

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduskond
Ajakirjanduse ja kommunikatsiooni instituut

**MEDITSIINIEKSPOSITSION TERVISETEADLIKKUSE
KOMMUNIKEERIJANA**

Magistritöö

Autor: Maie Toomsalu

Juhendaja: Dots. Triin Vihalemm

Tartu
2009

SISUKORD

SISSEJUHATUS	3
1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	5
1.1. Meditsiiniekspositsioon kui museaalne väljapanek	5
1.2. Museaalse ekspositsiooni eripära kommunikatsioonivormina	8
1.2.1. Objektid kommunikatsioonivormina	8
1.2.2. Ruum kommunikatsioonivormina	10
1.2.3. Hariduslik kommunikatsioon	11
1.3. Meditsiinikollektsioonide võimalused terviseedenduslikus kommunikatsioonis	13
1.3.1. Terviseedendusliku teabe vastuvõtust	23
1.3.2. Hoiakumuutuste ja psühholoogilise mõjustamise mudel ELM (Elaboration Likelihood Model – üksikasjalikult väljatöötatud tõeäosusmudel)	30
2. UURINGUOBJEKTIST	32
3. UURIMISPROBLEEM JA UURIMISKÜSIMUSED	34
4. MEETOD	35
4.1. Väljapaneku ja terviseedendusliku loengu üldise vastuvõtu analüüs tagasisideküsimustike põhjal	35
4.1.1. Tagasisideküsimustike kasutamise meetodi kriitika	36
4.2. Süvaintervjuud väljapaneku vastuvõtu selgitamiseks giidita külastuse puhul	37
5. TULEMUSED	38
5.1. Väljapaneku vastuvõtt giidita väljapanekut külastanute süvaintervjuude põhjal	38
5.2. Väljapaneku ja terviseedendusliku loengu üldine vastuvõtt külastajate standardiseeritud tagasisideküsimustike analüüsi põhjal	42
5.3. Väljapaneku ja loengu vastuvõtt riskijate rühmas võrreldes mitteriskijate rühmaga	44
5.3.1. Riskijate informeeritus	44
5.3.2. Noorte valmisolek ja põhjus kooliväliseks õppetöök	45
5.3.3. Hinnangud loengule ja väljapanekule	46
5.3.4. Suitsetajate tehtud järeldused oma käitumise suhtes	50
6. JÄRELDUSED JA RAKENDUSLIKUD SOOVITUSED	52
KOKKUVÕTE	52
SUMMARY	59
KASUTATUD KIRJANDUS	62

Artikkel 1. Exhibition of medical collections as a communicator of health awareness. Papers on Anthropology XVII, 2008, pp. 282-310.

Artikkel 2. Käsikiri „Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?“ Vastu võetud avaldamiseks tervise teemalises artiklikogumikus „Inimene, tervis ja haigused“ (Toim. P. Paal)

LISAD:

Lisa 1. Tagasisideküsimustik

Lisa 2. Süvaintervjuude transkriptsioonid

SISSEJUHATUS

Tervist peetakse tänasel päeval millekski, mida saab vajadusel taastada. On jõutud etappi, kus osa inimestest ei võta enam osa oma tervise kujundamisest, haiguste ennetamisest, riskikäitumise vältimisest, vaid ollakse arvamusel, et tervise eest peavad vastutama ja selle tagama need, kes on selleks otstarbeks välja õpetatud. Levinud on riskikäitumine, kus oma heaolu näilikuks suurendamiseks on võetud appi alkohol, tubakatooted, narkootikumid. Inimesed haigestuvad sageli oma riskikäitumise tagajärjel. Vaatamata ulatuslikele haridus- ja kommunikatsiooniprogrammidele, kus hoiatatakse inimesi riskikäitumise tagajärgede eest ja kutsutakse üles oma tervisesse vastutustundlikult suhtuma, süveneb ja laieneb riskikäitumine (nt suitsetama hakatakse ühe nooremas vanuses). Töö autori arvates on rahva harimiseks, tema tervisesse puutuvate väärtushinnangute, hoiakute ja käitumise muutmisele kutsumiseks veel üks võimalus – museaalne väljapanek selle petliku heaolu loojate (alkohol, tubakas, narkootikumid) tarbimisega kaasas käivatest haigustest. Sellesse väljapanekusse minek on kui pildi sisse minek ja see pilt on inimene ise ning sageli inimesele endale kaunikesti võõras. Töö lähtub eeldusest, et oma kunstlikult loodud bioloogilise ja füüsilise keskkonna e ühtse püsiekspositsiooniga on meditsiiniline väljapanek koos täiendavate kommunikatiivsete tegevustega see meedium, mille abil on võimalik edastada külastajale sõnum riskikäitumiste ohtudest ja anda talle juhtnööre riskikäitumiste vältimiseks või nendest loobumiseks.

2005. aasta sügisel avati teaduse populariseerimise eesmärgil ja seoses Vana Anatoomikumi 200. aastapäevaga Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõudude poolt 203 aasta vältel kogutud ja valmistatud preparaate, luude, õppemudelite ja õppetabelite kogud ning muu sinna juurde kuuluv arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonide nime all Vanas Anatoomikumis avalikkusele vaatamiseks. Nüüdseks on meditsiinikollektsioonidel lisaks tegevusena arstiteaduskonna õppebaasina ka teine hariduslik eesmärk: nende kogude baasil viiakse läbi terviseedenduslikke loengutsükleid nii kooliõpilastele kui täiskasvanutele. Lisaks on igal soovijal võimalik nii omapäi kui giidi selgituste abil saada teavet riskikäitumise ohtude ja tagajärgede kohta.

Neis tegevustes ühinevad kaks seni eraldi eksisteerinud kontseptsiooni: museaalse väljapaneku kontseptsioon ja tervisekasvatuse kontseptsioon.

Käesolevas uurimistöös käsitletakse arstiteaduskonna meditsiinkollektsioone museaalse meditsiinilise väljapanekuna ja püütakse välja selgitada, kas nimetatud ekspositsiooni ja sellele toetuvate kommunikatiivsete tegevuste abil saab küllastajani viia riskikäitumise ohte ja tagajärgi puudutava hoiatava sõnumi.

Magistritöö põhitulemused on esitatud artikilena. Artikkel „Exhibition of medical collections as a communicator of health awareness” on avaldatud rahvusvaheliselt eelretsenseeritavas kogumikus “Papers on Anthropology XVII”, 2008. aasta väljaandes lehekülgedel 282-310. Artikkel „Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?” on avaldamiseks vastu võetud terviseteemalisse artiklikogumikku: „Inimene, tervis ja haigused” (Toim. P. Paal) Artiklid on täiendatud teoreetilise ülevaate ning empiirilise materjali lisaanalüüsiga.

Magistritöö esimeses osas antakse ülevaade teoreetilistest lähtekohtadest, vaadeldakse meditsiiniekspositsiooni kui museaalset väljapanekut ja muuseumi eripära kommunikatsioonivormina. Püütakse välja selgitada, millised on meditsiiniekspositsiooni võimalused terviseedenduslikus kommunikatsioonis, millist sõnumit ja kuidas saab meditsiiniekspositsioonis edastada. Samuti püütakse välja selgitada, milline võib olla läkitatud sõnumi vastuvõtt ning milleni see võib viia.

Töö teises osas tuuakse välja uuringuobjekti eripära.

Töö kolmandas osas on kirjeldatud uurimisprobleemi ja sõnastatud uurimisküsimused.

Töö neljas osa on pühendatud kasutatud materjalile ja uurimismeetodile

Töö viies osa pühendatud empiirilise materjali tõlgendusele isikliku tervisekäitumise kontekstis.

Töö kuues osa sisaldab järeldusi ja praktilisi soovitusi.

1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Käesolevas uurimistöös käsitletakse arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone museaalse väljapanekuna ja püütakse välja selgitada, kas nimetatud ekspositsiooni ja sellele toetuvate kommunikatiivsete tegevuste: giidi tutvustustega ekskursiooni ja terviseedenduslike loengutega saab külastajani viia riskikäitumise ohte ja tagajärgi puudutava hoiatava sõnumi. Meditsiinikollektsioonide kommunikatiivsete tegevuste käigus on ühendatud museaalse väljapaneku kontseptsioon ja tervisekasvatuse kontseptsioon.

Järgnevalt on antud ülevaade mõlema kontseptsiooni kohta ning arutletud nende üle TÜ arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonide kontekstis.

1.1. Meditsiiniekspositsioon kui museaalne väljapanek

Tartu ülikooli kollektsioonid/muuseumid olid oma esimestel aastakümnetel suunatud ülikooliga seotud inimestele. Mitteakadeemilisele publikule avati esimesena 1862. aastal Tartu ülikooli kunstimuuseum. Esimene laiale vaatajaskonnale avatud meditsiiniekspositsioon – anatoomia õppemuuseum - avati Tartu ülikooli juures anatoomia professor August Antonius Rauberi poolt 1890. aastal ja tänasel päeval on tema järjepidevuse kandjaks TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid.

Ühiskondlikud ja majanduslikud protsessid, mis on mõjutanud kollektsioonide toimimisviise, hakkavad mõjutama ka kollektsioonide funktsiooni muutust Eesti kontekstis. „Globaliseeruv infoühiskond, Eesti kuulumine Euroopa Liitu, kiired muutused Eesti teadus- ja arendustegevuses, kultuurielus, majandus, haridus- ning sotsiaalpoliitikas on loonud uued tegutsemisvõimalused ka muuseumidele. Muuseumid kui kultuuriväärtuste säilitamis-, uurimis- ja populariseerimiskeskused ei või jääda eemale tänapäeva olulistest arengutest. Eesti ühiskonna arenguprognoside visioonis nähakse muuseumide sotsiaalse rolli kasvu nii teabeallikana kui ka ajaveetmis- ja suhtlemisasutusena” (21. sajandi Eesti muuseumid).

Eesti muuseumiseadus sätestab muuseumide ülesandena: ”Koguda, uurida ja säilitada inimese ja tema elukeskkonnaga seotud kultuuriväärtusega asju teatud ainevaldkonnas ning korraldada nende üldsusele vahendamist teaduslikel, hariduslikel ja

meelelahutuslikel eesmärkidel. Muuseumide missioon on hoida kultuuri ajalist pidevust, olla minevikukogemuse siduja tulevikuga.” (Muuseumiseadus).

Saksa Liitvabariigi kultuuriteadlane Andreas Grünewald Steiger on arvamusel: *”Muuseumid ei saa mitte kommunitseerida ja muuseumid ei saa mitte harida. Nad on harimise kohad, kuna nad ennast oma olemuselt ja seisundilt per se kultuuri ja ühiskondlike väärtuste kandjana mõistavad. Igat liiki ja suurusega muuseumidel on võimalus mõttelaadi, arusaama ja arvamusi mõjutada ja nad on sellega ka kaasvastutavad pikaajalise ühiskondliku tegelikkuse konstruktsiooni eest.”* (Steiger 2007)

Kui räägime meditsiiniekspositsioonist museoloogilises mõttes, saame me esialgselt anda vaid väga pealiskaudse määratluse, et kogutakse, eksponeeritakse, interpreteeritakse ja tutvustatakse meditsiiniga seotud objekte. Nii kogub farmaatsiaekspositsiooni omav museoloogiline üksus apteegi, ravimite valmistamise, pakendamise, turustamise jne. seotud objekte, haiguste muuseum ja patoloogiaekspositsioon erinevaid haiguspilte (kuiv- ja märgpreparaate, makro- ja mikropreparaate, mumifikatsioone, mudeleid, õppetabeleid) jne. Tuleb aga välja, et museaalseid meditsiiniekspositsioone saame me kaasajal liigitada mitte ainult kogutavate objektide profiili järgi, vaid hoopis kollektsioonide eesmärkide ja küllastajani viidavate sõnumite järgi.

Kui traditsioonilise muuseumi keskpunktis on objekt, siis uut tüüpi muuseumide/avatud kollektsioonide identiteedis on muutunud järjest olulisemaks sõnumi edastamise meetodika. Oluline on atmosfääri loomine. Teemapargid on Robert A. Baroni sõnutsi siiski erinevad muuseumidest – teemaparkide ekspositsioonid püüavad ignoreerida probleeme, mis võiks segada nende selgelt edastatavat sõnumit (Raisma 2007).

Muuseume ei eristata teistest mitte niivõrd juriidilise staatuse, vaid nende suhte kaudu objektide säilitamise, uurimise ja kommunikatsiooni. Esile tõstetakse hariduslikku külge. ICOM definitsioon, mille tõime ülal, lähtub omaniku, mitte kasutaja ehk küllastaja vaatepunktist. Suurbritannia Muuseumiühingu muuseumidefinitsioon (2002)(Steiger 2007) kõlab: *”Muuseumid võimaldavad inimestel kollektsioone avastada inspiratsiooni saamiseks, õppimiseks ja nautimiseks”*.

Olulised on informatsioon ja interpretatsioon. Lisaks prioriteetsetele tegevustele on muuseumile järjest lisandunud funktsioone, mis nihutavad küllastaja muuseumi objekti enda juurest kontekstuaalse muuseumiidee suunas. See trend rõhub lisaks

kommunikatiivsusele ka kvaliteetsemale külalise teenindamisele – järjest enam tegeldakse tervikliku kogemuse loomisega.

Meditšiiniekspositsioonid on suures enamuses kuulunud esialgselt ülikoolide meditsiiniinstituutide juurde ja olnud kasutusel arsti-, apteekri- või ämmaemandaõppe illustreerimiseks. Alles ühiskonna ja teaduse areng, üldine hariduse tõus ning kivistunud dogmade kadumine on avanud nende ukсед laiale vaatajaskonnale. Teisest küljest on avamine laiale vaatajaskonnale ja lülitumine terviseedenduslikku, rahvahariduslikku suunda päästnud mitmed kollekttsioonid hävitamisest. (Horder 2003)

Olles küll ühiskonna teenistuses muuseumide või kollekttsioonidena, kogudes, säilitades, eksponeerides ja interpreteerides kas meditsiiniajaloolisi, anatoomilisi, patoloogisi, kohtumeditšiinilisi või muid meditsiiniteemaga haakuvaid eksponaate, on nad seadnud aga endile väga erinevad eesmärgid ja püüavad külastajani viia üsnagi erinevaid sõnumeid. Kuna selle töö raames tehtud uuringud on läbi viidud vaid kolmandat aastat taasavatud Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna meditsiinikollekttsioonide külastajate hulgas ja meditsiinikollekttsioonid alles otsivad ja katsetavad oma eesmäärke ja sõnumeid, siis on meditsiiniekspositsiooni olemuse, eesmärkide ning sõnumite formuleerimisel kasutatud maailmas juba pikemalt eksisteerivate meditsiiniekspositsioonide kuraatorite ja spetsialistide abi.

Meditšiiniekspositsioonide erinevad eesmärgid:

- Mängida olulist rolli haiguste ennetamise vajalikkusest arusaamise selgitustöös. Äratada huvi isikliku ja avaliku tervise vastu.
- Siduda kaasaegsed probleemid, diagnostika- ja teraapia võimalused ning tulevikuvisionid ajaloolise lähenemisega, et rõhutada edasiminekut.
- Näidata, et on olemas tihe side inimese, teaduse saavutuste ja looduse protsesside vahel, demonstreerida moodsat tipp tehnoloogiat ja ülikooli uuringutulemusi.
- Viia läbi hariduslikke programme. Panna külastaja mõtlema ja looma seoseid sellega, mida ta varem on õppinud, anda üldteadmisi inimkeha ja inimelu kohta ning aidata külastajal mõista oma keha.
- Kajastada meditsiinikultuurilugu selleks, et mõista paremini aktuaalset situatsiooni (reeglina meditsiiniajaloomuuseumid)

- Propageerida solidaarsust ja humaansust
- Rahuldada sensatsioonihimu. (Toomsalu 2008)

Paljud meditsiiniekspositsioonid on seadnud endale mitu eesmärki, väiksemad või väga suure üht liiki kollektsiooniga ekspositsioonid aga reeglina kuni kaks. Kõik meditsiiniekspositsioonid määratlevad end hariduse andjatena ka siis, kui tegelikult piirduakse ainult ekspositsiooni tutvustamisega ja eri hariduslikke ennetusprogramme läbi ei viida. TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid on seadnud oma esialgseteks eesmärkideks:

- 1) jätkata töötamist TÜ Arstiteaduskonna õppebaasina,
- 2) koguda Vanasse Anatoomikumi hävimisohus õppepreparaadid, õppetabelid ja – mudelid, need korrastada ja eksponeerida;
- 3) viia läbi hariduslikke programme ja panna külastaja mõtlema ning looma seoseid sellega, mida ta varem on õppinud, anda üldteadmisi inimkeha ja inimelu kohta ning aidata külastajal mõista oma keha;
- 3) kajastada meditsiinikultuurilugu selleks, et külastaja mõistaks paremini aktuaalset situatsiooni.

Museaalse kollektsiooni tegevus alati mingi ideoloogia teenistuses olev kultuuripoliitiline akt ja ideoloogia võimaldab inimestel korrastada nende endi jaoks oma sotsiaalseid uskumusi nende elus ja ümbritsevas maailmas toimuvast, hinnata toimuv kas heaks või halvaks, õigeks või valeks, ning käituda vastavalt. (van Dijk 2005: 19) Nii on TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonidegi kui museaalse väljapaneku tegevus seotud Eesti riigi poolt teostatava ideoloogiaga, viies võimuorganite tellimusena läbi terviseedendusliku suunitlusega hariduslikke programme nii õpilastele kui linnakodanikele. Eriti oluliseks tuleb pidada võimalust viia õpilasteni riskikäitumiste – mitmesuguste tubakatoodete tarbimise, alkoholi kuritarvitamise ja narkootikumide tarvitamise - ohtusid ja tagajärgi puudutav teave, et vähese isikliku elukogemusega noored saaksid teha õigeid otsuseid.

1.2. Museaalse ekspositsiooni eripära kommunikatsioonivormina

1.2.1. Objektid kommunikatsioonivormina

Museaalne ekspositsioon tugineb oma tegevuses spetsiifilisele ümberkäimisele objektidega, mis on valitud kõikide objektide tohutust hulgast säilitamisväärsena välja,

mida hoitakse, esitletakse ning mille tähendust vahendatakse. Enamiku museaalsete kollektsioonide ekspositsioon põhineb suures osas objektidel, mis oma senise funktsiooni minetanud. Muuseumieksponaadiks saamisega ei kaota objektid mitte oma funktsiooni, vaid saavad hoopis uue funktsiooni, muutudes kultuurilise tähenduse kandjaks. Lisaks on muuseumid muutunud elamusteruumiks, kus auraga ümbritsetud eksponaadid kutsuvad esile meeleliselt koetava sensatsiooni (Lüddemann 2007: 54).

Kui vaadata selles kontekstis meditsiiniekspositsiooni, siis suur osa neist objektidest ei ole oma senist funktsiooni – olla õppematerjal arstiteaduskonna üliõpilaste väljakoolitamisel arstideks – minetanud. Sattudes avatud ekspositsiooni on nad saanud juurde uue funktsiooni ja muutunud kultuurilise tähenduse kandjaks, näidates inimeste kultuurilist taset. Kultuurilise taseme tõus on viinud selleni, et teatud haigustesse enam ei haigestuta sellistel põhjustel kui varem. Kultuuriline vabadus on aga toonud uute haiguste leviku, nt AIDS, ravimresistentne tuberkuloos, narkomaania. Teaduse arengu tase on teinud võimalikuks varase ja elupuhuse diagnoosimise. Kõige selle kõrval on sellest ekspositsioonist saanud ka elamusteruum, kus seni tundmatu auraga ümbritsetud eksponaadid kutsuvad esile meeleliselt koetava sensatsiooni – ahaa-efekti, mida on võimalik kasutada külastaja harimisel.

”Eksponaadist saab kultuuritoode, millel on temaga seotud väärtus, olgu see siis sümboolne, afektne või mingit muud laadi ning lisandub temaga seotud teenus” (Colbert 1999: 33). Nii on võimalik ka meditsiiniekspositsiooni eksponaate käsitleda kultuuritootena.

Kõige tähtsam omadus on objektide mitmetähenduslik iseloom. Museaalseid kollektsioone on võimalik tõlgendada mitmel viisil ning nad arenevad edasi tänu erinevatele võimalikele kontekstidele. Saksa päritolu USA filosoof H. S. Hein märgib: *”Püüdes teadlikult ning kohusetundlikult olla pluralistlikud, kohandavad muuseumid nende käsutuses olevaid vahendeid uute õppimisteooriate ning ebakonventsionaalsete hariduseesmärkidega, mis juhatavad vähem ja lubavad rohkem kui traditsioonilistes formaalsetes õppeasutustes valitsevad sihid. Niisiis püüavad muuseumid selliste institutsioonide tööd pigem täiendada kui nendega võistelda. Paljudel juhtudel teevad muuseumid tänapäeval koostööd õpetajate ja tervete koolidega, et laiendada ja parandada hariduse taset kõikidel tasanditel”* (Hein 2009: 799).

Ka meditsinikollektsioonid teevad koostööd kogu vabariigi õpetajate ja tervete koolidega, et aidata ekspositsiooni abil läbiviidavate loengutsüklike ja giidi juhitud

ekspositsioonituvustustega parandada ja täiendada Eesti Vabariigi koolide hariduse taset.

Kuid museaalsetel väljapanekutel, mis vahendavad kogemust ja toetuvad kogemuste ja väärtuskujutluste esilekutsumisele, on teatud ootused selle kohta, millise kogemuse külastaja saab, ning nad soovivad, et kogemus kinnistaks muuseumi poolt ette nähtud tõlgenduse. H. Hein märgib: *”Ükskõik millist objekti või kogemust muuseum ka esitab, see peab olema ehtne, stiimulit ei tohi sepitseda pettuse teel. Küllastajate muuseumielamustest ei pruugi paratamatult tuleneda ühtegi konkreetset õppetundi, kuigi teatud muljed ja vaatenurgad on tavapäraseid”* (Hein 2009: 804).

Nii on ka meditsiinikollektsioonid rajanud kogu oma töökontseptsiooni just sellele, et demonstreeritakse naturaalseid haiguspreparaate ja püütakse nende abil viia küllastajani aegade jooksul küpsenud negatiivne hoiatav kogemus selleks, et inimesed saaksid aru, et tervis on tegelikult väga suur väärtus, et nad tunneksid väljapanekust väljudes oma tervisest rõõmu ja teeksid edaspidi kõik võimaliku, et oma tervist hoida. Hariduslike loenguprogrammide kaudu viiakse küllastajani riskikäitumisi puudutav ohuteave, püütakse ta panna mõtlema ning looma seoseid sellega, mida ta varem on õppinud, antakse talle üldteadmisi inimkeha ja inimelu kohta ning aidatakse küllastajal mõista oma keha, et tunda ära haiguste ohusignaalid. Kui aga kedagi on juba tabanud haigus, antakse temalegi tema haigust puudutavate preparaatide abil teavet.

1.2.2. Ruumi kommunikatsioonivormina

Me ei tohi ka ruumi, kuhu kollektsioonide eksponaadid väljapanekusse on paigutatud, kommunikatsioonimeediumina unustada. Kaasajal on pandud muuseumides rõhk nägemismeelele. Kuid et näha, selleks on vaja ruumi, ilma ruumita ei pääse esiletõstetud mõtte esile. Millises mõttes me saame siis ruumist rääkida? Tihti on muuseumihoontel sakraalarhitektuuri elemente, mis tekitavad juba iseenesest austust ja hoone võib olla ka brändi märgiks. Näiteks võib tuua kasvõi Vana Anatoomikumi, millel on sakraalarhitektuuri elemente ja mis võiks olla ka brändi märgiks: siin on üle kaheksa aasta õpetatud arste, see maja on 204 aastat olnud seotud haiguste ja surmaga, selles majas räägitakse tõsisest juttu, s.t. hoone museaalse väljapaneku asupaigana hakkab kommunikatsioonis kaasa rääkima. Saksa kultuuriteadlane Stefan Paul (Paul 2005) nimetab selliseid muuseumihooneid iseinstseneeruvaks muuseumiarhitektuuriks. Teiseks on oluline, millisesse ruumi me külastaja suuname, on see avar, kitsas,

käänuline, millised kulissid me seame oma väljapanekule. Kas me laseme oma objektidel tugevamini mõjuda või paigutame nad hulgakesi kokku. On selge, et kui me tõstame mingid objektid esile, siis teised saavad vähem tähelepanu. Nii saame me vastavalt hariduslikele eesmärkidele suunata rohkem tähelepanu meile olulist sõnumit kandvatele objektidele, suurendada nende visuaalset mõjujõudu. Vähem tähelepanu saavaid eksponaate aga käsitleda taustana, millel tegelikult võib olla lai hariduslik efekt. See moment on eriti oluline just meditsiiniekspositsioonis. Veel kolmandaski mõttes saame me ruumist rääkida siis, kui objektid on paigutatud vitriini. Vitriiniklaas lõhub ruumi ja objekt saadab küllastajale sõnumi. Distanti kaudu tõstetakse objekti väärtust: klaasi taga, järelikult väga väärtuslik ja oluline. Nii on vitriinil kommunikatiivne funktsioon. Tegelikult iga väljapanekuküllastaja loob väljapanekut küllastades oma muuseumiruumi ja nii on öelnud kujundaja R. Appelbaum: *”Muuseumiküllastaja on kui lammas – ei või iial teada, kus ta rohtu sööma hakkab.”* (Paul 2005) Uurijad on märganud, et muuseumis käituvad inimesed küll natukene häälekamalt kui kirikus, kuid palju rahulikumalt kui argipäevas, muidugi ainult juhul, kui muuseumist pole tehtud komöödiateatrit (Paul 2005). Uurides meditsiiniekspositsiooni, võib kinnitada tõepoolest, et isegi rahutud poisipõnnid, kes sisenevad lärmakalt, rahunevad õige pea, sest ka Vana Anatoomikum oma auväarsuses on iseinstseneeruv, seos surmaga tekitab aukartust ja annab ka hoones säilitatavatele kollektsioonidele tugevama mõju riskikäitumiste ohte ja tagajärgi puudutava teabe edastamisel hariduslike programmide kaudu.

1.2.3. Hariduslik kommunikatsioon

Museaalsed väljapanekud edendavad sotsiaalseid ja kodanikväärtusi. Õppimisega seotud meelelahutus muuseumis on võimalik siis, kui õppijal on nähtu ümbertöötamise kriteeriumid juba enne väljapanekusse sisenemist teada. Seega tuleb teha aktiivselt koostööd õpetajatega, et õpilased oleks õppimiseks ekspositsioonisituatsioonis ette valmistatud, s.t. teavad millisesse keskkonda neid viiakse.

Üheks edukaks kommunikatsiooninstrumendiks on museaalsetes väljapanekutes kujunenud loengud väikesele auditooriumile, kus lektori sõna jõuab iga ruumisviibijani. Selline küllastajaga suhtlemine jätab alles ahaa-elamused ja hoiab ära ebameeldiva šokielamuse. Kuigi me elame elamusteühiskonnas ja otsitakse midagi rabavat, ei mõelda sageli sellele, kuidas saadud šokk selle otsijale tegelikult mõjub ja millised

võivad olla tagajärjed. Meditsiiniekspositsiooni kommunikeerimisel on see olulise tähtsusega. Ekspositsioone, milles eksponeeritud eksponaadid võivad teatud hulka külastajaid hirmutada kas varasema isiklikku laadi seose või iganenud mõttemalli tõttu, tuleb kommunikeerida ja kindlasti rohkem kui kevadisi maastikuid kujutavat pildinäitust. Kui me näiteks kunstmuuseumi kommunikeerides võime lubada endale olla pea piirideta innovaatilised, siis meditsiiniväljapaneku puhul on piiride tunnetamine kommunikatsioonis ja suhtekorralduses äärmiselt oluline. Näiteks võib tuua mõni aeg tagasi toimunud piiride rikkumise, kus väärenguga imikuga purk paigaldati Tallinnas riidepoe aknale sotsiaalreklaamiks ja see tekitas laialdase arutelu. Tekkis küsimus, milliseid eesmärke täidab selline kommunikatsioon? Kuna maailmas ringlevad mitmed nn. anatoomiašõud nimedega „Body world” ja „Körperwelten”, kus küll demonstreeritakse ja selle kaudu ka õpetatakse inimese ja looma anatoomiat, kuid on mindud üle praegu kehtiva eetilise piiri: demonstreeritakse eksponaate, mille loomiseks puudub teaduslik põhjendatus. Seoses sellega on Euroopas meditsiinieetikaga tegelejad vastu võtnud nn. „Stuttgarter Empfehlungen” (Stuttgardi soovitusel) „Empfehlungen zum Umgang mit Präparaten aus menschlichem Gewebe in Sammlungen, Museen und öffentlichen Räumen”(Soovitusel ümberkäimiseks inimkudedest preparaate kogudes, muuseumides ja avalikes ruumides) (Deutsches Ärzteblatt 2003). Nii on võimalik meditsiinilisi preparaate küll külastajatele demonstreerida ja nende abil külastajat või loengukuulajat harida, tema terviseteadlikkust tõsta, kuid rangelt tuleb jälgida eetilisi tõekspidamisi. Eelkõige peab säilima sügav austus ja meditsiinilise/anatoomilise preparaadi loomise teaduslik põhjendatus. Eesti Vabaõhumuuseumi direktor M. Lang on toonud välja muuseumieetika põhiseisukohad järgmiselt: *”Eetika on üldine uurimus sellest, mis on väärtuslik ja tõeliselt oluline. See on uurimus elu mõttest ja sellest, mis teeb elu elamist väärivaks. Eetika on võimukeel ja tööriist, mis teostub kultuuris, aga toimib abstraktsemal tasandil. Eetika tuleneb eluvaatelistest veendumustest, mis üldistatuna annavad teatud kultuuriruumile mõõtmel. Muuseumide eetikakoodeks on tulemuspõhine dokument, mis hoolitseb kindlalt pärandi säilivuse eest, kuid ei dikteeri töö protsessi ega saavutamise meetodikat. Samas on määratud standard, mille märksõnadeks on täpsus, ausus, objektiivsus ja teaduslik põhjendatus”* (Lang 2007).

Austraalia patoloogiamuuseumi kuraator J. Horder on öelnud küll oma muuseumi kohta: *”Tuleb loota, et see muuseum ja teised sarnased saavad jätkata vastavalt strateegiatele ja muutustele seda, mis võimaldab neil olla reklaamitud rohkem*

avaramalt kui hariduse aarded. Ja rohkem meditsiinilist teadmist ja ajalugu saaks kommunikeeritud rohkematele avalikkuse huvitatud liikmetele.... (Horder 2006). TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid on oma hariduslikus tegevuses seadnud olulisimale kohale terviseedendusliku kommunikatsiooni, püüdes leida võimalusi riskikäitumiste ennetamiseks ja teostades selgitustööd riskikäitujate hulgas, et panna neid oma käitumist muutma.

1.3. Meditsiinikollektsioonide võimalused terviseedenduslikus kommunikatsioonis

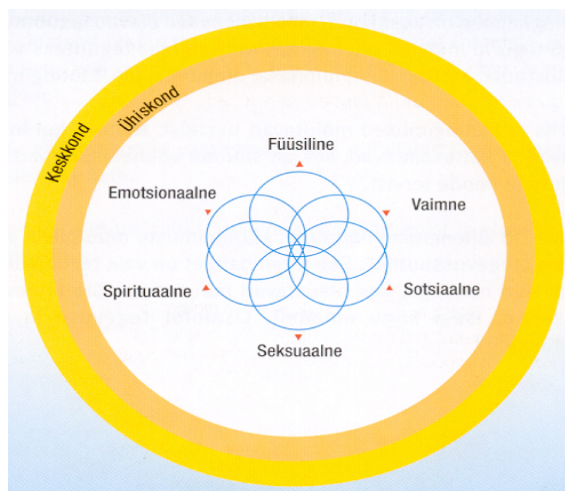
Vana Anatoomikumi vasaku tiiva esimesel korrusel paiknev 206 aasta vältel kogutud (vanim preparaat aastast 1803) meditsiinikollektsioonide museaalne väljapanek haarab hoonesse sisenenud külastaja oma eriliste lõhnade ja auväärsetel kõmisevate võlvkaartega oma rüppe juba uksele. Need, kellel puudub huvi, vajadus või kohustus edasi minna, pööravad nii mõnelgi korral kohkunult tagasi. Teed väljapanekuni palistavad haiglata ja hoones õpetanud ning inimese ja tema haiguste avastamisel teadustööd teinud arstide-teadlaste fotodega stendideread. Nende vahel sotsiaalreklamipostereid ja terviseedenduslikku jaotmaterjali täiskuhjatud lauad. Nii valmistatakse külastaja ette väljapanekus pakutavaga tutvumiseks. Väljapanek tutvustab naturaalse preparaatide abil inimese ehitust ja funktsioneerimist ning sadadel ruutmeetritel selle ehituse või funktsioneerimise häireid – väärarenguid ja haigusi. Iga preparaat läkitab oma sõnumi, arstid ja väljapaneku töötajad on tõlkinud selle aegade jooksul kujunenud teabe – ladinakeelse nimetuse või diagnoosi - külastajale arusaadavasse märgisüsteemi – kirjutatavasse keelde preparaadi juures asuval sildil. Väljapanekuga püütakse külastajat hoiatada varitsevate ohtude eest ja panna teda suhtuma oma tervisesse kui suurde väärtusse. Väljapanek on suur ja inimesed ei haara sageli seda kõige olulisemat. Et juhtida konkreetselt tähelepanu olulistele momentidele tervise säilitamisel või kahjustamisel viiakse läbi terviseedenduslikke haridusprogramme nii kooliõpilastele kui täiskasvanutele. Toimuvad nii loengud kui konkreetsele teemale pühendatud giidide poolt läbi viidavad väljapanekututvustused. Käesoleva töö raames vaadeldakse terviseedendusliku sõnumi külastajani viimise võimalusi väljapaneku enda kaudu ja koos riikliku tellimusena peetava terviseedendusliku loengu ning ekspositsioonitutvustusega. Mille poolest erineb siis loeng meditsiiniekspositsioonis hoiatavast hiigelposterist tänaval, preparaadipurgist poeknal või loengust klassiruumis? Eelkõige selle poolest, et räägitu moodustab kõige

ümbritsevaga terviku, haaratud on kõik inimese meeled. Asutakse oma tavakeskkonnast väljas, surma ja haigustega seotud eriliste lõhnadega majas, iga lektori enesekindlalt lausunud väidet kinnitab haiguspreparaat koos juuresoleva kirjaliku täiendava selgitusega ja hoone ehitusest tingitud kõmisev kaja. Teave viiakse kuulajani erinevate märgisüsteemide abil. Selles väljapanekus ei loeta lihtsalt moraali, vaid selgitatakse ja põhjendatakse naturaalseid preparaate abil. Pärast loengut on sotsiaalreklaami poster või jaotmaterjali voldik justkui hinnaline konspekt, et kuulnud veelkord enesega seoses üle korrata. Külastaja loengust ja ekspositsioonist lahkudes ei tea meditsiiniväljapanekus tegutsevad töötajad aga seda, mida iga konkreetne inimene tegelikult pakutust endaga kaasa võttis ja kuidas see tema edaspidist käitumist puudutab. Selleks, et sellest aimu saada, viiaksegi loengujärgselt läbi tagasisideküsimustike täitmist ja nende hilisemat analüüsi. Selle analüüsi tulemustele vastavalt korrigeeritakse ja täiendatakse loengumaterjali. Igal sügisel viib meditsiinikollektsioonide töötaja läbi ka külaliste raamatu analüüsi. Otsene võimalus külastajani riskikäitumist puudutavat teavet viia ja personaalse lähenemisega tema väärtushinnanguid kujundada ning ka kohe otsest tagasisidet saada, on aga külustus giidi saatel. On selge, et tee riskikäitumist puudutava käitumusliku reaktsioonini on pikk ja keeruline. Töötajatel jääb vaid loota, et need, kellel juba seni olid samad seisukohad, said oma seisukohtadele kinnitust ja jõudu samu seisukohti järgida, ennast kahjustavad riskikäitujad aga said tõendust oma käitumise kahjulikkusest ja tõuke oma käitumise muutmise keerukale teele asumiseks. Miks on tee tervise rikkumisest tervise väärtustamiseni ja vastava käitumiseni muutuseni nii raske?

Juba tervise kontseptsioone on väga erinevaid, alates kitsalt tehnilisest, haigusele suunatud vaatenurgast kuni filosoofiliste lähenemiseni, mis rõhutavad positiivset tervist ja heaolu, eneseaktualiseerimist ja elukvaliteeti. Ei ole olemas õiget vastust küsimusele – mis on tervis?, mida saaks vabalt kasutada erinevate kultuuri, kontekstide ja eluviiside puhul. Tervist, nagu ka haigust kogetakse individuaalselt, samal ajal, kui seda mõjutavad arvukad tegurid, nagu näiteks elutingimused, ümbritsev keskkond, sotsiaalmajanduslik staatus, rahvuslik taust, kultuur, vanus, sugu jne. Nagu näitasid ka antud uurimuse käigus läbi viidud süvaintervjuid, tähendas tervis pea iga küsitletu jaoks erinevat mõõdet.

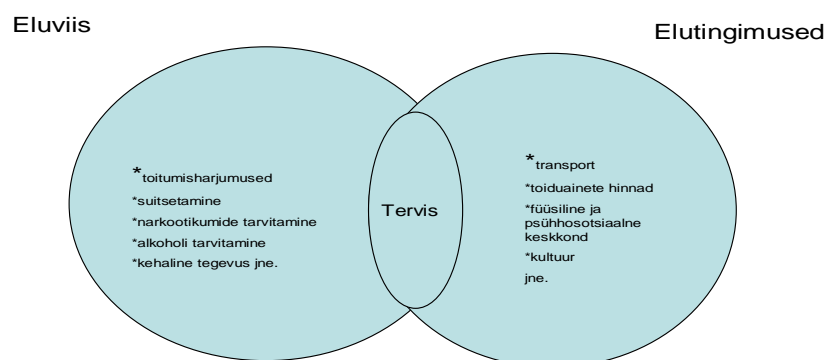
Nii on Maailma Tervishoiu Organisatsioon 1947. a. defineerinud ”Tervis on täielik füüsiline, vaimne ja sotsiaalne heaolu, mitte ainult haiguse või halva enesetunde puudumine.” (WHO 1947, Simovska et al 2006 kaudu) 1986. a. aga hoopis ”Tervist

võib mõista kui midagi, millele igapäevaelus toetuda, mitte kui elamise eesmärki. Tervis on pigem positiivne kontseptsioon, mis rõhutab nii sotsiaalse ja isikliku kapitali vajalikkust kui ka füüsilisi võimeid (WHO 1986 Simovska et al kaudu). Araabia vanasõna aga ütleb lihtsalt: See, kellel on tervis, sellel on lootus, kellel on lootus, sellel on kõik.



Joon. 1. Holistiline tervisekontseptsioon (Simovska et al 2006: 22)

Töö autori arvates on just holistiline tervisekontseptsioon parim kontseptsioon inimese tervise käsitlemiseks meditsiiniväljapaneku kontekstis. Holistiline tervisekontseptsioon käsitleb keha, vaimu ja indiviidi ühiskonnas kui tervikut ja nii on tervise erinevad aspektid omavahel seotud. Tervis ei ole ainult individuaalne, vaid ka sotsiaalne ja ühiskondlik teema. Laiapõhjalise tervise mõistes on võrdselt tähtsad nii eluviis kui ka elutingimused. Eluviis on inimese elamise viis, tema harjumused, tema tervist puudutavad valikud, kaasa arvatud toiduvalik, kehaline tegevus, seksuaalkäitumine, suitsetamine, narkootikumide tarbimine jne. Inimestel võimalik oma eluviisi muuta. Elutingimused on keskkond, milles inimesed elavad ja töötavad, ehk teisisõnu see, mismoodi välised, ühiskondlikud tegurid indiviidi elu mõjutavad. Nendeks võivad olla sotsiaalmajanduslik taust, kultuur, linn, majandus ja palju muud.



Tervist mõjutavad tegurid: eluviis/individuaalsed tingimused&elutingimused/ühiskond

Joon. 2. Tervist mõjutavad tegurid

Positiivne tervisekontseptsioon eeldab, et tervis on rohkem kui lihtsalt haiguse puudumine. Tervis pole staatiline mõiste. Positiivne tervis e. heaolu näitab, millised on indiviidi elukvaliteedi isiklikud ja sotsiaalsed ressursid. Tervis luuakse seal, kus inimesed elavad, armastavad, õpivad, töötavad, mängivad (Kickbusch 1997), seega ka meditsiiniväljapanekus. Tervise edendamiseks tulebki seetõttu võtta arvesse mitte ainult individuaalset käitumist ja eluviise, vaid ka keskkonda, inimestevahelisi suhteid ja elutingimusi.

Püüdes oma väljapanekuga kujundada külastaja väärtushinnanguid, hoiatada külastajat, panna teda mõtlema ning muutma oma hoiakuid, suhtumist ja käitumist või ka kinnitada tervete eluviiside harrastajate tegevuse õigsust, tuleb arvestada sotsiaalse turunduse maailma põhitõdedega. Sotsiaalne turundus sündis distsipliinina 1970ndatel aastatel, kui Philip Kotler ning Gerald Zaltman mõistsid, et samu turundusprintsipe, mida kasutatakse toodete müügiks tarbijatele, saab kasutada ka ideede, hoiakute ning „käitumise” müümiseks. Sotsiaalne turundus taotleb võimalust mõjutada sotsiaalset käitumist, mitte selleks, et tuua kasu turundajale, vaid, et tuua kasu sihtrühmale ja ühiskonnale üldiselt. Sotsiaalset turundust on juba laialdaselt kasutatud rahvusvahelistes tervise arendamise programmides (Weinreich 1999: 27). Ka tuntud sotsiaalse turunduse teoreetiku ja praktiku A.R. Andreaseni sõnul on võimalik läbi turunduse muuta inimese käitumist tema vaimse ja füüsilise tervise huvides ning elukeskkonna kvaliteetsemaks muutmiseks. Andreasen defineerib distsipliini lühidalt järgmiselt: ”Sotsiaalne turundus

on kommertsvaldkonnas välja arendatud turunduse tehnoloogiate kohandamine sotsiaalsete probleemide lahendamiseks, mille põhiline eesmärk on käitumise muutmine ja seeläbi ühiskondliku heaolu saavutamine”(Andreasen 1995: 36). Kotleri (Kotler et al 2002) järgi on sotsiaalne turundus turunduspõhimõtete ja –tehnikate kasutamine, eesmärgiga mõjutada sihtgruppi vabatahtlikult aktsepteerima, hülgama või muutma käitumisviisi indiviidide endi, gruppide või ühiskonna terviku heaolu tõstmiseks. Sotsiaalsele turundusele on omane negatiivne nõudlus, sest käitumise muutmine võib osutada tarbijale vastumeelseks. Sotsiaalsest turundusest tulenev tulu on enamasti silmale nähtamatu, sest uue, taotletud käitumise tagajärg ei ole tihtilugu koheselt hoomatav, ta võib võtta kaua aega, samuti puudub turunduslik käegakatsutav tulemus nt läbimüügi suurenemine. Kulutatakse maksumaksja raha ja kasu nagu ei paistagi ning tegemist on inimeste jaoks tundlike teemadega ning väga raske on saada tagasisidet. (Höglund 2008: 9).

Inimesi tuleb veenda käitumist muutma, sest nad kahjustavad ise oma tegevusega oma elukvaliteeti ja loovad riskid oma tervise säilimisele. M. Harro on nimetanud riskikäitumiseks käitumist, mis omab või võib teatud tingimustel omada käituja enda või tema kaaskondanike tervisele ebasoodsat mõju. Riskikäitumise tagajärjed on enamasti lisaks tervishoiukuludele seotud ka kuludega majandusele, ühiskonnale jne. Riskikäitumise põhiliste liikidena toob ta esile suitsetamise, alkoholi (liig)tarvitamise, uimastite proovimise/tarvitamise, kaitsmata seksuaalvahekorra mitteusaldusväärse partneriga, liikluseeskirjade eiramise, ohutusvahendite kasutamise eiramise, ohutusreeglite eiramise jt. (Harro 2005)

Paljud maailma teadlased on uurinud, millistel tingimustel riskikäitujad on valmis oma käitumist muutma ja välja on töötatud mitmed uurimismudelid ning teooriad. Kuna meditsiinikollektsioonides tegeldakse süvendatult suitsetamise teemaga, vaatleme ka mõningaid teoreetilisi mudeleid ja teooriaid selle nurga alt. Näiteks **Tervise Uskumuste Mudeli** (the Health Belief Model, Rosenstock 1966, Harro 2002 kaudu) järgi muudavad inimesed kõige suurema tõenäosusega oma riskikäitumist, kui nad usuvad, et nad on teatud haiguse poolt ohustatud (*mina kui keskealine ülekaaluline suitsetav mees võin saada infarkti*) ja sellesse haigusesse haigestumine viiks tõsiste tagajärgedeni (*infarkt võib olla surmav*). Kui aga kasutusele võtta ennetav tervisekäitumine, siis väheneb riski võimalus ning tõsidus ja uuest ennetavast käitumisest saadav kasutegur kaalub üles oodatud takistused ja kulud (Goldberg et al 1997). Kui inimene tunneb oma haavatavust, siis tõenäosus, et ta muudab oma

tervisekäitumist, sõltub sellest, kas ta usub, et tervisekäitumise muutus toob kasu ta tervisele ja kas tervisekäitumise muutusega kaasnevad ebamugavused (nt valu lihastes tervisespordil) ei kaalu üles uskumust saadavale tervisekasule. Niisiis eelneb käitumise muutusele kulu-tulu analüüs, kus kaalutakse tegevusest saadava kasu ja barjääride ületamise vaeva suhet. Vastavalt mudelile tehakse muutuse otsus impulsi või mõne stiimuli ajendil, mis võib olla sisemine (haigussümptomi ootamatu ilmnemine) või väline (nt. meditsiiniekspositsiooni giidi selgitustega külastus, kus tutvustatakse riskikäitumise ohte ja demonstreeritakse tagajärgi).

Põhjendatud Tegevuse Teooria (the Theory of Reasoned Action, Ajzen ja Fishbein 1977, Harro 2002 kaudu) toob välja, et indiviidile ette antud käitumise teostamine sõltub eelkõige tema kavatsusest vastavalt käituda. Seda omakorda mõjutab indiviidi isiklik suhtumine antud käitumisse (põhineb tema uskumustel vastava käitumise headesse ja halbadesse tagajärgedesse tema jaoks, nt suitsetamine põhjustab vähki) ning teiseks, tajutud subjektiivne norm antud käitumise osas (uskumus sellest, mida arvavad teised temale olulised isikud kõnealusest käitumisest, nt mu perele ei meeldi, et ma suitsetan) (Goldberg et al 1997). Nimetatud kahe peamise teguri mõjul kujuneb kavatsus käituda teataval viisil, nt kavatsus lõpetada suitsetamine sõltub nende suhtumisest suitsetamise lõpetamisele, mis omakorda võib olla mõjutatud uskumustest, et suitsetamise lõpetamisel on positiivsed tagajärjed. Väga oluline on teada, et inimestel tekib kavatsus lõpetada suitsetamine ainult siis, kui nad tajuvad, et suitsetamise negatiivsed tagajärjed puudutavad konkreetselt neid endid. Suitsetaja võib küll olla teadlik ja veendunud, et suitsetamine on üldiselt ebatervislik, kuid ta arvab, et temal isiklikult on tõenäosus kannatada suitsetamise negatiivsete tagajärgede tõttu vähene, kuid see üldine teadmine ei mõjuta inimese suhtumist oma käitumise muutmiseks. (Kasmel&Lipand 2007: 204)

Sotsiaalse Tunnetuse Teooria pakub, et inimest saab mõjutada käituma soovitud suunas, kui esitleda talle mudelit, millega ta saaks samastuda – kas siis negatiivselt (näidatakse võimalikke halbu tagajärgi – suitsetamisest tingitud raskete haiguste inimkoepreparaate) või positiivselt (näidatakse õigest käitumisest tõusvat tulu – suitsetamisest loobumisel väheneb südameinfarkti risk) (Goldberg et al 1997). Isiku kavatsusi ja käitumist mõjutavad: inimese arvamus, et ta võib haiguse saada ja on riskigrupis (mina, kui suitsetav isik võin saada infarkti); tema suhtumine antud tegevusse, mis põhineb uskumustel käitumise headest või halbade tagajärgedest (kui ma loobun, siis infarkti risk väheneb); tajutud normid (Kui inimene, kes suitsetab,

tunnetab, et enamus inimesi tema lähiümbruses ei suitseta ja enamus talle olulisi sõpru ja kolleege ning ta perekond soovib, et ta jätaks suitsetamise maha, siis on väga tõenäoline, et see isik jõuab arusaamisele, et on olemas norm, mis eeldab suitsetamisest loobumist), kaasaarvatud tunne, et isikud, kellega ta kõige lähedasemalt suhtleb, toetavad tema katset muuta käitumist ning teised ühiskonna liikmed muudavad samuti oma käitumist (kõik sõbrad kavatsevad loobuda suitsetamisest ja minu perekond toetab igati minu käitumise muutust); enesetõhusus, mis sisaldab uskumust, et ta saab sooritada soovitud käitumist mitmetel endale sobivatel asjaoludel (ma olen kindel, et ma suudan suitsetamise maha jätta (Höglund 2008: 12, Harro 2002: 30). Otsus käitumist muuta sõltub suhtumiste ja subjektiivselt tunnetatud normide koosmõjust. Olulisel kohal on sotsiaalne surve käitumist muuta.

Sotsiaalse Õppimise Teooria (Theory of Social Learning) (Bandura 1986, 1995, Harro 2002 kaudu). See teooria põhineb ideel, et indiviidi ja teda ümbritseva keskkonna vahel on vastastikune seos. Näiteks, kui töökohas ei ole suitsetamine reguleeritud, on kerge olla suitsetaja. Kui aga suitsetamine on ruumides keelatud, on suitsetada raskem ja siis võib eeldada, et enamus suitsetajaid suitsetab vähem ning seega vastav keskkond toetab kaudselt ka suitsetamisest loobumist. Ettevõttes, koolis või klassis, kus enamus inimesi on mittersuitsetajad ning nende soov suitsetamine oma ruumides keelustada on mõjuvõimas isegi ilma kindlate seaduste kehtestamiseta, tunnevad suitsetajad end hulga kehvemini ning tõenäosus, et suitsetajad loobuvad suitsetamisest on suurem. Suitsetamise mahajätmise soodustamiseks täiskasvanute hulgas on sotsiaalsete normide muutmisevõimaluste otsimine üks mõjusamaid ettevõtmisi.

Kuid teiste vaatlemisel on ka teine külg. Märkates teiste inimeste tunnustust teatavate käitumisviiside korral võidakse hakata teda jäljendama. Nii võtavad noored (sagedamini neiud (Harro 2002: 36)) jälgides kellegi mõjuvõimsa inimese käitumist omaks suitsetamise, sest nende iidol suitsetab. Nende eeldused millegi meeldiva saabumise, mis kaasub koos suitsetamisega, muudavad suhtumise positiivseks. Siin on olulisel kohal eakaaslaste ja sotsiaalsete normide mõju tervisekäitumisele.

Takistuseks inimese veenmisel käitumist muutma on ka mingi riskikäitumise tulemusena saavutatud efekt. Näiteks, kui inimene usub, et suitsetamine aitab kaalu langetada ning ta peab kaalu langetamist väga oluliseks, siis on tõenäoline, et ta hakkab suitsetama või jätkab seda tegevust ning teda on väga raske loobuma veenda.

Seega on vaja mõista indiviidi isiksuslikke uskumusi ja motiveeritust, mis on riskikäitumise taga. Inimeste veenmisel on vaja rõhutada kiiresti ilmnevate ning selgelt

tajutavate kasulike või kahjulike efektide olulisust. Näiteks noored inimesed suhtuvad palju murelikumalt suitsetamise lühiajaliselt ilmnevatesse tagajärgedesse nagu halb hingeõhk, kollased hambad, suitsu järele lehkavad riided, kollased küüned kui võimalusse saada kopsuvähk või südame haigus.

Omistamise Teooria (Attribution Theory) (Herzlich 1973, Harro 2002 kaudu) põhjal on tervis inimeses loomupäraselt olemas, kuid haiguse põhjused on väljaspool organismi ja ei ole tingitud inimesest endast.

Ebarealistliku Optimisimi Teooria (Unrealistic Optimism Theory) (Weinstein 1983, 1984, 1987, Harro 2002 kaudu) põhjal arvavad inimesed, et tervisehäired tabavad neid harvemini kui teisi. Weinstein tõi välja 4 kognitiivset tegurit, mis soodustavad ebareaalset optimismi: 1) inimesel puudub vastava tervisehäire või haiguse kogemus üldse; 2) uskumus, et tervisehäiret võib mingi teise tegevuse või käitumisviisiga ennetada või tasakaalustada (ma suitsetan küll, aga ma jooksen ja sõidan jalgrattaga ka); 3) uskumus, et kui seda häiret ei ole seni tekkinud, siis seda ei teki ka; 4) uskumus, et seda tervisehäiret esineb harva (seega – mind see ei taba). Need tegurid viitavad sellele, et oma riski tunnetamine ei ole puhtalt ratsionaalne protsess. Iseenda riskeerivat käitumist kaldutakse ignoreerima, samas tähtsustatakse enda riski vähendavat käitumist üle (ma suitsetan küll, aga ma ei ole vähemasti süstiv narkomaan). Teiste riskivähendavat käitumist kaldutakse alatähtsustama (sõbrad nühivad kogu aeg seda vesipiibu huulikut puhtaks, aga see ei ole ju nii tähtis).

Me näeme, et inimeste riskikäitumistest loobuma veenmise teemaga on tegeldud väga palju, teooriad ja mudelid on sageli vasturääkivad ja mitmes mõttes puudulikud ning ühekülgsed ning kasutatavad ikkagi täiskasvanud riskikäituja puhul. On aga selge, kui tahetakse muuta või suunata kellegi käitumist, on sellisel kavatsusel lootust edule vaid siis, kui suudetakse muuta vastavaid hoiakuid. Oluline roll hoiakute kujunemisel ja toestamisel on väärtustel. Väärtuse all mõistame mingi asja, sündmuse või tegevuse positiivset või negatiivset tähendust inimese jaoks. Hayes (Hayes 2002) nimetab neid kooskõlalisteks isiklikeks oletusteks, mida me teeme, toestamaks oma hoiakuid. Vajaduste tunnetamine ja nende võrdlemine ümbritsevas maailmas leiduvaga on esimene põhitee väärtuskujutluste tekkimiseks, väärtuskujutluste süsteemi kujunemiseks isikuse kogemuses. Teine tee väärtuskujutluste tekkeks on kommunikatiivne tee, kus õppimise, kasvatus, ideoloogiliste, pedagoogiliste või muude mõjutuste tulemusena väärtuskujutlusi kujundatakse (Lauristin&Vihalemm 1978: 92).

Hinnangud väljendavad inimlikku emotsionaalset suhtumist, subjektiivset eelistust, tegevuseesmärke, st inimene määratleb objekti või tegevuse või nende üksikute külgede ja omaduste vastavuse oma kriteeriumidele. Nii võib terveid eluviise harrastava mitesuitsetaja jaoks olla väärtuseks tervis ja tema tegevused võivad olla suunatud selle hoidmisele ning tema suhtumine kõigesse suitsetamist puudutavasse võib olla kas neutraalne või negatiivne. Suitsetaja jaoks võib olla väärtuseks kuulumine ihaldatud gruppi või sarnanemine oma iidoliga ja just riskikäitumine võimaldab tal seda teha.

Igas ühiskonnas valitseb terve rida norme, käitumis- ja tegevuseeskirju, ühiskonnas heakskiidetud mõtlemis- ja toimimismalle (tööruumides on suitsetamine keelatud, koolides on suitsetamine keelatud, peetakse normaalseks, et rasedad ei suitseta jne), mis samuti kujundavad inimese väärtushinnanguid. Igal inimesel on oma maailmapilt, mis haarab nii kujutlusi ja arusaamasid objektiivselt olemasolevatest nähtustest ja nende vahelistest seostest (riskikäitumised kahjustavad tervist; suitsetamine rahustab närve) kui nendele nähtustele väärtuskriteeriumide alusel antavad hinnangud (ma ei hakka kunagi suitsetama, sest see kahjustab mind; ma suitsetan ikka, kuigi ma tean, et kahjustab mind, sest mu närvid vajavad rahustamist ja suitsetamine teeb seda) aga ka kindlaid arusaamu ja oskusi, kuidas ühe või teise nähtuse suhtes teatud olukorras käituda (ma ei luba oma kabinetis suitsetada, sest see kahjustab mind; kui siin suitsetada ei lubata, järelikult ma teen seda eemal). Saab eristada väärtusi ja norme, mis kuuluvad isiksuse põhiveendumuste hulka, nendest hinnagutest ja tegevusjuhistest, mida ta järgib vaid teatud eluvaldkonnas või kindlates situatsioonides ning samuti on ka põgusaid, kiiresti tekkivaid ja ununevaid hoiakuid.

Hoiak on üks sotsiaalse kogemuse põhielemente, püsiv valmisolek emotsionaalseks poolt või vastureaktsiooniks, positiivseks või negatiivseks hinnanguks teatavale sotsiaalsele nähtusele. Hoiaku põhisisu võetakse üle sotsiaalselt keskkonnalt eeskätt igapäevase praktilise tegevuse ja "arvestatavate teiste" mõjul, sotsiaalse seadumuse emotsionaal-hinnanguliste aspektide fikseerumisena. Isiksuse seadumus on inimese suhteliselt püsiv kalduvus sarnastes olukordades kindlal viisil mõelda, tunda ja käituda. (Realo 2008). Näiteks, kui mul on vaba aega, siis ma suitsetan või teise näitena, kui mul on vaba aega, siis ma kuulan muusikat. Eristatakse suhtumuslikke, sotsiaalseid hoiakuid (ingl k attitude) ning sättumuslikke hoiakuid (ingl k set). Sättumuslikud hoiakud võivad toimida eelteadvuslikult ning vormida ja kallutada lisaks suhtumistele ka tajusid ja motoorseid toiminguid, samuti kognitiivseid tõlgendusi. Hoiakunähtused väljenduvad

kõige selgemini ja tüüpiliselt hinnangutes millegi või kellegi suhtes. Hoiak koosneb kolmest komponendist:

- 1) tunnetuslik (kognitiivne) komponent sisaldab tõekspidamisi, arvamusi, teadmisi või teavet mingi nähtuse kohta. Näiteks, suitsetamine põhjustab kopsuvähki.
- 2) emotsionaalne (afektiivne) komponent sisaldab tundeid, suhtumisi ja meeleolusid, mis antud nähtusega on seotud. Näiteks, kui ma palju suitsetan, ilmselt saan kopsuvähi.
- 3) käitumuslik (konatiivne) komponent sisaldab hoiakuga seonduvad käitumisviise, võimeid ja soovi neid järgida. (Näiteks, tahan suitsetada, sest see hõlbustab mul teistega suhtlemist või ma loobun suitsetamisest, sest mu riided lehkavad suitsu järele). (Hayes 2002: 92) Käitumuslik (konatiivne) komponent sõltub afektiivsest ja kognitiivsest komponendist

Komponendid võivad olla, kuid ei pruugi olla üksteisega kooskõlas. Hoiak on vahepealne lüli tajutava maailma asjade, sündmuste ja mõjurite ning isiku poolt neile antud reageeringute vahel. Hoiak kuulub käitumist motiveerivate ja suunavate tegurite hulka. Inimene püüdleb maailmatunnetuses ennustatavuse ja korrapära poole, püüab asjadest, sündmustest ja tegevustest luua kooskõlalist süsteemi. Hoiakud mõtestavad kogemusi ja annavad aluse hinnangutele. Hoiaku ekspressiivne funktsioon väljendab isiksust ja kirjeldab tema omadusi, eelkõige väärtusi. Hoiaku kohastumuslik (utilitaarne, instrumentaalne) otstarve seisneb selles, et sotsiaalselt soovitavaid ja aktsepteeritavaid suhtumisi väljendades saadakse kasulikke reageeringuid teistelt inimestelt ning inimese sobivaid hoiakuid tasustatakse (nt võttes negatiivse hoiaku suitsetamise suhtes, inimese tervis paraneb ja ta saab kodustelt kiita). Hoiakul on ka mina-kaitse (ego-kaitse) funktsioon: hoiakud aitavad vältida meie eneseteadvuse ja eneseväarikuse kahjustumist või vähendavad kahjulikke mõjusid. Hoiakud kujundavad meie maailmanägemuse, tõlgendused ja tõekspidamised kooskõlas juba väljakujunenud tõekspidamiste ja eneseteadvuse süsteemiga. Hoiakud annavad käitumisele kiiruse, järjepidevuse ja psühholoogilise ökonoomia. Inimesel on pidevalt kaasas käitumis- ja reageerimisvariantide selline valmisprogramm, mis hoiab kokku keerulisteks arutlusteks ja mõtisklusteks minevat aega ja energiat ning suunab inimest toimima kooskõlas tema isiksuse püsivate seadumuslike omadustega. Näiteks, kui pakutakse suitsu, ei ole suitsetajal pikka mõtlemist, kas seda võtta või mitte ja pärast tegevust ei tunne ta mingit hingepiina. (Bachmann&Maruste 2003: 276) Hoiak mõjutab, kuid ei ennusta alati käitumist, sest ta pole ainuke determinant. Samas ei pruugi hoiakud ja käitumine

omavahel üldse kooskõlas olla ning alati ei saa väita, et inimeste poolt väljendatavad hoiakud vastavad ka nende tegelikele hoiakutele. (Hayes 2002: 92) Hoiaku käitumusliku komponendi avaldumisel tuleneb hoiakust kavatsus, mis eelneb toimingutele. Kui inimene tahab suitsetamisest loobuda, siis kõigepealt tekib tal kavatsus, mis näitab, et inimene seostab riskikäitumise endaga. Suhtumiste puhul on kavatsused teadvustatud, sättumuse puhul enamasti kavatsuslik teadvustatud komponent puudub. Hoiakute kujunemises on olulised sotsiaalne päritolu ja kognitiivne aktiivsus. Hoiakul võib olla korruga mitu funktsiooni. Hoiakud võivad muutuda, kui asutakse täitma uusi rolle. Nii võib enne kellegi alluvuses töötanud suitsetaja ülemuseks saades muutuda tõeliseks tervisefänniks. Nad võivad muutuda ka interaktsioonide või kognitiivse dissonantsi (olukord, kus hoiaku komponendid on omavahel vastuolus või konfliktis) tulemusena. Põhiliseks põhjuseks, miks sageli hoiakud ja tegelik käitumine kokku ei lange, on tegeliku elu ja sotsiaalsete suhete poolt pandud piirid, suitsetamise keelustamine, sotsiaalne pressing, haiguse ilmnemine jpm. Elusituatsioonid pole teatud käitumise avaldumiseks enamasti ideaalsed ja isiku käitumine ei sõltu üksnes nende endi soovidest, vaid nad peavad pidevalt arvestama sellega, mida teised sobivaks peavad või millist käitumist neilt ootavad. (Ma tahaks suitsetamisest loobuda, kuid see ei meeldi mu sõpradele või vastupidiselt: ma suitsetaks ise küll edasi, aga see ei meeldi mu perekonnale).

1.3.1. Terviseedendusliku teabe vastuvõtust

See kas teeleläkitatud riskikäitumise ohtusid ja tagajärgi puudutav teave vastu võetakse, sõltub konkreetse isiku teabevaliku kriteeriumidest. Need sõltuvad retsiptendi sotsiaalsest kogemusest, eeskätt pakutava teabe alasest kogemusest. Kogemuse moodustavad mitmesugused tunnetuslikud, hinnangulised (emotsionaalsed) ja käitumuslikud elemendid ning nende seosed. Vastavalt oma kommunikatiivsele kogemusele hindab retsiptent teabeallika ja teabe vastavust oma vajadustele, sobivust olukorrale ja seisundile ning valib, kas ta kuulab ja vaatab seda või mitte. Vastuvõtja pöörab tähelepanu eeskätt nendele teadetele, mis on kooskõlas tema harjumuste ja hoiakutega ning väldib mittekooskõlalisi. Seda kinnitas ka käesolev uurimus, et mitteriskijad, kes said riskikäitumist puudutava teabe osas täiendavaid teadmisi, võtsid seda palju aktiivsemalt vastu kui riskikäitujad, sest teave sobis nende hoiakutega.

Uurimused on näidanud, et seetõttu levivad inimeste teadvuse ja käitumise ümberkujundamisele suunatud teated mitte niivõrd nende hulgas, keda tahetakse mõjustada, kui nende hulgas, kes on juba samadel seisukohtadel (Lauristin&Vihalemm 1980). Selleks, et suurendada inimeste hulka, kes mitte ainult kuulaks teavet, vaid selle teabe ka vastu võtaksid, tuleb sellesse teabesse lülitada midagi ebaharilikku, tähelepanu äratavat, seejuures aga teataval optimaalsel määral, et teate vastuvõtuks ja mõju kujunemiseks vajalik seos vastuvõtja kogemusega säiliks. Teabe vastuvõtu efektiivsust näitab see, kuidas sellest aru saadakse ja kuidas seda hinnatakse. Vastavalt sellele kujuneb teabe isiksuslik mõju. Seejuures on teabe vastuvõtu puhul tegemist täiel määral isiksusesisese aktiivsusega, kus tõlgenduste ja hinnangute kujunemine saadud teabele on varjatud välise vaatluse eest ja mitmes mõttes vastuvõtja enesegi eest, ei allu täiel määral teadvuse kontrollile ja juhtimisele. Teate vastuvõtu kinnitus võib ilmuda juhuslikult kasvõi ajakirjaartiklis: *"Ma ise ei tunne mingit tarvidust suitsetada ... Eriti pärast seda, kui me sõpradega Vanas Anatoomikumis nägime, milline on kops siis, kui kodus suitsetatakse."* (Siimets 2008: 48)

Teabe vastuvõtul on oluline teabe psühholoogiline lähedus vastuvõtja jaoks - kuivõrd lähedalt puutub antud vastuvõtja oma igapäevases elus isiklikult kokku kajastatavate nähtuste ja probleemidega. Suitsetamise kahjulikkuse käsitlemise puhul näiteks, kas kuulaja/vaataja ise suitsetab ja saab selle eest pidevalt pahandada, kas isik on ise varem suitsetanud ja loobunud; kodus suitsetatakse, riided haisevad suitsu järele ja kaaslased pööravad sellele tähelepanu, keegi suitsetanud sugulane on surnud värskelt vere- või kopsuvähki, saanud infarkti jne. Võib oletada, et mida suurem on teate psühholoogiline lähedus vastuvõtja igapäevasele praktilisele elukogemusele, seda soodsamaks kujuneb teate vastuvõtt ja seda suuremaks tema mõju.

Uurimused on näidanud, et kirjeldavat, mittehinnangulist teavet võetakse üldiselt kergemini omaks kui hinnagulist ja väärtustavat. (Lauristin&Vihalemm 1980:58). Kui ajalehtedes kajastatakse tegelikkust eeskätt sõnaliste vahenditega, kasutatakse üksnes verbaalset märgisüsteemi, siis meditsiiniekspositsioonis edastatavate teadete puhul kasutatakse nii verbaalset märgisüsteemi – suulised ja kirjalikud selgitused, suuliste selgituste ja loengu puhul on lisaks sõnadele tähendust kandvaks intonatsioon ning visuaalsed märgisüsteemid ekraanil ja eksponaatide näol. Sarnaselt televisiooniga mängivad teate edastamisel kaasa kõneleja miimika, žestid, intonatsioon. Tavapärase moraalilugemise vormis suitsetamise kahjulikkust puudutava teabe esitamine võib

muuta ka hinnangu tegelikult uue ja huvitava teabe suhtes negatiivseks, sest aktualiseeruvad negatiivsed hoiakud.

Leon Festinger on arvamusel, et isiksuse tunnetusühikud (teadmised, hoiakud, tõekspidamised, arvamused, mälestused jms) kalduvad kujundama omavahel kooskõlalist, mittevastuolulist süsteemi. (Bachmann&Maruste 2003: 276) Vastuvõtja jaoks vastuolulise teabe ilmnemisel loengus (nt suitsetaja jaoks on suitsetamine seotud mõnutunde ja lõõgastusega, tema arvates suitsetamine rahustab närve, kuid lektor teatab, et ta võib sellest tegevusest saada verevähi) ja sellest tekkivate tugevate negatiivsete emotsioonide puhul toimivad teatavad psühholoogilised kaitsemehhanismid, mistõttu riskikäitujast vastuvõtja püüab sellist teavet mitte märgata, selle koheselt ära unustada, moonutada tajus vastavalt juba olemasolevatele hoiakutele ja tõekspidamistele või leida põhjendusi, miks see uus teave ei ole märkimisväärne. Sarnaselt toimivad nad sigaretikarpidel oleva hoiatava teabega. Siin saame me rääkida kognitiivsest dissonantsist ehk tunnetuslikust ebakõlast (Festinger 1975). Kognitiivne dissonants on olukord, kus hoiaku komponendid on omavahel vastuolus: meil on kaks vastandlikku teadmist või veendumust, mis omavahel ei sobi. See on üldreeglina tugev ajend midagi ette võtta. (Strongman 2009: 86-87) See vastukäiv teave tekitab suitsetajas motivatsioonilist pinget, nõudes ebakõla leevendamise viiside leidmist. Reeglina püüab inimene selle kaksipidisest teabest tingitud ebameeldiva pinge kõrvaldada või seda vähendada. Selleks muudetakse hoiaku mõnd komponenti nii, et saavutataks nendevaheline tasakaal, või lisatakse täiendavaid hoiakuid, mis lubavad olukorda teisiti interpreteerida. Muudetakse seda, mida saab lihtsamini muuta. Tavaliselt aga lihtsalt ignoreeritakse teavet või moonutatakse seda niivõrd, et see muutub kooskõlaliseks uskumusega. Ka käesolevas uurimuses leidis see kinnitust, et rühm riskikäitujaid pidas pakutud teavet enda jaoks mitteoluliseks. Moonutus võib võtta mitmeid vorme. Nii võidakse näiteks teabe pakkuja seada halba valgusesse või märgata ja meenutada pakutud teabest vaid osa.

Toetavat teavet aga ülehinnatakse. Pea iga suitsetaja teab öelda, et suitsetajatel on vähem Alzheimeri haigust. Alles siis, kui dissonantsist tekkinud sisemine pinge läheb nii suureks, et individuaalne taluvuslävi ületatakse, muudab inimene oma käitumist (nt loobub suitsetamisest), et kogemus ja oma otsus kooskõlla viia. Mida tolerantsem ja muutumisaltim on inimene, seda väiksem on teabe poolt põhjustatud pinge. (Kognitive Dissonanz 2009) Psühholoogid eeldavad, et arusaamade ja tegude kooskõla otsimine on inimese üks peamisi ajendajaid. Dissonantsi lahendamine pole pelk arvamuse

kõrvaleheitmine. Ehkki teineteisega vastuolus, on mõlemad seisukohad tegelikult inimest haaranud ja nii saab vastuolu lahendamisest tervete mõttestruktuuride teisaldamine, lammutamine ja äraheitmine. Selleks võib kuluda hulk aega, mille vältel tuleb kannatada vastuolust tingitud ebakõla.

Teabe vastuvõttu mõjutavad ka eelarvamused, mis on fikseerunud, ettevalmistatud hoiakud. Eelarvamuslik hinnang võib olla nii positiivne kui negatiivne. Taifel (Hayes 2002: 110-125) on toonud välja kolm eelarvamuse puhul toimivat tunnetuslikku mehhanismi: 1) kategoriseerimine – (teabe klassifitseerimine) ja assimileerimine (hinnangute „hea”, „halb”, „meeldiv”, „ebameeldiv” rakendamine, nagu need oleksid muutumatud faktid ja nende kasutamine kategoriseerimisel) (kõik suitsetamise kahjulikkust puudutavad loengud on ebahuvitavad ja ebameeldivad ning ma ei kuula neid),

2) kokkukuuluvuse (koherentsuse) otsimine – püüd seletada või õigustada oma hoiakuid (juba mu ema ütles, et kõik suitsetamise kahjulikkust puudutavad loengud on ebahuvitavad ja ebameeldivad ning mu pinginaaber arvab ka nii). Eelarvamused on hoiakunähtustest ”kapriisseimad” ja nad on raskesti ületatavad (Bachmann&Maruste 2003: 281-282).

Olulist rolli teabe vastuvõtul mängivad ühiskondlik situatsioon ja sotsiaalne pressing. Näiteks võib praeguses majanduslikus olukorras, kus inimesed kaotavad töö ja sellega seoses haigekassa toetuse, kus suitsunurkadesse minek on registreeritav kiipkaardiga ja suitsetamise aeg võetakse palgast maha, loota, et inimesed on vastuvõtlikumad meditsiiniekspositsioonis jagatavale teabele ja mõjutatavamad oma käitumist muutma. Igatahes on tunduvalt suurenenud külastajate arv, kes soovivad nt oma suitsetamisharjumusest rääkida ja on valmis pea et loengut kuulama. Mõju avaldab kahtlemata ka füüsiline keskkond. Meditsiiniekspositsiooni puhul on ka teabe jagamise füüsilisel keskkonnal eriline roll, kuna ümberringi on haiguspreparaadid, st igal väitel on reaalne kinnitus.

Riskikäitumise ohte ja tagajärgi puudutava teabe edastamisel on eriti õpilasgruppide puhul äärmiselt oluline vastuvõtja psüühiline ja füüsiline seisund antud momendil, st kui väsinud on õpilased, kui tühjad on nende kõhud, kas enne loengusse tulekut oli pahandamist, kas suitsetajal on suitsunälg jne.

Loengutel on selgesti näha, et riskikäitumisega seotud teabe vastuvõttu mõjutab riskikäitujate puhul teatud gruppi kuuluvus. Kui selgelteristuv ja tähelepanu nautiv

grupiliider ignoreerib teavet, teevad seda ka teised sellesse gruppi kuulujad olenemata soost.

Loomulikult mängivad teabe vastuvõtmisel rolli ka individuaalsed psühholoogilised iseärasused – temperament, iseloom, võimed (abstraktse mõtlemise, analüüsi- ja üldistusvõime). Isiksuse psühholoogilist tüüpi iseloomustavatest tunnustest (näiteks ekstra- või introvertsust, neorootilisust, rigiidsus), psüühiliste protsesside – mälu, emotsioonide, taju, tähelepanu, mõtlemise, kujutluse, tahte avaldumise eripära. Suitsetajad on leitud näiteks olevat ekstravertsemad, impulsiivsemad, neorootilisemad, riskialtimad, elamustejanulisemad ja agressiivsemad kui mittedsuitsetajad (von Knorring ja Oreland 1985, Liiv 2003 kaudu). Kõrge neorootilisuse skoor väljendab emotsionaalset ebastabiilsust. Suitsetajad on ka sagedamini hüperaktiivsed.

Terviseedenduslikus loengus esitatud seisukohtade hindamise ja omaksvõtmise seisukohalt võivad oluliseks kujuneda sellised individuaalsed individuaalpsühholoogilised jooned nagu leplikkus erinevate seisukohtade ja käitumisviiside suhtes ja üldine mõjutatavus. Mõningate uuringute (Lauristin&Vihalemm 1980: 55) andmetel on naised (tüdrukud) üldiselt kergemini mõjustatavad kui mehed. Meeste (poiste) hulgas on suhteliselt enammõjustatavad need, kelle enesehinnang ja enesekindlus on suhteliselt madalam, kes ennast mingil määral alaväärtuslikuks peavad.

Riskikäitumisi puudutava teabe vastuvõtu seisukohalt on äärmisel oluline vastuvõtu kontekst, mille hulka teabe vastuvõtja saadud teabe lülitab ja mille taustal ta selle läbi elab. Üks inimene seostab antud teadete ühtede nähtuste ja hinnangutega, teine teistega. Seda võib teha ka sama inimene erinevates olukordades. Näiteks, kui suitsetajal on tekkinud tervishäire, siis on kontekst hoopis teine. Olenevalt vastuvõtu kontekstist tunneb vastuvõtja teate sisu ära ja saab sellest aru, sellest kujuneb tema äratuntud teave. Teate isiksuslik mõju kujuneb olenevalt vastuvõtava teabe äratuntud sisu ja konteksti vastastikustest suhetest. (Lauristin&Vihalemm 1980) Näiteks võib tuua kaks mittedsuitsetavat last, kellest ühe vanemad suitsetavad. Kuigi nad ise on mõlemad mittedsuitsetajad, on suitsetamise kahjulikkust puudutav teave nende jaoks erineva kontekstiga. Nii aktualiseerub suitsetavate vanemate lapsel suitsu lõhn kodus ja tema riietel. Loengus on näha, et vahel tunnevad lapsed end isegi teadete ära tundes halvasti, punastavad, kuid seda rohkem on nad huvitatud pakutavast teabest ja soovist, et vanemad muudaksid käitumist. Vahel tuntakse isegi suitsu lõhna ja küsitakse, kas keegi suitsetab läheduses. Teadete vastuvõtu kontekst kujuneb inimese enda poolt kogetu ja

kuuldu, nähtu, loetu, õpitu sotsiaalse kogemuse baasil. Kontekst kujuneb juba enne teate vastuvõttu moodustunud eelneva valmisoleku põhjal. Terviseedendusliku loengu puhul on selle valmisoleku loomises suur roll õpetajatel ja mitmetel välismuseumidel on kodulehel eraldi lehekülg õpetajatele, kuidas õpilasi terviseedenduslikuks loenguks või naturaalse preparaatidega väljapaneku külastamiseks ette valmistada. Nii hakkab tööle õpilaste valmisolekusüsteem. Selline valmisolek ei ole teadvuslik. Ta esineb kui valmisolekute süsteem, mis saab järgneval momendil tegevusse tuua teatavad teadmised, ettekujutused, hinnangud, käitumiskavatsused, näha ja hinnata teavet nende valgusel. Nii võime me öelda, et ka terviseedendusliku teabe vastuvõtt on oodatava teabe ja reaalselt saadava teabe koosmõju. Vastuvõtu kujunemist iseloomustab minimaalse jõukulutuse printsiip. Konteksti tunnetuslik külg on seotud tema hinnangulise ja emotsionaalse küljega: kuivõrd oluline on teates kajastatav minu jaoks, kuidas see on seotud minu isikuga. Vastuvõtja ei esita otseselt, teadvuslikult seda küsimust, teatavate hinnanguliste ja emotsionaalsete momentide aktualiseerimine varasemate kogemuste põhjal ongi omamoodi esialgseks vastuseks sellele küsimusele, mõjutades suurel määral teate emotsionaalset läbielamist ja talle antava hinnangu kujunemist. Olenevalt teate sisu kajastavate psüühiliste elementide (teksti) ja foonina, taustsüsteemina esinevate elementide ja seoste (konteksti) vastastikkustest suhetest kujuneb teate vastuvõtu emotsionaalne iseloom, mida võib vaadelda kõige olulisema isiksusliku mõju kujundava tegurina. Vastuvõtu emotsionaalset iseloomu kirjeldavad: omaksvõtu lävi, emotsionaalse pinge aste ja pinge iseloom. Omaksvõtulävi kujutab endast momendil aktualiseeritud hoiakute süsteemi, üldist positiivset või negatiivset hinnangut teate suhtes, vastuvõttu saatvat omaksvõtu- või tõrjehinnangut (Sherif&Hovland 1961 Lauristin & Vihalemm 1980 kaudu). Madala omaksvõtuläve korral suhtutakse teatesse suure tähelepanu ja usaldusega, püütakse seda seostada juba olemasolevaga, arvesse võtta oma edasises tegevuses. Vastuvõtja hindab vastuvõetavat teavet poolthinnangu taustal, kui midagi sellist, mis väärrib tähelepanu ja omaksvõtmist. See puudutab eelkõige mitteriskijaid, kes on juba lektoriga samasugusel seisukohal. Siinjuures võib leida aset assimilatsiooniefekt, vastuvõtjale tunduvad tema enda seisukohad ja hinnangud teates väljendatuga sarnased, kuigi ta kuulis mõnest asjast vaid mõni hetk tagasi. Kõrge omaksvõtuläve korral, mis iseloomustab eelkõige riskikäitujaid, suhtutakse teatesse pealispinnaliselt ja vähese usaldusega. Seos olemasoleva terviseedendusliku teabe ja edasise käitumisega jääb nõrgaks, sest esitatud teave seostub omaksvõtu seisukohalt üsnagi halvasti vastuvõtu kontekstiga. Teate vastuvõtt toimub

tõrjehinnangu taustal: sellisena, mis väärib tähelepanu ja omaksvõtmist, tajutakse ainult väikest osa teatest, võimalik, et seda osa ei olegi ja kogu teatele antakse negatiivne hinnang. Seda näitas ka käesolev uuring, kus tagasisideküsimustike analüüsist ilmnis, et loeng ei muutnud midagi teatud grupi riskikäitujate edaspidistes käitumisplaanides. Omaksvõtulävi kujuneb juba enne teate vastuvõttu valmisolekuna üldiseks hinnanguks. Nii võib riskikäitujate hinnang teabele vastuvõtu käigus muutuda juhul, kui teade ei vasta oodatule, nt loeng osutus tõepoolest põnevaks. See on seotud konteksti muutumisega, uute seoste lülitumisega vastuvõtu konteksti, teate tajumisega teises valguses. Teate sisu vastavuse puhul vastuvõtja seisukohtadele ei ole asi niivõrd üksikute konkreetsete arusaamade ja hinnangute kooskõllalisuses kui teksti ja konteksti suhete laadis, nii nagu antud vastuvõtja seda tunnetab.

Mida ulatuslikum on sama lainepikkus teabe jagaja ja vastuvõtja vahel, seda suurem on ühendav pinget. Mida enam esineb teate vastuvõtul ühendavat emotsionaalset pinget, seda suurem on selle mõju vastuvõtja teadvusele. Näiteks võib tuua, et mitteriskijad, saades korduvalt kinnitust oma hoiakutele ja käitumisele, võtavad teabe niivõrd omaks, et hakkavad kaasa noogutama.

Vastuvõtjas teate mõjul toimuv muutus võib aset leida märkamatuks, ilma et vastuvõtja endale sellest aru annaks ja seda teatega seostaks. Teate isiksuslik mõju võib aga olla märgatav, teadvustatav, sõnastatav. Teabe efekt käitumuslikul tasemel ei pruugi avalduda kohe ja otsene käitumuslik efekt võib hoopis puududa ning suitsetajad ei pruugi oma riskikäitumisest loobuda. Teate vastuvõtt ja mõju võib antud inimese jaoks sageli lõppeda isiksusesisese reaktsiooniga, ilma et ta üldse otseselt selle teate mõjul midagi ütleks või teeks.

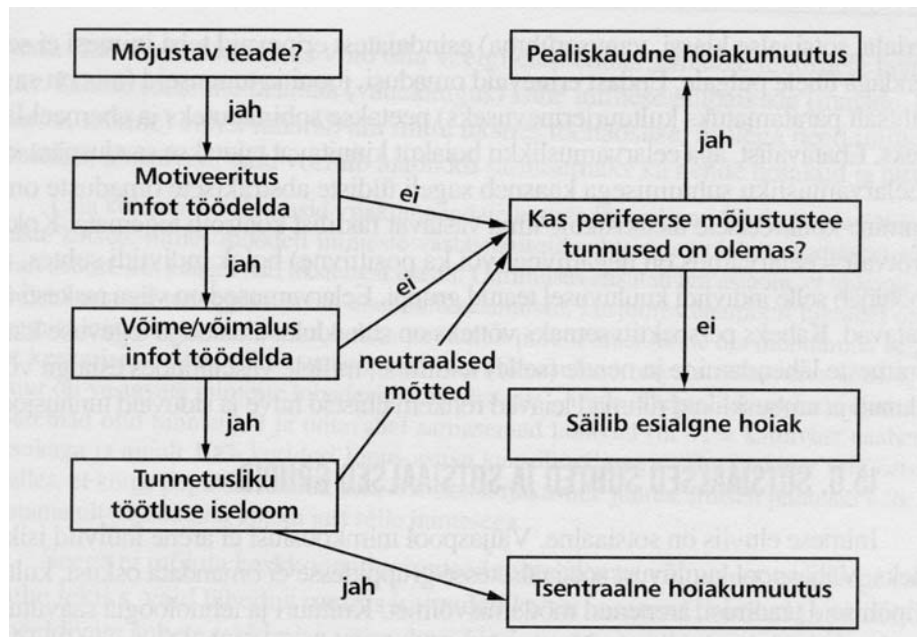
Teabe sisu hilisemat arutamist ja hindamist grupis ei esine mitte igasuguse teabe puhul. Tagasisidena õpetajatelt on saabunud info, et pärast meditsiinikollektsioonides peetud loengute külastamist sellised arutelud siiski väga paljudel juhtudel toimuvad. Juhul, kui antud teabe puhul hilisem läbiarutamine aset leiab (nn two-step-flow või three-step-flow), on selles arutamises välja toodud momendid ja hinnangud väga oluliseks isiksusliku mõju kinnistavaks teguriks. Seejuures võib see esialgset muljet ja hinnangut suuremal või vähemal määral ümber kujundada. Grupi arvamusele vastavuse korral võib grupisisene arutelu ja vastuvõtja enda osavõtt sellest oluliselt tugevdada, detailides ehk ka täpsustada ja muuta isiksuslikku mõju. Mittevastavuse korral grupis väljakujuneva ja isikliku mulje vahel oleneb grupis toimuva arutelu osatähtsus vastuvõtja ühtivuse ja üldise mõjustatavuse astmest, aga ka sellest, kuivõrd on tegemist

vastuvõtja jaoks olulise, põhimõttelise küsimusega ja kuivõrd oluline on arutlusalune probleemiringi grupi jaoks, kuivõrd on ta seotud grupiliikmete ühiste huvide ja eesmärkidega. Kui näiteks tahetakse osaleda suitsuprii klassi võistluses, on see klassile väga oluline ja korduv teabe arutelu võib viia riskikäitaja käitumise muutuseni. Eriti suurt osa etendab riskikäitaja jaoks oluline arvamusi. Pärast teate vastuvõttu grupis toimivas arutelus on liidri arvamusel ja hinnangul teatele eriti suur osa. Isiklik mõju, mis tuleb teiselt inimeselt, kelle suhtes vastuvõtjal on positiivne hoiak, on alati lähedasem ja veenvam. Samalaadsete teadete vastuvõtu kordumine edaspidi esineb väga olulise mõju kinnistava tegurina (Lauristin&Vihalemm 1980).

1.3.2. Hoiakumuutuste ja psühholoogilise mõjustamise mudel ELM (Elaboration Likelihood Model – üksikasjalikult väljatöötatud tõenäosusmudel)

ELM-mudeli töötasid välja Richard Petty ja John Cacioppo aastatel 1980.-1990. Ta kujutab endast kognitiivse koolkonna ideede rakendust veenmisele suunatud kommunikatsiooni ning sellest tulenevate hoiakumuutuste kirjeldamiseks ja lahtimõtestamiseks. See, kuivõrd sügavalt ja adekvaatselt teabe vastuvõtja on suuteline sõnumis sisalduvat oma taju, tähelepanu, mälu ja mõtlemise abil mõistma, lahti mõtestama ning kuivõrd oluline see tema jaoks on, determineerib inimese teabe vastuvõtu osalusmäära (haaratuse, huvitatuse ja süvenemise). Mõjustavas teates sisalduva teabe töötamise põhjalikkus ja adekvaatsus sõltub isiksuse püsiomadustest (motivatsiooni ja huvide sfäär, oskused, vilumused) kui ka situatiivsetest teguritest (kuivõrd häirevaba on tähelepanu, palju on aega, millised on füüsilised vastuvõtutingimused jms). Mõjustava teate vastuvõtul erineb ka osalustüüp. Keskenduda võib peamiselt välisele, meelelahutuslikule ja vormistuslikule (milliseid slaidide näidata, kas vahepeal nalja ka saab, kuidas üritus on ette valmistatud). Seda mõjustusteed nimetavad Petty ja Cacioppo perifeerseks mõjustusteks. Eeldatakse, et kui teate välistele külgedele (nt tuntud isikute kasutamine, stilistilised efektid) kujuneb positiivne hoiak, siis kantakse see üle ka teate või selle edastaja sisulistele külgedele. Selle mõjustustee kasutamisel toetub mõjutatav isik enamasti harjumuspärastele lihtsatele mõtlemiskeemidele ilma asja olemusse ja argumentide loogikasse sügavalt süüvimata. Otsused ja lõpphinnangud võetakse vastu rutiinselt, nii nagu seda ikka ollakse varem teinud. Mõjustuse edu sõltub eelkõige sellest, kas ka pealiskaudse teabetöötamise abil tabatakse ära veenvale kommunikatsioonile viitavad tunnused

(atraktiivsus, autoriteet, sõnumi esitaja enesekindlus jne). Keskenduda võib ka sisulisele, teemakohasele, olemuslikule. Kui mõjustatav on motiveeritud teavet töötleva ja seda ka asjatundlikult oskab ning tal võimaldatakse küsimusse süveneda, siis on tegemist süstemaatilise sõnumitöötlemisega ja see toimub tsentraalse mõjustustee kaudu. Olulisemateks teguriteks on sellisel juhul argumentide tugevus, asjakohasus ja teabedastuse asjatundlikkus (Bachmann&Maruste 2003: 283).



Joon. 3. R. Petty ja J. Cacioppo mõjustamismudel ELM. Motiveeritus sõltub huvist, süvenemisest, teema ajakohasusest, tunnetusvajadusest. Võime teates sisalduvat infot töödelda sõltub kõrvaliste häirivate asjaolude olemasolust, sõnumi mõistetavusest ja selgusest, teate kordustest. Perifeerne mõjustus tugineb meeleolu positiivsusele või negatiivsusele, teabe vahendaja või kanali usaldusväärsusele, tuntusele, autoriteedile, atraktiivsusele ning teates sisalduvate argumentide hulgale. Tunnetusliku töötlemise tulemus sõltub eelkõige argumentide veenvusest, nende tugevusest

Sellise mudeli võib eeskujuks võtta erinevas vanuses riskikäitajatega suhtlemisel. Nooremas vanuseastmes tuleks kasutada perifeerset mõjustamisteed, vanemas vanuseastmes ja täiskasvanute puhul tuleks aga eelistada tsentraalset mõjustamisteed. (Bachmann&Maruste 2003: 281)

2. UURINGUOBJEKTIST

Käesoleva magistritöö uurimisobjektiks on 2005. aasta sügisel riikliku programmi „Humanitaar- ja loodusteaduslikud kogud” projektipõhisel finantseerimisel Vanas Anatoomikumis avalikkusele avatud Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid. Kollektsioonid sisaldavad alates aastast 1803 arstiteaduskonna erinevate allüksuste poolt õppeotstarbel kogutud ja valmistatud anatoomia, patoloogilise anatoomia, embrioloogia, kohtumediitsiini, Ludvig Puusepa ajupreparaatide ja E.F. Blessigi silmalõigete kollektioone, lisaks farmakoloogiaväljapanekut ja röntgenisaali. Anatoomia professor August Rauber avas samas hoones avalikkusele avatud anatoomia õppemuuseumi juba 1890. aastal ja see töötas Esimese maailmasõja alguseni. Ta leidis, et õppesaal: ”millel puudub täielikult hirmutav pool, on sobiv ka ülejäänud teaduskondade tudengitele, et aidata neile vahendada teadmisi oma kehas... Kui selline õppesaal on võimeline oma soodsat mõju üle meditsiiniteaduskonna ala avaldama ja ka mittemeedikuid anatoomiat õppima ärgitama, siis on tema saavutus minu veendumuse kohaselt piisavalt suur, et ta on ära teeninud tulevikus anatoomia instituutide juurde loomise” (Rauber, 1895).

Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid on oma tegevuse kõrval arstiteaduskonna õppebaasina seadnud lähieesmärkideks järgmised tegevused:

- 1) koguda Vanasse Anatoomikumi hävimisohus õppepreparaadid, õppetabelid ja – mudelid, need korrastada ja eksponeerida
- 2) viia läbi hariduslikke programme kooliõpilastele (loengusarjad ”Ütle suitsule ei!”, ”Kuse- ja suguelundite areng”, ”Loote varased arengustaadiumid”, ”Tunne iseennast”) ja linnakodanikele (tervisliku ja haiguspuhuse toitumise teemadel, erinevate ravimite toimest seksuaalsusele, erinevate haigustega elama õppimisest jpm) ning panna külastaja mõtlema ning looma seoseid sellega, mida ta varem on õppinud, anda üldteadmisi inimkeha ja inimelu kohta ning aidata külastajal mõista oma keha;
- 3) kajastada meditsiinikultuurilugu selleks, et külastaja mõistaks paremini aktuaalset situatsiooni.

Pikemas perspektiivis on eesmärgiks mitmekülgse rahvaharidusliku suunaga meditsiinimuuseumi loomine koos Tartu Ülikooli Ajaloo Muuseumiga.

Terviseedendusliku haridustegevuse raames pakub väljapanek Eesti Vabariigi koolidele välja eelkõige kaks loengutsükli: "Ütle suitsule ei" ja "Lootes varased arengustaadiumid". Loengutsükkel "Ütle suitsule ei" selgitab õpilastele nii kanepi kui tubakasuitsetamise kahjulikke mõjusid ja võimalikke tagajärgi, samuti ka suitsuvabade tubakatoodete ja vesipiibu tarbimisega seotud ohtusid. Selle loengutsükli läbiviimist Tartu koolidele toetab Tartu Linnavalitsuse Tervishoiuosakond. Loengutsükkel "Lootes varased arengustaadiumid" selgitab õpilastele lootes kahjustamise võimalusi mitmesuguste riskikäitumiste (ravimite tarbimine, suitsetamine, alkoholi ja narkootiliste ainete tarbimine) tulemusena ja väärarengute moodustumist. Selle loengutsükli läbiviimist toetab Tartu Linnavalitsuse kultuuriosakond. Loengutes jagatava sotsiaalreklaami ja jaotmaterjaliga varustavad meditsiinikollektsioone Tartu Linnavalitsuse Tervishoiuosakond ja Tervise Arengu Instituut.

2009. aastal kadus seoses majanduskriisiga Haridus- ja Teadusministeeriumi projektipõhine finantseering ja meditsiinikollektsioonid jäid vaid arstiteaduskonna finantseerida. Seoses sellega tuli vähendada töörühma koosseis kahele töötajale. Et edasi areneda, tuleb osaleda ühisprojektides teiste muuseumide (eelkõige Tartu Ülikooli Ajaloo Muuseum), elamusürituste pakkujate (SA Teaduskeskus AHHA, Tartu Linnavalitsuse Kultuuriosakond, Genialistide Klubi, Emajõe Suveteater jne.) ja teadusturismi arendajatega. Esimese kolme tegutsemisaasta vältel on külastanud meditsiinikollektsioone rohkem kui 70 000 külastajat ja peetud on 114 terviseedenduslikku loengut Eesti Vabariigi koolide õpilastele ning 20 loengut linnakodanikele. Tartu Linnavalitsuse Tervishoiuosakonna ja Tartu Linnavalitsuse poolt finantseeritud loengute tagasisidena täidavad õpilased võimalusel tagasisideküsimustiku. Üksikkülastajate emotsioonide ja arvamuste kirjapanekuks on sisse seatud külaliste raamat.

3. UURIMISPROBLEEM JA UURIMISKÜSIMUSED

Uurimisprobleem: Kuidas saab tänapäeval meditsiinilise museaalse väljapaneku abil edastada küllastajatele tubakatarbimise ohtusid puudutavat sõnumit?

Selle uurimisprobleemi lahendamiseks on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

1. Milline on ekspositsiooni enda ja milline täiendavate kommunikatiivsete tegevuste vastuvõtt?
 - a) Milline on meditsiiniekspositsiooni vastuvõtt giidita küllastuse puhul?
 - b) Milline on meditsiiniekspositsiooni vastuvõtt giidiga küllastuse puhul?
2. Kuidas mõjutab riskikäitumine ekspositsiooni ning täiendavate kommunikatiivsete tegevuste vastuvõttu?
 - a) Milline on terviseedendusliku loengu vastuvõtt riskijate ja mitteriskijate rühmades?

Esimese uurimisküsimuse puhul on eesmärk selgitada täiendavate kommunikatiivsete tegevuste vajalikkus ja edasised arenguvõimalused. Tööhüpoteesiks on, et giidiga väljapanekuküllastusel on väljapanekul küllastajale suurem mõju. Küsimusele saadakse vastus eeskätt süvaintervjude analüüsi kaudu (vt artikkel 2)

Teise uurimisküsimuse puhul on eesmärgiks arendada edasi meditsiinkollektsioonide riskeerijaid hoiatavat suunda. Hüpoteesiks on, et mitteriskijate poolt toimub riskikäitumist puudutava teabe vastuvõtt poolthinnangu taustal.

Riskikäitujate poolt toimub riskikäitumist puudutava teabe vastuvõtt tõrjehinnangu taustal. Küsimusele saadakse vastus eeskätt tagasisideküsimuste analüüsi kaudu (vt artikkel 1).

4. MEETOD

Käesoleva magistritöö uurimisprobleemile vastuste leidmiseks viidi läbi kaks uurimust. Esimesena viidi läbi tagasisideküsimustike kogumine ja teisena viidi läbi süvaintervjuud.

4.1. Väljapaneku ja terviseedendusliku loengu üldise vastuvõtu analüüs tagasisideküsimustike põhjal

Arstiteaduskonna meditsiinkollektsioonides terviseedenduslikku loengut kuulanud ja seejärel meditsiiniekspositsiooni külastanud õpilased ja nende saatjad täitsid anonüümse kahekümneküsimuselise tagasisideküsimustiku, mis sisaldas nii valikvastusega kui ka vabavastusega küsimusi. Vaatlusalused küsimustikud (n=300) täideti ajavahemikus oktoober 2007- aprill 2008. Küsimustike analüüs teostati kahes järgus. Esimeses järgus vaadeldi külastajate soolist jaotust, külastuse korda, kas nad said külastuse käigus uusi teadmisi ning kas see pani nad mõtlema. Arvutused teostati MS Exeli süsteemis ja tulemused publitseeriti artiklis: "Exhibition of Medical Collections as a Communicator of Health Awareness" rahvusvaheliselt eelretsenseeritava kogumiku „Papers on Anthropology” 2008. aasta numbris (Papers on Anthropology XVII, 2008, pp. 282-310).

Uurimisaluste tagasisideküsimustike valim (n=300) jaotus alljärgnevalt:

Tabel 1. Valimi kirjeldus

Naine	187
Mees	113
Õpilane	215
Põhiharidus	11
Keskharidus	19
Üliõpilane	16
Kõrgharidus	39
10-12	141
13-15	68
16-18	56
19-21	13
22-25	13
26-47	9
Esmakülastus	194
Kordvükülastus	106

Küsimustike analüüsi teises järgus võrreldi riskirühma kuulujate (suitsetajad ja alkohoolitarbijad) vastuvõttu riskirühma mittekuulujate omaga ja tulemused on toodud käesolevas magistritöös ning artiklis „Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?“, mis on vastu võetud avaldamiseks tervise teemalises artiklikogumikus „Inimene, tervis ja haigused“. Toim. P. Paal, Eesti Kirjandusmuuseumi väljaanne. Arvutused teostati selles uurimisjärgus SPSS-süsteemis.

Analüüsi teostas in võrdlevalt riskikäitumisega noorte ja mitteriskivate noorte lõikes. Riskikäitumise alla lugesin suitsetamine ja alkoholi tarbimine sagedusskaalal “sageli” ja “mõnikord”. Riskijate rühm moodustas 23,5% valimist (76 isikut). Neist suitsetab 34%, (kusjuures iga teine püüab suitsetamist maha jätta). Kunagi on suitsetanud, aga maha jätnud 33%. Riskijatest 25% väidab, et tarbib alkoholi sageli, 63% mõnikord.

10-15	23
16-19	37
20-47	16
naised	25
mehed	51

Tabel 2. Riskijate rühma vanuseline ja sooline koosseis

4.1.1. Tagasisideküsimustike kasutamise meetodi kriitika

Meditatsiooniekspositsiooni küllastaja süvakõnetamine terviseedendusliku loengu ja sellele järgneva ekspositsiooni tutvustamise kaudu on kahjuks paljude kooliõpilaste jaoks tõsine katsumus. Terviseedenduslik loeng kestab keskmiselt 60 minutit, kui on küsimusi, siis vahel ka rohkem, väljapanekuga kiirtutvumine võtab veel vähemalt 30 minutit ja tagasisideküsimustiku täitmine veel 5 minutit. Loengusse aga tullakse väga paljudel kordadel pärast 8 tundi kestnud koolipäeva, kus lapsed on juba väsinud ja neil on kõhud tühjad. See võib paljudel juhtudel olla ka vastuse “süda läks pahaks” põhjuseks, sest süda läkski pahaks. Kuna ka riskikäitujad (suitsetajad) on üle 1,5 tunni sunnitud olema eemal sigarettidest, võib tekkinud närvilisus põhjustada “vastuhakkavaid” vastuseid, mida muidu seostatakse isiksuslike omadustega. Edaspidi tuleks sellist tagasiside kogumist planeerida vaid hommikupoolsetele gruppidele.

4.2. Süvaintervjuud väljapaneku vastuvõtu selgitamiseks giidita külastuse puhul

Teise uurimusena viidi 11 üksikkülastaja hulgas pärast meditsiiniekspositsiooni juhtimata külastamist meditsiinikollektsioonide raamatukogu ruumis läbi standardiseerimata süvaintervjuu üks alatüüp – struktureeritud vabade vastustega intervjuu. Intervjuu oli planeeritud konkreetsete küsimusteni, mis esitati kõigile intervjuueeritavatele. Intervjuuküsimused olid struktureeritud vastavalt ettevalmistavas osas püstitatud uurimisküsimustele: 1. Miks noored külastavad sellist ekspositsiooni? 2. Mida uut said nad külastuse käigus teada ja kas see pani nad mõtlema? 3. Milline on noorte endi ja nende tutvusringkonna suhtumine oma tervisesse? Küsimusi esitati paindlikult, st kui inimesel oli midagi küsimuses mittesisaldunud hingel, lasti see tal ära rääkida, toetati teda abiküsimustega ja mindi siis intervjuuga edasi. Intervjuud viidi läbi ajavahemikus mai 2008 – mai 2009. Kõik intervjuud salvestati diktofoni ja transkribeeriti intervjuuerija poolt.

Valimi strateegia aluseks oli homogeense valimi põhimõte. Homogeense valimi põhimõtte puhul on valim ühe-kahe tunnuse baasil taotluslikult sarnane. Siinse homogeense valimi sarnasteks tunnusteks on:

- 1) kõik informandid olid õppivad noored
- 2) kõik informandid külastasid AR meditsiinikollektsioone ilma juhtimiseta.

Antud töös kasutatud informandid osutusid suures enamuses Tartu Ülikooli erinevate teaduskondade üliõpilasteks, kuid esindatud olid ka kutsekooliõpilased, eestlasest gümnaasiumiõpilased, austerlasest gümnaasiumiõpilane ja austerlasest üliõpilane. Üheteistkümnest intervjuueeritavast olid kaks mehed ja üheksa naised. Intervjuud viidi läbi pärast näituse külastamist Vanas Anatoomikumis ja 9 intervjuu läbiviijaks oli käesoleva magistr töö autor isiklikult, ühe intervjuu viis läbi magistrant Triin Muiste ja ühe intervjuu ekstern Evelin Eomõis. Kõik informandid olid nõus intervjuud andma. Intervjuude analüüsil kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Empiiriline analüüs põhineb intervjuude transkriptsioonide analüüsil.

5. TULEMUSED

5.1. Väljapaneku vastuvõtt giidita väljapanekut külastanute süvaintervjuude analüüsi põhjal

Analüüsi tulemused on esitatud artiklis „Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?“, mis on vastu võetud avaldamiseks terviseteadlikkuse artiklikogumikus „Inimene, tervis ja haigused“. Toim. P. Paal, Eesti Kirjandusmuuseumi väljaanne ja täiendatuna käesolevas magistritöös (vt artikkel 2).

Intervjuude analüüsi käigus ilmnis, et informandid on võimalik tervisekäitumist puudutavate vastuste põhjal jaotada nelja tüüpi: teadlikud mitteriskijad (TMR), ignorantsed mitteriskijad (IMR), teadlikud riskijad (TR) ja ignorantsed riskijad (IR).

Riskikäitumise all mõistame selles uurimuses suitsetamist, alkoholi kuritarvitamist ja narkootikumide tarvitamist.

Teadlikud mitteriskijad (TMR) teatavad kategoorilises vormis, et nad hoolitsevad oma tervise eest ja nende käitumine on mitteriskeeriv. Nad ei suitseta, tarbi alkoholi riskantsetes kogustes ega tarbi narkootikume.

Ignorantsed mitteriskijad (IMR) ka käituvad ise mitteriskeerivalt, kuid neil on riskikäitumisega sõpru ja nad ei oska ohtude teemal kaasa rääkida (nt passiivne suitsetamine).

Teadlikud riskijad (TR) teavad, et see, mida nad teevad, on halb, neil on mõtteid loobumise kohta.

Ignorantsed riskijad (IR) on teadmatuses, palju riskikäitumine neid kahjustab. Nad vajavad täiendavat teadmist.

Tabel 3. Vastajatüübid riskikäitumise ja terviseteadlikkuse seisukohalt

Teadlikud mitteriskijad	Ignorantne mitteriskija
TMR1: Pole kunagi narkootikume proovinud, pole suitsetanud, aga eks alkoholi seltskondlikus mõttes noh ikka.... Ma mõtlen oma tervisele niigi.	IR: Suitsetanud pole kunagi, narkootikume pole ka proovinud, alkoholi aeg-ajalt tarvitan. Mul on ses suhtes tõesti hästi läinud, et minu tutvusringkonnas väga üksikud suitsetavad, et selle koha pealt ei oska nagu midagi eriti kaasa rääkida
TMR2: Terve elulaad, tervislik toitumine, sport ja nii edasi. Ma vähemalt jälgin seda.	

<p>TMR3: Ise olen muidugi tugevalt suitsu ja narkootikumide vastu, alkoholi ma arvan, see on mõistuse piires, aga kui mõistust piisavalt pole, siis ei tohiks tarbida.</p> <p>TMR4: Ei suitseta, narkootikume ei tarvita, alkoholi minimaalselt</p> <p>TMR5: (suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega) Ei tarbi, vanemad ei tarbi. ... olen käitunud õigesti ja ma peaksin nii edasi käituma.</p>	
<p>Teadlikud riskijad</p>	<p>Ignorantsed riskijad</p>
<p>TR1: – alkoholi ja suitsu kuritarvitan jah. <u>Ja ei ole selle üle uhke...</u> Aga suitsetamise mahajätmise plaan on täitsa olemas. ... Praegu oleksin veel võimeline.</p> <p>TR2: Suitsetan juba aastaid, tean, et see pole tervislik, olen proovinud maha jätta, ei õnnestunud. Alkoholi ma tarbin, aga ma arvan, et väga mõõdukalt.</p> <p>TR3: Ja ma suitsetan ja joon vahel alkoholi, aga ainult nii noh nädalalõppudel</p>	<p>IR1: – alkohol... eks reedeõhtuti ikka võib, ma arvan. Vahest isegi sõpradega koos olles juua, ma arvan, et see nagu väga hull ei ole. Aga noh reaalselt ka nagu ei tea, palju see mind kahjustab või mis ta nagu teeb. Et ega ma ei suitseta nagu regulaarselt ja...</p> <p>IR2: Harva, kokkupuuteid on olnud, aga mitte väga. (narkootikume tarvitate?) Ja. – (Mille kohta on vähe informatsiooni?) Võib-olla alkoholi kohta, sellest võiks ikka rohkem rääkida</p>

Järgnevalt vaatasin külastajate vastuseid seoses tervisekäitumine ja näituse vastuvõtt. Ilmnes, et teadlikul mitteriskijal (TMR3) on tervisekäsitluses sees juba ennetavad tegevused: *tervislik toitumine, enda eest hoolitsemine, oma keha eest*. Väljapanek kutsub temas esile positiivse emotsiooni: *Huvitav, põnev, pani soovima, et tahaks nagu juurde õppida ja rohkem teada saada*, kuid samas teadvustas võimalikud haigused, tekitas seose oma kehaga: *vaatad, et reaalsuses, mis need haigused siin on ja et oma kehas midagi sellist toimub või juhtub*.

Teadlik mitteriskija (TMR4) leiab, et tervis on lisaks ennetavatele tegevustele ka vaimne ja emotsionaalne seisund: *Sport, tervislik toitumine ja rõõm, rõõm*. Väljapanek teadvustab tema jaoks erinevad haigused: *Natuke vastu hakkas mõnel hetkel, külmavärinad tulid vahepeal*, aktualiseerub olemasolev hirm vähi ees: *Mina isiklikult kardan vähki, sest sugulastel on väga palju ja paneb ses suhtes tegutsema: Peaks käima sagedamini arstikontrollis*. Selle teadliku mitteriskija jaoks oli vähktõbi psühholoogiliselt lähedane teema, ta oli oma igapäevaelus sellega kokku puutunud.

Teadlik mitteriskija (TMR5) leiab, et tervis on nii vaimne kui füüsiline harmoonia, väljapanek annab talle aga juurde enesekindlust: *Paneb ikka mõtlema, et hea, et ma midagi ei tarbi või mingeid mõnuaineid ei kasuta. Et ma olen ikka õigesti käitunud*. Väljapaneku sõnum toetab ja kindlustab riskikäitumisvaba hoiakut.

Kuigi ignorantse mitteriskija jaoks on teadvustatud ennetavad tegevused: *Täna ikka kõige rohkem sport ja mingil määral toiduvalik*, jookseb tema jaoks näituse tervistedendav sõnum vastu vanuselist barjääri, kuna tal puudub isiklik kogemus seoses haigustega: *Otseselt nagu niioelda enda tervisele, see ring vähemalt mõtteid ei viinud, et see on nagu võib-olla kõrgema vanuse teema, praegu ei ole tervise teema nii aktuaalne*. Väljapaneku poolt läkitatud sõnum ei aktualiseeri küllastaja seoseid tema oma tervisega, sest see teema ei ole tema jaoks psühholoogiliselt lähedane.

Teadlik riskija tunnetab oma tervisekäitumise pärast süüid: (TR1) *Tervisega seonduvad teemad on sellised, mis minu vanuses juba hakkavad hinge kriipima. Eriti kui tead, et peaksid oma keha suhtes targemalt käituma. Kipud ikka mõtlema, et loll oled, et sedamoodi või todamoodi teed ja siis sõimad mõttes ennast, et nii laisk ja nõrk oled*. Näitus aga pani seda mõtet edasi arendama: *Ei oodanud, et paljud asjad suudavad üsna küünilist ja külma närviga inimest nagu mina siiski oma tervise üle mõtlema panna... Olen oma elu valesti elanud*. Samas toob väljapanek tugeva positiivse emotsiooni: *... et hirmsasti on vedanud, et olen sündinud tervena ja suutnud senise elu jooksul rasketest haigustest eemale hoida ning viib üldistuseni mingis mõttes paneb see[näitus]seda, mis sul on, rohkem hindama*. Väljapanek ei õpeta riskijale küll midagi uut, kuid kuna ta teab, et ta endaga halvasti ringi käib, siis saab ta oma kahtlustele kinnitust: *küllap see [väljapanek] kinnitas mõningaid kahtlusi*. Teadlik riskija vaevleb kognitiivse dissonantsi pinge käes, sest ta valdab vastuolulist teavet – ühel pool tema teave tema poolt harrastatava riskikäitumise kohta, teiselt poolt teave riskikäitumisest tingitud haiguste kohta. Kuna küllastajal oli tekkinud kahtlusi (ilmsesti mingi terviseprobleemi tekkimise põhjuste osas), siis tegelikult, kuigi ta seda endale võib-olla ei teadvusta, tuligi ta

väljapanekusse teavet saama. Kuna külastaja juba teadvustas endale, et ta on valesti elanud ja ütles selle ka kõvahäälselt välja ning lisaks sai veel väljapaneku sõnumilt kinnitused oma kahtlustele, siis võib oletada, et ta sisemine motivatsiooniline pinge on suur. Vastavalt Tervise Uskumuste Mudelile võib oletada, et meditsiiniekspositsiooni külustus võib olla selleks impulsiks, mis paneb selle külastaja oma käitumist muutma, sest ta tunnetas subjektiivset haiguse tõenäosust.

Teise teadliku riskija jaoks (TR2) tähendab tähendab tervis *terviseriskide ennetamist*. Näitus kutsub teda tagasi: *Ilmselt tuleb see siin veel kord üle vaadata, see tekitab sellist huvi ja põnevust. Ma arvan, et selleks tuleks võtta tunde ja lausa paar korda, kuid samas teadvustab tema oma terviseprobleeme: Ilmselt ma tahaks veel kord lähemalt üle vaadata neid mitmesuguseid südameasju, kuna mul on endal probleeme südamega, kuivõrd tõsine see võiks olla ja millega lõppeda võib*. Ka see riskija vaevleb kognitiivse dissonantsi pinge all, sest temagi valdab vastuolulist teavet – ühelt poolt riskikäitumist puudutav teave ja teiselt poolt ekspositsiooni sõnum ning kolmandalt suunalt veel südame poolt läkitatud haigusteave. Kuna tegemist on haigussümptomitega riskikäitujaga, on tema puhul tegemist madala enesetõhususega. Ta on haavatav, tunnetab subjektiivset haiguse süvenemise tõenäosust, kuid tegutsemise potentsiaalsed takistused - ilmsesti halb enesetunne nikotiinisõltuvusest vabanemisel – pole madala enesetõhususe tõttu olnud ületatavad, et käitumist muuta.

Ignorantne riskija (IR1) leiab: *Sul kas on hea tervis või sul ei ole head tervist ja väljapanekust nägi ta ainult üht osa – sensatsiooni: hea emotsiooni, et sai jälle midagi nagu nähtud ja sai jälle räägitud teistele ja sai jälle midagi jagatud teistega, tema ise jääb kõrvale: eks sa näed neid rõvedusi nagu kõrvalt, aga see nagu nii palju ei mõjuta, niimoodi, et enda peale hakkaksin mõtlema*. Sellelgi riskikäitujal on kanda kognitiivse dissonantsi pinge, kuid ta ignoreerib väljapaneku poolt läkitatud teavet, ta leiab, et see teave ei ole tema isikuga seoses märkimisväärne. Tekkinud pinge maandamiseks vahendab ta teabe oma grupi liikmetele, et leida sotsiaalset toetust. Riskeerija ei arva, et tema ise oma tervist kahjustab, ta ei seosta saadud teavet oma isikuga, sest tema vastuvõtukontekstis puudub nii haiguskogemus kui riskikäitumise ohte puudutav teave.

Teine ignorantne riskija (IR2) näeb tervist aga väga kitsalt: *terve olemine, mitte haige olemine*, ta vaatab näitust kui naturaalselt pildiraamatut: *see on tõsiselt huvitav, kui raamatust pilte vaadata, see on üks asi, aga kui asju päriselt vaadata, siis see on hoopis teine asi*. Ei seosta seda oma riskikäitumisega – on tarvitanud narkootikume, kuid tunneb sarnaselt teadliku riskijaga kergendust: *Jumal tänatud, et mul ikka kõik korras*

on. Sellelgi riskikäitujal on vallata vastuoluline teave, kuid võib oletada, et oma vähese elukogemuse ja oskamatusse tõttu teavet töödelda, ta ei taju teavet sügavuti ja seetõttu on kognitiivse dissonantsi pinge madalam. Emotsionaalne pinge aga tõusis kõrgele, sest külastaja elas teabe vastuvõtu isiksuslikult läbi ning jõudis järeldusele, et tal on olnud õnne. Käitumise muutmiseks vajaliku impulsi saamiseks vajaks niisugune külastaja veelkordset samalaadse teabega kokkupuutumist, kuid teises olukorras, et tekiks teine kontekst, nt loengu situatsioonis või juhitud väljapaneku külastuse käigus.

Kuigi me tervisekäitumise põhjal jaotasime informandid nelja rühma, saame me vastuvõtuviisi järgi rääkida viiest vastuvõtutüübist:

- I. Tunnetab oma süüd riskeeriva käitumise pärast, kuid tunneb kergendust, et kõik on korras *Söön kahetsusväärset ebatervislikke asju... alkoholi ja suitsu kuritarvitan ja ei ole selle üle uhke... hirmsasti on vedanud, et olen suutnud senise elu rasketest haigustest eemale hoida.*
- II. Haiguste nägemine teadvustab oma tervisehäda ... *tahaks veelkord lähemalt vaadata neid süüdamasju, kuna mul endal on probleeme südamega*
- III. Harrastab vältivaid tegevusi ja väljapanek kinnitab tema veendumusi *Ma olen õigesti käitunud ja nii peaksin ma edasi käituma.*
- IV. Väljapanek ei eruta, sest tervise teema ei ole aktuaalne *Ma olen ikka veel suhteliselt noor... praegu ei ole tervise teema nii aktuaalne*
- V. Võtab väljapanekut kui kurioosumit. *Aga päris äge oli. Aa ja see laste ja loodetega, seda nägime ka, et see oli ka päris äge.*

5.2. Väljapaneku ja terviseedendusliku loengu üldine vastuvõtt külastajate standardiseeritud tagasideküsimustike analüüsi põhjal

Analüüsi põhitulemused on esitatud artiklis "Exhibition of Medical Collections as a Communicator of Health Awareness" rahvusvaheliselt eelretsenseeritava kogumiku „Papers on Anthropology” 2008. aasta numbris (Papers on Anthropology XVII, 2008, pp. 282-310). (vt artikkel 1)

Olulisima põhjusena toodi väljapanekukülastuseks just soov saada uusi teadmisi (220 külastajat), 24 külastajat leidis, et niisuguses väljapanekus on tore aega veeta, vaid üksikud teismelise eas õpilased märkisid, et kästakse tulla ja nad liskasid ka julgelt, et neid ei huvita meditsiini ja terviseprobleeme puudutavad teemad või et neile ei meeldi

üldse õppida. Isiksuslike probleemide kõrval võib nende vastuste puhul olla tegemist eelarvamusliku tunnetusliku mehhanismi - kategoriseerimisega. Uudseks pidas väljapanekut (vastused väga ja pigem jah) 165 külastajat, sealhulgas ka 39 inimest, kes külastasid juba teist või enam korda.

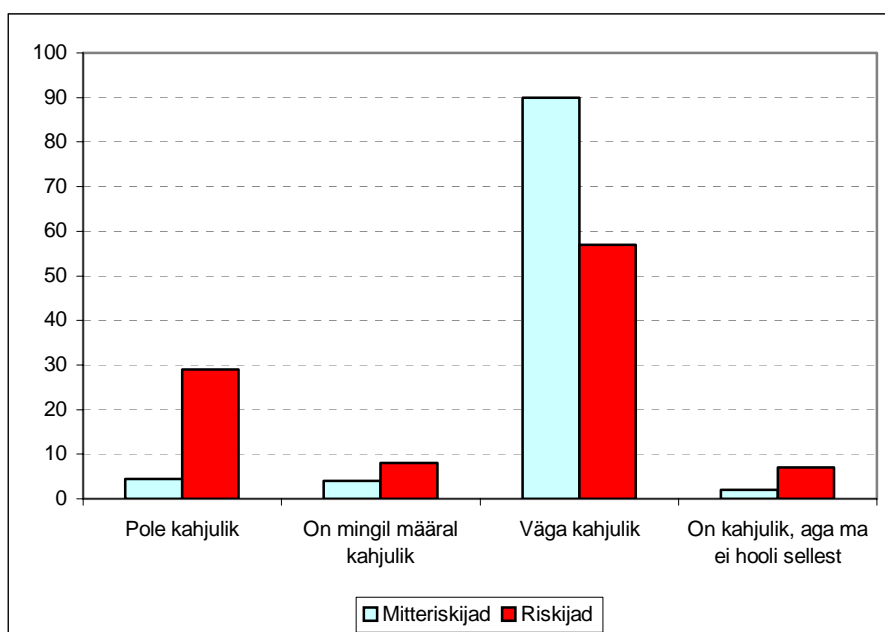
Terviseedendusliku loengu kuulajatest 49 % leidis, et loeng oli nende jaoks uudne, 68 % leidis, et nad said loengust uusi teadmisi. 191 (64%) inimest loengu kuulajatest märkisid, et loeng pani neid mõtlema. Küsimusele, kas sellise loengu kuulamine aitaks Teie sõbral suitsetamisest loobuda vastas 32 %, et kindlasti aitaks, 37 %, et mingil määral aitaks, 11 % - ei aitaks ning 18 % ei osanud öelda.

Küsimusele, kas nähtud väljapanek või kuulnud loeng pani oma tervise peale mõtlema, vastas 183 küsitletut, et kindlasti ei hakka suitsetama (nende hoiak sai loengu käigus positiivse kinnituse). Vastuvõtja pöörab tähelepanu teabele, mis on kooskõlas tema hoiakutega ning väldib mittekooskõlalisi. Uurimused on näidanud, et seetõttu levivad käitumise muutmisele suunatud teated mitte niivõrd nende hulgas, keda tahetakse mõjutada, kui nende hulgas, kes juba on samadel seisukohtadel. 17 vastas, et proovin suitsetamise maha jätta (Nende vastajate puhul tõusis kognitiivsest dissonantsist tekkinud pinget nii kõrgele, et nad sõnastasid oma peas kavatsuse ja valisid selle põhjal just sellise vastuse). Inimesel tekib kavatsus suitsetamine lõpetada ainult siis, kui nad tajuvad, et suitsetamise negatiivsed tagajärjed puudutavad konkreetselt neid endid), 40 vastajat vastasid, et loeng pani neid mingil määral mõtlema ja nad hakkavad rohkem oma käitumist jälgima, 29 inimest said teada asju, millele nad varem ei osanud tähelepanu pöörata ja 30 inimest (võrdselt nii esmakülastajate kui kordkülastajate hulgas 15 isikut) teatasid aga, et loeng ei mõjuta mingil määral nende edaspidist käitumist. Taas on kindlasti valmis väljapanekusse tulema 138 isikut (46%), võib-olla 125 (42%) ja 37 isikut (12 meest ja 25 naist), mis moodustab 12% külastajate üldarvust, arvavad, et nad ei taha tulla mitte mingil juhul enam meditsiiniväljapanekusse. Nende 37 isiku puhul võivad selle vastuse taga olla väga erinevad põhjused. Üks neist võib olla tekkinud tunnetuslik ebakõla, samuti võib olla aktualiseerunud mingi varasem negatiivne kogemus, kuid see võib olla ka, eriti tüdrukute puhul, sellise väljapaneku esmakordsest külastusest saadud šokk, mis asja hilisemal läbimõttlemisel ja grupis läbirääkimisel enamasti möödub. Võib-olla vastuste hulka võisid tõsta väljastpoolt Tartut erinevatest Eesti osadest saabunud gruppide liikmed, kelle ekspositsioonikülastus sõltub väga paljudest erinevatest asjaoludest.

5.3.Väljapaneku ja loengu vastuvõtt riskijate rühmas, võrreldes mitteriskijate rühmaga

5.3.1. Riskijate informeeritus

Riskikäitujate rühma poolt väljapaneku ja loengu vastuvõtu eripärade väljaselgitamiseks viisin läbi täiendava analüüsi ja tulemused on toodud käesolevas magistritöös. Esimesena vaatasin, kuidas on lood riskikäitumisega noorte informeeritusega.



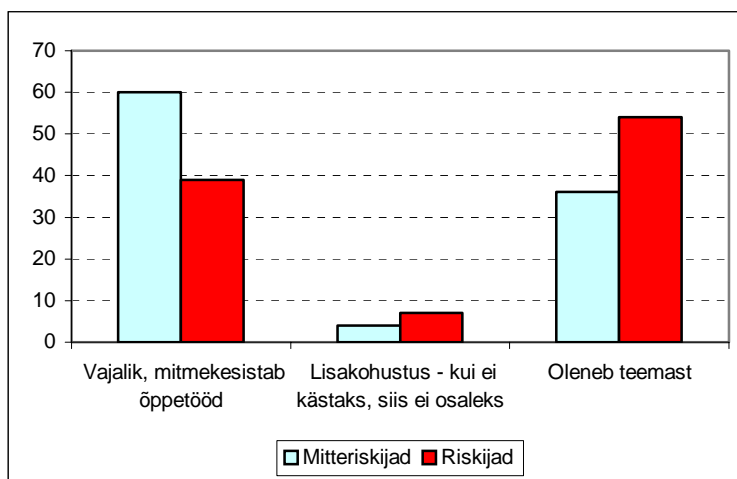
Joon. 4. Riskikäitumisega noorte vastused küsimusele “Kas suitsetamine kahjustab tervist?”, võrdluses mitteriskieerivate noortega. Vastuste osakaal % vastavas rühmas.

Me näeme, et riskijate terviseteadlikkus on mitteriskijate omast palju madalam, ligi kolmandik neist leidis, et suitsetamine pole tervisele kahjulik. Siin võib muidugi olla tegemist nii protestiga kui ka tegeliku teadmatusena, sest sõna ”kahjulik” iseenesest ei selgita kõike suitsetamise puutuvat. Näiteks, Briti uurijad küsitlesid 2006. aastal kampaania „Smoke is poison“ (Suits on mürk) käigus 1600 inimest Inglismaa erinevates kohtades, nende hulgas rohkem kui 500 suitsetajat ja seal ei teadnud 61 % suitsetajatest, milliseid keemilisi ühendeid sisaldab sigarett, osati nimetada vaid nikotiini. Kuuldes, et 69 ainet 4700-st on teada vähi tekitajana, olid paljud šokeeritud. (Medical News Today, 29. Dec. 2006)

Teisest küljest võib olla aga tegemist tunnetusliku ebakõlaga, kus riskikäituja saades oma riskikäitumise alast teavet, mis ei ole tema hoiakuga kooskõlas, moonutab seda vastavalt olemasolevale hoiakule. Ta püüab vältida vastuolulise teabe poolt tekitatava psüühilise pingete tekkimist.

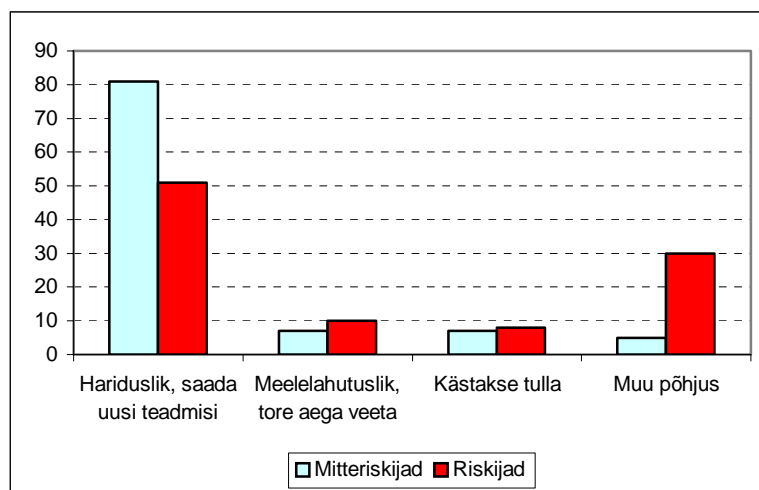
5.3.2. Noorte valmisolek ja põhjus kooliväliseks õppetööks

Järgmisena vaatasin noorte valmisolekut ja suhtumist väljaspool kooli toimuvasse õppetöösse, et näha, kas nad on sellest ka ise huvitatud või allutakse ainult käsule.



Joon. 5. Riskivate ja mitteriskivate noorte üldine suhtumine loengu ja väljapaneku külastusse. Vastused küsimusele: Kuidas hindate väljaspool kooli toimuvate loengute vajalikkust?

Ka riskijad leiavad, et õppetöö väljaspool kooli mitmekesistab õppetööd, kuid võib märgata, et just riskijad valiksid ise teemat, sest nemad on rahutumad (Liiv 2003) ja tahaksid meelsasti põnevust.



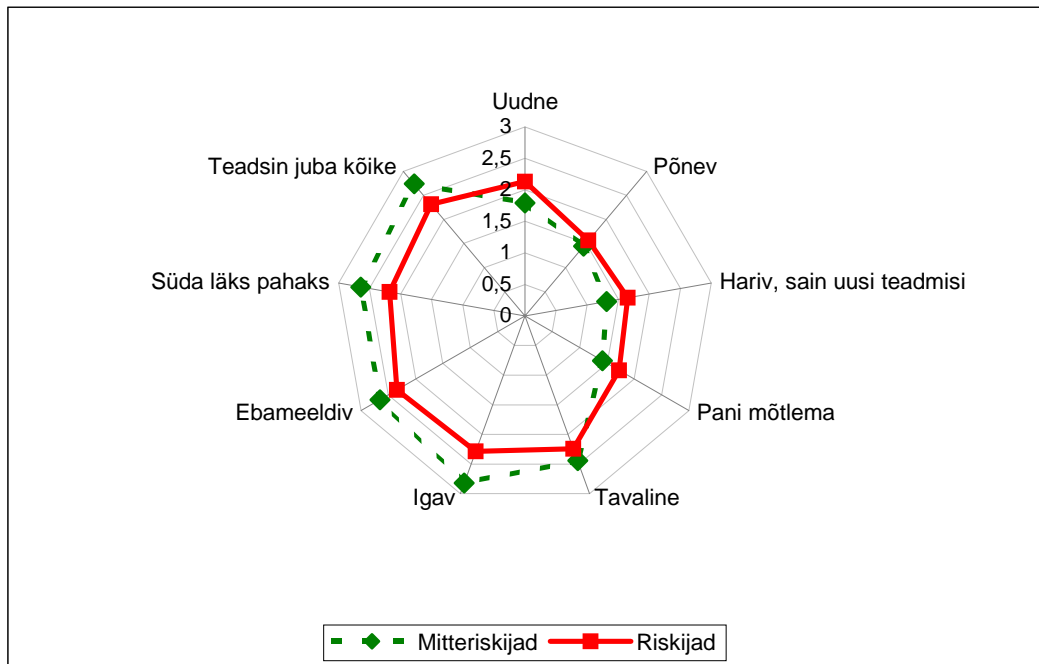
Joon. 6. Riskivate ja mitteriskivate noorte üldine suhtumine loengu ja väljapaneku külastusse. Vastused küsimusele: Mis on olulisim põhjus muuseumikülastuseks?

Nii mitteriskijate kui riskijate hulgas leiab suur hulk vastajaid, et peamine põhjus koolivälisele õppetööle meditsiiniväljapanekusse tulemiseks on uute teadmiste saamine. Meelelahutuslikuks tegevuseks peavad seda küll vähesed, aga siiski riskijad rohkem kui mitteriskijad. Kästakse tulla vastavad samuti vähesed, kuid riskijad siiski napilt rohkem. Vastuse **Muu põhjus** puhul näitab käesolev diagramm, et tagasisideküsimustik oli puudulik, sest ta ei kata riskijate mõttemaailma ja me ei saa teada, mis oli see riskijate muu põhjus. Me saame vaid oletada, et näiteks võis see olla eeltingimuseks mingisse põnevamasse kohta minekuks (nt. 3D-kino, Aura veekeskus vm) ja seetõttu ei võetud seda ka käsuna.

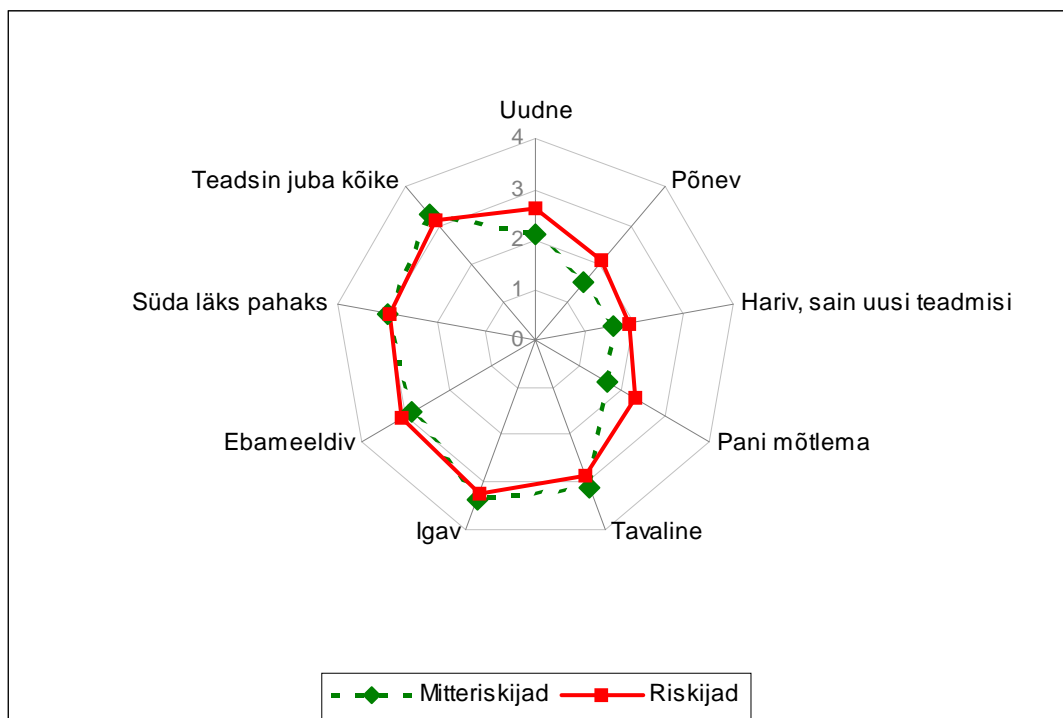
5.3.3. Hinnangud loengule ja väljapanekule

Hinnangud väljapanekule mõõdeti, kasutades niihästi positiivseid omadussõnu ja väljendeid (uudne, põnev, hariv, pani mõtlema), kui ka nende vastandeid e negatiivseid omadussõnu (tavaline, igav, ebameeldiv, süda läks pahaks, tean kõike niigi). “Ei tea” vastuste osakaal varieerub erinevate tunnuste lõikes – 2-18%-ni. Riskijate seas on “ei tea” vastuseid sagedamini uudsus-põnevuse ja hariv-mõtlemapanev aspektides – 17-18%. Mitteriskijate seas on “ei tea” vastuste osakaal väiksem, varieerudes 4-8%-ni.

Analüüsis on toodud hinnangute keskmised skaalal 1=nõus, 2=pigem nõus, 3=pigem pole nõus, 4=pole nõus. Selguse huvides on tulemused toodud eraldi nn positiivsete ja negatiivsete aspektide lõikes (vt Joon. 7 ja 8).



Joon. 7. Loengu vastuvõtt riskijate ja mitteriskijate rühmas



Joon. 8. Väljapaneku vastuvõtt riskijate ja mitteriskijate rühmas. Hinnangute keskmised skaalal 1= nõus, 2=pigem nõus, 3=pigem pole nõus ja 4=üldse pole nõus

Mitteriskijate hinnangud väljapanekule on positiivsemad – nad peavad väljapanekut sagedamini uudseks, põnevaks, harivaks ja mõtlemapanevaks kui riskijad.

Riskijate seas on iga teine külastanud väljapanekut korduvalt. Osalt tulenevad negatiivsemad hinnangud väljapanekule just sellest asjaolust. Teisteks põhjusteks varasemate antud teemaga seotud negatiivsete emotsioonide ja kogemuste aktualiseerumine ning kognitiivne dissonants. Kuna väljapanekust saadud teave tekitas riskijates tunnetuslikku ebakõla, siis püüti seda sellest tekkinud pinget maandada pakutava teabe allahindamisga.

Korduvkülastuse asjaolu mõjutab hinnanguid väljapanekule järgmistes aspektides: uudne/tavaline (test Cramer'i V aga näitab, et statistiliselt oluline seos kaob korduvkülastuse tunnuse mõjul, seega algne seos riskikäitumise ja hinnangute vahel oli näiline); ja “süda läks pahaks” (statistiliselt oluline seos ilmneb just korduvkülastuse ja hinnangute vahel Cramer'i $V = 0,570$).

Riskikäitumine mõjutab hinnanguid väljapanekule järgmistes aspektides:

“põnev/igav” (Cramer-i V vastavalt 0,542 ja 0,459, statistiliselt oluline seos säilib ka korduvkülastuse tunnuse lisamisel); “hariv” (Cramer'i V 0,456 statistiliselt oluline seos säilib ka korduvkülastuse tunnuse lisamisel), “mõtlemapanev” (Cramer'i V 0,463 statistiliselt oluline seos säilib ka korduvkülastuse tunnuse lisamisel).

Riskikäitumisega isikud seega peavad just oma käitumispraktikate tõttu väljapanekut igavaks (mittepõnevaks), vähe harivaks ja mõtlemapanevaks. Seega nad eitavad, et väljapanek neile uut infot pakkus, st nende mälus ei tekkinud olulisi uusi seoseid või seniste seoste ümberstruktureerumist. See aga kinnitab tunnetusliku ebakõla teket ja sellest tekkinud pinge maandamiseks pakutava teabe allahindamist ja põhjuste leidmist, miks uus teave ei ole nende jaoks märkimisväärne.

Kuna Cramer'i V analüüsi põhjal pole statistiliselt olulist seost riskikäitumise ja vastuste “tean juba kõike” ning “keeruline” vahel, siis võib oletada, et vastuvõtu barjäärid ei teki mitte info edastuse keerukuse ega varasemate teadmiste olemasolu tõttu.

Siin võib olla tegemist teatud kognitiivse dissonantsi tõrjereaktsiooniga – ebameeldiva sõnumi tähtsust püütakse vähendada – ma juba tean seda – ei süveneta või püütakse vastukäivale teabele üldse kurdiks jääda või moonutada tajus olemasolevatele hoiakutele vastavaks. Riskeerivad noored võivad olla ka hoiatavate sõnumitega rohkem kokku puutunud ja seetõttu teemaga tõepoolest tuttavamad. Kolmas võimalus võib aga

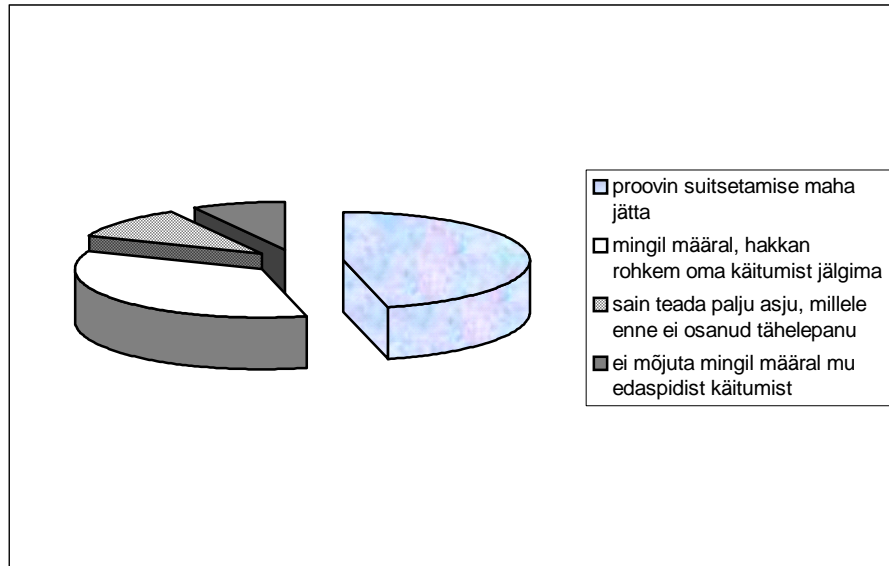
olla, et neil aktualiseerub eelarvamus ja nad teevad koheselt üldistuse – see on üks järjekordne moraalilugemine – ning ei hakka arstiteaduslikele aspektidele üldse tähelepanu pöörama – kommunikatsioon väljapaneku objektidega jääb nõ poolikuks, sest vastuvõtja keerab end ”lukku”, kuna aimab väljapaneku ideoloogilist funktsiooni.

Mitmed teadlased on uurinud suitsetajate isiksuseomadusi ning nad toovad välja seosed ekstravertsusega (sotsiaalsus ja impulsiivsus ning ka riskeerivate käitumisviiside kasutamine soovitud erutustaseme saavutamiseks), neurootilisusega (emotsionaalne ebastabiilsus) ja agressiivsusega (hoolimatus ning kalduvus sotsiaalsete normide eiramisele). Eesti uuringust selgub (Liiv 2003), et suitsetamisega on seotud kõrge ekstravertsus ning madalam meelekindlus, mis võib olla „vastuhakkava” käitumise tugevaimaks faktoriks.

Eelnevast saab seega järeldada, et just neile, kelle pärast terve klass sageli väljapanekusse ja loengusse tuuakse, ei jõua ei väljapaneku ega ka loengu sõnum tegelikult kohale. Kognitiivse dissonantsi tõttu jäävad nende kõrvad kurdiks nende uskumustele vastukäiva teabe suhtes. Lisaks mängivad rolli isiksuslikud faktorid ja riskikäitumine: mitme tunni vältel suitsuta olnud organism nõuab nikotiini ja sageli ka kellaag, sest rahutute, sageli hüperaktiivsetena on nad end päeva jooksul rohkem ära väsitanud kui klassikaaslased. Siit saavad meditsiinikollektsioonide inimesed ennetustegevuseks uue väljakutse: just riskirühmale tuleb nende tegevuse kahjustava toime sõnum viia kohale interaktiivselt, et nad saaksid ise osaleda, põnevalt, et nad saaksid elamuse ja suhteliselt lühikese ajaga. Et neil ei jääks muljet, et neid millekski sunnitakse. Elamusejahil oli iga teine riskirühmast käinud juba meditsiiniväljapanekus just ilmsesti teadlaste ööl, kus pakuti rohkem põnevust ja interaktiivsust. Küsimusele *Kas väljapanek peaks sisaldama interaktiivseid seadmeid ja töötube katsete tegemiseks?* vastas 50% riskirühmast: jah, kindlasti – see muudaks külastuse huvitavamaks, kui ise saab aktiivselt osaleda. Seega tuleks riskikäitujatele läheneda neid endid rohkem kaasates ja mitteriskivas tegevuses silma paista lastes. Riskikäitujatega igapäevas kokkupuutujana teab käesoleva töö autor, et nad tahavad tegelikult väga tähelepanu.

5.3.4. Suitsetajate tehtud järeldused oma käitumise suhtes

Kuna küsimus mõjudest tervisele oli keskendunud suitsetamisele, siis lõin riskijate rühma veel suitsetajateks ja mittedsuitsetajateks lahku. See täpsustus andis mõnevõrra erinevamaid tulemusi.



Joon. 9. Suitsetavate noorte vastused küsimusele “Kas nähtud väljapanek või kuulnud loeng pani teid oma tervise peale mõtlema?” (100%= suitsetavad riskikäitumisega noored).

Mittedsuitsetavatest riskikäitumisega noortest (tarbivad alkoholi, osa neist on ka kunagi suitsetanud, nüüd maha jätnud) väitis küsimusele vastates 36%, et ei hakka kunagi suitsetama, 18% arvas, et hakkavad edaspidi rohkem oma käitumist jälgima (nad on enda jaoks sõnastanud kavatsuse, järelikult nad seostasid loengu ja ekspositsiooni sõnumit endaga) ning 32% leidis, et nähtu-kuuldu ei mõjuta mingil moel nende edasist käitumist (seega ei tekkinud neil seoseid enda võimaliku riskikäitumisega - alkoholi tarbimisega). Tegemist paistab jällegi olema vastandliku teabe tekitatud tunnetusliku ebakõlaga ning selle asemel, et oma käitumist muuta, läkitatud teavet lihtsalt ei märganud või leiti põhjendus (iga vastaja võis leida oma põhjenduse), miks jagatud teave ei olnud nende jaoks oluline.

Vaadates aga kuuldu mõju suitsetajatesse, torkab silma, et loeng siiski toimis ja riskikäitujad proovivad (kavatsevad) suitsetamist maha jätta, hakkavad (kavatsevad

hakata) rohkem oma käitumist jälgima ning said teada palju asju, millele nad enne ei osanud tähelepanu pöörata. Seda, et suitsetajad said teada palju asju, millele nad enne ei osanud tähelepanu pöörata, tuleb pidada väga oluliseks. See näitab, et taolised loengud ja sellise väljapaneku külastamine on suitsetajatele siiski väga vajalikud. Neist, kes vastasid, et kuuldu ei mõjuta nende edaspidist käitumist, kujunes vaid väike grupp ning nendegi puhul tekkis tunnetusliku ebakõla pinge, mille vähendamiseks nad leidsid enda jaoks põhjendused, miks see uus teave ei ole nende jaoks märkimisväärne ega mõjuta edaspidi nende käitumist.

Riskirühma üldine vastus küsimusele *Kas nähtud väljapanek või kuulnud loeng pani Teid oma tervise peale mõtlema?* näitas, et 24% riskijaist eitas täielikult igasugust mõju (kognitiivse dissonantsi tulemusena), 30% oli vastu võtnud uusi teadmisi või teinud oma järeldusi, 16% aga võttis vastu hoiatava sõnumi ja püüab (kavatseb) oma käitumist korrigeerida, samas kui mitteriskijatest on 72% kindlad, et pärast loengu kuulamist ja väljapaneku vaatamist ei hakka nad kunagi suitsetama, 10% hakkab (kavatseb hakata) jälgima rohkem oma käitumist ning 11% sai teada asju, millele nad varem ei osanud tähelepanu pöörata.

6. JÄRELDUSED JA RAKENDUSLIKUD SOOVITUSED

TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid on museaalne avatud meditsiiniliste eksponaatide väljapanek, mis püüab oma väljapaneku ja sellele toetuvate kommunikatiivsete tegevustega nagu väljapaneku külastus giidiga ja terviseedenduslikud loengud, viia külastajani sõnumit riskikäitumiste ohtudest ja tagajärgedest. Väljapaneku hea külastatvus näitab, et taoline väljapanek on praeguses ühiskondlikus situatsioonis igati vajalik. Eraldi küsimuseks on kujunenud riskikäitumist puudutava teabe edastamise meetodika, et teave jõuaks mitteriskijate kõrval ka riskikäitujateni. Et teha kindlaks, kas väljapanek ise kannab külastaja jaoks riskikäitumisealast sõnumit ja kas läbiviidavad kommunikatiivsed tegevused aitavad seda sõnumit paremini külastajani viia, viidi käesoleva uurimuse raames läbi külastajate tagasisideküsimustike ja süvaintervjuude analüüs.

Püstitatud uurimisküsimustele leiti järgmised vastused.

Ekspositsiooni ja terviseedendusliku loengu vastuvõtt.

Vaadates väljapaneku vastuvõttu, näeme väljapanekut giidita vaadeldud külastajate süvaintervjuude põhjal, et väljapaneku külastus tekitab vaatamata väljapaneku eripäralt külastajas positiivse emotsiooni. Mitmetel juhtudel kutsub väljapanek tagasi ja tekitab soovi juurde õppida. Seos iseenda tervise ja teabe tekib nii mitteriskijatel kui riskijatel juhul, kui nende väljapaneku vastuvõtu kontekstis aktualiseerub haiguse/tervisehäirega seotud kogemus. Osal riskikäitujatest küpses nende hoiakutele vastukäiva teabe saamisest tingitud tunnetusliku ebakõla pinge väga kõrgele tõusmise tulemusena juba väljapaneku külastuse käigus kavatsus oma käitumist muuta, järelikult nad seostasid riskikäitumist puudutava teabe oma isikuga. Osa riskikäitujatest arvas, et nad tahavad sama teavet veel kord, teatud osades täpsemalt saada ja tulevad väljapanekusse tagasi. Nende puhul, kes juba sõnastasid kavatsuse, võib vastavalt mitmetele terviseedenduslikele mudelitele olla just meditsiiniväljapaneku külastus see impulss, mis algatab käitumise muutmise.

Vaadeldes giidi abiga väljapanekuga tutvunute vastuvõttu näeme, et suur enamus tuli väljapanekusse uusi teadmisi saama ja on ka järgmisel korral valmis tulema. Vaid üks väike grupp teatas, et nemad ei tule enam sellisesse väljapanekusse mitte mingil juhul. Selle põhjuseks võib olla tunnetuslik ebakõla ja selleks, et pinget ei tekiks, nad ei taha väljapanekusse tulla. Loomulikult võib ühe või teise isiku puhul olla tegemist ka väljapaneku vastuvõtul aktualiseerunud mingi väga isikliku negatiivse kogemusega väljapaneku vastuvõtukontekstis.

Uudseks pidasid väljapanekut rohkem kui pooled vastanutest ja küsimusele kas väljapanek pani neid oma tervisele mõtlema, vastas 2/3 küsitletutest jaatavalt.

Tööhüpoteesi, et giidiga külastuse puhul on väljapanekukülastusel suurem mõju, kinnitas üks giidita külastaja oma süvaintervjuus.

Vaadeldes loengu vastuvõttu ilmnes, et poolte osalenute jaoks oli loeng uudne, rohkem kui 2/3 osalejatest said uusi teadmisi ja rohkem kui 2/3 osalenutest märkis, et loeng pani neid mõtlema. Ka loengu puhul ilmnes väike grupp, kes teatas et loeng ei mõjuta nende käitumist mingil määral. Siingi on tegemist vastuolulisest teabest tingitud tunnetusliku ebakõla nähuga, kus leiti enda jaoks põhjused, mis see teave märkimsväärne ei ole.

Kuna väljapanek pani ka giidita külastusel mõtlema ja seoseid looma, siis saame öelda, et väljapanek ise kannab ja läkitab terviseedenduslikku sõnumit. Gruppide puhul giid vahendab väljapaneku sõnumit selliselt, et see kõikide vastuvõtta soovijateni jõuaks. Ka loengus pakutud riskikäitumist puudutav teave leidis vastuvõtmist nende poolt, kes kuulasid teavet poolthinnangu taustal ja jättis nende endi arvates "puutumata" need, kes kuulasid tõrjehinnangu taustal.

Ekspositsiooni ja loengu vastuvõtt riskijate poolt.

Riskijad peavad väljapanekut igavaks, vähe harivaks ja mõtlemapanevaks. Seega nad eitavad, et väljapanek pakkus neile uut teavet. Me saame oletada, et kuna pakutud teave oli vastupidine nende hoiakutele, siis tunnetusliku ebakõla tõttu tekkinud motivatsioonilise pinge maandamiseks nad hindasid pakutud teabe alla ja vähendasid oma hoiakutele vastavaks. Ka loengut pidasid riskijad igavaks ja ebameeldivaks, nad arvasid mitteriskijatest sagedamini, et teadsid juba kõike. Üllatav oli töö autori jaoks aga see, et just riskijatel läks sagedamini süda pahaks. Vaadates riskijate vastuseid aga küsimusele, Kas nähtud väljapanek või kuulnud loeng pani teid oma tervisele mõtlema?, ilmnes, et igasugust mõju eitas kolmandik riskirühmast. Ülejäänud olid siiski saanud uusi teadmisi ja teinud otsuseid, mis näitab loengute jätkamise vajalikkust. Need, kes eitasid igasugust mõju hindasid tunnetusliku ebakõla tõttu tekkinud pinge maandamiseks saadud teabe alla ja andsid kogu teabele negatiivse hinnangu. Nende teabe vastuvõtt toimus tõrjehinnangu taustal. Nad saabusid juba loengule valmisolekuga, et sellelaadne teema ei paku neile midagi uut. Kõrge omaksvõtuläve tõttu suhtusid nad pakutavasse teabesse pealispinnaliselt ja vähese usaldusega. Omaksvõtu seisukohalt seostus teave halvasti vastuvõtu kontekstiga. Teine võimalus on, et riskeerivad noored võivad olla hoiatavate sõnumitega tõepoolest rohkem kokku puutunud ja seetõttu teemaga tõepoolest rohkem tuttavad.

Vaadates aga eraldi riskijate grupi suitsetajate rühma vastuseid küsimusele Kas väljapanek või kuulnud loeng loeng pani teid oma tervise peale mõtlema?, ilmnis, et suurele enamusele suitsetajatest loeng siiski toimis ja nad valisid vastused "proovin suitsetamist maha jätta" ja "hakkam rohkem oma käitumist jälgima". Osa suitsetajatest märkis, et nad said teada asju, millele nad varem ei osanud tähelepanu pöörata. See näitab, et loengud suitsetamise kui riskikäitumise ohtudest ja tagajärgest on siiski vajalikud.

Üldiselt võib uuringute põhjal väita, et nii väljapaneku enda kui tema toel läbiviidavate kommunikatiivsete tegevuste abil on võimalik suure enamuse küllastajateni viia tubakatarbimise ohtusid ja tagajärgi puudutav teave. Nende riskikäitujate jaoks aga, kes teavet vastu ei võta, tuleb leida täiendavad kommunikatiivsed võimalused teabe edastamiseks.

Rakenduslikud soovitused.

Uuritud terviseedenduslikud mudelid on kohaldatavad ikkagi täiskasvanutele, kuna nõuavad rikkaliku kogemuse, analüüsivõime ja suure enesetõhususe olemasolu. Laste ja noorte puhul tuleb tegelda ikka eelkõige sellesuunalise veenmisega, et nad üldse suitsetama ei hakkaks, sest juba sõltuvuses oleva suitsetaja veenmine võib osutuda väga raskeks kui mitte võimatuks.

Riskikäitumist puudutava teabe paremaks edastamiseks just riskikäitujatele tuleks paremini ära kasutada väljapaneku ruumi kui kommunikatsioonimeediumi võimalusi ja tõsta olulised eksponaadid selgemini ja mõjuvamalt esile. Samuti aitaks riskikäitumist puudutava teabe levikut parandada teabe parem visualiseerimine, nt riskikäitumiste ohtusid ja tagajärgi demonstreeriva riskikäitumiste seina loomine, kus riskikäitumiste ohud oleksid selgelt välja toodud ja tagajärjed reaalseste preparaatidega kinnitatud. Õpilastest riskikäitujate, eriti nooremate klasside õpilaste puhul, tuleb muuta teabe edastamine atraktiivsemaks, mitmekülgsemaks ja põnevamaks, ühendada perifeerne ja tsentraalne mõjustamistee ning võimaldada riskikäitujatel riskikäitumist puudutava teabe avastamisel oma osalus interaktiivsel teel, et nad avastamise kaudu ohustava teabe läbi elaksid.

KOKKUVÕTE

Käesolevas uurimistöös käsitletakse arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone museaalse väljapanekuna ja püütakse välja selgitada, kas nimetatud ekspositsiooni ja sellele toetuvate kommunikatiivsete tegevuste - giidi abil väljapanekuga tutvumise ja terviseedendusliku loengu - abil saab küllastajani viia riskikäitumise ohte ja tagajärgi puudutava hoiatava sõnumi. Meditsiinikollektsioonide kommunikatiivsete tegevuste käigus on ühendatud museaalse väljapaneku kontseptsioon ja tervisekasvatuse kontseptsioon. Uurimisprobleemile vastuste leidmiseks viidi läbi kaks uurimust. Esimesena viidi läbi tagasisideküsimustike kogumine ja teisena viidi läbi süvaintervjuid. Käesoleva magistritöö põhitulemused on esitatud artiklitenä. Artikkel „Exhibition of medical collections as a communicator of health awareness” on avaldatud rahvusvaheliselt eelretsenseeritavas kogumikus “Papers on Anthropology XVII”, 2008. aasta väljaandes lehekülgedel 282-310 ja artikkel „Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?” on avaldamiseks vastu võetud tervise teemalisse artiklikogumikku „Inimene, tervis ja haigused” (Toim. P. Paal) Artiklid on täiendatud teoreetilise ülevaatega ning empiirilise materjali lisaanalüüsiga.

Magistritöö esimeses osas antakse ülevaade teoreetilistest lähtekohtadest, vaadeldakse meditsiiniekspositsiooni kui museaalset väljapanekut ja muuseumi eripära kommunikatsioonivormina. Püütakse välja selgitada, millised on meditsiiniekspositsiooni võimalused terviseedenduslikus kommunikatsioonis, millist sõnumit ja kuidas saab meditsiiniekspositsioonis edastada. Samuti püütakse välja selgitada, milline võib olla läkitatud sõnumi vastuvõtt ning milleni see võib viia.

Töö teises osas tuuakse välja uuringuobjekti eripära.

Töö kolmandas osas on kirjeldatud uurimisprobleemi ja sõnastatud uurimisküsimused.

Töö neljas osa on pühendatud kasutatud materjalile ja uurimismeetodile

Töö viies osa pühendatud empiirilise materjali tõlgendusele isikliku tervisekäitumise kontekstis .

Töö kuues osa sisaldab järeldusi ja praktilisi soovitusi.

Püstitatud uurimisküsimustele leiti järgmised vastused.

Ilma giidita väljapanekut vaadelnud küllastajatel tekitab külastus positiivse emotsiooni, kutsub tagasi ja tekitab soovi juurde õppida. Seos iseenda tervisega tekib nii

mitteriskijatel kui riskijatel juhul, kui nende väljapaneku vastuvõtu kontekstis aktualiseerub haiguse/tervisehäirega seotud kogemus. Osal riskikäitujatest küpses nende hoiakutele vastukäiva teabe saamisest tingitud tunnetusliku ebakõla pinge väga kõrgele tõusmise tulemusena juba väljapaneku külastuse käigus kavatsus oma käitumist muuta, Nende puhul, kes juba sõnastasid kavatsuse, võib vastavalt mitmetele terviseedenduslikele mudelitele olla just meditsiiniväljapaneku külastus see impulss, mis algatab käitumise muutmise.

Giidi abiga väljapanekuga tutvunudest tuli enamus väljapanekusse uusi teadmisi saada ja on ka järgmisel korral valmis tulema. Uudseks pidasid väljapanekut rohkem kui pooled vastanutest ja 2/3 neist pani väljapanek ka oma tervisele mõtlema. Jaatavalt. Vaid üks väike grupp teatas, et nemad ei tule enam sellisesse väljapanekusse mitte mingil juhul. Selle põhjuseks võib olla tunnetuslik ebakõla ja selleks, et pinget ei tekiks, nad ei taha väljapanekusse tulla. Loomulikult võib ühe või teise isiku puhul olla tegemist ka väljapaneku vastuvõtul aktualiseerunud mingi väga isikliku negatiivse kogemusega väljapaneku vastuvõtukontekstis.

Tööhüpoteesi, et giidiga külastuse puhul on väljapanekukülastusel suurem mõju, kinnitas üks giidita külastaja oma süvaintervjuus.

Vaadeldes loengu vastuvõttu ilmnes, et poolte osalenute jaoks oli loeng uudne, rohkem kui 2/3 osalejatest said uusi teadmisi ja rohkem kui 2/3 osalenutest märkis, et loeng pani neid mõtlema. Ka loengu puhul ilmnes väike grupp, kes teatas et loeng ei mõjuta nende käitumist mingil määral. Nendegi puhul on tegemist vastuolulisest teabest tingitud tunnetusliku ebakõla nähuga, kus leiti enda jaoks põhjused, mis see teave märkimsväärne ei ole.

Kuna väljapanek pani ka giidita külastusel mõtlema ja seoseid looma, siis saame öelda, et väljapanek ise kannab ja läkitab terviseedenduslikku sõnumit. Gruppide puhul giid vahendab väljapaneku sõnumit selliselt, et see kõikide vastuvõtta soovijateni jõuaks. Ka loengus pakutud riskikäitumist puudutav teave leidis vastuvõtmist nende poolt, kes kuulasid teavet poolthinnangu taustal ja jättis nende endi arvates "puutumata" need, kes kuulasid tõrjehinnangu taustal.

Riskijate rühm pidas väljapanekut igavaks, vähe harivaks ja mõtlemapanevaks ja eitas, et väljapanek pakkus neile uut teavet. Me saame oletada, et kuna pakutud teave oli vastupidine nende hoiakutele, siis tunnetusliku ebakõla tõttu tekkinud motivatsioonilise pinge maandamiseks nad hindasid pakutud teabe alla ja vähendasid oma hoiakutele vastavaks. Ka loengut pidasid riskijad igavaks ja ebameeldivaks, nad arvasid

mitteriskijatest sagedamini, et teadsid juba kõike. Üllatav oli töö autori jaoks aga see, et just riskijatel läks sagedamini süda pahaks. Kolmandik riskirühmast eitas loengu igasugust mõju. Ülejäänud olid siiski saanud uusi teadmisi ja teinud otsuseid, mis näitab loengute jätkamise vajalikkust.

Riskijate grupi suitsetajate rühma vastustest ilmnes, et suurele enamusele suitsetajatest loeng siiski toimis, nad said uusi teadmisi ja nende valitud vastused näitasid, et nad võtsid vastuseid valides oma sisemuses vastu teatud otsuseid. See näitab, et loengud suitsetamise kui riskikäitumise ohtudest ja tagajärgest on siiski vajalikud.

Üldiselt võib uuringute põhjal väita, et nii väljapaneku enda kui tema toel läbiviidavate kommunikatiivsete tegevuste abil on võimalik suure enamuse küllastajateni viia tubakatarbimise ohtusid ja tagajärgi puudutav teave. Nende riskikäitujate jaoks aga, kes teavet vastu ei võta, tuleb leida täiendavad kommunikatiivsed võimalused teabe edastamiseks.

Et tubakatarbimist kui riskikäitumist puudutav teave jõuaks paremini riskikäitujateni teeb töö autor järgmised rakenduslikud soovitused.

Uuritud terviseedenduslikud mudelid on kohaldatavad ikkagi täiskasvanutele, kuna nõuavad rikkaliku kogemuse, analüüsivõime ja suure enesetõhususe olemasolu. Laste ja noorte puhul tuleb tegelda ikka eelkõige sellesuunalise veenmisega, et nad üldse suitsetama ei hakkaks, sest juba sõltuvuses oleva suitsetaja veenmine võib osutuda väga raskeks kui mitte võimatuks.

Riskikäitumist puudutava teabe paremaks edastamiseks just riskikäitujatele tuleks paremini ära kasutada väljapaneku ruumi kui kommunikatsioonimeediumi võimalusi ja tõsta olulised eksponaadid selgemini ja mõjuvamalt esile. Samuti aitaks riskikäitumist puudutava teabe levikut parandada teabe parem visualiseerimine, nt riskikäitumiste ohtusid ja tagajärgi demonstreeriva riskikäitumiste seinaga loomine, kus riskikäitumiste ohud oleksid selgelt välja toodud ja tagajärjed reaalseste preparaatidega kinnitatud. Õpilastest riskikäitujate, eriti nooremate klasside õpilaste puhul, tuleb muuta teabe edastamine atraktiivsemaks, mitmekülgsemaks ja põnevamaks, ühendada perifeerne ja tsentraalne mõjustamistee ning võimaldada riskikäitujatel riskikäitumist puudutava teabe avastamisel oma osalus interaktiivsel teel, et nad avastamise kaudu ohustava teabe läbi elaksid.

SUMMARY

The present research paper treats the medical collections of the Faculty of Medicine as a museum exhibition and tries to find out whether it is possible through the said exhibition and the communication activities that are based on it – studying the exhibition with the help of a guide and listening to a health-promoting lecture – to get across to the visitor a warning message about the dangers and consequences of risk behaviour. The communication activities of the medical collections combine the concepts of a museum exhibition and health education. In order to answer the research question, two studies were conducted. Firstly, feedback questionnaires were collected and, secondly, in-depth interviews were conducted. The main results of the present Master's thesis are presented in articles. The article "Exhibition of medical collections as a communicator of health awareness" has been published in the 2008 edition of the internationally pre-reviewed compilation "Papers on Anthropology XVII", pages 282-310, and the article "Does seeing diseases make people think about their health?" has been accepted for publication in the health-themed article collection "Individual, Health and Diseases" (editor P. Paal). The articles have been supplemented with a theoretical overview and additional analysis of the empirical material.

The first part of the Master's thesis gives an overview of the theoretical bases, views the medical exposition as a museum exhibition and the characteristics of a museum as a form of communication. The purpose is to find out what are the possibilities of a medical exposition in health-promoting communication and what kind of a message, and how, can be transmitted in a medical exposition. In addition to that, the aim is also to find out what is the possible reception of a sent message and what it can lead to.

The second part of the paper delineates the peculiarities of the research object.

The third part of the paper describes the research problem and phrases the research questions.

The fourth part of the paper is dedicated to the material used and to the research method.

The fifth part of the paper is dedicated to the interpretation of the empirical material in the context of individual health behaviour.

The sixth part of the paper contains conclusions and practical recommendations.

The research questions posed were answered in the following way.

In the visitors who looked at the exhibition without a guide, the visit aroused positive emotions, invited back and created a wish to learn more. A connection to their own health is made by non-risk-takers as well as risk-takers if an experience related to the disease/health problem actualizes in the context of their exhibition reception. In some of the risk-takers, the plan to change their behaviour developed already during visiting the exhibition as a result of the pressure of the cognitive inconsistency brought along by receiving information inconsistent with their attitude rising very high. In the case of those who already phrased the intention, visiting the medical exhibition may just be the impulse which initiates the alteration of the behaviour according to several health-promoting models.

The majority of those who studied the exhibition with the help of a guide came to the exhibition to gain new knowledge and are also ready to come next time. More than half of the respondents regarded the exhibition as innovative and it made 2/3 of them also to think about their own health. Only a small group declared that there is no way they are ever coming back to such an exhibition. This may have been caused by the cognitive inconsistency and in order to avoid the pressure, they do not want to come to the exhibition. Of course, in the case of some individuals, this may also be the result of some very personal negative experience having actualized in the reception of the exhibition in the context of their exhibition reception.

The working hypothesis that visiting the exhibition has a greater effect with a guide was confirmed by a visitor without a guide in their in-depth interview.

Looking at the reception of the lecture, it was revealed that it was innovative for half of the participants, more than 2/3 of the participants gained new knowledge and more than 2/3 of the participants noted that the lecture made them think. In the case of the lecture there also occurred a small group who stated that the lecture will not change their behaviour in any way. In their case, this also has to do with the cognitive inconsistency phenomenon brought along by contradictory information where there were reasons found for themselves as to why this information is not remarkable.

Because the exhibition also made visitors without a guide think and make connections, we can say that the exhibition itself carries and transmits a health-promoting message. In the case of groups, the guide passes on the message of the exhibition in such a way that it reaches everyone wishing to receive it. The information about risk behaviour offered in the lecture was also received by those who listened to the information in the

context of being in favour of it, and, in their own estimation, did not “touch” those who listened to it in the context of rejecting it.

The group of risk-takers considered the exhibition boring, little educational and thought-provoking, and denied that the exhibition offered them new knowledge. We can assume that because the information offered was contradictory to their attitude, in order to ease the motivational pressure brought along by cognitive inconsistency they underestimated the information offered and reduced it to the level of their own attitude. The risk-takers also considered the lecture boring and unpleasant; they thought more frequently than the non-risk-takers that they already knew everything. However, what surprised the author of the present paper was that the risk-takers felt nauseous more frequently. A third of the risk-takers denied any effect of the lecture. The rest of them, however, had gained new knowledge and reached decisions, which shows that continuing with the lectures is necessary.

The answers of smokers in the group of risk-takers revealed that for most of the smokers, the lecture was still effective, they gained new knowledge, and the answers they chose showed that they reached certain decisions inside themselves in choosing the answers. This shows that lectures about the dangers and consequences of smoking as a risk behaviour are still necessary.

In general, it can be claimed on the basis of the research that it is possible through the exhibition as well as the communication activities conducted on the basis of it to get across to the majority of the visitors a message about the dangers and consequences of tobacco consumption. For those risk-takers, however, who do not receive the message, additional communication possibilities have to be found in order to transmit the message.

In order for the information about tobacco consumption as a risk behaviour to better reach the risk-takers, the author of the present paper makes the following suggestions to be implemented.

The health-promoting measures studied are applicable to adults only because they require the existence of rich experience, analytical ability and great self-efficiency. Children and young people must still first and foremost be persuaded so that they would not start to smoke in the first place because persuading a smoker who is already addicted may turn out to be very difficult, if not impossible.

In order to better pass on information about risk behaviour to risk-takers, better use should be made of the possibilities of the exhibition space as a communication medium

and important pieces should be set apart more clearly and effectively. In addition to that, better visualization of the information about risk behaviour could also improve its dissemination, for example, the creation of a wall demonstrating the dangers and consequences of risk behaviour where the dangers of risk behaviour would be clearly displayed and the consequences confirmed with real preparations. For risk-takers who are pupils, especially pupils in the lower classes, the passing on of the information should be made more attractive, diverse and exciting, the peripheral and central ways of influencing should be joined, and the risk-takers should be able to be interactively involved in discovering the information about risk behaviour so that they would live through the risk information by discovery.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Ajzen, I. (2005) Attitudes, Personality and Behavior. Open University Press.
- Andreasen, A.R. (1995) Marketing social change: changing behavior to promote health, social development, and the environment. San Francisco: A Wiley Imprint.
- Bachmann, T., Maruste, R. (2003) Psühholoogia alused. Tln, Ilo.
- Colbert, F. (1999) Kultur- und Kunstmarketing. Wien: Springer.
- Dijk, T.A. van (2005) Ideoloogia. Multidistsiplinaarne käsitus. Trt.: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Empfehlungen zum Umgang mit Präparaten aus menschlichem Gewebe in Sammlungen, Museen und öffentlichen Räumen” Deutsches Ärzteblatt. H. 8, August 2003: 378-383. URL (vaadatud jaanuar 2008)
www.igm-bosch.de/download
- Eysenck, H. (1990) Biological dimensions of personality. In: L.A. Pervin, Editor, Handbook of personality: theory and research, Guilford, New York.
- Flay, B.R., Hu, F.B., Richardson, J. (1998) Psychological predictors of different stages of cigarette smoking high school students. Preventive Medicine, 27, A9-A18.
- Goldberg, M.E., Fischbein, M., Middlestadt. (1997) Social Marketing: Theoretical and Practical perspectives. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gullone, E., Moore, S. (2000) Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. Journal of Adolescence, 23, 393-407.
- Harro, M. (2002) Sissejuhiatus tervise edendamisel kasutatavatesse teoreetilistesse mudelitesse. D. Nutbeami ja E. Harrise raamatu „Theory in Nutshell. A Guide to Health Promotion Theory” alusel tõlkinud ja täiendanud M. Harro.
- Harro, M. (2005) Riskikäitumine Eesti noorte hulgas; olukord, ennetamine: teooria ja praktika. Ettekanne. Rahvusvahelise uimastiennetusprojekti „See on sinu valik” lõpetamise konverents. Tartu, 17. mai 2005.
- Health Sciences Association of Alberta
URL (vaadatud jaanuar 2009)
www.hsa.ca/news_and_media/new_releases/gunher_von_hagens_body_works_i_quit_campaign
- Hein, H. (2006) Vastutuse võtmine. Esteetika õppetunnid. Lessons from Aesthetics. –

- Museum Philosophy for the Twenty-First Century. Ed. By H. H. Genoways. Lanham, MD: AltaMira Press, 2006, pp. 1-9. Akadeemia, 21. aastakäik, 7, 2009, lk. 797-808.
- Hayes, N. (2002) Sotsiaalpsühholoogia alused. Tallinn:OÜ Külim.
- Horder, J. (2003) Promoting health through public programmes in university medical museums. *Museologia* 3, pp. 127-132.
- Horder, J. (2006) Risky Moves. Museums Australia. National Conference Exploring Dynamics. May 14-17, Brisbane 2006.
- Hover, S., Gaffney, L. (1998) Factors associated with smoking behavior in adolescent girls. *Addictive Behaviors*, 13, 139-145.
- Höglund, I. (2008) Hoiatavate reklaamide vastuvõtt noorte seas. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduskond, Ajakirjanduse ja kommunikatsiooni instituut.
- ICOMi muuseumide eetikakoodeks. URL (vaadatud jaanuar 2008) <http://www.arhitektuurimuuseum.ee>
- Kickbusch, I. (1997) Health-promoting environments: the next steps. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Kd. 21, 4, pp. 431-434.
- Kasmel, A., Lipand, A. (2007) Terviseedenduse teooria ja praktika. I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Eesti Terviseedenduse Ühing, Tln., Tallinna Raamatutrükikoda.
- Kognitive Dissonanz URL (vaadatud juuni 2009) http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive_Dissonanz
- Knorring, K., von, Orelan, L., (1985) Personality traits and platelet MAO in tobacco smokers. *Psychological Medicine*, 15, 327-334.
- Kotler, P., Roberto, N., Lee, N. (2002) Social marketing: improving the quality of life. Sage.
- Lang, M. (2005) Museoloogiline kommunikatsioon. Vabaõhumuuseumi koht ja ülesanded kaasaegses ühiskonnas. Magistritöö, Tln.
- Lang, M. (2007) Kuidas teenida muuseumis omatulu, eetilisi piire ületamata. *Muuseum*, 2(22).
- Lauristin, M., Vihalemm, P. (1978) Sotsiaalpsühholoogia. Eesti Raamat.
- Lauristin, M., Vihalemm, P. (1980) Massikommunikatsiooniteooria. Tartu.
- Leppik, L., Mägi, R. (2009) Ülikoolimuuseumid – kellele ja milleks? *Akadeemia*, Eesti Kirjanike Liidu kuukiri Tartus, 21. aastakäik, 4(241), lk.809-827.
- Lifeline. Medizin im Internet
URL (vaadatud jaanuar 2009)

www.lifeline.de/rauchen_actuell/content-120595.html

- Liiv, K. (2003) Suitsetamise seotus isiksuseomadustega teismeliseeas. Magistritöö rahvatervises. Tartu Ülikool, Tervishoiu instituut.
- Lüddemann, S. (2007) Mit Kunst Kommunizieren. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mensch, van P. Towards a methodology of museology. PhD thesis, University of Zagreb. URL (vaadatud jaanuar 2009) <http://www.xs4all.nl/~rwa/contents.htm>
- Museumiseadus. Vastu võetud 13.11.1996. a. Seadusega. EV Kultuuriministeerium. URL (vaadatud jaanuar 2009) www.kul.ee .
- Paat, G., Aaviksoo, A. (2009) Suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse hindamine. Lõppraport. 27. märts 2009. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS
- Paul, S. Kommunizierende Räume. Das Museum. URL (kasutatud veebruar 2009) http://www.zeithistorische-forschungen.de/Portals/_ZF/documents/pdf./Paul-kommunizierendeRaume.pdf.,
- Porter, M.E. (2002) Hoiakud, väärtushinnangud, veendumused ning heaolu mikroökoonoomika. Toim. Harrison, L.E., Huntington S.P. Kultuur on tähtis. Kuidas väärtushinnangud kujundavad inimarengut. Pegasus.
- Prävention für Kinder und Jugendliche URL (vaadatud jaanuar 2009) www.nichtraucher-in-5-stunden.de/html/praevention/fuer_kinder_und_jugendliche
- Public Ignorant About Poisons Found In Cigarette Smoke. Medical News Today, 29. Dec. 2006. URL (vaadatud jaanuar 2008) [Http://www.medicalnewstoday.com/articles/59233.php](http://www.medicalnewstoday.com/articles/59233.php)
- Raisma, M. (2007) Muuseumi piirid kaasaegsel mälumaastikul. URL (vaadatud jaanuar 2008) [http:// www.muuseum.ee/uploads/files/muuseum_22.pdf](http://www.muuseum.ee/uploads/files/muuseum_22.pdf).
- Rauber, A. (1895) Über die Einrichtung von Studiensälen in anatomischen Instituten. Leipzig, Verlag von Eduard Besold (Arthur Georgi).
- Realo, A. (2008) Isiksus ja seadumused. Tartu Ülikool. Psühholoogia instituut. Noorsootöö seminar 6. november 2008.

- Reinap, A.(2007) Online-intervjuu: Vastas narkomaaniaga võitleja Aleksander Laanemann, Postimees online, 18.04.2007 URL (vaadatud jaanuar 2009) <http://www.postimees.ee/210907/esileht/arvamus/255710.php>
- Siimets, T. (2007) Ema, ära suitseta. Pere ja Kodu, 46-48.
- Simovska, V., Jensen B.B., Carlsson, M. Albeck, C. (2006) Laste ja noorukite tervise ja tasakaalustatud arengu suunas. Lapsed ja täiskasvanud tegutsevad koos ühise eesmärgi nimel. Metoodiline käsiraamat. Tervise Arengu Instituut, Kruuli Trükikoja AS.
- Steiger, A.G. (2007) Museum ist Kommunikation. In: Schule und Museum. Aktuelle Diskurse-Innovative Modelle-Erprobte Methoden. E. Wagner/M. Dreykorn (Hrsg.), München. URL (kasutatud veebruar 2009) (http://www.bundesakademie.de/museum_ist_kommunikation.pdf.)
- Toomsalu, M. (2008) Aims and messages of medical collections. Uppsala, October'30. Meeting of Baltic-Nordic Network of Museums of History of Medicine.
- Toomsalu, M. (2009) Anatoomiaprofessor August Antonius Rauber. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid. Tartu Ülikooli Multimeediakeskus.
- Weinreich, N.K. (1999) URL (vaadatud jaanuar 2009) <http://social-marketing.com/library.html>
- Vihalemm, T. (2007) Sotsiaalne turundus. Loengumaterjalid. URL (kasutatud jaanuar 2009) (http://www.jrnl.ut.ee/triin/Sotsiaalne_turundus/sotsiaalse_turunduse_loengud_2007., ppt.
- Weinstein, N. (1983) Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. Health Psychology, 2:11-20.
- Weinstein, N. (1984) Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. Health Psychology, 3:431-457.
21. sajandi Eesti muuseumid. Arengusuunad 2006-2015. EV Kultuuriministeerium. URL (vaadatud jaanuar 2009) www.kul.ee

Artikkel 1.

”Exhibition of Medical Collections as a Communicator of Health Awareness” ilmunud rahvusvaheliselt eelretsenseeritava kogumiku „Papers on Anthropology” 2008. aasta numbris (Papers on Anthropology XVII, 2008, pp. 282-310).

Artikkel 2. Käsikiri.

”Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?”, mis on vastu võetud avaldamiseks terviseteemalises artiklikogumikus „Inimene, tervis ja haigused”. Toim. P. Paal, Eesti Kirjandusmuuseumi väljaanne.

Kas haiguste nägemine paneb tervisele mõtlema?

Maie Toomsalu, TÜ Arstiteaduskonna meditsiinikollektsioonid

Tänapäeval peetakse tervist millekski, mida saab vajadusel taastada, nagu ärapudenenud müürijuppi uuesti üles laduda. On jõutud etappi, kus osa inimestest ei võta enam osa oma tervise kujundamisest, haiguste ennetamisest, riskikäitumise vältimisest, vaid ollakse arvamusel, et tervise eest peavad vastutama ja selle tagama need, kes on selleks otstarbeks välja õpetatud. Väga paljud erinevas eas inimesed kahjustavad oma tervist mitmesuguse riskikäitumisega ja lühendavad sellega oma eluiga.

Tervis ja riskikäitumine

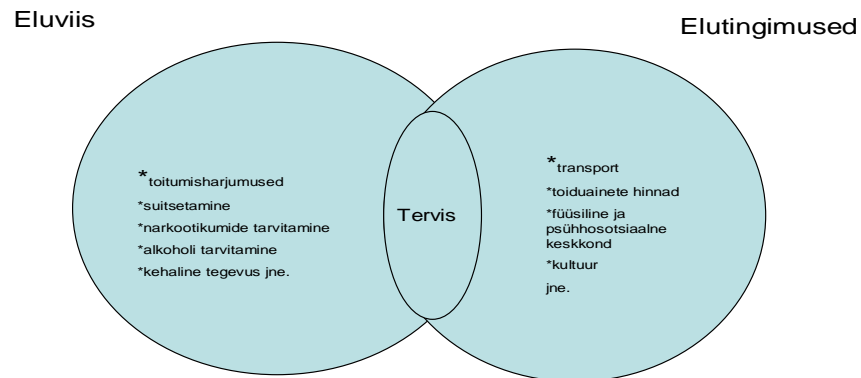
Enne aga kui me räägime tervise kahjustamisest, peame me teadma, mis on üldse tervis.

Tervise kontseptsioone on väga erinevaid, alates kitsalt tehnilisest, haigusele suunatud vaatenurgast kuni filosoofiliste lähenemisteni, mis rõhutavad positiivset tervist ja heaolu, eneseaktualiseerimist ja elukvaliteeti. Ei ole olemas õiget vastust küsimusele – mis on tervis?, mida saaks vabalt kasutada erinevate kultuuride, kontekstide ja eluviiside puhul. Tervist, nagu ka haigust kogetakse individuaalselt, samal ajal, kui seda mõjutavad arvukad tegurid, nagu näiteks elutingimused, ümbritsev keskkond, sotsiaalmajanduslik staatus, rahvuslik taust, kultuur, vanus, sugu jne.

Nii on Maaailma Tervishoiu Organisatsioon 1947. a. defineerinud "Tervis on täielik füüsiline, vaimne ja sotsiaalne heaolu, mitte ainult haiguse või halva enesetunde puudumine." (WHO 1947, Simovska jt. 2006) 1986.a. aga hoopis "Tervist võib mõista kui midagi, millele igapäevaelus toetuda, mitte kui elamise eesmärki. Tervis on pigem positiivne kontseptsioon, mis rõhutab nii sotsiaalse ja isikliku kapitali vajalikkust kui ka füüsilisi võimeid (WHO 1986, Simovska jt. 2006) Araabia vanasõna aga ütleb lihtsalt: See, kellel on tervis, sellel on lootus, kellel on lootus, sellel on kõik.

Holistiline tervisekontseptsioon käsitleb keha, vaimu ja indiviidi ühiskonnas kui tervikut ja nii on tervise erinevad aspektid omavahel seotud. Tervis ei ole ainult individuaalne, vaid ka sotsiaalne ja ühiskondlik teema. Laiapõhjalise tervise mõistes on võrdselt tähtsad nii eluviis kui ka elutingimused. Eluviis on inimese elamise viis, nende harjumused, nende tervist puudutavad valikud, kaasa arvatud toiduvalik, keheline

tegevus, seksusaalkäitumine, suitsetamine, narkootikumide tarbimine jne. Inimestel on võimalik oma eluviisi muuta.



Tervist mõjutavad tegurid: eluviis/individuaalsed tingimused&elutingimused/ühiskond

(Simovska jt. 2006)

Positiivne tervisekontseptsioon eeldab, et tervis on rohkem kui lihtsalt haiguse puudumine. Tervis pole staatiline mõiste. Positiivne tervis e. heaolu näitab, millised on indiviidi elukvaliteedi isiklikud ja sotsiaalsed ressursid. Tervis luuakse seal, kus inimesed elavad, armastavad, õpivad, töötavad, mängivad (Kickbusch 1997), kuid kahjuks sealsamas teda ka hävitatakse. Seda tervise hävitamist ja kahjustamist nimetame me selles artiklis riskikäitumiseks. M. Harro on nimetanud riskikäitumiseks käitumist, mis omab või võib teatud tingimustel omada käituja enda või tema kaaskodanike tervisele ebasoodsat mõju. Riskikäitumise tagajärjed on enamasti lisaks tervishoiukuludele seotud ka kuludega majandusele, ühiskonnale jne. Riskikäitumise põhiliste liikidena toob ta esile suitsetamise, alkoholi (liig)tarvitamise, uimastite proovimise/tarvitamise, kaitsmata seksuaalvahekorra mitteusaldusväärse partneriga, liikluseeskirjade eiramise, ohutusvahendite kasutamise eiramise, ohutusreeglite eiramise jt. (Harro 2005). Riskikäitumise tagajärjed on enamasti lisaks tervishoiukuludele seotud ka kuludega majandusele ja ühiskonnale üldiselt. Näiteks, iga päev sureb Ühendkuningriigis 300 inimest suitsetamisest tingitud haigustesse ja suitsetamisest tingitud haigestumine läheb riigile maksma 1,7 billionit Inglise naela aastas ning pooli vähkkasvajatest saaks ennetada elustiili muutest (Medical News Today 2006)

Sarnaselt muu maailmaga on riskikäitumine üha laienevaks ja süvenevaks probleemiks ka Eestis. Eestis juuakse palju alkoholi, suitsetatakse ja süstlavahetuspunktides käib 14 000 süstivat narkomaani (Postimees online 2007). Mõningate ekspertarvamuste ja uuringute kohaselt moodustab iga-aastasest haigestumusest nt. tubaka tarbimisest tingitud haigestumine Eestis 3000 juhtu ja suremuse struktuuris 1/5 surmajuhtudest aastas. Arvuliselt tähendab see umbes 10 surma juhtumit päevas. (Paat jt. 2009) Varjatamad, kuid mitte vähem tõsised probleemid on ületootamine vale toitumine ning vähene kehaline aktiivsus.

Eestis on viimastel aastatel aktiivselt tegeldud riskikäitumise suhtes hoiatava kommunikatsiooniga – on tehtud mitmeid sotsiaalreklaami kampaaniaid (Ole tubaka vaba, Südamestrateegia: suitsetamine, Südamestrateegia: toitumine, Narkomuinasjutud ei lõpe kunagi hästi. Jää puhtaks! narko.ee), samuti erinevaid koolitusi jm ennetusprogramme. Keskseks küsimuseks on kujunenud, kuidas viia riskikäitumisega inimesteni sõnum nende teguviisi võimalikest tagajärgedest? Käesolevas artiklis püüame me vaadata, millised võimalused sellesse panustada on Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna meditsiinkollektsioonide baasil koostatud väljapanekul. Nimetatud kollektsioonid koosnevad kaheksa aasta vältel arstide õpetamisel õppetöö illustreerimiseks valmistatud haiguspreparaatidest, mudelitest ja õppetabelitest, mis on alates 2005. aasta detsembrist eksponeeritud Tartus Toomemäel asuvas pikaajases arstide koolituskohas Vanas Anatoomikumis. Väljapanek on avalik ja seda võib külastada iga huviline, nii juhtimisega kui juhtimiseta ning ka koos tervistedendava loenguga. Loengute illustreerimiseks kasutatakse originaalpreparaate. Koolid üle Eesti tellivad tervetele klassidele loenguid “Ütle suitsule EI”, gümnaasiumiosa tuleb gruppina bioloogiatundi, et kuulata tulevase lapsevanemana loote varastest arengustaadiumidest, loote kahjustamisest ja väärarengute moodustumise võimalustest. Meditsiinkollektsioonid on seadnud endale eesmärgiks pakkuda ühiskonnale inimese tervise ja riskikäitumise kohta originaalpreparaatidele tuginevat informatsiooni ning olla seega koolivälist terviseedenduslikku haridust pakkuv asutus. Meditsiinkollektsiooni eripära seisneb selle originaalsuses. Näiteks kui sotsiaalreklaami tarbeks poseerib WC-poti kõrval oksehunnikus modell siis meditsiinkollektsioonis on iga haiguspreparaat ühe meile tundmatu ”päris” inimese lugu. Just selle tõelise, inimliku mõõtme poolest erineb meditsiiniekspositsioon sotsiaalreklaamist, see on sõnum “inimeselt” inimesele, haiguspreparaadi kaudu. Näituse korraldajate soov on küll, et iga eksponaat kannaks

sõnumit: hoidke ennast, ärge hävitage oma elu. Aga preparaadi juures ei ole *sloganit* ”ära suitseta”, sõnum nähtu kohta kujuneb seega ikkagi külastaja peas.

Külastajaid on erinevaid. Mõni käib, käes nimekiri enda ja oma suguvõsa diagnoosidest ning palub näidata ja seletada. Mõni käib vaikselt ja justkui poolhiilivalt ning väljub mõtlikult või rõõmsalt, et seni on hästi läinud. On ka külastajaid, kes kiitlevad oma riskikäitumisega ja tahavad sellest rääkida. Mulle on öeldud: ”Oh te näitate siin suitsetaja kopsu, minu oma on kindlasti mustem, mul läheb üle kahe paki päevas. Ma tean küll, et see on kahjulik, aga ma ei hooli. Meie peres on kõik alati suitsetanud.” Pärast mõneminutilist vestlust ilmneb, et tegelikult ei teata oma riskidest midagi ja pere teised kanged suitsetajad on läinud juba Toonela teele. TÜ meditsiinkollektsioonide üks olulisemaid eesmärke on riskikäitujate teadmisi avardada, informeerida tegevusega/või tegevusetusega kaasnevatest ohtudest.

Kuidas kõnetada riskeerijaid?

Kuigi on palju räägitud, et näiteks suitsetamine on vähemalt 25 erineva haiguse tekkega seotud ja suitsetamine põhjustab suurimat kahju Eesti rahvastiku tervisele eelkõige kasvajate tõttu, jätkavad riskeerijad ikkagi oma tegevust. On kujunenud omaette uurimisteamaks, kuidas viia terviseedenduslikku sõnumit riskeerijani, sest erinevatel põhjustel see nendeni ei jõua või kui ükskord siiski jõuab, on paljude jaoks juba hilja.

Üks põhjus riskikäitumise jätkamiseks on kindlasti teadmatus. Briti uurijad küsitlesid 2006. aastal kampaania „Smoke is poison“ (Suits on mürk) käigus 1600 inimest Inglismaa erinevates kohtades, nende hulgas rohkem kui 500 suitsetajat ja seal ei teadnud 61 % suitsetajatest, milliseid keemilisi ühendeid sisaldab sigarett, osati nimetada vaid nikotiini. Kuuldes, et 69 ainet 4700-st on teada vähi tekitajana, olid paljud šokeeritud. (Medical News Today 2006) TÜ meditsiinkollektsioonide külastajauuring näitas, et riskikäitumisega inimeste (suitsetajate ja/või sageli alkoholi pruukijate) terviseteadlikkus on mitteriskijate omast palju madalam – iga kolmas väitis, et suitsetamine pole tervisele kahjulik (Toomsalu 2009).

Herzlich (Herzlich 1973) intervjueris 80 inimest, küsides, mis võiksid olla hea ning halva tervise põhjused. Ilmnes, et tervist tunnetati kui midagi seesmist (tervisele omistati seesmine roll – see on inimeses endas loomupäraselt olemas), kuid haiguse

põhjusi nähti väljaspool organismi paiknevatena (haigus tuleb väljast poolt, tema põhjused ei ole tingitud inimesest endast). (Harro 2002) Ja nii ei arvagi ka paljud riskeerijad, et nemad ise oma tervist kahjustavad, nad omistavad selle mingile muule põhjusele.

Weinstein (Weinstein 1983, 1984) on püüdnud selgitada, miks inimesed jätkavad ebatervislike käitumisviiside harrastamist. Ta palus uuritavatel hinnata, mil määral võiksid erinevad tervisehäired tabada neid võrreldes teiste samavanuste ning samast soost inimestega (kas rohkem, sama palju või vähem). Ilmnes, et enamus uuritavaid uskus, et tervisehäired tabavad neid harvemini kui eakaaslasi. Weinstein nimetas seda fenomeni ebareaalseks optimismiks, sest reaalselt pole ju võimalik, et igäüks on tervisehäirest vähem ohustatud kui teised. Autor tõi välja neli kognitiivset tegurit, mis soodustavad sellist ebareaalset optimismi: esiteks isikliku kogemuse puudumine vastava tervisehäire osas, teiseks, et tervisehäiret võib mingi teise tegevusega (käitumisviisiga) ennetada või tasakaalustada, kolmandaks uskumus, et kui seda häiret ei ole seni tekkinud, siis ei teki ka edaspidi (seega – mind see ei taba) ja neljandaks, uskumus, et seda tervisehäiret esineb harva (seega – mind see ei taba). Need tegurid viitavad sellele, et oma riski tunnetamine ei ole puhtratsionaalne protsess. Ilmneb, et inimesed tähtsustavad enda ja teiste käitumise aspekte erinevalt. Kuidas siis ikkagi saavutada seda, et riskeerijad oma tervise kahjustamise lõpetaksid ja käitumist muutma hakkaksid? Inimese käitumise uuringud ja teooriad toovad järgmised riskikäitumise muutmise võimalused. Uskumuste mudeli (the Health Belief Model) järgi muudavad inimesed kõige suurema tõenäosusega oma riskikäitumist, kui nad usuvad, et nad on teatud haiguse poolt ohustatud, sellesse haigusesse haigestumine viiks tõsiste tagajärgedeni ning tervislikult käitudes väheneb riski võimalus. Seega, nad on veendunud, et uuest (ennetavast) käitumisest saadav kasutegur kaalub üles kardetavad takistused ja kulud (Goldberg et al 1997). Sellise veendumuse teke eeldab inimeselt küllaltki head informeeritust, enesekriitilisust ning ettekujutusvõimet. Paljudel juhtudel siiski käitumise muutust ei teki, kuna mõni ülalkirjeldatud tingimustest ei toimi. Oluline komponent on enesetõhusus - uskumus, et ma saan sooritada soovitud käitumist (Höglund 2008).

Uuringud suitsetajate isiksuseomaduste kohta toovad välja seosed ekstravertsusega (sotsiaalsus ja impulsiivsus ning ka riskeerivate käitumisviiside kasutamine soovitud erutustaseme saavutamiseks), neorootilisusega (emotsionaalne ebastabiilsus) ja agressiivsusega (hoolimatus ning kalduvus sotsiaalsete normide eiramisele) (von

Knorring ja Oreland 1985, Eysenck 1990, Flay jt., 1998, Adalbjarnardottir ja Rafnsson 2002, Costa, McCrae 1985). Eesti teismeliste uuringust selgub, et uurimuses suitsetamisega on seotud kõrge ekstravertsus ning madalam meeolekindlus, mis võib olla "vastuhakkava" käitumise (mis sisaldas ka suitsetamist) tugevaimaks faktoriks (Liiv 2003, Gullone & Moore 2000).

Põhjendatud tegevuse teooria (the Theory of Reasoned Action, Goldberg et al 1997) toob välja, et indiviidi käitumise teokssaamine sõltub eelkõige tema kavatsusest vastavalt käituda. Seda omakorda mõjutavad indiviidi ettekujutused uue käitumise (näiteks suitsetamisest loobumise) heade ja halbade tagajärgede kohta ning teiseks, tema ettekujutus, kuidas teised inimesed tema muutunud käitumisse suhtuvad (nt kas sõbrad panevad pahaks, kui ta enam ei suitseta). Eestis läbiviidud uuringud toovad samuti välja, et käitumise muutmiseks on vaja isiku veendumust, et lähedased toetavad tema katset muuta käitumist ning teised ühiskonna liikmed muudavad samuti oma käitumist (Höglund 2008). Seega, kui televisioonis jookseb alkoholireklaam ja õpetajad ning arstid suitsetavad, annab see inimestele märku, et osa ühiskonnast suhtub sellesse soosivalt, seega pole vaja muuta ka oma käitumist.

Sotsiaalse tunnetuse teooria pakub, et inimest saab mõjutada käituma soovitud suunas, kui esitleda talle mudelit, millega ta saaks samastuda – kas siis negatiivselt (näidatakse võimalikke halbu tagajärgi) või positiivselt (näidatakse õigest käitumisest tõusvat tulu) (Goldberg et al. 1997).

Meditšiiniväljapaneku eksponaadid on negatiivsed mudelid, mis otseselt kehastavad riskikäitumise halbu tagajärgi. Kindlasti ei mõju need aga kõigile ühtemoodi. TÜ meditsiinikollektsioonide küllastajate tagasisideuuring näitab, et riskeeriva käitumisega küllastajad (suitsetavad ja tarbivad sageli alkoholi) pidasid väljapanekut vähem uudseks ja põnevaks ning vastasid sagedamini "tean niigi". Küll aga tekitas väljapanek just riskijate jaoks ebameeldiva tunde - nad mainisid sagedamini, et neil läks süda pahaks. Seega võib siin tegemist olla tõrjereaktsiooniga – ebameeldiva sõnumi tähtsust püütakse vähendada – ma juba tean seda /see on üks järjekordne moraalilugemine – ja ei hakata arstiteaduslikele aspektidele üldse tähelepanu pöörama. (Toomsalu 2009). Küsimusele *Kas nähtud väljapanek või kuulnud loeng pani Teid oma tervise peale mõtlema?* vastas iga neljas riskikäitumisega noor küllastaja eitavalt ja vaid 16% vastas, et püüab oma käitumist korrigeerida (Toomsalu 2009). Ilmselt on võimalusi meditsiinieksponaatide kui negatiivsete mudelite kommunikatiivset mõju suurendada.

Selleks, et saada täpsemat ettekujutust eksponaatide mõju kohta erinevatele külastajatüüpidele, viisin läbi intervjuud ekspositsiooni vaadanud noortega.

Külastajate palett

Kvalitatiivse uurimuse aluseks olid 11 struktureerimata süvaintervjuud, mis viidi meditsiinikollektsioonide ruumides läbi erinevatel kuupäevadel perioodil veebruar 2007-aprill 2008 pärast meditsiiniekspositsiooni juhtimata üksikkülastust. Informantideks valisime eri vanuses õppivad noored, kuna arvasime, et noored inimesed on vanusegrupp, mille väärtushinnangud ja mõttemallid võivad olla väga erinevad, samas on selle vanusegrupi esindajad loomingulised ja ettepanekualdid ja see võib anda meile huvitavat materjali.

Ettevalmistavas osas püstitasime järgmised uurimisküsimused:

- Miks noored külastavad sellist ekspositsiooni?
- Mida uut said nad külastuse käigus teada ja kas see pani nad mõtlema?
- Milline on noorte endi ja nende tutvusringkonna suhtumine oma tervisesse?

Uurimisküsimustest saadavaid tulemusi käsitlesime läbi terviseedendusliku aspekti. Arvasime, et saame vastajate suhtumistest, hinnangutest, kujutluspiltidest ja visioonidest välja lugeda meditsiiniekspositsiooni rolli tervisemõtlemise kujundajana.

Valimi strateegia aluseks oli homogeense valimi põhimõte. Homogeense valimi põhimõtte puhul on valim ühe-kahe tunnuse baasil taotluslikult sarnane. Siinse homogeense valimi sarnasteks tunnusteks on:

3) kõik informandid olid õppivad noored

4) kõik informandid külastasid AR meditsiinikollektsioone ilma juhtimiseta.

Antud töös kasutatud informandid osutusid suures enamuses Tartu Ülikooli erinevate teaduskondade üliõpilasteks, kuid esindatud olid ka kutsekooliõpilased, eestlasest gümnaasiumiõpilased, austerlasest gümnaasiumiõpilane ja austerlasest üliõpilane. Üheteistkümnest intervjueeritavast olid kaks mehed ja üheksa naised.

Kaks intervjueeritavatest oli meditsiiniüliõpilased, üks Eestist, teine Austriast ja teised mittemeditsiiniüliõpilased – majandusteaduskonna üliõpilane, semiootikaüliõpilane, kommunikatsiooni üliõpilane, inglise filoloog, gümnasistid, kutsekooliõpilased. Viis vastajat olid põlised tartlased, kaks aga Tartus õppivat tallinlast, üks Pärnus õppiv pärnakas ja kaks Viinis õppivat austerlast. Arstiteaduskonna üliõpilane, inglise filoloog

ja üks kutsekooli õpilane külastasid kollektsoone mitmendat korda, teised aga esimest korda .

Intervjuude analüüsil kasutasime kvalitatiivset sisuanalüüsi. Analüüs koosneb kirjeldavast tekstist, intervjuude otsesitaatidest ning nende interpretatsioonist.

Riskikäitumise all mõistame selles uurimuses suitsetamist, alkoholi kuritarvitamist ja narkootikumide tarvitamist.

Enne intervjuude põhjaliku analüüsi alustamist vaatasime informantide tervisekäitumist ja jaotasime nad nelja rühma: teadlikud mitteriskijad, ignorantsed mitteriskijad, teadlikud riskijad ja ignorantsed riskijad.

Teadlikud mitteriskijad (TMR) teatavad kategoorilises vormis, et nad hoolitsevad oma tervise eest ja nende käitumine on mitteriskeeriv. Nad ei suitseta, tarbi alkoholi riskantsetes kogustes ega tarbi narkootikume. TMR1: *Ma mõtlen oma tervisele niigi.* TMR5: *Ei tarbi, vanemad ei tarbi. ... olen käitunud õigesti ja ma peaksin nii edasi käituma.* TMR2: *Terve elulaad, tervislik toitumine, sport ja nii edasi. Ma vähemalt jälgin seda.*

Ignorantsed mitteriskijad (IMR) käituvad ise mitteriskeerivalt, kuid neil on riskikäitumisega sõpru ja nad ei oska ohtude teemal kaasa rääkida (nt passiivne suitsetamine). IMR1: *Suitsetanud pole kunagi, narkootikume pole ka proovinud, alkoholi aeg-ajalt tarvitan. Mul on ses suhtes tõesti hästi läinud, et minu tutvusringkonnas väga üksikud suitsetavad, et selle koha pealt ei oska nagu midagi eriti kaasa rääkida.*

Teadlikud riskijad (TR) teavad, et see, mida nad teevad, on halb, neil on mõtteid loobumise kohta. TR1: *Alkoholi ja suitsu kuritarvitan jah. Ja ei ole selle üle uhke.. Aga suitsetamise mahajätmise plaan on täitsa olemas.* TR2: *Suitsetan juba aastaid, tean, et see pole tervislik, olen proovinud maha jätta, ei õnnestunud.*

Ignorantsed riskijad (IR) on teadmatuses, palju riskikäitumine neid kahjustab. Nad vajavad täiendavat teadmist. IR1: *Alkohol... eks reedeõhtuti ikka võib, ma arvan. Vahest isegi sõpradega koos olles juua, ma arvan, et see nagu väga hull ei ole. Aga noh reaalselt ka nagu ei tea, palju see mind kahjustab või mis ta nagu teeb. Et ega ma ei suitseta nagu regulaarselt ja...*

Väljapanek on kõigi jaoks üks, kuid kui väljapanek on avatud külastamiseks, hakkab ta elama oma elu. Iga külastaja loob enda jaoks tegelikult oma väljapaneku. Väljapanekuid on võimalik tõlgendada mitmel viisil ning nad arenevad edasi tänu erinevatele võimalikele kontekstidele. Külastajad võivad võtta neilt enam-vähem seda, mida ise

soovivad. Tekst, mis on sõnastatud muuseumi väljapaneku abil, ei ole sageli tõlgendatav küllastaja poolt kasutatavas keeles, sest mida kaugemale kaasajast jääb väljapanekus käsitletav tekst, seda rohkem hakkab erinema käibiv keel koodist ja seda veel iga inimese puhul erinevalt. Palju sõltub meditsiiniväljapaneku puhul just küllastaja eelteadmisesest. Vaadates küllastajate vastuseid seoses tervisekäitumine ja näituse vastuvõtt, näeme me, et näiteks teadlikul mitteriskijal (TMR3) on tervisekäsitluses sees juba ennetavad tegevused: *tervislik toitumine, enda eest hoolitsemine, oma keha eest*. Väljapanek kutsub esile emotsiooni: *Huvitav, põnev, pani soovima, et tahaks nagu juurde õppida ja rohkem teada saada*, kuid samas teadvustas võimalikud haigused, tekitas seose oma kehaga: *vaatad, et reaalsuses, mis need haigused siin on ja et oma kehas midagi sellist toimub või juhtub*.

Teadlik mitteriskija (TMR4) leiab, et tervis on lisaks ennetavatele tegevustele ka vaimne ja emotsionaalne seisund: *Sport,ervislik toitumine ja rõõm, rõõm*. Väljapanek teadvustab tema jaoks erinevad haigused: *Natuke vastu hakkas mõnel hetkel, külmavärinad tulid vahepeal*, aktiveerib olemasolevat hirmu vähi ees: *Mina isiklikult kardan vähki, sest sugulastel on väga palju ja paneb ses suhtes tegutsema: Peaks käima sagedamini arstikontrollis*.

Teadlik mitteriskija (TMR5) leiab, et tervis on nii vaimne kui füüsiline harmoonia, väljapanek annab talle aga juurde enesekindlust: *Paneb ikka mõtlema, et hea, et ma midagi ei tarbi või mingeid mõnuaineid ei kasuta. Et ma olen ikka õigesti käitunud*.

Kuigi ignorantse mitteriskija jaoks on teadvustatud ennetavad tegevused: *Täna ikka kõige rohkem sport ja mingil määral toiduvalik* jookseb tema jaoks näituse tervistedendav sõnum vastu vanuselist barjääri: *Otseselt nagu niiöelda enda tervisele, see ring vähemalt mõtteid ei viinud, et see on nagu võib-olla kõrgema vanuse teema, praegu ei ole tervise teema nii aktuaalne*.

Teadlik riskija tunnetab oma tervisekäitumise eest süüid: (TR1) *Tervisega seonduvad teemad on sellised, mis minu vanuses juba hakkavad hinge kriipima. Eriti kui tead, et peaksid oma keha suhtes targemalt käituma. Kipud ikka mõtlema, et loll oled, et sedamoodi või todamoodi teed ja siis sõimad mõttes ennast, et nii laisk ja nõrk oled*. Näitus aga pani seda mõtet edasi arendama: *Ei oodanud, et paljud asjad suudavad üsna küünilist ja külma närviga inimest nagu mina siiski oma tervise üle mõtlema panna... Olen oma elu valesti elanud*. Samas toob väljapanek tugeva positiivse emotsiooni: *... et hirmsasti on vedanud, et olen süündinud tervena ja suutnud senise elu jooksul rasketest haigustest eemale hoida ning viib üldistuseni mingis mõttes paneb see[näitus]seda, mis*

sul on, rohkem hindama. Väljapanek ei õpeta riskijale küll midagi uut, kuid kuna ta teab, et ta endaga halvasti ringi käib, siis saab ta oma kahtlustele kinnitust: küllap see [väljapanek] kinnitas mõningaid kahtlusi.

Teise teadliku riskija jaoks (TR2) tähendab tähendab tervis *terviseriskide ennetamist*. Näitus kutsub teda tagasi: *Ilmselt tuleb see siin veel kord üle vaadata, see tekitab sellist huvi ja põnevust. Ma arvan, et selleks tuleks võtta tunde ja lausa paar korda, kuid samas teadvustab tema oma terviseprobleeme: Ilmselt ma tahaks veel kord lähemalt üle vaadata neid mitmesuguseid südameasju, kuna mul on endal probleeme südamega, kuivõrd tõsine see võiks olla ja millega lõppeda võib.*

Ignorantse riskija (IR1) leiab: *Sul kas on hea tervis või sul ei ole head tervist ja väljapanekust nägi ta ainult üht osa – sensatsiooni: hea emotsiooni, et sai jälle midagi nagu nähtud ja sai jälle räägitud teistele ja sai jälle midagi jagatud teistega, tema ise jääb kõrvale: eks sa näed neid rõvedusi nagu kõrvalt, aga see nagu nii palju ei mõjuta, niimoodi, et enda peale hakkaksin mõtlema.*

Teine ignorantne riskija (IR2) näeb tervist aga väga kitsalt: *terve olemine, mitte haige olemine*, ta vaatab näitust kui naturaalselt pildiraamatut: *see on tõsiselt huvitav, kui raamatust pilte vaadata, see on üks asi, aga kui asju päriselt vaadata, siis see on hoopis teine asi*. Ei seosta seda oma riskikäitumisega – on tarvitanud narkootikume, kuid tunneb sarnaselt teadliku riskijaga kergendust: *Jumal tänatud, et mul ikka kõik korras on.*

Kuigi me tervisekäitumise põhjal jaotasime informandid nelja rühma, saame me vastuvõtuviisi järgi rääkida viiest vastuvõtutüübist:

- VI. Tunnetab oma süüd riskeeriva käitumise pärast, kuid tunneb kergendust, et kõik on korras *Söön kahetsusväärset ebatervislikke asju... alkoholi ja suitsu kuritarvitan ja ei ole selle üle uhke... hirmsasti on vedanud, et olen suutnud senise elu rasketest haigustest eemale hoida.*
- VII. Haiguste nägemine teadvustab oma tervisehäda ... *tahaks veelkord lähemalt vaadata neid südameasju, kuna mul endal on probleeme südamega*
- VIII. Harrastab vältivaid tegevusi ja väljapanek kinnitab tema veendumusi *Ma olen õigesti käitunud ja nii peaksin ma edasi käituma.*
- IX. Väljapanek ei eruta, sest tervise teema ei ole aktuaalne *Ma olen ikka veel suhteliselt noor... praegu ei ole tervise teema nii aktuaalne*

X. Võtab väljapanekut kui kurioosumit. *Aga päris äge oli. Aa ja see laste ja loodetega, seda nägime ka, et see oli ka päris äge.*

Väljapaneku külastamisel ilma giidita on kommunikatsioon asümmeetriline ja ühekülgne. Kommunikatsioonis osaleja ei ole küll sunnitud passiivsusele, kuid ta ei saa suuniseid pakutava sisu ja vormi osas, ta ei saa astuda diskussiooni teavet pakkuva allika esindajatega. Uurijatele paistab, et väljapaneku külastuse mõju toimub tagant järele nn. kommunikatsiooni „two-step-flow” või „three-step-flow” kaudu. See tähendab seda, et tajutu muutub oluliseks, kui sellest usaldusväärsete inimestega kord või mitu räägitakse.

Kui Gunther von Hagensi väljapaneku „Body Worlds 1” vaatamisel Edmontonis (http://www.hsa.ca/news_and_media/new_releases/gunther_von_hagens_body_works_i_quit_campaign) jätsid suitsetajad oma poolikud suitsupakid kohe suitsetaja kopsude lähedale maha, siis meie analüüsi tulemused tõendavad teoreetikute teooria õigsust. Väljapanekul tajutut elatakse läbi kui teadaoleva kinnitust, see moodutab olemasolevale teadmisele selleks hetkeks uue tausta ja võib seostuda tajuja endaga. Läbi haigusseisundite nägemise teadvustub oma haigusvaba organism ja see võimendab organismi kahjustavat käitumist – suitsetamine, alkoholi liigtarbimine. Seega meditsiiniväljapaneku vaatamine väärtustab külastaja jaoks tema haigusvaba seisundit, tuues välja tema suure kasu: see, kellel on tervis, sellel on lootus, kellel on lootus, sellel on kõik. Et muuta väljapanek selliseks, et suitsetajad tõepoolest jätaksid suitsupakid suitsetaja kopsu kõrvale, tuleb ka meditsiinikollektsioonides luua sellele samale tõrvasele kopsule õiged kulissid, kasutada paremini ära ruumi kui kommunikatsioonimeediumi võimalused, et lasta objektidel tugevamini mõjuda.

Kokkuvõtteks saame öelda, et tavalises vormis, slaidiprogrammi ja originaalpreparaatidega illustreeritud, terviseedenduslik loeng koos järgneva juhitud väljapaneku külastusega kõnetab eelkõige neid, kes mitteriskijatena saavad kinnitust oma õigele käitumisele. Nende puhul aga, kes on juba tervist kahjustava tegevusega kokku puutunud, sõltub kommunikatsioon nende avatusest ja valmisolekust uut teadmist vastu võtta ning selle põhjal kas järeldusi teha või oma käitumist muuta. Kui aga riskikäitaja, kuulates küll ära loengu ja vaadates ringi ka väljapanekus, paneb end erinevatel põhjustel kommunikatsiooni jaoks „lukku”, siis sel moel edastatud sõnum nendeni ei jõua ja nad jätkavad oma riskikäitumisega. Seega tuleks riskikäitujatele läheneda neid endid rohkem kaasates ja mitteriskivas tegevuses silma paista lastes.

Üksikkülastaja puhul näeme me aga seda, et väljapaneku toime baseerub varasemale teadmisele, luues talle uue tausta. Inimese jaoks väärtustub haiguste foonil tema terve organism. Teadlike riskijate jaoks võib see võimendada juba varem olemasolevat teadmist nende enda organismi kahjustavast käitumisest ning väärtustada haigusvaba seisundit kui kasu, mis nad oma käitumise muutmisest saaksid. Kui aga sõnumi vastuvõtt blokeeritakse kas siis vaid ühe osaga kommuniqueerudes või vanuselise barjääriga, siis sõnum kohale ei jõua. Seega tuleb nende külastajatüüpide jaoks leida selline eksponaatide paigutus koos selgitustega, mis juhiks nende tähelepanu tervise teemadele üldisemalt, et tõsta nende üldist terviseteadlikkust, sest just eriti sellel külastajal, kes nägi väljapanekut kui kurioosumit, oli mitmeid teemasid, mille kohta ta arvas, et informatsiooni on liiga vähe ja riskis oma teadmatusest tervisega: *ma arvan, et rohkem võiks nagu rääkida... suitsetamisest või alkoholi halvast mõjust... kus nagu alkoholi halb tarbimine algab.*

Kasutatud kirjandus

- Adalbjarnardottir, S., Rafnsson, F.D. (2002) Adolescent antisocial behavior and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviors*, 27, p. 227-240.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1985) *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eysenck, H. (1990) Biological dimensions of personality. In: L.A. Pervin, Editor, *Handbook of personality: theory and research*, Guilford, New York.
- Flay, B.R., Hu, F.B., Richardson, J. (1998) Psychological predictors of different stages of cigarette smoking high school students. *Preventive Medicine*, 27, A9-A18.
- Goldberg, M.E., Fischbein, M., Middlestadt. (1997) *Social Marketing: Theoretical and Practical perspectives*. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gullone, E., Moore, S. (2000) Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of Adolescence*, 23, 393-407.
- Habermas, J. (1981) *Theorie des kommunikativen Handels*. Band I. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Suhrkamp.
- Harro, M. (2002) Sissejuhatus tervise edendamisel kasutatavatesse teoreetilistesse mudelitesse. D. Nutbeami ja E. Harrise raamatu "Theory in Nutshell. A Guide to Health Promotion Theory" alusel tõlkinud ja täiendanud M. Harro.
- Harro, M. (2005) Riskikäitumine Eesti noorte hulgas; olukord, ennetamine: teooria ja praktika. Ettekanne. Rahvusvahelise uimastiennetusprojekti „See on sinu valik” lõpetamise konverents. Tartu, 17. mai 2005.
- Health Sciences Association of Alberta
www.hsa.ca/news_and_media/new_releases/gunher_von_hagens_body_works_i_quit_campaign
- Herzlich, C. (1973) *Health and Illness*. London: Academic Press.
- Hover, S., Gaffney, L. (1998) Factors associated with smoking behavior in adolescent girls. *Addictive Behaviors*, 13, 139-145.
- Höglund, I. (2008) Hoiatavate reklaamide vastuvõtt noorte seas. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduskond, Ajakirjanduse ja kommunikatsiooni instituut.
- Kickbusch, I. (1997) Health-promoting environments: the next steps. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21, 4, p. 431-434.

- Knorring, K., von, Orelan, L., (1985) Personality traits and platelet MAO in tobacco smokers. *Psychological Medicine*, 15, 327-334.
- Lifeline. Medizin im Internet
www.lifeline.de/rauchen_actuell/content-120595.html
- Liiv, K. (2003) Suitsetamise seotus isiksuseomadustega teismeliseeas. Magistritöö rahvatervises. Tartu Ülikool, Tervishoiu instituut.
- Paat, G., Aaviksoo, A. (2009) Suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse hindamine. Lõppraport. 27. märts 2009. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. Prävention für Kinder und Jugendliche.
www.nichtraucher-in-5-stunden.de/html/praevention/fuer_kinder_und_jugendliche
- Public Ignorant About Poisons Found In Cigarette Smoke *Medical News Today*, 29. Dec. 2006.
[Http://www.medicalnewstoday.com/articles/59233.php](http://www.medicalnewstoday.com/articles/59233.php).
- Reinap, A. (2007) Online-intervjuu: Vastas narkomaaniaga võitleja Aleksander Laanemann, Postimees online, 18.04.2007.
<http://www.postimees.ee/210907/esileht/arvamus/255710.php>
- Simovska, V., Jensen B.B., Carlsson, M. Albeck, C. (2006) Laste ja noorukite tervise ja tasakaalustatud arengu suunas. Lapsed ja täiskasvanud tegutsevad koos ühise eesmärgi nimel. Metoodiline käsiraamat. Tervise Arengu Instituut, Kruuli Trükikoja AS.
- Toomsalu, M. (2009) Meditsiiniekspositsioon terviseteadlikkuse kommunikatsioonina. Magistritöö. TÜ Ajakirjanduse ja kommunikatsiooni instituut.
- Weinstein, N. (1983) Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2:11-20.
- Weinstein, N. (1984) Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3:431-457.

Tagasisideküsimustik

Lugupeetud meditsiinkollektsioonide külastaja!

Koostööpartnerid Tartu Linna Tervishoiuosakond ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna meditsiinkollektsioonid on oma töö täiendamise ja parandamise eesmärgil huvitatud, milline on Teie arvamus meditsiinkollektsioonides kuulatud tervisekasvatusliku loengu või ekskursiooni kohta. Palun täitke küsimustik ainult enda arvamusele tuginedes! Teie vastuseid kasutatakse usaldusväärselt ainult uuringu huvides.

Käesolev küsitlus on anonüümne.

1. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinkollektsioone (märkige ringiga):

- a) esimest korda
- b) teist või enam korda

2. Kas väljapanek oli Teie jaoks (märkige ristikesega vastavasse ruutu):

	Väga	Pigem jah	Pigem ei	Üldse mitte	Ei oska öelda
Uudne					
Tavaline					
Ebameeldiv					
Põnev					
Hariv, sain uusi teadmisi					
Keeruline					
Süda läks pahaks					
Igav					
Teadsin juba kõike					
Pani mõtlema					

3. Kuidas hindate väljaspool kooli toimuvate loengute vajalikkust? (märkige ringiga)

- a) väga vajalikud, mitmekesisstab õppetööd
- b) lisakohustus – kui ei kästaks, siis ei osaleks
- c) oleneb teemast

4. Kui tihti sisustate aega järgnevate tegevustega? (märkige ristikesega vastavasse ruutu)

	Sageli	Mõnikord	Harva	Üldse mitte
Loen raamatuid				
Loen ajakirju				

Teen sporti				
Vaatan televiisorit				
Käin teatris				
Käin kinos				
Käin muuseumis				
Veedan aega sõpradega				
Istun arvuti taga				
Joon alkoholi				
Käin reisimas				
Käin looduses				

5. Kas suitsetate?

- a) ei
- b) jah
- c) jah, kuid proovin maha jätta
- d) jätsin maha

6. Kas suitsetamine on tervisele kahjulik?

- a) ei ole
- b) on, aga ma ei hooli sellest
- c) on mingil määral
- d) väga kahjulik

7. Kust saate infot tervist puudutavate teemade kohta?

	Sageli	Mõnikord	Harva	Üldse mitte
Raamatutest				
Ajakirjadest				
Vanematelt				
Vanavanematelt				
Õpetajalt				
Sõpradelt				
Voldikutest				
Noortekeskusest				
Tootepakenditelt				
Näitustelt ja muuseumist				
Internetist				
Televiisorist				

Mujalt (kirjutage kust?).....

8. Kas loeng oli Teie jaoks:

	Väga	Pigem jah	Pigem ei	Üldse mitte	Ei oska öelda
Uudne					
Tavaline					
Ebameeldiv					
Põnev					
Hariv, sain uusi teadmisi					
Keeruline					
Süda läks pahaks					
Igav					
Teadsin juba kõike					
Pani mõtlema					

Veel midagi.....

9. Kas külastatud väljapanek või kuulatud loeng tekitas Teis huvi arstiteaduse vastu?

- a) jah b) ei c) mingil määral

10. Mis loengus kõige rohkem huvi pakkus? (kirjutage vabas vormis)

11. Kuidas arvate – kas sellise loengu kuulamine aitaks Teie sõbral suitsetamisest loobuda?

- a) kindlasti aitaks
c) mingil määral aitaks
d) ei aitaks
e) ei oska öelda

12. Mis on olulisim põhjus muuseumikülastuseks, kas

- a) hariduslik, saada uusi teadmisi
b) meelelahutuslik, tore aega veeta
c) kästakse tulla
d) mingi muu põhjus

13. Kas nähtud väljapanek või kuulatud loeng pani Teid oma tervise peale mõtlema? (võite valida mitu varianti)

- a) jah, ei hakka kindlasti kunagi suitsetama

- b) jah, proovin suitsetamise maha jätta
- c) mingil määral, hakkab rohkem oma käitumist jälgima
- d) sain teada palju asju, millele enne ei osanud tähelepanu pöörata
- e) loeng ei mõjuta mingil määral mu edaspidist käitumist

14. Kas väljapanek peaks sisaldama interaktiivseid seadmeid ja töötube katsete tegemiseks?

- a) jah, kindlasti – see muudaks külastuse huvitavamaks, kui ise saab aktiivselt osaleda
- b) ei, naturaalsed preparaadid on huvitavamad kui masinad
- c) midagi võiks olla, kuid mitte liiga palju
- d) ei oska öelda

15. Kui muuseum korraldaks uurimistunde, kas Te sooviksite neis osaleda?

(valige endale kõige sobivam variant)

- a) jah, kindlasti
- b) kõik sõltub toimumise ajast
- c) kõik sõltub uurimistest
- d) kõik sõltub uuringu juhendajast
- e) tahaksin osaleda, aga ei ole võimalik
- f) ei tuleks kindlasti, mulle ei meeldi õppida
- g) meditsiini ja tervise teemad mind ei huvita
- e) veel midagi

16. Kas tuleksite siia muuseumisse veelkord?

- a) jah, kindlasti
- b) võib-olla
- c) mitte mingil juhul

17. Milline eksponaat on Teie arvates väljapaneku põnevaim? (kirjutage vabas vormis)

18. Teie sugu (märkige ristikesega): naine mees

19. Teie haridus (tõmmake ring ümber):

- a) õpilane
- b) põhiharidus
- b) kesk-, keskeriharidus
- c) üliõpilane
- d) kõrgem haridus

20. Teie vanus: aastat.

Täname Teid nähtud vaeva eest!

Süvaintervjuude transkriptsioonid

1. intervjuu: informant - 23 aastane neiu, meditsiiniüliõpilane (I1N23)

I ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus?

I1N23. Õpin Tartus, Tartu Ülikoolis.

2. Kust olete pärit?

I1N23: Pärit olen samuti Tartust.

3. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinkollektsioone esimest või mitmendat korda?

I1N23: Tegelikult juba mitmendat.

4. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I1N23: Kuna olen meditsiinitudeng, siis ma kuulsin sellest väljapanekust põhimõtteliselt koolis ja valikaine raames kõigepealt.

5. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I1N23: Tahtsin pigem vanu asju meelde tuletada. Ja noh selline, praegusel ajal me enam neid preparaate ei näe, aga et huvitav on siiski uuesti üle vaadata veel.

6. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I1N23: Ikka.

Kas positiivses või negatiivses mõttes?

I1N23: Ikka positiivses, et selle ajaga, kui mina siin eelmine kord käisin, on ruumid ilusamaks muutunud ja väljapanek paremaks võib-olla, nii et selles mõttes paremas suunas on ikka kõik.

7. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseetmalisi näitusi olete veel külastanud?

I1N23: No kui seda põhimõtteliselt biomeedikumi all keldrikorrusel asuvat seda saali võiks ka selleks nimetada, siis toda. Aga ega rohkem ei olegi.

8. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I1N23: No väga erilisi emotsioone ta mul enam ei tekita, sest minu jaoks on see selline suhteliselt tavaline asi juba, aga huvitav oli siiski.

9. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I1N23: Võib-olla, kuna ma erialaselt kaldun ka natukene sinna poole, siis mulle meeldisid kõige enam igasugused loote väärarengu preparaadid.

10. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem, kui ainult loengu kuulamine?

I1N23: Kindlasti, selline näitlik materjal aitab alati kaasa.

11. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I1N23: Ja, miks mitte.

Miks?

I1N23: Eks enamus tuttavaid on mul arstiteaduskonnast, nemad nangunii tulevad, sest see on lihtsalt huvi. Aga ülejäänud tutvusringkonnast, noh võib-olla on neil ka põnev teada saada, millega mina tegelen ja kuidas nagu üldse inimene välja näeb seestpoolt.

II Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I1N23: Palju asju. See oleneb täiesti inimesest. Kellele seostub terviseiga üleüldine olukord, kellele sport, kellele miski muu. Minu jaoks on tervis põhimõtteliselt terve inimesega kaasnev seisund.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I1N23: Koolist ja raamatutest.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini inimesteni?

Noorteni?

I1N23: Eks inimesele mõjub võib-olla kõige rohkem televisioon, kui selle koha pealt võtta. Ja noh meedia üleüldse.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teile sõpradele üldiselt kõige enam muret?

I1N23: Ei teagi kohe. Pole nagu juttu olnud, mul endal pole küll midagi viga.

5. Mille kohta on nagu liiga vähe informatsiooni?

I1N23: Informatsiooni saab kõikide teemade kohta, kui vaid on huvi otsida, aga võib olla noorte koha pealt, kuna ma ise olen ka praegu noor, siis ma näen seda noorte aspektist rohkem, et siis. Eks noortele pööratakse küll tähelepanu, aga noh, võib-olla on vajalik läheneda teiselt tasandilt võib-olla natuke.

6. Millises vormis informatsiooni peaks siis pakkuma?

I1N23: Rohkem nagu, kuidas ma ütlen, võib-olla sellises noorelt noortele meetodil, et noh seda on hakatud üsna palju kasutama, ma arvan, et see nagu tasub ennast ära.

7. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite kuritarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I1N23: Pole kunagi narkootikume proovinud, pole suitsetanud, aga eks alkoholi seltskondlikus mõttes noh ikka.

Aga sõbrad, vanemad, õed-vennad?

I1N23: Olen kõiksuguste inimestega kokku puutunud. Nii päris noorte alkohoolikutega kui ka sellistega, kes narkootikume tarbivad, aga eks igaüks teeb oma elus oma otsused, kuidas tema elab.

8. Mida Te kõige meelsamini sööte? Millised on Teie toitumisharjumused?

I1N23: Seda, mille järgi isu on.

Kui tihti tavaliselt sööte, kas iga päev kindlal ajal?

I1N23: Ei päris kindlat toitumisrežiimi ei saa olla, aga õppetöö on kord õhtul, kord hommikul, kord hommikust õhtuni, aga eks ma ikka üritan päeva jooksul ühe sooja söögi kätte saada.

9. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I1N23: Ei oskagi öelda.

Kas ta pani Teid rohkem oma tervise üle mõtlema?

I1N23: Ma mõtlen niigi oma tervisele. Ega ta mind rohkem mõtlema ei pannud, aga ...üldiselt nii tekitas igasuguseid mõtteid.

10: On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada? I1N23: Ilmselt mitte.

Täna Teid intervjuu eest!

2. intervjuu – informant – 22-aastane neiu, majandusüliõpilane (I2N22)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I2N22:Õpin Tartus ja olen Tartust pärit.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikolleksioone esimest või mitmendat korda?

I2N22:Esimest korda külastasin seda konkreetset näitust.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I2N22: Mul sõber töötas siin. Ja eks seda reklaami oli linna peal ka.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama?

I2N22:Sellepärast, et tulin vaatama sellist etendust nagu „Frankenstein” ja siis lubati tasuta siia ka.

Mida lootsite eest leida?

I2N22: Ei noh, selles suhtes väga suuri ootusi ei olnud. Kuna ma niikuinii tulin siia, siis ma mõtlesin, et võib minna natuke varem ja natuke seda näitust ka vaatama. Aga päris äge oli. Põhimõtteliselt kokkuvõttes nagu ... Vaata ongi hea, kui suuri ootusi ei ole, siis nagu kokkuvõttes on nagu äge. Et nagu ületas ootusi.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I2N22: Jaa, absoluutselt. Väga huvitav oli.

Mis Te positiivses mõttes välja tooksite?

I2N22: Ee.... positiivses mõttes ma nagu ei oska öelda. Et (naerab) Sai ennast harida nagu mingi teatud nurga alt võib-olla.

Kas midagi torkas silma ka negatiivses mõttes?

I2N22: Ei, negatiivses mõttes ei saa sellisel näitusel nagu midagi olla. Võib-olla tõesti, kui kellelgi hakkab halb, kui midagi vaatab. Aga seal midagi negatiivset nagu ei ole.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, tervisetemalisi näitusi olete veel külastanud?

I2N22: Ega selliste näitustega nagu kokku väga ei puutu, kui ise meditsiinivallas ei tööta. Seda nagu väga ei ole.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I2N22: Hea emotsiooni, et sai jälle midagi nagu nähtud. Ja sai jälle räägitud teistele. Ja sai jälle midagi jagatud teistega. Huvitav oli.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I2N22: Võib-olla see, kuidas seal olid sellised imelikud faasid. Minu meelest olid seal välja toodud mingid kasvajakud A la mingis algstaadiumis ja kuidas nagu edasi läheb või mingi värk seal oli. Aa ja see laste ja loodetega. Seda me nägime ka, et see oli ka päris äge. Kuidas nad nagu kasvasid.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I2N22: Kindlasti mõjub. Paneb rohkem mõtlema, et kui sa visuaalselt näed, kui jube see on. Või mis nagu juhtuda võib. Või mingid suguhaigused ja asjad. Et see kindlasti mõjub, ma arvan. Koolinoortel on vaja siia tulla.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I2N22: Ja kindlasti.

Miks?

I2N22: See on hariv ma arvan. Või noh. Nagu huvitav ja hariv ja... ja hea ajaveetmisviis.

Miks mitte?

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I2N22: Tervis on tervis noh. Sul kas on hea tervis või sul ei ole head tervist.

Aga kui rääkida mingist tervislikust eluviisist?

I2N22: Tervislik eluviis seostub kohe rohelise salatiga ja trenniga. Spordiga noh.

Aga tervise kahjustamine?

I2N22: Suits. Esimene asi, kohe kindlasti. Narkootikumid ja kõik selline.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate temade kohta?

I2N22: Ajalehest, internetist, ajakirjadest. Ega ma ise surfama kuskil ei hakka, aga kui see info minuni jõuab, siis ma seda loen ja huvitun.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I2N22: Ee... ma arvan, et mingisugused sellised ajakirjad on päris hea koht, et tervisest rääkida. See on päris asjalik. Et siis ajalehed, ajakirjad.

Aga internet?

I2N22: Kui internetis, siis tuleb mingisugused bännerid panna, mis mulle meelde tuletaksid, siis ma võiksin vaadata. Aga ise ma nagu otsima ei hakka.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teile sõpradele üldiselt kõige enam muret?

I2N22: Seljavalud, migreenid. Ei noh, eks ta nii ongi, et kõigil omad hädad tulevad. Ma ei tea millest, kas mingitest asjadest või õnnetustest või mis iganes asjadest. Et jah. Ma ei tea, eks see praegu olegi, et kõigil istuv eluviis ja õlad kanged ja see värk ma arvan.

Mille kohta on liiga vähe informatsiooni?

I2N22: Ma arvan, et rohkem võiks nagu rääkida, ma ei tea, suitsetamisest. Või alkoholi halvast mõjust. Eks see alkohol on ka vaata halb, aga sellest nagu väga vähe räägitakse. Et teooria on kindlasti ähmane. Et kus sa oled nagu juba joodik, või kus nagu halb alkoholi tarimine algab. Seda piiri nagu ei oska nagu rääkida, et aru

saaks. Aga nagu nooremad, kes joovad ja mõtlevad, et on äge juua. Et see reaalselt saaks neid kuidagi nagu mõtlema panna.

Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I2N22: Noorteni ma arvan, jõuab kõige paremini, kui keegi läheb neile rääkima. Kui keegi, kes on ise alkohoolik. Samamoodi, vaat nagu nendele noortele. Vaat see poiss, kellel oli mingi autoõnnetus. Ja siis ta kaotas võime kõndida ja jäi ratastooli. Sihukesed asjad panevad päris mõtlema. Muu, ma arvan, noori eriti ei kõiguta. Mingid sellised ilutsevad asjad nagu postrid või. See nagu väga ei mõju. Et siis kui rünnata, siis täiega.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I2N22: Alkohol. Jaa (naerab) Eks reedeõhtuti ikka võib, ma arvan. Vahest isegi sõpradega koos olles juua, ma arvan, et see nagu väga hull ei ole. Aga noh reaalselt ka nagu ei tea, palju see mind kahjustab või mis ta nagu teeb. Et ega ma ei suitseta nagu regulaarselt ja... Ses suhtes ma arvan, et ma ikkagi olen normaalne. Narkootikumid ei tule kõne allagi.

Sõbrad, vanemad? Kuidas nendega lood on?

I2N22: Mu isa on suhteliselt karsklane, nii et tema ei joo peaaegu üldse. Ja ema joob ka päris vähe. Vanemate poolt ei joo nagu keegi eriti. Suitsetamist noh on, ses mõttes, et mu vend nagu suitsetab, aga see ei tähenda nagu seda, et see mind mõjutaks.

6. Millised on Teie toitumisharjumused? Mida Te kõige meelsamini sööte?

I2N22: Rämpstoitu (naerab) Ei no loomulikult, ega ma iga päev ju ei suudakski süüa. Ma arvan, et ma süüa niimoodi hooti. Et vahepeal tuleb mingisugune supiisu ja siis salati tuju ja siis mingit pitsat või muid selliseid asju. Hamburgerit endale näost sisse ajada.

Kui tihti te tavaliselt sööte?

I2N22: Jah, eks ta kuidagi on kujunenud niimoodi, et kui kõht tühjaks läheb, siis sööd. Ma ei söö hommikusööki ka on ju. Et lõuna ajal ja õhtul.

7. Milliseid mõtteid tekitab väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I2N22: Ära seksi võõraste inimestega (naerab.) Kunagi ei tea, mis sa saada võid. Ma ei oska öelda. Eks sa näed neid rõvedusi nagu kõrvalt. Aga see nagu niipalju ei

mõjuta. Niimoodi, et enda peale hakkaksin mõtlema. Oo, et kas mul nüüd selline asi võib olla. Ma ei mõtle selle peale.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I2N22: Ei ole. Väga tore intervjuu oli.

3. intervjuu – informant 28-aastane noormees, semiootikaüliõpilane (I3M28)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I3M28: Jah, õpin Tartus. Nii vahelduva eduga ... Olen muidu Tallinnast.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikolleksioone esimest või mitmendat korda?

I3M28: Esimest korda. Kas ma peaksin nüüd häbi tundma?

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I3M28: Sõber rääkis ja soovitas. Ausalt öeldes ega ma ei käi ka soovitamise peale eriti sellistes kohtades ... Aga sattusin juhuslikult lähistele, vaba aega oli ka ja siis tuli see soovitus uuesti meelde. Imelik oli natuke üksinda muuseumisse minna küll keset laupäeva ... aga.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I3M28: Kunagi põhikoolis külastasin muuseumi Peterburis, ...nimi ei tule nüüd meelde ... see tundus tollal väga põnev. Lootsin, et siin saab olema sama huvitav.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I3M28: Ei oodanud, et paljud asjad suudavad üsna küünilist ja külma närviga inimest nagu mina siiski oma tervise üle mõtlema panna. Sisenesin skepsisega selles suhtes, kas väljapanek on konkreetselt minu tervise suhtes relevantne. Väljusin veendununa, et on. See on kahtlemata hea asi.

Kas midagi üllatas kas negatiivses või positiivses mõttes?

I3M28: Loomulikult ei omanud paljud üsnagi kurvad ja kummalised eksponaadid enam nii tugevat šokeerivat mõju kui samalaadsed asjad lapsena Peterburis. Selle võib aga panna täiskasvanu kalestumuse arvele. Ma arvan.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseteemalisi näitusi olete veel külastanud? I3M28:Tallinna Tervishoiumuuseumis, samuti lapsena. Kooliga käisime mitu korda seal. Õppisin kesklinnas. Ja siis see muuseum Peterburis.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab?

I3M28: Et olen oma elu valesti elanud ...(naerab). Teiselt poolt jällegi seda, et on hirmsasti vedanud, et olen sündinud tervena ja suutnud senise elu jooksul rasketest haigustest eemale hoida.... Mingis mõttes paneb see seda, mis sul on, rohkem hindama, loomulikult.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I3M28: Ei oska midagi konkreetselt välja tuua. Eks mingil perverssel moel paeluvad ikkagi need šokeerivad näited deformatsioonidest ja muu selline kõige rohkem. On see rikutud mõtlemine või ongi see inimloomuses, ei oska öelda.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I3M28: Absoluutselt, kahtlemata. Eriti kui ei ole erialainimene Siis on ikka vaja puust ja punaseks teha, et midagi kolpa jõuaks.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist? Miks? Miks mitte?

I3M28: Ma ei tea, kas just soovitan ... Ma ise olen igasuguste soovitude suhtes väga skeptiline ... Aga kindlasti räägin ja olengi juba rääkinud sellest sõpradele... Ja ikka positiivselt. Loomulikult on see omamoodi põnev ja kasulik.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I3M28: Hehee... Tervisega seonduvad teemad on sellised, mis minu vanuses hakkavad juba hinge kriipima... Eriti kui tead, et peaksid tegelikult oma keha suhtes targemalt käituma. I3M28: Kipud ikka mõtlema, et loll oled, et sedamoodi või todamoodi teed ja siis sõimad mõttes ennast, et nii laisk ja nõrk oled.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I3M28: Nagu tänapäeval ikka, siis peamiselt netist. Kui mingi küsimus tekib, siis Wikipedia lahti. Ja ajakirjanduses terviseteemalisi artikleid ka ikka loen, kui kätte satub. Telekat ma ei vaata, nii et selle kohta ei oska öelda, aga kirjutavas pressis päris üle ka ei libise.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I3M28: Küllap on see väga individuaalne... Ma ei oska öelda... Minuni ikkagi Interneti kaudu ... Kuigi vanemad hakkavad ka jõudma sellise vanuseni, et neil on üht-teist rääkida.

4. Millised tervise-teemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teile sõpradele üldiselt kõige enam muret?

I3M28: Endal ja ka mõnel lähedasel inimesel on olnud probleeme depressiooniga, ehk see on olnud suurim mure. Kogu see haigus seisenbki ühes suures mures. Ja eriti meist vanemal põlvkonnal on seda haigust väga raske mõista. Seda ei peetagi nagu haiguseks, vaid ... Ma ei tea ... Mingiks iseloomunõrkuseks või ... Et oma viga on või nii.

Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I3M28: Ma arvangi, et depressioonist räägitakse liiga vähe. Minu ümber on see mõjutanud niivõrd paljusid noori inimesi, see ei saa olla kokkusattumus. Järelikult on tegemist ikka väga tõsise probleemiga. Depressioonihaiget vajavad mõistmist ja tuge ja minu meelest ühiskond ei paku seda piisavalt. Kõlab hirmsa targutamisena, eks ole?

Aga kuidas ja kus siis sellest probleemist peaks rääkima?

I3M28: Igal võimalikul viisil. Depressioonihaigete jaoks on tähtis teada, et nad ei ole ükski ja nad ei ole ainukesed. Ja et on inimesi, kes on sama kogenud ja sellest üle saanud. Võiks olla avameelseid intervjuusid selliste inimestega ja nii edasi...

5. Depressioon on väga tõsine teema. Sellega on seotud vist ka meelemürkide tarbimine. Millised on Teile suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise? Sõbrad, vanemad?

I3M28: Alkoholi ja suitsu kuritarvitan jah. Ja ei ole selle üle uhke. Narkootikume ja ravimeid ei tarvita üldse, isegi valuvaigisteid või aspiriini ei võta, lihtsalt ei tunne vajadust. Aga suitsetamise mahajätmise plaan on täitsa olemas. Tunnen, et veel ei ole asi liiga kaugemale läinud. Praegu oleksin veel võimeline.

Aga Teile sõbrad? Näiteks need, kellel oli probleeme depressiooniga?

I3M28: Ma siinkohal toonitaksin, et mul endal enam ei ole probleeme depressiooniga, olen üks neid õnnelikke, kes on sellest üle saanud. Aga jah, tihti otsitakse sel puhul pudelist lohutust jah. Loomulikult on see enesepettus, see teeb asja ainult hullemaks. Üldiselt tuleb öelda, et minu sõpruskonnas tarvitatakse alkoholi palju ja tihti. Samas, narkootikume peaaegu üldse mitte. Küllap oleme juba liiga vanad! (naerab).

6. Millised on Teile toitumisharjumused? Mida Te kõige meelsamini sööte? Kui tihti te sööte, kas iga päev kindlal ajal?

I3M28: Söön kahetsusväärset ebatervislikke asju. Meeldib, kui on palju liha ja mõnusalt rammus ... Samas maitsevad puuviljad ka väga. Ja magusat ei söö peaaegu

üldse, saiakesed ja tort ei lähe üldse sisse. Söön tavaliselt kaks korda päevas, tihti ka ainult ühe korra. Lõuna ajal, ja kui viitsin, siis ka õhtul, aga veidi kergemalt.

7. Milliseid mõtteid tekitab väljapaneku küllastamine Teie enda tervisega seoses?

I3M28: Et tagumine aeg oleks mingeid asju muuta. Samas – see ei ole midagi, mida ma ei oleks juba teadnud, nii et seda ei saa täielikult väljapaneku arvele panna. Küllap see lihtsalt kinnistas mõningaid kahtlusi.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I3M28:Ee... Noh, mis ma ikka oskan lisada ... Ütlesin vist kõik juba ära ...

4. intervjuu – informant on 37-aastane doktorant, inglise filoloog (I4N37)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I4N37: Olen Tartust, õpin Tartus, olen doktorant, samal ajal töötan tõlgete vallas ja siis veel õpetajana ka, õpetan inglise keelt.

2. Kas küllastate arstiteaduskonna meditsiinikolleksioone esimest või mitmendat korda?

I4N37: Teist korda nüüd.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I4N37: Esimest korda ma kuulsin tegelikult seoses selle etendusega „Faust” (Frankenstein) või mis ta oli, siis me käisime ja vaatasime seda, aga enne ma ei teadnud.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I4N37: Ma olin kuulnud sellest oma ema käest, et need asjad on nagu hästi haruldased, mida siin näidatakse, aga tegelikult ma ei osanud nagu midagi eriti oodata, sest ma ei olnud varem midagi sellist üldse kohanud. Eelmisel korral oli vähe aega ja nüüd ma tulin nagu asja uuesti üle vaatama.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I4N37: Ma arvan, et kuna neid ootusi nagu ei olnud, siis nähtu mulle meeldis, sest ta jättis sellise sügava mulje ja pani mõtlema.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, tervisetemalisi näitusi olete veel küllastanud?

I4N37: Tegelikult ei ole, kahjuks ei ole jah.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I4N37: Ilmselt tuleb see siin veelkord üle vaadata, see tekitab sellist huvi ja põnevust. Ma arvan, et selleks tuleks võtta tunde ja lausa paar korda.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I4N37: Ma ei oskagi öelda, mis kõige huvitavam oli, aga kõige õõvastavam oli muidugi see embrüoloogiatuba seal.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I4N37: Oi, seda kohe kindlasti, sest see loeng ei ole pooltki nii efektiivne, ilma nende preparaatideta.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I4N37: Ja kindlasti kohe, ma arvan, et see on väärt vaatamist, et ennast harida niiöelda seestpoolt, mis võib juhtuda, sa ei tea, millega need asjad lõppevad, kui terviseriskidest rääkida.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I4N37: Tervis, ilmselt hästi isiklikus plaanis esmaselt hakkad mõtlema ja siis terviseriskide ennetamine ja üldiselt ma ei ole tervislik inimene, teoorias olen ma tugev, praktikas nõrk, mul on palju pahesid.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I4N37: Ilmselt ajalehtedest ja ajakirjadest, mis kätte sattuvad, tegelikult ma ikka loen neid ja siis veebiväljaannetes ka, seda eriti siis, kui see on nagu rohkem endaga seotud, mingite muredega.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini inimeseni/noorteni?

I4N37: Minuealise puhul ikka vast ajalehtedest, ajakirjadest, aga päris noorte puhul ma ei oskagi öelda. Ma mõtlen oma tütre peale, kes on 16, siis ilmselt üsna palju ikka koolist, sest neil ikka on seal mingid tervisõpetuse tunnid ja gümnaasiumis ka ikka tunnid, kas bioloogiaga seoses või midagi taolist.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret?

I4N37: Ilmselt seoses vanusega ja igasugused naiste probleemid, siis varem olid need lapse saamisega seotud riskid kindlasti, ja mul on süda haige, ja sellega seotud asjad.

Millise kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I4N37: Ilmselt on seda raske pakkuda, sest terviseiga seotud probleemid on sageli diskreetsed. See eeldab sellist diskreetset vormi, et oleks hää, et kui sul on probleem, et saad küsida. Praegu on sellega nagu halvasti.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega?

I4N37: Suitsetan juba aastaid, tean, et see pole tervislik, olen proovinud maha jätta, ei õnnestunud. Alkoholi ma tarbin, aga ma arvan, et väga mõõdukalt, narkootikume ei ole kunagi elus proovinud. Ravimitest, jah ma tarvitan neid, nii nagu välja kirjutatakse, nii ma tarvitan neid. Selles suhtes ma usun farmaatsiatööstusse.

Sõbrad, vanemad?

I4N37: No suitsetajaid ikka on ja natuke napsi.

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I4N37: Kehvad, päris kehvad, kui ikka arvestada, et ma olen ikka praktikas nõrk.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku külastamine Teie enda terviseiga seoses?

I4N37: Ilmselt ma tahaks veelkord lähemalt vaadata neid mitmesuguseid südameasju, kuna mul on endal probleeme südamega, kuivõrd tõsine see võiks olla ja millega see lõppeda võib.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I4N37: Aitäh, et palusite intervjuud, sai nagu asja läbi mõelda. Tore oli rääkida.

5. intervjuu – informant on 25-aastane noormees, TÜ magistrant, politseitöötaja (I5M25)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I5M25: Õpin Tartus, pärit olen Tallinnast ja töotan ka Tallinnas politseiliinis

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone esimest või mitmendat korda?

I5M25: Esimest korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I5M25: Koolis tegelikult kuulsin, aga vaatasin veel internetist juurde.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I5M25: Mul oli Tartus veidi vaba aega ja ma tulin oma silmaga vaatama, mis ta siis tegelikult endast kujutab.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I5M25: Jah, vastab küll, et kui võrrelda veebis olevat, siis väljas on ikka tunduvalt rohkem ja huvitav. Positiivses mõttes üllatas see, et väga suur töö on ära tehtud, et seda infot on ikka kogutud väga põhjalikult.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, tervise teemalisi näitusi olete veel külastanud?

I5M25: Kusagil koolieas vist viidi klassiga kuskile tervishoiumuuseumisse, aga see oli algklassides.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I5M25: Ma arvan.... Ma arvan, et ta paneb inimest ikka mõtlema, samas osadel inimestel võib tekkida mingisugune vastuseis. Ma arvan, et kui juures on giid, kes kõik lahti seletab, siis saab selle positiivse nagu kõik välja tuua.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I5M25: Ma arvan, et see võib-olla üldine, et need kõik nii öelda haiguste moodused ja see ... see väärengute pool. Inimesed nagu teavad, et see on olemas, aga realselt näha, see on midagi muud

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I5M25: Kindlasti ta mõjub, pilt ütleb rohkem kui tuhat sõna ja kui sa tead, et see on reaalne või et ta kajastab reaalset, siis see on ikka teine.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I5M25: Ma olen juba soovitanud.

Olete juba soovitanud, aitäh. Aga miks?

I5M25: See on huvitav ja see on päris

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I5M25: Täna ikka kõige rohkem sport ja mingil määral toiduvalik

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I5M25: No ma olen ikka veel suhteliselt noor ja ma seda infot nagu põhimõtteliselt eriti veel ei otsigi.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I5M25: Ma arvan, et kooli kaudu ikkagi, et see on puhtalt nagu õpetajate rida, et kuivõrd nad sellest räägivad, aga see on koht, kus seda võiks teha, aga saada kusagilt netiavarustest noori kätte, siis see on praktiliselt võimatu, see et nad sealt nagu vabatahtlikult midagi lugema hakkavad, ei usu.

4. Millised tervise-teemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret? Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I5M25: Ma ei oska sellele küsimusele vastata, sest see siamaani pole olnud nagu teema, ma arvan, et me oleme veel selles vanuses, kus kokku tulles ei räägita terviseprobleemidest peaaesjalikult. Aga et, millises vormis peaks tervise kohta informatsiooni pakkuma. Ma arvan, et voldikud ja posterid võib kohe kõrvale jätta, sest neid on nii palju ja kõik valdkonnad tahetakse ära katta voldikute või posteritega ja neid on nii meeletult palju. Aga muidu sotsiaalreklaam, lihtsalt ajupesu ja sedapidi.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I5M25: Suitsetanud pole kunagi, narkootikume pole ka proovinud kunagi, alkoholi aeg-ajalt tarvitan, kuid arvan, et olen suhteliselt mõõdukas.

Aga Teie sõbrad, vanemad?

I5M25: Mul on ses suhtes tõesti hästi läinud, et minu tutvusringkonnas väga üksikud suitsetavad, et selle koha pealt ei oska nagu midagi eriti kaasa rääkida, nii et...

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I5M25: Mõtlen ikka, mida süön, millal, sellega on iseasi.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I5M25: Otselt nagu nii öelda, enda tervisele, see ring vähemalt mõtteid ei viinud, et see on nagu võib-olla natukene kõrgema vanuse teema, praegu ei ole tervise teema nii aktuaalne.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I5M25: Ma arvan, et selline väljapanek peaks olema aktuaalne, et näidata seda laiamale rahvale, et see peaks olema nagu veebis paremini kajastatud ja siis rahvas tuleks ja asi mõjuks.

6. intervjuu – informant on 19-aastane austerlanna, meditsiiniüliõpilane (I6N19)

(intervjuu originaalis saksakeelne)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I6N19: Õpin Viinis ja pärit olen ka Viinist.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikolleksioone esimest või mitmendat korda?

I6N19: Absoluutselt esimest korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I6N19: Kuulsin Madlenilt, me tulime talle Tartusse külla ja tema rääkis mulle

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I6N19: Me tulime siit juhuslikult mööda ja siis mul tuli meelde ja Madlen pakkus, et läheme sisse, et on põnev.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele? Millised on esmased muljed, kas positiivsed või negatiivsed?

I6N19: Ja, oli väga huvitav seda näitust vaadata ja muljed on õigupoolest positiivsed.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseemalisi näitusi olete veel külastanud?

I6N19: Olen käinud Viinis, meil on seal ka niisugune näitus, preparaatidega ja selline.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I6N19: Huvitav on vaadata, missuguseid haigusi kõik on.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I6N19: Väärarengud ja tegelikult ikka kõik preparaadid.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I6N19: Ja kindlasti, ma usun küll, et kindlasti.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I6N19: Ja soovitaksin küll, põnev.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I6N19: Ennast hästi tunda.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I6N19: Koolist tegelikult, ülikoolist.

Ajakirjadest, internetist?

I6N19: Pole aega eriti lugeda, aga kui on probleem siis leiab internetist küll.

3. Millised terviseetemelised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret?

I6N19: Liikumisvaegus on kõige suurem probleem.

Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I6N19: Informatsiooni on kõige kohta piisavalt.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega?

I6N19: Ja ma suitsetan ja joon vahel alkoholi, aga ainult nii noh nädalalõppudel, narkootikumid ja ravimid – ei.

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I6N19: Sport ja siis puu- ja juurviljad.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku küllastamine Teie enda tervisega seoses?

I6N19: No siin näed, kui palju erinevaid haigusi eksisteerib, mille all inimene kannatada võib ja hakkad mõtlema, kuidas neid vältida saaks ja nii noh.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I6N19: Ei vist mitte.

7. intervjuu – informant on 16-aastane austerlanna, gümnaasiumiõpilane (I7N16) (intervjuu oli originaalis saksa keeles)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I7N16: Õpin Viinis ja pärit olen ka Viinist.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone esimest või mitmendat korda?

I7N16: Ja, esimest korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I7N16: Tuttavate käest kuulsin, et selline näitus Tartus on.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I7N16: Mind toodi, ma tegelikult ei teadnudki, kuhu me läheme (naerab).

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I7N16: Oodata ei osanud ma midagi, aga oli väga huvitav.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseteemalisi näitusi olete veel külastanud?

I7N16: Ei, tänaseni ei ole.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I7N16: Emotsioonid on vaid positiivsed.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I7N16: Väärarengud.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I7N16: Ja võib ettekujutada küll.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I7N16: Ja.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I7N16: Enese hästi tundmine.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I7N16: Koolist ja ajakirjadest.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I7N16: Ajakirjadest.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret? Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I7N16: Ei. Ma ei arva, et informatsiooni on vähe, informatsiooni on küllalt.

5. Mida tähendab Teie arvates terve elulaad? Milline on Teie toitumine?

I7N16: Terve elulaad, tervislik toitumine, sport ja nii edasi. Ma vähemalt jälgin seda.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I7N16: Ja tekitas.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I7N16: Ei

8. intervjuu – informant on 19-aastane neiu, Tartu gümnasist (I8N19)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I8N19: Olen Eestist pärit, Tartust ja õpin Tartus.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone esimest või mitmendat korda?

I8N19: Ei, teist korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I8N19: Tean seda lihtsalt, sest igal pool on kuulutused üleval ja ma tean seda lihtsalt.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I8N19: Lootsingi eest leida seda, mida ma siit leidsingi, et erinevad haigused ja need väärarengud ja...

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I8N19: Ja, vastab küll.

Kas postiivses või negatiivses mõttes?

I8N19: Positiivselt, ja.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseteemalisi näitusi olete veel külastanud?

I8N19: Ei ole.

8. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I8N19: Muidugi, kindlasti!

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I8N19: Ma juba soovitasin, sest see on tõsiselt huvitav, kui raamatust pilte vaadata, see on üks asi, aga kui siin asju päriselt vaadata, siis see on hoopis teine asi.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I8N19: Terve olemine, mitte haige olemine.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I8N19: Kodu, televisionn, ajalehed ja ajakirjad.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teieni?

I8N19: Kodu.

4. Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I8N19: Võib-olla alkoholi kohta, sellest võiks ikka rohkem rääkida.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I8N19: Harva, kokkupuuteid on olnud, aga mitte väga.

Aga narkootikumide tarvitamine, ise olete tarvitanud?

I8N19: Ja.

Sõbrad, vanemad?

I8N19: Ja

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I8N19: Püüan ikka nii tervislikult kui võimalik, rämpstoitu ei söö.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku küllastamine Teie enda tervisega seoses?

I8N19: Jumal tänatud, et mul ikka kõik korras on.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I8N19: Väga vahva väljapanek oli see ikka ja loodetavasti areneb siit edasi.

**9. intervjuu – informant on 16-aastane Pärnu neiu, gümnasist (I9N16)
I. ekspositsiooniblokk**

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I9N16: Olen pärit Pärnust, olen 16 aastane ja õpin Pärnu Ühisgümnaasiumis

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikollektsioone esimest korda?

I9N16: Jah, tegelikult küll jah.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I9N16: Ei mäletagi, olen nagu kogu aeg sellest teadnud, Tartu on selle poolest kuulus.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama?

I9N16: Huvi pärast.

Mida lootsite eest leida?

I9N16: Seda kõike, mis ma siin nägin.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I9N16: Ja vastas küll, kuigi ma arvan, et seda kõike oli minu jaoks raske aru saada, kuna ma ise ei ole seda veel kõike õppinud.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseemalisi näitusi olete veel külasthanud?

I9N16: Reaalselt vist ei ole.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I9N16: Huvitav, põnev, pani soovima, et tahaks nagu juurde õppida, rohkem teada saada.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I9N16: Võib-olla see ... mitte need lihtsalt organid, aga need väärarengud ja haigused ja..

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I9N16: Kindlasti.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I9N16: Ja, ja kõigile, kes on sellest huvitatud ja kõigile teistele ka.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I9N16: Noh kõik, see... see tervislik toitumine ja enda eest hoolitsemine, oma keha eest.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I19N16: Internetist, ajakirjadest.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I9N16: Internetist, televisioon, kõik see meediavärk, kui mul mingi spetsiaalne huvi tekib, siis ma saan ise tegelikult otsida.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret? Mille kohta on liiga vähe informatsiooni? Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I9N16: Ma ei ole selle teemaga küll kuigi põhjalikult tegelenud, kuid ma arvan, et siinamaani ma olen saanud piisavalt informatsiooni

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise? Sõbrad vanemad?

I9N16: Ise olen muidugi tugevalt suitsu ja narkootikumide vastu, alkoholi ma arvan, et see on mõistuse piires, aga kui mõistust piisavalt ei ole, siis ei tohiks tarbida.

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I9N16: Ma ei toitu ainult tervislikult, ma arvan, aga ainult rämpstoitu ma ka ei söö.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I9N16: Kindlasti mõjutab, et vaatad, et reaalsuses, mis need haigused siin on ja et oma kehas midagi sellist toimub või juhtub või...

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I9N16: Väga huvitav oli ja ma arvan, et ma tulen kindlasti siia tagasi.

10. intervjuu- informant on 19-aastane Tartu Kutsehariduskeskuse õpilane (I10N19)

1. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I10N19: Õpin Tartus ja pärit olen Tartust.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinikolleksioone esimest või mitmendat korda?

I10N19: Esimest korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I10N19: Juba algklassides ma olin sellest kuulunud ja nüüd räägiti ka.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama??

I10N19: Sest ma pean pärast selle kohta kirjutama raporti ja...

Mida lootsite eest leida?

I10N19: Lootsingi näha mitmeid erinevaid haigusi, mis tänapäeval levinud, kuulsad.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I10N19: Ja vastab.

Positiivses või negatiivses mõttes?

I10N19: Positiivses.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, tervisetemalisi näitusi olete veel külastanud?

I10N19: Ei olegi vist.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I10N19: Natuke vastu hakkas mõnel hetkel, külmavärinad tekkisid vahepeal.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I10N19: Siin ruumis need asjad kappides (mumifikatsioonid), jah mumifikatsioonid.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I10N19: Mõjub küll, palju rohkem.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I10N19: Ja ma soovitaksin, sest paljud suitsetavad, aga siin on näha neid suitsetaja kopse ja mittedsuitsetaja kopse.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I01N19: Sport, tervislik toitumine, ja rõõm, rõõm.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I10N19: Koolist, telerist.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I10N19: Teler –ETV.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teie sõpradele üldiselt kõige enam muret? Mille kohta on liiga vähe informatsiooni?

I10N19: Mina isiklikult kardan vähki, sugulastel on väga palju.

Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I10N19: Ei teagi, ei tohiks keerulisi sõnu olla.

5. Millised on Teie suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I10N19: Ei suitseta, narkootikume ei tarvita, alkoholi minimaalselt.

6. Millised on Teie toitumisharjumused?

I10N19: Söön palju salateid, vahel söön kiiruga, vahel pole lihtsalt isu, vahel jätan hommikusöögi ära

7. Milliseid mõtteid tekitab väljapaneku külastamine Teie enda tervisega seoses?

I10N19: Peaks käima tihedamini arstikontrollis.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I10N19: Ei ole nagu.

11. intervjuu – informant on 20-aastane Tartust pärit Tartu Kutsehariduskeskuse õpilane (I11N20)

I. ekspositsiooniblokk

1. Kas õpite Tartus? Kust olete pärit?

I11N20: Olen pärit Tartust ja õpin ka Tartus.

2. Kas külastate arstiteaduskonna meditsiinkollektsioone esimest või mitmendat korda?

I11N20: Olen juba mitmendat korda.

3. Kust kuulsite sellest väljapanekust?

I11N20: Ma arvan, et ma lugesin sellest kuskilt.

4. Miks tulite väljapanekut vaatama? Mida lootsite eest leida?

I11N20: Midagi, mida ma enim, varem tähele ei pannud.

5. Kas nähtu vastab Teie ootustele?

I11N20: Jah.

Positiivses või negatiivses mõttes?

I11N20: Positiivses mõttes.

6. Missuguseid meditsiiniväljapanekuid, terviseteemalisi näitusi olete veel külastanud?

I11N20: Nimeliselt ma ei tea, ma ei oska nii öelda, aga olen küll käinud.

7. Missuguse emotsiooni väljapanek Teis tekitab? Kas Te selgitaksite natuke detailsemalt?

I11N20: Paneb ikka mõtlema, et hea, et ma midagi ei tarbi või mingeid mõnuaineid ei kasuta.

8. Mis nähtud väljapanekus oli Teie jaoks kõige huvitavam?

I11N20: Võib-olla väärarengud või see... jah.

9. Kuidas tundub, kas taolise väljapaneku vaatamine, oma silmaga erinevate ohtude ja tagajärgede nägemine, mõjub rohkem kui ainult loengu kuulamine?

I11N20: Kindlasti mõjub.

10. Kas soovitaksite ka oma tuttavatele selle näituse külastamist?

I11N20: Jah soovitaksin küll.

Miks?

I11N20: Ma usun, et see oleks neile kasulik.

II. Terviseblokk

1. Mis Teil üldse seostub sõnaga „tervis“?

I11N20: Nii vaimne kui füüsiline tervis.

2. Kust saate tavaliselt informatsiooni tervist puudutavate teemade kohta?

I11N20: Koolist, raamatutest, vanematelt.

3. Millise nimetatud kanali kaudu jõuab Teie arust kõige kergemini noorteni?

I11N20: Õpetajatelt.

4. Millised terviseteemalised probleemid valmistavad Teile endale või Teile sõpradele üldiselt kõige enam muret? Mille kohta on liiga vähe informatsiooni?

I11N20: Nagu kasvõi selles mõttes, et informatsiooni on palju, aga tahet on vähe.

Millises vormis informatsiooni peaks pakkuma?

I11N20: Selline hästi mõtlemapanev võib-olla, ähvardav.

5. Millised on Teile suhted alkoholi, suitsetamise, narkootikumide ja ravimite tarvitamisega? Kas tarbite neid ise?

I11N20: Ei tarbi.

Sõbrad, vanemad?

I11N20: Vanemad ei tarbi, osa sõpru küll.

6. Millised on Teile toitumisharjumused?

I11N20: Raske küsimus, armastan juurvilja, söön üsna kindlatel kellaegadel 4 korda päevas.

7. Milliseid mõtteid tekitas väljapaneku küllastamine Teile enda tervisega seoses?

I11N20: Et ma olen käitunud õigesti ja ma peaksin nii edasi käituma.

8. On Teil veel mingeid omapoolseid kommentaare? Midagi, mida tahaksite lisada?

I11N20: Ei ole.