

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Anneli Kõressaar
Häirunud söömiskäitumise hindamine meestel
Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann

Läbiv pealkiri: söömiskäitumine meestel

Tartu 2019

Häirunud söömiskäitumise hindamine meestel

Kokkuvõte

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida naiste häirunud söömiskäitumist hindava Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS) esialgse 86-väitelise versiooni väidete sobivust söömishäirete sümptomite hindamiseks meestel. Valimi moodustasid 130 meest, kes täitsid 86-väitelise SHS küsimustiku. Faktoranalüüsi tulemusel ilmnis 4-faktoriline lahend: „Hõivatus kehakujust ja kehakaalust“ (Cronbachi $\alpha=.91$), „Liigsöömine“ ($\alpha=.90$), „Söömise piiramine“ ($\alpha=.86$) ja „Ebaregulaarne söömine“ $\alpha=.60$. Ilmnunud faktorid peegeldavad üsna suurel määral naiste SHS alaskaalasid. Antud valimil ei tulnud välja SHS alaskaala „Toidu väljutamine“, seda eeldatavasti valimi väiksuse ($N=130$) ning kliinilise valimi puudumise tõttu. Antud teemat tuleks edasi uurida suuremal valimil, kaasates kindlasti ka kliinilise diagnoosiga meespatsiente.

Märksõnad: meeste söömiskäitumine, söömiskäitumise hindamine

Evaluation of disturbed eating behavior in men

Abstract

The paper's aim was to explore the suitability of the statements of the initial 86-statement Eating Disorders Assessment Scale (SHS), which evaluates women's disturbed eating behavior, for evaluating eating disorder symptoms in men. The sample consisted of 130 men who filled out the SHS questionnaire with 86 statements. In factor analysis 4 factors emerged: "Preoccupation of body image and weight" ($\alpha=.91$), „Binge eating“ ($\alpha=.90$), „Restrained eating“ ($\alpha=.86$) and „Irregular eating“ ($\alpha=.60$). The factors reflect the SHS subscales to a fairly high extent. With the current sample SHS subscale „Purging“ did not emerge, probably due to small sample size ($N=130$) and lack of clinical sample. Further investigation should be done on a larger sample, including male patients with a clinical diagnosis.

Keywords: eating behavior in men, assesment of eating behavior

1. Sissejuhatus

Söömishäired

Söömishäired on tõsised ja tihti eluohtlikud haigused, mis põhjustavad isiku toitumiskäitumises suuri häireid (National Institute of Mental Health, 2016). Söömishäired mõjutavad nii noori kui täiskasvanuid. Söömishäireid esineb naistel sagedamini ning uuringud näitavad, et ka kliinilises pildis võib esineda soolisi erinevusi meeste ja naiste vahel (Kinasz, Accurso, Kass, Le Grande, 2016). Enimlevinud söömishäired on *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*) ja liigsöömishäire.

Anorexia nervosa 't iseloomustab patsiendi poolt tahtlikult esile kutsutud ning alal hoitud kaalukaotus (Kerig, Ludlow, Wenar, 2012, pp 417-418). Häiret seostatakse spetsiifilise psühhopatoloogiaga, mille tõttu püsib ülekaaluka ideena hirm paksuse ning rasvunud kehakuju ees, mistõttu patsiendid kehtestavad endale madala kehakaalu piiri (Kerig, jt, 2012, pp 417-418). RHK-10 kohaselt on *anorexia nervosa* diagnostilisteks kriteeriumiteks: (a) kehakaalu hoitakse vähemalt 15% allpool eeldatavat (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatudki), *Quetelet*' kehamassiindeks on 17,5 või väiksem, puberteedieelses eas patsiendid ei võta kasvuperioodil oodataval määral kaalus juurde. (b) Kehakaalu kaotus on esile kutsutud „paksuks tegevate toitude“ vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamise; tahtlikult esilekutsutud kõhulahtisus; ülemäärane kehaline aktiivsus; söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine. (c) Spetsiifilise psühhopatoloogilise avaldusena esineb oma keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja patsient seab oma kehakaalule väga ranged piirid. (d) Väljendunud endokriinhäired haaravad hüpotaalamuse-hüpofüüsi-sugunäärmete süsteemi. Naistel avaldub see amenorröana ning meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumisena. (e) Kui algus on prepuberteedieas, siis organismi pubertaalsed muutused hilinevad või isegi peetuvad (RHK-10, 1992).

Bulimia nervosa 't iseloomustavad korduvad liigsöömissööstude episoodid (Kerig jt, 2012, pp 427). Liigsöömissööstudele järgnevad katsed vältida kaalu tõusu kasutades selleks oksendamise esile kutsumist, kõhulahtistite või diureetikumide kuritarvitamist, näljutamist ning liigset treenimist (Kerig jt, 2012, pp 427). RHK-10 kohaselt on *bulimia nervosa* diagnostilisteks kriteeriumiteks: (a) Mõtted keerlevad kogu aeg söömise ümber ja esineb vastupandamatu söömishimu; tekivad liigsöömishood, kus lühikese aja vältel süüakse ära suur

kogus toitu. (b) Patsient püüab toidu paksuks tegevale toimele vastu tegutseda ühel või enamal järgneval viisil: tahtlikult esilekutsutud oksendamine; lahtistite kuritarvitamine, vahelduvad nälgimisperiodid; söögiisu pärssivate ravimite, türeoidpreparaatide ja diureetikumide kasutamine. Kui *bulimia* tekib diabeedihaigel, võivad nad loobuda insuliini kasutamisest. (c) Haiguslik tüsenemiskartus: patsient seab endale väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad haigusele eelnevast kehakaalust ning arstide poolt optimaalseks või tervislikuks pidada võivast kaalust (RHK-10, 1992)

Lisaks *anorexia nervosa* 'le ja *bulimia nervosa* 'le on veel üks kliiniliselt oluline diagnostiline kategooria – EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*), mida on diagnoositud DSM-IV (diagnostiline ja statistiline psüühikahäirete käsiraamat, APA, 1994) alusel juhul, kui patsiendi sümptomid ei vasta kõigile *anorexia nervosa* või *bulimia nervosa* diagnostilistele kriteeriumitele (Herik, 2009). RHK-10 alusel saab diagnoosida patsiendid kellel on kliiniliste *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* sümptomitest vähemad või nõrgemad sümptomid atüüpilise *anorexia nervosa* ja atüüpilise *bulimia nervosa* alla (RHK-10, 1992). Liigsöömishäire on kõikidest DSM-IV EDNOS kategooriatesse langevatest häiretest kõige enam tähelepanu saanud (Herik, 2009). EDNOS on ambulatoorses meditsiinis kõige sagedamini kohatav söömishäire (Fairburn ja Bohn, 2005). Uuringud näitavad, et EDNOS hõlmab enda alla 40-60% söömishäirete kliinikutesse ravile tulijatest, eriti populaarne on EDNOS vähem uuritud populatsioonide seas nagu mehed, etnilised vähemusgrupid, esteetiliselt orienteeritud atleedid, väikesed lapsed ja vanurid (Thomas, Vartanian, Brownell, 2009). Uus diagnostiline ja statistiline psüühikahäirete käsiraamat DSM-V on püüdnud täpsustada DSM-IV järgi EDNOS alla kategoriseeritud söömishäireid ning tuua EDNOS kategooriasse täpsustusi (APA, 2013).

Üheks suureks muutuseks DSM-IV ja DSM-V vahel on, et kui DSM-IV kohaselt hõlmas EDNOS ka liigsöömishäiret, siis DSM-V on liigsöömishäire esindatud kui eraldiseisev häire (APA, 2013). DSM-V kohaselt defineeritakse liigsöömishäiret korduvate episoodidena kus isik sööb tunduvalt rohkem toitu lühikese ajaperioodi jooksul kui enamik inimesi sarnastes tingimustes sööks, ja episoodidega mida kirjeldab kontrollimatuse tunne (APA, 2013). Võib olla, et liigsöömishäirega inimene sööb liiga kiiresti isegi kui ta ei ole nälgjane, ta tunneb häbi, piinlikkust või vastikust ning sööb üksinda, et liigsöömishoogu peita (APA, 2013). Liigsöömishäiret seostatakse märkimisväärse stressiga ning seda esineb keskmiselt vähemalt kord nädalas kolme kuu jooksul (APA, 2013).

Huvitav on siinkohal märkida ka Polivy ja Hermani kognitiivse piiramise teooriat, mille kohaselt on liigsöömine tugevalt seotud söömise piiramisega, see tähendab, et tavaliselt

eelneb liigsöömisele söömise piiramine (Polivy ja Herman, 1985). Söömise piirajad hakkavad stressiolukorras pigem rohkem sööma, samas kui söömist mitte piiravate inimeste puhul stress pigem kärbib söömist (Polivy ja Herman, 1999).

Söömishäired meestel

Söömishäirete esinemist meestel on uuritud vähem kui söömishäirete esinemist naistel ning nii mõnelgi arvamusel on söömishäired meeste puhul aladiagnoositud ja alaravitud (Strother, Lemberg, Stanford, Turberville, 2012). Suurem osa söömishäirete uuringutest ei too välja soospetsiifilisi tulemusi, seda enamjaolt seetõttu, et mehed on väikese uuringus osalejate arvu tõttu analüüsist välja jäänud ja lisaks on söömishäirete psühhomeetriselised hindamisvahendid ning kriteeriumid valideeritud enamjaolt naistele põhinedes (Klinkby-Støvning, Andries, Brixen, Bilenberg, Hørder, 2011).

Meeste seas esineb elu jooksul söömishäireid järgnevalt: 0.2%-0.4% *anorexia nervosa*, 0.1%-0.9% *bulimia nervosa*, 1.0%-1.1% liigsöömishäire; kuigi eelpoolmainitud söömishäirete esinemise protsendid on suhteliselt väikesed, siis häirunud söömiskäitumise sümptomid on alalävisel tasemel meeste puhul palju levinumad (Wyssen, Bryjova, Meyer, Munsch, 2016). Kehaga rahulolematust esineb meeste puhul aina rohkem ning see viitab, et tõusnud võib olla ka häirunud söömiskäitumise ning teiste kehaga rahulolematusega seostatud kahjulike tegevuste esinemine (Lavender ja Anderson 2009).

Erinevates allikates raporteeritud sooliste erinevuste ulatuslikkus söömishäirete ja häirunud söömiskäitumise osas sõltub sellest, millist spetsiifilist söömishäire sümptomit parasjagu uuritakse (Striegel-Moore jt, 2009). Naised ja tüdrukud raporteerivad meestest ja poistest enam rahulolematust kehakaaluga, dieedi pidamist kaalu kontrollimise eesmärgil ning toidu väljutamist, kuid raporteerivad meeste ja poistega kas samaväärselt või vähem liigsöömishooge ning ülemäärast treeningut kaalu kontrollimise eesmärgil (Striegel-Moore jt, 2009). Kuigi naised raporteerivad rohkem kui mehed, et nad tihti ei saa kontrollida kui palju või mida nad söövad, siis liigsöömist raporteerivad rohkem just mehed (Striegel-Moore jt, 2009).

On leitud, et mehed kogevad liigsöömishooge sama tihti või tihedamini kui naised, kuid neil esineb naistest vähem kontrollimatust ning muid liigsöömishäire sümptomeid, seega on meeste seas liigsöömishäire esinemine harvem kui naiste seas (Carey, Saules & Carr, 2017). Carey jt (2017) pakkusid antud erinevusele kolm võimalikku põhjust: 1) meestel esineb vähem patoloogilist liigsöömist, 2) liigsöömishäire diagnostilistes kriteeriumites

puudub sooneutraalsus ja/või 3) mehed ja naised kogevad sarnaseid, kuid lõppkokkuvõttes erinevaid söömishäireid (Carey jt, 2017).

Kinasz jt on leidnud, et noored mehed raporteerivad kergemaid söömishäirete sümptomeid kui naised, väiksemat muret madala kehakaalu ja -kuju osas, samas nad tegelevad naistest palju rohkem ülemäärase kehalise aktiivsusega (Kinasz jt, 2016). Leitud on ka, et meestel ei ole üldiselt spetsiifilist saleduse ihalust, soovitakse võtta nii kaalus juurde kui ka alla, kaalus juurde võtmine tähendab meeste puhul soovi saavutada lihaseline ja vahel ka sale keha (Strother jt, 2012). Lisaks muutub meeste „ideaalse keha“ taju aja jooksul (noored mehed soovivad suuremat keha ning vanemad mehed saledamat keha), samas kui naistel on pidev soov olla saledam (Kinasz jt, 2016). Samuti on leitud, et sooline erinevus ilmneb ka söömishäirete diagnoosides: noortel meestel on suurema tõenäosusega kui naistel diagnoosiks midagi muud kui *anorexia nervosa* või *bulimia nervosa* (Kinasz jt, 2016).

Grabhorn, Köpp, Gitzinger, von Wietersheim & Kaufhold (2003) viisid läbi uuringu täpsustamaks soolisi erinevusi söömishäirete patsientide seas ning leidsid, et meeste puhul on *anorexia nervosa* hilisem algus ning erinevused tulid esile ka keha tunnetuse osas: *bulimia nervosa* põdevad mehed on oma kehaga rohkem rahul kui naised ning *anorexia nervosa* põdevad mehed on rohkem mures oma tervise pärast (Grabhorn jt, 2003).

Ka paranemise puhul on leitud soolisi erinevusi. Klinkby-Støving jt (2011) viisid läbi uuringu, kus oli vaatluse all söömishäirete remissioon. Uuringust selgus, et *anorexia nervosa* puhul oli keskmine aeg haiguse algusest remissioonini nais-patsientidel 7 aastat, mees-patsientidel aga 3 aastat. Pärast viie aasta möödumist haigusest olid *anorexia nervosa* puhul remissiooni näitajad naistel 39% ja meestel 59% (Klinkby-Støving jt, 2011).

Töö eesmärk

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida naistel valideeritud Söömishäirete Hindamise Skaala (Akkermann, Herik, Aluoja & Järv, 2010) esialgse 86-väitelise versiooni väidete sobivust söömishäirete sümptomite hindamiseks meestel.

2. Meetod

Valim

Valimi moodustasid 130 meest. Uuringus osalejate keskmine vanus oli 28 aastat ($SD=8,09$) ning vanuse mood ehk kõige enam esinenud vanus 22 aastat (12,4% vastanutest). Noorim vastaja oli 17-aastane ning vanim 60-aastane. Vastanute seas oli enim kõrgharidusega inimesi, neid oli kokku 50 (38,5%), kõrgharidus oli omandamisel 38 vastajal (29,2%), keskhariidusega vastajaid oli 24 (18,5%), kesk-eri haridusega 10 (7,7%) ning põhiharidusega 5 vastajat (3,8%). Kolm osalejat ei olnud oma haridust märkinud. Valimis osalenute seas oli alakaalus ($KMI < 18,5$) 2,3%, normaalkaalus ($KMI 18,5-24,9$) 61,5%, ülekaalus ($KMI 25,0-29,9$) 30,8% ja rasvunud ($KMI > 30$) 3,8%. Kahe vastaja puhul (1,5%) ei olnud võimalik puuduvate andmete tõttu kehamassiindeksit arvutada.

Mõõtevahend

Katses osalejad täitsid 86-väitelise küsimustiku, mille väited loodi Söömishäirete Hindamise Skaala (Akkermann, Herik, Aluoja, & Järv, 2010) tööversiooni aluseks võttes. SHS koosneb neljast alaskaalast: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine, hõivatus välimusest ja kehakaalust. Küsimustiku täitja vastas 6-pallisel Likert-tüüpi skaalal (5 – alati ... 0 – mitte kunagi) millisel määral väited tema söömiskäitumist kirjeldavad. Samuti koguti katseisikute kohta infot nagu eneseraporteeritud kehakaal, pikkus, ideaalkaal, haridustase. Kehakaalu ja pikkuse alusel arvutati vastaja KMI. Andmetöötluseks kasutati andmetöötluse programmi SPSS STATISTICS 25.

Protseduur

Andmeid kaasati järgnevate uuringute raames kogutud andmetest: veel käimas olev uuring „Üle- ja liigsöömishoogude seosed emotsioonide regulatsiooni ja impulsiivsusega meeste seas“ (Akkermann ja Kuk, 2018) ning Agnes Roolaidi seminaritöö „Ortoreksia sümptomaatika ja selle seosed söömishoiakute ja -käitumisega“ (Roolaid, 2013). Eelpool mainitud uuringutest kaasatud katseisikud täitsid küsimustiku KAEMUS keskkonnas (Akkermann ja Kuk, 2018; Roolaid, 2013), eFormulari elektroonilise ankeedina, või paber kandjal (Roolaid, 2013). Käesoleva uurimistöö autor küsitles katseisikuid 2013 aasta suvel ja sügisel Järve perearstikeskuses ja Nõmme perearstikeskuses Tallinnas uurimistöö „

Söömiskäitumise hindamine perearsti vastuvõtule pöördunute seas“ (Akkermann, 2013) raames, kus vastajad täitsid küsimustiku paber kandjal. Andmeid kaasati mitmest erinevast allikast eesmärgiga saada kokku esindusliku suurusega meessoost vastajate valim.

3. Tulemus

Faktoranalüüs

Esiteks tehti eksploratiivne faktoranalüüs 86-küsimusega peatelgede meetodil varimax pööramisega. Faktoranalüüsi tulemusel ilmnis 7-faktoriline lahend. Lahendisse jäi seitse faktorit, mille omaväärtused olid suuremad kui 2 ja mis koos kirjeldasid 50,1% üldhajuvusest. Kõigi lahendisse kaasatud tunnuste kommunaliteetid olid kõrged jäädes .63 ja .87 vahele. Antud analüüsis tekkisid järgnevad faktorid:

F1 = Rahulolematus kehaga (kirjeldas 20,4 % varieeruvusest)

F2 = Kontrollimatuse tunne seoses söögiga (kirjeldas 8,7 % varieeruvusest)

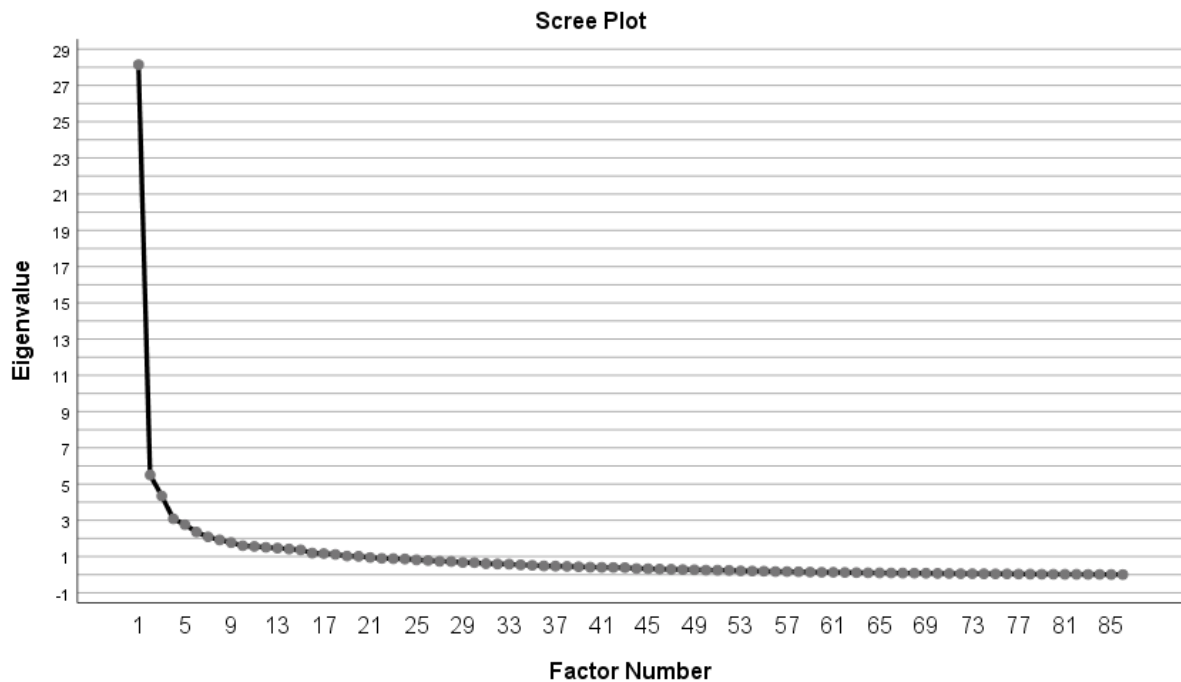
F3 = Sihipärane söögi piiramine (kirjeldas 6,3 % varieeruvusest)

F4 = Emotsionaalne söömine (kirjeldas 4,2 % varieeruvusest)

F5 = Soov sööki väljutada (kirjeldas 3,6 % varieeruvusest)

F6 = Vähene ja ebakorrapärane söömine (kirjeldas 3,5 % varieeruvusest)

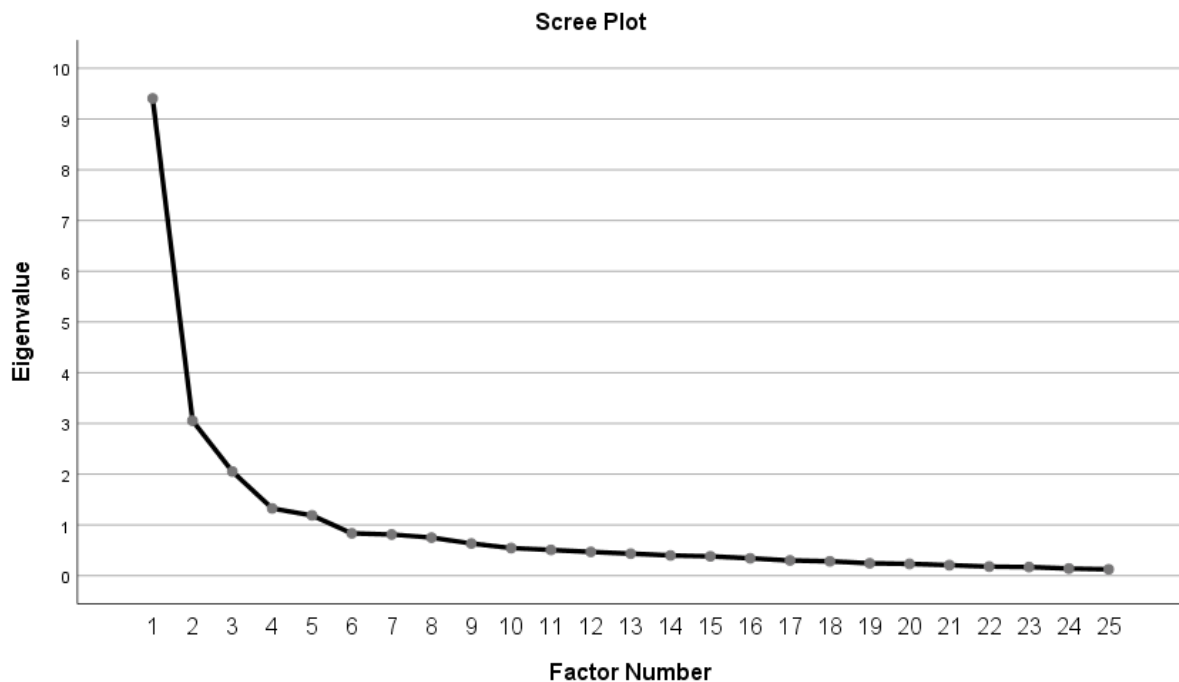
F7 = Kalorite arvestamine (kirjeldas 3,4 % varieeruvusest)



Joonis 1. Seitsmefaktorilise faktorlahendi omaväärtuste graafik

Vaadates tunnuste laadumist faktoritele tuli aga esile, et paljud tunnused laadusid väga sarnaselt mitmele faktorile. Näiteks tunnus „SHS16 Kui olen närviline või ärritunud, siis hakkan sööma“ laadus faktorile F2 laadungiga .474 ja faktorile F4 laadungiga .484; tunnus „SHS34 Dieeti pidades tunnen end enesekindlamalt kui tavaliselt“ laadus faktorile F3 laadungiga .381, faktorile F6 laadungiga .252 ja faktorile F7 laadungiga .308. Kuna antud faktoranalüüsis esile kerkinud faktorid F2 (kontrollimatuse tunne seoses söögiga) ja F4 (emotsionaalne söömine) ning omakorda faktorid F3 (sihipärane söögi piiramine), F6 (vähene ja ebakorrapärane söömine) ja F7 (kalorite arvestamine) väited laadusid mitmele faktorile, otsustati minna edasi 4-faktorilise faktoranalüüsiga. Antud otsust toetab ka omaväärtuste graafik (Joonis 2), millelt eristuvad selgelt neli faktorit. Samuti toetab antud otsust, et uuringutes on leitud, et emotsionaalne söömine ning liigsöömishoold on omavahel tugevalt soetud (Stice, Presnell, Spangler, 2002; Sultson, Kukk, Akkermann, 2017).

Seejärel tehti uus faktoranalüüs peatelgede meetodil varimax pööramisega, kus piirati loodavate faktorite arv sarnaselt naiste SHS faktorite arvule 4. Esialgu kaasati faktormudelisse kõik 86 väidet, kuid statistilistel kaalutlustel eemaldati analüüsist väited, mille faktorlaadungid olid madalamad kui .50. Selle tulemusel saadi 25 väitel põhinev faktorlahend, mis seletab 56.65% andmete üldhajuvusest. Lahendisse jäänud väidete kommunaliteetid olid üsna kõrged ning jäid .29 ja .73 vahele (Tabel 1).



Joonis 2. Neljafaktorilise faktorlahendi omaväärtuste graafik

Faktorlahendi omaväärtuste graafiku (Joonis 2) alusel tehti kontrolliks ka faktoranalüüs, kus piirati loodavate faktorite arv numbriga 5. Kuna antud faktoranalüüsis viies faktor siiski statistiliselt oluliselt ei eristunud (Cronbachi $\alpha=.18$, $N=4$), mindi edasi neljal faktoril põhineva lahendiga.

Faktoranalüüsi tulemusena saadud neljast faktorist esimene seletas 22,8% üldhajuvusest. Antud faktorisse jäi 5 väidet mis on seotud kehakuju ja kehakaaluga hõivatud olemisega. Seega faktori nimetuseks „Hõivatus kehakujust ja kehakaalust“.

Teine faktoranalüüsis esile kerkinud faktor seletas 19% üldhajuvusest. Antud faktorisse jäi 9 väidet, mis on seotud liigsöömisega ning faktori nimeks „Liigsöömine“.

Kolmas faktoranalüüsis esile kerkinud faktor seletas 7,56% ning faktorisse jäi 8 väidet mis on seotud söömise piiramisega. Seega faktori nimetuseks „Söömise piiramine“.

Neljas faktor seletas 7,24% ning faktorisse jäi 3 väidet, mis on seotud ebaregulaarse söömisega. Faktori nimetuseks „Ebaregulaarne söömine“.

Tabel 1. Faktorite laadungid ja kommunaliteetid

Faktorid väidetega	Hõivatud kehakujust ja kehakaalust	Liigsöömine	Söömise piiramine	Ebaregulaarne söömine	Kommunaliteet
--------------------	------------------------------------	-------------	-------------------	-----------------------	---------------

Hõivatus kehakujust ja kehakaalust (5 väidet)

SHS8 Ma arvan, et kui oleksin kõhnem, siis oleksin edukam	.797	.236	.047	.018	.694
SHS57 Ma eelistan kanda riideid, mis varjavad mu kehakuju	.758	.308	.037	.196	.709
SHS43 Mul on ebamugav oma keha peeglis näha	.757	.298	.233	.133	.734
SHS44 Minus tekitab ebamugavust teadmine, et keegi vaatab mu figuuri	.684	.313	.316	.154	.687
SHS46 Olen enda peale tige, kui ei suuda soovitud kaalus püsida	.676	.308	.413	.092	.731

Liigsöömine (9 väidet)

SHS67 Mul on vastupandamatu söögiisu	.058	.725	.115	-.206	.588
SHS68 On olukordi, kus ma ei suuda söömist lõpetada	.271	.700	.072	.019	.572
SHS78 Tunnen, et kogu mu elu keerleb toidu ümber	.169	.685	.224	-.003	.553
SHS55 On hetki, mil enesele märkamatu olen juba sööma hakanud	.286	.633	.036	.241	.540
SHS54 Mul on tunne, et söömine aitab mul rahuneda	.357	.617	.103	.049	.519
SHS32 Ma kardan, et kaotan kontrolli söömise üle	.480	.612	.203	-.088	.652
SHS16 Kui olen närviline või ärritunud, siis hakkan sööma	.344	.573	.202	.014	.479
SHS41 Mul on hirm, et võin üle süüa	.440	.567	.314	-.126	.633
SHS40 Mul on olukordi, mil süüa igavusest, tüdimusest	.335	.539	.149	.314	.527

Söömise piiramine (8 väidet)

SHS83 Kehakaalu jälgimine on minu jaoks väga tähtis	.357	.145	.702	-.010	.641
SHS34 Dieeti pidades tunnen end enesekindlamalt kui tavaliselt	.313	.162	.665	.280	.639
SHS77 Ma eelistan madala kalorsusega toite	.393	.062	.650	-.028	.588
SHS28 Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist	.441	.048	.625	-.170	.614
SHS64 Mul on kombeks lugeda toiduetikettidelt kaloraaži	.015	.076	.611	-.010	.366
SHS21 Mul on perioodi, mil piiran oma söömist	.285	.129	.605	-.025	.475
SHS36 Ma väldin rasvaste toitude ja maiustuste söömist	.306	.055	.524	-.311	.460

SHS12 Ma olen teadlik oma toiduportsjonite kaloraažist	-.046	.048	.505	-.151	.287
--	-------	------	-------------	-------	------

Ebaregulaarne söömine (3 väidet)

SHS48 On päevi, mil ma ei söö mitte midagi	.165	.107	-.019	.653	.477
SHS70 On päevi, mil mul ununeb söömine sootuks	.130	.110	.052	.609	.423
SHS18 Ma söön nii hommiku-, lõuna- kui ka õhtusööki*	-.099	.061	.376	-.477	.393

Märkus: * pööratud tunnus

Sisereliaablus ja väidete korrelatsioonid

Kolme faktori sisereliaablused on väga head: faktori „Hõivatus kehakujust ja kehakaalust“ Cronbachi $\alpha=.91$ (N=5), faktori „Liigsöömine“ $\alpha=.90$ (N=9) ning faktori „Söömise piiramine“ $\alpha=.86$ (N=8). Faktori „Ebaregulaarne söömine“ sisereliaablus on aga madalam, Cronbachi $\alpha=.60$

Väidete omavahelised faktorisesed korrelatsioonid olid statistiliselt olulised. Skaalasse kuuluvate väidete korrelatsioonid olid faktoris „Hõivatus kehakujust ja kehakaalust“ vahemikus .472 kuni .647, faktoris „Liigsöömine“ vahemikus .293 kuni .693, faktoris „Söömise piiramine“ vahemikus .304 kuni .749 ning faktoris „Ebaregulaarne söömine“ vahemikus .363 kuni .519 ($p<0,01$).

4. Arutelu

Söömishäired on tõsised ja tihti eluohtlikud haigused, mis põhjustavad toitumiskäitumises suuri häireid (National Institute of Mental Health, 2016). Palju on uuritud häirunud söömiskäitumist naistel, kuid soolisi erinevusi esile toovaid uuringuid on vähe, sest mehed on väikese uuringus osalejate arvu tõttu tihtipeale analüüsist välja jäänud ja enamjaolt on psühhomeetriselised hindamisvahendid ning kriteeriumid valideeritud naiste valimile põhinedes (Klinkby-Støvning jt, 2011). Aina rohkem ollakse teadlikud söömishäirete esinemisest meestel, kuid abi otsivad mehed pigem vähe ning vähe on teada ka nende ravi kogemustest (Thapliyal, Mitchison & Hay, 2017). Palju kohtab aga arvamust, et meeste puhul on söömishäired aladiagnoositud ja alaravitud (Strother jt, 2012). On leitud, et meeste ja naiste puhul on söömishäirete ilmnemises erinevusi, mis tõendab meeste-spetsiifilise söömishäirete hindamisvahendi olulisust (Stanford ja Lemberg, 2012).

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida esialgse SHS (Akkermann, Herik, Aluoja, Järv, 2010) küsimustiku väidete sobivust söömishäirete sümptomite hindamiseks meestel. Eelnevalt ei ole antud küsimustiku väidete sobivust meeste häirunud söömiskäitumise hindamiseks uuritud, seega oli huvitav uurida, kas lahend peegeldaks naiste SHS alaskaalasid. Otsest võrdlust küsimustike vahel ei ole aga võimalik teha, sest antud uurimistöös kokku saadud meeste valim (N=130) on kordades väiksem SHS konstrueerimisel kasutatud valimist (N=620) (Herik, 2009). Samuti ei saa küsimustikke võrrelda, sest antud uurimistöösse kaasatud valim on kogutud vaid tavapopulatsioonist, puudub kliiniline valim. SHS konstrueerimisel oli aga kaasatud nii kliiniline kui ka kontrollgrupp. Küsimustike võrdlemiseks oleks vajalik koguda meeste andmeid suuremas mahus ning kindlasti ka söömishäire diagnoosiga meeste seast.

Uurimaks meeste SHS küsimustiku väidete sobivust söömishäirete sümptomite hindamiseks viidi läbi faktoranalüüs, mille tulemusel saadi 4-faktoriline lahend faktoritega „Hõivatus kehakujust ja kehakaalust“ (Cronbachi $\alpha=.91$), „Liigsöömine“ (Cronbachi $\alpha=.90$), „Söömise piiramine“ (Cronbachi $\alpha=.86$) ja „Ebaregulaarne söömine“ (Cronbachi $\alpha=.60$). Ilmnenud faktorid peegeldavad üsna suurel määral naiste SHS alaskaalasid, milleks on „hõivatus välimusest ja kehakaalust“, „liigsöömine“, „söömise piiramine“, „toidu väljutamine“.

Faktorisse „Söömise piiramine“ laadunud tunnused kattusid suures osas naiste SHS samanimelise alaskaalaga. Kaheksast faktorisse laadunud tunnusest kattus naiste SHS alaskaalaga seitse. Ainsa erinevusena laadus meeste SHS „Söömise piiramine“ faktorisse väide „SHS34 Dieeti pidades tunnen end enesekindlamalt kui tavaliselt“.

Faktorisse „Liigsöömine“ laadunud tunnused kattusid samuti üsna suurel määral naiste SHS samanimelise alaskaalaga. Üheksast faktorisse laadunud tunnusest kattus kuus. Väited mis erinesid naiste SHS alaskaalast on „SHS41 Mul on hirm, et võin üle süüa“, „SHS78 Tunnen, et kogu mu elu keerleb toidu ümber“ ja „SHS32 Ma kardan, et kaotan kontrolli söömise üle“. Erinevalt naiste SHS liigsöömise alaskaalast tuleb kahe eelpool mainitud faktorisse jäänud väite alusel meeste puhul esile hirm ja kartus. Antud erinevust toetab ka kirjandus. Uurides liigsöömishoogude ja negatiivsete emotsioonide seoseid leidsid Kukk ja Akkermann (2017), et kõikumine negatiivsetes emotsioonides ning impulsiivsus olid meeste puhul liigsöömishoogude ennustajaks. Samuti on leitud, et liigsöömishäirega meestel on kõige tihedamini komorbiidsus ärevushäiretega (Velázquez López, Vázquez Arévalo, Mancilla Díaz, 2018).

Faktorisse „hõivatus kehakujust ja kehakaalust“ laadunud tunnused kattusid suurel määral naiste SHS samanimelise alaskaalaga. Antud uurimuse valimi põhjal ei tulnud välja kirjanduses viidatu, et mehed soovivad tihti saavutada pigem lihaselisemat keha (Strother jt, 2012). Faktoranalüüsi kaasatud lihaselisusega seotud SHS väited langesid analüüsi käigus nõrkade statistiliste näitajate tõttu välja.

Neljanda faktorina kerkis esile „Ebaregulaarne söömine“, mille Cronbachi α oli teistest tunduvalt madalam, $\alpha=.60$. Madala sisereliaabluse võis põhjustada vähene väidete hulk. Antud alaskaala ei kattunud naiste SHS neljanda alaskaalaga „Toidu väljutamine“. Toidu väljutamisega seotud väited laadusid väga nõrgalt kõigi nelja faktori alla ning langesid välja. Siinkohal ei saa aga teha järeldust, et toidu väljutamine ei ole meeste puhul söömishäirete sümptomite hindamise osas oluline. Söömishäirete peamised sümptomid ning diagnostilised kriteeriumid on samad nii meeste kui naiste puhul (RHK-10, 1992; APA, 2013). Antud tulemusest võib pigem järeldada, et selleks, et väljutamise väited oleksid faktoriks laadunud, oleks valimis pidanud olema ka mehi kellel on söömishäire sümptomid avaldunud. Andmed olid aga kogutud tavapopulatsioonist, seega ei saanud toidu väljutamine faktorina esile kerkida.

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli uurida esialgse 86-väitelise Söömishäirete Hindamise Skaala (Akkermann, Herik, Aluoja & Järv, 2010) küsimustiku väidete sobivust söömishäirete sümptomite hindamiseks meestel. Faktoranalüüsi tulemusel ilmnenu faktorid

kattusid üsna suurel määral naiste SHS alaskaaladega, kuid esines ka olulisi erinevusi. Antud teemat tuleks edasi uurida suuremal valimil, kaasates kindlasti ka kliinilise diagnoosiga meespatsiente.

Kirjanduse loetelu:

- Akkermann, K (2013) Söömiskäitumise hindamine perearsti vastuvõtule pöördunute seas. Kestev projekt, millest võeti andmed 2013 aasta seisuga
- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., Järv. (2010). Söömishäireid Hindav Skaala (SHS)
- Akkermann, K. & Kukk, K. (2018) Üle- ja liigsöömishoogude seosed emotsioonide regulatsiooni ja impulsiivsusega meeste seas. Kestev projekt millest võeti andmed 2018 aasta seisuga
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, D.C.
- Carey, J.B., Saules, K.K, Carr, M.M (2017) A qualitative analysis of men's experiences of binge eating. *Appetite* 116 (2017) 184-195
- Fairburn, C.G. & Bohn, K. (2005). Eating Disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome „not otherwise specified“ (NOS) category in DSM-IV, *Behaviour Research and Therapy* 42, 691-701
- Grabhorn, R., Köpp, W., Gitzinger, I., von Wietersheim, J., Kaufhold (2003). Differences between female and male patients with eating disorders—results of a a multicenter study on eating disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003 Jan; 53(1):15-22
- Herik, M. (2009). Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine; magistriprojekt kliinilises psühholoogias. Tartu ülikooli sotsiaalteaduskonna psühholoogia instituut
- Kerig, P.K., Ludlow, A., Wenar, C. (2012). Developmental Psychopathology, 6th ed. McGraw-Hill Education, UK.

- Kinasz, K., Accurso, E.C., Kass, A.E., Le Grande, D. (2016). Does Sex Matter in the Clinical Presentation of Eating Disorders in Youth? *Journal of Adolescent Health and Medicine* 58, 410-416
- Klinkby-Støving, R., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., Hørder, K. (2011) Gender Differences in Outcome of Eating Disorders: A Retrospective Cohort Study *Psychiatry Research* 186, 362-366
- Kukk, K., & Akkermann, K. (2017). Fluctuations in negative emotions predict binge eating both in women and men: An experience sampling study. *Eating disorders*, 25(1), 65-79.
- Lavender, J.M. & Anderson, D.A. (2009). Contribution of Emotion Regulation Difficulties to Disordered Eating and Body Dissatisfaction in College Men. *International Journal of Eating Disorders* 42:5 471-474
- Maaailma Tervishoiu Organisatsioon (1992). Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tõlge: Tartu Ülikool
- National Institute of Mental Health [Internet]. Eating Disorders. Uuendatud 2016, välja võetud 21.11.2018. Allikas: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
- Polivy, J. & Herman, P. (1985) Dieting and Binging. A Casual Analysis. *Americal Psychologist* Vol 40, No. 2, 193-201
- Polivy, J. & Herman, P. (1999) Distress and Eating: Why Do Dieters Overeat? *International Journal of Eating Disorders* Vol 26(2), Sep, 1999, pp 153-164
- Roolaid, A. (2013) Ortoreksia sümptomaatika ja selle seosed söömishoiakute ja -käitumisega, seminaritöö. Tartu ülikooli sotsiaalteaduskonna psühholoogia instituut
- Stanford, S.C., Lemberg, R. (2012) A Clinical Comparison of Men and Women on the Eating Disorder Invenstroy-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assesment for Men (EDAM). *Eating Disorders* Vol 20, issue 5, 379-394
- Stice, E., Presnell, K., Spangler, D. (2002) Risk Factors for Binge Eating Onset in Adolescent Girls: A 2-Year Prospective Investigation. *Health Psychology* Vol. 21, No. 2, 131-138

- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A., Kraemer, H.C (2009). Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *International Journal of Eating Disorders* 42:5 471-474
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S.C., Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20:5 346-355
- Sultson, H., Kukk, K., Akkermann, K. (2017) Positive and negatiive emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite* 116 423-430
- Thapliyal, P., Mitchison, D., Hay, P. (2017) Insights into the Experiences of Treatment for An Eating Disorder in Men: A Qualitative Study of Autobiographies. *Behavioral Sciences* 2017, Vol 7, 38
- Thomas, J.J., Vartanian, L.R., Brownell, K.D. (2009). The Relationship Between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders: Meta-analysis and Implications for DSM. *Psychological Bull.*, 2009 May; 135(3): 407-433
- Velázquez López, H. J., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J., M. (2018) Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literatuure. *Salud mental* Volume 41, Issue 2, March-April 2018
- Wyssen, A., Bryjova, J., Meyer, A.H., Munsch, S. (2016). A Model of Disturbed Eating Behavior in Men: The Role of Body Dissatisfaction, Emotion Dysregulation and Cognitive Distortions. *Psychiatry Research* 246, 9-15

Tänuõnad

Soovin tänada Kirsti Akkermanni põhjaliku juhendamise ja suunamise eest ning Helle Kaasikut andmetöötuse õpetamise eest.

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Anneli Kõressaar