



Healthy Inclusion

Tervislik kaasamine – migrantide osalus ja kaasatus tervisedendusesse

Projekti „Healthy Inclusion” tulemuste kokkuvõte II

Rainer Reile

Anna Markina

Tartu Ülikooli Tervishoiu instituut

Mai 2010



Fonds Gesundes
Österreich



ZonMw



FORSCHUNGSINSTITUT
DES ROTEN KREUZES

Funded by the European Commission, DG Health and Consumers, Public Health

This publication reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein

Sisukord

Sissejuhatus.....	3
Projekti lühikirjeldus.....	3
Uurimismeetod ja valimi kirjeldus.....	5
Tulemused.....	8
Migrandid ja tervis.....	8
Tervisedendust puudutavad hoiakud ja arusaamad.....	8
Tervisedenduslike teenuste kasutamine ja kättesaadavus.....	9
Tervisedenduslike teenustega kaasnevaid probleeme ja lahendusi.....	10
Kokkuvõte.....	12

Sissejuhatus

Käesolev dokument esitab koondtulemused projekti "Healthy Inclusion" (e.k., "Tervislik kaasamine") Eesti uurimisraportist "Migrants' Perspectives on Participation in Health Promotion in Estonia" milles analüüsiti migrantide poolt tajutud takistusi tervisedenduslike sekkumiste kättesaadavuses ning tervisedenduslikes tegevustes osalemist soodustavaid tegureid.

Projekti lühikirjeldus

Migratsioon on tänapäeva ühiskonnas keskne teema. Immigrantide tervislik seisund on sageli halvem ning haavatavam üldrahvastikuga võrreldes, mis avaldub migrantide kõrgendatud riskis puutuda kokku erinevate ohtude, tervist kahjustava käitumise või piiratud juurdepääsuga tervishoiuteenustele. Kõrgendatud erivõimuriskid: etnilised erinevused suremuses ning sissereändajate madalam eeldatav eluiga on seotud migrandi staatusega kaasneva majandusliku ja sotsiaalse ebakindluse ja suurema riskikäitumise levimusega. Nende riskide ennetamiseks ja vältimiseks ning migrantide üldise terviseseisundi parandamiseks on vajalik tagada terviseteeenuste kvaliteet, ja võrdne kättesaadavus.

Tervisedendusel on oluline osa ühiskonna haavatavate gruppide heaolu parandamisel. Tervisedendus on inimese tervist väärtustava ja soodustava käitumise ning eluviisi kujundamisele ja tervist toetava elukeskkonna sihipärasele arendamisele suunatud tegevus. Tervise edendamine on ulatuslik sotsiaalne ja poliitiline protsess, mis hõlmab mitte ainult meetmeid oskuste tugevdamiseks ja üksikisiku oskuste ning võimete tugevdamiseks, vaid ka meetmeid, mis on suunatud ebasoodsate sotsiaalsete, keskkonna- ja majanduslike tingimuste muutmisele, et leevendada nende mõju avalikkusele ja inimese tervisele. Tervise edendamine on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli tervist määravate tegurite üle ning seeläbi parandada iseenda tervist.

"Healthy Inclusion. Development of Recommendations for Integrating Socio-Cultural

Standards in Health Promoting Interventions and Services” on Public Health Programme 2003-2008 raames läbi viidud projekt, mida kaasfinantseerib Euroopa Komisjon, DG Health and Consumers, Public Health.

Projekti "Tervislik kaasamine" üldeesmärgiks on suurendada sisserändajate kaasatust tervisedenduslikes sekkumistes, kogudes teadmisi migrantide teenuste kasutuse, sellega seonduvate barjääride ning võimaluste kohta. Kõrvutades nii migrantide kui tervisedenduslike teenuste pakkujate arvamusi, kogemusi ja praktikaid, on uurimisprojekti missioniks töötada välja rida praktilisi soovitusi, mille rakendamine aitaks suurendada migrantide osalust tervisedenduses ja vähendada tervise ebavõrdsust tervikuna.

Rahvusvahelise projekti eeldatav tulem koondab üle-Euroopalist kogemust ning teavet terviseteenuste kasutamist takistavate barjääride ja ka „heade praktikate“ kohta võimaldades kohaste poliitikaväljundite kaudu vähendada migrantide tervise ebavõrdsust. Vaadeldes ühtaegu nii tervisedenduslike teenuste pakkujate, tervisedenduslikele teenustele ligipääsu omavate migrantide kui ka nende migrantide arvamusi, kel tervisedenduslikele teenustele ligipääs puudub, luuakse ülevaatlik kuvand migrantide tervisedenduslikes sekkumistes osalemisega seonduvast probleemistikust.

Projektiga on seotud 8 partnerit: Punase Risti uurimisinstituut (koordinaator, Austria), Studio Come S.r.l. (Itaalia), mhtconsult ApS (Taani), Trnava Ülikool (Slovakkia), Verwey-Jonker Instituut (Holland), Sotsiaalse Infrastruktuuri Instituut (Saksamaa), Tšehhi Riiklik Rahvatervise Instituut (Tšehhi) ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituut. Ühtse meetodikaga läbi viidav uurimustöö toimub igas partnerriigis (va Saksamaa, kelle esindaja vastutab projekti hindamise eest), tulemused koondatakse ning nende põhjal koostatakse praktilised soovitusid toetamaks migrantide ligipääsu tervisedenduslikele programmidele ja sekkumistele.

Projektiga alustati juulis 2008 ja see lõpeb juunis 2010, Eesti liitus projektiga veebruaris 2009. Esimene uuringu etapp, mis keskendus teenusepakkujate seisukohtadele migrantide tervisedendusesse kaasamisel toimus vahemikus aprillist juulini 2009. Tulemused

on esitatud inglise keelses vaheraportis „Perspectives of the providers on participation of migrants in health promotion in Estonia”¹ ja selle eesti keelses kokkuvõttes². Augustist oktoobrini 2009 toimus projekti teine ja kolmas uuringuetapp, mille käigus vaadeldi Eestis elavate migrantide hoiakuid ja kogemusi tervisedenduslike teenustega, kõrvutades tervisedenduslike teenuseid kasutavate ja/või kunagi kasutanute ning nende sisserändajate arvamusi ja hoiakuid, kes kunagi tervisedendusega kokkupuudet omanud ei olnud. Projekti tulemused on esitatud inglise keelses vaheraportis „Migrants’ perspectives on participation in health promotion in Estonia”³.

Uurimismeetod ja valimi kirjeldus

Analüüsi eesmärk oli saada teavet migrantide tajutud piirangutest tervisedenduslike teenuste kättesaamisel ning samuti teenustele ligipääsu soodustavatest teguritest. Migrandi defineerimisel lähtuti järgmisest määratlusest: migrant on isik, kes on sündinud teises riigis, kuid kes on elanud asukohamaal vähemalt viis aastat ja kel on kavatsus jääda alaliselt; kellel on õiguslik residendi staatus ja kes (rühmana) on asukohamaal ebasoodsas (sotsiaal-majanduslikus või sotsiaal-kultuurses) olukorras”.

Käesoleva analüüsi aluseks on Eesti rändetemaatika ja tervisedendust käsitleva kirjanduse ülevaade; intervjuud tervisedenduslike sekkumistega kokkupuudet omavate migrantidega ning migrantidega, kes tervisedenduslikes teenustes/sekkumistes osalenud ei ole.

Uuringu valim kihistati intervjueeritavate tervisedenduslikele teenustele ligipääsu ning rändelist tausta silmas pidades. Viimati mainitud punktis erines Eesti partneri metoodika projekti üldisest lähenemisest – kui teistes partnerriikides olid intervjueeritavateks kahe suurima välispäritolu etnilise kogukonna esindajad, siis Eestis otsustati kõrvutada siinse vanema sisserändelise kogukonna (saabunud Eestisse enne 1991.a) ja hilisemate sisserändajate (saabunud Eestisse pärast taasiseseisvumist ehk pärast 1991.a) kogemusi ja arusaamu. Kõigis partnerriikides rakendatav ühtne metoodika määras intervjueeritavate valimi

¹ elektroonselt kättesaadav aadressil: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/1401>

² avaldatakse elektroonselt Rahvatervishoiu raamatukogus (<http://rahvatervis.ut.ee/>)

³ elektroonselt kättesaadav aadressil: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/1842>

suuruseks 20, kellest 10 intervjueeritavat kuuluksid tervise edendusele "ligipääsu" omavasse gruppi (neist omakorda viis intervjueeritavat vanemast ja viis hilisemast sisserändajate grupist) ja 10 intervjueeritavat kuuluks tervisedenduslike teenustega, -sekkumistega varasemat kokkupuudet mitteomavate sisserändajate (viis intervjueeritavat vanemast ning viis hilisemast sisserändajate grupist) hulka. Valimi koostamisel võeti arvesse ka intervjueeritavate sotsiaal-demograafilist profiili, püüdes saavutada valimi heterogeensust.

Intervjueeritavate leidmiseks kasutati sotsiaalse võrgustiku põhist valimi võtmise strateegiat, kasutades nii "lumepalli" meetodit, tervisedendajate ning uurijate professionaalseid ning personaalseid kontakte. Poolstruktureeritud intervjuudes kasutatud küsimustikud olid nii eesti, vene kui inglise keeles. Keele valikul arvestati intervjueeritava eelistust. Intervjuud viidi läbi vahemikus august - oktoober 2009. Andmeanalüüsil kasutati kvalitatiivset kontentanalüüsi meetodit.

Valimi koostamisel arvestati soo, vanuse, hariduse ning teiste sotsiaal-demograafiliste teguritega. Valimi kirjeldus on esitatud tabelis 1.

Kokku intervjueeritud 20 inimesest 10 kuulusid nn "vanemasse" sisserändajate rühma ja olid saanud Eestisse enne 1991. a peamiselt 1970ndatel erinevatelt Nõukogude Liidu aladelt. Hilisemasse sisserändajate gruppi kuuluvad saabusid vahemikus 1991- 2005 Venemaalt, Ukrainast, Saksamaalt, Türgist, Pakistanist, Rootsist ja Lätist. Kui vanemas sisserännanute grupis oli rändeotsuse taga Nõukogude Liidu ametlik poliitika, mis erinevate majanduslike ja tööalaste soodustustega soosis inimeste ümberasumist, siis Eesti taasiseseisvumise järel on sisserände taustaks perekondlikud, tööalased ning õpingutega seonduvad põhjendused.

Tabel 1. Tervisedendusele ligipääsuga ja – ligipääsuta intervjueeritute kirjeldus

		Tervisedendusele ligipääsuga intervjueeritavad	Tervisedendusele ligipääsuta intervjueeritavad
Sugu	Mees	4	6
	Naine	6	4
Vanus	20-30	3	4
	31-50	3	5
	51 -	4	1
Haridus	Põhi	1	0

	Kesk	2	5
	Kõrg	7	5
Hõivatus	Töötab	6	5
	Töötu	1	2
	Mitte-aktiivne	3	3
Enesehin- nang majan- duslikule olukorrale	Hea	2	4
	Ei halb ega hea	4	4
	Halb	4	2
Rändeline taust	Enne 1991.a	5	5
	Pärast 1991.a	5	5
Õiguslik staatus	Eesti kodanik	6	4
	Alaline elamisluba	2	4
	Ajutine elamisluba	2	2

Intervjueeritavatel paluti vastata ka integratsiooni puudutavatele teemadele. Pooled intervjueritavatest tundsid, et nad on Eestis teretunud – neid austatakse ja on rahul üldelenikkonna suhtumisega nendesse. Nii vanemas kui hilisemas sisserände rühmas oli neid (kokku 8) kes tundsid ennast ühiskonnast kõrvalejäetuna või märkisid, et neid diskrimineeritakse. Tajatud diskrimineerimist seostasid intervjueritavad ebakindla õigusliku staatuse ning sellest tulenevate igapäeva elu ja toimetulekuprobleemide ning avalikkuse negatiivse hoiakuga. Intervjueritavad kasutasid lähikondsetega suhtluses valdavalt oma emakeelt ja pidasid sidet oma kodukohamaaga oluliseks; traditsioone väärtustamine oli tähtis pigem vanemaealistele. Keeleoskus ei näi valimi põhjal tervisedenduse teenuste ligipääsu oluliselt mõjutavat - erineva keeletasemega inimesi on nii ligipääsuga kui ligipääsuta gruppis, samas rändelist tausta kõrvutades ilmneb, et pärast 1991. a Eestisse saabunud on nooremaealisemad ja räägivad ka paremat eesti keelt.

Tulemused

Migrandid ja tervis

Tervise enesehinnang. Üldiselt peetakse tervist väga oluliseks teguriks elus ja oma tervist hinnati pigem heaks kui halvaks. Mitte tervena olek seostus väsimuse, loiduse, sotsiaalse isolatsiooni ja apaatia all. Kui halb tervis tähendas ebapiisavat energiat, siis hea tervise korral iseloomustasid intervjuueeritavad seisundit rahulolu ning küllaldase energiaga, tundes ennast "reipalt, energiliselt ning hästi."

Tervis kui võimalus. Tervist seostatakse eelkõige üldise elukvaliteediga, tervises nähakse hea ja õnneliku elu eeltingimust, mistõttu eraldi tervisele mõelda polegi tarvis. Intervjuueeritavad mõtestasid tervist aktiivseks ja tulemuslikuks eluks vajaliku komponendina. Vanemaealistele tähendas tervis eelkõige autonoomsust ja iseendaga hakkama saamist ning võimalust olla kasulik, toetades oma lapsi või mängides lapselastega.

Tervis kui haiguse puudumine. Intervjuueeritavad kasutasid tervisest rääkimisel sageli seost haiguse, valu või muude kaebuste puudumisega; samuti kasutati negatiivset tervise määratlust ka psühholoogilisest heaolust rääkides.

Tervisedendust puudutavad hoiakud ja arusaamad

Tervisedenduse mõiste polnud valdavale osale intervjuueeritavatest esialgu tuttav ega üheselt mõistetav ning seetõttu nõuaks tervisedenduse kontseptsioon enamat teadvustamist. Tervise edenduse all mõeldi eelkõige tervislikku elustiili, mida seostati kehalise aktiivsuse ja sportimisega. Pärast intervjuueerija poolset tervisedenduse mõiste selgitust, suudeti tervisedendust ja tervisedenduslike tegevusi kirjeldada ka laiemalt, tuues välja individuaalseid käitumuslike tegureid (nt hügieen, toitumine, alkoholi ja tubakatoodete mitte tarvitamine jne) ja ka seoseid keskkondlike teguritega (nt liiklusohutus ja jalgrattateed, terviseharidus jne). Intervjuueeritavad märkisid, et tervisedendus peaks olema seotud paljude sotsiaalsete institutsioonidega, rõhutades eelkõige tervisehariduse olulist rolli ja vajadust

integreerida see haridusprogrammi juba varases õpestaadiumis (eelkooli ealised lapsed kui algkooli tase).

Informatsioon tervisedenduse ning selle pakutavate võimaluste kohta muutub aktuaalseks seoses terviseprobleemidega. Intervjueeritavad sooviksid saada teavet üldfüüsiliste tegevuste ning sportimisvõimaluste kohta. Informatsiooni soovitakse saada ka holistlikust kontseptsioonist keha toimimise kohta (dieet, ravimid), ekspertteavet ravimite ja ravimeetodite efektiivsuse kohta ning meditsiinilist kinnitust traditsionaalse meditsiini (ravitaimed, - teed jne) toime ning kasulikkuse kohta. Nimetatud info puhul on oluline selle arusaadavus, tavakeele kasutus ning spetsiifilise terminoloogia vältimine.

Teadlikkus oma õigustest mainiti eelkõige arstiabi kasutamise ja kättesaadavuse kontekstis. Tavaliselt saadakse infot sarnase murega patsiendilt või arstilt, kuid patsiendi õigusi puudutavat peetakse nn üldteadmiseks. Mitmel juhul väljendasid respondendid rahulolematust meditsiinisüsteemiga märkides arsti vähest huvi patsiendi vastu, arsti teadmatust alternatiivsetest terviseteenustest ning teenuste piiratud kättesaadavust ja liiga pikki ootejärjekordi. Üldiselt püütakse terviseteenuseid kasutada üksnes vajadusel (trauma, akuutsed sümptomid) ja regulaarne tervisekontrol pole levinud praktika.

Tervisedenduslike teenuste kasutamine ja kättesaadavus

Tervisedendust seostatakse eelkõige individuaalse vastutusega oma tervise ning tervisekäitumise eest. Kahest intervjueeritud migrantide grupist olid tervisedendusele "ligipääsuga" intervjueeritavad aktiivsemad ning sotsiaalselt osavõtlikumad.

Tervisedenduslikest sekkumistest olid enam märgatud üldised tervele rahvastikule suunatud kampaaniad nagu Südamenädal ja suitsetamisest loobumist toetavad programmid, mis oma hea meediakajastuse tõttu kergesti tähelepanu pälvivad. Teine rühm tervise edendusele suunatud tegevustest milles respondendid osalesid, olid osalenud või soovisid osaleda kui selleks on võimalust, olid spordi ning terviseklubid. Kolmas rühm kaasas

psühholoogilisele heaolule suunatud teenuseid ja tegevusi nt tugigrupid ja grupiteraapia, individuaalne psühholoogiline nõustamine.

Ülejäänud tervisedendusega seotud teenustest mida intervjueritavad kasutasid olid seotud kas kindla probleemi või diagnoosiga (nt Anonüümsed Narkosõitlased) või siis alternatiivraviga.

Ligipääs tervisedenduslikele teenustele ja programmidele on erinev. Üldised kampaaniad on kergesti ligipääsetavad, need on tasuta, informatsiooni saadakse sageli meediast. Intervjueritavad mainisid, et osavõtt taolistest üritustest on passiivne. Erandina toodi välja suitsetamisest loobumise projekti, mis kaasas erinevaid kanaleid (motiveeriv kodulehekülg, informatsioon trükimeedias, individuaalsete konsultatsioonide võimalus) ja oli seetõttu tõhus. Individuaalsemate lähenemiste nt spordiklubide puhul eeldab teenuse kasutama hakkamine tehakse tavaliselt eeltööd, saamaks infot pakutava teenuse sisu, hinna ja eesmärkide kohta. Psühholoogilist tuge pakkuvad teenused ja tugigrupid eeldavad samuti teatavat eelinfot, mida võib saada nii arstilt, sarnase probleemiga tuttavatelt suhtlusvõrgustikus või meediast. Peamiste takistustena teenuseni jõudmisel on kas hind, kaugus kodust või siis vaba aja puudumine või laiskus.

Tervisedenduslike teenustega kaasnevaid probleeme ja lahendusi

Aja- ning huvi puudumisega põhjendasid ka intervjueritud tervisedenduslike teenuste mitte kasutamist. Intervjuudest ilmnes, et huvi tervisedenduse vastu on seostatav ka tajutud tervise vajaduste ning individuaalse arusaamaga tervisest - huvi ning otseste tervisekaebuste puudumine on peamine põhjus miks nimetatud teenuseid ei kasutata. Teenuste mittekasutamise põhjustena toodi veel esile ebaselgelt püstitatud eesmärged ja sekkumise tulemlikkust, raskesti mõistetava erialase keele kasutust ning informatsiooni vähesust. Samas pole informatsiooni puudus üleüldine probleem, enamik vastajatest teadis üldjoontes, kust võiks teavet leida – peamiste infokanalitena mainiti selles kontekstis internetti ja suhtlusvõrgustikku.

Intervjueritavatel paluti nimetada soovitusi mis aitaks suurendada nende isiklikku huvi ja osalust tervisedenduslike sekkumiste vastu. Leiti, et isiklik huvi ja parem teadlikus tervist

mõjutavatest teguritest on eelduseks tervisedenduslikest sekkumistest osa võtmiseks. Osa tervisedenduse vastu huvi tundvatest inimestest elas juba tervislikult, pöörates tähelepanu piisavale kehalisele aktiivsusele ning tasakaalustatud toitumisele ning seetõttu ei näinud vajadust tervisedenduslikest programmidest osa võtta.

Keelebarjäär ning keeleprobleemid igapäevases suhtluses võivad samuti piirata migrantide osalust sekkumistes. Keeleprobleemide vältimiseks tuleks informatsioon kohandada sihtrühmale ehk kasutada migrantidele arusaadavat keelt ja kasutada info levitamiseks sobilikke meediakanaleid. Kuigi ühest seisukohta, millised oleksid efektiivsed info edastuse kanalid, intervjuudest ei selgunud, on ilmne, et rohkem tähelepanu tervisedenduslike sekkumiste reklaamimiseks on vajalik.

Intervjueeritavad pakkusid välja ka rea soovitusi mis võiks parandada terviseinfo kättesaadavust ja tervisliku elustiili jaoks oluliste keskkondlike tegurite muutmiseks. Mainimist väärrib korduvalt kinnitatud soov parema infrastruktuuri (rattateed, ujulad jms). Teine kompleks soovitusi seostus sekkumiste korraldusega, fookusega suuremal paindlikkusel ning kliendisõbralikkusel mis väljendus eelkõige vajaduses kohandada kasutatav keel kliendi vajadustele (nt kasutada vajadusel tõlget). Rõhutati ka informatsiooni kasutusväärtust – kampaaniate jm tervisedenduslike tegevuste eesmärk ning sõnum peab olema selge ja arusaadav. Samuti tuleks leida tasakaal loengu vormis esitatava info ning aktiivse osaluse vahel, millest viimane on respondentide hinnangul efektiivsem. Teemadest olulisim oleks tervislik toitumine, mis intervjueeritavate sõnul vajaks peaks sihtgrupina käsitlema eelkõige lapsi ja noori. Olulise partnerina nähti haridusasutusi, mille sotsialiseeriv roll intervjueeritavate hinnangul aitaks kujundada tulevastes täiskasvanutes tervislikumat elustiili ning tervist toetavat käitumist.

Kokkuvõte

Projekti "Tervislik kaasamine" eesmärgiks on uurida sisserändajate kaasatust tervisedenduslikesse projektidesse, kogudes teadmisi teenuste kasutuse, sellega seonduvate barjääride ning võimaluste kohta. Käesolevas ülevaates on esitatud peamised tulemused projekti vaheraportist, milles analüüsiti migrantide hoiakuid ja kogemusi tervisedenduslike sekkumiste kättesaadavust ning tervisedenduslikes tegevustes osalemist takistavaid ning soodustavaid tegureid.

Kvalitatiivses, 20 individuaalintervjuule tuginevas analüüsis kõrvutati tervisedenduslikele teenustele ligipääsu omavate ning nimetatud teenuseid mittekasutavate sisserändajate perspektiive. Valim kihistati ka rändelise tausta järgi, võttes eristuse aluseks Eestisse saabumise aja – kuni 1991.a siia saabunud on tinglikult tähistatud "vanema"- ning pärast Eesti taasiseseisvumist riiki saabunud inimesed "hilisema" rändelise rühmana. Suuri erinevusi gruppide vahel tervisedenduslike teenuste kasutuses ning hoiakutes rändelist tausta arvestades ei esinenud. Teenustele ligipääsuga inimesed olid aga üldiselt aktiivsemad ja sotsiaalsemad võrreldes ligipääsuta grupiga.

Tervist peetakse väga oluliseks teguriks elus, mis seondub eelkõige kõrge elukvaliteedi ning võimekusega. Oma tervislikku seisundit peeti "üsna heaks" ja terve olemist kirjeldati kui energiat ja rahulolu. Halb tervis seevastu tähendas eelkõige väsimust ning passiivsust, samuti otseseid füüsilisi kaebusi. Tervisedenduse mõiste polnud respondentidele üheselt mõistetav. Kuigi mõisteti tervisedenduse institutsionaalset tähendust ja nähti selles eelkõige erinevate osapoolte avalikku vastutust, tunnistati ka individuaalse panuse tähtsust.

Kasutatud tervisedenduslikud teenused jagunesid: 1) üldised avalikud kampaaniad; 2) spordiklubid ja füüsilised tegevused; 3) psühholoogiline nõustamine; 4) spetsiifilise terviseprobleemi/diagnoosi tugirühmad; 5) alternatiivmeditsiini praktikad. Intervjueeritavad rõhutasid informatsiooni arusaadavuse ning tavakeele kasutuse olulisust. Teenused või informatsioon mida vajatakse on seotud individuaalse vajadusega. Otsese tajutava vajaduseta ja/või madala tervise teadlikuse pärast puudub sageli ka huvi tervisedenduslikest init-

siatiividest osa võtta. Osalust aitaks suurendada terviseinfo parem kättesaadavus, mille puhul peab arvestama sihtgrupi eelistuste ning vajadustega, inimeste kõrgem terviseteadlikkus ning parem infrastruktuur tervislike eluviiside harrastamiseks.