

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut

**Tervisliku eluviisi tähendused ja selle järgimist suunavad mõjutegurid
ülekaaluliste inimeste näitel**
Bakalaureusetöö

Sille Sepp

Juhendaja: (MA) Rainer Reile
Juhendaja allkiri. _____

Tartu 2013

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud

Sille Sepp

25.01.2013

ABSTRACT

Overweight and obesity have become an overall concern for most countries of today's world. Official policies have targeted this problem and health promotion is being used as a main intervention strategy to reduce the effects of social determinants that make rising rates of overweight possible. This paper examines healthy lifestyle as an intervention tool for health problems linked with overweight, moreover a person's possibilities to follow a desired health behavior. The aim of the present bachelor thesis is to explore which factors influence people to change their health behavior or prevents them from doing it. Using the theory of planned behavior presented by Ajzen (2005), it is possible to explore personal beliefs about the benefits and possible obstacles of following a healthy lifestyle. In addition, this paper studies the meaning of body weight and health based on people's perceptions. Recommendations for future research and implications for policy makers are addressed in the discussion chapter.

Contrary to most previous studies of health behavior held in Estonia, this paper uses qualitative method. Therefore, individual interviews with six overweight persons have been made. Based on the interviews, it can be said that addressing the issue of obesity and following health supporting behaviors are believed to be an individual responsibility and task. A person's intention to follow a healthy lifestyle is influenced by different factors, such as available adequate information and personal belief in achieving subjective goals, appropriate amount of support given from the people around and the need to comply with the socially shared norm to follow a healthy lifestyle, and finally perceived behavioral control, which results in the possession of economical and temporal resources, as well as lack of hindrances (such as the presence of unhealthy sweets, moralizing negative comments). In order to enable people with excess body weight to follow a healthy lifestyle more easily, an effective strategy for health promotion is needed. Health sociologists stress also the need to reconstruct the meaning of health, which could possibly help people to address their health condition and lifestyle better.

Keywords: overweight, health, healthy lifestyle, planned behavior theory

SISUKORD

ABSTRACT	2
SISUKORD	3
SISSEJUHATUS	5
I PEATÜKK: TEOREETILINE ÜLEVAADE UURIMISPROBLEEMIST	7
1.1 Ülekaalusisus kui probleem ühiskonnas.....	7
1.2 Tervisliku eluviisi mõju probleemi leevendamisel	11
1.3 Tervisekäitumist mõjutavad tegurid ja ajendid.....	12
1.3.1 Sotsiaalteaduslik lähenemine ülekaalususele ning tervisekäitumisele	12
1.3.2 Planeeritud käitumise teooria.....	16
1.4 Probleemi seade ja uurimuse eesmärk	19
II PEATÜKK: METOODIKA	21
2.1 Metodoloogiline lähtekoht.....	21
2.2 Meetod	21
2.2.1 Andmekogumismeetod	21
2.2.2 Valim.....	22
2.2.3 Analüüsi meetod.....	24
2.2.4 Uurimuse käik	24
2.3 Eetilised aspektid	25
2.4 Urija refleksiivsus ja interaktsioon intervjuude läbiviimisel	25
III PEATÜKK. ANALÜÜS	27
3.1 Tervise ja ülekaalususe tähendused	27
3.2 Tervisliku eluviisi järgimise mõjutegurid.....	30
3.2.1 Uskumused, hoiakud	30
3.2.2 Subjektiivsed normid	32
3.2.3 Tajutud kontroll käitumise üle	35
IV PEATÜKK. ARUTELU.....	38
4.1 Tervislike eluviiside järgimise mõjutegurid.	38
4.2. Tervisliku eluviisi järgimise eesmärgid.	40

4.3 Soodsa keskkonna loomine tervisliku eluviisi järgimiseks	41
4.4 Uurimustöö kitsaskohad ning edasist uurimist vajavad suunad.....	43
KOKKUVÕTE	45
KASUTATUD KIRJANDUS	47
LISA 1. INTERVJUU KÜSIMUSTIK.....	50

SISSEJUHATUS

Tervisliku kehakaalu säilitamine on muutunud inimestele mitmetel põhjustel järjest raskemaks ülesandeks. Ümbritsevas keskkonnas toimunud tehnoloogiliste muutuste tõttu on meie elustiil kujunenud valdavalt istuvaks. Muutusi on põhjustanud ka tootjate, turundajate ning neid kontrollivate avaliku sektori tegutsejate tegevus, mõjutades toiduainete kättesaadavust ning nende koostist. Ülekaaluliste inimeste osakaalu tõusu tõttu on viimastel aastakümnetel kujunenud üheks tervishoiu peamiseks ülesandeks ülekaalulisusega ning rasvumisega võitlemine nii indiviidi kui ühiskonna tasandil, kuna seda on seostatud mitmete erinevate haigustega, suremusega ning ka tervishoiukulutustega.

Ülekaaluliste inimeste osakaal on oluliselt tõusnud ka Eestis, mis annab märku selle kujunemisest üldiseks tervisemureks ning sotsiaalseks probleemiks ka meie ühiskonnas. Samal ajal nähakse inimese tervise eest hoolitsemist, see tähendab tervisekäitumist, küllaltki individuaalse ülesandena, mistõttu pannakse vastutus inimesele. Seetõttu on oluline uurida, millised võimalused on inimesel soovitud tegevuse järgimiseks ning millised on seda suunavad tegurid.

Tervisehäirete ennetamiseks või nende leevendamiseks suunatud poliitikad on omandamas järjest suuremat tähelepanu, kuid tervisliku eluviisi kujundamise puhul tuleb alustada nii tervisele, kehakaalule kui oma käitumisele omistatud tähenduste uurimisest. Kavatsused mingit tegevust rakendada sõltuvad sellele omistatud väärtusest, kuid ka muudest sotsiaalselt konstrueeritud teguritest, mis soodustavad või pärsivad käitumusliku kavatsuse tekkimist.

Käesoleva uurimustöö teoreetiliseks lähtekohaks olen valinud sotsiaalkonstruktivistliku käsitluse tervisele ja kehakaalule omistatud tähendustest, lisades ideid ökoloogilisest mudelist ning diskursuse paradigmat. Käitumise põhjuslikkuse avamiseks olen võtnud aluseks Ajzeni (2005) planeeritud käitumise teooria, mis käsitleb käitumusliku kavatsuse mõjuteguritena kolme aspekti - hoiakut planeeritava käitumise suhtes, subjektiivseid norme ning tajutud kontrollimäära soovitud käitumise üle.

Käesolev bakalaureusetöö annab võimaluse avada tervise ning kehakaalu probleematikat inimeste endi tähendustest lähtuvalt. Tervise, keha ning tervisliku eluviisiga seonduvad subjektiivsed tähendused ja arusaamad on tervisekäitumise seisukohast võtmetähendusega, seega on käesoleva töö tulemused rakendatavad ka tervisedenduslike sekkumiste kujundamisel. Seni on mulle kui autorile teadaolevalt uuritud Eestis kehakaalu, tervisenäitajaid, toitumist ning kehalist aktiivsust enamasti vaid kvantitatiivselt. Leian, et inimeste tõlgenduste uurimine kvalitatiivsete meetodite kaudu võimaldab avardada normatiivseid väärtuspõhiseid arusaame uuritavast fenomenist, olles lisaväärtuseks tulevaste tervisekampaniate kujundamisel.

Järgnevalt esitan töös teoreetilist taustinformatsiooni, mis keskendub esmalt ülekaalulisuse probleemistikule indiviidi ja ühiskonnatasandil ning tervisliku eluviisi kui ühe võimaliku sekkumisstrateegia järgimise mõjule. Seejärel kirjeldan erinevaid sotsiaalteaduslikke lähenemisi käsitletava fenomeni suhtes ning lõpetuseks toon planeeritud käitumise teooriast lähtuvalt esile erinevaid mõjutegureid, mis suunavad inimest mingit käitumist ellu viima. Teises peatükis olen esitanud uurimuse metodoloogilise kirjelduse, millele järgneb andmete analüüs ning arutelu. Viimases blokis võtan pikemalt arutluse alla ka võimalikud asjaolud, mis võivad takistada ülekaalulistel inimestel tervislikku eluviisi rakendamast. Lõpetuseks pakun välja edasist uurimist vajavaid suundi ning soovitusi tervisedenduse efektiivsemaks muutmiseks.

Käesoleva töö autorina soovin tänada kõiki uurimuses osalenud intervjueeritavaid ning nende leidmisel abiks olnud toitumisspetsialisti Mai Maserit. Lisaks on töö valmimisel olnud suureks abiks juhendaja Rainer Reile ning oma nõuannetega ka Avo Trumm.

I PEATÜKK: TEOREETILINE ÜLEVAADE UURIMISPROBLEEMIST

1.1 Ülekaalulisus kui probleem ühiskonnas

Ülekaalulisus on muutunud oluliseks probleemiks nii mikro- kui makrotasandil. See on inimese tervise säilitamise seisukohalt vaadatuna tõsiseks ohuteguriks, kuna on leitud, et rasvumisel on tihe seos erinevate krooniliste tervisehädadega, nagu II tüüpi diabeet, kõrge vererõhk, ajurabandus, artriit ja teatud liiki vähkkasvajad (Smith 2009; *The Challenge of obe...* 2007: 16). Lisaks eristab Bray (2004) liigsest rasvamassist tingitud häired, nagu unepnoe ja osteoartriit. Samuti võib sellesse jaotusesse lisada ülekaalulisusele omistatud stigma tagajärjel tekkinud psühholoogilised häired, näiteks depressioon, mis võib omakorda võimendada juba nimetatud meditsiinilisi häireid.

Tekkinud tervisehäired lühendavad inimese eluiga – näiteks on leitud, et ülekaaluliste (kehamassiindeksiga 25 kg/m^2)¹ mittesuitsetavate 40 aastaste naiste ja meeste eluiga oli hinnanguliselt vastavalt 3,3 ja 3,1 aastat lühem nende normaalkaalus olevatest samaealistest kaaslastest, kusjuures kaotatud aastate hulk suurenes märgatavalt kehamassiindeksi tõustes (Peeters jt 2003, Bray 2004 kaudu). See on oluline kahju nii indiviidi kui riigi seisukohalt.

Tervishoiu sektori sekkumise tähtsust näitab ülekaaluliste inimeste kasvav osakaal - 2010. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu tulemusest selgus, et küsitletutest 31,7 protsenti olid ülekaalulised ning 16,9 protsenti rasvunud, 2000. aasta

¹ Meditsiiniliselt kasutatakse ülekaalulisuse määra kirjeldamiseks kehamassiindeksit (kehakaalu ja pikkuse ruudu ristkorutus), mille määramisel lähtutakse tihtipeale erinevatest aspektidest, kuna tuleb võtta arvesse ka inimese sugu ning vanust. Seetõttu pole samastatavad näiteks lapse ja täiskasvanud mehe liigse kehakaalu määrad. Lihtsustatult saab siiski välja tuua, et inimese ülekaal algab kehamassiindeksist 25 ning probleemsemaks peetav rasvumine indeksi 30.

Meditsiiniliselt on erinevad ülekaalulisuse määrad küll sõltuvalt riskist ning seotusest „haigusega“ erineva tähtsusega, kuid käesoleva töö eesmärkidest lähtuvalt on kasutusel ühtaegu nii mõiste „ülekaalulisus“ kui ka „rasvumine“. Need on minu poolt võetud kokku tähenduses „optimaalsest ning tervislikuks peetavast kehakaalust üleliigne kehamass“. Taolist lihtsustust õigustab mõneti asjaolu, et inimesed konstrueerivad kehakaalule ja suurusele erinevaid tähendusi, mille tõttu varieerub ka selle seotus endi kehapildi ja tervisega

andmete põhjal aga vastavalt 27,8 ja 14,1 protsenti. Liigse kehamassiga inimeste osakaalu kasv võib tunduda küllaltki väike, kuid vaadates ülekaalulisuse tõusu teatud sotsiaalmajanduslike gruppide ja vanuse lõikes, näitab statistika märksa suuremat ohutuld. Suurim ülekaaluliste arvu kasv on toimunud 35 - 44 vanusegrupis ning keskeriharidusega inimeste seas. (vt Tabel 1, 2).

Tabel 1. Ülekaaluliste ja rasvunute osakaal protsentides vanusrühma järgi aastatel 2000 ja 2010 (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2000 ja 2010 andmetel)

			16-64	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Mehed ja naised	2000a	Ülekaal (25,0-29,9)	27,8	6,0	21,3	31,4	32,7	43,4
		Rasvumine (≥ 30)	14,1	2,6	7,0	12,7	19,1	27,0
	2010a	Ülekaal (25,0-29,9)	31,7	14,4	24,6	36,0	38,4	42,8
		Rasvumine (≥ 30)	16,9	3,7	10,7	17,5	21,7	28,8

Tabel 2. 16-64a ülekaaluliste osakaal protsentides hariduse järgi aastatel 2000 ja 2010 (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2000 ja 2010 andmetel)

	2000a	2010a
Kõrgharidus	44,0	43,7
Keskharidus	38,9	47,5
Keskeriharidus	43,2	55,2
Põhiharidus või madalam	42,0	44,3

Erinevate uuringute (nt Dam jt 2008, Devaux jt 2012 kaudu) tulemusel on leitud, et ülekaalulisuse trend erineb sotsiaalmajanduslike- ja demograafiliste kihtide vahel. Samas ollakse erinevatel seisukohtadel, mis suunas tuleks määratleda ülekaalulisuse ja sotsiaalmajandusliku staatuse vaheline kausaalsus. Näiteks usutakse, et rasvumisel on madalamat sotsiaalmajanduslikku staatust (lähtudes madalamast sissetulekust) tingiv mõju vaid juhul, kui töötaja peaks liigsest kehakaalust tingitud tervisehädade tõttu võtma rohkem haigepäevi, mille tulemusel langeb tema produktiivsus asutuse jaoks.

Samuti võib madalam staatus tuleneda töökeskkonnas esinevast diskrimineerimisest sõltuvalt töötaja kehakaalust või –kuvandist. (ibid). Sellegipoolest tuleb nentida, et ülekaalulisusest tingitud tervisekahju avaldab mõju inimese majanduslikule ning kultuurilisele kapitalile

(kasutades mõisteid Bourdieu tähenduses²). Madalam sotsiaalmajanduslik staatus ei pruugi olla samas vaid rasvumise soodustaja/tekitaja, esineb ka vastupidine kausaalsus. Näiteks võivad rasvumise tagajärjel tekkinud haigused lühendada inimese haridusteed, mis mõjub edaspidi negatiivselt kõrgematele ametikohtadele saamisel (*The Challenge of obe...* 2007: 37).

Inimeste kehakaalu kasvav trend erineb teatud kohortide vahel siiski nii mahus kui sisus, kuna seda tingivad sotsiaalsed praktikad ning keskkonnategurid on ühiskonniti varieeruvad. Näiteks uuris McLaren (2007) kehakaalu ning sotsiaalmajandusliku staatuse vahelisi seoseid ning leidis, et vastavad korrelatsioonid erinesid sõltuvalt riigi arengutasemest ning indiviidi soost. Ta tõi esile, et kõrge arengutasemega maades oli naiste puhul valdavaks kehakaalu ja sotsiaalmajandusliku staatuse vaheline negatiivne seos ning mida madalamale langes riigi arengutase, seda väiksemaks muutus ka vastav tendents. Vastavad korrelatsioonid sõltusid siiski sotsiaalmajandusliku staatuse aluseks võetud indikaatorist (kas sissetulek, haridus vms). Meeste puhul oli nimetatud seos hajusam ning statistiliselt ebatähtsam.

Samal ajal tuli nimetatud uuringus välja ülekaalulisuse globaliseeruv tendents, see tähendab ülekaalulisuse ja sotsiaalmajandusliku staatuse vaheliste seoste ühtlustumine erineva arengutasemega riikides. See vähendab mõneti ühiskonnaspetsiifiliste tegurite mõju, kuna rasvumist soosiv keskkond (*obesogenic environment* – ingl. k) teeb raskemaks kõigi sotsiaalsete kihtide püüdlusi ülekaalulisust vältida.

Ülekaalulisuse probleem on eriti aktuaalne Ameerika Ühendriikides, kus rasvunute osakaal ühiskonnas on umbes 30%. Euroopas on rasvunuid kõige enam Saksamaal ning Ungaris, mõlemas veidi üle 20 % (Ulijaszek ja Lofink 2006: 340). Ülekaaluliste kasvav trend esineb ka mujal maailmas. Kuigi varasemalt oli ülekaalulisust nähtud pigem arenenud maade probleemina, siis nüüd levib see ka keskmise ja madala sissetulekuga maades. Maailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi WHO - World Health Organization) andmetel oli 2008.

² Majanduslik kapital võtab kokku kõik inimesele kuuluvad majanduslikud ressursid, näiteks palk, olemasolevad säästud, füüsiline vara jne. Kultuuriline kapital hõlmab endas omandatud haridust, teadmisi, oskusi ja hüvesid, mis määravad inimese sotsiaalse staatuse. Vt näiteks Bourdieu, P. (2003) *Praktilised põhjused: teoteooriast*. Tallinn: Tänapäev

aastal rohkem kui 1,4 miljardit vanuses 20 ja vanemat inimest ülekaalus, kusjuures nendest üle 200 miljoni mehe ja ligikaudu 300 miljonit naist olid rasvunud. Lisaks saab välja tuua, et 65% maailma elanikkonnast elab riikides, kus ülekaalus ja rasvumine tapab rohkem inimesi kui alakaal. (*Obesity and ov...* 2012).

Ühiskonnatasandil näitab ohutuld ka fakt, et ülekaaluliste tervisehädad tekitavad riiklikule tervishoiusüsteemile suuri kulutusi. 2005. aastal tehtud uuringu põhjal selgitati välja, et Euroopa Liidu 15 liikmesriigi tasandil on rasvumise otsesteks ja kaudseteks kuludeks 0,3% sisemajanduse kogutoodangust (Lavin ja Metcalfe 2009: 18). Ülekaalususe ohtlikkus ühiskonna toimimisele majanduslikus mõttes on seega mõjutanud ka riigi vastutusalas olevat tegevust. Poliitikute ülesandeks on kujunenud keskkonnast tulenevate riskitegurite haldamine ning tervisekäitumise kujundamine, et tagada inimeste tervis ning selle läbi ka jätkusuutlik ühiskond. Makrotasandi poolt kujundatud efektiivse sekkumise olulisus seisneb ka just selles, et ülekaalususe tendents erineb sotsiaalmajanduslike gruppide lõikes. See näitab, et inimeste vahel on sotsiaalsed, kultuurilised ja majanduslikud ressursid jaotunud ebavõrdselt, mistõttu varieeruvad ka nende võimalused järgida ülekaalususe teket soodustavat või takistavat elustiili.

Ülekaalusust tuleks uurida kultuuri- ning ühiskonnaspetsiifikast lähtuvalt, kuna sellele omistatakse ühiskonnaliikmete poolt ka mitmesuguseid tähendusi. Ülekaalususe kui probleemi tajumine individuaalsel tasandil sõltub inimese subjektiivsest arusaamast oma keha kohta ning selle seostamisest enda tervisliku seisundiga. Probleemi teadvustamine on seega mõjutatud liigse kaalu sidumisest teatud kahjuga. Samas võib argielumurede ning olulisemaks peetavate sotsiaalsete probleemide kõrval tunduda kehakaalu pärast muretsemine “pseudoprobleemina”.

Lisaks võib sotsiaalsetest rollidest tingituna olla endi keha ja tervise eest hoolitsemine asetatud subjektiivsetest prioriteetidest väljapoole. Näiteks töid Warin jt (2008) Austraalias uuritud emade näitel välja, et sõltuvalt emarollist ning nende sotsiaalmajanduslikust staatusest ei pruugi olla ülekaalususe probleemiga võitlemine esmatähtis. Sotsiaalsele rollile võidakse omistada ka ülekaalu õigustav legitiimne kehapiilt ning –kaal, mistõttu ei tajuta ebatervislikku kehakaalu subjektiivse probleemina.

1.2 Tervisliku eluviisi mõju probleemi leevendamisel

Elanike tervise säilitamise ja parandamise, kuid ka jätkusuutliku tervishoiusüsteemi tagamise eesmärgi nimel on läbivaks riiklikuks sekkumisstrateegiaks kujunenud tervisedendus, sealjuures tervisliku eluviisi kujundamine. Ülekaalulisusega ning sellega seotud haiguste ravimisele lisaks on oluline tegeleda ennetustööga, kujundades ümber probleemseks määratletud eluviise ning selle läbi eemaldada võimalik riskikäitumine. Erinevate käitumispraktikate propageerimise läbi püütakse jõuda kogu elanikkonnani, kusjuures üldises retoorikas lähtutakse just printsiibist "tervis kõigile" (WHO 1981).

„Tervis kõigile“ on WHO poolt välja töötatud kontseptsioon tagamaks erinevate ressursside ühtlast jagamist nii inimeste kui regioonide vahel ning põhilist arstiabi kättesaadavust kõigile. See ei tähenda haiguste ega puuete välistamist, vaid nende ennetamist ning erivajadustest tulenevate probleemide leevendamist kõikidel tasanditel. Üldiseks arusaamaks on, et tervis hakkab kodust, koolist ning töökeskkonnast, kasutades paremaid võtteid oma tervisliku seisundi säilitamiseks ja/või parandamiseks. (ibid). Samal ajal tuleb tõdeda, et ressursside jagamisel toimub siiski teatud määral selektsioon. Näiteks on Eestis tervislike käitumuslike valikute soodustamise peamiseks sihtgrupiks lapsed ja noored, kuna Sotsiaalministeeriumi sõnul on „investeeringud laste ja noorte tervisesse üks tulemuslikumaid meetodeid tulevaste täiskasvanute hea tervise tagamiseks.“ (Tervislik eluviis 2012).

Ülekaalust tingitud tervisehäirete ennetamiseks on inimesel vaja järgida tasakaalustatud toitumist ning olla kehaliselt aktiivne, et säilitada või parandada füüsilist vormi. Juba ülekaalus inimeste tervislike käitumisharjumuste muutmine võib olla keerukas, kuna kehakaalu tõusule kaasa aidanud tavapärasest toitumisest ja liikumisharjumusest on raske muuta. Lisaks võib liigne kehakaal ise pärssida treeningu sooritamist. Ühest küljest võiks ülekaalulisuse negatiivsete tervisemõjude vähendamisele läheneda kaalulangetamise kaudu. Erinevad uuringud (Bray 2004 kaudu) on näidanud, et kaalu vähendamisega on võimalik alandada vererõhukatset ning vähendada riski diabeedi väljakujunemiseks. Veel enam, uurimus näitas, et just tahtliku kaalu langetamise puhul vähenes valimi seas suremuse risk 24%.

Samal ajal on kaalulangetamise strateegiad, näiteks vähese rasvasisaldusega toiduainete tarbimine ning suur füüsiline koormus vaid üheks võimalikuks lähenemisviisiks, mida ei tohiks lihtsustavalt samastada tervisliku eluviisiga. Viimase järgimine kätkeb endas küll füüsilist aktiivsust, mitmekesist ning vajadustepõhist toitumist, kuid ka tervisenäitajate järjepidevat kontrollimist, alkoholist ning tubakast loobumist jms (*Tervislikud eluv...* 2012). Veelgi ohtlikum oleks siduda tervislik eluviis vaid kehakaalu vähendamise sooviga, kuna tervisedenduse retoorikas on selle peamiseks eesmärgiks esitatud siiski haiguste ennetamine ning elukvaliteedi parandamine (Tervislik eluviis 2012).

Ülekaalulisuse probleemiga tegelemise murettekitavaks kohaks tervislike eluviiside järgimise kaudu on just tervise ja kehapildi ning -kaalu tihe sidumine, kuna oma sisult ning mõjult erinevate näitajate kausaalse sidumise läbi on oht jätta arvestamata individuaalsed erinevused füüsilise aktiivsuse ning toitumise seisukohalt. Liigne kehakaal ei tähenda ilmtingimata halbu tervisenäitajaid (vt nt Gaesser 2002), kuid võttes aluseks levinud arvamuse ilu- ning terviseideaalidest, võidakse soovitud kehapildist eristuvatele inimestele omistada tihtipeale teatud stigma. Kui tervislik elustiil seotakse liialt kaalulangetamisega, siis mõjutavad ka kehakaalule suunatud tähendused ja uskumused tegevuspraktikale konstrueeritud hoiakut. Selle tulemusel võivad käitumise rakendamisele püstitatud eesmärgid seguneda ning kavatsuse tekkimisele mõju avaldada.

1.3 Tervisekäitumist mõjutavad tegurid ja ajendid

1.3.1 Sotsiaalteaduslik lähenemine ülekaalulisusega seotud tervisekäitumisele

Lähenedes tervislikule eluviisile toitumise ja liikumise vaatenurgast, tuleb rõhutada, et nimetatud praktikad on sotsiaalselt konstrueeritud ning erinevad individuaalselt, kuid laiemas perspektiivis ka kultuuriti ning ühiskonniti. Tegutseja (*agency* – ingl. k, nt indiviid, pere) toidukasutus on sotsiaalselt ja kultuuriliselt struktureeritud - see tähendab see, mida ja kuidas tarbitakse, sõltub ühiskonnas levinud jagatud arusaamadest ning võimalustest sobilikult

toituda. Samas on toimunud ühiskonnas mitmeid muutusi just toiduohutuse³ seisukohalt, lisaks arusaamadele tervise ja iluga vastavuses olevast sobivast kehasuurusest. De Garine ja Pollocki (1995) sõnul pole sotsiaalselt konstrueeritud toitumismustrid suutnud kaasas käia ühiskonnas toimunud muutustega, mistõttu on need aidanud kaasa rasvumise esilekerkimisele mitmetes ühiskondades (Ulijaszek ja Lofink 2006: 339 kaudu).

Tervisliku toitumise puhul tuleb arvestada selle kultuurilist ning ajaloolist spetsiifikat, lisaks ka individuaalseid eripärasid. Delormier jt (2009) on esitanud Giddensi struktuuriteooriale toetudes idee, et söömist tuleb mõista indiviidi üksiku käitumise ning otsuse asemel just sotsiaalse praktikana, kuna see võimaldab näha sotsiaalse tegutseja igapäevaseid toimetusi ühenduses ühiskonna struktuuriga. Sotsiaalne struktuur küll ei dikteeri, milliseid otsuseid inimene oma elus vastu peab võtma, kuid sellel on kindlasti suunav ning veel enam piirav mõju. Sotsiaalse praktika kontseptsioonis on ühendatud tegevuse läbiviimiseks vajalikud ressursid (näiteks tervislike toiduainete kättesaadavus) ning nende nii-öelda interpreteerimise filtrid, mille kaudu omistatakse teatud toodetele ja käitumisviisidele sotsiaalsed tähendused. Olenevalt praktika legitimeeritusest, domineerimisest, teiste poolt läbi surumisest jne, sõltub ka käitumisviisi rakendatavuse võimalikkus indiviidi jaoks.

Giddensi struktuuriteooria aitab selgitada erinevate käitumisnormide ja nende legitimeerituse rolli valikute tegemisel tervisekäitumises. Taolise lähenemise kohaselt on keskkonnast tulenevad reeglid justkui õigused ja kohustused, mida rakendades saavad inimesed omavaheliste interaktsioonide käigus tasu või sanktsiooni osaliseks (Giddens 1979: 86), kusjuures erinevate sotsiaalsete tegutsejate poolne tasu/karistus on varieeruva mõjuga. Seetõttu on normide kujunemisel oluliseks aspektiks ka see, kellele ja kui palju antakse võimu sobilikku käitumismustrit määratlada. Kombineerides igapäevase suhtluse kaudu erinevaid sotsiaalseid norme ning ressursse, luuakse erineval määral võimalusi sihipäraste tegevuste

³ Toiduohutust mõistetakse siinkohal inimeste spetsiifiliste toitumisvajaduste ja maitseelistustega vastavuses oleva toidu füüsilise, sotsiaalse ja majandusliku kättesaadavusena, et inimestel oleks võimalik elada aktiivset ja tervislikku elu (*Food sec...* 2003: 25). Üldiselt on toiduohutuse kontseptsioon välja töötatud, et hinnata riiklikku ja rahvusvahelist tegevust vaesuse ja alatoitumuse vähendamisel ja eemaldamisel, kuid vastav käsitlus sobib ka üldise toidu tarbimise hindamiseks.

sooritamiseks ning antakse seeläbi vastavale sotsiaalsele praktikale sisuline tähendus (Giddens 1984: 310, Delormier jt 2009: 222 kaudu).

Ühiskondlike normide mõju erineb nende edastajate tähtsusest inimese jaoks. Morrison jt (2007) näitasid, kuidas nn oluliste teiste seatud eesmärgid aktiveerivad ka indiviidide endi eesmärkide seadmist. Samal ajal omistab inimene sotsiaalsed normid seda suurema tõenäosusega, mida rohkem on ta avatud talle suunatud sotsiaalsete juhiste, vihjete (*social cue* – ingl. k) suhtes. Seega kui inimene on motiveeritud järgima tema jaoks oluliste teiste eeskujuga, võib ta assimileerida ka eesmärgid (näiteks tervisliku eluviisi järgimist), mida algselt isiklikult püstitatud pole.

Siinkohal tulebki esile inimeste isiksuslikud erinevused. Teatud psühholoogiliste hoiakutega inimesed on altimad võtmaks vastu uudseid käitumisharjumusi. Mõttus jt (2012) uurisid iseloomujoonte seost toitumisharjumustega ning leidsid, et väiksema neurotilisuse tasemega ja kõrgema ekstravertsuse, kohusetunde ning avatuse tasemega inimesed järgisid suurema tõenäosusega terviseteadlikku toitumist. Vähem avatud inimesed järgisid aga rohkem traditsioonilisi toitumisharjumusi, mis võib kujuneda barjääriks toitumisalaste sekkumiste kujundamisel. Seetõttu on oluline märgata sotsiaalsete praktikate puhul ka nende teostajate individuaalseid eripärasid.

Tervisedenduse seisukohalt on olulisel kohal just inimeste mõttemaailma kujundamine, kuna nende uskumused ja hoiakud on olulised tervisliku eluviisi järgimise mõjutajad. Nende soovitud suunas muutmisel on tähtis roll nii mikro- kui makrotasandi agentidel, kes saavad sotsiaalse keskkonna ning selle tõlgendamise ümberkujundamise läbi suurendada ka inimeste võimalusi omandamiseks tervislikku heaolu. Tervisedenduse tähtsaks osaks on inimeste teadvustamine olemasolevatest riskidest, kuid ei tohiks ära unustada ka teatud tegevuse sisu suunavaid mõttemaailmaid, ideoloogiaid ja poliitika. Näiteks on tervisele, kehale ning kaalule omistatud tähenduste kujundamisel olulisel kohal nende normatiivne kategoriseerimine. Võimust on võtnud eelkõige biomeditsiiniline diskursus, mille kohaselt on haigused kõrvalekalded normaalsest bioloogilisest toimimisest ja hälvete hindamise ning sekkumise eesmärgiks on nende korrigeerimine, mitte keskkonna muutmine ega sellega kohanemise soodustamine (Elliot Mishler 1989, Selg 2012: 79 kaudu).

Lähtudes biomeditsiinilisest perspektiivist on loomulik, et ülekaalulisuse probleemiga võitlemise legitiimseks viisiks on kujunenud seega arusaam kaalu langetamise vajadusest ning tervislike eluviiside järgimisest. Lisaks on teatava „medikaliseerumise“ (Conrad 1992, Kwan 2009 kaudu) protsessi tulemusel muutunud normaalkaalust erinevad seisundid justkui „eelhaigusteks“, kusjuures rasvumine ehk adipoosus (kehamassiindeks 30 ja rohkem) on määratletud ka eraldi patoloogiana (*Rasvumine...* 2012). Lisaks esteetilisele aspektile on kehapildile ja -kaalule omane ka meditsiiniline sfäär, mis teeb kahjuks võimalikuks „tervislikuks kehaks“ tituleeritud kehapildist hälbivate stigmatiseerimise haigeteks.

Medikaliseerumise aspekt sisaldub ka tervisliku eluviisi propageerimisel, kui selle tähtsust esitatakse just tervise meditsiiniliste näitajate kaudu. Kasutades meditsiinilist diskursust tervise ning keha jälgimisel on võimalik inimest hõlpsamini kontrollida, suunates teda tervisliku eluviisi ühe strateegia järgimise vajadusena tervisekontrolli. Siinkohal tuleb esile Foucault'lik võimu, õiguste ja vastutuse jagamine. Foucault (2005) tõi oma raamatus „Seksuaalsuse ajalugu“ esile, kuidas meditsiin oli võimulolijate käsutuses, dikteerides inimese suhet oma kehaga, et kontrollida tema käitumist ja teatud naudinguid.

Ka medikaliseerunud arusaam ülekaalust on vahendiks keha kontrollimisele ning selle tervisliku seisundi hindamisele. Kui võtta liigse kehakaalu põhjustajaks ülemäärane toitumine, veel enam aplus, siis on võimalik meditsiinilise diskursuse läbi kontrollida ning piirata nimetatud praktikat, käsitledes seda ebasobiva ning kahjustavana. Siinjuures tuleb esile ka kontseptsioon kehast kui masinast, mille juures pidas Foucault silmas järgmist: „keha dresseerimine, selle võimete optimeerimine, sellest jõudude väljapigistamine, selle kasulikkuse ja kuulekuse üheaegne suurendamine ning selle integreerimine tõhusatesse ja ökonoomsetesse kontrollisüsteemidesse. Seda kõike aitasid tagada võimuprotseduurid, mis iseloomustavad distsipliine: inimkeha anatoomiline poliitika.“ (2005: 149).

Sotsiaalkonstruktivistlikust perspektiivist vaadatuna tuleb esile tõsta, et ülekaalulisuse tähendus ning selle põhjuslikkus on loodud inimeste ja institutsioonide vaheliste interaktsioonide käigus. Kwan (2009) toob näiteks esile, kuidas mõistavad "paksu keha" erinevad organisatsioonid, lähtuvalt meditsiinilisest, sotsiaalse õigluse ja turumajanduslikust seisukohast. Nende arusaamad erinevad nii tekkepõhjuste kui vajaliku sekkumise osas, kuid

ühiseks arvamuseks on siiski ülekaalu põhjustatus inimese käitumuslikust spetsiifikast. Sellega nõustub ka Townend (2009), kes arutles indiviidi käitumise seoste üle enesekontrolli ja selle moraalse aspektiga. Suutmatus vältida indiviidi tasandil ebatervislikuks määratletud ülekaalu, võimaldab taoline diskursus võtta üksikindiviidide suhtes moraliseeriva hoiaku (ka tahtmatult). See tekitab hiljem olukorra, mille puhul tegeletakse pigem inimeste kehakaaluprobleemist vabanemisega, mitte seda soosinud sotsiaalsete tingimustega (Kwan 2009). Sellise kuvandi taastootmisele aitavad kaasa ka meedia poolt esitatavad kaalulangetamisprogrammid.

Inimeste käitumine on küllaltki palju determineeritud ühiskonnastruktuurist ning võimalustest soovitud tegevusi rakendada. Sellegipoolest on põhiline vastutus oma tervise eest hoolitseda jäetud indiviidile, lähenedes inimkäitumisele ratsionaalsuse printsiibist. Ülekaalulisuse vastu võitlemisel ning tervise eest hoolitsemisel loodetakse indiviidi kalkuleeritud otsusele oma käitumist ja hoiakut muuta, et eemaldada tervislike eluviiside järgimise läbi erinevate haiguste riskifaktoreid. Lähtudes taolisest hoiakust tekib küsimus, kas inimesed langetavad siis teadlikult "väärraid" otsuseid või puuduvad neil „ratsionaalsete“ valikute tegemiseks piisavad ressursid ning mõjusad tegurid? Võib arvata, et suurem tõepõhi lasub viimasel.

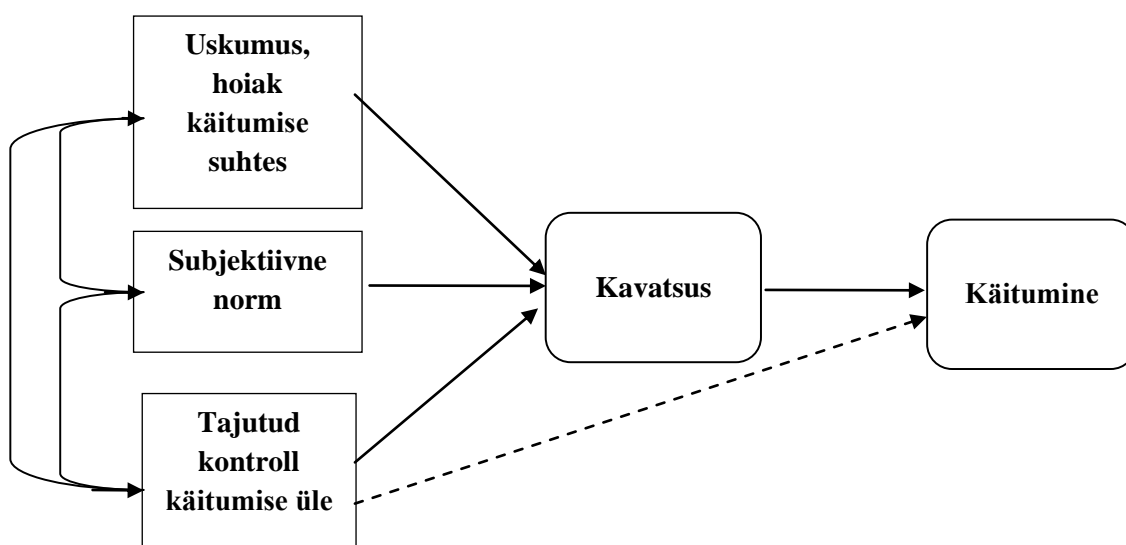
Inimeste valikuvõimalusi ei tohi ülehinnata, kuna ülekaalulisuse tekkimisel on mitmeid soosivaid tegureid, mis pole inimeste valikute nimekirjas, näiteks geneetiline soodumus ning tervisliku eluviisi rakendamist takistav sotsiaalne keskkond (*obesogenic environment* – ingl. k). Seetõttu on vajalik uurida käitumuslikke muutusi esilekutsuvaid tegureid, et nendele ka tervislike eluviiside propageerimisel tähelepanu osutada ning vajalikku abi osutada.

1.3.2. Planeeritud käitumise teooria

Tervisliku eluviisi rakendamiseks igapäevaelus loodetakse inimese ratsionaalsele käitumisele, arvestades nii enda varasemat, hetkelist kui ka tulevikus soovitud tervislikku seisundit. Samal ajal ei saa vaikumisi eeldada, et kõik inimesed jõuaksid samale järelatuseni ja kavatsuseni. Kuidas on seega kujunenud inimese otsus elada tervislikult ning järgida sellega kooskõlas olevaid strateegiaid? Ajzen (2005) pakub välja planeeritud käitumise teooria, mille kohaselt

eeldatakse inimeste mõistlikku (kuid mitte tingimata ratsionaalset) valikut pärast olemasoleva informatsiooni ning otseselt või kaudselt kaalutletud käitumise mõju hindamist.

Tegevuse/käitumise kõige olulisemaks determinandiks on eelnevalt kalkuleeritud kavatsus, mida omakorda mõjutavad mitmed tegurid, nagu hoiak ja uskumused käitumise enda suhtes, subjektiivsed normid ning tajutud kontrolli määr kavatsetud käitumist ellu viia (vt joonis 1). Hoiak käitumisakti suhtes tähendab soosivat või mittesoosivat hinnangut käitumise enda ja selle mõju suhtes, samuti hinnangut eelnevalt läbiviidud käitumise õnnestumisele. Subjektiivne norm väljendab teiste osapoolte suhtumist käitumise rakendamise suhtes ning indiviidi valmisolekut talle omaks saanud sotsiaalse survele alluda. Normi subjektiivsus tuleneb just indiviidi usust sotsiaalse normi adekvaatsusesse, mis tingib selle assimileerimise ning isikliku standardina kehtestamise. Viimaseks teguriks olev tajutud kontrollimäär käitumise üle kirjeldab inimese hinnangulist raskusastet planeeritud tegevus ellu viia. Käitumuslikku kavatsust kujundavad uskumused on teooria järgi omavahelises suhtes, mistõttu võib näiteks tajutud kontroll käitumise üle mõjutada hoiakut tegevuse suhtes ning vastupidi. (Ajzen 2005).



Joonis 1: Planeeritud käitumise teooria (Ajzen 2005: 118)

Planeeritud käitumise teooria puhul tuleb ka silmas pidada, et kontrolli omamise tajufaktor omab käitumisele tugevamat mõju, olenevalt näiteks inimese tahtejõust või ka

olemasolevatest vahenditest, ressursidest, kuna see on ka käitumise realiseerimise otsene determinant (Ajzen 2005). Isegi kui inimesed on teadlikud tervisliku eluviisi kasulikkusest ning tunnetavad sotsiaalset survet seda järgida, siis ei pruugi nad seda siiski teha, kuna näevad liigselt takistusi tervislikult toituda ning kehaliselt aktiivselt olla. Näiteks võib soovitud toidukorv olla neile liiga kallis ja/või asjaolu, et nende elukohas on vähe sportimisvõimalusi. Seetõttu leiavad ka teised autorid, et enesetõhususe ja barjääride kriteerium on üheks olulisemaks teguriks käitumise realiseerimisel (vt näiteks Rosenstock 1988).

Kontrolli omamise tajutav erineb kindlasti sõltuvalt subjektiivsetest võimetest, mida tavakeeli võib mõista nn tahtejõu omamise kaudu. Cutler jt (2003: 112-113) tõid näiteks esile, et inimesed kipuvad üle sööma, kuigi nende sooviks on kaalu hoopis alandada. Kalkuleerides kasu ja kulu suhteid, langetatakse otsus kohest rahuldust toova toidu tarbimiseks, kuna teatakse, et ületarbimisest tulenevad kulutused tervises seisundi suhtes ilmnevad alles tulevikus. Seega seisneb enese üle kontrolli omamise probleem raskustes loobuda käesolevast naudingust tulevase kasu nimel. Nüüdisaja toidu valmistamise kiirendamise võimalus on teinud taoliste probleemidega inimestele karuteene, sest kuigi vähenenud ajakulu on inimeste heaolu ajaliste ressursside perspektiivis suurendanud, siis vähese enesekontrolliga indiviidide puhul võib nende tervislik heaolu siiski ületarbimise tõttu kahaneda. (ibid).

Erinevaid barjääre ning olemasolevaid ressursse on oluline siiski adekvaatselt hinnata. Ajzen (2005: 118) toonitab, et planeeritud tegevuse mudel ei käsitle inimese objektiivset kontrolliastet konkreetses situatsioonis, vaid pigem tema poolt tajutud usku saavutada käitumuslikud eesmärgid. Samal ajal annab see siiski piisavalt hea ülevaate tegelikust situatsioonist, kuna käitumise otsene determineeritus kontrollitajust saab võimalikuks vaid olukorras, kus nimetatud tegur on kooskõlas tegeliku (objektiivselt hinnatava) kontrolliastmega käitumise üle (Ajzen 2005). Planeeritud käitumise teooria puhul tuleb ka rõhutada, et teooria lähtub eelkõige inimeste uskumustest, mis ei tarvitse olla alati tõepärased, vaid ka kallutatud, veel enam irratsionaalsed. Samuti ei pruugi inimesed kõiki mudelis esitatud samme teadlikult kaaluda, vaid viia käitumine ellu varasemalt omandatud arusaamade ja hoiakute pagasi põhjal (Ajzen 2005: 126). See võimaldab seletada ka juba väljakujunenud harjumuste muutmise keerukust.

Planeeritava tegevuse kavatsust kui ka seda determineerivate uskumuste, normide ja taju kujunemist mõjutavad kindlasti ka teatud tausttegurid, nagu sugu, vanus, sotsiaalmajanduslik staatus jt. Teatud sotsiaalsete gruppide seas võib esineda käitumisakti kohaldamist vähesoosiv hoiak ning väiksem kontrollitaju käitumise üle, mistõttu on ka tervisliku eluviisi järgimine ebatõenäolisem. Sotsiaalne stratifikatsioon realiseerub sel juhul ka tervisenäitajate ning ülekaalulisuse põhjal, mistõttu on ülekaalulisus ja rasvumine levinum teatud sotsiaalmajandusliku staatusega gruppides, näiteks madalama haridustasemega naised (McLaren 2007). Samas mõjub üldine sotsiaalne ebavõrdsus ühiskonnas ka negatiivselt inimeste võimalustele hoida endi tervist. See paneb haiguse tekkides suurema koorma deprivatsioonidele ning sotsiaalselt ohustatumatele gruppidele (nt lapsed, madala sissetulekuga isikud), kuna neil on piiratum ligipääs arstiabile (*The Challenge of obe...* 2007: 37).

Planeeritud käitumise teooria on tervisliku eluviisi järgimise uurimiseks kasulik raamistik, kuna võimaldab vaadata inimeste uskumusi kavatsetud tegevuse suhtes täpsemalt. Planeeritud käitumise teooriat on Ajzeni (2005: 120) järgi toetanud mitmed uurimused, leides, et käitumise eelduseks olev kavatsus on statistiliselt seotud hoiakutega käitumise suhtes, subjektiivsete normidega ning samuti tajutud kontrolliga. Samal ajal on nimetatud teooriat ka kritiseeritud. Näiteks näitas Fila ja Smithi (2006) poolt läbi viidud uurimus linnas elavate Ameerika põlisrahvusest noortega, et kuigi Ajzeni mudelis nimetatud determinandid olid otseses korrelatsioonis planeeritud tegevuse kavatsusega, siis noorte kavatsusel ning nende potentsiaalsel tervislikul toitumisel kui reaalsel käitumisel seost siiski ei leitud. Seega võivad inimese tervisliku eluviisi lõplikku täideviimist mõjutada ka muud tegurid, mis seab planeeritud käitumise teooria rakendatavuse tervisedenduses küsimuse alla. Samas aitab see inimesi suunavaid tegureid siiski uurida, mistõttu olen Ajzeni mudeli ka käesoleva uurimuse lähtealuseks võtnud. Teades kavatsust kujundavate tegurite mõju ning iseloomu, on võimalik käitumise esinemist paremini prognoosida ning ka teatud vahenditega esile kutsuda.

1.4 Probleemi seade ja uurimuse eesmärk

Ülekaalulisuse probleem ühiskonnas tuleb esile nii halvenevate tervisenäitajate kui ka tervishoiu majandusliku jätkusuutlikkuse küsimuse vaatenurgast. Liigest kehakaalust tingitud

tervisehäirete ennetamiseks (või nende leevendamiseks) suunatud poliitika on sellest tingituna omandamas järjest suuremat tähelepanu. Ülekaalulisuse näitel on keha ja tervisekäitumise vahekorra mõtestamisel lisaks biomeditsiinilistele seletustele oluline ka sotsiaalne ning käitumuslik aspekt. Inimesel on võimalik oma tervise säilitamise nimel astuda vastavaid tegevussamme, milleks tuleb aga järjepidevalt oma tervislikku seisundit ning olemasolevaid ressursse hinnata. Uurimustöös püüan välja selgitada erinevaid tegureid, mis mõjutavad inimest järgima meie ühiskonnas tervislikuks määratletud eluviisi.

Uurimus lähtub sotsiaalkonstruktivistlikust vaatenurgast, mille kohaselt luuakse arusaamad sotsiaalsetest nähtustest ning objektidest inimestevahelise suhtlemise ja protsessi tulemusel. Jagatud arusaamade puhul on oluline jälgida seetõttu ka konkreetset sotsiaalset konteksti. Ülekaalulisuse ohtlikkuse ning tervisekäitumise tähtsustamine on inimeste tervise ning heaolu säilimise nimel ülioluline. Taolise hoiaku paremaks kujundamiseks on vaja jõuda aga subjektiivsete tähenduste ja praktikate mõistmiseni. Uurimustöö lähtepunktiks on seega ülekaalulisuse kui sotsiaalselt konstrueeritud probleemi mõtestamine, keskendudes selle lahendamisele tervisliku eluviisi järgimise perspektiivis.

Tervise eest hoolitsemine sisaldab endas pidevat kalkuleerimist olemasolevate võimaluste ja ressursside ning soovitatavate kasutegurite saavutamise vahel, mis on kooskõlas eelpool kirjeldatud Ajzeni planeeritud käitumise teooriaga. Nimetatud lähenemist on varasemalt kasutatud peamiselt kvantitatiivsetes uurimustes. Samas on see igati kohaldatav ka kvalitatiivsete uurimistööde puhul, uurimaks sügavamalt tervisliku eluviisi järgimise kavatsust mõjutavaid tegureid.

Käesoleva uurimustöö eesmärk on esmalt uurida, kuidas mõtestavad liigse kehakaaluga inimesed tervislikku eluviisi ning teiseks, millised mõjutegurid suunavad inimest muutma oma käitumist ülekaalulisusega seoses või seda takistavad. Lähtudes planeeritava käitumise teooria mudelist, püüan neid siduda isiklike uskumuste, normatiivsete tegurite ning kontrolli hoidmise taju kategooriatega. Mõistes erinevate mõjutegurite sisu lähtuvalt ülekaaluliste inimeste arusaamadest tervise ning kehakaalu kohta on võimalik saadud teadmisi rakendada ka efektiivsema tervisepoliitika kujundamiseks tulevikus.

II PEATÜKK. METOODIKA

2.1 Metodoloogiline lähtekoht

Tervisliku eluviisi järgimise uurimiseks olen käesolevas töös valinud eksploratiivse lähenemise, et selgitada välja tervisele ning kehakaalule omistatud tähendusi, ühiskonnast tulenevaid norme ning barjääre nimetatud elustiiliga kooskõlas olevate tegevuste rakendamiseks. Eestis on viidud läbi mitmeid tervisekäitumise, toitumise ning füüsilise aktiivsuse uuringuid, kuid need pole suutnud kirjeldada ülekaalulisuse kui sotsiaalse probleemi subjektiivset tähendust. Lisaks sotsiaalselt konstrueeritud tähendustele on oluline uurida ka spetsiifilisi tegureid, mis soodustavad ülekaalulisuse teket erinevate kohortide seas, mille kaudu on võimalik luua efektiivsemaid sekkumismeetodeid. Seega on töö panuseks selle võimalik rakendatavus tänase tervisedenduse praktika täiustamisel, aidates kaasa ülekaalulisust soodustava keskkonna muutmisele ning seeläbi ka ülekaalulisusega seotud haiguste tekkepõhjuste mõju vähendamisele.

Uurimus lähtub sotsiaalkonstruktivistlikust vaatenurgast, mille kohaselt kujundatakse tähendusi ning arusaame sotsiaalsetest nähtustest ning objektide kohta inimestevahelise interaktsiooni käigus. Inimeste poolt koos loodud tähenduste uurimiseks annab võimaluse kvalitatiiivne uurimismeetod, mis võimaldab avada ülekaaluliste inimeste endi arvamusi käsitletavast fenomenist (emic) (Patton 2002, 267-269). Samal ajal tuleb tõdeda, et kasutatud meetoodika ei võimalda saadud tulemusi üldistada kõigi Eesti elanike arvamusele. Seega on töö eesmärgiks anda ka pinnas tulevikus laiahaardelisema uuringu läbiviimiseks.

2.2 Meetod

2.2.1 Andmekogumismeetod

Andmete kogumiseks viisin läbi kuus poolstruktureeritud intervjuud, lähtudes probleemikeskse intervjuu põhimõtetest. Taoliste intervjuude printsiipideks on keskendumine

probleemile ja orienteerumine eesmärgile ning uurimisprotsessile (Laherand 2008: 196). Probleemikeskset intervjuud tutvustas Witzel (2000), kes leidis selle lähenemise tugevuseks olevat just hea tasakaal teooriast lähtumise ja avatuse vahel ning samuti induktiivse ja deduktiivse mõtlemise kaasamist uurimisprotsessis. Probleemikeskse intervjuu “eesmärgiks on nii objektiivsete andmete kogumine inimese käitumise kohta kui ka nende subjektiivsete tajuviiside väljaselgitamine, mille abil inimene käsitleb sotsiaalselt reaalsust”. (Laherand 2008: 195).

Intervjuudes käsitlesin kolme teemat. Esimeses blokis uurisin tervise ja ülekaalulise subjektiivseid tähendusi ning taju, teises nägemust individuaalsest otsustusvabadusest ning õigustest, ning viimaks survet teatud käitumisviiside (tervislike eluviiside) rakendamiseks. Uurijana pidasin oluliseks jätta intervjuude iseloom võimalikult avatuks, et vastaja endi nägemus uurimisteedest kerkiks paremini esile. Seetõttu võisid intervjuu teemablokid ka mahu suhtes erineda. Lisaks esitasin intervjuu lõpus respondentidele lühikese küsimustiku nende sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike karakteristikute väljaselgitamiseks. Neid on vaja teada subjektiivsete tähenduste tausta uurimiseks, kuna aitab potentsiaalselt näha sotsiaalsest keskkonnast tulenevaid mõjutegureid.

Intervjuudest saadava andmete puhul tuleb arvestada, et esitatav info konstrueeritakse interaktsiooni käigus, mida võib mõjutada ka uurija persoon, läbiviidava intervjuu asukoht, intervjuueeritava meeleolu ning teema aktuaalsus vastajale. Kvalitatiivse uurimuse puhul on kõrgendatud tähelepanu just sotsiaalsel kontekstil, millega kaasneb ka uurija huvi uurimisprotsessi erinevate etappide suhtes (Neuman 2006:158). Käesoleva uurimuse teema on küllaltki delikaatne, mistõttu tuli arvestada vastajate ebamugavusega teatud küsimustele vastamisel. Seetõttu viisin intervjuu hõlbustamiseks läbi just individuaalsed intervjuud, mis on vastaja jaoks privaatsem viis.

2.2.2 Valim

Eksploratiivsele uuringule sobilikuna rakendasin mugavusvalimit, kasutades intervjuueeritavate leidmiseks interneti-foorumeid ning nn lumepalli meetodit. Samuti võtsin ühendust Tartus koos käiva toitumisgrupi nõustajaga, kelle abil oli võimalik pöörduda

grupiliikmete poole uurimuses osalemise kutsega. Valimi moodustamisel püüdsin järgida heterogeensuse printsiipi, et anda võimalust varieeruvate tähenduste esinemiseks uuritava sotsiaalse fenomeni (tervisekäitumine toitumise ja liikumise seisukohalt) ja terviseprobleemi (ülekaalulisus ja sellest tulenevad tervisehäired) kohta. Uurimuses osamine oli vabatahtlik, mistõttu võib arvata, et intervjueeritavad on teemast rohkem huvitatud ning võivad tervislikku eluviisi ka igapäevaelus järgida. Seega võib käesoleva töö andmestik olla veidi kallutatud.

Valimisse kuulunud inimeste osalemise kriteeriumiks oli kas praegune või varasem isiklik kogemus liigse kehakaaluga. Intervjueeritavateks osutusid kuus respondenti eri Eesti paikadest - neli naist vanuses 22-42 aastat ning kaks meest vanuses 41 ja 57 aastat. Kõik respondendid olid eesti rahvusest, enamus olid lapsevanemad ning omasid kõrgharidust. Leian, et bakalaureuse töö mahust lähtuvalt on valimisse kuulunud inimeste hulk piisav, et saadud andmeid analüüsides uurimiseesmärke täita. Järgnevalt olen esitanud ka intervjueeritavate sotsiaaldemograafilise kirjelduse tabelina.

Tabel 3. Intervjueeritavate sotsiaaldemograafiline kirjeldus

	Rahvus	Sugu	Vanus	KMI	Haridus	Amet	Elukoht
Vastaja 1	eestlane	mees	57	34,3	kõrgharidus	insener	Tartu vald, Tartumaa
Vastaja 2	eestlane	naine	33	28,3	kõrgharidus	õpetaja	Ambla vald, Järvamaa
Vastaja 3	eestlane	naine	38	24,4	rakenduslik kõrgharidus	intensiiv-raviõde	Tartu linn, Tartumaa
Vastaja 4	eestlane	naine	22	39,8	kõrgharidus omandamisel	üliõpilane	Tartu vald, Tartumaa
Vastaja 5	eestlane	mees	41	34,9	kõrgharidus	audiitor	Viimsi vald, Harjumaa
Vastaja 6	eestlane	naine	42	31,2	keskeriharidus	juhataja asetäitja	Kernu vald, Harjumaa

2.2.3 Analüüsi meetod

Andmekogumisfaasis lindistasin tehtud intervjuud, et teha võimalikuks nende hilisem transkribeerimine. Järgmise etapina kodeerisin läbiviidud intervjuud nii induktiivse kui deduktiivse kodeerimise põhimõttel, võimaldamaks teooriast väljasolevate aspektide esilekerkimist. Samas kategoriseerisin erinevad koodid hiljem siiski teooriast tulenevate aspektide kaupa, tõstes esile domineerivaid alateemasid. Andmeanalüüsi algusetapis võtsin ülesandeks saadud andmete kõrvutamise ülekaalulisust ning tervisedendust käsitlevate teooriate ja lähenemistega.

Andmete analüüsimiseks kasutasin järgnevalt kvalitatiivset sisuanalüüsi, täpsemini suunatud sisuanalüüsi, mille eesmärgiks on kinnitada või edasi arendada käesoleva uurimisteema teoreetilist raamistikku (Laherand 2009: 292). Suunatud sisuanalüüsi puuduseks on potentsiaalne normatiivne kallutus. Seda olen aga käesolevas töös püüdnud välistada, otsides andmete analüüsimise käigus ka tõendeid, mis võiksid olemasolevat teooriat ümber lükata.

Käesolevas töös olen esitlenud uurimuse tulemused eelnevalt määratletud uurimisküsimuste kaupa, püüdes siiski arvestada nende esilekerkimist läbiviidud intervjuudes. Alateemad lähtuvad käitumuslikku kavatsust mõjutavatest mõjuteguritest, mida tutvustasin Ajzeni planeeritud käitumise teooria puhul. Tulemuste illustreerimiseks olen esitanud ka vastajate poolt lausunud tsitaate. Need olen hiljem seostanud teemakohase kirjanduse ning teooriaga, et kontrollida viimaste rakendatavust valimi puhul ning analüüsida ülekaaluliste inimeste tervisliku eluviisi rakendamise mõjutegureid.

2.2.4 Uurimuse käik

Uurimuse viisin läbi 2012/2013 talvel. Andmekogumisfaasi alguses uurisin respondentide leidmiseks mitmeid Eesti toitumis- ja kaalujälgimisalaseid internetifoorumeid ning esitasin neis foorumiliikmetele kutse uurimuses osalemiseks. Samuti võtsin ühendust erinevate toitumisspetsialistidega, et leida sobivaid respondente.

Järgmise etapina viisin läbi intervjuud, mille toimumispaigaks oli Tartu ja Tallinn ning nende kestuseks oli enamasti üks tund. Tuleb nentida, et mõne intervjuu puhul võis kohtumispaik pärssida hea kontakti saavutamist uuritava persooniga ning vähendada seetõttu ka esitatava info sügavust.

2.3 Eetilised aspektid

Nii respondentide otsimisel kui ka intervjuu eel selgitasin vastajatele käesoleva uurimuse eesmärgid ning selle saavutamise viisi. Lisaks toonitasin nende vabatahtlikkust uurimuses osaleda ning kinnitasin nende isiku konfidentsiaalseks jäämist. Andmete esitamisel lähtusin käesolevas töös just anonüümsuse printsiibist, mistõttu jäävad tsitaatide esitusel vastajate nimed varjatuks. Enne intervjuude läbiviimist küsisin respondentidelt ka luba andmete lindistamiseks tahvelarvutiga.

2.4 Uurija refleksiivsus ja interaktsioon intervjuude läbiviimisel

Teema delikaatsuse tõttu pidasin uurijana vajalikuks hea kontakti loomist intervjuueeritavatega, mida oli mõnel juhul raske saavutada. Takistused selleks võisid tuleneda intervjuu läbiviimise keskkonnast, osalejate iseärasustest, kuid ka ajalistest piiridest. Näiteks muutusid mõned respondendid avatumaks alles intervjuu lõpupoole. Seetõttu väljusime paaril korral ka oma vestluse määratletud ajalistest raamidest, et anda võimalus teemasse rohkem süüvida. Probleemseks pean ka minu kui intervjuueerija poolset selget sõnakasutust ning respondentide vastuste kohest sügavamast uurimist. Intervjuusid transkribeerides leidsin mitmeid kohti, kus oleksin saanud oskuslike lisaküsimustega teemat paremini avada.

Intervjuude käigus muutus minu subjektiivne arvamus käsitletavast uurimisprobleemist, kuna sain võtta arvesse uusi aspekte, mida intervjuueeritavad välja tõid. See näitab ka kvalitatiivse uurimuse kasulikkust, uurides inimeste tõlgendusi uuritavast probleemist ning seega rikastades teemale lähenemist. Uurimisprotsessi käigus muutus osaliselt ka määratletud uurimisprobleemi fookus. Algselt soovisin käesoleva töö käigus keskenduda ülekaalulisuse tähendustele, selle determinantide ning mõju uurimisele, kuid lähtudes pigem probleemist vabanemise ja/või selle leevendamise aspektist, jõudsin lõpuks tegevusstrateegiate uurimiseni.

Tervislik eluviis kui käesoleval ajaperioodil küllaltki populaarne teema osutus heaks uurimisprobleemiks, kuna andis võimaluse uurida inimeste soovi oma keha ning tervise eest hoolitseda. Lisaks võimaldas see avada ka sotsiaalselt konstrueeritud tähendusi inimese tervise kohta.

Käesoleva bakalaureusetöö isiklikuks eesmärgiks olin püstitanud ka selle kasulikkuse uuritavatele endile. Mõned vastajad esitasid valimis osalemise kriteeriumiks soovi lugeda valminud tööd, mis annab võimaluse ka analüüsitulemusi paremini avalikustada. Uurijana lähtun isiklikust arvamusest, et eneserefleksioon annab põhjust sotsiaalselt konstrueeritud tähenduste ja tegevuste sügavamaks mõtestamiseks, mistõttu võimaldab kvalitatiivne uurimus avada erinevaid kogemustemaailmaid ka uuritavatele endile.

III PEATÜKK. ANALÜÜS

Analüüsi olen läbi viinud intervjuudest saadud andmete põhjal ning esitanud tulemused uurimusküsimustest lähtuvalt. Analüüs jaguneb esiteks ülekaalulisusele ja tervisele omistatud tähenduste käsitlemiseks ning teiseks tervisliku eluviisi järgimise mõjutegurite avamiseks intervjuueeritavate arvamuste põhjal. Tõendusmaterjalina kasutan intervjuude lõike, lisades neile omapoolseid selgitusi.

3.1 Tervise ja ülekaalulisuse tähendused

Tervise peale mõeldes esitasid intervjuueeritavad oma arvamusi pigem meditsiinilisest perspektiivist, lähtudes üldjuhul tervisest kui teatud haigussümptomite puudumisest. Rääkides erinevatest haigusnähtudest, tõsteti esile eelkõige külmetushaigusi ning füüsilisest koormusest tekkinud muresid, nagu valu põlveliigestes. Välja toodi ka näiteks vererõhu kui teatud kontrollifaktori olulisust. See olevat hea näitaja, mille kaudu oma füüsilist vormi hinnata. Tervise hindamisel lähtutakse üldjuhul väljatöötatud normatiividest, näitajatest ning usaldatakse meditsiiniliste hinnangute paikapidavust.

Mees, 41a: *“Tunned, et sul midagi viga ei ole. Ja oled ka aegajalt käinud kuskil arsti juures, tervisekontrollis, sealt pole ka midagi välja tulnud, siis sa eeldad, et sa oled terve.”*

Naine, 22a: *“Mul ei ole põhjust mõelda, kuna mul kogu aeg öeldakse, et kõik on korras. Et miks ma siis pean oma pead vaevama sellega, et aga äkki midagi ikkagi on. /.../ Kontrolli peaksid sa minema siis kui sul hakkavad probleemid. Ja isegi siis ei minda veel kontrolli. Kontrolli minnakse siis, kui käib see suur pauk. Selles suhtes, et mina ei ole kordagi kontrollis käinud, tegelikult. Sellepärast, et ma arvan, et mul kaalu pärast oleks probleemid. Mul põlved valutavad. Ma tean, mille pärast see oli. Mul ei ole sellepärast vaja arsti juurde minna, et ta mulle ütleks: “Sul on liiga...sa oled ülekaaluline, sellepärast sul põlved valutavad”. Mul ei ole vaja seda, sest ma tean ise ka seda.”*

Mõnel juhul oli tervise mõiste tõlgendamine siiski ka holistilisem, nähes seda dünaamilisena ning seostades seda elukaare, keskkonna ja elustiiliga.

Naine 38a: *“See on ju nii ja naa. Oleneb, kust kontekstist vaadata. Võib-olla on pigem niimoodi, kui inimene vananeb, siis tahestatmata organid hakkavad ka vananema seoses sellega. Et ei saa võrdusmärki panna, kindlasti ei saa. Pigem on niimoodi, et järkjärguline,*

jah. Aga see (tervise halvenemine - uurija märkus) ei pruugi nii olla, kui hakata juba varakust, lapsest saadik õppima tervislikult toituma, eluviisid jne.”

Intervjueeritavad töid välja, et tervise peale mõeldakse rohkem siis, kui tervisenäitajad on halvad, sest “tervise puudumine” segab igapäevaelu. Tervise ja enese „tunnetamine“ vajavat eraldi aega, mida on igapäevaelu toimetuste rütmist raske leida. Tervise esilekerkimise puhul hakatakse ka selle parandamise või säilitamise nimel teatud praktikaid sihipärasemalt rakendama, et tavapärase rütm taastada. Uurides hea ja halva tervise vahekorda, selgus, et vastavat suhet määratletakse järgmiselt: tervis püsib heal ja rahuldaval tasemel suhteliselt kaua ning muutub halvaks alles tervisenäitajate tõsisel halvenemisel. Samuti tõdeti, et meditsiinilise abi vajaduse korral (ka näiteks infopuuduse puhul) pöörduakse arsti puhul tihti alles tervise äkilise halvenemise korral, nii-öelda kriisiolukorras. Põhjuseks toodi välja abi kättesaamatus, mistõttu püütakse võimalikult kaua ise hakkama saada.

Naine, 42a: “Ma räägin, et kui isegi lapsed ei saa minna arsti juurde, et noh...et kui lähed seal, et midagi nagu on..aga ei ole ka.. ja nagu aru ei saa onju.. ja siis umbes... noh misasja et.. järjekord on haigetest kilomeeter.. sa ei tea isegi, kas sul on midagi viga või ei ole..noh.. et selles mõttes mina olen nagu seda hästi palju kohanud, et sa pead ikka nagu tõsiselt haige olema, enne kui sa sinna arsti juurde lähed.”

Sagedasti mainiti tervise tunnetuslikku aspekti, kuna tervisehinnang sõltub paljuski enesetundest ning meeleolust. Kui inimene on positiivselt meelestatud, tundub ka tervisemure väiksem (või ei tule üldse esile). Sama kehtib ülekaalu märkamise puhul - see oleneb keskkonnast, kus viibitakse ning inimestest, kellega koos ollakse. Samuti erineb probleemi tajumise määr periooditi.

Naine, 22a: “Kui ma olen üks, siis mul ei ole mingisuguseid probleeme. Kui mul on juba inimesed ümber, eriti need inimesed, kes tõesti hoolivad minust, siis ma olen niimoodi, et..äkki ma peaks võtma salli ümber või rohkem riideid selga panema või (naerab - uurija märkus).”

Mees, 57a: “Ma arvan, et see on päeviti erinev, võibolla, et ikkagi, kui enesetunne on halb või on stress, siis on ikka halb tervis. Aga kui on meeleolu hea ja mingi nohu ka ei piina, siis ongi nii..”

Ülekaalulisust mõisteti enamasti esmalt esteetilise murena ning seejärel toodi sisse ka negatiivse mõjutegurina tervise ja füüsilise võimekuse aspektist lähtuvalt. Liigse kehakaalu märkamine tuleb esile just võrdluses teistega, lähtudes ilule ning tervisele antud hinnangutest.

Kehakaalu jälgimiseks kasutatakse teatud kontrolliühikuid, nii väljatöötatud meditsiinilisi standardeid (nt kehamassiindeks) kui ka näiteks soovitud suuruses riidesemeid. Intervjueeritavate jagatud tõeks on kujunenud arusaam, et ülekaalulisusega tegelemine kuulub inimese enda vastutusalasse ning on seega määratletud individuaalse probleemina.

Naine, 42a: "Ja noh tütar on nüüd juba 17, et see nüüd üritab siin juba ise. Et eks ta näeb ju ise, et kui mõni riie jälle punnitab seljas, et siis..et noh.. tema teab juba ise ja hoiab ja oskab hoida."

*Naine, 33a: "Minu jaoks tähendab see seda, kui ma ei ole endaga enam rahul. Et ei lähe need riided selga, mida ma tahaks endale selga panna ja ikka väljanägemine on inetu."
"Kes muu saab minu kehakaalu jälgida ja ohjata, kui mina.. kui mitte mina ise. Et selles suhtes jätkuvalt olen hämmingus.. selles samas, nagu inimesed kaaluvad juba 150 kilo ja siis nad ei tee selleks mitte midagi, et seda pidurdada või..ohjata. Et..et ikkagi peaks olema ikkagi iga inimese kohusetunne."*

Tervise hoidmise ja parandamise võimalusena nähti olulisel kohal olevat just tervisliku elustiili järgimist. Siinkohal mõisteti seda eelkõige toitumise ja liikumise seisukohast, kuigi küsides "Milliseid juhtnööre tervislike eluviiside rakendamiseks oskate nimetada?", toodi mõnel juhul välja ka muid aspekte, nagu õigeaegne tervisekontrollis käimine, suitsetamisest ja narkootikumidest hoidumine, turvaseks jms. Taoline lähenemine on küllaltki ootuspärane, kuna uurimustöö ühe teemana käsitletud ülekaalulisuse tõttu olid intervjueeritavad selliseks tõlgenduseks juba varasemalt meelestatud.

Rääkides tervisliku eluviisi järgimisest selgus, et tihti on see seostatud just kaalu langetamisega. Kuna ülekaalulisus on püstitatud individuaalse probleemina, mille lahendusena nähakse kaalu vähendamist, kasutades tervislikule eluviisile sarnaseid strateegiaid, võivad tegevuspraktikate eesmärgid olla omavahel seotud. Läbi viidud intervjuude põhjal võib esile tuua ka tähelepaneku, et rääkides tervislikust eluviisist kippusid naisrespondentide käsitluses domineerima toitumisalased aspektid, meeste puhul aga sport ning liikumine. Nendest teemadest räägitakse ka naiste- (ja meeste-) vahelistes suhetes rohkem. Siin tuleb esile inimeste erinevad tõlgendused küsimuse all olevast käitumisest ning elustiilist.

3.2 Tervisliku eluviisi järgimise mõjutegurid

Intervjuudest selgus, et tervisekäitumine ning ülekaaluga tegelemine on seotud inimese enda sooviga järgida määratletud eluviisi. Kõikidest intervjuudest käis läbi arvamus, et inimesel peab olema tahe, mille puudumise korral ei saa kedagi sundida midagi tegema. Lisaks rõhutati tervisliku eluviisi järgimise tingimusena just inimese mõistlikku suhtumist nii probleemi tunnistamise kui tervisliku eluviisi kasuteguri suhtes, millest kuvab läbi üldine arusaam tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse kasulikkusest nii indiviidile kui ühiskonnale. Seega olid intervjuueeritavad käsitletava tegevuse suhtes positiivselt meelestatud.

Nii ülekaalulisuse probleemiga tegelemist kui ka vastutust järgida tervislikku eluviisi nähti individuaalse ülesandena. Avaldades arvamust näiteks kohustusliku tervisekontrolli või autoritaarsemate sotsiaalsete tegutsejate (perearst, tööandja) poolse elustiili kujundamise kohta, leidsid intervjuueeritavad, et inimestel tekib üldjuhul vastuseis tunnetatud sunduse suhtes. Lisaks on keha ning oma tervise üle kontrollimine osa individuaalsest valikuvabadusest, mistõttu tundub teiste sekkumine inimese privaatsfääri ebaõiglasena. Taoline lähenemine järgib liberalistlikke ideid, mille kohaselt on igal inimesel õigus vabalt otsustada ning seda tuleb austada. Kasutades väljendit “elustiili kujundamine”, jäi mulle kui intervjuueerijale mulje, et sõnapaariga kaasnevad sundusele omased tähendused, mis võivad tunduda liiga radikaalsed. Samal ajal pidasid intervjuueeritavad siiski oluliseks teadlikkuse tõstmist ning oskuslikku suunamist nii mikro- kui makrotasandil, mille puhul näen sarnasust elustiili kujundamisega.

3.2.1 Uskumused, hoiakud

Hoiakud tervisliku eluviisi suhtes on seotud eelnevalt analüüsitud tervise ja ülekaalu tähendustega. Nimelt, mil määral lähtub inimene käitumise järgimise soovi kujundamisel ülekaalulisuse probleemi subjektiivsest tähtsusest ning tajutavusest. Lisaks, kuidas mõtestatakse tervisliku eluviisi kasutegurit hetkelisele olukorrale. Intervjuueeritavad tõid esile, et tervislike eluviiside järgimiseks on vajalik lähtuda tervisest kui väärtusest ning aru saada, et vastav käitumispraktika on neile kasulik.

Naine, 38a: "Kuna mina usun et mina ei vanane (naerab - uurija märkus), siis ma ei ..siis ma ei suuda uskuda, et mul mõned probleemid on. "

Oluline on ka planeeritud käitumise soovitud eesmärkide teadvustamine. Intervjuudes tuli esile, et tervisliku eluviisi rakendamine ülekaalust tingitud tervisehädade vältimiseks või leevendamiseks võidakse teiste poolt samastada lihtsustavalt kaalulangetamise iseloomuga. Seeläbi võib tervisekäitumine kätkeada endas ambivalentseid eesmärke ning mõjutada uskumusi määratletud käitumise suhtes.

Naine, 22a: "/.../ tervislikud eluviisid ei välista ülekaalulisust. Ja ülekaalulisus ei välista tervislike eluviise, et selles suhtes ma võin olla kuitahes tervislik, ta lihtsalt ei lähe maha. /.../ Üks ei välista teist eksole..et see.. et ta .. ta nagu ei saa aru nagu.. et khm.. et paksukesed tegelevad ka tervislike eluviisidega. See lihtsalt ei löö välja. See ei paista välja. See ..tunned vaid ise - sul on hea olla, sest sa tead, et sa tegeled sellega. Sa tead et sa toitud õigesti, sa liigutad. Aga keegi teine ei näe, sest midagi ei muutu. Ja siis tekibki küsimus, miks?[SSI] Ja siis sulle öeldakse ikkagi, et sa ju ei tee mitte midagi, sa ju ainult istud. Aga ma ju ei istu! Ma ju liigutan pidevalt ennast. Ma ei ole päevast läbi voodis..eksole.. aga see lihtsalt ei paista välja, ja mitte keegi ei usu, et sa midagi teed."

Vastajad tõid välja, et tervislikeks peetavate praktikate järgimiseks, näiteks teatud kaupade tarbimiseks, on vajalik tõenduspõhise info olemasolu ning seeläbi inimese teadlikkus. Varasemate harjumuste muutmiseks on vaja tõestust, miks on pakutav toode (või liikumisharrastus) kasulik. Infot on võimalik saada erinevat kirjandust lugedes, interneti kasutades, kuulates ettekandeid läbi erinevate meediumite ning „võttes abi vastu“ (Naine 38a). Tervislikku eluviisi puudutava info puhul toodi esile ka problemaatiline aspekt, nimelt tervisekäitumise juhtnööride segane esitus ning nende usaldusvärsuse küsitavus. Kuna inimestele kättesaadavas infoväljas esineb tihti vastandliku sisuga soovitusi, siis on neil raske otsustada, milline on niiöelda õige tegutsemisviis.

Hoiakute mõju tervisekäitumisele tuleb suuresti esile ka hinnates eelnevalt tavapäraseks olnud käitumisviise. Mitmed vastajad nentisid lapsepõlvkodust kaasasaadud toitumis- ja liikumisharjumuste negatiivse mõju olemasolu, mis on tänase tervisliku eluviisi sõnumiga vastuolus. Nendest ollakse endi sõnul küll praeguseks enam-vähem vabanetud, kuid harjumuse kujunemisel nähakse siiski põhilise tegurina teatud käitumise püsivat järgimist. Seda toodi eriti esile rääkides soovist kujundada oma laste hoiakuid, et nad järgiksid ka tulevikus tervislikku eluviisi.

Naine, 42a: *“Kui nüüd üldse enda lapsepõlve tagasi, siis noh see, see aeg oli nagu hoopis teine. Et seal, seal oli nagu see et: „Oo paks laps, ilus laps“ ja et noh, selles mõttes, et noh üks kindlasti vanemad on teind nagu hea karuteenemeile sellega. et lapsepõlvest on palju siukseid väga hirmsaid harjumusi ja kõike nagu kaasa tulnud. /.../ Sul otseselt ei olnudki nagu teha midagi sellepärast, et keegi nagu ei rääkinudki mingist siukesest asjast nagu tervislikust toitumisest.”*

Inimeste teadlikkus oleneb paljuski eelnevast isiklikust hoiakust ning huvist teema suhtes. Uurides tänaste tervisedenduslike sõnumite hulga kohta, leiti intervjuudes, et erinevatest tervisekampaniatest ning info edastamisest pole tekkinud üleküllasus, sest inimestel on võimalik alati televiisoris kanalit vahetada, lendlehti mitte lugeda jne. Pigem toodi välja, et kuna teema on muutunud ühiskonnas laiemalt käsitletavamaks, siis on lootust, et uuem põlvkond on teadlikum ning rakendab tervislikku eluviisi jõudsamalt.

Naine, 38a: *“Iga aastaga järjest rohkem sellest räägitakse, meedia kajastab rohkem..ja ja inimesed saavad targemaks. /.../ Kui see..järjest rohkem hakatakse..sünnist saadik onja.. meile ..nagu minuvanustele juba räägitakse, siis meie anname need näiteks edasi. Ja see ei ole niimoodi, et mina kodus nagu räägin onja, ja loe läbi. Sellest on läbi..vähe abi. Sellest peab, meedia, kool, lasteaid, et see tuleb igalt poolt. Et sellest tuleb rõhutada, rääkida, tuua näiteid.”*

Siinkohal tulebki esile ühiskondliku arvamuse ja teadlikkuse mõju inimekäitumisele. Kujundades neid ühiselt aktsepteeritud ja legitimeeritud normideks, on võimalik suurendada tõenäosust käitumusliku kavatsuse tekkimiseks ja reaalse tegevuse praktiseerimiseni. Järgnevalt käsitlengi täpsemalt subjektiivsete normide mõju tervisekäitumisele ning tegureid, mille põhjal on need kujundatud.

3.2.2 Subjektiivsed normid

Subjektiivsete normide mõju tervisliku eluviisi järgimisele väljendasid ka intervjuueeritavad, rääkides ümbritsevate inimeste suhtumise mõjust isiku sooritatud tegevusele (toitumise jälgimine, liikumisharrastused) ning tõstes esile nn olulise teise rolli normi kujundamisel. Oluliseks teiseks oli üldjuhul lähedased inimesed (pere, parimad sõbrad), kuid ka perearst kui lähim meditsiinitöötaja ning töökoha juhataja. Viimase kahe olulisus tuleb esile pigem nende võimetus arvamust avaldada ning aupaklikkuses nende suhtes. Arsti õigust kujundada inimese

tervislikku eluviisi legitimeerib tema meditsiinilised teadmised. Samal ajal toodi välja ka sobivuse aspekt perearsti isikuga, kuna tihti võidakse isiksuste mittedobimise korral perearsti sekkumist halvasti vastu võtta. Ülemuse puhul toodi välja pigem staatuslik aspekt, kuna “ülemusele vaadatakse ikka alt-üles”.

Sotsiaalsete tegutsejate olulisus subjektiivsete normide kujundamisel tuleb esile ka nende eksplitsiitsuse aspektist. Inimesel on võimalik end teadlikult sotsiaalsest survest eemaldada, kas end teistest inimestest füüsiliselt isoleerides või info koos soovitud tegevustega sekkumisstrateegiatena kõrvale lükates. Siin ongi olulisel kohal just sotsiaalse normi ja selle esitamise mahu aktsepteeritavus. Alljärgnev näide iseloomustab ka hästi inimese segadust normide assimileerimise vajaduse suhtes.

Naine, 22a: “See ei ole üldse lihtne! Sest...sest sa oled nagu nii pikalt olnud selline ja.. ja siis sa nagu mõtled, et no milleks ma seda teen? Kas ma teen seda enda jaoks? Aga ise oled sa juba nagu leppinud sellega. Siis sa ju teed seda teiste jaoks. Aga miks sa peaksid seda teiste jaoks tegema, kui sa tegelikult peaksid seda tegema enda pärast? Aga siis sa oled leppinud. See on nagu selline saba kinni, nokk lahti, nokk lahti, saba kinni olukord eksole!”

Norme võivad pakkuda erinevad paradigmad, näiteks väljatöötatud meditsiiniliste standardite kaudu. Intervjueeritavad tõi välja, et kaalu jälgimiseks on esitatud küll teatud abinõud, näiteks kehamassiindeks, rasvaprotsent jt, kuid neid tuleb arvestada lähtuvalt inimese soost, vanusest, füüsilisest toonusest jne. Lihtsustades kehamassiindeksi universaalsust kõikidele, on võimalik sünnitada valearusaame. Samal ajal olid mõned vastajad nimetatud näitajate suhtes ka kahtleval positsioonil, kuna nende kasutamine ning sügavam tähendus tundus segane. Lisaks väljatöötatud standarditele määratletakse kehakaalu ja -pildi hindamiseks ka isiklikke mõõdupuid, mida kasutatakse motivaatorina sihipäraseks käitumiseks.

Naine, 38a: “Võibolla olen lihtsalt mingisugused stiimulid paika pannud või et ma..näiteks kodus kapis on üks püksid ja ma tahan need jalga panna. Et nuh ma tahan need jalga panna ja siis ma liigun selles suunas. Ja tahan alla võtta. Ma ei arva, et ma praegu väga ülekaaluline olen, olen veidi ülekaaluline.”

Lähtudes sotsiaalse normi järgimise survest, võib käitumisele suunamiseks kasutada ka radikaalseid ning paradoksaalseid meetodeid, millel on potentsiaali positiivselt mõjutada niiõelda tervise suhtes ükskõikseid inimesi. Intervjuudest jäi kõlama uskumus, et teatud viisi

inimeste šokeerimine negatiivse ohumarkeriga suunaks neid paremini hindama tervisliku eluviisi kasulikke mõjusid ning looma subjektiivset käitumuslikku kavatsust. Šokk oleks justkui normist maksimaalselt hälbiv suurus, mis näitab võimalikku tegevuse mitterakendamise ohtu.

Mees, 41a: *“/.../ kui kuuled jälle, et mõni suhteliselt noor inimene on infarktiga teise ilma läinud, siis mõtled, et.. et peaks oma tervise eest rohkem hoolitsema.”*

Normidele vastamise puhul tuli esile ka teatud sootundlik aspekt, kuna toitumise puhul kehtib vastajate sõnul mõneti sugudevaheline topeltmoraal. Tervisliku toitumise sümbolina kasutatud salat on justkui nõrkuse sümbol, mistõttu on selle aktsepteeritavus meeste puhul väiksem. Samal ajal toodi välja, et mitmekesine toitumine on oluline kõigi seisukohalt. Üldiselt on vastajate sõnul on selles veendunud ka nende meestuttavad, mistõttu on esialgne halvustav kommentaar (*„Issand jumal sa tegid jälle mingit jänestesalatit, miks ma seda jänestesalatit pean sööma?“* – Naine, 22a) vaid „väike jonn“.

Tervislike eluviiside järgimise kohustuse suhtes tõid intervjuueeritavad välja ühiskonnas levinud vastanduvaid arusaame. Kuigi läbivaks arvamuseks on tervisliku eluviisi olulisus ning kasulikkus kõigile, siis samal ajal kehtib topeltmoraal ka kehakaalust lähtuvalt. Tervislikuks tituleeritud eluviisi järgimise kontrollimine on olulisem ülekaaluliste ning haigete puhul, mitte nii-öelda tervete.

Naine, 22a: *“Need, kes nagu on normaalsed, nende puhul ei tundu nagu keegi hoolivat, kas nagu teevad seda, või ei tee. Kas neil nagu on need tervislikud eluviisid, või ei ole.”*

Intervjuudest tuli mõneti esile ka normide vähene mõju, juhul kui need pole üldisesse hoiakusse internaliseeritud, vaid esinevad vaid fiktiivsete standarditena. Siinjuures tuleb esile just normide ja eelnevas alapeatükis analüüsitud hoiakute vaheline seos. Kui sotsiaalsed normid on võetud omaks isikliku uskumusena, on käitumusliku kavatsuse tekkimine tõenäolisem. Samal ajal võib norm muutuda ka teatud viisi barjääriks, kui see on ühiskonna poolt püstitatud liiga suureks, see tähendab normi täitmine asub inimese võimaluste hulgast väljas. Sel juhul tundub soovitud käitumise rakendamine liiga suure katsumusena, kuna ei tajuta selleks vajalike ressursside olemasolu.

Naine, 22a: *“Nad..tahetakse, et kõik inimesed ühel hetkel jõuaksid sinna punkti. Aga inimesed ei ole samade võimetega. /.../ Ma tunnistan seda, et ma olen ülekaaluline, mul on vähem nagu füüsilisi võimeid eksle. Et sellest tuleks aru saada, et..mitte panna seal, ma ei tea mingid.. kes meil on hästi tubli sportlane.. ma ei tea Veikko Täär ja.. (naerab) Evelin Ilves, Andrus Ansip, ja kes kõik veel..onju. Mitte nendega panna ühele joonele neid inimesi, kes on natukene tegelikult maas. Ja mitte käsitleda seda, et see maasolija, see on puue. Et sellepärast, et ta nüüd maas on, et see ongi see, mis nagu tundub, et hakkab nagu pärssima üldse kõigi..kõikidel seda tegevust. Et see just, et nad pannakse siukeste, liiga võimekatega kokku. /.../ Lihtsalt mul on vaja omas tempos kulgeda /.../ et mitte nüüd, et üldse mitte piitsa anda, muidugi tuleb piitsa anda. Aga mitte nii palju (naerab). Mõõdukalt mõõdukalt. Kõike tuleb tarbida mõõdukalt, ka tervislikke eluviise tuleb tarbida mõõdukalt. (naerab)”*

Järgnevalt analüüsingi tajutud kontrolliastet isiklike ja keskkonnast tulenevate barjääride ületamiseks tervislike eluviiside järgimisel.

3.2.3 Tajutud kontroll käitumise üle

Intervjuudes tuli esile, et tervislike eluviiside järgimine on suhteliselt keeruline, kuna inimesi takistavad näiteks majanduslik kitsikus, ajapuudus, varasemate kogemuste negatiivne mõju jne. Takistustest rääkides jäi aga domineerima kaks teemat: majanduslikud probleemid ning piiratud ajaressurss.

Esmalt leiti, et tervisliku eluviisi järgimist pärsib tervislikuks määratletud toiduainete liiga kõrge hind ning sporditrennis käimise kulukus. Samal ajal esitati palju ka vastandlike arvamusi, et *“keegi ei keela sportimast värskes õhus”* (Naine, 38a) või kirjeldades enda liikumisharrastusi (*“kui vähegi võimalik, siis käin ikkagi jala”* - Naine, 33a). Vastandlike väidete esiletoomine kõneleb siiski liikumisharrastuse sisu ning seatud eesmärkide suuruse erinevustest ja ka subjektiivsest kontrollitajust. Ressursside olemasolul võidakse puudusi vähem näha.

Sellegipoolest tuleb majandusliku kitsikuse juures esile just prioriteetide seadmise aspekt. Inimestel võib olla soov toituda kodumaisest ning ökoloogilisest toodangust, kuid arvestades oma majanduslikke ressursse tehakse ostukorvis kindlasti mööndusi.

Naine, 38a: *“Elementaarsed asjad võiksid tõepoolest soodsamad olla..et ma nüüd ostan eesti kurki, no ei jõua osta. Ostan ikka hispaania kurgi. Ja ma ostan... ma jätan kurgi ostmata. Ma*

sööngi ainult kartulit ja kastet, ma ei söö juurvilja, sest ta on..Kui on noh rahaga kitsas käes, siis ma jätan selle ostmata.”

Barjäärina tervisliku eluviisi järgimiseks toodi ka ajapuudust. Keeruline on järgida just regulaarset toitumist, kui näiteks töötingimused seda ei võimalda. See on ohtlik, kuna keha võib harjuda taolise toitumismustriga ning edaspidi järgitakse seda ka töövälisel ajakasutusel. Mitmed intervjuueeritavad tõid esile, et tänuväärt riigipoolne tegevus on lasteaedades ja koolides rakendatav tasuta toitlustamine, mille kaudu on lastel ja noortel võimalus regulaarseks toitumiseks. Lisaks järgitakse neis mitmekesise menüü pakkumise printsiipi, mistõttu on see kindlasti kooskõlas tervisliku toitumisega. Vastajad leidsid, et ka muudes asutustes oleks vajalik kujundada töökeskkond, kus töötajatel on võimalik võtta hetk enese eest hoolitsemiseks.

Ajafaktor tuleb esile ka rääkides motivatsioonist ning keskkonnast tulenevatest võimalustest. Nimelt on tervislike eluviiside järgimise keerukus sõltuv ka aastaegadest. Hilissügistel ning talvistel kuudel on Eesti parasvöötme kliima tõttu raskem leida motivatsiooni olla välistes tingimustes füüsiliselt aktiivne, mistõttu on käitumusliku kavatsuse esinemine ebatõenäolisem.

Mees, 57a: “Novembrikuu on mu jaoks näiteks kõige raskem kuu - lund veel ei ole, on pime, vihma sajab ja kui sul on muud probleemid ka kaelas, siis oled hädas. /.../ Ega sa ei saa rattaga minna sõitma, jalutama on ka keeruline minna. Pime on.. (alustab naermist) Kui kuskil tänavavalgustust ka ei ole, siis on see ühiskonna jõukuse teema. Näiteks ei lülita tänaval tuld välja või et sa saad ikkagi liikuda.”

Üleval toodud näites tuleb hästi esile riikliku tegevuse olulisus võimaluste loomisel, et inimestel oleks võimalik lihtsamini ületada keskkonnast tulenevaid barjääre. Kliimast tulenevad takistused võivad olla siiski ka omamoodi ressursiks, kuna omades kohustust tegeleda kodu- või aiatöödega, võib algselt raskeks osutunud füüsiline aktiivsus kujundada harjumust ning lihtsustada takistuste ületamist tulevikus.

Naine, 22a: “Siis ma jälle proovisin, sest mul ei olnud ju midagi muud teha kodus tegelikult. Ma lükkasin lund, mis on, mis tegelikult on õudsalt hea trenn, mis mulle hullult meeldib ka. Seda ma võiksin talvel kogu aeg teha. /.../ Mul oli nii rütm sees, mul ei olnud nagu mitte millegi pärast muretseda. Ma lihtsalt tegin, sest see oli nagu selline rütm oli sees ja rutiin

tekkis. /.../ Mul on endiselt hea olla nagu, sest ma tean, et samas.. Ma tean, et noh..kui vaja, siis ma saan sellega nagu hakkama sellega, et ma võin tõesti seda teha onju.”

Tajutav enesekontroll probleemide kõrvaldamisel sõltub tihti just muret pakutavate asjaolude akuutsusest või ka nende arvukusest. Omades näiteks tervisehädade tõttu puudujääke füüsilises võimekuses on inimesel raskem järgida soovitud aktiivsust. Siinkohal nähakse ülekaalu ka ohutegurina, kuna see vähendab tihtipeale füüsilisi võimeid ja tingib veelgi rohkemate tervisehädade tekkimist. Olles teadlik oma suutmatusest teatud barjääre ületada on käitumise rakendamine vähem tõenäolisem. Samas on oluline just pidev eneserefleksioon, kuna barjääride adekvaatsel hindamisel on võimalik nende ületamiseks tasapisi vastavaid samme astuda.

Naine, 38a: “Teadmised olid mul olemas, praktikas ma neid ei kasutanud. Et ma pigem teadsin, et ma söön üle, sest mul oli suitsuisu. Ja ma ei saanudki, et ma kahte asja ei tee. /.../ Ja siis ma teadlikult sõin üle, sest ma teadsin, et ma olen, et ma saan sellega hakkama. Et ma pärast võtan sellest kaalust ka alla, kas kellegi abiga või ma tean, et ma ei taha elu lõpuni paksuks jääda.”

Kontrollitaju kujundamine toimub kindlasti juba varases eas. Mõned intervjuueeritavad tõid esile, et tunnevad kohustust järgida tervislikku eluviisi osalt just seetõttu, et anda eeskuju oma lastele ning kujundada nende toitumis- ja liikumisharjumusi.

Mees, 41a: “No tahes tahtmata sa ju ikkagi mõtled ka enda peale, et noh, kuidas see ikkagi. Õpetad ju ikkagi läbi eeskuju ja sa tahad... Kui sa tahad, et lapsed midagi teeks, siis sa pead ka näitama ise eeskuju. See on kõige lihtsam. Lapsed käivad ikkagi tegude, mitte sõnade järgi.”

IV ARUTELU

4.1 Tervislike eluviiside järgimise mõjutegurid

Intervjuudes tuli esile Ajzeni planeeritud käitumise teooriaga kooskõlas olev arvamus, et inimeste tervislik käitumine on tingitud nende endi motivatsioonist ja kavatsusest. Tegevuse elluviimise tõenäosust hinnates on olulisel kohal just sellele eelnev kalkuleerimisprotsess, mille vältel kaalutakse olemasolevaid ressursse, tarvilikke kulutusi, tegevuse järgimise kasutegurit hetkelisele olukorrale ning tegevuse sotsiaalset soositust. Oma determineerituse tähtsus tuleb kõige enam esile usus eesmärkide saavutamisse ja seeläbi plaanis hakata rakendama tervislikku eluviisi ning tagada selle järjepidevus.

Planeeritud käitumise teooria puhul on oluliseks käitumusliku kavatsuse mõjutajaks subjektiivsed normid, mille sisu seisneb selles, kas teatud inimesed või grupid peavad küsimuse all olevat käitumist aktsepteeritavaks või mitte. Normi kujundamise suunamise puhul tuleb mängu võimu aspekt, kuna erinevatel sotsiaalsetel tegutsejatel, näiteks lähedastel inimestel, arstil jt, võivad olla varieeruvad eesmärgid tervisliku eluviisi järgimiseks. Samuti on nende arvamusel erineva kaaluga, mis tuleneb osaliselt tervisekäitumise kui normi järgimise esitusest, kuid ka nii-öelda emotsionaalse kontakti saavutamisest konkreetse isikuga. Kontakti loomine nõuab suhtlemisoskust ning aega, mis on aga piiratud ressurss.

Oluline on silmas pidada just normi edastamise viisi ning mahtu, samuti inimese õigust iseteadlikule käitumisele. Juhul kui sotsiaalsed normid pole muutunud subjektiivseteks normideks, on tõenäoline, et indiviid tunnetab talle esitatud käitumuslikku normi pigem sundusena ja on selle suhtes vastumeelne. Samal ajal selgus intervjuudest, et sotsiaalse kapitali toetust peetakse äärmiselt oluliseks, et keskkonnast tulenevaid takistusi ja enda suutlikkust "vabandusi välja mõelda" oleks kergem ületada. Sobival määral esitatud sotsiaalne surve suunab käitumusliku kavatsuse tekkimisele ning reaalse tegevuse soorituseni.

Käitumusliku kavatsuse determinandiks oleva hoiaku kujunemine tervisliku eluviisi suhtes on mõjutatud kättesaadavast informatsioonist ja käitumisakti tulemuste tõlgendamisest. Veel enam, uskumus tervisliku eluviisi kasulikkusest endale sõltub inimese hinnangutest ootuspäraste tulemuste kohta (Ajzen 2005: 123). Kui inimesel on küllaldaselt informatsiooni tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse mõju kohta tema tervisele (ning usk selle kehtivusse), siis esineb ka suurem võimalus, et ta võiks olla selle järgimisele avatud. Samas esineb võimalus, kus ka positiivselt meelestatud ja füüsilise aktiivsuse kasulikkusega, ülekaalulisuse terviseriskidega ning toitainete sisaldusega tuttavad inimesed jätkavad kehakaalu kasvu tingivat elustiili, kuna rahalistest, ajalistest ning muudest võimalustest tulenevad kulutused on tervisliku elustiili järgimiseks liiga suured (Finkelstein jt 2005: 252). Sellegipoolest pidasid intervjueritud inimesed äärmiselt oluliseks just teabetöö jätkamist tervisliku eluviisi propageerimisel.

Tervisliku eluviisiga kooskõlas oleva tegevuse järgimine sõltub selle rakendamise keerukusest, mida mõjutavad suuresti just füüsilisest keskkonnast, majanduslikest ressurssidest, kuid ka näiteks psühholoogilisest seisundist tulenevad tegurid. Ajzen (2005: 132-133) kirjeldab tajutud kontrolli puudumist Armitage ja Conneri (1999) poolt läbi viidud uuringu näitel, kus autorid analüüsisid inimeste uskumusi oma võimalustest süüa vähese rasvasisaldusega toitu. Statistiliselt oluliste mõjuritena toodi välja näiteks toidu kallidus, ahvatlus kõrge rasvasisaldusega toidu suhtes, vajadus kõrge motivatsioonitaseme olemasoluks ning teadmatus rasvasisaldusest konkreetsetes tootes. Mida rohkem väljendasid vastajad nimetatud tegurite olemasolu, seda väiksem oli tõenäosus lahjemate toitumise tarbimiseks. See on kooskõlas ka käesoleva uurimuse tulemustega, kus oluliste barjääridena nähti eelkõige majanduslikku kitsikust, ajapuudust ning segadust "õige" toitumise viisi määratlemisel.

Tervislike eluviiside järgimise puhul on oluliseks mõjuteguriks just inimese meelestatus küsimuse all oleva käitumise suhtes, mis on omavahelises seoses sotsiaalselt jagatud normiga. Läbi viidud intervjuude põhjal võib esile tuua tähelepaneku, et tervisliku eluviisi järgimise olulisust esitatakse ühiskonnas sõltuvalt sihtgrupist. Domineerivamat survet parandada oma tervisekäitumist tunnetatakse just ülekaaluliste suhtes, võrreldes nii-öelda väliselt tervisliku kehakaaluga inimestega. Samuti kehtib sugudevaheline topeltmoraal, mis tuleneb osaliselt traditsiooniliste rollide näilise hoidmise kohustusest. Sotsiaalsete normide konstrueerimisel

lähtutakse tihtipeale implitsiitselt just kehtivate soorollide täitmisest, mistõttu tuleb ülekaalulisuse probleemile ning tervisekäitumise järgimisele läheneda sootundlikult. Võib arvata, et näiteks toitumisalaste kampaaniate sihtgrupiks jäävad seetõttu pigem naissoo esindajad ning meestele lähenetakse enam liikumise aspektist.

Taolised tervislikuks määratletud praktikate järgimise mustrid on problemaatilised, kuna selle läbi reprodutseeritakse ka kehtivaid sotsiaalseid rolle ning norme. Seetõttu on oluline arvestada Giddensi struktuuriteooria puhul nimetatud sotsiaalsete praktikate spetsiifikat. Kuigi tervisedenduse läbivaks sõnumiks on nii-öelda "tervis kõigile", siis võivad tavaarusaamades valitsevad diskursused taolise väärtuse internaliseerimist pärssida. Tervisedenduse efektiivsuse tõstmisele tuleks kasuks konkreetsete praktikate identifitseerimine ning nende kasutamine tervisekampaaniates, kuna selle läbi saaks mõjutada ülekaalulisuse ning tervislike eluviiside tähendusi konstrueerivaid sotsiaalseid interaktsioone (Delormier jt 2009: 224). Siinkohal on oluline ka ülekaaluliste tõlgenduste täpsem uurimine lähtuvalt nende sotsiaaldemograafiliste- ja majanduslikest teguritest.

4.2 Tervisliku eluviisi järgimise eesmärgid

Tervisliku eluviisi järgimise kasulikkus ilmneb tervisehäirete riskide vähendamises. Ülekaalulisusest tingitud tervisehäirete puhul nähakse probleemina just liigset kehakaalu, mistõttu oleks vaja langetada kaalu dieedi ja treeningu kaudu. Intervjuudes tuli esile, et ülekaalu tajutakse samas eelkõige esteetilise probleemina. Oluline on selle puhul eristada tegevuspraktikate eesmäärke, kuna tervisliku eluviisi järgimise peamiseks tagamõtteks peaks inimese seisukohast olema siiski tervise säilitamine, mitte soovitud esteetilise normi täitmine. See on omane rohkem kaalulangetamise olemusele. Lisaks ei tähenda lisakilod tingimata halba tervist, juhul kui tervisliku eluviisi printsiipe igapäevaelus järgitakse.

Inimese tervisliku seisundi hindamine vaid väliste füüsiliste karakteristikute järgi teeb võimalikuks liigse kehakaaluga inimeste stigmatiseerimise ebatervislikeks, veel enam ebamoraalseteks. Viimane aspekt tuleb esile seetõttu, et ülekaalulisuse ning tervisliku käitumise käsitlemise juures on ühiskonnas toimunud nn moraliseerumise protsess, mis tähendab, et teatud käitumisharjumused ning kehakaal on määratletud "õigetena" ning

"moraalsetena", teised aga "kahjustavana" (Townend 2009). Siinjuures võib taolise kuvandi loomisel näha olulist rolli just ärimaailma ja terviseedendajate (ka mitteformaalsete) tegevuse koosmõjul - inimese tervist kasutatakse justkui peibutisena teatud käitumisharjumuste kujundamisel, kuna "moraalne" ning "eetiline" on enda eest hoolitseda. Siinjuures lähtutakse ka meditsiinist kui moraalsete käitumisharjumuste sotsiaalsest kontrollijast (Zola 1972). Sidudes tervise hindamise liigselt inimese kehakuvandi ja -kaaluga, on oht siduda ka tervisliku eluviisi järgimise sisu vaid ülekaalulisusest hoidumisega või eesmärgiga sellest vabaneda.

Eelmainitud juhul, kui tervisliku eluviisi järgimise eesmärgina on püstitatud pigem kehakaalu vähendamine ning seda pole saavutatud, võib kavatsatud tegevuse jätkamine tunduda tulutuna. Lähtuvalt Ajzeni planeeritud käitumise teooriast on käitumuslik kavatsus tuletatud osalt positiivsest hoiakust planeeritava käitumise suhtes, kuid ka just subjektiivsetest uskumustest tervisekäitumise kasulikkuse kohta. Tervislike eluviiside järgimise oluliseks osaks on samas selle järjepidevus, kuna tervise eest hoolitsemine on pidev protsess kogu elukaare vältel.

Siinkohal on olulisel kohal just oma tervisliku seisundi adekvaatne hindamine, lühiajalisemate eesmärkide saavutamine ning edusammude märkamine. Lähtudes nii vaimse kui füsioloogilise tervise säilitamise tagamisest on viimase tajumine aga keerukas, kuna tervis tuleb esile vaid selle "puudumisel" - haiguse esinemisel. See paneb tervise ja keha seisundi hindamise meditsiini vastutus- ja kontrollialasse. Inimese keha on aga sotsiaalne objekt, mis hõlmab endas nii sotsiaalseid, majanduslikke kui ka kultuurilisi sfääre, mis muudab tervise pigem elustiiliks kui meditsiiniliseks seisundiks. Seetõttu on vaja ümber konstrueerida tervise medikaliseerunud tähendus ja võtta arvesse erinevate aspektide fusiooni (O'Brien 2005).

4.3 Soodsa keskkonna loomine tervisliku eluviisi järgimiseks

Nii Eesti kui ka muude riikide, näiteks Iiri Vabariigi (Tervisehariduse Büroo 1986, Parish 2005: 15 kaudu) tervisedendusliku poliitika tasandil võib öelda, et tervisedenduse printsiibiks on nägemus tervisest kui millestki enamast kui vaid haiguse puudumisest. Tervis pole vaid füüsiline seisund, funktsionaalsuse ja/või kohanemisvõime, vaid pigem elu jooksul tehtavate

struktureeritud valikute poolt tagatud heaolu (O'Brien 2005: 201). Seega on ka tervislik käitumine pigem suurem tõenäosus vältida tervisehädasid, mitte haiguste ravimeetod. Ülekaalulisuse probleemi lahendamisel on ohtlik lähtuda vaid tervise medikaliseerunud arusaamast, kuna sel juhul võib tervishoid muutuda justkui teenuseks, mille läbi saab tervist osta. Taolise kuvandi läbi võivad teatud praktikad, näiteks kaaluvähendamise kuurid, preparaadid, maovähendamisoperatsioonid jne, muutuda kaupadeks ja teenusteks, mida tarbides soovitakse enda heaolu suurendada (O'Brien 2005: 200).

Tervisedenduse retoorika ja mikrotasandi praktika ühildumise puhul tuleb samas meeles pidada, et inimeste hoiakud ja käitumised on alati kujundatud teatud diskursuste ning ideoloogiate alluses. Inimeste seas võivad olla aga samaaegselt levinud konfliktset nägemused küsimuse all olevast käitumisest, mis tuleneb erinevate osapoolte, nagu meedia, tootjate ning tarbijate, tervishoiutöötajate jt, erisugustest huvidest. Täna on ühiskonnas läbivaks diskursuseks jäänud inimese enda kohustus oma tervise eest hoolitseda. Taoline nägemus on kasulik näiteks erinevatele ärifirmadele turunduse seisukohalt, kuna indiviidi õigusele ja vastutusele mängides on võimalik hõlpsamini kujundada neile tulusaid tarbimisharjumusi. Samas on seda ära kasutatud ka tervisedendusliku sotsiaalse marketingi puhul (Grier ja Bryant 2005). Heaks näiteks on jaekaubandusettevõtte Rimi kampaaniad propageerimaks puu- ja juurviljade söömist.

Tervislikeks ning õigeks peetud valikute reaalne sooritamine on tihedalt seotud just isikliku väärtussüsteemiga ning isikut ümbritseva sotsiaalse keskkonnaga. Lähtudes ökoloogilisest perspektiivist on oluline roll riigil, suunates erinevaid institutsioone soodustama inimeste tervislikku käitumist ning seeläbi suurendama ka indiviidide tervisekäitumise ressursse. Riigipoolne sekkumine ning sotsiaalse süsteemi kujundamine on samas keerukas, kuna eriti meie liberaalses ühiskonnas hinnatud individuaalse otsustusvabaduse nõue raskendab riigipoolsete regulatsioonide üldist aktsepteerimist. Samas on nn positiivse vabaduse võtmes vajalik arvestada inimese õigust omandada teatud hüvesid, mistõttu on ka ebatervislike toiduainete maksustamine ning kodumaise värskete toorainete kättesaadavuse parandamine võetud poliitika kujundajate huviorbiiti.

Efektiivse tervisedenduse ja poliitika alustalaks on koordineeritud strateegia valitsuse, avaliku sektori ühenduste ning üldsuse vahel, kuna keskkondliku ning organisatsioonilise toetuse arendamiseks on vajalik adekvaatsete programmide rakendamine ning nende täielik institutsionaliseerimine (McLeroy jt 1988: 368). Eestis on välja töötatud mitmeid arengukavasid, nagu Südame- ja veresoonkonna haiguste ennetamise strateegia 2005-2020, samuti erinevaid Haigekassa poolt toetatud maakondade riigihankelised vigastuste ennetamise projekte (*Terviseden...* 2012). Neis esitatakse soovitusi tervislikku eluviisi soodustavate meetmete rakendamiseks erinevates sektorites. Samas sõltub nimetatud arengukavades esitatud juhiste reaalne järgimine ning realiseerimine eelkõige ühiskondliku hoiaku muutumisest – inimese tervisekäitumine pole vaid indiviidi isiklik ülesanne. Seetõttu peaks poliitikas kasutatav tervise retoorika jõudma ka inimeste igapäevaselt kasutatavate arusaamadeni.

4.4 Uurimustöö kitsaskohad ning edasist uurimist vajavad suunad

Käesoleva töö analüüsis lähtusin uurijana küll Ajzeni planeeritud käitumise teooriast, kuid andmeanalüüsi käigus püüdsin otsida ka kasutatud teooriat kahtluse alla panevaid aspekte. Intervjueeritavad esitasid tervisliku eluviisi järgimise mõjutajatena siiski tegureid, mis on kooskõlas Ajzeni mudeliga. Tuleb veelkord rõhutada, et planeeritud käitumise teooria käsitleb vaid subjektiivseid ning tunnetuslikke barjääre, mistõttu on käitumist mõjutavate objektiivsete tegurite hindamine raskendatud. Seega võib esineda kahtlus, et inimesed võiksid käitumise rakendamise barjääre olenevalt hetkelise kasu vähesusest ning vajaminevate kulutuste hulgast suuremana näha. Samas oli töö eesmärgiks püstitatud just sotsiaalsete tegutsejate endi nägemuse uurimine tervisekäitumisele suunavatest teguritest. Uurimisprotsessi lisakasuks oli ka uuritavate endi kaasatus olemasolevate ressursside otsimisel ning loomisel.

Käesoleva uurimuse puhul tuleb nentida selle subjektiivsust ka lähtuvalt uuritud inimestest. Võib arvata, et valimisse kuulunud inimesed on aktiivsemad tervislike eluviiside järgimisel, kuna nad olid teemapüstitusest enam huvitatud ning omasid ka soovi ülekaalust tingitud tervisehädasid vältida. Seetõttu võib tervislike eluviiside järgimist pärssivate tegurite, näiteks ebasoosivate hoiakute, täpsem uurimine olla raskendatud. Lisaks on oluline märgata intervjueeritavate endi elustiili representeerimist - respondendid võivad enda panust tervislike

eluviiside järgimisel ülehinnata, et näida vastutustundlikuna ning vastavuses terviseedendajate poolt esitatud sotsiaalsete normidega.

Samas on uurimuses osalenute tõlgendused abiks tervisekäitumisele suunavate mõjutegurite hindamisel. Vajalik oleks jõuda ka nende inimeste tähenduste uurimiseni, kes on tervisliku eluviisi suhtes nii-öelda ükskõiksed või tervisekampaniate suhtes negatiivsel arvamusel. Seeläbi saaks paremini hinnata ka tervisedenduslike sõnumite edastamise efektiivsust. Vastasel juhul jääb kehtima hüpoteetiline tendents, et liikumist ning tervislikku toitumist propageerivatest kampaniatest saavad kasu vaid juba oma tervise eest hoolitsevad inimesed.

Efektiivsete strateegiate formuleerimiseks on oluline mõista inimeste tõlgendusi tervisest ja selle hoolitsemise vajadusest ning uurida erinevate sotsiaalsete tegurite mõju inimkäitumisele nende endi seisukohast vaadates. Nii Eesti tervisepoliitika kui käesoleva töö raames uuritute inimeste arvamuste põhjal saab välja tuua ka tervist väärtustava hoiaku kujundamise olulisust noorema põlvkonna seas, mistõttu on vajalik mõista nende arusaame tervisest, kehast ning seda mõjutavast elustiilist. Seega oleks vajalik analoogsete uurimuste läbiviimine ka laste ja noorukite seas.

Analüüsimist vajavate teemade hulka kuulub ka konkreetsete sotsiaalsete praktikate uurimine nende toimumiskontekstis, et paremini mõista tervisekäitumise kitsaskohti. Näiteks toodi ühes intervjuus välja meedikute ebaregulaarse toitumise probleem, mis tuleneb suurest töökoormusest tingitud ajapuudusest. Respondent tundis vajadust uuringu järgi, mis tõendaks nende raskusi töökeskkonnas tervislikult toituda, et neid ka muudatuste elluviimisel kasutada. Seega on oluline jätkata inimeste tervise sotsiaalsete tegurite uurimisega, et võimaldada tervisedenduslike eesmärkide saavutamist.

KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimustöö lähteprobleemiks oli ülekaalulisusest tingitud tervisehädade mõju nii indiviidile kui ühiskonnale inimese terviseseisundi halvenemise ning ka sellest tuleneva majandusliku kulu tõttu. Oluliseks peetakse ühiskonnamuutustest tulnud ülekaalulisust põhjustavate tegurite mõju leevendamist ning tervisliku eluviisi kujundamist sotsiaalseks normiks. Uurimustöös käsitletud Ajzeni planeeritud käitumise teooria (2005) toetab taolise normi mõju individuaalse käitumusliku kavatsuse tekkimisele, kui see on assimileeritud ka inimese enda poolt.

Ajzeni mudeli järgi on oluliseks käitumusliku kavatsuse tekkimise mõjutajaks inimese uskumused, teadmised ning üleüldine hoiak. Lisaks mõjutavad inimeste käitumusliku kavatsuse tekkimist subjektiivsed normid, sõltuvalt sellest, kas ja millised agendid peavad küsimuse alla võetud käitumist õigeks või mitte. Mudeli kolmas komponent, tajutav kontroll käitumise elluviimiseks, on tuletatud uskumustest teatud ressursside olemasolust, mis hõlbustavad või takistavad käitumise täideviimist. Barjääride puudumine on osati ka suurima mõjuga käitumusliku kavatsuse determinant, kuna inimene ei pea tegema lisakulutusi tervisliku eluviisi järgimiseks. Mudelis esitatud mõjutegurite iseloom tuli esile ka käesoleva töö raames tehtud intervjuudes ülekaaluliste inimestega.

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et:

1. ülekaalulisuse probleemiga tegelemine ning tervist hoidvate käitumiste rakendamine on pigem individuaalne ülesanne, mille täitmiseks on vajalik inimesel omada subjektiivset tahet, nn kavatsust.
2. ülekaalulisusest tingitud terviseprobleeme saab leevendada ning vältida, järgides tervislikku eluviisi, see tähendab tervisliku toitumise ja füüsilise aktiivsuse kaudu.
3. inimese kavatsust toetada tervislikult ning olla füüsiliselt aktiivne mõjutavad erinevad tegurid:
 - adekvaatse info olemasolu, veendumus tervisekäitumise kasulikkuse suhtes ning subjektiivne usk püstitatud eesmärkide saavutamisse;

- tervisliku eluviisi järgimise kohustuse kui sotsiaalselt jagatud arusaama internaliseeritus ning sobivas mahus esitatav toetus ümbritsevatelt inimestelt;
 - inimese poolt tunnetatud kontroll nimetatud käitumiste rakendamise üle, mis tuleneb vajaminevate majanduslike ja ajaliste ressursside olemasolust ning segavate faktorite (näiteks ebatervislike maiustuste juuresolek, moraliseerivad negatiivsed kommentaarid) puudumisest.
4. Lisaks mõjutab tervisekäitumise rakendamist ka keskkonnast tulenevad füüsilised (nt töökeskkond) ja vaimsed (nt üldine arusaam tervise ja ülekaalu suhtes) tegurid, mis soodustavad või takistavad olemasolevate ressursside kasutamist.

Inimeste käitumisharjumuste ning hoiakute kujundamiseks on vajalik vaadata, millises sotsiaalses keskkonnas ning praktika tähenduses seda teostatakse. Muutuste läbi viimiseks mikrotasandil on vajalik luua sellele toetav süsteem väljaspool indiviidi, mille kujundamisel mängib rolli kõige enam riik, reguleerides majandus-, tervishoiu- ja haridussektorit ning kujundades keskkonnapoliitikat. Oluline on tähtsustada makrotasandi rolli inimeste tervisekäitumise võimaldamisel, kuna nende tegevused ning vastava hoiaku loomine sõltub paljuski ümbritsevast sotsiaalsest keskkonnast.

Käesoleva töö raames esitasin ka soovitusi tervisedenduslike sekkumiste efektiivsuse tõstmiseks. Olulisel kohal oli sel puhul olemasolevate takistuste eemaldamine või nende mõju vähendamine, et liigse kehakaaluga inimestel oleks võimalik tervislikku eluviisi lihtsam järgida. Selleks toodi intervjueeritavate poolt välja töö- ning õpikeskkonnast tulenevate ebaregulaarset toitumist põhjustavad tegurid, lisaks subjektiivsetest majanduslikest võimalustest sõltumatute sportimisvõimaluste loomist. Tähtsal kohal on ka tavaarusaamades levinud tervise ning ülekaalulisuse tähenduse ümberkujundamine, et tervist hoidvate tegevussammude eesmärgid oleksid selgemad ning nende igapäevane järgimine väärtustatud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Bourdieu, P. (2003) *Praktilised põhjused: teooriast*. Tallinn: Tänapäev

Branca, F., Nikogosian, H. (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary/ edited by Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein, Kopenhaagen: World Health Organisation

Bray, G. A. (2004). Medical Consequences of Obesity. - *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol 89, No 6, pp 2583–2589

Cutler, D. M., Glaeser, E. L., Shapiro, J. M. (2003). Why Have Americans Become More Obese? - *Journal of Economic Perspectives*. Vol. 17, No. 3, pp 93–118

Devaux, M., Sassi, F. (2012). Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *European Journal of Public Health*, 1–5

Fila, S. A., Smith, C. (2006). Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. - *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, pp. 3:11

Finkelstein, E. A., Ruhm, C. J., Kosa, K. M. (2005). Economic causes and consequences of obesity. - *Annual Review of Public Health*. Vol 26, pp 239–257
(doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144628, 20.12.2012)

Food security: concepts and measurement. Trade reforms and Food security. Conceptualizing the Linkages, Food and Agriculture Organization of The United Nations. Rome, 2003, lk 25

Foucault, M. (2005) *Seksuaalsuse ajalugu*. 1, Teadmistahe/ Michel Foucault ; prantsuse keelest tõlkinud Indrek Koff ; Tallinn : Valgus

Frohlich, K., L, Delormier, T., Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. - *Sociology of Health & Illness* Vol 31, No 2, pp 215–228

Gaesser, G. A. (2002). *Big Fat Lies: The Truth About Your Weight and Your Health*. Carlsbad, CA: Gurze Books

Grier, S., Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. - *Annual Review of Public Health*. Vol 26, pp 319-339

Kwan, S. (2009). Framing the Fat Body: Contested Meanings between Government, Activists, and Industry. - *Sociological Inquiry*, Vol. 79, No 1, pp 25–50

Laherand, M.-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk

Lavin, T., Metcalfe, O. (2009). Majanduslikud argumendid tervisealase ebavõrdsuse ilmingute sotsiaalsete teguritega tegelemiseks. DETERMINE – ELi konsortsium tervist mõjutavate sotsiaalmajanduslike teguritega tegelemiseks. Töödokument nr 4. IPH, lk 18

Liikumisharrastuse arengukava aastateks 2011-2014. Kultuuriministeerium, Tallinn 2010

Louise Townend, L. (2009). The moralizing of obesity: A new name for an old sin? - *Critical Social Policy*, Vol 29, No 2, pp 171 – 190

McLaren, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. - *Epidemiologic Reviews*, Vol 29, pp 29-48

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. - *Health Education Quarterly*. Vol 15, No 4, pp 351-77

Morrison, K. R., Wheeler, S. C., Smeesters, D. (2007). Significant Other Primes and Behavior: Motivation to Respond to Social Cues Moderates Pursuit of Prime-Induced Goals. - *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol 33, No 12, pp 1661-1674 (<http://psp.sagepub.com/content/33/12/1661.full.pdf+html>, 20.12.2012)

Mõttus, R., Realo, A., Allik, J., Deary, I.J., Esko, T., Metspalu, A. (2012). Personality traits and eating habits in a large sample of Estonians. - *Health Psychology*. Vol 31, No 6, pp 806–814 (<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a856cb2a-b9fa-4bf9-9457-afd253b1eb57%40sessionmgr112&vid=2&hid=105>, 20.12.2012)

Neuman, W. L. (2006). *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative approaches*. Sixth edition. Pearson Education Inc.

Obesity and overweight, WHO Media centre.
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, 20.12.2012)

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd Ed. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

O'Brien, M. (2005). Health and lifestyle. A critical mess? Notes on the dedifferentiation of health. The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk. (Edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows), London, UK: Routledge. pp 189-202

Parish, R. (2005). Health promotion. Rhetoric and reality. The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk. (Edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows), London, UK: Routledge. pp 11-22

Rasvumine. Haigused ja seisundid.
(<http://www.inimene.ee/index.php?disease=r&sisu=disease&did=200>, 20.10.2012)

- Rosenstock, I. M., Becker, M. H., Strecher, V. J. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. - *Health Education Quarterly*, Vol 15, No 2, pp 175-183
- Selg, M. (2012). Domineerivad, üldkultuurilise haardega diskursused sotsiaaltöö kujundajana. Narratiivne lähenemine sotsiaaltöökäitumises: laste väärkohtlemise lood / Marju Selg, Merle Linno, Tartu : Tartu Ülikooli Kirjastus, lk 79
- Smith, M.C. (2009). Obesity as a Social Problem in the United States. - *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Vol 10, No 2, pp 134-142
- Zola, I. (1972-3). Medicine as an Institution of Social Control. - *Sociological Review*, Vol 2, No 4, pp 32-47.
- Tervislikud eluviisid - 8 lihtsat põhimõtet. Arst.ee (<https://www.arst.ee/et/Sinutervis/Tervislikud-eluviisid>, 28.11.2012)
- Tervislik eluviis. Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg (<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervislik-eluviis-ja-haiguste-ennetamine.html>, 20.12.2012)
- Tervisedendus. Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg (<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervisedendus.html>, 20.12.2012)
- Tervisestatistika ja -uuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut (<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>, 20.12.2012)
- Townend, L. (2009). The moralizing of obesity: A new name for an old sin? - *Critical Social Policy*, Vol 29, No 2, pp 171 – 190
- Ulijaszek, S. J., Lofink, H. (2006). Obesity in Biocultural Perspective. - *Annual Review of Anthropology*, Vol 35, pp 337-360
- World Health Organization. (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38893/1/9241800038.pdf>, 20.12.2012)

LISA 1. INTERVJUU KÜSIMUSTIK

Teema I: Taju

1. Mis teil esimesena meelde tuleb, kui kuulete sõna „tervis“?
2. Milline on Teie arvates hea ja halva tervise vahekord?
3. Kui Teilt küsida, 'Milline on teie tervis täna?' siis kuidas vastaksite?
4. Mida (milliseid terviseseisundeid) tähistavad teie jaoks selle küsimusega tavaliselt koos käivad vastusevariandid (ükshaaval, et saada seletus kõikidele)
 - väga hea,
 - hea,
 - rahuldav
 - halb,
 - väga halb
4. Mida tähendab Teie jaoks “ülekaal”?
5. Kuidas suhtute oma kehapilti ? (Millest see sõltub? Kas Teie rahulolu oma kehakaaluga sõltub keskkonnast, kus viibite?)
6. Kuidas on Teie suhtumine oma kehakaalu aja jooksul muutunud?

Teema II: õigus/ otsustusvabadus

1. Ühiskonnas on esitatud mitmeid juhtnööre tervislike eluviiside järgmiseks. Ehk nimetaksite mõningaid...
Kas ja kuidas olete neid oma igapäevaelus rakendanud?
Kuidas näete oma võimalusi nende juhtnööride järgimiseks?
2. Milline on Teie arvates erinevate osapoolte (nt meedia, tervishoiutöötajad, kolleegid tööl jt) reaktsioon sellele, kui ühiskonnas määratletud tervislikku eluviise ei rakendata?
3. Milline on aga suhtumine sellele, kui teatud valikute tegemisel põhjendatakse oma otsuseid just tervislikest eluviisidest kinni pidamist? (Näiteks sõpradega väljas olles?)
4. Meedias on arutletud idee üle, et kas saata kõik ülekaalulised kohustuslikus korras tervisekontrolli. Mida Te sellest arvate?

Teema III: Surve ja tulevikuperspektiivid

1. Mil moel olete kokku puutunud tervislike eluviiside propageerimisega kolleegide/tööandjate poolt? Ja sõprade ning perekonna poolt?
2. Kui Teile on tehtud soovitusi tervislike eluviiside rakendamiseks, mis võtmes on neid tavaliselt esitatud? Kuidas suhtute nende soovitude tegemisse?
3. Mil määral oleksite nõus nt oma perearsti sekkumisega enda elustiilide kujundamisesse?
4. Kas olete puutunud kokku diskrimineerimisega sõltuvalt Teie kehakaalust? Kuidas?
5. Millist toetust/tuge Te ootaksite enda elust lähtuvalt tervislike eluviiside rakendamiseks kas töökohast, või ka ühiskonnast üldiselt?
6. Kuidas näete tänase tervisedenduse efektiivsust inimeste käitumisharjumuste mõjutamisel?
7. Milline oleks Teie hinnangul tõhus (riiklik) meede/sekkumine ülekaalulisuse vähendamiseks? Mis Teie arvates tänastest strateegiatest ei toimi?

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sille Sepp (25.08.1989),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Tervisliku eluviisi tähendused ja selle järgimist suunavad mõjutegurid ülekaaluliste inimeste näitel

mille juhendaja on Rainer Reile

- 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, 25.01.2013