

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**HARJUMAAL ELAVATE NARKOOTIKUME SÜSTIVATE INIMESTE
JA ÜLDRAHVASTIKU TERVISE ENESEHINNANG NING SELLEGA
SEOTUD TEGURID AASTATEL 2016–2019**

Magistritöö rahvatervishoius

Hanna Maria Aavik

Juhendajad:

**Sigrid Vorobjov, MSc, PhD, Tervise Arengu
Instituudi riskikäitumise uuringute osakonna
juhataja**

**Anneli Uusküla, MD, MSc, PhD, Tartu Ülikooli
peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi
professor**

Tartu 2023

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 29.05.2023 lubada väitekirj terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Katri Abel-Ollo, MSc, Tervise Arengu Instituudi uimastite ja sõltuvuste keskuse teadur

Kaitsmine: 07.06.2023

Sisukord

Kasutatud lühendid	4
Lühikokkuvõte.....	5
1. Sissejuhatus	6
2. Kirjanduse ülevaade	7
2.1 Tervise enesehinnang.....	7
2.1.1 Tervise enesehinnangut käsitlevad uuringud Eestis	9
2.1.2 Tervise enesehinnang ja sotsiaaldemograafilised tunnused	10
2.1.3 Tervise enesehinnang ja tervisetunnused	13
2.2 Narkootikumide tarvitamine süstimise teel	14
2.2.1 Narkootikumide süstimine Eestis	16
2.2.2 Narkootikume süstivate inimeste subjektiivset tervist mõõtvad uuringud	17
3. Eesmärgid	18
4. Materjal ja metoodika	19
4.1 Andmestikud ja valimi moodustamine	19
4.2 Töös kasutatud tunnused.....	21
4.3 Andmeanalüüs	23
5. Tulemused	24
5.1 Valimi kirjeldus	24
5.2 Tervise enesehinnangu kirjeldus.....	26
5.3 Tervise enesehinnanguga seotud tegurid	26
6. Arutelu.....	32
7. Järeldused ja ettepanekud	38
8. Kasutatud kirjandus	39
Summary.....	49
Tänuavaldus.....	51
Curriculum vitae.....	52
Lisad	53

Kasutatud lühendid

CI	usaldusvahemik (ingl <i>confidence interval</i>)
EMCDDA	Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (ingl <i>The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>)
HCV	C-hepatiidi viirus (ingl <i>hepatitis C virus</i>)
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (ingl <i>human immunodeficiency virus</i>)
NSI	narkootikume süstiv inimene
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (ingl <i>The Organization for Economic Cooperation and Development</i>)
p	<i>p</i> -väärtus
Q1–Q3	alumine–ülemine kvartiil
RRR	suhtelise riski suhe (ingl <i>relative risk ratio</i>)
SHARE	Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuring (ingl <i>The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i>)
TKU	Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
vs.	vastu, vastakuti (lad <i>versus</i>)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (ingl <i>World Health Organization</i>)

Lühikokkuvõte

Tervise enesehinnang on uuringutes sagedasti kasutatav subjektiivne tervisemõõdik, mille abil saab tuvastada haavatavaid inimrühmi. Narkootikume süstivate inimestel on suur risk erinevate tervislike ja sotsiaalmajanduslike probleemide kogemiseks. Marginaliseeritud rühma tervise enesehinnangut on vähe uuritud. Magistritöö põhieesmärk oli kirjeldada ja analüüsida 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut ning sellega seonduvaid tegureid aastatel 2016–2019.

Magistritöö uuringukavand oli läbilõikeuuring. Töös kasutati andmeid, mis pärinesid kahest narkootikume süstivate inimeste seas tehtud kohortuuringust ning Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringutest. Uuringusse kaasati 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ning üldrahvastikku kuuluvate inimeste andmed aastatest 2016–2019. Töös analüüsiti kahe rühma hinnangut oma tervisele. Multinomiaalse logistilise regressiooni abil arvutati valitud tervise- ja sotsiaalmajanduslike tunnuste kohandamata ja kohandatud suhtelise riski suhted (ingl *relative risk ratio*, RRR) koos 95% usaldusvahemikega (*confidence interval*, CI).

Uuritud üldrahvastik hindas oma tervise kõige sagedamini heaks või väga heaks (60,3%), mida oli oluliselt rohkem kui narkootikume süstivate inimeste hulgas (27,9%). Narkootikume süstivad inimesed hindasid üldrahvastikuga võrreldes oluliselt sagedamini oma tervise keskmiseks (53,2% vs. 33,3%) ning halvaks või väga halvaks (18,9 vs. 6,4%). Narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnang oli kohandatud analüüsi põhjal oluliselt seotud vanuse, töötamise ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimisega. Erinevalt narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangust oli üldrahvastiku tervise enesehinnang oluliselt seotud ka rahvuse ja haridusega. Lisaks oli narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oluliselt seotud HIV-staatuse ning üldrahvastiku tervise enesehinnang krooniliste haiguste esinemisega. Mõlema rühma tervise enesehinnangul kohandatud mudeli järgi olulist seost perekonnaseisu ja aasta jooksul meditsiinilise abi saamisega ei olnud. Töö tulemused, mille kohaselt oli narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oluliselt halvem kui üldrahvastiku tervise enesehinnang, rõhutavad rühmade vahelist ebavõrdsust tervises. Samuti annavad magistritöö tulemused sisendi tervise enesehinnangu kui instrumendi toimimisest narkootikume süstivate inimeste hulgas ning rühma tervisedeterminantidest. Ebavõrdsuse vähendamiseks on oluline jätkata kahjude vähendamise teenuste osutamist, toetada vananeva sihtrühma suurenenud tervisevajadusi, pakkuda neile piisavas mahus vaimse tervise teenuseid ja võimalusi tööturule sisenemiseks ning seal püsimiseks.

1. Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt välja pakutud ning maailmas enim tsiteeritud tervise mõiste on järgmine: „Tervis on täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ning mitte vaid haiguse või puude puudumine“ (1, 2). Tervis ei ole siiski lihtne kontseptsioon, mida saab üheselt mõista. Erinevaid tervise definitsioone seob see, et need sisaldavad füüsilist ja psühholoogilist heaolu, tegutsemis- ja eneseteostusvõimet ja elu mõtte tunnetust. Tervis sõltub erinevatest teguritest, muuhulgas ka toimetulekuoskustest sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas ning oskusest kasutada olemasolevaid ressursse. (1)

Tervist ja elukvaliteeti mõõtvate indikaatorite abil saab parendada rahvastiku tervist ning vähendada ebavõrdsust. Klassikaliselt on hinnatud haigestumust ja suremust. Tänu keskmise eluea pikenemisele ning elukvaliteedile senisest tähtsama rolli omistamisele on tekkinud uued viisid tervise hindamiseks. (3). Tervise enesehinnang on tänapäeval sagedasti kasutatav subjektiivse tervise mõõdik, mille abil on muuhulgas võimalik prognoosida haigestumust ja suremust (4). On leitud, et tervise enesehinnang on oma asjakohasuses ja lihtsuses võimeline asendama ka keerukamaid, pikemaajalisi ja ajakulukamaid vahendeid tervise hindamiseks (5). Tervise enesehinnang sõltub mitmetest teguritest. Üldiselt hindavad oma tervise halvemaks ebatervislike eluviisidega (6, 7), halvemal sotsiaalmajanduslikul järjel (8, 9) ning kroonilisi haiguseid põdevad inimesed (10, 11). Tänu instrumendi võimalustele saab tervise enesehinnangut kasutades tuvastada haavatavad inimrühmad ning neile planeerida asjakohaseid sekkumistegevusi (12).

Maailmas oli 2019. aastal WHO, Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni ja Maailmapanga ühisel hinnangul ligi 11,2 miljonit narkootikume süstivat inimest. Narkootikumide süstimise levimus oli suurim Ida-Euroopas, kus narkootikume süstivaid inimesi oli muu maailma keskmisega võrreldes 5,7 korda enam. Narkootikume süstivad inimesed on haavatav inimrühm, kellel on suur risk kogeda erinevaid tervislikke ning sotsiaalmajanduslikke probleeme. (13). Narkomaania on keeruline probleem, mille lahendamiseks on vajalik erinevate sektorite ja sekkumiste integreeritus ning koostöö. Ülevaade valdkonnast on oluline sekkumistegevuste planeerimiseks ning eesmärkide täpsustamiseks. (14). Narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangut on nii Eestis kui ka mujal maailmas vähe uuritud.

Magistritöös kirjeldati ja analüüsiti 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut ning sellega seotud tegureid aastatel 2016–2019.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang (ingl *self-rated health, self-reported health, self-assessed health, self-perceived health*) viitab küsitluse teel kogutud subjektiivsele tervise hinnangule. Tervise enesehinnangu lähtekohaks on isiku võime oma tervist mõtestada ning mõjutada. (15). Kõige sagedamini kasutatakse tervise enesehinnangu mõõtmiseks ühtainust küsimust, milles palutakse uuritaval hinnata oma praegust tervises seisundit. Esitatud küsimus ning võimalikud vastusevariandid võivad riigiti või uuringute lõikes erineda. (16). Euroopas kasutatakse tervise enesehinnangu mõõtmiseks peaaesjalikult WHO poolt soovitatud küsimust ja viiepallist hindamisskaalat, mille vastusevariandid ulatuvad väga heast väga halvani (17).

Tervise enesehinnangut hakati rahvastiku-uuringutes laialdasemalt kasutama siis, kui leiti tervise enesehinnangu hea ennustusväärtus suremuse suhtes (18). Pärast seda on leitud seoseid tervise enesehinnangu ja haigestumuse (16) ning tervishoiuteenuste kasutamise vahel tulevikus (19). Eelpool väljatoodu põhjal võib tervise enesehinnangut pidada asjakohaseks instrumendiks nii tervises seisundite hindamisel kui ka tervisetulemite prognoosimisel (20). Tervise enesehinnangut ei saa siiski taandada pelgalt suremuse või muu tervisetulemi ennustajaks, vaid tuleks käsitleda kui kokkuvõtvat hinnangut vastajale olulistest tervisedimensioonidest (21). Tervise enesehinnangu kui tervise hindamise instrumendi eeliseks võib pidada selle terviklikku tervisekäsitlust (16) ning võimekust ainsa küsimuse abil hinnata ja prognoosida erinevaid tervisetulemeid ning välja selgitada suurema riskiga isikud (5). Teisalt nõuab tulemuste interpreteerimine teadmisi instrumendi olemusest ning esinevatest kultuurilistest ja sotsiaalsetest taustateguritest (21).

Tervisele hinnangu andmise protsessi on lahti mõtestatud mitmete autorite poolt. Jylhä järgi on tervisele hinnangu andmine subjektiivne ja kontekstist sõltuv mitmeastmeline tunnetuslik protsess, mis põhineb isiku füsioloogilisel ja psühholoogilisel seisundil (22). Huisman ja Deeg leiavad seevastu, et tervise enesehinnangut tuleks käsitleda pigem järjepideva protsessina, mis hõlmab inimese nägemust enda tervisest ning tervisest üldiselt (23).

Kuigi väga halvast väga heani ulatuvat skaalat võib käsitleda ühtse kontiinumina, siis Reile ja Leinsalu ning Shooshtari jt hinnangul on halb ja hea tervise enesehinnang siiski eraldiseisvad nähtused, mida mõjutavad erinevad tegurid (10, 24). Reile ja Leinsalu on leidnud, et hea tervise enesehinnang on seotud erinevate demograafiliste ning sotsiaalmajanduslike teguritega, vaimse ja füüsilise tervisega ning üldiselt tajutud heaoluga. Halb tervise

enesehinnang on autorite hinnangul peaaugjalikult seotud vaimse ja füüsilise tervisea seotud teguritega. (10)

WHO soovita tervise enesehinnangut kasutada standardse uurimisvahendina (17). Tervise enesehinnang on tänu oma lihtsusele üks vähestest rahvastiku-uuringutes järjepidevalt mõõdetud tervisenäitajatest, eriti mitmelaineliste kohortuuringute puhul (25). Tervise enesehinnang on osa Euroopa tervisemoodulist, mille kolme küsimust kasutatakse Euroopa terviseuuringute süsteemis (26). Eestis tehtavates rahvastikupõhistes uuringutes on Euroopa tervisemoodul, sh tervise enesehinnangu küsimus kaasatud näiteks Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) küsimustikku (27).

Kui rahvusvahelised uuringud annavad võimaluse võrrelda tervise enesehinnangut eri riikide vahel, siis Jürges (28) on leidnud, et riikidevahelises võrdluses on ainult osa tervise enesehinnangust omistatav inimese tervises seisundile. Arvesse tuleb võtta kultuurilisi iseärasusi, mis mõjutavad vastajat tervise enesehinnangu andmisel. Peale sotsiaalkultuuriliste erinevuste tuleb tervise enesehinnangu riikidevahelisse võrdlusesse suhtuda ettevaatlikkusega ka seetõttu, et tervise enesehinnangut mõjutab rahvastiku struktuur. Vananeva rahvastikuga riikides annavad oma tervisele hinnangu peamiselt halvema tervise enesehinnanguga eakamad. Samuti on ülemaailmselt kasutusel erinevaid versioone tervise enesehinnangu küsimustest ning võimalikest vastusevariantidest. Teada on, et tervise enesehinnangut mõjutab ka küsimise viis ning võimalikud vastusevariandid. (29)

WHO põhikirja alusel on inimese põhiõigus omada võimalikult head tervises seisundit (2). Olukorda, kus erinevate ühiskonnarühmade tervises on mõõdetavad erisused, nimetatakse tervise ebavõrdsuseks. WHO hinnangul on tervise ebavõrdsuse seire oluline rahvatervishoiualane meede, mille abil on võimalik hinnata ja planeerida sekkumistegevusi tervise parendamiseks. Samuti saab selle abil välja selgitada tervisemõjurid. (30). Tervisemõjurite ehk sotsiaalsete tervise determinantide all mõistetakse majanduslikke ja sotsiaalseid tegureid või nende koostoimet, mis mõjutavad inimeste tervist üksikisiku ja kogukonna tasandil (31). Kuna uuringud on näidanud tervise enesehinnangu kaalukat seost sotsiaalmajanduslike ning demograafiliste teguritega, kasutatakse tervise enesehinnangut sageli tervise ebavõrdsuse mõõtmiseks (20). Teisalt saab olukorda, kus kogukonna tervise enesehinnang on oluliselt erinev kogukonna tervisenäitajatest ja -käitumisest, kasutada indikatsioonina vajalike sekkumistegevuste sisse viimiseks ning terviseteadlikkuse tõstmiseks (32).

2.1.1 Tervise enesehinnangut käsitlevad uuringud Eestis

Kasmel jt tõid 1998. aastal tehtud uuringu põhjal välja, et Balti riikide elanikud hindasid võrreldes soomlastega oluliselt sagedamini oma tervise halvemaks, sh ligi pooled Balti riikides elavatest inimestest hindasid oma tervise keskmiseks. Autorite hinnangul oli selle taga Balti riikide sotsiaalpoliitiline minevik ning psühhosotsiaalne keskkond, mille kohaselt „keskmiste“ hulka kuulumine oli kriitilise tähtsusega. (6). Hiljem tehtud uuringutes on oma tervise keskmiseks hinnanud inimeste hulk Eestis vähenenud (33).

Üleminekuaeg 1990. aastate alguses mõjutas enim madalamal sotsiaalsel positsioonil olevaid inimesi (34). Ravikindlustuse puudumisest või katkendlikkusest põhjustatud sotsiaalsete rühmade vahel esinev tervise ebavõrdsus on tänaseni Eesti tervishoiusüsteemi üks peamistest probleemidest (35). OECD hinnangul hindavad sotsiaalsed rühmad oma tervise kõige erinevamaks Balti riikides (29).

Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu raames küsitletakse 5., 7. ja 9. klasside õpilasi. 2021/2022. õppeaastal tehtud uuringust selgus, et 82% Eesti 11-, 13- ja 15-aastastest kooliõpilastest hindasid oma tervise heaks või väga heaks. (36). 2017/2018. õppeaastal tehtud uuringu raportis on välja toodud, et kui oma tervise väga heaks hinnanud õpilaste osakaal on 2002. aastaga võrreldes tõusnud, siis tervise rahuldavaks või väga halvaks hinnanud õpilaste osakaal on viimaste uuringuaastate raames olnud poiste ja tüdrukute hulgas vastavalt 10% ja 20%. Läbi aastate on väga halvaks enda tervise hinnanud ligi 1% õpilastest. Kooliõpilaste tervise enesehinnang on seotud suhetega perekonnas ja koolis, toimetulekuga koolis ning tervise- ja riskikäitumise tunnustega. (37)

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringut viiakse läbi Eesti 16–64-aastaste elanike hulgas. 2022. aasta TKU-s hindas oma tervise heaks või üsna heaks 58,5% vastanutest (sh 57,7% meestest ning 59,1% naistest). Tulemus on oluliselt paranenud võrreldes 2012. aastaga, mil samaväärse hinnangu andsid 50,9% vastanutest. Toimunud on muutus pikaajaliste terviseprobleemide vähenemises ning eelkõige meeste hinnangus oma tervisele. (4). Eesti täiskasvanud rahvastiku puhul on positiivse tervise enesehinnangu kujunemine seotud vastaja soo, rahvuse, perekonnaseisu ning sotsiaalmajandusliku staatusega (20).

Abuladže jt leidsid 2011. aasta Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuringu (SHARE) tulemusi analüüsides, et tervise halvaks või keskmiseks hinnanud üle 50-aastaste inimeste osakaal on Eestis üks suurimatest. Eakate halba tervise enesehinnangut seletatakse varasema sotsiaalse keskkonna ja poliitikaga. Enamus eakatest on üles kasvanud keskkonnas, kus ei rõhutatud isiklikku vastutust tervise eest ega ennetustöö olulisust. Eakate halba tervise enesehinnangut seostatakse krooniliste haiguste ning tegevuspiirangutega. (38)

2.1.2 Tervise enesehinnang ja sotsiaaldemograafilised tunnused

Sugu ja tervist käsitletud uuringutes tõdetakse, et kuigi naiste keskmine eluiga on võrreldes meestega pikem, esineb neil rohkem kroonilisi haiguseid (39, 40). Sugu ja tervise enesehinnangut käsitlevad uuringud on andnud erinevaid tulemusi. Nii välismaal kui ka Eestis on uuringust sõltuvalt välja toodud halvem tervise enesehinnang nii naiste (10, 41, 42) kui ka meeste (21, 43) hulgas. Samuti on leitud, et naised ja mehed hindavad oma tervist samaväärselt (44). Nii Boerma jt, kes analüüsisid sugu ja tervise enesehinnangut 59 madala ja kõrge sissetulekuga riigis, kui ka Dahlin ja Härkönen, kes analüüsisid olukorda Euroopas, on välja toonud, et kuigi olukord võib riigiti varieeruda, hindavad naised oma tervist üldjoontes halvemini kui mehed (41, 45). Case ja Paxson on leidnud, et viis, kuidas mehed ja naised tervist hindavad on sarnane ning naiste halvem tervise enesehinnang on seletatav sellega, et neil esineb rohkem kroonilisi haiguseid (46). Benyamini jt toovad samas välja, et naised võtavad tervisele hinnangu andmisel arvesse rohkem tegureid, mis võivad olla nii tervisega seonduvad kui ka mitteseonduvad (47). Eelnevaga seletatakse seda, miks tervise enesehinnang omab naiste hulgas suurema prognoosimisel väiksemat ennustusväärtust kui meeste hulgas (47, 48). Boerma jt hinnangul on tervise enesehinnangu soolise ebavõrdsuse põhjused nii bioloogilised kui ka sotsiaalsed. Bioloogilistest teguritest tõid autorid välja, et naiste seas on krooniliste haiguste (nt depressiooni ja artriidi) levimus suurem. Sotsiaalsetest teguritest oli välja toodud naiste väiksem tööhõive ning ka madalam haridustase. (41). Dahlini ja Härköneni hinnangul põhjustavad Euroopas soolist ebavõrdsust tervises peamiselt sotsiaalmajanduslikud ja demograafilised tegurid. Kohandades tulemusi näiteks krooniliste haiguste esinemisele, hindavad mõningates riikides, sh Eestis oma tervise halvemaks sootuks mehed. (45)

Vanuse seost tervise enesehinnanguga on käsitletud paljudes uuringutes. Valdavalt on leitud, et vanuse kasvades tervise enesehinnang halveneb (8, 18, 49). Jylhä jt on samas leidnud, et vanuse kasvades langevad ka tervisele seatud standardid, mistõttu võivad inimesed vanusega lisanduvatest kroonilistest haigustest hoolimata hinnata oma tervist endistviisi (21). Eriksson jt hinnangul on uuritav oma tervise enesehinnangu juba vanusele kohandanud, mistõttu võib uurijate poolne kohandamine tulemusi liigselt mõjutada (50). Shooshtari jt on välja toonud, et noored võtavad võrreldes eakatega enda tervise hindamisel arvesse enam tegureid (24). Eakate puhul on leitud olulisi seoseid tervise enesehinnangu ja piiratud toimetuleku ning krooniliste haiguste esinemise vahel (38, 51). Ka Reile ja Leinsalu toovad välja, et vanemate inimeste halb tervise enesehinnang johtub neil sagedamini esinevatest terviseprobleemidest. Kohandades tulemusi sellele, väheneb vanuse seos tervise enesehinnanguga. (10). Abuladze jt rõhutavad varasema keskkonna ning tervisekäitumise kumulatiivset mõju eaka inimese objektiivsele ja

subjektiivsele tervisele. Elu jooksul terviseteadlikumate valikute tegemine leevendab krooniliste haiguste mõju ning aitab säilitada aktiivsustaset ning head elukvaliteeti. (38)

Rahvus mõjutab tervist nii üksikisiku kui ka kogukonna tasandil. Terviseprobleemide esinemine, samuti haigestumus ning suremus, võib rahvuste lõikes oluliselt varieeruda. Erinevuste taga on nii keskkondlikud, sotsiaalsed kui ka geneetilised tegurid. (52). On leitud, et tervise enesehinnang on asjakohane instrument, mida kasutada suurtes rahvastikupõhistes uuringutes. Tervise enesehinnangu abil saab tuvastada haavatavad sihtrühmad ning analüüsida ebavõrdsust tervises. (53). Erving ja Zajdel tõdevad seevastu, et viis, kuidas rahvusrühmad oma tervist mõtestavad ja hindavad, on erinev. See mõjutab omakorda vahendi võimet ennustada suremust vähemusrahvuste hulgas. (54). Ka Reile ja Leinsalu on leidnud, et Eestis omab tervise enesehinnang suremuse prognoosimisel vähemusrahvuste hulgas väiksemat ennustusväärtust kui eestlaste seas (55). Leinsalu jt võrdlesid suremust eesti ja vene rahvusest Eesti kodanike hulgas aastatel 1989–2000, ning leidsid, et vene rahvusest kodanike suremus oli kõigi vanuserühmade ja surmapõhjuste lõikes suurem. Autorite hinnangul oli selle taga rühma poolt kogetud sotsiaalmajanduslikud raskused ning sagedasem alkoholi tarvitamine. (56). 1996.–1997. aastal tehtud esimeses Eesti terviseuuringus oli vene rahvusest inimeste tervise enesehinnang oluliselt halvem eestlaste tervise enesehinnangust ka pärast tulemuste kohandamist haridusele, tööstaatusel ning sissetulekutele (44). Pärna jt, kes analüüsisid 2004. aasta Euroopa sotsiaaluuringu andmeid Eestis, tervise enesehinnangu ja rahvuse vahel seost ei leidnud. Autorite hinnangul olid Eestisse jäänud mitte-eestlased jõudnud kohaneda. (57). Põld jt leidsid siiski, et aastatel 1996–2014 oli eesti rahvusest naistel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervis positiivseks võrreldes muust rahvusest naistega (58).

Perekonnaseisu ja tervist käsitletud uuringutes on sageli välja toodud abielus olevate inimeste, eriti meeste, parem tervis võrreldes vallalistega. Samuti on abielus olevate inimeste hulgas väiksem suremus. (59). Robles jt on metaanalüüsis välja toonud, et abieluga mitte rahul olemine on siiski halva tervise enesehinnangu riskitegur (60). Mõned autorid, nt Huntington jt, on leidnud, et abielus olevate inimeste parem tervis on seletatav sellega, et parema tervise juures olevad inimesed on suurema tõenäosusega ka need, kes abielluvad (61). Zheng ja Thomas on teisalt välja toonud, et abielus olevate inimeste parem tervis on seotud toetava lähivõrgustiku, tervislike eluviiside harrastamise ning rohkemate ressurssidega. Autorid on samuti leidnud, et abielus olevad inimesed hindasid oma tervist optimistlikumalt kui vallalised. Samuti omab autorite hinnangul tervise enesehinnang abielus olevate inimeste puhul suuremat ennustusväärtust suremuse suhtes kui vallaliste hulgas. (62)

Perelli-Harris jt on analüüsinud abielu ja kooselu mõju tervisele. Autorite hinnangul mõjutavad kooselu olemust ühiskonnas esinevad normid, poliitika ning majanduslikud tegurid,

mistõttu on tervise seos kooselu ja abieluga riigiti erinev (63). Leinsalu leidis 1996. aastal tehtud Eesti terviseuuringu andmete põhjal, et abielus või kooselus mehed hindasid väiksema tõenäosusega oma tervise halvaks (44). Pärna jt leidsid 2004. aasta Euroopa sotsiaaluuringu andmete põhjal, et tervise enesehinnang ja perekonnaseis Eestis seotud ei ole (57). Põld jt leidsid aastatel 1996–2014 tehtud TKU-de põhjal, et üksikutel meestel oli väiksem šanss anda oma tervisele positiivne hinnang kui kooselus või abielus olevatel meestel. Autorid seostasid seda üksikute meeste hulgas enam levinud riskikäitumisega (nt alkoholi ja tubaka tarbimine). Naiste hulgas tervise enesehinnangu ja perekonnaseisu vahel seost ei olnud. (58)

Sotsiaalmajanduslikku seisundit mõõdetakse epidemioloogilistes uuringutes sageli sissetuleku, haridustaseme ja tööstaatus kaudu (64). Sotsiaalmajandusliku olukorra ja tervise vahel on oluline seos. Parema sotsiaalmajandusliku seisundiga inimestel esineb vähem terviseprobleeme ja haiguseid. Samuti on nende hulgas väiksem suremus. (31). Adler ja Newman leiavad, et sotsiaalmajanduslik seisund mõjutab tervist mitmel viisil. Paremal sotsiaalmajanduslikul järjel olevad inimesed on terviseteadlikumad ning omavad paremat ligipääsu tervishoiusüsteemile. Tänu enamatele ressurssidele on neil ka rohkem võimalusi järgida tervislikke eluviise. Samuti on neil vähem kroonilist stressi ning kokkupuudet keskkondlike saasteainetega võrreldes halvemal sotsiaalmajanduslikul järjel olevate inimestega. (65)

Alvarez-Galvez jt analüüsisid sotsiaalmajandusliku staatuse seost tervise enesehinnanguga 29 Euroopa riigis. Uuringu tulemused kinnitasid, et sotsiaalmajanduslik seisund mõjutab oluliselt inimese rahulolu oma tervisega. Sotsiaalmajanduslikest determinantidest osutus olulisimaks haridus. (9). Hariduse tugev seos tervise enesehinnanguga on välja toodud ka Eestis (44, 66). Eesti 2011. aasta SHARE uuringu andmed kinnitasid varasemat leidu, mille kohaselt on kõrgem haridus vanemas eas tervise kaitsetegur (38). Põld jt on välja toonud, et aastatel 1996–2014 hindasid kõrgharidusega täiskasvanud, võrreldes põhi- ja keskkhariduse omandanutega, kolm korda suurema tõenäosusega oma tervise heaks. Samuti tõid autorid välja olulise seose tervise enesehinnangu ning sissetuleku ja tööstaatus vahel. (58)

Elukohta ja tervise enesehinnangut käsitletud uuringutes on välja toodud maapiirkondades elavate inimeste suurem šanss hinnata oma tervis halvaks võrreldes tihedamalt asustatud piirkondades elavate inimestega. Nähtust on seostatud maapiirkondades elavate inimeste kõrgema vanuse ning vähemate sotsiaalmajanduslike võimalustega ning sellega, et inimesed puutuvad tervishoiuteenustega vähem kokku. Kohandades tulemusi vanusele ja tööhõivele, erinevus linna- ja maapiirkonnas elavate inimeste tervise enesehinnangus väheneb või kaob. (67, 68)

2.1.3 Tervise enesehinnang ja tervisetunnused

Peatükis on esitatud ülevaade magistritöös uuritud tervisetunnustest.

Vaimne tervis ja sellele antud hinnang omab Levinsoni ja Kaplani järgi olulist ennustusväärtust tervise enesehinnangu suhtes. Vaimsele tervisele antud hinnang ei ole autorite järgi vaimse tervise häirete indikaator, vaid peegeldab tajutud heaolu- või õnnetunnet, rahulolu eneseteostusega ning eluga üleüldiselt. Uurijad leidsid Iisraelis tehtud läbilõikelise uuringu põhjal, et oma vaimsele ja füüsilisele tervisele antud hinnangud omavad tervise enesehinnangu suhtes oluliselt suuremat ennustusväärtust kui objektiivsed tervisemõõdikud. Vaimsele tervisele antud hinnang oli sh kaks korda suurema ennustusväärtusega füüsilisele tervisele antud hinnangust. (69). Reile ja Leinsalu on käsitlenud vaimse tervise ja tervise enesehinnangu vahelist seost Eestis. Autorid on välja toonud, et depressiooni sümptomite ja vaimse stressi puudumine oli seotud positiivsema ning nende raporteerimine negatiivsema tervise enesehinnanguga. (10)

Krooniliseks haiguseks loetakse pikaajalise kestuse ja aeglase kuluga haigust (70). Nii välismaal kui ka Eestis tehtud uuringud on näidanud olulist seost krooniliste haiguste esinemise ning tervise enesehinnangu vahel (10, 11). Krooniliseks haiguseks võib tänapäeva ravivõimaluste juures pidada ka inimese immuunpuudulikkuse viirust (HIV) (71). Hispaanias 2019. aastal tehtud läbilõikelise uuringu tulemustes leiti, et HIV-positiivsed hindasid oma tervise paremaks juhul, kui nad said antiretroviirusravi, võrreldes nendega, kes ravi ei saanud. Ravi saanud inimestest hindasid omakorda oma tervise paremaks need, kelle haigus oli tänu ravile kontrolli all. Ravistaatusele vaatamata hindasid HIV-positiivsed võrreldes üldrahvastikuga oma tervise harvem heaks. Autorite hinnangul võis see olla seotud uuritud HIV-positiivsete kõrgema keskmise vanusega. (72). Ka Brasiilias hindasid oma tervise paremaks need HIV-positiivsed, kellel oli vähem haigussümptomeid ning antiretroviirusravi kõrvalmõjusid. Halvemaks hindasid oma tervise need uuritavad, kellel tuvastati veres madalam CD4 rakkude arv ehk suurem viiruskoormuse tase. Haigusega toimetulek ja tervise enesehinnangu kujunemine oli seotud sotsiaalkultuuriliste teguritega. (73)

Tänapäeval käsitletakse kroonilise haigusena ka sõltuvushäireid (74). Levola jt uurisid sõltuvushäirete tõttu haiglaravil olevate patsientide tervise enesehinnangut Soomes. Autorid leidsid, et sõltuvushäirega inimesed hindasid oma tervise kõige sagedamini keskmiseks. Sõltuvushäirega mehed hindasid oma tervise oluliselt halvemaks kui naised. Halvem oli tervise enesehinnang ka nendel uuritavatel, kes raporteerisid raskemat depressiooni ning kellel esines kaasuvaid haiguseid. (75)

2.2 Narkootikumide tarvitamine süstimise teel

WHO käsitluses on narkootikum lai mõiste, mis hõlmab nii opioide, ebaseaduslikke uimasteid kui ka keemilisi ühendeid, mis kutsuvad esile tardumust, koomat ja tundetust valu suhtes (15). Eestis käsitletakse narkootikumidena aineid, mis on loetletud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ja nende lähteainete seaduse alusel kehtestatud nimekirjas (76). Narkootikume ja nende tarvitamist võib muuhulgas jaotada manustamisviisi järgi. Narkootikumide süstimise all mõistetakse aine nõelaga viimist veeni, naha alla või lihasesse. (77). Kõige sagedamini seostatakse narkootikumide süstimisega heroini, kuid aine tarvitamine on viimase kümne aasta jooksul vähenenud. Peale heroini on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusel (EMCDDA) andmeid amfetamiinide, kokaiini, sünteetiliste katinoonide, opioide sisaldavate retseptiravimite ning muude ainete süstimisest. Kasutatud süstalde analüüsid viitavad mitme narkootikumi koos tarvitamisele või süstimisvahendite korduva kasutamisele. Kõige sagedamini on kasutatud süstaldel leitud kombinatsioon stimulantidest ja opioididest. (78)

Narkootikumide süstimine on ühiskonna tasemel varjatud nähtus, mida praktiseerib väike osa elanikkonnast (77). Tegevuse ebaseaduslikust ning häbimärgistatud olemusest johtuvalt on narkootikumide süstimise seire traditsiooniliste uuringumeetodite abil raskendatud (79), samuti võib olemasolev info levimuse kohta olla vastukäiv (80). Dokumenteeritud tõendeid narkootikumide süstimise kohta on pea kõigist maailma riikidest (81). Maailmas oli 2019. aastal WHO, Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni ja Maailmapanga ühisel hinnangul ligi 11,2 miljonit narkootikume süstivat inimest (NSI). See moodustas 0,22% 15–64aastasest elanikkonnast. Hinnanguliselt on ligi viiendik narkootikume süstivatest inimestest naissoost. Sooline erinevus on kõrgema sissetulekuga riikides väiksem. (9). Ülemaailmse hinnangu kohaselt on NSI keskmine vanus 33 eluaastat ning veerand neist on alla 25 aastat vanad (82). EMCDDA-l on alates 2012. aastast hinnanguline ülevaade narkootikumide süstimise levimuse kohta 16 Euroopa riigist. NSI-de osakaal Euroopa riikide 15–64aastase elanikkonna seas varieerub alla ühe kuni 10 inimeseni 1000 inimese kohta, olles väikseim Madalmaades ning suurim Eestis. Mõlemad hinnangud pärinevad 2015. aastast. (83). Narkootikumide süstimine Euroopas on viimase kümnendi jooksul vähenenud (78).

Psüühilist või füüsilist sõltuvust, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel, nimetatakse narkomaaniaks (76). Üldjuhul tekib narkootikume süstivate inimeste hulgas sõltuvushäire kiiremini, kui teiste manustamisviisidega tarvitajate seas (77). Kuigi narkootikume süstivaid inimesi on tarvitajate seas vähe, on see kõige ohtlikum manustamisviis ning narkootikumidega seotud kahjude peamine tekitaja (78). Dennis ja Scott toovad välja, et sarnaselt teiste krooniliste haigustega vajab ka narkootikumidest sõltuvuses

olev inimene pikaajalisi teenuseid ja hoolekannet, ning seisundit iseloomustavad ägenemised ja tagasilangused. Seetõttu võib sõltuvushäiret käsitleda kroonilise haigusena. (74)

Narkootikumide süstimisel on nii üksikisiku kui ka ühiskonna tasandil mitmeid negatiivseid tagajärgi, mis avalduvad tervise, sotsiaalhoolekande, hariduse, tööhõive ning kuritegevuse valdkonnas (84). NSI-del on sagedasti madal haridustase ning väike sissetulek. Samuti esineb rühmas töötust ning muid sotsiaalmajanduslikke probleeme. Võrreldes üldrahvastikuga on NSI-del suurem risk olla püsiva eluasemeta ning olla seotud prostitutsiooni ja kuritegevusega. (81)

Süstimistarvikute jagamine on vere teel levivate nakkushaiguste kontekstis oluline haiguskoormuse põhjustaja. Degenhardt jt hinnangul on narkootikume süstivate inimeste hulgas HIV levimus 17,8% ning olemasoleva või varasema C-hepatiidi viiruse (HCV) levimus 52,3%. Eelnimetatud haiguste ülekande riski suurendab peale süstimistarvikute jagamise ka see, et narkootikume süstivad inimesed on altimad seksuaalsele riskikäitumisele. (81). Peale HIV ja hepatiitide seostatakse narkootikumide süstimist ka teiste vere teel levivate bakteriaalsete-, seen- ning parasiithaiguste edasikandumisega (84) ning suurema riskiga haigestuda tuberkuloosi (85). Samuti on uuringutes välja toodud vaimse tervise häirete (nt depressioon) sage esinemine NSI-de hulgas (86, 87). Conner jt on välja toonud, et NSI-d, kellel on depressioon, on altimad riskikäitumisele (nt süstimistarvikute jagamine) (87). Samuti on NSI-d, sõltuvalt süstitavast narkootikumist ning doosist, ohustatud üledoosist ja enneaegsest surmast (13).

Narkootikume süstivate inimeste ligipääs sotsiaal- ja tervishoiuteenustele on raskendatud (88). Barjääre tekitavad nii stigma kui ka NSI-de kartus juriidiliste tagajärgede ees (13). Stigmatiseeritust ehk häbimärgistamist võivad põhjustada sotsiaalmajanduslikud tegurid nagu töötus, vaesus ning püsiva eluaseme puudumine (89). Häbimärgistamisest tulenevat diskrimineerimist võivad narkootikume süstivad inimesed kogeda ka tänu levinud arusaamale, et NSI-d on oma sõltuvusprobleemis ise süüdi, või tänu hirmule narkootikumide süstimisega seostatavate nakkushaiguste ees (90). Ravile jõudnud narkootikume süstivate inimeste ravisoostumust mõjutavad vaimse tervise häired, kaasuvad haigused ja üldine elustiil (91). Selleks, et vähendada uimastite tarbimise poolt tekitatud kahju ja kulutusi, on välja töötatud kahjude vähendamise teenused, mis hõlmavad näiteks tarbimisharjumuste turvalisemaks muutmist ning parema juurdepääsu tagamist sotsiaalabile ning rehabilitatsiooniteenustele (92). Teenused on efektiivseks osutunud narkootikume süstivate inimeste tervise parendamises ning riskikäitumise vähendamises, sh parandanud ravisoostumust ning vähendanud üledoosi ja nakkushaiguste levikut (93).

2.2.1 Narkootikumide süstimine Eestis

Raagi jt hinnangul oli Eestis 2015. aastal 15–44aastaste vanuserühmas 8600 NSI-d (95% CI 7700–9700) (94). Narkootikumide süstimise levimus Eestis on suurim Tallinnas ning Ida-Virumaal (95). Narkootikumide süstimist Eestis seostatakse madalama haridustaseme ja töötusega (96). 2017.–2020. aastal uuritud Tallinna, Narva ning Kohtla-Järve NSI-d olid keskmiselt 36–37 eluaastat vanad. Naised olid esindatud vahemikus 22%–29%. Põhi- või alghariduse olid omandanud 38%–51% vastanutest ning palgalisel püsitööl olid ligikaudu veerand. Kui Narvas ja Kohtla-Järvel olid ravikindlustusega kaetud ligi 90% NSI-dest, siis Tallinnas 67% uuritavatest. (97–99). Ligi pooled Tallinnas uuritud NSI-dest olid kunagi saanud narkomaaniaravi. Kahjude vähendamise teenuseid (sh süstlavahetust) vajasisid 80% uuritavatest, kellest enamus seda ka said. (97)

NSI-de keskmine vanus Eestis tõuseb ning süstimise staaž pikeneb. Üledoosi surnud inimeste keskmine vanus 2002. aastal oli 24. 2019. aastaks oli see tõusnud 37. eluaastani. (100). Arvestades vananeva ja pikaajalise staažiga tarvitaja kumulatiivset tervisekahju, kasvab ka nõudlus ravi ja teenuste järele, mis kataksid rühma vajadusi (99). Kahjude vähendamise teenused on Eestis kõigile tasuta. Teenuste raames tegeletakse muuhulgas tervisenõustamisega ning infektsioonide ja üledooside ennetamisega. Samuti tegeletakse HIV ning sõltuvushäirete raviga. (92). Teenused on olnud tulemuslikud üledoosiga seotud surmade ja HIV leviku vähendamisel (35).

2017. aastani olid Eestis peamiseks süstitavateks narkootikumideks fentanüül ja amfetamiin (97, 98). 2017. aasta lõpus fentanüüli kättesaadavus vähenes ning peamiseks süstitavaks aineks sai amfetamiin, kuid tarvitama on hakatud ka katinoone (3D-vannisoolad, alfa-PVP) (100). Kuni 2018. aastani oli Eesti narkootikumide üledoosiga seotud surmade poolest Euroopa Liidus esikohal (101). Johtuvalt fentanüüli turult kadumise ning kahjude vähendamise teenuste (sh naloksooni programmi) ulatuslikumast rakendamisest vähenesid 2018. aastal narkootikumide üledoosist tingitud surmad 110-lt 39 juhuni (83, 100). Üledoosist põhjustatud surmade arv püsis madal kuni mitmekordistumiseni 2022. aastal. NSI-d on fentanüüli puudumist hakanud kompenseerima peaaesjalikult amfetamiiniga. Levinum on ka mitme erineva aine koostarvitamine. 2022. aastal tehtud süstlajääkide uuringu käigus tuvastati esmakordselt nitaseenide rühma sünteetilised opioidid nagu metonitaseen ja protonitaseen, mis mõjutavad riski üledoseerida. (102)

Eestis tehtud uuringutes on 51%–54% NSI-dest olnud HIV-positiivsed (97–99). Nii Tallinna, Narva kui ka Kohtla-Järve NSI-de seas on HIV levimus olnud aastatel 2012–2018 stabiilne. Tõusnud on nii testimise tase kui ka teadlikkus haigusest (103). Sõltuvalt piirkonnast

on HCV-vastased antikehad 73–92% NSI-dest (97–99). Sarnaselt HIV levimusele on HCV-vastaste antikehade levimus olnud stabiilne (103).

2.2.2 Narkootikume süstivate inimeste subjektiivset tervist mõõtvad uuringud

Erinevad subjektiivsed tervisemõõdikud (sh tervise enesehinnang ja tervisega seotud elukvaliteet) on sarnased ning omavad ühesugust ennustusväärtust edasiste tervisetulemite suhtes (16). Kåberg jt on tõdenud, et narkootikume süstivate inimeste puhul on subjektiivseid tervisemõõdikuid vähe kasutatud. Narkootikume süstivate inimeste tervise parendamiseks loodud sekkumiste prioriseerimiseks ning ressursside jaotamiseks on vaja teada, kuidas eelmainitud tervisemõõdikud antud rahvastikurühmas töötavad. Autorite leiu kohaselt on peamised elukvaliteedi mõõtmiseks kasutatavad indeksid nagu EQ-5D ja SF-6D sobilikud kasutamiseks narkootikume süstivate inimeste hulgas. (104)

On leitud, et narkootikume süstivad inimesed raporteerivad vaatamata sotsiaalmajanduslikele teguritele, süstimisharjumustele, HCV-staatusele või narkomaaniaravi saamisele väga halba elukvaliteeti (105). Opioidisõltuvuse asendusravi saavate inimeste seas tehtud uuringutes on selgunud, et paremaks hindasid oma tervisega seotud elukvaliteedi need, kes said asendusravi, olid tööga hõivatud ning tarvitasid peale opioidide ka amfetamiine. Halvem tervisega seotud elukvaliteet oli seotud kõrgema vanuse, pikema uimastite süstimise staaži, HCV- ja HIV-nakkuse, halvema füüsilise ja vaimse tervise ning psühhootropsete ravimite tarvitamiskogemusega. (106, 107). McDonald jt tõdesid, et inimesed, kes ei olnud HCV-nakkusest teadlikud, hindasid oma tervisega seotud elukvaliteedi paremaks võrreldes nendega, kes olid haigusest teadlikud (108).

Reile ja Uusküla leidsid Kohtla-Järve 2012. aasta andmete põhjal, et narkootikume süstivad inimesed ($n = 600$) raporteerisid oluliselt halvemat tervisega seotud elukvaliteeti kui üldrahvastik. Narkootikume süstivate inimeste hulgas hindasid HIV-positiivsed enda tervisega seotud elukvaliteedi oluliselt halvemaks kui need, kellel haigust ei esinenud. 31,4% uuritavatest hindasid oma tervise heaks või väga heaks, 59,5% keskmiseks ning 9,1% halvaks või väga halvaks. (109)

HIV-positiivsete seas tehtud uuringutes on leitud, et varasema narkootikumide süstimise kogemusega inimesed hindasid sagedamini oma tervise halvaks. Narkootikumide minevikus mitte süstimine oli seevastu seotud parema tervise enesehinnanguga. (110, 111). Chan jt on uurinud Tallinna HIV-positiivsete narkootikume süstivate inimeste ($n = 107$) tervise enesehinnangut, hinnangut antiretroviirusravi efektiivsusele ja ravisoostumust. Tervise enesehinnangul seost ravisoostumusega ei leitud. Oma tervise hindasid heaks või väga heaks 22%, keskmiseks 52% ning halvaks või väga halvaks 26% uuritavatest. (112)

3. Eesmärgid

Magistritöö põhieesmärk oli kirjeldada ja analüüsida 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut aastatel 2016–2019.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

1. Kirjeldada ja võrrelda 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut;
2. analüüsida 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnanguga seonduvaid tegureid.

4. Materjal ja metoodika

Magistritöö uuringukavand on läbilõikeuuring. Uuringus kasutati 2016.–2019. aastal narkootikume süstivate inimeste seas tehtud kohortuuringute ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringute andmeid.

4.1 Andmestikud ja valimi moodustamine

Narkootikume süstivate inimeste andmed pärinevad aastatel 2016–2017 ja 2018–2019 tehtud kohortuuringutest „Kombineeritud sekkumine vähendamaks süstimisega alustamist“. Uuringute põhieesmärk oli vähendada narkootikumide süstimise alustamist Tallinnas (113). Valimitesse kuulusid Tallinnas ja Harjumaal elavad narkootikume süstivad inimesed. Valimite moodustamine toimus uuritavate poolt juhitud kaasamise meetodil. Edasine kaasamine ja intervjuerimine viidi läbi selleks vastava koolituse saanud uuringupartner MTÜ Convictus Eesti töötajate poolt. Andmekogumist alustati uurijate poolt teadlikult valitud „seemnetest“. Esimesed uuritavad ehk „seemned“ ($n = 8$) valiti põhimõttel, et esindatud oleksid võimalikult erineva profiiliga inimesed. „Seemnete“ valiku kriteeriumiteks olid vanus, sugu, rahvus, peamine süstitav narkootikum, HIV-staatus ja süstimise staaž. Esmastel uuritavatel paluti oma sotsiaalsest võrgustikust kaasata uuringusse kolm narkootikume süstivat inimest, jagades neile uuringu kohta informatsiooni sisaldavaid kuponge. „Seemnete“ poolt kaasatud uuritavatel ehk esmasel lainel paluti kaasata uued uuritavad ehk teine laine, kes valimite moodustamiseni uuritavate kaasamist jätkasid. Uuringutesse kaasatud narkootikume süstivad inimesed pidid vastama järgnevatele kriteeriumitele: elama Tallinnas või Harjumaal, olnud süstinud viimase kahe kuu jooksul narkootikume, rääkima eesti või vene keeles, olema nõus verest HIV antikehade määramisega ning olema võimelised andma informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks. Uuritavatega viidi läbi struktureeritud intervjuud, mis põhinesid WHO küsimustikul „*WHO Drug Injecting Study Phase II: Study Questionnaire*“ (114). Intervjuudes käsitleti uuritavate sotsiaalmajanduslikku olukorda, psühholoogilist ja füüsilist tervist, alkoholi ja narkootikumide tarvitamise ajalugu ning tarbimisharjumusi, narkomaaniaravi (sh metadoonasendusravi) ja seksuaalkäitumist. Intervjuerimine toimus MTÜ Convictus Eesti ruumides ning viidi läbi vastavalt uuritava soovile kas eesti või vene keeles. Ruumis viibisid intervjuude toimumise ajal uuritav ja intervjuerija. Enne intervjuu toimumist andsid uuritavad vereproovi. Juhul, kui uuritaval tuvastati verest HIV-kandlus, sai ta asjakohast nõustamist ning suunati HIV ravile. Täiendav informatsioon uuringute kohta (sh valimite suuruse määramise põhimõtted) on välja toodud tulemusi tutvustavates artiklites (115, 116). Uuringutesse

kaasamine toimus perioodidel 08.2016–01.2017 ($n = 299$) ja 12.2018–04.2019 ($n = 213$). Magistritöö analüüsiks kasutati mõlema uuringu kaasamisintervjuude andmeid ja moodustati koondvalim. Isikuandmete põhjal oli võimalik tuvastada 60 inimest, kes osalesid mõlemas uuringus. Magistritöö andmestikust jäeti välja kordusosalejate andmed aastatest 2016–2017 ja ühe inimese andmed, kes ei olnud vastanud tervise enesehinnangu küsimusele. Magistritöösse kaasati 451 narkootikume süstiva inimese andmed.

Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning kõik uuritavad andsid uuringus osalemiseks informeeritud nõusoleku. Kõik uuritavad said uuringus osalemise eest 10 euro väärtuses toidupoe kinkekaardi. Iga värvatud uuritava eest said uuringus osalejad lisaks viie euro väärtuses kinkekaardi. Uuringud on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitees 2016. ja 2018. aastal (vastavalt protokoll nr 261/M-29, 22.08.2016 ja protokoll nr 283/T-17, 18.06.2018). Uuringuid finantseeris Ameerika Ühendriikide *National Institutes of Health* (NIH/NIDA grant number DP1DA039542).

Üldrahvastiku andmed pärinevad 2016. ja 2018. aastal tehtud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringutest. TKU on üleriigiline rahvastikupõhine läbilõikeline küsitlusuuring, mida viib läbi Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond igal paarisaastal. 2016. ja 2018. aastal toimus uuring postiküsitlusena, kuid küsimustikku oli võimalik täita ka internetis. Küsimustikud olid koostatud eesti, vene ja inglise keeles. Uuringute tegemiseks tellis Tervise Arengu Instituut (TAI) rahvastikuregistrist kihitatud juhuvalimid, kuhu kuulusid 16–64aastased Eesti elanikud. Kihitamine toimus vanuse, soo, rahvuse ja elukoha järgi. Algvalimiks oli nii 2016. kui ka 2018. aastal 5000 inimest. Kohandamata vastamismäär oli 2016. aastal 55,0% ning 2018. aastal 50,5%. Kohandatud vastamismäär oli 2016. aastal 56,5% ning 2018. aastal 51,4%. Lõplik vastanute arv 2016. aastal oli 2751 ja 2018. aastal 2525. Täiendav informatsioon uuringute kohta on välja toodud tulemusi tutvustavates kogumikes. (27, 117)

Magistritöö analüüsiks moodustati TKU 2016. ja 2018. aasta andmetest koondvalim ($n = 2035$), kuhu kaasati nende inimeste andmed, kes vastasid narkootikume süstivate inimeste seas tehtud kohortuuringute piirkonnale (Harjumaa ja Tallinn) ja uuritavate vanusele (18–60 aastat). Välja jäeti 3241 inimese andmed, kes ei elanud Tallinnas või Harjumaal, ei olnud 18–60 aastat vanad või ei olnud vastanud tervise enesehinnangu küsimusele.

TKU tegemisel on järgitud isikuandmete kasutust reguleerivat seadusandlust ning teadustöö hea tava põhimõtteid. 2016. ja 2018. aastal läbi viidud uuringute tegemiseks saadi kooskõlastused Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt (vastavalt nr 1258, 10.12.2015 ja nr 1812, 14.12.2017). Uuringuid rahastati Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 ning täiendavalt IUT5-1 raames. (27, 117)

4.2 Töös kasutatud tunnused

Magistritöösse kaasati tervise- ja sotsiaaldemograafilised tunnused, mida kasutati narkootikume süstivate inimeste seas tehtud kohortuuringutes ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringutes. Valitud tunnused ja vastusevariandid olid sarnaselt sõnastatud ning võimaldasid tunnuseid kahes rühmas võrrelda. Lisaks hinnati narkootikume süstivate inimeste HIV-staatuse ning üldrahvastiku hulgas kroonilise haiguse esinemise mõju.

Tervise enesehinnang (lisa 1 küsimus K.5.; lisa 2 küsimus 61)

- 1) Hea või väga hea
- 2) Keskmine
- 3) Halb või väga halb

Tervise enesehinnang oli mõlemas kaasatud uuringus viieväärtuseline tunnus. Võimalikud vastusevariandid olid sõnastatud uuringutes veidi erinevalt (vt lisa 1 ja lisa 2). Tervise enesehinnangu kirjeldamiseks ja seoste analüüsimiseks muudeti tunnus kolmevärtuseliseks.

Sotsiaaldemograafilised tunnused

Sugu (lisa 1 küsimus C.2.; lisa 2 küsimus 1)

- 1) Mees
- 2) Naine

Vanus (lisa 1 küsimus C.1.; lisa 2 küsimus 2)

- 1) 18–29
- 2) 30–39
- 3) 40–60

Uuritavate vanus arvutati sünnikuupäeva põhjal ning määrati täisaastates. Narkootikume süstivate inimeste vanus on arvutatud mõlema uuringulaine alguskuupäeva arvestusega. Üldrahvastiku vanus on arvutatud ajahetke järgi, millal valim rahvastikuregistrist Tervise Arengu Instituudile edastati.

Rahvus (lisa 1 küsimus C.3.; lisa 2 küsimus 3)

- 1) Eestlane
- 2) Mitte-eestlane

Uuritavatel oli võimalik oma rahvuskuuluvus ise määratleda. Tunnus rühmitati kaheks: eestlased ja mitte-eestlased.

Perekonnaseis (lisa 1 küsimus C.6.; lisa 2 küsimus 4)

- 1) Suhtes
- 2) Vallaline

Andmeanalüüsiks rühmitati tunnus kaheväärtuseliseks.

Haridus (lisa 1 küsimus C.4.; lisa 2 küsimus 5)

- 1) Alg- ja põhiharidus
- 2) Kesk-, kutse- ja kõrgharidus

Uuritavatelt küsiti kõrgeimat omandatud haridustaset. Tunnus rühmitati andmeanalüüsiks kaheväärtuseliseks.

Elatusallikas või tööstaatus (lisa 1 küsimus C.5.; lisa 2 küsimus 10)

- 1) Töötasu/töötav
- 2) Riigiabi/töötu
- 3) Muu

Narkootikume süstivate inimeste puhul on välja toodud viimase kuue kuu peamine elatusallikas: töötasu, riigiabi ja muu. Üldrahvastiku puhul on välja toodud tööstaatus uuringu toimumise ajal: töötav, töötu ja muu.

Tervisega seotud tunnused

Kroonilise haiguse olemasolu (lisa 2 küsimus 62)

- 1) Jah
- 2) Ei

Tunnust analüüsiti üldrahvastiku hulgas.

HIV-staatus (vereanalüüsi tulemuste alusel)

- 1) Jah
- 2) Ei

Tunnust analüüsiti narkootikume süstivate inimeste hulgas. Aluseks võeti verest määratud HIV antikehad, mis kinnitavad nakkuse olemasolu. 14 negatiivse ning kaheksa positiivse HIV-staatusega inimest jätsid vastamata või ei osanud vastata küsimusele, milles paluti raporteerida viimase HIV testi tulemust. Eelmainitud inimeste puhul ei ole teada, kas nad olid oma tegelikust HIV-staatusest teadlikud. 16 inimesel, kelle viimane HIV analüüs oli enda sõnul negatiivne, said HIV antikehade määramisel esmakordselt positiivse tulemuse.

Meditatsioonilise abi kasutamine viimase aasta jooksul (lisa 1 küsimus K.6; lisa 2 küsimus 64)

- 1) Jah
- 2) Ei

Tunnus rühmitati kaheväärtuseliseks. Narkootikume süstivatele inimestel ei ole arvesse võetud narkomaaniaraviga seotud visiite (nt metadoonravi saamine).

Stressi, mure või pingete tajumine viimase 30 päeva jooksul (lisa 1 küsimus K.2.; lisa 2 küsimus 77)

- 1) Jah
- 2) Ei

Narkootikume süstivatele inimestelt küsiti, kui tihti on nad viimase 30 päeva jooksul olnud millegi pärast liigselt murelikud. Üldrahvastikku kuuluvatel inimestel tuli vastata küsimusele, kas nad on olnud viimase 30 päeva jooksul stressis või pinge all. Tunnus rühmitati kaheväärtuseliseks.

Depressiooni, masenduse, lootusetuse tundmine, õnnetu olemine või huvi kaotamine tavapäraste asjade vastu viimase 30 päeva jooksul (lisa 1 küsimus K.3.; lisa 2 küsimus 78)

- 1) Jah
- 2) Ei

Narkootikume süstivatele inimestelt küsiti, kui tihti on nad viimase 30 päeva jooksul olnud depressioonis või kaotanud huvi asjade vastu, millest tavapäraselt hoolisid. Üldrahvastikku kuuluvatel inimestel tuli vastata küsimusele, kas nad on viimase 30 päeva jooksul masendunud või õnnetud (depressioonis). Tunnus rühmitati kaheväärtuseliseks.

4.3 Andmeanalüüs

Kirjeldav statistika on esitatud sagedustabelites absoluutse (n) ning suhtelise (%) sagedusena. Kirjeldavas osas on esitatud vanuse mediaan ja alumine–ülemine kvartiil (Q_1 – Q_3). Tabelites 1 ja 2 kasutati rühmade võrdlemiseks hii-ruut testi. Seoste hindamiseks tervise enesehinnangu ja uuritavate tunnuste vahel kasutati multinomiaalset logistilist regressioonanalüüsi. Narkootikume süstivatele inimestele ja üldrahvastikule tehti eraldi mudelid. Mudelites on välja arvutatud kohandamata ning kohandatud suhtelise riski suhted (ingl *relative risk ratio*, *RRR*) koos 95% usaldusvahemikega (ingl *confidence interval*, *CI*). Kohandamata analüüsis arvutati iga tunnuse seos tervise enesehinnanguga eraldi. Kohandatud analüüsis kohandati tulemusi kõikidele mudelis kasutatud tunnustele. Statistiliselt oluliseks loeti olulisuse tõenäosus, mis on väiksem kui 5% ($p < 0,05$). Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi Stata 14.2.

5. Tulemused

Uuringusse kaasati 451 narkootikume süstiva inimese ning 2035 üldrahvastikku kuuluva inimese andmed. Uuritavad ($n = 2486$) elasid Harjumaal ning olid vanuses 18–60. Uuringu andmed pärinesid aastatest 2016–2019. Tervise enesehinnanguga seotud tegureid analüüsiti narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku hulgas eraldi.

5.1 Valimi kirjeldus

Töös uuritud narkootikume süstivate inimeste (NSI) ja üldrahvastiku valimi kirjeldus on välja toodud tabelis 1. Rühmad erinesid teineteisest oluliselt kõigi võrreldud sotsiaaldemograafiliste ja tervisega seotud tunnuste poolest. Uuritud demograafilised tunnused, mille poolest NSI ja üldrahvastiku valimi jaotused oluliselt erinesid olid: sugu, vanus, rahvus, perekonnaseis ning haridus. NSI-de hulgas oli võrreldes üldrahvastikuga oluliselt suurem meeste osakaal (74,9% vs. 38,4%). Narkootikume süstivad inimesed olid üldrahvastikust oluliselt nooremad. Kui NSI-de vanuse mediaan oli 33 eluaastat ning ligi pooled uuritavad 30–39aastased, siis üldrahvastiku vanuse mediaan oli 39 eluaastat ning ligi pooled uuritavad kuulusid 40–60aastaste vanuserühma. Üldrahvastiku hulgas oli oluliselt rohkem inimesi märkinud oma perekonnaseisu suhtes olevaks (69,5% vs. 39,3%). Samuti oli üldrahvastiku hulgas oluliselt suurem eestlaste (67,3 vs. 14,2%) ning vähemalt kesk-, kutse- või kõrghariduse omandanud inimeste (95,7% vs. 47,5%) osakaal. Töötavat üldrahvastikku oli oluliselt rohkem kui töötasu saavaid narkootikume süstivaid inimesi (80,5% vs. 52,8%).

Uuritud tervisetunnused, mille poolest NSI-de ja üldrahvastiku valimi jaotused oluliselt erinesid olid: viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamine ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimine. Üldrahvastiku hulgas oli oluliselt rohkem inimesi saanud viimase aasta jooksul meditsiinilist abi (93,3% vs. 84,9%). NSI-d raporteerisid võrreldes üldrahvastikuga viimase 30 päeva jooksul oluliselt sagedamini stressi (90,9% vs. 77,7%) ning depressiooni sümptomeid (73,4% vs. 53,5%). Narkootikume süstivatest inimestest 52,8% olid HIV-positiivsed ning 41,1% üldrahvastikust esines vähemalt üks krooniline haigus. Narkootikume süstivatel inimestel esines HIV-nakkust oluliselt sagedamini kui üldrahvastikul kroonilisi haiguseid.

Tabel 1. Töös uuritud 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste (NSI) ja üldrahvastiku valimi kirjeldus aastatel 2016–2019

Tunnus	NSI		üldrahvastik		p-väärtus*
	n	%	n	%	
Sugu					
Mees	338	74,9	782	38,4	< 0,05
Naine	113	25,1	1253	61,6	
Vanus (mediaan, Q1–Q3)	33 (29–38)		39 (30–50)		
Vanuserühm (aastates)					
18–29	124	27,6	452	22,2	< 0,05
30–39	232	51,7	572	28,1	
40–60	93	20,7	1011	49,7	
Teadmata	2				
Rahvus					
Eestlane	64	14,2	1370	67,3	< 0,05
Mitte-eestlane	387	85,8	665	32,7	
Perekonnaseis					
Suhtes	177	39,3	1408	69,5	< 0,05
Vallaline	274	60,7	618	30,5	
Teadmata			9		
Haridus					
Alg- ja põhiharidus	237	52,5	87	4,3	< 0,05
Kesk-, kutse- ja kõrgharidus	214	47,5	1943	95,7	
Teadmata			5		
Elatusallikas/tööstaatus**					
Töötasu/töötav	237	52,8	1617	80,5	< 0,05
Riigiabi/töötu	122	27,2	87	4,3	
Muu	90	20,0	306	15,2	
Teadmata	2		25		
HIV/krooniline haigus***					
Jah	236	52,8	835	41,1	< 0,05
Ei	211	47,2	1195	58,9	
Teadmata	4		5		
Meditsiiniline abi					
Jah	382	84,9	1853	93,3	< 0,05
Ei	68	15,1	133	6,7	
Teadmata	1		49		
Stress					
Jah	410	90,9	1572	77,7	< 0,05
Ei	41	9,1	450	22,3	
Teadmata			13		
Depressiooni sümptomid					
Jah	331	73,4	1080	53,5	< 0,05
Ei	120	26,6	939	46,5	
Teadmata			16		

Kokku	451	100,0	2035	100,0
--------------	------------	--------------	-------------	--------------

*NSI võrdlus üldrahvastikuga
 **NSI-l toodud välja elatusallikas: töötasu, riigiabi ja muu. Üldrahvastikul toodud välja tööstaatus: töötav, töötu ja muu.
 ***NSI-l toodud välja HIV-nakkuse esinemine. Üldrahvastikul toodud välja kroonilise haiguse esinemine.

5.2 Tervise enesehinnangu kirjeldus

Tabelis 2 on esitatud narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku kolmeväärtuseline tervise enesehinnang ja tervise enesehinnangu rühmade vaheline võrdlus. 60,3% (95% CI 58,1–62,4) üldrahvastikust hindas oma tervise heaks või väga heaks. Seda oli oluliselt rohkem kui narkootikume süstivate inimeste hulgas, kellest heaks või väga heaks hindas oma tervise 27,9% (95% CI 23,8–32,3). Üldrahvastikuga võrreldes hindasid narkootikume süstivad inimesed oluliselt sagedamini oma tervise keskmiseks ning halvaks või väga halvaks. Oma tervise hindas keskmiseks 53,2% (95% CI 48,5–57,9) narkootikume süstivatest inimestest ning 33,3% (95% CI 31,2–35,4) üldrahvastikust. 18,9% (95% CI 15,3–22,8) narkootikume süstivatest inimestest hindasid oma tervise halvaks või väga halvaks. Seda oli oluliselt rohkem kui üldrahvastiku hulgas, kellest halvaks või väga halvaks hindas oma tervise 6,4% (95% CI 5,4–7,6).

Tabel 2. Töös uuritud 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste (NSI) ja üldrahvastiku kolmeväärtuseline tervise enesehinnang ja selle võrdlus aastatel 2016–2019

Tervise enesehinnang	NSI		Üldrahvastik		p-väärtus*
	n	%	n	%	
Hea või väga hea	126	27,9	1227	60,3	< 0,05
Keskmine	240	53,2	677	33,3	
Halb või väga halb	85	18,9	131	6,4	
Kokku	451	100,0	2035	100,0	

*Tervise enesehinnangu võrdlus NSI ja üldrahvastiku vahel

5.3 Tervise enesehinnanguga seotud tegurid

Tabelis 3 on esitatud töös uuritud 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku keskmise ning halva või väga halva tervise enesehinnangu suhtelise riski suhted. Riskide suhted on kohandamata ja arvutatud kõikidele tunnustele eraldi. Nii keskmise kui ka halva või väga halva tervise enesehinnangu riskide suhete arvutamisel on võrdlusrühmaks hea või väga hea tervise enesehinnang.

Narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oli kohandamata analüüsi põhjal oluliselt seotud soo, vanuse, perekonnaseisu, elatusallika, HIV-staatuse ning viimase 30 päeva jooksul stressi ning depressiooni sümptomite raporteerimisega. Tervise enesehinnangu ja rahvuse, hariduse ning viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamise vahel olulisi seoseid ei leitud. Oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks oli: naistel võrreldes meestega ($RRR = 1,79$; 95% CI 1,06–3,02); HIV-positiivsetel võrreldes HIV-negatiivsetega ($RRR = 1,76$; 95% CI 1,13–2,72) ja stressi ning depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud (vastavalt $RRR = 3,41$; 95% CI 1,68–6,94 ja $RRR = 2,07$; 95% CI 1,30–3,31). Vallalistel oli võrreldes suhtes olevate inimestega oluliselt väiksem risk hinnata oma tervis keskmiseks ($RRR = 0,55$; 95% CI 0,35–0,86). Kohandamata analüüsi põhjal oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks nii 30–39- kui ka 40–60aastaste vanuserühmas võrreldes 18–29aastastega (vastavalt $RRR = 2,14$; 95% CI 1,05–4,36 ja $RRR = 3,79$; 95% CI 1,58–9,11); riigiabist elatuvatel inimestel võrreldes nendega, kes elatusid töötasust ($RRR = 2,55$; 95% CI 1,35–4,81) ja HIV-positiivsetel võrreldes HIV-negatiivsetega ($RRR = 2,94$; 95% CI 1,65–5,23). Samuti oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks stressi ja depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud (vastavalt $RRR = 3,38$; 95% CI 1,23–9,33 ja $RRR = 2,46$; 95% CI 1,30–4,68). Narkootikume süstivate inimeste nii keskmise kui ka halva või väga halva tervise enesehinnanguga oli kohandamata analüüsi põhjal oluliselt seotud HIV-staatuse ja stressi ning depressiooni sümptomite raporteerimine.

Kohandatud analüüsi (tabel 4) põhjal oli narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oluliselt seotud vanuse, elatusallika, HIV-staatuse ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimisega. Tervise enesehinnangu ja soo, rahvuse, perekonnaseisu, hariduse ning viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamise vahel olulisi seoseid ei leitud. Oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks oli: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 2,52$; 95% CI 1,20–5,31); HIV-positiivsetel võrreldes HIV-negatiivsetega ($RRR = 1,67$; 95% CI 1,02–2,73) ja stressi raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud ($RRR = 2,49$; 95% CI 1,11–5,61). Oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks oli: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 3,65$; 95% CI 1,38–9,67); riigiabist elatuvatel inimestel võrreldes nendega, kes elatusid töötasust ($RRR = 2,39$; 95% CI 1,21–4,73); HIV-positiivsetel võrreldes HIV-negatiivsetega ($RRR = 2,80$; 95% CI 1,48–5,32) ja depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud ($RRR = 2,20$; 95% CI 1,07–4,53). Narkootikume süstivate inimeste keskmise ning halva või väga halva tervise enesehinnanguga oli kohandatud analüüsi põhjal oluliselt seotud vanus (40–60aastaste vanuserühmas) ning HIV-staatuse.

Tabel 3. Töös uuritud 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste (NSI) ja üldrahvastiku keskmise ning halva või väga halva tervise enesehinnangu kohandamata suhtelise riski suhted (*RRR*) ja 95% usaldusvahemik (*CI*) uuritud tunnuste lõikes aastatel 2016–2019

Tunnus	NSI		üldrahvastik	
	Keskmine vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Halb või väga halb vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Keskmine vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Halb või väga halb vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)
Sugu				
Mees	1	1	1	1
Naine	1,79 (1,06–3,02)	1,14 (0,58–2,26)	0,94 (0,78–1,14)	1,22 (0,84–1,79)
Vanuserühm				
18–29	1	1	1	1
30–39	1,03 (0,63–1,68)	2,14 (1,05–4,36)	0,97 (0,73–1,29)	1,13 (0,59–2,18)
40–60	1,89 (0,97–3,68)	3,79 (1,58–9,11)	2,07 (1,62–2,65)	3,54 (2,04–6,13)
Rahvus				
Eestlane	1	1	1	1
Mitte-eestlane	1,48 (0,81–2,69)	1,29 (0,60–2,76)	1,48 (1,21–1,81)	2,64 (1,84–3,81)
Perekonnaseis				
Suhtes	1	1	1	1
Vallaline	0,55 (0,35–0,86)	0,68 (0,38–1,21)	1,06 (0,86–1,30)	1,71 (1,18–2,48)
Haridus				
Kesk-, kutse- ja kõrgharidus	1	1	1	1
Alg- ja põhiharidus	1,15 (0,75–1,77)	0,70 (0,40–1,22)	1,87 (1,18–2,96)	2,86 (1,43–5,75)
Elatusallikas/tööstaatus*				
Töötasu/töötav	1	1	1	1
Riigiabi/töotu	1,02 (0,60–1,75)	2,55 (1,35–4,81)	2,32 (1,44–3,76)	6,64 (3,48–12,67)
Muu	1,00 (0,58–1,73)	0,89 (0,40–1,96)	0,77 (0,58–1,02)	2,44 (1,60–3,75)
HIV/krooniline haigus**				
Ei	1	1	1	1
Jah	1,76 (1,13–2,72)	2,94 (1,65–5,23)	5,14 (4,19–6,30)	31,01 (16,91–57,04)
Meditatsiooniline abi				
Ei	1	1	1	1
Jah	1,74 (0,98–3,10)	1,75 (0,81–3,76)	1,74 (1,15–2,64)	1,51 (0,69–3,33)
Stress				
Ei	1	1	1	1
Jah	3,41 (1,68–6,94)	3,38 (1,23–9,33)	1,65 (1,31–2,10)	6,38 (2,95–13,80)
Depressiooni sümptomid				
Ei	1	1	1	1
Jah	2,07 (1,30–3,31)	2,46 (1,30–4,68)	2,16 (1,78–2,62)	6,49 (4,02–10,49)

*NSI-l toodud välja elatusallikas: töötasu, riigiabi ja muu. Üldrahvastikul toodud välja tööstaatus: töötav, töotu ja muu.

**NSI-l toodud välja HIV-nakkuse esinemine. Üldrahvastikul toodud välja kroonilise haiguse esinemine.

Tabel 4. Töös uuritud 18–60aastaste Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste (NSI) ja üldrahvastiku keskmise ning halva või väga halva tervise enesehinnangu kohandatud suhtelise riski suhted (*RRR*) ja 95% usaldusvahemik (*CI*) uuritud tunnuste lõikes aastatel 2016–2019

Tunnus	NSI		üldrahvastik	
	Keskmine vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Halb või väga halb vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Keskmine vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)	Halb või väga halb vs. hea või väga hea tervise enesehinnang <i>RRR</i> (95% <i>CI</i>)
Sugu				
Mees	1	1	1	1
Naine	1,61 (0,90–2,86)	0,95 (0,44–2,05)	0,81 (0,65–1,01)	0,86 (0,55–1,35)
Vanuserühm				
18–29	1	1	1	1
30–39	1,13 (0,66–1,95)	1,89 (0,87–4,10)	1,04 (0,75–1,44)	2,02 (0,94–4,33)
40–60	2,52 (1,20–5,31)	3,65 (1,38–9,67)	2,00 (1,49–2,70)	6,13 (3,10–12,14)
Rahvus				
Eestlane	1	1	1	1
Mitte-eestlane	1,48 (0,81–2,69)	1,03 (0,46–2,32)	1,60 (1,26–2,02)	2,97 (1,92–4,60)
Perekonnaseis				
Suhtes	1	1	1	1
Vallaline	0,62 (0,38–1,02)	0,64 (0,34–1,20)	0,95 (0,75–1,21)	1,25 (0,80–1,96)
Haridus				
Kesk-, kutse- ja kõrgharidus	1	1	1	1
Alg- ja põhiharidus	1,35 (0,82–2,21)	0,77 (0,41–1,46)	1,91 (1,13–3,22)	3,40 (1,43–8,10)
Elatusallikas/tööstaatus*				
Töötasu/töötav	1	1	1	1
Riigiabi/töotu	0,90 (0,51–1,60)	2,39 (1,21–4,73)	1,99 (1,14–3,49)	4,50 (2,02–10,05)
Muu	0,87 (0,48–1,57)	0,76 (0,32–1,78)	1,01 (0,72–1,41)	3,89 (2,26–6,70)
HIV/krooniline haigus**				
Ei	1	1	1	1
Jah	1,67 (1,02–2,73)	2,80 (1,48–5,32)	4,31 (3,47–5,35)	19,76 (10,55–37,01)
Meditiiniline abi				
Ei	1	1	1	1
Jah	1,24 (0,65–2,40)	0,86 (0,35–2,11)	1,32 (0,83–2,10)	0,78 (0,31–1,93)
Stress				
Ei	1	1	1	1
Jah	2,49 (1,11–5,61)	2,77 (0,89–8,57)	1,32 (0,97–1,80)	3,53 (1,44–8,67)
Depressiooni sümptomid				
Ei	1	1	1	1
Jah	1,71 (0,99–2,94)	2,20 (1,07–4,53)	1,85 (1,45–2,38)	3,16 (1,78–5,59)

*NSI-l toodud välja elatusallikas: töötasu, riigiabi ja muu. Üldrahvastikul toodud välja tööstaatus: töötav, töotu ja muu.

**NSI-l toodud välja HIV-nakkuse esinemine. Üldrahvastikul toodud välja kroonilise haiguse esinemine.

Üldrahvastiku tervise enesehinnang oli kohandamata analüüsi põhjal oluliselt seotud vanuse, rahvuse, perekonnaseisu, hariduse, tööstaatus, kroonilise haiguse esinemise, viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamise ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimisega. Tervise enesehinnangu ja soo vahel olulist seost ei leitud. Oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks oli: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 2,07$; 95% CI 1,62–2,65); mitte-eestlastel võrreldes eestlastega ($RRR = 1,48$; 95% CI 1,21–1,81); alg- ja põhihariduse omandanud inimestel võrreldes kesk-, kutse- ja kõrghariduse omandanud inimestega ($RRR = 1,87$; 95% CI 1,18–2,96); töötutel võrreldes töötavate inimestega ($RRR = 2,32$; 95% CI 1,44–3,76); kroonilise haigusega inimestel võrreldes nendega, kellel kroonilisi haiguseid ei esinenud ($RRR = 5,14$; 95% CI 4,19–6,30) ja nendel, kes said viimase aasta jooksul meditsiinilist abi võrreldes nendega, kes seda ei saanud ($RRR = 1,74$; 95% CI 1,15–2,64). Samuti oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks stressi ja depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud (vastavalt $RRR = 1,65$; 95% CI 1,31–2,10 ja $RRR = 2,16$; 95% CI 1,78–2,62). Kohandamata analüüsis oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 3,54$; 95% CI 2,04–6,13); mitte-eestlastel võrreldes eestlastega ($RRR = 2,64$; 95% CI 1,84–3,81); vallalistel võrreldes suhtes olevate inimestega ($RRR = 1,71$; 95% CI 1,18–2,48); alg- ja põhihariduse omandanud inimestel võrreldes kesk-, kutse- ja kõrghariduse omandanud inimestega ($RRR = 2,86$; 95% CI 1,43–5,75) ja töötutel ning muu tööstaatusga inimestel võrreldes nendega, kes töötasid (vastavalt $RRR = 6,64$; 95% CI 3,48–12,67 ja $RRR = 2,44$; 95% CI 1,60–3,75). Samuti oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks nendel inimestel, kellel esines vähemalt üks krooniline haigus võrreldes nendega, kellel kroonilisi haiguseid ei esinenud ($RRR = 31,01$; 95% CI 16,91–57,04) ning stressi ja depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud (vastavalt $RRR = 6,38$; 95% CI 2,95–13,80 ja $RRR = 6,49$; 95% CI 4,02–10,49). Kohandamata analüüsis oli üldrahvastiku keskmise ning halva või väga halva tervise enesehinnanguga oluliselt seotud vanus (40–60aastaste vanuserühmas), rahvus, haridus, tööstaatus (töötute puhul), kroonilise haiguse olemasolu ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimine. Mitte-eestlastel, kroonilise haigusega inimestel ja nendel, kes raporteerisid stressi või depressiooni sümptomeid, oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks kui keskmiseks.

Üldrahvastiku tervise enesehinnang oli kohandatud analüüsi põhjal oluliselt seotud vanuse, rahvuse, hariduse, tööstaatus, kroonilise haiguse olemasolu, ning stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimisega. Tervise enesehinnangu ja soo, perekonnaseisu ning viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamise vahel olulisi seoseid ei leitud. Oluliselt suurem

risk hinnata oma tervis keskmiseks oli: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 2,00$; 95% CI 1,49–2,70); mitte-eestlastel võrreldes eestlastega ($RRR = 1,60$; 95% CI 1,26–2,02); alg- ja põhihariduse omandanud inimestel võrreldes kesk-, kutse- ja kõrghariduse omandanud inimestega ($RRR = 1,91$; 95% CI 1,13–3,22); töötutel võrreldes töötavate inimestega ($RRR = 1,99$; 95% CI 1,14–3,49); vähemalt ühe kroonilise haigusega inimestel võrreldes nendega, kellel kroonilisi haiguseid ei esinenud ($RRR = 4,31$; 95% CI 3,47–5,35) ja depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud ($RRR = 1,85$; 95% CI 1,45–2,38). Oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks oli: 40–60aastastel võrreldes 18–29aastastega ($RRR = 6,13$; 95% CI 3,10–12,14); mitte-eestlastel võrreldes eestlastega ($RRR = 2,97$; 95% CI 1,92–4,60); alg- ja põhiharidusega inimestel võrreldes kesk-, kutse- ja kõrghariduse omandanud inimestega ($RRR = 3,40$; 95% CI 1,43–8,10); töötutel ja muu tööstaatusel inimestel võrreldes töötavate inimestega (vastavalt $RRR = 4,50$; 95% CI 2,02–10,05 ja $RRR = 3,89$; 95% CI 2,26–6,70) ja kroonilise haigusega inimestel võrreldes nendega, kellel kroonilisi haiguseid ei esinenud ($RRR = 19,76$; 95% CI 10,55–37,01). Samuti oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks stressi ning depressiooni sümptomeid raporteerinud inimestel võrreldes nendega, kes seda ei teinud (vastavalt $RRR = 3,53$; 95% CI 1,44–8,67 ja $RRR = 3,16$; 95% CI 1,78–5,59). Nii keskmise kui ka halva või väga halva tervise enesehinnanguga oli kohandatud tabelis oluliselt seotud vanus (40–60aastaste vanuserühmas), rahvus, haridus, tööstaatus (töötute puhul), kroonilise haiguse olemasolu ning depressiooni sümptomite raporteerimine. 40–60aastastel ning kroonilise haigusega inimestel oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis halvaks või väga halvaks kui keskmiseks.

6. Arutelu

Magistritöös analüüsiti Harjumaal elavate 18–60aastaste narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut ning sellega seonduvaid tegureid aastatel 2016–2019. Magistritöö tulemuste kohaselt oli narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oluliselt halvem kui üldrahvastiku tervise enesehinnang. Keskmise ja halva või väga halva tervise enesehinnanguga seotud tegurid narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku hulgas oluliselt ei erinenud. Tervise enesehinnang oli mõlemas rühmas ootuspäraselt seotud vanuse, töötamise, krooniliste terviseseisundite ning vaimse tervise tunnustega. Erinevalt narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangust oli üldrahvastiku tervise enesehinnang seotud ka rahvuse ning haridusega.

Narkootikume süstivate inimeste seas 2012. aastal tehtud Kohtla-Järve uuringus ($n = 600$) hindas oma tervise heaks või väga heaks 31,4%, keskmiseks 59,4% ning halvaks või väga halvaks 9,2% uuritavatest (109). 2013. aastal Tallinna HIV-positiivsete NSI-de seas tehtud uuringus ($n = 107$) hindas oma tervise heaks või väga heaks 22%, keskmiseks 52% ning halvaks või väga halvaks 26% uuritavatest. Magistritöös uuritud NSI-dest hindas oma tervise heaks või väga heaks 27,9%, keskmiseks 53,2% ning halvaks või väga halvaks 18,9% uuritavatest. Oma tervise halvaks hinnanud narkootikume süstivate inimeste osakaal oli magistritöö andmestikus ligi kaks korda suurem kui 2012. aastal Kohtla-Järvel. Tulemused viitavad võimalusele, et vananeva, pikeneva süstimisstaaži ja kuhjuva tervisekahjuga rühma tervise enesehinnang on ajas halvenenud. Teisalt tuleb tulemusi kõrvutades arvesse võtta, et erisuse taga võivad olla nt erinevused uuritavate piirkondlikus profiilis.

Kui narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangut on varem vähe uuritud, siis kirjanduses on välja toodud narkootikume süstivate inimeste halb elukvaliteet ja tervisega seotud elukvaliteet, mis jääb oluliselt alla üldrahvastiku näitajatele (105, 109). Magistritöö tulemused, mille kohaselt oli narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oluliselt halvem üldrahvastiku tervise enesehinnangust, on kooskõlas 2002. aastal avaldatud uuringuga, milles Fayers ja Sprangers toovad välja erinevate subjektiivsete tervisemõõdikute (sh tervise enesehinnang ja tervisega seotud elukvaliteet) sarnase toimimise (16).

Kuigi magistritöös uuritud narkootikume süstivad inimesed ja üldrahvastik olid samas vanusevahemikus ning elasid samas piirkonnas, tuleb tulemusi interpreteerides arvesse võtta, et rühmad erinesid teineteisest oluliselt kõigi uuritud tunnuste poolest. Näiteks vanima, 40–60aastaste vanuserühma moodustasid üldrahvastikust pooled, kuid narkootikume süstivatest inimestest kuulus rühma vaid viiendik. Võib arvata, et uurides sarnase vanusstruktuuriga rühmi,

oleks erinevus narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangus suurem.

Nii narkootikume süstivate inimeste kui ka üldrahvastiku tervise enesehinnang oli magistritöö tulemuste põhjal seotud vanusega: 40–60aastastel oli võrreldes 18–29aastastega oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks ja halvaks või väga halvaks. Tulemused on kooskõlas kirjandusega, mille kohaselt vanusega tervise enesehinnang langeb (8, 18, 49). Erinevalt üldrahvastikust tuleb narkootikume süstivate inimeste puhul arvesse võtta ka süstimisega kumuleeruvat tervisekahju. Eestis on narkootikume süstivad inimesed pika süstimise staažiga vananev sihtrühm (97, 99). EMCDDA on välja toonud üle 40-aastaste narkootikume süstivate inimeste probleemsema riskikäitumise ja sellega seotud suurema kahju, mistõttu võib neid pidada eraldi sihtrühmaks (118). Süstimisega kaasnevast kumuleerunud tervisekahjust vaatamata ei olnud magistritöö tulemuste kohaselt narkootikume süstivate inimeste risk hinnata oma tervis keskmiseks ja halvaks või väga halvaks oluliselt suurem kui üldrahvastikul. Sellest hoolimata rõhutavad tulemused üle 40-aastaste narkootikume süstivate inimeste haavatavust ning sihtrühma suurenenud vajadusi.

Narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oli magistritöö tulemuste kohaselt seotud elatusallika ning üldrahvastiku tervise enesehinnang tööstaatusega. Sotsiaalmajanduslike tegurite sh tööstaatuse seos tervise enesehinnanguga on välja toodud nii Eestis kui ka välismaal tehtud uuringutes (9, 58). Narkootikume süstivate inimeste puhul on kirjanduses välja toodud töötamise positiivne mõju sotsiaalsele võrgustikule ning toimetulekule. Töötust seostatakse seevastu suurema stigma ja isolatsiooniga, mis võib omakorda mõjutada tervishoiuteenuste kättesaadavust. (118). Narkootikume tarvitavate inimeste passiivsust tööturul ning tööhõive positiivset mõju neile on käsitletud ka Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus. Võimalusena siseneda tööturule on dokumendis välja pakutud ajutised ja sotsiaalsed töökohad, mis toimiksid sillana pikaajalise töötuse ja avatud tööturu vahel. (14). Narkootikume süstivate inimeste aktiivsust tööturul toetab ka TAI rahastatud programm SÜTIK (sõltlaste ühiskonnastamine tugiisiku kaasamisel), mis pakub sõltuvushäirega inimestele tuge, nõustamist ning abi nt dokumentide vormistamisel. Programmi eesmärk on tõsta NSI-de elukvaliteeti läbi kiire ning vahetu toe pakkumise. Samuti on programmi üks eesmärke häbimärgistamise vähendamine läbi sellele teemale tähelepanu juhtimise. 2018. aastast alates on programmiga kokku puutunud ligi 1700 NSI-d. (119)

Magistritöö tulemuste kohaselt oli nii üldrahvastiku kui ka narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang seotud viimase 30 päeva jooksul stressi ja depressiooni sümptomite raporteerimisega. Tervise enesehinnangu ja vaimse tervise tunnuste vaheline seos on välja toodud ka kirjanduses (10, 69). Töös uuritud narkootikume süstivad inimesed

raporteerisid oluliselt sagedamini stressi ja depressiooni kui võrreldav üldrahvastik. Meeleoluhäiretega narkootikume süstivad inimesed on altimad riskikäitumisele, süstimistarvikute jagamisele ja seksuaalsele riskikäitumisele. Samuti esineb meeleoluhäiretega NSI-del rohkem üledoose (87, 120), mis võib tervise enesehinnangu kujunemist mõjutada. Narkootikumide tarvitajatele suunatud vaimse tervise teenuste olulisust on rõhutatud Eesti poliitikadokumentides (14). Psühholoogilise nõustamise teenust pakutakse narkootikume süstivatele inimestele kahjude vähendamise teenuste raames (92). 2017. aastal Tallinna ja 2020. aastal Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste seas tehtud uuringutes tundsid vastavalt 36% ja 20% vastanutest vajadust psühholoogilise nõustamise järele. Vastavalt 83% ja 92% vastanutest teenust ka said. (97, 99). Erinevate kahjude vähendamise teenuste osutajate poolt saadud tagasiside kohaselt on psühhiaatriline abi NSI-dele raskesti kättesaadav (119).

Magistritöö valimisse kuuluva üldrahvastiku hulgas uuriti vähemalt ühe kroonilise haiguse mõju tervise enesehinnangule. Narkootikume süstivate inimeste hulgas uuriti seevastu HIV mõju. Erisus tulenes sellest, et narkootikume süstivate inimeste seas tehtud uuringutes ei küsitud krooniliste haiguste olemasolu. Teisalt esines arvatavasti kõikidel valimisse kuuluvatel narkootikume süstivatel inimestel vähemalt üks krooniline haigus sõltuvushäire näol, mistõttu on tunnuse analüüsimine rühmas raskendatud.

Üldrahvastiku hulgas oli kroonilise haiguse olemasolu oluliselt seotud nii keskmise kui ka halva või väga halva tervise enesehinnanguga. Seos osutus väga tugevaks halva või väga halva tervise enesehinnangu puhul. Tulemus on kooskõlas leiuga, mille tegid Reile ja Leinsalu, kes Eesti terviseuuringu andmete põhjal on samuti välja toonud tugeva seose krooniliste haiguste esinemise ja halva tervise enesehinnangu vahel (10). Ka HIV-d ja tervise enesehinnangut käsitletud uuringutes on välja toodud HIV-positiivsete halvem hinnang oma tervisele (72). NSI-de keskmine ja halb või väga halb tervise enesehinnang oli magistritöö tulemuste kohaselt oluliselt seotud HIV-staatusega. HIV-nakkust käsitletakse tänapäevaste ravivõimaluste juures kroonilise haigusena (71). Sellest saab järeldada, et kroonilised haigused omasid magistritöö tulemuste põhjal olulist mõju mõlema rühma tervise enesehinnangule. Tulemuste puhul tuleb arvesse võtta seda, et magistritöös võeti HIV-staatuse aluseks veretesti tulemused. 8,5% uuritavatest ($n = 38$) ei teadnud oma tegelikku HIV-staatust või viimase HIV-testi tulemust. Võib arvata, et teadlikkus oma tegelikust HIV-staatusest mõjutab tervise enesehinnangu kujunemist. Kirjanduses on välja toodud parem tervise enesehinnang nende narkootikume süstivate inimeste hulgas, kes ei teadnud, et on C-hepatiidi viiruse kandjad võrreldes nendega, kes olid nakkuse esinemisest teadlikud (108). Samuti ei ole magistritöös arvesse võetud seda, kas inimene saab antiretroviirusravi või mitte. De Souza jt on Brasiilias tehtud uuringus välja toonud antiretroviirusravi olulise mõju HIV-positiivsete tervise

enesehinnangule (73). Eesti NSI-de seas tehtud uuringutes on välja toodud, et enamus HIV-positiivsetest on käinud infektsionisti juures ning suur osa uuritavatest said ka ravi (97–99).

Eestis varasemalt läbi viidud uuringud on tervise enesehinnangu ja rahvuse kohta andnud erinevaid tulemusi. Kui üleminekuaeg 1990. aastate alguses mõjutas enim madalamal sotsiaalsel positsioonil olevaid inimesi, sh vähemusi (34), ning uuringutes ilmnis vene rahvusest inimeste oluliselt halvem tervise enesehinnang ka pärast tulemuste sotsiaalmajanduslikele teguritele kohandamist (44), siis hilisemates uuringutes on rahvuse ja tervise enesehinnangu seos olnud vähem ilmsem (57, 58). On siiski leitud, et tervise enesehinnangu ennustusväärtus suremuse suhtes on eestlaste ja venelaste hulgas erinev, mis võib viidata sellele, et rahvusrühmad mõtestavad tervist eri moodi (55). Magistritöö tulemuste kohaselt oli üldrahvastikku kuuluvatel mitte-eestlastel oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks ja halvaks või väga halvaks kui eestlastel. Narkootikume süstivate inimeste puhul seost rahvuse ja tervise enesehinnangu vahel ei ilmnenu. On võimalik, et narkootikumide süstimisega kaasnev tervisekahju on mõlemas rahvusrühmas sama, kuid välistada ei saa seda, et eestlastest ja mitte-eestlastest narkootikume süstivad inimesed mõtestavad tervist erinevalt.

Kirjanduses on välja toodud sotsiaalmajanduslike tegurite, eriti hariduse tugev seos tervise enesehinnanguga. Mõned autorid, nt Alvarez-Galvez jt, peavad haridust koguni olulisimaks sotsiaalmajanduslikuks tervisedeterminandiks (9). Ka Eestis tehtud uuringutes on ilmnenu hariduse oluline seos tervise enesehinnanguga (44, 66). Magistritöös uuritud alg- ja põhiharidusega üldrahvastikul oli oluliselt suurem risk hinnata oma tervis keskmiseks ja halvaks või väga halvaks võrreldes kõrgema hariduse omandanud inimestega. Töös uuritud NSI-de tervise enesehinnang haridusega seotud ei olnud. Kui üldrahvastiku puhul on hariduse positiivne mõju tervisele võrdlemisi ilmne, siis vähemuste hulgas ei pruugi see nii olla. Ameerika Ühendriikide diskrimineeritud vähemuste hulgas on välja toodud hariduse väiksem mõju tervisele, sh tervise enesehinnangule. Hariduse „väiksemat tootlikkust“ on seostatud struktuurse rassismi ja sellest tuleneva diskrimineerimisega. (121, 122). Narkootikume süstivad inimesed ja HIV-positiivsed kogevad sageli häbimärgistamist ja diskrimineerimist (90). On leitud, et stigmaga kaasnev tõrjutus võib oluliselt mõjutada elu erinevaid aspekte, sh võimalusi tööturul (123). Ei saa välistada, et stigma ja diskrimineerimise tõttu ei ole töös uuritud narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang haridusega seotud.

Magistritöö kohandatud tulemuste järgi narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnang sooga seotud ei olnud. Kui üldrahvastiku sugu ja tervise enesehinnangut käsitlenud uuringutes on hinnatud seost erinevalt, siis narkootikume süstivate inimeste puhul on kirjanduses välja toodud narkootikume süstivate naiste suurem haavatavus ning risk halbadeks tervisetulemiteks. Narkootikume süstivatel naistel on erinevalt meestest

suurem vajadus teenuste järele ning fertiilsusest ja lapsehooldusest tulenevalt ka enam kohustusi. Samuti on narkootikume süstivatel naistel suurem risk langeda vägivalla ohvriks või tegeleda prostitutsiooniga. Narkootikume süstivad naised on uuringutes sageli alaesindatud ning nende vajadustele pole piisavalt tähelepanu pööratud, mistõttu võib neid pidada eriti haavatavaks sihtrühmaks. (124). Magistritöös uuritud narkootikume süstivatest inimestest olid veerand ($n = 113$) naised. Naiste osakaal oli sarnane varem Eestis tehtud uuringutele. Urtson, kes uuris oma magistritöös narkootikume süstivate naiste ja meeste erinevusi Kohtla-Järvel, tõi välja narkootikume süstivate naiste noorema keskmise vanuse ning lühema süstimisstaaži (125), mis võib tervise enesehinnangule mõju omada.

Kui varasemalt on TKU andmetele tuginedes toodud välja parema tervise enesehinnangu seos tervishoiuteenuste harvema kasutamisega (126), siis magistritöös seost tervise enesehinnangu ja viimase aasta jooksul meditsiinilise abi saamise vahel ei olnud. Kuigi üldrahvastiku hulgas hinnati oma tervis võrreldes narkootikume süstivate inimestega sagedamini heaks, oli nende hulgas viimase aasta jooksul meditsiinilist abi saanud inimeste osakaal oluliselt suurem, mis viitab barjääridele, mis takistavad narkootikume süstivatel inimestel jõuda vajalike tervishoiuteenusteni. Tervishoiuteenuste kättesaadavust võib takistada näiteks stigma (123) või ravikindlustuse puudumine. Ei ole teada, kui suur osa töös uuritud narkootikume süstivatest inimestest olid ravikindlustusega kaetud. Narkootikume süstivate inimeste hulgas 2017. aastal läbi viidud Tallinna uuringus olid ravikindlustusega kaetud 67% uuritavatest (97). TKU valimites, millest on pärit magistritöös uuritud üldrahvastik, on tervisekindlustus olnud üle 90% uuritavatest (27, 117).

Magistritöö puuduseks võib pidada narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku andmestike poolt seatud piiranguid. Näiteks puudus informatsioon narkootikume süstivate inimeste muude krooniliste haiguste ning üldrahvastiku HIV-staatuse kohta. Samuti puudus ühtne info töötamise kohta, mistõttu üldrahvastiku hulgas analüüsiti tööstaatuset ning narkootikume süstivate inimeste hulgas peamise elatusallika seost tervise enesehinnanguga. Samuti võib puuduseks pidada seda, et mõned küsimused (sh tervise enesehinnangu küsimus) ning võimalikud vastusevariandid olid uuringutes erinevalt sõnastatud, mistõttu ei saa tunnuste kategoriseerimisel välistada mõõtmisnihke olemasolu. Tulemusi võib mõjutada ka see, et narkootikume süstivate inimeste hulgas viidi läbi intervjuud, üldrahvastik täitis seevastu küsimustiku. Kirjanduses on välja toodud, et tervise enesehinnangut võib mõjutada ka küsimise viis (29). Mõlema rühma tervise enesehinnangu küsimuses oli siiski sarnane see, et hindamiseks kasutati viiepallist skaalat. Samuti paluti tervise enesehinnang anda hetkeolukorrast lähtuvalt ning välja ei olnud toodud võrdlusrühma (nt teised samaealised). Sellest lähtuvalt hindab töö autor, mainitud erisustest hoolimata, narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise

enesehinnangu samaväärse käsitlemise magistritöös asjakohaseks. Tegemist oli läbilõikeuuringuga, mille tulemuste põhjal on võimalik hinnata seoseid tervise enesehinnangu ja erinevate tervise- ja sotsiaalmajanduslike tunnuste vahel. Põhjuslikkust töö tulemustest järeldada ei saa.

Töö tugevuseks võib pidada seda, et mõlema rühma kaasamisel uuringutesse oli kasutatud põhjendatud ning usaldusväärset metoodikat: rahvastikupõhine juhuvalim üldrahvastiku kaasamiseks ning narkootikume süstivate inimeste seas läbi viidud kohortuuringus uuritavate poolt juhitud kaasamise meetod. Meetodit peetakse asjakohaseks raskesti ligipääsetavate inimrühmade uurimisel (127). Samuti väärrib esile tõstmist kaasatud narkootikume süstivate inimeste esinduslik arv, mis lisab tulemustele usaldusväärsust.

Kokkuvõtteks võib välja tuua, et magistritöös uuriti Harjumaal elavate 18–60aastaste narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut ning sellega seonduvaid tegureid aastatel 2016–2019. Magistritöö uuringukavand oli läbilõikeuuring. Töö tulemustena selgus, et kui uuritud üldrahvastik hindas oma tervise kõige sagedamini heaks või väga heaks, siis narkootikume süstivad inimesed hindasid oma tervise kõige sagedamini keskmiseks. Võrreldes üldrahvastikuga hindasid narkootikume süstivad inimesed oma tervise oluliselt sagedamini keskmiseks ja halvaks või väga halvaks. Narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnang oli oluliselt seotud vanuse, töötamise ning vaimse tervise tunnustega. Kui magistritöö kohandatud tulemuste järgi oli üldrahvastiku tervise enesehinnang oluliselt seotud ka rahvuse ja haridusega, siis narkootikume süstivate inimeste puhul seost ei ilmnunud. Samuti oli üldrahvastiku tervise enesehinnang oluliselt seotud krooniliste haiguste esinemisega ning narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang HIV-staatusiga. Tervise enesehinnangu ja soo, perekonnaseisu ning aasta jooksul meditsiinilise abi saamise vahel olulisi seoseid kohandatud tulemuste järgi ei olnud.

Töö tulemused on väärtuslikud, kuna narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangut on varem vähe uuritud. Magistritöö tulemused annavad sisendi tervise enesehinnangu instrumendi toimimisest ning tervisedeterminantidest narkootikume süstivate inimeste seas. Töö tulemuste abil saab rõhutada narkootikume süstivatele inimestele suunatud kahjude vähendamise teenuste olulisust. Ebavõrdsuse vähendamiseks on vajalik vananeva ja kumuleeruva tervisekahjuga rühma toetada, sh pakkuda neile piisavas mahu vaimse tervise teenuseid ning tuge tööturule jõudmisel ning seal püsimiseks. Narkootikume süstivatele inimestele suunatud teenuste parendamiseks võiks uurida ka tervise enesehinnangu seost tunnustega, mis magistritööst välja jäid (nt süstitav narkootikum, kokkupuuted kahjude vähendamise teenustega, HCV-kandlus, tervisekindlustuse olemasolu, üledooside arv jne).

7. Järeldused ja ettepanekud

Magistritöös kirjeldati ja analüüsiti Harjumaal elavate 18–60aastaste narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnangut ning sellega seonduvaid tegureid aastatel 2016–2019.

Vastavalt seatud eesmärkidele olid magistritöö peamised järeldused:

1. Narkootikume süstivad inimesed hindasid võrreldes üldrahvastikuga oluliselt sagedamini oma tervise keskmiseks (53,2% vs. 33,3%) ning halvaks või väga halvaks (18,9% vs. 6,4%). Uuritud üldrahvastik hindas narkootikume süstivate inimestega võrreldes oluliselt sagedamini oma tervise heaks või väga heaks (60,3% vs. 27,9%).
2. Nii narkootikume süstivate inimeste kui ka üldrahvastiku tervise enesehinnang oli oluliselt seotud vanuse, töötamise ning vaimse tervise tunnustega. Erinevalt narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangust oli üldrahvastiku tervise enesehinnang oluliselt seotud rahvuse ja haridusega. Narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnang oli oluliselt seotud ka HIV-staatuse ning üldrahvastiku tervise enesehinnang krooniliste haiguste esinemisega.

Magistritööl põhinevad järgnevad ettepanekud:

- narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku vahelise ebavõrdsuse vähendamiseks on oluline jätkata kahjude vähendamise teenuste osutamist, toetada vananeva sihtrühma suurenenud tervisevajadusi, pakkuda neile piisavas mahus vaimse tervise teenuseid ja võimalusi tööturule sisenemiseks ning seal püsimiseks
- analüüsida narkootikume süstivate inimeste tervise enesehinnangu seost tunnustega, mis magistritööst välja jäid (nt süstitav narkootikum, kokkupuuted kahjude vähendamise teenustega, HCV-kandlus, tervisekindlustuse olemasolu, üledooside arv jne)

8. Kasutatud kirjandus

1. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda; 2011.
2. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, et al. Measuring population health: a review of indicators. *Annu Rev Public Heal* 2006;27:29–55.
4. Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
5. Desalvo KB, Fan VS, Mcdonell MB, et al. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Heal Serv Res* 2005;40(4):1234–46.
6. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, et al. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004;14(1):32–6.
7. Yamada C, Moriyama K, Takahashi E. Self-rated health as a comprehensive indicator of lifestyle-related health status. *Environ Health Prev Med* 2012;17(6):457–62.
8. McFadden E, Luben R, Bingham S, et al. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health* 2008;8(230).
9. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motrico E, et al. The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 29 countries using european social surveys (2002–2008). *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(3):747–61.
10. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013;58(4):555–64.
11. Mavaddat N, Valderas JM, van der Linde R, et al. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2014;15(185).
12. Gallagher JE, Wilkie AA, Cordner A, et al. Factors associated with self-reported health: implications for screening level community-based health and environmental studies. *BMC Public Health* 2016;16(640).
13. United Nations. World drug report 2021. Global overview: drug demand drug supply. Vienna: United Nations; 2021.

14. Siseministeerium. Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat. Tallinn; 2014.
15. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization; 1994.
16. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002;359(9302):187–8.
17. de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Regional Office for Europe. Voorburg: Statistics Netherlands; 1996.
18. Andersen FK, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: a cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45–102. *Scand J Public Health* 2007;35(2):164–71.
19. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Quesada JA, et al. Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res* 2015;15(492).
20. Reile R. Self-rated health: assessment, social variance and association with mortality [dissertation]. Tartu: Institute of Social Studies, University of Tartu; 2017.
21. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, et al. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53(3):144–52.
22. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009;69(3):307–16.
23. Huisman M, Deeg DJH. A commentary on Marja Jylhä's "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model" (69:3,2009,307–316). *Soc Sci Med* 2010;70(5):652–4.
24. Shooshtari S, Menec V, Tate RB. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25–54) and older (55+) Canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Research on Aging* 2007;29(6):512–54.
25. Au N, Johnston DW. Self-assessed health: what does it mean and what does it hide? *Soc Sci Med* 2014;121:21–8.
26. Eurostat. Glossary: Minimum European Health Module (MEHM) ([https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM))) [15.05.2023].
27. Reile R, Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.

28. Jürges H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Econ* 2007;16(2):163–78.
29. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2021.
30. World Health Organization. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
31. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
32. Griffith BN, Lovett GD, Pyle DN, et al. Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors. *BMC Public Health* 2011;11(229).
33. Selart A. Tervise enesehinnang ja pikaajalise haiguse esinemine Eesti Terviseuuring 2014 ja 2006 andmetel. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2016.
34. Leinsalu M, Stirbu I, Vågerö D, et al. Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *Int J Epidemiol* 2009;38(2):512–25.
35. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. Tallinn; 2021.
36. Piksööt J, Oja L. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022 õppeaasta tabelid. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
37. Oja L, Piksööt J, Aasvee K, et al. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.
38. Abuladze L, Kunder N, Lang K, et al. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2017;7(6).
39. Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(1):38–44.
40. World Health Organization. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: World Health Organization; 2016.
41. Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E, et al. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health* 2016;16(675).
42. Caroli E, Weber-Baghdiguian L. Self-reported health and gender: the role of social norms. *Soc Sci Med* 2016;153:220–9.

43. Monden CWS. Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994–1999. *Eur J Public Health* 2005;15(5):498–503.
44. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: A cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55(5):847–61.
45. Dahlin J, Härkönen J. Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: does country-level gender equality matter? *Soc Sci Med* 2013;98:24–8.
46. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography* 2005;42(2):189–214.
47. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med* 2000;62(3):354–64.
48. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylhä M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *J Clin Epidemiol* 2005;58(7):680–7.
49. Genbäck M, Ng N, Stanghellini E, et al. Predictors of decline in self-reported health: addressing non-ignorable dropout in longitudinal studies of aging. *Eur J Ageing* 2018;15(2):211–20.
50. Eriksson I, Undén AL, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001;30(2):326–33.
51. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylhä M. Comparative vs global self-rated health: associations with age and functional ability. *Aging Clin Exp Res* 2006;18(3):211–7.
52. Bhopal R, World Health Organization Regional Office for Europe. Migration, ethnicity, race and health. *Public health panorama* 2016;02(04):548–59.
53. Allen CD, McNeely CA, Orme JG. Self-rated health across race, ethnicity, and immigration status for us adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2016;58(1):47–56.
54. Erving CL, Zajdel R. Assessing the validity of self-rated health across ethnic groups: implications for health disparities research. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022;9(2):462–77.
55. Reile R, Leinsalu M. Ethnic variation in self-rated health–mortality association: results from a 17-year follow-up study in Estonia. *Medicina (Kaunas)* 2017;53(2):114–21.
56. Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE. Increasing ethnic differences in mortality in Estonia after the collapse of the Soviet Union. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(7):583–9.

57. Pärna K, Sildever Ü, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaal-majanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. Eesti Arst 2008;87:13–8.
58. Põld M, Pärna K, Ringmets I. Trends in self-rated health and association with socioeconomic position in Estonia: data from cross-sectional studies in 1996–2014. *Int J Equity Health* 2016;15(200).
59. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, et al. Marital status, health and mortality. *Maturitas* 2012;73(4):295–9.
60. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, et al. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2014;140(1):140–87.
61. Huntington C, Stanley SM, Doss BD, et al. Healthy, and wedded? How the transition to marriage affects mental and physical health. *J Fam Psychol* 2022;36(4):608–17.
62. Zheng H, Thomas PA. Marital status, self-rated health, and mortality: overestimation of health or diminishing protection of marriage? *J Health Soc Behav* 2013;54(1):128–43.
63. Perelli-Harris B, Hoherz S, Addo F, et al. Do marriage and cohabitation provide benefits to health in mid-life? The role of childhood selection mechanisms and partnership characteristics across countries. *Popul Res Policy Rev* 2018;37(5):703–28.
64. Conway DI, McMahon AD, Brown D, et al. Measuring socioeconomic status and inequalities. In: Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, et al., eds. *Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. p. 29–42.
65. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(2):60–76.
66. Pärna K, Ringmets I. Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland. *Scand J Public Health* 2010;38(2):129–34.
67. Monnat SM, Beeler Pickett C. Rural/urban differences in self-rated health: examining the roles of county size and metropolitan adjacency. *Health Place* 2011;17(1):311–9.
68. Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, et al. Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health Place* 2008;14(2):243–53.
69. Levinson D, Kaplan G. What does self rated mental health represent. *J Public Health Res* 2014;3(287).
70. Rahvatervishoiu sõnastik. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut. (<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/rtrv/krooniline%20haigus/1>) [15.05.2023].
71. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* 2013;382(9903):1525–33.

72. Ruiz-Alguero M, Hernando V, Marcos H, et al. Self-rated health among people living with HIV in Spain in 2019: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2021;21(129).
73. de Souza Junior PR, Szwarcwald CL, Castilho EA. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. *Cad Saude Publica* 2011;27(1):56–66.
74. Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract* 2007;4(1):45–55.
75. Levola J, Eskelinen S, Pitkänen T. Associations between self-rated health, quality of life and symptoms of depression among Finnish inpatients with alcohol and substance use disorders. *J Subst Use* 2020;25(2):128–34.
76. Narkootiliste ja psühhootroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. 20.05.2005 RT I 2005, 24, 180.
77. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
78. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2022: suundumused ja arengud. Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus; 2022.
79. Hickman M, Taylor C. Indirect methods to estimate prevalence. In: Sloboda Z, eds. *Epidemiology of drug abuse*. New York: Springer Science & Business Media; 2005. p. 114–28.
80. Hickman M, Larney S, Peacock A, et al. Competing global statistics on prevalence of injecting drug use: why does it matter and what can be done? *Addiction* 2018;113(10):1768–74.
81. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):1192–207.
82. Hines LA, Trickey A, Leung J, et al. Associations between national development indicators and the age profile of people who inject drugs: results from a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2020;8(1):76–91.
83. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2020: trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

84. Rhodes T, Barnard M, Fountain J, et al. Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
85. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. Vienna: Division for Policy Analysis and Public Affairs; 2016.
86. Reddon H, Pettes T, Wood E, et al. Incidence and predictors of mental health disorder diagnoses among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug Alcohol Rev* 2018;37(1):285–93.
87. Conner KR, Pinquart M, Duberstein PR. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction* 2008;103(4):524–34.
88. Lang K, Neil J, Wright J, et al. Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013;8(35).
89. United Nations. World drug report 2020. Vienna: United Nations; 2020.
90. Broady TR, Brener L, Cama E, et al. Stigmatizing attitudes towards people who inject drugs, and people living with blood borne viruses or sexually transmissible infections in a representative sample of the Australian population. *PLoS One* 2020;15(4).
91. Elsherif O, Bannan C, Keating S, et al. Outcomes from a large 10 year hepatitis C treatment programme in people who inject drugs: no effect of recent or former injecting drug use on treatment adherence or therapeutic response. *PLoS One* 2017;12(6).
92. Tervise Arengu Instituut. Kahjude vähendamise teenuse kirjeldus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2017.
93. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs. Geneva: UNAIDS; 2019.
94. Raag M, Vorobjov S, Uusküla A. Prevalence of injecting drug use in Estonia 2010–2015: a capture-recapture study. *Harm Reduct J* 2019;16(19).
95. Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, et al. A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009. *Int J Drug Policy* 2013;24:312–8.
96. Vorobjov S, Des Jarlais DC, Abel-Ollo K, et al. Socio-demographic factors, health risks and harms associated with early initiation of injection among people who inject drugs in Tallinn, Estonia: evidence from cross-sectional surveys. *Int J Drug Policy* 2013;24(2):150–5.
97. Vorobjov S, Salekešin M. HIV levimuse ja riskikäitumise uuring Tallinna narkootikume süstivate inimeste seas 2017. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018.

98. Salekešin M, Vorobjov S. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Narva narkootikume süstivate inimeste seas 2018. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.
99. Salekešin M, Vorobjov S. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring narkootikume süstivate inimeste seas Kohtla-Järvel 2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021.
100. Tervise Arengu Instituut. Narkomaania olukord Eestis 2020. Tallinn: Tervise Arengu Insituut; 2021.
101. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2018: trends and developments. Publications Office of the European Union; Luxembourg; 2018.
102. Tervise Arengu Instituut. Eesti kahjude vähendamise teenustes kogutavate süstalde uuring narkootikumide jääkide suhtes 2022. Lühikokkuvõte uuringust. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
103. Rüütel K, Epstein J, Kaur E. HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis aastatel 2011–2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; 2021.
104. Kåberg M, Larsson S, Bergström J, et al. Quality-adjusted life years among people who inject drugs in a needle syringe program in Sweden. *Qual Life Res* 2023;32(1):197–207.
105. Fischer JA, Conrad S, Clavarino AM, et al. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Qual Life Res* 2013;22(8):2113–21.
106. Strada L, Schmidt CS, Rosenkranz M, et al. Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. *Subst Abus Treat Prev Policy* 2019;14(2).
107. Ubuguyu O, Tran OC, Bruce RD, et al. Improvements in health-related quality of life among methadone maintenance clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Drug Policy* 2016;30:74–81.
108. McDonald SA, Hutchinson SJ, Palmateer NE, et al. Decrease in health-related quality of life associated with awareness of hepatitis C virus infection among people who inject drugs in Scotland. *J Hepatol* 2013;58(3):460–6.
109. Reile R, Uusküla A. Health-related quality of life among injecting drug users (IDUs) and general population in Estonia. Ettekanne Eesti käitumis-, sotsiaal ja terviseteaduste doktorikooli aastakonverentsil; 23–25. mai 2013; Noarootsi, Eesti.

110. Mrus JM, Schackman BR, Wu AW, et al. Variations in self-rated health among patients with HIV infection. *Qual Life Res* 2006;15(3):503–14.
111. Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne CD, et al. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. *Am J Med* 2000;108(9):714–22.
112. Chan PY, Joseph MA, des Jarlais CD, et al. Perceived effectiveness of antiretroviral therapy, self-rated health and treatment adherence among HIV-positive people who inject drugs in Estonia. *Int J STD AIDS* 2018;29(1):13–22.
113. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2016. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2017.
114. Uusküla A. HIV valdkonna uuringud TÜ peremeditsiini ja rahvatervise instituudis. Ettekanne Tervise Arengu Instituudis; 22. november 2016; Tallinn, Eesti.
115. World Health Organization. WHO Drug Injecting Study Phase II: Study Questionnaire. World Health Organization; 2001. (<https://www.who.int/publications/i/item/who-drug-injecting-study-phase-ii-study-questionnaire>) [15.05.2023].
116. Uusküla A, Barnes DM, Raag M, et al. Frequency and factors associated with providing injection initiation assistance in Tallinn, Estonia. *Drug Alcohol Depend* 2018;188:64–70.
117. Uusküla A, Raag M, Barnes D, et al. Adapted “break the cycle for avant garde” intervention to reduce injection assisting and promoting behaviours in people who inject drugs in Tallinn, Estonia: A Pre- Post Trial. *medRxiv* (preprint). (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.03.29.22273126v1.full>) [15.05.2023].
118. Johnston L, Liddell D, Browne K, et al. Responding to the needs of ageing drug users. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. EMCDDA; 2017.
119. Kallaste K, Vaher M. Tugiisik narkootikume tarvitavatele inimestele ehk programm SÜTIK. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2022.
120. Williams SC, Davey-Rothwell MA, Tobin KE, et al. People who inject drugs and have mood disorders-a brief assessment of health risk behaviors. *Subst Use Misuse* 2017;52(9):1181–90.
121. Roberts A, Mathers B, Degenhardt L. Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs. Sidney: National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), University of New South Wales; 2010.
122. Whiting R, Bartle-Haring S. Variations in the association between education and self-reported health by race/ethnicity and structural racism. *SSM Popul Health* 2022;19.

123. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006;367(9509):528–9.
124. Urtson J. Narkootikume süstivate naiste ja meeste võrdlus [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.
125. Assari S. Blacks' diminished return of education attainment on subjective health; mediating effect of income. *Brain Sci* 2018;8(9):176.
126. Loigu K. Tervise enesehinnang ja arstiabi kasutamine tervisekäitumise uuringu 2014 andmetel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2017.
127. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997;44:174–99.

Self-rated health and associated factors in people who inject drugs and general population living in Harju County during 2016–2019

Hanna Maria Aavik

Summary

Self-rated health (also called self-assessed health, self-reported health or self-perceived health) is a subjective measure of health frequently used in research. Due to its ease of use and predictive value for future health events, this instrument is also useful for identifying vulnerable groups, such as people who inject drugs, who are at high risk of experiencing a range of health issues and socioeconomic problems. Although the number of people who inject drugs in Estonia is declining, the prevalence of people who inject drugs is among one of the highest in the world. These individuals often face barriers to accessing social welfare services and healthcare due to factors such as poverty, stigma or the lack of health insurance. Despite these challenges, there has been little research on the self-assessment of health among people who inject drugs. The main goal of this master's thesis is to describe and analyze the factors related to self-rated health among people who inject drugs and the general population. The groups in question were aged 18–60, lived in Harju County, Estonia and were analyzed in the period of 2016–2019.

The research design of the master's thesis is a cross-sectional study that uses data from the following studies: Health Behavior among Estonian Adult Population (conducted in 2016 and 2018) and two cohort studies conducted among people who inject drugs in Harju County. The subjects were between 18 and 60 years old and lived in Harju County, Estonia during 2016–2019. Multinomial logistic regression was used to calculate unadjusted and adjusted relative risk ratios (RRR) with 95% confidence intervals (CI) for selected socioeconomic and health characteristics.

The general population most often assessed their health as good or very good (60.3%), which was significantly higher than the percentage among people who inject drugs (27.9%). Compared to the general population, people who inject drugs were significantly more likely to rate their health as average (53.2% vs. 33.3%) and poor or very poor (18.6% vs. 6.4%). The adjusted regression analysis showed that self-rated health for both groups was related to age, employment status and reporting of stress and symptoms of depression. Specifically, there was a greater risk of rating one's health as average and/or poor among 40–60 year olds compared to 18–29 year olds, unemployed or public assistance recipients compared to those employed and those who reported stress and symptoms of depression compared to those who did not. Additionally, the self-rated health of the general population was related to the presence of

chronic disease(s). The self-rated health of people who inject drugs was related to their HIV status. Contrary to the people who inject drugs, the self-rated health of the general population was also associated with ethnicity and education.

In conclusion, compared to the general population in Harju County during 2016–2019, people who injected drugs rated their health significantly lower. Self-rated health in both groups was strongly associated with age, employment status, mental health variables and presence of chronic disease(s) or HIV. Compared to the people who inject drugs, the self-rated health in the general population was also associated with ethnicity and education. The lower self-rated health of people who inject drugs highlights the importance of carrying out programmes and services (e.g. harm reduction services) dedicated to them.

Tänuavaldus

Suur tänu magistritöö juhendajatele Sigrid Vorobjovile ja Anneli Uuskülale asjakohaste nõuannete ning põhjalike kommentaaride eest. Samuti tänan Heti Pisarevi ja Inge Ringmetsa, kes andmeanalüüsi kohta nõu andsid ning Rainer Reilet Tervise Arengu Instituudist, kes tagas osa töö tarvis vajalikest andmetest. Suur aitäh ka rahvatervishoiu eriala õppejõududele ning kursusekaaslastele, kes töö valmimisel rolli mängisid. Samuti soovin tänada enda peret, kes õpingute ajal toeks oli.

Curriculum vitae

Ees- ja perekonnanimi:

Hanna Maria Aavik

E-post:

aavik.hanna@gmail.com

Hariduskäik:

2020–...

Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)

2015–2020

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus
(ämmaemanda eriala)

Töökoht ja amet:

2020–...

Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik, ämmaemand

Keelteoskus:

eesti keel

emakeel

inglise keel

C1

vene keel

A2

Kuupäev: 05.05.2023

Lisad

Lisa 1. Kohortuuringus „Kombineeritud sekkumine vähendamaks süstimisega alustamist“ kasutatud küsimustik 2016. aastal

K.5. Kuidas Te hindate oma praegust tervist? Milline see Teie arvates on ...?

- 1 Väga hea
- 2 Hea
- 3 Keskmine
- 4 Halb
- 5 Väga halb
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.2. Mis on Teie sugu?

- 1 Mees
- 2 Naine
- 3 Transseksuaal
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.1. Millal Te olete sündinud?

- ___ / ___ / _____ (kuupäev/kuu/aasta)
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.3. Mis on Teie rahvus?

- 1 Venelane
- 2 Eestlane
- 3 Muu
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.6. Milline on Teie perekonnaseis?

- 1 Ametlikult abielus
- 2 Lesk
- 3 Ametlikult abielus, kuid lahus elav
- 4 Lahutatud ja vallaline
- 5 Ei ole olnud kunagi abielus / vallaline
- 6 Suhtes, kuid ei ela nagu abielus
- 7 Suhtes ja elab nagu abielus (sh vabaabieliu)
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.4. Milline on Teie haridustase?

- 1 Algharidus (1.–7. klassi)
- 2 Põhiharidus (8.–9. klassi)
- 3 Keskharidus 10.–12. klassi)
- 4 Kutseharidus
- 5 Kõrgharidus

- 6 Muu
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

C.5. Milline on peamine elatusallikas, millest Te olete viimase kuu aja jooksul elatunud?

- 1 Tavatöö/tööhõive korrapärase palgaga
- 2 Ajutine töö (sealhulgas juhutööd, mitteametlik töö jms)
- 3 Füüsilisest isikust ettevõtja
- 4 Säästud
- 5 Kerjamine
- 6 Töötushüvitis
- 7 Riiklik hüvitis, puudetoetus
- 8 Abikaasa, elukaaslase, sõbra või sugulase sissetulek
- 9 Seks raha eest
- 10 Muu illegaalne või tõenäoliselt illegaalne tegevus (varastamine või röövimine)
- 11 Muu
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

K.6. Millal Te viimati kohtusite arsti või medõega arstlikuks läbivaatuseks? Ärge arvestage vastamisel narkomaania raviga seotud visiite (nt metadooni järel käimine).

- 1 Vähem kui 6 kuud tagasi
- 2 6 kuud kuni 1 aasta tagasi
- 3 Rohkem kui 1 aasta, kuid vähem kui 2 aastat tagasi
- 4 2 või rohkem aastat tagasi
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

K.2. Kui tihti olite viimase 30 päeva jooksul liigset murelik millegi pärast?

- 1 Mitte kunagi
- 2 Vahetevahel (1–25%)
- 3 Umbes pooltel kordadel (26–74%)
- 4 Enamasti (76–99%)
- 5 Alati
- 98 Ei tea
- 99 Keeldub vastamast

K.3. Kui tihti te viimase 30 päeva jooksul olite depressioonis või kaotasite huvi asjade vastu, millest Te tavaliselt hoolisite?

- 1 Mitte kunagi
- 2 Vahetevahel (1–25%)
- 3 Umbes pooltel kordadel (26–74%)
- 4 Enamasti (76–99%)
- 5 Alati

61. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?

- 1 hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 halb

1. Teie sugu

- 1 mees
- 2 naine

2. Teie sünniaeg

päev			kuu		aasta		

3. Teie rahvus

- 1 eestlane
- 2 venelane
- 3 muu (palun kirjutage)

4. Teie tegelik perekonnaseis

- 1 vallaline
- 2 abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga
- 3 lahutatud/lahus elav
- 4 lesk

5. Teie haridus (kõrgeim lõpetatud haridustase)

- 1 alg- (1–6 klassi)
- 2 põhi- (7–9 klassi)
- 3 põhi-+kutseharidus
- 4 kesk-/gümnaasiumi- (10–12 klassi)
- 5 keskeri-/kutsekesk-
- 6 kõrg-

10. Millist tööd Te käesoleval ajal teete? (palun märkige ainult üks põhiline.)

- 1 põllu-, karjakasvatus-, metsatöö, kalandus
- 2 tööstus-, kaevandus-, ehitus-, transporditöö
- 3 teenindus-, ametnikutöö
- 4 meditsiini-, kultuuri-, haridus-, teadustöö
- 5 õpilane või üliõpilane (õppimine on põhitegevus)
- 6 ajateenija
- 7 kodune
- 8 mittetöötav pensionär
- 9 töötu

62. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?

- 1 jah
- 2 ei

64. Mitu korda olete käinud viimase 12 kuu jooksul arsti (pereõe) juures või olnud haiglas?

perearsti juures

hambaarsti juures

muu eriarsti juures

pereõe iseseisval vastuvõtul

erakorralise meditsiini osakonnas (EMO)

konsulteerinud telefoni teel enda terviseprobleemide tõttu arstiga

pereõega

kutsunud endale/kutsutud Teile kiirabi

olnud ravil päevaravi osakonnas

olnud haiglaravil

[illegible]

korda

korda

korda

korda

korda

korda

korda

korda

korda

ööpäeva

		korda, kokku
--	--	--------------

77. Kas te olete viimase 30 päeva vältel olnud stressis, pinge all?

1 jah, minu elu on peaaegu talumatu

2 jah, rohkem kui inimesed tavaliselt on

3 jah, kuid mitte rohkem kui inimesed tavaliselt on

4 ei, üldse mitte

78. Kas te olete viimase 30 päeva jooksul olnud masendunud, õnnetu (depressioonis)?

1 jah, palju rohkem kui varem

2 jah, mõnevõrra rohkem kui varem

3 jah, kuid mitte rohkem kui varem

4 ei, üldse mitte

Lihthitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Hanna Maria Aavik,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihthitsentsi) enda loodud teose „Harjumaal elavate narkootikume süstivate inimeste ja üldrahvastiku tervise enesehinnang ning sellega seotud tegurid aastatel 2016–2019“, mille juhendajad on Sigrid Vorobjov ja Anneli Uusküla, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihthitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Hanna Maria Aavik

05.05.2023