

VIAGRA[®]

(sildenafil) 50 mg, 100 mg

**kindel ja ohutu
ereksioonihäirete ravim**

kõige füsioloogilisem toime

* Retseptiravim. Tavaline annustamine, täiendav informatsioon tootja Eesti esindusest:

Pfizer H.C.P. Corporation Eesti Pirita tee 20 10127 Tallinn tel 6405 328 fax 6405 327



**Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide
Eesti Ühingu (STLIEÜ)**

VI konverents

SEKSUAALSUS JA ELUKVALITEET

*11-12. juuni 2004,
Georg Ots SPA Hotell, Kuressaare*

**Seksuaalsel Teel Levivate
Infektsioonide Eesti Ühing**

Ujula 76
Tartu 51008
Tel 50 58 949
A/A 221011842667,
<http://www.hot.ee/eusti>

Ühingu juhatus:

Airi Pöder
Tatjana Brilene
Lee Tammemäe
Anneli Uusküla
Matti Maimets
Margus Punab
Gennadi Timberg

Ühingu sekretär

Kristel Rodima
Tel 56 221780
e-mail kristel.rodima@mail.ee

Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu VI konverents "SEKSUAALSUS JA ELUKVALITEET" on korraldatud ja käesolev artiklite kogum avaldatud tänu firma Pfizer toetusele.

Täname Pfizer Eesti esindust suurejoonelise abi eest meie ühingu VI konverentsi läbiviimisel.

Seksuaalsel Teel Levivate
Infektsioonide Eesti Ühing

PROGRAMM

Reede, 11. juuni 2004

- 14.00 – 15.00 **I Sümpoosium.** Sissejuhatus. *Airi Pöder*
- 14.00 – 14.30 Plenaarloeng. Seksuaaltervis. Seksuaalsus ja elukvaliteet. *Helle Karro*
- 14.30 – 15.00 Plenaarloeng. The psychology of HIV+ patient. *Saulius Caplinskas*
- 15.00 – 15.30 Vaheaeg
- 15.30 – 17.00 **II Sümpoosium.** Nõustamise alused seksuaalelu probleemidega patsientide puhul. *Mare Pork*
- 17.00 – 17.30 Vaheaeg
- 17.30 – 19.00 **III Sümpoosium.** Nõustajate hoiakute mõju. *Mare Pork*
- 19.00 – 19.15 Vaheaeg
- 19.15 – 20.00 Plenaarloeng. The Psychology of the patient with STI-s. *Simon Barton*
- 21.30 Öhtusöök Kuressaare lossis

Laupäev, 12. juuni 2004

- 11.00 – 12.30 **IV Sümpoosium.** Naine ja seksuaalelu probleemid. *Helle Karro*
- 11.00 – 11.30 Seksuaalhäirete klassifikatsioon. *Kai Haldre*
- 11.30 – 12.00 Seksuaalvägivald ohvrite käitumine, sümptomaatika ja ravi. *Lemme Haldre*
- 12.00 – 12.30 Psühhoteraapia seksuaalvägivald ohvrile. *Malle Roomeldi*
- 12.30 – 13.00 Vaheaeg
- 13.00 – 14.30 **V Sümpoosium.** Mees ja seksuaalelu probleemid. *Olev Poolamets*
- 13.00 – 13.30 Seksuaalne identiteet ja orientatsioon. *Aare Raudsepp*
- 13.30 – 14.00 Seksuaalsus ja psüühikahäired. *Imre Rammul*
- 14.00 – 14.30 Kaitsetu mees. *Olev Poolamets*
- 14.30 – 15.00 Vaheaeg
- 15.00 – 16.30 **VI Sümpoosium.** Kuidas kaitsta arsti & arst ja läbipõlemissündroom. *Gennadi Timberg, Olev Poolamets, Kersti Luuk*
-

HAIGESTUMINE STLI-SSE EESTIS

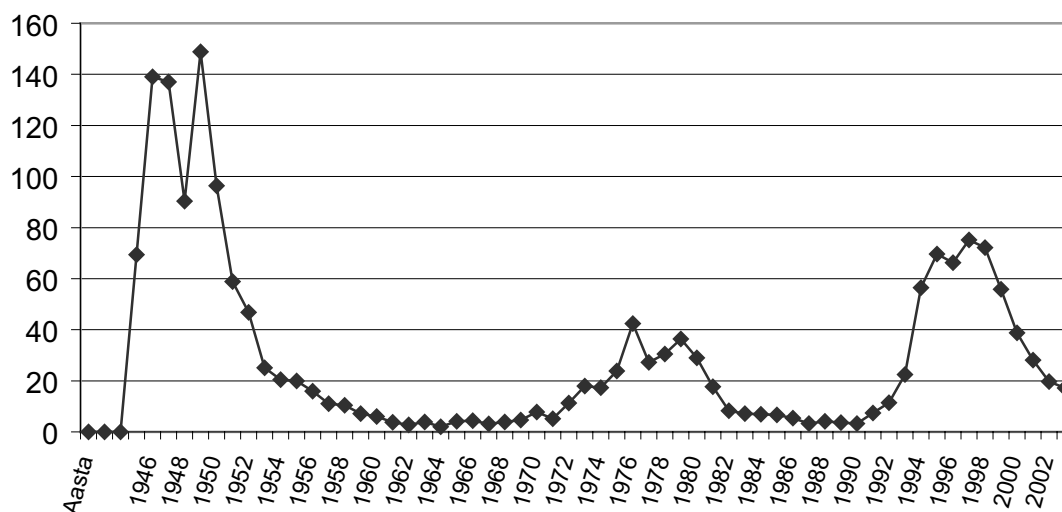
Tabelis toodud andmed põhinevad Tervisekaitseinspeksiooni aruannetel

2001.a.	jaan.	veebr.	märts	apr.	mai	juuni	juuli	aug.	sept.	okt.	nov.	dets.	kokku	%2000-st
Süüfilis	44	36	42	38	45	42	20	30	28	34	21	29	409	-32,4
s.h. varane	39	33	37	29	44	34	16	27	26	33	20	28	366	
kaasasünd.	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	
Gonorröa	55	59	68	59	50	36	33	62	78	58	59	41	658	-24,1
Klamüdioos	397	406	408	333	317	297	297	341	379	368	353	291	4187	12,7
Trihhomonoos	231	261	317	254	258	164	154	187	264	264	223	215	2792	-12,3
Anogen. HSV	40	37	39	39	46	35	21	27	38	22	23	39	406	13,4
Anagen. papill.	45	48	51	42	32	26	28	28	33	43	49	23	448	16,4
HIV nakkus	85	121	170	148	152	143	105	131	107	126	110	76	1474	3,8xtõus
HIV tõbi (AIDS)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
B-hepatiit	36	31	53	36	44	40	29	33	43	42	34	28	449	38,6
C-hepatiit	34	25	34	31	23	17	15	15	28	35	26	23	306	16,8
A-hepatiit	22	15	13	5	3	3	1	2	2	7	4	5	82	57,7
Muud hepatiidid	18	23	16	37	22	33	15	17	19	20	17	16	253	74,5
Viirushep. kokku	110	94	116	109	92	93	60	67	92	104	81	72	1090	39,2
Pedikuloos	70	54	54	44	31	44	28	47	73	57	72	44	618	13,6
Sügelised	378	305	280	265	270	193	113	256	444	551	522	382	3959	59,1

2002.a.	jaan.	veebr.	märts	apr.	mai	juuni	juuli	aug.	sept.	okt.	nov.	dets.	kokku	%2001-st
Süüfilis	32	32	35	26	25	14	25	21	20	22	16	18	286	-30,1
s.h. varane	27	29	34	22	16	12	15	18	13	16	13	17	232	
kaasasünd.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	
Gonorröa	39	46	52	52	54	45	28	49	52	36	54	33	540	-17,9
Klamüdioos	249	318	314	428	549	280	242	285	339	272	420	310	4006	-4,3
Trihhomonoos	202	214	212	197	221	152	152	231	202	160	284	288	2515	-9,9
Anogen. HSV	36	33	37	34	27	20	22	19	27	25	29	43	352	-13,3
Anagen. papill.	49	40	48	35	58	34	43	26	34	22	37	55	481	7,4
HIV nakkus	109	75	79	74	99	64	67	68	50	87	56	71	899	-39
HIV tõbi (AIDS)	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4	2x tõus
B-hepatiit	28	25	26	28	21	12	24	16	22	13	16	13	244	-45,7
C-hepatiit	25	23	26	21	21	11	16	13	6	15	10	12	199	-35
A-hepatiit	2	7	1	1	1	1	0	0	5	5	1	0	24	-70,7
Muud hepatiidid	2	17	13	28	18	18	18	3	9	23	23	36	208	-17,8
Viirushep. kokku	57	72	66	78	61	42	58	32	42	56	50	61	675	-38,1
Pedikuloos	81	65	60	56	49	21	31	21	43	55	32	47	561	-9,2
Sügelised	427	425	322	353	290	140	153	200	386	577	427	331	4031	1,8

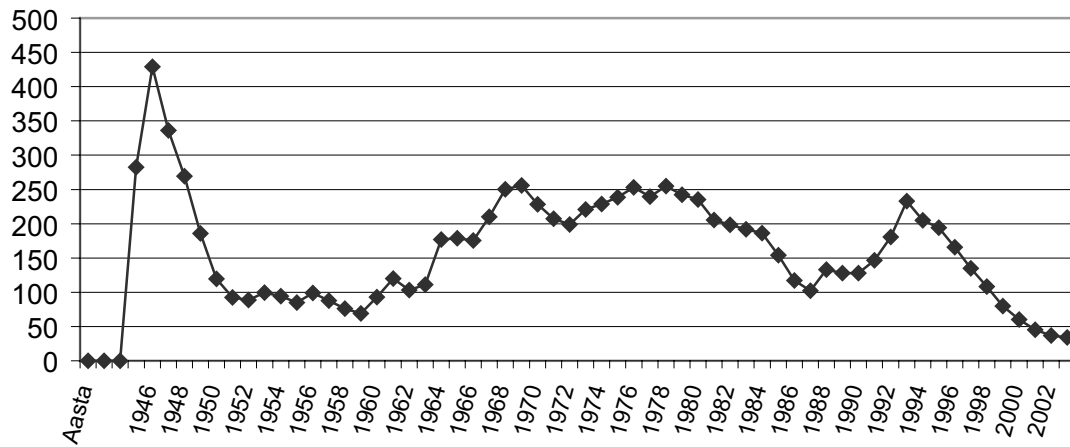
2003.a.	jaan.	veebr.	märts	apr.	mai	juuni	juuli	aug.	sept.	okt.	nov.	dets.	kokku	%2002-st
Süüfilis	17	22	23	13	11	24	16	15	24	18	30	21	234	-18,2
s.h. varane	10	9	14	12	8	11	9	11	13	12	14	11	134	
kaasasünd.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Gonorröa	16	32	28	26	39	36	47	55	57	45	47	33	461	-14,6
Klamüdiios	213	331	247	194	244	211	211	174	250	292	236	369	2972	-25,8
Trihhomonoos	166	180	209	142	160	162	189	184	230	251	206	225	2304	-8,4
Anogen. HSV	32	24	40	35	40	41	19	22	42	42	34	57	428	21,6
Anagen. papill.	44	41	40	42	46	32	34	30	28	24	31	47	439	-8,7
HIV nakkus	78	94	102	74	78	53	69	46	52	97	51	46	840	-6,6
HIV töbi (AIDS)	2	0	0	0	0	0	2	0	4	1	0	1	10	150,0
B-hepatiit	13	14	19	26	10	16	12	12	11	13	10	17	173	-29,1
C-hepatiit	16	12	17	12	14	15	8	6	9	13	10	22	154	-22,6
A-hepatiit	2	0	1	0	0	0	0	1	1	3	1	1	10	-58,3
Muud hepatiidid	14	24	15	21	17	18	14	11	17	20	3	31	205	-1,4
Viirushep. kokku	45	50	52	59	41	49	34	30	38	49	24	71	542	-19,7
Pedikuloos	63	33	27	32	34	15	19	21	25	38	33	33	373	-33,5
Sügelised	290	272	244	237	135	154	120	186	321	517	343	320	3139	-22,1

SÜÜFILIS (100 000 elaniku kohta)



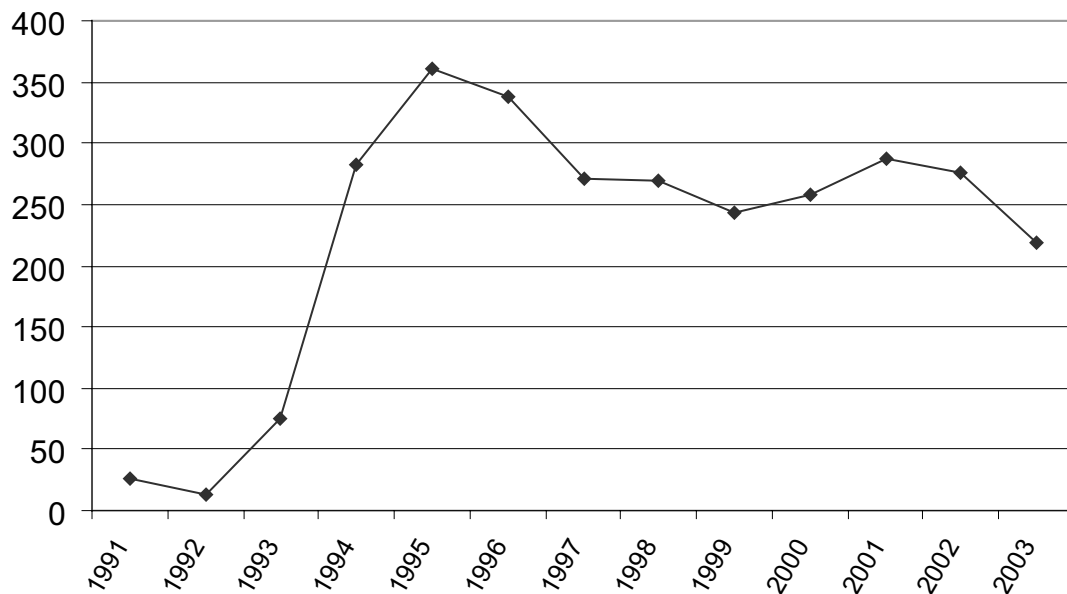
Aasta	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	591	1061	233	72	52	116	344	430	104	53	1034	559	409	286	234
Näitaja 100000 el.kohta	69,4	96,4	20,0	6,0	4,1	7,8	23,8	29,0	6,7	3,3	69,7	38,8	28,1	19,7	17,2

GONOKOKKNAKKUS (100 000 elaniku kohta)



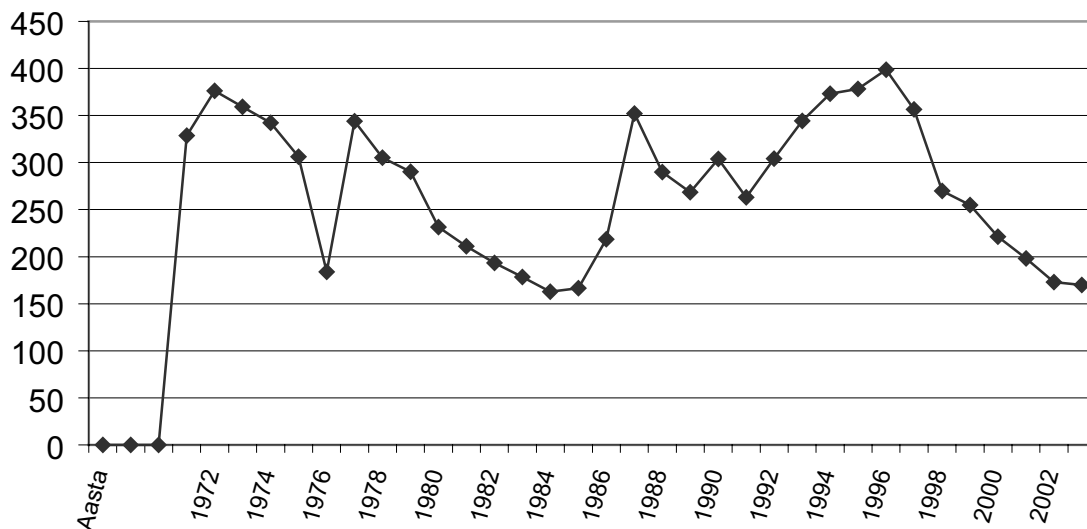
Aasta	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	2471	1318	983	1120	2278	3110	3433	3496	2375	2025	2882	867	658	540	461
Näitaja 100000 el.kohta	282,4	119,7	84,8	93,0	179,0	228,5	238,6	235,5	154,0	128,0	194,2	60,2	45,3	37,1	34,0

SUGULISELT LEVIVAD KLAMÜÜDIAHAIGUSED (100 000 elaniku kohta)



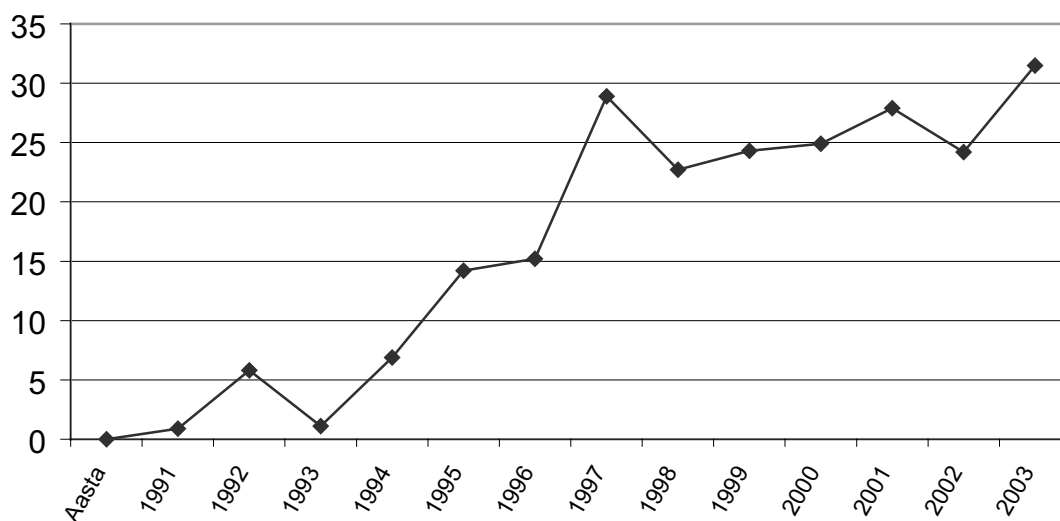
Aasta	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	405	405	405	405	405	405	405	405	405	405	405	405	405
Näitaja 100000 el.kohta	25,8	12,7	75,9	282,1	360	338,3	271,2	269,3	243,5	258,2	288	275,6	219,1

TRIHOMONIAAS (100 000 elaniku kohta)



Aasta	1972	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	5222	4403	3425	2570	4801	5612	3185	2792	2515	2304
Näitaja 100000 el.kohta	376,4	306,1	231,5	166,7	303,8	378,2	221,3	198,0	173,0	169,9

ANOGENITAALSED HERPESVIIRUSNAKKUSED (100 000 elaniku kohta)



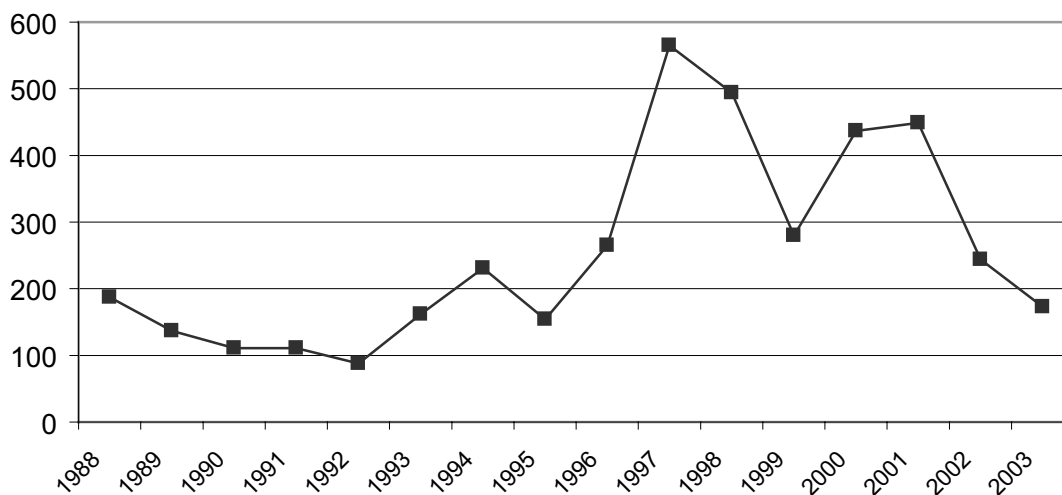
Aasta	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	14	90	17	104	285	223	423	330	353	358	406	352	428
Näitaja 100000 el.kohta	0,9	5,8	1,1	6,9	14,2	15,2	28,9	22,7	24,3	24,9	27,9	24,2	31,5

ANOGENITAALSEDTÜÜKAD (100 000 elaniku kohta)



Aasta	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	291	477	451	385	448	481	439
Näitaja 100000 el.kohta	14,6	32,8	31,0	26,8	30,8	33,1	32,4

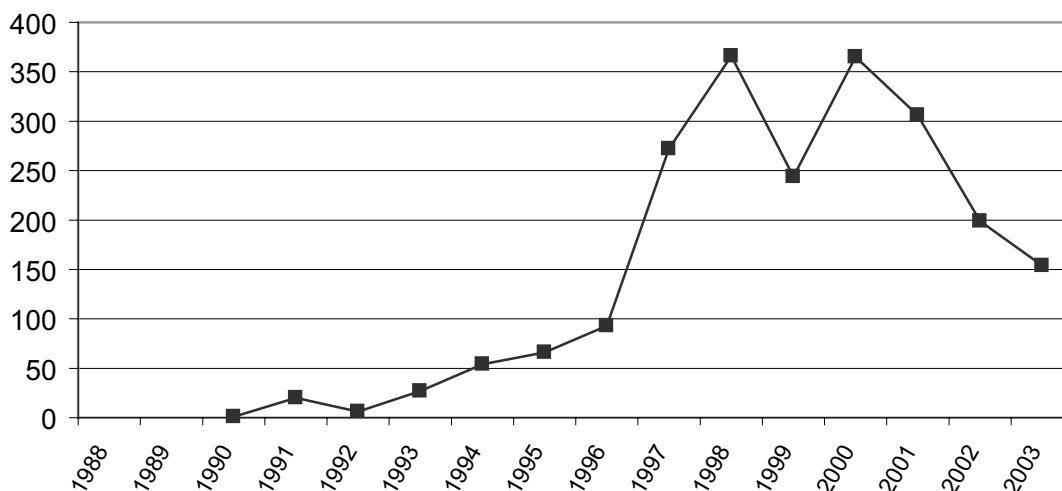
B-HEPATIIT (100 000 elaniku kohta)



Aasta	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	187	137	111	111	88	162	231	154	265	565	494	280	437	449	244	173
Näitaja 100000 el.kohta	11,8	8,7	7	7,1	5,8	10,6	15,4	10,3	18,1	38,6	34,0	19,3	30,4	30,9	16,8	12,7

C-HEPATIIT

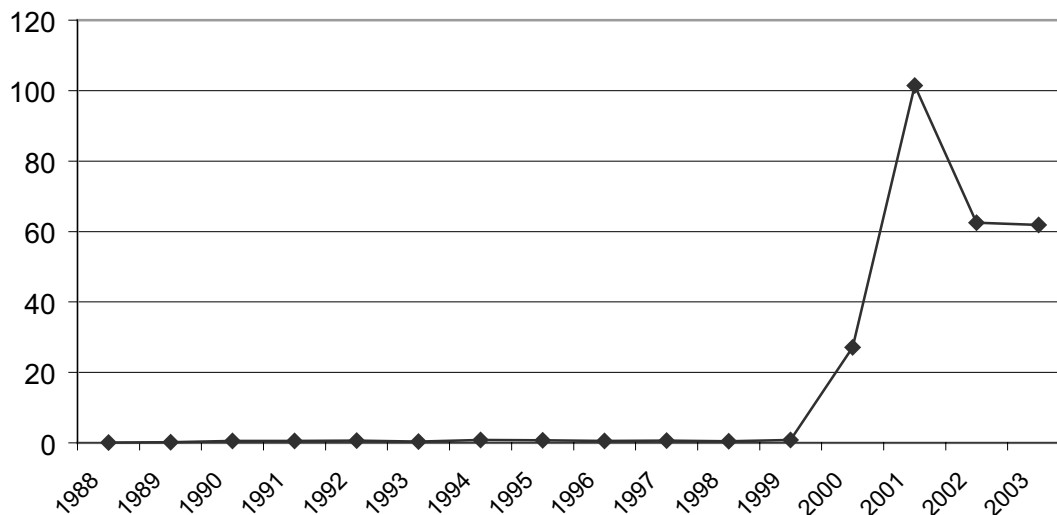
(100 000 elaniku kohta)



Aasta	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	1	20	6	27	54	66	93	272	366	244	365	306	199	154
Näitaja 100000 el.kohta	0,1	1,3	0,4	1,8	3,6	4,5	6,4	18,6	25,2	16,8	25,4	21,0	13,7	11,3

HIV-NAKKUS

(100 000 elaniku kohta)



Aasta	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Haigete arv	1	3	8	8	9	5	11	11	8	10	10	12	390	1474	899	840
Näitaja 100000 el.kohta	0,07	0,21	0,55	0,55	0,62	0,34	0,83	0,76	0,55	0,62	0,42	0,83	27,1	101,4	62,5	61,9

SEKSUAALTERVIS, SEKSUAALSUS JA ELUKVALITEET

Helle Karro

SA TÜK Naistekliinik

Seksuaaltervis defineeriti Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) poolt esmakordselt 1975.aastal. Definiitsioon sisaldas kolme peamist punkti: 1) võime nautida ja kontrollida seksuaalset ning produktiivset käitumist vastavuses sotsiaalsete ja isiklike moraalinormidega; 2) olla vaba kartusest, häbist ja hirmust, mis takistaksid seksuaalset väljendust ja suhteid; 3) seksuaal- ja reproduktiivfunktsiooni mõjutavate häirete ning haiguste puudumine. Rõhutati, et seksuaaltervise eesmärgiks ei ole üksnes nõu anda rasestumise ja sugulisel teel levivate haigustega seotud küsimustes, vaid muuta elu ja isiklike suhteid paremaks.

Esialgset definiitsiooni on kritiseeritud ja seda on nimetatud utoopiliseks. Magnus Hirschfeld on avaldanud arvamust, et tervist ei saa defineerida kui täieliku heaolu seisundit, sest kahjuks see ei ole kõigile inimestele aga alati saavutatav. Selline definiitsioon võib põhjustada frustratsiooni ja põhjendamatu ootusi tervishoiule.

On vaieldud selle üle, kas seksuaaltervis on reproduktiivtervise osa või vastupidi. Evert Ketting on 1996.aastal kritiseerinud seksuaaltervise käsitlemist reproduktiivtervise osana ja rõhutanud, et RT probleemid on enamasti meditsiinilised, seotud raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga. Pigem on reproduktiivtervis seksuaaltervise osa – reproduktioon ehk soojätkamine on osa seksuaalelust. Seksuaal- ja reproduktiivtervisel on kokkupuutealad. Sugulisel teel levivad haigused võivad mõjutada seksuaalsuhteid ja seksuaalset rahulolu ning seeläbi seksuaaltervist. Samas võivad põetud sugulisel teel levivad haigused mõjutada reproduktiivtervist ja fertiilsust. Hea seksuaaltervise saavutamiseks on vajalik aidata inimestel saavutada kontroll oma seksuaalsuse üle ja võimaldada aktsepteerida ning nautida seda täielikult. Kõige tähtsam ei ole mitte diagnoos, ravi ja meditsiinile abi vaid teadmised, identiteedi leidmine, suhtumine iseendasse ja oma partnerisse.

Seksuaaltervise definiitsiooni on arutatud korduvalt ja viimane versioon tugineb 2002.aastal WHO poolt korraldatud konsultatsioonidele, arutelu on jätkunud väiksemates töögruppides. WHO koduleheküljel olev definiitsioon on järgmine: *“Seksuaaltervis on täieliku füüsilise, emotsionaalse, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mis on seotud, mis on seotud seksuaalsusega; ta ei ole mitte ainult haiguse, düsfunktsiooni või pöduruse puudumine. ST nõuab positiivset ja lugupidavat suhtumist seksuaalsusesse ning seksuaalsuhetesse, samuti võimalust nauditavateks ning turvalisteks seksuaalkogemusteks, mis on vabad sunnist, diskrimineerimisest ning vägivallast. Seksuaaltervise saavutamiseks ja säilitamiseks tuleb respektida ja kaitsta seksuaalseid õigusi.”*

Seksuaalsed õigused tuginevad inimõigustele. Maailma Seksoloogiate Assotsiatsioon (WAS) deklareerib seksuaalseid õigusi alljärgnevalt:

1. Õigus seksuaalsele vabadusele
2. Õigus seksuaalsele iseseisvusele, aususele ja turvalisusele
3. Õigus seksuaalsele privaatsusele
4. Õigus seksuaalsele õigusele
5. Õigus seksuaalsele naudingule
6. Õigus emotsionaalsele seksuaalsele väljendusele
7. Õigus vabalt otsustada seksuaalsuhte üle
8. Õigus vabadele ja vastutustundlikele reproduktiivsetele otsustele
9. Õigus teaduslikele alustele tuginevale informatsioonile
10. Õigus laiaulatuslikule seksuaalharidusele
11. Õigus seksuaaltervise teenustele

THE PSYCHOLOGY OF A PATIENT WITH HIV

Saulius Caplinskas

Lithuanian AIDS Centre, Vilnius, Lithuania

People with HIV face a lot of psychological problems. Along with everyday troubles specific problems related to this infection occur. Infected person should get a complex help aimed to reduce the ailments.

Information about infection provokes a personal crisis with damage of person's beliefs in basic values. Experts set six phases of reaction to a crisis apart:

1. Shock phase.
2. Denial
3. Anger
4. Negotiation
5. Depression
6. Acceptation

These stages are defence mechanisms helping to survive under hard circumstances. They may last longer or shorter, exchange each other or exist aside.

Families living with HIV/AIDS

- The family facing HIV/AIDS needs social, psychological, medical help.
- The families are apt to self-isolation from society and community trying to protect itself and their children from negative actions and reaction of other people.
- A lot of psychological and emotional problems that have people with HIV and AIDS or HIV/AIDS affected ones, and scarce environmental support may lead to psychological disorders (e.g., depression, post-traumatic stress and anxiety).
- People attributing their HIV infection to own risky behaviour, have a strong feeling of guilt, shame and anger. Such emotions are especially common in mothers that have infected their newborn.
- Pain, sorrow, anger and deterioration of physical health are typical to the families with HIV/AIDS. This may be an obstacle to the parents in providing consequent care for their children.
- The barriers in the treatment adherence are as follows: incomprehension of long-term impact, myths about treatment necessity and efficiency, mistrust of medical workers, conflicts with chosen living style, abuse of psychoactive substances, medication side effects. A need for education and psychological interventions occurs.

HIV/AIDS in penal establishments

- HIV infection in penitentiaries is directly related to the drug use.
- Families of inmates with HIV experience fear of HIV/AIDS, lack of knowledge and comprehension, stigma, etc. Family members have insufficient knowledge on drug dependence disease and on ways of living with it.
- It is the family that is able to provide the most solid support to the released inmates as compared to all the operating social and medical institutions. It is important to empower the family to live with HIV infected person and one with drug use problems, maximally reducing possibility for HIV spread.

NÕUSTAMISE NB!

Mare Pork

HR Consulting, Tallinn

Nõustamist muu ravi osana võib vaadelda eelkõige kui toetava suhte, hea emotsionaalse kontakti kaudu ravi eesmärkidele kaasa-aitamist. Nõustamise eesmärgiks on igal juhul patsiendi ärevuse ja masenduse vähendamine, psüühilise tasakaalu suurendamine, valmisoleku tõstmine ise oma probleemide lahendamiseks.

Sõltumata sellest, milliseid tehnikaid kasutatakse, on nõustamises ja psühhoteraapias põhiliseks töövahendiks nõustaja isiksus. Tema

- Professionaalne ettevalmistus.
- Hoiakud, väärtushinnangud, elukogemus ja -filosoofia.
- Sotsiaalne ja emotsionaalne kompetentsus.
- Partneri- ja situatsioonitaju.

Nõustaja taktikalised põhiülesanded

1. Turvatunde loomine. Nii näit. on mugavustunde loomiseks seksuaalanamneesi kogumisel vajalik 4-silma vestlus.
2. Teist isiksust aktsepteerivate suhtlemistaktikate valdamine - aktiivsed kuulamisvormid, ümbersõnastamine, valikuline tagasisidestamine.
3. Julgustamine ja suunamine ravi põhimõtete seletamise kaudu
4. Võimaluste otsimise toetamine.
5. Probleemi fookuses hoidmine.
6. Võimalike efektiivsete käitumismallide õpetamine.

Emotsionaalse kontakti paremaks mõistmiseks on hea teada kiindumusstiile, mis käivituvad pingelistes olukordades ja kujundavad kontakti kvaliteeti.

Kui klient tuleb teraapiasse, siis ta ei mõtle nii nagu terapeut. Osad terapeute püüab oma hoiakuid kramplikult varjata, teised hakkavad kohe aktiivselt õpetama, kuidas klient peaks mõtlema. Kumbki poolus ei ole hea - mõlemal juhul rikutakse nõustamissuhte ära.

Hea plaan ravi toetamiseks :

1. on orienteeritud probleemile - võetakse üks asi ja tegeletakse sellega;
2. vastab inimese momendi funktsionaalsele seisundile;
3. vastab sõltuvusvajadusele;
4. arvestab kultuuri eripära ja elustiili;
5. on realistlik, ajaliselt piiratud ja konkreetne;
6. on muudetav, võimaldab uut kokkulepet;
7. hoiab kontakti ravi kestel

KAS ARSTIDE LÄBIPÕLEMIST VÕIKSID SOODUSTADA JUHTUMID, MIDA PATSIENTIDE ÕIGEL NÕUSTAMISEL OLEKS OLNUD VÕIMALIK VÄLTIDA?

Galina Litter

Evita Grupp OÜ

Töötan alates 02.01.2003.a. Pirita Perearstikeskuses Evita Grupp OÜ - s. Kompleksis töötab 4 perearsti ja 2 perearsti resident, hambaarstid ja minu asutuses 3 naistearsti. Naistearstide vastuvõtul käivad patsiendid üle Eesti.

Suheldes sageli tööasjus haigekassaga, ütles kunagi üks sealne usaldusarst: "Kõik perearstid on läbi põlenud". Hinnang tundus olevat karm. Kuna kõik ravivad arstid (Tallinna Keskhaigla juhtivate ametnike väljend, vastand - mitteravivad arstid), kes tegelevad patsientidega, anamneesi kogumisega jm., on siiski omavahel läbi abivajate patsientide seotud, siis sooviksin esitada kasuistilisi juhtumeid viimase 1,5 aasta jooksul ülestähendatust. (Peale patsiendi lahkumist kabinetist kirjutan üles juhtumid, endast välja, et tegelda järgmisega, et mitte läbi põleda. Kõrvale on jäetud patsiendi emotsionaalsed süüdistused arstide kohta.). Olen kindel, et on olukordi, kus meie raviarstidena oleksime saanud olla paremad nõustajad patsiendile, ning vältida haigete kannatusi kui ka nendega kokkupuutuvate arstide muret, mis sageli kordudes võib põhjustada läbipõlemist.

Olete ju minuga nõus, et esmatasnadi arsti ehk perearsti külastavad patsiendid reeglina kõige sagedamini meil kehtiva süsteemi järgi. Väga oluline oleks perearstil küsida alati enne ravi määramist fertiilsel naisel viimase menstruatsiooni 1. päeva ja tunda huvi, millal oli viimati günekoloogiline kontroll kõigi vanusegruppide naistel.

Sagedamini esitatavaid küsimusi on, kas raseduse algul tarvitatud ravimid võiksid kahjustada loodet?

Naistearstina olen ikka rõhutanud, et iga endast lugupidav naine külastab vähemalt 1 kord aastas naistearsti. Noortel soovitaksin esmakordselt külastada naistearsti vähemalt pärast suguelu alustamist. Tegelikult on sageli teisiti.

Patsiendid, kellel on sageli äge vulviit, peaksid olema perearstil uuritud vähemalt veresuhkrule ja hemoglobiini sisaldusele, välistamaks suhkurtõbe ja aneemiat.

Sageli küsides patsientide käest viimase vereanalüüsi väärtust, pole seda kunagi tehtud või väga ammu või ainult tõendite tarvis.

Noored sünnitamata naispatsiendid, kel on emakakaenal Ectopia colli uteri ehk RHK 10 järgi limaskestast marrastus või väljapööre, vajaksid kontrolli 1-2 korda aastas, olenevalt partneritest ja suguelu aktiivsusest, ning uuringuid klamüdioosile, gonorröale, onkotsütoloogiale, nende haiguste välja lülitamiseks. Vaid siis võib olukorra tunnustada füsioloogiliseks ja jälgida kaebuste puudumisel.

Enamik ~40 möödunud aastal diagnoositud urogenitaalse klamüdioosi juhtudest olid asümptomaatilised ja ~5 gonorröa juhtu, diagnoositud DNA meetodikaga.

KONTROLL NAISTEARSTIL VAJALIK VÄHEMALT 1 KORD AASTAS.

TEGELIKULT:

- 26-aastane patsient 4761015...., tarvitab 5 aastat OK, pole kunagi enne käinud naistearstil!

Chl DNA on positiivne!, viimased 0,5 aastat eitab suguelu!

Kas arst, kes "pikendas retsepti" (~10 korda!), mõtles järgmistele võimalustele:

Kas OK on üldse vajalik? Kui kaua on põdenud urogenitaalset klamüdioosi? Kas teda ohustab viljatuse?

Kas on mõtet OK või püüda hoopiski rasestuda ja alustada õigel ajal viljatuse uuringuid?

- 15-aastane patsient 4890129...., ravi Herpes genitaalsele määranud patsiendi ema, kes pöördus perearstile ja sai retsepti (patsiendi väljend). Ravi on ordineeritud tegelikku läbivaatust teostamata.

Patsient on alustanud suguelu, pole plaanilises korras naistearstil käinud, ägedate kaebuste tõttu käinud valvegünekoloogil. Järgnevale vastuvõtule tuleb koos emaga, kes on bioloog ja soovib nõustamist partneri ravi jm. kohta.

Kas oleks olnud valutum ja õigem suunata neiu nõustamiseks, raviks, uuringuteks plaanilises korras ?

Meeldiv ole see, et emal ja tütrele olid usalduslikud ja head suhted, mida emale väljendasin.

- vastuvõtule pöördus patsient, kes tarvitas OK (oraalset kontratseptsiooni) ehk antibeebipille alates aastast 2001 ~3

aastat, günekoloogilisel kontrollil polnud kunagi enne käinud!

Kuidas avastada 21. sajandil ravitavaid haigusi varakult?

Kas arst, kes "pikendab" retsepti, on kindel günekoloogilises ja veneroloogilises tervises?

Patsiendid nimetavad endiselt: "Võtan perearstilt retsepti".

Kas see võiks vähendada lugupidamist arstidesse ja alahindamist ning siis põhjustada läbipõlemist?

- vastuvõtule pöördus 20-aastane patsient: esmakordne günekoloogiline kontroll, põeb epilepsiat, tarvitab OK Mikro-30. Avastatud bakteriaalne vaginosis, KOH test tugevalt positiivne, Ectopia colli uteri, nõustatud sugulisel teel levivate haiguste ja kontratseptsiooni suhtes.

OK ordineerinud arst pidanuks ka nõustama STLI kohta ja külastuse kontrolli vajalikkusest.

- 19-aastane patsient, 2,5 aastat tarvitab OK Mercilon, pole kunagi günekoloogil käinud!

Kas OK retsepti "pikendanud" arst on kindel STLI puudumises?

- 18-aastane patsient. Elab suguelu alates 15. eluaastast.

Ei ole kunagi olnud menstruatsiooni kalendrit!

On külastanud 1 x günekoloogi, analüüse ei olevat võetud, ei oma kontratseptsiooni

- perearst väljastab retsepti diagnoosi koodiga Z02.4.....

ja ordineerib Estrofem 2 mg tablette 41-aastasele patsiendile

- kas tekib läbipõlemise tunne kui perearst saadab naistearsti vastuvõtule patsiendi aneemia tõttu: Patsient on 59-aastane, 161 cm pikk, kaalub 81,5 kg ja Hgb on 119 !

Nii head Hgb väärtust kohtab gүн. haigetel harva.

- 33-aastane patsient: pärast sünnitust 9,5 aastat tagasi sisestati spiraal, siis oligi viimane günekoloogi külastus.

- vastuvõtule pöördus 47-aastane adiposne sünnitamata naine. Esmakordselt elus günekoloogiline kontroll!

Kindlasti on ta külastanud oma elu jooksul arste.

Kõik arstid teavad vähi riske sellise anamneesi puhul

- vastuvõtule pöördus 40-aastane venelanna. Kasutab raviks veterinaarsalvi! Kardab pruurituse probleemi, mis tema arvates on seotud kassiga.

Viimati gүн. kontroll ja nõustamine ~20 aastat tagasi!

- pererastide pearaha hulka kuulub ka profülaktiline tegevus: uskumatu, kuid mitte kõik naispatsiendid ei märgi üles menstruatsioonide 1. päeva. Kuidas on võimalik ordineerida antibiootikume fertiilses eas naistele või diagnoosida m.tsükli häireid, kui puuduvad andmed viimase menstruatsiooni 1. päeva ja m.tsükli pikkuste kohta kohta?

- 21-aastane patsient, kellel on oligomenorröa, aastas mõned menstruatsioonid, ~3 kuu järgi.

Perearst pole kunagi huvi tundnud m.tsükli kohta ega suunanud naistearstile.

- vastuvõtule pöördus 46-aastane kooliõpetaja, kes on hirmul, paanikas soovimatu raseduse ees, kasutab kontratseptsiooniks coitus interruptust, probleemid ja hirm suguelu ees. Läbivaatusel ilmnevad vaginismi sümptomid. Viimase 3-4 aasta jooksul pole naistearstil käinud. Perimenopausi kontratseptsioon on käsimüügis, tundub, et patsient vajab HAR, juba nõustamisest on tal kergem.

Soovitasin enne naistearsti vastuvõtule tulles võtta 40g, mille peale patsient vastab: "Seda ma tegingi".

Kas olukord oleks olnud rahulikum, kui patsienti oleks nõustatud vähemalt 1 kord aastas?

RAVIJUHENDIST:

seisundid, mille korral planeerimata rasedus on risk naise tervisele: STLI, HIV/AIDS

Olete ju minuga nõus, et neid haigusi ei ole ju võimalik avastada ilma kontrollimata patsiendi analüüse.

Kindlasti ei ole OK esmavalik üle 40-aastastele.

VÄHIHAIGUS LÜHENDAB OLUISELT ELUIGA:

- vastuvõtule pöördus 28-aastane sünnitamata patsient. Pole naistearstil käinud, leidnud vasakus rinnas tüki 4 kuud tagasi. Kinnitust leidis diagnoos rinnanäärme vähk.

Kas ka teisi arste pole patsient külastanud? Väheusutav.

- vastuvõtule pöördus adiposne 58-aastane naispatsient, kes pole peale sünnitust (30 aastat) naistearstil käinud. Tegemist kaugelarenenud emakakaela laguneva vähiga. Ta oli külastanud perearsti.

- vastuvõtule pöördus 33-aastane patsient. Viimati külastas günekoloogi 9,5 aastat tagasi, kui paigaldati spiraal. Patsient pöördus vaid spiraali väljutamiseks. Võtsin analüüsid (eelnevad ~9,5 aastat tagasi!). PAP IV, HPV tüüp 16 kõrge risk, pat. hist. infiltratiivne Ca colli uteri.. Kindlasti tekitab olukord muret patsiendis ja arstides, kelle poole patsient on pöördunud. 8,5 aastat tagasi ravitud protsess oleks reeglina peatunud.

On 21.sajand, patsiente on võimalik uurida paremini kui kunagi varem. Vastuste korral PAP II / III HPV?, koilotsüüdid, CIN 1 jne. on oluline HPV (inimese papillomiviiruse) analüüs. Põhjenduse korral, et analüüs on kallid, võiks seda ka patsiendile öelda. Patsiendi enad soovil võetud analüüsi maksab patsient ise 272.-, kuid enamasti seda ei pakutagi.

- vastuvõtule pöördunud 26-aastase sünnitamata naispatsiendi (Dgn.Ectopia colli uteri) onkotsütoloogia analüüs PAP II / III ASCUS, kordamisel 10 kuu pärast PAP II / III ASCUS HPV. HPV uuring tegemata. Suunatud kolposkoopiale, järjekord 3 kuud, mis tekitab patsiendis paanikat ja ärevust, kaalu langust (erialalt kokk). Naistearst keelanud OK, manitses suguelu pärast ja nõudis kondoomi kasutamist.

KONTRATSEPTSIOON RAVIMITEGA, ARSTLIK TEGEVUS:

- vastuvõtule pöördus 18-aastane patsient, kes tarvitab antibeebipille alates 14 ! eluaastast näonaha raviks! Esimene coitus aga alles 16-aastaselt.

OK aastaid enne suguelu algust? Olen kindel, et professionaalsed nahaarstid oskavad aknet ravida loogilisemalt. Küll aga "sunnivad" kosmeetikud "võtma" günekoloogilt antibeebipillide retsepti".

Nõustun onko- günekoloogide ja onkoloogide- mammoloogidega, kes rõhutavad, et sünnitamata naisele on 5 aastat pikk pillide tarvitamise aeg ja 10 aastat ülipikk, mis tõstab rinnanäärme vähi haigestumist.

Oluline on ka OK ümber vaadata 4- 5 aasta järgi, sest ka naine on vanemaks (ja haigemaks?)muutunud.

- vastuvõtule pöördus 48-aastane patsient, kes alates II 2002 saab kontratseptsiooniks! Depo- Proverat. Kas raseduse risk selles vanuses on nii oluline? Kas patsient vajaks tegelikult hormoonasendusravi?

- vastuvõtule pöördus 46-aastane patsient, kes tarvitab 2 aastat OK Reguloni. Patsiendil on kilpnäärme ületalitus, on teostatud uuringud onkoloogias, RR kontrollimata, viimati gүн. kontroll ~2 aastat tagasi.

Kas ta ikka vajab antibeebipille? Kas tema elukvaliteeti parandaks HAR? Patsient on nõustama, uurimata, "pikendab retsepti" arsti nägemata.

- 19-aastane patsient, saanud noortekabinetist OK. Nõustamine?

Patsiendil m.tsükli häired, käinud perearstil hulgikaebustega: t 37,0- 37,1, Sisekaitseakadeemia üliõpilane, patsiendil on eksamid, ärevus, ärevushäire?, suguelu ei ela, Suunatud naistearstile.

Teatavasti võivad OK mõjutada libidot ja meeleolu. Patsient vajab psühholoogi ja psühhiaatri abi ärevushäirest üles-aamisel.

- 20-aastane patsient, pole kunagi käinud gүн. kontrollis, pole nõustatud.

Perearst ordineerinud OK. Patsiendil on väljendunud äge vulviit lahkliha nahapinna veritsevate lõhedega. Anamneesis m.ts. häired. Kas oleks õigem enne gүн. kontroll, siis ravi ja OK?

- 32-aastane naispatsient on kohtunud viimati naistearstiga sünnitamise ajal aastaid tagasi!

Tarvitatb OK. Arst, kes väljastas retsepti, pidanuks nõustama patsienti.

- 37-aastane patsient, tarvitab Tri- Regoli 16 aastat!, suitsetab, ei oma informatsiooni, aeg- ajalt tarvitab valesti. Viimati gүн. kontroll ~2 aastat tagasi.

Miks pertearst ordineerib 16 aastat (kas 32 korda?) nõustamiseta OK? Täna on naine 16 aastat vanem.

- 26-aastane patsient. Tarvitatb 5 aastat OK.

Pole kunagi külastanud günekoloogi!

Kas OK ordineerinud perearst on kindel, et patsiendil ei ole STLI?

- patsient pöördub OK retsepti saamiseks pereõe poole, teatades, et nüüd soovib ta midagi muud...Kas retsepti väljastamine on kui sekretäri töö patsiendi nõudel?

Günekoloogiliselt kontrollimata. Kas patsient teab fenotüübi eripärasid, vastunäidustusi, riske jm.?

Kas see võiks soodustada arvamust, et lähen ja võtan retsepti, lähen ja võtan haiguslehe perearstilt?

Kindlasti soodustab selline suhtumine läbipõlemist, sest patsient ei pea arsti asjatundjaks.

ESV EMAKASISESED VAHENDID EHK SPIRAALID:

Kaasajal on enamik ESV- emakasiseseseid vahendeid ehk spiraale on 3, 5, 6, 8-aastaks. Enamik 5-ks aastaks.

Perarst võiks tunda huvi, kas naisel on ESV, et kontrollida 1 kord aastas Hgb ja suunata 1 kord aastas günekoloogile.

Kas põleme kiiremini läbi, kohtudes patsiendiga, kellele paigaldati spiraal siis, kui ta oli 28-aastane. Väljutama tuli ta 32 aastat hiljem, ehk minu juurde tulles oli vanaproua postmenopausis ja 60-aastane!

Kindlasti oli ta külstanud erinevaid arste 32 aasta jooksul

- patsiendi sünniaeg 4430115...., 60-aastane, ESV ~20- 25 aastat emakas. Viimati güin. kontroll 9 aastat tagasi ! Oleks pidanud ESV väljutatama. ESV eemaldatud postmenopausis patsiendil.

On külstanud korduvalt pertearsti.

ARSTID VÕIVAD LÄBI PÕLEDA, sest

- ei tunnustata nende vaimset ja suhtlemist nõudvat tööd vääriliselt riigi, elanikkonna, patsientide, ajakirjanike jm. poolt

Kas antud näited võiksid seda arvamust soodustada? Kas saaksime ise muuta midagi paremaks?

Olen kindel, et saame, kui tegutseme ühiselt patsiendile parimate seisukohtade pideval järgimisel.

- arenguriike iseloomustab kõrge soovimatute raseduste katkestamise arv naise omal soovil.

Me ei soovi ju enam sinna kuuluda? See põletaks meid läbi?

- kõikide elanikkonna liikmete ehk potentsiaalsete patsientide rahulolematus, arstide eriarvamused, ebakollegiaalsus

Kas antud näidete varal võiksime leida ühiseid seisukohti?

Kas olete nõus, et parem hüperdiagnostika kui hüpodiaagnostika!

- õnnetud patsiendid: viljatuse all kannatavad, suguhaiguste avastamisel jpm.

Meil on võimalik neid probleeme ennetada, uurida, ravida vaid siis, kui kõik kolleegid rõhutavad günekoloogilise kontrolli vajadust vähemal 1 kord aastas.

Arenenud riikides on see 1 kord kahe aasta jooksul. Meie elanikkond enamikus on pärit vene ajast ja vene meditsiinist, mistõttu vajaks nõustamist ja kontrolli kord aastas.

Kõik nimetatud andmed ja juhtumid on Evita Grupp OÜ tervisekaartides, on kontrollitavad.

Kasutatud andmete kogumislehel on patsientide isikukoodid.

Lõppkokkuvõttes on perearstid meie sõbrad, nagu ütlevad ka eriarstid LOR arstid. Kuid meie arstidena oleksime õnnelikumad, kui õnnetust toovad kasuistikat oleks vähem, kui kõik kolleegid mõtleksid organismile kui tervikule ja nõustaksid vajaduse suhtes küllastada eriarste õigel ajal.

Olete ju minuga nõus, et ei ole võimalik olla hea spetsialist igal erialal.

Meeldib ka ühe vanema kolleegi soovitus, arstid peaksid hoidma kokku!

PSYCHOLOGY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Simon Barton

Chelsea & Westminster Hospital, London

No area of medicine involves more psychological factors than the management of sexually transmitted diseases. The majority of people who have (or believe they might have) contracted a sexually transmitted infection are embarrassed and upset. Wherever they present to a physician, they will have high levels of anxiety and require the use of careful interviewing techniques to reassure them and to ensure that they are receptive to information about their condition, any treatment and sexual health prevention. This will be even more apparent if they have never come into contact with sexually transmitted infection services previously, as they are likely to have preconceptions about the attitude of health care professionals.

A major component of every patient with a sexually transmitted infection is the question of where they acquired this. Patients may be puzzled by this, be angry about this, but definitely embarrassed in many circumstances.

For many patients this will be the first time they have answered to a doctor questions about their most personal and detailed sexual behaviour.

This talk will outline the problems which patients with a variety of infections, particularly viral ones, experience. It will outline strategies for health care professionals to ensure that, as a multi-disciplinary team or as an individual, they do everything in their power to ensure their patients feel most at ease, are most able to access information, and are able to effectively adhere to therapy.

NAISE SEKSUAALHÄIRETE KLASSIFIKATSIOONV

Kai Haldre

Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik
Eesti Pereplaneerimise Liidu Seksuaaltervise Kliinik
SA TÜK Naistekliinik

William Masters ja Virginia Johnson kirjeldasid esmakordselt 1966. aastal naise seksuaalsüklit, eristades selles nelja üksteisele järgnevat faasi – erutus, platoo, orgasm ja resolutsioon.

Helen Singer Kaplan arendas Mastersi ja Johnsoni käsitlust edasi ning esitas 1974. aastal oma mudeli. Kaplani järgi koosneb naise seksuaalne toimimine kolmest üksteisele järgnevast komponendist – **seksuaal soov e. -iha, erutus ja orgasm**. Tema nägemuse järgi peab erutusele alati eelnema soov seksuaalaktiks.

Nende kolme nimetat klassiku tööd on aluseks tänasele käsitlusele naise seksuaalfunktsiooni häiretest. Klassifikatsioon on sõnastatud 1998. aastal (1998 American Foundation of Urologic Disease Consensus Panel Classifications and Definitions of Female Sexual Dysfunction).

Alanenud seksuaal soov e. iha (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*)

s.o. pidev või kohatine seksuaalfantaasiate, -mõtete puudumine ja/või vastuvõtlikkuse puudumine seksuaalse sisuga tegevustele ning selline situatsioon häirib inimest.

Alanenud seksuaal soovi põhjuseks võivad olla kas psühholoogilised-emotsionaalsed tegurid või on häire tekkinud sekundaarsena tulenevalt hormonaalsest puudulikkusest, ravimitest või kirurgilistest vahelesegamistest - näiteks loomulik menopaus, kirurgiline või medikamentoosne menopaus, endokriinhäired.

Alanenud seksuaal soovi äärmuslik vorm on seksuaalne aversioon – täielik vastumeelsus ja/või foobia seksuaalläheduse suhtes. Viimase põhjuseks on enamasti mingi sügavam psühholoogiline või emotsionaalne probleem – häire võib olla füüsilise või seksuaalse ärakasutamise tagajärjeks, põhjuse saanud mõnest lapsepõlvtraumast, korduvatest negatiivsetest seksuaalkogemustest.

Alanenud seksuaaliha analüüsid tuleks silmas pidada, et ihal on omakorda eri tahud (so esmane seksuaalne foon (drive), inimese väljakujunenud ootused, uskumused, hoiakud ning iha psühholoogiline ja interpersonaalne motivatsioon) – nende eristamine on nõustamise aspektist oluline.

Seksuaalse erutuvuse häire (*Sexual Arousal Disorder*)

s.o. püsiv või ajutine võimetus saavutada piisavat seksuaalset erutust – kas subjektiivse tundena või objektiivselt (so ei toimu seksuaalse erutusega kaasnevat muutusi genitaalides) ning selline situatsioon häirib inimest.

Seksuaalse erutuvuse häire põhjuseks võib olla vähene lubrikatsioon, kõdisti, habememokkade tundlikkuse alanemine, vähene suguorganite täitumine verega, tupe silelihaste relaksatsiooni häire.

Loetletud probleemid võivad omakorda olla põhjustatud kas psühholoogilistest teguritest või füsioloogilistest muutustest – tupe/kõdisti verevarustuse häirest, vaagna piirkonna elundite/kudede traumast, vaagnaõõne kirurgiast, ravimite (nt. antidepressandid - selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid).

Orgasmihäire (*Orgasmic Disorder*)

s.o. piisava stimulatsiooni ja erutuse foonil esineb raskus orgasmi saavutamisel või orgasmi puudumine ning selline situatsioon häirib inimest.

Valusündroomiga seksuaalelu häired (*Sexual Pain Disorders*)

Siia kuuluvad düspareunia (penetratsiooniga seotud valu suguorganites), vaginism ja valusündroom, mis esineb genitaalide piirkonnas ka väljaspool seksuaaltegevust. Valu on tajutav kas tupe sissekäigu piirkonnas, tupes või alakõhus.

Korduva valuliku ühte tulemusena vallandub kaskaad erinevaid häireid, mis omakorda üksteist võimendavad. Valu kogemise tagajärjel tekib hirm, sellest esialgu osaline soov seksuaalelu vältida, see omakorda põhjustab erutuvuse häire ja raskused orgasmi saavutamisel. Kõik need muutused viivad seksuaal soovi (iha) alanemisele kuni täieliku seksuaalelu vältimiseni. Kui seksuaalelu peetakse partnerlussuhte oluliseks osaks, viivad need häired suhte probleemideni.

Kõik nimetatud häired võivad olla kas esmased – on esinenud antud inimesel alati või omandatud. Need võivad olla kas situatsioonilised või universaalsed. Nende põhjus võib olla kas psühholoogiline, orgaaniline või segatüüpi (kõige sagedasem).

Nimetatud klassifikatsioon ei hõlma suurenenud seksuaalse erutuvusena ja seksuaalsõltuvusena (sexual addict) avalduvaid seksuaalelu häireid, mida igapäevapraktikas aeg-ajalt kohtame – nende põhjus võib olla nii orgaaniline kui psühholoogiline.

Klassifikatsioon kirjeldab eeskätt nõ kvantitatiivseid häireid ja mitte kvalitatiivseid häireid. Viimased esinevad küll peamiselt meestel, kuid pole ka naistel täiesti välistatud.

Kasutatud allikad:

1. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction. Classification, evaluation and treatment options. Eur Urol 2000;38:20-9.
2. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ et al. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. Curr Opin Urol 1999;9:563-8.
3. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. Br J Obstet Gynaecol 2002;109:357-63.

SEKSUAALVÄGIVALLA OHVRITE KÄITUMINE, SÜMPTOMAATIKA JA RAVI

Lemme Haldre

Tartu Laste Tugikeskus

Kogetud seksuaalvägivald on nähtus, millest inimesed enamasti meelsasti ei räägi. Seksuaalvägivallaga seoses saadud trauma võib aga pikka aega mõjutada naise või mehe elu ning väljenduda kas vaimse tervise või somaatiliste probleemidena. Tervisehäirete tõttu otsib inimene abi meedikult või psühholoogilt, paraku jääb anamneesi korjamisel patsiendi eelpool nimetatud kogemus arsti eest sageli varjatuks.

Seksuaalvägivald võib olla kas ühekordne või korduv, vägivallatsejaks võib olla nii inimesele tuttav kui ka võõras inimene, mõnikord võib tegemist olla pereliikmega. Enamasti on ohvriks naine või tüdruk, harvem meessoost isik. Täiskasvanueas esinevad psüühika- ja tervisehäired võivad alguse saada ka lapseas kogetud seksuaalvägivallast. Tartu Laste Tugikeskuse aastaaruannete andmetel oli aastatel 1995-2000 laste seksuaalne väärkohtlemine esmapöördumise põhjuseks 120-l korral. 2001-2002. a. käsitleti Tartu Laste Tugikeskuses 75 lastega seotud seksuaalse väärkohtlemise juhtumit.

Sama keskuse andmetel oli lapse seksuaalseks väärkohtlejaks enamasti lapsele tuttav isik. Nii Eestis töötavate spetsialistide kui ka kirjanduse andmetel esineb lapseas kogetud seksuaalvägivalla mõjul inimese hilisemas elus mitmeid interpersonaalseid, kognitiivseid, emotsionaalseid kui ka käitumuslikke probleeme.

Raskemad järelmõjud ilmnevad lastel ja noorukitel, kes on kogenud korruga mitut liiki väärkohtlemist ja kellel on väärkohtlejaga lähemad suhted. Nendel lastel esineb hilisemas elus suuri toimetulekuprobleeme ja kalduvust haigestuda psühhiaatrilistesse haigustesse.

Seksuaalse väärkohtlemise puhul on kirjeldatud lastel ja noorukitel selliseid häireid, nagu depressioon, ennasthävitav käitumine, ärevushäired, häirunud kiindumussuhte kujunemine, õpiraskused, sõltuvusainete kasutamine, käitumisprobleemid ja posttraumaatiline stressireaktsioon (PTSD). Seksuaalvägivalda kogenud inimestel esineb sageli hilisemas elus seksuaalset düsfunktsiooni. Põhjuseks on ohvritel kujunev traumaatiline seksualiseerumine, reetmise ja võimukaotuse tunne baasilistes interaktsioonides ning stigmatiseerumine. Lapseas kogetud seksuaalvägivalla mõjul suureneb kalduvus hilisemaks promiskuiteediks.

Seksuaalvägivalla ohvritel kujuneb tunne, et nad on halvad, millega kaasneb suurenenud haavatavus ja kontrolli kaotuse tunne.

Seksuaalvägivalla spetsiifilised järelmõjud järelmõjud on järgmised:

Vahetud järelmõjud:

- Seksuaalsusega seotud enesehinnangu muutus
- Seksuaalsed hirmud
- Seksuaalsuse vältimine
- Seksualiseeritud käitumine
- Seksuaalselt agressiivne käitumine
- Hüperseksuaalsus (prostitutsioon)

Hilisemad järelmõjud:

- Oht uuesti seksuaalvägivalla ohvriks langeda
- Häiritud peresuhted.
- Häiritud seksuaalsuhe partneriga.
- Seksuaalfunktsiooni häired

Seksuaalvägivalda kogenud naistel esinevad sageli järgnevad tervisehäired:

- Soovimatu rasedus, abort
- Kuse-suguelundite haigused
- Libido langus, düsorgasmia
- Düspareuunia, vaginism
- Rahulduseta või vastumeelne suguelu
- Alakeha ja kõhuvalud

- Seede­häired, iiveldus
- Peavalud, krooniline väsimus
- Söömishäired
- Depressioon, suitsiidmõtted

Ravi üldpõhimõtted:

Seksuaalvägivalda kogenud patsiendi ravi võib jaotada etappidesse.

- Vahetult peale traumat vajab inimene kriisabi ja meditsiiniabi, mis on suunatud otsestele sümptomitele.
- Pikaajaliselt traumatiseeritud patsientide puhul tekib sageli vajadus multidistsiplinaarse abi järele. Üheaegselt võib patsient vajada psühhiaatrilist, psühhoteraapeutilist günekoloogist või androloogilist sekkumist.

Psühhoteraapia:

Psühhoteraapias kombineeritakse individuaaltöö sageli paariteraapia ning seksuoloogilise nõustamisega. Psühhoteraapia eesmärgiks on kliendile pakkuda emotsionaalset toetust ning aidata tal näha seoseid toimunud vägivalda ja tekkinud probleemide vahel. Teraapia käigus abistab terapeut klienti saadud kogemuste läbitöötamisel (tunded, mõtted, kujutlused, käitumine), mille tulemusena toimub nn. sisemise "töömudeli korrastamine." Tekkinud tervisehäireid ning probleeme vaadeldakse kui mitteefektiivset viisi kogetud traumaga toime tulla. Teraapia käigus toetab ja abistab terapeut klienti, et leida uusi, paremaid toimetulekumeetodeid.

PSÜHHOTERAAPIA SEKSUAALSE VÄÄRKOHTLEMISE OHVRITELE

Malle Roomeldi

Tervise Arengu Instituut

Tartu Laste Tugikeskus

Alates 1992.a. on meie vabariigis hakatud läbi viima uuringuid ja rääkima laste väärkohtlemise teemal, sealhulgas ka laste seksuaalsest väärkohtlemisest.

Naistele suunatud seksuaalvägivalda on viimastel aastatel käsitletud pere- ja paarisuhte vägivalla raames, kuid meeste suunatud seksuaalvägivald pole eesti keeles ilmunud uuringuid ega artikleid. See on tunduvalt rohkem varjatud ja vähem diskuteeritud teema.

Poiste, noorukite ja meeste vastu suunatud seksuaalvägivalda kohta on käibel mitmed müüdid. Enamlevinud neist on:

- Poisid ja mehed ei saa olla seksuaalvägivalda ohvrid
- Enamuse poiste vastu suunatud seksuaalvägivalda aktidest on toime pannud homoseksuaalsed mehed
- Kui poiss või mees kogeb seksuaalse vägivalla kestel seksuaalset erutust või saab orgasmi, tähendab see seda, et ta ise soovis seda või nautis seda.
- Poisid on vägivalla kogemisest vähem traumatiseeritud kui tüdrukud
- Poisid ja noorukid, keda on seksuaalselt ära kasutanud mehed, on või muutuvad homoseksuaalideks
- “Vampiiri sündroom”- st poisid, keda on seksuaalselt ära kasutatud, hakkavad hiljem ise teisi seksuaalselt ära kasutama
- Kui ärakasutaja on naissoost, siis poiss või nooruk peaks olema õnnelik selle üle, et teda on haaratud heteroseksuaalsesse tegevusse.

Selliste müütide uskumine on ohtlik ja kahjustav, kuna niikaua, kui neid ühiskonnas propageeritakse, ei saa ohvrid vajalikku abi ning osad neist võivad olla vägivaldsed teiste suhtes.

Nii naised kui mehed võivad lapsepõlves olla kogenud seksuaalse väärkohtlemise erinevaid vorme. Selle tagajärjed ja avaldumise raskus täiskasvanueas olenevad paljudest väärkohtlemise, väärkohtleja ja lapsega seotud asjaoludest. Briere kirjeldab seitset psühholoogilist häiret, mida ta on leidnud lapsepõlves seksuaalvägivalda kogenud murdealistel ja täiskasvanutel:

- Posttraumaatilise stressi häire
- Kognitiivsed distorsioonid
- Muutunud emotsionaalsus
- Dissotsiatsioon
- Kahjustatud mina-pilt, enesesse suhtumine
- Häirunud interpersonaalsed suhted
- Vältimiskäitumine

Psühhoterautiline abi sõltub konkreetset isikul esinevatest sümptomitest ja nende raskusastmest. Töötatakse läbi konkreetse inimese jaoks kõige olulisemad teemad.

Seksuaalvägivalda võivad kogeda nii naised kui mehed ka täiskasvanueas. Naised võivad kogeda seksuaalvägivalda lähisuhtes olles, samuti võõraste poolt, mehed võivad langeda seksuaalvägivalda ohvriks näiteks suletud institutsioonides nagu vangla. Tagajärjed on erinevad, samuti vajalik abi kannatanud isikutele.

Seksuaalse väärkohtlemise ohvrite abistamissüsteem pole meil veel välja kujunenud. Kui lastel ja naistel on suuremates linnades võimalik saada kvalifitseeritud psühholoogilist abi, siis meeste jaoks selline süsteem puudub.

KAITSETU MEES

Olev Poolamets

Pelgulinna Naistekliinikus

Eesti Pereplaneerimise Liidu Seksuaaltervise Kliinik

Läbi aegade on meest harjutud pidama tugevamaks sugupooleks. Suure tõenäosusega see nii osaliselt ka on, vähemalt suures osas bioloogiliselt. Sageli on mehele pandud patriarhaalses ning samuti tänapäeva lääneühiskonnas ülesanne õnnestuda igal juhul. Seda nii tööl, kodus, kui puhkehetkel, ebaõnnestumine on tihti võrdsustatud läbikukkumisega nii enda kui ümbritsevate tasandil. Iseendaks jäämine nii enda tugevate külgede kui ka nõrkade omadustega on tihti ümbritsevatele vastuvõetamatu või arusaamatu.

Arsti poole või üldse abi poole pöördudes, võtab mees tihti enda hirmud kaasa. Sageli tekitab muret küsimus, kuidas aktsepteerib teda arst kõigi tema nõrkustega, kuidas nõustaja või lihtsalt lähedane inimene. Tihti kohtab juhtumeid, kus arsti poole ei pöördata või loobutakse pöördumast peale negatiivset kogemust. Tõmbutakse tagasi enda koorikusse, uputatakse end töösse, alkoholi, narkootikumidesse või millessegi muusse.

Intiimelu küsimustega arsti poole pöördumine on sageli väga suure barjääri ületamine iseenesest, tihti on inimene võtnud hoogu väga pikka aega, vahel aastaid, et külastada spetsialisti. Nii on väga tähtis esmane kontakt ja mittestigmatiseeriv, komplekse mittetekitav suhtumine inimesesse. Probleemi lahendamine on sageli protsess, kus lahendusi saab leida järk-järguliselt. Keeruliseks teeb olukorra see, et oleme sageli väga erineva baasharidusega, kultuuritaustaga, perekondliku taustaga.

Kuidas käsitleda noormeest, kellele teeb muret karvakasv või suguti suurus, ebaõnnestunud seksuaalühited pikema perioodi vältel, väga kiirelt tekkiv seemnepurse, või valulikkus munandites.

Kuidas käsitleda meest, kellel on lastetu abielu; kuidas käsitleda meest, kellel suguhormoone üldse ei ole või on ta erinev kromosomaalselt; kuidas käsitleda meest, kes on vägivaldne; kuidas käsitleda meest, kes ei ole kunagi seksuaal-elu elanud ja pöördub arsti poole põletike kontrolli.

Kuidas käsitleda meest, kes on homoseksuaalse identiteedi leidnud viiekümneandates; kuidas käsitleda meest, kel on SM tunded; kuidas käsitleda meest kellel on väga erinevad seksuaalelu partnerid, kuid kardab kasutada kondoomi, kuna kasutamisel tekib koheselt erektsioonihäire ?

Kuidas käsitleda meest, kes on väga kõrges vanuses, kuid tal on tekkinud hüperseksuaalne käitumine ümbritsevate suhtes. Küsimused, mis võivad kerkida üles vastuvõtu käigus võivad olla kõige erinevamad, loetelu võib jätkata väga pikalt.

Juhul kui spetsialist on leidnud patsiendiga usaldusvahekorra, võib sageli järgneda üllatusi inimese probleemide olemuse kohta. Tihti võib ka spetsialist tunda end kaitsetuna, kui puutub kokku vägagi intiimsete probleemidega. Suur osa probleeme on lahendatavad nõustamisega, kus on kombineeritud professionaalne pädevus ja inimese probleemi mõistmine, aktsepteerimine sõltumata probleemi olemusest. Juhul kui spetsialist tunnetab, et ka tema satub probleemi lahendamisel kimbatusse või tekib kahtlusi enda pädevuses on olulisim interdistsiplinaarne võrgustik, võimalus spetsialistil vestelda enda kolleegiga, psühhoterapeudiga või mõne teise spetsialistiga. Saata patsient vastava ettevalmistusega psühhoterapeudi vastuvõtule, säilitades ka ise kontakt kolleegi ja patsiendiga on tihti parim lahendus. Ühiselt leitud lahendused ka kõige delikaatsemates olukordades on enamasti parimad.

Stigmatiseeriv või lahterdav suhtumine võib olla samas kogu elu kestvate probleemide aluseks. Arst peab aeg ajalt ilmselt unustama, et ta on inimene ja ka ennast täiendama suhtlemise ning enese töö analüüsi teemadel, nii on ehk töö tulemused paremad ja ka läbipõlemine raskem tekkima.

SEKSUAALSUS JA PSÜÜHIKAHÄIRED

Imre Rammul

SA PERH Psühhiaatrikliinik

Inimese seksuaalreaktsioonidele on esmatähtsateks hüpotalaamilis-hüpopüsaarne kompleks ja limbiline süsteem ning sealne peptiidide, monoamiinide ja steroidretseptorite vahekord. Terve rida hormone, neurotransmittereid ja neuro-modulaatoreid (suguhormoonid, kilpnäärme hormoonid, prolaktiin, serotoniin, melatoniin, dopamiin, enkefaliinid, endorfiinid, prostaglandiinid, intestinaalne vasoaktiivne peptiid, norepinefriin, GABA, glütsiin, okütotsiin jne.) reguleerivad ja mõjutavad seksuaalfunktsiooni kvantitatiivseid väljendusi ja seksuaalsoovi. Inimese püsivamad seksuaalreaktsioonid ja eelistused sõltuvad enam peajuu orgaanilistest struktuuridest – on leitud, et naisele on omaseks peajuu parema ja mehele vasaku hemisfääri juhtiv funktsioon; naise hüpotalamus on tsüklilise talitlusega ja mehel stabiilsega. Peajuu koorel on oluline roll seksuaalkäitumise kvalitatiivsele poolele – oimusagara kahjustusel ilmneb sageli hüperseksuaalsus; otsmikusagara kahjustuse võib tekkida sõltuvana kahjustuse lokalisatsioonist hüperseksuaalsus, fetišism või transvestism. Siiski ei ole kõikidel juhtudel ja kõikide erinevate seksuaalkäitumise vormide korral seniselt orgaanilist baasi määratletud.

Psüühikahäirete tekkimine ja kulg seondub samuti vahetult paljude ülalkirjeldatud mõjuritega ning seetõttu käivad mõlemad probleemid tihti käsi-käes.

Isiksuse psüühilised iseärasused on määravaks isegi seksuaalhäirete tekkimise tõenäosuse ja väljenduvuse osas.

Seksuaalhäirete sagedus kõigub vastavalt karakteritüübile:

- sangviinikutel ~ 10 %
- flegmaatikutel ~ 20 %
- koleerikutel ~ 30 %
- melanhoolikutel ~ 40 %

Premorbiidsetest isikutest on 15-20 % kaasasündinud isiksuse struktuuri häiretega (60 % aksentuatsioon, 40 % psühopaatia), ca 70 % patsientidest on introvertsed. Paljud seksuaalfunktsiooni häired on vahetult seotud depressiooniga. Peaaegu 25 %-l inimestest esineb mingil eluhetkel afektiivseid häireid, kusjuures 8-9 %-l saavutab see kliiniliselt olulise taseme. Tüüpiliseks on selliste häirete korral ka seksuaalprobleemid. Epidemioloogilised uurimused näitavad nn. kohordi efekti saajandi teisel poolel sündinutele, kellele on omaseks suurem depressioonivalmidus ja ka suitsidaalsus. Depressiivseid häireid on naistel ca 1,5 korda enam, kui meestel – põhjuseks X - kromosoomiliitelised ensümaatilised iseärasused, mis mõjutavad serotoniini/dopamiini tasakaalu. 40 –70 aastastest meestest kannatab 46,2% erektsioonihäirete all (31 % minimaalsed, 12,1 % mõõdukas, 2,6% täielik). Neist 16,3 % -l esines depressiivne sümptomaatika.(Carmita Abdo 2000 a.).

Seksuaalfunktsiooni häired esinevad äärmiselt sageli nii ekso-kui ka endogeensete protsesside korral. Täiendavaks probleemiks saab paljudel juhtudel psühhotroopsete ainete rakendamine psüühikahäirete ravis.

LÄBIPÕLEMINE, MIS SEE ON? MIKS ARSTID LÄBI PÕLEVAD JA KUIDAS SEDA LEEVENDADA?

Kersti Luuk

Tartu Ülikool

Läbipõlemine on tööst ja tööalasest suhtlemisest tuleneva kroonilise emotsionaalse surve kestev tagajärg. Olulisel kohal on indiviidi suhtumine oma töösse. Läbipõlemist iseloomustavad kurnatus, küünilisus ja isikliku võimekuse languse tajumine (Maslach jt, 2001). Kurnatust peetakse kõige olulisemaks läbipõlemise komponendiks, kus indiviidi tajub ühtaegu nii emotsionaalset kui füüsilist jõuetust. Küünilisus ehk umbisikuline suhtumine iseloomustab kontakte teiste inimestega ja võimekuse languse tajumine kirjeldab läbipõlenu iseendasse suhtumist. Uuringud on tõestanud kurnatuse ja küünilisuse faaside teineteiseks üleminekut ja enesetõhususe languse tajumise kujunemist paralleelselt nendega. Hiljutises uuringus (Schaufeli ja Enzmann, 1998) võrreldi erinevate elukutsete niimetatud läbipõlemise profile ja leiti, et meditsiinitöötajatel oli alla keskmise kurnatust ja küünilisust ning üle keskmise tajutud ebakompetentsust.

Läbipõlemise seisukohalt on olulised tööga rahulolu, samastumise võimalus organisatsiooniga ning järsud muutused töökorralduses – organisatsioonilised faktorid. Viimased on läbipõlemise seisukohalt olulisemad kui isiksuslikud faktorid ja lubavad suhtuda läbipõlemisse pigem kui sotsiaalsesse ilmingusse.

Individuaalsed riskifaktorid on vanus alla 30-40, meestel üksinda elamine, vähene sitkus, väline kontrollikese, passiivne ja kaitseline stressiga toimetulekustiil ja madal enesehinnang. On väidetud, et vähene sitkus, madal enesehinnang, väline kontrollikese ja vältiv toimetulekustiil iseloomustavad kalduvust stressiks (Semmer, 1996).

Suur tulevik näib ees ootavat läbipõlemise interaktsioonilist mudelit, mis rõhutab indiviidi ja keskkonna omavahelist sobivust või mitesobivust (Maslach ja Leiter, 1997). Vastastikuse toime olulised valdkonnad on töökoormus, kontroll, hüvitused, töökollektiiv, õiglus ja väärtused.

Ettekandes analüüsitakse arstide stressi ja läbipõlemist puudutavate uuringute tulemusi erinevates riikides, sealhulgas Eesti perearstide ja eriarstide hulgas läbi viidud värske küsitluse tulemusi. Viimasel ajal on hakatud rääkima läbipõlemisele vastupidisest seisundist kaasahaarusest, mis annab uusi võimalusi läbipõlemise leevendamiseks. Sellest ja muudest läbipõlemise ennetamise võimalustest tuleb juttu ettekande lõpuosas.

Kirjandus

Maslach C, Leiter MP. 1997. The Truth About Burnout. San Francisco: Jossey-Bass

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Annual Review of Psychology. 2001. 52:397-422

Schaufeli WB, Enzmann D. 1998. The Burnout Companion to Study & Practice: A Critical Analysis. Philadelphia: Taylor & Francis

Semmer N. 1996. Individual differences, work stress and health. In Handbook of Work and Health Psychology, ed. MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper, pp. 51-86. Chichester, UK: Wiley

