

**PAIKKONNA TÕENDUSPÕHISTE TERVISEDENDUSLIKE TEGEVUSKAVADE  
KOOSTAMISE JUHENDMATERJALI JAOKS SISENDI KOOSTAMINE ERINEVATE  
TERVISEVALDKONDADE MÕJUTEGURITE JA SEKKUMISVIISIDE OSAS**

**TAUSTAMATERJAL**

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusedemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

*Allikate analüüs on teostatud Tervise Arengu Instituudi tellimusel Poliitikauuringukeskuse Praxis poolt Euroopa Sotsiaalfondi programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2012” rahastamisel (avaldamata).*

<b>1. Kokkuvõte .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Metoodika .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Alkoholi tarvitamine .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>7</b>
3.1.1. Alkoholi tarvitamise olemus .....	7
3.1.2. Peamised alkoholi tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas .....	7
3.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada.....	8
<b>3.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>8</b>
3.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	8
3.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	10
3.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	11
<b>3.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Liikumine .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>13</b>
4.1.1. Liikumise ehk füüsilise aktiivsuse olemus.....	13
4.1.2. Peamised liikumist mõjutavad tegurid paikkonnas.....	13
4.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada.....	14
<b>4.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>14</b>
4.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid.....	14
4.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	16
4.2.3. Seni hindamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	17
<b>4.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Narkootikumide tarvitamine .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>19</b>
5.1.1. Narkootikumide tarvitamise põhjused ja tagajärjed.....	19
5.1.2. Peamised narkootikumide tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas .....	19
5.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada .....	20
<b>5.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>20</b>
5.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	20
5.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	22
5.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	23
5.2.4. Sekkumisviisid, mille tulemuslikkus on hindamata .....	24
<b>5.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Toitumine .....</b>	<b>27</b>
<b>6.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>27</b>
6.1.1. Tervisliku toitumise olemus .....	27
6.1.2. Peamised toitumist mõjutavad tegurid paikkonnas.....	27
6.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada .....	28
<b>6.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>28</b>
6.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	28

6.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	32
6.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	32
6.2.4. Sekkumisviisid, mille tulemuslikkus on hindamata .....	33
<b>6.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>33</b>
<b>7. Tubaka tarvitamine .....</b>	<b>35</b>
<b>7.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>35</b>
7.1.1. Tubaka tarvitamise põhjused ja tagajärjed .....	35
7.1.2. Peamised tubaka tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas .....	35
7.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada .....	36
<b>7.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>37</b>
7.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	37
7.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	40
7.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	41
<b>7.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>42</b>
<b>8. Vaimne tervis .....</b>	<b>45</b>
<b>8.1. Sissejuhatus .....</b>	<b>45</b>
8.1.1. Vaimse tervise olemus .....	45
8.1.2. Vaimset tervist mõjutavad tegurid ja nende mõjutatavus paikkonnas .....	45
8.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada .....	46
<b>8.2. Ülevaade sekkumisviisidest .....</b>	<b>47</b>
8.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	47
8.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	48
8.2.3. Tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid .....	50
<b>8.3. Kasutatud allikad .....</b>	<b>50</b>
<b><i>Lisa 1. Ülevaade kasutatud andmeallikatest ja andmeotsingust .....</i></b>	<b><i>53</i></b>

# 1. Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärgiks oli koostada sisend tervisedenduslike tegevuskavade koostamise juhendmaterjali tarbeks. Saadav sisend on üheks aluseks juhendmaterjali koostamisel, millest saab abistav töövahend maakondlikul ja kohalikul tasandil töötavatele spetsialistidele tervisedenduse tegevuskavade koostamiseks.

Sisend tehti järgmiste rahvatervise valdkondade osas: toitumine, liikumine, alkoholi tarvitamine, tubaka tarvitamine, narkootikumide tarvitamine, vaimne tervis. Iga valdkonna kohta koostatav juhendmaterjali sisend tugines viimase 15 aasta tõenduspõhiste sekkumisviisidele paikkonna tervisedenduse läbiviimisel (teadusartiklid, metaanalüüsid).

Sisend sisaldab sissejuhatuseks valdkonna peamisi mõjutegureid, millest antud valdkonna olukord paikkonnas sõltub, ning seda, milliseid tegureid on paikkondlikult võimalik mõjutada. Iga eelnimetatud kuue rahvatervise valdkonna osas koostatud sisend annab ülevaate tõendatud, osaliselt tõendatud ning nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisidest, tuues iga sekkumisviisi puhul välja, millistele mõjuteguritele see on suunatud, milliste sihtrühmade puhul on efektiivne, ning võimalusel andma teavet, millise paikkonna tüübi puhul antud sekkumisviis on andnud tulemusi.

Kajastatavad sekkumisviisid on Eesti oludele kohandatavad, sisaldavad sekkumisviise nii ennetustegevuseks kui ka kahjude vähendamiseks. Samuti hõlmatakse sekkumisi, mida saab paikkond ellu viia nii maakondlikul, kohalikul kui ka organisatsiooni tasandil.

Erinevate valdkondade puhul oli leitud sekkumiste arv üpris varieeruv: toitumise valdkonnas leiti kokku 142 sekkumist, tubaka tarvitamisel 85 sekkumist, narkootikumide tarvitamisel 30 sekkumist, liikumisel 24 sekkumist, vaimse tervise korral 24 sekkumist ja alkoholi tarvitamisel vaid 12 sekkumist.

Toitumise korral osutusid kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisideks erinevate kampaaniate läbiviimine, puu- ja köögiviljade kättesaadavuse suurendamine, dieetid, toitumisalaste teadmiste pakkumine, ülekaaluliste kaasamine sekkumiste kavandamise ja läbiviimise kõikidesse faasidesse, toitumisalane nõustamine ja menüüde koostamise nõustamine. Liikumise korral osutusid kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisideks kehalist aktiivsust soosiva keskkonna loomine, kehalist aktiivsust propageerivad kampaaniad, grupiviisiline füüsilise liikumise propageerimine, roheliste retseptide jagamine, kaalukaotusprogrammid ja nõustamised. Suitsetamisest loobumise soodustamiseks osutusid kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisideks ennetav nõustamine, töökohapõhine ennetus, kogukonnapõhine sekkumine, tervishoiuasutuste pakutavad sekkumised, eneseabijuhendid ja muud kirjalikud materjalid ning kampaaniad. Narkootikumide tarvitamise korral osutusid kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisideks ennetavad kampaaniad, draamaetendused, nõustamine ja sotsiaalsel võrgustikul põhinev sekkumine narkootikumide süstimise ning riskikäitumise vähendamiseks. Alkoholi tarbimise vähendamiseks osutusid kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisideks, alkohoolsete jookide kättesaadavuse vähendamine, jooles juhtimise vastased meetmed, reklaamipiirangud, veebipõhised kursused või programmid, lühiajalised kiirsekkumised ja kompleksteraapia rakendamine. Vaimse tervise korral osutus kõige parema tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisiks kognitiiv-käitumuslik teraapia (intensiivne teraapia, terapeut püüab avada kliendile häire olemust ning õpetada teraapiatehnikaid uute oskustena).

## 2. Metoodika

Paikkonna tõenduspõhiste tervisedenduslike tegevuskavade koostamise juhendmaterjalide sisendmaterjalid koostati nii toitumise, liikumise, alkoholi tarvitamise, tubaka tarvitamise, narkootikumide tarvitamise kui ka vaimse tervise valdkonna korral sama metoodika alusel.

Valdkonnas kasutatavate sekkumiste tõenduspõhiste uuringute, analüüside artiklite koondamine ühtsesse kergelt hoomatavasse tabelisse. Paralleelselt koostati valdkonnapõhiste sisendmaterjalide sissejuhatuste mustandversioonid.

Kõigepealt koostati ja täideti toitumise, liikumise, alkoholi tarvitamise, tubaka tarvitamise, narkootikumide tarvitamise ning vaimse tervise valdkonnas kasutatavate sekkumiste süstemaatiliseks koondamiseks tabelid.

Tabel koostatakse selliselt, et iga leitava tõenduspõhise sekkumise puhul saab kajastada:

- kas tegemist on ennetustegevuse või kahjude vähendamise sekkumisega;
- kas tegemist on tõendatud tulemuslikkuse, osaliselt tõendatud tulemuslikkuse või nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisiga;
- milliste sihtrühmade puhul on tõenduspõhiselt antud sekkumine osutunud tulemuslikuks;
- kas on kajastatud ja missuguse paikkonna tüübi puhul on antud sekkumine osutunud tulemuslikuks;
- kas sekkumine on ellu viidav maakondlikul, kohalikul või organisatsiooni puhul;
- kas ja kuidas on sekkumised kohandatavad Eesti oludele;
- korrektne viide allikale (kui võimalik, siis ka veebilink) ja selle autoritele.

Seejärel vaadati süstemaatiliselt läbi ning koondati kokku esimeses etapis koostatud tabelitena teabe järgmistest allikatest leitavate teadmispõhiste analüüside, uuringute ning teadusartiklite (viimase 15 aasta ulatuses) kohta valdkondade lõikes:

a) Rahvusvaheliste organisatsioonide ja institutsioonide kodulehed:

- Maailma Terviseorganisatsioon (WHO; sh Euroopa Tervishoiusüsteemide ja – poliitika Vaatluskeskuse veebileht);
- Euroopa Komisjoni Tervise ja Tarbijakaitse peadirektoraat (DG Sanco);
- Euroopa Komisjoni Teaduse ja Innovatsiooni peadirektoraat (DG Research);
- Euroopa Komisjoni Rahvatervise Programmi Täitevamet (EAHC)
- Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA);
- Euroopa Toiduohutusamet (EFSA);
- Haiguste Ennetuse ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC);
- Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD).

b) Kättesaadavad asjakohased valdkondlikud ajakirjad, sh:

- European Journal of Public Health;
- Health Education Research;
- International Journal of Public Health;
- Health Promotion International;
- Critical Public Health.

Paralleelselt ülaltooduga koostati iga valdkonna kohta sissejuhatuse juhendmaterjalide sisendile. Sissejuhatuses kirjeldati ära peamised mõjutegurid, millest sõltub antud valdkonna olukord paikkonnas (sh elanike teadmised, hoiakud, oskused, sotsiaalmajanduslik profiil, poliitika jms) ning toodi välja, milliseid tegureid neist on paikkonnal võimalik mõjutada.

Materjalide läbitöötamisel võeti arvesse kõik kuni 15 aasta vanused materjalid (1998-2012). Töö raames vaadati läbi rahvusvaheliste organisatsioonide ja institutsioonide kodulehed, kättesaadavad ja asjakohased valdkondlikud ajakirjad ning internetileheküljed ja andmebaasid. Ülevaade kasutatud andmeallikaotsingutest on ära toodud lisas 1.

Sekkumisviisidena hinnati tõendatud, osaliselt tõendatud ja nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviise.

#### *Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid*

Põhinevad uuringutel, mis annavad kõige tugevamaid tõendeid selle kohta, et sekkumisviisi ja selle tulemuste vahel on põhjuslik seos, mis on mõõdetav ja kindlaks tehtud kontrollitud eksperimentaaluuringute või sama tüüpi uuringute süstemaatiliste ülevaadetega.

#### *Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid*

Põhinevad uuringutel, mis annavad nõrgemaid põhjuslikkuse tõendeid sekkumise ja selle mõõdetud tulemuste vahel ning sisaldavad võimalust, et mõõdetud tulemus ei pruugi olla põhjuslik ning võis juhtuda kogemata. Tõendusallikateks on tulemuste hindamised, mille puhul on kasutatud erinevaid andmeallikaid ja võrreldud andmeid.

#### *Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid*

Põhinevad uuringutel, mis ei anna üldse või annavad väga nõrkasid põhjuslikke tõendeid sekkumise ja selle mõõdetud tulemuste vahel. Tõendusallikateks on juhtumiuuringud ja sekkumise tulemuste kohta küsitlusuuringutega kogutud andmed. Sellistesse sekkumisviisidesse tuleb suhtuda suure ettevaatusega.

Lisaks käesolevale raportile on valminud ka põhjalikud exceli tabelid iga valdkonna kohta, kus on siis sekkumisviisi tulemuslikkust ja selle kohandamist Eesti oludesse ka hinnatud.

## 3. Alkoholi tarvitamine

### 3.1. Sissejuhatus

#### 3.1.1. Alkoholi tarvitamise olemus

Alkohoolne jook on uimastava ja sõltuvust tekitava toimega etanooli sisaldav jook (1). Alkohoolsete jookide vähestes kogustes harv tarbimine ei ole tervisele ohtlik. Väikeses koguses alkohol muudab inimesed vabamaks, aitab lõdvestuda. Mõnede uuringute alusel võib väikestes kogustes alkoholi tarbimine aidata ennetada kardiovaskulaarhaiguseid<sup>1</sup>, kuid sellised uuringud on vastuolulised (2).

Tervist kahjustav on sage suuremates kogustes alkohoolsete jookide tarbimine, millest võib välja kujuneda alkoholism. Alkohoolikud ehk alkoholist sõltuvuses olevad inimesed on haiged, kes vajavad ravi.

Alkohol mõjutab indiviidi tervist otseselt biokeemiliste reaktsioonide vahendusel (joove, mürgistus) ning tekitab sõltuvust. Alkohoolsete jookide liigtarbimine tõstab indiviidil mitmeid terviseriske (maksatsirroos, ajukahjustus, pankreatiit, ülekaal, varajane dementsus, kõri-, kurgu- ja rinnavähk, kõrgvererõhutõbi, unehäired, samuti suureneb vigastuste oht jms). Alkohol võib muuta inimesed ebaratsionaalseks, vägivaldseks, vähendada töövõimet.

Lisaks võib põhjustada alkoholi liigtarvitav inimene probleeme ümbritsevatele inimestele pannes toime isiku- ja varavastaseid kuritegusid (sh alkoholi joores sõiduki juhtimine). Sageli kannatavad ka alkoholi liigtarvitavate isikute lähedased (perevägivald elukaaslase ja laste suhtes).

Ei ole ühest faktorit, mis põhjustab alkoholi liigtarbimist või alkoholismi. Olulised on nii keskkond (alkohoolsete jookide kättesaadavus, sotsiaalne keskkond) kui indiviidi hoiakud ning käitumine, aga ka geneetika.

Alkoholi mõjul tekib elanikkonnale täiendavaid tervise- ja sotsiaalprobleeme. Alkoholi tarvitamine on Eestis tõsine meditsiiniline ja sotsiaalne probleem (3, 4).

#### 3.1.2. Peamised alkoholi tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas

Tegurid, mida paikkond saab mõjutada:

- Elanike sotsiaal-majanduslik olukord. Erinevates uuringutes on leitud, et alkoholi liigtarvitamine kaasneb sageli madalama haridustasemega, probleemsest perekonnast pärinemisega, majanduslike raskustega ja töötusega.
- Kohalik alkoholipoliitika, sealhulgas ka kohalike omavalitsuste juhtiv töö alkoholismi ennetamiseks, alkoholi kättesaadavus.
- Tervishoiutasandil pakutavate teenuste olemasolu alkoholisõltuvusest ravimiseks, varajaseks sekkumiseks toetusprogrammid ning varajane sekkumine.

---

<sup>1</sup> [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_chap5\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_chap5_en.pdf)

- Elanike teadlikkus alkoholi mõjude kohta - elanikud ei tea, missugused kogused on tervist kahjustavad, missuguseid tervise-, sotsiaalseid ning psühholoogilisi probleeme alkohol kaasa toob.
- Elanike hoiakud alkoholi suhtes – alkoholi tarvitamine on paljudele stressi vähendamise vahend ning inimesed ei leia oma stressile tihti teist väljundit kui alkohol. Lisaks on alkohol (ja enamasti kange alkohol) eestlaste jaoks nii-öelda seltskonnajook.

### 3.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada

Paikkonna elanike teadmiste mõjutamisel tuleb paikkonnal arvestada, et avalikult levitatakse ka erinevates riikides teostatud uurimuste tulemusi, mille kohaselt mõõdukas alkoholitarbimine on tervisele kasulik ning Eestis on tekkinud väärarusaamad ja müüdid seoses alkoholi mõjuga. Paikkonnal tuleb arvestada elanikkonna struktuuriga ehk meetmete planeerimisel peaks vaatama, missuguse ealise ja soolise struktuuriga paikkonna mõjutatav elanikkond on. Paikkonna elanikkonnale tuleb alkoholi tarbimise vähendamiseks väga selgelt selgitada alkoholi mõõduka ning alkoholi liigtarvitamise erinevusi.

Paikkonna elanike hoiakute muutmise puhul tuleb tegevuse planeerimisel arvestada, et harjumused on visad muutuma ning hoiakute muutmine on pidev protsess. Paikkonnal on võimalik muutusi esile kutsuda pikema aja vältel. Alkoholi kättesaadavuse piiramise puhul tuleb arvestada illegaalse alkoholi olemasoluga. Kui on ette teada oht salaalkoholi tarbimiseks, siis peab alkoholi kättesaadavuse vähendamise meetmete rakendamisel võimalike salaalkoholi müügikohtade üle järelvalvet teostama.

## 3.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 3.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

#### **Alkoholsete jookide kättesaadavuse vähendamine**

Tõendatud sekkumine on alkoholsete jookide kättesaadavuse vähendamine, mille tulemusena väheneb alkoholitarvitamine ning sellest tulenevad kahjulikud mõjud. Alkoholsete jookide kättesaadavust saab vähendada tootmise ning müügi monopoliseerimise, alkoholi hinna tõstmise või alkoholi müügi piiramisel vanuse piirmäära abil (5). Loetletud meetmed on tavapäraselt läbiviidavad riiklikul tasandil, kui kohalik tasand paikkonna näol saab neil teemadel teha eeltööd ning anda riigile nõu lähtuvalt oma paikkonna huvidest.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Peamiseks riskiks on see, et alkoholi müüjad ei pruugi olla huvitatud kavandatavatest sekkumistest. Kindlasti tuleks ka kaaluda, kas antud paikkonnas võib tõusta kättesaadavuse vähendamisel salaalkoholi tarbimine või mitte. Kui jah, siis tuleks paralleelselt rakendada meetmeid, mis piiraks salaalkoholi levikut.

#### **Joobes juhtimise vastased meetmed**

Joobes juhtimise vältimine ning selle piiramine on näidanud tõendatust alkoholikahjude vähendamisel (5). Sihtrühmaks on joobes juhid, kelleks on tavaliselt juhtimisõigusega paikkonna elanikud. Selle rakendamiseks on vajalik kehtestada rangemad seadused, sest praegune olukord Eestis joobes juhtide arvukuse poolest on üks Euroopa halvimaid ning olukorra parendamiseks on



vajalik riigi tõhusam sekkumine. Paikkonnad saavad siinkohal teha ära eeltööd ning anda riigile nõu, mis võiks elanikele kõige efektiivsemalt mõjuda.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Ei näe olulisi riske Eesti oludele kohandamisel. Sekkumiste kavandamisel on oluline silmas pidada, et oleks tagatud sekkujate turvalisus. Selleks on oluline sekkujate oskus tuvastada joores isikuga ja suhelda temaga.

### **Reklaamipiirangud vähendamaks alkoholi ostmist**

Tõendatud sekkumistena on leitud ka reklaamipiirangute kehtestamine, mis vähendab alkoholi ostmist ning on seega hea vahend alkoholikahjude ennetamiseks ning vähendamiseks (6). Reklaamil on inimesele oluline psühholoogiline mõju ning reklaami piiramine või keelustamine on alkoholi tarbimise vähendamisel oluline vahend. Sihtrühmaks on kogu elanikkond, kes võivad alkohoolseid jooke tarbida.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Ei näe olulisi riske. Siiski tuleb mainida, et kohalikul tasandil on alkoholireklaami piiranguid võimalik vaid väga väheste infokanalite osas teha (avalikud reklaamtulbad, lubatavad avalikud üritused ja seal pakutavad joogid jms)

### **Veebipõhised kursused või programmid**

Veebipõhiseid kursuseid või programme võib kasutada teadlikkuse tõstmiseks alkoholi kahjulikest mõjudest ning ohtudest, samuti alkoholisõltuvuse ennetamiseks.

Tõendatust leidis kaheosaline veebikursus alkoholitarvitamise vähendamiseks, kus kursuse sisu hõlmas seda, millised on alkoholi füsioloogilised mõjud, miks on vajalik jälgida veres alkoholisaldust ning milline on alkoholi mõju sotsiaalsele elule, millised on alkoholiseadused (7). Antud kursuse raames said selle läbijad ka personaalset tagasisidet enda alkoholi tarvitamise harjumuste kohta. Sihtrühmaks olid üliõpilased, kes olid just äsja ülikooli astunud. Sekkumises osalejate viimase 30-päeva alkoholi tarvitamise sagedus vähenes. Sekkumise saab läbi viia suuremates linnalistes paikkondades, kus on ülikoolid ja/või hea koostöö nendega. Heade tulemuste saavutamiseks on vajalik ülikoolide tahe taolisi kursusi läbi viia.

Samuti on leitud efektiivne olevat veebipõhise alkoholitarvitamise testi täitmise järgselt saadud personaliseeritud alkoholitarvitamise tagasiside (8). Sekkumisega sooviti suurendada teadlikkust alkoholi kahjulikest mõjudest ning ohtudest ning ennetada alkoholisõltuvust ja/või selle süvenemist ning mõjutati meessoost 18-65 aastaseid indiviide, kes olid viimasel kuuel kuul tarvitanud kõvasti alkoholi (rohkem kui 20 ühikut) või osalenud joomingutel vähemalt korra nädalas. Antud meetme rakendamiseks tuleks paikkondadel kohalikul tasandil oma jõud ühendada ning välja töötada võimalikult universaalne ning mitmete paikkondade jaoks hästi töötav veebipõhine alkoholi test.

White jt (9) leidsid metaanalüüsis, et veebipõhised programmid võivad aidata lahendada just nende alkoholiprobleeme, kellel on alkoholiprobleemide lahendamiseks vastavatele teenustele kehvem ligipääs. Need grupid arvatakse olevat naised, noored, kõrge riskiprofiiliga alkoholitarvitajad.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Ei näe olulisi riske Eesti oludele kohandamisel juhul, kui sekkumine suunatud teadlikkuse suurendamiseks või sõltuvuse ennetamiseks. Siiski kvaliteedi huvides oleks asjakohane sekkumise kavandamise ja planeerimise faasi kaasata sõltuvushäirete spetsialist.

### **Lühiajalised kiirsekkumised**

McQueen jt (10) viisid läbi metaanalüüsi, mille käigus leidsid, et üldhaigla palatites läbi viidud lühiajalised kiirsekkumised peamiselt meessoost isikutele, kes viibisid statsionaarsel ravil ning kellel tuvastati lisaks haiglas olemise põhjusele suur alkoholitarbimine, olid tulemuslikud. Sekkumist saab läbi viia linnalises paikkonnas ehk tiheda asustusega alal ning see nõuab tihedat koostööd haiglatega ning nendes töötavate spetsialistidega, sealhulgas vajavad haiglas töötavad spetsialistid ka vajalikku väljaõpet/koolitust. Bertholet jt (11) leidsid süstemaatilise ülevaates ning selle metaanalüüsis, et tulemuslik on alkoholi tarvitamise vähendamine lühiajalise kiirsekkumise tulemusena antava esmatasandi arstiabi käigus.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kõige suuremaks riskiks on tervishoiutöötajate võimalik huvipuudus koostöö osas.

### **Kompleksteraapia rakendamine**

Kompleksteraapiat rakendatakse eesmärgiga suurendada teadlikkust alkoholi kahjulikest mõjudest ning ohtudest ning ennetamaks ja/või ravimaks alkoholisõltuvust. McCrady jt (12) leidsid sekkumisuuringu käigus, et tulemuslik on läbi viia sekkumist alkoholisõltuvuses või alkoholi kuritarvitavatele meestele ning nende naissoost partneritele. Sekkumise käigus üks kord nädalas rakendati üht järgmistest ambulatoorsetest teraapialiikidest: alkoholikäitumise teraapia paaridele, anonüümsed alkohoolikud + alkoholikäitumise teraapia paaridele ning alkoholisõltuvuse taastekke vältimine + alkoholikäitumise teraapia paaridele. Sekkumise tulemusena vähenes oluliselt meeste alkoholi kuritarvitamine. Võrreldes algtasemega suurenes alkoholivabade päevade arv ja alkoholi kuritarvitamise päevade arv vähenes. Sekkumisuuringu käigus ei leitud tulemuslikkuse osas erinevust kolme rakendatud teraapiatüübi vahel.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eelduseks on sõltuvushäirete spetsiifikat tundvate nõustamisspetsialistide olemasolu paikkonnas, kes on võimelised teraapiat läbi viima. Alternatiiviks on vastavate spetsialistide koolitamine, sellise koolituse korraldamine oleks kuluefektiivsem tsentraalselt.

## **3.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid**

### **Toetus- ja raviprogrammid**

Toetus- ja raviprogrammid ning parem ravi kättesaadavus on tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid (13). Antud sekkumisviisi sihtrühmaks on alkoholisõltlased, kes vajavad võõrutusravi või toetusprogrammi. Parema alkoholiravi teenuste kättesaadavus vähendab alkoholitartumisest tulenevaid kahjusid ning toetusprogrammide olemasolu aitab sõltlaste lähedasi.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kõige suuremaks riskiks ja probleemiks Eestis selliste sekkumisviiside rakendamisel on arstide ja tervishoiusüsteemi motiveeritus ning huvitatus koostööst.

### **Alkoholi kättesaadavuse piiramine jaemüügis**

Jaemüügis alkoholi kättesaadavuse piiramine on osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumine (14). Antud sekkumisega soovitakse vähendada elanike alkoholi tarbimist ning alkoholi kättesaadavust. Paikkond saab kohalikul tasandil piirata alkohoolsete jookide ostmist kohalikel üritustel, samuti kehtestada kellajalisi piiranguid jms. Efektiivsem on antud meede siis, kui geograafiliselt lähedased paikkonnad (külad, linnad, maakonnad) teevad selliste meetmete

kavandamisel ja elluviimisel koostööd, sest kohalike omavalitsuste väiksuse tõttu on ühes piirkonnas kättesaadavuse vähenemisel võimalik alkoholi osta teisest lähedalolevast kohalikust omavalitsusest.

Riskid Eesti oludele kohandamisel: Võivad osutada ebaefektiivseteks väikeste paikkondade puhul (külad, asulad), kui naaberpaikkondades ei ole analoogseid piiranguid.

### **Veebisaidid**

Fraeyman jt (15) uurisid veebilehekülje mõju, mis loodi alkoholi tarvitamise vähendamise eesmärgiga. Veebilehel pakutud teabega püüti suurendada üliõpilaste teadlikkust alkoholi kahjulikest mõjudest ning alkoholi tarbimisega kaasneva võivatest ohtudest. Veebilehekülge sisaldas küsimustikku, mis testis vastaja alkoholitarvitamist, selle tulemusena sai vastaja kohest automaatset tagasisidet riskide kohta, mis tulenesid tema alkoholitarvitamisest koos ettepanekutega, mida võiks antud leheküllastaja riskide maandamiseks ette võtta. Hindamise käigus leiti, et üliõpilaste valmisolek abi otsimiseks suurenes, kuid tegelik käitumine peale vastavat uuringut vajab veel edasist uurimist.

Elgán jt (16) hindasid veebipõhist sekkumist, mis oli suunatud noortele vanuses 15-19 ning kelle vanemad olid alkoholisõltlased. Eesmärgiks oli aidata neil paremini toime tulla ning ennetada nende alkoholi kuritarvitamist. Sekkumise läbiviimisel selgus peale kontrollgrupiga võrdlemist, et osaliselt on taoline meede efektiivne.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Väiksemates paikkondades võib tekkida raskuseid IT lahenduste väljatöötamisega, samuti ei pruugi olla piisavalt pädevust sõltuvushäiretega inimeste nõustamise osas. Taoliste sekkumiste rakendamisel oleks mõistlik kvaliteedi tagamiseks teha koostööd sõltuvushäirete küüsis olevate inimeste nõustamise spetsialistidega ning IT-spetsialistidega, kelle abil koostada tulemuslik veebipõhine leht/programm.

## **3.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid**

### **Alkoholitarvitajate tuvastamine ja lühiajaline sekkumine**

Lühiajaline sekkumine alkoholitarvitajatele tervishoiu esmatasandi poolt (17). Antud sekkumise käigus püüti tõsta elanike teadlikkust alkoholist tulenevate kahjude ning ohtude osas ja ennetada alkoholisõltuvust. Sihtrühmaks oli kogu elanikkond, kes külastas arsti või õde.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Paikkondlikul tasandil eeldab selle sekkumise läbiviimine head koostööd tervishoiutöötajatega, piisavat ajaressurssi ning ka vastavasisulist (täiend)koolitust.

### **Psühholoogilised õpetlikud loengud**

Stale jt (18) leidsid kirjanduse süstemaatilise analüüsi põhjal, et antud sekkumine ei ole alati tulemuslik rasedate või rasedust planeerivate naiste alkoholitarbimise vähendamisel või ennetamisel. Samas selline sekkumine ei vaja spetsiifiliste ekspertide pikaajalist kaasamist, on ellu viidav nii kohalikul tasandil kui organisatsiooni tasandil.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Ei ole olulisi riske Eestis rakendamisel.

### 3.3. Kasutatud allikad

1. Alkoinfo. Mis on alkohol. [<http://www.alkoinfo.ee/et/kogused/mis-on-alkohol>].
2. Kenneth J. Mukamal, M.D., M.P.H., M.A., and Eric B. Rimm, Sc.D. Alcohol's Effects on the Risk for Coronary Heart Disease [<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-4/255-261.htm>]. 20.11.2012.
3. Maaroos, H.-I., Aluoja, A., Kalda, R. Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. Eesti Arst; 89(5):316–322, 2010.
4. Orro, E., Martens, K., Lepane, L., Josing, M. ja Reiman, M. 2011. Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2011. Eesti Konjukturiinstituut.
5. WHO EXPERT COMMITTEE ON PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION. [[http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf)].
6. Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases, 2012. [[http://www.epha.org/IMG/pdf/EU\\_HPFA\\_answer\\_to\\_consult\\_on\\_CDs\\_Jan12.pdf](http://www.epha.org/IMG/pdf/EU_HPFA_answer_to_consult_on_CDs_Jan12.pdf)].
7. Paschall, MJ., Antin, T., Ringwalt, CL., Saltz, RF. Evaluation of an Internet-based alcohol misuse prevention course for college freshmen: findings of a randomized multi-campus trial. American Journal of Preventive Medicine. 2011 Sep;41(3):300-8. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21855745>].
8. Boon, B., Risselada, A., Huiberts, A., Riper, H., Smit, F. Curbing alcohol use in male adults through computer generated personalized advice: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research. 2011 Jun 30;13(2):e43. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21719412>].
9. White, A., Kavanagh, D., Stallman, H, Klein B, Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., Young, R. Online alcohol interventions: a systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2010 Dec 19;12(5):e62.
10. McQueen, J., Howe, TE., Allan, L., Mains, D., Hardy, V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 Aug 10;(8). [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833953>].
11. Bertholet, N., Daepfen, JB., Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Archives of internal medicine. 2005 May 9;165(9):986-95. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15883236>].
12. McCrady, BS., Epstein, EE., Hirsch, LS. Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. Addiction. 1999 Sep;94(9):1381-96. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10615723>].
13. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, WHO, 2010. [[http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf)].
14. Global status report on noncommunicable diseases 2010, WHO. [[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)].
15. Fraeyman J, Van Royen P, Vriesacker B, De Mey L, Van Hal G. How is an electronic screening and brief intervention tool on alcohol use received in a student population? A qualitative and quantitative evaluation. Journal of Medical Internet Research. 2012 Apr 23;14(2):e56. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22525340>].
16. [Elgán, TH.](#), [Hansson, H.](#), [Zetterlind, U.](#), [Kartengren, N.](#), [Leifman, H.](#) Design of a Web-based individual coping and alcohol-intervention program (web-ICAIP) for children of parents with alcohol problems: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012 Jan 16;12:35. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22248564>].
17. Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking, WHO. 2001. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)].
18. Stade, B. C., Bailey, C., Dzendoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D. 2009. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. The Cochrane Library.

## 4. Liikumine

### 4.1. Sissejuhatus

#### 4.1.1. Liikumise ehk füüsilise aktiivsuse olemus

Füüsiline liikumine ergastab inimese vaimu ja keha, maandab stressi ning loob heaolutunde. Füüsiliselt aktiivseid tegevusi on võimalik harrastada ka grupiviisiliselt. See lisab saadavale kasule ka sotsiaalse komponendi. Seltskondlikud aktiivset füüsilist liikumist pakkuvad tegevused on heaks võimaluseks lähedastega aega veeta ning suurendada sotsiaalset ühtekuuluvustunnet.

Inimese füüsilist aktiivsust mõjutab olulisel määral teda ümbritsev keskkond tööl, kodus ning vaba aega veetes. On oluline, et kõikides eelnimetatud keskkondades oleks võimalused füüsilise aktiivsuse suurendamiseks ning need võimalused peavad olema ka kättesaadavad. Inimese füüsilist aktiivsust olulisel määral ka ümbritsev sotsiaalne keskkond. Seetõttu oleks oluline nii tööl, kodus kui ka vaba aja veetmise kohtades luua õhkkond, mis soodustab inimeste füüsilist aktiivsust. Kindlasti toetab inimese igapäevaseid valikuid füüsilise aktiivsuse suurendamisel ka adekvaatse teabe kättesaadavus.

Regulaarsed mõõduka intensiivsusega tegevused (kõndimine, jalgrattasõit) on väga kasulikud tervisele. Füüsilise aktiivsuse alla kuuluvad kõik igapäevased tegevused, mille käigus inimene kasutab oma lihaseid nagu, aga ka spordiklubides või terviseradadel tehtav intensiivne treening. Oluline on see, et füüsiline aktiivsus oleks integreeritud inimeste igapäevaellu, oleks osa inimese elustiilist läbi teadlike valikute. Nii on füüsilise aktiivsuse ehk liikumise all vaadeldavad igapäevased valikud kodust tööle jõudmisel, koduseid töid tehes, lähedaste ja sõpradega või kuidas oma vaba aega veedetakse.

Ühiskonna tehnoloogilise arenguga kaasnev trend on inimeste liikumise vähenemine. Vähenenud liikumine koostöös ebatervisliku ja tasakaalustamata toitumisega on üheks põhjusteks mitmete terviseprobleemide korral. Füüsiline tegevus, tervis ja elukvaliteet on üksteisega tihedalt seotud (1). Füüsiline aktiivsus vähendab näiteks südame-veresoonkonna haigustesse (2) ja diabeeti haigestumist, aga vähendab ka depressiooni ning aitab hoida või saavutada tervislikku kehakaalu (3).

Liikumise suurendamine ei ole üksnes indiviidi tasandi probleem, see on ühiskonna tasandil oluline ning nõuab nii riigi kui paikkonna tasandil sekkumist ja mitmete valdkondade vahelist head koostööd.

#### 4.1.2. Peamised liikumist mõjutavad tegurid paikkonnas

Tegurid, mida paikkond saab otseselt mõjutada:

- Liikumist soodustava keskkonna olemasolu ning võimaluste füüsiline kättesaadavus. Liikumiseks sobiva keskkonna nagu parkide, terviseradade, kergliiklusteede, rattaparklad, mänguväljakud on olulised liikumist soodustava keskkonna loomisel. Samuti tuleks uute hoonete planeerimisel või vanade renoveerimisel liftide kõrval planeerida ka kaasaegsed ja mugavad trepid.
- Liikumisharrastuste finantsiline kättesaadavus. Eelkõige on see probleemiks just vähemkindlustatud perekondade puhul. Võimalik on osaline või täies ulatuses kulude katmine või siis tasuta treeningute/spordiürituste pakkumine.

- Toetav sotsiaalne keskkond. Nõustamine, paikkonna liidrite eeskuju füüsiliselt aktiivse eluviisi harrastamisel, füüsilise aktiivsuse harjumuse regulaarse harrastamise soodustamiseks igapäevaste rühmatreeningute, ühiste matkade-jooksude korraldamine.
- Inimeste teadlikkus. Inimeste teadlikkus füüsilisest liikumisest, selle puudumise kahjulikest mõjudest, kasulikkusest ja võimalustest füüsilise aktiivsuse suurendamiseks igapäevases elus (kodus, tööl, puhkehetkel).
- Inimeste käitumismustrid, valikud ning harjumused.
- Inimeste hoiakute mõjutamine füüsilist liikumist hindavaks.

### 4.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada

Füüsilise liikumise puhul on oluline selle regulaarsuse saavutamine ehk inimene peab hakkama tegema teadlikke valikuid oma igapäevaelus füüsilise liikumise suurendamiseks. Tegevuste planeerimisel tuleks arvestada, et füüsilise liikumise suurendamisel on oluline mitmekesiste võimaluste pakkumist. Mitmekesisus aitab keha paremini arendada ning aitab ka emotsionaalselt inimestel füüsilist liikumist kui elustiili omandada. Oluline on kindlasti välja selgitada kogukonna populatsiooni sooline ja ealine muster ning vastavalt sellele valida sobivaimad liikumisviisid, milleks luua sobiv füüsiline ja sotsiaalne toetav keskkond. Samuti tuleks arvestada, et algajate füüsilise liikumise soodustamise kõrval on oluline pakkuda võimalusi ka neile, kes on juba omandanud füüsilise liikumise kui elustiili, sest tänapäevane urbaniseerunud ühiskond on üldjuhul orienteeritud lahenduste väljatöötamisele, mis vähendavad inimeste füüsilist liikumist.

## 4.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 4.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

#### **Kehalist aktiivsust soosiv keskkond**

Kehalist liikumist soosiva keskkonna loomine kergliiklusteede rajamise, ühistranspordi korralduse muutmise või mootorsõidukite liikumise piiramise teel elukeskkonnas (näiteks pühapäeviti kuni pärastlõunani kesklinnas mootorsõidukitega liikumise keelamine) on uuringute põhjal osutunud tulemuslikeks sekkumisviisideks (4). Füüsilist aktiivsust suurendava keskkonna loomise kõrval on soovitatav hinnata ka võimalusi olemasolevat keskkonda kasutada viisil, mis võimaldab suurendada igapäevast kehalist aktiivsust. Nii näiteks on leitud, et treppide kasutamise propageerimine töökohtades on efektiivne meede igapäevase füüsilise liikumise suurendamiseks (4).

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Tuleb arvestada, et kergliiklusteede rajamine on pikaajaline ning ressurssinõudev sekkumine ning seetõttu ka väiksematele kohaliku tasandi üksustele (külad/alevikud) võib osutada see liiga kulukaks. Samas on selline ressursikasutus pikaajaline investeering ning kasutatav kõikidele elanikele.

#### **Kehalist aktiivsust propageerivad kampaaniad**

Kehalist aktiivsust propageerivad kampaaniad on samuti osutunud uuringute põhjal (4; 5) tulemuslikuks kogukonnas füüsiliselt aktiivsete või väga aktiivsete elanike arvu suurendamisel.

Kampaaniate puhul on olulised selged sõnumid. Kehalise aktiivsuse propageerimise kampaaniates on kasutatud positiivse emotsiooni aspekti rõhutamist. Kampaaniate käigus on julgustatud elanikkonda osa võtma füüsilise aktiivsuse kampaaniaüritustest (füüsilise liikumise piknikud, mis sisaldavad spordivõistluseid) ning välja töötama ja arendama individuaalseid füüsilise aktiivsuse programme. Samuti on kasutatud kampaaniate atraktiivsemaks tegemiseks osalejatele eriauhindade väljaloosimist (vanim osaleja, parim punktikoguja, parim koostööpartner jne), tervisliku eluviisi saadiku autasu andmist nendele isikutele, kes elavad tervislikke eluviise järgides ning edendavad tervislikke eluviise kohalikul tasandil jms. Samuti on koostatud kõikidele osalejatele osalusertifikaate. Sellistes kampaaniates osalejate arv on aastate jooksul näidanud suurt tõusu nii üksikisikute kui ettevõtete näol (5). Eelnimetatud kampaaniad või nende üksikud elemendid on kindlasti kasutatavad ka kohalikul tasandil, kuigi tüüpiliselt viiakse läbi suuremad kampaaniad riiklikul tasandil.

Bauman jt (5) näitasid oma uuringuga, et kohalike spordikuulsuste kampaaniates võib tuua positiivseid tulemusi (propageerivad aasta-ajale vastavatel temaatilistel üritustel füüsilist liikumist; osalevad fitnessprogrammides, mis suunatud vanuritele, lastele, treppide kasutamisel igapäevaselt, spordialade demonstratsioonid). Edukad võivad olla programmid "Tants tervise heaks" erinevatest paikkondades (aerobikatunnid jne), samuti erinevad seminarid, ringiliikuvad näitused ujulates, erinevates keskustes (spordikeskustes, eakatele ja noortele mõeldud keskustes jne), kus jagatakse teavet füüsilise aktiivsuse olulisusest. Kasutatud on ka aktiivselt elamise harta koostamist ning allkirjastamist erinevate organisatsioonide ja koolide poolt (5).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Ei ole erilisi riske, elanike motiveeritus osaleda sellistel kampaaniaüritustel sõltub suurel määral sellest, kui oskuslikult kampaania planeerida ja läbi viia. Tuleks arvestada sellega, milliseid liikumisvõimalusi on elanikkonnal võimalik igapäevaselt kasutada.

### **Grupiviisiline füüsilise liikumine**

Rühmadele pakutavad füüsilise liikumise võimalused on efektiivsed sekkumised füüsilise aktiivsuse suurendamiseks (4). Rühmadele suunatud füüsilise liikumise võimaluste loomiseks (näiteks kõndimisklubid jne) paikkonnas võib kasutada olemasolevaid tervisedendajaid või muidu aktiivseid isikuid, kes soovivad olla eestvedajateks. Sihtrühmaks võivad olla nii sarnase rühma moodustavad isikud (näiteks eakad) kui ka erinevat tüüpi isikud kogukonnas. Sekkumisviis on rakendatav nii küldes kui linnades ehk kohalikul tasandil, aga sama hästi töötab selline sekkumine ka organisatsioonipõhise sekkumisena. Grupipõhine füüsilise liikumise harrastamine aitab kujundada füüsiliselt aktiivset elustiili, mis omakorda aitab ennetada väga paljusid mittenakkuslikke haiguseid.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Oluline on pakkuda liikumisvõimalusi, mis on sihtrühmale võimetekohased ja paikkonnas (külas, asulas) on tingimused harrastamiseks. Tuleks arvestada, et füüsilise liikumise harrastamisega kaasnevad kulud ei tohiks muuta osalemist kättesaamatuks väiksema sissetulekuga perede liikmetele.

### **Roheline retsept**

Esmatasandi tervishoiutöötaja koostöö spordiasutustega ehk "roheline retsept" on sekkumisviis, mis selle edukuse tõttu on tänaseks Uus-Meremaal riiklik sekkumisviis (4). Sekkumise rakendamisel võib arst vastavalt vajadusele patsiendile kirjutada „roheline retsepti“ (kui on vastav näidustus arsti hinnangul). Konsultatsiooni ajal räägitakse patsiendile suurema kehalise aktiivsuse kasulikkusest ning lepatakse ühiselt kokku eesmärgid, patsiendile väljastatakse soovituslike harjutustega ning

kokkulepitud eesmärkidega "roheline retsept", mis saadetakse kohaliku spordiasutusse. Spordiasutuse füüsiliste harjutuste ekspert (treener) helistab hiljem patsiendile vähemalt kolmel korral ning patsiendile saadetakse kvartaalselt füüsilise aktiivsuse infokiri (füüsilise liikumise suurendamise võimaluste osas, mida kohalikele pakutakse). Sekkumine on olnud edukas nii füüsilise aktiivsuse suurendamisel kui ka tervisenäitajate parandamisel.

Ka Soresen jt (6) on leidnud, et perearsti ettekirjutus füüsilisteks harjutusteks on efektiivne sekkumine füüsilise aktiivsuse suurendamisel.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Sekkumise rakendamise eelduseks on esmatasandi tervishoiutöötajate ja treenerite/spordisaalide valmisolek koostöök. Kui see eeltingimus täidetud, siis selline sekkumine rakendatav kindlasti suuremate linnades, aleviteks, maakondades. Kindlasti oleks antud sekkumist lihtsam rakendada kohalikul tasandil, kui riiklikul tasandil luuakse motivatsioonipakett tervishoiutöötajate ja treenerite koostöök.

### **Kaalukaotusprogrammid**

Kaalukaotusprogrammid, kus komponentideks nii füüsiline liikumine kui ka toitumine, võivad parandada oluliselt tervisenäitajaid, sh kaasa tuua füüsilise aktiivsuse tõusu suhteliselt lühikese rakendamise perioodi korral (7). Efektiivne on Vasquez jt (7) uurimuse kohaselt selline meede töökohas rühmapõhise sekkumisena. Samas ei ole selge, kas lühiajalise rakendamise korral saavutatavad tulemused nii füüsilise liikumise kui tervisenäitajate osas püsivad ka hiljem.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Vältida tuleks organismi kurnavaid programme. Programmi koostamisel ja rakendamisel tuleks lähtuda riiklikest toitumissoovitustest ning liikumise osas tuleks arvestada sihtrühma ea ning võimetega. Oluline on meeles pidada, et kaalukaotusprogrammiga tuleks saavutada inimese elustiili muutus. Sellisel juhul säilib ka saavutatud tulemus.

### **Nõustamised**

Nõustamised füüsilise aktiivsuse suurendamisel võivad olla samuti tulemuslikud. Nõustamist ei pea alati pakkuma näost-näku meetodil. Näiteks leidsid O'Hara jt (8), et edukalt võib suurendada füüsilist aktiivsust ning parandada tervisenäitajaid ka nõustamise-juhendamise pakkumise teel telefoni vahendusel (6 kuu jooksul). Sellise sekkumise teeb eriti väärtuslikuks see, et ka väikestele ning geograafiliselt kaugetele punktidele on sel moel võimalik pakkuda sekkumist. Samas selline nõustamine ei ole väga spetsiifilisi teadmisi eeldav sekkumine, piisab ka vastava koolituse (nõustamise ja liikumise) läbinud kohalikest aktiivsest inimesest. Siiski tõenäoliselt suudavad kvaliteetsemat teenust pakkuda litsentseeritud treenerid. Eestis toimiv treenerite litsentseerimine tagab kvaliteetse treenerite olemasolu piisaval hulgal. Sekkumine on teostatav nii kohalikul kui organisatsiooni tasandil.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Väiksemates maakohtades ei pruugi olla vajalike isikuomaduste ja teadmistega isikuid, kuid sel juhul on võimalik kaasata sobiv isik kas interneti vahendusel või siis kokku leppida, et selline isik regulaarselt külastab paikkonda huvitatute nõustamiseks.

## **4.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid**

### **Kõnnitreening**



Kõnnitreening (13-nädala jooksul toimunud) menopausijärgses eas naiste puhul on näidanud, et paranevad küll mitmed tervisenäitajad, kuid samas võib väheneda päevane spontaanne füüsiline liikumine (9). Kepikõnni harrastamine viis tundi nädalas nelja kuu jooksul suurendas oluliselt ülekaaluliste eakate liikumisvõimet ning antropomeetrilisi näitajaid, kuid mitte kõiki tervisenäitajaid (10). Samas sellised sekkumised on hõlpsalt rakendatavad nii väiksemates küladest kui ka suuremates linnades või asulates. Samuti võib olla sihtrühm väga erinev. Positiivne on ka see, et sekkumine ei eelda väga suuri ja sügavaid eelteadmisi.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Ei näe olulisi riske Eesti oludele kohandamisel. Silmas tuleks pidada, et füüsilise liikumise suurendamisel juures on oluline regulaarsuse saavutamine.

### **Toitumise-liikumise programmid**

Toitumise-liikumise programmid vähki põdevate naiste ja meeste elukvaliteedi parandamisel on näidanud osalist tulemuslikkust (11). Sekkumise järel rinnavähki põdejate mure vähese seksuaalse atraktiivsuse ja pereliikmete võimaliku haigestumise osas vähenes oluliselt; meestel nii häid tulemusi ei saadud.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Kindlasti vajaks selliste programmide kavandamine ja läbiviimine psühholoogi ja arsti kaasamist vähemalt algfaasis, et tagada vajalik kvaliteet nii toitumise, liikumise kui vaimse tervise osas.

## **4.2.3. Seni hindamata tulemuslikkusega sekkumisviisid**

### **Kombineeritud sekkumine**

Kombineeritud sekkumine, kus arsti nõuannetele lisaks kuue kuu jooksul pakutakse ka individuaalseid konsultatsioone näost-näku meetodil, samuti telefoni teel nõustamistena (eesmärkide seadmine, tagasiside, enesejälgimine) võib osutada tulemuslikuks sekkumiseks kliiniliselt stabiilsetele südame isheemiatõbe põdevatele inimestele vanuses 18-70, kuid antud sekkumise tulemuslikkust ei ole veel analüüsitud.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Takistuseks selle sekkumise rakendamisel võib kujuneda arstide vähene huvitatus koostööst.

### **Töökohas füüsilise liikumise suurendamiseks**

Töökohas füüsilise liikumise suurendamiseks lõunapausil jalutamise kui ühe töökohal võimaliku kuluefektiivse sekkumise rakendamise tulemuslikkust ei ole veel hinnatud (12).

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Olulisi takistusi ega riske antud sekkumise rakendamisel ei ole.

### **Meeste füüsilise liikumise suurendamise**

Meeste füüsilise liikumise suurendamise ühe võimaliku sekkumisena katsetatakse IT-põhist sekkumist (veebileht+telefon) koos printitavate materjalide pakkumisega, et soodustada meeste enda füüsilise aktiivsuse ja toitumise jälgimist, kuid tulemuslikkust ei ole veel hinnatud (13).

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Olulisi takistusi ega riske antud sekkumise rakendamisel ei ole.

### 4.3. Kasutatud allikad

1. Euroopa Komisjon 2008. ELi suunised füüsilise tegevuse kohta. Soovituslikud poliitilised meetmed tervist parandava füüsilise tegevuse toetamiseks.
2. Viigimaa, M. et al 2006. Eesti südame- ja veresoonehaiguste preventsiiooni juhend. Eesti Arst 85(3):183-216.
3. WHO 2012.a Physical activity ([http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/))
4. Anderson, J. et al 2009. Interventions on diet and physical activity: what Works. Summary Report. WHO.
5. Bauman, A. et al 2008. Review of Best Practice in Interventions to Promote Physical Activity in Developing Countries. Background Document prepared for the WHO Workshop on Physical Activity and Public Health. WHO.
6. Soresen, J. et al 2010. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. Eur J Public Health, 21(1): 56-62.
7. Vasquez K, et al 2012. Extent and Correlates of Change in Anthropometric and Fitness Outcomes Among Participants in a Corporate Team -Based Weight Loss Challenge in Singapore: Lose to Win 2009. Asia Pac J Public Health published online.
8. O'Hara, B.J. et al 2012. Effectiveness of Australia's Get Healthy Information and Coaching Service®: Translational research with population wide impact. Prev Med. 55(4):292-8.
9. Blasin, D. et al 2012. Walking training in postmenopause: effects on both spontaneous physical activity and training-induced body adaptations. Menopause. 19(1):23-32.
10. Fritz, T. et al 2012. Effects of Nordic walking on cardiovascular risk factors in overweight individuals with type 2 diabetes, impaired or normal glucose tolerance. Diabetes Metab Res Rev.
11. Ottenbacher, A. et al 2012. Cancer-Specific Concerns and Physical Activity Among Recently Diagnosed Breast and Prostate Cancer Survivors. Integr Cancer Ther published online.
12. Brown, D.K. et al 2012. Walks4work: Rationale and study design to investigate walking at lunchtime in the workplace setting. BMC Public Health. 25;12:550.
13. Duncan, M. J. et al 2012. Effectiveness of a website and mobile phone based physical activity and nutrition intervention for middle-aged males: Trial protocol and baseline findings of the ManUp Study. BMC Public Health 12:656.

## 5. Narkootikumide tarvitamine

### 5.1. Sissejuhatus

#### 5.1.1. Narkootikumide tarvitamise põhjused ja tagajärjed

Tavaliselt kutsutakse narkootikumideks aineid, mida inimesed kasutavad joobe või naudingu saamiseks, aga mis on seadusega keelatud ning tervisele ohtlikud (1). Kõik narkootikumid tekitavad sõltuvust ehk soovi saada uimastit üha uuesti. Sõltuvus võib olla kas vaimne ja/või füüsiline. Vaimne sõltuvus tähendab, et peale narkootikumi mõju kadumist tekib inimesel varem või hiljem vastupandamatu tung võtta seda uuesti. Füüsiline sõltuvus tähendab, et inimese keha on narkootikumide kasutamisega harjunud ning vajab neid pidevalt (1). Narkootikumide kuritarvitamine on paikkonna tervisele suur mõju. Üks olulisematest mõjuteguritest, mis määrab ära selle, kas individid hakkab uimasteid tarbima või mitte on keskkond, sealhulgas on tähtsad nii kultuuriline, sotsiaalne, füüsiline kui ka majanduslik keskkond (2). Samuti on oluline inimese vaimse tervise seisund, millest oleneb psühholoogiliste probleemidele vastuvõtlikkus ja/või sellega toimetulek ilma uimastavate aineteta. Narkootikumide tarvitamise olemuse juures on elanike teadmistel ja hoiakutel oma roll – levivad müüdid, et uimastisõltuvus ei teki üldse nii kiiresti. Siiski on narkomaania on progresseeruv sõltuvus, mille lõpptulemusena hakatakse narkootikume süstima.

#### 5.1.2. Peamised narkootikumide tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas

Tegurid, mida paikkond saab otseselt mõjutada:

- Keskkond. Narkootikumide tarvitamist vähendava toetava keskkonna kujundamine ja/või hoidmine.
- Elanike oskused. Vähesed oskused narkootikumide tarvitamist vähendaval ennetustegevusel osalemisel.
- Elanike teadlikkus. Vähene tervisealane teadlikkus ja sellest tulenev riskikäitumine, sealhulgas inimeste teadmised narkootikumide kahjulikkuse osas, levimas on palju müüte, mis ütlevad, et ühekordne narkootikumide tarvitamine või proovimine ei tekita sõltuvust ja neist võib igal ajal loobuda.
- Hoiakud ja väärtushinnangud, sh toetav sotsiaalne võrgustik. Narkootiliste ainete sõltlaseks saadakse väärade hoiakute ning väärtushinnangute tõttu, sõltuvusele kalduvale või juba sõltuvuses inimese jaoks on tema hea tervisliku seisundi taastamiseks väga oluline ümberolev toetav sotsiaalne võrgustik.
- Ennetustöö olemasolu. Kogukonna ning perekondlikul tasandil tehtav ennetustöö, et anda inimestele teadmised narkootikumide tarvitamise vältimiseks ning uimastitarbimisest tulenevate probleemide tekke aeglustamiseks.
- Tervishoiuteenuste kättesaadavus. Narkosõltuvuse vähendamiseks vajalike tervishoiuteenuste (opioidide asendusravi, võõrutusravi) kättesaadavus.

- Nõustamisteenuste kättesaadavus. Narkosõltuvuse vähendamiseks vajalike nõustamisteenuste kättesaadavus paikkonnas.
- Uimastite kättesaadavus. Narkootikumide ehk uimastite tarvitamine on enamikel juhtudel illegaalne, kuid siiski on Eestis tekkinud uimasteid levitavad kriminaalsed võrgustikud, kelle tegevuse pärssimisel on võimalik paikkonnas ebaseaduslike ainete kättesaadavust oluliselt vähendada.
- Noorte vabaaja veetmise võimaluste olemasolu. Noored on kergesti mõjutatavad ning neile piisaval hulgal vabaaja tegevuste tagamine võib vähendada narkootikumide kasutamist.
- Elanike sotsiaalmajanduslik olukord. Paikkond saab ära kaardistada kohalike olukorra nende sotsiaalprobleemide näol ning seejärel hinnata riski paikkonna uimastitarvitamise tekkeks.

### 5.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada

Paikkond peab oma tegevuste planeerimisel arvestama, et narkootikumid kahjustavad lisaks nende kuritarvitajatele ka nende lähedasi ning et tugiteenuseid tuleb ka neile pakkuda.

Sotsiaalse tõrjutuse tase narkomaaniaravil viibivate isikute hulgas on üldiselt kõrge, mis võib takistada nende täielikku taastumist ja vähendada ravi käigus saavutatud edu (2). Ravi või/ja võõrutus võib olla ainult siis edukas, kui tegeletakse ka aidatava narkomaani järelnõustamise ning –toetamisega, et ei hakataks uuesti narkootikumide tarbima.

Lisaks tuleb arvestada, et narkomaania mõjude vähendamiseks peab paikkonnal olema piisav arv oskuslikke spetsialiste ennetustöö läbiviimiseks, vajalike raviteenuste ning psühhosotsiaalsete sekkumiste teenuste osutamiseks. Oluline on ennetustöö käigus keskenduda noortele, et vähendada võimalikke kokkupuuteid narkootikumidega.

Väga oluline on ka paikkonna üldine suhtumine narkootikumidesse ja narkomaanidesse. Kui elanikud on vastu sellele, et nt külla tuleks narkomaanide rehabilitatsioonikeskus, siis on raske midagi seal teha.

Kõigi eelneva puhul on väga oluline vajalike oskuste ning vastava toetava keskkonna olemasolu paikkonnas.

## 5.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 5.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

Käesolevas peatükis tuuakse välja tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid, mille abil saab narkootikumide tarvitamisest tulenevat kahju vähendada ja/või ennetada. Palju viiakse läbi kompleks-sekkumisi, sest narkootikumide kuritarvitamisega võitlemiseks on vajalik mitmekülgne lähenemine. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisuuringud on peamiselt suunatud narkootikumikasutajate riskikäitumise vähendamisele ning viirusnakkustesse, eelkõige HIVi ning C-hepatiiti nakatumise vähendamisele. Samuti on tugev mõju ka elanikele teadmiste/oskuste jagamisel ning andmisel.

#### Kampaaniad

Tõendatust leidis sotsiaalturunduslik reklaamikampaania, mida viidi läbi USA-s California osariigis Sacramentos, mille sihtgrupiks olid heroiniisõltlased, kelle riskikäitumist sooviti vähendada (3). Antud

uuringuga leiti, et 21-kuu pikkune mitmest komponendist koosnev sotsiaalturunduslik reklaamikampaania jõudis suurema osani heroiniisõltlasele. HIVi ennetussõnumid väikestel plakatitel ning sellekohane uudiskiri vähendasid kogukonnas märkimisväärselt süstimisega seonduvat HIV-i nakatumise riskikäitumist. Sekkumisega leiti, et sotsiaalturundus võib olla kuluefektiivne strateegia kontrollimaks HIV-i levikut süstivate narkomaanide seas. Antud sekkumisviis mõjutab narkootikumide kasutajate riskikäitumist ning nende nakatumist erinevatesse viirusnakkustesse, eelkõige HIVi ning C-hepatiiti. Samuti omab taoline kampaania mõju ka narkootikumide mittekasutajatele, sest levitatava info saavad ka nemad.

Kampaania klubides ning ühistranspordis – selle kampaania eesmärk on teavitada klubinarkootikumide kahjulikust mõjust nii ööklubide küllastajaid kui ka muud elanikkonda (18). Klubides jagati väikseid taskusse mahtuvaid brošüüre, mis jagasid infot klubinarkootikumide kahjulikkuse kohta ning ka ühistransporti pandi välja vastavad infoplatid. Kampaania suurendas teadlikkust ning oli vastuvõetav nii klubiküllastajate kui ka muu elanikkonna seas.

Efektiivsed on ka infokampaaniad retseptiravimite kuritarvitamise ohtude kohta (19). Inimestel on arusaam, et retseptiravimite kuritarvitamine on ohtum kui ebaseaduslike narkootikumide kasutamine. Infokampaaniate korraldamine aitab tõsta inimeste teadlikkust retseptiravimite kuritarvitamise riskide osas.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Sekkumiste läbiviimiseks tuleks arvestada, et see on tõenäoliselt kuluefektiivne ainult siis, kui sihtrühmaks on võimalikult suur arv inimesi. Kuna Eesti kohalikud omavalitsused on väikesed, siis alternatiivina võib kaaluda sekkumise läbiviimist koostöös teiste kohalike omavalitsustega. Klubi- ning ühistranspordikampaania puhul peavad ööklubid pooldama info jagamist ning kokkulepe tuleb saavutada ka ühistranspordiliine haldavate organisatsioonidega.

### **Draamaetendusel põhinev sekkumine suurendamaks ennetustööd**

Stephens-Hernandez *et al* (4) leidsid, et temaatilise draamaetenduse vaatamise tulemusena on võimalik parendada isikute kavatsusi olla rohkem seotud uimastite tarvitamise ennetustöös nii perekondlikul kui ka kogukonna tasandil.

Fookusgrupp, mis koosnes haridustöötajatest, uimastite kuritarvitamise uurijatest ja kohalikest uimastisõltlaste nõustajatest koostasid uimastisõltlaste tarvitajate „elulood“, mille järel koostati selle põhjal näidend. Sekkumise tulemusena suurenes etendust vaadanud elanike teadmiste baas uimastite kuritarvitamise kui haiguse osas. Samuti olid inimesed sekkumise tulemusena rohkem valmis osalema uimastite kuritarvitamise ennetustegevustes nii kodus kui ka kogukonnas. Peale kolme kuu möödumist tehti uuring, mis näitas, et etenduse vaatajad olid näidendit arutanud teistega ja nad olid suurendanud oma osalust uimastite kuritarvitamise ennetustegevustes, näiteks nagu rahaannetamine.

Sekkumisviis annab võimaluse kohalike elanike individuaalsete oskuste ning teadmiste arendamiseks, samuti on see hea viis elanikele lähemale tuua ning tõelisemaks muuta narkootikumide tarvitamisest tulenevaid probleeme ning ohte. Sihtrühmaks on sekkumises kogukonna või paikkonna elanikud. Sekkumist saab läbi viia nii kõrge kui madala asustustihedusega paikkondades.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Sekkumise läbiviimiseks tuleb kindlasti arvestada, et see on kuluefektiivne ainult siis, kui sihtrühmaks on võimalikult suur arv inimesi ehk suur asustustihedus.

Kuna Eesti kohalikud omavalitsused on väikesed, siis alternatiivina võib kaaluda sekkumise läbiviimist koostöös teiste kohalike omavalitsustega.

### **Kiire ligipääs HIVi nõustamise ning testimise teenustele vähendab HIV-i nakatumist**

Amundsen *et al* (5) leidis Taani, Rootsi ning Norra HIVi ennetusprogrammide võrdlemisel, et kiire ligipääsu tase HIVi nõustamisele ning testimisele on efektiivsem kui ligipääs süstla- ja nõelavahetusprogrammidele. Taani, Norra ning Rootsi HIVi ennetustöö strateegia võrdlus näitab, et kiire ja kerge ligipääs HIVi nõustamise ning testimise teenustele ning ligipääs HIVi nõustamisele ning testimisele on efektiivsem kui seaduslik ligipääs nõeltele ning süstaldele või nõelte ja süstalde vahetusprogrammidele. Rootsis ja Norras, kus on kõrgem HIVi nõustamise ja testimise tase, on olnud madalam HIVi juhtumite arv süstivate narkomaanide seas kui Taanis, kus kehtib seaduslik ligipääs nõeltele ning süstaldele ja kus on HIVi madalam ligipääs nõustamise ning testimise teenustele. See uuring tõendab, et HIVi leviku aeglustamiseks on lisaks süstlavahetusprogrammidele vajalik kerge ligipääs HIVi nõustamisele ning testimise teenustele.

Sekumine on suunatud süstivate narkomaanide riskikäitumise vähendamisele ning HIVi leviku vähendamisele. Igas paikkonnas peaks olema tagatud kiire ligipääs HIVi nõustamise ning testimise teenustele, sest HIVi levik ei puuduta enam üksnes süstivaid narkomaane, vaid ka tavaelanikke.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis on HIVi nõustamise ning testimise kabinetid olemas peaaegu kõikides maakonnakeskustes, kuid selleks, et sihtgrupp ka neid kasutaks, on vajalik vastava teavitustöö tegemine.

### **Tõendatust on leidnud sotsiaalsel võrgustikul põhinev sekkumine narkootikumide süstimise ning riskikäitumise vähendamiseks**

Sekumise tulemusena leidsid Booth *et al* (6), et sotsiaalse võrgustiku mudelil põhinev sekkumine vähendas narkootikumi süstimisega seotud riskikäitumist rohkem kui individuaalne sekkumine; kondoomi kasutamine suurenes samuti sotsiaalse võrgustiku mudelil põhineva sekkumise puhul rohkem kui individuaalse sekkumise puhul. Sekkumine põhines: 1) individuaalsel sekkumisel, 2) sotsiaalsel võrgustikul põhinev sekkumine, mis viidi läbi narkomaanidega võrdsel tasemel oleva isiku poolt koos tema võrgustikuliikmetega. Sekkumine näitas, et sotsiaalsel võrgustikul põhinev sekkumine narkomaanidega võrdselt tasemel oleva isiku poolt koos tema võrgustikuliikmetega vähendas süstimise riskikäitumist oluliselt rohkem kui individuaalsel põhimõttel baseeruv sekkumine. Sekkumine mõjutab narkomaanide riskikäitumist ning viirusnakkuste levikut suurendades nende individuaalseid teadmisi ning parendades nende hoiakuid.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Sekkumise rakendamise puhul tuleb arvestada sellega, et paikkonnas on piisavalt kvalifitseeritud spetsialistide ning nõustajaid, kellega on sekkumist grupiviisiliselt võimalik ellu viia. Paikkond peab olema piisavalt suur, et moodustada sekkumise jaoks vajalikud grupid.

## **5.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid**

Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid on suunatud suures osas süstivatele narkomaanidele, et vähendada nende riskikäitumist ning nende nakatumist viirusnakkustesse nagu HIV ning C-hepatiit. Tegemist on kahjude vähendamist soodustavate sekkumistega. Samuti on

leidnud osaliselt tõendatust ka sekkumisviisid, mis on suunatud ennetustegevusele, kus on püütud ennetada narkootikumidest sõltuvuse tekkimist. Käesolevas peatükis tuuakse peamiselt välja kirjanduslikul ülevaatel põhinevad osaliselt tõendatud sekkumised.

### **Süstivate narkomaanide ligipääs süstlavahetusprogrammidele ning süstimine järelvalve all**

Osaliselt tõendatust on leidnud kirjanduse ülevaadete kohaselt sekkumised, kus süstivaid narkomaane varustatakse süstalde ja süstlanõeltega (7) ning süstivad narkomaanid saavad narkootikumide süstida rajatistes, kus on nende üle järelevalve (8). Lisaks on oluline roll ka esmaabi arstiabil, kus arstiabi osutaja aitab narkootikumide süstijatel saada steriilseid süstlaid neid retseptina välja kirjutades (9). Antud sekkumisviisid mõjutavad narkomaanide individuaalseid teadmisi ning oskusi vähendada riskikäitumist ning nakatumist viirusnakkustesse – HIVi ning C-hepatiiti. Sekkumisviisi tulemuslikkust sihtrühmade kaupa (vanus, sugu, sotsiaalne staatus) täpsemalt uuringus ei hinnatud, kuid senise info kohaselt saab seda paikkonnas rakendada süstivatele narkomaanidele.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Süstlavahetusprogrammid töötavad juba täna Eestis. Sekkumine vajab nii suuri rahalisi kui ka personali ressursse.

### **Nõustamisteenused tervishoiuasutuste poolt kahjude vähendamiseks**

Sekkumine toimub õdede ning ämmaemandate abil, kes on tähele pannud, et patsient tarvitab narkootikumide (10). Peale tähelepanekut toimub kerge sekkumine ehk õde või ämmaemand selgitab patsiendile narkootikumide tarvitamisest tingitud tekkivaid kahjulikke mõjusid ning ohtusid. Sekkumisviis suurendab inimeste individuaalseid teadmisi narkootikumide kuritarvitamise kahjude ning ohtude osas ning seeläbi parendab nende hoiakuid. Sekkumisviisi sihtrühmaks on kõik inimesed, kes käivad õdede ja ämmaemandate vastuvõttudel ning seeläbi on see hea viis ennetavaks tegevuseks uimastisõltuvuse tekkimisel.

Haiglapersonali poolt läbi viidud sekkumises leiti, et osaliselt on tõendatud on sekkumine, kus haiglates muude tegevuste käigus tuvastatakse inimesed, kes tarvitavad narkootikumide ning seejärel viiakse läbi kerge sekkumine konsultatsiooni(de) näol või suunatakse nad vastavale ravile (11). Vastava sekkumisega soovitakse mõjutada uimastisõltuvuse vähenemist ning selle ennetust ning vähendada ka riskikäitumist individuaalsete teadmiste suurendamise näol. Sihtrühmaks on narkootikumide tarvitajad ja sealhulgas nii need, kes alles on alustamas, kui need, kes on juba uimastisõltuvuses.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Paikkonnas rakendamiseks on vajalik arstide, pereõdede ning ämmaemandate ja muu haiglapersonali valmisolek sekkumise läbiviimiseks ning vastav personalikoolitus või väljaõpe.

## **5.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid**

Nõrgalt on tõendatud internetipõhised programmid ning veebipõhised sekkumised. Üldjuhul on taolised sekkumised ennetustegevus, mille abil püütakse vähendada riskikäitumist narkootikumide kuritarvitamisel ning peatada uimastisõltuvuse teket.

### **Veebipõhised sekkumised**

Internetipõhine programme kasutatakse kanepisõltuvuse vähendamiseks ja uimastisõltuvusest tuleneva riskikäitumise vähendamiseks. Internetipõhine programm aitab sõltlastel enda käitumist jälgida ning aitab sõltuvust vähendada või sellest loobuda (12). Sekkumisega püüti suurendada

kanepisõltlaste individuaalseid teadmisi kanepi kahjulikkusest ning selle ohtudest. Programmi rakendati 16-24-aastaste noorte seas. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega on ka veebipõhine sekkumine, mille käigus loodi programm, mille raames levitati teksti, videote, artiklite ja interaktiivsete veebilahenduste teel uimastitarvitamisest tulenevat riskikäitumist vähendavat teavet (13). Sekkumise sihtrühmaks olid üliõpilased vanuses 18-25 aastat ning sellega püüti suurendada nende individuaalseid teadmisi, et vähendada riskeerivat käitumist uimastite suhtes. Eestis saaks selliseid internetipõhiseid programme paikkondades ennetustegevuse raames rakendada paikkonna noorte seas uimastisõltuvuse tekke ennetamiseks. Hea ligipääs internetile ning piisav programmi reklaamimine võib Eesti oludes hästi töötada.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Otseseid riske kohandamisel pole, kuid vastava internetiprogrammi loomisel on vajalik koostöö tegemine tervisedendajatega.

### **Riskirühmas olevate töötute noorte hõivamine mitmesugustes tööprojektides**

Töötud Keenia noored vanuses 15-29, kellel olid tekkinud probleeme narkootikumidega, hõivati mitmesugustes tööprojektides nagu nt metsaistutamine (14). Sekkumise abil püütakse vähendada narkootikumide kuritarvitamisest tulenevat riskikäitumist töötute noorte seas. Taoline sekkumine vähendaks paikkonnas ka töötusest tulenevat sotsiaalset ebavõrdu.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti oludes rakendatav sekkumine, kuid paikkond vajab selleks koostööpartnereid riiklikust või erasektorist.

### **Kanepi kasutamise kriminaliseerimine ja/või dekriminaliseerimine**

Kanepikasutamise kriminaliseerimine ei pruugi vähendada kanepi tarvitamist ning kanepikasutamise dekriminaliseerimine ei pruugi suurenda kanepi tarvitamist (15). Kanepi kättesaadavuse ning leviku vähendamiseks võib olla vajalik otsida teisi alternatiivseid meetmeid.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis on kanepi tarvitamine ning omamine ebaseaduslik. Üldjuhul on seadusandluse kehtestamine riikliku tasandi ülesanne, kuid paikkonnad saavad siin kohal initsiatiivi üles näidata ja pakkuda omapoolseid alternatiive kanepi kättesaadavuse vähendamiseks.

### **Sekkumine ööklubis**

Sekkumises koolitati ööklubide uksehoidjaid märkama narkootikumide tarvitamise tunnuseid ning seejärel keelama neid klubisse sisenemast (16). Sekkumise tulemusena leiti, et ööklubide uksehoidjad ei keelanud suuremat osa narkootikumide tarvitamise tunnuseid inimesi klubisse sisenemast ning seega leiti olevat sekkumine mitteefektiivne.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kui seda Eestis rakendada, siis peavad ööklubid sellist sekkumist pooldama ja seda kohalike omavalitsuste üleselt, sest väikeste vahemaade tõttu saab kergesti minna teise ööklubisse, kus sissepääsu kontrolli pole.

## **5.2.4. Sekkumisviisid, mille tulemuslikkus on hindamata**

Malta riigi narkootikumide sõltlased, kes osalevad võõrutusteraapia programmis saavad iga nädal 23,29 euro suurust hüvitist (17). Mõjuteguriteks, mida püütakse mõjutada on riskikäitumine ning uimastisõltuvus. Sihtrühma kohta rohkem infot sekkumises ei ole, kuid antud sekkumist saab paikkond rakendada kõigile sõltlastele olenemata soost või vanusest.



*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Otseleid riske kohandamisel ei ole. Sekkumise rakendamisel peaks analüüsima seda, kuidas tagada see, et hüvitist saavad tõesti need sõitlased, kes seda vajavad.

### 5.3. Kasutatud allikad

1. Terviseinfo. Narkomaania. [<http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/narkomaania>]. 19.09.2012
2. Uimastiprobleemide olukord Euroopas. 2011. aastaaruanne. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2011, 109 lk.
3. Gibson, R. D., Zhang, G., Cassady, D., Pappas, L., Mitchell, J., Kegeles, S. M. Effectiveness of HIV Prevention Social Marketing With Injecting Drug Users. American Journal of Public Health October 2010, Vol 100, No. 10. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937000/pdf/1828.pdf>].
4. Stephens-Hernandez, B. A., Livingston, N. J., Dacons-Brock, Craft, L. H., Cameron, A., Franklin, S. O., Howlett, C. A. Drama-based education to motivate participation in substance abuse prevention. Substance Abuse Treat Prev Policy. 2007; 2: 11. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1858688/>].
5. Amundsen, EJ., Eskild, A., Stigum, H., Smith, E., Aalen, OO. Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden. European Journal of Public Health. 2003 Sep;13(3):252-8. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14533729>].
6. Booth, RE., Lehman, WE., Latkin, CA., Dvoryak, S., Brewster, JT., Royer, MS., Sinitsyna, L. Individual and network interventions with injection drug users in 5 Ukraine cities. American Journal of Public Health. 2011 Feb; 101(2):336-43. 2010 Apr 15.
7. Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011, 98 pages. [[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129\\_TER\\_ECDC-EMCDDA\\_report\\_part1.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129_TER_ECDC-EMCDDA_report_part1.pdf)].
8. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, January 2004, 93 pages.
9. Stancliff, S., Agins B., Rich, D. J., Burris, S. Syringe access for the prevention of blood borne infections among injection drug users. BMC Public Health 2003, 3:37. [<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/37>].
10. Watson, H., Munro, A., Wilson, M., Kerr, S., Godwin, J. The Involvement of Nurses and Midwives in Screening and Brief Interventions for Hazardous and Harmful Use of Alcohol and Other Psychoactive Substances. Glasgow Caledonian University. 2010. [[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70480/1/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.6\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70480/1/WHO_HRH_HPN_10.6_eng.pdf)].

11. Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., Bray, J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Substance Abuse* Volume 28, Issue 3, 2007 [[http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J465v28n03\\_03](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J465v28n03_03)].
12. Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009, 89 p. [<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78701EN.html>].
13. Donovan, E., Hernandez, J., Chiauuzi, E., Mahapatra, P. D., Achilles, T., Hemm, A. Results of a Pilot Study to Investigate Community College Student Perceptions of the Value of an Online Health-Risk Reduction Program. *Community College Journal of Research and Practice*, 36: 821–825, 2012. [<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10668926.2012.690317>].
14. Kazi Kwa Vijana: Youth Empowerment in Kenya. *Stories of Empowerment*. 2009. [<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/48869464.pdf>].
15. Reinerman, C., Cohen, P. D. A., Kaal H. L. The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2004 May; 94(5): 836–842. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448346/>].
16. Gripenber, J., Wallin, E., Andréasson, S. Effects of a Community-Based Drug Use Prevention Program Targeting Licensed Premises. 2007, *Substance Use & Misuse* Vol. 42, No. 12-13, Pages 1883-1898. [<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/10826080701532916>].
17. MALTA 2008. OECD - Social Policy ,Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. [<http://www.oecd.org/countries/malta/44409281.pdf>].
18. Branigan, P., Wellings, K. Dance drug education in clubs: evaluation of the London Dance Safety Campaign. *Health Education Journal*, 1998 Vol. 57 No. 3 pp. 232-240. [<http://www.cabdirect.org/abstracts/19981811748.html;jsessionid=54D4E5576328F2522A4D376888ECFCE1;jsessionid=5BAE71ED9D91575464CCECEA7C6B713C>].
19. Prescription Drug Abuse Prevention Strategies and Interventions. [<http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/prevention/RxDrugPrevStrategies.pdf>].

## 6. Toitumine

### 6.1. Sissejuhatus

#### 6.1.1. Tervisliku toitumise olemus

Organism vajab oma tegevuseks nii rasvu, süsivesikuid kui valke, samuti mineraalaineid ning mikro- ja makroelemente. Kui toitumisega tagatakse kõiki eelnimetatud organismile vajalikul määral, siis on toitumine tasakaalustatud. Tasakaalustatud toitumine aitab vältida ja vähendada riski haigestuda mitmetesse südame-veresoonkonna haigustesse (1), vähkkasvajatesse, diabeeti, osteoporoosi, samuti vähendab ülekaalu tekkimise riski<sup>2</sup>. Ülekaalulisus on suitsetamise, alkoholi liigtarvitamise ning vähese liikumise kõrval üks suurimatest terviseriskidest, mis põhjustab tervisekadu Eestis.<sup>3</sup>

Inimene vajab energiavajaduse katmiseks toitu kogu päeva jooksul. Seetõttu sõltub suurel määral inimese toitumise tasakaalustatus sellest, milliseid valikuid saab ta teha oma kodukeskkonnas hommikusööki süües, tööl või koolis lõunat süües ning õhtul vaba aega veetes kohvikus, restoranis, kinos, teatris või mujal. Tervislike valikute tegemise eelduseks on valikute tegemise võimalus ning see, et inimene teaks, mis on tema tervisele kasulik, arvestades seda, mida ta juba on söönud ja milliseid toitaineid võib olla puudu tasakaalustatud toitumisest. Tervislike valikute tegemisel ja tasakaalustatud toitumise järgimisel on kindlasti määravaks ka sotsiaalne keskkond ehk kas ümbritsevad lähedased inimesed toetavad indiviidi püüdeid tervislikke valikuid teha ning tasakaalustatult toituda või mitte.

Eesti oludes on kindlasti inimeste tervislike valikute tegemisel piiravaks teguriks puu- ja köögiviljade ning teiste toorainete suhteliselt kõrged hinnad võrreldes sissetulekutega ehk tooted ei ole kättesaadavad hinnabarjääri tõttu. Samas on mitmed hooajalised köögiviljad sageli vägagi taskukohaste hindadega (porgand, kapsas, peet, kaalikas jne). Eestis oleks vajalik täpsemalt uurida, miks inimesed ei kasuta selliseid hooajaliselt soodsaid tooteid. Põhjuseks võib olla nii oskamatus märgata kui ka kasutada antud hooajalisi soodsaid puu- ja köögivilju.

#### 6.1.2. Peamised toitumist mõjutavad tegurid paikkonnas

Tegurid, mida paikkond saab mõjutada:

- Kohalike talunike poolt toodetavate toodete kättesaadavus.
- Kohalikes toitlustusasutustes ning töökohtades tervislike valikute tegemise võimalus.
- Kohalikes avalikes kohtades ning toitlustusasutustes ning töökohtades tervislike valikute tegemise olulisuse kohta teabe pakkumine.
- Toitumisalase asjakohase nõustamise olemasolu paikkonnas. See ei tähenda, et kõikides paikkondades peaksid olemas olema toitumisspetsialistid. Oluline oleks, et teave jõuaks elanikeni ning elanikud oskaksid seda kasutada oma igapäevase toitumise planeerimisel.

---

<sup>2</sup> [www.toitumine.ee](http://www.toitumine.ee)

<sup>3</sup> [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/ennetuse\\_edenduse\\_prioriteetid.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/ennetuse_edenduse_prioriteetid.pdf)

- Elanike praktilised oskused. Oskused tervislike ning taskukohaseid tooteid valida, toiduks kasutada ning kasvatada.
- Elanike võimalused kasvatada ise puu- ja köögivilja jt aiasaaduseid.
- Toetav sotsiaalne võrgustik. Oluline on sellise võrgustiku loomine ja olemasolu tervisliku toitumise kui elustiili viljelemiseks.
- Paikkonna arvamusiidrite hoiakud tasakaalustatud toitumise ja tervislike eluviiside osas.
- Elanike teadlikkus tervislikust ja tasakaalustatud toitumisest ning terviseriskidest, mis kaasnevad ebatervisliku toitumisega.
- Elanike toitumiselased harjumused ja käitumismustrid.
- CIVIL SERVICE IN GEORGIA: ADVANCEMENT OF GOOD GOVERNANCE AND POLITICAL GOVERNANCE AND CIVIC ENGAGEMENT FOR GEORGIAN CIVIL SERVICE

### 6.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada

Toitumiselaste tegevuste kavandamisel on vajalik luua inimestele elukeskkond (tööl, kodus, vabal ajal), kus on võimalik teha tervislike valikuid ja toituda tasakaalustatult, ning teha tervislikud valikud kättesaadavaks (ka rahaliselt). Kindlasti tuleks kasutusele võtta sekkumised, mis võimaldavad vähendada ebavõrdsust tervislike valikute kättesaadavuses ning pakuvad toetavat sotsiaalset keskkonda neile, kes soovivad toituda tasakaalustatult. Selleks on vajalik pakkuda elanikele võimalusi ja oskuseid ise soovi korral aiapidamisega tegeleda, teadmiseid ja oskuseid tervislikku toitu valmistada ning valida.

Kindlasti tuleks tegevuste kavandamisel arvestada kohalike toitumise eripäradega, harjumustega ning kogukonna soolise ja vanuselise struktuuriga.

## 6.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 6.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

#### Kampaaniad

Kampaaniad puu- ja köögiviljade tarbimise suurendamiseks (2, 3) on leidnud praktikas kinnitust kui tulemuslikud ennetus- ja kahjude vähendamise sekkumised. Lock jt (2) leidsid, et sekkumise tulemusena kasvas lastel ja täiskasvanutel puu- ja köögiviljade päevane tarbimine. Sekkumise sihtrühmaks oli kogu elanikkond ning sooviti mõjutada elanikkonna toitumisharjumusi tervislikumaks. Kampaaniad on rakendatavad nii paikkonna tasandil kui ka riiklikul tasandil, kampaaniate elluviimine ei vaja väga spetsiifilisi teadmisi.

Kuigi Lock jt (2) leidsid, et kampaania on tulemuslik sekkumisviis, ei pruugi see alati nii ühene olla. Pomerleau jt (4) järeldasid süstemaatilise uuringu tulemusena, et selliste kogu elanikkonnale suunatud sekkumiste tulemuslikkuse mõõtmine on väga keeruline ja tulemused varieeruvad, sageli puudub kontrollrühm.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti puhul võib mõnes paikkonnas osutada riskiks, et seal puudub aktiivne tervisedendaja/eestvedaja, kes oskaks kampaaniat (eriti sõnumeid) ette valmistada ja läbi

viia professionaalsel tasemel. Võimalik, et väiksemad kohalikud omavalitused või paikkonnad vajavad selleks eraldi koolitatud isikute abi või nõustamist.

### **Puu- ja köögiviljade kättesaadavuse suurendamine**

Puu- ja köögiviljade kasvatamise soodustamine. Kohalikus kogukonnas puu- ja köögiviljade kasvatamise soodustamine suurendab puu- ja juurviljade tarbimist ja tootmist kohalikus kogukonnas (4). Pomerleau jt (4) uuring näitas, et sel viisil on võimalik suurendada elanike mikroelementiderikaste puu- ja juurviljade tarbimist, samuti suurendada elanike sissetulekuid produktide müügist. Selline sekkumine sobib valdavalt maapiirkonnalisele paikkonnale, sest eeltingimuseks on aiapidamiseks sobiva maa olemasolu. Sellisel juhul on antud sekkumine elluviidav kohalikul tasandil ilma riikliku abita, kuid riik saaks kindlasti luua soodustavaid tingimusi. Ettevõtted/organisatsioonid saaksid kindlasti ka seda meetet rakendada kasvõi firmapõhiselt.

Koduse aiapidamise alustamise soodustamine (4) mitmetel erinevatel viisidel (seemnete kättesaadavuse suurendamine, toodete müügivõrgu loomine, aiapidajate koolitamine, erinevate tehnikate õpetamine praktika abil) võib osutada samuti edukaks sekkumiseks, millega suurendada elanike puu- ja juurviljade kättesaadavust, parandada elanike oskuseid aiapidamises. Samuti on Pomerleau jt (4) leidnud, et aastaringse puu- ja juurvilja ning loomse toidu kättesaadavuse ja tarbimise suurendamist võib saavutada küla tüüpi koolituskeskuste loomisega. Üheks kohalikul tasandil puuviljade, juurviljade kättesaadavamaks tegemise võimaluseks on ka väiketootmise ning lähipiirkonnas turustamise soodustamise (sh kooliaiad) kaudu (5).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Riske sellisel sekkumisviisil Eesti oludele kohandamisel ei ole, küll võib olla mõnes piirkonnas keerulisem sobivat maad leida.

Köögi- ja puuviljade ostmisvõimaluste laiendamine. Kohalikele elanikele köögiviljade ja puuviljade kättesaadavust saab suurendada ka väikeste kohalike poodide tervisliku toiduga varustamise suurendamise abil ja seal samas ka nende reklaamimisega (6). Song jt (6) uuring näitas, et tervislike kaupade tarbimine madala sissetulekuga elanike poolt suurenes sellise sekkumise rakendamisel linnalises keskkonnas. Üldjuhul kohalikul tasandil rakendatav, ent tõenäoliselt edukam, kui luua tingimused koostöös riikliku tasandiga.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Riskiks on see, et erasektor ei pruugi selle sekkumise rakendamisega kaasa tulla. Kohalikul või riiklikul tasandil on tõenäoliselt vajalik luua motivatsiooniprogramm, et väikepoodide omanikel tekiks huvi tervislike toodete pakkumisel.

### **Dieedid**

Dieedid (7, 8) võivad olla tulemuslikud sekkumised ülekaalulisuse vähendamisel ja toitumisharjumuste parendamisel täiskasvanute hulgas. Ostrowksa (7) koos oma kolleegidega viis läbi sekkumisuuringu, mille käigus püüti mõjutada täiskasvanute (23-72 aastased) toitumisharjumusi ja eelistusi. Leiti, et nii meeste kui ka naiste toitumiseelistused ja tervisenäitajad paranesid oluliselt. Dietoteraapia oleks mõistlik rakendada või selle rakendamist koordineerida riiklikul tasandil, sest vajab dietoloogi. Suuremates linnades peaks sekkumine olema rakendatav. Väiksemates kogukondades (külades, alevites) on võimalik antud sekkumist mugandada ja pakkuda toitumisalast nõustamist.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti oludele kohandamisel on risk, et nõustaja ei lähtu Eesti riiklikest toitumissoovitustest. Selle riski maandamiseks tuleks nõustaja valikul ja töölerakendamisel jälgida, et lähtekohtadeks oleksid riiklikult aktsepteeritud toitumissoovitused.

## **Toitumisalaste teadmiste pakkumine**

IT lahenduste kaudu toitumisalaste teadmiste pakkumine. Wright jt (9) leidsid, et interneti vahendusel toitumisalaseid teadmiseid pakkudes võib saavutada häid tulemusi kõrgeenenud südame-veresoonkonna haiguste riskiga keskealiste inimeste puhul. Personaalselt kohandatud toitumisalase teabe pakkumine arvuti vahendusel on osutunud edukaks ka Pomerleau jt (4) poolt läbiviidud süstemaatilise kirjanduse analüüsi põhjal. Nad leidsid, et seda tüüpi sekkumised on kuluefektiivsed alternatiivid näost-näku pakutavatele sekkumistele.

Sekkmise pakkumine ei sõltu riiklikust tasandist, saab rakendada nii organisatsiooni kui ka kohalikul tasandil. Eestis on juba olemas väga palju avalikult kättesaadavaid ja kasutatavaid materjale ([www.toitumine.ee](http://www.toitumine.ee)), mida saaks ära kasutada.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis rakendamisel ei näe sellisel sekkumisviisil riske. Oluline oleks läbi mõelda, kuidas inimesed nende IT lahenduste juurde „viia“. Kui hakata looma uusi personaalselt pakutavate toitumisalaste teadmiste IT lahendusi, siis võib see osutada väiksemates paikkondades liiga keerukaks, eeldaks tõenäoliselt koostööd riikliku tasandiga. Samas suuremad linnad ja omavalitsused saaksid kindlasti ka uute IT lahenduste loomisega hakkama. Palju materjali ja teavet on juba praegu passiivselt Eestis avalikult kättesaadav. Neid materjale tuleks lihtsalt kohandada ja siis suunatult jagada.

Näost-näku kohtumiste, koosolekute ning paberkandjal toitumisalaste teadmiste pakkumine. Wright jt (9) kohaselt on tulemuslikud toitumisalaste teadmiste pakkumisel ka erinevad rühmaõpped ja loengud. Toitumisalaseid teadmisi saab pakkuda ka mitmesuguste voldikute, plakatite, konsultatsioonide, koolituste, filmide näitamise abil tervisekeskustes. Mirmiran jt (10) on leidnud, et sel teel toitumisalaste teadmiste suurendamisega võib saavutada ka vererõhu, kolesterooli languse sihtrühmas. Samas nende sekkumiste rakendamisel ei täheldanud sihtrühmal kaalulangust. Paikkond saab ilma täiendava abita koolitusi-teabepäevi ja plakateid organiseerida. Vajalik oleks paikkonnas aktiivsete inimeste olemasolu ja oskused koolitusi-teabepäevi korraldada. Kohalikul tasandil saavad inimesteni viia toitumisalast teavet nii kohalikud tervislike eluviiside propageerijad kui ka tervisedendajad ja perearstid.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti oludele kohandamisel võib kujuneda riskiks teadmiste pakkumine vaid lühiajaliselt ja üksikute kohtumiste-koosolekute kujul. Sellisel juhul on mõju saavutamise tõenäosus madal. Oluline on pakkuda teadmisi süsteemselt pikema aja jooksul. Kvaliteetsemad oleks koolitused-kohtumised, kui nende korraldajad oleksid vastava pädevuse ja täiendkoolitusega.

## **Ülekaaluliste kaasamine sekkumiste kavandamise ja läbiviimise kõikidesse faasides**

Wagemakers jt (11) leidsid, et ülekaaluliste kaasamine on tulemuslik sekkumine, millega saab mõjutada naiste (25. -45. aastased ülekaalulised naised) teadmisi, hoiakuid, valikuid ja eluviisi. Sekkumisse kaasatud naiste teadmised tervislikust toitumisest suurenesid, ostmisharjumused muutusid tervislikumaks ning nad jätkasid osalemist sekkumises osalemist pikka aega. Sekkumine oli edukas linnalises paikkonnas, samas ei ole takistusi sellise sekkumise elluviimiseks ka maapiirkondades. Põhimõtteliselt peaks täiesti rakendatav olema ka paikkonna enda initsiatiivil. Sekkumine ei vaja eriti spetsiifilisi tehnilisi vahendeid või eriteadmisi, põhimõtteliselt paikkonna tasandil igati teostatav. Sekkumist saab lihtsamalt rakendada nendes paikkondades, kus kohalikel elanikel on sisemine motivatsioon ja tahe osaleda.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kõige suuremaks riskiks Eestis rakendamisel ongi vast kohalike elanike vähene motiveeritus osaleda. Kohalike elanike vähene motiveeritus kombineerituna sekkumise kavandajate pealiskaudsete teadmiste ja oskustega kaasamisest, võivad antud sekkumise edukust tublisti kahandada. Sekkumise rakendajatel peaksid olema teadmised kaasamise meetodikatest ja viisidest, selles osas saaks väiksemaid paikkondi abistada riiklikul tasandil (koolitused, juhised).

### **Toitumisalane nõustamine**

Toitumisalase nõustamisega võib saavutada häid tulemusi. Nii näiteks Proper ja Mechelen (12) leidsid, et ühe aasta järel pärast sekkumist oli langenud nõustatute kehakaal ja kehamassiindeks (KMI). Nõustamisel püüti mõjutada eelkõige inimeste teadlikkust, hoiakuid ja valikute tegemist toitumisel. Antud sekkumine on täiesti teostatav kohalikul tasandil, kuid saab viia läbi ka organisatsiooni tasandil ja riiklikul tasandil. Selle sekkumise kasuks väikese kogukonna tasandil räägib see, et ei ole vaja otseselt perearstide või muude spetsiifiliste ekspertide kaasamist. Küll läheks kindlasti vaja koolitatud tervisedendajaid/nõustajaid, kes lähtuvad riiklikult tunnustatud toitumissoovitustest ning kes on huvitatud ja väga heade teadmistega toitumisest ning individuaalsest nõustamisest. Tulemuslik nõustamine ei eelda alati intensiivset vahetut kontakti sihtgrupiga. Nii leidsid Gans jt (13), et teabematerjalide ja CD jagamine võib olla edukas viis info edastamiseks koos toitumisspetsialisti või koolitatud tavainimese poolse lühikese nõustamisega. Sekkumine viidi läbi linnalises paikkonnas ning on täielikult rakendatav kohalikul tasandil. Sekkumise rakendamise eelduseks on kohalikul tasandil aktiivsete inimeste olemasolu, kes on valmis panustama sekkumise rakendamisse. Sekkumine ei vaja mingeid ekspertteadmisi, paljud professionaalselt koostatud toitumisalased materjalid on Eestis vabalt kättesaadavad.

Pomerleau jt (4) on leidnud, et näost-näku nõustamised võivad osutada elanikkonna tervislikumate toitumisharjumuste saavutamisel edukaks sekkumiseks. Kusjuures efektiivsus ei pruugi sõltuda nõustamiste arvu suurendamisest.

Toitumisalase nõustamise pakkumine paikkonnas ei sõltu riiklikust tasandist, seda saab teha nii organisatsiooni tasandil kui ka kohalikul tasandil. Nõustamist saab teha nii koolitatud asjaarmastaja kui ka paikkonna tervisedendaja, seega ei ole vajalik väga spetsiifilise väljaõppega eksperti.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kohalik elanikkond ei pruugi olla sellisest teenusest paikkonnas huvitatud. Kindlasti tuleks jälgida, et toitumisalane nõustamine lähtuks riiklikult tunnustatud toitumissoovitustest.

### **Menüüde koostamise nõustamine**

Menüüde koostamise nõustamine. Menüüde koostamise abil on võimalik tõsta kohalikes tsentraalset toitlustust pakkuvates asutustes oluliselt puu- ja juurviljade tarbimist ning valikute mitmekesisust ning tervislikkust (4). Sellise sekkumise sihtrühmaks on peamiselt toitlustuse korraldajad, kas vastuavad asutuses tsentraalselt koostatavate Menüüde ja pakutava toidu eest. Pomerleau jt (4) tõid välja, et selline sekkumine võib parandada väga oluliselt selles osalenud asutuste Menüüde sisu, paranes kõikide vajalike toitainete kättesaadavus asutuse klientidele-patsientidele. Kõige mõistlikum viia läbi organisatsiooni tasandil, samas on kindlasti läbi viidav ka kohalikul tasandil. Eestis on olemas toitumise soovitused, nendealaste koolituste läbiviimine toitlustajatele on teostatav ilma väga suurte ressursside või ekspertide osaluseta.

Riskide Eesti oludele kohandamisel. Kõige suuremaks riskiks on see, et kohalikud ettevõtted ei ole huvitatud sellisest nõustamisest. Kindlasti eeldab menüüde koostamise nõustamine ka teatud kogemusi ja teadmiseid toitlustusasutuste toimimisest ning toidu ohutusest (eriti, mis puudutab toidu säilitamist) lisaks teadmistele tervislikust toitumisest. Kõige mõistlikum oleks sellist sekkumist rakendada koostöös näiteks Eesti Kulinaaria Instituudiga või siis vastav nõustajate koolitus korraldada kohalikele paikkonna tervisedendajatele.

## 6.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

### Kolmeetapiline komplekssekkumine

Kolmeetapiline komplekssekkumine, kus rakendatud järgmiseid sekkumisi samaaegselt ühele ja samale sihtrühmale: 1) posti teel saadetud personaalsed toitumissoovitused ja voldikud, mis on suunatud puu- ja köögivilja ning liha- ja piimatoodete tarbimise tõstmiseks; 2) suuline julgustus esmatasandi arstilt toitumissoovituste kasulikkuse kohta; 3) telefoni teel suhtlus eesmärkide sõnastamiseks (14). Samas uuringu läbiviijad ei tuvastanud muutuseid punase liha ja piimatoodete tarbimisel. Sihtrühmaks uuringus olid täiskasvanud afroameeriklased keskmise vanusega 54 a, kes ühtlasi olid patsiendid tervishoiu esmatasandil. Sekkumine on rakendatav kohalikul tasandil, ei vaja ilmingimata riikliku tasandi sekkumist. Kindlasti kasutatav ka organisatsiooni tasandil.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eeldab perearstide ja -õdede koostöövalmidust paikkonna tervisedendajatega.

### Tervisliku toitumise kohta teabe jagamine ning võimaluste loomine töökohtadel

Sekkumine töökohtadel annab häid tulemusi, kuid ei pruugi anda kõiki oodatavaid tulemusi (4, 15). Süstemaatilise kirjanduse analüüsi tulemusena leidsid Maes jt (16), et tulemuslikkus oleks tervisedenduse sekkumistel parem, kui oleksid välja töötatud sekkumiste kvaliteedikriteeriumid. Eestis on väga palju väikeseid ettevõtteid, kus tervisedendusega tegelemine sageli teisejärguline. Samas on võimalik väikeettevõtteid abistada näiteks Tervisedendavate Töökohtade võrgustiku kaasabil või luua toetavad programmid/juhendid riiklikul tasandil. Töökoht on väga hea sekkumise koht, kuid samas. Eesti väikeste ettevõtete puhul on võimalik, et finantsvahendite leidmine on keerukas selliseks sekkumisteks keerukas, kuid samas võiksid ju väikesed ettevõtted ka innovaatilisemalt püüda läheneda. Miks mitte ühes piirkonnas ei võiks sarnased ettevõtted koostööd teha?

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eeldab, et töötajatel ja tööandjatel on huvi sellise teabe ning võimaluste vastu.

## 6.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid

### Konkreetselt toitainete rühma tarbimise mõjutamiseks info ning eneseabi materjalide tutvustamine

Selline komplekssekkumine ei ole leidnud tugevat tõendatust (12). Antud sekkumisel sooviti mõjutada inimeste teadlikkust ning nende tehtavaid valikuid toitumisest, kuid leiti, et kontrollrühmal langes siiski jälgitav tervisenäitaja rohkem. Sekkumine iseenesest on täielikult rakendatav kohalikul tasandil, sest ei vaja spetsiifilist ekspertpädevust ega väga suuri täiendavaid ressursse.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Erilisi riske ei näe antud sekkumisel, oluline on tagada adekvaatse info pakkumine ning selle jõudmine õigete inimesteni.



## 6.2.4. Sekkumisviisid, mille tulemuslikkus on hindamata

### "5 portsjonit puu- ja köögivilju päevas" tüüpi programmid

Programmide rakendamist on alustatud Euroopas. Programm sisaldab muu hulgas tööl tasuta puuviljade pakkumist töötajatele ning koolis lastele puuviljadest koosnevate vahepalade pakkumist, aga ka teistest meetmetest töökohtade toitlustusasutustes (17). Tulemuslikkust ei ole täies mahus seni mõõdetud. Taoliste programmidega soovitakse suurendada elanike puu- ja juurvilja tarbimist. Programmis välja toodud tegevused on paikkondades osaliselt rakendatavad, sest eeldab koolide/töökohtade/toitlustusasutuste soovi taolises programmis osaleda. Antud sekkumist saab lisaks kohalikule tasandile arendada ka riiklik ning organisatsiooni tasand.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel:* Erilisi riske ei näe Eesti oludele kohandamisel.

## 6.3. Kasutatud allikad

1. Teesalu, R. 2007. Südame-veresoonkonnahaigused. Kas need on välditavad? Eesti Arst 2007; 86 (10): 719–723.
2. Lock, K. 2004. Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake. In: Fruit and Vegetables for Health: Report of a Joint FAO/WHO Workshop. FAO/WHO.
3. Pollard, C. et al 2009. Changes in knowledge, beliefs, and behaviors related to fruit and vegetable consumption among Western Australian adults from 1995 to 2004. Am J Public Health. 99(2):355-61.
4. Pomerleau, J. et al 2005. Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake. WHO.
5. Baudoin, W. 2004. Production interventions to improve the availability of and access to fruit and vegetables for all. In: Fruit and Vegetables for Health: Report of a Joint FAO/WHO Workshop. FAO/WHO.
6. Song, H. J. et al 2009. A corner store intervention in a low-income urban community is associated with increased availability and sales of some healthy foods. Public Health Nutr. 12(11):2060-7.
7. Ostrowska, L. et al 2012. Effects of dietary habits modifications on selected metabolic parameters during weight loss in obese persons. Rocznik Hig. 63(1):83-90.
8. Anderson, J. W. et al 2004. Structured weight-loss programs: meta-analysis of weight loss at 24 weeks and assessment of effects of intervention intensity. Adv Ther. 21(2):61-75.
9. Wright, J.L. et al 2011. Tailored, iterative, printed dietary feedback is as effective as group education in improving dietary behaviours: results from a randomised control trial in middle-aged adults with cardiovascular risk factors. Int J Behav Nutr Phys Act. 8:43.
10. Mirmiran, P. et al 2008. Effect of nutrition intervention on non-communicable disease risk factors among Tehranian adults: Tehran Lipid and Glucose Study. Ann Nutr Metab. 52(2):91-5.

11. Wagemakers, A. et al 2008. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promot Educ.* 15(4):17-23.
12. Proper, K. and Mechelen, W. 2008. Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace. WHO.
13. Gans, K. M. et al 2006. Cost-effectiveness of minimal contact education strategies for cholesterol change. *Ethn Dis.* 16(2):443-51.
14. Delichatsios, H. K. et al 2001. EatSmart: efficacy of a multifaceted preventive nutrition intervention in clinical practice. *Prev Med.* 33(2 Pt 1):91-8.
15. Hutchinson, A. D. & Wilson, C. 2012. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int.* 27(2):238-49.
16. Maes, L. et al 2012. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health.* 22(5):677-83.
17. Strunge, M et al 2003. The European 5 a day-type programmes. In: Fruit and Vegetable promotion initiative. A meeting report. Geneva, 25-27.08.

## 7. Tubaka tarvitamine

### 7.1. Sissejuhatus

#### 7.1.1. Tubaka tarvitamise põhjused ja tagajärjed

Suitsemist alustatakse paljuski sotsiaalsetel põhjustel (nt sotsiaalse võrgustiku või tutvusringkonna mõju, töötus, iidolite ja autoriteetide eeskuju, haridustase, madal enesehinnang) ja jätkatakse harjumusest või psühholoogilisest vajadusest (1). Tihti hakatakse suitsetama noores eas, arvates, et tubaka tarbimine teeb iseseisvamaks ja täiskasvanulikumaks. Lisaks on noorte suitsetamine tihti seotud vajadusega gruppi kuuluda ja teistele sarnaneda. Noored sageli ei usu, et suitsetamine kahjustab tervist, vaid arvatakse, et see hoopis annab energiat ja vähendab stressi (2).

Tubaka tarvitamise sotsiaalseid põhjuseid ja suitsetamise kohta levinud eksiarvamusi toetab ka reklaam. Näiteks paljudes reklaamides on suitsetamist kujutatud positiivse ja "vabastava" tegevusena. Tihti on reklaamides suitsetajat kujutatud eduka, seksapiilse ja heas vormis oleva inimesena. See mõjutab olulisel määral näiteks tüdrukute ja naiste suitsetamist, kuna nad loodavad suitsetamisega tõsta enesehinnangut. Samuti arvatakse, et suitsetamisel on positiivne mõju kehakaalu hoidmisele või langetamisele (1).

Tubakaga seotud tervisealased sekkumised saab jagada kaheks: tubaka tarvitamise ennetamine ning suitsetamisest loobumise nõustamine. Ennetustegevuste alla kuuluvad näiteks suitsetamise keelamine avalikes kohtades, reklaamikeeld ja alaealistele tubaka müümise keeld. Hinnanguliselt 70% igapäevasuitsetajatest soovivad sellest loobuda ning vajavad selleks igakülgset nõustamist ja toetust. Eestis töötab praegu 20 tubakast loobumise nõustamiskabinetti, mille eesmärgiks on aidata suitsetajatel oma harjumusest loobuda (1). Nimetatud kabinetid asuvad ainult aga linnades, seega on oht, et neid teenuseid ei tarbi (ei saa tarbida) maapiirkondades elavad suitsetajad.

Suitsetamine on krooniline sõltuvushaigus, mis on tingitud nikotiini sisaldusest tubakas. Suitsetamine on seotud vähemalt 25 haiguse tekkega ning maailmas sureb seetõttu aastas umbes 6 miljonit inimest, kellest rohkem kui 600 000 on passiivsed suitsetajad (3). Tubakatarvitamine tekitab terviseriske ka ümbritsevatele inimestele. Viimaste aastatega on Eestis suitsetajate osakaal vähehaaval küll langenud, kuid endiselt on iga neljas täiskasvanud inimene igapäevasuitsetaja (1). Hinnanguliselt sureb suitsetamise tagajärjel aastas 3000 inimest ehk esineb 10 surmajuhtumit päevas. Uue trendina levib Eestis noorema elanikkonna seas ka mokatubaka ehk huuletubaka tarbimine.

#### 7.1.2. Peamised tubaka tarvitamist mõjutavad tegurid paikkonnas

Tubaka tarvitamist/mittetarvitamist on võimalik mõjutada mitmel moel ja tasandil. Kõige suuremat hulka suitsetajaid saab mõjutada riiklikul tasandil (keelustamine, kampaaniad jms). Samuti saab erinevaid tegureid mõjutada paikkonna tasandil. Järgnevalt on välja toodud tegurid, mida saab paikkond tubaka tarvitamisel mõjutada.

Tegurid, mida paikkond saab mõjutada:

- Elanike sotsiaal-majanduslik olukord. Madalamates sotsiaalsetes rühmades on suitsetamise levimus suurem (4) ja sellest lähtudes peaks erinevaid ennetus- ja nõustamistegevusi suunama just sellele grupile.
- Tervisesüsteemi ennetavate tegevuste olemasolu ja efektiivsus, sealhulgas nikotiinisõltuvuse ravi kättesaadavus ning suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse olemasolu paikkonnas. See eeldab koostööd nii riigi, kohalike omavalitsuste (KOV) kui ka tervishoiuasutuste vahel.
- KOVide poliitika tubaka tarvitamise piiramisel. Erinevad uuringud on näidanud, et suitsetamise keelamine avalikes kohtades aitab ennetada suitsetamise alustamist ning on motivatsiooniks ka mahajätmisel (5)(6)(7). Samuti mõjub positiivselt hoiatussiltide panek (8).
- Tubakatoodete kättesaadavus. Paikkond saab mõjutada seda, kas tubakatooted on alaealistele kättesaadavad või mitte. Samuti saab paikkond mõjutada salasigaretide levimist piirkonnas.
- Elanike vähesed või väärad teadmised tubaka tarvitamisest tulenevatest kahjustest oma tervisele ning lähikondlaste tervisele, mis tulenevad aktiivsest ja passiivsest suitsetamisest. Paikkonnal on suur võimalus mõjutada elanikkonna teadmisi suitsetamise kahjulikkusest.
- Elanike hoiakud ja arvamused, et suitsetamisel on positiivseid külgi, mis kaaluvad üle selle kahjuliku mõju tervisele. Sageli tuuakse välja suitsetamise puhul positiivsetena stressivähendav ning rahustav mõju, naiste seas lisaks ka põhjus, et suitsetamine langetab või aitab hoida kehakaalu. Teadlikkuse tõstmise peaks selliseid väärarusaamu muutma.

### **7.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada**

Paikkond peab oma tegevuste planeerimisel arvestama, et tubakasuits ei kahjusta ainult suitsetaja, vaid ka teda ümbritsevate inimeste tervist. Inimeste teadlikkuse tõstmisel on oluline tähelepanu pöörata igapäevasuitsetajate kahjuliku mõju vähendamisele passiivsetele suitsetajatele. Suitsetamise vähendamiseks mõeldud sekkumised peaksid olema suunatud nii suitsetamisest loobumisele, suitsetamise vähendamisele kui ka suitsetamise alustamise vältimisele. Suitsetamise vähendamise aspekt on oluline, sest paljud suitsetamisest loobujad ei jõua oma eesmärgini, kuid nende tervislikku seisundit parandab juba tubaka tarvitamise sageduse langus. Suitsetamisest loobumine on pikaajaline protsess ja peaks kindlasti nägema ette meetmeid, mis toetaksid inimest selle protsessi käigus.

Paikkond peaks oma tegevuste planeerimisel arvestama järgmiste teguritega:

- Sihtrühm – kellele tegevused suunatud? Noorte ja vanemate puhul tuleb kasutada erinevaid lähenemisviise. Samuti on eraldi sekkumised meestele/poistele ja naistele/tüdrukutele.
- Tubaka kättesaadavus – kas piirkonnas tegeletakse salaisigaretide müümisega? kas mokatubakas on noortele kättesaadav?
- Nõustamisteenuse kättesaadavus – kas piirkonnas on mõni suitsetamisest loobumise nõustaja (tihti ainult maakonna keskses)?
- Noorte nõustamine – kas koolides on terviseõpetuse tundides tubaka tarvitamise teema sees? kas keegi käib veel eraldi suitsetamise kahjulikkusest rääkimas?

Tubaka tarvitamise ennetamise ja loobumise alaste sekkumiste rakendamise eeldusteks paikkonna tasandil on (a) tugev eestvedaja inimese või organisatsiooni näol; (b) erinevate osapoolte koostöö (omavalitsused, riik, erinevad organisatsioonid, sh tööandjad); (c) spetsialistide olemasolu (eriti suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse pakkumise jaoks).

Põhiliseks riskiks antud teemavaldkonnas ongi see, et paikkonnas ei leita vastavaid eestvedajaid ning spetsialiste. Samuti on riskiks see, et suitsetajaid ning teisi osapooli ei huvitagi suitsetamisest loobumine ning seega oleks oluline ka mõne autoriteetse inimese olemasolu kogukonnas, kes suudaks suurt hulka suitsetajaid mõjutada. Suitsetamisest loobumise protsessi saab oluliselt panustada ka kohalik perearst, kuid perearstidel võib puududa piisav motivatsioon antud teemaga tegelemiseks (mis omakorda eeldab riikliku tasandi sekkumist nt täiendava tasu maksmise näol).

## 7.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 7.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

Tubaka tarvitamisega seotud ennetustegevused on suunatud eelkõige veel mitteduitsetavatele inimestele. Peamisteks sekkumisviisideks selliste inimeste puhul on erinevad meediakampaniad, nõustamine (nii individuaalne kui ka grupiviisiline), teraapiad, kirjalikud teabematerjalid ning suitsetamise keelustamine avalikes kohtades. Väga oluline on erinevate sekkumistega alustada juba koolis.

#### **Nõustamine ennetustegevusena**

Nõustamise eesmärgiks veel mitteduitsetavate inimeste puhul on tervislike eluhoiakute kujundamine ning kahjulike harjumuste tekkimise ennetamine (9)(10)(11)(12). Nõustamised võivad olla nii individuaalsed kui ka grupipõhised. Rohkem tuleks tähelepanu pöörata nendele inimestele, kelle lähedased, sõbrad või töökaaslased suitsetavad, kuna neil on suurem tõenäosus saada suitsetajaks kui nendel, kellel mingit välist survet ei ole (13)(10). Nõustamisel on ennetustegevusena tõendatud tulemuslikkus ka noorte seas, kuna noored on uuele infole väga vastuvõtlikud (13).

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Spetsiifiliselt Eesti oludele kohandatavusel ei näe probleeme. Samas ei ole tõendeid, et sellise sekkumisega saavutatav mitteduitsetamine oleks püsiv.

#### **Nõustamine kahjude vähendajana**

Suitsetajatel on nõustamine osutunud tõhusaks meetodiks suitsetamisest loobumise protsessi juures. Nõustamist saab rakendada mitmel moel:

Telefoni teel nõustamine – nõustaja võtab suitsetajaga telefoni teel ühendust ning nõustamisprotsess käib ainult telefoni teel. Levinson jt viisid läbi uuringu, kus nõustasid telefoni teel suitsetajaid 16 nädala jooksul viis korda. Sekkumise tulemusel vähenes suitsetamine nõustamist saanud inimeste hulgas oluliselt rohkem kui kontrollgrupi seas (14). Samas naistel, kellel oli probleemne PAP-testi või kolposkoopia vastus suudeti telefoni teel nõustamist tõendada vaid osaliselt (15).

Internetipõhine nõustamine – spetsiaalselt suitsetamisest loobuda soovinud inimestele väljatöötatud arvutiprogramm. Programm koosneb mitmest sammust, mille eesmärgiks on suitsetajaid etapiviisiliselt nõustada. Erinevad uuringud on näidanud, et sarnane sekkumisviis aitab loobuda suitsetamisest kuni veerandil suitsetajatest (16)(17)(18)(19). Daniel jt leidsid, et internetipõhine nõustamine muutis pigem suhtumist suitsetamisse, kuid suuremat loobumist ei täheldatud (20).

Arsti poolt läbiviidav suure intensiivsusega nõustamine – nõustamise sessioon kestab umbes 10 minutit. Nõustamise eesmärgiks on suitsetamisalaste hoiakute kujundamine, teadlikkuse kasv ja tekkinud harjumustest loobumine. Nõustamist saanud suitsetajatest loobus suitsetamisest 22% ja kontrollgrupis 9,6% (21). Olukorras, kus arsti poolt teostatav sekkumine kestis vähem kui kolm minutit, lõpetas suitsetajatest vaid 10,9% (kontrollgrupis 7,9%)(21).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti oludele kohandamine eeldab vajalike ressursside ja nõustajate olemasolu. Praktiliselt igas Eesti maakonnas on olemas suitsetamisest loobumise nõustamise (SLN) kabinetid, kuid sealsed töötajad ei jõua ilmselt endale veel lisakoormust võtta. KOVi tasandil on nõustamise rakendamise riskiks ressursside ja oskuste piiratus. Samas võib internetipõhist nõustamist rakendada ka riiklikul tasandil ning KOV võiks olla vaid koordineerivaks üksuseks. Arsti poolt läbiviidava nõustamise eelduseks on Haigekassa poolne rahastamine ja arstide valmisolek vastavat teenust pakkida. Samas võib seda tegevust rahastada ka KOV.

### **Töökohapõhine ennetus**

Erinevad uuringud on näidanud, et töökohal on suur mõju riskikäitumise vähendamiseks. Töökohapõhised sekkumised hõlmavad tihti individuaalset ja grupinõustamist tervislikuma toitumise, liikumise ja suitsetamise lõpetamise osas. Oluline on siinjuures nii tööandjate toetus kui ka nn kambavaim, mis aitab ühiselt suitsetamisest loobuda. Keskmiselt kestab töökohapõhine sekkumine 5 kuud ning umbes veerand suitsetajatest loobuvad suitsetamisest (10)(22)(23)(23).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Peamiseks riskiks töökohapõhisel nõustamisel on tööandjate passiivsus teemaga tegelemisel. Seda saaks mõjutada KOV, nt erinevate soodustuste tegemisega. Teiseks riskiks on see, et ei leita vastavaid nõustajaid, kes töökohapõhist ennetustegevust läbi viiks. Siin oleks võimalik ehk kasutada töötervishoiuarste.

### **Kogukonnapõhine sekkumine**

Kogukonnapõhine sekkumine toimib kõige paremini mõnes väikeses kogukonnas või vähemusgrupis. Sellise sekkumise eesmärgiks on tervislike eluhoiakute kujundamine, kahjulikest harjumustest loobumine. Eeldab kogukonnas tugevat eestvedajat. Pisinger jt leidsid, et sellise sekkumisviisi tulemusel ühe aasta möödumisel vähenes suitsetamine 16% (kontrollgrupis 7,3%) (24)(25). Samas Arora jt leidsid, et vähenes küll tubaka tarbimine, kuid suurenenud loobumist ei täheldatud (26).

Riskid Eesti oludele kohandamisel: Eestis on kogukonnapõhine tegevus veel suhteliselt nõrgalt arenenud. Peamiseks riskiks on see, et ei leita kogukonnas tugevat eestvedajat, kellel oleks tahe ja

oskused teemaga tegeleda. Sellel inimesel peaks olema ka suur autoriteet, vastasel juhul jääks ennetustegevuse mõju nõrgaks.

### **Tervishoiuasutuste poolt pakutavad sekkumised**

Tervishoiuasutustel on suitsetamisest loobumisel suur roll. Tervishoiuasutustepõhise nõustamise võib jagada veel omakorda neljaks:

Haiglapõhine nõustamine – suitsetav patsient satub haiglasse ning talle rakendatakse erinevaid sekkumisi suitsetamisest loobumiseks. Sekkumised sisaldavad nii nõustamist, grupiteraapiat, nikotiini asendusravi ja Bupropioni ravi. Sekkumise eelduseks on haiglate valmisolek sellega tegeleda. Haiglapõhine sekkumine on osutunud tõhusaks, kuni 30% suitsetajatest loobub sellest harjumusest. On väga oluline, et sekkumine jätkuks ka pärast suitsetaja haiglast väljakirjutamist (27)(28).

Hambaarstide poolt teostatav sekkumine – sihtrühmaks hambaarsti külastavad suitsetajad. Sekkumine sisaldab peamiselt nõustamist. Sekkumise eelduseks on hambaarstide valmisolek sellega tegeleda. Hambaarstide poolt teostatav sekkumine on tulemuslik, nt Gordon jt leidsid, et hambaarsti poolt nõustamist saanud suitsetajatest loobusid aasta möödudes 18,8% kahjulikust harjumusest võrreldes sekkumist mittesaanutega (4,6%) (29). Hanioka jt poolt viidi läbi uuring, kus analüüsiti hambaarstide poolt läbi viidavat suitsetamise lõpetamisele suunatud sekkumist, mis koosnes viiest sessioonist ja täiendavast nõustamisest. Selle tulemusel loobus kolme kuu jooksul 51,5%, kuue kuu jooksul 39,4% ja aasta jooksul 36,4% suitsetajatest (30). Samas Binnie jt leidsid, et sarnase meetodikaga sekkumise tulemusel loobusid hambaarsti patsientidest suitsetamisest vaid 7% (kontrollgrupis 4%)(31).

Rasedusnõuandlates läbiviidav sekkumine – rasedate puhul viidi läbi intensiivne 90-minutiline psühhoteraapia sessioon koos telefoninõustamisega. Selle sekkumise tulemused olid tõhusad ning programmi tulemuslikkust hinnati 5-palli süsteemis hindega 4 (32). Samas äsja sünnitanute seas, kes olid raseduse ajal suitsetamise maha jätnud, vähenes sekkumise tulemusena suitsetamine vaid veidi (33).

Apteekrite poolt rakendatav nõustamine – apteekrid teevad nelja nädala jooksul suitsetajatele spetsiaalselt väljatöötatud nõustamist. Selle tulemusel vähenes suitsetamine 14,3% võrreldes kontrollgrupiga, kus see oli 20,% (34).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Suurimaks riskiks tervishoiuasutuste poolt pakutavate sekkumiste juures on rahastamine ja tervishoiuasutuste valmisolek sekkumist rakendada. Kuigi sekkumine toimub pigem organisatsiooni tasemel, siis rahastamine käib reeglina riiklikult. Samas on siin võimalik ka KOVi toetus. Teiseks riskiks on tervishoiutöötajate vähenemine motiveeritus sekkumise läbiviimiseks. Seda riski saaks ilmselt maandada vastavate lisatasude või toetustega kas riigi või KOVi poolt.

### **Eneseabijuhendid ja muud kirjalikud materjalid**

Juhendid ja teabematerjalid on mõeldud nii suitsetamisest loobujatele kui ka juba suitsetamisest loobunud inimestele. Materjalid toetavad nii üldiselt tervislikke eluviise kui ka annavad nõuandeid suitsetamisest loobumiseks ja juba loobunutele selle seisundi säilitamiseks. Vastavate materjalide programmi efektiivsust on hinnatud 5-palli süsteemis hindega 4 (35)(36). Webb jt leidsid aga, et eneseabiprogrammid eraldi ei ole tõhusad, aga kombinatsioonis ravimitega võivad parandada suitsetamisest loobumise tulemusi (37).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis on selline sekkumisviis hästi rakendatav ning TAI poolt on välja töötatud juba ka vastavaid materjale. KOV saab need kohandada vastavalt piirkonna vajadustele. Riskiks on see, et need materjalid ei jõua kõigi seda vajavate inimesteni.

### **Kampaaniad**

On tõestatud, et erinevad tervisedenduslikud kampaaniad tubaka kahjuliku mõju kohta võivad vähendada suitsetamist. Nt McAlister jt leidsid, et kogukonnapõhine sekkumine koos tugeva meediakampaaniaga vähendas suitsetamist 3 korda võrreldes piirkondadega, kus ei tehtud mingeid sekkumisi, ja 2 korda võrreldes piirkondadega, kus oli vaid meediakampaania (38). Meedia mõju on tõestatud ka suitsetamise ennetamiseks (39). Arvestades Eesti väiksust, on sarnased ennetustegevused mõistlik läbi viia riiklikul tasandil.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis on sarnaseid meediakampaaniaid juba läbi viidud. Kahjuks ei tea nende kampaaniate täpset mõju. Väikestel KOvidel on raske sarnaseid kampaaniaid korraldada, seega arvestades Eesti väiksust oleks mõistlik neid ka edasi teha riiklikul tasandil.

## **7.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid**

### **Motivatsiooni suurendamise teraapiad ja motivatsiooni intervjuud**

Selle sekkumise peamiseks eesmärgiks on suitsetaja tervislike eluhoiakute kujundamine ja kahjulikest harjumustest loobumise toetamine. Helstrom jt leidsid, et selline sekkumine toimib vaid teatud noorte puhul, kuue kuu jooksul loobus vaid 10% suitsetajatest (40). Samas Erol jt analüüsisid 4-nädalase individuaalse sekkumise (motivatsiooniintervjuu, kognitiiv-käitumistehnikad) tulemusi, mille tulemusel leiti, et kuue kuu möödudes loobus suitsetamisest 33% suitsetajatest (41).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Peamiseks riskiks Eesti oludele kohandamisel on see, et ei leia vajalikke inimesi, kes seda sekkumist läbi viiks. Samuti on riskiks see, et ei leita vajalikke ressursse selle tegevuse rahastamiseks. Samas võib selle sekkumise siduda kooliõdede tööga, pereõdede tööga vms.

### **Käitumisteraapiad suitsetamisest loobumiseks**

Nimetatud meetodit on kasutatud sotsiaalselt vähekindlustatud inimeste puhul ning selle statistiliselt oluline positiivne mõju oli madala sissetulekuga naistele ja vaimse tervise häirega inimestele (42). Kognitiivset käitumisteraapiat koos treeninguga suitsetamisest loobumise programmina on hinnatud 5-palli süsteemis hindega 3 (43).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Peamiseks riskiks Eesti oludele kohandamisel on see, et ei leia vajalikke inimesi, kes seda sekkumist läbi viiks. Samuti on riskiks see, et ei leita vajalikke ressursse selle tegevuse rahastamiseks. Samas võib selle sekkumise siduda kooliõdede tööga, pereõdede tööga vms.

### **Noortele suunatud sekkumised suitsetamisest loobumisel**

Kõige enam saab noorte suitsetamisest loobumise sekkumiste juures panustada kool. Näiteks on Phert jt hinnanud kooliõdede poolt läbiviidava sekkumise (kasutades kognitiiv-käitumuslike meetodeid) tulemusi, mille tulemusena 3 kuu möödudes oli küll 2 korda suurem loobumise tõenäosus, kuid 12 kuu möödudes erinevust enam ei täheldatud (44). USAs viidi läbi väga laiaulatuslik (46 osariigis) kampaania TRUTH, mis oli suunatud noortele suitsetajatele (reklaamid, telesaated jne). Hinnanguliselt suitsetamine noorte hulgas vähenes, eriti esimese 12 kuu jooksul (45).



Riskid Eesti oludele kohandamisel. Kõige suuremaks riskiks Eesti oludele kohandamisel on see, et kõigis koolides (eriti väiksemates) ei ole kohapeal olemas meditsiiniõde ja seega ei vii keegi sekkumist läbi. Alternatiiviks oleks erinevate koolide ja/või KOVide koostöö. Samuti saaksid panustada maakondade terviseedendajad.

### **7.2.3. Nõrga või tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid**

#### **Vähemusrahvustele suunatud sekkumised**

Erinevates uuringutes on kõige vähem tõendatust leidnud vähemusrahvustele suunatud sekkumised. Sellel on olnud erinevaid põhjusi alates kultuurilistest erinevustest kuni nende inimeste leidmiseni. Selline sekkumine eeldab vähemusrahvuste tugeva kogukonna olemasolu ja autoriteetset eestvedajat (46)(47).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eestis ei ole piisavalt suuri vähemusrahvuste kogukondi, kellele sekkumist rakendada. Vene rahvusest inimestele saab erinevaid sekkumisi teostada sarnaselt eestlastega.

### 7.3. Kasutatud allikad

1. Terviseinfo. Tubakatarvitamine | Terviseinfo [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/tubakas/tubakatarvitamine>
2. TAI. Mis on tubakas? Tervise Arengu Instituut; 2010.
3. WHO. WHO | Tobacco [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
4. OECD. OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics [Internet]. OECD; 2011. Available from: [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2011-2012\\_factbook-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2011-2012_factbook-2011-en)
5. Jiménez-Ruiz CA, Miranda JAR, Hurt RD, Pinedo AR, Reina SS, Valero FC. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008 Dec 1;18(6):622–5.
6. Warren CW, Erguder T, Lee J, Lea V, Sauer AG, Jones NR, et al. Effect of policy changes on cigarette sales: the case of Turkey. *Eur J Public Health* [Internet]. 2012 Mar 31 [cited 2012 Dec 5]; Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/03/31/eurpub.ckr157>
7. Mullally BJ, Greiner BA, Allwright S, Paul G, Perry IJ. The effect of the Irish smoke-free workplace legislation on smoking among bar workers. *Eur J Public Health*. 2009 Apr 1;19(2):206–11.
8. Moodie C, MacKintosh AM, Hammond D. Adolescents' response to text-only tobacco health warnings: results from the 2008 UK Youth Tobacco Policy Survey. *Eur J Public Health*. 2010 Aug 1;20(4):463–9.
9. Jepson R, Harris F, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010 Sep 8;10(1):538.
10. Moy F, Sallam AAB, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promot. Int*. 2006 Dec 1;21(4):301–10.
11. Sykes CM, Marks DF. Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers in London, UK. *Health Promot. Int*. 2001 Sep 1;16(3):255–60.
12. Taylor SM, Ross NA, Cummings KM, Glasgow RE, Goldsmith CH, Zanna MP, et al. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): changes in community attitudes toward cigarette smoking. *Health Educ. Res*. 1998 Mar 1;13(1):109–22.
13. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations [Internet]. 2005. Available from: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12003008651>
14. Levinson AH, Glasgow RE, Gaglio B, Smith TL, Cahoon J, Marcus AC. Tailored behavioral support for smoking reduction: development and pilot results of an innovative intervention. *Health Educ. Res*. 2008 Apr 1;23(2):335–46.
15. NCI. Designed to promote smoking cessation among women smokers [Internet]. 2005 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=898583>
16. Poel FT, Bolman C, Reubsaet A, Vries H de. Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Educ. Res*. 2009 Dec 1;24(6):930–40.
17. Brendryen H, Kraft P. Happy ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*. 2008 Mar;103(3):478–484; discussion 485–486.
18. Woodruff SI, Conway TL, Edwards CC. Sociodemographic and smoking-related psychosocial predictors of smoking behavior change among high school smokers. *Addict Behav*. 2008 Feb;33(2):354–8.
19. Fritz DJ, Hardin SB, Gore PA Jr, Bram D. A computerized smoking cessation intervention for high school smokers. *Pediatr Nurs*. 2008 Feb;34(1):13–7.
20. McDaniel AM, Casper GR, Hutchison SK, Stratton RM. Design and testing of an interactive smoking cessation intervention for inner-city women. *Health Educ. Res*. 2005 Jun 1;20(3):379–84.
21. WHO. WHO European strategy for smoking cessation policy. World Health Organization; 2004.

22. Barbeau EM, Li Y, Calderon P, Hartman C, Quinn M, Markkanen P, et al. Results of a union-based smoking cessation intervention for apprentice iron workers (United States). *Cancer Causes Control*. 2006 Feb;17(1):53–61.
23. Kadowaki T, Okamura T, Funakoshi T, Okayama A, Kanda H, Miyamatsu N, et al. Effectiveness of annual interventions for smoking cessation in an occupational setting in Japan. *Environ Health Prev Med*. 2004 Jul;9(4):161–4.
24. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Prev Med*. 2005 Mar;40(3):285–92.
25. Shelley D, Fahs M, Yerneni R, Das D, Nguyen N, Hung D, et al. Effectiveness of tobacco control among Chinese Americans: a comparative analysis of policy approaches versus community-based programs. *Prev Med*. 2008 Nov;47(5):530–6.
26. Arora M, Tewari A, Tripathy V, Nazar GP, Juneja NS, Ramakrishnan L, et al. Community-based model for preventing tobacco use among disadvantaged adolescents in urban slums of India. *Health Promot. Int*. 2010 Jun 1;25(2):143–52.
27. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch. Intern. Med*. 2008 Oct 13;168(18):1950–60.
28. Brown DW. Nurse-led intervention increases smoking cessation among people with coronary heart disease. *Evidence-based Healthcare*. 2004 Jun;8(3):128–30.
29. Gordon JS, Andrews JA, Lichtenstein E, Severson HH. The impact of a brief tobacco-use cessation intervention in public health dental clinics. *J Am Dent Assoc*. 2005 Feb;136(2):179–186; quiz 230–231.
30. Hanioka T, Ojima M, Tanaka H, Naito M, Hamajima N, Matsuse R. Intensive smoking-cessation intervention in the dental setting. *J. Dent. Res*. 2010 Jan;89(1):66–70.
31. Binnie VI, McHugh S, Jenkins W, Borland W, Macpherson LM. A randomised controlled trial of a smoking cessation intervention delivered by dental hygienists: a feasibility study. *BMC Oral Health*. 2007 May 2;7:5.
32. SAMHSA. Research-tested Intervention Programs: Program Details [Internet]. [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=312134>
33. Fang WL, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M, Lohr JA. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies [Internet]. NHS; 2006. Available from: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12004001333>
34. Maguire TA, McElnay JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction*. 2001 Feb;96(2):325–31.
35. NCI. Research-tested Intervention Programs: Program Details [Internet]. 2004 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=102985>
36. NCI. Self-help cessation manual specialized for smokeless tobacco users [Internet]. 2000 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=185722>
37. Webb MS, Rodríguez-Esquivel D, Baker EA. Smoking cessation interventions among Hispanics in the United States: A systematic review and mini meta-analysis. *Am J Health Promot*. 2010 Dec;25(2):109–18.
38. McAlister A, Morrison TC, Hu S, Meshack AF, Ramirez A, Gallion K, et al. Media and community campaign effects on adult tobacco use in Texas. *J Health Commun*. 2004 Apr;9(2):95–109.
39. Hyland A, Wakefield M, Higbee C, Szczypka G, Cummings KM. Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Educ. Res*. 2006 Jul 1;21(3):348–54.
40. Helstrom A, Hutchison K, Bryan A. Motivational Enhancement Therapy for High-Risk Adolescent Smokers. *Addict Behav*. 2007 Oct;32(10):2404–10.
41. Erol S, Erdogan S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study. *Patient Educ Couns*. 2008 Jul;72(1):42–8.

42. Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups [Internet]. NHS; 2011. Available from: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12011006035>
43. NCI. Designed to test the efficacy of vigorous-intensity physical activity as an aid for smoking cessation for women [Internet]. 1999 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=109261>
44. Pbert L, Druker S, DiFranza JR, Gorak D, Reed G, Magner R, et al. Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):926–36.
45. Davis KC, Farrelly MC, Messeri P, Duke J. The Impact of National Smoking Prevention Campaigns on Tobacco-Related Beliefs, Intentions to Smoke and Smoking Initiation: Results from a Longitudinal Survey of Youth in the United States. *Int J Environ Res Public Health*. 2009 Feb;6(2):722–40.
46. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters M, Chang AB, Veale A, et al. Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009325.pub2/abstract>
47. Kim J-R, Lee M-S, Hwang J-Y, Lee JD. Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: a randomized controlled trial. *Health Promot Int*. 2005 Mar;20(1):51–9.

## 8. Vaimne tervis

### 8.1. Sissejuhatus

#### 8.1.1. Vaimse tervise olemus

WHO käsitleb vaimset tervist kui „heaoluseisundit, milles indiviid teadvustab enda võimeid, tuleb toime igapäevaelu pingetega, töötab produktiivselt ja on võimeline sisukalt panustama kogukonda“. Tavapärasel käsitluses vastandatakse vaimset tervist ja psüühikahäireid, kuid WHO definitsioonist lähtudes on vaimne tervis enamasti kui psüühikahäire puudumine. (1)

Hea vaimne tervis on aluseks sellele, et inimene tuleb toime igapäevase elu nõudmistega ja tavapäraste väljakutsetega, mille hulka kuuluvad koolis õppimine, produktiivne töötamine, suhete loomine ja hoidmine ning praktilised, rutiinsed tegevused, mis on seotud enda eest hoolitsemisega, toitumisega ja füüsilise aktiivsusega, unega, puhkusega ja hingeliste vajadustega. Hea vaimse tervise saavutamine ei ole üksnes meditsiinisisüsteemi pärusmaa, suur hulk vaimset tervist mõjutavatest tegureist paiknevad väljaspool tervishoiusüsteemi ning peegeldavad teiste sektorite, paikkonna majanduse ning ka näiteks koolisüsteemi ja eluasemepoliitika mõju (2) (3).

Vaimset tervist mõjutavad mitmesugused tegurid eluaeg jooksul. Hea vaimse tervise aluseks on tervislik emotsionaalne ja sotsiaalne areng lapsepõlves. Emotsionaalsete probleemide all kannatavatel noortel avalduvad tõenäolisemalt nii füüsilised kui ka vaimsed probleemid. Varasel eluetapil õpitud toimetulekuoskused aitavad kaitsta inimese vaimset tervist hilisemas eas.

Oluline vaimse heaolu allikas on meelepärane töö, see annab inimesele võimaluse enese teostamiseks. Olukorras, kus täiskasvanud veedavad suure osa oma ärkveloleku ajast töökohal, on oluline pöörata tähelepanu vaimset tervist toetavate töötingimuste kujundamisele ning stressi ja läbipõlemise riski maandamisele.

Keskkonnategurite kõrval on vaimse tervise mõjutamisel oluline isiku enese rolli. Erinevad inimesed tõlgendavad sarnaseid olukordi erinevalt ning reageerivad neile erinevalt. Stressoritega toimetulekuks vajalikke oskusi on võimalik õppida.

Vaimse heaolu tagamisel on kriitilised sotsiaalsed suhted – toetav kogukond, haridus- ja töökeskkond soosivad ühelt poolt hea vaimse tervise kujunemist ja säilimist, ning teisalt on toetav sotsiaalne võrgustik puhvriks vaimse tervise probleemide tekkimisel, aidates probleeme varakult märgata, soodustada tervistumist psüühikahäiretest ning kroonilise kuluga häire all kannatajail sümptomitega toimetulemist.

#### 8.1.2. Vaimset tervist mõjutavad tegurid ja nende mõjutatavus paikkonnas

Tegurid, mida paikkond saab otseselt mõjutada:

- Inimestevaheliste sidemete loomine ja tugevdamine paikkonnas – toetav sotsiaalne võrgustik on aluseks hea vaimse tervise kujunemisel ja säilimisel.

- Elanike füüsiline aktiivsus paikkonnas – vaimse heaolu ja regulaarse füüsilise treeningu vahel on tuvastatud positiivne seos. Füüsilist aktiivsust soodustab näiteks avalike tervise-sportirajatiste ehitamine ning paikkonnas pakutavate tasuta treeninguvõimaluste soodustamine.
- Vaesusriskis elavate leibkondade toimetulek – sissetulekute puudumine või väiksus mõjutab inimese võimekust rahuldada baasvajadusi ning kahandab inimese toimetulekut ootamatute probleemidega, piirates valikuvõimalusi olukorra lahendamiseks ning suurendades stressi. Piisava sissetuleku puudumine võib takistada tervislike elutingimuste hankimist (sh eluase turvalises elukeskkonnas). Toimetulekut saab parandada nii piisava sissetuleku tagamise teel kui ka leibkonna sundkulutuste kahandamise kaudu (nt munitsipaaleluasemete rajamisega madala sissetulekuga leibkondadele ning tasuta koolitoidu pakkumisega õppuritele).
- Koolikeskkonna turvalisus – noorele inimesele võib koolikeskkond olla ebameeldiv ja hirmutav koht, kus on oht kogeda kritiseerimist ja kõrvalejäetust, mis võib kahjustada noore inimese vaimset tervist. Paikkonnas on kohased kõik sekkumised, mis on suunatud laste ja noorte turvalise elu- ja koolikeskkonna tagamisele, kaasatuse suurendamisele ning laste vaesuse vähendamisele (4).
- Tervislik töökeskkond – paikkonnas on võimalik jagada ettevõtete positiivset praktikat ülekoormuse ja läbipõlemisohu ennetamisel ning varasel märkamisel.
- Vanurite sotsiaalsete võrgustike edendamine – inimese vananedes muutuvad tema sotsiaalsed võrgustikud väiksemaks, oluliste suhete kadumisel (nt elukohavahetuse või lähedaste surma tõttu) hakkab heaolu kahandama üksindus. Vanurite sotsiaalseid võrgustikke võivad toetada päevakeskuste loomine ja nende külastamise motiveerimine.
- Elanike teadlikkus psüühika ja käitumishäirete olemusest – suurem teadlikkus võimaldab sümptomite ilmnemisel astuda samme keskkonnategurite muutmiseks või otsida varakult professionaalset abi.
- Vaimse tervise probleemidega seotud stigmatiseeritus – sarnaselt eelmise punktiga võimaldab vaimse tervise alane suurem teadlikkus sümptomite ilmnemisel astuda samme keskkonnategurite muutmiseks või otsida varakult professionaalset abi.
- Psühhoteraapia ja psühholoogilise nõustamise ning psüühika- ja käitumishäirete raviga seotud tervishoiuteenuste kättesaadavus.

### **8.1.3. Asjaolud, mida paikkondlike tegevuste planeerimisel arvestada**

Paikkondlike vaimse tervise alaste sekkumiste kavandamisel tuleb arvestada, et kuigi erinevad uuringud on näidanud ülalkirjeldatud tegurite seost vaimse tervise, siis praktikas on neid tegureid mõjutavate sekkumiste mõju sihtrühma vaimsele tervisele raske mõõta ja seega tõendada. Ühelt poolt võib laia sihtrühma katva sekkumise korral positiivse mõju tuvastamist varjata nn laeefekt – olukorras, kus enamik paikkonna elanikest peab oma vaimset tervist heaks ja probleemidevabaks, ei avaldu sekkumise täiendav positiivne mõju elanikkonnale piisava statistilise olulisusega, sest isikute hulk, kelle vaimsele tervisele avaldas sekkumine olulist positiivset mõju, võib jääda enamuse varju. Teisalt ei pruugi sekkumise positiivne mõju avalduda lühikeses perspektiivis, kuid mida pikem on viitaeag sekkumise toimumise ja mõju hindamise vahel, seda suuremaks võib osutuda kõrvaliste

tegurite mõju. Samuti ei pruugi ühe teguri mõjutamine muude negatiivsete tegurite samaks jäämisel sisulist mõju avaldada.

Ühiskonnas, kus psüühika- ja käitumishäiretega inimesed on pikka aega olnud stigmatiseeritud, on hoiakute muutmine pikaajaline protsess. Ühelt poolt võib stigma takistada vaimse tervise probleemiga inimest või tema lähedasi abi otsimast juba probleemide ilmnemise varases faasis. Teisalt võib stigma tõttu olla paikkonnas ja töökohtadel keeruline elanikkonna või töötajaskonna vaimse tervisega seotud tegevuste organiseerimine ja neile rahastuse hankimine.

Eelnevast tulenevalt on paikkonnas inimeste vaimse tervise parandamisele suunatud tegevuste puhul mõistlik teema kompleksne käsitlemine. Üksikute sekkumiste kavandamise asemel võib tulemuslikum olla paikkondliku eluolu korraldamisel ja tervisedenduslike tegevuste planeerimisel vaimse tervise aspektiga läbivalt arvestamine. Projektipõhised sekkumised, mille tulemuslikkus lühiajalises perspektiivis jääb tõendamata, võivad mõjuda ebasoodsalt teiste asjakohaste sekkumiste rakendamisele. Lühiajalisele edukusele suunatud sekkumised võivad jätta küll mulje elanikele abi osutamisest, kuid ei pruugi sisulist muutust paikkonna elanike vaimses tervises saavutada.

## 8.2. Ülevaade sekkumisviisidest

### 8.2.1. Tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

#### Kognitiiv-käitumuslikud teraapiad

Indiviidi vaimse tervist parandavatest sekkumistest on meditsiiniliste-farmakoloogiliste sekkumiste kõrval teaduslikult tõendatud tulemuslikkusega käsitletavad terapeutilised sekkumised<sup>4</sup>. Enamik empiirilisel toetatud teraapiameetodeist on oma olemuselt kognitiivsed või käitumuslikud psühho-teraapiameetodid, nimetatud meetodite ühisjooneks on oma tehnikatega häire säilimismehhanismi sekkumine. Mitmete nimetatud teraapiavormide korral püüab terapeut avada kliendile häire olemust ning õpetada teraapiatehnikaid uute oskustena. Seansside vahepeal tehakse kokkulepitud kodutööd. Sekkumised ise on pigem lühiajalised ja tulevikku suunatud. Nimetatud omadused annavad inimesele võimaluse omistada sekkumisega saavutatud edu endale, kasutada õpitud oskusi ka pärast sekkumise lõppu ning seeläbi ennetada tagasilangusi (7).

Terapeutiliste sekkumiste edukus sõltub häire olemusest. Depressiooni puhul on tulemuslikuks osutunud käitumuslik teraapia (8), interpersonaalne teraapia (9) ning kognitiivne teraapia (10). Kognitiiv-käitumisteraapia on näiteks edukas paanikahäire puhul, nii koos agorafobia kui ka ilma (11), samuti üldistunud ärevushäirega inimeste abistamisel (12) ning sotsiaalfobia korral (13).

On alust eeldada, et igasugused programmid, mis parandavad paikkondlikult vaimse tervise häirega elanike ligipääsu nimetatud terapeutilistele sekkumistele, aitavad parandada elanike vaimset tervist või ennetada selle halvenemist. Teisalt, tulenevalt individuaalse sekkumise võrdlemisi kõrgest maksumusest, on tõenäoliselt vajalik otsida tasakaalu sekkumise kättesaadavuse ja kuluefektiivsuse vahel. Kuigi vaimse tervise probleemide korral on varane sekkumine kasulik, ei pruugi nimetatud terapeutiliste sekkumiste individuaalne rakendamine häire tagasihoidlikul avaldumisel olla mõistlik ressursikasutus. Et kasutada tervishoiusüsteemi piiratud ressursse võimalikult efektiivselt, on kergelt

---

<sup>4</sup> Peatükis on järgnevalt vaatluse alla võetud üksnes sekkumised, mille rakendajalt ei eeldata meditsiinilist eriharidust, samuti on kõrvale jäänud farmakoloogilised sekkumised. Samas tuleb rõhutada, et enamikes riikides eeldatakse mitmete terapeutiliste sekkumiste puhul sekkujalt psühholoogia-alast kõrgharidust ning kutseühenduste sertifitseeritud koolituste läbimist.

või mõõdukalt avaldunud vaimse tervise häiretele reageerimiseks viimastel aastatel välja töötatud mitmeid teraapia põhimõtteid järgivaid veebipõhiseid abivahendeid, samuti arendatud nn kahandatud intensiivsusega teraapiavorme, eesmärgiga soodustada just varast reageerimist, enne kui vaimse tervise probleemist saab diagnoositav psüühika- või käitumishäire. Kuigi on mitmeid positiivseid arenguid, ei ole tänasel hetkel nende sekkumiste tulemuslikkus veel piisavalt tõendatud, vajalikud on täiendavad randomiseeritud ja kontrollgrupi võrdlusega uuringud. Mitmete nimetatud sekkumiste efektiivsust on käsitletud osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumiste peatükis.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Sekkumised on Eestis täna juba rakendamisel nii tervishoiusüsteemi rahastusel kui ka abisoovijate enese rahastamisel. Tõenäoliselt on paikkondlikul tasandil mõistlik astuda samme psühholoogilise nõustamise ja psühhiaatriliste vastuvõttude üldise kättesaadavuse parandamiseks, jättes teraapiavormide valiku teenusepakkujate endi valida. Arvestada tuleb ka tõsiasja, et psühholoogiliste-psühhiaatriliste teenuste laialdasemal võimaldamisel suurendab pakkumine enamasti ka nõudlust, mistõttu säilib ka kättesaadavuse suurendamisel hulk abivajajaid, kellele teenus ei ole kättesaadav.

## 8.2.2. Osaliselt tõendatud tulemuslikkusega sekkumisviisid

### Veebipõhised teraapiad

Esmased tulemused viitavad, et näiteks kognitiiv-käitumusliku teraapia rakendamine veebipõhiselt võib olla sama edukas kui tavapraksises. Samas nõuavad teraapiast eemalejäämine ja sekkumise pikaajaline mõju edasist analüüsi (14). Austraalias on loodud internetipõhine inimestele tasuta kättesaadav kognitiiv-käitumusliku teraapia põhine sekkumine MoodGYM (<http://moodgym.anu.edu.au>), mis on mõeldud depressiooni sümptomite kahandamiseks ja ennetamiseks noorte seas (15). Sekkumine on suunatud inimestele, kel puudub vahetu kontakt professionaalsete abistajatega. Sekkumises osalejate ärevuse ja depressiooni skoorid kahanesid märkimisväärselt vastavalt läbitud moodulite arvule.

Van Straten, Cuijpers ja Smits (16) arendasid välja veebipõhise eneseabisekkumise, mille rakendamisel on saavutatud arvestatav mõju depressioonile ja ärevusele, mõju väljendus eriti tugevalt raskemate juhtude korral ning inimeste puhul, kes osalesid sekkumises lõpuni. Nagu eelpool öeldud, on tulemuslikkusele teiste tegurite mõju välistamiseks vajalik analüüsida ülaltoodud sekkumisi randomiseeritud ja kontrollgrupi võrdlusega tingimustes.

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Arvestades Eesti elanikkonna head arvutioskust ja ligipääsu internetile, on eeldused veebipõhiste sekkumiste läbiviimiseks olemas. Võttes arvesse elanikkonna väiksust, on eestikeelsete veebilahenduste loomine ja juurutamine tõenäoliselt otstarbekas riiklikult koordineerituna, et vältida piiratud ressursside ebamõistlikku kasutust. Initsiatiiv veebipõhiste sekkumiste arendamiseks saab samas tulla kohalikul tasandil.

### Stressijuhtimise treeningud

Osaliselt positiivseid tulemusi on uuringutes näidanud stressijuhtimise treeningud organisatsiooni tasandil. Stressijuhtimise treeninguid korraldatakse reeglina korraga 10-15 inimesele lühikeste sessioonide kaupa (kokku 1-2 tundi nädalas) 10-12 nädala vältel või ühe- või mitmepäevaste töötubadena. Mõnikord võimaldab viivitus sessioonide vahel testida ja harjutada õpitut igapäevaelus (17). Treeningu läbiviijad on enamasti kas meditsiinilise või tööpsühholoogia taustaga.



Stressijuhtimise treeningu mõju vaimsele tervisele analüüsivate uuringute tulemused on samas vastandlikud, üldiselt on enamikes uuringust tõdetud teatud positiivset mõju vaimsele tervisele, kuid selle ennustamine, millist konkreetset muutajat mõjutatakse, on osutunud keerukaks (18). Stressi mõjutamisel on osutunud edukaks kognitiiv-käitumuslikud meetodid (19), eriti üheskoos lõdvestustehnikatega (20). Tõdetud on, et püsivate muutuste saavutamiseks toimetulekuoskustes peaks stressijuhtimise põhimõtteid arvestama ka organisatsiooni tasandil, nii töökultuuris kui ka töötingimustes (21). Samas – kuna enamasti pakutakse treeningut kõigile konkreetse ettevõtte või selle üksuse töötajatele korraga, iseloomustab enamikku osalejaid madal, subkliiniline stressitase, mis raskendab nende uuringute korral nn pörandaeefekti tõttu oluliste erinevuste demonstreerimist (st stressitase on mõõtevahendi seisukohalt sedavõrd madal, et sekkumise mõju stressitaseme alanemisele ei ole võimalik tuvastada) (19). Sekkumise pikaajaline mõju vajab edasist uurimist – enamik autoreist on väljendanud kõhklusi mõju ajas püsivuse osas (22), soovitatud on edukuse suurendamiseks ajas sekkumisi korrata. Täiendavat tähelepanu soovitatakse pöörata madala staatusega ametikohtadel töötajatele (19).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Vaimse tervise probleemidega seotud stigmatiseeritus võib laieneda ka vaimse tervise edendamise seotud tegevustele. See kahandaks neist sekkumistest potentsiaalselt kasu saajate osalemist ning võib jätta mulje sekkumise mittetulemuslikkusest.

### **Lastevanemate toimetulekuprogrammid**

Mitmetes riikides on värskete lapsevanemate või väikeste laste vanemate toetamiseks rakendatud erinevaid programme eesmärgiga parandada nende toimetulekut ja psühhosotsiaalset heaolu. On tõendeid, et vähemalt lühiajaliselt avaldavad sellised sekkumised vanemate vaimsele tervisele positiivset mõju. Näiteks McAuley näitas, et Ühendkuningriigis rakendatud Home Start ehk vabatahtlike abi alla 5-aastaste laste vanematele parandas vanemate enesehinnangut ja toimetulekuvõimet (23). Iirimaa rakendatud *Community Mothers* programmi raames abistasid vabatahtlikud probleemsetes piirkondades elavaid alla aastase lapse emasid – ka 7 aastat hiljem eristus sekkumisgrupp paranenud psühholoogilise tervise ja tervisekäitumise poolest (24). Teisalt on ka uurimusi, mis ei leidnud samalaadsete sekkumiste korral mingisugust positiivset mõju, mistõttu on vajalikud täiendavad uuringud hindamiseks, millised tegurid mängivad sarnaste sekkumiste edukuses kõige suuremat rolli (25).

Riskid Eesti oludele kohandamisel. Eesti kultuuriruumis võib välise osapoole sekkumine perekonnaellu olla käsitletav liialt invasiivsena, mistõttu võib osa abivajajaid sellest põhjendamatute kõhkluste tõttu kõrvale jääda. Tõenäoliselt vajab sekkumise edukas rakendamine äärmiselt põhjalikku ja pikaajalist eeltööd.

### **Regulaarne füüsiline treening**

Positiivne seos on tuvastatud vaimse heaolu ja regulaarse füüsilise treeningu vahel (vt nt (26)). Soomes suure valimiga läbiviidud uuring näitas, et inimesed, kes tegid nädalas kaks kuni kolm korda trenni, kogesid vähem või üldse mitte treenivast elanikkonnast harvem depressiooni sümptomeid, viha, stressi ja usaldamatust (27). Schmitz, Kruse ja Kugler näitasid Saksamaal läbi viidud läbilõike-uuringu põhjal, kuidas kõrgem füüsiline aktiivsus seostub afektiivse, ärevus- ning sõltuvushäirete all kannatavate inimeste parema elukvaliteediga (28). Teatud toetust on vaimse heaolu ja regulaarse füüsilise treeningu vahel tuvastatud ka longituud-uuringutega (29), kuid vajalikud on põhjalikumad analüüsid, et oleks võimalik veenduda, et positiivne mõju on tingitud just füüsilisest aktiivsusest.

*Riskid Eesti oludele kohandamise.* Regulaarse füüsilise treeningu soodustamine üksnes elanike vaimse tervise parandamise eesmärgil ei ole tõenäoliselt põhjendatud. Pigem on vaimse tervise võimalik paranemine kaasnev positiivne aspekt teiste liikumisega seotud positiivsete tervisemõjude kõrval. Füüsilist aktiivsust soodustavate sekkumiste väljatöötamisel ja rakendamisel on oluline keskenduda sellele, kuidas saavutada motiveeritavate sihtrühmade elukorralduses püsivaid muutusi, et hoida inimesed füüsiliselt aktiivsena ka pikaajaliselt.

### 8.2.3. Tõendamata tulemuslikkusega sekkumisviisid

#### Madala intensiivsusega terapeutilised sekkumised

Sarnaselt eespool kirjeldatud veebisekkumistele on võimalikult efektiivse ressursikasutuse eesmärgil püütud välja töötada sekkumisi, mis oleksid nõu vähem-intensiivsed kui näiteks kognitiiv-käitumuslik teraapia. Sel eesmärgil on depressiooni sümptomite ja ärevuse kahandamiseks loodud eelkõige noortele suunatud probleemilahendusteraapia ning treening-sekkumised. Parkeri jt välja töötatud sekkumine sisaldab nelja sekkumise kombinatsiooni: psühholoogiline sekkumine (probleemilahendusteraapia või toetav nõustamine) ja treening-sekkumine (käitumuslik harjutus või nn patsiendiõpetus). (30) Sekkumine toimub iganädalaste sessioonidena 6 nädala vältel ja on suunatud vaimse tervise probleemiga noortele, kelle halvenenud terviseseisund ei ole veel diagnoositav ning nõrgalt või keskmiselt avaldunud häirega noortele ennetamaks häire süvenemist või kordumist. Kõnealuse sekkumise tulemusi ei ole teadaolevalt veel avaldatud.

*Riskid Eesti oludele kohandamisel.* Tõendamata tulemuslikkuse tõttu ei ole mõistlik kirjeldatud sekkumisi enne piisava tõendusmaterjali laekumist laialdaselt rakendada. Küll võib paikkondlikult olla kasulik potentsiaalselt kasulike sekkumiste pilootimise toetamine – mida varem ja enam koguneb tõendeid sekkumiste edukuse või ebaedukuse kohta, seda efektiivsemalt on paikkonnas võimalik edukaid tervisedenduslikke tegevusi rakendada.

### 8.3. Kasutatud allikad

1. WHO. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2010 [cited 2012 Sep 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
2. Herrman H, Saxena S, Moodie R, Victorian Health Promotion Foundation, Organizaci3n Mundial de la Salud. Department of Mental Health and Substance Abuse, University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Wahlbeck K, Mcdaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry. 2012 Oct;11(3):139–45.
4. Government of Canada. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada [Internet]. 2006 [cited 2012 Sep 19]. Available from: [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf)
5. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005 Sep 5;1:14.
6. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. Int J Epidemiol. 2007 Aug;36(4):776–86.

7. Kalaus K-E. Tõendus põhine psühhoterapia: oluline ravivalik psüühika- ja käitumishäirete korral [Internet]. Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsiooni kodulehekül. 2007 [cited 2012 Nov 18]. Available from: <http://www.ekka.ee/lugemisnurk/toenduspohine-psuhhoteraapia>
8. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Apr;64(2):295–304.
9. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide To Interpersonal Psychotherapy.* Basic Books; 2000.
10. Segal PZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, First Edition: A New Approach to Preventing Relapse.* Guilford Press; 2002.
11. Vos SPF, Huibers MJH, Diels L, Arntz A. A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. *Psychol Med.* 2012 Dec;42(12):2661–72.
12. British Psychological Society. *Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care.* Leicester (UK): British Psychological Society; 2011.
13. Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2012 May;203.
14. Ruwaard J, Lange A, Schrieken B, Dolan CV, Emmelkamp P. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS ONE.* 2012;7(7):e40089.
15. Christensen H, Griffiths KM, Korten A. Web-based cognitive behavior therapy: analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *J. Med. Internet Res.* 2002 Mar;4(1):e3.
16. Van Straten A, Cuijpers P, Smits N. Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 2008;10(1):e7.
17. Bond FW, Bunce D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol.* 2000 Jan;5(1):156–63.
18. Van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond).* 1997 Apr;47(3):133–41.
19. Semmer NK. *Stress Management and Wellbeing Interventions in the Workplace.* Switzerland: Department of Psychology, Universität Bern; 2008. Report No.: SR-C6.
20. Bunce D. What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 1997;70(1):1–17.
21. Murphy LR. Stress Management. In: O'Donnell MP, editor. *Health Promotion In The Workplace.* 3rd ed. Cengage Learning; 2002. page 389–414.
22. Giga SI, Noblet AJ, Faragher B, Cooper CL. The UK perspective: a review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist.* 2003;38(2):158–64.
23. McAuley C. Young families under stress outcomes and costs of Home-Start support [Internet]. York: Joseph Rowntree Foundation; 2004 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859352189.pdf>
24. Johnson Z, Molloy B, Scallan E, Fitzpatrick P, Rooney B, Keegan T, et al. Community Mothers Programme--seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *J Public Health Med.* 2000 Sep;22(3):337–42.

25. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. In: The Cochrane Collaboration, Coren E, editors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003 [cited 2012 Nov 19]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002020.pub2>
26. Stathopoulou G, Powers MB, Berry AC, Smits JAJ, Otto MW. Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006;13(2):179–93.
27. Hassmén P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Prev Med*. 2000 Jan;30(1):17–25.
28. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *Prev Med*. 2004 Dec;39(6):1200–7.
29. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin Psychol Rev*. 2001 Feb;21(1):33–61.
30. Parker AG, Hetrick SE, Jorm AF, Yung AR, McGorry PD, Mackinnon A, et al. The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: a factorial randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12(1):76.

## Lisa 1. Ülevaade kasutatud andmeallikatest ja andmeotsingust

### Rahvusvaheliste organisatsioonide ja institutsioonide kodulehed:

- [Maailma Terviseorganisatsioon](#) (sh [Euroopa Tervishoiusüsteemide ja – poliitika Vaatluskeskuse veebileht](#));
- [Euroopa Komisjoni Tervise ja Tarbijakaitse peadirektoraat \(DG Sanco\)](#);
- [Euroopa Komisjoni Teaduse ja Innovatsiooni peadirektoraat \(DG Research\)](#);
- [Euroopa Komisjoni Rahvatervise Programmi Täitevamet \(EAHC\)](#);
- [Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus \(EMCDDA\)](#);
- [Euroopa Toiduohutusamet \(EFSA\)](#);
- [Haiguste Ennetuse ja Tõrje Euroopa Keskus \(ECDC\)](#);
- [Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon \(OECD\)](#).

### Kättesaadavad asjakohased valdkondlikud ajakirjad, sh:

- [European Journal of Public Health](#)
- [Health Education Research](#)
- [International Journal of Public Health](#)
- [Health Promotion International](#)
- [Critical Public Health](#)
- [BMC Public Health](#)
- [British Journal of Nutrition](#)
- [Canadian Journal of Public Health](#)
- [Communicable Disease and Public Health](#)
- [Early Childhood Research and Practice](#)
- [Environmental Health Practitioner](#)
- [Journal of Occupational Health](#)

### Internetilehed/andmebaasid

- [PubMed](#)
- [EPPI-Centre database of education research](#)
- [Accidental injury, risk-taking behaviour and the social circumstances in which young people live](#)
- [Research and Innovative Technology Administration National Transportation Library](#)
- [Trip Database](#)
- [United States National Library of Medicine – Toxnet Toxicology Data Network](#)
- [Department of Health and Human Services – Centers of Disease Control and Prevention - Smoking & Health Resource Library](#)
- [Promising Practices Network on children, families and communities](#)
- [Center of Excellence](#)
- [NACCHO Model Practice Search](#)
- [SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices](#)
- [Research-tested Intervention Programs](#)
- [Public Health Agency of Canada Canadian Best Practices Portal](#)
- [Alcohol Studies Database](#)
- [EPPI-Centre database of health promotion research \(Bibliomap\)](#)
- [CDC WONDER](#)
- [Database of promoting health effectiveness reviews \(DoPHER\)](#)
- [The Trials Register of Promoting Health Interventions \(TRoPHI\)](#)
- [EBSCO Publishing SPORTDiscus with Full Text](#)
- [Google Scholar](#)
- [The National Academies Press](#)

Märksõnad abstractis või pealkirjas (kasutatud pubmed MeSH termineid): public health, health promotion, prevention, health intervention, primary prevention, secondary prevention, preventive service, control, harm reduction, community health, community health services, community health program; community health programme kombineerituna: weight, nutrition, physical activity, alcohol consumption, drinking behaviour, tobacco use, tobacco use cessation, smoking cessation, use of drugs, drug addicts, drug abuse, mental health