

Äidin syömishäiriötaustan yhteys äidin
asenteisiin lapsen ruokailuun liittyen,
ruokailukäytäntöihin ja vanhemmuuden
stressiin

Oona Maalismaa
Turun yliopisto
Psykologia
Pro gradu -tutkielma
Kesäkuu 2017

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on
tarkastettu Turnitin Originality Check -järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

MAALISMAA, OONA: Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin, ruokailukäytäntöihin ja vanhemmuuden stressiin

Pro gradu -tutkielma, 36 s.

Psykologia

Kesäkuu 2017

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko äidin syömishäiriötausta yhteydessä äidin asenteisiin lapsen ruokailuun liittyen ja äidin kokemaan vanhemmuuden stressiin ensimmäisen puolen vuoden aikana lapsen syntymästä. Lisäksi selvitettiin, onko syömishäiriötausta yhteydessä täysimetyksen kestoon ja muihin lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin. Tutkimuksen aihe on kliinisesti tärkeä, mutta aiheesta on vähän aiempaa tutkimusta ja valtaosa niistä perustuu tapaustutkimuksiin. Tutkimus on osa laajaa FinnBrain-syntymäkohorttitutkimusta. Tutkimuksen aineisto koostui 102:sta syömishäiriötaustaisesta äidistä ja 204:sta verrokkiäidistä, jotka rekrytoitiin tutkimukseen raskausviikolla 12. Lapsen ollessa kolme kuukautta he vastasivat vanhemmuuden stressi -kyselyyn (Swedish Parenthood Stress Questionnaire). Lapsen ollessa kuusi kuukautta äidit vastasivat kyselylomakkeisiin, jotka sisälsivät lapsen ruokailuun liittyviä asenteita mittaavan kyselyn (Baby Care Questionnaire) ja syöttämiseen ja imetykseen liittyviä kysymyksiä. Tulokset osoittivat, että äidin syömishäiriötausta oli yhteydessä äidin suurempaan strukturoinnin tarpeeseen ruokailutilanteissa, lyhyempään täysimetyksen kestoon sekä runsaampaan maidonkorvikkeen ja pulloruokinnan käyttöön. Syömishäiriötausta ei ollut yhteydessä lapsen virittäytymiseen ruokailutilanteissa eikä äidin kokemaan vanhemmuuden stressiin. Syömishäiriötaustaiset äidit pitivät lapsen ruokailun strukturointia tärkeämpänä kuin verrokkiäidit. Tulos on linjassa aikaisemman kirjallisuuden kanssa, jossa on tuotu esille, että syömishäiriötaustaisilla on suurempi tarve kontrolloida toimintaansa ja erityisesti omaa syömiskäyttäytymistään. Kirjallisuuden perusteella lyhyempi täysimetyksen kesto sekä runsaampi maidonkorvikkeen ja pulloruokinnan käyttö taas voivat liittyä siihen, että imetys saattaa herättää syömishäiriötaustaisissa äideissä herkemmin ahdistusta ja lisäksi heillä voi olla suurempi tarve kontrolloida lapsen ravinnon määrää ja ruokailurytmiä. Huomio, että syömishäiriötausta ei ollut yhteydessä virittäytymiseen ja vanhemmuuden stressiin, on positiivinen löydös, mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta.

Avainsanat: syömishäiriö, ruokailukäytännöt, strukturointi, virittäytyminen, vanhemmuuden stressi, syöttäminen, täysimetus

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO.....	1
1.1 Syömishäiriöt.....	2
1.2 Syömishäiriöt äitiyden aikana.....	4
1.3 Syömishäiriöt ja vanhemmuus.....	5
1.4 Lapsen varhaiseen ruokailuun liittyvät käytännöt ja äidin syömishäiriö.....	7
1.4.1 Lapsen varhainen ruokailu ja imetys.....	7
1.4.2 Äidin syömishäiriön yhteys lapsen ruokailukäytäntöihin.....	8
2. TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
3. MENETELMÄT.....	11
3.1 Aineisto.....	11
3.2 Tutkimuksen kulku.....	12
3.3 Mittarit.....	13
3.3.1 Taustatiedot.....	13
3.3.2 Lapsen imetykseen ja ruokailuun liittyvät kysymykset.....	13
3.3.3 Baby Care Questionnaire.....	14
3.3.4 Swedish Parenthood Stress Questionnaire.....	15
3.4 Tilastolliset analyysit.....	16
4. TULOKSET	17
4.1 Aineiston kuvaus.....	17
4.2 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin.....	20
4.3 Lapsen ruokailuun liittyvät käytännöt.....	22
4.4 Äidin syömishäiriötaustan yhteys vanhemmuuden stressin määrään.....	23
5. POHDINTA	24
5.1 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin.....	25
5.2 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin ja täysimetyksen keston.....	27
5.3 Äidin syömishäiriötaustan yhteys vanhemmuuden stressiin.....	28
5.4 Kliininen taso ja käytännön sovellukset.....	28
5.5 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	29
5.6 Jatkotutkimukset ja johtopäätökset.....	30
Lähteet.....	32

1. JOHDANTO

Syömishäiriö on sairaus, jonka vaikutukset voivat ulottua koko myöhemmän elämän kulkuun. Syömishäiriön ajatellaan olevan psyykinen häiriö, jossa psyykkistä pahaa oloa pyritään säätelemään ulkoisella syömisen säätelyllä (Keski-Rahkonen, Charpentier, & Viljanen, 2008). Syömishäiriön vaikutukset ulottuvat yksilön fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä sosiaalisiin suhteisiin ja sen on havaittu olevan merkittävä kuormitustekijä sairastuneelle. Kun nainen tulee äidiksi, hän joutuu uudessa roolissaan vanhempana kohtaamaan erilaisia velvollisuuksia ja vastuuta lapsen huolenpidosta. Nämä uudet velvollisuudet voivat olla stressitekijä äidin elämässä, millä voi olla vaikutuksia myös syömishäiriön ilmenemiseen (Keski-Rahkonen ym., 2008).

Äidin syömishäiriön on todettu olevan yhteydessä sekä äidin kokemukseen vanhemmuudesta (Koubaa, Hällström, & Hirschberg, 2008) että lapsen ruokintakäyttäytymiseen (Micali, Simonoff, Stahl, & Treasure, 2011). Syömishäiriötaustaisilla äideillä on havaittu olevan verrokkiäitejä todennäköisemmin huolia suhteessa äitiyteen ja lapsen hoitamiseen, ja he saattavat kokea äitiyteen sopeutumisen haastavana ja voimia vievänä (Koubaa, ym., 2008). Lisäksi sen on katsausartikkelissa (Park, Senior, & Stein, 2003) todettu lisäävän riskiä vanhemmuuden hankaluuksille sekä lapsen epäsuotuisalle kehitykselle. Syömishäiriötaustan vaikutukset voivat näkyä myös lapsen syöttämisessä, mikä on yksi vanhemman keskeisistä käytännön tehtävistä (Patel, Wheatcroft, Park, & Stein, 2002). Vastasyntynyt ei pysty itse huolehtimaan ravinnon saannistaan, joten lapsen syöttäminen jää vanhempien vastuulle, ja siihen voi kuluu huomattava osa päivää. Lapsen syöttäminen saattaa kuitenkin olla äidille hyvin ristiriitainen kokemus, kun oma suhde ruokaan on vääristynyt. Syömishäiriökokemuksen onkin osoitettu lisäävän imetys- ja ruokailukäyttäytymisen ongelmia, joita ovat esimerkiksi imetyksen hitaus ja epäsäännöllisyys sekä kiinteiden ruokien aloittamisen vaikeus (Micali ym., 2011).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, onko äidin raskausaikana raportoitu syömishäiriötausta yhteydessä äidin asenteisiin lapsen ruokailuun liittyen (jatkossa käytetään ”lapsen ruokailuun liittyvät asenteet”), siihen liittyviin käytäntöihin sekä vanhemmuuden stressiin ensimmäisen puolen vuoden aikana. Aihe on kliinisesti tärkeä, sillä tutkimuksen aiheesta saatavaa tietoa on mahdollista soveltaa terveydenhuollossa

työskenneltäessä tämän erityisryhmän parissa. Lisäksi aiempi tutkimus perustuu usein pieniin aineistoihin ja tapaustutkimuksiin ja on näin ollen tieteellisesti rajoittunutta (esim. Evans & le Grange, 1995: 10 syömishäiriötaustaista äitiä; Agras, Hammer, & McNicholas, 1999: 41 syömishäiriötaustaista äitiä; Koubaa ym., 2008: 49 syömishäiriötaustaista äitiä). Uuden ja tarkemman tiedon avulla näitä syömishäiriön kokeneita äitejä ja heidän lapsiaan voitaisiin auttaa entistä paremmin ja tukea perheitä terveen vanhemmuuden ja ruokailukäytäntöjen juurruttamisessa. Myöskään syömishäiriöiden ja vanhemmuuden stressin yhteydestä ei ole aiempaa tutkimustietoa juuri lainkaan.

1.1 Syömishäiriöt

Syömishäiriöiden psykologiseksi perustaksi on esitetty muun muassa, että sairastuneella jokin tärkeä kehitystehtävä lapsuudessa tai nuoruudessa on jäänyt toteutumatta (Charpentier, 2012). Vaikeudet saattavat liittyä tunteiden säätelyyn, muihin ihmisiin luottamiseen ja omaan selviämiseen maailmassa. Mitä aikaisemmin vaurio toimintakyvyssä syntyy, sitä vakavampana häiriö ilmenee. Esimerkiksi varhaislapsuudessa kesken jäänyt kehitystehtävä vaikuttaa kaikkiin myöhempisiin psykologisiin rakenteisiin. Syömishäiriö voi olla yhteydessä myös varhaislapsuuden synnynnäisten ominaisuuksien ja hoivaajan ominaisuuksien ristiriitoihin. Tällöin lapsen emotionaalinen herkkyys ei tule kohdatuksi, sillä vanhemmalta puuttuu kyky vastata lapsen tarpeisiin ja toimia hoivaajana. Edellä esitetyt prosessit ovat kuitenkin vain yksi näkemys syömishäiriön psykologisista taustatekijöistä. Syömishäiriön kehittymisen psykologiset mekanismit ovat epäselviä ja nykyisin ajatellaan, että sairauden syyt ovat pääosin biologisia.

Syömishäiriöihin liittyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen (Käypä hoito -suositus 2014). Sairastuneella ruoka ja syöminen rajoittaminen hallitsevat elämää, eikä ravinnon saanti perustu fysiologiseen nälän tunteeseen. Syöminen kontrollointi voi viedä ajatukset pois stressaavista asioista ja tuottaa tunteen itsensä ja elämänsä hallinnasta (Keski-Rahkonen ym., 2008). Syömishäiriöiden syitä ei tunneta tarkkaan, mutta mahdollisesti biologiset, psykologiset ja kulttuurisidonnaiset tekijät voivat altistaa syömishäiriöille tai laukaista sairauden (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010). Biologisena tekijänä on usein geneettinen alttius, psykologisena tekijänä taas mm. stressi, tunne-elämän vaikeudet ja

itsetunto-ongelmat. Kulttuurisidonnainen tekijä voi olla esimerkiksi laihuutta ihannoiva ympäristö. Treasuren ym. (2010) mukaan laihuushäiriötä ylläpitävä kierre saa alkunsa, kun laihduttamisesta johtuen energiansaanti pienenee, minkä johdosta elimistö alkaa nälkiintyä. Nälkiintyminen aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ruokaa koskevia pakkoajatuksia.

ICD-10 tautiluokituksen mukaan syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, jotka esiintyvät useimmiten nuorilla ja nuorilla aikuisilla, yleisimmin naisilla. Syömishäiriöön sairastutaan usein 12–24 vuoden iässä (Suokas & Rissanen, 2011). Syömishäiriöt ovat väestötasolla harvinaisia, mutta 12–24 vuoden iässä suhteellisen yleisiä mielenterveyden häiriöitä. Arviolta noin 7 % suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön ennen 30 ikävuotta (Keski-Rahkonen, 2010). Suuri osa paranee häiriöstä kokonaan, mutta osalla oireilua ilmenee myös myöhemmin stressaavissa elämäntilanteissa (Keski-Rahkonen ym., 2008). Fyysisesti ja psyykkisesti paraneminen voi olla lähes täydellistä, mutta suhde ruokaan ja syömiseen saattaa jossain määrin häiriintyä pysyvästi (Keski-Rahkonen ym., 2007).

Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat laihuushäiriö ja ahmimishäiriö. Lisäksi tunnetaan epätyypilliset syömishäiriöt, jotka muistuttavat laihuus- tai ahmimishäiriöitä, mutta niistä puuttuu jokin keskeinen oire ja oireilun voimakkuuden vaihteluväli on suuri (Suokas & Rissanen, 2011). Jopa puolet syömishäiriöiden takia hoitoon hakeutuvista kuuluu tähän ryhmään. Syömishäiriössä on kyse jatkumosta, jonka toisessa päässä oireilu on lievää eikä se välttämättä täytä diagnostisia kriteerejä, kun taas toisessa päässä oireet voivat olla vakavia. On varsin tavallista, että syömishäiriötä sairastava kärsii samanaikaisesti muista mielenterveyden häiriöistä (Käypä-hoito suositus 2014). Yleisimpiä ovat masennus- ja ahdistushäiriöt (Halmi, Eckert, & Marchi, 1991; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993) sekä persoonallisuushäiriöt (Friborg, Martinussen, & Kaiser, 2014).

Syömishäiriöistä laihuushäiriö (anorexia nervosa) on mielenterveyden häiriö, jossa sairastunut tarkoituksellisesti aiheuttaa itselleen alipainon ja nälkiintymistilan, sekä ylläpitää tätä tilaa (Suokas & Rissanen 2011). Laihuushäiriö alkaa useimmiten nuoruusiässä 12–18-vuotiaana ja sen esiintyvyys naisilla suomalaisessa kaksostutkimuksessa oli 2.2 % (Keski-Rahkonen ym., 2007). Nuorten suomalaismiesten laihuushäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu 0.24 % (Raevuori ym., 2009). Sairastuneen

ruumiinkuva on vääristynyt, ja elämää hallitsee lihomisen pelko. Jatkuva laihduttaminen aiheuttaa sen, että sairastunut kärsii aliravitsemuksesta ja siitä seuraavista elimistön toimintahäiriöistä. Ruuan ajattelu vie huomion muilta elämänalueilta, jolloin tunnetilat ja sosiaalinen elämä kapeutuvat.

Toiseen syömishäiriön muotoon, ahmimishäiriöön (bulimia nervosa), liittyy olennaisena psyykkisenä oireena lihavuuden ja lihomisen pelko (Suokas & Rissanen, 2011). Ahmimishäiriön esiintyvyys suomalaisilla naisilla on tutkimuksen mukaan 2.3 % (Keski-Rahkonen ym., 2009), miehillä sen esiintyvyydestä ei ole tarkkaa tietoa (Raevuori ym., 2009). Ahmimishäiriössä tyypillistä on suurten, runsasenergistien ruokien nopea ahmiminen, jonka aikana potilas kokee, ettei pysty hallitsemaan syömistään (Suokas & Rissanen, 2011). Ahmimisjaksoa seuraa usein masentuneisuutta ja itsehalveksuntaa ja sen jälkeen potilas pyrkii estämään pelätyn painonnousun joko oksentamalla tai esimerkiksi lääkkeiden avulla. Ahmimishäiriötä ei yleensä huomaa ulospäin, vaan sairastuneet ovat useimmiten normaalipainoisia. Syömishäiriöiden yleisin ilmenemisen muoto on epätyypillinen syömishäiriö, joka muistuttaa laihuus- ja ahmimishäiriötä, mutta jokin keskeinen piirre puuttuu (Suokas & Rissanen, 2011). Arvioiden mukaan 5-10 %:lla nuorista esiintyy epätyypillisiä syömishäiriöitä, mutta naisopiskelijoista jopa 20-40 %:lla. Onkin huomattava, että merkittävä osa naisista kokee jossain vaiheessa nuoruuttaan jonkin asteista syömishäiriöoireilua. Yleisin häiriön muoto on ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED). Epätyypillinen syömishäiriö voi muuten täyttää esimerkiksi laihuushäiriön kriteerit, mutta amenorreaa eli kuukautisten poisjäämistä ei esiinny.

1.2 Syömishäiriöt äitiyden aikana

Syömishäiriö saattaa vaikeuttaa raskaaksi tulemista (Linna, Raevuori, & Haukka, 2013). Tämä voi liittyä siihen, että syömishäiriöstä kärsivillä on useammin kuukautisten poisjäämistä, ja he ovat seksuaalisesti vähemmän aktiivisia (Patel ym., 2002). Tutkimus on kuitenkin myös osoittanut, että koko elämänsä anoreksiaa sairastaneiden naisten hedelmällisyys ei eroa muun väestön hedelmällisyydestä (Bulik ym., 1999; Wentz, Gillberg, Gillberg, & Råstam, 2005).

Äidiksi tuleminen voi myös vaikuttaa nykyisen tai aiemmin sairastetun syömishäiriön ilmenemiseen. Tutkimusnäytön mukaan syömishäiriöt jatkuvat yleensä lievempinä raskauden aikana, mutta yli puolella palautuvat entiselleen synnytyksen jälkeen (Crow,

Agras & Crosby 2008; Micali, Treasure, & Simonoff, 2007). Norjalaisessa laajassa kohorttitutkimuksessa syömishäiriöoireet palautuivat 18 kuukauden kuluttua synnytyksestä anoreksian ennen raskautta sairastaneilla 50 %:lla, bulimian sairastaneilla 39 %:lla ja 46 %:lla epätyypillisen syömishäiriön sairastaneista (Knoph ym., 2013). Synnytyksen jälkeinen aika onkin äidille haavoittuvainen jakso, jolloin uusi syömishäiriö voi alkaa tai olemassa oleva häiriö pahentua (Welch, Doll, & Fairburn, 1997). Tämä saattaa johtua siitä, että raskauden fyysiset muutokset kehossa ja vanhemmuuteen liittyvät psykologiset muutokset nostavat herkästi aikaisemman syömishäiriöajattelun pintaan, mutta usein kyse voi olla sairauden uudelleen puhkeamisen sijaan lievästä oireilusta, joka herättää äideissä ahdistusta. Tutkimusten perusteella vaikuttaa siltä, että erityisesti laihuushäiriön sairastaneet naiset kokevat todennäköisemmin takaiskun oireiden pahentuessa synnytyksen jälkeen, vaikka he olisivat olleet vuosia oireettomia (Franzen & Gerlinghoff, 1997). Joillakin äideillä taas halu pudottaa nopeasti synnytyksen jälkeen raskauden aikana kertyneet kilot voi aiheuttaa syömishäiriön puhkeamisen (Woodside & Shekter-Wolfson, 1990).

1.3 Syömishäiriöt ja vanhemmuus

Syömishäiriö vaikuttaa sairastuneen moneen elämän alueeseen, vanhemmuuteen ja myös suoraan lapseen. Raskaus ja äidiksi tuleminen ovat merkittäviä tapahtumia naisen elämässä, ja syömishäiriön vaikutukset voivat ilmetä eri tavoin, esimerkiksi äitiyteen liittyvinä huolina. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen puhkeaa usein psyykkisen paineen tai stressin seurauksena (Keski-Rahkonen ym., 2008) ja syömishäiriöihin liittyy stressin säätelyn vaikeuksia. Näin ollen on mahdollista, että myös vanhemmuuden stressin säätely saattaa aiheuttaa vaikeuksia syömishäiriön kokeneelle äidille. Vanhemmuuden stressi (parenting stress) on lähtöisin siitä, että vanhempi kokee huolta siitä, pystyykö hän täyttämään vanhemmuuteen liittyvät vaatimukset (Abidin, 1995). Abidinin (1995) mukaan vanhemman kokema voimakas psykologinen stressi on riskinä toimimattoman vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. Se voi myös altistaa sekä vanhemman että lapsen psyykkisille vaikeuksille. Kirjallisuuden perusteella näyttää siltä, että sekä lapseen, äitiin että ympäröivään kontekstiin liittyvät tekijät ovat kaikki osallisina vanhemmuuden stressin muotoutumiseen (Östberg & Hagekull, 2000).

Syömishäiriön kokeneella naisella sopeutuminen äidin rooliin voi olla haastavaa. Koubaan ym. (2008) tutkimuksessa 92 % ensimmäisen lapsensa saaneista äideistä, joilla

oli syömishäiriötausta, raportoivat ongelmia äitiyteen sopeutumisessa ja vanhemmuudessa ensimmäisen kolmen kuukauden aikana lapsen syntymästä. Terveistä äideistä näitä ongelmia raportoi vain 13 %. Koubaan ym. (2008) mukaan syömishäiriötaustaisilla äideillä oli myös muita enemmän huolia suhteessa lapsen hoitamiseen. Samankaltaisia tuloksia esittivät Woodside ja Shekter-Wolfson (1990), jotka havaitsivat, että syömishäiriötä sairastavilla naisilla oli usein ongelmia ihmissuhteissa ja suhteessa omiin lapsiinsa. Ongelmana saattaa olla esimerkiksi se, että heillä voi olla vaikeuksia olla emotionaalisesti läsnä lapsensa kanssa, ja heillä voi olla heikompi kyky vastata lapsensa tarpeisiin (Franzen & Gerlinghoff, 1997; Stein & Woolley, 1996; Woodside & Shekter-Wolfson, 1990). Franzen ja Gerlinghoffin (1997) tutkimuksessa ilmeni, että vaikka äidit tiedostivat ongelman, he eivät kyenneet muuttamaan omaa toimintaansa. Ongelmien tiedostaminen ja kyvyttömyyden tunne taas olivat yhteydessä heikompaan itsetuntoon ja syömishäiriöoireiden pahenemiseen. Tutkijoiden mukaan vuorovaikutuksen vaikeuksien taustalla voi olla se, että anoreksiaan liittyvä käyttäytyminen, kuten pakkomieliteinen suhde ruokaan ja liikuntaan vievät runsaasti äidin aikaa ja häiritsevät perheen yhteisiä aktiviteetteja.

Vanhemmuuden huoliin kuuluu myös se, että syömishäiriötaustaiset äidit ovat usein huolissaan lastensa painosta (Russell, Treasure, & Eisler, 1998). Tutkimustulokset antavat ristiriitaisen kuvan murheista; toisaalta he ovat todennäköisemmin huolissaan siitä, että heidän lapsensa painaa liikaa (Agras ym., 1999) ja toisaalta he saattavat pelätä, että lapselle kehittyy syömishäiriö (Franzen & Gerlinghoff, 1997). Äidin syömishäiriö voikin tutkimusten mukaan lisätä myös lapsen riskiä sairastua syömishäiriöön (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005; Park, Senior, & Stein 2003). Erään tutkimuksen mukaan syömishäiriöisten äitien lapsilla oli 12-kertainen todennäköisyys sairastua anoreksiaan tai bulimiaan verrattuna terveiden äitien lapsiin (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000). Riskeistä huolimatta on tärkeä muistaa, että osa lapsista välttyy kokonaan äidin syömishäiriöön liittyviltä haitallisilta vaikutuksilta (Park ym., 2003).

Lisäksi äidin syömishäiriötausta voi tutkimusten mukaan olla yhteydessä myös kontrolloimistaipumukseen, leikkitalanteiden laatuun ja lapsen painosta huomautteluun. Syömishäiriötä sairastavat äidit olivat tutkimuksessa sanallisesti kontrolloivampia, tunkeilevampia ja auttoivat lapsiaan vähemmän sekä leikki- että ruokailutilanteissa (Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn, 1994). Näissä tilanteissa kyseisten lasten

tunnevire oli muita matalampi, ja he olivat vähemmän iloisia. Myös Steinin ym. (2001) tutkimuksessa syömishäiriötaustaiset äidit käyttivät vahvempaa sanallista kontrollia yksivuotiasta lastaan kohtaan erityisesti leikin aikana.

1.4 Lapsen varhaiseen ruokailuun liittyvät käytännöt ja äidin syömishäiriö

1.4.1 Lapsen varhainen ruokailu ja imetys

Ruokailu on psykologinen ja sosiaalinen tilanne, johon liittyy ihmisillä monenlaisia tunteita, ajatuksia ja toimintoja. Ravinnon tarjoaminen lapselle on yksi vanhemman tärkeimmistä tehtävistä (Patel ym., 2002). Ruokailutilanteet ovat myös tärkeitä kommunikaatiotilanteita vanhemman ja lapsen välillä. Pienen lapsen ruokailutilanteessa keskeistä on lapsen nälän, kylläisyyden ja tyytyväisyyden havainnointi ja tunnistaminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016). Suomalaisten suositusten mukaan lasta tulisi täysimettää kuuden kuukauden ikään asti ja osittaisimettää vähintään vuoden ikään asti (Uusitalo ym., 2012). Tämä ei kuitenkaan toteudu suomalaisessa väestössä, sillä Uusitalon ym. (2012) mukaan puolen vuoden ikää lähestyvistä vauvoista vain 9 % täysimetettiin ja 66 % oli osittaisimetyksessä. Alun alkaenkin kuukauden ikäisistä vauvoista vain 47 % oli täysimetyksessä. Vuoden iässä noin kolmannes lapsista sai vielä äidinmaitoa. Suomalaisäidit imettävät keskimäärin noin seitsemän kuukautta, josta täysimetystä on vain 1.4 kuukautta (Erkkola ym., 2009). Uusitalon ym. (2012) mukaan äidinmaidonkorvikkeen käyttö yleistyy tasaisesti kahdeksan kuukauden ikään saakka. Kolmen ensimmäisen kuukauden aikana harva lapsi saa kiinteää ruokaa, mutta sen jälkeen niiden tarjoaminen lisääntyy nopeasti. Suositusten mukaan kiinteiden ruokien tarjoaminen tulisi aloittaa puolen vuoden iässä (Hasunen ym., 2004). Kiinteiden ruokien aloittamisen edellytyksenä on riittävä lapsen neuromotorinen kehitys, kuten lapsen riittävä kehonhallinta, sekä suun ja käsien koordinaatio (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016).

Suositus kuuden kuukauden täysimetyksestä perustuu tutkittuihin havaintoihin imetyksen hyödyistä. Ensinnäkin imettäminen vähentää lapsilla ruuansulatuskanavan sairauksiin ja allergioihin liittyvää kuolleisuutta ilman minkäänlaisia haittavaikutuksia (Kramer & Kakuma, 2004). Tutkimusten mukaan imetyksestä on hyötyä sekä äidin että lapsen kannalta. Imetyksen hyödyt ulottuvat äidin ja lapsen terveyteen, vastustuskykyyn, psykologiaan sekä jopa taloudelliseen hyötyyn (Lawrence, 2000). Psykologisesta näkökulmasta imettäminen edistää äidin ja lapsen luonnollista kiinteää

yhteyttä ja luo perustaa näiden välisen kiintymyssuhteen kehittymiselle, ja lisäksi imettäminen edistää hermoston kehitystä etenkin keskosilla (Hasunen ym., 2004). Kuitenkin Else-Quest, Hyde ja Clark (2003) havaitsivat pitkittäistutkimuksessaan, että myöskään pulloruokinta ei ollut äidin ja lapsen suhteen kannalta haitallista. Tästä huolimatta näytti siltä, että imettävillä äiti-lapsi pareilla suhde oli laadullisesti ei-imettäviä parempi 12 kuukauden iässä.

Lapsen varhainen ruokailu on psykologisesti herkkä tilanne ja usein myös siihen liittyviä vaikeuksia selittävät enemmän psyykkiset ja vuorovaikutukseen liittyvät kuin somaattiset tekijät (Mäntymaa, Luoma, & Puura, 2013). Näiden vaikeuksien välttämiseksi vanhemman tulee sekä kuunnella lasta että samalla asettaa rajoja ja rutiineja (Winstanley & Gattis, 2013). Strukturointi ja lapsen virittäytyminen ovatkin vanhemman tärkeimpiä tehtäviä ja edesauttavat ruokailutilanteen onnistumista, sillä pieni lapsi ei täysin itse osaa säädellä syömistään. Strukturoimalla vanhempi ohjaa lapsen toimintaa ja lisää säännöllisyyttä ja ennakoitavuutta lapsen ruokailutilanteisiin. Virittäytymällä lapsen vanhempi luottaa lapsen antamiin vihjeisiin ja ylläpitää kahdenvälistä läheistä suhdetta.

1.4.2 Äidin syömishäiriön yhteys lapsen ruokailukäytäntöihin

Äidin syömishäiriön ja imetyksen yhteyksistä on tähän päivään mennessä tehty vain niukasti tutkimusta. Viimeaikaiset tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että syömishäiriöllä voi olla vaikutusta siihen, miten äiti kokee imettämisen (esim. Hoffman, Zerwas, & Bulik, 2012; Stapleton, Fielder, & Kirkham, 2008). Imetyksessä, kuten missä tahansa vuorovaikutustilanteessa lapsen kanssa, tulee eri ikävaiheissa haasteita, jotka saattavat olla erityisen hankalia syömishäiriötaustaiselle äidille. Katsausartikkelin mukaan tutkimuksissa on havaittu, että imettäminen voi herättää syömishäiriötä sairastavissa äideissä ahdistusta (Hoffman ym., 2012). Lisäksi tutkimuksissa on löydetty viitteitä siitä, että syömishäiriötausta on yhteydessä perinataaliseen masennukseen ja myöhempään imetysvaikeuksiin. Esimerkiksi laihuushäiriötä sairastavilla naisilla on suurempi riski syntymänjälkeiseen masennukseen (Meltzer-Brody, Leserman, Von Holle, Regis, & Bulik, 2011), mikä taas voi lisätä lapsen syöttämisen vaikeuksia (Micali ym., 2011).

Tutkimuksissa äidin syömishäiriötaustan on havaittu olevan yhteydessä ongelmiin lapsen imetyksessä ja syöttämisessä (Micali ym., 2011) ja vaikuttavan imetyksen

keston (esim. Hoffman ym., 2012). Tutkimusten mukaan syömishäiriötä sairastavat äidit imettävät keskimäärin lyhyemmän aikaa (Hoffman ym., 2012; Torgersen ym., 2010) ja myös epäsäännöllisemmin kuin terveet äidit (Agras ym., 1999). Toisaalta Micalin, Simonoffin ja Treasuren (2009) tutkimuksessa syömishäiriötä sairastavat äidit imettivät muita enemmän. Tämä saattaa liittyä siihen, että syömishäiriötä sairastavat äidit soveltavat keskenään erilaisia strategioita tehdessään lapsen syöttämiseen liittyviä päätöksiä. Toiset haluavat palata nopeasti entisiin syömistottumuksiin, jolloin imetys ei onnistu, ja siksi päättävät antaa lapselle maitovalmisteita (Hoffman ym., 2012). Toiset taas haluavat imettää, koska tutkimusten mukaan imettäminen on luonnollinen keino edistää raskauspainon pudotusta (Stapleton ym., 2008). Tämän lisäksi lyhyeen imetyksen keston voi olla yhteydessä äidin tyytymättömyys omaan kehoon (Brown, Rance, & Warren, 2015; Foster, Slade, & Wilson, 1996). Syömishäiriötaustaisella äidillä negatiivinen kehonkuva saattaa säilyä vielä vuosia sairaudesta paranemisen jälkeenkin (Keski-Rahkonen ym., 2007). Lyhyen imetyksen keston voi olla yhteydessä myös äidin oman syömisen rajoittaminen (Brown, 2014; Vaarno, 2016), ja äidit myös saattoivat aloittaa kiinteiden ruokien tarjoamisen muita aiemmin (Vaarno, 2016).

Syömishäiriötaustaisten äitien hankala suhde ruokaan voi heijastua imetyksen lisäksi myös muihin lapsen ruokailutilanteisiin kiinteiden ruokien tultua mukaan ruokavalioon (Micali ym., 2011). Syömishäiriötaustaiset äidit kokevat muita useammin vaikeuksia säädellä lapselle tarjotun ruoan määrää ja pelkäävät joko antavansa heille liikaa tai liian vähän ruokaa (Mazzeo ym., 2005). Russellin ym. (1998) mukaan syömishäiriöäitien lapsilla todellakin on riski tulla aliravituiksi. Tutkijat huomasivat, että laihuushäiriötä sairastavat äidit käyttivät useita keinoja rajoittaakseen lapsensa syömistä. He esimerkiksi laimensivat tuttipullojen sisältöä, vähensivät kotona olevan ruuan määrää ja rajoittivat ruuan tarjoamisen ainoastaan ruoka-aikoihin. Woodside ja Shekter-Wolfsonin (1990) tutkimuksessa osa syömishäiriötaustaisista äideistä ei tehnyt ruokaa lapsilleen, koska he halusivat välttää ruoan käsittelyä. Eräässä tutkimuksessa syömishäiriötä sairastavat äidit myös käyttivät huomattavasti terveitä äitejä enemmän ruokaa ei-ravitsemuksellisiin tarkoituksiin, kuten ilmaistakseen kiintymystään, sekä lapsensa palkitsemiseen tai rankaisuun (Agras ym., 1999)

Syömishäiriötaustaisille äideille ruokailut voivat olla latautuneita tilanteita. Syömishäiriöäidit noudattivat muita useammin tiukkoja ruoka-aikoja ja kokivat

hankalana, jos lapsi ilmaisi olevansa nälkäinen näiden aikojen ulkopuolella (Evans & le Grange, 1995). Steinin ym. (1994) tutkimuksessa syömishäiriötä sairastavat äidit antoivat ruokailutilanteissa muita enemmän negatiivista palautetta yksivuotiaalle lapselleen, ja he olivat myös kontrolliryhmää tunkeilevampia. Tämä saattaa johtua siitä, että näillä äideillä oli usein epärealistisia odotuksia siitä, mikä on sopivaa syömiskäyttäytymistä (Agras ym., 1999). He esimerkiksi raportoivat lasten "hidastelevan" syömisen aikana. Äidit voivat myös uskoa lapsensa syövän liikaa, vaikka todellisuudessa tämä olisi aliravittu (Russell ym., 1998). Toisaalta on näyttöä siitä, että osa äideistä voi tiedostaa oman syömishäiriön vaikutukset lapsen ruokailuun ja tästä syystä pyrkiä tarkoituksella juurruttamaan lapseensa terveelliset ruokailutottumukset (Evans ja le Grange, 1995).

Varhaislapsuuden ruokailutilanteiden onnistumisella saattaa olla tärkeä merkitys lapsen tulevan elämän kannalta. Näyttää siltä, että äidin poikkeava suhde ruokaan ja lapsen syöttämiseen voi olla yhteydessä lapsen oman syömisen säätelyn heikentymiseen (Mazzeo ym., 2005). Tutkimus viittaa siihen, että äidin harjoittama kontrolli ja syömisen rajoittaminen saattavat yhdessä syrjäyttää lapsen luonnollisen kyvyn säädellä omaa syömistään. Lapsuudessa alkaneet syömisvaikeudet voivat jatkua jopa kouluikään saakka (Motion, 2001). Pahimmassa tapauksessa varhaislapsuuden syömisvaikeudet voivat olla yhteydessä jopa syömishäiriön kehittymiseen tulevaisuudessa (Birch & Deysner, 1986; Johnson & Birch, 1994; Park ym., 2004)

Yhteenvedon voidaan todeta, että kirjallisuuden perusteella syömishäiriötausta voi olla yhteydessä imetys- ja ruokailutilanteiden ongelmiin (Micali ym., 2011) sekä lisääntyneisiin vanhemmuuteen liittyviin huoliin (Koubaa ym., 2008). Lisäksi syömishäiriötaustan on havaittu vaikuttavat imetyksen keston ja muihin lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin (esim. Hoffman ym., 2012). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuoda lisää tietoa äidin raskausaikana raportoiman syömishäiriötaustan vaikutuksista lapsen ruokailuun liittyviin tekijöihin ja vanhemmuuden stressiin. Tutkimus on tärkeä, sillä aiheesta on aiemmin tehty niukasti tutkimusta. Ilmiöiden välisten yhteyksien tunteminen on olennaista, jotta voitaisiin tulevaisuudessa ymmärtää paremmin ruokailun ja stressin merkitystä sekä syömishäiriötaustaisen äidin että lapsen kannalta. Tutkimus on osa laajaa FinnBrain-syntymäkohorttitutkimusta.

2. TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset ovat:

1. Onko äidin syömishäiriötausta yhteydessä lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin lapsen ollessa kuuden kuukauden ikäinen?

Aiempien tutkimusten perusteella vaikuttaa siltä, että syömishäiriötaustaisten äitien lapsen ruokailuun liittyvät asenteet eroavat muista äideistä.

2. Onko äidin syömishäiriötausta yhteydessä lapsen varhaisen ravinnon saamisen muotoihin, kuten maidonkorvikkeen ja kiinteiden ruokien saamiseen, maidonsaannin tapaan sekä täysimetyksen keston?

Aiempien tutkimusten perusteella syömishäiriötaustaisten äitien imetyksestä ja lasten maidonsaannin tavasta on ristiriitaisia havaintoja. Toisaalta syömishäiriötaustan on havaittu olevan yhteydessä lyhyempään imetyksen keston ja runsaampaan maidonkorvikkeen käyttöön, toisaalta joissain tutkimuksissa syömishäiriötausta on yhdistetty pidempään imetyksen keston.

3. Onko äidin syömishäiriötausta yhteydessä äidin kokemaan vanhemmuuden stressin määrään lapsen ollessa kolmen kuukauden ikäinen?

Aiempien tutkimusten perusteella näyttää siltä, että syömishäiriön kokeneilla äideillä on muita enemmän äitiyteen liittyviä huolia ja vaikeuksia äitiyteen sopeutumisessa sekä lapsen hoitamisessa. He saattavat kokea vanhemmuuden ja siihen liittyvät velvollisuudet kuormittavina.

3. MENETELMÄT

3.1 Aineisto

Tutkimuksen aineisto on osa parhaillaan käynnissä olevaa FinnBrain-syntymäkohorttitutkimusta. FinnBrain-tutkimus on vuonna 2010 Turun yliopistossa aloitettu pitkittäistutkimus, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa raskauden- ja lapsuudenaikaisten elämäntapahtumien sekä ympäristötekijöiden vaikutuksesta lapsen kehitykseen. Tutkimusprojektiin on rekrytoitu 4010 suomen- ja ruotsinkielistä perhettä

Ahvenanmaalta, Turusta ja Turun lähikunnista. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli varmistunut raskaus ja riittävä suomen tai ruotsin kielen taito. FinnBrain-syntymäkohorttitutkimukseen kuuluu osatutkimus, jossa ollaan kiinnostuneita äidin syömishäiriötaustan merkityksestä. Tämä pro gradu -tutkimus on osa tätä syömishäiriötutkimusta. Syömishäiriötaustaisten äitien tutkimusryhmään otettiin mukaan ne äidit (n=102), jotka raportoivat raskausviikolla 14 sairastaneensa jossain vaiheessa elämäänsä syömishäiriötä ja jotka olivat palauttaneet lapsen syntymän jälkeisen kolmen kuukauden seurantalomakkeen. Verrokkiryhmään valittiin 204 naista, jotka raportoivat raskausviikolla 14, että he eivät olleet koskaan sairastaneet syömishäiriötä, ja jotka olivat palauttaneet kuuden kuukauden kyselylomakkeen. Jokaista syömishäiriötaustaista naista kohtaan valittiin kaksi verrokkia. Ryhmät vertaistettiin äidin koulutuksen ja iän suhteen. Kolmen kuukauden lomakkeen palautti 102 syömishäiriötaustaista äitiä, ja 186 verrokkiäitiä. Kuuden kuukauden lomakkeeseen vastasi 90 syömishäiriötaustaista äitiä ja 204 verrokkia. Kyselylomake kuitenkin muuttui aineiston keruun aikana siten, että Baby Care Questionnaire -kysely (BCQ) ja imetykseen ja ruokailuun liittyvät kysymykset (poislukien täysimetyksen kesto) tulivat mukaan lomakkeeseen tutkimuksen ollessa jo käynnissä. Tästä muutoksesta johtuen BCQ-aineisto ja imetykseen ja ruokailuun liittyvät vastaukset saatiin kerättyä vain 60 syömishäiriötaustaiselta äidiltä. Kaikki verrokkiäidit olivat saaneet lomakkeen version, johon edellä mainitut osiot sisältyivät.

3.2 Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen rekrytoiminen suoritettiin äitiysneuvolassa raskausviikolla 12 joulukuun 2011 ja huhtikuun 2015 välillä. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Yliopiston eettisten toimikuntien toimesta. Odottavat äidit pyydettiin mukaan tutkimukseen ensimmäisellä ilmaisella ultraäänitutkimuksella. Jokaiselta osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus. Tutkimuksen seuranta toteutettiin FinnBrain-tutkimuksen määrittäminä ajankohtina kyselyillä raskausviikolla 14, sekä syntymän jälkeen vauvan ollessa kolmen ja kuuden kuukauden ikäinen. Osallistujat saivat kyselyt postissa tai täyttivät ne internetissä. Raskausviikolla 14 äidit täyttivät kyselyn, jossa kysyttiin kroonisia sairauksia ja häiriöitä. Syömishäiriön sairastamista selvitettiin kysymyksellä: ”Oletko sairastanut syömishäiriötä jossain vaiheessa elämäsi aikana?” Syömishäiriötausta määritettiin sen perustella, vastasiko äiti

tähän kysymykseen kyllä vai ei. Syntymän jälkeen lapsen ollessa kolmen kuukauden ikäinen äidit täyttivät laajan kyselylomakepaketin, joka sisälsi esimerkiksi vanhemmuuden stressiä (Swedish Parenthood Stress Questionnaire, SPSQ) mittaavan kyselyn sekä lapsen vointiin ja kehitykseen liittyviä kysymyksiä ja kysymyksen, aiheuttaako lapsen ruokailu vanhemmalle huolta. Lapsen ollessa kuuden kuukauden ikäinen äidit täyttivät toisen laajan kyselylomakkeen, jolla selvitettiin esimerkiksi lapsen ruokailuun liittyviä asenteita (BCQ) sekä lapsen imetykseen ja ruokailuun liittyviä käytäntöjä ja täysimetyksen kestoa.

3.3 Mittarit

3.3.1 Taustatiedot

Taustatiedot kerättiin äideiltä 14. raskausviikolla, jolloin osallistujilta kysyttiin ikää, koulutusta, siviilisäätystä, tulotasoa ja sitä, monesko lapsi oli kyseessä. Tässä tutkimuksessa koulutus jaettiin alkuperäisestä yhdeksästä luokasta neljään luokkaan: 1) peruskoulu, 2) toisen asteen koulutus (lukio tai ammattikoulu), 3) alempi korkeakoulututkinto ja 4) ylempi korkeakoulututkinto tai ylempi (lisensiaatti/tohtori). Siviilisäätystä jaettiin kolmeen luokkaan: avio- tai avoliitto, parisuhteessa ja ei parisuhdetta. Kuukausittainen äidin tulotaso jaettiin alkuperäisestä yhdeksästä luokasta neljään luokkaan: alle 1000e/kk, 1001-2000e/kk, 2001-3000e/kk ja yli 3000e/kk.

3.3.2 Lapsen imetykseen ja ruokailuun liittyvät kysymykset

Kolmen kuukauden kyselylomakkeesta tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kohdasta ”Lapsen vointi ja kehitys” kysymys ”Oletko kokenut vaikeuksia tai huolta lapsen syömisestä/syöttämisestä?”, johon vastausvaihtoehdot olivat 1) ei yhtään, 2) jonkin verran ja 3) huomattavasti. Kuuden kuukauden kyselylomakkeesta taas hyödynnettiin osion ”Lapsen terveys” kysymykset: ”Imetätkö lastasi?” (asteikko 1-4, esim. 1=en imettänyt lainkaan, 4=kyllä, täysimetän yhä), ”Onko lapsi saanut äidinmaidonkorviketta?” (asteikko 1-3, esim. 1=ei koskaan, 3=kyllä, säännöllisesti), ”Lapseni saa maitonsa (rintamaidon tai korvikkeen)” (asteikko 1-3, esim. 1=pääosin imettämällä; 3=ainoastaan pullosta), ”Syötän lapseni” (asteikko 1-6, esim. 1=heti kun ilmaisee hamuamalla ym., 6=säännölliset ruokailuajat), ”Onko lapsi saanut kiinteitä ruokia?” (kyllä, ei) ja ”Onko lapsi saanut kaupasta valmiina ostettuja soseruokia?” (asteikko 1-3, esim. 1=ei koskaan; 3=kyllä, säännöllisesti). Kysymysten

vastausvaihtoehdot on esitetty kokonaisuudessaan tulososion taulukossa 4. Täysimetyksen kesto kysyttiin vastaajilta suoraan, ja vastaajat raportoivat täysimetyksen keston kuukausina. Jos äiti ei ollut vastannut tähän kysymykseen, täysimetyksen katsottiin päättyneen silloin, kun vauva alkoi saada korviketta säännöllisesti tai kun vauva aloitti kiinteät ruuat. Niille äideille, jotka vastasivat täysimettävänsä edelleen kyselyn vastaushetkellä, määritettiin täysimetyksen kestoksi kuusi kuukautta. Tämä sen vuoksi, että äiti saattoi lopettaa täysimetyksen koska tahansa kyselyn täyttämisen jälkeen.

3.3.3 Baby Care Questionnaire

Lapsen ruokailuun liittyviä asenteita selvitettiin kuuden kuukauden kyselylomakkeen osiossa ”Vauvan rutiinit”, joka on muodostettu Winstanleyn ja Gattisin (2013) kehittämästä BCQ-mittarista, josta tähän lomakkeeseen on valittu syöttäminen-alaosio kokonaisuudessaan. Kyselyyn kuuluu kymmenen väittämää, jotka koskevat lapsen ruokailuun liittyviä asenteita. BCQ on Winstanleyn ja Gattisin (2013) kehittämä itsearviointiin perustuva mittari, joka selvittää vanhemmuuden periaatteita ja käytäntöjä varhaislapsuudessa erilaisissa hoivaavissa tilanteissa. Mittari selvittää vanhemman käsityksiä strukturoinnista ja virittäytymisestä lapseen kolmessa hoivatilanteessa (nukkuminen, syöttäminen ja rauhoittelu) erilaisten väittämien avulla. Strukturointi ja virittäytyminen lapseen ovat mittarin kehittäjien mukaan tärkeimpiä vanhemmuuden tehtäviä lapsuudessa. Strukturoinnilla tarkoitetaan sitä, että vanhempi tukee säännöllisyyttä ja rutiinien noudattamista lapsen päivittäisessä elämässä. Lapsen hoivatilanteissa strukturointi tarkoittaa vanhemman konkreettista ohjausta ja valvontaa, sillä pienet lapset eivät pysty täysin itse säätelemään esimerkiksi nukkumistaan ja hereillä oloaan. Strukturoinnilla vanhempi auttaa lasta ulkoisella ohjauksellaan lisäämään säännöllisyyttä ja ennakoitavuutta erilaisiin hoivatilanteisiin. Lapsen virittäytymisellä taas tarkoitetaan vanhemman luottamista ja huomion antamista lapsen antamille vihjeille, sekä läheisen fyysisen suhteen ylläpitämistä. Huolenpitotilanteessa lapsen virittäytyminen kuvaa sitä, miten vanhempi arvottaa lapsen antamia vihjeitä ja luottaa niihin esimerkiksi, kun lapsi ilmaisee nälkää, kylläisyyttä tai väsymystä (Hughes ym., 2012). Winstanley & Gattisin (2013) aiemmassa tutkimuksessa BCQ:n reliabiliteetti oli hyvä ($\alpha=.70$). Tässä tutkimuksessa koko mittarin reliabiliteetti oli

kohtalainen ($\alpha=.59$), alaosion strukturointi hyvä ($\alpha=.77$) ja alaosion lapsen virittäytyminen heikko ($\alpha=.37$).

Alkuperäisen kyselyn kolmea hoivatilannetta kuvaavissa osioissa vanhempi kohtaa päivittäisiä valintatilanteita, kuten miten ja milloin lasta syötetään. Jokaiseen kolmeen osioon kuuluu kymmenen väittämää, joihin vastataan 7-portaisella Likert-asteikolla, jossa 1=täysin eri mieltä ja 7=täysin samaa mieltä. Korkeat pisteet tarkoittavat vahvempaa vanhemmuuden periaatteen tukemista, matalat pisteet taas heikompaa. Kaikkiin osioihin kuuluu sekä strukturointia että virittäytymistä mittaavia väittämiä. Syöttäminen-osiossa väittämät jakautuivat Winstanleyn ja Gattisin (2013) tutkimuksessa näille kahdelle faktorille (structure, attunement) niin, että väittämät 1-6 kuvaavat hoivaajan strukturointia ja väittämät 7-10 virittäytymistä lapsen ruokailutilanteissa. Mittarin väittämiä ovat esimerkiksi strukturointia kuvaava ”Ruokinta-aikataulut rauhoittavat ja tyyntyttävät vauvaa” sekä lapsen virittäytymistä kuvaava ”Vanhempien tulisi löytää omalle vauvalle sopiva ruokintarytmi”. Kahden faktorin pohjalta tätä tutkimusta varten muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujat muodostettiin muuttamalla käänteisten väittämien 2, 3, 4, 6, 8 ja 10 arvot niin, että Likert-asteikon arvo 1 sai arvon 7, arvo 2 sai arvon 6 ja niin edelleen. Tämän jälkeen SPSS-tilasto-ohjelmalla muodostettiin strukturointia kuvaava summamuuttuja väittämistä 1-6 sekä toinen lapsen virittäytymistä kuvaava summamuuttuja väittämistä 7-10.

3.3.4 Swedish Parenthood Stress Questionnaire

Vanhemmuuteen liittyvää stressiä selvitettiin SPSQ-mittarilla kolmen kuukauden kyselylomakkeen osiossa ”Kokemuksia vanhemmuudesta”. SPSQ on Östbergin, Hagekullin ja Wettergrenin (1997) kehittämä mittari, joka perustuu osittain Abidinin (1990) Parenting Stress Indexin vanhemman stressi -alaosioon. Parenting Stress Index on alun perin Abidinin (1983) kehittämä 120 väittämää sisältävä mittari, joka selvittää vanhemman kokeman stressin määrää ja stressin aiheuttajia sekä kartoittaa ongelmallisia tekijöitä vanhemman ja lapsen käyttäytymisessä. Mittarin avulla on tarkoitus pystyä tunnistamaan tukea tarvitsevat perheet.

SPSQ sisältää 34 väittämää, jotka on jaettu viiteen alaosioon: taitamattomuus (incompetence), rooliin liittyvät rajoitukset (role restriction), sosiaalinen eristäytyminen

(social isolation), parisuhteen vaikeudet (spouse relationship problems) ja terveysongelmat (health problems), kuten vanhemman sairastavuus, väsymys ja subjektiivinen fyysinen hyvinvointi (Östberg ym., 1997). Väittämiä ovat esimerkiksi ”Vanhempana oleminen on vaikeampaa kuin luulin” ja ”Tunnen itseni kelvolliseksi ja hyväksi vanhemmaksi”. Jokaiseen väittämään vastataan 5-portaisella Likert-asteikolla, jossa arvo 5 tarkoittaa ongelmia tai vaikeuksia kyseisellä vanhemmuuden alueella. Kaikissa paitsi kahdessa väittämässä vastausvaihtoehto 1=ei pidä paikkansa ja 5=pitää erittäin hyvin paikkansa. Väittämässä 33 ”Mielestäni” vastausvaihtoehdot ovat 1=olen erittäin hyvä vanhempi ja 5=en ole erityisen hyvä vanhempi, ja väittämässä 34 ”Saatuani lapsia” vastausvaihtoehdot ovat 1=olen ollut sairaana huomattavasti useammin kuin aikaisemmin ja 5=olen ollut huomattavasti terveempi kuin aikaisemmin. Mittarista lasketaan summapistemäärät jokaiselle osiolla sekä koko SPSQ:lle. Östbergin ja Hagekullin (2000) tutkimuksessa kyselyn kokonaispistemäärän reliabiliteetti oli hyvä ($\alpha=.89$), kuten myös ajallinen pysyvyys ($r=.89$). SPSQ on standardoitu ja validoitu Ruotsissa, missä kulttuuri ja sosiaalinen rakenne muistuttavat läheisesti Suomea. Tässä tutkimuksessa koko mittarin reliabiliteetti oli hyvä ($\alpha=.71$).

3.4 Tilastolliset analyysit

Tilastolliset analyysit suoritettiin IBM SPSS Statistics 23 -ohjelmalla. Aineiston kuvailu suoritettiin alkuun tutkimalla keskiarvoja, frekvenssejä ja prosentteja. Tämän jälkeen taustamuuttujien yhteyksiä vanhemmuuden stressiin, lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin ja täysimetyksen kestoon tutkittiin erikseen syömishäiriötaustaisilla äideillä ja verrokkiäideillä Spearmanin korrelaatioilla, riippumattomien otosten t-testillä ja Mann-Whitneyn U-testillä.

Lapsen ruokailuun liittyvät asenteet -osiosta (BCQ) muodostettiin kaksi summamuuttujaa: strukturointi (structure) ja lapsen virittäytyminen (attunement). Muuttujien keskiarvot syömishäiriön kokeneilla ja verrokkiäideillä on esitetty taulukossa 2. Kummankaan muuttujan jakaumat koe- ja kontrolliryhmässä eivät Kolmogorov-Smirnovin testin mukaan olleet normaaleja, $p<.05$. Syömishäiriöryhmän vastausten jakaumia tarkastellessa todettiin myös niissä olevan merkittävää huipukkuutta ja vinoutta. Tästä syystä ryhmien vertailu epäparametrisella Mann-Whitneyn U-testillä strukturoinnissa ja lapsen virittäytymisessä todettiin sopivaksi. Yksittäisten kysymysten tarkastelussa käytettiin niin ikään Mann-Whitneyn U-testiä.

Täysimetyksen kestossa ryhmien välistä eroa tutkittiin niin ikään Mann-Whitneyn U-testillä. Muiden ruokailuun liittyvien käytäntöjen analysointi suoritettiin khiin neliö -testillä.

Vanhemmuuden stressi -osion (SPSQ) viidestä alaosiosta laskettiin summapistemäärät sekä kokonaispistemäärä koko mittarille. Normaalijakaumaoletuksen voimassaoloa tutkittiin sekä syömishäiriö- että kontrolliryhmissä Kolmogorov-Smirnovin -testillä, jonka mukaan aineisto ei ollut normaalisti jakautunut. Kuitenkin tarkasteltaessa jakaumien huipukkuutta ja vinoutta huomattiin, että niiden itseisarvot olivat noin yksi tai sitä pienempiä, joten aineistoa käsiteltiin normaalisti jakautuneena. Myös silmämääräinen tarkastelu tuki tätä havaintoa. Tämän perusteella ryhmien välisiä eroja tutkittiin riippumattomien otosten t-testillä. Lopuksi vanhemmuuden stressin ja ruokailuun liittyvien asenteiden yhteyttä selvitettiin Spearmanin korrelaatioilla.

4. TULOKSET

4.1 Aineiston kuvaus

Aineiston kuvailevat tunnusluvut on esitetty taulukossa 1. Syömishäiriötaustaisten äitien ja verrokkiäitien ryhmät eivät eronneet minkään taustamuuttujan suhteen toisistaan. Syömishäiriötaustaisten äitien ja verrokkiäitien iän keskiarvot eivät eronneet toisistaan $t(304)=.14$, $p=.89$. Muiden taustamuuttujien khiin neliö -arvot ja p-arvot on esitetty taulukossa 1. Tutkimuksen osallistujat olivat keskimäärin 29-vuotiaita ja valtaosa heistä oli avio- tai avoliitossa. Hieman yli puolet osallistujista oli ensisynnyttäjiä. Selvästi yli puolet osallistujista oli suorittanut vähintään alemman korkeakoulututkinnon. Yleisin tuloluokka äideillä oli 1001-2000 euroa kuukaudessa.

Taulukko 1. *Kuvailevat tunnusluvut syömishäiriötaustaisten äitien (N=102) ja verrokkiäitien ryhmässä (N=204) sekä ryhmien jakaumien khiin neliö -arvot, vapausasteet ja merkitsevyystasot*

	Syömishäiriötaustaiset äidit N (%)	Verrokkiäidit N (%)	χ^2 (df)	p
Ikä keskiarvona (kh)	29.2 (4.7)	29.3 (4.6)		
Siviilisäät			2.90 (3)	.41
Avio-/avoliitossa	89 (91)	189 (94)		
Parisuhteessa	7 (7)	8 (4)		
Ei parisuhdetta	2 (2)	4 (2.0)		
Yhteensä*	98 (96)	201 (99)		
Synnyttäjäys			.67 (1)	.41
Ensisynnyttäjä	60 (59)	131 (64)		
Uudelleen synnyttäjä	41 (41)	73 (36)		
Yhteensä*	101 (99)	204 (100)		
Lapsen sukupuoli			.24 (1)	.63
Poika	57 (56)	108 (53)		
Tyttö	45 (44)	96 (47)		
Koulutus			.56 (3)	.91
Peruskoulu	2 (2)	2 (2)		
Toinen aste	28 (27)	58 (28)		
Alempi korkeakoulututkinto	31 (30)	60 (29)		
Ylempi korkeakoulututkinto tai ylempi	41 (40)	84 (41)		
Kuukausitulot			2.60 (3)	.46
<1000 e	16 (16)	44 (22)		
1001-2000 e	51 (50)	85 (42)		
2001-3000 e	29 (29)	62 (30)		
>3000 e	5 (5)	13 (6)		
Yhteensä*	101 (99)	204 (100)		

*) tieto puuttuu yhdeltä tai useammalta vastaajalta

Taustamuuttujien yhteyksiä vanhemmuuden stressiin, lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin ja täysimetyksen kestoon selvitettiin erikseen syömishäiriötaustaisilla äideillä ja verrokkiäideillä. Syömishäiriötaustaisilla äideillä taustamuuttujista ikä oli yhteydessä SPSQ:n alaosioon taitamattomuus $r=.20$, $p=.04$ siten, että mitä vanhempi äiti oli, sitä enemmän hänellä oli taitamattomuuteen liittyvää vanhemmuuden stressiä. Ensisynnyttäjäys oli yhteydessä SPSQ:n alaosioon terveysongelmat $t(99)=-2.48$, $p=.02$ siten, että ensisynnyttäjillä oli vähemmän terveysongelmiin liittyvää vanhemmuuden

stressiä (ka=2.34, kh=0.62) kuin uudelleen synnyttäjillä (ka=2.68, kh=0.75) syömishäiriötaustaisten äitien ryhmässä. Lisäksi syömishäiriötaustaisilla äideillä huomattiin, että korkea koulutus oli yhteydessä pidempään täysimetyksen kestoon $r=.29, p=.01$.

Verrokkiäitien ryhmässä oli enemmän yhteyksiä taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien välillä. Tämä johtui osittain siitä, että verrokkiryhmä oli kooltaan kaksinkertainen verrattuna syömishäiriötaustaisten ryhmään, jolloin tilastollinen voima oli suurempi ja merkitseviä yhteyksiä löytyi tästä syystä enemmän. Verrokkiäideillä äidin ikä oli yhteydessä SPSQ:n alaosiioon sosiaalinen eristäytyminen $r=-.18, p=.01$ siten, että mitä vanhempi äiti oli, sitä vähemmän hänellä oli sosiaaliseen eristämiseen liittyvää vanhemmuuden stressiä. Ensisynnyttäjäys oli yhteydessä SPSQ:n alaosiioihin rooliin liittyvät rajoitukset $t(183)=-3.40, p=.00$ ja terveysongelmat $t(183)=-2.17, p=.03$ sekä täysimetyksen kestoon $U=5621.00, p=.03$ ja BCQ:n alaosiioon strukturointi $U=3435.50, p=.00$. Ensisynnyttäjillä oli vähemmän rooliin liittyviin rajoituksiin liittyvää vanhemmuuden stressiä (ka=3.32, kh=0.70) kuin uudelleen synnyttäjillä (ka=3.68, kh=0.68), vähemmän terveysongelmiin liittyvää vanhemmuuden stressiä (ka=2.28, kh=0.58) kuin uudelleen synnyttäjillä (ka=2.48, kh=0.66), ensisynnyttäjät täysimettivät lyhyemmän aikaa (ka=3.75, kh=2.26) kuin uudelleen synnyttäjät (ka=4.49, kh=1.80) ja he pitivät lapsen ruokailun strukturointia tärkeämpänä (ka=4.61, kh=1.02) kuin uudelleen synnyttäjät (ka=4.07, kh=1.12). Lapsen sukupuoli oli yhteydessä SPSQ:n alaosiioon sosiaalinen eristäytyminen $t(183)=-1.98, p=.05$ siten, että poikalasten äideillä oli vähemmän sosiaaliseen eristämiseen liittyvää vanhemmuuden stressiä (ka=1.89, kh=0.59) kuin tyttölasten äideillä (ka=2.08, kh=0.72). Äidin korkeat kuukausitulot olivat yhteydessä vähäisempään sosiaalisen eristämiseen liittyvään vanhemmuuden stressiin $r=-.15, p=.05$. Verrokkiäideillä korkea koulutustaso oli yhteydessä vähäisempään sosiaaliseen eristämiseen liittyvään vanhemmuuden stressiin $r=-.17, p=.02$, pidempään täysimetyksen kestoon $r=.14, p=.04$ ja siihen, että he pitivät lapsen ruokailun strukturointia tärkeämpänä $r=-.14, p=.05$.

Kaiken kaikkiaan tarkastelussa huomattiin, että taustamuuttujat olivat yhteydessä lähinnä vanhemmuuden stressi -muuttujan alaosiioihin. Näitä yhteyksiä havaittiin erityisesti verrokkiäitien ryhmässä. Lisäksi sekä syömishäiriötaustaisilla äideillä että verrokkiäideillä koulutus oli positiivisessa yhteydessä täysimetyksen kestoon.

4.2 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin

Lapsen ruokailuun liittyvät asenteet -osion summamuuttujien keskiarvot syömishäiriötaustaisilla ja verrokkiäideillä on esitetty taulukossa 2. Syömishäiriötaustaiset äidit ja verrokkiäidit erosivat strukturoinnissa toisistaan $U=8261.00$, $p<.01$. Tämä tarkoittaa sitä, että syömishäiriötaustaiset äidit pitivät verrokkeja tärkeämpänä ruokailutilanteiden strukturointia, eli he kokivat ruokailuun liittyvät rutiinit hyvinä. Lapsen virittäytymisessä syömishäiriötaustaiset äidit eivät eronneet verrokkiäideistä $U=6010.50$, $p=.88$. Syömishäiriötaustaiset äidit kokivat lapsen virittäytymisen yhtä tärkeänä kuin äidit, joilla ei ole syömishäiriötaustaa.

Taulukko 2. *Lapsen ruokailuun liittyvät asenteet -osion (BCQ) summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat*

Summamuuttuja	Syömishäiriötaustaiset äidit N=59	Verrokkiäidit N=203
Strukturointi	5.09 (1.20)	4.42 (1.09)
Lapsen virittäytyminen	5.67 (0.86)	5.74 (0.74)

Tarkasteltaessa lapsen ruokailuun liittyvät asenteet -osion yksittäisiä väittämiä, syömishäiriön kokeneet äidit ja verrokkiäidit erosivat toisistaan väittämissä 1, 4 ja 6. Syömishäiriötaustaiset äidit olivat verrokkeja enemmän sitä mieltä, että ruokinta-aikataulut rauhoittavat ja tyynnyttävät vauvaa. Syömishäiriötaustaiset äidit kokivat verrokkiäitejä enemmän, että ruokintarutiinit eivät estä heitä nauttimasta täysillä vanhemmuudestaan. Lisäksi syömishäiriötaustaiset äidit olivat verrokkeja enemmän sitä mieltä, että vauvat noudattavat ruoka-aikoja. U-testiarvot ja p-arvot on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. *Lapsen ruokailuun liittyvät asenteet -osion (BCQ) yksittäisten väittämien keskiarvot (1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä) ja keskihajonnat eri ryhmillä, U-testiarvot ja merkitsevyystasot*

	SH	verrokit	U	p
	N=60	N=204		
	ka (kh)	ka (kh)		
1. Ruokinta-aikataulut rauhoittavat ja tyyntyttävät vauvaa	5.47 (1.38)	4.12 (1.35)	9231.50	<.01
2. Ruokintarutiineja on vaikea noudattaa	3.03 (1.71)	3.39 (1.64)	6858.00	.10
3. Ruokintarutiinien vaarana voi olla se, etteivät vauvat saa tarpeeksi syödäkseen	2.66 (1.75)	3.12 (1.85)	6898.50	.08
4. Ruokintarutiinit estävät vanhempia nauttimasta täysillä vanhemmuudestaan	1.90 (1.31)	2.53 (1.60)	7221.50	<.01
5. On tärkeää aloittaa ruokintarutiinit mahdollisimman aikaisessa vaiheessa	4.20 (1.68)	3.81 (1.66)	6886.50	.09
6. Vauvat eivät noudata ruoka-aikoja	3.46 (1.87)	4.38 (1.74)	7728.50	<.01
7. Vanhempien tulisi löytää omalle vauvalle sopiva ruokintarytmi	5.92 (1.10)	5.96 (1.20)	5649.50	.56
8. Lapsentahtinen ruokinta johtaa uni- ja käytöshäiriöihin	2.05 (1.27)	1.93 (1.12)	5861.00	.68
9. Maidon/ruoan tarjoaminen lapselle on hyvä keino testata, onko lapsi nälkäinen	4.83 (1.82)	4.91 (1.47)	6236.00	.77
10. Vauvat juovat/syövät aina kun heille tarjotaan ruokaa, vaikka he eivät olisi nälkäisiä	2.00 (1.34)	1.99 (1.27)	6153.00	.80

SH=syömishäiriötaustaiset äidit

verrokit=verrokkiäidit

4.3 Lapsen ruokailuun liittyvät käytännöt

Syömishäiriötaustaiset äidit täysimettivät keskimäärin 3.4 kuukautta, kun taas verrokkiäidit täysimettivät keskimäärin 4.0 kuukautta. Täysimetyksen kesto erosi syömishäiriötaustaisilla äideillä ja verrokeilla toisistaan, $U=7539.50$, $p=.01$, siten että syömishäiriötaustaiset äidit täysimettivät verrokkiäitejä lyhyemmän aikaa. Syömishäiriötaustaisista äideistä 8.9 % ja verrokkiäideistä 12.7 % täysimetti edelleen kyselyn täyttöhetkellä, joten osa koehenkilöistä saattoi siis imettää tätä pidempään. Lisäksi äideiltä kysyttiin kuuden kuukauden kyselylomakkeessa imetykseen ja ruokailuun liittyvistä käytännöistä. Kysymykset, khiin neliö -arvot ja p -arvot on esitetty taulukossa 4. Syömishäiriötaustaisten äitien vastausten jakaumat erosivat verrokkiäideistä äidinmaidonkorvikkeen antamisessa ja lapsen maidonsaannin tavassa. Syömishäiriötaustaisista äideistä useampi antoi lapselleen äidinmaidonkorviketta säännöllisesti verrattuna verrokkiäiteihin $\chi^2(2)=6.48$, $p=.04$. Syömishäiriötaustaisista äideistä useampi myös tarjosi lapselleen maidon pullosta verrattuna verrokkeihin, joista taas useampi tarjosi maidon pääosin imettämällä $\chi^2(2)=6.22$, $p=.05$. Muissa kysymyksissä eroja ryhmien välillä ei löydetty, mutta kysymyksessä ”Imetätkö lastasi?” löytyi trendi syömishäiriötaustaisten äitien vähäisemmästä imettämisestä, joka tukee merkitseviä tuloksia. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet lapset olivat saaneet kuuden kuukauden iässä kiinteitä ruokia, paitsi kaksi verrokkiäitien ryhmän lasta.

Kolmen kuukauden lomakkeessa kysymyksessä ”Oletko kokenut vaikeuksia lapsen syömisessä/syöttämisessä?” syömishäiriön kokeneiden äitien ja verrokkiäitien vastausten jakaumat eivät eronneet toisistaan $\chi^2(2)=1.97$, $p=.37$. Syömishäiriötaustaisista äideistä ”ei yhtään vaikeuksia” raportoi 44 %, ”jonkin verran vaikeuksia” raportoi 47 % ja ”huomattavasti vaikeuksia” 9 %. Verrokeista ”ei yhtään vaikeuksia” raportoi 53 %, ”jonkin verran vaikeuksia” 40 % ja ”huomattavasti vaikeuksia” 7 %. Molemmilla ryhmillä oli näin ollen saman verran vaikeuksia lapsen syöttämisessä.

Taulukko 4. *Lapsen ruokailuun liittyvät käytännöt kuuden kuukauden iässä: khiin neliö -arvot, vapausasteet, merkitsevyystasot ja vastausten prosenttiosuudet. Syömishäiriötaustaiset äidit (SH), verrokkiäidit (verrokit)*

	SH % N=60	Verrokit % N=204	χ^2 (df)	<i>p</i>
Imetätkö lastasi?			6.73 (3)	.08
0=en imettänyt lainkaan	2	0		
1=en enää	37	22		
2=kyllä, täysimetän yhä	10	13		
3=kyllä, osittaisimetän	52	65		
Onko lapsi saanut äidinmaidonkorviketta?			6.48 (2)	.04
1=ei koskaan	32	32		
2=kyllä, muutamia kertoja	18	33		
3=kyllä, säännöllisesti	50	34		
Lapseni saa maitonsa			6.22 (2)	.05
1=pääosin imettämällä	60	71		
2=sekä imettämällä että pullosta	3	7		
3=ainoastaan pullosta	37	22		
Syötän lapseni			7.74 (5)	.17
1=heti kun ilmaisee hamuamalla ym.	33	45		
2=kun ilmaisee itkulla	18	15		
3=kun vaimea itku muuttuu kovemmaksi	0	2		
4=itkiessä jos väh tunti edellisestä syötöstä	5	5		
5=itkiessä jos väh 2 h edellisestä syötöstä	2	6		
6=säännölliset ruokailuajat	42	27		
Onko lapsi saanut kaupasta ostettuja soseruokia?			1.92 (2)	.38
1=ei koskaan	12	16		
2=kyllä, muutamia kertoja	32	37		
3=kyllä, säännöllisesti	57	47		

SH=syömishäiriötaustaiset äidit
verrokit=verrokkiäidit

4.4 Äidin syömishäiriötaustan yhteys vanhemmuuden stressin määrään

Vanhemmuuden stressiä mittaavan SPSQ:n summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat, t-testiarvot ja merkitsevyystasot on esitetty taulukossa 5. Taulukosta nähdään, että syömishäiriötaustaiset äidit eivät eronneet verrokkiäideistä missään SPSQ:n alaosiossa. Ryhmät eivät eronneet toisistaan myöskään summapistemäärän eli kokonaisstressin määrän suhteen.

Taulukko 5. Vanhemmuuden stressi -kyselyn (SPSQ) summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat, t-testiarvot, vapausasteet ja merkitsevyystasot

Summamuuttuja	Syömishäiriötaustaiset äidit N=102 ka (kh)	Verrokkiäidit N=185 ka (kh)	t (df)	p
Taitamattomuus	2.01 (0.64)	1.89 (0.61)	-1.44 (285)	.15
Rooliin liittyvät rajoitukset	3.47 (0.73)	3.44 (0.71)	-.28 (285)	.78
Sosiaalinen eristäytyminen	2.10 (0.65)	1.98 (0.66)	-1.49 (285)	.14
Parisuhteen vaikeudet	2.25 (0.82)	2.12 (0.76)	-1.37 (281)	.17
Terveysongelmat	2.47 (0.69)	2.35 (0.62)	-1.58 (285)	.12
Kokonaispistemäärä	2.42 (0.53)	2.32 (0.49)	-1.60 (285)	.11

Lapsen ruokailuun liittyvien asenteiden ja vanhemmuuden stressin yhteyttä syömishäiriötaustaisilla äideillä tarkasteltaessa havaittiin, ettei yksikään vanhemmuuden stressiin liittyvä muuttuja korreloinut kummankaan lapsen ruokailuun liittyvien asenteiden alaosion kanssa.

5. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko äidin raskausaikana raportoitu aiempi syömishäiriötausta yhteydessä lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin sekä vanhemmuuden stressiin. Lisäksi haluttiin selvittää, onko äidin syömishäiriötausta yhteydessä lapsen ravinnon saamisen muotoihin, kuten täysimetyksen keston, korvikkeen käyttöön, pulloruokinnan määrään sekä vauvan ruokailuun liittyviin käytäntöihin. Tulosten perusteella äidin syömishäiriötausta oli yhteydessä ruokailutilanteiden strukturointiin lapsen ollessa kuusi kuukautta siten, että he kokivat sen verrokkiäitejä tärkeämpänä. Yksittäisiä väittämiä tarkasteltaessa havaittiin, että syömishäiriötaustaiset äidit olivat verrokkeja enemmän sitä mieltä, että ruokinta-aikataulut rauhoittavat ja tyynnyttävät vauvaa ja että vauvat noudattavat ruoka-aikoja. Syömishäiriötaustaiset äidit kokivat myös verrokkeja enemmän, että ruokintarutiinit eivät estä heitä nauttimasta täysillä vanhemmuudesta. Syömishäiriötaustan havaittiin

olevan yhteydessä myös täysimetyksen kestoon niin, että syömishäiriötaustaiset äidit täysimettivät lyhyemmän aikaa kuin verrokkiäidit. Lisäksi syömishäiriötaustaiset äidit erosivat verrokkiäideistä äidinmaidonkorvikkeen antamisessa ja lapsen syöttämisen tavassa siten, että syömishäiriötaustaiset äidit antoivat lapselleen verrokkeja säännöllisemmin korviketta ja useammin maidon pullosta. Syömishäiriötausta ei sen sijaan ollut yhteydessä vanhemmuuden stressiin, lapseen virittäytymiseen eikä muihin lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin kuten syöttämisen ajoittamiseen, soseruokien saamiseen ja syöttämisen vaikeuksiin.

5.1 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin

Havainto siitä, että syömishäiriötaustaiset äidit kokivat vauvan ruokailutilanteiden strukturoinnin verrokkiäitejä tärkeämpänä, on samansuuntainen aiempien tutkimustulosten kanssa (Evans & le Grange, 1995; Russell ym., 1998), joiden mukaan syömishäiriötaustaiset äidit pyrkivät säätelemään tarkasti lapsensa syömistä. Ruokailutilanteiden strukturoinnin voidaan ajatella olevan samaan aikaan sekä hyödyllistä että haitallista. Strukturoinnin merkitys riippuu esimerkiksi tilanteesta, tarkoitusperästä ja voimakkuudesta.

Aiemmissä tutkimuksissa lapsen syömisestä rajoittaminen tiettyihin aikoihin ja tilanteisiin on nähty usein kielteisenä asiana (esim. Stein ym., 1994). Syömishäiriön on todettu olevan yhteydessä kontrolloimistaipumukseen (Keski-Rahkonen ym., 2008), jolloin pyrkimyksellä kontrolloida syömistään sairastunut pystyy säätelemään omaa oloaan. Tiedetään, että syömishäiriön sairastaneella suhde ruokaan voi säilyä ongelmallisena pitkään toipumisen jälkeenkin (Keski-Rahkonen ym., 2007). Tämän tutkimuksen tuloksen perusteella näyttää siltä, että jonkinlainen kontrolloiminen ulottuu mahdollisesti äidin oman syömisestä rajoittamisen lisäksi myös lapsen ruokailun tarkkaan säätelyyn. Näin ollen lapsen syömiseen liittyvät rutiinit saattavat heijastaa äidin entistä syömishäiriökäyttäytymistä. Voidaan ajatella, että lapsen syöttämisen tarkka kontrolloiminen saattaa olla riski siinä tapauksessa, jos se liittyy enemmän äidin oman voimien säätelyyn kuin lapsen arjen ja rytmin tukemiseen. Esimerkiksi Steinin ym. (1994, 2001) tutkimuksissa syömishäiriötaustaisten äitien harjoittama kontrolli heijastui lapsen sanallisen kontrollin muodossa. Myös Evans ja le Grange (1995) havaitsivat, että syömishäiriötaustaiset imettävät äidit noudattivat joustamattomasti heille määritellyjä syöttämisaikoja. Tämä saattaa heidän mukaansa merkitä sitä, että äidit eivät

luota omaan kykyynsä tunnistaa ja tulkita spontaanisti lapsensa nälän ilmaisuja. Lisäksi tutkijat jatkavat, että syöttämisen tarkan aikataulutuksen mahdollistaessa äidin suuremman kontrollin lapsen toimintaa kohtaan, se voi näyttäytyä houkuttelevana laihuushäiriötaustaiselle äidille, sillä häiriöön liittyy tiukka omien fyysisten tarpeiden kontrollointi.

Tässä tutkimuksessa ruokailutilanteiden strukturointia ei tule pitää pelkästään negatiivisena piirteenä, sillä strukturoinnilla tarkoitetaan sitä, että vanhempi tukee säännöllisyyttä ja rutiinien noudattamista (Winstanley & Gattis, 2013). Strukturointi tietyssä määrin tuo ennakoitavuutta pienen lapsen arkeen, sillä he eivät itse pysty säätelemään syömistään. Voi myös olla, että lapsen ruokailuun liittyvät rutiinit suojaavat siltä, että äidin oma ongelmallinen suhde ruokaan siirtyisi lapselle. Lapsen syömisen säätely saattaakin olla merkki äidin pyrkimyksestä suojata lasta omalta syömishäiriötaustaltaan, jos äiti tiedostaa oman suhteensa ruokaan olevan ongelmallinen. Evansin ja le Grangen (1995) tutkimuksessa syömishäiriötaustaiset äidit ilmaisivat haluavansa juurruttaa lapsiinsa terveelliset ruokailutottumukset. Tarkan aikataulun ja rutiinien noudattaminen voi toisaalta kertoa heidän pyrkimyksistään tarjota lapselleen riittävästi oikeanlaista ravintoa turvautumalla ulkopuolisten suosituksiin, jos äiti ei koe itse pystyvänsä tunnistamaan lapsen nälän merkkejä (Evans & le Grange, 1995).

Kaiken edellisen perusteella voisi ajatella, että syömishäiriötaustaisen äidin lapsen syöttämisen taustalla olisi seuraavanlainen syy-seuraus-ketju: Syömishäiriön seurauksena psyykkisen itsesäätelyn kyky voi häiriintyä, jolloin tätä paikataan ulkoisella kehon ja syömisen kontrollilla. Tarve kontrolliin voi kuitenkin estää äidin sensitiivisyyden, joka on keskeistä lapsen hoitamisessa ja syöttämisessä. Sensitiivisyydellä tarkoitetaan vanhemman kykyä tunnistaa vauvan fyysisiä ja emotionaalisia tarpeita ja kykyä vastata niihin osuvasti (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Näin ollen ulkoiset rutiinit ja säännöt voivat auttaa syömishäiriötaustaista äitiä hoitamaan lastaan. On kuitenkin huomattava, että liika syömisen rajoittaminen voi olla yhteydessä siihen, että lapsen oma luonnollinen kyky säädellä syömistään heikentyy (Mazzeo ym., 2005).

Olisi tärkeää tutkia jatkossa sitä, miten äidin ruokailuun liittyvät rutiinit ja strukturointi vaikuttavat lapsen ruokailuun ja vanhempi-lapsi-suhteeseen pitkällä aikavälillä. Lisäksi

huomionarvoista oli, että tässä tutkimuksessa esimerkiksi kontrolloimista kuvaava ruokailutilanteiden strukturointi ei ollut yhteydessä vähäisempään stressin määrään. Tämä voi tarkoittaa sitä, että strukturointi ei suojannut syömishäiriötaustaisia äitejä vanhemmuuteen liittyvältä stressiltä. On kuitenkin yhtä lailla mahdollista, että strukturointi laski äitien alun perin voimakasta vanhemmuuteen liittyvää stressiä. Syömishäiriötausta ei sen sijaan ollut yhteydessä lapsen ruokailuun liittyvien asenteiden osioon ”lapsen virittäytyminen”. Tulos tarkoittaa sitä, että syömishäiriötaustaiset äidit olivat yhtä hyviä virittäytymään lapsen ruokailutilanteissa kuin verrokkiäidit. Tulokseen on kuitenkin voinut vaikuttaa se, että osion reliabiliteetti oli tässä tutkimuksessa heikko, eikä osio siis välttämättä mitannut oikeaa asiaa. Kuitenkin tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että syömishäiriötausta ei vaikuta siihen, miten tärkeäksi äiti kokee virittäytymisen lapsen ruokailutilanteissa.

5.2 Äidin syömishäiriötaustan yhteys lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin ja täysimetyksen kestoon

Tässä tutkimuksessa selvisi, että syömishäiriötaustaiset äidit täysimettivät lyhyemmän aikaa kuin verrokkiäidit. Tulos on samansuuntainen aiempien tutkimustulosten kanssa (Hoffman ym., 2012; Torgersen ym., 2010). On myös kiinnostavaa, että aiemmissa tutkimuksissa äidin oman syömisen rajoittaminen ja negatiivinen kehonkuva olivat yhteydessä lyhyempään imetyksen kestoon (Brown, 2014; Brown ym., 2015; Foster ym., 1996; Vaarno, 2016), mutta näitä ei suoraan tässä tutkimuksessa selvitetty. Tässä tutkimuksessa huomattiin myös, että syömishäiriötaustaiset äidit antoivat puolen vuoden ikäisille lapsilleen enemmän maidonkorviketta, ja tarjosivat useammin lapselleen maidon pullosta kuin imettämällä. Edellisiä havaintoja tukee aiempi tutkimus, jonka mukaan imettäminen voi herättää syömishäiriötaustaisissa äideissä ahdistusta (Hoffman ym., 2012). Tämä voi Hoffmanin ym. (2012) mukaan liittyä siihen, että rintamaidon määrää ja riittävyttä lapselle on vaikea arvioida, mistä syystä he saattavat imettää lyhyemmän aikaa ja sen sijaan valita muun maidon tarjoamisen tavan. Tämä saattaa liittyä syömishäiriötaustaisen äidin kontrolloinnin tarpeeseen. Korvikkeen tarjoaminen ja pulloruokinta voivat myös liittyä siihen, että äidit haluavat palata nopeasti entisiin syömistottumuksiin (Hoffman ym., 2012). Nykyisessä tutkimuksessa havaittiin myös, että koulutus oli positiivisessa yhteydessä täysimetyksen kestoon sekä syömishäiriötaustaisilla äideillä että verrokkiäideillä. Näyttää siis siltä, että matalasti

koulutetuilla äideillä on suurempi riski täysimetyksen lopettamiseen ennen suositeltua kuuden kuukauden ikää (Uusitalo ym., 2012).

5.3 Äidin syömishäiriötaustan yhteys vanhemmuuden stressiin

Tutkimuksessa havaittiin, että äidin syömishäiriötausta ei ollut yhteydessä vanhemmuuden stressin määrään lapsen ollessa kolme kuukautta. Tämä tutkimus on ristiriidassa Koubaan ym. (2008) havainnon kanssa, jonka mukaan syömishäiriötausta oli yhteydessä hankaluuksiin vanhemmuuteen sopeutumisessa ja lapsen hoitamiseen liittyviin huoliin. Tässä tutkimuksessa edellä mainitut huolet kuvasivat juuri vanhemmuuden stressiä. On mahdollista, että syömishäiriötaustaiset äidit eivät koe vanhemmuudesta erityistä stressiä, eivätkä näin ollen poikkea verrokkiäideistä tämän suhteen. Toisaalta syömishäiriötausta vaikuttaa eri ihmisiin hyvin yksilöllisesti. Tulee huomata, että toisilla syömishäiriökokemus voi aiheuttaa kauaskantoisia vaikutuksia yksilön elämään, kun taas toiset voivat parantua siitä lähes täysin, jolloin syömishäiriötaustan vaikutus myöhempään elämään voi jäädä vähäiseksi (Keski-Rahkonen ym., 2008). On täysin mahdollista, että tässä tutkimuksessa syömishäiriötaustan ja vanhemmuuden stressin välillä ei löytynyt yhteyttä siitä syystä, että tutkimukseen saattoi valikoitua etupäässä syömishäiriöstä toipuneita äitejä.

5.4 Kliininen taso ja käytännön sovellukset

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta näyttää siltä, että äidin syömishäiriötausta on yhteydessä lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin ja siihen liittyviin käytäntöihin lapsen ollessa kuusi kuukautta. Näyttää siltä, että syömishäiriötaustaiset äidit kokevat rutiinit ja strukturoinnin lapsen ruokailussa hyödyllisinä. Kuten aiemmin todettiin, strukturointi voi syömishäiriötaustaisilla äideillä olla sekä hyödyllinen että toisaalta ongelmallinen asia. Näin ollen on mahdollista, että nämä äidit hyötyisivät ulkopuolelta tulevasta avusta ja ohjauksesta lapsen ruokailuun liittyen. Olisikin tärkeää, että syömishäiriötaustaiset äidit huomioitaisiin sensitiivisesti neuvolajärjestelmässä heidän omat tarpeensa tunnistaen, ja heille tarjottaisiin asiallista tukea ja ohjausta lapsen ruokailukäytäntöihin liittyen. Tämä tutkimus ei kuitenkaan osoita, että syömishäiriötaustaisilla äideillä olisi enemmän ongelmia vanhemmuudessa lapsen ollessa kolme kuukautta. Näin ollen syömishäiriötaustaa ei tulisi nähdä suoraan merkkinä vanhemmuuden riskistä. Tämä tutkimus ei myöskään anna tietoa siitä, mitä vaikutuksia näillä tuloksilla on lapsen kannalta. Ei siis voida sanoa, millaisia vaikutuksia ruokailutilanteiden eroavaisuuksilla

on lapsen ja tämän myöhempään syömiskäyttäytymiseen ja riskiin sairastua syömishäiriöön. Tätä olisi tärkeää tutkia jatkossa lisää.

Tämän tutkimuksen perusteella tukea ja apua tulisi kohdentaa erityisesti ruokailutilanteiden tarkoituksenmukaiseen strukturointiin. Tässä tutkimuksessa syömishäiriötaustaiset äidit pitivät strukturointia ja rutiineja lapsen ruokailutilanteissa tärkeinä. Tulisi kuitenkin huolehtia siitä, ettei kontrollointi muutu haitalliseksi. Evans ja le Grange (1995) ehdottavatkin, että syömishäiriötaustaiset äidit, jotka usein noudattavat tiukasti annettuja suosituksia, voisivat hyötyä hienovaraisista ohjeista, jotka sallisivat toiminnan joustavuuden ja tukisivat äitiä lapsen ruokinnassa ja hoidossa. Pyrkimyksenä olisi, että sekä äiti että lapsi pystyisivät nauttimaan ruokailutilanteista. Onnistuessaan nämä tilanteet ovat vanhemman ja lapsen suhdetta lujittavia, ja syöttäminen on myös yksi tärkeimmistä vanhemman tehtävistä sekä kommunikaation tavoista vanhemman ja lapsen välillä (Patel ym., 2002). Olisi myös tarpeellista pystyä lisäämään hoitohenkilökunnan tietoisuutta syömishäiriöihin ja äitiyteen liittyvistä haasteista, jotta terveydenhuollossa pystytään kohdentamaan apu sitä tarvitseville äideille. Varhainen puuttuminen lisää äitien ja lasten hyvinvointia ja vähentää tulevan tuen tarvetta sekä estää vaikeuksien kärjistymistä. Syömishäiriötaustaisten äitien ja lasten voinnin seuranta voitaisiin toteuttaa esimerkiksi äitiysneuvoloissa haastattelujen avulla.

5.5 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tähän tutkimukseen liittyi sekä vahvuuksia että rajoituksia. Tutkimuksen suurimpana vahvuutena oli sen suhteellisen laaja aineisto, johon kuului yli sata syömishäiriötaustaista äitiä ja kaksinkertainen määrä verrokkeja. Suuri osa aiemmista tutkimuksista on tehty pienillä aineistoilla ja tapaustutkimuksina. Vahvuutena voidaan pitää validoitujen ja kansainvälisesti laajasti käytettyjen mittareiden käyttöä lapsen ruokailukäytäntöjen (BCQ) ja vanhemmuuden stressin (SPSQ) mittaamisessa. Tutkimuksen vahvuus on lisäksi se, että se tuo lisää tietoa syömishäiriöisten äitien asenteista lapsen ruokailua kohtaan, lapsen ruokailuun liittyvistä käytännöistä ja vanhemmuuden stressistä suomalaisessa aineistossa. Tutkimuksen rajoitteena oli, että syömishäiriötaustan yhteyttä lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin selvitettiin tässä tutkimuksessa melko suppeasti, sillä sen tutkimiseen käytettiin ainoastaan 10-kohtaista osiota BCQ-mittarista. Tässä tutkimuksessa BCQ:n alaosio lapsen virittäytymisen reliabiliteetti oli heikko ($\alpha=.37$), eikä sen tuloksia voida pitää kovin luotettavina. Lisäksi

tutkimuksen kannalta oli valitettavaa, että osa syömishäiriötaustaisista äideistä ei saanut lainkaan BCQ-kyselyä ja lapsen ruokailuun ja imetykseen liittyviä kysymyksiä. Tämä johtui siitä, että nämä osiot otettiin mukaan kuuden kuukauden lomakkeeseen vasta seurannan alettua. Tästä syystä aineisto oli osittain repaleinen, mikä johtui tekijöistä, joihin tässä tutkimuksessa ei voitu vaikuttaa.

Yhtenä tutkimuksen rajoituksista voidaan pitää sitä, että syömishäiriötaustaisten äitien ryhmä oli huonosti tunnettu. Tässä tutkimuksessa oli mukana äitejä, jotka olivat oman kokemuksensa mukaan sairastaneet jossain vaiheessa elämäänsä syömishäiriön, mikä on eri asia kuin diagnosoitu syömishäiriö. Toisaalta kaikki syömishäiriötä sairastavat eivät välttämättä koskaan saa virallista diagnoosia, mutta siitä huolimatta äiti voi kokea sairastaneensa syömishäiriön. Subjekttiivinen kokemus syömishäiriöstä voi aiheuttaa äidille merkittävää psyykkistä kuormitusta, jota ei tule väheksyä. Ei myöskään voida tietää kuinka suuri osa tutkittavista sairasti tällä hetkellä syömishäiriötä, mikä olisi ollut tutkimuksen kannalta kiinnostavaa. Äitien syömishäiriötaustaa selvitettiin tutkimuksessa ainoastaan yhdellä kysymyksellä, joten syömishäiriötyypistä tai sairauden vakavuudesta ei saatu tietoa. Tästä johtuen tutkimuksessa jäi selvittämättä eri syömishäiriöiden mahdollisesti hyvin erilaiset yhteydet tutkittuihin ilmiöihin, jotka saattaisivat selittää tämän tutkimuksen tulosten mahdollisia ristiriitaisuuksia aiempien tutkimustulosten kanssa. Syömishäiriötyyppejä oli alun perin osatutkimuksessa kysytty erillisellä kyselylomakkeella, mutta vähäisestä vastaajamäärästä johtuen näitä tietoja ei pystytty tässä tutkimuksessa hyödyntämään. Nämä tekijät rajoittavat tulosten soveltamista ja kohdistamista nimenomaan tiettyihin syömishäiriötyyppeihin.

Edellä mainittujen puutteiden ohella tutkimuksen rajoitteena olivat yleiset kyselytutkimuksiin liittyvät haasteet, kuten vastaustyyli ja sosiaalisesti suotava vastaaminen, jotka saattoivat vääristää tutkimuksen tuloksia. Kuitenkin suhteellisen suuri otoskoko vähentää yksittäisen vastaajan merkitystä. Yhtenä rajoituksena voidaan pitää myös tutkimuksen poikittaisasetelmaa, jossa äidit vastasivat kyselyihin vain yhdellä ajanhetkellä. Näin ollen ilmiöiden välisten yhteyksien muutoksesta ja kehitymisestä ei saatu tietoa.

5.6 Jatkotutkimukset ja johtopäätökset

Syömishäiriötaustan yhteydestä lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin, vanhemmuuden stressiin sekä lapsen ruokailuun liittyviin käytäntöihin on toistaiseksi tehty niukasti

tutkimusta. Aihetta olisi tärkeä tutkia lisää, sillä syömishäiriötausta saattaa olla yhteydessä näihin sekä äidin että lapsen elämää koskettaviin ilmiöihin. Erityisesti olisi kiinnostavaa tutkia eri syömishäiriötyyppien ja äidin kehonkuvan vaikutuksia tämän tutkimuksen kysymyksiin sekä äidin oman syömisen ja lapsen syöttämisen rajoittamisen yhteyttä. Syömishäiriön vaikutuksista koottu tieto perustuu usein tapaustutkimuksista kerättyyn näyttöön, joka rajoittaa merkittävästi sen yleistettävyyttä (Mazzeo ym., 2005). Tästä syystä tarvitaan lisää kvantitatiivista tutkimusta ja erityisesti pitkittäistutkimuksista olisi hyötyä asian pitkäaikaisten vaikutusten ja laajemman ymmärryksen kannalta. Koska syömishäiriötaustan yhteydestä lapsen ruokailuun on tehty vain vähän tutkimusta, voidaan tätä tutkimusta kuitenkin pitää hyvänä, vaikkakaan ei riittävänä, alustavana tutkimuksena aiheesta.

Tämän tutkimuksen keskeisin löydös on se, että äidin syömishäiriötausta saattaa heijastua lapsen ruokailuun liittyviin asenteisiin sekä myös itse ruokailun toteutukseen. Tutkimuksessa äidin syömishäiriötausta oli yhteydessä siihen, että äiti piti verrokkiäitejä tärkeämpänä lapsen ruokailutilanteiden selkeää strukturointia. Lisäksi tutkimuksessa selvisi, että syömishäiriötaustaiset äidit syöttivät lastaan eri tavalla kuin verrokkiäidit. He täysimettivät lastaan lyhyemmän aikaa, tarjosivat maidon useammin pullosta ja antoivat lapselleen useammin äidinmaidonkorviketta. Äidin taustalla olevan syömishäiriön vaikutukset ulottuvat siis äidin oman voinnin lisäksi vanhempana olemiseen ja sitä kautta lapseen. Tämä tutkimus ei kuitenkaan kerro, kuinka nämä asiat vaikuttavat lapseen. Tätä olisi tärkeä tutkia jatkossa, kuten myös sitä, onko strukturointi merkki äidin omasta kontrolloimistaipumuksesta vai kertoo se yksinomaan siitä, että nämä äidit pitävät rutiineja tärkeinä. Positiivinen havainto on, että tämän tutkimuksen perusteella syömishäiriötaustan vaikutukset ovat rajallisia, sillä syömishäiriötaustaiset äidit eivät eronneet verrokkiäideistä lapsen virittäytymisessä eivätkä vanhemmuuden stressin määrässä.

Lähteet

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index. PSI manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- 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, 253-262.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, E. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Birch, L., & Deysher, M. (1986). Caloric compensation and sensory satiety: Evidence for self-regulation of food intake by young children. *Appetite*, 7, 323–331.
- Brown, A. (2014). Maternal restraint and external eating behavior are associated with formula use or shorter breastfeeding duration *Appetite*, 76, 30-35.
- Brown A., Rance J., & Warren, L. (2015). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery*, 31, 80-89.
- Bulik, C., Hamer, R., Reba-Harrelson, L., Reichborn-Kjennerud, T., Torgersen, L., & Von Holle, A. (2010). Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) *Eating Behaviors*, 11, 54-61.
- Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S2-S9.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., Pickering, A., Dawn, A., & McCullin M. Fertility and reproduction in women with a history of anorexia nervosa: a controlled study (1999). *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 130–135.
- Charpentier, P. (2012). *Syömishäiriöiden hyvä hoito ja nykykäytännöt*. Haettu 17.5.2016 osoitteesta <http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Seminaari-Helsinki-2012/Pia-Charpentier-hoito.pdf>
- Crow, S., Agras, W, Crosby R., Halmi, K., & Mitchell J. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 277-279.
- Else-Quest, N., Hyde, N., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, bonding and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 495-517.

- Erkkola, M., Salmenhaara, M., Kronberg-Kippilä, C., Ahonen, S., Arkkola, T., Uusitalo, L., Pietinen, P., Veijola, R., Knip, M., & Virtanen, S. (2009). Determinants of breast-feeding in a Finnish birth cohort. *Public Health Nutrition*, *13*, 504-513.
- Evans, J., & le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders*, *18*, 39-48.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K., Martinsen, E., Schmierer, P., & Rosenvinge J. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*, 119-125.
- Foster S., Slade P., & Wilson K (1996). Body image, maternal fetal attachment and breastfeeding. *Journal of Psychosomatic Research*, *4*, 181-184.
- Franzen U., & Gerlinghoff, M. (1997). Parenting by patients with eating disorders: experiences with a mother-child group. *Eating Disorders*, *5*, 5-14.
- Halmi, K., Eckert, E. Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 712-718.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T., & Talvia, S. (2004). *Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2004:11. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Hoffman E., Zerwas S., & Bulik C. (2012). Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review of Obstetric Gynecology*, *6*, 403-414.
- Hughes, S., Cross, M., Hennessy, E., Tovar, A., Economos, C., & Power, T. (2012). Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: Establishing cutoff points. *Appetite*, *58*, 393-395.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, *94*, 653-661.
- Keski-Rahkonen, A. (2010). Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, *126*, 2209-2214.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., & Viljanen, R. (toim.) (2008). *Olen juuri syönyt, läheiselläni on syömishäiriö*. Kustannus oy Duodecim.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C., Kaprio, J., & Rissanen A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American Journal of Psychiatry*, *164*, 1259-1265.

- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Linna, M., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C., Rissanen, A., & Kaprio J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, *39*, 823-831.
- Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Bulik, C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 355-368.
- Koubaa, S., Hällström, T., & Linden, A. (2008). Early maternal adjustment in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 405-410.
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *554*, 63-77.
- Käypä hoito -suositus (2014). *Syömishäiriöt*. Haettu 17.5.2016 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>
- Lawrence, R. (2000). Breastfeeding: benefits, risks and alternatives. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, *12*, 519-524.
- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J., & Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other *DSM-III-R* disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* *102.1*, 133-144.
- Linna, M., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J., Suokas, J., & Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 826-833.
- Mazzeo, E., Zucker, L., Gerke, K., Mitchell, S., & Bulik, M. (2005). Parenting concerns of women with histories of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 77-79.
- Meltzer-Brody, S., Leserman, S., Von Holle, J., Regis, T., & Bulik, C. (2011). Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *Journal of Women's Health*, *20*, 863-870.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorder and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 800-807.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2009). Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *Journal of Pediatrics*, *154*, 55-60.
- Micali, N., Treasure, J., & Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*, 297-303.

- Morgan J., Lacey J., & Sedgwick P. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 135–140.
- Motion, S. (2001). Persistent early feeding difficulties and subsequent growth and developmental outcomes. *Ambulatory Child Health*, *7*, 231–237.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., & Puura, K. (2013). Miksi pienokaiseni ei syö? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, *129*, 697-703.
- Park, R., Senior, R., & Stein, A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*, 110-119.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*, 1-19.
- Raeuori A., Hoek, H., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLOS ONE*, *4*, e4402.
- Riva, E., Banderali, G., Agostoni, C., Silano, M., Radaelli, G., & Giovannini, M. (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatrica*, *88*, 411-415.
- Russell, G., Treasure, J., & Eisler, I. (1998). Mothers with anorexia who underfeed their children: their recognition and management. *Psychological Medicine*, *28*, 93-108.
- Stapleton H, Fielder A., & Kirkham M. (2008). Breast or bottle? Eating disordered childbearing women and infant-feeding decisions. *Maternal & Child Nutrition*, *4*, 106–120.
- Stein, A., & Woolley, H. (1996). The influence of parental eating disorders on young children: implications of recent research for some clinical interventions. *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, *4*, 139-146.
- Stein A., Woolley H., Cooper S., & Fairburn C. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *35*, 33–48.
- Stein, A., Woolley, H., Murray, L., Cooper, P., Cooper, S., Noble, F., Affonso, N., & Fairburn, C. (2001). Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants: A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *The British Journal of Psychiatry*, *179*, 157-162.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, M., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, *157*, 393-401.

Suokas J., & Rissanen A. (2011). Syömishäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) (2011). *Psykiatria (s.346-364)*. Helsinki: Duodecim.

Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille (2016). Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Torgersen. L., Ystrom, E., Haugen, M., Meltzer, H., Von Holle, A., Berg, C., Reichborn-Kjennerud T., & Bulik, C. (2010). Breastfeeding practice in mothers with eating disorders *Maternal & Child Nutrition*, 6, 243-52.

Treasure, J., Claudino, A., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.

Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T., & Virtanen S. (2012). *Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Vaarno, J. (2016). Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding practices. Väitöstudium, Turun yliopisto.

Welch S., Doll H., & Fairburn C. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515–522.

Wentz, E., Gillberg, I., Gillberg, C., & Rastam M. (2005). Fertility and history of sexual abuse at 10-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 294–298.

Winstanley, A., & Gattis M. (2013). The Baby Care Questionnaire: A measure of parenting principles and practices during infancy. *Infant Behavior & Development*, 36, 762-775.

Woodside, D., & Shekter-Wolfson, L. (1990). Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 303-309.

Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 615-625.

Östberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children. Dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 199-208.