

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Liis Jõhvik

**EATING DISORDERS IN YOUTH-QUESTIONNAIRE (EDY-Q) TÕLKIMINE JA  
KOHANDAMINE EESTI KEELDE**

Uurimistöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann, PhD,  
Kärol Soidla, MA

Jooksev pealkiri: Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Tartu 2021

## **Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q) tõlkimine ja kohandamine eesti keelde**

### **Kokkuvõte**

Selle uurimistöö eesmärk oli tõlkida ja kohandada eesti keelde EDY-Q küsimustik ning hinnata selle psühhomeetrilisi omadusi. EDY-Q on vältiva/piirava toitumishäire (*avoidant/restrictive food intake disorder* (ARFID)) sõelküsimustik (van Dyck & Hilbert, 2016). Uuringus vastas enesekohastele küsimustikele 503 8-19-aastast last. Uuriva faktoranalüüsi tulemusel eristus 4-faktoriline struktuur: valikuline söömine, toidu vältimine huvipuudusest või emotsionaalsetel põhjustel, hirm negatiivsete tagajärgede ees / funktsionaalne düsfaagia ja alakaalulisus. EDY-Q sisereliaablus oli madal, aga küsimustikul on rahuldav konstruktivaliidsus. EDY-Q ARFIDit välistavad kehakaalu ja -kuju üle muretsemist puudutavad küsimused korreleerusid positiivselt SHSi alaskaaladega. Ärevuse ja depressiooni küsimustikud korreleerusid nõrgalt kuni keskmiselt EDY-Q ARFIDI üldskooriga. Ilmnes, et ARFIDI sümptomitega lapsed on pigem alakaalulised kui norm- või ülekaalulised, seejuures soolisi ega vanuselisi erinevusi ei ilmnunud. Leidis kinnitust, et EDY-Q on valiidne mõõtevahend, mis võimaldab heterogeense vältiva/piirava toitumishäire sümptome ja riske tuvastada.

Märksõnad: EDY-Q, vätiv/piirav toitumishäire, lapsed, häirunud söömine

**Adaptation and translation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q)  
into Estonian**

**Abstract**

The aim of this study was to translate and adapt EDY-Q into Estonian, and to determine its psychometrical properties. EDY-Q is a self-report screening instrument used to identify children, adolescents or adults who are at risk for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) (van Dyck & Hilbert, 2016). A total of 503 children aged 8 to 19 years were assessed with self-report questionnaires. I applied exploratory factor analysis and a four-factor solution emerged: selective eating, restricted eating due to lack of interest or for emotional reasons, fear of aversive consequences / functional dysphagia and underweight. The internal consistency of EDY-Q was low, but it revealed satisfactory construct validity. The EDY-Q exclusion criteria (concerns over weight and body shape) were positively correlated with SHS subscales. Questionnaires of anxiety and depression had a weak to medium positive correlation with the EDY-Q ARFID score. Children who show symptoms of ARFID tend to be underweight (rather than at the normal weight or overweight), there were no significant differences by age and gender. The study demonstrated that EDY-Q is a valid instrument that enables to identify risks and symptoms of the heterogeneous avoidant/restrictive food intake disorder.

*Keywords:* EDY-Q, avoidant/restrictive food intake disorder, children, eating disturbances

## Sissejuhatus

Toitumis- ja söömishäired võivad alguse saada juba lapse- ja noorukieas ning kanduda edasi täiskasvanuikka. Laste söömishäirete uurimise ja hindamise keerukus seisneb selles, et lastel võivad esineda söömishäiretele ebatavalised sümptomid, mistõttu toitumis- ja söömishäired võivad jääda diagnoosimata või ebatäpselt määratuks (Peebles *et al.*, 2006; Kurz *et al.*, 2015). Varasema diagnostilise klassifikatsiooni (DSM-IV) järgi diagnoositi rohkem kui 50% patsientidest mittespetsiifiline söömishäire (*eating disorder not otherwise specified* (EDNOS)) (Kurz *et al.*, 2015; Schmidt *et al.*, 2018). Ehkki uuringutes laialt kirjeldatud, olid ravijuhistes (nt DSM-IV) ebaselged need tunnused, mis viitasid huvipuudusele toidu ja söömise vastu, puudulik soov süüa või puudulik isu, liigvähene söömine, mis ei taasta energiavarusid, ja need tunnused, kus ilmnes toidu vältimine või piiramine, nt hirmu tõttu või sensorsetel põhjustel. Ka *anorexia nervosa*'t, *bulimia nervosa*'t ja mittespetsiifilisi söömishäireid oli lastel raske DSM-IV järgi diagnoosida (Bryant-Waugh *et al.*, 2019). See juhis jättis välja ka ebanormaalsed söömismustrid ja ebapiisavalt toitaineid tarbivad või piiratud dieediga lapsed, kes olid normaalse kasvuga, aga seda tõenäoliselt toidulisandite tarvitamise abiga. Seega varasem klassifikatsioonisüsteem ei sisaldanud juhiseid selliste seisundite hindamiseks, ehkki lastel esines füüsilisi ja funktsionaalseid toimetulekuraskusi (Nicely *et al.*, 2014).

2013. aastal avaldati täiendatud diagnostiline ravijuhis (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM-5. Selles versioonis laiendati mh imiku- ja lapseas diagnoositud toitumis- ja söömishäireid; see osa koondati uude peatükki, mis keskendub söömishäiretele, mis võivad avalduda eluea vältel ja saada alguse juba lapseeas. Niisiis peab DSM-5 lapse- ja noorukiea söömishäireid täiskasvanute sama häire osaks (Strand *et al.*, 2019). Sellest johtuvalt lisati ravijuhisesse vältiv/piirav toitumishäire (*avoidant restrictive food intake disorder* (ARFID)). ARFID võib ilmneda igas vanuses (nii lastel kui ka täiskasvanutel) ja sarnaneb *anorexia nervosa* 'ga (AN), kuid erineb peamiselt selle poolest, et sümptomitena ei pea avalduma rahulolematus oma kehakujuga ja puudub hirm kaalutõusu ees (APA, 2013). Selle toitumishäirega inimesed piiravad/väldivad söömist nii, et muu hulgas võib jääda vajaka olulistest toitainetest ja toiduenergiast, mis omakorda võib viia kehakaalu märkimisväärse languseni ja lastel kasvupidurduseni. Samuti võivad tekkida psühhosotsiaalsed raskused (Bryant-Waugh *et al.*, 2019). ARFID takistab igapäevaelu toimetustes osalemist, nt koolis käimist ja sotsiaalsetel üritustel osalemist (Kurotori *et al.*, 2019).

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

ARFID on heterogeenne häire, mis ei vasta varem kirjeldatud toitumis- ja söömishäirete diagnoosidele. DSM-5 järgi on sellele häirele iseloomulik kolm psühhopatoloogilist dimensiooni, mis võivad esineda koos või eraldi. Esiteks: söömist piiratakse, kuna ollakse ülitundlik selle sensoorsete omaduste, nt maitse, värvi, lõhna, väljanägemise või tekstuuri suhtes. Selle dimensiooni alla kuulub ka see, kui süüakse ainult teatud kaubamärgi tooteid. Teiseks: söömist piiratakse mingi kindla hirmu, nt lämbumis-, oksendamise- või kõhuvaluhirmu tõttu. Sellega seostatakse varasemat söömisega seotud traumaatilist kogemust. Vältimine vähendab ajutiselt ärevust, aga hoiab alal pikaajalist ärevust, mis takistab uute toitude proovimist ja uue söömiskäitumise õppimist. Kolmandaks: huvipuudus toidu või söömise vastu, seejuures puudub hedonistlik ja homöostaatiline isu (Brigham *et al.*, 2018).

ARFIDI etioloogia, ravi ja hindamise kohta on veel vähe teada. Senistes uuringutes on peamiselt keskendunud ARFIDI operatsioonalse definitsiooni loomisele, mis aitab häire kohta andmeid koguda ja teha erinevates uuringutes üldistusi sarnastel alustel, et tulemused oleksid võrreldavad. Teostatud on ka empiirilisi uuringuid, mis keskenduvad ARFIDI alamgruppide eristamisele, nt valikuline söömine, häiritud isu, hirm söömise ees. Võrreldud on ka ARFIDit ja ANi, sest neil võivad olla sarnased sümptomid, nt toidu piiramine ja vältimine (Eddy & Thomas, 2019). Kuna ARFID on võrdlemisi uus diagnoos, on erinevaid populatsioonipõhiseid uuringuid vähe. Peamiselt on teostatud juhtumiuuringuid või retrospektiivsed *chart review* uuringuid.

Erinevad autorid on võrrelnud vältivat/piiravat toitumishäiret ANi sümptomite, kliinilise pildi ja ravikuluga. Võrreldes ANiga välditakse või piiratakse ARFIDI puhul söömist motiividel, mis pole seotud rahulolematusega kehakaalu- ja kujuga (Canas *et al.*, 2020; Zimmerman & Fisher *et al.*, 2017). Nendes uuringutes on välja toodud, et ARFID saab alguse varasemas eas kui AN. Lisaks on välja toodud, et võrreldes ANi patsientidega esineb ARFIDit rohkem poistel/meestel ja nad viibivad kauem haiglaravil või raporteerivad ajaliselt pikemat ravi kulgu ning vajavad sageli toidulisandeid (Canas *et al.*, 2020; Fisher *et al.*, 2014; Nicely *et al.*, 2014; Strandjord *et al.*, 2015). Ainult üksikud uuringud ei kinnita sellist soolist suhet ja haiglaravi kestust (Kurotori *et al.*, 2019; Nakai *et al.*, 2017). ARFID mõjutab märkimisväärselt füüsilist ja emotsionaalset arengut. Meditsiinilised ja füüsilised kaasuvad häired või haigused on ARFIDiga patsientidel sagedasemad või raskema kuluga kui ANi patsientidel. Näiteks esineb ARFIDiga patsientidel võrreldes ANi patsientidega enam autismispektri häireid, aktiivsus- ja tähelepanuhäiret, obsessiiv-kompulsiivset häiret ja õpiraskusi (Ornstein *et al.*, 2017, Canas *et al.*, 2020; Cooney *et al.*, 2018). Välja on toodud ka, et ARFIDiga kaasneb pigem

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

ärevushäire(d), ANiga pigem meeoluhäired (Ornstein *et al.*, 2017, Canas *et al.*, 2020). Samas on teised uuringud kinnitanud, et ARFIDI sümptomitega inimestel esineb nii ärevust kui ka depressiooni (Hilbert *et al.*, 2021; Zickgraf & Ellis, 2017).

ARFIDI leviku ja riskifaktorite kohta on veel vähe teada. Peamised uuringud on seni tuginenud pigem kliinilistele näidetele kui tavapopulatsiooni uuringutele. Kliinilistes uuringutes esineb ARFIDit üldiselt rohkem, nt on välja toodud, et söömishäirete raviprogrammides USAs on ARFIDI sümptomitega patsiente 7,2%–17,4% (Thomas *et al.*, 2017). Seejuures noorte patsientide hulgas oli neid 22% (Nicely, 2014). Mõni tavapopulatsioonipõhine uuring on siiski samuti läbi viidud. Šveitsis 8–13-aastaste laste seas läbi viidud uuringu tulemus näitas, et 3,2% vastas enesekohase küsimustiku põhiselt ARFIDI kriteeriumidele (Kurz *et al.*, 2015). Täiskasvanute tavapopulatsiooni uuringus Austraalias oli ARFIDI sümptomite esinemise sageduseks 0,3%. (Hay *et al.*, 2017). Sarnases üleeluea (valimis 14–94-aastased) uuringus Saksamaal raporteeris ARFIDI sümptomeid 0,8% vastajatest, kusjuures soolisi ega vanuselisi erinevusi ei leitud. 15,8%–36,8% ARFIDI sümptomitega täiskasvanutest raporteeris alakaalulisust (Hilbert *et al.*, 2021). Need uuringud näitavad, et ARFIDI sümptomitega inimesi leidub sõltumata soost ja vanusest nii kliinilises kui ka tavapopulatsioonis. Siiski on veel vähe etioloogia-alaseid uuringuid laste, täiskasvanute ja vanurite kohta (Thomas *et al.*, 2017).

Lisaks on töötatud välja ARFIDI kliinilisi hindamisvahendeid, et spetsialistid saaksid vältivale/piiravale toitumishäirele omast käitumist tuvastada ja hinnata ning sellele ravi pakkuda. Näiteks on olemas vältiva/piirava toitumise 9-väiteline sõelküsimustik (NIAS – *Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen*), mis aitab hinnata vältivat söömiskäitumist, mis on seotud toidu sensoorsete omadustega, tingitud isu- või huvipuudusest või hirmust negatiivsete tagajärgede ees (Zickgraf & Ellis, 2018). Koostatud on veel EDA-5 (*Eating Disorder Assessment for DSM-5*), mis on poolstruktureeritud intervjuu, mille eesmärk on hinnata toitumis-, söömishäiret või muud DSM-5 kriteeriumidega seletatud söömisega seotud seisundit (Sysko *et al.*, 2015). Loodud on EDE ARFIDI moodul, see on poolstruktureeritud intervjuu vanemale, noorele ja lapsele (Schmidt *et al.*, 2019). Koostatud on ka pica, ARFIDI ja rumineerimishäire intervjuu (PARDI – *pica, avoidant/restrictive food intake disorder and rumination disorder interview*), mis on poolstruktureeritud intervjuu kasutamiseks igas eas vastajatega (Bryant-Waugh *et al.*, 2019). ARFIDI tuvastamiseks on seni loodud ainult mõni hindamisvahend, laialdasi uuringuid on vähe.

**Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q)**

Van Dyck ja Hilbert koostasid 14-väitelise EDY-Q (*Eating Disorders in Youth-Questionnaire*), mis on vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimumstik. Küsimustiku koostamisel võeti arvesse DSM-5-s välja pakutud ARFIDI diagnostilisi kriteeriume, tuginedes teaduskirjanduses kirjeldatud lapsea söömisprobleemidele ja GOS-kriteeriumitele (Great Ormond Street kriteeriumid). EDY-Q psühhomeetrislike omaduste määramiseks viisid van Dyck *et al.* (2013) läbi uuringu Šveitsi koolilaste seas. Uuringu eesmärk oli uurida ka ARFIDI diagnostiliste alagruppide levimust tavapopulatsioonis. Uuringus osales 730 8–13-aastast last nii saksa- kui ka prantsuskeelsetest koolidest. Selles uuringus leiti EDY-Q neljafaktoriline struktuur, kus esimene faktor (huvipuudusest ja emotsionaalsetel põhjustel toidu vältimine) seletas 15,9%, teine (valikuline söömine) 15,5%, kolmas (alakaalulisus) 13,7% ja neljas (hirm negatiivsete tagajärgede ees) 13,6% küsimuste varieeruvusest. EDY-Q küsimuste omadused olid head, aga sisemine konsistentsus madal (Cronbachi alfa 0,55). Veel selgus, et vältiv/piirav söömiskäitumine pole koolilastel ebatavaline, 29,8% osalejatest raporteerisid vältivat või piiravat söömist, seejuures raporteerisid alakaalulised lapsed vältivat söömist emotsionaalse häire tõttu rohkem kui normkaalulised ja ülekaalulised lapsed. Sugudevahelisi erinevusi ei leitud (van Dyck *et al.*, 2013).

EDY-Q psühhomeetrislike omadusi on uuritud veel kahes teises Šveitsi uuringus. Kurz *et al.* (2015) teostasid 1444 8–13-aastaste kooliõpilase seas uuringu, et uurida ARFIDI sümptomite sagedust ja valideerida EDY-Q. Ka selles uuringus leiti, et alakaalulised lapsed raporteerisid rohkem ARFIDiga seotud sümptomeid kui norm- ja alakaalulised lapsed. Märkimisväärseid soolisi erinevusi ARFIDI sümptomite raporteerimisel ei leitud. Küll aga leiti, et nooremate laste EDY-Q keskmine skoor oli kõrgem kui vanematel lastel. See võib tuleneda vältiva/piirava toitumishäire avaldumise erinevusest noorematel ja vanematel lastel; nooremad lapsed võivad raporteerida rohkem emotsionaalset toidu vältimist või rohkem uue toidu vältimist kui vanemad lapsed. 3,2% vastajatest raporteerisid ARFIDI sümptomeid, nendest kõige enam toidu vältimist sensoorsetel põhjustel. Uuringus toodi välja nii diskriminantne, konvergentne kui ka divergentne valiidsus. Küsimustiku sisemine sisereliaablus oli testimisel taaskord madalavõitu (Cronbachi alfa 0,62), mida seletati küsimustiku eripäraga – küsimustik on lühike, kuid katab samal ajal heterogeense häire paljusid dimensioone (Kurz *et al.*, 2015).

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Samal valimil viisid Kurz *et al.* (2016) läbi ka kolmanda uuringu. Selle eesmärk oli määrata EDY-Q faktorstruktuur ja uurida vältiva/piirava toitumishäire erinevate variantide avaldumist 8–13-aastastel lastel. Selles uuringus kinnitas peakomponentide analüüs neljafaktorilist lahendit. Küsimused jaotuvad selgelt neljale skaalale, millest kolm mõõdavad varases eas alguse saava piirava ja häirunud söömise kolme varianti ning neljas kehakaaluprobleeme (Kurz *et al.*, 2016). Nendes uuringutes on välja toodud, et vältiva/piirava söömiskäitumise tunnused on 8–13-aastastel võrdlemisi levinud. Näiteks 19,3% laste puhul andsid vastused aimu ebapiisavast üldisest toidutarbimisest, 26,1% puhul aktsepteeritud toitute väiksest hulgast ja 5,0% toidu vältimisest mingi kindla alushirmu tõttu. Seejuures poisid ja alakaalulised lapsed raporteerisid enam selektiivset söömist kui tüdrukud ja normkaalulised lapsed. (Kurz *et al.*, 2016). Seega võimaldab EDY-Q tuvastada vältivale/piiravale toitumishäirele iseloomulikke sümptomeid ja hinnata toitumis- või söömishäire kujunemise riski.

### Uurimistöö eesmärk ja hüpoteesid

Ehkki valiidsed ja usaldusväärseid küsimustikke laste ja noorukite häirunud söömiskäitumise ja -hoiakute hindamiseks on mitmeid ja neid kasutatakse laialdaselt, pole ARFIDI tuvastamiseks eesti keeles ühtegi küsimustikku. EDY-Q eelis on see, et see on kiire ja lühike küsimustik laste häirunud söömise riskide hindamiseks. See on üks väheseid küsimustikke, mida pole täiskasvanute küsimustikest tuletatud, vaid on loodud lastele, võttes arvesse nende eakohast käitumist ja mõistmist (Kurz *et al.*, 2015), aga mis sobib kasutamiseks ka täiskasvanutele.

Minu töö eesmärk on tõlkida ja kohandada EDY-Q eesti keelde. EDY-Q võimaldab ARFIDit tuvastada lastel ja noortel, eristada vältivat/piiravat toitumishäiret teistest (sarnastest) söömishäiretest, nt *anorexia nervosa*'st. Seni puuduvad Eestis hindamisvahendid varases eas avalduva vältiva/piirava toitumishäire sümptomite tuvastamiseks.

Lähtuvalt selle uurimistöö eesmärgist ja võttes arvesse varasemate teadustööde tulemusi püstitasin järgmised hüpoteesid ja uurimisküsimused:

H1: Eestikeelse EDY-Q küsimustiku faktorstruktuur sarnaneb originaaluuringus leitud neljafaktorilise struktuuriga (konstruktiivsuse).

H2: EDY-Q ARFIDI alaskaalade skoorid korreleeruvad positiivselt ärevuse ja depressiooni skooridega.

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

H3: Alakaalus laste skoorid on EDY-Q alaskaaladel kõrgemad kui norm- ja ülekaalus lastel.

Lisks huvitab mind, kuidas on EDY-Q ARFIDit välistavate küsimuste skoorid seotud SHSi alaskaalade skooridega (konvergentne valiidsus).

## Meetod

### Valim

Andmed kogusime ajavahemikus 27. oktoober 2020 kuni 31. märts 2021 uuringu „Laste häirunud söömishoiakuid ja -käitumist hindavate mõõtevahendite kohandamine Eesti oludele“ raames. Selles uurimistöös kasutatakse 8–14-aastaste ja 15–19-aastaste laste küsimustike vastuseid. Nooremale vanuserühmale levitati kutset kahes üldhariduskoolis ja vanemale nii üldhariduskoolides kui ka sotsiaalmeedias.

Kogu tavapopulatsiooni valimi moodustas 477 last ja noort, kellest poisse oli 84 (17,6%) ja tüdrukuid 393 (82,4%) ning keskmine vanus oli 16,8 aastat (SD = 2,81). 8–14-aastaseid lapsi osales uuringus 63, kellest tüdrukuid oli 36 (57,1%) ja poisse 27 (42,9%). Selle rühma keskmine vanus oli 10,1 aastat (SD = 1,41). 15–19-aastaste valimi moodustas 414 noort, kellest noormehi oli 57 (13,8%) ja naisi 357 (86,2%) ning keskmine vanus oli 17,9 aastat (SD = 0,98). Vastanutest kolm märkisid, et nad ei õpi hetkel, ning üks gümnasist märkis, et viibib hetkel akadeemilisel puhkusel. Uuringus osalejatest 311 (65,2%) märkisid elukohaks linn, 84 (17,6%) alevik ja 82 (17,2%), et elavad maal.

Kehamassiindeks ( $\text{kg/m}^2$ ) arvutati kooliõe kabinetis mõõdetud pikkuse ja kaalu ning vanemas vanuserühmas valdavalt osalejate eneseraporteeritud kehakaalu ja pikkuse põhjal. Keskmine KMI 8–14-aastastel oli 19,32 (SD = 4,11) ja 15–19-aastastel 22,18 (SD = 4,65). Tugides WHO laste KMI referentsväärtustele (WHO, 2007) saab välja tuua, et 67,9% osalejatest olid normkaalus (323/476; KMI 15.–85. protsentiil), alakaalus oli 13,7% (65/476; KMI < 15. protsentiil) ja ülekaalus oli 18,5% (88/476; KMI > 85. protsentiil). Kuna üks osaleja vastas kehakaaluks ja pikkuseks -1, ei saanud tema KMI-d arvutada.

Kliinilise valimi moodustasid lapsed ja noored, kellel psühhiaater oli diagnoosinud mõne söömishäire. Nemad värbasime uuringusse Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise keskuse kaudu. Kliinilises valimis osales kokku 26 noort, noorim 12- ja vanim 17-aastane tüdruk (keskmine vanus 15,1, SD = 1,26). Keskmine KMI oli 19,38 (Min = 12,70 ja Max = 30,8).

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

*Anorexia nervosa* oli diagnoositud 10 (38,5%), atüüpiline *anorexia nervosa* 2 (7,7%), *bulimia nervosa* 3 (11,5%) ja täpsustamata söömishäire 11 (42,3%) osalejal.

## Tõlkimine

Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q) võimaldab tuvastada varases eas algavat vältiva/piirava toitumishäire sümptomeid. See on koostatud saksa keeles ning tõlgitud prantsuse ja inglise keelde. Selles uurimistöös tõlkisime EDY-Q inglise keelest eesti keelde, seejärel võrdlesime tõlkeid, tegime parandusi ja täpsustusi. Tõlkides võrdlesin saksakeelset versiooni nii ingliskeelse kui ka enda tõlgitud eestikeelse variandiga, et veenduda täpses tõlkes. Tagasitõlget ei tehtud, sest küsimustik on lühike ja selgete väidetega. Tõlkimisprotsessis osalesin mina ja psühholoogiadoktorant.

Uuringu käigus selgus, et skaala pole noorematele lastele piisavalt selgelt ja arusaadavalt sõnastatud, sõnaline tähendus oli antud ainult skaala algus- ja lõpp-punktile (vastavalt „mitte kunagi“ (0) ja „alati“ (6)). Lisasime ka vahepealsetele väärtustele sõnalised seletused: „väga harva“ (1), „harva“ (2), „ei tea“ (3), „sageli“ (4) ja „väga sageli“ (5)). Ühtlasi täpsustasime väidet „Ma olen valiv sööja“, lisades sulgudesse, et „see tähendab, et paljud toidud ei meeldi mulle“.

## Protseduur

Uuringu teostamiseks taotlesime loa TÜ inimuuringute eestika komiteelt. Esialgul küsisime nõusoleku uuringu läbiviimiseks kahelt Harjumaa üldhariduskoolilt. Koolides tutvustati uuringut ja jagati õpilastele ning nende vanematele laste ja lapsevanemate informeeritud ja teadliku nõusolekulehed ja uuringukutsed, mis kirjeldasid uuringu sisu ja eesmärgi ning selgitasid, et vastused on anonüümsed ja neid kasutatakse kodeerituna ja ainult teaduslikel eesmärkidel. Allkirjastatud nõusolekulehed tagastati enne küsimustikele vastamist uuringu läbiviijale.

Kool määras uuringu läbiviimiseks ruumi, kus viibis testimise ajal uuringu läbiviija ja osaleja. Enne küsimustikele vastamist mõõdeti kooliõe kabinetis osaleja pikkus ja kehakaal. Kaalumisel ja mõõtmisel paluti lapsel võtta ära jalanõud ja raskemad riided (nt üleriided). Osalemine kestis noorema vanuserühma osalejate jaoks 20–45 minutit, olenevalt lapse kiirusest, ning vanemale vanuserühmale kuni 30 minutit. Testipaketid olid eale vastavad.

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Testimise alguses selgitati küsimustiku sisu ja rõhutati, et vastata tuleb nii, nagu vastaja tunneb, mis tema kohta kõige enam kehtib. Samuti julgustati vajadusel abi küsima.

Seoses COVID-19 levikuga suunati vanemad õpilased osalisele (23.11.2020) või täielikule (11.03.2021) distantsõppele, mistõttu viisime nende küsimustikud veebi. Õpilased täitsid küsimustikke veebis LimeSurvey keskkonnas (<https://survey.ut.ee>). Seal said nad valida kooli kaaluma ja mõõtma tulemiseks ajavahemiku. Kuna märtsist 2021 ei võimaldanud viiruse levik enam õpilastega kohtuda, palusime veebipõhises küsimustikus kehakaalu ja pikkuse ise raporteerida. Ühtlasi kooskõlastasime TÜ inimuuringute eetika komiteega oma taotluse muudatused, mille järgi saime kutset 15–19-aastastele jagada laiemalt üldhariduskoolides ja sotsiaalmeedias (Facebook, Instagram). Lisasime uuringut tutvustavale lehele, et noored annavad küsimustikele vastamisega nõusoleku osalemiseks. Alaealistel osalejatel palusime lapsevanema digiallkirjastatud informeeritud ja teadliku nõusolekulehe saata uuringu e-postile ([soomisuuring@gmail.com](mailto:soomisuuring@gmail.com)). Kuna 8–14-aastased lapsed oleksid tõenäolisemalt küsimustike täitmisel vajanud abi või selgitusi, ei viinud selle vanuserühma küsimustikke veebi ja nendelt märtsist alates enam andmeid ei kogunud.

Lisaks sellele kaasasime uuringusse ka Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise keskuse statsionaarsed ja ambulatoorsed patsiendid. Nii lapsed kui ka nende vanemad andsid osalemiseks informeeritud ja teadliku nõusoleku. Lapsed täitsid küsimustikke paberikandjal. Ambulatoorsel ravil olevad lapsed täitsid küsimustikud visiidi järgselt ja tagastasid need vaimse tervise öele kinnises ümbrikus. Andmete kogumist koordineeris keskuses töötav Tartu Ülikooli psühholoogiamagistrant.

## Mõõtevahendid

**Vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimustik EDY-Q** (van Dyck & Hilbert, 2016) on koostatud, võttes arvesse DSM-5 kriteeriume. See koosneb 14 küsimusest, millest kaks on *pica* ja rumineerimishäire (*ruminatio disorder*) kohta. Kümme küsimust on ARFIDI kolme võimaliku alagrupi esinemise kohta (Huvipuudusest/emotsionaalne toidu vältimine, valikuline söömine ning vältimine/piiramine hirmust negatiivsete tagajärgede ees/funktsionaalne düsfaagia). Lisaks on kaks küsimust kehakaalu ja -kuju üle muretsemise kohta, need kriteeriumid on ARFIDI välistamiseks. Igat küsimust hinnatakse 7-pallisel Likerti skaalal („mitte kunagi“ = 0 kuni „alati“ = 6) (van Dyck *et al.*, 2013). Küsimustiku valideerimiseks on varem kasutatud ChEDE-Q (*Child Eating Disorder Examination*; TODAY Study Group, 2007) küsimustikku, selles uuringus oli Cronbachi alfa 0,62 (Kurz *et al.*, 2015).

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

**Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS)** (Akkermann, Herik, Aluoja, & Järv, 2010) on 29-väiteline küsimustik ning hindab söömiskäitumist neljal alaskaalal: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine ning hõivatus välimusest ja kehakaalust. Küsimustik eristab erinevaid söömishäireid, nt *bulimia nervosa*, *anorexia nervosa* ja liigsöömishäire. Samuti võimaldab küsimustik tuvastada söömishäire riskiga vastajaid. Igat väidet hinnatakse 6-pallisel Likerti skaalal („alati“ (5) kuni „mitte kunagi (0)). SHSi täitsid ainult 15–19-aastased osalejad. Selle uurimistöö valimil oli Cronbachi  $\alpha$  0,94, alaskaalade  $\alpha$  0,89-0,95

**Seisundi- ja püsiärevuse skaala STAI** (*State-Trait Anxiety Inventory*; Spielberger & Vagg, 1984) on 40-väiteline enesekohane küsimustik. Küsimustiku esimesed 20 väidet puudutavad seisundi- ja teised 20 väidet puudutavad püsiärevust. Väiteid hinnatakse 4-pallisel Likerti skaalal. Kõrgemad skoorid tähendavad suuremat ärevust. Sellele küsimustikule vastasid ainult 15–19-aastased osalejad. Selle uuringu valimil oli kogu skaala Cronbachi  $\alpha$  0,97, alaskaalade Cronbachi  $\alpha$  oli vastavalt 0,95 ja 0,94.

**MÅDRS** (*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*, MÅDRS; Montgomery ja Åsberg, 1979) depressiooni hindamise skaala eestikeelset ja enesekohast versiooni (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994). Skaala võimaldab hinnata depressiooni raskusastmeid ja muutusi. Küsimustikus hinnatakse meeleolu, ärevustunde, une, söögiisu, keskendumisvõime, algatusvõime, kaasaelamise, pessimismi ja elurõõmuga seotud väiteid. Väited on enesekohased ja hinnanguid antakse viimase kolme päeva enesetunde kohta. Küsimustikule vastasid ainult 15–19-aastased osalejad Selle uurimistöö valimil oli MADRS-Si Cronbachi  $\alpha$  0,88.

**Kehamassiindeksi (KMI)** arvutasime kooliõe kabinets mõõdetud või eneseraporteeritud kehakaalu ja pikkuse põhjal. Kliinilise grupi KMI koguti osalejate nõusolekul nende raviarstilt.  $KMI = \text{kehakaal (kg)} / \text{pikkus (m)}^2$ .

Lisaks täitsid osalejad ka **üldküsimustiku**, milles küsisime lapse sugu, vanust, elukohta (kas maal, linnas või alevikus), aga ka hinnangut oma kehakuju ja -kaaluga rahulolule. Vanemalt vanuserühmalt küsisime ka tegevuste kohta, mida nad oma kehakaalu muutmiseks on teinud.

## Andmetöötlus

Andmed koguti nii paberkandjal kui ka veebis LimeSurvey keskkonnas. Andmed valmistati analüüsiks ette programmis Microsoft Office Excel for Mac 2020. Andmeid analüüsiti programmiga JASP (version 0.14.1) ja RStudio (version 1.2.1335, R-i paketid

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

mvdalab ja psych). EDY-Q ja teiste küsimustike lõikes asendati puuduvad andmed *Expectation Maximization* (EM) meetodiga.

EDY-Q küsimustiku konstruktivaliidsust kontrollisin uuriva faktoranalüüsi peatelgede meetodil kaldsuunalise (*oblimin*) pööramisega. Faktoranalüüsi eelduste kontrollimisel viisin läbi Bartletti sfäärilisuse ja Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testid. Faktorite leidmisel kasutasin paralleelanalüüsi meetodit, mille kohaselt eristuvad faktorid, mis ületavad simuleeritud 95. protsentiili (Cokluk & Kocak, 2016). Konvergentse ja divergentse valiidsuse kontrollimiseks viisin läbi korrelatsioonianalüüsi (Pearsoni  $r$ ) EDY-Q, SHSi ja STAI alaskaalade ning MADRSi vahel. Küsimustiku sisereliaabluse hindamisel kasutasin Cronbachi alfat ja korrelatsioonikordajat (Pearsoni  $r$ ). Kehamassiindeksi ja ARFIDI vahelise seose analüüsimiseks kasutasin Kruskal-Wallise ühesuunalist ANOVAt, gruppidevahelist homogeensust kontrollisin Levene'i testiga. Kuna grupid polnud homogeensed, kasutasin võrdlemiseks Welchi korrigeeritud ja *post hoc* analüüsiks Games-Howell testi. Faktoranalüüsis kasutati ARFIDI üldskoorina kõigi üksikvastuste summat, dispersioonanalüüsis aga ARFIDI sümptomitele suunatud küsimuste (küsimused 1–5 ja 8–12) keskmist.

## Tulemused

### EDY-Q faktorstruktuur

EDY-Q sisaldab 14 küsimust. Viisin nende osas läbi uuriva faktoranalüüsi. Faktoranalüüsi eelduste kontrollimiseks viisin läbi Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi, mis näitas, et valimi piisavuse indeks oli keskmine (0,72). Bartletti sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ( $p < 0,001$ ). Väidete vahel puudus multikollineaarsus.

Kasutades faktorstruktuuri peatelgede meetodit ja kaldsuunalist pööramist, eristus paralleelanalüüsi järgi eestikeelsele EDY-Q küsimustikule 4 faktorit, mis kokku seletasid ära 41% andmete varieeruvusest. Esimesed kolm faktorit seletasid igaüks ära 11% varieeruvusest ja neljas faktor 8%. Küsimused 8, 9 ja 12 seostusid esimese faktoriga (valikuline söömine), küsimused 1-3 teise faktoriga (huvipuudus/emotsionaalsetel põhjustel), küsimused 10 ja 11 kolmanda faktoriga (hirm negatiivsete tagajärgede ees/funktsionaalne düsfaagia) ning küsimused 4 ja 5 neljanda faktoriga (alakaalulisus)

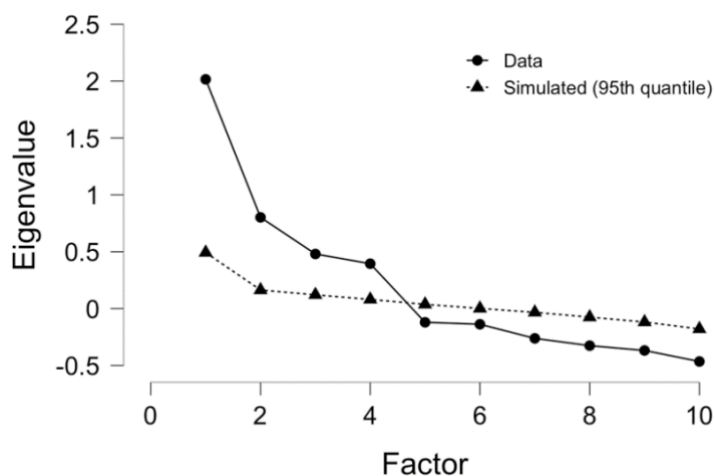
Küsimused 6 ja 7 olid kontrollküsimused, mis uurivad vastaja kehaga rahulolu (väited: „Tunnen ennast paksuna, isegi kui teised minuga ei nõustu“ ja „Seni, kuni ma ei näe välja liiga paks ega kaalu liiga palju, muu ei loe“). Neid küsimusi kasutatakse vältiva/piirava

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

toitumishäire välistamiseks. Küsimus 7 ei seostunud tugevalt ühegi faktoriga, küsimus 6 seostus negatiivselt neljanda faktoriga (alakaalulisus), mis on ootuspärane. Küsimus 6 seostus aga ka võrdlemisi tugevalt (faktorlaadung 0,46) teise faktoriga (huvipuudus/emotsionaalsetel põhjustel), mis on mõneti ootamatu.

Küsimus 13 on *pica* kontrollküsimus ja ei seostunud ühegi faktoriga. Küsimus 14 on rumineerimishäire kontrollküsimus ja seostus (faktorlaadung 0,46) kolmanda faktoriga (hirm negatiivsete tagajärgede ees/FD).

Jättes kontrollküsimused (6, 7, 13 ja 14) vaadeldavate küsimuste hulgast välja, jääb neljafaktoriline struktuur endiseks. Neljafaktoriline struktuur on hästi näha ka omaväärtuste graafikult (Joonis 1). Nii tehes langeb veidi valimi piisavuse indeks (KMO 0,67). Faktorid seletavad andmete varieeruvust oodatult rohkem: esimene faktor (valikuline söömine) 15%, teine faktor (huvipuudus/emotsionaalsetel põhjustel) 13%, kolmas faktor (hirm negatiivsete tagajärgede ees/FD) 12% ja neljas faktor (alakaalulisus) 9%. Kokku seletavad neli faktorit 50% andmete varieeruvusest.



**Joonis 1.** EDY-Q. Faktorite eristamise omaväärtuste graafik.

Faktorlaadungid on küllaltki suured, mis näitab, et küsimused jagunevad faktorite konkreetsetele faktoritele selgelt. Kõige nõrgem on kolmanda küsimuse („ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil“) seos (faktorlaadung teise faktori osas 0,42).

Igal küsimusel on mingi faktorlaadung üle 0,40. Faktorstruktuuris ei esinenud märkimisväärset ristlaadumist. Faktorite omavahelised korrelatsioonid jäid vahemikku 0,12-0,44 (kõige nõrgemalt seostus alakaalulisuse faktor teiste faktoritega). Tabelis 1 on toodud faktorid ja nende laadungid.

**Tabel 1.** Faktorid ja nende laadungid

| Väited   | Faktor 1    | Faktor 2    | Faktor 3    | Faktor 4    | Uniq. |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| <b>Faktor 1: valikuline söömine</b>  |             |             |             |             |       |
| 9. Mulle ei meeldi uusi sööke proovida   | <b>0,77</b> | 0,02        | -0,02       | -0,06       | 0,42  |
| 8. Ma olen valiv sööja (see tähendab, et paljud toidud ei meeldi mulle)  | <b>0,77</b> | -0,02       | -0,02       | 0,05        | 0,41  |
| 12. Mulle ei meeldi proovida sööke, millel on omapärane lõhn, maitse, välimus või mingi muu kindel omadus (nt krõbedaid või pehmeid toite) | <b>0,56</b> | 0,02        | 0,13        | 0,02        | 0,61  |
| <b>Faktor 2: Huvipuudus/emotsionaalsed põhjused</b>  |             |             |             |             |       |
| 1. Kui mul lubataks mitte süüa, siis ma ei sööks   | -0,01       | <b>0,67</b> | 0,07        | -0,02       | 0,51  |
| 2. Söök/söömine ei huvita mind   | 0,02        | <b>0,75</b> | -0,04       | -0,00       | 0,44  |
| 3. Ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil   | -0,00       | <b>0,42</b> | 0,09        | 0,20        | 0,73  |
| <b>Faktor 3: Hirm/FD</b>   |             |             |             |             |       |
| 10. Ma kardan süües lämbuda või oksendada  | 0,02        | -0,05       | <b>0,78</b> | -0,03       | 0,41  |
| 11. Ma kardan sööki alla neelata   | -0,01       | 0,06        | <b>0,75</b> | 0,03        | 0,40  |
| <b>Faktor 4: Alakaalulisus</b>   |             |             |             |             |       |
| 4. Teised inimesed arvavad, et ma kaalun liiga vähe  | 0,01        | 0,13        | -0,01       | <b>0,71</b> | 0,46  |
| 5. Ma tahaksin rohkem kaaluda  | -0,00       | -0,20       | 0,01        | <b>0,61</b> | 0,62  |

*Märkus.* Peatelgede meetod, kaldsuunaline pööramine (*oblimin*), paralleelanalüüsi meetod. N=503

### Sisemine reliaablus

EDY-Q küsimustiku sisereliaablust kontrollisin Cronbachi  $\alpha$  ja Pearsoni  $r$  abil. Vältiva/piirava toitumishäire skoori moodustavate küsimuste (1–5 ja 8–12) Cronbachi  $\alpha$  oli 0,68. Küsimuste 1-12  $\alpha$  oli 0,67 ja 1-14  $\alpha$  oli 0,69. Alaskaala valikuline söömine (küsimused 8, 9 ja 12) Cronbachi  $\alpha$  oli 0,75 ja huvipuudusest/emotsionaalsetel põhjustel (küsimused 1, 2 ja 3)  $\alpha$  oli 0,68. Hirm negatiivsete tagajärgede ees/funktsionaalse düsfaagia (küsimused 10 ja 11) alaskaala küsimuste vaheline korrelatsioon oli  $r=0,64$  ja alakaalulisuse (küsimused 4 ja 5) alaskaala küsimuste vaheline korrelatsioon oli  $r=0,43$ . ARFIDit välistavate küsimuste omavaheline korrelatsioon oli  $r=0,27$ .

### Valiidsus

Eestikeelse vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimustiku valiidsust kontrollisin Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS) ja Seisundi- ja Püsiärevuse küsimustiku (STAI)

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

alaskaaladega ning Montgomery-Åsbergi depressiooni hindamise skaalaga (MADRS). Valimis olid ainult 15–19-aastased vastajad, kuna neid osales rohkem ja ainult nemad vastasid SHS, STAI ning MADRSi küsimustikele (eemaldasid 3 vastajat, kellel oli nendest küsimustikest rohkem kui 10 vastust puudu). Analüüsimeetodiks oli korrelatsioonianalüüs Pearsoni korrelatsioonikordajaga. Kuna osade alaskaalade (EDY-Q alakaalulisus ja hirm/FD ning SHSi toidu väljutamine) andmed polnud normaaljaotuslikud, kontrollisin tulemused üle Spearmani astakkorrelatsiooni meetodiga. Ühegi skaalapaari korrelatsiooni statistilist olulisust see ei muutnud.

EDY-Q ARFIDI üldskoor ja kõik alaskaalade peale alakaalu on positiivselt seotud MADRS skooriga ja STAI Seisundi- ja Püsiärevuse skooridega. Ootamatult on seotud ka SHSi söömise piiramise, toidu väljutamise ja hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaalad ARFIDI üldskooriga. Ootamatult seostub ARFIDI alaskaala hirm/FD mõõdukalt SHSi toidu väljutamise alaskaalaga. Täpsemad andmed on toodud tabelis 2.

**Tabel 2.** EDY-Q ARFIDI üldskoori ja alaskaalade korrelatsioonid SHSi, STAI alaskaaladega ning MADRS skooridega. (N=430)

| Küsimustik                             | ARFID kokku | ARFID valikuline | ARFID huvipuudus /emot. | ARFID hirm/FD | ARFID alakaalulisus |
|--|-------------|------------------|-------------------------|---------------|---------------------|
| ARFID kokku                            | 1           |                  |                         |               |                     |
| ARFID valikuline                       | 0,72*       | 1                |                         |               |                     |
| ARFID huvipuudus/emot.                 | 0,70*       | 0,21*            | 1                       |               |                     |
| ARFID hirm/FD                          | 0,49*       | 0,21*            | 0,29*                   | 1             |                     |
| ARFID alakaalulisus                    | 0,47*       | 0,09             | 0,14*                   | 0,08          | 1                   |
| SHS söömise piiramine                  | 0,27*       | 0,08             | 0,44*                   | 0,32*         | -0,16*              |
| SHS liigsöömine                        | 0,02        | 0,12             | -0,08                   | 0,15*         | -0,10               |
| SHS toidu väljutamine                  | 0,40*       | 0,18*            | 0,41*                   | 0,50*         | -0,01               |
| SHS hõivatus välimusest ja kehakaalust | 0,32*       | 0,19*            | 0,43*                   | 0,31*         | -0,16*              |
| STAI seisundiärevus                    | 0,36*       | 0,18*            | 0,37*                   | 0,34*         | 0,04                |
| STAI püsiärevus                        | 0,39*       | 0,25*            | 0,34*                   | 0,33*         | 0,06                |
| MADRS                                  | 0,43*       | 0,27*            | 0,39*                   | 0,36*         | 0,06                |

*Märkus:* Pearsoni  $r$ ; ARFID=EDY-Q vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimustik; SHS=Söömishäirete Hindamise Skaala; STAI=Seisundi- ja püsiärevuse skaala; MADRS=Montgomery-Åsbergi depressiooni hindamise skaalaga.

\* $p < 0,01$

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Konvergentse valiidsuse kontrollimiseks viisin läbi korrelatsioonianalüüsi Pearsoni korrelatsioonikordajaga ARFIDi välistusküsimuste ning SHS küsimustiku alaskaalade vahel. Kõige tugevam seos ilmnis SHS hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala ja ARFIDit välistava 6. küsimuse: „Tunnen ennast paksuna isegi, kui teised minuga ei nõustu“ vahel ( $r=0,81$ ,  $p<0,01$ ). ARFIDit välistav 7. küsimus: „Seni, kuni ma ei näe välja liiga paks ega kaalu liiga palju, muu ei loe“ on SHS alaskaaladega nõrgalt seotud. Täpsemad andmed on toodud tabelis 3.

**Tabel 3.** SHS alaskaalade ja ARFIDit välistavate küsimuste korrelatsioonid.

| Alaskaala                              | ARF välistav 6. | ARF välistav 7. | ARF välistavad koos |
|--|-----------------|-----------------|---------------------|
| SHS söömise piiramine                  | 0,65*           | 0,17*           | 0,55*               |
| SHS liigsöömine                        | 0,37*           | 0,19*           | 0,35*               |
| SHS toidu väljutamine                  | 0,48*           | 0,18*           | 0,45*               |
| SHS hõivatus välimusest ja kehakaalust | 0,81*           | 0,21*           | 0,66*               |

*Märkus:* Pearsoni  $r$ ; SHS=Söömishäirete Hindamise Skaala; ARF välistav 6.= EDY-Q ARFIDit välistav 6. küsimus; ARF välistav 7.=EDY-Q ARFIDit välistav 7. küsimus.

\* $p<0,01$

### ARFIDi tulemused erinevate demograafiliste andmete lõikes

Sooliste ja vanuseliste erinevuste võrdlemiseks kasutasin mitteparameetrilist Mann-Whitney testi, sest mõne grupi puhul ei olnud mõni alaskaala (nt alaskaala ja hirm negatiivsete tagajärgede ees/FD alaskaala) normaaljaotuslik ja grupid olid eri suurusega. Analüüs näitas, et statistiliselt olulist erinevust sugude vahel ei olnud. Vanuse puhul esinesid statistiliselt olulised erinevused valikulise ja hirmu/FD alaskaalades, kus noorem vanuserühm sai kõrgemaid tulemusi.

Selleks, et teada, kuidas eristuvad söömishäire diagnoosiga inimesed tavapopulatsioonist, võrdlesin EDY-Q üldskoori tulemusi kahe grupi vahel: tavapopulatsioon ja söömishäirega osalejad. Gruppide skoorid jagunesid normaaljaotuslikult (asümmeetriakordaja ja ekstsess vahemikus  $-1...1$ ), Levene'i testi järgi olid gruppide varieeruvused homogeensed ( $p=0,33$ ). Dispersioonianalüüs (ühesuunaline ANOVA) näitas, et EDY-Q üldskoori keskmised skoorid erinesid tavapopulatsiooni ja söömishäirega inimeste vahel statistiliselt olulisel määral ( $p<0,001$ ): kliinilise grupi skoorid olid kõrgemad kui tavapopulatsioonil (keskmised vastavalt 23,4 ja 16,6).

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Kehamassiindeksi ja ARFIDI vahelise seose analüüsimiseks kasutasin Kruskal-Wallise ühesuunalist ANOVA-t. Levene'i testi järgi ei olnud alakaalu ja hirmu/FD alaskaala lõikes gruppide varieeruvused homogeensed. Seetõttu kasutasin gruppide võrdlemisel Welchi korrektsiooni ja *post hoc* analüüsiks Games-Howell testi. Ilmnes, et gruppide vahel on statistiliselt olulisi erinevusi – alakaalus inimestel esines ARFIDI sümptomeid rohkem. Need erinevused olid tingitud suurematest skooridest hirmu/FD ja alakaalulisuse alaskaalades. Hirmu/FD alaskaalas olid statistiliselt olulised erinevused kõigi kolme kaalugrupi vahel. Lisaks sellele ilmnes, et mõne söömishäire diagnoosiga vastajal on huvipuuduse/emotsionaalsetel põhjustel toidu vältimise ja alakaalulisuse sümptome, aga mitte valikulise söömise sümptome. Täpsemad andmed on toodud tabelis 4.

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

**Tabel 4.** ARFIDI tulemused erinevate demograafiliste näitajate lõikes.

|                                  | ARFID koguskoor |             |      |         | ARFID valikuline |     |        | ARFID huvipuudus/emot. |     |         | ARFID hirm/FD |     |        | ARFID alakaalulisus |     |         |  |
|----------------------------------|-----------------|-------------|------|---------|------------------|-----|--------|------------------------|-----|---------|---------------|-----|--------|---------------------|-----|---------|--|
|                                  | N               | M           | SD   | p       | M                | SD  | p      | M                      | SD  | p       | M             | SD  | p      | M                   | SD  | p       |  |
| <b>Sugu</b>                      |                 |             |      |         |                  |     |        |                        |     |         |               |     |        |                     |     |         |  |
| Mees                             | 84              | 1,72        | 0,86 | p=0,53  | 7,5              | 5,1 | p=0,22 | 5,8                    | 4,4 | p=0,05  | 0,6           | 1,4 | p=0,11 | 3,2                 | 3,5 | p=0,10  |  |
| Naine                            | 419             | 1,69        | 0,9  |         | 6,8              | 4,9 |        | 6,6                    | 4,1 |         | 1,1           | 2,1 |        | 2,5                 | 2,8 |         |  |
| <b>Vanus</b>                     |                 |             |      |         |                  |     |        |                        |     |         |               |     |        |                     |     |         |  |
| 8-14                             | 70              | <b>1,90</b> | 0,9  | p=0,03  | <b>8,5</b>       | 5,1 | p<0,01 | 6,8                    | 4,2 | p=0,47  | <b>1,5</b>    | 2,4 | p<0,01 | 2,2                 | 2,5 | p=0,39  |  |
| 15-19                            | 433             | <b>1,69</b> | 0,9  |         | <b>6,6</b>       | 4,9 |        | 6,4                    | 4,2 |         | <b>0,9</b>    | 1,9 |        | 2,7                 | 3,0 |         |  |
| <b>Kliiniline valim (SH dgn)</b> |                 |             |      |         |                  |     |        |                        |     |         |               |     |        |                     |     |         |  |
| Jah                              | 26              | <b>2,34</b> | 1,0  | p<0,001 | 7,4              | 4,7 | p=0,55 | <b>9,3</b>             | 4,6 | p<0,001 | <b>2,1</b>    | 2,7 | p=0,03 | <b>4,6</b>          | 3,6 | p<0,01  |  |
| Ei                               | 477             | <b>1,66</b> | 0,9  |         | 6,9              | 5   |        | <b>6,3</b>             | 4,1 |         | <b>0,9</b>    | 1,9 |        | <b>2,5</b>          | 2,9 |         |  |
| <b>KMI</b>                       |                 |             |      |         |                  |     |        |                        |     |         |               |     |        |                     |     |         |  |
| Alakaal                          | 76              | <b>2,28</b> | 0,9  | p<0,001 | 7,4              | 4,7 | p=0,44 | 7,2                    | 4,7 | p=0,25  | <b>1,6</b>    | 2,7 | p<0,01 | <b>6,6</b>          | 3,1 | p<0,001 |  |
| Normkaal                         | 335             | <b>1,6</b>  | 0,9  |         | 6,7              | 4,9 |        | 6,3                    | 4,1 |         | <b>0,8</b>    | 1,7 |        | <b>2,2</b>          | 2,4 |         |  |
| Ülekaal                          | 92              | <b>1,57</b> | 0,8  |         | 7,2              | 5,2 |        | 6,6                    | 4,1 |         | <b>1,3</b>    | 2,2 |        | <b>0,6</b>          | 1,5 |         |  |

*Märkus:* soo, vanuse ja söömishäire diagnoosiga või ilma puhul on tehtud Mann-Whitney test, KMI puhul Kruskal-Wallis test. Rasvases kirjas on statistiliselt olulised andmed.

### Arutelu ja järeldused

EDY-Q on lühike sõelküsimustik häirunud söömiskäitumise, sh vältiva/piirava toitumishäire sümptomite tuvastamiseks ennekõike lastel ja noortel, aga ka täiskasvanutel. Selle uurimistöö eesmärk oli uurida EDY-Q küsimustiku vältiva/piirava toitumishäire küsimuste psühhomeetrilisi omadusi Eesti 8–19-aastaste laste valimil.

Uurivas faktoranalüüsis eristus neljafaktoriline struktuur, mis kokku seletasid 50% kogu varieeruvusest. See kinnitas püstitatud hüpoteesi. Ka originaaluuringus eristus neli faktorit (van Dyck *et al.*, 2013). Need neli faktorit on: valikuline söömine, toidu vältimine huvipuudusest või emotsionaalsetel põhjustel, hirm negatiivsete tagajärgede ees/funktsionaalne düsfaagia ja alakaalulisus. Need neli faktorit saab asetada ka teaduskirjanduses ja DSM-5 kirjeldatud skaaladele või dimensioonidele, mille moodustavad vältiva/piirava toitumishäire kolm dimensiooni ja lisaks kehakaalu probleemid (van Dyck *et al.*, 2013; APA, 2013).

Sellist faktorstruktuuri kinnitavad veel kaks uuringut, mis on läbi viidud Šveitsi 8–13-aastaste koolilaste seas (Kurz *et al.*, 2015; Kurz *et al.*, 2016) ja üks Saksamaa populatsioonipõhine uuring (Hilbert *et al.*, 2021). Kurz *et al.* (2016) tuvastasid peakomponentide meetodil 4-faktorilise struktuuri, kus valikuline söömine ning vältimine huvipuudusest ja emotsionaalsetel põhjustel seletasid mõlemad 15,5%, kehakaalu probleemid 13,3% ja funktsionaalne düsfaagia 13,1% varieeruvusest (Kurz *et al.*, 2016). Minu töös leitud varieeruvused on sarnased, kõige vähem seletas varieeruvust alakaalulisus – 9%, teiste faktorite varieeruvus jäi vahemikku 12%–15%. Ehkki EDY-Q psühhomeetrilisi omadusi on vähestes uuringutes kajastatud, kinnitavad senised uurimused konstruktivaliidsust, sh ARFIDile omast heterogeensust.

Kuna faktorlaadungid olid võrdlemisi suured (kõigi faktorite laadungid olid üle 0,40), sobivad kõik väited mudelisse hästi. Kõige nõrgem oli küsimuse „Ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil“ seos oma faktoriga (faktorlaadung 0,42). Ka originaaluuringus oli selle väite seos nõrgim (faktorlaadung 0,53) (van Dyck *et al.*, 2013). ARFIDit välistav 6. küsimus korreleerus küllaltki tugevalt esimese faktoriga – söögi vältimine huvipuudusest ja emotsionaalsetel põhjustel. Keha tüsedana tajumine võib samuti olla emotsionaalne, mistõttu ARFIDit välistav kriteerium sobitus esimese faktoriga. Küsimustiku tõlgendamisel loetakse seda aga välistavaks, kuna see seostub kaalu ja kehakuju muredega.

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Varasemates uuringutes on sisereliaablus olnud madal, mida seletatakse asjaoludega, et skaalal on küsimusi, mis teistega ei sobi ja et skaala koosneb mitmest dimensioonist. Kuna skaala on lühike ja küsimused puudutavad ARFIDI konstrukti, polnud sisereliaabluse parandamiseks võimalik küsimusi välja jätta (van Dyck *et al.*, 2013). Ka minu uurimistöös oli Cronbachi alfa pigem madal. Van Dyck *et al.* on välja pakkunud, et madal seesmine kooskõlalatus tuleneb tõenäoliselt ühe alaskaala väiksest küsimuste arvust (van Dyck *et al.*, 2013). Kooskõlalatus analüüs võib just heterogeensete ja mitmedimensiooniliste testide reliaablust alahinnata ja see pole diagnostikale suunatud sõelküsimumustiku puhul ebatavaline (Graham, 2006).

Selles uurimistöös ilmes nõrk kuni keskmine positiivne seos ARFIDI ning STAI seisundi- ja püsivuse ning MADRSi depressiooni skooride vahel. Senised kliinilise valimi uuringud on keskendunud ARFIDiga komorbiidsuse uurimisele. ARFIDit on seostatud mitmetes uuringutes enam ärevuse kui depressiooniga (Nicely *et al.*, 2014;). Mõnes uuringus on leitud aga ka seoseid mõlemaga, seejuures on diferentseeritud vanuse järgi (Duncombe Lowe *et al.*, 2019; Iron-Segev *et al.*, 2020). Duncombe Lowe *et al.* (2019) on välja toonud, et vanematel ARFIDiga lastel esineb rohkem depressiivset häiret kui noorematel ARFIDiga lastel (Duncombe Lowe *et al.*, 2019). See on kooskõlas uuringutega, mis kinnitavad, et vanematel lastel esinebki enam depressiivsust kui noorematel (Merikangas *et al.*, 2010). Täisealiste tavapopulatsioonil põhinevas uuringus on aga välja toodud, et ARFIDI sümptomitega inimestel esineb nii depressiooni kui ka ärevuse tunnuseid peaaegu sama palju kui teiste söömishäiretega inimestel ning oluliselt rohkem kui söömis- või toitumishäireta inimestel (Hilbert *et al.*, 2021). Niisiis võib komorbiidsus ja teiste psühhopatoloogiate tunnuste esinemine ARFIDiga inimestel east olenevalt muutuda.

Vaadates ARFIDI alaskaalade (v.a alakaalulisuse skaala) seoseid MADRSi skooridega, saab välja tuua, et korrelatsioonid on alaskaalati sarnased ( $r = 0,27-0,39$ ). Kõige enam on MADRSiga seotud ARFIDI huvipuudusest ja emotsionaalsetel põhjustel toidu vältimise alaskaala ( $r = 0,39$ ). Sellel alaskaalal on näiteks väited: „Ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil“ ja „Kui mul lubatakse mitte süüa, siis ma ei sööks“. MADRS sisaldab muuhulgas küsimust söögiisu kohta. Kuna söögiisu vähenemist või selle puudust seostatakse depressiooni (ja ka ärevusega) ning need sümptomid võivad ühelt poolt viia ARFIDI kujunemiseni, teisalt aga sarnaneda ARFIDI selle alaskaala sümptomitega (Zickgraf & Ellis, 2018), on seos MADRSiga ootuspärane. Seejuures oleks edaspidistes uuringutes oluline uurida depressiooni ja ärevuse ning ARFIDI sümptomite seoseid noorematel lastel.

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

Uurimistöös leidis kinnitust EDY-Q ARFIDit välistavate kriteeriumide seos SHSi alaskaaladega. Küsimustikus on kaks ARFIDit välistavat kriteeriumi, mis puudutavad muretsemist kehakaalu ja -kuju üle. Need küsimused on positiivselt seotud kõigi SHSi alaskaaladega, sh liigsöömisega. ARFIDit välistav 6. küsimus „Tunnen ennast paksuna isegi, kui teised minuga ei nõustu“ on mõõdukas kuni tugevas positiivses korrelatsioonis SHSi alaskaaladega, kõige tugevamalt hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaalaga ( $r = 0,81$ ). ARFIDit välistav 7. küsimus „Seni, kuni ma ei näe välja liiga paks ega kaalu liiga palju, muu ei loe“ seostub SHSi alaskaaladega nõrgemalt, aga statistiliselt oluliselt. Seega võiks mõelda selle väite sõnastuse parandamisele. Selle võiks asendada lühema ja selgema väitega, nt „Kõige tähtsam on see, et ma poleks liiga paks.“

Varasemates uuringutes on EDY-Q valiidsust kontrollitud ChEDE-Q küsimustikuga, mille alaskaalade ja ARFIDi alaskaalade vahel ei leitud või leiti ainult nõrgad positiivsed seosed (Kurz *et al.*, 2015). Lisaks on divergentset valiidsust uuritud ka täiskasvanutele mõeldud söömishäirete, depressiooni ja ärevuse küsimustikega, kus on leitud nõrgad kuni keskmised seosed (Hilbert *et al.*, 2021). Selles uurimistöös vaatasin ARFIDi üldskoori seost STAI alaskaalade ja MADRSiga, mis mõõdavad vastavalt ärevust ja depressiooni. Ilmnesid korrelatsioonid 0,36 kuni 0,43, mis on suuremad, kui Hilberti *et al.* uuringus (0,24 kuni 0,31). Kuna ARFIDi üldskoor, mis kattis vältiva/piirava söömiskäitumise küsimused, korreleerus vähe, kuigi statistiliselt olulisel määral, SHSi alaskaaladega saab välja tuua, et EDY-Q vältiva/piirava toitumishäire küsimustik mõõdab siiski erinevat konstrukti, mis seostub ainult kaudselt või üldiselt söömishäiretega. Järelikult leidis divergentne valiidsus osaliselt kinnitust.

Vältiv/piirav söömine võib viia ka toitainete puuduseni ja kaalulanguseni. Uurimistöös ilmnes, et alakaalulistel lastel esineb rohkem ARFIDi sümptomeid kui norm- ja ülekaalulistel lastel. Kliinilise valimiga uuringutes on välja toodud sarnaseid suhteid. Peamiselt on võrreldud ANi ja ARFIDi patsiente. Nendes uuringutes on välja toodud, et ARFIDiga laste KMI on sageli kõrgem kui ANi patsientidel, kuid nad on siiski alakaalulised (Becker *et al.*, 2018). Lisaks on välja toodud, et ARFIDiga patsiendid on nooremad kui teiste söömishäiretega lapsed ja sagedamini meessoost (Norris *et al.*, 2013; Zimmerman & Fisher, 2017; Kurotori *et al.*, 2020). Kuna alakaal on sageli üks põhjustest, miks haiglasse satutakse, on alakaalulisus selle valimi puhul tavapärane (Makhzoumi *et al.*, 2019). Tavapopulatsioonis on ARFIDi sümptomitega lapsi uuritud vähestes teadustöodes. Šveitsis teostatud koolilaste uuringus esines ARFIDi sümptomeid aga ka rohkem alakaalulistel kui norm- ja ülekaalulistel lastel, ealisi ega soolisi

## Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

erinevusi ei leitud (Kurz et al., 2015). See on ühtlasi kooskõlas DSM-5 ühe ARFIDI kriteeriumiga, mis käsitleb alakaalu (APA, 2013).

Selle töö suurim puudus oli võrdlemisi väike valim ja suured gruppidevahelised erinevused. Nooremast vanuserühmast osales alla 100 osaleja ja vanemast üle 400. Ehkki nooremas vanuserühmas osales poisse ja tüdrukuid peaaegu võrdselt, oli vanemas vanuserühmas valim selgelt naissoo poole kaldu. Samuti oli kliiniline grupp väike. Edaspidistes uuringutes tuleks kaasata suurem valim, mis aitaks faktorstruktuuri veelgi paremini uurida ja valiidsust kinnitada. Ühtlasi tuleks kaaluda ARFIDI skaala äralõikepunktide määramist, mis võimaldaks selle toitumishäire levikut paremini hinnata. Selles töös sai võrrelda keskmisi, kõrgemaid ja madalamaid ARFIDiga vastajate skoori, mistõttu saab hinnata ainult tunnuste võimalikku esinemist. Suurem ja mitmekesisem valim võimaldaks ka ARFIDI erinevaid sümptomeid ja kulgu eristada vanusegruppide vahel ning psühhopatoloogiaga ja -patoloogiata inimeste vahel.

Selle uurimistöö puudus on ka andmete kogumise protsess, mis polnud vanemas vanuserühmas algusest lõpuni ühesugune. Selles vanuserühmas koguti valdav enamus andmeid veebikeskkonnas, kus paluti kaal ja pikkus ise raporteerida. Andmete kogumise alguses paluti aga ka vanematel õpilastel osaleda koolis, kus vastati kirjalikult ning kaalumise ja mõõtmine toimus kooliõie juures. Kuna vanemad õpilased olid COVID-19 tõttu osalisel või täielikul distantsõppel, polnud neid sageli koolis. Võimalik, et just seetõttu osales neid uuringus alguses vähe. Eneseraporteeritud kaalu ja pikkusesse tuleb samuti suhtuda mõningase ettevaatusega, on välja toodud, et raporteerimisel sageli ülehinnatakse pikkust ja alahinnatakse kehakaalu (Gorber *et al.*, 2007), seejuures alakaalulised võivad raporteerida tegelikust suuremat kaalu ja ülekaalulised tegelikust väiksemat kehakaalu (Hilbert et al., 2021).

Selle töö tugevuseks on EDY-Q küsimustiku tõlkimine ja kohandamine eesti keelde. Väited sobituvad faktorstruktuuri ja seega sobib küsimustik ka eestlastele vastamiseks. EDY-Q aitab tuvastada ARFIDI sümptomeid. See pole mõeldud diagnoosimiseks, vaid sümptomite esmaseks ja kiireks tuvastamiseks. Diagnoosi täpsustamiseks soovitatakse läbi viia täpsustav kliiniline intervjuu (van Dyck *et al.*, 2013; Hilbert *et al.*, 2021). Vältiva/piirava toitumishäire eestikeelse küsimustiku kasutamine võimaldab ARFIDI sümptomeid tuvastada ja spetsialistidel häirele kohast ravi ja teraapiat pakkuda.

**Kasutatud kirjandus**

- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., & Järv, A. (2010). Söömishäireid hindava skaala konstrueerimine. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Becker, K. R., Keshishian, A. C., Liebman, R. E., Coniglo, K. A., Wang, S. B., Franko, D. L., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2018). Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 230-238.
- Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Current Pediatric Reports*, 6(2), 107-113.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 378–387.
- Canas, L. Palma, C., Molano, A. M., Domene, L., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R. Dolz, M. & Serrano-Troncoso, E. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. *European Eating Disorders Review*, 29, 245-256.
- Cokluk, Ö. & Kocak, D. (2016). Using Horn's parallel analysis method in exploratory factor analysis for determining the number of factors. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 16, 537-551.
- Cooney, M., Liberman, M., Guidmond, T., & Katzman, D. K. (2018). Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders*. 6(7), 1-8.
- Duncombe Lowe, K., Barnes T. L., Martell, C., Keery, H., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., & Le Grange, D. (2019). Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Examining Differences by Age, Weight Status, and Symptom Duration. *Nutrients*. 11, 1955, 1-12.

- Eddy, K.T. & Thomas, J. J. (2019). Introduction to a special issue on child and adolescent feeding and eating disorders and avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Eating Disorder*, 52, 327-330.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein., R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, T. S., Malizio, J., Kearney, S. & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a „new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52.
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D. & Gober, B. A comparison of direct vs self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-326.
- Graham, J. M. (2006). Congenic and (Essentially) Tau-Equivalent Estimates of Score Reliability. What they are and how to use them. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), 930-944.
- Hay, P., Mitchison, D., Lopez Collado, A. E., Gonzalez-Chica, D. A., Stocks, N. & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 5(21), 1-10.
- Hilbert, A., Zenger, M., Eichler, J. & Brähler, E. (2021). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 399-408.
- Iron-Segev, S., Best, D., Arad-Rubinstein, S., Efron, M., Serur, Y., Dickstein, H. & Stein, D. (2020). Feeding, eating, and emotional disturbances in children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Nutrients*, 12, 1-18.
- Kurotori, I., Shioda, K., Kato, R., Ishikawa, S. & Suda, S. (2019). An inpatient observational study: characteristics and outcomes of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in children and adolescents in Japan. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3313-3321.
- Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munch, S. & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 779-785.
- Kurz, S., Van Dyck, Z. Dremmel, D., Munsch, S. & Hilbert, A. (2016). Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 102-6.

- Makhzoumi, S. H., Schreyer, C. C., Hansen, J. L., Laddaran, L. A., Redgrave, G. W. & Guarda, A. S. (2019). Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 52(4), 428-434.
- Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Benjet, C., Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the national comorbidity study-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of American Academic Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Nakai, Y., Kazuko, N., Noma, S., Hamagaki, S., Takagi, R., Teramukai, S. & Wonderlich, S. A. (2017). Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eating Behaviors*, 24, 49-53.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S. & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(21), 1-8.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W. & Henderson, K. (2013). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499.
- Ornstein, R. M., Essayli, J. H., Nicely, T. A., Masciulli, E. & Lane-Loney, S. (2017). Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 1067-1074.
- Peebles, R., Wilson, J. L., Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from Adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of Adolescent Health*. 39, 800-805.
- Schmidt, R., Kirsten, T., Hiemisch, A., Kiess, W. & Hilbert, A. (2018). Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 388-397.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Strand, M., Hausswolff-Juhlin von, Y. & Welch, E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 331-360.
- Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M. & Rome, E. S. (2015). Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673-678.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. A. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Sysko, R., Glasofer, D. R., Klimek, P., Mitchell, J. E., Berg, K. C., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A. & Walsh, T. (2015). The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 452-463.
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T. & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 1-16.
- Van Dyck, Z., Bellwald, L., Kurz, S., Dremmel, D., Munsch, S. & Hilbert, A. (2013). Essprobleme im Kindesalter. Screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21(2), 91-100.
- Van Dyck, Z. & Hilbert, A. (2016). Eating Disorders in Youth-Questionnaire. English version. Universität Leipzig.
- World Health Organization. (2007). BMI-for-age Girls. 5 to 19 years (percentiles). [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/growth-reference-5-19-years/bmi-for-age-\(5-19-years\)/bmifa-girls-5-19years-per.pdf?sfvrsn=b762eb2f\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/growth-reference-5-19-years/bmi-for-age-(5-19-years)/bmifa-girls-5-19years-per.pdf?sfvrsn=b762eb2f_4).
- World Health Organization (2007). BMI-for-age Boys. 5 to 19 years (percentiles). [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/growth-reference-5-19-years/bmi-for-age-\(5-19-years\)/bmifa-boys-5-19years-per.pdf?sfvrsn=7ef4b722\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/growth-reference-5-19-years/bmi-for-age-(5-19-years)/bmifa-boys-5-19years-per.pdf?sfvrsn=7ef4b722_4).
- Zickgraf, H. F. & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32-42.
- Zimmerman, J. & Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 95-103.

Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

### **Tänuõnad**

Soovin tänada oma juhendajaid Kirsti Akkermanni ja Kärol Soidlat abi ja toetuse eest. Suur tänu ka kõigile uuringus osalejatele.

Vältiva/piirava toitumishäire küsimustik

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.

Liis Jõhvik