

## Hea lugeja!

**Käesolevas sügiskollases kolmeteistkümnendas väljaandes käsitleme erinevaid teemasid. Siinkohal julgustame jätkuvalt meiega ühendust võtma kõiki, kellel on soovi Eesti tervisedenduses sõna sekka öelda. Vaid kõik üheskoos saame tagada, et valdkonna jaoks olulised teemad püsivad ikka aktuaalsetena ning et vajalik informatsioon jõuab kõigi huvilisteni.**

Käesolevas numbris kajastame uuringut, mis põhineb osaliselt Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledži tervisejuhi erialal õppinud Eve Reincke diplomitööl „Eesti kogemuse ja rahvusvahelise praktika

arvestamine Eesti tervisedenduse arendamisel riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil“.

Mitmete abistavate elukutsete esindajatel tuleb oma töös otse või kaude tegeleda patsientide ja klientide tervisekäitumisega. Selle väljakutsega paremini toime tulemiseks võib kasu olla motiveerivast intervjuerimisest, millest teemegi Hariduse Tugiteenuste Keskuse psühholoogi Tõnu Jürjeni kaasabil ülevaate.

Saaremaal Pidula Puhkekeskuses toimus 13.–14. septembril seminar „Tööelu kvaliteedi parandamise võimalustest“. Tutvustame Saaremaa Õppekeskuse juhataja Leonora Krausi loengut, mis kajastab tööealiste meeste tervist. Lisaks vaatleme

pereterapeut Siivi Hanseni esitatud kaasahaaravat ettekannet peresuhte mõjust töötaja toimetulekule ametipostil.

Teeme kokkuvõtte ilmunud alkoholi teemalehest, mis käsitles seekord alkoholi tarvitamist ning selle seoseid lapsepõlvkodu ja sotsiaal-majanduslike teguritega. Alkoholi tarvitamine mängib olulist rolli enneaegses suremuses kõigis Kesk- ja Ida-Euroopa riikides. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on alkoholi tarvitamine otseselt seotud üle 60 haiguse ja vigastuse tekkega (McKee et al. 2000). Seega mõjutab alkoholi tarbimine nii haigestumust ja elukvaliteeti kui ka suremust ja oodatavat eluiga.

## Quo vadis, paikkondlik tervisedendus?

**Eve Reincke**  
CPD Arenduskeskus

**Alljärgnevalt kajastatud uuring põhineb osaliselt Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledži tervisejuhi eriala diplomitööl „Eesti kogemuse ja rahvusvahelise praktika arvestamine Eesti tervisedenduse arendamisel riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil“.**

Paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri arendamine on Eestis aktuaalne teema. Probleemiks on see, et praegu sõltub paikkondlik tervisedendus palju projektidest, mis vähendab selle jätkusuutlikkust. Võimaluste otsimine jätkusuutlikkuse suurendamiseks on kindlasti põnev tee. Samas ei pea sel teel jalgratast leiutama – kuna erinevates riikides on tervisedenduse korraldamisel läbi tehtud põhjalikke arenguid, võiks nende kogemustest ideid ammutada ka Eesti jaoks.

Alljärgnevalt ongi kokkuvõtvalt kajastatud uuringu tulemusi, mis käsitles Eesti kogemusi ja rahvusvahelist praktikat paikkondliku tervisedenduse korraldamisel riiklikul, regionaalsel/maakondlikul ja kohalikul tasandil. Välisriikidest olid uuringusse kaasatud Rootsi, Taani ja Inglismaa ning näidete baasil ka Austraalia (Victoria osariik) ja Kanada (Ontario provintis). Uuringu läbiviimiseks kasutati dokumendianalüüsi ja poolstruktureeritud intervjuusid.

**Eesti uuringuosa kohta võib kokkuvõtvalt öelda, et olulisteks tugivõrgusteks paikkondliku**

**tervisedenduse korraldamisel peetakse riigi koordineerivat rolli (Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi koostöös) ning rahvastiku tervise arengukava kui olulist nn katusdokumenti.** Väga väärtustatakse maakondlikku tervisedendajate võrgustikku, mille toimimisel võib tuua järjest rohkem edukaid näiteid erinevate sektorite kaasamisest tervisedenduslikku töösse. Oluliseks tugivõrgustiku peetakse ka tervisedenduse õppesuundade olemasolu Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledžis. Samuti jagati intervjuudes arvamust, et viimasel ajal on suur samm edasi mindud terviseinfo tootmises, analüüsimises ja levitamises. Viimast toetab palju nt maakondlike ja kohalike omavalitsuste (KOV) terviseprofiilide koostamine.

**Peamisteks nõrkusteks peetakse Eestis maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedenduse ebastabiilset finantseerimist ning vähest seadusandlikku toetust.** Viimast võib täheldada just KOV-de tervisedenduslikus tegevuses, mis leiab rahvatervise seaduses kajastamist väga üldsõnaliselt. Üldise halduskorralduse probleemina mainiti KOV-de suhteliselt madalat võimekust, mis piirab ka nende tegevust tervisedenduse valdkonnas.

Liikudes teiste riikide kogemuse juurde, võib öelda, et üks põhjanevamaid küsimusi paikkondliku tervisedenduse puhul on see, kas käsitleda seda eelkõige eluviisi teemana või pöörata tähelepanu



**Pildil:** Eve Reincke, CPD projektijuht.  
**Foto:** erakogust.

laiematele terviseõuritele (nt sotsiaalsetele). Järgest enam teadvustatakse, et kui lähenemine tervisedendusele kui eluviisile on pigem möödunud aastakümnete teema, siis tõelise edu saavutamiseks on oluline käsitleda terviseõureid laiemalt (nt töötus, sissetulekute ebavõrdsus, keskkonna kujundamine). Suuri edusamme on selles valdkonnas tehtud Victoria osariigis Austraalias.

Väga olulisel kohal eespool nimetatud riikide tervisedenduses on ka sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamine, mille praktiliseks elluviimiseks on kasutatud erinevaid lahendusi, nt Inglismaal tervise tegevuspiirkondade (*health action zones*) loomist. Tegemist oli 1998. aastal loodud ajutiste tervisepiirkondadega, millega keskvalitsus püüdis stimuleerida uudeid koostöömeetodeid – ikka ebavõrdsuse vähendamise nimel. Nimetatud piirkonnad loodi suuresti probleemidepõhiselt 26 kohalikul alal. Jätkusuutlikkuse seisukohast on oluline see, et tervisepiirkondi rakendati programmina, kuid mõned tegevused, mida neis piirkondades alustati, jätkuvad ka pärast programmi lõppu.

Uuritud välisriikide kogemuse põhjal saab ka väita, et kõikjal on kasvamas kohaliku tasandi osatähtsus paikkondlikus tervisedenduses. Seejuures soovitakse eelkõige integreerida tervisedendust teiste sektorite tegevusse ning võimalusi selle teostamiseks peetakse kõige suuremaks just kohalikul tasandil. Seda toetavad kohalikud vajaduste analüüsid, mida koostatakse nt Inglismaal. Samas on kohaliku tasandi tervisedenduse korraldus olnud riikides väga erinev – eriti just Taanis ja Rootsis, kus piirkondade otsustusõigus on juba ajalooliselt olnud äärmiselt oluline ning seega ei ole riiklikult soovitud väga palju ette kirjutada. Viimasel ajal on siiski järjest enam tähelepanu pööratud tervisedenduse korralduse miinustele – nt majanduslanguse tingimustes võib kohaliku tasandi tervisedenduse panus oluliselt väheneda, kui õigusaktides konkreetsed kohustused puuduvad.

Selleks, et KOV-d oleksid motiveeritud paikkondlikus tervisedenduses hoogsalt kaasa lööma, on välja mõeldud erinevaid lahendusi. Inglismaal on praegu käimas mahukad reformid, mis oluliselt suurendavad KOV-de funktsioone tervisedenduse valdkonnas ja sellega kaasnevat riiklikku finantseerimist (alates 2013. a). **Seal on üheks motivaatoriks KOV-dele planeeritud n-ö tervisepreemia, mis on ette nähtud progressi eest rahvatervise valdkonna eesmärkide poole liikumisel.** Seniste plaanide kohaselt on halvemas olukorras olevatel piirkondadel võimalik progressi puhul saada suure-

mat preemiat, kuna nende jaoks on ka väljakutsed suuremad.

Lisaks on KOV-de ja maakondade/regioonide tervisedendusliku tegevuse motiveerimiseks kasutatud erinevaid võrdlevaid analüüse, nt Inglismaal ja Taanis terviseprofiilide puhul ning Rootsis rahvatervise uuringu „Avatud võrdlused“ raames. Nende eesmärk on pakkuda suuremat läbipaistvust ning innustada KOV-sid ja maakondi tervisedenduse valdkonnas tegutsema. Seejuures on tegemist innustamisega n-ö väikese võistlusmomendi tekitamise kaudu.

Erinevates riikides on palju otsitud võimalusi paikkondliku tervisedenduse koostöö soodustamiseks. Seda toetavad erinevate tasandite vahelised lepingud (nt ühe-aastased terviselepingud regioonide ja KOV-de vahel Taanis) ja koostööõuete kehtestamine vahendite taotlemiseks. Huvitavaks näiteks on siinkohal Rootsi, kus maakondade/KOV-de ametlik koostöö teadusasutustega võib olla riiklike vahendite taotlemise tingimuseks – ühest küljest võimaldab see tervisedenduse suuremat teaduspõhisust, teisalt teadustöö praktilisemat mõõdet.

Teiste sektorite kaasamise ja koostöö soodustamise soovidest tuleneb loogiliselt ka järgmine võtmeküsimus uuritud riikides – kuidas kaasata erinevate ametikohtade esindajaid paikkondliku terviseden-

duse töösse. Oluliseks peetakse tervisedenduse alase hariduse saanud inimeste rakendamist teiste töötajate koolitamiseks (nt Rootsis), et ka teistel ametikohtadel töötavad inimesed oskaksid oma igapäevatöös tervisedenduse põhimõtetega arvestada. Omamoodi tervisedendaja on ju nii kohaliku tasandi sotsiaaltöötaja, arendusnõunik kui õpetaja. Näiteks Inglismaal ongi tehtud väga põhjalikku tööd, et kaardistada ameteid, mille töö panustab rahvastiku tervisele. Üheks kaardistamise põhjuseks oli soov teadustada, kui paljude erinevate ametite esindajad inimeste tervist mõjutavad.

Üldiselt võib uuringu tulemuste põhjal väita, et kindlasti leiab välisriikidest põnevaid näiteid ja algatusi, mida kasutada inspiratsiooniallikana ka Eesti paikkondliku tervisedenduse arendamisel. **Praeguseks on juba alustatud Eesti paikkondliku tervisedenduse arengustsenaariumite koostamist riikliku, maakondliku ja kohaliku tasandi jaoks.** Selle raames toimus 15. septembril ümarlaud, millel osalesid Tervise Arengu Instituudi, Haigekassa, ministeeriumite, maavalitsuste, kohalike omavalitsuste, omavalitsusliitude, ülikoolide/kõrgkoolide jms esindajad. Üheskoos arutati arengustsenaariumeid, erinevate tasandite funktsioone ja korraldust. Arutelu oli aktiivne ja innukas ning andis huvitava sisendi stsenaariumite kujundamisele. Sisuline töö jätkub juba teisel ümarlaval, mis on planeeritud oktoobrisse 2011.

## Motiveeriv intervjuerimine

Tõnu Jürjen  
Hariduse Tugiteenuste Keskus

**Mitmete abistavate elukutsete esindajatel tuleb oma töös otse või kaude tegeleda patsientide ja klientide tervisekäitumisega. Selle väljakutsega paremini toime tulemiseks võib kasu olla motiveerivast intervjuerimisest (MI).**

MI töötati välja eelmise aastasaja kaheksakümnendatel, et tõhustada tööd sõltlastega. Järgnevatel aastakümnetel levis meetod ka teistesse valdkondadesse nii meditsiinis (nt patsiendi liikumisharjumuste või toitumise kujundamiseks) kui väljaspool seda (nt tööhutuses või korrektsioonisüsteemis).

Meetodi vundamendiks on arusaam, et teatud viisil kliendiga suheldes hakkab aidatav rohkem muutuste tegemisest kõnelema, mis omakorda suurendab tõenäosust tegeliku muutuse toimumiseks.

Nõustaja peab selleks taanduma võib-olla talle tavapärasest eksperdirollist ning andma kliendile võimaluse olla oma elu ekspert. Teades seda, et klienti ei ole võimalik lihtsalt ära parandada või

korda teha, on nõustaja ülesanne panna vastu parandamisrefleksile enda sees. Selle asemel saab ta kliendi autonoomiat (otsustamis- ja tegutsemisvabadust) austades koostöös aidatavaga esile tuua ja tugevdada viimase sisemist motivatsiooni.

Lisaks parandamisrefleksi vältimisele on MI-d kasutataval nõustajal veel mõningaid põhimõtteid, mida ta järgib: püüd mõista kliendi motivatsiooni koos muutuse tegemisega kaasneva ambivalent-susega, kliendi suhtes empaatiat väljendamine ja kliendi jõustamine.

MI-s käsitatakse empaatiat kui võimet aru saada olukorra tähendusest kliendi jaoks ning sellest tallegi teada andmist. Seetõttu on nõustaja keskseks suhtlemisvahendiks ka keerulised peegeldused, mille abil lisatakse kliendi öeldule tähendust, muudetakse rõhuasetust või kombineeritakse kliendi öeldu uut moodi tervikuks. Nõustaja üritab ka kliendi jutus kuulda (või avatud küsimustega esile kutsuda) lausungeid, mis viitavad aidatava soovile, põhjustele, võimekusele või vajadusele muutuda ning neidki talle endale uuesti kuuldavaks teha.



**Pildil:** Tõnu Jürjen, psühholoog.  
**Foto:** erakogust.

Mõnikord võib ka juhtuda, et inimene soovib muutust teha, kuid tunneb, et ta ei ole selleks võimeline. Neis olukordades otsib nõustaja koos kliendiga viiteid vastupidisele ning teeb toetusavaldusi, mis kinnitavad kliendi pingutusi muutuseprotsessis.

Kuigi lühidalt kokku võetuna on MI väga kooskõlaline ja terviklik meetod, seisavad selle õppijadki muutusteprotsessiga silmitsi. Klientide tähelepanelik kuulamine, enda suhtlemisviisi ja sõnavara hoolikas valimine ning selles protsessis toimuva edukas jälgimine nõuab rohkelt ressursse. Seetõttu kasutatakse nõustamiskuste arendamisel lisaks seminaridele ja treeningutele ka juhendajate ja kaastöötajate, aga eelkõige kliendi tagasisidet oma tegevusele.

# Meeste tervis

Riina Juhkam  
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Saaremaal Pidula Puhkekeskuses toimus 13.–14. septembril seminar „Tööelu kvaliteedi parandamise võimalustest”. Muu hulgas pidas Saaremaa Õppekeskuse juhataja Leonora Kraus loengu tööealiste meeste tervisest. Järgneva artikli mõtisklused on kirjutatud seminaril kogetu põhjal.**

Käsitus sellest, kuidas mehed peaksid käituma, takistab meeste tervist edendavat käitumist ja vajaliku abi saamist.

**Meeste tervis on keskmiselt selgesti nõrgem kui naistel.** Mehed surevad nooremalt, kuigi sugupooltevaheline erinevus on inimese seisukohalt mõnevõrra vähenenud.

Sugupooltevahelised bioloogilised erinevused on äratuntavad osaliselt samadest ilmingutest. Üldise käsituse kohaselt haigestuvad mehed südamehaigustesse naistest nooremalt, kuna neil puuduvad östrogeeni ehk munasarjahormooniga kaasnevad kaitsemehhanismid. Testosteroon annab mehele seksuaalsed omadused, vaimse ja füüsilise jõu, madala hääle, kehakuju, karvkatte, agressiivsuse ja võitlusvaimu. Mehe keha toodab naisest 20–30 korda enam testosterooni, mis õiges koguses aitab stressiga toime tulla. Stressi tagajärjel testosterooni tase langeb. Viimast alandab ka ölle joomine ja liha söömine. Erektsoonihäiretest on juba rääkima hakatud, järgmisena peaks käsitlema ka inkontinentsust ehk uriinipidamatust. Inkontinentsusel on samuti suur mõju vaimsele tervisele, seksuaalelule ja unerütmile, juhul kui vaevus nõuab mitmeid

WC-külastusi öö jooksul. Probleemi lahendavad meditsiinilised abivahendid, mis on abiks paljudele patsientidele.

Sugupoolte vahel valitseb veel teisi erinevusi. **Uurimuste tulemusena on selgunud, et meestel esineb tunduvalt rohkem tervisele kahjuliku käitumist kui naistel.** Meestest suitsetajaid on palju enam, samuti tarvitatakse sagedamini liigselt alkoholi. Lisaks kimbutab mehi kõrge vererõhk ja suhkruhaigus, vaevusi tekitavad nii liigesevalud kui erinevad seljahaigused, kuid arsti vastuvõtule õigeaegselt ei pöörduta ning enamasti ka tema ettekirjutusi ei järgita. Samuti sõidavad mehed rohkem autos ilma turvavööta ning käivad naistest tunduvalt harvem tervisekontrollis. Meeste puhul esineb rohkem traumasid ja enesetappe. Paljud mehed ei ole huvitatud psühholoogilistest teemadest ja eneseanalüüsist. Eriliseks raskuspunktiks on hingeelu, sisemised tunded ja pinged. Mehed väärtustavad tervist vähem kui naised ja järgivad vähem tervislikke eluviise, samuti ei ole teadmised tervislikust toimumisest meeste hulgas prioriteetsed.

**Miks mehed nii käituvad?** Evolutsioon ja kohandumine võib seda osaliselt seletada. Teatud käitumismudelid ja nendega kaasnevad motiivid on teatud ajal ja teatud keskkonnas olnud kasulikud (näiteks valu tähelepanuta jätmise saagi jahtimisel), kuid teistsugustes tingimustes on see kahjulik (nagu valu tähelepanuta jätmise arstivisiidist eemale hoidmiseks). Teine koolkond, kelle arvamus põhineb uuringute tulemustel, toob välja sugupoolte rolli kui meeste käitumise domineeriva mõjutaja. Selle kohaselt toimivad mehed vastutustundetu ega kuula nõuandeid, jäädes ükskõikseks abi ja hoolitsuse suhtes, kuna selline käitumine ei sobi nende mehisuse ideaalidega.

PhD James R. Mahalik avalikustas 2007. aastal tehtud uuringu „Mehed ja mehelikkus” tulemused. Uuringus osalenud meeste esitati küsimusi naiste ja teiste meeste tervislikust käitumisest. Kõrged maskuliinsuspunktid olid vastavuses vähesel tervisliku käitumisega. Muudes uurimustes on avastatud, et meeste hirm selle ees, et neid peetakse naiselikuks, paneb neid vältima tervislikku käitumist, sest nad usuvad olevat selle tüüpiline naistele.

Küsitlustel põhinevatesse uurimustesse suhtutakse sageli kriitiliselt. Kas inimesed vastavad nendele ikkagi tõepäraselt? Lisaks on nendes tihtipeale palju naiivseid iseenesestmõistetavusi. Mehed, kes usuvad, et riskimine on mehelik, võtavad tööpoolest rohkem terviseriske, tarvitades alkoholi, tubaka- tooteid ja eirates turvavöö kasutamist.

Nagu Mahalik ja teisedki uurijad on väitnud, võiks meeste tervishoid paraneda, kui arstid ja terviseametnikud oleksid mehelike seisukohtade suhtes praegusest vastuvõtlikumad. Mehed ise aga võiksid parandada oma mehelikke kinnisideid. Kui mees usub, et salatite, puu- ja juurviljade söömine on naiselik, siis ta ilmselt neid ei söö. Kui aga nende söömist pakutakse mehele võimalusena olla parem oma töös, et saada lisaenergiat ja parandada edukust, siis ta ehk sööb neid meelsamini. Osad mehed ei soovi arstiabi, kuna nad käsivad mehelikkusena iseseisvust ja valu talumist. Kui aga tervisekontrolli esitatakse kui võimalust säilitada või taastada midagi mehelikkuse juurde kuuluvat, nagu näiteks võistlusvõime ja töövõimekuse taastumine, lähebki mees võib-olla õigeaegselt arsti juurde.

Oluline on saada ka mehed abi otsima, piisavalt puhkama ja tervist edendama. Terviseteeninduses peaks saama ka mees oma probleemidele otsa vaadata ilma valehäbi ja naise surveta.

# Peresuhete mõju töötaja toimetulekule

Riina Juhkam  
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Pidulas toimus 13.–14. septembril terviseseminar, kus käsitleti igale inimesele olulist teemat – peresuhete mõju töötaja toimetulekule. Ettekande pidas pereterapeut Siivi Hansen Tervise Arengu Instituudist.**

Inimese ajale konkureerivad erinevad rollid – tahetakse teha kõike ja hästi. Aeg aga on ja jääb ressursiks, mille hulk on piiratud. Ütlusel „aeg on raha” on küll kapitalistlikus ühiskonnas teatud tõepõhi all, kuid arveldamiseks ei ole kellelgi rohkem kui 24 tundi ööpäevas, ükskõik kui suurte rikkuste vastu ka aega ei püüaks vahetada. Nii on inimesed sunnitud valima ja kompromisse tegema. Tekivadki konfliktid erinevate rollide vahel, mis aja pärast

konkureerivad, ning inimesed pingutavad end, et kõigile rollidele piisavalt palju aega ja energiat pühendada. Sageli tähendab see rollide tähtsuse järjekorda panemist ja vähem olulistest loobumist või nende täitmise edasilükkamist. Üha enam pööratakse tähelepanu konfliktile töö ja pereelu vahel. Inimesed tunnetavad, kuidas kaks olulist eluvaldkonda omavahel põrkuvad, aja pärast võistlevad, vastukäivaid nõudmisi esitavad ning seeläbi stressi ja pinget tekitavad.

Oma ettekannet alustas Siivi Hansen küsimusega: kuidas muuta ettevõtete tööd efektiivsemaks, kiiremini reageerivaks ja innovaatilisemaks? Tänapäeva kapitalistlikus maailmas on iga

töötaja huvi kasum ja selle suurendamine. Uuenduste ja ideede põhiallikaks on ettevõtte töötajad, partnerid ja kliendid. On hea, kui ettevõtte lähtub sellisest tõestatud tõdemusest ja pakub selleks laia valiku töövahendeid.

Hea töötaja on lojale ja kohusetundlik, usin ja arenemisvõimeline, täpne ja kompetentne, paindlik ja leidlik, positiivne ja koostööaldis, terve ja ilus. Selliseks heaks töötajaks saamise eeldusteks on nii töötaja väljaõpe ja kogemused kui ka töötütingimused. **Paljud organisatsioonilised faktorid tööl võivad olla määravaks töötaja vaimsele ja füüsilisele tervisele. Organisatsioonilised faktorid, mis mõjutavad töötaja vaimset ja**



**Pildil:** Siivi Hansen Tervise Arengu Instituudist  
**Foto:** erakogust.

**füüsilist tervist, on hajus tööalane vastutus, võimetus mõjutada tööga seotud otsuseid, puudulik kommunikatsioon ja infovahetus ning tunnustuse puudus.** Kui nendele lisandub veel tööandjapoolne kõrge nõudlikkus on väga tõenäoline, et töö kvaliteet kannatab ning töötajail ilmnevad erinevad psühho-füsioloogilised reaktsioonid. Töökoha arenduse uuringute (Health Canada, Best Advice on Stress Risk Management in the Workplace, 2000) tulemused näitavad, et stressi all kannatavatel töötajatel on kaks kuni viis korda suurem tõenäosus haigestuda nakkushaigustesse, neil on sagedasemad südamega seotud probleemid, seljavalud või muud vigastused, neil esineb sageli ka riskikäitumist, vähktõbe ja vaimse tervise probleeme.

Töö tulemuslikkuse tagab lisaks professionaalsetele oskustele, motivatsioonile, heale palgale ja tervisele ka peresuhete kvaliteet. Isikliku elu faktoritena mõjutavad töötajat aktsepteeritud põhjustena lein, lapse sünd, pulmad, haigus, mõningatel juhtudel ka sünnipäev ja reisid. Isiklikuks peetakse ka armumist, truudusetust, lahutust, kohtuprotsessi, laste kooliminekut või -lõpetamist, lapse või elukaaslase haigust, sõltuvusprobleeme, finantsraskusi ja töötust. Veel mõjutab töötaja töö kvaliteeti see, kui tema lapsed lähevad kodust ära.

**Hansen tõi välja, et olulisi tegureid töötaja rahuloluks on kolm – head suhted töökohal, vääriline palk ja meelepärase töö. Kui üks nendest puudub, saadakse tavaliselt kuidagi hakkama, kuid juba kahe puudumisel võib**

#### **töötaja murduda.**

1974. aastal uuris ameerika psühholoog H. J. Freudenberg psühhiaatria haigla kriisisakondade tööd ning märkas töötajatel ühesuguseid nähtusi, milleks olid emotsionaalne kurnatus, muutunud suhtumine klientidesse ja alanenud toimetulekuvõime. Diagnoositi kompleksne häire ehk *burnout* (läbipõlemine), mille tunnusteks on emotsionaalne tühjus, suur väsimus, kurnatus, vastumeelsus teha tööd, suurenenud rahulolematuse ja pessimism, halb enesetunne, entusiasmi puudus, kiire ärritumine, tööalase kriitika mittetalumine, abitus, alanenud töö- ja toimetulekuvõime. Halvimal juhul kaob ka vastupanuvõime haigustele ja tahtmine teiste inimeste vastu huvi tunda. Läbipõlemise sündroom on emotsionaalse ja vaimse kurnatuse seisund, mis toob kaasa alaneva hinnangu endale kui professionaalile ning võib süvenedes laieneda ka isiksuslikele omadustele. Läbipõlenud töötaja on koormaks iseendale, tekitades raskusi nii kolleegidele kui ka asutuse juhile.

Probleemid on selleks, et neid lahendada ja eks see elu teadupärast ongi üks suur stress – andes meile tunde, et oleme elus. Siinkohal **võiks eristada positiivset ja negatiivset stressi.** Elupöördes, mis toovad kaasa suuri muutusi, olgu need siis positiivsed või negatiivsed, nõuavad meilt kohanemist ja on seega stressiallikaks ning võivad omakorda kaasa tuua suurema või väiksema kriisi. Abieluline/kooseluline suhe ja partneri roll on esmane ja olulisim emotsionaalse toetuse ja turvalisuse allikas. Pere toimimise kvaliteeti mõjutavad nii abikaasade suhte iseloom kui ka abielupaari ühenduse tugevus. Hanseni sõnul iseloomustab tugevat koostööd/abielu selge võimujaotus, avatud ja otsene suhtlemine, andmise ja saamise vastastikkus, vajaduste rahuldamise kõrge tase, mõõdukas avatus individuaalsusele, paindlik toimetulek ja sarnased eksistentsiaalsed põhiväärtused. Need on ka olulised tegurid teineteise mõistmisel. Siivi Hanseni sõnul on suurim viga, mida tehakse, see, et üks osapooltest mõtleb, et teine teab, mida teine tahab. On oluline, et suudetaks oma vajadustest teisele teada anda ja enda eest seista, jättes üksteisele piisavalt ruumi ja mõistmist. Tundeid ei ole mõtet varjata, kuna peidetud kujul võivad negatiivsed tunded tervisele kahjulikult mõjuda.

Pettumine paarisuhtes toob endaga tihti kaasa depressiooni. **Depressioon on tõsine haigus, mille puhul selle kordumise risk on 50%.** Depressiooni korral on iseloomulik huvide ja elurõõmu alanemine, kuid esineb ka viha tundmist kurbuse asemel. Sümptomiteks on nutuvalmidus, tuimus, unehäired, viha kontrollimatus. Inimene ei tunne enam rõõmu ja talle ei lähe midagi korda. Naistel on depressiooni diagnoositud kaks korda rohkem, kuna mehed „nii kergelt“ juba abi ei otsi. Depressioon kulgeb erinevalt, sõltudes soost ja vanusest, meestel sageli varjatud kujul, ning väljendub agressiivses käitumises või alkoholi liigtarbimises. Naiste depressiooni tunneb ära järgmistest sümptomitest: esineb allumatu nutuvalmidus, pisarad ei too leevendust, jääb masendus; tekib tuimus ja kaob huvi seni kõitnud tegevuste ja teemade vastu, sh laste toimetuleku, enese eest hoolitsemise ja majapidamise korralduse vastu; kasvab söögiisu, omane on kaalutõus, ärevus, seksuaalfunktsiooni- ja unehäired. Mehed seevast vihatavad kergemini, on raevukad, võib esineda vägivaldset käitumist; iseloomulik on perekonna, sõprade ja meeldivate tegevuste vältimine; võetakse tõsiselt riskide nagu hoolimatu autosõit ja abieluväline seks; kurdetakse väsimust, kaob huvi töö, hobi ja seksi vastu. Depressioonist võib areneda ärevushäire, söömishäire, psühhos, unehäire või psühhosomaatilised vaevused. Uuringute (Canadian Mental Health Association Survey 2001) tulemused näitavad, et kõrge stressitasemega töötajate tervishoiukulud on 50% suuremad.

Kokkuvõtteks võib öelda, et **peresuhete mõju töötaja toimetulekule on märkimisväärne.** Probleemide juured asuvad sügaval ühiskonnakorralduses, poliitilistes regulatsioonides, traditsioonides ning inimeste teadvuses ja alateadvuses. Nii on olukorra parandamises samuti oma osa mängida tervel ühiskonnal – tööandjatel, poliitikajuhendajatel ja sotsiaalpartneritel. On selge, et töö ja pereelu ühitamisel on kogu ühiskonda puudutavad tagajärjed – kõrge iive ja tööhoive on praeguse ühiskonnakorralduse alustaladeks. Samuti on ju teada, et meil igaühel on soov ja õigus elada pereskesket, täisväärtuslikku ja õnnelikku elu.

## Alkoholi teemalehest ülevaade

**Kristina Köhler**  
**Sotsiaalministeerium**

**Sotsiaalministeeriumi teemalehe „Alkoholi tarvitamine ning selle seosed lapsepõlvkodu ja sotsiaal-majanduslike teguritega“ kokkuvõte**

Alkoholi tarvitamine mängib olulist rolli enneaegses suremuses kõigis Kesk- ja Ida-Euroopa riikides. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on al-

koholi tarvitamine otseselt seotud üle 60 haiguse ja vigastuse tekkega (McKee *et al.* 2000). Seega mõjutab alkoholi tarbimine nii haigestumust ja elukvaliteeti kui ka suremust ja oodatavat eluiga. Varasemalt tehtud uuringute kohaselt on lapsevanemate alkoholi tarvitamise ja laste hilisema alkoholi tarvitamise vahel tugev seos (Chassin *et al.* 1991). Samuti mõjutab alkoholi tarvitamist

isiku sotsiaal-majanduslik staatus (Van Oers *et al.* 1999). Eelnevalt nimetatud on põhjuseks, miks teemalehte on sisse toodud lapsepõlvkodu ja sotsiaal-majandusliku staatuse aspekt. Teemaleht põhineb Eesti täiskasvanud elanikkonda hõlmava küsitlusuuringu „Eesti Terviseuuring 2006“ andmetel ja vaatleb alkoholi tarvitamise<sup>1</sup> ja riskitarvitamise<sup>2</sup> levikut.

Alkoholi on tarvinud 85% Eesti 15–84-aastastest elanikest ning 59% neist on alkoholi riskitarvinud. Meeste hulgas on alkoholi tarvitamine ja riskitarvitamine levinum kui naiste seas. Enne 14 eluaastat on alkoholi riskitarvinud 3% üle 75-aastasi ja 28% 15–19-aastasi inimesi, st alkoholi riskitarvitamine on noorema põlvkonna seas üheksa korda levinum. Keskmine vanus alkoholi esmakordsel riskitarvitamisel oli 19,8 aastat, sealhulgas meestel 19,1 ja naistel 21,3 eluaastat. Sooline erinevus tuleneb sellest, et mehed alustavad alkoholi riskitarvitamist nooremas eas kui naised. Alkoholi riskitarvitamine on aastatega nihkunud üha nooremaks ikka, st kõik järgmised põlvkonnad on alustanud alkoholi riskitarvitamist nooremalt kui nende emad ja isad.

Alla 55-aastaste vanuserühma kuuluvate inimeste peredest 90% olid sellised, kus tarvitati alkoholi. 55-aastaste ja vanemate inimeste peredest tarvitati alkoholi 72%-s, seega on alkoholi mittetarbinud perede osakaal ligikaudu kolm korda kahanenud. See muutus on tingitud peamiselt vähemalt korra nädalas alkoholi tarbivate perede kasvust. Alkoholi tarvitamine lapsepõlvkodus on seotud alkoholi tarvitamisega hilisemas elus. Alkoholi tarbivatest inimestest 85% on pärit kodust, kus tarbiti alkoholi. Vähemalt korra kuus alkoholi tarvinud perest pärit lastest tarvitas 93% ka ise täiskasvanuna alkoholi ning alkoholi mittetarvinud perest pärit lastest tarvitas alkoholi 68%. Alkoholi tarvitavas peres kasvaval lapsel on suurem tõenäosus olla oma hilisemas elus alkoholi tarbija või riskitarbija. Samuti riskitarvitavad alkoholi tarbinud perest pärit inimesed alkoholi varasemas vanuses.

Alkoholi tarvitamise harjumused on seotud sotsiaal-majandusliku staatusega. Suurema sissetulekuga isikute seas oli alkoholi tarvitamine ja riskitarvitamine levinum kui väiksema sissetulekuga isikute seas. Kõrgema sissetulekuga isikute seas olid nimetatud näitajad 93% ja 74% ning madalama sissetulekuga isikute seas 82% ja 42%. Seejuures tarbivad kõrgema sissetulekuga isikud eelkõige lahjast alkohoolseid jooke, madalama sissetulekuga isikud aga eelistavad kanget alkoholi.

Samuti ilmnes, et kõrgema haridustasemega isikute hulgas on alkoholi tarbimine ja riskitarvitamine levinum kui madalama haridustasemega isikute seas. Samas tarbib 57% kõrgema haridustasemega isikutest alkoholi vaid mõni kord aastas. Madalama haridustasemega isikutest tarbis 1–3 korda kuus alkoholi 42%. Kõrgema haridustasemega isikud eelistavad, nagu ka kõrgema sissetulekuga isikud, eelkõige lahjat alkohoolset jooki ning madalama haridustasemega isikud kanget alkoholi.

Vaadates alkoholi riskitarvitamise sagedust viimasel 12 kuul, ilmneb, et mida sagedamini alkoholi riskitarvitati, seda halvemaks hinnati oma tervist. Heaks või väga heaks hindas oma tervist vaid 26% iga päev või peaaegu iga päev alkoholi riskitarbinud isikutest ning 54% mõni kord aastas alkoholi riskitarbinutest. Murdepunktiks terviseenese hinnangul oli alkoholi tarvitamine kolm või enam korda nädalas, millest alates halvenes hinnang oma tervisele kiiresti. Viimasel 12 kuul alkoholi enam riskitarbinud satuvad haiglaravile sagedamini. Mõnikord aastas riskitarbinutest pöördus haiglaravile 10%, samas kui alkoholi üle nelja korra nädalas tarbinutel oli vastav näitaja 24%. Samuti ilmnes, et alkoholi riskitarvitajate pöördumine tervishoiusüsteemi on teiste patsientidega võrreldes enam põhjustatud vigastustest ja mürgistustest.

Eelnevast tulenevalt soovime alkoholi riskitarvitamise ennetustegevuste kavandamisel silmas pidada, et lapsevanemate alkoholitarvitamise harjumused mõjutavad suurel määral laste vastavate harjumuste kujunemist. Kindlasti tasub panustada regulaarse tervisekontrolli võimaluste ja sellealase teadlikkuse kasvatamisse, et tuvastada alkoholi riskitarvitamisega seotud terviseprobleemid võimalikult varakult ning vähendada seeläbi alkoholi riskitarvitamisest põhjustatud vajadust haiglaravi järele. Kuna uuringud on osutanud sellele, et alkoholi kahjulikkusest teavitamine ja sellealase hariduse edendamine ei too kaasa püsivat tervisekäitumist (World Health Organization 2010), soovime kasutada alkoholipoliitika pigem klassikaliste sekkumisharjumuste jätkuvat rakendamist ja laiendamist, nt

alkoholiaktsiisi tõstmine, alkoholireklaami piirangud ning alkoholimüügi aja ja koha piirangud.

<sup>1</sup> Alkoholi tarvitamine – kui inimene on vähemalt korra elus ühel tarvitamise korral tarvinud korraga üle ühe ühiku alkoholi (st üle 10 mg puhast alkoholi ehk üle 4 cl viina).

<sup>2</sup> Alkoholi riskitarvitamine – kui inimene on vähemalt korra elus tarvinud ühel tarvitamise korral korraga üle viie ühiku alkoholi (st üle 50 mg puhast alkoholi ehk üle 20 cl viina). Seda nimetatakse ka suurendatud riskimääraga alkoholi korraga tarvitamiseks (Oja et al. 2008).

#### Teemaleht on kättesaadav aadressil:

<http://www.sm.ee/meie/valjaanded/toimetised.html>

#### Viited

Chassin, L., Rogosch, F., Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449–463.

McKee, M., Pomerleau, J., Robertson, A., Pudule, I., Grinberga, D., Kadziauskienė, K., Abaravicius, A., Vaask, S. (2000). Alcohol consumption in the Baltic Republics. *J Epidemiol Community Health*, 54, 361–366.

Oja, L., Matsi, A., Leinsalu, M. (2008). *Eesti tervise-uuring 2006. Metodoloogiaülevaade*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. [http://www2.tai.ee/ETeU/met\\_51.pdf](http://www2.tai.ee/ETeU/met_51.pdf) (25.11.2010).

Van Oers, J. A. M., Boenders, I. M. B., Van der Goor, L. A. M., Garretsen, H. F. L. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 78–88.

World Health Organization. European Status Report on Alcohol and Health 2010. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf) (25.11.2010).

## Terviseinfo.ee – tõhus abivahend tervise edendamiseks

Laura Aaben  
Tervise Arengu Instituut

**Tervisedenduses on edukate tulemuste saavutamine pikaajaline ja keerukas protsess, mida tuleb planeerida ja ellu viia, tuginedes teaduslike allikate põhjal koostatud materjalidele. Neid materjale püüabki koondada uus Terviseinfo.ee.**

Oleme näinud palju vaeva selle nimel, et Terviseinfo.ee-st saaks **tõhus abivahend kõigile spetsialistidele, kes oma igapäevatoos saavad mõjutada inimeste tervist**. Loodame olla abiks ka otsusetegijatele, kes saavad Terviseinfo.ee usaldusväärsele ja kontrollitud infole tuginedes omi tegevusi planeerida ja otsuseid teha.

Terviseinfo.ee uuendusi kavandades kohtusime eri osapooltega ning üheskoos jõudsime järelduseni, et Eestis puudub koht, kus erinevad spetsialistid saaksid kohtuda ja jagada tervisedendusala infot, materjale, kogemusi ja ideid. Samamoodi puudus ühtne keskkond, kust saada usaldusväärset infot ja materjale tervisedendus- ja ennetustegevuste

23. septembril toimus Sotsiaalministeeriumis esimene alkoholipoliitika nn rohelise raamatu koostamise avalik üritus.

Roheline raamat Eesti kontekstis on poliitika kujundamise protsessi üks osa, kus kirjeldatakse ja analüüsitakse olukorda, kaardistatakse huvipoolte seisukohad ning töötatakse välja ettepanekud olukorra muutmiseks ja probleemide lahendamiseks.

Roheline raamat ei pea, kuid võib sisaldada ettepanekuid õigusliku raamistiku muutmiseks ja teisteks konkreetseteks sekkumisteks (nt Euroopa Liidu ja Ühendkuningriigi praktika kohaselt töötatakse õiguslike sekkumiste ettevalmistamiseks välja eraldi valge raamat, roheline raamat on mõeldud pelgalt diskussioonipaberiks).

Dokumendi koostamisel arutatakse alkoholipoliitika alateemad läbi valdkondlikes töörühmades. Esialgse kavandi rohelisest raamatust koostab töörühmadest saadud sisendi alusel ministeeriumitevaheline töörühm Sotsiaalministeeriumi juhtimisel. Kavandit saavad kommenteerida ja omi ettepanekuid teha kõik alkoholipoliitika töörühmades osalenud organisatsioonid. Kommentaare ja ettepanekuid kaalub ning eelnõu Vabariigi Valitsusele esitamiseks koostab ministeeriumitevaheline töörühm. Osapooled on teised ministeeriumid, ülikoolid ja instituudid, kodanikuühendused ja erialaliidud, tootjad, kaupmehed ja reklaami ja meediaettevõtted. Luuakse seitse temaatilist töörühma, kus teemade püstisusel lähtutakse WHO juhiste. Temaatilised töörühmad on 1) ravi ja nõustamisteenused, 2) teavitus ja võrgustikutöö, 3) tarvitamise keskkond ja kahjude vähendamine, 4) alkoholi kättesaadavuse vähendamine, 5) turunduse reguleerimine, 6) hinna ja maksupoliitika, salaalkoholi leviku piiramine, 7) monitooring ja seire.

Töörühmade liikmetel palutakse eelnevalt kujundada oma organisatsiooni seisukoht erinevate lahendusvariantide kohta. Töörühma sisendi formuleerib töörühma eestvedaja. Töörühmad töötavad oktoobrist aprillini. Osalemissoovist palume anda teada e-posti aadressil triinu.taht@sm.ee.

kohta. Just seda tühimikku püüamegi uuenenud leheküljega täita.

Praegu pakub Terviseinfo.ee järgmisi võimalusi:

- **Saad mugavalt kätte usaldusväärse terviseinfo**

Veebilehele on koondatud baasteadmised, mis on vajalikud tervise edendamiseks ning ennetustööks erinevates valdkondades (nt lasteaias, töökohal või paikkonnas, ennetustöös alkoholi tarvitamise piiramiseks või vaimse tervise valdkonnas). Lisaks on välja toodud, milliste teenustepakkujateni saab abivajajad suunata (nt erinevad sõltuvusprobleemid). Info on koostanud oma ala spetsialistid ning see saab olla aluseks tegevuste planeerimisel ja elluviimisel.

- **Leiad hulganisti praktilisi abimaterjale**

Veebilehelt leiad allalaetavaid juhendmaterjale ja trükiseid, viiteid olulistele uuringutele ja värskete tervisestatistika, samuti infot rahastamisvõimaluste kohta.

- **Värsket info sündmuste kohta**

Siit leiad Eestis toimuvate tervise valdkonnaga seotud koolituste, konverentside, konkursside, kampaaniate ja muude sündmuste kalendri ning saad kasutajana ka ise enda korraldatud sündmuse lisada. Võimalik on ka koolitustele registreeruda.

- **Võimalus suhelda oma mõttekaaslaste ja kolleegidega**

Soovid praktilisi soovitusi oma kolleegidelt? Või tahad jagada oma häid kogemusi ja näpunäiteid?

Tutvu tervist toetavate tegevuste andmebaasiga ja jaga oma projektikogemusi ka teistega. Blogis ja foorumis saad mõttekaaslastega enda valitud teemadel suhelda.

Täna võime öelda, et üsna suures mahus täieneb lehekülj nii materjalide kui arenduste osas kogu käesoleva aasta jooksul ning kindlasti veel ka tulevikus. Lehekülje haldab Tervise Arengu Instituut, aga oma materjale saavad lisada kõik võrgustiku liikmed, sh teised riigiasutused.

**Selleks, et Terviseinfo.ee lehekülje võimalusi maksimaalselt ära kasutada, soovime registreeruda lehe kasutajaks.**

Selleks pole vaja teha muud, kui vajutada lehe üleval paremas nurgas nupule „Liitu“ ning täita mõned väljad oma andmetega. Liituda tasub seetõttu, et vaid liikmed saavad registreeruda koolitustele, lisada oma üritusi ja materjale ning kirjutada blogisse. Lehelt leiad ka kasutajate andmebaasi, kust on võimalik leida võrgustikust inimesi, kellega sul on samad huvid ja kellega teha koostööd.

Loodame, et uuenenud Terviseinfo.ee pakub rohkelt võimalusi, mis Sulle igapäevatoos abiks on. Samuti loodame, et kuna nüüd on olemas kohtumispai, kus saame üheskoos infot jagada ja arutada, nõu küsida ja anda, paraneb Eestis ka võrgustikutöö. Teeme seda kõike usus, et Eesti rahva parema tervise nimel üheskoos tegutsedes oleme tugevamad ja saame häid muutusi kiiremini ellu viia. Me kõik ju soovime, et Eesti inimesed oleksid terved ja rõõmsad.

## Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine

**lisi Saame  
Tervise Arengu Instituut**

**Perearsttöö üks osa on patsiendi terviseriskide avastamine ja patsiendi suunamine tervisele soodsamaid valikuid tegema. Üks oluline terviserisk on alkoholi liigtarvitamine. Alkoholi tarvitamisest tulenevad terviseriskid algavad sageli väiksematest kogustest kui tavaliselt arvatakse ning alkoholi kahjustav tarvitamine ei piirdu sugugi ainult alkoholisõltuvusega.**

Kuna alkoholi tarvitamine on riskiteguriks paljudele tervisehäiretele, nagu näiteks hüpertoonia, infarkt, insult, ärevus, depressioon, maksatsirroos jt, on alkoholi tarvitamisest tuleneva riski väljasel-

gitamine ning patsiendi nõustamine perearsti ja pereõe igapäevatoos vajalik valdkond. Kui alkoholist tingitud terviserisk avastada võimalikult vara, saab asjatundliku nõustamisega suure tõenäosusega muuta patsiendi edasise elu sündmusi ja vältida alkoholist tingitud haiguste kujunemist.

Teiste riikide kogemustele tuginedes on Tervise Arengu Instituut välja andnud metoodilise juhendi, mis käsitleb alkoholi tarvitamise riskide hindamist AUDIT testi abil ning patsientide lühinõustamist esmatasandi tervishoius.<sup>1</sup> Metoodikat on testitud Eesti perearstikeskustes ning sealt saadud tagasi

side alusel on AUDIT testi ja nõustamismetoodikat kohandatud Eesti oludele sobivaks.<sup>2</sup> Metoodika testimine näitas, et AUDIT testiga alkoholi tarvitamise riskide uurimine on vastuvõetav nii patsientidele kui ka perearstidele ja pereõdedele. Testi tegemine ei võta kaua aega ning alkoholi tarvitamisest rääkimine on patsientidele oluline. Küll aga näitas katseprojekt, et kuigi alkoholi tarvitamise kohta küsimuste esitamine oli meedikutele suhteliselt lihtne, tundus kõrgeenenud riskiga patsientide nõustamine oluliselt raskemana.

Nõustamismetoodikat, mida kasutatakse alkoholi tarvitamise, aga ka teiste eluviisiga seotud käitumiste muutuste soodustamiseks, nimetatakse motiveerivaks intervjuerimiseks. Motiveeriv intervjuerimine on vestlus spetsialisti ja patsiendi vahel, mis arvestab patsiendi arvamuste, uskumuste ja arusaamadega ning on samal ajal suunatud eesmärgile vähendada patsiendi riskikäitumist. Selleks uuritakse ja tugevdatakse vestluse abil patsiendi

motivatsiooni ja valmisolekut muutuse tegemiseks. Motiveeriva intervjuerimise puhul ei vastandata patsiendiga ning julgustatakse teda oma käitumise osas vastutust võtma ja otsust langetama. On leitud, et motiveeriva intervjuerimise meetodi ning teiste patsiendikesksete tehnikate kasutamine aitab parandada ka meediku ja patsiendi suhte kvaliteeti, luua usaldust ning vähendada vastupanu muutusteks.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise katseprojekt näitas, et sellise nõustamisviisi edukaks rakendamiseks on vajalikud mõningased eelteadmised ning piisavalt praktikat. Tervise Arengu Instituut on koostöös Eesti, Rootsi, Šveitsi ja Inglismaa peremeditsiini ja lühinõustamise spetsialistidega välja töötanud nii motiveeriva intervjuerimise sissejuhatava koolituse kui alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise koolituskavad. Koolitusi alustati 2011. aasta kevadel ning need said osalejatelt positiivse

vastuvõtu. Sügisesed koolitusgrupid on selleks aastaks juba täitunud, kuid koolitused jätkuvad kindlasti 2012. aastal. Täpsemat infot koolituskava kohta saab lugeda [www.terviseinfo.ee](http://www.terviseinfo.ee). Koolitustele on oodatud kõik tervishoiutöötajad, kes soovivad täiendada teadmisi alkoholi tarvitamisest tulenevatest riskidest ning lihvida või omandada uusi oskusi patsiendiga alkoholi tarvitamise teemal vestlemiseks.

Allikad:

<sup>1</sup> Tähepõld, H., Veskimägi, M., Kalda, R. jt. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises. Tervise Arengu Instituut, 2011.

<sup>2</sup> Saame, I., Gluškova, N., Viilmann, K., Kalda, R. Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise metoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. Eesti Arst 2011; 90(5): 216–224.

## Jooksmine ja tervisedendus

Kristjan Puusild  
Estonian Adventure Run

**Jooksmisse, nagu ka tervisedendusse, suhtutakse tihti peale eelarvamusega ja pealiskaudselt. Nõnda arvatakse tavaliselt, et kui ennast vahel natuke liigutada, on see tervislik.**

Ka jooksmist peetakse tervislikuks, kuigi paljud inimesed võivad vale varustuse või halva ettevalmistuse tõttu joostes endale liiga teha. Üldiselt ei tunta huvi jooksmise erinevate tahkude vastu, vaid hakatakse lihtsalt jooksmas ja nõnda võib tervise edendamisest kujuneda tervise lõhkumine.

**Mida on vaja teada, et jooksmisest kujuneks tervise edendaja, mitte selle lõhkuja?**

Kõigepealt tuleks veelkord meelde tuletada, et tervis ei ole mitte häda, valu või haiguse puudumine, vaid inimeseks olemise kõikvõimalike aspektide tasakaalustatud koostoimimine, seejuures mitte üksnes keha, vaid ka hinge ja vaimu ning laiema – perekondliku, kogukondliku ja kultuurilise harmoonia loomine.

Et elu toob meile pidevalt uusi sündmusi, mis viivad absoluutsest tasakaaluseisundist välja, tuleb mõista anda, et tasakaalust väljas olemine ei ole alati haigus või tervisele kahjulik asjade seis, vaid on samuti väljakutse ning arengut ja kasvamist võimaldav nähtus. Järelikult pole tervis mitte üks-

nes tasakaal, vaid ka selle tasakaalu saavutamise potentsiaal, mis seisneb inimese valmisolekus ja tahtes pidevalt muutuda, kohaneda, kasvada, õppida ja luua.

Seesuguste tervise määratlustega võime juba palju targemalt vastu astuda jooksmisele kui ühele võimalusele tervise edendamises.

Nimelt tuleks mõelda, kuidas on võimalik jooksmisest luua selline tegevus, mis vastaks eespool esitatud mõtisklustele ning ei jääks üksnes kehalise seisundi kompenseerivaks mehhanismiks. Vastus on lihtne: ka jooksmist tuleks käsitleda terviklikult ning anda talle laiem perspektiiv ja rakendus. Loetlen alljärgnevalt mõned viisid, kuidas jooksukogemust laiendada tervisedendusega kooskõlas:

1. Tee kindlaks, milline on sinu üldine füüsiline seisund (millised on hädad, pingestunud kohad, valud, sportlik vorm jne). Vastavalt seisundile vali endale sobiv spordiala, millega tegeleda (teatud vigastuste korral ei tasu minna kohe jooksmas, vaid tuleks tegeleda muude liikumisvormidega, füsioteraapiaga).

2. Kui leiad, et jooksmine on sulle sobiv, vaata üle, milliste motiividega sa jooksurajale lähed või oma

tervist edendavaid eesmärged sead (kas motiivid on ikka sinu enda omad või hoopis välise surve tulemus; kas nad on seotud üksnes füüsilise heaoluga või saab neid rakendada ka emotsionaalse, intellektuaalse või sotsiaalse harmoonia loomisel).

3. Mõttele läbi, mida on vaja teha selleks, et sinu jooksukogemusest saaks tervist edendav nähtus. Tee plaan, millises tempos, kui tihti ja kui kaua sa jooksed. Lisa plaani erinevad jooksupaigad, kaaslased, et jooks saaks olla ka sotsiaalne või emotsionaalne tasakaalustaja. Anna igale jooksule mõte või tähendus ning häälestu sellele enne jooksu.

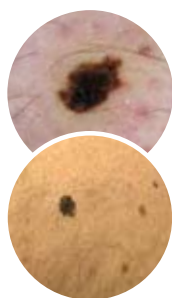
4. Ära pinguta, vaid lõdvestu joostes. Joosta on võimalik nõnda, et mitte ei väsita ennast, vaid saad ümbrusest energiat juurde. Jooksmine ei pea olema ka kiire põgenemine argipäeva ja rutiini eest, vaid võib osutada võimaluseks oma sügavamate tasanditega kontakti saamiseks. Seega kuula ennast.

5. Kui oled jõudnud pingevabasse faasi, kus jooksmine muutub kergeks, vabadust tekitavaks, joovastavaks rõõmukogemuseks, rakenda endas tekkiv loovus oma elu korda seadmiseks või uute väljakutsete vastuvõtmiseks. Ole loov ja luba endal oma tervist edendada.

# JÄLGI OMA NAHKA



## Melanoom



Melanoom on pahaloomuline kasvaja, mis tekib melanotsüütidest, naha pigmentirakkudest. Eriti palju on pigmentirakke neevustes ehk sünnimärkides. Melanoom võib organismis kiiresti levida ja seetõttu on väga oluline avastada ja ravida seda haigust juba varases staadiumis.

**Mida tuleb sünnimärkide juures pidevalt jälgida?**

## ABCDE reeglistik.

Regulaarselt peaks sünnimärkide juures tähelepanu pöörama viiele kergesti jälgitavale asjaolule:

- A** Ebakorrapärane kuju ehk asümmeetria – sünnimärgi ühe poole kuju ei ole vastavuses teise poole kujuga
- B** Serva ebakorrapärasus – sünnimärgi serv on sakiline, sälgustatud või ähmastunud
- C** Erinevad värvused ühes sünnimärgis
- D** Läbimõõt üle 5 mm
- E** Kasv – muutused sünnimärgi mõõtmes, servakontuuris ja värvuses lühikese aja jooksul

Eeltoodud tunnuste tekkel sünnimärgis tuleb pöörduda **KOHE** arsti poole, sest nahamelanoomi ravi edukus sõltub haiguse leviku ulatusest. Varases staadiumis on haigus ravitav.

# JÄLGI OMA NAHKA



## Kuidas end nahamelanoomi eest kaitsta?

- Hoiduge pikaajalisest viibimisest päikese käes.
- Parim kaitse UV kiirguse eest on riietus.
- Ärge käige solaariumis. Pidevatel solaariumikülastajatel suureneb melanoomi tekkerisk 75% võrra.
- Kasutage UV-kiirguse vastu päevituskreemi, mille kiirguskaitse faktor (SPF) on vähemalt 15 ning mis kaitseb nii UVA kui UVB kiirguse eest. Mida heledam nahk, seda tugevama faktoriga päevituskreemi tuleks valida.
- Kõige suuremaks riskifaktoriks melanoomi tekkele on enne 15. eluaastat saadud päikesepõletused, seega on eriti oluline just laste kaitsmine liigse UV-kiirguse eest.

**NB!**

**Tähtis on teada, varane haiguse avastamine tagab parima ravitulemuse. Mida väiksemate muutustega sa alustad ravi, seda lihtsam see on ja seda kindlamini saad sa terveneda.**

Seetõttu jälgige oma nahka ja kui leiad ebakorrapärase pigmentaigu, mis kasvab ja muutub, mine kohe arsti juurde. Pea meeles **ABCDE** reegleid. Sa võid päästa enda või lähedase inimese elu.



Edasi loe lähemalt:

Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn, [www.tai.ee](http://www.tai.ee)  
Saaremaa Õppekeskus, Pikk 30, 93819 Kuressaare, [www.sok.ee](http://www.sok.ee)  
Hariduse ja Tugiteenuste Keskus, Tähe 56, 50103 Tartu, [www.tugiteenused.tartu.ee](http://www.tugiteenused.tartu.ee)  
Eesti Vähiliit, Viru 5–5, 10140 Tallinn, [www.cancer.ee](http://www.cancer.ee)  
Elujooks, [www.elujooks.net](http://www.elujooks.net)

Väljaandmist toetab Euroopa Liidu Sotsiaalfond

Sotsiaalministeerium  
Gonsiori 29  
15027 Tallinn  
[www.sm.ee](http://www.sm.ee)

Triinu Täht  
Rahvatervise osakond  
tel 626 9142  
[triinu.taht@sm.ee](mailto:triinu.taht@sm.ee)

Sirle Treial  
Rahvatervise osakond  
tel 626 9156  
[sirle.treial@sm.ee](mailto:sirle.treial@sm.ee)

Riina Juhkam  
Rahvatervise osakond  
tel 626 9803  
[riina.juhkam@sm.ee](mailto:riina.juhkam@sm.ee)