

**Tartu Ülikool**  
**Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut**

**DEPRESSIIVSUSE ESINEMINE JA SELLEGA SEOTUD  
TUNNUSED NARKOOTIKUME SÜSTIVATEL INIMESTEL**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Krista Junolainen**

**Juhendajad: Sigrid Vorobjov, MSc, PhD, Tervise Arengu Instituut  
riskikäitumise uuringute osakond  
juhataja, vanemteadur**

**Anneli Uusküla, MD, MSc, PhD, Tartu Ülikool  
peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
epidemioloogia professor**

**Tartu 2024**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 24.05.2024 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kristi Rüütel, MD, PhD, Tervise Arengu Instituut, vanemteadur

Kaitsmine: 04.06.2024

# Sisukord

Kasutatud lühendid .....	4
Lühikokkuvõte.....	5
1. Sissejuhatus.....	6
2. Kirjanduse ülevaade.....	8
2.1 Mõisted .....	8
2.2 Depressioon .....	9
2.2.1 Depressiooni olemus.....	9
2.2.2 Depressioon ja depressiivsus .....	10
2.2.3 Depressiooni levimus ja tervisekaotus.....	10
2.3 Narkootikumide tarvitamine süstimise teel .....	11
2.4 Depressioon narkootikumide süstivate inimeste seas .....	14
2.5 Teenused NSI-de vaimse tervise parandamiseks ja toetamiseks .....	15
3. Eesmärgid .....	17
4. Materjal ja metoodika .....	18
4.1 Andmestik.....	18
4.2 Töös kasutatavad tunnused .....	18
4.3 Andmeanalüüs .....	21
5. Tulemused.....	22
5.1 Depressiivsuse levimus.....	22
5.2 Uuritavate kirjeldus.....	22
5.3 Depressiivsusega seotud tunnused.....	26
5.4 Depressiivsete ja mitte-depressiivsete uuritavate tervisekäitumine.....	29
6. Arutelu .....	30
7. Järeldused ja ettepanekud .....	35
8. Kasutatud kirjandus .....	36
Summary.....	46
Tänuavaldus.....	47
<i>Curriculum vitae</i> .....	48

## Kasutatud lühendid

<b>AIDS</b>	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (ingl <i>acquired immune deficiency syndrome</i> )
<b>AOR</b>	kohandatud šansisuhe (ingl <i>adjusted odds ratio</i> )
<b>ARV-ravi</b>	antiretroviirusravi (ingl <i>ART – antiretroviral therapy</i> )
<b>CI</b>	usaldusvahemik (ingl <i>confidence interval</i> )
<b>HBV</b>	B-hepatiidi viirus (ingl <i>hepatitis B virus</i> )
<b>HCV</b>	C-hepatiidi viirus (ingl <i>hepatitis C virus</i> )
<b>HIV</b>	inimese immuunpuudulikkuse viirus (ingl <i>human immunodeficiency virus</i> )
<b>MHI-5</b>	vaimse tervise (psühholoogilise stressi ja heaolu) hindamise mõõtevahend (ingl <i>five-item Mental Health Inventory</i> )
<b>NSI-d</b>	narkootikumide süstivad inimesed (ingl <i>PWID – people who inject drugs</i> )
<b>OAR</b>	opioid(sõltuvuse) asendusravi (ingl <i>ODT – opioid dependence treatment</i> )
<b>OR</b>	šansisuhe (ingl <i>odds ratio</i> )
<b>p-väärtus</b>	olulisuse tõenäosus (ingl <i>p-value</i> )
<b>RDS</b>	uuritavate juhitud kaasamise meetod (ingl <i>respondent-driven sampling</i> )
<b>RHK-10/11</b>	rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10./11. versioon (ingl <i>ICD-10/11 – International Classification of Diseases 10th/11th Revision</i> )
<b>SD</b>	standardhälve (ingl <i>standard deviation</i> )
<b>UI</b>	usaldusintervall (ingl <i>uncertainty interval</i> )
<b>WHO</b>	Maailma Terviseorganisatsioon (ingl <i>World Health Organization</i> )

## Lühikokkuvõte

Magistritöö eesmärk oli uurida depressiivsuse (depressiooni sümptomite) levimust ja sellega seotud tunnuseid (demograafilised, sotsiaalmajanduslikud, narkootikumide tarvitamise ja seksuaaleluga seotud riskikäitumine ning tervisekäitumine) Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste (NSI-de) seas.

Töö põhineb Tervise Arengu Instituudi läbi viidud Kohtla-Järve 2020. aasta NSI-de läbilõikelise uuringu andmetel. Valim moodustati uuritavate juhitud kaasamise meetodil. Uuritavate (n = 350) depressiivsust hinnati vaimse tervise (psühholoogilise stressi ja heaolu) hindamise mõõtevahendiga MHI-5 (ingl *five-item Mental Health Inventory*).

Tõsisele depressioonile viitavaid sümptomeid esines 34,3% (95% CI 29,3–39,5) uuritavatest. Demograafilistest ja sotsiaalmajanduslikest tunnustest olid depressiivsusega seotud naissugu ja sotsiaalpinnal elamine. Depressiivsus oli seotud nii süstimise kui ka seksuaaleluga seotud riskikäitumisega. Tervisekäitumise osas oli depressiivsetel NSI-del võrreldes mitte-depressiivsete NSI-dega enam kui neli korda suuremad šansid suitsidaalsuseks, nii suitsiidimõtete esinemiseks kui ka suitsiidikatseks. Seost depressiivsuse ja antiretroviirusravi (ARV-ravi) järgimuse vahel praeguses uuringus ei ilmnenu.

Arvestades depressiivsuse ja narkootikumidest sõltuvushäire komorbiidsuse mõjusid riski- ja tervisekäitumisele, tuleb depressiivsust NSI-de seas regulaarselt skriinida, leidmaks isikud, kes vajavad tõhustatud ravi ja kahjude vähendamise sekkumisi. Oluline on välja töötada NSI-dele suunatud heatasemeliste integreeritud teenuste osutamine.

# 1. Sissejuhatus

Vaimne tervis on tervise ja heaolu lahutamatu osa ning fundamentaalne inimõigus (1), mis hõlmab kõiki igapäevaelu aspekte (2). Hea vaimne tervis võimaldab paremini suhestuda, toimida, toime tulla ja areneda ning seega tunnetada elu tähendusväärseks (1). Vaimne tervis võib varieeruda optimaalsest heaolust kuni vaimse tervise häire(te)st tingitud väljakannatamatu emotsionaalse valuni (1, 2).

Rohkelt on kogunenud tõendust, et depressioon on ülemaailmselt üks peamisi tervisekaotuse ja sellest tingitud (vältitavate) kannatuste põhjustajaid. See tekitab kahju isiku tasandil, halvendab sotsiaalset funktsioneerimist ja majanduslikku produktiivsust, on seotud enneaegse suremusega, mõjutab pereelu ja kogukondi ning võib takistada ühiskondade arenemist. (3). Tegu pole üksnes mitmetahulise rahvatervishoiu, vaid samuti arengulise probleemiga – ebaõnnestunud lähenemise/ravi korral panustab see vaesusesse nii leibkonna kui riiklikul tasandil (4). Sissetulekute ebavõrdsus (5, 6) ja vaesus omakorda (7) on tugevalt seotud depressiooniga. Eriti puudutab see haavatavaid või ebasoodsas olukorras olevaid elanikkonna liikmeid, kellel juba on oluliselt enam vaimse tervise probleeme (5). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) 2008. a hinnangul võib depressioonist põhjustatud tervisekaotus tõusta aastaks 2030 (kolmandalt) esimesele kohale (8).

Viimaste aastakümnetega on märkimisväärset edu saavutatud mõne psühhiaatrilise häirega (nagu depressioon) seotud stigma vähendamisel, ent taolised muutused ei ole toimunud sõltuvushäirete puhul (9, 10). Narkootikumidest sõltuvus on stigmatiseerimise ja diskrimineerimise subjekt (mõjutades ravi kättesaadavust) (11), sageli tagasilangustega kulgev, mida peaks käsitlema kroonilise haigusena ning mille juures on ääretult oluline tõenduspõhise ravi ja tugiteenuste (pikaajaline) olemasolu ja neile juurdepääs (12).

2021. aastal süstis narkootikume ligikaudu 14,8 miljonit (95% *UI* 10,0–21,7) inimest maailmas. Regionaalselt suurim (ja regioonide võrdluses mitmekordselt suurem) on narkootikume süstivate inimeste (NSI-de) levimus Ida-Euroopas ja Põhja-Ameerikas, vastavalt 1,1% ja 1,4%. (13). Eestis oli 2015. a seisuga NSI-sid 15–44-aastaste vanusegrupis hinnanguliselt 8600 (95% *CI* 7700–9700) (14). Uimastite tarvitamise ja nende kahjustava toime osas on üks haavatavamaid rühmi noored (15). Ülemaailmselt moodustavad kõikidest NSI-dest alla 25-aastased ligikaudu veerandi (16). Eestis on NSI-de keskmine vanus vahemikus 36–40 aastat, mis on aastatega koos süstimise staažiga kasvanud (17–19).

Narkootikume süstivatele inimestele on ebaoproportsionaalselt suur risk mitmesuguste tervise- ja sotsiaalsete probleemide kujunemiseks, mis võivad põhjustada vältitavat haigestumist ja enneaegset suremust. Samuti võib ohustatud olla teiste inimeste tervis ja heaolu.

Lisaks esineb NSI-del sotsiaalmajanduslikke ja õigusrikkumistega seotud probleeme. Narkootikumide tarvitamisega seotud materiaalsed ja mittemateriaalsed kahjud ei piirdu isiku ja tema pere isikliku kahjuga, vaid hõlmavad samuti sotsiaalseid ja majanduslikke kahjusid ühiskonna toimimisele (nt tööjõu-, produktiivsuse kadu) ning koormust ja kulusid tervishoiu- ja õigussüsteemile.

Uimastite tarvitamine ja vaimse tervise häired on tugevalt põimunud. NSI-de seas on vaimse tervise probleemid levinud. Metaanalüüsi järgi esineb 42% (95% CI 21,3–62,8) NSI-dest tõsiseid depressiooni sümptomeid (20). Vaimse tervise häired piiravad veelgi ravi- ja sotsiaalteenustele juurdepääsu (21–23), on seotud hilinenud ravi alustamise (24, 25), kehvema raviga soostumise ja halvamate ravitulemuste (26–28) ning kõrge riskikäitumisega (23, 29, 30).

Ida-Euroopas on narkootikumide süstimine inimese immuunpuudulikkuse viiruse ehk HIV-epideemiate (31) ning HIV-i, (ravimresistentse) tuberkuloosi ja C-hepatiidi viiruse ehk HCV sündemiate üks peamine põhjus (32). HIV-i levimus NSI-de seas varieerub maailma regioonides 1,1%-st Austraalaasias kuni 31,5%-ni Ladina-Ameerikas ja 34,2%-ni Ida-Euroopas (lisaks riikidevaheline erinevus nendes regioonides) (13). Eestis ületab HIV-i levimus NSI-de seas 50%, mis on maailma riikide võrdluses üks kõrgemaid (16). Vaatamata antiretroviirusravi (ARV-ravi) järjest paremale kättesaadavusele on HIV-positiivsete NSI-de peamised surmapõhjused jätkuvalt seotud omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi ehk AIDS-iga (33, 34). Lisaks oluliselt paranenud tervisetulemitele võimaldab HIV-i nakatunud inimeste kiire tuvastamine ja edukas ARV-ravi (35) elimineerida või oluliselt vähendada HIV-i ülekandumist seksuaalsel teel (36).

Viimastel aastatel on narkootikumide üledoosist põhjustatud surmajuhud rekordkõrged nt USA-s (37) ja samuti Eestis, kus 2023. a esialgsetel andmetel (38) mitmekordistusid uimastite üledoosist tingitud surmad 117 surmajuhuni (80 juhtu aastal 2022, 39 juhtu aastal 2021 ja 31 juhtu aastal 2020 [39]). Enamik nendest üledoosisurmades on põhjustatud mitme uimasti segatarvitamisest ja äärmiselt tugevatoimelistest sünteetilistest opioididest (38, 39), mis on samuti probleem nt teistes Euroopa linnades (40).

Meeleoluhäiretega NSI-del võivad olla erilised ja märkimisväärsed psühhosotsiaalsed, kliinilised ja riskide vähendamist puudutavad vajadused (41). Kuna tegu on stigmatiseeritud ja raskesti ligipääsetava rahvastikurühmaga, kelle täpne arv on teadmata, on nende vajadustega tegelemine veelgi komplitseeritum. Vaatamata tõsistele ja rohketele tervise jpt probleemidele, millega narkootikume süstivad inimesed silmitsi seisavad, on endiselt vähe teavet vaimse tervise häire ja narkootilistest ainetest sõltuvushäire võimalikest sünergilistest mõjudest riskikäitumisele NSI-de seas (29, 41). Eestis ei ole seni teadaolevalt depressiivsust ja sellega seotud tegureid NSI-de seas uuritud.

## 2. Kirjanduse ülevaade

### 2.1 Mõisted

**Depressiivsed häired** – meeleoluhäired, mida iseloomustavad alanenud, masendunud meeleolu (nt kurbus, ärritunud olek, tühjustunne) või elurõõmu ja naudingutunde kadumine koos teiste kognitiivsete, käitumuslike või neurovegetatiivsete sümptomite esinemisega, mis mõjutavad inimese tegutsemisvõimet (42).

**Narkootikumid** – narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduses loetletud ained. Nende ainete käitlemine, mis lisaks tarvitamisele hõlmab ka nt valdamist, omamist, vahendamist, töötlemist, säilitamist ja hoidmist, on üksikisikul mittemeditsiinilistel eesmärkidel keelatud ja seadusega karistatav. (43). Samuti kasutatakse mõistet „uimastid“.

**Narkootikume süstiv inimene** – isik, kes manustab meditsiinilise näidustusega või arsti ettekirjutusega narkootikume valdavalt veenisiseselt, lihasesse ja/või naha alla süstides (44).

**Narkootiliste ainete tarvitamise häire** – peamiselt aine kuritarvitamine või sellest sõltuvus (samuti muud tarvitamisest tingitud häired tüsistusteta intoksikatsioonist kuni eri psühhooside häireteni) (45).

**Riskikäitumine** – käitumine, mis suurendab riski tervisekahjudeks, nt vere teel levivate haiguste ülekandumine ja üledoos.

**Süstimisega seotud riskikäitumine** – süstimistavad, mis hõlmab (kuid mis ei piirdu nendega) nõelte/süstalde jagamist, enda kasutatud nõelte/süstalde uuesti kasutamist, süstimise ettevalmistamiseks kasutatavate tarvikute (nt nõud, filtrid, loputusvesi) uuesti kasutamist ja jagamist ning ühe süstla kaudu teise süstlasse süstitava aine jagamise meetodit (46). Sageli toimub see keeruliste personaalsete, sotsiaalsete ja keskkondlike olude kontekstis.

**Üledoos** – uimasti või ravimi tahtmatu või tahtlik manustamine tervist ohustavas või suuremas koguses, kui organism on harjunud, mis põhjustab tõsise toksilise reaktsiooni või surma (47).

**Komorbiidsus** – kahe (või enama) haiguse samaaegne esinemine. Komorbiidsusega võib kaasneda haigustevaheline vastastiktoime, mis mõjutab mõlema kulgu ja prognoosi. (48).

**Kahjude vähendamine** – poliitikad, programmid ja tegevused ning nende kogumid, mille peamine eesmärk on vähendada narkootikumide tarvitamise ja sellega seotud riskikäitumisega kaasnevaid tervise, sotsiaalseid ja majanduslikke kahjusid. Kahjude vähendamine aitab ennetada võimalike tervisekahjude tekkimist ja üledoosist tingitud surmasid ning leida marginaliseeritud inimestel kontakt teiste tervise- ja sotsiaalteenustega. (49).

## 2.2 Depressioon

### 2.2.1 Depressiooni olemus

Vaimse tervise häiretest on kõige levinumad ja moodustavad valdava osa depressiivsed ning ärevushäired (50). Depressioon võib kujuneda pikaajaliseks ja/või korduvaks (51), kahjustades oluliselt inimese funktsioneerimisvõimet või toimetulekut igapäevaeluga (52). Sellest tingituna väheneb inimese elukvaliteet ja töövõime (53) ning kannatab perekonna(elu) heaolu alates intiimsuhete tekkimisest (3) ja mõjust lastele (54) kuni lähedaste eest hoolitsemiseni (3). Depressioon on ülemaailmselt üks olulisematest haiguskoormuse (55) ja töölt eemaloleku (56) põhjustajatest ning suitsidaalsuse riskiteguritest (57, 58). Lisaks ulatuslikule tervisekaole on depressioonil pikaajalised sotsiaalsed ja majanduslikud kulud ühiskonnale tervikuna – otsekulud tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile ning kaudsed kulud, mis väljenduvad töö ja sissetuleku kaotuses ning maksutulude vähenemises (59). Vaimse tervise häirete, sh depressiooni tagajärjed nii tervise kui majanduslike kahjudena võivad olla oluliselt kõrgemad kui seniajani on hinnatud (60).

Depressioonil on erisugused kliinilised ilmingud, raskusastmed ja ettearvamatu kulg. Depressioon tekib sageli mitme teguri koosmõju tulemusena, enamasti ebasoodsa(te) elusündmus(te) interaktsioonil geneetiliste, sotsiaalsete, keskkondlike ja arenguliste riski- ning toimetulekuteguritega. (3). Depressioon võib olla raskesti äratuntav (ja mõistetav ning alaravitud) kompleksne psüühikahäire (3, 51). Eelkõige on takistused, et inimesed ei otsi eri põhjustel meeleoluhäire korral abi ja abi pakkujaid pole piisavalt, neil ei ole küllaldaselt aega, teadmisi ja oskusi selle hindamiseks (61); lisaks võib depressiooni diagnostikat raskendada teis(t)e haigus(t)e põdemine (51, 62).

Depressiooni diagnoosimiseks peab samaaegselt esinema teatud arv haiguse raskusastmele (kerge, mõõdukas, raske) tüüpilisi sümptomeid valdava osa ajast vähemalt kahe nädala vältel (45). Klassifitseerimise süsteemid ja binaarne lähenemine (inimeste jagamine kaheks: vaimse häirega ja ilma) on vajalikud, loomaks ühist keelt teaduse ja kliinilise praktika jaoks, ent mõnikord võivad need tähelepanu iga inimese unikaalsest haigusteekonnast eemale juhtida ja annavad ebapiisavat kaalu nende inimeste läbielamistele ning seega ei kajasta täpselt isikute ja rahvastik(urühmad)e vaimse tervise vajaduste mitmekesisust ja keerukust (2, 3). On leitud, et depressiooni praegune kategoriseerimine võib alahinnata nõrgemalt väljendunud ehk subkliinilist depressiooni, mille korral pole inimest kurnavate sümptomite arv või kestus depressiooni diagnoosimiseks piisav (63). Samuti on näidatud, et nõrgemalt väljendunud depressioon on levinud üle maailma, seotud samade teguritega ja halvendab oluliselt tervist ega

eristu kvalitatiiivselt depressiooni episoodidest (64). Rahvastiku tasandil on leitud, et sagedased psühholoogilise stressi sümptomid (nt alanenud meeleolu ja ärevus) on enam tegutsemisvõime vähenemisega seotud kui diagnoositud vaimsed häired (65). Juhtudel, kus nõrgemalt väljendunud psühholoogilist stressi ei diagnoosita, kuid sellega tegelemisvajaduse äratundmine võib viia inimese sobiva toetuse ja kaasamiseni, edendades enesehoolitsust või lihtsalt suurendada jälgimist (2).

### **2.2.2 Depressioon ja depressiivsus**

Siin töös uuritakse narkootikumide süstivate inimeste depressiivsust hinnates depressiooni sümptomite esinemist. Selleks on kasutatud rahvusvaheliselt tunnustatud ja valideeritud mõõtmisinstrumenti MHI-5 (ingl *five-item Mental Health Inventory*). See põhineb viiel küsimusel vaimse tervise positiivsete ja negatiivsete aspektide kohta, mida saab kasutada (tõsiste) depressiooni sümptomite identifitseerimiseks (66–68). Arvestades uuritavat rahvastikurühma, on MHI-5 eelis võrreldes teiste instrumentidega selle lühidus, kergesti täidetavus, valiidsus ja usaldusväärsus (69). MHI-5 alusel ei saa depressiooni diagnoosida, sellega saab hinnata depressiooni sümptomite olemasolu.

Depressiooni sümptomite (esmaseks) hindamiseks (samuti seisundi jälgimiseks) saab kasutada eri (üldiseid ja spetsiifilisi, originaal- ja lühendatud versioonidega) enesehinnangulisi mõõtevahendeid. Sagedamini kasutatavad instrumendid on nt üldine terviseküsimustik (ingl *General Health Questionnaire*), Becki depressiooniküsimustik (ingl *Beck Depression Inventory*) (70), patsiendi terviseküsimustik (ingl *Patient Health Questionnaire*) (71) ja Eestis (Eestis välja töötatud) emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 (uuendatud versioon) (72).

### **2.2.3 Depressiooni levimus ja tervisekaotus**

#### **Levimus**

2020. aastal oli ülemaailmselt hinnanguliselt 246 miljonil inimesel depressioon (3153 juhtu 100 000 inimese kohta) (73). Depressiooni levimuseks elu jooksul hinnatakse keskmiselt 11,2% (kõrgema sissetulekuga riikides 13,0%) ning 12-kuuliseks levimuseks keskmiselt 4,7% (kõrgema sissetulekuga riikides 5,1%) (74). 2020. aastal oli diagnoositud haigusjuhtude põhjal hinnatuna depressiooni levimus Eesti rahvastikus ligikaudu 4% (61). Samal aastal oli Eestis uusi ambulatoorseid meeleoluhäirete haigusjuhte 100 000 elaniku kohta meestel 261 ja naistel 470. Haigestumus meeleoluhäiretesse kasvab: perioodil 2018–2022 tõusis see meestel 27% ja naistel 37% (vastavalt 283 juhult 386-ni 100 000 elaniku kohta ja 441 juhult 698-ni 100 000 elaniku kohta). (75).

Peamiselt Eesti Tervisekassa andmekogul põhineva registriuuringu järgi esines perioodil 2016–2021 ligi veerandil Eesti täiskasvanutest vähemalt üks psüühikahäire diagnoos, millest kõige sagedasem oli depressioon (12,4%). Arvestades aladiagnoosimise probleemi, diagnoosini jõudmise teekondade erisusi ja ravi piiratud kättesaadavuse mõju diagnoosi saamisel, siis suure tõenäosusega on eelnev alahinnang. (76).

2021. a Eesti rahvastikupõhise koroonaviirushaiguse kiiruuringu järgi esines viimase kuu jooksul 18,6% vastajatest depressiooni sümptomeid. Naistel oli neid meestega võrreldes oluliselt rohkem (21,6% vs. 15,2%). Vanuse lõikes kogesid kõige sagedamini depressiooni sümptomeid nooremad täiskasvanud (19–49-aastased). Depressiooni sümptomeid esines oluliselt sagedamini kehvema elujärgega, töötutel ja mittetöötavatel, üksi elavatel ning kõrgharidusega (vs. keskharidusega) vastajatel, samuti neil, kellel oli kehvem tervise enesehinnang, vähem lähedasi (kellele mure korral toetuda) ning kes tarvitasid alkoholi tervist ohustavas koguses ja aeg-ajalt suitsetasid. (77).

### **Tervisekaotus**

2019. aastal olid ülemaailmselt tervisekaotuse ühe osa – aastate, mida inimene pole haiguse tõttu elanud täie tervise juures – põhjustajana depressiivsed häired teisel kohal (50). Samal aastal olid tervisekaotuse põhjustajana depressiivsed häired 10–24- ja 25–49-aastaste seas vastavalt 4. ja 6. kohal ning 50–74-aastaste naiste seas esikümnes (55). Vaimse tervise häiretest oli suurim tervisekaotus tingitud depressiivsetest häiretest kõikides meeste ja naiste vanusegruppides, v.a 0–14-aastaste kategoorias (50).

## **2.3 Narkootikumide tarvitamine süstimise teel**

Narkootikumidel on teiste manustamisviisidega võrreldes kõige tugevam ja kiirem efekt süstides, mis võib suurendada riski sõltuvuse kujunemiseks (78). Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) järgi hõlmavad psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired kahte peamist terviseseisundit: kuritarvitamine ja sõltuvus, lisaks nendega seotud seisundeid (nt intoksikatsioon, võõrutussündroom jt vaimsed häired ainete tarvitamisest). Kuritarvitamist defineeritakse tarvitamise viisina, mis kahjustab tervist somaatiliselt (nt vere teel levivad viirusinfektsioonid, mis tingitud enesesüstimisest) või psüühiliselt (nt depressiivsed häired). (45). RHK-11 järgi kuulub kuritarvitamise alla samuti see, kui tarvitaja käitumise tagajärjel saab kahjustada teis(t)e inimes(t)e tervis (42). Sõltuvust defineeritakse somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleksina, mille korral psühhoaktiivse(te) aine(te) tarvitamine saavutab inimese käitumises prioriteedi käitumisavalduste osas, millel on varem olnud suurem väärtus. Sõltuvuse olulisim

iseloomujoon on (tugev, vastupandamatu) tung psühhoaktiivset ainet tarvitada, mis väljendub järgnevas: a) võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka; b) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomeid; c) tolerantsuse teke – aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine kogust suurendada; d) kasvav prioriteet ainet tarvitada ja suurenenud ajahulk, mis kulub aine hankimisele, kasutamisele ja toimest toibumisele; e) püsiv aine tarvitamine vaatamata selle ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele. (45).

Laienemas on arusaamine, et narkootikumidest sõltuvus ei ole valikuline tegevus, vaid keeruline (aju)haigus (79). Tõsise sõltuvushäirega inimese jaoks pole narkootikumide tarvitamine enam(asti) nauditav ega valikuline tegevus, vaid moodus, leevendamaks väljakannatamatut seisundit ja rahuldamiseks tugevat sundust ainet tarvitada (9). Narkootikumide tarvitamise tagajärjel tekkinud või muutunud neurobioloogilised mehhanismid on seotud aju piirkondadega, mis reguleerivad nt motivatsiooni, naudingu kogemist, mälu ja õppimisvõimet (80). Mõned inimesed on sõltuvushäire kujunemisele haavatavamad kui teised: selle põhjus on peamiselt geneetiline eelsoodumus, kahjulikud mõjud sotsiaalsetes keskkondades, traumeerivad elusündmused, arengulised ja psühhiaatrilised tegurid, millest paljude üle puudub inimesel endal kontroll (9).

Narkootikumide tarvitamine süstides on ohtlikuim manustamisviis. Lisaks sõltuvushäirele on NSI-del suur risk mitmesuguste (elu)ohtlike ja invaliidistavate terviseprobleemide ja tagajärgede tekkeks. Süstimine võib põhjustada lokaalseid ja süsteemseid kõrvaltoimeid (78) ning eri vigastusi (81). NSI-de peamine või üks peamistest põhjustest meditsiinilise abi otsimisel on kõrge levimusega (82) (eri mikroorganismide tekitatud) naha- ja pehmete kudede infektsioonid (nt abstsess) (83, 84), mis võivad ravita / ebapiisava raviga viia elu/jäset ohustavate süsteemsete infektsioonideni (85), nt endokardiit, sepsis, luu- ja liigeseinfektsioon (86, 87) (viimased võivad tekkida ka bakterite otse vereringesse sattudes). Samuti on süstimine seotud krooniliste vaskulaarsete haiguste ja komplikatsioonidega (88). NSI-del on oluliselt suurem risk nakatuda nt vere teel levivate viirustega, nagu HIV, HCV ja HBV (B-hepatiidi viirus) (89). Samuti on neil kõrge risk narkootikumide tarvitamisest põhjustatud surmavaks ja mittesurmavaks üledoosiks, viimane võib omakorda põhjustada tõsiseid tervisekahjustusi (90).

Lisaks on NSI-d haavatavad sotsiaalmajanduslike probleemide osas, nt töötus, vaesus ja kodutus, aga ka õigusrikkumine, mis võib edaspidises elus, kui inimene on sõltuvushäirest vabanenud, saada oluliseks takistuseks ühiskonda integreerumisel, sh töö leidmisel. See võib tuleneda häbimärgistamisest või olla selle põhjus.

NSI-d kogeivad sageli stigmatiseerimist, mis seab niigi ohustatud rahvastiku osa eri kahjude osas veelgi suuremasse ohtu (91). Stigma mõjutab, kuidas narkootiliste ainete

tarvitamishäirega inimestesse suhtutakse ja neid koheldakse ning kuidas nad ise ennast näevad (92). Need inimesed kogevad sageli häbimärgistamist selle eri vormides, sh sotsiaalset vältimist ja kõrvalejätust, struktuurilist diskrimineerimist tervishoiusüsteemis ja ühiskonnas laiemalt, pereliikmetele suunatud halvaksapanu, enda stigmat raviteenustele saamisel ning sisendatud stigmat (92), mille korral inimene hakkab uskuma teiste poolt temale suunatud negatiivseid hoiakuid (93).

Stigmatiseerimise tulemuseks on vähenenud juurdepääs terviseteenustele ja suurenev tervise ebavõrdsus narkootiliste ainete tarvitamise häirega inimeste seas. Sotsiaalset tõrjutust ja sisendatud stigmat kogunud inimestel on täheldatud vähenenud abi otsimist (nt alustamiseks sõltuvushäire ravi [94]) ja ravisoostumust. (92). Uuringud on näidanud, et stigma on oluline takistus nii sõltuvushäire ravi puhul kui ka meditsiiniliste teenuste kasutamisel süstimisega seotud infektsioonide korral (95).

Narkootilistest ainetest sõltuvad inimesed on sageli probleemse ja ettearvamatu käitumisega. Seepärast on kerge mõista, miks ümbritsevad inimesed, sh tervishoiutöötajad võivad olla tõrjuvad ja ükskõiksed. Mõnikord keeldutakse NSI-de abistamisest erakorralistes või muudes haigla osakondades, sest arvatakse, et tegu on narkootiliste ainete otsimisega. (9). Stigmatiseerimine mõjub uimastit tarvitavale inimesele justkui sotsiaalse karistusena: ühelt poolt kui takistus abi saamisel ja teiselt poolt võib see haigust süvendada, soodustades mh narkootikumide edasi tarvitamist (9); samuti on seda seostatud nt riskeerivama süstimisega (96) ja depressiivsusega (97).

Eelnev on seotud sotsiaalse isolatsiooniga, millel võib olla oluline osa narkootiliste ainete (eriti opioidide) sõltuvushäire kujunemisel või selle halvenemisel. Kahesuunaline suhe tekitab tsükli, milles inimene alustab üksildustundega toime tulemiseks narkootikumide kasutamist, mis edaspidi eraldab teda veelgi ühiskonnast ja enda lähedastest ning see omakorda paneb teda veelgi enam uimasteid kasutama. Aja jooksul võib see muutuda krooniliseks narkootikumide tarvitamiseks. (98). Uimastite süstimisega protsess ise võib paeluda, kuna luuakse sotsiaalne ühtekuuluvustunne teiste süstijatega suheldes, sh oskuste õppimisel ja õpetamisel (99).

### **Komorbiidsus**

Sageli esinevad narkootiliste ainete tarvitamine ja muu vaimse tervise häire, nt depressioon samaaegselt (20). Vaimse tervise probleemid võivad eelneda narkootiliste ainete tarvitamisele ja suurendada riski sõltuvuse tekkeks (100). Isegi subkliiniliste ehk nõrgemalt väljendunud vaimsete häiretega isikud võivad eneseravimise võttena narkootikume (kuri)tarvitada (101). Samas võib olla ka vastupidi, et narkootiliste ainete tarvitamine ja neist sõltuvus eelneb vaimse tervise häiretele, suurendab riski nende tekkeks (28) või on nende põhjustajaks (42).

Narkootiliste ainete tarvitamise häire ja teine mittesõltuvuslik vaimse tervise häire võivad kujuneda ka iseseisvalt ühiste riskifaktorite tõttu (28). Olenemata, kas üks haigus ilmneb esimesena või kas üks põhjustab teist, võimendab komorbiidsus nende haiguste raskusastet ja kestust suure tõenäosusega negatiivselt.

## 2.4 Depressioon narkootikumede süstivate inimeste seas

Depressioon ja narkootiliste ainete tarvitamise häire on üks kõige sagedasematest komorbiidsuse vormidest ning haiguste vahel on tugev seos ( $OR = 3,80$ ; 95%  $CI$  3,02–4,78) (102). Narkootiliste ainete tarvitamishäirega isikute hulgas on psühhiaatrilistest haigustest kõige levinum depressioon – olenevalt uuritavatest ja meetodikast hinnatakse selle levimuseks 12–80% (28). Näiteks Ühendriikide ravi otsivate opioide süstivate inimeste seas leiti depressiooni 12-kuuliseks levimuseks 17% (103). Narkootikumede süstivate naiste hulgas üle Euroopa, kes värvati uuringusse sõltuvushäire ja kahjude vähendamise keskustest, oli depressiooni eluaegne levimus 76% (104). Vietnami HIV-positiivsetest narkootikumede süstivatest meestest esines 44%-l viimasel nädalal tõsiseid depressiooni sümptomeid (30). Metaanalüüsil on leitud, et ligikaudu ühel inimesel kolmest, kes süstib narkootikumede, on kliiniliselt väljendunud depressioon (20). Kuigi narkootikumede süstivate inimeste uuringutes mõõdetakse depressiooni harva, on kirjanduse süstemaatilise ülevaate järgi valideeritud skaalad kasutades leitud NSI-de depressiivsete häirete levimuseks 66% viimase 12 kuu jooksul (13).

Narkootikumede süstivate inimestel on depressiooni sümptomite / psühholoogilise stressiga enam seotud nt järgmised riskitegurid: sagedasem süstimine (23); surmaga mittelõppeva üledoosi kogemine (105) ja tahtlik üledoseerimine (106); nõela (27, 104) jm süstimisvarustuse jagamine (30, 104, 107), mis hõlmab juba teis(t)e inimes(t)e kasutatud süstla jm varustuse enda tarbeks kasutamist (23, 29) ning enda kasutatud nõela (107) ja süstla teis(t)ele jagamist (23); sagedasem süstimisvarustuse jagamine (108); ravimijääkide süstimine (109); riskantne seksuaalkäitumine: seksuaalvahekorras olemine tasuta eest (108), kaitsmata seksuaalvahekord (107). Samas on viimane seos leitud üksnes naistel (kaitsmata seksuaalvahekord, mitmed seksuaalpartnerid) (110). Sugudevahelist erinevust psühholoogilisele stressile reageerimisel on veelgi täheldatud. Nt on üksnes meeste seas leitud, et psühholoogilise stressi taseme tõusuga suurenevad ka šansid eelnevalt teis(t)e kasutatud süstimisvarustuse endal kasutamiseks ja intensiivseteks (kõrgetes doosides) uimastite süstamise episoodideks (ingl *binge drug injection*) (111).

## 2.5 Teenused NSI-de vaimse tervise parandamiseks ja toetamiseks

Eesti narkopoliitika valges raamatus (112) on sõnastatud üksnes olulisemad narkomaania valdkonna sihid. Uimastisõitlaste tervenemise suund hõlmab ravi- ja tugiteenuseid ning kahjude vähendamist. Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste keskmes on farmakoloogiline opioidasendus-ravi (OAR), milles opioidsõltuvusega inimene viiakse illegaalsete opioidide tarvitamiselt üle pikatoimelisele asendusravimile. Koos süstlavahetusprogrammiga on see enim tõendust kogunud sekkumine, mis vähendab opioidide tarvitamise ja sellega seotud riskikäitumisega kaasnevat kahjust. (113).

OAR toimub ravikokkuleppe alusel ja selle eesmärk on opioidsõltuvusest vabanemine või sõitlase vaevuste leevendamine ja ühiskonna kahjude vähendamine. Samuti püütakse vähendada illegaalsete uimastite tarvitamist, nakkushaiguseid, eluohtlikke intoksikatsioone ja suremust ning motiveerida inimest loobuma illegaalse aine tarvitamisest pikema aja jooksul. (113, 114). Asendusravimite tõhusust elude päästmisel ja toimetuleku parandamisel on leitud kõikides opioidsõltuvusega rahvastikurühmades (115).

Asendusravil ei ole soovituslikku ajalimiiti, tähendades, et see võib vastavalt vajadusele kesta terve elu (47). OAR ilma toetava sotsiaalpsühholoogilise nõustamise ja sotsiaalse integratsioonita ei ole efektiivne ei lühikeses ega pikas perspektiivis (113).

Eestis lähtutakse OAR-i osutamisel opioidsõltuvuse asendusravi kliinilisest protokollist (114). Asendusravi põhimõtted on eri riikide praktikas sarnased, kuid selle korralduslikud tegurid varieeruvad (nt rahastamine ja kättesaadavus) (113).

Patsientide psühhosotsiaalseid vajadusi, sh võimalikku kaasuvat psühhiaatrilist häiret tuleb hinnata ning pakkuda või suunata nad vastavale ravile/teenus(t)ele. Ent patsiendi otsus sellest keelduda või ravi/teenus(t)e puudumine ei tohi välistada ega viivitada farmakoloogilist asendusravi. (47). Psühhiaatrilise komorbiidsuse integreeritud ravi on tulemuslikum võrreldes nende haiguste eraldi ravimisega (116). Sageli hõlmab ravi kognitiivkäitumusliku teraapia strateegiaid ja lähenemisi, mis toetavad motivatsiooni ning toimetulekuoskusi (114, 116). Eelnevaga kattub osaliselt kahjude vähendamise teenussüsteem.

Kahjude vähendamise teenused on sihtrühmale vabatahtlikud, toetava ja suunava mõjuga ning tasuta, Eestis on need järgmised (117):

- ohutumaks süstimiseks vajalikud vahendid (nt süstlad, nõelad, filtrid, kuumutus anumad, desinfitseerimisvahendid); lubrikandid ja kondoomid ning rasedustestid;
- kasutatud süstalde kogumine, et need ei jääks tänavatele;
- tervise teave abisaamise võimaluste kohta;
- info naloksooni kasutamise ja nõustamise kohta koos naloksooni jagamisega;

- HIV-kiirtesti võimalus ja nõustamine eri terviseetemel;
- kogemusnõustaja tugi ehk võimalus suhelda inimesega, kes oskab oma kogemuse põhjal anda nõu, kuidas tarvitamisega toime tulla;
- psühholoogi nõustamine;
- vaimse tervise õe nõustamine;
- sotsiaaltöötaja abi (nt eri dokumentide vormistamisel, toetuste ning öömaja, varjupaiga ja sotsiaalmajutusüksuste koha taotlemisel, teenustele registreerumisel, finantsküsimuste lahendamisel);
- pesemisvõimalus ja toiduabi.

### 3. Eesmärgid

Töö eesmärk oli uurida depressiivsuse levimust ja sellega seotud tunnuseid Kohtla-Järve narkootikumide süstivate inimeste seas 2020. aastal.

Töö ülesanded

- Kirjeldada depressiivsuse levimust.
- Analüüsida seoseid depressiivsuse ning demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste ning narkootikumide tarvitamise ja seksuaaleluga seotud riskikäitumise vahel.
- Võrrelda depressiivsete ja mitte-depressiivsete narkootikumide süstivate inimeste tervisekäitumist (hõlmatus raviteenustega, suitsidaalsus ning ARV-ravi järgimus HIV-positiivsete uuritavate seas).

## 4. Materjal ja meetodika

### 4.1 Andmestik

Töö põhineb Tervise Arengu Instituudi (TAI) läbi viidud uuringu „HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring narkootikumide süstivate inimeste seas Kohtla-Järvel 2020“ andmetel (18). Uuringusse kaasati (vahemikus 23.11–17.12.2020) 350 narkootikumide süstivat inimest Kohtla-Järvelt ja selle lähiümbrusest. Valim moodustati uuritavate juhitud kaasamise meetodil (ingl *respondent-driven sampling*, RDS). Esimesed kuus uuritavat ehk nn seemned valis uuringu meeskond eesmärgiga kaasata võimalikult mitmekesise profiiliga narkootikumide süstivad inimesed. Iga „seeme“ võis kutsuda uuringusse kuni kolm uuringu kaasamise kriteeriumitele vastavat inimest.

Uuritavate kaasamisel lähtuti järgmistest valikukriteeriumidest:

- on 18-aastased või vanemad;
- on nõus avaldama oma isikuandmeid;
- on süstinud narkootikumide viimase nelja nädala jooksul;
- elavad Kohtla-Järve linnas või selle lähiümbruses;
- annavad informeeritud nõusoleku uuringu osalemiseks;
- räägivad eesti või vene keelt;
- on nõus uuringu protseduuridega, sh nõustub andma verd HIV, HBV ja HCV markerite ning SARS-CoV-2 viirusevastaste IgG antikehade määramiseks;
- ei ole varem selles uuringus osalenud.

Personaalne intervjuu toimus uuringukeskuse ruumides, kus viibisid ainult uuritav ja intervjuerija, ning intervjuu tehti vastavalt uuritava soovile kas eesti või vene keeles. Küsimustik põhines WHO koostatud vastavateemalise küsimustiku (*Drug Injecting Study Phase II survey version 2b*) täiendatud versioonil.

Uuringu korraldamise kooskõlastas TAI inimuuringute eetikakomitee (otsus nr 392).

### 4.2 Töös kasutatavad tunnused

#### **Sõltuv tunnus: depressiivsus**

Töös kirjeldatakse depressiivsuse esinemist lähtuvalt uuringus kasutatud depressiooni sümptomite hindamise instrumendist MHI-5. Vaimse tervise indeks MHI-5 põhines viiel küsimusel: „Kui sageli Te viimase nelja nädala jooksul ...

- a) ... olite väga närviline?

- b) ... olite nii suures masenduses, et miski ei suutnud Teid lohutada?
- c) ... olite rahulik?
- d) ... olite rõhutatud ja kurb?
- e) ... olite õnnelik?'

Küsimustele oli võimalik vastata 6-punktilisel skaalal: 1 – pidevalt; 2 – enamiku ajast; 3 – sageli; 4 – vahel; 5 – harva; 6 – üldse mitte. Kuna küsimused c) ja e) on positiivsete tunnete kohta, siis enne skoori arvutamist pöörati nende küsimuste vastusskaalad ümber ehk kõrgem hinnang väljendab paremat olukorda. MHI-5 indeksi väärtus ehk skoor arvutati vastuste liitmisel ning nende teisendamisel 100-punktiliseks skaalaks. Kui puudu oli üks vastus (13 vastajal 350-st), siis puuduv väärtus asendati ülejäänud nelja vastuse keskmisega. Kooskõlas varasemate uuringutega (sh Eestis) rakendati vaimse tervise indeksi tulemustele piirväärtust 52 ehk vastanutel, kelle MHI-5 skoor on  $\leq 52$ , on tõsiseid depressiooni sümptomeid (118–120).

### **Demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused**

**Sugu.** Uuritaval paluti määrata oma sugu: „Mees“, „Naine“, „Muu“. Viimast varianti ei valitud.

**Vanus.** Andmeanalüüsis kodeeriti vanus nelja rühma: alla 30 a, 30–34 a, 35–39 a ja 40+ a.

**Rahvus.** Uuritaval paluti määrata oma rahvus: „Venelane“, „Eestlane“, „Muu“. Andmeanalüüsis liideti kaks muu tunnuse valinut kokku vene rahvusega.

**Haridus.** Uuritaval paluti määrata oma kõrgeim lõpetatud haridustase (põhi-, kesk-, kutse- või kõrgharidus). Analüüsis liideti kutse- ja kõrgharidus (viimane kuuel vastanul) üheks tunnuseks ning kolme vastusega muu haridus (lõpetatud vähem kui üheksa klassi) loeti alghariduseks, mis liideti põhiharidusega üheks tunnuseks.

**Kellegagi koos elamine.** Uuritav nimetas, kellega ta samas kodumajapidamises koos elab, vastavalt loetelule, kus oli seitse vastusevarianti. Andmeanalüüsis kodeeriti tunnus kolme rühma: üksinda, abikaasa/elukaaslasega või abikaasa/elukaaslase ja lapsega/lastega (viimast (pere)varianti vastas kuus uuritavat) ning kellegi teisega, mille alla loeti elamine koos vanema(te)ga, lapse/lastega, täiskasvanud sugulas(t)ega ja sõbra/tuttava(te)ga.

**Peamine elatusallikas viimase kuue kuu jooksul.** Uuritav määras oma peamise elamiseks vajaliku rahaallika vastavalt loetelule, kus oli kümme vastusevarianti. Analüüsis kodeeriti tunnus kolme rühma: töötasu, riiklikud hüvitised ja muu. Kolmel uuritaval oli vastus puudu.

**Peamine elukoht viimase kuue kuu jooksul.** Vastusevariante oli kaheksa, millest valiti neli: enda või abikaasa/elukaaslase maja või korter, enda või abikaasa/elukaaslase renditud pind, kellegi teise (sh vanemate) juures ning sotsiaalpind (varjupaik, sotsiaalmaja, ühiselamu). Kaheksal uuritaval oli vastus puudu.

**Ravikindlustus.** Uuritavalt küsiti hetkel kehtiva ravikindlustuse olemasolu kohta: „Jah“, „Ei“, „Ei oska öelda“. Kõik uuritavad teadsid vastata.

**Vanglas viibinud.** Uuritavalt küsiti elu jooksul vanglas viibimise kohta: „Jah“, „Ei“.

**HIV-serostaatus.** Määrati uuritava veeniverest võetud analüüsiga (HIV-neg või HIV-pos).

### **Narkootikumide süstimist kirjeldavad tunnused**

**Süstimise staaž.** Uuritavalt küsiti vanust narkootikumide esmakordsel süstimisel. Arvestades uuritava vanust küsitluse hetkel, arvutati narkootikumide süstimise staaž, mis kodeeriti kahte rühma: kuni 10 a ja üle 10 a.

**Süstimise sagedus päevades viimase nelja nädala jooksul.** Uuritavalt küsiti, mitmel päeval ta endale viimase nelja nädala jooksul narkootikume süstis. Analüüsis kodeeriti tunnus viide rühma: kuni 5 p, 6–10 p, 11–15 p, 16–20 p ja enam kui 20 p. Üksteist uuritavat ei osanud vastata.

**Üledoos teadvuse kaotuseni.** Uuritavalt küsiti, kas ta on kunagi narkootikume üledoseerinud nii, et kaotas teadvuse. Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“.

**Vanglas süstimine.** Uuritavalt küsiti, kas ta on vanglas olles kunagi narkootikume süstinud. Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“. Üks vastus puudus. Küsimus esitati neile, kes vastasid eelnevalt vanglas viibimise kohta jaatavalt.

**Eelnevalt kasutatud süstla/nõelaga süstimine elu jooksul.** Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“.

**Süstla/nõela jagamine teadaolevalt HIV+ isikuga.** Uuritavalt küsiti, kas ta on elu jooksul kasutanud süstalt/nõela, mida enne teda on süstimisel kasutanud teadaolevalt HIV-i nakatunud inimene. Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“, „Keeldub vastamast“. Kaks uuritavat valisid viimase variandi. Üks vastus puudus.

**Süstla/nõela jagamine teadaolevalt viirushepatiiti nakatunud isikuga.** Uuritavalt küsiti, kas ta on elu jooksul kasutanud süstalt/nõela, mida enne teda on süstimisel kasutanud teadaolevalt viirushepatiiti nakatunud inimene. Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“, „Keeldub vastamast“. Üks uuritav valis viimase variandi. Kaheksa vastust puudus.

### **Seksuaalkäitumist kirjeldavad tunnused**

**Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul.** Uuritavalt küsiti, mitme inimesega ta on viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud. Küsimus esitati neile, kes eelnevalt vastasid jaatavalt elu jooksul seksuaalvahekorras olemise kohta.

**Kondoomi kasutamine viimasel seksuaalvahekorral.** Küsimus esitati neile, kes olid elu jooksul, viimase 12 kuu ja viimase nelja nädala jooksul seksuaalvahekorras olnud.

**Kondoomi kasutamine püsipartneriga viimasel seksuaalvahekorral.** Küsimus esitati neile, kes olid elu jooksul, viimase 12 kuu jooksul ja püsipartneriga viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud.

**Juhupartnereid viimase 12 kuu jooksul.** Uuritavalt küsiti, mitme juhupartneriga ta on viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud. Analüüsis kodeeriti tunnus kahte rühma: ei ole olnud ja on olnud. Küsimus esitati neile, kes olid elu jooksul ja viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud.

**Kondoomi kasutamine juhupartneriga ja kondoomi kasutamine juhupartneriga viimasel seksuaalvahekorral.** Küsimus esitati neile, kelle vastusest juhupartnerite arvu osas võis välja lugeda, et neil on viimase 12 kuu jooksul olnud juhupartner. Viimast vastanute arvu vähesuse tõttu andmeanalüüsi nendele tunnustele ei teostatud.

### **Tervisekäitumist kirjeldavad tunnused**

**Narkomaaniaravi elu jooksul.** Vastusevariandid: „Ei“, „Jah“. Kaks vastust puudus.

**Mõelnud enesetapule.** Uuritaval paluti öelda, kas ta on kunagi mõelnud enesetapule.

**Suitsiidikatse.** Uuritav vastas, kas ta on kunagi püüdnud endalt elu võtta. Suitsiidimõtte ja -katse tunnus kodeeriti kahte rühma: ei ja jah.

**ARV-raviskeemi järgimine.** ARV-ravimeid tarvitavatel uuritavatel paluti 100-punktilisel skaalal näidata (ja seejärel märkida see arv), kui täpselt on nad enda arvates järginud arsti määratud antiretroviirusravi (HIV-i ravi) skeemi. Andmeanalüüsis on tunnus kodeeritud kahte rühma: kuni 92% ja üle 92% (121). Kümne enda teada HIV-positiivse inimese vastus ravijärgimuse kohta puudus.

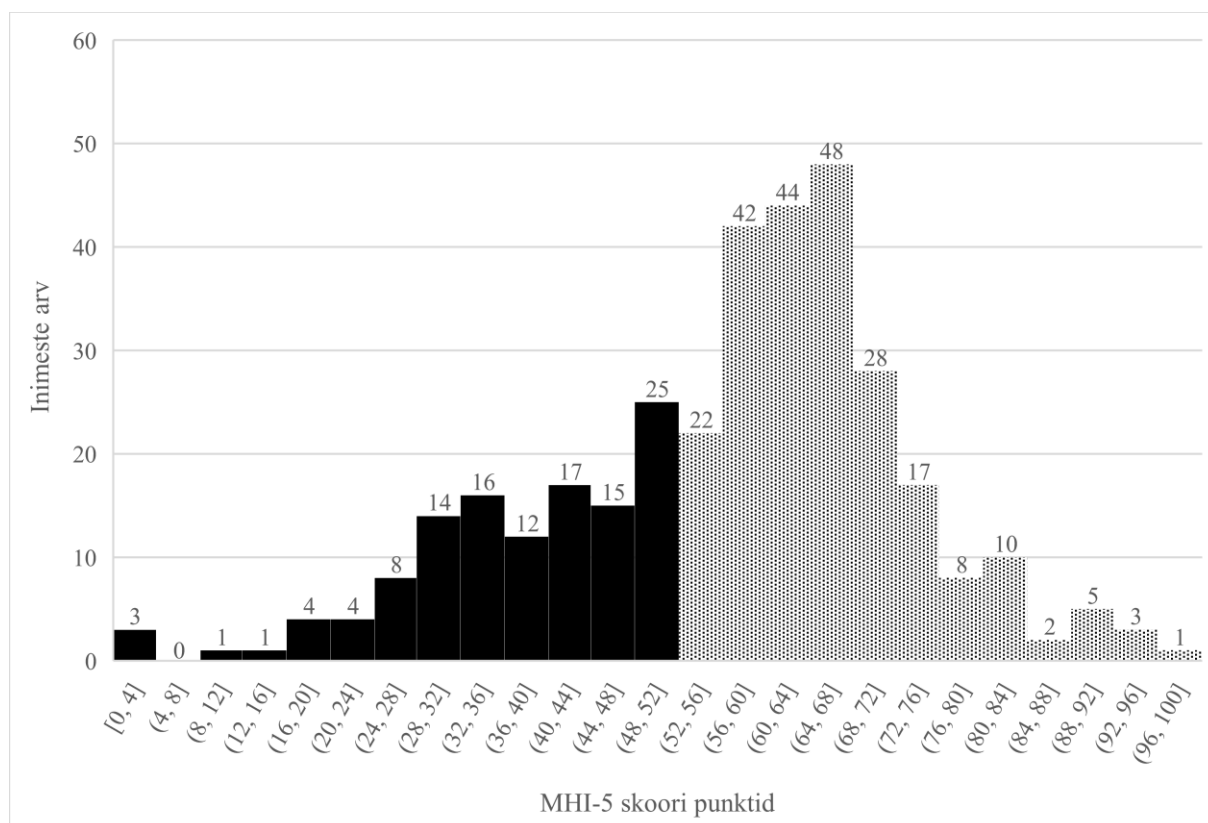
## **4.3 Andmeanalüüs**

Sõltuvaks tunnuseks on depressiivsuse (MHI-5 skoor  $\leq 52$ ) esinemine viimase nelja nädala jooksul (kodeeritud binaarse tunnusena jah vs. ei). Andmete kirjeldamiseks on kasutatud sagedustabeleid ja histogrammi. Narkootikumide süstivate inimeste depressiivsuse ja eri tunnuste, sh riskikäitumise vaheliste seoste hindamiseks on kasutatud logistilist regressioonanalüüsi. Tulemused on esitatud šansisuhete (*OR*) ja kohandatud šansisuhete (*AOR*) ning nende 95% usaldusvahemike (95% *CI*) abil. Kohandatud mudelis kohandati sootunnusele ja nendele sotsiaalmajanduslikele tunnustele, mis kohandamata analüüsi põhjal olid sõltuva tunnusega statistiliselt oluliselt seotud ehk p-väärtus oli  $< 0,05$ . Andmeanalüüsiks kasutati statistikatarkvara Stata 14.2 ja tabelarvutustarkvara MS Excel.

## 5. Tulemused

### 5.1 Depressiivsuse levimus

Uuringus osalenud 350 narkootikume süstiva inimese vaimse tervise (MHI-5) skoor varieerus vahemikus 0–100, keskmine skoor oli 58,1 ( $SD = 16,9$ ). Tõsisele depressioonile viitavaid sümptomeid (MHI-5 skoor  $\leq 52$ ) esines 120 uuritaval, mis moodustab valimist 34,3% (95% CI 29,3–39,5). MHI-5 skoori täpse piirväärtusega (52) uuritavaid oli 24 ning piirväärtusele lähimad väärtused olid 50 ühel uuritaval ja 55 kahel uuritaval. Madalaima skooriga 0 ja 4 oli vastavalt üks ja kaks uuritavat. Võimaliku kõrgeima hinnangu oma vaimsele tervisele andis üks uuritav. Kõikide uuringus osalejate MHI-5 skoor on esitatud Joonisel 1.



Joonis 1. 350 narkootikume süstiva inimese MHI-5 skoor, Kohtla-Järve 2020.

### 5.2 Uuritavate kirjeldus

Uuringus osalejate **demograafilised, sotsiaalmajanduslikud jt tunnused** on esitatud Tabelis 1. Uuringus osales 350 inimest, kelle keskmine vanus oli 37 aastat ( $SD = 7,2$ , min 18 max 62) ja kellest mehed moodustasid 71,1%. HI-viirusesse nakatumisest olid teadlikud 169, ent veeniverest määratud HIV-i antikehade osas oli positiivseid 190 (54,3%; 95% CI 48,9–59,6).

Enda HIV-positiivset staatust teadis vereanalüüside põhjal 88,9% HIV-positiivsetest isikutest.

**Tabel 1.** Depressiooni sümptomite esinemine demograafiliste, sotsiaalmajanduslike jt tunnuste lõikes Kohtla-Järve narkootikumide süstivate inimeste seas 2020. aastal

Tunnused	Kõik uuritavad N = 350		Depressiooni sümptomiteta N = 230		Depressiooni sümptomitega N = 120	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Sugu</b>						
Mees	249	(71,1)	169	(73,5)	80	(66,7)
Naine	101	(28,9)	61	(26,5)	40	(33,3)
<b>Vanus</b>						
< 30	50	(14,3)	38	(16,5)	12	(10,0)
30–34	61	(17,4)	43	(18,7)	18	(15,0)
35–39	109	(31,1)	67	(29,1)	42	(35,0)
≥ 40	130	(37,1)	82	(35,7)	48	(40,0)
<b>Rahvus</b>						
Eesti	27	(7,7)	18	(7,8)	9	(7,5)
Vene	323	(92,3)	212	(92,2)	111	(92,5)
<b>Haridus</b>						
Kutse-/kõrgharidus	127	(36,3)	74	(32,2)	53	(44,2)
Keskharidus	82	(23,4)	62	(27,0)	20	(16,7)
Alg-/põhiharidus	141	(40,3)	94	(40,9)	47	(39,2)
<b>Kellegagi koos elamine</b>						
Abikaasa/elukaaslane (+ laps(ed))	118	(33,7)	81	(35,2)	37	(30,8)
Üksi	124	(35,4)	87	(37,8)	37	(30,8)
Kellegi teisega	108	(30,9)	62	(27,0)	46	(38,3)
<b>Peamine elatusallikas*</b>						
Töötasu	144	(41,5)	103	(45,4)	41	(34,2)
Riiklikud hüvitised	183	(52,7)	109	(48,0)	74	(61,7)
Muu	20	(5,8)	15	(6,6)	5	(4,2)
<b>Peamine elukoht*</b>						
Oma kodu	200	(58,5)	139	(61,8)	61	(52,1)
Üüripind	80	(23,4)	54	(24,0)	26	(22,2)
Kellegi teise juures	35	(10,2)	20	(8,9)	15	(12,8)
Sotsiaalpind	27	(7,9)	12	(5,3)	15	(12,8)
<b>Ravikindlustus</b>						
Jah	319	(91,1)	210	(91,3)	109	(90,8)
Ei	31	(8,9)	20	(8,7)	11	(9,2)
<b>Vanglas viibinud</b>						
Ei	201	(57,4)	138	(60,0)	63	(52,5)
Jah	149	(42,6)	92	(40,0)	57	(47,5)
<b>HIV-serostaatus</b>						
HIV-negatiivne	160	(45,7)	108	(47,0)	52	(43,3)
HIV-positiivne	190	(54,3)	122	(53,0)	68	(56,7)

\* Viimase kuue kuu jooksul.

Uuringus osalejate **süstimist kirjeldavad tunnused** on esitatud Tabelis 2. Uuritavate keskmine süstamise staaž oli 17,7 aastat ( $SD = 7,7$ , min 1 max 44). 59,4% vastajatest ( $n = 208$ ) jäi süstamise staaž vahemikku 16–26 aastat. Peamine süstitav aine viimase nelja nädala jooksul oli amfetamiin (72,6%,  $n = 254$ ) ja fentanüül (16%,  $n = 56$ ). Peamiselt fentanüüli tarvitajate süstamise sagedus oli keskmiselt 12,5 päeva, amfetamiini süstijatel keskmiselt 9,5 päeva viimase nelja nädala jooksul. Uuritavad, kes olid elu jooksul süstinud kasutatud süstla/nõelaga, olid pikema süstamise kogemusega võrreldes nendega, kes ei olnud seda teinud (keskmiselt 20,8 aastat vs. 13,8 aastat).

**Tabel 2.** Depressiooni sümptomite esinemine süstimist kirjeldavate tunnuste lõikes Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste seas 2020. aastal

Tunnused	Kõik	Depressiooni	Depressiooni
	uuritavad	sümptomiteta	sümptomitega
	N = 350	N = 230	N = 120
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Süstamise staaž aastates</b>			
≤ 10	79 (22,6)	59 (25,7)	20 (16,7)
> 10	271 (77,4)	171 (74,3)	100 (83,3)
<b>Süstamise sagedus päevades*</b>			
≤ 5	113 (33,3)	81 (36,5)	32 (27,4)
6–10	122 (36,0)	90 (40,5)	32 (27,4)
11–15	42 (12,4)	25 (11,3)	17 (14,5)
16–20	32 (9,4)	16 (7,2)	16 (13,7)
> 20	30 (8,8)	10 (4,5)	20 (17,1)
<b>Üledoos teadvuse kaotuseni</b>			
Ei	198 (56,6)	141 (61,3)	57 (47,5)
Jah	152 (43,4)	89 (38,7)	63 (52,5)
<b>Vanglas süstimine**</b>			
Ei	116 (78,4)	77 (84,6)	39 (68,4)
Jah	32 (21,6)	14 (15,4)	18 (31,6)
<b>Kasutatud süstla/nõelaga süstimine elu jooksul</b>			
Ei	156 (44,6)	110 (47,8)	46 (38,3)
Jah	194 (55,4)	120 (52,2)	74 (61,7)
<b>Süstla/nõela jagamine teadaolevalt HIV+ isikuga</b>			
Ei	247 (71,2)	167 (73,2)	80 (67,2)
Jah	100 (28,8)	61 (26,8)	39 (32,8)
<b>Süstla/nõela jagamine teadaolevalt viirushepatiiti nakatunud isikuga</b>			
Ei	238 (69,8)	163 (72,4)	75 (64,7)
Jah	103 (30,2)	62 (27,6)	41 (35,3)

\* Viimase nelja nädala jooksul.

\*\* Varem vanglas viibinud ( $n = 149$ ), kes sellele küsimusele vastasid ( $n = 148$ ).

Uuringus osalejate **seksuaalkäitumist kirjeldavad tunnused** on esitatud Tabelis 3. Viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud inimestel (n = 285) oli keskmiselt kolm seksuaalpartnerit (min 1 max 200). Viimasel aastal oli püsipartneriga vahekorras 58,9% uuritavatest (n = 206), nendest 20 oli vahekorras samuti juhupartneri(te)ga (min 1 max 39). Juhupartneriga vahekorras olnud inimestest kasutas kondoomi varieeruvalt (mitte kordagi kuni enamasti) 11, nendest kolm teadsid, et juhupartner on HIV-positiivne; kaks teadsid, et juhupartner põeb viirushepatiiti; ja neli teadsid, et juhupartner on või on olnud narkootikumide süstija.

**Tabel 3.** Depressiooni sümptomite esinemine seksuaalkäitumist kirjeldavate tunnuste lõikes Kohtla-Järve narkootikumide süstivate inimeste seas 2020. aastal

Tunnused	Kõik uuritavad N = 350		Depressiooni sümptomiteta N = 230		Depressiooni sümptomitega N = 120	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul</b>						
0	62	(17,9)	42	(18,4)	20	(16,8)
1	208	(59,9)	142	(62,3)	66	(55,5)
≥ 2	77	(22,2)	44	(19,3)	33	(27,7)
<b>Kondoomi kasutamine viimasel seksuaalvahekorral</b>						
Ei	143	(60,1)	85	(54,1)	58	(71,6)
Jah	95	(39,9)	72	(45,9)	23	(28,4)
<b>Kondoomi kasutamine püsipartneriga viimasel seksuaalvahekorral</b>						
Ei	118	(59,0)	72	(52,6)	46	(73,0)
Jah	82	(41,0)	65	(47,4)	17	(27,0)
<b>Juhupartnereid viimase 12 kuu jooksul</b>						
Ei ole olnud	177	(89,8)	125	(93,3)	52	(82,5)
On olnud	20	(10,2)	9	(6,7)	11	(17,5)
<b>Kondoomi kasutamine juhupartneriga viimasel seksuaalvahekorral</b>						
Ei	7	(35,0)	1	(11,1)	6	(54,5)
Jah	13	(65,0)	8	(88,9)	5	(45,5)
<b>Kondoomi kasutamine juhupartneriga</b>						
Varieeruvalt	11	(55,0)	2	(22,2)	9	(81,8)
Alati	9	(45,0)	7	(77,8)	2	(18,2)

Uuringus osalejate **tervisekäitumist kirjeldavad tunnused** on esitatud Tabelis 4. Uuringus osalejate vastuste põhjal sai teenust vajanutest seda valdav enamus. Nt süstlavahetusteenust vajanutest sai seda 97,4% (n = 226). OAR-i vajajatest sai seda 95,8% (n = 69). HIV-testimist vajas 74,6% (n = 261) uuritavatest, nendest 98,1% (n = 256) seda ka sai. Seksuaalpartneri HIV-testimist vajanutest sai seda 98,5% (n = 65). Uuritavatest 34,9% (n = 122) vajab sotsiaaltöötaja nõustamist, nendest üks polnud seda saanud. Uuritavatest viiendik (n = 71) vajab psühholoogilist nõustamist, nendest 91,5% (n = 65) oli teenust saanud. Vaimse tervise ravi või ravi psühhiaatri juures vajanutest (n = 102) oli seda saanud 97,1% (n = 99). Kuid nendest, kes vastasid, et vajasid lühiajalist võõrutusravi haiglas (n = 30), olid seda saanud vähem kui pooled (n = 12).

**Tabel 4.** Depressiooni sümptomite esinemine tervisekäitumise osas Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste seas 2020. aastal

Tunnused	Kõik uuritavad N = 350		Depressiooni sümptomiteta N = 230		Depressiooni sümptomitega N = 120	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Narkomaaniaravi elu jooksul</b>						
Ei	217	(62,4)	149	(65,1)	68	(57,1)
Jah	131	(37,6)	80	(34,9)	51	(42,9)
<b>Mõelnud enesetapule</b>						
Ei	220	(62,9)	172	(74,8)	48	(40,0)
Jah	130	(37,1)	58	(25,2)	72	(60,0)
<b>Suitsiidikatse</b>						
Ei	268	(76,6)	199	(86,5)	69	(57,5)
Jah	82	(23,4)	31	(13,5)	51	(42,5)
<b>ARV-raviskeemi järgimine*</b>						
> 92%	85	(53,5)	56	(54,4)	29	(51,8)
≤ 92%	74	(46,5)	47	(45,6)	27	(48,2)

\* Uuritavad, kes on ARV-ravil.

### 5.3 Depressiivsusega seotud tunnused

Tabelis 5 on esitatud depressiooni sümptomite esinemise (jah vs. ei) kohandamata ja kohandatud šansisuhted kõikide töös esitatud demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ning süstimist ja seksuaalkäitumist kirjeldavate tunnuste lõikes, kus leiti oluline seos.

Naistel oli võrreldes meestega suurem šans depressiooni sümptomite kogemiseks ( $AOR = 1,69$ ; 95%  $CI$  1,01–2,84). Keskaridusega inimeste seas olid depressiivsuse šansid madalamad (51%) kui kutse- või kõrgharidusega inimeste hulgas ( $AOR = 0,49$ ; 95%  $CI$  0,26–0,92). Kohandamata analüüsi põhjal oli peamine sissetulek riiklike hüvitistena seotud suurema

depressiooni sümptomite kogemise šansiga ( $OR = 1,71$ ; 95%  $CI$  1,07–2,72), kuid kohandatud analüüsis olulist seost ei esinenud. Võrreldes oma kodus elavate vastajatega leiti, et depressiooni sümptomite šanss on kolm korda suurem neil, kelle peamine elukoht oli sotsiaalpind ( $AOR = 3,01$ ; 95%  $CI$  1,27–7,14).

Neil uuritavatel, kes süstisid viimase nelja nädala jooksul 16–20 päeval ja rohkem, oli depressiooni sümptomite šanss vastavalt kolm ( $AOR = 2,98$ ; 95%  $CI$  1,27–6,99) ning enam kui viis korda ( $AOR = 5,24$ ; 95%  $CI$  2,05–13,36) suurem võrreldes kuni viiel päeval viimase nelja nädala jooksul süstijatega. Üledoseerimine teadvuse kaotuseni ( $AOR = 1,64$ ; 95%  $CI$  1,02–2,64) ja vangistuse perioodil uimastite süstimine võrreldes vanglas viibinutega, kes polnud vangistuse ajal süstinud, oli seotud suurema depressiooni sümptomite kogemise šansiga ( $AOR = 2,78$ ; 95%  $CI$  1,13–6,79).

Viimase seksuaalvahekorra ja püsipartneriga viimase seksuaalvahekorra ajal kondoomi kasutanutel olid depressiooni sümptomite šansid vastavalt 51% ja 61% väiksemad võrreldes kondoomi mitte kasutanutega ( $AOR = 0,49$ ; 95%  $CI$  0,26–0,92 ja  $AOR = 0,39$ ; 95%  $CI$  0,19–0,82). Depressiooni sümptomite šanss oli üle nelja korra suurem ( $AOR = 4,37$ ; 95%  $CI$  1,47–13,02) neil vastajatel, kellel oli olnud (vs. pole olnud) viimase aasta jooksul seksuaalseid juhupartnereid.

**Tabel 5.** Depressiivsuse seosed demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning süstimise ja seksuaalkäitumisega Kohtla-Järve narkootikumide süstivate inimeste seas 2020. aastal

<b>Tunnused</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	<b>AOR<sup>1</sup></b>	<b>95% CI</b>
<b>Sugu</b>				
Mees	1			
Naine	1,39	0,86–2,24	<b>1,69</b>	<b>1,01–2,84</b>
<b>Haridus</b>				
Kutse-/kõrgharidus	1			
Keskharidus	<b>0,45</b>	<b>0,24–0,83</b>	<b>0,49</b>	<b>0,26–0,92</b>
Alg-/põhiharidus	0,70	0,42–1,15	0,63	0,37–1,07
<b>Peamine elatusallikas*</b>				
Töötasu	1			
Riiklikud hüvitised	<b>1,71</b>	<b>1,07–2,72</b>	1,55	0,93–2,58
Muu	0,84	0,29–2,45	0,86	0,28–2,69
<b>Peamine elukoht*</b>				
Oma kodu	1			
Üüripind	1,10	0,63–1,91	1,10	0,62–1,97
Kellegi teise juures	1,71	0,82–3,56	1,70	0,78–3,71
Sotsiaalpind	<b>2,85</b>	<b>1,26–6,45</b>	<b>3,01</b>	<b>1,27–7,14</b>
<b>Süstimise sagedus päevades**</b>				
≤ 5	1			
6–10	0,90	0,51–1,60	0,86	0,46–1,59
11–15	1,72	0,82–3,61	1,72	0,78–3,78
16–20	<b>2,53</b>	<b>1,13–5,66</b>	<b>2,98</b>	<b>1,27–6,99</b>
> 20	<b>5,06</b>	<b>2,14–11,99</b>	<b>5,24</b>	<b>2,05–13,36</b>
<b>Üledoos teadvuse kaotuseni</b>				
Ei	1			
Jah	<b>1,75</b>	<b>1,12–2,73</b>	<b>1,64</b>	<b>1,02–2,64</b>
<b>Vanglas süstimine</b>				
Ei	1			
Jah	<b>2,54</b>	<b>1,14–5,64</b>	<b>2,78</b>	<b>1,13–6,79</b>
<b>Kondoomi kasutamine viimasel seksuaalvahekorral</b>				
Ei	1			
Jah	<b>0,47</b>	<b>0,26–0,83</b>	<b>0,49</b>	<b>0,26 – 0,92</b>
<b>Kondoomi kasutamine püsipartneriga viimasel seksuaalvahekorral</b>				
Ei	1			
Jah	<b>0,41</b>	<b>0,21–0,78</b>	<b>0,39</b>	<b>0,19–0,82</b>
<b>Juhupartnereid viimase 12 kuu jooksul</b>				
Ei ole olnud	1			
On olnud	<b>2,94</b>	<b>1,15–7,51</b>	<b>4,37</b>	<b>1,47–13,02</b>

Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised seosed (p-väärtus < 0,05).

<sup>1</sup> Kohandatud soole, haridusele, peamisele elatusallikale ja elukohale.

\* Viimase kuue kuu jooksul.

\*\* Viimase nelja nädala jooksul.

## 5.4 Depressiivsete ja mitte-depressiivsete uuritavate tervisekäitumine

Tabelis 6 on esitatud depressiivsuse (jah vs. ei) seosed töös esitatud tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega. Kohandatud analüüsi põhjal ei olnud depressiivsetel NSI-del olulist erinevust narkomaaniaravi (mitte)saamisel elu jooksul võrreldes mitte-depressiivsetega. Depressiivsetel uuritavatel oli enam kui neli korda suurem šans suitsiidimõtete esinemiseks ( $AOR = 4,34$ ; 95%  $CI$  2,64–7,13) ja suitsiidikatseks ( $AOR = 4,49$ ; 95%  $CI$  2,57–7,86) kui mitte-depressiivsetel NSI-del. Depressiooni sümptomitega ja ilma sümptomiteta NSI-d ei erinenud ARV-ravi järgimuse osas.

**Tabel 6.** Depressiivsuse seosed tervisekäitumisega Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste seas 2020. aastal

<b>Tunnused</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	<b>AOR<sup>1</sup></b>	<b>95% CI</b>
<b>Narkomaaniaravi elu jooksul</b>				
Jah	1			
Ei	0,72	0,45–1,13	0,75	0,46–1,22
<b>Mõelnud enesetapule</b>				
Ei	1			
Jah	<b>4,45</b>	<b>2,78–7,13</b>	<b>4,34</b>	<b>2,64–7,13</b>
<b>Suitsiidikatse</b>				
Ei	1			
Jah	<b>4,74</b>	<b>2,81–8,01</b>	<b>4,49</b>	<b>2,57–7,86</b>
<b>ARV-raviskeemi järgimine</b>				
> 92%	1			
≤ 92%	1,11	0,58–2,13	1,04	0,51–2,09

Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised seosed ( $p$ -väärtus  $< 0,05$ ).

Võrdlusrühmaks šansside arvutamisel on depressiooni sümptomiteta inimesed.

<sup>1</sup> Kohandatud soole, haridusele, peamisele elatusallikale ja elukohale.

## 6. Arutelu

Magistritöö eesmärk oli uurida depressiivsuse levimust ja sellega seotud tunnuseid (demograafilised, sotsiaalmajanduslikud, narkootikumide tarvitamise ja seksuaaleluga seotud riskikäitumine, sihtrühmale suunatud teenuste kasutamine, tervisekäitumine) narkootikume süstivate inimeste seas. Töö põhineb TAI Kohtla-Järve 2020. a NSI-de uuringul.

Töö tulemusena leiti, et 34,3% (95% CI 29,3–39,5) NSI-dest oli uuringu põhjal tõsisele depressioonile viitavate sümptomitega. Töö andmetel oli depressiooni sümptomite esinemine seotud soo (enam naistel), sotsiaalmajanduslike tingimuste (enam sotsiaalpinnal elajatel), riskeeriva süstimiskäitumise (sagedasem süstimine, üledoseerimine, vanglas süstimine, samuti kasutatud süstalde jätmine mitte ettenähtud kohta [lk 31 täpsustatud]), riskeeriva seksuaalkäitumise ja kõrge suitsidaalsusega.

Narkootikume süstivate inimeste depressiivsust on uuritud erinevalt (nt erinevad mõõtevahendid, sh ajaperiood), pigem vähe ja valikuliselt (nt HCV- või HIV-positiivsed). Metaanalüüsi (2008–2018) andmetel esineb 42% (95% CI 21,3–62,8) NSI-dest tõsiseid depressiooni sümptomeid (20). Kõrget depressiivsuse levimust NSI-de seas on leitud mitmes riigis, nt Kanadas (37% meestest ja 55% naistest on psühholoogilise düstressi tase kõrge [111]), Ühendriikides (45% NSI-dest on tõenäoliselt tõsine vaimse tervise häire [23]), Hiinas (75% NSI-dest on tõsine depressioon [122]), Vietnamis (44% NSI-dest on tõsised depressiooni sümptomid [30]) ja Austraalias (NSI-de keskmine psühholoogilise düstressi tase on kõrge [106]). NSI-dest üks haavatavam ja marginaliseeritud osa on naissoost sekstöötajad. Neil on metaanalüüsil leitud depressiooni levimuseks 44% (95% CI 35–54) (123).

Depressiooni sümptomite esinemise erinevust võib mõjutada nt depressiivsuse mõõtmise ajahetk ravi (nt sõltuvuse, depressiooni ja nakkushaigustega seotud ravi) saamise kontekstis. Nt leiti, et OAR-il olevatel NSI-del, kes said otsese toimega viirusevastaseid ravimeid HCV raviks, vähenesid depressiooni sümptomid märkimisväärselt ja pikaajaliselt sõltumata sümptomite raskusastmest enne ravi alustamist (124). Üks võimalik seletus, mis võib olla tõene ka eelmise näite osas, miks depressiivsuse näitajad uuringutes erinevad ja on kõrge(ma)d (praeguses uuringus leitud), on asjaolu, et vahel kaasatakse uuringutesse narkootikume süstivad inimesed raviasutustest. Depressiooni esinemine kaldub olema suurem ravi saavatel või seda otsivatel NSI-del (125). Samuti on näidatud depressiooni seost edaspidise osalemisega narkootikumide tarvitamise häire ravis (126).

Kui praeguses uuringus leiti, et viimase kuu jooksul esines depressiooni sümptomeid kolmandikul NSI-dest, siis Eesti üldrahvastikust koges neid 2021. a COVID-19-kiiruuringu järgi pea iga viies (18,6%) inimene (21,6% naistest, 15,2% meestest) hinnatuna EEK-2-ga (77).

Kooskõlas varasemate uuringutega nii üldrahvastiku (127) kui NSI-de (110) seas esineb depressiooni sümptomeid sagedamini naiste hulgas. On leitud, et depressioon ja ärevushäired on levinumad naistel (128–130) ning problemaatilise käitumisega häired, nt sõltuvushäired sagedamini meestel (128, 129). Mehed otsivad väiksema tõenäosusega depressiooni korral abi/ravi ja kui nad seda teevad, siis väiksema tõenäosusega diagnoositakse neil depressioon, isegi kui neil kasutatud standarditud diagnostilise mõõtevahendi tulemused on sarnased naiste tulemustega (131).

Eluaset (kodutus, ebastabiilne eluase) on varem NSI-de seas uuritud rohkem nt seoses riskikäitumisega (132, 133) ja nakatumisega nakkushaigustesse (134). Süstemaatilise ülevaatega on leitud, et võrreldes mittekodututega on kodutute rahvastikurühmas depressiooni sümptomeid 5 kuni 14 korda enam. Sarnane erinevus leiti samuti suitsiidimõt(e)te osas. (135). Vaimse tervise häired võivad suurendada kodutuse riski või tuleneda sellest. On viidatud, et mida tõsisem on kodutuse probleem, nt kodu puudumine pikaajaliselt, seda kehvem on vaimne tervis. Eluasemeta ja vaimse tervise häirega inimesed on ühiskonnas kõige enam stigmatiseeritud, seda enam, kui nad ka uimasteid tarvitavad. (136).

Sarnaselt töös leitunga on depressiivsuse ja süstimise sageduse vahel seos leitud nt Ühendriikide narkootikume süstivate noorte (18–29 a) seas. Selle uuringu järgi süstisid tõenäolise tõsise vaimse tervise häirega NSI-d narkootikume oluliselt sagedamini (enam kui korra päevas) kui ilma nimetatud häireta NSI-d. (23). Nii vaimse tervise probleeme kui ka igapäevast süstimist on NSI-del seostatud rohkemate ja tõsisemate süstimisega seotud vigastuste ja haigustega (81), mis võivad üksteist võimendada, suurendada riskikäitumist (137) ja komplitseerida nende häirete ravi.

Töö andmeanalüüsis ilmnes, et depressiivsetel NSI-del oli võrreldes mitte-depressiivsete NSI-dega suurem šanss ( $AOR = 2,76$ ;  $95\% CI 1,49–5,11$ ) mitte viia enda kasutatud süstal selleks ettenähtud kohta (süstlavahetuspunkti viimine / väljatöötajale andmine vs. prügisse viskamine, süstimiskohta jätmine, kellelegi teisele andmine, kes ise viib süstlavahetuspunkti). Selle kohta on vähe infot. On leitud, et NSI-de kasutatud süstlast sobimatu vabanemine väheneb oluliselt süstlavahetusprogrammis osalemisega (138). Võimalik, et depressiivsus võib olla seotud harvema süstlavahetusteenuse kasutamisega ja/või selle teenuse teine pool ei toimi depressiivsete NSI-de puhul, sest kasutatud süstlaid ei koguta pikema aja jooksul ega võeta kaasa – seda peetakse vähe(m) olulise(ma)ks või puudub huvi neist korrektselt vabaneda. Mainitud Ühendriikide noorte NSI-de uuringus oli süstlavahetusteenuse kasutamine madal ja veelgi madalam tõenäolise tõsise vaimse tervise häirega NSI-de seas (23).

Leitud seos üledoseerimise ja vaimse tervise probleemide vahel on kooskõlas teiste uuringutega (105, 106, 139–141). Varasemate uuringutega NSI-de seas on viidatud, et vaimse

tervise seisund (139), sh depressioon on riskifaktoriks (tahtmatule) mitte-fataalsele üledoosile, mida võib selgitada nt vähenenud enesekontrolliga (105). Samas on vaimse tervise häire ja üledoosi vahelist suhet keeruline identifitseerida (141). Nt võivad komorbiidsetele patsientidele ordineeritud psühhotroopsed ravimid mitme koos- ja kuhjuva mõju (ja/või ravimite väärkasutamise [142]) kaudu suurendada üledoseerimise riski (141). On leitud, et psühholoogiline valu ja vaimse tervise probleemidega tegelematus, lahenduse mitteleidmine ilmneb (mitte öeldes, et otseselt põhjustab) mitmel viisil, mis viivad üledoseerimiseni (140). Nii vaimse tervise häirete kui ka (suurenenud) üledoseerimisega seotud tegurite juurpõhjused tulenevad sageli sotsiaalsest düstressist ja majanduslikest raskustest (143).

Infot vanglas süstimise kohta on vähe, kuid on leitud, et vangistuses viibivatest NSI-dest osa jätkab süstimist ja paljudel on vähemalt üks vaimse tervise häire (144). Lisaks vangistuse perioodil veelgi suurenenud riskile vere teel levivate nakkuste ülekandumiseks, võidakse vanglas hakata kasutama (uusi) ohtlikke meetodeid uimastite süstimiseks (ja saamiseks) ning jääda sõltuvusse uutest ainetest (145), mis veelgi halvendab (või kutsub esile) vaimset ja füüsilist tervist nii vangistuses kui ka ühiskonda vabanenuna.

Varasemad uuringud depressiooni seosest riskeeriva seksuaalkäitumisega NSI-de seas on erinevate tulemustega. Praeguses uuringus leiti, et NSI-de depressiivsus on seotud kondoomi mittekasutamise ja juhupartneri(te)ga vahekorras olemisega. Prospektiivse longituuduuringu andmetel on leitud, et tõsisem depressiooni sümptomaatika on seotud kaitsmata seksuaalvahekorra ja mitme seksuaalpartneriga üksnes naiste seas (110). Samas tuleb arvestada meeste ja naiste erinevust depressiooni levimuses ning samuti naiste suuremat haavatavust, mis viib riskikäitumiseni (ilma et naine seda alati sooviks või oleks sellest teadlik, nt kondoomi mittekasutamine, näitamaks usaldust ja truudust). Soorollid ja (lähi)suhete dünaamika võivad naiste seas soodustada riskantse (seksuaal)käitumise ja (seksuaal)vägivalla kogemist. Nt on NSI-de uuringus leitud, et hiljutist kallaletungi, sh seksuaalset, mitte ainult ei raporteerinud naised sagedamini, vaid nende hulgas oli ka tugevam seos hiljutise kallaletungi ja psühholoogilise düstressi vahel (106). Rolli omavad ka nt kehvad sotsiaalmajanduslikud olud, kus nt sekstööga rahastatakse enda ja partneri narkootikumide kasutamist.

Enesetapule oli mõelnud enam kui kolmandik uuritavatest. Nendest üle poole ehk koguvalimist pea veerand oli püüdnud endalt elu võtta (23,4%). Hiljutise metaanalüüsi järgi on suitsiidikatse levimus NSI-de seas 22,1% (20). Lisaks on leitud – mitte küll spetsiifiliselt narkootikumide süstivate inimeste, vaid HIV-iga elavate inimeste puhul –, et suitsiidikatse esinemine on seotud depressiooni ning suitsiidi esinemisega perekonnas (146). Sarnaselt on need kaks tegurit seotud suitsiidimõtete esinemisega mitme teise teguri seas, nt madal

elukvaliteet, vähene sotsiaalne tugi, üksi elamine ja HIV-i kauglearenenud staadium (146), mis on sagedased või sagedasemadki NSI-de seas.

Praeguses analüüsis polnud NSI-del depressiivsus ja ARV-ravi järgimus seotud. Uuringutega on leitud (depressiooni eraldi arvestamata), et NSI-del on erinevad tulemused ARV-raviga soostumisel (ja viirussupressiooni saavutamisel) (147). Metaanalüüsil on leitud (uimastite süstimist eraldi arvestamata), et HIV-positiivsete inimeste seas on depressioon seotud ARV-ravi mittekasutamisega (148). Vietnami NSI-de uuringus (24) leiti, et tõsised depressiooni sümptomid vähendasid ARV-ravi alustamist, kuid mitte viirussupressiooni. Samas on selles mainitud, et nimetatud erinevus võib tuleneda uuritavate alaraporteeritud ARV-ravi kasutamisest ja ebapiisavalt kogutud vereanalüüsides, hindamaks viiruskoormust.

Kokkuvõttes on paljudes NSI-de uuringutes täheldatav sündeemiline muster, kus psühhosotsiaalsete ja terviseprobleemide (nt viirus- ja bakteriaalsed infektsioonid, depressioon, narkootikumide süstimine, lähisuhtevägivald, häbimärgistamine, sotsiaalne isolatsioon) koosinemine ja sünergiline vastastikmõju põhjustavad suuremat haavatavust negatiivse käitumise ja tervisetulemite osas, süvendades haigestumust ja suremust NSI-de seas. Kahjulike tervisetagajärgede tekkimist soodustavad sündeemia teooria kohaselt kehvad sotsiaalsed ja keskkondlikud olud, nt sotsiaalne ebavõrdsus, vaesus ja stigmatiseerimine (149), mis on märgatav paljudes NSI-de uuringutes ning mida esineb ebaproportsionaalselt enam kui nt üldrahvastikus. Tervisennetuses on lisaks haigustele ja nende riskile oluline tähelepanu pöörata kontekstile, milles inimesed või rahvastikurühmad elavad.

### **Piirangud**

Uuringu puudus on esiteks eneseraporteeritud andmed, mistõttu ei saa välistada mõõtmisnihet. Narkootikumide tarvitamine on ebaseaduslik ja eriti nende süstimine on marginaliseeritud tegevus ning lisaks pikale uuringu küsimustikule sisaldas see mitmeid delikaatseid küsimusi. Seetõttu võisid uuritavad anda sotsiaalselt vastuvõetavamaid ja seoses meenutamise ebatäpseid vastuseid, samuti jätta vastamata. Uuritavate depressiooni sümptomeid puudutavad vastused võisid olla mõjutatud uimasti tarvitamisega seotud võõrutusseisundist ning keeruline on eristada narkootikumide ärajäämanähtudest tekkinud ja depressiooni kui eraldi komorbiidse haiguse põhjustatud depressiivseid sümptomeid. Lisaks polnud põhitulemit (depressiivsust) hinnanud kliiniline psühholoog / psühhiaater.

Võimalik piiranguallikas võib olla ka valikunihe. Kuna juhuvalim poleks teostatav, siis on kasutatud uuritavate juhitud kaasamise meetodit. RDS-i abil on võimalik jõuda varjatud ja raskesti ligipääsetavate rahvastikurühmadeni, sh nendeni, kes pole teenuseosutajatega kontaktis.

Kuna andmed pärinevad uuringust, mille eesmärk polnud depressiooni uurimine, siis võisid leitud seoseid mõjutada mitmed arvestamata segavad tegurid, nt hiljutine traumaatiline elusündmus, depressiooni ravi, ARV-ravi kõrvaltoimed ning koinfektsioonidest põhjustatud füüsilised vaevused ja nende mõju meeleolule.

Uuring viidi läbi ühes kindlas piirkonnas, seega on võimalik, et töös leitud tulemused ei ole üldistatavad teistele NSI-dele Eestis. Samas ei ole põhjust arvata, et Eesti eri piirkondades elavad NSI-d võiksid üksteisest vaimse tervise seisundi osas väga palju erineda.

Lisaks ei ole võimalik hinnata seoste suunda, kas sotsiaalne isoleeritus ja riskeeriv käitumine viivad depressioonini või vastupidi (või mõlemat). Vaatamata sellele võib narkootikume süstivatelt inimestelt nende vaimse tervise kohta (mitte ainult viimase aja kohta, vaid ka selle kohta, kas neil kunagi on esinenud vaimse tervise probleeme) küsimine aidata leida eriti haavatavad NSI-d, kellel on suurem tõenäosus ennetatavateks terviseriskideks.

## 7. Järeldused ja ettepanekud

Magistritöös uuriti depressiivsuse levimust ja sellega seotud tunnuseid Kohtla-Järve narkootikume süstivate inimeste seas 2020. aastal.

Uuringu tulemustel põhinevad peamised järeldused

- Tõsisele depressioonile viitavate sümptomitega oli 34% uuritavatest.
- Narkootikume süstivate inimeste kõrgema depressiivsusega on identifitseeritavad naissugu, sotsiaalpinnal elamine ja varasemad suitsiidikatsed.
- Depressiivsusel on oluline mõju nii NSI-de suitsidaalsusele kui ka riskikäitumisele, sh kasutatud süstalde ohtlik vabanemine.

Magistritööl põhinevad ettepanekud

- Skriinida depressiivsust NSI-de seas, leidmaks isikud, kes vajavad tõhustatud kahjude vähendamise ja raviteenuseid.
- Kõikidelt depressiooni sümptomitega või diagnoositud depressiooniga NSI-delt tuleks küsida suitsiidimõtete ja -katsete kohta.
- Töötada välja NSI-dele suunatud integreeritud heatasemeliste teenuste osutamine, pakkudes eri haiguste- ja probleemikeskse ning nende eraldi käsitlemise asemel inimesele ja lahendustele keskendunud lähenemist.
- Töötada välja stabiilse pikaajalise elukoha parandamise sekkumised, sidudes need ravi- ja rehabilitatsiooniteenustega, sh edusammude korral töövõimalused, et inimesel tekiks/suureneks motivatsioon ja omavastutustunne ning sotsiaalne kuuluvustunne.

## 8. Kasutatud kirjandus

1. WHO (World Health Organization). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report> (22.01.2023).
2. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018;392(10157):1553–98.
3. Herrman H, Patel V, Kieling C, et al. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *Lancet* 2022;399(10328):957–1022.
4. Mnookin S. Out of the shadows: making mental health a global development priority. Washington, DC: World Bank Group; 2016. <http://documents.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/Out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-development-priority> (30.09.2023).
5. Patel V, Burns JK, Dhingra M, et al. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 2018;17(1):76–89.
6. Dev S & Kim D. State-Level Income Inequality and County-Level Social Capital in Relation to Individual-Level Depression in Middle-Aged Adults: A Lagged Multilevel Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(15):5386.
7. Ridley M, Rao G, Schilbach F, et al. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 2020;370(6522):eaay0214.
8. WHO (World Health Organization). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563710> (30.09.2023).
9. Volkow ND. Stigma and the Toll of Addiction. *N Engl J Med* 2020;382(14):1289–90.
10. Corrigan PW & Niewegłowski K. Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America. *Int J Drug Policy* 2018;59:44–9.
11. Adams JM & Volkow ND. Ethical Imperatives to Overcome Stigma Against People With Substance Use Disorders. *AMA J Ethics* 2020;22(1):E702–8.
12. Beaulieu M, Tremblay J, Baudry C, et al. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Soc Sci Med* 2021;285:114289.
13. Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2023;11(5):e659–72.
14. Raag M, Vorobjov S & Uusküla A. Prevalence of injecting drug use in Estonia 2010–2015: a capture-recapture study. *Harm Reduct J* 2019;16(1):19.
15. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World Drug Report 2023: Special Points of Interest. Vienna: UNODC; 2023. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html> (30.09.2023).

16. Supplement to: Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2023;11(5):e659–72. <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2823%2900057-8/fulltext#supplementaryMaterial> (30.09.2023).
17. Salekešin M & Vorobjov S. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Narva narkootikume süstivate inimeste seas 2018. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.
18. Salekešin M & Vorobjov S. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring narkootikume süstivate inimeste seas Kohtla-Järvel 2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021.
19. Vorobjov S, Raag HM & Salekešin M. HIV-nakkuse ja teiste vere teel levivate infektsioonide ning nendega seotud riskikäitumise levimus narkootikume süstivate inimeste seas Tallinnas 2022. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
20. Colledge S, Larney S, Peacock A, et al. Depression, post-traumatic stress disorder, suicidality and self-harm among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2020;207:107793.
21. Wang L, Panagiotoglou D, Min JE, et al. Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 2016;168:22–9.
22. Dasgupta S, Tie Y, Beer L, et al. Unmet needs and barriers to services among people who inject drugs with HIV in the United States. *J HIV AIDS Soc Serv* 2021;20(4):1–14.
23. Adams M, Sionean C, Broz D, et al. Serious Mental Illness Among Young People Who Inject Drugs: An Assessment of Injection Risks and Healthcare Use. *J Infect Dis* 2020;222(S5):S401–9.
24. Levintow SN, Pence BW, Powers KA, et al. Depression, antiretroviral therapy initiation, and HIV viral suppression among people who inject drugs in Vietnam. *J Affect Disord* 2021;281:208–15.
25. Perelman J, Rosado R, Ferro A, et al. Linkage to HIV care and its determinants in the late HAART era: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care* 2018;30(6):672–87.
26. Mughal AY, Stockton MA, Bui Q, et al. Examining common mental health disorders in people living with HIV on methadone maintenance therapy in Hanoi, Vietnam. *Harm Reduct J* 2021;18(1):45.
27. Teesson M, Marel C, Darke S, et al. Long-term mortality, remission, criminality and psychiatric comorbidity of heroin dependence: 11-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addiction* 2015;110(6):986–93.
28. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en) (30.09.2023).
29. Mackesy-Amity ME, Donenberg GR & Ouellet LJ. Psychiatric Correlates of Injection Risk Behavior among Young People Who Inject Drugs. *Psychol Addict Behav* 2014;28(4):1089–95.

30. Levintow SN, Pence BW, Powers KA, et al. Estimating the Effect of Depression on HIV Transmission Risk Behaviors Among People Who Inject Drugs in Vietnam: A Causal Approach. *AIDS Behav* 2021;25(2):438–46.
31. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Geneva: UNAIDS; 2023.  
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023> (30.09.2023).
32. Kraef C, Bentzon A, Skrahina A, et al. Improving healthcare for patients with HIV, tuberculosis and hepatitis C in eastern Europe: a review of current challenges and important next steps. *HIV Med* 2022;23(1):48–59.
33. Croxford S, Kitching A, Desai S, et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *Lancet Public Health* 2017;2(1):e35–e46.
34. Sun J, Mehta SH, Astemborski J, et al. Mortality among people who inject drugs: a prospective cohort followed over three decades in Baltimore, MD, USA. *Addiction* 2022;117(3):646–55.
35. Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV* 2023;10(5):e295–e307.
36. Cohen MS. Successful treatment of HIV eliminates sexual transmission. *Lancet* 2019;393(10189):2366–7.
37. Ahmad FB, Cisewski JA, Rossen LM, et al. Provisional drug overdose death counts. National Center for Health Statistics. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2023.  
<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm> (11.10.2023).
38. TAI (Tervise Arengu Instituut). Süstlajääkide uuring näitab väga ohtlike nitaseenide tarvitamise kasvu. <https://www.tai.ee/et/uudised/sustlajaakide-uuring-naitab-vaga-ohtlike-nitaseenide-tarvitamise-kasvu> (10.02.2024).
39. TAI (Tervise Arengu Instituut). Üledoosi põhjustatud surmade arv on hüppeliselt kasvanud. <https://tai.ee/et/uudised/uledoosi-pohjustatud-surmade-arv-huppeliselt-kasvanud?keys=%C3%BCledoos> (30.09.2023).
40. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). European Drug Report 2023: Trends and Developments. Lisbon: EMCDDA; 2023.  
[https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en) (30.09.2023).
41. 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.
42. WHO (World Health Organization). ICD-11 revision. <https://icd.who.int/en> (03.11.2022).
43. Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus<sup>1</sup>, 11.06.1997. RT I, 03.02.2023, 6.
44. Sotsiaalministeerium. Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025. Tallinn: 2017.

45. WHO (World Health Organization). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO; 1992. RHK-10, V ptk. Psüühika- ja käitumishäired: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tõlge eesti keelde, Tartu Ülikooli psühhiaatria kateeder; 1993.
46. Pouget ER, Hagan H & Des Jarlais DC. Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment. *Addiction* 2012;107(6):1057–65.
47. ASAM (American Society of Addiction Medicine). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. Rockville, MD: ASAM; 2019.
48. Santucci K. Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr* 2012;24(2):233–7.
49. WHO (World Health Organization). HIV and Young People Who Inject Drugs: A Technical Brief. Geneva: WHO; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179865?show=full> (03.11.2022).
50. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137–50.
51. Malhi GS & Mann JJ. Depression. *Lancet* 2018;392(10161):2299–312.
52. WHO (World Health Organization). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates> (03.11.2022).
53. Jaffe DH, Rive B & Denee TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):247.
54. Kingston D, Kehler H, Austin M-P, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One* 2018;13(4):e0195365.
55. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204–22.
56. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry* 2011;16(12):1234–46.
57. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res* 2021;137:242–49.
58. Cai H, Xie X-M, Zhang Q, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Front Psychiatry* 2021;12:690130.
59. Anspal S & Sõmer M. Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju. Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR; 2021. <https://centar.ee/tehtud-tood/raviresistentse-ja-suitsiidse-depressiooni-levimus-ning-majanduslik-moju> (03.11.2022).

60. Arias D, Saxena S & Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine – Part of The Lancet Discovery Science* 2022;54:101675.
61. Eesti Haigekassa. Depressiooniga tööelise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused. Lõppraport; 2021. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/depressiooni-raviteekond#tab-materjalid> (03.11.2022).
62. Kleinberg A. Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services [dissertation]. Tartu: Tartu University Press; 2014.
63. Rodríguez MR, Nuevo R, Chatterji S, et al. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12:181.
64. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):365–71.
65. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):171–7.
66. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, et al. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Res* 2001;105(3):243–53.
67. Cuijpers P, Smits N, Donker T, et al. Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res* 2009;168(3):250–5.
68. Thorsen SV, Rugulies R, Hjarsbech PU, et al. The predictive value of mental health for long-term sickness absence: the Major Depression Inventory (MDI) and the Mental Health Inventory (MHI-5) compared. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:115.
69. Rivera-Riquelme M, Piqueras JA & Cuijpers P. The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Res* 2019;274:247–53.
70. Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, et al. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res* 2012;197(1–2):163–71.
71. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2021;375:n2183.
72. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, et al. Screening for depression in primary care. *Fam Pract* 2006;23(6):693–8.
73. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312):1700–12.
74. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24(3):210–26.

75. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. PKH3: Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud 100 000 elaniku kohta soo ja vanuserühma järgi. TAI (Tervise Arengu Instituut). [https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas\\_02Haigestumus\\_05Psyyhikahaired/PKH3.px/](https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyyhikahaired/PKH3.px/) (30.09.2023).
76. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool; 2022.
77. Kender E, Vorobjov S, Reile R, et al. Depressiooni sümptomite olemasolu ja sellega seotud tegurid Eestis aastal 2021: rahvastikupõhise COVID-19-kiiruuringu tulemused. Eesti Arst 2022;101(11):605–17.
78. Wang S-C & Maher B. Substance Use Disorder, Intravenous Injection, and HIV Infection: A Review. Cell Transplant 2019;28(12):1465–71.
79. Volkow ND, Koob GF & McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med 2016;374(4):363–71.
80. Koob GF & Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Lancet Psychiatry 2016;3(8):760–73.
81. Colledge S, Larney S, Bruno R, et al. Profile and correlates of injecting-related injuries and diseases among people who inject drugs in Australia. Drug Alcohol Depend 2020;216:108267.
82. Moradi-Joo M, Ghiasvand H, Noroozi M, et al. Prevalence of skin and soft tissue infections and its related high-risk behaviors among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. J Subst Use 2019;24(4):350–60.
83. Wright T, Hope V, Ciccarone D, et al. Prevalence and severity of abscesses and cellulitis, and their associations with other health outcomes, in a community-based study of people who inject drugs in London, UK. PLoS One 2020;15(7):e0235350.
84. Saldana CS, Vyas DA & Wurcel AG. Soft Tissue, Bone, and Joint Infections in People Who Inject Drugs. Infect Dis Clin North Am 2020;34(3):495–509.
85. Chambers HF. Skin and Soft Tissue Infections in Persons Who Inject Drugs. Infect Dis Clin North Am 2021;35(1):169–81.
86. Larney S, Peacock A, Mathers BM, et al. A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. Drug Alcohol Depend 2017;171:39–49.
87. Wheeler A, Valerio H, Cunningham EB, et al. Prevalence and factors associated with hospitalisation for bacterial skin infections among people who inject drugs: The ETHOS Engage Study. Drug Alcohol Depend 2022;237:109543.
88. Robertson R, Broers B & Harris M. Injecting drug use, the skin and vasculature. Addiction 2021;116(7):1914–24.
89. 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):e1192–207.

90. Colledge S, Peacock A, Leung J, et al. The prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs: A multi-stage systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy* 2019;73:172–84.
91. Clinton AJ & Pollini RA. Using Positive Empathy Interventions to Reduce Stigma Toward People Who Inject Drugs. *Front Psychol* 2021;12:616729.
92. Dobson K & Stuart H. The Stigma of Mental Illness: Models and Methods of Stigma Reduction. In: Chen S-P & Stuart H. *Prejudice and Discrimination Related to Substance Use Problems*. New York: Oxford Academic; 2021. p. 11–24.
93. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, et al. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *J Ment Health* 2016;25(1):10–5.
94. Browne T, Priester MA, Clone S, et al. Barriers and facilitators to substance use treatment in the rural south: A qualitative study. *J Rural Health* 2016;32(1):92–101.
95. Paquette CE, Syvertsen JL & Pollini RA. Stigma at Every Turn: Health Services Experiences among People Who Inject Drugs. *Int J Drug Policy* 2018;57:104–10.
96. Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, et al. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. *Drug Alcohol Depend* 2010;110(3):221–7.
97. von Hippel C, Brener L & Horwitz R. Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addict Behav* 2018;76:305–11.
98. Christie NC. The role of social isolation in opioid addiction. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2021;16(7):645–56.
99. Hanoa K, Bilgri OR, Buvik K, et al. "Hooked on the needle": Exploring the paradoxical attractions towards injecting drug use. *Drugs: Educ. Prev. Policy* 2022;29(6):667–74.
100. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 2010;105(6):1117–28.
101. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142(11):1259–64.
102. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:1–13.
103. Kidorf M, Solazzo S, Yan H, et al. Psychiatric and Substance Use Comorbidity in Treatment-Seeking Injection Opioid Users Referred From Syringe Exchange. *J Dual Diagn* 2018;14(4):193–200.
104. Tirado-Muñoz J, Gilchrist G, Fischer G, et al. Psychiatric comorbidity and intimate partner violence among women who inject drugs in Europe: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health* 2018;21(3):259–69.

105. Pabayo R, Alcantara C, Kawachi I, et al. The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 2013;132(3):603–9.
106. Scott N, Carrotte ER, Higgs P, et al. Longitudinal changes in psychological distress in a cohort of people who inject drugs in Melbourne, Australia. *Drug Alcohol Depend* 2016;168:140–6.
107. Mizuno Y, Purcell DW, Knowlton AR, et al. Syndemic Vulnerability, Sexual and Injection Risk Behaviors, and HIV Continuum of Care Outcomes in HIV-Positive Injection Drug Users. *AIDS Behav* 2015;19(4):684–93.
108. Lemstra M, Rogers M, Thompson A, et al. Risk Indicators of Depressive Symptomatology Among Injection Drug Users and Increased HIV Risk Behaviour. *Can J Psychiatry* 2011;56(6):358–66.
109. Roy É, Arruda N, Bertrand K, et al. Prevalence and correlates of prescription opioid residue injection. *Drug Alcohol Depend* 2016;166:69–74.
110. Pettes T, Kerr T, Voon P, et al. Depression and sexual risk behaviours among people who inject drugs: a gender-based analysis. *Sex Health* 2015;12(3):224–30.
111. Minoyan N, Høj SB, Jutras-Aswad D, et al. Gender-specific associations between psychological distress and injecting risk behaviours among people who inject drugs in Montreal, Canada. *Int J Drug Policy* 2021;96:103319.
112. Siseministeerium. Eesti narkopoliitika aastani 2030. Tallinn; 2021. <https://www.siseministeerium.ee/uimastiennetus> (30.09.2023).
113. Rahlin B, Redlich K, Lehtmets A, et al. Buprenorfiini kasutamine opioidsõltuvuse ravis. TTH46. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2020.
114. TAI (Tervise Arengu Instituut). Opioidisõltuvuse asendusravi: kliiniline protokoll. Tallinn; 2021.
115. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Medications for Opioid Use Disorder Save Lives. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
116. Mueser KT & Gingerich S. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Soc Work Public Health* 2013;28(3–4):424–39.
117. TAI (Tervise Arengu Instituut). Kahjude vähendamise. Tallinn; 2022.
118. Bültmann U, Rugulies R, Lund T, et al. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(11):875–80.
119. Themas A, Ainsaar M, Soo K, et al. Eesti meeste hoiakute ja käitumise uuring: tervis, haridus, tööhõive, ränne ja pereloom. Tartu: Tartu Ülikool; 2015.
120. Ringdal C & Rootjes F. Depression and labor supply: Evidence from the Netherlands. *Econ Hum Biol* 2022;45:101103.

121. O'Halloran Leach E, Lu H, Caballero J, et al. Defining the optimal cut-point of self-reported ART adherence to achieve viral suppression in the era of contemporary HIV therapy: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther* 2021;18(1):36.
122. Li J, Gu J, Lau JTF, et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among people who inject drugs in China. *Drug Alcohol Depend* 2015;151:228–35.
123. Millan-Alanis JM, Carranza-Navarro F, de León-Gutiérrez H, et al. Prevalence of suicidality, depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2021;24(6):867–79.
124. Pericot-Valverde I, Heo M, Niu J, et al. Declines in Depressive Symptoms Among People who Inject Drugs Treated With Direct-Acting Antivirals While on Opioid Agonist Therapy. *Open Forum Infect Dis* 2020;7(10):ofaa380.
125. Teesson M, Havard A, Fairbairn S, et al. Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence, correlates and treatment seeking. *Drug Alcohol Depend* 2005;78(3):309–15.
126. Genberg BL, Astemborski J, Treisman G, et al. Engagement in treatment for depression among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *J Subst Abuse Treat* 2019;106:107–12.
127. Salk RH, Hyde JS & Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 2017;143(8):783–822.
128. Rehm J & Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(2):10.
129. Castelpietra G, Skrinko Knudsen AK, Agardh EE, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur* 2022;16:100341.
130. Otten D, Tibubos AN, Schomerus G, et al. Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Front Public Health* 2021;9:553071.
131. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet* 2020;396(10250):565–82.
132. Linton SL, Celentano DD, Kirk GD, et al. The longitudinal association between homelessness, injection drug use, and injection-related risk behavior among persons with a history of injection drug use in Baltimore, MD. *Drug Alcohol Depend* 2013;132(3):457–65.
133. Hotton A, Mackesy-Amity M-E & Boodram B. Trends in homelessness and injection practices among young urban and suburban people who inject drugs: 1997–2017. *Drug Alcohol Depend* 2021;225:108797.
134. Arum C, Fraser H, Artenie AA, et al. Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2021;6(5):e309–23.

135. Maestrelli LG, Sousa Martins Silva A, de Azevedo-Marques Périco C, et al. Homelessness and Depressive Symptoms: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis* 2022;210(5):380–89.
136. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Homelessness and drugs: health and social responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/homelessness-and-drugs-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/homelessness-and-drugs-health-and-social-responses_en) (02.03.2024).
137. Colledge S, Leung J, Larney S, et al. Frequency of injecting among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy* 2020;76:102619.
138. Levine H, Bartholomew TS, Rea-Wilson V, et al. Syringe disposal among people who inject drugs before and after the implementation of a syringe services program. *Drug Alcohol Depend* 2019;202:13–7.
139. Coffin PO, Tracy M, Bucciarelli A, et al. Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose. *Acad Emerg Med* 2007;14(7):616–23.
140. Tomko C, Schneider KE, Rouhani S, et al. Identifying pathways to recent non-fatal overdose among people who use opioids non-medically: How do psychological pain and unmet mental health need contribute to overdose risk? *Addict Behav* 2022;127:107215.
141. van Draanen J, Tsang C, Mitra S, et al. Mental disorder and opioid overdose: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57(4):647–71.
142. Wilens T, Zulauf C, Ryland D, et al. Prescription medication misuse among opioid dependent patients seeking inpatient detoxification. *Am J Addict* 2015;24(2):173–77.
143. Dasgupta N, Beletsky L & Ciccarone D. Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *Am J Public Health* 2018;108(2):182–6.
144. Kirwan A, Curtis M, Dietze P, et al. The Prison and Transition Health (PATH) Cohort Study: Study Protocol and Baseline Characteristics of a Cohort of Men with a History of Injecting Drug Use Leaving Prison in Australia. *J Urban Health* 2019;96(3):400–10.
145. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Prison and drugs in Europe: current and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/prison-and-drugs-in-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/prison-and-drugs-in-europe_en) (02.03.2024).
146. Tsai Y-T, Padmalatha S, Ku H-C, et al. Suicidality Among People Living With HIV From 2010 to 2021: A Systematic Review and a Meta-regression. *Psychosom Med* 2022;84(8):924–39.
147. Uusküla A, Feelemyer J & Des Jarlais DC. HIV treatment, antiretroviral adherence and AIDS mortality in people who inject drugs: a scoping review. *Eur J Public Health* 2023;33(3):381–8.
148. Tao J, Vermund SH & Qian H-Z. Association between Depression and Antiretroviral Therapy Use among People Living with HIV: A Meta-Analysis. *AIDS Behav* 2018;22(5):1542–50.
149. Singer MC, Erickson PI, Badiane L, et al. Syndemics, sex and the city: Understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. *Soc Sci Med* 2006;63(8):2010–21.

## Summary

### **Prevalence and associated factors of depressive symptoms among people who inject drugs in Estonia**

The aim of this thesis was to investigate the prevalence of depressive symptoms and associated factors among people who inject drugs (PWID) in Kohtla-Järve. The objectives of the study were as follows: 1) to describe the prevalence of depressive symptoms; 2) to analyze the associations between the occurrence of depressive symptoms and demographic and socioeconomic characteristics, as well as risk behaviours related to drug use and sexual activity; 3) to compare treatment and harm reduction service utilization, suicidality and antiretroviral therapy adherence between depressed and non-depressed injecting drug users.

The statistical analysis is based on data from a cross-sectional study conducted in Kohtla-Järve and its surrounding area in 2020. The study sample was recruited using the respondent-driven sampling method. Depressive symptoms were measured using the five-item Mental Health Inventory (MHI-5).

Among the 350 PWID interviewed, the mean age was 37 years (SD = 7.2), majority (71.1%) were male, and 54.3% were HIV seropositive (88.9% were aware of infection status). A third of the PWID (34.3%; 95% CI 29.3–39.5) reported severe depressive symptoms (MHI-5  $\leq$  52).

In adjusted analysis, factors such as female sex, residing in a shelter or social housing and risk behaviours related to injecting drugs and sexual activity were associated with depressive symptoms. Compared to non-depressed individuals, PWID with depression had more than four times higher odds of suicidal ideation and attempting suicide. There were no significant between-group differences in ART adherence.

These results highlight the need for systematic screening, assessment and targeted interventions to address mental health needs among PWID. Efforts are also needed to develop high-quality, integrated and person-centred services.

## **Tänuavaldus**

Soovin südamest tänada oma juhendajaid Sigrid Vorobjovi ja Anneli Uusküla toetava suhtumise, väärtuslike ideede ja nõuannete ning alati meeldiva ja edasiviiva tagasiside eest magistritöö kirjutamise protsessi vältel.

Eriline tänu kuulub minu emale alatise mõistmise, motiveerimise ja igakülgse toetuse eest.

## *Curriculum vitae*

Ees- ja perekonnanimi:	Krista Junolainen
Sünniaeg ja -koht:	08.06.1990, Kohtla-Järve
Kodakondsus:	Eesti
E-post:	krista.junolainen@gmail.com
Haridustee:	
2021–...	Tartu Ülikool, magistriõpe eriala: rahvatervishoid
2016–2020	Tallinna Tervishoiu Kõrgkool Kohtla-Järve str.üksus, rakenduskõrgharidusõpe eriala: õde
2012–	Tallinna Ülikool, magistriõpe – õpingud katkestatud eriala: haldusjuhtimine
2009–2012	Tallinna Ülikool, bakalaureuseõpe eriala: riigiteadused kraad: sotsiaalteaduse bakalaureus
Töökogemus:	
2020–	SA Tartu Ülikooli Kliinikum Anestesioloogia ja intensiivravi kliinik Anestesioloogia osakond anesteesiaõde
2018–2019	SA Pärnu Haigla Sisehaiguste kliinik II sisehaiguste osakond abiõde
2014–2015	Jõhvi valla Gümnaasium (loodav riigigümnaasium) sekretär/juhiabi
Keelteoskus:	eesti keel – emakeel; inglise keel – B2

Kuupäev: 22.04.2024

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Krista Junolainen,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Depressiivsuse esinemine ja sellega seotud tunnused narkootikumide süstivatele inimestel“, 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 lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Krista Junolainen

24.05.2024