

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**HÄIRUNUD SÖÖMISKÄITUMINE JA SELLEGA SEOTUD TEGURID
NOORTEL NAISTEL JA NENDE EMADEL EESTIS**

Magistritöö rahvatervishoius

Diana Liivola

Juhendajad: Inga Villa, MD, dr. med., Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, tervise edendamise lektor

Karolin Toompere, MSc, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, biostatistika nooremlektor

Tartu 2025

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 26.05.2025 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kadi Reintam, MSc, Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia instituut, kliinilise psühholoogia nooremteadur, Sotsiaalministeerium, nõunik

Kaitsmine: 02.06.2025

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	6
1. Sissejuhatus	7
2. Kirjanduse ülevaade	9
2.1 Söömiskäitumine	9
2.1.1 Normaalne söömiskäitumine	12
2.1.2 Häirunud söömiskäitumine.....	13
2.1.3 Söömishäire	14
2.2 Häirunud söömiskäitumise hindamine	16
2.3 Häirunud söömiskäitumise võimalikud seosed emade ja tütarde vahel	17
2.4 Häirunud söömiskäitumise kirjeldus sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tunnuste kaudu.....	18
2.4.1 Majanduslik olukord.....	18
2.4.2 Elukoht	19
2.4.3 Haridus	20
2.5 Häirunud söömiskäitumise kirjeldus tervisekäitumise tunnuste kaudu.....	20
2.5.1 Kehaline aktiivsus	20
2.5.2 Ööpäeva unetundide arv	22
2.5.3 Ekraaniaeg	22
2.5.4 Alkoholi tarvitamine.....	23
2.5.5 Suitsetamine	24
2.5.6 Kehamassiindeks	24
2.5.7 Eluga rahulolu	25
3. Eesmärgid	27
4. Materjal ja meetodika.....	28
4.1 Magistriöö andmestik	28
4.2 Magistritöös kasutatud tunnused	29
4.2.1 Sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud tegurid.....	29

4.2.2 Tervisekäitumine.....	29
4.2.3 Söömiskäitumine ja kehakaal.....	30
4.2.4 Antropomeetrilised näitajad.....	31
4.3 Andmeanalüüs.....	31
5. Tulemused.....	32
5.1 Valimi kirjeldus.....	32
5.2 Sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise andmete kirjeldus.....	32
5.3 Emade ja tütarde kehakaalu reguleerimise andmete kirjeldus.....	35
5.4 Häirunud söömiskäitumise ja selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematuse) levimus.....	37
5.5 Buliimia alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega.....	38
5.6 Kõhnuse ihaluse alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega.....	40
5.7 Kehaga rahulolematuse alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega.....	42
6. Arutelu.....	44
7. Järeldused.....	51
8. Kasutatud kirjandus.....	52
Summary.....	63
Tänuavaldus.....	65
<i>Curriculum vitae</i>	66
Lisad.....	67
Lisa 1. ELIKTU (2011–2013) eluolu küsimustik (Pakett A - lapsevanemad).....	67
Lisa 2. ELIKTU (2011–2013) liikumisaktiivsuse küsimustik (Pakett A - lapsevanemad).....	67
Lisa 3. ELIKTU (2011–2013) küsimused enesetunde ja tervisliku seisundi kohta (Pakett B - lapsevanemad).....	68

Lisa 4. ELIKTU (2011–2013) STAI (<i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory</i> - <i>Spielbergeri</i> seisundi- ja püsiärevuse skaala) küsimustik (Pakett B - lapsevanemad) .	69
Lisa 5. ELIKTU (2011–2013) EDI (<i>Eating Disorders Inventory</i>) (Pakett B - lapsevanemad).....	69
Lisa 6. ELIKTU (2011–2013) küsimustik „ALKOHOL“ (Pakett B - lapsevanemad)	71
Lisa 7. ELIKTU (2011–2013) küsimustik „TUBAKATOOTED“ (Pakett B - lapsevanemad).....	71

Lühikokkuvõte

Käesolevas magistritöös uuriti ja hinnati emade ja tütarde häirunud söömiskäitumist ning sellega seotud tegureid Eestis. Töö alaeesmärgid olid järgmised: 1) kirjeldada kehakaalu reguleerimist emade ja tütarde hulgas; 2) hinnata ja võrrelda häirunud söömiskäitumise ning selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) levimust emadel ja tütardele; 3) võrrelda emade ja tütarde häirunud söömiskäitumise alaskaalade seoseid sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise tunnustega.

Magistritöös kasutati ELIKTU andmestikke (2008; 2011–2013; 2014). Valimi moodustasid 814 naist (405 ema ja 409 tütart) vanusevahemikus 23–71 aastat. Söömiskäitumise ja -hoiakute uurimiseks kasutati EDI-2 küsimustiku andmeid. Uuritavateks söömiskäitumise ja kehakaaluga seonduvateks tunnusteks olid kehakaalu reguleerimine, häirunud söömiskäitumine, buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus. Uuritavateks tervisekäitumise tunnusteks olid kehaline aktiivsus, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, eluga rahulolu ning kehamassiindeks. Andmete vaheliste seoste analüüsimiseks kasutati hii-ruut testi ja logistilisi regressioonimudeleid.

Enda kehakaalu oli reguleerinud 71% emadest ja 73% tütardest. Kõige rohkem esines kaalu langetamist, mille levinumad viisid olid toidu hulga piiramine ning kehalise aktiivsuse suurendamine. Häirunud söömiskäitumise levimus oli emadel 24,9% ja tütardele 21,3%. Häirunud söömiskäitumise alaskaalade levimused olid emadel ja tütardele vastavalt: buliimia (34,8% vs 30,6%), kõhnuse ihalus (26,7% vs 21,8%), kehaga rahulolematus (44,5% vs 42,9%). Kehaga rahulolematute tütarde emadel esines kehaga rahulolematust statistiliselt oluliselt rohkem kui kehaga rahulolevate tütarde emadel.

Buliimia riski suurendasid emadel ja tütardele ülekaal/rasvumus (*OR* 2,73; 95% *CI* 1,84–4,04), ööuni alla 8 tunni (*OR* 1,72; 95% *CI* 1,21–2,44) ning vähendas eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine (*OR* 0,39; 95% *CI* 0,26–0,59). Kõhnuse ihaluse riski suurendasid emadel ja tütardele ülekaal/rasvumus (*OR* 4,15; 95% *CI* 2,54–6,8), tütardele alkoholi tarvitamine (1–3 korda kuus *OR* 4,22; 95% *CI* 1,58–11,27 ning >1 korra nädalas *OR* 3,76; 95% *CI* 1,34–10,55) ning vähendas eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine (*OR* 0,42; 95% *CI* 0,26–0,68). Kehaga rahulolematuse riski suurendasid emadel ja tütardele mõõduka füüsilise aktiivsuse puudumine (*OR* 1,56; 95% *CI* 1,01–2,42), ülekaal/rasvumus (*OR* 6,37; 95% *CI* 3,61–11,22), ööuni alla 8 tunni (*OR* 1,55; 95% *CI* 1,02–2,37) ning vähendas hea/väga hea majanduslik toimetulek (*OR* 0,38; 95% *CI* 0,2–0,72).

1. Sissejuhatus

Häirunud söömiskäitumisele on iseloomulik ebatervislik söömiskäitumine ja rahulolematuse oma kehapildiga (1). See väljendub kindlates söömismustrites ja kehakaalu reguleerimise meetodites, mis esinevad harvemini või need on vähem tõsised täitmaks kliinilise söömishäire diagnoosiks vajalikke kriteeriumeid. Vaatamata sellele, et tegemist pole psüühikahäirega, siis võib häirunud söömiskäitumine ikkagi avaldada olulist mõju tervisele ja kehakaalule. (2) Häirunud söömiskäitumise puhul seostatakse kehakuju, kehakaalu ja toitu spetsiifiliste uskumuste, tunnete ja käitumisega ning seejuures on oluline kontrolli omamine või selle puudumine (1). Lisaks on täheldatud ka häireid ärevuse, viha, nälja, küllastustunde ning naudingu aluseks olevates neurobioloogilistes protsessides (1, 3). Häirunud söömiskäitumise korral võidakse kehakaalu kontrollimiseks olla ülemääraselt füüsiliselt aktiivsed ning kasutada kroonilist, piiravat ja äärmuslikku dieedipidamist, mille korral nt väljutatakse tahtlikult toitu, paastutakse, kasutatakse lahtisteid ja dieetpreparaate (4, 5).

Häirunud söömiskäitumine on oluline kliinilise söömishäire tekke riskitegur (1). Söömishäired on psüühikahäired, mis mõjutavad olulisel määral indiviidi vaimset, füüsilist ja sotsiaalset heaolu (6, 7). Ajavahemikus 1990–2019 suurenes globaalne haigestumus söömishäiretesse 22,9% võrra alla 20-aastaste noorte seas (8). Läänemaaailmas on varajaseks täiskasvanueaks söömishäiret kogunud ligi 5,5–17,9% noortest naistest ja 0,6–2,4% noortest meestest (9). Leitud on, et ülemaailmselt haigestub 2,6–8,4% naistest ja 0,7–2,2% meestest elu jooksul erinevatesse söömishäiretesse (10).

Eestis on teadaolevalt 51,4% tüdrukutest (vanusevahemik 15–18 eluaastat) püüdnud oma kehakaalu aktiivselt alandada kasutades selleks kehalise koormuse suurendamist, nälgimist, dieedipidamist, toidukoguste ja -kordade vähendamist (11), mille kõrval kogeti paralleelselt suuremal määral ülesöömishoogusid (12). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu põhjal esines üle- ja liigsöömishooge 27%-l uuringus osalejatest. Selgus, et liigsöömistüüpi söömishäire suurenenud risk ohustab eelkõige tüdrukuid vanuserühmas 15–17 eluaastat, kus 49%-l tüdrukutest esines üle- ja liigsöömishooge (vs 26,2%-l poistest) (13). Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise uuringu (ELIKTU) käigus ilmnes vanuserühmas 18–25 eluaastat söömishäire 7,7%-l naistest ning 1%-l meestest (14).

Söömishäiretesse haigestumise haripunktiks peetakse vanusevahemikku 15–19 eluaastat (15). Seejuures on leitud, et söömishäirete sümptomite märkimisväärne tõus ilmneb juba vanuserühmas 12–15 eluaastat (16) ning teismelistest tüdrukutest haigestub üks tüdruk kümnest (17, 18). Söömishäired on sageli kroonilise kuluga (6), millega kaasneb kaks korda suurem suremusrisk võrreldes üldrahvastikuga (19). Suremuse põhjusteks võivad olla füüsilise

tervise tuisistused ning kaasuvad tervisemured nagu depressioon, suitsidaalsus ja sõltuvusainete kuritarvitamine (6). Taanis teostatud uuringu kohaselt leiti, et söömishäirete tagajärjel on ligi kolmekordne šanss suuremiseks võrreldes inimestega, kellel pole söömishäiret diagnoositud (20). Seega on oluline võimalikult varakult avastada häirunud söömiskäitumine peatamaks selle edasist progresseerumist (21).

Häirunud söömiskäitumise süvenemisel tekkiva kliinilise söömishäirega kaasneb oluline majandusliku ja sotsiaalse heaolu langus. Kogetakse muret ja häbi majandusliku toimetuleku ja sõltumatuse kaotuse pärast. Söömishäire ravi rahastamiseks vajatakse tihti abi, mis tekitab ebamugavustunnet. Söömishäire piirab inimese sotsiaalmajandusliku staatuse parendamist seoses õpingute edasilükkumisega ning see võib karjääri väljavaateid kitsendada. (22)

Lapsevanemad võivad rollimudelina kujundada enda järeltulijate kehapilti ja söömiskäitumist. Otsesem mõju võib avalduda läbi vanemate suhtumise laste söömiskäitumisse ning kehakaalu ja kehakujusse, mida väljendatakse kriitika ja julgustusena kehakaalu kontrollida või seda alandada. (23) Täpsemalt on leitud, et emapoolne surve olla kõhnem ja iseenda keha kritiseerimine on positiivses seoses tütarde kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumisega (24). Mida rohkem on emad ja tütreid oma kehaga rahulolematud, seda suuremal määral esineb söömise piiramist, liigsöömist ja kompenseerivaid tegevusi (25). Lisaks on leitud, et tütreid, kelle emad on neid julgustanud dieeti pidama, peavad seda sagedamini ning kasutavad seejuures ebatervislikke kehakaalu reguleerimismeetodeid (26). Eestis on häirunud söömiskäitumise esinemist põhjalikumalt uuritud Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise longituuduuringus, mille raames on saadud informatsiooni ka uuringus osalejate emadelt (11). Hiljutine Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring andis samuti olulise ülevaate häirunud söömiskäitumisest. Selle põhjal ilmnes, et riskirühmaks on eelkõige naised ning eriti vanuserühm 18–34 eluaastat. Naiste hulgas täheldati suuremal määral liigsöömist, söömise piiramist ning mõtete hõivatust toidust ja kehakaalust. (13)

Teadaolevalt ei ole varasemalt uuritud samaaegselt emade ja tütarde häirunud söömiskäitumist ja sellega seotud tegureid Eestis. Käesolev magistr töö annab ülevaate emade ja tütarde kehakaalu reguleerimisest, nende häirunud söömiskäitumise levimusest, häirunud söömiskäitumise seostest sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise teguritega. Saadud tulemused võimaldavad pöörata tähelepanu Eesti peredes esinevale häirunud söömiskäitumisele. Informatsioon häirunud söömiskäitumise seoste kohta erinevate teguritega aitaks täpsemalt planeerida ennetustegevust, mille tulemusena võiks väheneda häirunud söömiskäitumine ning sellega kaasnev oht tervisele ja elukvaliteedi langusele.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Söömiskäitumine

Söömise põhieesmärk on tagada organismi ellujäämine läbi füüsilise jõu säilitamise. Viimane saavutatakse süües kindlas koguses kvaliteetseid toitaineid, millega välditakse alatoitumusest tingitud nõrkust ning toetatakse liigi paljunemist. (27) Psühhobioloogilise süsteemi osana on inimestel väljakujunenud homöostaatiline söögiisu kontroll, mis tagab organismile vastavalt füsioloogilisele energiavajadusele piisava toitainete varu kasvamiseks ja elu säilitamiseks söömise abil (28). Söömiskäitumine tugineb keerukal geneetiliste, füsioloogiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, kultuuriliste, keskkonna ja majanduslike tegurite koostoimel, mis mõjutab toidueelistusi, toiduvalikuid, toitumistavasid, söömise ajastamist ning tarbitava toidu kogust (29, 30). Söömiskäitumine ja toiduvalikud on olulised, sest neid seostatakse riskiga haigestuda kroonilistesse haigustesse nagu südame-veresoonkonnahaigused, teist tüüpi diabeet, rasvumine ja teatud tüüpi vähkkasvajad (31).

Füsioloogilised ja bioloogilised tegurid, mis mõjutavad söömiskäitumist on järgmised: nälg ja söögiisu, geenid, vanus, sugu, tervislik seisund, maitsemeel ja toidu sensoorsed omadused, füüsiline aktiivsus (32). Söögiisu ja energiatasakaalu reguleerivad hormoonid, leptiin ja greliin. Greliin tekitab söögiisu soodustades toidutarbimist ning leptiin toimib vastupidiselt, pärsib söögiisu vähendades toidu tarbimist. Ülekaalulistel inimestele on täheldatud leptiini resistentsust ehk leptiini bioloogilise vastuse puudumist vaatamata kõrgele leptiini tasemele. (33)

Toidu sensoorsed omadused, nagu välimus, lõhn, tekstuur ja maitse, suunavad inimese toiduvalikut, söömise nautimist ja energiatarbimise reguleerimist (34). Toidu maitse alusel valitakse meelepäraseid toite söömiseks. Eristatakse viite maitset: soolane, magus, mõru, hapu, umami (meeldiv hõrk maitse, nt Parma juust ehk parmesan (35)). Magus ning mõru maitse on põhilised maitsed, mis juhivad toidueelistusi ning toidu tarbimist. Kõikidel inimestel ei ole aga ühesugune maitsetaju. (29) Geneetilised erinevused võivad nt avalduda selles, kui tihedalt paiknevad maitsenäsad keelele, millest sõltub maitsetundlikkus või erinevustes maitseretseptorites ja nende tundlikkuses (36, 37). On leitud, et magusa ja rasvase toidu eelistamine on osaliselt geneetiliselt määratletud ning seotud rasvumisega (38). Mõõdukas kuni tugev seos pärilikkusega on ilmnunud söömiskäitumiste puhul nagu liigne söömine, vähene söömine ja liiga kiiresti söömine (39). Söömishäirete üheks tekkepõhjuseks loetakse pärilikku eelsoodumust, kus geneetilisi tegureid seostatakse *anorexia nervosa* (33–84%), *bulimia nervosa* (28–83%) ja liigsöömishäirega (41–57%) (40).

Itaalias uuriti 2023. a soolisi erinevusi toidueelistustes ja söömisharjumustes enesekohaste küsimustike abil (41). Uuringus osales 1314 naist ja 884 meest, kelle keskmine vanus oli $41,1 \pm 12,7$ aastat. Tulemustest selgus, et naised eelistasid rohkem magusat ja haput maitset, mehed aga mõru ja soolast maitset. Mehed sõid meelsasti punast ja töödeldud liha ning tarbisid seda naistest oluliselt suuremas koguses. Naised aga eelistasid rohkem köögivilju, tofut, täisteratooteid ja tumedat šokolaadi süüa. Meestel esines kõige suurem näljatunne enne õhtusööki. Naised olid enim näljased varajasel pärastlõunal ning kippusid päeva jooksul näksima, mida mehed tegid harvem. Mehed jätsid sagedamini söögikordi vahele, eriti hommikusööki ja sõid naistest kiiremini. Naistel esines võrreldes meestega rohkem kontrollimatut söömist ilma näljatundeta. (41)

Erinevates vanuserühmades võib söömiskäitumine olla erinev. Šotimaal uuriti 1313 noore täiskasvanu (18–25 eluaastat, 70 % naised) söömiskäitumist (42). Uuritavateks olid tudengid, tööl käivad isikud ja noored, kes ei õppinud, ei töötanud ega osalenud koolitustel. Tulemuste põhjal selgus, et 40% noortest sõi piisavas koguses puu- ja köögivilju, 59% sõid regulaarselt kolm korda päevas ning 32% näksis ebatervislikult. Regulaarne söömine oli statistiliselt oluliselt seotud madalama kehamassiindeksiga. Kolmandik noortest ei söönud regulaarselt hommikusööki, 8% jättis lõunasöögi ja 3% õhtusöögi vahele. Igapäevane söömine sõltus stressoritest nagu ajapuudus, õppetöö, meeleolu. Noored tõid ka välja, et nende söömiskäitumist mõjutasid tugevalt vanemad ning lapsepõlve kogemused. Uuringus osalejad olid valdavalt teadlikud tervislikust toitumisest ning ebatervisliku toitumise tagajärgedest. Tervisliku toitumise peamiseks motivaatoriks oli parem välimus ning hea enesetunne. Noorte söömiskäitumist iseloomustas üldjuhul soov leida lihtsamaid võimalusi söömiseks hoolimata selle ebatervislikkusest ning oldi vähem valmis oma aega panustama söögitegemisele. (42)

Suurbritannias uuriti 2006. a vanuserühmade 18–30, 31–59 ja 60+ söömiskäitumist enesekohase küsimustiku ja fookusgruppide abil (kokku $n = 43$, 25 naist ja 18 meest) (43). Noorem vanuserühm (18–30-aastased) ning mehed vanuses 31–59-aastat tõid välja, et sõid sageli ebatervislikku toitu. Noorte inimeste tervislikku toitumist raskendas toidu hind, toiduvalmistamise oskused ja selleks kuluv aeg. Üle 60-aastased olid majanduslikult kindlustatud ning tegid toiduvalikuid lähtuvalt tervisest olles eelnevalt kogenud tervisemuresid. Uuringus osalejaid häiris, et tervisliku toitumise sõnumid on sageli vastuolulised ning täpselt ei teatud, kust leida sobivat infot. Samas olid kõik osalejad teadlikud tervisliku toitumise ning hea tervise vahelisest seosest, mis siiski ei pruukinud väljenduda tervist parandavas käitumises. Naiste jaoks oli välimus oluliseks teguriks toiduvalikute tegemisel, eriti noorte naiste hulgas. Naised vanuserühmades 31–59 ja üle 60-aastased arutasid vähem kehaga rahulolematust fookusgruppides võrreldes nooremate naistega, kuid see-eest väljendasid küsimustikus

suuremat kehaga rahulolematust ning tõid seal välja, et mure oma välimuse pärast mõjutab otseselt toiduvalikuid. Kõik vanuserühmad olid arvamusel, et perekonnal on määrav roll laste harimisel tervisliku toitumise osas. Seejuures rõhutati, et ühtki toitu ei tohiks tervislikust ja tasakaalustatud toitumisest välja jätta. (43)

Portugalis läbiviidud läbilõikelise uuringu kohaselt, milles osales 440 isikut vanuses 19–64 eluaastat (59% naised), aitas suurem füüsiline aktiivsus paremini oma söömiskäitumist reguleerida, mistõttu esines vähem piiravat söömist (toidu tarbimise vältimine) ning väliste (söömine vastuseks toiduga seotud stiimulitele) ja emotsionaalsete (emotsioonidest tingitud ülesöömine) tegurite ajal söömist (44).

Tervislikud seisundid nagu allergiad või haigused võivad mõjutada söömiskäitumist (32). Nt esimest tüüpi diabeet kui krooniline ainevahetushaigus vajab järjekindlat hoolt, mille korral on vajalik täpselt jälgida toiduvalikut, kehakaalu ning manustada insuliini vastavalt toidust saadud süsivesikutele ja füüsilisele koormusele. Taoline järsk elumuutus ning kindla režiimi järgimine võib olla häirunud söömiskäitumise riskiteguriks. (45) Austraalias viidi läbi uuring, millesse kaasati 4854 kooliõpilast (keskmine vanus 14 a, 47% poisid) (46). Tulemuste põhjal ilmnes, et diabeediga (ei eristatud esimest/teist tüüpi) õpilastel esines statistiliselt olulisel määral rohkem häirunud söömiskäitumist: tahtlikult esile kutsutud oksendamine - 19,2%-l diabeediga vs 3,3%-l ilma diabeedita; lahtistite kasutamine - 15,4%-l diabeediga vs 2,1%-l ilma; kehapuhastuskuur 30,8%-l diabeediga vs 10,5%-l ilma; äärmuslikud kaalulangetusdieedid - 13,5%-l diabeediga vs 4,7%-l ilma. Diabeediga patsientidest teatas 17%, et on insuliini manustamist piiranud \geq kord nädalas kehakaalu reguleerimise eesmärgil. (46)

Psühholoogilisest, sotsiaalsest ja kultuurilisest vaatepunktist on ühe võimaliku jaotusena söömiskäitumist mõjutavad tegurid jagatud kolmeks: sotsiokultuurilised, sotsiaalkognitiivsed ja muud tegurid (49). Sotsiokultuurilised tegurid jagunevad omakorda interpersonaalseteks ehk inimestevaheliseks ja olukorrapõhiseks. Interpersonaalsed tegurid hõlmavad teiste inimeste mõju söömiskäitumisele, sotsiaalseid ja kultuurinorme. Olukorrapõhised tegurid hõlmavad toidu kättesaadavust ja selle maksumust, mis on seotud indiviidi sotsiaalmajandusliku staatusega. Sotsiaal-kognitiivseteks teguriteks on uskumused ning hoiakud tervisliku ja ebatervisliku toitumise kohta, enesetaju (kontroll söömise üle ning eneseregulatsioon), motivatsioon (nt hea tervise säilitamine), sõltumatus toiduvalikute tegemisel ning emotsionaalne söömine. Muud tegurid on järgmised: söömisharjumused ja söömise automaatsus (võivad tervislikku toitumist soodustada kui ka takistada) ning psühholoogilised seisundid/omadused (nt pessimism - seotud ebatervislike toitumisharjumustega ja üldine vastupanu muutustele (47), kehv vaimne tervis - halvem söögiisu ja ebatervislikum toit väiksema mitmekesisusega (48)). (49)

Majandusliku ja füüsilise keskkonna tegurid, mis mõjutavad söömiskäitumist on kliima, põllumajandus, toidu tootmine ja kättesaadavus, haridus ja avalik teave, riigi seadusandlus, meedia ja reklaam (32). Inimeste tervist ja heaolu edendab tervislik toit, mis on ohutu, võrdse juurdepääsuga, majanduslikult kättesaadav ja väikese keskkondliku mõjuga (50).

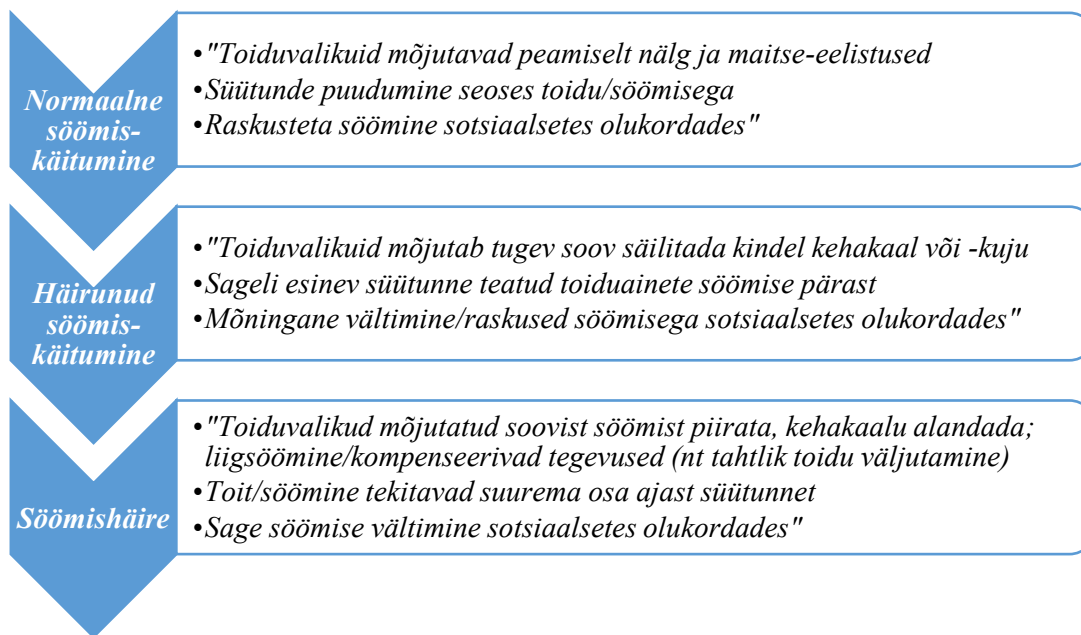
Söömiskäitumist on oluline mõista, kuna sellel on mõju üksikisiku kui ka ühiskonna tasandil (31). Toiduvalikud ja söömiskäitumine võivad mõjutada vaimset tervist (51) ning krooniliste mittenakkushaiguste, nagu südame-veresoonkonna haiguste, teist tüüpi diabeedi ja vähi, tekkeriski (52, 53).

2.1.1 Normaalne söömiskäitumine

Normaalne söömiskäitumine on regulaarne, tasakaalustatud ning paindlik. Regulaarsus põhineb igapäevaselt iga kolme kuni nelja tunni järel põhitoidukordade ja vahepalade söömisel. Seejuures järgitakse oma nälja- ja küllastustunnet. Tasakaalustatus hõlmab toidu koostist (valgud, süsivesikud, rasvad) ja selle mitmekesisust. Toidu valimisel lähtutakse isiklikest maitse-eelistustest ning toidu toiteväärtusest. Paindlikkus väljendub võimes kohandada söömist vastavalt olukorrale, nagu toidukord mitteplaneeritud ajal või sotsiaalsetes olukordades ja reisil toidu söömine, mis ei vasta maitse-eelistusele. (54)

Lisaks iseloomustavad normaalset söömiskäitumist psühholoogilised, käitumuslikud ning sotsiaalsed tegurid. Tavapärane on, et söömisest suudetakse rõõmu tunda ning sellega ei kaasne süütunne. Söömisjärgselt ei kritiseerita oma söömiskäitumist, nagu näiteks mida ja kui palju söödi. Aeg-ajalt süüakse positiivsete või negatiivsete tunnete ajal, kuid tegu ei ole korduva ega tugeva intensiivsusega söömiskäitumise mustriga. (54) Normaalne söömiskäitumine võimaldab inimesel hoida oma keha optimaalselt toimivana tervislikus kehakaalus (55).

Järgnev joonis 1 kirjeldab söömiskäitumise skaalat, mille aluseks on söömiskäitumise mustrid ja suhtumine iseenda välimusse (54).



Joonis 1. Söömiskäitumise skaala (54).

2.1.2 Häirunud söömiskäitumine

Normaalse ja tervisliku söömiskäitumise häirumist mõjutavad järgnevad tegurid: geneetiline eelsoodumus, temperament, arenguetapid, identiteedi mured, väärtussüsteem. Erinevate tegurite koosmõjul, nagu varajane kehaline küpsemine, pere väärtushinnangud, sotsiaalmeedia ning eakaaslaste surve, võib vallanduda tervist kahjustav käitumine. (55) Häirunud söömiskäitumist iseloomustab soov säilitada kindel kehakaal või -kuju, millest lähtuvalt tehakse toiduvalikuid, seejuures kategoriseeritakse toitu heaks või halvaks. Mitteplaneeritud toidu söömine või ebasobivad muutused kehakaalus või -kujus tekitavad süütunnet. Tavapärane on, et eiratakse nälja- ja küllastustunde märke. Sagedamini esineb emotsioonidest tingitud söömist. Söömiskäitumist üritatakse rohkem kontrollida arvestades näiteks täpselt toidu kaloraaži. Tarbitud toidu kompenseerimiseks tegeldakse sihipäraselt füüsilise aktiivsusega. (54)

Häirunud söömiskäitumine väljendub ebatervislike kehakaalu reguleerimise meetodite kasutamises, nagu nt toidukoguste piiramine, söögikordade vahele jätmine, paastumine, söögikorra asendajate tarbimine, sage dieedipidamine, suitsetamine, tahtlikult esile kutsutud oksendamine, dieedipreparaatide, lahtistite ja diureetikumide kasutamine (56). Seega kirjeldab häirunud söömiskäitumist erilaadne käitumisviis ja hoiak kehatajusse, enesehindamisse, söömisharjumustesse ja kehakaalu reguleerimisse, mis võivad suurendada kliiniliste söömishäirete ning füüsiliste terviseprobleemide tekkeriski (57, 58). Häirunud söömiskäitumist peetakse söömishäire väljakujunemise ennustavaks teguriks (57–59).

Häirunud söömiskäitumist esineb suuremal määral naissoo puhul (60–62). Soomes läbiviidud uuringus, kus katsealuste keskmiseks vanuseks oli 14,9 eluaastat, ilmnis häirunud söömiskäitumine 52%-l tüdrukutest ja 17%–l poistest (63). Aastal 2012 avaldatud Šveitsi uuringus on välja toodud, et kuigi meeste hulgas esines rohkem ülemäärast kehakaalu, siis naised olid vähem rahul oma kehakaaluga, soovisid seda muuta ning olid pidanud dieeti viimase 12 kuu jooksul (64).

Tjurina (65) uuris häirunud söömiskäitumise esinemist Eesti naissportlastel (n = 131, vanuses 12–37 a). Uuringus kasutati häirunud söömiskäitumise hindamiseks Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS) küsimustikku, millel on neli alaskaalat: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine, hõivatus välimusest ja kehakaalust (66). Tulemuste põhjal leiti, et häirunud söömiskäitumise levimus oli antud valimis 32,8%. Alaskaalade lõikes olid levimused uuritavatel järgmised: söömise piiramine 31,3%-l; liigsöömine 36,7%-l; toidu väljutamine 22,9%-l; hõivatus välimusest ja kehakaalust 29,8%-l. Lisaks selgus, et häirunud söömiskäitumine oli seotud oluliselt suurema treeningkoormuse ja KMI-ga ning sagedasema dieedipidamisega.

USA-s läbiviidud uuringus, kus keskenduti naiste vanuserühmale 25–45 eluaastat leidis kinnitust, et nende hulgas on laialdaselt levinud häirunud söömiskäitumine, äärmuslikud kaalulangetusmeetmed ja negatiivne kehataju (67). Kolmandik antud naistest, kellel ei olnud anamneesis anoreksiat ega liigsöömishäiret, raporteeris, et on kehakaalu reguleerimiseks kasutanud äärmuslikke meetmeid (nt tahtlik toidu väljutamine, lahtistite, diureetikumide ja dieedipreparaatide kasutamine, ülemäärane füüsiline aktiivsus). Naistest 74,5% raporteerisid, et nende mure kehakaalu ja -kuju pärast häiris nende õnnelikkust. Naised tõid ka välja, et kaalukaotusega seotud käitumisele kulus märkimisväärne osa nende ajast ja energiast. Kaks kolmandikku naistest püüdis uuringu teostamise ajal kaalust alla võtta ning pea üks kolmandik oli alates 18. eluaastast veetnud üle poole oma ajast dieeti pidades. (67)

2.1.3 Söömishäire

Häirunud söömiskäitumine võib aja jooksul süveneda kliiniliselt diagnoositud söömishäireks, millega kaasneb negatiivne muutus suhtumises ja uskumustes söömisesse ja toitu. Viimane ei ole enam esmavajalik energiaallikas ning osa seltskondlikust elust. Toitu kasutatakse pigem emotsioonide reguleerimiseks sh posttraumaatilise stressihäire leevendamiseks. Söömist saadab pidev süütunne ja hirm. Söömiskäitumist võib hakata iseloomustama rigiidsus, tasakaalustamatus ning ohjeldamatus. Sundmõtted (nt toidu kaloraazi arvestamine) ning hirm tüsenemise ees halvendavad emotsionaalset enesetunnet. Ülemäärane hõivatus toidust ja kehakaalust hakkavad segama igapäevaelu toimimist (nt isiklik elu, õppimine, töötamine). (55)

Vastavalt rahvusvaheliste haiguste klassifikatsioonile 10 (RHK-10) liigitatakse söömishäired psüühika- ja käitumishäirete alla. Täpsemalt on tegu „füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomidega“. RHK-10 kohaselt jaotatakse söömishäired: „*anorexia nervosa, atüüpiline anorexia nervosa, bulimia nervosa, atüüpiline bulimia nervosa, liigsöömine koos muu psüühikahäirega, oksendamine koos muu psüühika häirega, muud täpsustatud söömishäired, täpsustamata söömishäire*“. (68) Söömishäirete tekkimist võivad soodustada järgmised riskitegurid: geneetiline soodumus, traumaatiline kogemus, ärevus, depressioon, perfektsionism, neurootilisus, impulsiivsus, madal enesehinnang, kehaga rahulolematus, surve olla kõhn, madal ja kõrge kehamassiindeks, kõhna ideaali internaliseerimine, söömise piiramine, vanemate ja sõprade häirunud söömiskäitumise matkimine, vähene vanemate toetus, psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamine, esimest tüüpi diabeet, sotsiaalmeedia kasutamine (69–75).

Ameerika Ühendriikides tehtud uuringu põhjal on välja toodud, et söömishäirega inimestel on suuremad aastased tervishoiukulud ning lisaks kaasuva vaimse tervise häire puhul teenitakse kaks korda väiksemat aastapalka võrreldes tavapopulatsiooniga (76). Aastal 2019 esines söömishäire ligi 55,5 miljonil inimesel (anoreksia ja buliimia 13,6 miljonil, liigsöömishäire 17,3 miljonil ja täpsustamata söömishäire 24,6 miljonil). Tervisekaotus tingituna söömishäiretest oli kokku 6,6 miljonit eluaastat (*Disability Adjusted Life Years – DALY*). Haiguskoormus oli naiste seas üle kahe korra suurem võrreldes meestega (4,7 miljonit vs 2 miljonit DALY-d) ning koormus saavutas haripunkti naistel vanusevahemikus 25–29 ja meestel 30–34 eluaastat. (77) Lõuna-Koreas tehtud uuringu põhjal, mis hõlmas ajaperioodi 2010–2015, ilmnes, et söömishäirete majanduslik koormus oli kõrgeim vanuses 20–29 eluaastat nii nais- kui ka meespatsientide seas. Seejuures olid naispatsientide kogukulud ligi kuus korda suuremad kui meespatsientidel. (78)

Söömishäiretega kaasneb suurenenud suremusrisk (79). Kanadas teostati rahvastikupõhine retrospektiivne kohortuuring (80) uurimaks kõigist põhjustest tingitud suremust söömishäire diagnoosiga (*anorexia nervosa, bulimia nervosa, täpsustamata söömishäire*) isikute hulgas, keda raviti 1. jaanuarist 1990. a kuni 31. detsembrini 2013. a Ontario erinevates haiglates. Kokku osales 19 041 isikut, kellest 89,9% moodustasid naised ning 10,1% mehed. Kohorti siseneti 10 kuni üle 85-aasta vanuses, kuid suurem osa (88,9%) jäi vanusevahemikku 14–44 eluaastat. Uuringu tulemusena leiti, et söömishäiretega isikute suremus oli viis korda kõrgem võrreldes üldrahvastikuga (*SMR* 5,06; 95% *CI* 4,82–5,30). Standarditud suremusmääraks oli meestel 7,24 (95% *CI* 6,58–7,96) ning naistel 4,59 (95% *CI* 4,34–4,85). Meeste seas oli *SMR* kõigis kohordi vanuserühmades kõrgem. (80)

2.2 Häirunud söömiskäitumise hindamine

Uuringutes kasutatakse häirunud söömiskäitumise hindamiseks psühhomeetrilisi teste saamaks informatsiooni söömiskäitumise ja -hoiakute kohta. Täpsustamaks söömishäire olemasolu viiakse läbi kliiniline intervjuu. Sealhulgas saadakse vajadusel lisainformatsiooni lähedastelt, indiviidi söömiskäitumise enesejälgimisest ning proovisöömistest abil. (11)

Võimaliku söömishäire tuvastamiseks kasutatakse erinevaid tõendus põhiseid skriinimis- ja hindamisvahendeid, mis ei ole mõeldud söömishäire diagnoosimiseks, kuid need aitavad selgitada välja vajadust seisundi edasiseks põhjalikumaks uurimiseks (81). Skriinimisvahenditeks on nt SCOFF küsimustik, mis koosneb viiest küsimusest, mis käsitlevad anoreksia ja buliimia põhitunnuseid (82) ning *Eating Disorder Examination Questionnaire - Short* (EDE-QS), mis koosneb 12 küsimusest (83). Pikemad söömishäire riski hindavad küsimustikud on nt *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (84) ja *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) (85).

Garner, Olmstead ja Polivy töötasid välja söömishäirete sümptomite ja psühholoogiliste omaduste hindamiseks enesekohase küsimustiku *Eating Disorder Inventory* (EDI) (86), mida kasutatakse nii teadusuuringutes kui ka kliinilistes tingimustes ning millel on nüüdseks lisandunud kaks uuemat versiooni: EDI-2 ja EDI-3. (87)

Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) on laialdaselt kasutatud uurimisinstrument (enesekohane küsimustik), mille eesmärgiks on objektiivselt hinnata ja skriinida söömishäiretele iseloomulikke käitumisi ning hoiakuid. EDI-2 eestikeelne versioon on leidnud kinnitust valiidsuse ning reliaabluse osas ning seda peetakse oluliseks abivahendiks söömishäirete ennetuses. (88, 89) EDI-2 koosneb 91-st väitest ja 11-st alaskaalast, milleks on perfektsionism, mittetõhusus, sotsiaalne ebakindlus, interpersonaalne usaldamatus, buliimia, küpsuse hirmud, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematuse, interotseptiivne teadlikkus (teadlikkus keha sisemistest aistingutest, nt näljatunne (90)), asketism, impulsi regulatsioon (89, 91). Väidete vastused on esitatud kuue valikuvariandina vahemikus 0 (mitte kunagi) kuni 5 (alati) (89). Buliimia, kõhnuse ihaluse ning kehaga rahulolematuse alaskaalad keskenduvad kehakaalu ja söömiskäitumise hindamisele, mistõttu kirjeldavad need häirunud söömiskäitumist kõige paremini (92).

2.3 Häirunud söömiskäitumise võimalikud seosed emade ja tütarde vahel

Sotsiaalse õppimise mudeli kohaselt võidakse omandada pereliikmetelt hoiakuid ja käitumismustreid seoses häirunud söömise (93). Agras jt (94) viisid läbi prospektiivse longituuduuringu, kus uuriti söömishäirega emade mõju oma lastele. Uuringus osalesid endise või aktuaalse söömishäire diagnoosiga emad ($n = 41$) ja söömishäireta emad ($n = 153$) ja nende lapsed ($n = 216$), keda jälgiti vastsündinu east kuni 5-aastaseks saamiseni. Tulemustest selgus, et söömishäirega emade lapsed olid imikueas statistiliselt olulisel määral loiumad sööjad ja tütarde esines võrreldes poegadega rohkem oksendamist. Söömishäirega vanemad väljendasid suuremat muret oma 2–5-aastaste tütarde kehakaalu ja -kuju osas võrreldes poisslastega, kusjuures mure süvenes vanuse suurenedes. Söömishäireta ja söömishäirega emade laste KMI ei erinenud statistiliselt olulisel määral kogu uurimisperioodi jooksul. Söömishäirega emad kasutasid nii tütarde kui ka poegade puhul suuremal määral toitu rahustamise ja premeerimise eesmärgil võrreldes söömishäireta emadega. Samuti toodi välja, et söömishäirega emad toitsid lapsi ebaregulaarsemalt ning nende lastel esines rohkem kurvameelsust, nutmist ja ärrituvust. (94)

Stice jt (95) uurimistöe põhjal, mille andmed tuginesid Agras jt (94) uuringule, leiti, et emade kehaga rahulolematuse, kõhnuse ihaluse, dieedipidamine, buliimilised sümptomid ning emade ja isade KMI ennustasid riski laste häirunud söömiskäitumiseks (salaja söömine, ülesöömine, ülesöömisest tingitud oksendamine). Häirunud söömise osas ei esinenud üldiselt statistiliselt olulist soolist erinevust, vaid ülesöömisest tingitud oksendamist esines poeglaste puhul suuremal määral.

Linville jt (96) longituuduuringust selgus, et emade kõhnuse ihalus oli statistiliselt oluliselt seotud tütarde buliimiliste sümptomitega. Leila Džiškariani uuris pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumisele Eestis. Antud uurimistööst selgus, et 18- ja 25-aastaste naiste puhul mõjutab pereliikmete dieedipidamine oluliselt häirunud söömiskäitumist. Emade dieedipidamine mõjutas naiste kõhnuse ihalust 25-aastaselt. (97)

Lisaks sotsiaalse õppimise mudelile võib eraldi käsitleda vanemate poolt tehtud kommentaare järglastele, mille puhul on leitud seoseid häirunud söömiskäitumisega. USA-s viidi läbi uuring, kus küsitleti emasid, isasid ja nende 4. ja 5. klassides käivaid lapsi (98). Lapsevanemad vastasid järgnevatel teemadel nagu enda dieedipidamise katsed, mure ja kurtmine kehakuju pärast, uskumused kaloreid piirava dieedi kohta ja millise sagedusega tehti kommentaare kehakaalu kohta lapsele. Lapsed vastasid seoses kehakaaluga seotud murede ja

kaalulangetamise katsete kohta. Tulemustest selgus, et eriti ema poolt tehtud kommentaaridel oli tugev mõju laste kaalulangetamise katsetele ja tüseduse kartusele. Tüdrukud olid antud juhul rohkem mõjutatud. (98) Samuti on leitud, et emade negatiivne tagasiside ülikooliealiste tütarde kehakuju ja toitumisharjumuste kohta suurendab oluliselt tütarde raskusi toimetulekuga neis valdkondades (99). Keel jt (100) uuringus toodi välja, et emade kommentaarid tütre ülekaalulisuse kohta olid seotud tütarde tõenäolisema dieedipidamisega. Isade rahulolematus oma kehakaaluga ning tütrele tehtud kommentaarid kehakaalu kohta olid seotud tütarde rahulolematusega oma kehakaalu osas, kuid mitte dieedipidamisega.

USA-s läbiviidud uuringus, milles osalesid lapsevanemad ($n = 3528$) ning nende teismelised lapsed ($n = 2348$), jõuti tulemusteni, kus 28% emadest ja 23% isadest vestles normkaalulise lapsega tervislikust söömisest (ilma kehakaalu mainimata) (101). Ligi 15% emadest ning 14% isadest vestles oma ülekaalulise lapsega keskendudes vaid tervislikule söömisele. Samas 33% emadest ja 32% isadest rääkis oma normkaalulise lapsega kehakaalust või vajadusest kehakaalu alandada. Ülekaaluliste lastega vestles kehakaalust ja selle alandamisest 60% emadest ning 59% isadest. Kui lapsevanemate vestluse fookuses oli kehakaal, siis see viitas suuremale tõenäosusele, et teismeline peab dieeti, kasutab kahjulikke kaalureguleerimise meetodeid ja tegeleb liigsöömisega. Samas kui keskenduti vaid tervislikule söömiskäitumisele, siis seda ebatõenäolisem oli, et teismeline peab dieeti või alandab kehakaalu ebatervislikul viisil. (101)

Francis ja Birch (102) viisid läbi uuringu, kus uuriti emade muretsevat suhtumist oma kehakaalu ja söömiskäitumisse võrreldes tütarde piirava söömiskäitumisega. Tulemustest järeldus, et tütardele, kelle emad olid rohkem mures enda kehakaalu ja söömise pärast, esines rohkem piiravat söömiskäitumist. Emade julgustamine kehakaalu alandamiseks oli seotud tütarde piirava söömiskäitumisega, mistõttu rõhutavad uurijad, et taoline emade suhtumine võib suurendada tütarde riski häirunud söömiskäitumiseks. (102)

2.4 Häirunud söömiskäitumise kirjeldus sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tunnuste kaudu

2.4.1 Majanduslik olukord

USA-s läbiviidud uuringus, milles osalesid lapsevanemad ($n = 3424$; 62% naised) ning nende teismelised tütre ja pojad ($n = 2182$; 53% tüdrukud), leiti, et isad vestlesid oma poegadega statistiliselt oluliselt rohkem tervislikust söömisest ning füüsilisest aktiivsusest võrreldes tütardega. Emad aga rääkisid statistiliselt oluliselt rohkem tütardega nende ülekaalust ning

vajadusest kaalu langetada võrreldes poegadega. Madalama sotsiaalmajandusliku staatusega lapsevanemad vestlesid oma lastega statistiliselt oluliselt rohkem keha suuruselt ja selle kaalust öeldes noorukitele, et nad kaaluvad liiga palju ning peavad rohkem treenima kehakaalu alandamiseks ja vältimaks edasist kaalutõusu. (103)

Molitori ja Doerri (104) uurisid madala sotsiaalmajandusliku staatusega emade ja isade vahelist erinevust oma laste eest hoolitsemisel tehes kindlaks riski- ja kaitsetegurid ülekaalu osas. Uuringus osales 2242 last ning nende vanemad (82,2% naised), kes vastutasid toidu koju ostmise ja valmistamise eest. Tulemustest selgus, et pojad, kelle eest hoolitsesid isad, tarbisid vähem kilokaloreid. Samas pojad, kelle eest hoolitsesid emad, tarbisid rohkem kilokaloreid ning lisatuid suhkruid võrreldes tütardega. Tütred, kelle toidu eest hoolitsesid emad, tarbisid väiksema energiatihedusega toitu ning olid võrreldes poegadega väiksema tõenäosusega ülekaalulised. (104)

Mikhail jt (105) uurisid ajavahemikus 2020–2021. a USA-s halvenenud majandusliku olukorra seost liigsöömise episoodidega COVID-19 pandeemia ajal. Uuringus osalesid naissoost kaksikud (n = 158), kelle keskmine vanus oli 22,13 aastat. Tulemuste põhjal esines oluliselt suuremal määral liigsöömise sümptomeid ja emotsionaalset söömist naistel, kes kogesid suuremaid rahalisi raskusi.

2.4.2 Elukoht

Preti jt (106) viisid 2004. a läbi uuringu eesmärgiga hinnata erinevusi söömishäirete sümptomite jaotuses maa- (Carbonia, n = 507) ja linnapiirkonna (Cagliari, n = 817) mõlemast soost keskkooli noorte vahel Sardiinias. Osalejad kuulusid vanusevahemikku 15–19 eluaastat. Noored täitsid enesekohaseid küsimustikke anoreksia ning buliimia sümptomite ja kehaga rahulolu kohta. Naissoost õpilased said kõigis küsimustikes kõrgemad skoorid võrreldes meessooga. Linnapiirkonna valimi mõlemast soost õpilastel oli anoreksia sümptomite skoor kõrgem võrreldes maapiirkonna valimiga, kuid statistiliselt oluline erinevus ilmnes ainult noormeeste puhul. See-eest oli maapiirkonna valimi mõlemast soost õpilastel buliimia sümptomite skoor kõrgem võrreldes linnapiirkonna valimiga, erinevus oli statistiliselt oluline. Nii anoreksia kui ka buliimia sümptomite osas said piirväärtusest kõrgema tulemuse linnas elavad õpilased võrreldes maapiirkonna omadega. Kehaga rahulolu osas ei leitud erinevusi elukoha järgi. (106)

Kanadas, Ontario provintsis, osales 2021. a 1377 noorukit ja täiskasvanut vanuses 16–30 aastat (53,2% naissoost) uuringus. Ligi 80% neist elas linnapiirkonnas. Uuritavad täitsid enesekohase küsimustiku, mis hindas häirunud söömiskäitumise hoiakuid ja käitumist viimase 28 päeva jooksul. Vastavalt uuringu tulemustele selgus, et 37,3%-l osalejatest esines risk

kliiniliseks söömishäireks, kellest 51,4% elas maapiirkonnas. Oluliselt suurem risk kliiniliseks söömishäireks esines maapiirkonna elanikel (*OR* 1,81) võrreldes linnapiirkonna elanikega. (107)

2.4.3 Haridus

Nicholls jt (108) uurisid Suurbritannias, kas lapsepõlves kindlaks tehtud riskitegurid buliimiat või kompulsivse söömise tekkeks ennustavad selle esinemist 30. eluaastal. Uuringus kasutati 1970. aasta Suurbritannia kohortuuringu andmeid sünnihetkel ($n = 16\,567$), 5-aastaselt ($n = 13\,135$) ja 10-aastaselt ($n = 14\,875$). 30-aastaselt ($n = 11\,261$) intervjueriti uuringus osalejaid ja nad täitsid küsimustiku häirunud söömiskäitumise kohta. Vastavalt tulemustele esines eneseraporteeritud buliimiat või kompulsivne söömine 91-l osalejal, kellest 90% olid naised. Naissugu (*OR* 9,2), madal enesehinnang (*OR* 2,9) ja emade kõrgem haridustase (*OR* 5,4) olid statistiliselt oluliselt seotud suurema riskiga buliimiat või kompulsivse söömise esinemiseks. Uuringu autorite kohaselt võib emade kõrgem haridustase olla abistavaks teguriks probleemse käitumise määratlemisel ja abi otsimisel (kaks kolmandikku valimist pöördus söömiskäitumise tõttu arsti poole).

Eisenberg jt (109) uurisid USA Kesk-Lääne avalik-õiguslikus ülikoolis häirunud söömiskäitumise esinemist bakalaureuse- ($n = 1\,168$, 58% naised) ja magistriõppe üliõpilaste ($n = 1\,654$, 49% naised) seas 2005. aastal. Häirunud söömiskäitumise hindamiseks tuli tudengitel täita häirunud söömiskäitumise skriinimise küsimustikku (*the SCOFF*) veebis. Tulemuste põhjal esines häirunud söömiskäitumist bakalaureuseõppes 13,5%-l naistest vs 3,6%-l noormeestest ning magistriõppes esines seda 9,3%-l naistest vs 3,1%-l meestest.

2.5 Häirunud söömiskäitumise kirjeldus tervisekäitumise tunnuste kaudu

2.5.1 Kehaline aktiivsus

Regulaarne kehaline aktiivsus toetab füüsilist ja vaimset tervist. See vähendab riski haigestuda mittenakkushaigustesse, tagab parema elukvaliteedi läbi hea füüsilise ja kognitiivse funktsiooni säilitamise, leevendab depressiooni ja ärevuse sümptomeid ja aitab säilitada tervislikku kehakaalu. (110) Häirunud söömiskäitumise korral on kehalise aktiivsuse fookus põhiliselt kehakaalu reguleerimisel, mistõttu võib suhe sellesse aja jooksul muutuda düsfunktsionaalseks ja tervist kahjustavaks (111). Kehalist aktiivsust hakkab iseloomustama patoloogiline kompulsivne treenimine, mida defineeritakse järgnevalt: “1) liigne treening, mida sooritatakse

vastusena kinnisideele või rangelt kohaldatavatele reeglitele ning 2) treening, mille eesmärk on stressi ennetamine või vähendamine või mõne kardetud tagajärje ärahoidmine (112)“.

Eelpool loetletu põhjal võib kaasneda psühholoogiline või füüsiline ülekoormus, mis tähendab inimese igapäevaelu häirimist (töö, sotsiaalsed suhted) ning treenitakse ka siis, kui ollakse haige, vigastatud või ei tunta enam rõõmu liikumisest. Kompulsiivne treenimine avaldub läbi igapäevase liikumise märgatava suurenemise, intensiivse treenimise ja motoorse rahutuse. (112) Lisaks kompulsiivsele treenimisele eristatakse veel kehalist aktiivsust, mille eesmärgiks on kehakaalu/-kuju kontrollimine ning kehalist aktiivsust kompenseerimaks hiljutist toidu tarbimist (113).

Suurbritannias teostatud uuringus leiti, et tütarde kõrgem kehakaal ennustas emade muret lapse ülekaalulisuse pärast ja tähelepanelikumat jälgimist tütarde füüsilise aktiivsuse osas. Emade füüsilisest aktiivsusest rõõmu mittetundmine ennustas suuremat füüsilise aktiivsuse reguleerimist tütarde hulgas. Samuti ilmnes, et emade mure oma söömiskäitumise pärast, korduv kompulsiivne treenimine ja tütarde kõrgem kehakaal ennustasid tütarde survestamist füüsiliseks aktiivsuseks. (114)

Martin jt (113) uurisid USA-s piirava söömiskäitumise ja liigsöömise sümptomite seost erinevate kehalise aktiivsuse tüüpidega. Uuringus osales 239 naissoost üliõpilast vanusevahemikus 18–23 eluaastat. Neist 53%-l esines piiravat söömiskäitumist ja/või liigsöömist. Piirav söömiskäitumine oli statistiliselt oluliselt seotud kompulsiivse treenimisega. Liigsöömine oli statistiliselt oluliselt seotud kompulsiivse treenimise, kehalise aktiivsusega, mille eesmärgiks on kehakaalu/-kuju kontrollida ning kompensatoorse aktiivsusega.

Schaumberg jt (115) uurisid Suurbritannias Avoni vanemate ja laste longituuduuringu andmete põhjal protsesse, mis mõjutavad kehalise aktiivsusega seotud riske noorukieas ja noortel täiskasvanutel (14–24 eluaastat). Teavet koguti häirunud söömiskäitumisega seotud hoiakute (kehaga rahulolematuse, kõhnuse ihaluse ja hirmu kehakaalu tõusu ees) kohta osalejatelt 14-aastaselt ning treeningkäitumist uuriti vanuses 14, 16, 18 ja 24 eluaastat. Eristati kolme kehalise aktiivsuse gruppi: treenimine mitte kehakaalu langetamise eesmärgil, treenimine eesmärgiga kehakaalu langetada ja kompulsiivne treenimine. Tulemustest selgus, et vanuses 14–16 eluaastat jaotub treeningkäitumine kolme grupi vahel ühtlaselt. Treenimine eesmärgiga kehakaalu langetada suurenes tüdrukute hulgas (30%-lt 41%-le) vanusevahemikus 16–18 eluaastat ning noormeestel (16%-lt 28%-le) vanusevahemikus 18–24 eluaastat. Kõige suuremal määral esines kompulsiivset treenimist mõlema soo puhul (25% naistel vs 20% meestel) 24-aastaselt ja see oli läbivalt seotud hirmuga kehakaalu tõusu ees. (115)

2.5.2 Ööpäeva unetundide arv

Uni on biokäitumuslik seisund, mis on kergesti pöörduv ja loomulikult korduv. Seda iseloomustab suhteline liikumatus, muutused tajumisvõimes ning teadvuses. Unel on oluline roll kognitsiooni, emotsionaalse regulatsiooni, immuunsüsteemi ja ainevahetuse toetamisel. Individuaalne geneetika ja füsioloogia määravad inimese unevajaduse. Optimaalse tervise jaoks soovitatakse täiskasvanutel magada 7–8 tundi. Pidev ebapiisav uni võib põhjustada kognitiivse funktsiooni häirumist ning suurendada psühhiaatriliste häirete ja kardiometaboolsete haiguste riski. (116) On leitud, et unepuuduse ja ebakvaliteetse une tagajärjel vähenevad insuliinitundlikkus, glükoositaluvus ja leptiini tase ning suurenevad greliini tase, näljatunne ja söögiisu (117), mistõttu võib suurendada ka haavatavus rasvumise ja häirunud söömiskäitumise osas (118).

Kim jt (119) uurisid une kestuse ja söömismustrite vahelist seost, milles osales 27 983 naist vanuses 35–74 eluaastat USA-st ja Puerto Ricost. Vastavalt magatud unetundidele jagunesid naised järgnevalt: 0,7% 10 või rohkem h; 4% 9–9,9 h; 40% 7–7,9 h; 5% 5–5,9 h ja 1,3% magas vähem kui 5 h päevas. Lühema ööunega ning 10 või rohkema unetunniga naised olid sagedamini suitsetajad ja kõrgema KMI-ga võrreldes nendega, kes magasid 7–7,9 h. Kõige pikema ööunega naised olid ka füüsiliselt inaktiivsemad. Naistel, kes magasid vähem kui 5 h ja 10 või rohkem h, oli ebaregulaarsem söömismuster ning nad sõid rohkem snäkke päeva jooksul võrreldes naistega, kes magasid 7–7,9 h. Seejuures tarbiti rohkem suhkru- ja rasvasisaldusega toite ning vähem köögi- ja puuvilju.

Brasiilias uuriti vahetustega töö ja une kestuse seost kehapildiga rahulolematusega 505 vahetustega naistötajate hulgas vanusevahemikus 18–60 aastat (70% nooremad kui 40 a). Kehapildiga rahulolematust esines 42,4%-l valimist, kellest 93% soovis omada väiksemaid kehamõõtmeid. Seitse või rohkem h magas 152 päevases vahetuses vs 67 öövahetuses töötajat ning vähem kui 7 h magas 7 päevases vahetuses vs 279 öövahetuses töötajat. Kehapildiga rahulolematust esines statistiliselt oluliselt suuremal määral öövahetusi tegevatel naistel (46,2%) ja neil, kes magasid < 7 tundi ööpäevas (46,8%). Lisaks esines statistiliselt oluline erinevus kehapildiga rahulolematuse osas naiste vahel, kes töötasid päevases vahetuses ja magasid ≥ 7 h vs öövahetuste töötajatega, kes magasid < 7 tundi ööpäevas. (120)

2.5.3 Ekraaniaeg

Ekraaniaeg on nutitelefoni, arvuti, televiisori jt elektrooniliste seadmetega veedetav passiivne aeg, mis hõlmab vähest kehalist aktiivsust (121). Kokkupuudet massimeediaga (nt televisioon,

filmid, internet) on seostatud negatiivse kehapildi ja rasvumisega, mis võib soodustada häirunud söömiskäitumise tekkimist (122).

Turner ja Lefevre (123) uurisid sotsiaalmeedia (peamiselt Instagrami) ja ortoreksia (äärmuslik tervislik toitumine) sümptomite seost 42-st erinevast riigist pärit naiste ($n = 680$, vanuses 18–75 a) seas. Selgus, et sagedasem Instagrami kasutamine oli statistiliselt oluliselt seotud kõrgema ortoreksia sümptomite skooriga. Tang jt (124) uurisid USA-s ekraaniaja seost kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumisega ($n = 10\,766$, 68% naised, vanusevahemik 19–34 a). Antud juhul hõlmas ekraaniaeg televisiooni vaatamist. Meeste keskmine ekraaniaeg oli 1,8 h ja naistel 1,6 h päevas. Naistel oli ekraaniaeg statistiliselt oluliselt seotud kehaga rahulolematusega. Ekraaniaega seostati suurema šansiga langetada kehakaalu nii naiste ($OR\ 1,09$) kui ka meeste ($OR\ 1,06$) seas. Ainult naistel esines suurem šans kaalust juurde võtta ($OR\ 1,09$), üle süüa ($OR\ 1,12$) ning äärmuslikke kehakaalu reguleerimismeetodeid (dieetpreparaadid, lahtistid, tahtlik toidu väljutamine) kasutada ($OR\ 1,10$) seoses ekraaniajaga.

2.5.4 Alkoholi tarvitamine

Alkoholi ehk etanooli puhul on tegu uimastiga, mille tarbimine muudab inimese käitumist, enesetunnet ja mõjutab otsustusvõimet ning reaktsioonikiirust. Alkoholi liigtarbimine kahjustab siseorganeid nagu maksa ja südant. See võib suurendada riski haigestuda erinevatesse vähitüüpidesse (maksa-, mao-, kõri- ja kopsuvähk) ja alkoholismi (alkoholisõltuvus). (125) Alkoholi tarbimisel võib esineda ka häirunud söömiskäitumist, mis väljendub söömise piiramises või liiges treenimises enne või pärast alkoholi joomist vältimaks kaalutõusu (126).

USA-s uuriti 10-st erinevast ülikoolist pärit tudengite ($n = 4271$, 58% naised) söömise piiramise seost alkoholi tarbimisega (127). Viimase 30 päeva jooksul olid alkoholi joonud 67% üliõpilastest, kellest 39% teatasid toidu, rasva või kalorite piiramisest päevadel, mil kavatseti alkoholi tarbida. Söömise piiramist esines 45%-l naistest vs 29%-l meestest. Neist omakorda 47% naistest ja 32% meestest tõid söömise piiramise põhjusena välja kaalumured. Alkoholi joomise päevadel esinenud söömise piiramine oli naistel statistiliselt oluliselt seotud suurema tõenäosusega kogeda seksuaalset ärakasutamist, mälukaotust ja vigastada ennast võrreldes nendega, kes söömist ei piiranud. Meestel puhul ilmnis aga oluliselt suurem tõenäosus olla füüsiliselt vägivaldne. (127)

Krahn jt uurisid (128) USA naistudengite ($n = 1384$) hulgas seost dieedipidamise ning võimaliku liigsöömise ning alkoholi tarvitamise vahel. Tudengitest 8% ei järginud dieeti, 22% olid riskirühma dieedipidajad koos võimaliku liigsöömisega, 44% olid intensiivsed ja 26% olid juhuslikud dieedipidajad. Tulemustest selgus, et intensiivsetel ja riskirühma dieedipidajatel koos võimaliku liigsöömisega oli alkoholi joomise levimus oluliselt suurem võrreldes

mittedieedipidajatega. Samuti oli nendel kahel rühmal oluliselt suurem risk teatada alkoholarbimise negatiivsetest tagajärgedest viimase 6 kuu jooksul nagu nt teadvusekaotus joomise ajal, seksuaalne väärkohtlemine ja joobes sõidukijuhtimine. Riskirühma dieedipidajatel koos võimaliku liigsöömisega oli joomise risk ligi 50% suurem kui mittedieedipidajatel.

2.5.5 Suitsetamine

Suitsetamine ehk tubakasuitsu sissehingamine on tervist kahjustav käitumine, mida seostatakse peaaegu kõigi kehaorganite haiguste (nt erinevad vähitüübid, südameveresoonehaigused), halvenenud tervisliku seisundi (põletik ja immuunfunktsiooni langus) ning areneva loote kahjustamisega (129). Tubakatoodete tarbimisel on täheldatud söögiisu vähendavat toimet, mida häirunud söömiskäitumise korral võidakse kasutada kehakaalu kontrollimiseks läbi söögiisu pärssimise (130).

White (131) uuris suitsetamise kui kaalukontrolli meetodi seost häirunud söömiskäitumisega USA täiskasvanud naissoost suitsetajatel ($n = 107$). Uuringu tulemustest selgus, et naised suitsetavad rohkem dieedipidamise ajal (55%), näljatunde allasurumiseks (54%), ülesöömise vältimiseks (43%) ning liigse söömise kompenseerimiseks (43%) soovides sellega ülesöömise mõju vähendada. Statistiliselt oluline seos leiti suitsetamise kui kehakaalu kontrollimise meetodi ning suitsetamise üldise sageduse, ülesöömise sageduse, söömise piiramise, kehakuju mure ja kaalumure vahel.

Strand jt (132) uurisid kõhnuse ihaluse seost häirunud söömiskäitumise ja suitsetamisega Rootsi elanike seas ($n = 30\,245$, vanusevahemik 30–66 a, 59% naised). Nii naiste kui meeste hulgas oli statistiliselt oluliselt suurem šans kõhnuse ihaluseks nende seas, kes suitsetasid, väljutasid tahtlikult toitu, ei omanud kontrolli söömise üle ning kelle elus oli toidul domineeriv roll.

2.5.6 Kehamassiindeks

Kehamassiindeks (KMI) näitab täiskasvanute toitumisalast seisundit. Selle väärtus saadakse jagades inimese kehakaalu kilogrammides inimese pikkuse (kg/m^2) ruuduga. KMI on jaotatud järgnevateks kategooriateks: alakaal $\text{KMI} < 18,5$; normaalkaal $\text{KMI} 18,5\text{--}24,9$; ülekaal $\text{KMI} 25,0\text{--}29,9$; rasvumus $\text{KMI} \geq 30$. Kehamassiindeksit käsitletakse kui haiguste riskinäitajat - KMI suurenedes võib suurenda ka teatud haiguste risk. (133) Uuringute põhjal on leitud, et rasvunute hulgas esineb oluliselt rohkem kehaga rahulolematust võrreldes normaalkaalulistega

ning eriti naiste seas (134). Kehaga rahulolematuse suurendab riski häirunud söömiskäitumiseks ja söömishäirete väljakujunemiseks (135).

Nagata jt (136) uurisid häirunud söömiskäitumise levimust ülekaaluliste ja rasvunute hulgas ($n = 14\,322$, 46% naised, vanuserühm 18–24 a) USA-s. Lisaks uuriti erinevusi levimuses soo, rassi/etnilise päritolu, seksuaalse sättumuse ja sotsiaalmajandusliku staatuse järgi. Tulemustest ilmnis, et ülekaalulisi naisi oli 46,5% ja rasvunuid 53,5%. Meeste seas olid vastavad näitajad 58,4% ja 41,6%. Kokku olid valimist 48,6% ülekaalulised või rasvunud. Võrreldes ala- või normaalkaalulistega, esines ülekaaluliste või rasvunud inimeste seas suurem häirunud söömiskäitumise (ebatervislikud kehakaalu kontrolli meetmed ja liigsöömine) esinemissagedus (naistel 29,3% vs 15,8%; meestel 15,4% vs 7,5%). Suurem šans häirunud söömiskäitumiseks oli naistel võrreldes meestega (*OR* 2,32), Aasia/Vaikse ookeani saarte elanikel võrreldes valge rassiga (*OR* 1,66), seksuaalvähemustel võrreldes heteroseksuaalsetega (*OR* 1,62); keskkooli või madalama haridustasemega isikutel võrreldes kõrgharidusega (*OR* 1,26) ning rasvunute hulgas võrreldes normaalkaalulistega (*OR* 2,45). (136)

Austraalias uuriti häirunud söömiskäitumist (kompensatoorsed kehakaalu reguleerimismeetodid, liigsöömine, düsfunktsionaalsed hoiakud) rasvunud noorte naiste hulgas ning kuidas see mõjutab nende psühholoogilist seisundit. Kokku osales uuringus 4891 naist vanuses 18–42 a, kellest 13% olid rasvunud. Võrreldes mitterasvunud naistega, esines rasvunutel oluliselt rohkem söömise piiramist, muret söömise, kehakaalu ja -kuju pärast, ülesöömist, diureetikumide ja dieetpreparaatide väärkasutamist ning paastumist. Rasvunud naistel olid antud düsfunktsionaalsed hoiakud ja käitumisviisid seotud suurema psühholoogise stressiga. (137)

2.5.7 Eluga rahulolu

Eluga rahuolu kirjeldab inimese üldist elukvaliteeti ja subjektiivset heaolu (138), millega hinnatakse oma materiaalsete ja sotsiaalsete elueesmärkide ja saavutuste tulemit (139). Lisaks hõlmab see elu eri aspekte nagu tervis, majanduslik toimetulek, töökoht, pereelu, sõprussuhted, isiklik areng ja ümbritsev kogukond (140).

Greeno jt (141) uurisid ülekaalulisuse ja söömise üle kontrolli puudumise seost eluga rahuloluga täiskasvanute seas ($n = 2032$, naised 53%, vanusevahemik 20–74 a) USA-s. Tulemustest selgus, et naised ja mehed olid enam-vähem samaväärselt eluga rahul. Naised omasid statistiliselt oluliselt vähem kontrolli söömise üle võrreldes meestega. Vanemad naised olid eluga rohkem rahul võrreldes noorematega. Naised, kes olid kõrgema KMI-ga ning tajusid vähem kontrolli oma söömise, olid vähem rahul oma eluga. Madalama KMI-ga naised, kes tajusid vähem kontrolli oma söömise üle, olid samuti eluga vähem rahul. Naiste puhul täheldati,

et kõrgem KMI oli seotud väiksema eluga rahuloluga olenemata vanusest. See-eest vanemad mehed kõrgema KMI-ga olid eluga rohkem rahul võrreldes nooremate ja väiksema kehakaaluga meestega. Ka meeste puhul ilmnnes, et väiksem kontroll söömise üle oli seotud väiksema eluga rahuloluga.

Zullig jt (142) uurisid USA tudengite ($n = 522$, naised 66%) seas häirunud söömiskäitumise, tajutud kehakaalu ja eluga rahulolu vahelisi seoseid. Tulemuste põhjal ilmnnes, et 24% naistest ja 27% meestest olid eluga rahulolematud. Naiste puhul oli statistiliselt oluliselt suurem šanss eluga rahulolematuseks järgnevatel juhtudel: enese tajumine veidi/väga ülekaalulisena (*OR* 2,37) ja veidi/väga alakaalulisena (*OR* 12,90); veidi/mõnevõrra (*OR* 3,97) ja väga/äärmiselt mures kaalu pärast (*OR* 12,61); liigsöömine igakuiselt (*OR* 2,62); väga/äärmiselt mures liigsöömise pärast (*OR* 2,86); liigsöömise kestus rohkem kui aasta (*OR* 3,32); vähemalt korra eelmise aasta jooksul tahtlikult toitu väljutanud (*OR* 3,21). Meeste puhul esines statistiliselt oluliselt suurem šanss eluga rahulolematuseks juhul, kui tajuti end veidi/väga alakaalulisena (*OR* 5,76) ning oldi väga/äärmiselt mures kaalu pärast (*OR* 3,19).

3. Eesmärgid

Magistritöö eesmärgiks oli uurida ja hinnata emade ja tütarde häirunud söömiskäitumist ning sellega seotud tegureid Eestis.

Töö alaeesmärgid olid:

- kirjeldada kehakaalu reguleerimist emade ja tütarde hulgas;
- hinnata ja võrrelda häirunud söömiskäitumise ning selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) levimust emadel ja tütardele;
- võrrelda emade ja tütarde häirunud söömiskäitumise alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) seoseid sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise tunnustega (kehaline aktiivsus, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, kehamassiindeks, eluga rahulolu).

4. Materjal ja metoodika

4.1 Magistritöö andmestik

Magistritöö aluseks on Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise uuring (ELIKTU), mis arenes välja Euroopa noorte südameuuringu (ENSU) Eesti osast. Tegu on 1998. aastal alanud prospektiivse longituuduuringuga, millesse kaasati juhuslikkuse alusel 25 Tartu linna ja maakonna kooli. Valim moodustus teadliku valikuna kahest vanuskohordist: noorem kohort – lapsed enne puberteeti (9-aastased) ja vanem kohort – lapsed puberteedi hilises staadiumis (15-aastased). Uuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Lapsevanematelt/ametlikelt hooldajatelt küsiti eraldi informeeritud nõusolekut laste uuringus osalemiseks. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning soovi korral võis selles osavõtmisest igal hetkel loobuda. (11)

Uuringu esimeses laines (lähteuuring), mis toimus 1998/1999. õppeaastal, osales 25-st koolist kokku 1176 õpilast. Nooremast kohordist (9-aastased) osales 583 ja vanemast kohordist (15-aastased) 593 last. Uuringu käigus koguti andmeid järgmistes valdkondades nagu füüsiline ja vaimne tervis, riskeeriv käitumine, toitumine, liikumisharjumused, psühhosotsiaalne heaolu, impulsiivsus ja isikuomadused. (11) Magistritöö analüüsiosa põhineb IV uuringulaine (2014. a) noorema ning III uuringulaine (2008. a) vanema kohordi 25-aastaste naiste andmetele. Lisaks kasutati mõlema kohordi naiste emade andmeid, mis koguti ELIKTU 2011. a–2013. a lastevanemate seas läbiviidud uuringu käigus.

Lõpliku magistritöö valimi moodustasid 814 naist, kellest emasid oli 405 ning tütreid 409. Välja jäeti emad, kelle tütreid ei osalenud uuringus ning tütreid, kelle ema ei osalenud uuringus. Käesolevas magistritöös kasutatakse uuritavate poolt täidetud küsimustikest pärinevaid andmeid (söömiskäitumine ja -hoiakud, kehakaalu reguleerimise meetodid, sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud tunnused, kehaline aktiivsus, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, eluga rahulolu) ning uuritavate antropomeetriliste mõõtmiste tulemusi (kehamassiindeks).

Magistritöös kasutati emade puhul ELIKTU (2011–2013) A-paketti (eluolu – lisa 1 ja liikumisaktiivsuse küsimustik – lisa 2) ja B-paketti (küsimused enesetunde ja tervisliku seisundi kohta – lisa 3, STAI küsimustik – lisa 4, EDI-2 küsimustik – lisa 5, küsimused alkoholi tarvitamise kohta – lisa 6 ja tubakatoodete küsimused – lisa 7). Noorema kohordi naiste korral kasutati ELIKTU (2014) A-paketti (eluolu ja liikumisaktiivsuse küsimustikud) ning B-paketti (küsimused enesetunde kohta, EDI-2 ja STAI küsimustik, küsimused alkoholi ja tubakatoodete kohta). Vanema kohordi naiste puhul kasutati ELIKTU (2008) A-paketti (liikumisaktiivsuse

küsimustik) ja B-paketti (eluolu, STAI ja EDI-2 küsimustik, küsimused enesetunde ja tervisliku seisundi, alkoholi ja tubakatoodete kohta).

4.2 Magistritöös kasutatud tunnused

4.2.1 Sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud tegurid

Elukoht – tunnus jagunes: linnas või maal.

Majanduslikku olukorda käsitleva tunnuse puhul valisid uuritavad arvestades oma leibkonna üldist majanduslikku olukorda kõige täpsema väite, mis kirjeldab nende olukorda: 1) on suuri raskusi toimetulekuga; 2) kohati on raskusi toimetulekuga; 3) on võimalik hakkama saada, aga midagi erilist lubada ei saa; 4) me tuleme hästi toime; 5) arvan, et oleme Eesti rikkamate hulgas. Käesolevas töös jaotati tunnus kolmeks: 1) suured/kohati raskused toimetulekuga; 2) saab hakkama erilist lubamata; 3) hea/väga hea toimetulek.

Haridust käsitlev tunnus jagunes küsimustikus vastavalt: 1) algharidus, põhiharidus; 2) üldkeskharidus; 3) kutseharidus; 4) lõpetamata kõrgharidus (k.a 3+2 süsteemi bakalaureuse diplom); 5) kõrgharidus. Magistritöös jagati haridus kaheosaliseks tunnuseks: kõrgharidusega ja kõrghariduseta.

4.2.2 Tervisekäitumine

Kehaline aktiivsus – töös kasutati mõõduka ja intensiivse liikumise tunnust. Mõõduka liikumise puhul küsiti uuritavatelt, kas nad tegelevad ≥ 5 korral nädalas iga kord kokku ≥ 30 min kestva mõõdukat pingutust nõudva liikumisega. Intensiivse liikumise puhul küsiti, kas uuritavad tegelevad ≥ 3 korral nädalas korraga ≥ 20 min kestva, raske kehalise hingeldama paneva liikumisega. Vastusevariandid olid jah ja ei.

Ööpäeva unetundide arv – Uuritavatelt küsiti, mitu tundi nad ööpäevas tavaliselt magavad. Vastusevariandid olid: 1) vähem kui 6 tundi; 2) 6–7 tundi; 3) 8–9 tundi; 4) 10–11 tundi; 5) rohkem kui 11 tundi. Käesolevas töös muudeti tunnus kaheosaliseks: ≥ 8 h ja < 8 h.

Ekraaniaeg – Antud tunnuse puhul küsiti uuritavatelt, mitu tundi nad päevas kokku vaatavad tavaliselt televiisorit, kasutavad internetti ja mängivad arvutimänge. Vastusevariantideks olid: 1) 0 tundi; 2) ≤ 1 tunni; 3) 2–3 tundi; 4) 4–5 tundi; 5) ≥ 6 tunni. Tunnus muudeti kolmeosaliseks: 1) < 2 h; 2) 2–3 h; 3) > 3 h.

Eluga rahulolu – Tunnus pärineb STAI (*Spielbergeri* seisundi- ja püsiärevuse skaala) küsimustikust, mille puhul oli tegu väitega nr 36 – ma olen oma eluga rahul. Väitele vastamisel pidid uuritavad arvestama, kuidas nad end tavaliselt tunnevad. Võimalikud vastusevariandid

olid: 1) peaaegu mitte kunagi; 2) mõnikord; 3) sageli; 4) peaaegu alati. Käesolevas töös muudeti tunnus kaheosaliseks: 1) peaaegu mitte kunagi/mõnikord ja 2) sageli/peaaegu alati.

Alkoholi tarvitamine – Uuritavad vastasid küsimusele, kui sageli on nad tarvitanud alkohoolseid jooke 30 päeva jooksul. Vastusevariantideks olid: 1) üldse mitte; 2) ühe korra; 3) kokku 2–3 korda; 4) 1–2 korda nädalas; 5) 3–4 korda nädalas; 6) 5–6 korda nädalas; 7) iga päev. Käesolevas töös moodustati kolm vastusevarianti: 1) mitte kordagi; 2) 1–3 korda kuus (kokku pandud vastusevariandid 2–3); 3) ≥ 1 korra nädalas (kokku pandud vastusevariandid 4–7).

Suitsetamine – Uuritavad vastasid küsimusele, kui sageli nad viimasel 12 kuul olid suitsetanud. Vastusevariantideks olid: 1) mitte kordagi; 2) mõned korrad; 3) 1–2 korda kuus; 4) 1–2 korda nädalas; 5) peaaegu iga päev; 6) iga päev. Töös moodustati uued vastusevariandid: 1) mitte kordagi; 2) mõned korrad/1–2 korda kuus; 3) ≥ 1 kord nädalas (kokku pandud vastusevariandid 4–6).

4.2.3 Söömiskäitumine ja kehakaal

Kehakaalu reguleerimine – Uuritavad vastasid küsimusele, kas nad on kunagi püüdnud oma kehakaalu reguleerida. Vastusevariantideks olid: 1) jah, olen püüdnud kaalus juurde võtta; 2) ei ole pidanud vajalikuks oma kehakaalu muuta; 3) jah, olen püüdnud kaalu vähendada. Kui uuritav vastas küsimusele jaatavalt, siis pidi ta märkima, mida on teinud oma kehakaalu muutmiseks: a) kindel dieet, b) nälgimine kogu päeva, c) toitumisharjumuste muutmine, d) söödava toiduhulga piiramine, e) kehalise aktiivsuse suurendamine, f) toidukordade arvu vähendamine. Vastusevariandid olid ei ja jah.

Häirunud söömiskäitumine – Söömiskäitumise ja -hoiakute uurimiseks täitsid uuritavad EDI-2 küsimustiku (lisa 5), mis koosnes 23-st väitest. Antud väited hõlmavad kolme alaskaalat: buliimia, kehaga rahulolematust ja kõhnuse ihalust. Eestis ei ole teadaolevalt EDI-2 küsimustikul arvutatud alaskaalade ja üldskoori äralõikepunkte. Tulenevalt magistritöö eesmärkidest oli vaja leida häirunud söömiskäitumise ja alaskaalade levimus emade ja tütarde hulgas. Seetõttu otsustati kasutada Mustelin jt (143) Soomes läbiviidud uuringu andmete põhjal leitud EDI-2 üldskoori äralõikepunkti (buliimia, kehaga rahulolematust ja kõhnuse ihalust kokku). Üldskoor ≥ 21 viitas häirunud söömiskäitumise esinemisele.

Buliimia – Tunnus hindab liigsöömise peale mõtlemist ning kalduvust kontrollikaoga liigsöömiseks (88). Buliimia esineb juhul, kui vastav skoor on ≥ 2 (143).

Kehaga rahulolematust – Tunnus hindab üleüldist kehakujuga ning kindlate kehaosadega (nt puusad, reied, kõht, tuharad) rahulolematust (88). Kehaga rahulolematust esineb juhul, kui vastav skoor on ≥ 8 (143).

Kõhnuse ihalus – Tunnus hindab ülemäärast hõivatust dieedipidamisest, muret kehakaalu pärast ning hirmu kaalutõusu ees (88). Kõhnuse ihalus esineb juhul, kui vastav skoor on ≥ 7 (143).

4.2.4 Antropomeetrilised näitajad

Kehamassiindeks (KMI) – uuritavatel mõõdeti kehapikkus (cm) ja kehakaal (kg), mille põhjal arvutati KMI (kg/m^2) valemiga $= \text{kehakaal (kg)} / \text{pikkus (m}^2\text{)}$. Vastavalt Maailma Terviseorganisatsioonile eristatakse kaalugruppe järgnevalt: KMI $< 18,5$ alakaal; KMI 18,5–24,9 normaalkaal; KMI 25,0–29,9 ülekaal; KMI $\geq 30,0$ rasvumus (133). Antud grupeerimisest lähtuvalt moodustati valimi põhjal eelnevalt nimetatud kaalugrupid. Pärast mida moodustati omakorda kaks kaalugruppi: KMI $< 25,0$ (ala- ja normaalkaal) ning KMI $\geq 25,0$ (ülekaal ja rasvumus).

4.3 Andmeanalüüs

Andmete kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid, milles esitati andmete sagedused (n) ja suhtelised sagedused (%). Pidevate tunnuste puhul toodi eraldi välja keskmised väärtused (M) koos standardhälbe (SD), miinimumi (min) ja maksimumiga (max). Emade ja tütarde andmed liideti ühte andmestikku. Sama pere ema ja tütarde identifitseerimiseks loodi perekood.

Andmete vaheliste seoste analüüsimiseks kasutati hii-ruut testi ning logistilisi regressioonimudeleid (kohandamata ja kohandatud), mille abil leiti šansisuhted (OR) ning usaldusvahemikud (95% CI). Et arvestada korrelatsiooni sama pere emade-tütarde andmete vahel, lisati mudelisse perekood juhusliku efektina. Hindamaks emade ja tütarde andmete seoste erinevust, lisati mudelisse koosmõju ema/tütare staatuse ja kirjeldavate tunnuste vahel. Töös võeti olulisusnivooks 0,05.

Logistilise regressiooni vastavates mudelistes olid sõltuvateks tunnusteks häirunud söömiskäitumine, buliimia, kehaga rahulolematuse ja kõhnuse ihaluse alaskaalad. Kirjeldavateks tunnusteks olid sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud tegurid (elukoht, majanduslik olukord, haridus), tervisekäitumine (mõõdukas ja intensiivne liikumine, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, eluga rahulolu), kehamassiindeks. Kohandatud mudelite korral kohandati üldjuhul tunnustele, mille seoste väärtused olid kohandamata mudelis statistilised olulised. Kohandatud mudelitesse jäeti koosmõju ema-tütare staatuse ja kirjeldava tunnuse vahel, kui see oli statistiliselt oluline. Andmeanalüüs teostati tarkvarapaketi STATA 14.0.

5. Tulemused

5.1 Valimi kirjeldus

Magistritöö valimi moodustasid ELIKTU uuringus osalenud 814 naist, kellest 405 olid emad ja 409 tütreid. Uuringus osalenud tütarde vanus oli 23–27 eluaastat ($M = 24,7$; $SD = 0,6$) ning KMI väärtuste vahemik oli 15,5–42,7 kg/m² ($M = 22,9$; $SD = 4,4$). Emade vanus jäi vahemikku 37–71 aastat ($M = 51,8$; $SD = 5,8$) ja KMI väärtused olid 16,9–53,0 kg/m² ($M = 27,6$; $SD = 5,5$). EDI-2 küsimustiku häirunud söömiskäitumise alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematuse) koguskoor oli emadel vahemikus 0–54 ($M = 14,2$; $SD = 12,1$) ja tütardele 0–54 ($M = 12,3$; $SD = 11,9$). Buliimia alaskaala skoor oli emadel vahemikus 0–16 ($M = 1,6$; $SD = 2,5$) ja tütardele 0–15 ($M = 1,3$; $SD = 2,0$). Kõhnuse alaskaala skoor oli emadel vahemikus 0–19 ($M = 4,5$; $SD = 4,5$) ja tütardele 0–19 ($M = 3,7$; $SD = 4,3$). Kehaga rahulolematuse alaskaala skoor oli emadel vahemikus 0–27 ($M = 8,1$; $SD = 7,1$) ja tütardele 0–27 ($M = 7,4$; $SD = 7,0$).

5.2 Sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise andmete kirjeldus

Tabelis 1 on kirjeldatud valimi sotsiaaldemograafilisi ja -majanduslike andmeid. Suurem osa nii emadest (66%) kui ka tütardest (80%) elas linnas. Kõrgharidus oli 43%-l emadest ja 70%-l tütardest. Kõrghariduseta isikute alla koondati alg- ja põhiharidusega ning üldkesk- /kutseharidusega naised. Vastavate haridustasemetega osakaal oli emade hulgas 2% ja 55% ning tütardele 5% ja 25%. Emadest tuli 63% majanduslikult toime ilma midagi erilist lubamata. Samas hindas 51% tütardest, et nende majanduslik toimetulek oli hea või väga hea.

Tabel 1. Emade ja tütarde sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud andmed (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

	Emad (n = 405)	Tütred (n = 409)	Kokku (n = 814)
Tunnus	N (%)	N (%)	N (%)
Elukoht			
Linn	259 (66)	325 (80)	584 (73)
Maa	133 (34)	82 (20)	215 (27)
Vastamata	13	2	15
Haridus			
Kõrghariduseta	228 (57)	122 (30)	350 (43)
Kõrgharidusega	174 (43)	287 (70)	461 (57)
Vastamata	3		3
Majanduslik olukord			
Suured/kohati raskused toimetulekuga	51 (13)	63 (15)	114 (14)
Saab hakkama erilist lubamata	249 (63)	138 (34)	387 (48)
Hea/väga hea toimetulek	97 (24)	207 (51)	304 (38)
Vastamata	8	1	9

Emade ja tütarde tervisekäitumise võrdluses selgus (tabel 2), et mõõdukalt aktiivsed oli 70% emadest ja 55% tütardest. Intensiivse liikumise osakaal oli emade hulgas 23% ja tütardest 31%. Alla 8 tunni magas 62% emadest ja 51% tütardest. Ekraaniaja päevane kasutusaeg oli 50%-l emadest 2–3 h ja 58%-l tütardest oli see üle kolme tunni. Eluga oli sageli ja peaaegu alati rahul 78% emadest ja 79% tütardest. Alkoholi tarvitamist esines 1–3 korda viimase 30 päeva jooksul 60%-l emadest ja 53%-l tütardest. Viimase 12 kuu jooksul ei suitsetanud mitte kordagi 69% emadest ja 40% tütardest. Rohkem kui ühe korra nädalas suitsetas 27% emadest ja 41% tütardest. Alakaalulisuse osakaal oli emadel võrreldes tütardega väiksem (5 naist ehk 1% vs 34 naist ehk 9%). Normaalkaalulisi emasid oli samuti vähem kui tütreid (149 naist ehk 37% vs 278 naist ehk 72%). Ülekaalulisust esines emade seas rohkem kui tütardest (133 naist ehk 33% vs 41 naist ehk 11%) ning ka rasvumust (114 naist ehk 28% vs 33 naist ehk 9%). Kokkuvõtlikult võib öelda, et ülekaalu ja rasvumist esines rohkem emadel (62%) ning ala- ja normaalkaalu (81%) rohkem tütardest hulgas.

Tabel 2. Emade ja tütarde tervisekäitumise andmed (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

	Emad (n = 405)	Tütred (n = 409)	Kokku (n = 814)
Tunnus	N (%)	N (%)	N (%)
Mõõdukas liikumine*			
Jah	265 (70)	221 (55)	486 (62)
Ei	115 (30)	182 (45)	297 (38)
Vastamata	25	6	31
Intensiivne liikumine**			
Jah	83 (23)	123 (31)	206 (27)
Ei	283 (77)	276 (69)	559 (73)
Vastamata	39	10	49
Ööpäeva unetundide arv			
< 8	250 (62)	209 (51)	459 (57)
≥ 8	151 (38)	198 (49)	349 (43)
Vastamata	4	2	6
Ekraaniaeg***			
< 2 h	74 (19)	24 (6)	98 (12)
2–3 h	197 (50)	147 (36)	344 (43)
> 3 h	121 (31)	235 (58)	356 (45)
Vastamata	13	3	16
Eluga rahulolu			
Peaaegu mitte kunagi/mõnikord	85 (22)	85 (21)	170 (21)
Sageli/peaaegu alati	304 (78)	319 (79)	623 (79)
Vastamata	16	5	21
Alkoholi tarvitamine viimase 30 päeva jooksul			
Mitte kordagi	82 (22)	67 (17)	149 (20)
1–3 korda kuus	218 (60)	208 (53)	426 (56)
> 1 korra nädalas	64 (18)	119 (30)	183 (24)
Vastamata	41	15	56
Suitsetamine viimase 12 kuu jooksul			
Mitte kordagi	214 (69)	115 (40)	329 (55)
Mõned korrad/1–2 korda kuus	12 (4)	54 (19)	66 (11)
> 1 korra nädalas	82 (27)	119 (41)	201 (34)
Vastamata	97	121	218
KMI			
Ala-/normaalkaal	154 (38)	312 (81)	466 (59)
Ülekaal/rasvumus	247 (62)	74 (19)	321 (41)
Andmed puuduvad	4	23	27

*Mõõdukas liikumine ≥ 5 korra nädalas iga kord kokku ≥ 30 min

**Intensiivne liikumine ≥ 3 korra nädalas korraga ≥ 20 min

*** Ekraaniaeg (päevane kasutusaeg kokku: TV + internet + arvutimängud)

5.3 Emade ja tütarde kehakaalu reguleerimise andmete kirjeldus

Kehakaalu reguleerimise viisidest (tabel 3) esines nii emade (69%) kui ka tütarde (68%) seas kõige enam kaalu langetamist võrreldes kaalu tõstmise ja selle mitte reguleerimisega. Enamik emadest (72%) ja tütardest (66%) ei ole pidanud dieeti. Nälgimist kogu päeva jooksul esines 12%-l emadest ja 15%-l tütardest. Oma söömisharjumusi on muutnud 65% emadest ja 66% tütardest. Oma toidu hulka on piiranud võrdsel määral ja suurem osa (61%) emadest ja tütardest. Kehalist aktiivsust on suurendanud 54% emadest ja 66% tütardest. Toidukordade arvude vähendamist esines viiendikul emadest (23%) ja kolmandikul tütardest (32%).

Tabel 3. Emade ja tütarde kehakaalu reguleerimise viisid (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

	Emad (n = 405)	Tütred (n = 409)	Kokku (n = 814)
Tunnus	N (%)	N (%)	N (%)
Püüdnud kehakaalu reguleerida			
Püüdnud kaalu tõsta	7 (2)	18 (5)	25 (3)
Ei ole pidanud vajalikuks kaalu muuta	115 (29)	110 (27)	225 (28)
Püüdnud kaalu langetada	273 (69)	276 (68)	549 (69)
Vastamata	10	5	15
Pidanud dieeti			
Ei	250 (72)	259 (66)	509 (68)
Jah	99 (28)	136 (34)	235 (32)
Vastamata	56	14	70
Nälginud kogu päeva			
Ei	299 (88)	334 (85)	633 (86)
Jah	40 (12)	59 (15)	99 (14)
Vastamata	66	16	82
Muutnud söömisharjumusi			
Ei	130 (35)	136 (34)	266 (35)
Jah	237 (65)	262 (66)	499 (65)
Vastamata	38	11	49
Piiranud toidu hulka			
Ei	140 (39)	159 (39)	299 (39)
Jah	220 (61)	244 (61)	464 (61)
Vastamata	45	6	51
Suurendanud kehalist aktiivsust			
Ei	165 (46)	136 (34)	301 (40)
Jah	191 (54)	265 (66)	456 (60)
Vastamata	49	8	57
Vähendanud toidukordade arvu			
Ei	255 (77)	267 (68)	522 (72)
Jah	78 (23)	125 (32)	203 (28)
Vastamata	72	17	89

5.4 Häirunud söömiskäitumise ja selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) levimus

Häirunud söömiskäitumise levimus kokku (tabel 4), mis hõlmas kõiki kolme alaskaalat (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus), oli koguvalemis ($n = 814$) 23%, emadel 24,9% (95% CI 20,6–29,5) ning tütardele 21,3% (95% CI 17,4–25,6). Buliimiat esines 34,8%-l emadest (95% CI 30,0%–39,8%) ning 30,6%-l tütardest (95% CI 26,2%–35,4%). Kõhnuse ihaluse osakaal oli emade hulgas 26,7% (95% CI 22,3%–31,4%) ja tütardele 21,8% (95% CI 17,9%–26,1%). Kehaga rahulolematust esines 44,5%-l emadest (95% CI 39,4%–49,6%) ning 42,9%-l tütardest (95% CI 38,0%–47,9%).

Kõikide antud EDI-2 häirunud söömiskäitumise alaskaalade levimuse puhul (tabel 4), buliimia ($OR\ 1,22$; 95% CI 0,90–1,65; $p = 0,202$), kõhnuse ihalus ($OR\ 1,33$; 95% CI 0,95–1,88; $p = 0,101$), kehaga rahulolematus ($OR\ 1,08$; 95% CI 0,79–1,46; $p = 0,641$), ei olnud erinevus emade ja tütarde vahel statistiliselt oluline.

Tabel 4. Emade ja tütarde häirunud söömiskäitumise ja selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) levimus (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

	Emad (n = 405)	Tütred (n = 409)	Kokku (n = 814)
Tunnus	N (%)	N (%)	N (%)
Häirunud söömiskäitumine			
Ei	287 (75,1)	321 (78,7)	608 (77,0)
Jah	95 (24,9)	87 (21,3)	182 (23,0)
Vastamata	23	1	24
Buliimia			
Ei	249 (65,2)	283 (69,4)	532 (67,3)
Jah	133 (34,8)	125 (30,6)	258 (32,7)
Vastamata	23	1	24
Kõhnuse ihalus			
Ei	280 (73,3)	319 (78,2)	599 (75,8)
Jah	102 (26,7)	89 (21,8)	191 (24,2)
Vastamata	23	1	24
Kehaga rahulolematus			
Ei	212 (55,5)	233 (57,1)	445 (56,3)
Jah	170 (44,5)	175 (42,9)	345 (43,7)
Vastamata	23	1	24

Tabelis 5 on võrreldud emasid, kelle tütardele oli/ei olnud häirunud söömiskäitumise alaskaalade (buliimia, kehaga rahulolematus, kõhnuse ihalus) osas suurem risk. Suure buliimia riskiga tütarde emadel ei esinenud statistiliselt oluliselt rohkem buliimiat kui väiksema buliimia riskiga tütarde emadel (34,4% vs 31,8%; $p = 0,606$). Suure kõhnuse ihalusega tütarde emadel ei esinenud statistiliselt oluliselt suuremat kõhnuse ihalust kui väiksema kõhnuse ihalusega tütarde emadel (32,6% vs 22,6%; $p = 0,053$). Kehaga rahulolematute tütarde emadel esines

kehaga rahulolematust statistiliselt oluliselt rohkem kui kehaga rahulolevate tütarde emadel (49,7% vs 35,2%; $p = 0,003$).

Tabel 5. Häirunud söömiskäitumise alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematust) risk sama pere emadel ja nende tütardele (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

Buliimia	Emal ei N (%)	Emal jah N (%)	Kokku N (%)
Tütrel ei N (%)	193 (68,2)	90 (31,8)	283 (100)
Tütrel jah N (%)	82 (65,6)	43 (34,4)	125 (100)
Kõhnuse ihalus	Emal ei N (%)	Emal jah N (%)	Kokku N (%)
Tütrel ei N (%)	247 (77,4)	72 (22,6)	319 (100)
Tütrel jah N (%)	60 (67,4)	29 (32,6)	89 (100)
Kehaga rahulolematust	Emal ei N (%)	Emal jah N (%)	Kokku N (%)
Tütrel ei N (%)	151 (64,8)	82 (35,2)	233 (100)
Tütrel jah N (%)	88 (50,3)	87 (49,7)	175 (100)

5.5 Buliimia alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega

Emade ja tütarde buliimia alaskaala võrdlust käsitlevas kohandamata ja kohandatud mudelites (tabel 6) vaadeldi buliimia alaskaala seost sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega. Seejuures võrreldi antud seoseid omakorda emade ja tütarde vahel. Tulemustest selgus, et tütardele, kes elasid maal oli 1,87 korda suurem šanss buliimiaks võrreldes linnas elavate tütardega. Samas emade puhul sarnane seos ei ilmnenud. Kohandatud mudelis ei olnud elukoht statistiliselt oluliselt buliimiaga seotud.

Kõrgharidusega tütardele oli 2,38 korda suurem šanss buliimiaks võrreldes kõrgharidusega tütardega. Emadel antud seost haridusega ei ilmnenud. Kohandatud mudelis kadus statistiliselt oluline erinevus.

Hea või väga hea toimetulekuga tütardele oli väiksem šanss buliimiaks kui majanduslike toimetuleku raskustega tütardele ($OR\ 0,51$). Kohandatud mudelis ei olnud majanduslik olukord buliimiaga seotud.

Ülekaalu ja rasvumise puhul oli emadel 3,1 ja tütardele 2,68 korda suurem šanss buliimiaks võrreldes ala- ja normaalkaalulistega. Kohandatud mudelis jäi statistiliselt oluline erinevus ($OR\ 2,73$; 95% $CI\ 1,84-4,04$) püsima.

Vähem kui 8 tundi magavatel tütaridel oli 2,51 korda suurem šanss buliimiaks, kui neil tütaridel, kes magasid 8 tundi või rohkem. Kohandatud mudelis jäi vähese ööune seos buliimiaga püsima (*OR* 1,72; 95% *CI* 1,21–2,44).

Eluga enamasti rahulolevatel emadel ja tütaridel oli vastavalt 0,41 ja 0,29 korda väiksem šanss buliimiaks võrreldes nendega, kes olid eluga vähem rahul. Kohandatud mudelis püsis eluga rahulolu seos buliimiaga (*OR* 0,39; 95% *CI* 0,26–0,59).

Tabel 6. Buliimia alaskaala šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest, -majanduslikest ja tervisekäitumise tunnustest ning nende seoste võrdlus (koosmõju, *p*-väärtus) emadel ja tütaridel (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

Tunnus	Emad	Tütred	Koosmõju <i>p</i> -väärtus	Emad ja tütreid
	Kohandamata			Kohandatud*
	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)		<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
Elukoht				
Linn	1	1		1
Maa	0,88 (0,55–1,4)	1,87 (1,11–3,16)	0,034	1,07 (0,74–1,55)
Haridus				
Kõrgharidus	1	1		1
Kõrghariduseta	1,21 (0,78–1,88)	2,38 (1,49–3,80)	0,038	1,19 (0,84–1,7)
Majanduslik olukord				
Raskused toimetulekuga	1	1		1
Saab hakkama erilist lubamata	0,66 (0,34–1,28)	0,67 (0,35–1,27)	0,978	0,92 (0,56–1,52)
Hea/väga hea toimetulek	0,48 (0,22–1,03)	0,51 (0,28–0,95)	0,891	0,9 (0,53–1,53)
KMI				
Ala-/normaalkaal	1	1		1
Ülekaal/rasvumus	3,06 (1,90–4,93)	2,68 (1,59–4,53)	0,717	2,73 (1,84–4,04)
Ööpäeva unetundide arv				
≥ 8 h	1	1		1
< 8 h	1,45 (0,91–2,31)	2,51 (1,58–3,98)	0,100	1,72 (1,21–2,44)
Eluga rahulolu				
Peaaegu mitte kunagi/mõnikord	1	1		1
Sageli/peaaegu alati	0,41 (0,24–0,7)	0,29 (0,17–0,49)	0,358	0,39 (0,26–0,59)
Emad ja tütar				
Emad				1
Tütred				1,46 (0,99–2,17)

Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on märgitud paksus kirjas

*Mudel on kohandatud tunnustele: elukoht, haridus, majanduslik olukord, KMI, ööpäeva unetundide arv, eluga rahulolu, ema ja tütar

5.6 Kõhnuse ihaluse alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega

Emade ja tütarde kõhnuse ihaluse alaskaala võrdlust käsitlevas kohandamata ja kohandatud mudelites (tabel 7) vaadeldi kõhnuse ihaluse alaskaala seost sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega ning võrreldi antud seoseid omakorda emade ja tütarde vahel. Tulemustest selgus, et kõrghariduseta emadel oli 1,89 korda suurem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes kõrgharidusega emadega. Kohandatud mudelis kadus statistiliselt oluline erinevus.

Hea ja väga hea majandusliku toimetulekuga emadel oli 0,37 korda väiksem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes kehvema majandusliku toimetulekuga emadega. Kohandatud mudelis muutus seos statistiliselt mitteoluliseks.

Ülekaalu ja rasvumise korral oli nii emadel kui ka tütardele vastavalt 5,76 ja 3,80 korda suurem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes ala- ja normaalkaalulistega. Kohandatud mudelis jäi statistiline seos liigse kehakaalu ja kõhnuse ihaluse vahel püsima (*OR* 4,15; 95% *CI* 2,54–6,8).

Vähem kui 8 tunnise ööune korral oli tütardele 1,81 korda suurem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes tütardega, kes magasid rohkem kui 8 tundi, kuid emadel antud seost ei ilmnenu. Kohandatud mudelis statistiliselt oluline seos vähese uneaja ja kõhnuseihalusega kadus.

Tütardele, kes tarvitasid alkoholi 1–3 korda kuus ja rohkem kui kord nädalas, oli vastavalt 2,38 ja 2,44 korda suurem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes nendega, kes ei tarvitanud üldse alkoholi. Emadel sarnast seost ei esinenud. Kohandatud mudelis suurenes tütardele alkoholi tarvitamise ja kõhnuse ihaluse vaheline seos (vastavalt eelpool toodule *OR* 4,22; 95% *CI* 1,58–11,27 ja *OR* 3,76; 95% *CI* 1,34–10,55) ning säilis emade ja tütarde seose erinevuse statistiline olulisus.

Emadel ja tütardele, kes olid eluga enamasti rahul oli vastavalt 0,51 ja 0,28 korda väiksem šans kõhnuse ihaluseks võrreldes nendega, kes olid eluga vähem rahul. Kohandatud mudelis jäi seos eluga rahulolu ja kõhnuse ihaluse vahel statistiliselt oluliseks (*OR* 0,42; 95% *CI* 0,26–0,68).

Tabel 7. Kõhnuse ihaluse alaskaala šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sõltuvalt sotsiaaldemograafilistest, -majanduslikest ja tervisekäitumise tunnustest ning nende seoste võrdlus (koosmõju, *p*-väärtus) emadel ja tütaridel (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

Tunnus	Emad	Tütred	Koosmõju <i>p</i> -väärtus	Emad ja tütrede
	Kohandamata			Kohandatud*
	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)		<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
Haridus				
Kõrgharidus	1	1		1
Kõrghariduseta	1,89 (1,12–3,17)	1,36 (0,79–2,33)	0,383	1,23 (0,82–1,86)
Majanduslik olukord				
Raskused toimetulekuga	1	1		1
Saab hakkama erilist lubamata	0,62 (0,3–1,3)	0,72 (0,34–1,53)	0,769	0,85 (0,48–1,49)
Hea/väga hea toimetulek	0,37 (0,15–0,9)	0,62 (0,31–1,26)	0,372	0,74 (0,4–1,38)
KMI				
Ala-/normaalkaal	1	1		1
Ülekaal/rasvumus	5,76 (3,02–11,01)	3,80 (2,03–7,12)	0,343	4,15 (2,54–6,8)
Ööpäeva unetundide arv				
≥ 8 h	1	1		1
< 8 h	0,75 (0,45–1,27)	1,81 (1,06–3,10)	0,023	0,94 (0,63–1,4)
Alkoholi tarvitamine**				
Mitte kordagi	1	1		1
1–3 korda kuus	0,74 (0,4–1,37)	2,38 (1,02–5,53)	0,029	Emad: 0,95 (0,49–1,85) Tütred: 4,22 (1,58–11,27)
>1 korra nädalas	0,73 (0,32–1,64)	2,44 (1,0–5,98)	0,049	Emad: 0,83 (0,35–1,95) Tütred: 3,76 (1,34–10,55)
Eluga rahulolu				
Peaaegu mitte kunagi/mõnikord	1	1		1
Sageli/peaaegu alati	0,51 (0,29–0,93)	0,28 (0,15–0,5)	0,135	0,42 (0,26–0,68)
Emad ja tütar***				
Emad				1
Tütred				0,47 (0,16–1,36)

Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on märgitud paksus kirjas

*Mudel on kohandatud tunnustele: haridus, majanduslik olukord, KMI, ööpäeva unetundide arv, alkoholi tarvitamine, eluga rahulolu, ema ja tütar

**Alkoholi tarvitamine viimase 30 päeva jooksul

***Mitte kordagi alkoholi tarvitavad emad ja tütrede

5.7 Kehaga rahulolematuse alaskaala seos sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega

Emade ja tütarde kehaga rahulolematuse alaskaala võrdlust käsitlevas kohandamata ja kohandatud mudelites (tabel 8) vaadeldi kehaga rahulolematuse alaskaala seost sotsiaaldemograafiliste, -majanduslike ja tervisekäitumise tunnustega ning võrreldi antud seoseid emade ja tütarde vahel. Hea ja väga hea majandusliku toimetuleku korral esines nii emadel (*OR* 0,35) kui ka tütaridel (*OR* 0,34) väiksem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes nendega, kellel esinesid majanduslikud raskused toimetulekuga. Kohandatud mudelis püsis seose statistiline olulisus (*OR* 0,38; 95% *CI* 0,2–0,72).

Tütardel, kes ei olnud mõõdukalt füüsiliselt aktiivsed oli 1,65 korda suurem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes nendega, kes olid mõõdukalt aktiivsed. Antud seose statistiline olulisus (*OR* 1,56; 95% *CI* 1,01–2,42) jäi püsima ka kohandatud mudelis.

Ülekaalulistel ja rasvunud tütaridel esines 10,93 ja emadel 6,28 korda suurem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes ala- ja normaalkaalulistega. Kohandatud mudelis püsis seose statistiline olulisus (*OR* 6,37; 95% *CI* 3,61–11,22).

Vähem kui 8 tunnise ööune puhul oli nii emadel (*OR* 1,94) kui tütaridel (*OR* 2,0) ligi kaks korda suurem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes nendega, kes magasid 8 või rohkem tundi. Kohandatud mudelis vähenes seose suurus (*OR* 1,55; 95% *CI* 1,02–2,37).

Emadel, kelle ekraani kasutusaeg oli rohkem kui 3 tundi, oli 3,4 korda suurem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes nende emadega, kelle ekraaniaeg jäi alla 2 tunni. Antud seos muutus kohandatud mudelis statistiliselt mitteoluliseks.

Tütardel, kes suitsetasid viimase 12 kuu jooksul rohkem kui kord nädalas, oli 2,13 korda suurem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes tütardega, kes ei olnud mitte kordagi suitsetanud. Emadel antud seost suitsetamise ja kehaga rahulolematuse vahel ei ilmnunud. Kohandatud mudelis kadus seose statistiline olulisus.

Eluga enamasti rahul olevatel tütaridel (*OR* 0,26) ja emadel (*OR* 0,38) oli väiksem šans kehaga rahulolematuseks võrreldes nendega, kes olid eluga vähem rahul. Kohandatud mudelis kadus eespool toodud seose statistiline olulisus. Samas ilmnes kohandatud mudeli põhjal, et tütaridel oli 2 korda suurem šans kehaga rahulolematuseks (*OR* 2,24; 95% *CI* 1,31–3,84) juhul, kui emad ja tütreid olid sarnased järgmiste tunnuste poolest: majanduslik olukord, mõõdukas liikumine, KMI, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, suitsetamine ja eluga rahulolu.

Tabel 8. Kehaga rahulolematuse alaskaala šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sõltuvalt sotsiaaldemograafilistest, -majanduslikest ja tervisekäitumise tunnustest ning nende seoste võrdlus (koosmõju, *p*-väärtus) emadel ja tütaridel (ELIKTU; 2008, 2011–2013, 2014)

Tunnus	Emad	Tütred	Koosmõju <i>p</i> -väärtus	Emad ja tütreid
	Kohandamata			Kohandatud*
	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i>)	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i>)		<i>OR</i> (95 % <i>CI</i>)
Majanduslik olukord				
Raskused toimetulekuga	1	1		1
Saab hakkama erilist lubamata	0,7 (0,34–1,44)	0,61 (0,3–1,21)	0,777	0,67 (0,37–1,2)
Hea/väga hea toimetulek	0,35 (0,15–0,8)	0,34 (0,18–0,66)	0,967	0,38 (0,2–0,72)
Mõõdukas liikumine**				
Jah	1	1		1
Ei	1,29 (0,77–2,16)	1,65 (1,05–2,61)	0,471	1,56 (1,01–2,42)
KMI				
Ala-/normaalkaal	1	1		1
Ülekaal/rasvumus	6,28 (3,59–10,99)	10,93 (5,22–22,90)	0,211	6,37 (3,61–11,22)
Ööpäeva unetundide arv				
≥ 8 h	1	1		1
< 8 h	1,94 (1,18–3,80)	2,0 (1,25–3,18)	0,934	1,55 (1,02–2,37)
Ekraaniaeg***				
< 2 h	1	1		1
2–3 h	1,66 (0,85–3,26)	1,97 (0,66–5,83)	0,796	1,58 (0,81–3,1)
> 3 h	3,4 (1,64–7,04)	1,95 (0,68–5,63)	0,394	1,8 (0,9–3,61)
Suitsetamine****				
Mitte kordagi	1	1		1
Mõned korrad/1–2 korda kuus	1,26 (0,32–4,94)	1,09 (0,5–2,36)	0,852	1,02 (0,51–2,02)
1> kord nädalas	0,79 (0,43–1,46)	2,13 (1,15–3,93)	0,024	1,03 (0,65–1,64)
Eluga rahulolu				
Peaaegu mitte kunagi/mõnikord	1	1		1
Sageli/peaaegu alati	0,38 (0,21–0,7)	0,26 (0,14–0,47)	0,354	0,65 (0,39–1,08)
Emad ja tütar				
Emad				1
Tütred				2,24 (1,31–3,84)

Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on märgitud paksus kirjas

*Mudel on kohandatud tunnustele: majanduslik olukord, mõõdukas liikumine, KMI, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, suitsetamine, eluga rahulolu, ema ja tütar

** Mõõdukas liikumine ≥5 korral nädalas iga kord kokku ≥30 min

*** Ekraaniaeg (päevane kasutusaeg kokku: TV + internet + arvutimängud)

**** Suitsetamine viimase 12 kuu jooksul

6. Arutelu

Magistritöö eesmärgiks oli uurida ELIKTU andmete põhjal emade ja nende täiskasvanud tütarde kehakaalu reguleerimist, häirunud söömiskäitumise ja selle alaskaalade (buliimia, kõhnuse ihalus, kehaga rahulolematus) levimust ning häirunud söömiskäitumise alaskaalade seoseid sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike (elukoht, haridus, majanduslik olukord) ning tervisekäitumise (kehaline aktiivsus, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, kehamassiindeks, eluga rahulolu) teguritega Eestis.

Töö tulemustest selgus, et enda kehakaalu reguleeris veidi üle 70% emadest ja tütardest. Kehakaalu reguleerimise viisidest oli levinum kaalu langetamine, millega tegelesid kaks kolmandikku naistest. Nii emad kui tütreid (61%) piirasid selleks peamiselt toidu hulka ja suurendasid kehalist aktiivsust (vastavalt 54% vs 66%). Palju vähem oli neid naisi, kes kasutasid äärmuslikemaid viise nagu nälgimist kogu päeva jooksul (emad 12% vs tütreid 15%) ja toidukordade vähendamist (emad 23% vs tütreid 32%). Sarnaselt magistritöö tulemustega on varasemalt ELIKTU raames Eestis leitud, et 52% noortest naistest (15–18 a) on oma kehakaalu proovinud aktiivselt langetada, mille saavutamiseks suurendati kehalist koormust, vähendati toidukoguseid ja toidukordi ning nälgiti (11). Ka Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringust selgus, et noortel naistel vanuses 18–24 a (34%) ja 24–34 a (27,1%) esines suuremal määral söömise piiramist võrreldes üle 34 a naistega (13). Šveitsis ja USA-s teostatud uuringud kinnitavad, et naiste seas on levinud sage kehakaalu reguleerimine eesmärgiga seda langetada (64, 67). Uuringutes, kus on vaadeldud nii emasid kui tütreid, on samuti täheldatud kehakaalu reguleerimist läbi söömise piiramise ning lisaks leiti, et tütreid, kelle emad on neid julgustanud dieeti pidama, teevad seda sagedamini ning kasutavad seejuures ebatervislikke kehakaalu reguleerimismeetodeid (25, 26). Kehakaalu langetamisele keskendumine võib olla üldiselt tingitud naiste esteetilisest soovist oma välimust korrigeerida, sest ei olda oma kehaga rahul ning võimalikest tervisemuredest, mida liigne kehakaal võib põhjustada. Uuringu tulemustest lähtudes saab öelda, et emad ja tütreid kasutavad kehakaalu reguleerimiseks sarnaseid viise, mis võib tuleneda perekondlikust mõjust.

Magistritöös leiti, et häirunud söömiskäitumise levimus oli emadel 24,9% ja tütardele 21,3%. Tjurina residentuuri lõputöö (65) uuringus hinnati 12–37 a Eesti naissportlaste häirunud söömiskäitumise levimust ning selgus, et see oli antud valimis 32,8%. Võrreldes magistritöös saadud koguväljundiga häirunud söömiskäitumise levimusega (23%) oli naissportlaste väljund levimus suurem. See võib olla tingitud sellest, et teatud spordialadel on kehakuvand ja -kaal eriti naissportlastel erilise tähelepanu all, mistõttu esineb ka rohkem ebatervislikke kehakaalu reguleerimise viise, mis võivad viia häirunud söömiskäitumiseni (144).

Reba-Harrelson jt poolt USA-s läbiviidud uuringus USA-s leiti, et naiste vanuserühmas 25–45 eluaastat oli häirunud söömiskäitumine laialdaselt levinud (67). Itaalias teostatud uuringus leiti, et naistel esines võrreldes meestega rohkem kontrollimatut söömist ilma näljatundeta (41). Sarnane käsitlus esines ka kehaga rahulolematuse puhul Šveitsis, kus meestel esines rohkem liigset kehakaalu, aga naised olid sellest hoolimata ikkagi vähem oma kehaga rahul (64). Magistritöös ei olnud võimalik soolisi erinevusi hinnata, kuna mehed ei täitnud ELIKTU uuringus EDI-2 küsimustikku. Mehed ei pidanud seda arvatavasti täitma seetõttu, kuna häirunud söömiskäitumist esineb teaduskirjanduse põhjal rohkem naissool.

Buliimiat ehk kalduvust kontrollikaoga liigsöömiseks (88) esines 34,8%-l emadest ja 30,6%-l tütardest, kõhnuse ihalust ehk ülemäärast hõivatust dieedipidamisest, muret kehakaalu pärast ning hirmu kaalutõusu ees (88) vastavalt 26,7% vs 21,8% ja kehaga rahulolematust 44,5% vs 42,9%. Varasemalt on leitud Eesti naissportlasi käsitlevas 2017. a uuringus (65), et kalduvust liigsöömiseks esines 36,7%-l, kõhnuse ihaluse osas vaadeldavat söömise piiramist 31,3%-l ning kehaga rahuolematust, mis hõlmab hõivatust välimusest ja kehakaalust, 29,8%-l uuritavatest naistest. Võrreldes antud uuringu tulemusi magistritöö omadega, siis olid kalduvus liigsöömiseks ja kõhnuse ihaluseks läbi söömise piiramise sarnase osakaaluga, kehaga rahulolematust esines magistritöö valimis aga üle 10 % rohkem. Magistritöö valimis osalenud naised esindasid üldrahvastikku ning võimalik, et kuigi naissportlastel esineb samuti kehaga rahuolematust, siis võrreldes üldrahvastikuga on nad siiski enda kehaga veidi rohkem rahul.

Aastal 2022 läbi viidud Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring andis samuti olulise ülevaate naiste häirunud söömiskäitumisest. Naiste hulgas täheldati vastavalt liigsöömist (22,6% 25–34 a; 17,3% 45–54 a), söömise piiramist (27,1% 25–34 a; 22,2% 45–54 a) ning mõtete hõivatust toidust ja kehakaalust (52,5% 25–34 a; 39,7% 45–54 a). (13) Antud uuringu tulemuste võrdlemisel magistritöö tulemustega selgus, et magistritöö uuringu valimil oli liigsöömise levimus u 10% suurem; kõhnuse ihaluse levimus, milleks üheks väljenduseks on söömise piiramine ja kehaga rahulolematuse levimus, mis väljendub mõtete hõivatusest toidust ja kehakaalust, oli üsna sarnane (v.a erinevused vanuserühmade vahel). Kuigi meetoodiliselt esinesid erinevused alaskaalade määratlemisel, siis levimused olid üsna sarnased.

Reba-Harrelson jt uuringus USA-s raporteeris 74,5% 25–45-aastatest naistest, et oli oma kehaga rahulolematud ning see mõjutas oluliselt nende vaimset enesetunnet (67). Magistritöö valimis esines selle uuringu tulemuste raames 30% vähem kehaga rahuolematust. Ühendkuningriikides teostatud uuring kinnitas samuti, et kehaga rahuolematust esines kõigis naiste vanuserühmades: 18–30 a, 31–59 a ja üle 60 a (43), mida leiti ka magistritöös vaadeldes emasid ja tütreid.

Magistritöös ei ilmnunud buliimiat ja kõhnuse ihaluse alaskaalade korral statistilist olulist seost emade ja tütarde vahel. Küll on Linville jt (96) leidnud oma uuringus, et emade kõhnuseihalus oli statistiliselt oluliselt seotud tütarde buliimiliste sümptomitega. Samuti selgus Leila Džiškariani uurimistöös (2015. a), et emade dieedipidamine (mis on üks osa kõhnuse ihalusest) mõjutab naiste kõhnuse ihalust 25–aastaselt (97). Magistritöös oli emad ja tütreid sarnased ehk risk buliimiaks, kõhnuse ihaluseks ja kehaga rahuolematuseks oli ühesugune. Seega võib ühe pere raames emal väljenduv soov olla kõhnem peegelduda ka tütrele ning nii ka liigsöömisele kalduvuse ja kehaga rahuolematuse korral.

Magistritöös leiti, et kehaga rahuolematute tütarde emadel esines kehaga rahuolematust statistiliselt oluliselt rohkem kui kehaga rahuolevate tütarde emadel (vastavalt 49,7% vs 35,2%). Stice jt (95) uurimistöös põhjal leiti, et emade kehaga rahuolematust, kõhnuseihalust, buliimilised sümptomid ennustasid riski laste häirunud söömiskäitumiseks nagu salaja söömine, ülesöömine, ülesöömisesest tingitud oksendamine. Francis ja Birch (102) uuringus täheldati, et oma kehaga rahuolematute emade tütarde emadel esines rohkem piiravat söömiskäitumist, mis tähendab, et ka tütreid ei olnud enda kehaga rahul. Seega võib öelda, et ühe pere naisliikmed võivad üksteise söömiskäitumist mõjutada ning seda negatiivses suunas, mille tagajärjed võivad kahjustada nii vaimset kui füüsilist tervist.

Vaadeldes magistritöö häirunud söömiskäitumise alaskaalade seoseid sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise tunnustega, selgus, et buliimiat riski suurendasid emadel ja tütardele ülekaal/rasvumus ja ööuni alla 8 tunni. Buliimiat riski vähendas emadel ja tütardele eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine. USA-s on varasemalt Nagata jt (136) leidnud sarnaselt, et võrreldes normaalkaaluliste naistega esines rasvunud naistel suurem risk liigsöömiseks. Darby jt (137) uuringus Austraalias selgus samuti, et rasvunud naistel esines oluliselt rohkem liigsöömist kui mitterasvunud naistel. Seega kinnitab magistritöö kooskõlas varasemate uuringutega, et ülekaaluliste ja rasvunud naiste hulgas esineb seos suurema kalduvusega liigsöömiseks. Kuna magistritöös uuriti täpsemalt emasid ja tütreid, siis on võimalik, et peresisene häirunud käitumismuster emadel väljendub ka tütardele.

Vähese ööune korral on leitud, et sellega kaasneb suurem näljatunne ja söögiisu (117), mis omakorda suurendab võimalust häirunud söömiskäitumiseks ning rasvumiseks (118). USA ja Puerto Rico naisi käsitlevas uuringus leidsid Kim jt (119), et naistel, kes magasid vähem kui 5 h esines kalduvus ebaregulaarseks söömustriks, kus söödi tihti snäkke päeva jooksul ning seejuures eelistati suurema suhkru- ja rasvasisaldusega toite. Vähene ööuni takistab tõenäoliselt organismi täisväärtuslikku väljapuhkamist ja selle normipäraste protsesside taastumist. Väsimustunde ja suurenenud nälja- ja söögiisu korral võidakse süüa tavapärasest rohkem, kuna küllastustunne on häirunud ning taoline korduv söömistmuster võib pikema aja jooksul hakata

mõjutama tervist läbi suurenenud kehakaalu ning kinnistuda häirunud söömiskäitumisena. Magistritöö tulemustele tuginedes suurendas vähene ööuni riski liigsöömiseks nii emadel kui ka tütaridel, mis näitab, et piisav ööuni on vajalik vähendamaks häirunud söömiskäitumise riski.

Magistriöös leiti, et sageli/peaaegu alati oma eluga rahul olemine on kaitsetegur liigsöömiseks kalduvuse korral emadel ja tütaridel. Greeno jt (141) leidsid, et naised, kellel esines kalduvus kontrollimatuks liigsöömiseks olid oma eluga vähem rahul ning olenemata vanusest oli kõrgem KMI naistel seotud väiksema eluga rahuloluga. Zullig jt (142) uuringus täheldati, et naistudengitel esines suurem risk eluga rahulolematuseks, kui neil esines liigsöömist. Kalduvus liigsöömiseks võib mõjuda stressorina, eriti kui sellega kaasneb kontrollitunde puudumine. Sellest tingituna tuntakse arvatavasti vähem vaimset heaolu, mis võib kokkuvõttes avaldada toimet eluga rahulolule. Kui naised on oma eluga enamasti rahul, siis näib esinevat väiksem risk häirunud söömiskäitumiseks.

Magistritöös ilmnes emade ja tütarde kõhnuse ihaluse alaskaala seoste võrdluses sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise tunnustega, et kõhnuse ihaluse riski suurendasid emadel ja tütaridel ülekaal/rasvumus, tütaridel alkoholi tarvitamine ning kõhnuse ihaluse riski vähendas emadel ja tütaridel eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine. Nagata jt (136) uuringus USA-s täheldati samuti, et võrreldes normaalkaaluliste naistega esines rasvunud naistel suurem risk ebatervislike kehakaalu kontrollimeetodite kasutamiseks, mis on üks kõhnuse ihaluse väljendusi. Austraalias läbi viidud Darby jt (137) uuringust ilmnes sarnaselt, et võrreldes mitterasvunud naistega, esines rasvunud naistel oluliselt rohkem söömise piiramist, paastumist, diureetikumide ja dieetpreparaatide väärkasutamist. Nii magistritöö tulemus kui varasem kirjandus kinnitavad, et kõrgem KMI on kõhnuse ihaluse riskiteguriks. Eesti ELIKTU andmetele tuginedes leidis Leila Džiškariani varasemalt (2015. a) oma uurimistöös, et emade dieedipidamine (kõhnuse ihaluse väljendus) mõjutas naiste kõhnuse ihalust 25-aastaselt (97). Magistritöö kontekstis on emadel ja tütaridel sarnane risk kõhnuse ihaluseks ülekaalu ja rasvumise korral ehk peresisene dünaamika võib omada rolli häirunud söömiskäitumise kujunemisel.

Alkoholi tarvitamisel on täheldatud söömise piiramist või liigset treenimist enne või pärast alkoholi manustamist vältimaks kaalutõusu (126). USA-s leidsid Giles jt (127) oma uuringus, et viimase 30 päeva jooksul alkoholi tarbinud naistudengitest esines 45%-l söömise piiramist, kuna tunti muret oma kehakaalu pärast. Ka Krahn jt (128) leidsid USA-s, et alkoholi tarvitamise levimus oli oluliselt suurem intensiivsetel dieedipidajatel võrreldes mittedieedipidajatega. Antud varasem kirjandus toetab magistritöös leitud seost alkoholi tarvitamise ja kõhnuse ihaluse vahel, kus just nooremal vanuserühmal ehk tütaridel, kes tarvitasid alkoholi, esines suurem risk kõhnuse ihaluseks. Ilmselt võisid ka magistritöös

osalenud alkoholi tarvitavad tütreid tunda muret oma kehakaalu pärast ja hirmu kaalutõusu ees soodustades sellega ülemäärast hõivatust dieedipidamisest, söömise piiramisest.

Magistritöös leiti, et nendel emadel ja tütaridel, kes olid oma eluga sageli/peaaegu alati rahul, esines väiksem risk kõhnuse ihaluseks. USA-s leidsid Zullig jt (142) oma uurimistöö tulemusena, et naistel, kes olid äärmiselt mures oma kaalu pärast, esines väga suur risk eluga rahulolematuseks. Seega näib, et eluga rahulolu on kaitsvaks teguriks, mis vähendab riski kõhnuse ihaluse esinemiseks.

Käesolevas uurimistöös ilmnis emade ja tütarde kehaga rahulolematuse alaskaalade seoste uurimisel sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike ning tervisekäitumise tunnustega, et nendel emadel ja tütaridel, kes ei olnud mõõdukalt füüsiliselt aktiivsed, olid ülekaalulised/rasvunud ning magasid vähem kui 8 tundi, esines suurem risk kehaga rahulolematuseks. Samas oli hea/väga hea majandusliku toimetulekuga emadel ja tütaridel väiksem risk kehaga rahulolematuseks. Lisaks selgus, et tütaridel oli kaks korda suurem risk kehaga rahulolematuseks võrreldes emadega juhul, kui emad ja tütreid olid sarnased majandusliku olukorra, mõõduka liikumise, KMI, ööpäeva unetundide arvu, ekraaniaja, suitsetamise ja eluga rahulolu tunnuste poolest.

USA-s leidsid Martin jt (113), et 18–23-aastastel naistudengitel esines piirava söömiskäitumise ja liigsöömise korral risk kompulsiiivseks treenimiseks, mille eesmärgiks oli kehakaalu ja kehakuju kontrollida. Ühendkuningriikides Schaumberg jt (115) uurimistulemuste kohaselt selgus, et suuremal määral kompulsiiivset treenimist esines naistel 24-aastaselt, mis oli seotud hirmuga kehakaalu tõusu ees. Mõlemad uuringud iseloomustavad laiemas mõttes naiste kehaga rahulolematust, mida leevendatakse äärmusliku kehalise aktiivsusega. Magistritöös ilmnis pigem vastupidine seos, kus mõõduka füüsilise aktiivsuse puudumine suurendas emadel ja tütaridel riski kehaga rahulolematuseks. Seega antud valimi puhul oli füüsilise aktiivsuse puudumine pigem riskitegur oma kehakuju ja kindlate kehaosadega mitte rahulolemiseks. Võimalik, et magistritöö valimil võis füüsiline aktiivsus selles osas positiivselt mõjuda ehk suurendada kehaga rahulolu.

Varasemate uuringute põhjal leidsid Weinberger jt (134), et rasvunud naiste hulgas esineb oluliselt rohkem kehaga rahulolematust võrreldes normaalkaaluliste naistega. Seda kinnitab ka Darby jt (137) poolt läbi viidud uuring Austraalias, kus ilmnis, et rasvunud naised, vanuserühmas 18–42 a, tundsid oluliselt rohkem muret oma kehakaalu ja -kuju pärast võrreldes mitterasvunud naistega, mis oli rasvunud naistel oluliselt seotud ka suurema psühholoogilise stressiga. Magistritöö tulemused, kus leiti, et emadel ja tütaridel suurendas ülekaal/rasvumus riski kehaga rahulolematuseks, olid kooskõlas varasema kirjandusega. Uurimistöö valimi põhjal selgus ka peresisene kehaga rahulolematuse seos emade ja tütarde vahel, kus leiti, et kehaga

rahulolematute tütarde emadel esines kehaga rahulolematust statistiliselt oluliselt rohkem kui kehaga rahulolevate tütarde emadel. Seega on võimalik, et emad, kui lapsevanemad, annavad eeskuju häirunud suhteks oma kehaga tütardele, mis aga samas ei välista ka vastupidist seost.

Magistritöö tulemustest lähtudes esines nendel emadel ja tütardele, kes magasid vähem kui 8 tundi, suurem risk kehaga rahulolematuseks. Seda seost naistel kinnitab varasemalt Brasiilias Leite jt (120) poolt läbi viidud uuring, mis käsitles naistöötajate vahetustega töö ja une kestuse seost kehapildiga rahulolematusega. Selgus, et naistel vanuserühmas 18–60 a esines oma kehapildiga rahulolematust oluliselt suuremal määral öövahetusi tegevatel naistel ja neil, kes magasid < 7 tundi ööpäevas. Võimalik, et ebapiisav ööuni, tekitades vaimset ja füüsilist kurnatust, mõjutab otseselt mõtlemisprotsesse muutes sellega naise haavatavamaks oma kehaga rahulolu suhtes.

Magistritöös selgus, et hea/väga hea majanduslik toimetulek vähendas emadel ja tütardele riski kehaga rahulolematuseks. USA-s leidsid Berge jt (103) oma uuringus, et madalama sotsiaalmajandusliku staatusega lapsevanemad pöörasid erilist tähelepanu oma laste liigsele kehakaalule vesteldes nendega oluliselt rohkem keha suurusest ja selle kaalust suunates noorukeid kehakaalu alandama. Antud uuringu seost võib vaadelda magistritöö tulemuse kontekstis selliselt, et parem majanduslik olukord võimaldab kergemini tagada mitmekesist tasakaalustatud toitumist säilitades sellega normaalkaalu, mis soodustab kehaga rahulolu. Samas kui kehvem majanduslik olukord seda alati ei võimalda ning ühekülgse ja tasakaalustamata toitumise tagajärjel võib kaasneda liigne kehakaal. Lapsevanemad võivad seetõttu soovitada lastel oma kehakaalu alandada, kuna nad on mures noorukite tervise pärast, kuid samas võib see noorukeid just tõugata häirunud söömiskäitumise suunas, sest lähtuvalt ealistest iseärasustest ollakse niigi enesekriitilised.

Magistritöö puudusteks on vähene magistritöö eesmärkidele vastava spetsiifilise häirunud söömiskäitumise kirjanduse leidmine. Samas kliiniliselt diagnoositud söömishäireid on laialdasemalt uuritud, kuid need ei olnud antud töö uurimisfookuses. Eriti esines raskusi välismaise häirunud söömiskäitumise levimuse leidmisel, mis võib olla tingitud sellest, et häirunud söömiskäitumine on väga lai mõiste ja seda on raske üheselt määratleda. Samuti on puuduseks meetodika osa. Uurimaks ELIKTU-s osalenud emade ja tütarde söömiskäitumist ja -hoiakuid, pidid osalejad täitma EDI-2 küsimustiku, mis hõlmab kolme alaskaalat: buliimiat, kehaga rahulolematust ja kõhnuse ihalust. Tulenevalt magistritöö eesmärkidest sooviti leida häirunud söömiskäitumise ja selle alaskaalade levimust emade ja tütarde hulgas, kuid selleks oli vaja alaskaalade ja üldskoori äralõikepunkte, mida ei ole teadaolevalt Eestis EDI-2 küsimustikule arvatud, mistõttu kasutati Mustelin jt (143) Soomes läbiviidud uuringu andmeid, kus need olid EDI-2 küsimustikule olemas. Kuigi Soome on Eestiga sarnane

kultuurikeskkond, siis võib tulemuste tõlgendamisel siiski nihkeid esineda ning seda aspekti tuleb arvesse võtta. Samuti oleks võinud uuritav valim suurem olla, mille põhjal uuringu tulemusi hinnata ning üks läbilõikelise uuringu puudus on ka see, et ei saa eristada, mis oli põhjus ja mis oli tagajärg. Lisaks on vaja arvestada sellega, kui ausalt uuringus osalejad vastasid tundlikele söömiskäitumist ja kehakaalu reguleerimist puudutavatele küsimustele, mis võib uuringu tulemusi mõjutada.

Magistritöö tugevuseks on selle ainulaadsus, kuna teadaolevalt ei ole varasemalt Eestis sama perede emade ja tütarde häirunud söömiskäitumist sellisel viisil uuritud ja võrreldud. Antud töö tulemustele tuginedes saab üldisemalt naiste ja kitsamalt ühe pere ema ja tütarde häirunud söömiskäitumise riski- ja kaitsetegureid arvesse võtta, mis aitab paremini mõista häirunud söömiskäitumise kujunemist ning tegeleda selle ennetusega vältimaks elukvaliteeti halvava ja äärmuslikul juhul invaliidistava, kliinilise söömishäire väljekujunemist, mis mõjutab otseselt üksikisiku, pere ja lähedaste elu ning kaudsemalt kogukonna ja riigi tasandit, kus algselt terved ja töövõimelised naised ei ole enam võimelised ühiskonda panustama.

7. Järeldused

Käesolevas magistritöös uuriti ja hinnati emade ja tütarde häirunud söömiskäitumist ning sellega seotud tegureid Eestis.

Uurimistöö tulemustest lähtudes järeldati järgmist:

- Enda kehakaalu olid reguleerinud 71% emadest ja 73% tütardest. Kehakaalu reguleerimise viisidest esines nii emade kui ka tütarde hulgas kõige rohkem kaalu langetamist (vastavalt 69% ja 68%). Kõige levinumad kaalu langetamise viisid olid oma toidu hulga piiramine (emad ja tütrede 61%) ning kehalise aktiivsuse suurendamine (emad 54% vs tütrede 66%). Vähesemal määral esines nälgimist kogu päeva jooksul (emad 12% vs tütrede 15%) ning toidukordade arvu vähendamist (emad 23% vs tütrede 32%).
- Häirunud söömiskäitumise levimus oli emadel 24,9% ja tütardele 21,3%. Häirunud söömiskäitumise alaskaalade levimused olid emadel ja tütardele vastavalt: buliimiat (34,8% vs 30,6%), kõhnuse ihalus (26,7% vs 21,8%), kehaga rahulolematust (44,5% vs 42,9%). Kõikide antud alaskaalade levimuse osas emade ja tütarde vahel erinevus puudus. Kehaga rahulolematute tütarde emadel esines kehaga rahulolematust statistiliselt oluliselt rohkem kui kehaga rahulolevate tütarde emadel (49,7% vs 35,2%).
- Buliimiat riski suurendasid emadel ja tütardele ülekaal/rasvumus ja ööuni alla 8 tunni ning vähendas eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine. Kõhnuse ihaluse riski suurendasid emadel ja tütardele ülekaal/rasvumus, tütardele alkoholi tarvitamine ning vähendas eluga sageli/peaaegu alati rahul olemine. Kehaga rahulolematuse riski suurendasid emadel ja tütardele mõõduka füüsilise aktiivsuse puudumine, ülekaal/rasvumus, ööuni alla 8 tunni ning vähendas hea/väga hea majanduslik toimetulek. Tütardele oli võrreldes emadega kaks korda suurem risk kehaga rahulolematuseks juhul, kui emad ja tütrede olid sarnased järgmiste tunnuste poolest: majanduslik olukord, mõõdukas liikumine, KMI, ööpäeva unetundide arv, ekraaniaeg, suitsetamine ja eluga rahulolu.
- Häirunud söömiskäitumise alaskaalade ja vaadeldud tunnuste omavaheliste seoste puhul ei ilmnenud üldjuhul emade ja tütarde vahel statistiliselt olulist erinevust, v.a kõhnuse ihaluse ja alkoholi tarvitamise seose korral, kus ilmnis, et tütardele, kes tarvitasid alkoholi, oli suurem risk kõhnuse ihaluseks, kuid emadel antud seos puudus.

8. Kasutatud kirjandus

1. Levine MP, Smolak L. The prevention of eating problems and eating disorders. Theories, research and applications. 2nd ed. New York: Routledge; 2021.
2. Franzini Pereira R, Alvarenga M. Disordered eating: identifying, treating, preventing, and differentiating it from eating disorders. *Diabetes Spectr* 2007;20:141–8.
3. Gullotta TP, Plant RW, Evans MA. Handbook of adolescent behavioral problems. 2nd ed. New York: Springer; 2015.
4. Gagne DA, Von Holle A, Brownley KA, et al. Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: results of the Gender and Body Image Study (GABI). *Int J Eat Disord* 2012;45(7):832–44.
5. Hill ML, Masuda A, Latzman RD. Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eat Behav* 2013;14(3):336–41.
6. Micali N, Herle M. Gone too soon: studying mortality in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2023;147(2):119–21.
7. Micali N. What's weighing us down: closing the gap between the global burden of eating disorders and their representation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31(11):1653–4.
8. Piao J, Huang Y, Han C, et al. Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31(11):1827–45.
9. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry* 2022;35(6):362–71.
10. Hay P, Aouad P, Le A, et al. Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11(1):23.
11. Harro J, Kiive E, Orav P, et al. Lapsest täiskasvanuks, Eestis. ELIKTU 1998–2015. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus; 2015.
12. Akkermann K, Hiio K, Villa I, et al. Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry Res* 2011;185(1–2):39–43.
13. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool; 2022.

14. Akkermann K. Serotonin-related biomarkers and symptoms of eating disorders [dissertation]. Tartu: Tartu University Press; 2010.
15. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, et al. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013;3(5):e002646.
16. Breton É, Dufour R, Côté SM, et al. Developmental trajectories of eating disorder symptoms: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *J Eat Disord* 2022;10(1):84.
17. Field AE, Sonneville KR, Micali N, et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics* 2012;130(2):e289–95.
18. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714–23.
19. Van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33(6):521–7.
20. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019;394(10211):1827–35.
21. Fulton CL. *Disordered Eating Across the Lifespan of Women*. In: American Counseling Association Conference; 2 April 2016; Montreal, Canada. Programme. Montreal: ACA; 2016.
22. Butterfly Foundation, DA Economics. *Paying the price*, second edition. The report of economic and social impact of eating disorders in Australia. Deloitte Access Economics; 2024. (<https://butterfly.org.au/wp-content/uploads/2024/10/deloitte-au-eco-paying-the-price-second-edition-180724-new-Oct-24.pdf>).
23. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe MN, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington (DC): American Psychological Association; 1998.
24. Deek MR, Prichard I, Kemps E. The mother-daughter-sister triad: the role of female family members in predicting body image and eating behaviour in young women. *Body Image* 2023;46:336–46.
25. Laboe AA, Hocking JE, Gondoli DM. Body dissatisfaction and disordered eating within the mother-daughter dyad: an actor-partner interdependence approach. *Body Image* 2022;43:25–33.

26. Armstrong B, Janicke DM. Differentiating the effects of maternal and peer encouragement to diet on child weight control attitudes and behaviors. *Appetite* 2012;59(3):723–9.
27. Crews Splane E, Rowland NE, Mitra A. *Psychology of eating: from biology to culture to policy* 3rd ed. New York: Routledge; 2025.
28. Hopkins M, Beaulieu K, Gibbons C, et al. Mechanisms responsible for homeostatic appetite control: theoretical advances and practical implications. *Expert Rev Endocrinol Metab* 2017;12(6):401–15.
29. Grimm ER, Steinle NI. Genetics of eating behavior: established and emerging concepts. *Nutr Rev* 2011;69(1):52–60.
30. LaCaille L. Eating behavior. In: Gellman MD, ed. *Encyclopedia of behavioral medicine*. 2nd ed. Springer Cham; 2020.
31. Emilien C, Hollis JH. A brief review of salient factors influencing adult eating behaviour. *Nutr Res Rev* 2017;30(2):233–46.
32. Miks me sööme. Tervise Arengu Instituut. (<https://toitumine.ee/kuidas-tervislikult-toituda/miks-me-soome>). [20.03.2025].
33. Skoracka K, Hryhorowicz S, Schulz P, et al. The role of leptin and ghrelin in the regulation of appetite in obesity. *Peptides* 2025;186:171367.
34. Mccrickerd K, Forde CG. Sensory influences on food intake control: moving beyond palatability. *Obes Rev* 2016;17(1):18–29.
35. Allas Ü. Umami - salapärane viies maitse. *Postimees* 5. jaan 2020.
36. Rolls ET. Taste, olfactory, and food texture processing in the brain, and the control of food intake. *Physiol Behav* 2005;85(1):45–56.
37. Bartoshuk LM, Duffy VB, Miller IJ. PTC/PROP tasting: anatomy, psychophysics, and sex effects. *Physiol Behav* 1994;56(6):1165–71.
38. Bartoshuk LM, Duffy VB, Hayes JE, et al. Psychophysics of sweet and fat perception in obesity: problems, solutions and new perspectives. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2006;361(1471):1137–48.
39. Dubois L, Diasparra M, Bédard B, et al. Genetic and environmental influences on eating behaviors in 2.5- and 9-year-old children: a longitudinal twin study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:134.
40. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, et al. Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *J Prev Med Hyg* 2022;63(2 Suppl 3):E297–305.

41. Feraco A, Armani A, Amoah I, et al. Assessing gender differences in food preferences and physical activity: a population-based survey. *Front Nutr* 2024;11:1348456.
42. Poobalan AS, Aucott LS, Clarke A, et al. Diet behaviour among young people in transition to adulthood (18–25 year olds): a mixed method study. *Health Psychol Behav Med* 2014;2(1):909–28.
43. Chambers S, Lobb A, Butler LT, et al. The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *Int J Consum Stud* 2008;32(4):356–65.
44. Fernandes V, Rodrigues F, Jacinto M, et al. How does the level of physical activity influence eating behavior? A self-determination theory approach. *Life (Basel)* 2023;13(2):298.
45. Criego A, Crow S, Goebel-Fabbri AE, et al. Eating disorders and diabetes: screening and detection. *Diabetes Spectr* 2009;22(3):143–6.
46. Pursey KM, Hay P, Bussey K, et al. Diabetes and disordered eating behaviours in a community-based sample of Australian adolescents. *J Eat Disord* 2020;8:5.
47. Govindaraju T, Owen AJ, McCaffrey TA. Past, present and future influences of diet among older adults - a scoping review. *Ageing Res Rev* 2022;77:101600.
48. Walker-Clarke A, Walasek L, Meyer C. Psychosocial factors influencing the eating behaviours of older adults: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2022;77:101597.
49. Ettridge K, Kay E, Alexandrou H, et al. The psychology of food choice: the sociocultural and socio-cognitive drivers of eating behaviour. A rapid review for Wellbeing SA. SAHMRI and Wellbeing SA; 2023. (https://www.preventivehealth.sa.gov.au/assets/downloads/RapidReview_PsychFoodChoice_Final-Cobrand.pdf)
50. Drewnowski A, Monterrosa EC, de Pee S, et al. Shaping physical, economic, and policy components of the food environment to create sustainable healthy diets. *Food Nutr Bull* 2020;41(2_suppl):74S–86S.
51. Sarlio-Lähteenkorva S, Lahelma E, Roos E. Mental health and food habits among employed women and men. *Appetite* 2004;42(2):151–6.
52. McCullough ML, Feskanich D, Stampfer MJ, et al. Diet quality and major chronic disease in men and women: moving toward improved dietary guidance. *Am J Clin Nutr* 2002;76(6):1261–71.
53. Dietz W, Douglas C, Brownson R. Chronic disease prevention: tobacco avoidance, physical activity, and nutrition for a healthy start. *JAMA* 2016;316(16):1645–6.
54. Walsh BT, Attia E, Glasofer DR. Eating disorders. What everyone needs to know. New York: Oxford University Press; 2020.

55. Natenshon AH. Discretion or disorder? The impact of weight management issues on the diagnosis and treatment of disordered eating and clinical eating disorders. In: Himmerich H, ed. *Weight management*. IntechOpen; 2020. p. 161–178.
56. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Story M, et al. Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. *Health Psychol* 2003;22(1):88–98.
57. Waadegaard M, Thoning H, Petersson B. Validation of a screening instrument for identifying risk behaviour related to eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2003;11:433–55.
58. Hansson E. *Disordered eating among Swedish adolescents: associations with emotion dysregulation, depression and self-esteem [dissertation]*. Lund: Lund University; 2017.
59. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc* 2006;106(4):559–68.
60. Hautala L, Junnila J, Alin J, et al. Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *Int J Nurs Stud* 2009;46(11):1439–47.
61. Junne F, Bechter K, Ziser K, et al. Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Front Psychiatry* 2019;10:864.
62. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* 2017;15(1):12.
63. Hautala L, Helenius H, Karukivi M, et al. The role of gender, affectivity and parenting in the course of disordered eating: a 4-year prospective case-control study among adolescents. *Int J Nurs Stud* 2011;48(8):959–72.
64. Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E. Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: which factors matter? *BMC Public Health* 2012;12:809.
65. Tjurina N. *Häirunud söömiskäitumine Eesti naissportlastel [residentuuri lõputöö]*. Tartu: Tartu Ülikooli arstiteaduskond; 2017.
66. Herik M. *Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine [magistritöö]*. Tartu: Tartu Ülikooli sotsiaalteaduskond; 2009.
67. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, et al. Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviors in women ages 25–45. *Eat Weight Disord* 2009;14(4):e190–8.

68. Vasar, V. RHK 10/V – Psüühika ja käitumishäired. Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinik; 1993.
69. Yamamiya Y, Stice E. Risk factors that predict future onset of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder in adolescent girls. *Behav Ther* 2024;55(4):712–23.
70. Ćorić MK, Graovac M, Pravdić N, et al. Predictive factors of disordered eating among adolescents in Bosnia and Herzegovina. *J Educ Health Promot* 2023;12(1):258.
71. Russon J, Mensinger J, Herres J, et al. Identifying risk factors for disordered eating among female youth in primary care. *Child Psychiatry Hum Dev* 2019;50(5):727–37.
72. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, et al. Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2002;53(4):943–9.
73. Stackpole R, Greene D, Bills E, et al. The association between eating disorders and perfectionism in adults: a systematic review and meta-analysis. *Eat Behav* 2023;50:101769.
74. Vicent M, González C, Quiles MJ, et al. Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord* 2023;11(1):101.
75. Barakat S, McLean SA, Bryant E, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11(1):8.
76. Samnaliev M, Noh HL, Sonnevile KR, et al. The economic burden of eating disorders and related mental health comorbidities: an exploratory analysis using the U.S. Medical Expenditures Panel Survey. *Prev Med Rep* 2014;2:32–4.
77. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, et al. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2021;8(4):320–8.
78. Lee SM, Hong M, Park S, et al. Economic burden of eating disorders in South Korea. *J Eat Disord* 2021;9(1):30.
79. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406–14.
80. Iwajomo T, Bondy SJ, De Oliveira C, et al. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2021;219(3):487–93.
81. NEDC. Eating disorders: a professional resource for general practitioners. The National Eating Disorders Collaboration; 2021. (<https://nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-GPs.pdf?2025050916>). [15.04.2025].
82. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319(7223):1467–8.

83. Gideon N, Hawkes N, Mond J, et al. Development and psychometric validation of the EDE-QS, a 12 item short form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLoS One* 2016;11(5):e0152744.
84. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9(2):273–9.
85. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994;16(4):363–70.
86. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15–34.
87. Clausen L, Rosenvinge JH, Friborg O, Rokkedal K. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): a comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *J Psychopathol Behav Assess* 2011;33(1):101–10.
88. Podar I. Eating disorders, personality, and cultural differences [dissertation]. Tartu: Tartu University Press; 2010.
89. Podar I, Hannus A, Allik J. Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *J Pers Assess* 1999;73(1):133–47.
90. Weir K. What is interoception, and how does it affect mental health? 5 questions for April Smith. American Psychological Association; 2023. (<https://www.apa.org/monitor/2023/04/sensations-eating-disorders-suicidal-behavior>). [30.03.2025].
91. Garner D. Eating Disorder Inventory-2. Florida: Psychological Assessment Resources; 1991.
92. Hurley JB, Palmer RL, Stretch D. The specificity of the Eating Disorders Inventory: a reappraisal. *Int J Eat Disord* 1990;9(4):419–24.
93. Keel P. Eating disorders. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2017.
94. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999;25(3):253–62.
95. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25(4):375–87.
96. Linville D, Stice E, Gau J, et al. Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: a 3-year longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2011;44(8):745–51.

97. Džiškariani L. Peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumisele: longituuduuring [uurimistöo]. Tartu: Tartu Ülikooli psühholoogia instituut; 2015.
98. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999;25(3):263–71.
99. Cooley E, Toray T, Wang MC, et al. Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eat Behav* 2008;9(1):52–61.
100. Keel PK, Heatherton TF, Harnden JL, et al. Mothers, fathers, and daughters: dieting and disordered eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 1997;5(3):216–28.
101. Berge JM, MacLehose R, Loth KA, et al. Parent conversations about healthful eating and weight associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatr* 2013;167(8):746–53.
102. Francis LA, Birch LL. Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychol* 2005;24(6):548–54.
103. Berge JM, MacLehose RF, Loth KA, et al. Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *J Behav Med* 2015;38(1):122–35.
104. Molitor F, Doerr C. Dietary behaviors and obesity of children from low-income households by gender of caregiver and child. *Am J Health Promot* 2021;35(3):434–7.
105. Mikhail ME, Ackerman LS, Culbert KM, et al. A cotwin control study of associations between financial hardship and binge eating phenotypes during COVID-19. *Int J Eat Disord* 2023;56(1):132–42.
106. Preti A, Pinna C, Nocco S, et al. Rural/urban differences in the distribution of eating disorder symptoms among adolescents from community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41(6):525–35.
107. Pang N, Nagata JM, Testa A, et al. Mapping eating disorders in adolescents and young adults: an investigation of geographic distribution and access to care in Ontario, Canada. *J Eat Disord* 2024;12(1):136.
108. Nicholls D, Statham R, Costa S, et al. Childhood risk factors for lifetime bulimic or compulsive eating by age 30 years in a British national birth cohort. *Appetite* 2016;105:266–73.

109. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, et al. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health* 2011;59(8):700–7.
110. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee scientific report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. (https://odphp.health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf).
111. Quesnel DA, Cooper M, Fernandez-Del-Valle M, et al. Medical and physiological complications of exercise for individuals with an eating disorder: a narrative review. *J Eat Disord* 2023;11(1):3.
112. Dittmer N, Jacobi C, Voderholzer U. Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment. *J Eat Disord* 2018;6:42.
113. Martin SJ, Schell SE, Srivastav A, et al. Dimensions of unhealthy exercise and their associations with restrictive eating and binge eating. *Eat Behav* 2020;39:101436.
114. Haycraft E, Powell F, Meyer C. Activity-related parenting practices: development of the Parenting Related to Activity Measure (PRAM) and links with mothers' eating psychopathology and compulsive exercise beliefs. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23(1):51–61.
115. Schaumberg K, Bulik CM, Micali N. Patterns of maladaptive exercise behavior from ages 14–24 in a longitudinal cohort. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64(11):1555–68.
116. Grandner M. *Sleep and health*. Cambridge: Academic Press; 2019.
117. Beccuti G, Pannain S. Sleep and obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011;14(4):402–12.
118. Mutti C, Malagutti G, Maraglino V, et al. Sleep pathologies and eating disorders: a crossroad for neurology, psychiatry and nutrition. *Nutrients* 2023;15(20):4488.
119. Kim S, Deroo LA, Sandler DP. Eating patterns and nutritional characteristics associated with sleep duration. *Public Health Nutr* 2011;14(5):889–95.
120. Leite HM, Garcez A, Nunes MAA, et al. Shift work, sleep duration, and body image dissatisfaction among female workers in southern Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2019;22(5):583–92.
121. Reile R, Veideman T. *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
122. Derenne JL, Beresin EV. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry* 2006;30(3):257–61.

123. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2017;22(2):277–84.
124. Tang L, Rifas-Shiman SL, Field AE, et al. Self-reported total screen time and viewing modes are associated with body dissatisfaction, disordered eating, and cosmetic surgery intentions among young adults. *Nutrients* 2022;14(10):2027.
125. Mida peab teadma alkoholist? Tervise Arengu Instituut. (https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/13021825831_Mida_peab_teadma_alkoholist_est.pdf). [09.04.2025].
126. Wilkinson ML, Boyajian LE, Juarascio AS. Characterizing alcohol-related disordered eating behaviors in adults with binge eating. *Eat Weight Disord* 2022;27(8):3773–9.
127. Giles S, Champion H, Sutfin EL, et al. Calorie restriction on drinking days: an examination of drinking consequences among college students. *J Am Coll Health* 2009;57(6):603–10.
128. Krahn DD, Kurth CL, Gomberg E, et al. Pathological dieting and alcohol use in college women - a continuum of behaviors. *Eat Behav* 2005;6(1):43–52.
129. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>).
130. Mason TB, Tackett AP, Smith CE, et al. Tobacco product use for weight control as an eating disorder behavior: recommendations for future clinical and public health research. *Int J Eat Disord* 2022;55(3):313–7.
131. White MA. Smoking for weight control and its associations with eating disorder symptomatology. *Compr Psychiatry* 2012;53(4):403–7.
132. Strand M, Fredlund P, Boldemann C, et al. Body image perception, smoking, alcohol use, indoor tanning, and disordered eating in young and middle-aged adults: findings from a large population-based Swedish study. *BMC Public Health* 2021;21(1):128.
133. A healthy lifestyle - WHO recommendations. World Health Organization. (<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>). [13.04.2025].
134. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, et al. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obes Facts* 2017;9(6):424–41.

135. Stice E, Gau JM, Rohde P, et al. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol* 2017;126(1):38–51.
136. Nagata JM, Garber AK, Tabler JL, et al. Prevalence and correlates of disordered eating behaviors among young adults with overweight or obesity. *J Gen Intern Med* 2018;33(8):1337–43.
137. Darby A, Hay P, Mond J, et al. Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *Int J Obes* 2007;31(5):876–82.
138. Sisask, M. (toim). Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu; 2023. (<https://doi.org/10.58009/aere-perennius0043> (<https://inimareng.ee/wp-content/uploads/2023/07/EIA-2023-OK.pdf>).
139. Haller M, Hadler M. How social relations and structures can produce happiness and unhappiness: an international comparative analysis. *Soc Indic Res* 2006;75:169–216.
140. Rojas M. Life satisfaction and satisfaction in domains of life: is it a simple relationship? *J Happiness Stud* 2006;7(4):467–97.
141. Greeno CG, Jackson C, Williams EL, et al. The effect of perceived control over eating on the life satisfaction of women and men: results from a community sample. *Int J Eat Disord* 1998;24(4):415–9.
142. Zullig KJ, Pun SM, Huebner ES. Life satisfaction, dieting behavior, and weight perceptions among college students. *Appl Res Qual Life* 2007;2(1):17–31.
143. Mustelin L, Kärkkäinen U, Kaprio J, et al. The Eating Disorder Inventory in the screening for DSM-5 binge eating disorder. *Eat Behav* 2016;22:145–8.
144. Kong P, Harris LM. The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 2015;149(1–2):141–60.

Disordered eating behaviour and associated factors among young women and their mothers in Estonia

Diana Liivola

Summary

The aim of this master's thesis was to explore and assess disordered eating behaviour and associated factors among mothers and daughters in Estonia. The objectives of the study were: (1) to describe weight control practices among mothers and daughters; (2) to assess and compare the prevalence of disordered eating behaviour and their subscales (bulimia, drive for thinness, and body dissatisfaction) in both groups; and (3) to analyze the associations between these subscales and socio-demographic, socioeconomic, and health-related behavioural characteristics.

The master's thesis is based on the data of the The Estonian Children Personality Behaviour and Health Study (ECPBHS). The data of the participating mothers was collected from 2011 to 2013 and data of daughters was collected in 2008 and 2014. The sample of the thesis comprised of 814 women (405 mothers and 409 daughters) aged 23–71 years. Eating behaviours and attitudes were assessed using the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). The main variables related to eating behaviour and body weight included weight control practices, disordered eating, bulimia, drive for thinness, and body dissatisfaction. Health behaviour variables included physical activity, hours of sleep per day, screen time, alcohol consumption, smoking, life satisfaction, and the anthropometric indicator BMI. Associations between variables were analyzed using chi-square test and logistic regression models.

Overall, 71% of mothers and 73% of daughters engaged in weight control practices. The most common method was weight loss, primarily through food restriction and increased physical activity. The prevalence of disordered eating was 24.9% among mothers and 21.3% among daughters. Subscale prevalence among mothers and daughters respectively was: bulimia (34.8% vs. 30.6%), drive for thinness (26.7% vs. 21.8%), and body dissatisfaction (44.5% vs. 42.9%). Mothers of the daughters who were not satisfied with their bodies were significantly more likely to be dissatisfied with their own bodies than mothers of daughters who were satisfied with their bodies.

Risk factors for bulimia in both groups included overweight/obesity (*OR* 2.73; 95% *CI* 1.84–4.04) and sleeping less than 8 hours per day (*OR* 1.72; 95% *CI* 1.21–2.44), while frequent or constant life satisfaction reduced the risk (*OR* 0.39; 95% *CI* 0.26–0.59). The risk for drive for thinness increased with overweight/obesity (*OR* 4.15; 95% *CI* 2.54–6.8) and, among

daughters, with alcohol consumption (1–3 times per month *OR* 4.22; 95% *CI* 1.58–11.27 and more than once per week *OR* 3.76; 95% *CI* 1.34–10.55), while high life satisfaction was again protective (*OR* 0.42; 95% *CI* 0.26–0.68). Risk factors for body dissatisfaction included lack of moderate physical activity (*OR* 1.56; 95% *CI* 1.01–2.42), overweight/obesity (*OR* 6.37; 95% *CI* 3.61–11.22), and sleeping less than 8 hours per day (*OR* 1.55; 95% *CI* 1.02–2.37); good or very good financial well-being was a protective factor (*OR* 0.38; 95% *CI* 0.2–0.72).

Tänuavaldus

Soovin siiralt tänada:

- juhendajaid Inga Villat ja Karolin Toomperet toetuse, pühendunud juhendamise ja väärtusliku abi eest;
- Tervise Arengu Instituuti ja ELIKTU meeskonda uuringu andmete kasutamise võimaluse eest (ELIKTU rahastusallikas - PRG1213);
- kursusekaaslaseid meeldiva ja kokkuhoidva õpikeskkonna eest;
- SA TÜK psühhiaatrikliiniku söömishäirete osakonna kolleege mõistvuse ja toetuse eest;
- peret ja sõpru igakülgse toetuse, julgustuse ja motiveerimise eest.

Curriculum vitae

Üldandmed

Ees- ja perenimi: Diana Liivola
Sünniaeg: 18.06.1985
E-post: dliivola@gmail.com

Hariduskäik

2021–2025 Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
2017–2018 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, eriala koolitus (vaimse tervise õendus)
2013–2017 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus (õe põhiõpe)
2006–2009 Tallinna Ülikool, bakalaureuseõpe, BA (itaalia keel ja kultuur)
2001–2004 Carl Robert Jakobsoni nim. Gümnaasium (kuldmedal)

Keelteoskus

eesti keel emakeel
inglise C1
itaalia C1
vene B1

Töökogemus

2021–... Tartu Tervishoiu Kõrgkool, söömishäirete lektor
2016–... SA TÜK psühhiaatriakliinik, üldpsühhiaatria keskus, söömishäirete osakond, vaimse tervise õde

Kuulumine erialaseltsidesse

Eesti Õdede Liit

Erialane enesetäiendus

2015 Õenduspraktika Erasmus + programm, Bologna Ülikool (Itaalia)

Kuupäev: 03.05.2025

Lisad

Lisa 1. ELIKTU (2011–2013) eluolu küsimustik (Pakett A - lapsevanemad)

1. Elukoht (a) elan linnas (b) elan maal
2. Sünniaeg: päev/kuu/aasta
3. Sugu. Olen uuringus osaleva noore (a) ema (b) isa
14. Oma leibkonna üldist majanduslikku olukorda arvestades, milline järgnevatest väidetest kirjeldab olukorda kõige täpsemalt?
 1. On suuri raskusi toimetulekuga
 2. Kohati on raskusi toimetulekuga
 3. On võimalik hakkama saada, aga midagi erilist lubada ei saa
 4. Me tuleme hästi toime
 5. Arvan, et oleme Eesti rikkamate hulgas
24. Palun märkige, milline on Teie haridustase?
 1. Algharidus, põhiharidus
 2. Üldkeskharidus
 3. Kutseharidus
 4. Lõpetamata kõrgharidus (k.a. 3+2 süsteemi bakalaureuse diplom)
 5. Kõrgharidus

Lisa 2. ELIKTU (2011–2013) liikumisaktiivsuse küsimustik (Pakett A - lapsevanemad)

17. Kas Te tegelete ≥ 5 korral nädalas iga kord kokku ≥ 30 min kestva mõõdukat pingutust nõudva liikumisega? (See on liikumine, mis vastab hoogsale kõndimisele = aeglane rattasõit, aiatöö, koristamine jne).
 - 1 Jah 2 Ei
18. Kas Te tegelete ≥ 3 korral nädalas korraga ≥ 20 min kestva, raske kehalise hingeldama paneva liikumisega? (Jooksmine, kiire rattasõit, intensiivne pallimäng jne).
 - 1 Jah 2 Ei
21. Mitu tundi Te tavaliselt ööpäevas magate?
 - 1 Vähem kui 6 tundi
 - 2 6-7 tundi
 - 3 8-9 tundi

4 10-11 tundi

5 Rohkem kui 11 tundi

25. Mitu tundi päevas kokku vaatate Te tavaliselt televiisorit + kasutan internetti + mängite arvutimänge?

1 0 tundi

2 ≤ 1 tunni

3 2-3 tundi

4 4-5 tundi

5 ≥ 6 tunni

Lisa 3. ELIKTU (2011–2013) küsimused enesetunde ja tervisliku seisundi kohta (Pakett B - lapsevanemad)

T14. Kas Te olete kunagi püüdnud oma kehakaalu ise reguleerida?

1. Jah, olen püüdnud kaalus juurde võtta
2. Ei ole pidanud vajalikuks oma kehakaalu muuta jätkka küsimusest T16
3. Jah, olen püüdnud kaalu vähendada

T15. Kui jah, siis mida olete teinud oma kehakaalu muutmiseks? (märgi vastus igale reale)

Tegevus		Ei	Jah
A	Olen pidanud mingit kindlat dieeti	1	2
B	Olen nälginud kogu päeva	1	2
C	Olen muutnud oma toitumisharjumusi (<i>näiteks, loobunud maiustustest, söönud vähem rasvast toitu jne.</i>)	1	2
D	Olen piiranud söödava toidu hulka	1	2
E	Olen suurendanud oma kehalist aktiivsust	1	2
F	Olen vähendanud toidukordade arvu	1	2
G	Olen teinud midagi muud, mida?	1	2

Lisa 4. ELIKTU (2011–2013) STAI (*Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* – *Spielbergeri* seisundi- ja püsiärevuse skaala) küsimustik (Pakett B – lapsevanemad)

1 – peaaegu mitte kunagi 2 – mõnikord 3 – sageli 4 – peaaegu alati

	<i>Kuidas Te ennast tavaliselt tunnete?</i>	
36.	Ma olen oma eluga rahul.	

Lisa 5. ELIKTU (2011–2013) EDI (*Eating Disorders Inventory*) (Pakett B – lapsevanemad)

(Kui olete mees, jätke see küsimustik vahele.)

Otsustage iga järgneva väite puhul, millisel määral vastab see Teie arvamusele iseendast. Tõmmake ring ümber vastava numbriga:

5-alati, 4-enamasti, 3-küllalt tihti, 2-mõnikord, 1-harva, 0-mitte kunagi. Palun vastake kõigile küsimustele, valides numbriga, mis väljendab Teie arvamust kõige täpsemalt. Kui leiate, et vastust on vaja muuta, siis tehke vale numbriga peale rist ja tõmmake ring ümber õige numbriga.

	Alati	Enamasti	Küllalt tihti	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi
1) Ma söön muretult maiustusi ja süsivesikuid.	5	4	3	2	1	0
2) Ma arvan, et mu kõht on liiga suur.	5	4	3	2	1	0
3) Ma söön siis, kui olen millestki häiritud.	5	4	3	2	1	0
4) Ma söön oma kõhu liiga täis.	5	4	3	2	1	0
5) Ma mõtlen dieedi peale.	5	4	3	2	1	0
6) Ma arvan, et mu reied on liiga paksud.	5	4	3	2	1	0
7) Ma tunnen ennast süüdi, kui olen liiga palju söönud.	5	4	3	2	1	0
8) Ma arvan, et mu kõht on täpselt paraja suurusega.	5	4	3	2	1	0
9) Ma kardan hirmsasti, et võtan kaalust juurde.	5	4	3	2	1	0

10) Ma olen oma kehakujuga rahul.	5	4	3	2	1	0
11) Rõhutan igal võimalikul juhul kehakaalu tähtsust.	5	4	3	2	1	0
12) On juhtunud, et ma ei saa söömist lõpetada.	5	4	3	2	1	0
13) Mulle meeldib mu istmiku kuju.	5	4	3	2	1	0
14) Tahaksin olla saledam.	5	4	3	2	1	0
15) Ma mõtlen liigsöömise peale.	5	4	3	2	1	0
16) Ma arvan, et mu puusad on liiga suured.	5	4	3	2	1	0
17) Ma ei söö liiga palju teiste nähes.	5	4	3	2	1	0
18) Kui avastan, et olen pool kilo juurde võtnud, siis kardan, et see läheb sama moodi edasi.	5	4	3	2	1	0
19) Ma olen mõelnud, et oksendamisega saaks kaalu kaotada.	5	4	3	2	1	0
20) Ma arvan, et mu reite suurus on täpselt paras.	5	4	3	2	1	0
21) Ma arvan, et mu istmik on liiga suur.	5	4	3	2	1	0
22) Ma süüa või joon salaja.	5	4	3	2	1	0
23) Ma arvan, et mu puusade suurus on täpselt paras.	5	4	3	2	1	0

**Lisa 6. ELIKTU (2011–2013) küsimustik „ALKOHOL“ (Pakett B –
lapsevanemad)**

3. Kui sageli Te olete tarvitanud alkohoolseid jooke (õlut, veini, viina jms) viimase 30 päeva jooksul? (Vali vastusevariant!)

1. Üldse mitte → jätkake küsimusega nr 5
2. Ühe korra
3. Kokku 2-3 korda
4. 1-2 korda nädalas
5. 3-4 korda nädalas
6. 5-6 korda nädalas
7. Iga päev

**Lisa 7. ELIKTU (2011–2013) küsimustik „TUBAKATOOTED“ (Pakett B -
lapsevanemad)**

4. Kui sageli Te olete viimasel 12 kuul suitsetanud?

1. Mitte kordagi → jätkake küsimusega 7
2. Mõned korrad
3. 1-2 korda kuus
4. 1-2 korda nädalas
5. Peaaegu iga päev
6. Iga päev

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Diana Liivola,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Häirunud söömiskäitumine ja sellega seotud tegurid noortel naistel ja nende emadel Eestis”, mille juhendajad on Inga Villa ja Karolin Toompere, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Diana Liivola

26.05.2025