

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Leila Džiškariani
PERESUHETE JA PERELIIKMETE DIEEDIPIDAMISE MÕJU
HÄIRUNUD SÖÖMISKÄITUMISELE:
LONGITUUDUURING
Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann PhD

Läbiv pealkiri: peresuhete ja peredieedi mõju häirunud söömiskäitumisele

Tartu 2015

Kokkuvõte

Peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumisele: longituuduuring

Uurimistöö eesmärgiks oli uurida peresoojuse, väärkohtlemise, pereliikmete ja eelkõige ema dieedipidamise kaugeleulatuvat mõju häirunud söömiskäitumisele populatsioonipõhisel valimil. Lisaks uuriti peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise koosmõju buliimilisele käitumisele ja kõhnuseihalusele 18- ja 25- aastastel naistel ja meestel. Tulemused näitavad, et naiste puhul on nii peresuhetel kui ka pereliikmete dieedipidamisel oluline mõju häirunud söömiskäitumisele mõlemas vanuses, ema dieedipidamisel ilmnes mõju kõhnuseihalusele 25- aastaselt. Meeste puhul ei avaldanud peresuhted olulist mõju, küll aga oli täheldatav pereliikmete dieedipidamise mõju ning sarnaselt naistele ema dieedipidamise mõju kõhnuseihalusele 25- aastaselt. Ilmnes ka peresoojuse ja väärkohtlemise ning pereliikmete dieedipidamise koosmõju naiste häirunud söömiskäitumisele. Meeste puhul ilmnes väärkohtlemise ja pereliikmete dieedipidamise koosmõju.

Märksõnad: peresoojus, väärkohtlemine, pereliikmete dieedipidamine, ema dieedipidamine, häirunud söömiskäitumine

Abstract

**The impact of family relations and family diet on disordered eating:
A longitudinal study**

The aim of the present study was to explore whether family warmth, abuse, family diet and maternal diet have long-term impact on disordered eating in a population-based sample. In addition, interaction effect of family relations and family diet on bulimic behavior and drive for thinness was explored among women and men at the age of 18 and 25. The results indicate that within women both family relations as well as family diet have significant impact on disordered eating at both ages, maternal diet had impact on drive for thinness at the age of 25. In men, family relations didn't have significant impact contrary to family diet and similar to women maternal diet had impact on drive for thinness at the age of 25. The results also demonstrate interaction effect of family warmth and abuse and family diet on disordered eating in women. Within men interaction effect of abuse and family diet was found.

Keywords: family warmth, abuse, family diet, maternal diet, disordered eating

Sissejuhatus

Söömishäired on lääneriikides saavutanud epideemia mõõtmed ja muutunud tõsiseks tervise- ning sotsiaalküsimuseks. Söömishäireid seostatakse mitmete psüühiliste kahjustustega ning surma põhjustajana on nad vaimsetest häiretest esikohal (Crow jt, 2009). Kuigi söömishäired on ühiskondlik terviseküsimus, ei ole teatud söömishäirete ravimine tihti andnud efektiivseid tulemusi (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway ja Lohr, 2007) ning väga palju on veel teadmata nende etioloogia ja säilimise ning psühholoogiliste, bioloogiliste ja käitumuslike tegurite kohta (Forbush ja Hunt, 2014). Buliimiat ja anoreksiat on nimetatud ka “kultuurispetsiifilisteks sündroomideks” ja kaasaja ühiskonna produktideks (Keel ja Klump, 2003; Miller ja Pumariega, 2001).

Häirunud söömiskäitumise ja söömishäirete diagnostilised definitsioonid ja levimus

Psüühikahäirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu viies väljaanne (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*, DSM-5) jagab söömishäired nelja põhilisse rühma: anoreksia (*anorexia nervosa*), buliimiat (*bulimia nervosa*), liigsöömishäire (*binge eating disorder*) ja muud täpsustatud toitumis- ja söömishäired (*other specified feeding or eating disorder*), mis väljenduvad tõsistes söömiskäitumise häiretes ja söömisega seotud mõtetes ning emotsioonides (American Psychiatric Association [APA], 2013). Enamus häirunud söömiskäitumise uuringutest on keskendunud noorte tüdrukute ja naisterahvaste uurimisele, kuid viimasel ajal on hakatud tähelepanu pöörama sellele, et söömishäirete esinemine eelpuberteedi, kesk- või vanemas eas pole samuti ebatavaline (Gadalla, 2008; Gagne jt, 2012; Halmi, 2009; Keel, Gravener, Joiner ja Haedt, 2010). Söömishäired muutuvad üha sagedasemaks ka meeste seas (Spann ja Pritcahrd, 2008).

Häirunud söömiskäitumise all kannatavad inimesed kalduvad perfektsionismile ning neile on omane madal enesehinnang ning ülemäärane kriitilisus iseenda ja oma keha suhtes (Graziano ja Sikorski, 2014). Nad tunnevad ennast paksuna ja näevad endid ülekaalulistena, mõnikord isegi vaatamata eluohtlikule näljutamisele ja alatoitlusele (APA, 2013).

Häirunud söömiskäitumist võib iseloolmustada kui sagedast dieedi pidamist, ebatervisklikku kehakaalu kontrolli meetmete kasutamist (nt paastumine, näljutamine, esilekutsutud oksendamine, toidukordadest loobumine kehakaalu kaotamise eesmärgil) ja liigsöömishoogude esinemist (Ackard ja Neumark-Sztainer, 2003; Eaton jt, 2010).

Söömishäirete levimus on märkimisväärselt kasvanud alates 1950. aastast alates. Need andmed põhinevad peamiselt arenenud riikides läbiviidud uuringutel ja ei pruugi laieneda arengumaadele, eriti nendele, mis kannatavad toidupuuduse ja näljahäda all (Lucas, Beard, O'Fallon ja Kurland, 1991). Umbes 0,3-1 % noortest naisterahvastest põeb anoreksiat, 1-3 % buliimiat, 3 %

liigsöömishäiret ning 4-20%-le on omased ebatervislikud toitumisharjumused, toidu väljutamine või liigsöömine (Academy for Eating Disorders [AED], 2014). Buliimiat iseloomustav käitumine puudutab kõige enam naisterahvaid vanuses 15-19, kes moodustavad üle 40% kõikidest diagnoositud juhtumitest (Hoek ja van Hoeken, 2003). Scarano ja Kalodner-Martin'i (1994) uuringu tulemus näitab, et 75% naistest peab end liiga paksuks ja 35%-le on omased liigsöömishood (Murray, 2003). Häirunud söömiskäitumise sümptomid, piiratud söömine, liigsöömishood või söögi väljutamine, algavad keskmiselt isegi varem, kui väljakujunenud söömishäired (Childress, Brewerton, Hodges ja Jarrell, 1993; Maloney, McGuire, Daniels ja Specker 1989; Whitaker, 1992). Kuigi varasemad uuringud on näidanud, et söömishäired on iseloomulikud pigem naissoole, siis uuring, mille viisid läbi Swanson, Scott, Le Grange, Swendsen ja Merikangas (2011), ei kinnitanud anoreksia ja buliimiat ülekaalukat esinemist õrnema soo esindajatel.

Söömishäired esinevad sageli koos teiste psühhiaatriliste häiretega nagu näiteks ärevus, paanika, obsessiiv-kompulsiivne häire ja alkoholi ning uimastite kuritarvitamine (Sansone ja Sansone, 2010; Spindler ja Minos, 2007).

Etioloogia

Söömishäired on keerukad seisundid, mis on põhjustatud pikaajalistest käitumuslikest, bioloogilistest, emotsionaalsetest, psühholoogilistest, interpersonaalsetest ja sotsiaalsetest teguritest (Yilmaz, Hardaway ja Bulik, 2015). Psühholoogilised tegurid, mis võivad kaasa aidata söömishäire tekkimisele on: madal enesehinnang, ebaadekvaatne tunnetus, kontrollimatus elu üle, depressioon, ärevus, viha, stress või üksildus ning interpersonaalsetest teguritest vääriavad märkimist keerukad isiklikud suhted, raskus emotsioonide ja tunnete väljendamisel, varasem narrimine kehakaalu teemal ja psüühiline või seksuaalne kuritarvitamine (Holland, Bodell ja Keel, 2013). Psühhosotsiaalsetest faktoritest mõjuvad häiretele soodustavalt saleduse väärtustamine ja rõhutamine, "ideaalse" kehakuju ja -kaaluga naiste ning meeste iluideaaliks seadmine ja kultuurilised normid (mis väärtustavad inimest läbi füüsilise väljanägemise, mitte läbi seesmiste väärtuste ja tugevuste) (Keel ja Forney, 2013). Samuti on söömishäireid seostatud pärilikkusega. Hiljutised uuringud tõestavad, et söömishäiretel on märkimisväärne geneetiline alus (Klump, Miller, Keel, McGue ja Iacono, 2001).

Stressirohkete ja traumaatiliste sündmuste läbielamine, milleks võivad olla lähedase inimese, vabaduse ja eluaseme kaotus, teviseprobleemid, rahalised raskused, võib esile kutsuda mitmeid psühholoogilisi ja füsioloogilisi reaktsioone (Boals, Riggs ja Kraha, 2013). Kümnest kõige stressirohkemaks peetud sündmusest on tervelt kuus seotud perekonnas aset leidva juhtumiga (Spurgeon, Jackson ja Beach, 2001).

Peresuhted

Üha rohkem leidub tõendeid selle kohta, et laste kodukeskkond võib soodustada ebatervislikke toitumisharjumusi. Vanemad on laste rollimudeliteks ja suures osas kontrollivad nad toidu kättesaadavust ning laste füüsilist aktiivsust (Gubbels jt, 2011; Jago, Davison, Brockman, Page, Thompson ja Fox, 2011; Lohaus, Vierhaus ja Ball, 2009; Rodenburg, Kemers, Oenema ja van de Mheen, 2011). Vanemate toiduga seotud käitumine (nt toiduga premeerimine, tervisliku toitumise tähtsuse selgitamine lastele) ja füüsiline aktiivsus (nt füüsilise aktiivsuse toetamine vanemate poolt või laste ees füüsilist aktiivsust üles näitavad vanemad) mõjutab laste kaaluga seotud käitumist (Faith, Scanlon, Birch, Francis ja Sherry, 2004; Sleddens jt, 2012).

Üldist vanemlikku kasvatusstiili on defineeritud läbi viisi, kuidas vanemad kasvatavad oma last ning see iseloomustab vanemate hoiakuid, uskumusi ja käitumisviise, luues sellega perekonna emotsionaalse õhkkonna (Darling ja Steinberg, 1993).

Kasvatusstiid erinevad üksteisest vanemliku soojuse ja kontrolli poolest: autoriteetsed (*autocratic*) vanemad kehtestavad selged reeglid, samas arvestades ka lapse soove ja säilitades soojuse; autoritaarsed (*authoritative*) vanemad on liigselt kontrollivad ja nõudlikud ning on tihti emotsionaalselt külmad; lubavad (*indulgent*) vanemad on vähe kontrollivad, nende nõudlikkus on madal ning võivad olla mittehoolivad ja liigagi leebed (Haycraft ja Blissett, 2009). Neljandat kasvatusstiili, mittehooliv (*neglectful*), iseloomustab madal nõudlikkus ja reageerivus (Maccoby ja Martin, 1983). Lisaks soojusele ja kontrollile erinevad vanemlikud kasvatusstiilid ka psühholoogilise kontrolli kasutamise poolest, mis mõjuvad läbi süütunde tekitamise, vähese armastuse ja häbistamise tõttu lapse psühholoogilisele ja emotsionaalsele arengule (Barber, 1996).

Sleddens'i, Gerards'i, Thijs'i, De Vries'i ja Kremers'i (2011) poolt läbi viidud metaanalüüsi, mis hõlmas 36 uuringut, tulemused näitavad, et autoriteetse kasvatusstiiliga kodudes söövad lapsed tervislikumalt, on füüsiliselt rohkem aktiivsed ja neil on madalam kehamassiindeks (KMI), võrreldes lastega, kelle vanemad on autoritaarsed, lubavad või mittehoolivad. Autoriteetne kasvatusstiil aitab noorukil saavutada vajaliku enesekindluse ja enesehinnangu, et eluga toime tulla ja raskustega silmitsi seista (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts ja Dornbusch, 1994). Swansoni jt (2010) poolt anoreksi all kannatavate naisterahvaste seas läbi viidud uuring kinnitab, et anorektikutele on vähem osaks saanud vanemlikku hoolitsust. Söömishäiretega on seostatud ka vähest intiimsust perekonnaliikmete vahel (May, Kim, McHale ja Crouter, 2006; Stern, Dixon, Jones, Lake, Nemzer ja Sansone, 1989; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik ja Tocilj, 2005). Negatiivset mõju avaldab ka häirunud suhtlus perekonnas (Kent ja Clopton, 1992; Laliberte, Boland ja Leichner, 1999) ja konfliktid (Bowles, Kurlender ja Hellings, 2011; Laliberte, Boland ja

Leichner, 1999; Lattimore, Wagner ja Gowers, 2000).

Lapsepõlves osaks saanud väärkohtlemine hõlmab endas erinevaid vägivalda vorme ja vanemate poolset hooletust, hõlmates nii füüsilist vägivalda, füüsilist tähelepanuta jätmist, seksuaalset kuritarvitamist, emotsionaalset kuritarvitamist kui ka emotsionaalset hooletust (Mills, Newman, Cossar ja Murray, 2015). Uuringute tulemusena on selgunud, et häirunud söömiskäitumine on seotud varasema seksuaalse kuritarvitamise (Kong ja Bernstein, 2009; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring ja Resnick, 2000), füüsilise kuritarvitamise (Kong ja Bernstein, 2009; Mitchell ja Mazzeo, 2005), füüsilise tähelepanuta jätmise (Mitchell ja Mazzeo, 2005) ja emotsionaalse kuritarvitamisega (Kong ja Bernstein, 2009).

Düsfunktionaalsete peresuhete mõju uurimine söömishäirete tekkimisele langeb samasse aega söömishäirete esimeste kirjeldustega. Need perekonnad erinevad kontrollperekondadest selle poolest, et neis esineb rohkem konflikte ja desorganiseeritust, vähem kohanemisvõimet, kokkuhoidvust, loominguilisi tegevusi, emotsionaalset tuge ning enam ülekaitsmist (Esparza, Garcia ja Flores, 2011).

Pereliikmete dieet

Uuringud kinnitavad, et nii emal kui ka isal on oluline roll oma lapse, nii poja kui ka tütre, kehakuvandi ja söömisharjumuste kujunemises (Francisco, Narciso ja Alarcão, 2013), kuid ema dieeti peetakse üheks tugevaimaks ennustajaks lapse toitumisharjumuste välja kujunemisel (Brion jt, 2010). Uuringute tulemused näitavad, et vanemlik eeskuju problemaatilise söömiskäitumise näol võib ennustada tugevat häirunud söömiskäitumist (Kluck, 2008; Francis ja Birch, 2005), kuid ka poiste puhul on leitud, et kaalu kaotamist ja ülesöömist ennustavad perekondlikud mõjutused, eelkõige emapoolsed julgustused (Vincent ja McCabe, 2000). Üheks mehhanismiks, kuidas pereliikmed avaldavad mõju laste söömiskäitumisele, on läbi negatiivsete kriitiliste kommentaaride söömise ja kehakaalu kohta (Kluck, 2010). Samuti on teismeeas tütardele eeskujuks nende emade hoiakud ja käitumismustrid (Pike ja Rodin, 1991; Easter jt, 2013). Pike ja Rodin (1991) arutlevad, et emad ja tütreid, olles mõlemad naissoo esindajad ja tajudes sotsiaalset survet saledusele, jagavad sarnaseid hoiakuid ja käitumismalle toitumise ja kaalu suhtes; emad on oma tütardele eeskujuks, tähtsustades välimust ja dieedi pidamist ning emad, kelle tütardele kujuneb välja häirunud söömiskäitumine, on justkui ühiskonna sõnumi edastajad, survestades otseselt oma tütreid saavutamaks kõhnuse ja atraktiivsuse ideaali. Söömishäirete all kannatavatel emadel on enam moondunud arusaam oma lapse kehakaalust ja –kujust (Agras, Hammer ja McNicholas, 1999) ning nad kardavad, et lastele toidu valmistamine võib soodustada liigsöömist (Fahy ja Treasure, 1989; Lacey ja Smith, 1987).

Varasemalt on läbi viidud kompleksseid longituudseid uuringuid, mis püüavad välja selgitada erinevaid häirunud söömiskäitumise mõjutegureid, sealhulgas sõprade dieedipidamist, perekondlike söömaegade sagedust ja õhkkonda, peresuheteid ja psühholoogilist heaolu (Neumark-Sztainer, Wall, Stroy ja Sherwood, 2009). Samalaadseid uuringuid on oluline läbi viia ka Eestis, et kohandada ravi- ja ennetusmeetodid sobivaks vastavalt valimile.

Uurimistöö eesmärgiks on hinnata peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumise kujunemisele.

Tulenevalt eesmärgist uuritakse:

- 1) kas 18-aastaselt hinnatud peresoojusel ja väärkohtlemisel on mõju buliimilisele käitumisele ja kõhnuseihalusele;
- 2) kas pereliikmete dieedipidamisel ja eelkõige ema dieedipidamisel on mõju buliimilisele käitumisele ja kõhnuseihalusele;
- 3) kas pereliikmete dieedipidamisel või ema dieedipidamisel ning peresuhetel on koosmõju buliimilisele käitumisele ja kõhnuseihalusele.

Meetod

Valim

Käesolevas töös on kasutatud Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise longituuduuringu (ELIKTU) raames vanema sünnikohordi kohta 2001. ja 2008. aastal kogutud Tartu linna ja maakonna õpilaste andmeid.

Kokku oli 2001. aastal kogutud andmeid 454-lt õpilaselt, kellest 194 olid mehed ja 260 naised.. Õpilaste keskmine vanus oli 17.72 ($SD = 0.69$).

Järgmises andmekogumise laines 2008. aastal koosnes valim 541-st uuritavast, kellest 230 olid mehed ja 311 naised.. Uuritavate keskmine vanus oli 24.73 ($SD = 0.70$).

Katseisikud vastasid häirunud söömiskäitumise, peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise kohta käivatele enesekohastele küsimustikele laboris. Õpilased ja nende vanemad andsid uuringus osalemiseks oma kirjaliku nõusoleku. Uuring on heaks kiidetud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt.

Mõõtmisvahendid

Häirunud söömiskäitumise hindamiseks kasutati *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* eestikeelset versiooni (Podar, Hannus ja Allik, 1999). Käesolevas uurimistöös kasutati kahte *EDI-2* eestikeelse versiooni alaskaalat: kõhnuseihalust ja buliimiat. Kõhnuseihaluse alaskaala mõõdab muret ja hõivatust dieedi ja kaalukaotuse pärast ning buliimiat alaskaala mõõdab liigsöömise peale

mõtlemist ja liigsöömissoogusid. Nimetatud alaskaalad on kõige enam seotud häirunud söömiskäitumisega (Hurley, Palmer ja Stretch, 1990). Küsimustele vastati 6-punkti skaalal. Andmed häirunud söömiskäitumise kohta koguti nii 2001. kui ka 2008. aastal.

Peresuhete hindamiseks kasutati Tartu Peresuhete Skaalat. Tartu Peresuhete skaala on enesekohane küsimustik, mis hindab suhteid perekonnas. Skaala keskendub kahele peresuhete peakomponendile: soojusele, mis hõlmab alaskaaladena lähedust (nt “Meie pereliikmed on üksteisele pühendunud”, “Minu vanemad on õnnelikud abielus”) ja toetust (nt “Minu pere toetab mind”, “Keegi perest aitab/aitas mul tunda ennast olulise ja erilisena”), ning väärkohtlemisele (nt “Kas Sind on keegi pereliikmetest kunagi kodus löödud või oled Sa kogenud oma peres füüsilist vägivalda”), mis hõlmab alaskaaladena kuritarvitamist ja alahindamist (nt “Ma ei saa ise otsuseid vastu võtta”, “Mind alahinnatakse kodus”) (Kurrikoff, 2012). Väidetel vastati 4- või 5-pallilisel Likerti skaalal (Paaver, Kurrikoff, Nordquist, Orelan ja Harro, 2008). Andmed peresuhete kohta koguti aastal 2001, kui katseisikud olid umbes 18- aastased.

Pereliikmete dieedi pidamist hinnati järgnevate küsimustega “Kas Sinu ema on pidanud dieeti?”, “Kas mõni teine pereliige on pidanud dieeti kehakaalu alandamise eesmärgil? Kui jah, siis kes?”). Küsimustele vastati „jah“, „ei“ vastustega. Andmed pereliikmete dieedi kohta koguti aastal 2001.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüsi läbiviimiseks kasutati statistikaprogrammi SPSS 22.0. Kahe sõltumatu grupi võrdlemiseks (*EDI-2* buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus sugude lõikes; peresoojuse ja väärkohtlemise skooride võrdlus sugude lõikes; eraldi peresoojuse, väärkohtlemise, pereliikmete dieedi [või ema dieedi] mõju *EDI-2* buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele; pereliikmete dieedipidamise [või ema dieedipidamise] ning peresuhete koosmõju uurimiseks) kasutati *Mann-Whitney U* testi ja kahe sõltuva grupi võrdlemiseks (*EDI-2* buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus vanuste lõikes) *Wilcoxon Signed Rank* testi.

Keskmete astakute erinevuse võrdlemiseks kasutati olulisuse nivoo väärtust 0.05 ja efekti suuruse määramiseks korrelatsioonikordajat r (suur mõju 0.5, keskmine mõju 0.3, väike mõju 0.1 [Fritz, Morris ja Richler, 2012]).

Peresoojuse ja väärkohtlemise skooride alusel gruppide moodustamiseks kasutati mediaani. Mediaanist (kaasa arvatud) madalamad väärtused tähistavad madalat peresoojust ja väärkohtlemist ning mediaanist kõrgemad väärtused tähistavad kõrget peresoojust ja väärkohtlemist.

Tulemused

Uurimistöö aluseks olevate andmete kirjeldav statistika on välja toodud Lisas tabelis nr 1.

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus sugude lõikes

Meestel ja naistel on statistiliselt oluline erinevus kõhnuseihaluse skoorides nii 18-aastaselt ($p < 0.001$) kui ka 25-aastaselt ($p < 0.001$). Buliimia skoorides meestel ja naistel kummaski vanuses statistilist olulist erinevust ei ilmenud. Tulemused on välja toodud tabelis nr 1.

Tabel 1

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus sugude lõikes

| Muutuja | | Keskmine astak Naised | Keskmine astak Mehed | N Naised | N Mehed | U | p | Efekti suurus (r) |
|---------------|------|-----------------------------|----------------------------|-------------|------------|----------|----------|-------------------------|
| Buliimia | 18 a | 193.40 | 188.56 | 232 | 150 | 17 841 | 0.66 | 0.02 |
| Buliimia | 25 a | 273.78 | 252.19 | 301 | 227 | 36 957 | 0.07 | 0.08 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 216.53 | 153.47 | 234 | 149 | 23 173.5 | < 0.001* | 0.29 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 293.77 | 219.23 | 296 | 226 | 43 000 | < 0.001* | 0.26 |

Märkus. U = Mann-Whitney U testi statistik; *p < 0.05.

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus vanuste lõikes

Naiste buliimia skoorid on 18- aastaselt kõrgemad kui 25- aastaselt ($p < 0.001$), kõhnuseihaluse skoorides statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenu. Ka meeste buliimia skoorid on 18- aastaselt kõrgemad ($p < 0.001$), kõhnuseihaluse skoorides statistiliselt olulisi vanuselisi erinevusi ei ilmnenu. Tulemused on välja toodud tabelis nr 2.

Tabel 2

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus vanuste lõikes

| Muutuja | Keskmine astak 18 a | Keskmine astak 25 a | N 18 a | N 25 a | Z | p | Efekti suurus (r) |
|---------------|---------------------------|---------------------------|-----------|-----------|--------|----------|-------------------------|
| Naised | | | | | | | |
| Buliimia | 75.11 | 64.64 | 232 | 301 | - 3.92 | < 0.001* | 0.24 |
| Kõhnuseihalus | 80.35 | 75.29 | 234 | 296 | - 1.12 | 0.26 | 0.12 |
| Mehed | | | | | | | |
| Buliimia | 50.05 | 35.87 | 150 | 227 | - 4.63 | < 0.001* | 0.13 |
| Kõhnuseihalus | 41.75 | 40.19 | 149 | 226 | - 0.44 | 0.66 | 0.31 |

Märkus. Z = Wilcoxon Signed Rank testi statistik; *p < 0.05.

Peresoojuse ja väärkohtlemise skooride võrdlus sugude lõikes

Meeste ja naiste peresoojuse skoorides ei ole statistiliselt olulist erinevust. Meeste ($n = 151$, $m_{astak} = 206.03$) väärkohtlemise skoorid on 18- aastaselt kõrgemad naiste ($n = 231$, $m_{astak} = 182.00$) omadest $U = 15\ 246$, $p = 0.04$, $r = 0.11$.

Peresoojuse mõju häirunud söömiskäitumisele

Meeste ja naiste tulemusi koos analüüsid on peresoojusel ($n_{kõrge\ peresoojus} = 159$, $m_{astak} = 151.16$ ja $n_{madal\ peresoojus} = 170$, $m_{astak} = 177.94$) statistiliselt oluline mõju buliimia skooridele 18- aastaselt $U = 11\ 315$, $p = 0.01$, $r = 0.15$. 25- aastaselt statistiliselt oluline mõju puudub. Statistiliselt oluline mõju puudub ka kõhnuseihaluse skooridele ja seda mõlemas vanuses.

Naiste puhul on peresoojusel statistiliselt oluline mõju buliimia skooridele 18- aastaselt ($n_{kõrge\ peresoojus} = 109$, $m_{astak} = 91.13$ ja $n_{madal\ peresoojus} = 100$, $m_{astak} = 120.12$) $U = 3938$, $p < 0.001$, $r = 0.25$, aga mitte 25- aastaselt. Kõhnuseihaluse skooridele 18- aastaselt statistiliselt oluline mõju puudub. Käesoleva uuringu andmete põhjal puudub soojuse statistiliselt oluline mõju kõhnuseihaluse skooridele ka 25- aastaselt. Meestel ei ilmnenud peresoojuse mõju buliimia ega kõhnuseihaluse skooridele kummaski vanuses.

Väärkohtlemise mõju häirunud söömiskäitumisele

Analüüsid meeste ja naiste andmeid koos, ilmnes väärkohtlemise statistiliselt oluline peamõju buliimiale nii 18- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 164$, $m_{astak} = 200.33$ ja $n_{madal\ väärk} = 202$, $m_{astak} = 169.84$) $U = 13804.5$, $p = 0.004$, kui ka 25- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 156$, $m_{astak} = 184.10$ ja $n_{madal\ väärk} = 181$, $m_{astak} = 155.98$) $U = 11762$, $p = 0.003$, kuid kõhnuseihalusele vaid 18- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 166$, $m_{astak} = 199.15$ ja $n_{madal\ väärk} = 202$, $m_{astak} = 172.46$) $U = 14\ 333.5$, $p = 0.014$. Efekti suurused olid väikesed, jäädes vahemikku 0.13 – 0.16.

Naiste andmeid eraldi analüüsid on väärkohtlemisel statistiliselt oluline peamõju buliimia skoorile nii 18- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 93$, $m_{astak} = 128.04$ ja $n_{madal\ väärk} = 131$, $m_{astak} = 101.47$) $U = 4646$, $p = 0.002$, kui ka 25- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 88$, $m_{astak} = 122.07$ ja $n_{madal\ väärk} = 119$, $m_{astak} = 90.64$) $U = 3646$, $p < 0.001$, ning ka kõhnuseihaluse skoorile mõlemas vanuses vastavalt ($n_{kõrge\ väärk} = 94$, $m_{astak} = 125.11$ ja $n_{madal\ väärk} = 132$, $m_{astak} = 105.23$) $U = 5112.5$, $p = 0.02$ ja ($n_{kõrge\ väärk} = 84$, $m_{astak} = 144.40$ ja $n_{madal\ väärk} = 118$, $m_{astak} = 92.32$) $U = 3872.5$, $p = 0.007$. Efekti suurused olid enamasti väikesed, jäädes vahemikku 0.19 – 0.21. Keskmise efekt ilmnes buliimia skooride puhul 25- aastaselt ($r = 0.28$).

Meeste puhul ilmnes väärkohtlemise statistiliselt oluline peamõju kõhnuseihaluse skooridele 18- aastaselt ($n_{kõrge\ väärk} = 72$, $m_{astak} = 78.45$ ja $n_{madal\ väärk} = 70$, $m_{astak} = 64.35$) $U = 2019$, $p = 0.03$,

$r = 0.18$. 25- aastaselt väärkohtlemise statistiliselt olulist mõju ei ilmnenud. Buliimia skooridele ei ilmnenud mõju kummaski vanuses.

Pereliikmete dieedi mõju häirunud söömiskäitumisele

Pereliikmete dieedipidamine sõltumatu muutujana hõlmab ka ema dieedipidamist. Pereliikmetest dieedipidajaid raporteeris 49% uuritavatest.

Pereliikmete dieedil on statistiliselt oluline peamõju meeste ja naiste buliimia skooridele 25- aastaselt ja kõhnuseihalusele nii 18- kui ka 25- aastaselt. Buliimiale 18- aastaselt statistiliselt oluline mõju puudub.

Sugude lõikes eraldi analüüsides ilmneb, et pereliikmete dieedil on statistiliselt oluline mõju nii naiste buliimia skooridele kui ka kõhnuseihaluse skooridele mõlemas vanuses. Pereliikmete dieedil on statistiliselt oluline mõju meeste buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele 25- aastaselt, 18- aastaselt statistiliselt oluline peamõju puudub. Tulemused on välja toodud tabelis nr 3.

Tabel 3

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus pereliikmete dieedipidamisel ja selle puudumisel

| | | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | <i>N</i> JAH | <i>N</i> EI | <i>U</i> | <i>p</i> | Efeki suurus (<i>r</i>) |
|-----------------|------|--------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|----------|----------|---------------------------------|
| Mehed ja naised | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 196.59 | 181.20 | 191 | 186 | 16313 | 0.15 | 0.07 |
| Buliimia | 25 a | 206.47 | 174.02 | 193 | 187 | 14963.5 | 0.001* | 0.16 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 208.93 | 169.02 | 194 | 184 | 14079 | < 0.001* | 0.19 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 207.09 | 168.18 | 191 | 184 | 13926 | < 0.001* | 0.19 |
| Naised | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 124.82 | 106.12 | 122 | 109 | 5572.5 | 0.03* | 0.15 |
| Buliimia | 25 a | 121.17 | 102.50 | 120 | 104 | 5200 | 0.02* | 0.16 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 130.60 | 100.99 | 126 | 107 | 5028 | 0.001* | 0.22 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 120.07 | 99.43 | 118 | 102 | 4888.5 | 0.01* | 0.17 |
| Mehed | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 71.38 | 75.40 | 69 | 77 | 2510.5 | 0.55 | 0.05 |
| Buliimia | 25 a | 85.43 | 72.40 | 73 | 83 | 2523.5 | 0.04* | 0.16 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 76.99 | 69.47 | 68 | 77 | 2346.5 | 0.25 | 0.10 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 87.58 | 69.48 | 73 | 82 | 2294 | 0.01* | 0.22 |

Märkus. *U* = Mann-Whitney *U* testi statistik; * $p < 0.05$.

Emad dieedi mõju häirunud söömiskäitumisele

Emad dieedil on meeste ja naiste buliimia ning kõhnuseihaluse skooride koos analüüsides statistiliselt oluline mõju buliimia skooridele 25- aastaselt ning kõhnuseihaluse skooridele mõlemas vanuses. Statistiliselt oluline emad dieedipidamise mõju buliimia skooridele 18-aastaselt puudub.

Naiste puhul ei ole statistiliselt olulist ema dieedi mõju buliimia skooridele kummaski vanuses. Statistiliselt oluline mõju ilmneb naiste kõhnuseihaluse skooridele 25- aastaselt, aga mitte 18- aastaselt.

Ka meeste puhul on ema dieedil statistiliselt oluline mõju kõhnuseihaluse skooridele 25- aastaselt, kuid kõhnuseihaluse skooridele 18- aastaselt ja buliimia skooridele mõlemas vanuses statistiliselt oluline mõju puudub. Tulemused on välja toodud tabelis nr 4.

Tabel 4

EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooride võrdlus ema dieedipidamisel ja selle puudumisel

| | | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | <i>N</i> JAH | <i>N</i> EI | <i>U</i> | <i>p</i> | Efekti suurus (<i>r</i>) |
|-----------------|------|--------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|----------|----------|----------------------------------|
| Mehed ja naised | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 180.89 | 178.52 | 148 | 210 | 15334.5 | 0.82 | 0.01 |
| Buliimia | 25 a | 192.79 | 170.82 | 150 | 209 | 13757 | 0.03* | 0.12 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 192.75 | 169.94 | 150 | 208 | 13612 | 0.03* | 0.11 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 197.83 | 163.98 | 147 | 208 | 12372.5 | 0.001* | 0.17 |
| Naised | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 112.41 | 108.38 | 88 | 131 | 5551.5 | 0.63 | 0.03 |
| Buliimia | 25 a | 112.94 | 101.03 | 88 | 123 | 4801 | 0.13 | 0.11 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 120.15 | 103.69 | 91 | 129 | 4991.5 | 0.06 | 0.13 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 115.81 | 96.68 | 85 | 123 | 4266 | 0.02* | 0.16 |
| Mehed | | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 68.86 | 70.87 | 60 | 79 | 2301.5 | 0.76 | 0.03 |
| Buliimia | 25 a | 80.45 | 70.21 | 62 | 86 | 2297 | 0.10 | 0.13 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 74.25 | 65.96 | 59 | 79 | 2050.5 | 0.20 | 0.11 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 83.95 | 66.74 | 62 | 85 | 2018 | 0.01* | 0.22 |

Märkus. *U* = Mann-Whitney *U* testi statistik; **p* < 0.05.

Pereliikmete dieedipidamise ja ema dieedipidamise ning peresuhete koosmõju häirunud söömiskäitumisele

Kuna naiste puhul avaldas pereliikmete dieet buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele mõju mõlemas vanuses ning ema dieet kõhnuseihalusele 25- aastaselt, siis järgnevalt analüüsitakse, kas nimetatud mõjud naiste häirunud söömiskäitumise skooridele jäävad püsima, kui võtta kontrolli alla peresoojuse ja väärkohtlemise mõju.

Kuna meestel avaldas pereliikmete dieet mõju buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele 25- aastaselt ja ema dieedipidamine kõhnuseihaluse skooridele 25- aastaselt, siis vaadatakse, kas nimetatud mõjud jäävad püsima, kui võtta kontrolli alla peresoojuse ja väärkohtlemise mõju.

Võttes kontrolli alla peresoojuse mõju, pereliikmete dieedi statistiliselt oluline mõju buliimiale naistel 18- aastaselt kaob, ent püsib 25- aastaselt (kõrge peresoojusega grupis $U = 1016.5$, $p = 0.02$; madala peresoojusega grupis $U = 819.5$, $p = 0.45$). Kõhnuseihalusele

mõlemas vanuses (18- aastaselt kõrge peresoojusega grupis $U = 989$, $p = 0.003$; madala peresoojusega grupis $U = 1101$, $p = 0.40$ ja 25- aastaselt kõrge peresoojusega grupis $U = 940.5$, $p = 0.01$; madala peresoojusega grupis $U = 0.01$, $p = 0.93$). Eelnevad tulemused viitavad pereliikmete dieedi ja peresoojuse koosmõjule. Meeste puhul ei jää pereliikmete dieedi mõju püsima buliimiale ega ka kõhnuseihalusele 25- aastaselt. Tulemused on välja toodud Lisas tabelis nr 2.

Emad dieedipidamise statistiliselt oluline mõju naiste kõhnuseihalusele 18- aastaselt jääb püsima (kõrge peresoojusega grupis $U = 834.5$, $p = 0.006$, madala peresoojusega grupis $U = 696.5$, $p = 0.76$) ning võib täheldada koosmõju tendentsi. Meestel ei jää emad dieedipidamise mõju kõhnuseihalusele 25-aastaselt püsima. Tulemused on välja toodud Lisas tabelis nr 4.

Võttes kontrolli alla väärkohtlemise mõju, viitavad tulemused naiste puhul pereliikmete dieedi ja väärkohtlemise koosmõjule. Hoides kontrolli all väärkohtlemise mõju, jääb naistel pereliikmete dieedi mõju püsima kõhnuseihaluse skooridele mõlemas vanuses (18- aastaselt kõrge väärkohtlemisega grupis $U = 917$, $p = 0.29$; madala väärkohtlemisega grupis $U = 1524.5$, $p = 0.002$ ja 25- aastaselt kõrge väärkohtlemisega grupis $U = 746$, $p = 0.42$; madala väärkohtlemisega grupis $U = 1365$, $p = 0.04$), kuid mitte kummaski vanuses buliimia skooridele. Meestel jääb pereliikmete dieedi mõju püsima kõhnuseihalusele 25- aastaselt (väärkohtlemisega grupis $U = 383$, $p = 0.04$; väärkohtlemiseta grupis $U = 418$, $p = 0.70$). Tulemused on välja toodud Lisas tabelis nr 3.

Emad dieedipidamise mõju jääb naistel püsima kõhnuseihalusele 25- aastaselt (kõrge väärkohtlemisega grupis $U = 689.5$, $p = 0.36$; madala väärkohtlemisega grupis $U = 1143$, $p = 0.04$) ning ka siin on täheldatav koosmõju tendents. Meestel emad dieedipidamise mõju kõhnuseihalusele 25- aastaselt püsima ei jäänud. Tulemused on välja toodud lisa tabelis nr 5.

Arutelu

Käesoleva töö põhieesmärgiks oli uurida peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise longituudset mõju häirunud söömiskäitumise kujunemisele.

Esimene uurimisküsimus - kas 18- aastaselt hinnatud peresoojusel ja väärkohtlemisel on mõju buliimia sümptomaatikale ja kõhnuseihalusele? Naiste puhul ilmnes peresoojuse märkimisväärne mõju buliimilisele käitumisele 18- aastaselt ja kõhnuseihalusele 25- aastaselt. Meestel ei avaldanud peresoojus kummaski vanuses märkimisväärset mõju ei buliimilisele käitumisele ega ka kõhnuseihalusele. Naiste puhul võib täheldada peresoojuse kaitsvat mõju, kuigi peresoojuse skoorides meestel ja naistel erinevusi ei ilmnunud. Väärkohtlemise mõju oli naiste puhul oluline mõlemas vanuses nii buliimilisele käitumisele kui ka kõhnuseihalusele, meeste puhul

oli väärkohtlemisel mõju vaid kõhnuseihalusele 18- aastaselt. Uuringud näitavad, et tase, mil määral lapsevanemad näitavad välja hoolivust, uhkust oma lapse üle, heakskiitu ja kuivõrd palju aega nad oma järeltulijale pühendavad, on lapseti erinev (Jenkins, Rasbash ja O'Conner 2003; McHale, Updegraff, Jackson-Newsom, Tucker ja Crouter, 2000) ning neil erinevustel on märkimisväärsed tagajärjed laste heaolule ja saavutustele (Hertwig, Davis ja Sulloway, 2002).

Kuigi emotsionaalse väärkohtlemise ja häirunud söömiskäitumise vahel on leitud seoseid, siis ühendusmehhanism nende kahe muutuja vahel ei ole päris selge (Kent ja Waller, 2000). Üheks võimalikuks vahendajaks võib olla emotsioonide regulatsioon. Mitmed uurijad on ühel arvamusel, et raskused emotsioonide reguleerimisel on mitmete vaimsete häirete võtmeteguriks (Aldao, Nolen-Hoeksema ja Schewizer, 2010). Arvatakse, et emotsioonide regulatsioon kujuneb välja lapsevanema ja lapse varajastest positiivsetes suhetes, mille jooksul vanem õpetab lapsele emotsioonidega toimetulekut (Ehring ja Quack, 2010). Selle vastandiks on kodukeskkond, kus lapse emotsioone eiratakse või last karistatakse nende väljendamise eest, ning see võib tekitada raskusi emotsioonide märkamisel, väljendamisel ja nendega toime tulemisel (Waller, Corstorphine ja Mountford, 2007). Kim ja Cicchetti (2010) leidsid oma longituuduuringus, et emotsioonide düsregulatsioon on oluliselt seotud hoolimatuse ja füüsilise/sekuaalse kuritarvitamisega, varem alguse saanud väärkohtlemisega ja erinevate väärkohtlemise vormidega. Shipman, Schneider, Sims, Swisher ja Edwards (2007) leidsid, et väärkoheldud lastele on omane emotsioonide düsregulatsioon. Ka häirunud söömiskäitumist iseenesest peetakse tugevate emotsioonidega toimetuleku vahendiks, läbi emotsioonide blokeerimise (Corstorphine, 2006) või distantseerides ennast negatiivsetest tunnetest ja valulikkusest (Cooper, Wells ja Todd, 2004). Samuti võivad oma mõju avaldada soolised erinevused. Sooliste erinevuste hüpoteesi kohaselt võivad mehed ja naised reageerida emotsioonidele erinevalt, mida võib seletada nii geneetikast kui ka varasest õppimiskogemusest lähtuvalt (Tames, Janicki ja Helgeson, 2002). Mills, Newman, Cossar ja Murray (2015) püüdsid oma uuringu käigus välja selgitada, kas emotsioonide regulatsioon vahendab seost emotsionaalse väärkohtlemise ja häirunud söömiskäitumise vahel noorukieas, ning leidsid oma uurimisküsimusele kinnituse, sarnaselt varem tehtud uuringutele.

Teine uurimisküsimus - kas pereliikmete dieedipidamisel ja eelkõige ema dieedipidamisel on mõju buliimia sümptomaatikale ja kõhnuseihalusele? Pereliikmete dieedipidamisel ilmnes nii naiste kui ka meeste puhul kaugeleulatuv mõju buliimilisele käitumisele kui ka kõhnuseihalusele ning ema dieedipidamine avaldab mõju mõlema sugupoole kõhnuseihaluse skooridele. Sõltuvusliku iseloomuga käitumismustreid nagu näiteks erinevate ainete tarvitamist ja häirunud söömiskäitumist käsitletakse tihti kui negatiivseid jäljendamismehhanisme (Wagner ja Much, 2010). Vanemad võivad olla lastele eeskujuks läbi problemaatiliste hoiakute ja käitumisviiside, mis on seotud

kehakaalu ja toiduga (Kluck jt, 2014). Uuringud kinnitavad, et vanemate eeskuju häirunud söömiskäitumise näol võib ennustada häirunud söömiskäitumist ka nende tütaridel (Francis ja Birch, 2005; Kluck, 2008). Seega perekondades aset leidvad düsfunktsionaalsed käitumismustrid, vanemate spetsiifilised sõltuvusliku iseloomuga käitumisviisid, võivad mõjutada samalaadse käitumise väljakujunemist ka nende järeltulijatel (Kluck, 2014). Nii anoreksiat kui ka buliimiat on seostatud negatiivse perekeskkonnaga. Lapsed või noorukid, keda vanemad äärmuslikult keelavad, võivad tunda, et neil pole kontrolli ühegi oma elu valdkonna üle, pannes neid tundma masendunult, vihasena ja ahistatuna. Sellega toime tulemiseks võivad nad tahta saavutada kontrolli selle ainsa asja üle, mis on nende võimuses – söömiskäitumise üle (Bowles, Kurlender ja Hellings, 2011). Negatiivsed peresuhted, mis esinevad koos füüsilise kuritarvitamise juhtumitega, suurendavad veelgi söömishäirete riski (Kinzl, Mangweth, Traweger ja Biebl, 1997).

Kolmas uurimisküsimus - kas pereliikmete dieedipidamisel või ema dieedipidamisel ja peresuhetel on koosmõju buliimiasümptomaatikale ja kõhnuseihalusele?

Tulemused viitavad naiste puhul pereliikmete dieedipidamise ja peresoojuse koosmõjule buliimilisele käitumisele ja kõhnuseihaluse skooridele, samuti ka ema dieedipidamise ja peresoojuse koosmõjule kõhnuseihaluse skooridele kaugeleulatavalt. Naistel ilmnis pereliikmete dieedipidamise ja väärkohtlemise koosmõju tendents kõhnuseihalusele kaugeleulatavalt ning ka väärkohtlemise ja ema dieedipidamise koosmõju tendents kõhnuseihalusele.

Meestel pereliikmete dieedipidamise ja peresoojuse kaugeleulatavat koosmõju tendentsi häirunud söömiskäitumisele ei ilmnenu, samuti mitte ka ema dieedipidamise ja peresoojuse koosmõju.

Meestel ilmnis tendentsi tasemel pereliikmete dieedipidamise ja väärkohtlemise koosmõju kõhnuseihalusele.

Käitumine kui selline on keerukas konstrukt ja selle mõjutegurid on väga erinevad. Paljud uuringud, mis käsitlevad häirunud söömiskäitumise, söömishäirete ja kehaga rahulolematuse geneetilisi ja käitumuslikke aspekte, on näidanud, et päritavusel on 40-80 %-line roll (Klump, Miller, Keel, McGue ja Iacono, 2001; Wade, Wilkinson ja Ben-Tovin, 2003). Sotsiaalsetel riskifaktoritel arvatakse olevat väiksem osakaal mõju ära seletamisel (Ferguson, Muñoz, Winegard ja Winegard, 2012). Ülevaatliskuma pildi saamiseks oleks ehk vaja käsitleda häirunud söömiskäitumise mõjutegureid koos. Võib juhtuda, et kui hõlmata analüüsi ainult sotsiaalsed riskifaktorid, siis tulemusena saadavad kõrged korrelatsioonid võivad endas sisaldada ka geneetilist mõju, mis omakorda võivad võimendada sotsiaalse riskifaktori mõju. Sedalaadi kompleksse uuringu on läbi viinud näiteks Ferguson, Muñoz, Winegard ja Winegard (2012), käsitledes nii päritavuse, neurotismi, emasoojuse kui ka meedia mõju häirunud söömiskäitumisele. Nimetatud

uuringu tulemusena selgus, et nii neurootilisus kui ka pärilikkuse komponent ennustab häirunud söömiskäitumist, kuid emapoolne soojus ja kooliga seotud probleemid mõju ei avaldanud. Samas tõdevad uurijad, et nende analüüsist jäid välja olulised sotsiaalseid riskifaktorid, mis võivad häirunud söömiskäitumisele mõju avaldada.

Ka käesoleva uurimuse üheks piiranguks on väheste mõjutegurite kaasamine analüüsi. Põhjalikuma ülevaate saamiseks häirunud söömiskäitumise mõjuteguritest oleks edaspidi vaja läbi viia komplekssemaid analüüse, kaasates nt ka isiksuseomadusi.

Piiranguks on ka kasutatud meetod sõltumatute muutujate koosmõju hindamiseks. Metoodiliselt ei ole kõige parem analüüsida andmeid *Mann-Whitney U* testiga, kuna jääb ära statistiline võrdlus erinevate gruppide vahel. Seetõttu saab viidata vaid võimalikule sõltumatute muutujate koosmõju tendentsile.

Arvestades käesoleva uurimistöö tulemusi võib öelda, et on oluline, et vanemateni jõuaks sõnum peresuhete olulisusest häirunud söömiskäitumisele. Samuti tuleks lastevanematel arvestada, et nende endi käitumine ja hoiakud seoses toitumisega võivad saada eeskujuks nende järeltulijatele. Oma ala eksperdid (nt kehakuvandi, söömishäirete ja kasvatustiilide valdkonnas raamatuid või teaduslikke artikleid kirjutanud omaala asjatundajad ning liikmed sellistest ühendustest nagu *AED* ja *Body Image and Prevention Special Interest Group*) on tähelepanu pööranud põhimõtetele, mida on oluline silmas pidada ja järgida: peaks olema teadlik, et lapse arusaam kehast sõltub väga paljudest erinevatest teguritest (sh kultuur, teiste poolt saadav tagasiside ja kommentaarid); mitte julgustama lapsi dieedipidamisele kehakaalu kaotamise eesmärgil; emotsioonidega toimetulemisel on oluline selgitada lapsele, et negatiivsete tunnete (nt viha ja kurbus) väljendamine on loomulik; julgustada lapsi väljendama oma tundeid konstruktiivsel viisil; aitama lapsel välja töötada strateegiaid, kuidas toime tulla negatiivsete elusündmustega; toetust ja usaldust silmas pidades on oluline mitte seada lapse käitumisele ja saavutustele ebarealistlikke ootuseid ja perfektsionistlikke ideaale (Hart, Damiano, Chittleborough, Paxton ja Jorm, 2014).

Viited

- Academy for Eating Disorders. (2014). *Fast Facts on Eating Disorders*. Võetud veebilehelt: <http://www.aedweb.org/web/index.php/education/eating-disorder-information/eating-disorder-information-14> (30.08.2014)
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2003). Binge eating among youth: defining and addressing the problem. *Minnesota Health Care News*, 28–29.
- Agras, S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-62.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotionregulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Boals, A., Riggs, S. A., & Kraha, A. (2012). Coping wiht stressful of traumatic events: what aspects of trauma reactions are associated with health outcomes? *Stress And Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 29, 156-163.
- Bowles, T., Kurlender, M., & Hellings, B. (2011). Family functioning and family stage associated with patterns of disordered eating in adult females. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28, 47-60.
- Brion, M. J., Ness, A. R., Rogers, I., Emmett, P., Cribb, V., Davey Smith, G., & Lawlor, D.A. (2010). Maternal macronutrient and energy intakes in pregnancy and offspring intake at 10 y: exploring parental comparisons and prenatal effects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 748-56.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M., Gual, P., Irala-Estevez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low selfesteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271 – 280.

- Childress, A.C., Brewerton, T.D., Hodges, E.L., & Jarrell, M.P. (1993). The kids' eating disorders survey (KEDS): a study of middle school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 843–850.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1–16.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448–461.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., & Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Easter, A., Naumann, U., Northstone, K., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). A longitudinal investigation of nutrition and dietary patterns in children of mothers with eating disorders. *The Journal of Pediatrics*, 163, 173-178.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, T., McManus, T., Chyen, D., Lim, C., Whittle, L., Brener, D., & Wechsler, H. (2010). Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary*, 59, 1–142.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41, 587–598.
- Fahy, T. A., Treasure, J. (1989). Children of mothers with bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 299, 777-778.
- Ferguson, C. J., Munoz, M. E., Winegard, B., & Winegard, B. (2012). The influence of herability, neuroticism, maternal warmth and media use on disordered eating behaviors: A prospective analysis of twins. *Psychiatric Quarterly*, 83, 353-360.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141, 2-18.
- Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight shape concerns in a large webbased convenience sample of women aged 50 and above: results of the gender and body

- image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 832–844.
- Esparza, M. L., Garcia, J. M. S., Flores, R. E. U. (2001). Family characteristics and eating disorders in a sample of female adolescent inpatients in a psychiatric hospital. *Salud Mental*, 34, 203-210.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 12, 1711-1722.
- Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Winegard, B., & Winegard, B. (2012). The influence of heritability, neuroticism, maternal warmth and media use on disordered eating behaviors: a prospective analysis of twins. *Psychiatric Quarterly*, 83, 353-360.
- Forbush, K. T., & Hunt, T. K. (2014). Characterization of eating patterns among individuals with eating disorders: what is the state of the plate? *Psychology & Behavior*, 134, 92-109.
- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24, 548–554.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2013). Parental influences on elite aesthetic athletes' body image dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1082-1091.
- Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of Womens Mental Health*, 11, 357–362.
- Garcia, F. D., Délavenne, H., & Déchelotte, P. (2011). Atypical eating disorders: a review. *Nutrition and Dietry Supplement*, 3, 679-75.
- Graziano, M., & Sikorski, J. (2014). Levels of disordered eating: depression, perfectionism and body dissatisfaction. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 19, 119-128.
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C., de Vries, N. K., van Buuren, S., & Thijs, C. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 8, 18-30.
- Halmi, K. A. (2009). Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 100–103.

- Hart, L. M., Damiano, S. R., Chittleborough, P., Paxton, S. J., & Jorm, A. F. (2014). Parenting to prevent body dissatisfaction and unhealthy eating patterns in preschool children: a Delphi consensus study. *Body Image, 11*, 418-425.
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2009). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite, 54*, 221-224.
- Hertwig, R., David, J. N., & Sulloway, F. J. (2002). Parental investment: how an equity motive can produce inequality. *Psychological Bulletin, 128*, 728-745.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 383-396.
- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-years follow-up. *European Eating Disorders Review, 21*, 405-410.
- Hurley, J.B., Palmer, R.L., Stretch, D. (1990). The specificity of the Eating Disorders Inventory: a reappraisal. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 419-424.
- Jago, R., Davison, K. K., Brockman, R., Page, A. S., Thompson, J. L., & Fox, K. R. (2011). Parenting styles, parenting practices, and physical activity in 10- to 11-year olds. *Preventive Medicine, 52*, 44-47.
- Jenkins, J. M., Rabash, J., & O'Conner, T. G. (2003). The role of the shared family: context in differential parenting. *Developmental Psychology, 39*, 99-113.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty year follow up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 492-497.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*, 433-439.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin, 129*, 747-769.
- Kent, J., & Clopton, J. (1992). Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 281-292.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical*

Psychology Review, 20, 887–903.

- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706–716.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. M., & Biebl, W. (1997). Eating-disordered behavior in males: the impact of adverse childhood experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 131-138.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8–14.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471–483.
- Kluck, A. S., Carriere, L., Dallesasse, S., Bvunzawabaya, B., English, E., Cobb, M., Borges, T., Zhuzha, K., & Fry, D. (2014). Pathways of family influence: alcohol use and disordered eating in daughters. *Addictive Behaviors*, 39, 1404-1407.
- Klump, K., Miller, K., Keel, P., McGue, M., & Iacono, W. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31, 737–740.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897–1907.
- Kurrikoff, T. (2012). Interpersonal relationships and behaviour: moderation by functional gene variants. *Doktori väitekirj. Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut, Tartu Ülikooli Kirjastus.*
- Lacey, J. H., & Smith, G. (1987). Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 777-781.
- Laliberte, M., Boland, F., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1021-1040.
- Lattimore, P., Wagner, H., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355-368.
- Lohaus, A., Vierhaus, M., & Ball, J. (2009). Parenting styles and health-related behavior in

- childhood and early adolescence results of a longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 29, 449-475.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Maccoby, E. E., Martin J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. Hetherington E. M. *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*. New York, NY: Wiley.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2012). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, 10, 192-195.
- Maloney, M.J., McGuire, J., Daniels, S.R., & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-487.
- May, A., Kim, J., McHale, S., & Crouter, A. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 729-740.
- McHale, S., Updegraff, K. A., Jackson-Newsom, J., Tucker, C. J., & Crouter, A. (2000). When does parents' differential treatment have negative implications for siblings? *Social Development*, 9, 149-70.
- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93-110.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: a risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7, 69-78.
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 156-166.
- Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2005). Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviors*, 6, 318-327.
- Murray, T. (2003). Wait not, want not: factors contributing to the development of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Family Journal: The Counseling and Therapy Journal for Couples and Families*, 11, 276-280.

- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 249–258.
- 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*, 664–672.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161–187.
- Paaver, M., Kurrikoff, T., Nordquist, N., Oreland, L., & Harro, J. (2008). The effect of 5-HTT gene promoter polymorphism on impulsivity depends on family relations in girls. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 32*, 1263-1268.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204.
- Rodenburg, G., Kremers, S. P., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2011). Psychological control by parents is associated with a higher child weight. *International Journal of Pediatric Obesity, 6*, 442-449.
- Scarano, G. M., & Kalodner-Martin, C. R. (1994). A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. *Journal of Counseling and Development, 72*, 356–362.
- Sleddens, E. F. C., Gerards, S. M. P. L., Thijs, C., De Vries, N. K., & Kremers, S. P. J. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *International Journal of Pediatric Obesity, 6*, 12-27.
- Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., Hughes, S. O., Cross, M. B., Thijs, C., De Vries, N. K., & O'Connor, T. M. (2012). Physical activity parenting: a systematic review of questionnaires and their associations with child activity levels. *Obesity Reviews, 13*, 1015-1033.
- Spann, N., & Pritchard, M. (2008). Disordered eating in men: a look at perceived stress and excessive exercise. *Eating and Weight Disorders, 13*, 7-25.
- Ormel, J., Rosmalen, J., & Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 906-912.

- Podar, I., Hannus, A., Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-pre-occupied and normal samples. *Journal of Personality Assessment* 73, 133–147.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A. (2010) Personality disorders as risk factors for eating disorders: Clinical implications. *Nutrition in Clinical Practice*, 25, 116-21.
- Shipman, K. L., Schneider, R., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16, 268–285.
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8, 364-73.
- Spurgeon, A., Jackson, C. A., Beach, J. R. (2001). The life events inventory: re-scaling based on an occupational sample. *Occupational Medicine*, 51, 287-293.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 25-31.
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Yellowlees, A., Park, K., & Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 18, 22-32.
- Swanson, S. A., Scott, J. C., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68, 714-723.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2–30.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Vincent, M., & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer

influence on body dissatisfaction, weight loss and binge-eating behaviours. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 205-221.

Wade, T., Wilkinson, J., & Ben-Tovim, D. (2003). The genetic epidemiology of body attitudes, the attitudinal component of body image in women. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33, 1395–1405.

Wagener, A.M., & Much, K. (2010). Eating disorders as coping mechanisms. *Journal of College Student Development*, 24, 203–212.

Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in eating disorders: implications for treatment. *Eating Disorders*, 15, 317–331.

Whitaker, A.H. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752–759.

Yilmaz, Z., Hardaway, A., & Bulik, C. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics & Genetics*, 5, 131-150.

Lisa

Tabel 1

Tunnuste kirjeldav statistika

| | | Min | Maks | Mediaan | Alumine kvartiil | Ülemine kvartiil | N |
|----------------|------|-----|------|---------|------------------|------------------|-----|
| Naised | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 0 | 15 | 1 | 0 | 3 | 232 |
| Buliimia | 25 a | 0 | 15 | 0 | 0 | 2 | 301 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 0 | 20 | 2 | 0 | 6 | 234 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 0 | 18 | 2 | 0 | 6 | 296 |
| Peresoojus | 18 a | 28 | 85 | 72 | 61.75 | 79 | 214 |
| Väärkohtlemine | 18 a | 17 | 54 | 24 | 20 | 29 | 231 |
| Mehed | | | | | | | |
| Buliimia | 18 a | 0 | 29 | 1 | 0 | 3 | 150 |
| Buliimia | 25 a | 0 | 10 | 0 | 0 | 1 | 227 |
| Kõhnuseihalus | 18 a | 0 | 17 | 1 | 0 | 3 | 149 |
| Kõhnuseihalus | 25 a | 0 | 12 | 0 | 0 | 2 | 226 |
| Pereoojus | 18 a | 38 | 85 | 69.50 | 60 | 76 | 130 |
| Väärkohtlemine | 18 a | 17 | 61 | 25 | 21 | 33 | 151 |

Märkus. Min = miinimumväärtus, maks = maksimumväärtus.

Tabel 2

Pereliikmete dieedipidamise ja peresoojuse koosmõju EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele

| | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | N JAH | N EI | U | p | Efektiivsus (r) |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|-------|------|--------|--------|-----------------|
| Naised | | | | | | | |
| Buliimia_18 a_soojus_kõrge | 58.77 | 51.30 | 54 | 55 | 1281.5 | 0.18 | 0.13 |
| Buliimia_18 a_soojus_madal | 51.70 | 47.49 | 59 | 40 | 1079.5 | 0.46 | 0.07 |
| Buliimia_25 a_soojus_kõrge | 58.95 | 46.05 | 52 | 52 | 1016.5 | 0.02* | 0.24 |
| Buliimia_25 a_soojus_madal | 45.54 | 41.60 | 53 | 34 | 819.5 | 0.45 | 0.08 |
| Kõhnuseihalus_18 a_soojus_kõrge | 63.02 | 45.66 | 55 | 53 | 989 | 0.003* | 0.29 |
| Kõhnuseihalus_18 a_soojus_madal | 52.95 | 48.03 | 61 | 40 | 1101 | 0.40 | 0.08 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_kõrge | 60.56 | 44.75 | 51 | 53 | 940.5 | 0.01* | 0.27 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_madal | 42.67 | 42.21 | 53 | 31 | 812.5 | 0.93 | 0.01 |
| Mehed | | | | | | | |
| Buliimia_25 a_soojus_kõrge | 27.43 | 23.18 | 21 | 28 | 243 | 0.20 | 0.19 |
| Buliimia_25 a_soojus_madal | 33.54 | 32.62 | 27 | 38 | 498.5 | 0.83 | 0.03 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_kõrge | 25.98 | 23.35 | 21 | 27 | 252.5 | 0.49 | 0.10 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_madal | 34.38 | 31.21 | 26 | 38 | 445 | 0.45 | 0.10 |

Märkus. U = Mann-Whitney U testi statistik; *p < 0.05.

Peresuhete ja peredieedi mõju häirunud söömiskäitumisele

Tabel 3

Pereliikmete dieedipidamise ja väärkohtlemise koosmõju EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse skooridele

| | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | N JA H | N EI | U | p | Efekti suurus (r) |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|---------|--------|--------|-------------------------|
| Naised | | | | | | | |
| Buliimia_18 a_väärk_kõrge | 49.09 | 42.97 | 53 | 39 | 896 | 0.27 | 0.12 |
| Buliimia_18 a_väärk_madal | 70.56 | 61.51 | 65 | 66 | 1848.5 | 0.14 | 0.13 |
| Buliimia_25 a_väärk_kõrge | 47.01 | 39.53 | 52 | 35 | 753.5 | 0.16 | 0.15 |
| Buliimia_25 a_väärk_madal | 64.74 | 55.18 | 60 | 59 | 1485.5 | 0.08 | 0.16 |
| Kõhnuseihalus_18 a_väärk_kõrge | 49.52 | 43.51 | 54 | 39 | 917 | 0.29 | 0.11 |
| Kõhnuseihalus_18 a_väärk_madal | 76.08 | 56.32 | 68 | 64 | 1524.5 | 0.002* | 0.26 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_kõrge | 44.15 | 39.81 | 52 | 32 | 746 | 0.42 | 0.09 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_madal | 65.86 | 53.14 | 59 | 59 | 1365 | 0.04* | 0.19 |
| Mehed | | | | | | | |
| Buliimia_25 a_väärk_kõrge | 34.08 | 33.01 | 30 | 36 | 522.5 | 0.79 | 0.03 |
| Buliimia_25 a_väärk_madal | 34.63 | 27.34 | 26 | 34 | 334.5 | 0.07 | 0.24 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_kõrge | 37.73 | 28.94 | 30 | 35 | 383 | 0.04* | 0.25 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_madal | 31.42 | 29.79 | 26 | 34 | 418 | 0.70 | 0.05 |

Märkus. väärk_kõrge = kõrge väärkohtlemisega grupp; väärk_madal = madala väärkohtlemisega grupp; U = Mann-Whitney U testi statistik; *p < 0.05.

Tabel 4

Ema dieedipidamise ja peresoojuse koosmõju EDI-2 kõhnuseihaluse skooridele

| | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | N JAH | N EI | U | p | Efekti suurus (r) |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|---------|-------|--------|-------------------------|
| Naised | | | | | | | |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_kõrge | 59.63 | 43.89 | 42 | 58 | 834.5 | 0.006* | 0.28 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_madal | 39.89 | 38.33 | 33 | 44 | 696.5 | 0.76 | 0.04 |
| Mehed | | | | | | | |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_kõrge | 25.53 | 21.60 | 16 | 29 | 191.5 | 0.31 | 0.15 |
| Kõhnuseihalus_25 a_soojus_madal | 32.93 | 29.83 | 23 | 38 | 392.5 | 0.45 | 0.10 |

Märkus. U = Mann-Whitney U testi statistik; *p < 0.05.

Tabel 5

Emade dieedipidamise ja väärkohtlemise koosmõju EDI-2 kõhnuseihaluse skooridele

| | Keskmine astak JAH | Keskmine astak EI | <i>N</i> JAH | <i>N</i> EI | <i>U</i> | <i>p</i> | Efekti suurus (<i>r</i>) |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|----------|----------|----------------------------------|
| Naised | | | | | | | |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_kõrge | 43.22 | 38.49 | 34 | 46 | 689.5 | 0.36 | 0.10 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_madal | 62.68 | 50.14 | 47 | 53 | 1143 | 0.04* | 0.20 |
| Mehed | | | | | | | |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_kõrge | 36.35 | 28.74 | 27 | 36 | 368.5 | 0.08 | 0.23 |
| Kõhnuseihalus_25 a_väärk_madal | 30.05 | 26.83 | 20 | 35 | 309 | 0.44 | 0.11 |

Märkus. väärk_kõrge = kõrge väärkohtlemisega grupp; väärk_madal = madala väärkohtlemisega grupp; *U* = Mann-Whitney *U* testi statistik; **p* < 0.05.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt 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.

Leila Džiškariani