

**Tartu Ülikool**  
**Sotsiaalteaduskond**  
**Psühholoogia Instituut**

**Agnes Roolaid**

**ORTOREKSIA SÜMPTOMAATIKA JA SELLE SEOS  
SÖÖMISHOIAKUTE JA –KÄITUMISEGA**

**Seminaritöö**

**Juhendaja: Kirsti Akkermann**

**Läbiv pealkiri: Ortoreksia sümptomaatika**

Tartu 2013

## KOKKUVÕTE

Palju on räägitud söömishäiretest nagu *anorexia nervosa* ning *bulimia nervosa*, kuid viimasel ajal on lisaks nendele lisandunud veel uus söömispatoloogia nagu ortoreksia. Kuid erinevalt *anorexia nervosa*´st, kus kinnisideeks saab haiglaslik kõhnuseihalus, soovib ortorektik hoida oma keha terve, mürkidest vaba ja looduslikuna. Töö eesmärgiks oli luua ortoreksia sümptomeid hindav mõõtevahend, ning uurida selle seoseid söömishoiakutega ja -käitumisega. Valimi moodustasid 246 naist vanuses 12-50 eluaastat. Ortoreksia sümptomeid kirjeldavate tunnuste faktoranalüüsi tulemusel ilmes 3-faktoriline lahend, mille faktorid väljendavad kolme põhilisemat ortoreksiaga seotud söömiskäitumist ja -hoiakut: Puhta toidu tarbimine, Toitumise kontrollimine ning Tervisliku toidu tarbimine. Kõikide faktorite sisereliaabsused on kõrged,  $\alpha$  väärtused jäävad .92 ja .80 vahele. Analüüsi tulemusel ilmneseid ka statistiliselt olulised seosed ortoreksia sümptomite ning häirunud söömiskäitumise vahel. Kui Kontrollitud toitumise faktor oli positiivselt korreleeritud kõigi Söömishäireid Hindava Skaala (SHS) alaskaaladega (Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust), siis Puhta toidu tarbimine oli negatiivselt seotud Hõivatusega välimusest ja kehakaalust ning Tervislik toitumine oli negatiivselt seotud Liigsöömise ning Toidu väljutamisega. Kõrge positiivne korrelatsioon ilmneseid Tervisliku toitumise ning Söömise piiramise vahel.

**ABSTRACT****The symptoms of orthorexia nervosa and its' connections to eating attitudes and behaviours**

Eating disorders such as anorexia nervosa and bulimia nervosa have been much talked about, but now there is a third one as well - orthorexia nervosa. But unlike anorexia nervosa, where being slim is an extreme obsession, a person suffering from orthorexia wants to stay healthy and keep the body free from toxic additives. The aim of this study was to construct an assessment scale for the symptoms of orthorexia and investigate the connections of eating attitudes and behaviours. A sample consisted of 246 women aged 12-50 years. As a result of factor analysis three factors emerged: Clean food, Controlled diet and Healthy food. All three factors showed good internal consistency -  $\alpha$  between .92 and .80. The analysis revealed a statistically significant relationship between factors of orthorexia and impaired eating behaviour. Controlled eating factor was positively correlated with all Eating disorders Assessment Scale (EDAS) with subscales (Restrained eating, Binge eating, Purging and Preoccupation of appearance and bodyweight), then Clean food was negatively associated with Preoccupation of appearance and bodyweight. Healthy eating was negatively associated with Binge eating and Purging. Healthy eating and Restrained eating were positively correlated.

## SISUKORD

<b>KOKKUVÕTE</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SISSEJUHATUS</b> .....	<b>5</b>
<b>2. MEETOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 Valim</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2 Mõõtevahend</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Protseduur</b> .....	<b>10</b>
<b>3. TULEMUSED</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 Faktoranalüüs</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 Sisereliaablus</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Faktorite seosed Söömishäireid Hindava Skaalaga</b> .....	<b>13</b>
<b>4. ARUTELU</b> .....	<b>15</b>
<b>5. KIRJANDUSE LOETELU</b> .....	<b>17</b>

## 1. SISSEJUHATUS

Palju on räägitud söömishäiretest nagu *anorexia nervosa* (0.5-1%-l rahvastikust) ning *bulimia nervosa* (0.9-4.1%-l rahvastikust), kuid viimasel ajal on lisaks nendele lisandunud veel uus söömispatoloogia ortoreksia (Bratman, 1997, 2001, World Health Organization, 2004).

*Anorexia nervosa* le on iseloomulik patsiendi poolt esilekutsutud ja/või soodustatud tahtlik kehakaalu alandamine. Seda häiret on kõige sagedamini noorukieas tütarlastel ja noortel naistel ning väga harva noorukieas poistel ja nooremas eas meestel (Greenberg & Schoen, 2008) nagu ka lastel enne puberteeti ja vanemaealistel naistel (RHK-10, 1992). RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite järgi on *anorexia nervosa* diagnoosiks vajalikud: (a) kehakaal vähemalt 15% allpool eeldatavat normi (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatudki); kehamassiindeks on 17,5 või väiksem; (b) Kehakaalu kaotus on esile kutsutud "paksuks tegevate toitude" vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamine; tahtlikult esilekutsutud kõhulahtisus; ülemäärane kehaline aktiivsus; söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine; (c) Spetsiifilise psühhopatoloogilise avaldusena esineb oma keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja patsient seab oma kehakaalule väga ranged piirid; (d) Väljendunud endokriinhäired haaravad hüpotalamuse-hüpofüüsi-sugunäärmete süsteemi. Naistel avaldub see amenorröana ning meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumisena ning (e) Kui algus on prepuberteedieas, siis organismi pubertaalsed muutused hilinevad või isegi peetuvad (Crow, Peterson, Swanson, Raymond, Specker, Eckert & Mitchell, 2009, RHK-10, 1992). *Anorexia nervosa* avaldub sagedamini teismeeas 11-20-eluaasta vahel (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

*Bulimia nervosa* on sündroom, millele on iseloomulikud korduvad liigsöömissööstud ja ülemäärane kehakaalu kontroll, mille tulemusena patsient võtab kasutusele äärmuslikke meetmeid toidu paksuks tegeva mõju vähendamiseks. RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite järgi on *bulimia nervosa* diagnoosiks vajalikud: (a) Mõtete hõivatus söömisest; vastupandamatu söömishimu; liigsöömishood; (b)

Tahtlikult esilekutsutud oksendamine; lahtistite kuritarvitamine, vahelduvad nälgimisperiodid; söögiisu pärssivate ravimite kasutamine; (c) Psühhopaatoloogia hõlmab haiguslikku tüsenemiskartust ning patsient seab endale väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad premorbiidsest kehakaalust, mida võiks arsti arvates pidada optimaalseks või tervislikuks (Crow et al., 2009, RHK-10, 1992). *Bulimia nervosa* avaldub sagedamini hilises teismeeas või varases täiskasvanueas ning esineb enamjaolt naistel 90% (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Lisaks *anorexia nervosa*le ja *bulimia nervosa*le on suure tähelepanu all liigsöömishäire, mida esineb tavaliselt 30-40ndates, kuid võib esineda ka teismeeas või varastes 20-ndates (2-3%-l rahvastikust) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Antud söömishäire puhul ei suudeta pidada piiri söögiga ning süüakse liialt palju, kuni tuntakse ennast halvasti või ebamugavalt. Liigsöömise puhul ei suudeta lõpetada söömist või kontrollida toidu koguseid (Agras & Apple, 2008, American Psychiatric Association, 1994). Keskmiselt 10% *bulimia nervosa*’t põdevatel haigetel on ülekaal ja 25-30% haigestunutest on varem põdenud *anorexia nervosa*’t. 20-30% liigsöömishäire all kannatajatest on eelnevalt põdenud *bulimia nervosa*’t (Agras et al., 2008, Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Thompson-Brenner & Herzog, 2008).

Eelpool kirjeldatud söömishäirete kõrval on veel üks kliiniliselt oluline diagnostiline kategooria – Täpsustamata söömishäired (Eating Disorder Not Otherwise Specified - EDNOS), mida diagnoositakse Diagnostilise ja statistilise psüühikahäirete käsiraamatu IV alusel (DSM-IV) (APA, 1994). Antud häire puhul on mitu söömishäiret ühinenud, mille puhul ei saa liigitada isikut ei ühe ega teise alla, kuna indiviidil on esindatud mõlema söömishäire tunnused (Fairburn, Cooper, Doll, O’Connor, Bohn, Hawker, Wales & Palmer, 2009). Täpsustamata söömishäireid esineb 4-6% rahvastikust (Herzog & Delinsky, 2001).

Ortoreksiat ei peeta iseseisvaks toitumishäireks ning ametlik haiguste klassifikatsioon Euroopas seda diagnoosi ei kajasta, kuna puudub antud kinnismõttel kindel definitsioon või diagnostiline kriteerium (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2004, RHK-10, 1992, Vandereycken, 2011). On väga oluline, et inimene jälgiks oma toitumist, et saada eluks vajalikke toitaineid ning olla igati terve. Aga kui toidu jälgimine läheb liiga ekstreemseks ja äärmuslikuks ning pannakse endale toitumisel liialt suured piirangud ning jälgitakse, et söödaks ainult väga tervislikku

toitu, siis võib sellest välja kujuneda juba tõsine söömispatoloogia nagu ortoreksia (Bratman, 2001, Gleaves, Graham & Ambwani, 2013).

Termin ortoreksia tuleneb kreekakeelsetest sõnadest “orthos” korrektne, õige ja “orexis” isu (Brytek-Matera, 2012). Professor Steven Bratman, kes on söömishäirete uurimisega tegelenud üle 30aasta, võttis mõiste ortoreksia kasutusele aastal 1997 (Bratman, 1997, Knight & Bratman, 2001). Ta kirjeldab tüüpilist ortorektikut nii: Tema toidulaud koosneb orgaanilistest, säilitusainetevabadest ja milligrammise täpsusega väljamõõdetud, enamasti taimsetest roogadest. Restoranis palub ta oma täisterariisi keeta soolavabalt; iga eine juurde käib peotäis erinevaid toidulisanditablette, mis kas alandavad vererõhku, parandavad mälu, stimuleerivad vereringet või hävitavad vabu radikaale. Enamasti üritab ortorektik muuta kõikide ümberkaudsete inimeste söömisharjumusi ja hirmutab neid erinevate ohtlike tõvedega (Bratman, 1997, Knight et al., 2001).

Ortoreksiaga inimeste eesmärgiks ei ole kaalu kaotada, vaid oluline on kinni pidada võimalikult tervislikust eluviisist. Toitumine peab olema orgaaniliselt puhas ja tervislik, välditakse teatud toiduaineid või isegi –grupe (BağcıBosi, Camur & Güler, 2007, Donini et al., 2004). Ortoreksia puhul on toidukvaliteet tunduvalt olulisem kui personaalsed väärtused, isikutevahelised suhted, karjäär ning sotsiaalsed suhted (Brytek-Matera, 2012, Mathieu, 2005). Ortoreksia puudutab enamjoalt üle 30 aastaseid keskklassist kõrgharidusega naisi ja mehi (Bratman, 1997, Hepworth, 2010, Knight et al., 2001).

Nagu teised söömishäired, saab ka ortoreksia alguse rahulolematusest oma keha, tervise ja enesehinnanguga seotud probleemidest. Kuid erinevalt *anorexia nervosa*’st, kus kinnisideeks saab haiglaslik kõhnuseihalus, soovib ortorektik hoida oma keha terve, mürkidest vaba ja looduslikuna (Bratman, 1997, Treasure, Cardi & Kan, 2012). Tegelikult juhtub aga vastupidine - toitumise kontroll muutub ülitäpseks kalkuleerimiseks, mida tohib süüa ja mida mitte.

Ortoreksia võib saada alguse ka toidusedeli korrigeerimisest kehakaalu vähendamise, haigusest vabanemise või tervislikuma eluviisi alustamise eesmärgil (Bratman, 1997, Vandereycken, 2011). Haiguse süvenedes välistatakse oma igapäeva menüüst aina enam toiduaineid, mis on tegelikult normaalse toitumise osaks. Ortorektikud lõpetavad enamasti olukorras, kus aktsepteerivate toitudena on lubatud üksnes loetud kogus nimetusi, mis jätab organismi vajaka mitmetest olulistest toitainetest ja vitamiinidest (Bratman, 1997, Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksia käes kannatajad on enamasti äärmiselt teadlikud ja huvitatud toiduainete sisaldusest oma menüüs ning muutuvad tervislikkuse järgimisel obsessiivseteks planeerijateks. Tervisliku eluviisi punktuaalsest järgimisest saab ortorektiku päevade olulisim eesmärk. Neile on iseloomulik toitude sildistamine headeks ja halbadeks ning loobumine kõigest, mis näib rasvane, säilitusaineterohke või kunstlikes tingimustes kasvatatud (Bratman, 1997, Brytek-Matera, 2012).

Fundamentaalsed erinevused ortoreksia ja anoreksia või buliimia vahel: Ortoreksia puhul ei ole oluline kaalujälgimine, vaid peamiseks on toidu kvaliteet ja tervisliku toidu propageerimine. See eest anoreksia ja buliimia käes vaevlejatel esineb haiglaslik tüsenemiskartus, millest lähtuvalt seatakse endale väga ranged kehakaalu piirangud, välditakse ka söömist avalikes kohtades ning tähelepanu pööratakse mitte toidukvaliteedile vaid just kogustele. Kui anoreksiat ja buliimiat esineb tunduvalt enam naiste seas, siis ortoreksia esineb just rohkem meeste seas (Brytek-Matera, 2012, Donini et al., 2004, Fidan, Ertekin, Işıkay, Kirpınar, 2010, Knight et al., 2000). 2004 aastal viidi Rooma Ülikoolis läbi uurimus selgitamaks ortoreksia esinemist, tulemustest selgus, et 6,9%-l ortoreksia diagnoosiga inimestest olid 11,3% mehed ja 3,9% naised (Donini et al., 2004). Donini et al., 2004 sõnul võib antud trend tuleneda sellest, et mehed on järjest rohkem hakanud pöörama suuremat tähelepanu kehakultuurile ja tervislikele eluviisidele.

Ortoreksial leidub ka palju sarnasusi teiste söömishäiretega nagu *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa*: a) Pidev mõtlemine söögist, b) Sotsiaalse isoleerituse tekkimine, c) Kindlate isiksuseomaduste kujunemine (perfektsionism, rigiidsus), d) Ideaalse minapildi vajaduste ja eesmärkide püstitamise harmoonia (kaalulangus süvendab obsessiivseid sümptomeid) (Bustamante, 2012).

Käesoleva töö eesmärgiks oli luua ortoreksia sümptomeid hindav mõõtevahend, ning uurida selle seoseid söömishoiakutega ja -käitumisega.

## 2. MEETOD

### 2.1 Valim

Antud uurimuse valimi moodustasid 262inimest, kellest 246 (93,9%) olid naised ning 16 (6,1%) olid mehed. Kõige noorem vastaja oli 12-aastane ning vanim 50-aastane. Keskmise vanus oli 24 aastat ( $SD=7,5$ ) ning vanuse mood ehk kõige enam esinenud väärtus oli 18 (18-aastaseid oli 8,8%). Kõige enam oli vastanute seas kõrgharidusega inimesi, neid oli kokku 99 (37,8%). Keskhariidusega vastajaid oli 78 (29,8%), põhiharidusega 50 (19,1%), keskeriharidusega 30 (11,5%) ning algharidusega 4 (1,5%). Uuringus osalenutest naistest oli alakaalus ( $KMI < 17,5$ ) 18%, normaalkaalus ( $KMI$  vahemikus 18,5 – 24,9) 68% ja ülekaalus ( $KMI > 25$ ) 14%. Tüdrukud vanuses 12-19 eluaastat olid alakaalus 19%, normaalkaalus 82% ja ülekaalis 10% (laste  $KMI$  sai arvutatud kasvukõvera alusel – normid kättesaadavad Tervise Arengu Instituudi kodulehelt).

### 2.2 Mõõtevahend

Ortoreksia sümptomite hindamiseks genereeriti 13 väidet. Uurimuses on lisaks kasutatud Söömishäirete Hindamise Skaalat (SHS) (Akkermann, Herik, Aluoja, Järv 2010, skaala saadaval autoritelt) ning küsimustiku sotsiodemograafiliste andmetega. Söömishäireid Hindav Skaala on 4 faktoriline ja 29- väiteline enesekohane skaala alaskaaladega: Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. Kui kolme esimese alaskaala alusel saab mõõta häiritud söömiskäitumist, siis viimase abil mõõdetakse kognitiiv-afektiivset komponenti. Autorite poolt loodud skaala (avaldamata käsikiri, kättesaadav autoritelt) aitab eristada söömishäirega patsiente tervetest ning anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega patsiente omavahel. Söömishäireid Hindava Skaala alaskaalad näitasid kõrget sisereliaablust ( $\alpha=0,90-0,93$ ) ja eristavat valiidsust.

Igat SHS väidet hinnatakse Likerti tüüpi skaalal hinnangutega 0-st („alati”) 5-ni („mitte kunagi”). Vastuste andmine baseerus 6-pallisel Likerti skaalal vahemikus „alati“ kuni „mitte kunagi“. Lisaks Söömishäireid Hindavale Skaalale ja ortoreksia väidetele, paluti vastajatel täita küsimustik, kus olid andmed vanuse, haridustaseme, soo, pikkuse, kehakaalu, väikseima ja suurima kehakaalu ja soovitud kehakaalu kohta. Kehakaalu ja pikkuse alusel arvutati vastaja kehamassiindeks ( $KMI = \text{kehakaal}$

kg/pikkus m<sup>2</sup>). Soovkaalu põhjal arvutati vastaja soovitud nn. ideaalne kehamassiindeks. Andmetöötlus viidi läbi statistilise andmetötluse programmi SPSS STATISTICS 14 abil.

### **2.3 Protseduur**

Küsitlus viidi läbi 2009. aastal perioodil märtsist maikuuni. Andmeid koguti nii interneti kaudu, kasutades eFormulari elektroonilist ankeeti kui ka paludes ökopoode ja spordiklubisid külastavatelt inimestelt täita anonüümselt paberkandjal esitatav küsimustik. Andmeid sai kogutud just ökopoode ja spordiklubisid külastavatelt inimestelt seetõttu, et ortoreksia küüsis olevad inimesed püüavad võimalikult tervislikku elu elada, tegeledes aktiivselt sportimisega ning ostes oma toidud ja muud tarbed just ökopoodidest (Knight, Bratman, 2000, Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, Cannella, 2004). Samas on andmeid kogutud ka normpopulatsioonist, kasutades selleks internetti.

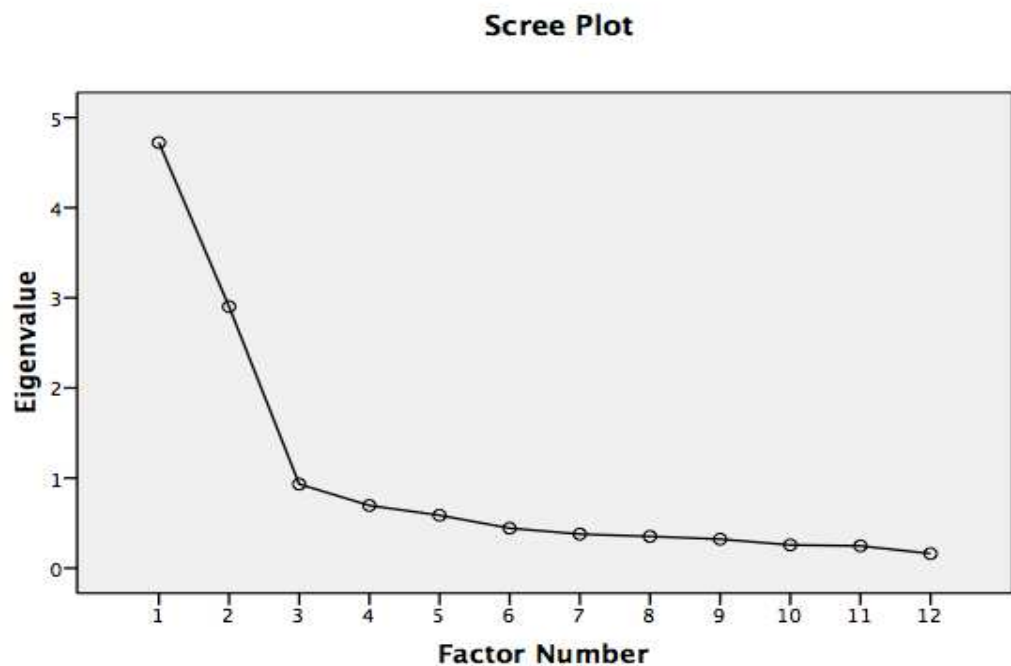
### 3. TULEMUSED

#### 3.1 Faktoranalüüs

Faktoranalüüsi eesmärk oli leida ühisosa omavad ortoreksia sümptomeid uurivad tunnused ning moodustada nende põhjal laiemalt ortoreksiat kirjeldavad faktorid.

Faktoranalüüs viidi läbi peatelgede meetodil, varimax pööramisega. Analüüs teostati vaid naistelt kogutud andmete põhjal, kuna mehi oli valimis ainult 6,1% ( $N=16$ ). Esialgsesse faktormudelisse kaasati 13 ortoreksia sümptomeid mõõtvat väidet, kuid statistilistel kaalutlustel eemaldati analüüsist üks väide, mis ei sobitunud mudelisse. Selle tulemusel saadi 12 algtoonusel põhinev faktorlahend, mis seletab andmete üldhajuvusest kokku 71,3%. Kõigi lahendisse kaasatud tunnuste kommunaliteedid on üsna kõrged või kõrged, jäädes .34 ning .82 vahele, mis viitab sellele, et nad sobivad lahendisse hästi.

**Joonis 1. Faktorlahendi omaväärtuste graafik (nn scree plot).**



12-väitelise ortoreksia sümptomeid mõõtvva skaala faktoranalüüsi tulemusena saadud kolmest faktorist esimene seletab 39,4% andmete üldhajuvusest ning koosneb neljast väitest (väidete laadumine faktoritesse on välja toodud Tabelis 1). Esimese faktori tunnused on seotud puhta ja ökoloogilise toidu tarbimisega, mistõttu esimese faktori nimetus on “Puhas toit”.

Teine faktor kirjeldab andmete üldhajuvusest kokku 21,2% ning koosneb samuti neljast väitest. Kõik teise faktori väited on seotud toitumise kontrollimisega ning seega on faktori nimetus “Kontrollitud toitumine”.

Kolmas faktor seletab ära 7,8% andmete üldhajuvusest ning sinna laaduvad ülejäänud neli väidet. Kõik väited keskenduvad värskete ning tervisliku toidu tarbimisele, mistõttu faktori nimetus on “Tervislik toit”.

**Tabel 1. Ortoreksia sümptomite skaala faktorlaadungid ja kommunaliteedid.**

	Faktor			h <sup>2</sup>
	Puhas toit	Kontrollitud toitumine	Tervislik toit	
93) Ma ostan oma toidud poodidest, kust saan need võimalikult kemikaalidest vabadena.	<b>.838</b>	-.130	.276	.413
92) Ma eelistan ökoloogiliselt puhtaid tooteid kunstlikele ja konserveeritutele.	<b>.813</b>	-.118	.378	.658
94) Ma eelistan ökopooide tavakauplustele.	<b>.807</b>	-.070	.169	.337
91) Ma väldin oma toidus säilitusaineid.	<b>.713</b>	-.116	.392	.551
96) Ma tunnen süümepiinasid kui ma ei pea oma toitumiskavast kinni.	-.103	<b>.836</b>	.180	.675
78) Tunnen, et kogu mu elu keerleb toidu ümber	.011	<b>.813</b>	.029	.818
32) Ma kardan, et kaotan kontrolli söömise üle	-.113	<b>.789</b>	-.153	.794
87) Ma loen söömise ajal kaloreid oma toidus	-.091	<b>.557</b>	.307	.685
88) Minu jaoks on oluline süüa võimalikult tervislikku toitu.	.403	.102	<b>.697</b>	.742
90) Ma söön tervislikult, kuna see parandab mu välimust.	.250	.138	<b>.685</b>	.488

97) Mulle meeldib süüa värskaid töötlemata toiduaineid.	.417	-.071	<b>.556</b>	.663
89) Minu söömisharjumused on tingitud murest tervise pärast.	.331	.179	<b>.441</b>	.659

### 3.2 Sisereleiaablus

Kõigi kolme faktori sisereleiaabsused on üsna kõrged: esimese faktori Cronbachi  $\alpha=.92$  ( $N=4$ ), teise faktori  $\alpha=.84$  ( $N=4$ ) ning kolmanda faktori  $\alpha=.80$  ( $N=4$ ).

### 3.3 Faktorite seosed Söömishäireid Hindava Skaalaga

Et uurida ortoreksia sümptomaatika seoseid häirunud söömiskäitumisega, vaadati kolme ortoreksia sümptomeid kokkuvõtva faktori korrelatsioone SHS alaskaaladega.

Selgub, et esimene faktor Puhas toit korreleerub statistiliselt olulisel määral Hõivatusega välimusest ja kehakaalust ( $r= -0,199$ ;  $p<0,0001$ ) ehk siis mida kõrgem skoor Puhta toidu faktoris, seda madalam on Hõivatus välimusest ja kehakaalust (korrelatsioonid on välja toodud Tabelis 2).

Teine faktor ehk Kontrollitud toitumine korreleerub positiivselt, tugevalt ning statistiliselt olulisel määral ( $p<0,0001$ ) kõigi SHS alaskaaladega – Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. See tähendab, et mida kõrgem on skoor kontrollitud toitumise faktoris, seda enam on ka söömise piiramist, liigsöömist, toidu väljutamist ning hõivatust välimusest ja kehakaalust.

Kolmas faktor ehk Tervislik toitumine korreleerub positiivselt Söömise piiramisega ( $r=0,555$ ;  $p<0,0001$ ) ning negatiivselt Liigsöömise ning Toidu väljutamisega (mõlema puhul  $r=-0,190$ ;  $p<0,0001$ ), mis tähendab, et mida kõrgem on tervisliku toitumise skoor, seda enam piiratakse ka söömist, kuid samas seda vähem esineb liigsöömist ning toidu väljutamist.

**Tabel 2. Ortoreksia sümptomeid mõõtvate faktorite korrelatsioonid  
Söömishäirete Hindamise Skaalaga.**

	Puhas toit	Kontrollitud toitumine	Tervislik toit
SHS_Söömise piiramine	.047	<b>.604**</b>	<b>.555**</b>
SHS_Liigsöömine	.004	<b>.675**</b>	<b>-.190**</b>
SHS_Toidu väljutamine	.004	<b>.675**</b>	<b>-.190**</b>
SHS_Hõivatus välimusest ja kehakaalust	<b>-.199**</b>	<b>.746**</b>	-.031

\*\* .  $p < 0,0001$

#### 4. ARUTELU

Käesoleva seminaritöö eesmärgiks oli luua ortoreksia sümptomeid hindav mõõtevahend, ning uurida selle seoseid söömishoiakutega ja –käitumisega. Antud uurimusesse kaasati 246 naist vanuses 12-50eluaastat.

Ortoreksiat ei ole seni peetud iseseisvaks toitumishäireks ning ametlik haiguste klassifikatsioon Euroopas antud diagnoosi ei kajasta. Mõned eksperdid usuvad, et tegemist on hoopis teise vormiga obsessiiv-kompulsiivsest häirest, viidates asjaolule, et ortoreksia kergemal viisil pole ohtlik (Brytek-Matera, 2012). Ortoreksia peamiseks sümptomiks on kinnismõte toidust nagu ka anoreksia ja buliimia puhul, aga ortoreksia puhul on oluline just toidu kvaliteet, see eest anoreksia ja buliimia puhul toidu kogus. Inimene, kellel on ortoreksia, kulutab täpselt sama palju aega ja energiat mõeldes toidu peale nagu seda teevad ka anoreksia ja buliimia all kannatajad. Ortoreksia puhul pole olulised kalorid, vaid toidu päritolu, töötlus ja valmistamine (Brytek-Matera, 2012, Bustamante, 2012).

Ortoreksia ise ei kujuta tervisele nii suurt ohtu, kui seda võivad teha anoreksia ja buliimia, aga arste ja psühhiaatreid paneb muretsema just see, et ortoreksiaga võib kaasneda veel lisaks seeria teisi häireid (Brytek-Matera, 2012). Tugevalt süvenev ortoreksia võib kergelt üle minna anoreksiaks. Anoreksia ja ortoreksia kannatajatel on ka sarnased isikuomadused (perfektsionism, rigiidsus) (Brytek-Matera, 2012, Bustamante, 2012). Samuti on riskantsed erinevad alatoitumisega seotud dieedid, mille tagajärjel võivad tekkida liigsöömishood. Liigsöömise tagajärjel tekkivad süümepiinad võivad viia juba buliimiani.

2004 aastal viidi Rooma Ülikoolis läbi uurimus selgitamaks ortoreksia esinemist. Uurimuses osales 400 õpilast, kellest 28-1 (6,9%) esinesid ortoreksia sümptomid. Antud protsent on suurem kui anoreksia ja buliimia esinemisagedus kokku. Samuti leiti, et antud seisundit esineb rohkem meestel kui naistel (Donini et al., 2004).

Ortoreksia puhul on pigem tegemist toitumishäirega kui söömishäirega. Kui toitumishäirete hulka loetakse valikulist söömist, toidust keeldumist ning raskusi toidu allaneelamisel, siis söömishäiretele on omane pidev hõivatus kehakaalust ja välimusest, hirm kaalu tõusu ees ja sellest tulenevalt katsed toitumist piirata (Akkermann, 2011). Anoreksia ja buliimia on söömishäired ning antud häiretele on

omane just pidev mure kehakaalu ja välimuse pärast, erinevalt ortoreksiast, mille puhul on põhiline võimalikult kvaliteetne ja puhas toit.

Faktoranalüüsi eesmärgiks oli leida ühisosa omavad tunnused ja moodustada nende põhjal uued ühist laiemat aspekti kirjeldavad summamuutujad ehk faktorid (Reise, Waller & Comrey, 2000). Esialgseks faktormudelisse kaasati 13 ortoreksia sümptomeid mõõtvat väidet, kuid statistilistel kaalutlustel eemaldati analüüsist üks väide (Ma eelistan süüa pigem omaette kui avalikes kohtades), mis ei sobinud mudelisse. Järelejäänud 12 väite põhjal koostati kolme faktoriga faktorlahend, mis seletas andmete üldhajuvusest kokku 71,3%.

Ortoreksia sümptomeid kirjeldavate tunnuste faktoranalüüsi tulemusel ilmes 3-faktoriline lahend, mille faktorid väljendavad kolme põhilisemat ortoreksiaga seotud söömiskäitumist ja -hoiakut: Ökoloogilise ja puhta toidu tarbimine, Toitumise kontrollimine ning Värske tervisliku toidu tarbimine. Kõikide faktorite sisereliaabsused on kõrged,  $\alpha$  väärtused jäävad .92 ja .80 vahele.

Analüüsi tulemusel ilmnid ka statistiliselt olulised seosed ortoreksia sümptomite ning häirunud söömiskäitumise vahel. Kontrollitud toitumise faktor oli positiivselt korreleeritud kõigi SHS skaaladega, mis tähendab, et see ortoreksia sümptom on seotud toidu piiramise kontrollimise, liigsöömise, toidu väljutamise ning hõivatusega välimusest ja kehakaalust.

Puhta toidu tarbimine oli negatiivselt seotud Hõivatusega välimusest ja kehakaalust, mis on kooskõlas varasema uurimustulemusega, et ortorektikute eesmärgiks ei ole kaalu kaotada, vaid oluline on kinni pidada võimalikult tervislikust eluviisist (BağcıBosi, Camur & Güler, 2007, Donini et al., 2004).

Tervislik toitumine oli negatiivselt seotud Liigsöömise ning Toidu väljutamisega, mis kinnitab väga hästi Bratman'i (1997) väidet, et ortorektik püüab hoida oma keha terve, mürkidest vaba ja looduslikuna, kuid tegelikult võib olukord minna vastupidiseks, kus toitumise kontroll muutub ülitäpseks kalkuleerimiseks, mida tohib süüa ja mida mitte. Käesolevast analüüsist tuleb välja, et ortoreksia sümptomite all kannatajatel ei esine liigsöömishoogusid või väljutamist, kuna valitakse väga mida süüakse ning ollakse äärmiselt teadlikud oma toiduainete sisaldusest menüüs.

Kõrge ja positiivne oli korrelatsioon Tervisliku toitumise ning Söömise piiramise vahel, mis tähendab, et ortoreksia sümptomite all kannatajal on tugev

kontroll tervisliku toitumise üle – mis jällegi kinnitab ortoreksia sümptomit ning seost häirunud söömiskäitumisega.

Antud töö eesmärgiks oli luua ortoreksia sümptomeid hindav mõõtevahend, ning uurida selle seoseid söömishoiakutega ja –käitumisega. Analüüsi tulemusel ilmneseid statistiliselt olulised seosed ortoreksia sümptomite ning häirunud söömiskäitumise vahel. Antud teemat võiks veel edasi arendada ja uurida ortoreksia sümptomaatika esinemist meeste hulgas, kuna uuringud näitavad, et ortoreksia sümptomeid esineb rohkem meeste kui naiste hulgas ning ortoreksiat esineb rohkem kui anoreksiat ja buliimiat kokku.

## 5. KIRJANDUSE LOETELU

- Agras, W.S., Apple, R.F. (2008). *Overcoming Eating Disorder: A Cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. Oxford: *University Press*.
- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., Järv. (2010). Söömishäireid Hindav Skaala (SHS)
- Akkermann, K. (2011). Serotoniinisüsteemi talitluse biomarkerid ja söömishäirete sümptomid. *Eesti Psühholoogide Liidu laualeht*. 48. 18-19
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.
- BağcıBosi, A. T., Camur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara,Turkey). *Appetite*, 49, 661-666.
- Bratman, S. Original essay on orthorexia [Internet]. *Yoga Journal* 1997 Oct. [updated 2010 June 2; cited 2011 June 8]. Available from: [www.orthorexia.com/?page\\_id=6](http://www.orthorexia.com/?page_id=6)
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 1, 55-60.
- Bustamante, M.I. (2012). The other end of the continuum of healthy eating: Orthorexia. *Brunei Darussalam Journal of Health*. 5. 20-24
- Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S., Eckert, E.D., Mitchell, J.E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 166, 1342-1346.
- Donini, LM., Marsili, D., Graziani, MP., Imbriale, M., Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*. 9. 151–157.
- Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franko, D.L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., Herzog, D.B. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*. 165. 245-250.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 166. 311-319.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*. 51. 49–54.
- Gleaves, D.H., Graham, E.C., Ambwani, S. (2013). Measuring “Orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2. 2094-0734
- Greenberg, T., Schoen, E.G. (2008). Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery Professional Psychology. *American Psychological Association*. 4. 464–471
- Hepworth, K. (2010). Eating Disorders Today —Not Just a Girl Thing. *Journal of Christian Nursing*. 27. 236–241.
- Herzog, D. B., & Delinsky, S.S. (2001). Classification of eating disorders. Striegel-Moore, R.H., & Smolak, L. *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. 305. 31-50.
- Knight, D., Bratman, S. (2000). Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession With Healthful Eating. New York: *Broadway books*
- Maailma Tervishoiu Organisatsioon. (1993). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tõlge: Tartu Ülikool.
- Mathieu, J. (2005). What is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. 10. 1510-1512
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists
- Reise, S. P., Waller, N. G. & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment*. 12. 287 – 297.

- Semec, K., Tomori, M., Zalar, M. (2010). Effect of Management of Patients with Anorexia and Bulimia nervosa on Symptoms and Impulsive Behavior. *Coll Antropol.* 32. 1281-1287.
- Treasure, J., Cardi, V. & Kan, C. (2012). European Eating Disorders Review. Vol. 20 Issue 1, pe42-e49. 8p. DOI: 10.1002/erv.1090.
- Vandereycken, W. (2011). Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders.* 19. 145–155.
- World Health Organization (n.d.). Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. Summary report. Allikas: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- Välja võetud: 27.04.2013.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Agnes Roolaid