

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

**STIGMA TUNNETAMINE JA SÜSTIVA NARKOMAANI
STAATUSE AVALIKUSTAMINE KOHTLA-JÄRVE
SÜSTIVATE NARKOMAANIDE SEAS**

Magistritöö rahvatervishoius

Annika Johansson

**Juhendaja: Sigrid Vorobjov, MSc, PhD, Tervise Arengu Instituut,
nakkushaiguste ja uimastiseire keskus, teadur**

Tartu 2015

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 28.05.2015 lubada väitekirj terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kristi Rüütel, MD, PhD, Tervise Arengu Instituut, nakkushaiguste ja uimastiseire keskus, juhataja.

Kaitsmine: 09.06.2015

SISUKORD

LÜHENDID	5
LÜHIKOKKUVÕTE	6
1. SISSEJUHATUS	7
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	9
2.1. Mõisted.....	9
2.2. Stigma.....	9
2.2.1. Stigma mehhanismid.....	10
2.2.2. Kihiline stigma.....	11
2.3. Stigmatiseeritud staatuse avalikustamine.....	11
2.4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine ja stigmad.....	12
3. TÖÖ EESMÄRGID	16
4. MATERJAL JA METOODIKA	17
4.1. Valimi moodustamine	17
4.2. Töös kasutatavad tunnused.....	18
4.2.1. Demograafilised ja sotsiaal-majanduslikud tunnused.....	18
4.2.2. Narkootikumide süstimisega ja HIV-iga seotud tunnused.....	18
4.2.3. Avalikustamisega ja stigmaga seotud tunnused.....	19
4.3. Andmeanalüüs.....	20
5. TULEMUSED	22
5.1. Valimi kirjeldus.....	22
5.2. Narkootikumide süstimise ja HIV-positiivsusega seotud stigmade tunnetamine	22
5.3. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine	24
5.4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise seosed stigmadega.....	25
6. ARUTELU.....	27
7. JÄRELDUSED	33
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	34
SUMMARY	39
TÄNUAVALDUS.....	41
CURRICULUM VITAE	42
LISAD	43
Lisa 1. Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud ja oodatava stigma tunnetamine Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012	43
Lisa 2. HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud ja oodatava stigma tunnetamine	

Kohtla-Järve HIV-positiivsete süstivate narkomaanide seas aastal 2012	44
Lisa 3. Kohandamata seosed süstiva narkomaani staatuse avalikustamise ja stigma tüüpide vahel Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012	45
Lisa 4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohandatud seosed narkootikumide süstimisega seotud stigmadega ja teiste kirjeldavate tunnustega Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas (n=578) aastal 2012.....	46
Lisa 5. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohandatud seosed narkootikumide süstimise ja HIV-positiivsusega seotud stigmadega ning teiste kirjeldavate tunnustega Kohtla-Järve HIV-positiivsete süstivate narkomaanide seas (n=295) aastal 2012.....	47

LÜHENDID

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (ingl <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)
AOR	kohandatud šansisuhe (ingl <i>adjusted odds ratio</i>)
CI	usaldusvahemik (ingl <i>confidence interval</i>)
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (ingl <i>human immunodeficiency virus</i>)
MTÜ	mittetulundusühing
n	absoluutne sagedus
NSS	narkootikumide süstimisega seotud
OR	šansisuhe (ingl <i>odds ratio</i>)
p-väärtus	olulisuse tõenäosus (ingl <i>p-value</i>)
RDS	uuritavate poolt juhitud kaasamise meetod (ingl <i>respondent-driven sampling</i>)
SD	standardhälve (ingl <i>standard deviation</i>)
vs.	vastu, vastakuti (ld <i>versus</i>)

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada narkootikumide süstimisega ja HIV-positiivse staatusega seotud stigmade tunnetamist ning süstiva narkomaani staatuse avalikustamist ja analüüsida nende omavahelisi seoseid. Alaeesmärgiks oli võrrelda stigmade tunnetamist ja süstiva narkomaani staatuse avalikustamist vastavalt HIV staatusele.

Magistritöö põhineb 2012. aastal Kohta-Järvel ja selle lähiümbruses teostatud läbilõikelise küsitlusuuringu andmetel. Valimi moodustamisel kasutati uuritavate poolt juhitud kaasamise meetodit (RDS) ning valimisse kaasati 600 süstivat narkomaani. Avalikustamiste ja stigmade vaheliste seoste hindamiseks kasutati logistilist regressiooni.

Kõige vähem avalikustasid uuritavad oma süstiva narkomaani staatust tööandjale (1%) ja juhuslikele seksuaalpartneritele (11%) ning enim lähedastele sõpradele (82%). Üle poole küsitletutest oli oma staatust avalikustanud peamisele seksuaalpartnerile (62%) ja tervishoiutöötajatele (60%). Mitmel juhul avalikustasid HIV-positiivsed uuritavad (kohandamata analüüsi põhjal) enda süstiva narkomaani staatust oluliselt rohkem kui HIV-negatiivsed uuritavad.

Süstiva narkomaani ja HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud ja oodatavat stigmat tunnetasid uuritavad keskmisest tugevamini. Seejuures oli narkootikumide süstimisega seotud oodatava stigma tajumine HIV-positiivsete seas suurem kui HIV-negatiivsete uuritavate seas. Enamikul juhtudel esines stigma tüüpide vahel nõrk positiivne seos. Keskmise tugevusega positiivne korrelatsioon ilmnas kahe sisendatud stigma vahel ja kahe oodatava stigma vahel.

Käesolev töö ei suutnud kinnitada stigma ühest seost avalikustamisega, kuna erinevate stigmade tunnetamise ja süstiva narkomaani staatuse avalikustamiste vahel puudus järjepidev ja statistiliselt oluline seos. Kõige tihedamini oli avalikustamisega seotud narkootikumide süstimisest tingitud sisendatud stigma, mille kõrgem tajumine vähendas avalikustamise šanssi juhuslikele seksuaalpartneritele, teistele pereliikmetele ning tervishoiutöötajatele. Avalikustamine teistele pereliikmetele oli kõige rohkem seotud erinevate stigma tüüpidega (kolmega neljast). Tähelepanu vääriks seosed, mis ilmnasid narkomaaniaravi ja avalikustamise vahel. Varasem või hetkel narkomaaniaravil viibimine suurendas mitmel juhul avalikustamise šanssi võrreldes narkomaaniaravi mittedaamisega.

Magistritöö tulemused osutavad vajadusele arendada süstivate narkomaanide (suhtlemis)oskuseid seoses oma staatuse avalikustamisega ja seksuaalse riskikäitumisega. Lisaks on tarvilik tervishoiutöötajate koolitamine ning seksuaalset riskikäitumist vähendavate meetmete laialdasem rakendamine. Käesoleva töö tulemused kinnitavad, et antud teemad vajavad spetsialistide suuremat tähelepanu ning jätkuvat ja üksikasjalikumat uurimist.

1. SISSEJUHATUS

Hinnanguliselt elab maailmas ligi 12,7 miljonit süstivat narkomaani, kellest 1,7 miljonit on HIV-positiivsed (1). Süstivate narkomaanide osakaal rahvastikust on suurim Ida- ja Kagu-Euroopas (1,3%), kus 23% süstivatest narkomaanidest on ka HIV-positiivsed (1).

Eestis hakkas süstivate narkomaanide osakaal märkimisväärselt tõusma alates aastast 1994 ning sellest tingitult suurenesid mitmed uimastite kasutamisega seotud probleemid (2, 3). Kuigi viimastel aastatel on täheldatud süstivate narkomaanide osakaalu vähenemist (hinnanguliselt oli 2005. aastal 15–44-aastaste hulgas 2,7% ja 2009. aastal 0,9% süstivaid narkomaane), on Eestis endiselt suur süstivate narkomaanide osakaal (2, 4). Peale HIV-i levikut süstivate narkomaanide sekka tõusis HIV-positiivsete arv hüppeliselt ning aastal 2000 puhkes Eestis HIV-epideemia (3). Hinnangute kohaselt oli aastal 2012 Eestis 7200–11 000 HIV-nakkuse kandjat (5). Aastate lõikes on HIV-positiivsete osakaal süstivate narkomaanide seas jäänud vahemikku 45–90% (6–8).

HIV-i nakatunute ja süstivate narkomaanide (HIV-i nakatumise riskirühm) igapäevaelu lahutamatuks osaks on stigma ja diskrimineerimine ning nii on see kogu maailmas (5, 9). Stigma on inimest diskrediteeriv tunnus ehk häbimärk, mis võib viia diskrimineerimiseni ehk isiku kõrvale tõrjumiseni ning tema õiguste piiramiseni (10).

Narkootikumide kasutamisega kaasnevat stigmat ning selle seoseid halvema elukvaliteedi ja viletsama tervisega on uuritud ebapiisavalt, samas kui HIV-iga seotud stigma puhul on antud seoseid uuritud ja kirjeldatud rohkelt (11, 12). Paikades, kus HIV ja narkootikumide süstimine on tihedalt seotud, ei saa kummagi staatusega kaasnevat stigmat ja diskrimineerimist käsitleda täiesti eraldiseisvana. Hoolimata HIV-iga seotud stigma ja diskrimineerimise ulatuslikust levikust ning probleemi tunnistamisest, on antud küsimused jäänud mitmetes ennetustegevustes tagaplaanile (9). Lisaks on mitmel pool maailmas stigmavastased tegevused alarahastatud (5, 13, 14).

Eesti süstivate narkomaanide poolt tunnetatavat narkootikumide süstimise ja HIV-positiivsusega seotud stigmat on sügavamalt analüüsitud ühes teadusuuringus, mis tugines samale valimile kui käesolev töö (15). Teistes Eesti süstivaid narkomaane käsitlevates uuringutes/raportites on narkootikumide süstimisega kaasnevat stigmatiseerimise ja diskrimineerimise probleemi küll tõstatatud, aga seda pole põhjalikumalt analüüsitud (16, 17). Enam on Eestis uuritud HIV-iga seotud stigmat ning antud uuringutesse kaasatute hulgas oli ka märkimisväärne osa süstivaid narkomaane (13, 14, 18).

Eestis on tähelepanu pööratud ka HIV-positiivse staatuse avalikustamise olulisusele (13, 17, 18), aga pole uuritud süstiva narkomaani staatuse avalikustamist. Rahvatervishoiu

seisukohalt on süstiva narkomaani staatuse avalikustamine seksuaalpartneritele eriti tähtsal kohal, et takistada HIV-i levikut süstivate narkomaanide seast üldrahvastikku. Iseäranis oluline on see Eesti kontekstis, kus HIV on peamiselt ja laialdaselt levinud just süstivate narkomaanide seas (3). Avalikustamise kasuks otsustamisel võib aga stigma kõrgetasemeline tunnetamine osutuda pidurdavaks teguriks.

Käesolev magistritöö kirjeldab süstivate narkomaanide seas narkootikumide süstimisega seotud stigma (edaspidi NSS stigma) ja HIV-positiivse staatusega seotud stigma (edaspidi HIV stigma) tunnetamist, süstiva narkomaani staatuse avalikustamist ning uurib nende omavahelisi seoseid.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Mõisted

Kahjude vähendamine – (ingl *harm reduction*) on meetmete kogum, mis püüab läbi poliitikate, erinevate sekkumiste ja programmide vähendada narkootikumide kasutamisest tulenevat kahjulikku mõju tervisele, ühiskonnale ning majandusele (19). Kahjude vähendamine toob kasu nii narkootikumide tarbijale kui ka kogukonnale, aga seejuures ei eeldata ega välistata narkootikumide kasutamisest loobumist (19).

Riskikäitumine (ingl *risk behaviour*) – on käitumisviis, mille tulemusel võib halveneda inimese üldine tervis või suurenenud vastuvõtlikkus haigus(t)ele (20).

Süstiv narkomaan – on inimene, kes tarvitab narkootilisi või psühhotroopseid aineid, süstides neid veeni, lihasesse ja/või naha alla ning on sellest tulenevalt antud ainetest füüsiliselt või psüühiliselt sõltuvuses (21).

Varjatud rahvastikurühm – on rahvastikurühm, mille piirid ja suurus on teadmata ning kuhu kuulumine on seotud ebaseaduslike tegevustega või kuhu kuulujad on stigmatiseeritud (nt süstivad narkomaanid, HIV-positiivsed) (22).

Varjatud stigmatiseeritud identiteet – on identiteet, mida saab teiste eest varjata ning mis on sotsiaalselt hukkamõistetud (nt HIV-positiivne staatus, süstiva narkomaani staatus, vaimuhaigus) (23).

2.2. Stigma

Sõna „stigma“ pärineb kreeka keelest ja tähendab inimese keha märgistamist/augustamist (põletusmärgiga) näitamaks isiku orja või kurjategija staatust (24). Stigmatiseerimine on seega häbimärgistamine (10).

Goffmani kohaselt on stigma tunnus, mis on diskrediteeriv ning tähendab inimese jaoks olukorda, kus ta pole sotsiaalselt täielikult aktsepteeritud ning teda peetakse „normist“ ebasoovitavalt erinevaks (24). Stigmaga isikut ei peeta seega „päris inimeseks“ ning sellest lähtudes võidakse temaga käituda (sageli mõtlematult) diskrimineerivalt, mis omakorda vähendab stigmatiseeritu elukvaliteeti (24).

Uuringutes on kasutatud mitmeid erinevaid stigma definitsioone (25). Linki ja Phelani kontseptsiooni kohaselt on stigma sotsiaalne protsess ning koosneb viiest omavahel seotud komponendist: erinevuste märkamine ja sildistamine; stereotüüpide loomine; stigmatiseeritute kategoriseerimine „nendeks“ ja eraldamine „meist“; sildistatute diskrimineerimine ja staatuse kaotamine; võimu teostamine (teiste inimrühmade stigmatiseerimise teeb võimalikuks stigmatiseerijate juurdepääs sotsiaalsele, majanduslikule ja poliitilisele võimule) (25, 26).

Stigma väljendub riigiti/kultuuriti erinevalt (27) ning on ajas muutuv nähtus, mis sõltub ühiskonna arenguastmest, uskumustest, kommetest, väärtustest ning võib aegade jooksul nii suureneda, väheneda kui ka tekkida ja kaduda (11). Oluline on tähelepanu pöörata nii inimestevahelistes suhetes väljenduvale kui ka ühiskonna tasemel väljenduvale stigmale (27).

Diskrimineerimist võib nimetada stigma tagajärjeks ehk tegelikuks stigma kogemiseks/läbielamiseks (28). Diskrimineerimine on füüsiline, vaimne, nähtav või tuntav vastus stigmale (11), mis viib diskrimineeritavate tõrjumiseni ja nende õiguste kärpimiseni (10). Diskrimineerimist nimetatakse ka kehtestatud/jõustatud stigmaks (ingl *enacted stigma*) (28).

Linki ja Phelani kohaselt väärivad stigma protsessid uurijate tähelepanu, kuna nende mõju inimeste eludele on dramaatiline ning tõenäoliselt alahinnatud (26). Stigma võib negatiivselt mõjutada inimese elu erinevaid aspekte: elamistingimusi, töövõimalusi, tervishoiuteenuste kättesaadavust (25). Haigustega kaasnev stigma võib inimese füüsilist, psüühilist ja sotsiaalset seisundit mõjutada isegi tugevamini, kui haigus ise (29).

2.2.1. Stigma mehhanismid

Stigmat koetakse läbi erinevate mehhanismide ning kirjanduses jaotatakse ja koondatakse neid mitmel moel (28, 30, 31). Laiemalt eristatakse kehtestatud/jõustatud stigmat ja tunnetatavat/tajutavat stigmat (ingl *felt/perceived stigma*) (28). Tunnetatavat stigmat saab omakorda jaotada oodatavaks stigmaks (ingl *anticipated stigma*) ja sisendatud stigmaks (ingl *internalized stigma*) (28, 31).

Oodatava stigma puhul on tegemist kartusega kehtestatud stigma ehk diskrimineerimise kogemise ees, mida oodatakse peale oma stigmatiseeritud staatuse avalikuks tulemist (23, 28). Sisendatud stigma on enesele suunatud, väljastpoolt tuleva stigma ehk ühiskonnapoolsete negatiivsete hinnangute aktsepteerimine, õigustatuks pidamine ja enesele sisendamine (23, 32). Sisendatud stigma põhjustab madalat enesehinnangut, enese süüdistamist ja enese isoleerimist (32).

Mitmetel puhkudel vajab tähelepanu ka stigmatiseeritu perekonnale, sõpradele, naabritele laienenud stigma ehk teisene stigma, mis võib luua ja suurendada stigmatiseeritu lähedaste sotsiaalset isolatsiooni (33) ning sellest tulenevalt mõjutada ka stigmatiseeritut ennast (34).

Teaduskirjanduses on juhtinud tähelepanu stigma tüüpide eristamise olulisusele, kuna viimased on seotud erinevate tulemitega (23, 30, 35). See aitaks jõuda üksikasjalikuma arusaamiseni stigmast ning soodustaks paremate ennetus- ja sekkumismeetmete loomist (30).

2.2.2. Kihiline stigma

Stigma mõju inimeste eludele võidakse suuresti alahinnata, kuna tihti piirdutakse stigma mõõtmisel ühe stigmatiseeritud seisundi (HIV-positiivsus, rass, ülekaal jne) kaasamisega ning uuritakse ainult ühte tulemit (sotsiaalne toimetulek, enesehinnang jne) korraga (25). Kuna HIV-iga seotud stigma lisandub tihti juba eelnevalt stigmatiseeritud identiteedile (nt süstivad narkomaanid, prostitutsiooni kaasatud inimesed, meestega seksivad mehed) (36), ei tohiks HIV-iga seotud stigmat alahinnata ega käsitleda kui täiesti eraldiseisvat nähtust (37). Chan *et al.* leidsid, et HIV stigma ja NSS stigma omavad tugevat vastastikust mõju (38). Seega on HIV-i nakatunud süstivate narkomaanide puhul tähtis arvestada mõlema stigmatiseeriva teguri koosmõju ning uurida ka teiste stigmatiseeritud seisundite (rass, rahvus, sugu, sotsiaalne staatus jne) võimalikku esinemist ja koosmõju.

Mitme stigma koosesinemist nimetatakse kihiliseks stigmaks (ingl *layered stigma*) (36, 37). Kihilise stigma puhul on oluline teada, kui suur osa kogetavast stigmast on seletatav jagatud stigma poolt ja kui suure osa moodustavad erinevad stigmad eraldi ning millist rolli mängib iseseisvate stigmade vaheline sünergia (37). Erinevad stigmad kattuvad tihti ja võimendavad üksteist ning võib tekkida stigma/diskrimineerimise nõiaring, mis piirab efektiivsete vastumeetmete arendamist (33). Seega on stigma vähendamise meetmete puhul oluline arvestada kõikide stigma allikatega ning tähtis on mõista stigma kihilisust ja kihilisuse eripärasid (36, 37).

2.3. Stigmatiseeritud staatuse avalikustamine

Avalikustamist võib käsitleda olukorrana, kus inimene avaldab usaldusisikule oma varjatud stigmatiseeritud identiteedi, mis oli viimasele varem teadmata (39). Avalikustamine tähendab, et teavet on eelnevalt varjatud ja saladuses hoitud (40).

Varjatud stigma avalikustamine on keeruline ja kompleksne protsess, kuna vajab tähelepanelikku kaalumist, kellele ja mida rääkida ning võib mõjutada peaaegu kõiki stigmatiseeritud inimese elu ja heaolu aspekte (39, 40). Varjatud stigmatiseeritud identiteeti omavad inimesed peavad elu jooksul korduvalt tegelema oma staatuse avalikustamisega/mitteavalikustamisega seotud küsimustega (39). Uurides stigmatiseeritud identiteedi avalikustamist/mitteavalikustamist on oluline vaadelda põhjuseid, miks otsustatakse avalikustamise kasuks või kahjuks (39). Näiteks võib esimese avalikustamise kogemus osutada tõenäolisemalt positiivseks, kui selle eesmärgiks pole ainult isikliku kasu saamine (41).

Stigmatiseeritud identiteedi avalikustamisega võivad kaasneda mitmed negatiivsed, kuid ka positiivsed tagajärjed (39). Positiivne kogemus stigmatiseeritud staatuse avalikustamisel tõstab aga tulevaste avalikustamiste tõenäosust (39). Positiivne kogemus esmakordsel avalikustamisel vähendab kroonilist hirmu avalikustamise ees ja suurendab usku teistesse inimestesse ning võib seetõttu omada pikaajalist mõju inimese heaolule (41). Samuti võib iga individuaalne avalikustamise otsus aidata tõsta teadlikkust ning potentsiaalselt vähendada antud staatusega seotud stigmat ühiskonnas, soodustades avalikustamise ja avatud suhtumise muutumist normiks (39).

2.4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine ja stigmad

Süstivate narkomaanide uuringutes on tuvastatud intensiivset NSS stigma tunnetamist ja diskrimineerimist kogukonna poolt (42, 43), mida omakorda seostatakse halvema füüsilise ja vaimse tervisega (44, 45). Narkootikumide tarvitamisega kaasnevat stigmat on seostatud depressiooniga ning on tõenäoline, et mõlemad tegurid on üksteist soodustavad (12). See kõik on muret tekitav, kuna antud rahvastikurühm kannatab juba mitmete terviseprobleemide käes ning omab piiratud ligipääsu tervishoiuteenustele (45).

Young *et al.* leidsid, et narkootikumide kasutajad kogesid rohkem diskrimineerimist kui teised stigmatiseeritud grupid ning mitme stigmatiseeritud staatuse omamisel avaldas uuritavate elule enim mõju just narkootikumide kasutamisega seotud diskrimineerimise kogemine (44).

Situatsioonis, kus HIV levib peamiselt süstivate narkomaanide seas (ning mõlemad seisundid on stigmatiseeritud), ei saa süstiva narkomaani staatusega kaasnevat stigmat käsitleda täiesti eraldiseisvana, kuna paljud HIV-positiivsed süstivad narkomaanid võivad tunda mõlema staatusega kaasnevat stigmat (kihiline stigma) (43). Teaduskirjanduses on kirjeldatud narkootikumidega seotud stigma ja HIV stigma eraldiseisvat (15), kui ka koosmõju tervisenäitajatele (15, 46). Samaväärselt tajutud NSS stigmade ja HIV stigmade seos tervisenäitajatega võib seejuures riigiti oluliselt erineda (15). Kihilise stigma seosele elukvaliteediga leiab viiteid ka Eestis teostatud uuringust (47).

NSS stigma olemasolu võib põhjustada HIV stigma suuremat tunnetamist (27) ning selle mõjul võidakse loobuda HIV-positiivse staatuse avalikustamisest (43). Kirjanduse andmetel avalikustavad narkootikumide süstimise tagajärjel HIV-i nakatunud oma HIV staatust vähem tõenäolisemalt, kui seksuaalsel teel nakatunud (48, 49). Rudolph *et al.* omakorda leidsid, et süstivad narkomaanid, kelle HIV-positiivsus sai kogukonnas avalikuks, kogesid seetõttu ka rohkem diskrimineerimist (43). Samas uuringus ilmnes, et teise stigmatiseeritud staatuse

avalikustamine perele võib anda aga hoopis vastupidise efekti (43). Püüet vältida ühe stigmatiseeritud staatuse avalikuks tulemist teise varjamise teel, on kirjeldatud ka narkootikumide süstimise tagajärjel C-hepatiiti nakatunute puhul (35). Seega võib oletada, et NSS stigmale lisanduvad stigmad võivad mõjutada avalikustamise otsust.

Kvalitatiivsetes uuringutes on ilmnenu, et avalikustamisega kaasneva stigma vältimine võib viia mitmete HIV-i levikut toetavate riskikäitumisteni: loobumine kondoomi kasutamisest, et hoiduda küsimustest enda süstiva narkomaani ja/või HIV staatuse kohta (17); äratundmise hirmus (süstlavahetus)teenuste kasutamise vältimine (50). Samuti leidsid Latkin *et al.* viiteid tugeva positiivse seose olemasolule narkootikumide kasutamisega seotud stigma tunnetamise ja HIV-i levikut soodustavate süstimispraktikate vahel (42).

Süstiva narkomaani staatuse avalikustamist tervishoiutöötajatele on seostatud narkomaaniaraviga, süstitava ainega, meditsiiniuasutuste külastamise ajalooga (51). Püüdes leida teisi tegureid, mis ennustavad süstiva narkomaani staatuse avalikustamist, tuleb vihjeid otsida näiteks HIV-positiivseid käsitlevatest uuringutest. HIV-positiivse staatuse avalikustamist on positiivselt seostatud uuritava pikema HIV staažiga (52, 53), pikema süstiva narkomaani staažiga (54), HIV teenuste kasutamisega (53), suhte lähedusega (52), usaldusisiku olemasoluga (53), kõrgema haridusega (52) ning mõnel määral ka kõrgema vanusega (49, 53).

Avalikustatakse eelkõige nendele inimestele, kellelt on tõenäolisemalt oodata toetust (48). Stigmatiseeritud staatuse avalikustamine seksuaalpartneritele on kirjanduse andmetel tihti seotud partnerluse tüübiga (põhi/juhuslik, kauge/lähedane) (55). Lisaks võib eesmärk, mida püütakse avalikustamisega saavutada, oluliselt mõjutada avalikustamise tõenäosust (56). Ühte ja sama eesmärki silmas pidades (nt püü kaitsta oma lähedasi) võib üks inimene otsustada avalikustamise kasuks ja teine kahjuks (56).

Narkomaanid vajavad teadmisi/õpetust, kuidas oma staatust avalikustada, et mitte ilma jääda lähedaste võimalikust toetusest (sh ravi protsessis) (57). Sotsiaalsel toetusel on oluline ning kaitsev roll psühholoogilise heaolu ja enesehinnangu säilitamises (58). Oma metaanalüüsis leidsid Smith *et al.* stigma ja sotsiaalse toetuse vahelise negatiivse korrelatsiooni (59).

Stigmat võib mõõta nii stigmatiseeritute kui ka stigmatiseerijate seisukohast (30). Uurides ühiskonnas valitsevaid hoiakuid on võimalik saada aimu ka süstivate narkomaanide ja HIV-positiivsete poolt kogetavast stigmast. Eraldiseisvalt võib narkootikumide süstimine olla tunduvalt rohkem stigmatiseeritud kui HIV/AIDS, samas on leitud, et nende koosinemine võib olla vähem stigmatiseeritud kui narkootikumide süstimine iseseisvalt (38). Eestis on vähe uuritud tavaelanikkonna suhtumist süstivatesse narkomaanidesse ja HIV-

positiivsetesse, aga on leitud, et ligi 28% (16–64-aastastest Eesti elanikest) pole pigem nõus või pole üldse nõus töötama ühes kollektiivis HIV-positiivse inimesega ning 26% pigem lõpetaks või lõpetaks täiesti toiduainete ostmise kauplusest, kus müüja on HIV-positiivne (60). 2006. aasta HIV-positiivsete uuringus leidis 41% nakatunutest, et Eestis koheldakse HIV-positiivseid halvasti (18). HIV-i seostatakse tihti ebamoraalse käitumisega (prostitutsioon, narkomaania) ning nakatunuid loetakse oma haiguses ise süüdi olevateks (61) ja karistust väärivateks (62). Mõnel pool maailmas on levinud ka HIV-positiivsete isoleerimist pooldav suhtumine (61, 62).

Ühiskond võib mitmel moel soodustada stigmat ning muuta viimast sotsiaalselt aktsepteeritavaks normiks, mida on edaspidi juba raske muuta (11). Kuigi stigmat ja diskrimineerimist võidakse kasutada heidutava meetmena, mis peaks ennetama uimastite kasutamist, ei tohiks ignoreerida stigma ja diskrimineerimise negatiivset mõju narkomaanidele (12, 45). Mitmetes riikides on jõus seadused/regulatsioonid, mis võimaldavad ja soodustavad haavatavate gruppide stigmatiseerimist, piiravad abi/ravi kättesaadavust ning takistavad efektiivsete ennetusmeetmete rakendamist (5, 27).

Varjatud stigmatiseeritud identiteediga inimesed teavad, millised negatiivsed stereotüübid nende grupi kohta ühiskonnas eksisteerivad ning kuidas selliste inimestega käitutakse (31) ja see võib omakorda soodustada stigmade sisendamist ning suurendada kartust diskrimineerimise ees. Kirjanduse andmetel tunnevad narkomaanid tihti, et neid peetakse kasututeks, ebausaldusväärseteks, ohtlikeks, haigeteks ja töötuteks (43, 45) ning nad tajuvad vältivat käitumist (42). HIV-positiivsete arvates tunnevad teised inimesed end nende läheduses ebamugavalt (53) ning peavad neid ebamoraalseteks ja kaastunnet mitte väärivateks (61). Mitmetes uuringutes on suur osa HIV-positiivsetest välja toonud omapoolset häbi (13, 14, 42, 53) ja süü (13, 14, 61) tundmist, mis tuleneb stigma sisendamisest. Mõningatel juhtudel võib see viia suhtluse vältimiseni (13), enese isoleerimiseni ja enesetapu mõteteni/katseteni (14, 61).

Stigma võib osutada barjääriks tervishoiuteenuste kasutamisel (14, 50), vabatahtlikul HIV testimisel (9, 14, 63) ning avaldada negatiivset mõju narkomaaniaravi protsessile (64). Lisaks on oluline, et süstivad narkomaanid avalikustaksid oma staatust tervishoiutöötajatele. See lihtsustab diagnoosi panekut ning aitab vältida ravimite ja narkootikumide võimalikku koosmõju (51). Süstiva narkomaani staatuse mitteavalikustamine tervishoiutöötajatele võib mõjutada osutatava abi kvaliteeti, diagnoosi täpsust ja ohustada raviprotsessi (51). See on eriti oluline, kuna süstivad narkomaanid omavad suurt riski vere teel levivate nakkuste suhtes, mis võivad jääda tuvastamata (51). Üheks põhjuseks, miks süstivad narkomaanid siiski ei avalikusta oma staatust tervishoiutöötajatele, on kartus diskrimineerimise ees. Selle probleemi

olemasolu on märgatud nii Eesti kontekstis (16) kui ka mujal maailmas (11, 64). Narkomaanid on kirjeldanud muutusi tervishoiutöötajate käitumises peale narkomaani staatuse avalikuks tulekut (64). Eestis on 18% HIV-positiivsetest kogenud meditsiinitöötajate halvustavaid märkusi (Kohtla-Järvel 28%) ning 7%-le on keeldutud osutamast arstiabi (13). Siiski on kirjeldatud ka tervishoiutöötajate toetavat suhtumist narkomaanidesse ning seda pigem õdede, kui arstide poolt (64).

Lisaks väljastpoolt tulevale stigmatiseerimisele esineb seda ka süstivate narkomaanide populatsiooni sees (50). Süstivad narkomaanid võivad suhtuda halvakspeanuga nendesse narkomaanidesse, kes on näiteks kodutud või jagavad süstlaid, pidades viimaseid „alamateks“ ning samas ignoreerides iseenda riskikäitumist (50).

Narkomaanide poolt tunnetatud stigma võib püsida muutumatuna isegi peale uimastite tarvitamise lõpetamist (64) või selle vähendamist ning olla tugevalt seotud inimese heaoluga (65). Sellest lähtuvalt tuleks stigmaga tegeleda kui oluliselt elukvaliteeti mõjutava teguriga (65).

3. TÖÖ EESMÄRGID

Magistritöö eesmärgiks oli:

- Kirjeldada narkootikumide süstimisega ja HIV-positiivse staatusega seotud stigmade tunnetamist, süstiva narkomaani staatuse avalikustamist ning analüüsida nende omavahelisi seoseid.

Alaesmärgiks oli:

- Võrrelda narkootikumide süstimisega seotud stigmade tunnetamist ning süstiva narkomaani staatuse avalikustamist HIV-positiivsete ja HIV-negatiivsete süstivate narkomaanide seas.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Valimi moodustamine

Magistritöös kasutatud andmed pärinevad läbilõikelisest uuringust „HIV-i levimuse ja riskikäitumise uuring Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas 2012”, mis teostati Kohtla-Järvel ja selle lähiümbruses. Uuringu viisid koostöös läbi Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut ja MTÜ Me Aitame Sind. Uuringusse kaasamine toimus vahemikus 23.05.–03.07.2012 MTÜ Me Aitame Sind süstlavahetuspunktis Ahtmes. Valimi moodustasid 600 süstivat narkomaani.

Valimi moodustamisel kasutati uuritavate poolt juhitud kaasamise meetodit (ingl *respondent-driven sampling* ehk RDS), mida kasutatakse raskesti ligipääsetavate ja varjatud rahvastikurühmade (sh süstivad narkomaanid, HIV-positiivsed) uurimisel (22). RDS meetod on sobilik, kui uuritava rahvastikurühma liikmete vahel on sidemed (nt narkomaanide vahel toimuv narkootikumide müümine ja jagamine) (22). Vastavalt RDS meetodile valisid MTÜ Me Aitame Sind töötajad esimesed uuritavad ehk „seemned“ (n=6) põhimõttel, et nad esindaksid võimalikult erinevaid kihte süstivate narkomaanide populatsioonist. „Seemnete“ valiku kriteeriumiteks olid: sugu, rahvus, vanus, peamine tarvitatav narkootikum ja HIV-staatus.

Peale „seemnete” intervjuerimist jagati neile kolm kupongi, mis sisaldasid infot uuringu kohta ning neist igaühel paluti uuringusse kutsuda kolm uut omataolist süstivat narkomaani. „Seemnete” poolt värvatud olid esimese laine kontaktid ning antud meetodil kaasati uuringusse kokku 11 lainet uuritavaid. Vältimaks ühe inimese korduvat küsitlemist, sisestati andmebaasi uuritava sugu, sünnikuu, sünniaasta, küsitletava eesnime algustäht ja tema ema eesnime algustäht.

Uuringusse kaasatu pidi vastama kindlatele kriteeriumitele:

- oli vähemalt 18-aastane;
- Kohtla-Järve või Kohtla-Järve piirkonna elanik;
- süstinud narkootikume viimase nelja nädala jooksul;
- võimeline andma informeeritud nõusolekut;
- rääkima eesti või vene keelt;
- nõustuma uuringu protseduuriga (sh nõustuma andma verd HIV-testi teostamiseks ja HI-viiruse, B- ja C-hepatiidi viiruse mikrobioloogilisteks uuringuteks);
- polnud varem antud uuringus osalenud.

Samuti paluti uuritavatel kirjeldada süstimise protseduure ja/või kontrolliti süstimisjälgede olemasolu isiku nahal, et veenduda, kas tegemist on süstiva narkomaaniga.

Uuritavaid küsitlesid, vastava koolituse läbinud, süstlavahetusprogrammi töötajad (n=5). Struktureeritud küsitlus toimus vastavalt uuritava soovile kas eesti või vene keeles. Kasutatud ankeet toetus Maailma Terviseorganisatsiooni poolt koostatud küsimustikule (ingl *WHO Drug injecting study phase II survey version 2b*) (66).

Kõik uuritavad said osalemise eest vastutasuks toidupoe kümneeurose kinkekaardi. Tuttava kaasamisel uuringusse (kes vastas uuringu tingimustele) sai uuritav lisahüvitiseks kolme euro väärtuselise kingituse. Kolme tuttava uuringusse kaasamisel oli uuritaval võimalik saada toidupoe kümneeurone kinkekaart.

Uuring oli vabatahtlik ja anonüümne. Uuritavaid teavitati nende õigustest, selgitati uuringu eesmärki, olemust, uuringust tulenevat kasu ja võimalikku kahju ning nad andsid omapoolse informeeritud nõusoleku. Uuringu läbiviimiseks oli nõusolek Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt.

Sisestusvigade vältimiseks kasutati andmete topeltsisestust. Põhjalikumad teavet uuringu kohta leiab vastavast raportist (6).

4.2. Töös kasutatavad tunnused

4.2.1. Demograafilised ja sotsiaal-majanduslikud tunnused

Sugu. Uuritav määratles oma soo: mees, naine või transseksuaal.

Vanus. Uuritavalt küsiti tema sünnikuu ja sünniaasta.

Rahvus. Uuritav sai määratleda oma rahvuseks: venelane, eestlane või muu.

Haridustase. Uuritav nimetas oma haridustaseme. Valikus oli seitse haridustaset, neist nelja kasutati andmeanalüüsis (algharidus, põhiharidus, keskharidus, kutseharidus). Andmeanalüüsist jäid välja kaks kõrgharidusega uuritavat.

4.2.2. Narkootikumide süstimisega ja HIV-iga seotud tunnused

Süstimise staaž. Uuritavalt küsiti, kui vanalt ta esimest korda mittemeditiinilisel otstarbel narkootikume süstis. Eelneva vastuse ja uuritava vanuse alusel arvutati süstimise staaž (aastates). Andmeanalüüsist jäid välja kaks uuritavat, kes olid vastanud, et alustasid süstimisega kolmeaastaselt.

Narkomaaniaravi saamine. Uuritav vastas, kas ta on kunagi saanud narkomaaniaravi ning jaatava vastuse korral täpsustas, kas ta saab küsitlemise hetkel narkomaaniaravi. Kahte eelnevat küsimust kombineerides loodi uus tunnus, mille alusel jaotusid uuritavad kolme rühma: pole kunagi saanud narkomaaniaravi, on kunagi saanud narkomaaniaravi, saab hetkel narkomaaniaravi.

Viimase HIV-testi tulemus. Uuritav teatas oma viimase HIV-testi tulemuse.

HIV-staatuse uuritava teadmiste kohaselt. Enda teada HIV-positiivseks loeti kõik, kes vastasid küsimusele „Millal öeldi Teile esimest korda, et Te olete HIV-positiivne?“. Käesolevas töös ei pakkunud huvi uuritava tegelik HIV-staatuse, kuna inimese käitumist ning ümbritseva kogemist võib mõjutada juba see, kui ta ennast ise HIV-positiivseks peab (sõltumata tema tegelikust HIV-staatusest). Seetõttu on edaspidi HIV-positiivseteks arvestatud ja nimetatud neid, kes seda enda ütluste kohaselt olid (kui pole märgitud teisiti).

HIV staaž. Uuritav vastas, millal (aasta, kuu) talle esimest korda öeldi, et ta on HIV-positiivne. Antud vastuse ja küsitluse toimumise daatumi alusel arvutati uuritava HIV staaž (aastates).

Tegelik HIV-staatuse. Uuritavalt võetud vereproovi laboratoorsel analüüsil selgus tema tegelik HIV-staatuse („HIV-positiivne“ või „HIV-negatiivne“).

Infektsionisti külastamine. Uuritav vastas, kas ta käib regulaarselt (vähemalt korra aastas) infektsionisti juures („jah“ või „ei“).

4.2.3. Avalikustamisega ja stigmaga seotud tunnused

Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine. Avalikustamisega seotud tunnusteks olid seitse küsimust, mis uurisid, kui palju ja kellele on uuritav rääkinud, et ta tarbib narkootikume. Vastused anti viiepunktilisel skaalal (1 = ei ole seda teemat üldse puudutanud, 2 = vähesel määral olen rääkinud, 3 = teatud tasemel olen rääkinud, 4 = paljuskorral olen rääkinud, 5 = olen põhjalikult ja igakülgsest rääkinud).

HIV stigma ehk HIV-positiivsusega seotud stigma. Sisendatud HIV stigma mõõtmiseks tuli uuritavatel vastata kuuele küsimusele (lisa 2). Sisendatud stigma küsimused keskendusid stigmatiseeritud staatuse varjamise ning enese süüdistamise mõõtmisele ja selleks kasutati AIDS-iga seotud stigma skaalat (ingl *AIDS-Related Stigma Scale*) (67). Vastused anti viiepunktilisel skaalal (1 = nõustun täiesti, 2 = nõustun, 3 = ei oska öelda, 4 = ei nõustu, 5 = kategooriliselt ei nõustu).

Oodatava HIV stigma mõõtmiseks võeti eeskujuna stigma teadvustamise küsimustikust (ingl *Stigma Consciousness Questionnaire*) (68), kust valiti kuus küsimust (lisa 2). Vastused anti samal skaalal nagu sisendatud HIV stigma mõõdiku puhul.

NSS stigma ehk narkootikumide süstimisega seotud stigma. Sisendatud NSS stigma ja oodatava NSS stigma hindamiseks kasutati sarnaselt konstrueeritud küsimusi kui sisendatud HIV stigma ja oodatava HIV stigma mõõtmisel (küsimused sõnastati vastavalt ümber) ning vastused anti identsel viiepunktilisel skaalal (lisa 1).

4.3. Andmeanalüüs

Pidevate tunnuste kirjeldamiseks kasutati järgnevaid statistikuid: keskmine, miinimum, maksimum, standardhälve (SD), väärtuste vahemik. Mitteamvuliste tunnuste kirjeldamisel toodi välja absoluutne (n) ja suhteline (%) sagedus. Kahe grupi keskmiste võrdlemiseks kasutati t-testi ning suhteliste sageduste võrdlemiseks Hii-ruut testi (χ^2 -testi) või Fisheri täpset testi. Erinevate stigma tüüpide omavaheliste seoste uurimiseks arvutati korrelatsioonikordaja Kendalli tau (τ).

Kohandamata logistilise regressiooni abil hinnati süstiva narkomaani staatuse avalikustamise seoseid sisendatud NSS stigmaga, oodatava NSS stigmaga, sisendatud HIV stigmaga ja oodatava HIV stigmaga ning esitati šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (CI) (lisa 3). Selle tarbeks kodeeriti süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohta käivate küsimuste vastused ümber binaarseteks (vastus 1 = 0 ehk „ei ole avalikustanud“ ja vastused 2 kuni 5 = 1 ehk „on avalikustanud“).

Hindamaks süstiva narkomaani staatuse avalikustamise seoseid stigmade ning teiste kirjeldavate tunnustega, kasutati kahte erinevat kohandatud logistilise regressiooni mudelit ning esitati kohandatud šansisuhted (AOR) koos 95% usaldusvahemikega (CI). Esimene kohandatud mudel haaras kogu valimit ja uuris avalikustamise seoseid sisendatud NSS stigmaga, oodatava NSS stigmaga ning järgnevate kirjeldavate tunnustega: sugu, vanus, rahvus, haridustase, HIV-staatust, süstimise staaž, narkomaaniaravi saamine (lisa 4). Teine kohandatud mudel uuris avalikustamise seoseid kõigi nelja stigma tüübiga (sisendatud NSS stigma, oodatav NSS stigma, sisendatud HIV stigma, oodatav HIV stigma) ning järgnevate tunnustega: sugu, vanus, rahvus, süstimise staaž, HIV staaž, narkomaaniaravi saamine, infektsionisti regulaarne külastamine (lisa 5). Teine mudel hõlmas ainult HIV-positiivseid süstivaid narkomaane (lisa 5).

Kohandatud analüüsidesse (lisaks stigma tüüpidele) kaasatud kirjeldavad tunnused – mis on nimetatud eespool – olid eelnevalt läbinud ühekaupa analüüsi ning osutunud iseseisvalt seotuks vähemalt ühe avalikustamisega. HIV-positiivsete uuritavate vähese esindatuse tõttu mõnedes haridustasemetes polnud võimalik antud tunnust teise kohandatud mudelisse kaasata. Kuna ainult 1% uuritavatest olid enda süstiva narkomaani staatust tööandjale avalikustanud, polnud antud tunnust võimalik kaasata kohandamata ega kohandatud logistilise regressiooni analüüsi.

Sisendatud NSS stigma ja oodatava NSS stigma mõõdikud koosnesid kumbki kuuest küsimusest. Sisendatud NSS stigma suuruse hindamiseks arvutati sisendatud NSS stigmat mõõtvate küsimuste vastuste keskmine ja saadi stigmat kirjeldav skoor, mille väärtus jäi vahemikku 1–5. Suurem skoor tähistas suuremat stigma tunnetamist. Samamoodi käituti

oodatava NSS stigma skoori arvutamisel. Selleks, et suurem skoor peegeldaks alati suuremat stigmat, tuli oodatavat NSS stigmat mõõtvate nelja küsimuse vastused ümber kodeerida.

Sisendatud HIV stigma ja oodatava HIV stigma skooride saamiseks kasutati sama protseduuri nagu sisendatud NSS stigma ja oodatava NSS stigma skooride leidmisel.

Statistilise olulisuse piiriks loeti $p=0,05$ ning andmete analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi STATA 12.

5. TULEMUSED

5.1. Valimi kirjeldus

Valim koosnes 600 süstivast narkomaanist, kellest 73% olid mehed ja 27% naised. Suurem osa uuritavatest olid vene (81%; n=488), 11% eesti ja 7% muust rahvusest. Keskmiseks uuritavate vanuseks oli 30 aastat (vahemik 18–54; SD=5,0). Enamik narkomaanidest olid põhihariduse (43%; n=256) ning kutseharidusega (32%; n=189), 20% (n=118) omasid keskharidust, 6% (n=35) algharidust ja 0,3% (n=2) kõrgharidust.

Keskmiselt alustati narkootikumide süstimisega 19-aastaselt (vahemik 11–46; SD=3,7) ja keskmine süstimise staaž oli 11 aastat (vahemik 0–39; SD=5,2). Uuritavatest 45% (n=271) polnud kunagi saanud narkomaaniaravi, 37% (n=221) olid kunagi oma elu jooksul narkomaaniaravi saanud (uuringu hetkel ei viibinud ravil) ja 18% (n=106) said küsitlusele vastamise hetkel narkomaaniaravi.

Üle poole uuritavatest (52%; n=312) olid enda teada HIV-positiivsed. Enda teada HIV-positiivsete osakaal meeste ja naiste seas ei erinenud oluliselt (51% vs. 54%; p=0,508). HIV diagnoosi saamisel olid uuritavad keskmiselt 23-aastased (vahemik 11–40; SD=4,5) ja keskmiselt oli uuritav HIV diagnoosiga elanud seitse aastat (vahemik 0–14; SD=3,6). HIV-positiivsetest uuritavatest külastas regulaarselt (vähemalt korra aastas) infektsionisti 72% (n=224).

Vereanalüüsi põhjal selgus, et tegelikkuses oli uuritavate hulgas HIV-positiivseid 62% (n=370). Nendest, kellel enda sõnul oli viimase HIV-testi tulemus negatiivne, osutusid vereproovi põhjal HIV-positiivseteks 28% (n=63).

5.2. Narkootikumide süstimise ja HIV-positiivsusega seotud stigmade tunnetamine

Vastuste jaotus narkootikumide süstimisega seotud sisendatud ja oodatavat stigmat mõõtvatele küsimustele on ära toodud lisa 1 ning HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud ja oodatavat stigmat mõõtvatele küsimustele lisa 2.

Tabelis 1 on esitatud erinevate stigma tüüpide keskmised skoorid (skaalal 1–5). Skoor väärtusega kolm tähistas antud mõõdiku puhul keskmist stigma tunnetamist. Ilmnes, et Kohtla-Järve süstivad narkomaanid tunnetasid kõiki stigma tüüpe keskmisest tugevamini (keskmised stigma skoorid olid üle kolme).

Tabel 1. Narkootikumide süstimisega ja HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud ja oodatava stigma skoorid Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Stigma tüüp	Stigma skoor*				
	n	keskmine	SD	miinimum	maksimum
Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud stigma	596	3,58	0,75	1,33	5,00
Narkootikumide süstimisega seotud oodatav stigma	590	3,63	0,53	1,67	5,00
HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud stigma	312	3,68	0,83	1,16	5,00
HIV-positiivse staatusega seotud oodatav stigma	306	3,70	0,51	2,33	4,83

*Skoori väärtuste võimalik vahemik oli 1–5 ja suurem skoor viitas suuremale stigmale.

Tabelis 2 on ära toodud HIV-positiivsete ja HIV-negatiivsete süstivate narkomaanide seas tunnetatud sisendatud NSS stigma ja oodatava NSS stigma keskmiste skooride võrdlus. Selgus, et HIV-positiivsed uuritavad tajusid oodatavat NSS stigmat oluliselt tugevamini kui HIV-negatiivsed uuritavad.

Tabel 2. Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud ja oodatava stigma skooride võrdlus HIV-positiivsete ja HIV-negatiivsete Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Stigma tüüp	Stigma skoor*				Võrdlus
	HIV-negatiivsed		HIV-positiivsed		p-väärtus
	n	keskmine (SD)	n	keskmine (SD)	
Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud stigma	285	3,62 (0,74)	311	3,54 (0,76)	0,198
Narkootikumide süstimisega seotud oodatav stigma	284	3,55 (0,57)	306	3,70 (0,48)	<0,001

*Skoori väärtuste võimalik vahemik oli 1–5 ja suurem skoor viitas suuremale stigmale.

Uurides stigmade (ehk stigma skooride) omavahelisi seoseid selgus, et sisendatud ja oodatava NSS stigma vahel oli nõrk positiivne seos ($\tau=0,215$; $p<0,001$). Samuti esines nõrk positiivne seos sisendatud ja oodatava HIV stigma vahel ($\tau=0,228$; $p<0,001$). Sisendatud NSS stigma ja sisendatud HIV stigma vahel oli keskmise tugevusega positiivne seos ($\tau=0,529$; $p<0,001$) ning oodatava NSS stigma ja oodatava HIV stigma vahel ilmnas samuti keskmise tugevusega positiivne seos ($\tau=0,499$; $p<0,001$). Väga nõrk positiivne seos oli sisendatud NSS stigma ja oodatava HIV stigma vahel ($\tau=0,118$; $p=0,005$) ning samuti oodatava NSS stigma ja sisendatud HIV stigma vahel ($\tau=0,170$; $p<0,001$).

5.3. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine

Tabelis 3 on esitatud andmed süstiva narkomaani staatuse avalikustamisest erinevatele inimestele. Enda süstiva narkomaani staatuse avalikustasid uuritavad kõige vähem praegusele või võimalikele tulevastele tööandjatele (1%; n=7) ja juhuslikele seksuaalpartneritele (11%; n=64) ning enim lähedastele sõpradele (82%; n=493). Üle poole uuritavatest oli rääkinud peamisele seksuaalpartnerile (62%; n=369), tervishoiutöötajatele (60%; n=358) ja enda vanematele (54%; n=322). Oma süstiva narkomaani staatuse avalikustas teistele pereliikmetele 28% (n=165) uuritavatest. Kõige põhjalikumalt arutati narkootikumide tarvitamise teemat peamise seksuaalpartneriga (10%).

Tabel 3. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas (n=599) aastal 2012

Tunnus	Ei ole seda teemat üldse puudutanud	Vähesel määral olen rääkinud	Teatud tasemel olen rääkinud	Paljuski olen rääkinud	Olen põhjalikult ja igakülselt arutanud
n (%)*					
Kui palju olete rääkinud, et tarbite narkootikume ...					
peamise seksuaalpartneriga	230 (38,4)	112 (18,7)	117 (19,5)	80 (13,4)	60 (10,0)
juhuslike seksuaalpartneritega	535 (89,3)	47 (7,9)	14 (2,3)	1 (0,2)	2 (0,3)
lähedaste sõpradega	106 (17,7)	215 (35,9)	198 (33,1)	63 (10,5)	17 (2,8)
vanematega	227 (46,2)	107 (17,9)	107 (17,9)	77 (12,8)	31 (5,2)
teiste pereliikmetega	434 (72,5)	71 (11,8)	43 (7,2)	44 (7,3)	7 (1,2)
praeguse või võimalike tulevaste tööandjatega	592 (98,8)	5 (0,8)	2 (0,4)	–	–
tervishoiutöötajatega	241 (40,2)	142 (23,7)	110 (18,4)	62 (10,4)	44 (7,3)

*Protsent rea järgi.

Tabelis 4 on võrreldud süstiva narkomaani staatuse avalikustamist HIV-positiivsete ja HIV-negatiivsete süstivate narkomaanide seas. Erinevused ilmnasid avalikustamisel peamisele seksuaalpartnerile, lähedastele sõpradele, vanematele, teistele pereliikmetele ja tervishoiutöötajatele. Antud juhtudel avalikustasid oma süstiva narkomaani staatust HIV-positiivsed uuritavad HIV-negatiivsetest oluliselt rohkem.

Tabel 4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamine HIV-negatiivsete ja HIV-positiivsete Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Tunnus	HIV-negatiivsed		HIV-positiivsed		Võrdlus
		n (%)		n (%)	p-väärtus
Avalikustamine					
Peamisele seksuaalpartnerile	Jah	165 (57,5)		204 (65,4)	0,047
	Ei	122 (42,5)		108 (34,6)	
Juhuslikele seksuaalpartneritele	Jah	30 (10,5)		34 (10,9)	0,860
	Ei	257 (89,5)		278 (89,1)	
Lähedastele sõpradele	Jah	224 (78,0)		269 (86,2)	0,009
	Ei	63 (22,0)		43 (13,8)	
Vanematele	Jah	122 (42,5)		200 (64,1)	<0,001
	Ei	165 (57,5)		112 (35,9)	
Teistele pereliikmetele	Jah	67 (23,3)		98 (31,4)	0,027
	Ei	220 (76,7)		214 (68,6)	
Praegusele või võimalikele tulevastele tööandjatele	Jah	3 (1,0)		4 (1,3)	1,000*
	Ei	284 (99,0)		308 (98,7)	
Tervishoiutöötajatele	Jah	119 (41,5)		239 (76,6)	<0,001
	Ei	168 (58,5)		73 (23,4)	

*Fisheri täpne test.

5.4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise seosed stigmadega

Kohandamata seosed süstiva narkomaani staatuse avalikustamise ja nelja stigma tüübi vahel on esitatud lisas 3. Iseseisvalt oli avalikustamisega seotud sisendatud NSS stigma (avalikustamine juhuslikele seksuaalpartneritele, teistele pereliikmetele) ja oodatav NSS stigma (avalikustamine tervishoiutöötajatele).

NSS stigmade ja teiste kirjeldavate tunnuste kohandatud seosed süstiva narkomaani staatuse avalikustamisega on ära toodud lisas 4. Nelja stigma tüübi ning teiste kirjeldavate tunnuste kohandatud seosed süstiva narkomaani staatuse avalikustamisega on esitatud lisas 5.

Lisas 4 esitatud kohandatud analüüside põhjal selgus, et oodatav NSS stigma ei omanud ühelgi juhul olulist seost süstiva narkomaani staatuse avalikustamisega. Suurem sisendatud NSS stigma tunnetamine aga vähendas oluliselt süstiva narkomaani staatuse avalikustamise šanssi juhuslikele seksuaalpartneritele (AOR=0,65; 95% CI 0,45–0,95) ja teistele pereliikmetele (AOR=0,63; 95% CI 0,47–0,82). Teistest kirjeldavatest tunnustest vähendasid süstiva narkomaani staatuse avalikustamise šanssi narkomaani kõrgem vanus (avalikustamine

teistele pereliikmetele) ning eesti rahvus võrreldes vene rahvusega (avalikustamine tervishoiutöötajatele). Võrreldes meestega avalikustasid naised üle kahe korra rohkem peamisele seksuaalpartnerile ja teistele pereliikmetele. Algharidusega võrreldes avalikustasid keskharidusega narkomaanid oluliselt rohkem peamisele seksuaalpartnerile ning kutseharidusega narkomaanid oma vanematele. Võrreldes HIV-negatiivsetega avalikustasid HIV-positiivsed uuritavad oluliselt rohkem oma vanematele ja tervishoiutöötajatele (AOR=3,52; 95% CI 2,39–5,19). Pikem süstimise staaž suurendas avalikustamise šanssi uuritava vanematele. Võrreldes nendega, kes polnud elu jooksul kunagi narkomaaniaravi saanud, suurendas eelnev või hetkeline narkoravil viibimine avalikustamist lähedastele sõpradele, vanematele, teistele perekonnaliikmetele ja tervishoiutöötajatele.

Lisas 5 esitatud kohandatud analüüsi olid kaasatud ka HIV stigmad ning seetõttu keskendus analüüs HIV-positiivsetele süstivatele narkomaanidele. Analüüsist selgus, et sisendatud NSS stigma suurenemisel vähenes oluliselt süstiva narkomaani staatuse avalikustamise šanss teistele pereliikmetele (AOR=0,53; 95% CI 0,33–0,85) ja tervishoiutöötajatele (AOR=0,48; 95% CI 0,26–0,90). Sarnaselt vähenes oodatava NSS stigma suurenemisel avalikustamise šanss teistele pereliikmetele (AOR=0,47; 95% CI 0,23–0,95). Sisendatud HIV stigma skoori tõus suurendas ligi kaks korda avalikustamist tervishoiutöötajatele (AOR=2,13; 95% CI 1,18–3,81) ja oodatava HIV stigma skoori tõus suurendas sarnasel määral avalikustamist teistele pereliikmetele (AOR=2,08; 95% CI 1,04–4,16). Soo seos süstiva narkomaani staatuse avalikustamisega peamisele seksuaalpartnerile ja teistele pereliikmetele osutus ka teises mudelis statistiliselt oluliseks. Kadus aga rahvuse seos avalikustamisega tervishoiutöötajatele ning süstimise staaži seos avalikustamisega vanematele. Pikem HIV staaž suurendas avalikustamise šanssi üksnes uuritava vanematele (AOR=1,09; 95% CI 1,01–1,18). Kõiki stigma tüüpe kaasanud kohandatud analüüsides (lisa 5) oli narkomaaniaravi saamine harvematel juhtudel seotud avalikustamisega, kui üksnes NSS stigmasid kaasanud kohandatud analüüsides (lisa 4). Infektsionisti regulaarselt külastavad HIV-positiivsed süstivad narkomaanid avalikustasid võrreldes infektsionisti regulaarselt mitte külastavate narkomaanidega, enda süstiva narkomaani staatust oluliselt rohkem lähedastele sõpradele ja ligi kaheksa korda rohkem tervishoiutöötajatele (AOR=8,32; 95% CI 4,22–16,44).

6. ARUTELU

Käesolev magistritöö kirjeldas NSS stigmade ja HIV stigmade tunnetamist ning süstiva narkomaani staatuse avalikustamist Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas ja uuris nende omavahelisi seoseid.

Keskmiselt tunnetasid küsitletud kõiki uuritud stigma tüüpe keskmisest tugevamini, mis kinnitab narkomaanide ja HIV-positiivsete suurt stigmatiseeritust ühiskonnas. HIV-positiivsed tajusid oodatavat NSS stigmat oluliselt suuremal määral kui HIV-negatiivsed uuritavad, mis võis olla kihilise stigma tagajärg. Võrreldes keskmiseid stigma skooride oli oodatava stigma skooride hajuvus väiksem kui sisendatud stigma skooride oma. Väiksem hajuvus võib aga viidata liiga üldistele küsimustele, mis polnud piisavalt tundlikud erinevuste suhtes stigma tunnetamisel (15) või tegelikule väga sarnasele stigma tajumisele uuritavate seas. Lisaks tuleb stigmade hindamisel arvestada, et sarnaselt tunnetatavad oodatav ja sisendatud stigma võivad avaldada erinevat mõju. Ahern et al. leidsid, et narkootikumide kasutamisega seotud sisendatud stigma võib tervise mõjurina mängida olulisemat rolli, kui alavääristava suhtumise tajumine (45).

Tõenäoliselt vallandamise kartuses (43, 61) olid väga üksikud uuritavad (1%) avalikustanud oma süstiva narkomaani staatuse tööandjatele, mis ei võimaldanud hinnata avalikustamise seoseid stigmade tunnetamisega. Samas osutab see stigma intensiivsele tajumisele.

Kuna on teada, et Eesti süstivate narkomaanide seksuaalpartneritest üle poole ei ole ise süstivad narkomaanid (69, 70) ja kondoomi kasutamine on süstivate narkomaanide hulgas ebajärjekindel ning ebapiisav (8, 17, 69), mängib süstiva narkomaani staatuse avalikustamine olulist rolli HIV-i leviku tõkestamisel süstivate narkomaanide populatsioonist väljapoole. Lisaks on leitud, et HIV-positiivsed süstivad narkomaanid, kes pole teadlikud enda HIV staatusest, omavad suuremat šanssi kaitsmata seksuaalvahekorra kui HIV-negatiivsed süstivad narkomaanid (71). Teadmata oma partneri süstiva narkomaani staatust ei pruugi seksuaalpartnerid osata õigesti hinnata riski, mis kaasneb kaitsmata seksuaalvahekorraga ning loobuda kergemini kondoomi kasutamisest.

Käesoleva uuringu põhjal selgus, et süstiva narkomaani staatust oli avalikustatud pigem peamisele (62%), kui juhuslikele seksuaalpartneritele (11%). Sarnast käitumise mustrit on täheldatud ka HIV-positiivse staatuse avalikustamisel (vastavalt 74% vs. 25%) (49). Vähesem hoolimine juhupartneri tervisest, erinevalt püsipartneri tervisest (17), võib olla üheks põhjuseks, miks enda süstiva narkomaani staatust juhupartneritele väiksemal määral avalikustatakse. Mitteavalikustamine juhuslikele seksuaalpartneritele võib olla tingitud ka

lühiajalisemast suhtlusperioodist ning keskkonnast, mis ei pruugi soodustada usalduslike vestluste toimumist (72). Samuti võis uuritav teemat pidada liiga isiklikuks, et sellest võõra inimesega rääkida. Käesolevas töös teostatud kohandatud analüüsides ei osutunud süstiva narkomaani staatuse avalikustamine seksuaalpartneritele enamasti seotuks erinevate stigma tüüpidega (lisa 4 ja 5). Ainult sisendatud NSS stigma suurem tunnetamine vähendas oluliselt süstiva narkomaani staatuse avalikustamise šanssi juhuslikele seksuaalpartneritele (lisa 4).

Avalikustamine ise ei pruugi aga tingimata viia turvalise seksuaalkäitumiseni (54, 55, 73) ning mitteavalikustamist võidakse kompenseerida kondoomi kasutamisega (74). See aga ei tähenda, et avalikustamine oleks ebaoluline faktor turvalise seksuaalkäitumise puhul. Crepaz ja Marks leidsid, et turvalise seksuaalkäitumise tõenäosus oli suurem, kui avalikustamisega kaasnes põhjalik arutelu turvalise seksuaalkäitumise üle (vs. ainult avalikustamine) (73). Seega on vaja meetmeid, mis suurendavad narkomaanide enesetõhusust avalikustamise otsuse vastuvõtmisel ning õpetavad, kuidas ja kellele oma süstiva narkomaani staatust avalikustada (74). Peale selle on tarvilik parandada narkomaanide suhtlemisoskust seoses turvalise seksuaalkäitumisega ja motiveerida seda teemat oma partneriga põhjalikult arutama (73). Käesolevas uuringus rääkis oma peamise seksuaalpartneriga enda süstiva narkomaani staatusest paljuski või põhjalikult 38% peamisele seksuaalpartnerile avalikustanutest.

Võrreldes avalikustamisi HIV-positiivsete ja HIV-negatiivsete uuritavate seas (kohandamata analüüs), ilmneseid olulised erinevused avalikustamisel peamisele seksuaalpartnerile, lähedastele sõpradele, vanematele, teistele pereliikmetele ning tervishoiutöötajatele (tabel 4). Kohandatud analüüsis säilis HIV staatuse seos avalikustamisega vanematele ja tervishoiutöötajatele, sealjuures suurendas HIV-positiivsus (võrreldes HIV-negatiivsusega) avalikustamise šanssi (lisa 4). HIV-positiivsus võis olla seotud halvema tervise ja suurema perekondliku toetuse vajadusega, mis võis viia HIV-staatuse avalikustamiseni. Enda HIV-positiivsusest rääkimine võib aga omakorda viia süstiva narkomaani staatuse avalikustamiseni nagu selgus Taiwanis teostatud uuringus, kus enamik (82%) HIV-positiivsetest olid sunnitud avaldama ka oma HIV-i nakatumise viisi (48).

HIV-i leviku tõkestamise seisukohalt oli oluline selgitada, kas HIV-positiivsed süstivad narkomaanid avalikustasid enda süstiva narkomaani staatust seksuaalpartneritele HIV-negatiivsetest rohkem. Kohandatud analüüsis sellist seost aga ei avaldunud (lisa 4), mis kinnitab veelgi turvalise seksuaalkäitumise olulisust.

Küllaltki suur osa (40%) süstivatest narkomaanidest ei avalikustanud oma staatust tervishoiutöötajatele, mis on oluliseks probleemiks. Eestis on süstivad narkomaanid kogenud tervishoiutöötajate halvustavat ja üleolevat suhtumist ning meditsiinilisest abist keeldumist (16), mis võib olla vähese avalikustamise üheks põhjuseks. Austraalias teostatud uuringu

kohaselt, kus 31% narkomaanidest ei avalikustanud oma süstiva narkomaani staatust viimasele meditsiiniteenuse osutajale, leiti, et süstiva narkomaani staatust avalikustasid tervishoiutöötajale naised tõenäolisemalt kui mehed (51). Käesolevas töös sellist seost ei ilmnunud. Sama uuring leidis aga sarnaselt käesoleva uuringuga, et süstiva narkomaani staatuse avalikustamise šanss tervishoiutöötajatele oli hetkel narkomaaniaravi saajatel suurem võrreldes nendega, kes polnud kunagi narkomaaniaravi saanud või olid varem saanud (51). Tuleb aga arvestada, et narkomaaniaravile saamine eeldab oma staatuse avalikustamist tervishoiutöötajale. Samuti on tõenäoline, et infektsionisti külastav HIV-positiivne süstiv narkomaan on rääkinud infektsionistile oma HIV-i nakatumise viisist. See võib seletada ligi kaheksa korda suuremat avalikustamise šanssi tervishoiutöötajatele infektsionisti regulaarselt külastavate uuritavate puhul võrreldes nendega, kes infektsionisti regulaarselt ei külastanud. Käesolevas uuringus oli küsimus esitatud selliselt, mis ei võimaldanud eristada, millisel määral toimus avalikustamine HIV ja narkomaaniaraviga mitteseotud tervishoiutöötajatele.

Võrreldes nendega, kes polnud kunagi narkomaaniaravi saanud, osutus narkomaaniaravi saamine avalikustamisega mitmel juhul seotuks. Tähelepanu väärib, et antud tegur oli avalikustamisega seotud kõige sagedamini. Ravi kasuks otsustamine eeldab teatavat mõttelaadi muutust, mille tulemusel võib avalikustamise šanss suurened. Narkomaaniaravil viibiv/viibinud uuritav võis olla enda ja tuleviku suhtes positiivsemalt meelestatud ning soovida ennast teistele paremas valguses näidata, olles sellest tulenevalt avameelsem. HIV-positiivsete puhul ei pruukinud avalikustamine aga siiski suurened, kuna domineerima võis jääda kartus HIV-staatuse avalikuks tulemise ees. Käesolevas uuringus võis hetkel narkomaaniaravil viibimise positiivne seos avalikustamisega olla alahinnatud, kuna uuritav pidi olema viimase nelja nädala jooksul narkootikume süstinud (uuringusse kaasamise kriteerium).

Kirjanduse andmetel võib stigma ja avalikustamise vahel esineda nõrk negatiivne seos (59), mis ei pruugi aga olla statistiliselt oluline (53). Kuigi võib arvata, et stigma mõjutab avalikustamist, ei suutnud käesolev töö seda üheselt kinnitada. Teostatud analüüsides (lisad 3, 4, 5) puudus järjepidev seos stigmade tunnetamise ja erinevatele inimestele süstiva narkomaani staatuse avalikustamise vahel. Vaadeldes stigmade seoseid avalikustamisega ühekaupa, ilmnemid olulised seosed üksnes NSS stigmadega ja seda kõigest kolmel juhul (lisa 3). Kohandatud analüüsides selgus, et stigmadest oli erinevate avalikustamisega enim seotud sisendatud NSS stigma, mille suurem tajumine vähendas avalikustamise šanssi (lisa 4: avalikustamine juhuslikele seksuaalpartneritele, teistele pereliikmetele; lisa 5: avalikustamine teistele pereliikmetele, tervishoiutöötajatele). Kohandatud analüüsides oli oodatav NSS stigma seotud üksnes avalikustamisega teistele pereliikmetele (lisa 5). Sisendatud ja oodatav

HIV stigma olid samuti kumbki avalikustamisega seotud ainult ühel juhul (lisa 5). Avalikustamine teistele pereliikmetele oli seejuures kõige rohkem seotud erinevate stigmadega ning antud juhul ei osutunud avalikustamisega seotuks ainult sisendatud HIV stigma. Vaadeldes kahte erinevat mudelit ei kerkinud seega esile mitte stigmade seos avalikustamisega, vaid pigem narkomaaniaravi seos avalikustamisega.

Kohandatud analüüside põhjal ilmnes siiski tagasihoidlik muster, mis eristas NSS stigmasid HIV stigmadest. Nendel juhtudel, kus stigmad olid avalikustamisega seotud, vähendas suurem NSS stigma tajumine avalikustamise šanssi. Seevastu suurem HIV stigma tunnetamine suurendas avalikustamise šanssi. Hoolimata sellest, et HIV stigmasid tunnetati keskmiselt tugevamini kui NSS stigmasid, omas NSS stigmade suurem tunnetamine rohkem negatiivseid seoseid avalikustamisega. See võib viidata sellele, et NSS stigmatiseerivate suhtumiste vähendamine ühiskonnas võib potentsiaalselt suurendada süstiva narkomaani staatuse avalikustamist ning vajab seetõttu tähelepanu.

Siiski ei saa välistada stigma ja avalikustamise vahelisi tihedamaid seoseid. Võimalik on, et avalikustamisega on seotud veel muud olulised tegurid ning tõepärasemate seoste leidmiseks võib osutuda vajalikuks ka stigma mõõtmise metoodika muutmine/arendamine. Lisaks on mõeldav, et uuritavad tunnetasid stigmat ja kogesid diskrimineerimist, aga olid sellega niivõrd harjunud ning seda aktsepteerinud, et hindasid tugevalt negatiivset suhtumist tavapäraseks. See võis mõjutada vastuseid, mida anti stigmat mõõtvatele küsimustele, mis omakorda mõjutas stigma skoori kujunemist.

Uurides erinevate stigma tüüpide omavahelisi seoseid, selgus, et need olid enamasti nõrgalt positiivsed. Sisendatud ja oodatava NSS stigma ning sisendatud ja oodatava HIV stigma vahel esines nõrk seos, mis on kooskõlas kirjandusega, mille kohaselt ennustavad sisendatud ja oodatav stigma erinevaid tulemeid ning on seega üksteisest eraldiseisvad (30, 75). Keskmise tugevusega positiivne seos ilmnes sisendatud NSS stigma ja sisendatud HIV stigma vahel ning oodatava NSS stigma ja oodatava HIV stigma vahel. Earnshaw *et al.* leidsid samuti positiivse seose illegaalsete ainete tarvitamisest tingitud sisendatud stigma ja sisendatud HIV stigma vahel, mis osutus aga nõrgemaks, kui käesolevas töös (46). HIV-positiivne inimene, kes tunneb narkootikumide süstimisest tingitult suuremat sisendatud stigmat, tajub seega tõenäoliselt tugevamini ka sisendatud HIV stigmat. Eelnev kinnitab, et stigma uurimisel on põhjendatud erinevat tüüpi stigmade eraldi käsitlemine. Stigma tüüpide eraldi analüüsimine aitab leida seoseid, mis vastasel juhul jääksid märkamata (75). Edaspidistesse uuringutesse oleks seega oluline kaasata ka kehtestatud stigma kogemist mõõtvad küsimused.

Selleks, et süstivad narkomaanid avalikustaksid oma staatust rohkem, ei piisa ainult tööst narkomaanidega, vaid lisaks tuleb tegeleda ühiskonnas valitsevate arusaamadega, mis viivad stigmatiseerimiseni ja diskrimineerimiseni. Samuti tuleks rohkem rõhku panna ning ressursse suunata pigem kahjude vähendamise teenustele, kui sõltlaste karistamisele, kuna viimane süvendab veelgi stigmatiseerimist. Stigma ja diskrimineerimise ning mõlemast tuleneva kahjuliku mõju vähendamine pole lihtne ega kiire protsess ning nõuab erinevate osapoolte (meditsiini, politsei, sotsiaaltöötajate, erinevate valitsemistasandite, huvigruppide jne) tahet, kaasamist ja süstemaatilist koostööd (5, 11, 16). HIV-i leviku tõkestamine vajab aga kiiremaid lahendusi. Üheks võimaluseks on arendada ja laiendada programme, millede eesmärgiks on turvalise seksuaalkäitumise normiks kujundamine kõikides rahvastikurühmades. Pöörates seejuures erilist tähelepanu suure süstivate narkomaanide osakaaluga piirkondadele. Läbi vastavate koolituste on tarvilik vähendada ka tervishoiutöötajate stigmatiseerivat suhtumist ning diskrimineerivat käitumist süstivate narkomaanide ja HIV-positiivsete suhtes.

Soovitav oleks, et süstivate narkomaanide ja HIV-positiivsete uuringutesse kaasataks edaspidigi stigmat ning avalikustamist käsitlevad küsimused, aga juba täiustatud kujul. Antud uuringus ei olnud võimalik eristada, kui palju avalikustas uuritav süstiva narkomaani staatust lähedastele sõpradele, pereliikmetele ja seksuaalpartneritele, kes ise ei olnud süstivad narkomaanid ning tervishoiutöötajatele, kelle töö polnud seotud HIV või narkomaaniaraviga. Samuti ei saanud olla kindel, et vähesel või teatud määral oma süstiva narkomaani staatusest rääkinud uuritav oli seda teinud viisil, mis tagas sõnumist üheselt arusaamise. Tasub kaaluda täpsustavate küsimuste lisamist, mis selgitaksid, kas seksuaalpartneritele avalikustati enda süstiva narkomaani staatus enne või pärast esimest seksuaalvahekorda. Lisaks vajab selgitamist, kui paljud avalikustasid ise oma staatuse, samuti see, mitmel juhul polnud tegemist teadliku ega vabatahtliku otsusega. Kihilise stigma olemasolu ja mõju hindamiseks oleks kasulik uurida, kas ja kuidas tajuvad HIV-negatiivsed süstivad narkomaanid HIV stigmat ning kuidas kogevad HIV stigmat muul viisil (mitte süstimise teel) nakatunud. Samuti võiks vaagida uuringute teostamist, mis hindaksid süstiva narkomaani staatusega seotud stigmat ja diskrimineerimist tavaelanikkonna seisukohalt. Seejuures vajab erilist tähelepanu tervishoiutöötajate suhtumiste ja käitumiste üksikasjalikum uurimine. Täiendavalt oleks soovitatav kasutada kvalitatiivseid uurimismeetodeid (nt fookusgrupi intervjuud), mis aitaksid saavutada sügavamat arusaamist uuritavate käitumist mõjutavatest teguritest ning saadud teave oleks abiks efektiivsemate kvantitatiivsete uuringute disainimisel ja ennetusmeetmete väljatöötamisel.

Käesoleva uuringu puhul tuleb arvestada mitmete piirangutega. Kuna tegemist oli läbilõikelise uuringuga, ei saa teha järeldusi seoste põhjuslikkuse või suuna kohta. Arvestades

uuritavate stigmatiseeritud staatust ning käsitletud teemade tundlikust võis esineda potentsiaalne informatsiooninihe. Uuritavad võisid anda sotsiaalselt aktsepteeritavaid vastuseid ning samuti võis ette tulla ebatäpsusi sündmuste meenutamisel ja erinevusi küsimuste interpreteerimisel. Informatsiooninihet võis suurendada intervjuuerija ja uuritava vaheline võimalik isiklik suhe. Lisaks tuleb silmas pidada potentsiaalset valikunihet, mis võis tuleneda kaasamise meetodist (RDS). Süstiva narkomaani staatust varjavad inimesed võisid omada väiksemat süstivatest narkomaanidest koosnevat suhtlusvõrgustikku ning seega suurema tõenäosusega mitte saada kutset uuringus osalemiseks. Samuti võisid narkomaanid, kes loobusid uuringus osalemise võimalusest, tunda suuremat stigmat. Tulemustele võisid mõju avaldada ka tundmatud segavad tegurid, millega pole osatud antud töös arvestada.

Kuna süstivate narkomaanide populatsioonid võivad piirkonniti üksteisest erineda ning tulenevalt uuringuga seotud piirangutest, pole käesoleva töö tulemused üldistatavad kogu Eesti süstivate narkomaanide populatsioonile.

Hoolimata piirangutest annab käesolev magistritöö olulist teavet süstivate narkomaanide poolt tunnetatava stigma ning süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohta, mis senini on olnud ebapiisav ning kinnitab vajadust antud teemadega süvitsi edasi tegelemiseks.

7. JÄRELDUSED

- Süstiva narkomaani ja HIV-positiivse staatusega seotud stigmasid tunnetasid uuritavad keskmisest tugevamini ning HIV-positiivsed tajusid oluliselt suuremal määral narkootikumide süstimisega seotud oodatavat stigmat kui HIV-negatiivsed süstivad narkomaanid.
- Kõikide erinevate stigma tüüpide vahel esinesid statistiliselt olulised ja enamasti nõrgalt positiivsed seosed. Keskmise tugevusega seos ilmnas sisendatud NSS stigma ja sisendatud HIV stigma vahel ning oodatava NSS stigma ja oodatava HIV stigma vahel.
- Uuritavate seas polnud süstiva narkomaani staatuse avalikustamine laialt levinud. Enim avalikustati lähedastele sõpradele, aga ainult üksikud avalikustasid oma staatuse tööandjatele. Esile kerkis vähene avalikustamine seksuaalpartneritele (eriti juhuslikele seksuaalpartneritele) ning tervishoiutöötajatele. Kohandamata analüüsi põhjal avalikustasid HIV-positiivsed (mitmel juhul) enda süstiva narkomaani staatust oluliselt rohkem kui HIV-negatiivsed uuritavad.
- Käesolevas töös ei õnnestunud leida NSS stigmade ja HIV stigmade järjepidevat seost süstiva narkomaani staatuse avalikustamisega. Avaldusid vaid üksikud seosed, kusjuures enim oli avalikustamisega seotud sisendatud NSS stigma, mille suurem tajumine vähendas avalikustamist juhuslikele seksuaalpartneritele, teistele pereliikmetele ning tervishoiutöötajatele. Seoste esinemise korral ilmnas, et suurem NSS stigma tajumine vähendas avalikustamise šanssi ning suurem HIV stigma tunnetamine suurendas avalikustamise šanssi. Avalikustamine teistele pereliikmetele oli kõige rohkem seotud erinevate stigma tüüpidega (kolmest neljast).
- Tähelepanu väärivad seosed, mis ilmnasid avalikustamise ja narkomaaniaravi saamise vahel. Varasem või hetkel narkomaaniaravil viibimine suurendas mitmel juhul avalikustamise šanssi võrreldes narkomaaniaravi mittesaamisega.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. UNODC. World drug report 2014. New York: United Nations publication; 2014.
2. Siseministeerium. Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat. Tallinn: Siseministeerium; 2014.
3. Uusküla A, Kalikova A, Zilmer K, et al. The role of injection drug use in the emergence of human immunodeficiency virus infection in Estonia. *Int J Infect Dis* 2002;6:23–7.
4. Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, et al. A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009. *Int J Drug Policy* 2013;24:312–8.
5. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013.
6. Vorobjov S. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas 2012. Uuringu kokkuvõte. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool; 2014.
7. Platt L, Bobrova N, Rhodes T, et al. High HIV prevalence among injecting drug users in Estonia: implications for understanding the risk environment. *AIDS* 2006;20:2120–3.
8. Wilson TE, Sharma A, Zilmer K, et al. The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. *Int J STD AIDS* 2007;18:389–91.
9. UNAIDS. Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the HIV response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007.
10. Ereli T, Leemets T, Mäearu S, et al. Eesti õigekeelsussõnaraamat ÕS 2013. Tallinn: Eesti Keele Sihtasutus; 2013.
11. Australian Injecting and Illicit Drug Users League (AIVL). "Why wouldn't I discriminate against all of them?" A report on stigma and discrimination towards the injecting drug user community. Canberra: Australian Injecting and Illicit Drug Users League (AIVL); 2011.
12. Latkin C, Davey-Rothwell M, Yang JY, et al. The relationship between drug user stigma and depression among inner-city drug users in Baltimore, MD. *J Urban Health* 2013;90:147–56.
13. Lõhmus L, Murd M, Trummal A, et al. Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.
14. Sobolev I, Voinova J. Stigmatisatsiooninäitaja HIV-positiivsetel inimestel Eestis. Uurimuse raport. Tallinn: Eesti HIV-positiivsete võrgustik; 2011.
15. Burke SE, Calabrese SK, Dovidio JF, et al. A tale of two cities: stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Soc Sci Med* 2015;130:154–61.
16. Sarang A, Donoghoe M. HIV/AIDS interventions for injecting drug users in Estonia: evaluation and recommendations. United nations office on drugs and crime (UNODC) and world health organization regional office for europe (WHO); 2008.

17. Uusküla A, Abel-Ollo K, Markina A, et al. Condom use and partnership intimacy among drug injectors and their sexual partners in Estonia. *Sex Transm Infect* 2012;88:58–62.
18. Rüütel K, Loit H-M. Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Uurimuse kokkuvõte. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2006.
19. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? (<http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>).
20. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. (https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Rahvastiku_tervise_arengukava_RTA.pdf).
21. Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015. (http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/riiklik_hiv_ja_aidsi_strateegia_aastateks_2006-2015.pdf).
22. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl* 1997;44:174–99.
23. Quinn DM, Williams MK, Quintana F, et al. Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PLoS One* 2014;9:e96977. (Electronic article).
24. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963.
25. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006;367:528–9.
26. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363–85.
27. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* 2008;22(suppl 2):S67–S79.
28. Scambler G, Hopkins A. Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociol Health Illn* 1986;8:26–43.
29. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med* 2006;11:277–87.
30. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav* 2009;13:1160–77.
31. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *J Pers Soc Psychol* 2009;97:634–51.
32. Jain A, Nyblade L. Scaling up policies, interventions, and measurement for stigma-free HIV prevention, care, and treatment services. Working paper #3. Washington, DC: The Health Policy Project; 2012.
33. Parker R, Aggleton P, Attawell K, et al. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Horizons Program; 2002.

34. Salter ML, Go VF, Minh NL, et al. Influence of perceived secondary stigma and family on the response to HIV infection among injection drug users in Vietnam. *AIDS Educ Prev* 2010;22:558–70.
35. Lekas H-M, Siegel K, Leider J. Felt and enacted stigma among HIV/HCV-coinfected adults: the impact of stigma layering. *Qual Health Res* 2011;21:1205–19.
36. Nyblade LC. Measuring HIV stigma: existing knowledge and gaps. *Psychol Health Med* 2006;11:335–45.
37. Reidpath DD, Chan KY. A method for the quantitative analysis of the layering of HIV-related stigma. *AIDS Care* 2005;17:425–32.
38. Chan KY, Yang Y, Zhang K-L, et al. Disentangling the stigma of HIV/AIDS from the stigmas of drugs use, commercial sex and commercial blood donation – a factorial survey of medical students in China. *BMC Public Health* 2007;7:280. (Electronic article).
39. Chaudoir SR, Fisher JD. The disclosure processes model: understanding disclosure decision-making and post-disclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychol Bull* 2010;136:236–56.
40. Sullivan KM. Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. *JANAC* 2005;16:33–47.
41. Chaudoir SR, Quinn DM. Revealing concealable stigmatized identities: the impact of disclosure motivations and positive first-disclosure experiences on fear of disclosure and well-being. *J Soc Issues* 2010;66:570–84.
42. 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;110:221–7.
43. Rudolph AE, Davis WW, Quan VM, et al. Perception of community and family level IDU and HIV related stigma, disclosure decisions and experiences with layered stigma among HIV positive injection drug users in Vietnam. *AIDS Care* 2012;24:239–44.
44. Young M, Stuber J, Ahern J, et al. Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31:371–91.
45. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007;88:188–96.
46. Earnshaw VA, Smith LR, Cunningham CO, et al. Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma: Implications for depressive symptoms. *J Health Psychol* 2013. (Epub ahead of print).
47. Rüütel K, Pisarev H, Loit H-M, et al. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *J Int AIDS Soc* 2009;12:13. (Electronic article).
48. Ko N-Y, Lee H-C, Hsu S-T, et al. Differences in HIV disclosure by modes of transmission in Taiwanese families. *AIDS Care* 2007;19:791–8.

49. O'Brien ME, Richardson-Alston G, Ayoub M, et al. Prevalence and correlates of HIV serostatus disclosure. *Sex Transm Dis* 2003;30:731–5.
50. Simmonds L, Coomber R. Injecting drug users: a stigmatised and stigmatising population. *Int J Drug Policy* 2009;20:121–30.
51. Islam MM, Topp L, Iversen J, et al. Healthcare utilisation and disclosure of injecting drug use among clients of Australia's needle and syringe programs. *Aust NZ J Public Health* 2013;37:148–54.
52. Latkin CA, Knowlton AR, Forman VL, et al. Injection drug users' disclosure of HIV seropositive status to network members. *AIDS Behav* 2001;5:297–305.
53. Emlet CA. A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2006;20:350–8.
54. Grau LE, White E, Niccolai LM, et al. HIV disclosure, condom use, and awareness of HIV infection among HIV-positive, heterosexual drug injectors in St. Petersburg, Russian Federation. *AIDS Behav* 2011;15:45–57.
55. Simoni JM, Pantalone DW. Secrets and safety in the age of AIDS: does HIV disclosure lead to safer sex? *Top HIV Med* 2004;12:109–18.
56. Derlega VJ, Winstead BA, Greene K, et al. Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships: testing a model of HIV-disclosure decision making. *J Soc Clin Psychol* 2004;23:747–67.
57. Tobin KE, Muessig KE, Latkin CA. HIV seropositive drug users' attitudes towards partner notification (PCRS): results from the SHIELD study in Baltimore, Maryland. *Patient Educ Couns* 2007;67:137–42.
58. Stutterheim SE, Bos AER, Pryor JB, et al. Psychological and social correlates of HIV status disclosure: the significance of stigma visibility. *AIDS Educ Prev* 2011;23:382–92.
59. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care* 2008;20:1266–75.
60. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.
61. Balabanova Y, Coker R, Atun RA, et al. Stigma and HIV infection in Russia. *AIDS Care* 2006;18:846–52.
62. Lee MB, Wu Z, Rotheram-Borus MJ, et al. HIV-related stigma among market workers in China. *Health Psychol* 2005;24:435–8.
63. Ford K, Wirawan DN, Sumantera GM, et al. Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Educ Prev* 2004;16:487–98.
64. Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: an investigation into understudied sources of stigma. *Int J Ment Health Addict* 2013;11:110–22.

65. Link BG, Struening EL, Rahav M, et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177–90.
66. Des Jarlais DC, Perlis TE, Stimson GV, et al. Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health* 2006;6:54. (Electronic article).
67. Kalichman SC, Simbayi LC, Cloete A, et al. Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care* 2009;21:87–93.
68. Pinel EC. Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *J Pers Soc Psychol* 1999;76:114–28.
69. Vorobjov S, Rüütel K, Abel-Ollo K, et al. HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Narva süstivate narkomaanide seas 2014. Uuringu kokkuvõte. Tervise Arengu Instituut; 2015.
70. Uusküla A, McNutt LA, Dehovitz J, et al. High prevalence of blood-borne virus infections and high-risk behaviour among injecting drug users in Tallinn, Estonia. *Int J STD AIDS* 2007;18:41–6.
71. Abel-Ollo K, Rahu M, Rajaleid K, et al. Knowledge of HIV serostatus and risk behaviour among injecting drug users in Estonia. *AIDS Care* 2009;21:851–7.
72. Serovich JM, Mosack KE. Reasons for HIV disclosure or nondisclosure to casual sexual partners. *AIDS Educ Prev* 2003;15:70–80.
73. Crepaz N, Marks G. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care* 2003;15:379–87.
74. Kalichman SC, Nachimson D. Self-efficacy and disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners. *Health Psychol* 1999;18:281–7.
75. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, et al. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS Behav* 2013;17:1785–95.

Stigma and disclosure of injecting drug use among injecting drug users in Kohtla-Järve, Estonia

Annika Johansson

SUMMARY

This master thesis studied the patterns of injecting drug use disclosure and experiences of stigma among injecting drug users (IDUs) in the Kohtla-Järve area, Estonia.

The prevalence of IDUs in the Estonian population is approximately 0.9% and around half of them are infected with HIV. Stigma and discrimination are an inseparable part of the lives of people who inject drugs and/or are HIV-positive. Stigma can have multiple adverse effects on their lives and act as a barrier to accessing healthcare services. Stigma can also be the reason for not disclosing one's IDU status, which is crucial for preventing the transmission of HIV into the general population, especially in areas (such as Estonia) where the spread of the virus is concentrated mainly among IDUs.

The main objective of this thesis was to describe the experiences of injecting drug use stigma, HIV related stigma, and the disclosure patterns of injecting drug use, and to analyse the relationships between them. The sub-objective of this thesis was to compare injecting drug use disclosure and experiences of stigma according to HIV status.

This thesis was based on data from a cross-sectional study conducted in the Kohtla-Järve area in 2012. A sample of 600 IDUs was obtained by using respondent-driven sampling (RDS). Logistic regression was used to assess the association between disclosure and stigma.

Disclosure of one's IDU status was most frequent to close friends (82%) and most infrequent to employers (1%) and casual sexual partners (11%). More than half of the IDUs disclosed their drug use to their main sexual partners (62%) and healthcare workers (60%). In the unadjusted analysis, HIV-positive respondents disclosed their IDU status (in several instances) significantly more than HIV-negative respondents.

The mean levels of experienced internalized drug stigma, anticipated drug stigma, internalized HIV stigma and anticipated HIV stigma were above the average. The experienced level of anticipated drug stigma was higher among HIV-positive IDUs than HIV-negative IDUs. The bivariate correlations between different types of stigmas were all statistically significant and mostly weakly positive. Moderate and positive correlation was observed between two internalized stigmas and two anticipated stigmas.

The present study was not able to confirm the existence of an unambiguous relationship between stigma and disclosure. The analysis did not reveal a consistent and statistically significant relationship between disclosing to different people and different types of stigmas. The type of stigma most frequently related to disclosure was internalized drug stigma. Higher internalized drug stigma decreased the odds of disclosure to casual sexual partners, other family members and healthcare workers. Disclosure to other family members was the only variable associated with almost all of the different types of stigmas (three out of four). Also worth noting is the relationship found between drug treatment and disclosure. Being in drug treatment or having been in drug treatment increased the odds of disclosure in many instances compared to IDUs who had never received drug treatment.

The present thesis points out the need to develop the (communication) skills of IDUs for managing disclosure decisions and talking about safer sex practices with their partners. Measures are needed to change the negative attitudes of healthcare workers and to broaden the application of preventive measures that are aimed at reducing sexual risk behaviour. The outcomes of this thesis confirm the need for further and more in-depth analysis of stigma and disclosure patterns among IDUs.

TÄNUAVALDUS

Suur ja siiras tänu:

- Sigrid Vorobjovile pühendunud juhendamise, väärtuslike suuniste ja igakülgse abi eest magistritöö kirjutamisel;
- Maris Jakobsonile keeleliste nõuannete eest;
- Kõigile, kes magistritöö valmimisele kaasa aitasid;
- Perekonnale ja sõpradele toetuse eest.

CURRICULUM VITAE

Ees- ja perekonnanimi: Annika Johansson

Sünniaeg: 17.01.1982

E-post: annikajoh@msn.com

Hariduskäik:

2013–...	Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe (epidemioloogia eriala)
2000–2004	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus, bioanalüütiku eriala
1988–2000	Pärnu Ühisgümnaasium, keskharidus

Töökogemus: 2004–... SA Pärnu Haigla, bioanalüütik

Keelteoskus:

- eesti keel – emakeel
- inglise keel – kirjas hea, kõnes hea
- saksa keel – kirjas vähene, kõnes hea
- vene keel – algtase

LISAD

Lisa 1. Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud ja oodatava stigma tunnetamine Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Tunnus	Nõustun täiesti	Nõustun	Ei oska öelda n (%)*	Ei nõustu	Kategooriliselt ei nõustu
Sisendatud stigma					
Mul on raske teistele rääkida, et ma tarbin narkootikume	153 (25,5)	289 (48,3)	44 (7,3)	106 (17,7)	7 (1,2)
Ma tunnen end seetõttu vääritud, et ma tarbin narkootikume	56 (9,4)	177 (29,5)	100 (16,7)	237 (39,6)	29 (4,8)
Ma tunnen end seetõttu süüdi, et ma tarbin narkootikume	113 (18,9)	351 (58,8)	44 (7,4)	85 (14,2)	4 (0,7)
Mul on häbi, et ma tarbin narkootikume	118 (19,7)	354 (59,2)	40 (6,7)	83 (13,9)	3 (0,5)
Ma tunnen end vahel kasutuna, et ma tarbin narkootikume	66 (11,0)	251 (41,9)	108 (18,0)	168 (28,1)	6 (1,0)
Ma varjan teiste eest, et ma tarbin narkootikume	152 (25,4)	271 (45,2)	28 (4,7)	140 (23,4)	8 (1,3)
Oodatav stigma					
Narkootikumide tarbimisega seotud stereotüübid ei ole mind isiklikult mõjutanud	19 (3,2)	169 (28,4)	166 (27,9)	208 (35,0)	33 (5,5)
Enamik inimesi ei arvusta narkootikumide tarbijaid	7 (1,2)	41 (6,9)	69 (11,5)	373 (62,4)	108 (18,0)
Minu narkootikumide tarbimine ei mõjuta seda, kuidas teised minuga suhtlevad	18 (3,0)	126 (21,1)	203 (34,1)	218 (36,6)	31 (5,2)
Ma ei mõtle peaaegu kunagi oma narkootikumide tarbimise peale siis, kui ma teistega suhtlen	16 (2,7)	247 (41,4)	114 (19,1)	209 (35,1)	10 (1,7)
Enamik inimesi suhtub narkootikumide tarbijatesse palju halvemini, kui nad seda välja näitavad	251 (41,9)	296 (49,4)	33 (5,5)	13 (2,2)	6 (1,0)
Enamikul inimestel on raske suhtuda narkootikumide tarbijatesse, kui endaga võrdsetesse	272 (45,4)	291 (48,6)	20 (3,4)	11 (1,8)	5 (0,8)

*Protsent rea järgi.

Lisa 2. HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud ja oodatava stigma tunnetamine Kohtla-Järve HIV-positiivsete süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Tunnus	Nõustun täiesti	Nõustun	Ei oska öelda n (%)*	Ei nõustu	Kategooriliselt ei nõustu
Sisendatud stigma					
Mul on raske teistele rääkida, et ma olen HIV-positiivne	101 (32,4)	143 (45,8)	21 (6,7)	44 (14,1)	3 (1,0)
Ma tunnen end seetõttu vääriltuna, et mul on HIV	52 (16,7)	101 (32,4)	43 (13,8)	104 (33,3)	12 (3,8)
Ma tunnen end seetõttu süüdi, et mul on HIV	69 (22,1)	171 (54,8)	21 (6,8)	45 (14,4)	6 (1,9)
Mul on häbi, et ma olen HIV-positiivne	73 (23,4)	164 (52,6)	24 (7,7)	45 (14,4)	6 (1,9)
Ma tunnen end vahel kasutuna, et mul on HIV	52 (16,7)	150 (48,1)	43 (13,8)	60 (19,2)	7 (2,2)
Ma varjan teiste eest, et mul on HIV	82 (26,3)	140 (44,9)	17 (5,4)	63 (20,2)	10 (3,2)
Oodatav stigma					
HIV-positiivsusega seotud stereotüübid ei ole mind isiklikult mõjutanud	7 (2,3)	69 (22,4)	82 (26,6)	133 (43,2)	17 (5,5)
Enamik inimesi ei arvusta HIV-positiivseid inimesi	4 (1,3)	19 (6,1)	39 (12,6)	197 (63,6)	51 (16,4)
Minu HIV-positiivsus ei mõjuta seda, kuidas teised minuga suhtlevad	8 (2,6)	40 (12,8)	105 (33,7)	139 (44,5)	20 (6,4)
Ma ei mõtle peaaegu kunagi oma HIV-positiivsuse peale siis, kui ma teistega suhtlen	8 (2,6)	103 (33,1)	57 (18,3)	137 (44,1)	6 (1,9)
Enamik suhtub HIV-positiivsetesse inimestesse palju halvemini, kui nad seda välja näitavad	130 (41,7)	153 (49,0)	18 (5,8)	8 (2,6)	3 (0,9)
Enamikul on raske suhtuda HIV-positiivsetesse inimestesse kui endaga võrdsetesse	137 (43,9)	145 (46,5)	17 (5,5)	11 (3,5)	2 (0,6)

*Protsent rea järgi.

Lisa 3. Kohandamata seosed süstiva narkomaani staatuse avalikustamise ja stigma tüüpide vahel Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas aastal 2012

Stigma tüüp (n)	On rääkinud, et tarbib narkootikume OR (95% CI)					
	Peamise seksuaalpartneriga	Juhuslike seksuaalpartneritega	Lähedaste sõpradega	Vanematega	Teiste pereliikmetega	Tervishoiu- töötajatega
Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud stigma (596)	0,97 (0,78–1,21)	0,68 (0,48–0,96)	0,78 (0,59–1,04)	0,93 (0,75–1,16)	0,69 (0,55–0,89)	0,89 (0,71–1,11)
Narkootikumide süstimisega seotud oodatav stigma (590)	0,81 (0,59–1,11)	0,90 (0,55–1,48)	0,89 (0,60–1,34)	1,17 (0,87–1,59)	1,01 (0,72–1,42)	1,68 (1,23–2,30)
HIV-positiivse staatusega seotud sisendatud stigma (312)	1,00 (0,75–1,32)	0,96 (0,62–1,48)	1,00 (0,68–1,47)	1,16 (0,88–1,53)	0,95 (0,71–1,27)	1,15 (0,84–1,57)
HIV-positiivse staatusega seotud oodatav stigma (306)	0,71 (0,44–1,13)	1,10 (0,54–2,25)	0,76 (0,40–1,45)	1,05 (0,67–1,66)	1,25 (0,77–2,02)	1,45 (0,87–2,42)

Lisa 4. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohandatud seosed narkootikumide süstimisega seotud stigmadega ja teiste kirjeldavate tunnustega Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas (n=578) aastal 2012

Tunnus		On rääkinud, et tarbib narkootikume AOR (95% CI)*					
		Peamise seksuaalpartneriga	Juhuslike seksuaalpartneritega	Lähedaste sõpradega	Vanematega	Teiste pereliikmetega	Tervishoiu- töötajatega
46	Sugu						
	Mees	1	1	1	1	1	1
	Naine	2,67 (1,72–4,15)	1,79 (0,98–3,26)	0,76 (0,46–1,25)	1,18 (0,79–1,76)	2,40 (1,55–3,71)	1,05 (0,68–1,61)
	Vanus (aastates)	1,00 (0,95–1,06)	0,90 (0,81–1,00)	0,95 (0,90–1,01)	0,95 (0,90–1,00)	0,93 (0,87–0,99)	1,00 (0,95–1,06)
	Rahvus						
	Venelane	1	1	1	1	1	1
	Eestlane	0,74 (0,43–1,27)	1,84 (0,86–3,96)	0,93 (0,47–1,85)	1,32 (0,76–2,30)	1,05 (0,57–1,95)	0,48 (0,27–0,85)
	Muu	0,74 (0,38–1,43)	1,41 (0,51–3,92)	1,03 (0,40–2,64)	0,72 (0,37–1,41)	0,86 (0,40–1,87)	0,78 (0,38–1,61)
	Haridustase						
	Algharidus	1	1	1	1	1	1
	Põhiharidus	1,90 (0,89–4,03)	1,69 (0,46–6,15)	0,23 (0,05–1,04)	1,66 (0,77–3,60)	1,25 (0,50–3,15)	1,40 (0,61–3,23)
	Keskharidus	2,80 (1,22–6,39)	1,23 (0,30–5,05)	0,54 (0,11–2,59)	1,71 (0,75–3,92)	1,36 (0,51–3,64)	1,19 (0,49–2,88)
	Kutseharidus	1,71 (0,79–3,74)	1,10 (0,28–4,34)	0,34 (0,08–1,57)	2,40 (1,08–5,35)	2,50 (0,97–6,41)	1,20 (0,51–2,83)
	HIV						
	Negatiivne	1	1	1	1	1	1
	Positiivne	1,27 (0,87–1,85)	1,05 (0,58–1,89)	1,40 (0,87–2,28)	1,88 (1,30–2,71)	1,23 (0,81–1,85)	3,52 (2,39–5,19)
	Süstimise staaž (aastates)	1,02 (0,96–1,08)	1,04 (0,94–1,16)	1,02 (0,96–1,09)	1,07 (1,01–1,13)	1,06 (1,00–1,14)	1,03 (0,97–1,09)
	Narkomaaniaravi						
	Pole saanud	1	1	1	1	1	1
	On kunagi saanud	1,00 (0,66–1,51)	1,17 (0,61–2,24)	2,42 (1,41–4,14)	2,06 (1,38–3,08)	1,59 (1,01–2,51)	1,11 (0,73–1,69)
	Saab hetkel	1,28 (0,75–2,21)	1,18 (0,51–2,72)	2,32 (1,12–4,80)	1,76 (1,04–2,97)	1,77 (1,00–3,15)	4,23 (2,14–8,38)
	Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud stigma (skoor)	0,90 (0,70–1,16)	0,65 (0,45–0,95)	0,92 (0,66–1,26)	0,99 (0,77–1,28)	0,63 (0,47–0,82)	0,87 (0,67–1,15)
	Narkootikumide süstimisega seotud oodatav stigma (skoor)	0,74 (0,52–1,05)	1,00 (0,58–1,74)	0,87 (0,56–1,35)	0,95 (0,67–1,34)	1,02 (0,69–1,49)	1,38 (0,95–1,99)

*Kohandatud kõikidele teistele tabelis olevatele tunnustele.

Lisa 5. Süstiva narkomaani staatuse avalikustamise kohandatud seosed narkootikumide süstimise ja HIV-positiivsusega seotud stigmadega ning teiste kirjeldavate tunnustega Kohtla-Järve HIV-positiivsete süstivate narkomaanide seas (n=295) aastal 2012

Tunnus		On rääkinud, et tarbib narkootikume AOR (95% CI)*					
		Peamise seksuaalpartneriga	Juhuslike seksuaalpartneritega	Lähedaste sõpradega	Vanematega	Teiste pereliikmetega	Tervishoiu- töötajatega
Sugu	Mees	1	1	1	1	1	1
	Naine	2,17 (1,16–4,05)	1,93 (0,84–4,45)	0,64 (0,30–1,40)	1,11 (0,62–1,98)	2,11 (1,17–3,83)	1,18 (0,54–2,59)
Vanus (aastates)		1,00 (0,91–1,10)	0,85 (0,71–1,01)	0,93 (0,83–1,05)	0,97 (0,89–1,07)	0,98 (0,89–1,08)	1,06 (0,94–1,19)
Rahvus	Venelane	1	1	1	1	1	1
	Eestlane	0,56 (0,24–1,28)	1,20 (0,35–4,15)	0,64 (0,23–1,79)	2,60 (0,97–6,92)	1,55 (0,66–3,64)	0,55 (0,21–1,46)
	Muu	1,54 (0,59–4,01)	0,86 (0,18–4,09)	1,21 (0,33–4,48)	0,80 (0,33–1,94)	0,74 (0,27–2,04)	0,57 (0,18–1,81)
Süstimise staaž (aastates)		0,98 (0,89–1,07)	1,16 (0,99–1,36)	1,03 (0,91–1,17)	1,00 (0,91–1,09)	1,05 (0,95–1,15)	1,00 (0,88–1,13)
HIV staaž (aastates)		0,99 (0,92–1,08)	0,89 (0,79–1,00)	0,96 (0,86–1,06)	1,09 (1,01–1,18)	0,95 (0,88–1,03)	1,04 (0,94–1,15)
Narkomaaniaravi	Pole saanud	1	1	1	1	1	1
	On kunagi saanud	0,78 (0,42–1,43)	1,16 (0,45–3,00)	2,12 (0,94–4,75)	2,22 (1,23–4,01)	1,37 (0,73–2,59)	1,51 (0,74–3,10)
	Saab hetkel	0,85 (0,41–1,74)	1,38 (0,48–3,99)	1,51 (0,58–3,93)	1,71 (0,86–3,40)	1,70 (0,81–3,56)	7,78 (2,27–26,65)
Infektsionisti regulaarne külastamine	Ei	1	1	1	1	1	1
	Jah	1,63 (0,93–2,87)	1,34 (0,54–3,33)	2,35 (1,11–4,98)	0,91 (0,51–1,62)	1,24 (0,68–2,28)	8,32 (4,22–16,44)
Narkootikumide süstimisega seotud sisendatud stigma (skoor)		1,05 (0,66–1,66)	0,63 (0,32–1,25)	0,87 (0,47–1,61)	1,05 (0,67–1,65)	0,53 (0,33–0,85)	0,48 (0,26–0,90)
Narkootikumide süstimisega seotud oodatav stigma (skoor)		0,77 (0,39–1,54)	0,93 (0,33–2,59)	0,68 (0,27–1,73)	0,89 (0,45–1,74)	0,47 (0,23–0,95)	0,79 (0,33–1,88)
HIV-positiivsusega seotud sisendatud stigma (skoor)		0,96 (0,62–1,48)	1,19 (0,64–2,23)	1,21 (0,68–2,17)	1,17 (0,76–1,78)	1,28 (0,82–1,99)	2,13 (1,18–3,81)
HIV-positiivsusega seotud oodatav stigma (skoor)		0,90 (0,46–1,77)	1,10 (0,41–2,95)	0,82 (0,33–1,99)	1,04 (0,54–1,99)	2,08 (1,04–4,16)	1,65 (0,72–3,79)

*Kohandatud kõikidele teistele tabelis olevatele tunnustele.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, ANNIKA JOHANNSON (sünd 17.01.1982)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Stigma tunnetamine ja süstiva narkomaani staatuse avalikustamine Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas“, mille juhendaja on Sigrid Vorobjov,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 28.05.2015