

TARTU ÜLIKOOL
Kehakultuuriteaduskond
Spordipedagoogika ja treeninguõpetuse instituut

Anna-Liisa Parm

**SÖÖMISHÄIRETE RISKIFAKTORITE ESINEMINE EESTI
AEROBIKATREENERITE SEAS**

Magistritöö

Spordi sotsiaalteaduste erialal

(spordipsühholoogia)

Juhendajad: Aave Hannus, *MSc*

Kirsti Akkermann, *MSc*

Tartu 2007

MAGISTRITÖÖ PÕHJAL AVALDATUD PUBLIKATSIOONID

1. Parm A-L, Hannus A, Akkermann K. Võimalike söömishäirete esinemine Eesti aeroobikatreenerite seas. Kehakultuuriteaduskonna teadus- ja õppemetoodiliste tööde kogumik XIV. Tartu, 2006.

TÖÖS KASUTATUD LÜHENDID

- HPERD** – Michigani Tervise, Füüsilise Hariduse, Karastuse, Rekreatsiooni ja Tantsu Assotsiatsioon
- KMI** – Quetelet' kehamassiindeks [$\text{kg}/(\text{m})^2$]
- N** – liikmete/vaatlusaluste arv
- n** – naine
- M** – keskmine väärtus
- m** – mees
- SD** – standardhälve
- WHO** – *World Health Organisation* (Maailma Tervishoiu Organisatsioon)

SISUKORD

MAGISTRITÖÖ PÕHJAL AVALDATUD PUBLIKATSIOONID	2
TÖÖS KASUTATUD LÜHENDID	3
SISSEJUHATUS	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
1.1. Söömishäirete klassifikatsioon	6
<i>1.1.1. Anorexia nervosa</i>	6
<i>1.1.2. Bulimia nervosa</i>	7
1.2. Söömishäirete riskifaktorid	8
1.3. Söömishäirete esinemissagedus	12
1.4. Söömishäired ja füüsiline aktiivsus	13
<i>1.4.1. Treenerite teadlikkus söömishäiretest</i>	16
<i>1.4.2. Aeroobikatreeneri mõju klientuuri söömishäirete kujunemisel</i>	18
<i>1.4.3. Surve aeroobikatreenerile</i>	19
<i>1.4.4. Söömishäired aeroobikatreenerite seas</i>	22
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	23
3. METOODIKA	24
3.1. Valim	24
3.2. Küsimustik	24
3.3. KMI	26
3.4. Andmete statistiline töötlus	26
4. TÖÖ TULEMUSED	27
4.1. Üldandmed	27
4.2. KMI seos keha ning kehakaaluga rahuloluga	27
4.3. Kehakaalu jälgimine	29
4.4. Ebatervislik kaalukontroll	31
4.5. Sisemine – ja sotsiaalne surve	32
4.6. Aeroobikatreeneri saleduse vajalikkus	32
5. TULEMUSTE ARUTELU	33
6. JÄRELDUSED	38
KASUTATUD KIRJANDUS	39
SUMMARY	49
LISAD	50

SISSEJUHATUS

Üha enam noori on hakanud huvi tundma oma tervise, kehalise vormi ja väljanägemise pärast. Selle ilmekaks tõestuseks on järjest enam kerkivad terviseklubid ja jõusaalid. Noorte neidude meelistreeninguks on saanud aeroobika – muusika saatel tsükliliselt korduvate harjutuste ja liikumis-kombinatsioonide sooritamine, kus haaratakse tegevusse suur osa lihaskonnast ning energiatootmine kulgeb hapniku osalusel (www.eevl.ee).

Välismaistest teadusuuringutest võib leida, et aeroobikatreenerid on oma klientuuri seas iidoliks, kellelt eeldatakse ideaalset välimust ja kehalist vormi. Tänu suurele survele olla sale, on leitud, et aeroobikatreenerite seas on söömishäired vägagi sagedased (Hoglund, Normen, 2002; Martica, Heaner, 2003; Olson *et al.*, 1996). Söömishäirete esinemine pole ohtlik ainult treeneritele endile vaid ka nende klientuurile, kuna on tõestatud, et kliendid jälgivad sageli oma treenerit (Grandjean, 1991). See, mida treener sööb või joob, kuidas enda eest hoolitseb ja välja näeb, on klientide jaoks informatsiooniks, mida tähele panna ja ka järgida (Vogel, 2002).

Statistika näitab, et aastast 2000-2006 on söömishäiretega patsientide arv TÜ Kliinikumi Psühhiaatria haiglas kasvanud seitsmekümnelt saja kuuekümmne üheksani (141%). Kuna varasemad uuringud muudes riikides kinnitavad, et aeroobikatreeneri käitumine ja välimus võivad anda klientidele tõuke endagi kehakaalu reguleerimiseks ning selleks mittekohase söömiskäitumise rakendamiseks (Jankauskiene *et al.*, 2005; Vogel, 2000c), oleks alust uurida, mil määral puutuvad Eesti aeroobikatreenerid kokku söömishäirete ajendite ja riskifaktoritega. Eestis senini sellesisulisi uuringuid läbi viidud ei ole. Vastavasisuliste mujal riikides läbi viidud uuringute tulemusi ei saa otseselt üle kanda Eesti tingimustele. Antud töö tulemused võimaldaks hinnata, kui suur on vajadus pakkuda treeneritele tervisliku toitumise ja kohase söömiskäitumise alast informatsiooni.

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Söömishäirete klassifikatsioon

Söömishäired on äärmusliku toitumiskäitumisega kaasnevad sündroomid, millega võib kaasneda psüühilise, füüsilise või sotsiaalse kohanemisvõime tõsine häirumine. Diagnostilise klassifikatsiooni (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ehk *DSM-IV*) andmetel on söömishäired *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ning atüüpilised söömishäired, mille näiteks võiks tuua liigsöömishäire (Bergin, Garfield, 1994; Psühhiaatria, 2000; RHK-10, 1999).

1.1.1. *Anorexia nervosa*

Anoreksia on tahtlikult esile kutsutud ja säilitatav nälgimisseisund. Vaatamata tugevale alakaalule ei soovi patsient siiski oma kaalu tõsta, kuna tunneb tugevat hirmu tüsenemise ees. Haigusele on iseloomulikud ka ülemäärane kehaline aktiivsus, tahtlik oksendamine ning lahtistite ja söögiisu vähendavate ainete ning diureetikumide kasutamine (Psühhiaatria, 2000; RHK-10, 1999). Samas on Lee (1993) oma töörühmaga näidanud, et kõikide etniliste gruppide anoreksiaga patsientidel ei ole hirmu tüsenemise ees. Ta toob näite, et Hiinas anoreksiaga patsientide seas läbiviidud uurimusest selgus, et neil oli kaalu langetamiseks hoopis muud põhjused (näiteks polnud osadel patsientidel lihtsalt isu). Seega tuleks nende arvates *anorexia nervosa* diagnoosimisel arvestada erinevates kultuurides erinevaid sümptomeid. Samale järeldusele jõudis oma töörühmaga ka Tareen (2005), kes uuris Suurbritannias elavaid asiaatidest anoreksiat põdevaid naisi ja leidis, et asiaatidel võivad anoreksiat põhjustada nn valge rassi esindajatest erinevad faktorid.

Anoreksiat peetakse kognitiiv-käitumusliku mudeli kohaselt õpitud käitumiseks. Esialgu alustatakse dieedi pidamist sooviga kaalu langetada ja saavutada sale kehakuju. Sellele järgneb tüüpiliselt positiivne kinnitus, tunnustus ja imetlus sõprade, kaaslaste poolt ning parem vastuvõtt sotsiaalsetes suhetes. Negatiivseks kinnituseks on otsene või kaudne ülekaalulisuse ja täidluse hukkamõist ühiskonna poolt. Kaalu langetamine võimaldab seda hukkamõistu vältida. Samuti tekitab näljatunne anoreksia puhul mõnikord meeldivaid elamusi (näljatunde kogemine pakub naudingut), pakkudes vahetut käitumist alal hoidvat kinnitust. Lisaks hoiavad anoreksiat alal tunnetusprotsesside muutused. Anorektik usub vaatamata oma madalale kehakaalule, et on ülekaaluline. Kehataju muutused hoiavad seda mittekohast uskumust alal ning hirmust

ülekaalulisuse ning sellega kaasneva hukkamõistu ees jätkatakse söömise piiramist (Silva, 1995).

Pidev kaalulangetamine toob endaga kaasa aga tõsiseid terviseprobleeme. Anoreksia puhul kahjustab näljutamine südant ja aju. Menstruaaltsükkel häirub, hingamine, pulss ja vererõhk langevad. Juuksed ja küüned muutuvad õhukeseks, nahk kuivab, muutub kollakaks ja kattub tiheda pehme karvastikuga. Keha temperatuur langeb ja patsiendil on pidevalt külm. Kaltsiumi kaod luudest on suured ja see võib põhjustada osteoporoosi. Kuna esineb ka psühhiaatrilisi haigusi (nt depressioon, ärrituvus, labiilsus), siis püsib alati suitsiidioht (www.mentalhealth.com).

Diagnostilisteks kriteeriumiteks peetakse seda, kui haigel on vähemalt 15%-line kehakaalu langus ning patsient ei soovi oma pikkusele ja vanusele sobivat kehakaalu saavutada või hoida. Haige tajub keha väärastunult ning tal on tugev hirm kaalu tõusu ees. Anoreksiat põdeval patsiendil ei esine mingit muud haigust, millega tema kõhnust seletada (Üldarsti käsiraamat, 1996; Van Ster Vallin, 1995). Kriitiliseks peetakse, kui KMI on 17,5 või veelgi madalam (Järv, 2005). Tekib amenorröa st vähemalt kolme järjestikuse menstruaaltsükli ärajäämine naisel, kellel on olnud menstruaatsioon (Psühhiaatria, 2000).

Anoreksiat põdevad patsiendid on võrreldes buliimiam haigetega rohkem enesesse tõmbunud ja perfektsionistlikumad (Casper, 1995). Haigust iseloomustab veel labiilsus, kergem ärrituvus ning unehäired (Van Ster Wallin, 1995). Probleemiks on ka õppimis- ja töötamisraskused, kontsentratsioonihäired, jõuetus ja meeleolu langus (Järv, 2005).

1.1.2. Bulimia nervosa

Buliimiat esineb söömishäiretest kõige sagedamini. Häire võib olla kestva *anorexia nervosa* tagajärg, kuid võimalik on ka vastupidine järjekord. Uurimustest on selgunud, et kuni 30% buliimiam haigetest võivad olla eelnevalt anoreksiat põdenud patsiendid (Dubek, 1987).

Buliimiaga patsiendid on haigust varjavad ja seega ei tea kõrvalseisvad inimesed tihtipeale, et nende lähedasel esinevad liigsöömishoold ja toitu väljutav käitumine. Neil paistab olevat suur söömistung ja nad võivad liigselt süüa mitmeid kordi päevas. Ülemäärane söömine on tihtipeale ette planeeritud. Toitu varutakse ohtralt ning see on kergesti neelatav, tihtipeale ka rasvane, pehme ja kõrge kalorisaldusega. Üks liigsöömissööst võib sisaldada 1 200 -11 500 kalorit.

Tavaliselt süüakse väga kiiresti, kõigest mõne minuti jooksul. Liigsöömise võib esile kutsuda ärritus, depressioon, pinge, tüdimus, alkoholi tarbimine, toidu meenumine, kanepi suitsetamine või väsimus. Nälg on söömise põhjuseks aga väga harva (Dubek, 1987).

Buliimia kognitiiv-käitumusliku mudeli kohaselt mängib buliimiat alalhoidva teguri rolli oksendamise ärevust vähendav toime. Häire aluseks on aga sageli muud psüühilised probleemid ja häired (näiteks depressioon, madal enesehinnang), häiritud kehataju, suhetega seotud probleemid ja stress. Madal enesehinnang põhjustab üleliigset muretsemist oma kehakuju ja kaalu pärast. Samaselt anoreksiaga loodetakse saledama kehaga saavutada imetlust, tunnustust, paremaid sotsiaalseid suhteid ning hoiduda tõrjutusest. See soov viib kehakaalu äärmusliku jälgimise ja dieedipidamiseni. Toidu piiramine viib liigsöömissööstude tekkeni, mis omakorda tekitavad ärevust ja süütunnet söödud suure koguse tõttu. Nende ebameeldivate emotsioonide vähendamiseks kasutatakse oksendamist, lahtisteid ja/või diureetikume, mis võimaldavad loota, et tarbitud energiat ei omastata. Toidu väljutamisest tekkiva süü- ja häbitunde tagajärjeks on aga enesehinnangu jätkuv langus ning pikemas perspektiivis muutub kirjeldatud protsess ennast ise alalhoidvaks nn nõiaringiks (Silva, 1995).

Haiguse diagnoosimine on väga keeruline. Tavaliselt peetakse diagnostiliseks kriteeriumiks seda, kui patsiendil on ilmnunud buliimiale iseloomulikke episoodide vähemalt kaks korda nädalas ja nii vähemalt kolm kuud järjest. Kuna buliimia haigetel on oksendamise tagajärjel tekkinud suured hammaste ja igemete kahjustused, siis peaksid hambaarstid oskama buliimiat identifitseerida (RHK-10, 1999).

Buliimia puhul on tõsisemad probleemid oksendamise ja lahtistite kuritarvitamise tagajärjel tekkinud kahjustused. Tavalised on elektrolüütide ainevahetuse häired, mille tagajärjel võib patsiendil esineda lihasnõrkust, krampe ning südame rütmihäireid. Oksendamine võib kahjustada süljenäärmeid ja söögitoru ning põhjustada kõhuvalusid ning iiveldust. Umbes 80% l buliimiahagetest esineb ka vaimse tervise häireid (Psühhiaatria, 2000; Psüühika ja käitumishäired, 1993).

1.2. Söömishäirete riskifaktorid

Rahvusvahelise *anorexia nervosa* ja sellega seotud häirete ühingu (*National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, ANAD*, 2000) andmetel on maailmas ligikaudu 7 miljonit söömishäirega naist ning ainult umbes 1 miljon meest. Seega on üheks oluliseks

riskifaktoriks sugu. Samuti on oluline vanus, kuna eriti on ohustatud puberteedialised ja noored naised. Näiteks anoreksia ilmneb esmakordselt tavaliselt just 13-18 aasta vanuses. Söömishäirete üheks riskifaktoriks on nimetatud ka puberteedi varajast algust.

Oluliseks peetakse nn sotsiaal-majanduslikku tausta. Arenenud maades ei ole söömishäirete levikul mingit vahet, kas tegu on nn rikka või vaese inimesega. Arvatakse siiski, et madala sissetulekuga inimestel võib rohkem esineda buliimiat. Ka on leitud, et viimast esineb rohkem linnainimeste seas. Söömishäirete esinemisel võib olla mingi seos ka andekusega, sest antud haigusega patsientidel on leitud keskmisest kõrgemaid IQ-tulemusi (*Eating Disorders*, 2004).

Sagedasteks riskifaktoriteks on depressioon ja ärevus (vt ülevaadet Godarta *et al.*, 2007). Arvatakse, et depressiivsed inimesed üritavad liigse söömisega maandada oma negatiivseid emotsioone (Stice, Agras, 1998). Simplicio (1995) leidis, et juba toidupaki avamine vähendab stressi ja nii kasutataksegi sageli söömist stressi leevendamiseks. Stice *et al.* (2004) uurimus Ameerika koolitüdrukute seas näitas üheselt, et depressiivsuse tõus tõstab buliimiale omaste sümptomite sagenemist.

Fitts *et al.* (1989) leidis, et 70% üliõpilastest on mingil määral oma kehaga rahulolematud, sealhulgas naised tunduvad rohkem kui mehed. Kuna söömishäirete oluliseks ajendiks on kehaga rahulolematuse (subjektiivne negatiivne hinnang oma kehakujule või kehaosale), siis on oluline välja selgitada, miks selline rahulolematuse tekib. Presnell *et al.* (2004) uurisid Ameerika Ühendriikides 238 poissi ja 293 tüdrukut, kelle keskmine vanus oli 17 aastat. Selgus, et enim mõjutas nende kehaga rahulolematust kaalutõus. Kõige rahulolematumad oma kehaga olid ülekaalulised noored. Kõige rahulolevamad poisid olid normaalkaalulised, tüdrukutest olid enim oma kehaga rahul aga alakaalulised neiud.

Promvalds (2006) uuris Eestis 342 inimest ($n = 177$, $m = 165$). Ta leidis, et naiste puhul on hirm oma keha kohta negatiivseid hinnanguid saada seda suurem, mida suurem on nende KMI. Grupis, kus soov- ja hetkekaalu vahe on alla 5kg, on kehaga rahulolematuse skoor madal. Seevastu grupis, kus soov- ja hetkekaalu vahe on 5 - 9kg, on naiste kehaga rahulolematuse oluliselt suurem. Promvalds leidis ka, et peale kolmekümnendat eluaastat tõuseb nii KMI kui kehaga rahulolematuse.

2001. aastal uuriti kahe Põhja-California erakooli tüdrukuid ($N = 231$) ja leiti, et kehaga rahulolematust põhjustab olulisel määral sotsiaalne surve olla sale. Selgus, et rahulolematuse

tõus viib omakorda rohkete dieedipidamisteni, see aga omakorda tõstab buliimiale omaste sümptomite esinemissagedust. Seega on tegu nn suletud ringiga (Stice, 2001; Stice, Bearman, 2001). Ka French (1995) oma tööruhmagaga leidis, et dieedi pidamise sagedus mõjutab väga olulisel määral vale kehataju tekkimist ja söömise kontrolli kaotamise kartust. Groesz ja Stice (2007) leidsid oma uurimuses aga seevastu, et dieedi pidamine ei põhjusta buliimiale iseloomulike sümptomite sagenemist.

Välja on toodud, et perel võib olla söömishäirete väljakujunemisel oluline roll. Kui vanemad ei suuda lapsele luua usaldavat ja turvalist õhkkonda, ootavad oma lapselt liiga palju või ei pööra jällegi talle piisavalt tähelepanu, siis see võib aidata kaasa lapse söömishäirete tekkele. Samas on oluliseks faktoriks ka peres eelnevalt leidunud söömishäire. Viimast seostatakse ka geneetiliste faktoritega, sest on leitud, et ühemunakaksikutel leidub sarnaseid söömishäireid. Samuti võivad hormonaalsed häired, mis mõjutavad stressi, heaolutunnet ja isu olla oluliseks söömishäireid põhjustavateks faktoriteks (*Eating Disorders*, 2004).

Tihti peetakse riskifaktoriks ka nn Lääne kultuurist päritolu. Gordon *et al.* (2002) leidis, et erinevate rasside naissooesindajad pidasid söömishäirete esinemist kõige tõenäolisemaks valge rassi esindajatel. Leitud on ka, et nn valge rassi naissoo esindajatel leidub võrreldes Aasia ja Afro-Ameerika naistega enam kehaga rahulolematust (Altabe, 1998; Wilson *et al.*, 1994).

Kui veel kümme aastat tagasi peeti nn Lääne kultuuri naissoo-esindajaid enim ohustatuks, kuna see kultuur peab erinevalt nn arenguriikidest ilu eelduseks saledat välimust, siis uuematest uurimustest selgub, et näiteks Araabia maades on kehaga rahulolematust ja häirunud toitumine Lääne riikidega samaväärne (Afifi-Soweid *et al.*, 2002). Samale järeldusele jõudis oma tööruhmagaga ka French (1997), kes uuris häirunud toitumist Minnesota Ülikooli erinevate etniliste gruppide esindajate seas. Ka 2006. aastal Türgi üliõpilaste seas läbi viidud uurimus näitas, et sealsetel noortel esineb söömishäireid nn Lääne riikide üliõpilastega võrreldes sarnasel määral (Kugu *et al.*, 2006).

French (1995) leidis, et ebatervislik kaalukontroll ei sõltu otseselt etnilisest päritolust, vaid tervisega seotud faktoritest nagu depressioon, alkoholi ja tubaka tarbimine, kehakaaluga rahulolematust ja madal enesehinnang. Samas pole korraldatud ühest samade vahendite ja meetoditega uurimust korraga nii nn arenenud- kui arengumaades (Soh *et al.*, 2006).

Massimeedia (televisioon, ajakirjad, ajalehed, raadio, filmid ja *Internet*) populariseerib modelle ja näitlejaid, kes on glamuursed ja saledad. Sellest ideest lähtuvalt korraldatud uurimusest selgus, et meelelahutussaadete (sh sport) rohke vaatamine põhjustab naiste seas rahulolematust oma kehakaalu ja ka pikkusega (Anderson *et al.*, 2001). Ka Tiggemann (2003) leidis, et nii ajakirjade lugemine kui ka televiisori vaatamine põhjustavad kehaga rahulolematust. Saledat kehaideaali populariseerisid aga eelkõige ajakirjad mitte televisioon. Sellest uurimusest selgus ka, et eriti vastuvõtlikud meedia survele on madala enesehinnanguga inimesed. Park (2005) leidis samuti oma töös, et ajakirjandus mõjutab väga olulisel määral saleduse ihalust.

Uuritud on ka erinevate saadete ja televiisori vaatamise aja seost kehaga rahulolematuse tekkega. Selgus, et televiisori juures veedetud aeg ei mõjuta kehaga rahulolematust. Samas mõjutab seda aga sellised saated nagu seriaalid, filmid, spordisaated, ja muusikavideod. Eriti oluliseks tuleb pidada viimast, mis põhjustab ka saleduse ihalust, mis on oluline tunnus *anorexia nervosa* määramisel (Tiggemann, Pickering, 1996). Carney ja Louw (2006) leidsid oma töös, et meedia mitte otseselt ei põhjusta patoloogilist söömiskäitumist, vaid mõjutab teisi faktoreid, mis aitavad kaasa söömishäirete kujunemisele.

Noored ise tunnetavad meedia survet suurel määral. Austraalias 925 (9-14a.) õpilase seas läbiviidud uurimusest selgus, et olenemata vanusest ja soost arvasid noored, et meedia populariseerib madalat kehakaalu (Lawrie *et al.*, 2006). Meedia ja iluideaalide kujunemise ning kehaga rahulolematuse tekke seoseid näitavad ka mitmed teised uurimused (Carney, Louw, 2006; Redican & Hadley, 1988; Vogel, 2000). Lootus, et modellid näeksid välja veidi „realistlikumad“ ja kehaideaalid meedias muutuksid, tundub hetkel pigem utoopiline (*Media Influences...*, 2006).

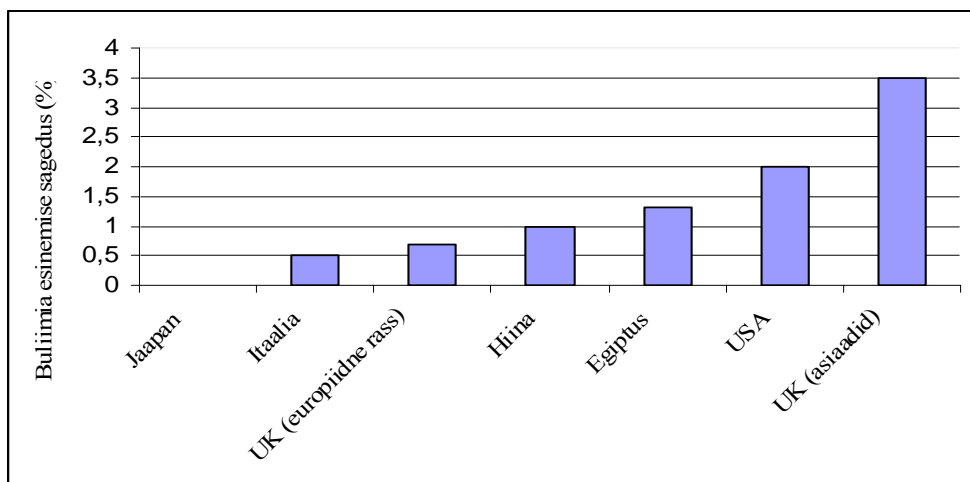
Osad uurijad usuvad, et söömishäired naiste seas võivad olla tingitud ka sellest, et neil on suur surve hakkama saada nn meestele orienteeritud maailmas. Seega üritavad nad saavutada nn ideaalse naise välimust, et viia oma kavatsused paremini ellu (Vogel, 2000-b).

Riskifaktoritena on veel välja toodud seksuaalne kuritarvitamine noorena (Kugu *et al.*, 2006), ema või isa surm, suuremas ohus on veel üksiklapsed ja üksikvanemate lapsed (Fernández *et al.*, 2007). Kokkuvõtlikult võib öelda, et söömishäireid põhjustavad kultuuriliste, perega seotud, emotsionaalsete ja personaalsete faktorite koosmõju. Seega ei saa väita, et söömishäiretel on ühene põhjustaja.

1.3. Söömishäirete esinemissagedus

Viimastel aastakümnetel on söömishäired muutunud Lääne riikides enim levinud noorte naiste vaimse tervise häireteks (Psühhiaatria, 2000). Enim esineb anoreksiat ja buliimiat (Vogel, 2000b). USA tervishoiu organisatsiooni A.D.A.M. andmetel (*Eating disorders*, 2004) on *anorexia nervosa* peale astmat ja ülekaalulisust sageduselt kolmas krooniline haigus noorte täiskasvanud naiste seas (0,5 - 3%). Erinevatel hinnangutel esineb söömishäireid 2 – 4% noortel naistel (Fairburn, Beglin, 1990; Striegel-Moore *et al.*, 2003). Vaimse tervise häirete seas on anoreksia suurima suremusega haigus üldse (Millar *et al.*, 2005).

Kuigi söömishäired esinevad sagedamini teismelistel ja noortel naistel, võib haiguse leviku tõusu märgata kõikides vanuserühmades (Vogel, 2000b). Fernstrom (2001) andmeil kannatab kogu maailma naistest buliimiat all 1,7-2,5%. Kõrgkooli naistudengitest vastab aga isegi kuni 10% *bulimia nervosa* diagnostilistele kriteeriumidele. Buliimseid sümptomeid esineb aga kindlasti veel palju sagedamini.



Joonis 1. *Bulimia nervosa* esinemissagedus protsentides erinevate riikide naiste seas (Soh *et al.*, 2006).

Buliimiat ja anoreksiat suhe on u 3:2, meeste ja naiste suhe aga 1:6 kuni 1:10 (Järv jt., 2004). Eestis konsulteerisid psühhiaatrid 1999. ja 2000. aastal vastavalt 71 ja 88 anoreksiaga patsienti (neist alla 18-aastaseid 10 ja 16) ning 99 ja 135 buliimiaga patsienti (1 ja 8). Vastava diagnoosiga naiste ja meeste suhe oli 18:1. Ilmnes ka, et haiglaravil viibinute arv kasvas 1997-st aastast 2000. aastani anoreksia puhul neljalt 15-le ja buliimiat puhul neljalt 18-le (Tekkel, 2002). SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatria haiglas 2000 – 2006.a. viibinud või nõustamisel käinud

söömishäiretega patsientide statistika on ära toodud Tabelis 1 (U. Juust, isiklik kontakt, 15.05.2007).

Tabel 1. SA TÜ Kliinikumis ambulatoorsel või statsionaarsel ravil viibinud söömishäiretega patsientide hulk ja proportsionaalne jaotus sugude vahel.

Ravitüüp	Aasta	Mehed (N)	%	Naised (N)	%
Statsionaarne					
	2006	11	9,8	101	90,2
	2005	6	6,5	87	93,5
	2004	5	8,8	52	91,2
	2003	9	23,7	29	76,3
	2002	5	9,1	50	90,9
	2001	8	18,2	36	81,8
	2000	5	12,5	35	87,5
Ambulatoorne					
	2006	10	17,5	47	82,5
	2005	9	18,0	41	82,0
	2004	7	17,1	34	82,9
	2003	6	17,6	28	82,4
	2002	12	30,8	27	69,2
	2001	3	16,7	15	83,3
	2000	5	25,0	15	75,0

Märkus. Tabel 1 on koostatud SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatriaigla analüütiku U. Juust (2007) andmete põhjal.

Pole teada, kas suurem diagnoositute arv on tingitud sellest, et tüdrukud satuvad sagedamini arsti vastuvõtule või on tõesti haiguse levik tunduvalt suurenenud.

1.4. Söömishäired ja füüsiline aktiivsus

Söömishäirete ja kehalise aktiivsuse vahelisi seoseid töid esmakordselt avalikkuse ette Yates, Leehey ja Shisslak 1980-ndate alguses. Sellest alates on antud teema olnud väga aktuaalne (Vogel, 2000-b).

Naissportlaste ja söömishäirete vaheliste seoste kohta on saadud väga erinevaid tulemusi. Mõned uurimused ei ole näidanud, et naissportlastel võiks olla suurem risk haigestuda söömishäiretesse (Crago *et al.*, 1985; Warren *et al.*, 1990). Samas teiste uurimuste tulemused näitavad, et kuna teatud spordialadel on sale välimus edu saavutamise eeliseks, siis näiteks esteetiliste spordialade sportlastel nagu sukeldujatel, iluuisutajatel, tantsutüdrukutel, võimlejal, baleriinidel, kujundujatel jt on suur oht haigestuda söömishäiretesse (Brooks-Gunn *et al.*, 1987; Davis, Cowles, 1989).

Rohked uurimused nais-harrastussportlaste seas näitavad, et naised on võrreldes meestega tunduvalt vähem oma kehaga rahulolevad (Davis, Cowles, 1991; Frederick, Morrison, 1996; Hallinan *et al.*, 1991). Nende enesehinnang on seotud kehataju (kuidas indiviid tunnetab oma enda keha) ja treenimisega. Treenimise positiivsed mõjud (naiste jaoks eelkõige kaalu langus) tõstavad nende enesehinnangut. Vormi saamine tähendab naiste jaoks seega eelkõige ideaalse kehakaalu saavutamist (Cash *et al.*, 1994; Davis, Cowles, 1991; Frederick, Morrison, 1996; Frederick, Shaw, 1995; Jankauskiene *et al.*, 2005; Markula, 1993; Redican, Hadley, 1988; Vogel, 2000-a; Vogel, 1999).

Paljud uurimused on näidanud, et ka aeroobika treeningutes osalevaid naisi motiveerib treenima eelkõige just kaalulangus ja väljanägemise parandamine, sest enamusel neist on tõsine mure oma kehakaalu pärast (Frederick, Shaw, 1995; Maguire, Mansfield, 1998, Markula, 1993). Aktiivselt aeroobika treeningutes osalevad naised on veendunud, et võimalikult madal keharasva sisaldus on füüsilise vormi ja hea tervise oluline komponent (Vogel, 1999).

Ühiskonna standardite kohaselt on nn tervislikkuse ja ilu ideaaliks ülimalt sale ja just optimaalse muskulatuuriga inimene. Kuigi realistlikult võiks fitnessi esindajaks olla igasuguse kuju ja suurusega esindaja, siis tegelikkuses see nii ei ole. Mitmed naiste fitness/tervise-ajakirjad propageerivad jõu arendamist, iseseisvust ja atleetlikkust. Samas kajastavad antud ajakirjad ka artikleid edukatest aeroobikaga tegelevatest naistest, kes väidavad, et nende edu pandiks on olnud just eelkõige kaalu langetamine. Ajakirjad palkavad modellideks väga madala kehamassiindeksiga modelle, isegi kui on juttu kehaga rahulolust ja sellest, et igasuguses suurusega kehas võib ja peabki inimene end tervislikuna tundma (Vogel, 1999).

Treenimine ilusa keha eesmärgil võib viia keha tajumise häireteni ja ka liigse mureni oma keha pärast (Davis, 1990). Liigne mure kaalu langetamise, keha taju ja treenimise pärast võib viia omakorda söömishäire või ületreenimiseni (Vogel, 2000-a).

Järgnevalt mõned näited, kus uurijad on leidnud, et naiste esmaseks treenimise motivaatoriks on soov kaalu langetada. Kaal ja hea väljanägemine olid treenimise motivaatoriteks nais-kolledži õpilaste seas (Cash *et al.*, 1994). Sarnasele järeldusele jõudis ka Penas-Lledo (2002) oma tööruhmagaga. Nad uurisid 174 meest ja 157 naist ja leidsid, et regulaarselt treenivatel naistel on võrreldes treenivate meestega tunduvalt suurem rahulolematuse oma kehaga. Samuti treenivad naised ja mehed erinevatel põhjustel. Kui mehed treenivad positiivse efekti (nt treenitus) nimel, siis naistel kaasub treenimisega ka negatiivseid efekte (kinnisidee kaalu langetamine suhtes).

Davis *et al.* (1990) uuris Kanadas (Ontarios) treeningute rolli kehakaalu reguleerimisel ja kehaga mitterahulolemise korral. Vaatlusalusteks oli 112 regulaarselt treenivat naissoo esindajat. Uuriti nende suhtumist treeningutesse, psühholoogilisi faktoreid, mis on seotud dieedi ja kaalukontrolliga ning füüsilist treeningut. Suur erinevus leidis söömishäirete sümptomite osas gruppide vahel, kes pidasid dieeti pidevalt või tegid seda harva. Rohkem kaalu kontrollivad naised treenisid tunduvalt enam.

Kuigi enamik uurimusi näitavad, et enesehinnang naistel treenimisega paraneb, siis on ka üksikuid vastupidiseid tulemusi (Davis, Cowles, 1991). See võib tuleneda sellest, et treenimisel saadud emotsioonid alandavad otseselt enesehinnangut, samas võib kasvada ka ärevus, kui tekib tunne, et nn ihaldatud kehakuju võib-olla ei saavutatagi (Vogel, 2000-a).

Treenimise ja söömishäirete seoseid on uuritud ka söömishäiretega patsientide seas. Juba üle kahekümne aasta tagasi (1983) leidsid Chan ja Kirkendal, et peaaegu 50% söömishäiretega naistest treenivad tugevalt. Tavaliselt käidi jooksmas hommikuti ja pealelõunati, aeroobika treeningutest võeti osa isegi 2 korda päevas. Kui mingil põhjusel jäi planeeritud treening ära, siis järgnes sellel masendus ja liigsöömine.

Kanadas, Toronto haiglas, vaadeldi hospitaliseeritud söömishäiretega patsiente ja samaealisi terveid naisi. Tulemused näitasid, et patsiendid olid füüsiliselt rohkem aktiivsemad, kui terved vaatlusalused. 78% patsientidest treenisid tugevalt, 60% olid võistlussportlased, 60% väitsid, et treenimine käib kaasas dieediga ning 75% haiglaravil viibinutest väitsid, et füüsilise aktiivsuse maht tõusis neil dieedi pidamise ajal tunduvalt (Davis *et al.*, 1990).

Teinegi Torontos läbiviidud uurimus näitas, et 50% buliimiaga ja 80% anoreksiaga patsientidest tegelevad intensiivselt treeningutega ja treenivad rohkem kui tervislik oleks. Anoreksia ja buliimia patsientide seas läbiviidud uurimusest selgus, et mida rohkem nad dieeti pidasid ja

kaalu langetasid, seda enam tekkis vajadus ka rohkemaks treenimiseks (Martica, Heaner, 2003). Ka Hart *et al.* (1989) uurimuse kohaselt on kehaline aktiivsus söömishäiretega patsientide seas vägagi populaarne. Uurimuses osales 161 buliimiaga patsienti, kellest 66% treenisid päevas vähemalt 30 minutit.

Duesund ja Skårderud'i (2003) sõnul treenivad ka anoreksiaga patsiendid meelsasti, kuigi treening iseenesest tuletab neile pidevalt meelde, et füüsiline aktiivsus aitab nn põletada kaloreid ja langetada kaalu.

1.4.1. Treenerite teadlikkus söömishäiretest

Treenerid ja teised sportlastega tegelevad isikud peavad olema teadlikud mõjutustest, mis võivad viia sportlase söömishäireteni. Treeneritel on oma sportlastele suur mõju, seega on neil oma hoolealuste söömishäirete ennetamisel kanda suur roll (Grandjean, 1991). Jones *et al.* (2005) toob näiteks ühe ujumistreeneri, kes mainis oma hoolealusele vaid korra, et see on ülekaaluline ja peaks oma kehakaalu reguleerima. Seepeale aga haigestus sportlane söömishäiresse.

Treeneri suurest mõjust oma sportlastele annab tunnistust ka Rosen'i ja Hough'i (1998) ühe kõrgkooli võimlejate seas läbiviidud uurimus, millest selgus, et 67%-le neist oli treener öelnud, et nad on liiga paksud. 75% nn paksuks tituleeritud sportlasest kasutasid edaspidi kaalu langetamiseks lahtisteid, diureetikume või muud ebatervislikku meetodit.

Biesecker ja Martz (1999) uurisid treeneri treeningmeetodite ja sõnadevaliku mõju sportlaste söömishäirete kujunemisele. Kahel tudengirühmal paluti kujutleda, et nad on ujumisvõistkonna liikmed, kes valmistuvad võistlusteks. Ühe rühma nn sportlastele rääkis treener, et kõige olulisem on treenimisest saadav heaolu ja et kaalu korrigeerimine aitab parandada nii enesetunnet kui ka sportlikku saavutust. Teisele rühmale aga teatati, et õige kaal on tõsine edu eeldus ja ainult õiges kaalus sportlane saab oma treeninggruppi aidata. Selgus, et teisel rühmal tekkis tunduvalt enam depressiivseid tundeid oma keha suhtes.

Kuna treenerid on olulised oma sportlaste füüsilise ja psühholoogilise tervise mõjutajad (Heffner *et al.*, 2003), siis annaksid treeneri haritus, teadmised ja õige sõnadevalik hea võimaluse aidata sportlastel käituda võimalikult tervislikult. Kahjuks võib aga leida ridamisi

uuringuid, mis näitavad, et treenerite teadlikkus söömishäiretest on ebapiisav, kuigi mainitud haigusega sportlastega on enamik treeneritest kokku puutunud.

Põhja-Carolinas uuriti 100 kolledži treeneri teadlikkust toitumisest. Taheti ka teada, kas nad on mingisuguseid toitumisalaseid soovitusi oma sportlastele jaganud ja kust nad üldiselt oma teadmisi saavad. 70% treeneritest vastasid toitumisalast teadlikkust uurivatele küsimustele õigesti, kuid vaid kolmandik oli oma vastustes täiesti kindel. 82% treeneritest polnud iial toitumisalaseid koolitusi läbinud. Enamus treeneritest arvasid, et kõige suurem viga toitumise juures on süüa nn rämpstoitu. Vaadates toitumisalaseid soovitusi, mida treenerid oma õpilastele jagasid, tuli ilmsiks, et treeneritele oleks väga vaja toitumisalaseid koolitusi ja teabepäevi (Corely *et al.*, 1990).

Põhja-Carolinas on läbi viidud teinegi samalaadne uuring. Turk *et al.* (1999) uuringu eesmärgiks oli teada saada, milline on kolledži treenerite teadlikkus söömishäiretest. Tulemusi loodeti kasutada treenerite koolitusprogrammide väljatöötamiseks ja tõhustamiseks. Küsimused jagati viide gruppi. Uuriti nende teadlikkust söömishäirete etioloogia, sümptomite, riskifaktorite, ennetamise ning ravi kohta. Küsimustiku täitsid 18 erineva spordiala 138 treenerit, kellest 96 olid mehed ja 41 naised. Ka see uuring näitas, et treenerid vajaksid korralikku koolitust, mis sisaldaks teavet kõigi antud häirete aspektide kohta. Samas 44,5% treeneritest väitsid, et nad on kunagi läbinud söömishäirete alase koolituse.

Vaughan *et al.* (2004) töö eesmärgiks oli uurida kergejõustiku treenerite kompetentsi aitamaks söömishäiretega sportlasi. Küsimustiku täitis 171 treenerit, kellest 59% olid mehed. 91% treeneritest olid kokku puutunud söömishäiretega naissportlastega, kuid ainult 27% treeneritest tundis ennast piisavalt kompetentsena söömishäire äratundmiseks ja ka sellega tegelemiseks. Vaid 38% treeneritest julges sportlaselt küsida, kas tal on kõne all olev häire. 59% vastanutest leidis, et kui treener julgeb sportlasega avameelselt haigusest rääkida, siis võib see kaasa aidata probleemile adekvaatse abi saamisel. Treeneritest 78% arvas, et nende kohustus on avastada oma õpilaste seas söömishäire ja 97% leidis, et nende roll on ka aidata söömishäirega sportlast. Peaaegu kõik (93%) treeneritest pidasid vajalikuks korraliku ennetusprogrammi välja töötamist sportlaste söömishäirete ennetamiseks.

Whitson *et al.* (2006) uurisid samuti Ameerikas, kuidas treenerid hindavad oma ettevalmistust avastamaks ja tegelemaks söömishäiretega. Küsitleti 1966 treenerit, kes jällegi leidsid, et nende ülesandeks on avastada oma sportlaste seas söömishäireid ja ka nendega tegeleda. Samas olid

nad veendunud, et nende teadmistest jääb väheseks ning nad vajavad täiendavaid söömishäirete alaseid koolitusi. Ka White (2006) leiab, et kõik sportlastega tegelevad professionaalid (sh treenerid ja managerid) peavad teadma söömishäirete sümptomeid ja oskama ka neid sportlaste seas märgata.

Erinevusi on ka erinevate spordialade treenerite vahel. Heffner *et al.* (2003) uuringust selgus, et võimlemistreenerid on võrreldes ujumis-, pesapalli-, kergejõustiku-, võrk-, ja korvpalli treeneritega tunduvalt kogenumad söömishäireid märkama ning nad tunnistavad ka, et nende hoolealuste seas leidub arvatavasti enam söömishäiretega sportlasi, kui teiste spordialade esindajatel. Samas selgus, et võimlemistreenerid avaldavad ka kaalu alandamiseks oma sportlastele enim survet.

1.4.2. Aeroobikatreeneri mõju klientuuri söömishäirete kujunemisel

Treenimise keskkond mängib olulist rolli, millise elamuse treenimisest saada. Osa naisi ei talu keskkonda, kus nn võisteldakse ideaalse keha saavutamise või kaalu langetamise nimel (Frederick, Shaw, 1995). Uurimused on ka näidanud, et rühmatreeningus tekkiv nn võistlusmoment võib enamikku naisi kaalu langetamiseks innustada (Marsh, Peart, 1988). Arvatakse, et rühmatreening mõjutab individuaaltreeningust enam kaalu langetamise soovi ja saleduse ideaalide kujunemist (Vogel, 2000b).

Aeroobikatreenerite ülesandeks on oma klientide harimine tervise ja fitnessi vallas, teavitada oma kliente, et vormis olek ei tähenda ilmtingimata seda, et tuleb olla ülimalt sale. Samuti ka seda, et piitspeenike treener ei ole teistest rohkem kvalifitseeritud ning et regulaarne keheline aktiivsus parandab tervist, samas range dieedi pidamine ja kaalu kontrollimine mõjuvad tervisele laastavalt (Vogel, 2002; Vogel, 1998; Frederick, Shaw, 1995).

Kui suur on aga treenerite vastutus mõjustamaks klientide keha tunnetust ja rahulolu oma kehaga? Selgub, et treenerid mõjutavad olulisel määral oma klientide kui ka kolleegide tervislikku või ebatervislikku käitumist. Peaaegu kõik Vogel'i (2000; 2002) vaatluse all olnud treeningutes osalevad naised tunnistasid, et nad võrdlevad oma keha treeneri kehaga ja oma käitumist treeneri käitumisega.

Uurimusest selgus, et teatud kliente motiveerib treeneri teadaanne, et rannahooaeg läheneb ja aeg on end vormi viia, samas teisi kliente kommentaar kaalu langetamise vajaduse ja keha

ideaali saavutamise kohta hoopis solvas. Seega peavad treenerid väga tähele panema, mida nad ütlevad. Kuna osadel treeningutes osalejatel on juba niigi negatiivne suhtumine oma keha suhtes ja nad tunnevad muret oma toitumise pärast, siis peavad treenerid erilist tähelepanu pöörama sellele, kuidas nad toitumisest ja väljanägemisest räägivad (Vogel, 2000c; Vogel, 2002). Ka Itaalias läbiviidud uurimusest selgus, et treeneri julgustus ja innustus dieedi pidamiseks oli suurim mõjutaja, mis viis klientide dieedi pidamiseni ja kaalu korrigeerimiseni (Jankauskiene *et al.*, 2005).

Seega võib sale ja üliaktiivne treener oma olemisega mõjuda madala enesehinnanguga klientidele väga negatiivselt ja nende enesehinnangut veelgi madaldada. Martica ja Heaner (2003) toovad näite, kus ideaalse kehaga treener ütles oma klientide kuulates, et ta tunneb end täna eriti paksuna. Tekib küsimus, kuidas selline teade võib mõjuda mitte ideaalkaalus või madala enesehinnanguga klientidele.

1.4.3. Surve aeroobikatreenerile

College and University Physical Education Council kohaselt on tervisega seotud treeneritel kui tervisliku eluviisi eestvedajatel kohustus hoida end tervisliku treenimisega heas füüsilises vormis. Tervisliku füüsilise vormi säilitamine on igati õigustatud nõue kõigile, kes tegelevad füüsilise aktiivsuse propageerimisega ja teiste treenimisega, kuna nad on oma klientidele eeskujudeks (*Physical Activity*, 2002).

Antud töövaldkonna esindajad peavad olema oma eriala ideaalideks ja seega hoidma end vormis, et edendada ühiskonnas üldist aktiivse eluviisi süvendamist (Cardinal, 2001). Treenerite regulaarne tervislik treening aitab kaasa ka klientuuri ja noorte tervisliku treenimise arendamisele. 1996. aasta uurimuse kohaselt on treenerid ja õpetajad suurimateks eeskujudeks noortele peale nende vanemate (*Physical Activity*, 2002).

Kirjanduse põhjal võib teha kokkuvõtte, et füüsiliselt vormis treener on teiste jaoks iidoliks. Cardinal (1995) üritas selgitada, kui heas vormis tegelikult treenerid on. Tulemused näitasid, et näiteks kardiorespiatoorne võimekus treenerite ja kontrollgrupi (esmakursuslased) vahel ei erinenud. Kindlalt võib ka väita, et treenerite ülekaalus on Ameerika Ühendriikides laialdaseks probleemiks (Melville, Cardinal, 1988).

Uurimuste tulemused on näidanud, et füüsilise vormi säilitamist peavad vajalikuks ka treenerid ise, kuigi sageli võib kohata suhtumist: „käitu minu sõnade, mitte minu tegude järgi“ (*Physical Activity*, 2002).

Ameerikas oli ühe töö eesmärgiks vaadelda Michigani Tervise, Füüsilise Hariduse, Karastuse, Rekreatsiooni ja Tantsu Assotsiatsiooni (*HPERD*) professionaalide füüsilist aktiivsust ja kehakaalu. Selgus, et 83% treenereist olid aktiivsed ja 17% inaktiivsed. KMI kohaselt olid 6,8% alakaalulised, 52,6% normkaalulised, 32,1% ülekaalulised ja 8,5% rasvunud. Treenerite suhtumine sellesse, et nad peavad olema oma välimusega eeskujuks sõltus suuresti sellest, millise KMI-i ja kehalise aktiivsuse astmega treener ise oli. Füüsiliselt aktiivsed ja madala KMI-ga treenerid leidsid tunduvalt enam, et nad peavad oma välimusega olema oma klientidele ideaaliks (Cardinal, 2001; Cardinal, Cardinal, 2001).

Samale järeldusele on jõutud ka teistes uurimustes. Saledad treenerid leiavad, et oma vormis välimusega suudavad nad oma kliente/õpilasi tunduvalt enam mõjutada treeningutes osalema. Samas enamik *HPERD* liikmetest tundsid, et nad peaksid hoidma teatud tervisliku keha rasvasisalduse protsenti. Üle poole vastanutest arvas ka, et kõik tudengid peaksid enne treeneri litsentsi kaitsmist sooritama terviseiga seotud fitness-testi (Cardinal, Cardinal, 2003; Cardinal, Cardinal, 2001).

Melville ja Maddalozzo (1988) uurisid õpilaste arvamust, millises vormis peaks kehalise kasvatusõpetaja või treener olema ja kuidas füüsiline vorm üldiselt mõjutab nende õppimise efektiivsust. Õpilased leidsid, et kui kõik muud näitajad on võrdsed, siis füüsiliselt vormis õpetajad on efektiivsemad võrreldes mitte vormis ja ülekaaluliste õpetajatega. Vormis õpetaja on nende hinnangul parem eeskuju, tal on kindlasti paremad teadmised ning ta motiveerib noori rohkem liikuma.

Milline peaks aga välja nägema üks aeroobikatreener? Vogel (1999) leidis, et klientuur eelistab siiski saledat treenerit. Ülekaaluline treener ei suuda antud uurimuse andmetel kliente piisavalt motiveerida. Treenijatel tekib küsimus, et kui treener ise ei suuda treeninguga nn vormi saavutada, siis mida mina veel siis mõttetult vaeva näen. Treenerid tunnetasid ka ise tugevat survet olla sale, kuna nad kuulevad sageli kliente omavahel tüsedamaid treenereid kritiseerimas.

Melville (2006) leiab aga, et ei saa aga üheselt väita, et treener/õpetaja peab oma õpilaste või klientide motiveerimiseks olema üliheas vormis. Kui osasid noori võib selline treener

motiveerida, siis vähem võimekad võivad aga vastupidi karta treeningtunde. Nähes enda ees ideaalse vormiga treenerit ja teades, et ise pole võimeline sellist vormi saavutama, võivad nad treeningutes end ebameeldivalt tunda või hoopis tunde vältida. Ideaalne treener naudib liikumist ja tervislikke eluviise, ta tunneb end oma kehas hästi ja enesekindlalt. Hea väljanägemine ei tohi muutuda kinnisideeks, mille nimel nähakse vahetpidamata vaeva. Seega vastates küsimusele, kui heas vormis peab olema treener/õpetaja, tuleks mõelda eelkõige sellele, milline treenimine ja vormisolek on tervislik. Treeneri/õpetaja eesmärk peaks olema iga inimese julgustamine, et ta saavutaks parima vormi läbi tervisliku treenimise. Oluline on ka see, et treenija naudiks oma treeninguid.

Sarnase tulemuse sai oma uurimuses ka Vogel (1998). Selgus, et mõned kliendid eelistasid treenerit, kes oleks vormis ja näeks välja nagu meedias kajastatav ideaal, teised aga soovisid, et treener oleks suurem ja näeks ka atleetlikum/lihaselisem välja.

Seega võib olla arenenud riikides, kus ülekaalulisus on suureks probleemiks, õigem palgata klubidesse erineva kehakaaluga treenereid. See tooks ka rohkem ülekaalulisi saalidesse. Seda taktikat on proovinud mõned Hollywoodi klubid ja see on andnud väga positiivse tulemuse. Saalidesse on tulnud ülekaalulised inimesed, kes tunnistavad, et saleda treeneri tundi nad kindlasti läinud ei oleks (Martica, Heaner, 2003).

Melville ja Cardinali (1997) töö eesmärgiks oli selgitada, kas füüsiliselt aktiivsetel ja heas füüsilises vormis olevatel treeneritel on parem võimalus leida tööd. Uuring viidi läbi Washingtoni osariigis. Üritati leida vastust, kas töö saamisel on olulisemad akadeemilised teadmised või füüsiline vorm. Leiti, et kui on valida keskmiste teadmistega vormis õpetaja ja üle keskmiste teadmistega, aga 5,5 kg ülekaalulise õpetaja vahel, siis 59% tööandjatest eelistaks esimest varianti. 82% tööandjatest valiks keskmiste teadmistega ja vormis treeneri ja jätaks üle keskmiste teadmiste ja 10 kg ülekaalulise õpetaja tööta. 56% tööandjatest valiks tööle alla keskmiste teadmistega ja vormis treeneri ja jätaks 10 kilogrammise ülekaalu ja keskmiste teadmistega õpetaja tööta. See uuring näitas üheselt, et isegi kerge ülekaal vähendab treenerite töö saamise võimalusi.

Vogeli (1999) uurimus näitas, et ka treenerid ise tunnetavad, et ülekaalulistel treeneritel on sõltumata teadmistest ja haridustasemest raskem tööd saada. Ka Cardinal, Cardinal (2001) uurimusest aeroobikatreenerite seas selgus, et enamik (85,8%) vastanutest oli nõus sellega, et füüsiliselt aktiivsetel treeneritel on suurem võimalus saada tööd ja teha edukat karjääri.

1.4.4. Söömishäired aeroobikatreenerite seas

Ameerikas levivad nn fitness-klubides söömishäired väga ohtralt. Kahjuks on aga aeroobikatreenerite seas levivad söömishäired ja ületreening nn varjatud saladuseks. Anoreksiat põdevad patsiendid on väga salatsevad ja nende haigus võib ilmsiks tulla väga hilja. Ka söömishäireid põdevad treenerid paistavad tihtipeale välja kui tervise- ja iluideaalid. Kuidas selline vorm aga saavutatud on, jääb tihtipeale saladuseks (Martica, Heaner, 2003).

Olson *et al.* (1996) uurisid 30 aeroobikatreeneri võimalikke söömishäireid. Selgus, et 23% ($N = 7$) vaadeldud treeneritest oli põdenud buliimiat ja 17% ($N = 5$) anoreksiat. Ühtekokku 40%-l treeneritest oli minevikus esinenud mingi söömishäire. Kõigil kolmekümnel vastanul esinesid anoreksiaga patsientide omadega võrreldavad vastused kehaga rahulolematuses, kõhnumise soovis ja perfektsionismis. Uurijad leidsid ka, et alla kolmekümne aastastel aeroobikatreeneritel esineb rohkem kehaga rahulolematust võrreldes vanemate treeneritega, vaatamata sellele, et esimestel oli tunduvalt madalam rasvaprotsent.

Rootsis uuriti aeroobikatreenerite treenimisharjumusi, kaalukontrolli käitumist, suhtumist kehakujusse, söömishäirete olemasolu ja menstruaaltsükli regulaarsust. 57% vaatlusalustest treenisid 5,5 tundi nädalas. 35%-l oli eelnevalt esinenud söömishäireid, enamasti 15-17 aastasel. Probleem kestis keskmiselt 5-7 aastat ja ainult 20% nendest olid täielikult paranenud. 11%-l treeneritest leidis siiani söömishäireid. Kogu grupil leidis seos tugeva treenimise ja kaalulangetamise soovi seas. Treenerid, kellel oli ka hetkel söömishäired, treenisid rohkem kui need, kellel polnud kunagi söömishäireid esinenud (Hoglund, Normen, 2002).

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

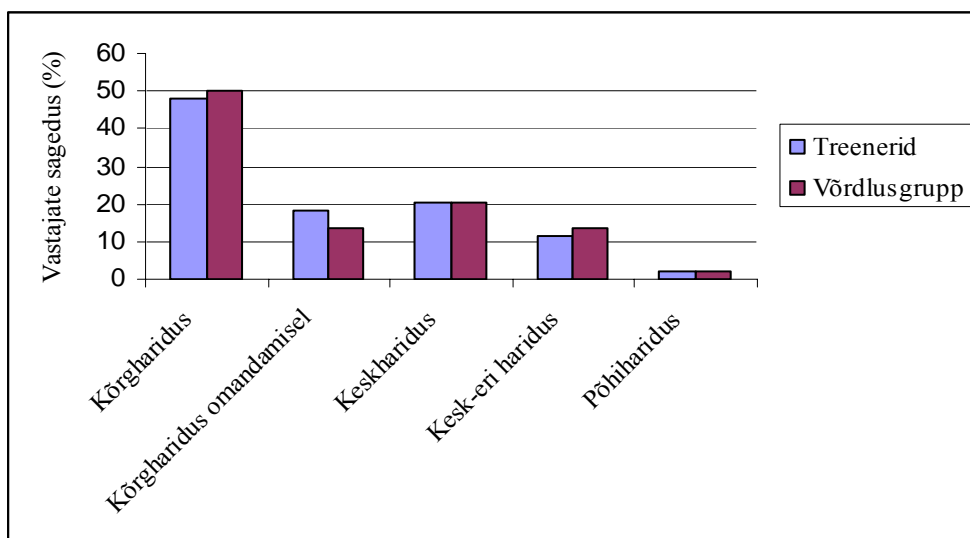
Antud töös püstitati eesmärgiks välja selgitada, kas aeroobikatreenerite seas ilmneb võrreldes võrdlusgrupiga enam kehaga rahulolematust ja patoloogilist kaalukontrolli. Eesmärgi saavutamiseks seati järgnevad ülesanded:

1. Uurida, kas treenerid tunnetavad võrreldes võrdlusgrupiga suuremat välissurvet (meedia, pere, sõbrad, tööandja) oma kehakaalule.
2. Selgitada, kas KMI suurus mõjutab oma välimusega rahulolu või kaalulangetamissoovi.
3. Uurida, kas treenerid ja võrdlusgrupp peavad dieeti kaalu langetamise eesmärgil sarnasel määral.
4. Selgitada, kas treenerite ja võrdlusgrupi arvates peaks aeroobikatreener olema sale.

3. METOODIKA

3.1. Valim

Vaatlusalusteks olid Eesti aeroobikatreenerid (edaspidi treenerid). Välja saadetud 200-st küsimustikust tagastati 44 (n = 38, m = 6) ankeeti. Vastajate keskmiseks vanuseks oli $27,7 \pm 6,3$ aastat (n = 28,4; m = 23,7). Võrdlusgrupp moodustati samast arvust mitte-treeneritest ja mitte-sportlastest, kes olid samaealised (n = 28,7; m = 23,7) ja sarnase haridustasemega (Joonis 2).



Joonis 2. Treenerite ja kontrollgrupi haridustaseme võrdlus.

3.2. Küsimustik

Andmete kogumiseks koostati ankeetküsimustik, mis koosnes kuuest eraldiseisvast küsimustikust (Lisa1).

1. Üldküsimustik (Promvalds, 2006), millega on võimalik mõõta katseisikute:

- rahulolu oma kehakuju ja kehakaaluga (Faktor 1);
- üldisi toitumisharjumusi (Faktor 2);
- teiste arvamus olulisust kehaga rahulolul (Faktor 3);
- hõivatust toidust (Faktor 4).

Käesolevas töös kasutati Faktorit 1 ja 3. Esimene faktor näitab seda, kui võrd oma keha suhtes rahulolematust üles näidatakse. Mida kõrgem skoor antud faktoris, seda vähem on inimene oma

kehakaalu ja -kujuga rahul. Kõrgema skooriga katseisik peab ennast ülekaaluliseks ning on arvamusel, et ta peaks pidama dieeti. Kolmas faktor võtab kokku selle, kuivõrd inimene kardab, et teised annavad tema kehale negatiivse hinnangu. Kõrgem skoor näitab, et ollakse mures selle üle, mida tema kohta arvatakse, häbenetakse oma keha ning üritatakse seda teiste eest varjata.

2. Tajutud Sotsiaalse Surve Skaala (TSSS; Stice, Agras, 1998) hindab, mil määral inimene tunnetab sõprade, perekonna, meedia ja koolikaaslaste survet oma kehakaalule ning nendepoolset survet kaalu alandamiseks. Tajutud survet hinnatakse kuuepallisel skaalal (kõrgem skoor näitab suuremat tajutud survet).

3. Iluideaali Internaliseerimise Skaala (IKSS; Stice, Agras, 1998) – küsimustik, mille põhjal on võimalik hinnata, mil määral on inimene võtnud omaks ühiskonnas levinud iluideaalid ja mil määral ta samastab end nende ideaalidega.

4. Rosenbergi Enesehinnangu Küsimustik eestindatud versioon – RSES-SISE (Pullmann, Allik, 1999; Rosenberg, 1965) mõõdab, mil määral inimene end väärtustab, kas ta on iseenda ja oma eluga rahul. Väiteid hinnatakse 5-pallisel skaalal. Küsimustikku on maailmas väga laialdaselt kasutatud, kuna ta on lühike ja tänu sellele saab küsimustikust teha kiiresti kokkuvõtteid.

5. Sotsiaalse Toetuse Küsimustik (STK) Tomberg *et al.* (2005) kohandatud versioon Sarason *et al.* (1987) versioonist. Küsimustikus hindab vastaja subjektiivselt, kes on tema elus need inimesed, kellelt ta saab kõige enam vajaduse korral tuge ja abi, kes hoolib temast ja armastab teda kõige enam. Hinnatakse, kes aitab kõige enam närvipingest vabaneda ja kes vajadusel lohutab. Samas peab vastaja andma ka 6-palli süsteemis hinnangu, kuidas ta hindab seda armastust, hoolivust ja lohutust. Skooride summeerimisel saab hinnata inimese rahulolu sotsiaalse toetusega (mida kõrgem skoor, seda suurem rahulolu).

6. Söömishäirete Diagnostiline Skaala (SHS) (Akkermann & Herik, 2007) hindab võimalikke söömishäireid. Kuna ankeet on hetkel veel väljatöötamisel, siis kasutati selles töös ankeedi üksikküsimusi teistest küsimustikest saadud vastuste kontrollimiseks.

3.3. KMI

Kehakaalu hinnati kehamassiindeksi (KMI) abil, mis on üheks kasutatavaimaks kehakaalu ja pikkuse suhte hindamise viisiks. Selle valem on: $KMI = \text{kehakaal (kg)} : \text{pikkus (m)}^2$. KMI alla 18,5 loetakse alakaaluks, 18,5-24,9 on normkaal, 25,0-29,9 mõõdukas ülekaal, 30-34,9 ülekaal ja üle 35 KMI korral on tegemist rasvtõvega (WHO, 2006). Vuori, Taimela (1998) andmetel algab normaalkaal 20,0-st. KMI on pöördvõrdeliselt seotud kehaga rahuloluga – mida väiksem on KMI, seda rohkem on inimesed oma kehaga rahul (Markey, Markey, 2005). KMI suurus on seotud ka kaalulangetamise katsetega – mida suurem on KMI, seda rohkem üritatakse oma kaalu alandada (Hjartåker *et al.*, 2005).

3.4. Andmete statistiline töötlus

Andmete analüüsimisel kasutati andmetöötlusprogramme Excel ja STATISTICA 7.0. Keskmiste väärtuste võrdlus toimus *Student'i t* – kriteeriumi alusel, ühel juhul kasutati ka andmete töötluks *Shapiro-Wilk* testi.

4. TÖÖ TULEMUSED

4.1. Üldandmed

Treenerite ja võrdlusgrupi vanuste, pikkuste, kehakaalu ja KMI võrdlused on äratoodud Tabelis 2. Naistreenerite kehakaal oli võrdlusgrupi naisesindajate kehakaalust statistiliselt oluliselt madalam ($p < .05$). Sarnane erinevus ilmnis naisesindajatel ka KMI suhtes ($p < .05$).

Tabel 2. Treenerite ja võrdlusgrupi üldandmed.

	Vanus (a)	Pikkus (cm)	Kehakaal (kg)	KMI
Vaatlusalused	$M \pm SD$	$M \pm SD$	$M \pm SD$	M
Treenerid	$27,7 \pm 6,3$	$169,8 \pm 7,5$	$61,1 \pm 10,9$	21,1
Naised	$28,4 \pm 6,5$	$167,7 \pm 5,0$	$57,9 \pm 6,7^*$	20,6*
Mehed	$23,7 \pm 2,7$	$183,2 \pm 7,2$	$81,2 \pm 11,2$	24,1
Võrdlusgrupp	$28,0 \pm 7,0$	$170,5 \pm 7,2$	$64,2 \pm 10,2$	22,0
Naised	$28,7 \pm 7,2$	$168,9 \pm 6,3$	$62,5 \pm 9,5^*$	21,9*
Mehed	$23,7 \pm 2,9$	$180,5 \pm 3,3$	$74,8 \pm 7,6$	22,9

Märkus. $N = 44$, $n = 38$, $m = 6$. M – keskmine väärtus, SD – standardhälve. * - statistiliselt oluline erinevus ($p < .05$) naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate vahel.

4.2.KMI seos keha ning kehakaaluga rahuloluga

Võttes aluseks, et normaalkaal algab KMI 18,5-st (WHO, 2006) selgus, et alakaalulisi naistreenereid oli 10,5% (4 naist) ja alakaalulisi võrdlusgrupi naisesindajaid 7,9% (3 naist). Normaalkaalulisi naisi oli vastavalt 86,9% (33 naist) ja 78,9% (30 naist). Mõõdukas ülekaalus oli 2,6% ehk 1 naistreener ja 13,2% ehk 5 võrdlusgrupi naisesindajat. Tabel 3 iseloomustab vaatlusaluste jagunemist ala-, norm- ja mõõduka ülekaalu vahel, võttes aluseks, et normaalkaal algab 20,0-st (Vuori, Taimela, 1998).

Tabel 3. Treenerite ja võrdlusgrupi liikmete jagunemine ala-, normaal- ja ülekaalulisteks KMI alusel.

Vaatlusalused	Alakaal		Normaalkaal		Mõõdukas ülekaal	
	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>
Treenerid	40,9	18	52,3	23	6,8	3
Naised	47,4	18	50,0	19	2,6	1
Mehed	0	0	66,7	4	33,3	2
Võrdlusgrupp	29,5	13	59,1	26	11,4	5
Naised	34,2	13	52,6	20	13,2	5
Mehed	0	0	100,0	6	0	0

Märkus. *N* (liikmete arv) = 44, n = 38, m = 6. KMI: < 20 – alakaal; 20 - 25 – normaalkaal; 25 – 30 – mõõdukas ülekaal; 30 - 35 – ülekaal; > 35 – rasvtõbi.

Võrreldes naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate rahulolu oma kehakuju ja -kaaluga selgus, et treenerid on oma kehakaalu ja -kujuga tunduvalt enam rahulolevad ($p < .05$).

Võttes aluseks, et normaalkaal algab 20,0-st hinnati ala-, norm- ja mõõdukalt ülekaaluliste naiste rahulolu oma kehaga. Alakaalulised naised leidsid keskmiselt, et nad on enamasti oma kehaga rahul, normaalkaalulised naised mõnikord/tihti ja ülekaalulised mõnikord. Võrreldes ala- ja normaalkaalulisi naisi selgus, et alakaalulised naised olid oluliselt enam oma kehaga rahul ($p < .001$). Alakaalulised treenerid hindasid oma keha normaalkaaluliste treeneritega võrreldes samuti kõrgemalt ($p < .05$). Sarnane erinevus ilmnes ka alakaaluliste ja normaalkaaluliste võrdlusgrupi naisesindajate vahel (Tabel 4).

Sarnaselt uuriti ka vaatlusaluste rahulolu oma kehakaaluga. Alakaalulised naised olid oma kehakaaluga oluliselt enam rahul võrreldes normaalkaaluliste naistega ($p < .05$). Alakaalulised naistreenerid olid võrreldes normaalkaaluliste treeneritega samuti tunduvalt rohkem oma kehakaaluga rahulolevamad ($p < .001$). Statistiliselt olulist erinevust võrdlusgrupi ala- ja normaalkaaluliste naiste vahel ei esinenud.

Tabel 4. Naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate rahulolu oma keha ja kehakaaluga.

	Alakaalulised KMI ≤ 19,9	Normaalkaalulised KMI 20,0-24,9	Ülekaalulised KMI ≥ 25,0
Vaatlusalused	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
Rahulolu kehaga			
Treenerid	3,8**	2,6**	2,1
Võrdlusgrupp	3,6*	2,7*	1,8
Rahulolu kehakaaluga			
Treenerid	3,6**	2,8**	2,0
Võrdlusgrupp	3,2	2,9	1,8

Märkus. *M* – keskmine väärtus (5 – alati, 4 – enamasti, 3 – tihti, 2 – mõnikord, 1 – harva, 0 – mitte kunagi). ** - statistiliselt oluline erinevus ($p < .001$ kehakaaluga rahulolu korral ja $p < .05$ kehaga rahulolu korral) alakaaluliste ja normaalkaaluliste treenerite vahel, * - statistiliselt oluline erinevus ($p < .05$) võrdlusgrupi ala- ja normaalkaaluliste naisliikmete vahel.

Jagades naised nooremaks (< 29 a) ja vanemaks (30 a <) grupiks, selgus, et kahe vanuselise rühma vahel KMI-s antud töös olulisi erinevusi ei leidunud. Erinevusi ei olnud vanusgruppides ka kehaga rahulolematuses ega dieedi pidamise sageduses. Samuti ei leidunud keha ja kehakaaluga rahulolematuses erinevusi erineva haridustasemega uuritavate seas.

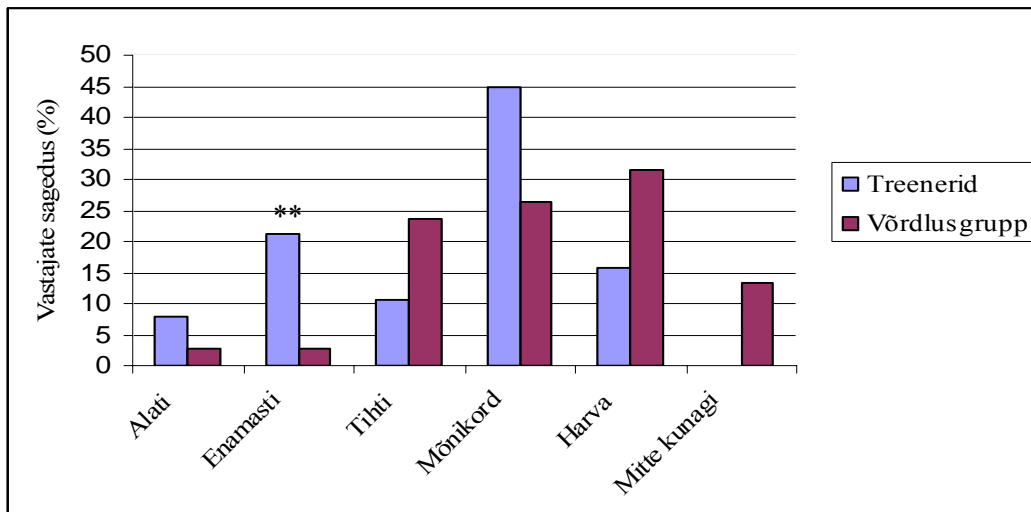
Vaadeldes kehaga rahulolu treenerite seas, kes treenisid 1-5 tundi, 6-10 tundi, 11-15 tundi või 16-20 tundi nädalas, selgus, et enim olid oma kehaga rahulolevad need treenerid, kes treenisid 11-15 tundi. Vähem treenivad treenerid olid oma keha suhtes rohkem kriitilised. Üle kümne tunni ja alla kümne tunni treenivate treenerite rahulolu vahel esines ka statistiliselt oluline erinevus ($p < .05$), erinevus ilmnis ka ainult naistreenereid vaadeldes ($p < .01$).

4.3. Kehakaalu jälgimine

Naissoost aeroobikatreenerite hetke kehakaal oli nende soovkaalust 3,9kg suurem, võrdlusgrupi naistel 4,9kg suurem ($M = 4,3$ kg). Meestreenerid soovisid olla keskmiselt 3,4kg raskemad, võrdlusgrupi mehed aga 1,2kg raskemad ($M = 2,3$ kg).

Vastates küsimusele, kuivõrd oluline on kaalu jälgimine, hindasid treenerid ($M = 2,6$; mõnikord/tihti) kaalu jälgimist tunduvalt olulisemaks kui võrdlusgrupp ($M = 1,8$; harva/mõnikord; $p < .01$). Sarnane erinevus ilmnis ka naistreenereid ja võrdlusgrupi

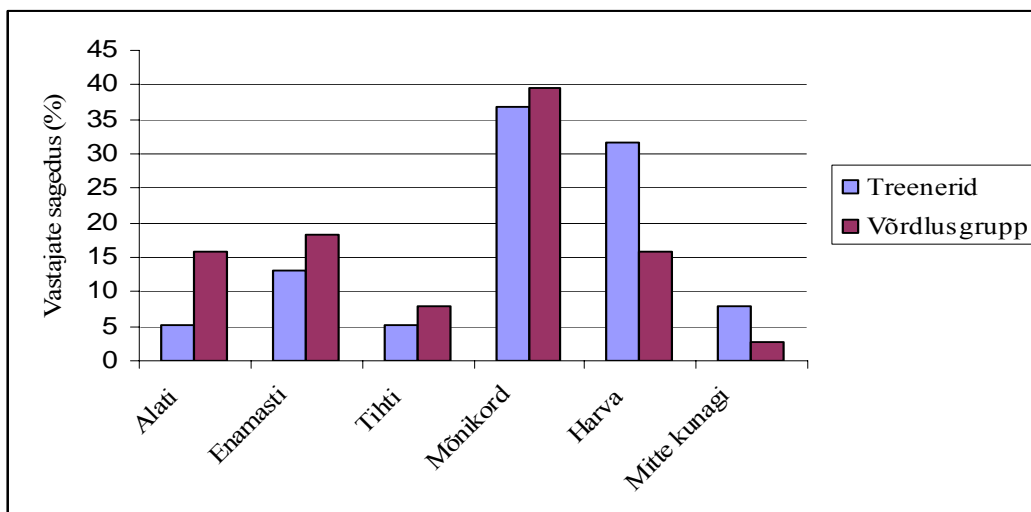
naisliikmeid uurides. Kaalu jälgimine on alati või enamasti oluline 29,5%-le treeneritest ja 4,6%-le võrdlusgrupi esindajatest. Kaalu jälgimise olulisuse erinevusest naistreenerite ja võrdlusrühma naissoo esindajate kohta annab Joonis 2.



Joonis 2. Kaalu jälgimise olulisus naistreenerite ja võrdlusgrupi esindajatel.

Märkus. ** - $p < .01$ võrreldes võrdlusgrupiga

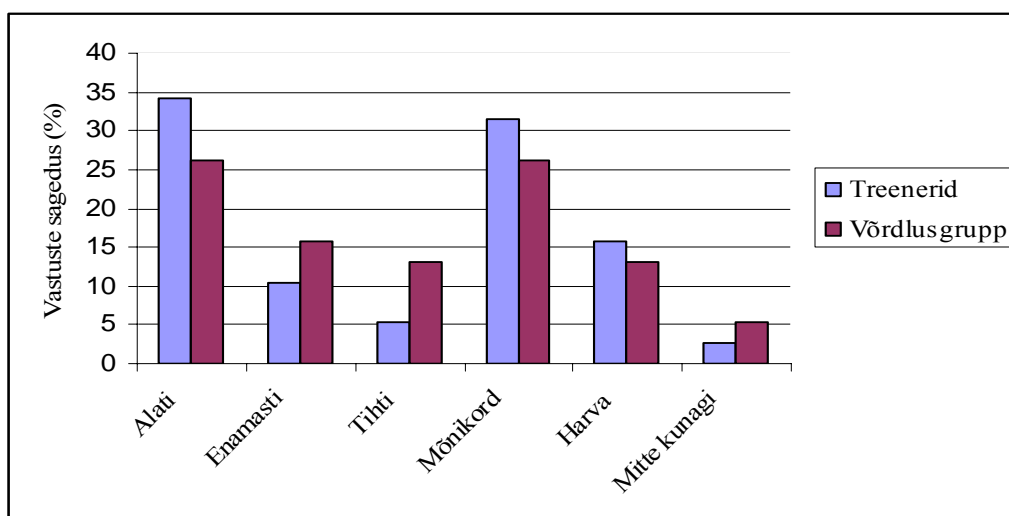
Võrdlusgrupi naised tundsid võrreldes naistreeneritega tunduvalt sagedamini soovi kaalu langetada. Alati või enamasti tunneb 18,2% treeneritest soovi oma kaalu langetada, võrdlusgrupist soovib sama 29,5%. Naistreenerite ja naissoost võrdlusgrupi esindajate võrdlus on toodud Joonisel 3.



Joonis 3. Naistreenerite ja naissoost võrdlusgrupi esindajate kaalu langetamise soovi sageduse jaotus.

Dieeti kaalu langetamise eesmärgil on pidanud 50% naistreeneritest ja 47,7% võrdlusgrupi naisliikmetest. Viimasel poolel aastal on pidanud naistreeneritest dieeti 31,6% ja võrdlusgrupi naisesindajatest 15,8%. 13,2% (5 naist) naistreeneritest üritab vähemalt korra kuus saleneda, sama üritab 7,9% (3 naist) võrdlusgrupi esindajatest. Mehed pole kaalu langetamiseks viimase poole aasta jooksul dieeti pidanud. KMI ja dieedi pidamise sageduse vahel puudusid statistiliselt olulised erinevused.

Kehakaal mõjutab alati või enamasti enesehinnangut 18,2%-dil võrdlusgrupi liikmetest kui ka treeneritest. Kaalulangus teeb alati või enamasti õnnelikuks 40,9% treeneritest ja 36,3% võrdlusgrupi liikmetest. Naissooesindajate võrdlus on toodud Joonisel 4.



Joonis 4. Võrdlus naistreenerite ja võrdlusgrupi naiste vahel: kaalu langus teeb õnnelikuks.

4.4. Ebatervislik kaalukontroll

Söömiskäitumine oli normaalsest kõrvalekaldunud kuuel naistreeneril (liigsöömishood) ja ühel võrdlusgrupi naisesindajal. Seega esines tunduvalt rohkematel naistreeneritel kõrvalekaldumist normaalsest söömisest võrreldes võrdlusgrupi naisesindajatega ($p < .05$). Samas puudus normaalsest söömiskäitumisest kõrvalekaldujail toitu väljutav käitumine.

Kaalu langetamise eesmärgil on kunagi elus kasutanud nn äärmuslikke meetodeid 6 võrdlusgrupi naisliiget: 3 kasutas lahtisteid, 2 diureetikume ja 1 söögiisu vähendavaid preparaate. Treeneritest kasutas vaid 1 naistreener kaalu alandamiseks lahtisteid. Seega kasutas tunduvalt enam võrdlusgrupi naisliikmeid nn äärmuslikke kaalualandamise meetmeid võrreldes naistreeneritega ($p < .05$).

4.5. Sisemine- ja sotsiaalne surve

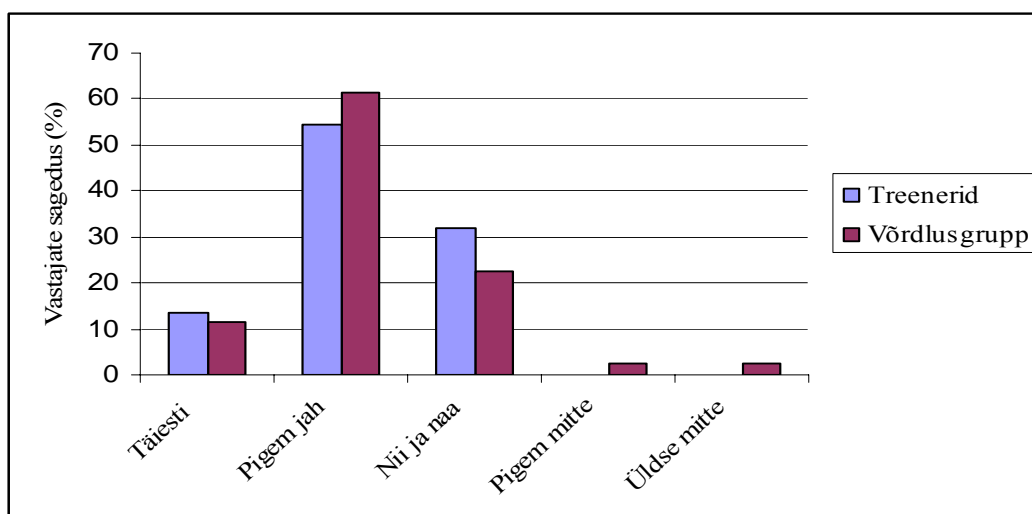
Rosenbergi enesehinnangu küsimustiku põhjal tehtud analüüs näitas, et treenerid on võrdlusgrupi liikmetega võrreldes märksa enam iseenda ja oma eluga rahul ning nende enesehinnang oli samuti kõrgem. Treenerid hindavad ka oma oskusi kõrgemalt. Naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate rahulolu vahel esines ka statistiliselt oluline erinevus ($p < .05$).

TSSS küsimustiku põhjal läbi viidud analüüs näitas, et võrdlus- ja treeneritegrupp tunnetavad välissurvet oma kehakaalule sarnasel määral. Võrdluses, kas tunnetatakse klientide, tööandja või kaastöötajate survet kaalu alandada, näitasid tulemused, et gruppide vahel erinevust ei leidunud. Ka Üldküsimustiku Faktor 4 (hirm negatiivse hinnangu ees kehakujule ja kehakaalule) ei näidanud gruppide vahel mingeid erinevusi.

STK küsimustiku põhjal tehtud analüüs näitas, et treenerid ja võrdlusgrupp hindavad oma lähedaste armastust, tuge ja nendelt saadavat lohutust sarnasel määral.

4.6. Aeroobikatreeneri saleduse vajalikkus

Ligikaudu 68% treeneritest ja 73% võrdlusgrupi liikmetest arvas, et aeroobikatreener peab olema sale. Gruppide vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei leidunud. Hindamaks, mil määral oodatakse aeroobikatreenerilt pigem saledat kehakuju, analüüsiti selle küsimuse vastuste jaotust *Shapiro-Wilk* testiga. Vastuste jaotus hälbis selgelt normaaljaotusest (vt. Joonis 5). Seega, nii treenerid kui võrdlusgrupi vastajad arvasid sagedamini, et aeroobikatreener peaks olema pigem sale.



Joonis 5. Treenerite ja võrdlusgrupi arvamus aeroobikatreeneri saleduse vajalikkusest.

5. TÖÖ TULEMUSTE ARUTELU

Kahesajast treenereile väljasaadetud küsimustikust tagastati 44 (22%) ankeeti. Väga väikest vastajate protsenti on raske seletada, kuna algselt telefoni teel klubide personalijuhtidega vesteldes tundus, et kõik olid meeleldi nõus aitama. Suur osa klubidesse treeneritele saadetud küsimustikest saadeti tühjalt tagasi ja selgitati, et kuna paljud treenerid veedavad klubis vaid paar tundi, siis ei olnud nad ajaliselt nõus küsimustikku täitma. Ankeeti polnud treenerid nõus täitma ka teistkordsel palumisel ja töö vajalikkuse selgitamisel. Jääb selgusetuks, kas tegu oli tõesti aja- või huvipuudusega või oli antud teema lihtsalt ebameeldiv.

Kuna söömishäirete oluliseks ajendiks on kehaga rahulolematuse (Fitts *et al.*, 1989) ning enim mõjutab kehaga rahulolematust kaalutõus (Presnell *et al.*, 2004) ja kõrgem KMI (Markey, Markey, 2005), siis pöörati antud töös suurt tähelepanu naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate rahulolule oma kehaga ja kehakaaluga. Selgus, et võrreldes normaalkaaluliste naistega on alakaalulised naised tunduvalt enam rahul oma keha ja kehakaaluga. See tulemus toetab ka teistes analoogsetes uuringutes saadud tulemusi (Presnell *et al.*, 2004; Promvalds, 2006). Võib arvata, et alakaaluliste naiste suurem rahulolu oma keha ja kehakaaluga on seotud meedia poolt populariseeritud nn saleduse ideaaliga (Carney, Louw, 2006; Redican, Hadley, 1988; Vogel, 2000-a).

Võrreldes naistreenerite ja võrdlusgrupi naisesindajate kehakaale ja KMI-d selgus, et treenerid on võrdlusgrupi esindajatest tunduvalt saledamad ja madalama kehamassiindeksiga. Samuti on treenerid oma kehaga tunduvalt rahulolevamad. Ka see tulemus toetab arusaama, et madalama KMI-ga naised oma kehaga rahulolevamad. Treenerite suuremat kehaga rahulolu võib mõjutada ka pidev treenimine, kuna regulaarne aeroobne treening aitab langetada kehakaalu ja korrigeerida kehakuju. Samas võib endaga ja oma oskustega rahulolu olla seotud oma töö sobivuse ja meeldivusega. Uuringud mujal maailmas (Cash *et al.*, 1994; Davis, Cowles, 1991; Frederick, Morrison, 1996; Frederick, Shaw, 1995; Jankauskiene *et al.*, 2005; Markula, 1993; Redican, Hadley, 1988; Vogel, 2000-1; Vogel, 1999) on näidanud, et treenimise positiivsed mõjud (naiste jaoks eelkõige kaalu langus) tõstavad nende enesehinnangut.

Uuringud on ka näidanud, et rohkem kaalu kontrollivad naised treenivad enam (Davis *et al.*, 1990). Jagades treenerid gruppidesse, kes treenivad 1-5 tundi, 6-10 tundi, 11-15 tundi ja 16-20 tundi nädalas, ei leidunud antud töös erinevate gruppide vahel dieedi pidamise sageduses mingeid erinevusi. Samas esines erinevusi kehaga rahulolus. Grupp, mis treenis 11-15 tundi

nädalas, oli tunduvalt enam oma kehaga rahul kui need grupid, kes treenisid vähem. Erinevus ilmnes nii kõikide treenerite arvestuses, kui ka naistreenerite võrdluses. Kuigi üle kümne tunni treenivad naised ei pea võrreldes vähem treenivate naistreeneritega enam dieeti, jääb siiski selgusetuks, kas nii ohtra treenimise eesmärgiks on rohkemate tundide andmisega rohkema raha teenimine või on sage treenimine seotud kehakaalu reguleerimisega.

Kaaluga rahulolematuse viib dieedipidamiseni, see aga omakorda tõstab buliimiale omaste sümptomite esinemissagedust (Stice, 2001; Stice, Bearman, 2001). Antud uurimusest selgus, et kehaga rahulolematusest ei olenenud, kas naised on viimasel poolel aastal pidanud dieeti või kas nad üritavad seda teha iga kuu.

Hjartåker *et al.* (2005) väidab, et mida kõrgem on KMI, seda rohkem üritavad naised pidada dieeti. Antud töös oli küll vähe mõõdukalt ülekaalulisi naisi, kuid ükski neist ei üritanud vähemalt korra kuus dieeti pidada. Samas üritas vähemalt kord kuus saleneda neli alakaalulist naistreenerit ja üks normaalkaaluline naistreener ning kolm normaalkaalulist võrdlusgrupi naisliiget. Alakaaluliste naistreenerite rohke dieedi pidamine on aga nn ohusignaaliks. Samas puudus kõigil kõne all oleval neljal alakaalulisel naistreeneril toitu väljutav käitumine ning nende seas polnud ka ühtegi söömishäire diagnoosiga treenerit.

Promvalds uuris 2006. aastal Eesti tavakodanikke ja leidis, et peale kolmekümnendat eluaastat tõuseb naiste kehamassiindeks ja sellega ka rahulolematuse oma kehaga. Montgomery Ülikoolis tehtud uurimusest aga selgub, et kuigi alla kolmekümne-aastastel naistreeneritel võrreldes üle kolmekümne-aastastega on madalam KMI, on esimesed tunduvalt enam oma kehaga rahulolematud (Olson *et al.*, 1996). Antud töös aga ei ilmnenu alla- ja üle kolmekümne-aastaste naiste seas erinevusi ei kehamassiindeksi ega oma kehaga rahulolematuse osas. See võib olla tingitud sellest, et uuritavate arv oli antud töös suhteliselt väike.

Võrreldes Michiganis 2001. aastal (Cardinal, Cardinal, 2001) uuritud aeroobikatreenerite ja antud töö raames vaadeldud Eesti treenerite kehamassiindekseid selgub, et Eesti treenerid on tunduvalt saledamad. Võttes aluseks, et KMI normaalkaalu ülempiir on 24,9, selgus, et Michigani treenerite seas oli mõõdukas ülekaalus või ülekaalulisi treenerid 32,1% ning rasvunuid 8,5% (KMI > 35). Antud töös oli 6,8% treeneritest mõõdukas ülekaalus ning ülejäänud ala- või normaalkaalulised. Seda võib seletada ka kultuuriliste erinevustega, kuna on üldteada, et USA-s on ülekaalulisus väga levinud.

Võttes aluseks, et normaalkaalu piirid on KMI 20,0 – 24,9 (Vuori, Taimela, 1998) selgus, et antud uuringu põhjal oli mõõdukas ülekaalus kokku 7,9% naistest (6 naist) ja 16,7% meestest (2 meest). Samas selgub, et keskmiselt soovisid naised olla 4,3 kg kergemad, mehed seevastu keskmiselt 2,3 kg raskemad. Selline tulemus toetab Presnell *et al.* (2004) väidet, et naistel on saleduse ihalus meestest tunduvalt suurem, kuigi naiste KMI on tunduvalt madalam. Samas võib arvata, et meeste kehakaalu tõstmise soov on seotud lihasmassi kasvatamise ihalusega, selle tõestuseks on ka meestreenerite rohke treeningtundide arv nädalas.

On leitud, et enesehinnang on seotud keha tajumise ja kehaga rahuloluga (Jankauskiene *et al.*, 2005) ning et madal enesehinnang põhjustab ebatervislikku kaalukontrolli (French, 1995). Antud uurimus näitas, et aeroobikatreenerid olid enda, oma elu ja oskustega rohkem rahulolevad, samuti olid naistreenerid rohkem rahul oma kehaga. Seega toetab antud uurimus eelnevalt saadud tulemusi. Samuti ilmnes, et võrdlusgrupi naisesindajad olid tunduvalt vähem rahul enda ja oma eluga ning neil esines võrreldes naistreeneritega madalam enesehinnang. Jälgides ebatervislikke kaalu alandamise meetmeid nagu lahtistite, diureetikumide või söögiisu vähendavate preparaatide kasutamist, selgub, et võrdlusgrupi naisesindajad on tõesti proovinud kaalu langetamise eesmärgil tunduvalt enam nn äärmuslikke meetodeid. Samas ei kasuta nad vormis püsimiseks treeninguid. Keskmiselt treenisid võrdlusgrupi naised 1,3 tundi nädalas. Kas vähese treenimise põhjuseks on aja-, või huvipuudus, või madalast enesehinnangust tingitud kartus treeningsaale külastada, jääb antud töös selgusetuks.

Samas vaadates viimase poole aasta dieedi pidamise sagedust selgub, et treenerid on viimase poole aasta jooksul võrdlusgrupist enam pidanud kaalu langetamise eesmärgil dieeti (31,6% naistreeneritest ja 15,8% võrdlusgrupi naisesindajatest). Samuti leidis ka söömiskäitumise normaalsest kõrvalekaldumist rohkematel naistreeneritel võrreldes võrdusgrupi naisesindajatega. Neil esines aeg-ajalt (1-2 korda nädalas) liigsöömishooge, ent samas puudub väljutav käitumine, mis on omane buliimiale. Antud töö tulemused on palju positiivsema tulemusega võrreldes 1996. aastal Ameerikas läbiviidud uurimusega, kus kolmekümnest aeroobikatreenerist kaheteistkümmel esines söömishäire (Olson *et al.*, 1996).

Kuigi Eesti naistreeneritel on Ameerika treeneritega võrreldes tunduvalt vähem söömishäireid, siis võrreldes võrdlusgrupiga, esineb Eesti naistreenerite seas siiski enam normaalsest söömiskäitumisest kõrvalekaldumist nagu liigsöömishooge. Samas puudub kõigil liigsöömishoogude esindajatel toitu väljutav käitumine (oksendamise esilekutsumine, lahtistite kasutamine).

Söömishäireid (buliimiat) on diagnoositud nii treenerite kui ka võrdlusgrupi seas võrdselt: kahel naistreeneril ja kahel võrdlusgrupi naisliikmel. Kõikidest uuritud naistest moodustas see 5,3%. Võrreldes Fernstrom (2001) andmeid, mis teatab, et kogu maailma naistest võib buliimiat all kannatada 1,7-2,5%, võib öelda, et antud töös saadud protsent on suhteliselt kõrge. Ka kirjanduse põhjal võib oletada, et Eesti naised kuuluvad söömishäirete riskiklassi, kuna on leitud et söömishäirete esinemine võib olla sagedasem valge rassi esindajatel (Gordon *et al.*, 2002).

On leitud, et ülekaalulistel treeneritel on tunduvalt raskem tööd saada ja edukat karjääri teha (Vogel, 1999; Cardinal, Cardinal, 2001). Antud töös ei tunnetanud treenerid suuremat välissurvet oma kehakaalule võrreldes kontrollrühmaga, samuti ei tunnetanud nad ka oma tööandja survet kaalu korrigeerimiseks. Samas oli uuritavate kehakaal suhteliselt madal. Erinevust ei olnud ka ala- ja normaalkaaluliste naiste arvamustes. See võib olla tingitud sellest, et antud töös osalevad treenerid ja võrdlusgrupi naisliikmed olid enamuses (93,2%) ala- või normaalkaalulised ning tänu sellele pole tööandjal põhjust ka nende kaalu suhtes etteheiteid teha. Ka võib antud tulemus olla tingitud sellest, et antud uuringus oli liiga vähe uuritavaid.

Aeroobika harrastajad eeldavad, et aeroobikatreener peaks olema sale ja nägema välja nagu meedias kajastatav ideaal (Vogel, 1999). Antud töös küsiti nii treeneritelt kui võrdlusgrupi liikmetelt, kes ei olnud ei sportlased, treenerid ega regulaarselt treenivad inimesed, kas aeroobikatreener peaks välja nägema sale. Vaid üks võrdlusgrupis osalenu leidis, et aeroobikatreener ei peaks üldse olema sale ning üks võrdlusgrupis osalenu, et treener pigem ei peaks olema sale. Tunduvalt üle poole vastanutest olid kindlad, et treener peaks olema madala kehakaaluga. Sarnasel arvamusel olid ka aeroobikatreenerid ise. Siit tulenevalt võib järeldada, et sarnaselt ameeriklastega tunnetavad eestlased, et aeroobikatreener peab olema sale. Cardinal, Cardinal (2003, 2001) ja Vogel (1999) uurisid aeroobika klubide kliente. Nende töödest selgus, et klientide arvates peaks aeroobikatreener olema sale, kuna nn vormis välimusega suudab ta oma kliente tunduvalt enam mõjutada treeningutes osalema. Antud töös küsitleti mitte aeroobika harrastajaid, kes samuti leidsid, et treener peab olema sale. Seega võib oletada, et aeroobikatreeneri saleduse vajalikkust on kajastanud meedia, millest oma ettekujutuse treenerist on saanud ka antud töös osalenud võrdlusgrupp.

Kokkuvõtteks, ehkki Eesti aeroobikatreenerite toitumise ja kehakujuuga seotud hoiakud ning käitumine on võrreldes näiteks USA uurimustega tervislikum, esineb meie aeroobikatreeneritel tervist kahjustavat ning normaalsest hälbivat käitumist tavapopulatsiooniga võrreldes enam.

Selline tulemus võiks olla ohusignaaliks aeroobikatreenerite töö korraldajatele, kes võiksid senisest enam kaaluda treenerite harimise ja koolitamise võimalusi.

6. JÄRELDUSED

1. Naissoost aeroobikatreenerid on võrdlusgrupi naisesindajatega võrreldes madalama kehakaaluga ja kehamassiindeksiga, mis võib seletada treenerite suuremat rahulolu oma kehaga ja kehakaaluga.
2. Naistreenerite seas ilmnes tunduvalt enam normaalsest söömiskäitumisest kõrvalekaldumist, samas ei esinenud neil treeneritel toitu väljutavat käitumist. Kontrollgrupi naisliikmed on aga kaalu alandamiseks kasutanud enam äärmuslikke meetodeid (lahtistite, diureetikumide ja söögiisu vähendavate preparaatide kasutamine).
3. Kuigi kaalu jälgimine oli treenerite jaoks võrdlusrühma liikmetega võrreldes tunduvalt olulisem, ei pidanud nad kaalu alandamiseks võrdlusrühmaga võrreldes enam dieeti.
4. Treenerid ja võrdlusgrupi liikmed tunnetasid välist survet oma kehakaalule sarnasel määral.
5. Üldiselt, alakaalulised naised on võrreldes normaalkaaluliste ja ülekaaluliste naistega tunduvalt enam oma kehaga ja kehakaaluga rahul.
6. KMI ei mõjutanud antud töös kaalulangetamise soovi.
7. Nii aeroobikatreenerid kui ka kontrollgrupp nõustusid väitega, et aeroobikatreener peaks olema sale.

KASUTATUD KIRJANDUS

- 1) **Afffi-Soweid RA, Najem-Kteily MB, Shediac-Rizkallah MC.** Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *Int J Eat Disord*, 2002, 32: 52-57.
- 2) **Akkermann K, Herik M.** Söömishäirete diagnostiline skaala (SHS). Ankeet väljatöötamisel. 2007.
- 3) **Altabe M.** March. Ethnicity and body image: Quantitative and qualitative analysis. *Int J Eat Disord*, 1998, 23 (2): 153-159.
- 4) **Anderson DR, Huston AC, Schmitt KL, Linebarger DL, Wright JC, Wright JC.** *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2001, 66 (1): 119-134.
- 5) **Biesecker AC, Martz DM.** Impact of Coaching Style on Vulnerability for Eating Disorders: An Analog Study. *Eating Disorder*, 1999, 7 (3): 235-244.
- 6) **Brooks-Gunn JM.** The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers. *Med Sci Sports Exerc*, 1987, 19: 41.
- 7) **Cardinal BJ, Cardinal MK.** How Are Physical Educator`s Attitudes Toward Role Modelling Physical Activity and Fitness Promoting Behaviours Formed? *Journal of Human Movement Studies*, 2003, 44: 187-194.
- 8) **Cardinal BJ, Cardinal MK.** Role Modeling in HPERD: Do Attitudes Match Behavior? *JOPERD*, 2001 Apr, 72 (4): 36-39.
- 9) **Cardinal BJ.** Role Modeling Attitudes and Physical Activity and Fitness Promoting Behaviors of HPERD Professionals and Preprofessionals. *Research Quarterly for Exercise and Sport. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 2001, 72 (1): 84-90.
- 10) **Cardinal BJ.** Cardiorespiratory Fitness and Physical Activity Behavior of Physical Education Majors. *The Physical Educator*, 1995, 52 (4): 211-218.

- 11) **Carney T, Louw J.** Eating disordered behaviors and media exposure. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Dec, 2006, 41 (12): 957-966.
- 12) **Cash TF, Novy PL, Grant JR.** Why do women exercise? Factor analysis and further validation of the Reasons for Exercise Inventory. *Perceptual and Motor Skills*, 1994, 78: 539-544.
- 13) **Casper RC.** Fear of Fatness and *Anorexia Nervosa* in Children. Child Health, Nutrition and Physical Activity. Champaign: Human Kinetics, 1995, 377 p.
- 14) **Chan CS, Kirkendal DT.** Nutritional and medical considerations in dancers. *Clin Sports Med*, 1983, 2: 539.
- 15) **Corely G, Demarest-Litchford M, Bazzarre TL.** Nutrition knowledge and dietary practices of college coaches. *J Am Diet Assoc*, 1990, 90: 705.
- 16) **Crago M, Yates A, Beutler LE, Arizmendi TG.** Height-weight ratios among female athletes: are collegiate athletics precursors to an anorexic syndrome? *Int J Eat Disord*, 1985, 4: 79-87.
- 17) **Davis C, Cowles M.** Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. *Sex Roles*, 1991, 25: 33-44.
- 18) **Davis C.** Body image and weight preoccupation: A comparison between exercising and nonexercising women. *Appetite*, 1990, 15: 13-21.
- 19) **Davis C, Cowles M.** A comparison of weight and diet concerns and personality factors among female athletes and nonathletes. *J Psychosomatic Res*, 1989, 33: 527.
- 20) **Davis C, Fox J, Cowles M, Hastings P, Schwass K.** The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *J Psychosom Res*, 1990, 34 (5): 563-74.
- 21) **Dubek SG.** Nutrition Handbook for Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott, 1987, pp. 294-298.

- 22) **Duesund L, Skårderud F.** Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2003, 8 (1): 53-72.
- 23) Eating Disorders: Anorexia and Bulimia. *Eating Disorders*, 2004, pp1-12.
- 24) **Fairburn CG, Beglin SJ.** Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 1990, 147: 401-408.
- 25) **Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM.** Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*, 2007 June, 62 (6): 681-90.
- 26) **Fitts S, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ.** Body dysmorphic disorder: Implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychological Reports*, 1989 Apr, 64 (2): 655-658.
- 27) **Frederick CM, Morrison CS.** Social physique anxiety: Personality constructs, motivations, exercise attitudes and behaviors. *Perceptual and Motor Skills*, 1996, 82: 963-972.
- 28) **Frederick CJ, Shaw SM.** Body image as a leisure constraint: Examining the experience of aerobic exercise classes for young women. *Leisure Sciences*, 1995, 17: 57-73.
- 29) **French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW.** Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. *American Journal of Public Health*, 1995, 85: 695-701.
- 30) **French SA, Story M, Neumark-Sztainer Downes B, Resnick M, Blum R.** Ethnic Differences in Psychosocial and Health Behavior Correlates of Dieting, Purging, and Binge Eating in a Population-Based Sample of Adolescent Females. *Int J Eat Disord*, 1997 Nov, 22 (3): 315-322.
- 31) **Godarta NT, Perdereau F, Reina Z, Berthoza S, Walliera J, Jeammeta MF.** Flament Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature *Journal of Affective Disorders*, 2007 Jan, 97 (1-3): 37-49.

- 32) **Gordon KH, Perez M, Joiner Jr, Thomas E.** The Impact of Racial Stereotypes on Eating Disorder Recognition. *Int J Eat Disord*, 2002 Sep, 32 (2): 219-224.
- 33) **Grandjean AC.** Eating Disorders: the role of the athletic trainer. *Athl Train, JNATA*, 1991, 26: 105-110.
- 34) **Groesz L, Stice E.** An experimental test of the effects of dieting on bulimic symptoms: The impact of eating episode frequency. *Behaviour Research & Therapy*, 2007 Jan, 45 (1): 49-62.
- 35) **Hallinan CJ, Pierce EF, Evans JE, DeGrenier JD, Andres FF.** Perceptions of current and ideal body shape of athletes and nonathletes. *Perceptual and Motor Skills*, 1991, 72: 123-130.
- 36) **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.** Ed. Bergin AE, Garfield SL. New York: John Wiley & Sons, 1994, 443-457.
- 37) **Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ.** The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1989, 11: 94-104.
- 38) **Heffner JI, Ogles BM, Gold E, Mardsen K, Johnson M.** Nutrition and Eating in Female College Athletes: A Survey of Coaches. *Eating Disorders*, 2003, 11: 209-220.
- 39) **Hjartåker A, Laake P, Lund E.** Body mass index and weight change attempts among adult women. The Norwegian Women and Cancer Study. *European Journal of Public Health*, 2001 June, 11 (2): 141-146.
- 40) **Hoglund K, Normen L.** A high exercise load is linked to pathological weight control behavior and eating disorders in female fitness instructors. *Scandinavian Journal of Medicine & Sports*, 2002, 12 (5): 261-275.
- 41) **Jankauskiene R, Kardelis K, Pajaujiene S.** Body weight satisfaction and weight loss attempts in fitness activity involved women. *Journal of sports medicine and physical fitness* (Torino), 2005 Dec, 45 (4): 537-546.
- 42) **Jones RL, Glintmeyer N, McKenzie A.** Slim bodies, eating disorders and the coach-athlete relationship. *International Review for the Sociology of Sport*, 2005, 40 (3): 377-391.

- 43) **Järv A, Akkermann K, Pael J.** Projekt HOPE: 3-etapiline integreeritud ravisüsteem söömishäiretega patsientidele. 2004.
- 44) **Järv A.** Anorexia nervosa. [http://www.ut.ee/tervis/opetajatele/anorexia_bulimia.html], 29. 03. 2005.
- 45) **Kugu N, Akyuz G, Ersan E, Izcic F.** The prevalence of eating disorders among university students and relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006 Feb, 40 (2): 129-35.
- 46) **Lawrie Z, Sullivan EA, Davies PSW, Hill RJ.** Media influence on the Body Image of Children and Adolescents. *Eating Disorders (The Journal of Treatment & Prevention)*, 2006 Oct, 14 (5): 355-364.
- 47) **Lee S, Hsu LKG.** Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 1993 Oct, 150 (10): 1466-1472.
- 48) **Maguire J, Mansfield L.** „No-Body`s Perfect“: Women, Aerobics, and the Body Beautiful. *Sociology of Sport Journal*, 1998, 15 (2): 109-137.
- 49) **Markey CN, Markey PM.** Relations between body omage and dieting behaviors: An examination of gender differences. *Sex Roles*, 2005 Oct, 53 (7-8): 519-530.
- 50) **Markula P.** Looking good, feeling good: Strengthening mind and body in aerobics. In: *On the Fringes of Sport*. Laine, L. (Ed.). Akademia Verlag: Sankt Augustin, Germany, 1993, 93-99.
- 51) **Marsh HW, Peart ND.** Competetive and cooperative physical fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1988, 10: 390-407.
- 52) **Martica K, Heaner MA.** The quest for the perfect body. *Reebok alliance news*, (Developed in conjunction with Reebok University). Fall, 2003, 24.
- 53) Media Influences and Body Dissatisfaction in Young Women. *Eating Disorders (Review)*, 2006 Mar/Apr, 17, 2: 7.

- 54) **Melville DS.** Ebsco. How fit do physical educators need to be? *Physical educator* (Indianapolis, Ind.), 2006, 56 (4): 170-176.
- 55) **Melville DS, Cardinal BJ.** Are overweight physical educators at a disadvantage in the labor market: a random survey of hiring personnel. *The Physical educator* (Indianapolis, Ind.), 1997, 54 (4): 216-221 .
- 56) **Melville DS, Cardinal BJ.** The Problem: Body Fatness Within Our Profession. *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance (JOPERD)*, 1988, 59: 85-87.
- 57) **Melville DS, Maddalozzo JGF.** The effects of a physical educator's appearance of body fatness on communicating exercise concepts to high school students. *Journal of Teaching in Physical Education*, 1988, 7, 343352.
- 58) **Millar HR, Wardell F, Vyvyan JP, Naji SA, Prescott GJ, Eagles JM.** Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162: 753–757.
- 59) *National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, (ANAD)*, www.anad.org
- 60) *Nutrition and Brain.* Fernstrom JD. Basel: Karger, 2001.
- 61) **Olson MS, Williford HN, Richards LA, Brown JA, Pugh S.** Self-reports on the Eating Disorder Inventory by female aerobic instructors. *Percept Mot Skills*, 1996 June, 82 (3 Pt 1): 1051-8.
- 62) **Park S-Y.** The Influence of Presumed Media Influence on Women's Desire to be Thin. *Communication Research*, 2005, 32 (5): 594-614.
- 63) **Penas-Lledo E, Sancho L, Waller G.** Eating attitudes and the use of alcohol, tobacco, and exercise among male and female adolescents. *Eating Behaviors*, Summer, 2002, 3 (2): 101-111.
- 64) *Physical Activity and Fitness Recommendations for Physical Activity Professionals.* National Association for Sport and Physical Education, an association of the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (*JOPERD*). 2002 Feb.

- 65) **Presnell K, Bearman SK, Stice E.** Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Study. *Int J Eat Disord*, 2004 Dec, 36 (4): 389-401.
- 66) **Promvalds D.** Kehaga rahulolu soolised ja vanuselised erinevused. TÜ Psühholoogia osakond. Tartu, 2006.
- 67) Psühhiaatria. Tln: Medicina, 2000.
- 68) Psüühika ja käitumishäired: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. RHK-10,5 peatükk. Tõlge: Tartu Ülikool, 1993, 308 lk.
- 69) **Pullmann H, Allik J.** The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 2000, 28: 701-715.
- 70) **Redican B, Hadley DS.** A field studies project in a city health and leisure club. *Sociology of Sport Journal*, 1988, 5: 50-62.
- 71) RHK-10, psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon: Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. World Health Organization, 1999.
- 72) **Rosen LV, Hough DO.** Pathogenic weight control behavior among female gymnasts. *Phys Sportsmed*, 1998, 16: 140.
- 73) **Rosenberg M.** Society and adolescent child. Princeton University Press, 1965.
- 74) **Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR.** A brief measure of social support : Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1987, 4: 497-510.
- 75) **Silva, P.** Cognitive-behavioural models of eating. In: Szmukler GD, Treasure J, editors. Handbook of eating disorders: theory, treatment and research. New York: John Wiley and sons, 1995: 142-53.
- 76) **Simplicio JSC.** Can moderate physical activity reduce stress and improve examination scores? *Journal of Instructional Psychology*, 1995 Mar, 22 (1): 64-76.

- 77) **Soh NL, Touyz SW, Surgenor LJ.** Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. *European Eating Disorders Review*, 2006, 14: 54-65.
- 78) **Stice E.** A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, 110 (1): 124-135.
- 79) **Stice E, Agras WS.** Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 1998, 29: 257-276.
- 80) **Stice E, Bearman SK.** Body-Image and Eating Disturbances Prospectively Predict Increases in Depressive Symptoms in Adolescent Girls: A Growth Curve Analysis. *Developmental Psychology*, 2001, 37 (5): 597-607.
- 81) **Stice E, Burton EM, Shaw H.** Prospective Relations Between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72 (1): 62-71.
- 82) **Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, Taylor CB, Daniels S, Crawford PB, Schreiber GB.** Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry*, 2003, 160: 1326-1331.
- 83) **Tareen A, Hodes M, Rangel L.** Non-Fat-Phobic Anorexia Nervosa in British South Asian Adolescents. *Int J Eat Disord*, 2005, 37 (2): 161-165.
- 84) **Tekkel M.** Söömishäirete esinemine ja riskitegurid. *Eesti Arst*, 2002, 7: 431-437.
- 85) **Tiggemann M.** Media Exposure, Body Dissatisfaction and Disordered Eating: Television and Magazines are not the Same. *Eur Eat Disorders Rev*, 2003, 11: 418-430.
- 86) **Tiggemann M, Pickering AS.** Role of Television in Adolescent Women's Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *Int J Eat Disord*, 1996, 20 (2): 199-203.

- 87) **Tomberg T, Toomela A, Pulver A, Tikk A.** Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 2005 Dec, 19 (14): 1181-1190.
- 88) **Turk JC, Prentice WE, Chappell S, Shields EW.** Collegiate Coaches`Knowledge of Eating Disorders. *Journal of Athletic Training*, 1999, 34 (1): 19-24.
- 89) **Van Ster Wallin G.** Nutritional Assessment in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1995, p 58.
- 90) **Vaughan JL, King KA, Cottrell RR.** Collegiate Athletic Trainers`Confidence in Helping Female Athletes With Eating Disorders. *J Athl Train.*, 2004 Jan-Mar, 39 (1): 71-76.
- 91) **Vogel A.** Boosting Body Image in Your Classes. *Idea fitness edge*, 2002 Apr-May, 5 (2): 1.
- 92) **Vogel A.** Body image and self-esteem. In: The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women. Ed. Reid C., Dyck L., McKay H., Frisby W. By British Columbia Centre of Excellence for Women`s Health, 2000-a.
- 93) **Vogel A.** Eating Disorders. In: The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women. Ed. Reid C., Dyck L., McKay H., Frisby W. By British Columbia Centre of Excellence for Women`s Health, 2000-b.
- 94) **Vogel A.** Body Image and Exercise. What`s the Instructor`s Role? *American Fitness*, 2000-c May/June, 18 (3): 42-44.
- 95) **Vogel A.** Female Fit-Body Stereotype. Part of fitness manager`s role is fighting fit-body stereotypes that prevent many women from healthy adherence to exercise programs. *Fitness Management*, May, 1999.4
- 96) **Vogel A.** „Body image by association“: women`s interpretations of aerobics and the role of the fitness instructor. Eugene, Or.: Microform Publications, University of Oregon, 1998.
- 97) **Vuori I, Taimela S.** Liikumine ja meditsiin. *Medicina*, 1998.

- 98) **Warren BJ, Stanton AL, Blessing DL.** Disordered eating patterns in competitive female athletes. *Int J Eat Disord*, 1990, 9: 565-569.
- 99) **White G.** The Physiology of Training. Advances in Sport and Exercise Science Series. Elsevier Limited, 2006.
- 100) **Whitson E, Cordova ML, Demchak T, Stemmans CL, King KA.** Certified athletic trainers' knowledge and perception of professional preparation involving eating disorders among athletes. *J Allied Health*, Spring, 2006, 35 (1): 18-29.
- 101) WHO, 2006. Body Mass Index (BMI). http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1
- 102) **Wilson DB, Sargent R, Dias K.** Racial differences in selection of ideal body size by adolescent females. *Obesity research*, 1994, 2: 38-43.
- 103) www.eevl.ee
- 104) www.mentalhealth.com/book/p45-eat1.html
- 105) Üldarsti käsiraamat 2. Tln: Medicina, 1996.

EATING DISORDERS AMONG ESTONIAN AEROBIC INSTRUCTORS

Anna-Liisa Parm, Aave Hannus, Kirsti Akkermann

Summary

Research in different countries has shown that aerobic coaches perceive pressure to be thin. We aimed to estimate attitudes of Estonian aerobic instructors and control subjects towards the appearance of aerobic instructors, perceived pressure to be thin, and its' potential to lead to eating disorders or disturbed body awareness.

Forty four aerobic instructors (age $27,7 \pm 6,3$) and 44 controls with similar age and level of education filled in 6 questionnaires: (a) Inventory for body satisfaction, eating habits, external pressure to be thin, and preoccupation with food (Promvalds, 2006), (b) Estonian version of Perceived Sociocultural Pressure Scale (Stice, Agras, 1998), (c) Estonian version of Thin-Ideal Internalization (Stice, Agras, 1998), (d) Estonian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), (e) Estonian version of the Brief Social Support Questionnaire (Sarason *et al.*, 1987), (f) Diagnostic Scale of Eating Disorders (Akkermann, Herik, 2007).

It appeared that Estonian aerobic instructors have lower Body Mass Index (BMI) compared with controls ($p < .05$). Instructors were also more satisfied with their life ($p < .05$) and with their body ($p < .05$). Female subjects who had BMI below normal level were especially satisfied with their body (compared with women with normal BMI, $p < .01$). For instructors it was more important to control their body mass ($p < .05$) but they did not apply extreme weight control methods like use of laxatives, vomiting *etc.* Compared with aerobic instructors, control subjects used more frequently extreme methods to lower their body mass ($p < .05$). Both, instructors and controls believed that aerobic instructor should be thin.

Summing up, Estonian aerobic instructors keep their low BMI with trainings and not with extreme weight control methods. In addition, the aerobic instructors are more satisfied with their body compared with control subjects. One plausible explanation for that might be their low BMI.

LISAD

Tere!

Olen Tartu Ülikooli Kehakultuuriteaduskonna magistrant ja püüan oma magistritöö raames uurida aeroobikatreenerite söömisharjumusi, kehataju ning seda, mil viisil nad tunnetavad välissurvet oma välimusele.

Palun Teie abi uurimuse läbiviimisel!

Palun täitke küsimustik ning vastake igale küsimusele. Vastusevariantide puhul tõmmake ring ümber Teie arvates kõige õigemale vastusele. Küsimused on seotud kehakaalu ja söömisharjumustega, esineda võivate tunnete ja mõtetega.

Vastake palun küsimustele nii täpselt ja ausalt kui võimalik. Küsitluse korraldaja tagab kõigi küsitletute poolt antud vastuste täieliku konfidentsiaalsuse. Uuringus saadud teavet avaldatakse ainult üldistatud kujul. Teie vastused aitavad kaasa uuringu õnnestumisele.

Kui Te soovite saada antud küsimustiku/uurimuse kohta tagasisidet, siis palun täitke järgnevad lüngad (vastasel juhul jätke need andmed jagamata!).

Soovin saada tagasisidet:

Täidetud ankeedi kohta Kogu uurimuse kohta

1. Nimi.....

2. E-maili aadress.....

Ette tänades,

Tartu Ülikooli Kehakultuuriteaduskond

Küsimustik

1. Sugu: M N

2. Vanus:.....

3. Perekonnaseis:

- vallaline
- abielus
- vabaabielus
- elan elukaaslasega
- lahutatud
- lesk

4. Haridus:

- algharidus
- põhiharidus
- keskharidus
- kesk-eri haridus
- kõrgharidus
- muu:.....

5. Kas omate treeneri litsentsi?

- Jah Ei Litsents omandamisel

5.1. Kui jah, siis mitmenda taseme litsentsi?

- 1. kategooria
- 2. kategooria
- 3. kategooria
- 4. kategooria
- 5. kategooria

6. Tööstaaž (treenerina):

- 1-5 aastat
- 6-10 aastat
- 11-15 aastat
- 16-...

7. Linn, kus töötate?.....

8. Pikkus (kui täpselt ei tea, siis kirjutage umbkaudne pikkus): cm

9. Kehakaal (kui täpselt ei tea, siis kirjutage umbkaudne kaal):kg

10. Väikseim kehakaal viimase aasta jooksul (kui täpselt ei tea, siis kirjutage umbkaudne kaal):
.....kg

11. Väikseim kehakaal üldse täiskasvanueas:kg

12. Suurim kehakaal viimase aasta jooksul (kui täpselt ei tea, siis kirjutage umbkaudne kaal):
.....kg

13. Suurim kehakaal üldse täiskasvanueas: kg.

14. Kui palju Te sooviksite kaaluda?kg

15. Kas olete enda arvates

- normaalkaaluline,
- alakaaluline,
- ülekaaluline?

16. Kas Teil on diagnoositud söömishäire? Jah Ei

17. Kas olete toitumisprobleemidega pöördunud spetsialisti poole? Jah Ei

Kui vastasite eelnevale küsimusele jaatavalt, siis:

17.1. Millise spetsialisti?

- dietoloogi
- psühholoogi
- psühhiaatri
- muu.....

17.2. Millise probleemiga?

.....
.....

18. Kas olete teinud midagi, et oma kehakaalu reguleerida? Jah Ei

19. Kas olete pidanud dieeti kaalu alandamise eesmärgil? Jah Ei

20. Kas mõtlete pidevalt toidule?

- Jah Aeg-ajalt Ei

21. Kas Teie toitumiskäitumine on muutlik?

- Jah Aeg-ajalt Ei

22. Kas keeldute rasvastest toitudest?

- Jah Aeg-ajalt Ei

23. Kas olete oma kehakujuga rahul?

- Täiesti Pigem olen Nii ja naa Pigem ei Üldse mitte

24. Kas väldite oma peegelpildi vaatamist?

- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem ei Mitte kunagi

25. Kas toitute korrapäraselt?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem ei Mitte kunagi
26. Kas muretsete ujumisriietes sageli oma kehakuju pärast?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
27. Kas vähendate toiduvalmistamisel retseptis antud rasvainete hulka?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
28. Kas väldite enda kaalumist?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
29. Kas Teid vaevavad mõtted, et inimesed annavad Teie kehakaalule või -kujule negatiivse hinnangu?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
30. Kas kardate kaotada kontrolli oma söömise üle?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
31. Kas tunnete praegusel hetkel, et peaksite pidama kaalu alandamiseks dieeti?
 Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte
32. Kas olete oma kehakaaluga rahul?
 Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte
33. Kas loete poes toidu pakenditelt toidu kalorisaldust?
 Alati Mõnikord Mitte kunagi
34. Kas jälgite, et Teie ostetud toit oleks tervislik?
 Alati Mõnikord Mitte kunagi
35. Kas dieedipidamine paneb Teid end paremini tundma?
 Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte
36. Kas teadmine, et teised vaatavad Teie figuuri, tekitab Teis ebamugavust?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
37. Kas sööte teadlikult vitamiinirikast toitu?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
38. Kas olete viimasel ajal (viimasel poolel aastal) pidanud kaalu alandamiseks dieeti?
 Jah Ei
39. Kas üritate oma figuuri varjata?
 Alati Aeg-ajalt Mitte kunagi
40. Kas tunnete end figuuri rõhutavates riietes ebamugavalt?
 Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
41. Kas Teie toitumisharjumused on viimasel ajal muutunud?
 Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte

42. Kui Teie toitumisharjumused on muutunud, siis on selle põhjuseks:
- Soov kaalu vähendada
 - Soov kaalu säilitada
 - Soov kaalu tõsta
 - Tervisliku seisundi muutus (diabeet, allergia)
 - Rasedus
 - Muu.....
43. Kas Te jälgite kui palju kaloreid Te päevas kokku sööte?
- Alati Aeg-ajalt Mitte kunagi
44. Kas sööte pigem väiksema rasvasisaldusega toite?
- Alati Aeg-ajalt Mitte kunagi
45. Kas oma kehale ja kaalule mõeldes teie meeleolu langeb?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
46. Kas sööte keedetud toitu sagedamini kui praetud toitu?
- Jah Ei
47. Kas toitute tervislikult?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
48. Kas sööte enamasti hommiku-, lõuna- ja õhtusööki?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
49. Kas üritate sageli (umbes korra kuus) kaalu alandamiseks pidada dieeti? Jah Ei
50. Kas valite väiksema kalorisaldusega toidu?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
51. Kas Te piirate oma söömist?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
52. Kas Te tunnete heameelt kui olete päeval vähe söönud?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
53. Kas olete rahul sellega, mida teised Teie välimusest arvavad?
- Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte
54. Kas sööte mitmekesist toitu?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
55. Kas maiustate ka peale õhtusööki?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi
56. Kas väldite teiste juuresolekul riiete vahetamist (nt trennis, ujumas jms)?
- Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi

57. Kas loobute magusast, ehkki on isu?

Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi

58. Kas panete tähele teiste inimeste kehakuju ja umbkaudset kaalunumbrit?

Alati Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Mitte kunagi

59. Kas tajute oma klientide poolt survet kaalus alla võtta?

Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte

60. Kas tajute oma tööandja poolt survet kaalus alla võtta?

Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte

61. Kas tajute oma kaastöötajate poolt survet kaalus alla võtta?

Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte

62. Kas Teie arvates peaks aeroobikatreener olema sale?

Täiesti Pigem jah Nii ja naa Pigem mitte Üldse mitte

63. Kas viimase kuue kuu jooksul on Teil oodatud aegadel esinenud menstruatsiooni puudumist (kui Te ei olnud rase)? Jah Ei

64. Kas olete viimase kuue kuu jooksul kasutanud antibeebipille või hormoonasendusravi?

Jah Ei

65. Kas Teil on viimase kuue kuu jooksul esinenud söömishoogusid, mil sõite tavalisest suurema toidukoguse? Jah Ei

Kui vastasite eelnevale küsimusele jaatavalt, siis:

65.1. Kas selle hoo ajal tundsite, et ei suuda oma söömist kontrollida? Jah Ei

65.2. Kui sageli viimase kuue kuu jooksul esines Teil nn liigsöömishooge?

Valige Teile sobivaim: ___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

66. Kui sageli viimase kuue kuu jooksul olete teinud trenni?

Valige Teile sobivaim: ___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

67. Kas viimase kuue kuu jooksul olete kehakaalu alandamiseks:

67.1. - oksendanud? Jah Ei

Kui jah, siis valige Teile sobivaim:

___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

67.2. - kasutanud lahtisteid? Jah Ei

Kui jah, siis valige Teile sobivaim: ___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

67.3. - kasutanud diureetikume (vee väljutajaid)? Jah Ei

Kui jah, siis valige Teile sobivaim: ___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

67.4. - kasutanud söögiisu vähendavaid preparaate? Jah Ei

Kui jah, siis valige Teile sobivaim:

___ korda päevas ___ korda nädalas ___ korda kuus

TSSS

Palun tõmmake ring ümber vastusevariandile, mis kõige paremini kirjeldab Teie kogemust.

Valida on kuue vastusevariandi vahel:

- 1 - Mitte kunagi
- 2 - Harva
- 3 - Mõnikord
- 4 - Sageli
- 5 - Enamasti
- 6 - Alati

	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Sageli	Enamasti	Alati
1. Olen tajunud oma sõprade poolt survet kaalus alla võtta	1	2	3	4	5	6
2. Olen märganud, et mu sõbrad pööravad tähelepanu sellele, et mu keha peaks olema sale	1	2	3	4	5	6
3. Olen tajunud oma perekonna poolt survet kaalus alla võtta	1	2	3	4	5	6
4. Olen märganud, et mu perekond pöörab tähelepanu sellele, et mul peaks olema sale keha	1	2	3	4	5	6
5. Olen tajunud survet kaalus alla võtta inimeste poolt, kellega olen kohtamas käinud	1	2	3	4	5	6
6. Olen märganud, et inimesed, kellega olen kohtamas käinud, pööravad tähelepanu sellele, et mu keha peaks olema sale	1	2	3	4	5	6
7. Olen tajunud meedia (näit televisioon, ajakirjad) poolt survet kaalus alla võtta	1	2	3	4	5	6
8. Olen märganud, et meedia pöörab tähelepanu sellele, et mu keha peaks olema sale	1	2	3	4	5	6
9. Mu perekonnaliikmed narrivad mind mu kehakaalu või kehakuju pärast	1	2	3	4	5	6
10. Koolikaaslased narrivad mind mu kehakaalu või kehakuju pärast	1	2	3	4	5	6

IKSS

Palun hinnake, kui võrd Te nõustute antud väidetega.

Märgi "5" kui oled väitega **täiesti nõus**

Märgi "4" kui oled väitega **pigem nõus**

Märgi "3" kui Teil on raske selle väite kohta hinnagut anda (**ei oska öelda**)

Märgi "2" kui Te väitega **pigem ei ole nõus**

Märgi "1" kui Te väitega **üldse ei ole nõus**

	Üldse ei ole nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska öelda	Pigem nõus	Täiesti nõus
1. Saledad naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5
2. Heas füüsilises vormis naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5
3. Pikad naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5
4. Jumekad kõhnad naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5
5. Ilusa kehakuju naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5
6. Pikkade jalgadega naised on atraktiivsemad	1	2	3	4	5

RSES-SISE

See küsimustik koosneb 11-st väitest. Palun lugege iga väidet tähelepanelikult ja kirjutage, kuivõrd õigeks ja enda puhul kehtivaks esitatud väidet peate.

Kirjutage "4" kui väide on Teie arvates	õige / täiesti nõus
Kirjutage "3" kui väide on Teie arvates	peaaegu õige / üldiselt nõus
Kirjutage "2" kui Teil on selle väite kohta	raske öelda
Kirjutage "1" kui väide on Teie arvates	peaaegu vale / ei ole nõus
Kirjutage "0" kui väide on Teie arvates	vale / ei ole sugugi nõus

Vastustes oodatakse nende väidete kohta just TEIE arvamust, püüdke vastused enda ja oma arvamuste kohta anda nii täpselt kui võimalik.

Lugege iga väide hoolikalt läbi ja kirjutage vastus vastava väite ees olevale punktiirile. Vastake palun kindlasti kõigile väidetele. Kui tahate oma vastust muuta, tehke seda loetavalt.

- 1. Suhtun endasse hästi
- 2. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel
- 3. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head
- 4. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet
- 5. Olen endaga üldiselt rahul
- 6. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks
- 7. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega
- 8. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et ma olen äpardunud
- 9. Mul on palju häid omadusi
- 10. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust
- 11. Mul on kõrge enesehinnang

SOTSIAALSE TOETUSE KÜSIMUSTIK

Järgnevalt on esitatud 7 küsimust nende inimeste kohta Sinu lähikonnas, kes võivad Sind oma mõistmise ja toetusega aidata. Igal küsimusel on kaks osa. Esmalt nimeta palun **üikshaaval** need inimesed (v.a. Sina ise), **kellelt võid eri puhkudel abi loota**. Kirjuta, kes see inimene Sulle on ja tema eesnimi täht (vt. näide). Üle üheksa inimese ei maksa ühe küsimuse puhul loetleda.

Teiseks, hinda 1-st kuni 6-ni, **kui rahul Sa antud olukorras kogu saadud toetusega oled**. Tõmba vastava küsimuse järel olevale sobivale numbrile ring ümber.

Kui Sulle tundub, et Sind keegi ei aita, tee rist kastikesse "mitte keegi" ees ja **hinda siiski, kui rahul või rahulolematu Sa sel juhul oled**. Palun loe iga küsimust tähelepanelikult ja vasta nii hästi kui suudad.

Näide:

Kellele võid Sa usaldada infot, mis võiks Sulle muidu tüli põhjustada?

mitte keegi 1) vend (A) 2) sõber (K) 3) sõbranna (L) 4) vanaema (E)
5) isa (P) 6) sõber (H) 7) tööandja (V) 8) onu (K) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

Vastamiseks kasuta palun järgmist skaalat:

- 1 - väga rahulolematu
- 2 - üsna rahulolematu
- 3 - pigem rahulolematu kui rahul
- 4 - pigem rahul kui rahulolematu
- 5 - üsna rahul
- 6 - väga rahul

o o o

1. Kes on need, keda Sa võid tõesti usaldada, kui Sa vajad abi?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

2. Kes on need, kes aitaksid Sul rasketes olukordades närvipingest vabaneda?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

3. Kes on need, kes võtavad Sind sellisena nagu Sa oled, koos kõigi Sinu vooruste ja puudustega?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

4. Kes on need, kes vaatamata kõigele jäävad Su kõrvale püsima?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

5. Kes on need, kes võivad aidata Sul enesetunnet tõsta, kui Sa end läbinisti kehvasti tunned?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

6. Kes on need, kes võiksid Sind lohutada, kui Sa endast väljas oled?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

7. Kes on need, kes Sind tõeliselt armastavad?

mitte keegi 1) 2) 3) 4)
5) 6) 7) 8) 9)

Kui rahul Sa antud olukorraga oled? 1 2 3 4 5 6

o o o

SHS

Lugege tähelepanelikult läbi alljärgnevad väited ja otsustage, kuivõrd nad iseloomustavad Teie söömiskäitumist.

Valida on kuue vastusevariandi vahel: 5-alati, 4-enamasti, 3-tihti, 2-mõnikord, 1-harva, 0-mitte kunagi.

Tõmmake ring ümber vastusevariandi, mis kõige paremini kirjeldab Teie söömiskäitumist

VIIMASE KUUE KUU JOOKSUL!

	Alati	Enamasti	Tihti	Mõni-kord	Harva	Mitte kunagi
1) Dieeti pidades tunnen end tahtejõulisena	5	4	3	2	1	0
2) Ma häbenen seda, kui palju ma süön	5	4	3	2	1	0
3) Kehakuju on minu jaoks väga tähtis	5	4	3	2	1	0
4) Ma arvan, et teised inimesed panevad mu kaalukõikumist tähele	5	4	3	2	1	0
5) Maiustuste süümine aitab mul kurbust leevendada	5	4	3	2	1	0
6) Ma süön kõhu liiga täis	5	4	3	2	1	0
7) Ma üritan enese kaalumist vältida	5	4	3	2	1	0
8) Ma arvan, et kui oleksin kõhnem, siis oleksin edukam	5	4	3	2	1	0
9) Nähes paksu inimest on mul hirm, et muutun tema sarnaseks	5	4	3	2	1	0
10) Ma ei tunne nälga	5	4	3	2	1	0
11) Mul on tunne, et mõni kehaosa on mul liiga suur	5	4	3	2	1	0
12) Ma olen teadlik oma toiduportsjonite kaloraažist	5	4	3	2	1	0
13) Ma tunnen, et olen paks	5	4	3	2	1	0
14) Meelsamini süön teiste seltsis	5	4	3	2	1	0
15) Ma tunnen vajadust end kaaluda	5	4	3	2	1	0
16) Kui olen närviline või ärritunud, siis hakkan süüma	5	4	3	2	1	0
17) Ma kardan kaalus juurde võtta ja paksuks minna	5	4	3	2	1	0
18) Ma süön nii hommiku-, lõuna- kui õhtusööki	5	4	3	2	1	0
19) Kui olen palju süünud, siis oksendan ebamugavustunde leevendamiseks	5	4	3	2	1	0
20) Ma olen oma kehakujuaga rahul	5	4	3	2	1	0
21) Mul on perioode, mil ma piiran oma süümist	5	4	3	2	1	0
22) Ma saan enda peale kurjaks, kui ma ei suuda dieeti pidada	5	4	3	2	1	0

	Alati	Enamasti	Tihti	Mõni-kord	Harva	Mitte kunagi
23) Mul on lihtne toiduga seotud kiusatustele vastu panna	5	4	3	2	1	0
24) Ma teen kaalutõusu ärahoidmiseks trenni	5	4	3	2	1	0
25) Ma süüan iivelduseni	5	4	3	2	1	0
26) Mul on tunne, et nii kui ma süüan, võtan kaalus juurde	5	4	3	2	1	0
27) Ma kasutan kaalu kontrollimiseks äärmuslikke meetodeid (näiteks oksendamise, lahtistite tarvitamine)	5	4	3	2	1	0
28) Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist	5	4	3	2	1	0
29) Mul on päevi, mil ma näkitsen kogu aeg midagi süüa	5	4	3	2	1	0
30) Ma süüan õhtul peale kella kuut kõike, mille järgi isu on	5	4	3	2	1	0
31) Minu kehakaal mõjutab suuresti, mida ma endast arvan	5	4	3	2	1	0
32) Ma kardan, et kaotan kontrolli söömise üle	5	4	3	2	1	0
33) Ma teen ükskõik mida, et söömisest tulenevat kaalutõusu ennetada või tasa teha	5	4	3	2	1	0
34) Dieeti pidades tunnen end enesekindlamalt kui tavaliselt	5	4	3	2	1	0
35) Mulle meeldib, kui mulle öeldakse, et peaksin rohkem süüma	5	4	3	2	1	0
36) Ma väldin rasvaste toitude ja maiustuste söömist	5	4	3	2	1	0
37) Mu kehakaalu kõikumine ei häiri mind	5	4	3	2	1	0
38) Ma üritan oma keha teiste inimeste eest varjata	5	4	3	2	1	0
39) Kui olen kaalus juurde võtnud, siis pigem väldin teiste seltskonda	5	4	3	2	1	0
40) Mul on olukordi, mil süüan igavusest, tüdimusest	5	4	3	2	1	0
41) Mul on hirm, et võin üle süüa	5	4	3	2	1	0
42) Ma arvan, et minu kehakaal kujutab mu tervisele tõsist ohtu	5	4	3	2	1	0
43) Mul on ebamugav oma keha peeglis näha	5	4	3	2	1	0
44) Minus tekitab ebamugavust teadmine, et keegi vaatab mu figuuri	5	4	3	2	1	0
45) Menstruatsiooni puudumine ei valmista mulle muret	5	4	3	2	1	0
46) Olen enda peale tige, kui ei suuda soovitud kaalus püsida	5	4	3	2	1	0
47) Ma soovin kaalust alla võtta	5	4	3	2	1	0
48) On päevi, mil ma ei süü mitte midagi	5	4	3	2	1	0
49) Ma tahan peale söömist oksendada	5	4	3	2	1	0

	Alati	Enamasti	Tihti	Mõni-kord	Harva	Mitte kunagi
50) Trenni tehes mõtlen kalorite põletamisele	5	4	3	2	1	0
51) Ma süön vaid taimetoitu	5	4	3	2	1	0
52) Ma arvan, et oleksin inimesena väärtuslikum, kui saavutaksin kaalu, mida soovin	5	4	3	2	1	0
53) Ma muretsen, et võin vormist välja minna	5	4	3	2	1	0
54) Mul on tunne, et söömine aitab mul rahuneda	5	4	3	2	1	0
55) On hetki, mil enesele märkamatult olen juba süöma hakanud	5	4	3	2	1	0
56) Ma olen oma kehakaaluga rahul	5	4	3	2	1	0
57) Ma eelistan kanda riideid, mis varjavad mu kehakuju	5	4	3	2	1	0
58) Süömine tekitab minus süütunnet	5	4	3	2	1	0
59) On päevi, mil ma ei mõtle muust kui süögist	5	4	3	2	1	0
60) Ma süön salaja	5	4	3	2	1	0
61) Süömist piirates mu meeleolu paraneb	5	4	3	2	1	0
62) Mulle öeldakse, et ma võiksin vähem süüa	5	4	3	2	1	0
63) Mõtted toidust ei lase mul keskenduda muudele asjadele	5	4	3	2	1	0
64) Mul on kombeks lugeda toiduetiketidelt kaloraazi	5	4	3	2	1	0
65) Ma tunnen end mugavalt figuuri rõhutavates riietes	5	4	3	2	1	0
66) Olen pärast süömist endaga väga rahulolematu	5	4	3	2	1	0
67) Mul on vastupandamatu süögiisu	5	4	3	2	1	0
68) On olukordi, kus ma ei suuda süömist lõpetada	5	4	3	2	1	0
69) Mulle tundub, et ükski meetod ei aita mul kaalu langetada	5	4	3	2	1	0
70) On päevi, mil mul ununeb süömine sootuks	5	4	3	2	1	0
71) Pean kinni reeglist, et õhtuti ei süüda	5	4	3	2	1	0
72) Pärast süöki on mul tahtmine toit endast välja saada	5	4	3	2	1	0
73) Mulle on oluline, et ma süöksin kindlatel kellaaegadel	5	4	3	2	1	0
74) Süömine tekitab mul vastikustunnet enda suhtes	5	4	3	2	1	0
75) Süön ka siis, kui ei tunne nälga	5	4	3	2	1	0
76) Mulle ei meeldi, kui teised minu süömisele tähelepanu pööravad	5	4	3	2	1	0
77) Ma eelistan madala kalorsusega toite	5	4	3	2	1	0

	Alati	Enamasti	Tihti	Mõni- kord	Harva	Mitte kunagi
78) Tunnen, et kogu mu elu keerleb toidu ümber	5	4	3	2	1	0
79) Täiskõhutunne on mulle meeldiv	5	4	3	2	1	0
80) Joon palju vedelikku, et leevendada näljatunnet	5	4	3	2	1	0
81) Väiksempi kaalutõus võib mind endast välja viia	5	4	3	2	1	0
82) Mind vaevavad mõtted, et inimesed annavad mu välimusele negatiivse hinnangu	5	4	3	2	1	0
83) Kehakaalu jälgimine on minu jaoks väga tähtis	5	4	3	2	1	0
84) Ma tunnen, et kontrollin ennast ja oma keha	5	4	3	2	1	0
85) Ma söön hästi kiiresti	5	4	3	2	1	0
86) Kaalu langus teeb mind õnnelikuks	5	4	3	2	1	0

