

Meeste nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamise uuring

Lõpparuanne

2023



SOTSIAALMINISTEERIUM



Uuring viidi läbi Sotsiaalministeeriumi tellimisel. Uuring on rahastatud Sotsiaalministeeriumile 2021. aastaks eraldatud teadus- ja arendustegevuse lisarahastusest.

Uuringu eri etappides osalesid ja olid vastutavad:

Tellijapoolne kontaktisik:	Liisa Koreinik, Sotsiaalministeerium
Aruande autorid:	Jaanika Hämmal, Anna Karolin, Sille-Liis Männik, Raul Niit, Heidi Reinson, Kaijo Rüütsalu Konsulterisid Dr. Kristel Ehala-Aleksejev, Riina Raudne, Andero Uusberg
Kvalitatiivuuringu tugi:	Margit Puskar
Graafika:	Maire Nõmmik

Täname kõiki ekspert- ja süvantervjuudes ning töötoas osalenud inimesi! Erilised tänud koostööpartneritele MTÜ Peaasi, Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituut!

Kontaktinfo:

AS Emor
Maakri 21,
10145 Tallinn
www.kantaremor.ee
tel: 626 8500
emor@emor.ee

Sisukord

Jooniste ja tabelite sisukord	6
Kasutatud mõisted ja lühendid	10
Lühikokkuvõte	11
Summary	14
Uuringu taust ja eesmärgid	17
OSA I: KIRJANDUSE JA TEENUSTE ÜLEVAADE NING RIIKIDE PRAKTIKAD	20
1. Meeste tervisekäitumist, nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamist mõjutavad tegurid	21
1.1 Eesti meeste tervis ja tervisekaotuse põhjused	21
1.2 Meeste tervisekäitumise peamised mõjutegurid	23
1.3 Peamised tegurid tervishoiu- ja nõustamisteenusteni jõudmisel ja nende kasutamisel	24
1.3.1 Tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessi mõjutegurid	25
1.3.2 Abi otsimise protsessi mõjutegurid	27
1.3.3 Maskuliinsuse normid	29
1.4 Peamised riskirühmad	31
2. Teiste riikide praktikad ja sekkumised meeste tervisekäitumise suunamisel	35
2.1. Kas meestele on vaja eraldi poliitikameetmeid?	35
2.2. Riikide praktikad	35
2.3. Sekkumised	37
2.3.1 Füüsilist tervist puudutavad sekkumised	37
2.3.2 Spetsiifilistele sihtrühmadele või probleemidele suunatud füüsilise tervise sekkumised	40
2.3.3 Vaimset tervist puudutavad sekkumised	42
2.4. Kokkuvõtteks: meeste vajadusi arvestavate sekkumiste kujundamine	44
3. Tervisekäitumise ja vaimse tervisega seotud teenused ja sekkumised Eestis	46
3.1. Peamiste tervishoiuteenuste kasutamine	46
3.2. Vaimse tervisega seotud teenused	47
3.3. Alkoholisõltuvusega võitlemisele suunatud teenused	50
3.4. Tubakasõltuvusega võitlemisele suunatud teenused	51
3.5. Narkosõltuvusega võitlemisele suunatud teenused	53
3.6. Eestis läbi viidud sekkumised ja algatused	55

OSA II: KVALITATIIV- JA KVANTITATIIVUURINGU TULEMUSED NING MÜKSUD	58
4. Uuringute metoodika	59
4.1. Kvalitatiivuuringu metoodika	59
4.2. Kvantitatiivuuringu metoodika	60
5. Terviseteadlikkus ja terviseprobleemide märkamine	63
5.1. Hinnang tervisele, tervise väärtustamine, riskikäitumine	63
5.2. Teadlikkus oma tervisenäitajatest ja tervisemuudatustest	67
6. Teadlikkus terviseteenustest ja hinnang nende kättesaadavusele	73
6.1. Teadlikkus terviseteenustest	73
6.2. Hinnang teenuste kättesaadavusele	75
6.3. Teenuste kasutamine võrreldes vajadusega	76
7. Valmisolek otsida professionaalset abi	78
7.1. Viimane kogemus arstiabi või nõustamisteenuse kasutamisega	78
7.2. Ootused tervishoiuteenustele	78
7.3. Professionaalse abi otsimisega seotud uskumused	80
7.4. Abi otsimine konkreetsete terviseprobleemide ja riskikäitumise korral.	86
7.5. Abi otsimine füüsilise tervise probleemi korral	90
7.6. Abi otsimine vaimse tervise probleemi korral	97
7.7. Abi otsimine tubakatoodetest loobumiseks	107
7.8. Abi otsimine alkoholi tarvitamise vähendamiseks	113
8. Füüsilise ja vaimse tervise müksud	119
8.1. Müksude väljatöötamise metoodika	119
8.2. Käitumiskavatsuse mõjutamise katsed	120
8.2.1 Füüsiline tervis	120
8.2.1 Vaimne tervis	124
8.3. Käitumise mõjutamise katsed	128
8.3.1 Füüsiline tervis	128
8.3.2 Vaimne tervis	130
Kokkuvõte ja järeldused	133
Soovitused	140
Kasutatud kirjandus	146
Lisa 1: I etapi kvalitatiivuuringu valim	159
Lisa 2: II etapi kvalitatiivuuringu valim	160
Lisa 3: kvantitatiivuuringu planeeritud ja tegelik valim	161
Lisa 4: jämesoolevähi söeluuringu SMS-teavituse valimi jaotus	162

Lisa 5: regressioonimudelid

164

Lisa 6: kvantitatiivuuringu ankeet

166

Jooniste ja tabelite sisukord

Joonised

Joonis 1. Meeste surma põhjused vanuse lõikes	22
Joonis 2. Meeste tervishoiu- ja nõustamisteenuse kasutamist mõjutavate tegurite teoreetiline mudel	24
Joonis 3. Kokkuvõtte sekkumiste kohtadest, kanalitest ja meetoditest	45
Joonis 4. Visioon Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest	48
Joonis 5. Vastajate profiil (kaalutud % ja kaalumata n, n = 1776).....	61
Joonis 6. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal? Üldjaotus ja vanuse lõikes (koondatud skaalaga) (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	63
Joonis 7. Vaimse tervise häirete risk EEK-2 alusel (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	64
Joonis 8. Millised on praegu Teie elus kõige olulisemad valdkonnad, eesmärgid? (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	65
Joonis 9. AUDIT testi esimese kolme küsimuse tulemused (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	67
Joonis 10. Teadlikkus enda tervisenäitajatest: vererõhk, kolesterooli- ja veresuhkru tase (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	68
Joonis 11. Hinnang oma kehakaalule ja kehamassiindeks (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	69
Joonis 12. Muudatuste tajumine füüsilises ja vaimses tervises. Üldjaotus ja vanuse lõikes (koondatud skaalaga) (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	70
Joonis 13. Teadlikkus füüsilist ja vaimset tervist puudutavatel teemadel (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	71
Joonis 14. Teadlikkus tervise- ning ennetuse ja riskikäitumise vähendamise seotud teenustest (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	73
Joonis 15. Milliste järgmiste teemadega saab Teie teada pöörduda perearsti või pereõe poole? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	74
Joonis 16. Kui hästi kättesaadavad on Teie hinnangul Eestis järgmised teenused? (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	75
Joonis 17. Viimase iseenda pärast tehtud arsti või õe visiidi põhjus.....	78
Joonis 18. Nõustumine maskuliinsusega seotud uskumustega (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	81
Joonis 19. Nõustumine tervisekäitumise ja abi otsimisega seotud väidetega (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	81
Joonis 20. Hoiakud tervishoiutöötaja poole pöördumise osas erinevate terviseprobleemide korral. Minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine ... (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	87

Joonis 21. Vanuselised erinevused hoiakutes tervishoiutöötaja poole pöördumisel erinevate terviseprobleemide korral. Nende osakaal, kes vastasid: alati või tavaliselt vajalik (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	87
Joonis 22. Erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise tajutud norm. Kas Teie meessoost sõbrad ja tuttavad pöördusid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui ...? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	88
Joonis 23. Vanuselised erinevused erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise tajutud normis. Nende osakaal, kes vastasid, et nende meessoost sõbrad ja tuttavad kindlasti või pigem pöördusid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui ... (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	89
Joonis 24. Erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumisega seotud enesetõhusus. Arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek oleks minu jaoks ...? (% kõikidest vastajatest, n=1776) ...	90
Joonis 25. Vanuselised erinevused erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise enesetõhususes. Nende osakaal, kes vastasid, et arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek nende jaoks ei oleks üldse keeruline või pigem ei oleks keeruline (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	90
Joonis 26. Palun mõelge olukordadele, mil Teil on olnud hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Kuidas Te siis tavaliselt käitute? (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	91
Joonis 27. Mis Teid ajendab arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöörduma, kui Teil on hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme? Valida sai kuni 3 peamist ajendit (% neist, kes on kogunud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571)	92
Joonis 28. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks füüsilise tervise probleemi puhul arsti, hambaarsti või õe poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)	94
Joonis 29. Mõelge hetkedele, kui Teil on olnud kergetest hooajalistest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Kuidas Te püüate sellega iseseisvalt toime tulla? (% neist, kes on kogunud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571)	95
Joonis 30. Olulisemad tegurid, mis ennustavad füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist. Lineaarse regressiooni mudel (% neist, kes on kogunud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571).....	97
Joonis 31. Palun mõelge olukorrale/olukordadele, mil Te kogesite oma vaimse tervise halvenemist, mis häiris Teie igapäevast toimetulekut vähemalt kahe nädala jooksul. Kuidas Te siis olete käitunud? Üldjaotus ja vanuse lõikes (% kõikidest vastajatest, n = 1776).....	98
Joonis 32. Mis Teid ajendab/on ajendanud arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma, kui Teil on olnud probleem oma vaimse tervisega? (% vastajatest, kes on kogunud vaimse tervise probleeme, N = 791)	100
Joonis 33. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks igapäeva elu häiriva halvenenud vaimse tervise korral arsti või muu tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks. (% vastajatest, kes on kogunud vaimse tervise probleeme, N = 791)	101
Joonis 34. Kuhu või kelle poole kõige tõenäolisemalt pöördusite, kui tunnete, et Teie vaimne või emotsionaalne tervis on halvenenud ja see häirib Teie igapäeva elu? (% kõikidest vastajatest, n = 1776) .	103

Joonis 35. Sõltumata sellest, kas Te olete halvenenud vaimse tervise puhul otsinud arsti/ tervisespetsialisti abi või mitte, siis kuidas Te iseseisvalt olete püüdnud sellega toime tulla? (% vastajatest, kes on kogenud vaimse tervise probleeme, N = 791).....	104
Joonis 36. Olulisemad tegurid, mis ennustavad vaimse tervise probleemi korral arsti või tervisespetsialisti poole pöördumist. Lineaarne regressioon (% neist, kes on kogenud vaimse tervise probleeme, n = 791)..	106
Joonis 37. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud suitsetamisest loobuda? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)	107
Joonis 38. Kas Te olete suitsetamise mahajätmiseks pöördunud arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)	108
Joonis 39. Mis Teid ajendas suitsetamise mahajätmiseks arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? (% vastajatest, kes on suitsetamisest loobumiseks spetsialisti poole pöördunud või seda kaalunud, n = 166)	108
Joonis 40. Millised järgnevatest teguritest on Teid oluliselt takistanud suitsetamisest loobumiseks arsti, nõustaja või spetsialisti poole pöördumast või on seda edasi lükanud? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)	110
Joonis 41. Mida Te olete ise proovinud teha, et suitsetamisest loobuda? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)	111
Joonis 42. Olulisemad tegurid, mis ennustavad suitsetamise mahajätmiseks arsti, tubakanõustaja või tervisespetsialisti poole pöördumist.....	113
Joonis 43. Kas Te olete alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks pöördunud arsti või tervisespetsialisti poole? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)	114
Joonis 44. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud vähem alkoholi tarbida või sellest loobuda? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877).....	114
Joonis 45. Mis Teid ajendas alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? (% vastajatest, kes on pöördunud või on seda kaalunud, n = 136)	115
Joonis 46. Millised teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks alkoholist loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877).....	116
Joonis 47. Kas Te olete ise proovinud midagi teha, et alkoholi tarbimist vähendada või maha jätta (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)	117
Joonis 48. Olulisemad tegurid, mis ennustavad alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöördumist? (% vastajatest, kes on pöördunud või on seda kaalunud, n = 136).....	118
Joonis 49. Kas lepiksite testikomplekti saamise aja oma perearstiga kokku juba järgmise 3 tööpäeva jooksul? (n = 1056)	122
Joonis 50. Gruppideülesed hinnangud tervisealaste uskumuste mudeli komponentidele (n = 1056)	123
Joonis 51. Hinnangud koolituse kasulikkusele kontroll- ja katsegrupi ning vanuse lõikes (kontrollgrupp n = 359, katsegrupp n = 361).....	126
Joonis 52. Hinnangud koolitusel osalemise tõenäosusele kontroll- ja katsegrupi ning vanuse lõikes (kontrollgrupp n = 359, katsegrupp n = 361)	127
Joonis 53. Jämesoolevähi sõeluuringu SMS-meeldetuletuse saatmise tulemused.....	129

Joonis 54. Facebookis esitatud vaimse tervise vitamiinide kampaania kontroll- ja katseversioon	131
--	-----

Tabelid

Tabel 1. Tubakast loobumise nõustamise teenuse maht 2018–2021	52
Tabel 2. Kontroll- ja katsegruppidele esitatud jämesoolevähi sõeluuringu kutse tekstid	121
Tabel 3. Kontroll- ja katsegrupile esitatud vaimse tervise esmaabi koolituse kutse tekstid	124
Tabel 4. Katsegruppidele SMS-i teel saadetud meeldetuletuste tekstid	128
Tabel 5. Planeeritud käitumise teooria tegurid, mis ennustavad erinevate probleemide korral tervishoiutöötaja poole pöördumist	134
Tabel 6. Peamised takistused ja ajendid, mis mõjutavad füüsilise või vaimse tervise probleemi korral professionaalse abi otsimist (regressioonimudelite põhjal)	136

Kasutatud mõisted ja lühendid

Mõisted

Alkoholi liigtarvitamise risk – AUDIT testi kolme esimese küsimuse (tarvitamise sagedus, viimase 12 kuu jooksul tavaliselt korraga joodud annused ja 6 või enama annuse korraga joomise sagedus) skoor 4 või enam punkti (TAI, 2020). Uuringu eesmärk ei olnud hinnata riskirühma suurust (eeldab 10 küsimusele vastamist), vaid määratleda sihtrühm, kellelt küsida alkoholitartumisest loobumiseks või koguste vähendamiseks kasutatud professionaalse abi kasutamise kohta.

Füüsilise tervise probleem – hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisem füüsilise tervise probleem.

Krooniline füüsilise või vaimse tervise probleem – pikaajaline haigus, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem. Kroonilised haigused on pikaajalised, sh haigused, mis ei pruugi tekitada otseseid vaevusi, näiteks põhjusel, et võetakse vastavaid ravimeid. Kaasa arvatud hooajalised või korduvad probleemid (allergia, heinanohu jm).

Vaimse tervise halvenemine – olukord, kus inimese heaolu ja igapäevane toimetulek (näiteks koolis või tööl) on püsivalt häiritud vähemalt kahe nädala jooksul. See tähendab, et inimesel võib olla olulisi raskusi näiteks keskendumise, une, söömise, suhtlemise või enda eest hoolitsemisega. Siia alla kuuluvad nii diagnoositud psüühikahäired kui ka olukorrad, kus inimesed ise või nende lähedased on märganud vaimse tervise muredele osutavaid sümptomeid (näiteks kurvameelsus, huvi kadumine, söögiisu muutused, keskendumisraskused, unehäired, liigne ärevus, enesevigastamine, elutüdimus, sundmõtted, sõltuvuskäitumine või muud probleemid).

Tervishoiu- ja nõustamisteenuste poole pöördujad – **kiirelt pöördujad** (pöördub võimalikult kiiresti peale enesetunde püsivat halvenemist või kehaliste muutuste märkamist (veritsus, turse vmt) või vaimse enesetunde püsivat halvenemist arsti või tervisespetsialisti poole) ja **viivitajad** (viivitab arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöördumisega, kuid lõpuks teeb seda).

Tervishoiu- ja nõustamisteenuste poole mittepöördujad – kaalujad (kaalub arsti või tervishoiutöötaja poole pöördumist, kuid (enamasti) ei tee seda) ja **kindlasti mitte pöördujad** (ei pöördu (enamasti) arsti või muu tervishoiutöötaja poole ega kaalu seda).

Struktuursed barjäärid teenuste kasutamisel – ebasobivad vastuvõtuajad, ajapuudus, ei saa töölt või koolist ära, teenuse asumine kaugel ja sellega seoses transpordipuudus, pikk järjekord, rahalised põhjused; teadmatus, kelle poole pöörduda; saatekirja või ravikindlustuse puudumine.

Emotsionaalsed barjäärid teenuste kasutamisel – piinlikkus- ja ebamugavustunne; kartus saada oma haigusest teada; arsti suhtumine, suhtlusstiil; ei usalda arsti võimekust aidata; teadmatus selle ees, mida arst teeb; hirm protseduuride või ravi ees; kartus, et see toob kaasa teiste negatiivse suhtumise; ei taha arsti tülitada.

Lühendid

AUDIT test – *Alcohol Use Disorder Identification Test*. Selle testi töötas Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO) välja 1993. aastal ning see aitab arstidel ja teistel spetsialistidel hinnata patsientide alkoholitartumist.

EEK-2 – emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (Aluoja et al, 1999)

TAI – Tervise Arengu Instituut

Lühikokkuvõte

Uuringu lähtepunktiks olid Eesti meeste erinevad tervisenäitajad, tervisekäitumine, tervisekaotuse aastad ja selle põhjused võrreldes naistega, mille üks väljendus on meeste lühem keskmine oodatav eluiga - üle 8 aasta lühem kui naistel – ning tervena elada jäänud aastad – 4 aastat vähem kui naistel (Statistikaamet, 2021a, 2021d). Üheks põhjuseks on, et mehed kasutavad erinevaid tervishoiu- ja nõustamisteenuseid võrreldes naistega vähem või viivitavad professionaalse abi otsimisega. Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringu eesmärk oli mõista, miks mehed hoiavad erinevate nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamisest ning välja pakkuda ja osaliselt katsetada erinevaid viise ja sekkumisi, mis suunaksid mehi neid teenuseid senisest enam kasutama. Uuring keskendus põhjalikumalt professionaalse abi otsimisele füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral ning riskikäitumisest tubakast ja alkoholist loobumise soovi korral. Kuivõrd uuringu sihtrühmaks olid ainult mehed, ei saa uuringu tulemuste põhjal öelda, milles ja kui palju nad naistest oma hoiakutes ja käitumises erinevad.

Uuringu eesmärgi täitmiseks analüüsiti olemasolevat kirjandust ja statistikat, teiste riikide kogemusi ja varasemaid sekkumisi meestele tervishoiuteenuste populariseerimiseks või kättesaadavuse suurendamiseks, tehti intervjuusid erinevate tervishoiuekspertidega (pere- ja eriarstid, vaimse tervise eksperdid jt, valim 13 eksperti) ning viidi läbi kvalitatiiv- ja kvantitatiivuuring 18-74-aastaste meeste sihtrühmas (kvalitatiivuuringu valim 25 meest, kvantitatiivuuringu valim 1776 meest). Lisaks testiti nelja käitumisteaduslikku sekkumist ehk müksu.

Varasemas kirjanduses toodud põhjuseid, miks mehed tervishoiuteenuseid vähem kasutavad, kirjeldas uuring raviteekonna mudeli põhjal võttes aluseks muutuste tajumise ja tervishoiutöötaja poole pöördumise vajalikkuse tajumise etapid, mida iseloomustavad tõlgendus- ja enesejuhtimise ning abi otsimise protsessid. Neid protsesse mõjutavad tervishoiusüsteemist ja teenusepakkujast tingitud tegurid (ligipääs, hind, info teenuse kohta, teenuse kvaliteet ja pakkuja kompetentsid jmt) ning mehest endast tingitud tegurid (madalama teadlikkus tervisest, haigustest ja nende sümptomitest, maskuliinsuse normid ja stereotüübid, erinevad hirmud ja piinlikkustunne, vähesem arvestamine riskikäitumise tagajärgedega, oskuste või teadmiste nt sõnavara puudus jm).

Kirjandusest ning kvalitatiivuuringust saadud sisendi abil kaardistati küsitlusuuringus meeste tavapärasest käitumisest eri terviseprobleemide korral või riskikäitumisest vabanemiseks. Vaadeldi nii professionaalse abi otsimise ajendeid, takistusi kui ka eneseabi.

Tulemused näitavad, et enamik mehi (61%) häirib see, kui nad peavad abi küsima ning see ei sõltu mehe vanusest. Mis puudutab abi otsimist terviseprobleemide korral või riskikäitumisest vabanemiseks, siis tervishoiutöötaja poole pöördumist peeti kõige vajalikumaks füüsilise tervise probleemi korral (90%). Vaimse tervise probleemi puhul peeti professionaalset abi juba vähem vajalikuks (77%), alkoholi ja ülekaalu puhul pidas seda vajalikuks veidi alla poole meestest (45-46%) ning suitsetamisest loobumiseks peeti välist abi kõige vähem vajalikuks (33%). Võrdlus sotsiaalse normiga (kas teised mehed pöörduvad) näitas kõigi teemade puhul erinevust hoiakute ja normide vahel ehk selles, mida mehed arvavad, et peaks tegema ja mida nad tajuvad, et nende tuttavad mehed tegelikult teevad. See erinevus on kõige suurem vaimse tervise probleemide korral ja seda ennekõike võrreldes füüsilise tervise probleemidega: kolm meest neljast saab aru, et vaimse tervise murega on vajalik otsida professionaalset abi, kuid palju väiksem osa neist usub, et teised mehed seda teeksid. Samuti pidasid mehed vaimse tervise probleemiga teenusele pöördumist kõige sagedamini keeruliseks võrreldes teiste probleemidega. Uuringu tulemused näitavad, et vaid 42% meestest, kes on enda sõnul kogenud igapäevaelu häirivaid vaimse tervise probleeme ning alla kolmandiku mõne EEK-2 alusel vaimse tervise häire riskiga meestest, on abi saamiseks spetsialisti poole pöördunud. Kõigi kaardistatud teemade

puhul on oluline tegeleda positiivsete normide kujundamisega ning (eriti vaimse tervise probleemide puhul) ka enesetõhususe suurendamisega.

Maskuliinsuse ja tervisekäitumisega seotud uskumustest mõjutavad meeste käitumist abi otsimisel ennekõike autonoomsuse ja emotsionaalse kontrolliga seotud uskumused, mis suunavad terviseprobleemi korral pigem ise ja nii kaua kui võimalik hakkama saama ning oma tundeid mitte jagama. Enam on nende uskumuste kandjaid vanemate, 50-74-aastaste, meeste seas, kuid abi küsimine on keeruline eri vanuses meeste jaoks.

Ajendid ja takistused professionaalse abi otsimiseks on füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral paljuski sarnased, kuid nende mõju abi otsimisele mõnevõrra erineb. Ajendab suur mure oma tervise pärast, igapäevaelu tugev häiritus ning see, et tervis pikema aja jooksul ei parane. Takistab ennekõike autonoomsus soov ehk vajadus ise hakkama saada. Lisaks on füüsilise tervise probleemide korral suur roll struktuursetel barjääridel (pikk järjekord, rahalised takistused, ajapuudus, ebasobivad vastuvõtuajad) ning vaimse tervise probleemide korral on struktuursed ja emotsionaalsed barjäärid enam-vähem võrdse osakaaluga. Vaimse tervise puhul tuuakse struktuursetest põhjustest ennekõike välja pikki järjekordi, rahalisi põhjuseid ja teadmatust, kuhu pöörduda ning emotsionaalsetest takistustest soovimatust oma probleemist rääkida ja usaldamatust spetsialisti võimekuse suhtes aidata. Abi otsimise edasilükkamist põhjustab samuti autonoomsuse soov, kuid ka soovimatus arsti tülitada ja hirm protseduuride või ravi ees füüsilise tervise probleemi puhul ning pikad järjekorrad ja piinlikkustunne vaimse tervise probleemi korral.

Suitsetamisest või alkoholist loobumiseks on spetsialisti abi otsinud vähesed mehed, ennekõike usutakse, et sellega peab mees ise üksi hakkama saama, kui tal see soov on tekkinud. Professionaalse abi otsimise tõenäosust suurendab muuhulgas arsti, muu tervishoiutöötaja või lähedase inimese soovitus pahest loobuda.

Lisaks sotsiaaldemograafilistele näitajatele ning terviseprobleemi või riskikäitumise liigile mõjutab valmisolekut tervishoiuteenuseid kasutada see, kui võrd muudatusi oma tervises tajutakse. Oluline leid on, et vaimse tervise muudatusi tajutakse seda halvemini, mida vanema mehega on tegemist. Vanemad mehed ka sagedamini ei teadnud, kas nad oskaksid vaimse tervise muudatusi märgata ehk nende teadlikkus vaimse tervise teemast on madalam. Füüsilise tervise muudatusi tajuvad mehed enda sõnul enamasti üsna hästi ja see ei sõltu nende vanusest. Suitsetajate ja alkoholi liigtarvitamise riskis olevate meeste puhul, kes ei soovi nende teemadega professionaalset abi, paistab silma, et need on mehed, kelle hoiakud ja normid seda ei toeta, kellele see harjumus meeldib, kes saavad sellest hoolimata oma igapäevaeluga hästi hakkama ning kellel ei ole veel tervisemuresid, mis paneks eluviisi muutust kaaluma.

Füüsilise tervise käitumiskavatsuse ja käitumise mõjutamise müksud keskendusid meeste osaluse suurendamisele jämesoolevähi sõeluuringus. Käitumist mõjutava müksu raames saadeti sõeluuringu kutse saanud meestele SMS-i teel meeldetuletus. Esialgseid, esimese kuu, tulemused näitasid, et sõnumi saanud meeste seas oli sõeluuringus osalejaid (sõltuvalt sõnastusest) vähemalt kaks korda enam kui meeldetuletust mitte saanud meeste seas. SMS-i kui osalemist aktiveerivat kanalit sõeluuringu kutsete ja meeldetuletuste protsessis võiks kasutada ka edaspidi. Sealjuures tasub tähelepanu pöörata meeldetuletuste sõnastusele, sest sekkumisuuringus SMS-i saanud meeste osalusmäär erines sellest sõltuvalt. Edukam oli personaalsusele ja omanikutunde tekitamisele rõhuv sõnum.

Vaimse tervise käitumiskavatsuse ja käitumise mõjutamise müksud võtsid fookusesse meeste osalemise MTÜ Peaasi korraldatava vaimse tervise esmaabi koolitusel ning vaimse tervise vitamiinide testi tegemise maandumislehele jõudmise. Käitumiskavatsust mõjutava müksu tulemused näitasid, et müksaval vaimse tervise koolituse kutsel oli väike, aga oluline mõju koolituse kasulikkusele, kuid hinnanguid osalemise tõenäosusele sekkumiskutse ei mõjutanud. Käitumist mõjutava müksu tulemused näitasid, et vaimse tervise vitamiinide testi tegema kutsuva spetsiaalselt meestele mõeldud Facebooki reklaami sekkumisversioon mõjutas 18-50-aastaseid mehi reklaamile klikkima veidi rohkem kui universaalne kontrollversioon. Katsetati ainult üht, isa rollile apelleerivat versiooni, kuid edaspidi võiks reklaame enam varieerida, et kõnetada erinevaid meeste sihtgrupe.

Uuringus kogutud ja sünteesitud teadmiste baasil on antud soovitusi, milliseid muudatusi peaks sisse viima tervishoiu- ja nõustamisteenuste kättesaadavusse ja disaini selleks, et need jõuaksid paremini meesteni ja

suureneks meeste valmisolek neid teenuseid kasutada. Need hõlmavad rahvatervise alast poliitikat, tervisealast kommunikatsiooni ning soovitusi teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamiseks.

Summary

The departure points for this survey were Estonian men's different health indicators, health behaviour, disability adjusted life-years and the reasons for it compared to women, which is expressed in men's shorter average life expectancy – over 8 years shorter than women's – and the remaining healthy life years - 4 years less than women (Statistics Estonia, 2021a, 2021d). One of the reasons is that men use various healthcare and counselling services less than women and delay seeking professional help. The objective of this survey, commissioned by the Ministry of Social Affairs, was to understand why men avoid using various counselling and healthcare services and to suggest and test various strategies and interventions that would direct men towards using these services more. The survey focused more specifically on seeking professional help in case of physical and mental health problems as well as the desire to give up risk behaviours - tobacco and alcohol. Since the survey target group consisted only of men, it is not possible to say based on the results how and to what extent they differ from women in their attitudes and behaviour.

In order to fulfil the survey objective, we analysed the existing literature and statistics, other countries' experiences and earlier interventions to popularise men's healthcare services or increasing their availability; we conducted interviews with different healthcare experts (general practitioners, specialists, mental health experts etc., the sample consisted of 13 experts) and carried out a qualitative and quantitative survey among 18-74-year-old men (qualitative survey sample – 25 men, quantitative survey sample - 1776 men). In addition to that, we tested four behavioural interventions or nudges.

Reasons why men use healthcare services less, brought out in earlier literature, were described in this survey based on the model of pathways to treatment. This was based on the stages of perceiving changes and perceiving the need to turn to a medical professional, which are characterised by processes of appraisal and self-management as well as help-seeking. These processes are influenced by factors caused by the healthcare system and service provider (access, price, information about the service, service quality and provider's competence etc.) as well as factors stemming from the man himself (lower awareness about health, illnesses and their symptoms, stereotypes and norms of masculinity, various fears and embarrassment, less consideration for consequences of risk behaviour, lack of skills or knowledge, e.g. vocabulary, etc.).

Based on input from literature and the qualitative survey, we mapped the regular behaviour of men in case of various health problems or overcoming risk behaviours. We looked at drivers and barriers to seeking professional help as well as self-help.

The results show that most men (61%) are disconcerted when they need to ask for help and this does not depend on the man's age. When it comes to asking for help in case of health problems or to overcome risk behaviours, turning to a health professional was considered the most necessary in case of physical health problems (90%). In case of mental health problems, getting professional help was considered less necessary (77%), in case of alcohol and excessive weight it was considered necessary by slightly less than half of the men (45-46%) and in case of giving up smoking – external help was deemed necessary the least often (33%). Comparison with social norms (do other men get help) showed the difference between attitudes and norms in case of all the issues or in what men think they *should* do and how they perceive the other men they know *actually* behave. Here the differences are the biggest in case of mental health problems and primarily compared to physical health issues: three out of four men understand that it is necessary to seek professional help in case of mental health problems but a much smaller number of them believe that other men would do it. Also, men found most often that compared to other issues, finding help in case of mental health problems is more complicated. Survey results show that only 42% of the men who in their own words have experienced mental health problems interfering with their daily lives and less than one third of the men who are at risk for a

mental health disorder according to the Emotional State Questionnaire (EEK-2) have turned to a specialist for help. In case of all the mapped issues, it is important to work on shaping positive norms and (especially in case of mental health problems) also on increasing self-efficacy.

Among various beliefs associated with masculinity and health behaviour, it is primarily the beliefs associated with autonomy and emotional control that guide men to be self-sufficient as long as possible in case of a health problem and to not share their feelings. There are more of those carrying this belief among older, 50-74-year-old men, but asking for help is complicated for men of various ages.

Drivers and barriers to seeking professional help are quite similar in case of physical and mental health problems but their impact on seeking help varies somewhat. Drivers are serious concern for one's health, strong disruption of daily life and the fact that one's health does not improve over a long period of time. Desire for autonomy is the primary barrier, i.e. the need to be self-sufficient. In addition to that, structural barriers have an important role in case of physical health problems (long wait-times, financial obstacles, lack of time, unsuitable appointment times); in case of mental health problems the structural and emotional barriers are more or less equal. In case of mental health, the structural barriers that are mentioned the most are long wait-times, financial reasons, and not knowing where to turn to; the most frequently mentioned emotional barriers are unwillingness to talk about their problems and not trusting the specialist's ability to help. Delaying seeking help is also caused by the desire for autonomy but also not wanting to bother the doctor or fear of treatment in case of physical health issues; long wait times and feeling of embarrassment in case of mental health problems.

Few men have looked for professional help to give up smoking or alcohol, they mainly believe that a man should be able to deal with it on his own when he has the desire to do so. The likelihood of finding professional help is increased by the doctor's, other medial professional's, or family's recommendation to give up the vice.

In addition to socio-demographic indicators and the type of risk behaviour or health problem, the readiness to use healthcare services is also influenced by to what extent changes in health are perceived. An important find is that the older the man, the poorer the perception of changes in mental health. Also, older men knew less often if they would be able to notice changes in their mental health, i.e. their awareness of mental health issues is lower. According to men, they perceive changes in their physical health rather well, regardless of their age. Among smokers and men at risk for alcohol abuse (who do not want professional help with those problems) we can see that these are men whose attitudes and norms don't support that, they like those habits, they manage their daily lives well regardless of it and they currently don't have any health problems that would make them consider lifestyle changes.

The nudges to impact behaviour and behavioural intentions in case of physical health concentrated on increasing men's participation in colon cancer screening. Within the frames of a behavioural nudge, the men who had received a screening invite were sent a reminder via SMS. Primary results after the first month showed that among the men who received the message, there were at least twice as many of those who participated in the screening (depending on the wording) than among men who did not receive the reminder. SMS, as the channel activating participation in the process of screening invites and reminders, could also be used in the future. Attention should also be paid to the wording of the reminder because the participation rate of men who received a SMS during the survey varied based on that. The message with an emphasis on creating the feeling of ownership and being of personal nature was the most successful.

The nudges to impact behaviour and behavioural intentions in case of mental health focused on men's participation in mental health first aid training organised by MTÜ Peaasi and landing on the webpage for taking the mental health vitamins test. The results for the nudge impacting behavioural intentions showed that the nudging invite to mental health training had a small but significant impact on the usefulness of training but the invite had no impact on ratings to likelihood of participation. The results for the nudge impacting behaviour showed that Facebook ad's intervention version targeting men in particular, inviting them to take the mental health vitamins test, influenced 18-50-year-old men to click on the ad slightly more often than the universal control version. Only one version, appealing to the role of the father, was tested but in the future the ads could be more diverse to appeal to different target groups of men.

Based on the knowledge gathered and synthesised during the survey, we have provided recommendations as to which changes should be made concerning the availability and design of healthcare and counselling services to reach men better and increase men's readiness to use these services. Those include public health policies, health related communication and recommendations to improve the quality and availability of service.

Uuringu taust ja eesmärgid

Eestis nagu ka mujal Euroopa riikides elavad mehed ja naised erinevad oma tervisenäitajate, tervisekaotuse aastate, nende põhjuste ja tervisekäitumise poolest (Reile et al., 2019; Statistikaamet, 2021a & 2021d; World Health Organization, 2018). Kõige üldisemal tasandil ilmestab Eesti meeste ja naiste tervisenäitajate erinevusi meeste keskmine oodatav eluiga – üle 8 aasta lühem kui naistel – ning tervena elada jäänud aastad – 4 aastat vähem kui naistel (Statistikaamet, 2021a, 2021d).

Meeste ja naiste tervisealast ebavõrdsust selgitatakse teatud määral bioloogiliste erinevustega (nt teatud haigused on soospetsiifilised; poiste tõenäosus surra enne 5-aastaseks saamist on kõrgem kui tüdrukutel, (World Health Organization, 2018, lk 34). Bioloogilised tegurid selgitavad aga vaid osa erinevustest, väga suur roll on ühiskondlikel ja kultuurilistel mõjuteguritel: soostereotüüpidel ja sotsiaalsetel normidel. Meeste tervisega seonduvalt on üha enam uuritud maskuliinsuse normide mõju. Sotsiaalne ehk konstrueeritud sugu on üks olulisematest tervisealase ebavõrdsuse mõjutajatest.

Soolõime ehk soolise tasakaalu saavutamise ja soolise aspekti regulaarse arvestamise olulisusest tervishoiupoliitikas on Euroopa Liidu ja ka rahvusvahelisel tasandil räägitud juba pea kaks kümnendit. 2006. aastal kutsus Euroopa Liidu Nõukogu Euroopa Komisjoni üles sooaspektiga arvestama ning vähendama tervise valdkonnas soolist ebavõrdsust (European Institute for Gender Equality, 2016). Rahvusvahelisel tasandil töötas Euroopa Nõukogu 2008. aastal liikmesriikide valitsuste jaoks välja soovitusel ja meetmed selle kohta, kuidas tervise valdkonnas tagada soolõime¹. ÜRO tegevuskava 2030 ning ülemaailmsed säästva arengu eesmärgid panid 2015. aastal paika eesmärgid tervise ning soolise võrdsuse edendamiseks.

Eestis on Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üldeesmärgiks vähendada ebavõrdsust tervises (sugude, piirkondade ja haridustasemetel vahel) (Sotsiaalministeerium, 2021). Aastaks 2030 on eesmärgiks seatud vähendada lõhet meeste ja naiste oodatavas elueas kuue aastani ja lõhet meeste ja naiste tervena elatud aastates ühe aastani. See on esimene kord, kus Eestis selgesõnaliselt seatakse eesmärgiks tervisealase soolise ebavõrdsuse vähendamine (Sikkut, 2021). Selle tulemuseni jõudmiseks peetakse oluliseks tervist toetavat keskkonda, tervishoiuteenuste planeerimisel ja korraldamisel rahvastiku sotsiaaldemograafiliste erisustega arvestamist, ning et sõltumata soost (aga ka elukohast, sissetulekust jne) on just lihtsad ja esmased valikud need, mis inimeste tervist toetavad.

Ajalooliselt on soopõhised algatused ja soolõime tervise valdkonnas keskendunud enam naiste tervise parandamisele (Rovito et al., 2017; Richardson & Carroll, 2017 viidanud World Health Organization, 2018: 73). Osaliselt on seda põhjendatud ebavõrdsuse suure mõjuga naiste tervisele ja sellega, et mitte üheski riigis ei ole veel saavutatud soolist võrdsust (World Health Organization, 2016). WHO 2018. aastal koostatud põhjalik raport meeste tervisest ja heaolust WHO Euroopa regioonis, mis keskendub just meeste vajadustele, rõhutab meestele suunatud tervishoiuteenuste ja tervist edendavate algatuste soopõhisuse olulisust – see aitab efektiivsemalt meesteni jõuda (sh on oluline mõjutegur sooline võrdsus ühiskonnas tervikuna) (World Health Organization, 2018).

¹ Recommendation CM/Rec(2008) of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy (https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d4212)

Eesti puhul on hinnatud, et Eesti tervisepoliitika ei ole sootundlik (Sikkut, 2021). Oleme etapis, kus soolist tervisealast ebavõrdsust – terviseseisundit, tervisekäitumist ja ligipääsu tervishoiuteenustele – teadvustatakse ja kirjeldatakse, kuid poliitikate kujundamisel mõju ebavõrdsusele arvesse ei võeta (*ibid*). Samas on selline probleem laialt levinud ka mujal: soolise ebavõrdsuse vähendamisele keskenduvaid poliitikaid on vähe ning progress nende rakendamisel aeglane (Crespí-Lloréns et al., 2021). Soolise ebavõrdsuse vähendamine tervise valdkonnas on oluline, sest sellega kaasneb majandusliku heaolu kasv (Stefko et al., 2020). On leitud, et eriti tugevalt mõjutab seda meeste tervise paranemine ning Eestit on siinkohal välja toodud kui suure potentsiaaliga riiki (*ibid*).

Tervisealane ebavõrdsus väljendub nii terviseseisundis, tervisekäitumises kui ka tervishoiuteenuste kasutamises (European Institute for Gender Equality, 2016). Käeolev rakendusuring keskendub esimest korda Eestis meeste nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamisele. On teada, et mehed otsivad võrreldes naistega vähem abi nii füüsilise tervise seotud probleemide kui ka vaimse tervise häirete puhul. Mehed käivad naistega võrreldes harvem nii pere-, eri- ja hambaarsti (Reile & Veideman, 2021) kui ka psühhiaatri juures (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021f). Samuti viivitavad nad abi otsimisega, isegi kui kogetakse tõsisemaid probleeme. See suurendab meestel riski tõsiste terviseprobleemide tekkeks, mis osaliselt seletab nende enneaegseid surmasid ning lühemat eluiga.

Sotsiaalministeeriumi tellitud **uuringu peamiseks eesmärgiks** oli mõista, miks mehed võrreldes naistega hoiduvad erinevate nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamisest, ning leida ja osaliselt katsetada erinevaid viise ja võtteid, mis suunaksid mehi neid teenuseid senisest enam kasutama. Uuringus keskenduti professionaalse abi otsimisele füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral ning riskikäitumisele tubakast ja alkoholist loobumise soovi korral. Välja jäi narkootikumide tarbimine, kuna läbilõikeuuringu valim ei võimaldaks haarata analüüsimiseks piisavalt suurt ja esinduslikku narkootiliste ainete kasutajate segmenti ning vajaks eraldi uuringut. Käesoleva uuringu skoop ei võimaldanud keskenduda ka teenuste sisu hindamisele, mis omakorda võib olla põhjuseks, miks mehed piisavalt abi ei saa.

Olulisemad üldised uurimisküsimused eesmärgi saavutamiseks olid:

- Milline on Eesti meeste üldine valmisolek abi otsida ja küsida erinevate probleemide puhul üldse ja täpsemalt terviseprobleemide korral (sh vaimse tervise probleemid ja riskikäitumisest vabanemine) professionaalset nõu?
- Millist rolli mängivad maskuliinsuse ja tervise seonduvad uskumused ja hoiakud teenusteni jõudmises? Kas need erinevad vanusegruppide ja/või rahvuse lõikes?
- Mis takistab ja mis suunab meeste jõudmist teenusteni?
- Kuivõrd varieeruv on Eesti meeste valmisolek abi otsida lähtuvalt nende sotsiaaldemograafilisest taustast? Millised on riskirühmad, kes vajaksid kõige enam tähelepanu?
- Kui teadlikud on Eesti mehed erinevatest terviseteenustest, ennekõike ennetuse ning tervisekäitumise parandamisega seonduvatest, ja vaimse tervise teenustest?
- Milline on Eesti meeste hinnang tervishoiu- ja nõustamisteenuste kättesaadavusele?
- Milliseid muudatusi peaks sisse viima teenuste kättesaadavusse ja disaini selleks, et need jõuaksid paremini meesteni ja suureneks meeste valmisolek neid teenuseid kasutada?

Uuringu eesmärgi täitmiseks analüüsiti esimeses etapis olemasolevat kirjandust ja statistikat ning teiste riikide kogemusi meeste tervishoiuteenuste populariseerimisel või kättesaadavuse suurendamisel. Selles etapis viidi läbi ka intervjuud erinevate tervishoiuekspertidega (pere- ja eriarstid, vaimse tervise eksperdid jt), kelle hinnangud olid muuhulgas sisendiks Eestis pakutavate tervishoiuteenuste ülevaate koostamisel (vt Lisa 1: I etapi kvalitatiivuuringu valim). Kvalitatiivuuringu teises etapis uuriti meestelt endilt, kuidas nad suhtuvad enda tervisesse ning nõustamis- ja tervishoiuteenuse kasutamisse. Eelnevates etappides kogutud info baasil koostatud küsitlusanneedi abil viidi läbi kvantitatiivne uuring 1776 mehe seas vanuses 18–74.

Uuringu üheks osaks oli väiksemahuline müksude rakendamine ehk katsetamine, milliste lihtsate ja soodsate lahendustega saaks mehi suunata oma tervisele mõtlema ning tervishoiu- ja nõustamisteenuseid kasutama. Müks on tagasihoidlik sekkumine, väike muudatus valikute arhitektuuris, mis mõjutab inimeste käitumist ennustatavas suunas, kuid ei piira tema valikuvabadust (st ei keela teatud valikuvariante) ega muuda oluliselt inimese majanduslikku olukorda (nt rahaline trahv ei ole müks) (Thaler & Sunstein, 2008). Uuringu raames viidi läbi kaks käitumiskavatsust mõjutavat müksu küsitlusuuringu käigus ning kaks käitumist mõjutavat katset (vt ptk 8).

Lisaks töötati välja soovitusel selle kohta, mida tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja disaini puhul silmas pidada, et need paremini meesteni jõuaksid.

OSA I: KIRJANDUSE JA TEENUSTE ÜLEVAADE NING RIIKIDE PRAKTIKAD

1. Meeste tervisekäitumist, nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamist mõjutavad tegurid

1.1 Eesti meeste tervis ja tervisekaotuse põhjused

Eestis elavate meeste keskmine oodatav eluiga on üle 8 aasta väiksem kui naistel (74,4 aastat) ning tervena elada jäänud aastaid on 4 aastat vähem kui naistel (55,5 aastat) (Statistikaamet, 2021a, 2021d).

Need näitajad varieeruvad sõltuvalt mehe elukoha maakonnast ja omandatud haridustasemest (Statistikaamet, 2021b, 2021c, 2021e, 2021f). Elukoha lõikes oli **meeste oodatav eluiga** sünnimomendil 2019.–2020. aastal kõige madalam Ida-Virumaal (70,9) ning kõige kõrgem Hiiumaal (76,4). Kõrgharitud meeste (78,1) oodatav eluiga on ligi 5 aastat kõrgem kui kesk- või kutseharidusega meestel (73,6) ning ligi 10 aastat kõrgem kui põhihariduse või madalama haridusega meestel (68,4).

Maakondade lõikes **elasid tervena** kõige vähem Põlvamaa (41,0) ning kõige kauem Hiiumaa (59,7) mehed. Kõige kauem elavad tervena kõrgharitud mehed (60,3); kesk-, keskeri- ja kutseharidusega mehed elavad tervena ligi 5 aastat vähem (55,4) ning alg- või põhiharidusega mehed ligi 15 aastat vähem (45,4).

Oma tervist hindavad 16–64-aastased mehed veidi kehvemaks kui naised: (väga) heaks 56% meestest ja 60% naistest, keskmiseks 34% meestest ja 31% naistest ning halvaks või väga halvaks 10% meestest ja 8% naistest (Reile & Veideman, 2021). Mehed hindavad nooremana enda tervist kõrgemalt kui naised, kuid vanuse kasvades nende hinnangud järjest langevad. Kõige suuremad soolised käärid on vanuserühmas 16–24, kus (väga) heaks peab oma tervist 82% meestest ja 70% naistest. 25–34-aastaste seas on hinnangud tervisele võrdsustunud (74%) ning 35–64 vanuses pöördub hea tervise hinnang naiste kasuks (naistest 12% enam annab sellise hinnangu võrreldes meestega).

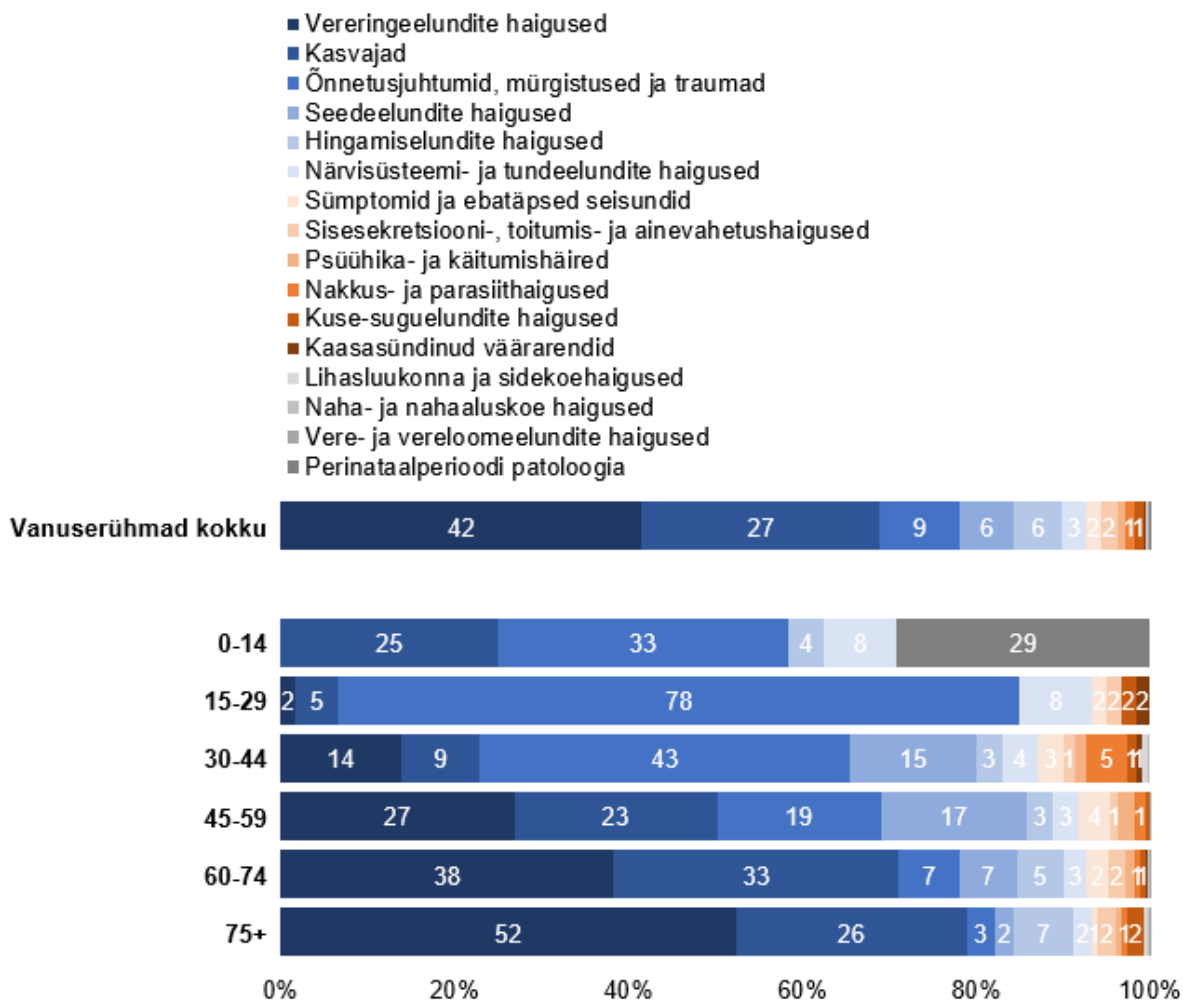
Subjektiivset hinnangut tervisele mõjutab olulisel määral ka haridustase: mida kõrgemalt haritud mehega on tegu, seda paremaks ta oma tervist hindab (vt täpsemalt ptk 1.4).

Meeste **peamised surma põhjused** on vereringeelundite haigused (41,6%), kasvajad (27,4%) ning õnnetusjuhtumid, mürgitused ja traumad, mida mehed kogevad oluliselt enam kui naised (9,2% meeste ja 3,6% naiste surmade põhjustest) (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021a).

15–29-aastaste meeste kõige sagedasemad surma põhjustajad on õnnetusjuhtumid, mürgitused ja traumad (põhiliselt enesetapud, sõidukiõnnetused, mürgistused kahjulike ainetega) (78%) ning sama kehtib ka 30–44-aastaste meeste (43%) kohta. 45-aastaste ja vanemate seas on üha sagedasemaks surma põhjuseks vereringeelundite haigused ning pahaloomulised kasvajad (**Error! Reference source not found.**).

Meeste välditavate surmade ja haigestumiste põhjuseks on sageli **käitumuslikud tegurid**. Tihtipeale liigutakse vähem ja tehakse ebatervislikumaid toiduvalikuid. Mehed söövad vähem puu- ja köögivilju kui naised (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021j). Samuti liiguvad nad vähem: 45–65-aastaste meeste seas on vähem 2–3 korda nädalas tervisespordi harrastajaid kui samas vanuses naiste seas (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021k). Kõigis vanuserühmades on meeste seas rohkem ülekaalulisi kui naiste hulgas (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021l). Rasvunute osatähtsus suureneb vanuse kasvades: 25–34-aastaste meeste hulgas on rasvunuid 9% (naised 13%), 35–44-aastaste meeste hulgas 19% (naised 14%) ja 45–54-aastaste hulgas 31% (naised 21%) (*ibid*). Rasvunud meeste osakaal on võrreldes 2014. aastaga kasvanud ja seda eriti 55–64-aastaste meeste hulgas (*ibid*).

Joonis 1. Meeste surma põhjused vanuse lõikes



Allikas: TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tabel SD 21: surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi

Mehed tarvitavad rohkem **alkoholi, narkootikume ning nikotiini** sisaldavaid tooteid kui naised (Reile & Veideman, 2021, lk 17). Rohkem kui korra nädalas tarvitab alkoholi 27% meestest (12% naistest), kanget alkoholi mõnel korral nädalas 9% meestest (2% naistest). Igapäevasuitsetajaid on meeste seas 26% ja naiste seas 13%. Ilma arsti väljakirjutuseta retseptiravimeid (nt rahustid/uinutid) või narkootilisi aineid oli viimase 12 kuu jooksul tarvitanud 10% meestest (5% naistest). Suremuse soolisest lõhest Eestis on umbes 71% selgitatav meeste suurema tubaka- ja alkoholitarvitamisega (McCartney et al, 2011; viidanud Rahu et al., 2019).

Erinevused tervise seisundites ja -käitumises ei avaldu ainult meeste ja naiste võrdluses, vaid ka meeste endi vahel, sõltudes sotsiaaldemograafilistest näitajatest. Alkoholi tarbivad tihedamini eestlased, 25–64-aastased, kõrgharidusega ja tööturul aktiivsed mehed (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021b). Igapäevasuitsetajaid on rohkem ja mitesuitsetajaid vähem vanemate (35–64-aastaste), muust rahvusest, töötute ja madalama haridustasemega meeste seas (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021c). Kanepitarvitajate seas on enam noori mehi (16–34) (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021d). Depressiooni ja emotsionaalset distressi esineb rohkem madalama haridustasemega, majanduslikult mitteaktiivsetel, alla suhtelise vaesuse piiri elavatel meestel (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021e) (vt. riskirühmade kohta täpsemalt ptk 1.4).

Tervislikke eluviise peab väga tähtsaks vaid 25% Eestis elavatest 16–55-aastastest meestest (Themas et al., 2015). Riskikäitumist harrastavatest meestest soovib kõige suurem osa vähendada narkootikumide tarvitamist või sellest loobuda (75% neist, kes on vähemalt korra elus tarvitanud). Alkoholi tarvitanutest

kavatses 44% joomist vähendada või sellest üldse loobuda (ibid). Kõigist suitsetajatest sooviksid suitsetamisest loobuda 51% (Reile & Veideman, 2021).

1.2 Meeste tervisekäitumise peamised mõjutegurid

Ühtset ning kindlat põhjust sellele, miks meeste tervisekäitumine on üldiselt halvem kui naistel, ei saa välja tuua. Järgnevalt on välja toodud mitmed mõjutegurid, mis võivad mängida rolli selles, et mehed teevad võrreldes naistega ebatervislikumaid toiduvalikuid, harrastavad vähem tervisesporti ning tarvitavad rohkem alkoholi, uimasteid ja tubakatooteid.

Üks oluline faktor, mis mängib meeste käitumises rolli, on **maskuliinsed normid** ehk arusaam sellest, mis on mehelik (vt ka 1.3.2). Läänelikus ühiskonnas domineerivad normid, mis nõuavad, et mehed oleksid enesekindlad, tugevad, julged, iseseisvad, riskialtid (Levant & Richmond, 2008). Uuringud on näidanud, et nende meeste, kes järgivad maskuliinseid norme, tervisekäitumine on halvem ning terviseriskid suuremad, võrreldes meestega, kes peavad traditsioonilistest uskumustest vähem (Mahalik et al., 2007; Sloan et al., 2015). **Domineerivate mehelikkuse normide toetamist** on seostatud mitmesuguste spetsiifiliste ebatervislike või riskeerivate käitumisviisidega, sealhulgas suitsetamise (Kodriati et al., 2018), alkoholi tarvitamise (Iwamoto & Smiler, 2013), vägivalda kasutamise (Berke et al., 2020), liha söömise (Rothgerber, 2013), vähese une (Warren & Campbell, 2021) ja kiiruse ületamisega (Mast et al., 2008). Mehed, kes võtavad omaks traditsioonilised tõeaktsioonid mehelikkuse kohta, kogevad ka suuremat depressiooni ning on haavatavamad psühholoogilise stressi ja maladaptiivsete toimetulekustrite suhtes (Wong et al., 2017). Siiski on leitud, et mõned tahud maskuliinsusest on seotud tervist kaitsvate faktoritega (Levant et al., 2011; Levant & Wimer, 2014), mis tähendab, et maskuliinsuse normid ei ole läbinisti halvad ning vältida tuleks üldistamist. Näiteks leiti, et mehed, kes peavad tähtsaks oma emotsioonide kontrollimist, väldivad rohkem viha ja stressiga seotud olukordi ning mehed, kes teevad kõik selleks, et võita, väldivad uimastite tarbimist (Levant & Wimer, 2014). Mehelikkuse normid on tervisekäitumisele negatiivse mõjuga, kui õõnestavad abi otsimist või tervislikku eluviisi, sest neid ei peeta mehelikeks käitumisviisideks.

Samuti võib meeste tervisekäitumist mõjutada see, millisel määral ollakse teadlikud käitumisega kaasnevatest riskidest ning kui tõenäoliselt peetakse, et antud riskid realiseeruvad (Renner et al., 2015). Uuringud on näidanud, et mida tõenäolisem ja negatiivsem on käitumisega kaasnev tagajärg, seda vähem käitumist esineb (Sheeran et al., 2014). Mehed on **vähem teadlikumad tervisest üldiselt**, spetsiifilistest haigustest, nende sümptomitest ning sellest, kuidas ennast kontrollida (Baker & Shand, 2017; Beier & Ackerman, 2003; Von Wagner et al., 2007). Samuti otsivad mehed võrreldes naistega iseseisvalt vähem **tervisealast infot** (Manierre, 2015). Mehed peavad võrreldes naistega **vähem tõenäoliselt ka riske, mis kaasnevad sigarettide, alkoholi või muude uimastite tarvitamisega** (Grevenstein et al., 2015; Lundborg & Andersson, 2008; Thornton et al., 2013).

Üks tervisekäitumise erinevuse põhjuseid peitub selles, kuidas mehed erinevad naistest oma reageeringus stressile. Uuringud on näidanud, et mehed **reageerivad stressile vähem tervislikul moel**: käitatakse riskantsemalt (Lighthall et al., 2009), tarbitakse rohkem alkoholi (Esper & Furtado, 2013), surutakse maha tekkinud emotsioone (Haga et al., 2009), otsitakse vähem sotsiaalset tuge (Zwicker & DeLongis, 2010). **Sotsiaalne toetus** aitab inimesel paremini stressiga toime tulla ning omab seeläbi kasu ka vaimsele ja füüsilisele tervisele (Taylor, 2011). Kuigi meestel võib olla oma suhtlusvõrgustikus rohkem inimesi, on naised oma suhetes lähedasemad ja on nendesse enam investeerinud: seeläbi pakuvad ja saavad nad rohkem sotsiaalset toetust (ibid).

Olulist rolli käitumises ning kogetud tervises seisundis võib mängida ka inimese **tajutud kehapiilt**. Mehed ei pruugi soovida oma kaalu vähendada või kontrollida, sest nad alahindavad oma keha suurust rohkem kui seda teevad naised (Betz et al., 1994; Yan et al., 2009) ning tunnevad vähem välimusega seotud ärevust kui naised (Calogero & Thompson, 2010). Meeste seas sotsiaalselt eelistatud kehatüüp olla suur ja lihaseline võib viia käitumiseni, mis kahjustavad nende tervist (ebatervislik dieet, steroidide tarvitamine) (Cafri et al., 2005; Thompson & Cafri, 2007).

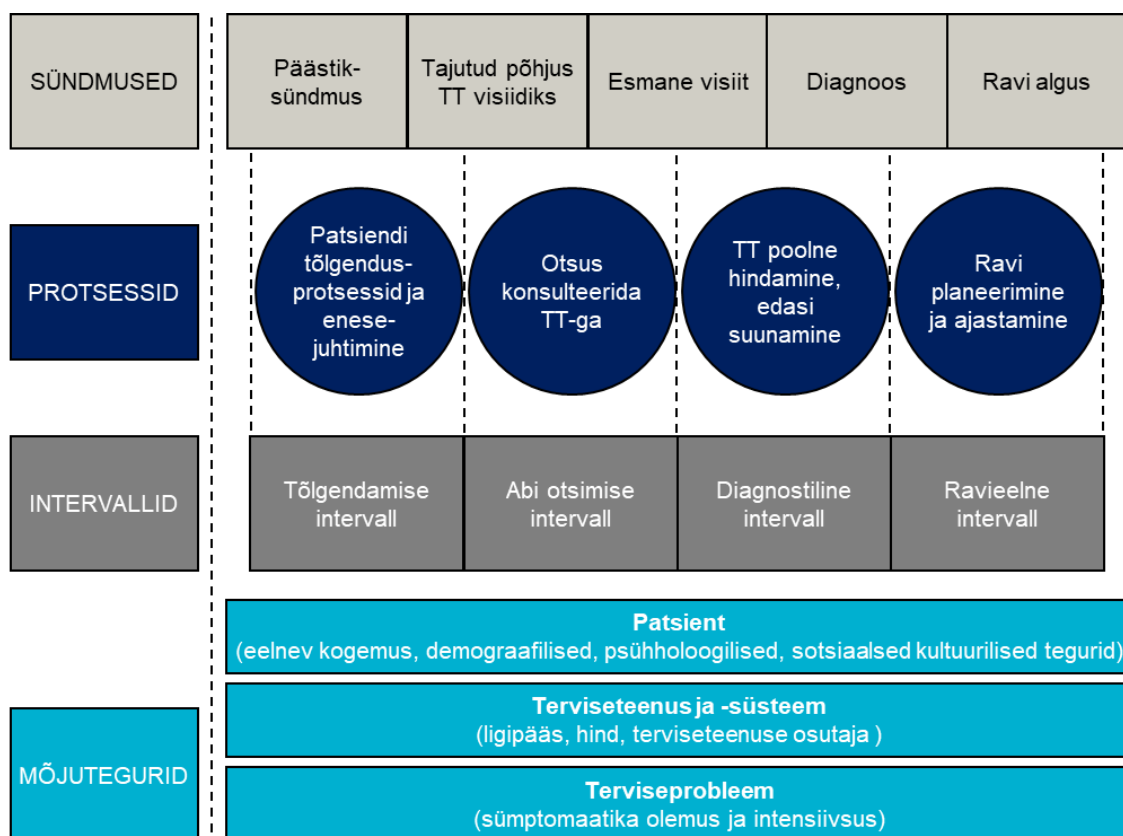
1.3 Peamised tegurid tervishoiu- ja nõustamisteenusteni jõudmisel ja nende kasutamisel

Mehed käivad vähem nii perearsti, eriarsti kui ka hambaarsti juures ja konsulteerivad vähem arstiga telefoni teel (Reile & Veideman, 2021). Samuti osalevad nad vähem sõeluuringutes (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021i).

Meeste tervishoiu- ja nõustamisteenuse kasutamist mõjutavate tegurite kirjeldamisel lähtume teoreetilisest mudelist, mis põhineb **raviteekonna mudelil** (*the model of pathways to treatment*) (Scott et al., 2013) (Joonis 2). Raviteekonna mudel kirjeldab sündmusi ja protsesse, mis võivad eelneada ravi saamisele, ning tegureid, mis neid sündmusi ja protsesse mõjutavad. Täpsemalt kirjeldab raviteekonna mudel detailselt psühholoogilisi mehhanisme, mis patsiendi otsuseid raviteekonnal kujundavad, ja ka sotsiaalseid, kultuurilisi, teenuse ja tervisemurega seotud mõjutegureid.

Esimene sündmus raviteekonnal on muutuse tajumine, seejärel tervishoiutöötajaga (TT) sümptomitest rääkimiseks põhjuste olemasolu tajumine, esimene konsultatsioon tervishoiutöötajaga, diagnoos ning ravi algus. Iga patsient ei läbi raviteekonna igat etappi: näiteks kui konsultatsiooni käigus selgub, et diagnoosi vajav tervisemure puudub, siis järgnevaid etappe – diagnoosi ja ravi alustamist – sellele ei järgne.

Joonis 2. Meeste tervishoiu- ja nõustamisteenuse kasutamist mõjutavate tegurite teoreetiline mudel



Raviteekond saab alguse päästiksündmusest

Osadel juhtudel ei eelda patsiendi jõudmine tervise teenuseni seda, et tekkinud on kehaline muutus. Seetõttu oleme laiendanud raviteekonna mudeli algussündmust nii, et selleks on igasugune päästiksündmus, mil mees:

- tajub muutust kehas või vaimses tervises (nt valu, väsimus, vähene võhm, unehäired);
- näeb visuaalset muutust (nt kahtlased sünnimärgid, kehakaalu tõus);
- tajub muutust emotsionaalses heaolus (nt meeleolu langus, ärevuse tõus, paanikahoogude esinemine);
- tajub muutust sotsiaalses toimimises ja toimetulekus (nt vähenenud võime käia tööl);

- märkab enda tervise seisukohast olulist informatsiooni (nt söeluuringu kutse, perearsti kõne, küsimus elukaaslaselt, millal mees viimati arsti juures käis);
- on elusündmuste keskel, mis panevad teda enda tervise või tervisekäitumise peale rohkem mõtlema (nt uus suhe, lapse sünd, sõbra terviseprobleem);
- elab üle tõsise terviserikke (nt infarkt, insult).

Raviteekond koosneb erinevatest üksteisele järgnevatest protsessidest

Sündmustevahelisel ajal toimuvad protsessid/tegevused, mille tulemused võivad (aga ei pruugi) viia järgmise sündmuseni. Antud uuringu kontekstis on oluline kirjeldada protsesse, mis jäävad muutuste tajumise ja tervishoiutöötaja poole pöördumise vajalikkuse tajumise vahele (tõlgendus- ja enesejuhtimisprotsess), ning protsesse, mis jäävad pöördumise vajalikkuse tajumise ning esimese konsultatsiooni vahele (abi otsimise protsess).

Tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessi jooksul hinnatakse muutusi ning võidakse reageerida tegevustega, mis ei ole abi otsimine (nt enese ravimine iseseisvalt). Enesejuhtimine võib esineda mitmel kujul, kaasaarvatud sümptomite aktiivne jälgimine, enese ravimine, elustiili kohandamine ja asjatundmatult inimeselt nõu küsimine. Samuti on antud ajavahemiku jooksul väga tähtis sotsiaalne ja kultuuriline kontekst. Näiteks võivad sümptomeid märgata pereliikmed, sõbrad või elukaaslane ning aidata sümptomeid mõista ja enesega toime tulla.

Tõlgenduse või ebaõnnestunud enesejuhtimise protsessi käigus tõdemuseni jõudmisel, et on olemas põhjus sümptomite osas tervishoiutöötajaga nõu pidada, jõutakse **abi otsimise protsessi**. Antud protsessi jooksul tehakse otsus, kas abi otsida, ning korraldatakse abi otsimine. Sümptomitest rääkimise põhjuste tajumine ei pruugi tingimata tähendada, et inimene soovib või kavatsseb abi otsida või võtab vastu otsuse abi otsida. Tal võib olla konkureerivaid eesmärgi, nagu näiteks töö või laste eest hoolitsemine, ootused abi otsimise suhtes või probleemid teenuse osutaja kättesaadavuse või ligipääsetavusega.

Eelnevat kokku võttes ning asetades seda antud töö konteksti võib öelda, et esimese konsultatsioonini jõudmisel on olulisel kohal nii see, kas inimene võtab abi otsimise üldse endale eesmärgiks, kui ka see, kui hästi ta selle eesmärgi poole püüdlemisega hakkama saab. Raviteekonna mudel toob välja erinevad mõjutegurid, mis mõjutavad raviteekonna läbimise kiirust ja suunda. Tuginedes teemakohasele kirjandusele ja teooriatele, on järgnevalt eraldi välja toodud mõjutegurid, mis mõjutavad nii tõlgenduse ja enesejuhtimise kui ka abi otsimise protsessi läbimist.

1.3.1 Tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessi mõjutegurid

Tõlgenduse ja enesejuhtimise protsesse aitab paremini raamistada **terve mõistuse mudel** (*the common sense model*) (Leventhal et al., 1992, 2016). Mudel kirjeldab, kuidas inimese teadmised, informatsioon sotsiaalsest keskkonnast ning varasemad haiguskogemused mõjutavad seda, kuidas terviseohte tõlgendatakse ning neile reageeritakse (Hagger & Orbell, 2021). Lihtsustatult käivitab selle mudeli kohaselt konkreetne kogemus (nt sümptom) protsessi, mille eesmärk on aru saada muutusest ja otsustada, kas ja kuidas muutusele reageerida. Kõigepealt tõlgendatakse muutuseid tervises. Kujunenud arusaama muutustest kasutatakse, et luua tegevusplaane ja toimetuleku strateegiaid muutuse (ohu) ohjamiseks ning negatiivsete emotsioonide reguleerimiseks (enesejuhtimine). Peale strateegiate rakendamise hinnatakse käitumise edukust eesmärkide (ohu ja negatiivsete emotsioonide vähendamine) saavutamisel. Läbi pideva tagasiside võib kogu protsessi tulemus põhjustada algsete tõlgenduse ja käitumise ülevaatamise ning muutmise.

Arusaama muutusest kognitiivsel tasandil on võimalik liigitada viie erineva tunnuse abil: identiteet, ajaskaala, põhjused, tagajärjed ja kontrollitavus (Hagger & Orbell, 2021).

- **Identiteedi** alla kuulub ohule antud nimetus ning kogetud sümptomid ja muutus funktsioneerimises.
- **Ajaskaala** hõlmab terviseohu ajalist kestust, mis võib olla objektiivne (teadmine, kaua sümptomid kestavad) ja tajutud (kogemuslikult tajutud kestus).

- **Põhjused** sisaldavad diagnoositud (informatsioon arsti käest) või tajutud (nt halvaks läinud toidu söömine) faktoreid, millest sümptomid on tingitud. Põhjuseid on võimalik grupeerida välistest tekitajatest (viirused, bakterid, stress), sisemistest omadustest (vanus, geneetika) või käitumisest (suitsetamine, alkoholi tarbimine) tingituks.
- **Tagajärg** sisaldab nii oodatud kui ka tajutud füüsilist, psühholoogilist, sotsiaalset, majanduslikku mõju, mida terviseoht tekitab.
- **Kontrollitavus** viitab sellele, kuivõrd inimene eeldab või tajub, et ekspert või tema ise saab ohtu tervisele kontrollida.

Näiteks kurgus valu tundes võime anda sellele nimetuse kurgupõletik (identiteet), pidada seda viiruste poolt tekitatuks (põhjused), mõne aja pärast mööduvaks (ajaskaala), töölt eemale jäämist tingivaks (tagajärjed) ning enese poolt ravitavaks (kontroll).

Üheks oluliseks teguriks võib olla see, **kas tervist ohustavat muutust pannakse üldse tähele**. Selleks et tähelepanu tõmmata, peab muutus olema piisava kaaluga. Mehed tunnevad võrreldes naistega oma kehaga seoses vähem rahulolematust ja häbi, mis võib tähendada, et nad ei keskendu niivõrd palju enda kehale ning neile võivad sellega seotud muutused üldse või pikaks ajaks tähelepanuta jääda (Calogero & Thompson, 2010; George & Fleming, 2004).

Tajutud abi otsimise põhjuse olemasolu sõltub tavaliselt tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessi tulemustest. Protsessi käigus võidakse jõuda selleni, et vajadust tervishoiutöötajaga sümptomite üle arutleda ei nähta ning seega ei kaaluta ega kavatseta ka abi otsida. Näiteks kui usutakse, et sümptomite tagajärjed on väikesed ja vähetõenäolised, mööduvad iseenesest ning alluvad enda kontrollile ilma, et tekiks emotsionaalseid reaktsioone, siis suure tõenäosusega üritatakse probleemi ise ravida (koduste vahendite abil) kui otsitakse abi tervishoiutöötajatelt (Khraim & Carey, 2009; Molassiotis et al., 2010; Moloczij et al., 2008). Samas kui usutakse, et sümptomite puhul on tegemist tõsise seisundiga, mis vajab tervishoiutöötaja sekkumist, või sümptomid segavad funktsioneerimist (tagajärg) ja tekitavad muret (emotsioon), otsitakse abi (Barr et al., 2006; Mandelzweig et al., 2006). Samuti võib põhjuseks olla tajutud suutmatust toime tulla sümptomitega (nt püsivus, eneseravimise ebaõnnestumine).

Meeste tervisekäitumise mõjutegureid kajastav peatükk (ptk 1.2) kirjeldas, kuidas mehed ja naised tunnetavad oma keha ja oma tervist erinevalt. Antud erinevusi on võimalik kasutada ka tõlgendus- ja enesejuhtimisprotsessis meeste ja naiste vaheliste erinevuste kirjeldamisel. Näiteks võib muutuse tõlgendus- ja enesejuhtimise protsessi mõjutada nii meeste **madalam tervisealane teadlikkus** kui ka **madalam riskitaju** (Baker & Shand, 2017; Beier & Ackerman, 2003; Grevenstein et al., 2015; Lundborg & Andersson, 2008; Thornton et al., 2013; Von Wagner et al., 2007). Kognitiivsel tasandil võib madalam teadlikkus tingida selle, et muutuseid tõlgendatakse erinevate tunnuste lõikes valesti. Näiteks ei viida kokku, et kogetud sümptom on seotud haigusega, arvatakse, et see kestab lühemat aega ning omab väiksemaid tagajärgi kui see tegelikkuses on. Madalam riskitaju vähendab ka võimalust, et muutuse põhjuseks peetakse enda käitumisega seotud tegevust.

Hirm saada teada, et ollakse tõsiselt haiged, võib mehi mõnikord viia käitumiseni, kus eelistatakse sümptomite all kannatada, selle asemel et sattuda olukorda, kus neile võidakse öelda, et nad on raskelt haiged (Coles et al., 2010; Gascoigne et al., 1999; Hale et al., 2007). Kui haigust tajutakse väga ohustavana ning sellega kaasneb kõrgenenud hirmu reaktsioon, võib see mõjutada inimese toimetulekukäitumist nii, et terviseohuga tegelemise asemel keskendutakse rohkem emotsioonide ja **erutuse maandamisele läbi sõltuvusainete või emotsioonide ventileerimise** (Leventhal et al., 1980). Samuti võib mehes negatiivseid emotsioone tekitada **hirm ebameeldivate protseduuride ees**, piinlikkus isiklikest probleemidest arstile rääkimise ees ja arsti ees lahtiriietumine ning kehv kommunikatsioon tervishoiutöötajatega (Yousaf et al., 2015). Doherty ja Kartalova-O'Doherty (2010) uuringus oli **piinlikkustunne** kõige olulisem põhjus, miks mehed probleemide korral vaimse tervisega abi ei otsinud. Tervisemure korral potentsiaalseid toimetulekuviise kaaludes võib negatiivne eelhoiak tervishoiuteenuste või nende pakujate suhtes vähendada mehe silmis abi otsimise väärtust.

Mehe eneseregulatsioon sõltub ka **teiste inimeste sisendist ja asjatundlikkusest**. Mehed võivad aktiivselt küsida nõu elukaaslaselt, perelt, sõpradelt või saada nõu, kui teised märkavad tema sümptomeid (Molassiotis et al., 2010; Moloczij et al., 2008). Võrreldes naistega on meestel vähem lähedasi suhteid ning nad otsivad vähem ka sotsiaalset tuge (Zwicker & DeLongis, 2010). See võib tähendada, et mehed sõltuvad probleemide lahendamisel ja tõlgendamisel rohkem iseendast.

Austraalias vaimse tervise alaste nõustamiste meespatsientide seas läbi viidud küsitlus (n=73) näitas, et **60 protsendil juhtudest mõjutas meeste otsust abi otsida keegi teine** (32% tegi otsuse ise) ning 37% meestest ütles, et ilma teiste soovituseta nad poleks vaimse tervise abi otsinud (Cusack et al., 2004). Kõige sagedasemad ja mõjukamad abi otsimise soovitajad olid kas meeste partnerid või perearstid/tervishoiutöötajad, veidi vähem ka sõbrad ja vanemad.

1.3.2 Abi otsimise protsessi mõjutegurid

Kui patsient on tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessis jõudnud järelaluseni, et tema sümptom või tajutud muutus väärib arutamist tervishoiuspetsialistiga, saab alguse protsess, mille käigus otsustatakse, kas ja kellelt abi otsida, ning tehakse abi saamiseks vajalikke ettevalmistusi.

Tervishoiutöötaja poole pöördumise otsust ja selleni jõudmiseks vajalikke tegevusi võivad mõjutada mitmed tegurid. Neid tegureid on kategoriseeritud sotsiaal-kognitiivse teooria abil, mille järgi on käitumise olulisteks mõjutajateks **enesetõhusus** (kas mul on võimalik eesmärk saavutada?) ja **käitumise oodatud tagajärjed** (mis juhtub, kui eesmärk saab täidetud?). Järgnevalt on kirjeldatud tegureid, mis aitavad kaasa või pärsivad mehe enesetõhusust abi otsimisel ning abi otsimise oodatavaid positiivseid ja negatiivseid tagajärgi.

Enesetõhusust mõjutavad tegurid

Enesetõhusus tervishoiuteenuse kasutamise kontekstis on inimese tajutud võime abi saamiseks vajalikke takistusi ületada. Takistused võivad:

- tuleneda inimesest endast,
- olla seotud teenusega,
- olla seotud teenusepakkujaga.

Inimesest endast tulenevad takistused on näiteks oskused-teadmised, tervises seisund ja isikuomadused. Meestel on naistest vähem sümptomite, ravi ja teenuste kohta käivaid teadmisi, mis on üheks põhjuseks, miks abi otsimist lükatakse edasi ja reageeritakse alles siis, kui sümptomid muutuvad tõsisemaks. Samuti on mehed vähem kindlad selles, millise tervishoiuasutuse või -töötaja poole milliste sümptomite korral pöörduda (Yousaf et al., 2015). Rochlen et al., (2010) läbiviidud uuring kajastas 45 fookusgrupis osalenud varasemalt depressiooni diagnoosi saanud mehe kogemust ja intervjuude analüüsimisel selgus, et depressiooni teemal rääkimine nii tervishoiutöötaja kui ka sõbra ja pereliikmaga oli keeruline muuhulgas sellepärast, et paljudel meestel **puudub sõnavara emotsioonidest rääkimiseks**. Selle üheks tagajärjeks võib olla, et vaimse tervise probleeme püütakse lahendamise asemel vältida. Näiteks on Scholz et al., (2017) leidnud, et depressioonis mehed tunnevad naistega võrreldes enam viha ja tegelevad rohkem tähelepanu kõrvalejuhtivate tegevustega selle asemel, et abi otsida.

Inimesest endast tulenev takistus, mis mõjutab tervishoiutöötaja poole pöördumise otsust, on tema **tervises seisund**. Arsti juurde saamine võib olla keeruline nii füüsilise tervisehäire või puude kui ka vaimse tervise probleemi (näiteks depressioonist tuleneva energiapuuduse) tõttu (Bunde & Martin, 2006; Scott et al., 2013).

Lisaks võivad inimese motivatsiooni abi otsida mõjutada negatiivselt **isiksusega seotud omadused** nagu pessimism ja sagedasem negatiivsete emotsioonide kogemine. Seda kinnitas üks uuring, kus vaadeldi vanemaealiste (vanuses 64+) tervishoiuteenuste kasutamise psühholoogilisi mõjutegureid (Veazie & Denham, 2021). Kuna pessimism on üldine uskumus, et inimesega juhtuvad pigem halvad kui head asjad, võib pessimistlikumatel inimestel olla eeldus, et arsti juurde pöördumine on mõttetu. Ka nooremas eagrupid on

leitud emotsioonide mõju ennetavate tervise teenuste kasutamisele. Ühes uuringus leiti, et need, kes uuringus tehtud fotol naeratasid Duchenne'i ehk n-ö ehtsat naeratust, olid suurema tõenäosusega kasutanud viimase aasta jooksul mõnd ennetavat tervise teenust (Cross & Pressman, 2020). Duchenne'i naeratust kasutatakse paljudes uuringutes positiivsete emotsioonide tundmise käitumusliku indikaatorina.

Teenusest või teenusepakkujast lähtuvad takistused on seotud teenuse kohta käiva info piisavuse, geograafilise, ajalise ja rahalise kättesaadavusega ning ka teenuse korralduse, kvaliteedi ja teenuseosutaja kompetentsidega.

Ühes Eesti meeste seas läbi viidud uuringus leidis enamik mehi, et meeste nii füüsilist kui ka vaimset tervist puudutavat **informatsiooni** on kas pigem vähe või liiga vähe. Meeste vaimse tervise info piisavuse kohta arvas lausa 85% vastanutest, et seda infot on kas pigem vähe või liiga vähe (sealhulgas 38% leidis, et infot on liiga vähe) (Jakobson, 2018).

Tervishoiutöötaja või -nõustaja poole pöördumine võib konkureerida muude oluliste eesmärkide ja tegemistega. **Ajapuudus ja ebasobivad või muude kohustustega kattuvad arstiajad** olid ühe uuringu kohaselt kolmas kõige sagedamini mainitud arsti juurde jõudmise takistus (Davies et al., 2000). Seda leidu toetas ka Doherty & Kartalova-O'Doherty, (2010) läbiviidud uuring, milles selgus, et täisajaga töötamine tähendab vähesemat tervishoiuteenuste kasutamist. Paljude töötavate meeste jõudmist arsti juurde võib mõjutada see, et pärast tööpäeva on kliinikud ja tervisekeskused suletud (Courtenay, 2003). Teenuse korraldusega seotud takistustena on nii mehed kui ka naised välja toonud, et arsti juurde aja saamine on tülikas, ootejärjekorrad on pikad ja vabu arstiaegu leida keeruline (Taber et al., 2015).

Lisaks ajalisele kättesaadavusele on oluline ka **geograafiline kättesaadavus**. Schlichthorst et al., (2016) leidsid Austraalia meeste seas läbi viidud uuringus, et mida kaugemal elas mees perearstist, seda väiksem oli tõenäosus, et ta viimase 12 kuu jooksul on enda perearsti külastanud.

Mitmete empiiriliste uuringute järgi on meeste jaoks oluliseks takistuseks **tervishoiutöötajate kommunikatsioon**: info esitamise selgus, vähene viisakus, negatiivne suhtumine patsienti ja liigne kiirustamine (Yousaf et al., 2015). Kuigi mehed eelistavad naistest veidi lühemaid arstivisiite, vajavad nad siiski kindlustunnet, et arsti visiidi ajal jõuti mingi praktilise lahenduseni. George & Fleming, (2004) leidsid enda uuringus eesnärvähiga meeste seas, et paljudel meestel on tunne, et tervishoiutöötaja kiirustab liialt ja et lühikese visiidi ajaga ei jõua midagi saavutada. Meeste **ootusi tervise teenuse osutajate kommunikatsioonile** ei ole küll palju uuritud, kuid ühe uuringu järgi väärtustavad mehed perearsti juures otsekohest, nähtavat kompetentsust, läbimõeldud humoorikust, empaatiat ja terviseprobleemide kiiret lahendamist (Smith et al., 2008). Kui arst neid ootusi piisaval määral ei täida, võib see vähendada valmisolekut tulevikus terviseprobleemiga arsti juurde pöörduda. Ka antud uuringu raames tehtud ekspertintervjuudes toodi välja vajadust meestega nii terviseprobleemidest kui ka ravi mõjudest rääkida, ent kardeti, et perearstidel ja eriarstidel napib selleks praegu aega ning meditsiiniõdede nõu ei pruugita võtta sama tõsiselt.

Pöördumise oodatavaid tagajärgi mõjutavad tegurid

Kavatsus tervishoiutöötaja poole pöörduda on mõjutatud ka pöördumise oodatavatest tulemustest. Otsuse langetamisel mängib olulist rolli ootus, millised soovitud ja mittesoovitud tagajärjed ja millise tõenäosusega võivad kaasneda tervishoiutöötaja poole pöördumisega.

Motiveeriv oodatav tagajärg on näiteks veendumus, et tervishoiutöötaja poole pöördumisel leitakse sümptomitele või terviseprobleemile leevendus. Samuti võib motiveeriv oodatav tagajärg olla see, et tervishoiutöötaja poole pöördumine on kooskõlas inimese identiteedi või minapildiga kellestki, kes hoolitseb enda tervise eest.

Motiveerivate oodatavate tagajärgede kõrval on mitmeid **võimalikke mittesoovitud tagajärgi**, mis võivad kallutada meest tervishoiutöötaja poole mitte pöörduma. Tõlgenduse ja enesejuhtimise protsessi alapeatükis (ptk 1.3.1) kirjeldatud **hirm ebameeldivate protseduuride ees, hirm saada teada, et ollakse tõsiselt haige**, ning **piinlikkustunne** võivad tugevdada negatiivset hoiakut tervishoiutöötaja poole pöördumise osas nii, et see kui üks probleemi lahendamise võimalusest jäetakse kõrvale. Kuid isegi juhul, kui leitakse, et

tervishoiutõtaja poole pöördumine oleks vajalik, võivad hirm ja piinlikkustunne vähendada motivatsiooni tervishoiutõtajaga konsulteerida või seda edasi lükata. Samuti võidakse soovida vältida arsti visiidiga kaasnevaid negatiivseid emotsioone. Nii mehed kui ka naised on uuringus väljendanud, et **nad ei soovi kuulda seda, mida arstil neile öelda** on, ning et on tüütu alati sama asja kuulda, näiteks soovitus kaalu langetada või suitsetamine lõpetada (Taber et al., 2015).

1.3.3 Maskuliinsuse normid

Raviteekonna mudelis kirjeldatud tõlgendus ja enesejuhtimise ning abi otsimise protsesse mõjutavad ka **maskuliinsuse normid**. Sooliste erinevuste uuringutes on kirjeldatud hegemoonilist maskuliinsust ehk domineerivaid arusaamu soolisest identiteedist, mis mõjutab meeste käitumist (Coles et al., 2010). **Maskuliinsuse ideaalide** (*masculinity ideals*) all on välja toodud järgmisi komponente: emotsioonide kontrollimine, võitmine/võistluslikkus, töö prioriteetsus, riskialdis käitumine, vägivaldsus, heteroseksuaalsus, playboylikkus, võim naiste üle ja iseseisvus (Mahalik et al., 2007).

Lisaks raviteekonna mudelis kirjeldatud protsessidele näitavad meeste ja noorukite seas tehtud uuringud järjekindlalt, et soospetsiifilised sotsiaalsed normid mõjutavad nii abi otsimist kui ka muud tervisekäitumist (World Health Organization, 2014). Tõlgendus- ja enesejuhtimise protsessis võib näiteks **norm olla iseseisev ning tugev** tähendada seda, et mehed ei kaalu võimaliku probleemi lahendusena tervishoiutõtaja poole pöördumist (Levant & Richmond, 2008; Yousaf et al., 2015). Uuringute järgi võivad mehed uskuda, et nende **terviseprobleemid paranevad aja jooksul** iseenesest, arsti külastamiseks ei olda veel piisavalt haiged ning ei soovita raisata arsti aega ja teha ilmaasjata tüli (Mansfield et al., 2005; O'Brien et al., 2005). Kui mees on otsustanud, et arsti sekkumine oleks vajalik, võib mees arsti juurde pöördumise ära jätta või edasi lükata seetõttu, et arsti juurde minek läheks vastuollu tema arusaamaga sellest, milline on mehelik käitumine, ning saata signaali teistele, et mees ei ole piisavalt mehelik.

Mehelikkuse ebakindluse termin (ingl *precarious manhood*) viitab teooriale, mille kohaselt mehelt on mehelikkust kergem n-ö ära võtta kui naiselt naiselikkust, mistõttu vajab mehelikkus rohkem ja järjepidevamat tõestamist ja kaitsmist (Vandello et al., 2008). Mitmetes uuringutes on näidatud, et kui mehed tajuvad, et nende mehelikkus seatakse küsimuse alla, väärtustavad nad enam maskuliinsuse ideaale (Willer et al., 2013). Soorolli surve teooria kohaselt püütakse ühe maskuliinsuse osa või ideaali ohtu sattumisel seda kompenseerida, võimendades teisi maskuliinsuse komponente. Nii võib näiteks haiguse tõttu töölt kõrvale jäämise korral mees seda kompenseerida nii, et püüab veel enam ise üksinda toime tulla ja ei soovi abi küsida. Mitmete riikide, näiteks USA, Austraalia ja Keenia meeste seas läbi viidud uuringutes on leitud, et **konformeerumine maskuliinsuse ideaalidega** või normidega suurendab tõenäosust riskikäitumiseks ning vähendab tervist toetavateks tegevusteks, nagu näiteks tervisemure korral tervishoiutõtaja poole pöördumine (Mahalik et al., 2006, 2007).

Kui mehe jaoks on oluline vastata maskuliinsuse ideaalide järgi sätestatud standarditele, võib mees tunda ka **häbi ehk enesestigma** enda probleemide tõttu. Enesestigma omakorda vähendab tõenäosust, et mees üldse abi otsiks, ning kui mees otsustab siiski abi otsida, pikendab enesestigma seda aega, mis kulub esmaste sümptomite avaldumisest kuni abi otsimiseni (Steinfeldt & Steinfeldt, 2012).

Tervishoiutõtaja poole pöördumine ja maskuliinsus on konfliktis ka **vaimse tervise teenuste kasutamise puhul**. Abi otsimisega võib seonduda soorolli konflikt. Traditsiooniliselt on mehe roll olla võimukas, iseseisev ja enda emotsioone kontrolli all hoidev ning need omadused ei lähe kokku abi otsimisega (Addis & Mahalik, 2003). Abi otsimist kaaludes võib mehes esineda soorolli konflikt ehk vastuolu käitumise (nt arsti juurde pöördumine) ja soorollist tulenevate ootuste (ootus, et mees on iseseisev ja saab endaga ise hakkama) vahel. Mehed, kes tajuvad enam soorolli konflikti, kui nad tunnevad, et peavad käituma vastupidiselt soorolli normidele, otsivad väiksema tõenäosusega abi vaimse tervise probleemidele. Samuti on mitmetes uuringutes leitud, et meeste uskumus, et mehed ei peaks enda emotsioone väljendama, on oluline vaimse tervise abi otsimise takistus (Johnson et al., 2012; O'Brien et al., 2005).

Maskuliinsuse ideaalid võivad mõjutada ka meeste valikut, **millisest soost tervishoiutöötaja poole pöörduda**. Näiteks on leitud, et maskuliinsuse ideaale enam järgivad mehed eelistavad meessoost arste, kuna eeldavad, et meessoost arstid on kompetentsemad kui naissoost arstid. Teisalt räägivad nad meessoost arstidele enda sümptomitest vähem kui naissoost arstidele (Himmelstein & Sanchez, 2016).

Maskuliinsuste mitmekesisus

Üha enam võetakse meeste tervisekäitumist kirjeldavates uuringutes arvesse arusaama, et mehed ei ole homogeenne rühm ning et on olemas **rohkem kui üks maskuliinsuse vorm**. Üks peamisi maskuliinsuste uurijaid, Raewyn Connell (1987) defineerib maskuliinsust kui sotsiaalset konstruktsiooni, mis sõltub muuhulgas kultuurist, ajaperiодist ja geograafilisest asukohast. Connell kirjeldab erinevaid maskuliinsuste vorme, mis peegeldavad meeste mitmekesist vanuselist, rassilist, etnilist, kultuurilist ja klassilist tausta.

Erinevaid maskuliinsusi iseloomustab ka hierarhilisus ning dominantne maskuliinsus iseloomustab selles ühiskonnas parajasti idealiseeritud maskuliinsuse omadusi. Tänapäeva lääneriikides iseloomustab dominantset või hegemoonilist maskuliinsust valge nahavärv, heteroseksuaalsus ja keskklassi kuulumine ning omadused nagu enesekehtestamine, domineerivus, füüsiline tugevus ja emotsioonide kontroll. Samas vastab ainult väike protsent meestest sellele maskuliinsuse kirjeldusele. Mehed, kes hegemoonilise maskuliinsuse standarditele ei vasta, võivad tajuda ühiskonna stigmat ja kriitikat, mis koos mehe püüdlustega vastata nn ideaalse maskuliinsuse normidele vähendavad mehe motivatsiooni enda tervise eest hoolitseda või tervisemure korral abi otsida (Evans et al., 2011).

Kuigi ühiskonnas on olemas dominantne maskuliinsuse vorm, võivad maskuliinsuse tähendused ja väljendamine siiski erineda. Näiteks infotehnoloogia-alast tööd võivad keskklassi kuuluvad mehed tõlgendada maskuliinsuse väljendusena, kuna IT-töoga kaasneb enamasti hea palk. Samas võib töölisklassi mehe jaoks IT-töö olla märk mehe füüsilisest nõrkusest ja seega minna vastuollu maskuliinsuse ideaalidega (Kang et al., 2017). Maskuliinsuse ideaalid võivad ka erinevate taustatunnustega meeste tervisekäitumist mõjutada erineval moel ja määral. Näiteks on leitud, et kõrgema sotsiaalmajandusliku taustaga mehed käivad väiksema tõenäosusega arsti juures, kui neil on ka tugevalt internaliseeritud maskuliinsuse normid, samas kui madalama sotsiaalmajandusliku taustaga meeste puhul ei mõjutanud nende maskuliinsuse normid arsti juures käimist (Springer & Mouzon, 2011).

Kokkuvõtteks: võimalikud põhjused, miks mehed kasutavad tervishoiuteenuseid vähem

- Madalam teadlikkus tervisest, spetsiifilistest haigustest, nende sümptomitest ja enesekontrollist. Vaimse tervise puhul teisiti avalduvad sümptomid.
- Võrreldes naistega peavad vähem tõenäoliseks riskikäitumisega kaasnevaid riske.
- Maskuliinsuse normide järgimine, mille kohaselt tervishoiutöötaja poole pöördumine tundub olevat konfliktis sooviga olla iseseisev ja tugev.
- Usk, et terviseprobleemid paranevad aja jooksul iseenesest, arsti külastamiseks ei olda veel piisavalt haiged, ei soovita raisata arsti aega ega teha tüli.
- Erinevad hirmud: hirm teada saada, et ollakse tõsiselt haiged; hirm ebameeldivate protseduuride ees, ei soovita kuulda, mida arstil on öelda (nt soovitus lõpetada suitsetamine).
- Piinlikkustunne: arstile isiklikest probleemidest rääkimise pärast (eriti vaimse tervise puhul), arsti ees lahtiriietumise pärast.
- Indiviidist tulenevad takistused: vähesed oskused-teadmised (nt puudub sõnavara emotsioonidest rääkimiseks), halb terviseseisund takistab pöördumist tervishoiutöötaja poole, isiksuseomadused (pessimism).
- Teenusest või teenusepakkujast tulenevad takistused: vähene info teenuse kohta, probleemid ajalise, rahalise ja geograafilise kättesaadavusega, teenuse korraldus, kvaliteet ja teenuseosutaja kompetentsid (nt tervishoiutöötaja kehv kommunikatsioonioskus).

1.4 Peamised riskirühmad

Kõik eelnevalt kirjeldatud tegurid ei mõjuta kõiki mehi ühtemoodi. Ka muud identiteedi osad nagu vanus, sotsiaalne taust või seksuaalne orientatsioon võivad mõjutada meeste tervisenäitajaid ja tervisekäitumist (O'Brien et al., 2005; Robertson & Ebrary, 2007). Eesti 16–64-aastaste meeste hulgas on suurimad riskigrupid pea kõigis uuritud tervisenäitajates ja tervisekäitumises **alg- või põhiharidusega** mehed ning **töötud ja madalama sissetulekuga mehed** (<600 € leibkonnaliikme kohta) (Reile & Veideman, 2021). Üldise subjektiivse tervise ja vaimse tervise valdkonnas on riskigrupid ka **lahutatud või lesestunud ning üksinda elavad mehed**. **Vaimse tervise** näitajad on kehvemad **noortel meestel vanuses 16–24** ning **maapiirkondades** elavatel meestel (*ibid*).

Järgnevalt on kaheksa sotsiaaldemograafilise näitaja abil kirjeldatud erinevate tervisenäitajate või tervisekäitumise poolest riskigruppidesse kuuluvaid mehi. Analüüsitud on, millised taustatunnused eristavad mehi erinevates tervisenäitajates (hinnang enda tervislikule seisundile ja erinevate vaimse tervise probleemide kogemine) ning tervisekäitumises (perearsti ja eriarsti külastamine, alkoholi ja tubakatoodete tarbimine, tervislik toitumine ja liikumine). Andmed tuginevad TAI 2020. aastal läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringule (Reile & Veideman, 2021), kui ei ole viidatud teisiti.

Vanus

Mida vanem on mees, seda suurema tõenäosusega hindab ta enda tervist halvaks või väga halvaks: 16–24-aastastest peab oma tervist (väga) halvaks 3% ning 55–64-aastastest meestest juba 21%. Samas on vaimse tervise näitajad pigem kehvemad nooremate meeste hulgas. Näiteks on viimase 12 kuu jooksul enesetapust mõelnud kõige rohkem vanusegrupis 16–24 (6%) ja kõige vähem vanusegrupis 55–64 (2%).

Kehvemad hinnangud enda tervisele väljenduvad arstikülastustes: nii perearsti kui ka eriarsti külastavad enim mehed vanuses 55–64 ja kõige vähem mehed vanuses 25–44. Samas noorimas vanusegrupis (16–24) on perearsti juures käinud mehi enam kui 25–44-aastaste seas (osaliselt hõlmab neid kuni 18-aastaste tervisekontrolli).

Rohke alkoholi tarbimise suurim riskigrupp on mehed vanuses 45–54: selles vanuses meestest pea kolmandik tarvitab vähemalt üks kord nädalas 6 või enam alkoholiühikut. 45+ vanusegrupis meeste seas on ka veidi rohkem igapäevasuitsetajaid kui nooremate meeste seas.

Vanusegrupis 55–64 on kõige rohkem neid, kes päevas väga vähe (< 15 minutit) jalgsi või rattaga tööle või töölt koju liiguvad (41%). Pea veerand selle vanusegrupi meestest ei spordi tervise tõttu. Kõige liikuvamad on noored mehed vanuses 16–24: pea kolmandik liigub rohkem kui 60 minutit päevas. Noored mehed tegelevad enam tervisespordiga ning toituvad tervislikumalt: söövad rohkem köögivilju ja vähem magusat.

Rahvus

Halvaks või üsna halvaks hindab enda tervist 11% eesti meestest ning 10% muust rahvusest meestest. Vaimses tervises on eesti meestel selgelt kehvemad näitajad: viimase 30 päeva jooksul on rohkem kui tavaliselt või talumatut stressis kogenud 20% eesti meestest ja 9% muust rahvusest meestest. Eesti mehed tunnevad ka mõnevõrra rohkem masendust (20%) kui muust rahvusest mehed (15%) ning on viimase aasta jooksul enam mõelnud enesetapust (8% vs. 3%).

Perearsti juures on viimase 12 kuu jooksul eesti mehed käinud sama palju kui muust rahvusest mehed (68% vs. 69%). Eriarstiabi on aga muust rahvusest mehed kasutanud mõnevõrra rohkem (49%) kui eestlased (43%).

Rohke alkoholi tarvitajaid on eestlaste seas (25%) oluliselt rohkem kui muust rahvusest meeste seas (16%).

Igapäevasuitsetajaid on muust rahvusest meeste seas (28%) veidi rohkem kui eestlaste seas (25%). Liikumisharjumuste muster on sarnane: neid, kes tervisesporti ei harrasta, on kummaski rahvusgrupis sama palju, päevas vähe liikujaid ka eestlaste hulgas (35%) vaid veidi rohkem kui muust rahvusest meeste hulgas (31%). Puu- ja juurvilju tarbivad eesti ja muust rahvusest mehed samuti üsna sarnaselt.

Haridustase

Hinnangutes enda tervislikule seisundile tulevad esile selged erinevused: kõrgharitud mehed hindavad enda tervist oluliselt paremaks kui kesk-, keskeri ning eriti alg- või põhiharidusega mehed. Kui kõrgharitud meeste seas oli neid, kes hindavad enda tervist halvaks või üsna halvaks 4%, siis kesk- ja keskeri haridusega meeste seas oli neid vastavalt 10% ja 13% ning alg- või põhiharidusega meeste seas juba 19%. Erinevused on ka vaimse tervise valdkonnas: 5% kõrgharitud meestest tõdes, et on viimase 12 kuu jooksul mõelnud enesetapust, kuid alg- või põhiharitud meeste seas oli nii vastanuid proportsionaalselt pea enam kui kaks korda rohkem – 12%. Sarnane muster torkab silma ka teistes vaimse tervise näitajates, nagu talumatu stressi, masenduse ja üleväsimuse kogemine.

Terviseprobleeme raporteerivad madalama haridustasemega mehed küll rohkem, aga mitmeid terviseteenuseid (perearst, eriarst, telefoni teel arstiga konsulteerimine) kasutavad erineva haridustasemega mehed enam-vähem sama palju. Kui kõrgharitud meestest on viimase 12 kuu jooksul eriarstiabi kasutanud 43%, siis alg- või põhiharidusega meestest on enda sõnul teinud seda vaid 45%. Arvestades, et viimaste hinnang oma tervisele on kehvem, siis võivad nad teenuseid tegelikult rohkem vajada kui nad kasutavad.

Igapäevasest tervisekäitumisest on näha, et madalama haridustasemega mehed tegelevad rohkem tervist kahjustavate tegevustega: igapäevasuitsetajaid on alg- või põhiharidusega meeste seas 38%, kesk- ja keskeriharidusega meeste seas vastavalt 27% ja 33%, kuid kõrgharitud meeste seas vaid 10%. Erinevused on ka rohke alkoholi (vähemalt üks kord nädalas korraga kuue või enama alkoholiühiku tarvitamine) tarbimises, igapäevastes liikumisharjumustes ja tervisespordi harrastamises.

Tööhõive ja sissetulek

Töötud ja mittetöötavad mehed hindavad enda tervislikku seisundit palju halvemaks kui töötavad mehed: enda sõnul halva või üsna halva tervisega on 20% töötutest, aga vaid 6% töötavatest meestest. Veel suuremad erinevused on madalama ja kõrgema sissetulekuga meeste vahel. Vähem kui 600 eurot kuus leibkonnaliikme kohta teenivatest meestest hindab enda tervist halvaks või üsna halvaks rohkem kui veerand vastanutest, kõrgema sissetulekuga meeste seas on neid palju vähem: 10% (600–999 € kuus leibkonnaliikme kohta teenivad mehed), 7% (1000–1399 € kuus teenivad mehed) ja 3% (> 1400 € kuus teenivad mehed).

Enesetapust on viimase aasta jooksul mõelnud 5% töötavatest, aga lausa 17% töötutest meestest. Ka teistes vaimse tervise näitajates (talumatu stressi, masenduse ja üleväsimuse kogemine) on väga suured erinevused, mille põhjal võib hinnata, et töötute meeste vaimne tervis on palju kehvemas seisus. Erinevused vaimse tervise näitajates on ka väiksema ja suurema sissetulekuga meeste vahel.

Töötud ja madalama sissetulekuga mehed kasutavad perearsti ja eriarsti teenuseid enam-vähem sama palju kui töötavad ja kõrgema sissetulekuga mehed ning arvestades seda, et terviseprobleeme on töötute ja madalama sissetulekuga meeste seas rohkem, võib järeldada, et terviseteenused on nende poolt alakasutatud.

Tervisekäitumise puhul on tähelepanuväärne, et rohkem alkoholi tarbivad, igapäevaselt liiguvad ning tervisespordiga tegelevad töötud ja töötavad ning madala ja kõrge sissetulekuga mehed enam-vähem sama palju. Kuid igapäevasuitsetajaid on töötute (38%) seas enam kui töötavate meeste (24%) seas. Kõige madalama sissetulekuga (< 600 € kuus) meeste seas on igapäevasuitsetajaid märkimisväärselt rohkem (35%) kui kõrgema sissetulekuga meeste seas (sõltuvalt sissetulekust 21–25%).

Tõine tegevusala

Riskigruppi on suurem tõenäosus kuuluda meestel, kes töötavad tegevusaladel, kus on palju tõiseid ohutegureid. Tööinspektsiooni statistika järgi on palju tõiseid ohutegureid ja ka keskmiselt enam tööõnnetusi järgmistes EMTAK tegevusalade klassifikatsiooni järgi loetletud tegevusalades: põllumajandus, mäetööstus, töötlev tööstus, ehitus, hulgi- ja jaekaubandus, mootorsõidukite ja mootorrataste remont, veondus ja laondus, haldus ja abitegevused, avalik haldus ja riigikaitse ning tervishoid ja sotsiaaltoetused. Näiteks oli 2021. aastal kõige enam tööõnnetusi metallitööstuse, kaubanduse, ehituse, puidutööstuse ning veonduse ja laonduse tegevusaladel (Tööinspektsioon, 2022). Enamikus neist töövaldkondadest on meeste osakaal suurem, mida näitab ka statistika: tööõnnetusi juhtub igal aastal meestega pea kaks korda enam kui naistega.

Eesti kohta puuduvad küll andmed rohkemate ohuteguritega valdkondades töötavate meeste tervisenäitajate ja tervisekäitumiste kohta, aga näiteks Austraalias läbi viidud uuringute põhjal on leitud, et füüsilist tööd tegevate meeste hulgas (nn sinikraed) on kõrgem risk enneaegsele surmale haiguste tõttu, nagu diabeet, (jäme)soolevähk, ning ka kõrgem enesetapurisk (Du Plessis et al., 2013). Ka Eestis võivad nendel tegevusaladel töötavad mehed olla kehvemate tervisenäitajatega ning tegeleda vähem tervist toetavate ja rohkem tervist kahjustavate tegevustega.

Elukoht

Maapiirkondades (13%) ja muudes linnades (11%) elavad mehed hindavad enda tervist halvaks või pigem halvaks veidi sagedamini kui Tallinnas elavad mehed (8%). Piirkondi võrreldes selgub, et Lõuna-, Kirde- ja Kesk-Eesti mehed hindavad enda tervist mõnevõrra kehvemaks kui Põhja- ja Lääne-Eesti mehed.

Väikesed erinevused on ka vaimse tervise näitajates: enesetapumõtteid on olnud maapiirkondades elavatel meestel mõnevõrra rohkem (9%) kui Tallinnas (6%) ja muudes linnades (6%) elavatel meestel; Lõuna-Eesti ja Lääne-Eesti (9%) meestel mõnevõrra rohkem kui Põhja-Eesti (6%) meestel. Rohket või talumatut stressi on kogunud maapiirkondades elavad mehed mõnevõrra rohkem (20%) kui Tallinnas (15%) ja muudes linnades (16%) elavad mehed. Enim on rohket või talumatut stressi kogunud Lõuna-Eesti mehed (22%).

Perearsti juures käiakse mõnevõrra enam piirkondades, kus on ka veidi kehvemad tervisenäitajad: maapiirkonnas elavad mehed rohkem (72%) kui Tallinnas elavad mehed (64%) ja muudes linnades elavad mehed (69%). Enim käivad perearsti juures Lõuna-Eesti (73%) ja Lääne-Eesti (73%) mehed. Samas eriarstiabi kasutanuid on Tallinnas enam-vähem sama palju (44%) kui maapiirkondades (43%) ning pisut enam muudes linnades (47%). Eriarstiabi kasutavad enim Kirde-Eesti mehed (54%).

Suur erinevus on rohke alkoholi tarvitamises: maapiirkondades tarvitab vähemalt üks kord nädalas korraga kuus või rohkem alkoholiühikut pea kaks korda suurem hulk meestest (28%) kui Tallinnas (16%). Muudes linnades tarvitab rohkelt alkoholi pea sama suur osa meestest kui maal (24%). Enim on rohke alkoholi tarvitajaid Kesk-Eesti meeste seas (33%) ja kõige vähem Kirde-Eesti meeste seas (18%). Erinevused on ka suitsetamisharjumustes: igapäevasuitsetajaid on maapiirkondades (30%) ja muudes linnades (28%) enam kui Tallinnas (20%).

Tallinna meeste seas on ka neid vähem, kes päevas väga vähe jalgsi/jalgrattaga tööle/töölt koju liiguvad (28%), samas kui maapiirkondade meeste seas on neid palju rohkem (41%). Samuti on Tallinna meeste seas vähem neid, kes ei söö üldse köögivilju või söövad neid vähem kui 300 g päevas ning seda võrreldes maapiirkondades ja muudes linnades elavate meestega (Tallinnas 68%, maapiirkondades 79% ja muudes linnades 76%).

Perekonnaseis ja sotsiaalne tugivõrgustik²

Oma tervist hindavad halvaks või pigem halvaks enim lahutanud või lehestunud mehed (27%), samas kui vallaliste hulgas on neid 13% ja (vaba)abielus meeste seas 9%. Üksi elavate meeste seas on enda sõnul halva tervisega mehi oluliselt rohkem (20%) kui vähemalt 4 liikmega leibkondades elavate meeste seas (5%). Vaimse tervise näitajates on samuti erinevusi: enesetapust mõelnuid on üksi elavate meeste hulgas keskmisest oluliselt enam: 14% (keskmine on 3%). Ka vallalised (12%) ja lahutatud/lehestunud mehed (13%) on mõelnud enesetapust enam kui (vaba)abielus mehed (4%). Vallalised, lahutatud/lehestunud ja üksi elavad mehed tunnevad ka palju rohkem tugevat stressi ning masendust.

Keskmisest vähem käivad perearsti juures vallalised ja üksinda elavad mehed, aga ka mehed, kelle leibkonnas on 4 või enam liiget. Eriarsti visiitide osas ei ole väga suuri erinevusi.

Erinevas suuruses leibkondades on igapäevasuitsetajaid enam-vähem sama palju, vallaliste seas veidi vähem (22%) kui keskmiselt (26%) ja lahutatud/leskede seas veidi rohkem (30%) (see on seotud vanusega, vallaliste

² Sotsiaalse tugivõrgustiku olemasolu on kaudselt hinnatud selle järgi, mitu liiget on mehe leibkonnas: kas mees elab üksi, 2–3-liikmelises leibkonnas või vähemalt 4-liikmelises leibkonnas.

hulgas on enam noori, kelle seas on igapäevasuitsetajaid vähem). Rohke alkoholi tarvitajate seas on enim lahutatud/leskesid (26%), peaaegu sama palju ka abielus mehi (25%), kuid vähem vallalisi (18%). Leibkonna suurus rohkem alkoholi tarvitamist eriti ei mõjuta.

Neid, kes päeva jooksul väga vähe liiguvad, on enam abielus meeste seas (37%) ja vähemalt 4 liikmega leibkondades elavate meeste seas (37%). Ka tervisesporti üldse mitte harrastajate seas on suuremates leibkondades elavaid mehi rohkem kui üksinda elavaid mehi.

LGBTQ mehed

Gei- ja biseksuaalsed mehed võivad langeda homfoobiast tuleneva vägivalda ohvriks ning kogeda sotsiaalset isoleerumist. Geimeeste seas on ka kõrgem enesetapu- ja enesevigastamise risk (Evans et al., 2011). Mittebinaarsete meeste ja transnaiste (st bioloogiliselt mehed) seas on samuti rohkem vaimse tervise probleeme, nagu ärevus, depressioon, söömishäired ja enesetapumõtted (Rutherford et al., 2021).

Tervishoiuteenuste kasutamiseks võib LGBTQ meestel vajalik olla ületada enam barjääre. Ühe USAs tehtud uuringu andmetel olid 23% mittebinaarsetest küsitletutest (nii bioloogilised mehed kui ka naised) vältinud viimase aasta jooksul arsti juurde minekut või ravi saamist, kuna kartsid diskrimineerimist (Liszewski et al., 2018).

2. Teiste riikide praktikad ja sekkumised meeste tervisekäitumise suunamisel

Selles peatükis kirjeldatakse teaduskirjandusest leitud sekkumisi ja riikide rakendatud praktikaid, mida on kasutatud meeste suunamiseks erinevatele tervishoiuteenustele. Sekkumised ei käsitle terviseteenuste (meditsiinilist) efektiivsust terviseprobleemide lahendamisel, kuna see ei ole käesoleva uuringu fookus. Erandiks on kogukonnakeskne lähenemine tervise parandamisele, mis on üks põhisekkumistest. Nendes lähenemistes segunevad parimad suunamis- ja aktiveerimispraktikad ning tervisenäitajate parandamine, seetõttu on mõistlik ka mõlemaid tulemusi kajastada. Kirjeldatud on neid sekkumisi, mis on suunatud ainult meestele. Kuna andmed sekkumiste tulemuslikkuse kohta on väga erineva kvaliteediga, on sekkumiste puhul välja toodud ka mõned uuringudisainiga seotud detailid.

2.1. Kas meestele on vaja eraldi poliitikameetmeid?

Kuna meeste tervisekäitumist mõjutavad mitmed ühiskondlikult keerukad tegurid, siis võivad olulised lahendused peituda väga **erinevates poliitikavaldkondades**, näiteks liiklustravalisuse tõstmises, vaesuse vähendamises, hariduspoliitikas jne (World Health Organization, 2018). Samuti võib oluline mõju olla **üldistel tervisepoliitikal**, kui need tegelevad meeste tervist enam mõjutavate probleemidega. Näiteks tubaka ja alkoholi kättesaadavust vähendavatel poliitikal on suur mõjupotentsiaal, kuna mehi mõjutavad need elustiiliriskid rohkem (*ibid*). Meeste vaimset tervist võivad parandada enesetappude vähendamisele suunatud sekkumised jne (Chang et al., 2019). Ka eraldi meestele suunatud tervisepoliitikaga riikides – Iirimaa ja Austraalias – on strateegiate kujundamisel lähtunud meeste tervist mõjutavate sotsiaalsete faktorite mõjutamisest (*social determinants approach*) (Baker, 2015), mille lahendused võivad olla universaalsed.

Senini ei ole selge, kas meeste tervise parandamiseks on tarvis eraldi meestele suunatud lähenemisi või piisab universaalsete **teenuste sootundlikust kujundamisest**. Seda seetõttu, et meestele suunatud sekkumisi on enamasti võrreldud tavasekkumistega või olukorraga, kus sekkumist pole, mitte aga tervele elanikkonnale suunatud alternatiivsete sekkumistega (Robertson et al., 2008). Samas on WHO (2018) märkinud, et tervisekäitumist suunavad kampaaniad, mis ei võta soopõhiseid probleeme või erisusi nii naiste kui ka meeste puhul arvesse, on sageli vähem efektiivsemad ning negatiivsete mõjudega. Näiteks kasutades tervisekampaaniates läbimõtleamatult mehelikke stereotüüpe, võivad kampaaniad meeste tervisekäitumist hoopis negatiivselt mõjutada.

2.2. Riikide praktikad

Ajalooliselt on soopõhised tervisepoliitikad olnud suunatud naiste ebavõrdsuse probleemidega tegelemisele, (World Health Organization, 2018), kuna tervisepoliitika mängib soolise ebavõrdsusega seotud probleemides olulist rolli. Samuti on sugudevahelist tervise ja suremuse lõhet käsitletud kui normaalsust, jättes tähelepanuta seosed soorollide ning tervisenäitajate vahel. WHO (2018) raport Euroopa meeste tervise seisust toob välja, et enamikus Euroopa riikides ei sisalda riiklikud tervisestrateegiad ettepanekuid meeste tervise edendamiseks ning vaadeldud 35 strateegiast oli mehi puudutavaid lahendusetpanekuid vaid nelja riigi tervisestrateegiates. WHO (2018) soovib kasutada tervisepoliitika kujundamisel soo-transformatiivset lähenemist. Lähenemisega tuleks tuvastada ja vähendada soopõhist ebavõrdsust tervisenäitajates, muuta soostereotüüpe ja -suhteid positiivses suunas ning toetada soolist võrdõiguslikkust. Samuti tagab edu sektoriteülene ning vabasektorit kaasav lähenemine ning soopõhise eelarvestamise kasutamine. Üks strateegiarahastus on välja pakutud WHO Euroopa meeste tervise ja heaolu strateegias (World Health Organization, regional office for Europe, 2018).

Häid näiteid teiste riikide praktikate ja sekkumiste kohta meeste tervisekäitumise parandamiseks leidub otsingu põhjal piiratud hulgal. Kõige rohkem ülevaateid leiab Iirimaa, Suurbritannia, Austraalia ja USA kohta. Probleemiks võib olla see, et teistes riikides rakendatavat praktikat ei kajastata laiemale avalikkusele kättesaadavate ülevaadete ja analüüsidena. Seetõttu on näited riikide parimatest ja halvimatest praktikatest integreeritud sekkumiste ülevaatesse. Eraldi käsitletakse Iirimaa näidet meeste strateegia loomisel.

Eraldi riiklikud meeste tervisepoliitika on Iirimaa, Austraalia ja Brasiilias. Brasiilia strateegia on keskendunud rohkem esmatasandi tervishoiu kättesaadavuse suurendamisele ning näiteks lahtiolekuaegade pikendamisel on olnud tervishoiuteenuste kasutamisele positiivne mõju (Baker, 2015). Austraalia riiklik meeste tervisepoliitika sarnaneb Iirimaaaga (vt allpool), lähtudes meeste tervisekäitumise sotsiaalsetest mõjuteguritest (*ibid*). Suurbritannias puudub eraldi meeste tervisepoliitika, ent kasutatakse sootundlikke poliitika (*gender mainstreaming*) ning suurt rolli mängivad meeste tervisekäitumist ja õigusi edendavad kodanikuühendused (Smith & Robertson, 2008).

Iirimaa näide

Iirimaa oli **esimene riik maailmas**, mis 2009. a kehtestas eraldi **riikliku meeste tervisepoliitika** (National Men's Health Policy (Richardson & Paula, 2008) ja sellele järgnes National Men's Health Action Plan 2017–2021 (Health Service Executive, 2016). Strateegia põhines sotsiaalsete faktorite seostel tervisenäitajatega ning kasutas sektoriteülest lähenemist (Baker, 2015), kaasates muuhulgas tööandjaid, erinevaid valitsusasutusi ja valdkondi, vabaühendusi, kogukondi jne.

Strateegias lepiti kokku järgmiste teemade ja eesmärkidega töötamine:

- poliitika elluviimise ja eesmärkide saavutamise jälgimise eest vastutavad osapooled;
- sootundlikud meestele suunatud terviseprogrammid, nende turundamise põhimõtted ja prioriteedid;
- tervishoiutöötajate koolitamine meestesõbraliku tervishoiu vallas ja meestöötajate osakaalu suurendamine seotud sektorites;
- sootundliku ja meestesõbraliku tervishoiusektori ehitamine, fookusega varajasel märkamisel;
- teiste valdkondade arendamine, et mehed oleksid erinevates keskkondades ja poliitikavaldkondades toetatud (nt isadus, hoolduskohustus, haridussüsteem, töötervishoid, sotsiaalne suhtlus);
- kogukondlike algatuste arendamine.

Strateegia mõjuhinna järgi ³ (Baker, 2015) tagati strateegiaga parem rahastus meeste terviseprobleemidega seotud uuringutele ning strateegiaga aitas meeste tervise teema olulisust nii riiklikult kui ka avalikkuses edendada. Samuti arendati selle toel välja mitmeid tervist parandavaid algatusi ning kvaliteetsed koolitused tervishoiusektorile (vt infot praktiliste algatuste kohta tervisevaldkonnas nt National Women's Council of Ireland, 2012 ning teistes valdkondades Baker, 2015, lk 29). Samas kritiseeris raport meeste tervise eraldi käsitlemist ning selle puudumist Iiri üldisest tervisestrateegiast (*Healthy Ireland*), kuna see taganuks teemale selged juhtimis- ning rakendusstruktuurid ning laiemat käsitlemist seotud valdkondadega. Samuti vajab strateegia edukaks elluviimiseks rohkem raha. Raport soovitas edaspidi keskenduda **piiratud hulgal ja saavutatavatele eesmärkidele**, eriti meeste tervise mõttes prioriteetsetele teemadele. Iirimaa kontekstis olid need meeste vaimne tervis, sõltuvusainete tarbimine (sh alkohol) ja esmatasandi teenuste kasutamise parandamine.

³ Strateegia mõju hinnati peamiselt võtmeosapooltega tehtud intervjuude abil.

2.3. Sekkumised

2.3.1 Füüsilist tervist puudutavad sekkumised

Robertson (1995) ja Robertson & Williamson (2005) järgi on meeste tervisekäitumise edendamiseks alates 1990ndatest kasutatud peamiselt kolme lähenemist:

- 1) **probleemide varajasele avastamisele keskendunud tervisekontrollide** (*medical screenings*) läbiviimine kombineerituna nõuga elustiili muutmiseks;
- 2) **lühiajalised juhuslikud lähenemised** (*sporadic approaches*), mille puhul viiakse terviseteeenused või -kontrollid kohtadesse, kus mehed käivad (näiteks pubid, kirikud, spordivõistlused);
- 3) **terviklikud või kogukondlikud sekkumised** (*holistic approaches; community development approaches*), mis toetuvad meeste kaasamisel kogukonnale ning keskenduvad muuhulgas ka meestevahelise usalduse ja konstruktiivsete suhete loomisele.

Aja jooksul on üha enam hakatud kasutama teraviklikke ja erinevaid elemente kombineerivaid sekkumisi.

Probleemide varajasele avastamisele suunatud tervisekontrollid

Viimase 15 aasta jooksul on meestele kättesaadavates meditsiinilistes sõeluuringutes ja tervisekontrolli programmides toimunud märkimisväärsed arengud. **Suurbritannias** võeti kasutusele mitmed **sõeluuringuprogrammid meestele** (ja naistele) vanuses 60–74 aastat, näiteks soolevähi kontroll (*National Bowel Cancer Screening Programme*). 2014. aastal võttis programmist osa 58% kutsutud naistest ning 53% kutsutud meestest (Public Health England, 2014). Samuti pakutakse kõikidele inimestele vanuses 40–70 aastat üldist tervisekontrolli programmi (*Health Check*). 2013. aastal pakuti võimalust kolmandikule elanikkonnast, kellest tervisekontrollis osalesid pooled. Osalejatest 45% olid mehed (Robertson & Baker, 2017).

Suurbritannias kutsutakse kõiki 65-aastaseid ja vanemaid mehi üle riigi kõhuaordi aneurüsmi sõeluuringuprogrammi (*National Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme*). Keskmise osavõtt esimesel viiel aastal 65-aastaste meeste seas oli umbes 78% (Jacomelli et al., 2016). Vähem tulid kontrolli vaesemate ja kaugemate piirkondade mehed, kuigi nad kuuluvad suurema tõenäosusega riskirühma. 2016. aasta andmete analüüs näitas, et probleeme avastati 1,34%-l meestest (*ibid*). Mitu analüüsi Rootsi meeste kohta on näidanud, et muudatused Rootsi meeste elustiilis, peamiselt suitsetamise vähenemisel, on kõhuaordi aneurüsmi tekkimise tõenäosust vähendanud ning **seetõttu soovitatakse kaaluda sõeluuringusse ainult riskikäitumisega (nt suitsetamine) meeste kutsumist** (Johansson et al., 2018; Svensjö et al., 2011). Kuna Eesti meeste tervisenäitajad võivad olla teistest riikidest erinevad, vajavad erinevad meestele suunatud sõeluuringuprogrammid eraldi kuluefektiivsuse analüüsi.

Eesnäärmevähi varajaseks avastamiseks üleriiklikke meeste tervisekontrollide Suurbritannias ja USAs läbi ei viida (National Cancer Institute, 2022; National Health Service, 2021), kuna varajase avastamise kasud ei kaalu üles valediagnooside ja ravi negatiivseid tagajärgi (Hugosson & Carlsson, 2014). Suurbritannias pakutakse meestele perearstide poolt nõustamist PSA-testi tegemise kaalumiseks.

Mitmete meestele suunatud sekkumiste eesmärk on olnud **motiveerida mehi minema erinevatesse tervisekontrollidesse**. Paljudes sellistes sekkumisuuringutes on püütud leida, millised kutsed on kõige mõjusamad. Näiteks viidi USAs läbi suuremahuline uuring, kus ligi 7000 mehele vanuses 40–60 aastat, kes polnud vähemalt 2 aastat perearsti juures käinud, saadeti postiga erinevad personaliseeritud kutsed ja infomaterjalid. Kutsed sisaldasid näiteks infobrošüüri ja kleepsukaarti, kust sai näha, millised analüüsid ja protseduurid oleks vaja läbi teha, või oli kutse hoopis suunatud mehe elukaaslasemale või abikaasale ning sisaldas üleskutset enda mees tervisekontrolli saata. Mõju oli mitmel erineval kutsel, aga kõige **suurema efektiivsusega oli kombinatsioon personaliseeritud kirjast koos infobrošüüri ja kleepsukaardiga**. 36% meestest, kes sellise kutse said, pöördusid kas tavalisele perearsti visiidile või eraldi mõnda tervisekontrolli (Holland et al., 2005).

Erinevate kutsete mõju tervisekontrolli pöördumisele on uuritud ka sekkumistes, kus mehi kutsutakse näiteks eesnäärmevähi kontrolli või biopsiasse või munandi- ja jämesoolevähi kontrolli (Balakrishnan et al., 2019;

Mojica et al., 2018; Robertson et al., 2008). Nende uuringute tulemustest saab järeldada, et mõjusad võivad olla väga erinevat tüüpi ja erineval viisil esitatud sekkumised: suulised ja kirjalikud kutsed, samuti videomaterjalid ja kirjalikud infomaterjalid, mida edastati näiteks interneti teel, SMS-ina, töökohtades või vaba aja veetmise kohtades.

Terviklikud kogukondlikud sekkumised

Sellist tüüpi lähenemised kasutavad kogukondlikke, meeste igapäevaelule lähedasi institutsioone (kohalik staadion või spordiklubi, kool jne) ja tegevusi sekkumisse tõmbamiseks. Kogukondlikes sekkumistes põimitakse elustiili teemasid sageli teiste teemadega (sport, isadus jne) ning tugev fookus on usaldusel, omavaheliste sotsiaalsete suhete ehitamisel ning nende juhendamisel või toetamisel treenerite või tugitöötajate abiga. Enamasti viivad kogukondlikke sekkumisi läbi kodanikuühendused, tehes seda vajadusel koostöös erialaspetsialistide või teadlastega. Eestis on sarnaseks heaks näiteks koolinoortele suunatud programm SPIN⁴.

Sport ja füüsilise aktiivsuse suurendamine on üks populaarseid viise, kuidas meeste tervisekäitumisega tegeleda. Füüsiline aktiivsus aitab ennetada paljude terviseprobleemide teket ning pikendab eluiga. Sport on sageli teema, mille abil meestele tervise teemal kergemini läheneda ning selle abil ka teisi elustiili muutusi kaasa tuua. Näiteks jalgpalliklubid on paljude meeste jaoks tuttavad ja seega turvalised kohad (Bottorff et al., 2015), isegi kui nad ise jalgpalli ei mängi.

Bottorff et al., (2015) sekkumiste ülevaade analüüsis füüsilise aktiivsusega seotud meestele suunatud sekkumisi. Uuringu kriteeriumitele vastavast 35 uuringust 20 olid suunatud ainult meestele ning programmi tulemuste mõõtmine näitas, et 24 programmi olid osalejate füüsilise aktiivsuse suurendamisel edukad. Kuigi vähem edukad programmid varieerusid palju, sarnanesid nad näiteks selle poolest, et osalejatel soovitati rohkem liikuda, ent ei pakutud tasuta ligipääsu sportimisvõimalustele. Maruyama et al., (2010) märkisid, et keskkondlikud tegurid ehk puuduv ligipääs sportimisvõimalustele (nt jõusaal, spordiväljak) võis tulemusi oluliselt mõjutada.

Enamikus programmides pakuti osalejatele võimalust koos ja juhendaja abiga sporti teha, soovitades lisaks ka iseseisvalt rohkem sporti teha. Programmid põhinesid erinevatel teoreetilistel lähenemistel, enamik sotsiaal-kognitiivsel teorial. Aktiivsuse kasvu selgitati näiteks positiivse suhtumise tekkimisega füüsilise aktiivsuse vastu, sotsiaalse kohusetunde ja toe olemasolu ning suurenenud enesetõhususega. Programmides kasutati sageli meeste huvisid ja positiivseid maskuliinseid norme: huvi võistlusspordi vastu, soovi olla hea isa jne. Tervislikust toitumisest rääkides arvestati meeste huvidega ning seetõttu pakuti mitmes programmis konkreetseid juhiseid („Söö seda, mitte seda“; „Ära seda joo“), keskenduti rohkem faktidele ning kasutati huumorit („Sa ei pea sööma nagu jännes“). Enamik edukatest programmidest olid **kogukonnapõhised**.

Programmides kasutati erinevaid toetavaid tööriistu: infomaterjale, veebitööriistu füüsilise aktiivsuse jälgimiseks (sammulugejad, aktiivsusmonitorid jne) ning internetikeskkondi või väljakutseid üksteise toetamiseks ja motiveerimiseks. Osalejatele läheneti sageli kohalike spordiklubide kaudu, harvemini töökohtades.

Suurbritannias on palju erinevatel spordialadel (eriti jalgpallil) põhinevaid meeste tervisekäitumise edendamiseks rakendatavaid programme. Lisaks jalgpallile on tõmbeelemendina kasutatud ka näiteks golfi ja ragbit (Robertson & Baker, 2017).

Football Fans in Training (FFIT) on Šotimaal alguse saanud meestele disainitud 12-nädalane spordi- ja toitumisprogramm ülekaalulistele ja rasvunud meestele. Jalgpallifännidest meestele suunatud programmis tehti koos klubi treenerite või juhendajatega grupitrenni. Samuti kasutati klubiga seotud ressursse (klubi T-särgid, kuulsate klubiliikmete külastused jne), soodustati sõbralikku konkurentsi ning hariti osalejaid alkoholi liigtarbimise osas. Kaaluteemasid käsitleti sõbralikku huumorit (*banter*) kasutades. Programmi on hinnatud randomiseeritud kontrolluuringu abil ning kinnitatud nii lühi- kui ka pikaajalist positiivset mõju osalenute kaalule

⁴ <https://www.spinprogramm.ee/>

ja tervisele (Gray et al., 2018; Wyke et al., 2015). **Eurofiti** nime kandev rahvusvaheline programm on Euroopa Liidu toel levinud ka teistesse riikidesse: Norrassa, Portugali ja Hollandisse (EuroFIT, 2014).

Austraaliast pärinev programm POWER (*Preventing Obesity Without Eating Like a Rabbit*) keskendus sinikraedest vahetustega tööd tegevatele ülekaalus ja rasvunud meestele. Kolmekuulises programmis jagati infot DVD, interaktiivse kodulehe ning infokohtumiste abil ning liikumist soodustati erinevate grupipõhiste rahaliste toetuste ja *online*-toe abil. Programmis välditi rangeid toitumisalaseid ettekirjutusi ning tervislikku eluviisi raamistati kui samme, mida ette võtta ilma ülejäänud elu segamata. Näiteks kinnitati osalejatele, et nad ei pea tervislikumalt elamiseks loobuma näiteks õlle või veini joomisest. Programmi tulemused näitasid, et sekkumine aitas osalejatel muutuda füüsilisemalt aktiivsemaks ning vähendada kehakaalu (Morgan, Collins et al., 2011).



Austraalias kasutati ka hea isa ideaali tervisliku eluviisi propageerimiseks. Seitsmenädalane programm **Healthy Dads Healthy Kids (HDHK)** tõi ülekaalulised isad ja nende eelkoolieas lapsed koos tervisege tegelema, viidates võimalustele, kuidas lastega rohkem kvaliteetaega koos veeta. Isadele pakuti võimalust koolimajas koos teiste isade ja oma lastega sporti teha, meesnõustajad käsitlesid ka isa ja lapse vahelisi võimalusi sportlikke mängu mängida. Meestele jagati käsiraamatut füüsilise aktiivsuse ja kaalu langetamise kohta ning muutuste jälgimist toetati veebikeskkonna kaudu. RCT⁵ disaini kasutanud uuring näitas, et sekkumine oli efektiivne isade kaalu vähendamisel ja teiste füüsiliste tervisenäitajate parandamisel, samuti laste liikumisaktiivsuse suurendamisel (Morgan, Lubans et al., 2011).

Meeste töökojad (Men's Sheds) on 1980ndatel Austraaliast alguse saanud ning nüüdseks lirimaale, USAsse, Kanadasse, Soome, Uus-Meremaale ja Kreekasse levinud algatus. Töökojad tekkisid vastukaaluks n-õ tagaiaa töökodade kadumisele, mis olid meeste jaoks suhtlemise ja erinevate oskuste omandamise kohaks. Töökojas tehakse erinevaid praktilisi tegevusi, näiteks väikeehitus- ja puutöid, keraamikat ja kunsti. Mõndades töökodades tegeletakse ka aktiivse tervisedendusega, näiteks tervisealase kirjanduse jagamise, tervisekontrollide ja tervisetöötajate külastuste läbiviimisega. Töökodade mõte on vähendada meeste sotsiaalset eraldatust, toetada füüsilist ja vaimset tervist ning positiivseid suhteid, seda eriti maapiirkondades. Austraalias oli 2012. aastal u 600 töökoda ning valitsus toetas terviseetemade integreerimist töökodade tegevustesse eraldi rahastusega. Töökodade mõju on hinnatud kvalitatiivsete uuringute abil, mille järgi on töökodadel olnud positiivne mõju meeste subjektiivsele heaolule ja tervisele. Töökojas käimine vähendas intervjueritavate väitel sotsiaalset eraldatust ning tõstis nende enesehinnangut (Misan et al., 2008; Wilson & Cordier, 2013). Algatus on jõudnud ka Eestisse (vt ptk 3.6).

⁵ RCT (*randomized control trial*) ehk randomiseeritud kontrolluuring on uuring, kus osalejad jagatakse juhuslikul teel katse- ja kontrollrühmadesse. Katserühmale rakendatakse sekkumist ning võrreldakse sekkumise mõju kontrollrühmaga, kellele seda ei rakendatud.

2.3.2 Spetsiifilistele sihtrühmadele või probleemidele suunatud füüsilise tervise sekkumised

Suitsetajad

Suitsetamist vähendavate sekkumiste efektiivsuse hindamisi on tehtud palju ning on tõendatud ka erinevat tüüpi sekkumiste (nt grupiteraapia, perearstipoolsed põgusad sekkumised, nikotiini asendusteraapia, individuaalne silmast silma nõustamine ja telefoninõustamine) positiivne mõju suitsetamise vähendamisele või sellest loobumisele (Valery et al., 2008). Konkreetselt meeste suunatud sekkumisi leidub teaduskirjanduses pigem vähe, kuigi mehi on Eesti andmete põhjal igapäevasuitsetajate seas kaks korda enam kui naisi (Reile & Veideman, 2021). Järgnevalt toome välja mõned edukad sekkumised, mis on olnud suunatud konkreetselt meestele.

Isegi kui mees on mõelnud, et soovib suitsetamisest loobuda, ei pruugi ta selleks vajalikke teenuseid ise otsida. Seetõttu võib olla **kasu tervishoiutöötajate kaasamisest sekkumise läbiviijatena**, kelle põhiroll ei ole osutada suitsetamisest loobumise teenuseid. Kui suitsetav mees on pöördunud tervishoiutöötaja poole mõne muu murega, saab tervishoiutöötaja viia läbi ka põgusa sekkumise, mille eesmärk on aidata patsiendil suitsetamisest loobuda. Ühes RCT meetodil läbiviidud uuringus viisid 5-minutilise põgusa sekkumise läbi **uroloogid** (Bjurlin et al., 2013). Autorid nentisid, et uroloogidel on suur roll tubaka tarvitamisest tulenevate haiguste ravis (nt neeru- ja põievähk), kuid neid ei kaasata enamasti ennetavatesse tegevustesse. Uuringus täitsid nii kontroll- kui ka katserühmas olnud mehed esmalt nikotiinisõltuvust hindava ja suitsetamisest loobumise valmisoleku küsimustiku ning katsegrupile viis uroloog seejärel läbi põgusa nõustamise, kus rõhutas suitsetamise mahajätmise positiivseid tagajärgi (paranenud tervis), suitsetamise jätkamise negatiivseid tagajärgi (mõju rahakotile), õpetas suitsetamistungiga toimetulemise tehnikaid, seejärel pandi ühiselt paika loobumise kuupäev visiidile järgneva kahe nädala jooksul. Olenevalt patsiendi seisundist kirjutas uroloog välja ka retsepti nikotiininätsule või -plaastrile. Aasta pärast mõõdetuna selgus, et kui kontrollgrupis oli suitsetamise lõpetanud 2,6%, siis põgusa interventsiooni saajate seas ilma nikotiini asendusteraapiata oli loobujaid 9% ning põgusa interventsiooni ja nikotiini asendusteraapia (näts või plaaster) saajate seas lausa 19,5%.

Kuna paljud mehed ei pruugi ka muude tervisemuredega tervishoiutöötaja juurde minna, kus nad võiksid suitsetamisest loobumisel abi saada, on leitud ka teisi nutikaid lahendusi suitsetavate meesteni jõudmiseks. Üheks näiteks on Stanton et al. (2004) läbiviidud sekkumine, kus **suitsetavad mehed leiti üles naiste kaudu**, kes **registreerisid enda raseduse** ning pidid seda tehes muuhulgas märkima, kas nende partner suitsetab. Suitsetavad ja peagi isaks saavad mehed kutsuti jällegi RCT meetodil läbiviidud uuringusse, kus katsegrupile näidati videot kuulsast jalgpallurist, kes rääkis isaks saamisest ja passiivse suitsetamise tervisemõjudest vastündinule, ning saadeti infoprošüür nõuannete ja motivatsioonilugudega ning nikotiinipadjad. Poole aasta pärast mõõdetuna oli 9,3% kontrollgrupist ja 16,5% katsegrupi meestest suitsetamisest loobunud. See sekkumine näitab **õige ajastamise olulisust**: sekkumine viidi läbi mehe elus sel ajahetkel, mil tal on vastuvõtlikum suitsetamisest loobumise sõnumitele.

Lisaks tervishoiutöötajate poolt läbi viidud sekkumistele võib olla kasu ka meestele suunatud **veebipõhistest** sekkumistest. Üheks selliseks näiteks on **QuitNow Men** veebisait, mis arendati fookusgrupi intervjuudest ja eri osapoolte tagasisidest saadud järelduste ning muude tõenduspõhiste suitsetamisest loobumise strateegiate eeskujul. Veebisaidil on mitmed interaktiivsed materjalid, näiteks kulude kalkulaator (kui palju raha läheb suitsetamise peale raisku), test „Kui suur mu sõltuvus on?“, isiklikud lood suitsetamisest loobujate teekonnast, eesmärkide seadmine (saab valida suitsetamisest loobumise kuupäeva), sõbra kaasamise võimalus, suitsetamistungiga toimetuleku nõuanded. Veebilehe disain, keelekasutus ja pildid viitavad kõik sellele, et tegu on meestele suunatud lehega. Bottorff et al., (2016) viisid läbi uuringu ning leidsid, et kuus kuud pärast veebisaidi tutvustamist oli 24% meestest suitsetamisest loobunud ning 40% oli enda suitsetamist vähendanud. See, kui palju erinevaid veebilehel olnud ressursse ja materjale oli kasutatud, ennustas suitsetamise lõpetamise katseid. Selle uuringu puhul ei kasutatud aga RCT meetodit ning polnud kontrollgruppi.

Alkoholi liigtarvitajad

Sarnaselt suitsetajatega on ka alkoholi liigtarvitajate kohta teada, et **tervishoiutöötaja läbiviidud sekkumistest on kasu alkoholist loobumisel või alkoholi tarvitamise vähendamisel**. Kuna ka selles valdkonnas on probleem, et alkoholist loobumise teenust vajavad mehed ei pruugi seda ise otsida, on väärtuslikud sellised sekkumised, mis jõuavad abi vajavate meesteni mõnd teist teed pidi.

Crombie et al., (2018) viisid läbi sekkumise, mis oli suunatud meestele, kelle puhul on eriti väike tõenäosus, et nad ise arsti juurest abi otsiksid: **vaesemates piirkondades elavad sotsiaalselt vähekindlustatud mehed**. Eesmärk oli **mõõta SMS-põhise sekkumise mõju** vähendamaks joomasööstude (*binge drinking*) esinemise sagedust meeste seas vanuses 25–44. Uuring viidi läbi RCT meetodil, kus katsegrupp sai 12-nädalase perioodi jooksul alkoholi tarvitamise vähendamise kohta käivaid SMS-sõnumeid (millele sai vastata) ning kontrollgrupp üldise tervisedenduse kohta käivaid sõnumeid. Aasta pärast oli toimunud väike muutus: katsegrupis oli võrreldes kontrollgrupiga vähenenud joomasööstude arv 5,7%. Samas näitas uuring, et sihtgruppi oli võimalik väga edukalt programmi kaasata: 92% meestest vastas vähemalt ühe korra sõnumitele ja üle kahe kolmandiku vastas sõnumitele rohkem kui 10 korda.

Üks võimalus jõuda **noorte alkoholi liigtarvitavate meesteni**, kes ise arsti juurde ei pöördu, võib olla **kohustusliku ajateenistuse jaoks läbitava arstliku komisjoni kaudu**. Näiteks viisid Bertholet et al., (2015) Šveitsis läbi uuringu, kus osalejaid värvati ajateenistusse minejate hulgast, kelle kohta oli teada, et nad liigtarvitavad alkoholi (tarbimissageduse ja AUDIT test skoori järgi). Uuring viidi läbi RCT meetodil. Katsegrupile viidi läbi internetipõhine sekkumine, kus katseisikule esitati 1) isiklik tagasiside ja võrdlus: protsent samavanustest meestest, kes joovad sama palju kui katseisik; 2) alkoholi (liig)tarvitamise tagajärjed: keha ja vaim, suhted, töö ja karjäär; 3) raporteeritud tarvitamise kilokalorite hulk; 4) soovitusel selle kohta, milline alkoholitarvitamine jääb mõeldukuse/tervislikkuse piiridesse. Katsegrupile ei saadetud midagi, nad läbisid vaid hindamised sekkumisgrupiga samadel aegadel. Sekkumise tulemusel kuue kuu järel mõõdetuna olid katsegrupil väiksemad AUDIT testi skoorid (8,95) kui kontrollgrupil (9,55) ning väiksem nädalas tarbitud alkohoolsete jookide arv (katsegrupil 8,44; kontrollgrupil 9,15).

Mõlemad uuringud viitavad sellele, et indiviidi tasandil väikseid, kuid populatsiooni tasandil märgatavaid tulemusi võib saavutada ka meestele suunatud alkoholitarbimise vähendamise sekkumistega, mis on küll tõendus põhised, kuid ei eelda tervishoiutöötajapoolset teraapiat või intensiivset nõustamist.

Sinikraed ehk füüsilist tööd tegevad mehed

Nn sinikraedele ehk peamiselt füüsilist tööd tegevatele meestele on tehtud mitmeid töökohapõhiseid sekkumisi, mille abil on püütud lahendada kas üht või mitut terviseprobleemi. Novak et al., (2007) ülevaateartiklis märgiti, et nii tulemuste kui ka kuluefektiivsuse mõttes olid parimad need sekkumised, mis viidi läbi töövaldkondades, kus suurem osa töötajatest olid sinikraed, kus püüti lahendada mitut terviseiga seotud probleemi ning kus võeti arvesse nii individuaalset kui ka keskkondlikku või organisatsioonilist tasandit.

Töökohapõhistes sekkumisuuringutes sõltub sekkumise edukus muuhulgas sellest, kui hästi sobitub see organisatsiooni konteksti ja kui hästi töötajate poolt vastu võetakse. Seetõttu on osades sekkumisuuringutes kasutatud PAR (*participatory action research*) meetodit, kus sihtgruppi kaasatakse kõikides sekkumise loomise, läbiviimise ja hindamise etappides. Üks selline näide on Lingard ja Turner'i (2015) läbiviidud uuring. Erinevatel ehitusobjektidel viidi läbi tervisedenduse programm, mis käsitles toitumist, füüsilist aktiivsust ja suitsetamist. Programmi järel selgus, et mehed nägid mitmeid töökohast tulenevaid takistusi tervisekäitumiste juurutamisel. Näiteks kirjeldas üks kraanajuht, et ta ei tahtnud minna töötundide ajal joogasesioonile, kuna tema kohalolust sõltus ka paljude teiste ehitajate töö. Töötajaid kaasava PAR meetodi rakendamisel on võimalik leida töö iseloomust tulenevaid takistusi, mida töökeskkonna sekkumiste loomisel ja uuendamisel silmas pidada.

Samas võib abi olla ka indiviidile suunatud sekkumistest, kus organisatsioonilist konteksti eraldi arvesse ei võeta. Ühes Hollandi suures ehitusettevõttes viidi läbi RCT meetodil sekkumine, milles õnnestus parandada katsegrupi meeste erinevaid tervisekäitumisi (Viester et al., 2018). Sekkumine viidi läbi meestele individuaalselt: meestel oli võimalik saada *coaching*'u sessioone, kus sai tagasisidet enda tervisenäitajate kohta ja näpunäiteid, kuidas võiks enda käitumisega tervisenäitajaid parandada. Pärast kuute kuud oli

sekkumisel (võrreldes kontrollgrupiga) mõju kehakaalule ja vöökohaümberrõõdule ning lisaks oli katsegrupis enam neid, kelle füüsiline aktiivsus vastas soovituslikule tasemele ja kes jõid vähem suhkrustatud jooki. 12 kuu järel olid erinevused alles, aga ei olnud enam statistiliselt olulised.

LGBT sekkumised / meestega seksivatele meestele (MSM) suunatud sekkumised

MSM-il on võrreldes heteromeestega suurem risk nakatuda HI-viirusesse, neil on ka enam vaimse tervise häireid nagu depressioon ning sõltuvushäired. Suur osa MSM-i tervisedenduse programmidest, mida teaduslikult on uuritud, on keskendunud eeskätt HIV ennetusele või varajasele avastamisele.

HIV varajase avastamise jaoks on viidud läbi mitmeid sekkumisi sotsiaalmeedias. Cao et al. (2017) töid enda metaanalüüsis välja viis RCT meetodil läbiviidud uuringut, mis kõik leidsid, et interaktiivsed, personaliseeritud või sotsiaalset mõjutust kasutanud sotsiaalmeedia sekkumised tõstsid HIV testimise määra võrreldes kontrolltingimustega, kus kas ei tehtud üldse sekkumist või oli sekkumine pigem üldhariv. Kolm metaanalüüsis käsitletud sekkumist kasutasid sotsiaalmeediat, et pakkuda MSM-ile HIV eneseteste. Kolme uuringu peale keskmiselt 16% sekkumises osalejatest reageerisid, tellides HIV enesetesti.

Ennetavatest sekkumistest on leitud, et efektiivsed on intensiivsemad, teraapiatel põhinevad sekkumised. Näiteks Parsons et al., (2014) viisid läbi programmi *The Young Men's Health Project*, mis oli suunatud noortele (18–29 a) MSM-ile, kes olid viimase kuu jooksul olnud ebaturvalises vahekorras ning tarbinud narkootikume. Osalejad jagati kahte gruppi: esimene grupp sai motiveeriva intervjuerimise teraapia sessioone ning teine grupp hariva infoga õppesessioone turvalise seksuaalkäitumise ja narkootiliste ainete tarvitamise kohta. Mõlemat tüüpi sekkumisel oli mõju seksuaalsele riskikäitumisele ja narkootiliste ainete tarvitamisele, aga motiveeriv intervjuerimine oli tõhusam: programmi lõpuks kasutasid selles grupis osalejad 18% väiksema tõenäosusega narkootikume ning 24% väiksema tõenäosusega olid ebaturvalises seksuaalvahekorras.

Keeruliste sihtgruppideni jõudmine

Nii kirjeldavates kui ka sekkuvates tervisealastes uuringutes on teatud sotsiaalsed grupid pea alati alaesindatud. Nendeks on madalama majandusliku toimetuleku, madalama haridusega grupid ning samuti näiteks kodutud, krooniliste vaimsete häiretega või kriminaalkaristust kandnud inimesed (Bonevski et al., 2014). Nende gruppide sekkumistesse kaasamiseks soovitakse keskenduda kogukonnapõhisele värbamisele: teha koostööd asutuste ja paikadega, mida sihtgrupp külastab või kasutada lumepalli meetodit, kus uuringus või sekkumises osalejad suunavad läbiviijad järgmiste võimalike osalejateni. Samuti soovitakse pakkuda finantsilisi ajendeid või auhindu osalemise eest. Raskesti ligipääsetavate gruppideni jõudmisel tuleks arvestada, et nende kaasamine on keskmiselt kulukam kui teiste sihtgruppide kaasamine.

2.3.3 Vaimset tervist puudutavad sekkumised

Vaimse tervise valdkonnast leiab väga erinevaid meestele suunatud sekkumisi: otseste tulemusandmeteta avalikke kampaaniaid, kogukondlikke sekkumisprogramme või teavitustööriistade abil meesteni jõudmist.

Rochlen ja Hoyer (2005) analüüsivad vaimse tervise turundust sotsiaalse turunduse abil ning soovivad vaimse tervise tutvustamisel meestele pidada silmas **madala teadlikkuse, uskumuste ning väärtuste konflikte**. Esiteks võivad meeste teadmised olla vaimse tervise probleemidest madalad ja seetõttu ei osata ennast või oma lähedasi teenuse sihtrühmana näha. Teiseks võidakse pidada teraapiat efektiivseks teiste, aga mitte enda puhul. Kolmandaks võivad meeste väärtused olla abi otsimise käitumisega vastuolus, seda eriti traditsioonilise maskuliinsuse normide tõttu.

Erinevad uuringud näitavad, et **meeste puhul väljenduvad vaimse tervise probleemid, näiteks depressioon, teisiti kui naistel** (Angst et al., 2002; Rice et al., 2015). Näiteks võivad sümptomid rohkem hõlmata sagedamini väliseid sümptomeid, nagu alkoholi tarvitamine või ärritunud ja agressiivne käitumine. Seetõttu võib probleemide õigesti diagnoosimiseks vaja minna madalamaid kliinilisi lävendeid või meeste probleemidele kohandatud probleemikirjeldusi (Sagar-Ouriaghli et al., 2019).

Sekkumiste komponendid

Meeste vaimse tervise ning abi otsimise hoiakute mõjutamisele suunatud 25 sekkumise analüüs vaatles erinevaid sekkumistes kasutatud käitumise muutmise strateegiaid (Sagar-Ouriaghli et al., 2019). Mitmed

sekkumised keskendusid **vaimse tervise probleemide teadlikkuse kasvatamisele, sümptomite normaliseerimisele ning nende parema äratundmise tõenäosuse** suurendamisele. Selleks kasutati näiteks brošüüre või videoid meeste jaoks usaldusväärsete eeskujudega, kes jagasid infot sümptomite või vaimse tervise probleemide tagajärgede kohta. Näiteks rääkisid mehed videotel lugusid enda vaimse tervise probleemide ja abi otsimise kohta, pakkudes vaatajale võimalust nendega samastuda (*social comparison*) ning mõjutades nende hoiakuid abi otsimise suhtes. Enamik brošüüre ja dokumentaalfilme kasutanud sekkumised olid abi otsimise hoiakute parandamisel tulemuslikud. Autorid toovad välja, et hariduslike materjalide puhul tuleb kasutada **positiivseid ja toetavaid sõnumeid**, et pärast vaimse tervise probleemide äratundmist ei tekiks meestel tunne, et nad on nüüd tuvastatud probleemide tõttu nõrgad või saamatud.

Teised sekkumised keskendusid **lahenduspõhiste** strateegiatele. Sekkumistes õpetati/suunati mehi **aktiivselt probleeme lahendama** (*active problems solving*), kasutades selleks käitumise asendamise strateegiaid ning probleemide lahendamise ja tegevuste planeerimise tööriistu. Samuti **motiveeriti käitumist muutma**, kirjeldades abi otsimata jätmise pikaajalisi negatiivseid tagajärgi ning pakkudes sotsiaalset tuge (motiveeriv intervjuerimine või kognitiiv-käitumuslik teraapia). Samuti jagati infot abi otsimise ning konkreetsete võimaluste (nt piirkonna teenusepakkujate) kohta. Autorid toovad välja, et vaimse tervise abi võiks olla raamistatud rohkem **praktilise**, mitte kliinilise või diagnostilise abina, muutes sekkumise meeste jaoks vastuvõetavamaks. Näiteks võib mehi meelitada enam „Stressi maandamise töötuba“ kui „Kognitiiv-käitumuslik teraapia stressitaseme vähendamiseks“. Samuti võiksid sekkumised olla raamistatud lahenduspõhiselt ja vältida vaid probleemidele keskendumist.

Mõned sekkumised rõhutasid ka **positiivseid mehelikke omadusi** ning nende seost vaimse tervise abi otsimisega. Nii raamistati abi otsimist kui vastutuse võtmist ja tugevust ning neid omakorda mehelike omadustena.

Sekkumiste näiteid

Ühes uuringus leiti, et **soospetsiifilisel motiveeriva intervjuerimistehnika kasutamisel** oli mõju vaimse tervise abi otsimise alastele hoiakutele, ent mitte käitumisele (Syzydek et al., 2014). Selle uuringu puhul näitasid lõpphindamised, et käitumist mõjutasid praktilised takistused (tervisekindlustuse puudumine, transpordi- ja rahastusprobleemid). Kuna motiveeriv intervjuerimine on spetsiaalselt arendatud tõendus põhine meetod (Rubak et al., 2005) tegelemaks tervisekäitumise muutmist takistavate hoiakutega (Miller & Rollnick, 2002) ning soopõhine lähenemine võib olla edukas just meeste-spetsiifiliste probleemsete hoiakute leevendamiseks, väärib soospetsiifiline motiveeriv intervjuerimine meeste vaimse tervise parandamiseks tulevikukatsetusi.

Ühes RCT meetodil kujundatud katses julgustati puudetoetust saavaid **posttraumaatilise stressihäirega (PTSH) sõjaveterane** vaimse tervise abi otsima, saates sekkumisgrupile brošüüri PTSH ning ravivõimaluste kohta ning helistades osalejatele soovitusel abi otsida ning täita uuring ravi takistavate hoiakute kohta. Võrreldes kontrollgrupiga, pöördusid brošüüri ja kõne saanud veteranid 28% suurema tõenäosusega ravikeskuse poole (kontrollgrupp 7%) ning läksid ravile (19% vs. 6% kontrollgrupp). Siin mängisid olulist rolli ka sihtrühma tuvastada aitavad andmed.

Meeste jaoks disainitud brošüüride mõju vaimse tervise abi otsimisel depressioonis meestele hinnati ka teise uuringu abil. Uuringus võrreldi RCT meetodil 3 brošüüri: *Real Men, Real Depression* kampaania brošüüri, sooneutraalset brošüüri ning autorite poolt kujundatud meestetundliku brošüüri mõju depressioonis meeste abi otsimise ja stigmasid puudutavatele hoiakutele. Viimases brošüüris kasutati maskuliinsete normidega seotud keelt („vaimse tervise konsultant“, „rännakustrateegia“, teraapia kui lahendus- ja kliendikeskne kuluefektiivne meetod), adresseeriti meditsiiniliste selgituste abiga müüti depressioonist kui iseloomunõrkusest, selgitati depressiooni varajase avastamise kuluefektiivsust ning kasutati stereotüüpselt „meheliku“ välimusega meeste pilte. Tulemuste analüüs näitas, et meestetundlik brošüür oli stigmaatiliste uskumuste mõjutamisel efektiivsem kui teised, kuigi kõikidel brošüüridel oli abi otsimise hoiakutele positiivne mõju (Hammer & Vogel, 2010).

Robertson & Baker (2017) rõhutavad **ka rohujuure tasandi algatuste olulisust**, millel on potentsiaal kõnetada erinevate vähemusgruppide mehi. Näiteks *Akwaaba Aye* Suurbritannias aitab lahendada Aafrika, Kariibi ja Lõuna-Aasia päritolu meeste vaimse tervise muresid ning *The Rainbow* algatus pakub tuge LGBT

kogukonna tervisemurede lahendamisel. Vähemusgruppide puhul on seega suur roll alt ülespoole ja sihtrühma enda poolt kujundatud algatustel.

Vaimse tervise kampaaniad

USAS läbi viidud **Real Men, Real Depression** kampaania käsitles maskuliinseid stereotüüpe, kasutades kampaania eestkõnelejate ja näidetena traditsiooniliselt meeste domineeritud ametialade esindajaid (politseinikke, tuletõrjujaid ja sõjaväejuhte). Kampaania käigus arendati välja meeste ja depressiooni kohta käiv põhjalik brošüür ning videod. Sellised eestkõnelejad võimaldasid meestel kampaaniaga samastuda ning parandada selle usaldusväärsust. Samuti adresseerisid kampaania sõnumid („Abi otsimine nõuab julgust“) mehelikkust puudutavaid norme ning käsitlesid meestele spetsiifilisi depressiooni sümptomeid (Rochlen & Hoyer 2005). Kampaania brošüüri mõju testiti ühes uuringus võrdluses sarnaste universaalse sõnumiga brošüüridega, ent eristavat positiivset mõju ei leitud (Rochlen et al., 2006).

Campaign Against Living Miserably on Suurbritannia terviseministeeriumi pilootprojektist alguse saanud noortele meestele (15–34 a) suunatud kampaania enesetappude ärahoidmiseks. Kampaania käivitati, kuna selles vanuses noored mehed ei kasutanud teisi abi otsimise võimalusi. Kampaanias kasutati meelelahutustegelasi, sportlasi ja muusikuid, kes kutsusid noori mehi üles oma probleemidest rääkima. Heategevusorganisatsioonil on nõustamiseks telefoniliin ja veebi-*chat* ning tehakse ka mitmesuguseid kogukonna tegevusi meestega seotud kohtades (pubid, spordiklubid jne).

Austraalias uuriti meeste vaimse tervise, eriti enesetapu kohta käiva dokumentaalfilmi mõju meeste hoiakutele. Uuringu jaoks arendati koostöös filmitegijatega välja meeste vaimse tervise muresid kajastav dokumentaalfilm „**Man up**“, mida näidati muuhulgas ka Austraalia rahvustelevisioonis. Ühele meestegrupile näidati seda ja teisele grupile kontrolldokumentaalfilmi ning neli nädalat hiljem uuriti hoiakute muutumist ja tagasisidet filmile⁶. 84% filmi vaadanutest ütles, et film ärgitas neid hoiakuid muutma. 87% filmi vaadanutest nõustus, et film pani neid mõtlema meestele pandud survele, ning 70% ütles, et film mõjutas nende enesekindlust vajadusel abi otsida. Filmi hinnati ka kvalitatiivmeetodite abil (King et al., 2018).

2.4. Kokkuvõtteks: meeste vajadusi arvestavate sekkumiste kujundamine

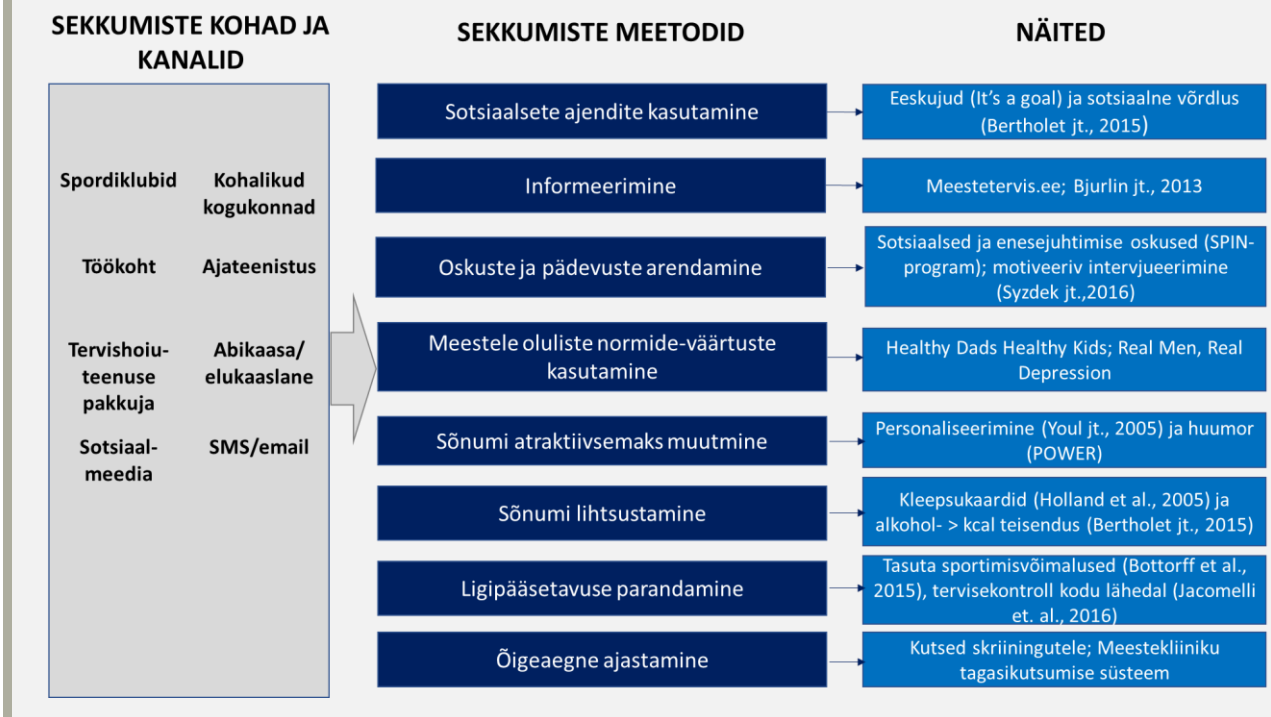
- Hästi töötavad terviklikud kogukonnapõhised sekkumised ja nende läbiviimine **meestele olulises, mugavas ja tuttavas keskkonnas** (Lefkowich et al., 2017), näiteks töökohas, hobidega seotud kohtades. Mehi tuleks sekkumiste disaini kaasata ning koguda tagasisidet.
- Mittetöötavate meeste (töötud, kodutud jne) suunamiseks teha koostööd näiteks töötusametiga, kodutute varjupaikade või teiste kohtadega, kuhu riskirühmad satuvad. Sekkumiste disainimisel tuleb silmas pidada, **kuidas jõuda marginaliseeritud gruppideni**: erinevad eagrupid, madalama sotsiaalmajandusliku toimetulekuga mehed, geid ja biseksuaalsed mehed (Smith et al., 2008).
- Oluline fookus peaks olema **positiivsetel sõnumitel, suhetel ning huumoril**, mis suurendavad enesetõhusust ning toetavad motivatsiooni.
- Vaja on olla **konkreetne ja lahenduspõhine** – meestele tuleb anda konkreetset ja hästi rakendatavat nõu ning hoiduda vaid probleemidele keskendumisest. Kliinilise keele kasutamine võib mõjuda eemaletõukavalt.
- **Teenuseosutajaid tuleb aidata** meeste eripärasid märkama ja nendega tegelema. Paljudel teenuseosutajatel puuduvad vajalikud ressursid ja toetus, et tuvastada ja leida lahendusi meeste tervisevajadustele (Lefkowich et al., 2017).
- **Stereotüüpide kasutamisel** peab olema ettevaatlik, et mitte stereotüüpe või nende mõjusid võimendada või neid mitte järgivaid mehi eemale tõugata. Samas annab osadel juhtudel meestele oluliste teemade kaudu tervise teemade selgitamine või samastumist võimaldavate eeskujude kasutamine häid tulemusi. Üks peamisi erinevatele sekkumistele suunatud kriitikaid on, et meestesse

⁶ Selles artiklis käsitleti ainult sekkumisgrupi tulemusi, st filmi vaadanud meeste hoiakuid ja tagasisidet. Gruppide võrdluse kohta ei ole selle uuringu autorite andmetel artiklit veel ilmunud.

suhtutakse kui ühtsesse ja homogeensesse gruppi, selle asemel et tutvuda grupisiseste erinevustega ning teha nn rätseplahendusi.

- **Arsti-patsiendi kommunikatsioon** on oluline, seetõttu tuleb leida tõhusaid koolitus- ja sekkumiskohti nii patsientide kui ka õdede-arstide vaates (Foronda et al., 2016; Rao et al., 2007). Sekkumised nagu piltidega abimaterjalid, meiliteel suhtlus jne (Koops van 't Jagt et al., 2019; Leong et al., 2005).
- Sekkumiste planeerimisel ja disainimisel **tuleb silmas pidada iga sammu olulisust** teekonnal teadlikkuse tõstmisest teenuseni jõudmiseni ning sealt edasi ka teenuse kvaliteedi tagamisel.

Joonis 3. Kokkuvõte sekkumiste kohtadest, kanalitest ja meetoditest



3. Tervisekäitumise ja vaimse tervisega seotud teenused ja sekkumised Eestis

Kuigi täiskasvanute enneaegne suremus Eestis on aja jooksul märkimisväärselt vähenenud, ei ole õnnestunud vähendada suremuse soolist lõhet (Rahu et al., 2019). 2003.–2005. aasta andmetel selgitas suremus soolisest lõhest 71% meeste suurem alkoholi- ja tubakatoodete kasutamine (McCartney et al, 2011; viidanud Rahu et al., 2019). Pikema perioodi (1995–2016) andmete analüüs näitas, et selline riskikäitumine on endiselt meeste suremuse peamine põhjus ning muud näitajad nagu kehakaal ja füüsiline aktiivsus panustavad suremuse soolise lõhe püsimisse tõenäoliselt väga vähe (*ibid*). Seetõttu on meeste riskikäitumise vähendamine suure mõjuga nende enneaegse suremuse vähendamisele.

Siin peatükis on vaadatud, millised on Eestis kättesaadavad teenused nii alkoholi- kui ka nikotiinisõltuvusega võitlemiseks, aga ka narkootikumide tarvitamise lõpetamiseks või vähendamiseks. Riskikäitumine on sageli seotud ka vaimse tervise probleemidega ning peatükk annab ülevaate sellega seotud teenustest Eestis. Alustuseks on vaadeldud meeste peamiste tervishoiuteenuste kasutamist, vastavust vajadustele ning rahulolu nendega. Meeste tervisemurede märkamisel (ka selliste murede, mida ta ise otseselt ei pruugi väljendada) ja teiste spetsialistide juurde suunamisel mängib olulist rolli ennekõike just esmatasandi arstiabi. Ekspertintervjuudest jäi kõlama, et perearstil võiks olla suurem roll ka elustiilinõustamises ja tervisesekkumiste rakendamisel. Samas nõuab sekkumiste rakendamine ja patsiendiga vestlemine rohkem aega ning häid tööriistu, ning arvestades perearstide puudust ning töökoormust, ei ole see praegu perearstide endi hinnangul tehtav. Peatükis on antud ülevaade ka suurematest Eestis tehtud sekkumistest ja algatustest.

3.1. Peamiste tervishoiuteenuste kasutamine

Perearsti juures käivad 16–64-aastased mehed tervikuna pea sama sageli kui naised (69% meestest ja 73% naistest on külastanud aasta jooksul), kuid vähem külastavad perearsti 25–34- (61%) ning 35–44-aastased mehed (61%). Lisaks konsulteerivad mehed võrreldes naistega arstiga vähem telefoni teel (24% vs. 31%) (Reile & Veideman, 2021). **Pereõe** vastuvõtul käivad mehed vähem kui naised, eriti käivad pereõe vastuvõtul vähem 25–54-aastased (*ibid.*). Kuigi ekspertintervjuudest selgus, et teatud osa meestest soovib ekspertarvamust pigem eriarstilt kui perearstilt või pigem perearstilt kui pereõelt, näitavad küsitlusuuringu tulemused, et perearst on suurema osa meeste jaoks usaldusväärne ekspert: 90% meestest on rahul oma viimase visiidiga perearsti juurde, 84% visiidile pääsemise kiirusega ning 82% usub, et perearst suudab neid aidata enamikus terviseküsimustes (erinevusi naiste antud hinnangutega neis näitajates pole) (Kantar Emor, 2020). Vald Kondlikes ekspertintervjuudes toodi sageli välja sõltuvusainete seost vaimse tervise probleemidega ning seetõttu mängivad perearstid nende probleemide avastamisel ja ravile suunamisel olulist rolli.

Eriarsti juurde jõuavad mehed võrreldes naistega oluliselt harvem (45% vs. 62%) ja see näitaja on meestel võrreldes naistega madalam kõigis vanuserühmades (Reile & Veideman, 2021). Enamik neist, kes sinna jõuavad, jäävad visiidiga rahule (89%) (Kantar Emor, 2020). Ühegi arsti vastuvõtul pole aasta jooksul käinud ega arstiga telefoni teel konsulteerinud 11% meestest ja 6% naistest (Reile & Veideman, 2021).

Ennetusega seotud tervishoiuteenustest on olulised **sõeluuringud**. Mehed saavad hetkel osa võtta **jämesoolevähi sõeluuringust**, milles osalevad 60–68-aastased mehed ja naised iga kahe aasta tagant. Viimane, 2020. aastal läbi viidud sõeluuring näitas, et mehed osalesid selles vähem: sõeluuring hõlmas 43,9% sihtrühma kuuluvatest meestest ja 54,4% naistest (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021i).

Meeste kõige sagedasem kasvaja on **eesnäärmevähk**, mis moodustab 25% kõigist meeste kasvajate esmajuhtudest (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021h). 2022. aasta seisuga oli meestele spetsiifilistest sõeluuringutest väljatöötamisel eesnäärmevähi sõeluuring. Tartu Ülikooli Meestekliinik soovib 40. eluaastast alates regulaarselt kontrollida oma eesnäärme tervist (SA TÜK Meestekliinik, 2017). Selleks saab kasutada PSA-testi (prostata spetsiifilise antigeeni test) või eesnäärmeuuringut (palpatsioon/sonograafia). 2020. aasta andmetel ei olnud PSA-testi teinud 81% 35–44-aastastest, 58% 45–54-aastastest ja 50% 55–64-aastastest meestest ning eesnäärmeuuringut vastavalt 79% 35–44-aastastest, 71% 45–54-aastastest ja 59% 55–64-aastastest meestest (Reile & Veideman, 2021).

Töötervishoid ja töötervishoiukontroll on üks oluline võimalus meeste tervisekäitumise mõjutamiseks, kuna regulaarne kontroll on töötajatele kohustuslik. Töötervishoiuteenust hinnanud uuringus ütles 82% küsitlud tööandjatest, et on viimase kolme aasta jooksul oma töötajaid tervisekontrolli saatnud (Rätsep et al., 2020). Töötajatest ütles 41%, et on tervisekontrollis käinud viimase aasta jooksul ning 26% tegi seda kaks kuni kolm aastat tagasi. Soopõhised andmed töötervishoiukontrollis käimise kohta puuduvad. Uuring tõi välja, et tervisekontroll ei ole vajaduspõhine, ei lähtu töötajate individuaalsetest tervisenäitajatest või vajadustest ning sageli tellitakse kontroll pealiskaudselt kontrolli sisu analüüsivalt (*ibid*). Ka mitmed ekspertintervjuud olid praeguse süsteemi osas kriitilised, soovitudes panna rohkem rõhku tervise parandamisele, mitte lihtsalt kontrollile. Peamiselt sooviti, et tervisekontrolliga kaasneks vastav nõustamine probleemi lahendamiseks ning vajadusel suunamine. Samuti, et erinevaid riskikäitumise või elustiili lühisekkumisi viiks teiste seas ellu ka töötervishoiuarstid.

Kokkuvõttes tunnetasid Eesti elanikud 2020. aasta andmetel sagedamini (16%) kui Euroopa Liidu riikide elanikud keskmiselt (4%), et **nende vajadused arstliku läbivaatuse või ravi järele on rahuldamata** (ingl *unmet need for a medical examination or treatment*) (Eurostat, 2022b). Tervishoiusüsteemiga seotud peamise takistusena toovad Eesti elanikud välja pikad ootejärjekorrad (12% vs. EL-i keskmine 0,7%), sealhulgas 10% meestest ja 14% naistest. Põhjused, mis ei ole seotud tervishoiusüsteemiga (ajapuudus; hirm, ootamine, kas probleem läheb ise üle), moodustasid ainult 0,4% kõigist põhjustest. Meeste seas on antud subjektiivne rahulolematuse arstlike läbivaatuste või ravivajaduste rahuldamata jätmise kohta väiksem (14%) kui naistel (18%). Üheks põhjuseks, miks mehed teatavad rahuldamata tervishoiuvajadusest harvemini kui naised, võib olla see, et mehed kasutavad tervishoiuteenuseid vähem ning seetõttu ei oska nii hästi hinnata, kas nende vajadused on korralikult täidetud (World Health Organization, 2018). Need, kes kasutavad tervishoiuteenuseid aktiivsemalt, on ka enam teadlikud piirangutest ning suudavad paremini tuvastada põhjuseid, mis takistavad vajaduste rahuldamist.

3.2. Vaimse tervisega seotud teenused

Hea vaimne tervis väljendub nii kohandumist soodustava vaimse heaoluna kui ka vaimse tervise probleemide või häirete puudumisena. Vaimse tervise valdkonda analüüsides tuleb silmas pidada, et andmed ei pruugi peegeldada meestel esinevate probleemide tegelikku suurust, kuna mehed ei pruugi olla sümptomitest teadlikud, need võivad väljenduda teisiti kui naistel (Sagar-Ouriaghli et al., 2019) ning diagnoosimine eeldab vastava spetsialisti juures käimist.

Probleemi kirjeldus

Eesti elanike 2020. aasta tervisekäitumise uuringus hinnatakse vaimset tervist enesehinnangulise stressi, depressiooni, üleväsimuse ning enesetapumõtete esinemise järgi. Rohkem kui tavaliselt või talumatut stressi tundis 17,1% meestest (vs. 24% naistest). Üsna tihti või peaaegu alati tundis üleväsimust 38,2% meestest (vs. 49,5% naistest). Viimasel 30 päeval tavapärasest enam masendust või õnnetust tundis 18,6% meestest (vs. 26% naistest), see näitaja on võrreldes 2018. aastaga tõusnud (2018: 14,3%). Enesetapumõtteid esines viimase 12 kuu jooksul 7,1%-il meestest (8,1%-il naistest). Rahusteid või antidepressante oli viimase seitsme päeva jooksul kasutanud 10,3% meestest (vs. 17,8% naistest) (Reile & Veideman, 2021).

Psühhiaatrid diagnoosisid 2020. aastal 21 045 uut ambulatoorset psühhiaatrilist haigusjuhtu, millest u 45% moodustasid meeste haigusjuhud (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2021g). Enam

esineb vaimse tervise probleeme üksi elavate, töötute või mittetöötavate meeste, madalama hariduse ja madalama sissetulekuga meeste seas. Need taustatunnused on ka WHO andmetel vaimse tervise riskitegurid (World Health Organization, 2015).

Eestis on suureks probleemiks enesetapud: 16% meestest on elu jooksul enesetapumõtteid mõelnud ning Eesti on Euroopa Liidus enesetappude arvult 7. kohal. Vanuse järgi maailma rahvastikule standarditud suitsiidikordaja 100 000 inimese kohta oli 2016. aastal Euroopa Liidus 9,1 ning Eestis 12,2. Eestis esineb meeste hulgas enesetappe 4–5 korda sagedamini kui naiste hulgas (Värnik et al., 2021).

2019. aastal suri enesetapu tagajärjel 193 inimest, kellest 150 olid mehed (Sotsiaalministeerium, 2020).

Vaimse tervise hoidmiseks on vajalikud mitme tasandi teenused, sealjuures on oluline roll ennetusel ja varajasel sekkumisel. WHO väljatöötatud vaimse tervise mudel näitlikustab vajalike teenuste loetelu ja rolli elanikkonna vaimse tervise hoidmises (Joonis 4).

Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse puhul on läbivaks probleemiks vastava väljaõppega spetsialistide, nt vaimse tervise õdede, psühhiaatrite, kliiniliste psühholoogide jne puudus (Sotsiaalministeerium, 2020). Samal ajal on mureks ka vaimse tervise alase ravi piiratud maht (Mets & Veldre, 2017), mistõttu ei rakendata ka praeguseid valdkonna töötajaid maksimaalsel võimalikul määral.

Joonis 4. Visioon Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest



Allikas: WHO. Eestile kohandanud Sotsiaalministeerium, 2020

Vaimse tervise teenuste alustala moodustavad **elanike üldine teadlikkus probleemidest ning eneseabi oskused**. Eestis jagavad vaimse tervise kohta infot peamiselt Sotsiaalkindlustusameti hallatud **Ohvriabi** ning **MTÜ Peaasi**, kes on erineva rahastuse ja koostööpartnerite toel ning koostöös korraldanud mitmeid avalikke kampaaniaid ning viinud läbi vaimse tervise esmaabi ja eneseabi koolitusi. Mõned kampaaniad on olnud suunatud enam meestele. Infot vaimse tervise kohta jagab ka Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni lehekülg enesetunne.ee ning infot nõustamise ja virtuaalset nõustamist pakub psühholoogiatudengite ja vilistlaste poolt koordineeritud lahendus.net. Samuti on tehtud erinevaid vaimse tervise probleeme selgitav saade „Selge Pilt“. Sellegipoolest on leitud, et enamik ressursse on Eestis koondunud teenuste püramiidi tipus

olevatesse teenustesse ning rohkem ressursse nii spetsialistide kui ka rahastuse näol oleks vaja suunata ennetustegevustesse (Veldre et al., 2017).

Käesoleva uuringu raames tehtud valdkonna ekspertintervjuudes toodi välja vajadust sarnaste, meeste suunatud kampaaniate järele senisest suuremas mahus ning vajadust nüansirohkete vaimse tervise alaste materjalide loomise ja levitamise järele, eriti meeste hulgas. Ka suur osa meestest (85%) tunneb, et vaimse tervise teemal on infot liiga vähe (Jakobson, 2018). Kuna kõik vaimse tervise probleemid ei vaja kliinilist sekkumist, oleks abi praktilistest eneseabi materjalidest ning teavitustööst. Eraldi vajavad meeste puhul sekkumiskirjanduse järgi tähelepanu **negatiivsed stereotüübid abi otsimise kohta ning madal teadlikkus vaimse tervise probleemide sümptomitest** (Sagar-Ouriaghli et al., 2019). Samuti on oluline, et probleeme ja sümptomeid käsitlev infomaterjal kajastaks meeste kogemusi.

Järgmise tasandi moodustavad erinevad **kogukonnateenused ja tugitegevused**. Kogukonna tugiteenuste hulka kuuluvad nii positiivset enesetunnet toetavad sotsiaalsed algatused, teenused riskirühmadele (lapsed, erivajadusega inimesed jne), sotsiaalsed kogukonnateenused, tugigrupid ning erinevad nõustamised, sh nõustamisliinid (vt rohkem: Sotsiaalministeerium, 2020). Kogukonnateenuseid ei ole hinnatud ning nende kohta puudub süsteemne ülevaade, samuti võib olla tugevaid erisusi regionaalses kättesaadavuses või teenuste kvaliteedis teatud sihtrühmadele. Samas on mitmeid häid näiteid lahenduste kohta, nt kiusamisvaba haridustee lahendus (KIVA) või noorte sotsiaalseid oskusi arendav ja probleeme ennetav spordiprogramm SPIN. Vaimse tervise roheline raamat soovib parandada ennetustegevuste keskset koordineerimist ja juhendamist ning arendada ühist üleriiklikku visiooni (*ibid*). Vaimse tervise roheline raamatu väljatöötamine on näide olulistest positiivsetest sammudest valdkonnas, ent vajab edasist elluviimist.

Täiskasvanute, sh meeste puhul väärivad eraldi tähelepanu **tööandjad ja töotervishoius** vaimse tervise käsitlemine. Kuna maskuliinsuse normid on palju seotud töö prioriteetsusega, on tööandjatel oluline roll vaimse tervise seotud stereotüüpide mõjutamisel, nt arsti juures käimise soodustamine või võimaldamine, ületöötamise vältimine, läbipõlemise ennetamine ja vaimse tervise toe võimaldamine jne. Samuti on **töotervishoiukontroll** üks võimalik sobiv sekkumiskoht meeste tervise, sh vaimse tervise ennetavaks kontrollimiseks. Töökoha tervisedenduse uuringu järgi pakuvad suuremad organisatsioonid (50+ töötajat) vaimse tervise seotud koolitusi või teenuseid enam (88%) kui kuni 49 töötajaga organisatsioonid (57%) (Trummal & Luuk, 2019). Igasuguse tegevuse pakkumine ei pruugi aga olla vaimse tervise hoidmiseks piisav, kui teisi psühhosotsiaalseid tegureid igapäevatoos ei hallata. Võrreldes teiste EL-i riikidega pakutakse Eestis vähem näiteks tööpsühholoogi teenust (Trummal & Luuk, 2019). Kuigi psühhosotsiaalsed ohutegurid on osa Eesti tööõigusest, ei oska tööandjad vaimse tervise teemadega tegeleda ning tarvis on sellealase teadlikkuse tõstmist ja tööriistade arendamist (Rätsep et al., 2020). Näiteks on 29% vähemalt 10 töötajaga tööandjad öelnud, et nende organisatsioonis on ületundide tegemine tavaline (Trummal & Luuk, 2019).

Esmatasandi tervishoiuteenused mängivad vaimse tervise edendamisel olulist roll ning on teiste teenustega võrreldes kulutõhusad ja ligipääsetavad (Sotsiaalministeerium, 2020). Perearsti või pereõe abiga tuvastatakse terviseprobleemid, viiakse läbi esmane nõustamine ning vajadusel suunatakse patsient edasi või antakse soovitusi ravi osas, mõnikord toetatakse psühhoterapiat teraapiafondi toel (*ibid*). Valdkondlikes intervjuudes nähti perearstide rolli vaimse tervise probleemide lahendamiseks või edasisuunajana olulisena. Samuti leiti, et perearstide teenustega võiksid olla seotud mitmed vaimse tervise teenused (vaimse tervise õe abi tervisekeskuses, psühholoog-nõustaja teenused, lühisekkumised, sobivad infomaterjalid ja info abi otsimise ja teiste materjalide kohta).

Erinevad vaimse tervise häired võivad vajada lahendamiseks ja tulevikus ennetamiseks erinevate spetsialistide, nt vaimse tervise õdede või **kliiniliste psühholoogide ja tõenduspõhiste teraapiate** abi. Valdkondlikes ekspertintervjuudes nähti tõenduspõhises teraapias efektiivset lahendust meeste psühholoogilistele muredele, ent toodi välja **mitmeid tõsiseid probleeme teenuste organiseerituses ja kättesaadavuses**. Nii soovitati liikuda psühholoogide kutseregistri poole, et inimestel oleksid usaldusväärsed andmed, kelle poole pöörduda. Samuti toodi probleemina välja teraapia **rahastamise probleeme**, (peamiselt

madalat kompenseerimismäära ja sellest tulenevalt kõrget patsiendi omaosalust⁷, perearstide erineval tasemel teraapiafondi kaudu suunamist, sh ressursside kasutamata jätmist) ning pikki ravijärjekordi. Just pikad ravijärjekorrad võivad perearste heidutada abivajajate suunamisel psühholoogide juurde. Eksperdid leidsid, et vaimse tervise abi peaks olema lähemal ja kättesaadavam ning abi otsimine ei tohiks olla eraldi takistusega, kuna juba terviseprobleem ise on takistus.

Vaimse tervise probleemidega inimesed võivad soovida ka **ambulaatorset psühhiaatrilist abi** ning psühhiaatri **konsultatsiooni** võivad vajada ka patsiente nõustavad perearstid jt tervishoiutöötajad. Vaimse tervise roheline raamat (Sotsiaalministeerium, 2020) toob selle valdkonna välja kui psühhiaatrias **kõige prioriteetsema arendamist vajava**, sealjuures vajab eraldi tähelepanu psühhiaatrilise ravi integreeritus teiste teenustega ning vajadus mitmekülgsete pädevustega ravimeeskondade järele. Nii vaimse tervise roheline raamat kui ka eksperdid tõid intervjuudes välja ka teisi abi kättesaadavuse probleeme: regionaalsed kättesaadavuse probleemid ja pikad ravijärjekorrad.

Spetsialiseeritud statsionaarne psühhiaatriline abi haiglates on mõeldud psühhikahäirega inimestele, kes vajavad keerulist ja jälgimist vajavat ravi. Kättesaadavuse seisukohalt on probleemsed Harjumaa ja Ida-Virumaa piirkond, Eestis oli 2019. aastal voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta 50,64, EL-i keskmine on 73,12 (Eurostat, 2022a). Voodikohtade metoodika ei arvesta aga valdkonna suurima murega: tugitöötajate puudujäägiga ning mitmekülgse ravimeeskonna olemasoluga (Sotsiaalministeerium, 2020).

3.3. Alkoholisõltuvusega võitlemisele suunatud teenused

Alkoholi tarvitamine on otseselt või kaudselt seotud ligikaudu 60 erineva haigusseisundi ja tervisehäire tekkega. Neist sagedasemad on maksa alkoholitõbi, alkoholisõltuvus, südame-veresoonkonna haigused, närvisüsteemi kahjustused, erinevad kasvaja. Suurte alkoholikoguste korraga tarvitamine on seotud õnnetuste ja vägivallajuhtumitega (Civitta, 2019). Meeste puhul väljenduvad erinevad vaimse tervise probleemid muuhulgas ka liigse alkoholi tarbimises (Sotsiaalministeerium, 2020).

Riskirühma kirjeldus

Eesti elanike tervisekäitumise uuringu andmetel tarvitas 2020. aastal alkoholi 17,6% vastanutest, sealhulgas mehed oluliselt sagedamini kui naised (26,6% meestest ja 11,5% naistest). Kanget alkoholi tarvitas vähemalt mõnel korral nädalas 9,4% meestest (2018. a 9,7%). Vähemalt kord nädalas tarvitas kuus või enam alkoholiühikut korraga 22,8% meestest. See näitaja on kahe aastaga märgatavalt langenud (2018. a 27,0%). **21,3% meestest (10,4% naistest) tarvitas alkoholi nädalas tervist ohustaval määral (> 140 g meestel ja > 70 g naistel) ning see näitaja ei ole võrreldes 2018. aastaga muutunud.**

Alkoholi liigtarvitamist tervisekäitumise uuring siiski tõenäoliselt alahindab (Rahu et. al., 2019). Hinnanguliselt on kõikidest alkoholitartajatest üks kolmandik liigtarvitajad, kelle seas on ligi 60 000 inimest, kes on alkoholist sõltuvuses. 2019. aastal suri otseselt alkoholiga seotud haiguste tagajärjel 509 inimest (Terviseinfo, 2022). Kaudselt alkoholi liigtarvitamisega seotud haigustesse sureb igal aastal 9000–10 000 inimest (Alkoinfo, 2016).

Alkoholi liigtarvitamise korral on esimene samm **liigse tarbimise teadvustamine**. Alkoholi kohta teadlikkuse kasvatamiseks infot koondav veebileht Alkoinfo.ee võimaldab kõigil huvilistel teha AUDIT testi, mille abil ülemäärast tarvitamist tuvastada. Samuti sisaldab koduleht soovitusi ning tööriistu iseseisvalt alkoholi tarbimise vähendamiseks ning infot abi otsimise kohta. Üks tööriistadest on programm SELGE.

Üheks peamiseks alkoholist tingitud tervisehäirete ja kahjude ennetamise tööriistaks on programmi „Kainem ja Tervem Eesti“ raames katsetatav **tõendus põhine lühisekkumine ALVAL** (alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine). Lühisekkumises vestleb perearst või -õde patsiendiga ning alustuseks viiakse läbi AUDIT test võimaliku liigtarvitamise tuvastamiseks/abivajajate väljasõelumiseks. Seejärel vesteldakse

⁷ Teema keerukust kajastab nt see artikkel: <https://epl.delfi.ee/artikkel/95624499/psuhholoogid-tagajalgadel-haigekassa-surub-muudatust-mis-vahendaks-drastiiliselt-teraapia-kattesaadavust>

patsiendiga kindlate põhimõtete järgi tulenevalt viimase probleemidest. Lühisekkumine sisaldab infot alkoholi terviseriskide kohta, nõuandeid loobumiseks või tarbimise vähendamiseks ning soodustab patsiendi vastutuse võtmist ning enesetõhususe tõusu, samal ajal teda ära kuulates (Civitta, 2019).

Programmi vahehindamisel 2018. aastal loeti programmi sihtrühmaks inimesed, kes joovad end vähemalt korra kuus purju, ning sellele kriteeriumile vastas 49% Eesti meestest ehk 204 000 meest. Vahehindamise hetkel oli teenus kättesaadav Tallinnas, Harjumaal, Tartus, Rakveres, Märjamaal, Jõhvis, Paldiskis, Hiiumaal ning teenuse saajaid oli 5567 ehk 2% teenuse sihtrühmast. Vahehindamise tulemusena järeldati, et teenus ei ole Eestis tervikuna sihtrühmale piisavalt kättesaadav, seda nii teenuse mahu kui ka geograafilise kättesaadavuse tõttu.

2021. aastal läbi viidud mõju hindamise andmetel viidi vahemikus juuli 2016 kuni september 2019 läbi 13 693 AUDIT testiga sõelumist, neist 55% meestele. Lühisekkumisi viisid läbi 31 keskust kokku 1927 korda. Meeste seas viidi lühisekkumisi läbi 6,3 korda rohkem kui naiste seas. Võimaliku sõltuvusega patsientidest jõudis poole aasta jooksul raviteenusele iga seitsmes patsient. Patsientide grupis, kelle kohta olid andmed nii sõelumise, lühisekkumise kui ka kordustestimise kohta kuus kuud hiljem, langes grupi keskmine AUDIT-skoor (12,44 punktilt sõelumisel 6,87 punkti kordustestimisel) ning vähenes madala riski piiri ületavate isikute osakaal 62% (Jürjen, 2021). ALVALi sekkumine oli tulemuslik ka Põlluste et al. (2016) uuringu järgi. Valdkondlikes ekspertintervjuudes peeti ALVALi sekkumist efektiivseks ning parimatele praktikatele vastavaks. Pidades aga silmas selle rakendajate väikest arvu, ei ole sekkumine Eestis piisavalt kättesaadav. Ekspertintervjuus toodi välja, et kuigi võimalikke teenusepakkujaid on koolitatud rohkem, on tarvis stabiilset rahastust ning motiveerivaid finantshoobasid, et sekkumise kättesaadavus paraneks.

Alates 2016. aastast, pärast alkoholitarvitamise häire ravijuhendi väljaarendamist pakutakse **alkoholitarvitamise häire ravi spetsiaalsetes keskustes**, see on kõigile tasuta ning ligipääsetav otse või suunamise kaudu. Sageli 6–12 kuud kestvat ravi osutatakse ravimeeskondade abil, kuhu kuulub kindlasti psühhiaater ning näiteks vaimse tervise õde, psühholoog, sotsiaaltöötaja jne. Teenusel kasutatakse mitmeid erinevaid (nt psühhosotsiaalseid) sekkumisi vastavalt patsiendi vajadustele ning patsienti jälgitakse ka lähiaastatel pärast ravi lõppemist (Civitta, 2019).

2018. aasta lõpu seisuga oli raviteenust osutatud kumulatiivselt 4043 inimesele. Eestis on hinnanguliselt 50 000–60 000 alkoholisõltlast (Terviseinfo, 2022), lisaks on alkoholi kuritarvitajad. 2018. aasta seisuga oli hinnanguliselt 6,7% sihtrühmast programmi tegevustega hõlmatud ning teenuse kättesaadavus on võrreldes varasemaga paranenud (Civitta, 2019), kuigi ei ole probleemide lahendamiseks piisav. Teenust pakutakse 11 asutuses, regionaalse kättesaadavusega on valdkondlike intervjuude järgi probleeme Tallinnas ning Ida- ja Lääne-Virumaal. Ekspertide hinnangul võiks avada suuremal arvul inimestele lähedal olevaid nõustamispunkte, kuid teenuse laiendamist takistab muuhulgas ka spetsialistide puudus. Kuna ravile on lihtne pääseda ning sinna suunatakse inimesi ka justitssüsteemist, on probleemiks madala sisemise motivatsiooniga osalejad ning seetõttu pikad ravijärjekorrad (Civitta, 2019). Ekspertintervjuudes soovitati justitssüsteemist tulevatele inimestele arendada välja eraldi ravivajaduse hindamise tööriist, tagamaks, et kohtusüsteemist suunataks inimesi ravile tulemuslikult.

3.4. Tubakasõltuvusega võitlemisele suunatud teenused

WHO andmetel on tubaka tarvitamine seotud vähemalt 25 haiguse tekkega ning tubaka tarvitamist peetakse maailmas suurimaks surmade põhjustajaks. Muuhulgas võivad selle tagajärjel kujuneda südame-veresoonkonna haigused ja kopsuvähk (tubakainfo.ee).

Riskirühma kirjeldus

Eesti elanike tervisekäitumise uuringu andmetel oli 2020. aastal 16–64-aastastest elanikest 17,9% **igapäevasuitsetajad** (2018. a 17,2%), sealhulgas 25,7% meestest (2018. a 23,4%) ja 12,6% naistest (2018. a 12,9%). **Juhusuitsetajaid** oli 8,2%, **endiseid suitsetajaid** 28,6% ja **mittesuitsetajaid** 45,3%. Kõige rohkem igapäevasuitsetajaid on alg- ja põhiharidusega inimeste hulgas – 33,4% (2018. aastal 29,9%) (Reile ja Veideman 2021). Lisaks traditsioonilisele suitsetamisele kasutatakse ka alternatiivseid tubakatooteid, nagu kuumutatavaid tubakatooteid, e-sigarette, huuletubakat (sh nikotiinipatju) ja vesipiipu

(TAI, 2021a). Nende igapäevaseid kasutajaid on kõige enam noorte meeste seas: 5% 16–24-aastastest kasutab e-sigaretti ja 14,2% huuletubakat (sh nikotiinipatju). Sellistele toodetele üleminek on nikotiinisõltuvuse jätkamine ning just e-sigarettide puhul on arstid pidanud ohuks, et see normaliseerib suitsetamist ja kaotab aastatega saavutatud suitsetajate osakaalu langustrendi elanikkonnas (Ani, 2021; Mukk, 2019).

Tubakast loobumiseks pakub apteeker nikotiinasendusravi (nätsu, plaastrite, imemistableti või suuõõnesprei näol). TAI on alustanud apteekrite koolitamisega tubakast loobumise lühinõustamise osas. Valitud apteekides on olemas tubakast loobumise nõustamise teenus (mis võib olla ka tasuline). **Esmatasandi meditsiinis** (arstid, ämmaemandad, õed, töötervishoiuarstid) pakutakse tubakast loobumiseks lühinõustamist⁸. Alates 2010. aastast on TAI pakkunud tubakast loobumise nõustamise koolitust enam kui 1000 arstile, õele, perearstile ja pereõele, ämmaemandle ja kliinilisele psühholoogile. Perearst võib nikotiinitarvitajale välja kirjutada spetsiaalsed ravimid ning vajadusel suunata üle Eesti tegutsevatesse tubakast loobumise nõustamise kabinettidesse.

Tubakast loobumise nõustamise kabinettides on regulaarselt tubakast loobumise nõustamise teenust (TLN) pakutud alates 2010. aastast⁹, mil sellele süsteemile pani aluse TAI. Alates 2019. aastast on TLN-i teenus Haigekassa rahastada kui tervist edendav teenus. Nõustamine on tasuta ja ei nõua saatekirja. Vastava täienduskoolituse läbinud meditsiinitöötajad – perearst, õde või ämmaemand – annavad juhiseid ja tuge tubakast loobumise protsessis. Esmakordne nõustamine kestab 45–60 minutit, järgnevad seansid 15 minutit. Kui esmane nõustamine toimub silmast silma, siis edaspidine konsulteerimine võib toimuda ka telefoni või e-posti teel. Koostöö loobuja ja nõustaja vahel kestab ideaalis 12 kalendrikuud. Nõustamise hulka kuuluvad nõuanded, individuaalse loobumis- ja raviplaani koostamine, juhiseid taasalustamise vältimiseks ja sõltuvuse farmakoloogiline ravi.

2022. aasta alguse seisuga on kabinettides pakutav teenus kättesaadav kaheteistkümnes maakonnas kokku viieteistkümnes haiglavõrgu arengukava haiglas (TLN-i teenus puudub Hiiu-, Järva- ja Viljandimaal). Teenust kasutanud suitsetajate hulk on viimasel kolmel aastal püsinud stabiilselt veidi alla neljasaja (Tabel 1).

Tabel 1. Tubakast loobumise nõustamise teenuse maht 2018–2021¹⁰

Teenuse rahastaja ja koordineerija	Aasta	Isikuid	Visiite	Teenuse summa
TAI	2018	1477	2139	29 582.-
Eesti Haigekassa	2019	373	1323	12 234.-
Eesti Haigekassa	2020	396	1241	17 088.-
Eesti Haigekassa	2021	384	1085	16 204.-

Allikad: 2018: Sammel, 2022; 2019–2021: Haigekassa, raviarvete andmed seisuga 12.04.2022

2019.–2021. aastal moodustasid 60% tubakast loobumise nõustamise teenust kasutanutest mehed. 2020. ja 2021. aastal oli mehi kõige enam alla 18-aastaste vanusegrupis (vastavalt 68% ja 66%), kellele järgnesid 50-

⁸ Lühinõustamise efektiivsus: ühe aasta jooksul loobub tubakatoodete tarvitamisest 5–10% nõustatavatest. Allikas: Suitsetamisest loobumise nõustamine tervishoiu esmatasandil. Metoodiline juhendmaterjal lühinõustamise läbiviimiseks. <https://tai.ee/et/valjaanded/suitsetamisest-loobumise-noustamine-tervishoiu-esmatasandil-metoodiline-juhendmaterjal>.

⁹ Tervist edendavate haiglate võrgustiku projekti põhiselt on tubakast loobumise nõustamist ja nõustajate koolitust pakutud alates 2005. Aastast.

¹⁰ TAI andmed baseeruvad tegevusaruannetel ning Haigekassa omad raviarvetel, mistõttu need ei pruugi olla võrreldavad.

aastased ja vanemad mehed (66% ja 60%) (Haigekassa raviarvete andmed seisuga 12.04.2022). Arvestades et igapäevasuutsetajad moodustavad umbes veerandi kõigist meestest, jõuavad nõustamisteenusele vaid väga vähesed.

Eesti tubakast loobumise nõustamise teenusele alusepanija ja tubakanõustaja Tiiu Härmi hinnangul on nõustamiskabinettidel ressursi võtta vastu enam patsiente. 2017.–2018. aastal läbi viidud TLN-i teenuse rahulolu-uuringus mainisid poolte kabinetide patsiendid, et raske on leida nõustamiseks mugavat aega. Seega saaks teenuse kättesaadavust parandada ka õhtuste nõustamisaegade lisamisega või väljaspool meditsiinisüsteemi toimuva nõustamise kaudu. **Teenuse kättesaadavuse parandamiseks** on Haigekassal plaanis hakata nõustamist pakkuma ka kooliõdede (koolinoored ning e-sigaretid ja huuletubakas) ja erakliinikute kaudu ning laiendada nõustamist perearstide ja apteekide juures. Nõustamise lihtsamaid võtteid saavad hakata pakkuma ka tervishoius mittetöötavad inimesed nagu noorsoo- ja sotsiaaltöötajad; koos raviarstiga saavad nõustamist pakkuda ka füsioterapeudid, logopeedid, tegevusterapeudid ja psühholoogid. Enam saaks ära kasutada ka virtuaalseid toetusviise ja nõustamist (foorumid, mobiiliäpid jmt), et haarata veel laiemat sihtgruppi.

Tubakast loobumist saab toetada ka läbi **töökeskkonna muudatuste**. TAI on töökohtadele koostanud juhendmaterjali ning pakub nõustamist ka kohapeal¹¹. Nõustamine võib hõlmata kohtumist juhtkonnaga ja nõuandeid töökoha kohandamiseks nii, et see toetaks tubakast loobumist; loengut töötajatele ja/või individuaalset nõustamist töökohal (sisaldab vingugaasihindajaga mõõtmist). Osalist tuge saab seeläbi pakkuda ka töötajate pereliikmetele, kelle toetamise kohta nikotiinist loobumisel nõustamisele tulevad inimesed samuti küsivad. Siiski võib selle teenuse mõju hinnata tagasihoidlikuks, kuna perioodil 2016–2020 on nõustamist pakutud kümnele organisatsioonile.

2019. aastal läbi viidud töökoha tervisedenduse uuringu andmed näitavad, et suitsetamisest loobumist toetavaid tegevusi enamik **tööandjaid** (69%) ei paku. Kümnenendikus era- ja avaliku sektori organisatsioonides on levitatud infot suitsetamise kahjulikkuse kohta ning vaid paar protsenti on osalenud kampaaniates või koolitustel. Veidi parem on olukord tervist edendavates organisatsioonides, kellest ligi pooled ei toeta suitsetamisest loobumist ning ülejäänud kõige sagedamini levitavad teavet (üle veerandi) või on läbi mõelnud ühised eesmärgid ja tegevused (viidendik) (Trummal & Luuk, 2019).

Tänu teenuse kättesaadavuse laienemisele võib see paremini jõuda ka madalama hariduse ja sissetulekuga inimesteni, kelle hulgas on tubakatoodete tarvitajaid enam ning nende osakaal on aastatel 2018–2020 veelgi kasvanud. Siiski viitas juba rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine vajadusele analüüsida, kuivõrd need teenused seni nende riskirühmadeni on jõudnud (Aaben et al., 2017). Lisaks sellele on WHO hinnanud Eesti pingutusi tubaka tarvitamise vastases võitluses keskpäraseks, sest kuigi nõustamisteenused on tasuta kättesaadavad, on nikotiiniasendusravi endiselt tasuline (Aaben et al., 2017, lk 28) ning see oli endiselt nii ka 2022. aasta seisuga.

3.5. Narkosõltuvusega võitlemisele suunatud teenused

Uimastisõltuvus on krooniline haigus, mida saab kontrolli all hoida kombineerides meditsiinilist ravi (nt tablettide manustamine) vaimse tervise toetamise ning sotsiaalsete tugiteenustega.

Riskirühma kirjeldus

Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuringu 2018 järgi oli enda sõnul viimase 12 kuu jooksul narkootilisi aineid tarvitanud/proovinud 7% elanikest vanuses 16–64, sealhulgas mehed enam (9,7%) kui naised (5,2%) (Vorobjov et al., 2019). Viimase 30 päeva jooksul oli see näitaja 2,5%, sealhulgas 3,8% meestest ja 1,6% naistest. Elu jooksul tarvitatud narkootilistest ainetest oli kõige sagedasem kanep, millele järgnesid stimulandid nagu amfetamiin, *ecstasy* ja kokaiin. Viimase 12 kuu või 30 päeva jooksul

¹¹ Seoses koroonaviiruse levikuga on see olnud pausil, kuna individuaalne nõustamine sisaldab vingugaasihindajaga mõõtmist, mis võib viiruse levikut soodustada.

narkootikumide tarvitamist esines sagedamini alla 35-aastaste hulgas, meeste hulgas oluliselt sagedamini kui naiste seas.

Tugevatoimeliste narkootikumide, nt opioidide (sh fentanüül, heroiin) levimust küsitlusuuring üldelanikkonnas usaldusväärselt ei mõõda. Eestis oli 2015. aasta andmetele tuginedes 15–44-aastaste vanusegrupis hinnanguliselt 8600 narkootikume süstivat inimest (Raag et al., 2019). Hinnanguliselt on nende arv nüüdseks kahanenud ligikaudu 7000 inimeseni (osaliselt surmade läbi).

Täisealistele elanikele pakutakse järgnevat riigieelarvest rahastatud teenuseid:

- **Opioidsõltuvuse asendusravi.** Opioidsõltuvuse ravi on ennekõike psühhosotsiaalne abi, mida toetatakse igapäevaselt manustatava ravimiga (metadoon). Ravil võivad olla erinevad eesmärgid, milleks võib olla opioidide kuritarvitamise lõpetamine või vähendamine, opioidide tarvitamisega kaasnevate kahjude vähendamine ning opioidsõltuvusega isikute elukvaliteedi ja heaolu parandamine. Seda ravi saab ligikaudu 1000 sõltlast aastas (TAI, 2018).
- **Lühiajaline statsionaarne võõrutusravi** on suunatud nii opioidide kui ka teiste narkootikumide tarvitajatele (k.a kanepitarvitajad), et võõrutada patsient narkootikumidest. Võõrutusravi kestab keskmiselt 2–4 nädalat, millele järgneb ambulatoorne järelravi või nõustamine. Pärast võõrutusravi on võimalus jätkata pikaajalises rehabilitatsiooniprogrammis. Riiklikult rahastatud võõrutusravi kohti on 30 ning neid kasutab ligikaudu 200 inimest aastas.
- **Statsionaarne pikaajaline rehabilitatsioon.** Rehabilitatsiooni eesmärk on püsivate psüühikamuutuste saavutamine ja uute käitumismallide omandamine erinevate teraapiliste võtete ja spetsialistide nõustamise abil. Rehabilitatsiooni tulemusel on paranenud isiku psüühiline ja füüsiline tervis ning sotsiaalsed toimetulekuoskused, inimene on võimeline elama igapäevaelu ja käima tööl. Selle kestuseks on keskmiselt 9 kuud, sõltudes ennekõike patsiendi tervise olukorrast. Viljandi haiglal on Viljandis ja Sillamäel kokku 55 statsionaarse rehabilitatsiooni kohta, mida aasta jooksul kasutab umbes 170 sõltlast.
- **Järeleteenused**, mida pakutakse peale rehabilitatsiooni eesmärgiga ennetada tagasilangust ja toetada sotsiaalset kohanemist. See hõlmab ambulatoorset sotsiaalnõustamist, psühholoogilist nõustamist ja kogemusnõustamist. Teenus on suunatud nii tervenevatele sõltlastele kui ka nende lähedastele.
- **Kahjude vähendamise teenus** on suunatud uimasteid tarvitavale inimesele, kes ei soovi või ei ole võimeline narkootikumide tarvitamist lõpetama. Teenuse eesmärk on vähendada narkootikumide tarvitamise ja sellega seotud riskikäitumisega kaasnevaid kahjusid nii tarvitajale kui ka teda ümbritsevale kogukonnale (pere, lähedased jt) ning ühiskonnale laiemalt. Teenust pakutakse kahjude vähendamise keskustes üle Eesti, mobiilse teenusena (kahjude vähendamise bussid) ning Tartu ja Rakvere apteekides. Lisaks ohutumaks süstimiseks vajalike vahendite jagamisele ja kasutatud süstalde kogumisele pakutakse mitmeid muid teenuseid: HIV-kiirtesti võimalust ja tervisealast nõustamist, kogemusnõustamist, psühholoogi ja vaimse tervise õe nõustamist ning sotsiaaltöötaja tuge jm. Eestis oli 2019. aastal ligi 3500 kahjude vähendamise teenuse kasutajat ning teenust kasutati aastas üle 90 000 korra (TAI, 2021b).
- **SÜTIK programm** on osa kahjude vähendamise teenustest Harjumaal ja Ida-Virumaal, mis pakub narkootikume tarvitavale inimesele tugiisikut, kes teda pidevalt toetab ja abiteenustele suunab. Sellesse programmi suunatakse politsei vaatevälja sattunud inimesi.
- **VALIK nõustamisprogramm** on mõeldud kanepit või selle analooge tarvitavale inimesele, kes tunneb, et kanep mõjutab tema igapäevaelu (või kelle suunab programmi politsei). Ühe kuni kuue nõustamissessiooni vältel suunavad nõustajad klienti tarvitamist vähendama või lõpetama. Teenus toimib kontaktsetl Tallinnas ja veebi vahendusel üle Eesti.
- Lisaks saavad sõltuvusprobleemidega inimesed pöörduda ambulatoorsele vastuvõtule psühhiaatriakliinikutes.

Teenuste kättesaadavuse ja piisavusega seotud aspekte:

- Tõsisemate sõltuvusprobleemidega narkootiliste ainete kasutajatele on piisavalt võõrutus- ja rehabilitatsioonikohti ning teenuseid. Siiski on vajadus mõelda enam eri sihtrühmade vajadustele. Üks sihtrühm on narkosõltuvuses, kuid suhteliselt edukad ja toimivad inimesed, kellel ei ole võimalik

pikaajaliseks rehabilitatsiooniks töölt eemale jääda ning keda ei ole mõistlik raviks kokku panna nende sõltlastega, kes ühiskonnas toime ei tule. Nende puhul võiks olla vajalik lühiajaline võõrutus koos hilisema korraliku tugiprogrammiga, mille ajal nad saaksid jätkata oma igapäevaeluga.

- Vähem on teada nende käitumisest ja vajadustest, kes kasutavad narkootilisi aineid ja stimulante aegajalt meelelahutuseks. Siin on küsimuseks, kuidas teha narkootikumidega katsetajatele see eluetapp turvalisemaks, et nad ei tekitaks endale tervisekahjustusi (sh kuidas teha ööelu turvalisemaks). Vajalik on arendada välja (nõustamis)teenuseid nendele, kes ei ole veel väga probleemsed. Üks neile hetkel arendatav teenus on nõuandeliin.
- Tihedamini tuleks omavahel siduda narko- ja alkoholisõltuvuse ravi.

3.6. Eestis läbi viidud sekkumised ja algatused

Järgnevalt on vaadeldud mõningaid Eestis tehtud algatusi ja sekkumisi, mis on või on olnud suunatud spetsiaalselt meeste tervise edendamisele või puudutavad meeste hulgas oluliselt levinud riskikäitumist (nt tubakavastane kampaania Sigarexit, mis oli suunatud nii meestele kui ka naistele).

Füüsilist tervist puudutavad sekkumised

- **Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinikus** koondatakse meeste tervise erinevad aspektid tervikuks ning aidatakse patsiendil spetsiifilisi terviseprobleeme siduda üldiste elustiili küsimustega. Tegemist on suurima spetsiaalselt meestele suunatud tervishoiuteenuste pakkujaga Baltikumis ja Põhjamaades, millel on esindused Tartus, Tallinnas, Pärnus ja Narvas. Oma tegevuses kasutab meestekliinik ka erinevaid sekkumisi meeste teadlikkuse tõstmiseks, näiteks on nad välja töötanud eesti- ja venekeelseid tervisevoldikuid teemadel toitumine, suitsetamine, alkohol ja seks, mis annavad meestele kokkuvõtliku ülevaate nende tervist puudutavatest põhiteemadest¹². Samuti on meestekliinikul välja töötatud patsientide tagasikutsumise süsteem eesmärgiga tagada teenuste jõudmine meesteni. Vaid väike osa patsientidest tuleb ise uuesti kontrolli, mida eelnevalt on arst soovitanud. Ülejäänutele helistatakse poole aasta pärast ning kutsutakse neid individuaalselt vastuvõtule. Helistamine on küll töömahukas, kuid annab võimaluse meest isiklikult kõnetada ja vajadusel veenda. Hinnanguliselt umbes viiendik kuni veerand neist, kellele helistatakse, ei tule kordusvisiidile (nt ütlevad, et kõik on korras), enamik tuleb. See süsteem on mehi jõuliselt kliinikusse tagasi toonud.
- Üks mõjus projekt meestekliiniku eestvedamisel oli ka **mobiilse diagnoosikabineti** abil teenuse kättesaadavuse parandamine üle Eesti. Selle tarbeks korjati raha Vähiliidu 2015. aasta „Jõulutunneli“ projektiga ning soetati mobiilne androloogia diagnoosikabinet. Tööd alustas buss 2016. aasta suvel. 2021. aastal tehti mobiilses kabinetis 3550 visiiti, neist õe visiite 2771 (78%) ja arsti visiite 779 (22%).

Avalikud kampaaniad

- **Eesnäärmevähi ennetuskampaania 2008–2009.** Eesnäärmevähi varajase avastamise n-ö „Nõmme projekt“ viidi läbi koostöös Vähiliidu, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Nõmme Linnaosavalitsusega. Projekt tugines sarnasele tulemuslikule programmile Austrias, arvukatele teadusartiklitele ning TÜK androloogiakeskuse varasemale kogemusele eesnäärmevähi uurimisel Eestis. Sihtrühmaks olid Nõmme mehed vanuses 50–70 eluaastat, uuringus osales 878 meest, kellele tehti põhjalikud PSA analüüsid. Kampaania eestvedaja dr Margus Punabi sõnul andsid Nõmme pilootprojekti tulemused tõuke püüelda meestele suunatud tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamise poole. Üheks konkreetseks tulemuseks oli ka meeste kusemishäirete käsitusjuhend perearstidele, mis kinnitati aastal 2011. Ennetuskampaaniaga seotud n-ö meeste tervise nädal on

¹² Vaata voldikuid eesti ja vene keeles: <https://www.kliinikum.ee/meestekliinik/tervisesoovitused-meestele>

aastate jooksul tähelepanu pööranud eesnäärme tervise kontrollimise vajadusele ja tõstnud teadlikkust meest seas laiemalt.

- **Veebileht meestetervis.ee.** Eesti Vähiliit on loonud veebilehe meestetervis.ee, kus jagatakse informatsiooni eesnäärmehaiguste, sh eesnäärmevähi sümptomaatika ja ravi kohta, veebilehel on ka eesnäärmehaiguste statistika, teavitusklipp Mait Malmsteniga ning küsimustik, mille abil saab hinnata enda eesnäärme probleemide olemasolu ja arstivisiidi vajadust. Veebilehe sisuks on suures osas meestekliiniku juhi dr Margus Punabi koostatud ja Eesti Vähiliidu poolt välja antud raamat „Mehe teine süda“. 2020. aasta jooksul külastas kodulehte üle 78 000 inimese ning 2021. aasta jaanuari seisuga on alates lehe loomisest 2016. aastal külastajate arv hüppeliselt kasvanud.
- TAI korraldab regulaarselt erinevaid **tubakast loobumise kampaaniaid Sigarexiti**. Seni edukaim neist on olnud 2022. aasta alguses korraldatud **Sigarexiti** kampaania, mille järeluuringuist selgus, et kampaania mõjul loobus nikotiinist 7% algatusega liitunudest. Eelneval aastal oli loobujaid 3%. Järeluuringu kinnitas, et seekordse kampaaniaga jõuti sihtrühmani, mida esmajoones kõnetada sooviti ehk 18–44-aastaste meesteni, kes on eri nikotiinistoodete tarbimisele kõige avatumad. Kampaania käigus suunati inimesi veebilehele tubakainfo.ee, kus on informatsioon nikotiinistoodete tarbimise ja passiivse suitsetamise mõjude ning nõustamiskabinettide kohta, loobumisplaan ja nikotiinisõltuvuse test. Samuti loodi Facebookis Sigarexiti grupp, kus lisaks informatsioonile oli võimalik kampaaniaga liitunutel jagada ka oma kogemusi ja küsida nõu. Facebooki vahendusel jagati ka kampaania patroonide Robert Rooli ja Jüri Butšakovi teekonda. Kampaania reklaame näidati nii televisioonis, bänner- ja videoreklaamina internetis kui ka plakatitena välimeedia pindadel.

Kogukondlikud algatused

- 2010. aastal viidi meestearst Kristo Ausmehe algatusel Lõuna-Eesti maakondades läbi terviseprojekt „**Mehed liikuma**“. Kampaania raames loodi mitmel pool Lõuna-Eestis aktiivgrupe, kes hakkasid regulaarselt kokku saama ja ühiselt sporti tegema ja eri sportimisvõimalustega tutvuma, samuti said grupi liikmed käia meestearsti juures põhjalikus kontrollis. Projekti raames avati ka veebiportaal mehedliikuma.ee (2022. a aprilli seisuga ei ole võimalik veebilehele pääseda) ning korraldati meeste tervise teemal tervisefoorum. Paar aastat hiljem viis Eesti Seksuaaltervise Liit läbi projekti „**Mehed liikuma Harjumaal**“, mille raames korraldati Harjumaal meestele suunatud tervisefoorumid. Tervisefoorumil sai osaleda erinevates töötubades (nt „liikumine ja seksuaalsus“), tutvustati erinevaid spordialasid ning kohapeal oli võimalik mõõta erinevaid tervisenäitajaid ja saada nõuandeid sportimise ja tervisliku toitumise kohta.
- Tarmo Leinatamme tütre Kris Leinatamme rajatud Leinatamme Fond SA korraldas 2015. aastal kolm meeste tervise seminari. 2016. ja 2017. aastal korraldati üle-eestiline üritustesari „**Meeste Elustiilinädal**“, mille raames toimusid tervise teemalised seminarid Tallinnas, Pärnus, Tartus, Viljandis ja Rakveres.
- „**Pikema sõpruse päev**“ on 2019. aastal ettevõtja Rain Väana eestvedamisel alguse saanud iga aasta novembris aset leidev kodanikualgatus. Selle raames kutsutakse sõpru, töö-, klubi- või trennikaaslast üles veetma koos üks meelde jääv päev huvitavate ettevõtmistega, mille lahutamatuks osaks on ühine käik tervisekontrolli. Laiemaks eesmärgiks on pikendada meeste tervelt elatud aastaid, pannes neid enam endast hoolima ja oma tervist kontrollima. Algatusele aitavad vabatahtlike eeskujudena kaasa eri valdkondades tegutsevad tuntud mehed (nt Mihkel Raud, Danel Pandre, Marko Pomerants jpt). Algatuse raames töötati laboriarstide ja meestearst dr Punabi koostöös välja meeste tervisekontrolli pakettid, mida

tasulisena pakuvad erinevad erameditsiiniastutused. Algatus tõi 2019.–2020. aastal tervisekontrolli üle 8000 mehe.¹³

Novembrist 2019 kuni aprillini 2020 viidi algatuse, Eesti Haigekassa, Tartu Ülikooli Meestekliinikumi ja TAI koostöös läbi Eesti meeste tervise pilootuuring, mille raames tehti tasuta tervisekontroll 40–49-aastastele meestele, kellele aasta jooksul ei olnud põhjalikke terviseuuringuid tehtud. Selle raames valmis 2022. aastal Eesti mehe tervist kajastav teadusuuringu raport (Kender *et al*, 2022).

- Eestis tegutseb alates 2019. aastast mittetulundusühing **Meeste Koda**, mille esimene töökoda rajati Tartusse. Meeste Koda on Austraaliast alguse saanud Men's Shed kontseptsiooni alusel (vt ka ptk 2.3.1) üles ehitatud töökoda ning ühingu eesmärk on Eesti meeste heaolu, tervise ja suhtluse eest seismine ning käsitöökuste hoidmine. Tartu meeste kuuri rajamise mõte oli luua koht sisukaks ja meeldivaks ajaveetmiseks, üksteise toetamiseks, arendamiseks, meisterdamiseks, ehitamiseks kõigile meestele. Meeste Koda ühe asutajaliikme, Valdeko Lukkeni sõnul annab Meeste Koda võimaluse käelise ja ühistegevusega ennetada meeste võimalikke vaimse tervise probleeme ja pakkuda ka vanemas eas olevatele meestele võimalust säilitada enda vitaalsus. Tartu Meeste Kojal on veidi üle 150 liikme, kes saavad regulaarselt kokku: töökojas toimuvad tegevused igal nädalal, lisaks korraldatakse kaks korda kuus talgud. Samuti on kõigil liikmetel võimalus käia töökojas tegelemas enda meelepärase puutööprojektidega igal ajal, kui nad soovivad. Tegevuste fookuses on puutöö, kuid Tartu kuuris on ka seminariruum, kus korraldatakse üritusi, piljardi- ja lauateniselauad ja raamatukogu. Lisaks Tartu kuurile on rajatud kuur ka Haapsalus ning plaan on laieneda Tallinnasse. Avalikus Tartu Meeste Koda Facebooki grupis on tänaseks ligi 900 liiget.
- Noortele vanuses 9–18 eluaastat suunatud sektoritevahelise koostöö tulemusena tekkinud **SPIN-programmi** raames seotakse jalgpallitreening ning sotsiaalsete ja enesejuhtimise oskuste õpe. Programm on küll suunatud nii poistele kui ka tüdrukutele, kuid lisaks segagruppidele pakutakse trenne ka ainult poistegruppidele. SPIN-programmi mõju lisaks õppe edukuse ja käitumise paranemisele on positiivne ka vaimsele tervisele: SPIN-programmis osalemine mõjub positiivselt noorte enesehinnangule ja enesekontrollioskustele.

Vaimne tervis

- **Peaasi.ee** käsitleb eraldi meeste vaimse tervise teemat: välja on toodud eraldi statistika meeste vaimse tervise probleemide ja näitajate kohta. Samuti on 2017. aastal läbi viidud **kampania „Kuulan meest!“** raames välja töötatud mitmesugused materjalid meeste vaimse tervise teemadega tegelemiseks: videointervjuud meestega vaimsest tervisest, sõprusest ja meheks olemisest, töölehed, meeste vaimse tervise test, meeste vaimse tervise kohta käivaid müüte kummutav leht, erinevate harjutuste kirjeldused ning juhendid „Kuidas kuulata?“ ja „Kuidas rääkida?“.

¹³ <https://minu.synlab.ee/pikema-sopruse-paev-toi-esile-eesti-meeste-probleemid-sudame-testosterooni-ja-maksaga>

OSA II: KVALITATIIV- JA KVANTITATIIVUURINGU TULEMUSED NING MÜKSUD

4. Uuringute metoodika

4.1. Kvalitatiivuuringu metoodika

Rakendusuringu teises etapis viidi läbi kvalitatiivne uuring, mille põhieesmärgiks oli mõista, kuidas mehed füüsilise ja vaimse tervise teemasid ja probleeme mõtestavad, millised on nende tervisealased hoiakud ja kogemused erinevate tervishoiuteenustega.

Uuringu sihtrühmaks olid Eesti mehed vanuses 18–74 a. Kvalitatiivuuringust välistati äärmuslikumad käitumismustrid mõlemast tervisekäitumise spektrumi otsast, nii eluga mitte hakkama saavad sõltlased kui ka hüpohondrikud, et välistada äärmuslikud hoiakud, mida tervikvaates on vähe. Seoses andmete tundlikkuse ja anonüümsuse tagamisega ei küsitud ei värbamisel ega intervjuude käigus narkootikumide tarvitamise kohta.

Pidades silmas projekti lõppeesmärke, suunati kvalitatiivuuringu teravik just nende meeste uurimisele, kes 1) ei tegele ega muretse eriti oma tervise pärast, 2) ei märka terviseriske enda käitumises, 3) kahtluse korral lükkavad teenusele arstile minekut edasi või 4) esindavad mõnd riskikäitumise liiki, nt alkoholi või tubakatoodete tarvitamine või on ülekaalus. Uuringus osales ka neid mehi, kes oma terviseiga toimuvat tõsisemalt võtavad. Kvalitatiivuuringu sihtrühma ei saa pidada esinduslikuks, vaid see suunati taotluslikult teatud teemade käsitlemisele ning võimalike ajendite ja takistuste tuvastamisele. Kvalitatiivuuringust esile kerkinud nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamise barjääride levikut ja seoseid uuriti edasi kvantitatiivses küsitluses.

Uuringus osales **25 meest vanuses 18–74 aastat** (vt valimi kirjeldust lisast 2). Värbamisel arvestati järgnevaid kriteeriumeid:

- Vanus: 18–29; 30–44; 45–59; 60+
- Elukoht: suuremad linnad vs. maakohad
- Elab üksi või elukaaslase ja/või perega
- Eesti või vene suhtluskeel
- Haridus ja ametikoht
- Enesehinnang füüsilisele tervisele ja vaimse tervise hetkeseis (MHI-5 indeks)
- Suitsetamine ja alkoholi tarbimine
- Ülekaal (KMI põhjal)
- Millal oli viimane kokkupuude tervishoiutöötajaga
- Suhtumine terviseetemesse

Intervjuudes osalenud meeste värbamiseks kasutati Kantar Emori vastajate paneeli, kus on uuringutes osalemiseks nõusoleku andnud Eesti elanike taustaandmed ja kontaktid. Vastajad on paneeli värvatud varasemate juhuvaliku alusel läbi viidud silmast silma või telefoniküsitluste kaudu.

Kõik intervjuud viidi läbi virtuaalselt Microsoft Teams'i keskkonnas, intervjuude kestus oli 1,5–2 tundi. Osalejate nõusolekul intervjuud salvestati. Salvestuste baasil koostati transkriptsioonid, milles sisalduv info kodeeriti tarkvara NVivo abil alateemadesse, mis olid edasise analüüsi aluseks.

Intervjuu teemad:

- Suhtumine tervisesse. Mida tervise all mõistetakse, milliseid teemasid ja kuidas välja tuuakse?
- Terviseprobleemide jagamine teistega.
- Terviseprobleemide äratundmine, kirjeldamine, abi otsimine.
- Tervishoiuteenuste kasutamine, ajendid ja barjäärid.
- Kuidas mees ja teenus omavahel sobivad?
- Mis tooks tervisekontrolli?
- Lahendused ja ettepanekud.

4.2. Kvantitatiivuuringu metoodika

Kolmandas etapis viidi läbi kvantitatiivne küsitlusuuring, mille sihtrühmaks olid **18–74-aastased Eesti mehed**¹⁴. Valimi suuruseks kujunes **1776 vastajat** (vt planeeritud ja tegelikku valimi jaotust lisast 3). Küsitlusuuring viidi läbi kombineeritult veebi- ja telefoniuuringuna nii eesti kui ka vene keeles. 72% intervjuudest (1277 intervjuud) viidi läbi veebis ja 28% (499 intervjuud) telefoni teel. Uuringu küsitlustöö viidi läbi ajavahemikus 27.12.2022–30.01.2023. Uuringu läbiviimise kiitis heaks TAI inimuuringu eetikakomitee (Luba nr 1143).

Küsitluseks kasutati nii rahvastikuregistri kontakte kui ka Kantar Emori vastajate paneeli. Kantar Emori vastajakontaktid on kogutud mitmeastmelise juhuvalikuga kodudes personaalintervjuude käigus või telefoniküsitlustega. Baas on valideeritud ja sobiv esinduslike uuringute valikväljavõttudeks.

Küsitlusuuringu valim on regioonide (NUTS III klassifikatsiooni alusel Põhja-Eesti, Lääne-Eesti, Kesk-Eesti, Kirde-Eesti, Lõuna-Eesti) siseselt esinduslik järgmistes lõigetes: soo-vanuserühm kombineerituna ja asulatüüp (pealinn, suur linn, muu linn, maa-asula) ning üle-eestiliselt rahvuse ja kolme haridustaseme lõikes. Vastajate kaalutud profiil on toodud Joonis 5.

Kuna uuringu ankeet töötati esmakordselt välja selle uuringu tarbeks, siis viidi enne põhiuuringut läbi pilootuuring eesmärgiga saada ankeedi täiendamiseks tagasisidet. Pilootuuring koosnes 30 intervjuust, millest 20 viidi läbi telefoni teel ja 10 silmast silma MS Teams'i vahendusel. Pilootuuring hõlmas eri vanuses, rahvusest, haridustaseme ja elukohaga (linn-maa) mehi, sh suitsetajaid ja alkoholi tarvitajaid. Pilootuuringust saadud tagasiside abil viimistleti küsimuste sõnastust täpsemaks ja arusaadavamaks. **Uuringu lõppankeet sisaldas järgmisi teemaplokke:**

- Tervise ning professionaalse nõustamis- ja tervishoiuteenuse väärtustamine
- Füüsiline tervis
- Vaimne tervis
- Tubakatoodete tarvitamine
- Alkoholi tarvitamine
- Maskuliinsus, soostereotüübid ja professionaalse abi otsimisega seotud hoiakud
- Teadlikkus terviseteenustest
- Müksud ehk teoreetilised eksperimendid

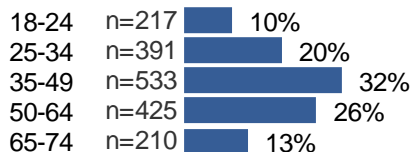
Peaaegu kõiki küsitlusuuringu küsimusi on aruandes illustreeritud joonistega ning paljusid on sünteesitud kvalitatiivuuringu tulemustega, mis aitavad numbrilist infot sisuliselt enam avada. **Jooniste lugemisel tuleb**

¹⁴ Eesti Statistikaameti andmetel elab seisuga 01.01.2022 Eestis kokku 464 064 meest vanuses 18-74 aastat.

silmas pidada, et protsendid on joonistel esitatud ümardatud kujul, mistõttu tulemus ei pruugi alati kokku olla 100%.

Joonis 5. Vastajate profiil (kaalutud % ja kaalumata n, n = 1776)

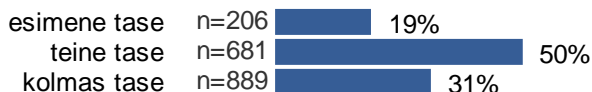
Vanus



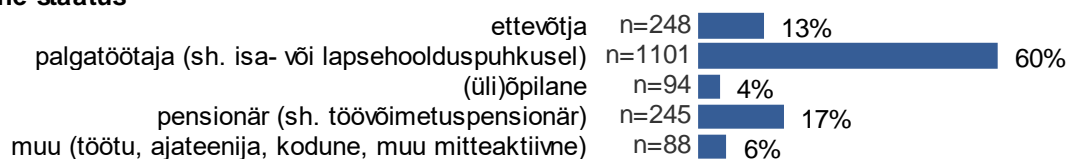
Rahvus



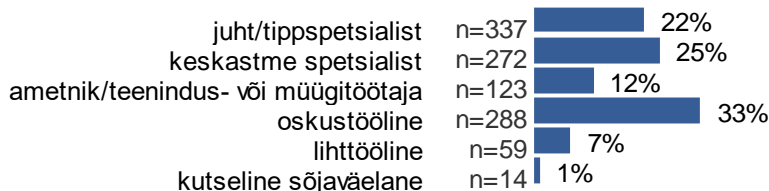
Haridustase



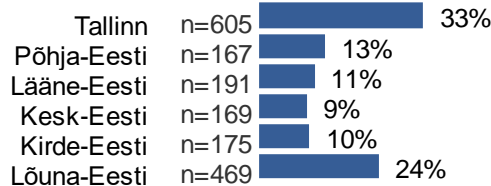
Sotsiaalne staatus



Palgatöötaja amet



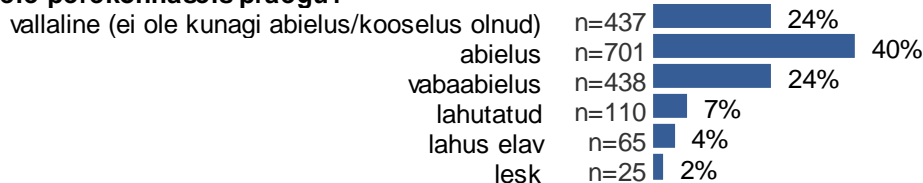
Region



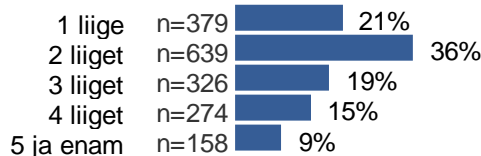
Asulatüüp



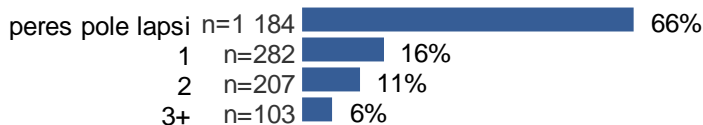
Milline on Teie perekonnaseis praegu?



Pere suurus



Laste arv peres (0-18)



Sissetulek leibkonnaliikme kohta ühes kuus

kuni 600 eurot	n=314	22%
601-1300 eurot	n=649	36%
üle 1300 euro	n=523	25%
ei oska öelda/sissetulek puudus	n=290	17%

Kuidas kirjeldaksite oma leibkonna praegust elujärge?

elame mugavalt praeguse sissetuleku juures	n=380	17%
saame hakkama praeguse sissetuleku juures	n=968	55%
praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada	n=338	22%
praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada	n=90	6%

* Haridustase: esimene tase – alghariduseta, alg- või põhiharidus, kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil; teine tase – üldkeskharidus, kutsekeskharidus (sh keskeri- või tehnikumiharidus) põhihariduse baasil, kutseharidus või kutseõpe keskhariduse baasil; kolmas tase – keskeri- või tehnikumiharidus keskhariduse baasil, bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus.

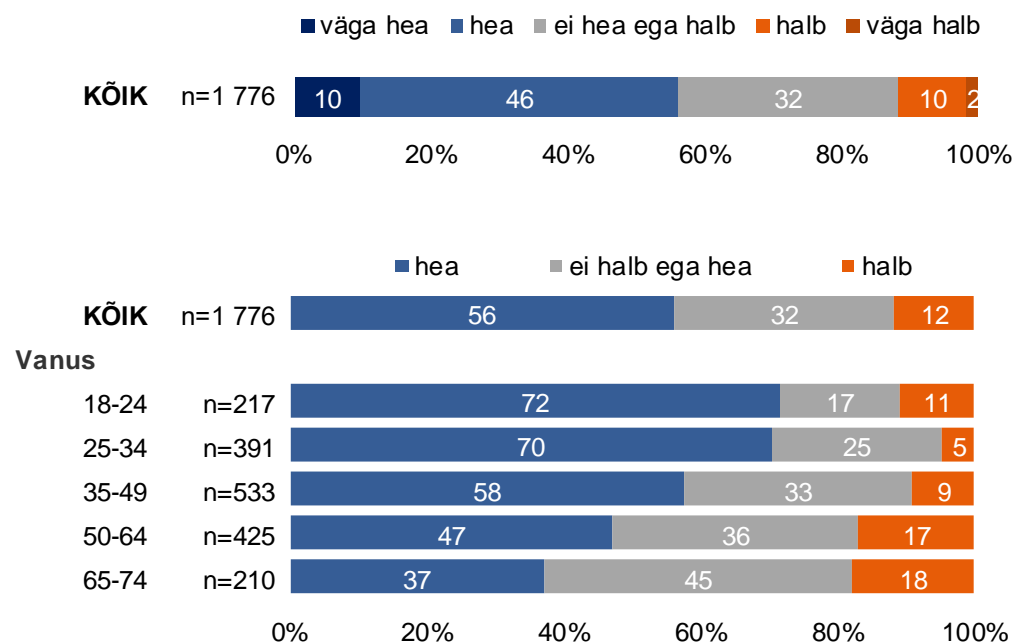
5. Terviseteadlikkus ja terviseprobleemide märkamine

5.1. Hinnang tervisele, tervise väärtustamine, riskikäitumine

Veidi üle poole 18–74-aastastest meestest (56%) **hindas oma füüsilist** tervist heaks või väga heaks, umbes kolmandik (32%) ei heaks ega halvaks ja veidi üle kümnendiku (12%) halvaks või väga halvaks (Joonis 6). Nooremad, 18–34-aastased mehed hindasid oma tervist kõige sagedamini heaks või väga heaks (71%). Vanemad, üle 50-aastased mehed andsid noorematega võrreldes enam ka hinnangut „ei hea ega halb“ (36% vanuses 50–64 ja 45% vanuses 65–74) või hindasid tervist halvaks (17%).

Halvaks hindasid oma tervist sagedamini esimese taseme haridusega, madalama sissetulekuga, toimetulekuraskustega, töötud või pensionil olevad ning ilma partnerita mehed. Suitsetajad hindasid oma tervist halvaks sagedamini kui mittesuitsetajad. Samas puudus erinevus alkoholi liigitarbimise võimalikus riskis olevate (AUDIT testi skoor 4 või enam) ja nende meeste vahel, kel seda riski polnud.

Joonis 6. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal? Üldjaotus ja vanuse lõikes (koondatud skaalaga) (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Kvalitatiivsed intervjuud meestega näitasid, et mehed käsitlevad oma tervist probleemipõhiselt: tervist peetakse heaks, kui mehel enda arvates tõsiseid probleeme ei ole. Tüüpiliselt kirjeldati enda terviseseisu kui midagi sellist, mille üle „ei saa kurta“ või „nuriseda“. Ekspertintervjuudes mõtestati tervist **haigusekeskselt, mitte tervisekeskselt**. Tervisega seoses rääkisid mehed ka füüsilisest aktiivsusest: kui palju on nooruses sporti tehtud ning kuidas sellega hetkel on. Toitumist seostati terviseseisundiga vähem kui liikumist. Enda elustiilist ehk toitumise ja liikumisega tegelemisest rääkisid pigem nooremad, 30ndates mehed. 50ndates ja vanemad mainisid probleemina pigem kõrget vererõhku ja ülekaalu, ent neid muresid ei peetud väga tõsisteks. Enamasti mõisteti tervist füüsilise tervisena, vaimsele tervisele viidati harvemini, rääkides rasketest perioodidest enda elus.

Mehed seostasid oma tervist tugevalt **töoga**. Töö tõttu kogetakse erinevaid terviseprobleeme: näiteks kontoritööst tekkinud vaevusi, tööstressi või kutsehaiguse kujunemisele viitavaid probleeme. Terviseprobleeme seostati aegadega, mil on kas palju tööd või töö on raske. Ka seda, kui toitumisele ja liikumisele ei pöörata tähelepanu, põhjendasid mehed muuhulgas kiire töögraafikuga. Töö eelistamine on märgatav ja see tõukub stereotüüpsest tunnetusest, et mees on pere ülalpidaja. Terviseprobleemide tekkides tuleb füüsilist tööd tegevatel meestel tööandjatega oma tööülesanded ja puudumine läbi rääkida. Tõrksa tööandja või üldisemate ja edasilükatavate murede puhul võidakse seetõttu arsti juurde minekust hoiduda.

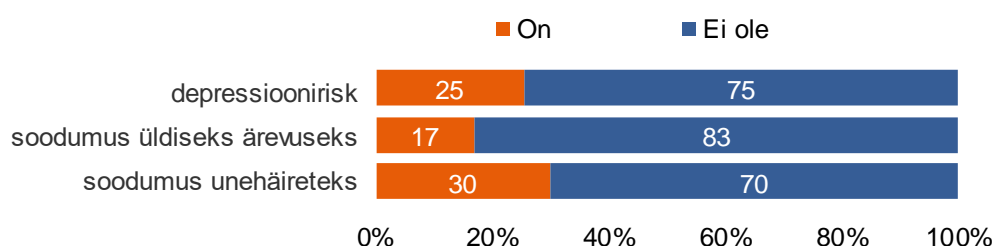
" Meestel on see asi, et nad peavad peret üleval pidama ja ei leia aega selle jaoks. Mõtlevad, et tervis on vähem tähtis kui raha. Ja enda seisukohalt ka, tervis on vähem tähtsam kui töö ja raha. Kui ei ole surmatõbi, siis on ikka tööleminek. Kui ei ole suurt palavikku, siis peab ikka minema. Tööolukord on ka vastav, mõtled asutusele, kuidas nad küll hakkama saavad, kui vastutad millegi eest, ja siis üritad viimase hetkeni. (Mees, 60 a)

Mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem oli 56%-l meestest. Selle all mõisteti uuringus haigusi, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem, mis aga ei pruugi tekitada otseseid vaevusi, kui näiteks võetakse ravimeid. Siia alla arvestati ka hooajalised või korduvad probleemid, nt allergiad. Selliste probleemide esinemise tõenäosus kasvab vanusega: 18–24-aastastest raporteeris pikaajalist terviseprobleemi 41% ja 65–74-aastastest juba 77%.

Mõni terviseprobleem on vähemalt viimase 6 kuu jooksul tavalisi igapäevategevusi piiranud 52%-l meestest, sealhulgas olulisi piiranguid töi välja neist 16%. Olulisi piiranguid tajuvad enam 50–74-aastased mehed (21%), samas kui teistes vanuserühmades jääb nende osakaal 13% juurde. Piiranguid tundvad mehed on sagedamini madalama hariduse ja sissetulekuga ning neid on enam töötute hulgas. Regionaalses lõikes on neid enam Kirde- ja Lõuna-Eestis.

Meeste vaimse tervise hindamiseks kasutati küsitlusuuringus emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versiooni (EEK-2), mille depressiooniriski mõõtev alaskaala on Eestis valideeritud (Aluoja et al., 1999). Küsiti kolme alaskaala küsimusi: depressioonirisk, soodumus üldistunud ärevushäireks ning soodumus depressiooni ja ärevusega kaasnevateks unehäireteks. Tulemused näitavad, et need riskid on meeste hulgas laialt levinud. 25%-l neist oli risk depressiooniks ja 17%-l üldistunud ärevushäireks (Joonis 7). Unehäirete riskirühmas oli 30% meestest¹⁵. Depressioonirisk oli suurem 18–24-aastaste ja 25–34-aastaste (vastavalt 40% ja 31%) seas. Ärevushäire risk oli suurem nii 18–24-aastaste (26%), 25–34-aastaste (23%) kui ka 35–49-aastaste (20%) hulgas.

Joonis 7. Vaimse tervise häirete risk EEK-2 alusel (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Kehvema vaimse tervisega eristusid teistest 18–24-aastased noored. Nende seas oli võrreldes teiste vanuserühmadega enam neid, kes pidevalt kogesid huvi kadumist (12%), alaväärsustunnet (12%), enesesüüdistusi (9%), korduvaid surma- või enesetapumõtteid (4%), üksildustunnet (12%), lootusetust tuleviku suhtes (11%), võimetust rõõmu tunda (6%), kiiret ärritumist või vihastamist (5%), ärevust või hirmu

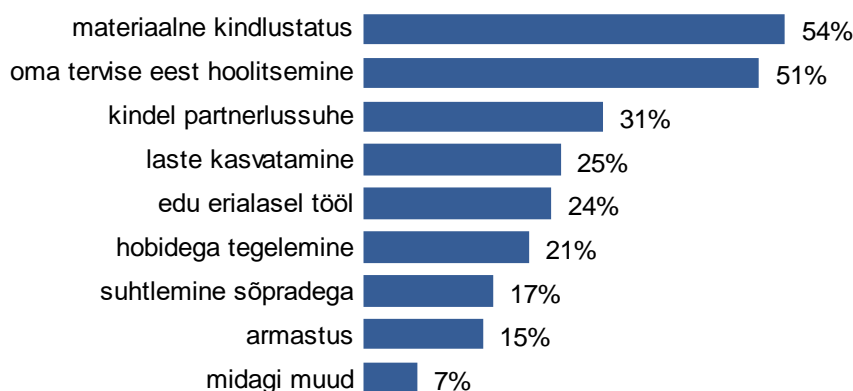
¹⁵ Need näitajad on võrreldavad Eesti Rahvastiku Vaimse Tervise uuringus EEK-2 abil mõõdetud näitajatega. Arvestama peab siinkohal valimi erinevusega, mis ei luba täielikku võrreldavust. Käesolevas uuringus küsitleti 18-74-aastaseid mehi, RVTU-s aga 15-aastaseid ja vanemaid elanikke (kelle seast on eraldi vaadeldud meeste andmeid) (Konstabel et al, 2022).

(7%), pingetunnet (8%), liigset muretsemist paljude asjade pärast (10%), rahutust või kärsitust (5%) ja uinumiskraskusi (16%).

13% meestest ütles, et neil on **diagnoositud mõni pikaajaline vaimse tervise häire või probleem** (näiteks bipolaarne häire, depressioon vmt). Diagnoosi on sagedamini saanud noored mehed vanuses 18–24 (26%). Neid oli enam ka meeste seas, kes kas ei ela oma partneriga koos (21%) või on partnerita (16%), võrreldes nendega, kes elavad koos partneriga (10%).

Oma tervise eest hoolitsemist mainisid kolme kõige olulisema eesmärgi hulgas pooled meestest (51%) ning see oli üks olulisemaid eesmärke nende elus materiaalse kindlustatuse järel (54%) (Joonis 8). Vähemalt ühe neist kahest eesmärgist tõi välja 78% meestest. Ligi kolmandik mainis kindlat partnerlussuhet ning veerand laste kasvatamist ja edu erialasel tööl. Oma tervise eest hoolitsemist töid ennekõike välja 50-aastased ja vanemad mehed (61% 50–64-aastastest ja 73% 65–74-aastastest). Kuigi nooremate jaoks oli tervis samuti tähtsusel teisel kohal materiaalse kindlustatuse järel, maisid nad seda vähem (41% 18–34-aastastest). 18–34-aastased mehed töid keskmisest enam välja edu erialasel tööl ning 18–24-aastased ka sõpradega suhtlemist. 35–49-aastaste meeste jaoks oli materiaalse kindlustatuse järel tervisega võrdväärsel positsioonil aga laste kasvatamine (laste kasvatamine 44%, tervis 42%). Tervise eest hoolitsemist pidasid maal elavad mehed veidi vähem tähtsaks (46%) kui linnamehed (53%). Samuti on selge vahe riskikäitumist harrastavate meeste ja nende vahel, kes seda ei tee. Suitsetajatest väärtustas tervist 44% ja endistest suitsetajatest 56%. Alkoholi liigtarbimise riskis olevatest meestest väärtustas tervist 46% ja nendest, kel seda riski pole, 55%.

Joonis 8. Millised on praegu Teie elus kõige olulisemad valdkonnad, eesmärgid? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



70% meestest on oma elu jooksul **suitsetanud**¹⁶, neist 26% suitsetavad praegu igapäevaselt ning 8% on juhusuisetajad ehk suitsetavad käesoleval ajal juhuslikult. Neid, kes suitsetavad igapäevaselt või juhuslikult, oli enam 25–34-aastaste seas (43%; ennekõike on nende seas enam juhusuisetajaid), esimese taseme haridusega meeste seas (49% vs. 23% kolmanda taseme haridusega meestest) ning nende seas, kel on madalam sissetulek (40% neist, kes teenivad kuni 600 eurot kuus pereliikme kohta). Mittesuitsetajaid oli enam 18–24-aastaste seas (42%) ja endiseid suitsetajaid 50–64-aastaste meeste seas (45%). 18–34-aastaste meeste seas oli enam juhusuisetajaid (14%), samas kui 50–74-aastaste seas oli neid keskmisest vähem ja seda eriti 65–74-aastaste seas (1%).

Suitsetamist seostasid mehed harjumusega: millegagi, mida tehakse igavusest või seltskonna mõjutusel. Korduvalt suitsetamisest loobuda püüdnud mehed töid välja, et sageli hakatakse uuesti suitsetama mingi

¹⁶ Uuring defineeris suitsetamist kui tavaliste sigarettide, paberosside, sigarite, piibu, vesipiibu, mokatubaka, kuumutatavate tubakatoodete või tubakavabade nikotiiniproduktide kasutamist. Tervise Arengu Instituudi läbiviidava Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2022 andmetel suitsetab igapäevaselt 21% ja juhuslikult 8,5% 16-64-aastastest meestest. TAI uuring defineerib suitsetamist kui tavaliste sigarettide, paberosside, sigarite ja piibu suitsetamist. E-sigaretti tarvitab selle uuringu kohaselt igapäevaselt 4,6% sama vanuserühma meestest (Reile et al, 2023).

keskkonnamuutuse mõjul: näiteks hakates tööle kohas, kus kolleegid tööl suitsetavad. Samuti nähti suitsetamist kui rahustavat harjumust, millest tunti teatud hetkedel puudust.

" *Ma ei teagi, tekkis üks paarimees, kes suitsetas, ja niimoodi läks. Plaanin uuesti maha jätta, aga ootan ühte tähtaega. Mul nagu erilist probleemi ei ole. Mahajätmisega probleemi ei ole, probleem on mitte uuesti alustamisega. (Mees, 63 a)*

" *Ma hakkasin sellepärast tegema, et siis sai ju pause teha töö juures. Teised käisid suitsetamas, mina ei käinud, ma pidin üksi edasi olema seal ja kõige põnevamad jutud ju räägiti ikka suitsunurgas, et sellepärast saigi kaasas hakatud käima. (Mees, 32 a)*

Alkohoolseid jooke oli viimase 12 kuu jooksul tarvitanud 84% meestest; enamasti 2–4 korda kuus (32%) või harvem (30%). 4–7 korda nädalas joob alkohoolseid jooke 7% ning võrreldes ülejäänud vanuserühmadega oli nende seas enam 50–64-aastaseid (11%). Enamasti juuakse korraga 1–2 ühikut¹⁷ (38%) või 3–4 ühikut (28%) alkoholi, kuid 12% meestest joob korraga 10 või enam ühikut. Viimaste seas oli enam 35–49-aastaseid (15%), eesti rahvusest mehi (16%), esimese taseme haridusega mehi (18%), liht- ja oskustöölisi (29% ja 16%) ning neid, kes ei ela oma partneriga koos (18%).

6 või enam ühikut alkoholi oli viimase 12 kuu jooksul korraga igakuiselt joonud 17%, iganädalaselt või sagedamini 13% meestest. Neid, kes jõid suurema koguse korraga iganädalaselt või sagedamini, oli enam 35–64-aastaste, esimese taseme haridusega (16% vs. 9% kolmanda taseme haridusega), keskmise suurusega ja väikelinnades elavate meeste ja töötute (25% vs. 12% töötavatest meestest) ja oma sissetulekuga raskesti hakkama saavate meeste seas (16% vs. 10% neist, kes saavad hästi hakkama). Samas oli neid veidi enam ka kõrgemasse sissetulekurühma kuuluvate meeste seas (15% neist, kelle sissetulek pereliikme kohta on 1300 eurot või enam vs. 10% neist, kus see on madalam). Mitte kunagi ei joonud 6 või enam ühikut korraga 29% meestest. Neid oli enam 65–74-aastaste ning kolmanda taseme haridusega meeste seas.

Alkoholi tarvitamisega kaasnevate riskide hindamiseks kasutati AUDIT testi lühiversiooni, mille alusel professionaalse abi otsimise küsimused suunati meestele, kes said kolme alkoholitarvitamist kaardistava küsimuse – tarvitamise sagedus, viimase 12 kuu jooksul tavaliselt korraga joodud annused ja 6 või enama annuse korraga joomise sagedus – eest 4 või enam punkti (Joonis 9) (TAI, 2020). Sellise skoori sai 48% meestest. TAI AUDIT testi juhendi alusel esitatakse edasised lisaküsimused alkoholi tarbimise kohta meestele, kel on 5 või enam punkti. Neid oli käesolevas uuringus 35%.

Kvalitatiivintervjuudest ilmnas, et mehed suhtuvad alkoholi erinevalt. Osad mehed pidasid alkoholi ja pidutsemise mõju väga negatiivseks ning produktiivse elu takistajateks. Teised mõtestasid seda kui lõõgastusvahendit ja võimalikku viisi vaimsete pingete leevendamiseks. Alkoholi tarbimist vähendati sageli vanuse kasvades, aga ka pere loomise, kaaluprobleemide või halva enesetunde tõttu. Sellegipoolest tarvitas enamik intervjuueeritute alkoholi mitu korda nädalas. Põhjustena toodi välja soovi lõdvestuda, aega viita ja päeva õhtusse saata, leevendada üksindust pärast lahkuminekut või selleks, et tulla toime eluraskuste ehk erinevate vaimse tervise muredega. Mehed sageli ei taju, kui suuri koguseid või kui tihti nad joovad, kuna võrdluseks võeti joodikud või intervjuueeritavate arvates probleemsed mehed. Nendega võrdluses tundus olukord olevat kontrolli all. Enda harjumusi ei peetud probleemiks, kuna ei käituta teiste isikute suhtes halvasti ning kuna selle tagajärjel ei ole avaldunud tervisemuresid.

" *Mul ei ole ta selles mõttes, et ma pean teda nüüd võtma ... kui ma tunnen, et ma mul on vaja midagi teha ja ma olen väsinud, kodus näiteks, et siis võtad pitsi-paar ... see on sihuke ... Ja saunas käies õlu, paar, noh ... ma ei oska öelda, need on sihused ... Ma arvan, et need selles mõttes nagu ei tohiks olla nagu pahe moodi asjad. Seal oligi niiviisi, et ... Mul ei ole ta ju koguaeg niiviisi, et kindel reegel, et nüüd on laupäev, et võtan, ei, sellist asja ei ole. (Mees, 57 a)*

" *Üksindus surutakse alla õhtuse õllega. Ma tean väga hästi, et see ei ole tervislik, aga sellel hetkel see muudab teadvust udusemaks. Helikopterid tulevad ka alles hommikul. (Mees, 58 a)*

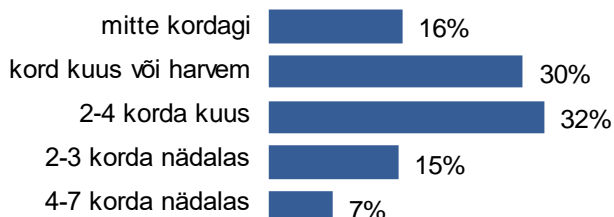
¹⁷ 1 ühik alkoholi on 10 grammi puhast alkoholi s.o 1 pits (40 ml) 40% kanget alkoholi või 1 pokaal (120 ml) 12% veini või ½ pudelit (250 ml) 5-5,3% õlut või ½ purki (250 ml) 5,6% segujoogi või 1 purk (330 ml) 4,5% siidrit.

" Minu perekonnas on olnud inimesed suhteliselt pikaealised, vanaemad ja ... välja arvatud ... ah jaa, vanaisa suri küll ruttu. Aga mida ma mäletan, et neil oli alati kombeks enne magamaminekut selline mingisugune ... ma arvan, et rohkem kui pits valget viina juua. Ega ma ei tea, kas nad seda iga päev tegid, aga noh, ma nagu seda tean. Ma olen seda mingil moel jätkanud, mitte küll igapäevaselt. Selle asemel jah, et kui selline võib-olla üldtrend minu eakaaslastel või meestel üldse on pigem see, et minnakse tööpäeva lõpus või nädala lõpus või üldse, et ostetakse seal mingi plokk õlut või värki ja siis õhtul teleka ees seda juuakse, siis see on minu puhul täiesti välistatud. Ma ei julgegi sellist asja teha. (Mees, 61 a)

Joonis 9. AUDIT testi esimese kolme küsimuse tulemused (% kõikidest vastajatest, n = 1776)

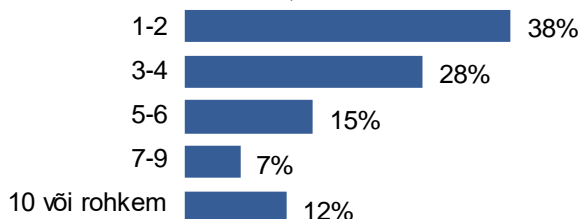
Kui sageli Te tarvitasite alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?

% KÕIKIDEST VASTAJATEST, N=1776



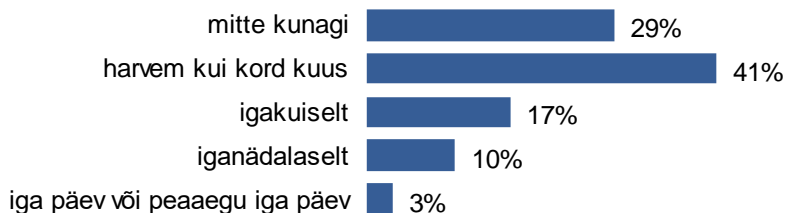
Mitu annust alkoholi Te olete tavaliselt korraga joonud viimase 12 kuu jooksul?

% NEIST, KES TARBIVAD ALKOHOLI, N=1522



Kui sageli Te olete viimase 12 kuu jooksul joonud korraga 6 või enam annust?

% NEIST, KES TARBIVAD ALKOHOLI, N=1522



5.2. Teadlikkus oma tervisenäitajatest ja tervisemuudatustest

Üks põhjus, miks mehed ei pruugi (õigeaegselt) professionaalset arstiabi või nõustamist saada, on seotud sellega, et nad on tervise teemadest, haigustest ja nende sümptomitest vähem teadlikud, ja otsivad sel teemal harvem iseseisvalt infot kui naised (Baker & Shand, 2017; Beier & Ackerman, 2003; Von Wagner et al., 2007; Manierre, 2015). Mehed on võrreldes naistega vähem valmis oma kaalu vähendama või kontrollima, sest nad alahindavad oma keha suurust enam ja tunnevad kehaga seoses vähem ärevust (Betz et al., 1994; Yan et al., 2009; Calogero & Thompson, 2010). Uuringus vaadati, kui teadlikud on Eesti mehed enda olulistest tervisenäitajatest, mille normis olek ennetab mitmeid tõsiseid haigusi, ning kuidas nad tajuvad oma kehakaalu.

Teadlikkus enda olulistest tervisenäitajatest, nagu vererõhu väärtus, kolesterooli- ja veresuhkru tase, oli meeste seas erinev (Joonis 10). Sellega, kas näitaja on korras või mitte, oldi kõige enam kursis vererõhu ja kõige vähem kolesterooli puhul: oma vererõhunäidu korrasolekut ei teadnud 11%, veresuhkru taseme puhul 22% ja kolesteroolitaseme korral 29% meestest. Vererõhu korrasolekust olid vähem teadlikud nooremad, 18–34-aastased mehed (16% ei olnud kursis), samas kui kõige vanemas vanusegrupis, 65–74-aastaste seas, oli neid, kes kursis pole, vaid 1%. 50–74-aastased märkisid sagedamini, et näitaja ei ole korras.

Intervjuud meestega tõid välja, et vererõhu tõusul hoitakse silm peal töötervishoiukontrollis või teiste meditsiiniliste kontrollide käigus. Mehed seostasid vererõhu tõusu stressirohke elu ja tööstressiga. Osade meeste jaoks olid vereõhu väärtused midagi sellist, mis nende teada on peaaegu alati kasvanud. Kõrge vererõhk on teema, mida arstiga (regulaarselt) käsitletakse ja vajadusel võetakse ravimeid. Ühed mehed ei näinud vererõhu väärtuste tõusu seotust oma eluviisiga: see on terviseprobleem, mis meestel sageli enda arvates „lihtsalt on“. Teised olid pärast kõrgvererõhu diagnoosi saamist ette võtnud elustiilimuutuse: vähendanud töökoormust või muutnud toiduvalikuid.

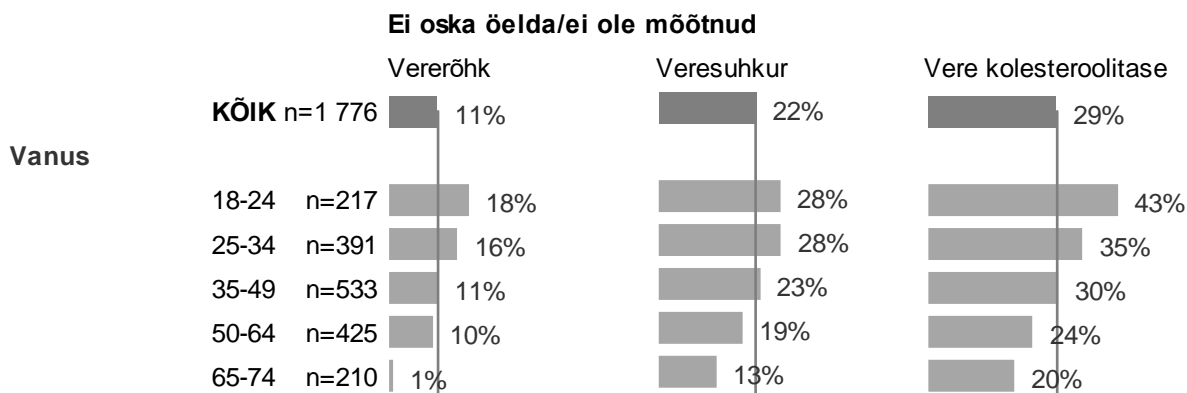
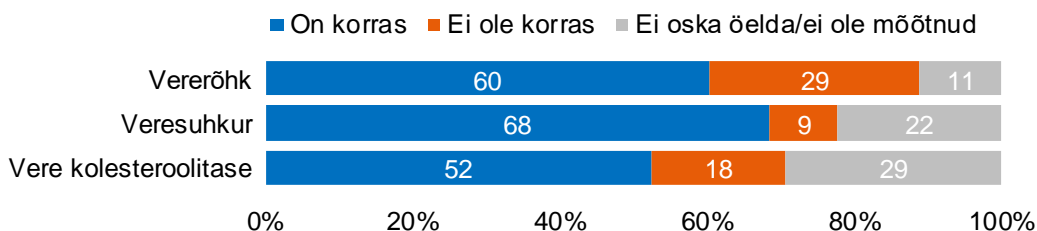
" Ma ütlen, tervis on vist vanuse suhtes enam-vähem. Suurt probleemi ei ole. Vererõhk on muidugi, ülekaal. Aga muid selliseid kroonilisi asju nagu ei ole jah. Ja eriti haige ei ole ka olnud. Neerukividega natukene probleem oli. Aga muud tõsisemat ei ole olnud. – M: Küsin natuke täpsemalt. Kas vererõhk on kõrge, on see haigus välja kujunenud? – Vastaja: Noh, kõrge jah, ma olen juba peaaegu paarkümmend aastat tablettide peal. (Mees, 63 a)

Veresuhkru taseme korrasolekuga ei olnud samuti sagedamini kursis 18–34-aastased (28%), samas kui 65–74-aastastest ei teadnud selle korrasolekut vaid 13%. Meeste teadlikkus veresuhkru tasemest kasvab vanusega, kuid samuti kasvab ka nende hulk, kellel näitaja pole korras.

Kolesteroolitaseme korrasolekuga oldi kõige vähem kursis. Alla 40-aastaste puhul on kolesteroolinäidu määramine ilma suunava näidustusega pigem haruldane praktika, mistõttu nooremate meeste puhul võib selle näidu korrasoleku mitteteadmist võtta normaalsena (38% 18–34-aastastest ei teadnud seda). Samas on murettekitavam, et **vanemates eärühmades oli suhteliselt kõrge nende meeste osakaal, kes ei tea oma näitaja korrasolekut** (24% 50–64-aastastest ja 20% 65–74-aastastest).

Lisaks vanuselistele erisustele on neid, kes ei ole kursis oma kolesterooli- ja veresuhkrunäitajate korrasolekuga, enam esimese taseme haridusega meeste seas: vastavalt 38% neist ei ole kursis kolesteroolinäidu ja 33% veresuhkrunäidu korrasolekuga. Samuti on selliseid mehi enam nende meeste seas, kes ka ise tunnistavad, et nad pigem ei ole füüsilise (aga ka vaimse) tervise teemadest kuigi teadlikud.

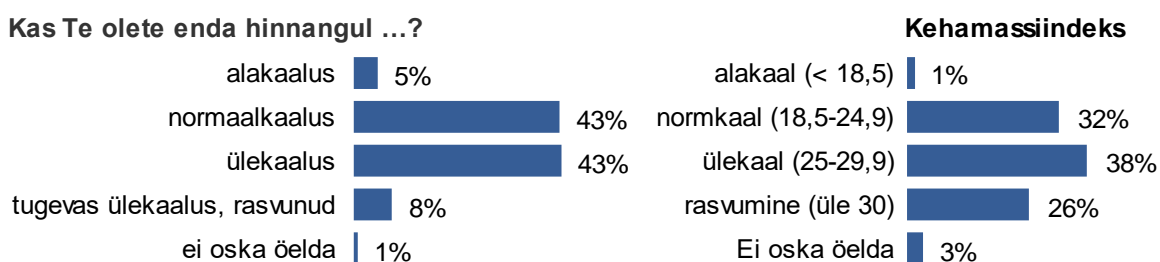
Joonis 10. Teadlikkus enda tervisenäitajatest: vererõhk, kolesterooli- ja veresuhkru tase (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Uuringus küsitud vastaja pikkuse ja kaalunumbri alusel arvatud **kehamassiindeks (KMI)**¹⁸ näitab, et terviseriske suurendavas ülekaalus või rasvunud on 63% meestest, normaalkaalus 32% ning 1% on alakaalulised (Joonis 11). Vaid veidi üle poole meestest (56%) hindas oma kehakaalu adekvaatselt ehk nende tegelik kehamassiindeks ja kehakaalule antud enesehinnang kattuvad. 40% andis sellele vale hinnangu, pidades end oluliselt harvem rasvunuks (26% KMI alusel, 8% enesehinnangu alusel) ja sagedamini kas ülekaaluliseks (38% KMI alusel, 43% enesehinnangu alusel) või normaalkaalus olevaks (32% KMI alusel, 43% enesehinnanguliselt). See haakub hästi eelnevate uuringutega, mille kohaselt mehed ei taju oma keha suurust sageli õigesti, mistõttu nad ei pruugi õigeaegselt või üldse ülekaalule tähelepanu pöörata (WHO, 2016).

Sagedamini ei taju oma kehakaalu adekvaatselt vanemad mehed (53% 65–74-aastastest), muust rahvusest mehed (44% vs. 38% eesti meestest), esimese taseme haridusega mehed (47%) ning need, kelle enesehinnanguline tervis ei ole hea ega halb (45%).

Joonis 11. Hinnang oma kehakaalule ja kehamassiindeks (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Mehed küll seostasid **ülekaalu** tervise ja tervisenäitajatega, eriti vererõhuga, aga ka takistusega sportimiseks (nt jooksmiseks), kuid ei näinud seda ilmingimata olulise probleemina. Ülekaalust rääkides viitasid mehed sageli väheliikuvale eluviisile ning probleemidele toitumisega. Toitumisega seoses räägiti kiirtoidu või valmistoidu söömisest, tuues põhjuseks kiiret või kaootilist töögraafikut ning vähest aega toidu valmistamiseks. Toitu nähti ka kui üht olulist naudingut, millest ei soovita ülekaalust lahti saamiseks loobuda. Ülekaalu põhjusena ja kaudselt selle vähendamise takistustena viidati nii enese pahedele, nõrkustele kui ka kiirele elustiilile: töögraafik, tööstress või palju tööd ning väsimus. Ülekaal, kõrge vererõhk ja kolesteroolitase käivad teemadena meeste jaoks ka perearsti või töötervishoiukontrollis läbi, aga pigem kui terviseseeisu kontrollimise, mitte näiteks elustiilinõustamise kontekstis.

" Ei oska tahta sellepärast, et ma 99% kui ma lähen kaalunõustaja või mingi juurde, ma tean, mis ta mulle ütleb: liigu rohkem, ärge sööge, ärge sööge võileiba. Ärge jooge karastatud jooke. Jaa-ja ärge võtke õlut ja noh, ja mis tal ikka öelda, ega tal rohkem palju öelda ju ei ole. Ta koostab mulle mingi dieedi noh, mis on ... Ütleme, selles eas neid rõõme jääb muid väheks jaa ... ja see maitsev toitumine on üks vähestest, mis on alles jäänud. Ja kui ma selle ka endal ära võtan, noh, siis ma nagu väga põhjust ei näe, et mis mul nagu huvitavaid asju jääb ju järjest vähemaks. Et kõik huvitavad asjad on ära nähtu ja noh, see on üks asi, mis on minu – miks te sunnite mind loobuma viimasestki kehalisest naudingust? (Mees, 58 a)

Intervjueeritavate seas oli ka mitmeid mehi, kes olid läbi teinud elustiilimuutuse kas toitumise, liikumise või mõne pahe vähendamise näol. Mõnel juhul oli käivitavaks faktoriks kas tervishoiutöötaja käest kuulnud hoiatav terviseseeis ning pereõe nõustamine, sageli ka enda otsus, et olukord vajab muutust. Sageli vähendati erinevate enda arvates kahjulike toitude – rasvane ja töödeldud liha, nisutooted, alkohol – koguseid, mitmekesisust või suurendati füüsilist aktiivsust. Mõnel juhul vähendati ka töökoormust või muutusid töö või töötingimused.

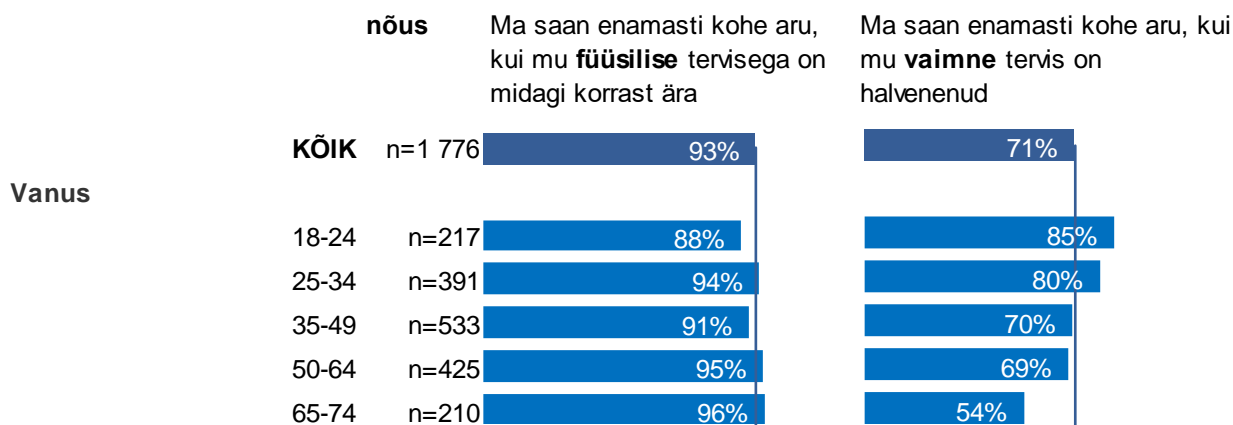
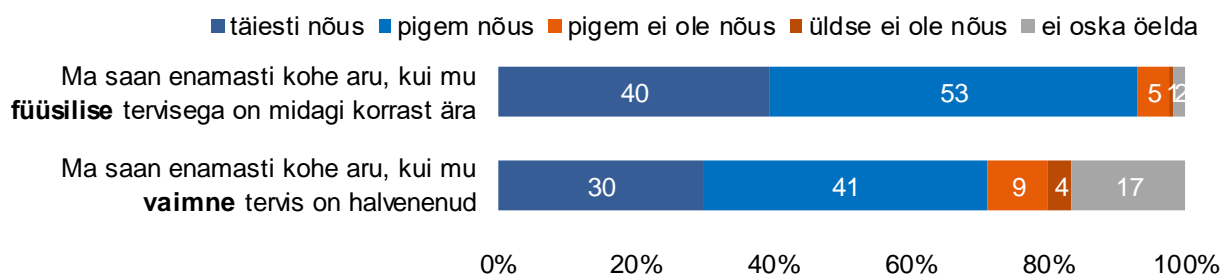
" Noh, enne ma sõin jah põhimõtteliselt kõike, aga pärast seda (pereõe nõustamist), siis jätsin kohe välja, nagu mainisin, sealih ja veiseliha ja siis need igasugused singid ja pasteetid ja sellised, mis seda, noh, nagu rasva väga palju sisaldavad. Ja vorstid-singid, need jätsin täielikult välja kõik, et nii nagu ta need juhised mulle ette luges, siis selle põhjal ma ütleks küll, et väga oluliselt korrigeerisin seda

¹⁸ Kehamassiindeks (KMI) väljendab inimese kehakaalu ja pikkuse suhet. Arvutusvalem: KMI = kaal (kg) / pikkus (m)².

toiduvalikut./.../ Et ikkagi kuna ma olen kokku puutunud nende esmaabikoolituste ja asjadega, kus siis nende trombiolu poolt on välja toodud, võib-olla see on ka natukene mõjutanud seda otsust. Et kui nüüd tagantjärele vaadata, siis see toiduvaliku korrigeerimine, see küll midagi paha ei ole teinud, näiteks kaal on pisut langenud ja siis enesetunne on oluliselt parem. Nii et tõenäoliselt siis vastab tõele, et need nii-öelda töödeldud lihatooted ei ole tervisele väga kasulikud või kuigi kasulikud. (Mees, 52 a)

Professionaalse nõustamis- või tervishoiuteenuse kasutamise üks eeldusi on see, et **tervist ohustavat muudatust pannakse üldse tähele**. Uuring näitab, et mehed suudavad enda hinnangul füüsilise tervise muutusi märgata oluliselt paremini kui vaimse tervise halvenemist (Joonis 12). 93% meestest saab enamasti kohe aru, kui nende **füüsilise tervisega on midagi korrast ära**, sealhulgas 40% on täiesti nõus, et nad saavad sellest aru. **Vaimse tervise halvenemist** märkab aga 71% meestest, sh 30% nõustub täielikult, et saab sellest aru. Olulise erinevusena füüsilise ja vaimse tervise võrdluses paistab silma, et ligi **viiesimeesest ei oska hinnata**, kas nad märkavad vaimse tervise halvenemist või mitte. See võib olla seotud sellega, et vaimse tervise halvenemist märkavaid sümptomeid ei tunta ära ehk pole selge, mida vaimse tervise halvenemine üldse tähendab ja millal võib öelda, et see on aset leidnud. Kui füüsilise tervise muutusi märkavad eri vanuses mehed üsna ühtemoodi, siis vaimse tervise muutusi märgatakse seda vähem, mida vanema mehega on tegu.

Joonis 12. Muudatuste tajumine füüsilises ja vaimses tervises. Üldjaotus ja vanuse lõikes (koondatud skaalaga) (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Füüsilise tervise probleeme märkasid halvemini 5% meestest: nad pigem või üldse ei nõustunud sellega, et saavad tervisemuudatustest enamasti kohe aru. Neid oli enam 18–24-aastaste (11%) ja 35–49-aastaste (7%) ning muust rahvusest meeste seas (9%).

Vaimse tervise halvenemist märkasid viletsamalt 12% meestest. Olulisi erinevusi nende sotsiaaldemograafilistes näitajates ei ilmnenud. Neid, kes **ei osanud hinnata, kas nad vaimse tervise halvenemist märkavad või mitte**, on enam 50–74-aastaste (25%) ning maal elavate meeste seas (21%).

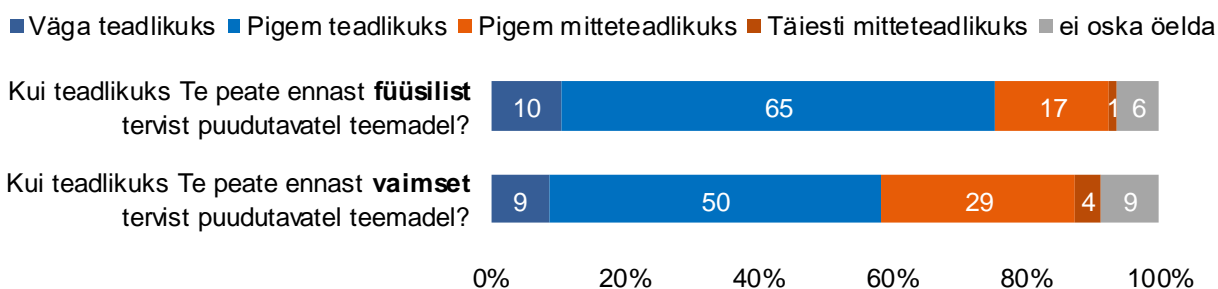
Mehed hindasid end ka ise **füüsilise tervise teemadest teadlikumaks kui vaimse tervise teemadest**. Füüsilise tervise teemadest pidas end teadlikuks 75% ja vaimse tervise teemadest 58% meestest, sealhulgas mõlema teema puhul pidas end väga teadlikuks 9–10% meestest (Joonis 13).

Füüsilise tervise teemadel pidas end mitteteadlikuks 18% meestest, neid oli enam eesti ja esimese taseme haridusega meeste seas. Vaimse tervise teemadel pidas end mitteteadlikuks 33% meestest. Neid oli enam 35–49-aastaste seas (38%), samas kui 18–34-aastaste seas oli neid vähem (26%). Eakamad mehed (65–74) pigem ei osanud oma teadlikkust hinnata (19%). Teadlikkus on madalam maal ka elavate meeste seas (37%). Kvalitatiivintervjuud näitasid, kui erinevalt mehed oma tervisele tähelepanu pööravad. Terviseprobleemide sümptomeid märgatakse, kuid sageli ei võeta neid piisavalt tõsisena ning arvatakse, et olukord paraneb iseenesest või mure läheb üle. Palavikku, kõha või kergelt valu ei peetud õigustatult sekkumist nõudvateks probleemideks, kui nad esinesid lühiajaliselt. Kui ebamugavad sümptomid olid märkimisväärselt tõsised, jäid pikalt püsima või takistasid igapäevaelu elamist, sooviti abi otsida.

" *Mul on nagu selles suhtes alati olnud kuidagi niimoodi, et kui ma nüüd järgi mõtlen mingi suuremate jamade peale, mis on olnud, et ei ole nagu see, et ma nüüd tunnen, et justkui kuskilt miskit, et pigem on nagu pauk luuavarrest. Et mingi kaks aastat tagasi suve lõpus panid T-särji selga ja sihuke tunne, et noh, nagu, et nagu kael jämedamaks läinud, et särgikrae jäänud poole väiksemaks. Ja siis tuligi välja, et kilpnäärmed olid sihukesed ... buhh ... (Mees, 45 a)*

" *Nagu jah, voodist püsti tõusta ei saa, kätt liigutada ei saa, siis on häda suur jah. (Mees, 46 a)*

Joonis 13. Teadlikkus füüsilist ja vaimset tervist puudutavatel teemadel (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Vaimse tervise kohta uuriti meestelt nii nende endi kogemuste kui ka ühe juhtumianalüüsi abil (tuli ette kujutada ühe vaimse tervise probleemile viitavate sümptomitega mehe võimalikku käitumist). Mehed vaimse tervise teemasid ise osana tervisest enamasti intervjuu käigus proaktiivselt ei analüüsinud. Vaimse tervise probleemidena mainiti ärevust, depressiooni ja üksildust, liigset tööstressi, mõnikord leina seoses sõbra või partneri kaotamisega. Samuti käisid läbi ärevuse teemad, mille põhjuseid omistati välistele faktoritele: kõrge töötempo, Ukraina sõda või inflatsiooni tõttu tekkivad rahamured. Mitmel korral mainiti käitumist, mis seostub meeste omaste depressiooni sümptomitega (Angst et al., 2002; Rice et al., 2015): näiteks psühholoogilistel põhjustel alkoholi tarvitamist või ärritumist ja viha. Mõningatel juhtudel toodi välja, et kuigi ärevuse allikaid on, siis pole täpselt selge, kas ja mille jaoks peaks vaimse tervise abi, sh eneseabi otsima ning kas sellest ka kasu on. Mehed ei ole vaimse tervise probleemide sümptomitega sageli piisavalt hästi kursis ega eneseteadlikud nende sümptomite märkamisel.

" *Et kui ma sõidan kümme aastat vana autoga, siis mul ei ole põhjust teda välja vahetada, kuna ta on kümme aastat vana. Jah, ja vaimse tervisega on võib-olla ka niimoodi, et mis ma lähen remontima, sest et noh, remont on ikkagi seal tunnipõhine. Et kas see on kapitaalremont või ta on lihtsalt iluvigade parandamine, noh, ma mõtlen, et selles vaimses mõttes. Et ma ei näe siin sellist vajadust. (Mees, 58 a)*

Ilmnes, et sarnaselt füüsilise tervisega eeldasid mehed, et vaimse tervise probleemide puhul abi otsimiseks peaks olema midagi otseselt väga halvasti. Need, kes abi otsisid, tegid seda pigem alles siis, kui vaimse tervise

probleem oli kestnud pikalt, mõnikord isegi näiteks üle aasta. Vaimse tervise osas olid eneseteadlikumad pigem nooremad, alla 50-aastased mehed.

- " *No ju seal ikka on see taga, et ei ole piisavalt tunnetust, et mul nüüd mingi häda paistab. Või siis noh, ega palju asju on ju ka nii, et sa ei seosta. Et sa mõtled, et noh, minu see kurb meel või selline ärevus, et see on kinni hoopis sellest, et tollest gaasihinna tõusust, mitte sellest, et mul on midagi mentaalses plaanis viltu. Et seda ju, ma ütlen veelkord, et ei ole ju nii spetsialist, et siis ..., siis selle vahe leidmine, et eks lihtsam on ju otsida enda ärevusele mingeid muid põhjusi. Et noh, kui nüüd see ja see asi ära lahendada, siis ma nagu ei peaks muretsema, mitte ma ei mõtle, et kui nüüd ... kui nüüd energiahinnad nii edasi on nii kallid, et noh, ju siis on mul midagi viga peaplaanis, et ma peaksin arsti juurde minema. (Mees, 58 a)*
- " M: Kuidas jõudsid teadmiseni, et sul on depressioon? Vastaja: *See vist oli ikka see, et tundsin, et teistel ikka ei ole nii ja nad ei tunne selliseid asju, ja eks internetis on ka igal pool, et testi ja vaata küsimusi, ja kuidas seal küsimustele vastad, selline vastus võiks olla. (Mees, 30 a)*

6. Teadlikkus terviseteenustest ja hinnang nende kättesaadavusele

6.1. Teadlikkus terviseteenustest

Terviseteenuste kasutamise valmidust mõjutavad lisaks inimese enda sisemistele takistustele teenuse poole pöörduda ka struktuursed ehk teenusest endast lähtuvad takistused, millest üks on seotud teadlikkusega teenuse olemasolust. Uuringus mõõdeti teadlikkust mitmete oluliste teenuste puhul, millest osad on seotud võimalusega saada kiiret nõu või eneseabi (nt perearsti nõuandetelefon, vaimset tervist jm puudutavad veebilehed), osad spetsiaalselt meestele suunatud teenused (PSA-test), osad seotud riskikäitumisest loobumisega ning üks oli ainus meestele suunatud sõeluuring – jämesoolevähi sõeluuring.

Kaardistatud teenustest kõige paremini teati **perearsti nõuandetelefoni**, millega oli kursis ligikaudu kolm meest neljast (76%) (Joonis 14). Vähem olid sellest kuulnud 50–74-aastased mehed (68%), seda eriti võrreldes 25–49-aastastega, kelle seas oli tuntus üle 80%. Muust rahvusest mehed olid veidi vähem kursis (72%) kui eesti mehed (78%).

Joonis 14. Teadlikkus tervise- ning ennetuse ja riskikäitumise vähendamise seotud teenustest (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Vaimse tervise teemal esmast nõu ja edasisele tegevusele suunamist pakuvad veebilehti teati oluliselt vähem: neist oli kuulnud 39% meestest. Paremini olid nendega kursis 18–34-aastased mehed (üle poole oli kuulnud) ja vähem 50–64-aastased (29%), eriti aga 65–74-aastased (12%). Sarnaselt kõigile muudele teenustele ja veebilehtedele oli teadlikkus madalam muust rahvusest meeste seas.

Spetsiaalselt meestele suunatud teenusest, **PSA-testist**, on kuulnud 50% meestest. Sellega olid keskmisest paremini kursis 50–74-aastased (64% 50–64-aastastest ja 72% 65–74-aastastest). 18–34-aastastest oli kursis ligi kolmandik ja 35–49-aastaste seas on teadlikkus veidi madalam.

Riskikäitumisest loobumiseks või selle vähendamiseks mõeldud teenustest ja infoallikatest oli kõige tuntum alkoholi liigtarvitamise ravi spetsiaalsetes ravikeskustes (kuulnud 49%). Vähem on sellega kursis 50–64-aastased (41%), seda ennekõike võrreldes 18–34-aastastega (57%). Veebilehtedest alkoinfo.ee ja tubakainfo.ee on kuulnud vastavalt 46% ja 40% meestest. Mõlemal juhul oli tundus kõrgem 18–49-aastaste seas ja madalam vanemate meeste seas.

Tubakast loobumise nõustamise kabinetidest oli teadlik 34% meestest, sealhulgas oli praeguste igapäeva- või juhusuigaretajate seas teadlikkus kõrgem (46%) kui mittesigaretajate hulgas (21%). Vähem olid sellega kursis 50–64-aastased (30%), kelle teadlikkus oli madalam enamiku teenuste puhul, välja arvatud PSA-test ja jämesoolevähi sõeluuring.

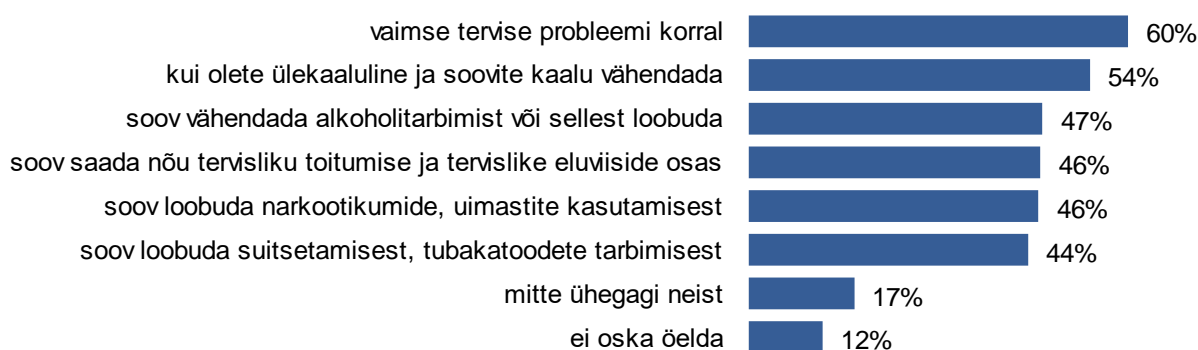
Jämesoolevähi sõeluuringust, mille sihtrühmaks on 60–68-aastased mehed ja naised, oli kuulnud 48% meestest. 50-aastased ja vanemad mehed on teenusest teadlikumad: sellest oli kuulnud 50–65-aastastest 59% ja 65–74-aastastest 80%. Nooremate hulgas jäi teadlikkus alla 40%.

Ohvriabi teenusest, mis pakub nõu ja tuge vägivalda ja inimkaubanduse ennetamisel ning lisaks emotsionaalset tuge ja hingehoidu, oli kuulnud 34% meestest. Enam on sellega kursis 18–34-aastased (42% on kuulnud) ja vähem 50–64-aastased (26%).

Eesti tervishoiusüsteemis on **perearst** väga oluline alguspunkt mitmete füüsilist ja vaimset tervist puudutavate terviseprobleemide lahendamisel. Seetõttu vaadati uuringus, milliste teemadega saab meeste hinnangul perearsti poole pöörduda. See ei tähenda, et nad seda ise tingimata ka teeksid, kuid teadlikkus teema kuulumisest perearsti kompetentsi loob esmase eelduse sel teemal pöördumiseks.

Kõige sagedamini leiti, et **perearsti või pereõe poole saab pöörduda** vaimse tervise probleemidega (60%), aga ka ülekaalu ja kaalulangetussoovi korral (54%) (Joonis 15). Samas usuti veidi vähem, et perearst võiks anda nõu tervislike eluviiside osas (46%). Riskikäitumist puudutavate teemade – alkohol, narkootikumid, tubakas – puhul teadis 44–47% meestest, et perearst saab alustuseks aidata ka nendega.

Joonis 15. Milliste järgmiste teemadega saab Teie teada pöörduda perearsti või pereõe poole? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Vanuse lõikes joonistus välja, et mida vanema mehega on tegu, seda tõenäolisemalt ta leiab, et konkreetse teemaga perearsti poole pöörduda ei saa. 18–34-aastased mehed uskusid keskmisest enam, et kõigi mõõdetud teemade puhul saab perearsti poole pöörduda. 50–74-aastased mehed leidsid seda vähem ning ligi veerand neist (23%) arvas, et perearsti poole ei saa pöörduda mitte ühegagi neist (vs. 9% 18–34-aastastest). Seda leidsid sagedamini ka muust rahvusest mehed võrreldes eestlastega ning maal elavad mehed ennekõike võrreldes suurtes linnades elavate meestega.

Enam kui pooled meestest olid teadlikud, et perearsti poole saab pöörduda ülekaaluprobleemide korral ning veidi vähem kui pooled uskusid, et perearst tegeleb nõustamisega tervisliku toitumise ja eluviisi osas. Uuringus küsiti meestelt selle kohta, **kas nad on kunagi pöördunud perearsti või pereõe poole sooviga saada abi**

või nõu oma kehakaalu osas (ülekaal, alakaal). Seda on teinud 8% meestest, sealhulgas 6% hindas, et nad said sel teemal abi, ning ülejäänud abi ei saanud.

6.2. Hinnang teenuste kättesaadavusele

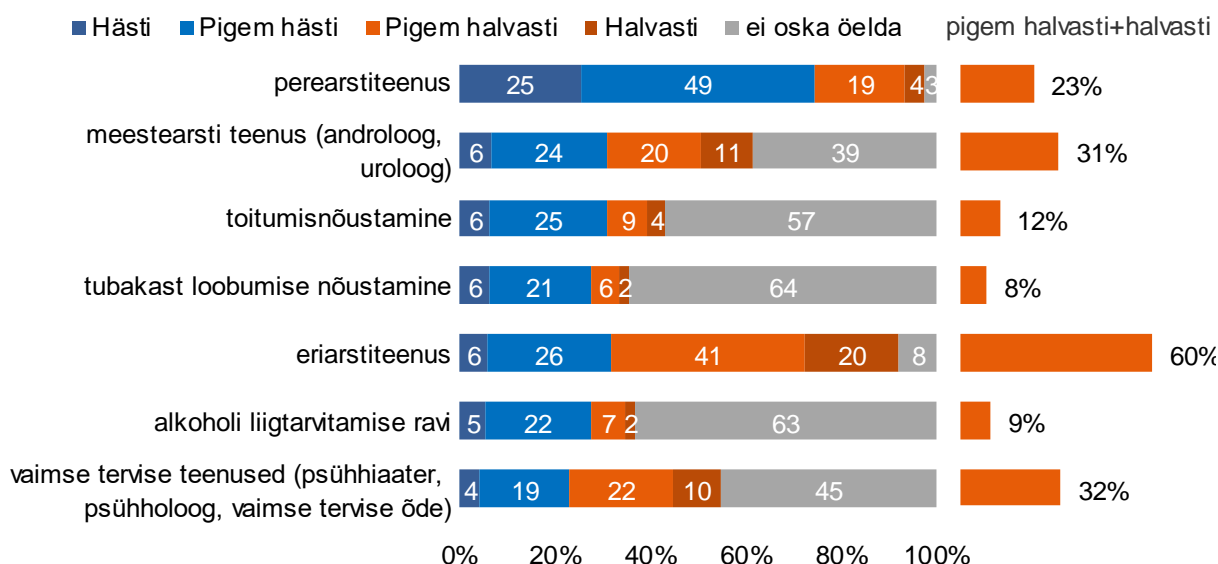
Uuring vaatles meeste hinnanguid erinevate terviseteenuste kättesaadavusele, mis on ennekõike seotud ennetuse ja tervisekäitumise parandamisega, aga ka vaimse tervise murede lahendamisega.

Kõige paremini on meeste hinnangul kättesaadav **perearstiteenus** – 74% hindas seda hästi või pigem hästi kättesaadavaks, kuigi ligi veerandi hinnangul oli selle teenuse kättesaadavus halb (Joonis 16). Sagedamini hindasid kättesaadavust halvaks muust rahvusest mehed (27%) ja Tallinna elanikud (28%). Muude teenuste puhul nagu **eriarstid** (v.a meestearst), **meestearst**, **toitumisnõustamine**, **tubakast loobumise nõustamine**, **alkoholi liigtarvitamise ravi**, jäi hinnang heale või väga heale kättesaadavusele 27–32% vahemikku. **Kõige halvemini kättesaadavaks** peeti eriarstiteenust (60% hindab halvaks või pigem halvaks), aga ka vaimse tervise teenuseid nagu psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde (32%), ja meestearsti teenust (31%). Arstide ning ennekõike just eriarstide teenuse paremat kättesaadavust ning lühemaid järjekordi pidasid mehed üheks väga oluliseks teguriks nii kvalitatiiv- kui ka küsitlusuuringus, kui paluti välja tuua ettepanekuid, mis julgustaksid mehi arsti poole pöörduma.

Kvalitatiivuuringus mainiti rahulolematuse põhjustena veel ka spetsialistide puudust ning ajakulu. Maal elavatele meestele tähendab eriarsti juures käimine ka pikki sõite ja seega vajadust võtta end töölt vabaks. Vaimse tervise abi osas toodi välja pikki järjekordi ja üldist halba kättesaadavust. Üks mõneti enesepetlik põhjendus, miks abi ei otsita, on seotud ka sellega, et teised inimesed vajavad enam abi ning ei taheta arstide aega ja tähelepanu neilt ära võtta.

" Ooteaeg ja transport, erialaarstid on koondunud suurlinnadesse. Selleks, et kuhugi minna, töökoht võimaldab, kuid terve tööpäev läheb raisku, palgalangus. Eks sellepärast hoitakse ka tagasi, iga asja pärast arsti poole ei pöördata, nädalavahetused on ka olemas, kui saab ennast terveks ravida. Eesti vanasõna – kui ei ole surmatõbi, siis saab ikka viinast abi – on üsna õige. (Mees, 60 a)

Joonis 16. Kui hästi kättesaadavad on Teie hinnangul Eestis järgmised teenused? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Alkoholi liigtarvitamise ravi ja tubakast loobumise nõustamise teenust on kõige harvem hinnatud halvasti või pigem halvasti kättesaadavaks, kuid nende teenuste puhul ei osanud väga suur osa meestest (63–64%) kättesaadavust hinnata. Seda ühest küljest isikliku kokkupuute puudumise tõttu ja teisalt ei ole nende teenuste kättesaadavusest avalikus inforuumis nii palju juttu kui näiteks vaimse tervise teenuste puhul. Viimaste puhul ei osanud samuti ligi pooled meestest kättesaadavust hinnata.

Eriarstiteenust pidasid sagedamini pigem halvasti või halvasti kättesaadavaks 50–74-aastased mehed (69%), kes seda teenust ise enam vajada võivad. Samuti hindasid kättesaadavust halvemaks muust rahvusest (71%) ja Tallinnas elavad (65%) mehed.

Vaimse tervise teenuste kättesaadavust hindasid pigem halvaks või halvaks eesti mehed (35%) ning kolmanda taseme haridusega mehed (36%).

Meestearsti teenust pidasid pigem halvasti või halvasti kättesaadavaks sagedamini 50–64-aastased (44%), muust rahvusest (35%) ja kolmanda taseme haridusega (36%) mehed. Kuna **meestearstile pöördumiseks on vajalik võtta saatekiri**, siis täpsustas uuring, kas selline nõue on **osutunud androloogi või uroloogi poole pöördumisel takistuseks**. 11% meestest on jätnud saatekirja võtmise vajaduse tõttu meestearstile pöördumata, 40% ei ole seda pidanud takistuseks ja 48% ei ole meestearsti vajanud. Võrreldes ülejäänud vanuserühmadega on saatekirja nõue osutunud sagedamini takistuseks 50–64-aastastele meestele (14%) võrreldes näiteks 65–74-aastastega (6%). Samuti on see enam takistanud esimese taseme haridusega mehi (14%).

6.3. Teenuste kasutamine võrreldes vajadusega

Kvalitatiivuuringus räägiti palju ühest enim kasutatavast teenusest – **perearstiteenusest**. Seda peeti üldiselt kättesaadavaks ning arsti või pereõega suheldi vastavalt vajadusele erinevaid kanaleid pidi. Siiski toodi välja probleeme aja broneerimise või arsti kättesaadavusega (telefoni või meili teel) ning sooviti, et ravisoovitused oleksid põhjalikumad. Näiteks kui tervisekontrolli tulemus näitab, et probleemi pole, sooviksid mehed sellegipoolest, et neile tagasi helistataks, tulemust (või selle puudumist) ja olukorda selgitataks.

- " *Mul on väga tore perearst seal Saaremaal, täiesti arusaadav tema jaoks, et tuleb selliseid tervisekontrolli aeg-ajalt teha, mingeid vastuväiteid ei esinenud, positiivne. /.../ Mina ütlesin, et soovin tervisekontrolli, mis iganes analüüsid, ja kõik sujus. (Mees, 53 a)*
- " *M: Kas sind häiris midagi viimase arsti külastuse puhul? Vastaja: Ma ei tea, võib-olla järjekord. – M: Kui kaua pidid ootama? – Vastaja: Umbes kaks tundi. /.../ see oli eelregistreerimisega. (Mees, 24 a)*
- " *Kui mul mingi probleem on, ma saadan meili, sest sinna on nii jube raske löögile saada, aga siis ma ikka kuidagi saan. Ja saan mingisuguse vastuse. (Mees, 61 a)*

Pearstiga käsitletavatest teemadest eristusid elustiili- ja sõltuvusprobleemid, mida ise aktiivselt tõstatada ei soovitud ning mille puhul sooviti hoiduda arsti noomitustest või liiga karmina tunduvatest soovitustest. Oli ka mehi, kes tundsid, et perearst ei võta nende tervisemuresid tõsiselt.

- " *Oh, ega perearst ei kipu sind kohe igale poole saatma. Sa pead käima seda ühte asja kohe päris mitu korda kurtmas. Siin omal mingi elukas pistis selle näpu esimese luu nahka. Pistis põhimõtteliselt nahka, aga veel jäi alles, et see nagu see kuusirp oli luust alles jäänud. Aga ma käisin tal korra kurtmas, see oli valus, et ... Ta ütles, et jaa-jah ... Käisin teist korda ... Noh, olgu, saadame siis röntgenisse. Tuli välja, et seda näppu seal otsas varsti enam poleks olnud. Jah, aga noh, siit randme pealt võeti luukild, istutati sisse ja nüüd ta siis on. (Mees, 57 a)*
- " *Mul on selline arst, kes ütleb, et enne kui ma 40 olen, mul ei ole mingeid haigusi. Enne kui ollakse 40, me isegi ei uuri inimesi. Aga ma tean küll, et kui ma olen 40, siis ta ütleb mulle, et nad ei uuri 45-ni. Ma olen näiteks kuulnud, et igal inimesel on õigus iga aasta nõuda suurt vereuuringut, mida rahastab haigekassa. Minu arst ütles, et mingit sellist asja ei ole olemas. Tema tsitaat: „kõik, mis mul vaja oli, ma tegin ära juba sulle. Kui tekib vajadus analüüsid teha, siis ma teen“. Ehk saate aru, temal on vaja, mitte mul. Ma ei tea, kui tõsi see on, aga on selline kuulujutt, et perearst teenib selle pealt, kui palju raha ta haigekassale säästab. (Mees, 38 a)*

Sellegipoolest on perearst meeste jaoks esimene kontakt ja kui just tegemist pole probleemiga, mille osas perearst pole murega nõus, pöördutakse enamasti akuutse mure korral just tema poole.

Väga kiirete või äkiliste tervisemurede korral pöördusid mehed ka **erakorralise meditsiini osakonda**. Kuna sel juhul oli tegemist tõsiste terviseprobleemidega, sooviti EMO-st kiiret lahendust ja enamasti seda ka saadi. Meeste selgitustest hakkab silma, et EMO-sse pöörduti sageli teiste, näiteks naise, sõprade või kolleegide

soovitusel. Sarnaselt teiste terviseprobleemidega alahinnati sageli ise enda terviseprobleemide tõsidust või mõeldi: „Ah, mis mina ...“

Keerukamate murede korral puututakse kokku **eriarstidega**. Nende puhul toodi välja probleeme pikkade järjekordadega ning et teatud valdkondade (sh uroloogid, androloogid) arstidest on puudus.

" *Pigem nagu ... jah, ütleme niimoodi, et eriarstide juurde on raske saada. Tähendab jah, siis kui sa ... ütleme, just need tasuta ... perearsti poolt määratud, nendega ... põhimõtteliselt ma sain saatekirja, aga mul oli niimoodi, et ma oleks pidanud ootama vähemalt mingi kuus kuud vist, kui ma oleks saanud arsti juurde, aga noh, siis ma otsustasin, et ma lähen maksan ja siis ma saan. Siis ongi see, et samamoodi mul sõber käis MRT-s, et ta siis ka oli ... õlaga oli probleem, tasuta kohale oleks pidanud samamoodi neli kuud ootama, siis ta lõpuks otsustas, et ta läheb maksab, siis ta sai kiiremini. See arstiabi võiks olla rohkem kättesaadav. Lihtsamini kättesaadav. (Mees, 34 a)*

Hõredama asustusega piirkondades toodi välja **kvaliteetse eriarstiabi kauguse** probleemi. See loob lisabarjääri arsti juurde minekul: suuremasse linna erialaarsti juurde minekuks tuleb võtta end töölt vabaks ja seda tööandjale põhjendada. Seetõttu võidakse tervisemurest rääkimata jätta, kuna kardetakse, et tööandja ei anna vaba päeva või suhtub töötajasse seetõttu halvemini. Need probleemid muudavad abi otsimise omakorda keerulisemaks, mistõttu ei pruugita tahta tülikat teekonda ette võtta.

Kõikide tervishoiuteenuste puhul töid mehed välja, et **neile jääb tunne, et nende kui patsientide muresid ei võeta tõsiselt** ning juhtumeid käsitletakse pealiskaudselt. Sellega seoses toodi välja näiteid, kus õige diagnoos või vajalik teenus saadi hilinemisega, vahel paljude aastate pärast. Seega on ootused probleemide kiireks ja täpseks lahendamiseks üsna kõrged. Teisalt on siin viiteid perearstide töö kvaliteedile või liigsele töökoormusele.

" *Mingid sellised eriuuringud, need ma olen mingite tuttavate või oma tuttava arsti soovitusel ... ma ei julge perearsti käest küsida, sest tal on järjekorrad, siis ta ütleb, et teil ei ole seda vaja ja mis te muretsete. Näiteks emal ka, et kui tal oli see ajukasvaja, lõigati ära see, siis perearst ütles talle, et oi, teil ei ole seda vaja, teil pole toda vaja, saate ise hakkama ja mitte midagi polnud vaja, ise pidime pöörduma. Tal oli vaja ikkagi taastusravi, tal oli vaja ortopeedi, öeldi, et ortopeedi juurde aegu ei ole, aga kui me läksime kuskile ... Mustamäel on see Mustamäe Tervisemaja, siis tuli välja, et aegu on küll, perearst lihtsalt ei viitsinud vist vaadata, ma ei tea, mis seal on ... ta vanus on ka üle 70 juba ja tal on väga palju nimistus, tal on nimistus rohkem kui peaks olema. 2000 on vist piiriks, aga tal on mingi 3000 seal. (Mees, 33 a)*

" *Äkki üleöö tuli ta [uneapnoe] mulle kallale. Ükspäev oli juba mõnus tööd teha – ei olnud vaja puhatagi mul kodus. Tegin metsa, sõid kõhu täis, läksid tegid edasi ja järgmine päev ärkad üles, tudised täiesti, käed värisevad – ei jõua enam olla, mul vererõhuaparaati ei olnud siis. Vot, ja siis arstide juurde kurtma, aga mul ei olnud siis ka haigekassat. Sellega läks aega, enne kui ma ta sain, ja siis, kui ma lõpuks sain, siis nagu südamearsti juurde. Siis see vaatas neid numbreid. Ütles, et oo, see siin on haige, rohkem nagu otseselt ei kuulunudki. Aga noh, südamel nagu ei olnud otseselt midagi. Ja siis noh, sai käidud kurtmas, et teed mingi aeg tööd ära ja siis järgmine päev oled nii läbi omadega, et ... Ja seda läks kuskil kümme aastat julgelt. Nii et noh, see ei ole selles mõttes ka lõbus, et kümme aastat käid ja kurdad, et midagi on valesti ja see siis, einoh, kõik on. – M: Kuidas lõpuks see uneapnoe välja tuli? – Vastaja: Ei, ma läksin EMO-sse, et mul olid need vererõhud ja rinnus valud. Ja siis hakkas keegi arst, et peaks midagi siin vaatama, ja tehti mul täisuuringud. Et midagi ikkagi peab veel olema, et mis häda on niiviisi, mis suunas nagu sinna ... vist ... mingi üldarst oli. Niiviisi läks see rada. (Mees, 57 a)*

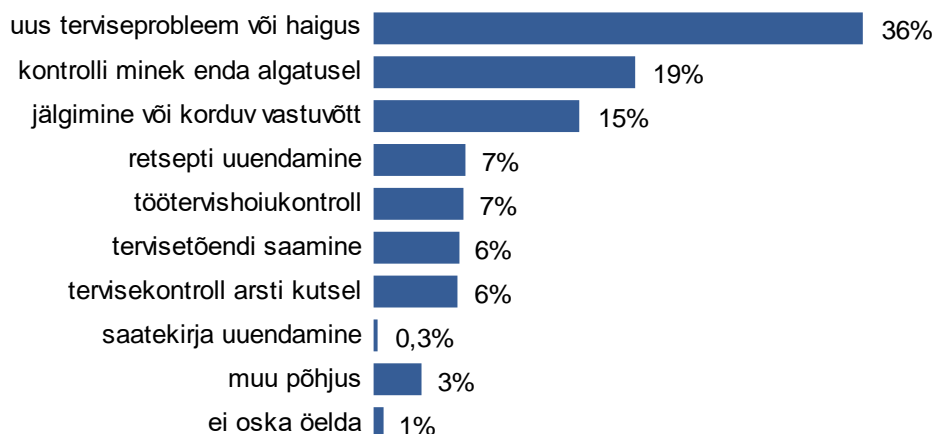
7. Valmisolek otsida professionaalset abi

7.1. Viimane kogemus arstiabi või nõustamisteenuse kasutamisega

Iseenda pärast oli **viimase aasta jooksul mõne arsti, hambaarsti või õe poole pöördunud** 86% meestest. 13% käis viimati arsti juures 1–5 aastat tagasi ning 0,5% käis seal enam kui 5 aastat tagasi. Enam kui aasta tagasi külastasid arsti või õde sagedamini 25–34-aastased (22%), esimese taseme haridusega (21%), partnerita (19%) ja madalamasse sissetulekurühma (kuni 600 eurot pereliikme kohta kuus) kuuluvad mehed (19%). Enam kui aasta tagasi külastasid viimati arsti sagedamini ka hea ja väga hea tervisehinnanguga (16%) ning kroonilise haiguseta (21%) mehed.

Enamasti pöörduti viimati arsti poole mõne uue terviseprobleemi või haigusena, ligi viiendik käis kontrollis enda algatusel ja 15% jälgimisel või korduval vastuvõtul (Joonis 17). Enda algatusel kontrollis käimist toovad enam välja eesti rahvusest ning Põhja-Eestis elavad mehed, ettevõtjad, aga ka töötud. Jälgimisel, korduvvisiidil või retsepti uuendamas käinuid ja arsti kutse peale pöördunud oli enam 65–74-aastaste meeste seas.

Joonis 17. Viimase iseenda pärast tehtud arsti või õe visiidi põhjus



7.2. Ootused tervishoiuteenustele

Kvalitatiivintervjuudes teenustest rääkides toodi sageli välja arsti kui teadmistega eksperdi rolli võrreldes patsiendiga. Seetõttu nähti tervishoiutöötajatel suuremat vastutust nii probleemi uurimisel kui ka ravi kommunikeerimisel, kuna patsiendil ei ole piiratud teadmiste tõttu võimalust protsessi ise aktiivselt kujundada või võrdselt kaasa rääkida. Mehed tõid välja üldisi selgeid ootusi kõikidele tervishoiuteenustele, mis järgnevalt on koondatud laiemate teemade alla ning kus on detailsemalt kirjeldatud konkreetseid aspekte.

Teenuste ligipääsetavus ja kättesaadavus

- Hõlpsam aja broneerimise võimalus: tõhusam telefonile vastamise süsteem tervishoiuasutuses, digitaalsel teel broneerimise võimalus.
- Digitaalsel teel asjaajamise võimalus arsti või tervishoiutöötajaga (diagnoos, retsept, ravijuhised).
- Tegelikule vastuvõtuaegadele vastavalt toimuv vastuvõtt (et poleks vajadust kohapeal oodata, visiit algaks täpselt kokkulepitud ajal).

- Lühemad ravijärjekorrad ning rohkem aega visiidiks.
- " *Ma tooksin siin sellise võrdluse eraettevõtlusega, et kui perearstikeskus ei pakuks eluliselt tähtsat teenust ja tegu oleks mingisuguse esinduse või millegi muuga, siis ma kindlasti selle klient ei oleks. Ütleme, et tänapäeval on täiesti normaalne eraettevõtluses, et sa helistad, kui mingid liinid on hõivatud, jätta teade, me helistame sulle tagasi jne, eks ole. Kui sa saad nagu väga operatiivselt suhelda online'is, chatis, messengeris, kus iganes, eks ole. Siis perearstikeskustel kahjuks selliseid süsteeme vähemalt mina ei ole kogenud ja see kindlasti minu silmis kvaliteeti viib alla. (Mees, 35 a)*

Efektiivne ja ammendav ravi terviseprobleemile

- Piisav süvenemine terviseprobleemi, et leitaks lahendus.
- Efektiivse ja kohe rakendatava ravi väljapakumine, selle lahtiselgitamine.
- Ammendav lahendus terviseprobleemile, mitte lihtsalt ajutine leevendus või edasisuunamine.
- Laiem ülevaade terviseprobleemist, selle selgitamine patsiendile.
- " *Et me võtamegi EMO, sa lähed sinna ärevushäirega ja nemad vaatavad põhimõtteliselt üle sul selle meditsiinilise poole. Nii, okei, et süda on okei, lööme sul mingite ravimitega alla. Tegelikult nad saavad su minema. Ehk siis puudub selline tervik. Minu silmis ei olnud sellist tervikut meditsiinis, okei, et minul ei ole siin osakannas teha midagi, aga ma suunan selle n-ö teise osakonda või teise valdkonna spetsialisti poole. Noh, ma ei tea, toome näite, et, ma ei tea, võtame kasvõi poodi läheme, oleme juustuletis, aga tegelikult on sul vorsti vaja. Sa tahad vorsti, aga oled juustuleti ääres ja juustumüüja ütleb, et ei, meil siin sellist asja poes ei ole, et noh, umbes mine minema, mitte et näe, et siin kõrval on vorsti. Et sa saad sealt seda, mida sa vajad, ehk siis n-ö, et pigem ei ... Müügitöös on selline asi nagu kaardistus, et tegelikult nad ei kaardista klienti või patsienti. Et me teeme kiirelt ära selle, mis on oluline teha, aga kõik muu lihtsalt jääb. (Mees, 35 a)*

Tervishoiutöötaja head suhtlemisoskused

- Mitte-üleolev, võrdväärne suhtumine patsienti.
- Osavõtlikkus, tähelepanu pööramine, professionaalsus.
- Ravi ja probleemi selgitamine, isegi kui terviseuuring on negatiivne või selget vastust pole.

Enamik nendest ootusest puudutab perearstiteenust, ent sarnased ootused on ka teistele tervishoiuteenustele.

Perearstide puhul toodi välja veel järgnevaid ootusi:

- perearst peaks oleks kättesaadav, temaga peab saama suhelda telefoni, meili teel;
- mehe mure tõsiselt võtmine, sellesse huvitatult suhtumine;
- et ei tõrgutaks näiteks saatekirjade andmisel, lisakulude tegemisel ning et arst hoiduks süütunde tekitamisest ravikulude osas.
- " *Ta võiks olla osavõtlilik ja tähelepanelik. Ma ei tea, näiteks meie perearst on selles mõttes just vastupidine näide, et tal tuleb kogu aeg ... nagu konveier, et uus patsient tuleb peale, on ette nähtud mingi 10–15 minutit võib-olla, tuleb järgmine patsient, tehakse mingid rutiinsed küsimused, pannakse midagi kirja, võib-olla mingi ravim, võib-olla inimene tahab lihtsalt uuesti ravimit, et arst saaks välja kirjutada ... See ei ole minu meelest osavõtlilik ja ei ole ka tähelepanelik. (Mees, 33 a)*
- " *Ja siis olid lihasevalud vahepeal. Noh, sai hädaga röntgenisse, noh, seal oli näha, et on see kollane niikui vahelt puudu. Eh, siis oli mingi praktikant, oli jälle hakkas mulle rääkima mingist rahast, mille peale ma vihastasin niimoodi, et ütlesin, et noh, kui see inimene peaks veel olema siin ... Ütles, et see on meie kõigi ühine raha ja kõik ... Ma ütlesin, et ma kooolitasin teid, et kogu see teie valge kittel on minu raha eest ostetud, et ... Ja te hakkate ütleva, et teil ei ole ikkagi nii vaja, et palju rohkem on kellelgi teisel vaja, et noh ... Ja seal, sealt tekib nagu natuke selline suhtumine, et noh, nemad nagu loevad seda raha seda palju, et pigem noh, pigem nad ei saada sind. Sest alati on ju hullemas olukorras inimesi. (Mees, 58 a)*

Vaimse tervise abi ja ravi puhul (psühhiaatrid, psühholoogid, antidepressandid jms ravi) oodati lisaks eelnevalt väljatoodule, **et ravi mõjuks võimalikult kiiresti ja olukord paraneks**. Sageli oldi kahtlevad, kas teraapia

kõiki mehi aitab, kuna nõuab probleemide tunnistamist, haavatavust ja piinlikkusest üle saamist, enese avamist ja pikalt vestlemist. Samuti toodi välja teraapia individuaalsust: see võib töötada vaid sõltuvalt inimesest. Kuna teraapia võtab meeste arvates aega, usuti, et see võib olla ka liiga kulukas. Lisaks toodi väga sageli välja pikkade järjekordade probleemi, kas kuuldu või isikliku kogemuse põhjal.

- " *Põhiline ongi see, et ei ole kasu. Ma ise arvan, et see on pigem selline kartus võõrale inimesele rääkida, et pigem on selline asi. Eks öeldakse ka, et oh, näed, ei ole raha sellise asja jaoks või midagi taolist, aga noh ... Jah, okei, mingid era ... sellised psühholoogid, need asjad tõesti maksavad, ma pakun, mingi sadakond eurot äkki seanss või ... jah, ütleme, sinna kanti. (Mees, 34 a)*
- " *Kui ma olen soovitanud ka siin mõnele oma töötajale, et mine ja räägi, siis põhiline vastus on see, et sellest pole nagunii kasu. Eks ma olen üritanud selgitada, kuidas sellest kasu on olnud, et mis seal on, aga siis ongi see, et üritatakse nagu ... ka mina olen üritanud inimestele nõu anda, aga siis lõpuks on see, et mina ei ole see isik, kes võiks tegelikult sellist nõu anda vaimsel tasandil, et mina vaatan enda mätta otsast, et kuidas maailma asjad peaksid olema. (Mees, 34 a)*

Seega oodati vaimse tervise alaselts abilt efektiivset ravi, teenuste paremat kättesaadavust ning madalamat hinda. Kogemustest rääkides käsitleti sageli psühholoogide kuulamisoskust ja rolli mehe mõtete lahti harutamisel. Mitmel korral rõhutati, et psühholoog aitab mehel ise lahendusteni jõuda, oma puntras mõtted lahti arutada ning mees saab siis ise enda elu edasi lahendada. See läheb kokku ka teoreetilise kirjandusega, kus vaimse tervise teenuseid soovitatakse meestele reklaamida konkreetselt ja lahenduspõhiselt (Sagar-Ouriahi et al., 2019).

- " *Tegelikult on see, et sa lihtsalt räägid seal. Ta oskab küsida neid küsimusi, a la toome selle alkoholi, et miks sa ... mitte hetkeprobleemi, vaid see, et kust see tulenenud on. Ütleme näiteks ... ta ütles ka niimoodi, et otseselt ei olegi tähtis see, et miks sa alkoholi tarbid või tarbisid niimoodi, et see vastus tegelikult ei olegi tähtis, vaid oluline on see, kuidas sa enam seda ei teeks, et see paneb hoopis teistmoodi mõtlema ja kõik need ... Kui on mingid ärilised probleemid, mis ma seal rääkisin, kuna mul seal oli ... eelmiste äripartneritega oli ka omajagu jagelemist, et siis ta ... ütleme nii, et ta sellest valdkonnast väga palju ei osanud midagi rääkida, aga lihtsalt kuulas mind ja küsis täpselt selliseid küsimusi, mis ma ise lõpuks ära vastasin. (Mees, 34 a)*

Psühholoogide rolli käsitleti samas ka negatiivselt „mõtetes urgitsejatena“. Mehed töid välja, et neil on ebamugav endast ja enda tunnetest rääkida ning psühholoog peab seega mure otsekui välja kiskuma.

- " *Psühholoogi kõige suurem selline töövõit või kõige suurem professionaalsus avaldubki lihtsalt selles, et saaks inimese rääkima, et inimene iseendast hakkaks aru saama. Kui psühholoog seda ei suuda teha, siis on niikuinii pekkis. Mis sa seal ütled, et mine võta rohkem ja mine jaluta ja mine vaata merd õhtul ... Mis sa ikka hing oskad seal ütelda. Aga lahendus peitub ikka iga inimese iseenda sees, et ta sellest aru saab. Psühholoog peab selle inimesest lihtsalt välja peksma ja nii on. (Mees, 61 a)*

7.3. Professionaalse abi otsimisega seotud uskumused

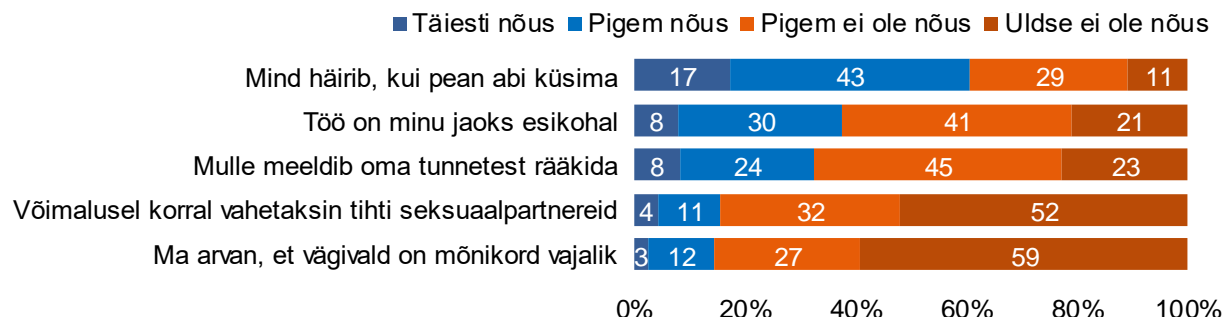
Uurimaks, millist rolli mängivad maskuliinsuse ja tervisekäitumisega seotud uskumused professionaalse abi otsimisel, kaardistati nii maskuliinsusega seotud uskumusi kui ka erinevaid kvalitatiivuuringu põhjal sõnastatud konkreetsete tervisekäitumistega seotud uskumusi.

Maskuliinsusega seotud uskumuste mõõtmiseks võeti eeskujuks *Conformity to Masculine Norms Inventory* (Mahalik et al., 2003), mille originaalversioonis on 11 erinevat maskuliinsuse normi mõõtvat alaskaalat. Uuringuankeeti valiti viis alaskaalat, mis on varasemates uuringutes näidanud negatiivseid seoseid erinevate tervist edendavate käitumistega: emotsionaalne kontroll (*emotional control*), autonoomia (*self-reliance*), elumees (*playboy*), vägivaldsus (*violence*) ja töö prioriseerimine (*primacy of work*) (Gerdes & Levant, 2018). Igast alaskaalast valiti üks, kõrgeima faktorlaadungiga ehk alaskaalat kõige paremini ilmestav väide. Neile lisati ka üldine oma probleemide jagamist kirjeldav väide „*tõeline mees ei kurda*“. Viimast väidet töid osad mehed välja kvalitatiivuuringu kui ühte abi otsimist edasilükkavat põhjust. Nendele väidetele lisaks kaardistati mitmeid tervisekäitumise ja professionaalse abiga seotud uskumusi, mille sõnastamise aluseks oli samuti kvalitatiivuuringu materjal. Kokku esitati uskumuste kohta 14 väidet.

Joonis 17 illustreerib vastuseid viiele maskuliinsuse norme mõõtvale väitele. Esimest väidet „*Mmulle meeldib oma tunnetest rääkida*“ tuleks vaadata pööratud väitena ehk mida vähem sellega nõustuti, seda rohkem läheb

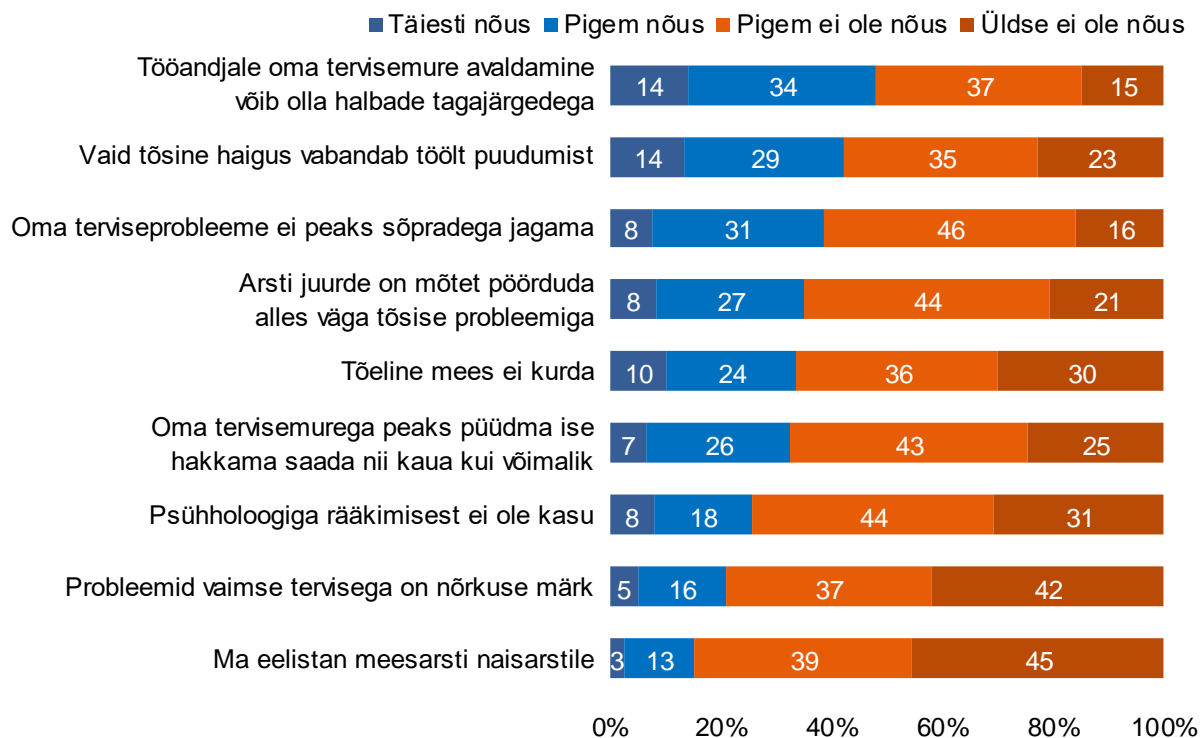
see kokku maskuliinse normiga. Just selle väite puhul on näha selle normiga kõige tugevamat kohandumist: kaks kolmandikku (68%) meestest on märkinud, et neile ei meeldi enda tunnetest rääkida. Ka väitega „Mind häirib, kui pean abi küsima” nõustus kas pigem või täiesti suurem osa mehi (61%). Vähem oli aga neid, kelle jaoks töö on esikohal (38%) ning palju vähem neid, kes võimaluse korral vahetaksid tihti seksuaalpartnereid (16%), ja neid, kelle arvates vägivald on mõnikord vajalik (14%).

Joonis 18. Nõustumine maskuliinsusega seotud uskumustega (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Üheksa tervisekäitumisega seotud uskumusi käsitleva küsimuse tulemused on toodud Joonis 19. Kõige enam nõustusid mehed kahe tööelu käsitleva väitega: „Tööandjale oma tervisemure avaldamine võib olla halbade tagajärgedega” (kas pigem või täielikult nõustub 48% vastajatest) ja „Vaid tõsine haigus vabandab töölt puudumist” (nõustujaid 42%), mis võib viidata sellele, et oma terviseprobleemiga tegelemist võidakse edasi lükata muuhulgas ka seetõttu, et viimase võimaluseni ei soovita, et tööelu kannataks. Nende väidetega nõustusid enam 50–74-aastased mehed (ligikaudu pooled neist). Suurem on hoiakute erinevus just haiguse tõttu töölt puudumise osas, millega alla 50-aastased mehed nõustusid selgelt vähem. Selles küsimuses jookseb lõhe ka juhtide/tippspetsialistide ja lihttöölise vahel – viimased nõustusid palju sagedamini, et töölt võib puududa vaid tõsise haigusega (56% vs. 36%).

Joonis 19. Nõustumine tervisekäitumise ja abi otsimisega seotud väidetega (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Mõnevõrra vähem, umbes kolmandik meestest nõustus väidetega, mille ühisosa on uskumus, et enda probleemidega võiks ise toime tulla: „Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama” (38%), „Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga” (35%), „Tõeline mees ei kurda” (34%), „Oma tervisemurega

peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik" (33%). Positiivsena võib välja tuua, et nõustujaid kahe vaimse tervise valdkonna väitega oli pigem vähe: väitega „*Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu*” nõustus 25% ja väitega „*Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk*” 21%. Ka meesarsti naisarstile eelistajaid oli vähe (15%): veidi enam oli neid kõige nooremate meeste seas (21% 18–24-aastastest).

Selleks, et mõista, kas ja millised maskuliinsuse ja abi otsimisega seotud uskumused ennustavad professionaalse abi otsimist füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral ning tubakast ja alkoholist loobumise soovi korral, koostati regressioonimudelid. Nende mudelite tulemused on täpsemalt kirjeldatud alapeatükkides 7.5 (füüsilise tervise probleemi korral pöördumine), 7.6 (vaimse tervise probleemi korral pöördumine), 7.7 (tubakast loobumise soovi korral pöördumine) ja 7.8 (alkoholist loobumise soovi korral pöördumine). Järgnevalt on täpsemalt kirjeldatud neid kaheksat maskuliinsuse ja abi otsimise uskumusi väljendavat väidet, mis ennustasid abi otsimist erinevate tervisemurede korral kas suuremates eri tunnuseid hõlmavates regressioonimudelites (vt eelnevaid viiteid eri peatükkidele) või väiksemates mudelites (hõlmasid sotsiaaldemograafilisi näitajaid, kroonilise füüsilise või vaimse tervise haiguse olemasolu ning maskuliinsuse ja tervisekäitumisega seotud tunnuseid) (vt lisa 5 tabelid 1 ja 2).

„Mulle meeldib oma tunnetest rääkida”

Selle väitega nõustumine (keskmiselt 32%) oli seotud kõrgema valmisolekuga otsida abi füüsilise ja vaimse probleemi korral. **Mida noorem mees, seda tõenäolisemalt meeldib talle enda tunnetest rääkida:** väitega nõustus või pigem nõustus 18–34-aastastest meestest 41%, 35–49-aastastest meestest 36%, kuid 50–74-aastastest meestest vaid 23%. Väike erinevus ilmneb ka rahvuste vahel: muu rahvuse esindajate seas oli enam neid, kellele meeldib tunnetest rääkida, kui eestlaste seas (36% vs. 31%).

„Mind häirib, kui pean abi küsima“

Selle väitega nõustumine (keskmiselt 61%) oli seotud madalama valmisolekuga otsida abi füüsilise probleemi korral. Nõustumine oli vanusegruppide lõikes ühtlane, jäädes 55–63% vahemikku. Rohkem häirib abi küsimine eesti mehi (63% nõustus või pigem nõustus) kui muust rahvusest mehi (54%), maal elavaid mehi enam (66%) kui pealinnas või suuremates linnades elavaid mehi (54–57%), toimetulekuraskustega mehi enam (66%) kui hästi või normaalselt toimetulevaid mehi (58%).

„Võimaluse korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid”

Selle väitega nõustumine seostus suurema valmisolekuga otsida abi alkoholist loobumiseks. Nooremates vanusegruppides oli väitega nõustumine sarnane (vahemikus 15–18%), aga 65–74-aastaste meeste seas oli nõustujaid vähem (7%). Rahvuse ja hariduse lõikes erinevused puudusid.

„Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama“

Mida rohkem nõustuti, et terviseprobleeme sõpradega jagama ei peaks, seda suurema tõenäosusega füüsilise tervise murega tervishoiutöötaja poole pöörduti. Selle väitega nõustusid pea pooled 65–74-aastased mehed (47%), kuid noorimatest meestest (18–24) vaid 20%. Muust rahvusest mehed nõustusid selle väitega enam (45%) kui eestlased (35%).

„Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga“

Selle väitega nõustumine oli seotud madalama valmisolekuga otsida abi füüsilise tervise probleemi korral. Keskmisest sagedamini nõustusid sellega, et arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga, 65–74-aastased (41%) ja keskmisest vähem 35–49-aastased mehed (31%). Eestlased nõustusid veidi enam (33%) kui muust rahvusest mehed (38%). Arsti juurde on mõtet pöörduda alles tõsise probleemiga sagedamini nende meeste arvates, kes on esimese taseme haridusega (44%), madalama sissetulekuga (kuni 600 eurot leibkonnaliikme kohta; 40%) ja nende meeste arvates, kes enda sõnul ei ela oma sissetulekuga hästi ära (46%). **Kui juhtide ja tippspetsialistide seas oli väitega nõustujaid 24%, siis lihttööliste seas kaks korda enam: 48%.** Rohkem oli väitega nõustujaid ka nende seas, kes hindasid enda tervist halvaks (46%), kellel oli risk depressioonile (44%), üldistunud ärevusele (41%), unehäirele (43%) ning kes tajusid kehvasti enda vaimse tervise olukorda (42%).

„Oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik”

Selle väitega nõustumine oli seotud madalama valmisolekuga otsida abi nii füüsilise kui ka vaimse probleemi korral. Keskmisest rohkem nõustusid selle väitega 50–74-aastased (37%) ja keskmisest vähem 35–49-aastased mehed (28%). Sarnaselt sellega, et arsti juurde peaks pöörduma alles väga tõsise probleemiga, nõustus ka sellega, et tervisemurega peaks võimalikult kaua hakkama saama, rohkem neid mehi, kes hindavad enda majanduslikku toimetulekut kehvemaks (38%). Ametirühmade lõikes koorus välja sarnane muster nagu eelmise väite puhul: **juhtide ja tippspetsialistide seas oli nõustujaid 25%, kuid lihttöölise seas lausa 50%**. Samas oli just lihttöölise seas keskmisest enam üldistunud ärevuse riskiga mehi (26%) ja keskmisest veidi rohkem ka depressiooniriskiga mehi (33%).

Oma tervisemurega peaks ise võimalikult kaua hakkama saama rohkem nende meeste arvates, kes hindasid enda tervist halvaks (38%), kellel oli depressioonirisk (40%), üldistunud ärevuse risk (38%) ja unehäire risk (36%).

„Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk”

Selle väitega nõustumine oli seotud madalama valmisolekuga otsida abi vaimse tervise probleemi korral. Neid, kes vaimse tervise probleeme pidasid nõrkuse märgiks, oli vähem 18–34-aastaste seas (14%). **Sagedamini pidasid seda nõrkuse märgiks 50–74-aastased mehed** (28%, sealhulgas 24% 50–64-aastastest ja 37% 65–74-aastastest). Väike erinevus oli rahvuste vahel: eesti meestest nõustus 19%, muust rahvusest meestest 25%. Nõustujaid oli rohkem esimese taseme haridusega meeste (26%) seas. **Erinevused olid ametiastmete vahel: juhtide ja tippspetsialistide seas oli väitega nõustujaid vaid 10%, samas kui lihttöölise seas 26%**. Väitega nõustujaid oli rohkem nende meeste seas, kes hindasid enda tervist halvaks (30%), kellel oli depressioonirisk (24%), unehäire risk (24%) ning kelle teadlikkus vaimse tervise teemade kohta oli madal (24%).

„Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu”

Selle väitega nõustumine oli seotud madalama valmisolekuga otsida abi füüsilise tervise probleemi korral. Kõige enam nõustuvad sellega 50–64-aastased mehed (34%) ning vähem 18–49-aastased (20–22% sõltuvalt vanusegrupist) Nõustujaid oli rohkem esimese taseme haridusega meeste seas (31%), nende seas kes hindasid oma tervist halvaks (33%), kellel oli depressioonirisk (33%), üldistunud ärevuse risk (33%), unehäire risk (31%) ning alkoholi liigtarvitamise risk (29%).

Kvalitatiivsetes intervjuudes paluti uskumuste ja hoiakute kaardistamiseks meestel iseloomustada Eesti meeste üldist suhtumist tervisesse ning arutleti selle üle, kui palju ja kellega mehed enda tervise teemadel räägivad. Arvati, et Eesti mehed ei käi piisavalt arsti juures, ning toodi välja soovi saada ise hakkama ja sellest tulenevalt **liiga hilja abi otsimist**: siis, kui on keeruline või hilja midagi teha või senise eluviisi tagajärgi ringi pöörata. Sellega seoses räägiti pigem vanematest meestest, nt enda sugulastest. Ise vastanduti sellistele normidele, rõhutades põlvkondade erinevust. Usuti, et mehed otsivad abi vaid väga äkilise ja tõsise probleemi korral ning ilma selleta arsti poole ei pöördata. Sarnaseid meeste uskumusi töid välja ka ekspertintervjuude raames intervjuueeritud arstid: võrreldes naistega pöörduvad mehed arsti juurde hiljem ja pigem viimases hädas.

" *Eesti mehe kangus väidetavalt. Meil pole mingit arsti vaja, meil perekonnas on selliseid juhtumeid, näiteks isa ise jne. Ilmselt midagi taolist, pole mul häda midagi. Tihtipeale on arsti poole pöördumine paljude jaoks mingi eneseületamine, mida tehakse viimses hädas, nagu selles oleks midagi häbiväärset, ma pakuksin niimoodi. (Mees, 53 a)*

" *Meeste psühholoogia iseärasus: kannatada selle hetkeni, kuni miskit katki läheb. (Mees, 58 a)*

" *Ütleme niimoodi, et oma papsi näitel võin täheldada, et ega ükski ussirohi ega ma ei kujuta ette, mis oleks see, mis sunniks teda minema arsti juurde. Et see on nagu tõsine probleem, ja ta ei lähegi! Ma ei teagi, mismoodi ... vot. Eks see ikka vist kaldub sinna, et kas siis ei ole piisavalt valus veel, et kannatab mitte arsti juurde minna või midagi sellist, et ... Ma tõesti ei oska öelda. Ma leian, et lihtsam on ära käia. On omal rahulikum uni ja noh, kui on mingi asi, siis teinekord võib tunduda see asi kole, aga see, noh, lahendus või see ei olegi võib-olla midagi hullu. (Mees, 45 a)*

Sellist käitumist ja selle taga olevaid norme selgitati sarnaselt: Eesti mehed arvavad, et nad peavad olema tugevad ning terviseprobleem või tervisega tegelemine ja selle näitamine on märgid nõrkusest. Idee nõrkusest on selle normi keskmis: kuna mehed on alati pidanud olema tugevad, juhid ja kütid, siis selle rolliga ei käi nõrkus kokku ning **seega on terviseprobleemi tunnistamine ja abi otsimine konfliktis meheliku rolliga**. Seda põhjendades apelleeriti ka ajalooliselt: mehed pole ajalooliselt abi otsinud või arsti juures käinud. Sellega koos mainiti ideid, et mees peab seega hädad ära kannatama ning et mehed toimetavad enamasti üksi, erinevalt naistest.

- " *Ma arvan, et see on ikkagi selle esivanemate ja viikingite peale, et nemad on suured tugevad karvased mehed ja meie peame olema samasugused või vähemalt üritama olla samasugused. 10 000 aastat tagasi inimesed ei käinud psühholoogi juures, miks me peaksime nüüd käima siis? Kuigi siis ei olnud sihukest asja lihtsalt. Aga jah ... ma arvan, et see on lihtsalt mingi ... kuidagi teatud tasandil sisse kodeeritud ja eks seda tänasel päeval ühiskonnas mingil määral võib-olla surutakse peale või võib-olla tehakse mingeid kommentaare ja märkusi. Et see on mingi ühiskondlik otsus, et meie mehed oleksid sellised, et nad siis enam-vähem üritavad sellised olla. (Mees, 24 a)*
- " *Läbi ajaloo on mees pidanud olema tugev, võitmatu, pere eest seisja ja mis iganes veel. Ma arvan, et koos sellega on seatud see, et mees ei näita ennast nõrgana. Ja tervisemuredega pöördumine näitab nõrkust. Ma arvan, et seal on väga suur osa sellest. (Mees, 30 a)*
- " *Noh, vaadates kogu seda pilti, siis me saame vaadata juba seda lapsepõlve olukorda. Et siis, kui n-ö väike poiss alguses nutab, siis on veel okei, aga mingist hetkest öeldakse, et poisid ei nuta, või mehed ei nuta, eksole, et kuidagi n-ö jääb selline mulje, et ühiskondlikult on meestel nõrk olemine tabu või see ei ole mehelik, see ei sobi mehele, siis mees mõtlebki, et kannatan ära. Kasvab ju ta mingis sellises kasvatusvormis – saad hakkama küll. Ja siis ongi, et mehed kannatavad liiga kaua ja abi otsitakse viimases hädas, mõni ei jõuagi abi otsida, läheb enne kuhugi jalad ees. Olgu tegemist südame-veresoonkonna haigustega või millegi muuga. (Mees, 35 a)*
- " *Ma arvan, et mehel peaks olema või võiks olla sõprus- või turvavõrgustik, eksole. See, mida paljudel meestel sellisel kujul ei ole nagu paljudel naistel, eksole. /.../ Ja sellest tulenevalt mehed võib-olla tihti on üksi või üksikud. Et noh, mina olen näinud või mul on tekkinud selline mulje, et tihti mehed, olles seltskonnas, võivad nad kuskil enda sisemuses olla üksikuna. Ega mehed ei räägi selliseid sügavaid jutte või noh, ainult väga üksikud inimesed. Aga ütleme selline, tavakeskmise eesti mees, kes ei ole kuulnud midagi holistikast või sellisest vaimsest tervisest, siis nemad ei räägi selliseid sügavaid jutte. Räägitakse pigem, kes kus mida tegi. Hoobeldakse, üritatakse teist üle trumbata, ja see on pigem selline keskpärane meeste seltskond. (Mees, 35 a)*

Samuti toodi välja seda, et mehed on enda harjumustes või eluviisis kinni ning **abi otsimiseks peab toimuma mingisugune sisemine muutus**. Ilma selleta ei soovita arsti juurde minna, sest ei soovita probleeme tunnistada või lahendamiseks samme ette võtta ning ei soovita ka kuulata arsti moraliseerivat loengut või hurjutamist. Sellele viidati eriti elustiiliprobleemide kontekstis: meeste arvates ilma tugeva sisemise muutuseta nt alkoholi- või ülekaaluprobleemidega seoses abi ei otsita. Sageli viidati nt vähi- või alkoholiraviga viivitanud sõpradele ning nende kurbadele näidetele. Sellist käitumist põhjendati tihti sooviga probleeme mitte tunnistada ning soovimatusega probleemiga tegeleda. Usuti, et sellise muutuse põhjustajaks võib olla nt tõsine tervisesündmus: infarkt, surmahirm vms. Sellist sisemist motivatsiooni vaadati pigem mustvalgelt (on või ei ole) ja müstiliselt, mõtlemata sellele, kuidas nt selle tekkimisele saaks kaasa aidata. Isegi enda elustiilimuutusi kirjeldati sageli, tuues välja ühe hetke, mil tekkis tunne, et „enam ei saa nii edasi minna“. Samas ilmnis vestluse käigus, et frustratsiooni senise käitumisega kogeti enne sellist „saatuslikku hetke“ juba mõnda aega.

- " *Kui tahta teda vabatahtlikult arsti juurde saada, siis mida oleks võimalik teha? Mida saab arst teha või mida saab selle teenusega teha? Eks surmahirm peab ikka silme eest läbi käima siis ... Testin mõtet, kas see võib ka olla, et kui pakkuda võimalust ta ära kuulata või lihtsalt mitte kohe hurjutada ja olla rahulik, siis kas see võiks tekitada tas kindlust, et ta igal juhul nagu võib minna? Aga igal juhul minu arust inimene peab ise kindlasti tahtma, siis on võimalik muuta. Aga kõik need välised mõjutused, need võivad kaasa aidata, aga need ei ole peamised. Nii palju kui mina tean, inimesed, kes on muutnud oma eluviisi kardinaalselt, kõik on mingitel põhjustel ise seda väga tahtnud. (Mees, 63 a)*

Veel ühe olulise põhjusena tõid mehed välja **enda murede tajutud tühisuse**: enda terviseprobleeme ei peeta piisavalt oluliseks, arvestades teiste inimeste vajadusi ning tervisesüsteemi koormust. Seda usuti ka seoses

tervisest rääkimisega: et ei ole mõtet enda muret jagada, kuna teise suurem mure teeb enda oma mõttetuks. Et mitmetel meestel oli ka negatiivseid kogemusi tervishoiusüsteemis enda probleemide pisendamisega või survega raviprotseduuri mitte nõuda selle hinna tõttu, olid need mõtted ka tervishoiutöötajatelt kinnitust saanud.

- " Põhiline tunne, mis mul tekitas, on et tühja-tähjaga segan nagu tähtsat ametit. Et noh, takkajärgi öeldes ilmselgelt seda ei saa võtta niimoodi. Aga too hetk oli küll selline tunne. Eeeh ... aga no sellist tunnet ei olnud küll, et seda ei ole nüüd vaja. Et eks ma sain ise ka aru, et asi võib olla tõsine. Võib olla mitte midagi, aga võib olla ka midagi väga tõsist. Emotsioonide koha pealt ma arvan, et siin jah kõik, ma arvan. [rääkis võimalikust südame rütmihäire probleemist] (Mees, 30 a)
- " Kevadel hakkasid jalad valutama ja siis helistasin perearstile. Perearst siis andis saatekirja. Siis ootasin mingi, äkki mingi, ma ei tea, kuu aega või, ikka päris pikka aega oli. Siis sain eriarsti vastuvõtule. Mingisugune vanem naisterahvas oli, vaatas need paberid kõik asjad üle, ütles mulle: „Noormees, mulle tundub, et te simuleerite?“ Et nagu päriselt. Ma ütlesin, et sa nagu päriselt arvad, et ma viitsin nagu kaks kuud oodata siin mingisugust mõttetut järjekorda, onju, et tulla töölt, võtta vaba päev ja siis kuulata sinu juttu siin, et ... Ma ütlen, et tegelt minu viga. Ma oleks pidanud lihtsalt minema teise arsti juurde edasi, aga ma nagu lõin käega. Ma ei viitsinud. Et see oli võib-olla kõige negatiivsem, mis on olnud. (Mees, 45 a)

Mitmes olukorras seostati terviseprobleemidest rääkimist ja nendega tegelemist **halvustavalt naiste**, eriti vanemas eas naiste teemaga. Samuti väljendati hirmu, et teised mehed näevad seda nii.

- " Siis meie põlvkond mõtleb, et igal juhul, et ah kurat, p****e: esiteks on see kallis jah ja teiseks, mida ma sinna lähen, seda aega raiskama ja vahtima neid vanamutte, kes istuvad seal oma põlve- ja põiehadadega, et seda ... Ma ei näe nagu väga, et keegi külje pealt saaks ... saaks sellist nagu basic suhtumist saaks muuta. (Mees, 58 a)
- " Kuidas sa ütled ülemusele, et mul on unehäired või mul hooti käib peavalu, siis ülemus peaks teda mingisuguseks eideks. On ju nii. (Mees, 61 a)

Mehed tõid välja, et nad **räägivad tervisest enamasti enda lähedastega**: elukaaslase, vanemate, peamiselt emaga, ning mõnikord ka täiskasvanud lastega. Tervise üle arutlemisse suhtuti erinevalt. Kõige enam toodi välja üldist vestlust tervise teemal: kuidas sellega on ja kuidas läheb. Spetsiifiliste tervisemurede korral otsiti mõnikord nõu ja kogemusi.

- " Ega üldiselt tegelikult ei räägigi, sest ega mul otseselt midagi sellist suuremat viga polegi. Võib-olla siis vahest kurdad, et põlv valutab või selline asi, aga see on ka kõik. Abikaasaga räägin kindlasti. Ja eks ma olen enda ema käest ka nõu küsinud. Ma tean, et tal on vahest kõrvetised-asjad, mul oli sama lugu, et mul olid kõrvetised, et siis ma uurisin näiteks selle kohta, et kuidas ta neist lahti sai või mis ta tegi, eks ma vahest küsin ta käest jah. (Mees, 34 a)

Mitmed, ka nooremad mehed, pidasid tervise üle pikemat või igapäevast arutlemist tarbetuks ja olid pigem seisukohal, et **niisama kurtnine ei ole sobilik**, on tüütu ega jäta head muljet. Ka nähti, et teised ei pruugi olla mure suhtes empaatilised, soovitades vestluskaaslasele nt end kokku võtta. Palju toodi välja **kannatuste konkurentsi teemat**: kus teise inimese mure tundub veel hullem ja seetõttu nähakse enda algselt tõstatatud terviseprobleemi kui tühist asja. Ka rõhutati, et mehed lihtsalt nii ei käitu ja räägitakse „meeste“ teemadest, näiteks kuidas üldiselt läheb, tööst, õlust, pidudest jne.

- " Võib-olla on see, et meestel on teised teemad, millest omavahel ... põhimõtteliselt kui mehed saavad kokku, siis neil on pigem rohkem meelelahutus, et ... tehakse nalja, räägitakse mingeid teisi lugusid, mingeid töölugusid, mis on asjad ... et muidugi räägitakse ka mingitest murekohtadest, aga see ongi rohkem selline pinnapealne, et räägitakse, mis ta elus on toimunud, aga mitte ei laskuta detailidesse. (Mees, 34 a)
- " Hästi palju tegelikult on see, et kui hakatakse rääkima, et kui raske on värgid-särgid, et siis ... kui sa räägid mingi asja ära, siis on hästi palju olukordi olnud, kus teine pool ütleb, et ah, mul on palju hullem, et see pole midagi ... mul on hoopis hullem. Ja siis tekibki kusjuures selline n-ö võistlusmoment, et kummal siis nüüd lõpuks halvemini on. (Mees, 34 a)

Mitmed vanemad mehed töid välja, et on oma kolleegide ja sõpradega rohkem tervisest rääkima hakanud, kuna tervisemuresid on rohkem. Mõned maapiirkonnas elavad mehed töid välja, et neil ei ole läheduses sõpru, kellega sellistel teemadel rääkida.

- " *Ei meil räägivad kõik omavahel igasuguseid asju. Meil on hästi selline avatud kollektiiv, et kõik räägivad kõigest ja kõigiga. See ei ole muidugi igapäevane asi, et me iga päev hommikul alustame ja kõik räägivad oma tervisemured ära ja siis koos menetleme seda. See on ikka pausidel, et keegi midagi või mõni küsib nõu näiteks.* (Mees, 52 a)
- " *Ei, jah, ega mul neid sõpru ei ole. Mul on see häda, et ma ei ole nagu maal nagu see ... noh vaata, pere on suur, lapsed on, käid nendega läbi ja külas on nii vähe suht sõpru, kellega nagu ... Kellega veel peale tööaega midagi ka suhtled.* (Mees, 57 a)

Mitmed intervjuueeritud meestest olid oma sõpradele oma abi otsimise kogemusest rääkinud või proovinud neid arsti juurde utsitada. Selline norm on ka kooskõlas intervjuudes sageli kõlanud arvamusega, et just teised peavad probleemiga kimpus mehe ellu sekkuda proovima, et ta abi otsiks. Ka ühe töötava lahendusena nägid paljud mehed eeskujusid: et teised mehed räägiks endi probleemidest ja kogemustest. Oma kogemusi jaganud mehed said sõpradelt enamasti positiivset vastukaja abi otsimise kohta. Sõprade saatmisega arsti juurde oli neil erinevaid kogemusi.

- " *Me tegelikult ühe sõbraga arutasime ka ... oleme peretuttavad, et siis sain aru, ega ta ise ei rääkinud, ja siis ma küsisin ta käest. Neil on ... tekib nagu sama selline muster depressiooni osas, ütlesin, et kuule, et äkki ikka pead abi otsima. Siis ma rääkisin talle selle oma loo ära ja siis ta järjest avanes ja siis me rääkisime. See oli eelmise suvi, praegu vist tundub, et on korras. Jah, see pigem ongi see probleemi tunnistamine ja häbi ja kartus minna kuhugi ja otsida abi.* (Mees, 32 a)
- " *Ühe ma viisin ise arsti juurde. Ta arvas, et tuleks minna ja saada rohtu, et temal oli ... mees üks on selline korralik. Täheandab, tal on see variant, et kui joo, siis on niiviisi kaks nädalat jutti. Ja noh, vaata, välja tulemine võtab ka aega ja noh, eks see ... Aga kui ta ... ta võib mitu aastat üldse rohkem ei võta, tilka ka ta ei võta. Absoluutselt tilka ei võta mõni aja. Jaa, ja siis viisin ta eelmise aasta, vist suvel viisin, ise ta arsti juurde, et see tahab minna. Ja davai, viin su ära.* (Mees, 57 a)

7.4. Abi otsimine konkreetsete terviseprobleemide ja riskikäitumise korral.

Planeeritud käitumise teooria (Ajzen, 1991) järgi mõjutavad inimese käitumist kolm olulist tegurit: kokkuvõtlik hinnang või suhtumine sihtkäitumisse ehk **hoiak**, tajutav sotsiaalne surve ehk tajutud **norm** ning ettekujutus enda võimest mingil viisil tegutseda ehk **enesetõhusus**. Planeeritud käitumise teooria on üks enim rakendatud teooriaid käitumisteadustes ning seda on empiirilisel testitud tuhandetes uuringutes ja paljudes kontekstides, sh tervise- ja ennetuskäitumise valdkondades.

Küsitlusuuringus mõõtsime hoiakut, subjektiivset normi ja enesetõhusust tervishoiutöötaja poole pöördumisel viies erinevas olukorras: 1) kui on esinenud kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme füüsilise tervisega; 2) kui on kogetud igapäevast toimetulekut kahe nädala jooksul häirinud vaimse tervise halvenemist; 3) kui on soovitud suitsetamist maha jätta; 4) kui on soovitud alkoholi tarvitamist vähendada või sellest loobuda; 5) kui on probleeme kehakaaluga. Analüüs võimaldab tuvastada võimalikke sekkumiskohti erinevate probleemidega tervishoiuspetsialisti poole pöördumise tõenäosuse suurendamiseks.

Iga probleemi kohta (v.a kehakaalu probleemid) viidi läbi regressioonanalüüs, kus ennustati valmisolekut abi otsida vastava probleemiga seotud hoiakute, normide ja enesetõhususe ning oluliste taustatunnuste tasemetel põhjal. Vaimse tervise mudelis ennustasid pöördumist kõik kolm. Füüsilise tervise puhul ennustasid pöördumist hoiak ja enesetõhusus, aga mitte tajutud norm. Tubakast loobumiseks pöördumist ennustasid hoiak ja tajutud norm, aga mitte enesetõhusus, ning alkoholist loobumiseks pöördumist ennustas vaid hoiak. Regressioonmudelite tulemusi on täpsemalt kirjeldatud alapeatükkides 7.5 (füüsiline tervis), 7.6 (vaimne tervis), 7.7 (tubakast loobumine) ja 7.8 (alkoholist loobumine). Kuna kõik planeeritud käitumise teooria tegurid olid pöördumise olulised ennustajad, kirjeldatakse neid tegureid selles peatükis lähemalt.

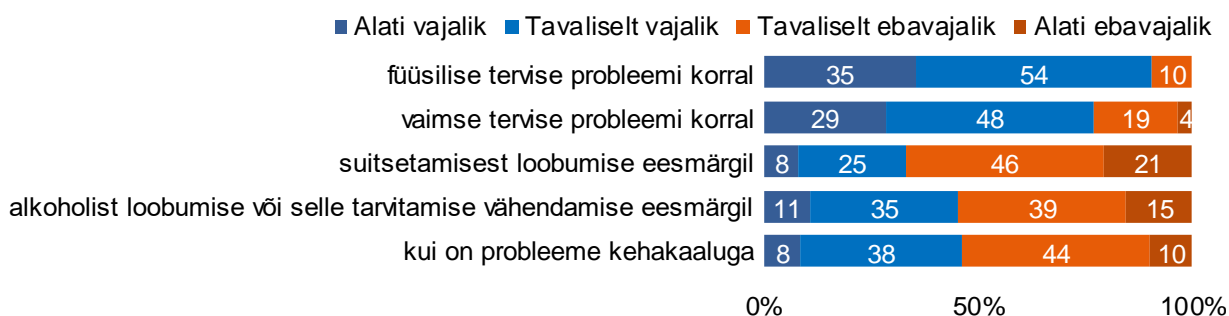
Hoiakud

Hoiaku mõõtmiseks kasutati väidet „Minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine [füüsilise tervise probleemi korral / vaimse tervise probleemi korral / suitsetamisest loobumise eesmärgil / alkoholist loobumise või selle tarvitamise vähendamise eesmärgil / kui on probleeme kehakaaluga] kas a) alati vajalik, b) tavaliselt vajalik, c) tavaliselt ebavajalik või d) alati ebavajalik“.

Väga suur osa mehi pidas tervishoiutöötaja poole pöördumist alati või tavaliselt vajalikuks füüsilise tervise probleemi korral (90%) ning mõnevõrra vähem oli neid mehi, kes pidas pöördumist alati või tavaliselt vajalikuks vaimse tervise probleemi korral (77%) (

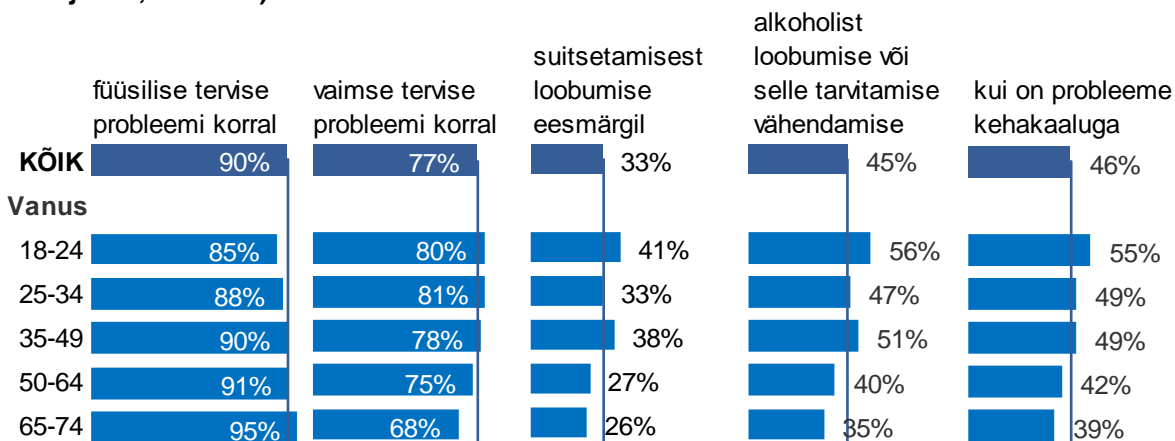
Joonis 20). Oluliselt vähem ehk kolmandik vastanutest pidas tervishoiutöötaja poole pöördumist alati või tavaliselt vajalikuks suitsetamisest loobumiseks (33%), veidi alla poole pidas seda oluliseks alkoholist loobumiseks või selle vähendamiseks (45%) ja kehakaalu probleemide korral (46%).

Joonis 20. Hoiakud tervishoiutöötaja poole pöördumise osas erinevate terviseprobleemide korral. Minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine ... (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Igas vanusegrupis pidas tugev enamus füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist kas tavaliselt või alati vajalikuks ning vanuse kasvades kasvas ka pöördumise pooldajate osakaal (Joonis 21). Vaimse tervise puhul on näha aga vastupidist trendi: vanuse kasvades vähenes nende meeste hulk, kes pidas spetsialisti poole pöördumist vajalikuks. **Kui noorimas vanusegrupis (18–24) oli neid 80% ehk vaid 5% vähem kui samas vanusegrupis vastajaid, kes pidas pöördumist vajalikuks füüsilise tervise probleemi korral, siis vanimas vanusegrupis (65–74) pidas vaimse tervise probleemiga tervishoiuspetsialisti poole pöördumist vajalikuks vaid 68% meestest ehk 27% vähem kui füüsilise tervise probleemi puhul.** Vanuselised erinevused olid ka suhtumises suitsetamisest loobumise sooviga tervishoiutöötaja poole pöördumisse: kõige rohkem oli seda vajalikuks pidajaid noorimate, 18–24-aastaste meeste seas (41%), kuid vanimas vanusegrupis, 65–74-aastaste seas oli neid 26%. Samane muster oli ka suhtumises alkoholist loobumisse ja kehakaalu probleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumisse.

Joonis 21. Vanuselised erinevused hoiakutes tervishoiutöötaja poole pöördumisel erinevate terviseprobleemide korral. Nende osakaal, kes vastasid: alati või tavaliselt vajalik (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Kui eestlaste hulgas oli 10% rohkem neid, kes pidas füüsilise tervise puhul pöördumist vajalikuks (89%), kui neid, kes vaimse tervise probleemi puhul pöördumist (79%), siis muust rahvusest vastajate seas oli vahe 20%: füüsilise tervise probleemi puhul pidas neist 92% pöördumist vajalikuks, vaimse tervise probleemi korral aga 72%. Muust rahvusest vastajad pidasid aga eestlastest rohkem vajalikuks tervishoiutöötaja poole pöördumist suitsetamisest loobumiseks (eestlased 30%, muu rahvus 39%), alkoholi tarbimise vähendamiseks (eestlased 43%, muu rahvus 51%) ja kui on probleeme kehakaaluga (eestlased 42%, muu rahvus 55%).

Esimese taseme haridusega mehed pidasid tervishoiutöötaja poole pöördumist tavaliselt või alati vajalikuks teistest meestest rohkem suitsetamisest loobumise eesmärgil (39%), alkoholist loobumise või selle vähendamise eesmärgil (53%) ja kui on probleeme kehakaaluga (56%), samas kui füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral ei olnud haridustasemetel vahel hoiakutes erinevusi.

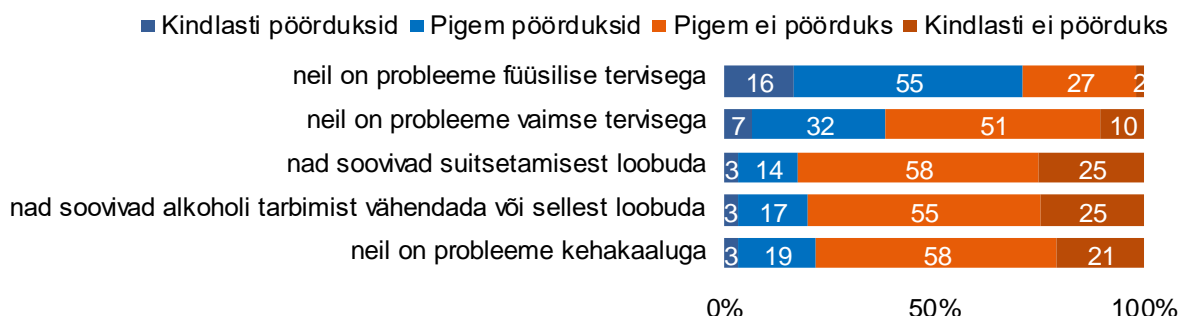
Mehed, kelle peres on lapsi, leidsid ilma lasteta meestest rohkem, et vaimse tervise probleemi korral on tervishoiutöötaja poole pöördumine kas tavaliselt või alati vajalik: nii arvas 82% lastega meestest, aga 74% lasteta meestest. Alkoholist loobumise eesmärgil pidas pöördumist alati või tavaliselt vajalikuks 50% lastega meestest, aga 43% lasteta meestest.

Tajutud normid

Tajutud normi mõõtmiseks kasutati küsimust „Kas Teie meessoost sõbrad ja tuttavad pöörduksid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui... [neil on probleeme füüsilise tervisega / neil on probleeme vaimse tervisega / nad soovivad suitsetamisest loobuda / nad soovivad alkoholi tarbimist vähendada või sellest loobuda / neil on probleeme kehakaaluga]?”. Vastusevariandid olid: a) kindlasti pöörduksid, b) pigem pöörduksid, c) pigem ei ole pöörduks, d) kindlasti ei pöörduks.

Tajutud norm oli kõige tugevam füüsilise tervise probleemi puhul: 71% meestest arvas, et nende meessoost sõbrad ja tuttavad pöörduksid kindlasti või pigem pöörduksid füüsilise tervise mure korral tervishoiutöötaja poole (Joonis 22). Palju väiksema hulga, vaid 39% vastanute arvates teeksid nende meessoost tuttavad sama vaimse tervise probleemide puhul. Sellest ilmneb, **et on erinevus hoiakute ja normide vahel ehk selle vahel, mida mehed arvavad, et peaks tegema, ja mida nad tajuvad, et nende tuttavad mehed tegelikult teevad.** Kui füüsilise tervise mure korral pöördumise puhul oli erinevus hoiaku ja tajutud normi vahel 19%, siis vaimse tervise mure korral pöördumise puhul oli hoiaku ja tajutud normi vaheline erinevus lausa 38%. Oluliselt vähem oli neid, kelle arvates nende meessoost tuttavad pöörduksid professionaalse abi poole siis, neil on probleeme kehakaaluga (22%) või kui nad soovivad loobuda alkoholist (20%) või suitsetamisest (17%). Erinevus hoiaku ja normi vahel jäi nendes küsimustes 16–25% vahemikku ehk oli sarnane nagu füüsilise tervise probleemi puhul.

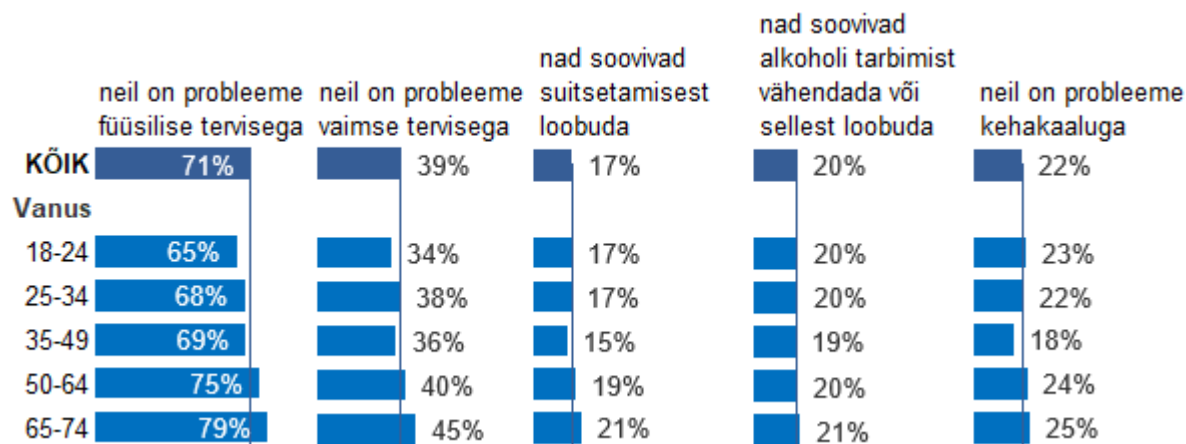
Joonis 22. Erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise tajutud norm. Kas Teie meessoost sõbrad ja tuttavad pöörduksid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui ...? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Vanemate meeste hulgas oli nooremate vanusegruppidega võrreldes rohkem neid, kelle meessoost tuttavad pöörduksid tervishoiutöötaja poole nii füüsilise kui ka vaimse tervise murega (Joonis 23). Kuigi just noorimate meeste vanusegrupis oli rohkem neid, kes leidsid, et vaimse tervise probleemide korral oleks vajalik spetsialisti

poole pöörduda (80%), oli noorimas vanusegrupis kõige vähem neid, kelle arvates nende meessoost tuttavad vaimse tervise probleemi korral päriselt pöördusid (34%).

Joonis 23. Vanuselised erinevused erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise tajutud normis. Nende osakaal, kes vastasid, et nende meessoost sõbrad ja tuttavad kindlasti või pigem pöördusid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui ... (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



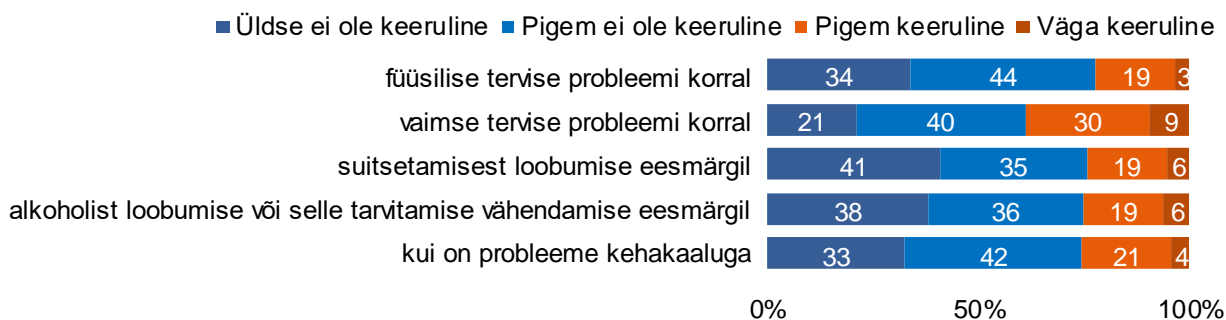
Neid mehi, kelle meessoost tuttavad pöördusid füüsilise tervise probleemi korral arsti poole, oli muust rahvusest meeste hulgas veidi enam (76%) kui eestlaste hulgas (69%). Vaimse tervise ja muude terviseprobleemide korral rahvuste vahel tajutud normis erinevusi ei olnud. Esimese taseme haridusega mehed leidsid vähem, et nende tuttavad pöördusid füüsilise tervise mure korral arsti juurde, kui kolmanda taseme haridusega mehed (79%). Ka perekonnaseisust tulenes tajutud normis erinevusi: abielus meeste seas oli veidi rohkem neid, kelle arvates nende meessoost tuttavad pöördusid arsti poole füüsilise tervise mure korral (76%), vaimse tervise mure korral (42%), et loobuda suitsetamisest (20%) ning et vähendada alkoholi tarbimist (22%). Juhtide ja tippspetsialistide seas näis olevat tugevam tajutud norm pöörduda arsti poole just füüsilise tervise, aga mitte muude terviseprobleemide korral: 83% neist vastas, et nende meessoost tuttavad kas pigem või kindlasti pöördusid. Samamoodi vastas vaid 55% lihttöölisest.

Enesetõhusus

Enesetõhususe mõõtmiseks kasutati väidet „Arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek oleks minu jaoks [füüsilise tervise probleemi korral / vaimse tervise probleemi korral / suitsetamisest loobumise eesmärgil / alkoholist loobumise või selle tarvitamise vähendamise eesmärgil / kui on probleeme kehakaaluga] kas a) väga keeruline, b) pigem keeruline, c) pigem ei ole keeruline, d) üldse ei ole keeruline“.

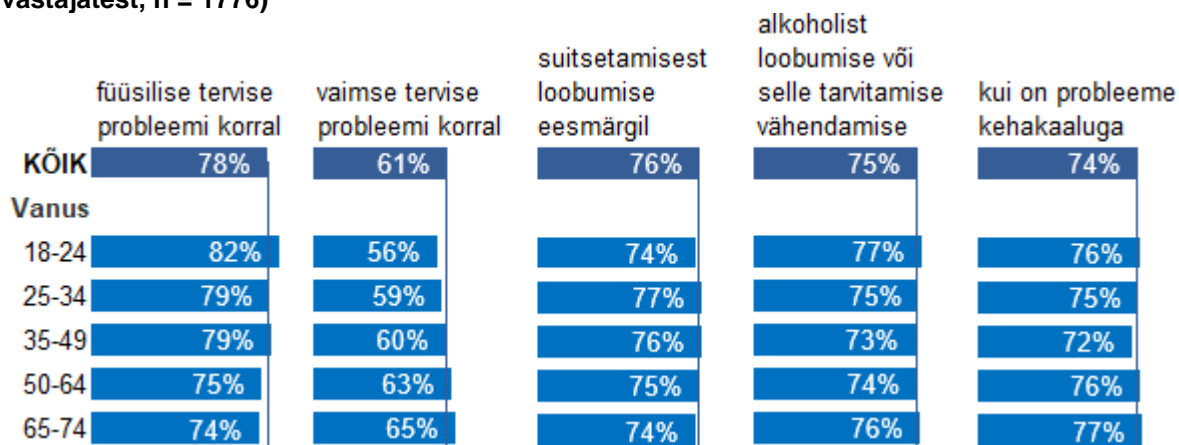
Kõikidel juhtudel leidis enamik mehi, et pöördumine tervishoiutöötaja poole ei oleks neile kas pigem või üldse keeruline (Joonis 24): nii arvas 78% meestest, kui tegu on füüsilise tervise probleemiga; 76% meestest, kui pöördumine toimuks suitsetamisest loobumise eesmärgil; 75%, kui pöördumine toimuks alkoholist loobumise eesmärgil; ja 74%, kui on probleeme kehakaaluga. Kuigi üle poole – 61% – meestest leidis, et pöördumine ei ole keeruline ka siis, kui tegu on vaimse tervise probleemiga, oli seda siiski vähem kui teiste terviseprobleemide korral. Selline tulemus viitab sellele, et võrreldes muude terviseprobleemidega tajuvad mehed vaimse tervise probleemide korral pöördumisega seotult rohkem barjääre (vt ka ptk 7.6).

Joonis 24. Erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumisega seotud enesetõhusus. Arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek oleks minu jaoks ...? (% kõikidest vastajatest, n=1776)



Kõikides vanusegruppides erines meeste enesetõhusus, olenevalt sellest, kas nad peaksid pöörduma tervishoiutöötaja poole vaimse või füüsilise tervise probleemiga (Joonis 25). Küll aga on kõige suuremad käärid kahe olukorra enesetõhususe vahel noorimas vanusegrupis: kui 82% meestest vanuses 18–24 ütles, et füüsilise tervise korral ei oleks pöördumine nende jaoks pigem või üldse mitte keeruline, siis vaimse tervise probleemi korral vastas samamoodi vaid veidi üle poole: 56%. Ilmneb, et **kuigi noorte meeste jaoks ei ole muude terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumine keeruline, siis on noorte meeste seas ligi pool vastajatest need, kelle jaoks vaimse tervise probleemiga pöördumine on pigem või keeruline**. Samas on just noortel meestel kõige rohkem vaimse tervise probleeme (nende seas oli enam depressiooni- ja ärevushäirete riskis olevaid mehi ning neid, kellel on diagnoositud mõni pikaajaline vaimse tervise probleem, vt ptk 5.1). Väikesed erinevused rahvuste vahel olid alkoholist loobumise eesmärgil tervishoiutöötaja poole pöördumisel: enesetõhusus oli muust rahvusest vastajatel kõrgem (78% jaoks ei oleks pöördumine kas pigem või üldse keeruline) kui eestlastest vastajatel (samamoodi vastab 73%). Esimese taseme haridusega meeste jaoks oli võrreldes muude haridustasemetega pöördumine keerulisem füüsilise tervise murega (32%) ja suitsetamisest loobumise eesmärgil (31%).

Joonis 25. Vanuselised erinevused erinevate terviseprobleemidega tervishoiutöötaja poole pöördumise enesetõhususes. Nende osakaal, kes vastasid, et arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek nende jaoks ei oleks üldse keeruline või pigem ei oleks keeruline (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



7.5. Abi otsimine füüsilise tervise probleemi korral

Uuring vaatles professionaalse ehk tervishoiutöötajalt (arst, hambaarst, õde) või tervisespetsialistilt (psühholoog, vaimse tervise õde) abi otsimist füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral ning riskikäitumise liikidest tubakatoodete ja alkoholi tarvitamise korral detailsemalt. Küsiti nii pöördumise valmiduse, ajendite kui ka takistuste kohta. Kuivõrd professionaalne abi ei pruugi alati olla kiiresti kättesaadav ning kohene pöördumine ei pruugi alati olla vajalik, siis kaardistati ka seda, kui palju mehed kasutavad eri liiki murede või riskikäitumisest vabanemise puhul eneseabi ning millist tüüpi see eneseabi on.

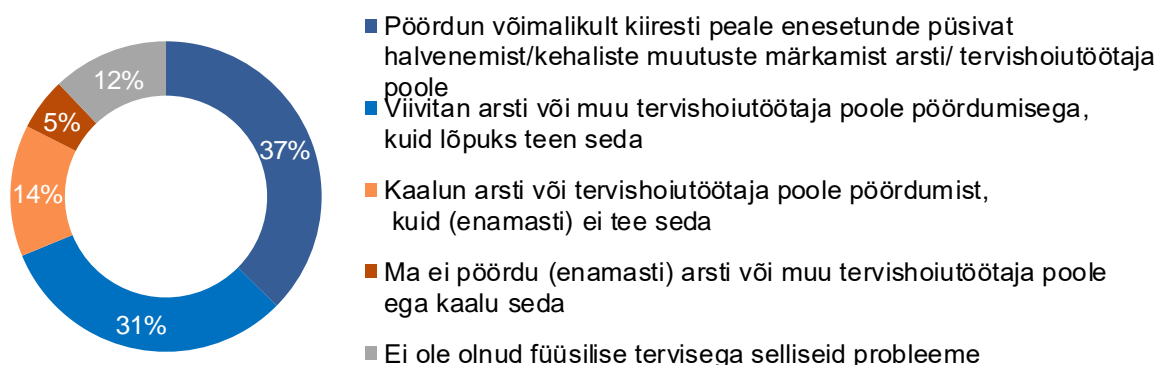
Füüsilise tervise probleemina defineeriti uuringus hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme füüsilise tervisega ning küsiti, kuidas vastaja sellise probleemi ilmnedes tavaliselt käitub. 69% meestest **pöörduv enda hinnangul selliste probleemidega tervishoiutöötaja poole**, sh 37% võimalikult kiiresti peale enesetunde püsivat halvenemist või kehaliste muutuste märkamist (kiiresti pöördujad) ja 31% viivitab pöördumisega, kuid lõpuks teeb seda (viivitajad) (Joonis 26). Umbes viiendik meestest (19%) ei pöördu (enamasti) tervishoiutöötaja poole: osad neist (14%) siiski kaaluvad seda (kaalujad) ja teised (5%) isegi ei kaalu (kindlasti mitte pöördujad). Ülejäänud mehed hindasid, et neil pole olnud tõsisemaid terviseprobleeme, mis vajaksid professionaali abi.

Kui arvestada vaid nende meeste vastuseid, kellel enda sõnul on olnud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, on **pöördujaid** kokku 78%, sh 43% on kiiresti pöördujad ja 36% viivitajad. **Mittepöördujaid** on 22%, sh 16% on kaalujaid ning 6% kindlasti mitte pöördujaid.

Kiirelt pöördujaid, viivitajaid, kaalujaid ja kindlasti mitte pöördujaid on eri vanuses meeste seas sarnases proportsioonis. Küll aga on muust rahvusest meeste seas enam neid, kes pöörduksid kiiresti (44% vs. 34% eesti mehed), samas kui eesti meeste seas on enam nii viivitajaid (33% vs. 28% muust rahvusest mehed) kui ka neid, kes isegi ei kaalu pöördumist (7% vs. 3%). Kõrgeima haridustasemega meeste seas on pöördujaid (kas või viivitusega) veidi enam (73%) kui esimese või teise taseme haridusega meeste seas (66–68%). Maal elavate meeste seas on vähem kiiresti pöördujaid (24%) ja enam kaalujaid (16%). Partneriga koos elavate meeste seas on kiiresti pöördujaid (40%) enam kui partnerita meeste seas (30%). Viimaste seas on enam kaalujaid (18%).

Samuti on näha, et viivitajad tajuvad oma füüsilise tervise muutumist veidi halvemini kui kiiresti pöördujad. 7% neist ütleb, et ei saa enamasti kohe aru, kui nende füüsilise tervisega on midagi korrast ära, samas kui kiiresti pöördujatest ütleb seda vaid 3%.

Joonis 26. Palun mõelge olukordadele, mil Teil on olnud hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Kuidas Te siis tavaliselt käitute? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)

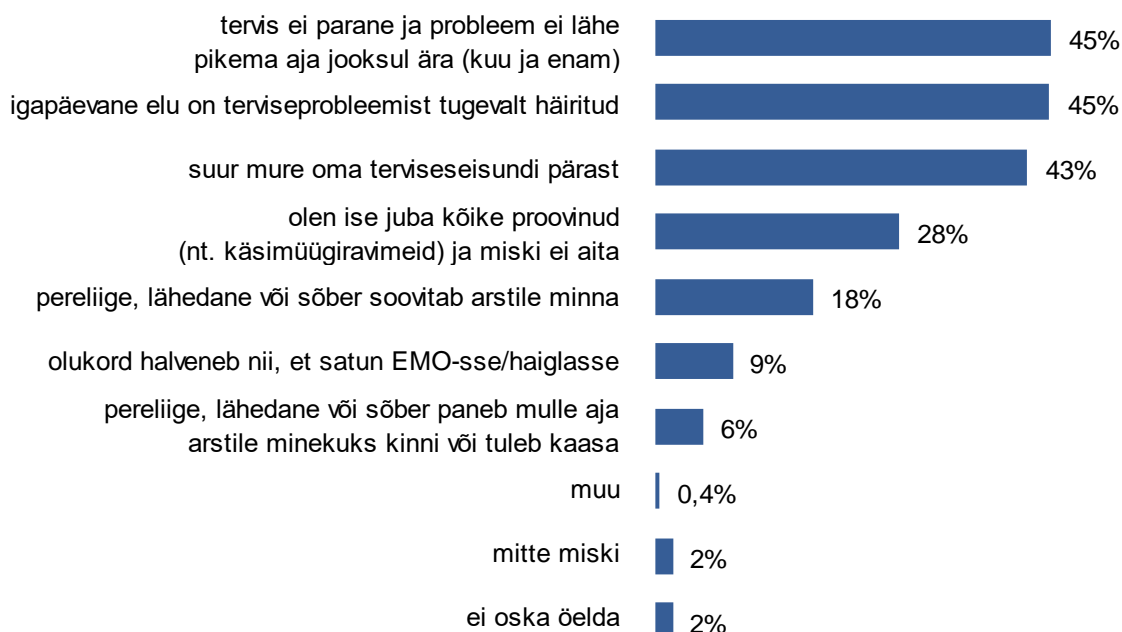


92% kiiresti pöörduvatest meestest on viimase aasta jooksul käinud enda pärast arsti, hambaarsti või õe vastuvõtul. Enamasti oli tegu uue terviseprobleemiga, kuid keskmisest sagedamini (19%) ka korduva vastuvõtu või jälgimisega. Mittepöördujatest käis viimase aasta jooksul arsti juures 75%, kuid 15% käis seal 1–2 aastat tagasi ja umbes kümnendik (9%) käis arsti juures 3 või enam aastat tagasi. Pöördumise põhjuste osas ei erine nad keskmisest (vt ka ptk 4.1).

Ajendid

Kõige mõjusamaks ajendiks professionaalse abi otsimisel on see, kui **tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära** (kuu ja enam), **kui see probleem häirib tugevalt igapäeva elu ja mure tervise pärast on paisunud suureks**. Veidi enam kui viiendik meestest (22%) toob välja ka pereliikme, lähedase või sõbra mõju arstile pöördumisel: ennekõike tema soovitus arsti juurde minna, aga vähemal määral ka seda, et keegi teine paneb neile arstiaja kinni.

Joonis 27. Mis Teid ajendab arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöörduma, kui Teil on hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme? Valida sai kuni 3 peamist ajendit (% neist, kes on kogunud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571)



Kiirelt pöördujaid ajendab kõige enam suur mure oma tervises seisundi pärast (60%). Viivitajad pöörduvad ennekõike selle peale, kui tervisemure pikema aja jooksul ära ei lähe (57%) ja see segab tugevalt igapäeva elu. Kuid teistest enam toovad nad välja ka seda, et nad lähevad arsti juurde peale seda, kui on ise juba kõike proovinud (nt käsimüügiravimeid) (32%) või mõni pereliige, lähedane soovitab arsti juurde minna (23%). Mittepöördujad on need, kes lisaks eelmainitud argumentidele toovad sagedamini välja ka seda, et satuvad arsti juurde läbi EMO või haigla (15%) või kui keegi teine paneb neile arstiaja kinni (11%).

Meestega läbiviidud intervjuudest ilmnes, et **abi otsimise** peale mõeldakse, **kui probleemid tunduvad piisavalt tõsised**: kestavad pikemalt, ei lähe üle, neid ei ole enam võimalik taluda või juhtub midagi piisavalt tõsist (nt teadvuse kaotus, tugev valu jne). Terviseprobleemidena kirjeldati enamasti akuutseid terviseprobleeme: tugevat ja kauakestvat köha, liikumist takistavat tugevat valu, hingamishäireid jne.

" Kui on mingisugune krooniline asi või mingi väga selline tõsine asi, et ma oma jõududega hakkama ei saa, siis ma ikkagi lähen arsti juurde. Midagi teha ei ole. Aga kui mingi palavik juhtub olema, mul viimased kolm aastat pole olnud, siis ma rohtusid ei võta. Kui kuskilt nagu valutab ja kui üle ei lähe, püsib ikkagi siin võib-olla nädal aega mingi valu või köha, nagu ma ütlesin, pikka aega, siis ma ikkagi lähen arsti juurde, sest ma ei tea, mis mul viga võib olla. (Mees, 33 a)

" Kui ikkagi ebamugav on, siis ega väga kaua ei taha selle ebamugavustundega olla. (Mees, 34 a)

Kui terviseprobleem järele ei anna, toodi järgmise loogilise sammuna välja **perearstiga** kontakteerumist või hädaolukorras EMO-sse minemist. Mõned enda tervise suhtes tähelepanelikumad või murelikumad mehed otsisid oma probleemi kohta enne infot ka internetist, üks mees mainis ka pereearsti nõuandeliini (1220). Perearst on füüsilise tervise teemal meestele peamiseks kontaktiks, temaga ühenduse võtmist ei peljata ning suheldakse vahetult erinevate terviseprobleemide teemadel.

" Esmalt ilmselt helistan perearstile ja küsin juhiseid ja kindlasti netist vaatan üle, et kuhu poole pöörduda ja mille puhul. /.../ Jah, nii vähe kui ma olen temaga kokku puutunud, siis jah, ta on täitsa normaalne inimene. (Mees, 30 a)

Mitteakuutseid muresid, nagu kõrge vererõhk, ülekaal, kõrge kolesteroolinäit, suitsetamine, alkoholi tarbimine jms, üldiselt kui abi otsimist motiveerivaid tegevusi ei mainitud. Mõned mehed väljendasid arvamust, et perearst ainult manitseks halbadest harjumustest loobuma ning temast poleks neil teemadel abi. Kõrget vererõhku nähti kui probleemi, mida perearst või töötervishoiuarst mõõdab ja tuvastab ning kirjutab välja

ravimi. Leiti, et teatud murede puhul, nagu suur ülekaal, peab inimene muutust ise enne väga tahtma, et üldse selle pärast arsti juurde minna. Suitsetamist ja alkoholi tarbimist seostati sageli distsipliini, enesekontrolli ja seega isikliku nõrkusega ning arvati, et mahajätmise võti peitub otsustamises, enese kättevõtmises.

Töötervishoiukontroll oli nii mõnegi mehe jaoks see koht, kus tuvastatakse füüsilise tervise probleeme nagu näiteks kõrge vererõhk. Töötervishoiukontrolli nähti kui kohta, mille abil saab enda tervisel silma peal hoida või mis pakub hõlpsat viisi, kuidas tervisekontrollis ära käia. Sageli toodi välja selle kohustuslikkust, vältimatust tööregulatsioonide mõttes.

" M: Kas (perearst) ise ei ole igaks juhuks analüüse tegema kutsunud? Vastaja: *Ei ole vajadust, mul töökohal iga kolme aasta tagant täiskontroll, sellepärast ma julgen kõike süüa ja juua, nagunii kontrollitakse kõik üle ja seal tehakse märkused.* (Mees, 60 a)

Takistused

Uuring vaatles, millised on meeste jaoks **arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöördumist takistavad barjäärid**, olgu siis tegemist tõsisema või kergema probleemiga. Võimalike takistuste nimekiri lähtus varasemast teaduskirjandusest ja meestega läbi viidud kvalitatiivintervjuudest ning sisaldas nii **struktuurseid takistusi** (nt sobivate vastuvõtuaegade puudumine, ajapuudus, ei saa töölt või koolist ära, teenuse kauge asukoht ja sellega seoses transpordipuudus, pikk järjekord, teenuse või ravi hinnad, teadmatus, kelle poole pöörduda, saatekirja või ravikindlustuse puudumine) kui ka **emotsionaalseid põhjuseid** (nt ebamugavustunne; kartus saada oma haigusest teada; arsti suhtumine, suhtlusstiil; ei usalda arsti võimekust aidata; teadmatus selle ees, mida arst teeb; kartus, et see toob kaasa teiste negatiivse suhtumise; ei taha arsti tülitada). Lisaks oli nimekirjas ka muid, näiteks autonoomsuse ehk ise hakkama saamise sooviga seotud põhjuseid.

Kõige sagedamini jätavad mehed füüsilise tervise murega arstile pöördumata, kuna nad loodavad **ise oma terviseprobleemidega hakkama saada** (42%). **Struktuursed barjäärid** olid takistuseks 57%-le meestest. Neist kõige enam toodi välja **pikka järjekorda** (33%) ja **rahalisi takistusi** (teenus, ravi või ravimid on kallid) (19%). Pikk järjekord on siinkohal kindlasti väga subjektiivne määratlus. Mis tervishoiusüsteemi vaates on normaalne ooteaeg, võib üksikindiviidi jaoks, kes tahab arsti juurde saada kohe, olla liiga pikk. **Emotsionaalseid barjääre** tõi välja kolmandik meestest (32%): kõige sagedamini mainiti piinlikkus- või ebamugavustunnet, soovimatust arsti tülitada, hirmu protseduuride või ravi ees ning arsti suhtumist.

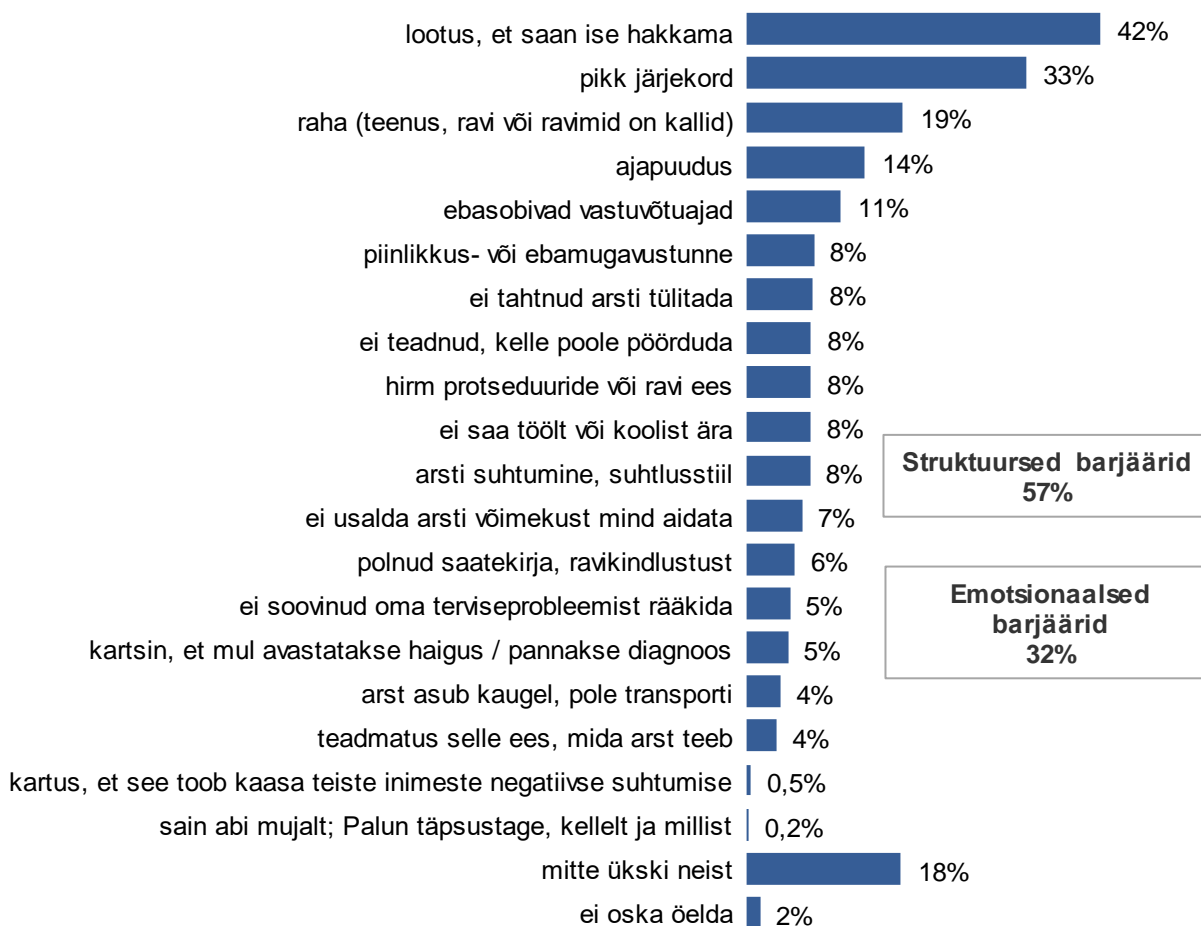
" *Ebamugavalt tuntakse. Arstid on noored kenad naised, kuidas üks paks mees võtab seal ennast poolpajaks, häbeneb.* (Mees, 60 a)

Mehed kirjeldasid negatiivseid kogemusi arstidega, enamasti nendega, keda külastatakse kõige sagedamini, nagu perearstid või eriarstid. Negatiivsed kogemused mõjutasid meeste suhtumist tervishoiuteenustesse ja tervishoiusüsteemi ning motiveerisid neid otsima abi kas teistelt arstidelt või kasutama erinevaid eneseabina kättesaadavaid tööriistu. Samas ei olnud selge, kas seetõttu otsiti tulevikus vähem abi.

Kiirelt pöördujaid sagedamini ei takistanud ükski kaardistatud põhjustest (25%) ja samas tõid nad **viivitajate ja mittepöördujatega** võrreldes vähem välja lootust ise hakkama saada (29%), aga ka emotsionaalseid põhjuseid (22%). **Viivitajad** loodavad keskmisest sagedamini saada ise hakkama (53%), kuid nad tõid sagedamini välja ka nii struktuurseid (62%) kui ka emotsionaalseid põhjuseid (40%). Viimaste hulgas mainisid nad eriti soovimatust arsti tülitada ja hirmu protseduuride või ravi ees. **Kaalujad** tõid ennekõike välja struktuurseid takistusi (64%), kuid eristusid sooviga püüda ise hakkama saada (59%). Emotsionaalseid takistusi mainis neist 45%, kõige enam piinlikkustunnet (16%), soovimatust arsti tülitada ja usaldamatust arsti võimekuse suhtes aidata (13%). Lisaks veel ka kartust saada teada oma haigusest või saada diagnoos ning soovimatust oma terviseprobleemist rääkida. **Kindlasti mitte pöördujad** mainisid struktuurseid takistusi (66%) ning ka lootust ise hakkama saada (44%) keskmisel määral, kuid keskmisest enam tõid nad välja emotsionaalseid põhjuseid (48%). Viimastest olid nende jaoks kõige suuremaks takistuseks arsti suhtumine ja usaldamatust arsti võimekuse suhtes aidata (15%).

Need mehed, kes ei ole kogenud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, ütlesid sagedamini, et ükski kaardistatud barjääridest ei ole neid takistanud arstile pöördumast (36% vs. 16% meestest, kel on olnud probleeme) või ei osanud nad barjääre välja tuua (5% vs. 1% meestest, kes on probleeme kogenud).

Joonis 28. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks füüsilise tervise probleemi puhul arsti, hambaarsti või õe poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)



Eneseabi

Lisaks arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöördumisele on oluline, et **inimene oskaks ennast ka ise aidata** ehk eneseabi. See on oluline nii kergemate iseparanevate haiguste sümptomite leevendamiseks kui ka oodates arstile saamise aega. Tõsisema füüsilise tervise probleemiga toimetulekuks ülekaalukalt kõige sagedamini kasutatakse **käsimüügiravimeid** (62%). Veidi vähem, kuid siiski kolmandik meestest püüab sel ajal **elada tervislikumalt**: paremini toituda, magada või rohkem liikuda. Umbes viiendik otsib **tuge ja nõu perelt või sõpradelt** ning 14% kasutab **nõuandetelefoni**. Spontaanselt tõi 1% meestest välja ka tervisealase info- ja nõustamiskeskonna kliinik.ee kasutamist. Samuti piirab ligi kümnendik mõnuainete kasutamist. Seega suur osa meestest (ca 86%) kasutab eneseabina pigem **konstruktiivset lähenemist**. 11% meestest aga läheneb probleemile pigem **destruktiivselt**: tegeleb millegagi, mis viiks mõtted probleemilt eemale, sööb või näksib midagi või kasutab enam mõnuaineid. Intervjuudes mainiti palju alkoholi kasutamist lõõgastumiseks. Sealjuures kombineeritakse sageli nii konstruktiivseid kui ka destruktiivsemaid eneseabivõtteid. Üldse ei võta füüsilise tervise probleemi korral tavaliselt midagi ette 5% meestest.

Joonis 29. Mõelge hetkedele, kui Teil on olnud kergetest hooajalistest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Kuidas Te püüate sellega iseseisvalt toime tulla? (% neist, kes on kogenud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571)



Kiirelt pöördujad kasutasid ennekõike konstruktiivseid lahendusi, jäädes teistest vähem lootma käsimüügiravimitele (58%) ja kasutades enam võimalust helistada nõuandetelefonile (21%). Destruktiivsemaid lahendusi kasutavad nad vähem (7%).

Viivitajad kasutasid võrreldes kolme ülejäänud grupiga sagedamini käsimüügiravimeid (67%). See on teatud aja jooksul konstruktiivne lähenemine probleemile, kuid kui probleem on tõsine ja pole käsimüügiravimitega lahendatav, siis võib asjakohase ravi edasilükkumine tervises seisundit oluliselt halvendada. Nende seas oli vähem nõuandetelefonile helistajaid (9%).

Kaalujaid eristas teistest destruktivistsete eneseabivõtete sagedasem kasutamine (19%) ja seda eriti võrreldes kiiresti pöördujatega: nad viivad enam oma mõtteid probleemilt eemale, söövad või näksivad midagi või loodavad leida leevendust mõnuainetest.

Kindlasti mitte pöördujad kasutasid konstruktiivseid lahendusi vähem, ennekõike puudutas see eluviiside tervislikumaks muutmist (25%) ning pere ja lähedaste tuge (8%). Sagedamini ei võta nad midagi ette (17%). Enam mainisid nad muu abistaja kasutamist, mõeldes siin ennekõike erinevaid alternatiivmeditsiini võimalusi: kiropraktika, massaaž, hiina meditsiin, nõelravi, aga paaril korral mainiti ka nõia või tervendaja poole pöördumist.

Olulisemad tegurid, mis ennustavad füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist

Selgitamaks välja olulisemad tegurid, mis ennustavad füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist, viidi läbi mitmene lineaarne regressioonanalüüs. Regressioon lubab hinnata, kui suur on analüüsitud tunnuste iseseisev mõju abi otsimisele, mida ei saa seletada mõne teise mudelisse kaasatud tunnuse kaudu. Regressioonmudelis oli sõltuvaks tunnuseks füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumine ja ennustavateks tunnusteks olid:

1. sotsiaaldemograafilised tunnused (vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis ja laste olemasolu, elukoht, sissetulek, tööalane hõivatus ja hinnang majanduslikule toimetulekule);
2. tervisenäitajad (üldine hinnang enda tervisele, diagnoositud kroonilise haiguse olemasolu, enda füüsilise tervise muutuste tajumine);

3. füüsilise tervise probleemi korral pöördumisega seotud hoiak, enesetõhusus ja tajutud norm (vt ptk 7.4);
4. maskuliinsuse ja professionaalse abi otsimisega seotud uskumused (vt ptk 7.3);
5. füüsilise tervise probleemide korral pöördumise ajendid (Joonis 27) ja takistused (Joonis 28);
6. füüsilise tervise probleemide korral kasutatavad toimetulekuviisid ja eneseabi (Joonis 29).

Mudel oli statistiliselt oluline ($p < 0.01$) ning selgitas ära 27% vaimse tervise probleemi korral pöördumise variatiivsusest. Järgnevalt on välja toodud ennustavad tegurid, mis olid mudelis statistiliselt olulised ($p < 0.01$, kui pole märgitud teisiti)¹⁹ (Joonis 30).

Pöördumist suurendavad tegurid olulisuse järjekorras olid füüsilise tervise probleemi korral järgmised: ajend „suur mure oma tervises seisundi pärast” (standardiseerimata $\beta = 0,24$), enesetõhusus ($\beta = 0,15$, „arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek füüsilise tervise probleemi korral ei oleks minu jaoks keeruline”), ajend „igapäevane elu on terviseprobleemist tugevalt häiritud” ($\beta = 0,12$), pöördumisega seotud positiivne hoiak ($\beta = 0,11$, „minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine füüsilise tervise probleemi korral vajalik”), nõustumine väitega „ma saan enamasti kohe aru, kui mu füüsilise tervisega on midagi korrast ära” ($\beta = 0,11$) ja nõustumine väitega „mulle meeldib oma tunnetest rääkida” ($\beta = 0,07$).

Pöördumist vähendavad tegurid olulisuse järjekorras olid ajendid „mitte miski [ei ajenda]” ($\beta = -0,52$) ja „ei oska öelda” ($\beta = -0,5$), passiivne eneseabi meetod „ei tee ise midagi” ($\beta = -0,28$, $p = 0,01$), ajend „perelliige, lähedane või sõber paneb mulle aja arstile minekuks kinni või tuleb kaasa” ($\beta = -0,21$, $p = 0,02$), takistus „ei teadnud, kelle poole pöörduda” ($\beta = -0,2$, $p = 0,01$), takistus „ei usalda arsti võimekust mind aidata” ($\beta = -0,2$, $p = 0,02$), ajend „tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära” ($\beta = -0,17$), takistus „lootus, et saan ise hakkama” ($\beta = -0,15$), uskumus „oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik” ($\beta = -0,13$) ning ajend „olen ise juba kõike proovinud (nt käsimüügiravimeid) ja miski ei aita” ($\beta = -0,12$, $p = 0,01$).

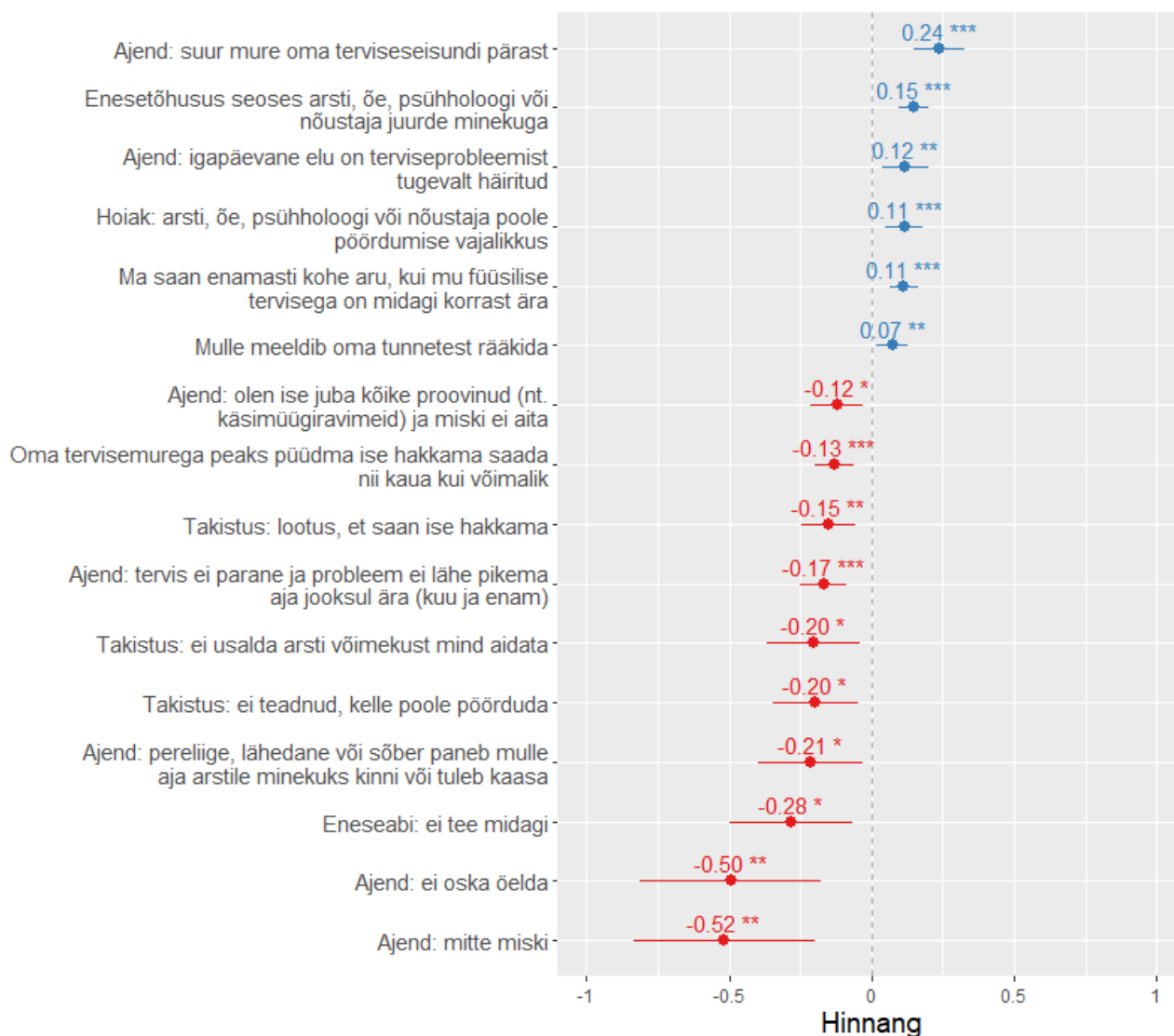
Lisaks koostati regressioonimudel, kus ennustavateks tunnusteks olid lisaks sotsiaaldemograafilistele näitajatele vaid pöördumise ajendid ja takistused. Selles mudelis tulid **pöördumist vähendavate teguritena** välja veel „olukord halveneb nii, et satun EMO-sse/haiglasse” ($\beta = -0,17$, $p = 0,02$) ning „ajapuudus” ($\beta = -0,13$, $p = 0,02$).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et pöördumist suurendas see, kui mees leidis, et tervishoiutöötaja poole pöördumine on füüsilise tervise mure korral vajalik (positiivne hoiak) ning kui pöördumine oleks tema jaoks lihtne (enesetõhusus). Küll aga ei tulnud olulise ennustava tegurina välja tajutud norm (ka mu meessoost sõbrad-tuttavad pöördusid samas olukorras). Pöördumist suurendas ka mure enda tervise pärast, igapäevaelu häirumine terviseprobleemi tõttu, enda füüsilise tervise muutuste märkamine ja see, kui mehele meeldib enda tunnetest rääkida.

Pöördumist vähendas see, kui mees usub, et tervisemurega peaks võimalikult kaua ise hakkama saama. Mõnevõrra vastuolulisena võib tunduda teatud tegurite nimekiri, mis kõik vähendasid pöördumist. Need tegurid iseloomustavad ennekõike viivitajaid, kes loodavad, et probleem laheneb ise (näiteks „tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära”), nad saavad sellest ise eri vahendeid proovides jagu („olen ise juba kõike proovinud ja miski ei aita”) või pöörduvad lõpuks kellegi teise algatusel (näiteks „perelliige, lähedane või sõber paneb mulle aja arstile minekuks kinni”). Kuna pöördumise puhul küsiti, kuidas vastaja enamasti käitub, võibki osade vastajate jaoks tervishoiutöötaja poole pöördumine olla midagi sellist, mida enamasti ei tehta, kuid on siiski ette tulnud olukordi, kus pöördumine on olnud vältimatu. Pöördumist vähendavad veel ka lootus, et saadakse ise hakkama, teadmatus, kelle poole pöörduda, vähene usaldus arsti abiandmise võimekusse ning ajapuudus.

¹⁹ Välja on toodud ka iga ennustava teguri regressioonikordaja (β), mida tuleks tõlgendada järgmiselt: iga ühe ühiku ennustava tunnuse kasvades suureneb pöördumine β korda. Kui näiteks vanuse regressioonikordaja $\beta = 0,2$, siis see tähendaks, et vanuse kasvades ühe ühiku võrra (nt 1 aasta) tõuseb vaimse tervise probleemi korral pöördumine 0,2 ühiku võrra.

Joonis 30. Olulisemad tegurid, mis ennustavad füüsilise tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist. Lineaarse regressiooni mudel (% neist, kes on kogunud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, n = 1571). Sinisega on märgitud pöördumist suurendavad ja punasega pöördumist vähendavad tegurid. Ära on toodud standardiseerimata seosekordajad ning nende statistilise olulisuse tase * $p < 0,001$, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.**



7.6. Abi otsimine vaimse tervise probleemi korral

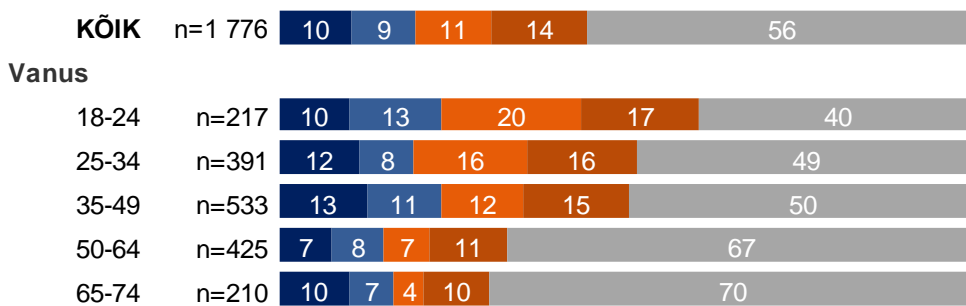
Vaimse tervise probleemi käsitleti uuringus kui vaimse tervise halvenemist, mis häirib heaolu ja igapäevast toimetulekut vähemalt kahe nädala jooksul. **Vaimse tervise probleemiga oli tervishoiutöötaja või nõustaja poole pöördunud 19% meestest**, sealhulgas 10% meestest olid kiiresti pöördunud ja 9% viivitajad (Joonis 31). Mittepöördujaid oli 25%, sealhulgas 11% olid kaalujad ning 14% kindlasti mitte pöördujad. **Üle poole meestest (56%) vastas, et neil pole igapäevaelu häirivaid vaimse tervise probleeme olnud.** See läheb kokku hinnanguga, et elu jooksul kogevad vaimse tervise probleeme umbes pooled inimesed (*Ülevaade vaimse tervise probleemidest | Terviseinfo*, s.a.). Samas oli meeste hulgas, kellel enda sõnul vaimse tervise probleeme pole olnud, ka neid, kellel võis siiski vaimse tervise probleeme olla esinenud: näiteks oli nii vastanud meeste seast 8% depressiooniriskiga, 6% üldistunud ärevuse riskiga ja 19% unehäire riskiga.

Kui arvestada vaid nende meeste vastuseid, kellel enda sõnul on olnud vaimse tervisega probleeme, siis pöördujaid oli 42%, kellest 20% olid kiiresti pöördunud ja 22% viivitajad. **Seega isegi nendest meestest, kes on enda sõnul vaimse tervise probleeme kogunud, pöörduvad tervishoiutöötaja poole abi saamiseks vähem kui pooled.** Mittepöördujaid oli 58%, kellest 26% olid kaalujad ning 31% kindlasti mitte pöördujad.

Kui võrrelda vaimse ja füüsilise tervise probleemidega professionaalse abi otsimise kogemust, siis füüsilise tervise probleemidega pöörduvad mehed oluliselt enam tervishoiutöötaja või -spetsialisti poole kui vaimse tervise probleemidega: 78% meestest, kel on olnud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, vastas, et on professionaalse abi saamiseks kuhugi pöördunud, samas kui vaimse tervise probleeme kogenutest vastas nii vaid 42%.

Joonis 31. Palun mõelge olukorrale/olukordadele, mil Te kogesite oma vaimse tervise halvenemist, mis häiris Teie igapäevast toimetulekut vähemalt kahe nädala jooksul. Kuidas Te siis olete käitunud? Üldjaotus ja vanuse lõikes (% kõikidest vastajatest, n = 1776)

- Pöördun võimalikult kiiresti peale vaimse enesetunde püsivat halvenemist arsti või tervisespetsialisti poole
- Viivitan arsti või tervisespetsialisti poole pöördumisega, kuid lõpuks teen seda
- Kaalun arsti või tervisespetsialisti poole pöördumist, kuid (enamasti) ei tee seda
- Ma ei pöördu (enamasti) arsti või tervisespetsialisti poole ega kaalu seda
- Ei ole olnud vaimse tervise probleemiga, mis häiriks igapäevaelu vähemalt kahe nädala jooksul



Vaimse tervise probleemidega kiiresti pöördujad ja viivitajad olid vanuserühmade vahel üsna võrdselt jaotunud (Joonis 31). Viivitajaid oli keskmisest veidi enam 18–24-aastaste seas (13%). Mittepöördujaid oli aga nooremates vanuserühmades oluliselt rohkem: 37% meestest vanuses 18–24 ja 32% meestest vanuses 25–34 vastas, et ei pöördu vaimse tervise probleemide korral tervishoiutöötaja poole. Keskmisest enam on nende hulgas kaalujaid ehk nad vähemalt mõtleavad sellele. Vanemate meeste seas oli mittepöördujaid seevastu vähem: 18% vanuses 50–64 ja 14% vanuses 65–74. Seda tulemust võiks selgitada asjaolu, et just **vanemate meeste seas on rohkem neid, kellel enda sõnul ei ole olnud vaimse tervise probleemide: nii vastas lausa 68% meestest vanuses 50–74.** Nooremates vanuserühmades jäi see näitaja alla 50%.

Kiiresti pöördujaid oli rohkem esimese taseme haridusega meeste seas (18%) võrreldes kõrgemate haridustasemetega (8–9%). Esimese taseme haridusega meeste seas oli enam ka neid, kes on kogenud igapäevaelu häirivaid vaimse tervise muresid (52%), võrreldes ennekõike just kolmanda taseme haridusega meestega (38%). Vaimse tervise muresid olid enda sõnul kogenud rohkem ka maal elavad mehed (60%) ja seda võrreldes nii suuremates kui ka väiksemates linnades elavate meestega.

Rahvuse lõikes oli erisusi vähe: eesti meeste seas oli viivitajaid veidi enam (10%) kui muust rahvusest meeste seas (6%)

Kui pöördujaid oli enam-vähem ühepalju nii vallaliste, (vaba)abielus kui ka lahutatud meeste seas, siis mittepöördujaid oli enam vallaliste (30%) ja vabaabielus meeste (31%) seas ning vähem abielus meeste seas (17%). Osaliselt on see seotud sellega, et vallalised (ei ole kunagi abielus/kooselus olnud) mehed olid valimis pigem nooremad. Samas oli abielus meeste seas rohkem neid, kes enda sõnul pole vaimse tervise probleeme kogenud (66%).

Depressiooniriskiga ja ilma depressiooniriskita vastajate seas oli kiiresti pöördujaid enam-vähem ühepalju, kuid viivitajaid oli depressiooniriskiga vastajate seas palju enam (18%) kui ilma riskita vastajate seas (6%).

Samasugune muster ilmnes ka ärevuse ja unehäire riski ja riskita vastajate puhul. **Nii depressiooni- kui ka üldistunud ärevuse riskiga vastajate seas oli 18% neid, kel enda sõnul ei ole olnud vaimse tervisega probleeme, ning unehäire riskiga vastajate hulgas oli neid lausa 36%.** Unehäire riskiga vastajatest moodustasid mittepöördujad ja probleemi eitajad (kel probleemi enda sõnul pole) kokku lausa 73%, depressiooniriskiga vastajatest 70% ja üldistunud ärevuse riskiga vastajatest 67%. **Seega alla kolmandiku mõne vaimse tervise häire riskiga meestest pöördub vaimse tervise probleemi tõttu tervishoiuspetsialisti poole.** See võib viidata ka sellele, et halvenenud vaimset tervist ei osata sageli ära tunda, kuigi kõigil EEK-2 küsimustiku alusel riskis olevatel inimestel ei pruugi vaimne seisund olla märgataval viisil halvenenud.

Meestelt, kes on kogenud vaimse tervise probleeme, küsiti ka konkreetselt esmakordse vaimse tervise probleemiga pöördumise kiiruse kohta. Pea veerand vastanutest (24%) on pöördunud väga kiiresti: vähem kui ühe kuu jooksul. Umbes viiendik vastanutest (21%) on pöördunud 1–3 kuu jooksul, mida võib samuti pidada pigem kiireks pöördumiseks. Pikemalt viivitajaid oli vähem: 4–12 kuu jooksul pöördus enda sõnul 13% vastanutest ja rohkem kui aasta pärast probleemide ilmnemist 16% meestest (sh 10% ootas pöördumisega rohkem kui 2 aastat). Noorte, 18–24-aastaste meeste seas oli pikalt viivitajaid (aasta ja enam) keskmisest palju enam: 32%.

Ajendid

Vaimse tervise probleemide puhul oli või oleks tervishoiutöötaja poole pöördumise **peamine ajend see, et igapäevane elu on probleemist tugevalt häiritud (38%)** (Joonis 32). Veidi vähem, 30% meestest, kes olid vaimse tervise probleeme kogenud, märkisid ajendina, et **vaimne tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära, ning 24% tõi välja suurt muret oma vaimse tervise pärast.** Neid kolme ajendit mainiti kõige enam ka füüsilise tervise probleemi korral. Vaimse tervise probleemi puhul toodi aga sagedamini välja, et mitte miski ei ole ajendanud või ei ajendaks tervishoiutöötaja poole pöörduma (17%), mis võib viidata sellele, et selle murega pöördumine ei ole eri põhjustel keerulisem kui füüsilise tervise probleemiga. Viiendik meestest (21%), kes on vaimse tervise probleeme kogenud, tõi välja pere, lähedaste või sõprade rolli vaimse tervise spetsialisti poole pöördumisel: enamasti oli see soovitus pöördumiseks, kuid mõnel juhul tähendas see abi aja broneerimisega või arsti juurde kaasa tulemist (5%).

Kvalitatiivintervjuud näitasid, et sarnaselt füüsilise tervisega eeldasid mehed, et abi otsimiseks peaks olema midagi pikalt väga halvasti. Vaimse tervise puhul näiteks vähemalt aasta vältel. Vaimse tervise mure korral on meeste sõnul raske aru saada, kas tegemist on tähelepanu nõudva probleemiga või mitte. Vahel aitavad lähedased probleemi ära tunda ning oma roll on ka vaimset tervist puudutaval avalikul infol. Kõrvalt vaadates töid mehed välja, et depressioonis mees võib käituda endassetõmbunult ja proovida probleemi leevendada näiteks alkoholi abiga.

" Alustaks sellest, et ei olda kindlad, kas ikka esineb probleem ja kas ta ikkagi on nii tõsine. (Mees, 32 a)

" M: Mis pani sind taipama, et sul on depressioon? Vastaja: Ma ei tea, siis kas võib-olla mingisugune ... võib-olla äkki oli sellel ajal jälle mingisugune vaimse tervise kuu või võib-olla sealtkaudu kuskilt. Ma seda ei mäleta küll. Ma tegin selle vaimse tervise testi peaaasi.ee lehel ja sain kõige hullema tulemuse, mis üldse enam-vähem saada võis, et ma oleks pidanud pöörduma kohe sinna. Eks ema mul sai ka nagu aru, et on probleeme, siis ta üritas ka kuidagi turgutada. (Mees, 32 a)

Kiiresti pöördujaid ajendas lisaks sellele, et igapäevaelu on probleemist tugevalt häiritud (39%), keskmisest rohkem ka mure vaimse tervise pärast (39%) ning vähem see, et nad on ise juba kõike proovinud (8%). **Viivitajad** töid keskmiselt rohkem pöördumise ajendina välja seda, et igapäevane elu on probleemist tugevalt häiritud (53%) ning et vaimne tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära (51%). **Kaalujad**, märkisid samuti peamiste ajenditena ära, et igapäevane elu on probleemist tugevalt häiritud (46%) ning et vaimne tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära (40%). Lisaks on neid ajendanud või ajendaks palju sagedamini see, kui pereliige, lähedane või sõber paneb neile arstile aja kirja või tuleb kaasa (24%) ning kui ollakse ise kõige proovinud, aga miski ei aita (26%). **Kindlasti mitte pöördujaid** ei ajenda sagedamini miski (35%) või ei osanud nad öelda, miks nad ei pöördu (15%). Võimalik, et nad pole seda enda

jaoks selgeks mõeldud või ei taheta seda öelda. Nad tõid siiski ka välja, et kui igapäevaelu oleks juba tugevalt häiritud, siis võiks see ajendiks saada. On võimalik, et vaimse tervise mure pole nende igapäevaelu seni piisavalt seganud.

Mitmed mehed, kes olid kogenud vaimse tervise muresid, tõid kvalitatiivintervjuudes välja lähedase inimese surve abi otsimiseks: näiteks esitas elukaaslane neile ultimaatumid või nõudis, et nad oma vaimse tervise probleemiga abi otsiksid. Partner ühest küljest võib suunata abi otsima, aga ta võib mõjuda ka motivaatorina: olla põhjuseks, kelle pärast enda olukorraga tegeleda soovitakse, kelle jaoks soovitakse olla parem kaaslane. Selliseks motivaatoriks võivad olla ka lapsed ja soov olla parem lapsevanem, olla oma laste jaoks olemas. Teisisõnu, mees ei otsi sageli abi mitte enda, vaid kellegi teise nimel. Mehed leidsid ka, et kuna mehed ise sageli abi otsimist ette ei võta, siis võiks see isik, kellega mees oma muret jagab, talle abi otsimist soovitada. Selleks võib olla kas partner, ema, sõbrad või mõnikord ka head kolleegid. Ka ekspertintervjuus toodi välja, et mehe tervisenäitajaid võiks ravi konsulteerimisel siduda talle oluliste väärtustega, et mõtestada ettevõetavat muutust kui midagi, mis tal olulisi asju teha võimaldab (teha tööd, kasvatada lapsi jne).

" Nojah, ega nad isiklikult ei saa otsimas käia, mind ka elukaaslane sundis minema. /.../ Et miks ma varem ei läinud või? Täpselt see oligi, et ma elasin üksi ja mul ei olnud vajadust kellegi pärast ennast muuta. Ma olen harjunud sellega, mis tunne see on. (Mees, 30 a)

" Võib-olla tahab ise paraneda ja saab aru ka, et tal on ikkagi naine ja kaks last, et tuleks midagi ette võtta professionaalselt. (Mees, 30 a)

Joonis 32. Mis Teid ajendab/on ajendanud arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma, kui Teil on olnud probleem oma vaimse tervisega? (% vastajatest, kes on kogenud vaimse tervise probleeme, N = 791)



Takistused

Vaimse tervise probleemide puhul oli tervishoiutöötaja poole pöördumisel **peamiseks takistuseks lootus ise probleemiga hakkama saada** (52%) (Joonis 33). Seda toodi kõige enam välja ka füüsilise tervise probleemide korral. **Struktuurseid takistusi** tõi välja 49% vaimse tervise probleeme kogenud meestest. Neist kõige enam mainiti pikka järjekorda (25%) ja rahalisi põhjuseid (18%). Need olid peamised takistused ka füüsilise tervise probleemide korral. Võrreldes füüsilise tervise probleemiga märkis veidi rohkem mehi takistustena ära teadmatuse, kelle poole pöörduda või kust abi otsimisega alustada (12%). **Emotsionaalsed barjäärid** olid takistuseks 41%-le meestest. Kõige olulisemad neist olid soovimatus oma probleemist rääkida (17%) ning piinlikkus- või ebamugavustunne (15%). Füüsilise tervise probleemide puhul mainiti neid oluliselt harvem: neid

tõi välja vastavalt 5% ja 8% meestest. Kvalitatiivintervjuudes väljendati samuti ebamugavust vaimse tervise abi otsimise osas, kuna enda avamine võõrale inimesele on emotsionaalselt raske. Sagedamini kui füüsilise tervise probleemiga toodi emotsionaalse takistusena välja usalduse puudumist spetsialisti võimekusse probleemi korral aidata (12%).

Joonis 33. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks igapäevaelu häiriva halvenenud vaimse tervise korral arsti või muu tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks. (% vastajatest, kes on kogunud vaimse tervise probleeme, N = 791)



Kiiresti pöördujad tõid keskmisest vähem takistustena välja lootust ise hakkama saada (32%), aga ka emotsionaalseid barjääre tervikuna (16%). Viimaste seas mainisid nad teistega võrreldes vähem piinlikkus- või ebamugavustunnet (7%), soovimatust oma probleemist rääkida (5%) ning seda, et ei usaldata spetsialisti võimekust aidata (2%). Struktuursetest takistustest tõid nad vähem välja teadmatus, kelle poole pöörduda (3%). Sagedamini ei ole neil olnud pöördumiseks ühtegi uuringus mõõdetud takistust (22%).

Viivitajad märkisid keskmisest enam pöördumise takistusena ära lootuse, et saavad ise hakkama (61%), ja neil on keskmisest enam emotsionaalseid barjääre (48%). Nende seas tõid nad teistega võrreldes enam esile piinlikkus- või ebamugavustunnet (22%).

Kaalujad loodavad samuti ennekõike ise hakkama saada (60%), mida nad sarnaselt viivitajatega tõid välja keskmisest enam. Sarnaselt viivitajatega oli neil ka enam emotsionaalseid (47%), aga erinevalt neist ka struktuursetest takistusi (59%). Emotsionaalsetest takistustest tõid sagedamini välja hirmu protseduuride või ravi ees (7%). Struktuursetest barjääridest mainivad nad enam rahalisi põhjuseid (31%) ja teadmatus, kelle poole pöörduda (19%).

Kindlasti mitte pöördujate jaoks oli lootus ise hakkama saada samuti esikohal, kuigi nad tõid seda välja vähem kui viivitajad ja kaalujad (54%). Keskmisest suuremat rolli mängisid nende jaoks emotsionaalsed takistused (49%). Ennekõike olid nendeks soovimatus oma probleemist rääkida (26%) ning usaldamatus spetsialisti võimekuse osas neid aidata (18%). Struktuurseid takistusi tervikuna tõid nad välja vähem.

Vaimse tervise probleemi korral jäi abi otsimise ja ravi teekond intervjueeritud meestele segaseks. Psühhiaatri või psühholoogi juurde pöördunud mehed mainisid sageli barjääri pöördumisel ning esimese sammu tegemisel. See on ennekõike psühholoogiline barjäär: hirm ja ebamugavus rääkimise ees mingitel teemadel, mida pole harjutud jagama. Veel leiti, et mehed ei otsi vaimse tervise abi, sest nad ei usu selle toimivusse. Enamasti oldi skeptilised teraapia, mõnikord ka ravimite osas.

" *Jah, just selline sooline asi. Et sina pead tugev olema. Ma näiteks ei häbene psühhiaatri poole pöördumist, aga kunagi oli see ikka korralik barjäär. Enne kui mõned esimesed korrad küllastasin, oli küll. Minu psühhiaatril oli hea positsioon, et kui ma hetkel ei ole võimeline mingeid asju ütleva või tunnustama, siis on vaja natukene küpseda lihtsalt. Kui see kord ei saa öeldud, siis pole hullu, räägin järgmine kord. Ta aitab mul jõuda sinna, et mul ei ole piinlik enam nendel teemadel vestelda. Kunagi see oli ai-ai-ai. Kõik asjad võivad aeg-ajalt katki minna sealhulgas ka hingega seotud aspektid. (Mees, 58 a)*

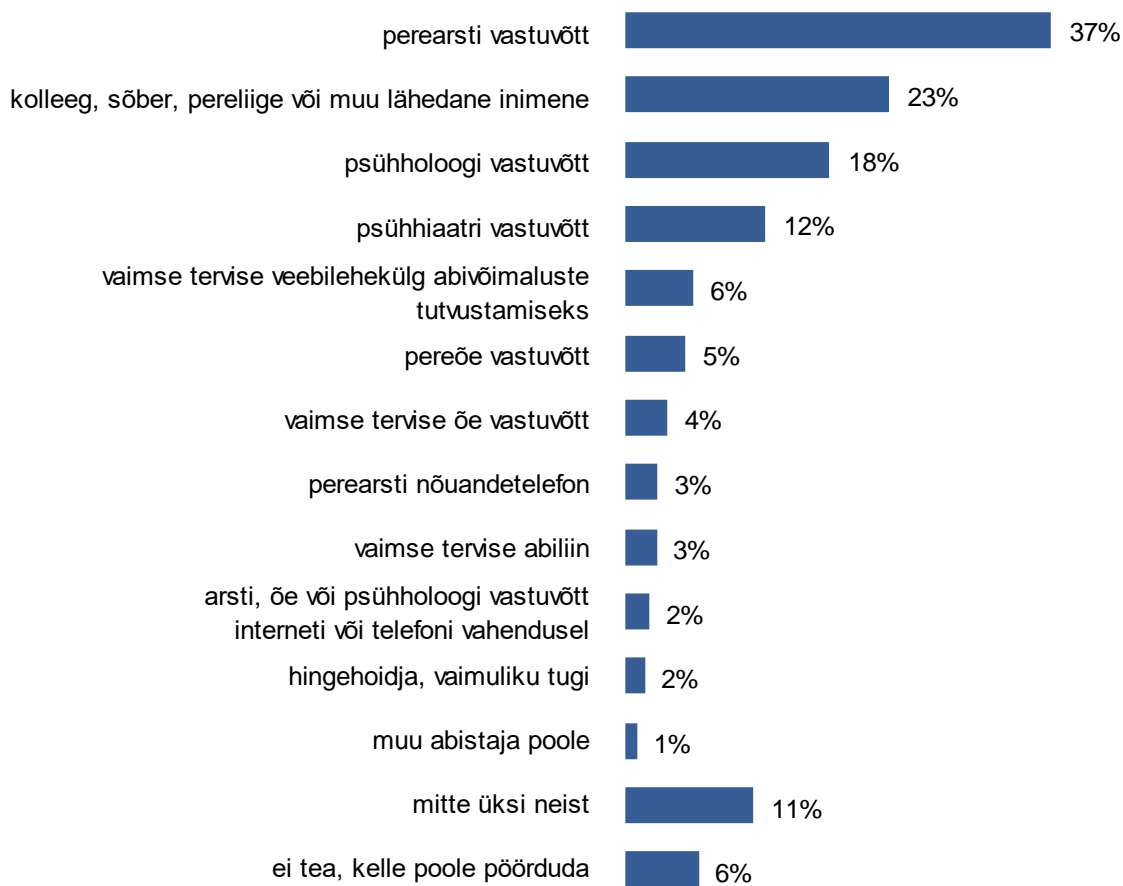
" *Kindlasti on see uskumus, et niikuinii ei aita jah, see on põhiline [miks ei minda psühholoogi juurde]. (Mees, 30 a)*

Tervishoiuspetsialisti eelistus vaimse tervise probleemide korral

Kõigilt meestelt, sõltumata sellest, kas nad on endi hinnangul kogenud vaimse tervise probleeme või mitte, küsiti, kelle poole nad kõige tõenäolisemalt pöördusid, kui nad tajuvad oma vaimse tervise halvenemist, mis häirib nende igapäeva elu. Esimene spetsialist, kellelt mees abi otsiks, oleks paljude jaoks perearst (37%) (Joonis 34). Veerand meestest pöördus mõne endale lähedase inimese poole, ligi viiendik psühholoogi ning veidi üle kümnendiku psühhiaatri poole. Veebilehti, nõuande- ja abitelefone kasutaks vaid väike osa meestest. Positiivne on, et vaid 6% meestest vastas, et ei tea, kelle poole pöörduda. Viimaseid oli enam 65–74-aastaste (12%), esimese taseme haridusega (9%) ja maal elavate meeste (8%) seas.

Kiiresti pöördujad vastasid, et otsiksid abi eeskätt perearstilt (51%) ja psühhiaatril (33%) ning sageduselt kolmandal kohal on psühholoog (19%). Teistega võrreldes enam tõid nad välja ka pereõde (9%), kellega neil tõenäoliselt juba on (positiivseid) kokkupuuteid. Keskmisest vähem pöördusid nad oma lähedase või sõbra poole (9%) või kasutaksid vaimsest tervisest rääkivaid veebilehti (2%). **Viivitajad** pöördusid samuti ennekõike perearsti (46%), psühhiaatri (29%) või psühholoogi vastuvõtule (27%) ning teistest enam nimetasid nad vaimse tervise õde (7%). **Kaalujad** tõid peale perearsti (34%) keskmisest rohkem välja ka psühholoogi (26%) või psühhiaatri vastuvõttu (23%), abivõimalusi tutvustavaid vaimse tervise veebilehekülgi (12%) ning vaimse tervise õde (6%). **Kindlasti mitte pöördujad** kasutaksid vähem perearsti vastuvõttu (18%), kuid pöördusid rohkem oma lähedaste poole (30%). Mehed, kel pole enda sõnul olnud vaimse tervise probleeme, nimetasid esmasena perearsti vastuvõttu ja teisena (keskmisest enam) ka lähedaste või sõpradega rääkimist (26%). Keskmisest vähem valiksid nad psühholoogi (14%) või psühhiaatri vastuvõttu (5%).

Joonis 34. Kuhu või kelle poole kõige tõenäolisemalt pöörduksite, kui tunnete, et Teie vaimne või emotsionaalne tervis on halvenenud ja see häirib Teie igapäevaelu? (% kõikidest vastajatest, n = 1776)

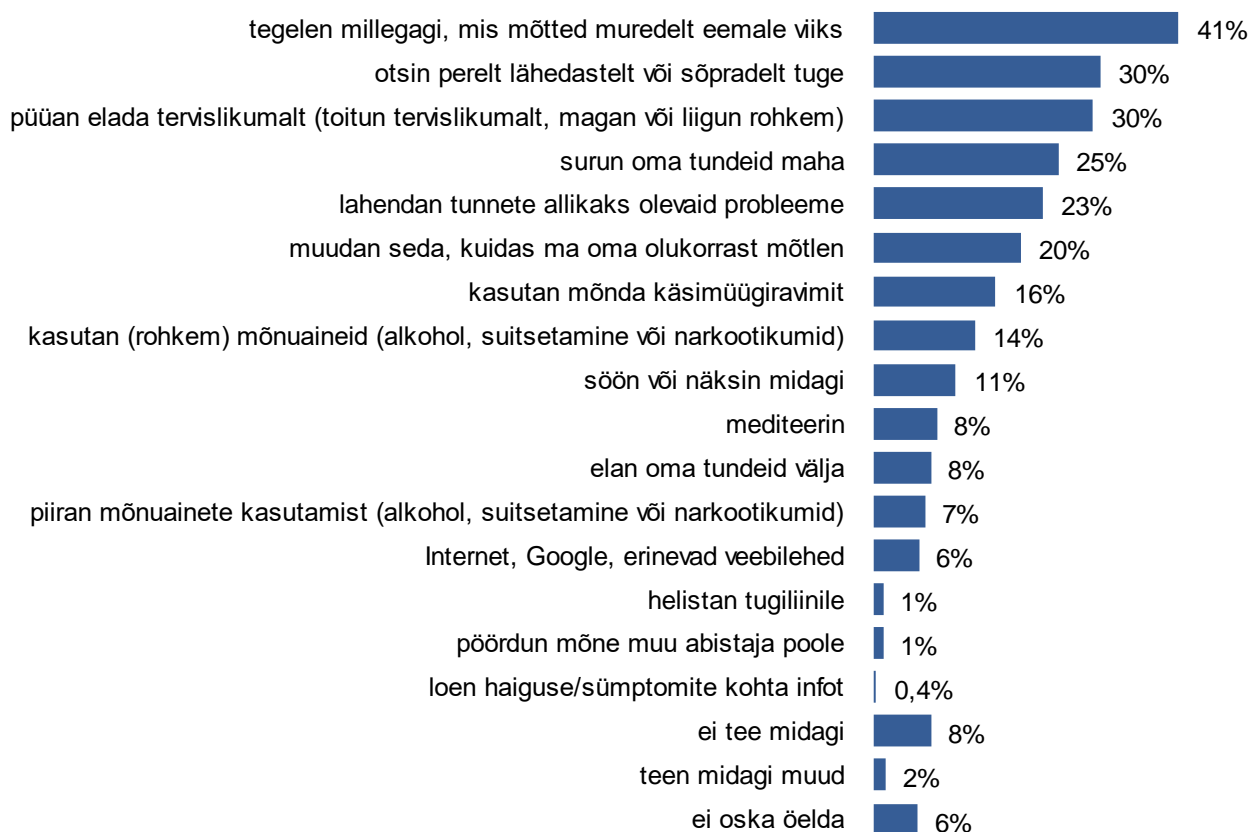


Eneseabi

Neilt meestelt, kes on enda sõnul kogenud vaimse tervise probleeme, uuriti, kuidas nad ise on halvenenud vaimse tervise puhul ennast aidata püüdnud. Enim märgiti ära vältiv toimetulekuviis: tegelemine millegagi, mis mõtted muredelt eemale viis (41%) (Joonis 35). Destruktiivsematest toimetulekuviisidest valiti rohkem veel tunnete mahasurumist (25%) ja mõnuainete tarvitamist (14%). Tervikuna tõi 55% meestest välja just destruktiivsemat laadi eneseabi. Kui siia juurde arvata ka see, et midagi ei võetagi ette, siis on nende osakaal veelgi suurem (63%).

Positiivsena võib välja tuua, et üsna paljud mehed kasutavad ka mitmeid konstruktiivsemaid toimetulekuviise nagu lähedastelt toe otsimine (30%), tervislikuma eluviisi poole püüdlamine (30%), tunnete allikaks olevate probleemide lahendamine (23%) ja olukorra ümberhindamine (20%). Neid eneseabi viise märgiti kõige sagedamini, kokku tõi neid välja 62% meestest. Lisaks mainit vähesemal määral ka mõningaid muid eneseabivõtteid nagu mediteerimine, info ja toe otsimine, mõnuainete kasutamise piiramine. Sarnaselt füüsilise tervise eneseabivõtetele rakendavad mehed kas samaaegselt või sõltuvalt olukorrast nii konstruktiivsemaid kui ka destruktiivsemaid toimetulekuviise.

Joonis 35. Sõltumata sellest, kas Te olete halvenenud vaimse tervise puhul otsinud arsti/tervise spetsialisti abi või mitte, siis kuidas Te iseseisvalt olete püüdnud sellega toime tulla? (% vastajatest, kes on kogunud vaimse tervise probleeme, N = 791)



Nooremad, 18–24-aastased mehed rakendasid võrreldes vanemate meestega enam mitmeid destruktivsemad eneseabivõtteid nagu mõtete muredelt eemale juhtimine (54%), tunnete mahasurumine (38%), tunnete väljajelamine (13%) või söömisega enda rahustamine (17%). Ainus asi, mida vanemad, üle 50-aastased mehed vaimse murega toimetulekuks enam kasutasid, on käsimüügiravimite tarvitamine (21%). **Kõrgelt haritud meeste** seas oli ligi kaks korda enam neid, kes sel juhul püüavad muuta oma eluviisi tervislikumaks (36%), kui esimese taseme haridusega meeste seas (19%).

Abielus meeste seas oli kaks korda enam neid, kes otsivad tuge lähedastelt (38%), võrreldes lahutatud või lehestunud meestega (19%). Osaliselt ilmselt tänu lähedaste toe olemasolule kasutasid abielus mehed vähem destruktivseid eneseabivõtteid nagu mõtete eemale juhtimine muredelt (34%), tunnete mahasurumine (17%), mõnuainete kasutamine (7%) ja söömine-näksimine (5%).

Kiiresti pöördujad töid toimetulekuviisidest kõige enam välja toe otsimist lähedastelt (36%). Vähem tegelevad nad destruktivsete tegevustega nagu mõtete mujale viimine probleemilt (25%), tunnete mahasurumine (7%), mõnuainete kasutamine (3%) ja söömine-näksimine (3%).

Viivitajad töid välja kõige enam seda, et püüavad mõtteid muredelt eemale viia (44%), kuid teistest gruppidest enam kasutavad nad toimetulekuks ka mõnuaineid (20%). Samaselt neile püüavad ka **kaalujad** mõtteid muredelt eemale viia (55%). Nad kasutasid teistest rohkem ka käsimüügiravimeid (23%) ning destruktivsetest võtetest mõnuaineid (18%) või söömist-näksimist (17%). **Kindlasti mitte pöördujad** püüavad samuti ennekõike oma mõtteid mujale juhtida (40%), kuid sagedamini suruvad ka oma tundeid maha (34%). Vähem otsivad nad tuge lähedastelt (24%), püüdevad tervislikuma eluviisi poole (25%) ja tarvitavad käsimüügiravimeid (10%).

Kvalitatiivuuringus töid mehed esile vaimse tervise kohta lugemist, peamiselt peaaasi.ee lehelt, ent seda pigem enda diagnoosimise või endast aru saamise kontekstis. Mainiti mitmeid ka vaimset heaolu suurendavaid

tegevusi, aga pigem üldise vaimse tasakaalu otsimise eesmärgil: rohkem liikumist, joogas käimist, mediteerimist.

" *Professionaalset ei otsinud, ma ise vaatasin peaaegu ja siis ma ka üritasin nagu ... lugesin mingeid raamatuid ja enesetäiendusega natukene tegelesin. – M: Tundsid, et sellest oli abi? – Vastaja: Jah, vist isegi ... ei, tegelikult ma hakkasin siis ka trenni tegema juba, sellest oli ka päris palju abi. Ja mingi vahe jätsin ka suitsetamise maha, aga see oli suht lõpus seal ... et parendada ennast. Aga no jah ... ei, ma ei otsinud abi professionaalset, kuigi oleks pidanud, ma arvan ... oleks lihtsam. (Mees, 32 a)*

Olulisemad tegurid, mis ennustavad vaimse tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist

Selgitamaks välja olulisemad tegurid, mis ennustavad vaimse tervise probleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumist, viidi läbi mitmene lineaarne regressioonanalüüs. Regressioonmudelil oli sõltuvaks tunnuseks vaimse tervise probleemi korral tervishoiutöötaja või -spetsialisti poole pöördumine ja ennustavateks tunnusteks olid:

1. sotsiaaldemograafilised tunnused (vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis ja laste olemasolu, elukoht, sissetulek, tööalane hõivatus/seisund ja hinnang toimetulekule);
2. üldine hinnang enda tervisele, vaimse tervise näitajad (diagnoositud kroonilise vaimse häire olemasolu, depressioonirisk, üldistunud ärevuse risk, unehäire risk) ja enda vaimse tervise muudatuste märkamine;
3. vaimse tervise probleemi korral pöördumisega seotud hoiak, enesetõhusus ja tajutud norm (vt ptk 7.4);
4. maskuliinsuse ja professionaalse abi otsimisega seotud uskumused (vt ptk 7.3);
5. vaimse tervise probleemide korral pöördumise ajendid (Joonis 32) ja takistused (Joonis 33);
6. vaimse tervise probleemide korral kasutatavad toimetulekuviisid ja eneseabi (Joonis 35).

Mudel oli statistiliselt oluline ($p < 0.01$) ning selgitas ära 37% vaimse tervise probleemi korral professionaali poole pöördumise variatiivsusest. Järgnevalt toome välja ennustavad tegurid, mis olid mudelis statistiliselt olulised ($p < 0.01$, kui pole märgitud teisiti)²⁰ (Joonis 36).

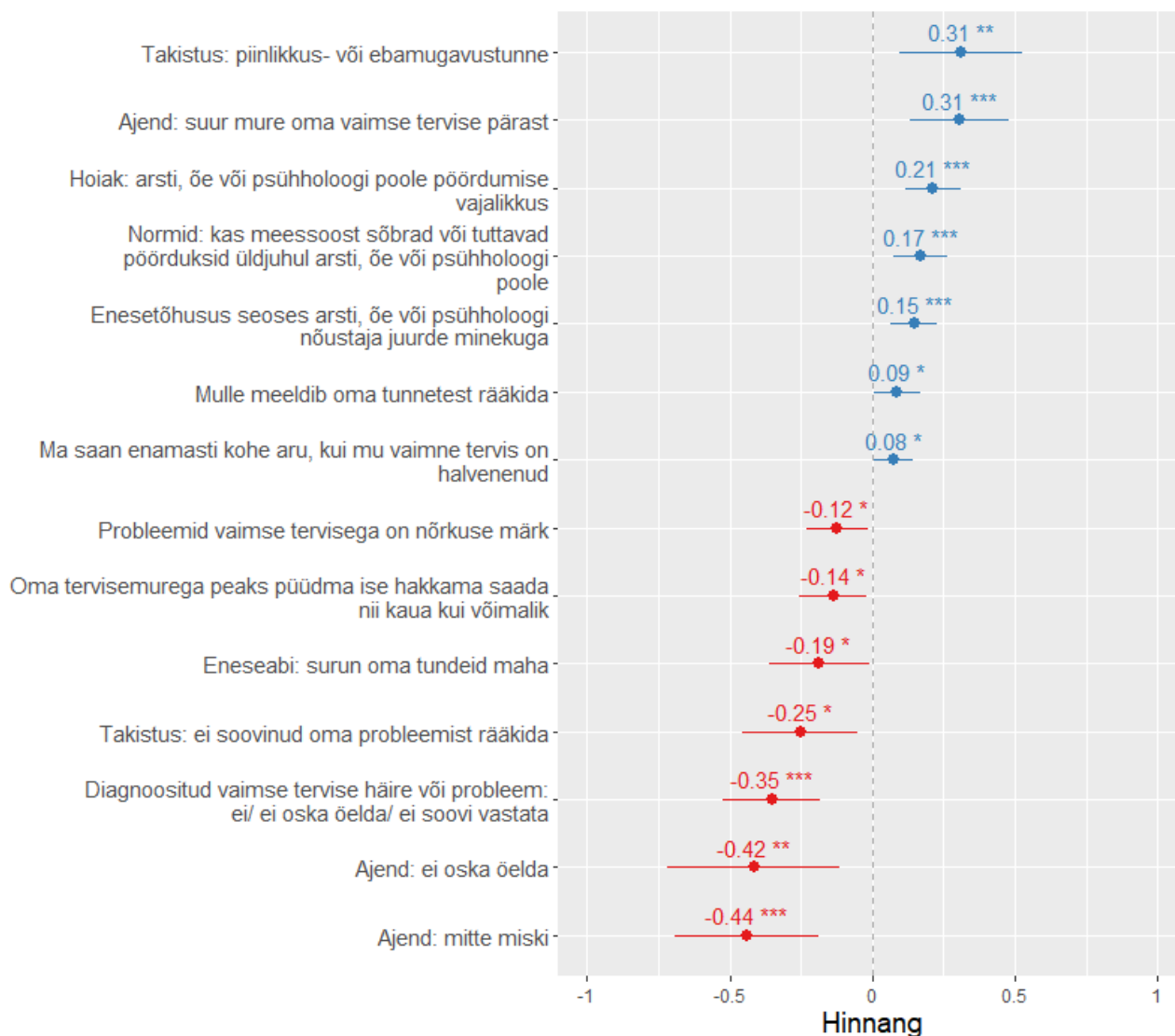
Pöördumist suurendavad tegurid olulisuse järjekorras olid takistus „piinlikkus- või ebamugavustunne” (standardiseerimata $\beta = 0,31$), ajend „suur mure enda vaimse tervise pärast” ($\beta = 0,31$), vaimse tervise probleemi korral pöördumisega seotud positiivne hoiak ($\beta = 0,21$, „minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine vaimse tervise probleemi korral vajalik”), tajutud norm ($\beta = 0,17$, „minu meessoost sõbrad ja tuttavad pöördusid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul, kui neil on probleeme vaimse tervisega”), enesetõhusus ($\beta = 0,15$, „arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek vaimse tervise probleemi korral ei oleks minu jaoks keeruline”) ning nõustumine väidetega „mulle meeldib oma tunnetest rääkida” ($\beta = 0,09$) ja „ma saan enamasti kohe aru, kui mu vaimne tervis on halvenenud” ($\beta = 0,08$).

Pöördumist vähendavad tegurid olulisuse järjekorras olid pöördumisega seotud ajendite nimekirjast valikud „mitte miski [ei ajenda]” ($\beta = -0,44$) ja „ei oska öelda” ($\beta = -0,42$), kui mehel polnud varasemalt diagnoositud vaimse tervise häiret või ei soovinud või ei osanud mees sellele vastata ($\beta = -0,35$), takistus „ei soovinud oma probleemist rääkida” ($\beta = -0,25$), toimetulekuviis „surun oma tundeid maha” ($\beta = -0,19$) ning nõustumine väidetega „oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik” ($\beta = -0,14$) ja „probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk” ($\beta = -0,12$).

²⁰ Välja on toodud ka iga ennustava teguri regressioonikordaja (β), mida tuleks tõlgendada järgmiselt: iga ühe ühiku ennustava tunnuse kasvades suureneb pöördumine β korda. Kui näiteks vanuse regressioonikordaja $\beta = 0,2$, siis see tähendaks, et vanuse kasvades ühe ühiku võrra (nt 1 aasta) tõuseb vaimse tervise probleemi korral pöördumine 0,2 ühiku võrra.

Lisaks koostati regressioonimudel, kus ennustavateks tunnusteks olid lisaks sotsiaaldemograafilistele näitajatele vaid pöördumise ajendid ja takistused. Selles mudelis tuli **olulise pöördumise vähendajana** välja veel “**ei usaldanud spetsialisti võimekust mind aidata**” ($\beta = -0,39$) ja pöördumist suurendas see, kui mehel **polnud ühtegi nimekirjas olevat takistust** ($\beta = 0,35$).

Joonis 36. Olulisemad tegurid, mis ennustavad vaimse tervise probleemi korral arsti või tervise spetsialisti poole pöördumist. Lineaarne regressioon (% neist, kes on kogenud vaimse tervise probleeme, n = 791). Sinisega on märgitud pöördumist suurendavad ja punasega pöördumist takistavad tegurid. Ära on toodud standardiseerimata seosekordajad ning nende statistilise olulisuse nivoo *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.



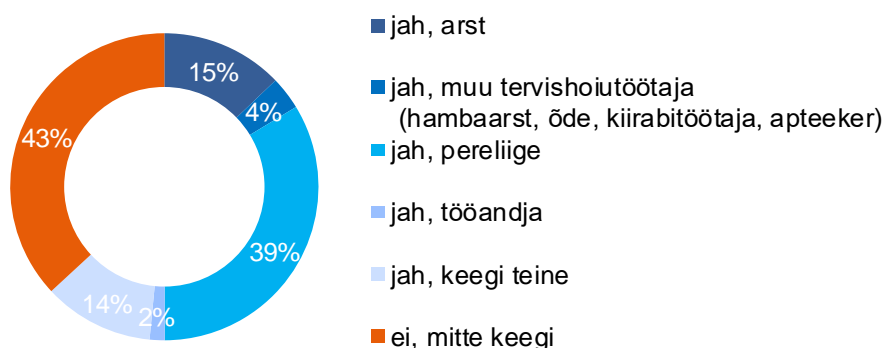
Eelnevat kokku võttes võib öelda, et vaimse tervise probleemide korral suurendab pöördumist see, kui mees tunneb suurt muret enda vaimse tervise pärast ning kui ta leiab, et tervishoiutöötaja poole pöördumine on vajalik (positiivne hoiak pöördumise suhtes), kui ta usub, et ka tema meessoost tuttavad pöördusid tervishoiutöötaja poole (tajatud norm), ja kui ta tunneb, et pöördumine oleks tema jaoks lihtne (enesetõhusus). Samuti suurendab pöördumist see, kui mehele meeldib enda tunnetest rääkida ja kui ta saab enamasti kiiresti aru, kui vaimne tervis on halvenenud. Piinlikkus- või ebamugavustunne on küll takistus, kuid põhjustab ennekõike viivitamist ja lõpuks siiski suurendab pöördumist. Vaimse tervise probleemi korral vähendab pöördumist see, kui mehel puudub krooniline vaimse tervise häire. Võib eeldada, et nendel meestel, kellel kroonilist vaimse tervise häiret diagnoositud pole, on väiksem vajadus pöördumiseks. Pöördumist vähendab ka see, kui mees ei soovi enda probleemist rääkida, ning see, kui mees kas ei oska ühtegi pöördumise ajendit

välja tuua või ei nõustunud ta ühegi uuringus välja toodud ajendiga. Samuti vähendab pöördumist see, kui mees leiab, et probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk ning et oma tervisemurega peaks püüdma ise võimalikult kaua hakkama saada. Toimetulekuviisidest ennustab vähesemat pöördumist enda tunnete mahasurumine. Tunnete mahasurumisel võib mees probleemi vähem teadvustada ning seetõttu ei pruugi tegeleda ka selle lahendamisega (nt abi otsides).

7.7. Abi otsimine tubakatoodetest loobumiseks

Uuringus määratleti suitsetamist kui tavaliste sigarettide, paberosside, sigarite, piibu, vesipiibu, mokatubaka, kuumutatavate tubakatoodete või tubakavabade nikotiinipõhiste kasutamist (vt suitsetajate osakaalu kohta ptk 5.1). 57% meestest, kes suitsetavad igapäevaselt või juhuslikult, oli viimase 12 kuu jooksul kuulnud **soovitust suitsetamisest loobuda** (Joonis 37). Igapäevasuitsetajate seas oli see näitaja 62%. Kõige sagedamini soovitas mehel suitsetamisest loobuda pereliige, aga ka arst või keegi teine. Arsti soovitus suitsetamisest loobuda on enam kuulnud vanemad, 50–74-aastased mehed (23%) võrreldes noorte ja keskealiste meestega (11%).

Joonis 37. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud suitsetamisest loobuda? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)



Erinevused ilmsesid nii rahvuse, regiooni, hariduse kui ka perekonnaseisu lõikes. Eesti meestel on suitsetamisest soovitatud loobuda sagedamini (6%) kui muust rahvusest meestel (1%). Vähem on suitsetamisest loobumist soovitatud Tallinna meestele (49%) ja seda on vähem soovitanud arstid (10%). Enam on loobumist soovitatud Lõuna-Eestis elavatele suitsetajatele (64%) ja seal on arstid olnud keskmisest aktiivsemad (21%). Arsti soovitus suitsetamisest loobuda olid enam kuulnud mehed, kes hindasid oma tervist halvaks (25%) või kellel oli pikaajaline krooniline terviseprobleem (20%). Kolmanda taseme haridusega meestele on suitsetamisest loobumise soovitusi antud keskmisest vähem (49%).

Pereliikme soovitus suitsetamisest loobuda olid enam kuulnud abielus (49%) ning vähem vallalised mehed (24%). Esimeste puhul on tõenäoliselt tegemist partneriga, kes loobuda soovitab, samas kui teise puhul on see mõni muu pereliige, kes tingimata ei ela samas leibkonnas.

6% meestest, kes suitsetavad igapäevaselt või juhuslikult, oli **suitsetamise mahajätmiseks spetsialisti poole pöördunud**, sealhulgas 2% esimesel võimalusel (kiiresti pöördujad) ja 4% peale mõningast mõtlemist (või on korduvalt alustanud) (viivitajad) (Joonis 38). Suitsetamise mahajätmiseks ei ole spetsialisti poole pöördunud 94% meestest (**mittepöördujad**). Neist 28% oli spetsialisti poole pöördumist kaalunud meestest (**kaalujad**) ning 66% ei olnud seda ei kaalunud ega pöördunud (**kindlasti mitte pöördujad**).

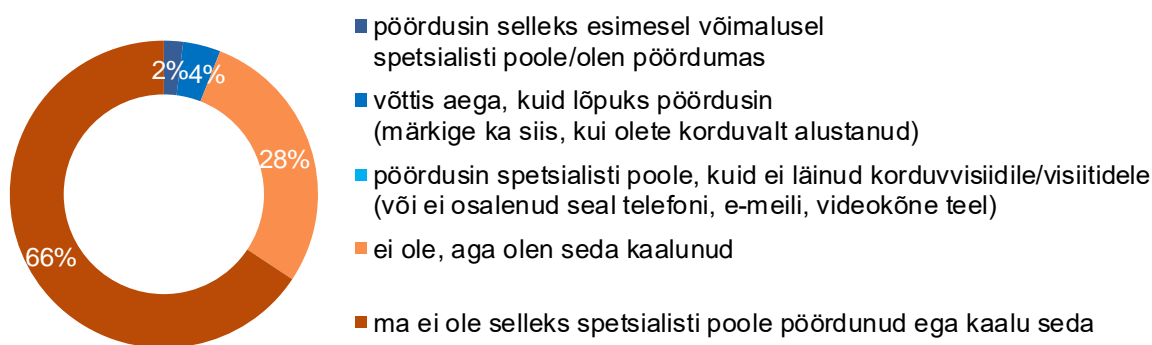
Nii pöördujate kui ka kaalujate seas oli enam neid mehi, kellel oli soovitanud suitsetamisest loobuda pereliige või arst. Mittepöördujate grupis oli enam neid mehi, kes ei ole mitte kelleltki saanud soovitusi loobuda (52%) või on keskmisest vähem saanud soovitusi arstilt (10%), teistelt tervishoiutöötajatelt (3%), pereliikmelt (34%) või töandjalt (1%). Seega võib eeldada, et pereliikme või arsti soovitusid ennekoiki ja eriti mitmest allikast tulnud soovitusi koostöös paneb suitsetamisest loobumist proovima või kaaluma.

Ekspertintervjuu tubakast loobumise nõustajaga viitas sellele, et tubakakabinetti pöördutakse pigem siis, kui ollakse juba korduvalt loobuda proovitud, ent ebaõnnestunud. Samuti pöörduvad rohkem kogunud suitsetajad,

kellel on mõni tõsine terviseprobleem (infarkt, diabeet jne) ning teda on nõustamisele suunanud arst. Eraldi tõi ta välja nooremaid mehi, kes soovivad suitsetamisest loobuda tervise parandamise või hoidmise eesmärgil.

Suitsetamisest loobumiseks spetsialisti poole pöördunud mehi on enam esimese taseme haridusega meeste (10%) ja Harjumaa meeste (9%) seas. Suitsetajate seas on madalama haridusega mehi ka enam (28% vs. 13% neist, kes ei suitseta). Mittepöördujate seas on keskmisest rohkem 18–24-aastaseid noori (83%), kolmanda taseme haridusega mehi (75% vs. 57% esimene tase), üliõpilasi (89%), aga ka juhte ja tippspetsialiste (81%), kõrgema sissetuleku ja hea tervisega mehi (70%).

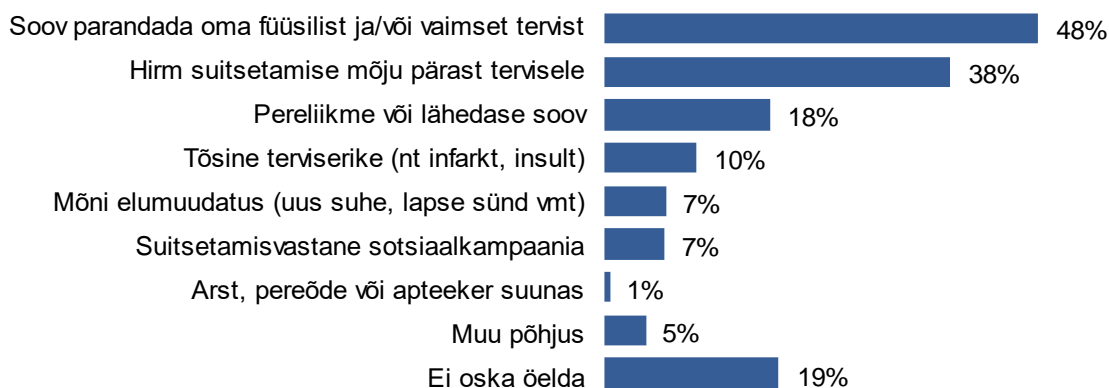
Joonis 38. Kas Te olete suitsetamise mahajätmiseks pöördunud arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)



Ajendid

Kuna uuringu valimis oli suitsetamise mahajätmiseks spetsialisti poole pöördunud mehi vähe (n = 26), siis on **ajendeid suitsetamise mahajätmiseks** vaadatud koos nende meeste hulgas, kes on spetsialisti poole pöördunud või on seda kaalunud (n = 166). Pöördujad ja kaalujad pidasid suitsetamisest loobumise peamiseks ajendiks soovi parandada oma füüsilist ja/või vaimset tervist (48%) ja hirmu suitsetamise mõju pärast tervisele (38%), kuid ligi viiendik ka pereliikmete või lähedaste soovi (Joonis 39). Viiendik (19%) ei osanud päris täpselt öelda, mis spetsialisti poole pöördumist võiks ajendada või ajendas. Pöördujad tõid võrreldes kaalujatega keskmisest enam ajendina välja soovi parandada oma füüsilist või vaimset tervist (65% vs. 44%), pereliikme või lähedaste soovi (30% vs. 16%) ning suitsetamisvastast sotsiaalkampaaniat (15% vs. 5%). Kaalujate grupis oli enam neid, kes ei osanud konkreetset ajendit spetsialisti poole pöördumiseks välja tuua (23% vs. 3%).

Joonis 39. Mis Teid ajendas suitsetamise mahajätmiseks arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? (% vastajatest, kes on suitsetamisest loobumiseks spetsialisti poole pöördunud või seda kaalunud, n = 166)



Kvalitatiivuuringus kirjeldasid mehed suitsetamise mahajätmist kui midagi, mis ühel hetkel lihtsalt juhtus. Sellele võis kaasa aidata mingi elusündmus: näiteks koroonaviiruse leviku ajal kodukontoris töötamine, elukoha vahetus või teise riiki kolimine, lapsevanemaks saamine jne. Mõnikord kasutati abivahendina ka

nikotiiniplaastreid, teisi tubakatooteid vms või raamatus toodud nõuandeid nt Allen Carri raamatus²¹. Mitmed mehed tõid välja, et selleks ajaks oli neil endil tekkinud soov suitsetamine maha jätta ehk see otsus oli juba tehtud: suitsetamine ei tundunud enam mõnus, oli kallis, paljud sõbrad enam ei suitsetanud jne. Tubakast loobumise nõustaja viitas ka sellele, et kuna suitsetamine on nii paljudes kohtades keelatud, siis suitsetajad ei leia enam selleks võimalusi ning osasid ajendab ka see maha jätma, kuna suitsetamise jätkamine on niivõrd ebamugav.

" M: Kuidas maha jätsite? – Vastaja: *Lihtsalt. Tulin Hiinast ära puhkusele, tagasi enam ei saanud. Ei olnud enam sellele aega mõelda, lisaks juba lapseotel abikaasa kõrval ja nüüd juba väike laps. Ei mõelnud sellele eriti ja ei läinud väga raskelt.* – M: Kas see oli seotud elumuutustega? – Vastaja: *Mis ta nii elumuudatus, põhimõtteliselt olin mõelnud vastikuks selle asja.* (Mees, 53 a)

Takistused

Spetsialisti poole pöördumise takistustena või selle edasilükkamise põhjusena tõid mehed kõige sagedamini välja soovimatust suitsetamist maha jätta (43%) ja lootuse, et suudetakse ilma abita suitsetamisest loobuda (30%). **Struktuursed barjäärid** (sobivate vastuvõtuaegade puudumine, teenuse kauge asukoht, pikk järjekord, teenuse või ravi hind jne) olid takistuseks 13% meeste jaoks. Kõige enam toodi neist välja seda, et ei teata, kelle poole pöörduda (5%). **Emotsionaalseid põhjuseid** (ebamugavustunnet, vastuvõtu või raviga seotud erinevaid hirne) mainis 15% meestest, neist kõige enam seda, et ei usaldata nõustaja võimekust aidata (8%).

Kvalitatiivuuring näitas, et mehed olid nõustamisteenuste osas sageli skeptilised: arvati, et need ei pruugi ilma eelneva motivatsioonita töötada, suitsetamist tõlgendati kui (enda) laiskuse või nõrkuse probleemi. Sarnaselt teiste elustiiliprobleemidega vaadeldi suitsetamisest loobumise motivatsiooni mustvalgelt ega teatud, et **motivatsioon võib kujuneda välja nõustamise käigus, mitte ei pea tingimata eelnevalt olemas olema**. Teise olulise teemana mainiti suitsetamise kui toimetulekuharjumuse olulisust ja arvati, et tubakast loobumise nõustamise teenusel sellekohast abi ei saa.

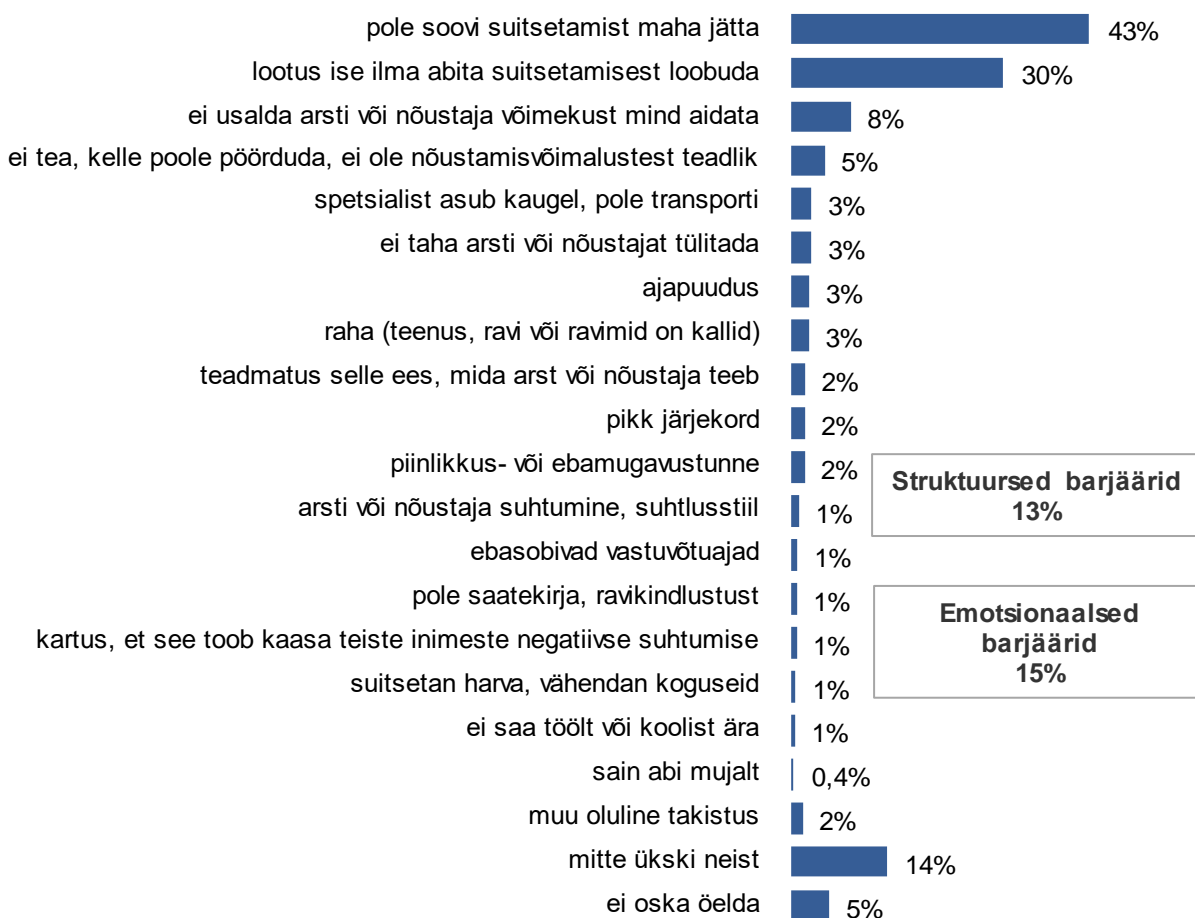
" *Ma ei usu väga sellesse. Pigem siis ei. Tundub natukene soolapuhumine minu jaoks. Ma ei tea, mul on natukene skeptiline arvamus selles suhtes. Kindlasti nõustamine töötab, aga kas ta ka sellisel määral töötab nagu reklaamitakse ma ei tea.* (Mees, 30 a)

" *Minu jaoks on see, et kui suitsupakk on taskus, aga siis ei olegi nii suurt suitsuisu. Aga kui sa tead, et sul suitsu ei ole, noh, siis on nagu maailma lõpp. Isegi kui sa tead, et nii kui nii suitsetama ei lähe või noh, või ei saa või ei tahagi, aga lihtsalt see teadmine, et sul suitsupakk on tühi. See on nagu kõige kohutavam asi, mis ühe suitsumehe jaoks olla saab. Et kõik ülejäänud on kökimöki! Aga ma arvan küll, et kui sealt kabinetist saaks natuke sihukest ... Ilmselt on raske selles suhtes aidata, et just ma arvan, et ongi see mingi asendustegevuse asi, et see nagu harjumus kui selline, see on kõige visam kaduma. Ma arvan, et see on see, millega .. muidu on nagu lihtsalt nii lage!" (Mees, 45 a)*

Pöördujad tõid keskmisest enam välja struktuurseid takistusi (37%), sealhulgas ennekõike spetsialisti kaugust või transpordi puudust (28%) ja pikka järjekorda (12%). **Kaalujate** grupis toodi keskmisest enam välja nii struktuurseid (23%) kui ka emotsionaalseid takistusi (22%). Struktuursetest takistustest tõid nad enam välja teadmatust, kelle poole pöörduda (9%), rahalisi põhjuseid (5%) ning ravikindlustuse puudumist (4%). Emotsionaalsetest takistustest olid nende jaoks peamised usaldamatus nõustaja võimekuse suhtes aidata (15%) ning teadmatus selle ees, mida nõustaja teeb (11%). Kaalujad lootsid ka keskmisest enam ise ilma abita suitsetamisest loobuda (36%). Kindlasti mitte pöördujate seas on omakorda keskmisest vähem neid, kellel on struktuurseid (7%) või emotsionaalseid takistusi (12%), ning rohkem neid, kes ei too takistusena välja ühtegi tegurit (16%). Sagedamini nad lihtsalt ei soovi suitsetamist maha jätta (50% vs. 32% kaalujate grupis ja 12% pöördujate grupis).

²¹ Allen Carr (2013). Lihtne meetod lõpetada suitsetamine. Avita kirjastus.

Joonis 40. Millised järgnevatest teguritest on Teid oluliselt takistanud suitsetamisest loobumiseks arsti, nõustaja või spetsialisti poole pöördumast või on seda edasi lükanud? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)



Soovimatust suitsetamist maha jätta töid sagedamini välja 18–34-aastased (49%), Tallinnas elavad mehed (50%), ametilt sagedamini kas juhid, tippspetsialistid (56%) või keskastme spetsialistid (58%). Ise ilma abita loodavad suitsetamisest loobuda sagedaminini eesti rahvusest (34%) ja maal elavad (37%) mehed.

Arsti või nõustaja võimekust aidata suitsetamisest loobuda ei usaldanud sagedaminini 35–49-aastased (13% vs. 5% 50–74-aastastest), muust rahvusest (14% vs. 5% eestlastest) mehed.

Mehed mõtestasid suitsetamist kui tervisepahet. Siiski leidsid need, kes ei suitseta kuigi sageli, et tegemist pole tõsise pahega ja mõnikord ei nähtud suitsetamise mahajätmisel väikeste koguste tõttu mõtet või peeti seda liiga raskeks ettevõtmiseks. Seda eriti juhul, kui ei ole ilmnunud tõsisemaid terviseprobleeme, mis paneksid mahajätmist kaaluma.

" Ma pole nagu näinud põhjust, miks ma peaks suitsetamise maha jätma, kui ma teda nii vähe teen. Ma tarbin niivõrd harva, et mul ei ole põhjust seal midagi üle mõelda selle koha pealt. /.../ Sellega seoses ei ole tervisel mingeid probleeme. (Mees, 30 a)

Eneseabi

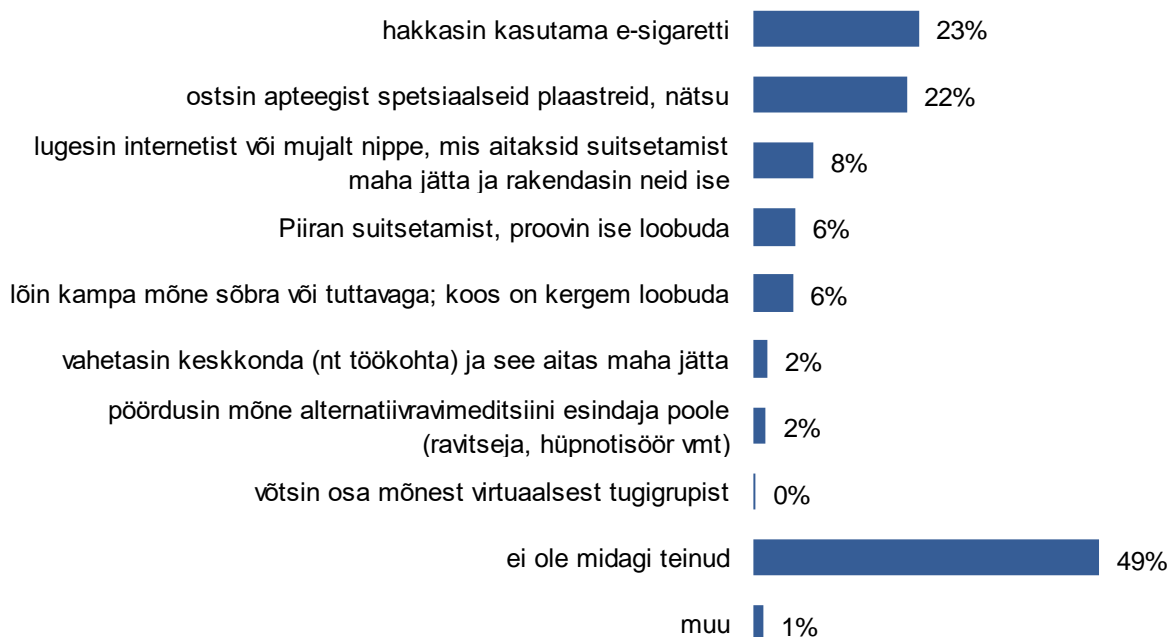
Kõige sagedamini töid suitsetajad välja, et püüdes ise suitsetamisest loobuda, on nad hakanud kasutama e-sigaretti (23%) või ostnud apteegist spetsiaalseid plaastreid või nätsu (22%) (Joonis 41). Kvalitatiivuurings mainiti loobumisel ka teisi tubakatooteid nagu pösktubakas.

On oluline välja tuua, et e-sigareti või pösktubaka kasutamine on ühe sõltuvuse asendamine teisega ning ei aita sellest harjumusest loobuda. Vähem kasutavad mehed selliseid konstruktiivseid tegevusi nagu internetist nippide lugemine ja nende rakendamine (8%), suitsetamise piiramine või sellest loobumine (6%) ning mõne

sõbra või tuttavaga kampa löömine, et koos oleks kergem loobuda (6%). Ligi pooled suitsetajatest (49%) toovad välja, et nad ei ole ise suitsetamisest loobumiseks midagi teinud.

Pöördujate gruppi kuuluvad mehed tõid sagedamini välja, et nad ostsid apteegist spetsiaalseid plaastreid või nätsu (55%), pöördusid mõne alternatiivravimeditiini esindaja poole (18%), piirasid suitsetamist või proovisid ise loobuda (17%) või võtsid osa mõnest virtuaalsest tugigrupist (6%). Spetsiaalseid plaastreid või nätsu on keskmisest sagedamini kasutanud ka kaalujad (31%). Lisaks on nad keskmisest sagedamini suitsetamisest loobumiseks hakanud kasutama e-sigaretti (28%) või lugenud ja rakendanud internetist saadud nippe (12%). Kindlasti mitte pöördujate grupis oli keskmisest enam neid mehi, kes ei ole ka ise midagi suitsetamisest loobumiseks ette võtnud (57%).

Joonis 41. Mida Te olete ise proovinud teha, et suitsetamisest loobuda? (% igapäeva- ja juhuslikest suitsetajatest, n = 550)



E-sigaretti peavad lahenduseks sagedamini 18–34-aastased (31%), Tallinnas elavad (29%) ja kõrgema sissetulekuga (üle 1300 euro leibkonnaliikme kohta) (30%) mehed. Keskmisest vähem on e-sigaretti suitsetamisest loobumiseks proovinud 50–74-aastased (12%), madala (kuni 600 eurot leibkonnaliikme kohta) sissetulekuga (17%) mehed.

Apteegist spetsiaalseid plaastreid või nätsu ostavad pigem vanemad mehed (38% 65–74-aastastest), samas kui noored ostavad neid vähem (7% 18–24-aastastest). Noored mehed pigem löövad kampa mõne sõbra või tuttavaga (18% 18–24-aastastest) või loevad nippe internetist (15%), samas kui vanemad mehed teevad mõlemat tegevust vähem (vastavalt 2% ja 4% 50–74-aastastest).

Ise ei ole suitsetamisest loobumiseks sagedamini midagi teinud 50–64-aastased (60%).

Suitsetamise mahajätmiseks spetsialisti poole pöördumist ennustavad faktorid

Arvestades vähest meeste arvu, kes on suitsetamise mahajätmiseks pöördunud arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole (26 vastajat 550 suitsetavast vastajast), viidi läbi logistiline regressioon, kus ennustati pöördujate/kaalujate gruppi kuulumist (166 vastajat) võrreldes kindlasti mitte pöördujatega (384 vastajat). Ennustavateks tunnusteks olid:

1. sotsiaaldemograafilised tunnused (vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis ja laste olemasolu, elukoht, sissetulek, tööalane hõivatus/seisund ja hinnang toimetulekule);

2. üldine hinnang enda tervisele, vaimse tervise näitajad (diagnoositud kroonilise vaimse häire olemasolu, depressioonirisk, üldistunud ärevuse risk, unehäire risk) ja enda vaimse tervise muutuste tajumine;
3. suitsetamisest loobumise eesmärgil tervishoiutöötaja poole pöördumisega seotud hoiak, enesetõhusus ja tajutud norm (vt ptk 7.4);
4. maskuliinsuse ja professionaalse abi otsimisega seotud uskumused (vt ptk 7.3);
5. kellegi poolt soovitus saamine suitsetamisest loobumiseks (Joonis 37) ning teadlikkus tubakanõustamise teenusest (Joonis 14);
6. suitsetamisest loobumise eesmärgil pöördumise takistused (Joonis 40)²²;
7. eneseabi suitsetamisest loobumiseks (Joonis 41).

Järgnevalt on toodud mudelis statistiliselt oluliseks osutunud pöördujate/kaalujate gruppi kuulumise šansse suurendavad ja vähendavad tegurid (Joonis 42). Kõigi ennustavate tunnuste puhul $p < 0,01$, kui pole märgitud teisiti.

Pöördumise ja selle kaalumise šansse²³ suurendavad tegurid olulisuse järjekorras olid eneseabimeetod „pöördusin mõne alternatiivravimeditiini esindaja (ravitseja, hüpnotisöör vmt) poole“ ($p = 0,02$), mis suurendas pöördumise/kaalumise šansse 24,9 korda; takistus „teadmatus selle ees, mida arst või nõustaja teeb“ ($p = 0,03$), mis suurendas pöördumise/kaalumise šansse 15,6 korda; kui arst või tervishoiutöötaja on viimase aasta jooksul soovitanud suitsetamisest loobumist, mis suurendas pöördumise/kaalumise šansse 4,41 korda. Tajutud norm („meessoost sõbrad pöördusid üldjuhul suitsetamiseks loobumiseks arsti, õe või psühholoogi poole“) suurendas pöördumise šansse 2,02 korda, muu rahvus suurendas pöördumise või kaalumise šansse 1,93 korda ($p = 0,03$) ja positiivne hoiak („arsti, õe või psühholoogi juurde pöördumine suitsetamisest loobumiseks on vajalik“) suurendas pöördumise/kaalumise šansse 1,61 korda.

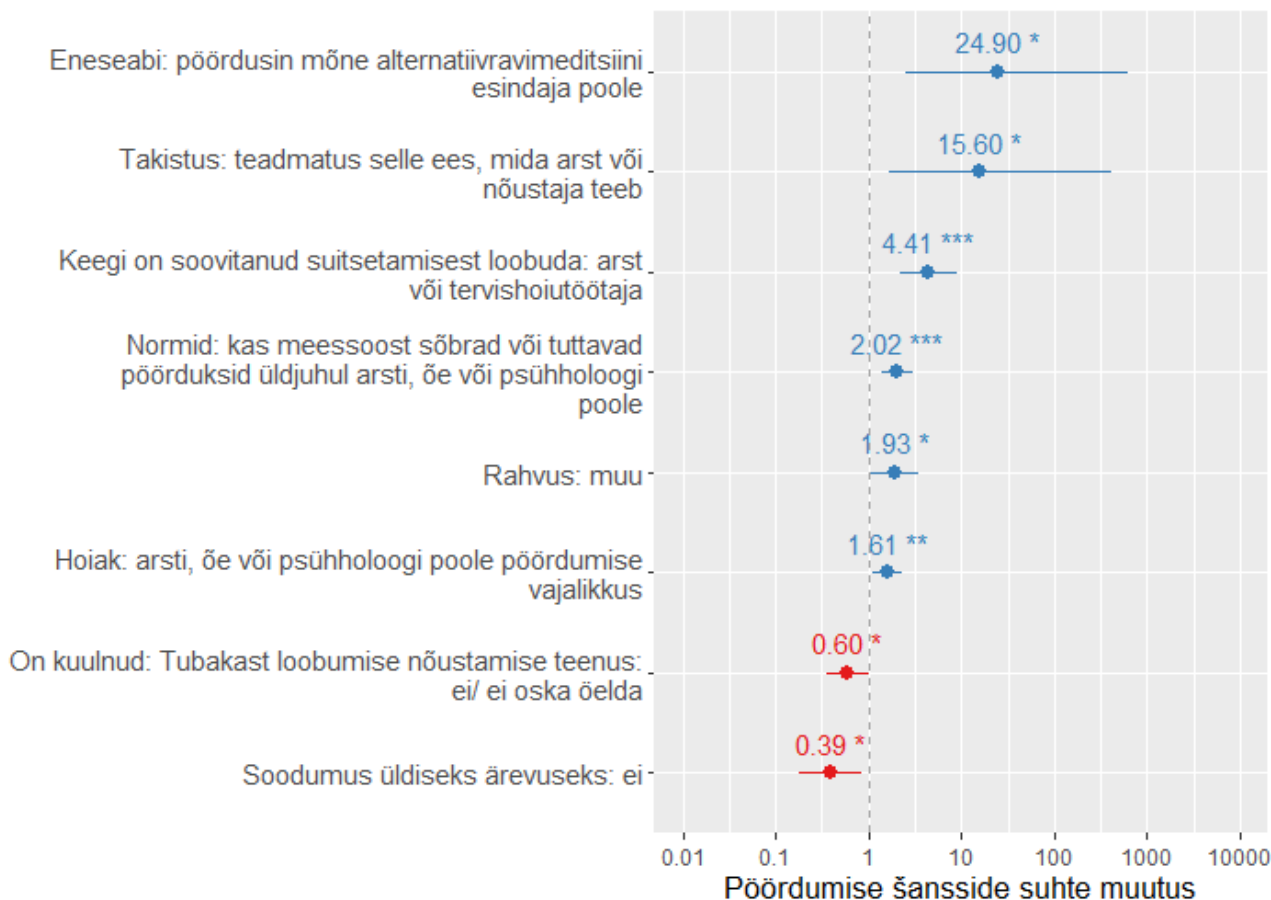
Pöördumise/kaalumise šansse vähendavad tegurid olulisuse järjekorras oli see, kui mees polnud kuulnud tubakast loobumise nõustamise teenusest, mis vähendas pöördumise šansse 0,6 korda (statistiline olulisus piiri peal: $p = 0,05$); ning üldistunud ärevuse risk, mis vähendas šansse 0,39 korda ($p = 0,02$).

Kokkuvõttes soodustab suitsetavaid mehi nõustaja poole pöörduma või seda sammu kaaluma see, kui arst või tervishoiutöötaja on neil soovitanud tubakast loobuda, kui mehed usuvad, et spetsialisti poole pöördumine on suitsetamisest loobumise eesmärgil vajalik (positiivne hoiak), ning nende tutvusringkonnas on meessoost sõpru ja tuttavaid, kes suitsetamisest loobumiseks pöördusid spetsialisti poole (positiivne tajutud norm). Teadmatus selle ees, milline tubakanõustamine välja näeb, on ennekõike seotud kaalujate gruppi kuulumisega ning on võimalik, et teadmatuse vähendamine aitaks pöördumist kaaluvatel meestel pöördumise kasuks otsustada. Põnev tulemus on ka see, et meeste seas, kes on pöördunud spetsialisti poole, on neid, kes on ise suitsetamisest loobumiseks pöördunud mõne alternatiivmeditsiini esindaja poole (selle tulemuse pealt tuleks järeldusi teha ettevaatlikult, kuna valimis esindas seda kogemust ainult 5 meest). See võib tähendada nii seda, et nendel meestel oli suur motivatsioon suitsetamisest loobuda ning alternatiivmeditsiin oli kättesaadavam või atraktiivsem viis loobumisel abi saamiseks või on nad valmis proovima erinevaid meetodeid. Kuid on ka võimalik, et mehed peavad alternatiivmeditsiini esindajat tervisespetsialistiks. Siiski oleks lõplike järelduste tegemiseks vaja suuremat valimit. Üsna ootuspärane on tulemus, et kui mees polnud tubakanõustamise teenusest kuulnud, vähendab see tema pöördumise/kaalumise tõenäosust. Nõustamisvõimaluste laialdane kättesaadavus ja nendest teavitamine aitaksid nõustamisele pöörduvate meeste osakaalu tõsta.

²² Ajendid pöördumiseks jäid mudelist välja, kuna neile vastasid ainult pöördujad ja kaalujad. Logistiline regressioon võimaldab kasutada ainult neid tunnuseid, millele on vastanud kõik.

²³ Logistilise regressiooni mudeli parameetrite interpreteerimisel kasutatakse šansside suhte muutusi, kus sündmuse šanss on defineeritud kui sündmuse esinemise tõenäosuse ja sündmuse mitteesinemise tõenäosuse suhe. Šanssi ja tõenäosust on oluline eristada, kui jutt on kvantitatiivsest ennustusest: saab öelda, et tegur suurendab sündmuse šanssi näiteks kaks korda, kuid sama tõlgendus ei kehti tõenäosuse kohta. Vt logistilise regressiooni kohta: https://et.wikipedia.org/wiki/Logistiline_regressioon

Joonis 42. Olulisemad tegurid, mis ennustavad suitsetamise mahajätmiseks arsti, tubakanõustaja või tervisespetsialisti poole pöördumist. Logistiline regressioon (% vastajatest, kes on suitsetamisest loobumiseks spetsialisti poole pöördunud või seda kaalunud, n = 166). Sinisega on märgitud pöördumist suurendavad ja punasega pöördumist vähendavad tegurid.



7.8. Abi otsimine alkoholi tarvitamise vähendamiseks

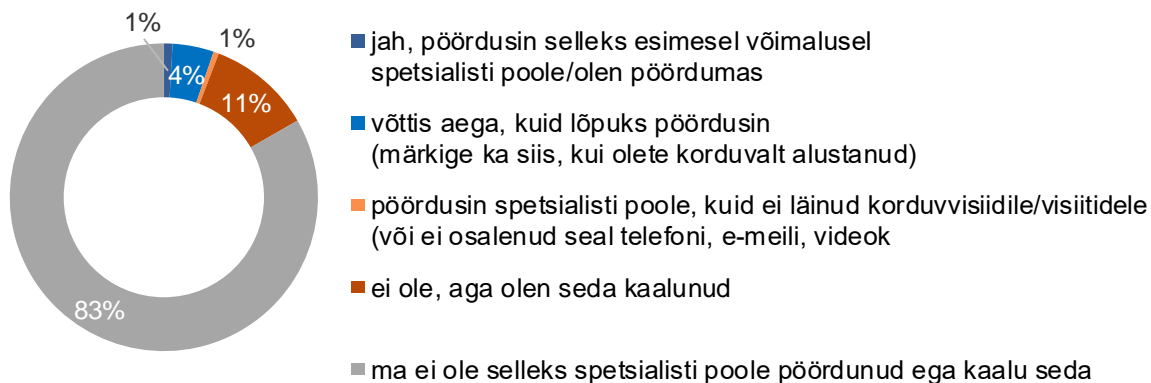
Küsimused professionaalse abi otsimise kohta alkoholi tarvitamise vähendamiseks või sellest loobumiseks esitati meestele, kelle AUDIT testi lühiversioon andis tulemuseks 4 või enam punkti. Neid oli 48% valimist.

6% neist meestest oli alkoholi tarvitamise vähendamiseks või sellest loobumiseks pöördunud arsti või tervisespetsialisti poole, sealhulgas 4% ütles, et see võttis aega või on nad korduvalt alustanud (pöördujad) (Joonis 43). 11% meestest ei olnud pöördunud spetsialisti poole, kuid oli seda kaalunud (kaalujad). Need kaks gruppi, mis moodustavad 17% alkoholi liigtarbimise riskis olevatest meestest, on edasises analüüsis nimetatud **pöördujate/kaalujate** grupiks (n = 136). 83% meestest ütles, et nad ei ole spetsialisti poole pöördunud ega kaalu seda (**kindlasti mitte pöördujad**).

Kvalitatiivuuringus rääkisid mehed ennekõike sellest, kuidas on ise proovitud alkoholi tarbimist vähendada, mõnel juhul ka edukalt. Mainiti mõnda alkoholiga seotud teenust (alkoholi liigtarvitamisest loobumise programm, Wismari haigla psühholoogid), ent (vaimse tervise alast) abi oli otsinud vaid üks mees. Sarnaselt teiste elustiiliteemadega ei soovita alkoholi tarbimist perearstiga proaktiivselt arutada. Ühelt poolt kardetakse probleemile ehk enda käitumisele otsa vaadata ning teisalt ei olda valmis mahajätmise protsessi ette võtma. Mõnikord lihtsalt ei soovita tarbimisest loobuda, kuid põhjuseks võib olla seegi, et kardetakse loobumise protsessis läbi kukkuda. Seetõttu arvatakse, et edukaks alkoholi liigtarvitamise lõpetamiseks on tarvis tugevat motivatsiooni, otsekui surmaähvardust või sarnase tugevusega jõudu.

" M: Kas selleks [arstile minemata jätmiseks] on põhjus? – Vastaja: Noh, ma ei tea, pigem on see, et sa ei julge endale tunnistada, et sa joodik oled, aga lõppkokkuvõttes sa ikkagi oled ... kui sa seal kabinetis käid. /.../ Pigem ongi see elustiili kartus või muuta mingit asja, et sa ei tea, mis saab ... et mis siis juhtuma hakkab ... võib-olla selles on asi. Ja muidugi tunnistada, et sa oled probleemiga tegelikult, et see on ka kindlasti üks argument. (Mees, 32 a)

Joonis 43. Kas Te olete alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks pöördunud arsti või tervisespetsialisti poole? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)

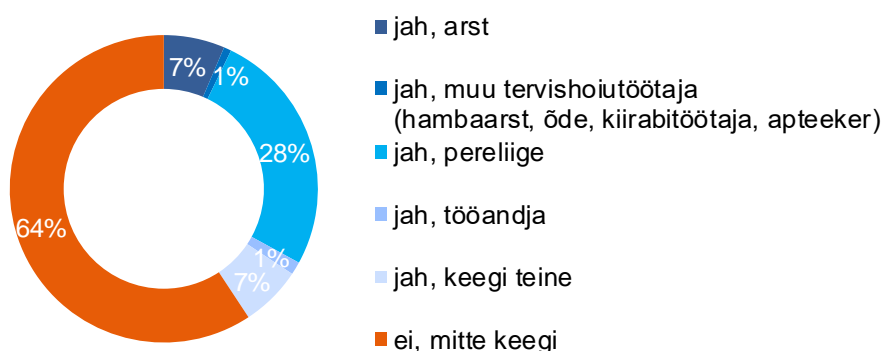


Pöördujaid/kaalujaid oli enam esimese taseme haridusega (27%), väljaspool pealinna elavate linnameeste (20%), lahutatud või lahus elavate meeste (25%) ning oma tervist halvaks hindavate meeste seas, (30%). Pöördumist kaaluvad sagedamini 65–74-aastased mehed (18%).

Kindlasti mitte pöördujaid oli enam 50–64-aastaste (90%), kolmanda taseme haridusega (89%), maal elavate (88%), abielus olevate (87%), juhi või tippspetsialistina töötavate meeste (90%) ning oma tervist heaks hindavate meeste seas (88%).

36% meestest, kel AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, ütles, et neil on **soovitatud vähem alkoholi juua või sellest loobuda** (Joonis 44). Kõige sagedamini oli seda teinud mõni pereliige (28%) ja 14%-l juhtudest oli see arst või mõni muu tervishoiutöötaja, tööandja või keegi teine. Enam oli soovitus saanud mehi pöördujate/kaalujate grupis (70%) ja vähem kindlasti mitte pöördujate seas (29%). Pöördujate seas oli võrreldes kaalujatega enam neid, kes on selle soovitus saanud arstilt (21% vs. 12%), ehk arsti soovitus võib viia pöördumiseni, kui selle peale on varem mõeldud.

Joonis 44. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud vähem alkoholi tarbida või sellest loobuda? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)



Ajendid

Peamised ajendid alkoholitarvitamise vähendamiseks olid samad nagu tubaka puhul: **soov parandada oma füüsilist või vaimset tervist ning alkoholi mõju füüsilisele või vaimsele tervisele** (Joonis 45). Pereliikmete

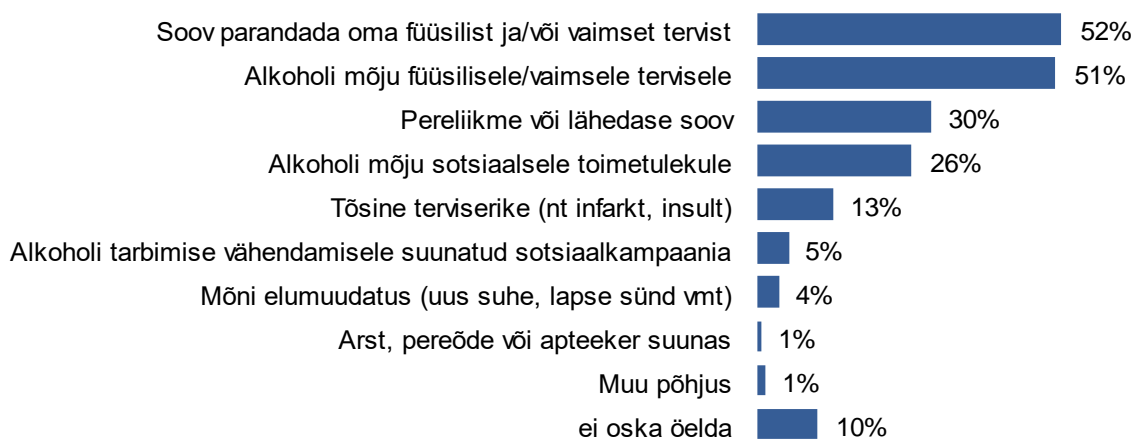
või lähedaste soov oli samuti arvestataval kohal. Vanusegruppide vahel oli vaid üks erinevus: 65–74-aastased töid keskmisest sagedamini välja pereliikmete või lähedaste soovi (59%) ja seda võrreldes 18–34-aastastega (17%).

Pöördujad töid kaalujatega võrreldes enam välja alkoholi mõju sotsiaalsele toimetulekule (37%), aga ka olulisi elumuudatusi (9%).

Kvalitatiivintervjuudest ilmesid sarnased ajendid: pere loomine ja pere heaolu väärtustamine, soov vältida halba enesetunnet.

" Noh, selles mõttes, et ei ... väga sõbralikke suhteid ei ole. Noh, tõenäoliselt väga lihtsal põhjusel, et tervis on – noh, hangover on nii kõva, et kaob igasugune fun ära, et kui pits pannakse lauale ja tõstad juba ... Ja siis ... hakkab juba peas vasardama, et: no, mees, homme sul siis on kehva. Ja selles mõttes ei ole purjus enam olnud ... oi, ei mäleta. See on jäänud maha, ammusesse. (Mees, 58 a)

Joonis 45. Mis Teid ajendas alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? (% vastajatest, kes on pöördunud või on seda kaalunud, n = 136)

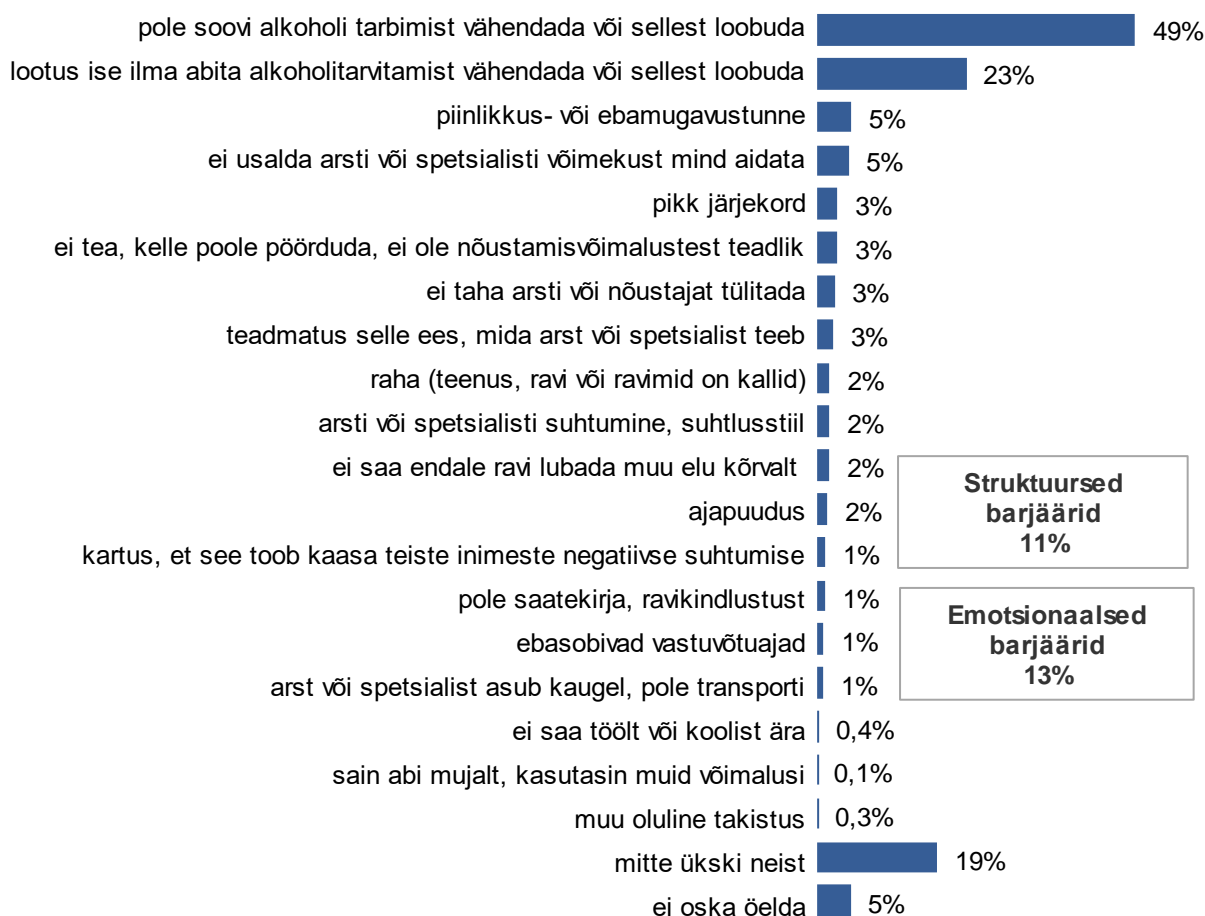


Takistused

Kõige olulisemateks takistusteks alkoholist loobumisel või selle tarvitamise vähendamisel oli **soovimatus loobuda või tarbimist vähendada**, mida töid välja pooled liigtarbimise riskis olevatest meestest (Joonis 46). Veerand lootis ise ilma abita alkoholist loobuda või selle tarvitamist vähendada. Muid põhjuseid toodi välja oluliselt harvem, kuid 19% ütles, et ükski valikus olnud põhjustest polnud takistuseks osutunud. **Struktuurseid põhjuseid** (ajapuudus; ebasobivad vastuvõtuajad; pikk järjekord; ei tea, kuhu pöörduda; rahalised takistused; arst asub kaugel; ei saa endale muu elu kõrvalt ravi lubada) tõi välja 11% meestest ja **emotsionaalseid põhjuseid** (ei taha arsti tülitada; ei usalda arsti võimekust aidata; piinlikkustunne; arsti suhtumine; teadmatus selle ees, mida arst teeb; kartus, et see toob kaasa teiste inimeste negatiivse suhtumise) mainis 13% meestest.

Pöördujate grupp tõi võrreldes teistega enam välja struktuurseid takistusi (45% vs. 26% kaalujatest), sealhulgas ennekõike mainisid nad rahalisi takistusi, saatekirja või ravikindlustuse puudumist ning ajapuudust. **Kaalujad** lootisid peamiselt ise ilma abita alkoholitarbimist vähendada (46%), kuid keskmisest enam oli neil emotsionaalseid takistusi (26%), millest valdav oli piinlikkus- või ebamugavustunne (15%). **Kindlasti mitte pöördujad** sagedamini ei soovinud oma alkoholitarbimist muuta (53%), kuid sagedamini ei pidanud nad ühtegi oletatud takistust oluliseks (21%).

Joonis 46. Millised teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks alkoholist loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)



Eneseabi

43% alkoholi liigtarbimise riskis olevatest meestest märkis, et **on püüdnud midagi ise ette võtta, et alkoholitarbimist vähendada või sellest loobuda** (Joonis 47). Kõige sagedamini töid mehed välja, et on ise teinud endale alkoholitarbimise vähendamise plaani ja seda jälginud (33%), oluliselt vähem aga seda, et on püüdnud millegi muuga tegeledes mõtteid alkoholilt kõrvale viia (13%) või otsinud tuge ja nõu perelt või sõpradelt (5%).

Pöördujad/kaalujad märkisid oluliselt sagedamini, et on otsinud nõu ja tuge perelt või sõpradelt (21%), võrreldes **kindlasti mitte pöördujatega** (2%). Pöördujad on võrreldes kahe teise grupiga saanud sagedamini tõuke mõnest sotsiaalkampaaniast (10%) või pöördunud alternatiivmeditsiini esindaja poole (10%). Kaalujad on aga teistest enam püüdnud endale tehtud alkoholitarbimise vähendamise plaani järgida või tegelenud mõtete mujale viimiseks millegi muuga. Kindlasti mitte pöördujad märkisid sagedamini, et pole ise mitte midagi ette võtnud (63%).

Joonis 47. Kas Te olete ise proovinud midagi teha, et alkoholi tarbimist vähendada või maha jätta (% vastajatest, kelle AUDIT-skoor oli 4 palli või enam, n = 877)



Alkoholist loobumiseks või tarvitamise vähendamiseks spetsialisti poole pöördumist ennustavad faktorid

Kuna sarnaselt tubakast loobumise nõustamise teenuse kasutajatega oli vähe ka neid, kes on alkoholist loobumiseks tervisespetsialisti poole pöördunud (n = 50), viidi selle teema puhul läbi logistiline regressioon, kus ennustati pöördujate/kaalujate gruppi kuulumist (n = 136) võrreldes kindlasti mitte pöördujate gruppi kuulumisega (n = 741). Ennustavateks tunnusteks olid:

1. sotsiaaldemograafilised tunnused (vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis ja laste olemasolu, elukoht, sissetulek, tööalane hõivatus/seisund ja hinnang toimetulekule);
7. üldine hinnang enda tervisele, vaimse tervise näitajad (kroonilise vaimse häire olemasolu, depressioonirisk, üldistunud ärevuse risk, unehäire risk) ja enda vaimse tervise muudatuste märkamine;
2. alkoholist loobumise eesmärgil tervishoiutöötaja poole pöördumisega seotud hoiak, enesetõhusus ja tajutud norm (vt pt 7.4);
3. maskuliinsuse ja professionaalse abi otsimisega seotud uskumused (vt pt 7.3);
4. kellegi poolt soovitus saamine alkoholist loobumiseks (vt Joonis 44);
5. alkoholist loobumise eesmärgil pöördumise takistused (vt Joonis 46)²⁴;
6. eneseabi alkoholist loobumiseks (vt Joonis 47);

Järgnevalt on toodud mudelis statistiliselt oluliseks osutunud pöördujate/kaalujate gruppi kuulumise šansse²⁵ suurendavad ja vähendavad tegurid (Joonis 48). Kõigi ennustavate tunnuste puhul $p < 0,01$, kui pole märgitud teisiti.

Pöördumise/kaalumise šansse suurendasid olulisuse järjekorras rahaline takistus (7,05 korda), eneseabi meetod „rääkisin lähedaste või sõpradega, et küsida nõu või tuge“ (6,15 korda) ja 2,23 kuni 3,99 korda see, kui keegi (arst, tervishoiutöötaja, pereliige, tööandja) on soovitanud viimase aasta jooksul mehel vähem alkoholi tarbida või sellest loobuda. Positiivne hoiak pöördumise suhtes („minu arvates on tervishoiutöötaja poole pöördumine alkoholist loobumise või selle tarvitamise vähendamiseks vajalik“) suurendas

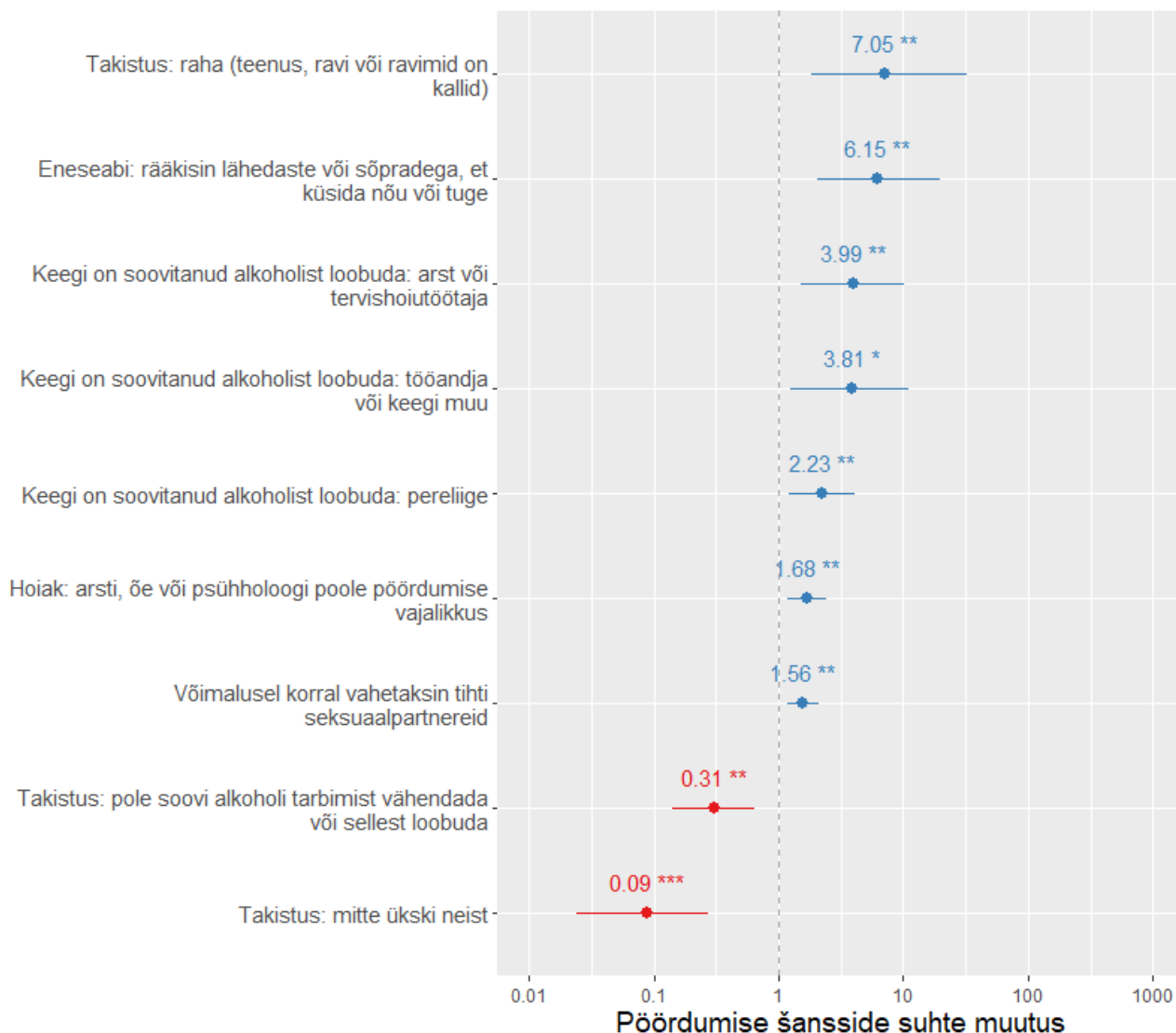
²⁴ Ajendid pöördumiseks jäid mudelist välja, kuna neile vastasid ainult pöördujad ja kaalujad. Logistiline regressioon võimaldab kasutada ainult neid tunnuseid, millele on vastanud kõik.

²⁵ Logistilise regressiooni mudeli parameetrite interpreteerimisel kasutatakse šansside suhte muutusi, kust sündmuse šanss on defineeritud kui sündmuse esinemise tõenäosuse ja sündmuse mitteesinemise tõenäosuse suhe. Vt logistilise regressiooni kohta: https://et.wikipedia.org/wiki/Logistiline_regressioon

pöördumise/kaalumise šansse 1,68 korda. Positiivne norm ja enesetõhusus aga pöördumist/kaalumist statistiliselt oluliselt ei ennustanud. Nõustumine väitega „võimaluse korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid” suurendas 1,56 korda pöördumise/kaalumise šansse.

Pöördumise/kaalumise šansse vähendasid kaks takistust: „pole soovi alkoholi tarbimist vähendada või sellest loobuda” 0,31 korda ja „mitte ükski neist [nimekirjas olnud takistustest]” 0,09 korda.

Joonis 48. Olulisemad tegurid, mis ennustavad alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks arsti või tervise spetsialisti poole pöördumist? (% vastajatest, kes on pöördunud või on seda kaalunud, n = 136)



Nendest tulemustest võib järeldada, et alkoholist loobumist mõjutab see, kui keegi teine on mehele seda soovitusena välja toonud ning kui mehel endal on pöördumise suhtes positiivne hoiak. Ka nõu ja toe otsimine lähedastelt mõjub pöördumisele või selle kaalumisele soodustavalt. Tulemus, et rahaline takistus suurendas kaalumist või pöördumist, võib viidata sellele, et parem rahaline kättesaadavus (või parem arusaam sellest, kui kalline alkoholist loobumise nõustamise teenus mehe jaoks oleks) võiks pöördumise kaalujaid mõjutada pöörduma. Väga ootuspärane on tulemus, et pöördumist/kaalumist vähendas see, kui mehel endal ei ole soovi alkoholist loobuda. Huvitav on aga, et vähesemat pöördumist/kaalumist ennustas see, kui mees ei märkinud nimekirjas mitte ühtegi takistust. Võib olla, et nimekirjast jäid puudu mõned olulised takistused nende jaoks, kes ei pöördu ega ka kaalu seda. Kuid tulemus võib viidata ka sellele, et mees ei teadvusta enda jaoks otseselt ühtegi takistust, kuid sellegipoolest ei soovi teenust kasutada.

8. Füüsilise ja vaimse tervise müksud

8.1. Müksude väljatöötamise metoodika

Müksude väljatöötamiseks sünteesiti kirjanduse ülevaatest ja kvalitatiivuuringust saadud arusaamu meeste käitumisvalikute ja neid mõjutavate tegurite kohta ning laiendatud meeskonnaga läbi viidud töötoast, aruteludest, ekspertintervjuudest ja Arvamusfestivali 2022 ideekorjest saadud mõtteid.

Müksude väljatöötamisel lähtuti EAST raamistikust (Behavioural Insights Team, 2014). EAST raamistiku järgi peavad rakendatavad sekkumised olema:

EAST müksamise raamistik

Lihtsad (easy). Paljud müksud toimivad tänu sellele, et teevad valiku inimese jaoks piisavalt lihtsaks. *Kas õige/vajalik käitumine on kasutajale lihtne? Millised on takistused? Kas füüsilist ja vaimset pingutust saaks teekonnal vähendada? Kas seda saaks teha vaikimisi valikuks?*

Köitvad (attractive). Ahvatlev müks tõmbab tähelepanu ning rakendab inimesele olulisi ajendeid, rõhutades otsusega kaasnevat positiivset või negatiivset tagajärge. *Kas soovitud käitumine on kasulik? Kas see kasu ilmneb alles tulevikus ja ei pruugi seetõttu olla piisavalt mõjus? Kuidas muuta õige/vajalik käitumine atraktiivseks? Võib-olla piisaks silmatorkavuse suurendamisest?*

Sotsiaalsed (social). Inimeste käitumist mõjutavad sotsiaalsed normid ja sõnumitoojad. *Kuidas käitub enamik inimesi? Kas teemal on asjakohane kõneisik, keda sihtrühm usaldab?*

Õigeaegsed (timely). Müksu rakendamisel on võtmetähtsusega selle ajastus. *Kas sekkumine toimub kasutajale sobival ajal või on tal sel hetkel hoopis teised prioriteedid?*

Esimene müksuideoede saamiseks tehtud ajurünnak toimus juunis 2022 läbiviidud töötoas, milles osalesid lisaks uuringu meeskonnale (Kantar Emor, TÜ psühholoogia instituut, TÜ Meestekliinik) ka arstid, meditsiinitudengid, vaimse tervise eksperdid (MTÜ Peaasi), TAI, Sotsiaalministeeriumi ning Tervisekassa esindajad. Lisaks korraldas Kantar Emor Arvamusfestivali 2022 „Märka tervist“ laval arutelu teemal „Eesti meeste tervis – kuidas müksata?“²⁶.

Müksude testimise metoodikaks kasutati **randomiseeritud kontrolluuringut** (RCT – *randomized control trial*; eestikeelsena juhuslikustatud kontrolluuring ehk JUKU). Igas katses jaotati osalejad juhuslikkuse alusel kontroll- ja katsegruppidesse, et veenduda, kas sekkumisel oli põhjuslik seos uuritava käitumisega. Kaks esimest katset viidi läbi n-ö hüpoteetilistena ehk osana küsitlusuuringust ning testiti müksu mõju käitumiskavatsusele (peatükk 8.2). Lisaks viidi läbi kaks katset, mis uurisid sekkumiste mõju reaalsele käitumisele (peatükk 8.3).

²⁶ Arutelu salvestus on leitav siit: <https://soundcloud.com/arvamusfestival/maerka-tervist-eesti-meeste>

8.2. Käitumiskavatsuse mõjutamise katsed

Küsitlusuuringu üheks osaks oli kahe sekkumisidee testimine n-ö laboratoorselt ehk läbi hüpoteetiliste olukordade kirjelduste ning käitumiskavatsuse mõõtmise. Kõik vastajad jagati juhuslikkuse alusel 6 gruppi: 4 gruppi füüsilise tervisega ja 2 gruppi vaimse tervisega seotud sekkumise testimiseks. Järgnevalt on antud ülevaade mõlema katse testimisest ning toodud nende tulemused.

8.2.1 Füüsiline tervis

Jämesoolevähk on nii Euroopas kui ka Eestis haigestumisinäitajatelt pahaloomuliste kasvajate hulgas meestel kolmandal kohal peale eesnäärme- ja kopsuvähki (TAI, 2022c). Peale laia levimuse esineb jämesoolevähki aasta-aastalt järjest sagedamini. Näiteks Eestis haigestus 2000. aastal jämesoolevähki 680 inimest ning 2020. aastal juba 965 inimest (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2022a).

Jämesoolevähk ei oma varases staadiumis sümptomeid, kuid just varakult kasvajalise moodustise tuvastamine hoiab ära jämesoolevähki tekke või lihtsustab selle ravi. Eestis on alates 2016. aastast jämesoolevähki varaseks avastamiseks või vähieelse seisundi avastamiseks kasutusele võetud sõeluuring, mis koosneb esmalt peitvere testist ja positiivse proovi korral kolonoskoopiast.

Sõeluuringuid peetakse üldiselt tõhusaks siis, kui nendes osaleb piisav hulk riskirühma kuuluvaid inimesi. Euroopa kvaliteedijuhendi kohaselt peab minimaalne osalemismäär olema 45% ja soovitatav 65%. Eestis ei ole minimaalset osalemismäära meeste seas veel saavutatud. Näiteks 2021. aastal oli jämesoolevähki sõeluuringu sihtrühma hõlmatus meeste seas 41,6% (naistel 52,2%) (TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2022b). Seetõttu oleks oluline leida uusi viise sõeluuringu osalusaktiivsuse tõstmiseks.

Üks võimalik viis, kuidas osalusaktiivsust suurendada, on uuringukutsete loomisel tugineda psühholoogilistele teooriatele ja mudelitele. Üks populaarsemaid mudeleid, tervisega seotud käitumiste mõistmiseks ja mõjutamiseks, on **tervisealaste uskumuste mudel** (*health belief model*) (Champion & Skinner, 2008; Hochbaum et al., 1952).

Mudeli kohaselt sõltub tervisealane käitumine neljast põhiliselt komponendist: tajutud oht, tajutud risk, tegevuse kasulikkus ja tegevuse barjäärid. Lihtsustatult peaks mudeli kohaselt sõeluuringus osalema inimesed, kes tajuvad ohtu (jämesoolevähk on surmav haigus), tajuvad riski (jämesoolevähk võib olla ka minul) ning usuvad, et pakutud käitumine (sõeluuringus osalemine) on kasulik (sõeluuringus osalemine aitab vähki varem avastada ja suurendab ell jäämisvõimalusi ning pakub meelerahu) ja sellel puuduvad märkimisväärsed barjäärid/kahjud (sõeluuringu protseduur ei ole piinlik, keeruline, ebameeldiv).

Süsteemiline ülevaade sekkumiste kohta, kus on kasutatud tervisealaste uskumuste mudelit, leidis, et 77% sekkumistest, mis kasutas antud mudelit, põhjustas olulisi muutusi käitumises (Jones et al., 2014). Siiski on oluline uurida sekkumiste mõju kontekstispetsiifiliselt. See tähendab, et antud mudeli komponentide sisu muutub sõltuvalt ohust (haigusest) ja käitumisest.

Teoreetilise eksperimendi eesmärgid olid järgnevad:

- Testida, kas loodud kutsed mõjutavad inimeste taju soovitud komponendis (tajutud oht, tajutud risk, tegevuse kasulikkus ja barjäärid). Näiteks hinnata, kui inimesele esitada tekst, mis peaks mõjutama tema ohutaju, siis kas inimeste ohutaju hinnang seeläbi ka muutub.
- Testida, milline kutse mõjutab inimese käitumiskavatsust sõeluuringus osaleda kõige rohkem.
- Testida, kas kõikide komponentide mõjutamine kutse tekstis on oluline. Näiteks, kas inimeste käitumiskavatsus sõltub rohkem jämesoolevähki puudutavast ohust ja riskist või sõeluuringus osalemise kasust ja selle barjääridest.

Selleks jaotati küsitluspaneelis osalevad mehed vanuses 25–74 juhuslikkuse alusel nelja rühma (igas rühmas n = 264). Rühmad nägid lühiformaadis kutset. Kutsed erinesid omavahel komponendi alusel, mida antud kutse oli mõeldud mõjutama (Tabel 2). Esimene grupp ehk kontrollgrupp nägi kutset, mille puhul ei üritatud mõjutada

ühtegi mudeli komponenti (aktiivsete komponentideta lihtne meeldetuletus). Teine grupp nägi kutset, mille puhul loodeti mõjutada jämesoolevähi tajutud ohtu ja riski, kolmanda grupi puhul loodeti mõjutada tegevuse kasulikkuse uskumusi ning neljanda grupi puhul barjääridega seotud uskumusi.

Tabel 2. Kontroll- ja katsegruppidele esitatud jämesoolevähi sõeluuringu kutse tekstid

Grupp 1 ehk kontrollgrupp (aktiivsete komponentideta)	Grupp 2 (Tajutud oht ja risk)	Grupp 3 (Tegevuse kasulikkus)	Grupp 4 (Barjäärid)
<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>
<i>Sõeluuring viiakse läbi Eesti Haigekassa ja Tervise Arengu Instituudi koostöös.</i>	<i>Jämesoolevähk on kolmas kõige levinum ja neljas kõige surmavam vähi liik maailmas. Neljal inimesel kümnest tekib elu jooksul vähieelne seisund, millest võib areneda jämesoolevähk. Eestis areneb vähk sel moel välja ligi 1000 inimesel igal aastal.</i>	<i>Sõeluuring annab Teile kas meelerahu, et olete haigusest vaba, või olulise ajavõidu haigusega võitlemiseks. Jämesoolevähk võib areneda pikka aega ilma kaebusi tekitamata. Mida varem vähk avastada, seda leebem on ravi ja parem selle tulemus.</i>	<i>Sõeluuringul osalemine on lihtsam ja mugavam kui sageli arvatakse. Saate oma perearstilt testikomplekti koos samm-sammulise juhendiga proovi võtmiseks. Võetud proovi saate lekkekindlas proovinõus posti teel tasuta laborisse saata.</i>
<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>

Pärast kutse nägemist esitati meestele küsimusi, mis hindasid käitumiskavatsust. Käitumiskavatsust hinnati küsimusega „Kas lepiksite testikomplekti saamise aja oma perearstiga kokku järgmise 3 tööpäeva jooksul?“ ning paluti hinnata kuuepallisel skaalal. Seejärel paluti hinnata viiepallisel skaalal, kui nõus ollakse väidetega, mis hindavad erinevate komponentide väärtust (tajutud oht, tajutud risk, käitumise kasulikkus ja barjäärid). Tajutud ohtu ja riski kaardistati mõlemat ühe väitega vastavalt „jämesoolevähk on raske haigus, mis võib lõppeda surmaga“ ja „on arvestatav võimalus, et mul on praegu jämesoolevähk“. Käitumise kasulikkust kaardistati kahe väitega: „kui mul avastatakse sõeluuringul jämesoolevähk, siis on selle ravi talutavam ja mu ellu jäämise võimalus suurem“ ja „sõeluuringus osalemine võimaldab mul oma tervise pärast vähem muret tunda“. Barjääre kaardistati kolme väitega: „sõeluuringus osalemine on aeganõudev ja keeruline“, „sõeluuringus osalemine on piinlik ja ebamugav“ ja „sõeluuringus osalemine on ebameeldiv, sest võin sealt saada halbu uudiseid“. Kuna eelnev jämesoolevähi sõeluuringus osalemine võib mõjutada ohu ja käitumisega seotud uskumusi, kontrolliti ka, kas inimene on kunagi andnud väljaheiteproovi. Gruppidevaheline võrdlus näitas, et kõik grupid olid antud näitaja poolest võrdsed, see tähendab, et gruppidevaheliselt oli sama palju inimesi, kes on varem andnud väljaheiteproovi või ei ole seda teinud ($p = 0,93$). Seega antud muutujat edasises analüüsis ei kasutatud.

Tulemused

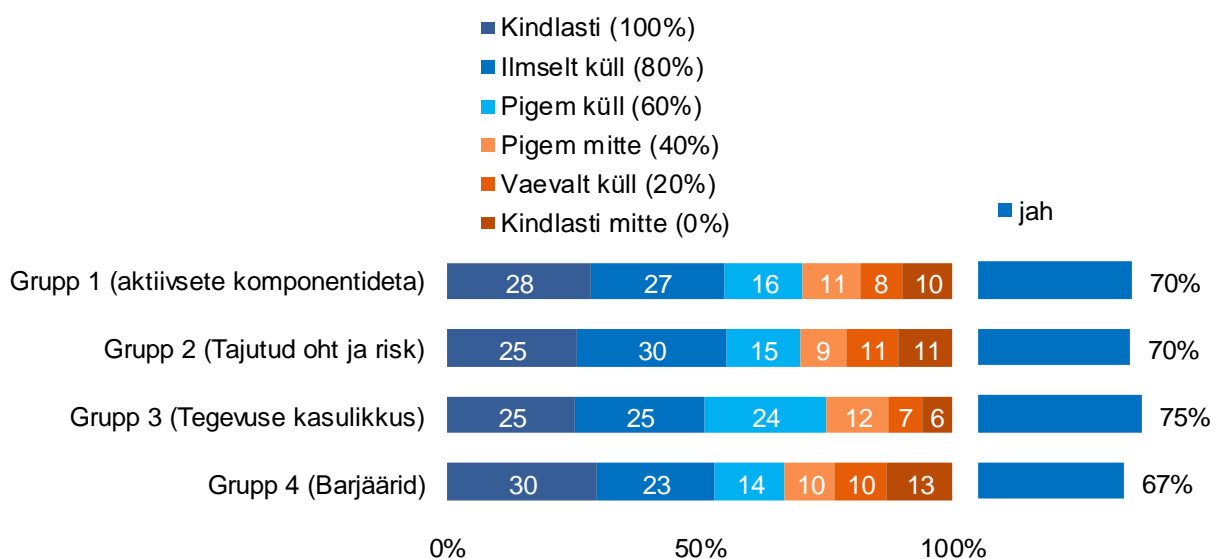
Esimesele kahele uurimisküsimusele – kas kutsed mõjutavad inimeste taju soovitud komponendis ja milline kutse mõjutab sõeluuringus osalemise kavatsust enim – otsiti vastust läbi dispersioonanalüüsi ehk võrreldes, kas gruppidevaheliselt olid sõltuvate muutujate (komponendid ja käitumiskavatsus) keskmised erinevad. Viimasele küsimusele otsiti vastust läbi korrelatsioonanalüüsi ehk uuriti, kas ja kuidas olid erinevad komponendid ja käitumiskavatsus teineteisega seotud.

Gruppidevaheliselt võib erinevust väidete hinnangule näha kahes kohas. Esiteks väite puhul, et **sõeluuringus osalemine võimaldab mul oma tervise pärast vähem muret tunda**, on aktiivsete komponentideta grupis olnud mehed nõustunud rohkem antud väitega ($M = 4,38$), erinedes statistiliselt nii tajutud ohtu ja riski ($p < 0,05$; $M = 4,16$), kasulikkust ($p < 0,05$; $M = 4,19$) kui ka barjääre ($p < 0,01$; $M = 4,14$) mõjutavast grupist.

Teiseks väite puhul, et **sõeluuringus osalemine on piinlik ja ebamugav**, on barjääre mõjutavas grupis olnud mehed nõustunud antud väitega vähem ($M = 2,12$), erinedes statistiliselt nii tajutud ohtu ja riski ($p < 0,01$; $M = 2,42$) kui ka tegevuse kasulikkust ($p < 0,05$; $M = 2,37$) mõjutavast grupist, aga mitte aktiivsete komponentideta grupist ($p = 0,42$; $M = 2,25$; $SD = 1,03$).

Gruppidevaheliselt ei erine ükski grupp teisest käitumiskavatsuse hinnangutes. See tähendab, et erinevates gruppides olevad mehed hindasid küllaltki ühtemoodi seda, kuivõrd nad lepiksid järgmise 3 tööpäeva jooksul kokku aja testikomplekti saamiseks oma perearstiga. Üldiselt oli ka nõustumine antud väitega kõrge. Gruppideüleselt üle 50% meestest ütles, et nad ilmselt (28%) või päris kindlasti (25%) lepiksid kolme tööpäeva jooksul testikomplekti saamise oma perearstiga kokku (Joonis 49). 28% on sellised, kes kalduvad pigem, vaevalt või kindlasti mitte seda tegema. Gruppidevahelist võrdlust käitumiskavatsuse hinnangutes on võimalik täpsemalt näha järgnevalt jooniselt.

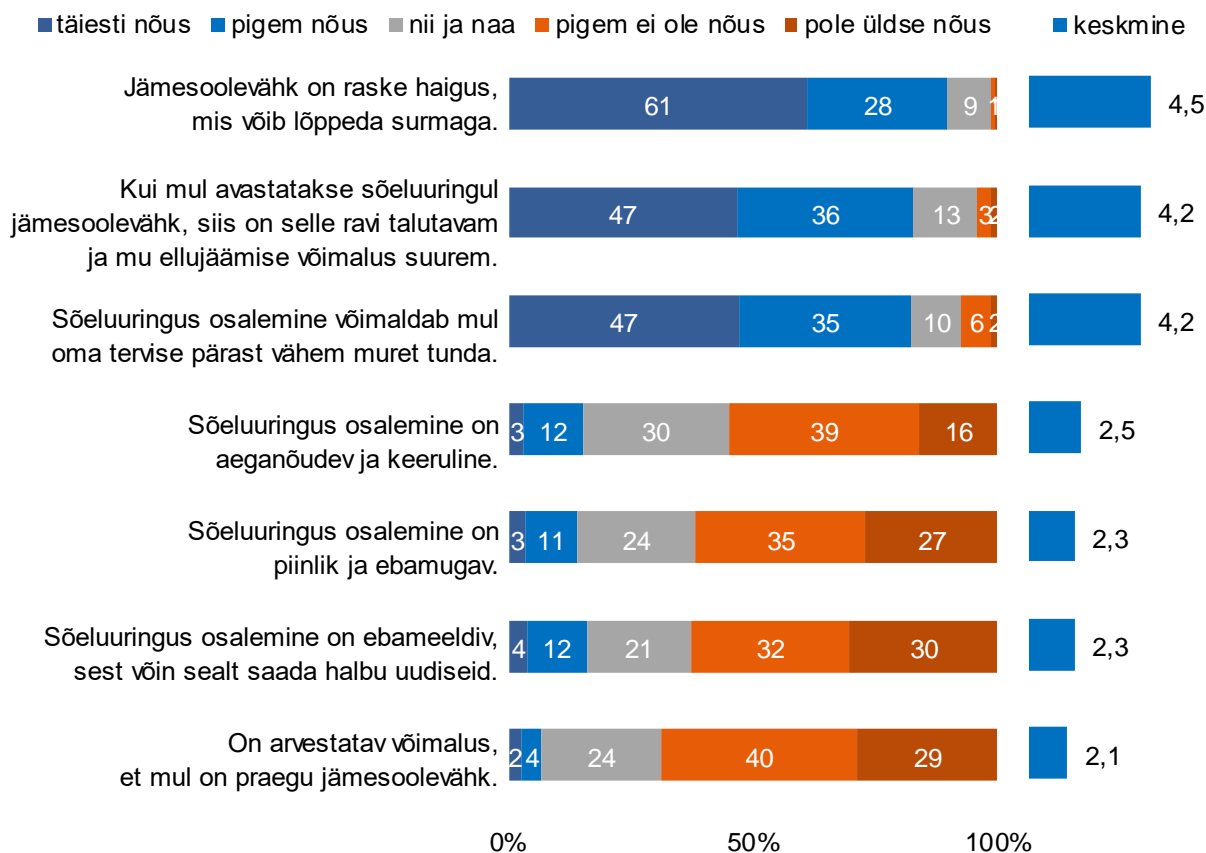
Joonis 49. Kas lepiksite testikomplekti saamise aja oma perearstiga kokku juba järgmise 3 tööpäeva jooksul? (n = 1056)



Järgnevalt vaadati, kas tervisealaste uskumuste mudeli komponendid eraldi ehk gruppideüleselt mõjutasid inimese käitumiskavatsust. Selleks uuriti väidetevahelisi (käitumiskavatsus ja tervisealaste uskumuste mudeli komponendid) seoseid korrelatsioonanalüüsiga. Spearmani korrelatsioonanalüüsi kohaselt olid kõik tervisealaste uskumuste mudeli komponendid peale tajutud riski ($r = 0,06$, $p = 0,07$) käitumiskavatsusega oluliselt seotud. Samuti olid loogilised käitumiskavatsuse ja mudeli komponentide vahelised suhte suunad. See tähendab, et nii nagu varasemalt on leitud, tuli ka meie uuringus välja, et tajutud oht ($r = 0,23$, $p < 0,01$) ja kasulikkus ($r = 0,40$, $p < 0,01$) olid käitumiskavatsusega positiivselt ning barjäärid negatiivselt ($r = -0,37$, $p < 0,01$) seotud. Mehed, kes tajuvad jämesoolevähiga seotud ohtu ja näevad, et sõeluuringus osalemine aitaks

antud kahju maandada ning et sõeluuringus osalemine ei ole seotud suurte barjääride/kuludega, on ka altimad perearstiga aega kokku leppima.

Joonis 50. Gruppideülesed hinnangud tervisealaste uskumuste mudeli komponentidele (n = 1056)



Tulemusi kokku võttes võib üldiselt öelda, et tervisealaste uskumuste mudeli komponendid liigutavad käitumiskavatsust õiges suunas. Siiski ei suutnud katseks loodud erinevad aktiivsete komponentidega sekkumised võrreldes kontrollgrupiga (aktiivsete komponentideta grupp) erinevusi tervisealaste uskumuste mudeli komponentides esile kutsuda. Kontrollgrupp oli mõnel juhul isegi soodsamate tulemustega, näiteks nõustudes rohkem, et sõeluuringus osalemine aitab tunda vähem muret. Siinjuures tuleb silmas pida, et praegune eksperiment ei võimalda hinnata, kas antud gruppidevaheline erinevus oli tingitud sellest, et kontrollgrupi sekkumine tõstis nõustumist väidetega või teiste gruppide sekkumised langetasid nõustumist väidetega. Olenemata sellest olid efektid, mida sekkumised komponentidele omasid, väikesed ning ei mõjutanud oluliselt käitumiskavatsust.

Sekkumiste mõju väiksus komponentidele või puudus käitumiskavatsusele võib olla tingitud väidetele antud hinnangute vähesest variatiivsusest. Näiteks kippusid mehed küllaltki samamoodi ja äärmuslikult vastama. See võis tekitada n-ö laaeefekti, mis tähendas, et erinevaid komponente hindavate väidetega nõustuti samamoodi kõrgelt (tajutud oht ja risk, kasulikkus) või madalalt (barjäärid) ning oldi kindlad, et lepitakse kokku aeg perearstiga. Seega ei pruukinud väärtused varieeruda piisavalt, et leida gruppidevahelisi erinevusi. Kõrged hinnangud võivad käitumiskavatsuse puhul olla seotud sellega, et mehed vastasid sotsiaalselt soovitatavalt. Teine võimalus on see, et üldiselt käitumiskavatsus võibki kõrge olla, kuid see ei pruugi käitumisena väljenduda. Tegelikus elus konkureerib perearsti juurde minek paljude teiste tegevustega, mis võivad valikuhetkel olla suurema väärtusega. Samuti võivad uskumused jämesoolevähi ja jämesoole sõeluuringu kohta jääda kognitiivsele tasandile ilma, et need tekitaksid emotsionaalset reaktsiooni, mis motiveeriks päris elus teemaga tegelema.

Tulemustest lähtudes võiks edaspidi mõelda sellele, kas oluline on muuta inimeste hoiakuid jämesoolevähi ja söeluuringu suhtes või pigem hoopis muuta teenus lihtsamini kättesaadavaks. Antud uuring näitab, et õige hoiak on meestel juba olemas. Pigem võib vähese söeluuringus osalemismäära taga olla võistlus teiste igapäevaste tegevustega, mis on ajahetkes suuremate kasudega. Kindlasti mängivad elektroonselt saadetud kutsed ja meeldetuletused olulist rolli söeluuringus osalemisel, kuid unustada ei saa ka muid võtteid (kindlasti ei ole ka seda tehtud), mis inimese jaoks antud tegevuse läbiviimist lihtsustaksid. Näiteks on uuringud näidanud suuremat peitvere testis osalemist, kui inimestele on testkomplekt postiga koju saadetud (Gruner et al., 2021). Samuti on suurem osalemismäär olnud siis, kui inimene on pidanud loobuma sellest, et talle komplekt postiga koju saadetakse, võrreldes sellega, kui ta on pidanud nõustuma sellega, et talle testkomplekt postiga saadetakse (Mehta et al., 2018). Sellest lähtuvalt võib mõelda võimalusele, et inimene saab originaalis kutse, kus talle on juba perearsti juures aeg broneeritud jämesoolevähi söeluuringu konsultatsiooniks ning soovi korral saab ta sellest loobuda.

8.2.1 Vaimne tervis

Vaimse tervise valdkonna käitumiskavatsust mõjutava müksu väljavalimisel keskenduti **teadlikkuse ja eneseabi** teemadega seotud müksudele, kuna vaimse tervise teenustele on üldiselt pikad järjekorrad ning mitmed eksperdid leidsid, et tervishoiuteenustele müksamisel võib pikkade järjekordade tõttu tekkida eraldi kahju ootustele mittevastamise tõttu. Vaimse tervise müksu puhul tegi Kantar Emor koostööd MTÜ-ga Peaasi, kes teeb Eestis usaldusväärset vaimse tervise ja eneseabi teavitust. Koostöös Peaasi töötajatega valiti sekkumiseks **välja vaimse tervise esmaabi koolituse kutse**, kuna koolitustel oli senini osalenud vähe mehi ning koolitamine on üks olulisi viise, kuidas Peaasi elanikkonna vaimse tervise alaseid teadmisi ja oskuseid parandab. Teoreetiline eksperiment võimaldab hinnata, kas müksav kutse tekst võiks olla meeste koolitustele kutsumiseks efektiivsem kui kontrollversioon, ning saada ka kutse sisule (avatud küsimuste kaudu) tagasisidet, et seda parandada.

Eksperimendis kasutati kontrollversioonina Peaasi ühte vaimse tervise esmaabi koolituse kutse teksti. Uuringu mahupiirangute tõttu kasutati kutse lühemat versiooni. Sekkumiskutset koostades peeti silmas seda, et kutse esindaks koolitust usaldusväärset, ent samas oleks võimalikult müksav. Selleks kasutati erinevaid müksamismõtteid: süvenemise motiveerimist meestele tuttavlike kontekstide abil, meestega seostatud terminite ja väärtuste kasutamist ning koolituse tulemuste ehk hüvede esitamist. Sarnaseid strateegiaid toodi välja ka meeste vaimse tervise ning abi otsimise hoiakute mõjutamisele suunatud 25 sekkumise analüüsis (Sagar-Ouriaghli et al., 2019).

Kutsed esitati küsitlusuuringu käigus kokku 720 mehele vanuses 18–74 a ning uuringugrupid randomiseeriti. Vastaja nägi kas kontroll- või sekkumiskutset, pärast kutse lugemist vastas küsimustele ja soovi korral põhjendas enda antud hinnanguid.

Tabel 3. Kontroll- ja katsegrupile esitatud vaimse tervise esmaabi koolituse kutse tekstid

Kontrollgrupp	Katsegrupp	Müksamismõtte selgitused
<p>Pealkiri: Peaasi.ee kutsub vaimse tervise esmaabi koolitusele</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaimse tervise esmaabi andmine on õpitav oskus, mida saab kasutada kõikjal (nt tööl, kodus, tennis) ja selle pakkumine on jõukohane igaühele, kes on koolituse läbinud. 	<p>Pealkiri: Õpi andma vaimse tervise esmaabi</p> <p>Kas tead, mida teha, kui kellelgi läheb raskeks? Näiteks sõber kaob radarilt, pereliige tõmbub endasse või kolleeg kaotab enesevalitsuse? Mõnikord on endalgi raske stressi ja pingetega toime tulla.</p>	<p>Viidati meeste jaoks rohkem harjumuspärastele olukordadele, kus vaimse tervise esmaabi on vaja (sõber, pereliige, kolleeg ja enesevalitsuse kaotamine).</p>

<ul style="list-style-type: none"> Vaimse tervise esmaabi andmise oskus on sama oluline kui füüsilise tervise esmaabi andmise oskus. <p>Vali endale sobiv koolitusaeg 👍 https://esmaabi.peaasi.ee/ #peaasi #vaimnetervis #vaimseterviseesmaabi</p>	<p>Vaimse tervise esmaabi saab anda igaüks. Vaja läheb vaid julgust ja tööriistakasti, mida pakub peaasi.ee professionaalide kokku pandud kompaktne koolitus.</p> <p>Sisutiheda koolituse jooksul saad teada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuidas aru saada, et keegi võib vajada abi Mida ja kuidas öelda Kuidas ja kelle juurde abivajajaid suunata Kuidas iseennast emotsionaalselt vormis hoida <p>Pane end kirja 👍 https://esmaabi.peaasi.ee/</p>	<p>Viidati mehelikele terminitele (julguse vajadus ning tööriistakast).</p> <p>Rõhuti koolituse kompaktsusele ja professionaalsusele</p> <p>Toodi välja koolituse teemad ning lihtsustati neid, viidati ka kasule mehe vaates (vormis hoidmine, keerukas olukorras toimetulek).</p>
---	--	---

Kutsete mõju mõõdeti kahe sõltuva muutujaga, mis peale kutse versiooni lugemist kaardistasid meeste hinnanguid järgmistel teemadel:

- Kui kasulikuks Te seda koolitust peate? Palun andke hinnang 5-pallisel skaalal.
- Kui suure tõenäosusega Te ise osaleksite sellisel koolitusel? Palun andke hinnang 5-pallisel skaalal.

Sellised muutujad võimaldavad koolituse kutset hinnata nüansirohkemalt. Koolitusest osavõtmine on kulukas ja mahukas samm, mistõttu on võimalik, et kutse mõjutab hoiakuid, ent midagi jääb minemise otsusest puudu. Kuna eesmärk oli koguda müksamisest taipamisi ka laiemalt ja teiste eneseabi tegevuste jaoks, võimaldab tajutud kasulikkuse mõõtmine hinnanguid mitmekülgsemalt tabada.

Tulemused

Katsega otsiti vastust küsimusele, kas sekkumiskutse tekst mõjutab meeste hinnanguid koolituse kasulikkusele ja minemise tõenäosusele. Sekkumiskirja efektiivsust hinnati *Mann Whitney U (Wilcoxon Rank Sum Test)* statistilise testi abil.

Mann Whitney U test võimaldab tuvastada, kas kahe sõltumatu uuringugrupi hinnangutes on piisav erinevus ning sobib järjestikaskaaladega muutujate hindamiseks. Müksamine on efektiivne, kui gruppidevahelised erinevused hinnangutes on statistiliselt olulised ($p < 0.05$) ning kui ilmneb vähemalt väike mõju. Mõju arvutatakse välja astak biseriaalkorrelatsioonikordaja r abil (rank bi-serial correlation r), mis näitab muutuse suurust, kui hüpoteesi pooldavate gruppide paaride proportsioonist lahutatakse hüpoteesi ümber lükkavate paaride proportsioon. Seega tähistab r alles jäänud positiivset efekti, mille väärtus jääb -1 ja 1 vahele.

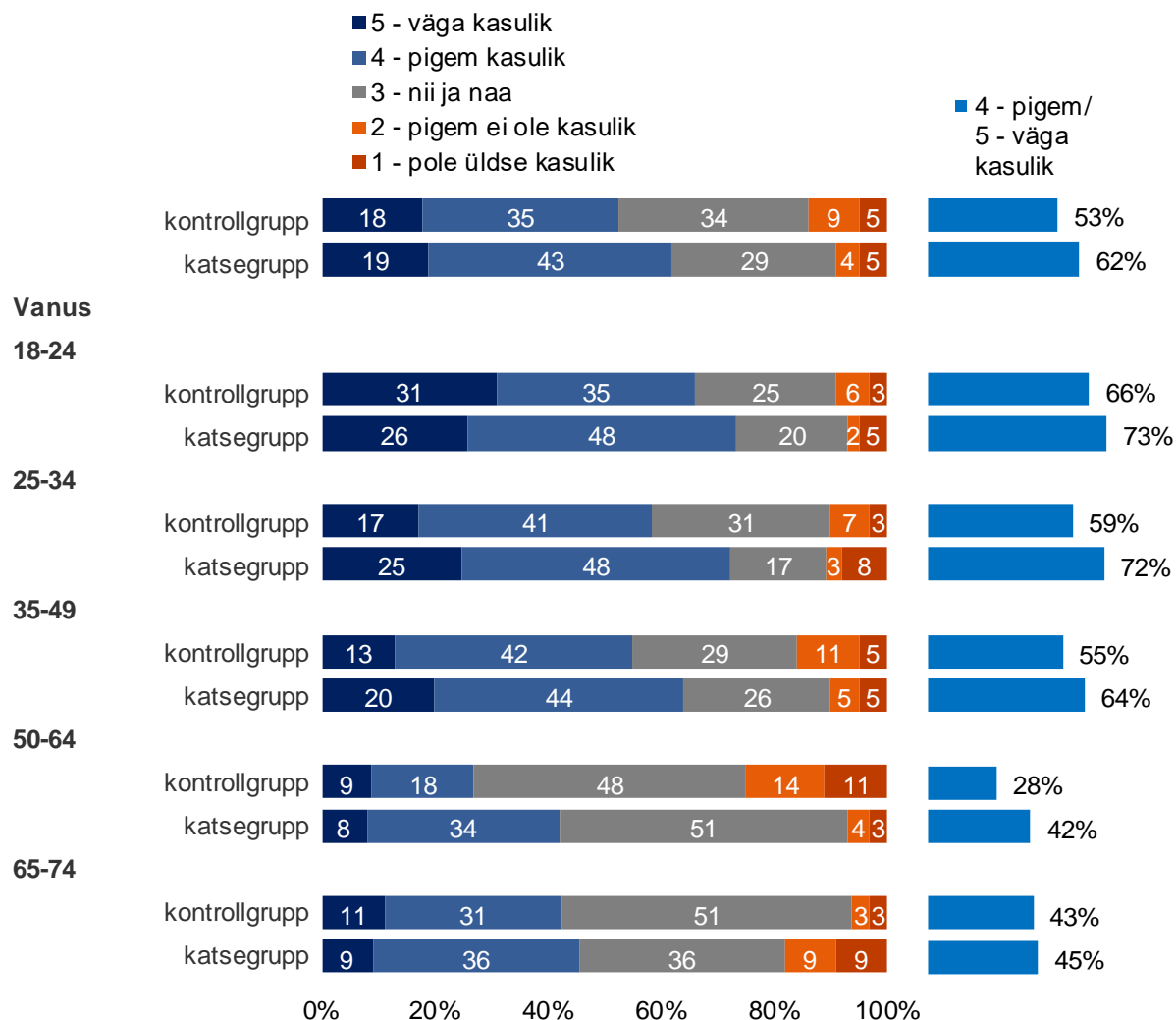
Test näitab, et tajutud kasulikkuse hinnangud olid gruppides statistiliselt olulisel määral erinevad ($p = 0.03124$), ent hinnangud koolitusele minemise tõenäosusele mitte ($p = 0.1782$). Mõlema puhul on efekti suurus pigem väga väike. Tajutud kasulikkuse puhul on astak biseriaalkorrelatsioonikordaja $r = 0.0801$ ja tajutud osalemise tõenäosuse puhul $r = 0.0503$.

Seetõttu võib öelda, et **sekkumiskutsel oli statistiliselt olulisel määral väga väike mõju tajutud kasulikkusele, ent mitte tajutud osalemise tõenäosusele. Sekkumiskutse võib panna 8% mehi teiste soodsate tingimuste korral koolitust vähemalt lühiajaliselt kasulikumaks hindama.**

Kontrollkutse peale pidas koolitust pigem või väga kasulikuks (4–5 palli) 53% ning sekkumiskutse peale 62% meestest (Joonis 51). Sekkumiskutse puhul anti koolituse tajutud kasulikkusele rohkem 4-palliseid hindeid ning vähem 2- ja 3-palliseid hindeid. Mõlemal juhul on kõrgemaid hinnanguid koolituse kasulikkusele

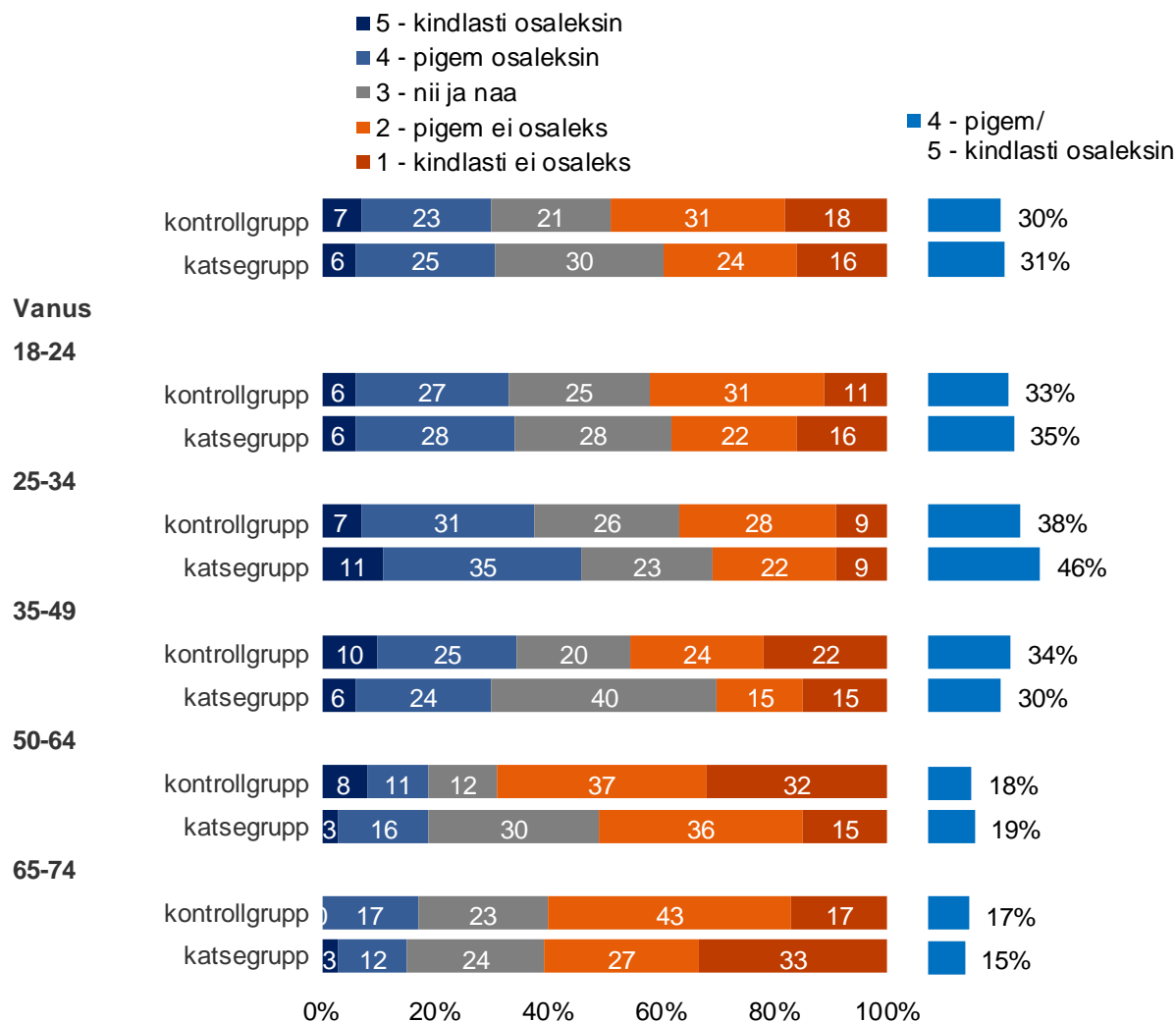
andnud nooremad mehed (18–49-aastased) ja tunduvalt negatiivsemaid hinnanguid on andnud 50–64-aastased mehed (Joonis 51).

Joonis 51. Hinnangud koolituse kasulikkusele kontroll- ja katsegrupi ning vanuse lõikes (kontrollgrupp n = 359, katsegrupp n = 361)



Hinnangud koolitusel osalemise tõenäosusele on madalamad (Joonis 52) kui koolituse tajutud kasulikkusele, **kontrollversiooni kutse põhjal hindas koolitusel osalemise tõenäosust 4–5 palliga 30% meestest ning testversiooni põhjal 31% meestest.** Teistest enam osaleksid vaimse tervise koolitusel nooremad mehed (25–34-aastased), taaskord eristuvad madalate hinnangutega 50–74-aastased mehed.

Joonis 52. Hinnangud koolitusel osalemise tõenäosusele kontroll- ja katsegrupi ning vanuse lõikes (kontrollgrupp n = 359, katsegrupp n = 361)



Avatud vastustes ei osanud umbes kolmandik meestest enda hinnanguid põhjendada (32–35%). Koolituse puhul toodi sageli välja, et koolitus võiks üldiselt abiks olla ning kasu nähti nii ühiskondlikus mõttes (vaimse tervise teema olulisus ühiskonnas) kui ka lähedaste abistamiseks. Teistest põhjustest paistsid silma ka skeptilised arvamused psühholoogilise abi kohta üldiselt või siis toodi välja, et koolituse asemel oleks efektiivsem arsti või nõustaja individuaalne konsultatsioon.

Kokkuvõttes oli meestele saadetud vaimse tervise esmaabi müksaval kutsel väga väike, aga statistiliselt oluline mõju koolituse kasulikkusele meeste silmis, kuid hinnanguid tajutud osalemise tõenäosusele sekkumiskutse statistiliselt olulisel määral ei mõjutanud. 62% sekkumisgrupi meestest hindas koolituse kasulikkust 4–5 palliga, kontrollgrupis aga 53% 4–5 palliga, hinnangud osalemise tõenäosusele olid gruppides väga sarnased (vastavalt 31% ja 30%). Väga väikese efekti üheks põhjuseks võivad olla uuringu mahu tõttu valitud pigem lühikesed kutsetekstid.

Avatud vastustes toodi välja teema olulisust ühiskondlikus vaates ning lähedaste inimeste abistamiseks. Samas ei osanud väga paljud mehed enda hinnanguid põhjendada ning oldi ka skeptilised koolituse toimivuse osas. Ka kvalitatiivuuringsus olid mehed kõhklevamad nii vaimse tervise abi kui ka terviseprobleemidest rääkimise osas, seega võivad madala tajutud osalemishuvi taga ühe põhjusena olla meeste kehvad sotsiaal-emotsionaalsed oskused. Selleks, et mehi vaimse tervise esmaabi või teistele sarnastele koolitustele meelitada, võib olla tarvis pikemat, põhjalikumat ja veelgi konkreetsemat kutset ning ehk ka meeste vajadusi arvestavat koolituse disaini. Üldise vaimse tervise katusmõiste kasutamise asemel võib olla parem rääkida

konkreetsetest teemadest. Sellest sõltumata on vaimse tervise teemade kommunikeerimine meestele apelleerivate müksude või veenmisvõtete abil siiski paljulubav sekkumine.

8.3. Käitumise mõjutamise katsed

8.3.1 Füüsiline tervis

Koostöös tellijaga otsustati arendada edasi füüsilise tervise käitumiskavatsuse mõjutamise katset ning võtta fookusesse jämesoolevähi sõeluuringus osalemise suurendamine. TAI-I ja Tervisekassal on toimiv sõeluuringute kutsete ning meeldetuletuste saatmise süsteem. Lisaks ametlikele massteavitustele helistavad perearstikeskused enda nimistu vastavate sünniaastatega patsientidele ning kutsuvad neid sõeluuringus osalema. TAI ja Tervisekassa üheks edaspidiseks eesmärgiks on sõeluuringute kutsete terviklik analüüs, et mõista erinevate formaatide (otsepost, e-kiri, SMS, telefonikõne) ning erinevate sõnumite mõju. Koostöös Akkadiani ja TÜ psühholoogia instituudi kaasprofessori Andero Uusbergiga on varem näiteks testitud rinnavähi sõeluuringu kutsete (otsepost) erinevate sõnastuste mõju sõeluuringus osalemisele (mõju erinevust ei tuvastatud) (2021–2022, avaldamata andmed).

Antud projektis keskenduti jämesoolevähi sõeluuringule, sest see on ainus ka meestele mõeldud sõeluuring. Sekkumise raames testiti SMS-meeldetuletust kui aktiveerivat sekkumist jämesoole sõeluuringus osalemise suurendamiseks. Iga aasta alguses saadab TAI e-kirja teel välja sõeluuringutes osalemise kutseid ning teeb seda osade kaupa, et perearstikeskuste koormust hajutada. Kantar Emor saatis aprillis esimesele ehk jaanuaris e-kirja saanud meeste grupile SMS-meeldetuletuse. Kontrollgrupi moodustasid need mehed, kes SMS-i ei saanud. Eesmärk oli hinnata SMS-meeldetuletuse mõju saatmisest järgneva kuu jooksul, tuvastamaks, kas sõeluuringus osalejate osakaal SMS-i saanud grupis kasvas. Katse võimaldab mõista, kas SMS toimib kui sõeluuringule minemist aktiveeriv sekkumine neile, kes on ühe kutse juba e-kirja teel saanud. See võimaldab teha järeldusi ja muudatusi II poolaastaks, mil plaanitakse sõeluuringute meeldetuletusi SMS-i teel laialdasemalt saata.

Kuivõrd käitumiskavatsuse mõjutamise katses testitud sõnastusversioonid ei olnud käitumiskavatsusega tugevalt seotud (vt pkt 8.2.1), siis lähtuti käitumise mõjutamise katse SMS-i sõnastuse loomisel varasemast teaduskirjandusest ning mõjutamispsühholoogilisest teooriast. Eeskujuks olid käitumisteadlase Katy Milkmani tööd, kus ta on vaktsineerimise aktiivsust tõstnud sõnumiga „Sinu vaktsiin on reserveeritud/broneeritud ja ootab sind.“ (Milkman et al, 2021). TAI ja Tervisekassa esindajatega koostöös otsustati rõhutada jämesoolevähi sõeluuringu kutse saaja testkomplekti valmisolekut.

Efektivsusuuringu käigus võrreldi mõjutamispsühholoogilisel meetodil põhinevaid SMS-kutseid kontrollgrupiga (Tabel 4). Katsegrupi B „Ärge lükake edasi“ SMS-meeldetuletuse puhul oli mõjutamispsühholoogilisest vaatest põhirõhk ajalisel meeldetuletusel. See tähendab, et SMS-i sisu annab edasi infot, mida, kes ja kuhu ootab inimest tegema, ning rõhutab, et testi tegemist pole mõtet edasi lükata. Katsegrupi C „Teie komplekt ootab“ SMS-meeldetuletuse sisu põhines käitumisteadlase Katy Milkmani töödel, kus vaktsineerimise aktiivsust on tõstetud sõnumiga „Sinu vaktsiin on reserveeritud/broneeritud ja ootab sind.“ (Milkman et al, 2021). Kontrollgrupp A SMS-meeldetuletust ei saanud.

Tabel 4. Katsegruppidele SMS-i teel saadetud meeldetuletuste tekstid

Kontrollgrupp A	Katsegrupp B	Katsegrupp C
SMS-meeldetuletust ei saadeta	Mis täna tehtud, see homme hooleta! Teil on tänavu võimalus jämesoolevähi sõeluuringus oma tervist kontrollida. Testi tegemiseks pöörduge oma perearsti poole esimesel võimalusel.	Teie testkomplekt ootab Teid perearsti juures. Teil on tänavu võimalus jämesoolevähi sõeluuringus oma tervist kontrollida. Testi tegemiseks võtke ühendust oma perearstiga.

Kutsete efektiivsuse tuvastamiseks viidi läbi kolme võrdse suurusega juhusliku rühmaga kontrollkatse. Uuringu valimisse kuulusid mehed, kes said 2023. aasta jaanuaris TAI vähi sõeluuringute registrilt (VSR) oma e-posti aadressile kutse sõeluuringule (5660 meest). Aprillis saatis Tervisekassa neile meestele täiendava SMS-meeldetuletuse. SMS-meeldetuletust ei saadetud meestele, kes olid selleks ajaks juba sõeluuringul käinud. Juhuslik randomiseerimine kolme rühma vahel toimus VSR-is, kes saatis kahe katserühma kontaktid Tervisekassale. Tervisekassa saatis peale SMS-ide saatmist VSR-le info selle kohta, kellele ja mis kuupäeval SMS saadeti. Valimi jaotus on toodud lisa 4. Uuringu läbiviimise kooskõlastas TAI inimuuringute eetikakomitee (uuringuprojekt nr 2441, TAIEK otsus nr 1194).

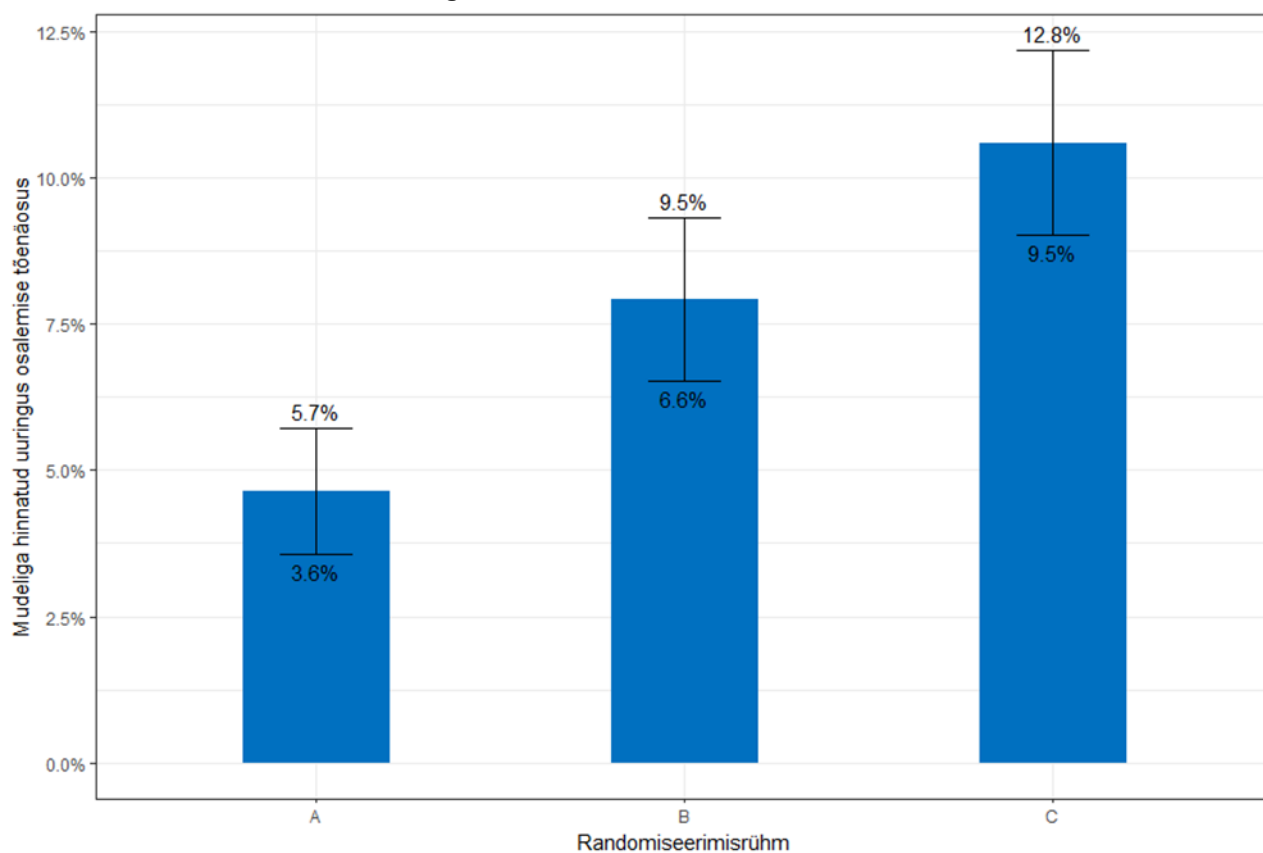
Uuringu käigus otsiti vastust järgmistele küsimustele:

- Kas SMS-meeldetuletuse saatmine suurendab kuu aja jooksul sõeluuringusse jõudnud kutsutute hulka võrreldes nende kutsututega, kes SMS-meeldetuletust ei saa?
- Teiseks, kas üks kahest uuritavast sõnastusest on tõhusam kui teine?

Eeldati, et SMS-meeldetuletuse saatmine mõjutab inimesi kiiremini sõeluuringus osalema (grupp B ja C vs. grupp A). Erinevate sõnastuste mõju osas (grupp B vs. grupp C) ei olnud uuringumeeskonnal hüpoteesi. Tegemist oli selles osas pigem avastusliku kui tõestava katsega.

Andmete analüüsimiseks kasutati R-Studio tarkvara ning kirjeldati gruppidevahelisi statistiliselt olulisi erinevusi sõeluuringus osalemises. Antud uuringuprojekti raames analüüsiti SMS-meeldetuletuse mõju esimese kuu tulemusi. **Need näitavad, et sõnumi saanud meeste seas oli oluliselt rohkem sõeluuringus osalejaid (grupp B 8,1% ja grupp C 11,2%) kui sõnumit mitte saanud meeste seas (grupp A 4,6%)** (Joonis 53; vt ka lisa 5 tabel 3). Tavapärasest müksamise praktikast arvesse võttes on tegemist tugeva efektisuurusega, mis annab lootust, et see suurendab ka aasta lõikes testgruppide osalusmäära võrreldes kontrollgrupiga (Mertens *et al.*, 2022).

Joonis 53. Jämesoolevähi sõeluuringu SMS-meeldetuletuse saatmise tulemused



Selle kohta, kas sekkumine suurendas sõeluuringus osalemist või ainult kiirendas pöördumist nende seas, kes seda nagunii oleksid teinud, saab järeldusi teha terve aasta koondtulemusi analüüsid (kättesaadavad 2024).

aasta veebruaris). 2021.–2022. aastal testitud rinnavähi sõeluuringu kutsete puhul jõudsid uurijad järeldusele, et sekkumine osalusmäära ei tõstnud, kuid kiirendas uuringul osalemist (Uusberg et al, avaldamata tulemused). Käesoleva katse esimese kuu efektiivsused on sedavõrd suured, et võib eeldada mõju püsivust terve aasta koondtulemustes.

Esialgsete tulemuste pealt võib SMS-i kui osalemist aktiveeriva kanali kasutamist sõeluuringu kutsete ja meeldetuletuste protsessi osana soovitada. Samuti tasuks tähelepanu pöörata meeldetuletuste sõnastusele, sest sekkumisuuringus oli tuvastatav erinevus kahe erineva sõnastusega SMS-i saanud meeste osalusmääral. Katses oli edukam Katy Milkmani varasematele töödele toetuv sõnum „Teie testkomplekt ootab teid“, mille toime toetub personaalsemale kommunikatsioonile ja n-ö omanikutunde tekitamisele (*endowment effect*).

8.3.2 Vaimne tervis

Vaimse tervise päriselulise sekkumisena viidi läbi vaimse tervise vitamiinide kampaania teemaline müksamiskesperiment koostöös MTÜga Peaasi.

Peaasi alustas 2023. aasta märtsis vaimse tervise vitamiinide kampaaniaga, mille käigus tutvustati viie vaimset tervist toetava teguri ehk „vitamiini“ olulisust. Nendeks on head suhted, tasakaalustatud toitumine, uni ja puhkamine, liikumine ning meeldivate emotsioonide kogemine. Kampaania oli küll suunatud nii meestele kui ka naistele, kuid Peaasi kogemusel tulevad kampaaniateggevustega rohkem kaasa naised. Kuna teadmised vaimse tervise vitamiinidest ja muud Peaasi lehel olevad eneseabi materjalid on relevantssed ka meestele, on oluline leida viise, kuidas rohkem mehi vaimse tervise teemaliste eneseabimaterjalideni tuua.

Katse eesmärk oli testida meestele suunatud Facebooki reklaami mõju vaimse tervise vitamiinide testi maandumislehele jõudmisele Peaasi.ee kodulehel. Kontrolltingimuses kasutati Peaasi koostatud ja ka eelmisel aastal kasutatud reklaami, mille loomisel ei peetud silmas eraldi meeste sihtgruppi (vt Joonis 54). Katsetingimuses kasutati koos uuringu meeskonnaga välja töötatud reklaami.

Meestele suunatud reklaami väljatöötamiseks viis uuringu meeskond läbi ajurünnaku, võttes sisendiks meeste tervishoiuteenuste kasutamise uuringu raames kogutud kvantitatiiv- ja kvalitatiivandmeid, erinevaid teoreetilisi käsitlusi ja mujal maailmas tehtud sekkumisuuringuid. Ajurünnaku tulemusena jõuti kolme erineva sõnumiga reklaamversioonini: 1) soostereotüüpi kasutatav versioon, kus seos luuakse hooldust vajava auto ja vaimse tervise vahel („Millist kütet sinu vaim vajab?“); 2) versioon, kus vaimsele tervisele viidatakse kui vaimsele vormile ning seos luuakse füüsilise ja vaimse vormi vahel („Kas vaim on vormis?“); 3) isarollile rõhuv versioon („Kas vaimul jagub jõudu, et olla toeks?“). Uuringumeeskonna ja Peaasi ühise arutelu tulemuseks valiti testimiseks kolmas ehk isa rollile rõhuv versioon (vt Joonis 54).

Reklaami mõju testimiseks loodi Peaasi Facebooki konto reklaamihalduri A/B testimise funktsiooni kasutades kolm kampaaniat: esimene oli suunatud meestele vanuses 18–34, teine meestele vanuses 35–50 ja kolmas meestele vanuses 51–64. Ülemiseks vanusepiiriks jäi 64 aastat, kuna vanemad mehed ei ole Peaasi peamises sihtgrupis. Kõigi kolme kampaania sisu oli ühesugune: reklaamis esitati kas kontrollversiooni või testversiooni, kusjuures Facebooki A/B testimise funktsioon tagab selle, et ühele Facebooki kasutajale näidatakse kas ainult A või ainult B versiooni. Peaasi ei reklaaminud katseperioodil sihtgrupile sotsiaalmeediakanalites ühtegi muud kampaania materjali.

Reklaami mõju testimiseks loodi Peaasi veebilehele 6 erineva URL-iga, kuid sisu poolest identset maandumislehte, kus tutvustati lühidalt vitamiinitesti ning kus oli võimalik edasi liikuda testi tegema (vt <https://peaasi.ee/vitamiinitest/>). Erinevad URL-id olid vajalikud selleks, et hiljem tuvastada, millist reklaami näinud ja millises vanusegrupis olnud mees maandumislehele jõudis. A/B test viidi läbi 10 päeva jooksul (vahemikus 15.–24.03.2023).

Uuringule ei taotletud eetikakomitee luba, kuna uuringus kasutati anonüümseid andmeid: reklaame näidati meestele Facebooki algoritmi põhjal ning uuringumeeskonnal ei olnud võimalik tuvastada, kes reklaami nägid ja maandumislehele jõudsid.

Joonis 54. Facebookis esitatud vaimse tervise vitamiinide kampaania kontroll- ja katseversioon



Tulemused

Facebook mõõtis A/B testis kummaagi versiooni rahalist kulu ühe tulemuse kohta (*cost per result – CPR*). Tulemuseks seati reklaamile klikkimine (mis viis Peaasi vitamiinitesti maandumislehele). CPR oli seega ühe reklaamile tehtava kliki hind. Facebook raporteerib CPR-i põhjal võitja ehk selle variandi, mille CPR on madalam, ning raporteerib, millise tõenäosusega võidaks seesama võitja versioon, kui sama testi uuesti teha.

Vanuserühmas 18–34 tehtud A/B testis osutus võitjaks reklaami katseversioon, mille CPR oli 0,40 € (klikke oli 186), samas kui kontrollversiooni CPR oli 0,48 € (klikke oli 157). Katse kordamisel sama tulemuse saamise tõenäosus oli Facebooki arvutuste järgi 78%.

Vanuserühmas 35–50 tehtud A/B testis osutus samuti võitjaks reklaami katseversioon, mille CPR oli 0,41 € (klikke 185), samas kui kontrollversiooni CPR oli 0,50 € (klikke 150). Katse kordamisel sama tulemuse saamise tõenäosus oli Facebooki arvutuste järgi 80%.

Vanuserühmas 51–64 tehtud A/B testis Facebook võitjat välja ei selgitanud. Reklaami sekkumisversiooni CPR oli 0,51 € (klikke 147) ja kontrollversiooni CPR oli 0,52 € (klikke 144).

Lisaks Facebooki leitud CPR-ile oli võimalik Facebookist saadud andmete põhjal viia läbi ka regressioonanalüüs. Selleks kasutati kahte Facebooki antud tulemusmõõdikut: 1) mitu korda iga reklaam mõne sihtgrupi ekraanile jõudis (*impression*) ja 2) mitu korda igale reklaamile klikiti (*clicks/results*).

Logistilisi regressioone kasutades **ennustati reklaamile klikkimist**; ennustavaks tunnuseks oli kuulumine katsegruppi (reklaami katseversiooni nägemine) või kontrollgruppi (reklaami kontrollversiooni nägemine).

Vanusegrupile 18–34 sihitud kampaanias suurendas katseversiooni nägemine klikkimise šansse 1,13 korda. Samas ei olnud see tulemus statistiliselt oluline ($p = 0,27$).

Vanusegrupile 35–50 sihitud kampaanias suurendas katseversiooni nägemine klikkimise šansse samuti 1,13 korda. See tulemus ei olnud samuti statistiliselt oluline ($p = 0,27$).

Vanusegrupile 51–64 sihitud kampaanias suurendas katseversiooni nägemine klikkimise šansse 0,89 korda. See tulemus ei olnud samuti statistiliselt oluline ($p = 0,33$).

Kokkuvõtteks, logistiliste regressioonanalüüside tulemused ei olnud statistiliselt olulised, kui arvestada tavapärasest statistilise olulisuse nivood $p < 0,05$. Kuna statistiline olulisus tähendab sisuliselt seda, mis on saadud tulemuse saamise tõenäosus olukorras, kus tulemus tulenes juhusest, siis võib öelda, et esimesele kahele vanusegrupile suunatud reklaami sekkumisversioon töötas kontrollversioonist veidi paremini ja et see ei tulenenud juhusest 73% tõenäosusega. Kolmandale vanusegrupile suunatud reklaamidest töötas samuti sekkumisversioon natuke paremini ja see ei tulenenud juhusest 67% tõenäosusega.

Facebook kasutab veidi teistsugust meetodit (võttes sisendiks CPR-i), kuid jõudis vanusegruppidele 18–34 ja 35–50 tehtud reklaamide puhul üsna sarnasele tulemusele: nendes vanuserühmades töötas sekkumisversioon veidi paremini ja see tulemus ei tulenenud juhusest vastavalt vanusegruppidele 78% ja 80% tõenäosustega. Facebook kuulutab välja A/B testide „võitja“, kui ühe võitja saamise tõenäosus katse kordamisel on $> 65\%$. **Seega võime Facebooki kriteeriumeid arvesse võttes öelda, et meeste suunatud sekkumisversioon mõjutas vaimse tervise vitamiinide testi lehele jõudmist kontrollversioonist paremini 18–34 a ja 35–50 a meeste seas, kuid mitte 51–64 a meeste seas. Rangemat, $p < 0,05$ kriteeriumit kasutades mõjutasid sekkumisversioonid mehi veidi rohkem testi lehele klikkima, aga see tulemus polnud statistiliselt oluline.** On võimalik, et nooremaid mehi, eriti selles vanuses isasid, mõjutas sekkumisreklaam rohkem kui 51–64-aastaseid mehi, kuna neid kõnetas sekkumisversiooni foto (alla 50-aastane mees väikse lapsega) enam ja võimaldas samastuda. Eraldi meeste mõeldud reklaam on kindlasti tegemist väärt ning edaspidi tasub neid enam varieerida, et kõnetada erinevates eluetappides ja erinevate huvidega mehi.

Kokkuvõte ja järeldused

Selles peatükis on esitatud kirjanduse ülevaate peamised tulemused ning kvalitatiiv- ja küsitlusuuringu analüüsi tulemused uurimisküsimuste kaupa.

Varasemas kirjanduses toodud põhjuseid, miks mehed tervishoiuteenuseid vähem kasutavad, kirjeldas uuring **raviteekonna mudeli põhjal**, mis koosneb järgmistest etappidest: muutuse tajumine tervises või mingi päästiksündmus, tervishoiutöötaja või nõustaja poole pöördumise põhjuste tajumine, esmane konsultatsioon, diagnoos ja ravi algus. Nende etappide vahel toimuvad protsessid, mille tulemused võivad, kuid ei pruugi, viia järgmise sündmuseni. Antud uuringu kontekstis oli ennekõike oluline kirjeldada neid protsesse, mis jäävad muutuste tajumise ja tervishoiutöötaja poole pöördumise vajalikkuse tajumise vahele (**tõlgendus- ja enesejuhtimisprotsess**), ning protsesse, mis jäävad pöördumise vajalikkuse tajumise ning esimese konsultatsiooni vahele (**abi otsimise protsess**). Kirjanduse järgi mõjutavad neid protsesse esiteks **tervishoiusüsteemist ja teenusepakkujast tingitud tegurid** (ligipääs, hind, info, teenuse kvaliteet ja pakkuja kompetentsid) ja teisalt **mehest endast tingitud tegurid** (madalam teadlikkus tervises, haigusest, sümptomitest, maskuliinsuse normid ja stereotüübid, erinevad hirmud ja piinlikkustunne, vähesem arvestamine riskikäitumisega kaasnevate riskidega jm). Varasemate **meestele suunatud sekkumiste analüüsi põhjal on nende väljatöötamisel oluline arvestada järgmiste aspektidega**: sekkumiste läbiviimine meestele olulises, mugavas ja tutavas keskkonnas (hästi töötavad kogukonnapõhised lähenemised, nt töökohas, spordiklubis vmt), arvestamine marginaliseeritud gruppidega, fokuseerumine positiivsetele sõnumitele, suhetele ja huumorile, konkreetsus ja lahenduspõhisus, teenusepakkujate abistamine meeste eripärade märkamisel ja nendega tegelemisel, ettevaatlikkus stereotüüpide kasutamisel ning meeste grupisiseste erinevustega arvestamine, arsti ja patsiendi kommunikatsiooni parandamine, tervikvaate kujundamine sekkumisele (alates teadlikkuse tõstmisest kuni teenuse kvaliteedi tagamiseni).

Milline on Eesti meeste üldine valmisolek abi otsida ja küsida erinevate probleemide puhul üldse ja täpsemalt terviseprobleemide korral (sh vaimse tervise probleemid ja riskikäitumisest vabanemine) professionaalset nõu?

Eesti meeste **üldine valmisolek abi otsida** on keskmisel tasemel ja vanuserühmade lõikes üsna ühtlane: 61% meestest ütles, et neid häirib, kui nad peavad abi küsima. Abi küsimine häirib eesti mehi veidi enam kui muust rahvusest mehi (63% vs. 54%). Samuti on maal elavad mehed rohkem harjunud ise hakkama saama võrreldes pealinnas ja muudes suuremates linnades elavate meestega (66% vs. 54–57%). Enda tervist halvaks hinnanud meestel on abi küsida samuti mõnevõrra raskem kui hea tervisehinnanguga meestel, mistõttu nad võivad sagedamini jääda ka vajaliku arstiabita (68% vs. 57%).

Uuringus kasutatud planeeritud käitumise teooria alusel mõõdetud hoiakud (suhtumine tervishoiutöötaja poole pöördumise vajalikkusesse), normid (arusaam teiste meeste pöördumisest) ja enesetõhusus (pöördumise tajutud keerulisus) professionaalse abi otsimiseks erinevad sõltuvalt eri terviseprobleemidest või riskikäitumisest. **Hoiakute** alusel peeti seda kõige sagedamini vajalikuks füüsilise tervise probleemi korral (90%), vaimse tervise probleemi puhul juba veidi vähem (77%), alkoholi ja ülekaalu puhul pidas seda vajalikuks veidi alla poole meestest (45–46%) ning suitsetamisest loobumiseks peeti välist abi kõige vähem vajalikuks (33%).

Mis puudutab **norme**, siis kõige sagedamini usutakse, et teised mehed pöörduksid arsti või nõustaja poole füüsilise tervise murega (71%). Vaimse tervise mure korral on näitaja juba palju madalam (39%) ja muude probleemide korral veelgi väiksem: kehakaalu probleemide puhul 22%, alkoholist loobumise soovi puhul 20% ja suitsetamise korral 17%. Seega **on erinevus hoiakute ja normide vahel ehk selle vahel, mida mehed**

arvavad, et **peaks tegema, ja mida nad tajuvad, et nende tuttavad mehed tegelikult teevad. Suurim on erinevus vaimse tervise probleemi korral (38%) ja seda eriti võrreldes füüsilise tervise probleemiga (19%)** ehk suur osa meestest saab aru, et vaimse tervise murega on vajalik otsida professionaalset abi, kuid palju väiksem osa neist usub, et teised mehed seda teeksid.

Meeste **enesetõhusus** spetsialisti poole pöördumise osas on pigem kõrge ehk pöördumine oleks pea kõigi mõõdetud probleemide osas suurema osa meeste jaoks pigem lihtne (74–78%), kuid vaimse tervise probleemide puhul on sellist hinnangut antud vähem (61%). Seega tajuvad mehed vaimse tervise probleemidega spetsialisti abi otsimist kõige keerulisemana ning selle taga on nii struktuurseid kui ka emotsionaalseid põhjuseid.

Kokkuvõttes, tõenäosust, et mees otsib mõne probleemi korral professionaalset abi, mõjutavad kõigi uuringus vaadeldud probleemide korral nende hoiakud, vaimse tervise ja suitsetamisest loobumise puhul ka tajutud normid ning vaimse ja füüsilise tervise probleemide puhul enesetõhusus (Tabel 5). **Sellest sõltumata on oluline tegeleda kõigi teemade puhul positiivsete normide kujundamisega ning suurendada enesetõhust; viimast ennekõike vaimse tervise murega pöördumise osas, mille puhul see on praegu kõige madalam.**

Tabel 5. Planeeritud käitumise teooria tegurid, mis ennustavad erinevate probleemide korral tervishoiutõtaja poole pöördumist.

	Hoiak	Tajutud norm	Enesetõhusus
Vaimse tervise probleemiga pöördumine	√	√	√
Füüsilise tervise probleemiga pöördumine	√		√
Suitsetamisest loobumiseks pöördumine	√	√	
Alkoholist loobumiseks pöördumine	√		

Millist rolli mängivad maskuliinsuse ja tervisega seonduvad uskumused ja hoiakud teenusteni jõudmises? Kas need erinevad vanusegruppide või rahvuse lõikes?

Maskuliinsusega seotud uskumustest mängivad erinevate terviseprobleemide korral abi otsimises rolli autonoomsusega seotud uskumus („**mind häirib, kui peab abi küsima**”), mis ennustab abi otsimisega viivitamist või vähemat pöördumist füüsilise tervise mure korral, ning emotsionaalse kontrolliga seotud uskumus („**mulle ei meeldi oma tunnetest rääkida**”), mis ennustab viivitamist või vähemat pöördumist nii füüsilise kui ka vaimse tervise mure korral. Mõlema väitega nõustus suurem osa meestest: abi küsimine häiris 61% mehi ning tunnetest ei meeldi rääkida 68%-le meestest. Abi küsimise osas olulised vanuselised erinevused puuduvad, kuid tunnetest rääkimine on vanusega seotud: mida noorem mees, seda suurema tõenäosusega talle meeldib oma tunnetest rääkida (41% 18–34-aastastest ja 23% 50–74-aastastest). Rahvuse lõikes on mõlemas aspektis väike erinevus: eesti mehi häirib abi küsimine enam kui muust rahvusest mehi (63% vs. 54%) ning nad on veidi vähem aldis oma tundeid jagama (31% vs. 36%).

Muudest tervisekäitumisega seotud uskumustest suurendab füüsilise tervise probleemiga tervishoiutõtaja poole pöördumist nõustumine sellega, et „**oma terviseprobleeme sõpradega jagama ei peaks**” (38%), ja vähendab nõustumine sellega, et „**arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga**” (35%). Enam nõustusid nende uskumustega vanemad mehed (esimese väitega 48% ja teisega 39% 50–74-aastastest) ja vähem nooremad (esimese uskumuse puhul 18–24-aastastest 20%) või keskealised (teise uskumuse puhul 35–49-aastastest 31%). Mõlema uskumusega olid enam nõus muust rahvusest mehed võrreldes eesti meestega, seda eriti esimese väite puhul (45% esimese ja 38% teise väitega).

Nii füüsilise kui ka vaimse tervise puhul vähendab abi otsimist nõustumine sellega, et „**oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik**” (33%). Ennekõike nõustuvad sellega vanemad, 50–74-aastased, ja vähem keskealised mehed (37% vs. 28%). Rahvus siin rolli ei mängi.

Vaimse tervise probleemi puhul vähendab abi otsimist nõustumine sellega, et „**probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk**” (21%) ja „**psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu**” (25%). Üldistades saab öelda, et

nendega nõustuvad enam vanemad (50–74-aastased) ning vähem nooremad (ennekõike 18–34-aastased) mehed. Esimese väitega nõustuvad veidi enam muust rahvusest mehed (25% vs. 19% eesti meestest).

Kokkuvõttes mõjutavad meeste käitumist professionaalse abi otsimisel ennekõike autonoomsuse ja emotsionaalse kontrolliga seotud uskumused, mis suunavad pigem ise hakkama saama ning oma muresid endale hoidma. Enam on nende uskumuste kandjaid vanemate, 50–74-aastaste meeste seas. Rahvuste lõikes on erinevused pigem väiksed: muust rahvusest mehed on veidi avatumad abi küsimisele ja oma tunnete jagamisele, kuid sarnaselt eesti meestele on nende seas märkimisväärne hulk mehi, kes arstile pöördusid alles siis, kui ise enam hakkama ei saa ja probleem on tõsine.

Mis takistab ja mis suunab meeste jõudmist teenusteni?

Lisaks planeeritud käitumise teooriast tulenevatele hoiakutele, normidele ja enesetõhususele kaardistas uuring ka seda, kuidas mehed enda hinnangul tüüpiliselt käituvad, kui neil on füüsilise või vaimse tervise muresid või nad soovivad loobuda suitsetamisest või alkoholi tarbimisest. Põhirõhk oli sellel, kuivõrd nad otsivad nendes olukordades professionaalset abi, mis neid selleks ajendab ja mis takistab.

Füüsilise ja vaimse tervise probleemiga professionaalse abi otsimisel paistab silma see, et vaimse tervise probleemide korral oli tervishoiuteenuste kasutajaid palju vähem kui füüsilise tervise probleemide korral. 78% meestest, kel on olnud tõsisemaid füüsilise tervise probleeme, olid professionaalse abi saamiseks kuhugi pöördunud, kuid vaimse tervise probleeme kogenutest oli seda teinud vaid 42%. Murettekitav on see, et EEK-2 skoori alusel erinevate vaimse tervise häirete riskiga meeste seast suur osa kas ei pöördu kuhugi või ei arva, et neil oleks vaimse tervise probleeme kunagi olnud. Näiteks depressiooniriskiga vastajate seas oli neid lausa 70% ja unehäire riskiga vastajate seas veelgi rohkem, 73%. **Kokkuvõttes on alla kolmandiku mõne vaimse tervise häire riskiga meestest pöördunud vaimse tervise probleemi tõttu tervishoiuspetsialisti poole.**

Vaimse tervise probleemiga teenuse poole mitte pöördujate jaoks oli kõige levinum takistus autonoomsuse vajadus ehk soov ise hakkama saada (57%), kuid nad tõid pöördujatest enam välja erinevaid emotsionaalseid põhjuseid, nagu soovimatus oma probleemist rääkida (23%) ja usaldamatus spetsialisti suhtes (16%), aga ka teadmatust selle ees, mida spetsialist teeb, ning hirm, et teised inimesed hakkavad halvasti suhtuma, kui nad oma probleemi olemasolu nõustaja juurde minekuga avalikuks teevad. Enesetõhusus mõjutab samuti oluliselt vaimse tervise probleemiga pöördumist ja mittepöördujate jaoks on olnud takistuseks nii pikad järjekorrad kui ka rahalised põhjused, kuid sagedamini nad ka ei tea, kelle poole pöörduda.

Füüsilise tervise probleemiga mittepöördujad tõid välja sarnaseid takistusi nagu vaimse tervise puhul: ennekõike vajadust ise hakkama saada (55%), aga ka pikki järjekordi (enam kui vaimse tervise puhul ehk 33% vs. 23%), rahalisi põhjuseid, ajapuudust ja teadmatust, kelle poole pöörduda. Kui vaimse tervise puhul on struktuursed ja emotsionaalsed takistused enam-vähem võrdse osakaaluga, siis füüsiliste murede puhul on selges ülekaalus struktuursed barjäärid (pikk järjekord, rahalised takistused, ajapuudus, ebasobivad vastuvõtuajad).

Viivitajad, kes lükkasid pöördumist edasi (mis võib kaasa tuua tervises seisundi olulise halvenemise), lootsid füüsilise tervise murede puhul sagedamini saada ise hakkama (53%), kuid tõid sagedamini välja ka emotsionaalseid põhjuseid (40%). Viimaste hulgas mainisid nad ennekõike soovimatust arsti tülitada ja hirmu protseduuride või ravi ees. Vaimse tervise probleemiga viivitajad on üsna sarnased, lisaks ise hakkama saamise soovile on neid abi otsimisel takistanud ennekõike pikad järjekorrad (28%) ning piinlikkus- või ebamugavustunne (22%).

Ajendid pöördumiseks on füüsilise ja vaimse tervise probleemide puhul samuti suuresti sarnased. Neid, kes on teenuse poole pöördunud, ajendas suur mure oma tervise pärast (füüsilise tervise puhul enam kui vaimse puhul: 60% vs. 39%), igapäeva elu tugev häiritus (48% ja 39%) ning see, et tervis pikema aja jooksul ei parane (45% ja 27%). Füüsilise tervise probleemi puhul oli olulisel kohal ka see, et ise ollakse juba kõike proovinud, et tervist parandada, kuid see pole aidanud (22% vs. 8%). Oma füüsilise või vaimse tervise halvenemise tajumine mõjutab ja seda eriti vaimse tervise puhul: mittepöördujatest ligi veerand leidis, et ei saa enamasti

kohe oma tervise halvenemisest aru. Seega on oluline aidata meestel õppida nii füüsilise kui ka vaimse tervise halvenemise korral olulisi sümptomeid ära tundma.

Järgnevas tabelis (Tabel 6) on uuringus koostatud regressioonanalüüsi mudelite põhjal kokku võetud peamised tegurid, mis füüsilise või vaimse tervise probleemiga vähendavad teenustele pöördumist või suurendavad seda. Tabelisse on koondatud need tegurid, millel on oluline iseseisev mõju professionaalse abi otsimisele. Võrdlus näitab, et mitmed tegurid, mis mõjutavad füüsilise ja vaimse tervise probleemiga abi otsimist, on sarnased.

Tabel 6. Peamised takistused ja ajendid, mis mõjutavad füüsilise või vaimse tervise probleemi korral professionaalse abi otsimist (regressioonimudelitel põhjal).

	Füüsilise tervise probleem	Vaimse tervise probleem
Takistused	<p>ei meeldi oma tunnetest rääkida</p> <p>arusaam, et oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik</p> <p>ei usalda arsti võimekust mind aidata</p> <p>lootus saada ise hakkama</p> <p>ei tea, kelle poole pöörduda</p> <p>ajapuudus</p> <p>olukord halveneb nii, et satun EMO-sse, haiglasse</p> <p>ei tee enda heaks ise midagi, miski ei ajenda pöörduma</p> <p><u>Viivitust põhjustab:</u></p> <p>lootus, et probleem kaob</p> <p>on juba ise kõike proovinud, aga miski ei aita (nt käsimüügiravid)</p> <p>keegi teine paneb aja arstile minekuks kinni</p>	<p>ei meeldi oma tunnetest rääkida</p> <p>arusaam, et oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik</p> <p>ei usalda spetsialisti võimekust mind aidata</p> <p>ei soovi oma probleemist rääkida</p> <p>probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk</p> <p>probleemi korral surub oma tundeid maha</p> <p>mitte miski ei ajenda pöörduma</p>
Ajendid	<p>positiivne hoiak ja enesetõhusus</p> <p>suur mure terviseseisundi pärast</p> <p>igapäevaelu probleemist tugevalt häiritud</p> <p>tervis ei parane pikema aja jooksul</p> <p>ma saan enamasti kohe aru, kui mu füüsilise tervisega on midagi korrast ära</p>	<p>positiivne hoiak, norm ja enesetõhusus</p> <p>suur mure oma vaimse tervise pärast</p> <p>ma saan enamasti kohe aru, kui mu vaimne tervis on halvenenud</p> <p><u>Viivitust põhjustab:</u></p> <p>piinlikkus- ja ebamugavustunne</p>

Suitsetamisest või alkoholist loobumiseks on professionaalset abi otsinud või seda kaalunud vähesed mehed. Suitsetajatest on seda teinud ainult 6% ning 28% on seda kaalunud. Alkoholist loobumiseks on professionaalset abi otsinud 6% meestest, kel on alkoholi liigtarvitamise risk, ning 11% neist on seda kaalunud.

Nii **suitsetamisest loobumise** kui ka **alkoholitarbimise vähendamise või sellest loobumise puhul** on professionaalse abi otsimisel peamiseks takistuseks motivatsioonipuudus (vastavalt 43% ja 49%). Suitsetamisest loobumise puhul mängib olulist rolli ka teadmatus nõustamisteenuse olemasolust. Uuring näitab, et suitsetajad on keskmisest paremini kursis nii tubakast loobumise nõustamise kabinetide (46% on kuulnud) kui ka veebilehe tubakainfo.ee olemasoluga (52%), kuid teadlikkuse tõstmisega nende seas oleks kindlasti vaja veelgi tegeleda. Suitsetamisest loobumist pidasid mehed sageli tegevuseks, millega mees peab ise üksi hakkama saama. Kõige sagedamini üritati suitsetamisest loobumiseks üle minna e-sigarettidele, püüti seda teha koos sõbraga, rakendati internetist leitud nippe (ennekõike 18–34-aastased) või osteti apteegist

spetsiaalseid plaastreid või nätsu (enam 50–74-aastased mehed). Võttes arvesse, et e-sigaretile üleminek ei ole suitsetamisest loobumiseks õige valik ning nõustamist kaaluvad mehed eelistavad seda spetsialisti poole pöördumise asemel, oleks oluline edaspidi selle eneseregulatiivse tegevuse väärtuse vähendamine ning spetsialisti poole pöördumise väärtuse tõstmine. Üheks mõjuteguriks on siin arsti või muu tervishoiutöötaja soovitus või suunamine.

Ka alkoholist loobumiseks professionaali poole pöördumisele avaldab positiivset mõju arsti, tervishoiutöötaja või lähedase inimese soovitus. Lisaks sellele toovad pooled mehed ajenditena välja ka soovi parandada oma füüsilist või vaimset tervist või vältida alkoholi mõju tervisele.

Kuivõrd varieerub on Eesti meeste valmisolek abi otsida lähtuvalt nende sotsiaaldemograafilisest taustast? Millised on riskirühmad, kes vajaksid kõige enam tähelepanu?

Eesti meeste valmisolek abi otsida varieerub sõltuvalt nende sotsiaaldemograafilistest näitajatest ning nagu eelnev analüüs näitas, ka terviseprobleemist või riskikäitumise liigist.

Füüsilise tervise probleem

Sõltumata vanusest, rahvusest ja haridustasemest olid meeste **hoiakud** füüsilise tervise probleemi puhul professionaalse abi otsimise suhtes soosivad. Kõige vanemate meeste seas olid hoiakud siiski veidi positiivsemad (95% nõustub professionaalse abi vajalikkusega) kui kõige nooremate seas (85% nõustub), mis on mõistetav, arvestades vanusest tulenevat erinevat kogemust haigustega.

Normide puhul tekkisid erisused nii vanuse, rahvuse kui ka hariduse lõikes. Kõige nooremad mehed leidsid harvem, et nende tuttavad mehed pöördusid arsti poole, kui 50–74-aastased mehed (65% vs. 76%). Samuti leidsid seda harvem eesti rahvusest (69% vs. 76% muu rahvus) ja esimese taseme haridusega mehed (64% vs. 79% kolmanda taseme haridusega meestest). Positiivse normiga on sagedamini partneriga mehed (73% vs. 68% partnerita).

Enesetõhususe puhul vanuse ja rahvuse lõikes suuri erisusi ei olnud, kuid esimese taseme haridusega mehed leiavad sagedamini, et pöördumine on keeruline, kui teiste haridustasemete esindajad (32% vs. 20%). Parem haridus võib kergemini aidata leida abivõimalusi (info, tutvused), leida tööajast kergemini aega arsti juurde minekuks ning vajadusel teenuse eest tasuda.

Teenuste poole mitte pöördujaid oli enam **eesti** (22% vs. 14% muu rahvus), **maal elavate** (23% vs. 17% linnas) ja **partnerita meeste** (23% vs. 18% partneriga meestest) seas. Kõrgema haridusega mehed olid veidi avatumad pöörduma (kas või viivitusega) kui **madalama haridusega mehed** (73% pöörduvad vs. 66–68% teise või esimese taseme haridusega meestest). Vanus kuigivõrd ei diferentseerinud: pöördumata võib jätta ükskõik mis vanuses mees. Samas oli 50–74-aastastel meestel mitmeid uskumusi, mis pöördumist ei toeta (pöörduda tuleks ainult tõsise mure korral, peaks püüdma ise võimalikult kaua hakkama saada). Kui mees tajub hästi oma füüsilise tervise muutusi, siis ta ka pöördub suurema tõenäosusega abi saamiseks professionaali poole (39% neist, kes hästi tajuvad), kui ta neid hästi ei taju, siis ta pigem viivitab (44% neist, kes ei taju hästi) või jätab pöördumata. Seega on oluline tõsta meeste teadlikkust haigustest, nende sümptomitest ja sellest, millal on oluline abi otsida.

Vaimse tervise probleem

Kui muutusi oma füüsilises tervises tajusid mehed sõltumata vanusest üsna ühtemoodi, siis **vaimse tervise muutusi tajutakse seda halvemini, mida vanema mehega on tegemist**. Kui kõige noorematest (18–24-aastastest) 85% tajus enamasti kohe oma vaimse tervise halvenemist, siis 50–74-aastastest meestest tajus seda vaid 64%. Osalt seetõttu oli vanemate meeste seas ka professionaali poole pöördunute osakaal madalam kui teistes vanuserühmades (15% vs. 21–23% 18–49-aastastest). Kaks meest kolmest vanuses 50–74-aastat ütlesid, et neil pole olnud vaimse tervise probleeme, mis häiriksid igapäeva elu, mida oli keskmisest oluliselt enam. Tervikuna ei ole enda sõnul ühtegi vaimse tervise probleemi kogunud veidi üle poole meestest. Ühelt poolt on see enam-vähem kooskõlas muude rahvusvaheliste uuringutega, teisalt on nende vastajate seas, kel enda sõnul vaimse tervise probleeme pole olnud, väike hulk neid, kellel võiks kahtlustada vastamise hetkel kas depressiooni (8%), üldistunud ärevust (6%) või unehäiret (19%). Sellest võiks järeldada, et osal meestest ei lähe vaimse tervise enesetaju täielikult tegeliku vaimse tervise olukorraga kokku. Uuringu põhjal ei saa väita,

kas vanematel meestel esineb vähem vaimse tervise probleeme, kuid saab öelda, et nad tajuvad nende esinemist ja muudatusi oma vaimses tervises halvemini.

Igapäevaelu häiriva **vaimse tervise probleemiga professionaalse abi otsimise suhtes oli vanemates vanusegruppides negatiivsem hoiak**: kui noorimas vanusegrupis oli vaimse ja füüsilise tervise mure korral pöördumise suhtes positiivse hoiakuga üsna sarnane hulk mehi (vastavalt 80% ja 85%), siis vanimas vanusegrupis oli vaimse tervise mure korral pöördumise suhtes positiivne hoiak vaid 68%-l vastanutest (füüsilise tervise murega korral oli positiivne hoiak 95%-l).

Noorematel meestel vanuses 18–24 oli nii enesehinnanguliselt kui ka uuringus kasutatud EEK-2 alusel vaimse tervise probleeme enam kui teistel vanuserühmadel. Samas on nende seas keskmisest enam neid, kes **jätavad arsti või spetsialisti poole pöördumata** (37% vs. 25% keskmiselt). Sõltumata positiivsest hoiakust oli noorimas vanusegrupis kõige vähem neid, kelle arvates pöördumine on norm (34%). Samuti ilmnas, et noorte meeste jaoks oli võrreldes muude probleemidega keerulisem just vaimse tervise probleemiga abi otsimine (44% ütleb, et see on keeruline, muude probleemide puhul jääb 18–26% vahemikku). Seega noored võivad olla vaimsest tervisest teadlikumad, kuid abi otsimise osas vajavad parandamist nii normid kui ka enesetõhusus.

Madalama sotsiaalmajandusliku ja haridusliku taustaga meeste seas on rohkem vaimse tervise probleeme: esimese taseme haridusega meeste seas on depressiooniriskis 36% vastanutest, samas kui kolmanda taseme haridusega meeste seas on neid 21%. Kõrge depressiooniriskiga on ka töötud mehed (44%) ning üldistunud ärevuse risk on 27%-l esimese taseme haridusega ning majanduslike toimetulekuraskustega meestest. Madalama haridusega mehed ja lihttöölised tunnistavad ka ise endal olevat vaimse tervise probleeme sagedamini kui teised mehed. Madalama hariduse ja kehvema sotsiaalmajandusliku toimetulekuga meeste vaimne tervis ja sellega seotud uskumused vajaksid rohkem tähelepanu.

Riskirühmaks võib pidada ka **partnerita mehi**, kelle seas on võrreldes partneriga meestega enam nii depressiooniriskiga (35% vs. 19%) kui ka üldise ärevuse riskiga (20% vs. 15%) mehi. Samuti raporteerivad partnerita mehed ise rohkem diagnoositud pikaajalisi vaimse tervise probleeme (17% vs. 10%). Partnerita meeste seas on vähem neid, kellel on pöördumise osas positiivne norm (35% vs. 41%). Võib eeldada, et partnerita meeste kehvemad vaimse tervise näitajad võivad vähemalt osaliselt tuleneda vähesemast sotsiaalsest toest.

Suitsetamine

Suitsetamisest loobumiseks professionaalse abi kasutamist peeti kõige vähem vajalikuks: positiivne hoiak on vaid kolmandikul meestest. **Positiivsete hoiakutega** mehi oli **vähem vanemate meeste seas** (27% 50–74-aastastest vs. 37% 18–49-aastastest), **eesti meeste seas** (30% vs. 39% muust rahvusest meestest), **kolmanda taseme haridusega meeste seas** (30% vs. esimene tase 39%), **maal elavate meeste seas**, kelle jaoks nõustamisvõimalused võivad jääda kaugeks (30% vs. 40% suurtes linnades) ning suitsetajate seas (32% vs. 37% neist, kes pole kunagi suitsetanud).

Väga vähesed mehed uskusid, et nende meessõbrad-tuttavad kasutaksid nõustamist suitsetamisest loobumiseks (17%) ja see ei varieerunud erinevate gruppide lõikes. Kuigi madalama haridusega meeste hoiak oli avatum, pidasid nad pöördumist keeruliseks sagedamini kui teise või kolmanda taseme haridusega mehed (31% vs. 23%). Samuti pidasid suitsetajad pöördumist keerulisemaks kui need, kes pole kunagi suitsetanud (35% vs. 15%).

Mittepöördujate seas oli keskmisest rohkem 18–24-aastaseid noori (83%), kolmanda taseme haridusega mehi (75% vs. 57% esimene tase), üliõpilasi (89%), aga ka juhte ja tippspetsialiste (81%), kõrgema sissetuleku ja hea tervisega mehi (70%). **Need on mehed, kellele see harjumus meeldib ning kellel veel ei ole avaldunud selliseid füüsilise või vaimse tervise muresid, mis paneksid loobumisele mõtlema.** See tulemus võib viidata nii madalamale teadlikkusele (nt e-sigareti mõjude osas), sellele, et nad ei usu enda puhul riskide realiseerumisse, kui ka sotsiaalsele normile.

Alkoholi tarbimine

Alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks oli hoiakute tasandil avatus professionaalse abi kasutamiseks suurem kui tubaka puhul (45% peab vajalikuks), kuid normi tasandil samuti madal (20% usub, et teised mehed pöörduksid). Samas usub enamik, et pöördumine ei oleks keeruline (75%). Oma hoiakutelt on **positiivsemad noored ja keskealised mehed** (veidi üle poole 18–49-aastastest peab vajalikuks) ning skeptilisemad 50–74-aastased (38%). Hoiakutelt ja normidelt on positiivsemad ka **esimese taseme haridusega mehed** (kellest ligi poole moodustavad nooremad, 18–34-aastased mehed). Need mehed, kellel on **alkoholi liigtarvitamise risk**, peavad pöördumist harvem vajalikuks (43% vs. 48% meestest, kes pole riskirühmas), usuvad harvem, et teised mehed seda teeksid (17% vs. 22%), ja leiavad sagedamini, et see on keeruline (32% vs. 19%).

Professionaalset abi ei ole sagedamini otsinud 50–64-aastased mehed (90%), kolmanda taseme haridusega mehed (89%), maal elavad mehed (88%), abielus olevad mehed (87%), juhi või tippspetsialistina töötavad mehed (90%) ja mehed, kes hindavad oma tervist heaks (88%). Seega **sagedamini mehed, kelle hoiakud ja normid seda ei toeta, kes saavad oma igapäevaeluga hästi hakkama ning kellel ei ole veel tervisemuresid, mis paneks eluviisi muutust kaaluma.**

Kuivõrd teadlikud on Eesti mehed erinevatest terviseteenustest, ennekõike ennetuse ning tervisekäitumise parandamisega seonduvatest, ja vaimse tervise teenustest?

Uuringus mõõdeti mitmete oluliste teenuste tundust, millest ühed on seotud võimalusega saada kiiret nõu või eneseabi (nt perearsti nõuandetelefon, vaimset tervist jm puudutavad veebilehed), teised spetsiaalselt meeste suunatud teenused (PSA-test), riskikäitumisest loobumisega seotud teenused või ainus ka meeste suunatud sõeluuring – jämesoolevähi sõeluuring.

Meeste teadlikkus on kõige kõrgem seoses **perearsti nõuandetelefoniga** 1220 (76% on kuulnud). **Vaimse tervise teemal** esmast nõu ja edasisele tegevusele suunamist pakkuvaid veebilehti teatakse oluliselt vähem: neist on kuulnud 39% meestest. Spetsiaalselt meeste suunatud teenusest ehk **PSA-testist on kuulnud** 50% meestest.

Riskikäitumisest loobumiseks või selle vähendamisele suunatud teenustest ja infoallikatest on kõige tuntum liigtarvitamise ravi spetsiaalsetes ravikeskustes (kuulnud 49%), veebilehtedest alkoinfo.ee ja tubakainfo.ee on kuulnud vastavalt 46% ja 40% meestest. **Tubakast loobumise nõustamise kabinettidest** on teadlik 34% meestest, sealhulgas on praeguste igapäeva- või juhusuutsetajate seas tuntus kõrgem (46%) kui mittesuutsetajate hulgas (21%).

Jämesoolevähi sõeluuringust, mille sihtrühmaks on 60–68-aastased mehed ja naised, on kuulnud 48% meestest.

Kõige enam usuvad mehed, et perearsti või pereõe poole saab pöörduda vaimse tervise probleemidega (60%) ning ülekaalu (54%) korral. Muude teemade puhul, nagu soov loobuda alkoholist, narkootikumidest, suitsetamisest või saada tervisliku eluviisi osas nõu, leiab veidi alla poole meestest, et perearst tegeleb ka nendega.

Milline on Eesti meeste hinnang tervishoiu- ja nõustamisteenuste kättesaadavusele?

Kõige paremini oli meeste hinnangul kättesaadav perearstiteenus (74% hindas hästi või pigem hästi kättesaadavaks). Muude teenuste puhul, nagu **eriarstid** (v.a meestearst), **meestearst**, **toitumisnõustamine**, **tubakast loobumise nõustamine**, **alkoholi liigtarvitamise ravi**, jäi hinnang heale või väga heale kättesaadavusele 27–32% vahemikku. **Kõige halvemini kättesaadavaks** peeti eriarstiteenust (60% hindab halvaks või pigem halvaks), aga ka vaimse tervise teenuseid, nagu psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde (32%), ja meestearsti teenust (31%).

Soovitused

Uuringu üheks eesmärgiks oli saada sisendit, milliseid muudatusi peaks sisse viima teenuste kättesaadavusse ja disaini selleks, et need jõuaksid paremini meesteni ja suureneks meeste valmisolek neid teenuseid kasutada.

Soovituste kujundamisel lähtuti kirjanduse ülevaates käsitletud uuringutest, uuringu raames kogutud ekspertarvamustest ning uutest andmetest. Soovituste koostamisel on silmas peetud müksamisraamistikke EAST (Behavioural Insights Team, 2014) ja MINDSPACE (Dolan et al., 2010) ning uuringutiimi analüüse meeste tervisekäitumise eri aspektide kohta. Paljud soovitused ei ole soopõhised ehk meestekesksed, kuna sarnased vajadused ja väljakutsed võivad olla ka naistel. Soovituste elluviimisel tuleks kasutajasõbralikkuse huvides jätkuvalt silmas pidada peamisi müksamispõhimõtteid (vt ptk 8.1 Müksude väljatöötamise metoodika).

Rahvatervise poliitika alased soovitused

1. Kasutada soo-transformatiivset lähenemist poliitika kujundamisele

Meeste tervise parandamiseks ei ole tingimata tarvis eraldi meeste tervise strateegiat. WHO (2018) soovib kasutada tervisepoliitika kujundamisel **soo-transformatiivset** lähenemist. See tähendab, et tuleks tuvastada ja vähendada soopõhist ebavõrdsust tervisenäitajates, muuta soostereotüüpe ja -suhteid positiivses suunas ning toetada soolist võrdõiguslikkust. Samuti tagab edu sektorite ja valdkondade ülene ning vabasektorit kaasav lähenemine ning soopõhise eelarvestamise kasutamine.

2. Jälgida tervisemõjusid üldiselt, sh mõjusid meeste tervisele teiste poliitikavaldkondade mõjuanalüüsides

Samuti on oluline, et ka **teistes poliitikavaldkondades** võetaks ette lahendusi, mis meeste tervist positiivses suunas mõjutavad ja meeste probleemidega sootundlikult arvestaks, ning et luuakse seosed tervise ja heaolu ning nende valdkondade vahel. Näiteks kui probleemiks on soostereotüüpide tõttu tekkinud poiste madalamad sotsio-emotsionaalsed oskused võrreldes tüdrukutega, peaks haridussüsteem selle probleemiga tegelema.

3. Panustada üldisesse tõenduspõhisesse tervisealasesse ennetusse

Olulist mõju meeste tervisele avaldavad ka **üldised tervisepoliitikad**, kui need tegelevad meeste tervist enam mõjutavate probleemidega. Näiteks tubaka- ja alkoholi kättesaadavust vähendavatel poliitikal (nt aktsiisid) on oluline mõju, kuna mehi mõjutavad need elustiiliriskid rohkem (World Health Organization, 2018). Meeste vaimset tervist võivad parandada enesetappude vähendamisele suunatud sekkumised jne (Chang et al., 2019). Ka eraldi meestele suunatud tervisepoliitikaga riikides on poliitika kujundamisel lähtutud meeste tervist mõjutavate sotsiaalsete faktorite mõjutamisest (*social determinants approach*) (Baker, 2015). Üldised rahvatervise meetmed on võrreldes tagajärgede ja kahjude maandamisega seotud tervishoiuteenustega ka **kuluefektiivsemad** (WHO, 2016).

Meeste tervis edeneb või halveneb keskkonnas, kus mehed elavad. Nende vahetu elukeskkonna disainis varieeruvad sellised tegurid nagu ligipääs liikumisele (kergliiklusteed; pääs loodusesse ja spordisaalidesse), alkoholile (kui palju baare ja alkoholipoodide); tervislikumale toidule taskukohase hinnaga. Samuti avaldab mõju neid ümbritsev sotsiaalne miljöo: kui palju elab naabruskonnas sarnases elufaasis mehi, kui võrd seotud on nad omavahel läbi kohalike sotsiaalsete võrgustike; millised on naabruskonnas elavate meeste tegevused, normid, hovid. Töötus ja sotsiaalmajanduslik stress, madalam haridustase, tervist kahjustavad käitumised ei kirjelda mitte ainult üksikuid indiviide, vaid ka võrgustikke, ning teevad käitumise muutmise üksikisikule

raskemaks, kuna see võib tähendada võrgustiku eluviiside hülgamist ning võib endast kujutada täiendavat barjääri. Seetõttu mängivad meeste tervise edendamisel olulist rolli ka terviklikud kogukonnapõhised sekkumised ja nende läbiviimine **meeste olulises, mugavas ja tuttavas keskkonnas** (Lefkowich et al., 2017), puudutades juba olemasolevaid sõpruskondi või aidates meestel luua suhteid ja võrgustikke. Näitena võib välja tuua grupipõhised väljakutsed (nt „Septembris ei joo“ või grupiga mängustatud kilomeetrite läbimine või kilode kaotamine). Töökohad ja hobidega seotud kohad on sekkumiste jaoks väga sobilikud, aga miks ka mitte näiteks üle Eesti tegutsevad organisatsioonid nagu kaitseliit, jahimeeste seltsid, skautide ühing. Mehi tuleks sekkumiste disaini kaasata ning koguda tagasisidet. Kogukonnapõhiste sekkumiste loomisel on oluline roll kohalikel omavalitsustel, meeste kogukondadel ning näiteks tööandjatel. Näiteid sellistest sekkumistest on toodud teiste riikide praktikate peatükis (vt ptk 2).

4. Lõimida terviseteadlikkus üldhariduskooli õppekavadesse

Koolis on võimalik arendada teadmisi ja hoiakuid kolmes peamises valdkonnas, mis mängivad rolli nii positiivse tervisekäitumise kujundamisel kui ka riskikäitumise ennetamisel: teadlikkus tervisest, sotsiaal-emotsionaalsed oskused ning soostereotüübid.

Näiteks inimeseõpetuse tundide raames on oluline õpetada mõlemast soost lapsi jälgima oma tervist, ära tundma tüüpilisi probleeme, ning tutvustada terviseeteenuseid, kuhu nii noor kui ka täiskasvanu mingi tervisemurega või riskikäitumisest vabanemiseks pöörduda saab. Liikumisõpetuse (endise kehalise kasvatuse) tundide raames võiks muuhulgas tegeleda tervisespordiks vajalike teadmiste ja oskuste kujundamisega, sh enesejuhtimise oskused liikumismotivatsiooni leidmiseks ja hoidmiseks. Soostereotüüpide ennetamiseks saab koolis vähendada soopõhiseid ootuseid ja reaktsioone probleemidele („poisid jäävad poisteks“, „mehed ei nuta“).

5. Kasutada tööandjaid ja töökeskkondi terviseteadlikkuse edendamiseks

Tööandjad mängivad oma töötajate, sh ka meeste tervise kujundamises olulist rolli. Soodustamiseks kulutusi tervisele ja healole ning omanäoliste sekkumiste või abi teket, oleks kasulik **suurendada tööandjatele erisoodustumaksu vabastust tervisekulude tegemisel** ning see võiks hõlmata ka tervisliku toidu pakkumist töökohal.

Tööandjaid saaks aidata kaasa **tervislike normide loojate ja võimestajatena**. Töökollektiivid on tugevad ja püsivad sotsiaalsed võrgustikud, kus inimesed veedavad palju aega koos ning nende tervislikud või ebatervislikud käitumised mõjutavad inimesi vastastikku. Tööandjad saavad soodustada ennetust ning tervist toetavaid eluviise läbi töökeskkonna disaini, töö ja pereelu tasakaalu toetava töökorralduse ning tervisedenduse mängustamise töökohal. Lisaks füüsilisele tervisele võiks see hõlmata ka vaimse tervise probleemide äratundmist ja vaimse tervise abi käsitlemist töökeskkonnas.

Tööandjad peavad töötajaid **informeerima õigusest käia tööajast arsti** juures ning seda soodustama. Riik saab seda toetada omapoolsete infomaterjalide levitamise ning üldkampaaniatega.

Eraldi tähelepanu vajab **töötervishoiukontrollide tulemuste kommunikeerimine** tööandjatele, et tööriske võetaks reaalselt arvesse ning viidaks ellu ennetavaid või tervisekahjusid maandavaid tegevusi. Selleks võivad rohkem tööriistu vajada ka töötervishoiuarstid, näiteks ametigruppide lõikes soovitusi kogu töötajaskonna tasemel.

Tervisealase kommunikatsiooni soovitused

7. Järgida pikaajalist kommunikatsioonistrateegiat erinevate ennetus- ja terviseeteenuse kampaaniate läbiviimisel

Avalikke tervisekampaaniaid läbi viies võiks lisaks konkreetse kampaania eesmärkidele pidada silmas üldisi **tervisealase abi otsimise põhimõtteid, hoiakuid ja norme**, mida kommunikeerida. Nende pikaajaline süsteemne edastamine võiks aidata meeste (ja ka naiste) tervisekäitumist mõjutavaid norme muuta ning lahendada uuringus leitud normidega seotud probleeme. Need põhimõtted selle uuringu põhjal oleksid:

- **tervisemuutused, sh tervise halvenemine ja selle paranemine on sammsammulised ja pikaajalised protsessid.** Seega tuleb probleemide tekkimisel olla tähelepanelik ning otsida abi juba

esimeste sümptomite ilmnemisel. Samuti toimib ravi pikaajaliselt ja väikeste edusammude kaupa. Selline hoiak võib aidata maandada ka kõrgeid ootusi tervishoiusüsteemile ning arvestada patsiendi rolliga ravijuhiste järgimisel.

Intervjuudes meestega selgus, et eluviisimuutusi ja nendeks vajalikku motivatsiooni nähti sageli must-valgelt ja eeldati, et tervishoiutöötaja poole pöördumine eeldab eelneva motivatsiooni olemasolu. Samaselt mõeldi ka käitumisharjumustest: need peavad olemas olema enne. Eluviisiga tegelevate teenuste (tubakanõustamine, alkoholi liigtarbimise nõustamine, toitumisnõustamine jne) puhul tuleks kommunikeerida, et teenusel käsitletakse ka motivatsiooni ja käitumisharjumuste tekkimist ja toetamist.

- Tervis on tiimitöö. **Terviseprobleemi korral on hea otsida abi ja pidada eksperdiga nõu endale sobiva lahenduse leidmisel.** Mehed tõid sageli välja ise hakkama saamise olulisust ning rõhutasid enda rolli lahenduse leidmisel, samuti arvati, et nende probleem ei ole piisavalt tõsine. Nõu pidamine oleks esimene madala sisenemisbarjääriga samm, millega soodustada terviseprobleemide varajast märkamist ja abi otsimist.
- **Iseenda eest hoolitsemine on mehelik.** Nõrkus on see, kui enda eest ei hoolitse. Abi otsimine ei ole (mehe) nõrkuse märk. Ka käesoleva uuringu andmeid saab samuti kasutada positiivsete normide kujundamiseks (näiteks 51% meestest peab oma tervise eest hoolitsemist üheks kõige olulisemaks asjaks oma elus).

Teemapõhised kommunikatsioonisoovitused meeste tervise käsitlemiseks uuringutulemuste põhjal:

- Mehed ei taju sageli **riskikäitumise**, näiteks suitsetamise või alkoholi tarbimise tervisemõjusid, kui need ei ilmne kohe. Neid teemasid käsitledes võiks kasu olla riskikäitumise mõju sidumisest meeste jaoks oluliste heaolu aspektide ning väärtustega: võimekus tööl, seksuaalne võimekus, pere heaolu jne. Samuti võiks riskikäitumise mõju sõnastada võimalikult **konkreetselt ja faktipõhiselt**, näidates kohest mõju tervisele (näiteks, et iga suits lühendab eluiga X võrra). Ravijuhiseid andes võiks olla kasu positiivsete mõjude konkreetselt selgitamisest ehk mis läheb paremaks ning hoiduda tuleks vaid probleemidele keskendumisest.
- Meestele suunatud üldistes tervisekampaniates võiks enam olla ka **meestega seotud visuaale, sümboolikat ja nendega seotud kontekste**, et mehed tajuksid kampania suunatust nende käitumisele. Uuring näitas, et meestele meeldivad neile eraldi suunatud kampaniad ning neid märgatakse. Ka teistes riikides olid populaarsed meestele suunatud eraldi infoportaalid või kampaniad. Tuttavlikkuse suurendamine on üks viis süvenemist motiveerida.
- Tervise teemade kommunikeerimisel võiks kasutada **meessoost eeskujusid** ning pidada silmas, kes erinevat tüüpi mehi kõnetavad. Intervjuudes toodi eeskujude või inspiratsioonina sageli välja Eesti meeste poolt kirjutatud kogemuspõhiseid raamatuid või oma probleeme meedias jaganud kuulsamaid mehi.
- Mehed tõid sageli välja raskusi enda **terviseprobleemide märkamise ja kirjeldamisega, eriti vaimse tervise probleemide puhul.** Seetõttu oleks kasu meeste terviseprobleemide, eriti vaimse tervise ja heaoluga seotud teemade käsitlemisest, andes sellega **sõnavara ja seosed enda probleemide märkamiseks** ja nende kirjeldamiseks ning soovitades konstruktiivset eneseabi. Selles osas on eriti suured puudujäägid hetkel vanematel meestel. Vaimse tervise puhul on oluline eristada ka soopõhiseid sümptomeid (Angst et al., 2002; Rice et al., 2015) ja tagada, et probleeme kirjeldataks kõiki sugusid hõlmavalt. Näiteks võib tulenevalt madalast teadlikkusest olla aktiivsus- ja tähelepanuhäire puhul tarvis selgitada rohkem naistele omaseid sümptomeid ning näiteks depressiooni või ärevushäirete puhul meestele omaseid sümptomeid. Samuti oleks kasu eneseabi käsitlemisest soopõhiselt või nõnda, et eneseabi kataks ka meestele sobivaid lahendusi ning et nad tajuksid käsitlust neile suunatuna.

- Täiskasvanute ravijuhiste või terviseteeikonna kommuniqueerimisel võiks meeste puhul olla abi ka **selgest infost või juhustest terviseprobleemide, nende sümptomite kohta ja millal otsida mis probleemi puhul kindlasti abi**. Heaks tööriistaks on ka erinevad sümptomeid käsitlevad enesetestid.
- **Vaimse tervise abi** (psühhiaater, psühholoog, nõustamisteenused) turundamisel meestele on oluline kommuniqueerida **selget raviteekonda**, mille esimene samm on eneseabi ja perearst. Samuti võib psühholoogilise nõustamise või teraapia puhul olla kasu selle raamistamisest kui **mõtteselguse loomisest või mõtete lahtiharutamisest** koostöös mehega. Mehed rõhutasid intervjuudes sageli iseseisvuse olulisust ning selline raamistus aitaks ühendada psühholoogilise abi ja soovi autonoomsuse järele. Teraapia- ja nõustamisteenuste reklaamimisel tuleks rõhutada teenuste efektiivsust ja tõenduspõhisust, et tasakaalustada meeste skeptilisi hoiakuid.
- Meeste tervisesekumistes peaks oluline fookus olema **positiivsetel sõnumitel, suhetel ning huumoril**, mis suurendavad enesetõhusust ning toetavad motivatsiooni. Kliinilise keele kasutamine võib mõjuda eemaletõukavalt.
- **Stereotüüpide kasutamisega kampaaniates ja sekkumistes peab olema ettevaatlik**, et stereotüüpe või nende mõjusid mitte võimendada või neid mitte järgivaid mehi eemale tõugata. Samas annab osadel juhtudel meestele oluliste teemade kaudu terviseteeikonna selgitamine või samastumist võimaldavate eeskujude kasutamine häid tulemusi. Meestesse ei tohiks suhtuda kui ühtsesse ja homogeensesse gruppi, vaid arvestada tuleks ka grupisiseste erinevustega.
- Uuringu andmed näitavad, et vähemalt pooled meestest ei ole kursis esmaste infoallikatega vaimse tervise, alkoholi- või tubakatoodete tarvitamise teemadel. **Oluline on nende infoallikate ja nendega seotud teenuste tuntust laiendada tõsta.**

Soovitused teenuste kättesaadavuse ja nende kvaliteedi parandamiseks: teekond probleemi märkamisest efektiivse ravini

8. Tervisenõustamise värava loomine

Esimene riigi poolt soovitatud samm mehele pärast terviseprobleemi märkamist võiks olla abi otsimine ja nõu pidamine kuluefektiivsel viisil ühest **kesksest tervisepöördumise väravast**. Selleks võiks olla nõuandeliin või digitaalne nõustamine koos terviseinfo veebilehega, kust saaks kergesti abi ning infot edasise teekonna kohta, näiteks perearsti nõuandetelefon. Digitaalse nõustamise puhul võib kasutada e-teenindust või *chatbott*i sümptomite tuvastamiseks. Samuti võiks värav sisaldada infot terviseprobleemide ja ravi kohta, sh selgeid juhiseid abi otsimiseks. Kasutuselevõtu julgustamiseks peaksid värava teenused olema kliendisõbraliku suhtumisega ning seda võiks ka eraldi meestele reklaamida. Meeste vaatest võiks see aidata vähendada piinlikkuse ja usaldamatuse tunnet, kui nad saavad iseseisvalt esimese sammu teha kartmata ning pidada nõu olukorras, kus nende tervises seisund on veidi ja mitte veel suurel määral halvenenud.

9. Pikaajaliste terviseennetuse eesmärkide lõimimine erinevatesse terviseteeikonnadesse

- Mehed satuvad erinevate tervishoiutöötajate juurde ka ilma otsese probleemita, näiteks kooliõe, kaitseväge arstliku komisjoni, juhilubade tervisetõendi, töötervishoiu arsti juurde. Neid kontakte tervishoiusüsteemiga võiks käsitleda kui võimalust kujundada mehe teadmisi ja hoiakuid nii tervisekäitumise kui ka tulevase terviseteeikonna kasutamise kohta. Selleks saaks koostada infomaterjale, mida teenuse raames jagada ning tervishoiutöötajad saaksid pakkuda väikseid sekkumisi või teha tegevusi, mis ei nõua olulist lisaaega. Lisaks on meestel **elukaare jooksul riigiga mitmeid olulisi** ka tervist puudutavaid **kokkupuuteid** ning neid tuleks abi otsimise julgustamiseks ära kasutada ja luua vajadusel otsesuunamised tervishoiusüsteemi. Nendeks kontaktpunktideks on:

Koolis: kooliõde

Kaitsevärke ajateenistusse astumine ja tervisekontrolli läbimine

Töötervishoiukontroll

Perearsti juures: tervisetõendite taotlemine, nt juhilubade arstlik komisjon, relvaluba

Lasteaed, kool: vanemluse puhul lastega seotud kontekstis

Sotsiaalses riskis meeste puhul on olulisteks kontaktpunktideks veel:

Töötukassa/Töökassa, puuduva töövõime korral Sotsiaalkindlustusamet

Sotsiaaltöötaja vm KOV juhtumikorraldaja

Politsei

Vangla

Kõikides kontaktpunktides käsitletakse terviseeemasid ning võidakse koguda tervisega seotud andmeid, seega tuleks kasutada neid **värvana tervishoiusüsteemi**. Terviseeemate käsitlemine võimaldab tuvastatud terviseriskidega mehi suunata otse teenuseid kasutama kiire broneeringu abil, tuvastada abivajadust, märkides selle süsteemi või vähemalt anda soovitus arsti poole pöördumiseks. Kontaktpunktide töötajad vajavad selleks selgeid juhiseid ja hõlpsaid suunamisvõimalusi.

Tervisetõendite, töötervishoiukontrolli ning ajateenistuse tervisekontrolli läbimisel puutuvad mehed kokku ka tervishoiutöötajatega ning nendes olukordades võiks riskipõhistel tervishoiutöötaja poolt antud **käitumissoovitustel või lühisekkumistel** olla suur mõjupotentsiaal. Just töötervishoiukontroll ilmnes kui üks meeste jaoks oluline koht, kus terviseprobleeme, eriti elustiili teemasid käsitletakse ja oma tervises seisust ülevaade saadakse. Samuti võiksid töötervishoiuarstid anda ka tööandjatele kogu töötajaskonda puudutavaid soovitusi või ideid võimalike sekkumiste kohta, näiteks elustiili teemadel (tervisliku toidu võimaldamine tööl, liikumise soodustamine, suitsetamisest loobumise soodustamine jne).

Sotsiaalmajanduslike riskidega meestel võib tervishoiusüsteemi või töötervishoiukontrolliga puuduva tervisekindlustuse ning katkendliku tööhõive tõttu olla eriti vähe kokkupuuteid ning lisaks vaesusele on see eraldi risk. Seega võiks Töötukassa kas ise pakkuda töötervishoiukontrolli võimalust või suunata arsti juures pikalt mitte käinud mehed perearstikeskusesse tervishoiukontrolli, kas või soovitusena.

- Uuringu andmed näitasid, et meeste kogemus tervishoiusüsteemiga ei ole alati olnud emotsionaalselt turvaline, mis mõjutab nende usaldust teenuste ja teenusepakkujate suhtes. Teenuste standardite parandamiseks tasub kaaluda **traumat arvestava organisatsiooni lähenemise juurutamist**, seda eriti nende teenuste puhul, mida mehed kasutavad (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Lähenemise põhimõtted on: turvalisus (füüsiline ja emotsionaalne), usaldusväarsus ja läbipaistvus, võimestatus, kogemuskaaslaste tugi, koostöö partneritega juhtumi lahendamisel, diskrimineerimise vältimine ja erisustega arvestamine.
- Meeste abi otsimise hoiakuid ja ravi järgimist mõjutab ka tervishoiutöötajate **suhtlemisoskus** nende probleemide käsitlemisel ning ravijuhiste selgitamisel. Tervishoiutöötajate väljaõppes võiks suhtlemis- ja **nõustamisalast** väljaõpet, sh motiveeriva intervjuerimise oskuste arendamist, olla rohkem ning võiks õppekavas olla planeeritud sellesse perioodi, kui juba õpitakse patsiente nõustama. Samuti on vajalik pakkuda sellealaseid juhiseid ja täiendõpet juba praktiseerivatele arstidele ja õdedele. Tulenevalt kuluefektiivsusest võiksid ravijuhiseid selgitada pigem meditsiiniõed ning neid võiks patsiendi silmis usaldusväarsuse tagamiseks raamistada ka edaspidi kui arsti meeskonnaliikmeid.
- Uuringus mainisid mehed ühe olulise barjääri ja negatiivse kogemusena probleeme visiidi broneerimise hõlpsuse ja kättesaadavusega (vt ptk 7.2), enamasti perearstide, aga ka teiste teenustega seoses. **Sujuvad digitaalsed broneerimis- ja konsulteerimisvõimalused** ja **tagasihelistamine** ning ristbroneeringud perearsti poolt võimaldaksid tagada, et abi otsimise teekond ei katkeks. **Maapiirkondades** elavate meeste jaoks parandaks arstiabi, eriti eriarstiabi kättesaadavust **kaugnõustamine** kombineerituna võimalusega teha terviseanalüüsid kodukoha lähedal.

- Tervishoiuekspertid viitasid sellele, et praeguses tervishoiusüsteemis **ei tegeleta sageli piiripealsete juhtumitega** ja tervisenäitajatega, mistõttu saavad mehed abi liiga hilja. Värske 40–49-aastaste meeste tervist käsitlev uuring demonstreeris selles vanuses meeste tõsiste tervisemurede rohkust (Kender, et al, 2022). Arste, eriti perearste ja nende meeskondi võiks julgustada käsitlema ka piiripealseid ja probleemi algusele viitavaid tervisenäite, samuti nõustama nooremaid mehi. Eraldi võiks kampaaniates ja terviseinfo jagamisel **käsitleda eluviisimuutusi ja nende osas abi otsimist**, kuna enam kui pooled meestest ei seostanud perearsti jm abi eluviisimuutustega. Nendel teemadel võiksid tervishoiutöötajad kõnetada mehi proaktiivselt ja pakkuda hinnanguvaba võimalust muresid arutada ning leida sobiv sekkumine või teenus muutuse ette võtmiseks. Kuna kardetakse halvustamist ja hurjutamist, võiks eraldi rõhutada patsiendiga koostööd ning hinnangutevabadust.
- **Kõikidel tervishoiutöötajatel** sõltuvalt teenusest on võimalik **terviseriskist tulenevalt anda käitumissoovitusi või viia läbi lühisekkumisi** ning uuring näitas, et tervishoiutöötajate seisukohti ja nõuandeid võetakse meeste poolt rohkem arvesse. Tervishoiutöötajad ei pruugi aga teada, millised on teaduslikult usaldusväärsed ja efektiivsed soovitused või sekkumised (Karolin & Varblane, 2023 ilmumisel). Selleks et soovituste jm andmist soodustada, tuleks **tervishoiutöötajatele luua terviseriskidest lähtuv usaldusväärne ja teaduspõhine eneseabi- ja elustiilmaterjalide ning muude ressursside andmebaas** (nt nutirakendused, raamatusoovitused, kogukondlikud sekkumised), seda jooksvalt täiendada ning motiveerida tervishoiutöötajaid seda kasutama.
- Et vältida terviseprobleemide süvenemist, võiks julgustada meest jätkuvalt süsteemist abi otsima, hoidma **regulaarset kontakti ning oma probleemi osas mitte alla andma, isegi kui muutust kohe ette võtta ei suudeta. Samuti võiksid tervishoiutöötajad ravi nõustamisel ja selgitamisel juhtida tähelepanu ka juba toimunud positiivsetele muutustele, et patsiendid märkaksid tervishoiusüsteemi rolli ja mõju paremini. See aitaks tegeleda kõrgete ootuste probleemiga meditsiinisüsteemi suhtes.**

Kasutatud kirjandus

- Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm, Ü.-K., & Kallavus, K. (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Südamel- ja veresoonehaiguste valdkonna aruanne*. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alkoinfo. (2016, september 13). *Alkoholi liigtarvitamine on Eestis üks suurimaid majandus- ja haiguskoormust põhjustavaid terviseriske*. Alkoinfo.ee. <https://alkoinfo.ee/et/1624/>
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449. <https://doi.org/10.1080/080394899427692>
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252(5), 201–209.
- Ani, Ü. (2021). Kopsuarst Ülle Ani nikotiinist loobumisest: See on nagu loteriipileti ostmine. *Geenius Meedia*. <https://tervise.geenius.ee/blogi/targa-patsiendi-blogi/kopsuarst-ulle-ani-nikotiinist-loobumisest-see-on-nagu-loteriipileti-ostmine/>
- Baker, P. (2015). *Review of National Men's Health Policy and Action Plan 2008-13: Final report for the Health Service Executive*. <http://www.mhfi.org/policyreview2015.pdf>
- Baker, P., & Shand, T. (2017). Men's health: Time for a new approach to policy and practice? *Journal of Global Health*, 7(1).
- Balakrishnan, A. S., Nguyen, H. G., Shinohara, K., Yeung, R. A., Carroll, P. R., & Odisho, A. Y. (2019). A mobile health intervention for prostate biopsy patients reduces appointment cancellations: Cohort study. *Journal of medical Internet research*, 21(6), e14094.
- Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient recognition of and response to symptoms of TIA or stroke. *Neuroepidemiology*, 26(3), 168–175.
- Behavioural Insights Team. (2014). EAST: Four simple ways to apply behavioural insights. *Behavioural Insight Team, London*.
- Beier, M. E., & Ackerman, P. L. (2003). Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 439.
- Berke, D. S., Leone, R., Parrott, D., & Gallagher, K. E. (2020). Drink, don't think: The role of masculinity and thought suppression in men's alcohol-related aggression. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(1), 36.
- Bertholet, N., Cunningham, J. A., Faouzi, M., Gaume, J., Gmel, G., Burnand, B., & Daeppen, J. (2015). Internet-based brief intervention for young men with unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial in a general population sample. *Addiction*, 110(11), 1735–1743.
- Betz, N. E., Mintz, L., & Speakmon, G. (1994). Gender differences in the accuracy of self-reported weight. *Sex Roles*, 30(7), 543–552. <https://doi.org/10.1007/BF01420801>
- Bjurlin, M. A., Cohn, M. R., Kim, D. Y., Freeman, V. L., Lombardo, L., Hurley, S. D., & Hollowell, C. M. (2013). Brief smoking cessation intervention: A prospective trial in the urology setting. *The Journal of urology*, 189(5), 1843–1849.

- Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Sarbit, G., Sharp, P., Caperchione, C. M., Currie, L. M., Schmid, J., Mackay, M. H., & Stolp, S. (2016). Evaluation of quitnow men: An online, men-centered smoking cessation intervention. *Journal of medical Internet research*, *18*(4), e5076.
- Bottorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., Jaffer-Hirji, H., & Tillotson, S. M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Medicine*, *45*(6), 775–800. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0286-3>
- Bunde, J., & Martin, R. (2006). Depression and prehospital delay in the context of myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, *68*(1), 51–57.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, *25*(2), 215–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.09.003>
- Calogero, R. M., & Thompson, J. K. (2010). Gender and body image. *Handbook of gender research in psychology* (1k 153–184). Springer.
- Cao, B., Gupta, S., Wang, J., Hightow-Weidman, L. B., Muessig, K. E., Tang, W., Pan, S., Pendse, R., & Tucker, J. D. (2017). Social media interventions to promote HIV testing, linkage, adherence, and retention: Systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *19*(11), e7997.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, *4*, 45–65.
- Chang, Q., Yip, P. S., & Chen, Y.-Y. (2019). Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *Journal of affective disorders*, *243*, 297–304.
- Civitta. (2019). *Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ vahehindamine*. <https://terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eeesti>
- Coles, R., Watkins, F., Swami, V., Jones, S., Woolf, S., & Stanistreet, D. (2010). What men really want: A qualitative investigation of men's health needs from the Halton and St Helens Primary Care Trust men's health promotion project. *British Journal of Health Psychology*, *15*(4), 921–939. <https://doi.org/10.1348/135910710X494583>
- Connell, R. (1987). *Gender and power: Society, the person, and sexual politics*. Stanford University Press.
- Cook, P. A., & Bellis, M. A. (2001). Knowing the risk: Relationships between risk behaviour and health knowledge. *Public health*, *115*(1), 54–61.
- Courtenay, W. H. (2003). Key determinants of the health and well-being of men and boys. *International Journal of Mens Health*, *2*, 1–30.
- Crespí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(1), 327.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Williams, B., Sniehotta, F. F., Petrie, D. J., Jones, C., Norrie, J., Evans, J. M., Emslie, C., & Rice, P. M. (2018). Text message intervention to reduce frequency of binge drinking among disadvantaged men: The TRAM RCT. *Public Health Research*, *6*(6), 1–190.
- Cross, M. P., & Pressman, S. D. (2020). Say cheese? The connections between positive facial expressions in student identification photographs and health care seeking behavior. *Journal of Health Psychology*, *25*(13–14), 2511–2519.
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *26*(3), 271–283.
- Davies, J., McCrae, B. P., Frank, J., Dochnahl, A., Pickering, T., Harrison, B., Zakrzewski, M., & Wilson, K. (2000). Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *Journal of American College Health*, *48*(6), 259–267.
- Doherty, D. T., & Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British journal of health psychology*, *15*(1), 213–228.

- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., & Vlaev, I. (2010). *MINDSPACE: influencing behaviour for public policy*.
- Du Plessis, K., Cronin, D., Corney, T., & Green, E. (2013). Australian blue-collar men's health and well-being: Contextual issues for workplace health promotion interventions. *Health Promotion Practice, 14*(5), 715–720.
- Esper, L. H., & Furtado, E. F. (2013). Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: A systematic review. *J Alcohol Drug Depend, 1*(3), 116–120.
- EuroFIT. (2014). *EuroFIT – Social innovation to improve physical activity and sedentary behaviour through elite European football*. <http://eurofitfp7.eu/>
- European Institute for Gender Equality. (2016). *Gender in health*. Publications Office.
- Eurostat. (2022a). *Psychiatric care beds in hospitals TPS00047* [Andmebaas]. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022b, november 4). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile HLTH_SILC_08* [Andmebaas]. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., & Gregory, D. (2011). Health, illness, men and masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health, 8*(1), 7–15.
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice, 19*, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Gascoigne, P., Mason, M., & Roberts, E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a qualitative study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 8*(2), 144–154.
- George, A., & Fleming, P. (2004). Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: Implications for health promotion. *Journal of men's health and gender, 1*(4), 345–352.
- Gerdes, Z. T., & Levant, R. F. (2018). Complex Relationships Among Masculine Norms and Health/Well-Being Outcomes: Correlation Patterns of the Conformity to Masculine Norms Inventory Subscales. *American Journal of Men's Health, 12*(2), 229–240. <https://doi.org/10.1177/1557988317745910>
- Gray, C. M., Wyke, S., Zhang, R., Anderson, A. S., Barry, S., Brennan, G., Briggs, A., Boyer, N., Bunn, C., & Donnachie, C. (2018). Long-term weight loss following a randomised controlled trial of a weight management programme for men delivered through professional football clubs: The Football Fans in Training follow-up study. *Public Health Research, 6*(9), 1–114.
- Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of Risk Perception and Substance Use of Tobacco, Alcohol and Cannabis Among Adolescents and Emerging Adults: Evidence of Directional Influences. *Substance Use & Misuse, 50*(3), 376–386. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.984847>
- Gruner, L. F., Amitay, E. L., Heisser, T., Guo, F., Niedermaier, T., Gies, A., Hoffmeister, M., & Brenner, H. (2021). The Effects of Different Invitation Schemes on the Use of Fecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer Screening: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Cancers, 13*(7). <https://doi.org/10.3390/cancers13071520>
- Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E.-K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of happiness studies, 10*(3), 271–291.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2021). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review, 1*–31. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Hale, S., Grogan, S., & Willott, S. (2007). Patterns of self-referral in men with symptoms of prostate disease. *British Journal of Health Psychology, 12*(3), 403–419.

- Hammer, J. H., & Vogel, D. L. (2010). Men's Help Seeking for Depression: The Efficacy of a Male-Sensitive Brochure About Counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(2), 296–313. <https://doi.org/10.1177/0011000009351937>
- Health Service Executive. (2016). *National Men's Health Action Plan Healthy Ireland-Men HI-M 2017-2021 Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing*.
- Himmelstein, M. S., & Sanchez, D. T. (2016). Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor–patient communication. *Preventive medicine*, 84, 34–40.
- Hochbaum, G., Rosenstock, I., & Kegels, S. (1952). Health belief model. *United states public health service*, 1.
- Holland, D. J., Bradley, D. W., & Khoury, J. M. (2005). Sending men the message about preventive care: An evaluation of communication strategies. *International Journal of Men's Health*, 4(2).
- Hugosson, J., & Carlsson, S. (2014). Overdetection in screening for prostate cancer. *Current Opinion in Urology*, 24(3).
- Iwamoto, D. K., & Smiler, A. P. (2013). Alcohol makes you macho and helps you make friends: The role of masculine norms and peer pressure in adolescent boys' and girls' alcohol use. *Substance use & misuse*, 48(5), 371–378.
- Jacomelli, J., Summers, L., Stevenson, A., Lees, T., & Earnshaw, J. (2016). Impact of the first 5 years of a national abdominal aortic aneurysm screening programme. *Journal of British Surgery*, 103(9), 1125–1131.
- Jakobson, M. (2018). *Meeste tervise hinnangute, tervisemõjurite ja kehamassiindeksi vahelised seosed. Meeste tervise käsitluse ja informatsiooni tajutud piisavus Eestis*. [Bakalaureusetöö]. Tallinna Ülikool Haapsalu kolledž.
- Johansson, M., Zahl, P. H., Siersma, V., Jørgensen, K. J., Marklund, B., & Brodersen, J. (2018). Benefits and harms of screening men for abdominal aortic aneurysm in Sweden: A registry-based cohort study. *The Lancet*, 391(10138), 2441–2447.
- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P., & Ogradniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression: Men's help-seeking discourses in depression. *Sociology of Health & Illness*, 34(3), 345–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x>
- Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: A systematic review. *Health psychology review*, 8(3), 253–269.
- Kang, M., Lessard, D., & Heston, L. (2017). *Introduction to women, gender, sexuality studies*. University of Massachusetts Amherst Libraries.
- Kantar Emor. (2020). *Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Uuringuraport*. <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/eesti-haigekassa/uuringud-ja-analuusid>
- Karolin, A., Varblane, A., Hämmal J., Rüütsalu, K. (2023, ilmumas). *Toitumisnõustamise integreerimine Eesti esmatasandi tervishoidu*. Tellija: Sotsiaalministeerium
- Kender E., Vorobjov S., Ehala-Aleksejev K., Punab M. (2022). *Eesti 40–49aastaste meeste tervis: pilootprojekt „Pikema Sõpruse Päev*. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik
- Khachkalyan, T. (2014). *Association between health risk knowledge and risk behavior among medical students and residents in Yerevan*.
- Khraim, F. M., & Carey, M. G. (2009). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient education and counseling*, 75(2), 155–161.
- King, K., Schlichthorst, M., Reifels, L., Keogh, L., Spittal, M. J., Phelps, A., & Pirkis, J. (2018). Impacts of a Documentary about Masculinity and Men's Health. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1604–1614. <https://doi.org/10.1177/1557988318777927>
- Kodriati, N., Pursell, L., & Hayati, E. N. (2018). A scoping review of men, masculinities, and smoking behavior: The importance of settings. *Global Health Action*, 11(sup3), 1589763. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1589763>

- Konstabel, K; Tulviste, J, Laidra, K; Havik, M; Reile, R; Leinsalu, M; Murd,C; jt (2022). *Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring. Lõpparuanne*. Kättesaadav <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-rahvastiku-vaimse-tervise-uuring-lopparuanne>
- Koops van 't Jagt, R., Tan, S. L., Hoeks, J., Spoorenberg, S., Reijneveld, S. A., de Winter, A. F., Lippke, S., & Jansen, C. (2019). Using Photo Stories to Support Doctor-Patient Communication: Evaluating a Communicative Health Literacy Intervention for Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3726. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193726>
- Lefkowich, M., Richardson, N., & Robertson, S. (2017). "If We Want to Get Men in, Then We Need to Ask Men What They Want": Pathways to Effective Health Programing for Men. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1512–1524. <https://doi.org/10.1177/1557988315617825>
- Leong, S. L., Gingrich, D., Lewis, P. R., Mauger, D. T., & George, J. H. (2005). Enhancing Doctor-Patient Communication Using Email: A Pilot Study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(3), 180–188. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.180>
- Levant, R. F., & Richmond, K. (2008). A Review of Research on Masculinity Ideologies Using the Male Role Norms Inventory. *The Journal of Men's Studies*, 15(2), 130–146. <https://doi.org/10.3149/jms.1502.130>
- Levant, R. F., & Wimer, D. J. (2014). Masculinity Constructs as Protective Buffers and Risk Factors for Men's Health. *American Journal of Men's Health*, 8(2), 110–120. <https://doi.org/10.1177/1557988313494408>
- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2011). An evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and its relationships to masculinity and attitudes towards seeking psychological help among college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 26.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense model of illness representation danger. *Medical psychology*, 2, 7–30.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lighthall, N. R., Mather, M., & Gorlick, M. A. (2009). Acute stress increases sex differences in risk seeking in the balloon analogue risk task. *PLoS One*, 4(7), e6002.
- Lingard, H., & Turner, M. (2015). Improving the health of male, blue collar construction workers: A social ecological perspective. *Construction management and economics*, 33(1), 18–34.
- Liszewski, W., Peebles, J. K., Yeung, H., & Arron, S. (2018). Persons of nonbinary gender—Awareness, visibility, and health disparities. *The New England journal of medicine*, 379(25), 2391.
- Lundborg, P., & Andersson, H. (2008). Gender, risk perceptions, and smoking behavior. *Journal of health Economics*, 27(5), 1299–1311.
- MacNeil, B. A., Hudson, C. C., & Leung, P. (2018). It's raining men: Descriptive results for engaging men with eating disorders in a specialized male assessment and treatment track (MATT). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 817–824. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0586-y>
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201–2209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035>
- Mahalik, J. R., Lagan, H. D., & Morrison, J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and US male college students. *Psychology of men & Masculinity*, 7(4), 191.
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>

- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke*, 37(5), 1248–1253.
- Manierre, M. J. (2015). Gaps in knowledge: Tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine*, 128, 151–158.
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Courtenay, W. (2005). Measurement of Men's Help Seeking: Development and Evaluation of the Barriers to Help Seeking Scale. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(2), 95.
- Maruyama, C., Kimura, M., Okumura, H., Hayashi, K., & Arao, T. (2010). Effect of a worksite-based intervention program on metabolic parameters in middle-aged male white-collar workers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 51(1), 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.04.008>
- Mast, M. S., Sieverding, M., Esslen, M., Graber, K., & Jäncke, L. (2008). Masculinity causes speeding in young men. *Accident Analysis & Prevention*, 40(2), 840–842.
- Mehta, S. J., Khan, T., Guerra, C., Reitz, C., McAuliffe, T., Volpp, K. G., Asch, D. A., & Doubeni, C. A. (2018). A randomized controlled trial of opt-in versus opt-out colorectal cancer screening outreach. *The American Journal of Gastroenterology*, 113(12), 1848.
- Mertens, S., Herberz, M., Hahnel, U. J., & Brosch, T. (2022). The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioural domains. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(1), e2107346118.
- Mets, U., & Veldre, V. (2017). *Tulevikuvaade töajõu-ja oskuste vajadusele: Tervishoid*. SA Kutsekoda.
- Milkman, K. L., Patel, M. S., Gandhi, L., Graci, H. N., Gromet, D. M., Ho, H., ... & Duckworth, A. L. (2021). A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated at an upcoming doctor's appointment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(20), e2101165118.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed). Guilford Press.
- Misan, G., Ledo, V., & Haren, M. (2008). *Men's Sheds: A strategy to improve men's health*. Spencer Gulf Rural Health School.
- Mojica, C. M., Parra-Medina, D., & Vernon, S. (2018). Peer Reviewed: Interventions Promoting Colorectal Cancer Screening Among Latino Men: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*, 15.
- Molassiotis, A., Wilson, B., Brunton, L., & Chandler, C. (2010). Mapping patients' experiences from initial change in health to cancer diagnosis: A qualitative exploration of patient and system factors mediating this process. *European journal of cancer care*, 19(1), 98–109.
- Moloczij, N., McPherson, K. M., Smith, J. F., & Kayes, N. M. (2008). Help-seeking at the time of stroke: Stroke survivors' perspectives on their decisions. *Health & social care in the community*, 16(5), 501–510.
- Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C., Cook, A. T., Berthon, B., Mitchell, S., & Callister, R. (2011). Efficacy of a workplace-based weight loss program for overweight male shift workers: The Workplace POWER (Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit) randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 52 (5).
- Morgan, P. J., Lubans, D. R., Plotnikoff, R. C., Callister, R., Burrows, T., Fletcher, R., Okely, A. D., Young, M. D., Miller, A., Clay, V., Lloyd, A., & Collins, C. E. (2011). The „Healthy Dads, Healthy Kids“ community effectiveness trial: study protocol of a community-based healthy lifestyle program for fathers and their children. *BMC Public Health*, 11(1).
- Mukk, P. (2019). Kopsuarst avaldab tõe: Kui kahjulik on e-sigaret tegelikult? *Postimees*.
<https://tervis.postimees.ee/6782431/kopsuarst-avaldaab-toe-kui-kahjulik-on-e-sigaret-tegelikult>
- National Cancer Institute. (2022, november 3). *Prostate-Specific Antigen (PSA) Test* (nciglobal,ncienterprise). <https://www.cancer.gov/types/prostate/psa-fact-sheet>
- National Health Service. (2021, oktoober 18). *Prostate cancer—PSA testing*. Nhs.Uk.
<https://www.nhs.uk/conditions/prostate-cancer/psa-testing/>

- Novak, B., Bullen, C., Howden-Chapman, P., & Thornley, S. (2007). Blue-collar workplaces: A setting for reducing heart health inequalities in New Zealand. *NZ Med J*, 120(1261), U2704.
- O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social science & medicine*, 61(3), 503–516.
- Parsons, J. T., Lelutiu-Weinberger, C., Botsko, M., & Golub, S. A. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 9.
- Pringle, A., & Sayers, P. (2004). It's a Goal!: Basing a community psychiatric nursing service in a local football stadium. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124(5), 234–238. <https://doi.org/10.1177/146642400412400522>
- Raag, M., Vorobjov, S., & Uusküla, A. (2019). Prevalence of injecting drug use in Estonia 2010–2015: A capture-recapture study. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 1–8.
- Rahu, K., Rahu, M., & Zeeb, H. (2019). Sex disparities in premature adult mortality in Estonia 1995–2016: A national register-based study. *BMJ Open*, 9(7), e026210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026210>
- Rao, J. K., Anderson, L. A., Inui, T. S., & Frankel, R. M. (2007). Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Medical care*, 340–349.
- Reile, R., Tekkel, M., & Veideman, T. (2019). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018*. Tervise Arengu Instituut.
- Reile R., Veideman T. (2023) *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Reile, R., Veideman, T. (2021). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020*. Tervise Arengu Instituut.
- Renner, B., Gamp, M., Schmälzle, R., & Schupp, H. T. (2015). Health Risk Perception. J. D. Wright (Toim), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (lk 702–709). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14138-8>
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A., Treeby, M. S., & Amminger, G. P. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 236–240.
- Richardson, N. C. & Paula. (2008). *National men's health policy 2008-2013: Working with men in Ireland to achieve optimum health & wellbeing*. Department of Health and Children.
- Robertson S. Men's health promotion in the UK: A hidden problem. *British Journal of Nursing*, 1995: 4(7): 382-401.
- Robertson, L. M., Douglas, F., Ludbrook, A., Reid, G., & van Teijlingen, E. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*, 8(1), 141. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-141>
- Robertson, S., & Baker, P. (2017). Men and health promotion in the United Kingdom: 20 years further forward? *Health Education Journal*, 76(1), 102–113. <https://doi.org/10.1177/0017896916645558>
- Robertson, S., & Ebrary, I. (2007). *Understanding men and health masculinities, identity, and well-being*. McGraw Hill/Open University Press.
- Robertson, S., & Williamson, P. (2005). Men and health promotion in the UK: Ten years further on? *Health Education Journal*, 64(4), 293–301. <https://doi.org/10.1177/001789690506400402>
- Rochlen, A. B., & Hoyer, W. D. (2005). Marketing mental health to men: Theoretical and practical considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 675–684. <https://doi.org/10.1002/jclp.20102>
- Rochlen, A. B., McKelley, R. A., & Pituch, K. A. (2006). A preliminary examination of the „Real Men. Real Depression“ campaign. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.7.1.1>

- Rochlen, A. B., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. L. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American journal of men's health*, 4(2), 167–175.
- Rothgerber, H. (2013). Real men don't eat (vegetable) quiche: Masculinity and the justification of meat consumption. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(4), 363.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British journal of general practice*, 55(513), 305–312.
- Rutherford, L., Stark, A., Ablona, A., Klassen, B. J., Higgins, R., Jacobsen, H., Draenos, C. J., Card, K. G., & Lachowsky, N. J. (2021). Health and well-being of trans and non-binary participants in a community-based survey of gay, bisexual, and queer men, and non-binary and Two-Spirit people across Canada. *Plos one*, 16(2), e0246525.
- Rätsep, A., Trumm, E., Aaviksoo, E., Kostabi, E., Tamm, G., Urmann, H., Lubi, K., Lees, K., Kiisel, M., Mägi, M., Kiiwet, R.-A., Kalda, R., Puur, S. M., & Tubelt, E. (2020). *Töötervishoiuteenuse uuring*. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/ttu_lopparuanne.pdf
- Sagar-Ouriaghli, I., Godfrey, E., Bridge, L., Meade, L., & Brown, J. S. (2019). Improving mental health service utilization among men: A systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting help-seeking. *American journal of men's health*, 13(3), 1557988319857009.
- SA TÜK Meestekliinik (2017). *Tervisesoovitud meestele*. https://www.kliinikum.ee/meestekliinik/pildid/Meestekliiniku_tervisesoovitud_EST_2017.pdf
- Schlichthorst, M., Sanci, L. A., Pirkis, J., Spittal, M. J., & Hocking, J. S. (2016). Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health*, 16(3), 81–90.
- Scholz, B., Crabb, S., & Wittert, G. A. (2017). “Males don't wanna bring anything up to their doctor” Men's discourses of depression. *Qualitative Health Research*, 27(5), 727–737.
- Scott, S. E., Walter, F. M., Webster, A., Sutton, S., & Emery, J. (2013). The Model of Pathways to Treatment: Conceptualization and integration with existing theory. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 45–65. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02077.x>
- Sheeran, P., Harris, P. R., & Epton, T. (2014). Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychological bulletin*, 140(2), 511.
- Sikkut, R. (2021). Sugu ja tervis. *Teel tasakaalustatud ühiskonda. Naised ja mehed Eestis III*. (lk 73–89). Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium.
- Sloan, C., Conner, M., & Gough, B. (2015). How does masculinity impact on health? A quantitative study of masculinity and health behavior in a sample of UK men and women. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 206.
- Smith, J. A., Braunack-Mayer, A. J., Wittert, G. A., & Warin, M. J. (2008). Qualities men value when communicating with general practitioners: Implications for primary care settings. *Medical Journal of Australia*, 189(11–12), 618–621.
- Smith, J. A., & Robertson, S. (2008). Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? *Health Promotion International*, 23(3). Oxford University Press (OUP). <https://doi.org/10.1093/heapro/dan019>
- Sonnenberg, P., Clifton, S., Beddows, S., Field, N., Soldan, K., Tanton, C., Mercer, C. H., Da Silva, F. C., Alexander, S., & Copas, A. J. (2013). Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*, 382(9907), 1795–1806.
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2021). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*.

- Spandler, H., Mckeown, M., Roy, A., & Hurley, M. (2013). Football metaphor and mental well-being: An evaluation of the *It's a Goal!* programme. *Journal of Mental Health, 22*(6), 544–554. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.819420>
- Springer, K. W., & Mouzon, D. M. (2011). “Macho men” and preventive health care: Implications for older men in different social classes. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 212–227.
- Stanton, W. R., Lowe, J. B., Moffatt, J., & Del Mar, C. B. (2004). Randomised control trial of a smoking cessation intervention directed at men whose partners are pregnant. *Preventive medicine, 38*(1), 6–9.
- Statistikaamet. (2021a, august 25). *Statistika andmebaas, tabel RV045: OODATAV ELUIGA SÜNNIMOMENDIL JA ELADA JÄÄNUD AASTAD SOO JA VANUSE JÄRGI* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV045
- Statistikaamet. (2021b, august 25). *Statistika andmebaas, tabel RV0452: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad maakonna, soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV0452
- Statistikaamet. (2021c, august 25). *Statistika andmebaas, tabel RV0454: OODATAV ELUIGA SÜNNIMOMENDIL JA ELADA JÄÄNUD AASTAD HARIDUSE, SOO JA VANUSRÜHMA JÄRGI* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV0454
- Statistikaamet. (2021d, august 25). *Statistika andmebaas, tabel TH75: TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTAD SOO JA VANUSERÜHMA JÄRGI* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__tervislik-seisund/TH75
- Statistikaamet. (2021e, august 25). *Statistika andmebaas, tabel TH753: Tervena elada jäänud aastad maakonna, soo ja vanuse järgi* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__tervislik-seisund/TH753
- Statistikaamet. (2021f, august 25). *Statistika andmebaas, tabel TH754: Tervena elada jäänud aastad hariduse, soo ja vanuse järgi* [Andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__tervislik-seisund/TH754
- Stefko, R., Gavurova, B., Ivankova, V., & Rigelsky, M. (2020). Gender Inequalities in Health and Their Effect on the Economic Prosperity Represented by the GDP of Selected Developed Countries—Empirical Study. *International journal of environmental research and public health, 17*(10), 3555.
- Steinfeldt, J. A., & Steinfeldt, M. C. (2012). Profile of masculine norms and help-seeking stigma in college football. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 1*(1), 58.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014) *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>
- Sunstein, C. R. (2022). The distributional effects of nudges. *Nature Human Behaviour, 6*(1), 9–10. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01236-z>
- Svensjö, S., Björck, M., Gürtelschmid, M., Djavani Gidlund, K., Hellberg, A., & Wanhainen, A. (2011). Low Prevalence of Abdominal Aortic Aneurysm Among 65-Year-Old Swedish Men Indicates a Change in the Epidemiology of the Disease. *Circulation, 124*(10), 1118–1123. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.030379>
- Syzdek, M. R., Addis, M. E., Green, J. D., Whorley, M. R., & Berger, J. L. (2014). A pilot trial of gender-based motivational interviewing for help-seeking and internalizing symptoms in men. *Psychology of Men & Masculinity, 15*(1), 90–94. <https://doi.org/10.1037/a0030950>
- Syzdek, M. R., Green, J. D., Lindgren, B. R., & Addis, M. E. (2016). Pilot trial of gender-based motivational interviewing for increasing mental health service use in college men. *Psychotherapy, 53*(1), 124–129. <https://doi.org/10.1037/pst0000043>
- Zwicker, A., & DeLongis, A. (2010). Gender, stress, and coping. *Handbook of gender research in psychology* (lk 495–515). Springer.

- Taber, J. M., Leyva, B., & Persoskie, A. (2015). Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *Journal of general internal medicine*, 30(3), 290–297.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. *The Oxford handbook of health psychology*. (lk 189–214). Oxford University Press.
- TAI (2018). *Narkomaania ravi ja rehabilitatsioon. Infomaterjal*. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/157537657873_NarkomaaniaRavijaRehabilitatsioon.pdf
- TAI (2020). *AUDIT – test alkoholi tarvitamise hindamiseks*. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/audit-test-alkoholi-tarvitamise-hindamiseks>. Vaadatud 15.03.2023
- TAI (2021a). *Tubaka- ja nikotiinitoode tarvitamine Eestis. Infomaterjal*. <https://tai.ee/et/valjaanded/tubaka-ja-nikotiinitoode-tarvitamine-eestis-infoleht>
- TAI (2021b). *Kahjude vähendamine. Infomaterjal*. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/kahjude-vahendamine-0>
- Terviseinfo (2022, veebruar 21). *Alkoholi liigtarvitamise ennetamine*. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol>
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021a, märts 8). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel SD21: Surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi*. [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__04Surmad/SD21.px/
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021b, aprill 15). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU20, TKU21, TKU22, TKU24: Alkoholi tarvitamise sagedus viimase 12 kuu jooksul* [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__03Alkohol/?tablelist=true
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021c, aprill 15). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU50, TKU51, TKU52, TKU54: Suitsetamine soo ja vanuserühma/hariduse/rahvuse/majandusliku aktiivsuse järgi*. [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__05Suitsetamine/?tablelist=true
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021d, aprill 15). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU70: Kanepi tarvitamine soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__07Narkootikumid/TKU70.px/
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021e, aprill 28). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel ETU41, ETU417, ETU424, ETU426, ETU427: Depressiooni ja emotsionaalse distressi esinemine*. [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__01ETeU__04VaimneTervis/?tablelist=true
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021f, juuni 15). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi*. [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyhikahaired/PKH1.px/
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021g, juuni 15). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PKH2: Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyhikahaired/PKH2.px/
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021h, juuli 12). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PK10: Pahaloomuliste kasvivate esmasjuhud paikme, soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__04PahaloomulisedKasvajad/PK10.px/
- TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021i, august 30). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel VSR22: Jämesoolevähi söeluuringu sihtrühma hõlmatus uuringuga vanuse ja soo*

järgi [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__07Soeluringud/VSR22.px/

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021j, oktoober 4). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU10: Viimase 7 päeva jooksul värskel puu- ja köögivilja söömine soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__02Toitumine/TKU10.px/

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021k, oktoober 4). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU30: Vabal ajal vähemalt poole tunni vältel tervisespordi harrastamise sagedus soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__04Liikumine/TKU30.px/

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2021l, oktoober 4). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel TKU40: Kehamassiindeks soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__02TKU__04Liikumine/TKU40.px/

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2022a, detsember 8). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PK10: Pahaloomuliste kasvajate esmasjuhud paikme, soo ja vanuserühma järgi* [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__04PahaloomulisedKasvajad/PK10.px/

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2022b, august 31). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PK10: VSR22: Jämesoolevähi sõeluuringu sihtrühma hõlmatus uuringuga vanuse ja soo järgi* [Andmebaas].

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__07Soeluringud/VSR22.px/

TAI (2022c). TAI: 2020. aastal diagnoositi Eestis 8225 vähi esmasjuhtu. Artikkel kättesaadav

<https://www.tai.ee/et/uudised/tai-2020-aastal-diagnoositi-eestis-8225-vahi-esmasjuhtu>. Vaadatud 20.04.2023

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.

Themas, A., Ainsaar, M., Soo, K., Sammul, M., Uusküla, A., Tarum, H., Hendrikson, R., Arak, T., Espenberg, K., & Varblane, U. (2015). *Eesti meeste hoiakute ja käitumise uuring: Tervis, haridus, tööhõive, ränne ja perehoone*.

Thompson, J., & Cafri, G. E. (2007). *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. American Psychological Association.

Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., & Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2246–2251. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.02.003>

Trummal, A., & Luuk, K. (2019). *Töökoha tervisedenduse uuring 2019*. Tervise Arengu Instituut.

Tööinspeksioon. (2022). *Tööõnnetused*. <https://www.ti.ee/et/statistika/tooonnetused>

Valery, L., Anke, O., Inge, K. K., & Johannes, B. (2008). Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: A systematic review of reviews. *European journal of cancer prevention*, 535–544.

Vandello, J. A., Bosson, J. K., Cohen, D., Burnaford, R. M., & Weaver, J. R. (2008). Precarious manhood. *Journal of personality and social psychology*, 95(6), 1325.

Veazie, P., & Denham, A. (2021). Understanding how psychosocial factors relate to seeking medical care among older adults using a new model of care seeking. *Social Science & Medicine*, 281, 114113.

Veldre, V., Aaben, L., & Nurm, Ü.-K. (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <https://www.sm.ee/sites/default/files/content->

- Viester, L., Verhagen, E. A., Bongers, P. M., & van der Beek, A. J. (2018). Effectiveness of a worksite intervention for male construction workers on dietary and physical activity behaviors, body mass index, and health outcomes: Results of a randomized controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 32*(3), 795–805.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*(12), 1086–1090.
- Vorobjov, S., Salekešin, M., & Vals, K. (2019). *Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring, 2018*. Tervise Arengu Instituut.
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A. *Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport*. Kopenhaagen: WHO Euroopa Regionaalbüroo; 2021.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341893/WHO-EURO-2021-2573-42329-58594-est.pdf>
- Warren, N. B., & Campbell, T. H. (2021). The sleep-deprived masculinity stereotype. *Journal of the Association for Consumer Research, 6*(2), 236–249.
- Willer, R., Rogalin, C. L., Conlon, B., & Wojnowicz, M. T. (2013). Overdoing gender: A test of the masculine overcompensation thesis. *American journal of sociology, 118*(4), 980–1022.
- Wilson, N. J., & Cordier, R. (2013). A narrative review of Men's Sheds literature: Reducing social isolation and promoting men's health and well-being. *Health & social care in the community, 21*(5), 451–463.
- Wong, Y. J., Ho, M.-H. R., Wang, S.-Y., & Miller, I. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of counseling psychology, 64*(1), 80.
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade: Summary*. World Health Organization; WHO IRIS.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>
- World Health Organization. (2015). The European mental health action plan 2013–2020. *Copenhagen: World Health Organization, 17*.
- World Health Organization. (2016). *Women's health and well-being in Europe: Beyond the mortality advantage*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). *Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344017>
- World Health Organization, regional office for Europe. (2018). *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/378165/68wd12e_MensHealthStrategy_180480.pdf
- Wyke, S., Hunt, K., Gray, C. M., Fenwick, E., Bunn, C., Donnan, P. T., Rauchhaus, P., Mutrie, N., Anderson, A. S., Boyer, N., Brady, A., Grieve, E., White, A., Ferrell, C., Hindle, E., & Treweek, S. (2015). Football Fans in Training (FFIT): A randomised controlled trial of a gender-sensitised weight loss and healthy living programme for men – end of study report. *Public Health Research, 3*(2), 1–130.
<https://doi.org/10.3310/phr03020>
- Ülevaade vaimse tervise probleemidest | Terviseinfo. (s.a.). Salvestatud 10. aprill 2023, <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis/ulevaade-vaimse-tervis-probleemidest>
- Yan, A. F., Zhang, G., Wang, M. Q., Stoesen, C. A., & Harris, B. M. (2009). Weight perception and weight control practice in a multiethnic sample of US adolescents. *Southern medical journal, 102*(4), 354–360.

- Youl, P. H., Janda, M., Lowe, J. B., & Aitken, J. F. (2005). Does the type of promotional material influence men's attendance at skin screening clinics? *Health Promotion Journal of Australia*, 16(3), 229–232.
- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9(2), 264–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>

Lisa 1: I etapi kvalitatiivuuringu valim

Nr.	Intervjueeritav	Amet, organisatsioon
1	Kristel Ehala-Aleksejev	Üldarst, TÜ Kliinikumi meestekliinik
2	Anneli Talvik	Perearst ja juhataja perearstikeskuses Sinu Arst (Tallinn)
3	Madis Veskimägi	Perearst, Tõstamaa tervisekeskus
4	Ruth Kalda	TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini professor, OÜ Ülikooli Perearstikeskus perearst
5	Urmo Kiitam	Kardioloogi-juhtivarst, Ida-Tallinna Keskhaigla sisekliinik
6	Kristjan Pomm	Meestearst, TÜ Kliinikumi meestekliinik
7	Triinu Tänavsuu	Kliiniline psühholoog, Eesti Psühholoogide Liidu juhatuse liige
8	Viljar Veede	Psühhiaater, Confido meditsiinikeskus
9	Arvo Petersell	Psühhiaater, PERH
10	Tiiu Härm	Alkoholi ja tubaka valdkonna ekspert, Tervise Arengu Instituut; tubakanõustaja
11	Katri Abel-Ollo	Narkomaania ja nakkushaiguste ennetamise keskuse teadur, Tervise Arengu Instituut
12	Betty Maria-Märk	Alkoholi ja tubaka valdkonna vanemspetsialist; programmi „Kainem ja tervem Eesti“ koordinaator
13	Anneli Sammel	Terviseriskide ennetamise keskuse juht; alkoholi ja tubaka valdkonna juhtimine

Lisa 2: II etapi kvalitatiivuuringu valim

Vanus	Haridus	Elukoht	Maakond	Lisa-info	Suitsetamine	Joob korraga 6 ühikut alkoholi	KMI
33	Kõrgharidus	Tallinn	Harjumaa	.	ei	Umbes kord nädalas	22,7
30	Alg- või põhiharidus	Tallinn	Harjumaa	.	jah, käesoleval ajal iga päev	Mõned korrad kuus	23,6
68	Kesk- või keskeriharidus	Maal	Lääne-Virumaa	.	jah, varem suitsetasin	Umbes kord nädalas	27,6
24	Kõrgharidus	Muu linn, alev	Jõgevamaa	elab üksi	ei	Mõned korrad kuus	27,8
58	Kesk- või keskeriharidus	Tartu	Tartumaa	elab üksi	ei	Kord kuus või harvem	36,2
57	Kesk- või keskeriharidus	Maal	Viljandimaa	.	ei	Umbes kord nädalas	31,6
34	Kesk- või keskeriharidus	Tallinn	Harjumaa	.	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Kord kuus või harvem	29,5
45	Kesk- või keskeriharidus	Pärnu	Pärnumaa	.	jah, käesoleval ajal iga päev	Kord kuus või harvem	27,8
30	Kesk- või keskeriharidus	Tartu	Tartumaa	.	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Mõned korrad nädalas	23,6
32	Kesk- või keskeriharidus	Tartu	Tartumaa	.	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Umbes kord nädalas	25,1
60	Kesk- või keskeriharidus	Muu linn, alev	Järvamaa	.	ei	Mitte kunagi	27,7
53	Kesk- või keskeriharidus	Maal	Saaremaa	.	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Kord kuus või harvem	34,7
63	Kõrgharidus	Muu linn, alev	Ida-Virumaa	.	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Kord kuus või harvem	35,1
46	Kõrgharidus	Muu linn, alev	Ida-Virumaa	.	jah, käesoleval ajal iga päev	Umbes kord nädalas	26,6
61	Kõrgharidus	Maal	Harjumaa	elab üksi	jah, varem suitsetasin	Kord kuus või harvem	22,7
35	Kõrgharidus	Muu linn, alev	Harjumaa	elab üksi	ei	Umbes kord nädalas	23,0
61	Kõrgharidus	Maal	Harjumaa	.	jah, varem suitsetasin	Mõned korrad nädalas	33,5
46	Kõrgharidus	Tallinn	Harjumaa	.	jah, varem suitsetasin	Mõned korrad nädalas	25,5
52	Kõrgharidus	Tallinn	Harjumaa	elab üksi	jah, varem suitsetasin	Mõned korrad nädalas	22,1
27	Kõrgharidus	Tallinn	Harjumaa	elab üksi	jah, käesoleval ajal juhuslikult	Kord kuus või harvem	26,0
24	Kesk- või keskeriharidus	Narva	Ida-Virumaa	.	ei	Mitte kunagi	38,8
54	Kesk- või keskeriharidus	Maal	Harjumaa	.	jah, varem suitsetasin	Peaaegu iga päev või iga päev	37,5
61	Kõrgharidus	Maal	Harjumaa	elab üksi	jah, varem suitsetasin	Kord kuus või harvem	22,7
52	Kõrgharidus	Tallinn	Harjumaa	.	ei	Kord kuus või harvem	46,3

Lisa 3: kvantitatiivuuringu planeeritud ja tegelik valim

		Kaalumata valim %	Kaalatud valim %	Üldkogumi jaotus: 18-74-aastased mehed (ESA 01.01.2022)
Vanus	18-24	12	10	10
	25-34	22	20	20
	35-49	30	32	32
	50-64	24	26	26
	65-74	12	13	13
Rahvus	Eestlane	76	67	67
	Muu rahvus	24	33	33
Regioon	Tallinn	34	33	33
	Põhja-Eesti	9	13	13
	Lääne-Eesti	11	11	11
	Kesk-Eesti	10	9	9
	Kirde-Eesti	10	10	10
	Lõuna-Eesti	26	24	24
Asulatüüp	Pealinn	34	33	33
	Suur linn	17	16	16
	Muu linn	21	19	19
	Maa-asula	28	32	32
Haridustase	I tase	12	19	19
	II tase	38	49	49
	III tase	50	31	31

Lisa 4: jämesoolevähi sõeluuringu SMS-teavituse valimi jaotus

- Jaanuaris said e-kutse 5660 meest.
- 16.04.2023 seisuga on neist sõeluuringul osalenud 1165.
- 16.04.2023 seisuga ei ole uuringul käinud 4495 meest, neist on vahepeal surnud 21, Eestist alaliselt lahkunud 12 (nende kontaktid eemaldati SMS-i saajate hulgast)
- SMS-teavituse sihtgrupp **4462 meest** randomiseeriti reastades mehed perekonnanime alusel ning jagades nad gruppidesse A, B ja C:
 - A grupp – 1488
 - B grupp – 1487
 - C grupp – 1487

Maakond	A	B	C	Kokku
mk puudu		1	1	2
Harju maakond	649	592	607	1848
Hiiu maakond	16	18	17	51
Ida-Viru maakond	142	160	183	485
Jõgeva maakond	35	28	37	100
Järva maakond	48	44	43	135
Lääne maakond	24	35	26	85
Lääne-Viru maakond	70	84	90	244
Põlva maakond	24	27	34	85
Pärnu maakond	102	110	93	305
Rapla maakond	37	44	31	112
Saare maakond	56	56	54	166
Tartu maakond	145	156	124	425
Valga maakond	36	31	44	111
Viljandi maakond	65	57	59	181
Võru maakond	39	44	44	127
Kokku	1488	1487	1487	4462

Sünniaastad	A	B	C	Kokku
1955	251	264	287	802
1957	274	264	242	780
1959	285	282	309	876
1961	342	353	301	996
1963	336	324	348	1008
Kokku	1488	1487	1487	4462

Lisa 5: regressioonimudelid

Tabel 1. Lineaarse regressioonimudeli tulemused, kus füüsilise tervise probleemi korral pöördumist ennustati sotsiaaldemograafiliste näitajate, kroonilise haiguse olemasolu ning maskuliinsuse ja tervisekäitumisega seotud uskumustega. Rasvasega on toodud statistiliselt oluliste ennustavate tegurite p-väärtused ja standardiseeritud β . NB! miinusmärgiga on pöördumist suurendavad tegurid, plussmärgiga pöördumist vähendavad tegurid. (R) märgib pööratud väidet.

Pöördumine füüsilise tervise probleemi korral			
Predictors	std. Beta	standardized CI	p
(Intercept)	0.07	-0.10 – 0.23	<0.001
Rahvus2 [vene/muu]	-0.20	-0.32 – -0.08	0.001
Haridustase [1. tase]	0.05	-0.11 – 0.21	0.579
Haridustase [3. tase]	-0.03	-0.13 – 0.08	0.596
Partner [abielus/vabaabielus]	0.05	-0.11 – 0.20	0.547
Partner [lahutatud/lahus/lesk]	0.07	-0.06 – 0.19	0.296
Elukoht [suur linn]	-0.06	-0.20 – 0.08	0.412
Elukoht [muu linn]	-0.03	-0.16 – 0.10	0.680
Elukoht [maa]	0.10	-0.03 – 0.22	0.127
Laps [ei ole]	0.01	-0.10 – 0.12	0.877
Sissetulek pereliikme kohta [kuni 600 eurot]	0.02	-0.13 – 0.17	0.784
Sissetulek pereliikme kohta [1001-1500 eurot]	-0.13	-0.27 – 0.01	0.075
Sissetulek pereliikme kohta [üle 1500 euro]	-0.15	-0.29 – -0.00	0.045
Sissetulek pereliikme kohta [puudus/keeldumine]	0.01	-0.14 – 0.16	0.859
Staatuse uus [mittetöötav]	-0.07	-0.19 – 0.06	0.279
Toimetulek [raske toime tulla]	-0.08	-0.20 – 0.04	0.189
Krooniline haigus [ei]	0.10	-0.00 – 0.20	0.062
Krooniline haigus [ei oska öelda]	0.07	-0.12 – 0.27	0.446
Krooniline haigus [ei soovi vastata]	-0.27	-0.89 – 0.34	0.384
Vanus	-0.08	-0.14 – -0.02	0.012
Mulle meeldib oma tunnetest rääkida (R)	0.14	0.09 – 0.19	<0.001
Mind häirib, kui pean abi küsima	0.07	0.02 – 0.12	0.008
Võimaluse korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid	-0.01	-0.06 – 0.04	0.655
Ma arvan, et vägivald on mõnikord vajalik	-0.02	-0.07 – 0.03	0.413
Töö on minu jaoks esikohal	-0.01	-0.06 – 0.04	0.596
Ma eelistan meesarsti naisarstile	0.00	-0.05 – 0.05	0.954
Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama	-0.06	-0.11 – -0.01	0.019
Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga	0.12	0.06 – 0.19	<0.001
Oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik	0.16	0.10 – 0.23	<0.001
Vaid tõsine haigus vabandab töölt puudumist	-0.04	-0.10 – 0.02	0.167
Tõeline mees ei kurda	0.01	-0.05 – 0.08	0.675
Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk	-0.01	-0.07 – 0.05	0.847
Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu	0.08	0.02 – 0.13	0.006
Tööandjale oma tervisemure avaldamine võib olla halbade tagajärgedega	0.05	-0.00 – 0.10	0.062
Observations	1571		
R ² / R ² adjusted	0.163 / 0.145		

Tabel 2. Lineaarse regressioonimudeli tulemused, kus vaimse tervise probleemi korral pöördumist ennustati sotsiaaldemograafiliste näitajate, kroonilise vaimse tervise häire olemasolu ning maskuliinsuse ja tervisekäitumisega seotud uskumustega. Rasvasega on toodud statistiliselt oluliste ennustavate tegurite p-väärtused ja standardiseeritud β . NB! miinusmärgiga on pöördumist suurendavad tegurid, plussmärgiga pöördumist vähendavad tegurid. (R) märgib pööratud väidet.

Pöördumine vaimse tervise probleemi korral			
Predictors	std. Beta	standardized CI	p
(Intercept)	-0.18	-0.41 – 0.06	<0.001
Rahvus2 [vene/muu]	-0.01	-0.17 – 0.15	0.877
Haridustase [1. tase]	-0.18	-0.38 – 0.02	0.082
Haridustase [3. tase]	-0.05	-0.20 – 0.09	0.473
Partner [abielus/vabaabielus]	0.05	-0.15 – 0.24	0.636
Partner [lahutatud/lahus/lesk]	0.06	-0.10 – 0.22	0.453
Elukoht [suur linn]	-0.26	-0.44 – -0.08	0.006
Elukoht [muu linn]	-0.14	-0.32 – 0.04	0.123
Elukoht [maa]	-0.03	-0.21 – 0.15	0.739
Laps [ei ole]	0.07	-0.08 – 0.22	0.348
Sissetulek pereliikme kohta [kuni 600 eurot]	0.00	-0.20 – 0.20	0.991
Sissetulek pereliikme kohta [1001-1500 eurot]	-0.09	-0.28 – 0.11	0.380
Sissetulek pereliikme kohta [üle 1500 euro]	-0.11	-0.31 – 0.09	0.279
Sissetulek pereliikme kohta [puudus/keeldumine]	0.01	-0.20 – 0.22	0.929
Staatus uus [mittetöötav]	-0.19	-0.35 – -0.03	0.021
Toimetulek [raske toime tulla]	-0.07	-0.23 – 0.08	0.351
Krooniline haigus [ei]	0.48	0.33 – 0.63	<0.001
Krooniline haigus [ei oska öelda]	0.49	0.20 – 0.77	0.001
Krooniline haigus [ei soovi vastata]	0.36	-0.67 – 1.39	0.495
Vanus	-0.14	-0.22 – -0.06	<0.001
Mulle meeldib oma tunnetest rääkida (R)	0.11	0.04 – 0.18	0.002
Mind häirib, kui pean abi küsima	0.13	0.06 – 0.20	<0.001
Võimaluse korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid	0.00	-0.07 – 0.07	0.991
Ma arvan, et vägivald on mõnikord vajalik	0.00	-0.06 – 0.07	0.958
Töö on minu jaoks esikohal	0.05	-0.02 – 0.11	0.175
Ma eelistan meesarsti naisarstile	-0.02	-0.09 – 0.04	0.473
Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama	0.01	-0.06 – 0.08	0.738
Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga	0.02	-0.08 – 0.11	0.729
Oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik	0.18	0.08 – 0.27	<0.001
Vaid tõsine haigus vabandab töölt puudumist	-0.08	-0.16 – 0.00	0.054
Tõeline mees ei kurda	-0.03	-0.12 – 0.06	0.455
Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk	0.14	0.05 – 0.22	0.002
Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu	0.05	-0.03 – 0.12	0.216
Tööandjale oma tervisemure avaldamine võib olla halbade tagajärgedega	0.07	-0.00 – 0.14	0.065
Observations	791		
R ² / R ² adjusted	0.243 / 0.210		

Tabel 3. Jämesoole sõeluuringu SMS-meeldetuletuse logistiline regressioon

Predictors	Uuring_tehtud			Uuring_tehtud		
	Odds Ratios	CI	p	Odds Ratios	CI	p
(Intercept)	0.05	0.04 – 0.06	<0.001	0.09	0.07 – 0.10	<0.001
Randomiseerimisrühm [B]	1.77	1.30 – 2.42	<0.001			
Randomiseerimisrühm [C]	2.43	1.82 – 3.29	<0.001	1.38	1.07 – 1.78	0.013
Observations	4339			2896		
R ² Tjur	0.008			0.002		

Lisa 6: kvantitatiivuuringu ankeet

Meeste nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamise uuring

Küsitlusuuringu ankeet

A. Sotsiaaldemograafiline taust I

A1. Kas Te olete?

1. mees
2. naine → Täname, sellega on uuring lõppenud!
3. muu → Täname, sellega on uuring lõppenud!

A2. Kui vana Te olete? (VAHEMIK 18-74)

Palun kirjutage:

A3. Kas Te elate...?

1. Tallinnas
2. Tartu linnas (linnalises asustusüksuses)
3. Tartu linnas (alevikus, külas)
4. Pärnu linnas (linnalises asustusüksuses)
5. Pärnu linnas (alevis, alevikus, külas)
6. Narvas
7. Kohtla-Järvel
8. Muus linnas/alevis
9. Maa-asulas (alevikus, külas)

KUI MUU LINN VÕI MAA-ASULA, SIIS KÜSI:

A4. Mis maakonnas Te elate?

1. Harjumaa
2. Hiiumaa
3. Ida-Virumaa
4. Jõgevamaa
5. Järvamaa
6. Läänemaa
7. Lääne-Virumaa
8. Põlvamaa
9. Pärnumaa
10. Raplmaa
11. Saaremaa
12. Tartumaa
13. Valgamaa
14. Viljandimaa
15. Võrumaa

A5. Mis on Teie rahvus?

1. eestlane
2. venelane
3. muu rahvus

A6. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

ÜKS VASTUS

1. algharidus (kuni 6 klassi)
2. põhiharidus
3. kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil
4. kesk- või gümnaasiumi haridus
5. kutsekeskharidus (sh keskeri- või tehnikumiharidus) põhihariduse baasil
6. kutsekeskharidus või kutseõpe keskhariduse baasil
7. keskeri- või tehnikumiharidus keskhariduse baasil
8. bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus (sh. rakenduskõrgharidus)

B. Tervise ning professionaalse nõustamis- ja tervishoiuteenuse väärtustamine

B1. Millised on praegu Teie elus kõige olulisemad valdkonnad, eesmärgid? Palun valige järgnevalt nimekirjast kolm kõige olulisemat. KUNI 3 VASTUST, RANDOMISEERIDA VARIANTE

1. materiaalne kindlustatus
2. laste kasvatamine
3. edu erialasel tööl
4. oma tervise eest hoolitsemine
5. kindel partnerlussuhe
6. hobidega tegelemine
7. suhtlemine sõpradega
8. armastus
9. midagi muud

B2. Kuidas Te hindate oma tervist üldiselt? Mõelge oma tervisele kõige üldisemalt ja ärge arvestage ajutisi terviseprobleeme

1. väga hea
2. hea
3. ei hea ega halb
4. halb
5. väga halb

Järgnevalt mõned küsimused arstiabi ja nõustamisteenuste kasutamise kohta.

B3. Millal Te viimati pöördusite iseenda pärast mõne arsti, hambaarsti või õe poole? Palun arvestage lisaks visiidile ka pöördumist telefoni, videokõne või e-kirja teel.

1. kuni 6 kuud tagasi
2. 6-12 kuud tagasi
3. 1-2 aastat tagasi
4. 3-5 aastat tagasi
5. 6-10 aastat tagasi
6. üle 10 aasta tagasi
7. ei oska öelda

B4. Mis oli viimase iseenda pärast arsti või õe poole pöördumise peamiseks põhjuseks? 1 VASTUS

1. uus terviseprobleem või haigus
2. jälgimine või korduv vastuvõtt
3. tervisekontroll arsti kutsel
4. kontrolli minek enda algatusel
5. töötervishoiukontroll

6. tervisetõendi saamine
7. saatekirja uuendamine
8. retsepti uuendamine
9. muu põhjus, täpsustage
10. ei oska öelda

HOIAKUD

Järgnevalt uurime arsti, meditsiiniõe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumise kohta. Palun hinnake järgmisi väiteid, kasutades skaalat alati vajalik, tavaliselt vajalik, tavaliselt ebavajalik, alati ebavajalik.

Minu arvates on arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole pöördumine...

		Alati vajalik	Tavaliselt vajalik	Tavaliselt ebavajalik	Alati ebavajalik
B5.	...füüsilise tervise probleemi korral	4	3	2	1
B6.	...vaimse tervise probleemi korral	4	3	2	1
B7.	...suitsetamisest loobumise eesmärgil	4	3	2	1
B8.	...alkoholist loobumise või selle tarvitamise vähendamise eesmärgil	4	3	2	1
B9.	...kui on probleeme kehakaaluga	4	3	2	1

ENESETÕHUSUS (ehk usk enda võimekusse mingi tegevusega hakkama saada)

Kui lihtsad või keerulised oleksid järgnevad olukorrad Teie jaoks? Palun hinnake skaalal väga keeruline, pigem keeruline, pigem ei ole keeruline, üldse ei ole keeruline.

Arsti, õe, psühholoogi või nõustaja juurde minek oleks minu jaoks...

		Väga keeruline	Pigem keeruline	Pigem ei ole keeruline	Üldse ei ole keeruline
B10.	...füüsilise tervise probleemi korral	4	3	2	1
B11.	...vaimse tervise probleemi korral	4	3	2	1
B12.	...suitsetamisest loobumise eesmärgil	4	3	2	1
B13.	...Alkoholist loobumise või selle tarvitamise vähendamise eesmärgil	4	3	2	1
B14.	...kui on probleeme kehakaaluga	4	3	2	1

NORMID

Palun mõelge nüüd oma meessoost sõprade ja tuttavate peale. Kas Teie meessoost sõbrad ja tuttavad pöördusid üldjuhul arsti, õe, psühholoogi või nõustaja poole juhul kui...

		Kindlasti pöördusid	Pigem pöördusid	Pigem ei pöördusid	Kindlasti ei pöördusid
B15.	... neil on probleeme füüsilise tervisega	4	3	2	1
B16.	...neil on probleeme vaimse tervisega	4	3	2	1
B17.	...nad soovivad suitsetamisest loobuda	4	3	2	1
B18.	...nad soovivad alkoholi tarbimist vähendada või sellest loobuda	4	3	2	1
B19.	... neil on probleeme kehakaaluga	4	3	2	1

B20. Palun märkige iga järgneva teenuse või veebilehe kohta, kas Te olete sellest varem kuulnud või mitte?

Skaala: 1. jah 2. ei 3. ei oska öelda

1. Tubakast loobumise nõustamise teenus, mida pakuvad spetsiaalsed tubakast loobumise nõustamise kabinetid
2. Alkoholitartvitamise vähendamise või sellest loobumise nõustamise teenus spetsiaalsetes ravikeskustes
3. Mobiilne diagnoosikabinet meestele ehk mööda Eestit ringi sõitev buss, kuhu mehed saavad pöörduda nii uroloogiliste kui muude meestele eriomaste kaebustega
4. PSA-test ehk vereproovist määratud prostata-spetsiifiline antigeen eesnäärmevähi varajaseks avastamiseks
5. Jämesoolevähi sõeluuring
6. Perearsti nõuandetelefon 1220
7. Ohvriabi teenus 116006 (palunabi.ee)
8. Vaimse tervise veebilehed: peaasi.ee, enesetunne.ee
9. Veebileht alkoinfo.ee
10. Veebileht tubakainfo.ee

C. Füüsiline tervis

Järgnevalt küsime Teie üldise tervise ja füüsilise tervise näitajate kohta.

C1. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem? *Pikaajaline haigus on haigus, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem. Kroonilised haigused on pikaajalised, sh haigused, mis ei pruugi tekitada otseseid vaevusi, näiteks põhjusel, et võetakse vastavaid ravimeid. Kaasa arvatud hooajalised või korduvad probleemid (allergia, heinanohu jm).*

1. jah
2. ei
3. ei oska öelda
4. ei soovi vastata

C2. Mil määral on mõni terviseprobleem vähemalt viimase 6 kuu jooksul Teie tavalisi igapäevategevusi piiranud?

1. oluliselt piiranud
2. piiranud, aga mitte oluliselt
3. ei ole üldse piiranud
4. ei oska öelda

Palun hinnake iga järgmist näitajat, kas see on Teil viimase 12 kuu jooksul olnud korras või mitte?

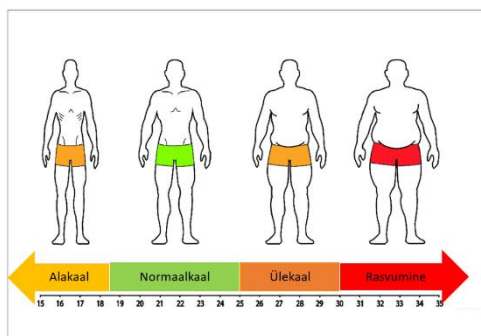
		On korras	Ei ole korras	Ei oska öelda/ei ole mõõtnud
C3.	Vererõhk	1	2	3
C4.	Vere kolesteroolitase	1	2	3
C5.	Veresuhkur	1	2	3

C6. Kui pikk Te olete (ilma kingadeta)?cm

C7. Kui palju Te kaalute (ilma riieteta)?kg

C8. Kas Te olete enda hinnangul ...?

1. alakaalus
2. normaalkaalus
3. ülekaalus
4. tugevas ülekaalus, rasvunud
5. ei oska öelda



C9. Kuivõrd Te nõustute järgmise väitega: ma saan enamasti kohe aru, kui mu füüsilise tervisega on midagi korrast ära

1. täiesti nõus
2. pigem nõus
3. pigem ei ole nõus
4. üldse ei ole nõus
5. ei oska öelda

Räägime nüüd täpsemalt sellest, kas ja millal Te kasutate erinevate füüsilise tervise probleemide korral arsti või teiste tervishoiutöötajate abi või mida teete ise selleks, et neid probleeme lahendada. Tervishoiutöötajad on arst, hambaarst, öde.

C10. Palun mõelge olukordadele, mil Teil on olnud hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Kuidas Te siis tavaliselt käitute?

1. Pöördun võimalikult kiiresti peale enesetunde püsivat halvenemist või kehaliste muutuste märkamist (veritsus, turse vmt) arsti või tervishoiutöötaja poole
2. Viivitan arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöördumisega, kuid lõpuks teen seda
3. Kaalun arsti või tervishoiutöötaja poole pöördumist, kuid (enamasti) ei tee seda
4. Ma ei pöördu (enamasti) arsti või muu tervishoiutöötaja poole ega kaalu seda
5. Ei ole olnud füüsilise tervisega selliseid probleeme

KÜSI KUI C10=1-4 EHK ON KOGENUD TÕSISEMAID FÜÜSILISE TERVISE PROBLEEME

C11. Mis Teid ajendab arsti või muu tervishoiutöötaja poole pöörduma, kui Teil on hooajalistest kergematest viirushaigustest tõsisemaid probleeme? Valige kuni 3 peamist ajendit.

1. suur mure oma tervises seisundi pärast
2. tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära (kuu ja enam)
3. igapäevane elu on terviseprobleemist tugevalt häiritud
4. olen ise juba kõike proovinud (nt. käsimüügiravimeid) ja miski ei aita
5. pereliige, lähedane või sõber soovib arstile minna
6. pereliige, lähedane või sõber paneb mulle aja arstile minekuks kinni või tuleb kaasa
7. olukord halveneb nii, et satun EMO-sse/haiglasse
8. muu, täpsustage
9. mitte miski
10. ei oska öelda

KÜSI KÕIGILT

C12. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks füüsilise tervise probleemi puhul arsti, hambaarsti või öe poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks. Arvestage pöördumise alla ka konsulteerimine telefoni, videokõne või e-kirja teel.

CAWI JA CATI: ROTEERIDA 2-9 VARIANTE (VARIANT 1 JÄÄB ALATI ESIMESEKS) JA VARIANTE 10-19.

1. lootus, et saan ise hakkama
2. ei tahtnud arsti tülitada
3. ajapuudus
4. ebasobivad vastuvõtuajad
5. ei saa töölt või koolist ära
6. arst asub kaugel, pole transporti
7. pikk järjekord
8. raha (teenus, ravi või ravimid on kallid)
9. polnud saatekirja, ravikindlustust
10. ei teadnud, kelle poole pöörduda
11. ei usalda arsti võimekust mind aidata
12. piinlikkus- või ebamugavustunne
13. arsti suhtumine, suhtlusstiil
14. ei soovinud oma terviseprobleemist rääkida
15. kartsin, et mul avastatakse haigus / pannakse diagnoos
16. teadmatus selle ees, mida arst teeb

17. hirm protseduuride või ravi ees
18. kartus, et see toob kaasa teiste inimeste negatiivse suhtumise
19. sain abi mujalt; Palun täpsustage, kellelt ja millist
20. muu oluline takistus, täpsustage
21. mitte ükski neist
22. ei oska öelda

KÜSI, KUI ON OLNUD HOOAJALISTEST KERGEMATEST VIIRUSTEST TÕSISEMAID PROBLEEME, C10=1-4

C13. Mõelge hetkedele, kui Teil on olnud kergetest hooajalistest viirushaigustest tõsisemaid probleeme oma füüsilise tervisega. Sõltumata sellest, kas Te olete sel juhul otsinud arsti või muu tervishoiutöötaja abi või mitte, siis kuidas Te iseseisvalt püüate sellega toime tulla? Palun valige kõik sobivad variandid. MITU VASTUST VÕIMALIK

1. ei tee midagi
2. otsin perelt, lähedastelt või sõpradelt tuge
3. kasutan mõnda käsimüügiravimit (nt valuvaigistit)
4. tegelen millegagi, mis mõtted terviseprobleemilt eemale viiks
5. püüan elada tervislikumalt (toitun tervislikumalt, magan või liigun rohkem)
6. kasutan (rohkem) mõnuaineid (alkohol, suitsetamine või narkootikumid)
7. piiran mõnuainete kasutamist (alkohol, suitsetamine või narkootikumid)
8. söön või näksin midagi
9. helistan nõuandetelefonile
10. loen haiguse/sümptomite kohta infot, täpsustage, kust
11. pöördun mõne muu abistaja poole, täpsustage
12. teen midagi muud, täpsustage
13. ei oska öelda

D. Vaimne tervis

Järgnevalt küsimused vaimse tervise teemal

D1. Lugege tähelepanelikult läbi alltoodud loetelu probleemidest ja vaevustest, mis võivad inimestel mõnikord esineda. Palun märkige, kuivõrd see probleem on Teid häirinud viimase nelja nädala jooksul.

		üldse mitte	harva	mõnikord	sageli	pidevalt
1.	kurvameelsus	0	1	2	3	4
2.	huvi kadumine	0	1	2	3	4
3.	alaväärsustunne	0	1	2	3	4
4.	enesesüüdistused	0	1	2	3	4
5.	korduvad surma- või enesetapumõtted	0	1	2	3	4
6.	üksildustunne	0	1	2	3	4
7.	lootusetus tuleviku suhtes	0	1	2	3	4
8.	võimetus rõõmu tunda	0	1	2	3	4
9.	kiire ärritumine või vihastamine	0	1	2	3	4
10.	ärevuse- või hirmutunne	0	1	2	3	4
11.	pingetunne või võimetus lõdvestuda	0	1	2	3	4

12.	liigne muretsemine paljude asjade pärast	0	1	2	3	4
13.	rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	0	1	2	3	4
14.	kergesti ehmumine	0	1	2	3	4
15.	uinumisraskused	0	1	2	3	4
16.	rahutu või katkendlik uni	0	1	2	3	4
17.	liigvarajane ärkamine	0	1	2	3	4

D2. Kas Teil on diagnoositud mõni pikaajaline (krooniline) vaimse tervise häire või probleem (näiteks bipolaarne häire, depressioon vmt)? Pikaajaline haigus on haigus, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem. Kroonilised haigused on pikaajalised, sh haigused, mis ei pruugi tekitada otseseid vaevusi, näiteks põhjusel, et võetakse vastavaid ravimeid.

1. jah
2. ei
3. ei oska öelda
4. ei soovi vastata

D3. Kuivõrd Te nõustute järgmise väitega: Ma saan enamasti kohe aru, kui mu vaimne tervis on halvenenud?

VAIMSE TERVISE HALVENEMISE all peame silmas olukorda, kus inimese heaolu ja igapäevane toimetulek (näiteks koolis või tööl) on püsivalt häiritud vähemalt kahe nädala jooksul. See tähendab, et inimesel võib olla olulisi raskusi näiteks keskendumise, une, söömise, suhtlemise või enda eest hoolitsemisega. Siia alla kuuluvad nii diagnoositud psüühikahäired, kui ka olukorrad, kus inimesed ise või nende lähedased on märganud vaimse tervise muredele osutavaid sümptomeid (näiteks kurvameelsus, huvi kadumine, söögiisu muutused, keskendumisraskused, unehäired, liigne ärevus, enesevigastamine, elutüdimus, sundmõtted, sõltuvuskäitumine või muud probleemid).

1. täiesti nõus
2. pigem nõus
3. pigem ei ole nõus
4. üldse ei ole nõus
5. ei oska öelda

Küsimine nüüd täpsemalt selle kohta, kas ja millal Te olete kasutanud vaimset tervise probleemide korral perearsti, psühhiaatri või tervisespetsialisti abi ja mida Te ise teete selleks, et neid probleeme lahendada. Tervisespetsialisti all peame silmas psühholoogi ja vaimse tervise öde.

D4. Palun mõelge olukorrale/olukordadele, mil Te kogesite oma vaimse tervise halvenemist, mis häiris Teie igapäevast toimetulekut vähemalt kahe nädala jooksul? Kuidas Te siis olete käitunud? KUI CATI, SIIS LOE JÄRGNEV SELGITUS UUESTI ETTE VAJADUSEL

VAIMSE TERVISE HALVENEMISE all peame silmas olukorda, kus inimese heaolu ja igapäevane toimetulek (näiteks koolis või tööl) on püsivalt häiritud vähemalt kahe nädala jooksul. See tähendab, et inimesel võib olla olulisi raskusi näiteks keskendumise, une, söömise, suhtlemise või enda eest hoolitsemisega. Siia alla kuuluvad nii diagnoositud psüühikahäired, kui ka olukorrad, kus inimesed ise või nende lähedased on märganud vaimse tervise muredele osutavaid sümptomeid (näiteks kurvameelsus, huvi kadumine, söögiisu muutused, keskendumisraskused, unehäired, liigne ärevus, enesevigastamine, elutüdimus, sundmõtted, sõltuvuskäitumine või muud probleemid).

1. Pöördun võimalikult kiiresti peale vaimse enesetunde püsivat halvenemist arsti või tervisespetsialisti poole
2. Viivitan arsti või tervisespetsialisti poole pöördumisega, kuid lõpuks teen seda
3. Kaalun arsti või tervisespetsialist poole pöördumist, kuid (enamasti) ei tee seda

4. Ma ei pöördu (enamasti) arsti või tervisespetsialisti poole ega kaalu seda
5. Ei ole olnud vaimse tervisega probleeme, mis häiriks igapäeva elu vähemalt kahe nädala jooksul

VASTAVAD NEED, KES ON PÖÖRDUNUD ehk D4=1 või 2

D5. Palun mõelge sellele korrale, mil Te kogesite (esmakordselt) oma vaimse tervise halvenemist, mis häiris Teie igapäeva elu vähemalt kahe nädala jooksul. Kui kiiresti Te abi otsima hakkasite?

1. Kiiremini kui 1 kuu jooksul
2. 1-3 kuu jooksul
3. 4-6 kuu jooksul
4. 7-12 kuu jooksul
5. 1-2 aasta jooksul
6. enam kui 2 aasta jooksul
7. ei oska öelda

VASTAVAD NEED, KES ON KOGENUD VAIMSE TERVISE PROBLEEME EHK D4=1-4

D6. Mis Teid ajendab/on ajendanud arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma, kui Teil on olnud probleem oma vaimse tervisega? Valige kuni 3 peamist ajendit.

1. suur mure oma vaimse tervise pärast
2. vaimne tervis ei parane ja probleem ei lähe pikema aja jooksul ära (kaks nädalat ja enam)
3. igapäevane elu on probleemist tugevalt häiritud
4. olen ise juba kõike proovinud ja miski ei aita
5. pereliige, lähedane või sõber soovib arsti või spetsialisti juurde minna
6. pereliige, lähedane või sõber paneb mulle aja arstile või spetsialistile minekuks kinni või tuleb kaasa
7. olukord halveneb nii, et satun EMO-sse/haiglasse
8. muu, täpsustage
9. mitte miskip
10. ei oska öelda

VASTAVAD NEED, KES ON KOGENUD VAIMSE TERVISE PROBLEEME EHK D4=1-4

D7. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks igapäeva elu häiriva halvenenud vaimse tervise korral arsti või muu tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks. Arvestage pöördumise alla ka konsulteerimine telefoni, videokõne või e-kirja teel.

CAWI JA CATI: ROTEERIDA 2-9 VARIANTE (VARIANT 1 JÄÄB ALATI ESIMESEKS) JA VARIANTE 10-19.

1. saan, et saan ise hakkama
2. ei tahtnud arsti või spetsialisti tülitada
3. ajapuudus
4. ebasobivad vastuvõtuajad
5. ei saa töölt või koolist ära
6. arst või spetsialist asub kaugel, pole transporti
7. pikk järjekord
8. raha (teenus, ravi või ravimid on kallid)
9. polnud saatekirja, ravikindlustust
10. ei teadnud, kelle poole pöörduda, kust abi otsimisega alustada
11. ei usaldanud spetsialisti võimekust mind aidata
12. piinlikkus- või ebamugavustunne
13. arsti või spetsialisti suhtumine, suhtlusstiil
14. ei soovinud oma probleemist rääkida
15. kartsin, et mulle pannakse diagnoos
16. teadmatus selle ees, mida arst/ spetsialist teeb
17. hirm protseduuride või ravi ees
18. kartus, et see toob kaasa teiste inimeste negatiivse suhtumise
19. sain abi mujalt, täpsustage kellelt ja millist
20. muu oluline takistus, täpsustage
21. mitte ükski neist
22. ei oska öelda

D8. Sõltumata sellest, kas Te olete halvenenud vaimse tervise puhul otsinud arsti/ tervisespetsialisti abi või mitte, siis kuidas Te iseseisvalt olete püüdnud sellega toime tulla? Palun valige kõik sobivad variandid. MITU VASTUST VÕIMALIK

1. ei tee midagi
2. otsin perelt, lähedastelt või sõpradelt tuge
3. kasutan mõnda käsimüügiravimit
4. lahendan tunnete allikaks olevaid probleeme
5. tegelen millegagi, mis mõtted muredelt eemale viiks
6. muudan seda, kuidas ma oma olukorrast mõtlen
7. mediteerin
8. surun oma tundeid maha
9. elan oma tundeid välja
10. püüan elada tervislikumalt (toitun tervislikumalt, magan või liigun rohkem)
11. kasutan (rohkem) mõnuaineid (alkohol, suitsetamine või narkootikumid)
12. piiran mõnuainete kasutamist (alkohol, suitsetamine või narkootikumid)
13. söön või näksin midagi
14. helistan tugiliinile
15. loen haiguse/sümptomite kohta infot, täpsustage, kust
16. pöördun mõne muu abistaja poole, täpsustage
17. teen midagi muud, täpsustage
18. ei oska öelda

VASTAVAD KÕIK

D9. Kuhu või kelle poole Te kõige tõenäolisemalt pöörduksite, kui Te tunnete, et Teie vaimne või emotsionaalne tervis on halvenenud ja see häirib Teie igapäevaelu? Palun valige kuni kaks kõige eelistatumat varianti.

1. perearsti vastuvõtt
2. pereõe vastuvõtt
3. vaimse tervise õe vastuvõtt
4. psühhiaatri vastuvõtt
5. psühholoogi vastuvõtt
6. arsti, õe või psühholoogi vastuvõtt interneti või telefoni vahendusel
7. perearsti nõuandetelefon
8. vaimse tervise abiliin
9. ohvriabi teenused
10. hingehoidja, vaimuliku tugi
11. vaimse tervise veebilehekülg abivõimaluste tutvustamiseks (nt. peaasi.ee või enesetunne.ee)
12. kolleeg, sõber, pereliige või muu lähedane inimene
13. muu abistaja poole, täpsustage
14. mitte üksi neist
15. ei tea, kelle poole pöörduda

E. Tubakatoodete tarvitamine

E1. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud (tavalisi sigarette, paberosse, sigareid, piipu, vesipiipu, kasutanud mokatubakat ehk snus'i, kuumutatavaid tubakatooteid või tubakavabu nikotiinitooteid ehk valget tupsu)?

1. Ei → JÄTKA F-PLOKK
2. jah, käesoleval ajal iga päev
3. jah, käesoleval ajal juhuslikult
4. jah, varem suitsetasin → JÄTKA F-PLOKK

KUI SUITSETAB KÄESOLEVAL AJAL IGA PÄEV/JUHUSLIKULT EHK E1=2 või 3; TEISTEGA JÄTKA F-PLOKK

E2. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud suitsetamisest loobuda?

1. jah, arst
2. jah, muu tervishoiutöötaja (hambaarst, õde, kiirabitöötaja, apteeker)
3. jah, pereliige
4. jah, tööandja
5. jah, keegi teine
6. ei, mitte keegi

E3. Kas Te olete suitsetamise mahajätmiseks pöördunud arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole?

1. pöördusin selleks esimesel võimalusel spetsialisti poole/olen pöördumas
2. võttis aega, kuid lõpuks pöördusin (märkige ka siis, kui olete korduvalt alustanud)
3. pöördusin spetsialisti poole, kuid ei läinud korduvvisiidile/visiitidele (või ei osalenud seal telefoni, e-meili, videokõne teel)
4. ei ole, aga olen seda kaalunud
5. ma ei ole selleks spetsialisti poole pöördunud ega kaalu seda

VASTAVAD NEED, KES ON PÖÖRDUNUD VÕI ON SEDA KAALUNUD, E3=1-4

E4. Mis Teid ajendas suitsetamise mahajätmiseks arsti, tubakanõustaja või muu tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? Valige kuni 3 peamist ajendit.

1. Soov parandada oma füüsilist ja/või vaimset tervist
2. Hirm suitsetamise mõju pärast tervisele
3. Arst, pereõde või apteeker suunas
4. Pereliikme või lähedase soov
5. Mõni elumuudatus (uus suhe, lapse sünd vmt)
6. Tõsine terviserike (nt infarkt, insult)
7. Suitsetamisvastane sotsiaalkampaania
8. Muu põhjus, täpsustage
9. Ei oska öelda

VASTAVAD KÕIK

E5. Millised järgnevatest teguritest on Teid oluliselt takistanud suitsetamisest loobumiseks arsti, nõustaja või spetsialisti poole pöördumast või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks.

CATI: LUGEGE ETTE VARIANDID 1-10 JA KÜSIGE Millised nendest on olnud takistuseks? SEEJÄREL VAFRIANDID 11-17 JA KÜSIGE Millised nendest on olnud takistuseks?

CAWI JA CATI: ROTEERIDA 2-10 VARIANTE (VARIANT 1 JÄÄB ALATI ESIMESEKS) JA VARIANTE 11-17.

1. pole soovi suitsetamist maha jätta
2. lootus ise ilma abita suitsetamisest loobuda
3. ei taha arsti või nõustajat tülitada
4. ajapuudus
5. ebasobivad vastuvõtuajad
6. ei saa töölt või koolist ära
7. spetsialist asub kaugel, pole transporti
8. pikk järjekord
9. raha (teenus, ravi või ravimid on kallid)
10. pole saatekirja, ravikindlustust
11. ei tea, kelle poole pöörduda, ei ole nõustamisvõimalustest teadlik
12. ei usalda arsti või nõustaja võimekust mind aidata
13. piinlikkus- või ebamugavustunne
14. arsti või nõustaja suhtumine, suhtlusstiil
15. teadmatus selle ees, mida arst või nõustaja teeb
16. kartus, et see toob kaasa teiste inimeste negatiivse suhtumise
17. sain abi mujalt, täpsustage millist ja kellelt

18. muu oluline takistus, täpsustage
19. mitte ükski neist
20. ei oska öelda

E6. Mida Te olete ise proovinud teha, et suitsetamisest loobuda? Palun valige kõik, mida olete proovinud.

1. ei ole midagi teinud
2. ostsin apteegist spetsiaalseid plaastreid, nätsu
3. võtsin osa mõnest virtuaalsest tugigrupist
4. vahetasin keskkonda (nt töökohta) ja see aitas maha jätta
5. lugesin internetist või mujalt nippe, mis aitaksid suitsetamist maha jätta ja rakendasin neid ise
6. pöördusin mõne alternatiivravimeditsiini esindaja poole (ravitseja, hüpnosisöör vmt)
7. lõin kampa mõne sõbra või tuttavaga; koos on kergem loobuda
8. hakkasin kasutama e-sigaretti
9. muu, palun täpsusta

F. Alkoholi tarvitamine

AUDIT test ja skoorimise eeskiri alkoholi liigtarvitamise riski arvutamiseks (lühiversioon):

https://www.mirecc.va.gov/cih-visn2/Documents/Provider_Education_Handouts/AUDIT-C_Version_3.pdf

F1. Kui sageli Te tarvitasite alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul? Peame silmas nii lahjat kui kanget alkoholi, nt õlut, veini, vahuveini, siidrit, alkohoolseid kokteile, viina, konjakit, viskit jne.

1. mitte kordagi → JÄTKA G-PLOKK
2. kord kuus või harvem
3. 2-4 korda kuus
4. 2-3 korda nädalas
5. 4-7 korda nädalas

VASTAVAD NEED, KES TARBIVAD ALKOHOLI, F1=2-5, TEISTEGA JÄTKA G-PLOKK

F2. Mitu annust alkoholi Te olete tavaliselt korraga joonud viimase 12 kuu jooksul?

1 annus on näiteks:

1 pits (40ml) 40% kanget alkoholi või

1 pokaal (120ml) 12% veini või

½ pudelit (250ml) 5 - 5,3% õlut või

½ purki (250ml) 5,6% segujooki või

1 purk (330ml) 4,5% siidrit

1. 1-2
2. 3-4
3. 5-6
4. 7-9
5. 10 või rohkem

F3. Kui sageli Te olete viimase 12 kuu jooksul joonud korraga 6 või enam annust?

1 annus on näiteks:

1 pits (40ml) 40% kanget alkoholi või

1 pokaal (120ml) 12% veini või

½ pudelit (250ml) 5 - 5,3% õlut või

½ purki (250ml) 5,6% segujooki või

1 purk (330ml) 4,5% siidrit

1. harvem kui kord kuus
2. igakuiselt
3. iganädalaselt
4. iga päev või peaaegu iga päev

VASTAVAD NEED, KEL AUDIT-SKOOR 4 VÕI ENAM EHK LIIGTARVITAMISE RISK (F1-F3 pealt);
TEISTEGA JÄTKA G-PLOKK

F4. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase 12 kuu jooksul soovitanud vähem alkoholi tarbida või sellest loobuda? Võimalik valida mitu vastust

1. jah, arst
2. jah, muu tervishoiutöötaja (hambaarst, õde, kiirabitöötaja, apteeker)
3. jah, pereliige
4. jah, tööandja
5. jah, keegi teine
6. ei, mitte keegi

F5. Kas Te olete alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks pöördunud arsti või tervisespetsialisti poole?

1. jah, pöördusin selleks esimesel võimalusel spetsialisti poole/olen pöördumas
2. võttis aega, kuid lõpuks pöördusin (märkige ka siis, kui olete korduvalt alustanud)
3. pöördusin spetsialisti poole, kuid ei läinud korduvvisiidile/visiitidele (või ei osalenud seal telefoni, e-meili, videokõne teel)
4. ei ole, aga olen seda kaalunud
5. ma ei ole selleks spetsialisti poole pöördunud ega kaalu seda

VASTAVAD NEED, KES ON PÖÖRDUNUD VÕI ON SEDA KAALUNUD EHK F5=1-4

F6. Mis Teid ajendas alkoholi tarbimise vähendamiseks või sellest loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöörduma või on pannud seda kaaluma? Valige kuni 3 peamist ajendit.

1. Soov parandada oma füüsilist ja/või vaimset tervist
2. Alkoholi mõju füüsilisele/vaimsele tervisele
3. Alkoholi mõju sotsiaalsele toimetulekule
4. Arst, pereõde või apteeker suunas
5. Pereliikme või lähedase soov
6. Mõni elumuudatus (uus suhe, lapse sünd vmt)
7. Tõsine terviserike (nt infarkt, insult)
8. Alkoholi tarbimise vähendamisele suunatud sotsiaalkampaania
9. Muu põhjus, täpsustage
10. Ei oska öelda

F7. Millised järgnevatest teguritest on Teie jaoks olnud olulisteks takistusteks alkoholist loobumiseks arsti või tervisespetsialisti poole pöördumisel või on seda edasi lükanud? Valige kõik, mis on osutunud takistuseks.

CAWI JA CATI: ROTEERIDA 2-10 VARIANTE (VARIANT 1 JÄÄB ALATI ESIMESEKS) JA VARIANTE 11-18.

1. pole soovi alkoholi tarbimist vähendada või sellest loobuda
2. lootus ise ilma abita alkoholitarvitamist vähendada või sellest loobuda
3. ei taha arsti või nõustajat tülitada
4. ajapuudus
5. ebasobivad vastuvõtuajad
6. ei saa töölt või koolist ära
7. arst või spetsialist asub kaugel, pole transporti
8. pikk järjekord
9. raha (teenus, ravi või ravimid on kallid)
10. pole saatekirja, ravikindlustust
11. ei tea, kelle poole pöörduda, ei ole nõustamisvõimalustest teadlik
12. ei usalda arsti või spetsialisti võimekust mind aidata
13. piinlikkus- või ebamugavustunne
14. arsti või spetsialisti suhtumine, suhtlusstiil
15. teadmatus selle ees, mida arst või spetsialist teeb
16. ei saa endale ravi lubada muu elu kõrvalt (nt jääda raviks töölt eemale)
17. kartus, et see toob kaasa teiste inimeste negatiivse suhtumise
18. sain abi mujalt, kasutasin muid võimalusi, täpsustage millist ja kellelt
19. muu oluline takistus, täpsustage
20. mitte ükski neist
21. ei oska öelda

F8. Kas Te olete ise proovinud midagi teha, et alkoholi tarbimist vähendada või maha jätta? Palun valige need variandid, mida olete proovinud.

1. ei ole ise midagi teinud
2. rääkisin lähedaste või sõpradega, et küsida nõu või tuge
3. tegin endale ise alkoholi vähendamise plaani ja jälgisin seda
4. tegin kellegagi kokkuleppe ja vähendasime koos (täpsusta, kellega)
5. otsisin infot nippide kohta, kuidas vähendada või maha jätta, täpsustage kust
6. sain tõeke või tuge mõnest kampaaniast või programmist (nt septembris ei joo; programm „Selge“)
7. tegelesin millegi muuga, mis mõtted alkoholitarbimiselt kõrvale viiks
8. pöördusin mõne alternatiivravimeditiini esindaja poole (ravitseja, hüpnotisöör vmt)
9. muu, täpsustage

G. Maskuliinsus, soostereotüübid ja professionaalse abi otsimisega seotud hoiakud

Kuivõrd Te nõustute või ei nõustu järgmiste väidetega?

		Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei ole nõus	Üldse ei ole nõus
G1.	Mulle meeldib oma tunnetest rääkida (R)	4	3	2	1
G2.	Mind häirib, kui pean abi küsima	4	3	2	1
G3.	Võimalusel korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid	4	3	2	1
G4.	Ma arvan, et vägivald on mõnikord vajalik	4	3	2	1
G5.	Töö on minu jaoks esikohal	4	3	2	1
G6.	Ma eelistan meesarsti naisarstile	4	3	2	1
G7.	Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama	4	3	2	1
G8.	Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga	4	3	2	1
G9.	Oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik	4	3	2	1
G10.	Vaid tõsine haigus vabandab töölt puudumist	4	3	2	1
G11.	Tõeline mees ei kurda	4	3	2	1
G12.	Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk	4	3	2	1
G13.	Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu	4	3	2	1
G14.	Töandjale oma tervisemure avaldamine võib olla halbade tagajärgedega	4	3	2	1

H. Teadlikkus terviseteenustest (Kuivõrd teadlikud on Eesti mehed erinevatest terviseteenustest, ennekõike ennetuse ning tervisekäitumise parandamisega seonduvatest ja vaimse tervise teenustest?)

H1. Kui teadlikuks Te peate ennast füüsilist tervist puudutavatel teemadel?

- Väga teadlikuks
- Pigem teadlikuks
- Pigem mitteteadlikuks
- Täiesti mitteteadlikuks
- ei oska öelda

H2. Kui teadlikuks Te peate ennast vaimset tervist puudutavatel teemadel?

- Väga teadlikuks
- Pigem teadlikuks
- Pigem mitteteadlikuks
- Täiesti mitteteadlikuks
- ei oska öelda

H3. Milliste järgmiste teemadega saab Teie teada pöörduda perearsti või pereõe poole? Märkige kõik sobivad.

1. kui olete ülekaaluline ja soovite kaalu vähendada

2. soov saada nõu tervisliku toitumise ja tervislike eluviiside osas
3. vaimse tervise probleemi korral
4. soov vähendada alkoholitarbimist või sellest loobuda
5. soov loobuda suitsetamisest, tubakatoodete tarbimisest
6. soov loobuda narkootikumide, uimastite kasutamisest
7. mitte ühegagi neist
8. ei oska öelda

Kui hästi kättesaadav on Teie hinnangul Eestis ...?

		Hästi	Pigem hästi	Pigem halvasti	halvasti	Ei oska öelda
H4.	perearstiteenus	5	4	3	2	1
H5.	eriarstiteenus	5	4	3	2	1
H6.	meestearsti teenus (androloog, uroloog)	5	4	3	2	1
H7.	vaimse tervise teenused (psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde)	5	4	3	2	1
H8.	toitumisnõustamine	5	4	3	2	1
H9.	tubakast loobumise nõustamine	5	4	3	2	1
H10.	alkoholi liigtarvitamise ravi	5	4	3	2	1

H11. Kas Te olete jätnud meestearsti ehk androloogi või uroloogi vastuvõtule pöördumata, kuna selleks on vaja võtta saatekiri?

1. jah
2. ei
3. pole olnud vajadust meestearsti poole pöörduda

H12. Kas Te olete kunagi pöördunud perearsti või pereõe poole sooviga saada abi või nõu oma kehakaalu osas (ülekaal, alakaal)?

1. Ei
2. Jah, ja sain selles osas abi
3. Jah, aga ma ei saanud abi

H13. Milliseid mõtteid või ettepanekuid on teil selleks, et mehed julgemini on füüsilise või vaimse tervise muredega pöördusid arsti, tervisespetsialisti või nõustaja poole ning ei lükkaks seda edasi? EI OLE KOHUSTUSLIK

H14. Milliseid mõtteid või ettepanekuid on Teil selleks, et parandada Eesti meeste tervist? EI OLE KOHUSTUSLIK

I. Müksud ehk online eksperimentid

Vastajad jagunevad iga katse juures juhuslikult eri gruppidesse (iga grupp 250 vastajat) ja näevad erinevat infokirjeldust/ üleskutset.

I eksperiment: Jämesoole vähi sõeluuringu tekstisõnumi kutse.

Eksperiment koosneb hüpoteetilisest olukorrast, kus mehele esitatakse kutse sõeluuringusse.

Eksperiment:

Nüüd palume Teil ette kujutada, et Teile saabub järgnev kutse:

	Grupp 1 (aktiivsete komponentideta)	Grupp 2 (Tajutud oht ja risk)	Grupp 3 (Tegevuse kasulikkus)	Grupp 4 (Barjäärid)
Lause 1	<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi sõeluuringusse</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi</i>	<i>Ootame Teid jämesoolevähi</i>

	<i>oma tervist kontrollima.</i>	<i>oma tervist kontrollima.</i>	<i>sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>	<i>sõeluuringusse oma tervist kontrollima.</i>
Laused 2	<i>Sõeluuring viiakse läbi Eesti Haigekassa ja Tervise Arengu Instituudi koostöös.</i>	<i>Jämesoolevähk on kolmas kõige levinum ja neljas kõige surmavam vähi liik maailmas. Neljal inimesel kümnest tekib elu jooksul vähieelne seisund, millest võib areneda jämesoolevähk. Eestis areneb vähk sel moel välja ligi 1000 inimesel igal aastal</i>	<i>Sõeluuring annab Teile kas meelerahu, et olete haigusest vaba, või olulise ajavõidu haigusega võitlemiseks. Jämesoolevähk võib areneda pikka aega ilma kaebusi tekitamata. Mida varem vähk avastada, seda leebem on ravi ja parem selle tulemus.</i>	<i>Sõeluuringul osalemine on lihtsam ja mugavam kui sageli arvatakse. Saate oma perearstilt testikomplekti koos samm-sammulise juhendiga proovi võtmiseks. Võetud proovi saate lekkekindlas proovinõus posti teel tasuta laborisse saata.</i>
Lause 3	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>	<i>Sõeluuringus osalemiseks võtke ühendust oma perearstikeskusega.</i>

Küsimused peale kutseteksti lugemist

Palun vastake järgmistele küsimustele kujutledes, et olete saanud just äsja loetud kutse.

11. Kas lepiksite testikomplekti saamise aja oma perearstiga kokku juba järgmise 3 tööpäeva jooksul?

1. Kindlasti mitte (0%)
2. Vaevalt küll (20%)
3. Pigem mitte (40%)
4. Pigem küll (60%)
5. Ilmselt küll (80%)
6. Kindlasti (100%)

12. Kui nõus Te olete järgnevate väidetega?

Skaala: 5 - täiesti nõus, 4 – pigem nõus, 3- nii ja naa, 2 - pigem ei ole nõus, 1 - pole üldse nõus

1. Jämesoolevähk on raske haigus, mis võib lõppeda surmaga.
2. On arvestatav võimalus, et mul on praegu jämesoolevähk.
3. Kui mul avastatakse sõeluuringul jämesoolevähk, siis on selle ravi talutavam ja mu ellujäämise võimalus suurem.
4. Sõeluuringus osalemine võimaldab mul oma tervise pärast vähem muret tunda.
5. Sõeluuringus osalemine on aeganõudev ja keeruline.
6. Sõeluuringus osalemine on piinlik ja ebamugav.
7. Sõeluuringus osalemine on ebameeldiv, sest võin sealt saada halbu uudiseid.

13. Kas Te olete kunagi andnud väljaheiteproovi jämesoolevähi tuvastamiseks?

1. Jah
2. Ei

KÜSI 14, KUI VANUS ON 59-70

14. Kas Te olete saanud Haigekassalt SMSi, mis kutsub jämesoole sõeluuringule?

1. Jah

2. Ei

Peale eksperimenti tagasisidestamine (NÄITA KÕIGILE VASTAJATELE TEKSTI):

Kui olete noorem kui 60 aastat, arvestage et söeluuringusse kutsutakse tegelikult 60-68- aastaseid mehi ja naisi. Risk jämesoolevähi haigestuda suureneb oluliselt alates 50. eluaastast. See tähendab, et 90 protsenti jämesoolevähi juhtumitest esineb inimestel, kes on vanemad kui 50 eluaastat.

II eksperiment: vaimne tervis.

Vaimse heaolu (ehk vaimse tervise eest hoolitsemise) seostamine meeste oluliste teemadega (hea „vaimne vorm“ tööks, pereeluks jne) ning müksav kutse, kokkuleppel Peaasjaga

Sissejuhatav tekst: Nüüd näitame Teile kutset ühele koolitusele. Lugege see hoolikalt läbi ja vastake mõnele küsimusele.

Kontrollversioon:

Pealkiri: Peaasi.ee kutsub vaimse tervise esmaabi koolitusele

- Vaimse tervise esmaabi andmine on õpitav oskus, mida saab kasutada kõikjal (nt tööl, kodus, trennis) ja selle pakkumine on jõukohane igaühele, kes on koolituse läbinud.
- Vaimse tervise esmaabi andmise oskus on sama oluline kui füüsilise tervise esmaabi andmise oskus.

Vali endale sobiv koolitusaeg 🙌 [#peaasi](https://esmaabi.peaasi.ee/#peaasi) [#vaimnetervis](https://esmaabi.peaasi.ee/#vaimnetervis) [#vaimseterviseesmaabi](https://esmaabi.peaasi.ee/#vaimseterviseesmaabi)

Sekkumiskiri:

Pealkiri: Õpi andma vaimse tervise esmaabi

Kas tead, mida teha, kui kellelgi läheb raskeks? Näiteks sõber kaob radarilt, pereliige tõmbub endasse või kolleeg kaotab enesevalitsuse? Mõnikord on endalgi raske stressi ja pingetega toime tulla.

Vaimse tervise esmaabi saab anda igaüks. Vaja läheb vaid julgust ja tööriistakasti, mida pakub peaasi.ee professionaalide kokku pandud kompaktne koolitus.

Sisutiheda koolituse jooksul saad teada:

- Kuidas aru saada, et keegi võib vajada abi
- Mida ja kuidas öelda
- Kuidas ja kelle juurde abivajajaid suunata
- Kuidas iseennast emotsionaalselt vormis hoida

Pane end kirja 🙌 <https://esmaabi.peaasi.ee/>

Küsimused peale teksti lugemist

15. Kui kasulikuks Te seda koolitust peate? Palun andke hinnang 5-palli skaalal.

Skaala: 5 – väga kasulik, 4 – pigem kasulik, 3- nii ja naa, 2 - pigem ei ole kasulik, 1 - pole üldse kasulik

16. Miks Te andsite just sellise hinnangu? (EI OLE KOHUSTUSLIK)

17. Kui suure tõenäosusega Te ise osaleksite sellisel koolitusel? Palun andke hinnang 5-palli skaalal.

Skaala: 5 – Kindlasti osaleksin, 4 – pigem osaleksin, 3- nii ja naa, 2 - pigem ei osaleks, 1 – kindlasti ei osaleks

18. Miks Te andsite just sellise hinnangu? (EI OLE KOHUSTUSLIK)

19. Kas Te olete varem mõnel sarnasel koolitusel käinud (nt teiste toetamise, vaimse tervise esmaabi või vaimse heaolu teemalisel)?

1. Jah
2. Ei

A. Sotsiaaldemograafiline taust II

Lõpetuseks veel mõned küsimused Teie kohta

A7. Milline on Teie perekonnaseis praegu?

1. vallaline (ei ole kunagi abielus/kooselus olnud)
2. abielus
3. vabaabielus
4. lahutatud
5. lahus elav
6. lesk

KUI ON VALLALINE, LAHUTATUD, LAHUS ELAV VÕI LESK, A7=1, 4, 5, 6

A8. Kas Teil on kindel partner, kellega Te ei ela koos?

1. jah
2. ei

A9. Mitu inimest on teie leibkonnas, kui Te arvestate nende hulka ka iseennast? *Leibkonnaks nimetatakse ühel aadressil elavat ja ühiselt rahalisi ressursse kasutavat inimeste rühma. Leibkonnaliikmete hulka loe need inimesed, kes veedavad vähemalt pool ajast teiega ühel aadressil.*

_____ inimest

KUI ABIELUS, VABAABIELUS (A7= 2 või 3) JA LEIBKONNA SUURUS >1

A10. Kas Teie abikaasa või elukaaslane elab Teiega samas leibkonnas? *Leibkonnaks nimetatakse ühel aadressil elavat ja ühiselt rahalisi ressursse kasutavat inimeste rühma. Leibkonnaliikmete hulka loe need inimesed, kes veedavad vähemalt pool ajast teiega ühel aadressil.*

1. jah
2. ei

A11. Mitu 18-aastast või nooremast last elab Teie leibkonnas? *Kui olete ise alla 18-aastane, siis lugege ka iseennast. Märkige 0, kui Teie leibkonnas ei ela ühtegi sellises vanuses last.*

1. alla 7-aastast last _____
2. 7-18-aastast last _____

A12. Kas Te olete praegu peamiselt... Palun märkige üks põhiline

1. ettevõtja, iseendale tööandja, FIE
2. palgatöötaja (ka palgata töötaja pereettevõttes/talus)
3. töötu, tööd otsiv
4. (üli)õpilane, tasustamata praktikant
5. pensionär (vanadus-, ennetähtaegne või sooduspensionil)
6. töövõimetus pensionär või vähenenud töövõimega isik
7. isapuhkusel või lapsehoolduspuhkusel
8. ajateenija või asendusteenistuja
9. kodune
10. muu mitteaktiivne

KUI ON PALGATÖÖTAJA, A12=2

A13. Kellena Te praegu töötate?

1. seadusandja, kõrgem ametnik, juht (riigiametnik, direktor, juhataja jt)
2. tippspetsialist, kõrgharidusega (insener, arst, programmeerija, õppejõud, õpetaja, teadlane, loominguline töötaja jt)

3. keskastme spetsialist (tehnik, inspektor, medõde, maakler, sotsiaaltõõtaja jt)
4. ametnik, klienditeenindaja (sekretär, teller, administraator jt)
5. teenindus-, müügitõõtaja (giid, kokk, kassapidaja, lapsehoidja, politseinik, vanglatõõtaja, müüja, jt)
6. põllumajanduse, kalanduse, metsanduse, jahinduse oskustõõtline (aednik, loomakasvatataja, kalur, talunik jt)
7. oskus-, käsitõõtline (kaevur, puusepp, elektrik, trükitõõtline, õmbleja, käsitõõtline jt)
8. seadme-, masinaoperaator (operaator, koostaja, bussijuht, kraanajuht jt)
9. lihttõõtline (valvur, koristaja, välimüüja, põllumajandustõõtline, transporditõõtline jt)
10. kutseline sõjaväelane

KUI ON TÕÕTU, A12=3

A14. Mitu kuud tagasi te viimati tõõtasite?

1. 1-2 kuud
2. 3-6 kuud
3. 6-12 kuud
4. enam kui 12 kuud
5. ei ole veel tõõturule sisenenud

A15. Kui suur oli viimase 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta?

Liitke kokku kõigi leibkonnaliikmete ühes kuus kättesaadud sissetulekud ilma maksudeta (sh. pensionid, stipendiumid, toetused jmt) ning jagage saadud summa leibkonnaliikmete arvuga). Kui elate üksinda, siis kui suur on Teie enda netosissetulek ühes kuus?

1. alla 300 euro
2. 301-400 eurot
3. 401-500 eurot
4. 501-600 eurot
5. 601-700 eurot
6. 701-800 eurot
7. 801-900 eurot
8. 901-1000 eurot
9. 1001-1300 eurot
10. 1301-1500 eurot
11. 1501-1700 eurot
12. 1701-2000 eurot
13. üle 2000 euro
14. sissetulek puudus
15. ei oska öelda

A16. Kuidas kirjeldaksite oma leibkonna praegust elujärge?

1. elame mugavalt praeguse sissetuleku juures
2. saame hakkama praeguse sissetuleku juures
3. praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada
4. praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada

Suur tänu vastamast!

Vaimset või füüsilist tervist puudutava mure korral saab abi näiteks siit:

Vaimse tervise tugiliin: 660 4500

Eluliin: 655 8088 (eesti keeles) ja 655 5688 (vene keeles) (igapäevaselt kl 19-07)

Peaasi veebinõustamine: <https://noustamine.peaasi.ee/kysi-noustajalt>

Perearsti nõuandetelefonilt: 1220