

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste instituut
Kommunikatsioonijuhtimise eriala

Liisa Haabpiht

Tervisekäitumise muutmise
mustrid 2014. aasta uurimuse
Mina. Maailm. Meedia põhjal

Magistritöö

Juhendaja: prof. Veronika Kalmus

Tartu 2015

Sisukord

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ja empiiriline kontekst	7
1.1 Riskiühiskond ja individualiseerumine	7
1.2 Inimene kui projekt: toimetulek riskidega	9
1.3 Kiirenev ühiskond	11
1.4 Tervisekäitumine	13
1.4.1 <i>Vähene kehaline aktiivsus</i>	14
1.4.2 <i>Toitumine</i>	15
1.4.3 <i>Alkoholi tarbimine</i>	15
1.4.4 <i>Suitsetamine</i>	16
1.5 Tervisekäitumise muutmine	17
1.5.1 <i>Tajutud ohtlikkus ja olukorra tõsidus</i>	17
1.5.3 <i>Muud mõjutajad ja eneseefektiivsus</i>	19
1.5.4 <i>Tervisekäitumise muutmine Eestis</i>	20
1.6 Probleempüstitus ja hüpoteesid	22
2. Metoodika ja valim	25
2.1 Valim	25
2.2 Uuritavad tunnused	26
2.3 Analüüsimetoodika	27
3. Tulemused	29
3.1 Katsetajate, Muutjate ja Mittemuutjate iseloomustus	29
3.1.1 <i>Sugu</i>	29
3.1.2 <i>Vanus</i>	30
3.1.3 <i>Haridustase</i>	30
3.1.4 <i>Elukoht</i>	31
3.1.5 <i>Sissetulek</i>	32
3.1.6 <i>Sportimine, vabas õhus liikumine ja fitnessi harrastamine</i>	33
3.1.7 <i>Alkoholi tarvitamine</i>	34
3.1.8 <i>Tubakatoodete tarvitamine</i>	35
3.2 Hinnang oma tervisele	36
3.3 Tegevused, mida on tervisekäitumise muutmiseks ette võetud	38
3.4 Ajapuudus	39
3.5 Riskid ja ohud	43
3.6 Mis ennustab kõige enam tervislike eluviiside järgimist?	45
4. Järeldused ja diskussioon	48
4.1 Järeldused	48
4.1.1 <i>Esimene hüpotees</i>	48
4.1.2 <i>Teine hüpotees</i>	49
4.1.3 <i>Kolmas hüpotees</i>	50
4.1.4 <i>Neljas hüpotees</i>	50
4.1.5 <i>Viies hüpotees</i>	51
4.2 Diskussioon	51
4.2.1 <i>Katsetajad</i>	52
4.2.2 <i>Muutjad</i>	54
4.2.3 <i>Mittemuutjad</i>	56
4.2.4 <i>Muud uudsed analüüsitulemused</i>	57
4.3 Meetodi kriitika ja edasised soovitus	59
Kokkuvõte	61

Summary	64
Lisa 1.....	76
Lisa 2.....	79
Litsents	80

Sissejuhatus

Tänapäeval toituvad inimesed üha ebatervislikumalt, tarbitakse aina suuremates kogustes alkoholi ning tubakatooteid. Samal ajal on ka inimeste liikumisharjumus vähenenud. Inimesed on teadlikud, et tervislike eluviiside järgimine on kasulik, kuid sellest hoolimata käituvad paljud inimesed aina ebatervislikumalt.

Tihti tuuakse peamiseks põhjuseks ajapuudus, miks ei toituta tervislikult või miks ei liiguta piisavalt. Üha enam on asutatud kiirsöögikohti, mistõttu tarbivad inimesed enam rämpstoitu kui kunagi varem. Kiirsööki müüakse suhteliselt madala hinnaga, mille tõttu on selle tarbimise võimalused väga paljudele inimestele kättesaadavad. Kui ebatervislikke, rohkesti töödeldud toiduaineid on väga kerge tavapoest või söögikohast kätte saada, siis palju tervislikumate ja vähem töödeldud toiduainete kättesaadavus nii hea ei ole. Tihti on naturaalsed toidud ja toiduained palju kallimad ja palju raskemini poodidest või söögikohtadest leitavad kui töödeldud toidud.

Lisaks mõjutustele toitumises on ajapuudus tekitanud olukorra, kus inimesed on kehaliselt aina vähem aktiivsed. Siinkohal on kindlasti oma roll lisaks ajapuudusele ka inimeste mugavusel. Palju mugavam ja aega kokkuhoidvam meetod igapäevaseks liikumiseks on auto kasutamine võrreldes jalgrattaga või jalgsi liikumisega. Pealegi ei ole Eesti kliimas jalgrattaga liikumine aastaringselt võimalik ning kui väljas on külmakraadid, ei taha keegi liiga pikalt väljas jalutada. Ajapuuduse tõttu käivad inimesed aina vähem spordiklubides või terviseradadel ennast treenimas. Mugav on olla kehaliselt passiivsem.

Inimeste tööpäevad on pikenenud ning aega enda tervise eest hoolitsemiseks on jäänud järjest vähemaks. Seoses kiireneva elutempoga on inimestel aina rohkem kohustusi, mille tõttu on üha rohkemad inimesed stressis ja oma ülesannetega ülekoormatud. Peamised vahendid, millega närvilisusest ja pingetest proovitakse vabaneda, on rämpstoidu söömine ning alkoholi ja tubakatoodete tarvitamine. Just alkoholi ja tubakatoodete kasutamine on aja jooksul suurenenud ning kogu Euroopaga võrreldes on Eestis alkoholi tarbimise kogused inimese kohta kõige kõrgemad (World health... , 2015).

Eestis elavate inimeste tervisekäitumine on juba aastaid muutunud ebatervislikumaks ja seega ka murettekitavamaks. Keskmiselt on Eestis elavate inimeste kehakaal tõusnud ning tervislik olukord halvenenud. Inimesed mõtlevad riskidele ja ohtudele, mille nad oma ebatervislike eluviiside tõttu loovad, suhteliselt vähe või harva. Riskid ja ohud, mis kaasnevad näiteks ülekaalulisuse või suitsetamisega, võivad aga olla väga suured ning endaga kaasa tuua erinevaid haigusi ja ka tervena elatud eluaastate vähenemist.

Eestis elavate inimeste teadlikkus oma tervise halvenemisest ja terviseriskidest on kõrge, mistõttu vähemalt osa inimesi on oma tervisekäitumist muuta proovinud. Muutused tulevad aga alati raskelt. On inimesi, kes oma tervisekäitumist edukalt suudavad muuta, kuid nendest võib olla enam inimesi, kes tervisekäitumise muutmisel ebaõnnestuvad.

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida Eestis elavate inimeste tervisekäitumist, seda mõjutavaid tegureid ning tervisekäitumise muutmise püüdlustega kaasnevaid väljakutseid. Töö uurib, mida on Eestis elavad inimesed oma tervisekäitumise puhul proovinud muuta ning mille poolest erinevad isikud, kes on oma tervisekäitumist edukalt muutnud (edaspidi Muutjad), nendest, kelle katsed oma tervisekäitumise muutmisel on olnud ebaedukad (edaspidi Katsetajad). Lisaks võrreldakse nende tulemusi inimestega, kes ei ole oma tervisekäitumist muuta proovinud (edaspidi Mitte muutjad). Töö vaatleb, kuidas on ajapuudus ning riskide ja ohtude tunnetamine seotud tervisekäitumise muutmisega. Varasemalt ei ole Eestis elavate inimeste valimil seesuguseid seoseid uuritud.

Lisaväärtusena võimaldab kolme grupi võrdlus anda soovitusi neile, kes soovivad oma eluviise tervislikumaks muuta, aga ei ole seda senini suutnud. Seega on töö üheks eesmärgiks ka praktiliste nõuannete andmine, mida kasutada tervisekäitumise muutmiseks.

Töö põhineb küsitluse “Mina. Maailm. Meedia” andmetel, mis on kogutud 2014. aastal Eesti elanikelt vanuses 15-79. Valim koosneb 1503 vastajast, kellest kõik on Eesti alalised elanikud. Küsitlus koosneb ligi 700 kirjalikust küsimusest ning lisaks veel suulise intervjuu küsimustest. Kirjaliku osa küsimustes keskendub töö

järgmistele alablokkidele: “Hinnangud muutustele,” “Ajakasutus,” “Tarbimine ja keskkond,” “Enesetunne ja tervis” ning “Riskid ja ohud”. Suulise intervjuu küsimustest keskendub töö alablokkile “Muutused”.

Magistritöö algab teooria peatükiga, mille raames käsitletakse riskiühiskonna ja kiireneva ühiskonna teooriaid, tervisekäitumise muutmise mudelit ning tervisekäitumise praktikaid Eestis ja mujal maailmas. Selgitatakse kehalise aktiivsuse, toitumise, alkoholi tarvitamise ja suitsetamise mõju tervisele ning kirjeldatakse nende määra Eestis ja kogu maailmas. Lisaks antakse ülevaade, mida on inimesed seoses tervisekäitumisega proovinud muuta, mis on peamised takistused oma käitumise muutmisel ning milliseid lahendusi on tervisekäitumise muutmiseks välja pakutud.

Teine peatükk keskendub probleemipüstitusele ning uurimishüpoteesidele. Lisaks tutvustatakse detailselt kasutatud andmestikku, uurimismetoodikat ja valimit. Eraldi tuuakse välja uuritavad tunnused. Teise peatüki lõpus kirjeldatakse analüüsimeetodikat.

Kolmandas osas tutvustatakse uurimuse tulemusi. Kõigepealt antakse ülevaade, mille poolest erinevad üksteisest Muutjad, Mittemuutjad ja Katsetajad, ning seejärel tuuakse vastavalt püstitatud hüpoteesidele välja töö tulemused.

Neljanda osana toimub arutelu töö tulemuste üle ning tuuakse välja töö peamised järeldused. Lisaks saab tutvuda töö kitsaskohtadega meetodi kriitika all. Töö viimaseks osaks on kokkuvõte.

Siinkohal soovin tänada oma juhendajat Veronika Kalmust, kes on olnud töö valmimisel väga suureks abiks ja toeks. Väga põhjalike ja heade kommentaaride eest eelkaitsmisel soovin tänada oma retsensenti Marko Uibut. Heade soovitude eest kirjandusallikate osas soovin tänada ka Maie Kiiselit.

Töö ei oleks valminud Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi ja uuringufirma Saar Polli küsitlusandmeteta ja kaasabita. Küsitluse “Mina. Maailm. Meedia” 2014. a etapi andmekogumist toetas Eesti Haridus- ja Teadusministeerium institutsionaalse uurimistoetuse IUT (20-38) kaudu.

1. Teoreetiline ja empiiriline kontekst

1.1 Riskiühiskond ja individualiseerumine

Modernse ajastu keskseteks mõisteteks ning peamiseks domineerivaks jõuks on riskid ja ohud (Beck, 2005). Need ja nendega kaasneva inimeste turvatunde vähenemine on alati kuulunud inimeste eksistentsi juurde. Varasemalt (keskajal) esines erinevaid riske ja ohtusid isegi rohkem kui tänapäeval, kuna inividid ja nende pered olid ohustatud haigustest, enneaegsetest surmadest ja erinevatest ühiskondlikest hädadest nagu näiteks nälg ja katk (Beck, 2009). Tänapäeval esineb selliseid hädasid palju vähem – leitud on meetodid nende leviku piiramiseks ja nendega paremaks toimetulekuks. Kui keskajal oli inimeste üheks peamiseks mureks “igapäevaleiva” eest võitlemine, siis tänaseks päevaks on see asendunud hoopis ülekaalususe probleemiga (Beck, 2005). Ühiskonnas on suudetud leida lahendus ühele probleemile, kuid see on asendunud uue ja palju komplekssema probleemiga. Saksa sotsioloog Ulrich Beck, kes on ka mõiste “riskiühiskond” autor, leidis, et tänapäeva ühiskonnas on kõige enam suurenenud just kontrollimatute riskide arv – ka need riskid, mis varasemalt olid ennetatavad, on hilismodernsel ajal muutunud kontrollimatuteks (Ekberg, 2007). Tänapäevaseid modernse ajastuga kaasaskäivaid riske ja ohtusid tuleb kindlasti eristada keskajal domineerivatest. Tänapäevased riskid ja ohud on peamiselt seotud igapäevaotsuste olulisuse kasvu ja sellest tuleneva inimeste üha suureneva ebakindlusega (Beck, 2009). Sellest tulenevalt on inimeste elu muutunud üha refleksiivsemaks – kõige üle mõtiskletakse, kõike kaalutakse ja analüüsitakse. Ulrich Beck on nimetanud käesolevat aega ka “refleksiivse moderniseerumise” ajaks (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002).

Iga väiksemagi otsuse langetamisega või langetamata jätmisega on inimesed riskidest ja ohtudest mõjutatud. Hilismodernsel ajastul ei vastuta riskide ja ohtude mõju eest ükski teadus- ega valitsusasutus ning kogu vastutust ei saa kanda ka üksikisikute õlgadele. Siiski tunnevad riskide ja ohtude otsust mõju kõige paremini inividid oma enese nahal, kuna just nemad peavad riskide ja ohtude tagajärgedega toime tulema (Beck, 2005). Valikute tegemine on inimeste jaoks riskantne ning tihti tuleb otsus langetada mitme ebatavalise valiku vahel. Ei ole ühte kindlat ja turvalist valikut, vaid pigem mitu riskantset alternatiivi, mille vahel tuleb valida (Beck, 2009).

Refleksiivse moderniseerumisega paralleelselt toimub individualiseerumine, mis on ühtviisi nii vanadest suhetest vabanemine kui ka sõltuvusse sattumine uutest suhetest (mina-kesksetest suhetest, kohustusest konstrueerida oma eluilma ja identiteeti, oma biograafilist narratiivi); ja teisalt ka võimalus uut tüüpi sotsialiseerumiseks (korterikaaslased, maitse-eelistuslikud kogukonnad, praktikate kogukonnad, subkultuurilised kogukonnad, seksuaalse sättumuse kogukonnad jne) (Kiisel, 2014). Individualiseerumine on seotud teadustehnoloogilise kultuuriga, mis tekitab ja avab inimeste olemuse maailmas läbi riskide ja ohtude (Van Loon, 2002).

Individualiseerumise üle arutlevate sotsioloogide Ulrich Becki ja Anthony Giddensi jaoks on individualiseerumine protsess, mis eemaldab inimesi nende sotsio-kultuurilisest miljööst (nende traditsioonidest) ning liidab nad maailma, mis on määratletud läbi teadmiste ja tehnoloogia (Van Loon, 2002). Toimub inimeste kaugenemine traditsioonidest (ing. *detraditionalization*), kuigi see ei tähenda, et traditsioonide roll on olematu – seda pigem vastupidi. See tähendab, et traditsioonid on inimese enda valitud ja tihti inimese enda loodud (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002).

Individualiseerumise protsess võib tekitada inimestel ootuse, et on võimalik kätte võtta “tükike omaenese elu”, ehkki mida enam sellised ootused välja kujunevad, seda enam põrkuvad need ühiskondlikele tõketele ja vastuseisudele (Beck, 2005; lk 96). Inimeste elu on kõike muud kui sõltumatu. Näiteks on inimesed täielikult sõltuvad institutsioonidest ja neis kehtestatud reeglitest. Igasugused institutsionaalsed seadused ja juhised nõuavad indiviididelt kindlate reeglite järgi elu elamist (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002). Inimesed on mõjutatud suuremal või vähemal määral ka sotsiaalsetest suhetest ning teda ümbritsevast keskkonnast. Inimene langetab otsuseid erinevate sotsiaalsete mõjutuste tagajärjel. Ta arvestab kogukonnas kehtivaid norme ja sotsiaalseid mõjutusi (DeVries, Glasper ja Detillion, 2003). Lisaks sotsiaalsetele mõjutustele dikteerib ka inimest ümbritsev füüsiline keskkond, milliseid otsuseid inimesel on võimalik vastu võtta (Brownell jt., 2010). Inimene otsustab ja tegutseb iseseisvalt teda ümbritsevas ja teda mõjutavas keskkonnas.

Ulrich Beck on individualiseerumise protsessi nimetanud ka ekspertsüsteemide ebaõnnestumiseks riskidega toimetulemisel. Ta leiab, et individualiseerumise protsessi puhul ei ole tegemist mingi vabadusega, kuna valikud ja riskid on justkui

inimestele peale surutud ning neid on inimestel võimatu vältida. Inimeste otsused ja valikud ei ole vabad, vaid pigem poolikud, kaheldava õigsusega, ning informatsioon, millele on tuginetud, ei pruugi olla usaldusväärne. Riskidega toimetulek jääb iga inimese privaatseks ja personaalseks otsuseks, valikuks ja kohustuseks (Van Loon, 2002).

1.2 Inimene kui projekt: toimetulek riskidega

Varasemalt olid inimesed harjunud sündima traditsioonilistesse ühiskondadesse, kus olid määratletud sotsiaalne klass ja usupõhimõtted. Tänapäeval tuleb aga isegi oma enda jumal ise valida. Päritud elu elamise retseptid ja rollide stereotüübid ei tööta enam ning pole ka ajaloolisi mudeleid, mille järgi oma elu rajada. Inimeste elu on muutunud justkui igäühe enda eksperimendiks. Individuaalne ja sotsiaalne elu – nii abielu, vanemaks olemine, poliitilised eelistused, kodanikuaktiivsus ja töö – tuleb omavahel sobitada ja kooskõlla viia (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002).

„Indiviididest on saanud nii perekonna sees kui ka väljaspool perekonda subjektid, kes hoolitsevad turumajanduse raames oma toimetuleku eest ning planeerivad ja organiseerivad oma elukäiku” (Beck, 2005: lk 95). Enam ei ole inimesed ühiskonnas passiivsed olude sunnil tegutsejad vaid pigem oma elu aktiivsed kujundajad. Aktiivne oma elu organiseerimine on vajalik, et saavutada kontroll selles konfliktsete nõudmistega globaliseerunud maailmas. Inimeste peamiseks eesmärgiks on saanud eneserealiseerimine ja -määratlemine. Nüüdseks on saanud justkui reegliks, et inimestel tuleb olla aktiivne, tähelepanelik, algatusvõimeline, kiire ja loov. Indiviidid on ühtaegu nii näitlejad, ehitajad, mustkuntsnikud, oma biograafia ja identiteedi loojad kui ka oma sotsiaalsete sidemete ja võrgustike haldajad (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002).

Inimesest on saanud justkui refleksiivne projekt, mille eest iga indiviid on ise vastutav (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002; Giddens, 1991). Domineerivad kõiksugused enda valitud ja loodud biograafiad, “tee-seda-ise biograafiad” ja riskibiograafiad. Omaenese elu (ing. *life of ones own*) loomisega kaasneb aga ka vastutuse võtmine võimalike ebaõnnestumiste eest. Iga loodud ja turvalisena tunduva fassaadi all võib alati olla võimalus loodud biograafia kokkukukkumiseks (Beck ja Beck-Gernsheim,

2002). „Sinu enese loodud ja valitud elu – sinu enda ebaõnnestumine” (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002: lk 24). Kui varasemalt loeti haiguseid, sõltuvust, töötust ja teisi normidest kõrvalekaldeid ebaõnneks, siis tänapäeval peetakse kõiki neid pigem inimese enda süüks ja vastutusalaks (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002).

Inimesed tulevad “omaenese projektide” loomise ja otsuste langetamisega erinevalt toime. Ühed inimesed võtavad riskide ja ohtudega toimetulekul passiivse rolli ning teised võtavad sellele vastupidiselt aktiivse rolli.

Inimesed, kes on valinud passiivse rolli, arvavad, et riskide ja ohtudega tegelemiseks õige aeg oli minevikus ning neil on kujunenud arvamus, et enam ei ole võimalik niikuinii midagi muuta. Üheks riskide ja ohtudega toimetuleku meetodiks on saanud “riskide õigustamine” (ing. *risk reasoning*), mille abil hakatakse oma käitumisele ja elustiilile leidma õigustusi ja põhjendusi. Klassikalises industriaalühiskonnas võitleb iga inimene oma töö, sissetuleku, pere, auto, hobide, puhkuse ja muude soovide eest. Kui inimene on sunnitud oma soovidest loobuma ja peab seeläbi oma elukvaliteeti langetama, ei ole ta niikuinii õnnelik – olgu see siis riskidega või ilma. Inimesed hakkavad riske ja ohte ning nende mõjujõudu eitama ning seda tõenäolisemalt just olukorras, kus tajutavate riskide ja ohtude määr on suurim (Beck, 2005).

Teised inimesed leiavad aga, et riskide ja ohtude olemasolu ei saa eitada ning et kõige kasulikum on neid lihtsalt proovida minimeerida. Inimesed proovivad end riskide ja ohtude eest maksimaalselt kaitsta ning nendega parimal võimalikul viisil hakkama saada. Kuna iga väiksemagi otsuse tegemisega või tegemata jätmisega kaasnevad riskid ja ohud, siis proovivad inimesed otsuste langetamisel arvesse võtta lisaks oma arvamusele ja kogemusele ka ekspertide arvamusi. Otsuste langetamisel võivad ekspertteadmised väga palju aidata, kuna tänapäeval on teaduslik tsivilisatsioon jõudnud faasi, kus ei teaduslikustata enam üksnes loodust ja ühiskonda, vaid ka inimest ennast ning tema tegevuse mõjusid (Beck, 2005; Giddens, 1991). Teaduslik ratsionaalsus üksi ilma sotsiaalse ratsionaalsuseta (inimese enda hinnanguta) jääks tühjaks ning ka vastupidi, mistõttu ei ole inimese otsused teaduslikele uuringutele põhinemata üldjuhul õigustatud ning ka ainult teaduslike uuringute tulemuste põhjal otsustamine ei oleks mõistlik (Beck, 2005).

Mõnesid riske ja ohte (nagu näiteks looduskatastroofide teket) ei ole inimesel üksi võimalik ette ennustada ja elimineerida. Kõik, mis toimub inimeste elus, on paratamatult seotud ülemaailmsete mõjutuste ja väljakutsetega (Beck ja Beck-Gernsheim, 2002) ning ökoloogiliste katastroofide ärahoidmiseks peaksid kogu maailmas olema kokku lepitud looduskeskkonda säästvad poliitikad ja regulatsioonid, et kõik inimesed ja institutsioonid oleksid kohustatud oma ümbritsevat keskkonda hoidma. Võimaliku ökoloogilise katastroofi puhul on kõik inimesed ühtmoodi ohustatud (Beck, 2005).

Igapäevaotsuste ja valikute suhtes on üksikindiviidil suurem võimalus “ohjad enda kätte võtta”. Beck (2005) on kasutanud riskiühiskonna ja selle mõjude selgitamiseks mõistet “sotsiaalsed riskipositsioonid”. Ta kirjeldab, et jõukamatel, kõrgema haridustasemega ja uuele informatsioonile avatumatel inimestel on kergem end kaitsta riskide ja ohtude eest. Paremad teadmised ning suurem informeeritus aitab riskide ja ohtudega paremini toime tulla ja seeläbi on võimalik neid ka minimeerida. Jõukus võib aidata riske ja ohte vähendada näiteks kvaliteetsemate ja kallimate toodete tarbimise võimaluse läbi (Beck, 2005).

1.3 Kiirenev ühiskond

Lisaks riskidele ja ohtudele on üheks tänapäeva märksõnaks kiirenev ühiskond. Inimeste elutempo on iga sajandiga järkjärgult kiirenenud ning inimesed elavad igapäevase tundega, et aega on vähe ning elus hakkama saamiseks on vaja oma tegevusi üha kiirendada. Modernses ühiskonnas on täiesti normaalne, kui inimene loeb, kuulab muusikat ja sööb samaaegselt (Rosa, 2005).

Peamiselt tehnoloogia arengu tõttu tekkinud kiirenduse tagajärjel toimub ühiskonnas üha enam sotsiaalseid muutusi, mis justkui sunnivad inimesi oma elutempot kiirendama (Rosa, 2005). Tänapäeval määrab tehnoloogia, kuidas inimesed peavad elama, magama, töötama ning olema teiste inimeste ja kogu ühiskonnaga ühenduses. Nutiseadmete kasutamine kaotab justkui piirid privaatse ja avaliku, öö ja päeva, töö- ja vabaaja, aja ja ruumi vahel. Inimestel on üha raskem aega maha võtta, kuna kõik – nii tööandja, kolleegid kui ka pereliikmed – eeldavad, et inimene on igal hetkel kättesaadav (Agger, 2011).

Mõnedel inimestel tekib nutiseadmete osas täielik vastupanu. Nad soovivad saavutada oma vaba aja üle kontrolli. Enda “lahtiühendamise” võimaluse olemasolu tundub olevat aga võimatu. Füüsiliselt on ju võimalik telefone, arvuteid ja teisi nutiseadmeid välja lülitada (Agger, 2011), kuid seda takistab hirm ajast maha jääda (Rosa, 2005). Lisaks kumuleerub kõiksugu meilide, uudiste ja tekstisõnumite arv ning varem või hiljem peab nendega niikuinii tegelema. Rohke info kättesaadavus ning uus tehnoloogia loob olukorra, kus ühenduses olemine on kohustus ja eeldus, et mitte millestki olulisest ilma jääda. Inimesed justkui ei riski olla liiga kaua teistega ühenduses olemata (Agger, 2011).

Tänapäeval on juba palju inimesi, kes kontrollivad oma meile, tekstisõnumeid ja muud uudisväärtuslikku lausa kaks korda minutis. Tekib küsimus, kas nad loovad endale läbi selle ka suuremat rahulolu ja õnnelikumat tulevikku? (Agger, 2011)

Iga väiksemgi meilidele ja tekstisõnumitele vastamine nõuab ju süvenemist ja aega, mille tõttu jääb inimestel enda soovide järgi tegutsemiseks aega aina vähemaks. Mitmed teoreetikud nimetavad olukorda, kus inimestel ei ole piisavalt aega kõikideks soovitud tegevusteks, “ajapuuduse kriisiks” (ing. *crisis of time poverty*). Ajavaegust defineeritakse kui personaalse vaba aja puudumist või aja puudumist, et “hoolida” – nii oma tervisest, perekonnast, ühiskonnast kui ka seda ümbritsevast keskkonnast (Birx, 2009).

Ajavaegus mõjutab nii inimeste valikuid, produktiivsust, tervist, suhteid kui ka üldist rahulolu. Ajavaeguse tulemusel tekib rohkesti inimese tervisega seonduvaid probleeme – ülekaalulisus, väiksem kehaline aktiivsus, ebatervislik toitumine, kõrge stressitaseme ning unevaegus. Tunnetatud ajavaegus võib viia läbipõlemise, kõrge stressitaseme, ärevuse ja depressioonini (Birx, 2009).

Mõned sotsiaalteadlased leiavad, et tänapäevane üha kasvav depressiivsete inimeste arv tuleneb peamiselt eraldumise tundeist, mis on tekitatud suutmatusel kõikide kiireneva ühiskonna muutustega kaasas käia. Inimene justkui eraldub ajast ja ruumist, objektiivsest maailmast, sotsiaalsest maailmast ja iseendast, kuna kiirenenud ühiskonnas ei ole inimestel piisavalt aega millessegi süveneda (Rosa, 2005).

Tänapäevale iseloomuliku tohutu informatsioonihulkade liikumise ning igapäevaste otsuste langetamise juures peab arvestama, et inimeste ressursid on limiteeritud. Inimesed tunnetavad erinevalt riskide ja ohtude mõju ning kõikide otsuste puhul ei jõuaks ka parema tahtmise korral kaaluda kõiki võimalikke stsenaariumeid. Puudu jääb nii ajast kui ka inimeste kognitiivsest võimekusest (Janssen, 2014).

Inimesed võtavad tervisekäitumisega seonduvaid otsuseid vastu arvestades nii ratsionaalseid mõtteid (kognitiivne tasand) kui ka oma tundeid (intuitiivne tasand) (Janssen, van Osch, de Vries ja Lechner, 2011). Kuna emotsioonide põhjal otsustamine on kergem ja kiirem, siis eelistatakse seda ajakulukale ja põhjalikule riskianalüüsi tegemisele, mis nõuab väga suurt kognitiivset pingutust (Slovic, Peters, Finucane ja MacGregor, 2005). Tunnete põhjal otsuste vastu võtmine on aga kiirem, lihtsam ja efektiivsem viis, kuidas tänapäevases kompleksses ja ebakindlas maailmas toime tulla (Janssen, 2014).

1.4 Tervisekäitumine

Terviseriski defineeritakse kui faktorit, mis võib põhjustada erinevaid tervisekahjustusi. Selliste faktorite arv on loendamatu. Maailm seisab silmitsi suurte ja laiaulatuslike terviseriskidega ning nende mõistmine on võtmeks haiguste ennetamisel ja vigastuste vältimisel. Mitmed haigused / vigastused võivad olla põhjustatud rohkem kui ühe riskifaktori poolt ning haiguste ja vigastuste ära hoidmiseks tuleks proovida võimalikult palju riske kontrolli all hoida (Global health... , 2009).

Kõige suuremateks terviseriskideks ja suremuse põhjustajateks maailmas on kõrge vererõhk (põhjustab 13% surmadest), tubaka kasutamine (9%), kõrge veresuhkur (6%), vähene kehaline aktiivsus (6%) ning ülekaalulisus ja rasvumine (5%) (Global health... , 2009). Käesoleva töö kirjanduse ülevaate osa keskendub tubaka tarbimisele, vähenenud kehalisele aktiivsusele, ülekaalulisusele ja rasvumisele. Lisaks on vaatluse all ka Eestis elavate inimeste alkoholi tarbimine, sest eurooplaste hulgas on see üks suurimaid (Viiklepp, de Colombani, Kurbatova, Sandgren ja Lonroth, 2013).

1.4.1 Vähene kehaline aktiivsus

Maailma Tervishoiu organisatsiooni andmetel põhjustab vähene kehaline aktiivsus umbes 3,2 miljoni inimese surma aastas ning iga neljas inimene maailmas ei ole kehaliselt piisavalt aktiivne (Maailma tervishoiu... , 2015b). Lisaks Maailma Tervishoiuorganisatsioonile on ka teised rahvusvahelised tervishoiu ja tervislikke eluviise edendavad organisatsioonid seostanud terviseriske enim just kehalise aktiivsuse puudumisega (Dobbins, De Corby, Robeson, Husson ja Tirilis, 2009). Varasemalt on leitud, et kõige parem viis oma tervislikku seisundit parandada on piisava kehalise aktiivsuse tagamine (Physical Activity... , 2008), kuid Eestis elavast kogu täiskasvanud elanikkonnast ligi 43% ei tegele või tegeleb väga harva spordiga (Eesti inimarengu... , 2008). Ka mujal maailmas on leitud, et pärast oma tööaega ei ole 43% inimestest üldse kehaliselt aktiivsed (Pomerleau jt., 2000).

Kehaliseks aktiivsuseks nimetatakse igasugust skeletilihaste liikumist, mille tagajärjel kulutatakse energiat. Kehalise aktiivsuse all ei mõelda vaid enda lihaskonna treenimist, vaid üldist kehalist liikumist (Maailma tervishoiu... , 2015b). Kehalise aktiivsuse ebapiisavuse peamiseks põhjusteks on inimeste üldine vähene liikumine ning rohke istumine nii tööl kui ka kodus. Lisaks sellele leitakse, et väga olulist rolli mängivad ka erinevate transpordivahendite kasutamine ning mitmed keskkonnategurid. Üha enam võib liikumise vähendamise põhjustajateks olla kartus langeda tänavail vägivalla või varguste ohvriks, kartus ohtliku liikluse ees, vähene või ebapiisavate spordirajatiste olemasolu või parkide ja jalgteede puudumine (Maailma tervishoiu... , 2015b).

Kehalise aktiivsuse puudumisega seostatakse mitmeid sotsiodemograafilisi tunnuseid nagu vanus, sugu, haridustase. Vähese kehalise aktiivsusega on positiivselt seotud kõrgem vanus (Godin, Bélanger-Gravel ja Nolin, 2008) ja kõrgem haridustase (Hallal jt., 2008). Üldjuhul on mehed kehaliselt aktiivsemad kui naised (Godin jt., 2008, Hallal jt., 2008), kuigi ei naised ega mehed ole kehaliselt vajalikul määral aktiivsed (Atlantis, Barnes ja Ball, 2008).

1.4.2 Toitumine

Lisaks vähesele kehalisele aktiivsusele peetakse ka ebatervislikku toitumist üheks juhtivaks globaalseks terviseriskiks (Global health... , 2009). Vähene kehaline aktiivsus ja ebatervislik toitumine on peamisteks põhjusteks, miks ülekaaluliste inimeste arv maailmas aina suureneb (Jakicic ja Otto, 2005; Lang ja Froelicher, 2006). Maailma Tervishoiu organisatsiooni andmetel oli 2014. aastal täiskasvanutest 1,9 miljardit inimest ülekaalulised, mis moodustab 39% kogu maailma täisealisest elanikkonnast (Maailma tervihoiu.. , 2015c).

Ka Eestis on rasvunud inimeste arv aastatega üha tõusnud – kui 2002. aasta andmetel oli 12% mehi ja 15% naisi rasvunud (World Health... , 2005), siis aastaks 2014 oli rasvunud mehi juba 22% ja naisi 23% (Estonia... , 2015b).

Tervislikuks toitumiseks peetakse energia (kalorite) tarbimist samas mahus energia kulutamise määraga, võttes arvesse, et rasvade osakaal peaks jääma alla 30% ja suhkrute osakaal alla 10% tarbitavatest kaloritest (Maailma tervihoiu.. , 2015c).

Tervislikku toitumist on vähendanud peamiselt suur töödeldud toitude kättesaadavus, kiire linnastumine ning elustiili muutused. Inimesed tarbivad üha enam kõrge kalorsusega toite ning liiga vähe tarbitakse puu- ja juurvilju ning erinevaid kiudaineid (Maailma tervihoiu.. , 2015c). Juba aastatel 1993 ja 1994 Norras läbiviidud uuringus leiti, et tervislike eluviiside järgimine on positiivselt korreleeritud juur- ja puuviljade tarbimisega, kuid neid tarbitakse alla soovitava koguse (alla viie) päevas (Johansson ja Frost Andersen, 1998). Eestis läbiviidud uuringu põhjal tarbivad elanikest 65% liiga vähe puu- ja juurvilju päevas (Similä jt., 2003).

1.4.3 Alkoholi tarbimine

Üle maailma põhjustab alkoholi liigtarbimine umbes 3,3 miljoni inimese surma igal aastal, mis on 5,9% kogu surmade arvust aastas (Maailma tervihoiu.. , 2015a).

Varasemad uuringud näitavad, et kõige enam tarbivad alkoholi kõrge sissetulekuga inimesed, kusjuures mehed kordades rohkem kui naised (Goddard, 2006).

Alkoholi väärkasutamine on Eestis elavate inimeste seas esimese kümne surma põhjustavate tegurite hulgas ning on püsinud 2000-2012 aastatel sarnasel tasemel (World health... , 2015). Eestis on Euroopa kõige kõrgem alkoholi tarbimise kogus inimese kohta. 2005. aasta andmetel tarbiti Eestis 15,6 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta aastas (Viiklepp jt., 2013) ning 2014. aasta andmetel on see langenud 10,6 liitrini inimese kohta aastas (Alkoholipoliitika... , 2014).

WHO globaalse alkoholi tarbimise ja rahva tervise ülevaate põhjal on Eesti elanikkonnal 2012. aasta andmete põhjal võimalikust kõige kõrgem hinnang (5) 5-pallisel skaalal, mis hindab, kui palju eluaastaid kaotatakse alkoholi tarbimise tõttu (ing. *Years of Life Lost*) (Global status... , 2014). Alkohol on 12% Eestis elava naiste ja 28% meeste varajase suremuse põhjuseks (Anderson, Møller ja Galea, 2012).

1.4.4 Suitsetamine

Üheks suurimaks epideemiaks ning rahvatervise probleemiks peetakse suitsetamist. WHO andmetel tapab tubaka tarvitamine ligikaudu poole selle kasutajatest, mis on praegust rahvaarvu arvestades suurusjärgus 6 miljonit inimest aastas (Global status... , 2014). Kõikidest suitsetavatest inimestest soovib 69% suitsetamisest täielikult loobuda (Riekert, Ockene ja Pbert, 2014). Kõige suurem osa loobujatest suitsetab 10-19 suitsu päevas; teistega võrreldes kõige enam suitsetavad inimesed väga tõenäoliselt oma harjumusest ei loobu (Goddard, 2006).

WHO andmetel mõistavad vaid vähesed suitsetajad tubaka tarvitamisega kaasnevaid riske. Näiteks 2009. aastal Hiinas tehtud uuringus leiti, et vaid 27% suitsetajatest teadis, et tubaka tarvitamine võib põhjustada insulti (Global status... , 2014). Enamus suitsetajatest, kes teavad tubaka tarvitamisega kaasnevaid riske, proovivad suitsetamist lõpetada (Global status... , 2014).

2012. aastal WHO poolt läbi viidud uuringu põhjal suitsetavad Eestis elavatest inimestest 26% igapäevaselt ja 34% inimestest suitsetavad vähemalt korra nädalas (WHO... , 2013).

1.5 Tervisekäitumise muutmine

Tervisekäitumise muutmise teooriad aitavad selgitada, miks inimesed muudavad või ei muuda oma tervisekäitumist, ning välja tuua, kes võiksid kõige tõenäolisemalt oma tervisekäitumist muuta. Tervisekäitumise muutmise teooriaid on mitmeid, kuid annan ülevaate kõige enam kasutatavast Terviseusu mudelist (ing. *Health Belief Model*) (Sharma, Brenscum ja Ashutosh, 2014).

Terviseusu mudel koosneb kuuest järgmisest blokkist (Sharma jt., 2014):

1. Tajatud ohtlikkuse blokk (taju, kui suur on tõenäosus kindla haiguse või kahjuliku vigastuse osaks langeda)
2. Tajatud olukorra tõsiduse blokk (taju, milline on võimaliku kahju suurus ja tõsidus)
3. Riskiga toimetulekul saadavate kasude blokk (saadavad kasud, mis kaasneksid millegi ettevõtmisega haiguste / vigastuste riski maandamiseks)
4. Takistuste blokk (takistused, mis piiravad millegi ettevõtmist haiguste / vigastuste riski maandamiseks)
5. Sisemiste ja keskkonnast tulenevate mõjutajate blokk (sisemised või keskkonnast tulenevad mõjutused millegi ettevõtmiseks)
6. Eneseefektiivsuse blokk (inimese enesekindlus ja –usk oma võimetele millegi muutmiseks).

1.5.1 Tajatud ohtlikkus ja olukorra tõsidus

Lisaks Terviseusu mudelile on ka teistes sotsiaal-kognitiivsetes mudelites [näiteks the Protection Motivation Theory (kaitsemotivatsiooni teooria), the Integrated Model for Explaining Motivational and Behavioural Change (motivatsiooni ja käitumusliku muutuse integreeritud mudel), the Health Action Process Approach (tervisega seotud tegevusprotsessi lähenemine)], mille eesmärgiks on edendada tervisekäitumist, välja toodud, et riskide tunnetamine on üheks peamiseks aluseks tervisekäitumisega seotud otsuste langetamisel. Inimesed, kes ei ole teadlikud oma tervisekäitumisega seonduvatest riskidest, ei tunneta ka vajadust oma käitumist muuta (Rogers, 1975).

Inimesed peavad teadma peamiseid tervisekäitumisega seotud riskifaktoreid ning lisaks sellele peavad nad tundma end ka ohustatuna nendest riskidest (Janssen, 2014).

Varasemad teadusuuringud on näidanud, et inimesed tunnetavad tegelikult väga hästi terviseriske, kuid nad on nende suhtes tihti liiga optimistlikud (näiteks usuvad nad, et negatiivsete mõjude tekkimine on nende suhtes vähem tõenäoline kui teistel inimestel). Nad arvavad, et “minuga seda ikka ei juhtu”. Eriti alahinnatakse riske, mis on teatud määral kontrollitavad (mida saaks näiteks tervislikke eluviise järgides teatud määral ära hoida) (Hevey ja French, 2012). Inimesed ei muuda aga oma käitumist tervislikumaks, kui nende teadlikkus terviseriskidest ja terviseriskide mõjust on puudulik (Janssen, 2014). Muretsemine erinevate terviseriskide olemasolu pärast võib olla soodustavaks teguriks tervislike eluviiside järgimise suurendamisel (Cameron, 2006; Magnan, Köblitz, Zielke ja McCaul, 2009).

1.5.2 Saadavad kasud ja peamised takistused

Inimeste käitumise esilekutsumiseks peab inimestel olema võimekus, võimalus ja motivatsioon kindla tegevuse ettevõtmiseks (Adamson ja Benelam, 2013). Inimesed peavad leidma põhjuse ja väärtustama kasu, mida tervisekäitumise muutus endaga kaasa tooks. Varasemalt on leitud, et käitumise muutmise puhul on eriti oluline inimeste motiveeritus käitumise muutmise kasu saavutamiseks (Riekert jt., 2014).

Peamiseks motivaatoriks, miks ollakse näiteks kehaliselt aktiivne, on Kreekas tehtud 35 uuringu (avaldatud 1993-2006) kokkuvõtte põhjal hea tervises seisundi saavutamine, kaalu kontrolli all hoidmine, vormis olemine ja stressi maandamine (Tzormpatzakis ja Sleaf, 2007).

Samas leiavad erinevad uurimisgrupid, et rahvatervise heaks tuleks leida ka uusi motiveerivaid tegureid, kuidas inimesed tervislikke eluviise järgima panna (King, Mainous, Carnemolla ja Everett, 2009).

Lisaks võimalikele tervisekäitumise muutmise saavutamisele kasule on ka palju takistusi, mis piiravad inimeste tervisekäitumise muutmist (Venditti jt., 2014). Peamisteks takistusteks, miks inimesed ei muuda oma käitumist tervislikumaks, on vähene tahtejõud / motivatsiooni puudus, ajapuudus, madal enesehinnang / madal eneseusk, pingeline / mittepaindlik töögraafik, perekondlikud kohustused, vigastused

või teatav füüsiline seisund ja stress. Ülejäänud toodud põhjused (hind, ilmastikutingimused, sõltuvus alkoholist või narkootikumidest, transpordiprobleemid) on eelnevatest oluliselt väiksemad (Haberman, 2012; Mosca jt., 1998).

Üldiselt on leitud, et üheks väga suureks takistuseks tervisekäitumise muutmisel on ajapuudus. Ajapuuduse tõttu on inimesed kehaliselt väheaktiivsed (Ruelaz jt., 2007; Tzormpatzakis ja Sleaf, 2007) ning nende toitumine on ebatervislik (Mauro jt., 2008).

Näiteks Austraalias tehtud uuringus vastas 73% inimestest, et nad on kehaliselt väheaktiivsed, ja 41% inimestest, et nende toitumine on ebatervislik just ajapuuduse tõttu (Welch, McNaughton, Hunter, Hume ja Crawford, 2009). Samas uuringus hindasid ajapuudust, mis takistab tervislikult toituda, kõrgemaks naised, kes olid üle 30-aastased, kõrgema haridustasemega, vallalised ja kes töötasid. Ajapuudust, mis takistab olemast kehaliselt aktiivne, raporteerisid kõrgemalt naised, kes olid alla 39-aastased, töötasid, kellel oli kõrgem haridustase, kes ei ole kunagi olnud abielus ja kellel ei olnud lapsi (Welch jt., 2009).

1.5.3 Muud mõjutajad ja eneseefektiivsus

Tervisekäitumise muutust mõjutavad nii inimese sisemised faktorid (näiteks suhtumine käitumise muutmisesse) kui ka välised faktorid (näiteks normid, mis hindavad teatud käitumise aktsepteeritavust teatud keskkonnas). Keskkonnas, kus on enam võimalusi liikumiseks, on normaalne olla kehaliselt aktiivne. Keskkonnas, kus näiteks õhtul pimedas väljaskäimine on ohtlik, on inimesed ka vähemaktiivsed ning ei lähe õhtuti välja jalutama. Mitmed normid ja inimeste harjumuspärased käitumismustrid on sõltuvad nii kogukonnast kui ka ümbritsevast keskkonnast (Riekert jt., 2014).

Tervisekäitumine ja selle muutmine on tugevalt seotud sotsiaal-demograafiliste näitajatega (Lantz jt., 1998). Madala sissetulekuga inimesed on tihti ülekaalus, suitsetavad ja liiguvad vähe (Crespo, Smit, Andersen, Carter-Pokras ja Ainsworth, 2000). Neil on ka suurem tõenäosus lõpetada katsed oma tervisekäitumise muutmiseks rahalistel põhjustel või sellepärast, et muudatused ei sobitu nende

elustiiliga (nad ei saa jätta tööle minemata või ei ole neil lapsi kellelegi vaatamiseks jätta) (Shelton, Goldman, Emmons, Sorensen ja Allen, 2011).

Igasugune harjumuspärase käitumise muutmine on raske. Inimesed peavad tervisekäitumise muutmise taotlemisel uskuma oma võimetusse muutustega hakkama saada. Inimesel on kerge võtta oma tervise heaks näiteks kaks tabletti päevas, kuid oma toitumis- ja muud käitumisharjumusi (näiteks oma igapäevaliikumise suurendamist või suitsetamise mahajätmist) pikaajaliselt muuta on väga raske (Riekert jt., 2014). Tervisekäitumise pikaajaliste tulemuste saavutamine võib võtta üsna kaua aega ning tihti tulevad ka esimesed muutused ja nendest tulenev parem enesetunne suhteliselt pika aja pärast, mille tõttu annavad paljud inimesed käitumise muutmisel alla enne, kui reaalseid tulemusi näevad (Chesney, 2000).

Inimesed peavad uskuma oma võimetusse olukorda muuta ning olema piisavalt enesekindlad muutuste saavutamiseks. Mitmete uuringute abil on näiteks leitud, et üks tugev kognitiivne takistus ülekaaluliste meeste ja naiste vähestele kehalisele aktiivsusele on enesetunnetus, et ollakse erinevate harjutuste tegemiseks liiga paks (ing. *being too fat*) (Atlantis jt., 2008; Ball, Crawford ja Owen, 2000). Sellistest kognitiivsetest ja muudest sisemistest takistustest tuleb inimestel aga üle olla, et esile kutsuda käitumise muutuseid.

1.5.4 Tervisekäitumise muutmine Eestis

Paljud inimesed proovivad terviseriske tunnetades oma käitumist muuta. Aastatel 2005-2009 Eesti Haigekassa poolt rahastatud küsitluse tulemusel on oma eluviise tervislikumaks muutnud 2005. aastal 51% ja 2009. aastal 43% Eestis elavatest täiskasvanud inimestest. Selle ajavahemiku jooksul on aga peaaegu 40% vastanutest tõdenud, et nad ei ole oma eluviise muutnud, kuna nende eluviisid on juba tervislikud (Tervise edendamise... , 2009).

Varasemalt on mujal maailmas leitud, et tervisekäitumise muutmist mõjutavad kõige enam inimese suitsetamise staatus (kas inimene suitsetab või mitte), arvamus oma kehakaalust, puuviljade ja juurviljade tarbimise hulk, tervisekonsultatsioonis käimise sagedus ja hinnang oma tervisele (Haberman, 2012). Olulist rolli mängivad ka vanus,

sugu, haridustase, perekonnaseis, sissetulek ja elukoht (Tzormpatzakis ja Sleaf, 2007; Sharma jt., 2014).

Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist väiksema tõenäosusega kui inimesed, kes hindavad oma tervist kehvemalt kui hea või väga hea (Haberman, 2012; Riekert jt., 2014). Näiteks Kanada populatsioonil tehtud uuringus leiti, et inimesed, kes hindasid oma tervisekäitumist heaks või suurepäraseks, muutsid 1,3 korda väiksema tõenäosusega oma tervisekäitumist võrreldes nendega, kes hindasid oma tervist kehvemalt kui hea või suurepärase (Haberman, 2012). Eestis tehtud uuringute kohaselt hindavad peaaegu pooled (46%) elanikest vanuses 15-74 oma tervist heaks või väga heaks. Ligikaudu 43% inimestest hindab oma tervist keskmiseks ja 11% halvaks. Mida vanem on inimene, seda enam annab ta oma tervislikule seisundile hinnangu keskmine või halb. Samas nooremad, kõrgema haridustasemega ja suuremates linnades elavad inimesed hindavad oma tervist seevastu pigem heaks või väga heaks (Eesti elanike..., 2015). Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, peaksid muutma oma tervisekäitumist väiksema tõenäosusega kui inimesed, kelle hinnang oma tervisele on kehvem.

Palju pole uuritud, mida inimesed kõige enam oma tervisekäitumise parandamise eesmärgi nimel muudavad. Kanadas läbiviidud uuringus paluti inimestel valida üks kõige tähtsam muutus, mida nad on seoses tervisekäitumise parandamisega proovinud ellu viia. Kõige enam vastajaid oli suurendanud oma kehalist aktiivsust (29% vastajatest), muutnud oma toitumisharjumusi tervislikumaks (10% vastajatest) ja kaotanud kehakaalu (7% vastajatest). Vähem olid inimesed muutnud järgmiseid tunnuseid: saanud meditsiinilist ravi, hakanud võtma vitamiine, vähendanud stressi, hakanud vähem alkoholi jooma ja hakanud vähem suitsetama või loobunud suitsetamisest (Haberman, 2012).

Varasemalt ei ole uuritud Eesti valimil peamiseid tervist mõjutavaid tegureid ning ei ole võrreldud inimesi, kes on suutnud edukalt oma tervisekäitumist muuta, inimestega, kes on proovinud oma tervisekäitumist muuta (kuid ebaedukalt) ning inimestega, kes ei ole oma tervisekäitumist üldse proovinud muuta. Antud töö on oluline, et kaardistada Eestis elavate inimeste tervisekäitumist ning et tuua välja

erinevused, miks mõned inimesed on oma tervisekäitumise muutmisel edukad ja mõned mitte.

1.6 Probleemipüstitus ja hüpoteesid

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida “Mina. Maailm. Meedia” 2014. aasta küsitlusandmete põhjal 15-79-aastaste Eesti elanike tervisekäitumist, seda mõjutavaid tegureid ning tervisekäitumise muutmise taotlemisel esinevaid väljakutseid. Töö uurib, mida on eestlased oma tervisekäitumisega seonduvalt proovinud muuta ning kes ja tänu millele on olnud oma käitumise muutmise juures edukas.

Peamiseks töö fookuseks on kolme erineva grupi võrdlemine tervisekäitumise alusel (Muutjad, Mittemuutjad ja Katsetajad). Lähtuvalt töö eesmärgist olen tõstatanud järgmised uurimisprobleemid ja nendest tulenevad hüpoteesid:

Uurimisprobleem 1:

Mitmed uurimisgrupid on leidnud, et inimese sugu, vanus, haridustase, sissetulek ja elukoht mõjutavad seda, kas inimene muudab oma käitumist või mitte (Sharma jt., 2014; Tzormpatzakis ja Sleap, 2007).

Varasemalt on leitud, et suitsetamisest loobuvad kõige tõenäolisemalt need inimesed, kes suitsetavad 10-19 suitsu päevas, mitte need, kes suitsetavad veel rohkem (Goddard, 2006). Seega peaks Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad tarvitama tubakatooteid erineval määral.

Inglismaal ja Šotimaal läbiviidud uuringud kinnitavad, et keskmine alkoholi tarbimine on kõige suurem kõrge sissetulekuga inimestel (Goddard, 2006). Statistikat ei ole aga selle kohta, kes kõige enam proovib alkoholist loobuda.

Inimesed liiguvad ja spordivad vähem, kui nende elukohas pole piisavalt spordirajatisi, parke ja jalgteid (Maailma tervishoiu... , 2015b). Kui keskkonnas puuduvad sobivad võimalused, ei muuda inimesed ka oma käitumist sportlikumaks.

Hüpotees: Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad oma soo, vanuse, haridustaseme, elukoha, sissetuleku, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise ning sportimise sageduse poolest.

Uurimisprobleem 2:

Varasemalt tehtud uuringutes on leitud, et üheks oluliseks tervisekäitumise muutmist mõjutavaks teguriks on inimese hinnang oma tervisele. Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes nendega, kes hindavad oma tervist halvemaks kui hea või väga hea (Haberman, 2012; Riekert jt., 2014). Inimesed, kes leiavad, et nende tervislik seisund on hea, ei leia põhjust, miks oma käitumist peaks muutma.

Hüpootees: Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes inimestega, kelle hinnang oma tervisele on kehvem.

Uurimisprobleem 3:

Varasemalt on leitud, et kõige enam proovitakse tervislike eluviiside nimel muuta enda kehalist aktiivsust ning proovitakse toituda tervislikumalt. Carol Habermani (2012) läbiviidud magistritöö uurimuse raames suurendas 29% vastajatest oma kehalist aktiivsust ja 10% vastajatest muutis oma toitumist.

Hüpootees: Kõige enam suurendavad inimesed oma tervisekäitumisega seondult kehalist aktiivsust ja muudavad toitumisharjumusi.

Uurimisprobleem 4:

Mitmed uurijad on leidnud, et üheks peamiseks takistuseks, miks inimesed oma tervisekäitumist ei muuda, on ajapuudus (Welch jt., 2009). Peamiselt ollakse ajapuuduse tõttu kehaliselt väheaktiivsed (Reichert jt., 2007; Ruelaz jt., 2007; Tzormpatzakis ja Sleaf, 2007) ja toitutakse ebatervislikult (Mauro jt., 2008; Welch jt., 2009). Inimesed ei muuda oma tervisekäitumist ajapuuduse tõttu, mille järgi võib oletada, et oma tervisekäitumist mitte muutvad või selles ebaedukaks osunud inimesed raporteerivad suuremal määral ajapuudust võrreldes inimestega, kes on oma tervisekäitumist muutnud.

Hüpootees: Muutjad raporteerivad vähem ajapuudust kui Katsetajad ja Mittemuutjad.

Uurimisprobleem 5:

Teadlikkus terviseriskidest ja nende mõjudest on asendamatu, et inimesi motiveerida tervislikult elama. Lisaks peavad inimesed end ka riskidest ohustatuna tundma

(Janssen, 2014). Võimalikult palju riske kontrolli all hoida proovides on riskide, haiguste ja kahjustuste mõju võimalik minimaalsena hoida (Global health... , 2009). Inimesed, kes riske ja ohte eiravad, võtavad väiksema tõenäosusega midagi ette oma käitumise muutmiseks (Beck, 2005).

Hüpotees: Inimesed, kes kaitsevad ennast aktiivsemalt ohtude ja riskide eest, on enamal määral muutnud oma eluviise tervislikumaks.

2. Metoodika ja valim

Käesolev töö põhineb küsitluse “Mina. Maailm. Meedia” andmetel. Eesti elanike seas on antud küsitlust läbi viidud aastatel 2002 / 2003, 2005, 2008, 2011 ning nüüd viiendat korda aastal 2014. Viimase uuringu viis läbi Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituut koos uuringufirmaga Saar Poll ning andmed koguti ajavahemikul 16.08.- 30.09.2014.

Kõikidel aastatel on küsimused veidi varieerunud, kuid alati on küsitlus olnud üleriigiline ning alati on küsitletud Eesti Vabariigi alalisi elanikke vanuses 15-74 (2002-2008) või 15-79 aastat (2011 ja 2014). Küsitlus on koosnenud nii suulise intervjuu kui ka kirjaliku ankeetküsitluse osast.

Aastal 2014 koosnes “Mina. Maailm. Meedia” kirjalik küsimustik peaaegu 700 üksiktunnusest, mis olid jaotatud järgnevasse alablokkidesse: Hinnangud muutustele; Huvid ja väärtused; Osalus kodanikuühendustes; Kuuluvustunne, identiteet; Kontaktid ja liikumisvõimalused; Ajakasutus; Kultuuritarbimine; Tarbimine ja keskkond; Enesetunne ja tervis; Ohud ja riskid; Tulevik; Põlvkonnad ja kasvatus; Meediakasutus, infokanalid; Ettevõtlus, töö; Pere sissetulekud; Elukoht, eluase; Ühiskondlik seisund.

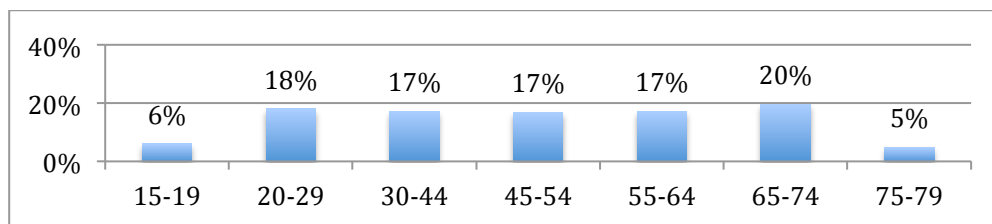
Suulises intervjuus jaotusid küsimused järgmistesse alablokkidesse: Muutused; Maailm Eestist väljaspool; Meediatarbimine.

Nii suulises kui ka kirjalikus osas on enamus küsimusi valikuvastusega või Likert-tüüpi vastusevariantidega. Lahtiste vastusevariantidega küsimused praktiliselt puuduvad.

2.1 Valim

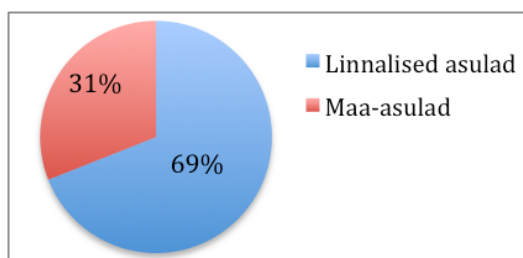
Valimi koostamiseks kasutati proportsionaalse juhuvalimi meetodit. Saadud küsitlustulemi ja 01.01.2014 rahvastikustatistika sotsiaal-demograafiliste andmete võrdlemisel ilmnenud erinevusi vähendati kaalutud tunnuste abil.

2014. aasta küsitluse valim koosneb 1503 vastajast vanuses 15-79. Vanuselise jaotusega saab tutvuda joonise 1 abil.



Joonis 1: 2014. a valimi vanuseline jaotus.

Valimi hulgas on nii mehi (47%) kui ka naisi (53%), kes on vastanud kas eesti (n=1028) või vene (n=475) keeles. Vastanutest 68% on eestlased ja 32% mitte-eestlased. Vastanutest 69% elab linnalistes asulates ning 31% maa-asulates (vt joonis 2).



Joonis 2: 2014. a valimi elukohapõhine jaotus.

2.2 Uuritavad tunnused

Käesoleva töö raames uurin Eestis elavate inimeste tervisekäitumist, seda mõjutavaid tegureid ning väljakutseid, mis tervisekäitumise muutmisega kaasas käivad. Vastanud olen jaganud kolme gruppi: Muutjad, Mittemuutjad ja Katsetajad. Kogu töö vältel võrdlen kolme grupi erinevusi seoses tervisekäitumisega.

Andmestik koosneb mitmetest alablokkidest ja paljudest üksikküsimustest, mis kõik võivad suuremal või vähemal määral tervisekäitumise muutmist mõjutada. Kirjalikust ankeedist keskendun küsimustele järgmistest alablokkidest:

- Hinnangud muutustele
- Ajakasutus

- Tarbimine ja keskkond
- Enesetunne ja tervis
- Ohud ja riskid

Suulise intervjuu küsimustest uurin “Muutuste” alablokki.

Küsitlustulemi koondamiseks ja üldtendentside selgemaks väljatoomiseks kasutan lisaks üksiktunnusetele ka koondtunnuseid (indekseid). Indekstunnused on loodud “Mina. Maailm. Meedia” uurimisgrupi poolt. Töö seisukohalt keskse tähtsusega koondtunnus “Tervislikud eluviisid” koosneb järgnevatest alaküsimustest:

- Millele kulub tavaliselt teie tööväline aeg? Kui palju aega kulub teil keskmiselt ühel argipäeval järgmistele tegevusele? ... Sportimine, vabas õhus liikumine, fitness (vastus „üle nelja tunni” andis 4 punkti; „3-4 tundi” andis 3 punkti; „1-2 tundi” andis 2 punkti; „pool tundi / alla tunni” andis 1 punkti)
- Kas Te olete tervise nimel püüdnud muuta oma harjumusi või eluviisi? („jah” andis 2 punkti; „olen proovinud, kuid mitte eriti edukalt” andis 1 punkti)
- Kui olete oma tervise nimel püüdnud muuta oma harjumusi ja eluviisi, siis mida olete teinud? (iga sobiva vastuse märkimine andis ühe punkti). Vastusevariandid: „hakanud tervislikumalt toituma”, „loobunud teatud toiduainetest”; „hakanud tegelema spordiga, suurendanud liikumist”; „loobunud suitsetamisest”; „vähendanud alkoholi tarbimist”; „võtnud rohkem aega puhkamiseks”; „hakanud regulaarselt tervisekonsultatsioonis käima”; „hakanud jälgima oma tervise näitajaid (vererõhku, pulssi, veresuhkrut vms)”; „hakanud jälgima ja otsima tervisealast infot.”

Teiste töös kasutatud koondtunnuste (üldine ajapuudus; tunnetatud ajapuudus ehk “krooniline ajavaegus”; aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest) koostisesse kuuluvate ankeediküsimustega saab tutvuda Lisas 1.

2.3 Analüüsimetoodika

Andmeid analüüsin SPSS statistikaprogrammiga (versioon 21.0). Gruppide võrdlemiseks ja seoste olemasolu leidmiseks tunnuste vahel kasutan risttabeleid ja hii-ruut-statistikut. Indekstunnuste puhul kasutan keskmiste võrdlemiseks dispersioonanalüüsi (ANOVA).

Lineaarset regressioonanalüüsi kasutan, et leida, millised tunnused on kõige enam seotud tervisekäitumise muutmisega. Lineaarse regressioonanalüüsi puhul kasutan sõltuva tunnusena indeksit “Tervislikud eluviisid”, et tulemused oleksid kergemini tõlgendatavad. Regressioonanalüüsis kasutatavate tunnuste omavaheliste korrelatsioonide analüüsi tulemused asuvad Lisas 2.

Regressioonanalüüsi abil uurin seoseid järgmiste tunnuste vahel:

- Kuidas hindate oma tervist?
- Kas Te suitsetate?
- Kas olete ennast proovinud kaitsta... .. toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest (näiteks muutnud toitumisharjumusi)
- Indekstunnus: Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest
- Millele kulub tavaliselt Teie tööväline aeg? Kui palju aega kulub Teil keskmiselt ühel argipäeval erinevatele tegevusliikidele? Sportimine, vabas õhus liikumine, fitness
- Kas Teil jätkub piisavalt aega järgmisteks tegevusteks? ... Sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks
- Kas Teil jätkub piisavalt aega järgmisteks tegevusteks? ... Oma tervise eest hoolitsemiseks
- Millistele tegevustele Te olete püüdnud teiste arvelt aega juurde saada? ... Oma tervise eest hoolitsemiseks

3. Tulemused

Peamiseks töö fookuseks on Katsetajate, Muutjate ja Mittemuutjate võrdlemine tervisekäitumisest lähtudes. Kolme grupi iseloomustamiseks toon välja peamised gruppidevahelised erinevused, et anda nendele tuginedes ka praktilisi soovitusi.

Töös võetakse vaatluse alla inimeste hinnang oma tervisele, peamised tervisekäitumise muutmise taotlemisel ette võetud tegevused, raporteeritud ajapuudus ja inimese aktiivsus enese kaitsmisel riskide ja ohtude eest.

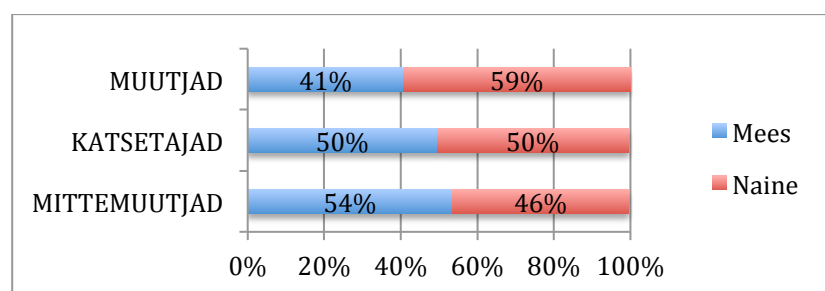
3.1 Katsetajate, Muutjate ja Mittemuutjate iseloomustus

Hüpotees “**Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad oma soo, vanuse, haridustaseme, elukoha, sissetuleku, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise ning sportimise sageduse poolest**” leidis osaliselt kinnitust.

Erinevused esinesid soo, vanuse, haridustaseme, elukoha, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise ja sportimise sageduse osas, kuid mitte sissetuleku osas.

3.1.1 Sugu

Muutjate, Katsetajate ja Mittemuutjate hulgas on meeste ja naiste osakaal erinev ($\chi^2=20,78$, $df=2$, $p=0,00$) (vt joonis 3).



Joonis 3: Gruppide erinevused sugude lõikes.

Võrreldes meestega on enam naisi suutnud oma tervisekäitumist edukalt muuta. Muutjate hulgas on rohkem naisi kui mehi. Ootused tervisekäitumise muutmiseks on naistel ja meestel erinevad. Naiste motivatsioon oma elustiili muuta võib olla

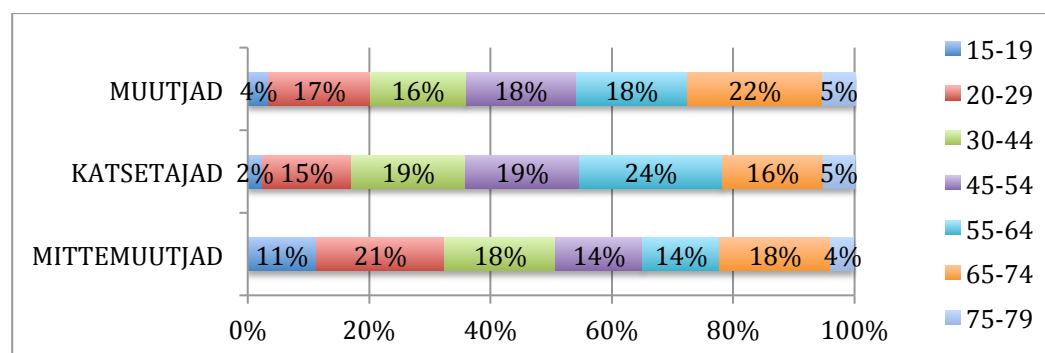
võrreldes meestega kõrgem, kuna tänapäeva iluideaal paneb just naised erilise surve alla.

Katsetajate seas on mehi ja naisi võrdselt ehk oma tervisekäitumise muutmisel ebaõnnestuvad mehed sama suure tõenäosusega kui naised. Muutuste esilekutsumine on raske nii meestel kui ka naistel.

Mittemuutjate hulgas on mehi veidi enam kui naisi. See võib tuleneda samuti tänapäeva iluideaalist, mis mõjutab erakordselt suurel määral just naisi. Välimusest on saanud justkui üks edukuse näitaja, mida naised eriti kõrgelt hindavad.

3.1.2 Vanus

Muutjatel, Katsetajatel ja Mittemuutjatel on erinevates vanuses olevate inimeste osakaal erinev ($\chi^2=67,74$, $df=12$, $p=0,00$) (vt joonis 4).

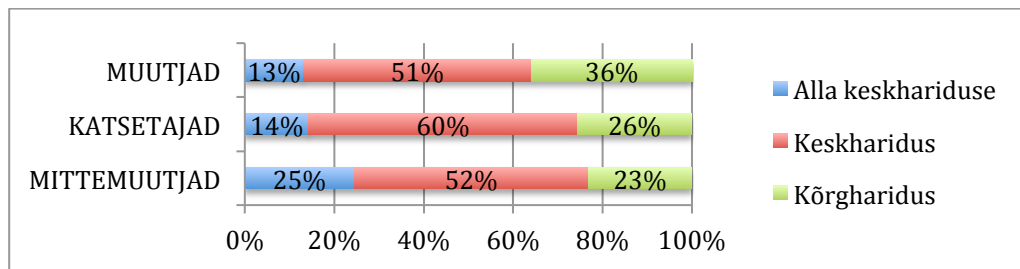


Joonis 4. Gruppide erinevused vanuserühmade lõikes.

Mittemuutjate hulgas on võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige enam inimesi vanuses kuni 29 eluaastat. See võib tuleneda sellest, et nooremas eas on inimestel vähem terviseprobleeme ning noored ei näe vajadust oma eluviisi ja tervisekäitumist muuta. Kui inimeste tervis on hea, ei nähta ka põhjust muutuseks.

3.1.3 Haridustase

Kolmes grupis on erineval määral erineva haridustasemega inimesi ($\chi^2=46,16$, $df=4$, $p=0,00$) (vt joonis 5).



Joonis 5: Gruppide erinevused haridustaseme lõikes.

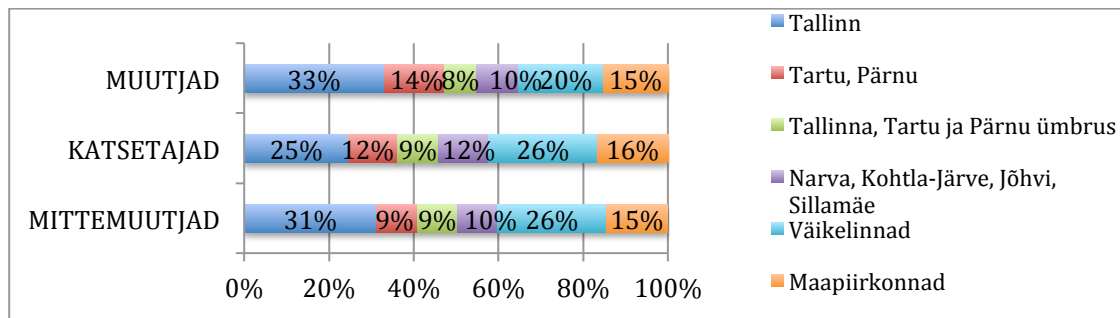
Nii Muutjate, Katsetajate kui ka Mittemuutjate hulgas on vähemalt 51% inimestest keskharidusega. Eraldi saab välja tuua, et Muutjate seas on võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega kõige enam (36%) kõrgharidusega inimesi. Kõrgharidusega inimestel on paremad informatsiooni otsimise võimalused ja oskused. Nad on paremini kursis riskide ja ohtudega, mida ebatervislikud eluviisid endaga kaasa toovad, ja võimalustega, kuidas riske ja ohte minimeerida. Nad näevad võimalusi riskide ja ohtudega toimetulekuks ning seetõttu muudavad ka oma eluviise tervislikumaks.

Katsetajate hulgas on väga palju keskharidusega inimesi (lausa 60%). Nad võivad tunnetada tervisekäitumise muutmise olulisust, kuid informatsioon efektiivsetest meetoditest seda muuta võib olla ebapiisav.

Mittemuutjate hulgas on võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige rohkem isikuid, kelle haridustase jääb alla keskhariduse. Madalama haridusega inimestel võib olla vähem informatsiooni tervise olulisusest ning ebatervisliku elustiiliga kaasnevatest riskidest ja ohtudest. Lisaks võivad neil olla ka vähesemad teadmised efektiivsetest meetoditest, kuidas oma tervisekäitumist muuta.

3.1.4 Elukoht

Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad oma elukoha ($\chi^2 = 18,05$, $df=10$, $p=0,05$) poolest (vt joonis 7), kuid nad ei erine selle poolest, kas elatakse linna- või maa-asulas ($p=0,08$).



Joonis 7: Gruppide erinevused sõltuvalt elukohast.

Muutjate seas on võrreldes Mittemuutjate ja Katsetajatega kõige väiksem osakaal inimesi, kes elavad väikelinnades. Võrreldes suurlinnade elanikega on väikelinnade elanikkonna jaoks raskesti kättesaadavamad erinevad tervisespordirajatised (nt spordiklubid) ning ka toidupoodides on väiksem toiduainete valik (sh ka tervislike toodete kättesaadavus on väiksem). Väikelinnade elanikkonna elustiil meenutab suuresti suurlinnade oma, kuid võimalused sportimiseks ja toodete kättesaadavus on võrreldes suurlinnadega väiksem.

Katsetajate hulgas on kõige vähem inimesi võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega, kelle elukohaks on Tallinn. Seega on inimesed, kes elavad Tallinnas, olnud oma tervisekäitumise muutmisel edukad või ei ole nad näinud vajadust oma käitumist üldse muuta.

Katsetajad, Muutjad ja Mittemuutjad ei erine selle poolest, kas elatakse pigem linna- või maa-asulas. Maa-asulate elanike hulgas võib olla vähem vajadust oma elustiili muuta, kuna maakohtades liigutakse üldiselt igapäevaelu toimetusi tehes palju. Tihti tehakse maal enam ka füüsilist tööd. Maal tarbitakse vähem ka rämpstoitu, mille tõttu on maal elavatel inimestel ka väiksem vajadus oma toitumist korrigeerida. Elustiili muuta soovijaid inimesi võib siiski olla nii linnas kui ka maal.

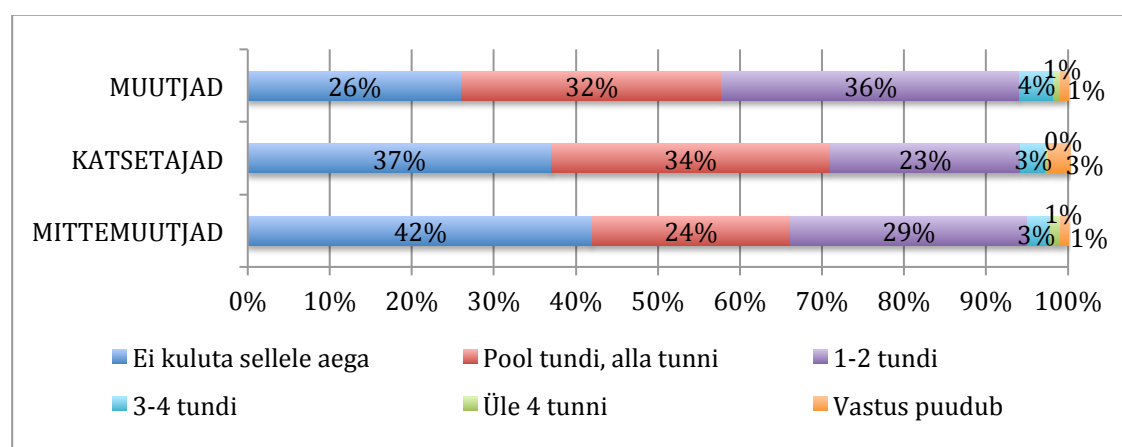
3.1.5 Sissetulek

Katsetajad, Muutjad ja Mittemuutjad ei erine keskmise sissetuleku poolest ($p=0.78$). Tervislike eluviiside järgimiseks leiavad kõik inimesed soovikorral võimaluse – liikumine on ju tasuta ning toitu saab igäüks ise valida. Inimesed, kellel on kõrgem sissetulek ning kes võiksid endale lubada kõrgema kvaliteediga toidu tarbimist,

tarbivad sellest hoolimata sarnaselt madalama sissetulekuga inimestega ebatervislikku, töödeldud toitu.

3.1.6 Sportimine, vabas õhus liikumine ja fitnessi harrastamine

Lisaks erinevad grupid sportimise, vabas õhus liikumise ja fitnessi harrastamise määra poolest (Küsimus: Millele kulub tavaliselt teie tööväline aeg? Kui palju aega kulub teil keskmiselt ühel argipäeval erinevatele tegevusliikidele? ... Sportimine, vabas õhus liikumine ja fitness) ($\chi^2=52,02$, $df=10$; $p=0,00$) (vt joonis 8).



Joonis 8: Gruppide erinevused töövälisel ajal sportimise, vabas õhus liikumise ja fitnessi harrastamisel.

Muutjate seas on kõige enam inimesi (68%), kes tegelevad spordiga, liiguvad vabas õhus või harrastavad fitnessi pool tundi kuni kaks tundi päevas. Muutjatest 26% ei kuluta üldse aega sportimiseks, mis on võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega väga väike inimeste oskaal. Muutjad on kõige aktiivsemalt võtnud ette tervislike eluviiside jälgimise, mille hulka kuulub ka aktiivne sportimine, vabas õhus liikumine või fitnessi harrastamine.

Katsetajatest 37% ei tee üldse sporti ning 34% kulutab spordi tegemisele, vabas õhus liikumisele ja fitnessi harrastamisele keskmiselt argipäeviti alla tunni. Täiskasvanute soovituslik keheline aktiivsus näeb ette, et inimene peaks olema aktiivne keskmise intensiivsusega vähemalt 150 minutit või kõrge intensiivsusega vähemalt 75 minutit päevas (Maailma tervishoiu... , 2015b). Soovituslikud normid ei ole aga täidetud, kui

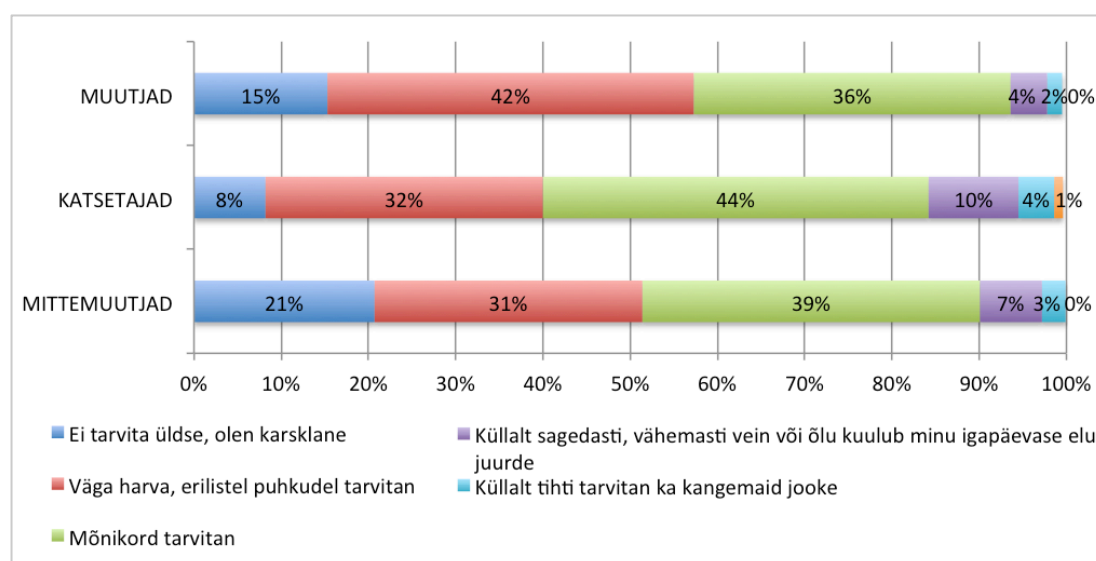
liigutakse või sporditakse alla tunni aja. Seega jääb suurel hulgal Katsetajatest kehaline aktiivsus võrreldes soovitatud normidega ebapiisavaks.

Mittemuutjatest enamus (53%) teeb sporti või liigub vabas õhus keskmisel argipäeval pool tundi kuni kaks tundi. 24% neist treenib või liigub alla Maailma Tervishoiu organisatsiooni soovitatud normide (Maailma tervishoiu... , 2015b), kuid ülejäänud 29% kulutab sellele aega ühe kuni kaks tundi päevas. Seega ei ole pea pool sporti tegevatest Mittemuutjatest kehaliselt siiski piisavalt aktiivsed.

Lisaks on Mittemuutjate hulgas võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige enam ka inimesi (42%), kes ei kuluta üldse aega sportimisele, vabas õhus liikumisele ega fitnessile. Kokkuvõtvalt ei ole Mittemuutjatest lausa 66% piisavalt aktiivsed. Mittemuutjate hulgas on suur osakaal alla 29-aastaseid noori inimesi, kelle tervislik seisund on hea, ning seetõttu võivad nad ka mitte näha vajadust olla kehaliselt aktiivne.

3.1.7 Alkoholi tarvitamine

Kolm gruppi tarvitavad erineval määral alkoholi ($\chi^2 = 56,60$, $df=10$, $p=0,00$) (vt joonis 9).



Joonis 9: Gruppide erinevused alkoholi tarvitamisel.

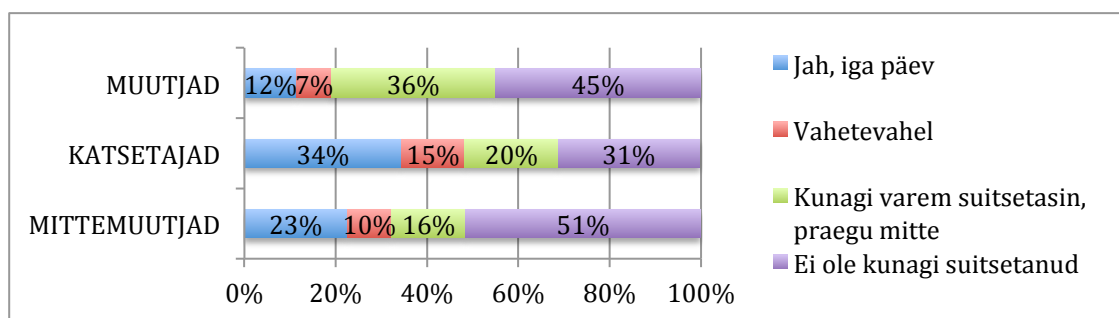
Muutjate hulgas on kõige enam inimesi, kes tarvitavad alkoholi väga harva või ei tarvita alkoholi üldse (kokku 57% inimestest). Muutjad on piiri pannud oma alkoholi tarvitamise harjumusele, kuna on tõsiselt ette võtnud tervisekäitumise muutmise eesmärgi.

Katsetajatest 44% tarbib alkoholi mõnikord ning 40% ei tarbi seda üldse või tarvitab seda vaid väga harva. Vaid 8% Katsetajatest ei tarvita alkoholi üldse, mis on Muutjate ja Mittemuutjatega võrreldes väga väike inimeste osakaal. Katsetajatel võib olla väärarusaam, et alkoholis ei ole palju kaloreid ning et alkoholi tarvitamine ei ole nende tervisele kahjulik.

Mittemuutjatest 52% ei tarvita alkoholi üldse või tarvitab väga harva, erilistel puhkudel. Seega peaaegu pooled Mittemuutjatest tarvitavad alkoholi sagedamini kui väga harva. Mittemuutjad võivad sarnaselt Katsetajatega uskuda, et alkoholi tarvitamine ei põhjusta nende tervisele pikaajalisi kahjustusi.

3.1.8 Tubakatoodete tarvitamine

Kolm gruppi tarbivad erineval määral ka tubakatooteid ($\chi^2 = 131,64$, $df=8$, $p=0,00$) (vt joonis 10).



Joonis 10: Gruppide erinevused tubakatoodete tarvitamisel.

Muutjatest 45% ei ole kunagi suitsetanud ning 36% on suitsetamisest loobunud. Võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega on Muutjate hulgas kõige enam suitsetamisest loobujaid. Muutjad on võtnud oma tervisekäitumise muutmist tõsiselt ning loobunud ka tervistkahjustavast suitsetamisharjumusest.

Katsetajate seas on suur osakaal inimestel, kes suitsetavad igapäevaselt (34%), ning inimestel, kes ei ole kunagi suitsetanud (31%). Igapäevased suitsetajad ei ole tervisele kahjulikust harjumusest soovinud loobuda või ei ole nad seda teha suutnud. Igapäevane suitsetamine näitab inimeste vähest motivatsiooni ja pühendumist, kui nende tegelik eesmärk on oma tervisekäitumist muuta.

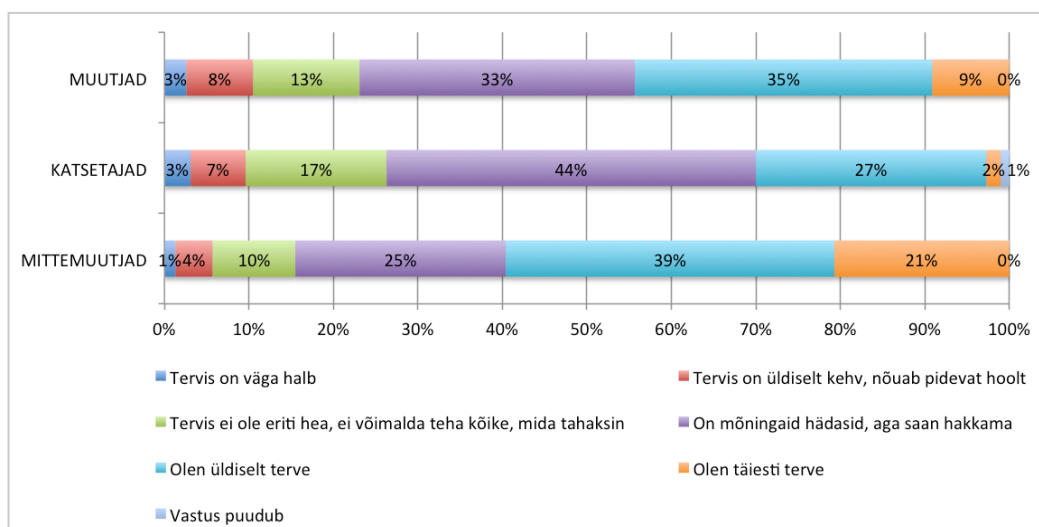
Mittemuutjatest üle poole ei ole kunagi suitsetanud ning 67% ei suitsetanud ka küsitluse läbiviimise ajal. Järelikult on nende seas rohkesti inimesi, kellel ei ole harjumust suitsetada ning seetõttu ei ole neil vaja seda harjumust ka muuta.

3.2 Hinnang oma tervisele

Hüpotees „**Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes inimestega, kelle hinnang oma tervisele on kehvem**” leidis kinnitust.

Peaaegu pooled kõigist vastanutest leiavad, et nad on üldiselt või täiesti terved. Kuna tegemist on esindusliku Eestis elavate inimeste valimiga, siis on igati oodatav, et vähemalt poolel küsimustikule vastanutest ei esine suuri terviseprobleeme. Küsimustikule vastajatest 32% hindab, et neil on mõningaid tervisehädasid, kuid üldiselt saavad nad hakkama, ning ülejäänud 21% hindab oma tervist kehvemalt.

Kolme grupi hinnangud oma tervisele erinevad üksteisest statistiliselt olulisel määral ($\chi^2=119,53$; $df=12$; $p=0,00$) (vt joonis 11).



Joonis 11: Gruppide erinevused hinnangul oma tervisele.

Muutjate seas on täiesti või üldiselt terveid inimesi 44%. Inimesed, kellel on tervisega mõningaid probleeme, kuid nad saavad nendega hakkama, on Muutjate seas 33%. Paljude inimeste puhul võib olla, et nad on oma tervisekäitumist piisavalt muutnud ning et nende tervislik olukord on seetõttu hea või väga hea. Lisaks võib olla, et Muutjatel on tervislik seisund varasemalt olnud piisavalt halb, mis on neid motiveerinud tervislikult elama ja oma endist olukorda parandama.

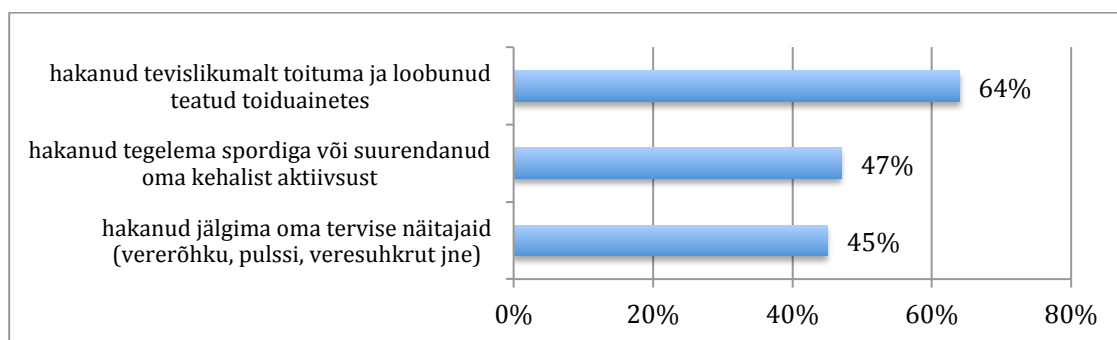
Katsetajate hulgas on täiesti või üldiselt terveid inimesi vaid 29%. Kõige enam on Katsetajate seas inimesi, kellel esineb mõningaid hädasid (44%). Katsetajate tervislik olukord võib olla liiga kehv, et näiteks järjepidevalt liikumist harrastada, või ootused oma tervisekäitumise muutmise kohta liiga kõrged. Neil võivad olla ebarealistlikud ootused oma tervise suhtes ning seetõttu võivad nad hinnata, et nad on ebaõnnestunult proovinud oma tervisekäitumist muuta.

Mittemuutjatest hindab võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige enam inimesi ennast täiesti või üldiselt terveks (60% inimestest). Mittemuutjate hulgas on võrreldes Katsetajate ja Muutjatega kõige enam alla 29-aastaseid inimesi. Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes inimestega, kelle hinnang oma tervisele on kehvem. Noorematel inimestel on vähem tervisehädasid, mille tõttu antakse oma tervislikule seisundile tõenäolisemalt hea hinnang ning muudetakse oma käitumist vähem.

3.3 Tegevused, mida on tervisekäitumise muutmiseks ette võetud

Hüpotees „Kõige enam suurendavad inimesed oma tervisekäitumisega seonduvalt kehalist aktiivsust ja muudavad toitumisharjumusi” leidis kinnitust.

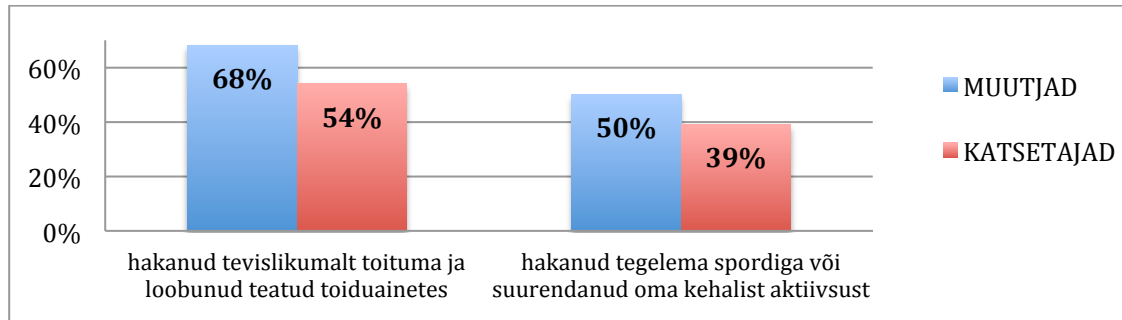
64% vastajatest on muutnud oma toitumist või loobunud mõnedest toiduainetest ning 47% vastajatest on hakanud tegelema spordiga või suurendanud oma kehalist aktiivsust (vt joonis 12).



Joonis 12: Tegevused, mida tervisekäitumise parandamiseks on ette võetud.

Inimesed on kõige enam korrigeerinud oma toitumist ning suurendanud liikumisaktiivsust. Seejärel on inimesed hakanud jälgima oma tervisenäitajaid (vererõhku, pulssi, veresuhkrut jne) (45% vastajatest), hakanud otsima tervisealast infot (36% vastajatest) ja võtnud rohkem aega puhkamiseks (34%). Veidi vähem inimesi on vähendanud või loobunud suitsetamisest (28%) või alkoholi tarbimisest (27%) ja hakanud regulaarselt tervisekonsultatsioonis käima (15%).

Seega võetakse tervisekäitumise eesmärgil kõige rohkem ette toitumise korrigeerimist ja liikumise suurendamist. Erinevaid gruppe kõrvutades jääb silma, et Muutjad ja Katsetajad on erineval määral hakanud tevislikumalt toituma ja loobunud teatud toiduainetest ($\chi^2=18,56$, $df=1$; $p=0,00$) ja hakanud tegelema spordiga või suurendanud liikumist ($\chi^2=11,08$, $df=1$; $p=0,00$). Muutjatest on rohkem inimesi nimetatud tegevusi ette võtnud kui Katsetajatest (vt joonis 13).

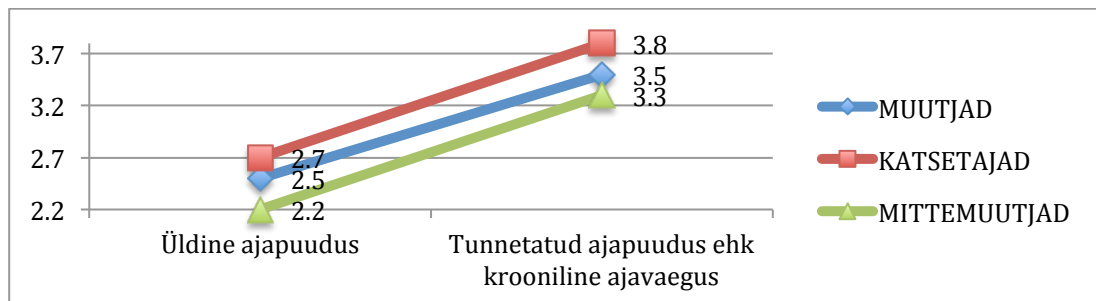


Joonis 13: Erinevused muudetud tegevuste hulgas Katsetajatel ja Muutjatel.

3.4 Ajapuudus

Hüpootees „**Muutjad raporteerivad vähem ajapuudust kui Katsetajad ja Mittemuutjad**” ei leidnud kinnitust.

Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad hindavad erinevalt üldist ajapuudust ($F=3,09$; $df=2$; $p=0,05$) ja tunnetatud ajapuudust (ehk “kroonilist ajavaegust”) ($F=3,22$; $df=2$; $p=0,04$) (vt joonis 14).



Joonis 14: Kolme grupi erinevused üldise ajapuuduse ja tunnetatud ajapuuduse raporteerimisel.

Üldise ajapuuduse korral hindavad inimesed, et teatud tegevusteks ei jätku neil piisavalt aega. Tunnetatud ajapuudus on peamiselt määratletud aga üldise hinnanguga, kas inimestel esineb ajapuudust või mitte, ja ärkvelolekuajaga, mida inimene saab kasutada meelepäraste tegevuste jaoks.

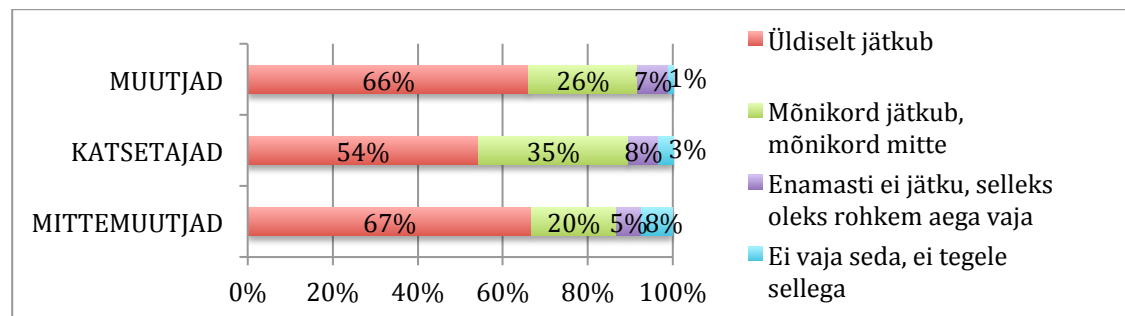
Kõige enam tunnetavad nii üldist ajapuudust ($m=2,73$; $std=3,31$) kui ka kroonilist ajavaegust ($m=3,76$; $std=2,83$) Katsetajad. Katsetajad proovivad kõige enam oma

käitumist muuta, kuid ebaõnnestuvad, kuna muude tegevuste kõrvalt on väga raske aega leida.

Katsetajatest veidi vähem hindavad üldist ajapuudust ($m=2,50$; $std=3,31$) ja kroonilist ajavaegust ($m=3,46$; $std=2,58$) Muutjad. Nad oma tervise eest hoolitsemise nimel oma käitumist muutnud ning selle tarvis ka piisavalt aega leidnud.

Kõige vähem esineb nii üldist ajapuudust ($m=2,18$; $std=3,09$) kui ka kroonilist ajavaegust ($m=3,27$; $std=2,66$) Mittemuutjatel. Nemad on proovinud oma käitumist muuta kõige vähem ning nad hindavad ajapuuduse esinemist väiksemaks kui Muutjad ja Katsetajad. Mittemuutjad ei ole oma tervisekäitumist proovinud muuta ning seetõttu ei ole neil kulunud ka selle jaoks aega, mille tõttu võivad nad hinnata ajapuuduse esinemist võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega väiksemaks.

Oma tervise eest hoolitsemiseks jätkub Muutjatel, Katsetajatel ja Mittemuutjatel erineval määral aega ($\chi^2=56,02$, $df=8$, $p=0,00$) (vt joonis 15).



Joonis 15: Hinnang, kas inimestel jätkub aega oma tervise eest hoolitsemiseks.

Nii Muutjatest, Katsetajatest kui ka Mittemuutjatest üle poole hindab, et neil jätkub piisavalt aega oma tervise eest hoolitsemiseks. Katsetajad hindavad võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega kõige vähem, et neil on piisavalt aega oma tervise eest hoolitsemiseks. Muutjatest ja Mittemuutjatest aga ligi 70% hindavad, et neil jagub selleks piisavalt aega.

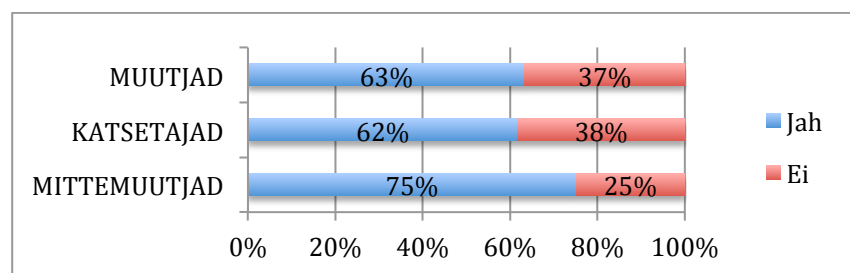
Muutjad on seadnud tervise eest hoolitsemise endale prioriteediks ning enamus nendest leiavad selle jaoks ka piisavalt aega. Nad on tervise eest hoolitsemise

integreerinud oma elustiiliga, mille tõttu ei pruugi nad tunnetada ka ajapuudust oma tervise eest hoolitsemiseks.

Katsetajate hulgas on võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega kõige vähem inimesi, kes hindavad oma tervist üldiselt või täiesti heaks, mille tõttu võib Katsetajatel kuluda ka enam aega oma tervise eest hoolitsemiseks ning seetõttu hindavad nad, et neil ei ole selleks piisavalt aega.

Mittemuutjatest väga suur osa on väga hea tervise juures (60%-l on tervis kas üldiselt või väga hea) ning seetõttu võib neil ka oma tervise eest hoolitsemiseks vähem aega kuluda. Nad tunnetavad vähem ajapuudust, kuna neil lihtsalt ei kulu oma tervise eest hoolitsemiseks nii palju aega kui teistel.

Katsetajad, Muutjad ja Mittemuutjad on erineval määral proovinud oma tervise eest hoolitsemiseks aega juurde saada ($\chi^2=23,96$, $df=2$, $p=0,00$) (vt joonis 16).



Joonis 16: Hinnang, kas inimesed on proovinud teiste tegevuste arvelt tervise eest hoolitsemiseks aega juurde saada.

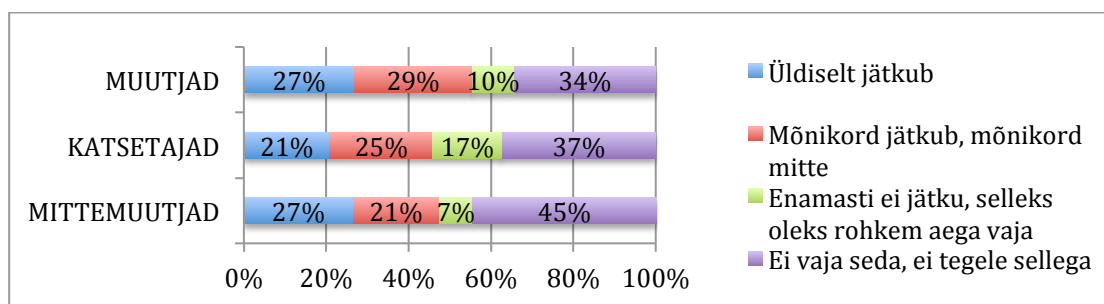
Nii Katsetajatest kui ka Muutjatest on ligikaudu 60% proovinud oma tervise eest hoolitsemiseks aega juurde saada. Seega on nii Katsetajad kui ka Muutjad sarnasel määral muutnud oma ajakasutust, et oma tervisekäitumist muuta. Võrreldes Muutjatega on Katsetajate hulgas enam inimesi, kelle tervislik olukord ei ole väga hea ning Katsetajatel võis olla raskem oma tervisekäitumist muuta. See võis määratleda ka olukorra, kus Muutjad on olnud oma tervisekäitumisel edukad, Katsetajad mitte.

Muutjad raporteerivad Katsetajatest vähem, et neil esineb ajapuudust, kuid siiski proovivad nad sarnasel määral Katsetajatega oma tervise eest hoolitsemiseks aega

juurde saada. Muutjad on tõsisemalt oma tervisekäitumise muutmise ette võtnud ning seetõttu proovivad nad ka vähesel määral tunnetatud ajapuuduse leevendamiseks midagi ette võtta.

Kõige enam on oma tervise eest hoolitsemiseks proovinud aega juurde saada Mittemuutjad (lausa 75% neist). Nad ei ole aga oma tervisekäitumist muutnud ning seetõttu võib arvata, et mõiste “tervise eest hoolitsemine” võib nende jaoks tähendada ka oma välimuse eest hoolitsemist, mitte otsest tervise parandamise eesmärgil enese eest hoolitsemist.

Mittemuutjad, Muutjad ja Katsetajad hindavad erinevalt ($\chi^2 = 31,65$, $df=6$, $p=0,00$), kas neil jätkub piisavalt aega sportimiseks ja oma füüsilise vormi hoidmiseks või mitte (vt joonis 17).



Joonis 17: Hinnang, kas inimestel jätkub aega sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks.

Mittemuutjatest ja Muutjatest leiavad 27% ja Katsetajatest 21%, et neil on piisavalt aega sportimise ja oma füüsilise vormi hoidmisega tegeleda. Kõige rohkem inimesi, kes sportimise või füüsilise vormi hoidmisega üldse ei tegele, on Mittemuutjate seas (neid on lausa 45%), mille tõttu on loogiline, et nad ei tunnetata ka aja ebapiisavust nende tegevuste harrastamiseks.

Muutjad kulutavad kõige enam aega spordile, kuid nagu oma tervise eest hoolitsemiseks, proovivad nad ka sportimiseks aega juurde saada. Nad on leidnud endale sobiva eluviisi ja rutiini, kuid proovivad siiski tunnetatud ajapuuduse korral olukorrale lahendust leida.

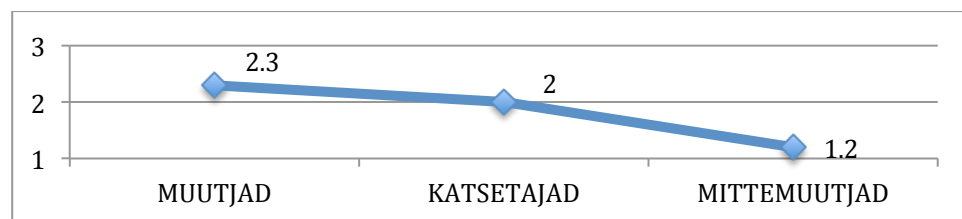
Kõige kriitilisem on seis Katsetajatega, kes ei ole enda hinnangul suutnud oma tervisekäitumist edukalt muuta ning kes tunnetavad ka kõige suuremat ajapuudust sportimise või füüsilise vormi hoidmiseks.

Katsetajatest 71% ei tee sporti või teevad seda liiga vähe. Katsetajad ei leia sportimiseks piisavalt aega, mis võibki olla üheks peamiseks takistuseks nende tervisekäitumise edukale muutmisele.

3.5 Riskid ja ohud

Hüpotees „Inimesed, kes kaitsevad ennast aktiivsemalt ohtude ja riskide eest, on enamal määral muutnud oma eluviise tervislikumaks” leidis kinnitust.

Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad kaitsevad ennast erineval määral riskide ja ohtude eest ($F=53,14$; $df=2$; $p=0,00$) (vt joonis 18).



Joonis 18: Gruppide erinevused aktiivsuses enda kaitsmisel riskide ja ohtude eest.

Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest on kõige kõrgem Muutjatel ($m=2,28$; $std=1,71$), seejärel Katsetajatel ($m=2,02$; $std=1,52$) ning kõige madalam Mittemuutjatel ($m=1,24$; $std=1,47$). Seega muudavad inimesed, kes kaitsevad ennast aktiivselt ohtude ja riskide eest, oma eluviise kõige enam. Mingil määral võib olukord olla ka vastupidine – inimesed, kes on kõige enam oma eluviise tervislikumaks muutnud, on seeläbi elimineerinud ka kõige enam riske ja ohte.

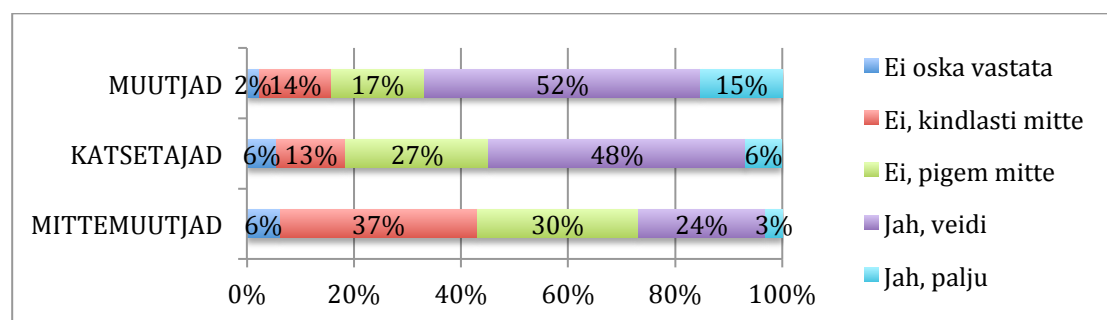
Muutjad on kõige enam tegelenud oma tervisekäitumise muutmisega ning võivad seetõttu olla ka kõige paremini kursis esinevate riskide ja ohtudega. Suur teadlikkus ja oma tervise eest hoolitsemine on tõenäoliselt tõstnud Muutjate aktiivsust enda

kaitsmisel riskide ja ohtude eest suuremal määral kui Katsetajate ja Mittemuutjate puhul.

Katsetajad on Muutjatega võrreldes veidi vähem aktiivsed enda kaitsmisel erinevate riskide ja ohtude eest. Nad on proovinud oma tervisekäitumist muuta ning ka riske ja ohte vähendada, kuid seda veidi vähemal määral kui Muutjad.

Mittemuutjad kaitsevad end võrreldes Katsetajate ja Muutjatega aga kõige vähem. Mittemuutjad ei ole oma tervisekäitumist proovinud muuta ning võivad seetõttu olla ka vähem kursis varitsevate ohtude ja riskidega.

Muutjad, Mittemuutjad ja Katsetajad on erineval määral proovinud ennast kaitsta toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest ($\chi^2=220,73$; $df=6$; $p=0,00$) (vt joonis 19).



Joonis 19: Hinnang, kui palju on inimesed proovinud ennast kaitsta toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest (nt kui palju on inimesed muutnud ohtude ja riskide vältimiseks oma toitumisharjumusi).

Muutjad on proovinud kaitsta ennast toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest palju rohkem võrreldes Mittemuutjate ja Katsetajatega: Muutjatest lausa 67% on proovinud ennast toidus sisalduvate ohtlike ainete eest kaitsta.

Muutjad on oma käitumisharjumusi edukalt tervislikumaks muutnud ning samal ajal on enamus Muutjatest proovinud ka oma tervisele mõjuvaid ohte ja riske võimalikult vähendada. Nad on muutnud näiteks oma toitumisharjumusi tervislikumaks, pidades silmas ka ohte ja riske, mis teatud toiduainete tarbimisega kaasnevad.

Sarnaselt Muutjatele on ka Katsetajad proovinud toidus sisalduvate ohtlike ainete eest ennast kaitsta. Katsetajatest on seda teinud lihtsalt vähem inimesi kui Muutjatest.

Katsetajad on riskide ja ohtude leevendamise tegelenud, kuid nende teadlikkus riskidest ja ohtudest võib olla väiksem kui Muutjatel. Katsetajatest enamus inimesi oli keskharidusega ning Muutjatega võrreldes oli Katsetajate hulgas vähem kõrgharidusega inimesi. Seega võivad Muutjate teadmised ja ligipääs informatsioonile riskide ja ohtude kohta olla paremad võrreldes Katsetajatega.

Vastupidiselt Muutjatele on käitunud Mittemuutjad. Nendest ligikaudu 70% ei ole riskide ja ohtude vähendamiseks midagi ette võtnud. Mittemuutjad ei ole tegelenud oma tervisekäitumise parandamisega ning võivad seetõttu olla vähem kursis riskide ja ohtudega või on nad võtnud riskide ja ohtudega hakkamasaamisel passiivse rolli, mille tõttu ei ole nad riske ja ohte proovinud vähendada ning pigem eitavad neid.

3.6 Mis ennustab kõige enam tervislike eluviiside järgimist?

Analüüsima, mis ennustab kõige enam inimeste tervislike eluviise, teostasin lineaarse regressioonanalüüsi.

Sõltuva tunnuseks kasutasin indekstunnust "Tervislikud eluviisid" ning sõltumatute tunnustena kasutasin tunnuseid, mis korreleerusid statistiliselt olulisel määral sõltuva tunnusega (vt tabel 1).

Tabel 1: Tunnused, mis ennustavad tervislikke eluviise (lineaarne regressioonimudel).

	Standardiseerimata kordaja		Standardiseeritud kordaja
	B	Standardiseeritud viga	Beta
(Konstant)	1.757**	.425	
Kuidas hindate oma tervist?	-.468**	.054	-.190**
Kas Te suitsetate?	-.044	.052	-.018
Kas olete ennast proovinud kaitsta ... toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest (näiteks muutnud toitumisharjumusi)?	.782**	.072	.283**
Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest	.209**	.046	.119**
Millele kulub tavaliselt Teie tööväliline aeg? Kui palju aega kulub Teil keskmiselt ühel argipäeval erinevatele tegevusliikidele? ... Sportimine, vabas õhus liikumine, fitness	1.230**	.069	.409**
Kas Teil jätkub piisavalt aega järgmisteks tegevusteks? ... Sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks	-.104	.056	-.045
Kas Teil jätkub piisavalt aega järgmisteks tegevusteks? ... Oma tervise eest hoolitsemiseks	-.112	.076	-.031
Millistele tegevustele Te olete püüdnud teiste arvelt aega juurde saada? ... Oma tervise eest hoolitsemiseks	.402*	.129	.065*

Sõltuv tunnus: Tervislikud eluviisid

Mudel: $R^2 = 0,38$; $F = 111,95$; $df = 8$; $p = 0,00$

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Kõige enam ennustab tervislikke eluviise see, kui palju inimesed kulutavad argipäeviti töövälisel ajal aega sportimisele, vabas õhus liikumisele ja fitnessile. Tervisliku eluviisi järgimist ennustab väga suurel määral kehaliselt aktiivne olemine. Katsetajatest 71% ja Muutjatest 58% ei spordi üldse või teeb seda soovituslike normidega võrreldes liiga vähe. Muutjate ja Katsetajate erinevused sportimiseks kulutatud aja osas võivad olla ka üheks peamiseks põhjuseks, miks Muutjad on olnud oma tervisekäitumise muutmisel edukad, kuid Katsetajad ebaedukad.

Lisaks ennustab tervislikke eluviise ka see, kas inimesed on proovinud ennast kaitsta toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest (näiteks kui palju on inimesed muutnud ohtude ja riskide vältimiseks oma toitumisharjumusi) ning inimeste üldine aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest. Mida rohkem on inimesed valmis oma eluviise muutma riskide ja ohtude vähendamiseks, seda tervislikumad on nende eluviisid. Katsetajad on võrreldes Muutjatega end veidi vähem kaitstnud erinevate riskide ja ohtude eest, mis taaskord võib olla üheks põhjuseks, miks Muutjad on oma tervisekäitumise muutmisel olnud edukad ja Katsetajad ebaedukad.

Tervislikke eluviise ennustab ka inimeste üldine hinnang oma tervisele. Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes nendega, kelle tervis on kehvem. Mittemuutjatest 60% hindab end üldiselt või täiesti terveks, mille tõttu ei ole nad näinud ka vajadust oma tervisekäitumist muuta. Oma tervist hindab heaks Muutjatest 44% ja Katsetajatest vaid 29%. Katsetajad ja Muutjad on oma tervisekäitumist proovinud muuta ning üheks põhjuseks, miks Katsetajatel ei ole see õnnestunud, on nende tervislik seisund, mis ei ole hea ning millega tegelemiseks kulub rohkesti aega ja vaeva.

4. Järeldused ja diskussioon

Peamiseks töö fookuseks oli uurida Eestis elavate inimeste tervisekäitumist, seda mõjutavaid tegureid ning tervisekäitumise muutmise taotlemisel esinevaid väljakutseid. Töö keskendus kolme grupi – Muutjate, Katsetajate ja Mittemuutjate – võrdlemisele tervisekäitumisest lähtudes. Töö raames vaatlesin, kuidas on hinnang oma tervisele, ajapuudus ning riskide ja ohtude tunnetamine seotud tervisekäitumise muutmisega.

Järgnevalt on välja toodud põhilised uurimustulemused vastavalt püstitatud uurimisküsimustele.

4.1 Järeldused

4.1.1 Esimene hüpotees

Hüpotees **“Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad oma soo, vanuse, haridustaseme, elukoha, sissetuleku, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise ning sportimise sageduse poolest”** leidis osaliselt kinnitust.

Käesolev töö kinnitab varasemate uuringute tulemusi (Goddard, 2006; Sharma jt., 2014; Tzormpatzakis ja Sleaf, 2007; Maaailma tervishoiu... , 2015b), mille kohaselt sugu, vanus, haridustase, elukoht, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamine ja sportimise sagedus mõjutavad, kas inimene muudab oma käitumist või mitte.

Analüüs pakub kinnitust teooriatele, mille kohaselt piisavate sportimisvõimaluste puudumisel liiguvad inimesed vähem (Maaailma tervishoiu... , 2015b) ning mille kohaselt tubakatoodete ja alkoholi tarvitamine erineb inimestel, kes proovivad oma käitumist muuta ning kes seda ei tee (Goddard, 2006).

Käesoleva analüüsi uudsus seisneb aga selles, et sissetulek ei ennustanud, kas inimene kuulub Muutjate, Katsetajate või Mittemuutjate gruppi. Oma käitumist võivad muuta nii kõrge kui ka madala sissetulekuga inimesed. Piisava liikumise tagamine ja

sportimine on iga inimese enda teha ning selleks ei pea alati kulutama suuri rahasummasid. Liikumine on kõikidel inimestel võimalik olenemata elukohast, sissetulekust, soost või vanusest. Samamoodi on kõikidel võimalik ka oma toitumist jälgida. Kvaliteetsemad toiduained on tihti küll kallima hinnaga, kuid alati on võimalik tarbida ka odavamas hinnaklassis olevaid toite, mis on tervislikud.

Oma tervist on võimalik hoida sissetulekust olenemata, kuigi see võib olla kergem kõrgema sissetulekuga inimestel. Samas võib aga ka neil enam takistusi olla. Varasemate uuringute kohaselt suitsetavad kõrge sissetulekuga inimesed kõige enam (Goddard, 2006), mis ei ole aga üldse tervisele kasulik. Ka alkoholi tarbimine on suhteliselt kulukas, mille tõttu on suurema sissetulekuga inimestel suuremad võimalused seda rohkem tarbida.

4.1.2 Teine hüpotees

Hüpotees „**Inimesed, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes inimestega, kelle hinnang oma tervisele on kehvem**” leidis kinnitust.

Käesolev analüüs pakub seega kinnitust varasematele uurimistulemustele, mille kohaselt hinnang oma tervisele on üks kõige enam tervisekäitumise muutmist mõjutavatest teguritest. Ka varasemalt on leitud, et hea tervisehinnanguga inimesed muudavad oma käitumist vähem (Haberman, 2012; Riekert jt., 2014).

Peaaegu pooled Eesti elanikest hindavad oma tervist heaks ning ligikaudu sama palju inimesi leiab, et nad elavad juba piisavalt tervislikult ja et neil ei ole vaja oma käitumist muuta (Tervise edendamise... , 2009; Eesti elanike... , 2015).

Töös leiti, et Mittemuutjate hulgas oli võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige enam kuni 29-aastaseid isikuid, kes pole proovinud oma tervisekäitumist muuta. Tehtud analüüs kinnitab ka varasemaid uurimistulemusi, mille kohaselt nooremad inimesed annavad oma tervisele parema hinnangu ega tunnetavad end haigustest ja riskidest ohustatuna, mille tõttu ei näe nad ka põhjust oma tervisekäitumise muutmiseks (Mo ja Mak, 2009; Riekert jt., 2014; Eesti elanike... , 2015).

4.1.3 Kolmas hüpotees

Hüpotees „**Kõige enam suurendavad inimesed oma tervisekäitumisega seonduvalt kehalist aktiivsust ja muudavad toitumisharjumusi**” leidis kinnitust.

Käesolev analüüs kinnitab 2012. aastal Kanadas tehtud uuringu tulemusi, mille kohaselt muudavad inimesed oma tervisekäitumisega seonduvalt esmalt oma kehalist aktiivsust ning seejärel hakkavad korrigeerima oma toidulauda (Haberman, 2012). See ühtib ka erinevate tervisejuhiste soovitustega, mis kinnitavad, et parimaks viisiks oma tervislikku seisundit parandada on piisava kehalise aktiivsuse tagamine (Physical Activity... , 2008).

Eesti elanikest ligikaudu neljandik hindab, et kõige enam mõjutavad nende tervist toitumine, väheaktiivne eluviis, suitsetamine ja vähene magamine (Inimene ja... , 2008). Esimest kahte mõjutegurit on Eestis elavad inimesed kõige enam ka muutnud.

4.1.4 Neljas hüpotees

Hüpotees „**Muutjad raporteerivad vähem ajapuudust kui Katsetajad ja Mittemuutjad**” ei leidnud kinnitust.

Varasemate uuringute põhjal peaksid ajapuudust enam raporteerivad inimesed muutma oma tervisekäitumist vähem kui inimesed, kes hindavad ajapuudust väiksemaks (Haberman, 2012; Reichert jt., 2007).

Käesolev töö leidis aga uudselt, et kõige vähem raporteerivad ajapuuduse esinemist hoopis Mittemuutjad. Analüüsi käigus selgus, et kõige enam toovad ajapuudust esile Katsetajad ning seejärel Muutjad.

Muutjatel ja Katsetajatel võib Mittemuutjatega võrreldes kuluda enam aega oma tervise eest hoolitsemiseks ning ka kõigi muude vajalike igapäevakohustuste täitmiseks. Neil kulub rohkem aega, mille tõttu tunnetavad nad ka suuremat üldist ajadefitsiiti ning ajapuudust, et tegeleda endale meelepäraste tegevustega.

Mittemuutjad aga ei tegele oma käitumise muutmisega, mille tõttu ei tunneta nad ka nii suurt ajapuudust kui Muutjad ja Katsetajad. Mittemuutjate seas on võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige enam noori inimesi, mille tõttu võib neil olla ka vähem igapäevakohustusi (neil ei ole veel lapsi, nad tegelevad töötamise asemel õppimisega jne). Seega võib Mittemuutjate elustiil olla Muutjate ja Katsetajate omaga võrreldes pingevabam ning seetõttu jääb neil ka piisavalt aega oma igapäevakohustuste täitmiseks ning neile meelepäraste tegevuste harrastamiseks.

4.1.5 Viies hüpotees

Hüpotees „**Inimesed, kes kaitsevad ennast aktiivsemalt ohtude ja riskide eest, on enamal määral muutnud oma eluviise tervislikumaks**” leidis kinnitust.

Läbiviidud analüüs kinnitab, et aktiivselt riskide ja ohtude vähendamise tegelevad inimesed on ka oma tervisekäitumist enam muutnud võrreldes inimestega, kes end aktiivselt riskide ja ohtude eest ei kaitse.

Analüüsi tulemused annavad kinnitust ka riskiühiskonna teooriale, mille kohaselt iga inimene on riskide ja ohtude eest ise vastutav (Van Loon, 2002) ning inimesed, kes on võtnud endale riskide ja ohtudega toimetulekul passiivse rolli ning neid eiravad, muudavad väiksema tõenäosusega oma käitumist tervislikumaks. Vastupidiselt toimivad aga inimesed, kes leiavad, et riske ja ohte vähendades on oma tervist võimalik paremini hoida (Beck, 2005). Inimesed, kes on riskide ja ohtudega toimetulemiseks võtnud aktiivse enese kaitsmise rolli, muudavad ka oma eluviise seeläbi tervislikumaks. Mitmete haiguste ja vigastuste teket on võimalik ennetada, hoides võimalikult palju riske ja ohte kontrolli all (Global health... , 2009).

4.2 Diskussioon

Käesoleva töö põhjal saab väita, et Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad üksteisest üsna palju ning nende tervisekäitumine on erinev.

4.2.1 Katsetajad

Katsetajatest 37% ei kuluta aega sportimisele, vabas õhus liikumisele või fitnessile ning 34% kulutab sellele töövälisel ajal argipäeviti kuni tunni. Varasemad tervisesoovitused on eraldi rõhutanud, et täiskasvanud inimene peaks olema päevas aktiivne vähemalt 150 minutit keskmise intensiivsusega või 75 minutit kõrge intensiivsusega (Maailma tervishoiu... , 2015b). Katsetajatest 71% ei ole aga kehaliselt piisavalt aktiivsed. Regressioonanalüüsi tulemuste põhjal ennustab sportimine, vabas õhus liikumine ja fitnessi harrastamine kõige enam inimeste tervisekäitumist. Käesoleva analüüsi põhjal võib väita, et Katsetajad peaksid eduka tervisekäitumise muutmiseks suurendama oma liikumist ja kehalist aktiivsust vähemalt piirini, mida soovitab Maailma Tervishoiu Organisatsioon.

Katsetajatest 71% ei ole kehaliselt piisavalt aktiivsed, kuid vaid 42% leiab, et neil oleks sportimiseks ja vabas õhus liikumiseks aega juurde vaja. Võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega on Katsetajate hulgas kõige enam inimesi, kes soovivad sportimiseks aega juurde saada, kuid siiski peaks rohkem Katsetajaid sportimiseks aega kulutama.

Katsetajatest 44% tarvitab alkoholi mõnikord ning 40% ei tarvita alkoholi üldse või tarvitab seda vaid erilistel puhkudel. Võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega on Katsetajate seas kõige vähem inimesi, kes tarvitavad alkoholi väga harva või ei tarvita seda üldse. Lisaks on võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega Katsetajate seas kõige rohkem inimesi, kes tarbivad alkoholi mõnikord või kes tarvitavad alkoholi igapäevaselt. Katsetajatel võib olla väärarusaam, et alkoholi tarvitamine igapäevaselt või suhteliselt tihedalt ei ole tervisele kahjulik.

Eesti elanike alkoholi tarvitamise kogused on Euroopas ühed suurimad ning alkoholi väärkasutamine on ka esimese kümne surma põhjustava teguri hulgas (World health... , 2015). Seda arvestades on üllatav, et inimesed ei vähenda alkoholi tarvitamist oma tervise parandamise nimel. Nii selle töö analüüsi kui ka Kanadas läbiviidud uuringu tulemusel (Haberman, 2012) vähendavad inimesed üsna harva alkoholi tarbimist oma tervisekäitumise parandamiseks.

Võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega on Katsetajate hulgas enam inimesi, kes suitsetavad igapäevaselt – lausa 34% Katsetajatest. Katsetajad proovivad oma käitumist tervislikumaks muuta, kuid siiski ei ole nad loobunud kahjulikust harjumusest suitsetada. Võimalik, et nad ei ole suutnud suitsetamisest loobuda, kuid teise võimalusena ei pruugi nad pidada suitsetamist eriti kahjulikuks, mistõttu nad ei ole isegi proovinud tubakatoodete tarvitamist lõpetada.

Katsetajatest 31% pole kunagi suitsetanud. Võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega on Katsetajate hulgas kõige vähem inimesi, kes ei ole kunagi suitsetanud. Seega on Katsetajate hulgas suhteliselt palju inimesi, kellel on kas varem olnud või kellel on praegu ebatervislik suitsetamisharjumus.

Kõikidest Eestis elavatest inimestest suitsetab varasemate uuringute järgi 26% igapäevaselt ja 34% inimestest vähemalt korra nädalas (WHO... , 2013). Töö analüüsi põhjal saab väita, et Katsetajate seas suitsetab igapäevaselt isegi rohkem inimesi kui Eestis keskmiselt.

Katsetajate hulgas on võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega enam inimesi, kes tarvitavad alkoholi või tubakatooteid igapäevaselt või nädalas mitmeid kordi. Lisaks on Katsetajate hulgas ka kõige enam inimesi (71%), kelle kehaline aktiivsus jääb alla soovitatud normi. Seega võib Katsetajatel olla võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega kõige keerulisem oma käitumist muuta, kuna nende elustiil ei ole tervislik.

Lisaks hindavad väga vähesed Katsetajad (vaid 29%) võrreldes Muutjate ja Mittemuutjatega oma tervislikku seisundit heaks või väga heaks. Katsetajate tervislik seisund võib olla kehv nende ebatervisliku eluviisi tõttu, kuid olukord võib olla ka vastupidine – kehv tervisliku seisundi tõttu võivad nad olla kehaliselt vähem aktiivsed ning nende motivatsioon alkoholi ja tubakatoodetest loobumiseks võib olla ebapiisav. Nad võivad oma kehvast tervislikust seisundist tulenevat stressi leevendada alkoholi juues ning suitsetades. Nad võivad olla loobunud oma tervisekäitumise muutmisest, kuna nad ei ole varasemalt olnud selles edukad ning kuna nende kehv tervislikku seisundit arvestades on neil seda võrreldes Muutjatega ka keerulisem parandada.

Võrreldes Mittemuutjate ja Muutjatega hindavad Katsetajad ka ajapuudust kõige suuremaks. Neil jääb puudu nii ajast oma igapäevategevustega hakkama saamiseks kui ka ajast, mida saab kasutada meelepärase tegevuste harrastamiseks. Ajapuuduse olukorras leiab vaid 54% Katsetajatest, et neil on piisavalt aega oma tervise eest hoolitsemiseks. Kuna suurel hulgal Katsetajatest ei ole tervislik seisund väga hea, võib neil ka oma tervise eest hoolitsemiseks kuluda rohkem aega kui näiteks Muutjatel või Mittemuutjatel.

Lausa 62% Katsetajatest on proovinud teiste tegevuste arvelt oma tervise eest hoolitsemiseks aega juurde saada. See võib tuleneda ka nende kehvemast tervislikust seisundist ning olukorrast, kus tervislik seisund võib piirata vajalike tegevuste harrastamise võimalust ning tervise eest hoole kandmine on justkui paratamatu, et kõigi ülesannetega toime tulla. Samas ei ole aga ligikaudu 40% Katsetajatest oma tervise eest hoolitsemiseks proovinud aega juurde leida. See võib tuleneda nende vähesest motivatsioonist tervisekäitumise muutmise esilekutsumisel varasemate ebaõnnestumiste tõttu.

4.2.2 Muutjad

Nii Muutjate, Katsetajate kui Mittemuutjate hulgas on kõige enam keskharidusega inimesi. Hakkab aga silma, et Muutjate hulgas on kõrgharidusega inimeste osakaal võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega kõige suurem. Tänu kõrgemale haridustasemele võivad inimestel olla paremad informatsiooni otsimise oskused ning nad võivad osata ka rohke informatsiooni korral paremini otsuseid vastu võtta. Kõrgema haridustasemega inimesed võivad olla teadlikumad tänapäeva ühiskonda mõjutavatest riskidest ja ohtudest ning neil võivad olla ka paremad oskused nendega toime tulemiseks. Mida enam tunnetavad inimesed end riskidest ja ohtudest mõjutatuna, seda enam võivad nad ka oma tervisekäitumist muuta, et end aktiivselt riskide ja ohtude eest kaitsta.

Võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega kaitsevad Muutjad ennast kõige aktiivsemalt riskide ja ohtude eest. Nad on ka kõige aktiivsemalt ennast proovinud kaitsta näiteks toidus sisalduvate ohtlike ainete eest. Muutjad on võtnud aktiivse rolli enese eest

hoolitsemisel. Võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega on paljudel Muutjatel tänu oma kõrgemale haridustasemele olnud kergem riskide ja ohtudega toime tulla. Ka suur osa Katsetajatest on võtnud riskide ja ohtudega toimetulemiseks aktiivse rolli ning proovinud ennast kaitsta ka toidus sisalduvate ohtlike ainete eest, kuid seda vähemal määral kui Muutjad.

Võrreldes Katsetajate ja Mittemuutjatega on kõige suuremal hulgal Muutjatel väga tervislikud eluviisid. Muutjatest kõige enam inimesi tegeleb sportimisega igapäevaselt, kõige suurem osakaal inimesi tarvitab alkoholi väga harva või ei tarvita seda üldse ning ligikaudu 80% ei suitseta. Muutjate elustiil on Katsetajate ja Mittemuutjatega võrreldes kõige tervislikum.

Võrreldes Katsetajatega hindavad Muutjad oma tervislikku seisundit paremaks. Katsetajate seas on palju inimesi, kelle eluviisid ei ole tervislikud, ning Muutjate hulgas on palju inimesi, kelle eluviisid on väga tervislikud. Seega on loogiline, et Muutjate tervislik seisund on Katsetajate omast parem. Muutjatel on seeläbi ka kergem olla edukas oma tervisekäitumise muutmisel, kuna tervislikust seisundist tulenevaid takistusi on neil vähem kui Katsetajatel.

Muutjad hindavad ajapuudust väiksemaks kui Katsetajad ja suuremaks kui Mittemuutjad. Muutjatest 66% leiab, et neil jätkub piisavalt aega oma tervise eest hoolitsemiseks. Võrreldes Katsetajatega on Muutjate hulgas enam inimesi, kelle tervislik seisund on parem, mille tõttu võib neil oma tervise eest hoolitsemiseks kuluda ka vähem aega kui Katsetajatel.

Muutjatest 63% on varasemalt oma tervise eest hoolitsemiseks aega proovinud juurde saada, mis näitab ka nende pühendumist ja edukust tervislike eluviiside integreerimisel oma igapäevaellu. Nende visadust näitab ka see, et kuigi enamik Muutjatest tegeleb aktiivselt sportimise ja vabas õhus liikumisega, soovivad ligikaudu 40% Muutjatest sportimiseks veel aega juurde saada.

4.2.3 Mittemuutjad

Võrreldes Muutjate ja Katsetajatega on Mittemuutjate hulgas kõige enam inimesi, kes on kuni 29-aastased. Noorematel inimestel on vähe terviseprobleeme ning nad hindavad oma tervise seisundit kas heaks või väga heaks (Mittemuutjatest 60% hindas, et nad on üldiselt või täiesti terved). Hea tervise juures olles ei nähta ka vajadust oma tervisekäitumist muuta.

Hariduselt on enamus (52%) Mittemuutjatest keskharidusega, kuid võrreldes Muutjate ja Katsetajatega on nende hulgas kõige suurem inimeste arv, kelle haridustase jääb alla keskhariduse (25%). Seega võivad paljudel neist olla ka puudulikud teadmised oma tervise eest hoolitsemise tähtsuse ning neid varitsevate terviseriskide kohta.

Mittemuutjate hulgas ei ole aga kõik inimesed alla 29-aastased, mille tõttu võib nende hulgas olla palju ka inimesi, kes eitavad riskide ja ohtude olemasolu või ei ole oma madalama haridustaseme tõttu nendega kursis. Inimesed on võtnud passiivse rolli ohtude ja riskidega toimetulekul – olgu see siis teadlikult või mitte.

Mittemuutjatest 68% ei ole Maailma Tervishoiu Organisatsiooni soovitatud norme arvestades kehaliselt piisavalt aktiivsed. Neist vaid 29% leiab, et neil võiks sportimiseks ja liikumiseks rohkem aega olla. Mittemuutjatest ligikaudu pooled ei tarvita alkoholi üldse või tarvitavad seda väga harva. Mittemuutjatest 67% ei suitseta. Mittemuutjate grupp jääb oma eluviisidelt väga tervislike harjumustega Muutjate ja täiesti ebatervislike harjumustega Katsetajate vahele.

Võrreldes Muutjate ja Katsetajatega raporteerivad Mittemuutjad nii üldist kui ka tunnetatud ajapuudust kõige vähem. Neil jätkub piisavalt aega oma igapäevategevusteks ning ka meelepäraste tegevuste ettevõtmiseks. Neist 67% leiab, et neil on piisavalt aega oma tervise eest hoolitsemiseks. Mittemuutjatel oleks aega oma käitumist vajadusel tervislikumaks muuta, kuid nad ise ei näe selleks kas vajadust või ei ole piisavalt motiveeritud, et käitumise muutmist ette võtta.

4.2.4 Muud uudsed analüüsitulemused

Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad ei erinenud selle poolest, kas nad elavad maa-asulates või linna-asulates. Erinevused esinesid aga erinevates linnades elavate inimeste vahel. Kõige enam Muutjaid on Tallinnas ning õige vähem väikelinnades. Elu suurlinnas ja väikelinnas võib olla üldjoontes sarnane, kuid võimaluste piiratus on siiski väikelinnades suurem. Tallinnas elavatel inimestel võib olla ka kõige suurem surve oma eluviiside tervislikumana hoidmiseks ning tänapäeva iluideaalile vastamiseks. Inimese edu määratletakse tänapäeva ühiskonnas tihti ka tema välimuse järgi, mille tõttu just Tallinnas olevad inimesed võivad olla sellest kõige enam mõjutatud.

Analüüsi tulemusel selgus, et oma tervisekäitumise muutmiseks muudavad inimesed kõige tõenäolisemalt oma toitumist ja ning seejärel suurendavad oma liikumist. Võrreldes Katsetajatega on Muutjatest suurem osakaal inimesi võtnud ette nii toitumise muutmise kui ka sportimise suurendamise. Katsetajad peaksid seega edu saavutamiseks oma käitumist muutma senisega võrreldes veidi rohkem.

Katsetajate olukord on keeruline – nad on oma tervisekäitumise muutmise taotlemisel jäänud justkui “lõksu”. Varasemalt on lõksude metafoori kasutatud Eesti inimarengu aruandes. Lõksu sattumine märgistab indiviidi või grupi võimetust parandada oma positsiooni sotsiaalses hierarhias mis tahes pingutuste kiuste (Eesti inimarengu... , 2015). Katsetajad on justkui mitmes erinevas lõksus – nad on nii ajapuuduse lõksus, oma rutiini lõksus kui ka oma kehva tervise seisundi lõksus.

Paljudel katsetajatest on kehv tervislik seisund, mille tõttu on neil raskendatud oma tervisekäitumise muutmist. Neil võib olla enam tervisega seonduvaid piiranguid (näiteks võib nende liikumine olla raskendatud, mille tõttu ei liigu nad piisavalt). Oma tervislikust seisundist tulenevalt on neil edukaks tervisekäitumise muutmiseks vaja ületada rohkem takisusi kui Muutjatel või Mittemuutjatel.

Katsetajate elustiilid ei ole tervislikud – enamus neist suitsetavad, tarvitavad liiga palju alkoholi ning on kehaliselt liiga väheaktiivsed. Nad on justkui oma rutiini lõksus. Oma tervisliku seisundi tõttu võib olla nende liikumine raskendatud ning

seetõttu võib nende liikumisaktiivsus jääda ka väiksemaks kui Muutjatel ja Mittemuutjatel. Lisaks võivad nad alkoholi ja suitsetamise abil ka oma stressi maandada, mis tuleneb osaliselt nende katsumustest oma terviseseisundiga toime tulla. Võrreldes Muutjatega, kelle eluviisid on tervislikud, tuleb neil edukaks tervisekäitumise muutmiseks palju rohkem vaeva näha, et oma harjumusi muuta. See nõuab taaskord Katsetajatelt aga eriti kõrget motivatsiooni ja pealehakkamist, mida neil lihtsalt ei pruugi olla.

Lisaks eelnevale on Katsetajad ajapuuduse lõksus. Neid ümbritsev elukeskkond ja nende igapäevakohustuste paljus on suur takistus oma tervisekäitumise muutmisel. Nad küll proovivad näiteks oma tervise hoolitsemiseks ja sportimiseks aega juurde leida, kuid igapäevakohustusi arvestades ei ole see paljudel Katsetajatest siiski õnnestunud.

Katsetajatel peab võrreldes Muutjatega olema oluliselt suurem motivatsioon, et oma tervisekäitumist muuta. Neil on võrreldes Muutjatega palju rohkem takistusi (ajapuudus, ebatervislikud eluviisid, kehv tervis), mis segavad neil oma tervisekäitumist muuta. Nad proovivad, parandada oma olukorda, kuid ebaõnnestuvad mis tahes pingutuste kiuste.

Analüüsi käigus selgus huvitav fenomen – oma tervisekäitumise parandamiseks vähendatakse alkoholi ja tubakatoodete tarbimist või loobutakse sellest viimases järjekorras. Üldteadud faktide eiramine, et suitsetamine ja alkohol võivad kahjustada inimeste tervist, on uudseks nähtuseks. Varasemalt ei ole sama fenomeni palju uuritud ning samale tulemusele on autorile teadaolevalt jõutud vaid ühe Kanadas läbiviidud magistr töö raames (Haberman, 2012).

Alkoholi ja suitsetamise tarbimisest võivad inimesed soovida loobuda, kuid tihti on muutuste esilekutsumine raske ja harjumuse jõud tugev. Varasemate uuringute andmetel soovib ligikaudu 70% suitsetajatest sellest täielikult loobuda (Riekert jt., 2014), kuid see ei tähenda, et nii paljud inimesed sellega ka hakkama saavad ning suitsetamise mahajätmisega tegelevad.

Inimestel võib olla alkoholi tarvitamise lõpetamiseks ja suitsetamise mahajätmiseks mitmeid psühholoogilisi takistusi. Nii efektiivselt alkoholi tarvitamise lõpetamiseks kui ka suitsetamise mahajätmiseks peaksid inimesed õppima toime tulema oma negatiivsete tunnetega, mis võib olla aga väga raske. Nii suitsetamist kui alkoholi tarvitamist kasutatakse oma tunnete ja stressiga toimetuleku vältimiseks ning oma pingete maandamiseks. Kui inimesed peaksid aga alkoholi tarbimise ja tubakatoote tarbimise maha jätma, siis ei tuleks nad oma tunnete, mõtete ja pingetega üksi toime. Siinkohal võiksid aidata psühhoterapeudid ning erinevad sekkumisprogrammid, mis on loodud alkoholi tarvitamise lõpetamiseks ja suitsetamise mahajätmiseks (Nielsen, 1996; Nolen-Hoeksema, 2004). Enamikel juhtudel ei soovi inimesed aga terapeutide poole pöörduda või ei ole neil selle jaoks finantsilisi vahendeid. Puudu võib jääda ka inimeste valmisolekust ja tegelikust soovist alkoholi tarbimist vähendada või suitsetamist maha jätta.

Töö lisab uude lähenemise ka ajapuuduse osas tervisekäitumise muutmise kontekstis. Võrreldes Muutjate ja Katsetajatega raporteerisid Mittemuutjad ajapuudust kõige vähem. Seega ei ole inimestel peamiseks takistuseks tervisekäitumise muutmisel siiski ajapuudus. Mittemuutjatel võib puudu jääda hoopis motivatsioonist oma käitumist muuta. Varasemalt on 1998.-2006. aastatel läbiviidud tervisekäitumise uuringute põhjal ka välja toodud, et rahvatervise parandamiseks oleks vaja leida uusi motiveerivaid tegureid, kuidas inimesi tervislike eluviise järgima panna (King jt., 2009).

Uudse lähenemisena toodi töös välja ka kõige enam tervisekäitumist ennustavad tegurid. Kõige enam ennustas tervislike eluviise inimeste kehalise aktiivsuse määr ning inimeste aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest. Tervislike eluviise ennustas ka inimeste hinnang oma tervisele. Varasemalt ei ole välja selgitatud, mis ennustab tervislike eluviiside jälgimist kõige enam.

4.3 Meetodi kriitika ja edasised soovitused

Tervisekäitumist ja selle muutmist uuritakse tavaliselt läbi terviseküsimustike. See uuring põhineb aga üldisel "Mina. Maailm. Meedia" küsimustikul, mille eesmärgiks ei ole seatud vaid Eestis elavate inimeste tervisekäitumise kaardistamine. Antud

küsimustik võimaldab aga uurida inimeste tervisekäitumist, analüüsides selle seoseid ajapuuduse, riskide ja ohtude määra ja muude küsimustega, mida üldlevinud terviseküsimustikes tavaliselt ei ole. Lisaks on tänu “Mina. Maailm. Meedia” küsimustiku kasutamisele võimalus uurida nii paljude ja erinevate sotsiaal-demograafiliste tunnustega inimeste tervisekäitumist. “Mina. Maailm. Meedia” küsimustikku kasutades saab keskenduda inimese refleksiivsuse püüdlustele, läbi mille inimene ennast defineerib. Antud küsimustikku täidavad inimesed teisiti kui küsimustikke, mis koosnevad vaid tervisealastest küsimustikest. Üheks töö miinuseks võib lugeda selle, et erinevad mõisted nagu “tervise eest hoolitsemine” ja “tervisekäitumise muutmine” ei ole küsimustikus selgelt defineeritud ning inimesed võivad neid erinevalt tõlgendada.

Kogu uurimistöö põhineb kolme grupi võrdlusel ning küsimustikule vastajad on jagatud Muutjateks, Katsetajateks ja Mittemuutjateks vaid ühe küsimuse vastuste põhjal. Inimesed raporteerisid, kas nad on oma tervisekäitumist muutnud ning kui, siis kas õnnestunult või ebaõnnestunult. Alati võib olla, et mõned inimesed on enese suhtes kriitilisemad ning hindavad oma ebaedukust suuremaks võrreldes teiste inimestega. Inimesed võisid vastata küsimusele „Kas Te olete tervise nimel püüdnud muuta oma harjumusi või eluviisi?” vastata ka ei, kuna nad ei ole kunagi oma eluviise tervislikumaks muutnud, vaid nende eluviisid on läbi elu olnud tervislikud (näiteks nende eluviis on olnud läbi elu aktiivne; nad toituvad tervislikult; nad kasutavad tööle minekuks jalgratast vms). Küsimustikus ei leidu küsimust selle kohta, kui tervislikuks inimesed ise oma eluviise peavad.

Antud uuringus kasutatakse inimeste enesehinnangulisi vastuseid, mis on kindlasti ebatäpsemad reaalse käitumise mõõtmisest. Järgmistesse uuringutesse võiks lisada küsimuse „Kui tervislik on Teie eluviis?” ning lisaks eneseraporteeritud küsimustele võiks mõõta ka reaalselt käitumise muutmist.

Kokkuvõte

Tänapäevases riskiühiskonnas, mida iseloomustab inimeste igapäevaotsustega kaasaskäivate riskide ja ohtude esinemise suurenemine, ei ole etteantud retsepte ja stereotüüpe, mille järgi elada. Inimesest on saanud kui refleksiivne projekt, kes loob oma biograafiaid ning proovib ennast määratleda ja võimalikult hästi ühiskonda sobitada. Tehnoloogia arenguga käib kaasas ka üldine elutempo kiirenemine, mille tagajärjel ei leia inimesed kõikideks soovitud tegevusteks enam aega. Ajavaegusest tingituna kaob justkui inimeste personaalne vaba aeg ning aeg, et “hoollida” – nii oma tervisest, perekonnast, ühiskonnast kui ka keskkonnast.

Enamus inimestest on tänapäeval kehaliselt liiga väheaktiivsed, toituvad ebatervislikult ning tarbivad nii alkoholi kui ka tubakatooteid liiga suurel määral.

Antud uurimistöö eesmärgiks oli uurida Eestis elavate inimeste tervisekäitumist, seda mõjutavaid tegureid ning anda soovitusi, kuidas paremini oma tervisekäitumist muuta. Töö keskendus kolme grupi (Muutjad, Katsetajad, Mittemuutjad) võrdlemisele tervisekäitumise muutmise osas. Lisaks sellele vaatlesin, kuidas hinnang oma tervisele, ajapuudus ja riskide ja ohtude tunnetamine mõjutab tervisekäitumise muutmist. Töös kasutati küsitluse “Mina. Maailm. Meedia” 2014. aastal kogutud andmeid ning valimi moodustasid 1503 Eesti elanikku vanuses 15-79. Vastajate hulgas oli nii eestlasi (68%) kui mitte- eestlasi (32%) erinevatest Eesti paikadest.

Uuringutulemused tõid välja, et Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad erinevad vanuse, soo, haridustaseme, elukoha, tubakatoodete ja alkoholi tarbimise ning sportimise määra poolest. Nad erinesid ka sõltuvalt elukohalinnast, kuid linna- või maa-asulas elamine eristava tegurina ei esinenud. Lisaks ei erine Muutjad, Katsetajad ja Mittemuutjad ka sissetuleku poolest. Analüüs leidis, et inimesed, kes hindavad oma terviseseisundit heaks, muudavad oma tervisekäitumist vähem võrreldes nendega, kelle hinnang oma tervisele on kehvem.

Analüüsist selgus ka, et kõige enam proovivad inimesed muuta tervisekäitumise parandamiseks oma toitumist ning sportimise sagedust. Eraldi sai välja tuua ka

fenomeni, et alkoholi ja tubakatoodete tarbimist vähendatakse alles ühe viimase tegevusena.

Töös leiti uudselt, et Mittemuutjad raporteerivad kõige vähem ajapuudust. Seega ei ole ajapuudus peamiseks takistuseks, miks inimesed oma käitumist ei muuda ning probleem võib olla pigem inimeste motivatsiooni puudumises. Analüüs kaardistas selle, et kõige enam on aktiivse rolli enese kaitsmiseks riskide ja ohtude eest võtnud Muutjad, siis Katsetajad ning alles seejärel Mittemuutjad. Kõige enam ennustas tervislikke eluviise inimeste kehaline aktiivsus ja aktiivsus enda kaitsmisel riskide ja ohtude eest. Lisaks ennustas tervislikke eluviise hinnang oma tervisele.

Analüüsis selgus, et kõige enam järgivad tervislikke eluviise Muutjad, siis Mittemuutjad ning kõige ebatervislikumad eluviisid on Katsetajatel. Katsetajate seas hindasid inimesed oma tervislikku seisundit kõige kehvemalt, mille tõttu võib nende jaoks muutuste esilekutsumine olla eriti raskendatud. Arvestades Katsetajate ebatervislikku eluviisi, kõige enam raporteeritud ajapuudust ja kehva tervise hinnangut on selge, et neil on võrreldes Muutjate ja Katsetajatega kõige raskem oma käitumist tervislikumaks muuta.

Muutjate hulgas on palju inimesi, kelle eluviisid on tervislikud. Nad raporteerivad aja vähesust, kuid sellest hoolimata on nad suutnud tervislikud eluviisid oma eluviisiga integreerida. Muutjad on kõige aktiivsemad riskide ja ohtudega aktiivselt tegelejad ning Katsetajad tegelevad enda kaitsmisega veidi vähem. Võrreldes Muutjatega on Katsetajatest vähem inimesi oma tervisekäitumist muutnud (proovinud oma kehalist aktiivsust suurendada, muuta toitumist, kaitsta ennast riskide ja ohtude eest). Nende tervisliku seisundi ja harjumuste juures võib see olla ka raskendatud. Katsetajad peaksid kõiki nimetatud tegevusi ette võtma rohkem, et tervisekäitumise muutmisel edukad olla.

Mittemuutjate seas oli kõige enam kuni 29-aastaseid inimesi, kelle hinnang oma tervisele oli hea. Nad ei ole oma käitumist muutnud ning takistava tegurina hindavad nad ajapuudust vähem kui Muutjad või Katsetajad. Mittemuutjad vajavad enam motiveerivaid tegureid oma tervisekäitumise muutmiseks.

Tervisekäitumise muutmine on inimestele raske, kuna nii inimese sisemisi kui ka keskkonnast tulenevaid takistavaid mõjutusi on palju. Lisaks jääb puudu inimeste tahtejõust, terviseriskide vähesest tajumisest või eneseefektiivsuse puudulikkusest. Muutumine on raske, kuid terviseriskide vähendamiseks on vaid üks võimalus – võtta aktiivne roll riskide ja ohtude vähendamiseks.

Summary

Patterns of health behaviour change according to the 2014 study “Me. The World. The Media”

In today's risk society, that is characterized by risks and threats accompanying people's everyday decisions, there are no stereotypes or role models how to live your life. People have become like reflexive projects, who need to create their own biographies, trying to define themselves. The technological progress is accompanied by the acceleration of time and the feeling that there is no time for all the necessary tasks. Due to the acceleration of time people are losing their personal leisure time, and time to "care" – about their health, their family, the society and the surrounding environment.

Despite the lack of time, different health risks are lurking people, who try to cope with them as well as possible. In today's modern world most people are not physically active enough, their eating is unhealthy, and they consume both alcohol and tobacco products too heavily. People with unhealthy lifestyles are at great risk of contracting different diseases and they have the potential to reduce the number of years lived without big health problems. Nowadays people are accustomed to a comfortable lifestyle and a high quality of life, which is one of the reasons why people do not change their health behavior.

This study was designed to investigate people's health behavior and its influencing factors, and to give recommendations on how to change the health behavior in a better way. The analysis focused on comparing the health behaviour of three groups (Experimenters, Changers and Non-Changers). Furthermore, the thesis looks at how the evaluation on one's health, the lack of time and the perception of the risks and threats influence health behavior change. The database of the survey "Me. The World. The Media", that was collected in the year 2014, was used. The sample consists of 1503 people, who are aged 15-79 and who live in Estonia. Respondents included both Estonians (68%) and Russian-speaking population (32%).

The study results showed that the Experimenters, Changers and Non-Changers differ by age, sex, education, residence, tobacco and alcohol consumption and sporting rates. They also differ in terms of in which city they live, but there is no difference whether they live in an urban or rural area. In addition, they do not differ in terms of their income. Also, the analysis found that people who rate their health status as good, change their health behavior less when compared with those whose perceived health is worse.

The analysis showed that people who are trying to improve their health behavior are most frequently changing their nutrition and physical activity. It was a new phenomenon that alcohol and tobacco consumption were the last things changed.

In this work, I found that Non-Changers do not report a lot of lack of time. Their main obstacle for changing their health behavior is not a lack of time and the problem may be their lack of motivation instead.

The analysis also mapped that the more active role in protecting oneself against the risks and threats predicts changing the health behavior. The most active in protecting themselves when it comes to risks and threats are Changers, then Experimenters and the least active are Non-Changers.

In the regression analysis, the healthy lifestyle habits were predicted by the levels of physical activity and by the activity level of defending oneself against risks and threats. In addition, healthy lifestyle was predicted by people's evaluation of their health.

The analysis showed that Changers have the healthiest lifestyle and that Experimenters have the least healthy lifestyle. Experimenters also rated their health the poorest compared to Changers and Non-Changers. When we consider their unhealthy lifestyle, high level of lack of time and poor health evaluation, it is clear that for Experimenters it is exceptionally hard to change their behavior.

Among the Changers there are a lot of people whose lifestyle is healthy. Changers also report the shortage of time, but despite this, they have been able to integrate

healthy habits to their lifestyle. Changers are the most active in protecting themselves from different risks and threats. Comparing Changers and Experimenters, it occurs that Experimenters have changed their behaviour just a bit less than Changers (they have tried less to increase their level of physical activity and their dietary habits and they have taken less action to protect themselves from risks and threats). Considering Experimenters' state of health and bad habits, it may be really difficult to improve their health behavior. Compared to Changers, Experimenters should just take a little bit more of action in the activities mentioned above in order to be successful in changing their health behavior.

Among Non-Changers there is the greatest proportion of younger people, who are under 29 years of age and whose assessment of health is good. They have not changed their behavior, and they also perceive a lack of time less than Changers and Experimenters. Non-Changers need more motivational factors in order to start improving their health behavior.

It is always hard to change behaviour, because there are so many barriers, both the internal and the environmental. People do not change because of lack of willpower and self-efficacy and because of low health risks perception. Still the only possibility to reduce health risks is to take an active roll while dealing with all the risks and threats.

Kasutatud kirjandus

- Adamson, A. J. ja Benelam, B. (2013). From awareness to action: Can knowledge about what constitutes a healthy diet and lifestyle be translated into sustainable behaviour change? *Nutrition Bulletin Special Issue: Behaviour Change in Relation to Healthier Lifestyles*, 38(1), 1–4. doi:10.1111/nbu.12001
- Agger, B. (2011). iTime: Labor and life in a smartphone era. *Time Society*, 20(1), 119–136. doi:10.1177/0961463X10380730
- Anderson, P., Møller, L. ja Galea, G. (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Kasutatud 01.06.2015
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf.
- Alkoholipoliitika roheline raamat.* (2014). Kasutatud 01.06.2015
http://www.tai.ee/images/PDF/Alkoholipoliitika_roheline_raamat.pdf.
- Atlantis, E., Barnes, E. H., ja Ball, K. (2008). Weight status and perception barriers to healthy physical activity and diet behavior. *International Journal of Obesity*, 32(2), 343–352. doi:10.1038/sj.ijo.0803707
- Ball, K., Crawford, D. ja Owen, N. (2000). Obesity as a barrier to physical activity. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(3), 331–333.
doi:10.1111/j.1467-842X.2000.tb01579.x
- Beck, U. (2005). *Riskiühiskond. Teel uue modernsuse poole*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Beck, U. (2009). *World at risk*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. ja Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage Publications.

- Birx, J. H. (2009). *Encyclopedia of Time: science, philosophy, theology, and culture*.
Geneseo: Sage Publications Ltd.
- Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B.
ja Willett, W. C. (2010). Personal Responsibility And Obesity: A Constructive
Approach To A Controversial Issue. *Health Affairs*, 29, 379–387.
doi:10.1377/hlthaff.2009.0739
- Cameron, L. D. (2006). Risk perceptions, worry, and attitudes about genetic testing
for breast cancer susceptibility. *Psychology & Health*, 21(2), 211–230.
doi:10.1080/14768320500230318
- Chesney, M. A. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical
Infectious Diseases*, 30(2), 171–176. doi:10.1086/313849
- Crespo, C. J., Smit, E., Andersen, R. E., Carter-Pokras, O. ja Ainsworth, B. E. (2000).
Race/Ethnicity, Social Class and Their Relation to Physical Inactivity During
Leisure Time: Results from the Third National Health and Nutrition
Examination Survey, 1988–1994. *American Journal of Preventive Medicine*,
18(1), 46–53. doi:10.1016/S0749-3797(99)00105-1
- DeVries, A. C., Glasper, E. R. ja Detillion, C. E. (2003). Social modulation of stress
responses. *Physiology & Behavior*, 79, 339–407. doi:10.1016/S0031-
9384(03)00152-5
- Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H. ja Tirilis, D. (2009). School-
based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in
children and adolescents aged 6–18. *The Cochrane Database of Systematic
Reviews*, (1), CD007651. doi:10.1002/14651858.CD007651
- Eesti inimarengu aruanne 2008*. (2008). Kasutatud 01.06.2015.
www.kogu.ee/public/EIA_2008_lyhiylevaade.doc.

- Eesti inimarengu aruanne 2014 / 2015*. (2015). Kasutatud 14.08.2015.
<http://www.kogu.ee/wp-content/uploads/2015/06/EIA-2015.pdf>.
- Ekberg, M. (2007). The parameters of risk society. A review and exploration. *Current Sociology*, 55(3), 343–366. doi:10.1177/0011392107076080
- Estonia: WHO statistical profile. (2015). Kasutatud 02.06.2015
<http://www.who.int/gho/countries/est.pdf>.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. California: Stanford University Press.
- Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. (2009). Kasutatud 02.06.2015
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1.
- Global status report on alcohol and health 2014, Individual country profiles*. (2014).
Kasutatud 02.06.2015
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1.
- Goddard, E. (2006). General Household Survey 2005. Smoking and drinking among adults. National Statistics. Kasutatud 01.06.2015
http://iasnew.onepiecejigsaw.com/uploads/pdf/UK%20alcohol%20reports/ghs_2005-smoking-and-drinking-report.pdf.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A. ja Nolin, B. (2008). Mechanism by Which BMI Influences Leisure-time Physical Activity Behavior. *Obesity*, 16(6), 1314–1317. doi:10.1038/oby.2008.219

- Haberman, C. (2012). *Health Behaviour Change in Adults : Analysis of the Canadian Community Health Survey 4 .1.* Magistritöö. University of Guelph, Master of Science in Family Relations and Applied Nutrition Applied Human Nutrition.
- Hallal, P. C., Reichert, F. F., Siqueira, F. V., Dumith, S. C., Bastos, J. P., da Silva, M. C., ... Ekelund, U. (2008). Correlates of leisure-time physical activity differ by body-mass-index status in Brazilian adults. *Journal of Physical Activity & Health*, 5(4), 571–578.
- Hevey, D. ja French, D. P. (2012). Comparative optimism for severity of negative health outcomes. *Psychology Health & Medicine*, 17(4), 417– 426.
doi:10.1080/13548506.2011.613940
- Inimene ja keskkond 2007.* (2008). Kasutatud 01.06.2015.
<http://www.seit.ee/failid/311.pdf>.
- Jakicic, J. M. ja Otto, A. D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 226–229.
- Janssen, E. J. P. M. (2014). *Feelings of cancer risk : moving beyond the traditional cognitive approach.* Doktoritöö. Maastricht University, department of Health Promotion. Kasutatud 01.06.2015
<http://pub.maastrichtuniversity.nl/f2604ebd-ac61-426c-8452-739e31af0b13>.
- Janssen, E., van Osch, L., de Vries, H. ja Lechner, L. (2011). Measuring risk perceptions of skin cancer: Reliability and validity of different operationalizations. *British Journal of Health Psychology*, 16(1), 92–112.
doi:10.1348/135910710X514120
- Johansson, L. ja Frost Andersen, L. (1998). Who eats 5 a day? Intake of Fruits and vegetables among Norwegians in relation to gender and lifestyle. *Journal of*

the American Dietetic Association, 98(6), 689–691. doi:10.1016/S0002-8223(98)00156-4

Kiisel, M. (2014). *Modernsuse planeerimata väljakutse: riskid ja kriisid*.

Loengukonspekt. Kasutatud 01.06.2015.

King, D. E., Mainous, A. G., Carnemolla, M. ja Everett, C. J. (2009). Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. *American Journal of Medicine*, 122(6), 528–534. doi:10.1016/j.amjmed.2008.11.013

Lang, A. ja Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 5(2), 102–114. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.11.002

Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P. ja Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of US adults. *Journal of the American Medical Association*, 279(21), 1703–1708. doi:10.1001/jama.279.21.1703

Maailma tervihoiu organisatsiooni kodulehekülg alkoholist. (2015a). Kasutatud 02.06.2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>.

Maailma tervihoiu organisatsiooni kodulehekülg kehalisest aktiivsusest. (2015b). Kasutatud 02.06.2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.

Maailma tervihoiu organisatsiooni kodulehekülg rasvumisest ja ülekaalulisusest. (2015c), Kasutatud 02.06.2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

- Magnan, R. E., Köblitz, A. R., Zielke, D. J. ja McCaul, K. D. (2009). The Effects of Warning Smokers on Perceived Risk, Worry, and Motivation to Quit. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 46–57. doi:10.1007/s12160-009-9085-8
- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S. ja Sharma, A. M. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 19(3), 173–180. doi:10.1016/j.ejim.2007.09.011
- Mo, P. K. H. ja Mak, W. W. S. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 675–684. doi:10.1007/s00127-008-0484-0
- Mosca, L., McGillen, C. ja Rubenfire, M. (1998). Gender differences in barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention. *Journal of Women's Health / the Official Publication of the Society for the Advancement of Women's Health Research*, 7(6), 711–715.
- Nielsen, G. E. R. (1996). Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological, and behavioral factors. *Journal of American Medical Women's Association*, 51(1-2), 35–42.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981–1010. doi:10.1016/j.cpr.2004.08.003
- Physical Activity Guidelines for Americans*. (2008). Kasutatud 01.06.2015
<http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>.
- Pomerleau, J., McKee, M., Robertson, A., Vaasc, S., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., ... Grinberga, D. (2000). Physical Inactivity in the Baltic Countries. *Preventive Medicine*, 31, 665–672. doi:10.1006/pmed.2000.0761

- Reichert, F. F., Barros, A. J. D., Domingues, M. R. ja Hallal, P. C. (2007). The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Public Health*, 97(3), 515–519. doi:10.2105/AJPH.2005.070144
- Riekert, K. A., Ockene, J. K. ja Pbert, L. (2014). *The Handbook of Health Behavior Change, 4th Edition* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93–114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803
- Rosa, H. (2005). The Speed of Global Flows and the Pace of Democratic Politics. *New Political Science*, 27(4), 445–459. doi:10.1080/07393140500370907
- Ruelaz, A. R., Diefenbach, P., Simon, B., Lanto, A., Arterburn, D. ja Shekelle, P. G. (2007). Perceived Barriers to Weight Management in Primary Care—Perspectives of Patients and Providers. *Journal of General Internal Medicine*, 22(4), 518–522. doi:10.1007/s11606-007-0125-4
- Sharma, M., Brenscum, P. W. ja Ashutosh, A. (2014). *Introduction to Community and Public Health*. San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Brand.
- Shelton, R. C., Goldman, R. E., Emmons, K. M., Sorensen, G. ja Allen, J. D. (2011). An Investigation into the Social Context of Low-income, Urban Black and Latina Women: Implications for Adherence to Recommended Health Behaviors. *Health Education & Behavior*, 38(5), 471–481. doi:10.1177/1090198110382502
- Similä, M., Fagt, S., Vaask, S., Thorgeirsdottir, H., Pudule, I., Petkeviciene, J., ... Valsta, L. (2003). *The NORBAGREEN 2002 study. Consumption of*

vegetables, potatoes, fruit, bread and fish in the Nordic and Baltic countries.

Copenhagen: TemaNord.

Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L. ja MacGregor, D. G. (2005). Affect, Risk, and Decision Making. *Health Psychology*, 24(4), 35–40. doi:10.1037/0278-6133.24.4.S35

Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2014 (2015). Kasutatud 01.06.2015

www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/arstiabi_uuringu_aruanne_2014_tnsemor.pdf

Tervise edendamise projektide 2009. aasta tulemused (2009). Kasutatud 01.06.2015

https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/Tervise%20edendamise%20projektid%202010/Ennetuse_tulemused_2009.pdf.

Tzormpatzakis, N. ja Sleaf, M. (2007). Participation in physical activity and exercise in Greece: a systematic literature review. *International Journal of Public Health*, 52(6), 360–371. doi:10.1007/s00038-007-6118-6

Van Loon, J. (2002). *Risk and Technological Culture. Towards a sociology of virulence*. Oxon: Routledge.

Venditti, E. M., Wylie-Rosett, J., Delahanty, L. M., Mele, L., Hoskin, M. A. ja Edelstein, S. L. (2014). Short and long-term lifestyle coaching approaches used to address diverse participant barriers to weight loss and physical activity adherence. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 11(1), 1–23. doi:10.1186/1479-5868-11-16

Viiklepp, P., de Colombani, P., Kurbatova, A., Sandgren, A. ja Lonroth, K. (2013). Collaborative action on tuberculosis and alcohol abuse in Estonia. First report of a demonstration project. Kasutatud 01.06.2015

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/237516/WHO-AUD-TB-

project-report_10-final-edited-with-PCO_5Dec-
2013_NS_kujundatud_koos_TjaK_2.pdf?ua=1.

Welch, N., McNaughton, S. A., Hunter, W., Hume, C. ja Crawford, D. (2009). Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women? *Public Health Nutrition*, 12(7), 888–895.
doi:10.1017/S1368980008003066

World Health statistics 2005 (2005). Kasutatud 02.06.2015

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2005en.pdf?ua=1.

World health statistics 2015 (2015). Kasutatud 02.06.2015

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Country profile Estonia.

(2013). Kasutatud 02.06.2015

http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/est.pdf?ua=1.

Lisa 1

1. Indekstunnus “Üldine ajapuudus”

Maksimaalne indekstunnuse väärtus on 25.

Tunnuse koosneb 25 tegevuse hindamisel vastavalt sellele, kas inimesel jätkub loetletud tegevuste jaoks aega. Kui inimene vastas „Enamasti ei jätku, selleks oleks rohkem aega vaja,” sai ta selle eest 1 punkti. Väited on järgnevad:

1. Oma tervise eest hoolitsemiseks
2. Oma välimuse eest hoolitsemiseks (juuksur, kosmeetika, riietus vms.)
3. Süvenemiseks oma töö või õppimisega seotud asjadesse
4. Kodu korrashoiuks, kodukaunistamiseks
5. Oma huvialadega, hobidega tegelemiseks
6. Välja puhkamiseks, lõõgastumiseks
7. Kultuurilisteks harrastusteks (laulukoor, pillimäng jms)
8. Sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks
9. Reisimiseks
10. Pereliikmete, sugulastega suhtlemiseks
11. Lastega tegelemiseks, koos ajaveetmiseks
12. Sõprade, tuttavatega suhtlemiseks, nendega väljaskäimiseks
13. Pidutsemiseks
14. Õppimiseks, enesetäiendamiseks
15. Korralikuks toitumiseks, kodus toidu valmistamiseks
16. Kohvikus, restoranis käimiseks
17. Raamatute lugemiseks
18. Teatris, kontserdil käimiseks
19. Televiisori vaatamiseks
20. Looduses viibimiseks, matkamiseks
21. Koduaia hooldamiseks, aiatööks
22. Võrgus, sotsiaalmeedias suhtlemiseks
23. Listides, foorumites osalemiseks, meilidele vastamiseks
24. Kaupluste külastamiseks, sobivate kaupade otsimiseks, ostlemiseks
25. Tegelemiseks lemmikloomadega

2. Indekstunnus “Tunnetatud ajapuudus (“krooniline ajavaegus”)

Maksimaalne indekstunnuse väärtus on 12. Tunnus koosneb kuuest küsimusest, mille vastuseid võeti arvesse järgnevalt:

1. Kui palju on Teil tavaliselt ööpäevas ärkvelolekuaega, mida saate täiesti vabalt, oma soovi järgi kasutada?

Kui inimene vastas „enamasti ei olegi,” sai ta 2 punkti. Kui vastas „alla tunni” sai ta 1 punkti.

2. Kas Teid vaevab ajapuudus?

Kui inimene vastas „jah, väga sageli,” sai ta 3 punkti, kui vastas „küllalt sageli” sai ta 2 punkti, kui vastas „mõnikord,” sai ta 1 punkti.

3. Kas miski järgnevaist takistab Teil tegelemast meelepäraste tegevustega? Tunnus: Töökoormus, tööalased kohustused

Kui inimene vastas „see kindlasti,” sai ta 2 punkti, kui vastas „mõnevõrra ka see” sai ta 1 punkti.

4. Kas miski järgnevaist takistab Teil tegelemast meelepäraste tegevustega? Tunnus: Hõivatus koduste töödega, perekondlikud kohustused

Kui inimene vastas „see kindlasti,” sai ta 2 punkti, kui vastas „mõnevõrra ka see” sai ta 1 punkti.

5. Kumma väitega igast allpool toodud väidete paarist Te nõustute? Valige, palun, iga väitepaari kohta üks, sobivaim vastusevariant ja tähistage see ringiga. Vastusevariant A: „Teised muudkui kiirustavad kuhugi, aga mul pole sageli midagi teha”. Vastusevariant B: „Mul on kogu aeg kiire, näen kõvasti vaeva, et kõigega toime tulla”

Kui inimene vastas „olen nõus pigem B-ga,” sai ta 2 punkti, kui vastas „olen pigem nõus B-ga,” sai ta 1 punkti.

6. Kas Teil on nädala jooksul sellist aega, kui ei pea kella vaatama, pidevalt kättesaadav olema, saate nii-öelda juhtme seinast välja tõmmata?

Kui inimene vastas „ei ole üldse,” sai ta 1 punkti.

3. Indekstunnus “Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest”

Maksimaalne indekstunnuse väärtus on 10.

Tunnus koosneb viiest väitest, mille puhul hinnang „jah, palju” annab 2 punkti ja hinnang „jah, veidi” annab 1 punkti. Väited on järgnevad:

Kas oled ennast proovitud kaitsta järgmiste riskide ja ohtude eest:

1. ... toimetulekuraskuste eest vanadus- põlves (näiteks soetanud kinnisvara, sääste kõrvale pannud vms)
2. ... töövõimetuse eest õnnetuse või haiguse tagajärjel (näiteks sõlminud elukindlustuse)
3. ... interneti või panga parooli või identiteedi varguse eest (näiteks kasutate ‘tarku’ parooli, turvalisemaid programme)
4. ... toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest (näiteks muutnud toitumisharjumusi)
5. ... vägivaldse konflikti eest Eestis (näiteks soetanud varusid, arutanud lähedastega varjumisvõimalusi vms)

Lisa 2

Regressioonanalüüsi korrelatsioonised

(ρ =Spearmani korrelatsioon)

		Kuidas hindate oma tervist?	Kas Te suitsetate?	Kas olete ennast proovinud kaitsta ... toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest	Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest	Kui palju aega kulub Teil...? ... Sportimine, vabas õhus liikumine, fitness	Kas Teil jätkub piisavalt aega...? ... Sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks	Kas Teil jätkub piisavalt aega...? ...Oma tervise eest hoolitsemiseks	Millistele tegevustele olete püüdnud aega juurde saada? ... Oma tervise eest hoolitsemiseks
Tervislikud eluviisid	ρ	-.089**	.074**	.405**	.336*	.446**	-.235**	-.089**	.139**
	N	1503	1503	1503	1503	1503	1503	1503	1503
Kuidas hindate oma tervist?	ρ		.050	.047	.135*	.176**	-.287**	.016	-.179**
	N		1503	1503	1503	1503	1503	1503	1503
Kas Te suitsetate?	ρ			.107**	.087*	.119**	-.137**	-.107**	.028
	N			1503	1503	1503	1503	1503	1503
Kas olete ennast proovinud kaitsta ... toidus sisalduda võivate ohtlike ainete eest?	ρ				.609*	.111**	-.131**	-.051*	.109**
	N				1503	1503	1503	1503	1503
Aktiivsus enda kaitsmisel ohtude ja riskide eest	ρ					.146**	-.168**	-.023	.059*
	N					1503	1503	1503	1503
Kui palju aega kulub Teil...? ... Sportimine, vabas õhus liikumine, fitness	ρ						-.455**	-.080**	.002
	N						1503	1503	1503
Kas Teil jätkub piisavalt aega...? Sportimiseks, füüsilise vormi hoidmiseks	ρ							.128**	-.007
	N							1503	1503
Kas Teil jätkub piisavalt aega...? ...Oma tervise eest hoolitsemiseks	ρ								-.026
	N								1503

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Litsents

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Liisa Haabpiht (*autori nimi*) (sünnikuupäev: 13.01.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervisekäitumise muutmise mustrid 2014. aasta uurimuse Mina. Maailm. Meedia põhjal” (*lõputöö pealkiri*), mille juhendaja on Veronika Kalmus (*juhendaja nimi*),
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus / Tallinnas / Narvas / Pärnus / Viljandis, 14.08.2015 (*kuupäev*)