

Marjukka Nurkkala, Raija Korpelainen, Anna-Maria Teeriniemi,  
Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi ja Marja Vanhala

## Kutsuntaikäisten poikien syömishäiriöoireilu – väestöpohjainen MOPU-tutkimus

TAUSTA: Poikien syömishäiriöoireilu tunnustetaan heikosti terveydenhuollossa. Yleisyytensä takia ylipainoon ja lihavuuteen liittyvään häiriintyneeseen syömiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.

AINEISTO JA MENETELMÄT: Tutkimusaineisto koostui 922:sta Oulun alueen vuonna 2013 kutsunanalaisesta pojasta. Heidän syömishäiriökäyttäytymisensä ydinpiirteitä kartoitettiin SCOFF-kyselyllä sekä Pyrkimys laihuuteen- ja Bulimia-mittareilla, jotka ovat osa kansainvälistä Eating Disorder Inventory -kyselyä. Tutkittaville tehtiin myös terveystarkastus, ja heidän elintapojaan tiedusteltiin.

TULOKSET: Syömishäiriökäyttäytymistä esiintyi 129 pojalla (14 %), joista 57 (44 %) oli ylipainoisia tai lihavia. Joka neljännellä ylipainoisella tai lihavalla oli syömishäiriöoireita, tavallisimmin pakonomaista laihtumisen halua. Tyypillisiä oireita olivat esimerkiksi jatkuva laihduttamisen ajatteleminen (37 %:lla) ja pelko syömisen hallinnan menettämisestä (16 %:lla).

PÄÄTELMÄT: Syömishäiriöoireilua tulisi arvioida osana terveystarkastuksia esimerkiksi seulontaan tarkoitetuilla kyselyillä. Erityisesti ylipainoisia ja lihavia hoidettaessa syömishäiriöoireilun mahdollisuus tulisi muistaa.

**Y**lipainon ja lihavuuden haitoista puhutaan paljon, ja ylipainoisia kehoitetaan laihduttamaan. Laihduttaminen voi kuitenkin lisätä erityisesti nuorten syömishäiriökäyttäytymisen ja syömishäiriöön sairastumisen riskiä sekä edistää lihavuuden kehittymistä (1). Tyypillisten syömishäiriödiagnoosien, laihuushäiriön (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriön (bulimia nervosa), lisäksi on tunnistettu epätyypillisiä syömishäiriöitä. Niistä yleisin, usein lihavuuteen johtava kohtauksittainen ahmimishäiriö (binge eating disorder, BED) on itsenäinen diagnoosi DSM-5-tautiluokituksessa (2). Laihuus- ja ahmimishäiriöt ovat selvästi yleisempiä naisilla, kun taas kohtauksittaisen ahmimishäiriön esiintyvyydessä sukupuolten välinen ero on pienempi (3). Miehillä kohtauksittaisen ahmimishäiriön elinaikainen esiintyvyys (1,1–3,1 %) on suurempi kuin lai-

huus- ja ahmimishäiriöiden (0,1–0,5 %) (3). Häiriintyneestä syömiskäyttäytymisestä tai syömishäiriöoireilusta puhutaan silloin, kun syömiskäyttäytymisessä tai painoon liittyvissä toimintatavoissa esiintyy syömishäiriöiden kaltaisia piirteitä (4). Suomalaisten nuorten poikien syömishäiriöoireilun esiintyvyydeksi on arvioitu noin 7 % (4,5).

Syömishäiriöoireiluun liittyy usein psyykkisiä liitännäissairauksia, kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä (muun muassa paniikkihäiriötä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa) (2,6,7). Myös tyypin 2 diabeteksen riski on selvästi suurempi ahmimishäiriöstä ja kohtauksittaisesta ahmimishäiriöstä kärsivillä kuin terveillä (8). Molempiin häiriöihin voi liittyä myös alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä (9).

Syömishäiriöiden arviointiin tarkoitettut kyselylomakkeet on alun perin kehitetty naisten

oirekuvan pohjalta, ja syömishäiriötä sairastavat miehet saavat kyselyistä yleensä pienempiä pistemääriä kuin naiset, vaikka oireiden vakavuudessa ei olisi eroa sukupuolten välillä (3,10,11). Poikien syömishäiriökäyttäytymisen tunnistetaan heikosti terveydenhuollossa, osittain siksi, että syömishäiriöiden kaikkia diagnooseja ei osata hyödyntää, ja käytettyjen diagnoosien kriteerit ovat tiukat tai ne eivät ole spesifisiä poikien oireilulle (2,3). Nuoret miehet myös saattavat salata syömishäiriöoireitaan, koska ne mielletään naisten oireiksi (3,10).

## Poikien ja miesten syömishäiriökäyttäytymisen piirteitä

Pojilla ja miehillä syömishäiriöiden ilmiasu on usein erilainen kuin tytöillä ja naisilla. Syömishäiriötä sairastavilla miehillä korostuu pakonomainen, runsas liikkuminen, kun taas naisilla on korostuneempaa kokonaisenergiensaannin rajoittaminen, esimerkiksi oksentaminen tai tiukka syömisen rajoittaminen (12). Miehillä on yleisempää lihaksikkaan ja vähärasvaisen kehon tavoittelu kuin sekä rasva- että lihasmassaltaan vähäisen, hoikan vartalon ihannoiti (11,12). Jopa kolmasosa suomalaisista nuorista miehistä on tyytymättömiä omiin lihaksiinsa, minkä ei ole kuitenkaan havaittu olevan yhteydessä painoon (13). Lihaksikkuuden tavoittelu mielletään helposti normaaliksi nyky-yhteiskunnassa, ja voi olla vaikea määritellä, missä vaiheessa terve fyysisestä kunnosta huolehtiminen muuttuu pakonomaiseksi kehon kontrolloinniksi. Miesten syömishäiriöoireiluun voi liittyä lisäravinteiden ja anabolisten steroidien käyttöä (12).

Kaikenikäisillä, erityisesti miehillä, syömishäiriöön sairastumista edeltää usein ylipaino tai lihavuus (2,14,15). Jopa kolmasosa ylipainoisista ja lihavista nuorista on raportoitu kärsivän kohtauksittaisesta ahmimishäiriöstä (15). Heistä noin kolmasosa on poikia. Kanadalaistutkimuksen mukaan 4 %:lla ylipainoisista ja 9 %:lla lihavista pojista on vähintään epätyypillinen syömishäiriö, yleisimmin jokin ahmimishäiriön muoto (16). Suomalaisista nuorista miehistä neljäsosa on ylipainoisia ja vajaa 10 % lihavia (17). Myös suomalaisilla kutsunanalaisilla po-

## TAULUKKO 1. Eating Disorder Inventory -syömishäiriökysely (20).

Väittämä pitää kohdallani paikkansa: A = aina, B = tavallisesti, C = usein, D = joskus, E = harvoin, F = ei koskaan

### Pyrkimys laihuuteen (Drive for thinness)

1. Syön makeisia ja hiilihydraatteja tunte-matta oloani hermostuneeksi. <sup>1</sup>	A B C D E F
7. Ajattelen laihduttamista.	A B C D E F
11. Tunnen voimakasta syyllisyyttä ylen-syötyäni.	A B C D E F
16. Painoni lisääntyminen kauhistuttaa minua.	A B C D E F
25. Liioittelen tai suuretelen painon mer-kitystä.	A B C D E F
32. Mielessäni pyörä jatkuvasti halu olla hoikempi.	A B C D E F
49. Jos lihon kilon, minua huolettaa, että lihomiseni jatkuu edelleen.	A B C D E F

### Bulimia

4. Syön silloin, kun olen poissa tolaltani.	A B C D E F
5. Ahdan itseni täyteen ruokaa.	A B C D E F
28. Minulla on ollut hetkiä, jolloin olen syönyt niin, etten ole pystynyt lopetta-maan.	A B C D E F
38. Ajattelen ylensyömistä.	A B C D E F
46. Toisten läsnä ollessa syön vain hiukan, ja heidän lähdettyään ahmin itseni täyteen ruokaa.	A B C D E F
53. Olen ajatellut oksentaa, jotta saisin painoni putoamaan.	A B C D E F
61. Syön tai juon salaa.	A B C D E F
Pisteytys:	6 5 4 3 2 1

<sup>1</sup>Käänteinen pisteytys

jilla ylipainon ja lihavuuden on todettu olevan yhteydessä syömishäiriöoireiluun (5). Ylipainoisen laihuuteen pyrkivää, anorektista syömishäiriökäyttäytymistä voi olla vaikeata tunnistaa, koska paino saattaa olla pitkään normaalin rajoissa. Koska häiriötä ei tunnisteta, voi ennuste olla heikompi (18). Anorektinen, alipainoisuuteen liittyvä syömishäiriö on harvinainen pojilla ja miehillä. Kanadalaistutkimuksen mukaan alipainoisista 11–20-vuotiaista pojista, joita on alle 5 % ikäluokasta, vajaalla kymmenesosalla on vähintään epätyypillinen laihuushäiriö (16).

Tutkimuksemme tavoite oli selvittää suomalaisten kutsunanalaisien poikien syömishäiriöoireiden esiintyvyyttä sekä tarkastella oireiden yhteyttä ylipainoon.

**TAULUKKO 2.** SCOFF-syömishäiriöseula (21,22).

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

**Aineisto**

Poikittaistutkimuksemme on osa laajempaa MOPO-tutkimushanketta (www.tuunaamopo.fi) (19). Tutkimusaineisto kerättiin Puolustusvoimien Oulun alueen kutsuntatilaisuudessa syksyllä 2013. Kutsuntoihin osallistui yhteensä 1 265 poikaa (keski-ikä 17,9 ja keskihajonta 0,7 vuotta), jotka kaikki kutsuttiin tutkimukseen. Kaikille kutsunanalaisille tehtiin kutsuntojen yhteydessä lääkärintarkastus, ja heitä pyydettiin täyttämään elintapa- ja terveystutkimus. Kaikki ohjeistettiin myös käymään fyysisen kunnon ja kehonkoostumuksen mittauksissa. Kutsuntoihin osallistuneista pojista 1 023 (80,9 %) täytti kyselyn ja 804 (63,6 %) kävi mittauksissa.

Tutkimuksella oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimuksessa noudatettiin Maailman lääkäriiliiton hyväksymän Helsingin julkisuuden suuntaviivoja tutkittavien informoimisen, suostumuksen hankinnan ja potilasturvallisuuden osalta.

**Menetelmät**

**Lääkärintarkastuksessa** kutsunanalaisilta mitattiin pituus, paino ja verenpaine. Lisäksi kartoitettiin heidän terveydentilansa palveluskelpoisuuden määrittämiseksi.

**Elintapa- ja terveystutkimuksella** selvitettiin poikien syömishäiriökäyttäytyminen, painonhallintaan liittyvä käyttäytyminen, alkoholin käyttö ja masennusoireilu.

**Syömishäiriökäyttäytyminen** arvioitiin Eating Disorder Inventory -kyselyn (EDI) Pyrkimys laihuuteen (Drive for thinness) ja Bulimia-osiolla sekä SCOFF-kyselyllä (20,21,22) (**TAU-**

**LUKOT 1 ja 2**). EDI-kyselyn vastaukset olemme pisteyttäneet asteikolla 1–6, jolloin kokonaispistemäärä on enimmillään 42 pistettä (23,24). SCOFF-kysely perustuu viiteen laihuus- ja ahmimishäiriön ydinoireeseen, joihin vastataan kyllä (1 piste) tai ei (0 pistettä) (21,22). Vähintään kaksi kyllä-vastausta kertoo mahdollisesta syömishäiriökäyttäytymisestä. SCOFF-kyselyä on lyhyytensä vuoksi suositeltu käytettäväksi esimerkiksi kouluterveydenhuollossa syömishäiriöiden seulontaan sekä Suomessa että kansainvälisesti (25,26).

**Painoon liittyvät kysymykset.** Suhtautuminen omaan painoon selvitettiin kysymyksillä ”Mitä mieltä olet painostasi?” (1 = selvästi alipainoinen – 5 = selvästi ylipainoinen) ja ”Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?” (1 = täysin tyytyväinen – 4 = täysin tyytymätön). Painonmuutostavoitetta kartoitettiin kysymyksellä ”Tavoitteletko tällä hetkellä painonlaskua tai painonnousua?” (1 = en; 2 = kyllä, pyrin tietoisesti laihduttamaan; 3 = kyllä, pyrin tietoisesti lisäämään painoani). Tutkittavien ylipaino- ja laihdutus historia selvitettiin kysymyksillä: ”Oletko ollut jossakin elämänvaiheessa ylipainoinen?” (1 = kyllä, hieman ylipainoinen; 2 = kyllä, vaikeasti ylipainoinen; 3 = en ole ollut; 4 = en tiedä) ja ”Oletko joskus laihduttanut useita kiloja (vähintään 3 kg)?” (1 = en; 2 = kyllä, laihduttaminen oli suunniteltu ja hallittu toimenpide; 3 = kyllä, laihduttaminen muuttui hallitsemattomaksi).

**Alkoholinkäyttöä** kartoitettiin kysymyksellä ”Kuinka usein juot alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän (alkoholiannos käsittää pullon olutta tai vastaavaa, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholijuomaa)?” (1 = en koskaan – 6 = päivittäin tai lähes päivittäin). Humalahakuisiksi juomiseksi määritettiin vastausvaihtoehdot ”kerran viikossa” tai useammin.

**Masennusoireilua** arvioitiin Raitalon Mielialakyselyllä (RBDI) (27). Masennusoireilu tulkittiin kyselyn pisteytysohjeiden mukaisesti keskivaikeaksi, jos tutkittava sai kyselystä vähintään 8 pistettä ja vaikeaksi, jos vähintään 16 pistettä.

**Tilastolliset analyysit** tehtiin SPSS-ohjelmistolla. Ylipainoisia ja lihavia verrattiin ali- ja normaalipainoisiin sekä koko tutkittavien joukkoon. Jatkuvien muuttujien osalta keskiarvojen

**TAULUKKO 3.** Tutkimukseen osallistuneiden 922 pojan sosiodemografiset tiedot. Lisäksi ali- ja normaalipainoisten 671 pojan sekä ylipainoisten ja lihavien 219 pojan tiedot.

	Kaikki		Ali- ja normaali-painoiset		Ylipainoiset ja lihavat		p-arvo <sup>1</sup>
	n	Keskiarvo (keskihajonta)	n	Keskiarvo (keskihajonta)	n	Keskiarvo (keskihajonta) <sup>2</sup>	
Ikä, vuotta	901	17,9 (0,7)	667	17,8 (0,5)	218	18,1 (1,0) <sup>4</sup>	0,006
Pituus, cm	893	177,8 (6,5)	671	177,7 (6,4)	219	178,2 (6,8)	0,345
Paino, kg	891	73,7 (16,3)	671	66,9 (8,7)	219	94,6 (16,2) <sup>4</sup>	< 0,001
Painoindeksi, kg/m <sup>2</sup>	890	23,3 (4,8)	671	21,1 (2,2)	219	29,8 (4,6) <sup>4</sup>	< 0,001
Verenpaine, mmHg							
Diastolinen	885	73 (9)	668	72 (8)	214	78 (12) <sup>4</sup>	< 0,001
Systolinen	885	131 (13)	668	129 (12)	214	136 (12) <sup>4</sup>	< 0,001
	<b>n</b>	<b>n (%)</b>	<b>n</b>	<b>n (%)</b>	<b>n</b>	<b>n (%)</b> <sup>3</sup>	
Tupakoi	902	238 (26,4)	669	169 (25,3)	218	60 (27,5)	0,378
Juo humalakahuisesti	895	201 (22,5)	663	138 (20,8)	217	57 (26,3)	0,107
Koulusivistys	897		669		215		0,120
Peruskoulu/opisto/ ammattikoulu		425 (47,4)		304 (45,4)		111 (51,6)	
Lukio / ylempi koulutus		472 (52,6)		365 (54,6)		104 (48,4)	
TULE-oireita	834	64 (7,7)	631	42 (6,7)	199	22 (11,1) <sup>5</sup>	0,056
Tyyppin 1 diabetes	893	5 (0,5)	671	4 (0,6)	219	1 (0,5)	0,701
Tyytyväinen painoonsa	887	722 (81,4)	657	586 (89,2)	214	125 (58,4) <sup>4</sup>	< 0,001
Masennusoireilu (keskivaikea tai vaikea)	863	46 (5,1)	660	32 (4,8)	217	10 (4,6)	0,449

<sup>1</sup>Ylipainoisia ja lihavia vertailtiin koko tutkimusaineistoon yhden otoksen t-testillä ja binomitestillä.

<sup>2</sup>Ylipainoisia ja lihavia vertailtiin ali- ja normaalipainoisiin riippumattomien otosten t-testillä.

<sup>3</sup>Ylipainoisia ja lihavia vertailtiin ali- ja normaalipainoisiin khiin neliö -testillä.

<sup>4</sup>p < 0,001

<sup>5</sup>p < 0,05

erojen tilastollinen merkitsevyys testattiin riippumattomien otosten t-testillä ja yhden otoksen t-testillä. Kaksiluokkaisten muuttujien osalta osuuksien erojen tilastollinen merkitsevyys testattiin khiin neliö -testillä sekä binomitestillä vertaamalla ylipainoisten ja lihavien suhteellista osuutta koko aineistoon. Pyrkimys laihuuteen ja Bulimia-osioiden luokittelussa syömishäiriöoireilijoiksi tulkittiin ne, jotka saivat ensimmäisestä vähintään 24 tai jälkimmäisestä vähintään 19 pistettä (28). Ristiintaulukoinnissa luokitelimme molempien osioiden vastaukset niin, että vastausvaihtoehtoja ”aina”, ”tavallisesti” ja ”usein” verrattiin vastausvaihtoehtoihin ”joskus”, ”harvoin” ja ”ei koskaan”. Ylipainoisten ja lihaviin syömishäiriöoireilevien ja oireilemattomien väliseen tilastollisen merkitsevyden testaukseen käytettiin Mann–Whitneyn U-testiä ja khiin neliö -testiä.

## Tulokset

Kutsuntoihin osallistui 1 265 poikaa. Heistä tutkimusotokseksi päätyi 922 poikaa (73 %), jotka vastasivat vähintään yhteen syömishäiriöoireilukyselyyn. Näistä 893 (97 %) kävi lääkärintarkastuksessa ennen kutsuntoja. Tutkittavista 80 (9,0 %) oli painoindeksiltään alipainoisia (BMI < 18,5), 591 (66,4 %) normaalipainoisia (18,5–24,9), 219 (24,6 %) ylipainoisia (≥ 25,0) ja 84 (9,4 %) lihavia (BMI ≥ 30,0). Yhdelläkään pojalla ei ollut lääkärin diagnosoimaa syömishäiriötä. **TAULUKOSSA 3** on kuvattu tutkittujen sosiodemografisia tietoja.

Syömishäiriökäyttäytymistä havaittiin 129 (14,0 %) pojalla. **TAULUKOSSA 4** eritellään syömishäiriökäyttäytymisen esiintyvyys kyselykohtaisesti. SCOFF-kyselyn kartoittamista laihaus- ja ahmimishäiriökäyttäytymisen ydin-

**TAULUKKO 4.** Syömishäiriökäyttäytymiseen liittyvien piirteiden esiintyvyys lukumäärinä (%) painoindeksiluokittain 922 pojan aineistossa.

Mittari	Kaikki	Painoindeksi <sup>1</sup>			p-arvo <sup>2</sup>
	n = 922	< 18,5 n = 80 (9 %)	18,5–24,9 n = 591 (66 %)	≥ 25 n = 219 (25 %)	
<b>SCOFF</b>					
Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?	79 (8,8)	0 (0)	32 (5,5)	44 (20,3)	< 0,001
Huolestuttaako sinua ajatus, ettet enää pysty hallitsemaan syömisestä määrää?	78 (8,7)	2 (2,5)	41 (7,0)	35 (16,1)	< 0,001
Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?	68 (7,6)	1 (1,3)	34 (5,8)	33 (15,1)	< 0,001
Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi?	49 (5,5)	1 (1,3)	37 (6,4)	11 (5,0)	0,512
Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?	17 (1,9)	0 (0)	14 (2,4)	3 (1,4)	0,582
Syömishäiriöoireilua	64 (7,2)	1 (1,3)	32 (5,5)	31 (14,2)	< 0,001
<b>Pyrkimys laihuuteen</b>					
Syön makeisia ja hiilihydraatteja tuntematta oloani hermostuneeksi. <sup>3</sup>	385 (45,3)	29 (39,7)	237 (42,4)	111 (54,4)	< 0,001
Ajattelen laihtuttamista.	109 (13,0)	1 (1,4)	29 (5,3)	75 (36,8)	< 0,001
Mielessäni pyörii jatkuvasti halu olla hoikempi.	75 (8,9)	1 (1,4)	17 (3,1)	55 (26,8)	< 0,001
Painoni lisääntyminen kauhistuttaa minua.	57 (6,7)	2 (2,7)	16 (2,9)	37 (18,2)	< 0,001
Tunnen voimakasta syällisyyttä ylensyötyäni.	43 (5,1)	1 (1,4)	17 (3,1)	24 (11,8)	< 0,001
Liioittelen tai suuretelen painon merkitystä.	42 (5,0)	1 (1,4)	18 (3,2)	21 (10,2)	< 0,001
Jos lihon kilon, minua huolettaa, että lihomiseni jatkuu edelleen.	33 (3,9)	1 (1,4)	16 (2,9)	15 (7,3)	0,008
Syömishäiriöoireilua	52 (6,0)	1 (1,4)	15 (2,7)	33 (16,2)	< 0,001
<b>Bulimia</b>					
Ahdan itseni täyteen ruokaa.	81 (9,7)	6 (8,5)	57 (10,3)	17 (8,5)	0,492
Syön silloin, kun olen poissa taloltani.	44 (5,2)	6 (8,2)	30 (5,4)	7 (3,4)	0,342
Ajattelen ylensyömistä.	30 (3,6)	1 (1,4)	18 (3,3)	10 (5,0)	0,278
Minulla on ollut hetkiä, jolloin olen syönyt niin, etten ole pystynyt lopettamaan.	24 (2,8)	1 (1,4)	12 (2,2)	9 (4,4)	0,131
Toisten läsnäollessa syön vain hiukan, ja heidän lähdettyään ahmin itseni täyteen ruokaa.	17 (2,0)	1 (1,4)	7 (1,3)	8 (3,9)	0,034
Syön tai juon salaa.	14 (1,7)	0 (0,0)	8 (1,4)	6 (2,9)	0,220
Olen ajatellut oksentaa, jotta saisin painoni putoamaan.	12 (1,4)	0 (0,0)	7 (1,3)	4 (2,0)	0,499
Syömishäiriöoireilua	55 (6,4)	3 (4,1)	30 (5,4)	17 (8,3)	0,173
<b>Syömishäiriöoireilua jollakin mittarilla</b>	<b>129 (14,0)</b>	<b>4 (5,0)</b>	<b>63 (10,7)</b>	<b>57 (26,0)</b>	<b>&lt; 0,001</b>

<sup>1</sup>Painoindeksin mukaan luokitellut tulokset on raportoitu 890 (97 %) tutkittavasta.

<sup>2</sup>Ylipainoisia vertailtiin normaalipainoisiin khiin nelio -testillä.

<sup>3</sup>Joskus/harvoin/ei koskaan.

piirteistä esiintyi tyypillisimmin vääristynyttä kehon koon arviointia (79 poikaa, 8,8 %) ja huolta syömisestä hallinnan menettämisestä (78 poikaa, 8,7 %). Makeisten ja hiilihydraattien syömisestä aiheutuva hermostuneisuus oli yleistä: 385 poikaa (45 %) koki hermostu-

neisuutta aina, tavallisesti tai usein syödessään makeisia tai hiilihydraatteja.

Syömishäiriöoireilevista 44 % oli ylipainoisia tai lihavia (TAULUKKO 4). Syömishäiriöpiirteiden esiintyvyys oli yleisempää ylipainoisilla ja lihavilla kuin ali- ja normaalipainoisilla. SCOFF-

**TAULUKKO 5.** Syömishäiriöoireilvien ja -oireilemattomien 219 ylipainoisen pojan painoon liittyvä käyttäytyminen.

	Syömishäiriö- oireilua n = 57 (26 %)	Ei syömishäiriö- oireilua n = 162 (74 %)	p-arvo
Painoindeksi, kg/m <sup>2</sup> , mediaani (kvartiiliväli)	30,3 (27,5–33,4)	27,6 (25,8–31,8)	< 0,001
<b>Mitä mieltä olet painostasi?</b>			
Alipainoinen	3 (5,5)	3 (1,9)	0,007 <sup>1</sup>
Sopivanpainoinen	3 (5,5)	61 (38,6)	
Ylipainoinen	49 (89,1)	94 (59,5)	< 0,001 <sup>2</sup>
Tyytyväinen nykyiseen painoon	19 (34,5)	106 (66,7)	< 0,001
<b>Tavoitteletko</b>			
painon vähenemistä	48 (87,3)	87 (55,4)	< 0,001
painon lisääntymistä	2 (3,6)	8 (5,1)	1,000
Ollut ylipainoinen	49 (89,1)	107 (68,6)	0,003
Laihduttanut joskus	44 (81,5)	78 (50,6)	< 0,001
Humalahakuinen juominen (1 krt/vk tai useammin)	14 (24,6)	43 (26,9)	0,733
Masennusoireilua (keskivaikea tai vaikea)	6 (10,7)	4 (2,5)	0,020

<sup>1</sup>Alipainoiseksi itsensä kokevia on vertailtu itsensä sopivanpainoisiksi kokeviin

<sup>2</sup>Ylipainoiseksi itsensä kokevia on vertailtu itsensä sopivanpainoisiksi kokeviin

kyselyn mukaisista piirteistä eniten vääristynyttä kehon koon arviointia oli 44 pojalla (20,3 %), huolta syömisestä hallinnan menettämisestä 35:llä (16,1 %) sekä yli 6 kg:n laihtumista kolmen viime kuukauden aikana 33:lla (15,1 %). Laihtumisen haluun liittyvistä piirteistä tavallisimmin esiintyi hermostuneisuutta makeisia ja hiilihydraatteja syöäessä 111:llä (54,4 %), jatkuvaa laihduttamisen ajattelua 75:llä (36,8 %) ja halua olla hoikempi 55:llä (26,8 %).

Syömishäiriöoireilua esiintyi neljäsosalla ylipainoisista ja lihavista pojista. Ylipainoisten syömishäiriöoireilvien mediaanipainoindeksi oli suurempi (30,3, kvartiiliväli 27,5–33,4) verrattuna oireilemattomiin ylipainoisiin ja lihaviin (27,6, kvartiiliväli 25,8–31,8,  $p < 0,001$ ). Ylipainoiset ja lihavat syömishäiriöoireilevat olivat tyytymättömiä painoonsa, tavoittelivat useammin painon vähenemistä ja heillä oli useammin laihdutustaustaa (**TAULUKKO 5**). Heillä oli myös keskivaikeaa tai vaikeaa masennusoireilua neljä kertaa useammin kuin oireilemattomilla.

## Pohdinta

Tässä kutsuntaikäisten poikien väestöpohjaisessa tutkimuksessa tarkastelimme syö-

mishäiriökäyttäytymiseen liittyvien piirteiden yleisyyttä erityisesti ylipainoisilla ja lihavilla kutsuntaikäisillä pojilla. Syömishäiriöpiirteistä tarkasteltiin laihtumis- ja ahmimishäiriökäyttäytymiseen liittyviä ydinpiirteitä sekä pakonomaiseen laihtumisen haluun ja ahmimiseen liittyviä piirteitä.

Joka seitsemännellä pojalla oli syömishäiriöoireita. Aiempien suomalaisten tutkimusten mukaan syömishäiriöoireiden esiintyvyys pojilla on ollut reilusti vähäisempää (7 % vs 14 %) (4,5). Erot esiintyvyydessä johtuvat todennäköisesti käytetyistä menetelmistä. Tutkimuksessamme käytettiin kolmea eri arviointimenetelmää.

Ylipainoisilla ja lihavilla pojilla esiintyi syömishäiriökäyttäytymisen piirteitä näillä menetelmillä arvioituna lähes kaksi kertaa useammin kuin koko väestössä (26 % vs 14 %). Runsaimmin heillä esiintyi pakonomaiseen laihduttamisen haluun liittyviä piirteitä. Myös aiemmassa suomalaisessa kaksostutkimuksessa suurempi painoindeksi oli yhteydessä nuorten miesten laihtumisen haluun ja tyytymättömyyteen kehoonsa (29). Laihtumista tavoittelevilla miehillä esiintyi yleisemmin myös ahmimista (29). Tutkimuksessamme ahmimistaipumuksen esiintyvyydessä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa suhteessa painoon, joskin ylipainoi-

**TAULUKKO 6.** Ahminnan seulentakysymykset (2,33).

Onko sinulla päivän aikana joskus tunne, ettet voi lopettaa syömistä, vaikka haluaisitkin?  
 Syötkö joskus poikkeuksellisen suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa?  
 Tunnetko joskus tällaisen syömisen jälkeen syvää syyllisyyttä tai masennusta?  
 Päätätkö joskus tällaisen syömisen jälkeen lujasti, että aloitat laihdutuksen tai terveellisen syömisen?

silla ja lihavilla ahmimiskäyttäytymistä esiintyi hiivenen enemmän kuin muilla.

Tulostemme mukaan ylipainoiset syömishäiriöoireilevat olivat keskimäärin huomattavasti painavampia kuin oireilemattomat ylipainoiset. Voi olla, että oireilemattomien, painoindeksiltään ylipainoisten joukkoon kuului runsaasti urheilullisia ja raskasrakenteisempia poikia, joilla lihasmassan suhteellinen osuus on keskimääräistä suurempi ja joilla ei ole ylimääräistä rasvakudosta. Ylipainoiset syömishäiriöoireilevat erosivat muista ylipainoisista myös painonhallintakäyttäytymisen osalta. He olivat lähes kaksi kertaa harvemmin tyytyväisiä painoonsa ja tavoittelivat huomattavasti useammin painon vähenemistä, mutta heillä oli myös useammin laihdutustaustaa. Usein syömishäiriöt alkavatkin laihduttamisesta, ja miehillä syömishäiriöön sairastumista edeltää ylipainoisuus naisia useammin (2).

Liikkumattomuuteen ja epäterveellisiin syömistottumuksiin houkutteleva ympäristömme edistää ylipainon kehittymistä. Samaan aikaan hoikkaa ihannoidaan ja ylipainoisia kehoitetaan laihduttamaan. Lihavuuteen liittyy stigma, eikä lihava ihminen täytä ympäristön ulkonäkövaatimuksia, minkä vuoksi lihavia arvostellaan ja heitä saatetaan syrjiä jopa terveydenhuollossa (30,31). Siten ei ole yllättävää, että aineistossamme ylipainoisilla ja lihavilla esiintyi useammin pakonomaista laihtumisen halua.

On luonnollista, että laihdutettaessa ajatukset pyörivät syömisen ja laihduttamisen ympärillä. Jatkuvasti laihduttamisen ympärillä pyörivät ajatukset eivät kuitenkaan edistä hyvinvointia ja terveyttä vaan voivat pahimmillaan rajoittaa normaalia elämää ja kehittyä syömishäiriöksi (32). Siksi on tärkeää tunnistaa,

milloin niin sanottu normaali laihduttamisajatus muuttuu syömishäiriöajatuksiksi. Painonhallintakäyttäytymisen arviointi on erityisen tärkeää, mikäli taustalla on epäonnistuneita laihdutusyrityksiä. Lisäksi jos laihtumista tavoittelevalla ilmenee syömisen rajoittamisen seurauksena toistuvasti ahmimiskohtauksia, on ahminta saatava ensin hallintaan. Mikäli ahmintaa ei saada hallintaan perusterveydenhuollon hoitointervention ja potilaan itsehoidon avulla, on syytä konsultoida ravitsemusterapeuttia tai muuta syömiskäyttäytymisen asiantuntijaa. Laihduttajaa tuettaessa olisikin tärkeitä kannustaa ja ohjata järkevien, pysyvien elintapamuutosten tekemiseen sekä kiinnittää huomiota mahdolliseen orastavaan syömishäiriökäyttäytymiseen. Mikäli syömishäiriökäyttäytymisen mahdollisuutta ei arvioida, laihduttamista tukemalla voidaan edistää syömishäiriökäyttäytymisen kehittymistä.

Syömishäiriökäyttäytymistä voidaan arvioida esimerkiksi BES-kyselyllä (binge eating scale), ahminnan seulentaan tarkoitetuilla kysymyksillä tai yleisesti syömishäiriöiden ydinpiirteitä arvioivalla SCOFF-kyselyllä (TAULUKOT 2 ja 6) (2,22,33). Näiden menetelmien soveltuvuutta poikien ja miesten syömishäiriöoireilun arviointiin tulisi kuitenkin tutkia lisää. On todettu esimerkiksi, että SCOFF-kyselyn validiteettia nuoria miehiä tutkittaessa tulisi arvioida (25).

Kaksi kysymystä herätti epäilyksen väärintulkinnasta. Pyrkimys laihtuuteen -osion ”Syön makeisia ja hiilihydraatteja tuntematta oloani hermostuneeksi” -kysymykseen vastasi lähes puolet kaikista pojista ”aina/tavallisesti/usein”. Kysymys oli asetettu käänteisesti muihin nähden, joten se saattoi olla vaikeasti ymmärrettävä. Myös aiemmissa tutkimuksissa on huomattu, ettei tämä kysymys arvioi samanlaista käyttäytymistä kuin muut osion kysymykset (34,35). Toisaalta kysymys voi kieltä myös siitä, miten nykyään makeisten ja hiilihydraattien nauttimisesta on tehty syyllisyyttä ja huonoa omaatuntoa aiheuttava teko, vaikka syödystä ruoasta nauttiminen onkin normaalia ja tervettä. Tähän saattaa osaltaan vaikuttaa 2010-luvulla mediassa esillä ollut vähähiilihydraattiseen ruokavalioon liittyvä keskustelu.

SCOFF-kyselyn kysymykseen ”Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laaha?” vastasi myöntävästi joka viides ylipainoinen tai lihava poika. Kysymys on ehkä vaikeasti muotoiltu, koska niin suuri osa ylipainoisista ja lihavista oli vastannut kysymykseen näin. He ovat saattaneet myös tulkita kysymyksen niin, että he itse pitävät itseään lihavina, vaikka läheiset ehkä vähättelevät lihavuuden merkitystä joko oman lihavuutensa vuoksi tai välttääkseen aiheuttamasta mielipahaa. Suomalaiset yläkouluikäiset ovat kuitenkin arvioineet SCOFF-kysymykset selkeiksi, eikä niiden sanamuotoa ole siten nähty tarpeelliseksi muuttaa (22). Tosin tutkijat pohtivat myöhemmin julkaistussa artikkelissaan, ovatko tutkittavat ymmärtäneet kysymykset samalla tavalla kuin tutkijat (25).

Tutkimuksemme vahvuutena on väestöpohjainen, laaja aineisto. Suomalaisten, etenkin ylipainoisten poikien syömishäiriöpiirteiden esiintyvyyttä ei ole tietääksemme aikaisemmin tutkittu, joten tutkimus antaa uutta tietoa poikien ylipainoisuuden ja syömishäiriökäyttäytymisen tunnistamiseen ja hoitoon. Tutkimuksen heikkoutena ovat syömishäiriöoireilun arviointiin käytetyt menetelmät, joiden soveltuvuudesta poikien syömishäiriökäyttäytymisen arvioimiseen on toistaiseksi melko vähän tutkimustietoa. Lisäksi tutkimuksessamme ei arvioitu tyytymättömyyttä lihaksistoon, jonka on aiemmin suomalaisilla nuorilla miehillä havaittu liittyvän syömishäiriökäyttäytymiseen (13). Tutkimuksessa ei myöskään tarkasteltu liikunta- ja syömistottumuksia eikä ruoan käyttöä.

## Lopuksi

Havaitsimme syömishäiriökäyttäytymiseen viittaavia oireita joka seitsemännellä kutsun-

## Ydinasiat

- ▶ Poikien syömishäiriöoireilu tunnistetaan heikosti terveydenhuollossa.
- ▶ Syömishäiriöoireilua esiintyi joka seitsemännellä tutkituista 922 kutsuntaikäisestä oululaisesta pojasta.
- ▶ Syömishäiriöoireista tyypillisin oli pakonomainen laihtumisen halu, ja oireet olivat yleisimpiä ylipainoisilla pojilla.
- ▶ Joka neljännellä ylipainoisella oli syömishäiriöoireita.

taikäisellä pojalla. Yhdelläkään tutkittavalla ei ollut diagnosoitu syömishäiriötä kutsuntoja edeltävässä lääkärintarkastuksessa. Tulokset kuitenkin osoittavat, että poikien syömishäiriöriski tulisi ottaa huomioon. Ylipainoisilla ja lihavilla kutsuntaikäisillä pojilla esiintyi pakonomaista laihtumisen halua kaksi kertaa enemmän kuin ali- ja normaalipainoisilla pojilla. Poikien parissa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tutkimuksemme tuottamaa tietoa erityisesti ylipainoisten ja lihavien syömishäiriökäyttäytymisen riskin tunnistamisessa.

Tulosten perusteella suosittelemme mahdollisen syömishäiriökäyttäytymisen kartoittamista terveystarkastuksissa ja ainakin ylipainon tai lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvilta esimerkiksi syömishäiriöiden seulontaan tarkoitetulla SCOFF-kyselyllä, ahmimiskäyttäytymistä arvioivalla BES-kyselyllä tai ahmimisen seulontaan tarkoitetuilla kysymyksillä, jotka löytyvät sekä lihavuuden että syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksista. ■

### SUMMARY

#### Disordered eating behavior in boys of draft age – the population-based MOPO study

BACKGROUND: Eating disorders in boys are poorly detected in health care.

MATERIAL AND METHODS: Among 922 boys attending evaluation for military service in Oulu, in 2013, disordered eating behavior was assessed by the SCOFF and Eating Disorder Inventory questionnaires (Drive for thinness and Bulimia).

RESULTS: Disordered eating behavior was present in 129 (14%) boys, of whom 57 (44%) were overweight. Every fourth overweight boy had symptoms of eating disorders, typically constant thoughts of weight loss.

CONCLUSIONS: Screening of eating disorders should be included in medical examinations, especially in overweight boys.

**KIRJALLISUUTTA**

1. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics* 2010;126:1240–53.
2. Syömishäiriöt. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 11.12.2014]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
3. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:426–30.
4. Hautala L, Liuksila PR, RiihÄ H, ym. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2005;60:4599–605.
5. Nurkkala M, Keränen AM, Koivumaa-Honkanen H, ym. Disordered eating behavior, health and motives to exercise in young men: cross-sectional population-based MOPO study. *BMC Public Health* 2016; 16:483.
6. Rancourt D, McCullough MB. Overlap in eating disorders and obesity in adolescence. *Curr Diab Rep* 2015;15:78.
7. Gadalla TM. Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *J Mens Health* 2008;5:209–17.
8. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, ym. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015;48:555–62.
9. Conason AH, Sher L. Alcohol use in adolescents with eating disorders. *Int J Adolesc Med Health* 2006;18:31–6.
10. Darcy AM, Lin IH. Are we asking the right questions? A review of assessment of males with eating disorders. *Eat Disord* 2012;20:416–26.
11. Stanford SC, Lemberg R. A clinical comparison of men and women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eat Disord* 2012;20:379–94.
12. Raevuori A, Keski-Rahkonen A. Miesten syömishäiriöt ja tyytymättömyys lihaksitoonsa. *Duodecim* 2007;123:1583–9.
13. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Bulik CM, ym. Muscle dissatisfaction in young adult men. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:6.
14. Allen KL, Byrne SM, La Puma M, ym. The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eat Behav* 2008;9:438–46.
15. Schneider M. Bulimia nervosa and binge-eating disorder in adolescents. *Adolesc Med* 2003;14:119–31.
16. Flament MF, Henderson K, Buchholz A, ym. Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:403–11.
17. Jallinoja P, Sahi T, Uutela A, toim. Varusmiesten ravitsemus, terveyden riskitekijät ja terveystaju: VARU-interventiotutkimuksen palvelukseenastumisvaiheen tulokset Panssariprikaatissa ja Kainuun Prikaatissa vuonna 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2008.
18. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *J Adolesc Health* 2015;56:19–24.
19. Ahola R, Pyky R, Jämsä T, ym. Gamified physical activation of young men – a multidisciplinary population-based randomized controlled trial (MOPO study). *BMC Public Health* 2013;13:32.
20. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15–34.
21. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467–8.
22. Hautala L, Alin J, Liuksila PR, ym. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seuloonassa. *Duodecim* 2006;122:2137–44.
23. Lehmann V, Ouwens MA, Braeken J, ym. Psychometric properties of the Dutch version of the Eating Disorder Inventory-3. *SAGE Open* 2013;3. DOI 10.1177/2158244013508415.
24. van Strien T, Ouwens M. Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two non-clinical populations. *Eur J Psychol Assess* 2003;19:66–84.
25. Hautala L, Junnila J, Alin J, ym. Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1439–47.
26. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010;43:344–51.
27. Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsenunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86/2007.
28. Lang T. Twenty statistical errors even you can find in biomedical research articles. *Croat Med J* 2004;45:361–70.
29. Keski-Rahkonen A, Bulik CM, Neale BM, ym. Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins. *Int J Eat Disord* 2005;37:188–99.
30. Harjunen H. Lihavuus ja moraalinen paniikki. Yhteiskuntapolitiikka 2004;69:412–8.
31. Sikorski C, Luppala M, Glaesmer H, ym. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obes Facts* 2013;6:512–22.
32. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Stability of eating disorder diagnostic classifications in adolescents: five-year longitudinal findings from a population-based study. *Eat Disord* 2011;19:308–22.
33. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 [päivitetty 13.9.2013]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
34. Muro-Sans P, Amador-Campos JA, Peró-Cebollero M. Factor structure of Eating Disorders Inventory-2 in a Spanish sample. *Eat Weight Disord* 2006;11:e42–52.
35. Tseng MC, Yao G, Hu FC, ym. Psychometric properties of the eating disorder inventory in clinical and nonclinical populations in Taiwan. *Assessment* 2014;21:50–9.

**MARJUKKA NURKKALA, TtM, laillistettu ravitsemusterapeutti, tutkija**

**RAIJA KORPELAINEN, FT, terveystieteiden professori, tutkimuspäällikkö**

Oulun Diakonissalaitoksen säätö, Oulun liikuntalääketieteellinen klinikka Oulun yliopisto, elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala, Medical Research Center Oulu (MRC)

**ANNA-MARIA TEERINIEMI, FT, laillistettu ravitsemusterapeutti, yliopistonlehtori**

Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala, sisätautien tutkimusyksikkö ja Medical Research Center Oulu (MRC) Itä-Suomen yliopisto, Kuopion kampus, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

**SIRKKA KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, LKT, yleislääketieteen professori**

Oulun yliopisto, elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö Oulun yliopistollinen sairaala, perusterveydenhuollon yksikkö ja Medical Research Center

**MARJA VANHALA, FT, laillistettu ravitsemusterapeutti**

Oulun Diakonissalaitoksen säätö, Oulun liikuntalääketieteellinen klinikka

**SIDONNAISUUDET**

**Marjukka Nurkkala:** Apuraha (Jenny ja Antti Wihurin rahasto, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri)

**Raija Korpelainen:** Apuraha (Euroopan aluekehitysrahasto, Euroopan sosiaalirahasto, Opetus- ja kulttuuriministeriö, Pohjois-Pohjanmaan ELY-keskus, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri)

**Anna-Maria Teeriniemi, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi ja Marja Vanhala:** Ei sidonnaisuuksia