

Tervisedenduse tähendus nüüdisaja ühiskonnas

Moonika Viigimäe^{1, 3}, Andrus Lipand¹, Pille Javed¹, Sandra Mägi^{1, 5}, Kaire Vals^{1, 2, 4}

Eesti Arst 2016;
95(5):308–313

Saabunud toimetusse:
17.11.2015
Avaldamiseks vastu võetud:
26.02.2016
Avaldatud internetis:
27.05.2016

¹ Tallinna Tervishoiu
Kõrgkool,
² Tervise Arengu Instituudi
nakkushaiguste ja
uimastiseire keskus
³ Tallinna Tehnikaülikooli
biomeditsiinitehnika
instituut,
⁴ Tartu Ülikooli tervishoiu
instituut,
⁵ Sisekaitseakadeemia
sisejulgeoleku instituut

Kirjavahetajaautor:
Moonika Viigimäe
moonika.viigimae@ttk.ee

Võtmesõnad:
tervisedendus,
tervisedendaja, rahvatervis,
haiguste ennetamine

Tervisedendus, haiguste ennetus ja tervisekaitse on rahvatervise valdkonna kolm iseseisvat haru. Üldise tunnustuse saavutas tervisedendus maailmas 1986. aastal pärast esimest rahvusvahelist tervisedenduse konverentsi Kanadas, kus võeti vastu Ottawa harta. Selles defineeriti tervisedendust kui protsessi, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli tervist mõjutavate tegurite üle ja selle kaudu muuta oma tervist paremaks. Kui meditsiin on keskendunud ennekõike haiguste patogeneesile ja ravile, siis tervisedendus salutogeneesile, kus vaadeldakse tervise arengut füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu saavutamise kaudu. Tervisedenduse fookuses on inimese igapäevast käitumist kujundavad sotsiaal-majanduslikud tegurid ning nende mõjutamine. Praegusaja võtmeprobleemideks tervisedenduses on eriala olemuse jätkuv selgitamine avalikkusele, lahenduste otsimine, et vähendada ebavõrdsust tervises, võitlus terviseohtudega üleilmastavas maailmas ning tegevuste tulemuslikkuse hindamine. Tervisedendaja on rahvatervise valdkonna töötaja, kes on saanud erialase väljaõppe. Tervisedendaja ei osuta tervishoiuteenust, ta on planeerija, võimestaja, koordineerija ja tervist edendavate tegevuste elluviija.

TERVISEDENDUSE ARENG JA OLEMUS

Tervisedendus (*health promotion*) on rahvatervise valdkonnas haiguste ennetuse ja tervisekaitse kõrvale kujunenud iseseisev haru. Tervisedenduse lisandumisel rahvatervise valdkonda tekkis mõiste „uus rahvatervis“ (1).

Termini „tervise edendamine“ võttis kasutusele Šveitsi meditsiiniajaloolane Henry E. Sigerist 1945. aastal. Ta määratles neli arstiteaduse ülesannet: tervise edendamine, haiguste ennetamine, haiguste ravi ja rehabilitatsioon. Tema seisukoht oli, et tervist on võimalik edendada paremate elu- ja töötingimuste, hariduse, kehakultuuri ja puhkuse korraldamise kaudu, kuid see vajab riigimeeste, tööandjate, haridustöötajate ja arstide head koostööd (2).

Tervisedendus saavutas ulatusliku tunnustuse maailmas pärast esimest rahvusvahelist tervisedenduse konverentsi Kanadas 1986. a, kui võeti vastu Ottawa harta. Selles defineeriti tervisedendust kui protsessi, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli tervist mõjutavate tegurite üle ja selle kaudu muuta oma tervist. Samal konverentsil võeti vastu viis perspektiivset tegevussuunda: tervist toetava poliitika,

keskkonna, kogukonna, isiklike oskuste ning tervise teenuste arendamine. Lisaks sätestati Ottawa hartas kolm tervise edendamise põhimõtet (3):

- 1) seisa tervise eest (*advocacy*) – hea tervis tagab arengu sotsiaalses, majanduslikus ja isiklikus elus, olles tähtsaks elukvaliteedi aluseks;
- 2) võimalda (*enable*) – erinevate inimrühmade tervises seisundi erinevust tuleb vähendada ning tagada neile võrdsed võimalused;
- 3) vahenda (*mediate*) – koostöö erinevate elualade ja kõikide asjaosaliste vahel on tähtis, sest tervisesektor üksinda ei ole võimeline tagama rahvastiku tervise arengut.

Maailma tervisedenduse esimesele konverentsile Ottawas järgnesid konverentsid Adelaide'is 1988, Sundsvallis 1991, Jakartas 1997, Mehhikos 2000, Bangkokis 2005, Nairobis 2009 ja Helsingis 2013, igal konverentsil pühenduti kindlale Ottawa harta suunale (4).

Tervisedenduses mõistetakse tervist holistlikult, keskendudes teguritele, mis võivad mõjutada inimese tervist nii negatiivselt kui ka positiivselt. Kui meditsiin on keskendunud peamiselt haiguste patogenee-

sile ja ravile, siis tervisedendus salutogeneesis. Patogeneetiline lähenemine seletab haiguse teket ja arengut, salutogeneesis vaatleb tervise arengut füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu saavutamise kaudu (5). Salutogeneesi mõiste tõi esimest korda tervisedendusse Israeli sotsioloog Aron Antonovski (6), kes väitis, et olulisem on otsida vastust küsimusele, miks on inimesed terved, kui sellele, miks tekivad haigused.

Inimeste suutlikkust mõista oma ümbritsevat keskkonda ja kasutada olemasolevaid ressursse tervise parendamiseks, nimetas Antonovski koherentsustunnetuseks (*sense of coherence, SOC*), mis on lähedane eestikeelsele kindlustunde mõistele. Mitmed järgnevate aastate uurimistulemused on näidanud, et mida tugevam on inimeste kindlustunnetus, seda tervislikum on nende eluviis (7), nad tarbivad vähem alkoholi, tubakatooteid ja narkootilisi aineid, on kehaliselt aktiivsemad (8, 9), toituvad tervislikumalt (10), tarvitavad vähem ravimeid (11) ning hoolitsevad paremini oma suuõõne hügieeni eest (12). Üle 30 aasta on A. Antonovski (6) salutogeneetiline mudel olnud üheks tähtsamaks tervisedenduse teoreetiliseks kontseptsiooniks nii üksikisiku kui ka rahvastiku tasandil.

Tervisemõjurid

Selleks et teada saada, miks inimesed ühel või teisel viisil käituvad, on vaja uurida inimese käitumist mõjutavaid tegureid (13). Tervise seost sotsiaal-majanduslike, keskkondlike, kultuuriliste ja psühholoogiliste mõjuritega on aidanud selgitada sotsiaalteaduste areng (14). Tervisedenduses ei ole fookus mitte niivõrd inimese terviskäitumisel, vaid inimese igapäevast käitumist kujundavatel teguritel. Rahvastiku tervis oleneb sellest, milline on riigi poliitika, mis kujundab riigi sotsiaal-majanduslikku olukorda, kultuurikeskkonda, haridusvõimalusi, keskkonnatingimusi ja tervise teenuste kättesaadavust (15). Poliitilised otsused määravad, kas ühiskond on sidus ja tervist toetav ning kas inimestel on võrdsed võimalused enesearenguks (16).

Näiteks peetakse madalat sotsiaalset staatust ja kehva elatustaset oluliseks alkoholi ja narkootiliste ainete tarbimist mõjutavaks teguriks (17–20). Alkoholi kuritarvitamine on seotud alkoholisõltuvuse tekke riskiga, mis omakorda võib kaasa tuua sotsiaalse, finants- ja inimsuhete

kaotuse ning sotsiaalse marginaliseerumise. Olukorra lahendamiseks ei piisa nendest tegevustest, mis on suunatud ainult teadlikkuse parandamisele alkoholi kahjulikest mõjudest tervisele. Selleks et sellist suletud ringi lõhkuda, on vaja ühendada need meetmed, mis on suunatud sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele, alkoholi kättesaadavuse piiramisele, alkoholi tarvitamise vähendamisele, alkoholisõltuvuse ravi kättesaadavuse suurendamisele jm. Alkoholi kättesaadavuse vähendamine, sh alkoholi maksude tõstmine, selle tarbijatele vanusepiirangute kehtestamine, alkoholireklaami keelustamine ning meetmed sõiduvahendi juures juhtimise tõkestamiseks on ühed tõhusamad poliitilised meetmed. Kuigi eri alkoholipoliitika tõhusust ja kulutõhusust on hästi uuritud (21), on võitlus alkoholi-probleemidega jätkuvalt suur tervishoiu ja rahvatervise väljakutse.

Tervisevajaduste hindamine

Tervisedenduse keskmes on inimõiguste austamine ja inimestele võrdsete võimaluste loomine, see tähendab keskendumist sotsiaalselt tundlikele rahvastikurühmadele (nt lapsed, eakad, sotsiaal-majanduslikult vähem kindlustatud). Tervisevajaduste hindamise näitena võib tuua Tartu Ülikooli meditsiiniteadlaste juhitud uuringu „Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine“ raames korraldatud uuringu tervishoiu- või hoolekandeteenuseid vajavate vanemate inimeste tervise- ja toimetuleku-probleemidest, elukvaliteedist ning tervisedenduse vajadusest. Hinnati 2013.–2014. aastal Tartu linnas ja maakonnas 65aastaste ja vanemate inimeste tervisevajadusi.

Tervisedenduse üheks väljakutseks on selgitada välja sotsiaalselt tundlike rühmade reaalsed ja elulised tervisevajadused. Rahvastiku ja selle eri rühmade terviseprobleeme määratletakse rahvastikupõhiste uuringute, statistiliste andmebaaside ja kohalike omavalitsuste terviseprofiilide ning erinevate rahvastikurühmade seas korraldatud küsitlusuuringute alusel.

Eestis on kõikides maakondades ja enamikus kohalikes omavalitsustes koostatud terviseprofiilid. Need on arengudokumentid, milles on kirjeldatud ja analüüsitud kohalike elanike terviseolukorda ja seda mõjutavaid tegureid, näiteks demograafilisi ja terviseandmeid, antud ülevaade tervise teenuste kättesaadavusest, tervise-

mõjuritest ning -riskiteguritest. Selle alusel püstitakse kohalikud rahvatervise eesmärgid ja planeeritakse nende saavutamiseks vajalikud tegevused ja vahendid. Terviseprofiil on põhimõttelt sarnane rahvastiku tervise riikliku arengukavaga.

Tegevuste planeerimine

Tervisevajaduste hindamise alusel määratletakse probleemsed rahvastikurühmad ja tervise eesmärgid. Sellele järgneb tegevusplaani koostamine. Tervise mõjurid jäävad enamasti tervishoiusektori tegevusalast väljapoole, mistõttu lahenduste leidmisel on oluline, et otsustusprotsessidesse kaasatakse võimalikult paljud otsusetegijad ja huvirühmi eri sektoritest (nt sotsiaalvaldkond, tervishoid, haridus, põllumajandus, kaubandus) ning eri tasanditelt (valitsus, maavalitsus, kohalik omavalitsus, erialaliidud, mittetulundusühingud, ettevõtted). Koostöö toimub näiteks tööühmade, maakondade ja linnade tervisenõukogude, külavanemate ümarlaudade kaudu. Selles protsessis on tervisedendajal oluline roll kaasata, soodustada partnerlust ja koor-dineerida koostööd.

Näiteks on Tallinnas tegelenud vigastuste vältimisega Tallinna Linnavalitsuse juures asuv tervisekoalitsioon, linnaosade tervisedendajad ja tervisenõukogud, „Turvalise kogukonna“ tööühm ja juhtrühm. Tervisedenduse, sh traumaennetuse tegevust koor-dineerib Tallinna sotsiaal- ja tervishoiuamet.

Kogukonnapõhiste tegevuste elluviimiseks on ellu kutsutud näiteks tervist edendavad haiglad, lasteaiad, koolid, töökohad, vanglad, linnad ning paikkonnad. Sekkumismeetmed toimuvad erinevates vormides: kas ettepaneku tegemisenäiteks õigusakti muutmiseks või projektide, programmide, arengukavade, tegevuskavade koostamisena, mille üks oluline koostisosa on protsessi ja tulemuste hindamine.

Rahvatervise valdkonnas peetakse tõhusaks kolme strateegilist lähenemist: riiklik tervisepoliitika (*healthy public policy*), kogukonnapõhised programmid (*community-based programs*) ja preventiivsed tervishoiuteenused (*clinical preventive services*) (22–24). Neist olulisemateks peetakse riigi eri sektoreid (nt tervise-sektor, põllumajandussektor, haridussektor) haaravat tervisepoliitikat (25) ja kogukonna võimestumisele suunatud tegevusi (26). Kogukonda kaasavate tegevuste näideteks

on eakate vaimse tervise edendamine läbi sotsiaalse tõrjutuse leevendamise (27), eakatele suunatud kehalist aktiivsust edendavad paikkondlikud programmid (28), lastele ja noortele suunatud perekonda kaasavad tervislikku eluviisi toetavad ning riskikäitumist ennetavad tegevused (29, 30). Selline asjaosaliste kaasamine ennetusprotsessi tõstab inimestes vastutustunnet.

Seega hõlmab tervisedendus tegevusi, mis on suunatud üksikisiku terviskäitumisele, s.o terviskasvatusele, ja ka mõjuritele, mida üksikisik ei kontrolli, s.o sotsiaal-, majandus- ja keskkonnatingimustele.

Tervisedendaja

Tervisedendaja on rahvatervise valdkonna töötaja, kes on saanud erialase väljaõppe. Eestis on tervisedendust võimalik õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakendus-kõrghariduse tasemel. Tervisedenduse õppekava on koostatud tervisedendaja kutsestandardi 6. astme kutse kvalifikatsiooni nõudeid järgides (31). Rahvusvahelise Tervisedenduse ja Hariduse Assotsiatsiooni (*International Union for Health Promotion and Education, IUHPE*) akrediteeringu järgi vastab Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervisedenduse õppekava Euroopa tervisedenduse kutsestandardile (*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe, CompHP*) (32).

Tervisedendaja töö eesmärk on inimeste tervise toetamine, heaolu parendamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervises. Tervisedendaja ei osuta tervishoiuteenust, ta on planeerija, koor-dineerija ja tervist edendavate tegevuste elluviija.

Tervisedendaja ülesannete hulka kuulub (ei ole nimetatud tähtsuse järjekorras)

- 1) kogukondade ja rahvastikurühmade suutlikkuse arendamine ja võimestamine;
- 2) ühiskonna eri sektorite koostöö korraldamine;
- 3) tervisetabe levitamine, tervislike eluviiside õpetamine;
- 4) tervist toetava keskkonna soodustamine;
- 5) poliitika analüüsimine ning mõjutamine tervist toetavate otsuste vastuvõtmiseks;
- 6) kogukonnapõhiste tervist edendavate programmide, projektide ja tegevuste planeerimine, elluviimine ning hindamine;
- 7) teadustöö tervisevaldkonnas.

AKTUAALSED PROBLEEMID TERVISEDENDUSES

Tervisedenduse olemuse mõistmine

Tervisedendus on avalikkusele jätkuvalt ebaselge ja segadust tekitav mõiste. Ebaselgust põhjustab see, et tervisedendust on defineeritud mitmeti, s.o teaduse ja kunstina (33), protsessina (34), strateegiana (35), tegevusena (36), programmina (14, 36). Lisaks on haiguste ennetus ja tervisedendus omavahel põimunud rahvatervise tegevusvaldkonnad (37) ning kokkulangevusi võib leida ka tervisekaitsega.

Haiguste ennetust, tervisekaitset ja tervisedendust iseloomustavad erinevad eesmärgid ning sekkumismeetmed. Haiguste ennetus on suunatud inimese haigestumise ärahoidmisele ja varajasele avastamisele, nt immuniseerimine, sõeluuringud. Tervisekaitse sisuks on inimese tervisele ohutu keskkonna tagamine ja füüsilisest elukeskkonnast tulenevate võimalike tervisehäirete ärahoidmine, nt töötervishoid, toiduohutus, joogiveeohutus. Nii haiguste ennetuses kui ka tervisekaitstes püütakse säilitada olemasolevat tervises seisundit inimeste õigeaegse teavitamise, koolitamise ja nõustamise ning vastavate õiguslike aluste kehtestamise ja järelevalve kaudu. Tervisedenduses keskendutakse eelkõige inimeste tervisepotentsiaali arendamisele, toetades samal ajal ka haiguste ennetust ja tervisekaitset.

Haiguste ennetuse, tervisekaitse ja tervisedenduse seotust küll mõistetakse, kuid arusaam nende erisustest on tekitanud tervishoiu ja rahvatervise spetsialistide seas küsimusi tervisedenduse kui eraldiseisva eriala vajalikkusest ning tervisedendaja rollist ühiskonnas.

Ebavõrdsus tervises ja sotsiaalne ebaõiglus

Ottawa harta vastuvõtmisest alates on maailmas toimunud märkimisväärsed majanduslikud, sotsiaalsed ja poliitilised muutused. Rahvastiku tervisega seotud probleemid käesoleval sajandil on väljakutseks nii tervishoiutöötajatele kui ka rahvatervisespetsialistidele. Arvatakse, et tänapäeva ühiskond on jõudnud tervisepoliitika olulisse pöördepunkti (38). Mitmete riikide poliitikas on esile tõusnud sellised probleemid nagu tervise turvalisuse (*health security*) vähenemine, rahvastiku vanane-

mine, krooniliste haiguste sagenemine ja ebavõrdsuse süvenemine tervises (39). Tervise ebavõrdsus on seotud sotsiaal-majanduslike tegurite ebahütlase jaotumisega rahvastikurühmade vahel. Selle määramisel kasutatakse keskmise oodatava eluea näitajat. Fookuses on tervise ja seda mõjutavate tegurite erinevused erinevates vanuse-, soo- ja rahvastikurühmades ning nende sõltuvus elukohast, sissetulekust, haridustasemest ja sotsiaalsest positsioonist (40).

Terviseohud üleilmastuvas maailmas

Globaliseerumine kui paratamatu nähtus mõjutab rahvastiku tervist nii positiivselt kui ka negatiivselt. Olulisemateks teguriteks on vabakaubandus, migratsioon, turism, reklaam, transport, füüsiline ja kultuuriline keskkond, linnastumine jms. Paljud tänapäeva tervise ja tervishoiu probleemid on seotud majanduse rahvusvahelise lõimumisega, mis põhjustab muutusi eluviisis ja tarbimisharjumustes.

1978. aastal rahvusvahelisel Almatõ konverentsil vastu võetud deklaratsiooni „Tervis kõigile aastaks 2000“ sõnum oli „Tervislikud valikud olgu lihtsad valikud“ (41). Majanduslik globaliseerumine on aga kaasa toonud vastupidise olukorra, kus ebatervislikud valikud, nagu kiirtoit, suure suhkrusisaldusega joogid ning sigaretid, on muutunud inimestele kergesti kättesaadavaks. Inimeste tarbimisharjumusi mõjutab tugevalt ärimaailma surve meedia vahendusel.

2000. aastal kirjutasid mitmed maailma riigid ÜRO eestvedamisel alla aastatuhande kaheksale arengueesmärgile (*Millennium Development Goals, MDGs*), et parendada maailma rahvastiku tervist ja heaolu aastaks 2015 (42). Eksperdid on välja toonud, et võrreldes üleilmastumisest tingitud terviseprobleemide süvenemisega rahvastikus jäävad senised mittenakkavate krooniliste haiguste vastu võitlemiseks suunatud tegevused ebapiisavaks (43), eriti arengumaades, kus traditsiooniliselt pööratakse endiselt rohkem tähelepanu nakkushaigustele (44).

Tulemuslikkuse hindamine ja tõendus põhjus

Tervisedenduses kasutatakse meditsiini-, sotsiaal- ja poliitikateaduste uurimis-meetodeid, mis ulatuvad juhuslikustatud kontrolluuringutest kogukonna osavõtul

põhineva vähem struktureeritud hindamiseni. Sekkumismeetmete tulemuslikkuse hindamise kaks peamist küsimust on, 1) kas tervisenäitaja muutust on võimalik saavutada ning 2) kas täheldatud muutus võib olla tingitud rakendatud meetmest.

Vastuolud tervisedenduse hindamises on tekkinud soovist tõendada selget seost sekkumise ja tervisetulemi vahel ning seda sageli ühe uuringuga. Ollakse üksmeelel, et juhuslikustatud uuringute kasutamine tervisedenduses on enamasti vähe efektiivne ja mõttetult kallis. Tänapäevaste seisukohtade kohaselt ei ole tervisedenduses olemas ühtset hindamismetoodikat, mis sobiks kõigele ja alati. Tervist edendavate tegevuste hindamises tuleb kasutada ühel ajal eri andmeid ja andmeallikaid, kombineerida uurimismeetodeid ja rakendada nii kvalitatiivset kui ka kvantitatiivset andmeanalüüsi. Valik sõltub eesmärgist, olemasolevatest andmetest, aja-, inim- ja raharessursist.

Nii nagu kõikjal avalikus sektoris, nõutakse ka tervisesektorilt pidevalt tervisepoliitika ja rahvaterviseprogrammide tulemuslikkuse tõendamist (45). Tervisedendust peetakse küll tõhusaks rahvastiku tervise ja heaolu parendamisel, kuid erinevate sekkumismeetmete tulemuslikkuse hindamine on jätkuvalt väljakutse (46). Selle põhjused peituvad metoodika komplitseerituses: terviseõjurite hindamises (47), hindamismõõdikute vähesuses, tulemuste ilmnemises pikemal ajateljel ja sekkumismeetmete kompleksuses (23, 48). Näiteks on üldteada, et suitsetamine on paljude haiguste riskitegur (49–52). Kuigi seos suitsetamise ja terviseprobleemide vahel on veenvalt tõestatud, on eri tervist edendavate tegevuste – inimeste teadlikkuse parandamine suitsetamise kahjulikust mõjust tervisele, suitsetamisest loobumise nõustamine, sotsiaalsete hoiakute muutmine, tubakatarbimise piiramine avalikus ühiskasutatavas ruumis, tubakatoodete hinna tõstmine – otsesest ja eraldiseisvat mõju raske hinnata.

LÕPPSÕNA

Tervisedendus on rahvatervise iseseisev haru – see on ühiskonna muutumise peegeldus ning ka ise pidevas muutumises. 21. sajandile iseloomulik terviseõjurite ja haiguste profiili muutus toob veelgi

enam esile vajaduse tervisedenduse ideoloogia järele. Tervisedenduse peamine kontseptsioon on indiviidi ja kogukonna võimestumine. Tervisedenduse eesmärk on hoida ebavõrdsust tervises nii väiksena kui võimalik. Oluline on oskus näha sügavamaid terviseõjureid ja keskenduda sotsiaalselt tundlikele rahvastikurühmadele. Sellise oskuse omandamine vajab tervisedenduse alal väljaõpet. Tulemuste saavutamiseks rahvastiku tasandil peavad sekkumised olema vajaduspõhised ja järjepidevad.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autoritel puudub huvikonflikt seoses artikliga.

SUMMARY

The status of health promotion in modern society

Moonika Viigimäe^{1,3}, Andrus Lipand¹, Pille Javed¹, Sandra Mägi^{1,5}, Kaire Vals^{1,2,4}

Health promotion, disease prevention and health protection are the three independent branches of the public health sector. Health promotion began to gain acceptance worldwide after launching the Ottawa Charter for Health Promotion at the first international health promotion conference in Canada 1986. In the declaration, health promotion was defined as the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. The salutogenetic paradigm in health promotion suggests that instead of focusing on illness and disease there should be a focus on what promotes wellness. Health promotion focuses on the socio-economic factors that determine human behaviour and draws attention to social and environmental interventions. The challenges facing the field of health promotion in today's world are the following: explaining the context of health promotion to the public, searching for solutions to reduce inequalities in health, combating threats to health in a globalized world, and evaluating of the effectiveness of activities. The health promotion specialist is a public health worker – a planner, empowerer, coordinator and promoter of health promotion activities – who has received special training.

¹ Chair of Health Promotion, Tallinn Health Care College, Tallinn, Estonia,

² National Institute for Health Development, Registry of Treatment of Drug Addiction, Tallinn, Estonia,

³ Technomedicum, Institute of Biomedical Engineering, Tallinn University of Technology, Tallinn, Estonia,

⁴ Department of Public Health, Institute of Medicine and Public Health, University of Tartu, Tartu, Estonia,

⁵ Institute of Internal Security, Estonian Academy of Security Sciences, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Moonika Viigimäe moonika.viigimae@ttk.ee

Keywords: health promotion, health promotion specialist, public health, disease prevention

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Martin CJ, McQueen DV. Readings for a new public health. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1989.
2. Kumar S, Preetha GS. Health promotion: an effective tool for global. *Indian J Community Med* 2012;37:5–12.
3. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
4. World Health Organization. Global conferences on health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
5. Becker CM, Glascoff MA, Felts WM. Salutogenesis 30 years later: Where do we go from here? *Int Electron J Health Educ* 2010;13:25–32.
6. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*; 1996.
7. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. *Scand J Psychol* 2010;51:246–25.
8. Andersen S, Berg JE. The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory* 2001;9:239–51.
9. Kuuppelomäki M, Utriainen P. A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *Int J Nurs Stud* 2003;40:383–8.
10. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal* 2005;4:9.
11. Koushede V, Holstein BE. Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *J Adolesc Health* 2009;45:149–55.
12. Bernabe E, Kivimäki M, Tsakos G, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci* 2009;117:413–8.
13. Marmot M, Feeney A. Work and health: Implications for individuals and society. In Blane D, Brunner E and Wilkinson R, eds. *Health and social organization towards a health policy for the 21st century*. London: Routledge, 1996:235–54.
14. Goodstadt MS, Simpson RI, Loranger PO. Health promotion: a conceptual integration. *Am J Health Promot* 1987;1:58–63.
15. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn; 2007.
16. Wilkinson R. *Unhealthy Societies – the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
17. Non AL, Román JC, Gross CL, et al. Early childhood social disadvantage is associated with poor health behaviours in adulthood. *Ann Hum Biol* 2016;4:1–42.
18. Henkel D, Zemlin U. Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of epidemiological surveys in Germany. *Curr Drug Abuse Rev* 2016;9:26–48.
19. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev* 2004;26:36–52.
20. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Geneva: Finnish Foundation for Alcohol Studies in collaboration with the World Health Organization; 2002.
21. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519–30.
22. Schaffler HH, Faer M, Faulkner L, Shore K. Health promotion and disease prevention in health care reform. *Am J Prev Med* 1994;10:1–31.
23. Hoffman K, Jackson S. A review of the evidence for the effectiveness and costs of interventions preventing the burden of non-communicable diseases: how can health systems respond? Kanada; 2003. <http://sites.utoronto.ca/chp/download/Rpt-sandPresents/effectiveness.pdf>
24. Halpin HA, Morales-Suárez-Varela MM, Martín-Moreno J. Chronic disease prevention and the New Public Health. *Public Health Rev* 2010;32:120–54.
25. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int* 2007;21:75–83.
26. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, M. Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springhet J, Ziglio E, eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001:7–40.
27. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25:41–67.
28. Belza B, Shumway-Cook A, Phelan EA, Williams B, Snyder SJ, LoGerfo JP. The Effects of a Community-Based Exercise Program on Function and Health in Older Adults: The EnhanceFitness Program. *J Appl Gerontol* 2006;25:291–306.
29. Sacher PM, Kolotourou M, Chadwick PM, et al. Randomized Controlled Trial of the MEND Program: A Family-based Community Intervention for Childhood Obesity. *Obesity* 2010;18:S62–8.
30. Morrison-Beedy D, Jones SH, Xia Y, et al. Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: Results from a randomized controlled trial. *J Adolesc Health* 2013;52:314–21.
31. Kutsestandard. Tervisedendaja, tase 6. <http://www.kutse-koda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10515907/pdf/tervisedendaja-tase-6.4.et.pdf>.
32. Barry MM, Battel-Kirk B, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M. *The CompHP Project Handbooks*. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2012. http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Project_Handbooks.pdf.
33. O'Donnell MP. Definition of health promotion. Part III. Expanding the definition. *Am J Health Promot* 1989;3:5.
34. Nutbeam D. *Health promotion glossary*. Copenhagen: WHO/EURO; 1985.
35. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
36. Labonte R, Little S. *Determinants of health: empowering strategies for nurses*. Vancouver: Nurses Association of British Columbia; 1992.
37. Tengland PA. Health Promotion and disease prevention: Logically different conceptions? *Health Care Analytics* 2010;18:323–41.
38. Kickbusch I. 21st century determinants of health and well-being: a new challenge for health promotion. *Global Health Promotion* 2012;19:5.
39. Kickbusch I. In search of the public health paradigm for the 21st century: the political dimensions of public health. *Portuguese Journal of Public Health*. 25 anniversary Supplement Issue: Current public health challenges, 2009:11–9.
40. Statistikaamet. *Sotsiaalne ebavõrdsus*. Tallinn: Statistikaamet; 2007.
41. World Health Organization. Declaration of Alma Ata. *Alma-Ata*; 1978. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf.
42. United Nations. *Official list of MDG indicators*. United Nations; 2000. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
43. McMichael AJ, Butler CD. Emerging health issues: the widening challenge for population health promotion. *Health Promot Int* 2006;21:15–24.
44. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voute J, Leeder S, on behalf of the Chronic Disease Action Group. Prevention of chronic diseases: a call to action. *Lancet* 2007;370:2152–7.
45. Kirk M, Tomme-Bonde L, Schreiber R. Public health reform and health promotion in Canada. *Glob Health Promot* 2013;20:39–52.
46. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Can J Public Health* 2011;102:244–8.
47. Ross DP. Policy Approaches to address the impact of poverty on health—a scan of policy literature. Canadian Population Health Initiative (CPHI). Ottawa: Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2003.
48. Svanstrom L. Social challenges 2: safety. In: The International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a New Europe*. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education: Paris, 2000.
49. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011;378:1297–305.
50. Huncharek M, Haddock KS, Reid R, Kupelnick B. Smoking as a risk factor for prostate cancer: a meta-analysis of 24 prospective cohort studies. *Am J Public Health* 2010;100:693–701.
51. Cataldo JK, Prochaska JJ, Glantz SA. Cigarette smoking is a risk factor for Alzheimer's disease: An analysis controlling for tobacco industry affiliation. *Journal of Alzheimer's disease* : JAD 2010;19:465–80.
52. Mucha L, Stephenson J, Morandi N, Dirani R. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gend Med* 2006;3:279–91.