

KODIN RUOKAILUTOTTUMUSTEN YHTEYS NUORTEN
SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMISEEN

Taskinen Emilia
Kandidaatin tutkielma
Ravitsemustiede
Lääketieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Toukokuu 2018

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Ravitsemustiede

TASKINEN RIIKKA E.: KODIN RUOKAILUTOTTUMUSTEN YHTEYS NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMISEEN

Kandidaatin tutkielma, 33 sivua, 1 liite (4 sivua)

Ohjaaja: TtM Taisa Venäläinen

Toukokuu 2018

Avainsanat: syömishäiriö, ruokailutottumus, syömiskäyttäytyminen

KODIN RUOKAILUTOTTUMUSTEN YHTEYS NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMISEEN

Nuorten syömishäiriötapaukset ovat olleet kasvussa viimeisten vuosikymmenten aikana. Esimerkiksi muuttuva yhteiskunta, kauneusihanteet ja ulkonäköpaineet lisäävät syömishäiriöriskiä nuorilla naisilla sekä miehillä. Yleisimpiä syömishäiriöitä nuorten keskuudessa ovat anoreksia nervosa, bulimia nervosa ja lihavan ahmintahäiriö (BED). Perheellä ja etenkin vanhemmilla on suuri vaikutus jälkikasvunsa ruokailutottumuksiin ja syömiskäyttäytymiseen. Nykyisen tutkimustiedon mukaan vain noin puolet suomalaisista perheistä syövät illallisen päivittäin perheen kesken.

Kodin ruokailutottumusten ja nuorten syömiskäyttäytymisen yhteyksiä on tutkittu monesta eri näkökulmasta, mutta kodin ruokailutottumusten ja nuorten syömishäiriöiden kehittymisen yhteys on vähemmän käsitelty näkökulma. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, millaisia mahdollisia vaikutuksia erilaisilla kodin ruokailutottumuksilla, kuten yhteisillä aterioilla ja niiden frekvenssillä, sekä muilla ruokailutilanteisiin liittyvillä tekijöillä on nuorten syömishäiriöiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen kehittymiseen.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella erilaisilla kodin ruokailutottumuksilla on vaikutusta nuorten syömishäiriöiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen kehittymiseen. Vaikutus voi olla joko syömishäiriöille altistava tai niiltä suojaava. Perheen kesken nautitut ateriat, kuten illalliset ja niiden suuri frekvenssi suojaavat nuoria syömishäiriöiden kehittymiseltä. Lisäksi ne näyttävät suojaavan nuoria epäterveellisiltä painonhallintakeinoilta, kuten krooniselta laihduttamiselta, oksentamiselta sekä tyhjennyskeinoilta, kuten laihdutuslääkkeiden, diureettien ja laksatiivien käytöltä. Tulos havaittiin niin pitkittäis- kuin poikkileikkaustutkimuksissakin. Harvemmat perheen yhteiset ateriat taas ovat yhteydessä suurempaan riskiin sairastua syömishäiriöön. Myös monella aterioihin liittyvillä tekijöillä, kuten aterioiden rakenteella, tunnelmalla ja aterioihin liittyvillä kokemuksilla todettiin olevan yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen. Vanhempien omalla asenteella ruokaa, syömistä ja painoa kohtaan sekä jälkikasvun syömiseen puuttumisella todettiin olevan yhteys jälkikasvun syömishäiriöiden kehittymiseen.

Kirjallisuuskatsauksesta saatu tieto on merkityksellistä myös terveydenhuollon näkökulmasta. Saadun tiedon perusteella kodin ruokailutottumusten merkitys tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon syömishäiriöiden seulonnassa ja diagnosoinnissa, sekä hoidossa ja seurannassa. Yhteisiä aterioita tulisi suositella perheille entistä laajemmin terveyttä tukevinä ja häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ehkäisevinä.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 SUOMALAISPERHEIDEN RUOKAILUTOTTUMUKSET	6
3 SYÖMISHÄIRIÖT	7
3.1 Syömishäiriöiden syyt ja seuraukset	7
3.2 Syömishäiriöiden seulonta ja luokittelu	8
3.3 Anoreksia nervosa	9
3.4 Bulimia nervosa	10
3.5 Lihavan ahmintahäiriö (BED)	12
4 KODIN RUOKAILUTOTTUMUKSET JA SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMINEN	13
4.1 Kodin ateriaritmin ja ateriatekijöiden yhteys nuorten syömishäiriöiden kehittymiseen	13
4.2 Kodin ateriaritmin ja ateriatekijöiden yhteys buliimisen käyttäytymisen kehittymiseen	17
4.3 Vanhempien ja ikätovereiden syömiskäyttäytymisen yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen	18
4.4 Perheen dynamiikan yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen	19
5 POHDINTA	20
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	23
LÄHTEET	25
LIITTEET	30
Liite 1. Kodin ruokailutottumusten yhteyttä nuorten syömishäiriöiden kehittymiseen käsitteleviä tutkimuksia vuosilta 2001-2015	30

1 JOHDANTO

Nuorten syömishäiriötapausten määrä on lisääntynyt huomattavasti viime vuosikymmenten aikana (Aro ym. 2015). Muuttuva yhteiskunta, kauneusihanteet ja ulkonäköpaineet lisäävät omalta osaltaan syömishäiriöriskiä nuorilla naisilla sekä miehillä. Näiden lisäksi lukuisilla muilla eri ulkoisilla ja sisäisillä tekijöillä on todettu olevan yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen.

Perheellä ja kodin sisäisellä dynamiikalla on suuri merkitys nuorten syömiskäyttäytymiseen ja ruokailutottumusten kehittymiseen sekä muokkautumiseen (Savage ym. 2007). Vanhemmat tarjoavat niin geneettisen pohjan kuin fyysisen ympäristön jälkikasvulle. He vaikuttavat lastensa ruokapreferensseihin ja syömiskäyttäytymiseen määrittelemällä saatavilla ja saatamattomilla olevat ruoat, ja toimimalla itse roolimallina syömiskäyttäytymisessä. Erilaisilla kodin sisäisillä ruokailutottumuksilla, kuten vihannesten ja hedelmien syönnillä, sekä yhteisten aterioiden kuten aamiaisen ja päivällisen nauttimisella on todettu olevan positiivinen yhteys nuorten parempiin ruokailutottumuksiin ja terveellisempään ruokavalioon (Gillmann ym. 2000, Larson ym. 2013, Watts ym. 2017).

Tutkimuksissa on todettu muun muassa, että vanhempien kommentointi jälkikasvunsa painosta tai ulkomuodosta, painoon liittyvä kiusoittelu ja laihduttamiseen kannustaminen ovat yhteydessä nuorten tyytymättömyyteen omaa vartaloa kohtaan, epäterveellisiin ja äärimmäisiin painonhallintakeinoihin ja ahmimiseen (Neumark-Sztainer ym. 2010, Ricca ym. 2010). Myös vanhempien keskustelu painosta, syömisestä ja ruokailutottumuksista korreloi jälkikasvun laihduttamisen, epäterveellisten laihduttamiskeinojen ja häiriintyneen syömisensä kanssa (Berge ym. 2013). Vanhempien rooli jälkikasvun syömiskäyttäytymisen kehittymisessä on siis hyvin suuri.

Aiemmassa kirjallisuudessa on havaittu myönteisiä tuloksia myös perheen kesken syötyjen aterioiden ja vanhempien parempien ruokailutottumusten yhteydestä (Berge ym. 2012). Toistuvat perheen keskeiset ateriat on yhdistetty muun muassa lisääntyneeseen hedelmien ja vihannesten kulutukseen vanhemmilla, isien vähempään roskaruoan kulutukseen ja äitien vähäisempään laihduttamiseen ja ahmimiskäyttäytymiseen. Perheen kesken nautituilla aterioilla on siis positiivinen vaikutus niin vanhemmille kuin heidän jälkikasvullekin.

Kodin ruokailutottumuksiin taas vaikuttaa esimerkiksi vanhempien työllisyystilanne sekä työstä johtuva stressi. Yhdysvalloissa toteutetussa poikkileikkaustutkimuksessa tutkittiin

vanhempien työllisyystilanteen ja työelämän stressin yhteyttä moneen eri näkökulmaan perheen ruokaympäristössä (Bauer ym. 2012). Tulokset osoittivat, että kokopäiväisesti työskentelevät äidit ilmoittivat perheen syövän vähemmän yhteisiä aterioita, kannustivat vähemmän lapsiaan syömään terveellisesti, käyttivät vähemmän aikaa ruoan valmistukseen ja lisäksi perheessä syötiin vähemmän kasviksia ja hedelmiä kuin perheissä, joissa äidit työskentelevät osa-aikaisesti tai ovat työttöminä. Myös kokopäiväisesti työskentelevät isät käyttivät vähemmän aikaa ruoan valmistukseen kuin osa-aikaisesti työskentelevät tai työttömänä olevat isät. Kummankin vanhemman kohdalla korkeampi työssä koettu stressi yhdistettiin epäterveellisempiin ruokailutottumuksiin, kuten harvempiin perheen yhteisiin aterioihin, vähempään kasvisten ja hedelmien kulutukseen ja suurempaan roskaruoan ja sokeroitujen juomien nauttimiseen. Näiden tulosten valossa voidaan sanoa, että vanhempien työllisyystilanteella ja koetulla stressillä on suora vaikutus kodin ruokailutottumuksiin.

Erilaisia näkökulmia vanhempien ja kodin ruokailutottumusten yhteydestä lasten ja nuorten syömiskäyttäytymiseen on tutkittu paljonkin. Kodin ruokailutottumusten ja nuorten syömishäiriöiden välinen yhteys on kuitenkin vähemmän käsitelty näkökulma.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella kodin ruokailutottumusten yhteyttä nuorten syömishäiriöiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen kehittymiseen. Kodin ruokailutottumuksiin luetaan muun muassa perheen yhteiset ateriat ja niiden tiheys, vanhempien ruokaan ja syömiseen liittyvät asenteet ja heidän ruokailutottumuksensa, sekä yhteisten aterioiden ilmapiiri. Aihe on tärkeä, sillä syömishäiriöiden suuresta esiintyvyydestä huolimatta suhteellisen vähän tiedetään niiden syistä. Osa nykyisestä tutkimustiedosta on myös ristiriitaista. Koska vanhemmilla on suuri vaikutus jälkikasvunsa syömiskäyttäytymiseen ja asenteisiin, tulisi myös kodin ruokailutottumuksien vaikutus niihin huomioida. Kirjallisuuskatsaus voisi olla hyödyllinen myös terveydenhuollon ammattilaisille, sillä he voisivat tiedon myötä huomioida entistä paremmin myös kodin ruokailutottumusten näkökulma syömishäiriöiden seulonnassa, diagnosoinnissa ja hoidossa.

2 SUOMALAISPERHEIDEN RUOKAILUTOTTUMUKSET

Eräessä suomalaisessa lasten ravitsemusta ja ruokailutottumuksia käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että 6—8-vuotiaista suomalaisista pojista 44,6 % ja tytöistä 34,1 % söivät kaikki päivän kolmesta pääateriasta (Eloranta ym. 2011). 95,3 % tytöistä ja 95,8 % pojista söivät aamiaisen päivittäin. 75,4 % pojista ja 78,9 % tytöistä söivät lounaan päivittäin, ja 48,3 % tytöistä ja 55,4 % pojista söivät illallisen päivittäin. Kokonaisenergiansaannista 16,4 % saatiin aamupalasta, 20,9 % lounaasta, 21,3 % päivällisestä ja 41,3 % välipaloista sekä tytöillä että pojilla.

Toisen suomalaistutkimuksen mukaan 81 % 7-luokkalaisista pojista söi aamupalan päivittäin, kun tytöistä aamupalan söi päivittäin 69 % (Hoppu ym. 2010). Koululounaan söi 71 % nuorista päivittäin, ja 22 % 3-4 kertaa viikossa. Koululounaan tarjoama kokonaisenergia oli noin 20 % päivittäisestä energiansaannista, suosituksen ollessa, että lounaasta saataisiin 30 % päivän energiansaannista. Päivällisen söi päivittäin 79 % pojista ja 71 % tytöistä, ja alle puolet perheistä söivät päivällisen yhdessä.

Nuorten välipalojen kulutus kouluaikana on tunnetusti suurta (Hoppu ym. 2010). Suosituimmat välipalat olivat karkit tai suklaa (35 %) ja leipä (34 %). Myös erilaiset välipalapatukat, hedelmät ja sokeriset virvoitusjuomat olivat suosittuja. Sekä tyttöjen että poikien keskuudessa 41 % päivän energiansaannista saatiin välipaloista, mukaan lukien juomista.

Suomalaisilla 10—11-vuotiailla lapsilla toteutetun tutkimuksen mukaan 99 % tutkittavista söivät aamiaisen päivittäin, ja 94% söi koululounaan (Haapalahti ym. 2003). 80 %:ssa perheistä valmistettiin päivittäin päivällinen. Useimmat tutkittavista ilmoittivat perheen syövän säännöllisesti päivällistä arkipäivinä, 54 % ilmoitti syövän yhdessä päivittäin, 38 % ilmoitti syövänsä melkein päivittäin ja 8 % ilmoitti syövänsä harvoin. Pikaruokaravintoloissa tai muissa ravintoloissa syöminen ei ollut yleistä arkipäivinä. Tutkimuksessa todettiin myös, että lapset jotka söivät perheen kesken päivällisen säännöllisesti, söivät harvemmin makeisia ja pikaruokaa, kuin lapset jotka eivät syöneet säännöllisesti päivällistä. Niillä lapsilla, jotka söivät säännöllisesti päivällisen perheen kesken, oli harvempia epäterveellisiä ruokailutottumuksia, kuin niillä jotka eivät syöneet.

3 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, joille yhteistä on poikkeava suhtautuminen ruokaan, syömiseen ja omaan kehoon (Aro ym. 2015). Syömishäiriöiden kirjo on laaja, ja myös saman taudin sisällä oireet vaihtelevat yksilöllisesti. Syömishäiriöt voivat myös sekoittaa toisiinsa, ja joskus tarkkaa diagnoosia niistä voi olla vaikea tehdä (Attia ym. 2007). Syömishäiriöistä yleisimmät ovat bulimia nervosa ja anoreksia nervosa. Näiden varsinaisten syömishäiriöiden lisäksi on olemassa laaja kirjo epätyypillisiä syömishäiriöitä, kuten epätyypillinen laihuushäiriö, epätyypillinen ahmimishäiriö ja lihavan ahmintahäiriö (*binge eating disorder*) (Aro ym. 2015).

Syömishäiriöihin sairastuneiden määrä on kasvanut viime vuosikymmeninä nopeasti (Aro ym. 2015). Sairastuneista valtaosa on nuoria naisia, mutta myös nuorten miesten syömishäiriöiden, etenkin ahmimistyyppisen syömishäiriön on raportoitu lisääntyvän. Anoreksia nervosaa sairastaa nykyisin noin 0,5 % länsimaisista nuorista naisista, ja miehistä noin 10 % naisten osuudesta (Attia ym. 2007). Bulimia nervosaa sairastaa noin 1—5% länsimaisista naisista (Aro ym. 2015). Arviolta 95 % syömishäiriöpotilaista on 12—25-vuotiaita (Harrington ym. 2015). Syömishäiriöistä aiheutuvassa kuolleisuudessa on ollut nähtävillä nousua, kuolleisuuden ollessa anoreksia nervosan kohdalla 1,7—5,9 %, bulimia nervosan kohdalla 3,9 % ja epätyypillisissä syömishäiriöissä 5,2 % (Crow ym. 2009, Harrington ym. 2015). Syömishäiriöt siis osoittavat suuren riskin kuolleisuudessa verrattuna terveisiin henkilöihin.

3.1 Syömishäiriöiden syyt ja seuraukset

Syömishäiriöiden syyt on osaksi tuntemattomia ja mitä luultavimmin niiden taustalla on useita eri syitä (Harrington ym. 2015). Syömishäiriötapausten lisääntymiseen on vaikuttanut omalta osaltaan nyky-yhteiskunnassa vallitsevat laihuutta ihannoivat kauneusihanteet (Aro ym. 2015). Kauneusihanteet luovat paljon paineita nuorille naisille ja miehille, ja nämä paineet saavat heidät turvautumaan esimerkiksi rajuihin laihdutusyrityksiin, jotka pitkittyneenä saattavat altistaa syömishäiriöille. Vanhempien kasvatustyylin ei ole todettu olevan ensisijainen syömishäiriöiden riskitekijä, mutta kasvatustyyli, kodin sisäinen stressi ja vanhempien välinen epäsopu voivat osaltaan vaikuttaa ahdistuneisuuteen ja luonteenpiirteisiin, jotka ovat syömishäiriöiden riskitekijöitä (Harrington ym. 2015). Myös geneettisten tekijöiden roolista syömishäiriöiden, etenkin anoreksia nervosan ja bulimia nervosan taustalla on joitain todisteita (Hinney ja Volckmar 2013). Aiheesta tarvitaan kuitenkin lisätutkimuksia. Tutkimuksissa on

havaittu myös postiviinen yhteys lapsuuden trauman, syömishäiriön sairastaneiden sisarusten, fyysisen aktiivisuuden ja syömishäiriöiden riskin välillä (O'Brien ym. 2017).

Syömishäiriöihin on yhdistetty välittäjäaineiden, kuten serotoniinin ja dopamiinin epänormaalia käyttäytymistä ja lisäksi tutkimuksissa on havaittu, että ruokahalua säätelevät hormonit kuten greliini, leptiini, aivoperäinen hermokasvutekijä (BDNF) ja endokannabinoidi vaikuttavat myös ei-homeostaattisiin kognitiivisiin-, emotionaalisiin- ja palkitsemiskomponentteihin (Kontis ja Theochari 2012, Monteleone ja Maj 2013). Anoreksia nervosa ja bulimia nervosa ovat yhdistetty palkitsemismekanismien toimintahäiriöihin. On siis mahdollista, että muutokset ruokahalua säätelevissä hormoneissa ja säätelytekijöissä vaikuttavat myös syömishäiriöille tyypillisen ei-homeostaattisen käyttäytymisen, kuten näännyttämisen tai ahmimisen kehittymiseen ja/tai ylläpitoon.

Syömishäiriöihin liittyy usein sekä fyysisiä että psyykkisiä jälkitauteja, sekä huomattavia häiriöitä ja vaikeuksia (Hail ja La Grange 2018). Syömishäiriön sairastaminen on yhdistetty sairauksien yhteisesiintymiseen, muun muassa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, sekä erilaisiin häiriöihin, kuten häiriöihin sosiaalisessa käyttäytymisessä (Swanson ym. 2011). Syömishäiriön sairastaminen on yhdistetty myöhäisempään alipainaisuuteen (BMI, body mass index $<18.5 \text{ kg/m}^2$), diagnosoituun masennukseen, tupakointiin ja kohonneeseen kuolleisuuteen (Hail ja La Grange 2018).

3.2 Syömishäiriöiden seulonta ja luokittelu

Syömishäiriöiden seulonnassa koulujen vuosittaiset terveystarkastukset ja liikuntatestit ovat ideaaleja seulontamahdollisuuksia (Morgan ym. 2000). Painon, pituuden ja painoindeksin mittaamisen lisäksi on olemassa erilaisia seulontakeinoja, kuten viisiosainen SCOFF-kyselylomake. SCOFF-kyselyä käytetään erityisesti perusterveyshuollossa normaali- ja alipainoisilla henkilöillä. Kysymykset liittyvät anoreksia nervosan ja bulimia nervosan tyypillisiin oireisiin.

The Bulimia Test Revised (BULIT-R) on 36-osainen, itseraportoitava mittari, joka arvioi DSM-IV:n validoituja bulimia nervosan oireita (Munos ym. 2007). Pistemäärä 104 tai korkeampi arvioidaan tyypillisesti bulimia nervosaa ilmaisevana.

The Eating Disorder Inventory (EDI) on moniulotteinen, itseraportoitava mittari, jolla arvioidaan anoreksia nervosalle ja bulimia nervosalle tyypillisiä persoonallisuus- ja

käyttäytymispiirteitä (Garner ym. 1983). EDI:stä on olemassa kolme versiota, 64-osainen EDI joka kehitettiin vuonna 1981, 91-osainen EDI 2, joka kehitettiin vuonna 1991, ja 91-osainen EDI 3 vuodelta 2004 (Clausen ym. 2011). Mittarit ovat laajasti käytettyjä niin tutkimuksen kuin terveydenhuollonkin parissa.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) on American Psychiatric Associationin vuonna 1994 julkaisema ohjeistus, jolla luokitellaan psykiatrisia diagnooseja (Oldham 2017). Se kattaa kaikki mielenterveyden häiriöt. Uusi, vuonna 2013 julkaistu American Psychiatric Associationin ohjeistus DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) on uudempi versio vanhasta DSM-IV-ohjeistuksesta (Lock ym. 2015). Jatkossa kirjallisuuskatsauksessa viitataan näihin ohjeistuksiin ja mittareihin.

3.3 Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa (lat. *anorexia nervosa*) eli laihuushäiriö on vakava mielenterveyden sairaus ja syömishäiriö (Attia ym. 2007). Sen tunnusmerkkeinä ovat muun muassa alhainen kehonpaino, jatkuva laihuuden tavoittelu ja vääristynyt ajattelutapa kehon muodosta ja painosta. Anoreksia nervosa on hyvin monisävyinen syömishäiriö, jonka oireet ja taudinkuva vaihtelevat yksilöllisesti. Anoreksia nervosaa sairastaa noin 0,5 % länsimaisista nuorista naisista. Kyseinen sairaus on tunnistettu jo vuosisatojen ajan. Termi anoreksia nervosa on keksitty 1870-luvulla, mutta ensimmäinen lääketieteellinen kuvaus siitä on jo vuodelta 1689.

DSM-5-ohjeistuksen kriteerit anoreksia nervosalle ovat kieltäytyminen painon säilyttämisestä iän ja pituuden suhteen vähintään normaalin painon rajoissa tai sen yläpuolella, voimakas lihomisen tai painonnousun pelko, vaikka henkilö on alipainoinen, häiriöt oman kehon muodon tai painon kokemisessa, kehon muodon tai painon kohtuuton vaikutus itsearviointiin tai nykyisen matalan kehonpainon vakavuuden kieltäminen ja sukukypsien naisten kohdalla kuukautisten puuttuminen (Attia ym. 2007). DSM-5 kuvailee kaksi anoreksia nervosan alatyyppejä; rajoittavan alatyypin, johon kuuluvat henkilöt, joiden syömiskäyttäytymiseen kuuluu tiettyjen ruokien ja syödyn ruoan määrien rajoittaminen ilman ahmimista tai tyhjennystä, ja ahmimis-tyhjennys-alatyypin, johon kuuluvat henkilöt, jotka ilmentävät ahmimista ja/tai tyhjennystä, kuten oksentamista tai laksatiivien väärinkäyttöä. Diagnostiset kriteerit ovat vanhemmassa DSM-IV-versiossa hyvin samanlaiset kuin uudessa DSM-5-versiossa, mutta DSM-IV:ssä kuukautisten puuttuminen on vielä diagnoosin saamisen

kriteerinä. Sairauden vakavuus voidaan jakaa painoindeksin mukaan neljään eri kategoriaan; lievä, kohtalainen, vakava ja äärimmäinen (Harrington ym. 2015).

Anoreksia nervosaan pitkästä historiasta ja tunnustamisesta huolimatta vain vähän tiedetään sen etiologiasta (Attia ym. 2007). Sen riskitekijöiksi on haasteista huolimatta voitu identifioida muutama; aikaiset ongelmat syöttämisessä, ahdistuneisuusoireet ja perfektionistiset luonteenpiirteet.

Anoreksia nervosa ja siitä johtuva painonlasku saattaa jäädä sairastuneen lähipiiriltä joksikin aikaa huomiotta, sillä sairastuneet käyttävät usein löysiä vaatteita ja useita vaatekerroksia, jolloin kehon ulkomuotoa on vaikeampi arvioida (Harrington ym. 2015). Anoreksia nervosaa sairastavat sitoutuvat usein liialliseen fyysiseen aktiivisuuteen, huolimatta säästä, sairaana olemisesta tai vammoista. Rasitusvammat ja murtumat ovat yleisiä. Sairauteen liittyy myös muita fyysisiä oireita, kuten sydämen vajaalyöntiä, sydämen tykytystä tai matalaa verenpainetta. Vajaaravitsemus aiheuttaa muun muassa kuukautisten poisjäämistä, kynsien ja hiusten haurastumista, ihon liikasarveistumista ja osteoporoosia. Noin puolet anoreksia nervosa- potilaista parantuvat sairaudesta täysin, mutta noin 30 % potilaista toipuvat vain osittain, ja 20 % potilaista pysyy kroonisesti sairaana.

3.4 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö on vakava syömishäiriö, jonka tunnusmerkkeinä ovat toistuvat, kontrolloimattomat ahmimiskohtaukset, joiden aikana syödään epänormaalin suuri määrä ruokaa lyhyessä ajassa (Harrington ym. 2015). Ahmimiskohtauksia seuraa kompensoivia tyhjennysmetodeja, kuten itseaiheutettua oksentamista, laksatiivien käyttöä tai kohtuutonta liikunnan harrastamista. Tyhjennysmetodien tarkoituksena on päästä eroon juuri ahmitusta ruoasta.

DSM-5-ohjeistuksen diagnostiset kriteerit bulimia nervosalle ovat toistuvat ahmimiskohtaukset, joihin liittyy tietystä ajankohdassa sellaisen ruokamäärän syöminen, joka on huomattavasti suurempi kuin muilla yksilöillä samassa ajankohdassa, sekä tunne kontrollin menettämisestä näiden kohtausten aikana (Harrington ym. 2015). Tyypillisesti ahmittu ruoka on helposti sulavaa ja runsasenergistä, poiketen ahmimiskohtausten ulkopuolella nautitusta ruoasta (Aro ym. 2015). Lisäksi kriteerejä ovat toistuvat, sopimattomat, painon nousemista estävät kompensatiokeinot, kuten itseaiheutettu oksentaminen, ulostuslääkkeiden, diureettien tai muiden lääkkeiden väärinkäyttö, paastoaminen tai liiallinen liikunnan harrastaminen,

ahmimiskohtausten ja kompensatiokeinojen esiintyminen vähintään kerran viikossa kolmen kuukauden ajan sekä se, että itsearviointiin vaikuttaa kohtuuttoman paljon kehon muoto ja paino (Harrington ym. 2015). Vanhassa DSM-5-ohjeistuksessa bulimia nervosan kriteerinä oli ahmimiskohtausten ja kompensatiokeinojen esiintyminen vähintään kaksi kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan. Sairauden vakavuus voidaan jakaa sopimattomien kompensatiokeinojen frekvenssin avulla neljään eri kategoriaan; lievä, kohtalainen, vakava ja äärimmäinen.

Bulimia nervosa kehittyy tyypillisesti nuoruudessa tai aikuisiän kynnyksellä, tehden nuorista sopivan kohteen aikaisille interventioille (Hail ja Le Grange 2018). Noin 1—5 % länsimaisista naisista sairastaa bulimia nervosaa (Aro ym. 2015).

Bulimia nervosan taustalla ovat useimmiten laihooden tavoittelu ja lihomisen pelko, jotka ilmenevät laihdutusyrityksinä (Aro ym. 2015). Ankarat laihdutusyritykset ja itsensä nälkiinnyttäminen taas johtavat ahmimiskohtauksiin, joka on luonnollinen reaktio kehon pitkäaikaiseen nälkiintymiseen ja aliravitsemustilaan. Buliiminen oireilu käynnistyy herkimmin juuri niillä henkilöillä, joilla lihomisen pelko on vahva. Buliimikko on jatkuvasti huolestunut painostaan, kehon muodostaan ja ulkonäöstään. Potilaan itsearvostus on siis vahvasti kytkeytynyt hänen ulkomuotoonsa.

Bulimia nervosaa sairastavalla on nähtävissä vain joitain ulkoisia merkkejä ja oireita sairaudestaan (Aro ym. 2015). Oksentaminen aiheuttaa hammaskiilteen, limakalvojen ja ienten vaurioitumista sekä sylkirauhasten tulehtumista ja laajentumista (Harrington ym. 2015). Laksatiivien käyttö aiheuttaa turvotusta ja erilaisia vatsavaivoja, ja sormissa ja rystysissä saattaa näkyä arpia tai känsiä oksentamisen takia. Myös elektrolyyttitasapainon häiriöt ovat yleisiä ja saattavat aiheuttaa lihasheikkoutta tai kouristuksia (Aro ym. 2015).

Suurin osa bulimia nervosa- potilaista on normaalipainoisia, mutta heidän painonsa vaihtelee ahmimiskohtausten ja tyhjentämisten myötä (Aro ym. 2015, Harrington ym. 2015). Osalla potilaista on taipumusta lihavuuteen. Bulimia nervosaa sairastavat ovat ulkoisesti hyvin huoliteltuja eikä merkkejä sairaudesta usein ole helposti havaittavissa (Aro ym. 2015). Tästä syystä sairaus pysyy usein pitkään salassa.

Bulimia nervosa- potilaista noin 80 % saavuttaa elpymisvaiheen hoidon myötä, mutta jopa 20 % potilaista sairastuu uudelleen (Harrington ym. 2015). Bulimia nervosan hoito aiheuttaakin suuria kliinisiä haasteita.

3.5 Lihavan ahmintahäiriö (BED)

Lihavan ahmintahäiriö on bulimia nervosaa muistuttava, epätyypilliseksi syömishäiriöksi luokiteltava syömishäiriö (Aro ym. 2015). Lihavan ahmintahäiriö on mitä luultavimmin yleisin kaikista syömishäiriöistä, esiintyvyyden ollessa noin 1—5 %:lla länsimaalaisista (Marzilli ym. 2018). Se on yksi ensisijaisista kroonisista sairauksista nuorten keskuudessa.

Lihavan ahmintahäiriö esiintyi ensin DSM-IV-ohjeistuksessa väliaikaisena diagnoosina (Wilfley ym. 2016). Täten se diagnosoitiin epätyypillisenä syömishäiriönä. Vuodesta 2013 eteenpäin lihavan ahmintahäiriö tunnistettiin DSM-5-ohjeistuksessa erillisenä ja virallisena syömishäiriönä. Diagnostisiin kriteereihin kuuluvat toistuvat ahmimiskohtaukset, joita esiintyy keskimäärin vähintään kerran viikossa kolmen kuukauden ajan, ja joihin liittyy suurten ruokamäärien syöminen tietyllä aikavälillä ja tunne kontrollin menettämisestä näiden kohtausten aikana. Käyttäytymiseen liittyy psyykkisiä oireita kuten masennusta, voimakasta ahdistusta ja syyllisyydentunnetta (Aro ym. 2015). Toisin kuin anoreksia nervosassa ja bulimia nervosassa, lihavan ahmintahäiriöön ei liity kompensatiokäyttäytymistä, kuten liiallista liikunnan harrastamista, oksentamista tai ulostuslääkkeiden käyttöä. Kompensatiokäyttäytymisen puutteesta johtuen valtaosa potilaista on ylipainoisia. Noin viidenneksen vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista arvioidaan kärsivän tästä sairaudesta. DSM-5-ohjeistus määrittelee myös lihavan ahmintahäiriön vakavuuden kriteerit viikoittaisten ahmimiskohtausten perusteella; lievä= 1—3 kohtausta, kohtalainen= 4—7 kohtausta, vakava= 8—13 kohtausta ja äärimmäinen= ≥ 14 kohtausta (Wilfley ym. 2016).

Lihavan ahmintahäiriön esiintyvyys eroaa anoreksia nervosasta ja bulimia nervosasta siten, että sen esiintymisen hippuikä on myöhäisempi, noin 16—17 vuotta (Marzilli ym. 2018). Anoreksia nervosan ja bulimia nervosan ilmenemisen huippuiät ovat hieman alhaisemmat.

Tutkimuksissa on todettu lihavan ahmintahäiriöllä olevan laaja kirjo negatiivisia seurauksia, kuten lisääntynyt huolestuneisuus painosta ja kehon muodosta, vaikeudet sosiaalisessa toiminnassa sekä emotionaaliset- ja käyttäytymisongelmat (Marzilli ym. 2018). Lihavan ahmintahäiriöstä kärsivät potilaat ovatkin suuremmassa riskissä esimerkiksi lihavuuteen, tyypin 2 diabetekseen, aineiden käyttöön ja itsetuhoisuuteen (Micali ym. 2014, Swanson ym. 2014).

4 KODIN RUOKAILUTOTTUMUKSET JA SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMINEN

Kodin ruokailutottumuksilla, kuten ateriarytmillä ja yhteisten aterioiden määrällä on todettu olevan tutkimuksissa erilaisia yhteyksiä nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen sekä erilaisten syömishäiriöiden kehittymiseen. Seuraavaksi esitellään kyseisiä tutkimuksia ja niiden tuloksia. Käytetyistä tutkimuksista tehty yhteenveto on taulukon muodossa liitteessä 1.

4.1 Kodin ateriarytmin ja ateriatekijöiden yhteys nuorten syömishäiriöiden kehittymiseen

Perheen keskeisillä aterioilla on todettu olevan monia hyödyllisiä vaikutuksia nuorten terveydelle ja hyvinvoinnille (Neumark-Sztainer ym. 2014). Perheen aterioiden yleisyyttä tarkastelevissa tutkimuksissa on todettu, että useammat perheen keskeiset ateriat parantavat nuorten ruokavalion laatua, vähentävät ylipainon esiintyvyyttä, vähentävät häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ja parantavat henkistä hyvinvointia.

Perheen kesken syötyjen aterioiden potentiaalinen rooli häiriintyneen syömiskäyttäytymisen ennaltaehkäisyssä on huomattu poikkileikkaus- ja retrospektiivisissä tutkimuksissa (Neumark-Sztainer ym. 2008). Lisäksi ennaltaehkäisyn mahdollisuus on huomattu kohorttitutkimuksissa (Neumark-Sztainer ym. 2007, Neumark-Sztainer ym. 2008, Field ym. 2008, Haines ym. 2009).

Yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa tarkasteltiin perheen yhteisten aterioiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen yhteyttä laajassa ja monimuotoisessa teini-ikäisten tyttöjen ja poikien perusjoukossa (Neumark-Sztainer ym. 2008). Tutkimus perustui aikaisempaan Project EAT (Eating Among Teens) -tutkimukseen. Project EAT- hankkeeseen kuului Project EAT-I-tutkimus vuosina 1998-1999, jolla selvitettiin syömismalleja ja painoon liittyviä ongelmia nuoruudessa, sekä vuosina 2003-2004 toteutettu jatkotutkimus Project EAT-II, jossa pyrittiin tutkimaan samoja osallistujia viisi vuotta myöhemmin.

Tutkimuksessa todettiin, että häiriintyneen syömiskäyttäytymisen esiintyvyys oli huomattavasti suurempaa tyttöjen kuin poikien keskuudessa, huolimatta perheen syömismallista (Neumark-Sztainer ym. 2008). Tyttöjen keskuudessa tutkimuksen alkutilanteessa säännölliset perheen kesken nautitut ateriat (≥ 5 ateriaa/viikko) olivat merkittävästi yhteydessä pienempään todennäköisyyteen käyttää äärimmäisiä painonhallintakeinoja, kuten itseaiheutettua oksentamista tai laksatiivien, laihdutuslääkkeiden tai diureettien käyttöä seurantatilanteessa, kun se mukautettiin muihin tekijöihin, kuten painoindeksiin, perheen keskeiseen yhteyteen,

vanhempien kannustamiseen laihduttaa ja lisäksi äärimmäisiin painonhallintakeinoihin alkutilanteessa. Aterioiden määrän ja muiden epänormaalien syömiskäyttäytymisten eli epäterveellisten painonhallintakeinojen, ahmimisen ja kroonisen laihduttamisen väliset yhteydet eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, vaikka trendi perheen aterioiden suojaavalla vaikutuksella olikin havaittavissa. Poikien keskuudessa yksi löydös oli alkutilanteessa säännöllisten perheen kesken nautittujen aterioiden yhteys suurempaan todennäköisyyteen käyttää epäterveellisiä painonhallintakeinoja seurantatilanteessa, mikä oli hyvin yllättävä tulos. Tulos ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää. Tulokset osoittavat siis, että säännölliset perheen kesken nautitut ateriat teini-ikässä suojasivat äärimmäisiltä painonhallintakeinoilta tyttöjä, muttei poikia. (Neumark-Sztainer ym. 2008)

Samanlaisia tuloksia saatiin myös Loth ym. (2015) tutkimuksessa, jossa haluttiin selvittää perheen keskeisten aterioiden määrän ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen yhteyden lisäksi sitä, onko perheen sisäisillä tekijöillä, kuten aterioiden aikaisella tunnelmalla, yhteisistä aterioista nauttimisella tai painosta keskustelulla ja hännämisellä lieventävää vaikutusta häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. Tiheämpi perheen yhteisten aterioiden määrä yhdistettiin tutkimuksessa merkitsevästi vähäisempään laihduttamiseen sekä epäterveellisiin ja äärimmäisiin painonhallintakeinoihin tytöillä. Poikien kohdalla ainut tilastollisesti merkitsevä löytö oli aterioiden määrän ja epäterveellisten painonhallintakeinojen yhteys. Perheen yhteisten aterioiden ja ahmimisen välillä ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Poikien kohdalla kolmen muuttujan todettiin tilastollisesti merkitsevästi muuttavan tuloksia (Loth ym. 2015). Vanhempien vähäinen painostus syömiseen yhdistettynä tiheisiin perheen aterioihin suojaasi epäterveellisiltä painonhallintakeinoilta. Suojaavuutta ei havaittu perheissä, jossa painostus oli runsasta. Tiheät perheen keskeiset ateriat ja niistä nauttiminen vähensivät äärimmäisten painonhallintakeinojen käyttämistä. Vaikutus oli päinvastainen, kun tutkittavat pojat eivät nauttineet aterioista. Ateriat toimivat suojaavina tekijöinä niille tutkittaville pojille, joiden vanhemmat olivat usein laihdutuskuurilla.

Tyttöjen kohdalla laihdutuskuureilta suojaava tekijä oli vähäinen painosta hännäminen yhdistettynä tiheisiin perheen keskeisiin aterioihin (Loth ym. 2015). Perheen heikko toimintakyky yhdistettynä tiheisiin yhteisiin aterioihin lisäsi epäterveellisten painonhallintakeinojen käytön riskiä. Tytöille, jotka altistuivat painoon keskittyneeseen puheeseen kotona, perheen yhteiset ateriat lisäsivät riskiä laihduttamiseen.

Fulkersonin ym. (2006) tutkimuksessa tutkittavien perheen yhteisten aterioiden suurempi frekvenssi oli käänteisesti yhteydessä ahmimiseen ja oksentamiseen, sekä liialliseen

laihduuttamiseen, verrattuna niihin tutkittaviin, jotka raportoivat vähemmän perheen keskeisiä aterioita. Tulokset pysyivät tilastollisesti merkitsevinä perheen tuen ja kommunikaation kontrolloinnin jälkeen.

Perheen yhteisten illallisten ja häiriintyneen syömisen yhteyttä tutkittiin Hainesin ym. (2009) kohorttitutkimuksessa. Tutkimustulos oli se, että tyttöjen kohdalla illallisen syöminen perheen kesken useimpina päivinä tai joka päivänä viikossa suojaasi heitä vuoden päästä ahmimiselta, oksentamiselta ja toistuvalla laihtumiselta verrattuna heihin, jotka söivät illallista perheen kesken joinain päivinä tai ei ollenkaan. Poikien kohdalla tulokset olivat samansuuntaisia, mutta eivät kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Poikien kohdalla tulokset olivat vastakkaisia Neumark-Sztainerin ym. (2008) vastaaville tutkimustuloksille.

Wangin ym. (2013) poikkileikkaustutkimuksessa tutkittiin perheen yhteisten aterioiden sekä vanhempien osallistumisen nuorten fyysiseen aktiivisuuteen yhteyttä nuorten häiriintyneiden painonhallintakeinojen, kuten oksentamiseen ja laksatiivien tai laihdutuslääkkeiden käyttöön. Niillä nuorilla, jotka söivät illallisen perheen kesken joka päivä, oli pienempi todennäköisyys käyttää häiriintyneitä painonhallintakeinoja, kuin niillä nuorilla, jotka eivät syöneet ollenkaan illallisia perheen kesken. Suojaava vaikutus huomattiin myös niiden nuorten kohdalla, jotka söivät yhteisen aterian useimpina päivinä. Vanhempien mukanaolo nuorten fyysisessä aktiivisuudessa lisäsi häiriintyneiden painonhallintakeinojen käyttöä. Tulokset olivat samat sukupuoleen, eri painoindeksiin ja etniseen taustaan katsomatta.

Neumark-Sztainerin ym. (2007) pitkittäistutkimuksessa tutkittiin nuorten ahmimiselle, ylipainolle ja äärimmäisille painonhallintakeinoille altistavia tekijöitä muun muassa ympäristössä ja henkilökohtaisessa käyttäytymisessä. Tyttöjen kohdalla useat sosio-ympäristölliset, henkilökohtaiset- ja käyttäytymismuuttujat alkutilanteessa ennustivat kaikkea kolmea ongelmallista käyttäytymistä seurantatilanteessa. Näitä tekijöitä olivat esimerkiksi äidin huoli nuoren painosta, vanhempien ja ikätovereiden painoon liittyvä kiusoittelu, oma huoli painosta ja kehonkuvasta, sekä laihtuttaminen, epäterveelliset painonhallintakeinot, ahmiminen ja light-limsojen nauttiminen. Hyvä itsetunto ja illallisten korkeampi frekvenssi olivat suojaavia tekijöitä. Lisäksi perheen yhteiset ateriat, niiden positiivinen tunnelma ja lounaiden suurempi frekvenssi alkutilanteessa suojasivat tutkittavia tyttöjä ongelmalliselta käyttäytymiseltä seurantatilanteessa. Poikien kohdalla saadut tulokset olivat samanlaisia kuin tytöillä. Poikien kohdalla perheen yhteiset ateriat ja niiden positiivinen tunnelma alkutilanteessa eivät kuitenkaan suojaanut painoon liittyvältä ongelmalliselta käyttäytymiseltä seurantatilanteessa.

Toisessa Neumark-Sztainerin ym. (2004) tutkimuksessa kohteena oli perheen yhteisten aterioiden frekvenssin, tärkeyden, tunnelman ja rakenteen yhteys häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, kuten epäterveellisten painonhallintakeinojen käyttöön, ahmimiseen ja krooniseen laihduttamiseen nuorilla. Tyttöillä, jotka raportoivat useampia perheen yhteisiä aterioita, aterioiden korkeaa tärkeyttä, ja rakenteellisempaa ateriaympäristöä, oli pienentynyt riski käyttää epäterveellisiä painonhallintakeinoja ja laihduttaa kroonisesti (Neumark-Sztainer ym. 2004). Aterioiden tunnelma oli käänteisesti yhteydessä ahmimiseen. Tulokset pysyivät samoina, kun ne sopeutettiin painoindeksiin ja sosiodemografiikkaan. Poikien kohdalla aterioiden frekvenssi ja kaikki perheen aterioiden ympäristön mittarit olivat käänteisesti yhteydessä äärimmäisiin painonhallintakeinoihin. Aterioiden tärkeys ja tunnelma olivat käänteisesti yhteydessä vähemmän äärimmäisiin painonhallintakeinoihin. Kun tulokset sopeutettiin painoindeksiin ja sosiodemografiikkaan, strukturoitu ateriaympäristö ei enää suojannut poikia epäterveellisiltä painonhallintakeinoilta ja krooniselta laihduttamiselta. Aterioiden suurempi frekvenssi, tärkeys ja positiivinen tunnelma suojasivat epäterveellisiltä painonhallintakeinoilta, muttei ahmimiselta tai krooniselta laihduttamiselta. Tulokset pysyivät muuten samanlaisina, kun ne sopeutettiin muihin perhetekijöihin, mutta tyttöjen kohdalla aterioiden positiivinen tunnelma suojasi vain äärimmäisiltä painonhallintakeinoilta (Neumark-Sztainer ym. 2004).

Fernandez-Arandan ym. (2007) retrospektiivisessä tutkimuksessa tutkittiin syömishäiriödiagnoosin saaneiden potilaiden lapsuuden yhteisiä ja yksilöllisiä ruokailutottumuksia, verrattuna kontrolliryhmään, joka koostui terveistä tutkittavista. Vertaillen kontrolleja ja tapauksia todettiin, että asuminen sisaruksen tai sisarusten kanssa lisäsi syömishäiriöiden esiintyvyyttä. Tämä ilmiö oli laajempi, jos kotona ruoka oli valmistettu nimenomaan tutkittavalle, ja kun tutkittavat söivät rasvaisia tai sokerisia välipaloja. Päivän ensimmäisen ruoan nauttiminen kotona ennen koulua vastaavasti suojasi syömishäiriöiltä.

Vertaillen anoreksia nervosa -potilaita ja terveitä verrokkeja todettiin, että anoreksia nervosan esiintyvyys lisääntyi, jos isovanhempi/isovanhemmat asuivat kotona, jos kotona ruoka oli nimenomaan valmistettu tutkittavalle ja jos tutkittavat söivät paljon sokerisia tai rasvaisia välipaloja. Bulimia nervosan riskitekijöitä olivat tutkimuksen mukaan se, jos ruoka oli valmistettu varta vasten tutkittavalle sekä sokeristen tai rasvaisten välipalojen runsas käyttö. Päivän ensimmäisen ruoan nauttiminen kotona ennen koulua kuitenkin suojasi näiltä vaikutuksilta. Isillä oli myös vaikutusta bulimia nervosan esiintyvyyteen. Esimerkiksi isät, jotka pitivät ruokaa merkittävänä asiana, lisäsivät tutkittavien riskiä sairastua bulimia nervosaan. Määrittelemättömien syömishäiriöiden riskiä vähensi aamupalan nauttiminen

kotona ennen koulua, sekä suolaisten tai sokeristen välipalojen rajoittaminen. Riski lisääntyi, jos tutkittavat nauttivat alle 3 ateriaa päivässä (Fernandez-Aranda ym. 2007).

4.2 Kodin ateriarytmin ja ateriategijöiden yhteys buliimisen käyttäytymisen kehittymiseen

Kodin sisäisten ruokailutottumusten ja buliimisen käyttäytymisen yhteyttä nuorilla on tutkittu jonkin verran. Ackardin ja Neumark-Sztainerin (2001) tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella perheen keskeisten aterioiden frekvenssin ja ympäristön sekä buliimisen käyttäytymisen yhteyttä. Tutkimustulos oli, että tutkittavat jotka söivät illallista perheen kesken ≥ 5 kertaa viikossa, saivat merkittävästi alhaisemmat tulokset bulimiaa mittaavilla BULIT-R- ja EDI 2-bulimia-asteikolla, kuin harvemmin perheen kanssa illallista syövät tutkittavat. Yhteydet aamiaisen syömisen frekvenssin ja bulimian välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä kummallakaan käytetyllä asteikolla. Kolme eri muuttujaa, perheen koheesio, itsenäisyys ja saavutusorientaatio selittivät merkittävän määrän varianssista bulimian oireissa BULIT R-asteikolla mitattuna. EDI 2-asteikkoa käytettäessä vain perheen yhteiset ateriat olivat merkittävä muuttuja ja yhteydet muihin muuttujiin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tulokset kahta eri asteikkoa käyttäen erosivat siis toisistaan (Ackard ja Neumark-Sztainer 2001).

Crowtherin ym. (2002) poikkileikkaustutkimuksessa tutkittiin perheen syömiseen liittyvän käyttäytymisen ja asenteiden lisäksi myös yleistä perheen toimintahäiriöitä, ja perheen keskeistä negatiivista kommunikaatiota, ja näiden mahdollisuutta ennustaa tutkittavien buliimista käyttäytymistä. Tulos oli, että kaikilla kolmella tekijällä oli positiivinen korrelaatio buliimisen oireiden kehittymisen kanssa. Huomattavaa oli kuitenkin se, että vakavien buliimisten oireiden ennustajia olivat erityisesti ulkonäköä ja laihduttamisen tarvetta koskeva perheen negatiivinen kommunikaatio, ulkoinen ruoan saannin rajoittaminen ja perheen keskeisiin aterioihin liittyvät säännöt (Crowther ym. 2002).

Munozin ym. (2007) poikkileikkaustutkimuksessa käsiteltiin aikaisemmista tutkimuksista poiketen perheen keskeisten aterioiden ja bulimian oireiden yhteyden lisäksi myös perheen yhteisten aterioiden frekvenssiä perheen stabiliteetin merkkinä. Korkeamman perheen stabiliteetin ajateltiin olevan yhteydessä alempiin bulimian oireiden tasoon, ja yhteisten aterioiden frekvenssi toimi myös perheen stabiiliisuuden mittarina, eikä pelkästään yksittäisenä bulimian ennustajana. Perheen stabiilius korreloi positiivisesti sekä perheen kesken nautittujen

aamupalojen, että illallisten kanssa, ja negatiivisesti buliimisen oirehdinnan kanssa. Yhteisten aamiaisten ja illallisten frekvenssi korreloi myös negatiivisesti buliimisen oirehdinnan kanssa. Tämä osoitti siis, että perheen stabiilius vaikutti positiivisesti perheen kesken nautittujen aterioiden frekvenssiin, joka taas puolestaan suojasi buliimiselta oirehdinnalta. Tulos haastoi aikaisemmat saman tyyppiset tulokset (Ackard ja Neumark-Sztainer 2001, Neumark-Sztainer ym. 2004) esittämällä, että buliimiselta käyttäytymiseltä suojaava tekijä ei olisikaan pelkästään perheen yhteiset ateriat, vaan laajemmin perheen stabiilius, joka vaikuttaa myös osaltaan perheen keskeisiin ruokailutottumuksiin.

4.3 Vanhempien ja ikätovereiden syömiskäyttäytymisen yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen

Vanhemmilla voi olla suuri positiivinen tai negatiivinen vaikutus lastensa syömiskäyttäytymiseen (Ackard ja Neumark-Sztainer 2001). Tutkimuksissa on havaittu yhteys esimerkiksi vanhempien ja ystävien häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä ja nuorten häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä. Goldschmidtin ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin tyttöjen ahmimisella olevan riippumaton yhteys miespuolisten ystävien ja isien ahmimiseen. Tyttöillä, joiden miespuoliset ystävät ilmoittivat ahmimisestaan, oli 2.33 -kertainen todennäköisyys ilmoittaa ahmimisestaan, ja tyttöillä, joiden isät ilmoittivat ahmimisestaan, oli 3.38 -kertainen todennäköisyys ilmoittaa ahmimisestaan. Poikien ahmimista ei yhdistetty kummankaan vanhemman tai ystävien ahmimiseen.

Fieldin ym. (2008) kohorttitutkimuksessa naisten kohdalla painon ja laihuuden tärkeys ikätovereilla voitiin yhdistää ahmimisen ja tyhjentämisen lisääntyneeseen riskiin. Tutkimuksessa todettiin myös, että syömishäiriötaustaisten äitien alle 14-vuotiailla tyttäriillä oli kolme kertaa suurempi todennäköisyys aloittaa oksentaminen. Poikien kohdalla isien painoon kohdistuva kommentointi ennusti merkittävästi ahminnan aloittamista. Myös Ruotsissa tehdyssä kohorttitutkimuksessa todettiin, että kumman tahansa vanhemman syömishäiriöllä oli positiivinen yhteys heidän naispuoleisen lapsen syömishäiriödiagnoosiin, ja etenkin äidin syömishäiriöllä oli itsenäinen yhteys naispuolisen lapsen syömishäiriöön (Bould ym. 2015). Miespuolisten lasten syömishäiriödiagnoosia ei vastavuoroisesti voitu yhdistää kummankaan vanhemman syömishäiriöön.

Erään Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella yhteyttä vanhempien syömiseen painostamisen, ruoan saamisen rajoittamisen ja nuorten häiriintyneen

syömiskäyttäytymisen välillä (Loth ym. 2014). Tutkimus oli ensimmäinen laatuaan, sillä aikaisemmin kontrolloivat, ruokaan liittyvät kasvatustyyli on yhdistetty tutkimuksissa esimerkiksi lapsen vaikeuksiin rajoittaa syödyn ruoan määrää, negatiivisiin tunteisiin ja haitallisiin syömismalleihin. Poikien kohdalla tulokset osoittivat, että korkean tason ruoan saannin rajoittamiselle ja syömiseen painostamiselle altistuneet teini-ikäiset pojat olivat merkittävästi alttiimpia häiriintyneelle syömiskäyttäytymiselle, kuten äärimmäisten painonhallintakeinojen käyttämiselle ja laihdutuskuurilla olemiselle, kuin vähemmän painostusta ja rajoittamista kokeneet pojat. Tulos havaittiin kummankin vanhemman kohdalla (Loth ym. 2014).

Tyttöjen kohdalla ainut merkitsevä löydös oli yhteys äidin ruoan saannin rajoittamisen ja äärimmäisten painonhallintakeinojen käyttämisen välillä (Loth ym. 2014). Muut tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tuloksien myötä voidaan esittää havainto, että sukupuoli määrittää tutkittua suhdetta, ja pojat ovat suuremmissa riskissä äärimmäisten painonhallintakeinojen käyttöön kuin tytöt.

4.4 Perheen dynamiikan yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen

Kluckin (2008) tutkimuksessa tutkittiin perheen dynamiikan, kuten perheenjäsenten välisen suhteen sekä perheen ruokailuihin liittyvien kokemusten, kuten vanhempien antaman esimerkin, odotusten, kiusaamisen ja kritiikin yhteyttä häiriintyneen syömiskäyttäytymisen lisääntymiseen nuorilla naisilla. Sekä perheen häiriötoiminnan että perheen syömiseen ja ruokaan liittyvien negatiivisten kokemusten havaittiin lisäävän tutkittavien häiriintynyttä syömistä, heidän painostaan riippumatta. Tutkimuksessa perheen vajaatoiminta selitti 8 % häiriintyneen syömisen varianssista. Tutkimuksessa havaittiin myös, että etenkin perheen syömiseen liittyvät negatiiviset kokemukset olivat spesifinen, perheen keskeinen riskitekijä häiriintyneelle syömiselle, sillä negatiiviset kokemukset välittivät täysin perheen vajaatoiminnan ja häiriintyneen syömisen yhteyttä (Kluck 2008).

5 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, millainen vaikutus kodin ruokailutottumuksilla on nuorten syömishäiriöiden kehittymiseen. Nykyisen tutkimustiedon perusteella voidaan sanoa, että kodin ruokailutottumuksilla on vaikutusta nuorten syömishäiriöiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen kehittymiseen. Vaikutus voi olla joko syömishäiriöille altistava tai niiltä suojaava. Suurin osa kirjallisuuskatsauksessa käsitellyistä tutkimuksista osoittaa, että etenkin perheen yhteisillä aterioilla ja niiden suurella frekvenssillä on suojaava vaikutus nuorten syömishäiriöiden kehittymistä vastaan (Ackard ja Neumark-Sztainer 2001, Neumark-Sztainer ym. 2004, Fulkerson ym. 2006, Munoz ym. 2007, Neumark-Sztainer ym. 2007, Neumark-Sztainer ym. 2008, Haines ym. 2009, Wang ym. 2013, Loth ym. 2015). Perheen dynamiikalla, kuten perhesuhteilla sekä ruokaa koskevilla asenteilla ja käyttäytymisellä taas voi olla syömishäiriöille altistava vaikutus (Ackard ja Neumark-Sztainer 2001, Crowther ym. 2002, Neumark-Sztainer ym. 2007, Loth ym. 2014, Loth ym. 2015).

Perheen yhteisillä aterioilla ja niiden suuremmalla frekvenssillä näyttäisi olevan muitakin kuin syömishäiriöiltä suojaavia vaikutuksia. Esimerkiksi Fulkersonin ym. (2006) poikkileikkaustutkimuksessa todettiin perheen yhteisten aterioiden suuren frekvenssin suojaavan nuoria tutkittavia lukuisilta muilta korkean riskin käyttäytymiseltä, kuten alkoholin ja huumeiden käytöltä, sekä mielialahäiriöiltä. Perheen tuki, positiivinen kommunikointi ja rajojen asettaminen taas korreloivat perheen yhteisten aterioiden frekvenssin kanssa, osoittaen että nämä kulkevat käsi kädessä. Myös Munozin ym. (2007) tutkimuksessa perheen stabiilius suojaasi välillisesti yhteisten aterioiden frekvenssin kautta tutkittavia buliimiselta käyttäytymiseltä.

Kodin ruokailutottumusten lisäksi vanhempien asenteilla, kommenteilla ja roolimallilla on suuri vaikutus jälkikasvun syömiskäyttäytymiseen ja häiriintyneeseen syömiseen (Fernandez-Aranda ym. 2007, Neumark-Sztainer ym. 2007, Kluck 2008, Goldschmidt ym. 2014). Jos esimerkiksi vanhemmat ovat laihuusorientoituneita tai ovat herkkiä kommentoimaan jälkikasvunsa ulkonäköä tai painoa, tällaiset asenteet jyräävät helposti perheen yhteisten aterioiden suojaavien tekijöiden yli, jolloin niistä ei ole enää hyötyä. Huomattavaa onkin se, kuinka moni muu asia kodin ruokailutottumusten lisäksi määrittää sitä, onko niillä syömishäiriöiltä suojaava vai altistava vaikutus.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin tutkimusotteeltaan hyvin erilaisia tutkimuksia. Tämä tuo toisaalta arvokasta tietoa ja vahvistaa saadun tiedon yhtenäisyyttä, mutta asettaa myös erilaisia haasteita tulosten tulkinnalle. Esimerkiksi retrospektiivisissä tutkimuksissa haasteena on muistaminen ja väärät muistot. Tutkittavat saattavat muistaa tutkimuksessa kysytyjä asioita väärin, etenkin jos tarkoituksena on muistella hyvin kaukaisia tapahtumia. Tällöin vaarana on myös virheelliset muistot, joita ei todellisuudessa ole tapahtunut. Näitä tekijöitä ei kuitenkaan tutkimusta tehdessä voida kontrolloida. Retrospektiivisiä tutkimuksia aiheesta on myös todella vähän, eli saadun tiedon toistettavuuden vuoksi tarvittaisiin lisää samanlaisella otteella toistettuja tutkimuksia. Retrospektiivisissä tutkimuksissa on myös haastavaa huomioida erilaisia kontrolloimattomia tekijöitä, jotka mahdollisesti vääristävät mittauksia ja täten myös tutkimustuloksia. Tutkimuksissa voi olla siis haasteellista saada mitattua juuri niitä muuttujia, joita on tarkoitus mitata.

Poikkileikkaustutkimuksissa taas haasteena on todellisten syy-seuraussuhteiden määrittäminen. Voi olla esimerkiksi mahdollista, että syömishäiriöt tai häiriintynyt syöminen voivat johtaa harvempiin perheen yhteisiin aterioihin, eikä toisinpäin, kuten useissa tutkimuksissa on esitetty. Syömishäiriötä sairastavat usein haluavat piilotella häpeän takia sairauttaan mahdollisimman pitkään erityisesti läheisiltään, ja yhteiset ateriat mahdollistaisivat sairauden paljastumisen, jolloin niitä halutaan vältellä.

Suurella osalla tutkimuksia mittaukset suoritettiin kyselylomakkeilla. Mitattavia muuttujia olivat esimerkiksi perheen yhteisten aterioiden frekvenssi, äärimmäisten ja epäterveellisten painonhallintakeinojen käyttö ja ruokailutottumukset. Kyselylomakkeiden käytössä ongelmana on usein yli- tai aliraportointi. Esimerkiksi äärimmäisiä tai epäterveellisiä painonhallintakeinoja kysyessä tutkittavat saattavat peitellä todellista käyttäytymistään ja antaa itsestään paremman kuvan, kuin mitä se todellisuudessa on. Ongelmana voi olla myös se, että kyselylomakkeen kysymyksiä ei ymmärretä tai ne ymmärretään väärin. Tämän vuoksi kyselylomakkeet tulisi aina testata testijoukolla ennen varsinaista tutkimusta.

Myös tutkittavien homogeenisuus tuottaa omat haasteensa tutkimuksille. Suurimmassa osassa tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa tutkittavina on nuoria, valkoihoisia ja länsimaalaisia naisia, jotka asuvat samalla alueella. Näin ollen tutkimustuloksia ei voida yleistää muuhun väestöön. Tutkimuksia kyseisestä aiheesta on tehty miespuolisilla tutkittavilla varsin vähän, ja lisäksi saadut tulokset ovat olleet pitkälti ristiriitaisia verrattuna naispuolisiin tutkittaviin. Tutkimuksia pelkillä miespuolisilla tutkittavilla tarvittaisiin siis enemmän, jotta

saataisiin yhtenäistä tietoa siitä, miten kodin ruokailutottumukset vaikuttavat miesten syömishäiriöihin. Mielenkiintoinen tulos joissain tutkimuksissa oli se, etteivät perheen yhteiset ateriat ja niihin liittyvät muut tekijät suojanneet poikia yhtä hyvin häiriintyneeltä syömiskäyttäytymiseltä kuin tyttöjä. Mahdollista on esimerkiksi se, etteivät pojat arvosta tai pidä tärkeänä yhteisiä aterioita yhtä paljon kuin tytöt, tai he eivät huomioi aterioihin liittyviä tekijöitä yhtä tarkasti kuin tytöt. Pojat saattavat siis kokea perheen yhteiset ateriat eri lailla kuin tytöt, joka aiheuttaa eroavaisuuksia tutkimustuloksissa sukupuolten välillä.

Tärkeä huomio on myös se, että useassa tutkimuksessa mitataan häiriintynyttä syömistä ja syömishäiriöistä käyttäytymistä, mutta ei diagnosoituja syömishäiriöitä. Näiden tutkimuksen perusteella ei voida siis sanoa, että tutkitut muuttujat aiheuttaisivat syömishäiriöitä, vaan nimenomaan altistavat sellaiselle käyttäytymiselle, joka joissain tapauksissa saattaa kehittyä diagnosoitavaksi syömishäiriöksi.

Epäselvää näiden tulosten jälkeenkin on vielä se, millä mekanismeilla kodin ruokailutottumukset suojaavat nuoria syömishäiriöiltä. Mahdolliseksi keinoiksi on esitetty esimerkiksi sitä, että yhteiset ateriat tarjoavat vanhemmille mahdollisuuden lastensa valvontaan, sekä perheen keskeiseen keskusteluun, joka taas vaikuttaa laajemmin perheen keskeiseen luottamukseen, avoimuuteen ja yhteisöllisyyteen (Fulkerson ym. 2006). Lisäksi yhteiset ateriat tarjoavat mahdollisuuden vanhemmille näyttää hyvää esimerkkiä terveellisistä ruokailutottumuksista ja syömiskäyttäytymisestä. Tarvitaan kuitenkin lisätutkimusta siitä, mitä kyseiset mekanismit ovat. Lisäksi lisätutkimusta tarvittaisiin siitä, millainen mahdollinen yhteys perheen aterioilla tarjotulla ruoalla on syömishäiriöiden kehittymiseen

Kuten Haapalahden ym. (2002) ja Hopun ym. (2010) tutkimuksissa todettiin, vain noin puolet suomalaisista perheistä söivät yhdessä päivällistä säännöllisesti. Harvemmat yhteiset päivälliset yhdistettiin myös huonompiin ruokailutottumuksiin, kun taas useat yhteiset päivälliset yhdistettiin terveellisiin ruokavalintoihin (Haapalahti ym. 2002). Näiden tutkimuksien valossa voidaan todeta, että suomalaisten perheiden ruokailutottumuksissa olisi parantamisen varaa, ja etenkin yhteisen ruokailun tulisi olla entistä säännöllisempää. Kuten tämä kirjallisuuskatsaus on osoittanut, perheen yhteisillä aterioilla on monia terveydelle hyödyllisiä vaikutuksia, kuten niiden suojaavuus syömishäiriöiltä ja häiriintyneeltä syömiskäyttäytymiseltä. Yhteisten aterioiden merkitystä tulisikin korostaa entistä enemmän myös suomalaisille perheille.

Tästä kirjallisuuskatsauksesta saadulla tiedolla on suuri merkitys myös terveydenhuollossa. Tulosten perusteella perheen yhteisiä aterioita tulisi tukea terveyttä edistävinä ja häiriintynyttä syömistä ehkäisevinä laajemmin terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa. Aiheellista olisi myös perhetaustan seulonta syömishäiriötapauksissa ja -epäilyissä, sillä tämä tieto voi paljastaa arvokasta tietoa syömishäiriöiden taustoista. Yleisellä tasolla vanhempien tietoisuutta nuorten syömishäiriöihin vaikuttavista tekijöistä, etenkin kodin sisäisistä ruokailutottumuksista tulisi lisätä. Myös tieto siitä, että kodin sisäisellä dynamiikalla, vanhempien asettamalla esimerkillä, heidän asenteella ruokaa ja syömistä kohtaan sekä jälkikasvun kommentoinnilla on suuri merkitys jälkikasvulle, tulisi olla laajemmin ymmärretty.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella kodin ruokailutottumuksilla on vaikutus nuorten syömishäiriöiden ja häiriintyneen syömisikäytymisen kehittymiseen. Vaikutus voi olla joko syömishäiriöille altistava tai niiltä suojaava. Etenkin perheen yhteisten aterioiden suuri frekvenssi suojaa nuoria syömishäiriöiltä ja häiriintyneeltä syömisikäytymiseltä, kuten ahmimiselta ja oksentamiselta. Tulos havaittiin selkeästi tyttöjen kohdalla, mutta poikien kohdalla tulokset olivat ristiriitaisempia. Perheen yhteisillä aterioilla on havaittu syömishäiriöiltä suojaavan vaikutuksen lisäksi olevan muitakin hyviä vaikutuksia jälkikasvun terveyteen.

Kodin ruokailutottumusten lisäksi lukuisilla muilla perheen sisäisillä tekijöillä on vaikutus epänormaalien syömisikäytymisen kehittymiseen. Esimerkiksi vanhempien epäterveellinen asenne ruokaa ja syömistä kohtaan, jälkikasvun ruokailutottumuksiin tai ulkonäköön kohdistuva kommentointi ja perheen huono toimintakyky saattavat altistaa nuoria syömishäiriöille.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella syömishäiriöiltä ja häiriintyneeltä syömisikäytymiseltä suojaavia kodin ruokailutottumuksia ovat esimerkiksi yhteisten aterioiden, kuten aamupalan ja illallisen syöminen säännöllisesti yhdessä perheen kesken sekä vanhempien terve asenne ruokaa ja syömistä kohtaan. Suojaava tekijä on myös se, etteivät vanhemmat käytä epäterveellisiä painonhallintakeinoja tai sairasta syömishäiriötä.

Kirjallisuuskatsauksesta saatu tieto on merkityksellistä myös terveydenhuollon näkökulmasta. Kodin ruokailutottumukset tulisi ottaa huomioon syömishäiriöitä seulossa ja diagnosoitaessa,

ja kodin yhteisiä aterioita tulisi suositella perheille terveyttä tukevinä ja häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ehkäisevinä.

LÄHTEET

- Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Family mealtime while growing up: Associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders* 2001;9:239-249.
- Aro A, Mutanen M, Uusitupa M. Ravitsemustiede. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim 2015.
- Attia E, Walsh BT. Treatment in psychiatry Anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 2007;164:1805-1810.
- Bauer KW, Hearst MO, Escoto K, Berge J, Neumark-Sztaine D. Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Soc Sci Med* 2012;75:496–504.
- Berge JM, MacLehose RF, Loth KA, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Family meals. Associations with weight and eating behaviors among mothers and fathers. *Appetite* 2012;58:1128–1135.
- Berge JM, MacLehose R, Loth KA, Eisenberg M, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatrics* 2013;167:746-53
- Bould H, Sovio U, Koupil I ym. Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:51-59
- Clausen L, Rosenvinge JH, Friborg O, Rokkedal K. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *J Psychopatol Behav Assess* 2011;33:101-110
- Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA ym. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American Journal of Psychiatry* 2009;166:1342-1346.
- Crowther JH, Kichler JC, Sherwood NE, Kuhnert ME. The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders* 2002;10:141-15.
- Eloranta AM, Lindi V, Schwab U, Kiiskinen S, Kalinkin M, Lakka HM, Lakka TA. Dietary factors and their associations with socioeconomic background in Finnish girls and boys 6–8 years of age: the PANIC Study. *European Journal of Clinical Nutrition* 2011;65:1211-1218.

Fernandez-Aranda F, Krug I, Granero R ym. Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite* 2007;49:476-485.

Field AE, Javaras KM, Aneja P ym. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:574–579.

Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health* 2006;39:337-345.

Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2:15-34.

Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL ym. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med* 2000;9:235-240.

Goldschmidt AB, Wall MM, Choo T-HJ, Bruening M, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Examining associations between adolescent binge eating and binge eating in parents and friends. *Int J Eat Disord* 2014;47:325–328.

Haapalahtu M, Mykkänen H, Tikkanen S, Kokkonen J. Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. *Public Health Nutr* 2003;6:365-370.

Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:11–16.

Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eating Disorders* 2009;18:10-24.

Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015;91:46-52.

Hinney A, Volckmar AL. Genetics of eating disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:423.

Hoppu U, Lehtisalo J, Tapanainen H, Pietinen P. Dietary habits and nutrient intake of Finnish adolescents. *Public Health Nutr* 2010;13:965-972.

- Iron-Segev S, Peterson KE, Gillman MW, Williams CM, Austin SB, Field AE. Associations of breastfeeding with bulimic behaviors and eating disorders among adolescents. *Int J Eat Disord* 2013;46:834–840.
- Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors* 2008;9:471-483.
- Kontis D, Theochari E. Dopamine in anorexia nervosa: a systematic review. *Behav Pharmacol* 2012;23:496–515.
- Larson N, MacLehose R, Fulkerson JA, Berge JM, Story M, Neumark-Sztainer D. Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *J Acad Nutr Diet* 2013;113:1601-1609.
- Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:412-425.
- Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors? *Int J Eat Disord* 2014;47:310–314.
- Loth K, Wall M, Choi CW ym. Family meals and disordered eating in adolescents: are the benefits the same for everyone? *Int J Eat Disord* 2015;48:100-110.
- Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9: 17–30.
- Micali N, Ploubidis G, De Stavola B, Simonoff E, Treasure J. Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *J Adolesc Health* 2014;54:574-581.
- Monteleone P, Maj M. Dysfunctions of leptin, ghrelin, BDNF and endocannabinoids in eating disorders: beyond the homeostatic control of food intake. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38:312–330.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West J Med* 2000;172:164-165.
- Munoz DJ, Israel AC, Anderson DA. The relationship of family stability and family mealtime frequency with bulimia symptomatology. *Eating Disorders* 2007;15:261-271.

Neumark-Sztainer DM, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J Adolesc Health* 2004;35:350-359.

Neumark-Sztainer DM, Wall MM, Haines JI ym. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 2007;33:359-369

Neumark-Sztainer D, Eisenberg M E, Fulkerson J A. Family Meals and Disordered Eating in Adolescents. Longitudinal Findings From Project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:17-22.

Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Health* 2010;47:270-276.

Neumark-Sztainer D, MacLehose R, Loth K, Fulkerson JA, Eisenberg ME, Berge J. What's for dinner? Types of food served at family dinner differ across parent and family characteristics. *Public Health Nutr* 2014;17:145–155.

O'Brien K, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One* 2017;12

Oldham JM. DSM models of personality disorders. *Current opinion in psychology* 2017;21:86-88.

Ricca V, Rotella F, Mannucci E ym. Eating behaviour and body satisfaction in mediterranean children: the role of the parents. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2010;6:59-65.

Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics* 2007;35:22-34.

Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:714–723.

Wang ML, Peterson KE, Richmond TK ym. Family physical activity and meal practices associated with disordered weight control behaviors in a multiethnic sample of middle-school youth. *Academic Pediatrics* 2013;13:379-385.

Watts AW, Loth K, Berge JM, Larson N, Neumark-Sztainer D. No time for family meals? Parenting practices associated with adolescent fruit and vegetable intake when family meals are not an option. *J Acad Nutr Diet* 2017;117:707-714.

Wilfley DE, Citrome L, Herman BK. Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:2213–2223.

LIITTEET

LIITE 1 (1/4)

Liite 1. Kodin ruokailutottumusten yhtyettä nuorten syömishäiriöiden kehittymiseen käsitteleviä tutkimuksia vuosilta 2001-2015.

Viite ja maa	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Tutkimusasetelma	Päätulos
Ackard ja Neumark-Sztainer 2001 USA	Perheen yhteisten aterioiden frekvenssin ja ateriympäristön yhteys buliimiseen käyttäytymiseen	N= 560 naista. Iän ka 20,6 vuotta	Poikkileikkaustutkimus	Perheen yhteisten aterioiden määrä oli käänteisesti yhteydessä buliimiseen käyttäytymiseen.
Crowther ym. 2002 USA	Perheen syömistä koskeva käyttäytyminen ja asenteet, häiriötoiminta ja negatiivinen kommunikointi ja niiden yhteys buliimisten oireiden vakavuuteen	N= 345 naista Iän ka 19,3 vuotta	Poikkileikkaustutkimus	Perheen syömistä koskeva käyttäytyminen ja asenteet, toimintahäiriöt ja negatiivinen kommunikointi korreloivat positiivisesti buliimisen oireilun kanssa.
Neumark-Sztainer ym. 2004 USA	Perheen yhteisten aterioiden frekvenssin, tärkeyden, tunnelman ja rakenteen yhteys häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen nuorilla	N= 4 746 nuorta Project Eat-tutkimuksesta. Iän ka 14,9 vuotta	Poikkileikkaustutkimus	Kaikilla perheen yhteisten aterioiden mittareilla oli suojaava vaikutus häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä kohtaan.
Fulkerson ym. 2006 USA	Perheen yhteisten aterioiden frekvenssin yhteys kehityksellisiin apuihin ja korkean riskin käyttäytymiseen	N= 99 462, ½ poikia ja ½ tyttöjä 6—12-luokkalaisia	Poikkileikkaustutkimus	Perheen yhteisten aterioiden suurempi frekvenssi suojasi ahmimiselta ja oksentamiselta sekä liialliselta laihduttamiselta.

Viite ja maa	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Tutkimusasetelma	Päätulos
Munoz ym. 2007 USA	Perheen stabiiliuuden (yhteisten aterioiden frekvenssi) yhteys bulimiaoireiden tasoon	N=134 naista Iän ka 18—21 vuotta	Poikkileikkaustutkimus	Perheen stabiilius vaikutti positiivisesti yhteisten aterioiden määrään, joka taas ehkäisi buliimista oireilua.
Fernandez-Aranda ym. 2007 Espanja	Lapsuuden yhteisten/yksilöllisten ruokailutottumusten yhteys syömishäiriöihin ja painoon nuoruudessa	N=261 diagnosoitua syömishäiriöpotilasta ja 160 tervettä kontrollia. Iän ka 25 vuotta	Retrospektiivinen tapaus-verrokkitutkimus	Useilla eri ruokailutottumuksilla oli yhteys syömishäiriöiden kehittymiseen. Aamupalan syöminen suojasi syömishäiriöiltä ja epäterveelliset välipalat altistivat niille.
Neumark-Sztainer ym. 2007 USA	Nuorten ylipainolle, ahmimiselle ja äärimmäisille painonhallintakeinoille altistavat ja suojaavat ympäristö- ja henkilökohtaiset tekijät	N= 2 516. 1 386 tyttöä ja 1 130 poikaa Project Eat-tutkimuksesta. Iän ka alkutilanteessa 12&15 vuotta (+5 v)	Pitkittäistutkimus	Monet ympäristö-, henkilökohtaiset ja käyttäytymistekijät alkutilanteessa ennustivat ylipainoa ja mitattua käyttäytymistä seurantatilanteessa.
Kluck 2008 USA	Perheen dynamiikan ja perheen ruokailuihin liittyvien kokemusten yhteys häiriintyneeseen syömiseen	N= 268 yliopisto-opiskelijanaista, alle 25-vuotiaita	Poikkileikkaustutkimus	Perheen vajaatoiminta ja negatiiviset kokemukset lisäsivät häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä.
Neumark-Sztainer ym. 2008 USA	Perheen yhteisten aterioiden frekvenssin yhteys häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen	N=2 516 1 386 tyttöä 1 130 poikaa Project Eat-tutkimuksesta	Pitkittäistutkimus v. 1999-2004	Perheen säännölliset ateriat lähtötilanteessa suojasivat äärimmäisiltä painonhallintakeinoilta seurantatilanteessa.

Viite ja maa	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Tutkimusasetelma	Päätulos
Field ym. 2008	Perheen, ikätovereiden ja median vaikutus ahmimiseen ja oksentamiseen	N= 6 196 tyttöä 5 618 poikaa. Iän ka lähtötilanteessa 12 v (+7 v)	Prospektiivinen kohorttitutkimus v. 1997-2003	Äidin syömishäiriötausta lisäsi ≤14-vuotiaiden tyttöjen oksentamisen riskiä kolminkertaisesti. Toistuva laihduttaminen ennusti ahmimista tytöillä.
Haines ym. 2009 USA	Illallisten yhteys ahmimiseen, oksentamiseen ja laihduttamiseen myöhäisemmällä iällä	N= 13 448 7 535 tyttöä 5 913 poikaa 9-14 v lähtötilanteessa GUTS-tutkimus	Kohorttitutkimus v. 1996-1999	Useammat perheen yhteiset ateriat suojasivat ahmimiselta, oksentamiselta ja laihduttamiselta vuoden päästä.
Wang ym. 2013 USA	Perheen yhteisten aterioiden ja vanhempien osallistumisen lasten fyysiseen aktiivisuuteen yhteys häiriintyneisiin painonhallintakeinoihin	N= 15 461 6-8-luokkalaisia	Poikkileikkaustutkimus	Perheen yhteiset illalliset suojasivat häiriintyneiltä painonhallintakeinoilta. Vanhempien osallistuminen lasten fyysiseen aktiivisuuteen lisäsi painonhallintakeinojen käyttöä.
Loth ym. 2014 USA	Vanhempien syömiseen painostamisen ja ruoan saannin rajoittamisen yhteys häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen	N= 2 231 nuorta 3 431 vanhempaa	Poikkileikkaustutkimus	Syömiseen painostaminen ja ruoan saannin rajoittaminen altistivat häiriintyneelle syömiskäyttäytymiselle etenkin poikia, mutta myös tyttöjä.
Goldschmidt ym. 2014	Vanhempien ja ystävien ahmintakäyttäytymisen yhteys tutkittavien ahmintaan	N= 2770 nuorta ja 2 362 vanhempaa Project-Eat-tutkimuksesta. Nuorten iän ka 14,4 v	Poikkileikkaustutkimus	Tyttöjen ahminta oli yhteydessä isien ja miespuolisten ystävien ahmintaan. Poikien ahmintaa ei yhdistetty vanhempien tai ystävien ahmintaan.

Viite ja maa	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Tutkimusasetelma	Päätulos
Loth ym. 2015 USA	Perheen yhteisten aterioiden ja ruokailuun liittyvien muuttujien yhteys häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen	N= 2 793 nuorta ja 2 382 vanhempaa Project Eat- ja F- EAT-tutkimuksesta. Iän ka 14,4 v	Poikkileikkaustutkimus	Yhteiset ateriat suojasivat häiriintyneeltä syömiskäyttäytymiseltä, mutta muuttajat suojasivat/altistivat sille.