamise andmed, siis selle alusel on suurim puudujääk seotud psühhoteraapiaga. 65% neist, kes on seda teenust enda hinnangul vajanud, ei ole seda uuringule eelnenud aasta jooksul kasutanud. Ka on suuremad erinevused vajaduse ja kasutamise vahel psühholoogilise ning sotsiaalnõustamise puhul – vastavalt 58% ja 49% neid teenuseid vajanutest ei ole vastavate teenusteni jõudnud.

HIVi nakatunute seas läbiviidud terviseuuringu käigus kogutud andmed näitavad, et tegemist on komplitseeritud probleemidega rahvastikurühmaga. Kõrge on sõltuvusainete tarvitamise tase, eriti tubakatoodete ja alkoholi osas, enamik on oma elu jooksul kokku puutunud narkootikumide süstimisega. Levinud on vaimse tervise seotud probleemid. Enamik hindab oma majanduslikku toimetulekut aga raskeks või väga raskeks. Leevendamaks olukorda on loodud mitmeid psühhosotsiaalseid ja tervishoiuteenuseid. Kuid käesoleva uuringu andmed näitavad, et nende kasutamise tase on madal. Selgitamiseks teenuste kasutamisega seotud barjääride olemust on vajadus täpsemate uuringute järele, seejuures kasutades kvalitatiivseid meetodeid (nt fookusgrupi intervjuud). Antud rahvastikurühma jaoks teenuste kättesaadavuse parandamiseks on olulisteks märksõnadeks ka individuaalne lähenemine ja juhtumipõhine korraldus. Ilmselt vajavad inimesed põhjalikumalt ülevaadet olemasolevatest teenustest, täpsemat selgitustööd teenuste olemuse ja sisu kohta ning oskuslikku motiveerimist kasutamaks neid.

ИТОГИ И ВЫВОДЫ

«Исследование состояния здоровья ВИЧ-инфицированных людей 2013» проведено Институтом развития здоровья и Институтом здравоохранения Тартуского университета в сотрудничестве с Ляэне-Таллиннской Центральной больницей, Ида-Вирусской Центральной больницей и Нарвской больницей в рамках более крупного исследовательского проекта «Профилактика и лечение ВИЧ в Эстонии: объединение науки и практики». Ранее исследования этой группы населения проводились в 2005 и 2008 годах [6, 7].

Настоящий рапорт отражает данные 800 ВИЧ-инфицированных амбулаторных пациентов, представленные в разрезе исследовательских центров в виде общей оценки. При сравнении выборки с общей выборкой выявилось склонение первой в сторону пациентов Ида-Вирусской Центральной больницы, а также пациентов, получающих АРВ-лечение, это следует учитывать, изучая представленные общие оценки. Рассматривая данные каждого исследовательского центра по отдельности, следует учитывать, что они описывают в основном людей, получающих АРВ-лечение. Основная причина перевеса выборки в сторону людей, получающих АРВ-лечение – эти пациенты чаще посещают врача, и потому вероятность их попадания в выборку выше (одним из условий вовлечения в исследование было то, что участие в исследовании предлагается всем пациентам, приходящим на прием). Также могло сыграть роль то, что в рамках исследования RSN, проходившего параллельно с исследованием состояния здоровья, у исследуемых была возможность получить консультацию по теме приверженности лечению, что могло повысить заинтересованность в участии пациентов, получающих лечение.

59% участников исследования – мужчины. Наибольшую (40%) возрастную группу составляют 30–34-летние, медианный возраст исследуемых 32 года. Подавляющее большинство (85%) – представители русской национальности, а также преимущественно граждане Эстонии (41%) или владельцы паспорта иностранца (40%). В числе исследуемых треть имеет основное образование (36%), треть профессиональное образование (34%). 41% работает на полную или частичную ставку, 37% на пенсии по причинам, связанным со здоровьем. 85% имеют медицинскую страховку. По оценке 70% участников, при нынешних доходах им трудно или очень трудно справляться. Более одной десятой (14%) живет в одиночку, пятая часть или вместе с родителем/родителями (21%), или с супругом/сожителем (20%). У 63% участников есть дети, в т.ч. у 55% – несовершеннолетние. 32% опрошенных живут вместе с одним или несколькими детьми. Почти половина (42%) живет в частном доме или квартире.

Заражение ВИЧ

Больше всего (54%) участников исследования узнали о своем заражении ВИЧ в период 2000-2004 г., когда и по государственной статистике было обнаружено большинство случаев инфицирования [1]. Средняя продолжительность заражения ВИЧ составляет 8,4 года. Среди исследуемых равнозначное количество тех, кто, по собственным словам, заразились вирусом при употреблении инъекционных наркотиков, используя зараженный инструмент (49%), и тех, кто заразился вирусом половым путем (45%). Если исключить из анализа тех, кто, по сообщенным ими данным, заразились половым путем, но в течение жизни также кололи наркотики, доля зараженных половым путем составит 28%. Передача вируса половым путем от мужчины к мужчине произошла у 2% исследуемых. В сравнении с инъекционным заражением, среди зараженных половым путем пациентов больше женщин (65% против 29%), они старше (медианный возраст 34 против 32), выше доля эстонцев (21% против 6%) и выше уровень их образования (людей с основным или ниже образованием – 20% против

52%). У зараженных инъекционным путем осведомленность о ношении вируса дольше, чем у зараженных половым путем (средняя длительность заражения 9,8 лет против 6,4 лет).

Употребление веществ, вызывающих зависимость

Курение

Среди участников исследования курят постоянно 71%; в случае зараженных через инъекции наркотиков этот показатель еще выше – 80% (среди зараженных половым путем 50%). Среди взрослого населения Эстонии постоянно курящих людей в три раза меньше – 26% [27]. Курение повышает риск сердечных заболеваний, рака, серьезных легочных заболеваний (таких как воспаление легких) и других инфекционных заболеваний. В сравнении с не зараженными ВИЧ, у носителей вируса риск этих заболеваний в случае курения в два раза выше [29].

Употребление алкоголя

37% исследуемых в течение предшествовавшего опросу четырех недель употребляли алкоголь один раз в неделю или чаще, в т.ч. 19% – каждый день или несколько раз в неделю. В целом в сравнении с населением Эстонии употребление ВИЧ-инфицированными алкоголя не сильно отличается, они употребляют даже меньше. Изучены данные по частоте употребления алкоголя взрослым населением Эстонии в течение года: 25% из них пьют алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю [27]. Согласно тесту CAGE, 53% участников могут иметь проблемы с употреблением алкоголя. Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, чаще обнаруживаются у зараженных через инъекции наркотиков – в группу риска входят 58% (против 39% зараженных половым путем).

Употребление наркотиков

81% участников исследования в течение жизни употребляли наркотики в любом виде, 69% употребляли их в виде инъекций. Медианный возраст первого приема наркотика составляет 16 лет, инъекционно – 18 лет.

В течение месяца, предшествовавший опросу, употребляли наркотики другим способом, кроме инъекции, 19% исследуемых, кололи наркотики 23%. В обоих случаях выше доля тех, кто употреблял наркотики реже раза в неделю – 47% употреблявших другим способом и 44% – инъекционно. Среди неинъекционных наркотиков более всего распространены производные конопли (69% употреблявших другим способом), а среди инъекционных наркотиков – фентанил (59% коловших наркотики в течение последних четырех недель, в 54% случаев в качестве основного инъекционного наркотика). 33% кололи наркотик с помощью инструмента для инъекции, которым пользовался кто-то другой, и 17% сами передали использованный инструмент для инъекции кому-то другому.

Более половины (55%) коловших наркотики в течение жизни получали лечение от наркомании. Во время проведения опроса получали лечение от наркомании 34%, из них 73% – метадоновую заместительную терапию. Половина (49%) получающих лечение, связанное с метадоном, одновременно все-таки колют наркотики.

Приведенные данные показывают, что большой проблемой среди ВИЧ-инфицированных пациентов является мультизависимость. Помимо лечения, связанного с употреблением наркотиков, следует более интенсивно предлагать пациентам консультации и услуги, направленные на снижение употребления табачных изделий и алкоголя. Лечение алкогольной зависимости в Эстонии в общем случае платное. Однако, учитывая ослабленную иммунную систему носителей вируса и потому большой риск заболевания

различными заболеваниями впоследствии употребления наркотиков, следует точно оценить распространенность алкогольной зависимости среди ВИЧ-инфицированных и взвесить возможность финансирования лечения алкогольной зависимости ВИЧ-инфицированных пациентов из государственного бюджета. Также стоит обдумать, как и с помощью каких посылов/идей профилактика снижения употребления табачных изделий среди ВИЧ-инфицированных будет наиболее эффективной. Проблематичным является и непрерывное употребление наркотиков, в том числе во время прохождения лечения от наркомании. Важно продолжать общее снижение совместного использования принадлежностей для инъекций, чтобы предотвратить дальнейшую передачу ВИЧ.

Сексуальное поведение

81% ВИЧ-инфицированных пациентов определяет себя как гетеросексуальных, 1% считает себя гомосексуальными и 4% – бисексуальными. Если рассмотреть опыт однополых половых контактов в течение жизни и учесть пол исследуемых, то мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, составят 6% всей выборки.

99% участников исследования имеют опыт полового контакта. В течение предшествовавших опросу 12 месяцев половые контакты имели 83%. Медианное число партнеров за этот период – один.

Половые контакты с постоянным партнером

76% участников в течение последнего года имели половые контакты с постоянным партнером. Медианное число постоянных партнеров – один. 67% имевших в половые контакты с постоянным партнером не всегда пользовались презервативом. Более чем у половины (58%) постоянный партнер ВИЧ-инфицирован, а более чем у трети (37%) постоянный партнер колел наркотики.

Половые контакты со случайным партнером

22% участников исследования за предшествовавший опросу год имели случайные половые контакты. В сравнении с зараженными половым путем носителями вируса, среди зараженных через инъекции наркотика больше случайных контактов (16% против 27%). Медианное число случайных партнеров – два. 41% имевших половые контакты со случайным партнером не пользовались презервативом при каждом половом контакте. У половины имевших случайные половые контакты среди партнеров были ВИЧ-инфицированные люди, и более половины (56%) имели случайный половой контакт с человеком, который колел или когда-либо колел наркотики.

Методы предотвращения беременности

В части методов предотвращения беременности собирали данные о последнем половом контакте. В течение предшествовавших опросу 12 месяцев 52% имевших половые контакты ВИЧ-положительных использовали при этом эффективные методы, чаще всего (50%) презерватив. 11% исследуемых не пользовались никакими методами, поскольку планировали беременность либо партнерша во время проведения исследования была уже беременна. Довольно большая часть из них, однако, не пользовалась никакими средствами или пользовались для предотвращения беременности неэффективными средствами – соответственно 27% и 10%. Среди неэффективных методов наиболее распространен прерванный половой акт – во время последнего полового контакта его практиковали 10% тех, кто имел половые контакты в течение предшествовавших 12 месяцев.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

На основе данных, сообщенных самими исследуемыми, наиболее распространенными были генитальные бородавки и папилломавирус – 4% имевших половые контакты в течение предшествующего опросу года сообщил об этом врач или сестра. У 2% диагностировали генитальный герпес, более чем у 1% – хламидиоз и трихомониаз. На основе проб, взятых в ходе исследования, был выявлен один позитивный случай гонореи, а у 1% обнаружен хламидиоз.

Уровень постоянного использования презервативов низкий. Исследование показывает, что употребляющие инъекционные наркотики имеют много случайных половых контактов без презерватива. Это свидетельствует о том, что половые партнеры ВИЧ-инфицированных колющихся наркоманов по-прежнему представляют собой важную группу риска дальнейшей передачи ВИЧ. Для предотвращения новых случаев ВИЧ необходимы постоянная раздача бесплатных презервативов и информирование об ИППП. Большинство пациентов – участников исследования находятся в репродуктивном возрасте, и потому также важно консультирование на темы планирования семьи, беременности и передачи инфекции от матери к ребенку, в том числе, предложение консультирования парам. Можно повысить осведомленность о влиянии дальнейшей передачи ВИЧ между двумя ВИЧ-инфицированными половыми партнерами.

Собранные данные показывают относительно высокий уровень рискованного поведения в половых отношениях. В то же время уровень распространения ИППП можно оценить как низкий, и необходимость в рутинном скрининге инфекций, передающихся половым путем, отсутствует. Учитывая обстоятельство, насколько часто пациенты в силу ВИЧ-инфекции должны посещать учреждения здравоохранения (при этом многие также на лечении от наркомании), было бы важно обеспечить по возможности быстрый и удобный доступ к приему дерматовенеролога (или организацию необходимых обследований в инфекционных центрах). Однако следует заметить, что в рамках данного исследования исследуемые собирали материал для проб сами, что нельзя считать достаточно качественным методом для получения верных результатов анализов.

Здоровье и качество жизни

По данным, зарегистрированным врачом, у 55% исследуемых количество клеток CD4 больше, чем 350 клеток/мм^3 , а у 42% вирусная нагрузка незаметна. 17% составили те, у кого количество клеток CD4 менее 200 клеток/мм^3 , и на том же уровне те, у кого количество копий вируса в крови выше 55 000 копий/мл.

подавляющему большинству (89%) врач предложил начать антиретровирусное лечение (АРВ-лечение). По данным, сообщенным самими пациентами, 83% исследуемых принимали в течение жизни антиретровирусные препараты (АРВ-препараты), а во время проведения опроса их принимают 78%. По данным врачей, однако, АРВ-лечение получают 86% участников. Причиной расхождения данных пациентов и врачей может быть то, что среди пациентов есть люди, не понявшие суть, необходимость и важность непрерывного АРВ-лечения либо, несмотря на предписания врача, не соблюдающие схему лечения и не принимающие лекарства. Приведенные данные указывают на необходимость повышения эффективности консультирования, связанного с АРВ-лечением, чтобы обеспечить хорошие результаты лечения и избежать возникновения резистентности к лекарствам и перехода на более сложные схемы лечения.

Вес тела

70% пациентов – участников исследования на основании ИМТ имеют нормальный вес. С небольшим лишним весом, т.е. в состоянии, предшествующем ожирению, – 20%, и в стадии ожирения – 5% исследуемых. В сравнении с населением в целом связанные с ожирением риски для здоровья среди ВИЧ-инфицированных распространены меньше. По данным исследований взрослого населения 2012 года к населению с нормальным весом относится 49%; в состоянии, предшествующем ожирению, – 30% и в стадии ожирения – 19% [27].

Оценка здоровья и качества жизни

Оценку своего здоровья и качества жизни изучали с помощью сокращенной версии инструмента WHOQoL-HIV BREF, разработанного ВОЗ. Инструмент включает 31 вопрос и охватывает шесть сфер. Оценки за предшествующие исследованию две недели запрашивались по 5-балльной шкале, где 1 означала самую низкую оценку и 5 – самую высокую оценку. В случае каждой сферы рассчитывался средний балл, после чего результат умножали на четыре. Таким образом, балл по каждой сфере варьируется в интервале 4–20, средняя оценка по такой шкале 12. В случае двух общих вопросов оценки варьируются в интервале 1–5, средняя оценка 3.

Согласно этому, не удовлетворены своим здоровьем 40% пациентов, удовлетворены или весьма удовлетворены 32%. Средняя оценка удовлетворенности своим здоровьем составила 2,85. Общее качество жизни оценивают как плохое или очень плохое 20% исследуемых, а 28% находят его хорошим или очень хорошим. Средняя оценка удовлетворенности качеством своей жизни составила 3,09.

Рассматривая шесть сфер жизни, ВИЧ-инфицированные пациенты выше всего оценивают физическое здоровье (средний балл 13,94) и сферу личных убеждений (средний балл 14,08). За этими аспектами следуют сферы, связанные с социальными отношениями (средний балл 13,22) и окружением (средний балл 13,08). Однако, низко оценивается психологическое здоровье (средний балл 12,43) и собственная независимость (средний балл 12,47). По сравнению с зараженными половым путем, зараженные инъекционным путем пациенты оценивают свое здоровье, общее качество жизни и связанные с этим шесть сфер жизни существенно ниже (см. таблицу 79, стр. 47).

Психическое здоровье

Различные аспекты психического здоровья (депрессия, общая тревожность, паническое расстройство, социофобия, психическое истощение, расстройства сна) оценивали на основании опросника эмоционального самочувствия ЕЕК-2. Инструмент состоит из 28 вопросов. Частоту появления различных проблем и неприятных ощущений за предшествующие опросу четыре недели оценивали по 5-балльной шкале (0 – вовсе нет, ..., 4 – постоянно). В случае каждого аспекта рассчитывался балл, и в соответствии с границей риска [24] оценивали, у скольких людей может быть склонность к таким расстройствам. Это инструмент скринингового исследования, и на его основе нельзя диагностировать наличие расстройства.

Согласно ЕЕК-2, наиболее распространенной проблемой психического здоровья среди ВИЧ-инфицированных пациентов можно считать возможные расстройства сна – 63% исследуемых входят в эту группу риска. 23% за предшествующий опросу год принимали снотворные. Более чем для половины исследуемых могут быть проблемой психическое истощение и депрессия – в группы риска входят соответственно 58% и 53%. Сопоставимые данные, основанные на том же инструменте, в отношении всего населения относятся к 2002 году, когда было обнаружено, что симптомы около 11% населения указывают на депрессию [30].

По данным, сообщенным пациентами, за предшествующие опросу 12 месяцев врач установил депрессию у 16%, а принимали антидепрессанты в этот период 10%. Симптомы, указывающие на общую тревожность, обнаружены у 40% ВИЧ-инфицированных участников исследования. 12% в течение прошедшего года врач сообщил, что у них тревожное расстройство. Менее распространены симптомы, указывающие на панические расстройства и социофобию – в группу риска входят соответственно 22% и 17% ВИЧ-инфицированных пациентов. Успокоительные употребляли 34%. Практически по всем аспектам, на основании ЕЕК-2, проблемы с психическим здоровьем более распространены среди пациентов, зараженным через инъекции, за исключением социофобии (см. таблицу 79, стр. 47). Сравнивая результаты скринингового инструмента с количеством возможных диагнозов, по-видимому, распространенность психических заболеваний занижена.

36% участников исследования в течение жизни думали о самоубийстве, и одна пятая (20%) пыталась покончить с собой. Соответствующие показатели в течение последних 12 месяцев 20% и 5%. По сравнению с пациентами, зараженными половым путем, инфицированные через инъекции пациенты имеют более суицидальные наклонности. В течение жизни думали о самоубийстве и/или пытались покончить с собой соответственно 22% и 46%.

Следовало бы обратить больше внимания на психическое здоровье ВИЧ-инфицированных пациентов. Вышеописанные данные указывают на необходимость проведения рутинного скрининга психического здоровья, прежде всего, среди пациентов, связанных с инъекциями наркотиков.

Сопутствующие болезни

По отчетам врача, 22% болели или болеют гепатитом В, 71% – гепатитом С. Во время проведения опроса 4% исследуемых болели или болеют туберкулезом.

Психосоциальные услуги и услуги здравоохранения

Посещение инфекциониста и удовлетворенность предлагаемым обслуживанием

47% исследуемых посетили прием инфекциониста в течение 30 дней после установления диагноза ВИЧ. 31% для визита к врачу понадобился год или больше. В среднем, время, потребовавшееся для первого визита к врачу, составило более года, или 16,3 месяцев. Инфицированным через инъекции требуется более чем в два раза больше времени, чтобы обратиться к врачу, по сравнению с инфицированными половым путем. Среднее время от уведомления о заражении до обращения на прием к инфекционисту соответственно 21,4 и 10,1 месяцев. Однако, с точки зрения здоровья крайне важно по возможности более раннее обращение к специалисту, оно обеспечивает своевременное лечение. Очень важна систематическая связь между установлением случая ВИЧ и первым визитом к инфекционисту. Обеспечивая своевременное обращение за лечением колющихся наркоманов, следовало бы их консультировать и направлять к врачу также через поставщиков услуг по снижению вреда, например, в пунктах обмена шприцев.

Удовлетворенность своим врачом-инфекционистом и предлагаемым им обслуживанием измеряли по четырехбалльной шкале (1 – совершенно не доволен, ..., 4 – очень доволен). В целом своим врачом довольны, средняя оценка составила 3,51. Из разных аспектов предлагаемых медицинских услуг более всего довольны вежливостью (3,54), достаточностью уделенного времени (3,48) и пониманием врачом и сестрой проблем и пожеланий (3,47). В меньшей степени удовлетворены предоставленной информацией о лекарствах и их побочном действии (3,18), медицинским обслуживанием в целом (3,23) и гибкостью допуска на прием (3,24). Сами пациенты считают наиболее важным общее медицинское обслуживание (его

назвали 46% исследуемых). Важнейшими аспектами также являются информация, предоставляемая врачами и сестрами о болезни и связанными с ней опасностями (35%), надежность и опытность врачей (34%) и отношение в целом (его сочли важным 32%). Менее существенным пациенты считают время приема (9% сочли его важным аспектом в рамках медицинского обслуживания, оказываемого инфекционистом), достаточность уделенного времени (11%) и понятность разъяснений, даваемых в отношении исследований и процедур (13%).

Прочие услуги

ВИЧ-инфицированные участники исследования по опросу за прошедший год чувствовали наибольшую потребность в консультировании по вопросам АРВ-лечения (41%) и психологической консультации (37%). Меньшей была потребность в тестировании и лечении ИППП (12%) и услуге обмена шприцев (14%). Уровень пользования услугами довольно низкий: в целом менее одной пятой в предшествовавшем опросу году воспользовались различными психосоциальными услугами и услугами здравоохранения. Чаще всего пользовались услугами гинеколога – 23% пациентов. Меньше пользовались психотерапией (9%), социальным жильем (10%) и услугами по тестированию и лечению ИППП (11%). Если сопоставить данные по потребности в услугах и пользованию ими, наибольший недостаток обнаруживается в отношении психотерапии. 65% тех, кто, по собственной оценке, нуждался в этой услуге, не пользовались ей в предшествующем исследованию году. Также велики различия в потребности и использовании психологического и социального консультирования – соответственно 58% и 49% нуждавшихся в этих услугах их не получили.

Данные, собранные в ходе проведенного исследования здоровья ВИЧ-инфицированных, показывают, что мы имеем дело с социальной группой со сложными проблемами. Высок уровень потребления веществ, вызывающих зависимость, особенно табачных изделий и алкоголя, большинство в течение своей жизни соприкоснулось с инъекциями наркотиков. Распространены проблемы, связанные с психическим здоровьем. Большинство оценивает свое экономическое положение как тяжелое или очень тяжелое. Для облегчения ситуации созданы различные психосоциальные и медицинские услуги. Как показывают данные настоящего исследования, уровень их использования низок. Для того чтобы выяснить природу барьеров, связанных с использованием услуг, необходимы более детальные исследования, в том числе с использованием качественных методов (например, интервью в фокус-группах). Для улучшения доступа данных групп населения к услугам ключевыми аспектами являются также индивидуальный подход и организация работы, исходя из каждого конкретного случая («управление случаем»). Очевидно, люди нуждаются в более основательном обзоре имеющихся услуг, более детальной разъяснительной работе по наличию и содержанию услуг и умелом мотивировании для их использования.

VIITED

1. HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 1988–2013. Tallinn, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet, 2014
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/13963602942_HIV%20nakkuse%20ja%20kaasuvat%20infektsioonide%20epidemioloogiline%20olukord%20Eestis_2013.pdf
2. Lai T, jt. Modelling Estonia's concentrated HIV epidemic. A case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
<http://ee.euro.who.int/E93235.pdf>
3. UNAIDS. HIV estimates with uncertainty bounds, 2012
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/>
4. World Health Organization, 2014. HIV/AIDS treatment and care in Estonia. Evaluation Report 2014
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255671/HIVAIDS-treatment-and-care-in-Estonia.pdf?ua=1
5. Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015” täitmise 2012. aastal.
https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/aruanne_hivi_ja_aidsi_epidemioloogilisest_olukorrast_ning_riikliku_hivi_ja_aidsi_strateegia_aastateks_2006-2015_taitmisest_2012.pdf
6. Rüütel K, Loit HM. Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2006. Uuringuraport.
7. Lõhmus L, Murd M, Trummal A, Loit HM, Rüütel K. Infektsionisti külastavate HIVi nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009. Uuringuraport.
8. Friedman SR, Rossi D, Braine N. Theorizing “Big Events” as a potential risk environment for drug use, drug-related harm and HIV epidemic outbreaks. *Int J Drug Policy*. 2009;20:283–91.
9. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev*. 2004;26:22–35.
10. World Health Organization. HIV/AIDS and mental health. Report by the Secretariat [Internet]. 2008
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-en.pdf.
11. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiat*. 2001;58:721–8.
12. Jia H, Uphold C, Wu S, Reid K, Findley K, Duncan PW. Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care STDs*. 2004;18:40–9.
13. Adewuya AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF, et al. Relationship between depression and quality of life in persons with HIV infection in Nigeria. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38:43–51.
14. Mrus JM, Leonard AC, Yi MS, Sherman SN, Fultz SL, Justice AC, et al. Health-related quality of life in veterans and nonveterans with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006;21:S39–S47.
15. Tate D, Paul RH, Flanigan TP, Tashima K, Nash J, Adair C, et al. The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *AIDS Patient Care STDs*. 2003;17:115–20.
16. Haller DL, Miles DR. Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of life. *AIDS Behav*. 2003;7:101–8.
17. Dreher HM. The effect of caffeine reduction on sleep quality and well-being in persons with HIV. *J Psychosom Res*. 2003;54:191–8.

18. Phillips KD, Sowell RL, Boyd M, Dudgeon WD, Hand GA, The Mind–Body Research Group. Sleep quality and health-related quality of life in HIV-infected African-American women of childbearing age. *Qual Life Res.* 2005;14:959–70.
19. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Carnes L, Vukadinovic Z, Long JS. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav.* 2003;32:217–30.
20. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Vukadinovic Z. The relation between mood and sexuality in gay men. *Arch Sex Behav.* 2003;32:231–42.
21. Rüütel K, Trummal A, Salekešin M, Pervilhac C. HIV Epidemic in Estonia: Analysis of strategic information. World Health Organization, 2011.
<http://www.tai.ee/terviseandmed/uuringud/download/171>
22. WHOQOL HIV Group. (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 16(7), 882-889.
doi:10.1080/09540120412331290194
23. Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 1999;53:443–449.
24. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R and Maaros H. Screening for depression in primary care. *Family Practice* 2006;23:693–698
25. Ewing JA “Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire” *JAMA* 1984;252:1905–1907.
26. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
27. Tekkel M, Veidemann T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012. Tallinn, Tervise Arengu Instituut, 2013.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/136479842690_TKU_2012.pdf
28. Ravijuhis “HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi 2003“. http://www.esic.ee/guidelines/HIV_Ravijuhend_2003.pdf
29. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Gerstoft J, Nordestgaard BG, Obel N. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis.* 2013 Mar;56(5):727-34. doi: 10.1093/cid/cis933 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254417>
30. Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V., & Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord*, 78(1), 27-35.