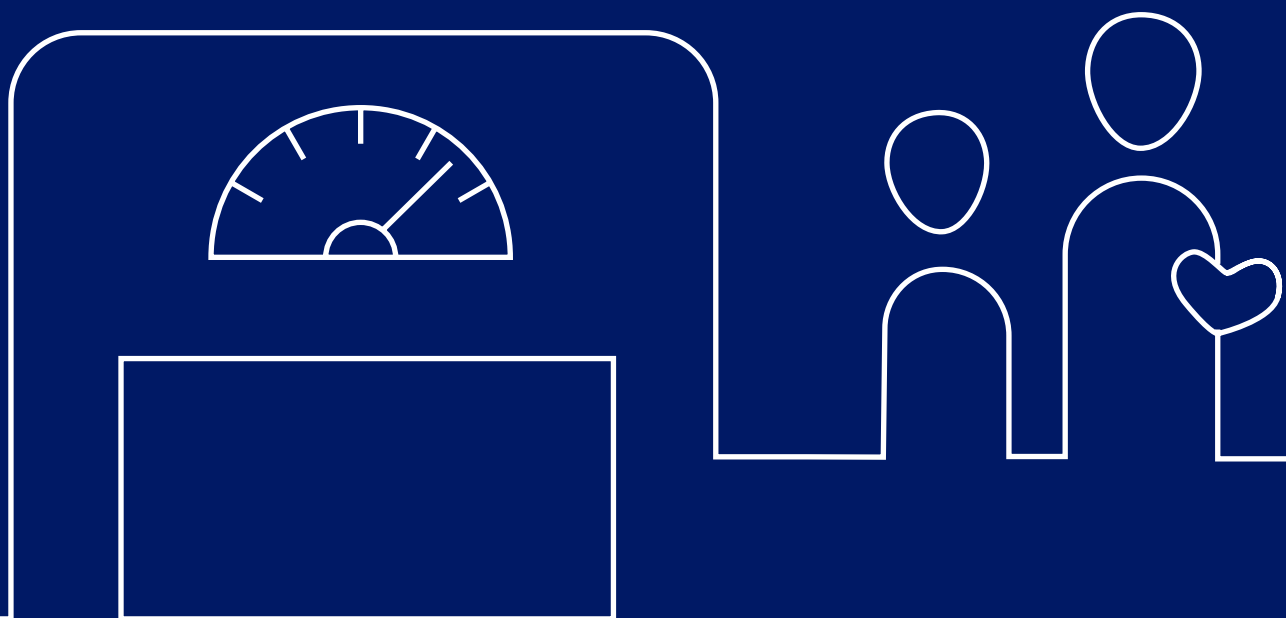


Eesti arstide ja ülekaaluliste inimeste rasvumisega seotud kogemused, soovitud sekkumisteks

Raport



Raporti koostaja: Vivian Arrak¹

Uuringu autorid: Riina Raudne¹, PhD; Koit Arro^{1,2}, Kertu Margus²; Andero Uusberg¹, PhD

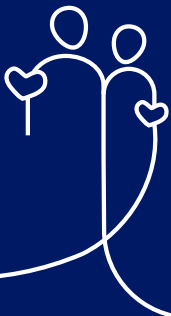
¹Tartu Ülikool, ²Novo Nordisk

Huvide konflikti deklaratsioon

Käesolev raport on valminud Novo Nordisk Estonia OÜ tellimusena ning raporti koostaja on saanud selle eest tasu.

Raporti aluseks oleva magistritöö teemal „Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest ja sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovitusel sekkumisteks” koostaja Koit Arro on rahvusvahelise ravimeid arendava, tootva ja turustava ettevõtte Novo Nordisk töötaja. Magistritöö raames huvide konflikti ei esine, teemat on põhjalikult avatud ka Eetikakomitee taotluses. Eetikakomitee hinnangul samuti Koit Arrol huvide konflikti ei esine.

Nii raporti kui ka eelpoolmainitud magistritöö koostamisel on osaliselt kasutatud Novo Nordisk AS Eesti Filiaali (alates 21.04.2023 Novo Nordisk Estonia OÜ) Riina Raudselt (läbi tema ettevõtte Kubernesis OÜ) tellitud analüüsi.



Sisukord

Kokkuvõte	4
Sissejuhatus	5
Metoodika	6
Osalejad	6
Uuringu kulg	7
Uuringu puudused	7
Tulemused	7
Ülekaalulise patsiendi koht meditsiinisüsteemis	7
Ülekaalulisuse ja rasvumise käsitlemine haigusena	8
Vaimne tervis on ravi oluline komponent	8
Meditsiinitöötaja ja ülekaalulise patsiendi omavaheline suhtlus	9
Kaaluga seotud diskrimineerimine ja süüdistamine	11
Kaalulangetuseesmärgid ja nendeni jõudmine	12
„Söö vähem ja liigu rohkem“ – müüt või kõige alus?	14
Keskkonna mõju kaalule	15
Lapseea rasvumine	16
Sekkumisvõimalused	17
Järeldused ja arutelu	20
Kasutatud kirjandus	23



Kokkuvõte

Ülekaal on levinud ja ohtlik probleem, mis mõjutab inimesi nii individuaaltasandil kui ka laiemalt, kurnates tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ning selle kaudu kogu majandust.

Rasvumise levimust ja mõju on nii maailmas kui ka Eestis põhjalikult uuritud. Samas on aga Eestis läbi viidud uuringud olnud valdavalt kvantitatiivsed, kvalitatiivseid kirjeldusi on seni olnud väga vähe. Käesoleva raporti eesmärgiks on kirjeldada lähemalt ja kvalitatiivseid uuringumeetodeid kasutades Eestis elavate ja ülekaalu kogenud inimeste enda kogemusi ja suhtumisi liigsesse kehakaalu. Samuti kirjeldatakse oma töös ülekaaluga kokku puutuvate arstide vaateid, kogemusi ja hinnanguid ülekaaluliste patsientide ravis. Raporti lõpuosa pakub ideid sekkumisteks, mis võiksid Eesti kontekstis ülekaalust tulenevaid probleeme leevendada. Ülekaaluprobleemile sellise nurga alt lähenemine on uudsem ning alustab olulise vaatenurga kaardistamist, mille osas on varem olnud pimekohti. Raport on koostatud, võttes aluseks Riina Raudne poolt Novo Nordiski tellimisel läbi viidud kvalitatiivne uuring ning Koit Arro magistritöö teemal „Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest ja sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovitusel sekkumisteks” (Arro, 2025). Andmete kogumiseks viidi uuritavatega (sh 12 ülekaalu kogenud inimest ning 13 arsti) läbi individuaalintervjuud.

Uuringus selgus, et kehakaaluga seoses esineb märkimisväärne stigma ja pea kõik ülekaalu kogenud intervjueritavad on pidanud oma kaalu tõttu taluma pikaajalist kiusamist ja diskrimineerimist. Intervjueritud naised raporteerisid lähedaste negatiivset suhtumist juba noorest east, sageli juba kodust, mehed said välist negatiivset tagasisidet oluliselt vähem. Kehakaaluga seotud erikohtlemine oli nii intervjueritud ülekaalu kogenud inimestele kui ka intervjueritud arstidele tajutav ka tervishoiusüsteemis. Arstide ja ülekaaluliste inimeste ootused kaalulangetamise osas erinesid märkimisväärselt (tempo, eesmärkväärtus, meetodid). Mõne intervjueritud eriarsti ja mõne perearsti arvates suunatakse ülekaalulisi inimesi asjatult eriarstide vastuvõttudele, otsimaks kaalutõusu põhjuseid, kuigi on teada, et valdavalt ühtegi selget patoloogiat ei leidu. Käesoleva uuringu väike valim intervjueritavaid ilmestas, et ülekaalu kogenud inimesed olid oma kaalu mõjutavatest teguritest väga teadlikud ning enamik väljendas, et nad ei looda kaalulangetusega tõsimeeli meditsiinisüsteemist abi saada. Samas väljendasid nad, et sooviksid kogeda kaalulangetamise teekonnal partnerlust meditsiinitöötajaga, arutamaks strateegiaid ja tagasilööke, eriti just vaimse tervise osas. Praeguse nõustamisvõimaluse tõhususse meditsiinisüsteemis ei uskunud ei intervjueritud ülekaalu kogenud inimesed ega arstid.

Uuringus osalenud arstid pidasid ülekaalu järsku kasvu Eestis ohtlikuks epideemiaks ning mõnsid, et Eesti rahvastiku ülekaalulisuse vähendamiseks tuleb probleemile läheneda mitmel tasandil ning mitme nurga alt. Käesolev raport pakub vajalikku lisainfot arstide ja patsientide ülekaaluga seotud uskumuste kohta ning annab nende põhjal soovitusi kasvava ülekaaluprobleemi leevendamiseks. Raportis sisalduvat infot on võimalik kasutada ennetavate sekkumisvõimaluste teadvustamiseks mitmel tasandil, ülekaaluliste ja rasvunud patsientide raviteekonna optimeerimiseks, ravijuhendite koostamiseks ja kaalupoliitika kujundamiseks. Rõhk asetub meditsiinisüsteemi ja patsiendi koostöö edendamisele, eesmärgiga muuta omavaheline suhtlus sujuvamaks ja vähem konflikte provotseerivaks, et saavutada parim lõpptulemus ehk positiivne mõju kaalule.



Sissejuhatus

Ülekaal ja rasvumine on üks tänase maailma suurimaid ja siiani lahendamata tervisemuresid. Ülekaaluga kaasnevad haigused ning suurenenud suremus on märkimisväärseks ajaliseks ja rahaliseks koormuseks nii meditsiinisüsteemile kui ka ülekaalu kogevatele inimestele endile. Tänapäevaks elab enamik maailma inimestest piirkondades, kus ülekaal ja rasvumine tapab rohkem inimesi kui alatoitumine (Maailma Terviseorganisatsioon; WHO, 2024).

- 2022.a seisuga on WHO andmeil maailma elanikkonnast 2,5 miljardit täiskasvanut ülekaalulised (st kehamassiindeksiga $KMI \geq 25\text{kg/m}^2$) ning neist 890 miljonit on rasvunud ($KMI \geq 30\text{kg/m}^2$).
- Maailmas on 390 miljonit last ja noort vanuses 5-19a ülekaalulised.
- Eesti täiskasvanud rahvastikust on 62,2% ülekaalulised, neist 26,3% rasvunud (WHO, 2024).
- Aastas põhjustab Eestis täiskasvanute ülekaal ja rasvumine kokku ligikaudu 250 000 haigusjuhtu ehk summaarselt esineb liigsest kehakaalust põhjustatud haigusi igal viiendal täiskasvanul.
- Täiskasvanute liigse kehakaalu aastane kogukulu Eestis täisealises rahvastikus on arvestuslikult 124,7 miljonit eurot. Otsest liigse kehakaaluga seonduvate terviseseisundite raviks kulub ca 107,2 miljonit eurot. Sellele lisanduvad veel haigus- ja hooldushüvitiste kulud ja kaudsed kulud nagu töövõimetuse tõttu saamata maksutulu ning enneaegsetest surmadest tingitud maksulaekumise kaotus.
- 2020. aastal põhjustas liigne kehakaal Eestis 643 enneaegset surma (Reile et al., 2024).

See statistika ilmestab, et ülekaal on saanud tõsiseks tervisemureks, mis vajab tõhusaid ja süsteemseid lahendusi. Tänapäevaks on ülekaalust järjest rohkem hakatud rääkima kui haigusest, mitte elustiiliveast. On mõistetud, et üksnes tervisliku toitumise ja liikumise soovitusi omapäi jälgides suur hulk inimesi püsivalt kaalu siiski langetada ei suuda. Vaja on mitmekülgset struktureeritud toetust, julgustust, järjepidevust ja mõistvat suhtumist.

Ülekaaluprobleemi süvenemine Eestis ei ole jäänud tähelepanuta. Selle pidurdamiseks töötati Eestis 2019.a välja ravijuhend „Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitlus esmatasandil“ koos põhjaliku rakenduskavaga, mis 2024.a läbis auditi. Tervise Arengu Instituut on uurinud ülekaalulisuse mõju ning viib läbi kampaaniaid ja teavitustööd terviselike eluviiside edendamiseks, olles loonud muuhulgas ka patsiendi infoportaalid www.toitumine.ee ning tap.nutridata.ee. 2024. aastal loodi Eesti Kaaluravi Selts, mis võttis eesmärgiks ülekaalulisuse epideemia peatamise.

Eestis on läbi viidud mitmeid kvantitatiivseid uuringuid, mis uurivad ülekaalu levimust ja tervisekäitumist: 2018. aastal avaldatud Tervisekäitumise uuring (Reile et al., 2019), 2019 avaldatud Eesti Terviseuuring (Matsi & Oja, 2008), 2014 läbi viidud Rahvastiku toitumise uuring (Tekkel ja Veideman, 2019) (Tekkel & Veideman, 2016), 2011 avaldatud Paikkonna Tervisemõjurite uuring, Kehalise Aktiivsuse uuring ja 2020. aastal avaldatud Elisa Kenderi magistritöö (Kender, 2020), mis analüüsis rasvumise levikut ja sellega seotud tegureid. Kõikide nende tööde sisuks oli rasvumise ja ülekaalu levimuse ja sellega seotud tegurite ja käitumiste analüüs.

Kuigi kvantitatiivselt ja käitumuslikult on Eestis uuritud rasvumise levikut ja selle kulu ühiskonnale, siis Eestis ei ole varasemalt läbi viidud kvalitatiivseid uuringuid, mis käsitleks kohalike ülekaalu kogevate inimeste psühhosotsiaalset vaatepunkti. Käesoleva raporti eesmärk on alustada Eestis elavate ülekaaluliste inimeste ja neid ravivate arstide hoiakute ja suhtumiste kaardistamist, et juurutada ennetus- ning ravisekkumisi, võttes arvesse kohalikku olukorda. Raport keskendub Koit Arro magistritöö „Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest hoiakutest ja sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovitusel sekkumisteks“ raames läbiviidud uuringule, mille jaoks intervjueriti ülekaalu kogenud inimesi ja ülekaaluliste patsientidega tegelevaid arste.

Metoodika

Uuringu eesmärk oli saada ülevaade ülekaaluliste inimeste ja nendega tegelevate arstide kogemustest Eestis. Selleks viidi läbi kvalitatiivne uuring, kasutades süvaintervjuude meetodit. Uuringu tellijaks oli tervishoiuettevõtte Novo Nordisk ja intervjuud leidsid aset perioodil mai kuni juuli 2023.

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

Osalejad

Uuringusse kaasati 12 inimest, kes olid käesolevalt või varasemalt kogenud ülekaalu (KMI üle 25 kg/m²). Neist 6 olid mehed ning 6 naised vanusevahemikus 24-53 aastat, enamjaolt kõrgharitud. Lisaks kaasati uuringusse 13 erinevate erialade arsti, kes puutuvad kokku ülekaaluliste patsientidega (vt allpool Tabel 1 ja Tabel 2). Ülekaalulised uuringus osalejad värvati isiklike kontaktide ja sotsiaalmeedia postituse kaudu, arstid avalike e-maili aadresside või telefoninumbrite kaudu. Lisaks kasutati “lumepalli tehnikat” ning leiti täiendavaid intervjuueeritavaid juba intervjuu andnud inimeste kaudu. Osalemine oli vabatahtlik ja konfidentsiaalne, toimudes intervjuueeritavale sobival ajal ja sobivas kohas, valdavalt kas videosilla teel või näost näkku kohtudes. Uuritavad ei saanud osalemise eest tasu.

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

TABEL 1. UURINGUS OSALENUD ÜLEKAALULISTE INIMESTE JAOTUS SOO, ERIALA, VANUSE JA HARIDUSASTME JÄRGI (N=12)

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

TABEL 2. UURINGUS OSALENUD ARSTIDE JAOTUS SOO, ERIALA JA TÖÖKOHA ASUKOHA JÄRGI (N=13)

Uuringu kulg

Uuringu käigus viidi läbi avatud küsimustega poolstruktureeritud intervjuud, mille eesmärgiks oli lasta inimestel oma sõnadega raamida probleemistik ning kirjeldada oma muljeid ülekaalulisuse teemadel. Uurimismeetodiks valiti individuaalintervjuud, kuna need võimaldavad sügavuti analüüsida probleemi olemust uuritava jaoks turvalises keskkonnas.

Intervjuud lindistati, transkribeeriti sõna-sõnalt ja analüüsiti, kasutades kvalitatiivse andmeanalüüsi tarkvara ATLAS.ti. Analüüsi käigus loeti transkripte korduvalt ning tuvastati esmalt korduvalt esilekerkivad teemad, millest seejärel loodi koodid ning sellele järgnes omakorda kõigi intervjuude täpsem kodeerimine.

Uuringu puudused

Uuringul on mitmeid nõrkusi. Valimid oli väikesed nii ülekaalu kogenud inimeste kui arstide puhul, ning järeldusi ei saa üldistada kõigile elanikkonnagruppidele. Samuti oli ülekaalu kogenud isikute valim kaldu kõrgharitud ning juhtivatel positsioonidel töötanud inimeste poole. Lisaks olid valimist puudu väga noored ja eakamad inimesed. Selle uuringu tulemusel saab luua väärtuslikke hüpoteese, kuid tulemuste üldistamiseks Eesti rahvastikule oleks vaja lisaks teha kvantitatiivseid uuringuid.

Tulemused

Allpool on välja toodud kokkuvõtte teemadest, mis intervjuude käigus esile kerkisid.

Ülekaalulise patsiendi koht meditsiinisüsteemis

- Vastuvõtuajad on liiga lühikesed kaaluprobleemiga tegelemiseks
- Puudub selge arusaam, kes peaks ülekaalulise patsiendi kaalulangetusega tegelema
- Kaalutõus ei ole valdavalt põhjustatud konkreetsest haigusest, ülekaalulisi patsiente suunatakse sageli asjatult eriarsti vastuvõtule

Enamike arstide intervjuudest kumas läbi mure seoses ajapuudusega. 20-minutiline vastuvõtuaeg ei ole piisav kaaluteema põhjalikuks lahkamiseks ja tegevuskava koostamiseks. (Eri)arstivisiitidel keskendutakse eelkõige konkreetse tervisemurega tegelemisele ja ülekaalulisusest rääkimist kas välditakse või mainitakse vaid möödammines.

Pea kõik intervjuueeritud arstid (ühe erandiga) nägid peamise sekkumiskohana perearstikeskuseid. Kohati olid eriarstid isegi häiritud, et ülekaalulisi patsiente kaalulangetuseesmärgil neile saadetakse, sest nende arvates on neil vähe võimalusi kaaluprobleemiga tegelemiseks. Sageli otsivad nii patsiendid ise kui ka arstid kaalutõusule meditsiinilisi põhjuseid. Samas on arstide lootus vereanalüüsides konkreetne põhjus avastada madal. Arstide sõnul üheksal juhul kümnest ei ole ülekaalulisuse põhjused mõne haigusega seletatavad ning see kehtivat ka laste puhul. Geneetika ja füsioloogia mängivad ülekaalulisuse kujunemises tähtsat rolli, aga mitte seeläbi, et need on esile kutsunud nn „haigusliku“ põhjuse.

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

Arstide arvates on ülekaalu sekkumine tulemuslikum, kui seda tehakse võimalikult vara ja enne tervisemurede tekkimist. Sellised patsiendid on tüüpiliselt peremeditsiini vaateväljas. Küll aga arvas valdav osa arste, et hetkel puudub perearstikeskustel võimekus ülekaaluprobleemiga tegeleda ja nähti, et meditsiinisüsteem üksi ei suuda selle probleemiga tegeleda ning praegune süsteem vajab muutust ning lisatoetust. Arstid soovivad, et oleks selge, kelle vastutusalasse kuulub ülekaaluliste inimeste kaaluprobleemiga tegelemine.

Ülekaalulisuse ja rasvumise käsitlemine haigusena

- Kuigi rasvumise diagnoos on rahvusvahelisse haiguste nimekirja (RHK-10) lisatud, ei käsitleta seda vastuvõttudel samamoodi kui teisi füüsilisi haigusi
- Diagnoosikriteeriumid vajaksid täpsustamist

Enamus intervjueeritud arste kirjeldas, et rasvumine toob endaga kaasa mitmeid tervisehädasid. Arstide hinnangul ei ole üldiselt ühtegi haigust, mida rasvumine negatiivselt ei mõjuta. Palju toodi välja, et rasvumist võib lugeda liigesehädade, kõrge vererõhu, lipiidide tõusu, diabeedi ja muude haiguste eelkäijaks.

Kõik intervjueeritavad arstid teadsid, et rasvumine on rahvusvaheliselt defineeritud haigusena – RHK-10 diagnoosikoodiga E66. Samas olid arstid erimeelel, mis hetkest on ülekaalulisuse näol kindlasti tegu haigusega, suur osa arstidest pakkus välja kehamassiindeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, mis on ka rasvumise diagnoosimise kriteeriumiks, mõni aga pidas haigusliku väljenduse alguspunktiks rasvumist alates $\text{KMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ehk rasvumise II astet.

Palju arste mainis siiski, et igapäevatoos ei käsitleta rasvumist siiski sarnaselt teiste haigustega. Toodi välja, et kuna ülekaalu ravimiseks on arstipoolsed võimalused olnud piiratud, siis pigem ei käsitleta ülekaalu kui haigust.

Perearsti tsitaat:

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

Intervjuudest tuli välja, et täpsustamist vajaksid diagnoosimise kriteeriumid. Hetkel kasutatakse diagnoosimiseks kehamassiindeksit, aga see ei arvesta kehakoostist ning seega ei peegelda alati tegelikku olukorda (näiteks on suure lihasmassiga sportlaste BMI sageli $\geq 25 \text{ kg/m}^2$).

Vaimne tervis on ravi oluline komponent

- Ülekaalulisusega käivad nii intervjueeritud arstide kui ülekaalu kogenud inimeste puhul sageli kaasas vaimsed stressorid ning ilma vaimse tervise abita ei pruugi muu ravi tõhus olla
- Ülekaalulise inimese toitumiskäitumises võib esineda sõltuvuslikke aspekte
- Ülekaaluliste inimeste lapsepõlves on sageli esinenud traumaatilisi sündmusi
- Psühholoogide ja psühhiaatrite kättesaadavus on kehv

Intervjuudes kerkis sageli esile ülekaalu seos vaimse tervise ja unega, lausa seitse arsti kirjeldas ülekaalu kui vaimse tervise probleemi. Kui inimesel on ärevus, depressioon või mõni muu vaimse tervise probleem, kasutatakse enesetunde parandamiseks tihtipeale just toitu, mis annab lühiajalise rahulolutunde. Söömiskäitumine võib sarnaneda sõltuvuskäitumisele ehk toitu kasutakse leevenduse ja naudingu pakkujana. Uuringusse kaasatud ülekaalulised rääkisid lugusid, kus sarnaselt sõltuvusega võib isegi pärast pikaajalist pingutust ja distsipliini hoidmist kas või väike asi või ootamatu olukord tekitada tagasilanguse.

„Ja nad [patsiendid] kirjeldavad seda natuke sarnaselt kui alkoholismi, kui niimoodi hästi nagu toorest võrdlust teha või et nad ütlevad, et nad söövad ära ja siis neil on kõht tegelikult täis. Aga kes tahavad oma suust midagi sisse või siis nad ei ole valmis võitlema selle tundega, et mul on kõht täis ja ma ei pea sööma ka sellel hetkel. Kui nad alustavad selle snäkiga, kui nad teevad selle valiku, et ma lähen ja võtan sealt kausist midagi head, siis see on üsna ühesuunaline, see ei lõpe enne, kui see kauss on tühi. Et ja selles vallas nad ütlevad, et nad ei saa ise hakkama, sest et see on justkui nagu sõltuvus.” (endokrinoloog)

Mitme arsti intervjuust jäi kõlama ka mõte, et unel ja une kvaliteedil on mõju kehakaalule. Kui uni on liiga lühike või ebakvaliteetne, siis suureneb koos väsimusega ärevus ja stressitase, mida võidakse liigse söömisega üritada parandada.

Ülekaalu kogenud inimestega läbiviidud intervjuudest kerkisid esile lapsepõlve traumaatilised sündmused, mis küll ajaliselt eelnesid kehakaalu tõusule, kuid intervjuueeritavad ise seda kaalutõusu põhjusena välja ei toonud. Sündmused olid erinevad, näiteks ema viibimine välismaal, kui laps oli väike, alkohoolikust isa, vägivaldne kasuisa, kiusamine rahvuse tõttu ja 5-aastase lapse aastaks üksi sanatooriumisse saatmine.

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

Suure probleemina nägid intervjuueeritud arstid seda, et vaimse tervise alase nõu saamine Eestis on keeruline, kuna (kliiniliste) psühholoogide ja psühhiaatrite järjekorrad on väga pikad. Psühhiaatrilise jõudes aga jäetakse ülekaalulisus sageli tähelepanuta, sest seda ei peeta vaimse tervise probleemiks – puudub patsiendi terviklik käsitus. Kui anoreksia ja buliimia on tunnustatud psühhiaatrilise haigusena, siis liigsöömine (ingl. k. binge eating) pigem ei ole leidnud mõistmist psühhiaatrite poolt.

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

Meditsiinitöötaja ja ülekaalulise patsiendi omavaheline suhtlus

- Arstid ei tunne end ülekaalu teemadel rääkides kindlalt
- Ülekaalulisus on tundlik teema nii patsiendile kui arstile, sellest rääkimine on raske
- Arstid tunnevad, et nende soovistest pole kasu ning patsiendid, et nad ei saa oodatud abi
- Mitu arsti arutles, et kehakaalust rääkimiseks peaks patsiendilt küsima luba ning tuleks vältida kaalust rääkimist, kui see ei ole vastuvõtu kontekstis otseselt vajalik

Arsti või õe vastuvõtule pöördudes kerkib kaaluteema sageli esile, olenemata sellest, mis põhjusel patsient vastuvõtule pöördus. Patsiendid ei pruugi tunda, et ülekaalulisus käesoleva murega haakuks, arstid aga sageli näevad seda haiguse algpõhjusena. Kaalust rääkimine mõjub patsiendile sageli järsult või põhjendamatult, tekitades ebamugavust nii meditsiinitöötajas kui ka patsiendis.

Arsti sõnade järgi:

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

Uuringusse kaasatud ülekaaluliste naiste lugudes oli mitmeid näiteid, kus nende tajut kohaselt arst ei süvenenud terviseprobleemi, vaid omistas selle kaalule ja käskis tervisemurede lahendamiseks kaalu vähendada. Üks intervjuueritud mees kirjeldas oma ema kogemust meditsiinisüsteemis:

“Kogu aeg lükati nagu kehakaalu iga probleemi ette ja taha, aga siis, kui ta maovähendusopil ära käis ja kehakaal vähenes, olid probleemid endiselt alles. Et kiputakse väga lihtsalt nagu kohe-kohe sinna maha kandma kõik need mured. Peaaegu ei saa nagu päris tähelepanu, päris hoolt sellepärast, et tundub, et kehakaal põhjustab need asjad.” (mees)

Mitmes arsti intervjuus mainiti, et arstid küsivad luba, et kaalust rääkida. Loa küsimist peetakse usaldusväärse suhte loomise eelduseks, pannes aluse edaspidisele koostööle. Mitu arsti tõi välja, et kaalualandavate ravimite levimuse kasvades on toimunud muutus patsientide käitumises ning on tekkinud unikaalne võimalus kaaluteemast rääkimiseks.

Ühe arsti sõnuli:

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

Intervjuueritud arstide hinnangul peab edukaks vestluseks olema sõnavalik läbimõeldud, sildistamist ja patsiendi süüdistamist tuleb vältida. Mitmed arstid mainisid, et nad kasutavad ülekaalust rääkides sõnu „kõrge kehamassiindeks“ ja „rasvumine“, et patsient tajuks seda meditsiinilise probleemina ja ei tekiks negatiivset reaktsiooni. Meessoost ülekaaluliste inimeste kogemusel aga ei olnud arstid nendega kaalust kas üldse rääkinud või oli sellele viidatud ainult napisõnaliste kommentaaridega. Naised aga olid kogenud vähem toetust ja rohkem kriitikat seoses oma kaaluga. Kolmel korral kõlas intervjuueritud naistelt väiteid, et saadud kogemuse põhjal nad kavatsesid edaspidi vältida sama meditsiinitöötaja poole pöördumist.

“Ühte lauset ma mäletan ka, kui ma kunagi hakkasin mingi hetk tegema proove, ma arvan olin 15-16 äkki, ja samamoodi... endokrinoloog teeb neid kilpnäärme proove, on ju? Ja siis oli ka, kõik nad tulid... kõik on korras. Et kõik nagu on hästi. Ma mäletan seda ka, et endokrinoloog ütles, et „lihtsalt tuleb suu lukku panna!“ Või kuidagi nagu selline lause.” (naine)

Ülekaalust rääkimise teeb keeruliseks ka arstide ebakindlus, sest ühest küljest on patsiendid tundlikud oma kehakaalust rääkimise suhtes ning teisest küljest ei ole arstidel tihtipeale pakkuda ka tõhusaid lahendusi kaalu langetamiseks. Uuringus osalenud ülekaalulised inimesed tundsid samuti, et meditsiinitöötajad ei osanud ega tahtnud ülekaalu teemat tõstatada ning patsiendina jäi neile tunne, et nad on oma murega üksi.

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

Kaaluga seotud diskrimineerimine ja süüdistamine

- Patsiendid tunnevad sageli end ise süüdi oma ülekaalus, meditsiinitöötajate suhtumine tihtipeale süvendab seda
- Esineb kaalustigma - diskrimineerivad teod ja hoiakud, mis on suunatud ülekaalulistele inimestele (World Obesity Federation, 2022). Diskrimineerimise all peetakse siinkohal silmas ülekaaluliste inimeste ebaõiglast või eelarvamuslikku kohtlemist, võrreldes normaalkaaluliste inimestega.

Arstide intervjuudest tuli välja, tervishoiusüsteemis on kaaluga seotud märkimisväärne stigma. Ülekaalulisust tihtipeale ei käsitleta kui haigust, vaid kui kehalist seisundit, mis on inimese enda kontrolli all. Arstide suhtumine ülekaalulisusesse ja patsientide tundlikkus selles osas takistavad stigma murdmist ja avatud suhtlemist, mis omakorda pärsib patsiendi abisaamist. Enamus uuringus osalenud ülekaalu kogenud inimestel oli olnud negatiivseid kogemusi seoses meditsiinisüsteemi ja oma kehakaaluga.

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

“A mingist hetkest saab sellest lihtsalt kõrini selle kogu aeg selle nina alla hõõrumisega. [Kes need hõõrujad on?] Ei noh, ütleme, et vanad... vanakooli tegelased veel istuvad ja hõõruvad. Tervisekontroll erinevates esindustes, noh, kohustuslik, nii-öelda, tööandja poolt või noh, vabatahtlik siis ikkagi. Et oli... naisterahvad olid eriti, kommenteerisid, et nemad sinna kontoris enam tagasi ei lähe. Iriseti iga sinu kilo üle ja... Paika panna seal... või mina, ei tea, minu arust kommentaarid olid öelad.” (mees)

Samuti tuli välja, et erinevate arstide juures või meditsiinisüsteemis ringi ekseldes kohtavad inimesed väga erinevat suhtumist oma kehakaalu, sundides neid otsima arste, kes nende kehakaalu nende endi hinnangul aktsepteerivalt ja konstruktiivselt suhtuksid.

“Aga jälle, teine keskkond, teine esindus on... seal on nagu naljakas ülekaalulisena minna, seda ei mainita ka mitte. Et üks kontor istub sul kukil ja „kehakaal ja kehakaal“, ja teine nagu seda üldse ei mainigi. Ja siis sa tunnedki ennast juba imelikult, kogu aeg oled sa pähe saanud sellest, et sul on kehakaal, ja siis äkki mitte üks sõna.” (mees)

“Mul on väga tore perearst, kellega ma saan kõigest rääkida”

Kaaluga seotud diskrimineerimise kohta töid nii arstid kui ülekaalu kogenud inimesed näiteks, et kui patsient on ülekaaluline ja läheb arsti juurde näiteks põlve- või seljavaluga, siis enamasti esimene soovitus on valust lahti saamiseks kaalust alla võtta. Ülekaalulise patsiendi puhul nähakse tema kaalu, millele omistatakse tervisehädade põhjuseid, kuid normaalkaaluliste inimeste puhul tegeletakse sarnaste tervisemurede lahendamisega muudel viisidel.

Arsti tsitaat:

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

Intervjuudest jäi kõlama, et arstid ei taju, et ülekaaluliste patsientide diskrimineerimine oleks teadlik või pahatahtlik. Pigem kirjeldati seda kui olukorrast tekkinud probleemi või puudulikku suhtlemisostkust. Diskrimineerimist kirjeldasid ja märkasid pere- ja üldarstid, kes said patsientidelt tagasisidet pärast eriarstiviisi. Eriarstide poolt seda teemat ei tõstatatud, küll aga oli intervjuudes tajutav haigusjuhtumi põhine lähenemine.

Ühe kardioloogi sõnul, kui kaal segab protseduuri läbiviimist:

„Aga noh, põhimõtteliselt jah, peab näitama ära, et on vale olla ülekaaluline.” (mees, arst)

Ülekaalulised inimesed tõid erikohtlemist esile lisaks meditsiinisüsteemile ka paljudes muudes sotsiaalsetes olukordades. Kehakaaluga seotud stigmatiseerimist tajuti pereliikmete, sõprade, õpetajate ja treenerite poolt. Lapsepõlves ei pidanud omaealiste kiusamist taluma vaid üks intervjuueeritav kummastki soogrupist (inimene, kes võttis kaalus juurde alles täiskasvanueas). Naiste intervjuudest jäi kõlama, et norimine on jätnud neisse kauakestva valusa jälje.

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

Meesterahvad küll mainisid, et kuigi neid narriti kehakaalu pärast, eriti eakaaslaste poolt, siis mingi hetk olukord muutus: eakaaslastest füüsiliselt suurem olemine võis ühtlasi kaasa aidata enesekehtestamisele.

“See suhtumine... paks, noh, ütleme paksu mehesse ja paksu naisesse, need on, need on hästi nagu erinevad. Mehi nagu aktsepteeritakse rohkem või, või noh, nendele nagu antakse seda nagu, nii-öelda, andeks. Et, et naiste puhul see on eriti just, ütlen ma, kui ma peame silmas, noh, ütleme, sellise... sellist nagu vanusegruppe, mis on, mis siis noh, on ütleme, keskeast noorem veidi, et, et noh, seal on seal on kindlasti see suhtumine, jah, teine.” (mees)

Enamik uuringus osalenud ülekaalulistest inimestest väitsid, et on nüüdseks leidnud endale turvalised sõbrad, kes neid ja nende valikuid aktsepteerivad ja kes aitavad neil oma kaaluteemaga toime tulla.

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

Kaalulangetuseesmärgid ja nendeni jõudmine

- Arstide hinnangul on ülekaalulistel patsientidel sageli ebarealistlikud eesmärgid oma kaalulangetusele
- Edukas ülekaalulisuse ravi eeldab nii arsti (või muu tervishoiutöötaja) kui ka patsiendi üheaegset motivatsiooni ja võimalust kaaluprobleemiga tegeleda.
- Üks intervjuueeritud arst tõi välja, et tervisekeskuste juures võiks töötada meditsiinilise kõrghariduseta nn tervisecoachid, kes aitaks patsienti kaalulangetusteele
- Kaaluravi selts võiks koordineerida ülekaalulisusprobleemi lahendamist riiklikul tasandil

Arstide kirjelduses on enamikel nende poole pöördumatel patsientidel eesmärgiks seatud mingi kaalunumber, millel pole sageli otsest seost tervislikkusega. Nad tõid näiteid, et tervisele on kasulik juba 5%-line kaalulangus, aga kui saavutatakse 15-20%-line kaalulangus, on kasu juba märkimisväärne. Samas kui 180kg inimene kaotab 27kg ja kaalub seejärel 153kg (ehk kaalukaotus on 15%), ei ole patsient sageli rahul, kuna kehakaal on endiselt suur. Tugevalt ülekaaluline patsient ei saavuta enamuse arstide kogemusel ja hinnangul suure tõenäosusega normaalkaalu, seega on patsiendiga vaja kokku leppida individuaalne kaalulanguse eesmärk.

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

Üks arst tõi välja mõiste „tervisepunkt“, millel pole otsest seost normaalkaaluga:

„Tema kaalunäitajad on kaugel ideaalist, aga, aga see mida otsida, me otsime tervisepunkti. Ma nimetaks seda nii et, et tänase kaaluravi eesmärk oleks leida tervisepunkt.“ (naine, arst)

Arstide ja ülekaalu kogenud inimeste intervjuusid koos analüüsides ilmnes, et kaalukaotuse eesmärgi paikaseadmisest üksi ei piisa. Edukas ülekaalulisuse ravi eeldab nii arsti (või muu tervishoiutöötaja) kui ka patsiendi üheaegset motivatsiooni ja võimalust kaaluprobleemiga tegeleda. Arvesse tuleb võtta patsiendipoolseid barjääre, mis kas ajutiselt või püsivalt takistavad kaalulangetusteenuse ettevõtmist, näiteks elukorraldus, geneetika ja füsioloogia, perekondlik toidukultuur, pingutuse suurus, vaimse tervise olukord, toetavate struktuuride vähesus. Arsti või muu tervishoiutöötaja puhul on eelkõige olulised tahe ja oskused teemat käsitleda, ajaressurss, prioriteedid (nt kas kaaluprobleem on antud hetkel tähtsaim, või on mõne muu haiguse ravi esiplaanil). Tervishoiutöötaja ülesandeks peab olema hinnata, kas kõik eelpoolmainitud tingimused on täidetud, et saaks kaaluraviteenkonda üheskoos alustada.

Ülekaaluliste inimeste seas läbiviidud intervjuudest selgus, et ühe mehe ja kahe naisterahva jaoks oli motiveerivaks teguriks teadmine, et nende ülekaal võib kujutada surmavat ohtu. Üldiselt kirjeldati motivatsiooni tekkimist väljendiga „käis klõps“ pärast pikka ülekaalust tingitud häirivate sümptomite ja olukordade talumist, ja see „klõps“ väljendas mingit enda sees küpseks saanud otsust, mis muutuse alguse võimalikuks tegi. Mitmed intervjuueeritavad kirjeldasid mingit kindlat situatsiooni, lauset või mõtet, millest algas teadlik kaalulangetusteenus.

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

Esines ka mõningane erinevus meeste ja naiste puhul. Intervjuueeritud mehed kirjeldasid oma otsust kaalu langetada palju autonoomsemate sõnadega – mitmed rõhutasid, et nad ei ole kunagi vajanud sotsiaalset tuge, et oma muutusi ellu viia. Samas pärast otsuse vastuvõtmist võisid mehed otsida toetavat ressursi ka väljaspool pere, näiteks pöördudes arsti poole, liitudes FitLapi või mõne spordiklubiga.

„Ai! Ei! Mina olen muidu väga sotsiaalne inimene, aga selliseid asju teen ma üksi, ise. Trenni ka...üksi.“

Intervjuueerija:

„Aga näiteks, kas sa oma naist informeerisid, et sa kavatsed nüüd seda teha?“

Intervjuueeritav:

„Ei, ma otseselt ei informeerinud, aga ega ta loll ei ole, ta nägi ju. Me elasime ju ikkagi koos, elame siamaani. Käitumine ja muud seal, aga ma ei öelnud talle, et ma nüüd hakkan... ma lihtsalt hakkasin. Aga tema nagu toetas, ei toonud nagu... Ei, ei, ta toetas jah. Hakkas rohkem rohelist ostma ja ilma, et ta midagi jälle ka mulle ütles. Räägin, mis ma teen. Siis ta tõi rohkem tomatit ja kurki, salatit ja spinatit, rohkem kanafileed.“ (mees)

Intervjueeritud naiste puhul jäi intervjuudest kõlama suurem sotsiaalse toe vajadus. Naised tajusid tugevamini, et vajavad kaalulangetamise protsessis abi. Naiste kirjeldustes oli rohkem ebakindlust, kuivõrd suudetakse jagada tööd, laste kasvatamist ja muid kohustusi ning lisaks leida aega kaalulangetamisega tegelemiseks. Mitu naist kirjeldas varasemaid edukogemusi kaalu langetamisel, kus oli liitunud mingi programmi, tugigrupiga või koos pereliikmega peetud ühtset režiimi. Samas väljendas neli naist kuuest, et hetkel on neil eluperiood, kus aktiivne kaalulangetamisega tegelemine oleks ebareaalne, sest fookus on mujal.

Mis aga arstide meelest aitaks nende ülekaalulistel patsientidel päriselt kehakaalu langetada? Kuna patsiendid enda nõustamise tõhususse üldiselt ei uskunud, pakuti arstide poolt mitmel korral, et ehk aitaks see, kui ülekaalu kogeva ja mitme terviseprobleemiga patsiendiga tegeleks erinevaid spetsialiste nii esmatasandil kui vajadusel ka eriarstide seas. Üks arst pakkus välja, et perearstikeskustes võiksid olla tervisecoachid, kes toetaks patsienti kaalulangetamise teekonnal. Sellised tervisecoachid õpetaksid inimesi individuaalselt või grupis tervislikult toituma ja liikuma, aidates seejuures motivatsiooni leida ja hoida. Selleks sobiks meditsiinilise kõrgharidusega, kuid eraldi väljaõppega inimene.

Perearsti tsitaat:

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

Riiklikul tasemel on arstide arvates ülekaaluprobleemi lahendamiseks vaja eestkõnelejat või erialaorganisatsiooni. Eraldi moodustatud Kaaluravi selts, mis koondaks endas erinevate ülekaaluga patsientidega kokku puutuvad spetsialistid, võiks üht sellist eestkõneleja rolli kanda. Erialadena, mis peaksid olema tegevad sellises ühingu, mainiti endokrinolooge, perearste, toitumisenõustajaid, füsioterapeute, unenõustajaid, psühholooge, psühhiaatreid, bariaatrilisi lõikusi tegevaid kirurge.

„Söö vähem ja liigu rohkem“ – müüt või kõige alus?

- Suurem osa arste ei usu, et ülekaalulistel patsientidel vaid liikumise ja tervisliku toitumisega kaal püsivalt langeks
- Arstide arvates toituvad ülekaalulised patsiendid sageli piisavalt tervislikult, kaalutõusu põhjus aga peitub eelkõige geneetikas ja füsioloogias
- Ülekaalulised inimesed on sageli kaalulandamise teoorias tugevad, kuid neil puudub antud hetkel võimalus ja tugi muutusi püsivalt rakendada. Kaotatud kehakaal kipub kergesti tagasi tulema.

Valdava osa uuringus osalenud arstide sõnul on piisav liikumine ning tervislik toitumine iga inimese kohustuslik päevarutiini osa, kuid ainuüksi sellest kaalulangetamiseks ei piisa. Sellegipoolest on see soovitus, mida ülekaalulistele patsientidele ajapuuduses või teadmiste nappuse tõttu sageli antakse. Lühema staažiga (kuni 10 aastat) või vähesel määral ülekaaluliste patsientidega kokku puutunud arstid jagasid rohkem arvamust, et kaalu on võimalik langetada, kui patsient „ennast kätte võtab“.

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

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

Valdavalt olid arstid seda meelt, et elustiili muutusega saavutab kaalulanguse väga väike osa patsientidest.

Ühe perearsti sõnul:

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

Ülekaalulised intervjuueeritavad leidsid, et kuigi neil võib teooria selge olla, võib selle igapäevaelu rakendamine puudulik olla. Korduvalt toodi välja, et kuigi lühiajaline kaalulangetamine võib õnnestuda, on keeruline saavutatud kaalulangust pikaajaliselt hoida. Toimivate lahendustena toodi välja regulaarne toitumine, hommikusöögi olulisus, tervislikud vahepalad juhusliku näksimise asemel ja alkoholi tarbimise piiramine. Edukaks peeti nii toidukoguste piiramist kui ka toidu energiasisalduse vähendamist. Toidu energiasisalduse vähendamine ehk niinimetatud energiahõre toit võib olla kergemini vastuvõetav kui väikesed toidukogused. Mitmetes arstidega läbiviidud intervjuudes toodi välja „piiratud ajaaknaga toitumine“ (ingl. k. mid-term fasting) kui üks meetod, mis on mõningal määral tulemuslikum kui lihtsalt soovitada tervislikku toitumist ja rohkem liikumist.

Ülekaalulised intervjuueeritavad kirjeldasid ka erinevaid strateegiaid, mis polnud efekti omanud, näiteks suhkruasendajatega jookide tarbimine, piimatoodetest loobumine, pikkade jalutuskäikude tegemine. Oldi veendumusel, et toitumisest tulenevaid vigu ei saa liikumisega kompenseerida.

“Et siis nagu see pinge kõik need aastad nii suur olnud, et ma olen mitmeid kordi proovinud, siis uuesti kaalust alla võtta, aga pigem mis on juhtunud, ja mis on minu jaoks ka väga hirmutav - ma saan aru, et mingid uuringud, millest mina olen kuulnud, näitavad, et üliväike osa inimestest saavutab kaalulangetamise nii, et see jääks püsima ja, ja mis on tegelik efekt, on see, et iga kaalulangetamise tagajärg on tegelikult hiljem suurem kaal, kui siis, kui sa alustasid kaalu langetust.” (naine)

Arstidele jääb tihtipeale mulje, et selgelt eristuvaid toitumisvigasid, mille elimineerimine annaks märkimisväärse kaalulanguse, sageli ei esine. Patsiendid võivad olla väga teadlikud ja pingutada kaalulangetamise nimel palju, kuid sageli ei toeta seda pingutust füsioloogia ja geneetika.

Endokrinoloog selgitas:

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

Keskkonna mõju kaalule

- Inimest igapäevaselt ümbritsev mõjutab tugevalt tema kehakaalu
- Toidu tervislikkuse kiireks hindamiseks võiks Eestis kaaluda valgusfoorisüsteemi hindamist
- Kaaluda aktsiiside rakendamist ebatervislikele toitudele

Arstide intervjuudest joonistus välja, et ümbritseva keskkonna mõju kaalule on keeruline alahinnata. Toidu ja liikumise keskkonda mainiti intervjuudes palju.

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

Mitmes intervjuus oli juttu, et just keskmisest vähem teenivatel inimestel kipub olema ebatervislikum elukeskkond ning nad ei pruugi olla nii terviseteadlikud kui jõukamad inimesed. Palju tarbitakse valmistoitu, mida peeti ka üheks oluliseks kaalutõusu põhjustajaks, tihti liigutakse vähe ja toitutakse ebaregulaarselt, sest töögraafikud ei ole paindlikud ja tööpäevad on pikad, töötatakse vahetustes.

Üks intervjuueeritav endokrinoloog tõi positiivse näitena välja Inglismaal kasutusel oleva niinimetatud valgusfoori süsteemi, mis annab värvidega märku toiduvalikute tervislikkusest. See sekkumine toodi välja positiivse näitena, kuidas aidata inimestel kiiresti tervislikumaid valikuid teha. Arstide intervjuudest joonistus välja, et toidutööstus vajaks riiklikul tasandil ümberkorraldamist, kaaluda tasuks aktsiiside rakendamist ebatervislikule toidule.

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

Lisaks mainiti intervjuudes ka sotsiaalmeedia ja pilditöötamise laialdase levikuga kaasnevaid moondunud ilustandardeid, mis arstide sõnul on tugevalt juurdunud. See tekitab ebareaalseid ootusi ja rahulolematust enda kehaga, mis omakorda võib panna aluse vaimsete probleemide kujunemisele. Liigne surve ja nõudmised enda välimuse osas võivad tekitada ka rasvumisele vastupidiseid probleeme näiteks anoreksia näol, mis, erinevalt ülekaalust, on tunnistatud vaimse haigusena. Arstide sõnul on ilustandardite negatiivne mõju tugevamalt tunnetatav naisterahvaste puhul.

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

Lapseea rasvumine

- Lapsepõlves alanud ülekaalulisus jätkub sageli ka täiskasvanueas
- Ülekaalulisus puudutab sageli tervet perekonda

Lapsepõlve ülekaal jääb inimest sageli terveks eluks saatma. Enamikel intervjuueeritud ülekaalulistest inimestest algas ülekaalulisus juba lapseas, vaid kahel hakkas kehakaal kerkima alles täiskasvanuna. Kahe endokrinoloogi poolt mainiti, et kaalutõus algab sageli lasteaia lõpu poole ja järsem muutus toimub esimeses kooliastmes. Ülekaalulistest lastest saavad tihtipeale ülekaalulised täiskasvanud, kelle terviseprobleemid ilmnevad normaalkaalulistest märksa varem. Arstid tajuvad, et praeguses olukorras ei saa tervisesüsteem kaaluprobleemi lahendamiseks kuigipalju ära teha, vaja oleks süsteemsemat poliitilist sekkumist olukorra lahendamiseks.

Arsti tsitaat:

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

Nii endokrinoloogide kui perearstide sõnul on tihti näha, et lisaks lapsele on ülekaalulised ka tema vanemad. Viie intervjuueeritud ülekaalulise inimese vanemad olid samuti ülekaalulised ja neist neli mainisid omakorda, et ka nende lapsed on ülekaalulised. Arstide sõnul puudutab sellises olukorras ülekaalu jutuks võtmine automaatselt lisaks lapsele ka tema vanemaid, mistõttu on teemast väga keeruline rääkida ning on väga suur oht tekitada tugev vastureaktsioon.

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

Seksumisvõimalused

Rahvastiku ülekaalulisuse vähendamiseks tuleb sellega võidelda nii individuaalsel kui ka riiklikul tasandil. Et käesolev raport on koostatud personaalsete intervjuude põhjal, on ka saadud andmed eelkõige inimesi endid puudutavad ning seetõttu on ka sekkumiste soovitusel keskendutud just ülekaalulistele inimestele lisatõe pakkumisele.

Soovituste andmisel on lähtutud SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) organisatsiooni loodud trauma psühholoogilisi aspekte arvestavast lähenemisest (SAMHSA, 2014). Otsus langes just selle kasuks, kuna intervjuude põhjal kerkis esile nii ülekaalu traumeeriv mõju elule kui ka sõltuvuskäitumisele iseloomulikke aspekte.

Traumateadlik lähenemine tervishoius arvestab trauma laialdast levikut, selle potentsiaalset negatiivset mõju vaimsele tervisele ja käitumisele, eesmärgiga luua ohutu ning toetav keskkond. Traumateadlik lähenemine tugineb kuuele põhimõttele, mida on allpool koos sekkumisvõimalustega lähemalt kirjeldatud:

1) Turvalisuse parandamine

Ülekaalulised inimesed ei tunne end alati meditsiinisüsteemiga kokkupuutudes turvaliselt. Lisaks konarlikule suhtlusele võib seda põhjustada ka ajapuudusest tingitud lisapinge. Kahekümneminutiline visiidiaeg ei ole tihti piisav turvalise keskkonna loomiseks ja lahenduste leidmiseks.

Soovitused:

- Ülekaalulisust ja rasvumist tuleb hakata käsitlema haigusena ning meditsiinitöötajatel peab olema selge, kuidas selliseid patsiente aidata.
 - Meditsiinitöötajate ebakindlus ning teadmiste ja abivõimaluste nappus süvendab rahulolematust tervishoiusüsteemiga ning peletab abivajajad eemale. Kaaluteemalise vestluse jaoks tuleks välja töötada eraldi motiveeriva intervjuueerimise formaat.
 - Ülekaalulise patsiendiga kokkupuutuv meditsiinitöötaja peab üheskoos patsiendiga hindama motivatsiooni ja võimalusi kaalulangetusteekond ette võtta.

- Tuleb juurutada üleriigiline ühtne rasvunud haige käsitlus ja patsiendi teekond meditsiinisüsteemis. Ravijuhendis "Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitlus esmatasandil" (siin ja edaspidi „ravijuhend“) on see olemas, kuid seda käsitlust pole praegusel hetkel võimalik täies mahus rakendada (nt psühholoogide vähesuse, grupinõustamise puudumise tõttu).
 - Ettepanek käitumuslike sekkumiste koolituste integreerimiseks tervishoiu ja terviseteenustega seotud õppekavadesse on tehtud, kuid neid pole veel õppesse põimitud (vastavalt ülalmainitud ravijuhendi rakenduskavale).
 - Ülekaaluliste patsientide kaaluga tegelemiseks peaks olema esmane visiit pikem, patsientidega peaks süvendatult tegelema eelkõige selleks koolitatud spetsiaalne personal, kes ei pruugi olla meditsiinilise kõrgharidusega (individuaal- ja grupinõustamine).
- Eesti Kaaluravi Selts peab ühendama meditsiinitöötajad, ülekaalulised inimesed, ametnikud ja poliitikud ning olema muutuste eestkõneleja. Muuhulgas:
 - Vaja oleks kokkulepitud sõnavara (terminoloogiat) rasvumisest rääkimiseks.
 - Tervishoiutöötajatele juhendi loomine sellest, kuidas kaaluteemal vestelda ja millist sõnavara kasutada. Vältida patsientide süüdistamist ja sildistamist.
 - Ravijuhendite kaasajastamine, teaduspõhine ülekaalu vähendamise seotud poliitika suunamine ja ellukutsumine, kogemuste vahetamine ja info selekteerimine.

2) Läbipaistvuse parandamine on vajalik usaldusväärse suhte loomiseks ning tulemuste parandamiseks.

Siinkohal on paslik näiteks tuua elustiili muutmine ja ootused selle efektiivsuse osas. Endiselt antakse ülekaalulistele inimestele soovitus rohkem liikuda ning tervislikult toituda, samas arstide hinnangul enamasti ei suudeta väga suure kehakaalu puhul saavutada märkimisväärset ja püsivat kaalulangust. Arstid tunnevad, et nende soovitustest pole kasu ning patsiendid, et nad ei saa oodatud abi. Lootuses patsienti aidata või rahustada, suunatakse nad tihtipeale eriarstide vastuvõtule kaalutõusu meditsiinilisi põhjuseid otsima, teades, et sageli midagi spetsiifilist ei leita. Erinevad ka arstide ja patsientide hinnangud kaalulanguse heale tulemusele. Arstide sõnul toob tervisele kasu juba 5-10%-line kaalulangus, kuid patsiendi jaoks on kaalueesmärk sageli madalam.

Soovitused:

- Meditsiinitöötaja ja patsient peavad ühiselt seadma realistlikud kaalulangetuse eesmärgid. Lisaväärtust annaks, kui kaalulanguse etappide juures kirjeldataks saadavad tervisekasud, mis võiks aidata visualiseerida kasu patsiendi jaoks isegi siis, kui kaalukaotus pole esteetiliselt soovitud tasemel (näiteks väljatrükitud patsiendi infomaterjali näol).
- Vastuvõtul räägitakse põhjalikult eri kaalulangetusmeetodite efektiivsusest ja meditsiinisüsteemi poolt pakutavatest variantidest.
 - Viia läbi meditsiinitöötajate koolitusi, tõstmaks teadlikkust kaalulangetuse meetoditest ja võimalustest Eestis. Lühiajalise sekkumise koolitus (perearstid, pereõed, koolitervishoiuteenuse osutajad) on ravijuhendi rakenduskava põhjal läbi viidud, vajadusel koolitusi korrata.
- Patsientidele tuleks rõhutada ka ülekaalu ohtlikkust, jagada infomaterjali ülekaalulisusega kaasnevatest terviseriskidest ja statistikast.
- Juurutada esmatasandi meditsiinis selge ülekaalulise patsiendi teekond, vältimaks patsientide asjatut suunamist eriarsti vastuvõtule.

3) Kaaslaste toetus

Sel teemal uuringus osalejad pikemalt ei peatunud. Küll aga tuli intervjuudest välja, et ülekaalulistel inimestel, eriti naisterahvastel oli moodustunud niiöelda „turvaliste sõprade“ ring, kes aitasid neil koos hoida oma minapilti.

Enamikel juhtudel aga vajavad inimesed edukaks kaalulangetuseks siiski meditsiinisüsteemi poolset tuge. Grupinõustamine on ülekaalulisuse ravis osutunud individuaalnõustamisest efektiivsemaks (Renjilian, 2001).

Soovitused:

- Tuleks luua tugigrupid, kus ülekaalulised inimesed saaksid kogemusi jagada turvalises keskkonnas. Tugigruppe võiks juhendada erinevad tervisekeskuste töötajad.
 - Grupinõustamise koolituse programm on vastavalt ravijuhisele tänaseks koostatud ning koolitajate koolitused on läbi viidud. Patsientide grupinõustamise toimimispõhimõtted ja nõuded on koostatud ja avaldatud. Tervishoiuteenus on töösse rakendatud ja edaspidi seda arendatakse edasi.
 - Erandjuhtudel võiks ülekaalulised inimesed saada individuaalnõustamist, mida võiks läbi viia erikoolituse läbinud spetsialist, kel ei pruugi olla meditsiinilist kõrgharidust, vaid läbitud koolitused või kursused.
 - Võiks luua kogemuslugudega veebikeskkonna, kust inimesed saaksid infot ammutada. Oluline oleks, et info oleks kontrollitud, seega peaks lood läbima mingi (näiteks meditsiinilise) tsensuuri.

4) Koostöö

Uuringu käigus läbiviidud intervjuudest jäi kõlama, et meditsiinitöötajad ei suhtle alati patsiendi kui võrdsega. Enamus uuringus osalenud ülekaalulisi inimesi on meditsiinisüsteemiga kokkupuutudes saanud negatiivseid kogemusi oma kehakaalu tõttu.

Soovitused:

- Ülekaaluliselt inimeselt tuleks alati küsida luba kaaluteemal rääkimiseks.
- Raviplaan tuleb paika panna koostöös patsiendiga ning patsienti tuleb kaasata ravivalikutesse.
- Tervisekeskuste juures võiks olla inimene, kes aitab ülekaalulistel inimestel raviteekonda läbida. Sama inimene võiks tegeleda individuaal- või grupinõustamisega ja ühtlasi näiteks aidata vajadusel uuringuid või arstivisiite kokku leppida, tutvustada abimaterjale ja kasulikke internetilehekülgi.
- Ülekaalulise inimesega kokkupuutuvad meditsiinitöötajad peaksid kasutama motiveeriva intervjuueerimise tehnikaid.
- Meditsiinitöötajate aja säästmiseks võiks teatud patsientidega töötada erikoolitused läbinud meditsiinilise kõrgharidusega tervisekeskuse töötaja, kellel oleks pikemad vastuvõtuajad kui 20 minutit.
- Kuna patsientide hulk on suur, siis tuleks kaaluda ka telemeditsiini võimalusi, näiteks digiravimite kasutuselevõttu. Digiravimid on näiteks mobiilsed rakendused, mille efektiivsus on tõestatud kliinilistes uuringutes ja mis on registreeritud meditsiiniseadmena.

5) Võimestamine

Võimestamine on sotsiaalne protsess, mille käigus mõjutatakse inimesi psühholoogiliselt, eesmärgiga kujundada nende hoiakuid ja käitumist nii, et toimuksid positiivsed muutused eluga toimetulekul ning saavutatakse kontroll oma elu üle. Võimestamine taotleb inimeste heaolu ja eluga rahulolu saavutamist ning eeldab võimestajalt asjakohaste teadmiste ja oskuste olemasolu. Mõjutusvahendid võivad olla näiteks mõjutatava teadmiste ja oskuste suurendamine, motivatsiooni ja potentsiaali otsimine või toetussüsteemi loomine (Puusepp & Aro, 2007). Meditsiinisüsteemis aga tihti peale sellele kuigi palju tähelepanu ei pöörata.

Soovitused:

- Võimestumise jaoks oleks vaja, et inimesel oleks tagatud piisav autonoomia, kompetents ja seotus (enesemääramise teooria järgi). Mitmed eelnevalt kirjeldatud soovitused aitavad neid tingimusi täita, näiteks koostöö soovituste all olevad punktid aitavad autonoomiaga ja kaaslaste toe juures ära toodud soovitused seotusega.
- Tuleks välja arendada küsimustik, mis hindaks patsientide teadmiste taset seoses ülekaalulisusega. Saadud tulemuste põhjal oleks võimalik panna kokku edasine tegevuskava ja jagada patsiendile infot, mis oleks aitaks ja arendaks, kuid ei oleks liiga raskesti mõistetav.
- Patsiendiga vesteldes tuleks rõhuda patsiendi tugevustele ja tunnustada edusamme.
- Püstitada üheskoos lõpp-eesmärgid ja väiksemad vahe-eesmärgid, mida on lihtsam saavutada.

6) Diskrimineerimise vältimine

Enamus uuringusse kaasatud ülekaalulistest inimestest oli tajunud diskrimineerimist või kiusamist. Meestele oli selle mõju olnud väiksem kui naistele. Naistel oli rohkem olnud kiusamist mõne lähisugulase poolt, meestel seda ei esinenud. Uuritavad olid tajunud kaalu tõttu diskrimineerimist meditsiinisüsteemi poolt, näiteks seostati tervisemured sageli ülekaaluga ja lahendusena soovitati kaalualandamist.

Soovitused:

- Tõsta meditsiinitöötajate teadlikkust ülekaaluliste inimeste diskrimineerimise osas (artiklid, koolitused, ülekaalulisuse süvendatud käsitus väljaõppe raames).
- Rasvumise selge defineerimine ja käsitlemine haigusena aitaks stigmat vähendada.

Ülaltoodud soovitusi arvesse võttes on võimalik läbi viia uuring, mis võrdleks kahte ülekaaluliste inimeste gruppide ning tooks välja soovituste rakendamisest saadava võimaliku kasu.

Järeldused ja arutelu

Käesoleva raporti vahetuks eesmärgiks on kirjeldada ülekaalu kogenud inimeste ja nendega tegelevate arstide arvamust ülekaaluga seotud hoiakute, teadmiste ja sotsiaalsete normide osas ning vastavalt leiule pakkuda võimalikke sekkumiskohti. Laiemaks eesmärgiks on ülekaalulisuse vähendamine Eestis. Raporti aluseks on Koit Arro magistr töö raames läbi viidud uuring, mille jaoks intervjueriti ülekaalulisi inimesi ja nendega tegelevaid arste ning anti sekkumissoovitused läbi trauma psühholoogilisi aspekte arvestava lähenemise.

Eestis on ülekaalulisusega seoses läbi viidud mitmeid uuringuid, näiteks Tervise Arengu Instituudi uuring „Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis“ (TAI, 2024) ja Elisa Kenderi rasvumise levimuse ja sellega seotud tegurite uuring (Kender, 2020). Käesolev raport täiendab neid teadmisi, lisades puuduoleva tahu ülekaalulisusega kokku puutunud inimeste sisekaemustest ning seeläbi aidates paremini kujundada edaspidiseid sekkumisi. Lisaks on raportis kajastatud tulemuste põhjal võimalik kavandada ka edasisi uuringuid.

Raporti aluseks oleva Koit Arro uuringu tugevuseks võib lugeda küllatki suurt valimit – uuringusse kaasati 12 ülekaalulist inimest ning 13 nendega tegelevat arsti. Kvalitatiivsete uuringute puhul peetakse piisavaks intervjueritavate arvuks 6-15 inimest, kuid sellest veel olulisemaks peetakse info küllastuspunkti tekkimist (Malterud et. al., 2016). Kuna enamik uuringus kirjeldatud teemasid olid läbivad väga mitmes intervjuus, siis võib valimi lugeda piisavaks ning uuritavad teemad põhjalikult kaetuks. Antud uuringul esineb ka mõningaid nõrkusi. Intervjuudest läbi käinud teemade Eesti ülekaaluliste inimeste populatsioonile laiendamiseks oleks vaja lisaks teha kvantitatiivseid populatsiooni uuringuid. Ühe nõrkusena tasub välja tuua ka uuringusse kaasatud ülekaaluliste inimeste suhteliselt kõrge haridustaseme ning madala ea (28-53 aastat). Kuna uuringusse kaasati ülekaalulisi inimesi läbi isiklike kontaktide ja sotsiaalmeedia, siis esindavad nad vaid osa kogu Eesti ülekaalulistest inimestest.

Raportis käsitletud uuringu intervjuude analüüsimisel kerkis esile mitu suuremat teemat. Üks peamisi ja omavahel hästi läbipõimunud teemablokke oli ülekaaluga seotud stigma, diskrimineerimine ja patsientide toetamine meditsiinisüsteemis. Kõik uuringus osalenud ülekaalulised inimesed olid elu jooksul tajunud kehakaaluga seotud erikohtlemist, kiusamist ja diskrimineerimist. Sama on toodud välja erinevates mujal maailmas läbiviidud uuringutes: näiteks analüüsi 2,2 miljonit sotsiaalmeedia sõnu „ülekaal“ või „rasvumine“ sisaldavat postitust ning leiti, et need olid seotud häbistamise, kriitika, solvangute ja halvustavate naljade vooga (Chou et al., 2014). Ülekaalulised inimesed kogevad kehakaalu tõttu diskrimineerimist nii töökohale kandideerides kui armastust otsides, teenivad madalamat palka ning pisemate õnnetusjuhtumite korral aidatakse neid väiksema tõenäosusega (Swami et al., 2008).

Arro poolt läbi viidud uuringus ilmnas ka selge sooline erinevus. Naiste puhul oli kiusamise mõju tihti suurem, algas juba lapsena kodust ja jätkus kohati ka täiskasvanueas. Sarnasele tulemusele jõudis ka Viren Swami oma uuringus, kus ülekaalulistel valgenahalistel naistel oli märkimisväärselt väiksem tõenäosus leida armastust või töökohta (Swami et al., 2008). Kehakaaluga seotud diskrimineerimine on üks diskrimineerimise liike, mis pole alates 2007. aastast maailmas vähenenud (Charlesworth & Banaji, 2019). Seega on üks oluline valdkond, millega edaspidi tegeleda tuleb, diskrimineerimise vähendamine ja ülekaaluliste inimeste turvatunde tõstmine.

Normaalse kehamassi indeksiga inimese kogemus meditsiinisüsteemis erineb ülekaalulise inimese kogemusest (Hayward et al., 2020). Arro uuringus tuli välja, et kaaluteemast rääkimine on keeruline nii ülekaalulistel inimestel endil kui ka arstidel, olles kogenud patsientide kõrgemat tundlikkust selle teema osas. Muu murega vastuvõtule pöördudes võivad patsiendid ülekaalulisuse jutuksvõtmist tajuda kui asjasse mittepuutuvat. Enamus uuringus osalenud ülekaalulisi inimesi oli meditsiinisüsteemiga kokku puutudes saanud negatiivseid kogemusi või tundnud end diskrimineerituna. Uuringus osalenud arstid nentisid, et on kaaluteemast rääkides reserveeritumad või vahel lausa loobuvad selle jutuks võtmisest. See tendents pole omane vaid Eestile, vaid ka Suurbritannia, USA ja Rootsi arstid on sarnaselt kirjeldanud kaaluteemadel rääkimisel oskuste vähesust ja kartust patsiente solvata (Auckburally et al., 2021). Diskrimineerimise vähendamiseks ja meditsiinitöötajate enesekindluse parandamiseks tuleks tõsta teadlikkust, vastavasisuline õpe tuleks põimida meditsiiniõpingute programmi. Juba paari kommunikatsiooni ja stigmat puudutava artikli lugemine vähendas meditsiinitudengite kehakaalu stereotüpiseerimist, suurendas empaatiat ja lisas enesekindlust (Kushner et al., 2014). Kuigi selles uuringus kirjeldati lühiajalist mõju, võib eeldada, et õppeprogrammi osana võiks efekt olla pikemaajaline ja sarnase tulemuse anda ka juba praktiseerivate meditsiinitöötajate seas.

Ülekaaluliste inimeste toetamiseks tuleks ülekaalulisust käsitleda eraldiseisva haigusena ning juurutada kindel raviteekond, et oleks selge, mida ülekaalulise patsiendiga teha ning kelle vastutusalasse patsiendi ravi kuulub. Praegu aga meditsiinitöötajad valdavalt ülekaalulisust ilma kaasuvate haigusteta eraldiseisva haigusena ei käsitle (Alexander et al., 2007; Hansson et al., 2011). Arro uuringusse kaasatud intervjuueeritavad mainisid korduvalt, et ülekaalu algpõhjus on pigem vaimne kui puhtalt füüsiline nii-öelda energiabilansi mure. Konkreetseid haigusi, mis põhjustaks kehakaalu tõusu, esinevat väga harva. Jäi kõlama, et ülekaalulised inimesed olid sageli tervisliku toitumise ja kaalulalandamise teooriaga hästi kursis ning tundsid ise, et vajaksid meditsiinisüsteemilt pigem tuge kaalulangetusteeconnal kui õpetust. Meditsiinisüsteemi nõrkuseks on aga ressursside puudus ning sellest tingitud võimetus patsiente vajalikul viisil toetada. Vastuvõtuajad on liiga lühikesed ja töötajaid liiga vähe, et ülekaaluga põhjalikult tegeleda. Valdavalt arvati, et ülekaalulisusega peaks tegelema esmatasand ehk peremeditsiin, kuid selleks on kindlasti vaja lisaressursse. Pakuti välja näiteks Tervisekassa poolt rahastatava tervisecoachi koha loomist perearstikeskuste juurde. Selline inimene ei peaks omama meditsiinilist kõrgharidust, vaid olema läbinud koolitused või kursused. Tema ülesanneteks oleks ülekaaluliste patsientide õpetamine ja toetamine kaalulangetusteeconnal nii individuaal- kui ka grupiõustamisena.

Intervjuudes kerkis esile ka arstide ja ülekaaluliste inimeste erinev kaalulangutuse eesmärgväärtus. Kui arstide hinnangul on juba 5%-line kaalukaotus tervisele kasulik, siis ülekaalulistel inimestel on sageli esteetilised eesmärgid, mis eeldavad palju suuremat kaalulangust. Eesti ravijuhend selget kaalulanguse eesmärgväärtust välja ei too, patsiendid ja meditsiinitöötajad peavad üheskoos seadma individuaalsed eesmärgid. Ebareaalsed ootused kaalulangusele langetavad motivatsiooni ja põhjustavad negatiivseid emotsioone ja tagasilööke.

Veidi eraldiseisva teemana tõstatus Arro uuringus lapseea rasvumine. Selgus, et suur osa ülekaalulisi intervjuueerituid oli ülekaaluline olnud juba lapsepõlvest saati. Arstide intervjuudest jäi kõlama, et lapseea rasvumise trend on kiiresti kasvav ja vajab tõsisemat poliitilist sekkumist. Lisaks mainis mõni ülekaalulisust kogenud intervjuueeritav vaimset traumat lapsepõlves, kuigi kaalutõusuga nad ise seda ei seostanud. Hemmingssoni ja kolleegide poolt avaldatud metanalüüsis aga tõusis lapsepõlves väärkohtlemist kogenud laste risk kaalutõusuks 34% ja kui tegemist oli tõsise väärkohtlemisega, siis risk oli suisa 50% kõrgem (Hemmingsson et al., 2014). Lapsi, kes on kogenud väärkohtlemist, tuleks lugeda riskirühmaks ja nende võimaliku kaalutõusuga juba ennetavalt tegeleda.

Ümbritsev keskkond peaks toetama ülekaaluliste inimeste püüdlusi. Selleks, et tõhusamalt ülekaalu ennetada ja rasvumist ravida, loodi 2024.a Eesti Kaaluravi Selts, plaaniga koondada ülekaaluliste inimestega kokkupuutuvaid spetsialiste (sh endokrinolooge, perearste, toitumisnõustajaid, füsioterapeute, unenõustajaid, psühholooge, psühhiaatreid, bariaatrilisi operatsioone tegevaid kirurge jne). Seltsi eesmärgiks on olla aktiivne eestkõneleja rasvumise ennetamises ja ravis, juhendada teaduspõhisest infost ning olla partneriks poliitikakujundajatele, haridus- ja ettevõtlussektorile ja kogukonnale. Intervjuudes pakuti ühe võimaliku lahendusena ka Inglismaal kasutusel olevat toiduvalgusfoori kasutuselevõttu, mis jagab toiduaineid värvikoodiga tervislikkuse alusel. Kuigi teaduskirjanduses on selle meetodi kohta ka viiteid et mõju võib olla minimaalne (Sacks et al., 2009), on mitmed tööd siiski näidanud, et punast värvi märgistusega toitu ostukorvis välditakse (Balcombe et al., 2010; Scarborough et al., 2015).



Kasutatud kirjandus

Alexander, S. C., Østbye, T., Pollak, K. I., Gradison, M., Bastian, L. A., & Brouwer, R. J. N. (2007). Physicians' Beliefs about Discussing Obesity: Results from Focus Groups. *American Journal of Health Promotion*, 21(6), 498–500. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.6.498>

Arro, K. (2024) *Kvalitatiivne uuring rasvumisega seotud teadmistest, hoiakutest ja sotsiaalsetest normidest Eestis ja sellest lähtuvad soovituselised sekkumisteks*. Tartu Ülikooli Digiarhiiv ADA <https://dSPACE.ut.ee/items/4c9e896e-46eb-460f-b74c-ccc593258152/full>

Auckburally, S., Davies, E., & Logue, J. (2021). The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: The Challenge for Healthcare Professionals. *Current Obesity Reports*, 10(3), 274–281. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00441-1>

Balcombe, K., Fraser, I., & Falco, S. D. (2010). Traffic lights and food choice: A choice experiment examining the relationship between nutritional food labels and price. *Food Policy*, 35(3), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2009.12.005>

Charlesworth, T. E. S., & Banaji, M. R. (2019). Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: I. Long-Term Change and Stability From 2007 to 2016. *Psychological Science*, 30(2), 174–192. <https://doi.org/10.1177/0956797618813087>

Chou, W. S., Prestin, A., & Kunath, S. (2014). Obesity in social media: A mixed methods analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 4(3), 314–323. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0256-1>

Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-7>

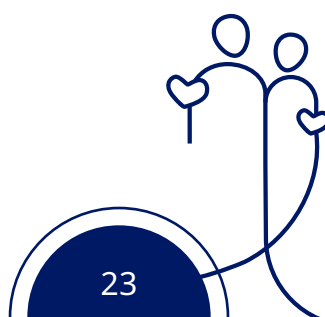
Hayward, L. E., Neang, S., Ma, S., & Vartanian, L. R. (2020). Discussing weight with patients with overweight: Supportive (not stigmatizing) conversations increase compliance intentions and health motivation. *Stigma and Health*, 5(1), 53–68. <https://doi.org/10.1037/sah0000173>

Hemmingsson, E., Johansson, K., & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(11), 882–893. <https://doi.org/10.1111/obr.12216>

Kender, E. (2020). *Eesti täiskasvanute rasvumise levimus ja sellega seotud tegurid aastatel 2000–2018* [Magistritöö]. Tartu University.

Kushner, R. F., Zeiss, D. M., Feinglass, J. M., & Yelen, M. (2014). An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-53>

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>



Matsi, A., & Oja, L. (2008). *Eesti terviseuuring 2006*. Eesti Arst. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.10453>

Aro, I., & Puusepp, K. (2007). Võimestamine ja võimestumine – mõisteanalüüs. *Eesti Arst*. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.10104>

Reile, R., Tekkel, M., & Veideman, T. (2019). Milline on Eesti inimeste tervis? Ülevaade täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2018. aasta tulemustest. *Eesti Arst*. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.15413>

Reile, R., Saavaste, J., Baburin, A., Leinsalu, M. (2024). *Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis*. Tervise Arengu Instituut, https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-04/Inaktiivsus_ja_liigne_kehakaal_kulu-uuring_2024.pdf

Renjilian, D. A. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4); 717–721.

Sacks, G., Rayner, M., & Swinburn, B. (2009). Impact of front-of-pack 'traffic-light' nutrition labelling on consumer food purchases in the UK. *Health Promotion International*, 24(4), 344–352. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap032>

SAMSHA. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Scarborough, P., Matthews, A., Eyles, H., Kaur, A., Hodgkins, C., Raats, M. M., & Rayner, M. (2015). Reds are more important than greens: How UK supermarket shoppers use the different information on a traffic light nutrition label in a choice experiment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0319-9>

Swami, V., Chan, F., Wong, V., Furnham, A., & Tovée, M. J. (2008). Weight-Based Discrimination in Occupational Hiring and Helping Behavior¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(4), 968–981. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00334.x>

Tekkel, M., & Veideman, T. (2016). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2016* (p. 177). Tervise Arengu Instituut.

WHO. (2024). *Obesity and overweight*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

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

