

Tartu Ülikool,  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

**Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest ja  
sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovitusel sekkumisteks**

Koit Arro  
Rakendusliku Käitumisteaduse õppekava magistritöö

Juhendaja: Prof. Andero Uusberg

Tartu 2024

## Kokkuvõte

Ülekaal on maailmas kerkinud üheks suuremaks siiani lahendamata terviseureks. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel elab hetkel 1,9 miljardit inimest ülekaaluga. Sarnane on ka pilt Eestis, kus hinnanguliselt pea 200 000 inimest on ülekaalulised. Kõrge kaal on erakordselt suur terviserisk, suurendades suure hulga haiguste tekketõenäosust. Eestis on teada erinevad ülekaaluga seotud arvud, siis vähem on teada, mis on kaalutõusu põhjuste kohta.

Käesoleva töö eesmärgiks on vaadata sisse rasvumisega seotud hoiakutesse, suhtumistesse ja normidesse Eestis ja anda soovitusi kuidas rasvumise määra vähendada. Selleks tehti individuaalintervjuud arstidega, kes on oma töös kokku puutunud ülekaaluliste inimestega ning kõrvutati neid tulemusi patsientide intervjuudest saadud leidudega.

Tulemustustes tuli välja, et kehakaaluga seoses esineb märkimisväärne stigma ja pea kõik osalejad on pidanud taluma kiusamist ja diskrimineerimist seoses oma kaaluga. Selle teemaga esines ka sooline erinevus, kus naisterahvaste puhul algas see tihti varakult ja juba kodust ning paraku kestis tänase päevani. Erikohtlemine seoses kehakaaluga on ka tajutav meditsiinis. Lisaks esinevad märkimisväärsed erinevused arstide ja ülekaaluliste inimeste ootuste vahel kaalu alandamise eesmärkides. Patsienti kiputakse jooksutama meditsiinisüsteemis, et leida kaalutõusu põhjuseid, kuigi arstid teavad, et meditsiinilisi põhjuseid kaalu tõusuks esineb üliharva. Tihti on ülekaalulised inimesed väga teadlikud ja pigem vajaksid meditsiinist partnerit, kes aitaks neid kaalu alandamise teekonnal. Seda partnerlust komplitseerib Eesti õhuke meditsiinisüsteem, kus ühele patsiendile on ette nähtud piiratud minutid. Meditsiin vajaks kaaluprobleemiga võitlemiseks lisaressursse Tervisekassa rahastuses, näiteks nõustamisega tegelevat tervise*coachi* perearstikeskustes, kes saaks toetada patsiente ja ei peaks olema meditsiinilise haridusega.

Eraldi üliolulise teemana tõstatus lapseea rasvumine, mis kindlasti vajaks laiemat poliitilist käsitlust. Laste rasvumise probleem on järjest kasvavas trendis ja vajaks kiiret ja süsteemset lähenemist. Paraku arstide tõdemuses jääb siin üksi meditsiini pingutustest väheseks ja oleks vaja riiklikku kava probleemi lahendamiseks. Selle juures ei saa alahinnata keskkonna mõju kaalule, mis on omaette suur teema, mis vajab süsteemset lähenemist.

Antud töö annab sissevaate arstide ja patsientide uskumustesse, nende sarnasustesse ja erinevustesse ning pakub väga mitmeid sekkumise kohti. Kuna võimalusi oli mitmeid, siis keskenduti

meditsiinisüsteemi ja patsiendi omavaheliste kokkupuute võimaluste parandamisele ja pakuti soovitusel, kuidas muuta suhtlus vähem võimalikku kahju tekitavaks, nii et lõpp tulemus oleks suurema efektiga. Antud töö annab sisendi, mida saab kasutada paremate patsienditeekondade ja ravijuhendite tegemisel.

## Summary

Overweight and obesity have become one of the biggest unsolved health concerns in the world. According to the World Health Organization, 1.9 billion people in the world are currently overweight. In Estonia almost 200,000 people are suffering with excessive weight. Obesity brings high health risk, increasing the likelihood of developing a wide range of diseases. Although various figures related to overweight in Estonia are known, less is known about the causes of weight gain.

The aim of this study is to take a look at the perceptions, attitudes and social norms related to obesity in Estonia and to give recommendations on how to reduce obesity rate in Estonia. Individual interviews were conducted with doctors who are working with obese people and findings were compared with the insights obtained from patient interviews.

We found that there is stigma associated with weight. Almost all participants have had experiences with bullying and discrimination related to their weight, with evidence for gender differences. For women bullying often started at early age in home and continued to present. Participants also shared experiences of discrimination when navigating the medical system. There is significant difference towards weight loss goals and expectations between doctors and overweight patients. Patients go through the medical system to find reasons for weight gain, even though doctors know that medical reasons for weight gain are rare. Often, overweight people are well informed and self-conscious and would rather have a partner in medical system, than doctor to help them on their weight loss journey. This partnership is complicated by Estonia's medical system what lacks resources, where an average appointment lasts only around fifteen minutes. Medicine system would need additional resources in the funding of the Health Fund to fight the weight problem, for example a health coach who could support patients in general practitioner centers.

There were several other findings and childhood obesity was highlighted as crucial issue. The problem of obesity in children is on a growing trend and needs a quick and systematic approach. Unfortunately, according to the doctors, the efforts of medicine alone are insufficient, and a national plan would be needed to solve the problem. Also, the influence of the environment on weight cannot be underestimated, which is a big topic in itself that needs a systematic approach.

Current research provides a good insight into the beliefs of doctors and patients, their similarities, and differences, and offers points for intervention. Since there were many intervention possibilities, the

focus of this study was chosen to improve the ways of contact between the medical system and the patient. Recommendations were offered on how to make communication less harmful, so that the end result would be more effective. This work provides input that can be used to create better patient journeys and treatment guidelines.

## Sissejuhatus

Ülekaal ja rasvumine on üks tänase maailma suurimaid ja siiani lahendamata tervisemuresid. Maailma Terviseorganisatsiooni (World Health Organization; WHO) andmetel on 2016. aasta seisuga üle maailma 1,9 miljardit ülekaalulist inimest (WHO, 2022). Muret suurendab asjaolu, et ülekaaluliste inimeste hulk on viimastel aastakümnetel mitmekordistunud (WHO, 2021).

Ülekaal ei ole välimuse probleem, vaid tõsine terviserisk. Ülekaal suurendab märkimisväärselt suremuse ja erinevate haiguste tekke riski, mis on suureks ajaliseks ja rahaliseks koormuseks meditsiinisüsteemile, kui ka ülekaalulisele inimesele. Tänapäevaks elab enamuse maailma inimestest piirkondades, kus ülekaal ja rasvumine tapab rohkem inimesi kui alatoitumine (WHO, 2021), seega on ülekaal ülemaailmselt muutumas üheks suurimaks terviseprobleemiks ja kuulub WHO prioriteetide hulka. Hetkel pole probleemi lahendamise seisukohalt suudetud suuri muutuseid tuua. Kui siiani on ülekaaluga seoses põhiliselt soovitatud tervislikku toitumist ja liikumist, siis viimasel ajal on hakanud see trend muutuma, sest on nähtud, et ainult liikumise ja tervisliku toitumisega saavutab ainult küllaltki väike hulk inimesi soovitud muutused. Seetõttu on ülekaalust järjest rohkem hakatud rääkima kui haigusest, samas tihti peetakse ülekaalu ikka elustiili veaks, mitte haiguseks.

Ülemaailmse trendiga sarnane pilt on ka Eestis, kus ajalooliselt küllaltki madalast ülekaalu prevalenttsiga riigist oleme jõudsalt teistele järgi jõudmas. Kuigi hetkel paikneb WHO andmetel Eesti 53 riigi seas 38. kohal, siis viimaste aastate trendid näitavad Eesti inimeste ülekaalu kiiret kasvu. Meeste puhul on ülekaalu probleem suurem kui naistel. Aastaks 2022 oli 61 % eesti meestest kas ülekaalulised või rasvunud ja see number on juba väga lähedal Euroopa keskmisele numbrile, mis on 63%. (WHO, 2022).

Rasvumine vajab lähiaastatel süsteemset ja teaduspõhist lähenemist, et probleemi levikut Eestis peatada. Eestis on tehtud mitmeid uuringuid rasvumise leviku (Kender, 2020) (Tekkel et al., 2010) ja ka majanduslike mõjude kohta, mis 2015. aasta andmetel moodustasid 3,7% tervishoiukuludest (Partei, 2016). Uuringuid rasvumise sotsiaalsete põhjuste kohta on märksa vähem, kui üldse.

Selleks, et luua edukaid ja toimivaid sekkumisi ja poliitikaid, on vaja paremini mõista ka patsientide ja patsiente ravivate arstide hoiakuid ja taju seoses ülekaaluga. Käesoleva magistr töö eesmärgiks on saada parem arusaam Eestis levivatest suhtumistest ja hoiakutest seoses ülekaaluga. Selleks tehakse intervjuud ülekaalu kogunud inimeste ja arstidega. Uurimismeetodina kasutati individuaalseid intervjuusid ja nende analüüsi. Intervjuude tulemuste alusel tehakse soovitusi sekkumiste disainimiseks, mis aitaksid ülekaalu probleemi lahendada.

## Kirjanduse ülevaade

### Ülekaalu ja rasvumise defineerimine, klassifitseerimine ja diagnoosimine

WHO on defineerinud rasvumise kui ebanormaalne liigse rasva ladestumise, mis võib kahjustada tervist (WHO, 2021). Ülekaalu ja rasvumist hinnatakse kehamassi indeksi (KMI) järgi, mis jagab inimesed pikkuse ja kehakaalu suhte alusel nelja rühma: alakaal, normaalkaal, ülekaal ja rasvumine. KMI mõõtmiseks kehtib valem, kus inimese kehakaal kilogrammides jagatakse pikkuse ruuduga ( $KMI = \text{kg/m}^2$ ). Normaalseks kehakaalu vahemikuks peetakse KMI vahemikku 18,5-24,9  $\text{kg/m}^2$ . Kaalukategooriate klassifikatsioon on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Kaalu klassifikatsioon KMI järgi 18-64 aastastel inimestel (Bays et al., 2021)

Kaalu klassifikatsioon	KMI ( $\text{kg/m}^2$ )
Alakaal	< 18,5
Normaalkaal	18,5 – 24,9
Ülekaal	25,0 – 29,9
Rasvumine	$\geq 30,0$
Rasvumise I aste	30,0 – 34,9
Rasvumise II aste	35,0 – 39,9
Rasvumise III aste	$\geq 40,0$

Kehamassi indeksi alusel rasvumise määramine ei ole alati täpne. Seetõttu on see pigem mõeldud esialgse kiire hinnangu andmiseks. Näiteks ei saa kehamassi indeksit arvutades võtta arvesse, et inimesel on suur lihasmass ning seetõttu võib tulemus viidata ebakorrektselt rasvumisele. Seetõttu on soovitatud hindamisel arvestada lisaks KMI-le vööübermõõtu või vööübermõõdu ja puusa übermõõdu suhet, et anda parem hinnang rasva ladestumisele. Samuti on tänaseks päevaks olemas erinevad nutikaalud, mis suudavad määrata kehakoostist ja rasvaprotsenti kehas.

Vaatamata eeltoodud puudustele on KMI näol tegemist kõige universaalsema ja enim kasutatud meetodiga maailmas, sest see ei vaja lisaressursse meditsiinisüsteemilt. Lisaks on selle kasutus universaalne erinevates riikides, mis teeb sellest lihtsasti võrreldava näitaja.

Nii alakaal kui rasvumine põhjustavad enneaegse suremuse tõusu. Eriti oluline on suremuse tõus rasvumise klassides kaks ja kolm, kus võrreldes normaalkaaluga oli vastav suremuse tõus pea kaks (või kolm korda kõrgem kui normaalkaalu puhul (Angelantonio et al., 2016).

Rahvusvahelise haiguste klassifikaatori (RHK 10) järgi on rasvumine haigus, koodiga E66 (Sotsiaalministeerium, 1992). Haiguse koodi olemasolu, ei tee samas rasvumist automaatselt tajutavaks kui haigust vaid endiselt inimeste tajus on tihti tegemist enda kontrolli all oleva niinimetatud elustiili veaga. Arvatavasti seetõttu küllaltki vähe ülekaalulisi inimesi pöördub arsti poole ja meditsiinisüsteemis pole ka selget kohta ülekaalulisele patsiendile, kui jätta kõrvale bariaatriline kirurgia, mis on mõeldud tõsisemalt rasvunud patsientidele. Samas probleemi on nähtud ja erinevates riikides jätkuvad debatil ülekaalu haigusena defineerimise üle (Luli et al., 2023). Sarnane debatt ootab meid ees ka Eestis, et kas rasvumine on inimese kontrolli all olev elustiili viga või hoopis haiguslik seisund, mis vajab lahendamiseks tuge.

### **Rasvumise levik maailmas**

Ülekaal ja rasvumine on tänapäevase maailma üks suuremaid veel lahendamata tervisemuresid. Selle magistritöö kirjutamise hetkeks on rasvumine kujunenud maailmas pandeemiaks (WHO, 2023). Maailma tervishoiuorganisatsiooni (WHO) definitsiooni kohaselt on pandeemia ülemaailmne või väga laial alal esinev, rahvusvahelisi piire ületav ja suurt inimeste hulka mõjutav epideemia (Kelly, 2011). Rasvumine täidab kahjuks kõik eelpool nimetatud tingimused. Euroopas pole praegu ühtki riiki, mis oleks suutnud rasvumise määra vähendada. Veel enam, ükski riik ei ole suutnud täita ka WHO poolt seatud tagasihoidlikumat eesmärki, rasvumise levik 2025. aastaks peatada (Mahase, 2022). Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel on ülekaaluliste inimeste hulk 1975. aastast alates kolmekordistunud, ulatudes nüüd juba 1,9 miljardi inimeseni aastal 2016 ((WHO, 2021). See tähendab, et täiskasvanud elanikkonnast on 39% ülekaalulised ja 13% rasvunud. Aastaks 2000 jõudis inimkond omamoodi ajaloolise verstapostini, mil esimest korda inimkonna ajaloos ületas maailmas ülekaaluliste täiskasvanute arv alakaaluliste arvu (Caballero, 2007). Sellele trendile on kindlasti kaasa aidanud toiduainetööstus, mis muutis toite üha energiatihedamaks ja kaloririkkamaks (Verde et al., 2024).

Kõik eelnev on meid tänaseks viinud olukorda, kus ülekaal ja rasvumine on ühed suurimad rahvatervise väljakutsed. Vaadates rasvumise leviku trende ja kiirust, on teadlased ennustanud, et rasvumine võib pöörata seni kasvavas suunas liikunud oodatava eluea langustrendi ning järeltulevad põlvkonnad elavad lühemalt kui meie (Maggi et al., 2015). Mõnede andmete kohaselt on rasvunud inimese eluiga isegi ligikaudu 20 aastat lühem võrreldes normaalkaalus inimesega. Ülekaal suurendab märkimisväärselt suremuse ja erinevate haiguste tekke riski, näiteks 2. tüüpi diabeedi, südame-veresoonkonna haiguste, erinevate kasvajate, astma, sapikivide, osteoartriidi ja kroonilise seljavalu teket (Blüher, 2020; Guh et al., 2009).

Ülekaal on märkimisväärne sotsiaalmajanduslik probleem, kuna ülekaaluga suurenevad terviseriskid ja suremus. Ligikaudu kolmveerand nendest ülekaaluga seotud terviseriskidest avalduvad rasvunud patsientidel (Afshin et al., 2017).

### **Eesti rasvub ja sellel on oma hind**

Ka Eestis on ligi pooltel naistel ja rohkem kui pooltel meestel üks ühine probleem: nad on kas ülekaalus või rasvunud. 2023. aastal ilmunud Maailma rasvumise atlase kohaselt, oli 2019. aastal Eesti meestest 20% rasvunud ja 42% ülekaalulised. Naiste hulgas on näitajad sarnased: 24% Eesti naistest on rasvunud ja 29% ülekaalulised. Eesti täiskasvanud populatsiooni hulgas andis see 2019. aastal keskmiseks rasvumise levikuks 21%, millele lisandub veel 35% täiskasvanud rahvastikust, kes on ülekaalulised (World Obesity Federation, 2024). Värskest ilmunud Tervise Arengu Instituudi (TAI) haiguskulu uuring võttis oma analüüsiks arvesse järgnevad rasvumise ja ülekaalu levimused: Eesti täiskasvanud rahvastikust on 36% on ülekaalulised ja 26% rasvunud, seega kui ülekaaluliste hulk on kahe andmeallika alusel jäänud samaks, siis 5 aastaga on rasvunute hulk ühiskonnas veelgi 5% kasvanud (TAI, 2024).

Ülekaal ja eriti rasvumine on ühiskonnale kulukas. Margit Partei on oma magistritöös leidnud, et ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud otsesed ja kaudsed kulud olid Eestis 2015. aastal kokku 45,5 miljonit eurot kui arvestada 11 ülekaalulisega seotud haiguse otseseid kulusid (Partei, 2016). Peaaegu 10. aasta möödudes on TAI leidnud, et ainuüksi otsesed rasvumise ja ülekaaluga seotud kulud on riigi jaoks 112,7 mln euro aastas, kusjuures TAI raportis arvestati 3 haigusega vähem, ehk 8 haigusega seotud kulusid. Sellel summale lisanduvad veel kaudsed kulud 12,02 mln eurot aastas, mis teeb liigsele kehakaalule omistatava aastase kogukulu riigile 124,7 mln eurot ehk 116,33 eurot iga Eesti täiskasvanu kohta. Põnev fakt, mis samast uuringus veel selgus, on see, et kuigi Eestis on ülekaalu levimus märgatavalt kõrgem kui rasvumise levik, on enamik analüüsitud (59%) haigusjuhtudest seotud rasvumisega, mis annab suunist, et kõige olulisem on rahvatervise seisukohalt tegelemine rasvumise leviku pidurdamisega ning rasvunud inimeste abistamisega. (TAI, 2024).

Kõikidest eelnevatest andmetest on kõige murettekitavam olukord ja kõige kurvem statistika laste seas. TAI poolt läbi viidud Eesti õpilaste kasvu uuringust, mis viidi läbi 2021/2022. õppeaastal hõlmates pea 18 000 õpilast 203 kooli 1., 4. ja 7. klassidest nähtub, et kooliminejate seas on iga neljas (28%) õpilane liigse kehakaaluga, kusjuures üks õpilane kaheksast (12%) on rasvunud. Statistika ei muutu paremaks ka 4. ndate klasside hulgas, kus liigse kehakaaluga on juba iga kolmas õpilane (35%) ning üks õpilane

seitsmest on rasvunud (14%). Vähene paranemine on nähtav 7.klassis, kus liigse kehakaaluga on 29% õpilastest ning üks õpilane üheksast (11%) on rasvunud. Sõltumata vanusest on liigne kehakaal rohkem levinud poiste seas, kus iga seitsmes poiss (15%) ja üheksas (9%) tüdruk on 2022. aastal rasvunud. Paradoksaalsel kombel on rasvumise poolt ohustatud rohkem maalapsed kui linnas elavad lapsed. (TAI, 2024)

## Probleemi mõistmine

### Uurimistöö eesmärgid

Rahvusvaheliselt leiab rasvumine järjest enam käsitlust kroonilise haigusena ning ka Eestis on rasvumine defineeritud kui haigus. Tegelikuses on ülekaalulise ja rasvunud patsiendi käsitus problemaatiline ning senised kaalutõusu levikut peatavad tegevused pole oodatud tulemusi andnud, kuna rasvunute hulk ühiskonnas kasvab.

Kehtivates ravijuhistes on välja toodud, et alates ülekaalust vajaks patsient käitumuslikku sekkumist elustiili muutmiseks ja alates rasvumisest ka vajadusel teisi ravimeetodeid. Rasvumise näol on tegemist haigusega, kuid välise abi saamiseks pöördub meditsiinisüsteemi poole ainult väga väike hulk rasvunud inimesi. Novo Nordiski poolt tellitud ja 2021. aastal Kantar Emori poolt läbi viidud uuring näitas, et ülekaalulistest inimestest otsis välist abi ainult 19% ja nendest omakorda kõigest 7% pöördus abi saamiseks meditsiinisüsteemi poole.

Pole selge, miks nii vähe inimesi meditsiinisüsteemi poole pöördub. Üheks põhjuseks võib olla ülekaaluga seotud stigma. Stigma seob indiviide mingi kindla stereotüübi külge, mis häbimärgistab või halvustab neid (Goffman, 1956), moonutades ka indiviidide enesekohaseid uskumusi (Rubino et al., 2020). Rasvumisega seotud stigmasid on rahvusvahelistes uuringutes palju uuritud, aga Eestis teadaolevalt ei ole selliseid uuringuid tehtud.

Eestis on läbi viidud mitmeid kvantitatiivseid uuringuid, mis uurivad ülekaalu levimust ja tervisekäitumist: 2018. aastal avaldatud Tervisekäitumise uuring (TKU) (Reile et al., 2019), 2019 avaldatud Eesti Terviseuuring (ETeU) (Matsi & Oja, 2008), 2014 läbi viidud Rahvastiku toitumise uuring (RTU) (Tekkel & Veideman, 2016), 2011 avaldatud Paikkonna Tervisemõjurite uuring (PTMU), Kehalise Aktiivsuse uuring (KA) ja 2020. aastal avaldatud Elisa Kenderi magistritöö (Kender, 2020), mis analüüsis rasvumise levikut ja sellega seotud tegureid. Välja toodud teguritena oli rasvumine seotud näiteks vanuse, sissetuleku, hariduse, tervise enesehinnangu ning suitsetamise ja alkoholiga (Kender, 2020). Kõikide nende tööde sisuks oli rasvumise ja ülekaalu levimuse ja sellega seotud tegurite ja käitumiste analüüs.

Kuigi kvantitatiivselt ja käitumuslikult on Eestis uuritud rasvumise levikut ja selle kulu ühiskonnale, siis palju vähem on teada ülekaalu puudutavate uskumuste ja hoiakute kohta. Seega on käesolev uurimistöö püstitanud eesmärgid, mis võiks anda lisisisendi kaaluprobleemi lahendamiseks võimalike viiside leidmiseks.

Uurimistöö eesmärgid:

- 1) Kirjeldada rasvumisega seotud teadmisi, hoiakuid ja sotsiaalseid norme
  - a. Rasvunud inimese vaatest
  - b. Rasvunud patsiendiga tegeleva arsti vaatest
- 2) Kirjeldada rasvunud inimese ja arsti vaate sarnasusi ja erinevusi.
- 3) Kaardistada raviteekonna parandamise võimalusi
  - a. mida rasvunud inimesed ja arstid ise näevad.
  - b. mida võiks olemasoleva teadmise põhjal soovitada

### **Materjal ja meetodika**

Magistritöös läbiviidud kvalitatiivne uuring sai Eetikakomitee loa 376/T-16, 17. aprillil 2023. aastal. Lisaks laiendati osalevate meditsiinitöötajate arvu jätkutaotlusega 384/M-4, 20. november 2023.

### **Uuritavate ja nende värbamise kirjeldus**

Valimisse kaasati kaks peamist gruppi:

- 1) ülekaalu kogunud inimesed ehk inimesed, kes on käesolevalt või kunagi olnud ülekaalulised ning kehamassiindeksiga alates KMI 30kg/m<sup>2</sup>.
- 2) erinevate erialade (endokrinoloogid, kardioloogid, bariaatrikirurgid, ja teised erialad) arstid ja teised meditsiinitöötajad, kes puutuvad ülekaalu diagnoosiga patsientidega kokku igapäevaselt või iganädalaselt.

Mõlemasse uuringugruppi oli plaanis kaasata kuni kaksteist osalejat, aga uuringu käigus otsustasime suurendada intervjueritavate arvu, sest intervjueritud arstid soovitasid lisada ortopeedi vaatenurga. Lisaintervjuude tarbeks esitasin lisataotluse Eetikakomiteele uuringus osalevate arstide arvu suurendamiseks.

Patsiente kutsuti intervjuudele läbi isiklike kontaktide ja avalike kanalite nagu Facebook. Arstidega otsiti kontakti kas avaliku meiliaadressi või telefoninumbri kaudu. Kasutatud kutsete näidised on leitavad lisas

1. Uuringus osalejatega allkirjastati nõusoleku vormid, mis on toodud lisas 2.

Uuringus osalenud ülekaaluliste inimeste andmed on toodud tabelis 2. Uuringusse kaasamise puhul lähtusime soolisest ja vanuselisest jaotusest ning haridustasemest. Intervjuudest võttis osa 12 inimest, nendest kuus meest ja kuus naist, kes olid vanusevahemikus 28 – 53 aastat (42 aastat keskmine vanus), ning enamasti kõrgharitud.

Tabel 2. Uuringus osalenud ülekaaluliste inimeste jaotus soo, eriala, vanuse ja hariduse järgi (n=12)

	Eriala	Sugu	Vanus	Haridus
1	Tarkvarainsener	Mees	39	MA
2	Disainer	Mees	38	MA
3	Tarkvara juht	Mees	53	BA
4	Tippjuht	Mees	51	MA
5	Konsultant	Mees	52	BA
6	Tarkvara+juht	Mees	50	kesk
7	Toitlustusvaldkond	Naine	24	BA
8	Projektijuht	Naine	27	BA
9	Õpetaja, kuntsnik	Naine	28	MA
10	Keskastme juht	Naine	39	MA
11	Tippjuht	Naine	50	MA
12	Projektijuht	Naine	51	kesk

Uuringus osalenud arstide andmed on toodud tabelis 3. Põhierialadena, kes ülekaalulise patsiendiga kokku puutuvad nägime endokrinoloogiat, peremeditsiini ja kardioloogiat. Lisaks erialale jälgisime, et oleks ka väljaspool Tallinna töötavaid arste. Intervjueerisime kokku 13 arsti.

Tabel 3. Uuringus osalenud arstide jaotus soo, eriala ja töökoha asukoha järgi (n=13)

	Eriala	Sugu	Töökoht
1	Üldarst	naine	Tallinn
2	Endokrinoloog	naine	Tallinn
4	Kardioloog	mees	Tallinn
5	Kardioloog	mees	Tallinn
6	Perearst	naine	muu
7	Pediaater	mees	muu
8	Endokrinoloog	mees	muu
9	Perearst	mees	Tallinn
10	Endokrinoloog	naine	muu
11	Ortopeed	mees	Tallinn
12	Perearst	mees	muu
13	Perearst	naine	Tallinn

### Intervjuude läbiviimine ja analüüs

Uuringu käigus tehti avatud küsimustega otsevestlused meditsiinitöötajate ja patsientidega, mille eesmärgiks oli lasta inimestel oma sõnadega raamida probleemistik ning kirjeldada oma muljeid rasvumise teemadel.

Uuring valmis koostöös Riina Raudsega ning sellest koostööst on ka valminud raport ning plaanis on avaldada ka teadusartikkel. Mina tegin arstide intervjuude kodeeringu ja memo, mis moodustab olulise osa käesolevast tööst. Ülekaalu kogunud inimeste analüüs on kokkuvõtte Riina Raudse Novo Nordiskile tehtud uuringust, mille leidudega on täiendatud arstide uuringust saadu leide. Selles töös esitatud ülekaaluliste osalejate uuringu kokkuvõtte kirjutamiseks on kasutatud Riina Raudse kodeeringut. Käesolevas töös kasutatud patsientide memo on kirjutatud uuringu kokkuvõtte ja originaaltranskriptsioonide sünteesina autori poolt.

Uurimismeetodina valiti individuaalintervjuud, kuna nad võimaldavad sügavuti analüüsida probleemi olemust uuritava jaoks turvalises keskkonnas. Sama tendentsi kirjeldas ka Louis Kruger koos oma kolleegidaga avaldatud töös, kus leiti, et tundlikel teemadel vesteldes võimaldas individuaalne intervjuu uuringus osalejal end paremini avada ning saada parema kogemuse (Kruger et al., 2019). Kuna ka

ülekaalu tajutakse tundliku teemana, siis on individuaalintervjuul eelis fookusgrupi intervjuu ees, kuna tagab privaatsama ja turvalisema keskkonna, mis on eriti oluline ülekaalu kogunud inimestele.

Arstide puhul oli kaalumisel ka fookusgrupi intervjuud, aga kuna üritasime katta uuringuga võimalikult laiahaardeliselt erinevaid meditsiini erialasid, siis ka meditsiinitöötajate puhul kasutasime uurimismeetodina individuaalintervjuud. Fookusgrupi moodustamine oleks olnud logistiliselt keeruline ja tuginedes Krugeri et al. (2019) tähelepanekutele, oleks võinud fookusgrupis osalemine ka pärssida osalejate avatust teemast rääkida.

Viisime arstide ja patsientidega läbi pool-struktureeritud intervjuud nii näost näkku kohtumise kui ka videosilla teel. Intervjuude kestvus jäi 45 minuti kuni pooleteise tunni vahemikku. Keskmine intervjuude pikkus oli umbes üks tund. Lähtusime järgnevalt esitatud intervjuukavast, mida kohandasime vastavalt vestluse kulgemisele, et kasutada aega optimaalselt.

#### Patsientide intervjuude küsimused:

- Räägi palun natuke endast ja oma suhtest kehakaaluga oma senises elus.
  - o Mida tähendab sinu jaoks “normaalne kaal”?
  - o Millest sinu kehakaal sinu kogemuses sõltub?
- Kuidas sind ümbritsev keskkond ülekaalu suhtub?
  - o Kes on sinu jaoks olulised arvamus kandjad?
  - o Millistes situatsioonides sa seda suhtumist tajud?
  - o Kuidas on see muutunud sinu elu jooksul?
- Räägi sellest, kuidas sinu ja teiste arvamus kaalu erineb?
- Kas ülekaal on probleem?
  - o Millistel viisidel ta on probleem?
  - o Mis hetkest on ta probleem?
  - o Mis hetkest sa ütleks et ülekaal on meditsiiniline probleem?
- Kas ülekaal on probleem, mida keegi peaks lahendama?

- Kui mitte, siis kuidas rasvumise lai levimus võiks tulevikku mõjutada?
- Kes oleks osapooled kes seda probleemi peaks lahendama?
- Kas meditsiinil on roll sinu ülekaalu mure lahendamisel? Milline?
- Kas sulle tundub, et rasvumine on krooniline haigus?
- Kust olete enda ülekaalu puhul abi otsinud?
  - Mida olete ise teinud kehakaalu kontrollimiseks?
- Kas olete kehakaalu tõttu pöördunud arsti poole?
  - Mis põhjustel te pole pöördunud? (kui vastus on eitav)
  - Mis kogemused teil on sellest pöördumisest?

#### Arstide intervjuude küsimused:

- Rääkige palun natuke oma senisest karjäärist meditsiinis ja kuidas te ülekaaluga kokku puutute?
- Kuidas on muutunud suhtumised teie karjääri jooksul ülekaalu?
- Kas ülekaal on probleem, mida keegi peaks lahendama?
  - Kui mitte, mis siis saab?
  - Kes oleks osapooled kes seda probleemi peaks lahendama?
- Mida te peate oma patsientide puhul kaalutõusu põhjuseks?
  - Kas rasvumise põhjused on inimese enda kontrolli all?
- Räägi sellest kuidas sinu ja rasvunud patsientide arvamus kaalu erineb?
- Kas meditsiinil on roll ülekaalu mure lahendamisel?
  - (kui on) Kelle vastutuse alla selle mure lahendamine kuuluks?
- Kas rasvumist tuleks defineerida haigusena?
  - Mis hetkest on ta meditsiiniline probleem?

Intervjuud salvestati, transkribeeriti ja kodeeriti. Intervjuude transkribeerimiseks kasutasin kahte erinevat Tallinna Tehnikaülikooli Küberneetika Instituudi foneetika- ja kõnetehnoloogia laboris välja töötatud veebipõhist lahendust (Olev & Alumäe, 2022). Eelistaud valikuks osutus tekstiks.ee keskkond, sest see võimaldas mugavdavamalt veebikeskkonnas transkriptsioone täiendada ja parandada. Salvestisi hoiti transkriptsioonide valmimiseni. Transkriptsioonid anonümiseeriti osalejate kaitse eesmärgil. Andmeid hoiti Tartu Ülikooli pilves. Arstide ja ülekaalu kogunud inimeste analüüsid tehti eraldiseisvalt. Transkriptsioonide analüüsiks ja kodeerimiseks kasutati programmi *Atlas.Ti* (*web.atlasti.com*) veebiversiooni.

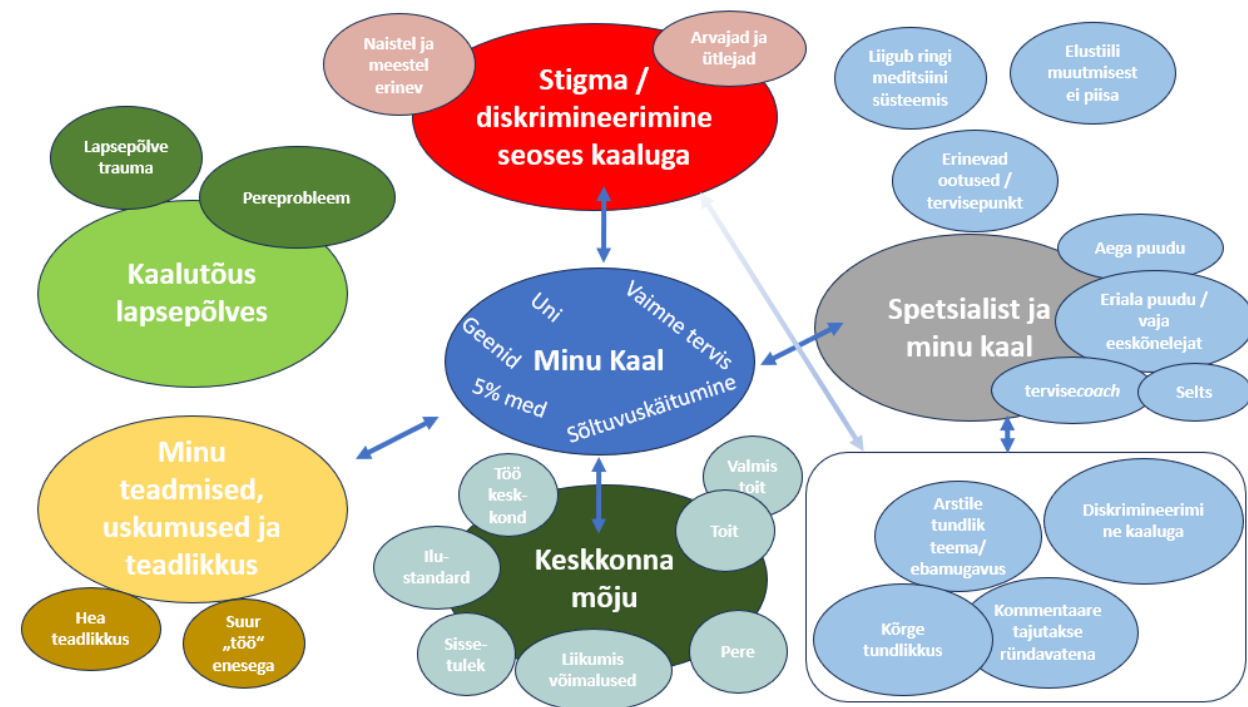
Andmeid analüüsiti põhistatud teooria meetodil. Korduvalt intervjuude käigus kerkinud teemade kohta tehti ülestähendusi ja nendest korduvatest teemadest loodi koodid. Iga teema märgiti tekstides eraldi viitega ning kõigi transkriptide pealt võeti kogu üht teemat puudutav info kokku. Arstide koodipuu on toodud lisas 3. ning patsientide koodid on toodud lisas 4. Leitud teemade olulisemad märkamised, mustrid ja tsitaadid on toodud käesolevas töös esitatud memode alampeatükkides.

Töö valmimise juures erinevates etappides olen ka kasutanud Google Gemini ja Microsoft Copilot-i tuge ideede korjel ja struktuuri paika seadmisel. Samuti testisin tabelite vormistamise etappides ja kaitsmise slaidide struktuuri seadmisel. AI kasutamise põhiline eesmärk oli testida tema võimekust ja saada aru, milleks on teda võimalik kasutada. Ühtegi AI kirjutatud osa töösse otse üle ei tõstetud, küll aga kasutasin osaliselt AI välja pakutud struktuuri peatükkide ülesehitamiseks. Kõik võimalikud AI poolt tehtud tekstid on minu poolt ümber kirjutatud ja läbi kontrollitud. AI-d testisin ka AtlasTi veebiversioonis kodeerimise juures, aga eesti keele puhul osutus see täiesti kasutuks ja tööd segavaks.

## Teemade kokkuvõte

Siin on autori skemaatiline kokkuvõte teemadest, mis arstide ja patsientide intervjuudest ilmnesid. (joonis 1). Keskel on patsient ja tema kaal, koos patsienti otse mõjutavate teguritega ning ümber tema erinevad tõstatunud teemad ja teemadega seotud alamteemad. Täpsemalt saab teemade kohta lugeda järgnevatest arstide ja ülekaaluliste inimeste analüüsi peatükkidest.

Joonis 1: Intervjuude kokkuvõtlik joonis



## Arstide intervjuude analüüs

### Kaaluteemast rääkimise kunst

On oluline, kuidas meditsiin kaaluteemast räägib. Arstide sõnul on kaalust rääkimine keeruline ja tundlik teema. Arsti sõnade järgi:

*„Aga, see viide kaalule, et me peame ilmselt kõik, mina kaasa arvatud, õppima neid sõnumeid edastama, et see ei tuleks kuidagi nii-öelda visatuna sinna teisele poole lauda“.*

Tihti on patsient pöördunud mõne muu kaebusega ja sellel juhul kaaluteemast rääkima hakkamine võib tekitada väga tugeva patsiendi poolse reaktsiooni. Ka arstid tajusid, et patsiendid võivad nende juhuslikult öeldud kommentaare võtta ründavatena.

Arstide intervjuudest selgus, et tihti tunnevad arstid ka ennast ebamugavalt, kui peavad patsiendi kaalust rääkima, sest kaalu tajutakse tundliku teemana.

Mitmes arsti intervjuus mainiti, et arstid küsivad luba, et kaalust rääkida. Loa küsimist nähakse olulise eeldusena, et tekiks võrdne ja teineteist arvestav suhe, mis on vajalik, et kaalu langetamine oleks efektiivne. Ühe arsti sõnade järgi:

*„Kui me läheme kellegi eluviisi ja kaalu juurde, siis see on teema, mis nõuab patsiendipoolset nõusolekut, et sellega tegeleda“.*

Oluline on, milliseid sõnu kasutada, et sõnad ei mõjuks patsientidele sildistavalt. Süüdistamist ei tohiks kasutada.

*„Täna see suhtumine on ka veel väga palju must ja valge. Sina oled süüdi, see süükomponent kipub tulema. Ühtpidi patsiendilt endalt - patsiendid tunnevad ennast süüdi või inimesena me tunneme justkui ennast süüdi. Ja nüüd, kui keegi veel läheb sellele osutama, isegi kui see võib olla sõbralik siis, minus on tõrksus selle vastu, sest et selle muutuste tegemine tundub nii meeletu ja suur“.*

Mitmed arstid mainisid, et nad kasutavad sõnu „*kõrge kehamassiindeks*“ ja „*rasvumine*“, et ülekaalust rääkida. Nende sõnul on oluline, et patsient tajuks seda meditsiinilise probleemina ja selleks tuleks kasutada õigeid sõnu, mis ei kutsu esile patsiendipoolset negatiivset vastureaktsiooni.

Mitmed arstid tõid välja, et kuna nüüd on hakatud rohkem rääkima kaalualandavatest ravimitest, siis on toimunud muutus patsientide käitumises ning on tekkinud unikaalne võimalus sellest teemast rääkimiseks.

### ***Raskused elustiili muutustega kaalu langetamisel ja olematu meditsiinilise põhjuse otsimine***

Arstide hinnangud elustiili muutmise efektiivsuse kohta erinevad. Mitmete arstide sõnul on rasvunud patsiendi jaoks elustiili muutmise efektiivsus madal või pea olematu. Liikumist ja tervislikku toitumist pidasid arstid iga inimese kohustuslikuks päevarutiini osaks, aga mitte ülekaalulisel inimesel

muutuse toojaks. Inimesed on erinevad ja sellest tulenevalt esineb ka väga erinevatel põhjustel esinevat ülekaalu.

Üldiselt jäi pea kõikidest intervjuudest kõlama mõte, et kui tegemist on juba ülekaalulise inimesega, siis kaalulangus elustiili muutmise tagajärjel on vähene. Arstide hinnangul ainult üks patsient kümnest võiks elustiili muutusega kaalulanguse saavutada. Ühe perearsti sõnul:

*„...10-st ei tulegi vist... 20-st 2. Umbes 10 protsenti? 10-st üks, jah. OK. Ikka väga vähe ja siis on kaalulangus olnud kuskil 5-6% kehakaalust. Mis omakorda ei ole tihti patsientidele ka väga motiveeriv, et püsivalt kaaluga tegeleda“.*

Endokrinoloogi tsitaat:

*„Kui see on juba täiskasvanud mõõtmistes inimene, kes kaalub näiteks 150 kg, mis tema jaoks on viieprotsendiline kaalukadu - seitse kilo. Ta kaalub selle järel 143 kg, ta kindlasti ei ole selle metsiku töö tulemusega tegelikult rahul. Ja ta peab sellega jätkama, et seda saavutatud tulemust vähemasti hoida“.*

Elustiiliga kaalu langetamise efektiivsuse hinnangute puhul esines erinevus ka tööstaaži pikkuses. Pikema, üle kahekümne aastase tööstaažiga arstid hindasid dieedi ja füüsilise koormusega kaalu märkimisväärse langetamise tõenäosust väiksemaks. Lühema staažiga (kuni 10 aastat) või vähesel määral ülekaaluliste patsientidega kokku puutunud arstid jagasid rohkem arvamust, et kaalu on võimalik langetada siis, kui patsient „ennast kätte võtab“.

Küsimusele „Kas sina usud siis, et see toimib? Elustiiliga kaalu langetame?“, vastas noorem endokrinoloog:

*“Absoluutselt see ei ole ju, ma usun, uskumise küsimus, et tegelikult kõik ju nii-öelda taandub selle peale maha, et kui palju inimene sööb, eks ju, mis on tema kaloraaž ja kui palju ta liigub“.*

Pikema staažiga endokrinoloogi vastus samale küsimusele:

*„Enamus inimesi ei ole võimelised realselt kaalu langetama. Aju on neile oma punkti ette andnud, kus nende kaal on ja sellest eemale minnes hakkab toimuma veidraid asju, mida kõik dieedipidajad teavad, et siis vähendad kaloraaži, aga kaal ei lange. Ja materialistlikus maailmas, kus me sinuga elame, on sellele üks selgitus: organism on võimeline oma ainevahetust aeglustama, mis ei kõla loogiliselt, aga nii see on. Ja mul on hästi praktiline näide sulle ka, et*

*Suurbritannias on kaks ilmakeuulsat tootumisteadlast, üks on iiri päritolu mees ja teine on india juurtega naine ja nad kahe peale kokku teavad rohkem kui kogu inimkond kaaluregulatsiooni mehhanismidest ja nad kahe peale kokku kaaluvad umbes 250 kg. Ehk siis sa võid omada kõiki maailma teadmisi, kuidas kaalu reguleeritakse, aga sellest ei ole praktilist abi. Ei ole”.*

Mitmetes intervjuudes toodi välja „piiratud ajaaknaga tootumine“(mid-term fasting) kui üks meetod, mis on mõningal määral tulemuslikum kui lihtsalt soovitada tervislikku tootumist ja rohkem liikumist.

Intervjueeritavad töid mitmel korral välja, et kaalu langetamine võib olla isegi võimalik, aga keeruline on saavutatud kaalulangust pikaajaliselt hoida.

*„Sest kui me räägime inimese füsioloogiast, siis see on niimoodi disainitud, et säilitada, taastada tippkaalu, mis meil on elus saavutatud. See on loodusest tulenev. Me tuleme ikkagi teoorias sellisest nagu metsikust loodusest, kus kunagi ei tea, millal järgmine kord süüa saab, nii et mis tähendab seda, et kui süüa saab, siis peab sööma nii palju kui võimalik ja säilitama energiat nii palju kui võimalik. Nii et inimkeha füsioloogia on suunatud sellele, et saavutatud kaalu iga hinna eest tegelikult hoida. Need rasvumist üleval hoidvad mehhanismid on väga tugevad”*  
(endokrinoloog).

Intervjuudest jäi ka kõlama, et selgelt eristuvaid tootumisvigasid, mille muutmine annaks arstide hinnangul märkimisväärsest efekti, sageli ei esine. Ühe kõige sagedasema tootumisveana toodi välja õhtune alkoholi tarbimine, mille ära jätmise viib suure kaalulanguseni. Üldiselt on patsiendid arstide hinnangul küllaltki teadlikud ja väga suuri tootumise vigasid, mille muutmine tooks kiiret kaalu languse efekti, esineb harva.

Kuigi patsiendid on enamasti teadlikud ja pingutavad kaalulangetamise nimel palju, ei toeta seda pingutust alati füsioloogia ja geneetika. Endokrinoloogi selgitas:

*„Nagu teate, kõige raskem on siis, kui inimene ütleb, et ta aastaid juba jälgib tootumist ja teeb sporti. Et tal ei olegi vigu. Et ta ise ka ütleb, et ta teeb. Ta arvestab kaloreid, süsivesikuid, toitub tervislikult ja palju tervislikumalt kui mina. Ja käib spordisaalis ja teeb trenni. Ja kaal tuleb juurde. Sellistega on kõige raskem, sest mida sa talle veel ütled? See on väga raske, kergem on siis, kui patsiendil on nii palju vigu, et ta joob neli liitrit piima, sööb kolm pätsi saia, vot sellega on lihtne. Esimest korda kuuleb, et piima ei joo. Ja kui ta selle ära jätab, siis tal kohe tekib see kaalulangus. Inimene, kes rikkus kõikvõimalikke asju, temaga on kõige lihtsam”.*

Sama teema, kus patsientide ootus erineb tugevalt arstide omast on meditsiinilise põhjuse otsimisega. Harva tuleb ette selliseid juhtumeid, kus suure ülekaalu taga on mõni meditsiiniline põhjus ja arstide puhul on eeldus, et midagi meditsiinilist ei leita. Samas patsiendid ise otsivad kaalutõusule meditsiinilisi põhjuseid. Üldiselt arstid teevad analüüse, aga arstide ootus midagi leida on madal. Arstide sõnul üheksal juhul kümnest ei ole põhjused meditsiinilised, see kehtib ka ülekaaluliste laste puhul. Pea kõik intervjuueeritud arstid mainisid, et geneetika ja füsioloogia mängivad rolli, aga mitte seeläbi, et need on esile kutsunud nn „haigusliku“ põhjuse. Ülekaalulistele patsientidele tehakse uuringuid, aga kõik hormonaalsed näitajad on lubatud normi piirides. Pearingsti tsitaat:

*„...enamik, kes meil tulevad, tahavad analüüse kontrollida, et kas seal nagu oleks midagi, ma tea, endokrinoloogilist taga, siis enamasti me nagu ei leia mingit haigust seal taga, et pigem on ikkagi nii-öelda liigsed kalorid ja vähe liikumist. Seda, et me leiaks mingi kõrvalekalde seal, ma ei tea, kilpnäärme näitajad paigast ära, mis võiksid ülekaalu põhjustada, et seda on nagu pigem harva“.*

Eriarstide intervjuudest joonistus veelgi tugevamalt välja see, et patsientidel on soov leida oma ülekaalu põhjustajana mõni kehvem tervisenäitaja. Eriarstidele saadetakse esmatasandist patsiente, et määrata hormoonid ja leida kaalutõusule põhjendus. Eriarstide hinnangul on sellistel juhtudel väga suure tõenäosusega tegemist „raisatud“ visiidiga, sest meditsiinilised põhjused kaalutõusuks on üliharvad nii täiskasvanute kui ka laste puhul.

### ***Ülekaal kui vaimne haigus. Vaimne tervis ja uni on tugevalt seotud ülekaaluga***

Mitmetes arstidega tehtud intervjuudes tuli jutuks ülekaalu seos vaimse tervise ja unega. Seitsme arsti intervjuust tuli ülekaalust juttu isegi kui „vaimsest haigusest“. Seejuures rõhutati, et ülekaalu tekkepõhjused on erinevad, aga väga sageli on ülekaalul seos vaimse tervisega. Mitme arsti arvamuse kohaselt on patsiendi baasmureks kas ärevus või mõni muu vaimse tervise probleem. Sellisel juhul kasutatakse enesetunde parandamiseks toitu, mis annab lühiajalist rahulolu tunnet.

Arstid mainisid, et ülekaalulisuse puhul näib söömiskäitumine pigem sarnane sõltuvuskäitumisele ehk toitu kasutakse leevenduse ja naudingu pakkujana.

*“ Ja nad(patsiendid) kirjeldavad seda natuke sarnaselt kui alkoholismi, kui niimoodi hästi nagu toorest võrdlust teha või et nad ütlevad, et nad söövad ära ja siis neil on kõht tegelikult täis. Aga kes tahavad oma suust midagi sisse või siis nad ei ole valmis võitlema selle tundega, et mul on kõht täis ja ma ei pea sööma ka sellel hetkel. Kui nad alustavad selle snäkiga, kui nad teevad*

*selle valiku, et ma lähen ja võtan sealt kausist midagi head, siis see on üsna ühesuunaline, see ei lõpe enne, kui see kauss on tühi. Et ja selles vallas nad ütlevad, et nad ei saa ise hakkama, sest et see on justkui nagu sõltuvus” (endokrinoloog).*

Suure probleemina nägid intervjuueeritavad arstid seda, et vaimse tervise alase nõu saamine Eestis on keeruline, sest (kliiniliste) psühholoogide ja psühhiaatrite järjekorrad on väga pikad. Üks perearst tõi näiteks, et tema patsient soovis minna bariaatrilisele operatsioonile, kuigi tema hinnangul ei lahendaks see tema probleemi, sest taustaprobleem on vaimse tasakaalu puudumine. Kui saata patsient psühhiaatri vastuvõtule, siis võib olla ooteaeg kuni kuus kuud, kuid patsientide motivatsioon tihti kaob.

*„Jälle näiteks kui see ülekaalulisuse teema on mingi näiteks vaimse tervise nagu mure mingi tagajärg on ju. Et siis tõenäoliselt ei ole kõige parem interventsioon sellel inimesel hakata või maovähendusopist rääkima, vaid sellest, et peab seal algse murega tegelema. Et kui need algse murega tegelemise võimalused näiteks, ma ei tea, psühhiaatri juurde, on kuus kuud järjekord, on ju, inimene tunneb, et ta ei saa kunagi psühhiaatri juurde, siis algne mure jääb tegelemata, et siis nagu kõige muuga tegeleda...” (perearst).*

Vaimse tervise ja ülekaalu seoste kohta vesteldes toodi välja seegi, et ülekaalu ei peeta tihti haiguseks ja veel vähem vaimseks haiguseks. Seega jõudes psühhiaatri juurde on suur tõenäosus, et patsient jääb oma toitumismurega üksi, sest arsti arvates pole liigse söömise puhul tegemist vaimse haigusega.

Mitmest intervjuust jäi kõlama ka mõte, et unel ja une kvaliteedil on mõju kehakaalule. Piisav uni on vähemalt 7 tundi ööpäevas. Kui uni on lühem või ebakvaliteetne, siis suureneb koos väsimusega ärevus ja stressitase, mis omakorda suurendab ohtu, et heaolutunnet hakatakse otsima abivahenditest.

### **Hinnangud ja diskrimineerimine seoses kaaluga. Süükomponent**

Arstide intervjuudest tuli välja, et seoses kaaluga esineb meditsiinisüsteemis märkimisväärne stigma. Perearsti vastus stigma kohta peremeditsiinis:

*„See on tõesti, ma ütleks hästi levinud suhtumine, et see inimene ise on kõiges süüdi ja ta on nagu laisk ja noh, ise oled paks“.*

Arstide intervjuudest jäi kõlama, et stigmatiseeriv suhtumine pole arstide seas läbiv, aga seda esineb palju. Rasvumist ei käsitleta kui haigust, vaid kui kehalist seisundit, mis on inimese enda kontrolli all. Teiselt poolt esineb ka patsientide poolt väga kõrget tundlikkust, sest suur osa patsiente on terve elu oma kaaluga tegelenud. Patsiendid teavad, et on ülekaalulised ja kuna neile on seda korduvalt elu

jooksul öeldud, siis on nad ka tundlikud ütlemise viiside suhtes. Ehk ühelt poolt on arstide suhtumine ja teiselt poolt patsientide tundlikkus. Need mälestused teemad kokku takistavad stigma murdmist ja ülekaalu teemal avatud suhtlemist patsiendiga, et teda aidata:

*„Täna see suhtumine on ka veel väga palju must ja valge. Sina oled süüdi, see süükomponent kipub tulema. Ühtpidi patsiendi enda siseselt - patsiendid tunnevad ennast süüdi või inimesena (arstid ise) me tunneme justkui süüdi“.*

Arstide poolt mainiti ka kaaluga seoses esinevat erikohtlemist, mis süvendab patsiendipoolset süütunnet. Arstid ei nimetanud seda otseselt diskrimineerimiseks, aga näiteks üks perearst meenutas lugu, kus ülekaalulised lapsed kutsuti eraldi kooliõe juurde kaalumisele.

*„Aga ülekaalulistega kokkupuude on, ma arvan, et võib-olla, laste osas ongi sealt koolist. Ma olin kahes koolis, suured koolid olid. Et tookord oli, nendele ka oli mingi väike erikohtlemine, nad pidid käima siis kooliõe juures ennast kaalumas, see oli üsna üsna jube, eriti see, mis seal vene koolis toimus. Ma enam ei mäleta, mis selle vene kooli number oli, sest seal õde oli, minu arust, sihuke natuke autoritaarne tegelane. Ja kuidas need sinna kamandas juba, kui ta neid seal kaalus, oli ikka üsna, üsna sihuke kurb pilt, mida need lapsed pidid tundma“ (perearst naine).*

Lisaks patsientide süütunnetele teeb ülekaalust rääkimise keeruliseks arstide ebakindlus, sest meditsiinisüsteemil puuduvad head lahendused kaalu langetamiseks. Ebakindlust kirjeldas üks perearst kui „eetiline häbelikkus kaalust rääkimisel“. Ebakindlust kirjeldati ka päris tihti olukordades, mille tulemusena otsustas arst jätta ülekaalu teema avamata, isegi kui tervise seisukohast võiks esineda vajadus. Leiti, et teema on tundlik ja seega on suur oht negatiivseks reaktsiooniks.

*„Seal oli kindlasti mingisugust siukest. Kuidas öelda, noh, nihukest, eetilist, häbelikkust, kus seda ei tihatud võib-olla niimoodi välja käia. Mis mõttes eetilist ... Selles mõttes, et, noh, kuidas sa lähed inimesele ütlemata, et sa oled paks seal, sinu probleemid, eks ole, et, et ma arvan, et Eesti arst ikkagi võib-olla pigem kuidagi väldib seda teemat. Võib-olla vihjab, ütleb, ma isegi olen niimoodi öelnud, et varasematel aastatel, niimoodi “et siin on, vot sellega võiks olla niimoodi teema” ja püüad kuidagi mitte mitte patsiendile siis nii-öelda nagu kohe lajatada kümnesse...“ (perearst mees).*

Räägiti ka diskrimineerimisest meditsiinis, eriti eriarsti vastuvõtul:

*„Olen patsientidelt saanud tagasisidet, võib-olla, kui nad on käinud kuskil eriarstil, et nagu kui on patsient ülekaaluline, siis temasse nagu, noh, ei suhtuta väga nagu tema terviseprobleemidesse nagu väga tõsiselt, vaid kõike pannakse, et kui on ülekaal siis see on probleemide põhjus. Et võta kaalust alla ja siis me tegeleme nagu sellega kuidagi ja võib-olla see nüüd patsient on rasvunud või ülekaaluline, siis nüüd see julgus, et üldse oma murega arsti juurde tulla nagu võib-olla niuke kehvem, sest et ta on nii valmis selleks, et temasse suhtutakse jube halvasti“ (perearst).*

Perearstid kirjeldasid, et kui patsient on ülekaaluline ja läheb arsti juurde näiteks põlve- või seljavaluga, siis enamasti esimene soovitus on valust lahti saamiseks kaalust alla võtta. Ehk ülekaalulise patsiendi puhul nähakse tema kaalu, millele omistatakse tervisehädade põhjuseid, kuid kõhnade inimeste puhul tegeletakse sarnaste tervisemurede lahendamisega muudel viisidel. Arsti tsitaat:

*„...patsient tuleb arsti juurde, noh, ma ei tea, tuleb näiteks põlvevaluga. Ja tal on väga paha, ta ei saa liikuda, tal on põlvevalu ja esimene sõnum on võib-olla isegi õigustatult, et te peate kümme või viisteist või kakskümmend kilo maha võtma. Isegi kui see võib-olla on öeldud väga sõbralikult ja selgitavalt, siis see võib antud hetkel kõlada süüdistusena“.*

Intervjuudest jäi kõlama, et arstid ei taju, et ülekaaluliste patsientide diskimineerimine oleks teadlik või pahatahtlik. Pigem tajuti seda kui olukorrast tekkinud probleemi või puudulikku suhtlemisoskust. Probleemi kirjeldasid ja märkasid perearstid ja üldarstid, kes suunasid patsiente eriarstide vastuvõttudesse ja seejärel said sellelaadset tagasisidet.

Eriarstide poolt seda teemat ei tõstatatud, küll oli intervjuudes tajutav haigusjuhtumi põhine lähenemine. Juhtumi lahendamisel tajutakse kaalu kui segavat faktorit ja seda võidakse ka mainida patsiendile. Ühe kardioloogi sõnades, kus kaal segab protseduuri läbiviimist:

*„Aga noh, põhimõtteliselt jah, peab näitama ära, et on vale olla ülekaaluline“.*

Kokkuvõtvalt on diskimineerimine meditsiinis laiemalt tajutud a kogetud teema, aga taju ja hinnangud olukorrale on arstkonna sees ja erialade lõikes erinev.

### **Ülekaaluline patsient meditsiinisüsteemis**

Pea kõikide arstide intervjuudest kumas läbi mure seoses ajapuudusega meditsiinis. Arstide intervjuudest tuli välja, et kui patsient pole huvitatud ja tal puudub motivatsioon ülekaaluga tegeleda, siis 20-minutilise visiidi ajaga pole võimalik leida viise, et kaalu alandamisega seotud tegevus oleks tulemuslik.

Eriarstide kokkupuude patsientidega on pigem ühekordne. Seega keskendutakse visiidi jooksul konkreetse tervisemure lahendamisele ja isegi kui nähakse, et kaaluteema vajab lahendamist, siis reeglina seda teemat ei avata.

Kõik intervjueritud arstid, ühe erandiga, nägid sekkumiskohana peremeditsiini tasandit. Kohati olid eriarstid isegi häiritud, et ülekaalulisi patsiente neile saadeti, sest nende arvates on neil vähe võimalusi kaaluprobleemiga tegelemiseks:

*„ ...ta on probleem, aga ta on üldmeditsiini probleem. Vot, nüüd ta läks vale rada pidi. Varsti kõik endokrinoloogid on häiritud sellest ülekaalust, ma juba näen seda. Vaata, see on üldmeditsiini probleem, aga mitte endokrinoloogia probleem. Et tuleb otsida süüdi olevaid hormone. Aga praegu terve perearsti, selline ühistu, ta ei tegele patsiendiga, ta saadab kohe endokrinoloogile. Ja ma ei tea teistest, aga ma arvan, et kui mina juba olen ma sellest häiritud, siis teised täpselt samamoodi. Et kui sa näed ainult E66, see ei kuulu endokrinoloogile. Patsient peab tulema toitumisnõustamisele, ta võib minna psühholoogile, ja võib minna füsioterapeudile, teda peab nõustama pereõde“(endokrinoloog).*

Arstide arvates on ülekaalu sekkumine tulemuslikum, kui seda tehakse võimalikult vara ja enne tervisemurede tekkimist. Sellised patsiendid on tüüpiliselt peremeditsiini vaateväljas. Küll arvasid valdav osa arste, et hetkel puudub peremeditsiinil võimekus ülekaalu probleemiga tegeleda ja nähti, et süsteem vajab muutust. Arstid soovivad, et struktuuris oleks koht, kelle vastutada ülekaaluliste inimestega tegelemine. Mitmes intervjuus mainiti, et elustiili nõustamise jaoks pole vaja meditsiinilise taustaga inimest.

Üks arst pakkus välja, et perearstikeskustes võiks olla „tervisecoach“, kes õpetaks patsiente tervislikult sööma ja liikuma, ning aitaks neil motivatsiooni leida ja hoida. Arstide seisukoht on, et sellesse positsiooni pole mõtet panna õe või arsti haridusega inimest, vaid selleks sobib eraldi väljaõppega inimene ning sellise teenuse eest peaks arstide arvates tasuma Tervisekassa.

Peremeditsiin vajab ka lisatoetust, et selle teemaga tegeleda. Kuna patsientide probleemide ring on erinev, siis kirjeldatud ideaalmeeskonnana nähti päris laia erialade ringi, kust abi küsida. Perearsti tsitaat:

*„... toitumisnõustaja oleks väga hea, siis võib-olla treeningute poole pealt, kas mingi personaaltreener ja ma tea, liigeskaebused ka lisaks on, siis võib-olla füsioterapeut. Vajadusel võib-olla endokrinoloog, võib-olla kirurg, kui juba bariaatrilise kirurgia peale mõelda...“.*

Väga palju toodi arstide poolt ka välja vaimse tervise alase abi kättesaadavuse olulisus. Tihti on ülekaalu tõttu vaja ka ravimeid, et olukorda leevendada, seega on oluline, et oleks ligipääs psühhiaatrile või väga hea ravijuhend perearstile, kuidas määrata vaimse tervise ravimitel põhinevat ravi.

Üldine konsensus, peale ühe erandi, arstide poolt oli, et ülekaaluga tegelemine peaks jääma peremeditsiini probleemiks, aga kuna ülekaaluliste inimeste hulk on suur, siis oleks vaja luua Tervisekassa poolt tasustatud lisaposisioone nagu tervise*coach*, kes aitaks seda muret lahendada. Hetkel puudub peremeditsiinil kapasiteet selle probleemiga süsteemselt tegeleda.

### ***Ebareaalsed ootused kaalukaotusele ja „tervisepunkti“ mõiste***

Arstid näevad, et enamus inimestel on mõttes mingi kaalunumber, mida üritatakse saavutada. Selle numbril pole arstide hinnangul sageli mingit seost tervisega.

*“Et viis kilo on ka edu, reaalselt peab olema nii, et on eesmärgid, reaalsed eesmärgid, et kui ma saan kümme kilo alla, see on väga-väga hea. Aga ma ei pea olema 65kg. Reaalsed eesmärgid, vot see realistlikkus ka puudub, et väga kõrged on need ülesanded inimestele”*(endokrinoloog).

Kaalulanguse eesmärgid vajavad selgitamist. Tugevalt ülekaaluline inimene ei saavuta enamuse arstide hinnangul suure tõenäosusega normaalkaalu. Arstide intervjuudest jäi kõlama, et tervise kasu algab juba 5% kaalulangusest ja kui saavutatakse 15-20%-line kaalulangus, siis on kasu tervisele juba märkimisväärne. Samas kui 180kg inimene kaotab 27kg ja kaalub seejärel 153kg, siis seda väga ei hinnata, kuna tundub, et kaal on ikka veel suur. Samas tervisekasu on juba märkimisväärne.

Sarnane kontseptsioon jooksis läbi mitmetest intervjuudest, et patsientide ootus on suurem kui arstidel, kes on ülekaalulise patsiendi aitamisega kokku puutunud. Patsientide ootus pigem esteetilise suunaga, kui arstide ootus lähtub rohkem tervise paranemise seisukohast. Paljud arstid hindasid 15-20% kaalulangust juba oluliseks tervise seisukohast lähtudes, samas patsientide ootus oli tihti saavutada n-ö ideaalne normaalkaal. Sarnast suhtumist kirjeldati ka meditsiinisüsteemi poolt ehk kohati võivad ka arstide ootused sarnaselt ebarealistlikud nagu patsientidel. Üks arst tõi välja mõiste „tervisepunkt“, millel pole otsest seost normaalkaaluga:

*„ tema kaalunäitajad on kaugel ideaalist, aga, aga see mida otsida, me otsime tervisepunkti. Ma nimetaks seda nii et, et tänase kaaluravi eesmärk oleks leida tervisepunkt“ .*

### **Rasvumise defineerimine haigusena**

Enamus intervjueritud arste kirjeldas, et rasvumine toob endaga kaasa mitmeid tervisehädasid. Arstide hinnangul ei ole üldiselt ühtegi haigust, mida rasvumine negatiivselt ei mõjuta. Palju toodi välja, et rasvumist võib lugeda liigesehädade, kõrge vererõhu, lipiidide tõusu eellaseks. Perearst tõi näite:

*„...Jalavalud. See hakkab peaaegu kõikidel, neil hakkavad jalad valutama, siin neil hakkab selg valutama, ja siis hakkavad juba kõik kohad valutama...“.*

Kõik intervjueritud arstid teadsid, et rasvumine on rahvusvaheliselt defineeritud haigusena, Eestis diagnoosikoodiga E66. Kui küsida arstide hinnangut, kas rasvumist peaks defineerima haigusena, siis ainult kahe arsti puhul tuli selge jaatav vastus ja teadmine, et see ka nii juba on. Enamus intervjueritud arste olid kõhklevad seisukohal. Kui küsiti, mis hetkest on rasvumine kindlasti haigus, siis kõik arstid mainisid haiguse alguspunktiks rasvumise 2. klassist alates ( $KMI \geq 35$ ). Suur osa arstidest pakkus välja ka kehamassiindeksi, mis on võrdne või suurem 30-ga, mis on ka rasvumise diagnoosimise kriteeriumiks. Ravipraktikas mainisid paljud, et ei käsitle rasvumist sarnaselt teiste haigustega. Perearsti tsitaat:

*„Kui suhkur ja rõhk on nii kõrge, et siis see on nagu eluohtlikum, nagu tagajärjed on kiiremad, ilmselt kui see lihtsalt see ülekaal, nii et nagu siis ilmselt keskendume nagu rohkem selle nii-öelda eluohtliku seisundi nii-öelda lahendamisele“.*

Põhjuseks, miks käitutakse rasvumise puhul teisti, toodi välja, et arsti poolsete võimalused on piiratud. Paarist intervjuust jäi kõlama mõte, et kuna ravimeid pole pakkuda, siis pigem ei nähta ülekaalu kui haigust. Perearsti tsitaat:

*„No ilmselt siis ravipool nagu on, on erinev, et vererõhu, veresuhkru puhul nagu noh, ma saan nagu ise teha, saab ravi pakkuda, aga selle ülekaalu puhul nagu nii väga ei saa nagu seda ravi pakkuda. Nagu selle poolest on ta nagu rohkem ja haigus ja saan tegeleda ja saame paremaks, saame jälgida“.*

Intervjuudest tuli välja, et täpsustamist vajaksid diagnoosimise kriteeriumid. Hetkel on kasutusel KMI, aga see pole igas olukorras sobiv, seega oleks hea kokku leppida riiklikul tasandil selged diagnoosimise kriteeriumid.

Üldiselt olid kõik intervjueritud arsti seda meelt, et rasvumine peaks olema defineeritud haigusena, aga selleks oleks vaja selgemaid kriteeriumeid.

### **Kaaluravi seltsi vajalikkus**

Arstidelt küsiti, kas rasvumise kui haiguse teadvustamine vajaks eeskõnelejat või erialaorganisatsiooni. Üldine konsensus intervjuudes oli, et kuna rasvumine kui haigus on erialade ülene, siis ükski teine meditsiini eriala seda hästi oma alla täielikult ei mahuta. Erialadena, mis peaksid olema tegevad sellises ühingus, mainiti endokrinolooge, perearste, toitumisharjutajaid, füsioterapeute, uneharjutajaid, psühholooge, psühhiaatreid, bariaatrikirurge .

*„...mina arvan küll, et see peaks olema interdistsiplinaarne, et pigem võimalikult palju nagu kaasata erinevaid huvigruppe ja ma arvan, et see ei peaks nagu olema arstidest ainult. See ei peaks süvitsi keskenduma eriarstiabile, vaid pigem see peaks kaasama ikkagi ka terapeute, toitumisteraapiat, ja muid kogemusharjutajaid ja selliseid ja oleks laiem pilt sellele asjale ikkagi. Et inimesed, kes saavad siis kas medikamentoosse ravi peale või see juhend ja poliitika kujuneks ikkagi laiapõhjaliselt“ (kardioloog).*

Seltsi tegevuse eesmärkidena nähti ravijuhiste kaasajastamist, ülekaalu vähendamise seotud poliitikate suunamist ja ellu kutsumist, kogemuste vahetamist ja info selekteerimist. Perearsti tsitaat:

*“Ja et see selts võiks olla küll just nagu siis, et see oleks nagu selline nagu teaduspõhine lähenemine kaalu langetamisest, et noh, väga palju niuke, siukseid, mingi dieedi ideesid ja tablette, mis tegelikult nagu üldse inimestele hästi ei mõju, et siis nagu et selle poole pealt ka nagu seda kaalulangetamist nagu rohkem jälgida, et nagu need, jah, võimalused, mis inimestele pakutakse, oleksid ikkagi nagu siukesed ohutud, teadust tõestatud nagu, et selle poole pealt ka nagu rohkem seista, sest see selts, ma arvan, et oleks nagu väga mõistlik“.*

Kuna kaaluga seotult on liikvel äärmiselt palju infot, millest suur osa ei ole teaduspõhine, siis vähemalt esmatasandi arstide poolt mainiti, et vaja oleks eelselekteeritud infot, millest lähtuda. Oluliseks peetakse, et selts oleks laiapõhjaline, mitte ainult arstidest koosnev.

### **Lapseea rasvumine**

Lapseea rasvumise teemat käsitleti palju arstide poolt; leiti, et lapsepõlves tekkiv ülekaal on järjest suurem probleem. Endokrinoloogi tsitaat:

*„Prognoos on halb, enamasti ei tule välja. Mida varem see rasvumine tekib, seda suurema tõenäosusega ta jääb püsima pikaajaliselt“.*

Ühe üldarsti kirjelduses

*„Et see mõte, et...kuidas öelda - “Paks laps, ilus laps, küll ta kasvab välja”, kahjuks ei tööta. Füsioloogilises mõttes või ainevahetuslikus mõttes, kahjuks ei tööta. Väga hea on tõesti see, et kui meil on ülekaaluline laps ja ta tuleb sellest välja, siis tema risk olla ülekaaluline täiskasvanu on kordades suurem...“.*

Nii endokrinoloogide kui perearstide sõnul on tihti näha, et kui laps on ülekaaluline, siis on ka vanemad ülekaalulised. See tekitab omakorda probleemi, sest kui kogu pere on ülekaaluline, siis on perearstil teemast väga keeruline rääkida, sest on väga suur oht tekitada tugev vastureaktsioon.

*„ Aga valdavalt, kuna see vale toitumine on tavaliselt peres sees ja mitte ainult lapsel, vaid terve pere toitub valesti. Tihtipeale on ka vanemad rasvunud seal kõrval, mitte ainult see laps. Tähendab, et nende kõikide toitumine on vale. Terve perekonna harjumusi, igapäevaseid harjumusi, muuta on ääretult keeruline, kui üldse võimalik” (endokrinoloog).*

Kahe endokrinoloogi poolt mainiti, et kaalutõus hakkab lasteaia lõpu poole ja järsem muutus toimub lastel kooli minnes, esimeses kooliastmes. Arsti tsitaat:

*„ Et, jah, see, ma usun...on ka selline koht, kus peaks ühe laua taga istuma mingid sotsiaalteadlased ja lastearstid ja kooli inimesed, sellepärast et väga järsk kaalutõus toimub kahjuks siis, kui minnakse kooli. Et sinnamaani ei olegi võib-olla häda veel nii suur, aga täpselt selles esimeses kooliastmes järsku tekib muutus. Et mis see siis on, kas see on see, et lapsed saavad justkui kodust välja või see ikkagi on kuidagi see alanud koolistress või on see siis see vähene liikumine, mis siis tuleb või on need kõik komponendid? Me jõuame jällegi sellesse meditsiinivälisesse kohta, kus oleks vaja väga tugevat sellist poliitikat“.*

Kokkuvõttes näevad paljud arstid lapsea rasvumises väga suurt probleemi, aga paljuski tunnetavad, et meditsiin ei saa selle probleemi lahendamiseks üksinda palju ära teha. Ehk oleks vaja süsteemsemat poliitilist sekkumist olukorra lahendamiseks.

Lapsea rasvumise probleemi lahendamine on ülioluline, sest tulevikku vaadates on sellel ülisuur kaal. Ülekaalulistest lastest saavad ülekaalulised täiskasvanud, kelle terviseprobleemid hakkavad märksa varem. Arsti tsitaat:

*„... 2005 oli vist see esimene aasta, kus öeldi ühel konverentsil välja, et meie lapsed elavad ülekaalu tõttu vähem kui meie...“.*

## **Keskkonna mõju kaalule**

Arstide intervjuudest joonistus välja, et keskkonna mõju kaalule on keeruline alahinnata. Keskkonna mõju saab vaadata läbi mitme aspekti Ühelt poolt ilustandardid mida keskkond meile ette määrab. Teiselt poolt toitumist ja liikumist mõjutav keskkond ja kolmandalt poolt sotsiaalne keskkond, mis ka toetab või töötab vastu meie pingutustele.

Esimene aspekt, ühiskondlikult pealesunnitud ilustandard, on arstide sõnul tugevalt ühiskonnas juurdunud. See standard tekitab ebareaalset ootust ja rahulolematust, mis võib areneda ka vaimseteks probleemideks. Ebareaalne surve ja nõudmine iseendale, tekitavad tihti ka rasvumisele vastupidiseid probleeme näiteks anoreksia näol, mis küll erinevalt ülekaalust on tunnustatud vaimse häirena(haigusena). Arstide sõnul on ilustandardi mõju tugevamalt tunnetatav naisterahvaste puhul.

*„Et kui nad praegu vaatavad ennast ümbritsevaid reklaame, issand jumal, sa näed ainult väga ilusaid inimesi ja, ja siis noh, reaalselt ei olegi kõik täpselt selle koha peal“.*

Toidu ja liikumise keskkonda mainiti intervjuudes palju. Tsitaat:

*„Keskkond ei ole see, et ma siin kuskil põhjamaal elan ja on pime ja külm, et keskkond on tegelikult seesama meie toidukeskkond, meie suhtumiste keskkond. See on see, et kui ma panen inimese toiduküllasesse keskkonda ja oletame nüüd, et, et tema, selles võib-olla sellises geneetilises või pärilikkus foonis on, on võib-olla jah, see, et ta ei, ta ei ole nii hästi võimeline vastu panema sellistele toidu signaalidele või naudingulistele signaalidele, et “Söö mind!”, “Tarbi mind!”. Et kui, kui su ümber on kogu aeg selline küllus toiduvalikutes või näiteks on punktid maailmas, kus ei ole võimalik väga palju liikuda peale auto, eks. Et, et me räägime sellest keskkonnategurist. Me räägime ka keskkonnast, näiteks töökohal, kui, öeldakse mingis noh, ma tean neid töökohti, kus öeldakse, et meid ei huvita, ei ole mingit lõunapausi, pool tundi, sul on kümme minutit oma võileib ära kugistada ja kui su töö tehtud ei ole, siis sul ei ole ka seda kümme minutit. Või keskkond on ka see, et ma lähen koju ja naine oli mees ütleb, emb-kumb, et tead, mind ei huvita, mulle meeldib see krõps ja chips, eks. Me tegelikult oleme sellist nii-öelda endale märkamatuks keskkonnas, mis justkui suunab meid tegema valikuid, mis alati ei ole kõige tervislikumad“.*

Mitmes intervjuus oli juttu, et just keskmisest vähem teenivatel inimestel kipub olema ebatervislikum elukeskkond. Palju tarbitakse valmistoitu, mida peeti ka üheks oluliseks kaalutõusu põhjustajaks, tihti

liigutakse vähe, sest graafikud on paindumatud ja tööpäevad pikad ning kohati kaasneb ka väiksem teadlikkus. Perearsti tsitaat:

*„Et kes peavad näiteks väga palju tööd tegema, rügama, pärast tööpäeva lõppu ja teenivad nii vähe, et nad ei suuda teha tasakaalukat toitu ja osta poest mingit juba valmistatud tasakaalustatud toitu. Noh, see käib nendel üle jõu, et kui nad peaks kogu aeg järjepidevalt tegema. Et ta on see käitumuslik, kriips, keskkondlik nagu aspekt...“.*

Üks intervjuueeritav endokrinoloog tõi positiivse näitena välja Inglismaal kasutusel oleva niinimetatud valgusfoori süsteemi, mis annab värvidega märku toiduvalikute tervislikkusest. See sekkumine toodi välja positiivse näitena, kuidas aidata inimestel kiiresti tervislikumaid valikuid teha.

Oluline roll on ka sotsiaalsel keskkonnal. Arstid kirjeldasid intervjuudes, et kui pere ja sõbrad ei toeta inimest kaalul langetusel, siis on seda keerulisem teha. Intervjuudest tuli välja, et tihti teevad kaalu langetavad inimesed endale ja perele eraldi söögid, mis on omaette aja ja raha kulu.

Arst võib anda väga head soovitusel ja patsient võib olla ka koos arstiga motiveeritud neid täitma, aga kui patsient läheb tagasi oma tavalisse keskkonda, siis see tihti ei toeta patsiendi püüdlusi või isegi töötab neile vastu. Tsitaat:

*„Et mina võin ju anda talle super head nõuanded ja ta isegi võib-olla väga motiveeritud või me leiame selle koha. Aga kui ta nüüd läheb tagasi keskkonda, mis mitte kuidagi ei toeta tema muutusi või, või kui, kui ta on vaimselt kuidagi sel hetkel katki ....“.*

Arstide intervjuudest joonistus välja, et keskkond vajaks muutust, mis oleks riiklikul tasemel.

*„ ....samamoodi nagu me aktsiisiga piirame mingite ebasoodsate tegevuste tarbimist - peame siis alkoholi joomist ja suitsetamist ebatervislikuks; siis mina olen väga pettunud, kui hakkame siin mingisugust käibemaksu või tulumaksu tõstma... et miks mitte panna näiteks mingi hull magusamaks, eks. Miks meil on vaja minna tõstma makse, mida meil ei ole vaja tõsta praegu. Aga selleks, et tuleks üldse mingit riigipoolset tegutsemist, peab see riigiparaat aru saama sellest, et see ongi probleem reaalselt..... kui me räägime sellest, kui palju meil jääb teenimata raha, või laekumata maksuraha sellepärast, et inimene magab liiga vähe või on liiga ülekaaluline.“ (kardioloog).*

## Patsientide analüüs

### *Lapseea rasvumine*

Enamus intervjueeritavatest ülekaalu kogenud inimestest olid ülekaalu kogenud alates lapsepõlvest. Ainult kahel intervjueeritaval oli kaalutõus alanud täiskasvanu eas. Nii mõnelgi juhul oli juba intervjueeritaval sündides kõrgem sünnikaal ja kõrgem kaal on püsinud läbi elu.

*„(olen) lapsepõlvest saati ülekaalus olnud. Juba üsna varakult, nelja-viieselt hakkas pihta. Eks see keerulisemaks läks. Seal, põhikooli lõpus, keskkooli alguses siis sai teisipidi proovitud seda nagu trenniga seal maha treida ja... kahjuks väga hästi ei õnnestunud, sest suurema trenniga tekkis ka suurem isu.“ (meesterahvas).*

Viie intervjueeritava vanemad on samuti ülekaalulised ja neist neli minisid omakorda, et ka nende lapsed on ülekaalulised. Ehk sarnaselt arstide intervjuudest kõlama jäänud ideele, oli ka patsientide intervjuudes näha perekondliku tendentsi.

*“Mul olid ju vanemad ka mõlemad ülekaalus. Et... jah, ma olen nagu mingil hetkel teinud nagu, emale võib-olla etteheiteid, et miks ta nagu ei võtnud nagu kuidagi ette midagi või miks ta lasi sellel asjal... miks ta mind kuidagi ei suunanud juba lapsena seda võibolla kuidagi toitumist jälgima. Ma ei tea, see ei ole ka nagu õige.“ (naine)*

*“...ülekaal hakkas mul juba päris varajases lapsepõlves kerkima. Ma olin umbes viie-kuuene nagu juba hakkas tulema ja... muudkui kasvas ja kasvas ja toitumisharjumused olid üsna kehvakesed ja kahjuks mul ema vist ei osanud teadlikult sellele tähelepanu pöörata ka. Ja noh, mistõttu ma saingi, ma arvan, et ma sain need toitumisharjumused lapsepõlvest kaasa, et mingit piiri ette ei tule.“ (naine)*

Arvamused toitumise kohta lahknesid. Nõukogude Liidu aegse toitumise kohta mainiti n-ö tugevaid toidukordi, mille tavaliseks osaks olid osaks olid liha ja pekk, aga see-eest puhtaimaid toite. Nooremad intervjueeritavad mainisid kommide söömist ja sagedast mahlade joomist.

*„No kodus tehti ikkagi siukseid tugevaid toite. Minu ema on ka väga suur magusa armastaja, et tema tegi ikkagi siukseid tugevaid, raskeid toite pigem. Jaa... aga, aga teisest küljest, et ma mõtlen, et lapsena ma tegelikult olin üsna liikuv. Et ikkagi sai päris palju nagu õues ringi, et kui ma nüüd, kui ma võrdlen ennast näiteks täna oma lastega, siis ma olin ikkagi, ma arvan, et ma*

*olin oluliselt liikuvam kui nemad. Et aga, aga ilmselt... vot see oli meil küll, et niisugune ebakorrapärane toitumine.” (Naine, 39)*

Noorema naise kommentaar mahla tarbimise kohta:

*„Teisme-eas mul oli periood, kus ma mitme aasta vältel ei joonud vist ühtegi lonksu vett, ma olin nõus ainult mahla jooma. Ja ma ütlesin ka emale, palun, kui sa lähed poodi, too ikka mahla ja too mahla. Ja siis mu ema muudkui tõi ja tõi seda mahla. Seda suhkrut jõingi sisse.”*

Lapseeas rasvunud inimeste intervjuudest jäid mitmed lapsepõlves esinenud traumaatilised sündmused, mis eelnesid kehakaalu tõusule. Selline sündmus oli esinenud nelja naise ja kahe intervjuueeritud meesterahva puhul.

Sündmused olid erinevad, näiteks ema viibimine välismaal, kui laps oli väike, alkohoolikust isa, vägivaldne kasuisa, kiusamine rahvuse tõttu ja 5 aastase lapse üksi sanatooriumisse saatmine. Nii mõnestki intervjuust jäi kõlama, et kuigi sündmus mõjus intervjuueerivale traumaatiliselt, ei jäänud intervjuueeritavatest muljet, et nad tajusid seda elu etappi traumaatiliselt. Vähemalt ei mainitud seda võimaliku kaalutõusu põhjusena.

*„Mul oli tegelikult... kuidas seda nimetati siis... tänapäeval on nimetus „astma“, aga siis oli „astmaatiline“. Ma isegi ei tea, kuidas mu ema sellega hakkama sain, aga ma olin Taevaskojas, Taheval. See oli sanatoorium, laste sanatoorium oli seal. Ma olin aasta otsa seal. Et mu vanemad ei näinud mind aasta otsa. Mingit ravi seal ei olnud. Hommikul jalaga tagumikku ja männimetsa vahele mängima. Õhtul tagasi. Noh, see oli ka kogemus omaette, ütleme niimoodi, et...  
Intervjuueerija: Kui vana sa olid? Intervjuueeritav: Viis. Viiendast kuuenda eluaastani enne kooli. See ta mind ära ei lõhkunud, oli hästi, aga ma arvan, et seal osad lapsed ikka lõhuti ära. Sest et, näiteks, noh, seal olid väiksed lapsed, kõik seal olid koos. Oligi neli-viis kuni siis 13-14, ma arvan. Ja näiteks seal olid ka lapsed, kes veel voodi pissisid. Kui sa voodi pissisid, siis pandi sind ringi keskele ja kõik sellised ümberringi ringis sinuga tegid „häbi, häbi, püksis käbi“. Koos kasvatajatega.” (mees 42)*

### **Patsientide tajutud hinnangud ja diskrimineerimine seoses kaaluga. Kas sugu loeb?**

Norimine ülekaalu pärast oli valdav kogemus enamusel uuringus osalenud inimestel. Omaealiste laste poolt ei kirjeldanud tajutud kiusamist ainult üks intervjuueeritav kummastki soogrupist. Kõikidel teistel intervjuueeritavatel oli kiusamisest lugusid rääkida.

*“No narritud on mind koolis ikkagi juba mingi lasteaiast alates. Intervjueerija: Kas sul oli tunne, et sa olid ainuke? Intervjueeritav: Ja-ja-ja! Ma olin ainus paks laps klassis. Aga... no eks ta kuidagipidi on mind nagu mõjutanud, aga ma ei ole ka nagu veel pinpointinud selle nagu, et kuidas see mind mõjutanud on. Ja siis ma ootasin ikkagi, et kasvab ju paks nahk, on ju, et aa, et siis kui sa oledki mingi ringi klopitud, sa saad selle paksu naha. Mul siiani ei ole, et mind ikkagi nagu väga riivab, mingid riivavad inimesed teevad kommentaare minu kohta.” (Naine 26)*

Kiusamist tajuti erinevalt ja see sõltus osaleja soost. Naisterahvaste intervjuudest jäi kõlama, et norimine on jätnud neisse pikema ja valusama jälje. Naiste kirjeldused olid detailsemad ja rasked läbielamised paistsid olevat tekitatud erinevate osapoolte poolt, näiteks pereliikmed, sõbrad, õpetajad, treenerid.

*“Just see, mis tüpaažiga tüdrukud minu klassis olid ja sealt tuli kindlasti jah, sealt tuli kindlasti kohe väga tugevaid vihjeid, et kui ma, kui ma juba klassi astusin, siis mind hakati juba lehmaks kutsuma ja see nimi jäigi mulle nagu aastateks külge on ju.” (Naine)*

*“Ükskord, kui mind terve tund pilluti, ma istusin ees keskmises pingis, õpetaja nina all, mind pilluti terve tund väga paljude laste poolt igasugu esemetega. Ja õpetaja ei sekkunud mitte ühelgi korral. Ja siis ma läksin tunni lõpus temaga rääkima ja ... julgesin öelda õpetajale, et see ei ole OK ja miks ta... küsisin, et miks ta ei sekkunud, miks ta ei aita mind? Mille peale ta ütles, et ju sa oled ise süüdi, sest miks sa muidu peaksid sulle midagi sellist tegema. Ju sa annad neile mingit põhjust.” (Naine)*

*“Ülekaalulisus, meestesse suhtumine erineb ikkagi absoluutselt sellest, mismoodi suhtutakse ülekaalulistesse naistesse. Ja meestesse suhtumine on nagu oluliselt aktsepteerivam. Ehk siis, ehk siis nagu see, see, nii-öelda, see suhtumine... paks, noh, ütleme paksu mehesse ja paksu naisesse, need on, need on hästi nagu erinevad. Mehi nagu aktsepteeritakse rohkem või, või noh, nendele nagu antakse seda nagu, nii-öelda, andeks. Et, et naiste puhul see on eriti just, ütlen ma, kui ma peame silmas, noh, ütleme, sellise... sellist nagu vanusegruppe, mis on, mis siis noh, on ütleme, keskeast noorem veidi, et, et noh, seal on seal on kindlasti see suhtumine, jah, teine.” (Mees)*

Meeste puhul jäi kõlama teatud üleoleku tekkimine mingis ajahetkes, kus ennast kehtestati ja seejärel suudeti seda narrimist paremini taluda. Meesterahvad küll mainisid, et neid narriti kehakaalu pärast, eriti eakaaslaste poolt, aga mingil ajahetkel olukord muutus. Tüüpiliselt seetõttu, et kiusajad pandi paika ja seejärel kiusamine lõppes. Suurem kaal, mis või teha sind eakaaslastest suuremaks, võis ka kaasa

aidata enese kehtestamisele. Meeste lugudes kõlasid tihti ka lustakad näited, kuidas enese kehtestamine saavutati. Võrreldes naistelt kuulnud kogemustest ei kõlanud meeste kogemused nende enda sõnade kaudu traumeeriva kogemusena.

*“Tigedaks tegi tol hetkel, võib-olla kasvatas trotsi. Et üks ikka see, mis poevad hinge, ei lase olla. Siis ongi see... harjusid sellega, et tulebki enda eest seista. Et selles suhtes mul läks selle võrra hästi, et mind sõnadega põhiliselt pommitati. Füüsiliselt, see oli minu kehakaaluga nii palju abi, et nad ei suutnud mulle midagi teha. Jooksid laiali. Üritasid küll siin kakelda, aga põhiliselt tegelesid nemad jooksmisega. Aga jah, siin tagantjärele kuulen siin klassivendasid, kellel ei ole nii hästi läinud, jah. Füüsiliselt ka. Ei noh, oma pinginaaber rääkis, et teda küll seal ikka tümitati usinasti.” (Mees)*

*“Mida see tähendab... see tähendab, et ma ei lasknud ennast nagu lükata-tõmmata, no üks mul selle pärast oli pärast õpetajatega ütlemist ka, aga... noh, kaua sa lased neil ilkuda, kaua sa lased nende kallal, nagu... sõita. Aga jah, üks mulle kokku kogu selle kooli aja seal üritati öelda, et jätta nad sinna rahule ja nii edasi. Ei, nad ei jätta rahule, kuni nad leiavad järgmise ohvri. Lihtsalt leidsid järgmise ohvri.” (Mees)*

Kiusajaid esines ka väljaspool omaealiste laste seltskonda. Neli naisterahvast ja kolm meesterahvast mainisid kiusajana treenerit või õpetajat. Kolm naisterahvast mainis ka, et lähedane pereliige mõnitas või tegi haiget tegevaid märkusi seoses kaaluga. Meesterahvaste intervjuudes seda probleemi ei tõstatatud. Poiste kodudes pigem toetati tugevat söömist ja kiideti, kui poiss jõudis mitu portsu järjest süüa. Naiste puhul jäi intervjuudest kõlama, et pereliikmete suhtumine oli erinev. Kui kaal oli tõusnud, siis tehti vihjeid toidukoguste kohta ja ma või mõne muu autoriteeti omava inimese kommentaarid jätsid mälestuse kogu eluks.

*“Kui perest rääkida, siis ongi pigem see, nad on alati pigem nagu karmilt öelnud, noh, selle suhtes, et nad ei ole sellised, ma ei tea, ei otsi mentaalset abi, või noh, mis iganes. Siin on lihtsalt, ma ei tea, et „Võta kaalust alla!“ Kuidas sa seda võtad? Mind nagu, põhimõtteliselt, ei huvita.” (Naine)*

*“kõige rohkem vist riivasid ikkagi nagu perekonna poolt tulnud kommentaarid just minu õe poolt...” (Naine)*

*“...kui mul tädi oli välismaalt külas, siis me käisime riidepoes ja ta nõustus mulle kleidi ostma. Ja siis ma proovisin seda tema ees selga ja ta ütles, et ta ostab selle mulle ainult siis, kui ma*

*edaspidi piirdun banaanide söömisel ainult ühe banaaniga päevas. Et see nagu peab siis kokkulepe olema.” (Naine 33)*

Enamus uuringus osalejaid raporteeris, et on leidnud endale turvalised sõbrad, kes neid ja nende valikuid aktsepteerivad ja kes aitavad neil oma kaaluteemaga toime tulla.

*“Õnneks mul on väga vedanud nagu sõpradega, kes saavad sellest aru. Aga kas nagu sõbrad saavad sellepärast aru, et neil on endal taoline kogemus olnud või nad on lihtsalt on... saavad sinust aru. Sul on tunne, et ta oled päriselt ära kuulatud. “ (Naine)*

### **Ülekaaluline patsient meditsiinisüsteemis**

Enamus ülekaalu kogenud inimestest oli mingil viisil pöördunud oma elu jooksul meditsiinisüsteemi poole, et leida kaalutõusule meditsiinilist põhjust. Mainiti näiteks kilpnäärme analüüse ja nendest põhjuse otsimist endokrinoloogi abil. Samas ükski intervjuueritav ei toonud välja, et kaalutõusule oleks leitud selget ühest meditsiinilist põhjust. Intervjuudest jäi kõlama, et eneseteadlikkus (tunnetus) ja eneseanalüüs on olnud põhjalik. Intervjuudest jäi kõlama, et kui ülekaalu tajuti „haigusena“, siis põhjusena nähti pigem psühholoogilisi tegureid, mitte füsioloogilisi.

Kogemused meditsiinitöötajatega olid ülekaalu kogenud inimestel erinevad, aga üldiselt oli enamus uuringus osalejatel olnud mõningaid negatiivseid kogemusi seoses meditsiinisüsteemi ja oma kaaluga. Samuti tajuti, et kaalu teema oleks nagu tabu, mida teiste inimestega ei tohiks arutada.

*“A mingist hetkest saab sellest lihtsalt kõrini selle kogu aeg selle nina alla hõõrumisega. Kes need hõõrujad on? Ei noh, ütleme, et vanad... vana kooli tegelased veel istuvad ja hõõruvad. Tervisekontroll erinevates esindustes, noh, kohustuslik, nii-öelda, tööandja poolt või noh, vabatahtlik siis ikkagi. Et oli... naisterahvad olid eriti, kommenteerisid, et nemad sinna kontorisse enam tagasi ei lähe. Irseti iga sinu kilo üle ja... Paika panna seal... või mina, ei tea, minu arust kommentaarid olid öelad. Aga jälle, teine keskkond, teine esindus on... seal on nagu naljakas ülekaalulisena minna, seda ei mainita ka mitte. Et üks kontor istub sul kukil ja „kehakaal ja kehakaal“, ja teine nagu seda üldse ei mainigi. Ja siis sa tunnedki ennast juba imelikult, kogu aeg oled sa pähe saanud sellest, et sul on kehakaal, ja siis äkki mitte üks sõna.” (Mees)*

*“Ma ei ole tundnud, et ma saaks meditsiinist tuge. Ma ei ole kunagi tajunud, et perearst kuidagi üritaks aidata või nagu mõtleks selle nurga alt kaasa, et anda soovitusi. Mulle tundub, et see on ka meditsiinis selline teema, mis on ka nagu, et... on nagu patune teema, sellest isegi ei räägita.*

*Ja võib-olla ka kardetakse siis nagu seda pahakspanu, et kui juhtida kaalu tähelepanusse, siis see lihtsalt on nii tundlik teema, on ju. Aga ma ei tea, paneb siis mõtlema, et kas siis arstil on nagu põhimõtteliselt, et nad ei julgegi siis tegeleda sellega, et juhtida tähelepanu, kui inimene on alkohoolik ja anda soovitusi, kui tal nagu ülekaaluline. Et siis ongi nagu see tee, et ignoreerime, on ju. Ja seda lihtsalt siis, kui on probleem, siis ravime, on ju. Aga et ei aita sellest nõiaringist väljuda, mina küll ei ole kunagi sellist tuge tundnud.”(Naine)*

Intervjuudest jäi kõlama, et sama probleemiga erinevate arstide juures käies kogeti erinevat suhtumist, samuti erinesid arstide poolt pakutud lahendused. Ilmes, et arstide erinev lähenemine sõltus ka patsiendi soost. Meessoost patsientidele kaalust kas ei räägitud üldse või viidati sellele ainult napsõnaliste kommentaaridega, ent naissoost patsientide raporteeritud arstide suhtumine oli teistsugune. Naised olid kogunud vähem toetust ja rohkem kriitikat seoses oma kaaluga. Kolmel korral kõlas ka naistelt väiteid, et saadud kogemus võib osutada barjääriks sama meditsiinitöötaja poole pöördumisel.

*“Ühte lauset ma mäletan ka, kui ma kunagi hakkasin mingi hetk tegema proove, ma arvan olin 15-16 äkki, ja samamoodi... endokrinoloog teeb neid kilpnäärme proove, on ju? Ja siis oli ka, kõik nad tulid... kõik on korras. Et kõik nagu on hästi. Ma mäletan seda ka, et endokrinoloog ütles, et „lihtsalt tuleb suu lukku panna!“ Või kuidagi nagu selline lause. Seda ma nagu mäletan ka hästi. Et... võib-olla ma nende kogemuste põhjal ja siis selle viimase, kui ma mingi paar aastat tagasi kui abi otsisin seal ülesöömise tõttu, et siis oligi see.” (Naine)*

*„Ja kui see noh, see on nagu see, aga üleüldiselt nagu meditsiinisüsteemis ikkagi, mina ütleks, et kõhna joodik või narkomaan saab arstide käest palju meeldivama vastuvõtu, kui paks inimene.”  
(Naine)*

Üldiselt probleeme tundus rohkem olevat arstidega, kelle juures käidi pigem ühekordselt või juhuslikult. Mõned patsiendid mainisid ka, et nad pole saanud abi oma perearstilt. Neli intervjuueeritavat aga vastupidiselt kiitsid perearsti pakutud tuge ja abi.

Naiste lugudest oli mitmeid näiteid, kus arst ei süvenenud terviseprobleemi, vaid omistas selle kaalule ja käskis tervisemurede lahendamiseks kaalu vähendada. Ühe meesterahva sõnade läbi tema ema kogemusest meditsiinisüsteemis:

*“Noh, meesterahvana ma väga meditsiini ei roni, on ju. Kui just midagi küljest ära ei kuku. Aga, aga noh, siin ikka on eeldus, et kohe, et esimese asjana otsitakse su kehakaal ülesse. Et mul on*

*pigem ema kogemusi ja kõige paremini välja tuua, et kogu aeg lükati nagu kehakaalu iga probleemi ette ja taha, aga siis, kui ta maovähendusopil ära käis ja kehakaal vähenes, olid probleemid endiselt alles. Et kiputakse väga lihtsalt nagu kohe-kohe sinna maha kandma kõik need mured. Peaaegu ei saa nagu päris tähelepanu, päris hoolt sellepärast, et tundub, et kehakaal põhjustab need asjad.”*

Ehk ülekaalu kogevad inimesed, eriti naisterahvad, tajusid et nende tervisemuresid ei võeta piisavalt tõsiselt ja arstidel pole aega kuulata nende kaaluga seotud muresid. Seetõttu võib korduv negatiivne kogemus üldse ära võtta soovi meditsiinisüsteemi poole pöörduda.

### **Ülekaal kui vaimne haigus või sõltuvus**

Mitmed intervjuudes osalejad olid jõudnud järeldusele, et vaimne tasakaal omab kehakaalu mõjutamisel märkimisväärset toimet. Ehk selleks, et kaaluga toime tulla, tuleb tegeleda vaimse tervisega. Nii mõneski intervjuus võrreldi söömisharjumusi narkomaania ja alkoholismiga sarnase käitumismustrina. Samuti mainiti intervjuudes probleeme alkoholi tarbimisega, ehk nähti seost käitumismustri juures. Viidati sellele, et söömine on lahendus emotsioonidega toimetulekuks. Räägiti lugusid, kus pikka aega on pingutud ja üritatud distsipliini hoida ja seejärel on kasvõi väike asi või olukord tekitanud tagasilanguse.

*“No päris nii süsteemselt mitte, et mul käib kuidagi hooti, nagu ma olen ise täheldanud seda, et see käib kuidagi hooti. Mingi aeg ma suudan nagu, näiteks, samamoodi ollagi eemal nendes magusatest jookidest. Et ma ei joo mingi mullijooki, ma ei joo mingeid mahlasid. Aga siis järgmine hetk noh, mingi aeg, nii-öelda, tuleb see lihtsalt tagasi ja siis see nagu jälle on püsivalt ja siis kaob ära. Või magusaga, et mingi hetk ma nagu kahman, nii öelda, meeletult seda magusat. Aga järgmine hetk, ma võin nagu mitu kuud olla täiesti nii, et ma nagu ei tunne, et mul oleks seda magusat vaja.” (Naine)*

*„Ja minupoolsele iga kord niimoodi läinud, et alustad hakkama... ma viimati võtsin mingi 12-13 kilo kolm aastat tagasi ja tahtsin nagu sealt jätkata, aga siis... käis mingi krõks nagu mul alati, niisuge mingi krõks, et sa oled olnud hullu tubli, hästi palju kuid, ja kõik on nagu läheb, läheb ja siis tuleb mingi täiesti üks asi... ükskord oli niimoodi, et tegin lapsele küpsisetorti sünnipäevaks järgmiseks hommikuks. Ja lihtsalt mingi pudistasin sinna seda šokolaadi sinna poti sisse, et kuumutada, sulatada ja siis tuli „anna ma proovin tükikese, mis see ära ei ole“! Aga see on täiesti narkomaania, et sa ei saa nagu suitsetajana, et „anna ma võtan täna siis ainult ühe*

*suitsu, kui ma ei ole mingi kolm kuud ühtegi suitsu teinud“, on ju? Põhimõtteliselt see ongi, see on täielik narkomaania, minu meelest seda teadvustatakse liiga vähe. Et, et see, see ei ole lihtsalt tahtejõu küsimus, vaid siin on nagu mingi täiesti ajukeemiliselt protsessid, siis juba nagu tuksis, et siis on see, et OK, no olgu, söön siis šokolaadi rohkem! OK, kui ma juba nagunii andsin alla, siis täna õhtul enam ei söö rohkem. OK, ma võin siis nädala lõpuni nagu alla anda, et noh, alustan esmaspäeval. Aga tegelikult mulle hakkas see kõik juba nii meeldima, ei suuda enam. OK, ma teen ühe nädala veepausi ja siis on see, aa, ma ei saa enam tagasi sinna, et siis on nagu see kett maas, tekib see mõnutunne tagasi. See kohe leevendab kõik pinged ära, on ju. Et siis see on täiesti klassikaline lugu mulle, et proovid, proovid ja siis käib see krõks, kus ühe korra annad alla ja siis enam ei saa sinna ree peale kas mitu kuud või isegi mitu aastat.” (Naine)*

*“No ma ise olen lõpuks nagu aastatepikkuse analüüsi käigus saanud aru, et see ei ole lihtsalt, et... nagu tavainimese toitumine. Mul on nagu sõltuvus, nagu on suitsetajatel suitsetamisest sõltuvus, on alkohoolikute alkoholisõltuvused, siis minul on nagu toidusõltuvus. Et...ma nagu ei mõtle toidust nii, nagu mõtlevad teised, vaid ma nagu mõtlen toidust kui mitte energia saamisest, vaid nagu kuidagi mingi leevenduse leidmisest.” (Naine)*

Mõnedes intervjuudes raporteerisid osalejad, et kui otsida psühhiaatrilist abi ülekaaluga, siis pigem ülekaaluliste patsientide vajadusi ei mõisteta. Kui anoreksia ja buliimiat on tunnustatud psühhiaatrilise haigusena, siis liigsöömine (*binge eating*) pigem ei leidnud mõistmist psühhiaatrite poolt.

### ***Kaalulangetuse kogemused ja eesmärk***

Enamus intervjuueeritavatest olid toitumise ja kaalulangetuse teemades väga teadlikud ja suutsid olla ka oma käitumise suhtes küllaltki analüütilised. Kaalulangetamise vajalikkuse arusaam jõudis enamusele 20. aastates eluaastates. Intervjuueeritavad mõistsid, et vajalik on viia ellu püsivad elustiili muutused. Selle teadmiseni jõudmisel oli elus proovitud erinevaid dieete, kuid sageli oli kaotatud kaal paari aasta jooksul uuesti tagasi tulnud.

*„Eks ma ikka siis jälgisin natuke toitumist, regulaarsemaks... teooriat ma tean väga hästi, aga me oleme teoorias kõik kõvad, aga siis tuleb praktika ja paneb pesapalli kurikaga vastu hambaid.”(Mees)*

*“Et siis nagu see pinge kõik need aastad nii suur olnud, et ma olen mitmeid kordi proovinud, siis uuesti kaalust alla võtta, aga pigem mis on juhtunud, ja mis on minu jaoks ka väga hirmutav - ma saan aru, et mingid uuringud, millest mina olen kuulnud, näitavad, et üliväike osa inimestest*

*saavutab kaalulangetamise nii, et see jääks püsima ja, ja mis on tegelik efekt, on see, et iga kaalulangetamise tagajärg on tegelikult hiljem suurem kaal, kui siis, kui sa alustasid kaalu langetust.” (Naine)*

Kaalu kaotamist võrreldi täiskohaga tööga. Enamuste intervjueeritute kirjeldustes on nende kehad kaalu kasvatamisele väga altid ja vajavad kaalu tõusuks väga väikest stiimulit. Kõikidel intervjueeritavatel oli elus olnud edukaid – kuid ajutisi - kogemusi dieetidega, kuid stressiolukorra tekkides ja ranget rutiini lõdvendades oli kaal ka tagasi tulnud ja tihti ka veel rohkem kui enne dieeti.

Enamus intervjueeritutest oli eneserefleksioonides ja katsetustes jõudnud teadmiseni, mis nende puhul kaalulangetuseks toimib ja mis mitte. Kirjeldati erinevaid strateegiaid, mis polnud efekti omanud, näiteks suhkruasendajatega jookide tarbimine, piimatoodetest loobumine, pikkade jalutuskäikude tegemine. Kuigi enamik raporteeris, et liikumine ja trenn olid nende kaalulangetusprogrammi osa, siis kõik olid ühel meelel, et toitumisest tulevaid vigu ei saa liikumisega kompenseerida. Ehk liikumine oli intervjueeritavate hinnangul küll oluline, aga mitte kaalu langetamise aspektist vaadates.

Intervjuudes toodi toimivate lahendustena välja mitmeid erinevaid asju, mille võiks jagada nelja kategooriasse. Esimese asjana toodi välja regulaarselt söömine ja hommikusöögi olulisus. Teise aspektina toodi välja näksimise piiramist, mida on eriti olulina järgida stressirikastes eluhetkedes, sest siis on (lisa)näksimine kerge tekkima. Kolmanda aspektina mainiti alkoholi tarbimise piiramist ja seda nii igapäevaelus, kui ka sarnaselt näksimisele kriitilistel ja stressirikastel eluetappidel. Mitu intervjueeritavat olid alkoholi tarbimise üldse lõpetanud. Neljanda aspektina toodi välja niinimetatud kaloraaži koguse jälgimine. Toimiva lahendusena toodi välja nii toidu koguste piiramist kui ka toidu energiasisalduse vähendamist. Toidu energiasisalduse vähendamine ehk niinimetatud energiahõre toit võib olla kergemini vastu võetav kui väikesed toidukogused.

### ***Motivatsiooni leidmine kaalulangetuseks***

Intervjuudes toodi välja palju mõtteid motivatsiooni tekkimise kohta kaalu langetamiseks. Leiti, et tekkima inimesel endal peab motivatsioon seda teha enda jaoks, sest kaalu langetamise tee on väljakutseid pakkuv ja kellegi teise nimel seda teekonda jätkusuutlikult ei suuda teha. Ainuühe mehe ja kahe naisterahva intervjuus kõlas toimiva motiveeriva tegurina teadmine, et ülekaal põhjustab surmavat ohtu. Üldiselt kirjeldati motivatsiooni tekkimist väljendiga „käis klõps“ ja siis muutus. Mitmed intervjueeritavad kirjeldasid mingit kindlat situatsiooni, lauset või mõtet, millest algas teadlik kaalu langetuse teekond.

*„Mis pani mind mõtlema? Me käisime USAs reisil. Ja ma olen kõige suurem lõbustusparkide fänn üldse, on ju. Ja me läksime sinna Universal'isse ja olen lihtsalt oodanud ühte sõitu atraktsioonil. Tegelikult see hakkas varem, aga see käis Ameerika reisiga niimoodi, et me sõitsime Tallinn-Helsingi lennukiga, on ju. Ja saate aru, mul ei läinud vöö... ei klikanud ära, on ju. Ja ma olin lihtsalt „Appi!“ Ma vahetasin nagu kõrvaliste... siis ma olin täiesti pekkis ja ma sain täiesti trauma sellest, et mul ei läinud see lennukivöö kinni, on ju. Ja siis ma läksin sinna lõbustusparki ja siis mu lemmikatraktsiooni peal, nagu oligi see, et nad pidid mu paigutama nagu laiema istme peale. Ja siis ma sain aru, et midagi on väga lappes, on ju. Ma ei mäleta, ma lihtsalt seal Universum'is, ma tõesti ainult nutsin ja „ma lähen Eestisse tagasi“. See oli nagu minu jaoks punkt.” (Naine)*

Esines ka mõningane erinevus meeste ja naiste puhul. Intervjueeritud meeste otsus langetada kaalu oli tüüpilisemalt autonoomne ja langetatud ka enese vaatluse või mõne infokillu põhjal. Mitu meest mainis, et nad ei vaja sotsiaalset tuge, et oma otsuseid ellu viia. Rutiini viiakse ellu iseseisvalt ja ei arutata isegi oma naisega. Samas pärast otsuse tegemist võisid mehed otsida toetavat ressursi ka väljaspool pere, näiteks pöördudes arsti poole, liitudes FitLapi või mõne spordiklubiga.

*„ Ai! Ei! Mina olen muidu väga sotsiaalne inimene, aga selliseid asju teen ma üksi, ise. Trenni ka...üksi. Intervjueerija:Aga näiteks, kas sa oma naist informeerisid, et sa kavatsed nüüd seda teha? Intervjueeritav: Ei, ma otseselt ei informeerinud, aga ega ta loll ei ole, ta nägi ju. Me elasime ju ikkagi koos, elame siamaani. Käitumine ja muud seal, aga ma ei öelnud talle, et ma nüüd hakkasin... ma lihtsalt hakkasin. Aga tema nagu toetas, ei toonud nagu... Ei, ei, ta toetas jah. Hakkas rohkem rohelist ostma ja ilma, et ta midagi jälle ka mulle ütles. Räägin, mis ma teen. Siis ta tõi rohkem tomatit ja kurki, salatit ja spinatit, rohkem kanafileed.” (Mees)*

Intervjueeritud naiste puhul jäi intervjuudest kõlama suurem sotsiaalse toe vajadus. Naised tajusid tugevamini, et nad vajavad kaalu langetamise protsessis abi. Naiste kirjeldustes oli rohkem ebakindlust kuivõrd suudetakse jagada tööd, laste kasvatamist ja muid kohustusi ning lisaks leida aega, et investeerida vajalikku tähelepanu, mida nõuab kaalu vähendamine. Mitu naist kirjeldas varasemaid edukogemusi kaalu langetamisel, kus oli liitunud mingi programmiga, tugigrupiga või koos pereliikmega peetud ühtset režiimi. Samas väljendas neli naist kuuest, et hetkel on neil elus koht, kus kaalulangetamisega tegelemine oleks ebareaalne, sest elu fookus on muudel prioriteetidel.

## Sekkumisvõimalused

Kuna kvalitatiivsed intervjuud andsid nüansirohke arusaama rasvumisega seotud teadmistest ja hoiakutest, siis on ka sekkumise variante mitmeid. Sekkumise disainimisel kaalusin mitmeid sekkumise kohti ning sihtrühmi, näiteks keskkonna muutmist ning lapsee rasvumise vähendamist. Otsustasin keskenduda ülekaalulistele inimestele lisatoe pakkumisele selle pärast, et antud teema, läbi erinevate vaatenurkade, tõstatus läbiviidud uuringus kõige mastaapsemalt.

### Ülekaaluline inimene ja tema toetamine kaalu alandamisel:

Antud alapunkti juures kasutan SAMSHA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) organisatsiooni loodud trauma psühholoogilisi aspekte arvestavat lähenemist (SAMSHA, 2014).

Kuna ülekaalu kogemine ja ka käsitus oli jätnud suurele osale patsientidest väga tugeva jälje, siis selle lähenemise kasutamine tundus kaalu teema lähenemise puhul mõistlik. Lisa aspekt oli ka see, et ülekaaluni viivat söömist võrreldi tihti sõltuvusega.

### Ülevaade trauma psühholoogilisi aspekte arvestavast lähenemisest.

Ülevaade on kirjutatud lähtudes SAMSHA välja antud materjalidest (SAMSHA, 2014).

Traumateadlik lähenemine(TTL) tervishoius arvestab trauma laialdast levikut, selle potentsiaalset negatiivset mõju vaimsele tervisele ja käitumisele. TTL eesmärk on luua ohutuid ja toetavaid keskkondi.

SAMHSA loodud lähenemisviis hõlmab endas järgmisi elemente:

- (a) Trauma tunnustamine: TTL tunnistab, et trauma on levinud probleem, mis võib avaldada sügavat mõju inimeste elule. See hõlmab nii füüsilist kui ka emotsionaalset traumat,
- (b) ohutuse ja usalduse loomine: TTL rõhutab ohutute ja toetavate keskkondade loomist, kus trauma läbi elanud inimesed tunnevad end kaitstud ja usaldavad tervishoiuteenuse pakkujaid,
- (c) trauma mõistmine: TTL tugineb teadmistele trauma mõjude kohta, et paremini tuvastada ja ravida traumaga seotud probleeme,
- (d) tugevusele orienteeritud lähenemine: TTL keskendub trauma läbi elanud inimeste tugevustele ja vastupanuvõimele, aidates neil taastuda ja oma eluga edasi minna,
- (f) koostöö ja kaasamine: TTL rõhutab klientide kaasamist oma raviplaani väljatöötamisse ja elluviimisse.

Traumateadliku lähenemise kuus olulist põhimõtet, millest lähtudes annan antud töös ka sekkumise soovitusi, on järgmised:

1. Turvalisus (*Safety*): Organisatsioon peab looma turvatunde, nii oma töötajatele kui klientidele keda ta aitab. Selleks peab nii füüsiline keskkond kui inimeste vahelised suhted peavad toetama turvalise keskkonna loomist. Turvalisuse mõistmine kliendi vaatenurgast on ülioluline.
2. Läbipaistvus ja usaldusväärsus (*Trustworthiness and Transparency*): Läbipaistev otsustusprotsess aitab luua usaldust organisatsiooni ja klientide vahel. Eesmärgiks on luua usaldus klientide ja organisatsiooni töötajate vahel.
3. Kogemuskaaslus/kaaslaste toetus (*Peer Support*): Kaaslaste toetus ja vastastikune abi on võtmekomponendiks, et luua tervenemiseks vajalik turvaline ja lootusrikas keskkond. Mõiste "kaaslane" viitab isikutele, kellel on isiklik trauma kogemus. Laste puhul võib see hõlmata ka lapse pereliikmeid, kes on traumaatilisi sündmusi läbi elanud ja on lapse paranemise võtmeisikud.
4. Koostöösus/ koostöö ja vastastikusus (*Collaboration and Mutuality*): Oluline on vastastikune partnerlus ja võimuerisuste vähendamine klientide ja organisatsiooni liikmete vahel jagatakse võimu ja otsuseid. Organisatsioon tunnistab, et kõigil on TTL-is oma roll mängida.
5. Võimestamine ja valikute austamine (*Empowerment, Voice and Choice*): Lähenemine toetab inimeste tugevusi ja kogemusi. Selleks et parimal viisil taruma kogemusega inimest toetada, ehitatakse lähenemine ülesse tema tugevusi võimestades ja aktsepteerides, et trauma kogemus võib inimesi ühendada. Organisatsiooni töötajad on protsessis abistajad, mitte protsessi kontrolliad. Toetatakse inimest, kuulatakse tema sõnumeid ja usutakse tema kogemusse.
6. Diskrimineerimise vältimine (*Cultural, Historical, and Gender Issues*): Organisatsioon tegeleb aktiivselt eelarvamuse, stereotüüpimise ja diskrimineerimise vähendamisega. Selleks pannakse paika vajalikud protsessid ja poliitikad, et diskrimineerimise ilminguid vältida.

### **Andmetest lähtuv lähenemine**

Lähtudes nendest põhimõtetest, liigitame kvalitatiivsest uuringust tulnud andmed nende punktide alla ja iga punkti juurde saab pakutud mõningaid lähenemise viise, kuidas seda lahendada, lisades iga punkti alla soovitude loetelu. Mõni soovitus võib sobitada mitme punkti alla, aga on paigutatud selle punkti juurde, millega ta kõige tugevamalt seostub. See ei tähenda, et soovitus ei võiks ka mõnes muus kriteeriumis kasulik olla.

## 1) Turvalisus

Uuringust lähtuvalt saab öelda, et turvalisuse olukord on meditsiinisüsteemis erinev. On väga head ja turvalist keskkonda pakkuvaid kohti, aga ka teistsuguseid kogemusi. Osaliselt on ka põhjuseks meditsiinis olev aja puudus. Kahekümne minutine visiidi aeg, ei ole tihti piisav turvalise keskkonna loomiseks ja lahenduste leidmiseks.

Soovitused:

- Meditsiinisüsteem võiks kokku leppida, millal on rasvumine haigus, millega võiks meditsiinisüsteemi poole pöörduda. Ebaühtlane arusaam, tekitab ebaühtlast suhtumist, mis omakorda vähendab patsientide turvalisust.
  - o Kokkulepete loomiseks ja tegevuste eestvedamiseks on vaja luua selts, kes oleks protsessis eestkõneleja.
- Vaja oleks kokkulepitud sõnavara(terminoloogiat) rasvumisest rääkimiseks.
- Tervishoiutöötajatele juhendi loomine sellest, kuidas kaalu teemal vestelda ja mis sõnavara kasutada.
  - o Eesti keelse sobiva terminoloogia loomine.
- Rasvunud haige teekond/ravijuhend aitaks kaasa ühtlasele lähenemisele.

## 2) Läbipaistvus

Hetkeolukorras saab läbipaistvuse kirjelduse alla panna mitmeid aspekte. Esimese asjana näiteks elustiili muutmise efektiivsus ja ootus seoses sellega. Arstide hinnangul suure kaalu korral ei suudeta saavutada märkimisväärset ja püsivat kaalulangust. Samas on see põhiline soovitus mis ülekaaluliste inimestele antakse. Erinevad arstide ja patsientide hinnangud kaalu languse heale tulemusele. Arstide puhul on hea tulem juba 10%, mis on märksa vähem patsientide ootustes. Samuti suunab meditsiinisüsteem, eriti esmatasand, patsiente ülekaalu meditsiinilist põhjust otsima. Tegelikult on meditsiinilised põhjused harvad, arstide hinnangul ainult paaril protsendil ülekaalulistes võiks tegu olla meditsiiniliste põhjustega.

Soovitused:

- Elustiili muutmise efektiivsuse suurus ja võimalused räägitakse arsti ja patsiendi vahel läbi. Lisatakse numbrilised suurused, et hinnata ootuste sarnasust/erinevust.
  - o Vajalik arstide teadlikkuse tõstmine läbi koolituste.
  - o Vaja teha materjalid, mis aitaks dialoogi läbi viia.

- Selgelt ja numbriliselt tuleks defineerida kaalu languse eesmärk(arsti ja patsiendi vahel).
  - o Lisaväärtust annaks, kui kaalulanguse etappide juures kirjeldatakse ka saadavad tervisekasud, mis võiks aidata visualiseerida kasu patsiendi jaoks isegi siis kui kaalu kaotus pole kosmeetiliselt soovitud tasemel.
  - o Lisaks võiks olla kirjeldatud tagajärgede valikud, et patsient saaks teha informeeritud otsuseid.
- Meditsiin peaks sisemiselt kokku leppima, et patsiendi „jooksutamisel“ arstide vahet pole näidustust.
  - o Näiteks endokrinoloogia eriala koolitused peremeditsiinile teadlikkuse tõstmiseks. Põhiline teematõstus tuli endokrinoloogide poolt, et saadetakse ülekaalulisi patsiente, keda neil pole võimalik kuidagi muul viisil aidata.
- Erinevates etappides peaks patsiente ka selgesõnaliselt teavitama, et haiguslikkus on meditsiinilises mõttes ülekaalu põhjustaja väga harva.

### 3) Kogemuskaaslus

Kaaslaste toetuse poole pealt tuli antud uurimusest kõige vähem materjali. Kuigi teema on oluline, siis süsteemselt seda ei rakendata. Küll tuli intervjuudest välja, et ülekaalulistel inimestel, eriti naisterahvastel oli moodustunud nii öelda „turvaliste sõprade“ ring, kes aitasid neil koos hoida oma minapilti.

Soovitused:

- Luua võiks tugigrupid, kus ülekaalulised inimesed saaksid koemusi jagada turvalises keskkonnas.
  - o Tugigruppe võiks luua perearstikeskuste juurde ja neid võiks modereerida keegi meditsiinipersonalist (näiteks loodav tervise*coach*).
- Võiks luua kogemuslugudega veebikeskkonna, kus inimesed saaksid infot ammutada. Oluline oleks, et info oleks kontrollitud, seega peaks lood läbima mingi (näiteks meditsiinilise) tsensuuri.

### 4) Koostöisus

Uuringust jäi kõlama, et meditsiin on pigem hierarhiline. On väga meeldivaid ja koostöiseid suhteid ülekaalulise inimese ja mõne arsti vahel, samas on enamus ülekaalulisi inimesi saanud meditsiinisüsteemilt ka negatiivseid kogemusi.

#### Soovitused:

- Haiget peaks kaasama oma ravi valikutesse.
- *Tervisecoach* võiks aidata ülekaalulisel inimesel meditsiinisüsteemis liikuda, kanda patsienti läbi süsteemi (vähendada silosid), aidates kokku leppida uuringud ning nõustades, harides ja motiveerides patsienti.
- Ülekaaluliselt inimeselt võiks alati küsida luba kaalu teemat rääkimiseks.
- Meditsiin peaks ülekaalulise inimese puhul kasutama motiveeriva intervjuerimise tehnikaid. Kuna teema on keeruline, siis ei piisa 20 minutisest visiidist vaid patsientidega peaks saama töötada inimene, kelle vastuvõtuaeg on pikem, aga ei pea tingimata olema meditsiinilise haridusega.
- Kaalualandamise/ravi plaan tuleks luua arstil koos patsiendiga.
- Kuna patsientide hulk on suur, siis peaks kaaluma telemeditsiini võimalusi, näiteks digiravimite kasutusele võttu. Digiravimid on näiteks mobiilsed rakendused, mille efektiivust on tõestatud kliinilistes uuringutes ja mis on registreeritud meditsiiniseadmena.

#### 5) Võimestamine

Meditsiinis pigem lähtutakse patsientide füüsilisest tervisest ja haiguste ravist, seega võimestamisele eraldi tähelepanu ei pöörata. Mõned arstid teevad seda loomulikult hästi, samas süsteemset õpet meditsiinis võimestamise koha pealt ei ole.

#### Soovitused:

- Võimestamise tunde jaoks oleks vaja, et inimesel oleks tagatud piisav autonoomia, kompetents ja seotus (enesemääramise teooria järgi). Mitmed eelnevalt kirjeldatud soovitused aitavad neid tingimusi täita. Näiteks koostöisuse all olevad punktid aitavad autonoomsusega ja kogemuskaasluse punktid seotusega. Eraldi peaks arendama tööriista, et hinnata patsientide teadmiste taset, et antav info oleks mõõdukalt pingutust pakkuv aga ikkagi hoomatav.
- Keskendu vestluses tugevustele ja edusammudele, läbi positiivse fookuse. Soovitus tuleks kirjeldada läbi ravijuhendi. .
- Ravijuhendi abil tuleks seada realistlikud ja saavutatavad eesmärgid ja väiksemad vahe eesmärgid.

#### 6) Diskrimineerimise vältimine

Hetke oli enamus ülekaalulisi inimesi tajunud diskrimineerimist või kiusamist. Meestele oli selle mõju olnud väiksem naisterahvastele suurem ja oli erinev. Naisterahvaste puhul oli rohkem olnud kiusamist perekonnas mõne lähisugulase poolt, mida meestel ei esinenud. Samuti oli tajutud kaalu tõttu diskrimineerimist meditsiinisüsteemi poolt, näiteks haiguste erinevat käsitlust. Ülekaalulise inimese puhul tihti omistati tervisemure kaalule ja lahendusena pakuti kaalu alandamist. Meditsiinisüsteemis esineb ka siiani stigma, et patsient

Soovitused:

- Oluline oleks teadlikkuse tõstmine, eriti meditsiinisüsteemis. Patsientide poolt tajutud diskrimineerimine tundus pigem olevat hoiakute kui arstide suhtumise küsimus.
- Meditsiiniõppe osana, peaks käsitlema ülekaalu stigmatiseerimist ja diskrimineerimise teemasid, et suurendada arstkonna teadlikkust.
- Vajalik oleks teha koolitusi ja artikleid, kus probleemi tõstatatakse, mis võiks aidata seda diskrimineerimist vähendada.
- Rasvumise selge defineerimine haigusena võiks aidata stigma vähendada.

## Sekkumisuuringu kirjeldus

Nagu eelnevast peatükist näha võib on sekkumiskohti väga mitmeid. Antud töös kirjeldan ühte võimalikku uuringut, mille eesmärgiks on paranda patsientide kogemusi meditsiinisüsteemis ja seeläbi tõsta patsientide rahulolu ja elukvaliteeti ning ka saavutada suurem kehakaalu langus.

### Sekkumise kirjeldus:

Selleks kasutame sekkumisrühma puhul SAMSHA lähenemisest võetud soovitusi ja vaatame, kas rahulolu ja kaalu alandamise tulemus paraneb, kui mõningaid soovitusi rakendada.

Sekkumisprogrammi sisu:

- Ülekaaluliselt inimeselt küsitakse luba kaaluteemast rääkimiseks.
- Arst/õde teeb koos patsiendiga raviplaani. Raviplaani koostamisel kirjeldavad nii arst kui patsient oma ootuseid, heale kaalukaotuse tulemusele.
  - o Luuakse patsiendile antav materjal, mis seletab tervisekasusid 5%, 10%, 15% ja 20% se kehakaalu languse saavutamise puhul. Elustiili muutmise efektiivsuse suurus ja võimalused räägitakse arsti ja patsiendi vahel läbi.
  - o Arst ja patsient lepivad kokku kaalu languse numbrilise eesmärgi, milleni jõudmist jälgitakse igakuiselt. Eesmärk pannakse ka kokkuleppena kirja patsiendimaterjali.
- Sekkumisprogrammi(mitte kontrollgrupi) läbi viivates keskustes viiakse läbi koolitus, kus räägitakse kaalu tõttu diskrimineerimisest ja kaalustigma olemusest ning selle vältimisest.

**Uurimisküsimus:** Kas patsientide tajutud rahulolu meditsiinisüsteemiga, elukvaliteet ja kaalu alandamise tulemus paraneb võrreldes kontrollgrupiga, kui sekkumisrühmas arvestada läbipaistvuse ja koostöisuse printsiipidega?

### Hüpoteesid:

- 1) Sekkumine vastavalt SAMSHA mudeli põhimõtetele parandab ülekaalulise patsiendi ja arsti kontakti võrreldes kontrollgrupiga.
- 2) Suureneb patsientide rahulolu raviga ja paraneb hinnang elukvaliteedile võrreldes kontrollgrupiga.

3) Sekkumisgrupi patsientide kaalu ja rasvaprotsendi langus on suurem kui kontrollgrupil.

**Osalejad/läbiviimise koht:** Uuring viiakse läbi perearstikeskustes, kus kaasatakse uuringutesse täiskasvanud patsiente. Üks keskus viib läbi sekkumisprogrammi, teine keskus jääb kontrollkeskuseks. Perearstikeskused valitakse sarnasuse alusel, hinnates patsientide, arstide ja õdede arvu, geograafilist asukohta (linn või maapiirkond) jne. Täpne uuringus osalevate perearstikeskuste arv vajab selgitamist, pilootuuringu tarbeks piisab paarist keskusest. Osad perearstikeskused viivad läbi sekkumisprogrammi ja teised jäävad kontrollgrupiks.

**Mõõdikud:**

- 1) Mõõta elukvaliteeti enne sekkumisprogrammi läbiviimist, kasutades näiteks Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt loodud WHOQOL- BREF (WHO, 2024) elukvaliteedi hindamise valideeritud küsimustikku.
- 2) Mõõta uuringus osalevate patsientide kehakaal ja kehakoostis, kasutades näiteks InBody 570 kehakompositsiooni mõõtjat. InBody annab kehakoostise skoori, mida saab kasutada kehakompositsiooni muutuse võrdlemiseks.
- 3) Viia läbi kvalitatiivne uuring patsiendiintervjuude näol, eesmärgiga hinnata SAMSHA soovitude tunnetusliku mõju ja ka patsientide rahulolu meditsiinisüsteemiga. Näiteks:

- Tajutud autonoomiat,
- Tajutud stigmat ja diskrimineerimist
- Tajutud kontakti ja rollide jaotust jne

**Sekkumisgrupp :** Ülekaalulised inimesed, kes võtavad osa sekkumisprogrammist.

**Kontrollgrupp:** Kontrollgrupi osalevad patsiendid ei saa sekkumisprogrammi vaid tavapärasest ravi ja abi. Nende rahulolu ja kehakaalu mõõdetakse uuringu alguses ja lõpus. Boonusena oma tavapärasele ravile saavad kontrollgrupis osalevad patsiendid kaks korda kehakoostise mõõtmist.

**Uuringu etapid. :**

1. **Uuringus osalejate kaasamine:** Valida välja uuringus osalevad perearstikeskused ja kaasata nendes ülekaalulisi patsiente uuringusse. Sekkumisprogrammist osavõtmist määratakse randomiseerimise teel.
2. **Baasandmed:**

1. Mõõta elukvaliteeti enne sekkumisprogrammi läbiviimist, kasutades elukvaliteedi hindamise valideeritud küsimustikku.
2. Mõõta uuringus osalevate patsientide kehakaal ja kehakoostis.
3. **Sekkumisprogramm:** Viia läbi sekkumisprogrammi perearstikeskustes kestvusega kuus kuud.
4. **Mõõtmine pärast sekkumisprogrammi:**
  1. Mõõta elukvaliteeti peale sekkumisprogrammi läbiviimist sama küsimustikuga.
  2. Mõõta uuringu järgne patsientide kehakaal ja kehakoostis.
  3. Kvalitatiivsed intervjuud sekkumisgrupis ja kontrollgrupis juhuslikult randomiseeritud osalejatega.

**Andmete analüüs:** Andmete analüüsimine sobivate statistiliste testide abil, näiteks pilootuuringu puhul piisab T-testist, et võrrelda elukvaliteedi taset, kehakaalu ja kehakoostise muutust gruppide vahel algtasemel ja pärast sekkumisprogrammi.

Ning kvalitatiivsete intervjuude analüüs ja kokkuvõte, eesmärgiga hinnata SAMSHA 6 punkti tunnetust, näiteks tajutud kontakti, tajutud diskrimineerimist ja muid parameetreid. .

## Järeldused ja arutelu

Antud magistritöö laiemaks eesmärgiks on leida võimalusi, kuidas vähendada rasvumise levikut Eestis. Kitsam eesmärk oli kirjeldada rasvunud inimese ja temaga tegeleva arsti vaadet rasvumisega seotud hoiakute, teadmiste ja sotsiaalsete normide kohta ning leitud sarnasuste või erinevuste pealt pakkuda võimalikke sekkumiskohti. Selleks said tehtud intervjuud arstide ja patsientidega ja antud soovitusel sekkumisteks läbi trauma psühholoogilisi aspekte arvestava lähenemisega. Järelduste üheks eesmärgiks oli ka kokku tuua arstide ja patsientide intervjuudest tõstatunud põhilised teemad.

Eesmärkide täitmiseks turvusin erinevate uuringutega, mis on nii Eestis kui maailmas varasemalt läbi viidud. Ka Eestis on tehtud rasvumisega seotult mitmeid uuringuid, näiteks üks viimaseid Tervise Arengu Instituudi läbiviidud kulude uuring (TAI, 2024) või Elisa Kenderi rasvumise tegurite uuring (Kender, 2020), aga paraku on väga keeruline pakkuda sekkumise kohta, mõistmata kaalutõusu põhjuseid. Elisa Kenderi töös olid rasvumisega oluliselt seotud tegurid näiteks vanus, haridus, sissetulek, alkoholi tarvitamine, suitsetamine ja tervise enesehinnang. Kui vaadata neid tegureid, siis sekkumiskohti on puhtalt nende pealt keeruline välja pakkuda. Hea on teada, et vanuse tõustes kaal suureneb, aga kuidas seda probleemi lahendada, siis sellele meil vastust ei ole. Või, et igapäevastel suitsetajatel on kaaluprobleem väiksem ja endistel suitsetajatel suurem, ei paku teadmisenähtude otseselt lahendust. Küll pakuvad need tegurid võimalusi riskirühmade kaardistamiseks, mida saab siduda minu töö leidudega.

Seega käesolev uurimistöö täidab seda puuduolevat auku, mis on vajalik sekkumiste paremaks kujundamiseks ja suuremaid teemasid kerkis väga mitmeid.

Üks suuremaid ja omavahel hästi läbipõimunud teemablokke oli ülekaaluga seotud stigma, diskrimineerimine ja sellest lähtuv patsientide toetamine meditsiinisüsteemis. Kõik uuringus osalenud ülekaalulised inimesed oli elu jooksul tajunud nii erikohtlemist, kiusamist kui ka diskrimineerimist seoses oma kaaluga. See kattub ka erinevate uuringute tulemustena, kus näiteks analüüsid 2,2 miljonit sotsiaalmeedia postitust, kus kasutati sõnu ülekaal või rasvumine siis oli see seotud häbistamise, kriitika, solvangute ja halvustavate naljade vooga (Chou et al., 2014) või kandideerides töökohale, proovides leida armastust kuni madalama palga saamiseni (Swami et al., 2008) on asjad millega ülekaalulised inimesed peavad kokku puutuma.

Intervjuudes esines ka selge erinevus vastavalt soole. Naisterahvaste puhul oli kiusamise mõju tihti suurem ja jätkus kohati ka täiskasvanueas. Sarnasele tulemusele jõudis ka Viren Swani oma uurimuses, kus kõige halvemad väljavaated armastuse või töö leidmisel olid kaukaasia rassist naisterahvastel (Swami

et al., 2008). Samuti oli autori jaoks üllatav, et paljude osalenud naiste puhul oli kaaluga seotud ütlemine tihti alanud kodus mõne lähedase inimese, näiteks ema või tädi poolt, kus kodu poolne turvalisust pakkuma pidav keskkond, tekitab tegelikkuses vastupidise efekti. Seega üks oluline valdkond, millega peab tegelema diskrimineerimise vähendamine ja ülekaaluliste inimeste turvatunde tõstmine. Seda eriti seetõttu, et kaalu tõttu diskrimineerimine on üks diskrimineerimise liike, mis pole aastast 2007 alates maailmas vähenenud(Charlesworth & Banaji, 2019). Keeruline on uskuda, et kodus lähedaste inimeste poolt on tegemist teadliku kiusamisega, pigem tundub et hea tahe jõuab seal ühiskondlike normide, mis ütlevad et tüdrukud peavad ilusad olema, tuules tajutud kiusuni. Siin võiks aidata teadlikkuse tõstmine, kuigi enne lõplikke järeldusi peaks teemat natuke täpsemalt järgnevates uuringutes avama.

Paraku jätkub see teema ka meditsiinis. Uuringud on näidanud, et normaalse kehamassi indeksiga inimese kogemus meditsiinisüsteemis erineb ülekaalulise inimese kogemusest(Hayward et al., 2020). Läbi viidud uuringust tuli välja, et kaaluteemast rääkimine on keeruline nii ülekaalulistel inimestel kui ka arstidel, kes tajuvad patsientide kõrgemat tundlikkust selle teema suhtes. Seetõttu ütlesid uuringus osalenud arstid, et on kaaluteemast rääkides reserveeritumad või üldse loobuvad teemat avamast. See tendents pole omane ainult Eestile, vaid arstid Ühendkuningriigis, USAs ja Rootsis on sarnaselt kirjeldanud oskuste vähesust ja hirmu patsientide solvamise ees kaaluteemast rääkimisel(Auckburally et al., 2021). Kõik uuringus osalenud ülekaalulised olid saanud meditsiinisüsteemi poolt negatiivse kogemuse või isegi diskrimineerimise osaliseks. Diskrimineerimise vähendamiseks ja arstide enesekindluse tõstmiseks peaks tõstma meditsiinisüsteemis olevate inimeste teadlikkust nendel teemadel. Vajalik oleks vastavasisulised ained lisada juba meditsiiniõpingute programmi. Juba paari artikli lugemine, mis puudutasid kommunikatsiooni ja stigmat, vähendasid meditsiinitudengite kaalu stereotüpiseerimist, suurendasid empaatiat ja lisasid enesekindlust(Kushner et al., 2014). Kuigi selles uuringus muudeti lühiajalist mõju, siis eeldada võib, et õppeprogrammi osana võiks mõju olla pikemaajaline ja sarnase tulemuse anda ka juba töötavate arstide seas.

Seega üks olulisi teemasid, mis kerkis on ülekaalulisile inimese aitamine ja toetamine ning mis on meditsiini roll selles protsessis. Kuigi rasvumisest alates on kõrge kehakaal ka defineeritud kui haigus, siis reaalsuses rasvumist ilma kaasneva haiguse olemasoluta meditsiinitöötajate poolt ikkagi haigusena ei tajuta (Alexander et al., 2007; Hansson et al., 2011) ja samuti ka patsiendid võivad arsti teemaalgatust tajuda, kui mitte arstidesse puutuvat. Seega oleks oluline rasvumise koha selge defineerimine meditsiinisüsteemis, aga selle koha leidmine keeruline, sest rasvumine ei kuulu hetkel otseselt ühegi eriala alla. Vajadus on eestkõneleja järele, kes hõlmaks erinevate erialade spetsialiste näiteks

endokrinolooge, perearste, toitumisnõustajaid, füsioterapeute, unenõustajaid, psühholooge, psühhiaatreid, bariaatrikirurge jne. Selline ühing saaks arendada ravijuhiseid ja samuti aidata eristada uhuuteadust tavateadusest, sest ülekaalu valdkond on sektor kus esineb väga palju väärinfot.

Eeskõneleja üheks ülesandeks oleks luua parim võimalik raviteekond ülekaalulise inimese aitamiseks. Uuringust jäi kõlama, et ülekaalulised inimesed oli väga teadlikud toitumise ja kaalu alandamise temaatikast ja vajavad meditsiinist pigem toetajat kui õpetajat. Palju oli juttu sellest, et tihti on ülekaal pigem vaimne kui puhtalt füüsiline nii-öelda energiabilansi haigus ja füsioloogilisi probleeme, mis põhjustavad kehakaalu tõusu, esineb väga harva. Meditsiinisüsteemi nõrkuseks on ressurside puudus, selleks et patsiente vajalikul viisil toetada. 20 minutine visiit võimaldab minimaalselt tegeleda kõrgelt motiveeritud patsientidega, teistele kahjuks aega ei jagu. Enamuses arvati et meditsiinisüsteemis võiks ülekaaluliste inimestega tegeleda esmatasand ehk peremeditsiin, aga ta vajaks selleks lisaressursse. Pakuti näiteks Tervisekassa poolt rahastatava tervise*coachi* koha loomist.

Intervjuudest hakkas ka silma erinevus ootuste vahel arstidel ja patsientidel, mille lahendamiseks võiks ravijuhend anda selgemad eesmärgid. Kui arstide puhul lähtuti kaalu kaotuse puhul tihti tervisekasust, mis algab juba 5% kaalulanguse juures, siis ülekaalulistel inimestel oli pigem esteetilised eesmärgid, mis tähendasid ka palju suuremat kaalulangust. Ebareaalsed ootused kaalu languseks, annavad eelduse motivatsiooni kaoks ja negatiivseteks emotsioonideks.

Eestkõneleja saaks olla ka partneriks ka poliitikutele, et luua laiemaid muutuseid. Näiteks keskkonda toodi samuti välja olulise teemana ja nii arstide kui patsientide poolt rõhutati selle olulisust. Keskkond peaks toetama ülekaaluliste inimeste püüdlusi. Tajuti, et meditsiini ja tavainimeste käed jäävad keskkonna muutuste tekke tarbeks lühikeseks, seega nähti vajadust keskkonda mõjutavate poliitikate järele. Juttu oli ka erinevatest lahendustes, ühe võimaliku lahendusena pakuti näiteks ka Inglismaal kasutusel oleva toiduvalgusfoori, mis jagab toiduaineid värvikoodiga tervislikkuse alusel, kasutuselevõttu. Kuigi teadukirjanduses on selle meetodi kohta ka viiteid et mõju võib olla minimaalne(Sacks et al., 2009), siis samas mitmed tööd on näidanud, et punast värvi märgistusega toitu ostukorvis välditakse(Balcombe et al., 2010; Scarborough et al., 2015).

Rasvumine lapseeas, ei haaku küll oluliselt eelpoolmainitud teemadega, aga on piisavalt oluline teema, mis eraldi välja tuua. Seda teemat tõstatasid intervjuudes nii ülekaalulised inimesed kui ka arstid. Arstide intervjuudest jäi kõlama, et selle trendi kasv on kiire ja järjest tõusev ja vajaks kiiret meditsiinipoliitilist sekkumist, sest arstidest üksi selle probleemi lahendamiseks ei piisa. Samuti tuli intervjuudest välja, et

suur osa ülekaalulisi intervjueeritud oli ülekaaluline juba lapsepõlvest. Suureks teguriks pidasid nii arstid kui ülekaalulised inimesed elustiili ja toitumise üle vaatamist (mis erines juba ülekaaluliste inimeste lähenemist, kus ei nähtud suurt efekti elustiili efektiivsusel). Omaette teema on kaalutõus vaimse trauma järgselt. See muster joonistus välja mõnedest intervjuudest ja leidis kinnitust teaduskirjandusest. Hemmingssoni ja kolleegide poolt avaldatud metanalüüsis tõusis lapsepõlves väärkohtlemist kogunud laste risk kaalutõusuks 34 protsenti ja kui tegemist oli tõsise väärkohtlemisega, siis risk oli suisa 50% kõrgem (Hemmingsson et al., 2014). Neid lapsi, kes on kogunud väärkohtlemist tuleks lugeda riskirühmaks ja nende võimaliku kaalutõusuga ennetavalt tegeleda.

Veel ühe kriitilise punktina toodi välja lasteaia lõppu ja kooli mineku aega, kus on kaalutõus kogemuste järgi kõige suurem. Ka see on koht kus oleks võimalik sekkumise koht. Selle probleemi puhul nähti, et seda üksi ei suudeta lahendada vaid see probleem vajab ühiskondlikku lähenemist.

Lapseea rasvumise vähendamine on keeruline ülesanne, mis nõuab kollektiivset pingutust valitsuse, tervishoiusüsteemi, koolide, perede ja kogukondade poolt. Tervikliku lähenemisviisi rakendamine, mis hõlmab tervislikku toitumist, füüsilist aktiivsust, käitumuslikke sekkumisi ja tervishoiusüsteemi sekkumisi, aitab luua lastele tervislikuma tuleviku. Selle juures tuleb arvestada sotsiaalsete, majanduslike ja vaimse tervise aspektidega.

Kuigi võimalikke sekkumise kohti tuli andmetest välja mitmeid, siis olulisena tõusis esile ülekaalulise inimese toetamine tervishoiusüsteemis. Uuringust leitud tulemusi analüüsisin kasutades SAMSHA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) organisatsiooni loodud trauma psühholoogilisi aspekte arvestavat lähenemist.

Antud töö tugevuseks saab lugeda head sisevaadet arstide ja patsientide suhtumisse seoses kehakaaluga, mis täidab ühte lünka Eestis loodud teadmistest. Kuna sellelaadset uuringut pole eelnevalt tehtud, siis antud uuringu tulemusi saab kasutada erinevate sekkumiste ja edasiste uuringute tegemiseks. Samuti võib uuringu tugevuseks lugeda küllatki suurt valimit nii arstidest kui ka patsientidest ja head kirjeldatud teemade küllastumis punkti. Kuigi kvalitatiivsete uuringute piisav hinnanguline maht kõigub 6 ja 15 vahel, siis olulisemaks peetakse info küllastuspunkti tekkimist (Malterud et al., 2016). Kuna enamus uuringus kirjeldatud teemasid olid läbivad väga mitmetes intervjuudes, siis võib teemade küllastuspunkti lugeda kästi kaetuks.

Antud uuringul esineb ka mõningaid nõrkuseid. Mitmete leitud teemade populatsioonile laiendamiseks oleks vaja lisaks teha kvantitatiivseid populatsiooni uuringuid, et kinnitada või ümber lükata leitud

tendentse. Ühe nõrkusena tooksin ka välja patsientide valimi suhteliselt kõrge haridustaseme ja edukuse. Ehk ülekaaluliste inimeste valim oleks täiusliku ülevaate andmiseks olla heterogeensem.

Antud töö annab mitmeid huvitavaid uurimissuundi teadlastele, näiteks tulevaste magistritööde tarbeks, sest mitmed teemad vajaks põhjalikumalt kvantitatiivselt leviku analüüsi, näiteks kui levinud on kaalu tõttu patsientide tajutud diskrimineerimine meditsiinis või kas kodust algav tüdrukute kiusamine on laiemalt levinud probleem jne.

Samuti on antud töös kirjeldatud mitmeid võimalikke sekkumise kohti, mida saab kasutada praktikas, et muuta efektiivsemaks ja vähem traumeerivaks kaalu kaotamise teekond ning kuidas nende mõju mõõta.

## Kasutatud kirjandus

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., ... Murray, C. J. L. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Alexander, S. C., Østbye, T., Pollak, K. I., Gradison, M., Bastian, L. A., & Brouwer, R. J. N. (2007). Physicians' Beliefs about Discussing Obesity: Results from Focus Groups. *American Journal of Health Promotion*, 21(6), 498–500. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.6.498>
- Angelantonio, E. D., Bhupathiraju, S. N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., Gonzalez, A. B. de, Cairns, B. J., Huxley, R., Jackson, C. L., Joshy, G., Lewington, S., Manson, J. E., Murphy, N., Patel, A. V., Samet, J. M., Woodward, M., Zheng, W., Zhou, M., Bansal, N., ... Hu, F. B. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388(10046), 776–786. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)
- Auckburally, S., Davies, E., & Logue, J. (2021). The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: The Challenge for Healthcare Professionals. *Current Obesity Reports*, 10(3), 274–281. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00441-1>
- Balcombe, K., Fraser, I., & Falco, S. D. (2010). Traffic lights and food choice: A choice experiment examining the relationship between nutritional food labels and price. *Food Policy*, 35(3), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2009.12.005>
- Bays, H. E., McCarthy, W., Burrige, K., Tondt, J., Karjoo, S., Christensen, S. M., Ng, J., Golden, A., Davisson, L., & Richardson, L. A. (2021). *Obesity Algorithm 2021: Important Principles for the Effective Treatment of Patients with Obesity*. Obesity Medicine Association.
- Blüher, M. (2020). Metabolically Healthy Obesity. *Endocrine Reviews*, 41(3), bnaa004. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnaa004>
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Charlesworth, T. E. S., & Banaji, M. R. (2019). Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: I. Long-Term Change and Stability From 2007 to 2016. *Psychological Science*, 30(2), 174–192. <https://doi.org/10.1177/0956797618813087>
- Chou, W. S., Prestin, A., & Kunath, S. (2014). Obesity in social media: A mixed methods analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 4(3), 314–323. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0256-1>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(1), 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>

- Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-7>
- Hayward, L. E., Neang, S., Ma, S., & Vartanian, L. R. (2020). Discussing weight with patients with overweight: Supportive (not stigmatizing) conversations increase compliance intentions and health motivation. *Stigma and Health*, 5(1), 53–68. <https://doi.org/10.1037/sah0000173>
- Hemmingsson, E., Johansson, K., & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(11), 882–893. <https://doi.org/10.1111/obr.12216>
- Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(7), 540–541. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.088815>
- Kender, E. (2020). *EESTI TÄISKASVANUTE RASVUMISE LEVIMUS JA SELLEGA SEOTUD TEGURID AASTATEL 2000–2018* [Magistritöö]. Tartu University.
- Kruger, L. J., Rodgers, R. F., Long, S. J., & Lowy, A. S. (2019). Individual interviews or focus groups? Interview format and women's self-disclosure. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(3), 245–255. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1518857>
- Kushner, R. F., Zeiss, D. M., Feinglass, J. M., & Yelen, M. (2014). An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-53>
- Luli, M., Yeo, G., Farrell, E., Ogden, J., Parretti, H., Frew, E., Bevan, S., Brown, A., Logue, J., Menon, V., Isack, N., Lean, M., McEwan, C., Gately, P., Williams, S., Astbury, N., Bryant, M., Clare, K., Dimitriadis, G. K., ... Miras, A. D. (2023). The implications of defining obesity as a disease: A report from the Association for the Study of Obesity 2021 annual conference. *eClinicalMedicine*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101962>
- Maggi, S., Busetto, L., Noale, M., Limongi, F., & Crepaldi, G. (2015). Obesity: Definition and Epidemiology. In A. Lenzi, S. Migliaccio, & L. M. Donini (Eds.), *Multidisciplinary Approach to Obesity: From Assessment to Treatment* (pp. 31–39). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-09045-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-09045-0_3)
- Mahase, E. (2022). Obesity: No European country is on track to halt rising levels by 2025, WHO warns. *BMJ*, 377, o1107. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1107>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Matsi, A., & Oja, L. (2008). Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst*. <https://doi.org/10.1515/ea.v0i0.10453>
- Olev, A., & Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, 10(3). <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>

- Partei, M. (2016). *Cost of overweight and obesity in Estonia* [Masters thesis, Tartu University].  
<https://dspace.ut.ee/items/629fb548-a382-430c-8dd3-8a910c05e448>
- Reile, R., Tekkel, M., & Veideman, T. (2019). Milline on Eesti inimeste tervis? Ülevaade täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2018. aasta tulemustest. *Eesti Arst*.  
<https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.15413>
- Sacks, G., Rayner, M., & Swinburn, B. (2009). Impact of front-of-pack 'traffic-light' nutrition labelling on consumer food purchases in the UK. *Health Promotion International*, 24(4), 344–352.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dap032>
- SAMSHA. (2014). *SAMSHA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.  
[https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Scarborough, P., Matthews, A., Eyles, H., Kaur, A., Hodgkins, C., Raats, M. M., & Rayner, M. (2015). Reds are more important than greens: How UK supermarket shoppers use the different information on a traffic light nutrition label in a choice experiment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0319-9>
- Sotsiaalministeerium. (1992). *Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon*. <https://rhk.sm.ee/>
- Swami, V., Chan, F., Wong, V., Furnham, A., & Tovée, M. J. (2008). Weight-Based Discrimination in Occupational Hiring and Helping Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(4), 968–981. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00334.x>
- TAI. (2024). *Liigest kehakaalust ja kehalisest inaktiivsusest tuleneval tervisekaotusel on suur majanduslik mõju | Tervise Arengu Instituut*. Tervise Arengu Instituut.  
<https://www.tai.ee/et/uudised/liigest-kehakaalust-ja-kehalisest-inaktiivsusest-tuleneval-tervisekaotusel-suur>
- Tekkel, M., & Veideman, T. (2016). *EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKU TERVISEKÄITUMISE UURING, 2016* (p. 177). Tervise Arengu Instituut.
- Tekkel, M., Veideman, T., & Rahu, M. (2010). Changes over fourteen years in adult obesity in Estonia: Socioeconomic status and use of outpatient health services. *Central European Journal of Public Health*, 18(4), 186–191. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3588>
- Verde, L., Barrea, L., Bowman-Busato, J., Yumuk, V. D., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2024). Obesogenic environments as major determinants of a disease: It is time to re-shape our cities. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 40(1), e3748. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3748>
- WHO. (2021, June 9). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/353747>

WHO. (2023). *Health service delivery framework for prevention and management of obesity* (p. 44). World Health Organization(Geneva). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073234>

WHO. (2024). *WHOQOL - Measuring Quality of Life* | The World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>

World Obesity Federation. (2024). *Estonia* | World Obesity Federation Global Obesity Observatory. [https://data.worldobesity.org/country/estonia-64/#data\\_prevalence](https://data.worldobesity.org/country/estonia-64/#data_prevalence)

## LISAD

### Lisa 1: Arstide ja patsientide uuringukutsed

Ülekaalulisele osalejale mõeldud (sotsiaalmeedia) kutse.

Uuring ülekaalu kohta.

Aita meil paremini mõista ülekaalulise inimese muresid ja rööme Eestis.

Viime läbi uurimustööd ülekaalu ja rasvumise trendide kohta ning soovime kaasata võimalikult erinevaid vaateid Eestis toimunud muutuste kohta selles vallas. Soovime rääkida nii ülekaalusust ja rasvumist kogunud inimestega; kui ka ülekaalust mõelnud ekspertidega.

Kui oled üle 18 aasta vana, oled praegu kogemas või varem kogunud suurt ülekaalu (kehamassi indeks üle 30) ja soovid oma märkamisi konfidentsiaalse vestluse vormis jagada, palun võta ühendust Koit Arroga [koit.arro@gmail.com](mailto:koit.arro@gmail.com), +372 5112026

Uuringu põhjal kirjutatakse ka magistritöö Tartu Ülikooli Rakendusliku käitumisteaduse magistriõppe kava raames.

Meditsiinitöötajale mõeldud kutse(e-kirjaga saatmiseks).

Viime läbi kvalitatiivset uurimustööd ülekaalu ja rasvumisega seotud trendide kohta ning soovime kaasata võimalikult erinevaid vaateid Eestis toimunud muutuste kohta selles vallas- nii ülekaaluliste ja rasvunud patsientidega pika aja jooksul kokku puutunud erinevate erialade arstidelt kui ka ülekaalu kogunud inimestelt ja nende lähedastelt. Õigeid ega valesid vastuseid ei ole, uurimegi isiklikke märkamisi, kogemusi, järeldusi, hoiakuid ja ideid selle kohta, mida saaks teha olukorra parandamiseks. Intervjuule võib kuluda kuni üks tund.

Intervjuud ei sisalda identifitseerimist võimaldavaid elemente. Andmeid kogutakse Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmääruse (GDPR) nõuetele vastaval ja anonüümselt.

Uuringu põhjal kirjutatakse ka magistritöö Tartu Ülikooli Rakendusliku käitumisteaduse magistriõppe kava raames.

Osalemissoovi või küsimuste korral võta palun ühendust Koit Arroga [koit.arro@gmail.com](mailto:koit.arro@gmail.com), +372 5112026.

## **Lisa 2: Ülekaalulise osaleja informeerimise ja teadliku nõusoleku tekst**

„Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest, ja sotsiaalsetest normidest Eestis.“

Aitäh, et tunned ülekaalulisuse uuringu vastu huvi!

Enne kui jätkame, loe palun läbi uuringu tutvustus, et saaksid langetada informeeritud otsuse osalemise kohta.

Uuringu eesmärgiks on toetada ülekaalulise patsiendi raviteekonna loomist, kirjeldades ja kaardistades ülekaaluliste patsientide ja arstide hoiakuid.

Intervjuule võib kuluda kuni üks tund.

Intervjuu käigus vestleme ülekaaluga seotud teemadel. Intervjuudega loodame paremini avada maailma, mida näevad ja tunnetavad ülekaalulised inimesed ja arutleme selle üle kas-, ja millist abi nad ootavad.

Intervjuu lindistatakse ja transkribeeritakse. Lindistusi hoitakse transkriptsioonide valmimiseni, seejärel need hävitatakse. Transkriptsioonid ei sisalda identifitseerimist võimaldavaid elemente ja neile pääsevad ligi vaid uuringu meeskonna liikmed. Juhul kui intervjuus esineb identifitseerimist võimaldavaid andmeid, siis transkriptsioonides need muudetakse idendifitseerimist mitte võimaldavateks. Kõiki uuringuga seotud salvestusi ja materjale hoitakse Tartu Ülikooli pilves 2024 septembrini. Andmed, mida intervjuu käigus küsitakse on kehakaal, pikkus, vanus, haridustase, sugu ja kas elukoht asub linnas või linnast väljas. Andmeid kogutakse Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmäärusele (GDPR) nõuetele vastavalt.

Uuringus osalemiseks pead olema vähemalt 18-aastane ja kehamassi indeksiga 30 kg/m<sup>2</sup> või kõrgem.

Osalemine on kogu uuringu vältel vabatahtlik. Uuringust saab põhjendamata loobuda intervjuu käigus või lõpus. Hilisem loobumine pole andmete anonüümsuse tõttu võimalik.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole e-posti aadressil [eetikakomitee@ut.ee](mailto:eetikakomitee@ut.ee) või telefonil 737 6215. Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja andmekaitse kohta, siis pöörduge palun Andmekaitse Inspektsiooni poole telefonil 5620 2341.

Uurimustöö tulemusteks on kirjeldused rasvumist kogenud inimeste ning rasvumisega tegelevate meditsiinitöötajate tajust rasvumise ja seda ümbritsevate hoiakute, teadmiste ja praktikate kohta nende eneste ja ümbritseva keskkonna poolt. Analüüsi tulemused pakuvad informeeritud võimalusi rasvumist vähendavate sekkumiste loomiseks ja nende kommunikeerimiseks.

Uuring on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega. Uuringut rahastab Novo Nordisk AS Eesti Filiaal.

Küsimuste või probleemide korral võta ühendust Koit Arroga ([koit.arro@gmail.com](mailto:koit.arro@gmail.com), +372 5112026) või vastutava uurijaga ([andero.uusberg@ut.ee](mailto:andero.uusberg@ut.ee), +372 737 5902).

Mind, ....., on informeeritud

ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast.

Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks.

Kinnitan oma nõusolekut oma isikuandmete töötlemiseks.

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni

.....

Uuritava allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

## Lisa 2: Meditsiinitöötaja informeerimise ja teadliku nõusoleku tekst

„Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest, ja sotsiaalsetest normidest Eestis.“

Aitäh, et tunnete ülekaalulisuse uuringu vastu huvi!

Enne kui jätkame, loe palun läbi uuringu tutvustus, et saaksid langetada informeeritud otsuse osalemise kohta.

Uuringu eesmärgiks on toetada ülekaalulise ja rasvunud patsiendi raviteekonna loomist, kirjeldades ja kaardistades rasvunud patsientide ja arstide hoiakuid.

Intervjuule võib kuluda kuni üks tund.

Intervjuu käigus vestleme ülekaaluga seotud teemadel, teie kui arsti vaates teie patsientide suunal.

Intervjuu lindistatakse ja transkribeeritakse. Lindistusi hoitakse transkriptsioonide valmimiseni, seejärel need hävitatakse. Transkriptsioonid ei sisalda identifitseerimist võimaldavaid elemente ning need salvestatakse ja neile pääsevad ligi vaid uuringu meeskonna liikmed. Juhul kui intervjuus esineb identifitseerimist võimaldavaid andmeid, siis transkriptsioonides need muudetakse identifitseerimist mitte võimaldavateks. Kõiki uuringuga seotud salvestusi ja materjale hoitakse Tartu Ülikooli pilves 2024 septembrini. . Andmed mida teilt intervjuu käigus kogutakse piirduvad eriala, vanuse ja töökoha asukohaga (linna täpsusega). Andmeid kogutakse Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmäärusele (GDPR) nõutele vastavalt.

Uuringus osalemiseks peaks olema kogemus vähemalt 18-aastaste rasvunud patsientidega.

Osalemine on kogu uuringu vältel vabatahtlik. Uuringust saab põhjendamata loobuda intervjuu käigus või lõpus. Hilisem loobumine pole andmete anonüümsuse tõttu võimalik.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole e-posti aadressil [eeetikakomitee@ut.ee](mailto:eeetikakomitee@ut.ee) või telefonil 737 6215. Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja andmekaitse kohta, siis pöörduge palun Andmekaitse Inspektsiooni poole telefonil 5620 2341.

Uurimustöö tulemusteks on kirjeldused rasvumist kogenud inimeste ning rasvumisega tegelevate meditsiinitöötajate tajust rasvumise ja seda ümbritsevate hoiakute, teadmiste ja praktikate kohta nende eneste ja ümbritseva keskkonna poolt. Analüüsi tulemused pakuvad informeeritud võimalusi rasvumist vähendavate sekkumiste loomiseks ja nende kommunikeerimiseks.

Uuring on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega. Uuringut rahastab Novo Nordisk AS Eesti Filiaal

Küsimuste või probleemide korral võta ühendust kaasuuriija Koit Arroga ([koit.arro@gmail.com](mailto:koit.arro@gmail.com), +372 5112026) või vastutava uurijaga ([andero.uusberg@ut.ee](mailto:andero.uusberg@ut.ee), +372 737 5902).

Mind, ....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast.

Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks.

Kinnitan oma nõusolekut oma isikuandmete töötlemiseks.

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni

.....

Uuritava allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

**Lisa 3: Arstide uuringu koodipuu:**

Koodi nimi	Koodigrupp
Muutus suhtumises ülekaalu	
Kaaluteema olulisus patsientidele	
Probleem mida keegi peab lahendama	Rasvumise kui haiguse koht meditsiinisüsteemis
Erinev ülekaal	
Rasvumise probleemi lahendamata jätmine inimesel	
Rasvumisega seotud haigused	
Inimeste motivatsioon tegeleda	Motivatsioon ja motivatsiooni tegurid
Kaalu langus on motiveeriv	Motivatsioon ja motivatsiooni tegurid
Ühiskondlik surve olla sale	
Peremeditsiin peab lahendama	Rasvumise kui haiguse koht meditsiinisüsteemis
Ideaalmeeskond	Pakutud ja arutatud lahendused
Kaaluteemast rääkimine	Kaaluteemast rääkimine
Laste rasvumise probleem	
Kaalutõusu põhjused	
Elustiili muutuse efektiivsus	
Mehed harva arsti juures	
Bariaatria efektiivsus	
Ülekaal kui vaimne haigus	
Rasvumise kui haiguse käsitletus	
Kaaluravi selts	Pakutud ja arutatud lahendused
Potentsiaalne diskrimineerimine ülekaalu pärast	
Patsientide ebareaalsed nõudmised	

Meditiinilise põhjuse otsimine(süü on milleski muus)	Motivatsioon ja motivatsiooni tegurid
Alakaal kui omaette probleem	
Kui palju esineb ülekaalu	
Süükomponent	
Rasvumise teadvustamine ühiskonnas	
Keskonna mõju kaalule	Keskonna mõju ja muutmine
Sotsiaalse kihistumisega tekkiv ebavõrdus	
Patsiendi nõusolek kaalust rääkimiseks	
tervisepunkt	
Meditsiin kui eestkõneleja	Rasvumise kui haiguse koht meditsiinisüsteemis
Pakutud lahendused	Pakutud ja arutatud lahendused
populatsiooni efekt	Keskonna mõju ja muutmine
Patsientide teadlikkus	
Arstide ajapuudus nõustamiseks	
toitumisnõustaja	
Ekraanid kui riskifaktor	
laste eristamine kaalu tõttu	
rasvunud inimese tervikteekond-elukaar	
BMI 30 ei ole elukvaliteedi langust	
Tervisehädad tekivad BMI 40-42 juures	
ülekaal on kõikide muude murede põhjus	
kaalustigma tuleneb tervishoiust	
kaal mõjutab alateadvuslikult arstide raviotsuseid, suhtumist patsienti, käitumist	Rasvumise kui haiguse koht meditsiinisüsteemis
vajalik arsti tunnetus kas kaaluteema võtta teemaks	
patsiendi edusammud	
sõna "rasvumine" kasutamine	
kaalu, BMI visualiseerimine	
patsiendi vastutus	

rasvumine kui riskifaktor	
kuidas motiveerida kaalu langetama	
regulaarne kontakt patsiendiga	
objektiivne võrdluspunkt	
hea quote	
toitumispüramiidi jälgimine ei aita kaalu langetada	
toitumishäire rasvumise põhjuseks	
diagnoosimine	
rasvumise diagnoosi välja kirjutamise puudused	Rasvumise kui haiguse koht meditsiinisüsteemis
eesmärgistamine	
terve rasvunud inimene	
rasvumise raviks ja ennetuseks teenuste kättesaadavus	
ühistegevus	
tugigrupi olemasolu	
asjakohased soovitused	
rahaline võimalus teenust tarbida	
elus on kaalust tähtsamaid teemasid hetkel	
ei teata kalorete hulka toidus	
kaalutõusu ei peeta muude murede põhjuseks	
haigustüdimus, eitus	
arstkonna teadmiste puudus	
hinnangu andmine	
küsimus	

#### Lisa 4: Ülekaaluliste osalejate uuringu koodipuu

<b>Koodid</b>
Varasest lapsepõlvest alates
Proovinud palju lahendusi
arvatav juurpõhjus
normaalkaal
suhtumised väljast
meditsiinitöötajate suhtumised
demograafiline info
toitumine põhjustab
ülekaalus liikumisharjumus
trauma
kiusamine
leidis turvalised sõbrad
Teadlikkus on muutunud
kooliaeg
kontekstid toetavad erinevalt
kiusajad ja arvajad
motivatsioon kaalu langetada
Emotsioonid ja söömine
Klõks ja muutus
Pereliikme ülekaalu lugu
Bariaatria ja tulemus
Kodune toidukeskkond
Sõltuvuse sarnane
Ülekaal seab piiranguid
Laste kujunemine
ozempic
mis töötab kaalu langetamisel

Meedia
Toitumisnõustaja
Meditiin peaks aitama
Tahaks teistsuguseid teenuseid
psühholoogiline abi
psühholoogiline toimetuleks
turvalised inimesed ümber
ülekaal ja teised terviseprobleemid
Ülekaaluga seonduvad tunded
tunded kui kaal väheneb
Kuidas kavatseb elada vähema kaaluga
Rasvumine on haigus
stress
Töö kui riskifaktor
vaimse tervise küsimus
Ema
Pereliikmete suhtumine ülekaalu
ühiskondlik toidukeskkond
teadmised õigest toitumisest
Söögiisu teatud toitude järel
teiste toetus kaalu langetamisel
Inimesed on väga erinevad oma ülekaalus
Dieedi lõppedes tuli kaal kiiresti juurde
Konkreetne lahendus: sotsiaalne tugi
Mõttemoondused ja vale taju
Kehakuvand
Kehaposiitivsus
konkreetne lahendus: haridus
Policy muutuse vajadus
stigma, häbi
endokrinoloog vaatas üle

Mehed vs naised
ülekaalu trend
Liikumine lapsepõlves
HEA TSITAAT
Töökoht

#### **Lisa 5. Huvide konflikti deklaratsioon.**

Koit Arro on rahvusvahelise ravimeid arendava, tootva ja turustava ettevõtte Novo Nordisk töötaja. Antud töö raames huvide konflikti ei näe. Antud teemat on põhjalikult avatud ka Eetikakomitee taotluses, kes samuti nõustus, et huvide konflikti autoril ei esine.

Töös on osaliselt kasutatud Novo Nordisk AS Eesti Filiaali Riina Raudselt tellitud (läbi tema ettevõtte Kubernesis OÜ) analüüsi, millele on ka eelnevalt töös nimeliselt viidatud.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Koit Arro,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest ja sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovitud sekkumisteks“, mille juhendaja on Prof. Andero Uusberg, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commonsi litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Koit Arro*

**10.05.2024**