

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Marta Valdmann

SÖÖMISEGA SEOTUD REEGLID PÄRITOLUPERES SÖÖMISHÄIRETE
MÕJUTAJATENA

Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Söömisreeglid, söömishäired, peresuhted, impulsiivsus

Tartu 2015

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
ABSTRACT	4
1.SISSEJUHATUS.....	5
1.1.SÖÖMISHÄIRED.....	5
1.2. PERE ROLL SÖÖMISHÄIRETE TEKES.....	6
1.2.1.Söömise reguleerimine peres ja selle seos söömishäiretega	7
1.3.IMPULSIIVSUS JA SÖÖMISHÄIRED.....	8
1.4.KÄESOLEVA UURIMUSTÖÖ EESMÄRGID:	9
2. MEETOD	11
2.1.VALIM	11
2.2. MÖÖTMISVAHENDID.....	11
2.2.1.Kliiniline intervjuu	11
2.2.2.Söömishäireid Hindav Skaala (SHS).....	11
2.2.3.Tartu Peresuhete Skaala.....	12
2.2.4.BIS- impulsiivsuse skaala.....	12
2.2.5.Söömisreeglite küsimustik-	12
2.3.ANDMEANALÜÜS.....	13
2.4.PROTSEDUUR.....	13
3.TULEMUSED.....	14
3.1.SÖÖMISREEGLITE KÜSIMUSTIKU FAKTORSTRUKTUUR	14
3.2.SÖÖMISHÄIRETEGA JA SÖÖMISHÄIRETETA NAISTE ERINEVUSED SÖÖMISREEGLITE ALASKAALADE SKOORIDES	16
3.3. SÖÖMISHÄIRETEGA JA SÖÖMISHÄIRETETA NAISTE ERINEVUSED PERESUHETE JA IMPULSIIVSUSE OSAS.	17
3.4. SÖÖMISHÄIRETEHA JA SÖÖMISHÄIRETETA NAISTE ERINEVUSED SÖÖMISREEGLITE OSAS, KONTROLLIDES PERESUHETE JA IMPULSIIVSUSE VAHENDAVAT MÕJU.....	17
3.4.1.Söömise survestamise alaskaala.....	17
3.4.2.Söögiga premeerimise alaskaala.....	18
3.4.3.Söömise reguleerimise alaskaala	19
3.5.ANOREKSIAGA JA SÖÖMISHÄIRETETA NAISTE VÕRDLUS SÖÖMISE REGULEERIMISE ALASKAALA OSAS, KONTROLLIDES PERESUHETE JA IMPULSIIVSUSE VAHENDAVAT MÕJU.....	19
3.6. BULIIMIAGA JA SÖÖMISHÄIRETETA NAISTE VÕRDLUS, KONTROLLIDES PERESUHETE JA IMPULSIIVSUSE VAHENDAVAT MÕJU SÖÖGIGA PREMEERIMISE SKOORIDELE.....	20
3.6. SÖÖMISREEGLID, PERESUHETED JA IMPULSIIVSUS SÖÖMISHÄIRETE ENNUSTAJATENA	20
4.ARUTELU	24
TÄNUAVALDUS.....	29
VIITED	29

KOKKUVÕTE

Antud magistritöö eesmärgiks oli vaadata, kas ja kuidas on söömiseiga seotud reeglid päritoluperes seotud söömishäiretega, võttes sealjuures arvesse lapsepõlve peresuhte ja impulsiivsuse vahendavat mõju. Uurimuses võrreldi naissoost söömishäiretega patsiente ja söömishäireteta naisi söömisreeglite esinemise sageduses. Lisaks vaadati, kuidas söömisreeglid, peresuhted ja impulsiivsus ennustavad söömishäireid. Tulemustest selgus, et söömishäiretega patsientidel oli kontrollgrupiga võrreldes olnud päritoluperes harvemini söömist survestavaid ja söömist reguleerivaid reegleid (eriti anoreksia-tüüpi patsientidel). Samas oli buliimia-tüüpi patsientidel rohkem toiduga premeerivaid reegleid võrreldes kontrollgrupiga. Efekt jäi alles ka pärast peresuhte ja impulsiivsuse arvesse võtmist. Logistilisest regressioonist selgus, et söömise reguleerimine peres vähendab söömishäirete riski. Uurimusest võib järeldada, et perel on stabiilsete söömiskommete, regulaarse söömiskäitumise kujundamise kaudu oluline roll söömishäirete ennetamisel. Samas oleks vajalik olla ettevaatlik toidu kasutamisel preemia või lohutajana, sest see võib tõsta söömishäirete riski.

Märksõnad: söömishäired, söömisreeglid, peresuhted, impulsiivsus

ABSTRACT**Influence of the childhood family eating rules on eating disorders**

The aim of the master's thesis is to examine how eating rules in childhood family are related to eating disorders, also considering the covarying effect of impulsivity and childhood family relations. The study compared differences in prevalence of childhood eating rules between female eating disorder patients and females without eating disorders. In addition, the master's thesis examines how eating rules, family relations and impulsivity predict eating disorders. The results of this study show that the eating disorder patients had less rules regarding encouragement and regulation of eating (especially anorexia nervosa patients) compared to the control group. The bulimia nervosa patients had more eating rules in relation to reward compared to the control group. The effect remained even if the family relations and impulsivity were taken into consideration. As a result of the logistic regression analysis, childhood rules about regulating eating behaviour decrease the risk of eating disorders. Therefore, childhood family has an important role in preventing eating disorders through stable eating habits and regular eating behavior. It is also important to be careful of using food as a comfort or as a reward because it may increase the risk of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Eating Rules, Family Relations, Impulsivity

1.SISSEJUHATUS

1.1.Söömishäired

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel kannatab anoreksia all 0,5-1% ja buliimiat all 0,9-4,1% naissoost teismelistest ja noortest täiskasvanutest, sealjuures on u 5-13%-l probleemiks ka osaline söömishäirete sündroom. Söömishäireid esineb peamiselt teismeliste tüdrukute ja noorte naiste seas, anoreksia on sageduselt kolmas krooniline haigus teismeliste tüdrukute hulgas peale ülekaalulisuse ja astma (World Health Organization, 2004). Paradoksaalselt iseloomustab söömishäirete sagenemist tänapäeva kaasaegses maailmas vastuolu, mille kohaselt ühest küljest on kalorikast toitu kaasaegses maailmas laialdaselt saada, teisest küljest rõhutatakse kultuuriliselt kõhnuseihalust (Treasure, 2012). Söömishäirete seletamisel peetakse üheks mõjukamaks ja tõendus põhisemaks kognitiiv-käitumuslikku teooriat. Selle järgi mängib kesksel rolli kõigi söömishäirete puhul söömise, kehakuju ja-kaalu ning nende kontrollimise ületähtsustamine. Sellega seondub range dieet, kompensatoorne lahtistite kasutamine/oksendamine, madal kehakaal ja nälgimissündroom ning ka söömishood (Dalle Grave, 2011). Striegel-Moore & Bulik (2007) kirjutavad, et söömishäired kuuluvad 10 olulisima noorte naiste invaliidistumise põhjuse hulka ning samuti on anorexia nervosa kõrgeima surmaga lõppevate juhtudega psüühikahäirete hulgas.

Söömishäiretega inimestel on kehvem elukvaliteet ning neil esineb tihti komorbiidselt ka teisi psüühikahäireid, eriti meeleolu-, ärevus- ja isiksusehäireid (Jenkins, Hoste, Meyer & Blissett, 2011). Söömishäirete tagajärjel tekivad mitmed terviseprobleemid läbi kolme peamise mehhanismi: söömise piiramise, alakaalu ja oksendamise. Nendeks probleemideks on näiteks nõrkus, bradükardia, hüpotermia, liiga madal vererõhk, osteoporoos, amenörröa, elektrolüütide tasakaalu häiritus, hambakahjustused jms. Sealjuures on tavaliselt tõsisemad kahjustused just anoreksia puhul (Dalle Grave, 2011).

Käesolevas töös on vaatluse all täpsemalt anoreksia-tüüpi ja buliimiat-tüüpi söömishäired. Anoreksia (*anorexia nervosa*) olulisteks tunnusteks on pidev toiduenergia omandamise takistamine, tugev hirm kaalus juurde võtmise või paksuks minemise ees ja kõrvalekalded enese tajutud kehakaalu või -kuju osas. Isik säilitab kehakaalu, mis on alla vanuselise, soolise normaalse taseme, ei vasta arengulisele trajektoorile ja on kahjulik füüsilisele tervisele. Buliimiat (*bulimia nervosa*) tunnused on korduvad ülesöömisepisoodid, korduvad ebasobivad kompenseerivad käitumised (nt. oksendamine, lahtistite tarvitamine)

vältimaks kaalutõusu ning enesehinnag on liialt mõjutatud kehakujust ja –kaalust (DSM-V, 2013).

Söömishäired on kompleksed ja mõjutatud mitmete eri riskifaktorite poolt nagu näiteks sotsiaalsed, psühholoogilised, arengulised, bioloogilised ja perest tulenevad riskifaktorid. (Jacobi jt,2004). Neid riskifaktoreid on oluline uurida, sest põhjuslike mehhanismide välja selgitamine aitab mõista, miks osadel areneb söömishäire ja osadel mitte, ravi on paremini teostatav, kui me teame täpseid põhjuseid, samuti on riskifaktorite leidmine oluline, et märgata kõrgema riskiga indiviide ning luua neile ennetusprogramme (Striegel-Moore & Bulik (2007).

1.2. Pere roll söömishäirete tekkes

Söömishäirete tekkele on muude riskifaktorite hulgas leitud olulisi seoseid päritoluperes toimuvaga. Häirunud söömiskäitumise ja söömishäirete seostena perekontekstis on leitud, et mõju avaldavad muu hulgas: peres valitsev õhkkond, konfliktid peres (Laliberte, Boland & Leichner, 1999; George, Fairchild, Cummings & Davies, 2014), probleemid konfliktilahendusoskustega (Botta & Dumlaio, 2002), (seksuaalne) väärkohtlemine (Fonseca, Ireland & Resnick, 2002), kriitilised sõnumid keha kohta (Hanna & Bond, 2006) ning õelad kehakaalu puudutavad kommentaarid lähedastelt (Eisenberg, Berge, Fulkerson & Neumark-Sztainer, 2010). Samuti omavad mõju ärev ja ülekontrolliv, ülekaitssev seotusstiil (Ringer, Crittender & McKinsey, 2007; Ketisch, Jones, Mirsalimi, Casey & Milton, 2014), vanemate isiksuseomadused (Fassino, 2009), vanemate söömisega seotud eeskuju (Kral & Rauh,2010; Dickens & Ogden,2014), teiste pereliikmete, eriti õdede eeskuju söömisest ja oma kehatajust (Coomber & King, 2008) ja peres valitsevad uskumused söömise ja välimuse kohta (Canals, Sancho & Arija, 2008). Sealjuures on pere välimusele, füüsilisele atraktiivsusele keskendumine oluliseks riskifaktoriks, eriti ärevamate noorukite puhul (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004).

Varasemalt on leitud, et ema eeskuju mõjutab teismeliste tüdrukute söömiskäitumist: kui ema on hõivatud dieedimõtetest, siis on suurem risk ka lapsel (Lori & Birch, 2005). Sarnaseid tulemusi on saanud ka Canals jt. (2008), leides, et ema kõhnuseihalus ja kehaga rahuolematus ning samuti isa perfektsionism ja kõhnuseihalus olid seotud pikaajalise söömishäire kujunemisega lapsel.

Crowther, Kichler, Sherwood ja Kuhnert (2002) grupeerivad viisid, kuidas perekond mõjutab söömishäirete teket: 1. üldine pere düsfunktsioneerimine, sealhulgas konfliktid, siduse puudumine, desorganiseeritus, kehv emotsioonide väljendamine; 2. pere söomishoiakud ja –käitumised, sealhulgas väline kontroll söömisele, pere söögiaegadega seotud reeglid ja toidu preemia kasutamine; 3. pere negatiivne suhtlusviis, sealhulgas negatiivsed kommentaarid välimuse kohta, dieedile innustamine pere poolt.

Üheks söömishäiretele iseloomulikuks jooneks on probleemid emotsioonide reguleerimisel (Brockmeyer jt., 2014). On leitud, et autoriteetne vanemlik stiil ning avatud emotsioonide väljendamine peres on kaitsvaks teguriks hilisema emotsionaalse söömise eest, samas kui vanemate vähenenud vastuvõtlikkus lapse negatiivsetele emotsioonidele oli emotsionaalse söömise riskifaktoriks (Topham jt., 2011). Emotsionaalne söömine on sealjuures omane buliimiale ja ülesöömishäirele, lisaks on seda leitud ka anoreksia patsientidel (Ricca jt., 2012). Samuti on leitud, et ka ülekaalulised kasutavad rohkem toitu emotsioonide reguleerimiseks võrreldes normkaalulistega ning on täheldatud, et nende vanemate kasvatusstiil on sel juhul olnud sageli ülekontrolliv (Rommel jt., 2012). Seega võiks soojad ja aktsepteerivad peresuhted vähendada söömishäire riski ning pingelisem, kontrollivam emotsionaalne õhkkond, halvemad peresuhted olla pigem söömishäiret soodustavad. Emotsionaalse söömise juures on ka oluline, kuidas lapsed oma vanemate söömiskäitumist tajuvad ja tõlgendavad. Näiteks nähes oma ema näksimas ja üle söömas, samas tajudes, et nende ema meeleolu paranes tänu söömisele, kalduvad sellest tegema järeldusi, et söömine aitab igavust ja paha tuju leevendada, ning et söömine viib kontrolli kaotamiseni (MacBrayer, Smith,.; MCCarthy, Demos, Simmons, 2001).

1.2.1.Söömise reguleerimine peres ja selle seos söömishäiretega

Mõju on ka pere söömiskommetel. Söömisega seotud negatiivsed kogemused peres suurendavad häirunud söömiskäitumist (Kluck, 2008). Ühised söögiajad, pere ühtehoidmine on jällegi kaitsvaks faktoriks häirunud söömiskäitumise suhtes (Neumark-Zteiner, Wall, Story & Sherwood, 2009; Elran-Barak, Sztainer, Goldschmidt & Le Grange, 2013). Fernandez-Aranda jt.(2007) leidsid samuti, et perel võib olla kaitsev mõju söömishäirete eest: söömishäiretega teismelistel oli varasemas eas olnud vähem regulaarseid hommikusööke ja üldse ebatervislikum söömisemuster võrreldes söömishäireteta inimestega.

On leitud, et väline toitumise kontroll (näiteks sööma ergutamine) ja pere söömisega seotud reeglid on seotud häirunud söömiskäitumise ja söömishäiretega (Crowther jt., 2002 ; Lyke & Matsen, 2013). Ühe vahendina käitumise kontrollimisel võib võtta söömisega seotud reegleid peres. Puhl ja Schwartz'i (2003) uurimusest ilmnes, et lapsepõlvkodus kehtinud söömist puudutavad reeglid mõjutavad suhtumist toitu täiskasvanuna. Autorid avastasid, et kui vanematel oli komme lapse käitumist toidu abil kontrollida, oli hiljem rohkem ülesöömiskäitumist ja toidu piiramist täiskasvanuna. Näiteks toiduga premeerimine on küllalt tavaline, seda kasutatakse ka klassikalise käitumise kinnitajana. Siiski peab Puhl'i ja Schwartzi (2003) sõnul olema ettevaatlik, sest kuigi toit võib lühiajaliselt soovitatud käitumist soodustada, on võimalik, et toidu sage kasutamine selles osas võib kasvatada laste eelistusi ebatervisliku toidu suhtes ning anda segaseid sõnumeid toidu rolli kohta inimese elus. Sarnaseid tulemusi on leidnud ka Braden jt. (2013) tuues välja, et vanemad, kes kasutavad toitu leevendamaks laste emotsioone, võivad tahtmatult sellega lastele õpetada söömist, kui nad ei ole realselt näljased, seeläbi soodustades kehakaalu tõusu, ülekaalulisust. Samas on oluline, et ranged söömisreeglid ja jäigad mõttemustrid söömisest üldse võivad põhjustada liigse ülehõivatuse toidust, vähesema planeeritud söömiseni ning lõppkokkuvõttes viia taas häirunud söömiskäitumiseni (Brown, Parman, Rudat & Craighead, 2012). Varasemalt on ka leitud, et mida rangemalt emad piirasid tütarde suupistete söömist, seda suurema koguse need lapsed hiljem sõid, kui söömist enam ei piiratud (Fisher & Birch, 1999). Ka Haycraft, Goodwin ja Meyer (2014) leidsid, et teismeliste puhul, kes tajusid oma vanemate poolt survet söömiseks või suurt piiramist, oli hiljem rohkem söömisega seotud patoloogiat.

Kokkuvõttes võivad nii söömise piiramine kui ka sundimine olla mõlemad hilisema söömishäiretega seotud patoloogia suhtes olulised ning sellest oleks oluline teadlik olla.

1.3. Impulsiivsus ja söömishäired

Oma roll söömishäirete tekkes on ka impulsiivsusel (Wonderlich, Connolly & Stice, 2004). Söömishäiretega inimestel on võrreldes normgrupiga leitud rohkem impulsiivust (Boisseau jt., 2012) ning kõrgem impulsiivsus varasemas eas on seotud rohkemate buliimia sümptomitega hilisemas teismeeas (Bodell, Joiner & Ialongo, 2012). Enamikes uurimustes on impulsiivsus käsitletud läbi mitteteadvustatud käitumise, mida iseloomustab käitumine hetke ajel, võimetus keskenduda konkreetsele ülesandele, probleemid adekvaatse planeerimisega. Lisaks kaasnevad sellega tihti isiksuseomadused nagu elamustejanu või riski võtmine (Waxman, 2009).

Schag jt. (2013) kirjutavad, et toiduga seotud tasutundlikkus ja kiirustav-spontaanne käitumine, mis on impulsiivsusele omased kaks komponenti, olid nende uuringus ülesöömishäirega inimeste puhul sagedasemad, võrreldes lihtsalt ülekaaluliste inimestega ja normaalkehakaaluga kontrollgrupiga. Sellest võib järeldada, et ülesöömishäirega inimesed võivad tegutseda rohkem hetkeajel, olles ühtlasi mõjutatud võimalikult kiiresti saadavast tasust toidu näol. Ka Dawe & Loxton, 2004 raporteerisid, et ülesöömisele ning buliimiale on omane tasutundlikkus, mis teeb buliimia patsiente vastuvõtlikemaks toiduga seotud stiimulitele. Reaalses elus võib see tähendada, et kõrgema impulsiivsusega inimestel on muude söömishäire riskifaktorite olemasoluga kokku langes raskem ahvatlustele järele anda, mis viib ülesöömiseni ja edasi söömishäire väljakujunemisele.

Samas võib ka toitumise piiramine, dieet koos kehaga rahulolematusega soodustada ülesöömishoo teket (Andres & Saldana, 2014). Algele söömise piiramisele järgnev ülesöömishoog, mis on samuti buliimiale omane, võib olla vahendatud just impulsiivsuse poolt. Jansen jt.(2009) on leidnud, et ülesöömine toimub läbi piiramise ja impulsiivsuse koosmõju. Ka kõrge piiramisega sööjad söövad üksnes siis üle, kui nad on ühtlasi ka impulsiivsed. Impulsiivsust on buliimia patsientidel seostatud lisaks ülesöömisele ka väljutamiskäitumisega (Brown, Haedt-Matt & Keel, 2011).

Lähtuvalt eelpool välja toodud uuringutest eeldan, et impulsiivsusel võib olla vahendav mõju söömishäirete, eriti buliimia tekkele ka päritolupere söömisreeglite puhul. Seda nii toiduga premeerivate reeglite kui ka sagedase söömise piiramise suhtes. Kuigi enamik uuringuid on leidnud seoseid ülesöömiskäitumisega, oleks oluline kontrollida ka mõju anoreksia-tüüpi häirete tekkele.

1.4.Käesoleva uurimustöö eesmärgid:

Varem on uuritud peresuhteid ja impulsiivsust söömishäirete riskifaktoritena eraldi. Antud töö puhul on oluline, et vaadatakse, mis juhtub kui võtta tähelepanu alla just söömisreeglite mõju söömishäiretele, kontrollides impulsiivsuse ja peresuhete vahendavat mõju. Söömishäiretega inimeste perekondi on uuritud nii peresuhete, harjumuste kui muude omaduste poolest, kuid konkreetselt söömise seotud reegleid peres on uuritud vähe, eriti kliinilisel valimil. Antud uurimustöös võtangi täpsemalt vaatluse alla söömise seotud reeglid päritoluperes, uurides nende seoseid söömishäirete väljakujunemisele. Kuna söömise seotud reeglid on peredes

üsna tavalised, on oluline teada, milline võib olla nende mõju hilisemale söömiskäitumisele. Samuti on söömishäirete ravis tähtis arvestada, kas söömisreeglitel on seos söömishäiretega, et pere saaks ravi toetamiseks sellega arvestada.

Peresuhte vahendavat mõju söömishäirete olemasolule vaadates pööran tähelepanu sellele, kas söömisreeglite mõju säilib ka siis kui võtta arvesse soojus, väärkohtlemine, kontroll, autonoomia ja aktsepteerimine peres. Võimalik, et söömisreeglid mõjuvad üksnes teatud peresuhte puhul, teatud õhkkond peres aga kaotab söömisreeglite mõju. Võib olla, et näiteks söömist piiravad reeglid ei mõjuta last oluliselt, kui suhted peres on üldiselt soojad.

Kuna vastavalt eelpool toodud kirjandusele on söömishäiretele, eriti buliimiale ja ülesöömistüüpi käitumisele üldiselt iseloomulik impulsiivsus, kontrollin ka impulsiivsuse vahendavat mõju söömishäiretele. Võimalik, et näiteks söögiga premeerimine ei avalda nii suurt mõju ülesöömissümptomaatika tekkele, kui puudub kõrge impulsiivsus.

Eelnevast kirjandusest lähtuvalt püstitan hüpoteesid:

1. Naiste hulgas, kelle päritoluperes esines rohkem söömisreegleid, on hiljem rohkem söömishäireid. Sealjuures ennustavad reeglid söömishäirete riski.

Täpsemalt:

- Neil, kellel lapsepõlveperes käitumist premeeriti või kontrolliti muul moel toiduga, on hiljem rohkem buliimia-tüüpi häireid.
 - Neil, keda lapsepõlves ergutati söömist piirama (rohkem keelavaid reegleid), on hiljem rohkem anoreksia-tüüpi söömishäireid.
2. Impulsiivsuse ja söömisreeglite koosmõju ennustab veelgi suuremat söömishäirete riski (eriti buliimia-tüüpi häiretega naistel), kui üksnes söömisreeglid.
 3. Soojus, autonoomia ja aktsepteerimine päritoluperes vähendavad söömisreeglite mõju söömishäirete riskile. Samas kui väärkohtlemine ja kontroll suurendavad söömishäirete esinemise riski.

2. MEETOD

2.1. Valim

Antud uurimuse valimi moodustab kokku 109 naist, sealhulgas söömishäiretega naisi oli 54 ja söömishäireteta naisi 55. Naiste keskmiseks vanuseks on 22,63 aastat ($SD = \pm 4,88$), neist noorim oli 16-aastane ja vanim 37-aastane. 54,1% neist märkisid oma elukohaks linna, 5,5% väikelinna, 19,3% alevi ning 19,3% küla (2 inimest jättis vastamata). 29,4%-l valimist on kõrgharidus, 5,5%-l kesk-eriharidus, 33,9 %-l keskharidus, 28,4 %-l põhiharidus.

Söömishäiretega inimeste andmed koguti aastatel 2012-2013 Tartu Ülikooli Kliinikumi Söömishäirete Keskusest. Igal patsiendil, kes oli Söömishäirete Keskuses statsionaarsel ravil, oli võimalik vabatahtlikult uuringus osaleda. Söömishäiretega inimesed jagati kahte gruppi: 21 inimest anoreksia-tüüpi söömishäirega (anoreksia ja täpsustama söömishäire (EDNOS) piiravate sümptomitega) — 16,8% koguvalimist, ning 33 inimest buliimia-tüüpi söömishäirega (buliimia ning täpsustamata söömishäire (EDNOS) ülesöömissümptomitega) - 26,4% koguvalimist.

Kontrollgrupp koguti aastatel 2012- 2013 avalike kuulutuste, ülikooli listide ja isiklike kontaktide kaudu. Lisaks koguti 2014.a. juurde 70 inimese andmed söömisreeglite küsimustiku faktoriaalse struktuuri väljaselgitamiseks. Neid andmeid teistes analüüsides ei kasutatud.

2.2. Mõõtmisvahendid

2.2.1. Kliiniline intervjuu

Söömishäiretega inimestel ja kontrollgrupist viidi kliinilise psühholoogi poolt läbi M.I.N.I rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV, MINI 5.0.0. (Sheehan & Lecrubier, 1998).

2.2.2. *Söömishäireid Hindav Skaala (SHS)* (Akkermann, Herik, Aluoja, Järv 2010, avaldamata käsikiri) on 4-faktoriline skaala, mis koosneb 29-st väitest. Selle alaskaaladeks on Söömise Piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. SHS ja alaskaalade sisereliaablused olid $\alpha = .90-.93$. Skaalat kasutati söömishäiretele omase sümptomaatika hindamiseks.

2.2.3. Tartu Peresuhete Skaala (Paaver, Kurrikoff, Nordquist, Orelund & Harro, 2008) laiendatud versioon. Tartu Peresuhete Skaala on Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuringu (ELIKTU) jaoks välja töötatud peresuhete mõõtmise skaala, mis koosneb neljast alaskaalast: lähedus ja toetus, mis on sarnasuse alusel toodud ühise nimetaja alla peresisene soojus, ning alavääristamine ja vägivald, mis koos moodustavad peresisese väärkohtlemise. Antud magistritöös on samuti kasutatud soojuse ja väärkohtlemise alaskaalasid. Väited on esitatud 4-5 punktilisel järjestusskaalal. Näiteks: „Mind on kodus peetud laisaks ja inetuks“. Praeguses töös on kasutusel nimetatud skaala laiendatud versioon (Kurrikoff jt., skaala saadaval autoritelt), kus on lisaks juures ka autonoomia, aktsepteerimine ja kontroll. Täiendatud versiooni alaskaalad koos sisereliaablusnäitajatega käesolevas töös kasutatud valimil: toetus (Cronbachi $\alpha = .92$, lähedus ($\alpha = .93$), alavääristamine ($\alpha = .64$), vägivald ($\alpha = .86$), autonoomia ($\alpha = .70$), aktsepteerimine ($\alpha = .66$), kontroll ($\alpha = .76$).

2.2.4. BIS- impulsiivsuse skaala (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11; Patton jt, 1995)

Impulsiivsuse mõõtmiseks kasutati Barratti impulsiivsuse skaala eestikeelset versiooni BIS-11, mis koosneb kolmest alaskaalast: motoorne impulsiivsus, tähelepanematus- ja planeerimatus. Eestikeelses versioonis on skaala 31-st originaalküsimusest jäetud sisse 27 küsimust (Paaver jt., 2007). Käesolevas töös kasutatakse andmeanalüüsis BIS-11 üldskoori.

2.2.5. Söömisreeglite küsimustik- Antud magistritöö jaoks välja töötatud küsimustik, mis põhineb Puhl & Schwartz (2003) söömisega seotud reegleid mõõtval küsimustikul *The Food Rules Questionnaire*. Originaalküsimustik on 21-küsimusega mõõdik, mis mõõdab söömisega seotud reegleid skaalal 1 (mitte kunagi)-5 (alati). Põhikategooriad küsimustikus on: piiravad reeglid, innustavad reeglid ja kontrollivad reeglid. Piiravad reeglid (näiteks „You were not allowed to eat sweets“) hõlmavad teatud tüüpi toidu, nt maiustused või rämpstoit söömise piiramist. Innustavad reeglid (näiteks („If you put it on your plate, you have to eat it“) innustavad sööma teatud toitu, või rohkemas koguses toitu. Kontrollivad reeglid (näiteks: „You were rewarded for good behavior or accomplishments with sweets or favorite foods“) sisaldavad käitumise kontrollimist toidu abil. Nimetatud küsimustik tõlgiti eesti keelde ning seejärel tehti tagasitõlge inglise filoloogi poolt. Tõlgitud küsimustele lisati veel mugavusvalimil küsitlemise teel juurde 7 reeglit, mida vastajad mäletasid oma päritoluperekonnas olulised olevat. Juurde lisatud väited: „Toitu ei tohtinud valida, tuli süüa seda, mida pakuti.“, „Toidu kõrvale pidi alati sööma leiba.“, „Süüa tuli siis, kui oli selleks ettenähtud aeg.“, „Sõprade juures ei tohtinud süüa.“, „Vahetult enne söögikorda ei tohtinud

süüa.“, „Süüa võis ainult köögis või söögitoas“, „Kui käitusin halvasti, siis karistati mind magustoidust või lemmiktoidust ilma jätmisega.“ Kokku saadi 27 väidet (vt. Lisa1.). Saadud väited laadusid 5 faktorisse: söömist survestavad, söömist keelavad, söögiga premeerivad, söögi abil karistavad, söömist reguleerivad. Kohandatud küsimustiku reliaablusnäitajad on välja toodud tulemuste juures.

2.3. Andmeanalüüs

Käesoleva uurimustöö andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi SPSS 17.0. Söömisreeglite küsimustiku struktuuri selgitamiseks tehti faktoranalüüsi, söömishäiretega naiste ja kontrollgrupi naiste söömiskeelude küsimuste keskmiste tulemuste võrdlemiseks kasutati dispersioonanalüüsi (one-way ANOVA). ANCOVA dispersioonanalüüsiga vaadati, kas söömishäirega inimeste ja normgrupi erinevus söömiskeelude esinemise osas jääb samaks, kui võtta arvesse ka impulsiivsuse ja peresuhte vahendav mõju. F-statistiku väärtused on esitatud kujul $F(df) = X$. df - vabadusastmete arv. Keskmiste skooride erinevuse efekti suurus on esitatud Coheni d -statistikutena, mis arvutati välja kasutades G-Power programmi. Lisaks vaadati logistilise regressioonanalüüsi abil, millised faktorid ennustavad söömishäirete teket, võttes arvesse ka peresuhte ja impulsiivsuse mõju. Logistilise regressiooni väärtused: $\text{Exp}(B)$ - šansside suhe; Nagelkerke R^2 - kirjeldusvõime ; p - olulisuse tase.

Kõikides statistilistes testides valiti olulisuse tase väärtuseks $< .05$.

2.4. Protseduur

Kõigepealt viidi söömishäirega patsientidel haiglas läbi struktureeritud intervjuu kliinilise psühholoogi poolt, seejärel täitsid uuritavad enesekohased küsimustikud. Kontrollgrupis viidi samuti enne küsimustike täitmist läbi kliinilise intervjuu ning uuritavad täitsid seejärel küsimustikud, kas kohapeal või kodus. Osal kontrollgrupist jäi tehnilistel põhjustel kliiniline intervjuu läbimata, kuid SHS-küsimustiku skooride osas ei olnud neil statistiliselt olulisi erinevusi võrreldes kliinilise intervjuu läbinud kontrollgrupiga.

Uuringu kiitis heaks Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomitee (2010.a.). Kõigilt uuritavatel saadi informeeritud nõusolek.

3.TULEMUSED

3.1.Söömisreeglite küsimustiku faktorstruktuur

Faktoranalüüs viidi läbi peateltede meetodil, kokku kasutati 179 inimese andmeid. Omaväärtuste (>1) alusel valisime välja 5-faktorilise lahendi (omaväärtused vastavalt 7,24; 2,08; 1,63; 1,31; 1,25). Väited, mis omasid faktorlaadungeid enam kui ühes faktoris arvasime väitekomplektist välja, samuti väited, mille faktorlaadungid olid väiksemad kui 0,5. Faktoranalüüsi järgselt jäi esialgse 27 väite asemel alles 20 väidet, mille faktorlaadungid olid suuremad kui 0,6. Antud faktorlahend kirjeldas 57,68 % söömisreeglite üldhajuvusest. Üksikfaktorite kirjeldusaste oli vastavalt 34,08%, 8,24 %, 6,44%, 4,61% ja 4,33% üldhajuvusest. Alles jäänud väidete ($N=20$) alusel defineeriti faktorite tähendus ning tulemuseks saadi 5 alaskaalat: söömise survestamine (6 väidet), söömise keelamine (6 väidet), söögi abil premeerimine (2 väidet), söögi abil karistamine (2 väidet) ja söömise reguleerimine (4 väidet). Kokkuvõttes eemaldati faktoranalüüsi käigus algsest küsimustikust reeglid: 13,18,20,26,5,7,14 (vt. Lisa1). Selle tagajärjel oli faktormudel sisuliselt paremini tõlgendatav, vähenes mitmeti laaduvus mitme faktori osas ning välja jäeti väikeste faktorlaadungitega reeglid. Lõplikus mudelis kasutati väiteid, mille laadungid olid suuremaid kui 0,6. Alaskaalad koos faktorlaadungite ja sisereliaablusnäitajatega on toodud välja Tabelis 1.

Kogu küsimustiku sisereliaablus: Cronbachi $\alpha = 0.69$. Poolitustesti (*split half*) reliaabluse väärtus oli 0.69.

Tabel 1. *Alaskaalade faktorlaadungid koos sisereliaablusnäitajatega.*

Alaskaalad väidetega	Survestamine $\alpha=0.89$	Keelamine $\alpha=0.85$	Premeerimine $\alpha = 0.76$	Karistamine $\alpha=0.84$	Reguleerimine $\alpha=0.78$
Söömise survestamine					
Taldrik tuli igal söögikorral tühjaks süüa.	.820				
Õhtusöögil tuli oma juurviljad ära süüa.	.801				
Ma pidin vähemalt proovima või maitsma uusi toite.	.629				
Ma ei saanud magustoitu ennem, kui olin lõpetanud õhtusöögi.	.698				
Kui panin toidu oma taldrikule, pidin selle ka ära sööma.	.812				
Kui toidu eest oli makstud, pidi selle ära sööma.	.741				
Söömise keelamine					
Maiustuste söömist peeti mulle kahjulikuks.		.712			
Arvati, et maiustuste söömine teeb paksuks.		.710			
Ma ei tohtinud süüa rämpstoitu.		.707			
Ma võisin süüa maiustusi üksnes erilistel juhtudel.		.703			
Ma pidin piirama rasvaste toitude söömist.		.759			
Ei tohtinud süüa pärast kindlat kellaega.		.669			
Söögiga premeerimine					
Kui olin tujust ära, anti mulle lemmiktoite, et tunneksin end paremini.			.779		
Mind premeeriti hea käitumise või saavutuste eest maiustuste või lemmiktoitudega.			.779		
Söögi abil karistamine					
Kui käitusin halvasti, siis karistati mind magustoidust või lemmiktoidust ilma jätmisega.				-.875	
Karistuseks halva käitumise eest keelati mulle minu lemmiktoite ja –jooke.				-.841	
Söömise reguleerimine					
Ma ei tohtinud süüa või näksida toidukordade vahel.					.704
Süüa tuli siis, kui oli selleks ettenähtud aeg.					.614
Vahetult enne söögikorda ei tohtinud süüa.					.723
Süüa võis ainult köögis või söögitoas.					.696

Märkus: faktoranalüüs Peateldede meetodil, kasutatud on kaldpööramist (oblimin Kaiser Normalization). Faktorlaadungid $>|.60|$ tumedalt trükitud kirjas.

Kontrollisime ka faktorite omavahelist korreleerumist ja leidsime, et omavahel olid arvestatavas korrelatsioonis söömise survestamise (1.faktor) ja söömise reguleerimise (5.faktor) alaskaalad ($r = .57, p = .0001$). Selle põhjuseid on täpsemalt analüüsitud arutelu osas. Kuigi mõlemad alaskaalad sisaldavad mingil määral söömise reguleerimist, on neil siiski sisulisi erinevusi, 1.faktor, söömise survestamine sisaldab rohkem sööma ärgitamist, 5.faktor, söömise reguleerimine aga pigem söögikordade reguleerimist laiemalt. Samuti olid korrelatsioonis söömist reguleerivad (5.faktor) ja söömist keelavad (2.faktor) alaskaalad ($r = .58, p = .0001$).

3.2.Söömishäiretega ja söömishäireteta naiste erinevused söömisreeglite alaskaalade skoorides

Dispersioonanalüüsi tulemustest selgub, et söömishäire olemasolul (anoreksia, buliimiaga inimesed koos vs. kontrollgrupp) on statistiliselt oluline peamõju söömise survestamise alaskaalale [$F(1) = 4.00, p = .048$], sealjuures on kontrollgrupil kõrgem keskmine söömise survestamise skoor kui söömishäirega naistel, efekti suurus Coheni $d = 0.39$. Samuti on söömishäire olemasolul statistiliselt oluline peamõju söögiga premeerimise alaskaalale [$F(1) = 4.29, p = .041$], kusjuures söömishäirega naistel on kõrgem keskmine skoor, võrreldes kontrollgrupi naistega, efekti suurus $d = 0.40$. Samamoodi oluline peamõju on söömishäire olemasolul ka söömise reguleerimise alaskaalale [$F(1) = 7.73, p = .006$], seejuures on kõrgem keskmine skoor kontrollgrupi naistel, võrreldes söömishäirega naistega, efekti suurus ($d = 0.54$). Dispersioonanalüüsi olulisemad tulemused koos keskmiste skooridega on esitatud Tabelis 2.

Tabel 2. Söömisreeglite alaskaalade keskmised skoorid koos standardhälvetega kontrollgrupi naistel võrdluses söömishäiretega naistega (ANOVA)

	Kontrollgrupp (n=55)	Söömishäirega (n=54)	F-väärtus (df=1)	p-väärtus
Söömise survestamine	18.5(± 6.6)	16.0(±6.0)	4.00	.048
Söögiga premeerimine	3.7(± 1.7)	4.5(±2.3)	4.29	.041
Söömise reguleerimine	10.9(± 4.2)	8.8(±3.8)	7.73	.006

Kui vaadata söömisreeglite alaskaalade hajuvust täpsemalt söomishäirete alagruppide lõikes, siis anoreksia olemasolul (anoreksiaga inimesed vs.kontrollgrupp) on statistiliselt oluline peamõju söömise reguleerimise hajuvuse kirjeldamise osas [$F(1) = 7.73, p = .006$]. Kusjuures kontrollgrupi naistel on kõrgem söömise reguleerimise skoor ($M= 10.9, SD= 4.2$) kui anoreksiaga naistel ($M= 8.0, SD= 3.6$), efekti suurus ($d = 0.76$).

Buliimia olemasolul (buliimia-tüüpi häirega naised vs. kontrollgrupp) on statistiliselt oluline peamõju söögiga premeerimise alaskaala skooride hajuvuse kirjeldamisel [$F(1) = 4.91, p = .029$], mis tähendab, et buliimiaga naised ja kontrollgrupi naised erinevad söögiga premeerimise osas. Sealjuures on buliimiaga naistel kõrgem söögiga premeerimise keskmine skoor ($M=4.6, SD= 2.3$) võrreldes kontrollgrupi naistega ($M= 3.7, SD= 1.7$), efekti suurus ($d = 0.48$).

Kokkuvõttes võib öelda, et söömisreeglite alaskaalade osas eristavad söomishäirega naisi kontrollgrupi naistest söömise survestatimise, söögiga premeerimise ning söömise reguleerimise alaskaalad. Sellest lähtuvalt tehti edasised analüüsid just nende alaskaaladega. Söömise keelamise ja söögi abil karistamise osas söomishäiretega ja söomishäireteta naised ei erinenud ($p >.05$).

3.3. Söomishäiretega ja söomishäireteta naiste erinevused peresuhete ja impulsiivsuse osas.

Antud uurimuses ei ilmnenud statistiliselt olulisi erinevusi söomishäirega ja söomishäireteta naiste vahel kontrolli [$F(1) = 0.49, p = .485$] ja autonoomia osas [$F(1) = 0.31, p = .577$].

Kontrollgrupil ilmnas rohkem peresoojust [$F(1) = 5.27 p = .024$] ning aktsepteerimist [$F(1) = 5.50 p = .021$], söomishäiretega naistel rohkem väärkohtlemist [$F(1) = 4.28 p = .041$] ning impulsiivsust [$F(1) = 11.15 p = .001$].

3.4. Söomishäireteha ja söomishäireteta naiste erinevused söömireeglite osas, kontrollides peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju.

3.4.1.Söömise survestatimise alaskaala

Võttes arvesse peresuhete (väärkohtlemise, soojuse, kontrolli, autonoomia, aktsepteerimise) ning impulsiivsuse vahendavat mõju (ANCOVA), kõik mõjutajad koos ühtses mudelis, jäid söömise survestatimise alaskaala puhul kehtima söömireeglite erinevused söomishäiretega naiste ja kontrollgrupi vahel [$F(1) = 4.89, p = .029$]. Erinevus on sel juhul isegi pisut suurem, kui enne peresuhete ja impulsiivsuse mõju arvesse võtmist (vt. Tabel 2.)

Statistiliselt oluline peamõju söömise survestamise skaala skooride hajuvuse kirjeldamisel on ka peres esineval kontrollil [$F(1) = 23.44, p < .0001$] ning aktsepteerimisel [$F(1) = 11.94, p < .001$], mis kirjeldasid veelgi suurema osa söömise survestamise skooridest kui söömishäire olemasolu.

Kui aga vaadata peresuhete ja impulsiivsuse mõju söömise survestamisele ükshaaval koos söömishäire olemasoluga (fikseeritud faktorina), siis on statistiliselt oluline ka peresisese soojuse peamõju [$F(1) = 5.39, p = .001$] ning väärkohtlemise peamõju [$F(1) = 14.03, p < .001$]. Samuti jääb peresisest kontrolli, autonoomiat, soojust ja väärkohtlemist ning impulsiivsust arvestamata oluliseks ka perekonna poolse aktsepteerimise [$F(1)=12.81, p < .001$] ning kontrolli [$F(1)=23.28, p < .00$] peamõju.

Kokkuvõttes võib öelda, et peresisene aktsepteerimine, kontroll ja söömishäire olemasolu jääb söömise survestamise kohalt oluliseks, hoolimata sellest, kas võtta arvesse ka impulsiivsuse ja soojuse, autonoomia, väärkohtlemise mõju või mitte. Eraldi võttes oli söömise survestamise hajuvuse puhul oluline mõju koos söömishäire olemasoluga ka soojusel ja väärkohtlemisel peres, kuid kontrolli ja aktsepteerimist arvesse võttes selle statistiline olulisus kadus.

3.4.2.Söögiga premeerimise alaskaala.

Söögiga premeerimise alaskaala puhul jäid peresuhteid ja impulsiivsust arvesse võttes samuti kehtima söömisreeglite skooride erinevused söömishäiretega naiste ja kontrollgrupi naiste osas [$F(1) = 4.59, p = .035$], mis oli isegi pisut suurem, kui teisi vahendavaid mõjutegureid arvesse võttes (vt. Tabel 2.). Sealjuures oli statistiliselt oluline peamõju söögiga premeerimise hajuvuse kirjeldamisel ka peresisesel soojusel [$F(1) = 8.06, p = .006$] ja aktsepteerimisel [$F(1) = 7.83, p = .006$].

Kui vaadata peresisese autonoomia, aktsepteerimise, kontrolli, soojuse, väärkohtlemise ja impulsiivsuse mõju ükshaaval koos söömishäire olemasolu mõjuga (fikseeritud faktorina) söögiga premeerimise puhul, ei jäänud enam ükski peresuhete alaskaaladest ega impulsiivsus statistiliselt oluliseks. Üksnes kõiki nimetatud faktoreid arvesse võttes tuli ilmsiks soojuse ja akstepteerimise statistiliselt oluline peamõju, mis oli isegi suurem kui söömishäire peamõju.

3.4.3.Söömise reguleerimise alaskaala

Söömise reguleerimise puhul jäi peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju arvesse võttes samuti statistiliselt oluliseks hajuvuse kirjeldajaks söömishäire olemasolu [$F(1) = 5.72, p = .0019$], mis küll pisut vähenes vahendavate mõjutajate arvesse võtmisega (vt.võrdluseks Tabel 2). Samuti tuli välja kontrolli oluline peamõju [$F(1) = 14.88, p < .0001$] söömise reguleerimise alaskaala väidete tulemuste hajuvuse kirjeldamisel.

Kui vaadata peresuhete ja impulsiivsuse mõju ükshaaval koos söömishäire olemasoluga söömise reguleerimise puhul, tuli statistiliselt oluliseks mõjutaks samuti kontroll [$F(1) = 14.88, p < .0001$] kuid ka väärkohtlemine [$F(1) = 4.04, p = .047$], mis siiski kõiki tegureid koos ühes mudelis arvesse võttes statistiliselt olulist mõju ei omanud.

Seega jäid püsima erinevused söömishäirega ja söömishäireta naiste vahel söömise reguleerimise alaskaala osas ka siis, kui võtta arvesse peresuhted ja impulsiivsus, veelgi olulisem peamõju oli peres esineval kontrollil . Väärkohtlemine omas mõju üksnes siis, kui teisi peresuhteid (ka kontrolli) samaaegselt arvesse ei võetud.

3.5.Anoreksiaga ja söömishäireteta naiste võrdlus söömise reguleerimise alaskaala osas, kontrollides peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju

Vaadates täpsemalt anoreksia ja normgrupi erinevust söömisreeglite osas ning võttes söömise reguleerimise alaskaala väidete hajuvuse kirjeldamisel arvesse korraga nii anoreksia olemasolu, kontroll, autonoomia, aktsepteerimine, soojus, väärkohtlemine peres ja impulsiivsus, jäi siiski püsima anoreksia olemasolu peamõju [$F(1) = 9.52, p = .003$] ning samuti pere kontrolli peamõju [$F(1) = 19.01, p = .003$]. Statistiliselt olulist mõju söömise reguleerimise skoori hajuvuse kirjeldamisel ei omanud sel juhul aktsepteerimine, autonoomia, soojus peres, impulsiivsus, üksnes koos anoreksia olemasolu arvesse võtmisega ega ka ühises mudelis koos. Väärkohtlemine omas statistiliselt olulist peamõju üksnes siis, kui kontrolli mõju polnud arvesse võetud.

Kui võtta täpsemalt anoreksia olemasolu fikseeritud faktorina arvesse ning vaadata ükshaaval lisaks peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju, tuli välja, et söömise reguleerimise alaskaala skooride hajuvusele jäi kehtima anoreksia peamõju [$F(1) = 9.24, p = .003$].

Sealjuures on statistiliselt oluline peamõju ka kontrollil [$F(1) = 19.01, p < .0001$] ning väärkohtlemisel [$F(1) = 4.87, p = .031$].

Seega võib öelda, et anoreksia peamõju jääb statistiliselt oluliseks söömise reguleerimise kirjeldamisel ka siis kui võtta arvesse peresuhted ja impulsiivsuse. Sealjuures omab veelgi suuremat mõju kontroll, kuid väärkohtlemise mõju tuleb esile üksnes siis, kui kontrolli mõju arvesse ei võeta.

3.6. Buliimiaga ja söömishäireteta naiste võrdlus, kontrollides peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju söögiga premeerimise skooridele.

Vaadates söögiga premeerimise skooride osas täpsemalt just buliimia patisente võrdluses söömishäireteta naistega ning kontrollides ka peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju, tuli statistiliselt olulisena arvesse ka aktsepteerimise [$F(1) = 7.64, p = .007$] ning soojuse [$F(1) = 8.71, p = .004$] peamõju, mis ületasid isegi buliimia peamõju [$F(1) = 6.59, p = .012$], kuigi see jäi siiski püsima.

Kui võtta koos buliimia olemasolu peamõjuga söögiga premeerimise alaskaala keskmiste skooride hajuvuse kirjeldamisel arvesse ükshaaval peresisene autonoomia, kontroll, aktsepteerimine, soojus, väärkohtlemine ja impulsiivsus, ei omanud neist ükski peale buliimia statistilist olulist peamõju.

Kokkuvõttes jäi buliimia mõju söögiga premeerimise kirjeldamisel oluliseks ka siis, kui võtta arvesse peresuhete ja impulsiivsuse vahendavat mõju. Sealjuures on soojuse ja aktsepteerimise peamõju statistiliselt oluline vaid siis, kui arvesse võetakse need mõlemad koos buliimiaga olemasoluga. Väärkohtlemine, kontroll, autonoomia ega impulsiivsus olulist mõju söögiga premeerimise kirjeldamisel ei omanud, ükshaaval koos buliimia olemasolu arvesse võtmisega ega ka koos teiste teguritega ühes mudelis.

3.6. Söömisreeglid, peresuhted ja impulsiivsus söömishäirete ennustajatena

Logistilist regressiooni kasutati uurimaks, kas söömisreeglid lapsepõlves ennustavad söömishäiret, võttes arvesse ka peresuhted ja impulsiivsuse ning nende koosmõju söömisreeglite alaskaaladega.

Kui vaadata peresuhteid, impulsiivsust ja söömisreeglite alaskaalasid ükshaaval ennustajatena ilmnes, et üldiselt söömishäire (anoreksia ja buliimia tüüpi patsiendid koos) riski vähendavad: soojus, aktsepteerimine, söömise survestamine ning söömise reguleerimine. Söömishäire riski suurendavad: impulsiivsus, väärkohtlemine ning söögiga premeerimine. Antud seosed on esitatud Tabelis 3.

Tabel 3.

Söömishäiretele ennustavat mõju omavad tegurid, eraldi vaatluse alla võttes

Mõjufaktorid	Nagelkerke R^2	Exp(B)	p
Soojus peres	0.067	0.972	.027
Aktsepteerimine peres	0.024	0.892	.024
Söömise survestamine	0.049	0.940	.051
Söömise reguleerimine	0.092	0.874	.008
Impulsiivsus	0.127	1.09	.002
Väärkohtlemine	0.055	1.048	.045
Söögiga premeerimine	0.053	1.229	.044

Märkus: Nagelkerke R^2 - kirjeldusaste; Exp (B)- šansside suhe; p - vea tõenäosus, olulisuse tase.

Söömisreeglid, peresuhteid ning impulsiivsust ning nende koosmõju ühiselt arvesse võttes jäid söömishäirete ennustajana statistiliselt oluliseks söömise reguleerimine (Exp(B) = 0.938, p = .003), impulsiivsus koosmõjus söömise reguleerimise ning autonoomiaga (Exp(B) = 1.001, p = .002), impulsiivsus koosmõjus aktsepteerimise ning söömise reguleerimisega (Exp(B) = 1.000, p = .002) ning tendents on ka impulsiivsusel koos toiduga premeerimise ning soojusega (Exp(B) = 1.000, p = .055). Kuigi söömishäirete riski suurendamise või vähendamise efekt ei ole siinkohal eriti märgatav. Antud mudeli kirjeldusaste on 38,7%. Kirjeldatud seosed on välja toodud Tabelis 4.

Tabel 4.

Peresuhted, impulsiivsus ja eristavad söömisreeglite alaskaalad söömishäireid koos söömishäirete ennustajatena

Mõjufaktorid	Exp(B)	p
Söömise reguleerimine	0.938	.003
Impulsiivsuse, söömise reguleerimise ja autonoomia koosmõju	1.001	.002
Impulsiivsuse, aktsepteerimise ja söömise reguleerimise koosmõju	1.000	.002

Märkus: Exp (B)- šansside suhe; p - vea tõenäosus, olulisuse nivoo. Mudeli kirjeldusaste on 38,7%

Täpsemalt anoreksia olemasolu riski suurendajana tuli välja üksnes tendents impulsiivsuse puhul (Nagelkerke $R^2=0.072$, Exp.(B) = 1.051, $p = .055$). Anoreksia riski vähendab eraldi võttes söömise reguleerimine (Nagelkerke $R^2= .144$, Exp.(B) = 0.829, $p = .001$),

Kuid, kui anoreksia ennustajatena võtta samaaegselt arvesse nii peresuhted, impulsiivsus, kui ka söömise reguleerimine ja nende koosmõju, leiti, et statistiliselt oluliseks ennustajaks on sel juhul üksnes aktsepteerimise, impulsiivsuse ja söömise reguleerimise koosmõju (Nagelkerke $R^2= 0.104$, $p = .029$), kuid anoreksia riski see eriliselt ei suurendanud (Exp. (B) = 1.000).

Kui vaadata täpsemalt buliimia ennustajatena peresuhteid, impulsiivsust ja toiduga premeerimist, leiti, et buliimia riski vähendavad soojus ning aktsepteerimine peres. Buliimia riski suurendavad aga impulsiivsus ning toiduga premeerimine. Tendents on ka väärkohtlemisel. Kirjeldatud tulemused on toodud välja Tabelis 5.

Tabel 5.

Buliimiat ennustavad tegurid ükshaaval vaatluse alla võttes.

Mõjufaktorid	Nagelkerke R^2	Exp(B)	p
Soojus peres	0.108	0.962	.013
Aktsepteerimine	0.090	0.872	.020
Impulsiivsus	0.146	1.075	.003
Söögiga premeerimine	0.075	1.291	.034
Väärkohtlemine	0.061	1.052	.055

Märkus: Nagelkerke R^2 - kirjeldusaste; Exp (B)- šansside suhe; p - vea tõenäosus, olulisuse nivoo

Buliimia olemasolu ennustajatena peresuhteid, impulsiivsust, toiduga premeerimist ja nende koosmõju korraga arvesse võttes leiti, et statistiliselt oluline on toiduga premeerimise ja autonoomia koosmõju, mis vähendas häire riski ($\text{Exp.}(B) = 0.873, p = .006$)

Kuid kui lisada ka impulsiivsus, siis häire olemasolu risk pigem hoopis suureneb väga väikesel määral: impulsiivsuse, peresisese autonoomia ja söögiga premeerimise koosmõju suurendab buliimia riski 0,3%. Buliimia esinemise riski vähendas pisut ka aktsepteerimise, toiduga premeerimine ja impulsiivsuse koosmõju, kuid ka see efekt oli väga väike. Antud seoseid illustreerib Tabel 6.

Tabel 6.

Peresuhted, impulsiivsus ja eristavad söömisreeglite alaskaalad koos buliimia ennustajatena

Mõjufaktorid	$\text{Exp}(B)$	p
Söögiga premeerimine koosmõjus autonoomiaga	0.873	.006
Söögiga premeerimine koosmõjus autonoomia ja impulsiivsusega	1.003	.001
Söögiga premeerimine koosmõjus aktsepteerimise ja impulsiivsusega	0.999	.024

Märkus: Antud mudeli kirjeldusaste 28,2%.; $\text{Exp}(B)$ - šansside suhe; p - vea tõenäosus, olulisuse nivoo

4.ARUTELU

Antud magistritöö eesmärgiks oli vaadata, kas ja kuidas on söömisega seotud reeglid päritoluperes seotud söömishäiretega hilisemalt, võttes sealjuures arvesse ka peresuhte ja impulsiivsuse vahendavat mõju.

Söömisreeglite küsimustiku aluseks oli Puhl & Schwartz (2003) söömisega seotud reegleid mõõtev küsimustik *The Food Rules Questionnaire*, antud küsimustiku kohandasime eesti keelde ning lisasime mõned väited juurde. Statistilise ning sisulise analüüsi lõpptulemusena jätsime algsest antud töö jaoks koostatud 27-väitelisest skaalast alles 20 väidet (väited välja toodud eelpool ning Lisas1.). Mitmed välja jäänud väikse faktorlaadungiga väited olid käesoleva uurimustöö jaoks genereeritud reeglid, näiteks „Toidu kõrvale pidi alati leiba süüa.“ Ning „Sõprade juures ei tohtinud süüa.“ Samuti ei sobitunud hästi faktormudelisse meie lisatud reegel: „Toitu ei tohtinud valida, tuli süüa seda, mida pakuti.“ ning 5. reegel, mis oli ka originaalküsimustikus: „Ma ei tohtinud võtta rohkem, kui jõudsin ära süüa.“ Võimalik, et need reeglid on nii variatiivsed liigse kultuurispetsiifilisuse tõttu, seotud meie kultuuris tavaks olnud kommetega, mis kehtisid paljudes peredes. Paljude osalejate lapsepõlv (valimi keskmine vanus 22,63a) langes vähemalt osaliselt 1990ndatesse, mil ei olnud toitu nii laialt saada kui praegusel ajal. Seetõttu oli teinekord vajalik süüa toidu kõrvale ka nt leiba, et kõigile jätkuks ka muud toitu. Toitu ei saanud alati ka valida, kui kauplustes polnud väga midagi saada. Samuti eemaldati eelnimetatud põhjustel faktormudelist reeglid: „Vähemalt korra nädalas pidi süüa mingit kindlat toitu“, „Kui olin halvasti käitunud, siis pidin ilma õhtusöögita magama minema.“, „Ma pidin istuma laua taga seni, kuni olin lõpetanud õhtusöögi.“. Viimased reeglid on üsna karmid, mida ilmselt eesti kultuuris palju ei kasutata, ning mis karistamismeetoditena ei ole rakendust leidnud. Välja jäi veel reegel: „Ma ei tohtinud võtta rohkem, kui jaksasin ära süüa“.

Kokkuvõttes saadi faktormudelil 5 alaskaalat: söömise survestamine (6 väidet), söömise keelamine (6 väidet), söögi abil premeerimine (2 väidet), söögi abil karistamine (2 väidet) ja söömise reguleerimine (4 väidet), millest 3 sarnanevad Puhl & Schwartz (2003) küsimustiku faktoritele: piiravad reeglid (meil söömise keelamine), innustavad reeglid (meil söömise survestamine) ja kontrollivad reeglid (meil tulid eraldi välja alaskaalad söögiga premeerimine ja söögi abil karistamine). Lisaks tuli antud magistritöö raames koostatud küsimustikule lisaks üks alaskaala: söömise reguleerimine, mis sisaldab sisuliselt reegleid kus, ja millal süüa.

Edaspidi oleks vajalik lisada söögiga premeerimise alaskaalasse (3.faktor) ja söögi abil karistamise alaskaalasse (4.faktor) rohkem väiteid, et küsimustik oleks taskaalustatum.

Tulemusi kokku võttes leidis vaid osaliselt kinnitust hüpotees, mille kohaselt on hiljem rohkem söömishäireid neil, kellel oli päritoluperes rohkem söömisreegleid. Antud uurimuse tulemustest selgus, et toiduga premeerimise puhul on tõesti hiljem rohkem söömishäireid, täpsemalt kehtis see efekt buliimia-tüüpi häirete puhul. Söömise survestatamise osas oli efekt aga vastupidine: söömise survestatamist oli rohkem söömishäireteta inimestel. Samuti oli söömishäiretega inimestel päritoluperes vähem söömise reguleerimist. Sarnane seos tuli välja ka eraldi anoreksia-tüüpi häirete puhul, sealjuures oli efekti suurus tugevalt üle keskmise. Teiste söömisreeglite alaskaalade puhul (söömise keelamine, söögi abil karistamine) olulisi erinevusi söömishäiretega inimeste ja kontrollgrupi vahel ei olnud. Ei leidnud kinnitust ka hüpotees, et anoreksia-tüüpi häiretega inimestel oleks lapsepõlves olnud rohkem söömist keelavaid reegleid.

Üheks hüpoteesiks oli veel, et söömisreeglid suurendavad söömishäirete riski. Leidsime, et söömise survestatamine ja söömise reguleerimine iseenesest pigem vähendasid söömishäirete üldist riski, samalaadne mõju oli iseenesest ka soojusel ja aktsepteerimisel peres. Samas kui söögiga premeerimine, impulsiivsus ja väärkohtlemine söömishäirete riski suurendasid. Eesmärgiks oli ka uurida, kas head peresuhted vähendavad ja halvad peresuhted koos impulsiivsusega suurendavad söömisreeglite mõju söömishäiretele. Nimetatud faktorite koosmõjusid ühes mudelis vaadates seda efekti välja ei tulnud. Säilis üsna endisena söömise reguleerimise kaitsev mõju, välja tuli ka impulsiivsuse, söömise reguleerimise ja autonoomia koosmõju statistiline olulisus ennustajana, kuid mõju iseenesest ei olnud märkimisväärne, sama kehtis ka impulsiivsuse, aktsepteerimise ja söömise reguleerimise koosmõju kohta.

Kui vaadata eraldi anoreksia-tüüpi ja buliimia-tüüpi häireid, ilmnes, et statistiliselt olulisena vähendab anoreksia riski söömise reguleerimine, kuid peresuhte ja impulsiivsuse koosmõju seda oluliselt ei suurendanud ega vähendanud.

Buliimia puhul tuli välja, et söögiga premeerimine suurendab iseenesest buliimia riski, samamoodi ka impulsiivsus ja väärkohtlemine. Buliimia riski vähendasid eraldi soojus ja aktsepteerimine peres. Huvitav on aga see, et koosmõjus autonoomiaga söögiga premeerimine hoopis vähendas buliimia riski, kui aga lisatud oli ka impulsiivsus, siis hakkas see pigem riski

suurendama. Võimalik seletus võiks olla, et autonoomsete peresuhete puhul tunnetab laps ise, kuidas käituda, premeerimine ei määra käitumismustreid, samas impulsiivsuse lisandudes on lapse sisemine kontroll nõrk ja toitu emotsionaalsetel põhjustel kasutades võib kontroll käitumise üle kaduda. Peresuhtete, impulsiivsuse ja söömisprobleemide seoseid on leitud ka varem. Bahrami, Kelishadi, Jafari, Kaveh & Isanhejad (2013) said ülekaalulisi lapsi uurides tulemuse, et turvaline seotussuhe vanematega omas otsest efekti enesekontrollile ja impulsiivsusele ning need tegurid omakorda mõjutasid enesetõhusust söömise reguleerimisel. Seega võivad impulsiivsus ja peresuhted mõjutada mitmeti.

Antud töös kontrollisime ka peresuhete, impulsiivsuse vahendavat mõju söömisreeglite olemasolu põhjal söömishäirega ja söömishäireteta inimesi eristades ning leidsime, et söömishäiretega ja söömishäireteta inimesed erinesid söömisreeglite poolest ka siis, kui arvesse võtta peresuhted ja impulsiivsus. Erinevate söömisreeglite alaskaalade (söömise reguleerimine, söömise survestamine, söögiga premeerimine) hajuvust vaadates oli söömishäiretega koos oma peamõju mitmeti ka kontrollil, aktsepteerimisel, soojusel ja väärkohtlemisel, kuid söömishäire ega selle alagruppide peamõju söömisreeglite hajuvuse seletamisel need ära ei kaotanud.

Tulemused on kooskõlas on Puhl & Schwartz'i (2003) uurimusega, milles leiti, et toiduga premeerimine soodustab ülesöömistüüpi häire teket, kuna toitu kasutatakse valedel eesmärkidel, on oht süüa hoopis emotsioonide reguleerimise eesmärgiga, mis võib tuua kaasa ülesöömise ja söömishäired. Antud uurimuses kinnitus samuti hüpotees, et buliimia-tüüpi häiretega inimestel oli rohkem söömiseiga premeerimist, mis on kooskõlas, emotsioonide reguleerimise puudulikkuse rolliga buliimiat alalhoidvates tegurites (Lavender jt.,2014).

Asjaolu, et söömishäiretega inimestel, täpsemalt anoreksiaga patsientidel oli vähem söömise reguleerimist peres võis tuleneda sellest, et söömise reguleerimise alaskaala reeglid ei olnud otseselt sööma sundivad või keelavad, samuti kehakaalu reguleerimisega seotud. Pigem võib öelda, et reguleerimine antud kontekstis annab söömiskäitumisele teatud raamistiku, stabiilsuse söömisele läbi kindlate söögiaegade. Tulemust võib seostada ka varasemate uuringutega, näiteks on leitud, et pere ühised õhtusöögid lapseas omavad kaitsvat mõju häiritud söömiseiga seotud hoiakute ja käitumise suhtes (Franko, Affenito, Thompson, Barton & Striegel-Moore, 2008), ning et *bulimia nervosa* tekkel võivad määrata olulist kaitsvat rolli ka ühised söögiajad ja pere stabiilsus (Munoz, Israel & Anderson, 2007). Siinkohal on ilmselt tegemist pere positiivse eeskujuga söömisel. Teisteski uurimustes on

leitud, et pere ühiste söögikordade sagedus on oluline kaitsev faktor, mis võib vähendada noorte riskikäitumist, sealhulgas häirunud söömist või ebatervislikke söömismustreid. Chrzan (2014) kirjutab oma artiklis, et perekondlikud söömaajad on unikaalseks mudeliks õpetamaks läbi kultuuri tervislikke söömismustreid, mis on eriti oluline teismeeas. Ühised söögiajad annavad ühtsuse, turvatunde, struktuuri ning kaitsevad ülekaalulisuse, toidu piiramise ja väljutamise eest, soodustavad tervislikumat toiduvalikut (Fulkerson jt. 2006; Fruh, Fulkerson, Mulekar, Kendrick & Clanton, 2011).

Keerulisem on seletada, miks on kontrollgrupil rohkem söömise survestatmist, kui söömishäiretega inimestel. See läheks justkui vastuollu eelnevate tulemustega, kus on leitud, et oluline söömise survestatmine või piiramine soodustab söömise seotud patoloogia teket (Crowther jt., 2002; Haycraft jt. 2014). Üks kontrollgrupis osalenu kommenteeris hiljem, et tema peres kästi alati taldrik tühjaks süüa, kuid toitu pandi ette alati väga vähe ja see ei olnud tema jaoks ebaameeldiv. Tulevikus oleks mõistlik küsimuste juures täpsustada, kui raske oli üht või teist reeglit järgida ning kui karmilt seda kodus järgiti, ning mis juhtus, kui reeglit ei täidetud. Võib oletada, et söömist survestatvad reeglid on olnud Eesti kodudes üsna tavalised ja neid ei olnud raske järgida, näiteks sai laps ise reguleerida palju toitu taldrikule pani või aidati tal seda makstud toitu siis ära süüa, uusi toite pakuti selliseid, mida laps oleks arvatavasti söönud jne. Samuti on reegel, et „magustoitu enne ei sööda, kui õhtusöök on söödud“ üsna mõistlik, kui arvestada, et lapsed eelistaksidki tihti maiustusi, mille toiteväärtus pole nii hea. Søndergaard ja Edenblos (2007) kirjutasid samuti, et lapsed eelistavad tihti tuttavaid asju süüa, samas kui vanemad muretsevad tervislikkuse pärast. Sealjuures on vanematel oluline roll meelitada lapsi proovima ka uusi toite, et varieerida toiduvalikut. Tundub, et söömist survestatvad reeglid on mitmeti sarnased söömise reguleerimise alaskaala reeglitega, mis annavad pigem turvatunde, raamistiku ja head söömisharjumused, omades sel moel kaitsvat mõju söömishäirete vastu. Seda kinnitab ka asjaolu, et söömise survestatmise ja söömise reguleerimise alaskaalad olid omavahel arvestatavalt korrelatsioonis. Fulkerson, Kubik, Story, Lytle ja Arcan (2009) toovad välja pere ühiste söögiaegade seotud teguritena, mis mõjutavad tervislikumat eluviisi, muuhulgas ka hommikusöögi söömise, puu-ja juurviljade tarbimise. Need faktorid kajastuvad ka antud magistr töö söömise reeglite küsimustiku söömise survestatmise ja söömise reguleerimise alaskaalades (juurviljade söömine, hommikusöök kui kindlal ajal söömine). Tulemustest selgus ka, et lisaks söömise reeglitele oli vahendavat mõju söömishäiretele mingil määral ka peresuhtel. Huvitav oli asjaolu, et kui toiduga premeerimine iseenesest suurendab söömishäire riski, siis

autonoomsete peresuhete puhul see väheneb. Eelpool on välja toodud pere ühiste söögiaegade ja kommete tähtsus söömishäirete eest kaitsvate faktoritena, siinkohal on ka oluline, milline õhkkond valitseb pere söögiaegade käigus. Godfrey, Rhodes ja Hunt (2013) toovad oma ülevaateartiklis välja, et negatiivsed suhtlused pere ühistel söömaegadel on seotud söömishäiretega.

Uurimuse puuduseks on see, et kuna tegemist on läbilõikeuuringuga, on risk, et inimesed tajuvad lapsepõlves toimunut moonutatult, nt söömishäiretega inimesed võivad meenutades oma peresuhteid halvematena tajuda (Tetley, Brunstrom & Griffiths, 2010). Seega oleks ideaalne tulevikus uurida söömisreegleid päritoluperes ka longitudinaalselt. Edaspidi oleks vajalik uurida lisaks impulsiivsusele ka perfektsionismi vahendavat mõju: Boone, Claes ja Luyten (2014) leidsid, et kui inimesel on väga kõrged nii impulsiivsus kui ka perfektsionism, on söömishäire sümptomid tõsisemad, söömishäirete toimimise mehhanismid hõlmavad samuti perfektsionismi ja impulsiivsuse interaktsiooni. Võimalik, et mõningate reeglite (nt söömise keelamine) puhul oleks tulnud olulisena välja just perfektsionismi mõju või koosmõju söömisreeglitega, mida antud hetkel uurimuses vaatluse all ei olnud.

Kokkuvõtteks võib öelda, et söömisreegleid ei saa võtta ühtsetena, kõik reeglid ei toimi samamoodi, küll aga võiks siit võtta teadmise, et regulaarsed söögiajad, söömisega seotud kultuur, tavad peres võiksid aidata vähendada söömishäirete, antud juhul eriti anoreksia riski. Samuti oleks mõistlik olla ettevaatlik toiduga premeerimise osas. Teatud juhtudel on see toimiv ja kahjutu, kuid liialdades ning halbade tegurite kokkulangemisel (bioloogiline eelsoodumus, uskumused, muud toitumistavad vms) võib see olla riskitegur söömishäirete tekkeks. Siinkohal on oluline meeles pidada, et söömishäired on väga komplekssete tekkepõhjustega ning mõjutatud veel mitmetest riskifaktoritest, mida käesolevalt arvesse ei võetud. Kuigi selles magistritöös tuli välja perekonna mõju olulisus, peab silmas pidama, et söömishäired arenevad väga erinevatest peredest pärit lastel, peret on väga oluline söömishäirete ravisse kaasata, kuid peaks vältima haigete laste perede stigmatiseerimist (Grange jt. 2010). Käesoleva magistritöö tulemused kinnitavad lisaks eeltoodud kirjandusele, et perel on söömishäirete ärahoidmisel oma roll läbi söömise stabiliseerimise, regulaarse söömiskäitumise kujundamise kaudu, ent vajalik oleks ka ettevaatlikkus toidu preemia/lohutajana kasutamise suhtes.

Tänuavaldus

Soovin tänada kõiki uuringus osalejaid, Mari Talvikut ingliskeelsete nõuannete eest, Karin Tähte abi eest andmetöötlust puudutavates küsimustes. Eriti tänan oma juhendajat Kirsti Akkermanni kannatliku ja innustava suhtumise ning heade nõuannete eest. Samuti tänan oma perekonda, kes oli mulle väga toeks.

Viited

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), Fifth Edition. *Washington, DC (2013)*.
- Andres, A., Saldana, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research, 34, 944-950*.
- Bahrami, F., Kelishadi, R., Jafari, N., Kaveh, Z., Isanhejad, O., (2013). Association of children's obesity with the quality of parental-child attachment and psychological variables. *Acta Paediatrica. Nurturing the child, 102, 321-324*.
- Bodell, L.P., Joiner, T.E., Ialongo, N.S. (2012). Longitudinal association between childhood impulsivity and bulimic symptoms in african american adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80, 313-316*.
- Boisseau, C.L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., Pratt, E., Farchione, T., Barlow, D.H. (2012). Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Research, 200 (2-3), 1062-1066*.
- Boone, L., Claes, L., Luyten, P. (2014), Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating Behaviors 15, 17-23*.
- Botta, R.A., Dumlao, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication, 14(2), 199-219*.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C.B., Rydell, S.A., Zucker, N., Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite, 80, 35-40*.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu M., Bresslein, E., Rudofsky G., Herzog, W., Friederich HC., (2014) Difficulties in emotion regulation across the spectrum

- of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 565-71.
- Brown, A.J., Parman, K.M., Rudat, D.A., Craighead, L.W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, 13, 347–353.
- Brown, T.A., Haedt-Matt, A.A., Keel, P.K. (2011). Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 735–740.
- Canals J., Sancho, C., Arija, M.V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (6).
- Charzan, J. (2009) The family meal as a culturally relevant nutrition teaching aid. A volume in *Woodhead Publishing Series in Food Science, Technology and Nutrition*, 2009, 251–269.
- Coomber, K., King, R.M. (2008). The role of sisters in body image dissatisfaction and disordered eating. *Sex Roles*, 59, 81–93.
- Crowther, J.H., Kichler, J.C., Sherwood, N.E., Kuhnert, M.E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141–151.
- Dalle Grave, R. (2011) Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., Fox, J. (2004). Looking good—family focus on appearance and the risk for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 35, 136–144.
- Dawe, S., Loxton, N. (2004) The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343–351.
- Dickens, E., Ogden, J. (2014). The role of parental control and modelling in predicting a child's diet and relationship with food after they leave home. A prospective study. *Appetite*, 76, 23–29.
- Eisenberg, M. E., Berge, J.M., Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. *Journal of Behavioural Medicine*, 35, 500–508.
- Elran-Barak, R., Sztainer, M., Goldschmidt, A. B., Le Grange, D. (2014). Family meal frequency among children and adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 55, 53-58.
- Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramona, J. M., Badia, A., Gimenez, L., Solano, R., Collier, D., Karwautze, A., Treasure, J. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated

- eating disorder factors. *Appetite*, 49, 476–485.
- Fisher, J.O., Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32, 405–419.
- Fonseca, H., Ireland, M., Resnick, M. D. (2002) Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (4), 441-448.
- Franko, D.L., Affenito, S.G., Thompson, D. , Barton, B.A. & Striegel-Moore, R.H. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, 27(2), 109–117.
- Fruh, S. M., Fulkerson, J. A., Mulekar, M. S., Kendrick, L. A. J., Clanton, C. (2011). The surprising benefits of the family Meal. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(1), 18-22.
- Fulkerson, J. A., Kubik, M. Y., Story, M., Lytle, L., Arcan, C. (2009). Are there nutritional and other benefits associated with family meals among at-risk youth? *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 389–395.
- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, Neumark-Sztainer, D., French, S. A. (2006). Family dinner meal frequency and adolescent development: Relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 337-345.
- George, M. W., Fairchild, A. J., Cummings, M. E., Davies, P. T. (2014). Marital conflict in early childhood and adolescent disordered eating: Emotional insecurity about the marital relationship as an explanatory mechanism. *Eating Behaviors*, 15(4), 532-539.
- Godfrey, K., Rhodes, P., Hunt, C. (2013). The relationship between family mealtime interactions and eating disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 54–74.
- Hannaa, A. C., Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology, *Appetite*, 47, 205–211.
- Haycraft, E., Goodwin, H., Meyer, C. (2014). Adolescents' level of eating psychopathology is related to perceptions of their parents' current feeding practices. *Journal of Adolescent Health*, 54, 204-208.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., van Baak, L., Keirse, C., Guerrieri, R., Havermans, R. (2009). High-restrained eaters only overeat when they are also impulsive. *Behaviour*

Research & Therapy,47(2)105-110.

- Jenkins, P. E., Rienecke, Hoste, R., Meyer, C., Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*,32, 113-121.
- Ketisch, T., Jones, R., Mirsalimi, H., Casey, R., Milton, T. (2014). Boundary disturbances and eating disorder symptoms. *The American Journal of Family Therapy*,42,438–451.
- Kluck, A. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471–483.
- Kral, T. V. E., Rauh, E. M. (2010). Eating behaviors of children in the context of their family environment *Physiology & Behavior*,100,567–573.
- Laliberté M., Boland, F.J., Leichner, P. (1999). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal Of Clinical Psychology*,55(9),1021-1040.
- Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Peterson, C.B., Crosby, R.D., Engel, S.G., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Smith, T.L., Klein, M.H., Goldschmidt, A.B., Berg, K.C. (2014) Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review.*, 22, 212-216.
- Lori, A. F., Birch, L. L. (2005), Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548–554.
- Lyke, J., Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*,14, 497–499.
- Munoz, D., Israel, A. C., Anderson, D. (2007) The relationship of family stability and family mealtime frequency with bulimia symptomatology. *Eating Disorders*,15, 261–271.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 64–672.
- Paaver, M. , Kurrikoff, T. , Nordquist, N. , Oreland, L. , Harro, J. (2008) The effect of 5-HTT gene promoter polymorphism on impulsivity depends on relations in girls. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32 , 1263-1268.
- Paaver, M., Nordquist, N., Parik, J., Harro, M., Oreland, L., Harro, J. (2007). Platelet MAO activity and the 5-HTT gene promoter polymorphism are associated with impulsivity and cognitive style in visual information processing. *Psychopharmacology*, 194, 545-554.
- Patton, J., Stanford, M., Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale.

- Journal Of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Puhl, R.M. & Schwartz, M.B.(2003) If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors* 4, 283–293.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro, C., Rotella, F., Ravaldi, C., Lazzaretti, L., Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 253, 245-251.
- Ringer, Crittenden, F., McKinsey, P. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130.
- Schag, K., Teufel, M., Junne, F., Preissl, H., Hautzinger, M., Zipfel, S., Giel, K. E. (2013). Impulsivity in binge eating disorder: Food cues elicit increased reward responses and disinhibition. *Plos One*, 8 (10): e76542.
doi:10.1371/journal.pone.0076542.
- Sheehan, D. V. Lecrubier, Y., Sheenan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker R., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 59(20), 22-33.
- Søndergaard, H. A., Edenblos, M. (2007). What parents prefer and children like – Investigating choice of vegetable-based food for children. *Food Quality and Preference*, 18(7), 949–962.
- Striegel-Moore, R. H., Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders *American Psychologist* 181,62(3) 181–198.
- Sundgot-Borgen, J., Skarderud, F., Rodgers, S. (2003), Athletes and dancers. In Treasure, J., Schmidt, U., van Furth, E., *Handbook of Eating Disorders* (385-400). Southern Gate, Chichester: John Wiley.
- Tetley, A., Brunstrom, J. M., Griffiths, P. L. (2010). The role of sensitivity to reward and impulsivity in food-cue reactivity. *Eating Behaviors*, 11, 138–143.
- Topham, C. L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Page, M. C., Kennedy, T. S., Shriver, L. H., Harrist, A. W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56, 261-264.
- Treasure, J. (2012), Eating disorders. *Psychiatric Disorders, Medicine*, 40(11), 607-612.

- Waxman, S.E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 408-425.
- Wonderlich, S.A., Connolly, K. M., Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 172–182.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders : Effective interventions and policy options : summary report*. Geneva, World Health Organization.

Lisa 1.

Söömisreeglite küsimustiku väited

Algse küsimustiku põhjal kohandatud väited :

1. Taldrik tuli igal söögikorral tühjaks süüa.
2. Õhtusöögil tuli oma juurviljad ära süüa.
3. Ma pidin vähemat proovima või maitsma uusi toite.
4. Ma ei saanud magustoitu enne, kui olin lõpetanud õhtusöögi.
5. Ma ei tohtinud võtta rohkem, kui jõudsin ära süüa.
6. Kui panin toidu oma taldrikule, pidin selle ka ära sööma.
7. Ma pidin istuma laua taga seni, kuni olin toidu ära söönud.
8. Ma ei tohtinud süüa või näksida toidukordade vahel.
9. Kui toidu eest oli makstud, pidi selle ära sööma.
10. Maiustuste söömist peeti mulle kahjulikuks.
11. Arvati, et maiustuste söömine teeb paksuks.
12. Ma ei tohtinud süüa rämpstoitu.
13. Vähemalt korra nädalas pidin ma sööma mingit kindlat toitu.
14. Ma võisin süüa maiustusi üksnes erilistel juhtudel.
16. Ma pidin piirama rasvaste toitade söömist.
17. Ei tohtinud süüa pärast kindlat kellaaega.
23. Kui olin tujust ära, anti mulle lemmiktoite, et tunneksin end paremini.
24. Mind premeeriti hea käitumise või saavutuste eest maiustuste või lemmiktoitudega.
26. Kui olin halvasti käitunud, siis pidin õhtusöögita magama minema.
27. Karistuseks halva käitumise eest keelati mulle minu lemmiktoite- ja jooke.

Juurde lisatud väited:

14. Toitu ei tohtinud valida, tuli süüa seda, mida pakuti.
18. Toidu kõrvale pidi alati sööma leiba.
19. Süüa tuli siis, kui oli selleks ettenähtud aeg.
20. Sõprade juures ei tohtinud süüa.
21. Vahetult enne söögikorda ei tohtinud süüa.
22. Süüa võis ainult köögis või söögitoas.
25. Kui käitusin halvasti, siis karistati mind magustoidust või lemmiktoidust ilma jätmisega.

Küsimustiku juhiseks oli: „Loe tähelepanelikult läbi alljärgnevad väited ja otsusta kuivõrd tihti oli sinu peres kombeks järgnevatest reeglitest lähtuda. Valida on viie vastusevariandi vahel: 5-alati, 4-enamasti, 3- mõnikord, 2-harva, 1-mitte kunagi.“

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele. Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Marta Valdmann

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Marta Valdmann

(sünnikuupäev:13.01.1988)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Söömisega seotud reeglid päritoluperes söömishäirete mõjutajatena, mille juhendaja on Kirsti Akkermann,

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

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

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

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

Tartus, 25.05.2015