Nuoren naisen ihannepaino – sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia

Vastaanotolla moni nuori esittää kysymyksen siitä, mikä on hänen ihannepainonsa. Sen määrittelemiseen on kaksi keskenään ristiriitaista näkökulmaa: kulttuurin määrittämä ja terveyden kannalta hyvä paino. Epäsuhta todellisen painon ja ihanteiden välillä synnyttää tyytymättömyyttä omaan vartaloon. Se voi motivoida onnistuneeseen painonhallintaan mutta myös ajaa terveyden kannalta tarpeettomaan laihduttamiseen tai häiriintyneeseen syömiseen. Nuorten saama tieto ihannepainosta ja painonhallinnasta on usein vinoutunutta, joten asiallinen tieto on tarpeen. Nuoren painonhallinta on tasapainoilua kahden haitallisen ääripään välillä. Liian tiukka laihduttaminen ja painonhallinnan korostaminen lisäävät syömishäiriöiden riskiä, mutta toisaalta lihavuus nuorena on lihavuuden riskitekijä myös aikuisena. Oikein toteutettuna painoon liittyvä neuvonta parantaa nuoren fyysistä ja henkistä hyvinvointia.

Ihannepaino on käsite, johon jokainen nuorten parissa työskentelevä lääkäri törmää. Käsite on hämmentävä, koska terveyden ja sosiokulttuuristen ihanteiden sanelemat ihannepainot ovat etenkin naisilla keskenään ristiriidassa (1). WHO:n määrittelemä terveen ihannepainon alue on laaja (painoindeksi 18,5–25 kg/m^2) (2), ja sosiokulttuurinen ihannepainon alue on suppeampi. Esimerkiksi Demissä keskustelevat nuoret naiset tarjosivat kyselijälle ihannepainoja, jotka vaihtelevat välillä 18,8–22,6 kg/m^2:

"Mikä on teidän mielestänne ihannepaino 163-senttiselle?"

A: About 50 kg

B: 53 kg suurinpiirtein mut oot ihan hyvä ton painoisenakin, eli sun ei tarvis laihduttaa

C: Mä painan jotain 45–46 kg ja oon 163 cm. Terkkarit ja lääkärit on sanonu et ihannepaino olis mun painoon 10 kg lisää, eli n. 55 kg–56 kg.

D: 50–60 ehkä :) iha hyvän painone oot jo, ei tarvi mikää himolaihakaa olla.

(Lähde: Demi.fi-keskustelupalsta)

Biologinen ihannepaino

Terveyden kannalta ihanteellinen paino ei ole yksittäinen painolukema vaan laaja alue, jota on 1980-luvulta lähtien kuvattu painoindeksillä (18,5–24,9 kg/m^2) (2). Painoindeksi on suosittu mittari, koska se tarjoaa helpon ja objektiivisen tavan luokitella ihmisiä yli- tai alipainoisiksi. Painoindeksin määrittelemä normaalius on varsin monimuotoista mutta poikkeaa tilastotieteen tavasta määritellä normaali: tällä hetkellä hieman yli puolet suomalaisista on painoindeksin normaalialueella (2, 3).

Painoindeksin käyttö ja viiterajat soveltuvat parhaiten noin 20–60-vuotiaille (2). Lasten ja nuorten painon arvioinnissa on Suomessa käytetty pitkään suhteellisen painon käsitettä, joka perustuu prosenttipoikkeamaan samanpituisten ja samaa sukupuolta olevien lasten keskipainosta. Pituus–painoprosentin ongelmana on kuitenkin ollut muun muassa vähäinen tutkimusnäyttö, kansainvälisen vertailun vaikeus sekä se, ettei määritelmä huomioi ikää (4).

YDINASIAT

- Kulttuurin määrittämät ja terveyden kannalta edulliset painoihanteet ovat nuorilla naisilla usein ristiriidassa keskenään.
- Tyytymättömyys omaan vartaloon voi ajaa terveyden kannalta tarpeettomaan laihduttamiseen tai syömiskäyttäytymisen häiriintymiseen.
- Nuoren toistuvat laihdutusyritykset altistavat lihomiselle.
- Nuoren saatavilla oleva tieto painonhallintakeinoista on usein vinoutunutta, joten asiallinen tieto terveellisistä keinoista on tarpeen nuoren painosta riippumatta.
- Empaattisen ja hyväksyvän ilmapiirin luominen on erityisen tärkeää työskenneltäessä ihannepainostaan kiinnostuneen tai painostaan huolestuneen nuoren kanssa.

Uudempi tapa tarkastella lasten ja nuorten painoa on lasten painoindeksi ISO-BMI, joka muuntaa lapsen painoindeksin aikuisen painoindeksilukemaa vastaavaksi hyödyntämällä yli 70 000 suomalaisen 2–18-vuotiaan lapsen painon ja pituuden mukaan saatuja kertoimia (4). Painon seurannassa suositellaankin nykyään siirtymään ISO-BMI:n käyttöön, ja sitä voidaan käyttää kahden vuoden iästä 18 ikävuoteen asti. Laskuri löytyy Terveyskirjastosta (**www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/200.036.html**). Iänmukaisessa BMI:ssä on laskettu myös rajat lihavuudelle (30 kg/m^2), ylipainolle (25 kg/m^2) ja alipainon eri asteille (17 kg/m^2 ja 16 kg/m^2 merkittävä alipaino) (4).

Painoindeksin ongelma on, ettei se erottele rasva- ja lihaskudosta (2). Lisäksi sen mukaan pidempien ihmisten pitäisi painaa suhteessa vähemmän kuin lyhyempien ihmisten; painon kuutio huomioisi tämän ongelman paremmin kuin painon neliö (5).

WHO:n normaalipainon alaraja on kompromissi, joka on peräisin nälkiintymisen vaikutuksia ja ruoka-avun tarpeen määrän arvioimista käsittelevistä YK-raporteista. Joissakin kehittyvissä maissa jopa puolet väestöstä on alipainoisia (6, 7). Alun perin alipainon määritelmään haluttiin sisällyttää myös energiansaannin tai fyysisen aktiivisuuden kuvaajia, mutta näistä luovuttiin käytännön syistä (6). Nälkiintyminen hidastaa kasvua ja kehitystä, häiritsee lisääntymisikäisillä naisilla hormonitoimintaa ja kuukautiskiertoa sekä johtaa pienipainoisten lasten syntymiin (7). Rikkaissa länsimaissa nälkiintyminen johtuu ruokapulaa useammin vaikeista kroonisista sairauksista, erityisesti syömishäiriöistä (7). Nuorista aikuisista suomalaisista naisista noin 7 % on alipainoisia (BMI < 18,5 kg/m^2) (8) ja 7 % kärsii syömishäiriöistä (9), mutta ryhmät ovat vain pieneltä osin päällekkäisiä.

Terveyden kannalta merkittävä painoindeksiin liittyvä kysymys on sopimuksiin perustuva normaalipainoalueen yläraja. Se on kyseenalaistettu, sillä laajoissa väestön kuolleisuustutkimuksissa ylipainoisilla on pienempi kuolleisuus kuin muilla (10). Etenkin iäkkäämmässä väestössä painon ja kuolleisuuden suhde on U:n tai J:n muotoinen (11). Yhdysvalloissa on aiemmin käytetty muita maita suurempaa (27 kg/m^2) ja joissakin Aasian maissa pienempää (22 kg/m^2) ylipainorajaa (2, 12).

Ihannepainolaskurit. Painoindeksiin verrattuna ihannepainolaskurit antavat lyhyille henkilöille lähellä alipainoa ja pitkille henkilöille lähempänä normaalipainon ylärajaa olevan ihannepainon (13). Vertailun tehneet tutkijat suosittelevat ihannepainokaavojen sijaan painoindeksin normaalipainon alueen käyttämistä ihannepainon määrittämiseen. Koska painoindeksin antama normaalipainon alue on laaja, tarvittaessa ihannepainon suunnan määrittämiseen voi käyttää painoindeksiä 22–23 kg/m^2.

Sosiokulttuurinen ihannepaino

Terveyden kannalta edulliset ja kulttuurin määrittämät painoihanteet ovat osin ristiriidassa keskenään. Länsimaisen kulttuurin määrittämät rajat ihannepainolle ovat huomattavasti tiukemmat kuin terveyden sanelemat (14). Monikansallisessa yliopisto-opiskelijatutkimuksessa 45 % naisista koki olevansa li-

havia, vaikka WHO:n määritelmän mukaisesti lihavien osuus oli 5 % (15).

Ihannepaino vaihtelee eri kulttuureissa ja ajanjaksoina. Varallisuuden ja ihannepainon välillä vallitsee suora riippuvuus köyhissä yhteisöissä ja käänteinen riippuvuus rikkaissa yhteisöissä: köyhissä oloissa lihavuus on kaunista, rikkaissa laihuus (16). Naisten hoikkuuden ja laihuuden ihannointi on lisääntynyt jatkuvasti länsimaissa 1960-luvulta lähtien (17).

Yleiset kauneusihanteet välittyvät erityisesti median kautta ja määrittävät sen, millainen ihminen koetaan kauniiksi, menestyneeksi, suosituksi ja hyvinvoivaksi. Syrjintä painon ja ulkonäön vuoksi on yleistä: ylipainoisia ja lihavia nuoria kiusataan enemmän kuin normaalipainoisia (18). Nuoret saavat mediasta ristiriitaista tietoa laihdutusmenetelmistä ja turvautuvat herkästi erilaisiin painonhallintakeinoihin. Ne puolestaan lisäävät riskiä sairastua syömishäiriöihin (14).

Median vaikutuksista naisten tyytymättömyyteen kehoonsa, laihuusihanteen sisäistämiseen ja ihanteisiin liittyvään syömiskäyttäytymiseen on tutkittu runsaasti. Kokeellisia tutkimuksia ja korrelaatiotutkimuksia käsittelevässä meta-analyysissa laihuutta ihannoiville median viesteille altistuminen on naisilla yhteydessä kehoon liittyvään tyytymättömyyteen (19). Pian sen jälkeen, kun televisiolähetykset alkoivat Fidžillä, jossa naisten lihavuutta on perinteisesti arvostettu, 74 % nuorista tytöistä raportoi kokevansa itsensä liian lihavaksi (20). Samaan aikaan nuorten naisten syömishäiriöinen käyttäytyminen lisääntyi voimakkaasti: 15 % raportoi oksentavansa kontrolloidakseen painoaan ja tavoitellakseen samanlaista vartaloa kuin TV-näyttelijöillä.

Subjektiivinen ihannepaino on paino, jossa paino tuntuu omasta mielestä sopivalta. Naisten ihannepaino on usein todellista painoa selkeästi pienempi. Ihannepaino on jossain määrin tilannesidonnainen. Esimerkiksi kylläisyys ja mieliala vaikuttavat siihen: koetilanteissa testiaterian tai ruoan katselemisen jälkeen naiset tunsivat suurempaa ristiriitaa todellisen painonsa ja ihannepainonsa välillä ja suurempaa tyytymättömyyttä omaan vartaloonsa (21).

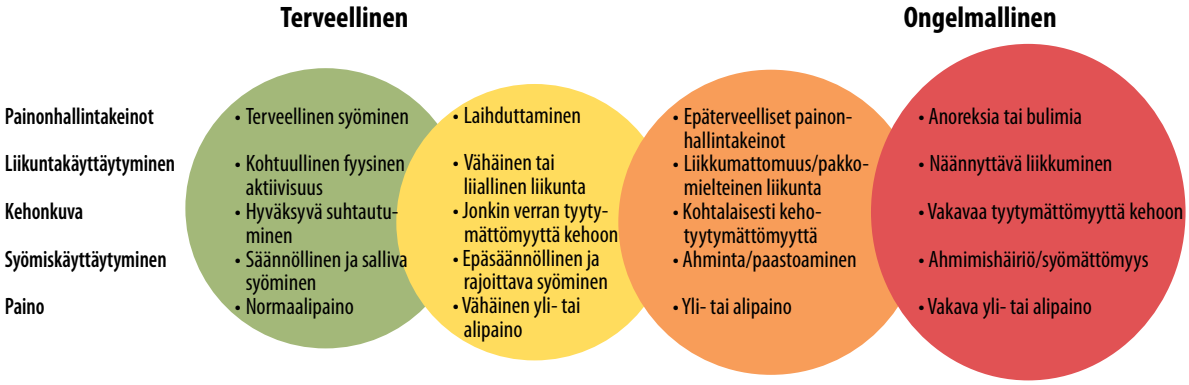
Kanadalaisessa väestötutkimuksessa puolet lukioikäisistä tytöistä ei kokenut olevansa oikean painoinen ja 60 % yritti laihduttaa (22). Sekä itsensä ylipainoiseksi että alipainoiseksi kokevilla esiintyi enemmän häiriintynyttä syömistä ja itsetuhoisia ajatuksia. Ajatusten voimakkuudesta huolimatta vain viidennes oli konsultoinut lääkäriä painoon liittyvistä kysymyksistä. Muualla on yhdistetty koetun ihannepainon ja todellisen painon välinen epäsuhta neuroottisuuteen ja vähäiseen oman ruumiin arvostukseen (23).

Yksi nuoruusiän keskeisistä kehitystehtävistä on realistisen minäkuvan muovautuminen

Tyytymättömyys omaan vartaloon ja laihduttaminen

Koska sosiokulttuuriset normit rajaavat vartalo- ja painoihanteita huomattavasti tiukemmin kuin terveyteen liittyvät seikat, moni nuori nainen on tyytymätön omaan vartaloonsa ja arvioi olevansa liian lihava riippumatta todellisesta painosta (17). Viisivuotiaista tytöistä 21 % on tyytymättömiä kehoonsa (24), ja erään tutkimuksen mukaan aikuisikään mennessä naisista kehoonsa tyytymättömiä on 90 % (25). Länsimaissa normaalipainoisista tytöistä 60 % ja Suomessa 20–34 % kokee itsensä ylipainoiseksi (26, 27).

Tyytymättömyyden omaan vartaloon on esitetty kehittyvän kahdella tavalla: oman ja ihannevartalon välisistä eroavaisuuksista tai vanhempien puutteellisen huolenpidon aiheuttamien minäkuvan häiriöiden ja kanssakäymisen ongelmien seurauksena (28). Yksi nuoruusiän keskeisistä kehitystehtävistä on realistisen minäkuvan muovautuminen, johon kuuluu oman ulkonäön hyväksyminen. Tämä kehitys häiriintyy, jos tavoitteet ovat hyvin epärealistisia (29). Koska tyytymättömyys omaan painoon ja vartaloon on yleistä, ilmiötä pidetään usein harmittomana. Tyytymättömyys omaan vartaloon on kuitenkin yhteydessä masennukseen, huonoon itsetuntoon ja vähäiseen elämäntyytyväisyyteen (30). Lisäksi pitkittäistutkimukset ovat osoittaneet, että



KUVA. Painonhallintakeinojen jatkumo.

tyytymättömyys omaan painoon on yhteydessä laihduttamiseen, epäterveelliseen painonhallintaan ja syömishäiriöihin (14, 30).

Vallitsevat kauneusihanteet ovat merkittävin nuorten naisten nimeämä laihduttamisen syy. Muita keskeisiä syitä ovat terveydelliset syyt sekä vanhempien ja terveydenhuollon ammattilaisen kehotus (31). Muita laihduttamiselle altistavia tekijöitä ovat huono itsetunto ja muut psyykkiset ongelmat (32). Ylipainoisen lapsen tai nuoren kohdalla tavoitteena on elintapojen muuttaminen terveyttä edistäviksi, ei laihduttaminen (33). Suosituksista huolimatta nuorista naisista 60–80 % on laihduttanut viimeisen vuoden aikana. Valtaosa laihduttajista on normaalipainoisia (34).

Vaikka laihduttaminen on yleistä, sen pitkäaikaisteho on kyseenalaista. Monissa väestötutkimuksissa laihdutuskertojen määrän sekä ”jojo-laihduttamisen” ja epäterveellisten painonhallintakeinojen on osoitettu olevan yhteydessä ylipainoisuuden riskin kasvamiseen (14, 32).

Painonhallintakeinojen jatkumo

Painonhallintakeinot muodostavat jatkumon terveistä ja turvallisista keinoista arveluttaviin ja haitallisiin (**KUVA**). Onnistunutta painonhallintaa tukee yleinen psyykkinen vakaus sekä kyky käsitellä stressaavia ja emotionaalisia elämäntilanteita (35). Turvallisille keinoille on ominaista, että ne ovat pitkäjänteisiä ja niiden vaikutus painoon on maltillinen.

Nopeamman painonmuutoksen toivossa yli puolet teini-ikäisistä tytöistä oli laihduttanut viimeisen vuoden aikana syömällä niukasti, paastoamalla, jättämällä aterioita väliin, oksentamalla tai käyttämällä laihdutusvalmisteita tai ulostus- ja nesteenpoistolääkkeitä (14). Suomalaisista 7.–9. luokkalaisista tytöistä seitsemän prosenttia ilmoitti oksentavansa tahallaan syömisen jälkeen (36).

Painonhallinta käytännössä

Nuoren painonhallinta on usein tasapainoilua kahden haitallisen ääripään välillä: liian tiukka laihduttamisen ja painonhallinnan korostaminen lisää syömishäiriöiden riskiä. Toisaalta lapsuusiän lihavuus ennustaa aikuisiän lihavuutta ja lisää monien pitkäkestoisten sairauksien riskiä (37). Suomessa noin 15 % nuorista tytöistä ja 23 % pojista on ylipainoisia tai lihavia (38), joten asiallinen tieto painonhallinnasta on tarpeen.

Oikein toteutettuna painoon liittyvä neuvonta edistää pysyviä elintapamuutoksia sekä parantaa nuoren fyysistä ja henkistä hyvinvointia. Nuoren kanssa painosta ja painonhallintaan liittyvistä asioista keskusteltaessa on tärkeää luoda kiireetön, välittävä ja arvostava ilmapiiri.

Nuorelle tulisi kertoa, ettei laihduttaminen aterioita väliin jättämällä ole suositeltavaa ja että laihduttaminen saattaa lisätä alttiutta lihoa. Turvallisimpia keinoja hallita painoa ovat aktiivinen elämäntyyli ja terveellinen ruoka-

valio. Erityisesti säännöllinen viiden aterian rytmi arkipäivisin näyttäisi suojaavan tyttöjä ja poikia ylipainolta (39). Myös riittävää unensaantia tulisi korostaa, sillä liian vähäinen nukkuminen saattaa altistaa nuoren painon nousulle. Lisäksi tietokoneen ja television parissa vietetyn ajan vähentäminen ja arkiliikunnan lisääminen vaikuttanevat suotuisasti nuoren painoon.

Vastaanotolla kannattaa keskustella siitä, kuinka nuori itse kokee painonsa. Jos nuori haluaa laihtua, kannattaa kysellä, mitkä ovat hänen motiivinsa ja millaisia keinoja hän on ehkä jo kokeillut. Ensin tulee kartoittaa onko nuori ali- tai ylipainoinen (painoindeksiä käytetään yli 16-vuotiaille, jos pituuskasvu on pysähtynyt, ja ISO-BMI:tä 2–18-vuotiaille). Lisäksi kartoitetaan, miten nuori syö ja liikkuu (**KUVA**). Ylipainoisen nuoren kohdalla on tärkeää muistaa, että hoidon ensisijaisina tavoitteina ovat ruokailu- ja liikuntatottumusten pysyvät muutokset, painonnousun ehkäiseminen sekä nuoren hyvinvointi ja terveys (33).

Jos herää epäilyksiä syömishäiriöoireilusta, tilanne on hyvä varmistaa esimerkiksi SCOFF-kyselyllä (**TAULUKKO 1**). Nuoret ovat usein arkoja kertomaan syömisen häiriöistä. Erityisesti alkuvaiheessa niitä ei yleensä koeta ongelmalliseksi, vaan nuori kokee onnistuneensa laihduttamisessa tai syömisensä hallinnassa ja saattaa peitellä tai vähätellä oireitaan (40). Taustalla voi olla myös elämäntyylimuutos, esimerkiksi siirtyminen kasvissyöjäksi tai vegaaniksi. Nuori saattaa myös hakea apua epäsuorasti vedoten esimerkiksi vatsakipuun, päänsärkyyn, väsymykseen, uniongelmiin tai kuukautishäiriöihin (40). Painosta tai ulkonäöstä huolestuneelta nuorelta kannattaa kysyä myös mielialaoireista, koska laihduttamisella, kehonkuvan häiriöillä ja mielialaoireilla on usein yhteys toisiinsa (30).

Lääkärin vastaanotolla ihannepainostaan kiinnostunut nuori nainen toivoo usein vastaukseksi tarkkaa ihannepainoa. Keskeisin viesti lääkäriltä nuorelle on se, ettei ihannepaino ole jokin yksittäinen lukema vaan aina laajempi alue, jota erityisesti perimä voimakkaasti määrittää. Käytännön työssä voi olla hyödyllistä käyttää biologisen normaalipainon

TAULUKKO 1. SCOFF-syömishäiriöseula (42).

1. Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
   1. Kyllä
   2. Ei
2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet enää pysty hallitsemaan syömisesi määrää?
   1. Kyllä
   2. Ei
3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?
   1. Kyllä
   2. Ei
4. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?
   1. Kyllä
   2. Ei
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi?
   1. Kyllä
   2. Ei

Jokaisesta Kyllä-vastauksesta saa yhden pisteen ja Ei-vastauksesta 0 pistettä.

Pisteiden tulkinta:
0 pistettä = ei ilmoitettua oireilua
1 piste = lievää oireilua
2–5 pistettä = merkittävää oireilua

TAULUKKO 2. Biologinen normaalipaino (41).

Biologinen normaalipaino on jokaisen ihmisen yksilöllinen perimän määräämä paino, jossa elimistö toimii täysipainoisesti esimerkiksi lämmönsäätelyn, unen, ruoansulatuksen ja kuukautiskierron osalta. Elimistö hakeutuu biologiseen normaalipainoonsa, kun ihminen syö riittävästi ja liikkuu normaalisti.

Lapsilla ja nuorilla biologinen normaalipaino määritetään yksilöllisen kasvukäyrän perusteella. Jos lihominen, laihduttaminen tai syömishäiriö ovat hämärtäneet nuoren käsityksen siitä, mikä hänen henkilökohtainen biologinen normaalipainonsa on, tavoitteeksi voidaan asettaa pituutta vastaava keskipaino.

Aikuisen biologinen normaalipaino on suurempi kuin teini-ikäisen. Biologinen normaalipaino vaihtelee elämän aikana yleensä 5–10 kg iän, mahdollisten raskauksien ja elämäntapojen mukaan.

Biologinen normaalipaino ei koskaan ole tarkka yksittäinen lukema. Painon tavanomainen vuorokausivaihtelu on muutamia kiloja: yleensä paino suurenee iltaa kohti ruokailujen ja juomisen myötä. Lisäksi naisilla paino vaihtelee muutamia kiloja kuukautiskierron eri vaiheissa.

ISO-BMI laskuri löytyy osoitteesta www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/200.036.html.

käsitettä (TAULUKKO 2) etenkin silloin, jos normaalipainoinen nuori haluaa laihduttaa. Kuva auttaa terveydenhuollon ammattilaista arvioimaan nuoren käyttämiä painonhallintakeinoja ja tukemaan siirtymistä turvallisempiin painonhallintakeinoihin.

Lopuksi

Nuoret naiset elävät maailmassa, jossa yksilön arvoa mitataan usein ulkonäön ja erilaisten suoritusten perusteella. Ristiriita sosiokulttuurisen ja biologisen ihannepainon välillä aiheuttaa tyytymättömyyttä omaan vartaloon. Suhde painoon vääristyy tällöin helposti, ja nuori saattaa turvautua terveyden kannalta huolestuttaviin painonhallintakeinoihin, vaikka olisikin normaalipainoinen. Väestötasolla painoihanteet ovat kuitenkin muuttuneet sallivimmiksi (38) ja tyytyväisimpiä elämäänsä ovat lievästi ylipainoiset (8). Empaattisen ja hyväksyvän ilmapiirin luominen vastaanotolla on erityisen tärkeää, sillä se voi olla nuoren ainoa tilaisuus keskustella kehonkuvaan, painohuoliin ja syömiseen liittyvistä asioista asiantuntevan aikuisen kanssa. Nuoren kokonaisvaltaisen terveyden kannalta tavoitteellista on, että nuoren subjektiivinen ihannepaino olisi lähellä yksilöllistä biologista normaalipainoa. Tällöin nuori tuntisi olevansa sopivan painoinen sen painoisena, missä hänen kehonsa ja mielensä voivat hyvin. Terveydenhuollon ammattilainen on avainasemassa välittämässä asiallista tietoa nuorelle ihannepainosta ja painonhallintakäyttäytymisestä nuoren painosta riippumatta. ■

ULLA KÄRKKÄINEN, TtM
Helsingin yliopisto, Hjelt-instituutti,
kansanterveystieteen osasto

YASMINA DADI, LL, BA (medical journalism), erikoistuva lääkäri
HYKS, nuorisopsykiatrian klinikka

ANNA KESKI-RAHKONEN, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto, Hjelt-instituutti,
kansanterveystieteen osasto
HYKS, psykiatrian klinikka

SIDONNAISUUDET
Ulla Kärkkäinen: Ei sidonnaisuuksia
Yasmina Dadi: Ei sidonnaisuuksia
Anna Keski-Rahkonen: Lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim)

Summary

Ideal body weight of a young woman – sociocultural and health aspects
A common question made by a young person attending a practice concerns her/his ideal body weight. Culture and health may result in a conflicting definition of good weight. Discontent with one's own body can motivate for successful weight control, but may also lead to unnecessary dieting or disturbed eating. Too strict dieting and accentuating of weight control increase the risk of eating disorders, but on the other hand, adolescent overweight is a risk factor of obesity in adulthood as well.

KIRJALLISUUTTA

1. Lynch E, Liu K, Wei GS, Spring B, Kiefe C, Greenland P. The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. Am J Epidemiol 2009;169:857–66.

2. Global database on body mass index [verkkodokumentti]. WHO 2014. http://apps.who.int/bmi/index.jsp.

3. Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt: tutkimuksesta tiiviisti. THL 2012.

4. Saari A, Sankilampi U, Dunkel L. On aika uudistaa suomalaislasten kasvukäyrät. Duodecim 2010;126:2799–802.

5. Korevaar N. Notes on body mass index and actual national data. Utahin yliopisto 2003. http://www.math.utah.edu/~korevaar/ACCESS2003/bmi.pdf.

6. James WP. Introduction: the challenge of adult chronic energy deficiency. Eur J Clin Nutr 1994;48(Suppl 3):S1–8.

7. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012;7:284–94.

8. Linna MS, Kaprio J, Raevuori A, Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Rissanen A. Body mass index and subjective well-being in young adults: a twin population study. BMC Public Health 2013;13:231

9. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, ym. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry 2007;164:1259–65.

10. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2013; 309:71–82.

11. Tuomilehto J, Kuulasmaa K, Torppa J. WHO MONICA project: geographic variation in mortality from cardiovascular diseases. Baseline data on selected population characteristics and cardiovascular mortality. World Health Stat Q 1987;40:171–84.

12. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet 2004;363:157–63.

13. Shah B, Sucher K, Hollenbeck CB. Comparison of ideal body weight equations and published height-weight tables with body mass index tables for healthy adults in the United States. Nutr Clin Pract 2006;21:312–9.

14. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. J Adolesc Health 2012;50:80–6.

15. Wardle J, Haase AM, Steptoe A. Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. Int J Obes (Lond) 2006;30:644–51.

16. Fisher ML, Voracek M. The shape of beauty: determinants of female physical attractiveness. J Cosmet Dermatol 2006; 5:190–4.

17. Rubinstein S, Caballero B. Is Miss America an undernourished role model? JAMA 2000;283:1569.

18. Sarlio-Lähteenkorva S, Stunkard A, Rissanen A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1995;19(Suppl 6):S1–5.

19. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychol Bull 2008;134:460–76.

20. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatry 2002; 180:509–14.

21. Vocks S, Legenbauer T, Heil A. Food intake affects state body image: impact of restrained eating patterns and concerns about eating, weight and shape. Appetite 2007;49:467–75.

22. Cook SJ, MacPherson K, Langille DB. Far from ideal: weight perception, weight control, and associated risky behaviour of adolescent girls in Nova Scotia. Can Fam Physician 2007;53:678–84.

23. Swami V, Tran US, Brooks LH, ym. Body image and personality: associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. Scand J Psychol 2013;54:146–51.

24. Davison KK, Markey CN, Birch LL. Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. Appetite 2000;35:143–51.

25. Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, ym. Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. Eur Eat Disord Rev 2013;21:52–9.

26. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. Int J Obes Relat Metab Disord 1995;19:723–30.

27. Kaltiala-Heino R, Kautiainen S, Virtanen SM, Rimpelä A, Rimpelä M. Has the adolescents' weight concern increased over 20 years? Eur J Public Health 2003;13:4–10.

28. Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: risk and protective factors. Kirjassa: Johnson NG, Roberts MC, Worell J, toim. Beyond appearance: a new look at adolescent girls. Washington DC: American Psychological Association 1999, s. 85–108.

29. Lopez DL. Extreme beauty: a developmental perspective on the identity formation of a fashion model. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2010;38:219–27.

30. Ferreiro F, Seoane G, Senra C. A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2011;40:500–5.

31. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:569–77.

32. French SA, Jeffery RW. Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. Health Psychol 1994;13:195–212.

33. Lihavuus (lapset) [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 [julkaistu 11.10.2013]. http://www.kaypahoito.fi.

34. Ackard DM, Croll JK, Kearney-Cooke A. Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image, and related psychological problems. J Psychosom Res 2002;52:129–36.

35. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. Obes Rev 2005;6:67–85.

36. Koskelainen M, Sourander A, Helenius H. Dieting and weight concerns among Finnish adolescents. Nord J Psychiatry 2001;55:427–31.

37. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. Am J Clin Nutr 2002;76:653–8.

38. Kautiainen S, Koivisto AM, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpelä A. Sociodemographic factors and a secular trend of adolescent overweight in Finland. Int J Pediatr Obes 2009;4:360–70.

39. Jääskeläinen A, Schwab U, Kolehmainen M, ym. Meal frequencies modify the effect of common genetic variants on body mass index in adolescents of the northern Finland birth cohort 1986. PLoS One 2013;8:e73802.

40. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. Int J Eat Disord 1997;22:89–93.

41. Keski-Rahkonen A, Charpentier P, Viljanen R. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2010.

42. Hautala L, Liuksiala PR, Räihä H, ym. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. Suom Lääkäril 2005;60:4599–605.