

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Laura Raudnagel

**TEADLIKKUS SÖÖMISHÄIRETEST JA LEVINUMAD MÜÜDID**

Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Teadlikkus söömishäiretest ja levinumad müüdid

Tartu 2021

## Kokkuvõte

Töö uuris Eesti inimeste teadlikkust söömishäiretest lähtuvalt Academy for Eating Disorders dokumendist “Nine Truths About Eating Disorders”, mille eesmärk on kummutada ekslikud ja aegunud stereotüübid, tõsta teadlikkust ja jagada infot terviklikust ravist.

Uurimistöö andmeid koguti veebiküsitluse teel 663-lt inimeselt, kellest moodustasid 63% naised ja 37% mehed. Vastuseid analüüsiti lähtuvalt osalejate haridustasemest ja sellest, kas neil või nende lähedasel on olnud söömishäire.

Tulemustest selgus, et söömishäirete müütide puhul on kõrgharidusega naiste teadlikkus kõrgem kui kogu valimi puhul, välja arvatud ühel juhul, mis puudutab perekondade süüdistamist. Siiski jäi kõrgharidusega naiste teadlikkuse protsent suhteliselt madalaks, mis näitab kõikide gruppide potentsiaali teadlikkust söömishäiretest kasvatada - see info haakub mitmete varasemate uuringutega, kus ülemaailmselt leitakse söömishäirete alasest haridusest puudujääke.

Teiseks sai kinnitust, et söömishäire kogemusega inimesed on müütidest rohkem teadlikumad, kuid ilmnas nüanss, kus kõrgharidusega ilma söömishäireta inimesed olid teadlikumad kui söömishäiretega kõrgharidusega inimesed.

Märksõnad: söömishäired, teadlikkus söömishäiretest, söömishäirete müüdid, üheksa tõde söömishäiretest

## Abstract

This study analyses the awareness of the Estonian people of various eating disorders based on the Nine Truths About Eating Disorders, a popular paper published by the Academy for Eating Disorders with an aim of refuting incorrect and outdated stereotypes, increasing overall awareness and sharing insights about holistic treatment.

The data was gathered by web based survey from 663 people, a 63-37 split between female and male respondents. Education level and having someone close that had been exposed to an eating disorder were explored as the potential drivers of awareness of eating disorders.

The results indicate, that highly educated female respondents demonstrated, on average, higher awareness of eating disorders, except when it comes to blaming families. In conclusion, the percentage of women with higher education remained relatively low, indicating the potential for all groups to raise awareness of eating disorders. The results confirm earlier findings which also find that awareness could be most effectively increased through educational means. The results also confirm earlier findings, whereby people with earlier eating disorders are, on average, more aware of the eating disorder related myths. However, highly educated people who had not previously been diagnosed of an eating disorder were, on average, more aware of the eating disorders than the ones who had been diagnosed themselves, again confirming the opportunity to improve awareness of eating disorders through educational means.

Key words: eating disorders, awareness of eating disorders, eating disorders myths, nine truths about eating disorders

## Sissejuhatus

Söömishäireid iseloomustavad tõsised söömiskäitumise ja kehakaalu häired (Galmiche jt, 2019). Söömishäired on seotud märkimisväärsete füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete häiretega, sealhulgas potentsiaalselt eluohtlike meditsiiniliste tüsistustega (Westmoreland, 2016).

Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon RHK-10 eristab söömishäiretena kaht peamist sündroomi: *anorexia nervosa* (eesti k anoreksia) ja *bulimia nervosa* (eesti k buliimia). Anoreksia käes kannatavate isikute mõtted tiirlevad alatasa söögi ja söömise ümber, neil on pidev hirm kaalutõusu ees, mida võimendab väärt ettekujutus oma kehast. Buliimiaga kannatajad on mures oma kaalu ja välimuse pärast ning see põhjustab häireid nende söömiskäitumises. Erinevalt anoreksiast on buliimiasse haigestunutel sageli kehakaal normaalne (Gleitmann, Gross, Reisberg, 2014).

Lisaks kategoriseeritakse eraldi liigsöömishäire ja täpsustamata söömishäired. Täpsustamata söömishäire koosneb suurel määral *anorexia nervosa* või *bulimia nervosa* atüüpiliste sündroomidega haigusjuhtudest (Järv, 2004). Need söömishäired on kõige levinumad söömishäired (keskmiselt üle 3%), samas pälvivad need kõige vähem tähelepanu (Akkermann, 2010).

Liigsöömishäiret iseloomustab tajutav kontrolli puudumine korduvate söömisperioodide ajal, mis hõlmavad suuremat toidukogust kui see, mida enamik inimesi sarnase ajavahemiku jooksul sööks (Heslin, 2019).

Söömishäired esinevad tihti koos teiste psühhiaatriliste häiretega, kõige sagedamini meeleolu- ja ärevushäirete, obsessiiv-kompulsivse häire ning alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamisega. Uuringud näitavad, et geenid ja pärilikkus mängivad rolli selles, miks mõnedel inimestel on suurem söömishäire risk, kuid häired esinevad neilgi, kelle perekonnas pole söömishäireid olnud (American Psychiatric Association (APA), 2021).

Söömishäired on väga levinud kogu maailmas ning see on suur rahvatervise probleem (Galmiche jt, 2019). Vähemalt 30 miljonit ameeriklast kannatab elu jooksul söömishäire tõttu (Eating Disorders Coalition, 2016). 94 uuringu põhjal võib öelda, et keskmiselt kannatab elu

jooksul söömishäire käes 8,4% (3,3–18,6%) naistest ja 2,2% (0,8–6,5%) meestest (Galmiche jt, 2019).

Kultuuridevahelised uuringud näitavad, et liigsöömishäire, anoreksia ja buliimia on levinumad arenenud riikides, kus toitu on ohtralt ja domineerib kõhnust rõhutav ideaal, eriti naiste puhul (Heslin, 2019).

Söömishäirete tagajärjel sureb vaimse tervise haigustest maailmas kõige enam inimesi. Näiteks USA-s on esikohal suremine tingituna anoreksiast (5% 10 aasta jooksul). 15–24aastastel anoreksia diagnoosiga noortel on 10 korda kõrgem risk surra võrreldes eakaaslastega (Eating Disorders Coalition, 2016).

Hinnangud söömishäirete esinemissageduse kohta on riigiti ja uuringuti erinevad, kuid üksmeel valitseb selles, et söömishäirete levik on viimase 30 aastaga kogu maailmas kasvanud (Eating Disorders in Schools, 2016).

Üllatuslikult puudub Eestis järjepidev statistika söömishäirete levimuse kohta. 2010. aastal tehtud Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise sõeluuring andis esmakordselt infot siinsest söömishäirete levimusest. 7,7 %-l Eesti naistest ja 1%-l meestest esines 25ndaks eluaastaks söömishäire (anoreksia, buliimia, ülesöömishäire või täpsustamata söömishäire) (Akkermann, 2010). Eestis asuvad spetsiaalsed söömishäirete üksused Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinikus ja Tallinna Lastehaiglas.

2020. aastal loodi Eestis MTÜ Söömishäirete Liit, mis koondab söömishäirete all kannatavaid inimesi, nende pereliikmeid ja sõpru-lähedasi. Liidu eesmärk on pakkuda tuge ja teaduspõhist infot söömishäirete ning söömishäirete ravi kohta ning tõsta teadlikkust söömiskäitumise teemadel (soomishaired.ee, 2020).

Söömishäiretest räägitakse üha enam, kuid uurimused näitavad, et Euroopa riikides saavad spetsialiseeritud ravi ainult vähesed söömishäiretega patsiendid ( Järv, Pennar, Akkermann, 2010). Olemasolevad ravimeetodid on tõhusad ainult pooltel juhtudel ja retsidiivide määr on kõrge (Vanzhula & Levinson, 2020). Meditsiinilised tüsistused, kõrge kaasuvate haiguste määr (kuni 90%), vähene teadlikkus haigusest ja madal motivatsioon terveneda muudavad söömishäirete ravimise väga raskeks (Fassino & Abbate-Daga, 2013; Hudson, 2007).

## **Stigmatiseerimise mõju ja selle vähendamine**

Ühiskonnas on vaimse tervise probleemid märkimisväärse mõjuga ning seepärast on tähtis pöörata tähelepanu põhjustele, mis mõjutavad abiotsimist ja ravi edukust (Purre, 2015).

Söömishäiretega inimestel on abi otsimisel olulisi takistusi. Üheks peamiseks barjääriks on söömishäiretega seotud stigmatiseerimine (National Eating Disorders Collaboration, 2016).

Psüühikahäirete inimeste stigmatiseerimine ehk häbimärgistamine on laialt levinud, uuringud näitavad, et söömishäireid peetakse sageli inimeste enda süüks ehk nad vastutavad nende ilmnemise eest ise. Laialt on levinud arvamused, et inimesed saavad ja peavad oma kehakaalu ja kuju kontrolli all hoidma, mistõttu peetakse söömishäireid pelgalt välimuse mõjutamise äärmuslikuks pingutuseks (Roehrig, 2010).

Stigmatiseerimise hirmu tõttu väldivad paljud vaimse häirega inimesed psühhiaatrilist abi, kuigi tõenäoliselt saaksid nad sellest kasu (Corrigan & Watson, 2002). Abi otsimisest hoidumine võib halvendada paranemist, seega on stigma mitmekordselt kahjulik (Purre, 2015).

Erinevalt füüsiliste puuetega inimestest, tajutakse vaimsete häiretega inimesi oma haiguse eest vastutavana, ka süüdlasena oma probleemides. Nende suhtes tuntakse vähem kaastunnet ja nende muredele reageeritakse pahameele või vihaga. Ka usutakse, et abi osutamine ei ole väljateenitud (Corrigan & Watson, 2002).

Avalik stigma märgib ühiskonnas levivaid negatiivseid eelarvamusi ja diskrimineerimist, mida omistatakse alavääristatud omadustega inimgrupile. See põhineb müütidel, ühisteadvusel ja nende representatsioonidel. Meedia on sotsiaalsete stereotüüpide oluliseks allikaks (Purre, 2015).

2015. aasta USAs läbi viidud uuringus (Salafia, 2015) küsitleti nii söömishäiretega kui ka -häireteta inimestelt, mis on söömishäirete peamiseks põhjuseks. Söömishäiretega inimesed nimetasid põhjusteks psühholoogilisi ja sotsiaalseid probleeme, kõige vähem geneetilisi faktoreid ja meedia rolli. Söömishäireteta inimesed nimetasid peamise faktorina meediat ning häbimärgistasid söömishäiretega inimesi. Tulemused olid märkimisväärselt erinevad ning see tulenes autorite sõnul vähesest haridusest söömishäirete vallas (Salafia, 2015).

Mitmed uuringud toovad välja inimeste vähese söömishäirete alase hariduse ja negatiivse suhtumise, mis vähendavad söömishäirete all kannatajate abi otsimise võimalusi (Harrison, 2016).

Üks viis stigmatiseerimise vähendamiseks ja teadlikkuse suurendamiseks on hajutada levinumad vaimse tervise haigusi (antud juhul söömishäireid) puudutavaid müüte.

2015. aastal algatas väike grupp aktiviste söömishäirete teavituspäeva, mis nüüdseks on kujunenud mastaapseks iga-aastaseks kampaaniaks, millest võtab osa üle 200 organisatsiooni üle maailma, ühendades spetsialistid, lapsevanemad/hooldajad ja need, keda teema isiklikult puudutab. Kampaania eesmärk on tõsta teadlikkust söömishäiretest ja terviklikust ravist.

Seekordne teavituspäev toimus 2. juunil 2020, järgmine leiab aset 9.-11. juunil 2022.

2015. aastal koostas Academy for Eating Disorders dokumendi “Nine Truths About Eating Disorders”, mis on tõlgitud 30 keelde ja mida levitatakse üle maailma, kummutamaks ekslikud ja aegunud stereotüübid söömishäiretest (World Eating Disorders Action Day).

**Dokument „Nine Truths About Eating Disorders“** (<https://www.aedweb.org/>)

- 1) Söömishäired mõjutavad inimesi sõltumata nende soost, vanusest, rahvusest, kehakujust ja -kaalust, seksuaalsest orientatsioonist ja sotsiaalmajanduslikust staatusest.
- 2) Söömishäire diagnoos on tervisekriis, mis häirib isiklikku ja perekondlikku toimetulekut.
- 3) Paljud söömishäiretega inimesed näevad terved välja, kuidas võivad siiski olla väga haiged.
- 4) Perekondasid ei saa süüdistada, nad võivad ravis olla patsientide ja ravi osutajate parimad liitlased.
- 5) Söömishäiretega kaasneb nii suitsiidi kui ka meditsiiniliste komplikatsioonide suurenenud risk.
- 6) Söömishäired ei ole valikud, vaid tõsised bioloogiliselt mõjutatud haigused.
- 7) Geenid üksi ei ennusta, kellel kujuneb välja söömishäire.
- 8) Geenid ja keskkond mängivad olulist rolli söömishäirete väljakujunemised.
- 9) Täielik paranemine söömishäiretest on võimalik. Oluline on häire varajane märkamine ja sekkumine.

Minu uurimistöö keskendub mainitud väidete põhjal Eesti inimeste teadlikkusele söömishäiretest ning võiks olla aluseks edasistele uuringutele söömishäiretega seotud müütide kummutamisel.

### **Töö hüpoteesid:**

- 1) Kõrgharidusega naised on söömishäirete müütidega kõige enam kursis.
- 2) Söömishäiretega inimesed on müütidega rohkem kursis kui söömishäireteta inimesed.

### Meetod, andmete kogumine

Andmeid koguti kvantitatiivse meetodiga Tartu Ülikooli LimeSurvey keskkonnas veebiküsitluse teel. Küsimustiku (lisa 1) koostas Kirsti Akkermann, seda levitati sotsiaalmeedias ja muudes gruppides jaanuarist-augustini 2021.

Küsimustik koosneb üldandmetest ja 19-st väitest söömishäirete kohta, millele sai vastata jah või ei ning mis koostati dokumendi “Nine Truths About Eating Disorders” põhjal. Lisaks uuriti söömishäirete esinemise kohta endal või lähedastel ning paluti nimetada söömishäireid. Andmete analüüsimiseks kasutati statistilist andmetöötlusprogrammi JASP. Hüpoteeside kontrollimiseks kasutati hii-ruut testi ja protsentide võrdlust. Teadlikkuse hindamise aluseks võeti väidetele õigesti vastamise protsent. Vastuseid analüüsiti lähtuvalt osalejate haridustasemest ja sellest, kas neil või nende lähedasel on olnud söömishäire.

Tegemist oli anonüümse ja vabatahtliku küsitlusega, mis viidi läbi turvalises keskkonnas ning andmeid kasutati üldistatud kujul. Uuringu andmeid säilitatakse anonüümsel kujul konfidentsiaalses keskkonnas, millele pääseb ligi parooliga. Uuritavaid informeeriti uuringu eesmärgist, toimumise ajast, läbiviijast ja tulemuste avalikustamise ajast.

Valim koosneb 766-st veebiankeedist, millest analüüsi kaasati 663 (103 ankeeti olid kasutuskõlbmatud, kuna väidetele ei olnud vastatud), 63% vastajatest olid naised ja 37% mehed. 73% vastajatest elas linnas, 27% maal. Tabelites on iga müüdi juurde lisatud konkreetne vastajate arv, kuna see varieerus.

Hariduslik jaotus: 50% kõrgharidus, 8% kõrgharidus omandamisel, keskharidus 18%, kutseharidus 13%, põhiharidus 11%. Vanuseline jaotus: mediaan ja mood 37, keskväärtus 38,5, standardhälve 13,6, miinimum 15, maksimum 80.

## Tulemused

Hüpoteeside kontrollimiseks kasutasin hii-ruut testi ja protsentide võrdlust. Teadlikkust hindasin õige vastuse protsendi järgi ning tabelites ja tekstis on just need protsendid välja toodud.

Müütide õiged vastused, mille järgi teadlikkust hindasin, on järgmised:

1. Söömishäire on psüühikahäire – jah
2. Söömishäire on kehaline haigus – ei
3. Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed – jah
4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus – ei
5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus – ei
6. Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia – ei
7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte.- ei
8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel – ei
9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed – ei
10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda – ei
11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest – ei
12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi – jah
13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem – ei
14. Dieedi pidamine on tavapärase ja loomuliku söömiskäitumise osa – ei
15. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda – ei
16. Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid – ei
17. Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket - jah
18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita - ei
19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire - ei

## **Hüpotees 1: Kõrgharidusega naised on söömishäirete müütidega kõige enam kursis.**

Küsitluses osalenud kõrgharidusega naised saavutasid kõrgeima teadlikkuse kuue väite puhul 19-st ehk 31,6%. Järgnesid kõrgharidust omandavad naised 21,1%, kõrgharidust omandavad mehed ja kutseharidusega naised 15,8% ning keskharidusega naised 10,5% ja kõrgharidusega mehed 5,3%.

Keskhariduse, kutsehariduse ja põhiharidusega mehed ei saavutanud ühegi küsimuses puhul kõrgeimat tulemust, samuti mitte põhiharidusega naised.

Kui võrrelda kogu valimi tulemusi omavahel, ilmnes kaks müüti, kus kõrgharidusega naiste tulemus jäi valimi keskmisest madalamaks. Müüdi nr 9 (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed) teadlikkus oli kõrgharidusega naistel 80% ( $p=0,925$ ), valimi keskmine 82,3%. Müüdi nr 10 (söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda) puhul oli kõrgharidusega naiste tulemus 80,1% ( $p=0,007$ ), valimi keskmine 88,7%.

Nagu mainitud, olid kõrgharidusega naised kõige teadlikumad kuue müüdi puhul, nad teadsid, et söömishäire on psüühikahäire (M1,  $p=0,03$ ), see ei ole arenguline ega mööduv nähtus (M5,  $p=0,171$ ), millest ei vabaneta ilma ravita (M12,  $p=0,856$ ) ja M18,  $p=0,153$ ). Samuti oldi kõige paremini kursis, et kehakaalu kontrolli all hoidmiseks ei pea end iga päev kaaluma (M15,  $p=0,074$ ) ning et lahjade toitude söömine ei ennetata söömishäirete teket (M16,  $p<0,01$ ).

Kõige madalama protsendi (54,6%,  $p=0,317$ ) sai kõrgharidusega naiste poolt müüt nr 2 (söömishäire on kehaline haigus), järgmiseks nr 17 (regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket) (74,1%,  $p=0,004$ ) ning siis nr 14 (dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa) (74,3%,  $p<0,01$ ). ’

Võrreldes omavahel kõrgharidusega mehi ja naisi, siis naised vastasid 13-le (68%) küsimusele kõrgema protsendiga ehk teadlikumalt kui mehed. Suurim erinevus ( $p<0,01$ ) ilmnes müüdi nr 14 (dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa) puhul: naised olid teadlikumad – neist vastas õigesti ehk „ei“ 74,3%, kui kõrgharidusega meestest vastas „ei“ alla poole ehk 48,1% (erinevus 26,2%). Kui aga vaadata, millise müüdi puhul vastasid mehed kõige enam naistest teadlikumalt, siis on see müüt nr 10 (söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda), kus meestest vastas „ei“ 92,8%, naistest 80,1% ( $p=0,007$ ).

Järgnevas tabelis (tabel 1) on mehed ja naised jaotatud hariduse kaupa (kõrgharidus, kõrgharidus omandamisel, keskharidus, kutseharidus ja põhiharidus). Protsendid tabelis näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool mainitud õigete vastuste määra protsentides. Õiged vastused on välja toodud lk 9.

Tabel 1. 1 Söömishäirete müütide teadlikkus lähtuvalt soost ja haridustasemest (täpne vastajate arv on iga müüdi puhul eraldi välja toodud lisatabelis nr 1.2)<sup>1</sup>

	Kõrgharidus				Kõrgharidus omandamisel				Keskhariidus				Kutsehariidus				Põhihariidus			
	N	M	hii-ruut	p	N	M	hii-ruut	p	N	M	hii-ruut	p	N	M	hii-ruut	p	N	M	hii-ruut	p
<b>M1</b>	97,1%	91,6%	4718	0,03	90,6%	86,4%	0,24	0,624	92,9%	86,0%	1524	0,217	93,8%	76,9%	6325	0,042	74,1%	60,0%	1475	0,225
<b>M2</b>	54,6%	60,9%	1000	0,317	68,8%	50,0%	1929	0,165	55,8%	66,0%	1286	0,257	62,5%	50,0%	1389	0,238	51,8%	42,2%	0,63	0,427
<b>M3</b>	99,2%	98,8%	0,101	0,751	100%	86,4%	4620	0,032	98,6%	96,0%	0,791	0,374	100%	85,0%	7572	0,006	81,5%	66,7%	1846	0,174
<b>M4</b>	94,2%	91,6%	0,733	0,392	87,5%	95,4%	0,982	0,322	84,3%	78,0%	0,77	0,38	87,5%	72,5%	3150	0,076	77,8%	55,6%	3612	0,057
<b>M5</b>	86,8%	80,7%	1878	0,171	75,0%	59,0%	1530	0,216	76,8%	74,0%	0,124	0,724	75,0%	60,0%	2263	0,133	80,8%	44,4%	8911	0,003
<b>M6</b>	77,2%	86,7%	3485	0,062	64,5%	63,6%	0,004	0,948	85,7%	78,0%	1202	0,273	62,5%	53,8%	0,664	0,415	34,6%	20,0%	1860	0,173
<b>M7</b>	95,5%	91,6%	1786	0,181	93,3%	90,9%	0,105	0,746	95,7%	80,0%	7299	0,007	95,8%	82,5%	4225	0,04	76,9%	60,0%	2109	0,146
<b>M8</b>	98,8%	97,6%	0,558	0,455	100%	100%	*	*	98,6%	96,0%	0,768	0,381	100%	87,5%	6361	0,012	92,3%	86,7%	0,524	0,469
<b>M9</b>	80,0%	79,5%	0,009	0,925	70,0%	81,0%	0,78	0,377	92,8%	80,0%	4281	0,039	80,9%	82,5%	0,039	0,843	92,3%	84,4%	0,92	0,337
<b>M10</b>	80,1%	92,8%	7156	0,007	86,7%	95,5%	1128	0,288	83,3%	94,0%	3050	0,47	84,8%	90,0%	0,522	0,47	88,5%	91,1%	0,13	0,718
<b>M11</b>	93,8%	93,9%	0,002	0,967	96,6%	72,7%	6244	0,012	95,5%	80,0%	6828	0,009	87,0%	77,5%	3039	0,219	92,3%	70,5%	4636	0,031
<b>M12</b>	97,9%	97,6%	0,033	0,856	90,0%	86,4%	0,164	0,685	95,5%	93,9%	0,141	0,707	93,5%	80,0%	3484	0,062	84,6%	54,5%	6559	0,01
<b>M13</b>	85,0%	89,2%	0,889	0,346	83,3%	77,3%	0,3	0,584	89,2%	85,7%	1947	0,378	95,7%	65,0%	13275	<0,01	65,4%	48,8%	1793	0,181
<b>M14</b>	74,3%	48,2%	19172	<0,01	82,1%	40,9%	9091	0,003	69,2%	57,1%	1773	0,183	80,4%	47,5%	10217	0,001	46,2%	46,5%	0,15	0,977
<b>M15</b>	97,9%	94,0%	3192	0,074	96,4%	86,4%	1696	0,193	92,3%	83,3%	2184	0,139	87,0%	80,0%	0,76	0,383	80,8%	58,1%	3734	0,053
<b>M16</b>	96,3%	84,0%	14444	<0,01	92,9%	68,2%	5082	0,024	95,3%	67,3%	15517	<0,01	89,1%	65,0%	7238	0,007	53,8%	39,5%	1341	0,247
<b>M17</b>	74,1%	85,2%	4213	0,04	78,6%	90,5%	1245	0,265	73,4%	83,7%	1688	0,194	62,2%	80,0%	3224	0,073	84,6%	86,0%	0,027	0,87
<b>M18</b>	93,7%	88,9%	2039	0,153	89,3%	81,8%	0,571	0,45	92,1%	77,6%	4891	0,027	93,3%	67,5%	9249	0,002	76,0%	67,4%	0,558	0,455
<b>M19</b>	92,8%	92,6%	0,008	0,929	92,9%	86,4%	0,577	0,447	95,3%	83,7%	4279	0,039	78,3%	75,0%	0,127	0,721	88,5%	69,0%	3364	0,002

<sup>1</sup> Märkused: Protsendid tabelis näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool (lk 9) mainitud õigete vastuste määra. N ja M on naised ja mehed. M1-M19 tähistavad müüte: 1. Söömishäire on psüühikahäire. 2. Söömishäire on kehaline haigus. 3. Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed. 4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus. 5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus. 6. Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia. 7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte. 8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel. 9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed. 10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda. 11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest. 12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi. 13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem. 14. Dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa. 15. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda. 16. Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid. 17. Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket. 18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita. 19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire.

Statistiliselt olulised p-väärtused on märgistatud.

\* Ei ole võimalik hiiruut testi teha, kuna grupid, keda võrreldi, vastasid küsimusele täpselt samamoodi ehk erinevus vastuste vahel puudus.

Tabel 1. 2 Tabeli 1.1. vastajate arv

	Kõrgharidus		Kõrgharidus omandamisel		Keskharidus		Kutseharidus		Põhiharidus	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed
<b>M1</b>	n=245	N=83	n=32	n=22	n=70	n=50	n=48	n=39	n=27	n=45
<b>M2</b>	n=238	N=82	n=32	n=22	n=70	n=50	n=48	n=40	n=27	n=45
<b>M3</b>	n=244	n=83	n=32	n=22	n=70	n=50	n=47	n=40	n=27	n=45
<b>M4</b>	n=243	n=83	n=32	n=22	n=70	n=50	n=48	n=40	n=27	n=45
<b>M5</b>	n=244	n=83	n=32	n=22	n=69	n=50	n=48	n=40	n=26	n=45
<b>M6</b>	n=241	n=83	n=31	n=22	n=70	n=50	n=48	n=39	n=26	n=45
<b>M7</b>	n=242	n=83	n=30	n=22	n=69	n=50	n=48	n=40	n=26	n=45
<b>M8</b>	n=242	n=83	n=30	n=22	n=69	n=50	n=48	n=40	n=26	n=45
<b>M9</b>	n=240	n=83	n=30	n=21	n=69	n=50	n=47	n=40	n=26	n=45
<b>M10</b>	n=241	n=83	n=30	n=22	n=66	n=50	n=46	n=40	n=26	n=45
<b>M11</b>	n=241	n=82	n=30	n=22	n=66	n=50	n=46	n=40	n=26	n=44
<b>M12</b>	n=241	n=83	n=30	n=22	n=66	n=49	n=46	n=40	n=26	n=44
<b>M13</b>	n=240	n=83	n=30	n=22	n=65	n=49	n=46	n=40	n=26	n=43
<b>M14</b>	n=241	n=83	n=28	n=22	n=65	n=49	n=46	n=40	n=26	n=43
<b>M15</b>	n=240	n=83	n=28	n=22	n=65	n=48	n=46	n=40	n=26	n=43
<b>M16</b>	n=241	n=81	n=28	n=22	n=64	n=49	n=46	n=40	n=26	n=43
<b>M17</b>	n=239	n=81	n=28	n=21	n=64	n=49	n=45	n=40	n=26	n=43
<b>M18</b>	n=239	n=81	n=28	n=22	n=64	n=49	n=45	n=40	n=25	n=43
<b>M19</b>	n=239	n=81	n=28	n=22	n=64	n=49	n=46	n=40	n=26	n=42

## **Hüpotees 2: Söömishäiretega inimesed on müütidega rohkem kursis kui söömishäireteta inimesed.**

Küsimustikus märkis enda või lähedase söömishäire olemasolu 49,2% (n=305) vastanuist ja 50,8% (n=315) oli neid, kel ei ole häiret.

**Hüpotees leidis kinnitust** – söömishäiretega inimesed vastasid 79% küsimustest teadlikumalt ehk kõrgema protsendiga kui need, kellel nimetatud häire puudub (küll aga ei kehti see haridusliku jaotuse puhul kõrgema haridusega inimeste puhul). Nelja küsimuse (21%) puhul vastasid kõrgema protsendiga aga häireta inimesed (tabel 3). Need müüdid olid: nr 2. (söömishäire on kehaline haigus,  $p=0,340$ ); nr 9. (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed,  $p=0,001$ ); nr 10. (söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda,  $p=0,001$ ) ja nr 17. (regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket,  $p=0,561$ ).

Kõige suurem erinevus ilmnes müüdi nr 2 (söömishäire on kehaline haigus) puhul, kus need, kel endal söömishäiret ei ole, vastasid 15,6% teadlikumalt kui need, kel häire on. Üleüldse oli teadlikkuse protsent selle müüdi puhul mõlema grupi madalaim (42,2% ja 57,8%,  $p=0,340$ ).

Kõige suurem erinevus ilmnes söömishäirega ja ilma häireta inimeste teadlikkuse vahel müüdi nr 6 (söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia,  $p=0,002$ ) puhul.

Siin vastasid söömishäiretega inimesed 11,5% teadlikumalt kui söömishäireteta ehk meediat pidas söömishäirete peamiseks süüdlaseks 24,2% neist, kel endal või lähedasel on söömishäire ning 35,7% neist, kel ei ole söömishäiret.

Kui vaadata, millist müüti tunti kõige paremini, siis nii söömishäiretega kui ka -häireta inimesed vastas õigesti ehk „ei“ müüdi nr 8 puhul - söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel (99,0% ja 95,2%,  $p=0,005$ ).

Tabelis nr 2 on söömishäirega ja söömishäireta vastajate teadlikkus söömishäiretest. Enamik näitajatest on statistiliselt olulised ( $p<0,05$ ). Protsendid näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool (lk 8) mainitud õigete vastuste määra. Esimeses lahtris on need, kel on söömishäire, teises need, kel ei ole.

Tabel 2. Söömishäirega ja söömishäireta vastajate teadlikkus söömishäiretest.

	Söömishäire olemasolu		hii-ruut	p
	jah	ei		
Müüt 1 Söömishäire on psüühikahäire (n=305); (n=315)	93,5%	86,3%	8699	0,003
Müüt 2 Söömishäire on kehaline haigus (n=300); (n=313)	42,2%	57,8%	0,911	0,340
Müüt 3 Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed (n=306); (n=313)	98,0%	91,4%	13621	<0,01
Müüt 4 Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus (n=305); (n=315)	88,2%	85,4%	1058	0,304
Müüt 5 Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus (n=305); (n=315)	77,7%	76,2%	0,200	0,654
Müüt 6 Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia (n=306); (n=314)	75,8%	64,3%	9736	0,002
Müüt 7 Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või ei (n=306); (n=315)	92,5%	87,0%	5079	0,024
Müüt 8 Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel (n=306); (n=315)	99,0%	95,2%	7886	0,005
Müüt 9 Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed (n=305); (n=314)	76,4%	86,6%	10778	0,001
Müüt 10 Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda (n=306); (n=315)	82,0%	89,2%	6518	0,011
Müüt 11 Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest (n=306); (n=314)	91,8%	85,9%	5349	0,021
Müüt 12 Söömishäirete korral vajab inimene ravi (n=306); (n=315)	95,1%	88,6%	8771	0,003
Müüt 13 Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem (n=305); (n=315)	86,9%	76,5%	11120	<0,01
Müüt 14 Dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa (n=306); (n=315)	66,7%	61,6%	1740	0,187
Müüt 15 Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda (n=306); (n=313)	92,2%	87,2%	4067	0,044
Müüt 16 Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid osa (n=306); (n=315)	88,2%	78,4%	10741	0,001
Müüt 17 Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket (n=304); (n=313)	76,3%	78,3%	0,337	0,561
Müüt 18 Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita (n=305); (n=314)	89,5%	84,7%	3161	0,075
Müüt 19 Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire (n=305); (n=314)	89,5%	86,9%	0,979	0,322

Märkused: Protsendid tabelis näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool (lk 9) mainitud õigete vastuste määra. Esimeses lahtris on need, kel on söömishäire, teises need, kel ei ole. Statistiliselt olulised p-väärtused on märgistatud.

Kui vaadata söömishäire olemasolu ja selle puudumist soopõhiselt (tabel 3), siis selgub, et söömishäirega mehed vastasid 84,2% küsimustest kõrgema protsendiga kui söömishäireta mehed. Söömishäirega naised vastasid 63,2% küsimustest kõrgema protsendiga kui söömishäireta naised. Enamik tulemustest on statistiliselt ebaolulised ( $p > 0,05$ ).

Ilmneb ka, et nii söömishäirega kui ka ilma häireta naised on teadlikumad kui söömishäirega mehed (79% vastustest on meestest kõrgema protsendiga), rääkimata ilma häireta meestest. Erandiks on müüt nr 10 (söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda) – siin vastasid mõlema grupi mehed ( $p = 0,486$ ) teadlikumalt kui mõlema grupi naised ( $p = 0,016$ ), (tabel 3). Ning müüdi nr 6 (söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia) teadlikkus oli kõrgeim söömishäirega meeste grupis ( $p = 0,004$ ), ületades mõlema grupi naisi ( $p = 0,203$ ).

Mõlema grupi meeste kõige madalam teadlikkus avaldus müüdi nr 14 (dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa) puhul ( $p = 0,001$ ). Naiste madalaim tulemus oli mõlemas grupis müüdi nr 2 (söömishäire on kehaline haigus) puhul, siinjuures olid teadlikumad söömishäireta naised ( $p = 0,017$ ). Müüdi nr 9 (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed) teadlikkus on aga mõlema soo puhul kõrgem nendel, kel endal häiret ei ole ( $p = 0,010$  ja  $p = 0,030$ ).

Tabel 3. Söömishäirega ja söömishäireta meeste ja naiste teadlikkus söömishäiretest.<sup>2</sup>

	Mehed		hi-ruut	p	Naised		hi-ruut	p
	Söömishäire olemasolu				Söömishäire olemasolu			
	jah	ei			jah	ei		
Müüt 1 (n=85; n=142); (n=220; n=142)	87,1%	78,2%	2787	0,095	95,9%	93%	1586	0,208
Müüt 2 (n=84; n=143); (n=216; n=170)	60,7%	51%	1994	0,158	51,4%	63,5%	5712	0,017
Müüt 3 (n=85; n=143); (n=220; n=170)	94,1%	84,6%	4611	0,032	99,5%	97,1%	3915	0,048
Müüt 4 (n=85; n=143); (n=219; n=172)	80%	80,4%	0,006	0,939	91,8%	89,5%	0,581	0,446
Müüt 5 (n=85; n=143); (n=219; n=172)	68,2%	67,8%	0,004	0,950	81,2%	83,1%	0,227	0,634
Müüt 6 (n=85; n=143); (n=220; n=171)	76,4%	57,3%	8516	0,004	75,9%	70,2%	1620	0,203
Müüt 7 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	84,7%	79,7%	0,882	0,348	95,9%	93,0%	1586	0,208
Müüt 8 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	97,6%	91,6%	3373	0,066	99,5%	98,3%	1590	0,207
Müüt 9 (n=85; n=142); (n=219; n=172)	72,9%	86,0%	6598	0,010	78,1%	86,6%	4734	0,030
Müüt 10 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	94,1%	91,6%	0,486	0,486	77,7%	87,2%	5852	0,016
Müüt 11 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	91,8%	75,4%	9499	0,002	92,3%	94,8%	0,970	0,325
Müüt 12 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	91,8%	81,1%	4762	0,029	96,4%	94,8%	0,593	0,441
Müüt 13 (n=85; n=143); (n=219; n=172)	83,5%	70,6%	4788	0,029	88,1%	81,4%	3456	0,063
Müüt 14 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	49,4%	49,7%	0,001	0,972	73,6%	71,5%	0,220	0,639
Müüt 15 (n=85; n=142); (n=220; n=171)	84,7%	79,6%	0,927	0,336	95,5%	93,6%	0,674	0,412
Müüt 16 (n=85; n=143); (n=220; n=172)	76,4%	63%	4486	0,034	93,2%	91,3%	0,495	0,482
Müüt 17 (n=85; n=142); (n=218; n=171)	90,6%	80,3%	4233	0,040	70,6%	78,3%	1741	0,187
Müüt 18 (n=85; n=143); (n=219; n=171)	82,4%	76,2%	1187	0,276	92,2%	91,8%	0,024	0,878
Müüt 19 (n=85; n=142); (n=219; n=172)	89,4%	78,9%	4150	0,042	89,5%	93,6%	1661	0,197

<sup>2</sup> Märkused: % tabelis näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool (lk 9) mainitud õigete vastuste määra. Statistiliselt olulised p-väärtused on märgistatud. M1-M19 tähistavad müüte: 1. Söömishäire on psüühikahäire. 2. Söömishäire on kehaline haigus. 3. Söömishäirega kaasnevad tõsiselt tervist ohustavad tagajärjed. 4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus. 5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus. 6. Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia. 7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte. 8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel. 9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed. 10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda. 11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest. 12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi. 13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem. 14. Dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa. 15. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda. 16. Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid. 17. Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket. 18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita. 19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire. Statistiliselt olulised p-väärtused on märgistatud.

Kui vaadata vastuseid hariduse lõikes (tabel 4), torkab silma kõrgharidusega, kuid ilma söömishäireta inimesed vastasid 13-le küsimusele 19-st (68%) kõrgema protsendiga kui söömishäiretega kõrgharidusega inimesed. Kõige suurem erinevus ilmnes müüdi nr 2 (söömishäire on kehaline haigus) puhul ( $p=0,01$ ). Siin vastasid söömishäireteta kõrgharidusega inimesed 14,7% teadlikumalt kui söömishäiretega inimesed (64% vastas „ei“ vs 49,3% „ei“). Nimetatud müüt oli mõlemas kõrghariduse grupis kõige madalama teadlikkusega ( $p=0,01$ ). Lisaks on oluline märkida müüdi nr 9 (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed) tulemus, kus söömishäireta kõrgharidusega inimesed olid söömishäiretega kõrgharidutest teadlikumad (86,8% vs. 73,5%,  $p=0,003$ ).

Järgmise haridustaseme (kõrgharidus omandamisel) puhul on näha sarnast tendentsi eelnevaga ehk söömishäireta inimesed vastasid kõrgema protsendiga kui söömishäiretega ehk 10-le küsimusele 19-st (53%). Müüdi nr 8 (söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel) puhul vastasid mõlemad grupid 100% teadlikult. Söömishäiretega inimesed vastasid kõige enam valesti müüdi nr 2 (söömishäire on kehaline haigus) puhul ( $p=0,683$ ), nagu ka kõrgharidusega söömishäiretega inimesed. Sama haridusega söömishäireteta inimesed teadsid kõige vähem õiget vastust müüdi nr 6 (söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia.) puhul ( $p=0,136$ ).

Madalamate haridustasemetega puhul ei ole enam seda tendentsi näha, kus söömishäireteta inimesed müüte paremini tunnevad. Kõige madalama haridusega grupis oli teadlikkus tunduvalt suurem neil, kel endal või lähedasel on söömishäire: 14 küsimuse puhul (74%) oli erinevus üle 15%. Ainus müüt, mille puhul vastasid põhiharidusega söömishäireta inimesed õigemini ehk teadlikumalt kui sama haridusega häiretega inimesed oli nr 9 (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed.). Nimetatud müüdi puhul oli häireta inimeste teadlikkus tunduvalt suurem (91,8% vs 77,8%,  $p=0,116$ ).

Võrreldes teiste haridustasemetega eristub tugevalt teadlikkus müüdi nr 6 (söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia) puhul: põhiharidusega söömishäiretega inimesed vastasid õigesti 22,2%, söömishäireta 20,4% (samas on see statistiliselt täiesti ebaoluline –  $p=0,871$ ).

Tabel 4. 1. Söömishäireta ja söömishäirega vastajate teadlikkus söömishäiretest lähtuvalt haridustasemest.<sup>3</sup> (Täpne vastajate arv on iga müüdi puhul eraldi välja toodud lisatabelis nr 4.2.

	Kõrgharidus				Kõrgharidus omandamisel				Keskharidus				Kutseharidus				Põhiharidus			
	Söömishäire olemasolu		hi-ruut	p	Söömishäire olemasolu		hi-ruut	p	Söömishäire olemasolu		hi-ruut	p	Söömishäire olemasolu		hi-ruut	p	Söömishäire olemasolu		hi-ruut	p
	jah	ei			jah	ei			jah	ei			jah	ei			jah	ei		
M 1	95,1%	98,0%	2009	0,15	90,9%	85,2%	0,37	0,54	95,5%	80,9%	6040	0,15	88,9%	81,8%	0,776	0,15	83,3%	59,2%	3406	0,06
M 2	49,3%	64,0%	6704	0,01	57,1%	63,0%	0,167	0,68	58,2%	62,0%	0,146	0,70	61,1%	51,1%	0,81	0,36	61,1%	38,7%	2656	0,10
M 3	98,7%	99,3%	0,264	0,60	100%	89,0%	2604	0,10	98,5%	97,6%	0,113	0,73	100%	86,4%	5307	0,02	83,3%	67,3%	1656	0,19
M 4	94,4%	93,4%	0,144	0,70	81,8%	92,6%	1310	0,25	79,1%	88,1%	1450	0,22	83,3%	80,0%	0,147	0,70	83,3%	59,2%	3406	0,06
M 5	85,9%	85,5%	0,008	0,92	63,6%	70,4%	0,25	0,61	69,7%	80,9%	1693	0,19	66,7%	68,9%	0,045	0,83	72,2%	53,1%	1987	0,15
M 6	81,6%	80,1%	0,108	0,74	72,7%	51,9%	2225	0,13	83,6%	76,2%	0,907	0,34	63,9%	55,6%	0,575	0,44	22,2%	20,4%	0,026	0,87
M 7	93,9%	95,4%	0,36	0,54	90,9%	88,9%	0,054	0,81	92,5%	88,1%	0,611	0,43	94,4%	84,4%	2025	0,15	77,8%	61,2%	1600	0,20
M 8	99,4%	98,7%	0,411	0,52	100%	100,0%	*	*	98,5%	97,6%	0,113	0,73	97,2%	91,1%	1290	0,25	100%	83,7%	3337	0,06
M 9	73,5%	86,8%	8761	0,00	59,1%	84,6%	3931	0,04	83,6%	90,5%	1034	0,30	86,1%	77,8%	0,92	0,33	77,8%	91,8%	2475	0,11
M10	78,5%	88,8%	6040	0,01	86,4%	88,9%	0,072	0,78	88,1%	85,7%	0,127	0,72	77,8%	93,3%	4124	0,04	94,4%	89,8%	0,349	0,55
M11	93,3%	94,0%	0,082	0,77	81,8%	85,2%	0,101	0,75	94,0%	78,6%	5873	0,01	86,1%	80,0%	0,522	0,47	94,4%	73,5%	3504	0,06
M12	96,9%	98,7%	1111	0,29	91,0%	85,2%	0,37	0,54	95,5%	95,2%	0,005	0,94	94,4%	82,2%	2761	0,09	83,3%	59,2%	3406	0,06
M13	85,8%	85,5%	0,005	0,94	86,4%	74,1%	1127	0,28	92,5%	81,0%	3299	0,06	91,7%	73,3%	4455	0,03	66,7%	49,0%	1656	0,19
M14	69,3%	65,8%	0,449	0,50	59,1%	66,7%	0,299	0,58	65,7%	64,3%	0,022	0,88	69,4%	62,2%	0,461	0,49	50,0%	42,9%	0,272	0,60
M15	95,1%	98,7%	3265	0,07	95,5%	85,2%	1395	0,23	88,1%	87,8%	0,002	0,96	91,7%	77,8%	2863	0,09	77,8%	61,2%	1600	0,20
M16	91,4%	94,7%	1339	0,24	86,4%	74,1%	1127	0,28	89,6%	71,4%	5892	0,01	86,1%	77,8%	0,92	0,33	61,1%	36,7%	3186	0,07
M17	73,3%	80,3%	2125	0,14	77,3%	88,5%	1074	0,3	79,1%	73,8%	0,41	0,52	77,8%	61,4%	2483	0,11	88,9%	85,7%	0,114	0,73
M18	90,8%	94,7%	1760	0,18	81,8%	88,9%	0,495	0,48	89,6%	78,6%	2486	0,11	91,4%	75,6%	3436	0,06	83,3%	70,1%	2043	0,06
M19	90,7%	94,7%	1845	0,17	86,4%	88,9%	0,072	0,78	92,5%	85,8%	1325	0,25	80,6%	77,8%	0,093	0,76	88,9%	70,8%	2324	0,12

<sup>3</sup> Märkused: Protsendid tabelis näitavad teadlikkust konkreetse müüdi puhul ehk eelpool (lk 9) mainitud õigete vastuste määra. Mehed ja naised on jaotatud söömishäire olemasolu ja hariduse kaupa, välja on toodud õige vastuse protsent (kas nii tohib öelda, ma tõin ju välja ainult nn õiged vastused), M1-M19 tähistavad müüte: 1. Söömishäire on psüühikahäire. 2. Söömishäire on kehaline haigus. 3. Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed. 4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus. 5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus. 6. Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia. 7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte. 8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel. 9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed. 10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda. 11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest. 12. Söömishäirete korral vajab inime ravi. 13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem. 14. Dieedi pidamine on tavapärane ja loomulik söömiskäitumise osa. 15. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda. 16. Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid. 17. Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket. 18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita. 19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire.

\* Ei ole võimalik hiiruut testi teha, kuna grupid, keda võrreldi, vastasid küsimusele täpselt samamoodi ehk erinevus vastuste vahel puudus. Statistiliselt olulised p-väärtused on märgistatud.

Tabel 4.2. Tabeli 4.1. vastajate arv

	Kõrgharidus		Kõrgharidus omandamisel		Keskhariidus		Kutseharidus		Põhiharidus	
	Söömishäire olemasolu		Söömishäire olemasolu		Söömishäire olemasolu		Söömishäire olemasolu		Söömishäire olemasolu	
	jah	ei	jah	ei	jah	ei	jah	ei	jah	ei
<b>Müüt 1</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=44	n=18	n=49
<b>Müüt 2</b>	n=158	n=150	n=21	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 3</b>	n=163	n=151	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=44	n=18	n=49
<b>Müüt 4</b>	n=162	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 5</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=66	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 6</b>	n=163	n=151	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 7</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 8</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 9</b>	n=162	n=152	n=22	n=26	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 10</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 11</b>	n=163	n=151	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 12</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 13</b>	n=162	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 14</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 15</b>	n=163	n=151	n=22	n=27	n=67	n=41	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 16</b>	n=163	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 17</b>	n=161	n=152	n=22	n=26	n=67	n=42	n=36	n=44	n=18	n=49
<b>Müüt 18</b>	n=163	n=151	n=22	n=27	n=67	n=42	n=35	n=45	n=18	n=49
<b>Müüt 19</b>	n=162	n=152	n=22	n=27	n=67	n=42	n=36	n=45	n=18	n=48

Kuna hariduslik võrdlus tõi välja nüansi, kus kõrgemalt haritute puhul olid teadlikumad pigem need, kellel endal häiret ei olnud, siis vaatasin lähemalt ka soolist jaotust müütide puhul, kus olid suured erinevused. Müüdi nr 2 (söömishäire on kehaline haigus) puhul vastas pisut üle poole (50,7%,  $p=0,01$ ) kõrgharidusega söömishäiretega inimestest, et tegemist on kehalise haigusega. Kõrgharidusega söömishäireta inimestest arvas nii 36%. Vaadates sugu, jagunevad protsendid pea võrdselt ehk 48,6% ( $p=0,166$ ) kõrgharidusega söömishäiretega meestest arvas, et tegemist on kehalise haigusega ning kõrgharidusega söömishäiretega naiste tulemus oli 51,2% ( $p=0,031$ ). Kõrgharidusega söömishäireta mehed pidasid söömishäireid kehaliseks haiguseks 33,3% ( $p=0,166$ ) juhul ja naised 37,0% ( $p=0,031$ ).

Teine müüt, mille puhul oli märgatav erinevus ( $p=0,003$ ) kõrgharitute häirega ja häireta inimeste teadlikkuse vahel, oli müüt nr 9 (söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed). Sooline jaotus näitab, et 28,9% ( $p=0,057$ ) kõrgharidusega söömishäiretega meestest ja 25,8% ( $p=0,020$ ) naistest vastas küsimusele „jah“ ehk mitteteadlikult.

Kõrgharidusega söömishäireta mehed pidasid pereliikmeid süüdlaseks 11,9% ( $p=0,057$ ) juhul ja naised 13,6% ( $p=0,020$ ).

Sugu siin olulist rolli ei mängi, vaid see, kas inimesel on söömishäire või mitte, kuna keskkhariduse, kutsehariduse ja põhihariduse puhul sellist nüansi ei ilmnunud, võib kõrghariduse erinevuse ikkagi esile tõsta.

## Arutelu

Oma uurimistöös hindasin, kas kõrgharidusega naised on söömishäiretest kõige teadlikumad.

Selleks kasutasin Academy for Eating Disorders koostatud dokumendi “Nine Truths About Eating Disorders” põhjal tehtud küsimustikku. Andmete põhjal sai hüpotees kinnitust – ükski teine valimisse kuulunud hariduslik või sooline grupp ei saavutanud kõrgemat teadlikkuse protsenti kui kõrgharidusega naiste grupp. Siiski jäi protsent suhteliselt madalaks, mis näitab kõikide gruppide potentsiaali teadlikkust kasvatada.

Vaatlen tulemusi lähtudes dokumendist „Nine Truths About Eating Disorders“, esitan teadlikkuse protsendid kõrgharidusega naiste ja kogu valimi kohta, arvutades iga tõe all nimetatud müütide aritmeetilised keskmised.

**Tõde nr 1. Söömishäired mõjutavad inimesi sõltumata nende soost, vanusest, rahvusest, kehakujust ja -kaalust, seksuaalsest orientatsioonist ja sotsiaalmajanduslikust**

**staatusest.** Uurimistöö küsimustikus vastasid sellele järgmised müüdid: nr 8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel, nr 13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem, nr 19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire.

Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli: 98,8%, 85% ja 92,8%, kõikide vastajate teadlikkus: 95,8%, 78,5% ja 85,5%. Seega keskmised 92,2% vs. 86,6%, mis näitab kõrgharidusega naiste kõrgemat teadlikkust.

**Tõde nr 2. Söömishäire diagnoos on tervisekriis, mis häirib isiklikku ja perekondlikku toimetulekut.** Uurimistöö küsimustikus vastasid sellele järgmised müüdid: nr 3.

Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed, nr 4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus, nr 5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus. 12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi.

Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli: 99,2%, 94,2% ja 86,8%, kõikide vastajate teadlikkus: 91,2%, 82,4% ja 71,3%. Seega keskmised 93,4% vs. 81,6%, mis näitab kõrgharidusega naiste kõrgemat teadlikkust.

**Tõde nr 3. Paljud söömishäiretega inimesed näevad terved välja, kuidas võivad siiski olla väga haiged.** Uurimistöö küsimustikus vastasid sellele järgmised müüdid: nr 7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte, nr 19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli: 95,5% ja 92,8%, kõikide vastajate teadlikkus: 86,2% ja 85,5%. Seega keskmised 94,2% vs. 85,9%, mis näitab kõrgharidusega naiste kõrgemat teadlikkust.

**Tõde nr 4. Perekondasid ei saa süüdistada, nad võivad ravis olla patsientide ja ravi osutajate parimad liitlased.** Uurimistöö küsimustikus vastas sellele müüt nr 9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli 80,0%, kõikide vastajate keskmine teadlikkus 82,3%, mis näitab kõrgharidusega naiste madalamat teadlikkust valimi keskmisest.

**Tõde nr 5. Söömishäiretega kaasneb nii suitsiidi kui ka meditsiiniliste komplikatsioonide suurenenud risk.** Uurimistöö küsimustikus vastasid sellele järgmised müüdid: nr 3.

Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed, nr 12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli 99,2% ja 97,9%, kõikide vastajate

teadlikkus: 91,2% ja 87,5%. Seega keskmised on 98,6% vs. 89,4%, mis näitab kõrgharidusega naiste kõrgemat teadlikkust.

**Tõde nr 6. Söömishäired ei ole valikud, vaid tõsised bioloogiliselt mõjutatud haigused.**

Uurimistöö küsimustikus vastas sellele müüt nr 4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli 94,2%, kõikide vastajate teadlikkus 82,4%.

**Tõde nr 7. ja nr 8. Geenid üksi ei ennusta, kellel kujuneb välja söömishäire ja Geenid ja keskkond mängivad olulist rolli söömishäirete väljakujunemised.** Uurimistöö

küsimustikus vastas sellele müüt nr 11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli 93,8%, kõikide vastajate teadlikkus 86%.

**Tõde nr 9. Täielik paranemine söömishäiretest on võimalik. Oluline on häire varajane märkamine ja sekkumine.** Uurimistöö küsimustikus vastasid sellele järgmised müüdid: nr 5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus, nr 10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda, nr 18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita. Kõrgharidusega naiste teadlikkus oli 86,8%, 80,1% ja 93,7%, kõikide vastajate teadlikkus 71,3%, 88,7% ja 73,8%. Seega keskmised on 88,9% vs. 77,9%, mis näitab kõrgharidusega naiste kõrgemat teadlikkust.

**Kokkuvõttes on kaheksa tõe ja neile vastavate müütide puhul kõrgharidusega naiste protsent kõrgem kui kogu valimi puhul välja arvatud tõe nr 4 puhul, mis räägib perekondade süüdistamisest.**

Teiseks eristasin söömishäirete kogemusega inimesed neist, kel söömishäiretega kokkupuuteid ei ole ning uurisin, kas esimesed on söömishäirete müütidega rohkem kursis kui teised. Nagu ka teistest sarnastest uuringutest tuli välja, et tõepoolest on söömishäire kogemusega inimesed müütidest rohkem teadlikumad, siinjuures on aga huvitav nüanss, et kõrgharidusega, kuid ilma söömishäireta inimesed vastasid kõrgema protsendiga kui söömishäiretega kõrgharidusega inimesed.

Ühes Londoni Regenti Ülikooli uuringus (Harrison, 2016) ei märgitud küll osalejate haridust, kuid jagati nad samuti söömishäire kogemuse või selle puudumise põhjal kaheks. Tuli välja, et söömishäirega mitte kokku puutunud inimesed nimetasid söömishäirest paranemise lõplikult häirest vabanemiseks, kuid need, kes olid söömishäire kogemusega, ütlesid, et see

jääb neid saatma terveks eluks ning nimetasid seda elukestvaks võitluseks. Samas toodi välja paranenud inimeste positiivset rolli teiste toetamisel (mis näitab samuti elukestvat sidusust). Minu uuringus tekkis sugu ja kõrgharidust silmas pidades oluline ( $p=0,007$ ) teadlikkuse erinevus eelneva jutuga haakuva müüdiga nr 10 (söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda), kus mehed vastasid rohkem õigemini kui naised (92,8% vs. 80,1%). Kas siin võisid kõrgharidusega naised sarnaselt Londoni uuringuga silmas pidada sarnast elukestvat sidusust, võib vaid ühe võimalusena oletada.

Regenti Ülikooli uuringu kõige enam diskussiooni tekitanud teema oli seotud meedia rolliga – pea kõik vastajad pidasid meediat söömishäirete üheks põhjustajaks. Siiski ütlesid söömishäiret kogunud vastajad, et kui meedia oleks haiguse peamine vallandaja, oleks haigus veel rohkem levinud. Terved uuritavad pidasid meediat peamiseks söömishäirete põhjustajaks.

Tulles tagasi sissejuhatuses mainitud USAs 2015. aastal läbi viidud uuringu juurde, kus küsitleti nii söömishäiretega kui ka -häireteta inimestelt, mis on söömishäirete peamiseks põhjuseks, siis nagu öeldud, nimetasid söömishäireteta inimesed peamise faktorina samuti meediat ning häbimärgistasid söömishäiretega inimesi (Salafia, 2015).

Minu uuringu tulemustes avaldus samuti meedia küsimuses märgatav erinevus – söömishäireta inimesed pidasid seda 11,5% ( $p=0,002$ ) enam põhjuseks kui need, kel endal häire.

Mitmed uuringud toovad välja inimeste vähese söömishäirete alase hariduse ja negatiivse suhtumise, mis vähendavad söömishäirete all kannatajate abi otsimise võimalusi.

Söömishäirete teadlikkuse tõstmine ühiskonnas võiks seda muuta. Juba mainitud Londoni Regenti Ülikooli uuringus arutati palju söömishäirete alase hariduse vähesuse üle ning nn kogunud inimesed hindasid oma teadlikkust kõrgemaks kui nn kogenematute teadlikkus, sealjuures mainiti tervishoiutöötajate madalat teadlikkust, peegeldades varasemaid perearste hõlmanud uuringuid. Tõsteti veel esile, et söömishäirete raviks ei pakuta nii laialdaselt programme kui muude sõltuvuste raviks. Uuring näitas, et suhtlemine vaimse tervisega kimpus inimestega parandab teadlikkust ja vähendab negatiivseid hoiakuid, haridusasutuste programmide kaudu on võimalik tõsta üldsuse haritust ja mõistmist. (Harrison, 2016).

Nimetatud uuringus rõhutasid söömishäiretega kokku puutunud inimesed, et sõbrad ja perekond on haigusest taastumisel ülitähtis ressurss, mis näitab jällegi söömishäirete

teadlikkuse tõstmise hädavajalikkust ühiskonnas. Minu uuringus ilmnis sarnasel teemal huvitav nüanss - müüdi nr 9 puhul oli kõrgharidusega naiste teadlikkus kolme madalaima tulemuse seas. Kõige madalam oli selle müüdi puhul teadlikkus naistel, kes omandavad kõrgharidust (65,6%), Nimelt pidasid nii kõrgharidusega naised kui ka need naised, kes kõrgharidust omandasid pereliikmeid ja lähedasi söömishäirete süüdlaseks. Kusjuures kõrgharidusega naiste teadlikkus oli siin madalam kui kogu valimi keskmine. Sarnast nüanssi võis märgata kõrgharidusega söömishäirega meeste hulgas – nemadki pidasid teistest enam pereliikmeid ja lähedasi süüdlaseks.

Hiljutisest uuringust (Mathis 2020), mis viidi läbi toitumishäirete spetsialistide seas, selgus, et häbimärgistamine, eelarvamused, stereotüübid ja/või müüdid takistavad valdkonna mitmekesisust ehk see on jätkuvalt homogeenne. Näiteks nimetati üheks peamiseks stereotüübiks lääne ühiskonnast pärit valgeid, jõukaid ja kõhnasid naisi, keda on raske ravida – ehk vanad stereotüübid panevad kõiki sidusrühmi (teenuseosutajad, õpetajad, teadlased, kliendid) endiselt arvama, et söömishäired on teatud kitsa rühma teema ning põlistavad seisukohad tulevikuks. Spetsialistid tõid välja, et juba koolides jagatakse söömishäirete kohta iganenud infot (Mathis, 2020).

Selgus ka, et isegi spetsialistid ise, kes tegelevad söömishäiretega inimestega, on sarnase taustaga (uuringus osalejad olid peamiselt valge nahavärviga, heteroseksuaalsed, 41-aastased kõrgharidusega naised, kel on vähemalt magistrikraad ning kes on oma valdkonnas töötanud vähemalt 10 aastat). Ülemaailmne uuring viitab vajadusele keskenduda tähelepanu haridussüsteemile, valdkonna tööjõu homogeensusele ja valedete eeldustele söömishäiretest. Ka antud uurimistöös võib sama tendentsi täheldada – kõige enam vastasid küsimustikule kõrgharidusega inimesed (49,5%), kellest naisi oli 58,1% (vanuse mediaan 40 eluaastat).

Kokkuvõttes on söömishäiretest rääkides teadlikkusel väga suur roll. Teadlikkuse tõstmine võib aidata ennetada söömishäire tekkimist, kergendada inimese kannatust juba haiguse varases staadiumis ning vähendada häbimärgistamist ja söömishäireid ümbritsevad väärarusaamu. Paljudes riikides arutatakse selle üle, et positiivse kehakuvandi loomine ja tervislike eluviiside propageerimine tuleks integreerida iga kooli õppeprogrammi, mis aitaks vähendada söömishäirete tekkimist selle asemel, et tegeleda tagajärgedega (Eating Disorders in Schools, 2016).

## **Puudused ja edasised uurimissuunad**

Valimisse sattus palju naisi ja kõrgharidusega inimesi, mistõttu pole see tasakaalus, sest idee oli hõlmata võrdselt kõiki gruppe. Katsed leida juurde madalama haridusega inimesi ja rohkem mehi tõid paraku iga kord kaasa naiste ja kõrgharidusega inimeste osakaalu järjekordse suurenemise. Samas oli üks hüpoteesidest otseselt seotud kõrgharidusega naistega, mistõttu oli positiivne, et selle grupi valim oli suur. Kuid võrdlus teiste gruppidega võis olla mõjutatud väiksemast valimist. Edasised uuringud võiksid kaasata rohkem mehi ja madalama haridusega inimesi.

Uurimistöö maht ei võimaldanud kasutada kogu andmestikku, välja jäi vanuseline jaotus, elukoha järgne jaotus ning kokkuvõtte vastajate poolt nimetatud söömishäiretest, mida nad teavad.

Küsitluses osalejate poolt ei tulnud küsimuste kohta palju tagasisidet, kuid ligi viisteist inimest nimetas, et nad ei olnud rahul ainult „jah“ ja „ei“ vastusevariantidega, kuna nende arust oleks tahtnud vastata ka „nii ja naa“ või „oleneb olukorrast“. Ka viimase küsimuse puhul, mis uuris, kas inimesel või tema lähedasel on olnud söömishäire, oleksid nad tahtnud vastata „ei tea“, kuna „ei“ on liiga resoluutne olukorras, kus inimene tõesti ei tea. Töö autor ei võta antud kommentaare puudusena, kuna küsitlus mõõtis siiski seda, mida vaja oli (ehk teadlikkus müütidest), kuid pidas vajalikuks ära mainida.

## **Viited:**

Academy for Eating Disorders, <https://www.aedweb.org> , eesti keelde tõlkinud ja toimetanud Krista Peet ja Kirsti Akkermann.

Akkermann, K (2010). Serotin-related biomarkers and symptoms of eating disorders  
Doktoritöö. Tartu Ülikool

American Psychiatric Association (APA), (2021)

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavoracci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 109, Issue 5, May 2019, Pages 1402–1413

Corrigan, P. W., Watson, A. (2002). C. The paradox of self-stigma and mental illness.  
Clinical Psychology: Science and Practice, Vol 9(1), Feb, 2002. pp. 35:53.

Eating Disorders Coalition. (2016). Facts About Eating Disorders: What The Research Shows.[http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/factsheet\\_2016.pdf](http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/factsheet_2016.pdf)

Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response, Second Edition.  
(2016). The National Eating Disorders Collaboration

Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge. BMC Psychiatry, 13(1), 282. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1186/1471244X-13-282>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavoracci, M.-P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Mai 2019. American Journal of Clinical Nutrition 109(5):1402-1413

Gleitman, H.; Gross, J.; Reisberg, D. (2014). Psühholoogia. Hermes Kirjastus

Harrison, A., and Bertrand, S., (2016). To what Extent do the Public Need Educating about Eating Disorders?

Heslin, K. C. (2019). The Global Epidemiology of Mental and Substance Use Disorders

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.

Järv, A. (2004). Praktilised juhised söömishäiretega patsientide raviks. TÜ psühhiaatrikliinik

Järv, A.; Pennar, M., Akkermann, K. (2010). Söömishäirete diagnostika ja ravi.

[www.kliinikum.ee](http://www.kliinikum.ee)

Mathis, K. J., Anaya, C., Rambur, B., Bodell, L. P., Graham, A., Forney, K. J., Anam, S.,

Wildes, J. E. (2020). Workforce Diversity in Eating Disorders: A Multi-Methods Study. Vol.

42 issue: 12, 1068-1077. [https://journals-](https://journals-sagepubcom.ezproxy.utlib.ut.ee/doi/10.1177/0193945920912396)

[sagepubcom.ezproxy.utlib.ut.ee/doi/10.1177/0193945920912396](https://journals-sagepubcom.ezproxy.utlib.ut.ee/doi/10.1177/0193945920912396)

MTÜ Söömishäirete Liit, [soomishaired.ee](http://soomishaired.ee), (2020)

National Eating Disorders Association, <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/nine-truths-about-eating-disorders>

Purre, M. (2015). Psüühikahäirete stigma ja vaimse tervise diskursus Eesti noorte seas.

Magistritöö. Tartu Ülikool

Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. RHK-10

Roehrig, J. P., McLean, C.P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 43(7), Nov, 2010. pp. 671-674.

Salafia, E. H. B., Jones, M. E., Haugen, E. C., Schaefer, M. K. (2015) Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders.

*Journal of Eating Disorders* volume 3, Article number: 32

Vanzhula, Irina, A. & Levinson, Cheri, A. (2020). Mindfulness in the Treatment of Eating Disorders: Theoretical Rationale and Hypothesized Mechanisms of Action.

Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30–37.

<https://doiorg.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>

World Eating Disorders Action Day. <http://www.worldeatingdisordersday.org/> . Eestikeelsed väited tõlkisid Akkermann, K ja Peet, K.

## **Lisad**

Lisa 1. Söömishäirete teadlikkuse uurimise ankeet (koostanud Kirsti Akkermann)

### **Hea vastaja!**

Täna sind, et oled nõus sellele küsimustikule vastama. Järgmised küsimused on sinu mõtete ja hoiakute kohta seoses söömiskäitumise ja söömishäiretega. Palun vasta kõikidele küsimustele nii ausalt kui oskad. Oluline on sinu arvamus.

1. Sinu sugu (*tõmba ring ümber*): mees    naine

2. Sinu vanus: .....

3. Kus sa elad? (*tõmba ring ümber*)    linnas    maal

5. Haridus

Põhiharidus  Keskharidus

Kutseharidus

Kõrgharidus omandamisel

Kõrgharidus

***Palun märki, kas nõustud allolevate väidetega või mitte, ja tee rist vastavas kastis.***

1. Söömishäire on psüühikahäire.

Jah             Ei

2. Söömishäire on kehaline haigus.

Jah             Ei

3. Söömishäirega kaasnevad tõsised tervist ohustavad tagajärjed.

Jah       Ei

4. Söömishäire on pigem inimese vaba valik ja elustiil kui häire või haigus.

Jah       Ei

5. Söömishäire on arenguline ja mööduv nähtus.

Jah       Ei

6. Söömishäire tekkes on süüdi peamiselt meedia.

Jah       Ei

7. Ainuüksi inimesele peale vaadates saab aru, kas tal on söömishäire või mitte.

Jah       Ei

8. Söömishäired esinevad ainult noortel teismelistel tüdrukutel.

Jah       Ei

9. Söömishäire tekkes on süüdi lähedased ja pereliikmed.

Jah       Ei

10. Söömishäire jääb kogu eluks ja sellest ei ole võimalik paraneda.

Jah       Ei

11. Söömishäired on põhjustatud suuresti geenidest.

Jah       Ei

12. Söömishäirete korral vajab inimene ravi.

Jah       Ei

13. Söömishäired on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste probleem.

Jah       Ei

14. Dieedi pidamine on tavapärase ja loomuliku söömiskäitumise osa.

Jah       Ei

15. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks tuleb end iga päev kaaluda.

Jah       Ei

16. Lahjade madala kalorsusega toitude söömine aitab ennetada söömishäireid.

Jah       Ei

17. Regulaarsed toidukorrad ennetavad söömishäirete teket.

Jah       Ei

18. Söömishäiretest vabanevad inimesed iseenesest ilma ravita.

Jah       Ei

19. Kõikidel ülekaalulistel inimestel on söömishäire.

Jah       Ei

20. Palun nimeta mõned söömishäired:

.....  
.....  
.....

21. Kas sinul või mõnel su lähedasel esineb käesolevalt või on varasemalt esinenud söömishäiret?

Jah       Ei

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.

Laura Raudnagel