

Hiv-tartunnan yhteys somalialais- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien terveys- ja palvelukokemuksiin

Kanerva Rautila

Lääketieteen kandidaatti

Helsinki 15.2.2018

Tutkielma

kanerva.rautila@helsinki.fi

Ohjaajat:

LL Paula Tiittala

LT Pia Kivelä

Dos Matti Ristola

HELSINGIN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Läketieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Clinicum	
Tekijä – Författare – Author Kanerva Rautila			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Hiv-tartunnan yhteys somalialais- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien terveys- ja palvelukokemuksiin			
Oppiaine – Läroämne – Subject Infektiotaudit			
Työn laji – Arbetets art – Level Tutkielma	Aika – Datum – Month and year 15.2.2018	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 30	
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Tutkimuksessa selvitettiin hiv-tartunnan saaneiden somalialais- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien terveydentilaa, elämänlaatua, terveystalvelujen käyttöä sekä syrjintä- ja hoitokokemuksia Suomessa verrattuna maahanmuuttajiin, joilla ei ole todettu hiv-infektiota. Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi hiv-infektioiden esiintyvyyttä maahanmuuttajilla Suomessa ja Euroopassa, testaus- ja seulontakäytäntöjä sekä tarkastellaan hiv-infektion vaikutusta elämänlaatuun ja mielenterveyteen. Hiv-positiiviset maahanmuuttajat ovat ryhmä, josta on niukalti tutkimustietoa Suomessa. Kyseessä on havainnoiva poikkileikkaustutkimus, jossa haastateltiin Helsingin Yliopistollisen sairaalan infektiotautien poliklinikan hiv-positiivisia maahanmuuttajataustaisia potilaita rakenteellisen kyselykaavakkeen avulla. Tietoja verrattiin Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi tutkimuksen aineiston hiv-negatiivisten maahanmuuttajiin. Tutkimuksessa selvisi, ettei hiv-infektio ollut merkittävä hiv-positiivisten maahanmuuttajien elämänlaatuun tai syrjintäkokemuksiin vaikuttava tekijä. Hiv-infektio sen sijaan vaikutti tutkittavien tyytyväisyyteen omaan terveyteensä sekä selviytymiseen päivittäisistä toimista. Lisäksi hiv-positiiviset käyttivät ja kokivat enemmän tarvetta mielenterveyspalveluille ja heillä oli enemmän vakavia masennus- ja ahdistusoireita kuin hiv-negatiivisilla maahanmuuttajilla. Tutkimuksessa korostui erityisesti hiv-positiivisten maahanmuuttajamiesten riski masennus- ja ahdistusoireisiin. Hiv-positiiviset tutkittavat olivat kuitenkin tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja kokivat vähemmän tyydyttämätöntä lääkärihoidon tarvetta. Tutkimus onnistui saamaan tietoa ryhmästä, josta on hyvin vähän tutkimustietoa saatavilla Suomessa. Toisaalta tutkimuksen pieni otoskoko ja tutkittujen maahanmuuttajaryhmien kulttuuriset erityispiirteet rajoittavat tulosten yleistettävyyttä. Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää mitkä tekijät lisäävät hiv-positiivisten maahanmuuttajien riskiä sairastua mielenterveysongelmiin, miten niitä voitaisiin ehkäistä sekä miten mielenterveyspalveluja voitaisiin kehittää. (193 sanaa)</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Emigrants and Immigrants; HIV; Mental Health; Health Services; Social Discrimination; Interview			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited E-thesis			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information English title: Association between HIV infection and health and service experiences of Somali and Russian immigrants in Finland: a cross-sectional study			

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Kirjallisuuskatsaus	3
2.1 Yleistä hiv-infektiosta	3
2.2 Hiv-infektiot Suomessa	3
2.3 Hiv-infektiot entisen Neuvostoliiton ja Somalian alueilla	4
2.4 Maahanmuuttajien hiv-infektiot Euroopassa.....	4
2.5 Hiv-infektioiden seulonta ja testaus	5
2.6 Hiv-infektion vaikutus mielenterveyteen ja elämänlaatuun	7
2.8 Hiv-positiivisten syrjintä ja stigmatisaatio	8
3 Tutkimuksen tavoitteet	9
4 Aineisto ja menetelmät	10
4.1 Hiv-negatiiviset tutkittavat	10
4.2 Hiv-positiiviset tutkittavat	10
4.3 Suostumus	11
4.4 Haastattelututkimus	11
4.5 Tutkimustietokanta	12
4.6 Tilastolliset analyysit	12
4.7 Eettinen arvio	13
5 Tulokset	14
5.1 Sosiodemografiset taustatekijät	14
5.2 Koettu terveydentila ja elämänlaatu	15
5.3 Syrjintäkokemukset	17
5.4 Terveyspalvelujen käyttö ja palvelukokemukset	18
5.5 Mielenterveys	20
5.6 Hiv-tietämys	20
6 Pohdinta	22
7 Johtopäätökset	24
Kiitokset	24
Lähdeluettelo	25

1 Johdanto

Suomeen ennustetaan muuttavan vuosien 2016–2065 aikana ulkomailta 17 000 henkilöä vuosittain (1). Vuonna 2017 Suomen suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat virolaiset (51 584 [21 %]), venäläiset (30 965 [12,7 %]), irakilaiset (9 532 [3,9 %]), kiinalaiset (8 533 [3,5 %]), ruotsalaiset (8 160 [3,3 %]), thaimaalaiset (7 610 [3,1 %]), somalialaiset (7 162 [2,9 %]), vietnamilaiset (5 202 [2,1 %]) sekä afganistanilaiset (5 131 [2,1 %]) (2). Maahanmuuttajat muodostavat sosiodemografisilta ja kulttuurisilta taustoiltaan monimuotoisen joukon, mikä asettaa haasteita kattavien ja yleistettävien tutkimusten toteuttamiselle.

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomeen vakituisesti muuttanutta ulkomaalaista henkilöä. Maahanmuuttaja on yleiskäsite, johon lasketaan usein kuuluvaksi kaikki ulkomailta muuttaneet, niin siirtolaiset, pakolaiset kuin EU-kansalaisetkin. Siirtolainen taas on vapaaehtoisesti toiseen maahan asumaan ja työskentelemään muuttanut henkilö, eikä sitä suositella käytettäväksi pakolaisista tai turvapaikanhakijoista. Pakolainen on henkilö, joka on joutunut pakenemaan kotimaastaan vainon takia saadakseen suojelua oman kotimaansa ulkopuolelta. Paperiton on puolestaan henkilö, joka elää maassa vailla laillista oleskeluoikeutta. (3,4) Tässä tutkimuksessa käytetään termiä maahanmuuttaja kuvaamaan maasta toiseen muuttaneita henkilöitä ottamatta kantaa muuton syihin.

Hiv-infektion saaneita henkilöitä arvioidaan tällä hetkellä olevan maailmassa 36,7 miljoonaa. Vuosien 2010–2016 aikana vuosittaisten uusien infektioiden määrä on laskenut 16 %. Uusien infektioiden määrässä oli kuitenkin merkittäviä alueellisia eroja: kaikkialla muualla maailmassa tapaukset olivat kääntyneet laskuun tai pysyneet samoina, mutta Itä-Euroopassa ja Keski-Aasiassa uusien infektioiden määrä oli kasvanut 60 %, joista suurimman osan arvioidaan tapahtuneen Venäjällä. Saharan eteläpuolisen Afrikan ulkopuolisilla alueilla suurimmassa riskissä tartunnalle ovat miesten välistä seksiä harrastavat miehet, suonensisäisiä huumeita ja epästeriilejä ruiskuja käyttävät henkilöt, seksityötä tekevät, ja transsukupuoliset – sekä mainittuihin haavoittuviin ryhmiin kuuluvien henkilöiden kanssa seksiä harrastavat. Vuonna 2015 Saharan eteläpuolisen Afrikan ulkopuolisilla alueilla tapahtuneista uusista tartunnoista 80 % oli näihin ryhmiin kuuluvilla henkilöillä ja heidän seksikumppaneillaan. (5)

Suomessa asuvien hiv-positiivisten maahanmuuttajien terveydentilasta ja hyvinvoinnista ei ole kattavaa, taustaväestöön verrattua tietoa saatavilla. Terveiden ja hyvinvoinnin

laitos (THL) toteutti vuosina 2009 – 2012 Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu), jonka tavoitteena oli kerätä tietoa Suomen suurimpien maahanmuuttajaryhmien terveydentilasta, elämäntavoista, työkyvystä, hyvinvoinnista sekä hoito- ja palvelukokemuksista. Maamu-tutkimuksessa tutkittiin myös maahanmuuttajien tietoisuutta hiv-infektiosta sekä tarjottiin mahdollisuutta osallistua hiv-testiin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, onko hiv-positiivisten ja hiv-negatiivisten somalialais- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien välillä eroja terveydentilassa, elämänlaadussa tai hoitokokemuksissa. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kohdennettaessa hiv-tartuntaa ehkäiseviä toimenpiteitä maahanmuuttajaväestöön sekä kehitettäessä erityisesti maahanmuuttajille suunnattuja palveluita, hiv-positiiviset maahanmuuttajat huomioiden.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Yleistä hiv-infektiosta

Hi-virus (human immunodeficiency virus) on retrovirus, joka aiheuttaa ihmiselle hankinnaisen immuunikato-oireyhtymän (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS). Hi-virus voi tarttua suojaamattomassa emätin- tai anaalihdyntäessä, kontaminoituneita ruiskuja käytettäessä sekä verituotteiden tai elinsiirron yhteydessä. Lisäksi virus voi tarttua äidiltä lapseen raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Hi-virus infektoi soluja, joilla on solukalvolla CD4-pintareseptoreja (CD4⁺-T-lymfosyytit) sekä monosyyttejä ja makrofageja. Hiv-infektiolle leimallinen piirre on heikentyneestä tuotannosta ja kiihtyneestä tuhoamisesta aiheutuva CD4⁺-solujen asteittainen ehtyminen ja paheneva immuunivaje. (6)

Taudin kliininen kulku voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen: ensitauti, kliininen latenssvaihe ja AIDS-tauti. Mononukleosi-infektiota muistuttava ensitauti kehittyy noin puolelle potilaista tyypillisesti muutama viikko tartunnan jälkeen. Oireita ovat kuumeilu, kurkkukipu, imusolmukkeiden suurentuminen ja ihottuma. Ensitaudin jälkeen potilaat voivat olla oireettomia vuosia, kunnes keskimäärin 5-10 vuoden kuluttua potilaat alkavat saada yleisoireita. Tämän jälkeen tauti etenee AIDS-vaiheeseen, jota karakterisoi jokin AIDS-tauti, kuten *Pneumocystis jirovecii* -keuhkokuume tai kandidaesofoagiitti. (7,8)

Oireettoman potilaan lääkehoito aloitetaan tavallisesti kolmen lääkkeen yhdistelmähoitona mahdollisimman pian hiv-infektion toteamisen jälkeen. Varhaisella hoidon aloittamisella pystytään parantamaan potilaan pitkäaikaisennustetta merkittävästi ja vähentämään hi-viruksen aiheuttamia liitännäissairauksia (9).

2.2 Hiv-infektiot Suomessa

Suomessa on raportoitu vuodesta 1987 lähtien yhteensä 3811 hiv-tartuntaa, joista 1468 (38 %) muilla kuin Suomen kansalaisilla. Vuodesta 2010 tartuntoja on raportoitu noin 170 vuodessa, joista noin 90 muilla kuin Suomen kansalaisilla. Ulkomaalaisten osuus uusista hiv-tartunnoista on kasvanut vuodesta 1987 (17 %) vuoteen 2016 (60 %). (10) Myös ulkomaalaisten määrä Suomessa on kasvanut: vuonna 1987 Suomessa asui 17 730 (0,4 %) ulkomaan kansalaista, vuonna 2016 heitä oli 243 639 (4,4 %) (11). Todellinen

maahanmuuttajien määrä on kuitenkin suurempi, sillä merkittävä osa ulkomailla syntyneistä on Suomen kansalaisia.

2.3 Hiv-infektiot entisen Neuvostoliiton ja Somalian alueilla

Tammikuussa 2016 miljoonan hiv-tapauksen raja ylittyi Venäjällä (12). Hivin ilmaantuvuus Venäjällä on kasvanut vuodesta 2006 noin 10 % vuosittain (13). Uusia hiv-tapauksia raportoitiin 103 438 vuonna 2016. Valtaosa uusista tartunnoista, joissa tartuntareitti oli tiedossa, oli saatu suonensisäisten huumeiden käytön (49 %) tai heteroseksin (49 %) yhteydessä. (14) Venäjällä arvioidaan olevan 1,8 miljoonaa suonensisäisten huumeiden käyttäjää, joiden keskuudessa hivin esiintyvyyden arvioidaan olevan 37 % (15). Venäjän hiv-epidemian luonne on muuttunut yleistyneeksi epidemiaksi (generalised epidemic) tartuntojen levitessä tietyistä haavoittuvista ryhmistä myös muuhun väestöön (16). Vuonna 2014 puolestaan uusista tapauksista 40,3 % diagnosoitiin myöhään, CD4-arvon ollessa alle 350 (17).

Somaliassa hiv-positiivisten henkilöiden määrä on kasvussa: maassa raportoidaan noin 3 200 uutta tartuntaa vuosittain ja vuonna 2014 hivin esiintyvyys aikuisväestössä oli 0,55 % (35 000 tapausta). Somalian hiv-epidemialle on tunnusomaista maantieteellinen heterogeenisyys. Somalimaan alueella epidemian esiintyvyys on 0,78 %. (18)

2.4 Maahanmuuttajien hiv-infektiot Euroopassa

EU/EEA-alueella vuonna 2013 uusista hiv-tartunnoista 35 % ja heteroseksistä saaduista 33 % todettiin ulkomaalaistaustaisilla. Puolet EU/EEA-maista raportoivat joidenkin maahanmuuttajaryhmien olevan haavoittuvaisempia hiv-tartunnoille. Erityisen haavoittuvaisia ryhmiä olivat seksityöläiset, ruiskuhuumeita käyttävät ja miesten välistä seksiä harrastavat. Suhteellisesti eniten hiv-tapauksia oli maahanmuuttajilla, joiden lähtömaassa tavataan yleistyneitä epidemioita sekä niillä, joilla oli päällekkäisiä riskitekijöitä tartunnalle. (19)

Maahanmuuttajat ovat myös haavoittuvaisessa asemassa hiv-tartunnalle saavuttuaan EU/EEA-alueelle: Saksassa on arvioitu maahanmuuttajien uusista tartunnoista 30 % tapahtuneen saapumisen jälkeen, Norjassa vastaava luku on 14 % (19) ja Ruotsissa taas 11 % (20). Yhdistyneessä kuningaskunnassa maahanmuuton jälkeisten heteroseksissä saatujen tartuntojen osuuden on arvioitu olevan 33 % ja niiden suhteellisen määrän

kasvaneen vuosina 2004–2010. Miesten välistä seksiä harrastavat maahanmuuttajat näyttävät myös olevan erityisessä riskissä saada hiv-tartunta maahanmuuton jälkeen. (21)

EU:n alueella suurin hiv-tartunnoissa edustettu maahanmuuttajaryhmä ovat Saharan eteläpuolisesta Afrikasta saapuneet henkilöt, jonka jälkeen tulevat länsieurooppalaiset, latinalaisamerikkalaiset, eteläaasialaiset ja karibialaiset sekä itäeurooppalaiset. Syntyperäisessä väestössä sekä kaikissa maahanmuuttajapopulaatioissa, lukuun ottamatta Saharan eteläpuolisesta Afrikasta saapuvia, hiv-tapausten määrä on korkeampi miehillä kuin naisilla. (22) Naisten osuus kaikista hiv-tapauksista on silti suurempi maahanmuuttajissa (44 %) kuin syntyperäisessä väestössä (34 %) (23).

Maat, joissa maahanmuuttajat muodostavat merkittävän osan hiv-tapauksista, ovat samalla maita, joissa on suuri ulkomaalaistaustainen väestönosa. Vakiintuneet väylät muuttoliikkeessä, hiv-epidemioiden lähtö- ja kohdemaissa, kolonialistiset suhteet maiden lähihistoriassa sekä terveyspalveluiden saatavuus vaikuttavat kunkin EU-maan hiv-epidemian nykysuuntauksiin. (23)

Tanskalaisessa prospektiivisessä kohorttitutkimuksessa verrattiin pakolaisten ja perheen yhdistämisen kautta saapuneiden maahanmuuttajien kuolleisuutta infektioitauteihin syntyperäisten tanskalaisten vastaavaan. Kuolleisuus tuberkuloosiin, aidsiin ja hepatiittiin oli suurempi siirtolaisilla kuin syntyperäisillä tanskalaisilla. Kuolleisuuserojen taustalla oli tanskalaistutkijoiden mukaan useita tekijöitä: mahdollinen altistuminen infektiolle lähtömaissa sekä edenneempi tauti saapuessa, kattamattomat seulontaohjelmat, kieliongelmat, sosioekonomiset taustatekijät ja siirtolaisten terveyden erikoistuneiden terveydenhuolto-ohjelmien ja henkilökunnan vähyys. (24)

2.5 Hiv-infektioiden seulonta ja testaus

Hiv-infektion ennaltaehkäisyn kulmakivi on varhainen taudin toteaminen ja hoitoon ohjaaminen. Kansallisten suositusten mukaan ihmisillä tulee olla mahdollisuus hakeutua testiin omaehtoisesti ja anonymisti, minkä lisäksi testiä tulee tarjota kattavasti ympäri Suomea ja sen tulee olla ilmainen kunnallisessa terveydenhuollossa. Lääkärien tulee tunnistaa tilanteet, joissa potilas täytyy ohjata testiin. Suomessa hiv-testiä tarjotaan terveydenhuollon lisäksi myös matalan kynnyksen testauspisteissä, kuten ruiskuuhumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä. (25)

Yleinen hiv-infektion seulonta ei ole Suomessa tarkoituksenmukaista ja seulonta suositellaankin kohdennettavaksi haavoittuviin ryhmiin (26). Hiv-seulontaa suositellaan pakolaisille ja turvapaikanhakijoille, jotka saapuvat maista, joissa hiv-esiintyvyys on yli kymmenkertainen Suomeen verrattuna. Yleisesti korkean esiintyvyyden maina on pidetty maita, joiden hiv-esiintyvyys on yli 1 %. Hiv-testiä tarjotaan myös, jos potilas toivoo sitä tai anamneesissa tulee ilmi riskikäyttäytymistä. Seulonta ja terveystarkastukset ovat vapaaehtoisia ja luottamuksellisia, eivätkä vaikuta potilaiden oleskelustatukseen. (27)

Useat eurooppalaiset tutkimukset ovat identifioineet maahanmuuttajuuden riskitekijäksi myöhäiselle diagnoosille (20,28-31). Euroopassa 4-62 % maahanmuuttajista on joskus käynyt hiv-testissä (32). Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 29 % hiv-positiivisista maahanmuuttajista oli käynyt aikaisemmin hiv-testissä ennen diagnoosiaan. Syntyperäisillä suomalaisilla hiv-positiivisilla vastaava luku oli 48 %. Maahanmuuttajuus myös viivästi lääkärin hoitoon tuloa. (31) Ruotsissa taas kahdella kolmasosalla myöhään diagnosoiduista hiv-positiivisista maahanmuuttajista oli taustalla edeltänyt kontakti terveydenhuoltoon maahanmuuton yhteydessä, jolloin hiv-testiä olisi voitu tarjota. Todennäköisyys pitkälle edenneeseen infektiin diagnoosin hetkellä myös kasvoi maahanmuuttajilla, joiden oireiden ei ymmärretty olevan hiv- tai aids-liitännäisöireita ja diagnoosi viivästyi. (20)

Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt kohtaavat monia rakenteellisia esteitä, jotka vaikeuttavat testiin hakeutumista. Köyhyys, maahanmuuttajien lailliseen ja hallinnolliseen statukseen liittyvät seikat, syrjintä, kommunikaatio-ongelmat sekä kulttuurisensitiivisten palveluiden puute ovat joitakin syitä matalaan testausaktiivisuuteen (33). Myös kulttuuri- ja sukupuolinormit sekä pieneksi mielletty riski infektiin ovat mahdollisesti testiin hakeutumiseen vaikuttavia tekijöitä (34).

Kaikissa Euroopan maissa ei tarjota testauspalveluja paperittomille siirtolaisille (32) eikä terveydenhoitohenkilökunta välttämättä ole tietoinen siirtolaisten oikeuksista terveyspalveluihin kussakin maassa (34). Suomessa paperittomilla henkilöillä on oikeus kiireelliseen terveyden- tai sairaanhoitoon (35), jonka kustannukset henkilö joutuu maksamaan täysimääräisesti itse. Joissakin kunnissa (Helsinki, Turku, Espoo, Vantaa, Tampere) on erikseen päätetty, että paperittomat henkilöt maksavat kiireellisestä hoidosta ainoastaan saman asiakasmaksun kuin kunnan asukkaat. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista määrittämät maksuttomat terveydenhuoltopalvelut

eivät ole sovellettavissa paperittomiin henkilöihin. (36). Paperittoman, raskaana olevan hiv-positiivisen naisen hiv-hoitoa syntyvän lapsen tartunnan ehkäisemiseksi voidaan pitää kiireellisenä hoitona (37).

2.6 Hiv-infektion vaikutus mielenterveyteen ja elämänlaatuun

Hiv-tartunnan saaneet henkilöt kohtaavat usein erilaisia henkisesti ja fyysisesti kuormittavia tekijöitä, kuten sosiaalisen stigman pelko, huoli fyysisestä toimintakyvystä ja tulevaisuudesta sekä mahdolliset lääkityksen sivuvaikutukset tai infektion liitännäissairaudet. Masennus on yleisin psykiatrinen sairaus hiv-infektion saaneilla (38). Hiv-positiivisten henkilöiden riski sairastua masennukseen on melkein kaksinkertainen hiv-negatiivisiin henkilöihin verrattuna (39). Hiv-infektion yhteys psykiatriin häiriöihin on kuitenkin kaksitahoinen: vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä esiintyy enemmän riskikäyttäytymistä (40,41) ja toisaalta hiv-infektio altistaa masennukselle (41). Hiv-potilaiden masennus on edelleen pitkälti alidiagnosoitua (42,43), joka voi johtaa huonompiin hoitotuloksiin diagnosoimattomilla potilailla.

Hiv-infektion on esitetty edesauttavan masennuksen syntyä erilaisten biologisten, psykologisten ja sosiaalisten vaikutusten seurauksena. Viruksen aiheuttamia neurobiologisia muutoksia keskushermostossa ja jatkuvaa elimistön tulehdusreaktiota pidetään mahdollisina biologisina mekanismeina (41). Toisaalta hiv-infektioon liitetty stigma on eräs tärkeimmistä masennukselle ja ahdistukselle altistavista psykososiaalisista tekijöistä (44,45).

Masennuksella on puolestaan havaittu olevan yhteys pienempiin CD4-solutasoihin, havaittavissa oleviin virusmääriin ja huonompaan lääkityksen noudattamiseen (46). Erään mallin mukaan masennus nostaa elimistön kortisolitasoja sekä suoraan stressivasteen kautta että epäsuoraan erilaisten siihen liittyvien käyttäytymismallien, kuten päihteidenkäytön ja sosiaalisen eristäytymisen, kautta. Kortisolitasojen nousu puolestaan tukahduttaa elimistön immuunivastetta (47).

Hiv-positiivisten terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavissa tutkimuksissa käytetään laajoja, moniulotteisia kyselylomakkeita, joissa kysymykset on ryhmitelty aihealueittain. Esimerkiksi WHOQOL-HIV BREF:ssä on 31 kysymystä fyysisestä, psykologisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista sekä kyvykkyydestä selviytyä arjesta, ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista ja henkisistä voimavaroista (48). Hiv-infektion on useissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun ja

masennuksen toimivan tärkeänä välillisesti vaikuttavana tekijänä (49-52). Toisaalta hiv-positiivisten elämänlaatua Suomessa kartoittanut tutkimus ei löytänyt yhteyttä hiv-infektioon liittyvien tekijöiden ja heikentyneen elämänlaadun välillä. Sen sijaan taloudellinen epävarmuus, parisuhteettomuus, työttömyys, naissukupuoli ja mielenterveysongelmat olivat yhteydessä huonompaan elämänlaatuun. (53)

2.8 Hiv-positiivisten syrjintä ja stigmatisaatio

Goffmanin vakiintuneen määritelmän mukaan stigma tarkoittaa ”epämieluisaa erilaisuutta”, joka erottaa yksilön ”normaalista” yhteiskunnasta jonkin ominaisuuden takia (54). Hiv-infektiossa stigmaa lisää sen tarttumisreitti veriteitse ja seksin välityksellä, suonensisäisten huumeiden ja suojaamattoman seksin ollessa sosiaalisesti karsastettua käyttäytymistä.

Monet stigmatisoidut ominaisuudet ovat heti nähtävissä, mutta toiset, kuten hiv-infektio, taas eivät. Salattavissa olevan stigmatisoidun tilan omaavat yksilöt kohtaavat näin ollen erilaisia, pääasiallisesti tilansa salaamiseen liittyviä ongelmia. Hiv-infektion aktiivinen salaaminen ja sosiaalisen kontaktin vältteleminen on yhdistetty korkeampaan koettuun stigmaan ja itsestigmatisaatioon (44,55,56). Internalisoitu stigma tai itsestigmatisaatio on yksi mahdollinen reaktio ympäristön hyljeksintään ja syrjintään, jossa stigmatisoitu yksilö sisäistää ja hyväksyy ympäristönsä negatiiviset näkemykset itsestään.

Eräässä laajassa tutkimuksessa arvioitiin jopa kolmanneksen hiv-positiivisista kokeneen yksinäisyyttä, itsestigmatisaation aiheuttamaa masennusta ja pelkoa syrjinnästä (57). Internalisoidun stigman on todettu heikentävän hiv-positiivisten elämänlaatua ja olevan riskitekijä masennukselle (44,55,58,59) sekä heikentävän heidän hoitoon pääsyään ja hakeutumistaan (60).

3 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa haluttiin selvittää miten hiv-tartunnan saaneiden maahanmuuttaja-aikuisten terveys ja hyvinvointi, sairastavuus, hoito- ja palvelukokemukset, sosiodemografiset taustatekijät, syrjintäkokemukset sekä tietoisuus hiv-infektiosta eroavat verrattuna niihin maahanmuuttajiin, joilla ei ole todettu hiv-tartuntaa.

Tutkimuksessa pyrittiin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin; onko hiv-positiivisten ja -negatiivisten maahanmuuttajien välillä eroa

- sosiodemografisissa taustatekijöissä
- koetussa terveydentilassa ja elämänlaadussa
- syrjintäkokemuksissa
- terveyspalvelujen käytössä ja palvelukokemuksissa
- mielenterveydessä ja koetussa elämänlaadussa
- hiv-tietämyksessä?

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kohdennettaessa hiv-tartuntaa ehkäiseviä toimenpiteitä maahanmuuttajaväestöön sekä kehitettäessä erityisesti maahanmuuttajille suunnattuja palveluita, hiv-positiiviset maahanmuuttajat huomioiden.

4 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa verrattiin Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi (Maamu)-tutkimuksesta saatuja hiv-negatiivisten tutkittavien tuloksia hiv-positiivisten maahanmuuttajapotilaiden vastauksiin.

Maamu-tutkimus toteutettiin vuosina 2010–2012 Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Turussa, Tampereella ja Vaasassa. Tutkimuksen protokolla muodostui tutkittavan omalla äidinkielellä tehtävästä haastattelusta sekä terveystarkastuksesta, jonka yhteydessä testattiin myös hiv-tietoutta. Tutkimuksessa testattiin myös infektioverinäytteitä niihin suostuvilta tutkittavilta.

Tämä tutkimus suoritettiin Maamu-tutkimuksen haastattelulomaketta käyttäen, mutta Maamu-tutkimuksesta poiketen ei tehty terveystarkastusta eikä otettu verinäytteitä. Tutkimuksessa haastateltiin hi-virusta kantavia maahanmuuttajapotilaita joko suomeksi tai heidän äidinkielellään. Potilaat rekrytoitiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Auroran sairaalan infektiopoliklinikan potilaista. Näiden potilaiden tietoja verrattiin Maamu-tutkimuksen hiv-negatiivisista tutkittavista kerättyihin tietoihin.

4.1 Hiv-negatiiviset tutkittavat

Maamu-tutkimukseen kutsuttiin osallistumaan tuhat venäläistaustaista, tuhat somalialaistaustaista ja tuhat kurditaustaista henkilöä. Maamu-tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat 18–64-vuoden ikäisiä, asuneet Suomessa vähintään vuoden ajan ja heillä kaikilla oli oleskelulupa. Tiedot henkilöiden taustasta saatiin Väestörekisterikeskuksesta ja tutkittavat valittiin satunnaisotannalla. Venäläistaustaisista tutkittavista 70 %, somalialaistaustaisista 51 % ja kurditaustaisista 63 % osallistui vähintään johonkin tutkimuksen osaan (61).

Tähän tutkimukseen otettiin mukaan ne Maamu-tutkimukseen pääkaupunkiseudulla (Helsinki, Espoo, Vantaa) osallistuneet venäläis- ja somalialaistaustaiset henkilöt, jotka oli Maamu-tutkimuksessa todettu hiv-negatiivisiksi.

4.2 Hiv-positiiviset tutkittavat

Tutkimukseen rekrytoitiin hi-virusta kantavia 18–64 -vuotiaita henkilöitä, jotka ovat syntyneet muualla kuin Suomessa, muuttaneet tänne sittemmin, puhuvat äidinkielenään

joko venäjää tai somalia, jotka ovat asuneet Suomessa vähintään vuoden ja joilla on voimassa oleva hoitokontakti HUS Auroran sairaalaan. Tutkittavat rekrytoitiin vuosina 2012–2017.

Hiv-positiiviset haastateltavat rekrytoitiin poliklinikkakäyntien yhteydessä, joten he muodostavat käytännöllisen otoksen (convenience sample). Rekrytointiin osallistuivat sekä Auroran sairaalan poliklinikan lääkärit että hoitajat. Potilaita rekrytoidessa heille annettiin sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksen tarkoituksesta sekä haastattelututkimuksen sisällöstä. Potilaat käyvät poliklinikalla 3-6 kuukauden välein.

4.3 Suostumus

Sekä Maamu-tutkimukseen osallistuville että hiv-positiivisille haastateltaville annettiin tietoa tutkimuksesta ja muodostuvasta tutkimusrekisteristä sekä suullisesti että kirjallisesti. Heille painotettiin osallistumisen tutkimukseen olevan vapaaehtoista. Tutkimukseen kutsuttaville kerrottiin myös, että heidän tutkimukseen osallistumisensa tai osallistumatta jättämisensä ei vaikuttaisi heidän saamaansa hoitoon. Haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen.

4.4 Haastattelututkimus

Tutkittaville tehtiin Maamu-tutkimukseen pohjautuva, mutta suppeampi rakenteellinen haastattelu. Maamu-tutkimuksen mukaisesti kartoitettiin lisäksi tutkittavien tietoisuutta hiv-infektiosta sekä seulottiin psyykkisiä oireita HSCL (Hopkins Symptom Check List) -oirekyselykaavakkeella.

Haastatteluita tekivät neljä henkilöä (kaksi lääkäriä, tutkimushoitaja, syventävien opintojen suorittaja) joko tutkittavien äidinkielellä, tulkin välityksellä tai suomeksi. Osa haastatteluista tehtiin puhelimitse, jolloin haastateltava oli tutustunut kysymyksiin etukäteen. Lisäksi osassa haastatteluista tutkittava vastasi itsenäisesti haastattelulomakkeeseen ja palautti sen tutkimushoitajalle.

Syrjintäkokemuksia kartoitettiin neljällä väittämällä, joissa vastaajat arvioivat kohtaamaansa epäkohteliasta ja epäkunnioittavaa käytöstä, nimittelyä ja sanallista loukkaamista, sekä uhkausta ja häirintää. Syrjintää kokeneiden osuus muodostettiin niistä, jotka vastasivat myönteisesti ainakin yhteen neljästä väittämästä. Näin ollen yksittäinen vastaaja on voinut kokea useampaa syrjinnän muotoa, mutta lukeutuu mukaan vain kerran.

Psyykkisten oireiden esiintyvyyttä tutkittavilla tarkasteltiin Hopkins Symptom Checklist (HSCL) –menetelmän masennus- ja ahdistusoireita mittaavalla 25 kysymyksen osiolla. HSCL-kaavakkeessa kysyttiin erilaisten oireiden esiintymisestä viimeisen viikon aikana. Kysymyksiin vastattiin neliportaisella asteikolla, jonka jälkeen vastaukset pisteytettiin 1-4 pisteellä ja summapistemäärä jaettiin kysymysten kokonaismäärällä, jolloin saatiin skaalattu pistemäärä. Skaalatun pistemäärän leikkauspisteeksi asetettiin 1,75 niin, että yli 1,75 pisteen tulos indikoi vakavia masennus- ja ahdistusoireita.

Tutkittavien hiv-tietämystä kartoitettiin käyttämällä standardoitua UNGASS-kysymyssarjaa, jota on käytetty globaalisti kansallisten hiv-interventioiden toimivuutta mittaamaan. Kysymyssarja koostui viidestä kysymyksestä, joihin vastausvaihtoehdoiksi annettiin ”ei”, ”kyllä” tai ”en tiedä”. Analysointivaiheessa ”en tiedä” –vastaukset käsiteltiin väärinä vastauksina.

4.5 Tutkimustietokanta

Tutkimustiedot kerättiin haastattelulomakkeelle, josta tiedot edelleen tallennettiin sähköiseen muotoon Excel-taulukoksi. Tiedot tallennettiin ilman tunnistetietoja tutkittavien yksityisyyden suojaamiseksi.

Hiv-negatiivisten verrokkien tiedot saatiin Maamu-tutkimuksen tutkimustietokannasta ilman tunnistetietoja.

4.6 Tilastolliset analyysit

Tulokset analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 –ohjelmalla. Riippumattomien kategoristen muuttujien vertailuun käytettiin ristiintaulukointia, jossa p-arvo saatiin Khiin neliöstä tai Fisherin testistä. Alle 0,05 suuruista p-arvoa pidettiin merkitseväenä. Monimuuttuja-analyysin logistiseen regressiomalliin otettiin tarkoituksellisesti mukaan kaikki muuttujat, joita pidettiin merkittävinä kysymyksenasettelun kannalta. Vetosuhteet laskettiin 95 % luottamusvälille.

Haastattelulomakkeessa käytettiin useassa kysymyksessä viisiportaista Likertin asteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot mahdollistivat kysymyksenasettelusta riippuen asenteen, tyytyväisyyden tai mielipiteen mittauksen. Vastaukset voitiin näin ollen ryhmitellä analyysivaiheessa joko myönteisiin tai neutraaleihin/kielteisiin.

4.7 Eettinen arvio

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoiva eettinen toimikunta on puoltanut tutkimussuunnitelmaa kokouksessaan 22.11.2011 (300/13/03/00/2011 §239) sekä suunnitelman muutoshakemusta kokouksessa 17.1.2017 (HUS/2571/2016, 7§).

5 Tulokset

5.1 Sosiodemografiset taustatekijät

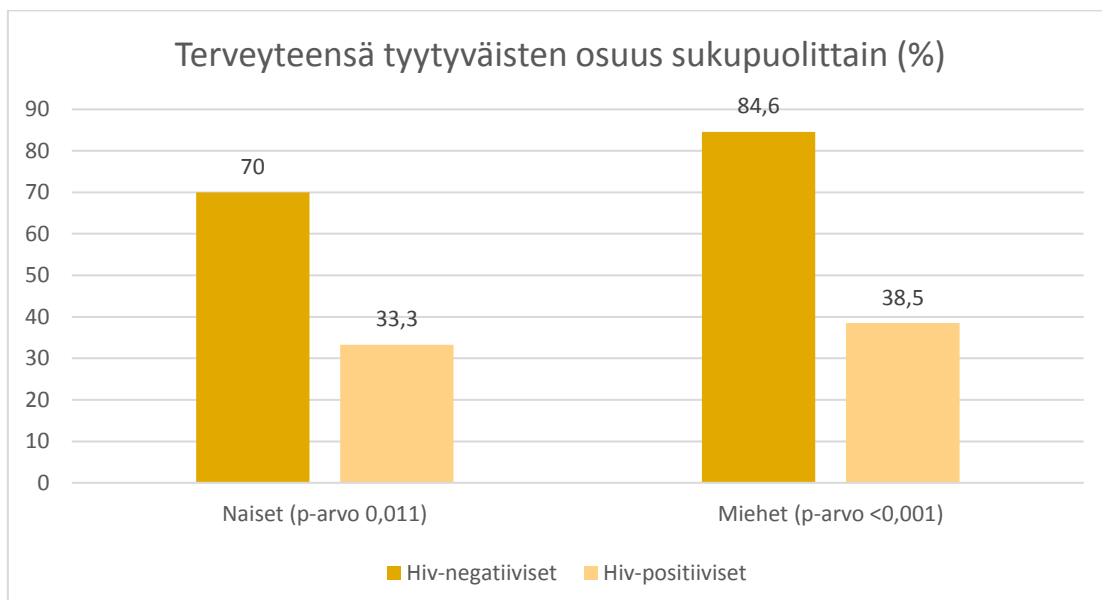
Hiv-positiivisia tutkittavia oli yhteensä 25 ja hiv-negatiivisia 526. Ryhmien sukupuoli- ja ikäjakaumissa ei ollut merkitseviä eroja (taulukko 1). Naisten osuus oli kuitenkin hieman suurempi hiv-negatiivisissa (65,2 %) kuin hiv-positiivisissa (48,0 %). Venäläistaustaisten osuus oli sen sijaan suurempi hiv-positiivisissa (84,0 %) kuin hiv-negatiivisissa (54,4 %). Tutkittavien ryhmien maahanmuuttotaustoissa, koulutuksessa, työllistymisessä eikä toimeentulossa ollut eroavaisuuksia.

Taulukko 1. Sosiodemografiset taustatekijät			
	Hiv-negatiiviset	Hiv-positiiviset	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Sukupuoli ¹ ; % (n)			0,079
Nainen	65,2 (343)	48,0 (12)	
Mies	34,8 (183)	52,0 (13)	
Ikä ² ; % (n)			0,111
18–29	27,9 (147)	12,5 (3)	
30–44	38,6 (203)	58,3 (14)	
45–64	33,5 (176)	29,2 (7)	
Ikä; keskiarvo	38,36	41,20	0,252
Ryhmä; % (n)			0,003
Venäläinen	54,4 (286)	84,0 (21)	
Somali	45,6 (240)	16,0 (4)	
Pakolainen tai turvapaikanhakija ³ ; % (n)	28,9 (129)	16,7 (4)	0,248
Suomeen muuttoikä; keskiarvo	25,25	28,20	0,273
Suomessa oloaika; % (n)			0,307
Alle 6 vuotta	21,1 (106)	28,0 (7)	
6-14 vuotta	39,2 (197)	24,0 (6)	
Yli 14 vuotta	39,8 (200)	48,0 (12)	
Suomen kansalaisuus; % (n)	42,8 (216)	52,0 (13)	0,363
Lukion käyneet; % (n)	57,7 (290)	73,9 (17)	0,122
Ansiotyössä; % (n)	39,4 (197)	57,1 (12)	0,104
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk; % (n)	23,4 (97)	36,0 (9)	0,152
Koettu toimeentuloaikeus; % (n)	30,4 (147)	28,0 (7)	0,796
¹ Aineistossa yksi transnainen			
² Aineistossa yksi yli 64-vuotias			
³ Aineistossa yksi turvapaikkahakemuksensa päätöstä odottava sekä yksi kielteisestä päätöksestä valittanut			

5.2 Koettu terveydentila ja elämänlaatu

Koetussa elämänlaadussa, terveydessä eikä elämän merkityksellisyydessä ollut merkitseviä eroja ryhmien välillä (taulukko 2). Sen sijaan tyytyväisyys omaan terveyteen vaihteli merkittävästi; hiv-negatiivisista 75,2 % oli tyytyväisiä, kun taas hiv-positiivisista vain 36,0 %. Samankaltainen havainto todettiin myös sukupuolten sisäisessä vertailussa: hiv-positiivisista naisista 33,3 % ja miehistä 38,5 % oli tyytyväisiä terveyteensä (kuvio 1). Eroja ryhmien välillä oli niin ikään tyytyväisyydessä päivittäiseen selviytymiseen, johon hiv-negatiivisista 88,1 % oli tyytyväisiä ja hiv-positiivisista 64,0 %.

Taulukko 2. Koettu terveydentila ja elämänlaatu; % (n)			
	Hiv-negatiiviset	Hiv-positiiviset	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Koettu elämänlaatu hyvä	88,3 (399)	75,0 (18)	0,054
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	73,4 (370)	64,0 (16)	0,301
Tyytyväinen omaan terveyteensä	75,2 (340)	36,0 (9)	<0,001
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista	88,1 (398)	64,0 (16)	0,001
Kokee elämän merkitykselliseksi	78,8 (356)	76,0 (19)	0,743



Kuvio 1. Tyytyväisyys terveyteen sukupuolittain

Hiv-tartunta ei vaikuttanut merkitsevästi elämänlaatuun monimuuttuja-analyysissä (taulukko 3). Vanhempi ikä, venäläistausta, matala koulutustaso sekä masennus- ja ahdistusoireet olivat yhteydessä heikompaan elämänlaatuun. Koulutustaso muuttui monimuuttuja-analyysissä merkitseväksi.

Taulukko 3. Hyväksi elämänlaatunsa kokevien osuus ja siihen vaikuttavat tekijät				
Muuttuja	Kokee elämänlaadun hyväksi; % (n)	Univariaatti p-arvo	Multivariaatti p-arvo	Vetosuhde (luottamusväli)
Sukupuoli		0,842	0,143	
Nainen	87,4 (263)			1
Mies	88,0 (154)			0,603 (0,308–1,182)
Ikä		<0,001	0,001	
18–29	93,8 (122)			4,808 (1,830–12,633)
30–44	91,2 (165)			2,419 (1,183–4,948)
45–64	78,7 (129)			1
Ryhmä		<0,001	<0,001	
Venäläinen	82,8 (241)			0,213 (0,086–0,530)
Somali	95,1 (176)			1
Suomessa oloaika		0,801	0,237	
Alle 6 vuotta	86,3 (88)			0,487 (0,214–1,113)
6-14 vuotta	87,1 (162)			0,793 (0,390–1,610)
Yli 14 vuotta	88,8 (166)			1
Koulutus		0,563	0,040	
Lukio	86,9 (251)			1
Muut	88,6 (164)			0,464 (0,224–0,961)
Työllistyminen		0,286	0,070	
Ansiotyössä	89,6 (172)			1
Muut	86,3 (239)			0,542 (0,278–1,057)
Hiv-status		0,054	0,678	
Negatiivinen	88,3 (399)			1,313 (0,370–4,665)
Positiivinen	75,0 (18)			1
Masennus- ja ahdistusoireita		<0,001	<0,001	
Kyllä	68,0 (51)			1
Ei	91,5 (365)			3,548 (1,818–6,922)

Hiv-tartunta heikensi merkittävästi tyytyväisyyttä terveyteen monimuuttujamallissa (taulukko 4). Lisäksi vanhempi ikä, venäläistausta ja mielialaoireet heikensivät tyytyväisyyttä terveyteen.

Univariaattianalyysissä merkitsevät tilastolliset erot sukupuolten ja koulutustasojen välillä muuttuivat merkitsemättömiksi multivariaattianalyysissä.

Taulukko 4. Terveytensä tyytyväisten osuus ja siihen vaikuttavat tekijät				
Muuttuja	Tyytyväinen terveyteensä ; % (n)	Univari- aatti p-arvo	Multiva- riaatti p-arvo	Vetosuhde (luottamusväli)
Sukupuoli		0,003	0,131	1
Nainen	68,5 (207)			1,533 (0,876–2,684)
Mies	81,1 (142)			
Ikä		<0,001	<0,001	1
18–29	90,8 (118)			5,398 (2,472–11,788)
30–44	76,8 (139)			1,860 (1,063–3,256)
45–64	55,2 (91)			1
Ryhmä		<0,001	<0,001	1
Venäläinen	60,6 (177)			0,153 (0,071–0,332)
Somali	93,0 (172)			1
Suomessa oloaika		0,203	0,779	1
Alle 6 vuotta	79,4 (81)			1,285 (0,639–2,581)
6-14 vuotta	73,1 (136)			1,090 (0,620–1,916)
Yli 14 vuotta	69,7 (131)			1
Koulutus		0,001	0,453	1
Lukio	67,6 (196)			0,783 (0,414–1,482)
Muut	81,6 (151)			
Työllistyminen		0,132	0,973	1
Ansiotyössä	69,3 (133)			0,991 (0,575–1,707)
Muut	75,5 (210)			
Hiv-status		<0,001	0,002	1
Negatiivinen	75,2 (340)			5,806 (1,735–19,434)
Positiivinen	36,0 (9)			1
Masennus- ja ahdistusoireita		<0,001	<0,001	1
Kyllä	32,9 (25)			6,616 (3,479–12,584)
Ei	81,2 (324)			

5.3 Syrjintäkokemukset

Hiv-positiivisista vastanneista 50,0 % oli kokenut syrjintää, kun taas hiv-negatiivisilla vastaava luku oli 39,3 % (taulukko 5). Hiv-positiivisuus ei ollut monimuuttuja-analyysissä merkittävästi syrjintään vaikuttava tekijä. Sen sijaan venäläistausta, pidempi oleskeluaika Suomessa sekä masennus- ja ahdistusoireet yhdistyivät suurentuneeseen riskiin kokea syrjintää.

Taulukko 5. Syrjintää kokeneiden osuus ja siihen vaikuttavat tekijät				
Muuttuja	Syrjintää kokeneet; % (n)	Univariaatti p-arvo	Multivariaatti p-arvo	Vetosuhde (luottamusväli)
Sukupuoli		0,588	0,199	
Nainen	38,9 (131)			1
Mies	41,3 (76)			1,298 (0,872–1,930)
Ikä		0,396	0,997	
18–29	35,9 (51)			0,985 (0,596–1,625)
30–44	39,0 (80)			1,000 (0,639–1,564)
45–64	43,4 (75)			1
Ryhmä		0,009	0,024	
Venäläinen	44,5 (134)			1,687 (1,070–2,660)
Somali	33,2 (73)			1
Suomessa oloaika		0,004	0,004	
Alle 6 vuotta	32,4 (36)			0,493 (0,297–0,818)
6-14 vuotta	35,0 (70)			0,551 (0,363–0,837)
Yli 14 vuotta	48,6 (101)			1
Koulutus		0,542	0,372	
Lukio	41,0 (125)			1
Muut	38,3 (82)			1,218 (0,789–1,879)
Työllistyminen		0,404	0,902	
Ansiotyössä	42,3 (88)			1
Muut	38,6 (119)			1,026 (0,683–1,540)
Hiv-status		0,315	0,645	
Negatiivinen	39,3 (196)			0,790 (0,290–2,155)
Positiivinen	50,0 (11)			1
Masennus- ja ahdistusoireita		0,001	0,006	
Kyllä	56,3 (45)			1
Ei	36,8 (161)			0,488 (0,291–0,819)

5.4 Terveyspalvelujen käyttö ja palvelukokemukset

Hiv-positiivisista toistuvaa lääkärinhoitoa arvioi tarvitsevänsä 70,8 % ja hiv-negatiivisista 40,2 % (taulukko 6). Toisaalta hiv-positiiviset saivat useammin kaipaamaansa hoitoa. Tyydyttymätöntä hoidon tarvetta koki hiv-positiivisista 18,2 % ja hiv-negatiivisista 64,1 %.

Taulukko 6. Terveyspalvelujen käyttö ja tarve sekä psyykinen oireilu; % (n)			
	Hiv-negatiiviset	Hiv-positiiviset	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Toistuvan lääkärin hoidon tarve	40,2 (130)	70,8 (17)	0,003
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve	64,1 (82)	18,2 (4)	<0,001
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12kk)	3,6 (18)	16,0 (4)	0,016
Mielenterveyspalvelujen tarve	6,5 (29)	20,0 (4)	0,044
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve	4,9 (22)	15,0 (3)	0,084
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (7vrk)	14,5 (76)	29,2 (7)	0,050

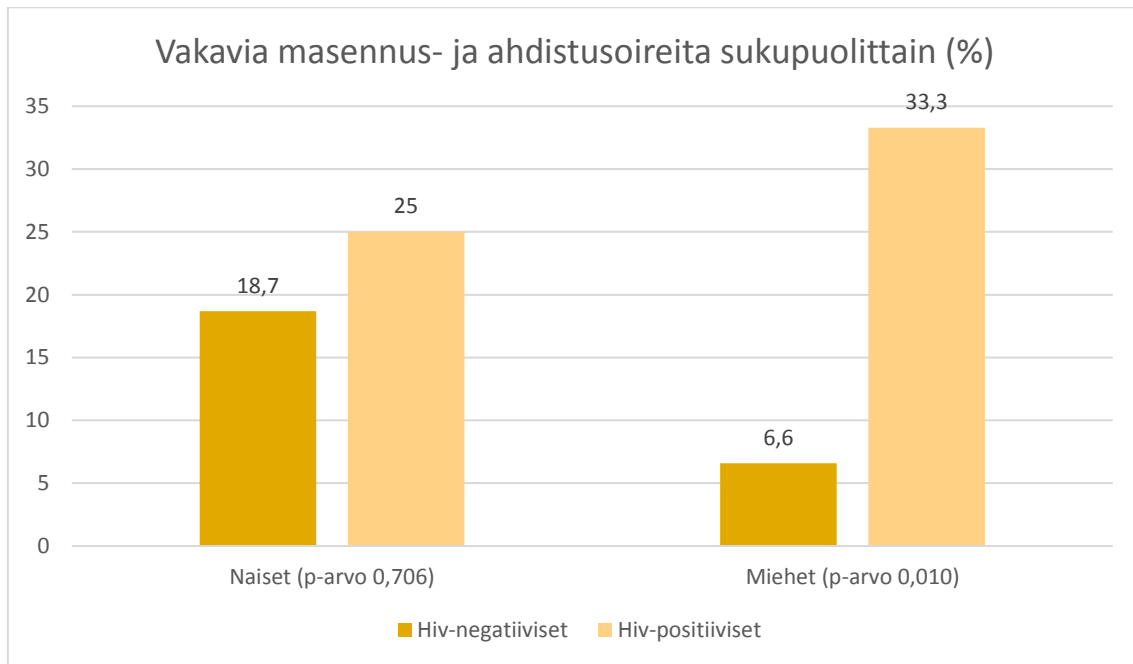
Hiv-positiiviset olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja viimeisen vuoden aikana enemmän kuin hiv-negatiiviset. Lisäksi he kokivat tarvitsevansa mielenterveyspalveluja enemmän: hiv-positiivisista 20,0 % verrattuna hiv-negatiivisista 6,5 %. Koetussa mielenterveyspalvelujen tyydyttymättömässä tarpeessa ei sen sijaan ollut tilastollisesti merkittävää eroa ryhmien välillä.

Palvelukokemuksia kartoitettiin tutkittavien viimeisimpään lääkärikäyntiin liittyvillä väittämillä. Hiv-positiiviset olivat merkittävästi useammin samaa mieltä väittämien kanssa, joiden mukaan he saivat terveydentilastaan riittävästi tietoa, heitä kuunneltiin vastaanotolla ja heidän saamastaan hoidosta oli heille apua (taulukko 7). Sen sijaan tyytyväisyydessä hoitoon pääsemisen nopeuteen ja vaikuttamismahdollisuuksiin omaan hoitoonsa ei ollut merkittäviä eroja.

Taulukko 7. Tyytyväisyys viimeisimpään lääkärikäyntiin; % (n)			
	Hiv-negatiiviset	Hiv-positiiviset	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	68,4 (201)	84,0 (21)	0,117
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani	57,8 (170)	96,0 (24)	<0,001
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta	66,0 (194)	96,0 (24)	0,001
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	57,2 (163)	72,0 (18)	0,204
Saamastani hoidosta oli minulle apua	56,9 (164)	84,0 (21)	0,010

5.5 Mielenterveys

Hiv-positiivisista 29,2 %:lla ja hiv-negatiivisista 14,5 %:lla oli vakavia masennus- ja ahdistusoireita (p-arvo 0,050) (taulukko 6). Oireiden esiintyvyys hiv-negatiivisilla ja –positiivisilla naisilla oli lähellä toisiaan, kun taas hiv-positiivisilla miehillä oli huomattavasti enemmän oireita (33,3 %) kuin hiv-negatiivisilla (6,6 %) (kuvio 2).



Kuvio 2. Psykkinen oireilu sukupuolittain viimeisen viikon aikana

5.6 Hiv-tietämys

Kaikkiin viiteen UNGASS-kysymykseen oikein vastanneiden osuus ei vaihdellut merkittävästi hiv-negatiivisten ja –positiivisten välillä (taulukko 9). Hiv-positiiviset olivat useammin virheellisesti sitä mieltä, että hiv-infektiota ei voi estää sillä, että on vain yksi uskollinen kumppani, jolla ei ole hiv-infektiota. Hiv-positiiviset vastasivat toisaalta useammin oikein kysymyksiin siitä, voiko hiv tarttua ruokailun tai hyönteisen piston yhteydessä. Hiv-positiiviset ja –negatiiviset tiesivät lähestulkoon yhtä hyvin kondomin käytön suojaavan tartunnalta ja hivin saaneen voivan näyttää terveeltä.

Taulukko 9. Hiv-tietoisuuskysymyksiin oikein vastanneet; % (n)			
	Hiv-negatiiviset	Hiv-positiiviset	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet	28,6 (150)	36,4 (8)	0,433
Kondomin käyttö estää hiv:n tarttumisen	73,8 (385)	91,3 (21)	0,142
Yksi uskollinen seksikumppani, jolla ei ole hiv-infektiota, estää hiv:n tartunnan	85,9 (449)	45,5 (10)	<0,001
Hiv ei tartu ruokailuvälineiden tai ruuan välityksellä	78,6 (411)	100,0 (23)	0,045
Hiv ei tartu hyönteisen pistosta	45,4 (237)	86,4 (19)	0,001
Hiv:n saanut voi näyttää terveeltä	77,2 (404)	95,7 (22)	0,102

6 Pohdinta

Tutkimus osoitti hiv-positiivisten maahanmuuttajien olevan tyytymättömämpiä terveyteensä kuin hiv-negatiiviset maahanmuuttajat, ja hiv-infektion olevan merkittävä tekijä tyytyväisyyttä arvioitaessa. Hiv-negatiivisilla tutkittavilla oli lähes kuusinkertainen todennäköisyys olla tyytyväinen terveyteensä hiv-positiivisiin nähden. Hiv-positiivisista miehistä huomattavasti pienempi osa oli tyytyväisiä terveyteensä kuin hiv-negatiivisista miehistä.

Hiv-positiiviset maahanmuuttajat käyttivät enemmän mielenterveyspalveluja ja kokivat suurempaa tarvetta niille. Toisaalta he olivat kauttaaltaan tyytyväisempiä viimeisimpään lääkärikäyntiinsä ja kokivat vähemmän tyydyttymättömän lääkärinhuollon tarvetta.

Hiv-positiiviset kärsivät useammin vakavista masennus- ja ahdistusoireista. Masennus- ja ahdistusoireet olivat viisi kertaa yleisempiä hiv-positiivilla kuin hiv-negatiivisilla maahanmuuttajamiehillä. Jopa joka kolmas hiv-positiivinen maahanmuuttajamies oli kokenut vakavia masennus- ja ahdistusoireita viimeisen viikon aikana. Lisäksi masennusoireiden esiintyvyys oli suurempi hiv-positiivisilla miehillä kuin naisilla. Tämä poikkeaa aikaisemmasta ranskalaisesta tutkimuksesta, jossa todettiin masennuksen olevan yleisempää Saharan eteläpuolisesta Afrikasta kotoisin olevilla maahanmuuttajanaishilla, joilla oli hiv-tartunta, kuin samalta alueelta kotoisin olevilla hiv-positiivisilla miehillä (62). Masennuksen on lisäksi todettu olevan yleisempää maahanmuuttajataustaisilla naisilla kuin miehillä (63). Lisäksi koko väestön tasolla hiv-positiivisilla naisilla on havaittu esiintyvän enemmän masennusta kuin hiv-positiivisilla miehillä (64).

Kun hiv-positiivisia maahanmuuttajia pyydettiin arvioimaan elämänlaatuaan kokonaisuutena, he arvioivat sen melko hyväksi. Hiv-infektio ei ollut merkittävä koettuun elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Saatua tulos on linjassa syntyperäisten suomalaisten hiv-positiivisten elämänlaatua kartoittaneen tutkimuksen tulosten kanssa, joissa hiv-infektioilla ei todettu olevan vaikutusta heikentyneeseen elämänlaatuun (53). Toisaalta tässä tutkimuksessa mitattiin elämänlaatua ainoastaan yhden kysymyksen kautta, joten olisi kiinnostavaa tarkastella tutkittavien elämänlaatua laajempien kysymyspatteristojen avulla. Saatua tulosta on vaikea vertailla muihin, eri menetelmillä toteutettuihin elämänlaatua mittaaviin tutkimuksiin.

Kiinnostavaa oli myös ristiriita tutkittavien koetun elämänlaadun ja terveyden sekä toisaalta tyytyväisyyden terveyteen ja selviytymiseen päivittäisistä toimista välillä. Hiv-positiivisista tutkittavista kolme neljännestä koki elämänlaatunsa hyväksi, mutta vain 36 % oli tyytyväisiä terveyteensä ja 64 % selviytymiseensä päivittäisistä toimista. On mahdollista, että hiv-infektioon liittyvä sosiaalinen stigma aiheuttaa tartunnan saaneen yksilön arkeen ylimääräistä stressiä tämän joutuessa käyttämään mentaalisia resurssejaan piilottaakseen hiv-tartuntansa muilta. Tämän voisi ajatella heijastuvan tyytyväisyydessä terveyteen ja selviytymiseen päivittäisistä toimista. Hiv-positiivisten itsestigmatisaatiota Suomessa kartoittaneessa tutkimuksessa todettiin itsestigmatisaation liittyvän heikentyneeseen elämänlaatuun ja korreloivan vahvimmin naissukupuolen, taloudellisten ongelmien, korkeakoulutuksen, yksinasumisen ja hiv-tartunnan salaamisen kanssa (56).

Tutkimuksella on luonnollisesti rajoituksia, joista ilmeisin on hiv-positiivisten pieni otoskoko, joka heikentää tulosten tilastollista voimaa. Tutkittavat hiv-positiiviset on rekrytoitu poliklinikkakäyntien yhteydessä eikä ole tietoa tutkimuksesta kieltäytyneiden määrästä tai syistä. Tutkimukseen on voinut valikoitua ihmisiä, jotka eivät edusta hiv-positiivisia maahanmuuttajia kokonaisuutena. Toisaalta Auroran sairaalan poliklinikalla hoidetaan kaikki HUS-alueen hiv-tapaukset. Tutkituilla maahanmuuttajaryhmillä on omat kulttuuriset ominaispiirteensä, jotka vaikeuttavat tulosten yleistettävyyttä muihin maahanmuuttajaryhmiin. Lisäksi suhteellisesti suurempi somalialaistaustaisten osuus hiv-negatiivisissa tutkittavissa voi vaikuttaa tuloksiin. Osittain puutteellisesti täytetyt haastattelulomakkeet ja erilaiset tiedonkeruumenetelmät hiv-positiivisten ja hiv-negatiivisten tutkittavien välillä voivat aiheuttaa informaatioharhaa. Vaikka tutkittavat ryhmät ovat sosiodemografisilta taustatekijöiltään samankaltaisia, on mahdollista, että ne eroavat toisistaan jollain tavalla, joka ei käynyt tutkimuksessa ilmi. Koska tutkimus on hoitopaikan toteuttama, tulee tuloksiin tutkittavien palvelukokemuksista suhtautua varauksella.

Tutkimuksen vahvuuksia ovat laaja hiv-negatiivisten tutkittavien taustajoukko sekä kattava haastattelu. Tutkimuksessa onnistuttiin värväämään ja haastattelemaan ihmisiä ryhmästä, jota voi olla keskimääräistä vaikeampi tavoittaa ja jota ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu. Siinä korostuu masennuksen hoitoon ja ehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden ja palveluiden tärkeys hiv-positiivisille maahanmuuttajille, erityisesti miehille. Masennuksen on todettu vähentävän potilaiden hoitoon sitoutumista (65-69) ja heikentävän hivin hoitovastetta (70), joten on ensisijaisen tärkeää, että siitä kärsivät hiv-

potilaat saavat asianmukaista hoitoa. Hoitohenkilökuntaa tulisi tarpeen mukaan kouluttaa masennuksen tunnistamiseen ja rutiininomaiseen arviointiin vastaanotolla. Hiv-potilaiden vakavan masennuksen tunnistaminen voi olla lääkäreille vaikeaa (71), etenkin kun kyseessä on eri kulttuuritaustasta ja kielialueelta kotoisin olevat potilaat. Hiv-positiivisten maahanmuuttajien erityistarpeet mielenterveyspalvelujen saralla tulisi selvittää, jotta voitaisiin tulevaisuudessa tarjota räätälöidympiä palveluja. Lisäksi hiv-infektion ja masennuksen vaikutusta hiv-positiivisten maahanmuuttajien elämänlaatuun Suomessa tulisi tutkia lisää käyttämällä standardoituja ja validoituja kysymyspatteristoja sekä kliinisiä hiv-infektioon liittyviä tekijöitä.

7 Johtopäätökset

Hiv-infektion ei todettu olevan merkittävä heikentävä tekijä hiv-positiivisten maahanmuuttajien elämänlaadussa eikä heidän kokemassaan syrjinnässä. Tuloksissa korostui hiv-positiivisten mielenterveyspalvelujen käytön tarve ja suurentunut todennäköisyys masennus- ja ahdistusoireisiin. Tutkimus onnistui saamaan tietoa ryhmästä, josta on hyvin vähän tutkimustietoa Suomessa saatavilla. Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää mitkä tekijät lisäävät hiv-positiivisten maahanmuuttajien riskiä sairastua mielenterveysongelmiin, miten niitä voitaisiin ehkäistä sekä miten mielenterveyspalveluja voitaisiin kehittää.

Kiitokset

Kiitokset tutkimushoitaja Outi Debnamille tutkittavien rekrytoinnista ja haastatteluista, lääkäri Ksenia Davenportille venäläistaustaisten tutkittavien haastatteluista sekä TTT Päivikki Kuposelle kommentaareista. Lisäksi kiitokset kaikille tutkittaville tutkimukseen osallistumisesta.

Lähdeluettelo

- (1) Tilastokeskus. Väestöennuste 2015–2065. 2015; Available at: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_fi.pdf. Accessed 06/21, 2017.
- (2) Tilastokeskus. Ulkomaalaiset Suomessa kansalaisuuksittain 2016 ennakkotieto. 2017; Available at: http://www.migri.fi/download/71950_suomessa_asuvat_ulkomaalaiset_12_ennakko_2016.pdf?870ba49fd380d488. Accessed 06/21, 2017.
- (3) Suomen Pakolaisapu ry. Sanasto. Available at: <http://pakolaisapu.fi/pakolaisuus/sanasto/>. Accessed 12/02, 2017.
- (4) Maahanmuuttovirasto. Sanasto. 2017; Available at: <http://www.migri.fi/medialle/sanasto>. Accessed 12/18, 2017.
- (5) UNAIDS. UNAIDS DATA 2017. 2017; Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf. Accessed 10/10, 2017.
- (6) Lucas S, Nelson AM. HIV and the spectrum of human disease. *J Pathol* 2015;235(2):229-241.
- (7) Sutinen J, Ristola M. HIV – tappavasta taudista krooniseksi sairaudeksi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2012;128(1):37-46.
- (8) Course of Infection with HIV and SIV. . In: Coffin J, Hughes S, Varmus H, editors. *Retroviruses* Cold Spring Harbor (NY): Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1997.
- (9) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen hiv-strategia 2018-2020. 2017; Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-983-5>. Accessed 12/18, 2017.
- (10) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hiv Suomessa - kaikki ilmoitetut tapaukset. 2017; Available at: <https://www.thl.fi/tr/gen/rpt/hivsuo.pdf>. Accessed 06/21, 2017.
- (11) Tilastokeskus. PX-Web tietokanta: Väestö kielen mukaan sekä ulkomaan kansalaisten määrä ja maa-pinta-ala alueittain 1980 - 2016 . Available at: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/statfin_vaerak_pxt_011.px/?rxid=8aadd3b3-d4af-4155-ab5f-8734c32f86a6. Accessed 12/05, 2017.
- (12) Clark F. Gaps remain in Russia's response to HIV/AIDS. *The Lancet* 2016 27 August–2 September 2016;388(10047):857-858.
- (13) Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Approving the State Strategy to Combat the Spread of HIV in Russia through 2020 and beyond. 2016; Available at: <http://government.ru/en/docs/24983/>. Accessed 06/26, 2017.

- (14) European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2016. 2017; Available at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf. Accessed 12/02, 2017.
- (15) Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet* 2008 15–21 November 2008;372(9651):1733-1745.
- (16) The Lancet H,IV. Russia's generalising HIV epidemic. *The Lancet HIV* 2017/06;3(10):e449.
- (17) European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Surveillance Report: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2015. 2016; Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>. Accessed 06/26, 2017.
- (18) UNAIDS. Progress report for Somali HIV and AIDS Response 2014. 2015; Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SOM_narrative_report_2015.pdf. Accessed 06/21, 2017.
- (19) European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic Report: Migrants Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. 2015; Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-migrants-2014.pdf>. Accessed 06/21, 2017.
- (20) Brännström J, Svedhem Johansson V, Marrone G, Wendahl S, Yilmaz A, Blaxhult A, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV Med* 2016;17(6):425-435.
- (21) Fakoya I, Ã• lvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: mplications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health* 2015;15(1):561.
- (22) European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. 2014; Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>. Accessed 06/27, 2017.
- (23) Del Amo J, Likataviius G, Pérez-Cachafeiro S, Hernando V, González C, Jarrín I, et al. The epidemiology of HIV and AIDS reports in migrants in the 27 European Union countries, Norway and Iceland: 1999-2006. *Eur J Public Health* 2011;21(5):620-626.
- (24) Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Bygbjerg I, Krasnik A. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a

historical prospective cohort study *Tropical Medicine & International Health* 2012;17(2):223-230.

(25) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hiv-testauksen periaatteita: Suositus perusterveydenhuollon toimipisteille ja matalan kynnyksen palvelupisteille. 2010; Available at: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085062>. Accessed 10/10, 2017.

(26) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen hiv-strategia 2013-2016. 2012; Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-799-8>. Accessed 10/10, 2017.

(27) Sosiaali- ja terveysministeriö. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:21. 2010; Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2939-5>. Accessed 06/21, 2017.

(28) Helleberg M, Engsig FN, Kronborg G, Laursen AL, Pedersen G, Larsen O, et al. Late presenters, repeated testing, and missed opportunities in a Danish nationwide HIV cohort. *Scand J Infect Dis* 2012 04/01;44(4):282-288.

(29) Camoni L, Raimondo M, Regine V, Salfa MC, Suligo B. Late presenters among persons with a new HIV diagnosis in Italy, 2010–2011. *BMC Public Health* 2013;13:281-2458-13-281.

(30) Zoufaly A, an der Heiden M, Marcus U, Hoffmann C, Stellbrink H, Voss L, et al. Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV Medicine* 2012;13(3):172-181.

(31) Kivelä PS, Krol A, Salminen MO, Ristola MA. Determinants of late HIV diagnosis among different transmission groups in Finland from 1985 to 2005. *HIV Med* 2010;11(6):360-367.

(32) European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic Report: HIV Testing. 2017; Available at: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20testing.pdf>. Accessed 10/24, 2017.

(33) Alvarez-Del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: A systematic review. *Eur J Public Health* 2013;23(6):1039-1045.

(34) European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health series: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in the EU/EEA/EFTA Member States. 2011; Available at: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1108_TER_HIV_in_migrants.pdf. Accessed 06/27, 2017.

(35) Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuoltolaki 50 § 2016/1516. Annettu Helsingissä 29.12.2016. 2016; Available at: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P50>. Accessed 12/18, 2017.

- (36) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Paperittomien terveystalvet Suomessa. 2014; Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-156-3>. Accessed 10/24, 2017.
- (37) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntainfo: Maahanmuuttajataustaisten lasten ja raskaana olevien naisten oikeus terveydenhuollon palveluihin Suomessa. 2017; Available at: http://stm.fi/documents/1271139/3899844/Kuntainfo_4-2017_verkkoon.pdf/486fa331-a40a-4601-9150-f6d08f23dff0. Accessed 12/02, 2017.
- (38) Dube B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci* 2005 Jul;30(4):237-246.
- (39) Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001 May;158(5):725-730.
- (40) Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2005 June 2005;25(4):433-457.
- (41) Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV Infected Patients: a Review. *Curr Psychiatry Rep* 2014 11/21;17(1):530.
- (42) Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. Falling through the cracks: the gaps between depression prevalence, diagnosis, treatment, and response in HIV care. *AIDS* 2012 Mar 13;26(5):656-658.
- (43) Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, Burnam MA, Turner B, Shapiro MF, et al. Underdiagnosis of Depression in HIV: Who Are We Missing? *Journal of General Internal Medicine* 2003 06;18(6):450-460.
- (44) Logie C, Gadalla TM. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care* 2009 06/01;21(6):742-753.
- (45) Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AE, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS* 2009 Nov 13;23(17):2353-2357.
- (46) Weinstein TL, Li X. The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: a systematic review of the global literature. *AIDS Care* 2016 02/01;28(2):160-169.
- (47) Schuster R, Bornovalova M, Hunt E. The Influence of Depression on the Progression of HIV: Direct and Indirect Effects. *Behav Modif* 2012 03/01; 2017/10;36(2):123-145.
- (48) O'Connell KA, Skevington SM. An International Quality of Life Instrument to Assess Wellbeing in Adults Who are HIV-Positive: A Short Form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior* 2012 02/01;16(2):452-460.

- (49) Briongos Figuero L, Bachiller Luque P, Palacios Martín T, González Sagrado M, Eiros Bouza J. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Medicine* 2011;12(1):22-30.
- (50) Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. *The Lancet HIV* 2014 October 2014;1(1):e32-e40.
- (51) Degroote, S., Vogelaers, D., Vermeir, P., Mariman, A., De Rick, A., Van Der Gucht, B., Pelgrom, J., Van Wanzelee, F., Verhofstede, C., Vandijck, D. Socio-economic, behavioural, (neuro)psychological and clinical determinants of HRQoL in people living with HIV in Belgium: a pilot study. *Journal of the International AIDS Society* 2013;16(1).
- (52) Trépanier LL, Rourke SB, Bayoumi AM, Halman MH, Krzyzanowski S, Power C. The Impact of Neuropsychological Impairment and Depression on Health-Related Quality of Life in HIV-Infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2005 02/23;27(1):1-15.
- (53) Nobre N, Pereira M, Roine RP, Sintonen H, Sutinen J. Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. *AIDS Care* 2017 08/03;29(8):1074-1078.
- (54) Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1963.
- (55) Herek GM, Saha S, Burack J. Stigma and Psychological Distress in People With HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology* 2013 01/01;35(1):41-54.
- (56) Nobre N, Pereira M, Roine RP, Sutinen J, Sintonen H. HIV-Related Self-Stigma and Health-Related Quality of Life of People Living With HIV in Finland. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2017.
- (57) Nachega JB, Morroni C, Zuniga JM, Sherer R, Beyrer C, Solomon S, et al. HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: A global survey of 2035 HIV-infected adults. *J Int Assoc Phys AIDS* 2012;11(3):172-178.
- (58) Holzemer WL, Human S, Arudo J, Rosa ME, Hamilton MJ, Corless I, et al. Exploring HIV Stigma and Quality of Life for Persons Living With HIV Infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2009 May–June 2009;20(3):161-168.
- (59) Lee RS, Kochman A, Sikkema KJ. Internalized Stigma Among People Living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior* 2002 12/01;6(4):309-319.
- (60) Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine* 2009 08/04;24(10):1101.

- (61) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi - tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. 2012; Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>. Accessed 12/02, 2017.
- (62) Feuillet P, Lert F, Tron L, Aubriere C, Spire B, Dray-Spira R, et al. Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *HIV Med* 2017;18(6):383-394.
- (63) Liñcer A, Zunzunegui MV, del Amo J, Mazarrasa L, Bolívar F. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health* 2007 Dec;61(Suppl 2):ii4-ii10.
- (64) Robertson K, Bayon C, Molina J, McNamara P, Resch C, Muñoz-Moreno JA, et al. Screening for neurocognitive impairment, depression, and anxiety in HIV-infected patients in Western Europe and Canada. *AIDS Care* 2014 12/02;26(12):1555-1561.
- (65) Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: A meta-analysis. *BMC Med* 2014;12(1).
- (66) Shubber Z, Mills EJ, Nachega JB, Vreeman R, Freitas M, Bock P, et al. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 2016;13(11).
- (67) Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011 10/01;58(2):10.1097/QAI.0b013e31822d490a.
- (68) Sumari-de Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT. HIV Stigma and Depressive Symptoms are Related to Adherence and Virological Response to Antiretroviral Treatment Among Immigrant and Indigenous HIV Infected Patients. *AIDS and Behavior* 2011 12/25;16(6):1681-1689.
- (69) Betancur MN, Lins L, Oliveira IRd, Brites C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2017 September–October 2017;21(5):507-514.
- (70) Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ, Jr. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 Feb 1;44(2):159-166.
- (71) Marando F, Gualberti G, Costanzo AM, di LP, Franzetti M, Ammassari A, et al. Discrepancies between physician's perception of depression in HIV patients and self-reported CES-D-20 assessment: the DHIVA study. *AIDS Care* 2016 02/01;28(2):147-159.