

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu kolledž

Sotsiaaltöö korralduse osakond

Elise Tõllimäe

**KOHALIKU OMAVALITSUSE SOTSIAALTÖÖTAJATE
HOIAKUD JA VÕIMALUSED HIV-POSITIIVSETE
ELANIKEGA TEGELEMISEL**

Lõputöö

Diplomitöö juhendaja: Kandela Õun

Pärnu 2013

SISUKORD

Sissejuhatus.....	4
1. HI-viiruse mõju ühiskonnale ja nakatunule ning sotsiaaltöötaja sekkumise võimalused	6
1.1. HIV/AIDS'i ajalugu maailmas ja Eestis	6
1.1.1. HIV/AIDS'i ajalugu maailmas.....	6
1.1.2. HIV/AIDS'i ajalugu Eestis	8
1.2. HI-viiruse olemus.....	10
1.2.1. HI-viiruse geneetiline koostis	10
1.2.2. HI-viiruse paljunemine.....	11
1.2.3. HI-viiruse levimine organismis ja peamised ülekandeteed.....	13
1.2.4. HI-viiruse sümptomid ning nakkuse kulg organismis	14
1.2.5. Testimine viiruse suhtes ning ohustatud riskirühmad.....	16
1.3. HIV nakkuse ravi ja vaktsiin.....	19
1.3.1. HI-viiruse ravi	19
1.3.2. ARV ravimite kõrvaltoimed.....	21
1.3.3. HIV vaktsiin ja profülaktika.....	22
1.4. HIV mõju Eesti ühiskonnale	22
1.5. HIV-positiivsete elanike probleemid igapäevaelus/ ühiskonnas.....	27

1.6. Sotsiaaltöötajate võimalused aidata HIV-positiivseid elanikke.....	31
2. Uurimus kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate hoiakutest ja võimalustest HIV-positiivsete elanikega tegelemisel.....	38
2.1. Uurimusprobleemiseade, uurimuseesmärk ja- küsimused.....	38
2.2. Uurimusmeetod ja selle läbiviimine.....	39
2.3. Uurimuse valimi kirjeldus.....	41
2.4. Uurimuse tulemused.....	43
2.4.1. Sotsiaaltöötajate hoiakud ja teadmised HIV-nakkusest.....	43
2.4.2. HIV temaatika käsitlemine KOV'is.....	48
2.4.3. KOV'is pakutavad teenused ja toetused HIV-positiivsetele elanikele.....	50
2.4.4. HIV-positiivsete klientide tervis.....	54
2.4.5. Sotsiaaltöötajate vajadused HIV-positiivsete elanikega tegelemisel.....	57
2.5. Järeldused ning autori ettepanekud.....	58
2.5.1. Uuringu järeldused.....	58
2.5.2. Ettepanekud edasiseks uurimiseks.....	64
Kokkuvõte.....	69
Viidatud allikad.....	71
Lisad.....	77
Lisa 1. Uurimisinstrument.....	77
Lisa 2. Väidete õiged vastused.....	81
Summary.....	82

SISSEJUHATUS

Maailmas elab miljoneid HIV nakkusega inimesi, keda ümbritsevad kümned miljonid lähedased. Igal aastal kasvab epideemia poolt haaratud inimeste arv. HIV nakkuse diagnoos tähendab inimese veres immuunpuudulikkuse viiruse – HIVi esinemist. Enamasti käsitletakse HIV nakkust ekslikult ainult meditsiinilise probleemina, samas tuleb nakatunul sageli puutuda enne meditsiiniliste probleemide esinemist kokku psühhosotsiaalsete probleemidega. Maailma Terviseorganisatsioon määratleb tervist kui täieliku füüsilise, vaimse ning sotsiaalse heaolu seisundit, mitte lihtsalt haiguse puudumist.

Eestis ei ole Tervise Arenguinstituudi spetsialistide andmetel uuritud kohaliku tasandi sotsiaaltöötajate hoiakuid nakatunutesse ega tehtud ülevaadet sotsiaaltöötajate teadmistest. Seetõttu on oluline uurida, missugused on kohaliku tasandi sotsiaaltöötajate arvamused viirusesse nakatutega töötamisel.

Lõputöö eesmärgiks on anda ülevaade HI-viirusest, selle mõjust ühiskonnale ning HIV-positiivsete probleemidest ja sotsiaaltöötajate võimalustest nende aitamisest ning välja selgitada kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate hoiakud ja võimalused HIV-positiivsete elanikega tegelemisel.

Töös uuritakse millised on kohaliku tasandi sotsiaaltöötajate teadmised ning suhtumine HIV-positiivsete elanikega tegelemisel ning milliseid teenuseid neile pakutakse. Samuti selgitatakse välja sotsiaaltöötajate vajadused HIV nakatunutega töötamisel. Tulemus annab ülevaate hetke olukorrast ning võimaldab teha järeldusi sotsiaaltöötajate valmisolekust tegeleda HIV-positiivse saatusega elanikega.

Eesmärgi saavutamiseks püstitatakse uurimisülesanded, mis aitavad töö eesmärki täita. Esimeseks uurimisülesandeks on teema kohase kirjandusega tutvumine, mis annab

baasteadmised ning ülevaate valdkonnas tehtust. Teiseks ülesandeks on uurimuse teoreetilise tagapõhja loomine, milles analüüsitakse erinevate autorite seisukohti. Kolmanda ülesandena koostatakse uurimisinstrument, mille alusel küsitletakse kohaliku tasandi sotsiaaltöötajaid ning millest selgunud tulemuste põhjal koostatakse uurimuse analüüs. Neljanda uurimisülesandena tehakse ettepanekuid valdkonna edendamiseks.

Töö teooria osas antakse kokkuvõtlik ülevaade HIV ning AIDSi ajaloost maailmas ning Eestis. Kirjeldatakse HI-viiruse olemust, selle koostist ning paljunemist. Antakse ülevaade viiruse sümptomitest, leviku teedest, testimise võimalustest ning enim ohustatud riskirühmadest. Samuti räägitakse ravi võimalustest ning selle kõrvaltoimetest. Töös kirjeldatakse HIV mõju ühiskonnale ning indiviidile, tuuakse välja sotsiaaltöötajate võimalused HIV-positiivsete elanike abistamiseks.

Töös viiakse läbi kvantitatiivne uurimus, mille andmed kogutakse Interneti küsitluse alusel. Lõputöö läbiviimisel kasutatakse mitmeid erinevaid andmekogusid: riiklike arengukavasid, statistilisi materjale, teemakohaseid kodulehekülgi ning aruandeid ja uurimusi. Eestis ei ole varasemalt samalaadseid uuringuid läbi viidud, seetõttu keskendutakse töös 2011. aastal Ühendkuningriigis läbiviidud uuringule „*The impact of social care support for people living with HIV the results of NAT's snapshot survey of healthcare professionals*“ ning Eesti HIV-positiivsete Võrgustiku stigmatisatsiooni näitaja uuringule.

Lõputöö on jagatud kaheks suureks peatükiks, millest esimene käsitleb töö teoreetilist ning teine uurimuse osa. Esimene peatükk on jagatud alapeatükkideks milles käsitletakse viiruse ajalugu, olemust, ravi, mõju ühiskonnale ja indiviidile ning sotsiaaltöötaja võimalusi abistamisel. Teine osa tööst koosneb viiest alapeatükist, milles käsitletakse uurimuse meetodit, valimi kirjeldust ning tulemusi, lõpetuseks on välja toodud järeldused ning ettepanekud. Lõputöös on 7 joonist, viidatud on 61 allikale.

Lõputöö autor soovib avaldada tänu Kandela Õunale ning Tiiu Kamdronile, kes on aidanud kaasa töö koostamisele. Suured tänuavaldused ka Eesti HIV-positiivsete Võrgustiku kommunikatsiooni juhile Raul Lindemannile ning juhatuse liikmele Latsin Alijevile, kes aitasid leida informatsiooni ning jagasid mõtteid.

1. HI-VIIRUSE MÕJU ÜHISKONNALE JA NAKATUNULE NING SOTSIAALTÖÖTAJA SEKKUMISE VÕIMALUSED

1.1. HIV/AIDS'I AJALUGU MAAILMAS JA EESTIS

1.1.1. HIV/AIDS'I AJALUGU MAAILMAS

Üle neljakümne aasta tagasi, sai alguse praeguse aja suurim ja kardetuim epideemia – HIV ja AIDS. Esimene ametlik HIV-positiivne vereproov aga pärineb juba aastast 1959, mis võeti Kongos elanud mehelt. Usutavasti pärineb viirus juba 1900. aastast ning on inimesele siirdunud ahvidelt, HIV-1 variatsioon Kesk-Aafrika šimpansidelt ning HIV-2 variatsioon Lääne- Aafrika makaakidelt. Arvatavasti kandus viirus üle jahimeestele, kes pärast ahvide küttemist puutusid kokku värskes verega ning nakatusid HIVi. (Usdin 2003: 14-16)

Meile tuntud epideemia algas 1981. aasta kevadel, kui USA's Los Angeles'es avastati kaheksa gei meest, kellel oli noorest east hoolimata väga kaugemale arenenud kaposi sarkoom (Usdin 2003: 17), mis tavaliselt avaldub 40. – 70. eluaastal (Everaus, Vahter 1989: 39). Samal ajal Atlantas suri noor gei mees kopsupõletikku, mis oli väga ebatavaline, kuna tavaliselt said patsiendid terveks pärast 10 päevast ravi. Kuna selle ajani oli müstiline haigus levinud vaid gei meeste seas, sai tundmatu viirus kiirelt nimeks GRID (gay-related immune deficiency) – lihtsamalt gei katk. 1981. aasta talvel, detsembris, leiti samade sümptomitega patsiente ka süstivate narkomaanide seas, mis tõestas, et viirus levib ka vereülekanne teel. (Usdin 2003: 17-18)

Mõne aja pärast selgus, et riskigruppi kuuluvad ka hemofiilia haiged ja vereülekanne vajavad inimesed ning esines juhte, kus viiruse kandjaks olid imikud, kes puutusid kokku riskigrupiga. Aastal 1982 lepidi USA's Atlantas korraldatud konverentsil kokku

akronüümis ja nimetuses AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) (Whiteside 2008: 1), mis eesti keeles on tuntud kui omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (Rõigas 1988: 6). Prantsuse, portugali ja hispaania keeles on see tuntud kui SIDA, mis tuleneb prantsuse keelsest täisnimest syndrome d'immunodéficience acquise (Whiteside 2008: 2).

Aastal 1983, mai kuus, suutis prantsuse teadlane Luc Montagnier isoleerida ja teha kindlaks uue retroviiruste perekonda kuuluva viiruse HIVi (human immunodeficiency virus), mida ta alguses nimetas LAV'iks ehk (lymphadenopathy associated virus) – lümfisõlmede kahjustustega seotud viiruseks (Harro, Rüütel 2004: 12). Paar aastat hiljem isoleeriti HIV ka USA's Robert Gallo poolt, kes nimetas viiruse HTLV-3 (human T-cell lymphotropic virus, type 3). Aastal 1986 asendati mõlemad nimed HIViga. (Usdin 2003: 20) Lisaks 1983. aastal kindlaks tehtud HIV-1 tüübile, avastati 1986. aastal teine väga sarnane viirus HIV-2 tüüp, mis samuti põhjustab AIDSi. Siiski on HIV-2 vähem levinud ning haigus ise on aeglasema kuluga. (Harro, Rüütel 2004: 12)

1983. aastal sündis esimene laps, kes oli viiruse saanud emalt sünnituse käigus. Nüüdseks oli selge, et AIDS- mida peamiselt peeti meditsiiniliseks probleemiks oli muutunud globaalseks sotsiaalseks probleemiks, mida aastal 1987 ka avalikult kinnitati. (Usdin 2003: 22)

Järgnevatel aastatel hakati probleemiga aktiivselt tegelema. 1985. aastal anti luba laborites esimesteks testideks ning sama aasta oktoobris hakati teste aktiivselt avalikkusel kasutama. Aasta hiljem hakati välja töötama vaktsiini ning ravi, mis raviks HIVi täielikult välja. (History of AIDS up to 1986) 1987. aastal tuligi turule esimene ravim, mis esilagu vähemalt aeglustas viiruse mõju. Samal aastal avati Suurbritannias esimene haigla, mis oli eraldi suunatud AIDSi haigetele. Aastatel 1988- 1992 korraldati mitmeid erinevaid kampaaniaid, konverentse ning avalikke testimisi, kuid aastaks 1995 tuli tõdeda, et AIDS nõudis hoolimata ennetustegevustest jätkuvalt tuhandeid inimelusid. (History of AIDS 1987-1992)

Aastal 1993 puututi kokku ravimiresistentsusega viirusele ning seda isegi neil patsientidel, kes veel ravimit ise manustama polnud hakanudki. Nüüd hakati töötama uute ja tõhusamate ravimite tootmise kallal. 1997. aasta tõi rõõmusõnumina esmakordse

AIDSi surmajuhtumite vähenemise ning aastal 1998 said juba ravi saavad HIV patsiendid naasta tööle ning tavapärase elu juurde. Aastaks 1999 oli juurde toodetud mitmeid erinevaid ARV (antiretroviirus ravimeid), mis aitasid vähendada ravimiresistentsuse riski. Siiski tuli tõdeda, et AIDS oli 1999. aastal Ameerikas 4. kohal olev surmade põhjustaja, samal aastal ületas heteroseksuaalsete patsientide arv homoseksuaalseid patsiente. 2002. aastal hakati riigi toetusel pakkuma Botswanas ARV ravi, mida polnud tehtud kusagil mujal maailmas. (History of AIDS 1993- 1997)

Aastast 1987 alustatud vaktsiini välja töötamine polnud ka aastaks 2003 toonud mingeid tulemusi, teadlastel õnnestus leiutada Fuzion, mis eesmärgipäraselt pidi takistama HI-viirusrakkude levikut, kuid mis siiski polnud piisavalt tõhus peatamaks ning ravimaks HIVi. (History of AIDS 1998- 2002)

Ka lähiajalugu ei too häid uudiseid, surmade arv on küll stabiliseerinud, kuid nakatunuid lisandub aastatega aina juurde ning lootus vaktsiinile on jätkuvalt kahtluse all. Positiivse muudatusena on aktiveerunud erinevad ühiskondlikud grupeeringud ning erinevate aktsioonide ning kampaaniate tulemusena on tõstetud inimeste teadlikkust ning tehtud palju profülaktilist ennetustööd. Samuti on ARV ravi enamustes riikides tasuta kättesaadav. (History of AIDS 2007)

1.1.2. HIV/AIDS'I AJALUGU EESTIS

Eestis on alates 1988. aastast kuni 2013. aasta märtsikuuni diagnoositud 8 479 HIV-nakatunut ning AIDS on registreeritud 390 inimesel (Terviseamet). Ekspertide andmetel võib HIV-nakatunute arv ulatuda ka 12 000ni (TAI 2012). Esimene HIV diagnoos määrati 1988. aastal. Aastatel 1988-1999 oli viiruse levik aeglane, aastas keskmiselt 1-12 haigus juhtu. Esimese 12 aastaga registreeriti kokku 96 HIV-positiivset. Alates 2000. aastast on Eesti aga HIV leviku poolest juhtpositsioonil maailmas, jäädes maha vaid mõnedele Sahara kõrbest lõuna poole jäävatele Aafrika riikidele (Drew, Donoghoe 2008: 11).

1980. aastate lõpus oli HIV ning AIDS-i alane info Eestis peaaegu olematu, seda vaatamata HIV leviku kasvule kogu maailmas ning HIV juhtude esinemisele Eestis. Alles 1987. aastal hakati HI-viiruse suhtes Vabariiklikus Vereülekandejaamas

doonorverd uurima ning tolleaegse tervishoiuministri määruse kohaselt avati esimesed anonüümsed AIDSi nõustamiskabinetid. Esimesed kabinetid avati Tallinnas Nakkushaigla ja Tartu Kliinilise Nakkushaigla juures. (Kodanikeühendused ... 2009: 6)

Anti-AIDS Assotsiatsiooni poolt välja töötatud ennetusstrateegia põhjal loodi ja võeti vastu esimene „AIDSi profülaktika riiklik programm“(1992-1997), mis määratles ära AIDSi ja HIViga seotud probleemide lahendamisele suunatud töö, HIViga elavate inimeste ravi ja toetamise ning AIDSi ja HIVi vastu võitlemisele pühendatud ürituste korraldamise tervishoiu ning sellega piirnevates valdkondades. (Samas: 3)

Kuigi esimene HIV ja AIDS-iga võitlemise riiklik programm loodi juba 1992. aastal sai ennetustegevus ja kahjude kontroll õige hoo sisse 2000. aastal, kui Eestit tabas aegade suurim ja rängim HIV- epideemia (Trummal, Lõhmus: 2006: 9). HIV- leviku algus aastatel levis nakkus peamiselt homo- ja heteroseksuaalsel teel, kuid 2000. aasta sügisel, avastati üle 300 HIV nakkuse juhtumi, millest enamik oli seotud veeni süstivate narkomaanidega (Kodanikeühendused ... 2009: 5).

Epideemia esimesed ilmingud esinesid juba 2000. aasta alguses, kui kevadel avastati viiel eeluurimisel viibinud süstival narkomaanil HIV nakkus, augustis diagnoositi HIV kaheksal Narva noorel, kes olid narkootikume süstinud. Septembris suri Narvas noor naine, kes oli samuti narkootikume süstinud, sünnitusjärgsesse sepsisesse ning ka temal avastati HIV-nakkus. Pärast seda avastati testimiste käigus 4 kuu jooksul 375 uut HIV-kandjat, kellest enamasti kõik olid narkootikume süstinud. Kokku registreeriti 2000. aastal 390 uut HIV-juhtu. 2001. aastal lisandus juurde veel uusi HIV-nakatunuid, kokku registreeriti 1 474 uut HIV-positiivset, suur osa neist nakatumisest oli põhjustatud narkootikumide süstimisest HIV-nakatunud süstlaga. (HIV infektsioon ja AIDS)

Tingituna HIV-nakatunute arvu hüppelisest suurenemisest, kuulutas 14. veebruaril (Samas), välja kontsentreeritud HIV-epideemia, mis on HIV-epideemia teine aste ning seda iseloomustab 5% ületav HIV- nakkuse esinemissagedus narkomaanide rahvastikurühmas, kuid alla 1% esinemissagedus rasedatel naistel, linna piirkonnas. (Kodanikeühendused ... 2009 :3)

Eesti HIV-epideemial on kolm etappi, esimene neist kajastab 1987-1999 aastate HIV juhte, mil nakatunute arv oli väike ning uute juhtude arv harv. Teine etapp, 2000- 2002, mil nakatunute arv oli hüppeliselt suur ning kuulutati välja riiklik epideemia ning kolmas etapp, mis kestab 2002. aastast praeguseni, mil epideemia on küll laiaulatuslik, kuid uute HIV juhtude arv siiski vähenev või stabiilne. (Ustina 2005: 2)

1.2. HI-VIIRUSE OLEMUS

1.2.1. HI-VIIRUSE GENEETILINE KOOSTIS

Sõnal „viirus“ (lad. virus) oli antiikajal vähemalt kaks tähendust. Ühe järgi oli see sitke vedelik, teise järgi mürgine niiskus või aine. Nakkushaiguste tekitaja tähistamiseks võttis selle sõna kasutusele prantsuse keemik Louis Pasteur. (Rõigas 1988: 6) Viirused on elus ja eluta looduse vahepeal olevad rakulise ehituseta objektid, kes/ mis ei suuda iseseisvalt paljuneda. Selleks, et paljuneda nakatub viirus elusrakuga (inimese, taime või looma) ning paljuneb koos temaga. Suurusjärk millesse viirused kuuluvad on märkimisväärselt väikesed (Eero, Maran, Trunin 2012: 174) – lihtsa valgusmikroskoobiga pole neid võimalik näha. Selleks vajatakse elektronmikroskoopi (Rõigas 1988: 7), mis avaldab viiruste suurusena 0,01- 0,3 nanomeetrit, mis on 0,00001-0,0003 millimeetrit (Eero, Maran, Trunin 2012: 174).

Viiruse omadusteks muuhulgas on evolutsioonvõime ning muteerumine, mis HI-viiruse puhul on eriti oluliseks probleemiks. Samuti puudub viirus haiguste vastu ravi ning eelkõige aitab viiruste vastu tugev immuunsüsteem, mis HI-viiruse puhul on jällegi tõsiseks probleemiks, kuna viirus otseselt nõrgestab immuunsüsteemi. (Samas: 175)

Viirus koosneb kolmest osast: valgulisest kattest ehk kapsiidist, nukleiin happest (DNA või RNA) – mis moodustavad viiruse osakese ehk viriooni ning ümbrisest. Vastavalt sellele kas viiruses sisaldub DNA või RNA nukleiinhape on jaotatud ka viirused DNA-viirusteks, RNA- viirusteks või DNA- ja RNA-viirusteks. HI-viirus kuulub RNA-viiruste gruppi. (Marandi 2012)

Viirus on vaid üks väike osa rakust – tuuma osake, mis tõttu pole ta võimeline ise paljunema ning vajab selleks abi. Selleks tungib ta esimesel võimalusel, elusasse raku.

Viirus ei pääse igasse rakku, selleks on tal vajalikud vastavad retseptorid, mis vastaksid raku omadele, seetõttu suudavadki kindlad viirused rünnata vaid kindlaid rakke, näiteks maksa, närvi või epiteelrakke. Kuigi viirus tungib rakku soovimatu külalisena, jätab ta „viisakusest“ maha oma pindmise osa, valkudest ja glükoproteiididest koosneva kesta. Rakku murrab sisse, vaid viiruse seesmine osa – nukleiinhape, viiruse pärilikkuse kandja. Pärast seda hakkab viirus rakus kohe „peremehetsema“ ning teeb raku tuumas pärilikkuse aines muudatusi ning võtab koha sisse peremeesraku enda geenide hulgas, saavutades raku tegevuse üle täieliku kontrolli. (Rõigas 1988: 8-9)

1.2.2. HI-VIIRUSE PALJUNEMINE

HI-viirust esineb hetkel kahte tüüpi. HIV-1, mis on esinemissageduse poolest arvukam, kui HIV-2 tüüp, mis levib Lääne-Aafrikas ning Lääne-Aafrika riikidega seotud riikides nagu näiteks Prantsusmaal, Portugalis ja Angoolas. HIV-1'1 ja HIV-2'1 on peamisteks sarnasusteks samad leviku teed, samad kaasuvad haigused, ravimid ning neid on võimalik testida sama HIV-testiga. Olulisteks erinevusteks on HIV-2'1 aeglasem haiguse kulg, kuid samas oluliselt tõenäolisem edasi nakatumise oht. HIV-2'1 ei ole võimalik praeguste loodud testide abil määrata viirus koormust. (What is HIV-2)

Kuna HIV-1 on enim levinud ning suurema tähelepanu all, pühendatakse ka antud töös HIV-1 tüübile, kasutades üldist lühendit HIV. HIV on RNA viirus, mis kuulub retroviiruste perekonda ning lentiviiruste alam perekonda (Adojaan 2009: 11), kuulumine lentiviiruste perekonda tähendab seda, et viirus on aeglase kulgemisega ning kahjustab peamiselt aju ja immuunsüsteemi (Whiteside 2008: 23). HIV-1 esineb 4 tüüpi: M, O, N, P. M tüübil on lisaks veel 9 subtüüpi: (A-D, F, H, J, K). A tüüp on levinud Ida- Euroopas; B tüüp Lääne-Euroopas, Skandinaavias ja USA's; C tüüp Aafrikas ja Lähis- Idas; G tüüp Lõuna-Euroopas ja Põhja- Aafrikas. Eestis on levinud G subtüüp. (HIV ja AIDS)

HI-viirus koosneb kahest RNA- molekulist (kuhu on säilitatud viiruse geneetiline info), neid ümbritsevast valgulisest kapsiidist ja lipiidsest välisümbrisest, millest ulatuvad välja viiruse pinnavalgud. Osa neist valkudest on ensüümid, mida viirus vajab RNA kopeerimiseks ning inimrakkude kromosoomide sisselülitamiseks. Kapsiid ja ümbris

kaitsevad viirust väliskeskkonna mõjude eest ning aitavad kinnitada peremeesrakule. (Harro, Rüütel 2004: 14)

HIVi membraan on ümbritsetud 72 „jalakesest“, mis koosnevad gp120 ja gp41 proteiinidest. Membraan kihi all on kiht gagp17 proteiini. Viiruse kapsiid koosneb p24 proteiinist, need proteiinid tagavad viiruse osakesele pääsu inimrakku, peamiselt CD4-rakku. (The structure of HIV) HIVi peamisteks ohvriteks ongi T-rakud: CD4- ja CD8-rakud. CD4- rakud tihti nimetatud ka „abistajarakud“ aitavad inimesel viirustega võidelda. CD8- rakud, teise nimega „tapjarakud“ aitavad võidelda vähi ning viirustega ning on immuunsüsteemis eriti olulised, kuna moodustavad vastavaid antikehasid. (What are CD4 cells?)

Oma olemuselt on HIV väga lihtsa ehitusega osake. Võrreldes inimese 20 000- 25 000 geeniga on HIVil vaid 9 geeni. Neist 3 (gag, pol, env) on vajalikud, et moodustada uusi viiruse osakesi ning 6 (tat, rev, nef, vir, vpr, vpu) on vajalikud, et mõjutada peremeesrakku ning kopeerida uusi viiruse osakesi. (The structure of HIV)

HIViga nakatumisel mängivadki olulist rolli pinnavalgud gp120 ja gp41, mille abil toimub seostumine CD4- raku pinnal olevate retseptoritega ning rakuga ühendumine. Gp120 valk ühendub CD4- retseptoritega ning kinnitub koreretseptori abil raku külge, mille tulemusel saab gp41 pinnavalk ühenduda rakuga ning siseneda rakku. Seejärel jätab viirus maha oma membraani ning kapsiidi- rakku siseneb vaid 2 RNA heeliksiit ning 3 ensüümi. Esimese sammuna muudetakse pöördtranskriptsiooni abil RNA ja DNA topelt heeliksiks ning lahutatakse ja moodustatakse uus DNA topeltheeliks. Seejärel hakkab tööle integraasi ensüüm, mis lõikab vastset toodetud DNA heeliksi otstest ära 3 nukleotiidiid ning ühendab need raku tuumas oleva peremeesraku geenidega- nüüd sisaldab peremeesrakk viiruse geene. Toimub uute viiruse osakeste moodustumine ning viimase sammuna proteaasi ensüümi abil lõigatakse viirused väiksemateks osakesteks ning moodustatakse uusi HIV osakesi, mis on valmis väljuma rakust, võttes kaasa tüki rakumembraanist ning nakatama samal moel uusi CD4- rakke. Kuna rakust väljub biljoneid uusi HIV osakesi, sureb peremees rakk peagi. (HIV paljunemine)

1.2.3. HI-VIIRUSE LEVIMINE ORGANISMIS JA PEAMISED ÜLEKANDETEED

Katsed ahvidel on näidanud, et juba vähem kui üks tund peale seksuaalvahekorda võib suguelunditel leida HI-viirusega nakatunud rakke. Kaks päeva pärast nakatumist võib nakatunud rakke leida vaagnapiirkonna lümfisõlmedest ning viis päeva pärast nakatumist leidub viirust juba verest, mis kannab selle edasi organismi kõikidesse rakkudesse. Kui nakatumine toimub vere kaudu, levib kiirus veelgi kiiremini. Olenemata nakatumisviisist hakkab viirus kohe peremeesrakkudesse sisenema ning seal paljunema. (Harro, Rüütel 2004: 17)

Enamik viirustest põhjustab inimesel nakatumisel ägeda kuid mööduva infektsiooni, mille tulemusena kujuneb antud viiruse korral kaitsev immuunsus ehk tekivad antikehad, mis aitavad immuunsüsteemil kindalt tüüpi viirust ära tunda ja hävitada. Antikehade sel moel ilmumist vereseerumisse nimetatakse serokonversiooniks. Alates sellest, on võimalik inimese organismis antikehi erinevate testide abil määrata. Üldiselt suudab immuunsüsteem viirused hävitada või neid vähemalt kontrolli all hoida, näiteks herpesviirus, kuid HI-viiruse korral, ei ole immuunsüsteem võimeline seda kontrollima ega võitma ning kümnekonna või enama aasta jooksul ammenduvad organismi kaitsemehhanismid. (Samas: 18)

Mõne nädala jooksul peale nakatumist väheneb organismis CD4-rakkude arv. Esmalt on organism võimeline taastama osaliselt CD4-rakkude hulka. Kui CD4-rakkude arv on vähenenud 500 rakule ühes kuupmilliliitris veres on immuunsüsteemi töö tugevalt häiritud ning organism on vastuvõtlik kõigile nakkustele, samuti võivad arenema hakata harvaesinevad kasvaja näiteks kaposi sarkoom. (Samas: 21)

HI viirust leidub teatud kehavedelikes, kokkupuutel nende vedelikega võib nakatuda HIVi. Peamiselt leidub HI-viirust veres kuid viirus levib ka sperma, eelsperma, rinnapiima, tupevedelike ning pärasoole limaskestadega kokku puutel. Teised kehavedelikud nagu näiteks pisarad, sülg, higi, okse, uriin küll sisaldavad viiruse osakesi, kuid ei ole nii suure kontsentratsiooniga, et olla nakatumiseks piisav. (Aids.gov)

HIV levib kehavedelike kaudu viiel põhilisel teel. Seksuaalkontakti, nii hetero- kui homoseksuaalsel teel. Anaal-, oraal- ning vaginaalseksi korral, kus puututakse kokku

partneri kehavedelikega. Kui üks partneritest on HIV- positiivne satub läbi mikroskoopiliste haavade viirus ka teise verre ja keharakkudesse. (Samas) Serodiskordantsete paaride ehk paaride, kus üks seksuaalpartner on HIV-positiivne ja teine mitte, uurimisel on leitud tõendeid, et nakatumise risk on suguühete kaudu suurem vahetult pärast partneri serokonversiooni ning AIDSi lõppstaadiumis. Nakatumisrisiki suurendavad erinevad teised suguhaigused, mis alandavad limaskestas kaitsevõimet, tekivad mikrohaavandid ning nakkuse olemasolu organismis suurendab CD4-rakkude arvu, mis tõttu on HI-viirusel lihtsam paljuneda. (Harro, Rüütel 2004: 22-23)

HIV levib emalt lapsele raseduse, sünnituse ning rinnaga toitmise ajal. Nakkuse kandumist emalt lapsele nimetatakse vertikaalseks levikuks. Õige ravi ning sünnitusviisi korral on võimalik nakatumist vähendada. (Harro, Rüütel 2004: 23)

Viirusega nakatunud nõeltega süstimise kaudu satub viirus otse verre ning nakatumine on väga kiire. (Aids.gov) Peamiselt hõlmab see nakatumisviis süstivaid narkomaane.

Neljandaks nakatumisviisiks on nakatunud vere ülekande või nakatunud organi siirdamine. Arenenud maades on risk sel viisil nakatuda minimaalne, kuna doonorverd kontrollitakse ning töödeldakse (Harro, Rüütel 2004: 23) – 72 tundi 56 kraadi juures (Rõigas 1988: 40).

Viienda nakatumisviisi kaudu on enim ohustatud meditsiinitöötajad, kes haigeid ravides võivad kokku puutuda nakatunud verega sisselõigete, verepritsmete teel (Aids.gov).

1.2.4. HI-VIIRUSE SÜMPTOMID NING NAKKUSE KULG ORGANISMIS

Pärast nakatumist võib inimesel esineda 2-4 nädala jooksul varieerumisega viiest päevast kolme kuuni erinevaid sümptome (Harro, Rüütel 2004: 26). Varajased sümptomid esinevad 50-90% nakatunutest. Esimeste sümptomite esinemise aega nimetatakse varajaseks või akuutseks HIViks. (Up to date)

Esimeste sümptomitena esineb peamiselt palavik. Kuni 38 kraadine 2-3 nädalat kestev palavik koos väsimuse, paistetavate lümfisõlmede ja kareda kurguga. Selle põhjuseks on viiruse levik veres ning kiire paljunemine, mis põhjustab immuunsüsteemi koormatust ning võitlust viirusega. Tihti kaasneb palaviku ja väsimusega ka valusad

lihased, liigesed, esineb peavalusid ning kurguvalu. Samad sümptomid viitavad paljudele teistele viirushaigustele, mis tõttu inimene ei pruugi teadagi, et ta on nakatunud HIViga. (Health)

Esmaste sümptomite alla liigitatakse ka nahalööbed, mis võivad kesta 5-8 päeva (Up to date), ohumärgiks on lööbed, mis on raskesti seletatavad ning ei ole kergelt ravile alluvad (Health). Samuti kaasnevad 30- 60% nakatunutest iiveldushood, oksendamised ning kõhulahtisus, mis põhjustab suurt kaalukaotust. Alguse saab ka pidev kuiv köha, mis võib haiguse edenedes muutuda hullemaks. Esineda võib öist higistamist (ligi pooltel nakatunutest), muutusi küüntel – küüned paksenevad, neile tekivad pruunid või mustad triibud, muutuvad sagedamaks haigestumised erinevatesse nakkushaigustele kopsupõletik või pärmhaigustele- pärmseened jalgadel, suus. Samuti sageneb viirusherpese esinemine huultel, suguelunditel. (Samas)

Lisaks füüsilistele kaebustele esineb akuutsel perioodil ka keskendumisraskusi, nii öelda HIV-dementsust, mäluprobleeme, muutusi käitumises, motoorikas. Esineb nõrkust, kipitusi, tuimust, mis viitab sellele, et viirus on jõudnud närvideni ning hakanud neid oluliselt kahjustama. Naistel esineb ka menstruaaltsükli häireid, tsüklid on lühemad ning vähesema verega kui tavaliselt samuti esineb HIV-positiivsete naiste seas varasem menopaus. (Samas)

Nakatamisele järgneb tavaliselt 4 faasist koosnev haiguse kulg. Esimeseks faasiks on akuutne periood, millesse langeb ka „akna periood“. Selles perioodis esinevad esimesed sümptomid kestusega 1-2 nädalat kuni 3 kuud. Selles perioodis levib viirus kogu kehasse toimub serokonversioon ehk tekivad HI-viiruse antikehad. (The body) Viiruse osakeste arv tõuseb olulise kiirusega ning langeb CD4-rakkude arv. Veel ei ole viirust võimalik testimise teel kindlaks määrata, siiski on inimene ülimalt nakkusohtlik (viirusosakeste arv on kõrge ning viirus on aktiivne). (HIV ja AIDS)

Teiseks faasiks on krooniline asümptomaatiline staadium, mil nakatunu tunneb end hästi ning ka haigused, mida ta põeb ei ole nii raske loomuga kui lõppstaadiumis. Perioodi pikkus on patsienditi erinev, olenevalt eluviisist, keskkonnast, varasematest haigusest ja paljust muust. Keskmiselt kestab periood 2 aastast kuni 10 aastani, kuid on anomaaliaid. Selles perioodis on võimalik määrata antikehasid ning sooritada HIV-testi.

Hoolimata heast enesetundest jätkab viirus oma laastavat tööd ning hävitab CD4-rakke, keskmiselt 80-100 kuupmillimeetrit rakku aastas. (Harro, Rüütel 2004: 26) Staadium diagnoositakse juhul, kui patsiendil on vähemalt kolme kuu jooksul esinenud lümfisõlmede suurenemine (HIV ja AIDS).

Kolmandaks faasiks on varane HIV-tõbi, mille peamisteks sümptomiteks on jätkuv püsiv väsimus, öised higistamised, seletamatud palavikud, peavalud, pidev ravile allumatu kõhulahtisus, mille tagajärjel kehakaal pidevalt alaneb. Tihti esinevad oportunistlikud haigused nagu näiteks kopsupõletik, seenhaigused. (HIV ja AIDS) Selleks ajaks on CD4-rakkude arv vähenenud 350 kuupmilliliitrile (normaalne on 1000) ning organismi immuunsüsteem on välja kurnatud. Selles staadiumis alustatakse tavaliselt ARV raviga (Biomeedikum).

Ravimata juhtudel jõuab kolmandast faasist haigus kaasuvate nakkuste korral kiirelt oma lõppfaasi – HIV-haigusesse ehk AIDSi faasi. Siin staadiumis on inimene ülimalt nakkusohtlik kõikidele haigustele, kergemgi külmetus võib oma surmav, kuna immuunsüsteem on täielikult välja kurnatud. (Harro, Rüütel 2004: 27) AIDS diagnoos kinnitatakse, kui CD4-rakkude arv veres on alla 200 raku kuupmillimeetris veres, ning 14% lümfotsüütidest on nakatunud. AIDS faas kestab eduka ja õigeaegse ravi korral kuni 3 aastat, ilma ravita aga mitte rohkem kui aasta. (Aids.gov)

1.2.5. TESTIMINE VIIRUSE SUHTES NING OHUSTATUD RISKIRÜHMAD

HIV staatust on võimalik määrata vaid tehes HIV-testi. Viiruse olemasolu organismis on võimalik kindlaks teha uurides verd, vereseerumit ja/või vereplasmat, vähem kasutatakse viiruse kindlaks tegemisel uriini, sülge ja seljaajuvedelikku. Enim kasutatakse igapäeva testimisel veeni- või nii nimetatud näpuverd. (Harro, Rüütel 2004: 28) Testimise käigus otsitakse vastavalt testi tüübile verest, kas HIV vastaseid antikehi või viirust ennast (Terve Eesti).

Praeguseks on turule lubatud kolme tüüpi teste. Esiteks antikehade test, mis otsib verest HIV vastaseid antikehi, ning mis jaotub kaheks testitüübiks EIA (enzym immunoassay) testiks rohkem levinud nimetusega ELISA, mille jaoks peab nakatumisest olema möödunud vähemalt 2 nädalat ning tulemusi saab verest, süljest ja uriinist ning HIV-

kiirtest mille tulemused saab juba 15-20 minuti jooksul. HIV- antikehi määratakse ELISA meetodil, testide kinnitamiseks kasutatakse immuunfluorestsensiti meetodit (IF) ning Western Blot (WB) meetodit. ELISA ja IF meetod on proovide massiliseks skriinimiseks ehk testimiseks ning WB testi kasutatakse HIV antikehade positiivse reaktsiooni korral nakatumise 100% kinnituseks. (Aids.gov)

Teiseks on antigeeni test, mis ei ole nii tavaline kui antikehade test, kuid nende testidega on võimalik HIVi määrata juba 1-3 nädala jooksul peale nakatumist(Aids.gov), seda tehakse samuti ELISA meetodil (Harro, Rüütel 2004: 31).

Kolmandaks on PCR test, millega määratakse otse HIV-geenide olemasolu, see on eriti oluline imikute testimisel, kuna HIV-positiivse ema korral on lapse organismis siiski ema poolt toodetud antikehi (viirus ei ole pruukinud lapsele üle kanduda). Samuti testitakse sel viisil doonorverd ning veretooteid. (Aids.gov) Selle testiga on viiruse genoomi võimalik tuvastada 7.–14. nakatumispäevast. Valepositiivseid tulemusi võib olla kuni 1,3-3% ning positiivne tulemus kinnitatakse 2-4 kuu jooksul. (Harro, Rüütel 2004: 31)

HIV testimine on aastatega muutunud ligipääsetavamaks ning vähem invasiivsemaks, inimestel on võimalik teste teha haiglates, AIDSi ennetus/tugikeskustest ning kiirtestimisüritustel (Center for ...).

Testimise protsess on konfidentsiaalne ning Eestis on testimine vabatahtlik. Testi tegemisele eelneb testieelne nõustamine, kus informeeritakse patsienti. Patsiendile meenutatakse, et test on vabatahtlik ning tal on õigus testi tegemisest loobuda, samuti selgitatakse testi olemust ning „aknaperioodi“, mil viirust võib veres küll esineda, kuid test seda veel ei näita. Testi tulemused teavitatakse vaid silmast-silma vestlusel ning vaid testi määranud tervisetöötajal on õigus tulemusi teatada. Vastavalt tulemusele järgneb testijärgne nõustamine ning vajadusel kordustest ja suunamine arst-infektsionisti vastu võtule, vajadusel kaasatakse sotsiaaltöötaja. (Testimise ...)

Eestis algas HIV-testimine 1987. aastal. Praeguseks testitakse Eestis verd kolmekümne kolmes laboris ning HIV-nakkuse referentslaboris teostatakse referentsteste. (Samas)

Eestis on kasutusel ELISA III põlvkonna ning ELISA IV põlvkonna testid, mis on täpsemad ning uurivad lisaks IgM ja IgG antigeenile ka HIV-antigeene ning tuvastavad ka HIV-2. Testide tundlikkus on üle 98% ning spetsiifilisus üle 95%. Kiirtestid, mis suudavad tuvastada vaid IgG klassi antikehi on 98-95% tundlikkusega. Kõik positiivsed testid kinnitatakse referentslaboris ning kontrollitakse üle teist tüüpi ELISA testi või WB testiga. (Samas)

Testimine on Eestis tasuta, ravikindlustuseta inimestel on võimalik kasutada erinevaid alternatiive haiglatele näiteks noortekeskused, AIDSi tugi- ja ennetuskeskused (Samas).

Arsti poolt tellitud testid saadetakse diagnostika laboritesse, mis asuvad suuremates meditsiinasutustes, seal teostatakse tavaseireuuringuid. Diagnostika laborid analüüsivad kõiki proove, positiivseks osutunud proovid skriinitakse üle teist tüüpi testiga ning korduv positiivse tulemuse korral saadetakse veri referentslaborisse, mis kinnitab WB testiga tulemuse. Referentslabor saadab tulemused arstile kodeeritult (nii säilib patsiendi anonüümsus), kes seejärel suunab patsiendi infektsionisti juurde. Testimise kulud on jaotatud haigekassa, riikliku AIDSi ennetusprogrammi ja eraisikute vahel. (Harro, Rüütel 2004: 33-36)

Kiirtestiga otsitakse kindlaid antikehasid, selle testiga saab õige tulemuse kui nakatumisest on möödas 10-12 nädalat, testi tegemine ise, võtab aega vaid paar minutit. Keskustest veeniverega testitegemisele kulub koos vajaliku nõustamisega 20 minutit ning tulemused saab teada 1-3 tööpäeva jooksul. (hiv.ee) Kiirtestid on odavamad ning nendega on võimalik hõlmata suuremat rühma inimesi. Samuti on kliendid rahul teeninduse kiiruse ning anonüümsusega. (Speedtests)

Eestis tehakse HIV teste rasedatele nende arvele võtmisel ning 30. rasedusnädalal, samuti HIV-positiivsete emade vastsündinud lastele 2 nädalat peale sündi, ühe, kolme ning kuue kuu vanuselt, 1 aastaselt ning alles 1,5 aastaseks saades saab kindlalt lapse HIV-saatuset kinnitada. Samuti on soovitatav teha test kui esineb mõni muu nakkushaigus, tuberkuloosi diagnoosikorral korral, vanglas karistust kandma asudes, narko-sõltuvusravile tulles. Eestis kontrollitakse aktiivselt doonorverd, veretooteid ning doonororganeid. (Testimisele ...)

Inimene võib elada pikalt, teadmata, et ta on HI-viiruse kandja. Seetõttu on soovitatav, et ennast testiks inimesed, kes kuuluvad riskigruppi. Eestis, levib HIV enamasti süstivate narkomaanide seas, kes kasutavad tihti ühiseid süstlaid ning süstimisvahendeid. Riskigruppi kuuluvad ka meestega seksivad mehed, prostitutsiooni kaasatud, eelpool nimetatutega seksuaalkontaktis olnud isikud ning isikud, kel on olnud seksuaalkontakt HIV-positiivse partneriga. Väiksem on nakatumisrisk meditsiinitöötajatel, kes on kokkupuutunud HIV-positiivse patsiendiga ning tänapäeval on risk viidud miinimumini vereülekandeid või verepreparaatidega ravitutel. Üheks riskigrupiks on ka seksuaalvägivalla all kannatanud. (Testimisele ...)

1.3. HIV NAKKUSE RAVI JA VAKTSIIN

1.3.1. HI-VIIRUSE RAVI

HIV on krooniline ravimatu haigus, kuid seda on võimalik hoida kontrolli all võttes ravimeid, mis takistavad viiruse levikut organismis ning tagavad immuunsüsteemile vajaliku puhkuse.

ARV ehk antiretroviirusravi nõuab palju vaeva ning pühendumist, kuna ravimeid on vaja võtta igapäev kindlal ajal ning kui ravi on ebakorrapärane, katkendlik, muutub organism ravimi vastu resistentseks ning tuleb leida uusi ravimi kombinatsioone (avert.org). Resistentus on ohtlik ka seetõttu, kui patsiendil on tekkinud ravimi osas resistentus, kandub see üle ka partnerile, keda ta nakatada võib, muutes järgmise tema kaudu nakatunu raviplaani koostamise raskemaks (hiv.ee). ARV eesmärk on ravida HIV ja AIDSi ning hoida seeläbi kontrolli all HIV osakeste levikut organismis (avert.org).

Esimesel korral infektionisti juures, pärast positiivse testi tulemuse teada saamist, uuritakse patsiendi elustiili, tervist, füüsilist vormi, tehakse vereproov ja muud vajalikud uuringud, et teha kindlaks haiguse staadium ning patsiendi tervislik seisund ja leppida kokku edasises plaanis. Määratakse CD4-rakkude arv veres, viiruskoormus, ning tehakse ravimiresistentsustest, mis on suuresti abiks ravimite määramisel. Mõnel juhul uuritakse ka muude suguhaiguste kohta. (Aidsinfo)

Pole reegel, et raviga tuleks alustada kohe, kui näitajad on korras ja enesetunne hea võib ravi edasi lükata, mida hiljem alustada raviga, seda tõenäolisemalt ei teki nii kiirelt resistentsust. Kuid siiski tuleb arsti juures kontrollis käia iga 3-6 kuu tagant. Ravi alustamise puhul arvestatakse CD4-rakkude arvu (ravi tuleb alustada kui rakkude arv kuupmillimeetris veres on alla 500), viiruskoormuse taset, haiguse faasi ning teisi HIViga kaasuvaid haigusi, näiteks tuberkuloos, rasedust (mille korral ema tervislikku seisukorda ei arvestata) ning inimese enda valmisolekut alustada eluaegset ravi. Plaan koostatakse koostöös arstiga, kes hindab patsiendi tervislikku seisundit ning vaimset valmisolekut. Ravimid, mis määratakse hakkavad toimima 3-6 jooksul. (Samas)

Raviplaani kohaselt tehakse patsiendile röntgen uuringuid, võetakse vereproove ning viiakse läbi muid haigustest olenevaid protseduure. Ravi on igapäevane individuaalne. Raviasutuses puutub HIV-positiivne kokku arsti, meditsiiniõe, nõustaja ning vajadusel ja võimalusel ka sotsiaaltöötajaga. (hiv.ee)

On olemas mitmeid erinevaid ravistrateegiaid ravimaks HIV-infektsiooni, neist praeguseks väljaspool uuringuprogramme ainus aktsepteeritud meetod on viirusvastaste ravimite võtmine. Kasutatavad ravimid jaotatakse oma mõjumispunkti alusel kolme peamisse rühma, igast rühmast, tuleks eduka ravi korral tarvitada vähemalt kahte erineva toimega ravimit. (Harro, Rüütel 2004: 38-39)

Esimesse rühma kuuluvad pöördtranskriptaasi inhibiitorid ehk ensüümitöö takistajad, mis takistavad viirusel oma RNA alusel toimuvat cDNA-sünteesi. Siia rühma kuulub kolme tüüpi ravimeid esiteks mittenukleosiidsed pöördtranskriptaasi inhibiitorid – tuntumateks kaubamärkideks Eestis on Nevirapine ja Efavirenz. Teiseks nukleosiidi analoogid, näiteks ZDV (Zidovudine, mis oli esimeseks HI-viiruse ravimiks Eestis 1992.-1993. aastal) ja Lamivudine. Kolmandaks on nukleotiidi analoogid peamiselt Tenofovir. (Samas)

Teise rühma kuuluvad proteaasi inhibiitorid, mille ülesandeks on takistada uute viiruste kokkupanemist. Selle rühma tuntumateks ravimiteks on Indinavir, Saquinavir, Nelfinavir. (Samas)

Kolmanda rühma ravimite, fusiini inhibiitorite eesmärgiks on takistada viiruse tungimist rakku, millest saab alguse kogu viiruse levik organismis, ravimid toimivad ka siis, kui viirus on resistentne kõigile teistele ravimitele. Need on kõige uuemad ravimid võitlemaks HI-viiruse levikuga. Eestis ravim veel kasutusel pole kuna tootmisprotsess on väga pikk ning kulukas, mis tõttu ravimi hind on väga kõrge. (Samas)

ARV ravi on kombineeritud ravi, mis tähendab, et võetakse kaks või enam erinevat ravimit, mis vähendab resistentsuse ohtu. Kui patsient võtab üle kolme erineva ravimi, siis nimetatakse ravi HAART'iks (ehk Highly Active antiretoviral treatment), mis on tänapäeval enam kasutusel, kuna kõige levinum on ravi kolme erineva preparaadiga. Ravimite valik oleneb ravimite saadavusest, hinnast ning kõrvalmõjudest.(avert.org)

Eestis on hetkel kättesaadavad 15 ravimit, millest 6 on kohandatud ka lastele (Hiv.ee). Ravi on Eestis kõigile tasuta, ka tervisekindlustuseta inimestele, et tagada HIV leviku piiratus. ARV ravimeid saadakse riigihanke tulemusel. (Terve Eesti)

1.3.2. ARV RAVIMITE KÕRVALTOIMED

Tänapäeval ei ole meditsiinis peamiseks probleemiks mitte tõhusate ravimite puudumine, vaid nende ravimite kõrvaltoimed. Kuna HIV-ravi on eluaegne ning ravimite koormus suur on see eriti oluliseks just ARV ravimite puhul. Õige raviviisi ning sobivate ravimite leidmine on siinkohal väga oluline. (Harro, Rüütel 2004: 40-41)

Ühegi ravimi puhul ei ole võimalik kõrvaltoimeid ja kahjustusi vältida. Peamisteks ning levinumateks kõrvaltoimeteks on iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus, nõrkus, unehäired, kõhuvalud, peavalud ja lööbed. Hilisematest toksilistest kahjustustest on sagedasemad närvide kahjustused, maksahäired, mõnede juhtudel aneemia ning muutused lipiidide ja glükoosi ainevahetuses. (Samas)

Lisaks ARV ravimitele määratakse patsiendile ravi käigus tõenäoliselt ka antibiootikume ning ravimeid valu ja depressiooni vastu, mis aitavad toime tulla kaasuvate haiguste ning sümptomitega, kuid võivad veel omakorda põhjustada kõrvaltoimeid. (hiv.ee)

1.3.3. HIV VAKTSIIN JA PROFÜLAKTIKA

Vaktsiin on aine, mis aitab immuunsüsteemil õppida tundma viirust ja seda hävitama ilma tõsisemaid tüsistusi kannatamata. Vaktsiini eesmärgiks on enne nakatumist sisestada kehasse ohutus koguses viirust ning seejärel hakkab immuunsüsteem tootma antikehasid võitlemaks viirusega. Selleks ajaks kui keha puutub uuesti kokku suurema hulga viirusega on immuunsüsteemil juba vajalikud antikehad olemas ning viirusega on võimalik kohe võitlema hakata. (aids.gov)

Kahjuks ei ole praegu olemas tõhusat vaktsiini, mis suudaks HI-viirusega nii võidelda ning selle tagajärgi ennetada. Peamised probleemid HI-viiruse vaktsiini ebaõnnestumisel on teadmatus, milliseid mehhanisme immuunsüsteem täpselt kasutab viirusega võitlemisel ning seetõttu ei teata ka milliseid osi süsteemist vaktsiini abil toetada. Samuti on teada, et kõik seerumis tekkivad IgG-antikehad ei paku kaitset HIVi vastu, vaid osalt isegi soodustavad seda. HI-viirus on ka kuulus on muundumiste poolest, HIVil on mitmeid erinevaid alavorme ning iga paljunemise protsessikäigus muutub viiruse struktuur ning vaktsiin on võimetu neid muundumisi ära tundma. HIVil on võime nakatada rakke, kuhu antikehad ei pääse ning ei ole seega võimelised viirust peatama. (Harro, Rüütel 2004: 42-43)

1.4. HIV MÕJU EESTI ÜHISKONNALE

Riiklikul tasandil ning riigi üldist edu silmas pidades on inimeste tervis väga oluline. Tervis mõjutab oluliselt inimeste võimet tulla toime igapäeva eluga, panustada majandusse ning sotsiaalvaldkonda. Riigi julgeoleku seisukohast on oluline, et rahvas oleks terve ja töövõimeline ning üldine heaolu riigis oleks tagatud. (Rahvastiku ...) Tervis on oluline ressurss, mis vananeva ning väheneva elanikkonnaga (Statistikablogi) Eestis väärib arendamist, kaitsmist ning edendamist. Ka riigi põhiseadus märgib, et igal Eesti inimesel peab olema võimalus elada tervist toetavas keskkonnas ning tal peab olema võimalus teha tervislikke valikuid. Inimese tervisesse aga saavad oma panuse anda Riigikogu, Vabariigi Valitsus, kohalikud omavalitused, erasektor, ühiskondlikud organisatsioonid ning ka iga kodanik ise. (Rahvastiku ...)

HI-viirus, mis eelkõige mõjub laastavalt inimese tervisele mõjutab ka kõiki teisi elu ja ühiskonna aspekte. Indiviidile isiklikult toob see suuri muutusi majanduslikus, seksuaalses ning sotsiaalses sfääris. Muutuvad suhted, väärtushinnangud ning käitumisviisid ning HIV-positiivsete elanike elu muutub „eluks enne HIVi ja eluks pärast HIVi“.

Eestis on vähe uuritud HIV mõju erinevatele ühiskonna valdkondadele. Põhjalikem seni läbi viidud uuring on Poliitikauuringute Keskus Praxis koostatud analüüs „HIVi mõju majandusele ja tööandjate roll selle ennetamisel“. Vähese tähelepanu alla on jäänud mõju tervishoiule (millele on tähelepanu pööratud, vaid majandusliku kulu vaatenurgast), sotsiaalvaldkonnale ning ühiskonnale ning inimestele üldiselt. Siiski on üsna palju uuritud suhtumist nakatunutesse ning teadmisi HI-viirusest (Tervise Arengu Instituudi (TAI) uuringud), seda eriti noorte ning meditsiinitöötajate seas, tähelepanuta on jäänud muud HIV-positiivsete elanikega kokku puutuvad asutused, inimesed.

Iga haigust saab käsitleda sotsiaalsete normide ja väärtuste kontekstis ning see on alati samavõrd sotsiaal-poliitiline kui meditsiiniline nähtus (Allaste 2009: 242). Mõju mida HIV epideemia ühiskonnas avaldab on igas riigis erinev, kuid siiski on mõju universaalne. Mitte ükski ühiskonna sektor pole immuunne HIVle ning muutused, mida HIV ühiskonda on toonud ning mõju, mida on avaldanud ei pruugi olla mõõdetavad ega koheselt silmaga nähtavad. Üksteisega tihedas seoses olevad probleemid ja tulemused ning nende tagajärjed on tihti läbipõimunud ja vajavad kogu terviklikku tähelepanu.

12 aastat tagasi puhkenud epideemia tagajärjed on aga juba praeguseks meie ühiskonnas selgelt välja kujunenud. HIV on toonud muutusi demograafiasse, majandusse, poliitikasse, tervishoidu, haridusse ja kogu sotsiaalvaldkonda. Üheks suurimaks väljakutseks on olnud lisaks „tulekahjude“ kustutamisele ka keskendumine tõhusale ja tulemusi toovale ennetustööle, mis tagaks aina langeva nakkuse leviku ning samas ka paremaid elamistingimusi juba nakatunutele.

HI-viirus põhjustab muutusi rahvastikus (Whiteside 2003: 123). Demograafilised muudatused mõjutavad enim meie tulevikku. Eurostati koostatud HIV/AIDS suremuse tabelis kuulume Euroopa kontekstis 2-le kohale, edestades suremus näitaja poolest vaid Portugali (3,1/ 5,6). Oodatav eluiga on Statistikaameti andmetel 2011. aasta seisuga

kokku meestel ja naistel 76 aastat (ning eraldi meestel 71 ja naistel 81 eluaastat) (Statistikaamet). Enneaegse suremuse tõttu kaotatud eluaastate arvelt väheneb noorte elujõuliste tööealiste inimeste hulk ning suureneb koormus majandusele ning vananeva elanikkonna tõttu langeb ka sotsiaalhoolekande ning –kindlustuse vastutus üha vähenevale töövõimelisele elanikkonnale. (Paat-Ahi, Sikkut, Aaviksoo 2012) Peamiselt haigestuvadki viirusesse noored (Whiteside 2003: 124) tööealsed mehed ning üha enam on ohustatud ka naised.

Väga suur mõju on HI-viirusel majandusele, millest saab täpsema ülevaate Praxis'e uuringust. Lisaks ennetamise ning ravi kuludele on hüpoteetiliselt välja toodud ka majanduslik koormus otseste ja kaudsete kulukomponentide lõikes, milles sisalduvad: töövõime vähenemisest tingitud kulud sotsiaalkaitstesüsteemile, enneaegse suremuse tõttu kaotatud eluaastad, elukvaliteedi halvenemisest tulenev kahju ja töövõime vähenemisest tulenev kahju. (Paat-Ahi, Sikkut, Aaviksoo 2012: 18) Saadud tulemusi ei saa küll võtta päris üks ühele kuna arvutused on hüpoteetilised, kuid arvestatava muutusena saab HIVi majanduskuluna arvestada. Majanduses kajastatavad kulud on otseses seoses stigma ja diskrimineerimisega, mis jällegi on seotud ühiskonna üldise arvamusega. HIV epideemia on põhjustanud ümberkorraldusi majanduses – suurenenud kulutused tervishoius, sotsiaalvaldkonnas ning 13 aastat tagasi alanud epideemiast tingitud uued väljakutsed.

Poliitikal on HIV epideemias oluline roll, seda näitavad mitmed käibel olevad strateegiad ning tegevuskavad. Suurel osal sõltub epideemia levik ning selle langustendents käibel olevast strateegiast ning meetmetest, mis kasutusel on. HIVi ja AIDSi ennetusega on Eestis tegeletud juba üle viieteistkümne aasta. Hetkel on kasutusel kolmas riiklik strateegia, mille raames viiakse läbi ennetavaid tegevusi ning kahjude vähendamist, alates 2013. aastast kuulub HIV ja AIDSi ennetus strateegia „Rahvastiku tervisearengukava“ koosseisu (Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia ...). HIV ja AIDSi ennetamise strateegia on tegevuste ning tulemuste ja tagajärgede poolest seotud väga oluliselt „Narkomaania ennetamise riikliku strateegiaga“. Samuti on oluline roll teistel nii Eestis kui Euroopa Liidus ja maailmas käibel olevatel HIV ja AIDSi strateegiatel, mis mõjutavad Eesti poliitikat ning läbi viidavat strateegiat.

Poliitikutel tuleb üha enam pöörata tähelepanu HIVga seotud teemadele ning tagada kiire ja efektiivne tegevuskava HIV epideemia ennetuseks ja vähendamiseks. Väga oluline on riigi valitsuse tegevus (eriti oluliseks faktoriks on see, et parasjagu võimu teostav valitsus teeks õigeid otsuseid ning ei tekitaks kahju, mida järgnev võim parandada ei suuda) ning reaktsioon, mis määrab ära epideemia leviku ning arengukiiruse. Suurt tähelepanu tuleb pöörata finantsressursside õiguspärasele ning eesmärgipärasele kasutamisele – kuidas ja millele kulutada. (Rude 2004)

Suurim mõju on HIVil aga tervishoiule ning sotsiaalvaldkonnale. Kuigi arenenud riigid saavad enamasti lisa koormusega tervishoiu ja sotsiaalkaitse süsteemile hakkama on probleemiks vähene spetsialistide arv, puuduvad vastavad teenused ning nii meditsiinitöötajate kui sotsiaaltöötajate seas on levinud HIV-positiivsete stigmatiseerimine. (Sobolev, Voinova 2011)

HIV positiivne on oma tervisliku seisundi iseärasuste tõttu tava patsiendist pea 4 korda kauem haiglas ning on väga vastuvõtlik erinevatele viirustele, mis tõttu tuleb pöörata suurt tähelepanu haigla keskkonnale, et see oleks võimalikult steriilne ning HIV-positiivne ei saaks haiglas olles uusi nakkusi. (The Effect...) Stigmatiseerimise ning diskrimineerimise tõttu ei ole paljud nõus tegema HIV-testi või nakatumisest teada saades ei olda nõus minema ravile. See aga suurendab epideemia levikut veelgi, kuna ilma ravita on HIV-positiivne palju nakkusohtlikum kui saades ravi ja olles teadlik oma staatusest. (Rude 2004)

Lisaks muutustele majanduses, toob HIV ümberkorraldusi ka sotsiaalkaitse ning sotsiaalhoolekande valdkonda. Paljud HIV-positiivsed saavad töövõimetuspensioni, kuna stigma ning diskrimineerimise tulemusena puudub neil töökoht või motivatsioon leida tööd. Samuti on hilisest ravist (nii teadmatus, kui mitte ravimine) tulenevalt nende tervislik seisund üsna raskes olukorras. Eriti kiirelt põhjustabki tervisekaotust HI-viirus, mis sarnaselt teiste olulisemate haigusrühmadega mõjutab nii füüsilist kui vaimset tervist, samuti põhjustab see riskikäitumist – alkoholi tarvitamine, suitsiidid, narkomaania ning turvamata seksuaalelu. (Rahvastiku ...) Enamasti vajavad HIV-positiivsed erinevaid sotsiaaltoetusi, et tagada vajalikud ravimid ning toetav elukeskkond. Tavaliselt pole kodused võimelised või suutelised HIV- nakatunu eest

hoolitsema ning seetõttu vajavad paljud juba üsna raskes seisus HIV-positiivsed pidevat hooldusravi. (Sobolev 2003: 1)

HI-viirus, mis põhjustab inimese kõrvale jäämist töölt kas stigma või haiguse tõttu halvendab HIV-positiivse majanduslikku olukorda veelgi (enamuse HIV-positiivseid kuulub riskirühma ning elavad vaesuses või selle piiril). Seetõttu esineb tendents, kus vaesuses olevad inimesed on haigusest enim ohustatud ning samas toodab HI- viirusega nakatamine vaesust. Samuti põhjustab see deviantset käitumist põhjustades narkootikumide tarvitamist ning kuritegevust, naiste seas on populaarne prostitutsiooni levik. (Usdin 2003: 34)

HI-viirus mõjutab ka perekonda ja suhteid. Perekond on mõjutatud nii majanduslikust seisukohast kui kõigi pereliikmete ohutuse ning läbisaamise poolest. Kui viirusesse haigestub pere ülalpidaja võib juhtuda, et pere satub suurtesse majanduslikesse raskustesse, vaesusesse. Samuti on levinud pere sisene stigmatiseerimine ning diskrimineerimine, mis niigi hapra mentaalse olukorraga HIV-positiivsele mõjub laastaval, põhjustades sügavat depressiooni. Pere väljaminekutele lisanduvad meditsiinikulud ja erinevad lisa- kulutused seoses viiruse kandja tervisliku olukorra ning vajadustega näiteks toitumiskavad, rehabilitatsioon.

Ühiskonnas üldiselt mõjutab HIV olemasolu sotsiaalset sidusust, mille all mõistetakse ühiskonna enda võimet tagada oma iga liikme heaolu ning vältida tõrjutust ning sotsiaalset lõhestumist. Sidususel on otsene seos inimese tervisliku seisundiga – mida suurem on sidusus, seda paremad on tervisenäitajad. Samuti toetab sidusus turvalisust, mis on oluline tervisemõjur. Turvalisust iseloomustavad tööhõive, vaesus ja kihistumus, mis on oluliselt seotud HI-viirusega. Siin kohal lähtutakse arusaamast, et töö on parim viis vaesuse leevendamiseks ning teiseks põhimõtteks on integreeritud teenuste pakkumine näiteks sotsiaal- ja tööturuteenused, mis peavad olema seostatud. (Rahvastiku ... 2008: 23)

Üsna palju on arutletud selle üle, kas HIV ja AIDS kvalifitseeruvad sotsiaalse probleemi alla või jääb see vaid meditsiinivaldkonda. Tuleb nentida, et HIV ja AIDSi levik on kahtlemata sotsiaalne probleem ning seda üpris mitmel tasandil. Millena, aga defineeritakse sotsiaalset probleemi, pole ühiskonnateadustes veel üldkastutava

definiitsioonina märgitud. Enim kasutatakse sotsiaalse probleemi mõistes nähtusi, mis eeldavad, et mõni ühiskonna rühm tõmbab sellele tähelepanu ning seejärel võimukandjad määratlevad selle probleemina ning võetakse tarvitusele meetmed selle lahendamiseks. Probleemi määratlus on aga mõjutatud poliitikast ning avalikust arvamusest. Eestis on jätkuvalt HIV ja AIDSi suhtes kõrge stigmatiseeritus ning suur osa ühiskonnast peab probleemi pigem marginaalsete rühmadega seostatuks ning seda ei näha olulisena ühiskonna kui terviku seisukohast. (Allaste 2009: 245)

1.5. HIV-POSITIIVSETE ELANIKE PROBLEEMID IGAPÄEVAELUS/ ÜHISKONNAS

Eestis hetkel üle 8000 tuhandest diagnoosiga HIV-positiivsest saavad aktiivselt ARV-ravi, vaid pooled ning hinnanguliselt on veel 4000 inimest, kes pole oma staatusest teadlik (Pealtnägija). See tähendab, et kõikidest HIV-positiivsetest inimestest vaid üsna väikesel osal on ligipääs meditsiini teenustele ning veel väiksemal osal on teadmised või võimalused pöörduda vajadusel sotsiaaltöötaja vastuvõtule. Epideemia leviku seisukohalt ning üldiste tervisenäitajate parendamiseks on oluline, et kõik HIV-positiivsed käiksid kontrollis ning vastavalt vajadusele võtaksid ARV ravimeid.

HIVga elavad inimesed küsivad endalt igapäev küsimusi: kuidas elada üle uus päev, kas tasub tegeleda oma sõltuvusprobleemiga, kuidas säilitada suhteid, kas on võimalik luua peret, kas ARV ravi on vajalik, kuidas tulla toime kuulujuttude ja depressiooni ning ärevusega? HIVga elavad inimesed ei saa erinevalt teistest ignoreerida epideemia poolt põhjustatud muutusi, kuna need mõjutavad neid isiklikult. (Sobolev 2009) Toimetulekul probleemidega vajavad nad professionaalset meditsiinilist ning sotsiaalset abi, mis tagaks elamisväärse ning teistega võrdse elu.

Probleeme, millega HIV-positiivsed igapäevaselt kokku puutuvad on nii isiklikud, sotsiaalsed kui meditsiinilised. Üle 12 aasta tagasi alanud epideemia algusest, on muutunud arusaam vajadusest ja probleemidest, mis kaasnevad HIV-diagnoosiga. Algselt tegeleti pigem terminaalravi ning vaeguste leevendamisega, kuid nüüdseks on ARV-ravi vähendanud HIV edasiarenemise AIDSiks üsna haruldaseks nähtuseks ning peamiselt tuleb tegeleda ravist tulenevate kõrvalmõjude ning ravimiresistentsusega.

HIV-positiivsed on elujõulised ning toimivad inimesed, kes vajavad abi igapäeva eluga toimetulekul. (What do you need?)

Diagnoosist teada saades valdavad inimest üsna segased tunded. Tuntakse süüd, hirmu, keskmiselt 1-1,5 kuud peale testi tulemuste teada saamist ollakse segaduses. Tihti tunnevad diagnoositud, et elu on ummikus, isoleeritakse end ning peamiselt valdab mõtteviis, et keegi ei saa aidata. Inimene on šokis ning vapustatud. Tekivad suitsiidi mõtted, depressioon. Ollakse arvamusel, et elu HIV-positiivsena pole elamisväärne. (ERR video) Sellistel hetkedel vajavad HIV-positiivsed tuge ning mõistvust.

HIV-positiivse elus toimub pärast nakatumist mitmeid muutusi. TAI poolt 2009. aastal läbi viidud uuringus „Infektsionisti külastavate HIVi nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis“ väitis 69% vastanutest (koguhulk 449 respondenti), et nakatumine HIVi on muutnud nende elu. (Infektsionisti ...) Inimese elus muutuvad suhted, füüsiline ja vaimne tervis ning majanduslik olukord.

Suhted on inimese elus väga olulisel kohal. HIV-positiivsele on väga oluline pere ja sõprade toetus ning võimalus abi saamiseks pöörduda spetsialisti poole. Tähtis on säilitada suhteid abikaasa või elukaaslasega ning olla teadlik turvaseksist. Paljud HIV-positiivsed on tunnistanud, et HIV-staatuse on mõjutanud nende suhteid töökaaslastega ning nad on veendunud, et staatusest teada saades vallandatakse nad (Infektsionisti ...). Vähene teadlikkus HI-viirusest ning eelarvamused on põhjustanud paljude lähedaste eemaldumise HI-viiruse kandjast või on positiivsed ise nakkuse hirmus end ühiskonnast ja lähedastest isoleerinud. Suureks väljakutseks on suhete taasloomine ning võrgustiku moodustamine, et vajadusel HIV-positiivset rasketel hetkedel toetada. Väga tähtis on luua usalduslik suhe pere ja sõpradega, et vajadusel ausalt tervise probleemidest ning muutustest rääkida. (Adam, Sears 1996: 94)

HIV mõjutab oluliselt ka vaimset tasakaalu. Lisaks erinevatele kaasuvatele haigustele, mis mõjutavad inimese neuroloogiat ja viiruse mõjust inimese vaimsele tervisele muutub psüühika hapraks ja kergesti mõjutatavaks. Samuti muutub inimese füüsiline võimekus ning tervis. Ravi on eluaegne ning seetõttu lükkavad paljud kriitilises seisundis haiged ravi alustamise liiga kaugele tulevikku põhjustades viiruskoormuse kiire tõusu ning CD-4 rakkude vähenemise, mis viib terviseseisundi kiirelt kriitiliseks.

Samuti kardetakse ravimiresistentsust, mis riskikäitumise tagajärjel tekkida võib ning kõrvalmõjusid. Raviskeemid on keerulised ning tihti üsna rasked järgida, enamasti on korruga vaja võtta 3 või enam tabletti. (Sobolev 2009) HIV-positiivsete ARV ravi tähendab igapäevaselt ravimite manustamist kindlatel kellaaegadel, täis- ning tühja kõhuga, teatud ravimeid ei tohi võtta koos ning tihti tekitab see tunde, et kogu elu keerleb ravimite ümber. Mõningatel juhtudel ei pruugi ravi ka toimida. (Shernoff, Smith 2000: 30)

Väga oluline siinkohal on tervislik toitumine ja treening, et hoida end terve ja tugevana ning säilitada tugev immuunsüsteem. EHPV stigmatisatsiooninäitaja uuringust aga selgus, et ka toidupuudus on probleem, mille all osad HIV-positiivsed kannatavad, uuringus osalenutest 22% tundsid toidupuudust 1-2 korda kuus ning 4% kannatas tõsise toidupuuduse käes. Paljudel puuduvad teadmised ja oskused iseseisvalt trennida ning tihti on selleks ebapiisavalt vahendeid. Kindlasti on ka oluliseks faktoriks motivatsiooni ning toetuse puudus ja ebapiisav informatsioon, mis aitaksid hoida head tervislikku seisundit. (Sobolev, Voinova 2011)

Suurimaks probleemiks, mis kaasneb HIViga on ARV ravimite kõrvalmõjud. Kõrvaltoimetest sagedasemad on unehäired, iiveldus, oksendamine ning nõrkus, mis muudab HIV-positiivse elu limiteerituks ning vähendavad elukvaliteeti (Adams, Sears 1996: 49). Seetõttu kirjutatakse tihti lisaks ARV ravimitele välja ka lisa ravimeid, mis aitavad toime tulla kõrvalmõjudest tingitud vaegustega, kuid mis samas suurendavad manustatavate ravimite hulka, mis paljudele HIV-positiivsetele muudab ARV ravi veelgi vastuvõetavamaks. (EHPV video) Esinevad mitmed tervisehädad, mis on tingitud nii ravimite kui viiruse mõjust organismile. 20% EHPV stigma uuringus osalenutest hindab oma tervislikku olukorda halvaks ning 10% väidavad, et on viiruse tagajärjel töövõimetud. (Sobolev, Voinova 2011)

Teiseks suurimaks probleemiks ARV ravi kõrval HIV-positiivse elus on majanduslikud raskused. Tihti elavad HIV-positiivsed ning nende pered vaesuses või selle piiril. Stigma või töövõimetuse tagajärjel on kaotatud töö ning ainsaks sissetulekuks on töövõimetuspension, mis EHPV sotsiaaltöötaja Dina sõnul jääb enamasti alla 100 euro kuus. Seetõttu elab enamik sotsiaaltoetustest, kui neid on võimalik taotleda. Kulutused,

aga on HI-viiruse tõttu suuremad (ravimid, tervislik eluviis, matused jms), kui toetused katta suudavad. (Social care survey) Töötus HIV-positiivsete hulgas on tihti väga suur probleem, stigma uuringus osalenutest olid end töötuks märkinud 66% vastajatest. Töötus põhjustab nii majanduslikke raskusi kui ka sotsiaalset isoleeritust, hirmu ning süvendab sisemist stigmasiooni, vähendades võimalusi inimestega suhtlemisel ning tekitades põhjendamatu hirmu.

Nii ravimite, teadmatuse, majanduslike raskuste kui ka stigma tagajärjel esineb ärevust, rahutust ning emotsionaalset tasakaalutust (Sobolev, Voinova 2011). Ollakse ebakindel tuleviku suhtes ning tekib usaldamatus meditsiinitöötajate, pere, töökaaslaste ja iseenda suhtes. Laastavalt mõjub vaimsele tasakaalule kaaslaste või tuttavate surm HI-viiruse tagajärjel (EHPV video). Paljudel HIV-positiivsetel on raskusi haiguse mõtestamisel, ei suudeta mõista viiruse mõju füüsilisele ja vaimsele tervisele (Adam, Sears 1996: 50)

Britid on oma uuringus (The Impact ..) välja selgitanud, et HIV-positiivne vajab abi kodu korrashoidmisel ning enese-eest hoolitsemisel, kuna inimese füüsiline tervis, on halva seisundi tõttu raskendatud, tunduvad keerulised ka tavapärased toimingud ja enda eest hoolitsemine. Samuti on elutingimused raskest majanduslikust olukorrast tingitult tihti ebainimlikud. Paljud HIV-positiivsed on ise väitnud, et neil on ka probleeme liikumisega nii transpordivahenditega kui füüsiliselt. (EHPV video)

Suurimaks riskigrupiks HI-viirusega nakatumisel on süstivad narkomaanid, mis seob HI-viiruse ning narkomaania probleemi üheks. Tihti kaasuvad neil erinevaid haigused nagu tuberkuloos ning hepatiidid, mis muudavad nende tervise seisundi veelgi raskemaks ja halvemini ravile alluvaks. Samuti on narkomaanid ravi järgimisel pigem ebausaldusväärsed ning nende riskikäitumine on suurem.

Üheks aga suurimaks probleemiks nii ühiskonnas kui HIV-positiivset isiklikult mõjutavalt on stigma ning diskrimineerimine. Tihti eeldatakse et HIV-positiivne on ka muus mõttes deviantse käitumisega. (Allaste 2009: 243) Diskrimineerimist võib defineerida kui inimese või sotsiaalse grupi ebaõiglast halvemat kohtlemist teatud tunnuse alusel nagu näiteks HIV. (HIV eetika) Stigma uuringus on antud kaks definitsiooni HIVist põhjustatud stigmale. Esiteks on haigusega seotud stigma, mida määratletakse kui ideoloogiat, mis kinnitab, et teatud spetsiifilisi haigusi põdevad

inimesed erinevad nii nimetatud „normaalsest“ ühiskonnast. See seob haigestumise bioloogilise tekitaja negatiivselt defineeritud käitumise või ühiskonnagrupiga. Teiseks definitsiooniks on haiguse sildistamine kui ühiskondlik protsess, kus inimesed üldlevinud eelarvamuste põhjal üritavad haigust enda jaoks olematuks mõelda. Näiteks pidades haigust välditavaks või ravitavaks, pidades selle põhjuseks „amoraalset“ käitumist või omistades niisugust käitumist kõigile haiguse kandjatele, mis lubab neil süüdistada nakatunuid, ohvreid ning sellega õigustada nende „karistamist“. Ühiskonnas avaldub stigma varjamatus diskrimineerimises, mis enamasti väljendub arstiabist andmise keeldumisel, tööle võtmisest keeldumisel ning muul moel tõrjumisel. Stigma takistab HIVi leviku ennetamise efektiivseid meetodeid ja ka tervishoiu-, hooldus- ja tugiteenuste kättesaadavust HIViga elavatele inimestele. (Sobolev, Voinova 2011)

EHPV uuringu (Sobolev, Voinova 2011) tulemusel tunneb 12% vastanutest end ühel või teisel moel stigmatiseeritult. See väljendub nii kuulujuttude levitamise hirmus, solvangutes kui ähvardustes. Paljud HIV-positiivsed tunnevad end ohustatult ning on kannatanud kas vaimse või/ja füüsilise vägivalla all. Stigma tõttu vahetatakse elu- ja töö kohta. Oluliselt mõjutab elukvaliteeti ja heaolu sisemine stigma, mis mõjutab vaimset tervist. Tekivad hirmud ja suureks osaks elust saab varjamine ja valetamine. Kardetakse oma andmete konfidentsiaalsuse üle ning ollakse sisemiselt ebakindel ja ebastabiilne. Naised, kelle seas stigmatiseeritus on tugevamalt tuntav on tihti probleemiks pereplaneerimine. Sageli on satunud olukorda, kus meditsiinitöötaja on soovitanud HIV-positiivsel naisel teha abort, kuigi selleks pole otseselt meditsiinilist vajadust. ARV ravi ja tervislike eluviiside korral ning arsti järelvalve all, saavad HIV-saatusel naised saada täiesti terveid lapsi ning luua pere. Eestis on 99% HIV-positiivsetel naistel sündinutest lastest HI-viiruse vabad, selle 1% sisse jäävad need, kellel viirus avastati liiga hilises raseduse staadiumis. (Pealtnägija)

1.6. SOTSIAALTÖÖTAJATE VÕIMALUSED AIDATA HIV-POSITIIVSEID ELANIKKE

Sotsiaaltöötaja töös on väga olulised hoiakud ja teadmised, mida ta isikuna on elu jooksul omandanud. Need on veendumused, eelarvamused ja uskumused, mis seostuvad teiste inimestega. Hoiakud on kalduvus reageerida teatud inimese või objekti või

nähtuse (nt HI-viirus) suhtes kas positiivsel või negatiivsel viisil. (Hoiakud) Tänapäeval ollakse kõige rohkem nõus Eagly & Chaiken (1993) definitsiooniga, mille kohaselt nimetakse hoiakuks inimese kalduvust hinnata objektide (isikute, sündmuste, nähtuste) olemust teatud määral kas soosival või mittesoosival viisil (Hoiakud 2). Hoiakute kujunemiseks on kaks viisi. Esimesed hoiakud kujunevad läbi põhjaliku analüüsi ja olukordade hoolika läbimõtlemissel tagajärjel. Teised, kujunevad elu jooksul omandatud erinevate õppimisviiside kaudu. (Hoiakud)

Teiseks oluliseks mõisteks nii sotsiaaltöötajate kui ka HIV-positiivsete klientide puhul on vajadus. Vajaduse mõistet on sajandeid defineeritud ja ümber defineeritud, mitmete teadlaste poolt. Suhteliselt heaks võib pidada Witkin'i ja Altschuld'i poolt (1995) välja pakutud definitsiooni, mille kohaselt on vajadus lahknevus või puudujääk selle vahel mis „on“ ja mis „võiks olla“. (The handbook of ... 2010: 150)

Sotsiaaltöös on oluline eristada ametnikku, kellel on ametist sõltuvad hoiakud ja inimest, kes on selle ametniku taga ning kellel on omad isiklikud hoiakud ja vajadused. Enamasti on nende kahe inimese hoiakud ühesugused ning sotsiaaltöötaja kui ametnik edastab oma isiklike hoiakuid ka ametis olles, kuid mõnikord võib juhtuda, et isiklikult on inimesel teatud vaen või vastumeelsus mõne riskigrupiga töötamise vastu, kuid ametnikuna tuleb tal neid kliente teenindada ning pakkuda parimat abi.

Sotsiaalteenuste ja toetuste olulisust HIViga tegelemisel on täheldanud mitmed uuringud nii Ühendkuningriigis kui ka Eestis. Sotsiaalne keskkond on väga suur osa inimese elust ning sellel lasub oluline vastutus inimese heaolu ja elukvaliteedi eest (Are you ...). Riiklikul tasemel on oluliseks põhimõtteks võetud universaalsete teenuste ja toetuste süsteemi välja töötamine, mis lisaks vaesusele vähendab ja väldib sotsiaalset tõrjutust. Samas on oluline tähelepanu pöörata teatud riskirühmade spetsiifilistele probleemidele, mida üldiste teenuste ja toetuste süsteemiga ei ole võimalik lahendada ning seetõttu oleks oluline luua spetsiaalseid ning riskirühma vajadustele vastavaid meetmeid. (Rahvastiku ... 2008 : 23) Hetkel sellised spetsiaalsed teenused puuduvad.

TAI on loonud HIVi ennetamise ja HIV-positiivsetele suunatud teenuste juhtumikorralduse teenuse kirjelduse, milles antakse ülevaade HIV-positiivse kliendi juhtumi kõige paremast lahendamisest. Tihti, aga saab takistuseks meditsiiniõe

ebapädevus sotsiaalalastes küsimustes ning kliendi kokkupuude liiga paljude spetsialistidega. Esmaseks sotsiaaltöötajaks on võimalusel haigla sotsiaaltöötaja ning erinevate toetuste ja teenuste taotlemiseks tuleb kaasata ka lisaks kliendi KOVi (kohaliku omavalitsuse) sotsiaaltöötaja. (TAI juhtumikorraldus) Hetkel keskendutakse riigi tasemel peamiselt, vaid meditsiiniliste probleemide lahendamisele ning vähe tähelepanu saavad HIV-positiivsete sotsiaalsed probleemid, suurem osa psühhosotsiaalsete probleemidega tegelemisest on mittetulundusühingute haldusalas.

Ühendkuningriigis infektsionistide seas läbi viidud uuringust selgus, et arstide arvates peaks suur osa nende klientidest külastama sotsiaaltöötajat, kes aitaks klientidel n-ö „eluga toime tulla“. Uuringu tulemustest selgus, et sotsiaaltöötajalt oodatakse toetust klientide diagnoosiga toimetulekul, nende ravi järjepidevuse toetamisel, turvalise seksuaalkäitumise tagamisel, isolatsiooni vältimisel, emotsionaalset ja psühholoogilist tuge ning abi hooldamisel. KOV sotsiaaltöötajal on ainsana võimalus määrata riigi sotsiaaltoetusi ning teenuseid, hooldajat ning suunata HIV-positiivne klient vajadusel hooldusasutusse ravile.

EHPV sõnul on sotsiaalnõustaja või –töötaja poole mõttekas pöörduda ka juhul, kui elamiskoht ning töö on olemas. Sotsiaaltöötajalt saab abi küsida dokumentide vormistamiseks, võlgade likvideerimiseks, toetuste saamiseks, humanitaarabi saamiseks, eelarve planeerimiseks, CV-koostamiseks, vajalike kursuste ja täiendkoolituste leidmiseks, hariduse omandamiseks, õigusabi saamiseks. (EHPV koduleht)

Üheks viisiks, kuidas parandada HIV-positiivsete elukvaliteeti on tagada neile sissetulek, mis võimaldaks neile täisväärtusliku elu. Riiklikul tasandil on selleks meetmeks loodud sotsiaalkaitse süsteem, mille funktsiooniks on säilitada sissetulek neil inimestel, kes ei ole kas ajutiselt või pikaajaliselt võimelised töötama. Üheks peamiseks abimeetmeks sotsiaalkaitse süsteemil on kindlustus, mille hüvitise liigid on seadusega kindlaks määratud ning neid makstakse, kui mõni sotsiaalne risk realiseerub. 2012 aastal otsustati, et praegu käibel olevat süsteemi oleks vaja muuta, kuna hetkel võetakse arvesse vaid tervise seisundit ega arvestata inimese tegelikku töövõimet. Samas

motiveerib praegune süsteem hüvitist taotlema ka isikuid kes vajavad muude sissetulekute kahanemise korral muid tuluallikaid. (Ojakallas 2012: 12-14)

Tihti on ainsaks sissetulekuks HIV-positiivsel töövõimetuspension, mille jaoks on vaja tuvastada töövõime kaotuse protsent, selleks tuleb inimesel esmalt täita ekspertiisitaotlus ning esitada see pensioniametile (Sotsiaalministeerium). Hetkel kategoriseeritakse HIV-positiivsed puudega/erivajadustega inimeste riskigruppi, millest tulenevalt peavad teenuste või toetuste taotlemiseks HIV-positiivsed üritama sobitada puudega/erivajadustega inimeste nõuetele selle asemel, et teenused ja toetused võiksid vastanduda hoopis neile. Tervisliku seisundi määramisel vormides ja avaldustes, ei ole arvestatud HIV-nakkuse eripärasid. Seetõttu on toetuste taotlemisel HIV-positiivsel tihti vaja ametniku abi, kes aitaks vastavaid vorme õigesti täita.

Töövõimetuspension katab vaid väikese osa HIV-positiivsete kulutustest. Kuna erinevaid ravimeid võetakse igapäev (lisaks tasuta ARV ravimitele) on ka kulud ravimitele üsna suured, lisaks toidulisandid ning vitamiinid ning erinevad tervist toetavad preparaadid. Paljud väljaspool linna elavad HIV-positiivsed peavad leidma võimaluse sõita arstiabi saamiseks lähimasse suurde haiglasse. Vaesuse ning majanduslike probleemide puhul otsitakse lahendusi tihti peale varastamisest, võlgadest ning üsna tihti viib kuritegelik käitumine teiste deviantsete käitumisviisideni. Siinkohal aitaks seda „nõiaringi“ peatada sotsiaaltöötaja, kes oleks abiks erinevate sotsiaaltoetuste taotlemisel.

Lisaks majandusabile vajavad raskema tervisliku seisundiga nakatunud tihti abi ka kodukorrashoidmisel ning enese-eest hoolitsemisel. Siin kohal on oluline, et võimalusel pakutaks HIV-nakatunule tugiisiku või hooldaja teenust. Teenuse puhul on aga vajalik tagada kliendi terviseseisundi anonüümsus ning töötaja peab olema tolerantne ning teadlik ohtudest.

Sotsiaalhoolekande seadus sätestab, et selle ülesanneteks on isikule või perekonnale toimetulekuraskuste ennetamiseks, kõrvaldamiseks või kergendamiseks abi osutamine ja sotsiaalse erivajadusega isiku turvalisusele, arengule ja ühiskonnas kohanemisele

kaasaaitamine. Sotsiaalhoolekande seaduse alusel on kohustus tagada HIV-positiivsetele ja tema lähedastele turvaline keskkond, kus seaduse ellu viijad püüavad vähendada stigmatisatsiooni ning diskrimineerimist ning pakuvad võimalikku parimat abi. (Sotsiaalhoolekande seadus)

Esimeseks kokkupuuteks ongi HIV-nakkuse kandjal sotsiaalkaitse ja -hoolekande süsteemiga KOV sotsiaaltöötaja. See esmane kontakt määrab ära, millise hoiaku ja suhtumise võtab HIV-positiivne klient ning millise seisukoha sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötajal ning tema pakutaval abil on väga suur ennetuslik roll, mis aitab vältida hilisemaid suuri kulutusi majanduslikus ja tervishoiuvaldkonnas (The case for social care..) samuti on tal väga oluline roll HIVi sotsiaalsete probleemide leevendamisel.

Peamiseks probleemiks HIV-positiivsel on diagnoosiga toimetulek. Eestis toimuvad HIV kiirtestimised üsna tihedate intervallidega ning igas haiglas ja HIV nõustamiskeskuses on võimalik teha soovi korral testi. Testile eelneb ja järgneb põgus nõustamine, kus selgitatakse testi olemust, turvaseksi ning jagatakse vajalikku infot viiruse kohta. Peale positiivse testi tulemuse teada saamist suunatakse inimene edasi infektsionisti vastuvõtule, kus tihti on pikad järjekorrad ning kuhu šokis värske HIV-positiivse staatusega inimene ei pruugi jõudagi, testi tulemuse ja arsti aja vahele jääval ajal on HIV-staatusega inimene üksi. Segaduses ning hirmul HIV-positiivne vajab abi ja toetust uue olukorraga toimetulemisel. Seetõttu on vajalik, et HIV-positiivsel oleks võimalik nõu saamiseks pöörduda sotsiaaltöötaja poole, kes nõustab ning aitab toime tulla esialgse vapustusega.

Sotsiaaltöötajale peaks kättesaadav olema vajalik informatsioon, et nõustada ning vajadusel suunata klienti erinevate institutsioonide poole. Tema ülesandeks oleks haiguse kohta informatsiooni jagamine ning ravi võimalustest rääkimine. Väga oluline, on selgitada, et viirus pole surmav ning õigete ravivõtete korral on võimalik elada täiesti täisväärtuslikku ja tavalist elu. On väga oluline, et HIV-nakkuse kandja säilitaks positiivse ellu suhtumise.

Sotsiaaltöötaja roll HIV-positiivse ravi protsessis on HIV leviku seisukohalt ülioluline. Tema toetus ja emotsionaalne tugi raviskeemide järgimisel tagab suurema tõenäosusega HIV-positiivsete ravi järjepidevuse. Oluline on, et klient oleks motiveeritud ning

positiivselt häälestatud järgima arsti ettekirjutusi ning ei käituks teisi ohustavalt (turvaseks, ravimite võtmine, vajadusel viirusest teavitamine). See aitab ära hoida uusi HIV nakkuse juhte ning hoiab juba nakatunud parema tervise juures. Sotsiaaltöötaja poole peaks saama pöörduda mures ning ühiselt arutada probleeme, mis tekivad ARV ravil ning ravimite kõrvaltoimetest. Ta peaks aitama leida kontakte ning suunata õigete abistavate institutsioonide poole. Pidev tugi ning psühholoogiline abi tagab püsiva usaldusliku suhte.

Oluliseks faktoriks sotsiaaltöötaja töös on võimalusel aidata HIV-positiivsel hoida ning tekitada suhteid. Toetav keskkond ning sõbrad on olulised eduka ravi tagamiseks. Tihti tekivad arusaamatused ning stigma ja siinkohal oleks sotsiaaltöötaja see, kes saaks kutsuda kokku osapooled ning selgitada olukorda sõltumatus keskkonnas, olles kolmandaks erapooletuks osapooleks. Oluline on töö lähedastega, kes HIV-positiivse ravi ning heaolu seisukohalt omavad märkimisväärset rolli.

Peamiseks põhjuseks, miks HIV-positiivsed abisaamiseks ei pöördu KOV sotsiaaltöötaja poole on hirm stigmatiseerituse ning sildistamise ees. Väga suur osa vaimsetest muutustest ning probleemidest on põhjustatud nii välimisest kui sisemisest stigmast, tõrjutusest ning diskrimineerimisest. Samuti põhjustab stigma tõttu töötuks jäämine majanduslikke probleeme ning kartus pöörduda spetsialisti poole võib kaasa tuua tervisliku seisundi halvenemise. Hirm tõrjutuse ees on põhjustatud ühiskonna suhtumisest, kus HIV-positiivseid nii verbaalse kui füüsilise vägivallaga taga kiusatakse. Sotsiaaltöötajal on võimalus seda hirmu vähendada olles avatud ning teadlik HI-viiruse olemusest ning selle ohtudest ja mõjust. Kui KOV sotsiaaltöötaja loob kuvandi, et tema poole on võimalik pöörduda ka HIV probleemiga, siis tagab ta kliendi parema teadlikkuse ning aitab juba eos ennetada sotsiaalseid ning majanduslikke probleeme.

Hetkel on teenuste pakkumine mittetulundusühingute poolt koondunud Harjumaale ning Ida-Virumaale, kus on suurim nakkuse levik. Terviseameti andmetel (1999-2013) on aga Tartumaal 200 HIV-nakatunut, Lääne- Virumaal 53, Pärnumaal 19, Viljandimaal 8, Valgamaal 6, Raplamaal ja Järvamaal 5, Saare- ja Põlvamaal 2 ning Võrumaal 1 HIV-nakkust kandvat isikut, kellele on teenuste kätte saadavus raskendatud. Seetõttu on

oluline, et neil oleks võimalus saada abi KOV sotsiaaltöötajalt, kes aitaks neil lahendada sotsiaalseid probleeme.

2. UURIMUS KOHALIKE OMAVALITSUSTE SOTSIAALTÖÖTAJATE HOIAKUTEST JA VÕIMALUSTEST HIV-POSITIIVSETE ELANIKEGA TEGELEMISEL

2.1. UURIMUSPROBLEEMISEADE, UURIMUSEESMÄRK JA- KÜSIMUSED

Eesti on HI-viiruse esmajuhtude arvu poolest juba mitmendat aastat Euroopas kindlal juhtpositsioonil. Olukorra kriitilisust ning teemaga tegelemise vajalikkust tõestab see, et uute HIV-juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta aastas ületab enamikke Euroopa Liidu riike kümneid kordi. Igal aastal lisandub umbes 400 uut HIV-nakkuse kandjat. Eesti riikliku HIV ja AIDSi strateegia kohaselt on peamiseks valdkondadeks HIV ennetustöös teavitus, koolitus ja nõustamine ning oluline on tagada õigeaegne testimine ning ravi, mis aitab peatada viiruse levikut.

Läbi viidud uuring annab ülevaate linnade ja valdade sotsiaaltöötajate teadmistest ja hoiakutest HIV-positiivsete elanike suhtes ning annab üldise ülevaate KOVides pakutavatest teenustest HIV-positiivsetele ning aitab välja selgitada vajadusi, mis tekivad HIV-positiivsetega töötades. Varasemalt ei ole samalaadset uuringut sotsiaaltöötajate seas läbiviidud ning antud uuringu tulemused näitavad teemaga tegelemise vajalikkust.

Lõputöö **eesmärgiks** on anda ülevaade HI-viirusest, selle mõjust ühiskonnale ning HIV-positiivsete probleemidest ja sotsiaaltöötajate võimalustest nende aitamisest ning välja selgitada KOV sotsiaaltöötajate hoiakud ja võimalused HIV-positiivsete elanikega tegelemisel.

Uurimusest selgunud tulemuste põhjal on võimalik teha ettepanekuid HIV-positiivsetele suunatud teenuste välja töötamiseks või parendamiseks.

Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud erinevad uurimisküsimused, millele otsitakse diplomitöös vastuseid. Uurimisküsimusteks on:

- Millised on teadmised ja hoiakud HIV-positiivsete elanikega tegelemisel?
- Millise riskirühma alla liigitaks KOV sotsiaaltöötajad HIV-positiivsed elanikud?
- Missuguseid teenused ja/või toetusi pakutakse KOVides HIV-positiivsetele inimestele?
- Kas ja missuguseid koolitusi või infomaterjale vajaksid KOV sotsiaaltöötajad, et aidata HIV-positiivseid inimesi?

Uurimuse empiirilised andmed koguti töö autori poolt anketeerides. Uurimuse empiirilised andmed on esitatud diplomitöös arvudena, protsentidena ja joonistena ning need on diplomandi poolt interpreteeritud.

2.2. UURIMUSMEETOD JA SELLE LÄBIVIIMINE

Uurimus viidi läbi kvantitatiivse uurimusena. Antud uuringu meetod on efektiivseim ning usaldusväärseim viies läbi suure valimi hulgaga uuringut. Kvantitatiivse meetodi kaudu saab loogilise-ratsionaalse tulemuse, mis on üldistav ja regulaarne ning tagab suure andmehulga kogumise ning selle üldistamise üldkogumile. Tegemist on arvamusuuringuga, kus selgitatakse välja sotsiaaltöötajate hoiakud ja teadmised HIV-positiivsete elanike suhtes.

Andmed koguti diplomandi poolt koostatud ankeedi alusel (vt lisa 1). Ankeet koosneb üldandmetest, mis annavad ülevaate vastajate sotsiaal-demograafilistest näitajatest, kus küsitakse vastajate sugu, vanust, rahvust, ametikohta ja haridustaset ning ülejäänud ankeet jaguneb viieks suuremaks osaks. Esimeses ankeedi osas uuritakse millised on sotsiaaltöötajate teadmised HI-viiruse ja selle ravi kohta ning missugune on nende professionaalne hoiak HI-viiruse kandjate ravimise suhtes. Teises ankeedi osas uuritakse, mil määral on KOVis puudutatud HIV temaatikat. Kolmas osa ankeedist käsitleb teenuseid ning toetusi, mida KOV HIV-positiivsetele elanikele pakub ning võimaldab. Neljandas osas uuritakse missugused on HIV-positiivsete klientide

peamised tervisemured ning nende tervislikku seisundit. Viies osa ankeedist uurib sotsiaaltöötajate vajadusi HIV-positiivsete klientidega tegelemisel ning missugused võivad olla nende arvates HIV-positiivsete klientide vajadused.

Andmeid koguti 1. kuni 28. veebruarini. Andmed kogus autor läbi Lime Survey keskkonna. Ankeedi link saadeti valdade ja linnade sotsiaaltöötajate või mõnel juhul vallavanema e-mailile, mis saadi KOVi kodulehelt. Andmete kogumisel kasutati e-maili, kuna mitmed hiljutised uuringud on näidanud, et vastajad on avameelsemad ning usaldusväärsemad (The handbook of .. 2010: 134) Andmed koguti korrektselt.

Andmed süstematiseeriti ja analüüsiti andmetöötlusprogrammi Microsoft Excel 2007 abil. Analüüsimisprotsess toimus 2013. aasta aprilli kuu jooksul. Lisaks sagedusjaotustele võeti andmete analüüsimisel kasutusele summaindeksid, mille abil leiti koondtulemused, mis võimaldasid küsitluse tulemusi kompaktsemalt analüüsida.

Haridusega seoste leidmiseks jagati vastajad viide vanusegruppi: 22-29, 30-39, 40-49, 50-59 ja 60-69 aastased. Samuti grupeeriti respondente vastavalt ametis oldud aastatele (0,4-6; 6-15; 16-22 aastat) ja sotsiaalvaldkonnas töötatud aastatele (0,6-6; 7-15; 16-22 aastat)

Andmete kirjeldamiseks on kasutatud keskmist näitajat (mis iseloomustab tunnuse üldist taset). Teadmiste hindamiseks HIV-i levikuteedest ja ravist kasutati 16 väitest koosnevat tabelit, milles oli võimalik vastata „jah“, „ei“ ja „ei tea“. Teadlikkust väljendatakse protsendis, mille arvutamisel jagatakse õigesti vastanute arv kõigi õigete vastuste arvuga.

Uuringus on leitud seoseid teadlikkuse ning vanuse ja ametikohal vahel, valdkonnas töötatud aastate ja haridustaseme vahel. Samuti tolerantuse ning teadlikkuse seoseid.

Hoiakute hindamisel lähtutakse vastuse tolerantusest, mida sallivam on vastus, seda positiivsemalt hinnatakse hoiakut. Andmete töötlemisel kasutatakse protsentide ümardamist, mis võib põhjustada andmete mittevastavust 100%-le.

2.3. UURIMUSE VALIMI KIRJELDUS

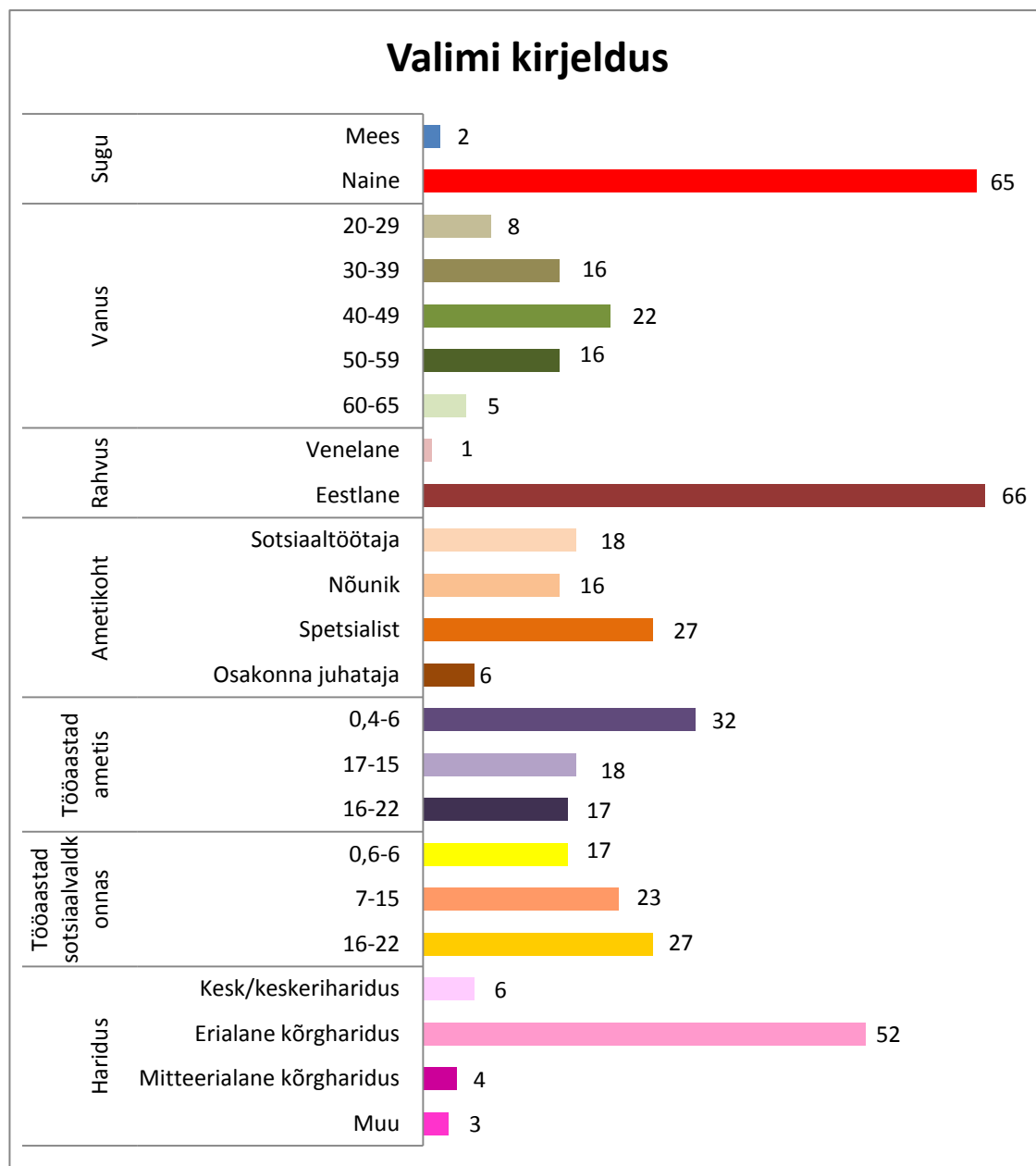
Peatükis kirjeldatakse valimi soolis-vanuselise koosseisu, antakse ülevaade ankeedile vastanute rahvusest, haridusest ning ametikohast.

Käesolev uurimus viidi läbi KOV sotsiaaltöötajate seas, kes töötavad linna- või vallavalituses. Valimi moodustamise aluseks on võetud KOV sotsiaaltöötajad, kes töötavad valla- või linnavalituses sotsiaaltöötaja ametikohal, kuid valimisse osutasid ka need töötajad kelle ametinimetuseks oli nõunik, ametnik, osakonna juhataja ja spetsialist (sotsiaaltöötaja ametikoha puudumisel). Valimi moodustamisel lähtuti põhimõttest, et kõik Eesti KOVid peaksid olema esindatud.

Uuringu sihtgrupiks on sotsiaaltöötajad, kuna HIV-positiivsete sotsiaalsete probleemide lahendamisel on vaja kaasata juhtumikorraldusse ka tema KOV sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötaja omab olulist rolli HIV ennetusel ning tema töö eripära aitab vähendada stigmatiseeritust ning diskrimineerimist, tekitades HIV-positiivses usaldusliku suhte riigiametnikuga. Samuti on sotsiaaltöötajal oluline roll HIV-positiivse ravi järjepidevusel ning elukvaliteeti parandamisel.

Sotsiaaltöötajatelt saadi tagasi 67 ankeeti, 424 laiali saadetud ankeedist. Mitmed küsitluse saanud sotsiaaltöötajad vastasid kirja teel, et neil puuduvad HIV-positiivsed, seega ei oska nad küsimustele vastata, nende osakaal valimist oli 2%. Vastanute määr kogu valimist on 15,8%. Kokku on Eestis Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni (ESTA) andmetel 711 sotsiaaltöötajat, millest valimisse osutasid need töötaja, kelle ametinimetus hõlmas ainult sotsiaaltöötaja, sotsiaalametniku, nõuniku, spetsialisti või osakonna juhtaja nimetust (valimisse ei osutunud otseselt lastekaitsetöötajad). Vastanud kogu hulgast oli 9,4%, kuid valimisse kuulus üldkogumist 59,6% sotsiaaltöötajaid. Diplomitöös on kasutatud omaalgatuslikku ehk määratletud valimit.

Joonisel 1 (vt. joonis 1) on kujutatud valimi sotsiaal-demograafilised andmed, mis kajastavad vastajate arvu. Valdava enamuse vastanutest moodustavad naised, mis kinnitab üldtuntud fakti, et enamuse sotsiaalvaldkonnas töötavatest inimestest on naised. Suurimaks vanuserühmaks osutus 40-49 aastaste grupp ning keskmine vanus mediaani alusel on 43 aastat. Noorim vastanutest oli 22 ning vanim 65 aastane. Rahvustest oli esindatud vaid üks venelanna.



Joonis 1. Valimi ülevaade, respondentide arv (autori koostatud).

Enim vastanutest, 40% oli ametinimetuseks märkinud spetsialisti ametikoha. 27% ja 24% olid praeguseks ametikohaks märkinud vastavalt sotsiaaltöötaja ja nõuniku ameti. Juhataja märkis ametikohaks, vaid 6 vastanut. Ametis oldud aastad jaotati kolme vahemikku 0,4-6 aastat; 7-15 aastat ja 16-22 aastat. Enim oli vastanuid esimeses grupis kuhu kuulus 48% vastanutest. Keskmine ametis oldud aeg on 9 aastat. Sotsiaalvaldkonnas töötamist uuriti eesmärgiga välja selgitada, kui palju liigutakse

aastate jooksul valdkonnas ühest ametist teise, vastanutest 55,2% on kogu oma ametis oldud aja jooksul olnud samas ametis ning neist 72,7% on olnud samal ametikohal juba üle 10 aasta.

Suurel osal ankeedile vastanutest, 77,6% on omandatud erialane kõrgharidus ning keskeri või mitte erialane haridus on vastavalt mõlemas grupis 9%. ESTA läbiviidud uuringust kõikide KOV sotsiaaltöötajate seas oli sotsiaaltöö kõrgharidus protsent 51%.

2.4. UURIMUSE TULEMUSED

2.4.1. SOTSIAALTÖÖTAJATE HOIAKUD JA TEADMISED HIV-NAKKUSEST

Järgnev peatükk käsitleb sotsiaaltöötajate hoiakuid ja teadmisi HIV ja AIDS teemadel. Antakse ülevaade sotsiaaltöötajate teadmistest HIV levikuteedest ning ravist. Tuuakse välja sotsiaaltöötajate hoiakud HIV-positiivsetesse elanikesse ning suhtumise neisse kui klientidesse.

Esmalt uuriti respondentidelt, kas nad on kuulnud HI-viirusest või AIDSist, et välja selgitada, kas kõik respondendid on antud teemaga kursis. Vastamismäär selles küsimuses oli 100% ning kõik vastanud kinnitasid, et on kuulnud HI-viirusest ning selle lõppfaasist – AIDSist.

Joonisel 2 on kujutatud 16 väidet, millele sotsiaaltöötajad said vastata „ei oska öelda“, „ei“ ja „jah“. Väited pärinevad TAI poolt koostatud HIV alastest uuringutest, ning on universaalsed ja esindatud (suuremal või väiksemal määral) igas HIV teadmisi ja hoiakuid välja selgitavas uuringus. Need väited annavad ülevaate vastanute teadmistest HIVist ning selle ravist. Õiged vastused väidetele on lisas 2.

Kõikide väidete peale kokku oli õigete vastuste määr 66% ja „ei oska öelda“ vastuste protsent 25. Valede vastuste määr oli vaid 9%. Sellest tulemusest võib järeldada, et üldine teadlikkus HI-viiruse alal on üsna hea, kuid vajab eduka nõustamise nimel siiski täiendamist. Informatsioon peaks olema igapäevase kätte saadav, kuid tihti on teadmised iganenud.

Ühtegi valet vastust, ei esinenud viies väites kuueteistkümnest ning vaid kuni 4 valet vastust esines kuues väites. Valesti ei vastatud väidetele number 1, 2, 3, 8, 9 ning kuni 4

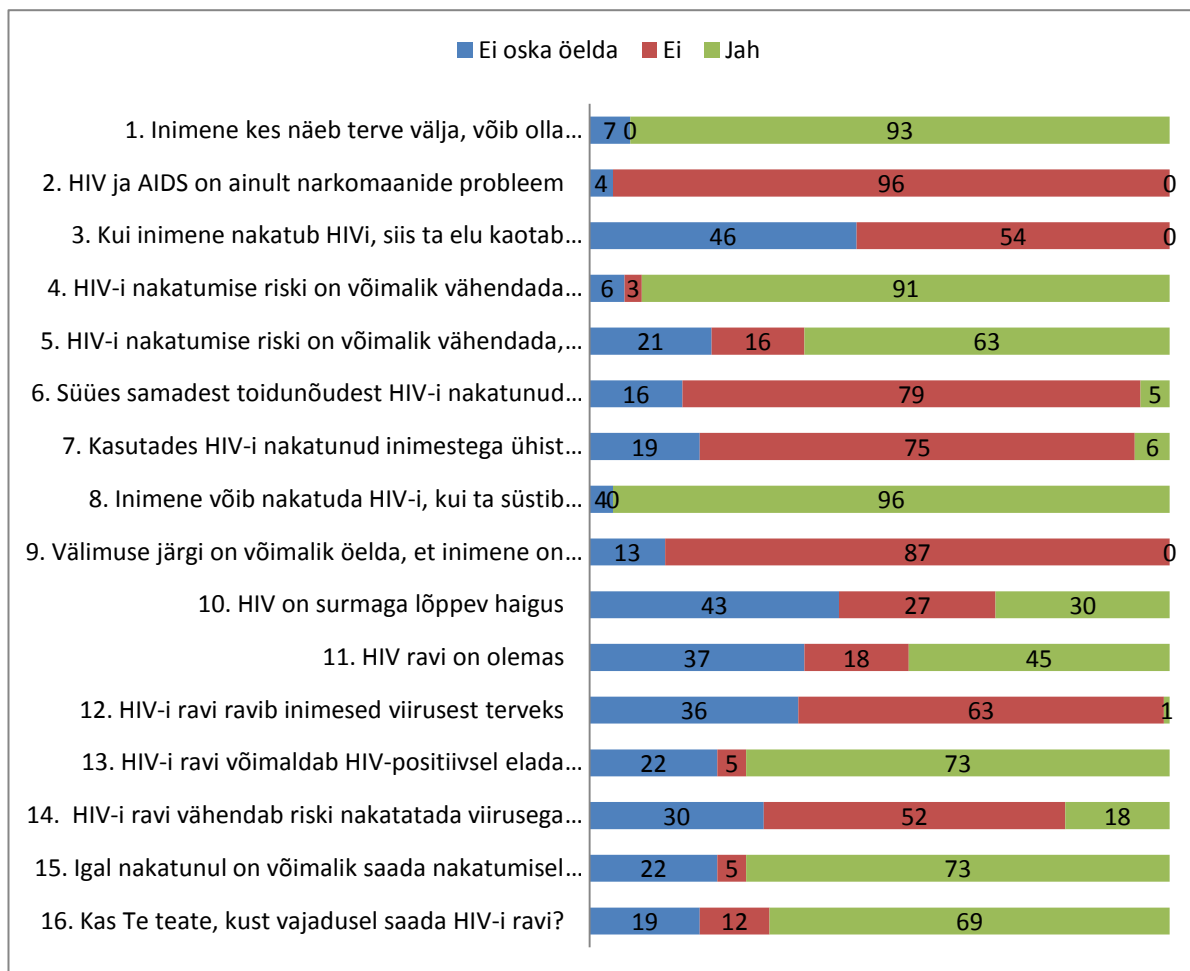
valet vastust esines väidetes number 4, 6, 7, 12, 13 ja 15. Enim valesid vastuseid esines väite „HIVi ravi vähendab riski nakatada viirusega teisi inimesi“ korral, millele vastas valesti 52% vastanutest ning kõige rohkem ebakindlust tekitasid väited „HIV on surmaga lõppev haigus“ ja „HIV ravi on olemas“, millest esimesele vastas valesti 27% vastanutest ning vastust ei osanud öelda 43% respondentidest ning teisele väitele vastas valesti 18% vastanutest ning ebakindlaks jäi 37%. Tulemus võib olla tingitud sellest, et ajaga on muutunud ravi tingimused ja kättesaadavus ning enam ei suhtuda HIVi kui surmavasse tõppe, vaid kui kroonilisse, kuid samas kontrollitavasse haigusesse. Igas väites esines neid vastanuid, kes valisid vastuse variandiks „ei oska öelda“, millest võib järeldada, et HIV teadmiste kohalt ollakse ebakindlad.

Vanuse gruppide järgi eraldi vaadates oli kõige suurem õigete vastuste protsent 72% ning seda vanusegrupis 40-49 eluaastat, valesti vastas selles grupis, vaid 9% respondentidest. Kõige väiksem õigete vastuste osakaal oli vanusegrupis 50-59, kus õigete vastuste määr oli 59%, valesid vastuseid andis ka selles grupis 9% vastanutest ning ebakindlaks jäi 32%, mis oli ka vanusegruppide lõikes kõige suurem. Kõige vähem vastati valesti vanusegrupis 60-65 ning kõige rohkem oli valesid vastuseid vanusegrupis 22-29 aastat. Noorte vähene teadlikkus on üllatav, kuna enamus ennetustööst ning teavitusest on suunatud just noorte teadlikkuse tõstmisele.

Veel uuriti seoseid HIV teadmiste ja sotsiaalvaldkonnas töötatud aastate ning ametikoha vahel. Sotsiaalvaldkonnas töötanutest olid kõige teadlikumad värskest valdkonda tööle läinud 0,6-6 aastase staažiga töötajatel oli õigete vastuste protsent 73, samas esines neil ka kõige enam valesid vastuseid. Kõige vähem õigete vastuseid väidetele oli aga kõige kauem valdkonnas töötanutel staažiga 16 aastat ja enam, neil oli õigete vastuste määr 66% ning samas väikseim valede vastuste protsent. Töötajad staažiga 7-15 aastat jäid kõikide vastuste määrades keskmisele tasemele.

Ametikohaga võrreldes vastasid enamustele väidetele õigesti need töötajad, kelle ametiks on kas osakonna juhataja või selle asetäitja, neil oli õigete vastuste määr 75%, mis on ka üks kõrgeimatest õigete vastuste määradest. Enim valesid vastuseid andsid nõuniku ametikohta täitvad inimesed. Siit võib järeldada, et kõrgem ametikoht tähendab ka kõrgema hariduse olemasolu ning nõuab paremat teadlikkust.

Võrreldes teadlikkuse ja haridustaseme seost, selgub et neil vastanutel, kelle haridus piirdus keskhariduse või keskeriharidusega oli teadlikkus madalaim – 47%. Järgneb mitteerialase kõrghariduse omandanud, kelle teadlikkuse protsent oli 60. Kõrgeim teadlikkus oli neil, kes olid märkinud oma haridustasemeks „teised“ ning täpsustanud selleks magistrikraadi olemasolu, nende teadlikkus oli 83%. Erialase kõrghariduse omandanud vastanute teadlikkuse protsent oli 69.



Joonis 2. Teadlikkust näitavad väited, protsentides (autori koostatud).

Lisaks teadmistele uuriti sotsiaaltöötajate arvamust HIV-positiivsete elanike abistamisest. 84% respondentidest oli arvamusel, et sotsiaaltöötaja peaks kaasa aitama HIV-positiivsete probleemidega tegelemisel. Küsimuses paluti põhjendada oma arvamust ning enamus vastajatest leidis, et pole oluline, mis haigus või tervises seisund inimesel on. Samuti arvati, et oma pädevuse piires tuleb kõiki abivajajaid aidata, kuna

õigus abile on igal juhul kõigil. Kolmandik neist oli abi viisiks täpsustanud nõustamist, suunamist informatsiooni jagamist ning kliendi jõustamist.

Väga suur osa vastajatest peegeldas oma vastustes tolerantset suhtumist HIV-positiivsete abistamisse. 16% seas, kes vastasid, et sotsiaaltöötaja ülesanne ei ole abistada HIV-positiivseid domineeris suhtumine, et HIV-positiivsed peaksid abi saama meditsiiniastutusest ning enamus vastanutest suunaks kliendi edasi vastava HIV-positiivsetega tegelevate organisatsioonide poole. Vastanute seas leidis ka neid, kes arvasid, et sotsiaaltöötajana pole neil aega tegeleda HIV-positiivsetega, kuna neil on niigi palju tööd ning et tegeleda tuleks „*teiste probleemidega*“. Samuti vastas üks respondent, et sotsiaaltöötajana peaks ta ennekõike mõtlema enda ja lähedaste peale. Suhtumine HIV-positiivsete abistamisest on kindlasti mõjutatud teadlikkusest, mida suurem on teadlikkus seda enam on sotsiaaltöötajad altimad abistama HIV-nakkuse kandjaid. Kui aga teadmised puuduvad või on need iganenud on raskem olla positiivse hoiakuga ning mõista HIV-positiivsete vajadusi.

Vanusegruppide lõikes oli kõige enam positiivselt meelestatud aitama 40-49 aastased ning kõige vähem vanusegrupis 22-29 olevad vastajad. Sama tulemus tekkis sotsiaalvaldkonnas töötanute puhul, kus kõige vähem näitas soosivat suhtumist HIV-positiivsete abistamisel üles 0,6- 6 aastat töötanud inimesed, vaid 18% vastanutest ning kõige rohkem 16-22 aastat valdkonnas töötanud vastajad. Ametikoha lõikes olid kõige rohkem soosivamad spetsialisti ametikohal olevad töötajad.

Nende hulgast, kes vastasid küsimusele jaatavalt, olles positiivse hoiakuga HIV-positiivsete aitamisest oli teadlikkuse protsent kõrgem, vastavalt 72% ning samuti olid nad vähem ebakindlad, võrreldes nendega, kes vastasid küsimusele eitavalt. Eitavalt vastanute õigete vastuste määr oli 60% ning ebakindlaks jäi 31% vastanutest.

Sotsiaaltöötajatelt uuriti, milliseid probleeme võib põhjustada HI-viirus, uurimaks kas nad on teadlikud HI-viiruse tagajärgedest indiviidile. Kõikidest vastanutest väitis 12 respondenti, et pole teadlikud, milliseid probleeme võib HIV endaga kaasa tuua, see teeb valimist 18%, mis näitab, et ligi kaudu üks viiendik sotsiaaltöötajatest, ei ole teadlikud HIV-nakkuse tagajärgedest ja mõjust inimesele.

51% vastanutest, aga tõi välja, et probleeme võib tekkida töötamisel või töö saamisel, perekondlikes suhetes, stigmast ning tõrjutusest tekkivate eelarvamustega ning rahalisi probleeme. Veel toodi välja probleeme depressiooni ning psüühikaga, eneseusu- ja kindluse langusega ning kogukonda sobitumisel. 16% vastanutest lisas veel tervisest tulenevate probleemide tekke, teadmatuse ning hirmu – ühiskonna ja inimese vahel. Samuti löid sotsiaaltöötajad seoseid kuritegevuse, alkoholismi ning narkootiliste ainete tarvitamisega, millega enamus HIV-positiivseid ka seotud on. Sarnaseid probleeme ning mõju kirjeldavad ka HIV-positiivsed ise ning nendega töötavad meditsiinitöötajad. Kaks respondenti leidsid, et HI-viirusega otseseid probleeme ei kaasne ning pigem tulenevad probleemid nende elust enne nakkusega kokku puutumist, mis kindlasti kinnitab müüti, et HIV on narkomaanide ning teiste deviantset käitumist harrastavate inimeste probleem.

Eesmärgiga, saada teada, kas HIV-positiivsed peaksid kuuluma eraldi riskigruppi, et saada efektiivsemaid ning otseselt HIV-positiivsusest tulenevatele probleemidele teenuseid/toetusi või on nad juba osa olemas olevast riskirühmast, uuriti sotsiaaltöötajate arvamusi, millisesse sotsiaalsesse riskigruppi paigutaksid nad HIV-positiivsed kliendid.

31% respondentidest oli arvamusel, et eraldi uut riskirühma luua ei ole vaja ning paigutaksid HIV-positiivsed erivajadustega/puuetega inimeste riskirühma, pidades silmas nende tervise probleeme. 12% respondentidest arvas HIV-positiivsed kuuluvat sõltlaste (alkoholism või narkootikumid) gruppi, kuna eeldatakse, et HIV-positiivne tarvitab narkootikume, samuti kehtib stereotüüp, et HIV-positiivne on vaesuses elav, madala haridusega toimetuleku probleemidega inimene. 12% respondentidest paigutaks HIV-positiivsed suure või kõrge riskiga riskirühma, 9% vastanutest leidis, et HIV-positiivsed võiksid kuuluda toimetulekuraskustes inimeste gruppi. 34% vastanutest, ei oska või ei liigita HIV staatusega inimesi üldse riskirühma. Vaid üks vastanutest moodustaks HIV-positiivsetele eraldi riskirühma, mis aitaks efektiivsemalt ning otsesemalt tegeleda HI-staatusest tulenevate probleemidega.

Kokkuvõtteks võib öelda, et üle poole sotsiaaltöötajatest on teadlikud HI-viirusest, selle levikuteedest ning ravist. Suurim teadlikkus viiruse alal on 40-49 aastaste, hiljuti

valdkonda tööle asunute seas, samuti juhataja ametikohal töötanutel ning magistrakraadi omandanutel. Madalaim on aga teadlikkust 50-59 aastaste ning kõige kauem valdkonnas töötanutel. Ametikohtade lõikes oli kõige väiksem teadlikkus nõunikel ning haridustaset arvesse võttes olid kõige vähem teadlikud kesk/keskeriharidusega inimesed.

Enim tolerantsust näitasid üles samuti 40-49 aastased ning vähim 22-29 aastased. Sotsiaalvaldkonnas töötatud aja lõikes olid vähim tolerantsed 0,6-6 aastat töötanud isikud, kellest enamus kuulus 22-29 aastaste vanusgruppi. Positiivseim suhtumine abistamisse oli valdkonnastöötamise aja järgi 16-22 aastat valdkonnas töötanutel.

Probleemide seisukohalt võib kokkuvõtlikult öelda, et kaks kolmandikku sotsiaaltöötajatest oskab hinnata ja ennustada HI-viirusest tulenevaid probleeme, mis vastanduvad positiivsete enda hinnangute ja reaalse tulemusega. Samas aga ei paigutaks sotsiaaltöötajad HIV-positiivseid oma probleemide tõttu eraldi riskirühma, vaid liigitaks nad juba olemasolevate riskirühmade liikmeks.

2.4.2. HIV TEMAATIKA KÄSITLEMINE KOV'IS

Alljärgnevas peatükis antakse ülevaade sotsiaaltöötajate hinnangust HIV probleemile nende KOVis. Samuti antakse ülevaade sotsiaaltöötajate hinnangust teema käsitlesele KOVis.

Sotsiaaltöötajatel paluti hinnata, mitu HIV-positiivset võib nende KOVis olla. Kuigi HIV-positiivsed ei pea avaldama oma staatust ning seda andmebaasides ei kajastata, paluti sotsiaaltöötajatel hinnata HIV-positiivsete arvu, et välja selgitada, kui tõsiselt tunnetavad nad probleemi olemasolu KOVis.

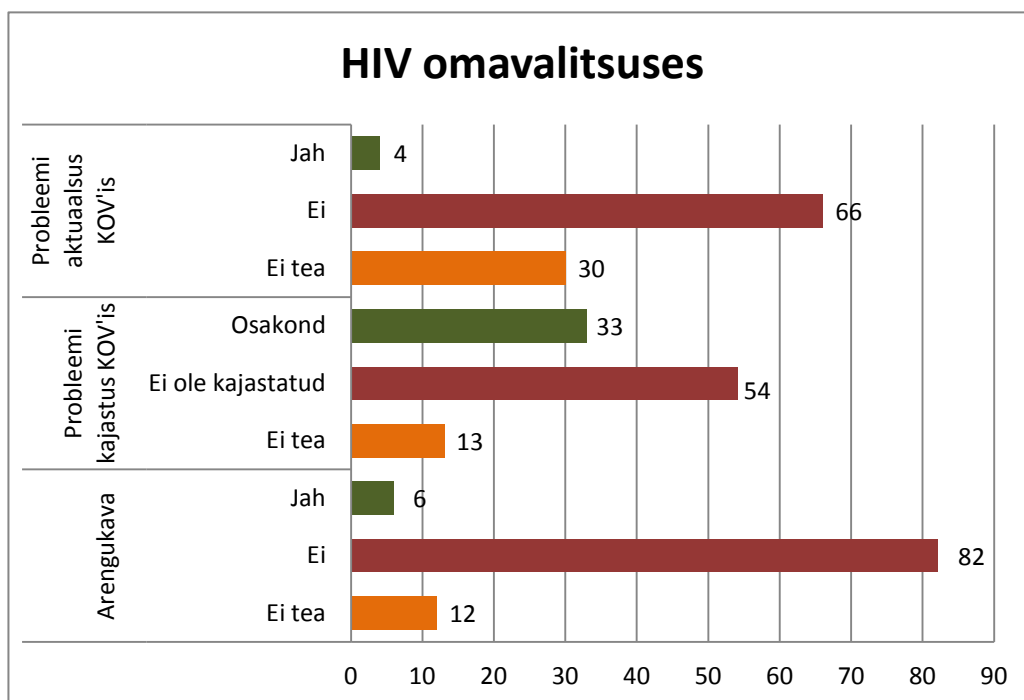
Väga suur enamus, 64% vastanutest hindas selleks arvuks null, mis kinnitab fakti, et enamus HIV-positiivsetest elanikest on koondunud Harjumaa ja Ida-Virumaa ümbrusesse ning lõuna poolsed KOVID ei tunneta nii elavalt HIV-positiivsete olemasolu. Samuti võib Lõuna-Eestis olla rohkem stigmatisatsiooni hirmu ning kliendid ei julge avaldada oma staatust.

Keskmiselt aga hinnati HIV-positiivsete elanike arvu KOVis 51-ga. Suurimaks vastuseks märgiti 2000 HIV-positiivse staatusega elanikku ning väikseimaks väärtuseks

oli üks HI-viiruse kandja (3 respondenti). 2000 HIV-positiivset on tõenäoliselt Harjumaa või Ida-Virumaa KOVis, kus probleem on aktuaalsem ning kliendid tunnevad vajadust teenuste või toetuste taotlemiseks oma staatus avaldada või on nad haigla sotsiaaltöötaja koostööd tehes puutunud kokku HIV-positiivsete klientidega.

Seitse respondenti hindasid selleks arvuks kaks. Üksikud respondendid hindasid elanike arvuks 40, 80, 200 ja 1000- millest võib samuti järeldada, et tegemist on piirkonnaga, kus HIV-nakkus on enam levinud. 20 ja vähema arvuga elanikke hulka hindasid 9 respondenti. Terviseameti andmetel on Eestis registreeritud HIV-nakkus 2013. aasta märtsikuu seisuga 8479 inimesel, maakondade lõikes on esindatud 12 maakonda, millest HIV-nakatunuid ei ole registreeritud vaid Hiiu-, Jõgeva- ja Läänemaal. Küsimuses ei palutud täpsustada KOVi nime, kuna see oleks vähendanud anonüümsust.

Sotsiaaltöötajatel paluti hinnata, kas HI-viiruse levik on nende KOVis levinud probleem või mitte (vt joonis 3). Enamus vastajatest 66%, vastas, et nende KOVis pole HIV levik probleem, viidates sellele, et nende KOVis pole nende teada HIV-nakkuse kandjaid. 30% vastanutest ei osanud anda hinnangut ning vaid 4% vastanutest leidis, et HIV on nende KOVis levinud.



Joonis 3. HIV probleem omavalitsuses, protsentides (autori koostatud).

Seejärel uuriti respondentidelt, kas nende KOVis on HIV probleemi üle arutletud (vt joonis 3). 36 respondenti vastasid, et nende KOVis pole HIV teemal arutelusid olnud ning 9 respondenti ei osanud sellele küsimusele vastata. Võib järeldada, et Lõuna-Eesti KOVID ei tunne vajadust keskenduda HIV teemaatikale, kuna puuduvad otsesed kliendid ning ka koostöö võimalused on väiksemad kui Harju- või Ida-Virumaal.

Küsimuses oli välja pakutud kolm tasandit: volikogu, vallavalitsus ja osakond, millest vaid osakonna tasemel oli 22 vastaja KOVis HIV teemal arutletud. Üleüldiselt saab siit järeldada, et KOV volikogu ja valituse tasandil ei tunnetada probleemi olulisust ning leitakse, et HIV probleemiga tegelemine ei kuulu omavalitsuse haldusalasse.

Küsimusele „Kas Teie omavalitsuse arengukavas on HIV teematikat käsitletud?“ (vt joonis 3) vastas 82% eitavalt, vaid 6% respondentide KOVis on HIV omavalitsuse arengukavas kajastatud. HIV mõju kajastamine arengukavas viitab sellele, et KOVis pööratakse tähelepanu HIV-positiivsetele klientidele ning püütakse neid vastavalt vajadusele abistada ning kaasata neid KOV arengusse.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et üle poolte valimisse sattunud KOVIDest asub pigem Lõuna- või Lääne- Eestis kui Harju- või Ida-Virumaal, kuna ligi kaks kolmandikku vastanutest hindas HIV-positiivsete elanike arvu oma KOVis nulliga ning leidsid, et HIV ei ole nende KOVis probleem. Siiski on ühe kolmandiku vastanute KOVIDes probleemi üle osakonna tasemel arutletud ning 6% respondentide KOVis ka arengukavas kajastatud.

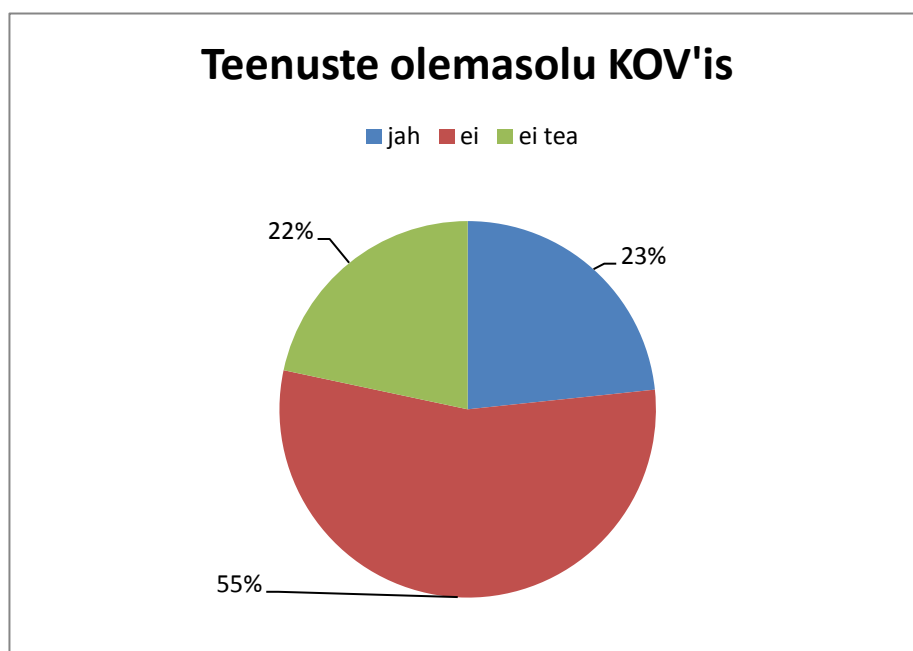
2.4.3. KOV'IS PAKUTAVAD TEENUSED JA TOETUSED HIV-POSITIIVSETELE ELANIKELE

Käesolevas peatükis on kajastatud sotsiaaltöötajate hinnang oma HIV-positiivsete klientide muredele ning teenustele ja toetustele, mida KOV pakub. Samuti uuriti ka koostööpartnerite olemasolu ning nende vajadust.

Esmalt uuriti sotsiaaltöötajatelt, milliste probleemidega pöörduvad nende omavalitsusse HI-viirusega nakatunud. Nendest, kes olid oma tööaja jooksul kokku puutunud HI-viirusega nakatunud elanikega (17 respondenti) tõid probleemidena välja raha puudust

nii ravimite ostmiseks kui eluaseme soetamiseks. Kliendid pöördusid sotsiaaltöötaja poole, kuna vajasisid sotsiaaltoetusi. Samuti toodi välja töötust ning pere probleeme ja suutmatust igapäeva eluga toime tulla. HIV-positiivse saatusega kliendid pöörduvad sotsiaaltöötajate poole, kuna vajavad informatsiooni ning nõustamist.

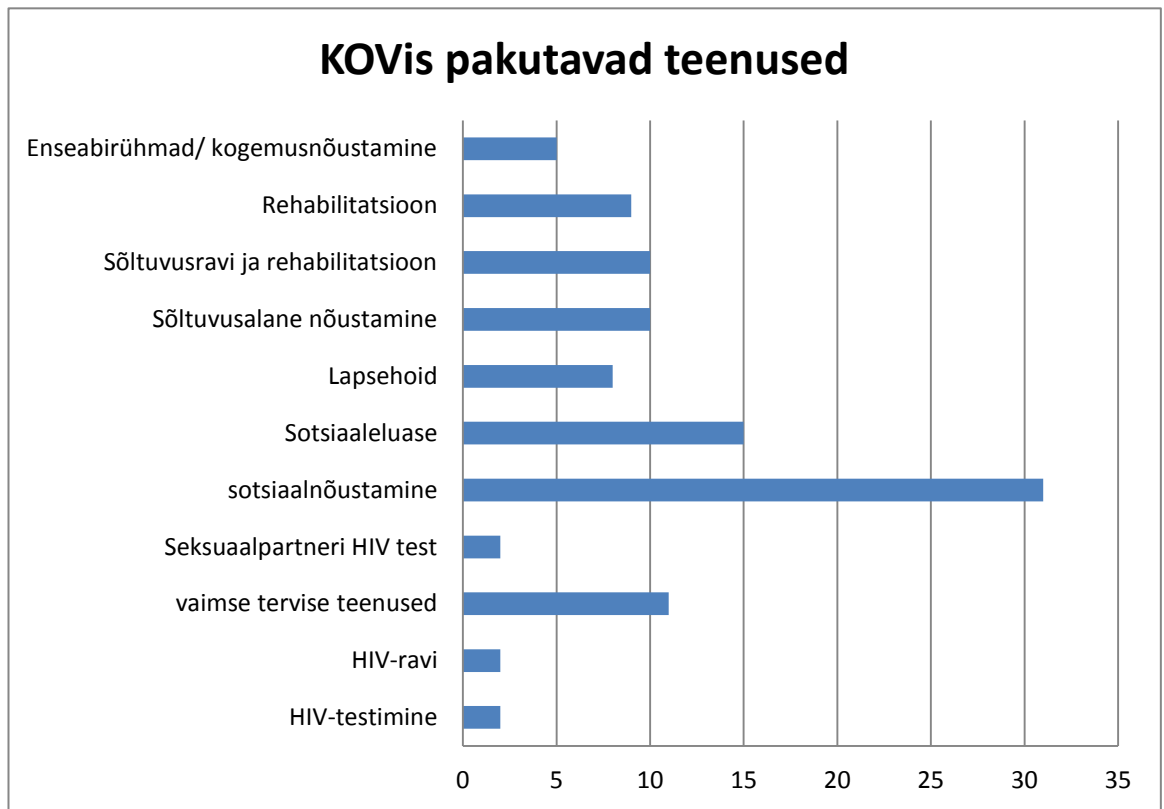
Joonisel 4 on kujutatud protsentides respondentide arvamust sellest, kas nende KOVis pakutakse HIV-positiivsetele teenuseid, mis vastaksid nende probleemidele. Küsimusele vastas 90% respondentidest ning neist üle poolte tunnistas, et nende KOV ei paku vastavaid teenuseid, kuna puudub vajadus pakkuda spetsiifilisi teenuseid. 23% vastanutest kinnitas, et neil on vajalikud teenused olemas. Selline vastuste osakaal on tõenäoliselt samuti tingitud sellest, et enamus HIV-positiivsetest elanikest on koondunud Harjumaale ja Ida-Virumaale ning ülejäänud Eesti KOVides ei peeta vajalikuks osutada kindlale riskirühmale suunatud teenuseid.



Joonis 4. HIV-positiivsetele suunatud teenuste olemas oli KOVis, protsentides (autori koostatud).

Seejärel küsiti sotsiaaltöötajatelt milliseid teenuseid nad oma klientidele üldiselt määranud on. Loetellu kuulus 11 teenust ning võimalik oli täpsustada või täiendada antud loetelu (vt joonis 5) Loetellu kaasati nii meditsiinilisi aspekte, sõltuvusalaseid

aspekte kui ka sotsiaalvaldkonna teenuseid. Tulemus näitab, milliseid teenuseid üldiselt KOVis pakutakse.



Joonis 5. KOVis pakutavad tervishoiu- ja sotsiaalteenused, respondentide arv (autori koostatud).

Joonisel 5 on toodud vastanute arvu järgi teenused, mida enim pakutakse KOVis HIV-positiivsele kliendile. Suur enamus, 31 respondenti on pakkunud kliendile sotsiaalnõustamise teenust, mis on kõige esimene teenus, mida üldiselt pakutakse. Sotsiaalnõustamine on ka teenus, mida kliendid enim vajavad. Samuti kuulub üsna populaarsete teenuste alla ka sotsiaaleluase ning vaimse tervise teenused, mis samuti on klientide seas väga olulised.

Vähem on pakutud sõltuvusalaseid teenuseid ja rehabilitatsiooni, mis võib olla põhjustatud sellest, et väga suurel osal KOVidest puuduvad ka sõltlastele suunatud teenused, kuna eeldatakse, et riiklikud teenused, mida mittetulundusorganisatsioonid pakuvad katavad kogu vajaduse. Samuti kuulub siia alla lapsehoid, mis HIV-positiivsete arvates on oluline teenus.

Kõige vähem on pakutud HIV-ravi, testimise, seksuaalpartneri testimise ning eneseabirühma teenust, tõenäoliselt puudub selleks vajadus kuna testimise järel pakutakse enamusele HIV-positiivse saatuse omandanutele neid teenuseid, HIV-ravi osutab infektsionist. Üllatavalt vähe on märkinud pakutavaks teenuseks rehabilitatsiooni teenust, enamus HIV-positiivseid on haiguse tagajärjel töövõimetud ning seetõttu omavad tihti rasket või sügavat puuet ning vajavad rehabilitatsiooni.

Tühjaks jättis vastuse 40 vastanut, millest saab järeldada, et neil pole olnud kokkupuuteid HIV-positiivsete klientidega või pole nad olnud sellest teadlikud. „Muu“ vastusena oli veel märgitud 4 korral rahalise toetuse määramist (nt ravimitoetus) ning üks respondentidest on kliendile määranud transporditeenust, tuues lisaks selgitusena, et kliendid vajavad transpordi teenust tihti ning see on tähelepanu vajav valdkond.

Vastavalt sotsiaaltöötajate hinnangule HIV-nakatunute probleemide osas on pakutavad teenused üldises osas vastavuses vajadustega. Sotsiaaltöötajate hinnangul vajavad HIV-positiivsed enim sotsiaalnõustamise ning eluaseme teenust. Vähe oli välja toodud majanduslikku toetust pakutavaid teenuseid, mis märgiti enim levinud probleemiks klientidel.

Küsimustikus uuriti, milliste asutustega teevad sotsiaaltöötajad enim koostööd HIV-viiruse kandjate abistamiseks või ravile suunamiseks. Tühjaks jättis vastuse 23 respondentid ning eitavalt vastas küsimusele 26 vastajat, millest võib järeldada, et neil puuduvad kokkupuuted HIV-positiivsete klientidega või puudub vajadus teha koostööd.

Arstide, perearstide või haiglate poole pöördus 10 vastanut, mis oli ka valdav enamus. Enamasti tehaksegi koostööd meditsiini asutustega, kus aidatakse klienti meditsiiniliste probleemidega. Veel nimetati koostöö partneritena Noorte nõustamiskabinetti, maavalitsust, Narvas tegutsevat Corrigo't, nakkushaigla sotsiaaltöötajat, samuti mainiti Raplamaa Info- ja Nõustamiskeskust. Nõustamiskeskustesse on klienti võimalik suunata, et ta saaks vajalikku ning õiget informatsiooni viiruse kohta ning saaks keskuse kaudu minna vajalikele teenustele.

Üllatav oli see, et 67 respondentist polnud keegi maininud EHPVd, mis on Eestis ainus, HIV-positiivsetele suunatud võrgustik, samuti polnud nimekirjas mainitud AIDSi

Tugikeskust, mis tegeleb HIV-positiivsete ravi ja rehabiliteerimisega. EHPV on teinud reklaami nii endale, kui pakutavatele teenustele ning on hetkel koos AIDS'i Tugikeskusega üks väheseid asutusi, kes pakuvad kompleksseid teenuseid- nõustamist, sotsiaaltöötajaabi ning võimalust meditsiiniteenustele.

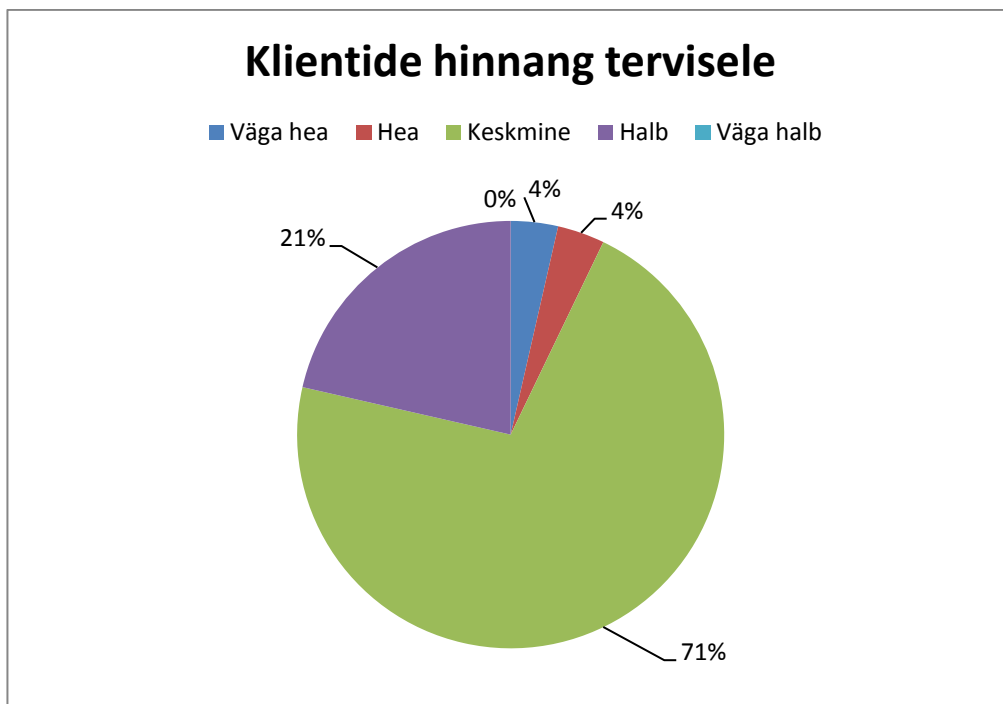
Kokkuvõtteks võib öelda, et peamiselt on sotsiaaltöötajate hinnangul HIV-positiivsete probleemiks majanduslikud raskused ning töö puudus. Teenuste pakutavuse osas ei paku spetsiifilisi HIV-positiivsetele suunatud teenuseid üle poolte vastanutest. Enim pakutavad teenused, aga on nõustamine, sotsiaaleluaseme teenus ning vaimse tervise teenused, mis sotsiaalosakonnas on ka muidu populaarseimad teenused. Vähem pakutakse sõltuvusalaseid teenuseid. Koostöö seisukohalt on enim nimetatud meditsiini asutused ning nõustamiskeskused ning üllatavaks on siinkohal EHPV ja AIDS'i Tugikeskuse välja jäämine nimistust.

2.4.4. HIV-POSITIIVSETE KLIENTIDE TERVIS

Käesolevas peatükis on analüüsitud sotsiaaltöötajate hinnangute alusel nende HIV-positiivsete klientide tervist. Joonisel 6 on protsentides kujutatud sotsiaaltöötajate hinnangut sellele, kuidas kirjeldavad nende kliendid oma tervist.

Jooniselt selgub, et suurem osa klientidest hindab oma tervist „keskmiseks“ või „pigem halvaks“. „Väga halvaks“ aga ei hinda tervist ükski respondent, mis võib olla tingitud ARV ravi edusammudest, mis tagavad nakatunutele paremad tervisenäitajad ning enesetunde. Sarnane tulemus saadi ka EHPV stigma uuringut läbi viies, kui klientidel paluti oma tervislikku seisundit hinnata.

Paremad tervisenäitajad ning parem enesetunne tähendab, et nakatunul on võimalik minna tööle ning naasta oma tavapärase elu juurde. Siiski aga on hetkel levinud tendents, kus kliendid ei soovi jätkata ARV ravi kuna see ravib nad „liiga“ terveks ning nad kaotavad oma töövõimetusprotsendi ning sellega koos ka kaasneva sissetuleku. Seetõttu eelistavad kliendid säilitada oma pigem kehva enesetunde ja suurema viirusosakeste osakaalu veres.

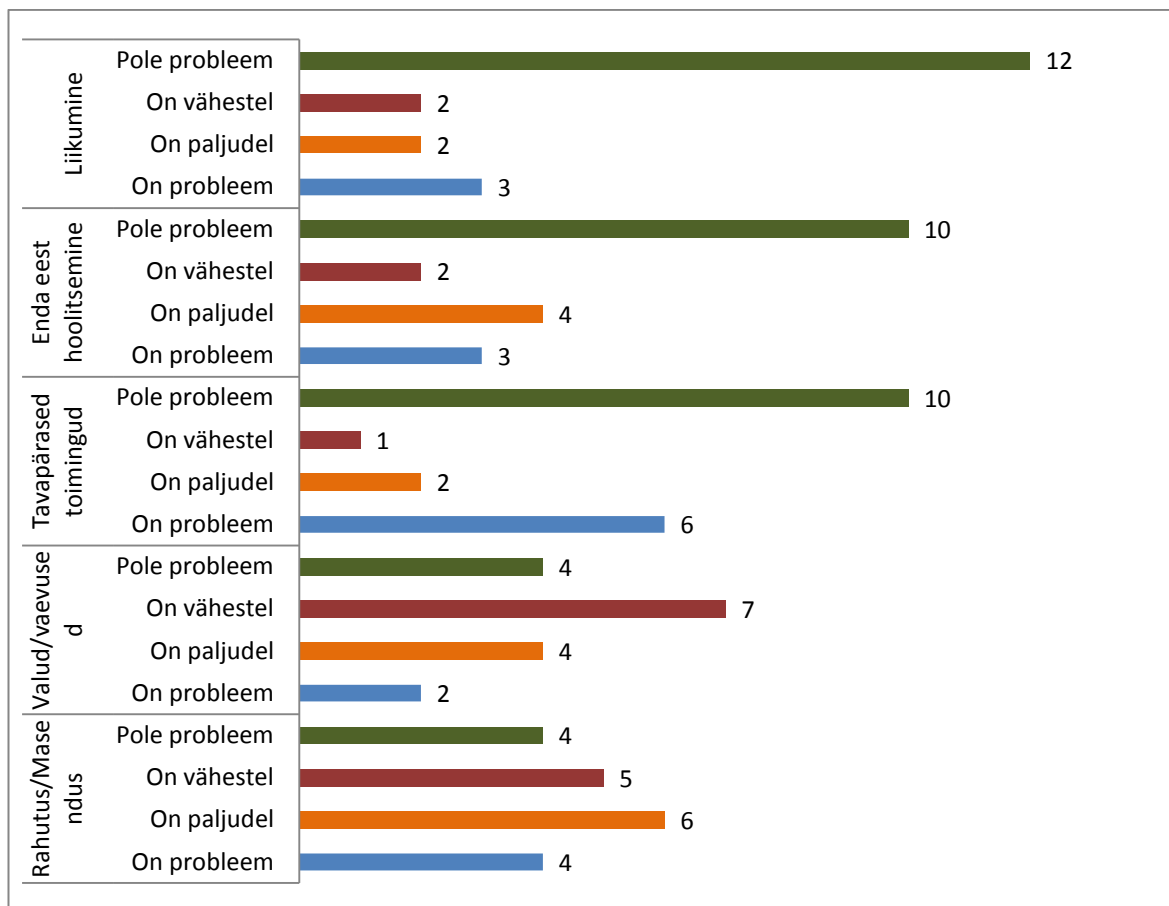


Joonis 6. Klientide tervis (autori poolt koostatud).

Järgmisel joonisel (vt joonis 7) paluti sotsiaaltöötajatel hinnata oma klientide tervist viies erinevas aspektis. Paluti hinnata liikumist, enda eest hoolitsemist, tavapäraseid toiminguid (nt. töötamine, õppimine, majapidamistööd jne), valusid või vaegusi ning rahutust ja masendust.

Sotsiaaltöötajate hinnangul ei ole klientidel probleeme liikumisega, enda eest hoolitsemisel ning tavapäraste toimingute tegemisel, võib eeldada, et sotsiaaltöötaja vaatevälja satuvad pigem toimivad elanikud, kes ei vaja abi enese-eest hoolitsemisel ning tavapäraste toimingute tegemisel. Sotsiaaltöötaja juures ei käi suure tõenäosusega narkomaanid, kes ei saa hakkama ka täiesti tavapäraste toimingutega näiteks toidutegemine (endale kui ka perele), hügieen ning kodukorras hoidmine.

Pigem toovad nad välja probleeme valude ja vaegustega ning rahutuse ja masendusega, mis on ka klientide puhul alati esmaseks probleemiks, kuna ravi ning kõrvaltoimed põhjustavad tihti ebameeldivusi ning võivad põhjustada erinevaid kõrvalnähtusi. Samuti on viirusest veres ning ühiskonna survest põhjustatud hirmud ning stigmatisatsiooni kartus, mis tekitab depressiooni ning ärevust.



Joonis 7. Klientide tervis tervislike aspektide alusel, respondentide arv (autori koostatud).

Üldiselt hindavad HIV-positiivsetega kokku puutunud sotsiaaltöötajad oma klientide tervist üsna positiivselt, kuid siiski mitte heaks ega väga heaks. See võib olla mõjutatud ARV ravi tõhususest, mis toetab HIV-positiivse organismi ning tagab minimaalse nakkustesse haigestumise ning kuna kliendid püüavad säilitada oma töövõimetuspensioni jaoks vajalikku viirusosakeste arvu veres. Samuti ei pruugi HIV-positiivne, sotsiaaltöötaja poole pöördudes suunata tähelepanu oma tervislikele aspektidele, vaid pühendub pigem majanduslikele ning sotsiaalsetele probleemidele. Klient võib eeldada, et sotsiaaltöötaja jaoks ei ole oluline olla kursis tervislike aspektidega, kuna ravimisega tegeleb eelkõige infektsioonist.

2.4.5. SOTSIAALTÖÖTAJATE VAJADUSED HIV-POSITIIVSETE ELANIKEGA TEGELEMISEL

Viimases osas tehakse ülevaade sotsiaaltöötajate vajadusest HIV-positiivsete klientidega tegelemisel ning nende nägemusest klientide vajadustest.

Küsitluse lõpus uuriti sotsiaaltöötajatelt, milliseid teenused, toetusi või koolitusi nad vajaksid, et teha oma tööd paremini. Tühjaks jättis vastuse 3 respondenti ning 24 neist ei osanud öelda või ei vaja koolitusi ega teenuseid.

30% vastanutest tõi välja, et oleksid väga huvitatud koolitustest. Huvitatud oldi nii HIV/AIDSi teemalistest, esmaabi, motivatsiooni, ennetustöö kui ka eestkoste alastes koolitustest. Enamus viitas sellele, et hetkel ei ole küll HIV-positiivseid kliente olnud, kui tahaksid olla valmis, kui peaks vajadus tekkima. TAI pakub tihti AIDS ja HIV alaseid koolitusi, kuid üha arenev meditsiin ning vajadus sotsiaaltoetuste järele nõuab pidevat ja süstematiseeritud koolitamist HIV alal.

21% vastanutest pakkus välja, et võiks saada rohkem teavet ja informatsiooni. Huvitatud oldi abi teemadest, ravist ning üldiselt HIV teemal. Pakuti välja, et võiks olla rohkem infot sellest, kuidas käituda HIV-positiivse kliendiga ning kuidas pakkuda nõustamist ning psühholoogilist abi. Rõhutati, et vähe on teavet tugigruppide ja tasuta abi kohta. Internetis on küll palju laialdast infot, kuid selle adekvaatsuses ning õigsuses ei saa tihti peale kindel olla, vajalik oleks autoriteetsete ning teemaga kursuses olevate inimeste poolt heaks kiidetud info, mis oleks kätte saadav ning tagaks kiire ligipääsu infole.

Teenuste osas nimetas 5 respondenti, et riik võiks panustada rohkem erinevate teenuste pakkumisele (nii HIV-positiivsetele kui ka teistele riskigruppi kuuluvatele kodanikele). Välja toodi tugiisikute ja abistajate vajalikkus ning probleem teenuste halva kättesaadavusega. Kaks respondenti oli välja toonud variandi, et riik võiks avaldada infot HIV-positiivsete staatuse kohta, paremaks ja efektiivsemaks tööks, kuid see oleks inimõiguste rikkumine ning näitab, et teadlikkus HIV-positiivsete elanike suhtes on siiski teatud aspektides üsna kehv.

Klientide vajaduste kohta avaldas arvamust, vaid 46% respondentidest, kellest 68% ei osanud arvamust avaldada klientide puudumise tõttu. Tugirühma või tugiisiku vajadust täheldas 2 respondenti ning kolm arvasid, et kliendid võiksid vajada rohkem nõustamist ning informatsiooni. Üks respondentidest tõi välja, et kliendid vajavad paremat transpordi korraldust ravile.

Kokkuvõtteks vajaduste osas võib öelda, et vastanutest üks kolmandik tunneb puudust koolitustest ja teabe päevadest, kus saaks kaasaegset informatsiooni ning uusi teadmisi. 21% arvab, et vajavad rohkem infot ning teadmisi, kuna praegused teadmised on aegunud ning vajaksid värskendamist. Klientide vajaduste kohta vastas, vaid alla poole respondentidest ning neist kaks kolmandikku ei osanud vastata. Ülejäänud aga usuvad, et HIV-positiivsetele peaks olema rohkem tugirühmasid ning nõustamist.

2.5. JÄRELDUSED NING AUTORI ETTEPANEKUD

2.5.1. UURINGU JÄRELDUSED

HIV nakkuse levik on aastatega stabiliseerunud, kuid nakatunuid lisandub igal aastal juurde peaaegu pool tuhat. Epideemia kese on koondunud Harju- ja Ida-Virumaale, kuid nakatunuid leidub peaaegu igas Eesti maakonnas. Hetkel teostab HIV-positiivsete ravi viis suuremat haiglat ning mittetulundusorganisatsioonid, kes alluvad TAI korraldustele. Ravi järjepidevuse ning sotsiaalse keskkonna parendamiseks oleks vajalik lisaks meditsiiniabile ka sotsiaalabi, mida pakutaks kohalikul tasandil.

Käesolev lõputöö andis võimaluse uurida sotsiaaltöötajate teadmisi ning hoiakuid HIV nakkuse ning selle kandjate osas, aidates näha teenuste ja toetuste vajalikkust ning sotsiaalsüsteemi olulisust HIV epideemia korral. Uuring andis ülevaate HIV kajastatusest KOVis ning tõmbas tähelepanu HIV nakkuse kandjate probleemidele, andes ülevaate sotsiaaltöötajate vaatenurgast.

Uuringu valimi põhjal saab teha järeldusi sotsiaaltöötaja profiili kujundamiseks. Suur osa Eesti sotsiaaltöötajatest on naised ning enamasti on nad vanuse klassis 30-49 aastat. Neist enamus on rahvuselt eestlased, kuid ilmselt Harju- ja Ida-Virumaa regioonides esineb ka vene rahvusest sotsiaaltöötajaid. Üle 80% sotsiaaltöötajatest omab

nõuetekohaselt erialast kõrgharidust, kuid on siiski ka neid kellel on omandatud, vaid kesk/keskeriharidus nagu selgus ka ESTA läbi viidud uuringust sotsiaaltöötajate hariduse kohta. Suur osa neist, kes on sotsiaaltöötaja ametikoha loomisest alates töötanud valdkonnas on püsinud ühel ja samal ametikohal. Nooremad töötajad vahetavad ametikohti tihedamalt, kuna on paranenud õppe- ning karjääri võimalused.

Antud uuringu tulemuste põhjal saab öelda, et kõik uuringule vastanud sotsiaaltöötajad on kuulnud nii HIVst kui AIDSist ning võib järeldada, et tulemuse võib ka üldkogumile üle kanda. 16 väite põhjal, mida kasutati teadmiste hindamisel võib öelda, et teadlikkus sotsiaaltöötajate seas on 66%, mis on kaks kolmandikku valimist. Üldkogumiga võrreldes oleks tulemuseks 242 sotsiaaltöötajat, kellel on puudulikud teadmised HIVst ja AIDSist ning selle ravist. Õigesti vastati täielikult ning kuni nelja vale vastusega väidetele, mis puudutasid üldtuntud tõdesid, mida meedia ning teavituskampaaniad on korduvalt propageerinud. Mistõttu võib järeldada, et senised kampaaniad on olnud edukad ning lähenemisviis on olnud õige, samuti on meedia roll, antud teema käsitlemisel ülimalt oluline.

Vähene teadlikkus peegeldus väidetest, milles paluti vastata ravi ning haiguse progressi teemal. Viimastel aastatel on ravi arenenud ning pakkunud HIV-positiivsetele võimalust paremale elukvaliteedile, samuti on selgunud, et ARV ravimite võtmine vähendab viiruse levikut. Ravi teemal on olnud vähe ühiskondlikku arutelu ning tähelepanu on suunatud pigem positiivsete harimisele, kuna see on ravi järjepidevuse ning nakkuse leviku seisukohalt olulisem. Siinkohal selgub vajadus teavituskampaaniate järele, mis selgitaks üldsusele ravi ning selle olemust ja võimalusi.

Teadlikkuse taseme poolest olid kõige paremate teadmistega keskealised ning värskest valdkonda tööle tulnud, kes vastasid enamustele väidetele õigesti ning nende valede vastuste määr oli väike. Ametikohtade lõikes paistsid heade teadmistega silma juhataja ametikohal olevad töötajad, kellel kõigil oli ka kõrgharidus ning omandatud magistrikraad. Väikeseima teadlikkusega olid nõuniku ametikohal olevad töötajad ning kesk/keskeriharidusega töötajad. Hariduslikust seisukohast järeldub, et mida kõrgem ning sotsiaaltöö valdkonna lähedasem on haridus, seda suuremad on teadmised HIV

ning AIDS teemadel, mistõttu on oluline, et sotsiaaltöötajal oleks omandatud kõrgharidus ning soovitatav on, et see oleks omandatud sotsiaalvaldkonnas.

Uuringus uuriti ka sotsiaaltöötajate suhtumist HIV-positiivsete elanike abistamisse, mis näitab, kui tolerantne on sotsiaaltöötajate suhtumine HI-viiruse kandjate osas. 84% küsitlusele vastanutest oli häälestatud positiivselt ning tolerantset suhtumist kinnitasid sotsiaaltöötajate poolt lisatud kommentaarid, mis peegeldasid siirast abistamissoovi ning tõsist tahet aidata kaasa HI-viirusega nakatunute elukvaliteedi parandamisel. Ülejäänud 16% hulka, aga kuulusid need sotsiaaltöötajad, kellel oli madal teadlikkus ning kes leidsid, et HIVga tegelemine ei ole KOV sotsiaaltöötaja ülesanne ning sellega peaksid tegelema muud vastavad organisatsioonid. Samuti peegeldus kommentaaridest stigmatisatsiooni ning diskrimineerimist, mis annab kinnitust HIV-positiivsete poolt tuntavale tõrjutusele.

Ajendid, mis tekitavad põhjendamatu stigmatisatsiooni ning diskrimineerimist on kindlasti osaliselt selles, et sotsiaaltöötajate teadmised on kehvad ning nende kujutus HI-viirusest on puudulik. Küsimustikus uuriti sotsiaaltöötajate hinnangut sellele, missuguseid probleeme või muutusi võib HI-viirus põhjustada viiruse kandjatele. Selgus, et üks viiendik vastanutest ei osanud neid probleeme kirjeldada. Üldkogumile üle kandes teeks see 142 sotsiaaltöötajat, kellel puuduvad teadmised HI-viiruse mõjust ja tagajärgedest. Vastustest tulid välja ka üldtuntud müüdid, mis hoolimata teavituskampaaniatest on siiani levinud. Nende seas populaarseim müüt, mille kohaselt levib HIV ainult narkomaanide seas. Kuigi teadmiste küsimuste juures, vastati küsimusele õigesti, peegeldus siinkohal siiski vale arusaam. See näitab kindlasti seda, et kuigi teavituskampaaniad on olnud edukad tuleb neid aegajalt korrata, et värskendada teadmisi ning meenutada HIV epideemia olemust ning mõju ühiskonnas.

Lõputöö üheks uurimisküsimuseks oli sotsiaaltöötajate arvamus HIV-positiivsetele eraldi riskirühma loomise kohta. HIV-positiivsed vajavad nende seisundist lähtuvalt spetsiifilisi teenuseid ning lähenemisi ning töövõimetuspensioni taotlemisel erinevad nende vajadused ning olukord tihtipeale olemas olevas vormis pakutavast. Seetõttu tekib neil probleeme vormide täitmisel ning taotluse esitamisel. Hetkel puudub ka

Sotsiaalministeeriumi kodulehel neile eraldi viide, mis lihtsustaks võimalustega tutvumist.

Sotsiaaltöötajad kategoriseeriks HIV-positiivsed erivajadustega/puuetega inimeste riskigruppi viidates nende tervislikule seisundile. Selline hinnang näitab jällegi suhtumist, mille alusel võib arvata, et hetkel seostavad sotsiaaltöötajad HIV-positiivseid siiski, vaid meditsiiniliste vajadustega ning sotsiaalne osa jäetakse vähema tähelepanu alla.

Uuringus püüti välja selgitada kui levinuks hindavad sotsiaaltöötajad HIV mõju oma KOVis. Esiteks paluti neil hinnata HIV-positiivsete elanike arvu. Kuigi HIV-positiivne ei ole kohustatud avaldama oma saatust on siiski paljud neist seda teinud ning samuti annab küsimus ülevaate sellest, kas sotsiaaltöötajad tunnetavad HIV-positiivsete olemasolu KOVis või mitte. Kaks kolmandikku vastajatest ei ole enda hinnangul HIV-positiivsete klientidega kokku puutunud ning ei usu, et nende KOVis nakkuse kandjaid oleks. Ülejäänud 36% hulgas aga oli neid töötajaid, kelle hinnangul võib olla või on KOVis 1-10 positiivset ning oli ka neid kelle hinnangul võib positiivsete arv ulatuda 2000 nakkuse kandjani. Suured erinevused on kindlasti põhjustatud geograafilisest asukohast, kuna epideemia kese on siiski koondunud Harju- ja Ida-Virumaale, samuti on palju nakkuse kandjaid ka Lääne-Virumaal ning Tartumaal.

Uuringus uuriti ka seda, kas HIV kuulub KOVis päevakorda ning kui aktuaalsena tunnetatakse epideemiat. Päevakajaliseks hindas HIV mõju vaid 4% vastanutest, mis teeb üldkogumi lõikes vaid 28 sotsiaaltöötajat. HIV positiivsete elanike olemasolu KOVis hindas üldkogumist 256 sotsiaaltöötajat, mis näitab, et neist ligi 90% ei peaks sellest olenemata, et nende KOVis on HIV-positiivseid, seda oluliseks muutuseks. Tõenäoliselt usutakse, et HIV-positiivsetega peaks tegelema meditsiini asutus ning seetõttu ei ole KOVis vajalik sellele tähelepanu suunata.

Eesmärgiga saada teada, kas KOVides on juba praegu HIV temaatika üle arutletud ning sellele tähelepanu pööratud uuriti, kas KOVis on osakonna, vallavalituse või volikogu tasemel HIV teemal arutletud. Üks kolmandik valimist vastas, et nende KOVis on HIV teemat osakonna tasemel läbi arutatud. Üldkogumi arvestuses teeb see 235

sotsiaaltöötajat, kelle KOVis teema on aktuaalne olnud. Veel kehvem on seisukord HIV teema kajastatuses KOV arengukavades, kus vaid 6% vastanutest väitis, et nende KOVi arengukavas on tähelepanu pööratud HIV ennetusele ning tagajärgede leevendamisele. Üldkogumist teeb see vaid 43 sotsiaaltöötajat.

Tulemused näitavad, et hetkel ei pöörata KOVides olulist tähelepanu HIV epideemia mõjudele ning tagajärgedele. HIV ja AIDS ennetusstrateegia aga näeb ette, et ka kohalikul tasemel tegeletakse pidevalt HIV ennetusega ning epideemiast tingitud tagajärgede leevendamisega. Kuigi HIV on riigis tunnustatud üldine riiklik probleem ei pöörata sellele leevendamisele piisavalt tähelepanu ega võeta kasutusele meetmeid, mis aitaksid leevendada tagajärgi ning parendaksid HIVist tingitud erinevaid tagajärgi.

Üheks uurimuse alaeesmärgiks oli välja selgitada, kas KOVis pakutakse HIV-positiivsetele vastavaid teenuseid. Kõigepealt paluti sotsiaaltöötajatel välja tuua need probleemid, millega HIV-positiivsed kliendid nende poole pöörduvad või pöörduda võiksid. Suur osa neist vastas, et peamiseks muredeks HIV-positiivsetel on majanduslikud raskused ning töötus, mis on tihti omavahel seotud. Samuti lisati, et tihti on probleeme peresuhetes ning igapäeva eluga toimetulekul. Riigi või mittetulundusorganisatsioonide poolt läbi viidud uuringud, milles on vastajateks olnud HIV-positiivsed on tulemused üdiselt sarnased. Peamiseks probleemiks on majanduslikud raskused, mis on tingitud töö kaotamisest ning kulude suurenemisest. Tihtipeale seostavad positiivsed seda ise stigmatisatsiooniga. Majanduslikud probleemid ning toimetulek igapäeva eluga on valdkonnad, kus sotsiaaltöötaja saaks suuresti abiks olla ning pakkuda võimalusi ning lahendusi nende probleemide tagajärgede vähendamisel.

Siinkohal on aga oluline tulemus, mille kohaselt vaid 23% töötajate KOVides pakutakse HIV-positiivsetele vastavaid teenuseid. Vastavateks, spetsiifilisteks teenusteks võib pidada näiteks ravimitoetust (mida küll pakutakse kõigile vajajatele, kuid mis HIV-positiivsele on väga oluline) samuti ka tugiisiku teenust ning psühholoogilist abi, mis on suunatud HI-viirusest tingitud probleemide lahendamisele.

Pakutavatest teenustest aga oli kõige populaarsem sotsiaalnõustamise teenus, mis tagab esmase abi ning mille käigus saab sotsiaaltöötaja suunata HIV-positiivse pädevamate organisatsioonide poole. Samuti oli üsna palju pakutud sotsiaaleluaseme teenust, mis seostub samuti majanduslike probleemidega ning vaimse tervise teenuseid, mille järele HIV-positiivsetel on ravimite tõttu väga suur vajadus. Oluliselt vähem pakutakse sõltuvusalaseid teenuseid ning rehabilitatsiooni ja lapsehoiu teenust. Üllatavalt vähe pakutakse aga erinevaid toetusi, mis aitaksid leevendada HIV-positiivsete majanduslikke probleeme.

Väga oluline nii HIV valdkonnas kui ka mujal on koostöö. Seetõttu paluti küsitlusele vastanutel välja tuua astutused millega nad teevad koostööd juhul kui neil on HIV-positiivseid kliente. 27% vastanutest esitas mitmeid erinevaid asutusi. Kõige enam tehakse koostööd meditsiini asutuste või töötajatega, mis on kindlasti HIV-positiivsete ravis väga oluline. Koostöö arstide ning sotsiaaltöötajate vahel on tugevaks ennetavaks faktoriks ning samuti on sellel oluline roll nakatunu ravi järjepidevusel. Teiseks populaarseks asutuseks osutusid nõustamiskabinetid, kuhu kliente suunatakse adekvaatsema info saamiseks ning mille kaudu on võimalik leida kogemusnõustajaid. Osaliselt tehakse koostööd ka haigla sotsiaaltöötaja, kuid see koostöö on pigem alustatud haigla sotsiaaltöötaja poolt, kes suunab kliendi KOV sotsiaaltöötaja juurde saamaks toetusi/teenuseid.

Koostöö seisukohalt on üllatav, et ükski sotsiaaltöötajatest ei olnud pakkunud välja EHPVd ega AIDS'i Tugikeskust, mis on ühed tuntumad asutused Eestis, kes tegelevad HIV-positiivsete aitamisega. Võib järeldada, et asutused ei ole teinud piisavalt sihipärast reklaami ning sotsiaaltöötajatele ei ole teada nende asutuste võimalused.

HIV-positiivsete elus on oluliseks aspektiks nende tervis, seetõttu uuriti sotsiaaltöötajatelt arvamusi, milliseks hindavad nad oma HIV-positiivsete klientide tervist. Suur osa vastajatest — 92% hindas klientide tervist keskmiseks või pigem halvaks ning vaid 8% hindas klientide tervist heaks või väga heaks. Väga heaks tulemuseks on see, et ükski sotsiaaltöötajatest ei hinnanud oma klientide tervist väga halvaks. Samas võib ka arvata, et need kliendid kelle tervislik olukord vastab hinnangule väga halb ei saa ravi ning seetõttu ei puutu kokku ka sotsiaaltöötaja abiga.

Enim problemaatiliseks hindasid sotsiaaltöötajad klientide puhul valusid ja vaegusi, mis on tingitud nii viirusest endast kui ka ravimite ning rahutust ja masendust, mis tihti kaasneb samuti ravimite ning viiruse tagajärjel. Üsna positiivselt hindasid nad klientide liikuvust, enese eest hoolitsemist ning tavapärase toimingute tegemist. Suurt tähelepanu tuleb pöörata klientide kõrvalmõjudest tingitud muredele, mis võivad kahjustada ravi järjepidevust ning olla seetõttu kahjulik nii resistentsuse kui ka nakkuseohu suurenemise korral. Samuti on tähtis hoida klient võimalikult aktiivne ning tagada tema toimetulek.

Töö eesmärgiks oli saada teada, millised on sotsiaaltöötajate vajadused klientidega tegelemisel. 40% vastanutest jättis vastuse tühjaks, millest võib eeldada, et neil puuduvad kogemused HIV nakkuse kandjatega ning seetõttu ei oska nad hinnata vajadusi, mis tekkida võivad. Küsimusele vastanud respondendid aga olid enamasti huvitatud koolitustest ning teabepäevadest, mis aitaksid olla kursis uuema informatsiooniga ning tagaksid tõese ja adekvaatse info. Samuti tuntakse puudust ka teenustest ja toetustest, mis riigi majanduskärbete tõttu on kannatanud, sotsiaaltöötajad leidsid, et riik peaks rohkem panustama toetuste ja teenuste rahastamisele.

Klientide seisukohalt vastas vaid 46% respondentidest ning neist 68% ei osanud hinnata, millised vajadused võiksid olla klientidel. Küsimusele vastanud tõid välja nõustamisteenuse olemasolu ning transpordi teenust. Klientide ning sotsiaaltöötajate vajadused näitavad, et sotsiaaltöötajad ise hindavad samuti oma teadmisi kehvaks ning leiavad, et võiks olla rohkem teavitust HIV alal.

2.5.2. ETTEPANEKUD EDASISEKS UURIMISEKS

Järgnevalt esitatakse autori poolsed ettepanekud HIV ja AIDS alase teavituse, poliitika, ravi ja teenuste kättesaadavuse ning võimalike edasiste uurimissuundade osas.

HIV ja AIDS alase ennetuse seisukohalt on oluline tõsta teadlikkust ning tagada kõigile tõene informatsioon. Tööst selgunud järelduste põhjal saab kinnitust, et on vajalik korraldada pidevalt teavituskampaaniad, mis jõuaksid suurte massideni. Oluline on pöörata tähelepanu müütide murdmisele, mis aitavad vähendada stigmatiseerimist ning tõrjutust ja suurendada ühiskonna sidusust. Paremad teadmised aitavad kujundada

objektiivsemaid hoiakuid ning parandaksid ühiskonna suhtumist epideemiasse ning nakatunutesse.

Peamiselt kuuluvad riskirühma noored ning seetõttu oleks oluline alustada HIV ja AIDS alast haridust juba koolis, seksuaalkasvatuse tundide raames. Kuigi informatsioon on noortele Internetist kätte saadav, peaks haridussüsteem seisma selle eest, et noored oskaksid kätte saadavat infot tõlgendada ning oleksid võimelised eristama tõest informatsiooni valest. Ka HIV ja AIDS ennetusstrateegia näeb ette, et HIV ja AIDS alaseid teadmisi jagatakse juba haridussüsteemi alguses, siiski on jäänud reaalne töö pigem sellesse aega, kui noored on juba seksuaaleluga alustanud. Samuti oleks oluline lisada HIV ning AIDSi alane teema ka sotsiaaltöö eriala õppekavadesse, et tulevasel sotsiaaltöötajal oleksid vajalikud teadmised ning oskused töötamaks HIV-positiivsete elanikega.

Haridussüsteemi kõrval teiseks oluliseks noori mõjutavaks institutsiooniks on perekond. Perekonna mõju laste seksuaalkasvatusele on väga oluline. Kampaaniate kaudu on võimalik mõjutada vanemaid pöörama rohkem tähelepanu oma laste seksuaaltervisele ning aitama neid vajaliku informatsiooni leidmisel ning tõlgendamisel. Samuti on vanematel oluline roll olla usaldusisikuks ning nõuandjaks olukordades, kus laps/noor vajab mõistmist ning suunamist.

Teavitustöö ülesandeks on ka selgitada, millist mõju avaldab HI-viirus ühiskonnale ning millised on faktorid, mis soodustavad HIVi levikut. Suurem teadlikkus HIV mõjust ning seda soodustavatest faktoritest aitab teadvustada epideemia olemust ning selle levikut. Samuti aitab see vähendada stigmatisatsiooni ning mõista HIViga nakatunud inimesi.

Edukaks teavitustööks on oluline kaasata õigeid kanaleid, mille läbi informatsiooni jagada. Läbi massimeedia – televisioon ja ajakirjandus – on võimalik jõuda suure hulga inimesteni ning jagada laialdaselt informatsiooni. Siinkohal on aga oluline pidada silmas, et need meediakanalid edastaksid õiget ning adekvaatset informatsiooni ja tagaksid täpse ja ajakohase statistika. Oluliselt efektiivsem, kuid väiksemat inimhulka haarav viis on korraldada koolitusi ning teabepäevi, kus saab teemale täpsemalt keskenduda ning mille läbi luua diskussioone, mis aitaksid teemat paremini omastada.

Teiseks oluliseks edendamist vajavaks valdkonnaks on HIV ning AIDS alane poliitika. Riiklikul tasandil on ära tehtud palju tööd piiramaks epideemia levikut ning tõhustamaks ennetustööd, kuid siiski on veel palju, mida annab parandada. On oluline, et teostatav poliitika oleks järjepidev ning püsiv ja oleks pidevalt päevakorras. Praegusel ajal ei pööra poliitikud tähelepanu HIV epideemia tagajärgedega tegelemisele. Seetõttu on valdkond alarahastatud ning enamasti teostavad töid selles valdkonnas mittetulundusühingud, kes teevad tööd missiooni tundest.

Riikliku strateegia juhtimine toimub läbi mitme tasandi muutes selle teostamise bürokraatlikuks ning keeruliseks. Hetkel juhib strateegiat Eesti Vabariigi Valitsus, mis moodustab selleks eraldi komisjoni, keda teenindab Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeerium annab HIV ja AIDS strateegia elluviimise omakorda TAI'le, kes määrab riikliku konkursi korras teenusepakkujad. Kuna valdkonnas on oluline kiire informatsiooni ning materiaalsete ressursside liikumine, oleks oluline, et tasandeid oleks vähe ning koostöö tõhus.

Samuti on liiga keeruline HIV-positiivsete juhtumikorraldus. Hetkel kehtiva korra järgi peab HIV nakkuse kandja kokku puutama suure hulga spetsialistidega, see aga suurendab sisemist stigmatisatsiooni ning hirmu. Oluline on tagada HIV-positiivse järjepidev ravi ning tagada tema sotsiaalne heaolu. Kahe sotsiaaltöötaja asemel võiks juhtumiga tegeleda, vaid üks sotsiaalvaldkonna spetsialist, kellel oleksid õigused ja võimalused pakkuda nii sotsiaalnõustamist kui ka KOV või riigi poolt pakutavad muud teenuseid/toetusi.

Selleks, et pakkuda HIV-positiivsete vajadustele vastavaid teenuseid, oleks oluline määratleda nende riskirühm. Kuigi suur osa nakatunutest kuulub niigi juba mõnda riskirühma on oluline, et nende viiruse mõjust tingitud tagajärgedele oleks kiirelt leitav lahendus ning vahendid. Hetkel kategoriseeritakse HIV-positiivsed erivajadustega/puuetega inimeste riskirühma. Kuigi töövõime kaotus on tingitud nende tervislikust seisundist oleks vajalik koostada lihtne ning selgesti mõistetav taotlus, mille täitmisel arvestatakse viirusest põhjustatud tervislikke probleeme. Eraldi teenuste ja toetuste süsteemi abil on võimalik kiiremini ning efektiivsemalt taotleda sotsiaalteenuseid ning –toetusi.

Üheks peamiseks arendamist vajavaks valdkonnaks on koostöö. Hetkel pakuvad HIV-positiivsetele teenuseid mitmed meditsiini asutused ning mittetulundusühingud. Koostöö erinevate asutuste vahel on peaaegu olematu ning puudub ühtne süsteem, kuidas kliente paremini aidata. Samuti kaasatakse vähe kohalikku omavalitust. Vajalik oleks luua võrgustik, kuhu kuuluksid kõik HIV-positiivseid kliente abistavad asutused ning kuhu vajadusel kaasatakse KOV esindaja. See lihtsustaks teenuste pakkumist ning aitaks välja arendada paremaid võimalused ning tagaks ressursside õige ja sihipärase kasutamise.

Problemaatiliseks valdkonnaks Eestis on teenuste/toetuste ning ravi kättesaadavus. Ligi 4000 HIV-positiivset saab küll aktiivselt ARV ravi, kuid on veel üle 4000 registreeritud positiivse ning lisaks oma staatusest mitte teadlikud, kelleni ei ole jõudnud ARV ravi võimalus ning ligipääs sotsiaalteenustele. Siinkohal on samuti oluline teavitustöö ning erinevad kiirtestimise kampaaniad, mille käigus avastatakse uusi positiivseid, kinnitatakse staatust ning tagatakse informatsioon edasiseks tegevuseks. Probleemiks on osade KOV sotsiaaltöötajate suhtumine, kes usuvad, et HIV-positiivsete elanike probleemidega tegelemine ei ole kohaliku tasandi ülesanne ning seetõttu peab HIV nakkuse kandja leidma abi Harjumaa ning Ida-Virumaa asutustest.

Enamus teenuse pakkujaid ongi koondunud Harjumaale ja Ida-Virumaale, kus HIVi mõjud on suuremad ning oluliselt märgatavamad kui mujal Eestis. Siiski on vajalik luua abi saamise võimalusi üle Eesti, et vajadusel saaks nakatunu võimalikult elukoha lähedal ravi ning sotsiaalabi.

2013. aasta kevadel avati Narvas Eesti esimene HIV-positiivsetele ning AIDSi diagnoosiga inimestele mõeldud haigla – Linda Kliinik. Kliinik on loodud mittetulundusorganisatsiooni initsiatiivil ning on kindlasti teerajajaks teistele samalaadsetele asutustele. Kuna kliinik alles avati on siiski kriitiliseks probleemiks asjaolu, et HIV-positiivsed kliendid tunnevad tavahaiglat kasutades tõrjutust ja diskrimineerimist ning tihti on meditsiini personal üleolev ning on keeldunud klienti ravimast.

Samuti oleks vajalik luua hooldushaigla või eraldi osakond juba olemasolevasse hooldusasutusse, kuhu igapäeva hooldust vajavad HIV-positiivsed saaksid vajadusel pöörduda ning kus oleks keskendutud just HIV nakkusega inimeste hooldamisele. Kuna viirusega kaasnevad riskid ning kasutusele tuleb võtta ettevaatusabinõusid oleks vajalik personali eraldi väljaõpe, mis tagaks turvalise ning meeldiva teeninduse.

Parema tervisliku seisundi tagamiseks tuleks riigil leida lisarahastust kolmanda põlvkonna ARV ravimite riigihanke sisseostuks. Uued ravimid aitavad vähendada resistentsuse ohtu, parendada tervislikku seisundit, tagada suurema töövõime ning takistada viiruse levikut (selle paljunemist) veres.

Edasisi uurimissuundi antud teemal on palju. Kuigi HIV ning AIDS ei ole meie ühiskonnas enam uus nähtus on selle mõjusid ning tagajärgi vähe uuritud. Valdkond on oma ebapopulaarsuse tõttu vähe rahastatud, mistõttu puuduvad materiaalsed vahendid teostada erinevaid uuringuid. Ravivõimaluste paranemine aga tagab HIV-positiivsete elanike pikema eluea ning suurema töövõime, mistõttu on oluline uurida erinevaid muutusi ühiskonnas.

Antud uuringust lähtudes oleks oluline uurida, kuidas on mõjutanud HIV-positiivsete elukvaliteeti sotsiaalteenuste/toetuste kättesaadavus. Kahe grupi võrdlusest selguks, kuidas mõjutab sotsiaalteenuste/toetuste kasutamine nende heaolu ning sotsiaalset kindlustatust. Samuti võiks ka Eestis läbi viia juba Ühendkuningriigis tulemusi toonud uuringu, milles selgitati välja arst-infektsionistide arvamus klientide sotsiaalteenuste vajadusse. Uuringu tulemusel saaks selgema ülevaate, kas sotsiaalteenused on Eestis HIV-positiivsete ravis olulised või mitte.

Oluline oleks uurida HIV-positiivsete vajadusi hooldusasutuste järele ning uurida, kuidas mõjutab elukvaliteeti tugiisiku teenus ning kui kättesaadav see on. Antud uuringust ei selgunud, milliseid spetsiifilisi teenuseid pakutakse HIV-positiivsetele, seega oleks üheks võimalikuks edasiseks suunaks uurida, missuguseid erinevaid teenuseid KOVide lõikes pakutakse. Samuti peaks uurima HIVi mõju sotsiaal-, tervishoiu ning haridusvaldkonnale.

KOKKUVÕTE

HIV epideemia levik mõjutab oluliselt ühiskonda ja selle toimetehhanisme. Väga oluline on õppida arvestama muutustega ning tagada kõigile ühiskonna liikmetele võrdne kohtlemine ning elukvaliteet. Käes olev lõputöö andis ülevaate HI-viirusest, selle mõjust organismile. Samuti kirjeldati HIV mõju ühiskonna osadele ning HIV nakkuse kandjatele, toodi välja kohaliku tasandi sotsiaaltöötajate hoiakud ja võimalused abistamiseks HIV diagnoosiga elanikke.

Käesolevas uurimuses selgitati välja, millised on kohaliku tasandi sotsiaaltöötajate teadmised ja hoiakud HIV-positiivsete elanike abistamisel. Töös anti ülevaade KOVis pakutavatest teenustest ning sotsiaaltöötajate vajadustest töötamisel HIV diagnoosiga elanikega. Lisaks uuriti sotsiaaltöötajate hinnanguid klientide probleemidele ning tervislikule seisundile. Uurimusest selgus, et teadlikkust HIVst ja selle ravist on keskmised ning hoiakud positiivsed. Teenuseid, mis on suunatud HIV-positiivsetele pakutakse vaid vähestes KOVides. Peamiseks vajadusteks HIV-positiivsetega töötamisel on suurem teabe hulk ning koolituste arv, mis tagaks paremad teadmised töötamisel.

Teadlikkuse hindamisel 16 väite alusel selgus, et üle poolte sotsiaaltöötajatest on teadlikud HI-viirusest, selle levikuteedest ning ravist. Enim näitasid head teadmiste taset üles keskealised sotsiaaltöötajad ning hiljuti valdkonda tööle asunud. Ametikoha ja teadlikkuse seose lõikes olid enim teadlikud just juhataja ametikohal töötavad sotsiaalalal töötajad ning magistrikraadi omandanutel. Teadmiste tase oli madalaim 50-59 aastaste töötajate seas ning neil, kes on valdkonnas töötanud kõige kauem. Ametikoha ja haridustaseme lõikes olid madalaima teadlikkusega nõunikud ning kesk/keskeriharidusega töötajad.

Suhtumiselt tolerantseimad olid samuti keskealised, 40-49 aastased töötajad. Vähim tolerantst näitasid üles 22-29 aastased töötajad ning valdkonnas 0,6-6 aastat töötanud isikud, neist enamus kuulub 22-29 aastaste vanusegruppi. Positiivseim suhtumine abistamisse oli valdkonnastöötamise aja järgi 16-22 aastat valdkonnas töötanutel.

Uuringust selgus, et kaks kolmandikku KOVIDest ei hinda HIV olemasolu oma KOVis probleemiks ning leiab, et nende KOVis puuduvad HIV-positiivsed. Sellest tulenevalt ei ole KOVis arutletud HIV mõjude üle ega ole keskendunud HIV tagajärgedeks ettevalmistumisele. Siiski on üksikuid omavalitsusi, kus sotsiaaltöötajatele teadaolevalt on HIV nakkuse kandjaid ning seetõttu on osakonna tasemel arutletud HIV temaatika üle. Samuti on vähemates kui kümnendikus KOVIDes lisatud omavalituse arengukavasse HIV valdkond. Sama tulemus selgus ka pakutavate teenuste ja toetuste osas, kus vaid väike osa Eesti omavalitsusi on hetkel pakkunud HIV-positiivsetele teenuseid. Klientide tervis sotsiaaltöötajate hinnangul on keskmine ning peamiste probleemidena toodi välja majanduslikke raskusi ning elukoha puudumist, töötust.

Peamiste vajadustena töö efektiivsemaks ning paremaks muutmisel toodi välja vajadust koolituste ning infopäevade järele, kus oleks võimalik omandada uut ja kasulikku informatsiooni. 21% vastantusest arvas, et vajaksid rohkem infot ning teadmisi, kuna praegused teadmised on aegunud ning vajaksid värskendamist. Klientide vajaduste osas hindasid sotsiaaltöötajad peamisteks vajadusteks rohkemate teenuste olemasolu.

Peamised tööst tulenevad ettepanekud HIV ja AIDSi-vastase ennetustöö tõhustamiseks on tagada efektiivsem teavitustöö ning järjepidev ja tõhus koolituste süsteem, mis tagaks paremad teadmised ja aitaks mõista HIV olemust. Samuti oleks oluline lihtsustada juhtumikorraldust ning vähendada riiklikku bürokraatiat teenuste pakkumisel. Riiklikul tasandil tuleks parendada teenuste kättesaadavust ning tagada teenuste olemasolu kõigis Eesti piirkondades.

Edasist uurimist vajavad probleemid, kuidas mõjutab sotsiaalteenus HIV-positiivsete elukvaliteeti ning milliseid teenuseid hetkel KOVIDes HIV-positiivsetele pakutakse. Samuti peaks uurima HIVi mõju sotsiaal-, tervishoiu ning haridusvaldkonnale.

VIIDATUD ALLIKAD

1. **Adam, B.D. Sears, A.** 1996. Experiencing HIV personal, family and work relationships. New York: Columbia university Press.
2. **Adojaan, M.** 2009. Molecular variation of HIV-1 and the use of this knowledge in vaccine development. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
3. Aids.gov. [<http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/how-you-get-hiv-aids/>]. 22.04.2013.
4. Aidsinfo.
[http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/HIVandItsTreatment_cbrochure_en.pdf].
22.04.2013.
5. **Allaste, A-A.** 2009. HIV/AIDS – sotsiaalne probleem?. – Eesti Arst, nr 4 (88), lk. 242-245.
6. Are you HIV-prejudiced. [<http://areyouhivprejudiced.org/Our-thinking/Health%20and%20social%20care.aspx>]. 22.04.2013.
7. Biomedikum.
[http://biomedicum.ut.ee/armpgb/1kursus/HIV_AIDS_Oportunistlikud.pdf].
22.04.2013.
8. Centers for disease control and prevention.[<http://www.cdc.gov/>].
22.04.2013.

9. **Drew, R., Donoghoe, M., Koppel, A., Laukamm-Josten, U., Politi, C., Rotberga, S., Sarang, A., Stöver, H.** . 2008. HIV ja AIDS-iga võitlemine Eestis välisindamise aruanne. Tallinn: TAI.
10. **Eero, E., Maran, K., Trunin, L.** 2012. Bioloogia ja Geograafia. Tallinn: Kirjastus Raudwara.
11. Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006- 2015. 2005. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Riiklik_HIV_ja_AIDSi_strateegia_aastateks_2006-2015.pdf]. 23.04.2013.
12. Eesti Vabariigi põhiseadus. – Riigi Teataja 1992, nr. 26, art. 349.
13. EHPV koduleht. [<http://ehpv.ee/teenused/sotsiaalne-noustamine/>]. 28.04.2013.
14. EHPV video.[<http://ehpv.ee/luhifilm-olen-positiivne-hiv-positiivne/>]. 22.04.2013.
15. **Everaus, H., Vahter, H.** 1989. Omandatud Immuunpuudulikkuse sündroom AIDS. Tartu: Tartu Riikliku Ülikooli trükikoda.
16. **Harro, M., Rüütel, K.** 2004. HIV-nakkuse ja AIDSi olemus ning ennetamine. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus.
17. Health. [<http://www.health.com/health/gallery/0,,20539037,00.html>]. 22.04.2013.
18. History of AIDS 1987-1992. [<http://www.avert.org/aids-history87-92.html>]. 22.04.2013.
19. History of AIDS 1993- 1997. [<http://www.avert.org/aids-history93-97.html>]. 22.04.2013.
20. History of AIDS 1998- 2002. [<http://www.avert.org/aids-history98-02.html>]. 22.04.2013.

21. History of AIDS 2007. [<http://www.avert.org/aids-history07.html>].
22.04.2013.
22. History of AIDS up to 1986. [<http://www.avert.org/aids-history-86.html>].
22.04.2013.
23. HIV eetika. [www.gsk.ee/UserControls/DocumentDriveRetreiver.ashx?].
22.04.2013.
24. HIV infektsioon ja AIDS. [http://www.eope.ee/_download/euni_repository/file/1127/kursuse_mater.rar/kursuse_mater/%20HIV%20infektsioon%20ja%20AIDS.pdf]. 22.04.2013.
25. HIV paljunemine. [<http://www.youtube.com/watch?v=RO8MP3wMvqg>].
22.04.2013.
26. Hoiakud 2. [<http://eope.eek.ee/oo/2011/sotsiaalpsuhhologia/hoiak.html>].
22.04.2013.
27. Hoiakud. [<http://eope.eek.ee/oo/2011/sotsiaalpsuhhologia/hoiak.html>].
22.04.2013.
28. Kodanikeühendused HIV valdkonnas. Koostaja Kašina, J. 2009. Tallinn: Eesti HIV-positiivsete võrgustik.
29. Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate haridus. 2012. Tallinn: ESTA. [<http://www.eswa.ee/index.php?picfile=875>]. 22.04.2013.
30. **Lõhmus, L. Murd, M. Trummal, A. Loit, H-M. Rüütel, K.** 2009. Tallinn.[www.tai.ee/terviseandmed/uuringud/download/112]. 22.04.2013.
31. **Marandi, T.** 2012. [www.tfg.tartu.ee/bioloogia/ESITLUSED/viirused.ppt].
22.04.2013.
32. **Ojakallas, T.** 2012. Töövõimetuskindlustuse muudatused. — Sotsiaaltöö, nr 6, lk. 12-14.

33. **Paat-Ahi, G. Sikkut, R. Aaviksoo, A.** 2012. HIVi mõju majandusele ja tööandjate roll selle ennetamisel. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. [http://terve-eesti.ee/wp-content/uploads/2012/05/HIV_anal%C3%BC%C3%BCs_HiVi-m%C3%B5ju-majandusele-ja-t%C3%B6%C3%B6andja-roll-selle-ennetamisel.pdf]. 22.04.2013.
34. Pealtnägija. [<http://etv.err.ee/arhiiv.php?id=136796>]. 22.04.2013.
35. Rahvastiku Tervisearengukava 2009-2020. 2008. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf]. 22.04.2013.
36. **Rude, L. E.** 2004. The Global HIV/AIDS Epidemic: Threats to Society and Economy, Political and Cultural Challenges [Rude. academic.reed.edu/epi/papers/hivrude.doc]. 22.04.2013.
37. **Rõigas, E.** 1988. Omandatud immuunpuudulikkuse sündroom AIDS. Tallinn: Valgus.
38. **Shernoff, M. Smith, R. A.** 2000. HIV Treatment: Mental Health Aspects of Antiviral Therapy. USA: UCSF AIDS Health Project.
39. **Sobolev, I.** 2003. HIV-postiivsete inimeste toetamine. Tervise Arenguinstituut.
40. **Sobolev, I.** 2009. HIV-kogukonna vajadused ja ootused. [www.ut.ee/epi/orb.aw/class=file/action.../id.../EHPV.pdf]. 22.04.2013.
41. **Sobolev, I. Voinova, J.** 2011. Stigmatisatsiooninäitaja HIV-positiivsetel inimestel Eestis. Tallinn: Eesti HIV-postiivsete võrgustik.
42. Sotsiaalhoolekande seadus 1995. Riigi Teataja I osa, 1995, nr 21, art 323.
43. Sotsiaalministeerium. [<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele.html>]. 22.04.2013.

44. Speedtests. [http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/journal_article/pdf/rapid_review.pdf]. 22.04.2013.
45. Statistikaamet. [http://www.stat.ee/rahvastikunaitajad-ja-koosseis]. 22.04.2013.
46. Statistikablogi. [http://statistikaamet.wordpress.com/2011/12/28/eesti-rahvastik-vaheneb-ja-vananeb-visuaalne-statistiline-vaade/]. 22.04.2013.
47. TAI 2012. [http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamise/hiv-i-ennetamine]. 22.04.2013.
48. TAI juhtumikorraldus. [http://www.tai.ee/images/PDF/Lepingud/Lepingud_2012/Lisa_6_JK_kirjel_dus.pdf]. 28.04.2013.
49. Terviseamet. [http://terviseamet.ee/nakkushaigused/nakkushaigustesse-haigestumine/hiv-ja-aids.html]. 22.04.2013.
50. Testimisele ja ravile suunamise juhend. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervise poliitika/HIV_AIDS/Kasulikud_lingid/HIV_testimise_ja_ravile_suunamise_uuendatud_juhis_31.pdf]. 22.04.2013.
51. The Effect of HIV/AIDs on Society. [http://www.dosomething.org/actnow/tipsandtools/the-effect-hivaids-society]. 22.04.2013.
52. The Handbook of Social Work Research Methods. 2010. Toimetaja Thyler, B. USA:Sage.
53. The impact of social care support for people living with HIV the results of NAT's snapshot survey of healthcare professionals. [http://www.nhivna.org/SocialCareSupport.aspx]. 22.04.2013.
54. The structure of HIV. [http://www.avert.org/hiv-virus.htm]. 22.04.2013.

55. Up to date. [<http://www.uptodate.com/contents/symptoms-of-hiv-infection-beyond-the-basics>]. 22.04.2013.
56. **Udin, S.** 2003. The No-nonsense guide to HIV/AIDS. London: Verso.
57. **Ustina V.** 2005. HIV-nakkus Eestis aastatel 1987–2004: seire statistiline ülevaade. Tallinn: Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslaboratoorium.
58. What are CD4 cells?. [<http://aids.about.com/od/newlydiagnosed/qt/cd4.htm>]. 22.04.2013.
59. What do you need?. [www.sigmaresearch.org.uk]. 22.04.2013.
60. What is HIV-2. [<http://aids.about.com/od/newlydiagnosed/a/hiv2.htm>]. 22.04.2013.
61. **Whiteside, A.** 2008. HIV/AIDS A Very Short Introduction. New York: Oxford University Press.

LISAD

LISA 1. UURIMISINSTRUMENT

Lugupeetud küsimustikule vastaja! Mina Elise Tõllimäe, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledži kolmanda kursuse sotsiaaltöö tudeng koostan oma diplomitööd teemal „KOV sotsiaaltöötajate võimalused ja vajadused HIV-positiivsete elanikega tegelemisel“. Minu diplomitöö üheks osaks on küsitlus, mille viin läbi KOV sotsiaaltöötajate ning maavanemate seas. Diplomi töö tulemusel loodan välja selgitada, milline on hetke olukord KOVides. Tulemusi analüüsitakse üldistatult ja konfidentsiaalselt. Olen väga tänulik vastuste eest.

Üldandmed

Palun märkige oma sugu

1. Mees

2. Naine

Palun märkige oma vanus

.....aastat.

Palun märkige oma rahvus

1. Eestlane

2. Venelane

3. Muu

Palun märkige oma ametikoht

.....

Palun märkige, kui kaua olete antud ametikohal töötanud

.....kuud/aastat.

Palun märkige, kui kaua olete töötanud sotsiaalvaldkonnas

.....kuud/aastat.

Palun märkige oma haridus

1. Kesk/keskeri

2. Erialane kõrgharidus

3. Mitteerialane kõrgharidus

4. Muu

Teadmised/hoiakud

Kas olete kunagi kuulnud HI-viirusest või AIDSist?

1. Ei

2. Jah

3. Ei oska öelda

Kas Te olete järgmiste väidetega nõus? Palun märkige sobiv vastus igale reale.

	Jah	Ei	Ei tea
1. Inimene kes näeb terve välja, võib olla nakatunud HIV'i			
2. HIV ja AIDS on ainult narkomaanide probleem			
3. Kui inimene nakatub HIV'i, siis ta elu kaotab mõtte			
4. HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada kasutades iga seksuaalvahekorra ajal kondoomi			
5. HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada, olles seksuaalvahekorras vaid ühe HIV-i nakatumata ja sulle truu partneriga			
6. Süües samadest toidunõudest HIV-i nakatunud inimesega võib ka ise nakatuda HIV-i			

Lisa 1 järg

	Jah	Ei	Ei tea
7.Kasutades HIV-i nakatunud inimestega ühist tualetti (WC), võib ka ise nakatuda HIV-i			
8.Inimene võib nakatuda HIV-i, kui ta süstib süstlaga, mida keegi teine on enne teda kasutanud			
9.Välimuse järgi on võimalik öelda, et inimene on HIV-i nakatunud			
10.HIV on surmaga lõppev haigus			
11.HIV ravi on olemas			
12.HIV-i ravi ravib inimesed viirusest terveks			
13.HIV-i ravi võimaldab HIV-positiivsel elada sümptomivaba elu (täisväärtuslikku elu)			
14.HIV-i ravi vähendab riski nakatada viirusega teisi inimesi			
15.Igal nakatunud on võimalik saada nakatumisel ravi			
16.Kas Te teate, kust vajadusel saada HIV-i ravi?			

Mida arvate Teie kui sotsiaaltöötaja HIV-positiivsete inimeste ravimisest?

1.Sotsiaaltöötaja peab aitama kõiki. Palun põhjendage oma arvamust

.....

2. Ei pea aitama, kui on loodud vastav probleemiga tegelev organisatsioon. Palun põhjendage oma arvamust

.....

Millised probleemid võivad Teie kui sotsiaaltöötaja arvates kaasneda HI-viirusega?

.....

Millisesse sotsiaalse erivajadusega (riskiga) gruppi liigitate Teie HIV-positiivsed elanikud?

.....

HIV Teie omavalitsuses

Kui palju on Teie hinnangul HIV-iga elavaid elanikke Teie omavalitsuses?

..... arv.

Kas HI-viiruse levik on Teie kui sotsiaaltöötaja arvates Teie omavalitsuses suur probleem?

1. Jah
2. Ei
3. Ei tea

Kas Teie omavalitsuses on HIV probleemi üle arutletud?

Osakonna tasemel

Vallavalituse tasemel

Volikogu tasemel

Ei ole arutletud

Ei tea

Lisa 1 järg

Kas Teie omavalitsuse arengukavas on HIV temaatikat käsitletud?

1. Jah
2. Ei
3. Ei tea

Teenused ja toetused

Milliste probleemidega HIV-iga elavad inimesed Teie omavalitsusse pöörduvad?

.....

Kas Teie kohalik omavalitus pakub neile neid teenuseid?

1. Ei
 2. Jah (palun loetlege need)
-

Millised alljärgnevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ja toetusi Te olete oma klientidele määranud või soovitanud?

1. HIV-testimine
2. HIV-ravi
3. Vaimse tervise teenused
4. Seksuaalpartneri HIV-testimine
5. Sotsiaalnõustamine
6. Sotsiaaleluase
7. Lapsehoid
8. Sõltuvusalane nõustamine
9. Sõltuvusravi ja rehabilitatsioon (sh. metadoon-asendusravi)
10. Rehabilitatsioon
11. Enseabirühmad/ kogemusnõustamine
12. Muu.....

Milliste asutustega teete koostööd HI-viiruse kandjate abistamisel?/Teie lähimad koostööpartnerid HI-viiruse kandjate abistamisel.

.....

HIV-positiivsed kliendid

Kuidas kirjeldavad Teie kliendid üldiselt oma tervist? (Milline on Teie klientide keskmine tervis?)

1. Väga hea
2. Hea
3. Keskmine
4. Halb
5. Väga halb

Lisa 1 järg

Kui mõtlete kõikide oma omavalitsuse HI-viirusega klientide peale, siis kuidas kirjeldate oma klientide järgmisi tervislikke aspekte:

	Pole probleem	On vähestel	On paljudel	On probleem
Liikumine	1	2	3	4
Enda eest hoolitsemine Tavapärased toimingud(töötamine, õppimine, majapidamistööd, perekondlikud või vaba-aja ettevõtmised)	1	2	3	4
Valud/ vaevused	1	2	3	4
Rahutus/ masendus	1	2	3	4

Vajadused

Milliseid teenused/toetusi/koolitusi vajaksite, et teha oma tööd paremini?

.....

Milliseid teenused/toetuseid lisaks olemasolevatele vajavad Teie HIV-positiivsed kliendid?

.....

Tänan vastamise eest!

LISA 2. VÄIDETE ÕIGED VASTUSED

Inimene kes näeb terve välja, võib olla nakatunud HIV'i	Jah
HIV ja AIDS on ainult narkomaanide probleem	Ei
Kui inimene nakatub HIV'i, siis ta elu kaotab mõtte	Ei
HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada kasutades iga seksuaalvahekorra ajal kondoomi	Jah
HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada, olles seksuaalvahekorras vaid ühe HIV-i nakatumata ja sulle truu partneriga	Jah
Süües samadest toidunõudest HIV-i nakatunud inimesega võib ka ise nakatuda HIV-i	Ei
Kasutades HIV-i nakatunud inimestega ühist tualetti (WC), võib ka ise nakatuda HIV-i	Ei
Inimene võib nakatuda HIV-i, kui ta süstib süstlaga, mida keegi teine on enne teda kasutanud	Jah
Välimuse järgi on võimalik öelda, et inimene on HIV-i nakatunud	Ei
HIV on surmaga lõppev haigus	Ei
HIV ravi on olemas	Jah
HIV-i ravi ravib inimesed viirusest terveks	Ei
HIV-i ravi võimaldab HIV-positiivsel elada sümptomivaba elu (täisväärtuslikku elu)	Jah
HIV-i ravi vähendab riski nakatada viirusega teisi inimesi	Jah
Igal nakatunul on võimalik saada nakatumisel ravi	Jah
Kas Te teate, kust vajadusel saada HIV-i ravi?	Jah

SUMMARY

LOCAL GOVERNMENT SOCIAL WORKERS ATTITUDES AND OPTIONS FOR DEALING WITH HIV-POSITIVE INHABITANTS

Elise Tõllimäe

In this diploma thesis the author examines local government (LG) social workers knowledge and attitudes in dealing with HIV-positive people. Also the needs of the social workers working with HIV infected. The result gives an overview of the current situation and allows drawing conclusions on social workers willingness to work with HIV-positive inhabitants.

For the past several years Estonia has been number one in Europe in the amount of new HIV infections. The seriousness of the situation is reflected in the fact that the number of new HIV infections per 1 million people in Estonia exceeds the majority of EU member states by dozens of times. In most cases, HIV infection is mistakenly taken only as a medical problem, but infected often comes across also with psychosocial problems. The World Health Organization defines health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease. So it is clear that the issue needs a lot of attention from social workers.

Diploma thesis aim is to provide an overview of the HI-virus, its impact on society and describe HIV-positive people problems and LG social workers possibilities of helping them, also to identify LG social workers opportunities and attitudes dealing with HIV-positive residents.

To achieve this goal the author has set up various research questions that seek answers in the diploma. The research questions are following:

- What are the knowledge and attitudes in dealing with HIV-positive residents?

- In which social risk group would LG social workers classify HIV-positive residents?
- What kinds of services and/or grants are offered to HIV-positive people in LG?
- If and what kind of training or materials LG social workers need to help HIV-positive people?

In diploma thesis was carried out a quantitative research. Data was collected on the basis of questionnaire. The study involved 67 LG social workers all over the Estonia. This study revealed that the awareness of HIV and its treatment are average and the attitude is positive. Services, which are aimed at HIV-positive are offered only in a few local governments. Basic needs of HIV-positive development are the greater amount of information and number of trainings, which ensures a better knowledge of the development.

The study revealed that more than half of social workers are aware of the HIV virus, its transmission and treatment. Most aware were the social workers who are 40-49 years old and the ones who recently started working in the social area. The level of knowledge was lowest among workers aged 50-59 and those who have worked in the field for the longest time. Most tolerant were also middle-aged – 40-49 years old workers and the least tolerant were employees aged 22 to 29 years, and workers who have worked in the area from 0.6 months to 6 years, the majority of them belongs to the age group of 22-29 years.

The survey revealed that two-thirds of the local governments do not acknowledge the presence of HIV problem in their municipality and believes that there are no HIV-positive people. There have been no discussions on the impact of HIV and no precautions for the consequences of HIV. However, there are few municipalities where social workers acknowledge having HIV infected inhabitants. Only a small part of the municipalities are currently offering services to HIV-positive.

The main needs in working with HIV-positive people are better information and more training days where they could acquire new and useful information. 21% of respondents thought they would need more information and knowledge because current knowledge is obsolete and need to be updated.

The main proposals against HIV and AIDS is to ensure more effective communication and more effective training system that could provide a better understanding and help to understand the nature of HIV. It is also important to facilitate case management and reduce red tape to simplify provision of services. At the national level it is important to improve access to services and ensure service availability in all regions of Estonia.

Further research is needed into the problems about the impact of social services on HIV positive people's quality of life, and what kind of services are currently offered in local governments for HIV-positive. It should also examine the impact of the HIV on social, health and education sectors.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina **Elise Tõllimäe**, (sünnikuupäev: 24. september 1991)

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

„Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate hoiakud ja võimalused HIV-positiivsete elanikega tegelemisel“,

mille juhendaja on **Kandela Õun**,

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.

Pärnus, 15.05.2013