

Viljandi Gümnaasium

**Psühholoogilised toitumishäired Viljandimaa
noorte näitel**

Uurimustöö

Autorid: Johanna Martin II MF

Kaisa Tsäro III MF

Juhendaja Liivi Ilves

Viljandi 2014

SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	4
1.1. Anoreksia	5
1.1.1. Diagnoos	5
1.1.2. Anoreksia sümptomid	5
1.1.3. Haiguse kulg	6
1.1.4. Soodustavad tegurid.....	7
1.1.4.1. Psühholoogilised tegurid	7
1.1.4.2. Päritavus	7
1.1.4.3. Kultuuriga seotud tegurid	7
1.1.4.4. Bioloogilised põhjused	8
1.1.5. Vallandavad tegurid	8
1.1.5.1. Elumuutused	8
1.1.5.2. Ebaedu koolis, tööl või konkurentsituatsioonides	8
1.1.5.3. Sotsiaalsed probleemid.	8
1.1.6. Psüühilised tagajärjed	9
1.1.7. Füüsilised tagajärjed	9
1.1.8. Anoreksia ravi	10
1.2. Anoreksia atleetika	12
1.3. Buliimia.....	13
1.3.1. Diagnoos	13
1.3.2. Buliimia sümptomid.....	13
1.3.3. Haiguse kulg	14
1.3.4. Soodustavad tegurid.....	15
1.3.4.1. Psühholoogilised tegurid	15
1.3.4.2. Neuroendokriinsed ja metaboolsed tegurid	15
1.3.4.3. Kultuuriga seotud tegurid	16
1.3.4.4. Bioloogilised põhjused	16
1.3.5. Vallandavad tegurid	17
1.3.6. Säilitavad tegurid	17
1.3.7. Tagajärjed	17
1.3.8. Diferentsiaaldiagnostika	18
1.3.9. Ravi.....	18

1.3.10. Järe ravi ja jälgimine.....	19
1.4. Ortoreksia.....	20
1.4.1. Diagnoos.....	20
1.4.2. Haiguse kulg.....	20
1.4.3. Ortoreksia ravi.....	20
2.1. Meetod.....	21
2.2. Tulemused.....	21
2.3. Analüüs.....	30
KOKKUVÕTE.....	33
SUMMARY.....	35
KASUTATUD KIRJANDUS.....	37
LISAD.....	38

SISSEJUHATUS

Üha enam noori on hakanud oluliseks pidama oma tervise, kehalise vormi ja väljanägemise eest hoolt kandmist. Selle tõestuseks võib välja tuua pidevalt uute terviseklubide ning jõusaalide kiire tekke. Ajakirjanduses rõhutakse järjest enam tervislikule toitumisele ning poelettidel paistavad silma suured sildid, millel on välja toodud rasva- ning kalorisaldus. Salenemisnupid ja treeningharjutused naisteajakirjade lehekülgedel ei jää märkamata ka noorematel lugejatel, kuigi selleks ei ole reaalsuses mingisugust vajadust.

Välja on kujunenud arusaam: et olla edukas, peab olema sale ja ilus. Söömishäirete suhtes kõige ohtlikumas eas on noorukid, kes on väga tundlikud kõige suhtes, mida neile öeldakse. Kommentaar klassivennalt või vanemalt juba kolmanda saiakese kohta ei pruugi esialgu üldse ohtlik tunduda, aga tagajärjed võivad olla suuremad kui vaid sellest saiakesest loobumine. Madal enesehinnang on söömishäire tekke suurim ärgitaja. Kaalu kaotamisega loodetakse saada tähelepanu ning tunnustust.

Kaalu alandada otsustanu sisestab endale, et ollakse ülekaaluline ning seatakse toitumispääringud ja alustatakse rohke treenimisega. Positiivne tagasiside suurendab enesekindlust ning see annab vaid hoogu juurde.

Statistika näitab, et aastatega on söömishäired Eestis populaarsemaks muutunud ning levik noorte hulgas on mitmekordistunud. Uurimistöö esimeses osas uurisime laiemalt toitumishäirete põhitüüpe ja nende ravi. Allikateks kasutasime psühholoogiaga seotud raamatuid ning interneti lehekülgi. Järgnevalt (aastal 2013/2014) koostasime Google Formis küsitluse, kus küsisime 20 erinevat küsimust uuritava teema kohta. Enda moodustatud küsitluse käigus soovisime teada saada, mis suhtes on Viljandimaa noored toitumishäiretega, milline toitumishäire on enim levinud ning kui teadlikud noored üldse toitumishäiretest on. Lisaks pakkus huvi kui tõene on noorte hinnang oma kehakaalust ning kehamassiindeksist. Analüüsisime saadud andmeid ja otsisime välja enda jaoks huvitavamad faktid, hiljem võrdlesime mõningaid oma tulemusi USAgaga. Kuna teema muutub iga aastaga aktuaalsemaks usume, et ka meie kodulinnas on see probleem süvenenud. Küsitlusele valimiks olid Viljandimaal resideeruvad noored.

1. SÖÖMISHÄIRED

1.1. Anoreksia

1.1.1. Diagnoos

Anoreksia ehk kõhnumishäire on juba ammu ajast teada haigus: selle klassikalised kirjeldused pärinevad 19. sajandist.

Klassikalist anoreksiat kirjeldatakse sündroomina, mille puhul noor hakkab mitmesugustel põhjustel söömist reguleerima, seda vältima ja sellest kõrvale hoidma – põhjused võivad seonduda näiteks sooviga parandada oma välimust, enesedistsipliini või religiooniga. Tavaline, ohutu kaalust allavõtmine muutub anoreksiaks siis, kui söömise reguleerimine viib kehakaalu märgatava languse või kasvu peatumiseni. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

1.1.2. Anoreksia sümptomid

- Märgatav kaalulangus, mis viib alakaalulisuseni ehk olukorrani, kus täiskasvanu kaaluindeks (kaal/pikkuse ruuduga) on naistel alla 17,5 kg/m² ja meestel alla 19 kg/m². Kasvueelistel võib kaalulanguse asemel märgata kasvukõveral olulist kasvu aeglustumist või kasvu ja kaalu juurdekasvu peatumist.
- Tugev kaalus juurdevõtmise ja rasvumise kartus, hoolimata märkimisväärsest alakaalulisusest.
- Kehapildi häirunud tajumine, millega seostub kehakaalu ja välimuse ülemäära suur mõju inimese mina pildile või olemas oleva tõsise alakaalulisuse eitamine.

(A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

- pidev kalorige lugemine;
- keeldumine söögist;
- näljatunde eiramine;
- liigne füüsiline treening;
- enda liiga sage kaalumine;
- kergesti tekkiv külmatunne;

- menstruatsioonitsükli häired;
- küüned ja juuksed muutuvad hapraks;
- kuiv ja kollakas nahk;
- eelistatakse süüa üksinda või vastupidi, süüakse vaid siis, kui ollakse koos teistega;
- meeleolu alanemine ja liigne ärritumine;
- lanugo-karvad või peen karvakasv kätel, jalgadel ja seljal.

(MTÜ Peaasjad, 14.01.2014)

1.1.3. Haiguse kulg

Söömishäire algab enamasti üsna salakavalalt ja tasapisi. Mõõduka salenemise järel saadakse teistelt positiivset tagasisidet ning see annab enesekindlust ja kontrollitunnet, misjärel püütakse veelgi rohkem alla võtta.

Vahel on söömishäirete esimeseks sümptomiks keeldumine kommidest või söögikordade vahelejätmine. Mõnikord hakkab toiduvalik vähehaaval kitsenema ning lisandub toiduaineid, mis on kuulutatud keelatuks või mille tarvitamist rangelt reguleeritakse. (Järv, 2011)

Tihti peale vahetatakse kõik tarbitavad toiduained välja kalori- ja rasvavaeste toodete vastu, või hakatakse koguni taimetoitlasteks, et vältida rasvu ja liha.

Haige võib vältida ühiseid söömaaege või püüda pidevalt süüa oma toas. Ta võib soovida endale tingimata ise süüa teha või korvata söögikordi rohke kohvi, tee või kalorivaeste karastusjookide joomisega või suitsetamisega. Söömisega võib hakata kaasnema veidraid rituaale, nagu toidu peitmine, selle taldrikul teise kohta nihutamine, väga väikesteks tükkideks jaotamine või maitsestamine veidrate või väga tugevate maitseainetega.

Söömisprobleemid püsivad alguses tavaliselt peidus. Lähedased märkavad süvenevat anoreksiat alles siis, kui on jõudnud tekkida märgatav kaalulangus. Mõnigi kord varjab külmetav ja kõhnuv noor oma keha avara ja mitmekihilise rõivastusega, nii et kõhnumist on raske märgata. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

1.1.4. Soodustavad tegurid

1.1.4.1. Psühholoogilised tegurid

Anoreksiasse haigestunud on sageli kasvanud tulemustele orienteeritud ja suuri nõudmisi esitavas õhkkonnas. Nad on hea käitumisega, usinad ja tublid, kes ümbruskonna ootustele vastu tulles varjavad oma negatiivseid tundeid ja mässumeelt. Selle tagajärjel jääb nende arusaam iseendast ning tunne oma elu üle valitsemisest ja iseseisvuse saavutamisest puudulikuks.

Patsiendi jaoks on kõhnus ja oma kaalu kontrollimine tihtipeale peamiseks enesehinnangu ja eneseväärikustunde aluseks. Ka on neil isiksuses juba enne haigestumist tavalisest rohkem täiuslikkusele pürgivaid, sissepoolepöörduid, jäiku või obsessiivseid jooni. Mis tahes tõsine psühholoogiline või arenguline trauma võib soodustada anoreksia kujunemist. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.1.4.2. Päritavus

Anoreksia on ootamatult sagedane patsientide naissoost lähisugulaste seas. Ehkki perekonniti edasi kanduvad kombed ja seisukohad võivad selgitada osa haigestumiseelsoodumusi, näib kaksikute-uurimuste põhjal haigusega liituvat ja pärilik soodumus. Selle tausttegereid ei tunta. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.1.4.3. Kultuuriga seotud tegurid

Läänemaises kultuuris vahendavad ühiskond ja infokanalid teateid, et sale naine on edukas, veetlev, õnnelik, heas vormis ja armastatud. Läänemaine naisteideaal on kõhn ja rõhutatakse füüsilise veetluse tähtsust edukuse eeldusena. Üle 80% noortest tervetest naistest ütleb, et ei ole oma kaaluga rahul, ja paljud proovivad seda mingil moel reguleerida. (J. Lönnqvist, 2007)

Kuigi traditsiooniliselt on söömishäired peamiselt mõjutanud tüdrukuid ja naisi, siis viimastel aastatel on kasvanud kõhnuse surve ka meestele. Lisaks on mitmeid elukutseid (tantsimine, modellindus, mitmed spordialad), kus avaldatakse survet teatud kehakaalu ja välimuse säilitamiseks. (MTÜ Peaasjad, 14.01.2014)

1.1.4.4. Bioloogilised põhjused

Paljudes uuringutes on leitud, et *anorexia nervosa* on seotud hüpotalaamuse talitluse häirumisega. Hüpotalaamus on peaaju osa, mis reguleerib inimese ainevahetuse protsesse. On ka uuringuid, milles on leitud neurotransmitterite (närvisüsteemis informatsiooni edastamise ained) tasakaalu häirumist peaajus. (MTÜ Peaasjad, 14.01.2014)

1.1.5. Vallandavad tegurid

1.1.5.1. Elumuutused

Paljudel söömishäiretega inimestel esineb raskusi muutustega toimetulekul. Näiteks anoreksia all kannatavatele inimestele meeldib, kui elu on etteaimatav, tavaline ja tuttavlik. Seega elumuutused nagu puberteet, ülikooli astumine, raske haigus, lähedase surm, lahkuminek vms tekitavad neis suuri pingeid. (MTÜ Eriline)

1.1.5.2. Ebaedu koolis, tööl või konkurentsituatsioonides

Söömishäiretega inimesed võivad olla väga suure saavutamisevajadusega perfektsionistid. Igasugune põrumine võib tekitada süütunnet, häbi või väärtusetust ning seetõttu võidakse kaalukaotust näha enesepeetamise esimese sammuna. (MTÜ Eriline)

1.1.5.3. Sotsiaalsed probleemid.

Paljudel söömishäire all kannatajatel on madal enesehinnang ning valusad emotsionaalsed kogemused. Nad on kannatanud välimuse pärast narrimist, pidanud taluma tõrjumist, üle elanud raske lahkumineku või olnud ülekaalulised ning näinud väljapääsu üksnes kõhnaks saamises. Sale olemine hoiaks justkui ära sarnaste halbade mälestustest tingitud olukordade tekkimise. (MTÜ Eriline)

1.1.6. Psüühilised tagajärjed

Kõige selgemini esineb meeleolu langust, ärrituvust, suurenenud rahutust ja ängistust ning mitmesuguseid toiduga seotud sundmõtteid, -nähte ja –rituaale. Mõnikord on nälgimine nii ränk, et tõelisustaju hämardub ja tekib psühhootiline käitumine.

Osa söömishäirepatsientide elu varjutab range kontroll, enesedistsipliin ja askees. Õppimine või tööelu võib muutuda väga soorituskeskseks: kõlbavad üksnes parimad tulemused ning kogu aeg kuulub ülesannete viimistlemisele.

Mõned söömishäirikud hoiavad oma toa pedantses korras või koristavad ja puhastavad pidevalt oma ümbrust. Teised aga pelgavad inimsuhteid ja tõmbuvad endasse, väldivad teisi inimesi ning hakkavad kartma paarisuhet ja lähedasi sõprussuhteid.

Osal anoreksia all kannatajatest esineb impulsside kontrollimise häireid, mis võivad ilmned meeleolu suurtes kõikumistes, raevupursetes, ebastabiilses tundeelus ja heitlikes inimsuhetes. Haiguspildi juurde võivad kuuluda ka sellised tõsised sümptomid nagu enda lõikumine, enesehävituslik käitumine ja enesetapukatsed, uimastisõltuvus, hasartmängude kirg, näppamine ja ohjeldamatu sööstmine ohtlikesse olukordadesse. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

1.1.7. Füüsilised tagajärjed

Kui toitu saadakse liiga vähe, hakkab organism töötama säästurežiimil. See tähendab organismi kõigi ülemääraste tegevuste ärajätmist.

Selle märkideks võivad olla külmetamine ja halvenenud külmataluvus, kehatemperatuuri langus, aeglane pulss, madal vererõhk, kuiv nahk, küünte hapraks muutumine, juuste väljalangemine, mao aeglustunud tühjenemine, kõhukinnisus ja nõrkus. Lastel ja noortel aeglustub kasv ja viibib murdeea algus.

Alatoitumisseisundis väheneb lihasmass, sest organism kasutab seda toiduks. Tõsine alatoitumus röövib organismilt viimasedki rasvavarud, näiteks rasvapadjandid peopesadelt, jalataldadelt ning põskedelt. Kuna ka aju koosneb rasvast, võtab alatoidetud organis sellegi kasutusena kütusena. Organismi hädatoitmisena võidakse ära kasutada isegi 10-20% aju valgeainest ning selle tagajärjel võib inimese aju maht märgatavalt väheneda. Suureneb karvademete kasv käsivartel, seljal ja muudes kehapiirkondades.

Anoreksiaga kaasneb naistel tavaliselt menstruatsiooni ärajäämine, sest loodus soovib nälginud naise rasedumist takistada. Pikka aega kestnud alatoitumus võib lõppeda viljatusega. Kui kuupuhastus on kaua olnud ebaregulaarne või hoopiski puudunud, hakkab luustik vähehaaval hapraks muutuma.

Anoreksia kaugemad tagajärjed on kasvu häirumine ja luustikukahjustused: habras luu murdub tervest kergemini. Seetõttu võib tekkida näiteks randme- või reieluukaelamurde või valulik selgrootülide kokkuvajumine.

Üldised laborianalüüsides märgatavad alatoitumisega seotud muutused on organismi kuivamise märgid ning vedeliku- ja soolatasakaalu häired. Viimased võivad põhjustada eluohtlikke südame rütmihäireid.

Enamik söömishäiretega kaasnevatest kehalistest sümptomitest lõpevad koos söömishäirest paranemisega. Osa söömishäirete kehalisi järelmõjusid, näiteks muutused luustikus ja hambakahjustused, aga ei kao. Kui normaalne toitumus taastub, siis luude hõrenemine tavaliselt aeglustub või peatub, aga juba kaotatud luumassi korvata on enamasti raske või võimatu. Seevastu organismi hormonaalne talitus ja viljakus hakkavad pärast alatoitumisseisundi lõppu tavaliselt vähehaava taastuma. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

1.1.8. Anoreksia ravi

Anoreksia ravi eesmärgiks on alatoitumusest ülesaamine ja söömiskäitumise normaliseerimine ning psühhosotsiaalne tervenemine (psüühiliste sümptomite kadumine, sotsiaalsuse suurenemine). Ravi on mitmemõõtmeline ja sisaldab meditsiiniliste tagajärgede ravi ja toitumusjuhendamise kõrval harivat juhendamist ja psühhoteraapiat.

Ravi õnnestumise eelduseks on patsiendi ja ravija vaheline usaldus ning patsiendi mõistev ravisuhe. Ravi algusega on otstarbekas ühendada küsitlus, kuhu püütakse kaasa haarata patsiendi perekond või muu lähedane tugivõrk. Kuna haiguse aste ja patsiendi motivatsioon on ravile tulles erinevad, tuleb ravi kavandada individuaalselt.

Anoreksia ravi eesmärgid ja peamised meetodid:

1. Toitumuse parandamine ja terve söömise valitsemine
 - toitumusjuhendamine.

2. Ravimotivatsiooni toetamine ja haiguse konkreetne piiritlemine
 - informatsiooni andmine ja juhendamine (psühhoedukatsioon);
 - perekonna kohalolek ja toetus.
3. Anoreksiaga kaasnevate psühholoogiliste, perekondlike, sotsiaalsete ja käitumisprobleemide identifitseerimine ning lahendamise kergendamine
 - kognitiiv-käitumuslik psühhoteraapia;
 - interpersonaalne psühhoteraapia;
 - pereteraapia.
4. Kordumise ja krooniliseks muutumise ennetamine
 - pikk jälgimis- ja järelravi periood;
 - dünaamiline isikupsühhoteraapia;
 - pereteraapia;
 - eneseabirühmad.

(J. Lönnqvist jt, 2007)

1.2. Anoreksia atleetika

Anoreksiaga võib kaasnedä väga aktiivne treening, mis võib võtta tavalise lõõgastava tervisespordi asemel sundtegevuse ilme. Jõusaalitreeningud venivad mitme tunni pikkuseks, argipäevaseid tegevusi võib hakata juhtima sammuloendur või kaloreid arvestav pulsimõõtur. Samuti hakkab päeva mahtuma üha enam argitoimetustega seotud liikumist, näiteks minnakse pikast vahemaast hoolimata tööle jalgsi või sõidetakse jalgrattaga, hoolimata ilmast. (Järv, 2011)

Anoreksia atleetika on rohkem levinud inimeste hulgas, kes harrastavas spordialasid, kus loetakse eeliseks väikest ja saledat keha. Anoreksia atleetika all kannatavatel inimestel võib esineda nii ületreenimine kui ka toitumuse piiramine. See suurendab alatoitumuse riski ja noorematel sportlastel võib see kulmineeruda sisesekretsiooni ja ainevahetuse muutustega nagu luutiheduse hõrenemise või menstruatsiooni hilinemisega.

Anoreksia atleetika puhul on eneseväärtus seotud füüsilise sooritusega ning kuigi mõned inimesed võivad oma keha suuruse ja kuju üle muret tunda, pannakse suurem rõhk sellele, kui vormis ollakse võrreldes teiste edukate või professionaalsete kaassportlastega. Anoreksia atleetika võib esineda, kui treenerid või vanemad survestavad sportlaseid oma sooritusi arendama ja julgustavad neid treeningute suurendamise või dieedipidamisega. Sellised käitumised võivad alata vabatahtlikult, kuid muutuda kinnisideeks. (Stefanie Lein)

1.3. Buliimia

1.3.1. Diagnoos

Buliimia nervosale on iseloomulik teiste eest varjatud, korduvad liigsöömishood, mille ajal patsient tunneb, et kaotab söömise üle kontrolli. Kesksseteks joonteks on ka tüsenemiskartus ning keskendumine kaalu kontrollimisele, mis viivad katseteni takistada kaalu tõusu oksendamise, lahtistite, diureetikumide, paastu või ülearuse liikumise abil.

Buliimiahaike rajab oma eneseväärikuse paljuski välimusele ja kaalule. Liigsöömine mõjutab kehakaalu ning sedamööda vahelduvad kiiresti ka meeleolu ja eneseväärikustunne. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)

1.3.2. Buliimia sümptomid

- Korduvad liigsöömissööstud, millega kaasneb söömise üle kontrolli kaotamise tunne. Liigsöömishoogude ajal süüakse selliseid toidukoguseid, mis sageli ületavad enamiku inimeste samalaadses olukorras söödud toiduhulga.
- Enamasti kogetakse liigsöömisperioodide ajal vähemalt kolme kaasnevat sümptomit:
 - tavalisest kiirem söömine;
 - söömine kuni tundeni, et kõht on ebameeldivalt täis;
 - suurte toidukoguste söömine, ehkki kõht ei ole tühi;
 - üksi söömine, sest häbenetakse söödava toidu hulka;
 - enesevihkamine, masendus ja süütunne söömise pärast.
- Liigsöömine tekitab tugevat ängistust ja häbi.
- Liigsöömissööste on viimase poole aasta vältel esinenud keskmiselt kaks korda nädalas. (A. Keski-Rahkonen jt, 2010)
- Halb enesetunne pärast söömissööstu.
 - Söömissööstule järgneb tavaliselt häbi- ja väärtusetusetunne, hirm paksuks minna.
- Söömissööstu saladuses hoidmine.
 - Kontrollimatuid söömissööste häbenetakse ja varjatakse, seda sageli ka lähedaste inimeste eest.

Pärast söömissööstu üritatakse söödud söögist vabaneda. Sageli järgneb söömisele püüd söödud söögist lahti saamiseks. Selleks kasutatakse peale söömissööstu liigset treenimist, oksendamist, lahtisteid, diureetikume või nälgimist. Sageli lähevad buliimia all kannatajad koheselt peale söömist WC-sse.

Mõtted ja tunded keerlevad kehakaalu, kehakuju ja söömise ümber. Buliimia all kannataja eneseväärtustunne ja enesehinnang on ülekaalukalt ja liigselt seotud oma välimuse ja söömisega. Need inimesed on sageli liiga enesekriitilised, nad võivad olla pahas tujus, kergesti ärrituvad, nad võivad olla peaaegu alati väsinud ja kannatada energiapuuduse all.

Buliimia kehalised tunnused. Ilmneda võivad kurguvalu, ebaloomulik hammaste lagunemine ja muud sagedase oksendamise tagajärjed. (<http://peaasi.ee/soomishaired/bulimia-nervosa/>)

1.3.3. Haiguse kulg

Buliimia saab tavaliselt alguse 15-24-aastase noore naise kõhnumiskatses. Kõhnumine ja ägedad liigsöömisperioodid koos tühjendamisrituaalidega on kestnud tavaliselt aastaid enne ravile pöördumist. Vaid murdosa patsientidest otsib oma sümptomitele abi. Häire kulg võib olla pikaajaline või perioodiline.

Vastavat ravi saanud buliimiahaike vahetu prognoos on üldiselt hea. Pika ajavahemiku prognoosi veel kindlalt ei teata. 5-10 aasta jälgimisuuringute põhjal on tõdetud, et keskmiselt pooled adekvaatselt ravitud patsientidest vabanevad sümptomitest püsivalt, 30%-l jätkub häire perioodiliselt ja umbes 20%-l pidevalt. Isiksusehäire, impulsiivsus ning alkoholi ja ravimite kuritarvitamine viitavad halvale prognoosile. Ravile pöördumata jäänud haiguse prognoosi kohta ei ole andmeid. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.4. Soodustavad tegurid

1.3.4.1. Psühholoogilised tegurid

Liigsöömist soodustavad psühholoogilised ja arengulised tegurid on osaliselt samad mis

anoreksia puhul. Buliimiahaiaged kannatavad sageli puuduliku eneseväärikustunde, depressiooni või isiksuse ebastabiilsuse all. Nad on tihti rohkem väljapoole suunatud, avalikult vihased ja impulsiivsemad kui anoreksiahaiged. Psühhodünaamiliselt on buliimia all kannatavatel patsientidel diferentseerumis- ja individualiseerumisarenguga seonduvaid probleeme, mis peegelduvad söögiga seotud ambivalentsis.

Turvatunde puudumine lapsepõlves, arengulised traumad, nagu seksuaalne ärakasutamine, ning muud tavaliselt psühhiaatriliste sümptomite teket soodustavad tegurid näivad buliimiahaigete puhul olevat sagedasemad kui tervetel. On märgatud, et ka nende perekonnad on tavalisest sagedamini purunenud ja konfliktised ning kannatavad vaimse tervise häirete või uimastite kuritarvitamise all. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.4.2. Neuroendokriinsed ja metaboolsed tegurid

Osa buliimiahaigetest kaldub ülekaalulisusele, ja seda kalduvust esineb ka nende lähisugulastel. On leitud, et tüsenemissoodumus võib soodustada eneselahjutamist ja seega buliimiatsükli teket.

Buliimiahaigetel on kirjeldatud serotoniini-ainevahetusliku närvitalitluse häireid. See võib olla osaliselt kõhnumise tagajärg- on andmeid, et see vähendab serotoniinisaldusi. Vähenenud serotonergiline närviülekanne võib olla primaarne. On arvatud, et süsivesikute ahmimine võib olla ka katse parandada serotoniinivähesust. Süsivesikute söömine suurendab trüptofaani pääsemist kesknärvisüsteemi, kus trüptofaanist sünteesitakse serotoniini, mis omakorda võib parandada meeleolu. Buliimia raskusaste näib olevat seotud vähenenud serotoniini metaboliitide kontsentratsioonidega (5- HIAA) seljaajuvedelikus. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.4.3.Kultuuriga seotud tegurid

Buliimia lai levik seostub naistedeaaali kõhnumisega. Naistelt oodatakse lisaks välisele ilule ka edukust ja pädevust ametielus. Kõhnuse poole püüdlemine võib buliimiahaigetele pakkuda näilise vahendi eneseväärikustunde tõstmiseks. Nende jaoks on tähtis väline toimetulek ja õnnestumine. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.4.4.Bioloogilised põhjused

Serotoniini ainevahetusliku närvitalitluse häired, osaliselt võib olla kõhnumise tagajärg.

Arvatakse, et süsivesikute ahmimine võib olla ka katse parandada serotoniinivähesust. Süsivesikute söömine suurendab trüptofaani pääsemist KNS-i, kus sellest sünteesitakse serotoniini, mis omakorda võib parandada meeleolu. Buliimia raskusaste näib olevat seotud vähenenud serotoniini metaboliitide kontsentratsioonidega seljaajuvedelikus. (<http://soomishairetekkt.weebly.com/luumlhikonspekt.html>)

1.3.5. Vallandavad tegurid

Tavaliselt on buliimat vallandavaks teguriks tugev kõhnumiskatse. Kõhnudes hakkab enesevalitsus alt vedama ja inimene annab järele tahtmisele süüa. Buliimiale järgnevad süütunne, häbi, depressioon ja uus katse lahjutada ennast veel karmimalt. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.6. Säilitavad tegurid

Korduvalt kõhnumist üritav buliimiahhaige võib kannatada kerge alatoitumuse ja nälgimise all.

See tingib psüühilisi ja füüsilisi muutusi ning jätkuvat söögist mõtlemist. Liigsöömislävi alaneb ja liigsöömine suureneb. Ka pikad söömisvahed alandavad liigsöömisläve. Liigsöömine tavaliselt komplitseerub, kui sündroomiga liitub oksendamine, sest see leevendab hirmu õgimise paksuks tegeva mõju ees. Liigsöömine ja oksendamine ning teised tühjendamisrituaalid moodustavad kergesti ennast säilitava ja kontrolli alt väljuva tsükli. Tsükli hoiavad alal buliimiasümptomitega kaasnevad füsioloogilised muutused, nagu mao tühjenemise aeglustumine ja küllasuse tunde häirumine, ning psüühilised muutused, eriti depressiooni ilmnemine või süvenemine. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.7. Tagajärjed

- Hammaste muutused happelise maomahla toimel;
- Kõripõletik;
- Kõhukinnisus, hemorroidid;
- Dehüdratsioon;
- Elektrolüütide tasakaalu häired;
- Pankreatiit;
- Söögitoru või mao rebendid.

(http://www.tlu.ee/opmat/tp/noorte/buliimia_tagajrjed.html)

1.3.8. Diferentsiaaldiagnostika

Buliimiat on tavaliselt väga kerge ära tunda, kui patsiendi käest sümptomite kohta küsida. Siiski võib patsient oma sümptomeid varjata ja arst ei tule alati söömishäire võimaluse peale. Sageli

põhjustab buliimiat esimesena somaatilisi sümptomeid, näiteks kõhuvalu, paistetust, lihasnõrkust,

menstruatsioonihäireid või krampe. Buliimiat on noorte naiste raskesti seletatavate üldsümptomite sagedaseks põhjuseks. Buliimiatüüpi sümptomid on harva märk somaatilise põhihaigusest. Mõnikord tunneb sündroomi ära esimesena hambaarst, uurides hambaerosioonide põhjuseid. Psühhogeense oksendamisega ei kaasne tavaliselt tüsenemise hirmu ega sunduslikku vajadust kaali kontrollida. Buliimiat võib seostuda ebastabiilse isiksusehäire all kannatava inimese impulsiivse käitumisega, kuid sel puhul täituvad ka muud selle häire diagnostilised kriteeriumid. Ülesöömist esineb ka atüüpilise depressiooni korral. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.9. Ravi

Buliimiat ravi esimese etapi eesmärkideks on meditsiiniliste tagajärgede ravi ja sümptomitsükli katsetamine ning söömiskäitumise normaliseerimine. Peale selle püüeldakse söömishäirega kaasnevate psühholoogiliste, perekondlike, sotsiaalsete ja käitumisprobleemide identifitseerimisele ja nende lahendamisele.

Buliimiat tõttu ravile pöördunu soovib tavaliselt abi, et vabaneda sümptomitest, ning on raviks paremini motiveeritud kui anorektik. Ravi võib enamasti teostada ambulatoorselt. Haiglaravi vajatakse vaid siis, kui kontrollimatut söömist ja oksendamist ei suudeta muidu ohjeldada ning kui patsiendil esineb raskeid somaatilisi või psühhiaatrilisi probleeme, näiteks tugevat enesehävituslikkust või alkoholi ja ravimite kuritarvitamist. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.3.10. Järe ravi ja jälgimine

Kuna ravile pöördunud buliimahaigete häire kulg on sageli lainetav või pikaajaline, käsitlevad raviprogrammid enamasti preventisioone ja valmistavad patsienti ette sümptomite kordumise puhuks. Paljudele patsientidele mõjub hästi pärast struktureeritud raviprogrammi mõni muu (nt psühhodünaamiline) psühhoteraapia. Kogemused näitavad, et patsiendid ise on intensiivsemaks psühhoteraapiaks valmis sageli alles aastaid põetud buliimias järel.

Buliimiahageid ja nende omakseid võivad aidata asjaarmastajate või spetsialistide poolt juhitud tugirühmad. (J. Lönnqvist jt, 2007)

1.4. Ortoreksia

1.4.1. Diagnoos

Ortoreksia ehk orthorexia nervosa on uue aja söömishäire, mis tekib siis, kui inimene võtab kinnisideeks parandada oma tervist teatud sööke valides, mis võib lõppeda alatoitumise ja isegi surmaga. Ta tarbib toite oma väljamõeldud “tervislikkuse” reegleid järgides. Sõna “orthos” tähendab kreeka keeles õiget ja korrektset ning sõna “orexis” tähendab isu.

1.4.2. Haiguse kulg

Ortoreksia võib alata ka toiduallergiast, millele järgneb oma toitumisreeglite väljatöötamine. Ortorektikud ei ole võimelised valima endale toitu väljas einestades, sest nende arusaamise järgi sisaldab see palju rasva, saaste- ja lisaaineid.

Oma väljamõeldud toitumisreeglite järgimine nõuab ortorektikutelt tugevat tahtejõudu ja tihti nad tunnevad, et on palju paremad ja tugevamad võrreldes teiste inimestega, sest teistel ei ole sama kõrget enesekontrollivõimet. Juhul, kui ortoreksia all kannataja rikub oma tervisele pühendatud toitumisreegleid ja alistub “keelatud” nimekirjas olevale toidule, siis ta tunneb ennast süüdi ja vaimselt ning füüsiliselt rüvetatud. See omakorda põhjustab tulevikuks veelgi rangemate ja absurdsemate toitumisreeglite väljamõtlemist. Üldine ortoreksia all kannatajate käitumine on sarnane anorektikute ja buliimikutega, ainus erinevus on selles, et anorektikud ja buliimikud tunnevad muret tarbitava toidu koguse üle, aga ortorektikute põhimureks on toidu kvaliteet. Tavaliselt kannatavad ortoreksia all madalama haridustasemega inimesed.

1.4.3. Ortoreksia ravi

Paljud perearstid ei ole võimelised ortoreksiat diagnoosima, sest see ei ole ametlikult söömishäire. Ravi on aga vaja alustada võimalikult vara. Ravi sarnaneb anoreksia raviga, kuid antidepressantide manustamine on raskendatud, sest ortorektikud peavad ravimeid väga kahjulikeks. Kuna nad on uhked oma toiduvaliku üle, peab teraapiasse haarama ka toitumisteadlasi. Ortorektikud muudavad oma toitumisharjumusi suhteliselt kergemini kui anorektikud ja buliimikud, neile tuleb lihtsalt väga põhjalikult selgitada, miks on oluline toituda selliselt, nagu toidu- ja toitumissoovitused õpetavad. (TAI, 01.08.2013)

2. PSÜHHOLOOGILISED TOITUMISHÄIRED VILJANDIMAA NOORTE NÄITEL

2.1. Meetod

Uurimistöö andmete kogumiseks kasutati internetipõhist küsitlust, mis koosnes 20 küsimusest, millest osad olid valikvastustega. Küsitlus viidi läbi 2013/2014. õppeaastal. Küsitlust jagati eri sugu ja vanuses Viljandimaa noortele läbi erinevate internetiportaalide. Küsitlusele vastamine toimus anonüümselt vabatahtlikkuse alusel.

2.2. Tulemused

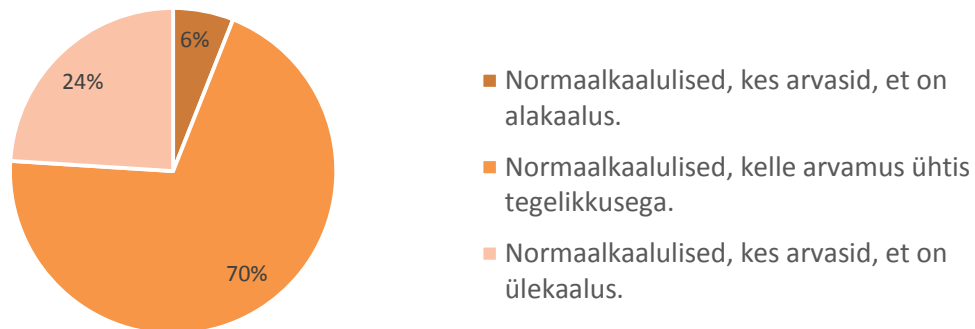
Küsitlusele vastas 117 inimest vanuses 12-26 eluaastat, kellest 35 olid mehed ja 82 olid naised. Arvestades küsitlustele vastanute pikkust ja kaalu, arvutasime välja nende kehamassiindeksi (KMI) ning jaotasime vastanud KMI järgi järgmistesse gruppidesse: alakaalulised (KMI alla 19); normaalkaalulised (KMI vahemikus 19-25); ülekaalulised (KMI vahemikus 25-30); rasvunud (KMI vahemikus 31-35).

Järgmisena hindasime vastanute arvamust iseenda KMI'st tegelikkusega. Sellest selgus, et 52% alakaalulistest arvasid, et nad on normaalkaalus, 33% alakaaluliste arvamus ühtis tegelikkusega ning 15% alakaalulistest arvasid, et nad on ülekaalus. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 1.



Joonis 1. Alakaaluliste hinnang oma kehakaalust

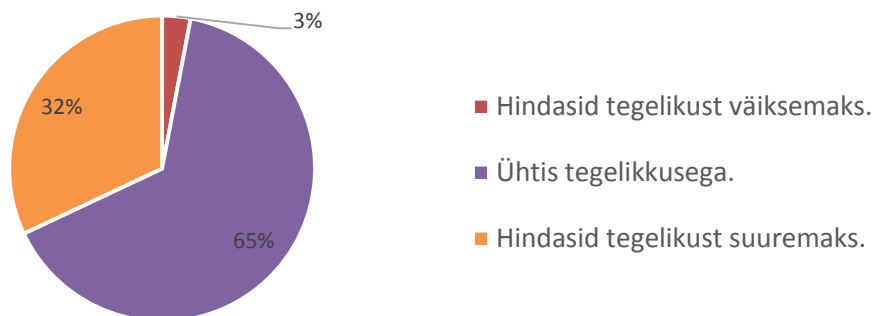
6% normaalkaalulistest arvas, et nad on alakaalus, 70% normaalkaaluliste vastanute arvamus osutus õigeks ning 24% arvas, et nad on ülekaalus. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 2.



Joonis 2. Normaalkaaluliste hinnang oma kehakaalust

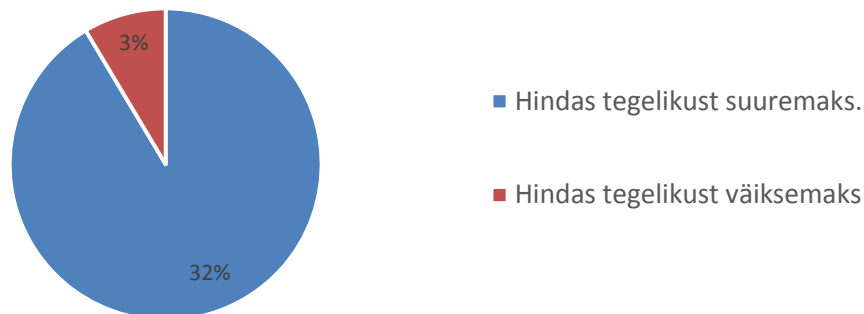
29% ülekaalulistest hindas end rasvunuks, kuid 71% arvamus ühtis tegelikkusega.

33% rasvunutest hindas enda kehakaalu väiksemaks ning arvas, et on vaid ülekaalus ning 67% vastanute arvamus enda kaalust oli tõene. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 3.



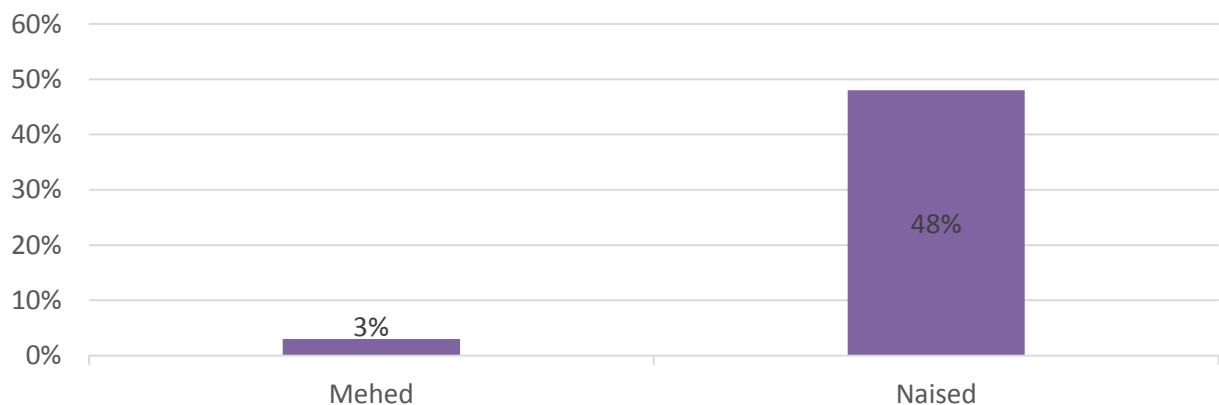
Joonis 3. Rasvunute hinnang oma kehakaalust

Arvestades kõikide vastanute hinnangut oma kehakaalust, leidsime mitu protsenti hindas oma KMI'd tegelikust suuremaks ja mitu protsenti väiksemaks. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 4.



Joonis 4. Vastanute hinnang oma kehakaalust

Vaadates eraldi meeste ja naiste vastuseid, leidsime, et 48% naistest hindas oma KMI'd suuremaks samas, kui vaid 3% ehk üks meessoost isik pidas oma KMI'd suuremaks, kui see tegelikult oli. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 5.



Joonis 5. Mitu % vastanutest hindas oma KMI'd tegelikust suuremaks

Sama küsimuse alusel selgus, et 11% meestest arvas, et nende KMI on tegelikkusest väiksem. Lisaks selgus, et 49% alakaalulistest tunneb end oma kehakaalu pärast natukene halvasti, 7% tunneb end oma kehakaalu pärast pidevalt halvasti, kusjuures üks neist arvab, et on ülekaalus. 44% neist ei tunne end oma kehakaalu pärast halvasti ega jälgi seda pidevalt.

38% normaalkaaluliste hulgest tunneb end oma kehakaalu pärast natukene halvasti, 17% tunneb end seetõttu halvasti, kusjuures kolm neist arvasid, et nad on ülekaalus. Samuti 44% normaalkaalulistest ei tunne end oma kehakaalu pärast halvasti.

Vaid 6% ehk üksainus inimene ülekaalulistest ei tunne end oma kehakaalu pärast halvasti, kusjuures ta on enda ülekaalust teadlik. 59% tunneb end ülekaalu tõttu natuke halvasti ja 35% tunneb oma kehakaalu pärast häbi.

44% rasvunutest tundsid end oma kehakaalu pärast vaid natuke halvasti samas kui 56% tunneb end oma suure kehakaalu tõttu pidevalt halvasti.

Kokkuvõttlikult 21% noortest tunneb end oma kehakaalu pärast halvasti, kusjuures vaid 4% neist on meessoost.

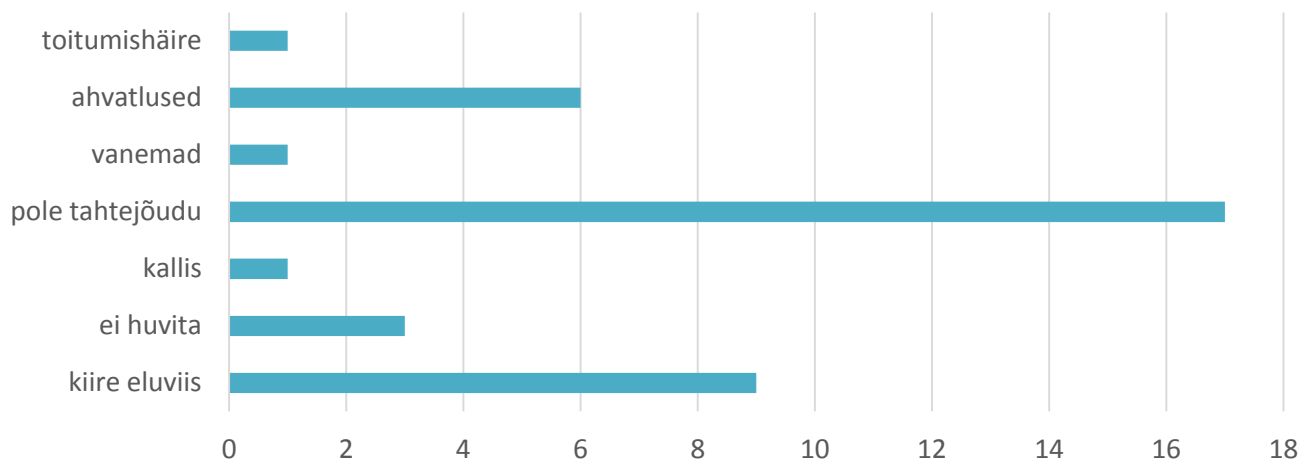
Uurimuse käigus tuli välja, et 13% noortest lugesid regulaarselt oma toidu kalorsust, kellest 3% on mehed.

Järgmisena uurisime noorte suhteid tervisliku toitumisega. Enamus vastanutest ehk 59% püüab tervislikult toituda samas kolmandik vastanutest ei toitu teadlikult tervislikult. Vaid 9% noortest väidab, et toitub tervislikult. Nendest kolm inimest on alakaalulised ning 8 on normaalkaalulised. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 6.



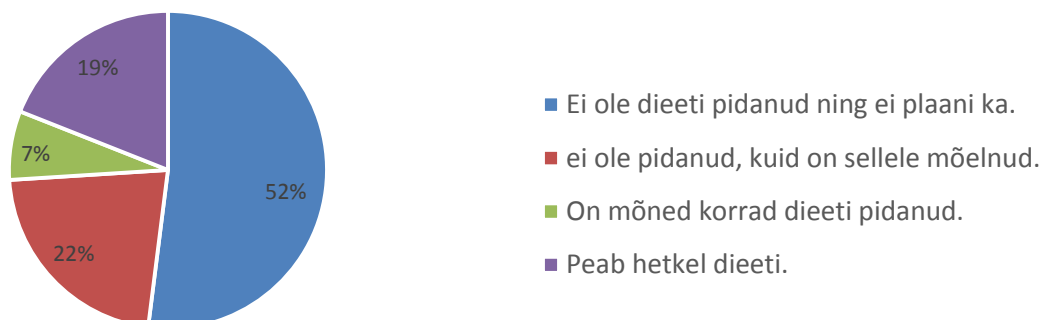
Joonis 6. Tervislik toitumine

Kui küsisime noortelt, mis on peamised põhjused, mis takistavad tervislikku toitumist, saime erinevaid vastuseid. Suurimaks põhjuseks hinnati tahtejõu vähesust (46%). 24% noortest takistas tervislikku toitumist kiire eluviis ning 16% vastas ausalt, et ei suuda ahvatlustele (kiirtoit, maiustused jne.) vastu panna. 8% noortest ei huvitu tervislikust toidumisest ning 2% vastanutest söövad seda, mida parasjagu kodus pakutakse. 2% noortest hindasid tervislikku toitumist liiga kalliks ning 2% vastanutest esines toitumishäire. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 7.



Joonis 7. Põhjused, miks noored tervislikult ei toitu

Järgmisena uurisime noortelt, kas nad on oma elu jooksul dieeti pidanud. Tulemused alakaaluliste seas olid järgmised: pea pooled (52%) alakaalulistest ei ole dieeti pidanud ning ei planeeri ka; 22% neist ei ole dieeti pidanud, kuid tunnistasid, et on sellele mõelnud; 7% alakaalulistest on mõned korrad dieeti pidanud ning pea viiendik (19%) peab ka hetkel dieeti. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 8.



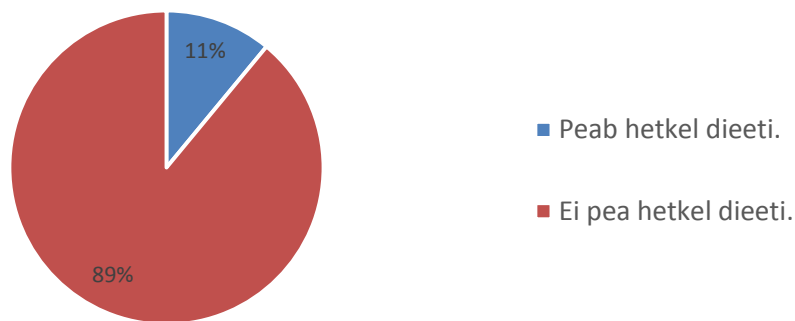
Joonis 8. Dieedipidamine alakaaluliste seas

36% normaalkaalulistest ei ole dieeti pidanud ja väidavad, et ei plaani seda ka tulevikus teha ning teine 36% väitis, et on mõned korrad elu jooksul dieeti pidanud. 20% tunnistas, et ei ole küll dieeti pidanud, kuid on sellele mõelnud ja 8% tegeleb ka hetkel dieedi pidamisega.

71% ülekaalulistest on mõned korrad dieeti pidanud. 12% ei ole dieeti pidanud, kuid on sellele mõelnud. Samuti 12% ülekaalulistest peab ka hetkel dieeti ning 6% vastas, et ei ole dieeti pidanud ja ei kavatse ka.

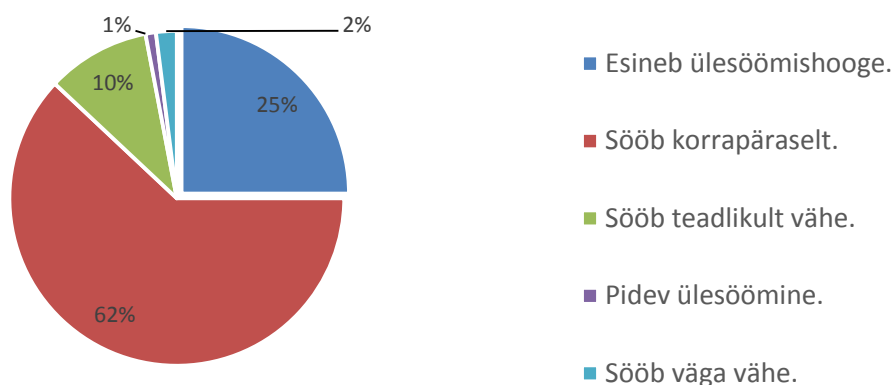
67% rasvunudest vastasid, et on mõned korrad dieeti pidanud. 11% rasvunudest ei ole dieeti pidanud, kuid on sellele mõelnud. Vaid üks inimene rasvunudest peab ka hetkel dieeti ja üks inimene vastas, et pole dieeti pidanud ning ei planeeri samuti.

Võttes arvesse kõikide noorte vastuseid dieedipidamise kohta, selgus, et 11% kogu vastanutest ehk 13 inimest peab hetkel dieeti, millest 92% on naised ja 8% mehed. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 9.



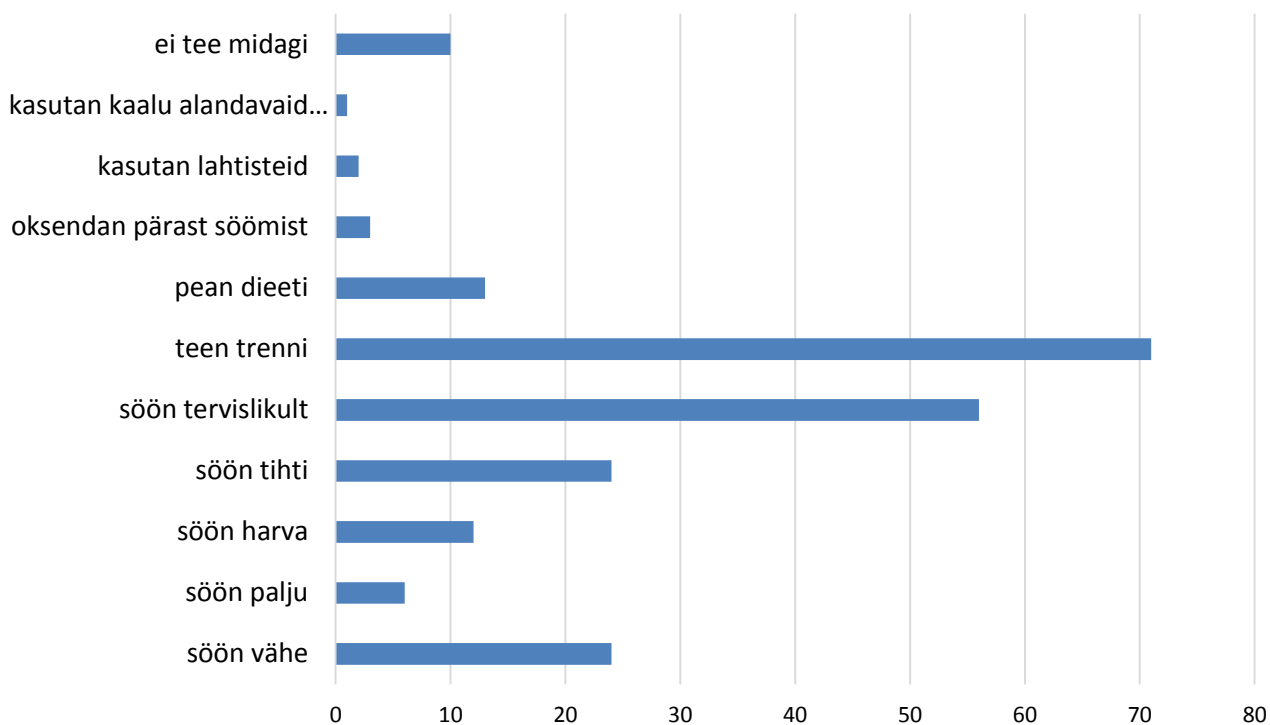
Joonis 9. Dieedipidamine kogu vastanute seas

Järgnevalt uurisime noorte toitumisharjumuste kohta. Selgus, et 62% vastanutest sööb korrapäraselt, 25% vastanutest esineb ülesöömishooge. 10% vastajatest sööb vähe ja on sellest teadlik ning 2% sööb lausa väga vähe. 1% vastanutes esineb pidev ülesöömine. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 10.



Joonis 10. Toitumisharjumused

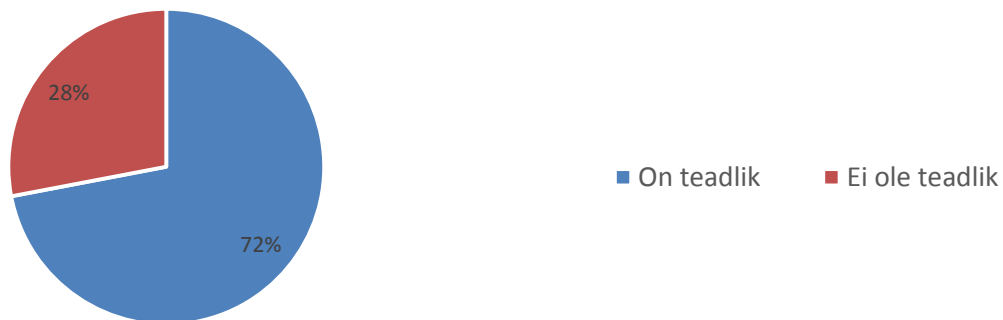
Soovitud kehakaalu saavutamiseks kasutavad noored mitmeid erinevaid meetodeid. Suures ülekaalus on trenni tegemine ja tervislikult söömine, mida teevad vastavalt 71 ja 56 noort. Võrdselt 24 inimest vastasid, et söövad vähe ja söövad tihti. 13 vastanut tunnistasid ausalt, et peavad soovitud kehakaalu saavutamiseks dieeti ning 12 vastanut peavad edukaks harva söömist. 10 noort ei tee oma kehakaalu muutmiseks midagi. 6 vastajat tõdesid, et söövad soovitud kehakaalu saavutamiseks palju. 5 inimest kasutab soovitud kehakaalu saavutamiseks lausa äärmuslikke meetmeid nagu oksendamise peale söömist (3), lahtistite (2) ja kaalu alandavate tablettide tarbimist(1). Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 11.



Joonis 11. Soovitud kehakaalu saavutamise meetmed

Järgmise küsimusega soovisime teada saada, kui palju noored igapäevaselt söövad. Tulemused olid järgmised: 79% vastanutest sööb normaalselt, 10% sööb palju, 9% sööb vähe ja 2% tunnistab, et sööb lause väga vähe.

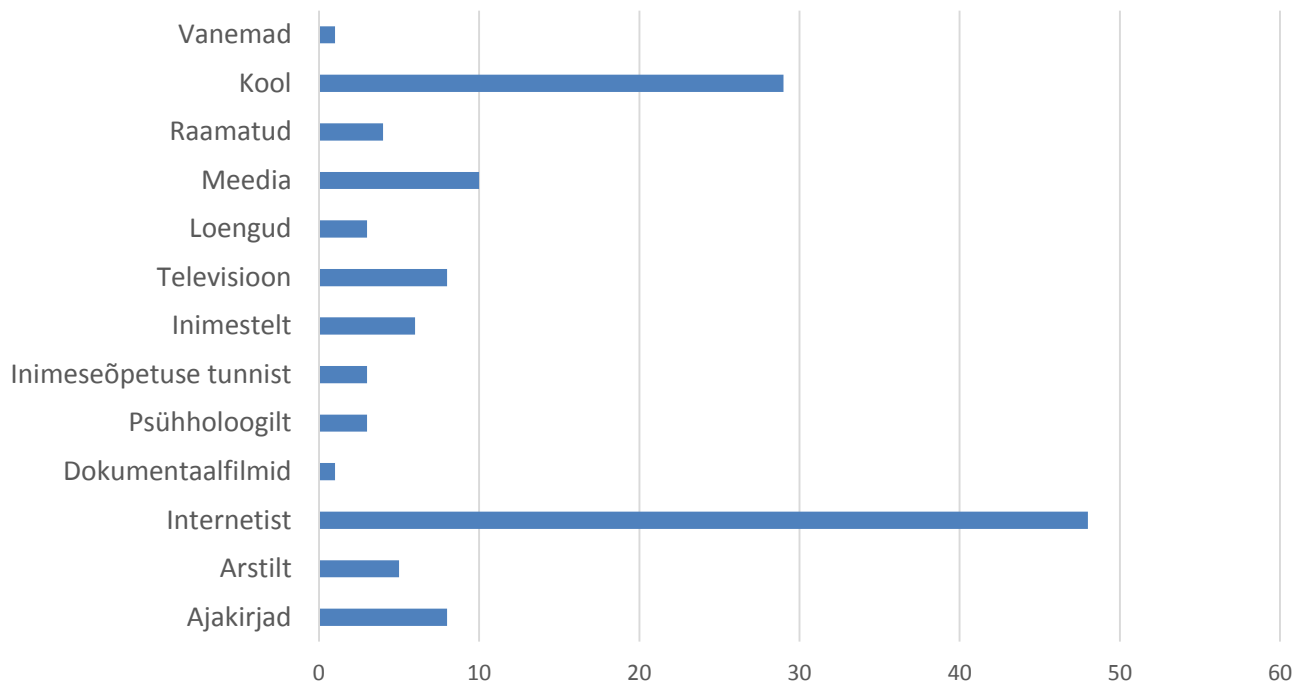
Uurides vastanute teadlikkust toitumishäiretest, selgus, et pea kaks kolmandikku (72%) on neist probleemidest teadlik ning ülejäänud 28% ei ole asjaga kursis. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 12.



Joonis 12. Vastanute teadlikkus toitumishäiretest

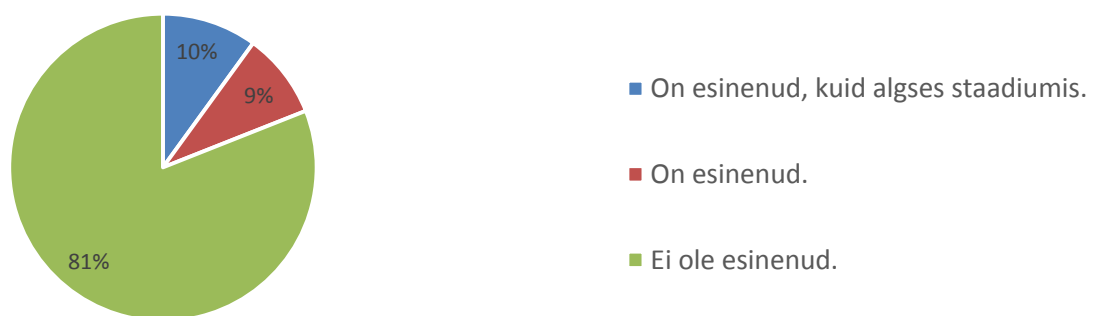
Kõige rohkem nimetati levinumaid söömishäireid nagu anoreksia ja buliimiat, kuid teadlikumad noored oskasid välja tuua ka ortoreksiat, binge-eatingut ja pike. Vastuste hulgas peeti söömishäirete süüdlaseks ka moetoöstust.

Toitumishäiretest teadlike inimeste käest uurisime, millistest allikatest nende info pärineb. Kõige populaarsemaks vastuseks osutub internet, kust on infot saanud 48 inimest. 32 noort on oma teadmised saanud koolist, 3 neist täpsemalt inimese õpetuse tunnist. 10 inimest kirjutas infoallikaks üleüldiselt meedia, 8 ajakirjanduse, 8 televisiooni ja üks inimene tõi eraldi välja sellele teemale pühendatud dokumentaalfilmi. Teistelt inimestelt ja vanematelt on infot saanud vastavalt 6 ja 1 vastanut. Olles otsinud meditsiinilist abi, on saanud infot ka toitumishäirete kohta 3 inimest psühholoogilt ning 5 inimest arstilt. Toitumishäirete alastel loengutel on käinud 3 ning selle valdkonna raamatuid on lugenud 4 vastanut. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 13.



Joonis 13. Psüühilise toitumishäirete infoallikad

Lõpetuseks soovisime teada, kas noortel endil on esinenud toitumishäireid. 19% vastanutest on pidanud selle psüühilise häirega silmitsi seisma kuid neist 10%’l on haigus esinenud vaid algses staadiumis. 81% vastas, et ei ole ise pidanud toitumishäirete pärast muretsema, kuid 45% vastanutest on tutvusringkonnast esinenud toitumishäireid kellelgi teisel. Tulemused antud andmete kohta on kajastatud joonisel 14.



Joonis 14. Toitumishäirete esinemine vastanute hulgas

Lisaks selgus, et on anoreksia ja buliimia on võrdselt levinud toitumishäired ning neist poole vähem esineb ülesöömist ehk binge.

45% vastanutest on tutvusringkonnast kellelgi teisel esinenud toitumishäireid.

2.3. Analüüs

Pea üks kolmandik (32%) vastanutest ehk 27 noort arvasid, et nende KMI on tegelikkusest suurem. Fakt, üks kolmandik vastanutest tajub oma kehakaalu vääralt, näitab kui palju võivad meedia ja ühiskond mõjutada inimese enesehinnangut. Normaalkehakaalu väärtus on aastatega tunduvalt langenud. Varem olid suurema kehakaaluga ja ümara vormiga naised väga hinnatud, kuid tänapäeval eelistatakse naisi, kelle kehamassiindeks jääb normaalkaalulise alampiirile.

Vastanutest 7% alakaalulistest tunneb end oma kehakaalu pärast halvasti, kusjuures üks neist arvab, et on ülekaaluline. Meie hinnangul on nendel inimestel väga väär kehataju ning suure tõenäosusega võib neil esineda anoreksia sümptomeid, mille tõime välja oma uurimustöö empiirilises osas.

Sarnane probleem tuli välja ka normaalkaaluliste seas, kellest 17% ei tunne ennast oma kehast hästi. Kusjuures neist 3 arvavad, et on ülekaalulised, mis suurendab tõenäosust buliimia sümptomite esinemisele.

Lisaks selgus juba etteaimatav tulemus, et naised on oma kehakaalu suhtes kriitilisemad kui mehed. Pea pooled naised (48%) arvasid oma KMI'd tegelikust suuremaks. Meeste hulgas oli see protsent väga madal (3%). Meie arvates polnud see tulemus üllatav, kuna meeste puhul on iluideaaliks pigem lihased ja kogukus.

13% noortest loeb kaloreid, kellest 3% on mehed. See tulemus on pigem positiivne, sest madalad protsendid näitavad, et suur osa noortest ei pea oluliseks oma toidu energiaväärtuse jälgimist, mis on üks toitumishäire põhisümptomitest.

Tuli välja, et lausa üks kolmandik noortest ei toitu tervislikult. Peamiseks põhjuseks toodi välja kiire eluviis, mida harrastab 24% vastanutest. Seetõttu tarbitakse palju kiirtoitu, mis on küll suure energiaväärtusega kuid koguselt väiksem, kui kvaliteetselt valmistatud mitmekesine eine. Teiseks põhjuseks toodi välja suur hinnavahe. Odavam on osta kiirtoitu, kui tooraineid täisväärtusliku söögikorra valmistamiseks. Liigne rämpstoidu tarbimine põhjustab sageli kaaluprobleeme, mis toob kaasa perioodilist toitumise piiramist ning ületreenimist.

Pea pooled alakaalulistest (48%) on kas dieeti pidanud või sellele mõelnud. See protsent on väga suur, kuna tegelikkuses pole neil toitumise piiramiseks mingit põhjust. 8% normaalkaalulistest peab küll hetkel dieeti, kuid meie hinnangul ei pruugi see viidata toitumishäirele. Tegu võib olla ülekaalu vältimiseks arsti poolt määratud eridieediga, millega püütakse küll vähendada rasvaprotsenti kehas, kuid säilitada lihasmassi. Hetkelistest dieedipidajatest valdav osa on naised (92%), mis on põhjendatav tänapäeva naise iluideaaliga.

Tulemusi analüüsid selgus, et neljandikul vastajatest esinevad ülesöömishood ning 1% on pidev ülesöömine. Ülesöömishoogude põhjuseks võib olla eelnev toitumise piiramine, mis põhjustab suurt näljatunnet ning sellele järgi andes tarbitakse lühikese aja jooksul suures koguses toitu. Sellise tsükli kordumine on tüüpiline buliimia sümptom.

10% vastanutest tunnistas, et sööb teadlikult vähe, mis viitab kindlale toitumise piiramisele ning 2% vastanutest väitis, et sööb lausa väga vähe, mida võib pidada koguni näljutamiseks. Niisuguse toitumiskäitumise jätkumisel võib kujuneda *anoreksia nervosa*.

Soovitud kehakaalu säilitamise meetodeid uurides kiidame heaks noorte füüsilist aktiivsust. Kehaline koormus suurendab ja tugevdab lihaseid, kaasa arvatud südamelihaseid. Lisaks kiirendab see ainevahetust, mis koos tervisliku toitumisega aitab püsida soovitud vormis ja tekitab rahulolu oma keha suhtes. Pooled meie vastanutest ütlesid, et toituvad tervislikult. See on tänapäeva kiire eluviisi juures tunnustamisväärne tulemus. 24 vastanud Viljandimaa noort on teadlikud, et tihti söömine on tervisele kasulik, sest see aitab hoida veresuhkru taset stabiilsena, mis ennetab hetkelist ülesöömist.

Samale küsimusele saime ka negatiivset tagasisidet. Nimelt selgus, et kuus inimest peab soovitud kehakaalu säilitamiseks tarvilikuks kasutada ekstreemseid vahendeid. Kolm neist oksendab pärast söömist, mis viitab otseselt buliimiale. Selline käitumine on põhjustatud kas ebameeldivast täiskõhutundest või söömisjärgsest süütundest. Ülejäänud kolm noort on pigem anorektiliste kalduvustega püüdes alandada oma kehakaalu tarbides lahtisteid ja kaalu alandavaid tablette.

Seda küsimust uurides kajastub hästi meie statistikas selgunud tõsiasi, et anoreksia ja buliimia on üleüldiselt võrdselt levinud.

Uuringu tulemuste kohaselt sööb 79% vastanud noortest täiesti tavapäraselt, mis oligi ootuspärane. See on väga hea tulemus, sest protsentide jaotus on sarnane uuritud allikate tulemustega.

Valdav osa vastanutest Viljandimaa noortest (72%) on toitumishäiretest teadlik. Tänapäeval kajastatakse seda valdkonda nii meedias, koolis kui ka avalikus elus. See aitab vältida psüühiliste toitumishäirete all kannatajate osakaalu kasvu ning suurendab juba haigestunud inimeste ravivõimalusi ja tervenemisprotsenti.

Kahjuks tuleb kurvastusega tõdeda, et pea kümnendikul vastanutest (9%) on kindlalt esinenud (esineb ka hetkel) psüühilisi toitumishäireid. Meie arvates on see tulemus küllaltki usaldusväärne, sest rahvusvahelise *anorexia nervosa* ühingu ANAD andmetel on see protsent USA noorte seas 7,1. 10% vastanutest tõdesid, et neil on esinenud psüühiliste toitumishäirete sümptomeid, kuid nad on peagi naasnud tavapärase toitumise ja eluviisi juurde. Meie küsitluses selgus, et tervelt 81% Viljandimaa noortel ei ole esinenud psüühilisi toitumishäireid ega nende algsümptomeid.

KOKKUVÕTE

Vaimsed toitumishäired nagu anoreksia ja buliimia on väga rasked toitumishäired, mis on levinud eelkõige vanuses 15-24. Anoreksia ehk kõhnumishäire on haigus millega kaasneb märgatav kaalulangus, mis viib alakaalulisuseni. Anoreksiaga kaasnevad nii tõsised psüühilised kui ka füüsilised tagajärjed. Anoreksia alaliigina tõime välja anoreksia atleetika, kus esineb lisaks tavasümptomitele sundtegevusena tehtav väga aktiivne treening. See avaldub rohkem sportlaste seas. Erinevalt anoreksiast on buliimiale on iseloomulik varjatud, korduvad liigsöömishood, kusjuures haige on enamasti normaalkaalus. Tihti järgneb ülesöömissööstudele vajadus toidust vabaneda ning seejärel dieeti pidada. Sellise käitumise kordumisel tekib suletud ring, milles ülesöömine vaheldub näljutamisega. Uue aja toitumishäirena tõime välja ortoreksia, mis väljendub kindlate toitumisreeglite väljatöötamisel, kusjuures välditakse palju saaste- ja lisaaineid sisaldavaid toiduaineid. Erinevus eelnevate toitumishäiretega seisneb kinnisidees tarbida võimalikult tervislikku ja kvaliteetset toitu, kuid toidu kogus ei oma seejuures tähtsust. Eelnimetatud häireid soodustavad tegurid võivad olla nii psühholoogilised, päritavad, kultuuriga seotud või bioloogilised. Samuti võivad varieeruda vallandavad tegurid, milleks on drastilised elumuutused, ebaedu elus ja sotsiaalsed probleemid. Toitumishäire ravi on pikaajaline protsess, mille eesmärk on söömiskäitumise normaliseerumine ning alatoitumisest ülesaamine. Oluline on kaasata lähedaste tugivõrk ja professionaalide abi psühhoteraapia näol ning vältida sümptomite kordumist ja krooniliseks muutumist.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida Viljandimaa noorte toitumisharjumusi ja nende seoseid psüühiliste toitumishäiretega. Uurimismeetodina kasutati internetipõhist valikvastustega küsitlust.

Küsitluse tulemuste põhjal selgus, et valdava osa vastanute hinnang oma KMI'st ühtis tegelikkusega. Lausa pooled vastanutest on kokku puutunud vaimsete söömishäiretega läbi tutvusringkonna või seda ise põdedes. Meie uurimuse põhjal osutusid *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* võrdselt levinuks ning suurem osa vastanutest on toitumishäiretest üleüldiselt teadlikud. Positiivsest küljest võib välja tuua, et paljud küsitletud Viljandimaa noored on aktiivsed ning toituvad tervislikult. Toitumishäirete edasise leviku vältimiseks tuleks kasutusele võtta ennetavad abinõud. Noorte lähituttavad peaksid nende elustiilis toimuvaid muutuseid tõsisemalt

võtma ning ilmselge probleemi tekkimisel abistavat nõu andma või spetsialisti poole pöörduma. Haiguse tõsiduse rõhutamiseks tuleks rohkem tähelepanu juhtida sellest tulenevatele tüsistustele ning terviseprobleemidele.

SUMMARY

Mental eating disorders like anorexia and bulimia are severe eating disorders that are commonly spread in ages between 15-24. Anorexia, also known as a starvation disease, is illness which is accompanied by a noticeable weight loss that leads to underweight. Anorexia results in serious psychological and physical consequences. We brought out anorexia athletica as anorexia's sub-unit where besides common symptoms appears self-forced obsessive exercise. It is more commonly found among athletes. Unlike anorexia, bulimia's characteristics are hidden, repeated compulsive overeating whereby the person is usually in a normal weight range. Binges are often followed by the need of getting rid of the food by purging and fasting. This kind of behaviour forms a closed circle in which overeating takes turns with starvation. As a modern eating disorder we pointed out orthorexia that is characterized by working out certain eating habits where the subject may avoid certain unhealthy foods, such as those containing preservatives and man-made food-additives. The difference between previous eating disorders consists of consuming as healthy and high-quality food as possible however the amount of food does not matter. Previously mentioned disorders risk factors may be psychological, heritable, cultural or biological. The triggering factors may also vary from drastic lifestyle change, failure in life to social problems. The treatment of eating disorders is a long-term process which purpose is normalising the eating habits and overcoming the malnutrition. It is important to involve family, friends and professional guidance in the form of psychotherapy to avoid the repetition of the symptoms and becoming chronic.

The purpose of present research was to investigate the eating habits of youth in Viljandi and find out their connections with psychological eating disorders. We used a Internet-based multiple answer quiz as our research method.

From the results of the quiz it appeared that the evaluation of the majority respondents (of their) BMI (Body Mass Index) matched with reality. Half of the respondents have dealt with mental eating disorders through acquaintances or suffered themselves. Based on our research *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa* turned out to be equally known and most of the answerers are generally aware of eating disorders. From the positive side it can be emphasized that a lot of questioned youngsters of Viljandi are active and eat healthily. To avoid the further spreading of disorders preventive measures should be taken into use. The close friends of the young should

take the ongoing changes in their lifestyle more seriously and give helpful advice or turn to a specialist when an obvious problem emerges. To emphasize the seriousness of the illness should be paid more attention to the following complications and health problems.

KASUTATUD KIRJANDUS

MTÜ Eriline koduleht. Kõike söömishäiretest.

<http://eriline.ee/site/> (27.01.2014)

Terviseportaal Inimene.ee. Haigused ja seisundid: Anoreksia.

http://inimene.ee/a/anoreksia#Sümptomid_ehk_avalduimine (27.01.2014)

Peaasi koduleht. Söömishäired: Bulimia nervosa ehk buliimia.

<http://peaasi.ee/soomishaired/bulimia-nervosa/> (15.07.2014)

Söömishäirete kognitiiv-käitumisteraapia e-kursus. Materjalid. Maiken Jaanisk.

<http://soomishairetekk.weebly.com/luumlhikonspekt.html> (20.07.2014)

Arst.ee koduleht. Söömishäired. Anoreksia ja buliimia.

<https://www.arst.ee/et/Valdkonnad/d/11169/soomishaired-anoreksia-ja-buliimia> (14.06.2014)

Anorexia Athletica. Stefanie Lein.

<http://www.eatingdisordersonline.com/explain/anorathletica.php> (01.08.2013)

Tallinna Ülikooli Pedagoogiline Seminar. Noorsootöötajale noorte toitumishäiretest. Buliimia Nervosa: Buliimia tagajärjed.

<http://www.tlu.ee/opmat/tp/noorte/buliimiatagajrjed.html> (15.07.2014)

Tallinna Ülikooli Pedagoogiline Seminar. Noorsootöötajale noorte toitumishäiretest.

<http://www.tlu.ee/opmat/tp/noorte/index.html> (15.07.2014)

Tervise Aregngu Instituudi koduleht. Toitumishäired: Anoreksia.

<http://www.toitumine.ee/anoreksia-2/> (27.01.2014)

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen, R. 2011. Söömishäired. Juhised lähedastele. AS Medicina. Tallinn

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Hendriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. 2007. Psühhiaatria. AS Medicina. Tallinn

LISAD

Lisa 1. Uurimistöö küsimustik

Vanus *

Sugu *

Pikkus (cm) *

Kaal (kg) *

Kas mõtled tihti süües kui palju kaloreid mingi asi sisaldab? *

- Jah, alati
- Mõnikord
- Harva
- Ei

Enda arust oled sa: *

- Alakaaluline
- Natuke alakaaluline
- Normaalkaaluline
- Natuke ülekaaluline
- Ülekaaluline

Kas tunned end oma kehakaalu pärast halvasti? *

- Jah
- Natukene
- Ei

Kas arvad, et toitud tervislikult? *

- Jah
- Püüan toituda tervislikult
- Ei

Kui ei, siis mis sind takistab?

- Vanemad teevad ebatervislikku toitu
- Kiire eluviis
- Pole tahtejõudu
- Muu:

Kas oled kunagi oma elus dieeti pidanud? *

- Ei, ning ei kavatse ka
- Ei aga olen planeerinud
- Jah, mõned korrad
- Jah, teen seda ka hetkel

Millised on sinu toitumisharjumused? *

- Söön vähe
- Üritan teadlikult vähe süüa
- Söön korrapäraselt (piisav kogus)
- Esineb tihti ülesöömishooge
- Pidev ülesöömine

Mida teed selleks, et saavutada soovitud kehakaalu? *

- Söön vähe
- Söön palju (olen alakaalus)
- Söön harva
- Söön tihti
- Söön tervislikult

- Teen regulaarselt trenni
- Pean dieeti
- Oksendan peale söömist
- Võtan kõhulahtisteid
- Võtan kaalu alandavaid tablette
- Muu:

Kui palju sa igapäevaselt sööd? *

- Väga palju (üle 3000 kcal)
- Normaalselt (ligikaudu 2000 kcal)
- Vähe (vähem, kui 1500 kcal)
- Väga vähe (vähem, kui 1000 kcal)

Kas oled teadlik toitumishäiretest? *

- Jah
- Ei

Kui oled teadlik, siis milliseid toitumishäireid oskad nimetada?

Kust oled saanud infot psüühiliste toitumishäirete kohta? *

Kas sul on esinenud toitumishäireid? *

- Jah
- Ei
- Algses staadiumis

Kui jah, siis milliseid?

Kas sinu tutvusringkonnas on kellelgi esinenud söömishäireid? *

- Jah

- Ei
- Ei ole teadlik

Kas oled abi saamiseks pöördunud psühholoogi või arsti poole?

- Jah
- Ei