

TARTU ÜLIKOOL
Sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

Kätlin Toompuu

Kehakaalu stigmatiseerimise esinemine Eesti füsioterapeutide seas

The occurrence of body weight stigmatization among Estonian physiotherapists

Magistritöö

füsioteraapia õppekava

Juhendaja(d):

Füsioteraapia õppekava programmijuht, K. Medijainen (PhD)

Nooremlektor, H. Kalajas-Tilga (PhD)

Tartu, 2024

SISUKORD

LÜHIÜLEVAADE	3
ABSTRACT.....	4
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	5
1.1. Kehakaalu stigmatiseerimine	5
1.2. Kehakaalu stigmatiseerimine tervishoiuvaldkonnas	6
1.3. Kehakaalu stigmatiseerimise hindamine	7
1.4. Tausta kokkuvõte ja magistritöö koostamise põhjendus.....	8
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	10
3. METOODIKA	11
3.1. Uuringu korraldus	11
3.2. Uuringu küsimustik.....	12
3.2.1. <i>Attitudes Toward Obese Persons</i> küsimustik ja selle eesti keelde kohandamine.....	12
3.2.2. Kaudsed kehakaalu stigmatiseerivad hoiakud füsioterapeutide seas	13
3.3. Andmete statistiline analüüs.....	14
4. TÖÖ TULEMUSED	15
4.1. Eestikeelse <i>Attitudes Toward Obese Persons</i> küsimustiku usaldusväärsus.....	15
4.2. Otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemine Eesti füsioterapeutide seas	16
4.3. Eesti füsioterapeutide kaudsed kehakaalu stigmatiseerivad hoiakud.....	17
5. ARUTELU	20
6. JÄRELDUSED	25
KASUTATUD KIRJANDUS	26
LISA 1. Eestikeelne <i>Attitudes Toward Obese Persons</i> (ATOP) küsimustik	30
LISA 2. <i>Attitudes Toward Obese Persons</i> originaalküsimustiku alajaotuste jagunemine.....	31

LÜHIÜLEVAADE

Kehakaalu stigmatiseerimise esinemine Eesti füsioterapeutide seas

Eesmärk: Analüüsida nii otsese kui ka kaudse kehakaalu stigmatiseerimise esinemist Eesti füsioterapeutide seas, seejuures kohandada eesti keelde *Attitudes Toward Obese Persons* (ATOP) küsimustik ning hinnata antud küsimustiku usaldusväärsust Eesti füsioterapeutide valimis.

Metoodika: ATOP küsimustik tõlgiti eesti keelde vastavalt viieastmelisele tõlkimisprotsessile ja küsimustikku levitati veebiküsimustikuna. Eestikeelse küsimustiku sisereliaablust hinnati *Cronbach*'i alfaga ning valiidsust faktoranalüüsiga. Otsese kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks Eesti füsioterapeutide seas kasutati ATOP küsimustiku koguskoori, kaudse kehakaalu stigmatiseerimise kaardistamiseks loodi uuringugrupi poolt täiendavad väited, mis muuhulgas sisaldasid ka füsioterapeutilise sekkumise alaseid väiteid.

Tulemused: Eestikeelne ATOP on piisava reliaabluse ja valiidsusega kasutamiseks otsese kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks ning küsimustiku tulemused jäid Eesti füsioterapeutide valimis 40-106 punkti vahemikku, keskmine tulemus oli 71,5 punkti ($SD \pm 13,9$). Eesti füsioterapeutide seas ~23% omas otsesest kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid. Kuni 25-aastaste füsioterapeutide keskmised ATOP tulemused olid oluliselt madalamad ($p < 0,05$) vanemate kui 26-aastaste omadest (vastavalt 68,34 ja 75,51 punkti). Kaudset kehakaalu stigmatiseerimist kaardistavate väidete puhul nõustusid 52% vastanud füsioterapeutidest, et neil tekib eelarvamus, et normkaalu säilitamise probleemidega patsiendi kehaline aktiivsus on väiksem, 91% ei pidanud oma kolleegi, kellel on probleeme normkaalu säilitamisega erialaselt ebapädevamaks ning 89% pidasid normkaalu piiridest välja jäävat kehakaalu rahvatervise küsimuseks, mille tõttu on tervishoiutöötajal õigus suunata patsienti oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima. Füsioterapeutilise sekkumise osas nõustusid 75% füsioterapeutidest, et nende sekkumine erineks sama kaebuse korral normkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul, kuid 52% nõustusid, et seejuures ei erineks teraapiakordade arv ja sooritatava *hands-on* sekkumise kestus.

Kokkuvõte: ATOP küsimustiku keskmine tulemus viitab otsese kehakaalu stigmatiseerimise puudumisele Eesti füsioterapeutide seas, kuid märgatav on negatiivsemate hoiakute esinemine nooremate füsioterapeutide seas. Kaudse kehakaalu stigmatiseerimise märkidena esines normkaalu säilitamise probleemi seostamise vähese kehalise aktiivsusega kohta käiv eelarvamus enam kui pooltel. Seejuures ei ole teada, kas ja kuidas stigmatiseerivad hoiakud otseselt füsioterapeutilist sekkumist mõjutavad.

Märksõnad: kehakaalu stigmatiseerimine, küsimustik, füsioterapeut

ABSTRACT

The occurrence of body weight stigmatization among Estonian physiotherapists

Aim: To analyze explicit and implicit body weight stigmatization among Estonian physiotherapists, adapt the Attitudes Toward Obese Persons (ATOP) questionnaire into Estonian, and evaluate its reliability and validity.

Methods: The ATOP questionnaire was translated into Estonian using a five-step translation model and distributed online. Internal reliability was assessed with Cronbach's alpha and validity through factor analysis. The total ATOP score measured explicit body weight stigmatization, while additional statements assessed implicit body weight stigmatization.

Results: The Estonian ATOP demonstrated sufficient reliability. Scores ranged from 40 to 106 points, with an average of 71.5 points ($SD \pm 13.9$). Physiotherapists aged 25 and under had significantly lower scores (68.34) compared to those aged 26 and older (75.51, $p < 0.05$). For implicit stigmatization, 52% confirmed believing overweight patients to be less physically active. Overweight colleagues were not considered to be less competent by 91% of the respondents, and 89% considered abnormal weight a public health issue requiring intervention. Additionally, 75% declared that their intervention would differ for normal-weight versus obese patients, though 52% agreed that the number of sessions and the duration of the hands-on intervention would not differ.

Conclusions: Based on the ATOP, there is no explicit weight stigmatization among Estonian physiotherapists, but the presence of more negative attitudes among younger physiotherapists is noticeable. As a sign of implicit weight stigmatization, there was a prejudice associated with the problem of maintaining a normal weight with low physical activity. However it is not known, if and how these stigmatizing attitudes would affect physiotherapeutic intervention.

Keywords: body weight stigmatization, questionnaire, physiotherapist

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Kehakaalu stigmatiseerimine

Kehakaalu stigmatiseerimine ehk häbimärgistamine (ingl k *weight stigma*) tähendab negatiivsete hoiakute esinemist kehakaaluga seonduvalt, sh peamiselt ülekaaluliste või rasvunud inimeste suhtes (Phelan *et al.*, 2015; Setchell *et al.*, 2014). Maailma Terviseorganisatsiooni kehamassiindeksi (KMI) jaotuse kohaselt peetakse ülekaaluliseks inimesi, kelle KMI on suurem kui 25 kg/m², mõõdukalt rasvunuteks alates KMI 30 kg/m², tugevalt rasvunuteks alates KMI 35 kg/m² ja eluohtlikult rasvunuteks inimesi, kelle KMI on 40 kg/m² või rohkem (Zierle-Gosh & Jan, 2023). Indiviididel, kelle KMI näitaja on rasvumise vahemikus, on tõenäosus saada oma kehakaalu tõttu diskrimineeritud kolm korda suurem võrrelduna madalama KMI-ga inimestega (Puhl *et al.*, 2020).

Kehakaalu stigmatiseerimise korral langetavad teatud füüsilised või iseloomumadused stigmatiseerija silmis stigmatiseeritava sotsiaalset väärtust (Phelan *et al.*, 2015). Sellised hoiakud võivad asetada stigmatiseeritavad inimesed ebavõrdsesse positsiooni erinevates eluvaldkondades nagu näiteks töötöingud, tervishoiuteenuste saamine, õppimine (Puhl & Heuer, 2009). Puhl ja Heuer (2009) uuringu kohaselt mõjutab kehakaalu stigmatiseerimine rasvunud inimesi mitmetes erinevates aspektides tööturul ja inimeste vahelistes suhetes, sealjuures on see väga levinud ka meedias. Ka tervishoiuvaldkonnas on kehakaalu stigmatiseerimine sage nähtus, mõjutades nii erinevate spetsialistide patsiendikäsitlust kui ka omades negatiivset mõju osutatud teenusega rahulolule (Puhl ja Heuer, 2009).

Kehakaalu stigmatiseerimise taustal on ülekaaluliste ning rasvunud inimeste stereotüüpiseerimine, kus kõige enam esinevateks negatiivseteks stereotüüpideks on, et rasvunud inimesed on laisad, nendel esineb motivatsioonipuudus, nad on ebakompetentsed, lohakad ning neil puudub enesedistsipliin ja koostöövalmidus (Puhl & Heuer, 2009). Rasvumist peetakse enamasti indiviidi poolt kontrollitavaks, mistõttu arvustatakse seda karmimalt kui muid seisundeid, mida peetakse vähem indiviidi kontrolli all olevateks (Brown & Flint, 2013). Eelduslikult peetakse silmas selliseid haiguseid nagu näiteks kaasasündinud haigused, kasvajalised seisundid jms, mille tekkimise osas puudub indiviidil kontroll või mille teke on vähe kontrollitav.

Varasemalt on arvatud, et kehakaalu stigmatiseerimisel võib olla positiivne mõju motiveerimaks kehakaalu langetamist, kuid praeguseks on leitud, et see ei vasta tõele (Setchell *et al.*, 2014). Vastupidiselt võib kehakaalu stigmatiseerimine hoopis olla ülemaailmse rasvumise epideemia ühtedest psühhosotsiaalsetest põhjustajatest (Brewis *et al.*, 2018; Lawrence *et al.*, 2021; Puhl *et al.*, 2020; Tomiyama *et al.*, 2018). Kehakaalu stigmatiseerimisel on negatiivne mõju inimeste söömiskäitumisele, kehalisele aktiivsusele ja motivatsioonile püsida aktiivsena, oma kehaga rahulolule ja meditsiinilise abi otsimisele (Setchell *et al.*, 2014; Puhl *et al.*, 2020).

Stigmatiseerimine võib olla nii otsene (ingl k *explicit*) kui ka kaudne (ingl k *implicit*), kusjuures otsesed negatiivsed hoiakud on teadlikud, peegeldades antud inimese arvamust ja suhtumist millessegi/kellessegi, ning kaudsed negatiivsed hoiakud on pigem mitte-teadvustatud (Phelan *et al.*, 2015). Kaudne stigmatiseerimine seostub automaatselt tekkiva reaktsiooniga enne oma vastuse läbi mõtlemist ning otsene stigmatiseerimine seostub kaalutletud ja läbi mõeldud reaktsiooniga, mis võib muuhulgas põhineda ka sotsiaalselt aktsepteeritud reaktsioonil (Brown & Flint, 2013).

1.2. Kehakaalu stigmatiseerimine tervishoiuvaldkonnas

Nagu eelnevalt mainitud, esineb kehakaalu stigmatiseerimist olulisel määral ka tervishoiu valdkonnas. Negatiivseid hoiakuid kõrgema KMI-ga patsientide suhtes esineb mitmete autorite uuringute järgi nii arstide, õdede, dietoloogide/toitumisinõustajate, apteekrite, füsioterapeutide kui ka treeningteadlaste hulgas (Jones & Forhan, 2021; Setchell *et al.*, 2014). On leitud, et tervishoiuvaldkonna töötajate poolne kehakaalu stigmatiseerimise esinemine omab negatiivset mõju ravi või teenuse kvaliteedile (Phelan *et al.*, 2015). Lisaks teenuse kvaliteedi langemisele toovad sellist laadi negatiivsed hinnangud kaasa ka negatiivset mõju patsiendi vaimsele (ärevus, depressioon, langenud enesehinnang) ja füüsilisele (kehalise treeningu vältimine, toitumisinõuannetest kõrvale kaldumine) tervisele (Alberga *et al.*, 2019; Cavaleri *et al.*, 2016). Kehakaalu stigmatiseerimise tõttu ei otsi rasvunud inimesed suurema tõenäosusega preventatiivselt meditsiinist abi ning väldivad ka sõeluuringuid (Fruh *et al.*, 2021).

Tervishoiutöötajad kirjeldavad sageli, et rasvunud inimesed jälgivad vähemtõenäoliselt neile koostatud tervisekavasid, omistades selle nähtuse antud inimeste laiskusele, motivatsioonipuudusele ja saavutamata jätmisele (Fruh *et al.*, 2021). Selline suhtumine aga peegeldab endas tervishoiutöötajapoolset kehakaalu stigmatiseerivat vaadet. Kaudselt mõjutab tervishoiutöötajate poolne stigmatiseerimine ka tervishoiusüsteemi koormatust – nimelt on leitud, et rasvunud inimestel esineb võrreldes normkaaluga inimestega rohkem arstide vahetamisi ja erakorralise meditsiini osakonna poole pöördumist (Gudzune *et al.*, 2013). On oluline ka teadvustada, et isegi kui tervishoiuteenuse pakkuja peab ennast eelarvamustevabaks või on pühendunud kõikidele patsientidele võrdväärselt, võivad kaudsed hoiakud siiski mõjutada nende otsustusvõimet ja käitumist (Zestcott *et al.*, 2016).

Kehakaalu stigmatiseerimist mõjutavaks faktoriks võib olla ka stigmatiseerija enda vanus (Phelan *et al.*, 2014). Arstitudengite seas esinevat otsest ja kaudset kehakaalu stigmatiseerimist seostati mitmete erinevate teguritega, sealhulgas noorema vanusega (Phelan *et al.*, 2014). Jayawickrama *et al.* (2023) uuringus leiti, et vanemad arstitudengid tundsid ennast enesekindlamalt ülekaalulise patsiendiga suheldes.

Kehakaalu stigmatiseerimine tervishoiuvaldkonnas võib tingida tervishoiuteenuse pakkuja kallutatuse (Palad *et al.*, 2019; Puhl & Heuer, 2009). Nimelt on leitud, et rasvunud inimeste kohta negatiivset arvamust omavatel spetsialistidel on suurem tõenäosus seostada patsiendi terviseprobleeme just rasvumisega, selle asemel, et kasutada diagnostilisi- ja ravivõimalusi põhi- ja sekundaarprobleemide välja selgitamiseks ja parandamiseks (Palad *et al.*, 2019; Puhl & Heuer, 2009). Ka loetakse üheks näiteks kehakaalu stigmatiseerimise esinemise kohta tervishoiuvaldkonnas asjaolu, et sobiva suurusega meditsiinilised vahendid ei ole nende patsientide jaoks alati kättesaadavad (Puhl *et al.*, 2020).

Negatiivsete hoiakutega tervishoiutöötajad kalduvad veetma vähem aega patsiendiga, pühendama vähem aega patsiendi nõustamisele ja informeerimisele, andma subjektiivseid hinnanguid patsiendi füüsilisele tervisele tema kehakaalu alusel, omama eelarvamust, et antud patsiendid on vähemotiveeritud, vähem intelligentsed ja suurem tõenäosusega ei tee muudatusi oma elustiilis (Jones & Forhan, 2021). Tervishoiuteenuse pakkujate puhul on täheldatud kehakaalulase eelarvamuse esinemise märkidena põlglikku, patroneerivat ja lugupidamatut patsientide kohtlemist (Alberga *et al.*, 2019). Samuti peetakse tervishoiuteenuse pakkuja poolse kehakaalu stigmatiseerimise märgiks ennatlike järelduste tegemist patsiendi kehakaalu alusel tema tervisliku seisundi kohta (Alberga *et al.*, 2019). Ülekaalulised ja rasvunud patsiendid on täheldanud, et esmatasandi tervishoiu spetsialistidel esineb kohati puudulikke teadmisi kaalujälgimise ja rasvunud inimestele kättesaadavate ravivõimaluste kohta ning nad ei oska seetõttu tõhusalt nõustada ülekaalulisi ja rasvunud inimesi (Alberga *et al.*, 2019).

Ka füsioterapeudid on tervishoiuvaldkonna spetsialistid, kes tegelevad läbi oma sekkumiste osaliselt ka patsiendi kehakaaluga (Setchell *et al.*, 2014). Füsioterapeutide seas on peamiselt tuvastatud otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemist, kuid on ka viiteid kaudse kehakaalu stigmatiseerimise esinemisele, küll aga on selgusetu kaudse kehakaalu stigmatiseerimise mõju füsioterapeutilisele sekkumisele (Cavaleri *et al.*, 2016). On tähtis, et füsioterapeudid märkavad, kas neil esineb eelarvamusi ja negatiivseid hoiakuid ülekaalulise või rasvunud patsiendi suhtes, ning nende esinemise korral jälgivad, et see ei mõjutaks patsiendi raviprotsessi negatiivselt (Setchell *et al.*, 2014).

1.3. Kehakaalu stigmatiseerimise hindamine

Eestis oli TAI andmetel 2020. aasta seisuga 54,3% kõigist 16-64 aastastest ülekaalulised või rasvunud (TAI, 2020), ning on ka teada, et rasvumine seostub mitmete erinevate krooniliste haigustega (Jones & Forhan, 2021). Eestis on ülekaaluliste ja rasvunute osakaal suurem normaalkaalus olevatest inimestest ning ülekaalulisus ja rasvumine on Eestis kasvutrendis (TAI, 2020). Lisaks on COVID-19 pandeemia järgselt nii Hiinas, Euroopas kui ka Ameerika Ühendriikides

tuvastatud laste ja noorte seas suurenenud kaalutõusu seoses harjumuste muutustega ja kõrgeenenud stressitasemega (Jebeile *et al.*, 2022). Ka täiskasvanute seas on märgata KMI-näitaja puhul kindlat tõusutrendi rasvumise suunal (GBD 2015 *Obesity Collaborators et al.*, 2017).

Ülekaaluliste ja rasvunud inimeste arvu suurenemisega üheskoos on ka suurenenud uuringute arv, mis uurivad ülekaalulisuse ja rasvumisega seonduvaid probleeme, sealhulgas ka kaalustigmat (Ruggs *et al.*, 2010). Kaalustigma uurimiseks on kasutatud mitmeid erinevaid meetodeid ning nende kombinatsioone, millest enim kasutatavateks on olnud küsitlused, küsimustikud (sh eksperimentaalsete muutujatega), katsed ja mitte-laboratoorsed uuringud (Ruggs *et al.*, 2010).

Otsese kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks on peamiselt kasutatud kirjeldavaid küsimustikke, kus vastajal on võimalik anda oma arvamusi/veendumusi arvestades ette antud skaalal oma vastus (Brown & Flint, 2013). Küsimustikke on palju erinevaid – nt Lawrence *et al.* (2019) süstemaatilises analüüsis oli kaasatud artiklite hulgas otsese kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks kasutusel 26 eri meetodikat. Brown & Flint (2013) kohaselt on laialdasemalt kasutatavateks küsimustikeks *F-Scale* skaala, *Beliefs About Obese Persons* skaala, *Anti-Fat Questionnaire* küsimustik ja *Attitudes Toward Obese Persons* (edaspidi ATOP) küsimustik.

Kaudse kehakaalu stigmatiseerimise esinemise hindamine on keerulisem, sest hinnatava inimese vastus võib olla kallutatud üldise ühiskonna poolt aktsepteeritud arvamusest, mitte ei peegelda inimese kohest reaktsiooni (Brown & Flint, 2013). Seetõttu on kaudse stigmatiseerimise tuvastamiseks kasutatud nt ka spetsiifilisi teste, kus uuritavale antakse stiimul mõne sõna või pildi näol ning inimene peab selle vastama kiirelt oma esmase reaktsiooni põhjal (Brown & Flint, 2013). Setchell *et al.* (2014) Austraalia füsioterapeutide seas läbi viidud uuringus kasutati aga kaudse kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks juhtumanalüüsi põhist avatud vastustega küsimustikku. Autorile teadaolevalt pole eesti keelde kohandatud ühtegi kehakaalu stigmatiseerimise hindamise vahendit.

Üks võimalik küsimustik hindamaks inimeste arusaamu ja hoiakuid rasvunud inimeste kohta on Allison *et al.* (1991) poolt loodud ATOP küsimustik. Antud küsimustik koosneb 20 väitest, mida hinnatakse 6-punktilisel Likert-skaalal (Allison *et al.*, 1991). ATOP küsimustikku on varasemalt tõlgitud ja adapteeritud kasutamiseks nii Türgis, Itaalias, Hiinas kui ka Poolas (Dedeli Caydam *et al.*, 2014; Styk *et al.*, 2022; Zagaria *et al.*, 2022; Tsai *et al.*, 2019). Antud küsimustiku adapteerimine Eestis kasutamiseks annaks võimaluse seda kasutada nii kliinilises keskkonnas kui ka edasiste uuringute raames rasvumise stigmatiseerimise hindamiseks.

1.4. Tausta kokkuvõte ja magistritöö koostamise põhjendus

Nagu eelpool esile toodud võib kehakaalu stigmatiseerimise tõttu esineda patsientide seas tervishoiuteenuse pakkuja poole pöördumise edasi lükkamist või lausa vältimist. Seega võib

ülekaaluliste ja rasvunud patsientide puhul kehakaalu stigmatiseerimine osutuda terviseseisundit mõjutavaks teguriks. Kuna ülekaalulisus ja rasvumine on ka Eestis kasvutrendis ja eelpool toodud põhjal mõjutab kehakaalu stigmatiseerimine nii patsiendi füüsilist kui ka vaimset tervist ja tervishoiuteenuste kättesaadavust ning kvaliteeti, siis on oluline kaardistada töötavate füsioterapeutide eelarvamusi ja hoiakuid, et tagada teenuse kvaliteet ning parim patsiendi-keskne lähenemine. Eestis pole uuringu autorile teadaolevalt füsioterapeutide seas kehakaalu stigmatiseerimist hindavat uuringut läbi viidud.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Käesoleva magistritöö eesmärk oli analüüsida kehakaalu stigmatiseerimise esinemist Eesti füsioterapeutide seas.

Lähtuvalt magistritöö eesmärgist püstitati järgmised ülesanded:

1. Kohandada eesti keelde otsese kehakaalu stigmatiseerimise hindamise küsimustik „*Attitudes Toward Obese Persons*“ ning analüüsida eesti keelde kohandatud küsimustiku usaldusväärsust Eesti füsioterapeutide valimis.
2. Analüüsida otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemist Eesti füsioterapeutide seas, seejuures analüüsida, kas esineb vanuselisi erinevusi kehakaalu stigmatiseerimisel.
3. Kaardistada Eesti füsioterapeutide kaudseid kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid.
4. Kaardistada Eesti füsioterapeutide kaudseid stigmatiseerivaid hoiakuid füsioteraapia läbi viimisel normaalkaaluliste ja rasvunud patsientidega.

3. METOODIKA

3.1. Uuringu korraldus

Uuringu läbiviimiseks saadi luba 6. juunil 2023. aastal Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (loa number: 377/T-14). Uuring viidi põhiosas läbi veebikeskkonnas *LimeSurvey*, kus uuritavad täitsid veebiküsimustiku. Küsimustiku eesti keelde kohandamise protsessi kirjeldatakse täpsemalt järgmises alapeatükis. Veebikeskkonna *LimeSurvey* kasutamiseks on olemas Tartu Ülikoolil litsents. Täidetavas küsimustikus ei toodud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega eelnevalt kooskõlastatult välja ATOP küsimustiku originaalpealkirja („Suhtumine rasvunud inimestesse“) ja uuringu tegelik ajend, st kehakaalu stigmatiseerimise hindamine (ehk ATOP küsimustik) peideti laiemas uuringu sisse. Eeltoodut tehti, kuna on teada, et kehakaalu stigmatiseerimisel võivad olla hinnatava vastused kallutatud ühiskonna poolt üldiselt aktsepteeritud arvamusest, mitte ei peegelda hinnatava indiviidi otsest arvamust (Brown & Flint, 2013). Täiendava argumentatsioonina eeltoodu osas arvestati, et inimesed ei taha meelsasti tunnista oma stigmatiseerivat hoiakut ülekaalulistesse ja rasvunutesse (Setchell *et al.*, 2014).

Uuringusse kutsuti osalema mõlemast soost Eestis töötavaid füsioterapeute, inimesi, kes on lõpetanud diplomi- või kraadiõppe füsioteraapia erialal ja/või omavad füsioterapeudi kutset. Uuringukutset edastati Tartu Ülikooli füsioteraapia eriala praktikabaaside kontaktisikute kaudu peamiselt uuringrühma liikme, magistritöö autori Kätlin Toompuu, poolt ning julgustati uuringus osalejatel küsimustiku linki edastama ka kolleegidele.

Veebiküsimustikus oli kokku kaks osa: esimeses osas oli 13 valikvastustega ja avatud küsimust ning teises osas oli 47 väidet, millele tuli anda hinnang 6-punktilisel Likert skaalal. Küsimustikus esitatud väited on täpsemalt kirjeldatud alapeatükkides 3.2.1. ja 3.2.2. Küsimustikule vastamine võttis uuritaval pilootuuringu andmetel aega 10-20 minutit. Uuringuküsimustik ja selleni viinud ATOP küsimustiku eesti keelde kohandamisprotsessi kirjeldus on esitatud alapeatükis 3.2.

Käesoleva magistritöö põhiandmestikku koguti andmeid veebiküsimustiku kaudu perioodil august 2023 – detsember 2023. Esimene uuringukutse saadeti avalikult kätte saadavatele füsioterapeutide e-posti aadressidele ja praktikabaaside kontaktisikutele jagamiseks 28.08.2023.a. Korduskutse saadeti laiali samadele kontaktidele 10.10.2023.a. Lisaks saadeti mugavusvalimina (tuttavate ja omakorda nende tuttavate) eraettevõtte avalikult kättesaadavate füsioterapeutide e-posti aadressidele uuringu kutse 23.10.2023.a.

Küsimustiku täitmist *LimeSurvey* keskkonnas alustas 146 uuritavat, kellest 73 jätsid küsimustiku täitmise pooleli. Poolikuks jäetud küsimustike puhul oli 42 vastanut, kes vaid avasid küsimustiku, kuid küsimustele ei vastanud; 25 vastanut, kes küsimustiku ATOP osale üldse ei vastanud ja 6 vastanut, kes ei vastanud ATOP küsimustikule täies mahus. Andmeanalüüsiks kasutati küsimustiku veebiversioonis ATOP küsimustiku täielikult lõpuni täitnud 73 uuritava vastuseid.

Lõppvalimisse lisati uuringküsimustiku piloteerimise esimeses etapis eesti keelde kohandamise protsessi ühe osana paber kandjal ja teises etapis veebiküsimustiku kujul kogutud vastused (vastavalt 16 ja 17, vt kirjeldus 3.2.1.). Seega kujunes magistritöö lõppvalimiks 106 uuritavat. Veebikeskkonnas küsimustikule vastanute keskmine vanus oli 29,5 aastat ($SD \pm 8,0$).

Esmalt hinnati, kui palju kogu valimis esines kehakaalu stigmatiseeriva hoiakuga füsioterapeute. Seejärel, hindamaks, kas kehakaalu stigmatiseerimisel esineb vanuselisi erinevusi, jaotati uuritavad vastavalt vastaja vanusele kahte rühma – kuni 25-aastased vastajad ($n=59$) ja vanemad kui 26-aastat vastajad ($n=47$). Vanuseliste erinevuste analüüsi kaasati ka paber kandjal vastused, sest oli teada, et kõik paber kandjal vastajad olid kuni 25-aastased.

3.2. Uuringu küsimustik

3.2.1. *Attitudes Toward Obese Persons* küsimustik ja selle eesti keelde kohandamine

Uuringu põhimetoodika Eesti füsioterapeutide hoiakute ja arusaamade hindamiseks rasvunud inimeste suhtes moodustas Allison *et al.* (1991) poolt loodud ATOP küsimustik. ATOP küsimustiku kasutamiseks saadi autori (David B. Allison) kirjalik luba.

ATOP küsimustik koosneb 20 väitest, mida hinnatakse 6-punktilisel Likert-skaalal, kus vastaja väljendab seda, kui palju ta nõustub või ei nõustu vastava väitega, seejuures skaala punktid ulatuvad vastavalt hinnangust +3 kuni hinnanguni -3 (Allison *et al.*, 1991). Hinnangud -3 kuni -1 tähistavad väitega mittenõustumist ja hinnangud 1 kuni 3 näitavad väitega nõustumist.

ATOP originaalküsimustik (vt Lisa 1) on 3-faktorilise struktuuriga, kus faktorite temaatika jaotub 3 alajaotusesse – „Teistsugune isiksus“ (*different personality*), „Sotsiaalsed raskused“ (*social difficulties*), „Enesehinnang“ (*self-esteem*). „Teistsugune isiksus“ alajaotise alla kuuluvad sellised väited nagu „Rasvunud töötajad ei saa olla sama edukad kui teised töötajad“, „Sotsiaalsete raskuste“ all väited nagu „Enamik mitterasvunud inimesi ei tahaks abielluda kellegagi, kes on rasvunud“, ja „Enesehinnangu“ alajaotise all väited nagu „Rasvunud inimesed on sama õnnelikud kui mitterasvunud inimesed“ (Allison *et al.*, 1991, Tsai *et al.*, 2019). Täpsem väidete kuulumine kolme alajaotusesse originaalküsimustikus on toodud Lisa 2.

Küsimustiku tulemus arvutatakse, summeerides vastavate väidete hinnangud ning hiljem liites saadud tulemusele 60 punkti (Allison *et al.*, 1991). ATOP küsimustiku tulemused jäävad vahemikku 0-120 punkti, seejuures peegeldab suurem punktisumma positiivsemat suhtumist ja väiksem punktisumma negatiivsemat suhtumist rasvunud inimestesse (Allison *et al.*, 1991). O'Donoghue *et al.* (2021) järgi viitab punktisumma 61-120 positiivsele ja punktisumma 0-60 negatiivsele suhtumisele rasvunud inimesesse.

Eesti keelde kohandamiseks tõlgiti ATOP küsimustik inglise keelest eesti keelde tuginedes Beaton *et al.* (2005) viie-astmelisele tõlkimise ja kohandamise mudelile. Esimeses etapis tõlgiti

küsimustik kahe eraldi oleva tõlkija poolt inglise keelest eesti keelde. Teises etapis võrreldi kahte valminud tõlget ning nende põhjal koostati esmane eestikeelne versioon küsimustikust. Kolmandas etapis tõlgiti kahe täiendava tõlkija poolt eestikeelne versioon tagasi inglisekeelseks (seejuures ei olnud tõlkijad varem kokku puutunud inglisekeelse küsimustiku versiooniga). Tõlkimise protsessi neljandas etapis kogunesid kõik neli tõlkijat, et koondada tõlkeversioonid ning jõuda konsensusele tõlkimisel tekkinud lahknevuste osas, eesmärgiga saavutada küsimustiku esmane versioon.

ATOP küsimustiku esmast versiooni piloteeriti paber kandjal küsimustiku kohandamise viiendas etapis Tartu Ülikooli 2023.a. 2. kursuse füsioteraapia magistritudengite (ehk füsioterapeudi baaskutset omavad isikud) seas (n=17). Seejuures andsid piloteerimisprotsessis osalenud tudengid tagasisidet küsimustiku arusaadavuse ja üheselt mõistetavuse kohta, mille järgselt tehti küsimustiku sõnastusse paar pisiparandust ja valmis ATOP küsimustiku lõplik eestikeelne versioon.

Küsimustiku eesti keelde tõlkimise protsessi järgselt koostati eelmainitud põhjustel laiem uuringuküsimustik veebiversioonina *LimeSurvey* keskkonnas. ATOP küsimustiku lõppversioon peideti suurema uuringu sisse, ehk uuringu tervikküsimustik sisaldas ka mitmeid nn ATOP-väliseid väiteid. ATOP-väliseid väiteid oli küsimustikus kokku 27, millest kokku kuut (täpsemalt välja toodud peatükis 3.2.2) kasutati magistritöö andmeanalüüsis lisaks eelpoolmainitud ATOP küsimustiku vastustele. Uuringu tegelikku ajendit peitvate väidete, nn ATOP-väliste väidete seas käsitleti nii kehakaalu, füsioterapeutiliste sekkumiste, füsioterapeudi pädevuste kui ka üldiseid sotsiaalseid ja tervisekäitumuslikke teemasid. Küsimustiku veebiversiooni piloteeriti 22 Tartu Ülikooli 2023.a. magistriõppe 1. kursuse tudengite seas, et muuhulgas välja selgitada küsimustiku täitmise orienteeruv ajakulu.

Käesoleva magistritöö autor osales ATOP küsimustiku kohandamisprotsessis (ühena esmase tõlke tegijana) ning panustas eetikakomitee taotluse koostamisse. Lisaks tegeles magistrant uuritavate värbamise, uuringu tulemuste statistilise analüüsi ja magistritöö kirjutamisega.

3.2.2. Kaudsed kehakaalu stigmatiseerivad hoiakud füsioterapeutide seas

Nagu eelenevalt öeldud, kaasati uuringusse ATOP-väliseid väiteid, millele samuti pidi vastaja andma hinnangu 6-punktilisel Likert skaalal, kus hinnangud jaotusid sarnaselt ATOP originaalküsimustikus kasutatule (vaata täpsemat kirjeldust alapeatükis 3.2.1.) nõustuvateks ja mittenõustuvateks. Magistritöö andmeanalüüsi kaasati kuus kaudset kehakaalu stigmatiseerimist peegeldavat väidet:

- „Kui näen vastuvõtule tuleva patsiendi varasemas anamneesis probleeme üleliigse kehakaaluga, siis tekib mul eelarvamus, et antud patsient ei ole kehaliselt aktiivne“;
- „Ma pean oma kolleegi, kellel on raskusi normkaalu säilitamisega, erialaselt ebapädevamaks“;

- „Normkaalu piiridest väljapoole jääv kehakaal on rahvatervise küsimus, mistõttu on tervishoiutöötajal õigus suunata inimest oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima“;
- „Sama kaebuse korral ei erine minu sooritatud sekkumised ja koju antavad soovitud patsiendi puhul, kelle KMI on 32, ja patsiendi puhul, kelle KMI on 22“;
- „Sama kaebuse korral ei erine minu sooritatud teraapiakordade arv patsiendi puhul, kelle KMI on 32, ja patsiendi puhul, kelle KMI on 22“;
- „Sama kaebuse korral ei erine minu poolt sooritatud *hands-on* sekkumiste (nt manuaalteraapia, massaaž, teipimine vms) aeg ühe teraapiakorra ajal patsiendi puhul, kelle KMI on 32, ja patsiendi puhul, kelle KMI on 22“.

Eelpool esitatud kuus väidet grupeeriti - koos vaadeldi esimest kolme väidet ja viimast kolme väidet. Esimese kolme väite koos vaatlemise eesmärgiks oli kaardistada Eesti füsioterapeutide kaudseid stigmatiseerivaid hoiakuid. Kolme viimase väite koos vaatlemise eesmärgiks oli kaardistada Eesti füsioterapeutide kaudseid stigmatiseerivaid hoiakuid normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi füsioterapeutilise sekkumise läbiviimisel. Antud magistritöö kontekstis tõlgendatakse KMI'd 22 kg/m² kui normaalkaalulise patsiendi ja KMI 32 kg/m² kui rasvunud patsiendi võrdkuju. Kuna esmase piloteerimise valim ATOP-välistele küsimustele üldse ei vastanud ja veebiküsimustikus kõigile ATOP-küsimustiku küsimustele vastanutest ei pruukinud täiesti lõpuni täita kogu veebiküsimustikku, siis andmeanalüüsiks kasutada olnud vastuste arv ATOP-väliste küsimuste puhul erineb eeltoodust. Vastajaid oli esimese kolme väite puhul 90. Kolme viimase väite puhul oli kahel esimesel väitel vastanuid 90 ning viimasel väitel 73.

3.3. Andmete statistiline analüüs

Andmete statistiliseks analüüsiks kasutati programmi *Microsoft Excel for Microsoft 365* ja statistikaprogramme *IBM SPSS Statistics Version 20.0* ja *IBM SPSS Amos*. Esmalt arutati hinnatavate andmete osas aritmeetiline keskmine ning standardhälve. ATOP küsimustiku valiidsuse hindamiseks kasutati faktoranalüüsi, hinnates esmalt andmete sobivust faktoranalüüsiks *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) ja *Bartlett's Test of Sphericity* testidega. ATOP küsimustiku valiidsust hinnati *Maximum Likelihood* faktoranalüüsi meetodil χ^2 , *df* (*degrees of freedom*), CFI (*comparative fit index*), NNFI (*non-normed fit index*) ja RMSEA (*root mean squared error of approximation*) indeksitega, kus aktsepteeritavateks väärtusteks on CFI ja NNFI $\geq 0,90$, RMSEA $\leq 0,08$ (Hu & Bentler, 1999). ATOP küsimustiku reliaabluse hindamiseks kasutati *Cronbach'i* alfat. Andmete normaaljaotuvusega kattumist hinnati *Shapiro-Wilk* testiga. Paaride aritmeetiliste keskmiste erinevuse hindamiseks kasutati *ANOVA* dispersioonianalüüsi, *Student t-test'i* ja *Mann-Whitney U test'i*. Tulemuste statistilise olulisuse madalaimaks nivooks valiti $p < 0,05$.

4. TÖÖ TULEMUSED

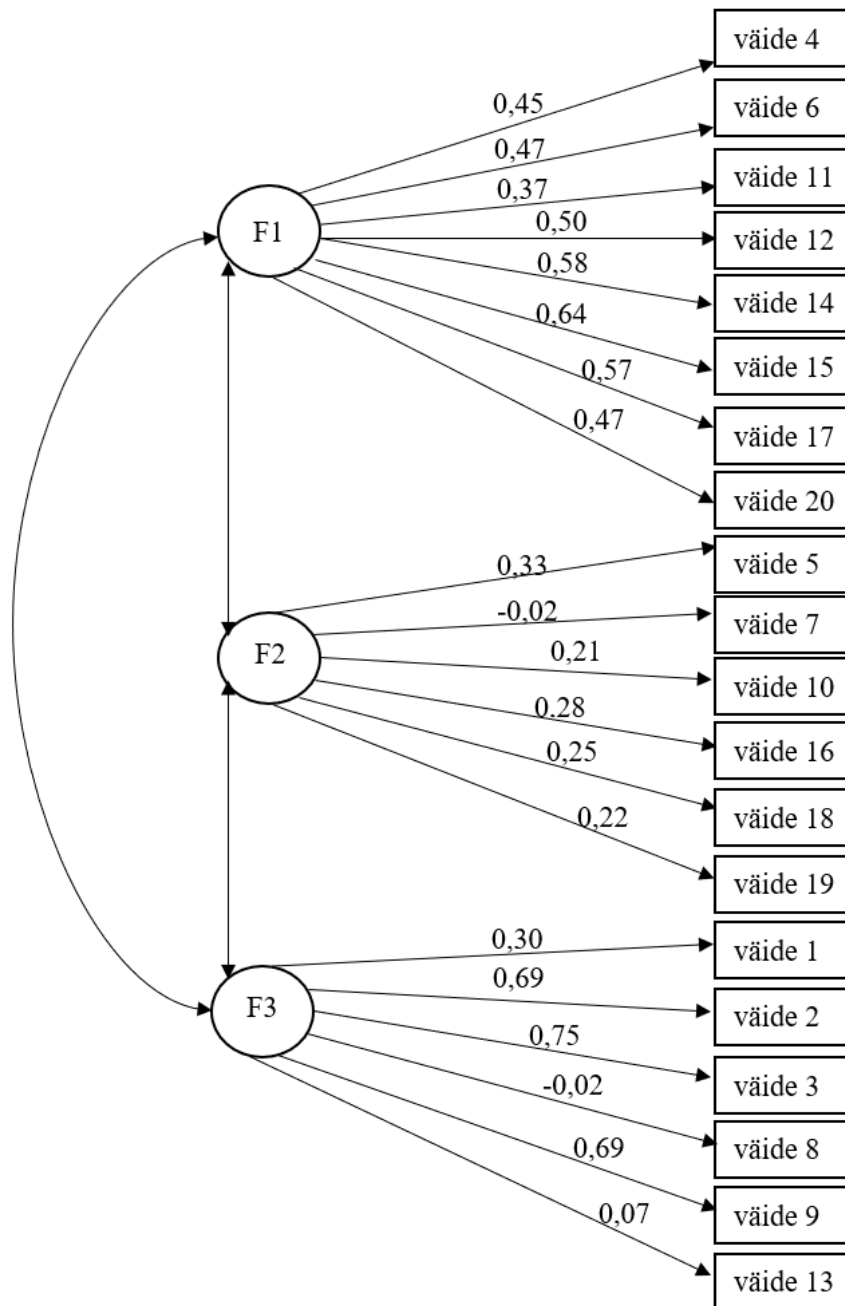
4.1. Eestikeelse *Attitudes Toward Obese Persons* küsimustiku usaldusväärsus

Eestikeelse ATOP küsimustiku reliaablust hinnati *Cronbach*'i alfa koefitsiendiga. *Cronbach*'i alfa väärtus ATOP koguskooril oli 0,786. Antud väärtus viitab arvestatavale (*acceptable*) sisereliaablusele (Tavakol & Dennick, 2011) ja selle põhjal saab öelda, et eestikeelne ATOP küsimustik on sobilik hindamaks Eesti füsioterapeutide suhtumist rasvunud inimestesse.

Eestikeelse ATOP küsimustiku valiidsuse (*construct validity*) hindamiseks kasutati faktoranalüüsi. Enne faktoranalüüsi sooritamist viidi ATOP küsimustiku vastuste peal läbi KMO test valimi adekvaatsuse hindamiseks ning *Bartlett's Test of Sphericity* test, et hinnata andmete sobivust edasiseks faktoranalüüsiks. KMO testi tulemuseks oli 0,688, mis viitab valimi adekvaatsusele (*sampling adequacy*). *Bartlett's Test of Sphericity* testi tulemus näitas statistilist olulisust ($\chi^2=570,730$; $p=0,000$). Nii KMO kui ka *Bartlett's Test of Sphericity* testide põhjal olid andmed sobilikud faktoranalüüsiga jätkamiseks.

Faktoranalüüsiga ei leidnud kinnitust eestikeelse ATOP küsimustiku kolme faktoriline struktuur („Teistsugune isiksus“, „Sotsiaalsed raskused“, „Enesehinnang“) nagu on leitud originaalses ATOP küsimustikus (Allison *et al.*, 1991). Täpsem faktoranalüüs on esile toodud Joonisel 1. Struktuurimudeli esialgsed sobivusnäitajad olid aktsepteeritavast madalamal tasemel: $\chi^2 = 299,110$; $df = 167$; $p = 0,000$; CFI = 0,68; RMSEA = 0,087. Modifikatsiooniindeksite alusel lisati kovariatsioonid väite 4 ja väite 20 vahele, väite 4 ja 17 vahele, väite 12 ja 14 vahele, väite 14 ja 9 vahele, väite 15 ja 17 vahele, väite 20 ja 9 vahele, väite 5 ja 18 vahele, väite 7 ja 1 vahele, väite 10 ja 19 vahele, väite 16 ja 18 vahele, väite 18 ja 19 vahele, ja väite 8 ja 13 vahele. Modifikatsiooniindeksite lisamise järgselt olid mudeli näitajad aktsepteeritaval tasemel: $\chi^2 = 193,547$; $df = 155$; $p = 0,019$; CFI = 0,91; RMSEA = 0,049. Esialgse mudeli faktoranalüüsi tulemusena olid 5 väite faktorlaadungid väiksemad kui 0,4 (7,8,10,13 ja 19). Antud väidete eemaldamisel kogu mudeli näitajad ei paranenud. Modifikatsiooniindeksite lisamise järgselt faktoranalüüsi läbi viies olid 9 väite faktorlaadungid väiksemad kui 0,4 (väide 1, 3, 5, 7, 10, 13, 16, 18 ja 19).

Võttes arvesse originaalse ATOP küsimustiku kolme faktorilist struktuuri, olid *Cronbach*'i alfa väärtused vastavalt alajaotustele 0,730 („Teistsugune isiksus“), 0,434 („Sotsiaalsed raskused“) ja 0,617 („Enesehinnang“). Arvestades eeltoodut kasutati edasises analüüsis üksnes ATOP koguskoori, mille sisemine reliaablus oli piisava usaldusväärusega.



Joonis 1. Eestikeelde kohandatud ATOP küsimustiku faktoranalüüsi tulemused (F1 = „Teistsugune isiksus“, F2 = „Sotsiaalsed raskused“, F3 = „Enesehinnang“).

4.2. Otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemine Eesti füsioterapeutide seas

Enamus vastajaid olid naised (n=102), suurema osa veebiküsimustikule vastajate kõrgeim haridusaste oli bakalaureusekraad (n=57), tööstaaži pikkuseks oli enamike vastajate seas 1-5 aastat (47,8%). Kõige sagedamini olid veebiküsimustikule vastanud füsioterapeudid spetsialiseerunud skeleti-lihassüsteemi füsioteraapiale (48,9%) ning töötasid peamiselt statsionaarses ja ambulatoorses osakonnas. Kõige rohkem veebiküsimustikule vastanud füsioterapeute oli Tartumaalt (41,1%) ja Harjumaalt (38,9%).

ATOP skoori keskmiseks tulemuseks Eesti füsioterapeutide seas oli 71,5 punkti (SD ± 13,9), kus ATOP tulemused jäid vahemikku 40-106 punkti. 82 uuritava ATOP skoor jäi üle 60 punkti, mis näitab, et ATOP küsimustiku kohaselt ei oma enamik Eesti füsioterapeutidest otseseid kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid. Nende esinemine tuvastati 22,6%-l vastanud Eesti füsioterapeutidest. Kuni 25-aastaste vastanud Eesti füsioterapeutide seas oli 27,1% vastanutest ATOP skoor alla 60 punkti. 26-aastaste ja vanemate vanusegrupis oli aga vastanud Eesti füsioterapeutidest 14,9% ATOP skoor alla 60 punkti. Andmete normaaljaotust kontrolliti *Shapiro-Wilk* testiga ning leiti, et antud andmed langevad kokku normaaljaotusega.

Tabelis 1 on esile toodud kuni 25-aastaste ja vanemad kui 26-aastaste gruppe iseloomustavad andmed. Kuni 25-aastaste ja vanemad kui 26-aastaste gruppide ATOP tulemuste erinevus oli statistiliselt oluline nivool $p < 0,05$ nii *Student t-testi* kui ANOVA dispersiooni analüüsi alusel, kus kuni 25-aastaste vanusegrupis oli keskmine tulemus madalam (ehk enam kehakaalu stigmatiseerimisele viitav). *Mann-Whitney U* testil leiti samuti mediaanide keskmiste erinevuse statistiline olulisus ($p < 0,05$), kus kuni 25-aastaste vanusegrupis oli mediaan väiksem kui vanemate kui 26-aastaste vanusegrupis.

Tabel 1. Keskmised ATOP skoorid kuni 25-aastaste ja vanemate kui 26-aastaste Eesti füsioterapeutide seas.

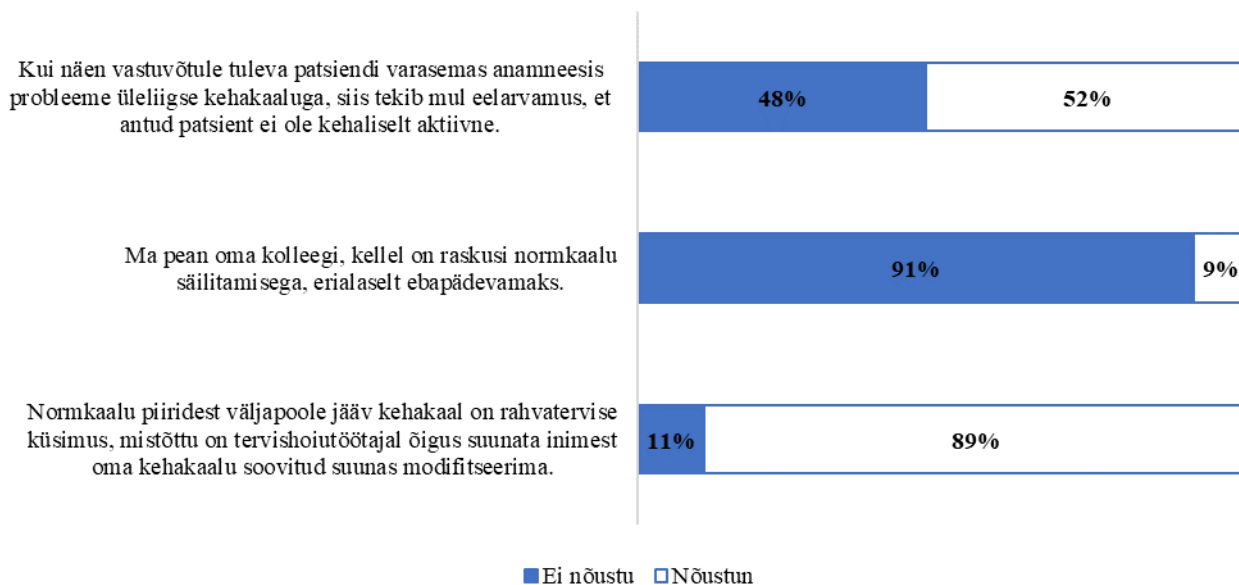
Vanusegrupp	n	X	Me	SD
kuni 25-aastased	59	68,34*	66	14,45
vanemad kui 26-aastased	47	75,51	76	12,29

n = vastajate arv, X = aritmeetiline keskmine, Me = mediaan, SD = standardhälve, * = statistiliselt oluline erinevus nivool $p < 0,05$ kuni 25-aastaste ja vanemad kui 26-aastaste füsioterapeutide *Attitudes Toward Obese Persons* skoori keskmistes tulemustes

4.3. Eesti füsioterapeutide kaudsed kehakaalu stigmatiseerivad hoiakud

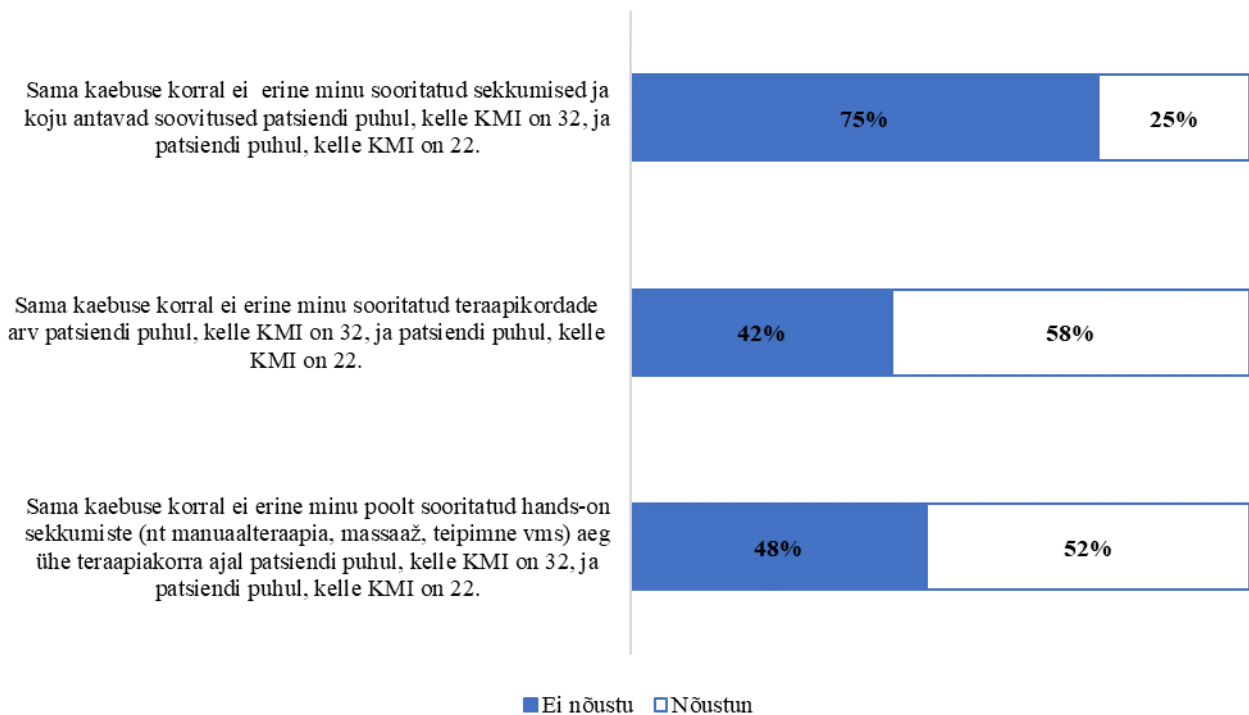
Ehkki ATOP küsimustiku kohaselt ei esinenud 77,4% Eesti füsioterapeutidest kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid, siis 52% vastanud füsioterapeutidest nõustusid, et varasemast anamneesist patsiendi probleemide üleliigse kehakaaluga kohta lugemine tekitab nendes eelarvamust patsiendi vähese kehalise aktiivsuse kohta. Küll aga oma kolleegi, kellel on raskusi normkaalu säilitamisega, ei pidanud 91% vastanud füsioterapeutidest erialaselt ebapädevamaks. Vaid 2% vastanud füsioterapeutidest nõustusid täielikult, et normaalkaalu säilitamisega raskustes olevat kolleegi peaksid nad erialaselt ebapädevamaks. 89% vastanud füsioterapeutidest pidasid normkaalu piiridest väljapoole jäävat kehakaalu rahvatervise küsimuseks ja leidsid selletõttu, et tervishoiutöötajal on õigus suunata inimest oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima.

Seejuures vaid 1% vastanud füsioterapeutidest ei leidnud, et kehakaal oleks rahvatervise küsimus, mille tõttu oleks tervishoiutöötajal õigus suunata inimest kehakaalu soovitud suunas modifitseerima, vastates antud väitele „ma ei nõustu üldse“ hinnanguga. Täpsem väidete kirjeldus ja vastuste jaotuvus on esitatud Joonisel 2.



Joonis 2. Vastuste jaotuvus kaudseid stigmatiseerivaid hoiakuid peegeldavate sotsiaalseid arvamusi puudutavate väidete korral.

75% füsioterapeutidest ei nõustunud, et sama kaebuse korral ei erineks nende poolt sooritatavate sekkumiste sisu ja koju antavad soovitusel sõltuvalt sellest, kas patsient on normaalkaaluline või rasvunud. Seejuures vaid 5% vastanud füsioterapeutidest nõustusid täielikult, et nende sooritatud sekkumised ja koju antavad harjutused ei erineks sama kaebusega normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul. 58% protsenti vastanud füsioterapeutidest nõustus, et nende poolt sooritatavate teraapiakordade arv ei erineks normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul. 11% vastanud füsioterapeutidest aga andsid antud väitele hinnangu „ma üldse ei nõustu“, ehk nende arvates erineks nende sooritatud teraapiakordade arv sama kaebusega normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul. 52% vastanud füsioterapeutidest nõustusid, et nende poolt sooritatavate *hands-on* sekkumiste aeg ühe teraapiakorra ajal ei erineks sama kaebusega normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul. Täpsem küsimuste kirjeldus ja vastuste jaotuvus on esile toodud Joonisel 3.



Joonis 3. Uuritavate vastuste jaotuvus kaudseid stigmatiseerivaid hoiakuid peegeldavate teraapiakordade arvu ja sekkumisi puudutavate väidete korral patsiendi puhul kelle KMI on 32 kg/m², ja patsiendi puhul, kelle KMI on 22 kg/m².

Kokkuvõttes tekib Eesti füsioterapeutide seas enam kui pooltel eelarvamus patsiendi vähese kehalise aktiivsuse kohta, kui anamneesi on märgitud probleeme ülekaaluga, mida võib lugeda kaudse kehakaalu stigmatiseerimise märgiks. Enamus Eesti füsioterapeute peavad normkaalu piiridest väljapoole jäävat kehakaalu rahvatervise küsimuseks ning leiavad, et tervishoiutöötajal on õigus inimest suunata oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima, kuid ei ole teada, kui palju seda praktikas ka tehakse. Enamus Eesti füsioterapeutide puhul oleks erinevad nende sooritatavad sekkumised ja koju antavad soovitused sama kaebusega normkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul, kuid ei ole täpsemalt teada, mille poolest antud sekkumise ja soovitused erineksid.

5. ARUTELU

Käesoleva magistritöö raames kohandati kehakaalu otsest stigmatiseerimist hindav ATOP küsimustik eesti keelde, analüüsiti eestikeelse ATOP küsimustiku usaldusväärsust ning analüüsiti antud küsimustikuga kehakaalu stigmatiseerimise esinemist Eesti füsioterapeutide seas. Seejuures analüüsiti täiendavalt, kas esineb vanuselisi erinevusi kehakaalu stigmatiseerimisel. Samuti kaardistati Eesti füsioterapeutide kaudselt kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid, sh füsioteraapia protsessi osas.

Eestikeelse ATOP küsimustiku koguskoori sisemine reliaablus oli *Cronbach*'i alfa väärtusena 0,786. Sarnast reliaablust tuvastasid ka varasemad uuringud, mis hindasid ATOP küsimustiku reliaablust - nt hiina keelde kohandatuna (koguskoori *Cronbach*'i alfa 0,79) (Tsai *et al.*, 2019) ja poola keelde kohandatuna (koguskoori *Cronbach*'i alfa 0,73) (Styk *et al.*, 2022).

Eestikeelse ATOP küsimustiku puhul ei leitud faktoranalüüsiga küsimustiku kolmefaktorilist struktuuri nagu on seda täheldatud ATOP originaalküsimustiku puhul (Allison *et al.*, 1991). Sarnaselt antud magistritöö tulemustele ei leitud türki keelde kohandatud ATOP küsimustiku puhul (Dedeli Caydam *et al.*, 2014) ja ka poola keelde kohandatud versiooni puhul kolmefaktorilist struktuuri (Styk *et al.*, 2022). Samas leidsid ka Zagaria *et al.* (2022) oma uuringus, kus hinnati itaalia keelde kohandatud ATOP küsimustiku reliaablust ja valiidsust, analoogsed tulemused nagu antud magistritöös – ka nemad ei tuvastanud originaalküsimustikule sarnast kolmefaktorilist struktuuri. Zagaria *et al.* (2022) uuringus leiti, et ATOP väidete number 7, 8, 11, 13 faktorlaadung oli madalam kui 0,32 ning antud väidete eemaldamisel aga ei paranenud ka mudelinäitajad. Seejuures leiti käesolevas magistritöös mitmeid Zagaria *et al.* (2022) tulemustega ühtivaid samu madalama faktorlaadungiga väiteid (nt väide 7 ja 13).

Kolmefaktorilise struktuuri puudumine võib olla tingitud kultuurilistest erinevusest (Brown *et al.*, 2022; Zagaria *et al.*, 2022;). Samuti toovad nii Zagaria *et al.* (2022) kui ka Tsai *et al.* (2019) esile, et kolmefaktorilise struktuuri puudumine võib olla tingitud ka keelelisest sõnastusest, sest osade väidete puhul olid väited sõnastatud eitust kasutavalt ning samuti toovad nad esile, et mõned võisid jääda kohati ebaselgeks keeleliste erinevuste tõttu. Lisanduvalt võib magistritöö autori arvates eestikeelse ATOP küsimustiku puhul kolmefaktorilise struktuuri puudumise põhjuseks olla ka väiksem valim võrrelduna teiste ATOP kohandamise alaste uuringutega (uuritavaid vahemikus 302-800). Siiski toovad nii Zagaria *et al.* (2022) kui ka Tsai *et al.* (2019) esile, et ATOP küsimustik on valiidne ja reliaabne kasutamaks ka unifaktoriaalse struktuuriga (nagu ka antud magistritöös tehti).

Magistritöö kohaselt ei tuvastatud valdavalt Eesti füsioterapeutide seas ATOP küsimustikuga otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemist – keskmine ATOP skoor oli 71,5 punkti ja punktid varieerusid 40-106 punkti vahel. See tulemus ühtib suuresti Jones ja Forhan (2021) Kanadas läbi

viidud uuringu leiuga, kus füsioterapeutide seas läbi viidud ATOP küsimustiku keskmiseks skooriks oli 72,6 punkti ja punktid varieerusid 30-120 punkti vahel.

Käesolevas magistritöös leiti statistiliselt oluline erinevus vanuse ja kehakaalu stigmatiseerimise vahel. Nimelt oli kuni 25-aastaste Eesti füsioterapeutide ATOP skoori keskmine tulemus madalam kui 26-aastaste ja vanemate füsioterapeutide tulemused. Wise *et al.* (2014) Austraalias läbi viidud uuringus, kus hinnati kehakaalu stigmatiseerimise esinemist rehabilitatsioonivaldkonnas töötavate spetsialistide seas, leiti, et nooremate spetsialistide (vanus <40) seas olid *Fat Phobia* skaala keskmised tulemused märgatavalt kõrgemad kui vanemate spetsialistide seas. Samas uuringus väljendus ka, et füsioterapeutide seas olid *Fat Phobia* skaala keskmised tulemused kõrgemad kui õdede seas, seejuures oli füsioterapeutide grupis ka nooremate kui 40-aastaste osakaal suurem (Wise *et al.*, 2014).

Vastupidiselt leidsid Sack *et al.* (2009) Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringus, et noorematel füsioterapeutidel ja hiljuti füsioterapeutidena tööle hakanud füsioterapeutidel olid paremad teadmised rasvunud inimeste puhul sooritavate sekkumiste osas kui vanematel ja suurema töökogemusega füsioterapeutidel. Elboim-Gabyzon *et al.* (2020) Iisraelis läbiviidud uuringus aga leiti keskmisel tasemel kehakaalu stigmatiseerimise nii füsioteraapia tudengite kui ka töötavate füsioterapeutide seas, kuid seejuures olid füsioteraapia tudengid enam arvamusel, et rasvumine ei ole inimese poolt kontrollitav. O'Donoghue *et al.* (2021) läbiviidud uuringus Iirimaa viimase kursuse füsioteraapia tudengite seas (vastanuid 179) kasutati kehakaalu stigmatiseerimise hindamiseks ühe vahendina ATOP küsimustikku ja keskmine tulemus oli 69,4 punkti, mis näitab positiivset tulemust. Samas uuringus aga selgus, et 29%-l vastanutest esines negatiivset suhtumist rasvunud inimeste suhtes (ATOP skoor oli alla 60), 35% üliõpilastest ei tunneks ennast mugavalt tegeledes rasvunud inimestega ning 54% vastanutest tundsid, et rasvunud inimestega töötamine ei ole tulemuslik (O'Donoghue *et al.*, 2021).

Antud uuringus aga esines uuringus osalenud Eesti füsioterapeutide seas negatiivset suhtumist rasvunud inimestesse kuni 25-aastaste füsioterapeutide vanusegrupis 27,1%-il (ATOP skoor jäi alla 60 punkti). Arvestades, et enamus tudengeid jäävad üldiselt kuni 25-aastaste vanuseklassi, ühtib antud leid ka O'Donoghue *et al.* (2021) uuringu tulemustega. Käesoleva magistritöö autori arvates võivad leitud erinevused eri riikides läbi viidud uuringutes füsioteraapia tudengite, väiksema töökogemusega füsioterapeutide ja suurema töökogemusega füsioterapeutide seas esinevas kehakaalu stigmatiseerimises tuleneda riigi õppekavades õpetatavast.

On leitud, et tervishoiu spetsialistide õppekavasse rasvumise põhjuseid ja selle kontrollitavust inimese poolt selgitavate õppekavade sisseviimine võiks olla üheks potentsiaalseks strateegiaks kehakaalu stigmatiseerimise vähendamisel (Moore *et al.*, 2022; Talumaa *et al.*, 2022). Kehakaalu stigmatiseerimist füsioteraapia tudengite seas uurinud autorid on nõus, et kehakaalu stigmatiseerimise

esinemine tudengite seas viitab vajadusele viia õppekavadesse sisse vastavasisulisi muudatusi ja seeläbi laiendada tudengite teadmisi (Elboim-Gabyzon *et al.*, 2020; O'Donoghue *et al.*, 2021). Küll aga toob Talumaa *et al.* (2022) esile, et ainult rasvumise alaste baasteadmiste suurendamine ei pruugi olla edukas kehakaalu stigmatiseerimise vähendamisel ning sellele lisaks oleks vajalik ka õppes diskuteerida, millist mõju omavad sotsiaalsed ja kultuurised normid kehakaalu stigmatiseerimisel. Lisanduvalt oleks sellise baasteadmiste suurendamise juures olulisel kohal õppetöös õpitut mitte-stigmatiseerivat sekkumist ka praktiliselt läbi viia (Talumaa *et al.*, 2022).

Setchell *et al.* (2014) Austraalia füsioterapeutide seas läbi viidud uuringus leiti *Anti Fat Attitudes* (AFA) küsimustiku läbiviimisel otsese kehakaalu stigmatiseerimise esinemist Austraalia füsioterapeutide seas, sest AFA küsimustiku keskmiseks tulemuseks oli 3,2 ning seejuures peeti kõiki tulemusi üle 0 kehakaalu stigmatiseerimise esinemisele viitavaks. Eelpool toodu ilmestab, et lisaks ATOP küsimustiku kasutamisele on tervishoiuteenuse pakkujate seas kehakaalu stigmatiseerimise esinemise hindamiseks sobilik kasutada ka lisanduvaid küsimustikke, et peegeldada paremini kehakaalu stigmatiseerimise esinemist. Samas Setchell *et al.* (2014) uuringus peeti oluliseks otsese stigmatiseerimise kõrval hinnata ka kaudset stigmatiseerimist juhtumanalüüsi põhise küsimustikuga.

Eesti füsioterapeutide kaudseid kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid kaardistavate ATOP-väliste väidete puhul, nõustusid käesolevas uuringus üle poolte füsioterapeutidest, et varasemast anamneesist patsiendi probleemide üleliigse kehakaaluga kohta lugemine tekitab nendes eelarvamust patsiendi vähese kehalise aktiivsuse kohta. Siinkohal toob magistritöö autor esile, et kuigi ATOP küsimustiku tulemuste järgi esines Eesti füsioterapeutide seas otseste kehakaalu stigmatiseerivate hoiakutega füsioterapeute 22,6%, siis eelpool kirjeldatud väite juures, mis sisaldas sõna „eelarvamus“, tunnistasid üle poolte füsioterapeutidest oma eelarvamuse esinemist. Sack *et al.* (2009) uuringus pidasid füsioterapeudid rasvumise peamisteks faktoriteks just füüsilist inaktiivsust ja söömisharjumusi.

On leitud, et enamus füsioterapeutidest annavad kehalise aktiivsuse alast nõu ülekaalulistele või rasvunud patsientidele (Snodgrass *et al.*, 2014) ja omavad rolli rasvunud patsientide raviprotsessis läbi treeningsekkumiste loomise, funktsionaalse liikuvuse treeningu ja kardiorespiratoorse treeningu läbiviimise (You *et al.*, 2012). O'Donoghue *et al.* (2021) uuringus selgus, et üle poolte füsioteraapia tudengitest pidasid rasvunud patsiente harjutuste sooritamisel laisaks ja 35% tudengitest uskusid, et nad ei suudaks muuta ülekaalulise patsiendi treeningharjumusi. Samuti tundsid 54% antud uuringus osalenud füsioteraapia tudengitest, et selliste patsientidega töötamine ei ole tulus (O'Donoghue *et al.*, 2021). Samuti leidsid You *et al.* (2012), et füsioterapeudid peavad üheks eduka sekkumise läbiviimise põhjuseks rasvunud patsientide puhul motivatsiooni ja koostöö vähesust. Uurimistöö autori arvates on eelpooltoodu põhjal näha, et kuigi füsioterapeudid tunnevad, et rasvunud patsiendid on vähem motiveeritud ja koostöö saavutamine antud patsientidega on raske, siis siiski ei muuda see

füsioterapeutide sekkumise läbiviimisele kuluvat aega. Küll aga jätab see ruumi mõtisklemiseks, kas füsioterapeutid on valinud seejuures ka kõige edukamaid sekkumisviise rasvunud patsiendiga tegeledes ja kas antud patsientidega tegeledes kaasatakse ka patsienti sekkumise planeerimisse.

Peaaegu kõik füsioterapeutid ei pidanud käesolevas uuringus oma kolleegi, kellel on raskusi normkaalu säilitamisega erialaselt ebapädevamaks. Setchell *et al.* (2014) on varasemalt leidnud, et väite „Kui oleksin tööandja, siis väldiksin ülekaalulise inimese tööle võtmist“ juures füsioterapeutid nõustusid antud väitega, mis peegeldab osaliselt nende diskrimineerivat käitumist. Kehalise kasvatuses õpetajate seas läbi viidud kehakaalu stigmatiseerimise alastest uuringutest on esile tulnud arvamus, et kehalise kasvatuses õpetaja ise ei tohiks olla rasvunud, sest on eeskujuks oma õpilastele (Panza *et al.*, 2018). Käesolevas uuringus vastupidiselt eelpooltoodule aga Eesti füsioterapeutide vastuste kohaselt ei peegelda füsioterapeuti enda kehakaal tema erialast kompetentsi ning seeläbi ei peegeldu ka Eesti füsioterapeutide seas antud aspektis kehakaalu stigmatiseerivat arvamust.

Enamus vastanud füsioterapeutidest pidasid käesolevas uuringus normkaalu piiridest väljapoole jäävat kehakaalu rahvatervise küsimuseks ja leidsid selletõttu, et tervishoiutöötajal on õigus suunata inimest oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima. See ühtib Sack *et al.* (2009) leiuga, et enamus füsioterapeutid tunneb vastutust rasvunud inimeste harimisel rasvumisega kaasnevate terviseriskide kohta. Võimalikeks sekkumisviisideks rasvunud patsientidega tegelemisel on kehakaalu ja elustiili alane nõustamine ja vajadusel suunamine teise spetsialisti juurde, kehaliste harjutuste tutvustamine ja määramine, liigesliikuvuse treening ja kardiorespiratoorsete treeningprogrammide koostamine, et tegeleda rasvumisega seostatavate probleemidega (Jones & Forhan, 2021). Seejuures empaatilise ja mitte-stigmatiseeriva lähenemisega kehakaalu alasele nõustamisele lähenedes on võimalik ka suurendada patsiendi motivatsiooni ja soovitustega kaasa minemist (Talumaa *et al.*, 2022).

Käesolevas uuringus selgus, et ATOP-välistes füsioterapeutilise sekkumise sooritamise alastes väidetes ei nõustunud enamus füsioterapeutidest, et sama kaebuse korral ei erineks nende poolt sooritatavate sekkumiste sisu ja koju antavad soovitusel sõltuvalt sellest, kas patsient on normaalkaaluline või rasvunud. Küll aga nõustus üle poolte vastanud füsioterapeutidest, et nende poolt sooritatavate teraapiakordade arv ja *hands-on* sekkumiste aeg ühe teraapiakorra ajal ei erineks normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi puhul. Sarnaselt käesolevale uuringule leidsid ka Setchell *et al.* (2014) oma uuringus, et kuigi sekkumise läbiviimisele kulunud aeg ei olnud normaalkaalus ja ülekaalus patsientide gruppides erinev, oli märgata statistilist olulisust sekkumise sisu osas just üldise tervise alase nõu andmise osas, elektriravi ja massaaži kasutamise osas. Samas ei olnud statistiliselt olulist erinevust *hands-on* sekkumiste kulunud ajas ühe teraapiakorra jooksul (Setchell *et al.*, 2014). Arstide seas on aga leitud vastupidiselt, et kõrgema KMI-ga patsiendiga tegeledes muudetakse oma sekkumisviise ja tihti väheneb ka hindamisele ja sekkumisele kuluv aeg (Cavaleri *et al.*, 2016).

Käesoleva uuringu üheks limiteeringuks on suur küsimustiku poolikuks jätnud uuritavate hulk – pooled veebiküsimustiku avanud füsioterapeutidest jätsid küsimustiku mingis etapis poolikuks. Ka võiks edaspidi kaaluda ATOP küsimustikus negatiivsete sõnastuste ümbermuutmist, sest tõlkeprotsessi käigus jäid antud laused kohmaka lauseehitusega, kasutades analoogselt originaalile topelteilust. Seejuures oleks vajalik aga jälgida, kuidas oleks võimalik uue väidete sõnastusega ATOP koguskoori välja arvutada, sest negatiivselt sõnastatud lausete puhul pöörati vastused originaalküsimustiku skoori arvutamiseks ümber.

Samuti on limiteeringuks kaudseid hoiakuid kirjeldavate väidete puhul täpsustusvõimaluse puudumine. Nimelt väite „Normkaalu piiridest väljapoole jääv kehakaal on rahvatervise küsimus, mistõttu on tervishoiutöötajal õigus suunata inimest oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima“ puhul olid 89% füsioterapeutidest nõus antud väitega, kuid ei ole teada, kas praktikas ka Eesti füsioterapeutid suunavad inimesi oma kehakaalu soovitud suunas modifitseerima. Seega järgnevates uuringutes oleks vajalik antud kaudset stigmatiseerimist peegeldavaid väiteid täpsustada.

Käesoleva uuringu puhul on tegu Eesti kontekstis esimese kehakaalu stigmatiseerimise esinemist analüüsiva uuringuga. Järgnevate uuringute mõtteaineks oleks lisanduvalt uurida ka küsimustikus tervishoiuspetsialisti enda KMI kohta, sest on leitud, et madalama KMI-ga spetsialistide seas esineb rohkem kehakaalu stigmatiseerimist (Panza *et al.*, 2018). Samuti võiks edaspidises uuringutes kaasata rohkem erinevaid tervishoiuspetsialiste, et laiendada uuringusse andmeid ja tuvastada võimalikke kehakaalu stigmatiseerivaid seisukohti ka teiste spetsialistide seas. Käesoleva uuringu tugevusteks on, et Eestis on tegu esmakordse taolise uuringuga ning kehakaalu stigmatiseerimise uurimine on oluline, sest võib mõjutada, nagu eelpool kirjeldatud, rasvunud inimeste tervisekäitumist. Lisanduvalt aitab käesolev magistritöö pöörata tähelepanu kehakaalu stigmatiseerimisele üldiselt ning anda suuniseid füsioteraapia õpet pakkuvate asutuste õppekavade täiendamisele.

6. JÄRELDUSED

1. Eesti keelde kohandatud *Attitudes Toward Obese Persons* küsimustik on piisava sisereliaablusega ning sobilik hindamaks Eesti füsioterapeutide suhtumist rasvunud inimestesse, vaatamata sellele, et erinevalt originaalsest *Attitudes Toward Obese Persons* küsimustikus esinevat kolmefaktorilist struktuuri eestikeelse küsimustiku versiooni puhul ei tuvastatud.
2. *Attitudes Toward Obese Persons* küsimustiku skooride põhjal ei oma enamus Eesti füsioterapeutidest otseseid kehakaalu stigmatiseerivaid hoiakuid. Küll aga leiti, et alla 25-aastaste Eesti füsioterapeutide *Attitudes Toward Obese Persons* koguskoori tulemused olid oluliselt madalamad 26-aastaste ja vanemate füsioterapeutide koguskoori tulemustest, peegeldades kehakaalu enam stigmatiseerivaid hoiakuid nooremate füsioterapeutide seas.
3. Kuigi enamus Eesti füsioterapeute otseselt inimesi ülekaalu tõttu ei stigmatiseeri, tekib üle pooltel eelarvamus patsiendi vähese kehalise aktiivsuse kohta, kui anamneesis mainitakse ülekaalu. Ülekaalulist kolleegi ei peeta erialaselt ebapädevamaks. Enamus peab ülekaalu rahvatervise probleemiks ja leiab, et tervishoiutöötajad peaksid inimesi julgustama kaalu korrigeerima.
4. Kolmel neljandikul Eesti füsioterapeutidest oleksid sama kaebusega normaalkaalulise ja rasvunud patsiendi sekkumised ja soovitusel erinevad, kuid rohkem kui pooltel ei muutuks teraapiakordade arv ja *hands-on* sekkumise aeg. Magistritööst ei ole võimalik järeldada, kas ja kuidas stigmatiseerivad hoiakud otseselt füsioterapeutilist sekkumist mõjutavad.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Primary Health Care Research and Development*, 20: e116. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000227>
2. Allison, D. B., Basile, V. C., Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 599-607. Doi: [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199109\)10:5%3C599::AID-EAT2260100512%3E3.0.CO;2-#](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199109)10:5%3C599::AID-EAT2260100512%3E3.0.CO;2-#)
3. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24): 3186–3191. Doi: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
4. Brewis, A., SturtzSreetharan, C., Wutich, A. (2018). Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Globalization and Health*, 14: 20. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>
5. Brown, A., Flint, S. W., Batterham, R. L. (2022). Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. *EClinicalMedicine*, 47: 101408. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101408>
6. Brown, I., Flint, S. W. (2013). Weight Bias and the Training of Health Professionals to Better Manage Obesity: What Do We Know and What Should We Do? *Current Obesity Reports*, 2(4): 333–340. Doi: <https://doi.org/10.1007/s13679-013-0070-y>
7. Cavaleri, R., Short, T., Karunaratne, S., Chipchase, L. (2016). Weight stigmatisation in physiotherapy: A systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 21: 1–9. Doi: <https://doi.org/10.1080/10833196.2016.1213976>
8. Dedeli Caydam O., Bursalioglu S., Deveci A. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clinical Nursing Studies*. 2(4): 105-117. Doi: <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v2n4p105>
9. DeJonckheere, M., Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family medicine and community health*, 7(2): e000057. Doi: <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
10. Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., Peleg, S. (2020). Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obesity Facts*, 13(2): 104–116. Doi: <https://doi.org/10.1159/000504809>
11. Fruh, S. M., Graves, R. J., Hauff, C., Williams, S. G., Hall, H. R. (2021). Weight Bias and Stigma. *The Nursing clinics of North America*, 56(4): 479–493. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.001>

12. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A., Forouzanfar M. H. *et al.* (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*, 377(1):13-27. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
13. Gudzone, K. A., Bleich, S. N., Richards, T. M., Weiner, J. P., Hodges, K. *et al.* (2013). Doctor shopping by overweight and obese patients is associated with increased healthcare utilization. *Obesity*, 21(7): 1328–1334. Doi: <https://doi.org/10.1002/oby.20189>
14. Hu, L., Bentler, P. M. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1): 1-55. Doi: <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1080/10705519909540118>
15. Jayawickrama, R. S., O'Connor, M., Flint, S. W., Hemmingsson, E., Lawrence, B. J. (2023). Explicit and implicit weight bias among health care students: A cross-sectional study of 39 Australian universities. *eClinicalMedicine*, 58: 101894. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101894>
16. Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G., Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: Epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 10(5): 351–365. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
17. Jones, C. A., Forhan, M. (2021). Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(7): 808–816. Doi: <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1648623>
18. Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E. *et al.* (2021). Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(11): 1802–1812. Doi: <https://doi.org/10.1002/oby.23266>
19. Moore, C. H., Oliver, T. L., Randolph, J., Dowdell, E. B. (2022). Interventions for reducing weight bias in healthcare providers: An interprofessional systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 12(6): e12545. Doi: <https://doi.org/10.1111/cob.12545>
20. O'Donoghue, G., McMahon, S., Holt, A., Nedai, M., Nybo, T. *et al.* (2021). Obesity bias and stigma, attitudes and beliefs among entry-level physiotherapy students in the Republic of Ireland: A cross sectional study. *Physiotherapy*, 112: 55–63. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.03.016>
21. Palad, C. J., Yarlagadda, S., Stanford, F. C. (2019). Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 26(1): 19–24. Doi: <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000453>

22. Panza, G. A., Armstrong, L. E., Taylor, B. A., Puhl, R. M., Livingston, J. *et al.* (2018). Weight bias among exercise and nutrition professionals: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(11): 1492–1503. Doi: <https://doi.org/10.1111/obr.12743>
23. Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B. *et al.* (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity*, 22(4): 1201–1208. Doi: <https://doi.org/10.1002/oby.20687>
24. Phelan, S., Burgess, D., Yeazel, M., Hellerstedt, W., Griffin, J. *et al.* (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4): 319–326. Doi: <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
25. Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5): 941–964. Doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
26. Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*, 75(2): 274–289. Doi: <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
27. Ruggs, E. N., King, E. B., Hebl, M., Fitzsimmons, M. (2010). Assessment of Weight Stigma. *Obesity Facts*, 3(1): 60–69. Doi: <https://doi.org/10.1159/000273208>
28. Sack, S., Radler, D. R., Mairella, K. K., Touger-Decker, R., Khan, H. (2009). Physical Therapists' Attitudes, Knowledge, and Practice Approaches Regarding People Who Are Obese. *Physical Therapy*, 89(8), 804–815. Doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20080280>
29. Setchell, J., Watson, B., Jones, L., Gard, M., Briffa, K. (2014). Physiotherapists demonstrate weight stigma: A cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*, 60(3): 157–162. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.06.020>
30. Snodgrass, S. J., Carter, A. E., Guest, M., Collins, C. E., James, C. *et al.* (2014). Weight management including dietary and physical activity advice provided by Australian physiotherapists: A pilot cross-sectional survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(6), 409–420. Doi: <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.877112>
31. Styk, W., Wojtowicz, E., Zmorzynski, S. (2022). Reliable Knowledge about Obesity Risk, Rather Than Personality, Is Associated with Positive Beliefs towards Obese People: Investigating Attitudes and Beliefs about Obesity, and Validating the Polish Versions of ATOP, BAOP and ORK-10 Scales. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22): 14977. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214977>
32. Zagaria, A., Mocini, E., Cerolini, S., Donini, L. M., Castelnovo, G. *et al.* (2022). A validation study of the Italian version of the Attitudes Toward Obese Persons (I-ATOP) questionnaire. *Obesity Research & Clinical Practice*, 16(3): 262–268. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2022.05.004>

33. Zestcott, C. A., Blair, I. V., Stone, J. (2016). Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Processes & Intergroup Relations*, 19(4): 528–542. Doi: <https://doi.org/10.1177/1368430216642029>
34. Zierle-Ghosh, A., Jan, A. (2023). Physiology, Body Mass Index. *StatPearls*. StatPearls Publishing.
35. TAI (Tervise Arengu Instituut). (2020) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. https://tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf
36. Talumaa, B., Brown, A., Batterham, R. L., Kalea, A. Z. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*, 23(10), e13494. Doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13494>
37. Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach’s alpha. *International Journal of Medical Education*, 2: 53–55. Doi: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
38. Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E. *et al.* (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16(1): 123. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
39. Tsai, M. C., Strong, C., Latner, J. D., Lin, Y. C., Pakpour, A. H. *et al.* (2019). Attitudes toward and beliefs about obese persons across Hong Kong and Taiwan: wording effects and measurement invariance. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1): 134. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1198-6>
40. Wise, F. M., Harris, D. W., Olver, J. H. (2014). Attitudes to obesity among rehabilitation health professionals in Australia. *Journal of Allied Health*, 43(3): 162–168. URL: [https://www.researchgate.net/publication/265390640 Attitudes to Obesity Among Rehabilitation Health Professionals in Australia](https://www.researchgate.net/publication/265390640_Attitudes_to_Obesity_Among_Rehabilitation_Health_Professionals_in_Australia)
41. You, L., Sadler, G., Majumdar, S., Burnett, D., Evans, C. (2012). Physiotherapists’ Perceptions of Their Role in the Rehabilitation Management of Individuals with Obesity. *Physiotherapy Canada*, 64: 168–175. Doi: <https://doi.org/10.3138/ptc.2011-01>

LISA 1. Eestikeelne *Attitudes Toward Obese Persons (ATOP)* küsimustik

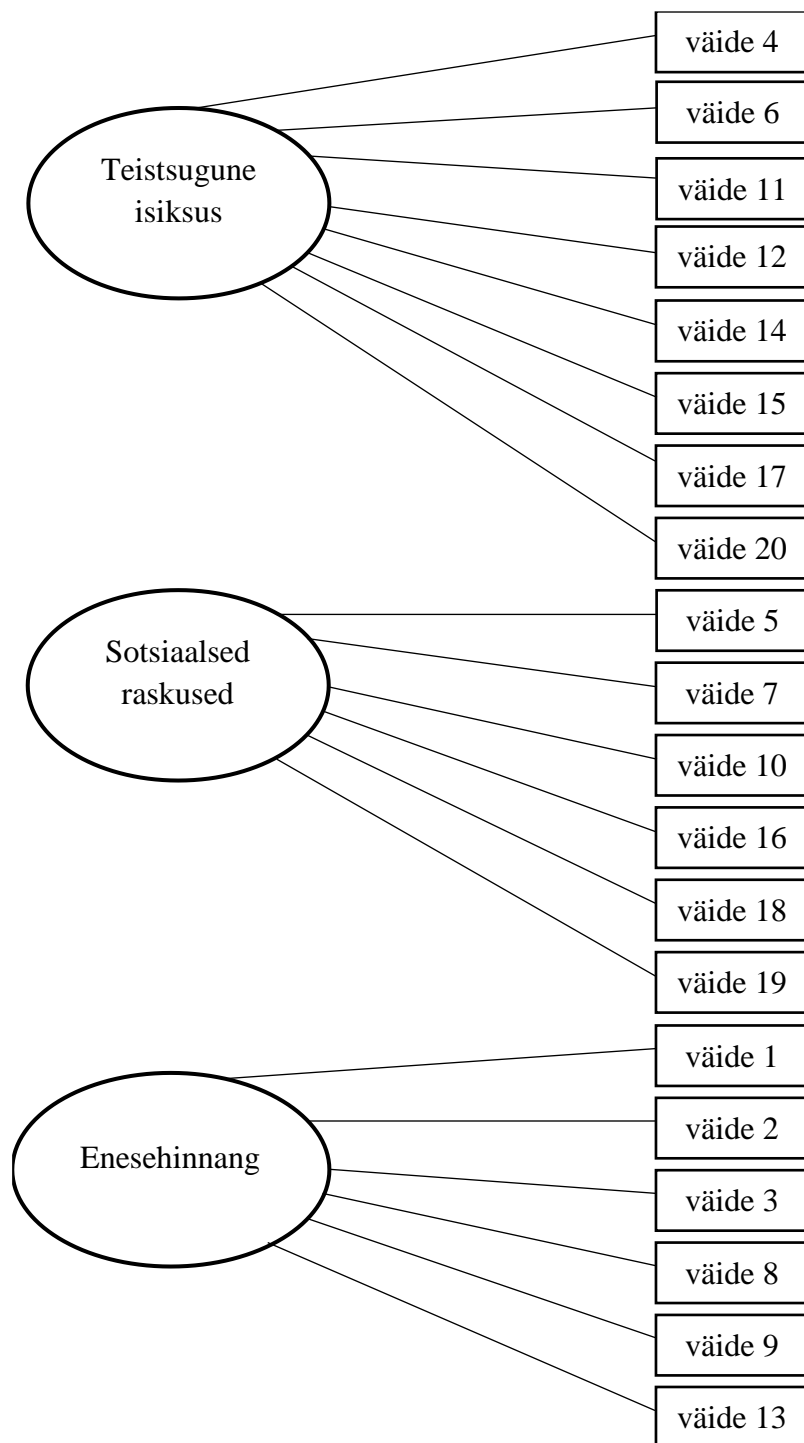
Suhtumine rasvunud inimestesse

Palun märkige iga allpool toodud väite vasakul olevasse veergu, kuivõrd te sellega nõustute või ei nõustu. Palun ärge jätke tühjaks ühtki väidet. Oma vastuse tähistamiseks kasutage numbreid järgneval skaalal. Veenduge, et sisestate numbri kõrvale, mille te valite miinus- või plussmärgi (- või +), et näidata, kas nõustute või ei nõustu.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
Ma ei nõustu üldse	Ma pigem ei nõustu	Ma mõnevõrra ei nõustu	Ma mõnevõrra nõustun	Ma pigem nõustun	Ma nõustun täielikult

1. _____ Rasvunud inimesed on sama õnnelikud kui mitterasvunud inimesed
2. _____ Enamik rasvunud inimesi tunneb, et nad pole sama head kui teised inimesed.
3. _____ Enamik rasvunud inimesi tunneb end ebamugavamalt kui teised inimesed.
4. _____ Rasvunud töötajad ei saa olla sama edukad kui teised töötajad.
5. _____ Enamik mitterasvunud inimesi ei tahaks abielluda kellegagi, kes on rasvunud.
6. _____ Tugevalt rasvunud inimesed on tavaliselt kasimatud.
7. _____ Rasvunud inimesed on tavaliselt seltskondlikud.
8. _____ Enamik rasvunud inimesi ei ole iseendaga rahulolematud.
9. _____ Rasvunud inimesed on sama enesekindlad kui teised inimesed.
10. _____ Enamik inimesi tunneb end ebamugavalt, kui nad suhtlevad rasvunud inimestega.
11. _____ Rasvunud inimesed on sageli vähem agressiivsed kui mitterasvunud inimesed.
12. _____ Enamikel rasvunud inimestest on erinev iseloom kui mitterasvunud inimestel.
13. _____ Väga vähesed rasvunud inimesed häbenevad oma kehakaalu.
14. _____ Enamik rasvunud inimesi põlgab normaalkaalulisi inimesi.
15. _____ Rasvunud inimesed on emotsionaalsemad kui mitterasvunud inimesed.
16. _____ Rasvunud inimesed ei tohiks eeldada, et nad elavad normaalset elu.
17. _____ Rasvunud inimesed on sama terved kui mitterasvunud inimesed.
18. _____ Rasvunud inimesed on seksuaalselt sama atraktiivsed kui mitterasvunud inimesed.
19. _____ Rasvunud inimestel kipub olema perekondlike probleeme.
20. _____ Üks hullemaid asju, mis inimesega juhtuda võib, on tema rasvunuks muutumine.

LISA 2. Attitudes Toward Obese Persons originaalküsimustiku alajaotuste jagunemine



Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kätlin Toompuu (sünnikuupäev: 17.11.1998)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Kehakaalu stigmatiseerimise esinemine Eesti füsioterapeutide seas“, mille juhendajad on Kadri Medijainen (PhD) ja Hanna Kalajas-Tilga (PhD),

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 19.05.2024