

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Liisi Kilgas

**Konkreetsete häirunud söömiskäitumise ilmingute seos häirunud söömiskäitumise  
arengutrajektooriga vanuses 11-16**

Uurimistöö

Juhendaja: Kārol Soidla, *MA*

Lābiv pealkiri: Hāirunud sōōmiskāitumise arengumustrid

Tartu 2024

## **Konkreetsete häirunud söömiskäitumise ilmingute seos häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga vanuses 11-16**

### **Kokkuvõte**

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli tuvastada, kas ning kuidas eristuvad häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga (madal stabiilne, keskmine-tõusev ja kõrge stabiilne) vanuses 11-16aastat sümptomite poolest. Sooviti teada, kas jälgitavate käitumiste põhjal on võimalik ennustada nooruki riski tugevalt häirunud söömiskäitumiseks. Kasutati 2010-2014 aastatel häirunud söömiskäitumise arengumustreid kaardistanud longituuduuringu “Vanuselised muutused söömiskäitumises ja häirunud söömiskäitumist ennustavad tegurid puberteediealistel lastel” andmeid ning seostati need Reintami (2023) leitud arengutrajektooriga. Tulemused näitasid, et kaalu muutmise püüdmine, eriti langetamine, on väga tugevalt seotud keskmisesse tõusvasse ning kõrgesse riskirühma kuulumisega. Toitumise kontrolli suurendamine (sh toitumise muutmine, toidukordade vähendamine, toidukoguse piiramine), liikumisaktiivsuse suurendamine, ekstreemsemad strateegiad (dieet, näljutamine), suurendavad olulisel määral riski kuuluda keskmisesse-tõusvasse või kõrgesse häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori. Madalasse trajektoori kuulujad ei ole peaaegu kunagi püüdnud oma kaalu muuta. Noorukid, kellel ilmnevad need häirunud söömiskäitumised, kuuluvad suure tõenäosusega ajas süveneva sümptomaatikaga arengutrajektoori, sekkumine on asjakohane.

*Märksõnad:* häirunud söömiskäitumine, häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga, arengumustrid, söömishäired

## **The relationship of specific disordered eating behavior with the developmental trajectories of disordered eating behavior at ages 11-16**

### **Abstract**

The aim of this research was to identify whether and how developmental trajectories of disordered eating behavior (low stable, medium-rising and high stable) differ in terms of symptoms in 11-16 year olds. We wanted to know if it is possible to predict an adolescent's risk for severely disordered eating behavior based on observable behaviors. The data of the longitudinal study "Age-related changes in eating behavior and factors predicting disordered eating behavior in pubescent children" that mapped the developmental patterns of disordered eating behavior between 2010 and 2014 were used and linked to the development trajectories found by Reintam (2023). The results showed that trying to change weight, especially trying to lose weight, is very strongly associated with belonging to the medium-rising and high-risk groups. Increasing dietary control (including changing the diet, reducing meals, limiting the amount of food), increasing physical activity, more extreme strategies (diet, starvation), significantly increase the risk of belonging to a medium-rising or high development trajectory of disordered eating behavior. Adolescents belonging to the low trajectory have almost never tried to change their weight. Adolescents who exhibit these disordered eating behaviors have a high likelihood of belonging to a developmental trajectory where symptoms worsen over time, intervention is appropriate.

*Keywords:* disordered eating behavior, developmental trajectories of disordered eating behavior, developmental patterns, eating disorders

## Konkreetsete häirunud söömiskäitumise ilmingute seos häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga vanuses 11-16

### Söömishäired

Söömis- ja toitumishäired on eluohtlikud psüühikahäired, mida iseloomustavad tõsised ja püsiva iseloomuga häirunud muutused söömiskäitumises, söömise ja kehaga seonduvates mõtetes ning emotsioonides (APA, 2024). Söömishäired halvendavad olulisel määral inimese füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset heaolu.

RHK-10 ja DSM-5 diagnostilistes manuaalides on toodud välja kolm selgelt eristuvat söömishäiret: *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, liigsöömishäire, lisaks teised spetsiifilised söömis- ja toitumishäired (WHO, 2024; APA, 2024). *Anorexia nervosat* iseloomustab toiduenergia piiramine või näljutamine kaalulangetamise eesmärgil. *Bulimia nervosa* puhul vahelduvad dieedi pidamise perioodid ning seejärel liigsöömishood ja kompensatoorne käitumine (oksendamise, liigne trenni tegemine, kõhulahtistite kasutamine jms). Liigsöömishäire puhul esinevad inimesel liigsöömishood, kus lühikese aja jooksul tarbitakse väga suur kogus toitu ning tajutakse kontrollikadu söömise üle.

Peale söömishäirete on olemas ka toitumishäired vältiv piirav toitumishäire (AFRID), *ruminatio disorder* ja *pica* (APA, 2024). AFRID on toitumishäire, mille puhul inimesel on järjepidevalt raskused vajaliku toidukoguse söömisega, kuna ollaksed toiduga liiga valivad. *Anorexiast* eristab AFRIDit alatoitumise põhjus, mille puhul vähene söömine ei tulene keha suuruse kontrollimise soovist, vaid mõnest muust põhjusest, näiteks hirm oksendamise ees, sensorsetel põhjustel toidu vältimine, madal isu. *Ruminatio disorder*'i peamine sümptom on vabatahtlik toidu regurgitatsioon ning uuesti mälumine. *Pica* tähendab asjade söömist, mis ei ole toit ja millel puudub toiteväärtus.

Kõikide söömishäirete (kuid mitte toitumishäirete) puhul kaasneb liigne kognitiivne hõivatus toidust ja kehakaalust või -kujust, tihti kaasnevad ka afektiivsed probleemid nagu ärevus ja depressiivsus (Aparicio-Martinez et al., 2019; Blinder et al., 2006). Kõik söömishäired võivad olla eluohtlikud ning on näidatud, et täielikku säilitatud paranemist soodustab võimalikult varajane sekkumine (Austin et al., 2022). Praeguse seisuga on kliinitsistidel ja lapsevanematel raskused laste söömishäirete ära tundmisega, osaliselt seetõttu, et sümptomid ei pruugigi neil olla täpselt samamoodi väljendunud kui täiskasvanutel, teiseks on vahel keeruline ära tunda, millal on häirunud söömiskäitumine (näiteks kust jookseb piir toiduga valiv olemise puhul) kujunenud söömishäireks (Bryant et al., 2022). Söömishäirete sümptomaatikas on kõige suurem tõus tihti vanuses 12-15 aastat, kuid ennetusprogrammid tavaliselt algavad alles peale 15. eluaastat (Breton et al., 2022).

## Häirunud söömiskäitumine

Häirunud söömiskäitumise puhul on tegu kliinilise söömishäire piirist allapoole jäävate häirunud söömisega seotud käitumiste, mõtete ja tunnetega, mis sellegipoolest mõjuvad inimese tervisele ja elukvaliteedile negatiivselt. Häirunud söömiskäitumist iseloomustab kõrge hõivatust toidust, söömisest ja kehakaalust või -kujust (Aparicio-Martinez et al., 2019). Käitumised, mis esinevad, on näiteks dieedi pidamine kaalu langetamiseks, toitumisharjumuste muutmine, toidu piiramine või kontrolli suurendamine, liigsöömishood, esilekutsutud oksendamine, üleliigne trenni tegemine, kõhulahtistite kasutamine (Lopez-Gil et al., 2023).

Hinnanguliselt veerand naistest on viimase 12-kuu jooksul kogunud häirunud söömiskäitumisega perioode, mis viitab ühiskonnas toimunud sellise käitumise (dieedi pidamine, trenni tegemine kalorite põletamiseks jms) laiale levimusele (Pennesi & Wade, 2016). Paljud noored ja lapsed peavad erinevaid dieete või muudavad kuidagi oma söömis- ja liikumisharjumusi selleks, et muuta oma keha, kuid see jääb tihti ühiskonna normidesse sobitumise tõttu vajaliku tähelepanuta (Hornberger et al., 2019). Hinnanguliselt esineb häirunud söömiskäitumist kuni pooltel lastest ja noorukitest (Bryant et al., 2022 ; Lopez-Gil et al., 2023). Longituuduuringute tulemustest on selge, et lapseas alanud probleemid söömisega ning häirunud söömiskäitumine ennustavad hilisemat oluliselt kõrgemat riski söömishäirete kujunemiseks (Marchi & Cohen, 1990; McClelland et al., 2020).

## Häirunud söömiskäitumise kujunemine

### *Häirunud söömiskäitumine lapseas*

McClelland ja kolleegide (2020) ülevaateartiklis tuuakse välja varases lapseas (kuni 5 aastased) esinenud spetsiifiliste söömisega seotud probleemsete käitumise seoseid kolme söömishäirega.

*Anorexia nervosa* tekkimise suuremat riski ennustasid söömisega seotud konfliktid, raskused söömisel, pidevalt liiga vähe söömine, toiduga pirtsakas olemine. Samuti tuvastati psühholoogiliste tegurite soov olla kõhn ja ärev või depressiivne meeleolu koosinemisel on oluliselt suurem risk *anorexia* kujunemiseks hiljem.

*Bulimia nervosa* ja liigsöömishäire tekkimist ennustavad varased uneprobleemid ja ülesöömine. Samuti toodi riskiteguritena välja kehaga rahulolematus ning liigsöömishoogude või kompensatoorsete käitumiste esinemine. Suurem risk mistahes tüüpi häirunud söömiskäitumiseks ja söömishäireteks on ka neil, kellel esinevad seedimisprobleemid või on muu füüsiline haigus, mis nõuab tähelepanelikku toitumise jälgimist (sh allergiad,

toidutalumatused, diabeet, autoimmuunhaigused jms; Hornberger et al., 2021; Momen et al., 2022).

Häirunud söömiskäitumine esineb tihti koos mõne psühhopatoloogiaga, nende hulgas käitumishäired, neuroarengulised eripärad, ärevus, depressioon ja samuti on see sageli sissejuhatus söömishäire kujunemisele (Aimé et al., 2008). Varases lapseeas on tavaliselt häirunud söömiskäitumise ilmingud veidi leebemad, kuid tähelepanuta jätmise korral kipuvad nendest kujunema aja jooksul tõsisemad ja tervisele ohtlikumad harjumused (McClelland et al., 2020).

### ***Häirunud söömiskäitumine teismeeas***

Puberteedieas on oluliselt suurenenud risk häirunud söömiskäitumise ning söömishäirete kujunemiseks (Klump, 2013). Kõrgenenud risk tuleneb nii traditsioonilistes teooriates käsitletud psühhosotsiaalsetest ja füüsilistest muutustest, aga uuemad uuringud on leidnud, et ka bioloogilised ja geneetilised faktorid mängivad puberteediea suurema riski kujunemises olulist rolli (Fornari & Dancyger, 2003; Klump, 2013). Puberteedikka jõudes toimuvad hormonaalsed muutused näivad aktiveerivat geneetilise eelsoodumusega noortes söömishäiretele omase sümptomaatika (Klump, 2013). Tüdrukutel toimub puberteediikka jõudes tõus östrogeeni tasemes, mida on seostatud häirunud söömiskäitumise sagenemisega (Klump, 2013).

Häirunud söömiskäitumine, mis on tihti alguse saanud juba lapsepõlves, hakkab puberteedieas näitama tõusutrendi, kõige märgatavam sümptomaatika tõus on vanuses 12-15 eluaastat (Breton et al., 2022). Varases teismeeas (10-13 aastat) saavad alguse dieetide pidamine, rahulolematuse oma kehaga, kaalu ja kehakuju pärast muretsemine ja samuti tõusevad esile ärevusele ja depressioonile omased sümptomid (McClelland et al., 2020). Edasi kujunevad veelgi tõsisemad söömishäiretele omased sümptomid, mis jõuavad haripunkti umbes 15.aastaselt, nendeks on mh liigsöömishood, näljutamine, kompensatoorsed tegevused kaalulangetamise eesmärgil ja esineda võib ka enesevigastamist (McClelland et al., 2020). Samuti on näidatud, et teismeeas esinevad sümptomid võivad jääda püsima ka täiskasvanuna, ennustada söömishäire esinemist 20ndate eluaastate alguses ja olla märkimisväärsed veel 10 aastat hiljem (McClelland et al., 2020; Neumark-Sztainer et al., 2011). See osutab taaskord vajadusele osata ära tunda tähelepanuväärsed ohumärgid lapse või teismelise käitumises, mis suure tõenäosusega viivad tõsisema sümptomaatika tekke ja püsimiseni.

### ***Häirunud söömiskäitumise arengutrajektorid***

Söömishäireid ja häirunud söömiskäitumist on hakatud uurima eesmärgiga tuvastada erinevate sümptomite ja ka kogu häirunud söömiskäitumise arengutrajektooreid. Põhjuseks see, et erinevates longituuduuringutes on märgatud indiviidide käitumises suhtelist püsivust. Need, kes kasutavad lapse või teismeeas toitumise ja kaalu kontrollimiseks ebatervislikke meetodeid, kipuvad samu käitumisi kasutama ka kuni 10 aastat hiljem, mis näitab, et tegu ei ole ajutise probleemiga, mis iseeneslikult laheneks (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Häirunud söömiskäitumise arengutrajektooreid kujutavad endast tõenäosuslikku teoreetilist raamistikku, mille abil saab kirjeldada tüüpilisi mustreid, seaduspärasusi sümptomite muutlikkuses konkreetse aja vältel. Enamasti on uuringutes vaatluse alla võetud teismega (11-20 aastat), kuna see on kõrgendatud söömishäirete riskiga periood. Näiteks Breton ja kolleegid leidsid (2022) longituuduuringus, et vanuses 12-20 aastat eristuvad kaks tüüpilist söömishäire riski trajektoori: madala-stabiilse riskiga grupp ja keskmise-tõusva riskiga grupp. Uuriti konkreetsete söömishäirete sümptomite muutumist ajas, kõrgem risk tähendab suuremat arvu sümptomeid. See tulemus on kooskõlas ka teiste sarnaste uuringutega, kus samuti eristuvad kaks kuni kolm arengutrajektoori, mille hulgas on üks madala-stabiilse riskiga grupp ja üks oluliselt kõrgema või tõusva riskiga grupp. Aimé et al (2008) uuringus tuvastati küll rohkem häirunud söömiskäitumise sümptomaatika muutumise grupe (kokku viis), kuid ikkagi olid eristuvad madal-stabiilne, keskmine-tõusev ja kõrge-stabiilne grupp, mis sarnaselt teiste uurijate tehtud järeldustega osutab häirunud söömiskäitumise suhtelisele püsivusele madala ja kõrge riskiga grupis. Kadi Reintam leidis oma 2023 aasta magistritöö raames Eesti valimil tehtud uuringus samasugused häirunud söömiskäitumise arengutrajektooreid: madal-stabiilne, keskmine-tõusev, kõrge-stabiilne.

### **Söömishäirete ja häirunud söömiskäitumise skriining**

Söömishäirete ja häirunud söömiskäitumise varasel avastamisel on oluline roll tervisehoiu esmatasandi töötajatel ehk perearstil ja pereõel, kuna nemad on meditsiinitöötajaid, kellel on võimalik lapse või noore seisundit regulaarselt hinnata, kuid enne tõsiste füüsiliselt väljendunud sümptomite avaldumist (nt märkimisväärne kaalutõus või -kaotus, probleemid ainevahetusega) on neil keeruline söömishäireid tuvastada (Sim et al., 2010). Perearst ei ole vaimse tervise töötaja seega ei ole tal sügavad ja laiad teadmised söömishäirete sümptomaatika heterogeensusest, erinevate häirete kattuvustest ning vähem silmatorkavatest ohumärkidest, mis neid häireid iseloomustavad (Bryant et al., 2022).

Tervisehoiu esmatasandi kontekstis kasutatakse söömishäirete tuvastamiseks erinevaid skriiningu vahendeid nagu SCOFF, EDE-Q, ESP, EAT-26, NEDA, ODES-Y, SDE ja teised, kuid mitmete nende mõõdikute tundlikkus ja spetsiifilisus on uurijate hinnangul liiga madal,

jättes tähelepanuta palju abivajajaid (Bryant et al., 2022; Obeid et al., 2019; Maguen et al., 2019; Kutz et al., 2020; Goldman, 2021). Ülevalpool toodud enesekohaste küsimustikega uuritakse näiteks selliseid aspekte: tajutud kontroll söömise üle, hõivatus toidu ja kehaga seonduvatest mõtetest, näljutamine, rahulolu oma kehakuju või kaaluga, söömiseiga seotud reeglite seadmine, liigsöömishoogude esinemine, kõhulahtistite kasutamine jms (EDE-Q, 2024). Tervishoiu esmatasandil jäävad sageli tähelepanuta ja söömishäirete osas kontrollimata tugevalt väljendunud füüsiliste sümptomiteta (nt muutused kehakaalus) häirunud söömiskäitumisega noorukid, kuigi tegelikult on kognitiivsed ja käitumuslikud sümptomid elukvaliteeti tõsiselt halvendavad (Sim et al., 2010).

Selleks, et midagi veendunult väita, peab saama seda mõõta ja kontrollida.

Söömishäirete puhul on väga iseloomulikuks käitumuslikud sümptomid, mis võivad sõltuvalt häirest olla näiteks dieedi pidamine, treeningkoormuse suurendamine, pakutavast toidust keeldumine, tahtlik oksendamise esilekutsumine, söögikordade vahele jätmine, sotsiaalne isoleerumine. Need sümptomid võivad olla nähtavad lapsevanematele, sõpradele ja õpetajatele, kuid tihti ei osata hinnata, kui tõsine konkreetne häirunud söömiskäitumisele viitav ilming on ja kas oleks vaja sellele tähelepanu pöörata. Kliinilises praktikas hinnatakse käitumist just eesmärgiga söömishäireid tuvastada, kuid see ei tähenda, et diagnostilisest kriteeriumist allapoole jäävate häirunud söömiskäitumise sümptomitega laps või noor oleks täiesti terve. Häirunud söömiskäitumine on juba probleem, millega saab tegeleda, et hoida ära söömishäire kujunemine, kuid see eeldab teadmisi erinevate käitumiste või kognitsioonide olulisusest söömishäirete sümptomaatika arengu kontekstis. Seostades konkreetseid häirunud söömiskäitumised tüüpiliste arengutrajektooriga, oleks võimalik enne söömishäire kujunemist tunda ära tähelepanuväärsed sümptomid, mis suurema tõenäosusega kuuluvad kõrge riskiga arengutrajektooriesse ning sekkuda enne söömiskäitumise tugevamat häirumist.

### **Käesoleva uurimistöö olulisus ja eesmärgid**

Häirunud söömiskäitumise sümptomaatikas tuvastatud eristuvad arengutrajektoorigid annavad võimaluse ennustada laste ja noorte sümptomite muutumist kriitilisel vanuseperioodil, mil tavaliselt leiavad aset kõige märkimisväärsamad ja püsivad mõju avaldavad muutused söömiskäitumises. See eeldab konkreetsete vaadeldavate häirunud söömiskäitumiste tuvastamist ning seostamist leitud arengutrajektooriga. Kõrgema riskiga (keskmise-tõusev, kõrge-stabiilne) arengutrajektoori kuulumist ennustavate spetsiifiliste häirunud söömiskäitumiste tuvastamine omab rakenduslikku väärtust, kuna võimaldab lapsevanematel, õpetajatel ja teistel täiskasvanutel ära tunda ohumärke lapse või noore

käitumises ning vastavalt reageerida. Teades, millised on need häirunud söömiskäitumised, mis suure tõenäosusega ajas süvenevad, saab olla kindel sekkumise vajalikkuses ning mitte jätta tähelepanuta abi vajavaid lapsi ja noori, kes neid sümptome ilmutavad. Varajase sekkumisega on võimalik oluliselt alandada tõenäosust, et kujuneb välja tõsiselt häirunud söömiskäitumine või söömishäire.

Töö eesmärk on selgitada, kuidas Kadi Reintami (2023) töös leitud häirunud söömiskäitumise arengutrajektorid (madal-stabiilne, keskmine-tõusev, kõrge-stabiilne) eristuvad konkreetsete häirunud söömiskäitumise ilmingute esinemise poolest. Samuti võimalusel tuvastada konkreetsed häirunud söömiskäitumised, mille esinemine ennustab kõrgema sümptomaatika süvenemise riskiga arengutrajektoridesse (keskmine-tõusev, kõrge-stabiilne) kuulumist.

Eesmärgist lähtuvalt püstitatud uurimisküsimused:

1. Kuidas eristuvad häirunud söömiskäitumise arengutrajektorid konkreetsete häirunud söömiskäitumise ilmingute poolest?
2. Kas kehakaalu muutmise püüdmine (proovinud juurde võtta / alla võtta) on seotud kõrgema riskiga arengutrajektoridesse (keskmine-tõusev, kõrge-stabiilne) kuulumisega?
3. Kas ja kuidas konkreetsed käitumuslikud strateegiad, mida kasutatakse kehakaalu muutmiseks ennustavad häirunud söömiskäitumise arengutrajektoridesse kuulumist vanuses 11-16? Kas esineb erinevusi poiste ja tüdrukute vahel?

### Meetod

Käesolev uurimistöö on edasiarendus Kadi Reintami 2023. aastal kaitstud magistritööle “Häirunud söömiskäitumise arengutrajektoorid vanuses 11-16 aastat ja nende seosed häirunud söömiskäitumise riskiteguritega”. Töö eesmärgiks on tuvastada spetsiifilised käitumuslikud (ja psühholoogilised) näitajad, mis ennustavad käitumise kuulumist mõnda häirunud söömiskäitumise arengutrajektooridest. Töö põhineb longituuduuringu “Vanuselised muutused söömiskäitumises ja häirunud söömiskäitumist ennustavad tegurid puberteedialistel lastel” raames 2011-2014 aastatel kogutud andmetel.

### Valim

Uuringus osalesid õpilased 14 koolist Jõgevamaalt, Võrumaalt, Tartust, Viljandist ja Türilt. Lapsi hinnati neljal hindamislainel aastatel 2010, 2011, 2012, 2013:

1. Esimesel hindamislainel koosnes valim 308 õpilasest (175 tüdrukut, 133 poissi). Õpilased olid esimesel hindamislainel vanuses 11–12 aastat, v.a. üks 13- ja üks 14-aastane poiss. Õpilaste keskmine vanus oli 11.53 (SD = .53).
2. Teisel hindamislainel osales 262 õpilast (ehk 85% esimese hindamislaine valimist) (153 tüdrukut, 109 poissi). Õpilased olid teisel hindamislainel vanuses 12–13 aastat, v.a. üks 14-aastane poiss ja kaks 14-aastast tüdrukut. Õpilaste keskmine vanus oli 12.52 (SD = .52).
3. Kolmandal hindamislainel osales uurimuses 249 õpilast (ehk 80% esimese hindamislaine valimist), kellest 138 olid tüdrukud ja 111 poisid. Õpilased olid vanuses 13–14 aastat, v.a. üks 16- aastane poiss, kaks 15-aastast tüdrukut ja kolm 15-aastast poissi. Õpilaste keskmine vanus oli 13.63 (SD = .55).
4. Neljandal hindamislainel osales uurimuses 162 õpilast (ehk 53% esimese hindamislaine valimist) (98 olid tüdrukut, 64 poissi). Õpilased olid vanuses 15–16 aastat, v.a. üks 14-aastane tüdruk. Õpilaste keskmine vanus oli 15.35 (SD = .49).

Longituuduuringus esines probleeme puudulike andmetega, kuna küsimustele vastati valikuliselt ning uuringus oli ka erinevatel põhjustel väljalangenuid. Kadi Reintam (2023) analüüsis väljalangenuid täpsemalt ning leidis, et väljalangemine oli juhuslik.

Andmeanalüüsi kaasati noored, kes osalesid vähemalt kahel hindamislainel (N=298).

### Eetilised aspektid

Longituuduuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Uuringus osalema kutsutud õpilased said infokirja uuringu kirjeldusega. Osalemine oli vabatahtlik ning õpilased allkirjastasid informeeritud nõusoleku vormi.

Alaealiste osalemiseks oli kohustuslik ka vanemate allkirjastatud nõusolek. Andmeid koguti koolipäeva jooksul, klassis viibis hindamise ajal kaks uurimisgrupi liiget.

Õpilased tagastasid oma küsimustikud suletud ümbrikus koolis viibivatele uurimisgrupi liikmetele. Igale lapsele määratu unikaalne koos, millega nelja hindamislaine andmed kokku viia. Andmed edastatakse käesoleva uurimistöö koostajale kodeeritud (anonüümsel) kujul, need ei sisalda teavet isikute tuvastamiseks.

### **Mõõtmisvahendid**

Mõõtevahendina kasutati enesekohaste väidetega testikomplekti, mis sisaldas ka demograafilisi andmeid (vanus, sugu jms). Longitudinaaluuringus uurimuses osalenud noorukitel paluti neljal uurimisaastal täita sama küsimustik.

Longituduuringus kasutati Laste Söömishoiakute Skaalat (LSHS), mis oli uuringu tarbeks eesti keelde kohandatud skaaladest *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT) ja *Eating Attitude Test-i* (EAT) (Polli, 2011; Maloney et al., 1988; Garner & Garfinkel, 1979). Skaala koosneb 4 alaskaalast, mis hindavad hõivatust toidust ja kehakaalust, toidu piiramist, tajutud sotsiaalset survet söömisele ja kontrolli söömise ja mõtlemise osas.

Käesoleva töö uurimisküsimustele vastuste leidmiseks kasutatakse lisaküsimustega uuritud konkreetseid häirunud söömiskäitumisi, mis noorukitel võisid ilmned.

Kasutatakse järgnevaid küsimusi:

1. Kui tihti sa ennast kaalud?
  - a. Mitu korda päevas
  - b. Kord päevas
  - c. Vähemalt korra nädalas
  - d. Vähemalt korra kuus
  - e. Harvemini, kui kord kuus
2. Kas Sa oled kunagi püüdnud oma kehakaalu ise muuta?
  - a. Jah, olen püüdnud kaalus juurde võtta
  - b. Ei ole pidanud vajalikuks oma kehakaalu muuta
  - c. Jah, olen püüdnud kaalu vähendada
3. Mida oled teinud oma kehakaalu muutmiseks? (Tõmba rist kastikesse väite järel, märgi üks vastus igale reale).

Tegevus Jah 1 Ei 0

- a. Olen pidanud dieeti
- b. Olen nälginud kogu päeva

- c. Olen muutnud oma toitumisharjumusi (näiteks loobunud maiustustest, süüsnud vähem rasvast toitu jne.)
  - d. Olen piiranud söödava toidu hulka
  - e. Olen suurendanud oma kehalist aktiivsust (nt teinud trenni)
  - f. Olen vähendanud toidukordade arvu
  - g. Olen teinud midagi muud. Kui jah, siis mis see on?
4. Millistel toidukordadel Sa tavaliselt koolipäevadel sööd? (märgi igale reale sobiv vastus)

Söögikord Ei söö 0 Mõnikord 1 Jah, alati 2

- a. Hommikusöök (enne kooli)
- b. Koolilõuna (koolieine)
- c. Lõunasöök kodus
- d. Õhtusöök

### **Andmeanalüüs**

Uurimisküsimustele vastuste leidmiseks kasutatakse järgmisi meetodeid:

1. Arengutrajektooride erinevuste uurimiseks konkreetsete häirunud söömiskäitumiste lõikes kasutatakse hii-ruut testi. Andmeanalüüsi on kaasatud osalejad (N=298), kes osalesid vähemalt kahel hindamislainel.
2. Konkreetsete häirunud söömiskäitumiste põhjal arengutrajektuuridesse kuulumise ennustamisvõime uurimiseks kasutatakse multinomiaalset logistilist regressioonanalüüsi. Kaasatakse esimeses laines kogutud andmed (N=308).

Statistilisteks analüüsideks kasutatakse vabavaralist programmi JASP (versioon 0.18.3) (JASP team, 2024).

### **Autori panus**

Käesoleva uurimistöo autori panus on kirjandusülevaate koostamine, andmeanalüüs uurimisküsimustele vastuste leidmiseks, statistiliste analüüside tulemuste selgitamine ning tulemuste süntees varasemas kirjanduses leituga, järelduste sõnastamine.

## Tulemused

### Püüd kaalu muuta

Osalejate vastuste jaotuvus, kas ja millises suunas nad on aastatel 2010, 2011, 2012 ja 2014 püüdnud oma kaalu muuta on toodud tabelis 1 arengutrajektooride lõikes. Iga aasta kohta viidi läbi hii-ruut test, et uurida häirunud söömiskäitumise arengutrajektooride erinevusi kaalu muutmise püüdlustes (vt tabel 1). Kõikide aastate analüüside tulemused näitasid, et esinevad statistiliselt olulised ( $p < 0,001$ ) erinevused arengutrajektooride vahel,  $\chi^2$  jäi vahemikku 31,082 kuni 73,199, efekti suurus on keskmine (Cramers' V  $> 0,3$ ). Püüd alla võtta on kõige tugevamini seotud keskmise tõusva arengutrajektooriga, järgmisel kohal on kõrge häirunud söömiskäitumise trajektoor. Püüd juurde võtta seostus kõrge häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga. Madala riskiga grupis oli kaalu muuta üritanud osalejaid vähe, eriti neid, kes olid üritanud alla võtta. Kõikides arengutrajektoorides on märgatav alla võtta püüdnud osalejate protsendi suurenemine ajas, juurde võtta püüdjate protsent kõigub ebakorrapäraselt.

Tabel 1

*Sagedusjaotus ja Hii-ruut testide tulemused arengutrajektooride erinevustest kaalu muutmise püüdmises*

Aasta	Kaalu muutmise püüdmine								
<i>Arengutrajektoor</i>									
2010	Juurde võtta %	Ei %	Alla võtta %	n	$\chi^2$	df	p	Cramer's V	
<i>Madal</i>	10,64	87,23	2,13	47	61,943	4	<0,001	0,322	
<i>Keskmine tõusev</i>	5,61	33,65	60,75	107					
<i>Kõrge</i>	13,19	61,81	25,00	144					
<i>N</i>				298					
2011	Juurde võtta %	Ei %	Alla võtta %	n	$\chi^2$	df	p	Cramer's V	
<i>Madal</i>	7,69	89,74	2,56	39	73,199	4	<0,001	0,377	
<i>Keskmine tõusev</i>	3,37	29,21	67,42	89					
<i>Kõrge</i>	12,4	66,67	20,93	129					
<i>N</i>				257					

<b>2012</b>	Juurde võtta %	Ei %	Alla võtta %	n	$\chi^2$	df	p	Cramer's V
<i>Madal</i>	5,13	89,744	5,128	39	65,893	4	<0,001	0,368
<i>Keskmine tõusev</i>	3,41	25,00	71,59	88				
<i>Kõrge</i>	12,07	58,62	29,31	116				
<i>N</i>				243				
<b>2014</b>	Juurde võtta %	Ei %	Alla võtta %	n	$\chi^2$	df	p	Cramer's V
<i>Madal</i>	16,00	68,00	16,00	25	31,084	4	<0,001	0,312
<i>Keskmine tõusev</i>	1,85	25,93	72,22	54				
<i>Kõrge</i>	17,28	49,38	33,33	81				
<i>N</i>				160				

### **Kaalumise sagedus**

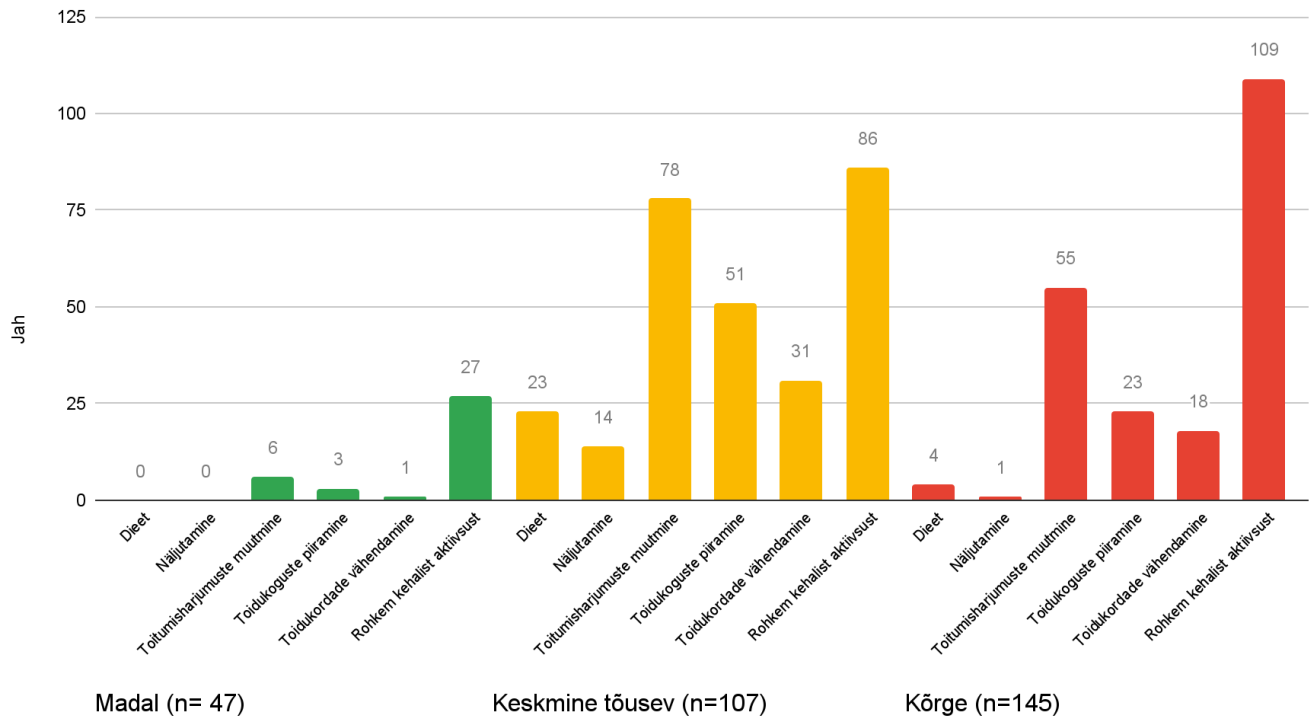
Arengutrajektooride erinevusi kaalumise sageduses (mitu korda päevas; kord päevas; vähemalt korra nädalas; vähemalt korra kuus; harvemini, kui kord kuus) uuriti hii-ruut testidega. Ühelgi aastal ei tulnud erinevused statistiliselt olulised ( $p > 0,05$ ), seega olulisi erinevusi arengutrajektooride vahel ei ole.

### **Kaalu muutmise strateegiad**

Kaalu muutmise strateegiaid uuriti esimese hindamislaine 2010,  $N=299$  andmetega. Kaalu muutmise strateegiaid oli kuus: toitumisharjumuste muutmine, toidukoguste piiramine, toidukordade vähendamine, rohkem kehalist aktiivsust, dieedi pidamine, terve päev nälgimine. Joonisel 1 on toodud kaalu muutmise strateegiate kasutamise jaotust kirjeldav statistika arengutrajektooride lõikes.

Küsimuste vastuste vahel ehk kaalu muutmise strateegiate vahel esinesid väikesed kuni mõõdukad positiivsed statistiliselt olulised ( $p < 0,001$ ) korrelatsioonid, samuti ei ole valim kõikides gruppides suur, eriti väike on ekstreemsemaid kaalu muutmise strateegiaid väljatoonud osalejate protsent, nälgimine 5%, dieedi pidamine 9,6% vastanutest. Nende asjaolude tõttu on arengutrajektooriesse kuulumist ennustavat mudelit keeruline luua.

## Kaalumuttmise strateegiate kasutamine (N=299)



Joonis 1. Kaalu muutmise strateegiate kasutamine häirunud söömiskäitumise arengutrajektoorida löikes.

Küsimustevaheliste seoste uurimiseks ja andmete taandamiseks viidi läbi peakomponentide analüüs. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) näitas, et valim ja muutujad on mudeli loomiseks piiripealse sobivusega (KMO=0,676), kuid otsustati siiski tulemusi edasise uurimise eesmärgil kasutada. Bartlett'i sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline,  $\chi^2(15)=204,658$ ,  $p<0,001$ . Ekstraheeriti kaks komponenti, lähtuti Kaiseri kriteeriumist omaväärtus suurem kui 1, samuti scree-plot'i visuaalsest hinnangust. Strateegiate põhjal moodustunud kaks komponenti nimetati: kontrolli suurendamine ja ekstreemsem dieet, küsimuste faktorlaadungid on toodud tabelis 2, need on ka teoreetiliselt eristatavad häirunud söömiskäitumise rühmad. Komponentide vahel on teoreetiline alus eeldada korrelatiivsust, pööramiseks kasutati kaldnurkset promax pööramist. Faktorisse kuulumine kirjeldab 52,9% variatiivsusest, mis ei ole piisavalt hea, analüüsi tulemusi kasutati ainult küsimuste grupeerimiseks.

Tabel 2

*Küsimuste faktorlaadungid*

Komponendid	Faktorlaadungid	
	1	2
<b>1: Kontrolli suurendamine</b>		
Toitumisharjumuste muutmine	0,782	
Toidukoguste piiramine	0,690	
Toidukordade vähendamine	0,618	
Rohkem kehalist aktiivsust	0,549	-0,432
<b>2: Ekstreemsem dieet</b>		
Nälgimine		0,793
Dieet		0,587

*Märkus:* Tabelis on toodud ainult laadungid, mis on suuremad, kui 0,4

Viidi läbi multinomiaalne logistiline regressioonanalüüs, et uurida, kuidas erinevate strateegiatega kasutamine ennustab arengutrajektooriesse kuulumist. Võrreldi mudeleid, kus oli küsimusi teistel viisidel grupeeritud (kehalise aktiivsuse muutmine ja toitumise muutmine; faktorlaadungite arvesse võtmine uute muutujate loomisel peakomponentide analüüsi põhjal), kuid mudeli sobivusnäitajate (AIC ja BIC) ja prediktorite statistilise olulisuse põhjal osutus valituks mudel, kus muutujad moodustusid komponentide alla laaduvate küsimuste keskmistest skooridest.

Sõltuv muutuja oli arengutrajektoor, prediktorid olid kontrolli suurendamine ja ekstreemsem dieet, võeti arvesse ka sugu. Võrdlusgrupiks kasutati madala häirunud söömiskäitumisega arengutrajektoori. Mudelite võrdlus näitas, et alternatiivmudel ( $H_1$ ) sobitus andmetega oluliselt paremini, kui nullmudel ( $H_0$ ),  $\chi^2(6) = 105,82$ ;  $p < 0,001$ . Samuti olid  $H_1$  mudeli AIC (487,535) ja BIC (516,783) väärtused oluliselt madalamad võrreldes  $H_0$  mudeliga (AIC = 581,349; BIC = 588,661), mis viitab paremale sobivusele. Mudeli kirjeldavus on 18,3% andmete variatiivsusest (McFadden's  $R^2=0,183$ ), mis viitab piisavale, kuid mitte suurepärasele sobivusele, kuna häirunud söömiskäitumise variatiivsust mõjutavad väga erinevad tegurid.

Kontrolli suurendamine oli statistiliselt oluline ennustaja keskmine tõusev arengutrajektoori kuulumisel ( $B = 2,902$ ;  $SE = 0,840$ ,  $z = 3,455$ ;  $p < 0,001$ ; 95% CI [1,256;

4,548]). See tähendab, et kontrolli suurendamine tõstab olulisel määral riski kuuluda häirunud söömiskäitumise keskmine tõusev arengutrajektoori võrreldes madala trajektooriga (OR=18,21). Kontrolli suurendamine oli samuti oluline ennustaja kõrgesse arengutrajektoori kuulumisel ((B = 5,478; SE = 0,938;  $z = 5,838$ ;  $p < 0,001$ ; 95% CI [3,639; 7,317]), risk sinna gruppi kuuluda on veel kõrgem (OR = 239,37).

Ekstreemsema dieedi grupi valimi suurus oli liiga väike, seetõttu koefitsendid tulid küll suured, aga statistiliselt ebaolulised. Seose selgitamiseks oleks vaja suuremat valimit.

Sugu ei olnud statistiliselt oluline ennustaja keskmine tõusev arengutrajektoori kuulumisel. Kõrge arengutrajektoori puhul olid tulemused statistiliselt olulised (B = 1,078; SE = 0,425;  $z = 2,535$ ;  $p = 0,011$ ; 95% CI [0,244; 1,912]), näidates, et tüdrukutel on suurem risk kuuluda kõrge häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori (OR=2,94).

### **Toidukordade regulaarsus päevas**

Uuriti nelja küsimusega, kui sageli (mitte kunagi, mõnikord, alati) osalejad söövad hommikul enne kooli, koolis lõunasööki, kodus lõunat, kodus õhtusööki. Loodi uus muutuja toidukordade regulaarsus, mis moodustus tõenäosuse hinnangute summast, mida suurem uue muutuja väärtus, seda rohkem kordi päevas sööb osaleja regulaarselt (0-8). Kasutades multinomiaalset regressioonanalüüsi uuriti, kuidas eristuvad häirunud söömiskäitumise arengutrajektoorid toidukordade regulaarsuse põhjal. Sõltuv muutuja oli arengutrajektoori, prediktor toidukordade regulaarsuse hinnang. Võrdlusgrupiks kasutati madala häirunud söömiskäitumisega arengutrajektoori. Nullhüpoteesi mudeliga võrreldes sobib alternatiivmudel paremini,  $\chi^2(2)=22,569$ ;  $p < 0,001$ , AIC ja BIC väärtused on alternatiivmudelil oluliselt madalamad ( $H_0$  AIC = 597,785 ja  $H_1$  AIC = 579,216;  $H_0$  BIC = 605,146 ja  $H_1$  BIC = 593,937), viidates prediktori olulisusele arengutrajektoori kuulumise ennustamisel.

Mõlemasse kõrgendatud riskiga häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori kuulumise tõenäosus langeb, kui söögikordade regulaarsuse hinnang on suurem. Võrdluses madala grupiga ilmnes keskmine tõusev trajektoori puhul negatiivne suhe  $B=-0,525$ ;  $SE=0,171$ ;  $z=-3,066$ ;  $p=0,002$ , 95% CI (-0,861; -0,190) ja võrdluses kõrge grupiga samuti negatiivne suhe  $B=-0,720$ ;  $SE=0,176$ ;  $z=-4,100$ ;  $p < 0,001$ ; 95% CI (-1,064; -0,376). See tähendab, et võrreldes madala trajektooriga vähendab toidukordade regulaarsuse suurenemine mõningal määral tõenäosust kuuluda keskmisesse tõusvasse (OR = 0,59) ja kõrge häirunud söömiskäitumise arengutrajektooridesse (OR = 0,49).

### Arutelu

Käesoleva uurimistö eesmärgiks oli tuvastada konkreetsete häirunud söömiskäitumiste seosed Kadi Reintami (2023) magistritöös leitud häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga noortel vanuses 11-16. Arengutrajektorid on leitud longituuduuringu raames Eesti noorte valimil aastatel 2010-2014, häirunud söömiskäitumisi uuriti enesekohaste küsimustikega. Siinses töös uuriti kuidas arengutrajektorid madal stabiilne, keskmine-tõusev ja kõrge stabiilne erinevad kaalu muutmise püüdluste, kaalumise sageduse, kaalu kontrollimise strateegiate ning toidukordade regulaarsuse poolest ning kas mõnede käitumiste esinemine ennustab kõrgema riskiga arengutrajektoori kuulumist. Häirunud söömiskäitumine saab sageli alguse varases puberteedieas, süveneb ajas ning võib viia tõsiste söömishäirete kujunemisele, mistõttu on oluline tunda ära tähelepanuväärsed ohumärgid lapse või noore käitumises, et varakult sekkuda.

Esimese vaatlusaluse küsimuse “Kas oled püüdnud kunagi oma kaalu muuta?” vastused erinesid olulisel määral häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriga lõikes. Keskmises-tõusvas arengutrajektooris oli kõige suurem osakaal neid, kes olid püüdnud kaalu langetada, täpsemalt 60-72% trajektoori kuulujatest, kõrges stabiilses trajektooris oli kaalulangetajaid 20-33%, madalas trajektooris esimesel kolmel aastal 2-5%. Madalas arengutrajektooris oli kolmel esimesel hindamislainel 87-89% neid, kes ütlesid, et pole pidanud vajalikuks oma kaalu muuta. Viimasel aastal oli kaalu langetanute ja juurde võtjate osakaal nende hulgas suurem, nii juurde kui ka alla võtta üritanud oli 16%, mis vihjab, et käitumise kategoriseerimine normaalseks ja häirunuks võib olla lihtsam nooremas puberteedieas, kuna siis eristuvad madalasse ja kõrgesse riskirühma kuulujad paremini, kuid seda tuleks edasise uurimisega kinnitada. Nii kõrges kui madalas stabiilses arengutrajektooris oli juurde võtta püüdnud osalejate osakaal igal aastal suurem, kui keskmises trajektooris, kuid siiski mitte väga palju, jäädes vahemikku 7-17% osalejatest. Seega häirunud söömiskäitumise arengutrajektorid eristuvad kaalu muutmise püüdluste poolest. Kaalus alla võtta püüdnuid on kõige rohkem keskmises-tõusvas arengutrajektooris, kaalus juurde võtta püüdnuid on kõige rohkem kõrges häirunud söömiskäitumise arengutrajektooris. Madalale arengutrajektooriga on iseloomulik mitte üritada oma kaalu muuta. Üks võimalik teoreetiline selgitus, miks keskmises-tõusvas on kõrgest trajektooriga rohkem neid, kes ütlevad, et on püüdnud kaalust alla võtta, on söömishäirete harjumuseks kujunemise teooria. Conceição ja kolleegide ülevaateartiklis (2023), mis keskendus *anorexia nervosa* ning toidu piiramise harjumuse tekkimise uuringutele, tuuakse välja, et sageli alustatakse häirunud söömiskäitumistega (dieet, toidu piiramine jms), kuna ollakse motiveeritud täitma mingit

kindlat eesmärki, näiteks langetada kaalu või muuta oma kehakuju. Hiljem kujuneb sellisest käitumisest väga tugev kompulsiooniline harjumus, mida ei tehta enam teadvustatud eesmärgi nimel, häirunud viisil toitumine ei nõua vaimset pingutust, see automatiseerub. On võimalik, et kõrges stabiilses häirunud söömiskäitumise arengutrajektoris on küll tugevad ja püsivad häirunud söömiskäitumise sümptomid vanuses 11-16, kuid need on tegelikult kujunenud harjumuseks juba varem ilma teadvustatud kaalulangetamise eesmärgita. Lapseeas esinevad probleemid söömise ja söömiskäitumisega on sageli käitumuslikud, näiteks ollakse toiduga väga valiv selle sensorsete omaduste tõttu, kognitiivsete sümptomite osakaal on väiksem (McLealland et al., 2020). Tegu on ainult ühe tõenäosusliku seletusega, reaalsuses on palju erinevaid võimalusi, miks selline muster võib esineda. Näiteks võis laste arusaam küsimuste sisust aastate jooksul muutuda ning mõjutada nende vastuseid. Samuti on võimalik, et mõned kõrge häirunud söömiskäitumisega lapsed olid uuringu viimaseks faasiks jõudnud sekkumisaasta ning neid suunati täiskasvanute poolt meditsiinilistel põhjustel kaalus juurde võtma.

Söömishäiretele ning häirunud söömiskäitumisele on kõikides arengustaadiumites üheks peamiseks sümptomiks inimese liigne hõivatus oma kaalust ja kehakujust (Christian et al., 2020). Enese sage kaalumine on seotud tõsisema söömishäirete sümptomaatika esinemisega (Romano et al., 2018), mis suurema tõenäosusega kujuneb välja kõrge häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori kuulujatel (McClelland et al., 2020). Käesolevas töös lähtuti eeldusest, et sagedane kaalumine (mitu korda päevas või iga päev) viitab suurenenud vajadusele olla teadlik oma kaalust, näiteks kuna soovitakse jälgida, kas kasutatavad kaalu muutmise strateegiad on efektiivsed. Vastupidiselt ootusele ei leitud statistiliselt olulist erinevust häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori vahel kaalumise sageduses, ehk siis ei ole võimalik selle käitumise põhjal teha järeldust, kas nooruk kuulub kõrgesse või madalasse häirunud söömiskäitumise riskirühma. Tegu on üllatava tulemusega, mis võib tuleneda valimi omaduste või mõne muu teguri sekkuvast mõjust. Üks võimalik seletus on, et eelnevat mõjutab rohkem koduse keskkonna mõju, konkreetsemalt nt kaalu olemasolu ning samuti vanemate või teiste pereliikmete eeskujud.

Kaalu muutmiseks kasutatavaid strateegiaid on erinevaid, mõned nendest on rohkem silmatorkavad ning ekstreemsed, mõned on ühiskonnas täielikult normaliseeritud ning laialt levinud. Arengutrajektoori vahel esinesid olulised erinevused kasutatavate strateegiatega. Ennustatava ning varasemate sümptomite arengumustreid kaardistanud uurimustega kooskõlalise tulemusena leiti, et madalas stabiilses arengutrajektoris on kõiki strateegiaid kasutatud oluliselt vähem võrreldes keskmise-tõusva ja kõrge häirunud söömiskäitumisega arengutrajektooriga (Breton et al., 2022). Kõikide strateegiatega kasutamise vahel võib esineda

erinevusi, seda tuleks täpsemalt suurema valimiga uurida. Käesolevas uurimistöös grupeeriti strateegiad statistilise võimsuse tagamiseks kahte suurde rühma: kontrolli suurendamine ja ekstreemne dieet. Kõik kontrolli suurendamise alla kuuluvad meetodid - toitumisharjumuste muutmine, toidukoguste piiramine, toidukordade vähendamine ja kehalise aktiivsuse suurendamine - suurendavad oluliselt tõenäosust kuuluda keskmisesse-tõusvasse ja kõrgesse häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori. Nende strateegiate sagedasem kasutamine suurendab riski väga palju (riskisuhe 18 kuni 200), mis on loogiline ja oodatud tulemus. Ekstreemsemaid meetode nagu dieedi pidamine või näljutamine ei kasuta madalasse riskirühma kuulujad, keskmises-tõusvas ja kõrges on neid 5-10%. Toidukordade regulaarsus ennustab samuti häirunud söömiskäitumise arengutrajektooriesse kuulumist. Mida regulaarsemalt sööb laps või noor 3-4 toidukorda (hommik kodus, koolilõuna, lõuna kodus, õhtusöök) päevas, seda väiksem on tõenäosus kuuluda kõrgema riskiga arengutrajektooriesse. Toidukoguste vähendamine on üks strateegia, mida kasutavad nii häirunud söömiskäitumise kui ka välja kujunenud söömishäirega inimesed, seega tegu on oodatava tulemusega.

### **Piirangud ja jätkusuunad**

Oluline puudus selles uuringus on väike valim kõige ekstreemsemaid häirunud söömiskäitumisi (näljutamine, dieet) ilmutavas grupis, samuti vastuste variatiivsus, mis viib tulemuste ebastabiilsuseni. Uurides psüühikahäireid või häirunud käitumist ei ole vastused juhuslikus valimis jaotunud alati normaaljaotuslikult, samuti ei pruugi inimesed olla päris ausad küsimustele vastates, kuna nad näiteks ei tea, mida päris täpselt küsitakse või milline on piisav käitumise esinemine, et vastata küsimusele jah. Ajas võib muutuda küsimuste tähendusruum, näiteks sõna "dieet" võis 2010 aastal tähendada midagi kvalitatiivselt muud, kui praegusel 2024 aastal (Stewart et al., 2022). Vahepeal on dieedi kultuur muutunud ning ühtlasi kolinud peamiselt sotsiaalmeediasse, mis noorte arusaamu tervislikust ja ebatervislikust, normaalsest ja häirunud toitumisest mõjutab (Aparicio-Martinez et al., 2019).

Hii-ruut testide kasutamine iga aasta kohta eraldi suurendab esimest liiki vea tegemise tõenäosust, samuti on tulemused pigem kirjeldavad ja nende põhjal ei saa väga tugevaid järeldusi teha. Soolisi erinevusi ei uuritud, kuid see võib tegelikult olla oluline ning tulevikus saaks vaadata, kas esineb poiste ja tüdrukute vahel erinevusi. Samas annab töös leitud tulemus aimdust, et juba ainuüksi kaalu muutmise, eriti langetamise, püüdlused (vahet pole, kui edukad) on tugevalt seotud ajas süvenevate häirunud söömiskäitumise sümptomitega, sellele on põhjust lapsepõlves ja varases puberteedieas tähelepanu pöörata. Täpsustama peab kaalus juurde võtmise püüdluste ning kõrge häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori

seost. Lähtudes söömishäiretest paranemise tüüpilisest muustrist, võib kaalus juurde võtmise üritamine olla märk enesele probleemi teadvustamisest või esimeste sammude astumise püüdlustest paranemisteel, mis tihti sisaldab eelnevat väga pikka kaalutlemist ning mitmeid tagasilangusi vanade harjumuste juurde (McDonald et al., 2021).

Teooria põhjal jääb segaseks, miks esines kaalu muutmist ning erinevate strateegiate kasutamist keskmises-tõusvas häirunud söömiskäitumise arengutrajektooris alati rohkem, kui kõrges stabiilses arengutrajektooris. Söömishäirete harjumuseks kujunemise teooria (Conceição et al., 2023) annab ühe võimaliku seletuse, viidates toitumist ülemäära kontrollitava käitumise automatiseerumisele. See võib tekitada olukorra, kus kõrge häirunud söömiskäitumisega individid ei teadvusta oma probleemi ja võivadki täiesti ausalt vastata enesekohastele küsimustele eitavalt, mis samas ei pruugi ühtida vanemate või teiste täiskasvanute vaatluspõhiste vastustega. Alternatiivne võimalus on kõrge häirunud söömiskäitumisega noorukite soov varjata oma tegevust, mis on omane sümptom mitmetele söömishäiretele, kuid see pole hetkel kuidagi kontrollitav. Tulemused võisid ilmnedagi valimi eripära, koosmõjude või muu meetodika puuduse tõttu, seda saaks kontrollida esinduslikuma suurema valimi peal, kasutades paremat rohkem faktoreid arvesse võtvat mudelit. Samuti oleks võimalik täpsustada sümptomite esinemise (sh eraldi kaalu muutmise strateegiad) muutusi ajas ning arengutrajektoore lõikes. On võimalik, et arengutrajektoore tuvastamisel Reintami (2023) töös mängisid käitumuslikest suuremat rolli kognitiivsed häirunud söömiskäitumise sümptomid, mida käesolevas töös arvesse ei võetud.

### **Kokkuvõte**

Uurimistöö eesmärk oli tuvastada jälgitavad konkreetsed häirunud söömiskäitumised, mis ennustavad kõrgema riskiga arengutrajektooriesse kuulumist vanuses 11-16 ning vajadust sekkuda. Leiti, et kui laps või noor hakkab oma söödavat toitu rohkem kontrollima (näiteks vähendab toidukordi või portsude suurust), suurendab märgatavalt kehalist aktiivsust või hakkab lausa pidama dieeti, on väga palju suurem risk kuuluda keskmisesse tõusvasse häirunud söömiskäitumise arengutrajektoori. Jälgitavate käitumuslike häirunud söömiskäitumiste järgi tunneb võrreldes kõrge stabiilse arengutrajektooriga paremini ära keskmise-tõusva häirunud söömiskäitumise sümptomaatika arengutrajektoori kuuluvad lapsed ja noored. Ajas ei lähe need käitumuslikud sümptomid iseenesest ära, vaid pigem süvenevad ja võivad kujuneda tõsisteks probleemideks, mis noore füüsilist, vaimset, emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu pärsivad. Täiskasvatnutel on põhjust nendele käitumistele taktitundeliselt tähelepanu juhtida või suunata oma laps mõne spetsialisti juurde, kes saaks toetada tervislikumate mõtteviiside ning käitumisharjumuste välja kujundamisel.

**Kasutatud kirjandus**

- Aimé, A., Craig, W. M., Pepler, D., Jiang, D., & Connolly, J. (2008). Developmental pathways of eating problems in adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 41*(8), 686-696.
- American Psychiatric Association (APA). (Loetud 17.05.24.) *What are eating disorders?*  
<https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health, 16*(21), 4177.
- Austin, A., Flynn, M., Shearer, J., Long, M., Allen, K., Mountford, V. A., ... & Schmidt, U. (2022). The first episode rapid early intervention for eating disorders -upscaled study: clinical outcomes. *Early Intervention in Psychiatry, 16*(1), 97-105.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine, 68*(3), 454-462.
- Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., ... & Booij, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of eating disorders, 10*(1), 84.
- Bryant, E., Spielman, K., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 78.
- Child Research Outcome Consortium. (Loetud 22.05.24.) *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*.  
<https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/eating-disorder-examination-questionnaire-edeq/>
- Christian, C., Perko, V. L., Vanzhula, I. A., Tregarthen, J. P., Forbush, K. T., & Levinson, C. A. (2020). Eating disorder core symptoms and symptom

- pathways across developmental stages: A network analysis. *Journal of abnormal psychology*, 129(2), 177.
- Conceição, I. S. R., Garcia-Burgos, D., de Macêdo, P. F. C., Nepomuceno, C. M. M., Pereira, E. M., Cunha, C. D. M., ... & de Santana, M. L. P. (2023). Habits and persistent food restriction in patients with anorexia nervosa: a scoping review. *Behavioral Sciences*, 13(11), 883.
- Fornari, V., & Dancyger, I. F. (2003). Psychosexual development and eating disorders. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 61.
- McClelland, J., Robinson, L., Potterton, R., Mountford, V., & Schmidt, U. (2020). Symptom trajectories into eating disorders: A systematic review of longitudinal, nonclinical studies in children/adolescents. *European Psychiatry*, 63(1), e60.
- Herle, M., De Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D. S., Loos, R. J., ... & Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 113-119.
- Hornberger, L. L., Lane, M. A., Lane, M., Breuner, C. C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., ... & Baumberger, J. (2021). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 147(1).
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 9, 273-279
- Goldman, J. (2021). *Screening for Eating Disorders*. Medical Home Portal.  
<https://www.medicalhomeportal.org/clinical-practice/screening-and-prevention/screening-for-eating-disorders>
- JASP team. (2024). *JASP (Version 0.18.3)*. <https://jasp-stats.org/>
- Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, 64(2), 399-410.
- Kutz, A. M., Marsh, A. G., Gunderson, C. G., Maguen, S., & Masheb, R. M. (2020). Eating disorder screening: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *Journal of general internal medicine*, 35, 885-893.

- López-Gil, J. F., Garcia-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., ... & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*.
- Maguen, S., Hebenstreit, C., Li, Y., Dinh, J. V., Donalson, R., Dalton, S., ... & Masheb, R. (2018). Screen for disordered eating: improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *General Hospital Psychiatry, 50*, 20-25.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(1), 112-117.
- McDonald, S., Williams, A. J., Barr, P., McNamara, N., & Marriott, M. (2021). Service user and eating disorder therapist views on anorexia nervosa recovery criteria. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 94*(3), 721-736.
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Bulik, C. M., McGrath, J. J., Thornton, L. M., Yilmaz, Z., & Petersen, L. V. (2022). Comorbidity between types of eating disorder and general medical conditions. *The British Journal of Psychiatry, 220*(5), 279-286.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(7), 1004-1011.
- Obeid, N., Norris, M. L., Buchholz, A., Hadjiyannakis, S., Spettigue, W., Flament, M. F., ... & Goldfield, G. S. (2019). Development of the Ottawa Disordered Eating Screen for Youth: the ODES-Y. *The Journal of Pediatrics, 215*, 209-215.
- Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?. *Clinical psychology review, 43*, 175-192.
- Polli, A. (2011). Laste söömishoiakute skaala adabteerimine Eesti laste valimil. Seminaritöö. Psühholoogia Instituut: Tartu Ülikool.

- Romano, K. A., Swanbrow Becker, M. A., Colgary, C. D., & Magnuson, A. (2018). Helpful or harmful? The comparative value of self-weighing and calorie counting versus intuitive eating on the eating disorder symptomology of college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 841-848.
- Sim, L. A., McAlpine, D. E., Grothe, K. B., Himes, S. M., Cockerill, R. G., & Clark, M. M. (2010, August). Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 8, pp. 746-751). Elsevier.
- Stewart, T. M., Martin, C. K., & Williamson, D. A. (2022). The complicated relationship between dieting, dietary restraint, caloric restriction, and eating disorders: is a shift in public health messaging warranted?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 491.
- World Health Organization. (Loetud 26.05.2024). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*.  
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

*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.*

*/Liisi Kilgas/*