Kehittämistyö (AMK)

Terveysala / Health Care

Terveydenhoitaja (AMK) / Registered Public Health Nurse (AMK)

2016

Jenna Kuittinen & Susanna Hakala

SUÖMISHÄIRIÖT NUORILLA

– Terveysnetti

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Terveydenhoitotyö

Tammikuu 2016 | 63

Jaana Uuttu & Satu Halonen

Jenna Kuittinen & Susanna Hakala

SYÖMISHÄIRIÖT NUORILLA

Tyytymättömyys omaan kehoon on nuorilla yleistä. Raja syömisongelman ja terveellisen elämäntavan välillä on hiuksenhieno. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan jopa joka kymmenes tyttö sairastaa syömishäiriötä nuoruuden aikana. Useimmiten oireilu alkaa 15–24 –vuotiaana. Syömishäiriöt ovat harvinaisempia nuorilla miehillä. Tunnetuimpien syömishäiriöiden, laihuushäiriön ja ahmimishäiriön, sijasta yleisimpiä syömishäiriöitä ovat vähemmälle huomiolle jääneet epätyypilliset syömishäiriöt.

Projektin tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon. Tavoitteena oli lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi.

Projektissa luoduilla verkkosivuilla käsitellään nuorten yleisimpiä syömishäiriöitä ja niiden tunnistamista sekä sitä, mistä nuoret ja heidän omaisensa voivat hakea apua. Verkkosivuilla kerrotaan myös syömishäiriön läpikäyneiden kokemuksia syömishäiriöstä. Verkkosivut löytyvät osoitteesta http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html.

Riskitekijöitä sairastua syömishäiriöön on monia. Kulttuuriset ihannekuvat terveydestä ja laihuudesta voivat muuttua entistä jyrkemmiksi ja vaikeasti saavutettaviksi. Nuoret saavat vaikutteita sosiaalisesta mediasta ja erilaisista internetyhteisöistä. On tärkeää kiinnittää huomiota sellaisiin asioihin ja käytäntöihin, jotka edesauttavat nuorten hyvinvointia sekä turvallista kasvua ja kehitystä.

Varhainen puuttuminen sekä hoitoon ohjaaminen voivat parantaa sairauden ennustetta ja lyhentää sairastamisaikaa. Oletus, jonka mukaan syömishäiriöinen pystyisi irtautumaan ja niin sanotusti lopettamaan sairautensa, ei pidä paikkaansa. Hiljalleen kehittyvä syömishäiriö voi saada vuosien varrella sellaisen otteen syömishäiriöisestä, että oireilusta tulee pakonomaista, itsestä riippumatonta. Mitä myöhäisemmässä vaiheessa ongelmiin puututaan, sitä hankalampaa niiden selvittäminen on. Pienikin puuttuminen voi neutralisoida tilanteen epäiltäessä syömishäiriötä.

ASIASANAT:

Nuoret, syömishäiriö, omaiset, laihuushäiriö, ahmimishäiriö, ahmintahäiriö, ortoreksia ja lihasdysmorfia

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Health Care

January 2016 | 63

Jaana Uuttu & Satu Halonen

Jenna Kuittinen & Susanna Hakala

EATING DISORDERS ON ADOLESCENTS

Body dissatisfaction is common in adolescent females and males. The line between eating disorder and healthy lifestyle is unclear. According to study, made in Finland, even every tenth girl have had eating disorder during their adolescent life. Usually the symptoms begin between the age of 15 and 24. Eating disorders are rarer on young men. Instead of commonly known anorexia and bulimia, eating disorders not otherwise specified are most typical of eating disorders.

The aim of this project was to create a website about eating disorders to adolescent and their relatives to Terveysnetti. The aim was to increase awareness of eating disorders that the treatment is received in time.

Websites handles common eating disorders on adolescent, identification of eating disorders and the resources where adolescent and their relatives are able to get help. There are also some short experiences of people who are cured from the disease. The websites are to be found from http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html.

There are many risk factors that can cause an eating disorder. Cultural presentation of ideal health and body image can develop even more radical and harder to achieve. Adolescents get impressions from the media and different kinds of groups from the Internet. It's important to pay attention to things and methods that prevents wellbeing, secured growth and development of adolescent.

Early intervention and guidance to treatment can increase the prognosis and shorten the time of being sick. The assumption that the person who suffers from eating disorder could stop being sick anytime they want isn't true. Slowly, year by year, developing disorder can get a tight hold on the person, that the symptoms are more compulsive and less independent of the person itself. The later you intervene, the harder it gets to solve the problems. Even a little intervention can be enough to neutralize the situation when suspecting eating disorder.

KEYWORDS:

Adolescent, eating disorders, relatives, anorexia, bulimia, binge eating disorder, orthorexia and muscle dysmorphia.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO **5**

2 SYÖMISHÄIRIÖT JA NIIDEN YLEISYYS NUORILLA **6**

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO JA ENNUSTE **22**

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN VERKKOSIVUJEN AVULLA **30**

5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE **33**

6 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTETUT VERKKOSIVUT **34**

7 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS **42**

8 POHDINTA **47**

LÄHTEET **52**

LIITTEET

Liite 1. Projektilupa
Liite 2. Posteri

1 JOHDANTO

Syöminen on tänä päivänä hyvin ulkonäköpainotteista. Oikein syömällä ajatellaan saavutettavan oikeanlainen keho ja väärin syömällä vääränlainen keho. Kulttuuriset ihannekuvat terveydestä ja laihuudesta voivat muuttua entistä rajatuimmiksi ja vaikeammin saavutettaviksi. Lihavuus sekä epäterveelliset elämäntavat voivat kärjistyä jopa vihapuheen kohteeksi. Raja ongelman ja elämäntavan välillä onkin hiuksenhieno. (Valkendorff 2014.)

Syömishäiriöt ovat yleisiä etenkin nuorilla tytöillä. Ennen 18 vuoden ikää, jopa joka kymmenes tyttö kärsii syömishäiriöstä (Isomaa 2011). Useimmiten oireilu alkaa 15–24 –vuotiaana (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2015e). Syömishäiriöt ovat harvinaisempia nuorilla miehillä. Tunnetuimpien syömishäiriöiden, laihuushäiriön ja ahmimishäiiriön, sijasta vähemmän tunnetut epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä. (Isomaa 2011.) Nuorten syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten muun muassa murrosikä, kulttuurinen ympäristö, sukupuoli, persoonallisuus ja elämän muutokset (Lask ja Bryant-Waugh 2007).

Nuori saa vaikutteita sosiaalisesta mediasta ja erilaisista internetyhteisöistä (ETENE 2013). Tilastokeskuksen tekemän tutkimuksen (2014) mukaan 89 % 16–24-vuotiaista suomalaisista nuorista käyttää useita kertoja päivässä Internetiä. 16–24-vuotiaista nuorista 74 % oli käyttänyt viimeisen kolmen kuukauden aikana Internetiä sairauksiin, ravitsemukseen ja terveyteen liittyvän tiedon etsintään. (Tilastokeskus 2014.)

Projektina toteutetun opinnäytetyön tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon. Tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi. Terveysnetti on Turun ammattikorkeakoulun opettajien ja opiskelijoiden ylläpitämä sivusto yhteistyössä Salon terveyskeskuksen, Salon aluesairaalan ja Salon kaupungin kanssa (Turun ammattikorkeakoulu 2013). Toimeksianto tälle työlle tuli Salon terveyskeskukselta.

2 SYÖMISHÄIRIÖT JA NIIDEN YLEISYYS NUORILLA

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyshäiriöitä nuorilla ja niihin liittyy syömisongelman lisäksi fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia häiriöitä. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat laihuushäiriö, ahmimishäiriö sekä ahmintahäiriö. (Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen tärkeää: Käypä hoito -uutinen, 2015.) Uusina tulokkaina ovat ortoreksia ja lihasdysmorfia, joilla ei vielä tautiluokituksissa ole omia diagnoosejaan (Syömishäiriöklinikka 2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Nuorten aikuisten terveys ja psyykkinen hyvinvointi – tutkimuksessa arvioitiin syömishäiriöiden sairastumisriskiä. Se toteutettiin lähettämällä kyselylomake 20–35-vuotiaille suomalaisille, jotka edustivat alueellisesti koko Suomen 20–35-vuotiaita. Kaikki seulan kriteerit täyttäneet ja vastanneista satunnaisesti valittu joukko (N=1863) kutsuttiin erikseen haastatteluun. Tulosten mukaan suurin riski sairastua syömishäiriöön oli 12–24 –vuotiaana ja kuusi prosenttia 20–35 –vuotiaista naisista oli sairastanut syömishäiriön jossain elämänsä vaiheessa. (Suokas 2015; Lähteenmäki ym. 2013.)

Isomaa (2011) on tutkinut nuorten syömishäiriöiden yleisyyttä ja painon hahmottamista vuosina 2004 ja 2007 Pietarsaaren alueen kouluissa. Tutkimus oli kaksivaiheinen prospektiivinen seurantatutkimus, joka tehtiin 15-vuotiaille nuorille (n=595). Tutkimus käsitti kyselylomakkeen ja myöhemmät henkilökohtaiset haastattelut sekä lähtötilanteessa että kolmen vuoden seurannassa. Kyselylomake oli suunnattu koko otantaryhmälle ja henkilökohtaiset haastattelut syömishäiriön diagnostiset kriteerit täyttäneille. Laihuushäiriön elinikäinen esiintyvyys 18-vuotiailla naisilla oli 2,6 %, ahmimishäiriön 0,4 % ja luokittelemattomien syömishäiriöiden 9,0 %. Miehillä ei löydetty DSM-IV:n mukaan vallitsevaa syömishäiriötä. Nuorilla naisilla, jotka pitivät itseään ylipainoisina, oli enemmän masennusta, sosiaalista ahdistuneisuutta ja huonoa itsetuntoa huolimatta siitä, että olivatko he normaali- tai alipainoisia verrattuna nuoriin, jotka hahmottivat painonsa realistisesti. Epärealistinen painon hahmottaminen nuorilla miehillä oli yhteydessä sosiaaliseen ahdistukseen. Nuorilla naisilla, jotka laihduttivat psykologisen ahdingon

vuoksi, eivätkä niinkään turhamaisuuden tai ylipainon vuoksi, oli viisitoistakertainen riski sairastua syömishäiriöön. (Isomaa 2011.)

Patton ym. (2008) ovat tehneet tutkimuksen nuoruusiän osittaisen syömishäiriön yleisyydestä. Tutkimus tehtiin nuorille (n=1943) kymmenen vuoden aikana. Tutkimukseen osallistuneita nuoria tutkittiin erilaisin keinoin. Heitä muun muassa haastateltiin lomakkeilla sekä punnittiin ja mitattiin säännöllisesti. Syömishäiriön osittainen oireyhtymä löytyi 9,4 %:lla 15−17-vuotiaista naisista ja 1,4 %:lla miehistä. Oli muutamia tapauksia, joissa osittainen oireyhtymä eteni laihuus- ja ahmimishäiriöksi. Nuorilla, joilla oli osittainen oireyhtymä, oli masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kaksin-kolminkertaisesti verrattuna niihin nuoriin, joilla ei osittaista oireyhtymää ollut. Päihteiden käyttö oli myös yleistä. Nuoret, joilla oli laihuushäiriön osittainen oireyhtymä, olivat edelleen alipainoisia noin 24-vuotiaina. (Patton ym. 2008.)

Hautala ym. (2005) ovat tutkineet häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ja sen varhaista toteamista kouluterveydenhuollossa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin lomakekyselyä ja se toteutettiin Turun suomenkielisen yleisopetuksen yläkouluissa lukuvuoden 2003–04 aikana. Syömishäiriön puhkeamista ennakoivaa oireilua mittaava puolistrukturoitu kyselylomake annettiin kaikille tutkimukseen osallistuneiden koulujen yhdeksänsien luokkien oppilaille (n=1374). Tutkimusaineisto koostui nuorten (n=855) kyselylomakkeiden vastauksista, joista saadun tiedon lisäksi käytettiin oppilaiden terveystietoja 8. ja 9. luokan ajalta. Kyselylomakkeiden perusteella 18 %:lla 15–16-vuotiaista tytöistä oli vähintään yksi syömishäiriön puhkeamista ennakoiva oire. Pojista vastaavaa oireilua oli 7 %:lla. Riskiryhmät muodostuivat ylipainoisista nuorista ja oppilaista, joilla oli erilaisia psykososiaalisia ongelmia. Myös erityisruokavaliota noudattavat sekä ulkonäön tai painon merkitystä korostavaa liikuntalajia harrastavat kuuluivat riskiryhmään. (Hautala ym. 2005.)

Syömishäiriöön ei sairastuta vain yhdestä tietystä syystä, vaan syitä on yhtä monta kun on sairastunutta. Jokaisella sairauden syy on henkilökohtainen ja omaan itseen liittyvä. Moni sairastunut kokee, että syy heidän syömishäiriöönsä

oli vaikeat kotiolot lapsuudenkodissa, sosiaaliset paineet, kiusaaminen, turvattomuus, ruoan käyttäminen tunteiden säätelyyn, geneettinen taipumus ruokariippuvuuteen, tylsyyden tai tyhjyyden tunteen poistaminen. (Christiansen 2004.) Usein luullaan, että syömishäiriötä sairastava pystyisi irrottautumaan ja niin sanotusti lopettamaan sairautensa, jos vain niin tahtoisi. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Syömishäiriön ote sairastuneesta voi olla useiden vuosien ajan niin tiukka, että sairastuneen tarve nälkiintyä, ahmia tai oksentaa muuttuu itsestä riippumattomaksi, pakonomaiseksi käyttäytymiseksi. (Pekkarinen 2007.)

Ojala (2011) tutki 13–15-vuotiaiden nuorten painon kokemista ja laihduttamista. Tulokset perustuvat WHO-koululaistutkimuksen ja Health Behaviour in School-aged Children -tutkimuksen (HBSC) kyselyaineistoon. Vuosina 1994, 1998, 2002 ja 2006 tehdyt WHO-koululaistutkimuksen kyselyt oli tehty suomalaisnuorille (n=12528). HBSC -tutkimuksen kyselyt oli tehty nuorille (n=106207) Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tuloksia on käsitelty erilaisilla tilastollisilla menetelmillä, kuten prosenttijakaumilla ja ristiintaulukoinneilla. Noin puolet tutkimuksen nuorista piti itseään liian laihana tai lihavana. Pojilla tyytymättömyys jakaantui tasaisemmin kahteen osaan, jossa toinen puolisko piti itseään liian lihavana ja toinen puolisko itseään liian laihana. Omaan painoonsa tyytymättömät tytöt tunsivat itsensä lihaviksi melkein poikkeuksetta. Tutkimuksen ylipainoiset nuoret arvioivat olevansa yleensä lihavia. Tutkimuksen mukaan joka viides tyttö ja joka kolmastoista poika kertoi yrittävänsä pudottaa painoa. Suomalaisnuorilla tulos oli pienempi, mutta joka toinen tyttö ja joka viides poika kertoi viimeisen 12 kuukauden aikana laihduttaneensa, muuttaneensa ruokailutottumuksia tai jotain muuta hallitakseen painoaan. (Ojala 2011.)

Syömishäiriöt jaetaan Maailman terveysjärjestön (World Health Organization) laatiman tautiluokitusjärjestelmän ICD-10:n (International statistical classification of diseases and related health problems) avulla yhdeksään eri syömishäiriöön. Syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö (anoreksia nervosa), epätyypillinen laihuushäiriö, ahmimishäiriö (bulimia nervosa), epätyypillinen ahmimishäiriö, muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen, muuhun psyykkiseen häiriöön

liittyvä oksentelu, muu syömishäiriö ja määrittämätön syömishäiriö. Ahmimishäiriöön luetaan mukaan ahmimishäiriöisiä piirteitä sisältävä määrittämätön ahmimishäiriö ja psyykkisperäinen liikasyöminen. Epätyypilliseen ahmimishäiriöön sisältyy epätyypillinen ahmimishäiriön piirteitä sisältävä ahmimishäiriö, tarkemmin määrittämätön ahmimishäiriö ja psyykkisperäinen liikasyöminen. Aikuisten pica -oireyhtymä, psyykkisperäinen ruokahaluttomuus, pulauttelu ja ruuan takaisinvirtaus ruokatorveen kuuluvat myös syömishäiriöihin. (THL 2011.)

DSM on amerikkalaisen psykiatriayhdistyksen (American Psychiatric Association) laatima diagnostinen ja tilastollinen ohjeistus, mistä uusin eli viides versio on otettu käyttöön vuonna 2013. DSM-5 luokituksen mukaan syömishäiriöt jaetaan kahdeksaan eri syömishäiriöön: Pica, märehtimishäiriö, tiettyjen ruokien välttämishäiriö, anoreksia nervosa, bulimia nervosa, ahmintahäiriö, muu määritelty syöttämis- tai syömishäiriö ja luokittelematon syöttämis- tai syömishäiriö. (American Psychiatric Association 2013.) Nykyisin julkisuudessa ovat esiintyneet myös ortoreksia ja lihasdysmorfia. Ortoreksiaa eli pakonomaista tarvetta yliterveelliseen elämäntyyliin ei lasketa itsenäiseksi sairaudeksi, mutta sillä on syömishäiriön diagnostisia kriteerejä. Lihasdysmorfia taas luokitellaan kehonkuvahäiriön yhtenä ilmiönä, missä kehoa yritetään pakonomaisesti muokata mahdollisimman lihaksikkaaksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18.)

Moni kokee, että keskeisimmät ongelmat syömishäiriössä ovat pakonomainen liikunta, tunnesyöminen, ahmiminen, oksentaminen tai muu tyhjentäytyminen, syömättömyys ja pyrkimys hallita elämää ravitsemuksen kautta. Moni myös suunnittelee päivänsä sen mukaan, miten ja kuinka paljon syö sekä missä välissä ehtii oksentamaan tai pakonomaisesti liikkumaan, jotta syötyjä kaloreita ei laskettaisi. Syömishäiriöön liittyy myös usein muita psyykkisiä tai somaattisia oireita, kuten stressi, masentuneisuus, vatsavaivat sekä uupumus. Sairastunut ei ehkä kuitenkaan osaa yhdistää näitä ongelmia yhdeksi laajemmaksi ongelmaksi, vaan usein koetaan, ettei esimerkiksi ahmiminen ja masentuneisuus liity toisiinsa, vaan ovat kaksi erillistä ongelmaa. (Christiansen 2004.)

Syömishäiriöön sairastuneella on myös usein ongelmallinen kokemus omasta itsestään ja minäkuvastaan, he kokevat itsensä epävakaiksi ja epävarmoiksi.

Tunne omasta itsestä voi olla voimakkaan kielteinen, jotkut voivat tuntea jopa itseinhoa. Psyykkisiin oireisiin voi liittyä myös itsetuhoisia ajatuksia sekä käyttäytymistä, jopa itsemurhan ajattelua ja sen yrittämistä. Moni sairastunut tiedostaa ongelman omasta minäkuvastaan, he haluaisivat hyväksyä itsensä sellaisenaan, mutteivat siitä huolimatta siihen pysty. Sairastuneet vaativat itseltään paljon, he pyrkivät saavuttamaan täydellisyyttä tai omat tarkasti rajatut tavoitteet, kuitenkaan niitä ikinä saavuttamatta, sillä tavoitteet siirtyvät aina vain kauemmas ja kauemmas todellisuudesta. Yleisimpiä tavoitteita ovat laihuus, riippumattomuus muista sekä itsensä hallitseminen. (Christiansen 2004.)

Syömishäiriön puhkeamiseen liittyy altistavia, laukaisevia sekä ylläpitäviä tekijöitä. Alttiuteen sairastua syömishäiriöön vaikuttaa muun muassa sairastuneen henkilökohtainen perhetausta, persoonallisuus, kulttuuri sekä geneettiset tekijät. Syömishäiriöt määräytyvät ja muotoutuvat sairastuneen elämäntilanteen mukaan ja kulttuuriset vaikutukset vain vahvistavat niitä. Ahdistushäiriöllä, kuten esimerkiksi sosiaalisella pelolla tai yliahdistuneisuudella on yhteys syömishäiriön syntyyn. Syömishäiriöitä laukaisevat tekijät ovat yleensä tavalliseen elämään liittyviä psyykkistä stressiä aiheuttavia asioita tai tapahtumia. Tällaisia asioita voivat olla muun muassa vanhempien luota pois muutto, seurustelu suhteen aloittaminen tai sen loppuminen, sitoutuminen avioliittoon, koulusta valmistuminen sekä läheisen ihmisen vakava sairaus tai kuolema. Usein sairastuneella on tiedostamaton pelko siitä, ettei hän tiedä mitä haluaa. Pelko synnyttää paniikkia, joka pyritään väistämään ajatuksella, että syömistä pystyy kontrolloimaan. Sairastunut voi syödä pakonomaisesti, muttei kuitenkaan koskaan tunne oloaan kylläiseksi tai hyväksi, sillä ruoka ei kuitenkaan ollut se mitä hän tahtoi. (Pekkarinen 2007.) Syömishäiriötä ylläpitäviä tekijöitä voivat olla sosiaalinen eristäytyminen, masennus, ahdistuneisuushäiriö, unettomuus sekä ilottomuus ja ärtyneisyys (Jalanko 2014).

Syömishäiriöt alkavat yleensä vähitellen ja oireet lisääntyvät huomaamattomasti johtuen oireiden intiimiydestä. Aluksi syömishäiriön oireet pysyvät helposti piilossa. Ulospäin ei välity sairastavan inhoa ja häpeää itseään kohtaan tai kuukau-

tisten poisjäämistä. Lähipiiri voi huomata painon ja ruokailutottumuksien muutokset, mutta aina ei sitäkään. Ensimmäisinä oireina voi joissain tapauksissa olla aterioiden väliin jättäminen ja karkkilakko. Ruokavalio voi supistua hyvin kasvispainotteiseksi, vähähiilihydraattiseksi, rasvattomaksi ja osa ruoka-aineista voi muodostua kielletyiksi. Nuori saattaa vältellä yhteisiä ruokailuhetkiä eristäytyen syömään omissa oloissa tai ilmoittamalla olevansa jo syönyt. Ruokailutilanteissa voi esiintyä ruoan pilkkomista hyvin pieneksi, kätkemistä, siirtelyä lautasella tai oudosti maustamista. Monissa tapauksissa sairautta on edeltänyt jonkinlainen laihdutuskuuri, johon saattaa sisältyä runsasta liikuntaa. Liikunta voi olla pakonomaista vuorokauden ajasta ja säästä riippumatonta jopa niin, että suurin osa valveilla olo ajasta kuluu liikkumiseen. Nykyaikaiset askel- ja sykemittarit saattavat kannustaa harrastamaan liikuntaa entisestään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25–26.)

Suokas ym. (2014) tutkivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) syömishäiriöpoliklinikalla vuosina 1995–2010 hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennustetta 1-15 vuoden seurantajakson aikana. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään syömishäiriön yhteyttä itsemurhayrityksiin, kuolleisuuteen, tyypin 2 diabetekseen, autoimmuunisairauksiin sekä lisääntymisterveyteen. Tutkimuksessa oli 18–62-vuotiaita potilaita 2450, joista 95 % oli naisia. Laihuushäiriötä sairasti 21,7 % (n=532), epätyypillistä laihuushäiriötä sairasti 15,6 % (n=381), ahmimishäiriötä 33,1 % (n=811), epätyypillistä ahmimishäiriötä 18,8 % (n=460) ja ahmintahäiriötä 7,0 % (n=171). Tutkimukseen osallistuneita potilaita verrattiin iän, sukupuolen ja asuinpaikan suhteen Väestörekisterikeskuksen poimimiin verrokkeihin, joita valikoitui neljä yhtä potilasta kohti. Tutkimus oli rekisteripohjainen eli tutkittaviin tai heidän omaisiinsa ei oltu henkilökohtaisesti yhteydessä. Syömishäiriöpotilaat diagnosoitiin ICD-10:n ja DSM-4:n kriteereiden mukaisesti sisältäen laihuushäiriön ja ahmimishäiriön epätyypilliset muodot. Itsemurha-ajatukset ja itsetuhoisuus sekä itsemurhayritykset olivat yleisiä syömishäiriöpotilailla. (Suokas ym. 2014.)

Potilaista 6,3 % (n=156) oli tutkimuksen seuranta-aikana yrittänyt itsemurhaa ja 2,7 % (n=66) oli yrittänyt itsemurhaa useita kertoja. Potilaiden itsemurhariski oli

4,70 kertaa suurempi muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. Itsemurhariski oli laihuushäiriössä ja epätyypillisessä laihuushäiriössä viisinkertainen sekä ahmimishäiriössä ja epätyypillisessä ahmimishäiriössä kuusinkertainen verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön. Potilaista (n=61) 2,5 % kuoli seurannan aikana. Laihuushäiriössä kuoleman riskin kerroin oli 6,51, ahmimishäiriössä 2,97 ja ahmintahäiriössä 1,77 muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. Itsemurhan lisäksi kuolemaan johtaneita syitä olivat tapaturmat, sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes. Diabeteskuolleisuus oli 16-kertainen muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. Seuranta-aikana 8,9 %:lla potilaista (n=218) oli diagnosoitu yksi tai useampi autoimmuunisairaus. Tyypin 1 diabeteksen riski oli lähes nelinkertainen ja Crohnin taudin riski oli kolminkertainen verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön. Potilailla havaittiin myös suurentunut Sjögrerin oireyhtymän ja SLE:n (systeeminen lupus erythematosus) riski sekä lisääntynyt silmän värikalvotulehduksen ja ihosairauksien riski. Potilaista sairasti tyypin 2 diabetesta 5,2 % ja verrokeilla luku oli 2,7 %. Miehillä riski sairastua tyypin 2 diabetekseen oli merkittävästi suurempi verrattuna naisiin. (Suokas ym. 2014.)

Potilaista oli tutkimushetkellä lapsettomia 62 % (n=1519). Ahmintahäiriötä sairastavilla keskenmenon riski oli kaksinkertainen verrattuna saman ikäiseen väestöön. Laihuushäiriöön liittyi lisääntynyt anemian, enneaikaisten supistusten, enneaikaisen synnytyksen, sikiön hitaan kasvun, raskausviikkoihin nähden pienen lapsen ja lapsen perinataalikuolleisuuden vaara. Ahmimishäiriöön liittyi suurentunut riski enneaikaisiin supistuksiin, pieniin Apgar-pisteisiin ja vastasyntyneen elvytykseen. Ahmintahäiriöön liittyy riski kohonneesta verenpaineesta ja raskausviikkoihin nähden suuripainoisen lapsen syntymästä. (Suokas ym. 2014.)

Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa on hyvin kokonaisvaltainen sairaus, johon liittyy paljon muutakin kuin pakonomainen laihduttaminen ja kehonkuvan vääristyminen. Sairauteen liittyy usein myös masennusta, unettomuutta, ärtyneisyyttä, ilottomuutta ja erilaisia pakkoajatuksia ruoasta. Laihuushäiriötä sairastavan paino on vähintään 15 % vähemmän kuin pituuden mukainen keskipaino. Alle 18-vuotiailla painoa arvioidaan kasvukäyrien avulla ja 18-vuotiailla ja sitä vanhemmilla painoa arvioidaan painoindeksin (kg/m2) avulla. Normaalipainon alaraja on 18,5

painoindeksin mukaan ja laihuushäiriö on yleensä kyseessä silloin, kun painoindeksi laskee alle 16. (Huttunen ym. 2014.) Vakavan laihuushäiriön seurauksia ovat muun muassa myöhästynyt kasvu, osteoporoosi, aivoverenkierron häiriöt, hedelmättömyys ja rytmihäiriöt. (Lask ja Bryant-Waugh 2007, 40–41.)

Laihuushäiriötä sairastavat henkilöt jäävät helposti koukkuun laihduttamiseen alussa saamansa positiivisen palautteen takia. Pieni painonpudotus saa aikaan oman kehon ja elämän hallinnan tunteen, jota tavoitellaan uudelleen ja uudelleen laihduttamalla lisää. Laihuushäiriötä sairastava pyrkii säännöstelemään ja kätkemään ruokaansa sekä pääsemään eroon saamastaan energiasta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että laihuushäiriötä sairastava olisi kadottanut ruokahalunsa vaan sairastunut voi olla poikkeuksellisen kiinnostunut ruoasta ja sen valmistuksesta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.) Sairaus näyttäytyy läheisille yleensä vasta sairastuneen voimakkaan painonlaskun muodossa, mikä sekin jää monesti huomaamatta sairastuneen suurten ja väljien vaatekerrosten takia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 26.)

Keski-Rahkonen ym. (2007) tutkivat laihuushäiriön yleisyyttä 15–19-vuotiailla nuorilla ja koko eliniän aikana sekä sitä, kuinka moni parantui laihuushäiriöstä viiden vuoden seurannassa. Tutkimuksessa laihuushäiriö määritellään kahdella tavalla. Ensimmäinen tapa oli DSM-4:n mukainen määritelmä ja toinen oli kriteereiltään laajennettu laihuushäiriö, jossa DSM-4:n laihuushäiriön ja ICD-10:n epätyypillisen laihuushäiriön kriteerit oli yhdistetty. Tietopohja koostui 2881 suomalaisesta kaksosnaisesta, jotka olivat syntyneet 1975–1979 ja täyttäneet kyselylomakkeen. Näistä ne, jotka täyttivät diagnostiset kriteerit (n=292) ja heidän kaksossiskonsa, jotka eivät täyttäneet kriteereitä (n=134), valittiin syömishäiriöklinikan työntekijöiden puhelinarvioinnin kohteeksi. Tämän lisäksi satunnaisesti valitut naiset (n=210), jotka eivät olleet täyttäneet kriteerejä, valittiin myös syömishäiriöklinikan työntekijöiden puhelinarvioinnin kohteeksi. Kaksoset ja heidän vanhempansa saivat kysymyslomakkeet, kun kaksoset olivat 16-, 17- ja 18-vuotiaita ja vielä 22–28 ikävuoden välillä. Tulosten mukaan riski sairastua DSM-4:n kriteerien mukaiseen laihuushäiriöön on 2,2 % ja laajennettujen kriteerien mukaiseen laihuushäiriöön 4,2 %. DSM-4-kriteerien mukaista laihuushäiriötä sairastavien

esiintyvyys 15–19-vuotiaiden keskuudessa oli 270 ihmistä 100 000:sta. Laajojen kriteerien mukaan laskettuna laihuushäiriön esiintyvyys oli 490 ihmistä 100 000:sta. (Keski-Rahkonen ym. 2007.)

Savukoski (2008) on tutkinut kokemuksia laihuushäiriöstä haastattelemalla viittä laihuushäiriöstä selviytynyttä henkilöä ja sen lisäksi analysoimalla kuuden muun laihuushäiriöstä selvinneen kirjoitelmaa (Savukoski 2008, 69). Aineisto tutkimukseen on kerätty vuonna 2007 syömishäiriöliiton tiedotuksen avulla. Tutkimuksen mukaan sairastumista ovat edesauttaneet perheen sisäiset ongelmat, kyvyttömyys kontrolloida ristiriitoja, kadonnut elämänhallinta, yhteiskunnallisen kauneusihanteen palvonta ja traumaattiset kokemukset. Kolmella haastateltavalla perheessä ei osoitettu tunteita tai edes huomiota lapsille ja laihuushäiriötä sairastavalla oli esiintynyt kiltteyttä, joka myös korosti huomaamattomuutta temperamenttisten sisarusten ja kiireisten vanhempien keskellä. Kolme haastateltavaa kuvaa kiltteyden lisäksi tunneherkkyytensä ja miellyttämistarpeensa muita ihmisiä kohtaan ja varsinkin omia vanhempia kohtaan osasyiksi laihuushäiriön synnylle. (Savukoski 2008, 78–86.) Kolmen haastateltavan äidiltä opitut asenteet ja käyttäytymismallit omaa kehoa kohtaan heijastuivat omaan kehon kuvaan ja käyttäytymiseen. Kertomusten mukaan äitien ylistämä yhteiskunnallinen kauneusihanne, tyytymättömyys omaan kehoon, laihdutuskuurit, negatiivinen ja halveksuva asenne lihavuuteen olivat eritoten laihuushäiriöiseen oireiluun kannustavia tekijöitä. (Savukoski 2008, 96–101.) Neljälle haastateltavalle traumaattinen kokemus kuten kiusaaminen, kumppanin pettäminen ja läheisen kuolema on johtanut laihuushäiriön puhkeamiseen. (Savukoski 2008, 101–105.)

Viidelle tutkimukseen osallistuneista ruokailu koostui erilaisista säännöistä, rutiineista, kielletyistä, turvallisista ja sallituista ruoka-aineista. Leipä ja liha saattoivat olla kiellettyjä, yhdellä ruokavalion pääpaino oli kaurapuuron syömisessä ja toisella pääpaino oli terveellisiksi mielletyissä pähkinöissä, omenoissa, jogurtissa tai paprikassa. Kuusi tutkimukseen osallistuneista kertoi olleensa rutiinien suorittajia. Päivät koostuivat liikunnasta, ruokien suunnittelemisesta, töiden tekemisestä ja opiskelusta. Aikaa ei ollut ystäville, koska ne olisivat sekoittaneet rutiinit. (Savukoski 2008, 106–109, 134–137.) Yli puolella tutkimukseen osallistuneista

ahdistuneisuus ja paha olo masentuneisuuden yhteydessä olivat kontrolloinnin lisäksi selkeä yhdistävä tekijä. Ahdistus ajoi tutkimukseen osallistuneita joko nälkiinnyttämiseen ja laihtumiseen tai ahmimiseen ja sitä kautta painon nousuun. (Savukoski 2008, 109–111.) Painon ja ruokailujen lisäksi sairastuneet halusivat kontrolloida koko elämäänsä. Kontrollointi aiheutti eräälle epävarmuutta ja erilaiset pelot tulivat ilmi ainakin neljältä eri haastateltavalta. Pelkoja olivat lihomispelon lisäksi yksin jäämisen, kuoleman ja kaiken menettämisen pelko. Kuoleman pelosta huolimatta jopa neljä oli ajatellut itsemurhaa ja osa heistä oli yrittänytkin itsemurhaa, vaikka tarkoitus olikin pyytää vain apua. (Savukoski 2008, 123–133.)

Machadon ym. (2014) tekemässä portugalilaisessa verrokkitutkimuksessa verrattiin laihuushäiriötä sairastavia (n=68) terveiden ryhmään (n=68) ja mielenterveyshäiriöitä sairastavaan ryhmään (n=68). Tutkimuksen mukaan laihuushäiriön merkittävimpiä riskitekijöitä olivat perfektionismi, ulkonäköpainotteisuus, perheen sisäiset ristiriidat, vanhempien kommentit ruokailusta, ulkonäköä, painoa tai muotoa koskeva kiusaaminen ikätovereiden toimesta, vanhempien aiemmin sairastama laihuushäiriö tai ahmimishäiriö. Kun laihuushäiriötä sairastavia verrattiin jotain mielenterveyden häiriötä sairastavaan ryhmään, huomattiin riskitekijöiksi myös perfektionismi, vanhempien syömishäiriöhistoria, mutta myös negatiivinen suhtautuminen vanhempien muotoon ja painoon sekä merkittävä huoli lihavaksi tulemisesta. (Machado ym. 2014.)

Ahmimishäiriötä eli bulimiaa sairastavalle tyypillistä käyttäytymistä on vähintään kahdesti viikossa toistuvat ahmimiskohtaukset, joita seuraa tahdonalainen oksentaminen tai muut epätavalliset lihomisen välttämiskeinot. Epätavallisia lihomisen välttämiskeinoja ovat oksentamisen lisäksi muun muassa pakonomainen liikkuminen, paastoaminen sekä ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttäminen. (Huttunen 2014.) Ahmimishäiriö saa usein alkunsa laihdutusyrityksestä, jonka seurauksena nälän tunne kasvaa suureksi, jolloin riski alkaa ahmia on suuri. Nälän tunne onkin keskeisempiä tekijöitä, jotka laukaisevat ahmimiskohtauksen. Laukaisevia tekijöitä on kuitenkin useita, ja ne ovat sairastuneelle aina henkilökohtaisia. Pian syöminen ja painon nousun pelko alkavat hallita elämää. Useilla ahmimishäiriöön sairastuneilla on traumaattinen lapsuus, joka on ollut alkoholin

ja väkivallan värittämä. (Marjovuo 2015.) Sosiaaliset paineet laihuudesta, perfektionismi, läheisten huomautukset painosta tai kiusanteko painoon liittyen voivat myös olla ahmimishäiriötä aiheuttavia riskitekijöitä (Huttunen 2014). Ajoittain ahmimishäiriö voi jäädä taustalle, ahmimiskohtaukset voivat jäädä pitkäksikin aikaa tauolle, kunnes taas joku asia laukaisee ja aktivoi sairauden uudestaan (Marjovuo 2015).

Ahmimishäiriö ei aina näy ulospäin, sillä sairastuneen paino jojoilee normaalirajoissa. Ahmimishäiriötä ei tämän vuoksi pidetä yhtä vakavana sairautena, kuten esimerkiksi alipainoon johtavaa laihuushäiriötä. Se on kuitenkin psyykkeelle ja keholle todella rankka sairaus, sillä esimerkiksi pitkään jatkuva oksentelu vaarantaa kehon elektrolyytti- ja nestetasapainon. Sairauteen voi liittyä myös muita syömishäiriöitä enemmän itsetuhoista käyttäytymistä kuten itsensä vahingoittamista viiltelyllä. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2015d.) Ahmimishäiriöt pysyvät esimerkiksi laihuushäiriötä tehokkaammin ja pidempiaikaisemmin piilossa läheisiltä, jopa vuosikymmeniä, koska ahmimiskohtauksia ja oksentamisia on usein vain yksin ollessa. Sairaus voi tulla ilmi sairastuneen säännöllisistä vessakäynneistä ruokailujen jälkeen, oksennuksen hajusta vessassa tai viemärien tukkeutuessa. Ruokaa saattaa jatkuvasti kadota nopeaan tahtiin varastoista, kaapeista ja joskus elintarvikepakkauksia voi löytyä suuria määriä roskiksista. Sairastunut voi kärsiä painonvaihteluista ja nopeista mielialan muutoksista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 26.)

Ahminta voidaan määritellä kolmella eri tavalla. Objektiivisessa ahminnassa syödään kerralla suuria määriä ruokaa, usein yli 1000 kcal. Syöminen on hallitsematonta ja päättyy vasta ruoan loputtua. Tämän jälkeen henkilö tyhjentäytyy tai uupuu ja nukahtaa ruoasta. Subjektiivisessa ahminnassa syöminen tuntuu hallitsemattomalta, vaikka tosiasiassa ruokamäärät ovat pieniä tai normaalikokoisia. Ylensyömisessä syödään kerralla suuri määrä ruokaa, mutta se on kuitenkin hallittua eli syömisen voi lopettaa koska tahansa. Useat ihmiset ylensyövät joskus esimerkiksi jouluisin tai juhlissa, mikä on aivan tavallista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 14.)

Ahmimisen jälkeen sairastunut voi käyttää tyhjentäytymiskeinoina ulostuslääkkeitä, nesteitä poistavia lääkkeitä tai oksentamista. Niiden seurauksina voivat olla kuukautisten poisjääminen tai epäsäännöllisyys, nestehukka ja sydämen rytmihäiriöt. Tyhjentäytymiskeinoista riippuen myös seuraukset ovat erilaisia. Usein tapahtuvan oksentelun seurauksena sairastunut kärsii yleensä suun erilaisista sairauksista, kuten hampaiden reikiintymisestä, ikenien tulehduksesta, sylkirauhasten turpoamisesta ja suun haavaumista. (Huttunen 2014.) Ahmimishäiriö altistaa myös psyykkisille sairauksille, kuten masentuneisuudelle, ahdistuneisuudelle sekä epävakaalle persoonallisuudelle. Moni kärsii myös huonosta itsetunnosta (Marjovuo 2015).

Epätyypilliset syömishäiriöt usein muistuttavat oireiltaan laihuus- tai ahmimishäiriötä, mutta jokin keskeinen oire jää puuttumaan. Syömiskäyttäytyminen on selkeästi häiriintynyt, oireina saattaa olla liiallinen painonhallinta, ahminta tai eri keinoin tyhjentäytyminen. Se ei kuitenkaan täytä laihuus- tai ahmimishäiriön diagnostisia kriteereitä, ja tällöin puhutaan epätyypillisestä syömishäiriöstä. DSM-tautiluokituksessa esitetään neljä tilannetta, joissa syömishäiriö voidaan lukea epätyypilliseksi. Ensimmäisessä tilanteessa potilaan oireenkuva vastaa psyykkisen häiriön yleispiirteitä, muttei täytä häiriön kriteerejä täysin. Toisessa tilanteessa oireet aiheuttavat merkittävää kärsimystä ja toimintakyvyn alenemaa, mutta eivät vastaa minkään tietyn häiriön diagnostisia kriteereitä. Näiden lisäksi häiriö voidaan luokitella epätyypilliseksi, jos ei ole mahdollista tehdä kokonaisvaltaista tutkimusta tai on epävarmuutta oireiden synnystä. (Syömishäiriöklinikka 2014.) Epätyypillinen syömishäiriö voidaan määritellä oireiden ja niiden vaikeuden perusteella ilman, että syömishäiriötä nimetään erikseen (Suomen mielenterveysseura 2015).

Epätyypillinen syömishäiriö voidaan jaotella kuuteen eri alaluokkaan. Ensimmäinen ja toinen alaluokka kuvastavat epätyypillistä laihuushäiriötä, jossa henkilöllä täyttyvät muut laihuushäiriön diagnostiset kriteerit, mutta hänellä on säännölliset kuukautiset tai hänen nykyinen paino on normaalirajoissa. Kolmas alaluokka kuvastaa epätyypillistä ahmimishäiriötä, jossa henkilöllä täyttyvät muut ahmimishäi-

riön diagnostiset kriteerit, mutta ahmimista ja tyhjentäytymistä esiintyy harvemmin kuin kahdesti viikossa tai vähemmän kuin kolme kuukautta. Neljännessä alaluokassa henkilö käyttää erilaisia tyhjentäytymiskeinoja syötyään pienen määrän ruokaa ja hän on normaalipainoinen. Viidennessä alaluokassa henkilö pureskelee toistuvasti suuria määriä ruokaa kuitenkaan sitä nielemättä. Kuudennessa alaluokassa henkilöllä esiintyy toistuvia ahmimiskohtauksia, mutta tyhjentäytymiskäyttäytyminen puuttuu kokonaan. (Central Region Eating Disorder Services 2007.)

Ahmintahäiriö, BED, on tavallisin epätyypillinen syömishäiriö (Syömishäiriöklinikka 2014). Ahmintakohtauksia on kolmen kuukauden ajan vähintään kerran viikossa. Kohtauksille on tyypillistä esimerkiksi nopea syömistahti, suuret ruokamäärät näläntunteen puuttumisesta huolimatta. Kohtaukset ovat hallitsemattomia, pakonomaisia ja ne pyritään salaamaan muilta, koska suuret ruokamäärät hävettävät. Ahmintakohtaus aiheuttaa voimakasta ahdistusta ja häpeän tunnetta sekä itseinhoa ja masennusta. Kohtaus päättyy epämukavan täyteen oloon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.)

Ahmintahäiriötä sairastavalla on negatiivinen kuva itsestään, tämä saattaa johtua huonoista lapsuuden kokemuksista, esimerkiksi hyväksikäytöstä, väkivallasta tai perheenjäsenten negatiivisista kommenteista painoa kohtaa. Ahmimisen taustatekijöinä on usein syömisestä välittömästi tuleva mielihyvän tunne, johon pyritään aina uudestaan ja uudestaan, vaikka ajan mittaan ahminnan vaikutukset kääntyvät epäsuotuisiksi. Usein tarvitaankin yhä enemmän ahmittavaa, jolla pyritään saavuttamaan aiempaa vastaava mielihyvän tunne. (Pyökäri ym. 2011.) Ahmintahäiriössä ahmintakohtaus aiheuttaa keholle suuren rasituksen, mikä voi näkyä esimerkiksi ylipainona, vatsakipuina, korkeana kolesterolina, rytmihäiriöinä tai ruoansulatuselimistön ongelmina (Syömishäiriökeskus 2015). Sairauden piirteisiin ei kuulu tyhjentäytymistä tai pakonomaista liikuntaa, minkä vuoksi ahmintahäiriö johtaa hoitamattomana vaikeaan lihavuuteen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17).

Ahmintahäiriön, mutta myös ahmimishäiriön tai laihuushäiriön yhteyteen liittyy samantapaisia oireita kuin ruokariippuvuudessa. Riippuvuus ruokaan ilmenee pakkomielteenä esimerkiksi sokeripitoiseen tai suolaiseen ruokaan sen haitoista huolimatta. Ahmintahäiriöinen ei välttämättä myöskään pysty lopettamaan käyttäytymistään, vaikka olisi tiedostanut ahminnan aiheuttamat haitat. Ero syömishäiriön ja riippuvuuden välissä on vaikea määrittää. Suurin asia, mikä niitä erottaa on se, että syömishäiriötä sairastava voi saavuttaa tilan, jossa voi kohtuudella nauttia kaikkia ruoka-aineita, kun taas ruokariippuvaisen tila on pysyvä. Riippuvuus vaatii jatkuvaa tiedostamista, mutta sen kanssa voi oppia elämään. Kaikki syömishäiriötä sairastavat eivät ole ruokariippuvaisia, mutta syömishäiriö voi edesauttaa riippuvuuden puhkeamista. Ahmimishäiriöön liittyvä oksentaminen ja laihuushäiriöön liittyvä pakonomainen laihduttaminen voivat aiheuttaa myös riippuvuutta. (Myllyhoitoyhdistys ry 2015.)

Ortoreksia on tullut sanoista ”orthos” joka tarkoittaa tarkkaa, oikeaa ja kelpaavaa sekä sanasta ”orexis” joka tarkoittaa nälkää ja ruokahalua. Tätä termiä käytetään, kun puhutaan henkilöstä jolla on pakkomielle terveellisestä ja oikeanlaisesta ravitsemuksesta. (Brytek-Matera 2012.) Ortoreksiaa sairastavalle tyypillistä on pyrkiä yliterveelliseen, niukkaan ja ankaraan ruokavalioon pakonomaisesti. Ortoreksiaa ei pidetä Suomessa ja muualla Euroopassa itsenäisenä diagnoosina, minkä huomaa siitä, ettei sitä näy tautiluokituksissa omana osionaan. Oireiden perusteella ortoreksia kuuluu epätyypilliseen laihuushäiriöön tai alkavaan syömishäiriöön. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19.) Toisaalta taas ortoreksia liittyy laihuushäiriöön sekä ahmimishäiriöön ja toisaalta tämä oireyhtymä on lähempänä pakko-oireista häiriötä. Ortoreksiaa voisi hoitaa häiriintyneenä syömistapana, johon liittyy pakko-oireita. (Brytek-Matera 2012.) Rajanveto ortoreksian ja laihuushäiriön välillä on epätarkka (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2015a).

Pidempään jatkuessaan sekä ruokavaliosta riippuen sairastava henkilö voi kärsiä erilaisista puutostiloista. Ruokavalion rajoittumisen tiettyyn terveelliseksi koettuun ruokavalioon, voi huomata niin, että siitä poikkeaminen voi olla mahdotonta. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2015a.) Ääritapauksissa ortoreksiaa sairastava voi mieluummin jopa nähdä nälkää sen sijaan, että söisi elintarvikkeita, joiden hän

katsoo olevan epäpuhtaita, epäterveellisiä tai terveydelle haitallisia. (Chaki 2013.) Myös valmistusmenetelmä, kuten vihannesten leikkuu tietyllä tavalla sekä materiaalien tarkka valinta, ovat osa pakonomaista käyttäytymistä. Esimerkiksi vihannekset tulee leikata tietyllä keraamisella veitsellä tai liha paistaa tietyllä puulastalla. (Brytek-Matera 2012.)

Ortoreksiassa tietynlaisesta ruokavaliosta tulee elämän keskipiste ja itsetunnon kohottaja. Päivässä käytetään enemmän kuin kolme tuntia ajatellen ja itse valmistaen terveellistä ruokaa. Ortoreksiassa esiintyy myös ruokavalion tarkkaa seurantaa, josta poikkeaminen aiheuttaa tiukkoja korvaavia harjoituksia ja tämä tuo ylemmyyden tunnetta sellaisia kohtaan, joilla on erilaiset ruokailutottumukset. Ruoan ravitsemusarvot ovat tärkeämpää kuin itse syömisestä saatu nautinto. Näistä sairastuneen piirteistä voi kärsiä perhe ja ystävyyssuhteet, harrastukset sekä fyysinen että psyykkinen terveys. (Chaki 2013.) Ortoreksiaa sairastava välttää elintarvikkeita, jotka sisältävät kemikaalien jäämiä tai geneettisesti muunnettuja ainesosia sekä epäterveellistä rasvaa, liikaa suolaa tai sokeria sisältäviä ruoka-aineita. (Brytek-Matera 2012.)

Lihasdysmorfia on yksi kehodysmorfinen ruumiinkuvan häiriö, jossa sairastava henkilö jatkuvasti luulee ulkonäkönsä olevan jollain lailla viallinen. Tämä aiheuttaa merkittävää kärsimystä tai haittaa oleellisesti sairastuneen toimintaa fyysisellä, psyykkisellä sekä sosiaalisella tasolla, eikä tämä ole selitettävissä muulla mielenterveydenhäiriöllä. Lihasdysmorfiaa sairastava kokee, että keho ei ole kyllin lihaksikas ja vähärasvainen. Häiriö täyttää kaksi seuraavista kriteereistä: 1. Henkilö välttelee toistuvasti ammatillisia, sosiaalisia tai vapaa-aikaan liittyviä tilanteita ylläpitääkseen liikuntaharjoituksiaan tai ruokavaliotaan. 2. Henkilö välttelee tilanteita, joissa joutuisi paljastamaan kehonsa muille. Joutuessaan tällaiseen tilanteeseen henkilö on huomattavan ahdistunut tai tuskainen. 3. Luulo oman kehon tai lihaksien riittämättömyydestä aiheuttaa merkittävää tuskaisuutta tai häiriöitä sosiaalisessa, ammatillisessa tai muissa toiminnallisissa alueissa. 4. Henkilö jatkaa liikuntaharjoituksia, ruokavalion noudattamista tai käyttää valmisteita, jotka lisäävät lihasmassaa tai parantavat suoritusta, huolimatta haitallisista psykologisista ja fyysistä vaikutuksista. Pääasiallinen luulo on painottunut uskomukseen

lihasten riittämättömyydestä ja kehon pienuudesta eikä se selity muilla kehonkuvanhäiriöillä tai mielenterveydenhäiriöillä, kuten laihuushäiriöllä. (Pope ym. 1997, 556.)

Monet nuorista ovat tyytymättömiä painoonsa (Ojala 2011), mutta se ei tarkoita, että nuorella olisi lihasdysmorfia. Häiriöstä aletaan puhua vasta sitten, kun omasta kehosta tulee elämän keskipiste ja se haittaa pahasti arkea, ihmissuhteita ja opiskelua tai työtä. Sairastunut voi oireilla noudattamalla erittäin tiukkaa treenausruokavaliota, pyrkimällä täydellisyyteen, olemalla ankara itselleen, tai tarkkailemalla jatkuvasti omaa kehoaan eri tavoin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 20–21.)

Osa lihasdysmorfiasta kärsiviä käyttää lihasmassaa kasvattavia ja laittomia dopingaineita. Dopingaineena pidetään Suomen rikoslain mukaan synteettisiä anabolisia steroideja ja niiden johdannaisia, testosteronia ja sen johdannaisia, kasvuhormonia ja kemiallisia aineita, jotka lisäävät testosteronin tai sen johdannaisten ja kasvuhormonien määrää kehossa (Rikoslaki 19.12.1889/39). Rikoslain mukaan dopingin käyttö ei ole kriminalisoitu, mutta sen tuominen maahan, valmistaminen ja välittäminen tai niiden yrittäminen on kriminalisoitu sakkojen uhalla ja törkeästä dopingrikoksesta voi saada jopa neljän vuoden vankeustuomioon (Rikoslaki 19.12.1889/39).

Salospohja (2008) on tutkinut 15–35-vuotiaiden kuntosaliharrastajien (N=1319) dopingaineidenkäyttöä vuonna 2006 kerättyjen kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla. Tutkimukseen osallistuneista miehistä (n=991) 9 % kertoi kokeilleensa, käyttäneensä satunnaisesti tai säännöllisesti anabolisia hormoneja ja 4,4 % oli harkinnut käyttävänsä niitä. Jos dopingaineeksi lasketaan myös lenbuteroli, jota käytetään lähinnä hevosten astman hoitoon, ja efedriini, jota käytetään astman, yskän ja nuhan hoitoon, miesten (n=967) dopingaineiden käyttö ylsi jopa 16,5 %:iin. Efedriinin käyttö oli suurinta sekä miesten (n=988) että naisten (n=243) keskuudessa. Noin puolet kaikista vastanneista (n=1177) olivat tyytyväisiä omaan kehoonsa ja terveyteensä. Noin 90 %:lla vastanneista (n=1149) tavoitepaino oli kuitenkin eri kuin nykyinen paino. (Salospohja 2008.)

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO JA ENNUSTE

Vaikka syömishäiriötä sairastava hakisi ja saisi hoitoa, ei tie takaisin oireettomaan elämään ole helppo. Vaikka pääpaino hoidossa on potilaalla itsellään, kaikki apu läheisiltä ja perheeltä on erityisen tärkeää. Elämä on saattanut koostua pääosin sairauden sanelemista rutiineista ja kontrollista. Syömishäiriöisen mielestä sairaudesta on saattanut tulla osa hänen identiteettiään, minkä takia toipuva voi tuntea tipahtavansa tyhjän päälle. Syömishäiriöstä toipuva voi tarvita apua muodostaessaan uusia käyttäytymismalleja ja selviytymiskeinoja, joiden avulla elämää voi kohdata eri näkökulmasta. Hoidon tavoitteena ei ole täysin absoluuttinen oireettomuus, vaan oireiden vähentäminen ja fyysistä terveyttä uhkaavien oireiden lopettaminen, syömisen säännöllistäminen, laihdutuksen lopettaminen, psyykkisten oireiden lievittäminen ja ravitsemustilan korjaaminen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.)

Syömishäiriöitä hoidetaan pääasiallisesti avohoidossa. Sairaalassa hoidetaan yleensä vakavasti aliravittuja laihuushäiriötä sairastavia, vaikeasti oireilevia ja moniongelmaisia ahmimishäiriötä sairastavia. (Viljanen ym. 2005, 14–15.) Hoitoon hakeudutaan ajanvarauksen kautta koulu- tai työterveydenhuoltoon, terveyskeskukseen, psykiatrian poliklinikalle tai akuuteissa tapauksissa päivystysvastaanotolle. Näistä ohjataan tarvittaessa eteenpäin syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42). Suomalaisessa syömishäiriöihin erikoistuneessa klinikkahoidossa viiden vuoden aikana paraneminen tapahtui 66.8 %:lla DSM-4-kriteerien mukaiseen laihuushäiriöön sairastuneista (n=292). (Keski-Rahkonen ym. 2007.)

Perusterveydenhuollon tehtäväalueeseen kuuluvat lievempien häiriöiden hoito, syömishäiriöiden tunnistaminen, oireiden tutkiminen, hoitopolun suunnittelu ja tarvittaessa lähetteen tekeminen erikoissairaanhoitoon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.) Syömishäiriöiden havaitseminen on vaikeampaa kuin muiden mielenterveysongelmien, sillä aika oireiden alkamisesta niiden diagnosoimiseen on usein pitkä. Syömiseen liittyviä ongelmia tulee seuloa heti, kun pienikin epäily mahdollisesta syömisongelmasta herää, sillä normaalin ja häiriintyneen

syömiskäyttäytymisen raja on häilyvä. Laihduttaminen sekä tyytymättömyys omaan ulkonäköön ovat yleisiä varsinkin naisilla. Vain pienelle osalle laihduttajista kehittyy syömishäiriö, siitä huolimatta laihduttaminen on suuri yksittäinen riskitekijä. (Suokas 2014.)

Syömishäiriön tunnistamisessa voi käyttää apuna Suokkaan (2015) tekemän katsauksessa esitettyjä viittä eri kysymystä (Taulukko 1). Sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa voidaan käyttää SCOFF – syömishäiriöseulaa, joka koostuu viidestä kysymyksestä (Taulukko 2). SCOFF – syömishäiriöseulassa kysymystä kolme ei voi käyttää, jos arvioitava henkilö on kasvuiässä, vaan kasvun pysähtyminen ja taittuminen on selvitettävä. Jokaisesta kyllä–vastauksesta saa yhden pisteen ja syömiskäyttäytymistä tulisi selvittää laajemmin, jos pisteitä saa 2-5. (Suokas 2015.)

Taulukko 1. Syömishäiriöiden seulonnassa käytettäviä kysymyksiä

Syömishäiriöiden seulonnassa apuna käytettäviä kysymyksiä.
1. Syötkö koskaan poikkeuksellisen suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa? 2. Tunnetko joskus tällaisen syömisen jälkeen syyllisyyttä tai masennusta? 3. Päätätkö joskus tällaisen syömisen jälkeen, että aloitat laihdutuksen tai terveellisen syömisen? 4. Käytätkö oksentamista keinona kontrolloida painoa? 5. Estääksesi ruokamäärän vaikutuksia tai tyhjentyäksesi ruoasta - otatko ulostuslääkkeitä tai peräruiskeita - käytätkö muita lääkkeitä tai laihdutusvalmisteita - noudatatko ankaraa dieettiä - paastoatko (olet päiviä syömättä) - harrastatko (pakonomaisesti)

Taulukko 2. SCOFF-syömishäiriöseula

Koulu- ja perusterveydenhuoltoon soveltuva SCOFF-syömishäiriöseula
1. Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen? 2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää? 3. Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana? 4. Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha? 5. Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämääsi?
Pisteytys: 1 piste jokaisesta kyllä-vastauksesta. Summapistemäärä 2–5 viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää tarkemmin.

SCOFF:n luetettavuutta on selvitetty Hautalan ym. (2006) tekemän tutkimuksen avulla. Tutkimus suoritettiin Turun suomenkielisen yleisopetuksen yläluokilla 2003–2004. Ensimmäinen mittaus oli keväällä 2003, johon osallistui 106 kahdeksasluokkalaista. Heistä osallistui toiseen mittaukseen 81 oppilasta. Toinen mittaus tehtiin kyselylomakkeiden avulla 1374 yhdeksäsluokkalaiselle, vastaamattomuuden ja puutteellisten merkintöjen takia tutkimukseen otettiin mukaan 855 vastausta. Kysymysten selkeydestä ja vastaamisen helppoudesta kysyttiin 29 oppilaalta sekä myös 11 terveydenhoitajalta. Kyllä-vastauksen antaneista noin kolmannes vastasi seuraavalla kerralla samaan kysymykseen myös ”kyllä”. Ei-vastauksen antaneista suurin osa vastasi samaan kysymykseen seuraavalla kerralla myös ”ei”. Seulaan jäi 4,3 % (n=855). Tuloksia voidaan pitää vain suuntaa antavina, mutta jokaisen kyllä-vastauksen takia, nuori tulisi haastatella tarkemmin. Oppilaat pitivät kysymyksiä selkeinä ja helppoina vastata. Terveydenhoitajat olivat kriittisimpiä kysymyksiä kaksi ja viisi kohtaan, mutta kysymykset olivat pääosin selkeitä. (Hautala ym. 2006.)

Päivystyslähetteen aiheita erikoissairaanhoitoon ovat painoindeksin lasku alle 11 kg/m2 tai paino laskee alle 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta, painon lasku 25 % kolmessa kuukaudessa, vakava aineenvaihdunta- tai elektrolyyttitasapainonhäiriö, vakava mielenterveyden häiriön epäily, EKG-muutokset, systolinen verenpaine alle 70 mmHg tai pulssi 40/min. Erikoissairaanhoidon tehtävät ovat hoidon ja arvion järjestäminen potilaille, joiden häiriö ei ole korjaantunut perusterveydenhuollossa. Mikäli potilaan hoito ei edisty, konsultoidaan syömishäiriöihin perehtynyttä moniammatillista työryhmää. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus 2014.)

Sairastuneen motivoiminen on erityisen tärkeää, kun pääosa hoidosta tapahtuu avohoidossa ja toipuva viettääkin suurimman osan ajasta kotona. Hoitoon kannustaminen voi tapahtua monella eri tavalla. Itsehoito-oppaiden ja -ohjelmien avulla voi saada apua jo ennen hoitoon pääsemistä, koska ne ovat kaikkien tavoitettavissa viivytyksettä edullisesti, eikä siihen tarvita aina ulkopuolista ohjaajaa

esimerkiksi perusterveydenhuollosta. Motivoiva keskustelu tapahtuu terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, mutta senkin tavoitteena on kannustaa sairastunutta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja auttaa ratkaisemaan toipumisaikana esiin tulevia ristiriitaisia tunteita. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.)

Nuoren syömishäiriöpotilaan ravitsemushoidon tavoitteet ovat kasvun turvaaminen, biologisen painon saavuttaminen sekä ylläpitäminen ilman haitallisia ja normaalista poikkeavia syömis- ja liikuntatottumuksia. Pääpaino on syömisen normalisoimisessa, joka taas johtaa painon normalisoitumiseen. Biologinen normaalipaino on tila, jossa ihminen syö ja liikkuu normaalisti eikä ahmi tai laihduta. Biologinen normaalipaino asettuu yleensä painoindeksien välille 19–25, mutta myös niiden ympärille riippuen ihmisen kehonrakenteesta. Nuorilla painotavoitteeksi voidaan asettaa pituutta vastaava keskipaino, mutta pituuskasvun lakattua elimistö kehittyy edelleen ja biologinen normaalipaino on aikuisiässä suurempi kuin teini-iässä. Potilaan ennuste on sitä parempi mitä lähempänä potilas on omaa biologista normaalipainoaan hoidon päättyessä. (Viljanen ym. 2005, 21, 32–33.) Potilaalle on hyvä täsmentää tavoitepainosta keskusteltaessa, että tarkoitus ei ole pyrkiä liikapainoon vaan suojella potilasta sekä yli- että alipainolta. Nuorelle alipainoiselle potilaalle kannattaa täsmentää, että normaali kasvu vaatii painon nousua. Ahmimishäiriötä sairastavalle kerrotaan biologisen painon mahdollistavan ahmimisesta luopumisen ja ahmintahäiriötä sairastavalle painotetaan, että paino lähtee laskemaan yleensä vähitellen, kun syöminen normalisoituu. (Viljanen ym. 2008, 34.)

Ravitsemushoidon menetelmät ovat täsmäsyöminen ja tiedollinen ohjaus. Täsmäsyöminen koostuu tasaisesta ateriarytmistä 3-4 tunnin välein, riittävästä energiamäärästä eli ei alle 1500 kcal:sta vuorokaudessa sekä monipuolisuudesta ja sallivuudesta. Ruokavalio koostuu kaikista ruoka-aineista, jotta kiellettyjen ruoka-aineiden ahmimiselta vältyttäisiin eikä ruokavaliosta tulisi epänormaali ja joustamaton. Valmiit ateriasuunnitelmat sopivat harvoin ja etenkin nuorten kohdalla tulisi pyrkiä yleisiin joustaviin ohjeisiin. Tiedollisen ohjauksen eli psykoedukaation tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa esimerkiksi potilaan syömishäiriöstä ja

sen hoidosta, ravitsemuksesta, biologisesta normaalipainosta, laihduttamisen, ahmimisen, tyhjentäytymiskeinojen vaikutuksesta ruumiiseen, mieleen ja sosiaaliseen elämään sekä sairauden uusiutumisen estosta. Ohjaus on yksilöllistä ja mukailee syömishäiriötä sairastavan sen hetkistä tilannetta potilaan ehdoilla tuomitsematta ja pelottelematta. On luontevaa kertoa syömishäiriön vaikutuksista terveyteen, kun potilas on huolissaan omasta voinnistaan. Myös avoimia kysymyksiä on hyvä käyttää, kun halutaan kartoittaa potilaan tietämystä syömishäiriöstä ja sen vaikutuksista. Jotta potilas ymmärtää, että annettu informaatio on juuri häntä koskevaa, totuudenmukaista ja arvokasta, on hoitotiimin tapa kertoa asioista oltava samansuuntainen. (Viljanen ym. 2005, 45,74.)

Laihuushäiriön hoidon tavoitteena on häiriön tunnistaminen, puheeksi ottaminen sekä varhainen puuttuminen. Hoidon keskeiset menetelmät ovat keskustelu tilanteesta ja sairauden riskeistä. Potilas ohjataan noudattamaan terveellistä, säännöllistä ja monipuolista ruokavaliota. Lievissä tapauksissa häiriöt voivat korjaantua muutaman seuranta- ja neuvontakäynnin jälkeen. Jos häiriö ei korjaannu neljännen seurantakäynnin jälkeen tai potilaan paino laskee äkillisesti, on syytä konsultoida erikoissairaanhoitoa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.)

Ahmimishäiriön hoidon tavoitteena on häiriön varhainen tunnistaminen ja potilaan motivointi hoitoon. Hoitokeinoina ovat tiedollinen ohjaus, ravitsemusneuvonta ja tarvittaessa lääkehoito. Ahmimis- ja ahmintahäiriöisillä on suositeltavaa käyttää päiväkirjaa oireista ja ruokailuista syömisen hallinnan tukena. Samalla se toimii hyvänä itsehoitovälineenä, joka auttaa myös hahmottamaan omaa syömishäiriötä ja tunnistamaan omat ongelmakohdat. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2014.)

Ahmintahäiriön hoidossa pyritään katkaisemaan ahmintaa laukaisevat tekijät ja saavuttamaan terveelliset sekä säännölliset elämäntavat (Syömishäiriöklinikka 2014). Hoitomuotoina käytetään ravitsemusneuvontaa ja psykoterapiaa, joka noudattaa kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteita. Myös tietyillä lääkkeillä voidaan vähentää ahmintaa. (Mustajoki 2015). Hoidon tavoitteina on terveempi suhde syömiseen ja ruokaan, kyky ymmärtää omia reaktioita ja toimia johdonmu-

kaisesti psyykkistä ja fyysistä terveyttä edistävällä tavalla ravitsemukseen liittyvissä valinnoissa. Sairastuneen omalla suhtautumisella ylipainoon on paljon vaikutusta hoitotuloksiin sekä yleiseen psyykkiseen hyvinvointiin. Negatiivinen suhtautuminen ylipainoon vaikeuttaa painon pudotusta, lisää ahmintaoireilua sekä huonontaa hoitotuloksia. (Luutonen ym. 2011.)

Syömishäiriöpotilaan kohtaamisessa tarkoitus ei ole tyrkyttää tietoa ja painostaa toimimaan tietyllä tavalla, vaan vastata potilasta askarruttaviin aiheisiin ja auttaa potilasta ymmärtämään sairauden aiheuttamaa vastarintaa. Esimerkiksi potilaan ravitsemustietämys saattaa olla hyvinkin korkeaa, mutta sen toteuttaminen voi olla vaikeaa, joten avoimet kysymykset, kuten esimerkiksi ”Mikä tuottaa ongelmia muutoksen tekemisessä” tai ”Mikä estää sinua syömästä niin, kuin sinun pitäisi tietosi mukaan syödä?”. Erittäin huonokuntoiselle potilaalle voi joutua kertomaan asioita uudelleen, koska vajaaravitsemustilan vuoksi uutta tietoa on vaikea sisäistää ja muistaa. Kirjallinen materiaali, muistiinpanot ja erilaiset linkit eri internetsivustoille mahdollistavat tiedon uudelleen kertaamisen. (Viljanen ym. 2005, 75.)

Omaisten huomautukset ja tunteiden ilmaisu ovat syömishäiriötä sairastavalle hankalia asioita, varsinkin jos ne kohdistuvat syömiseen, painoon tai muuhun ulkonäköön. Häiriön myötä sairastuneen itsetunto on alentunut ja hänen on vaikea ottaa vastaan kritiikkiä, vaikka sitä ei alun perin sellaiseksi ole tarkoitettukaan. Nuoren sairastuminen syömishäiriöön vaikuttaa omaisiin monilla eri tavoilla, se vaikuttaa muun muassa sisarussuhteisin, vanhempien parisuhteeseen sekä koko perheen sosiaalisiin väleihin. Omaiset usein pelkäävät, että muutkin perheenjäsenet tai läheiset sairastuvat syömishäiriöön. Vanhemmat ovat huomanneet, että myös sairastuneen sisaruksien käytös on muuttunut sairauden myötä. Vanhemmat pyrkivät suojaamaan sairastuneen sisaruksia tämän taistelulta sairautta vastaan. Omaiset joutuvat pakostakin kokemaan sairastuneen oireilua, muun muassa ruoan valmistuksessa sekä itsensä vahingoittamisessa. Ruoan valmistus on hyvin pikkutarkkaa ja siinä on tietyt rutiinit. Itsensä vahingoittaminen tapahtuu usein ahmimisena, tyhjentäytymisenä, viiltelynä tai pään hakkaamisena seinään. (Parkkali 2011.)

Syömishäiriötä sairastavan ja hänen omaistensa käsitykset sairastuneen tilanteesta toiminnasta eroavat kovasti toisistaan. Tämä pätee myös hoitoon, vanhemmat kokevat sen positiivisemmaksi kuin itse sairastunut. Hoidossa koko perheen huomioiminen nähdään tärkeänä, sillä se edesauttaa sen onnistumista. Omaisten tapa ilmaista tunteitaan vaikuttaa sairastuneen itsetuntoon ja – luottamukseen, perfektionismiin sekä pelkoon kehittyä aikuiseksi. Omaisten on mahdollisuus opetella reflektoiva tapa kuunnella sairastunutta ja sitä kautta muuttaa omaa käyttäytymistään edesauttaakseen sairastuneen paranemista. Omaisille voidaan antaa psykoedukaatiota, joka rohkaisee positiiviseen kanssakäymiseen sairastuneen kanssa ja vähentää ahdistuneisuutta. Syömishäiriötä sairastavan omaiset haluavat tukea helposti saatavilla tavoilla, kuten esimerkiksi internetin välityksellä. Internetpohjaisesta hoidosta on saatu paljon hyviä tuloksia, mutta hoitojaksoja tulisi pidentää, jotta saataisiin pysyviä tuloksia. (Parkkali 2011.)

Omaiset tuntevat pelkoa sairastuneen tilannetta kohtaan. He pelkäävät sairastuneen vahingoittavan itseään tai jopa riistävän henkensä, ja tätä he eivät antaisi itselleen ikinä anteeksi. Sairastuneen toivuttua, omaiset pelkäävät sairauden uusivan. Omaiset kuitenkin sopeutuvat tilanteeseen, he oppivat itsestään, sairaudesta sekä terveen- ja sairaanpuolen erottamisesta. Tilanteen ymmärtäminen tarkoittaa usein yksilön persoonan erottamista itse sairaudesta. (Parkkali 2011.)

Suomen syömishäiriöliitto eli SYLI ry järjestää syömishäiriötä sairastaville ja sairastavien omaisille erilaisia vertaistukiryhmiä ja sähköpostivertaistukea. Vertaistuki ei korvaa ammattilaisten tarjoamaa hoitoa, mutta se tarjoaa toisenlaista tukea samassa elämäntilanteessa olevilta ihmisiltä. Sairastuneiden vertaistukiryhmiä vetää sairaiden läpikäyneet ja jo toipuneet vapaaehtoiset. Omaisten ryhmiä vetävät yleensä sairastuneiden äidit. Vertaistukiryhmät eivät sido ketään ja ryhmässä käymisen voi aloittaa missä vaiheessa tahansa. Sähköpostivertaistuki sopii kaikille ja erityisesti niille, joiden paikkakunnalla ei toimi syömishäiriöliiton jäsenyhdistyksiä ja avautuminen on luontevinta kirjoittamalla. SYLI ry:n tavoitteena on edistää syömishäiriöisten ja heidän läheistensä hyvinvointia, vaikuttamalla syömishäiriöiden tunnettavuuteen, hoitoon ja kuntoutukseen. SYLI ry tuo esille

hoidon ja sairastuneiden aseman epäkohtia, alueellisia eroja hoidossa sekä tukee alueellisten jäsenyhdistysten ja vapaaehtoisten toimintaa. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2015c.)

Savukosken (2008) tutkimuksen mukaan laihuushäiriön sairastaneiden selviytymiskeinoista tärkeimmiksi nousivat tärkeiden asioiden löytäminen, ammattilaisten apu, oma paranemishalu, muutto, itsensä toteuttaminen, vertaistuen ja ystävien positiivinen vaikutus. Tärkeitä asioita laihuushäiriöstä selviytyneille olivat muun muassa parisuhde, oma lapsi, uskoon tulo ja äitisuhde. Ne, jotka olivat saaneet apua ammattilaiselta, kokivat saaneensa eniten apua asiansa osaavalta terapeutilta tai psykologilta. Sairaalakokemukset olivat pääosin negatiivisia. Itsensä toteuttaminen oli myös auttanut paranemisessa. Omien tunteiden ja halujen tunnistaminen sekä niiden ilmaiseminen ja toteuttaminen olivat käännekohtia paranemisprosessissa itsensä hyväksymisen lisäksi. Viisi tutkittavista oli löytänyt avun vertaistukitoiminnasta, kun omat kokemukset nähtiin hyödyllisenä oppimisprosessina ja haluttiin auttaa niiden avulla myös muita. (Savukoski 2008, 150–184.)

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN VERKKOSIVUJEN AVULLA

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan tavoitteellista ja välineellistä arvoihin perustuvaa toimintaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sairauksien ennaltaehkäisemiseksi (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005). Terveyden edistäminen kuuluu osaksi kansanterveystyötä ja se perustuu kansanterveyslakiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Terveyden edistäminen toteutuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla ja sen keinoja ovat esimerkiksi terveysneuvonta, rokottaminen sekä terveyskasvatus. (Terveyden edistämisen keskus ry 2005, 15.)

Tilastokeskuksen tekemän tutkimuksen (2014) mukaan 89 % 16–24-vuotiaista suomalaisista nuorista käyttää useita kertoja päivässä Internetiä. 16–24-vuotiaista nuorista 74 % oli käyttänyt viimeisen kolmen kuukauden aikana Internetiä sairauksiin, ravitsemukseen ja terveyteen liittyvän tiedon etsintään. Nuorista 73 % käytti päivittäin tai lähes päivittäin internetiä matkapuhelimella kodin tai töiden ulkopuolella. Tilastokeskuksen tutkimus perustui väestötietojärjestelmästä tehtävään satunnaisotantaan, joka koostui 16–86-vuotiaasta pysyvästi Suomessa asuvasta henkilöstä ja kotitaloudesta (n=4850). (Tilastokeskus 2014.)

Toisaalta tietokoneiden käytön puute ei ole este tietokoneavusteiseen ohjaukseen osallistumiselle. Tietokoneavusteinen ohjaus lisää asiakkaiden tietoa ja suositeltavaa hoitokäyttäytymistä. Standardoitu laatu ja sisältö, hoitoajan säästyminen, yhdenmukaisuus sekä helppo ajallinen saatavuus ovat tietokoneohjausmateriaalien etuja. (Kyngäs ym. 2007, 122). Internetin etuja ovat nopeat yhteydet ja laajempien väestöryhmien ohjaus. Tietokoneavusteisesta ohjauksesta saattavat hyötyä erityisesti nuoret ja nuoret aikuiset. (Kyngäs ym. 2007, 122–123.) Internet ei ole vain tiedonvälitystapa, vaan se on turvallinen ja kustannustehokas menetelmä potilasohjaukseen. Internetin etuja on sen rajaton käyttömäärä ja aika sekä vuorovaikutteisuus. (Nummi & Järvi 2012.)

Potilaan tiedon sisäistämisen ja ymmärtämisen kannalta internet on paras tapa tiedon välittämiseen. (Nummi & Järvi 2012.) Terveyspalveluja toteutettaessa on

oltava kyky katsoa asiaa asiakkaan näkökulmasta. Tällöin on otettava huomioon asiakkaan aikaisempi tietämys terveydestä, asiakkaan terveyskäyttäytyminen ja käyttäytymisen taustalla olevat arvot sekä asiakkaan oppimistyyli. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2014, 190.) Tärkeintä on, että ohje etenee loogisesti potilaan tai tämän omaisen näkökulmasta. Annettujen ohjeiden tulee olla perusteltuja, sillä niitä noudatetaan paremmin kuin perustelemattomia ohjeita. Myös tekstin selkeyteen ja rakenteeseen tulee kiinnittää huomiota jakamalla teksti pää- ja alaotsikoiden alle sekä kirjoittamalla lyhyitä kappaleita, jotka eivät ole pelkkiä luetteloita aiheesta. Kirjoitetun tekstin tulee olla selkokieltä ja helposti hahmotettavaa, eli ammattisanastoa, vierassanoja ja lyhenteitä tulee välttää. Ohjeen sisäistämistä edesauttaa asianmukainen ulkoasu. (Hyvärinen 2005; Luukkonen 2004, 98.)

Verkkosivuilla lukijan katse kohdistuu ensimmäisenä sivun vasempaan yläkulmaan ja uutta riviä etsitään aina vasemmasta marginaalista. Tämän vuoksi vasen laita on hyvä säilyttää tekstissä suorana sekä sinne kannattaa asettaa sivun tärkeimmät maamerkit, kuten nimi ja päävalikko. (Luukkonen 2004, 40–41.) Pystyvalikossa päävalikon paikka on useimmiten vasemmassa reunassa, pystyvalikon etu on sen laajennettavuus (Sinkkonen ym. 2009, 216). Hyvin jäsennetyt ja nimetyt valikot ja näkymä siitä, mitä reittiä lukija on sinne edennyt ja missä hän milloinkin on edes auttavat tiedon nopeassa löytymisessä. (Luukkonen 2004, 100.)

Verkkosivuilla olevien otsikoiden tehtävä on motivoida ja houkutella lukijaa lukemaan ja opastaa etenemään oikein eli valitsemaan itseä kiinnostavaa luettavaa. Otsikoiden tulee olla sisältörikkaita ja informatiivisia. Verkkosivuilla olevassa tekstissä iskevät ja selkeät otsikot ovat olennaisia. Tämä tulee pitää mielessä laatiessa linkkilistaa otsikoista. (Luukkonen 2004, 128.) On otettava huomioon, että osa lukijoista lukee vain otsikon löytääkseen etsimänsä tiedon ja oikean kohdan. (Luukkonen 2004, 125–126.)

Verkkosivujen luettavuutta ja silmäilyä helpottaa riittävä tummuuskontrasti tekstin ja taustan välillä, tekstipalstan riittävä kapeus ja, että teksti on tasattu vasemmasta reunasta ja oikea reuna jää epätasaiseksi. Selkokieltä tulisi käyttää niin pitkälle kun mahdollista. Hyvä luettavuus ja silmäiltävyys edesauttavat tekstin

ymmärrettävyyden saavuttamisessa. Lisäksi tärkeää on tekstin asianmukainen sisältö, kohderyhmän tiedostaminen sekä tekstin looginen jäsentäminen ja eteneminen. (Sinkkonen ym. 2009, 262–263.) Tekstin toimivuutta ja ymmärrettävyyttä voidaan testata pyytämällä ulkopuolisten henkilöiden mielipidettä. Heidän tulisi koostua sekä asiantuntijoista että maallikoista (Luukkonen 2004, 141; Sinkkonen ym. 2009, 280). Verkkosivuilla on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti asioiden esittämisjärjestykseen, jos teksti alkaa vähemmän tärkeillä asioilla, saattaa lukijan mielenkiinto lopahtaa. Tekstin tulisi alkaa kiinnostavasta aihepiiristä tai edetä tutusta tuntemattomaan. (Luukkonen 2004, 111–112.) Tekstin ydinviesti tulee kirjoittaa kappaleen ensimmäiseen virkkeeseen ja on suositeltavaa esittää yksi asia yhtä kappaletta kohden (Kyngäs ym. 2007, 127; Sinkkonen ym. 2009, 260).

Verkkosivujen värit tulisi valita niin, että ne viestittävät palvelun haluttua tunnelmaa. Kylmät, murretut ja vaaleahkot värit sopivat parhaiten verkkosivujen taustaväreiksi. Jotta lukija jaksaisi olla mahdollisimman kauan verkkosivuilla, on vältettävä vahvoja värejä ja suuria värikontrasteja. Verkkosivuilla voidaan käyttää hyväksi yksiväriharmoniaa, jolloin päävärinä on yksi väri sekä sen tummat ja vaaleat sävyt. (Sinkkonen ym. 2009, 252–254.) Samaa värimaailmaa tulee käyttää läpi koko julkaisun, sillä johdonmukaisuus lisää julkaisun luettavuutta. Tekstilinkkien tulee olla johdonmukaisesti samanvärisiä. Jos julkaisu on tarkoitettu laajalle yleisölle, tulee linkkien olla sinisiä koska yleisö on tottunut tähän käytäntöön. (Hatva 1998, 50.) Verkkosivuilla kaikilta sivuilta pitäisi päästä siirtymään seuraavalle tai edelliselle sivulle sekä sisällysluetteloon (vrt. Hatva 1998, 60). Sivuilla olevat kuvat havainnollistavat ja toimivat katseen kohdistajina sekä lisäävät aiheen vaikuttavuutta luomalla lukijalle mielikuvia aiheesta. Verkkosivujen silmäiltävyyttä voi parantaa lisäämällä sinne merkityksellisiä kuvia, jotka ovat oleellisia käsiteltävän aiheen kannalta. On tärkeää myös huomioida lukijan mahdollinen verkkoyhteyden hitaus pitämällä verkkosivun ja kuvien yhteenlaskettu tiedostokoko mahdollisimman pienenä. (Sinkkonen ym. 2009, 254–255.)

5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon. Tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi.

6 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTETUT VERKKOSIVUT

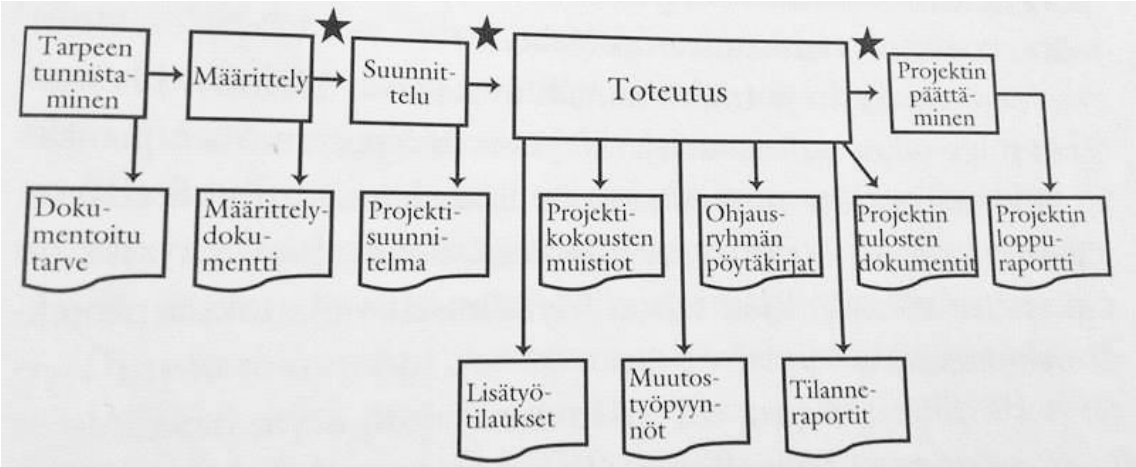
Syömishäiriöt ovat etenkin nuorilla esiintyvä ilmiö, joka vaatii varhaista tunnistamista ja kunnollista hoitoa (Isomaa 2011). Tämän takia lähipiirin olisi hyvä oppia tunnistamaan erilaisten syömishäiriöiden oireita ja soveltamaan tietoa käytäntöön esimerkiksi tilanteessa, jossa joku lähipiiristä oireilee. Mielenkiinto erilaisia syömishäiriöitä kohtaan on tullut omakohtaisten kokemusten kautta. Salon terveyskeskus toimii projektin toimeksiantajana.

Aineisto projektiin on haettu aikaisemmista tutkimuksista, artikkeleista, katsauksista, ohjeistuksista ja kirjoista keväällä 2015. Tutkimuksia haettiin PICO-menetelmää käyttäen. Tutkimuksia haettiin ensin erikseen sanoilla ”eating disorder” ja ”young” sekä sitten ”eating disorder” ja ”young” yhdessä. Tuloksia tuli paljon erityisesti syömishäiriöön liittyen, mutta nuoria koskevia tutkimuksia vähän. Hakusanaksi vaihdettiin sitten ”adolescent” ”young”:n tilalla, joka tuotti taas paljon enemmän tuloksia ja erityisesti juuri syömishäiriöistä nuorilla. Ulkomaalaisia tutkimuksia tuli kohtuullisesti. Hakua rajattiin kaikissa tietokannoissa niin, että saadut tutkimukset olisi julkaistu vuosina 2005–2015 ja, että tutkimukset saataisiin kokonaisina sähköisesti.

Projektin tavoitteena on toteuttaa ennalta määritelty tuotos, kuten esimerkiksi tapahtuma tai tilaisuus. Projektin haasteena on aikataulu, joka on joustamaton ja sen mukaan muun projektin on edettävä. Projektissa on myös ulkoisia riskitekijöitä. Projektin aikana kohdataan useita erilaisia yllätyksiä, joita ryhmän jäsenet joutuvat korjaamaan nopealla aikataululla. Kiire ja odotettu työmäärä kasvoi projektin loppua kohden. (Kettunen 2003, 23–24.)

Projekti on väliaikainen, kertalaatuinen ja suunniteltu hanke. Projektilla on määritelty tavoite sekä sen tavoitteet ja toiminnat ovat riippuvaisia toisistaan ja liittyvät toisiinsa. Projektilla on rajallinen pituus, jonka aikana se tuottaa ainutlaatuisen palvelun, tuotteen tai informaatiota. Projektilla on käynnistys-, suunnittelu-, toi-

meenpano- ja ohjaus- sekä päättämisvaihe. (University of California Irvin Extension 2015.) Projektin käynnistysvaihe koostuu tarpeen tunnistamisesta ja määrittämisestä. Suunnitteluvaiheessa tehdään projektisuunnitelma. Toimeenpano- ja ohjausvaiheessa toteutetaan projektisuunnitelma, saadaan ohjausta ja tehdään muutoksia saadun palautteen perusteella. Päättämisvaiheessa tehdään loppuraportti. (Kuva 5.)



Kuva 5. Projektin dokumentointi suhteessa elinkaareen (Kettunen 2003, 73).

Käynnistysvaiheessa laaditaan projektin tavoitteet ja toiminnallinen määrittely. Opinnäytetyön tehtävänä on luoda verkkosivut nuorille Terveysnettiin syömishäiriöistä. Tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea aikaisen tuen mahdollistamiseksi. Organisointivaiheessa määritetään projektin kokoonpano, asettaja ja vastuualueet (Pelin 2011, 81). Joulukuussa 2014 päätettiin työryhmä ja valittiin projektin aihe. Projektin työtehtävät jaettiin tasaisesti ryhmän jäsenten kesken, jolloin vastuu jakautui tasapuolisesti. Projektin edetessä kirjoitusaiheita jaettiin yhdessä ryhmän jäsenten kesken, molemmat kuitenkin osallistuivat kaikilla osa-alueilla, esimerkiksi oikolukemalla, ideoimalla ja antamalla korjausvinkkejä toiselle. Toinen ryhmän jäsenistä otti vetovastuun verkkosivujen luomisessa ja toinen oli yhteydessä eri toimihenkilöihin tekijänoikeus asioissa sekä materiaalien, kuten Syömishäiriöliiton esitteiden hankinnassa. Projektin aikataulun noudattaminen oli haastavaa, työryhmän jäsenten fyysisen etäisyyden vuoksi ja tämän takia työtehtäviä jouduttiin tekemään itsenäisesti eri paikkakunnilla.

Suunnitteluvaiheessa laaditaan työsuunnitelma ja resursoidaan tehtävät (Pelin 2011, 81). Projektin suunnittelu tapahtui keväällä 2015, jolloin tehtiin projektisuunnitelma. Projektilupa (Liite 1.) saatiin Salon terveyskeskukselta. Verkkosivujen suunnitteluun ja muokkaukseen saatiin apua Lounais-Suomen Syömishäiriöliitto ry:n toiminnan ohjaajalta. Terveysnettiin tulevilla verkkosivuilla kerrotaan laihuushäiriöstä, ahmimishäiriöstä, ahmintahäiriöstä, ortoreksiasta ja lihasdysmorfiasta sekä niiden yleisyydestä nuorten keskuudessa.

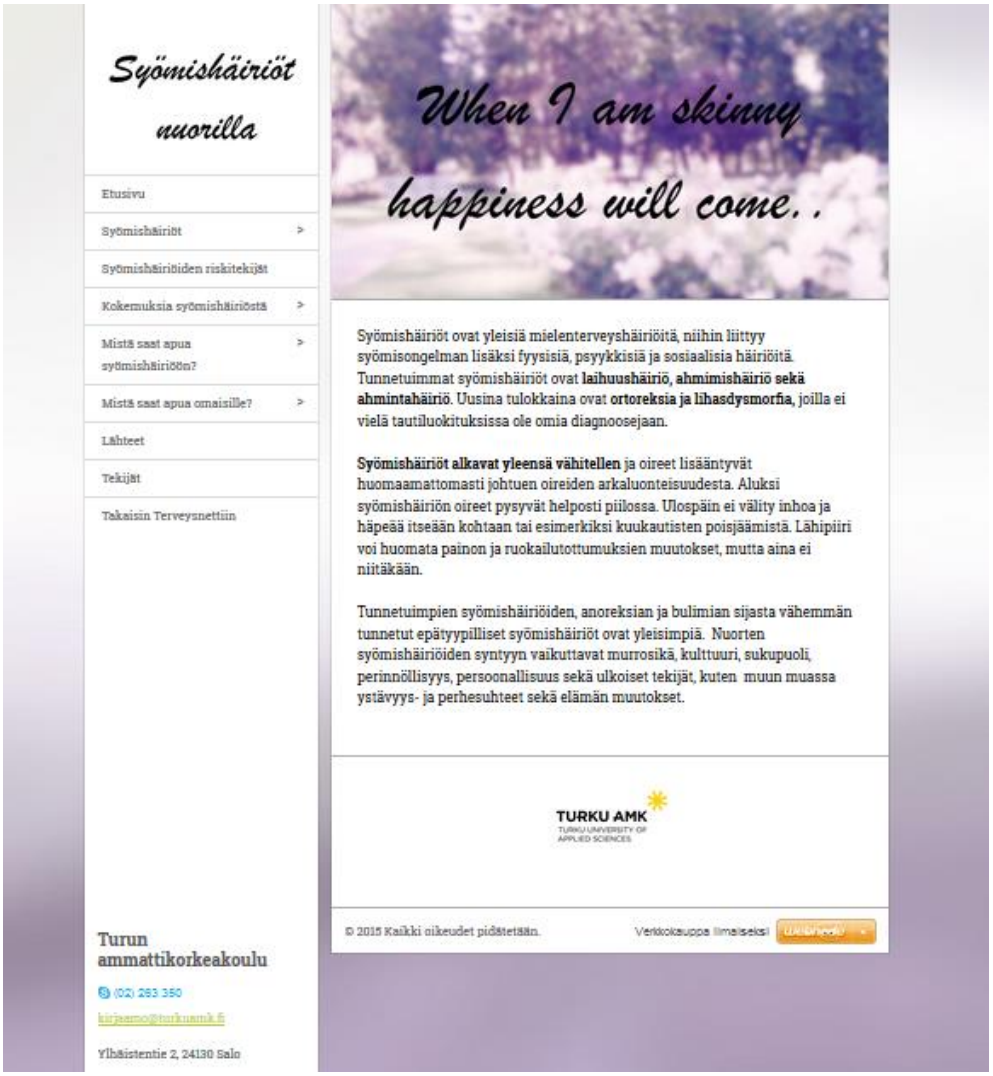
Toimeenpano ja ohjausvaiheessa tavoitteet pannaan käytäntöön työsuunnitelman mukaisesti (Pelin 2011, 81). Kesällä 2015 aloitettiin projektin teoriaosuuden kirjoitus. Syksyllä ja talvella 2015 viimeisteltiin opinnäytetyö ja tehtiin verkkosivujen sisältö sekä ulkoasu. Opinnäytetyön ja verkkosivujen sisältöön saatiin ohjausta ohjaavilta opettajilta sekä Lounais-Suomen Syömishäiriöliitto ry:n toiminnan ohjaajalta.

Verkkosivuilla on käsitelty syömishäiriöiden riskitekijöitä, kuutta eri syömishäiriötä ja niiden tunnistamista sekä kerrottu mistä syömishäiriöiset ja heidän omaisensa voivat saada apua. Verkkosivuilla on esitetty syömishäiriön läpikäyneiden kokemuksia syömishäiriöstä. Kokemukset saatiin verkkosivuille kirjailija Heimon suullisella luvalla kirjasta TASAPAINOA! – Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy (Heimo & Sailola 2014). Verkkosivut on suunniteltu auttamaan sekä syömishäiriöisiä että heidän omaisiaan. Verkkosivujen pääotsikoiksi valikoituivat keskeisimmät aiheet, eli syömishäiriöt, syömishäiriöiden riskitekijät, kokemuksia syömishäiriöistä, mistä saat apua syömishäiriöön ja mistä saat apua omaisille.

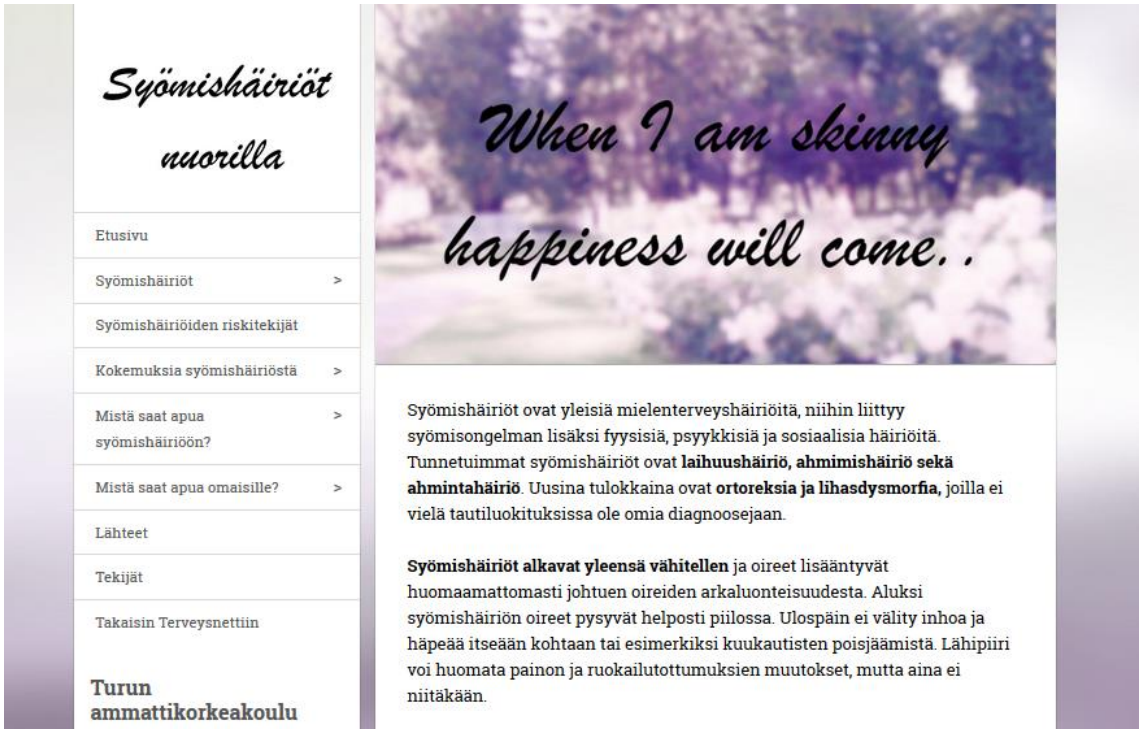
Verkkosivut luotiin käyttämällä ilmaista WEBNODE – työkalua. Verkkosivulle valittiin sivupohja WEBNODE:n tarjoamista valmiista vaihtoehdoista. Verkkosivujen teemaksi valikoitui violetti ja sen murretut sävyt. Väri valittiin sen neutraaliuden vuoksi. Korostevärinä sivuilla toimii limen vihreä, joka on myös violetin teeman vastaväri, milloin ne korostavat toinen toistaan. Tekstin taustaväriksi valittiin valkoinen ja fontin väriksi musta, niiden välisen suuren kontrastin ja helppolukuisuuden vuoksi. Verkkosivujen etusivulla on yksi kuva, jonka värimaailma myötäilee teeman väriä. Kuva on tekijöiden itse ottama ja muokkaama. Kuva johdattelee lukijaa verkkosivujen aiheeseen. Tehtiin päätös, että verkkosivujen muille sivuille

ei haluta laittaa kuvia, koska provosoivat tai mitäänsanomattomat kuvat eivät tue lukijaa. Heimo suositteli käyttämään abstrakteja, neutraaleja ja provosoimattomia kuvia syömishäiriötä käsittelevillä verkkosivuilla, millaisia myös SYLI ry suosii. Heimo painotti myös, että turhat täytekuvat on parempi jättää kokonaan pois. (Heimo 2015.)

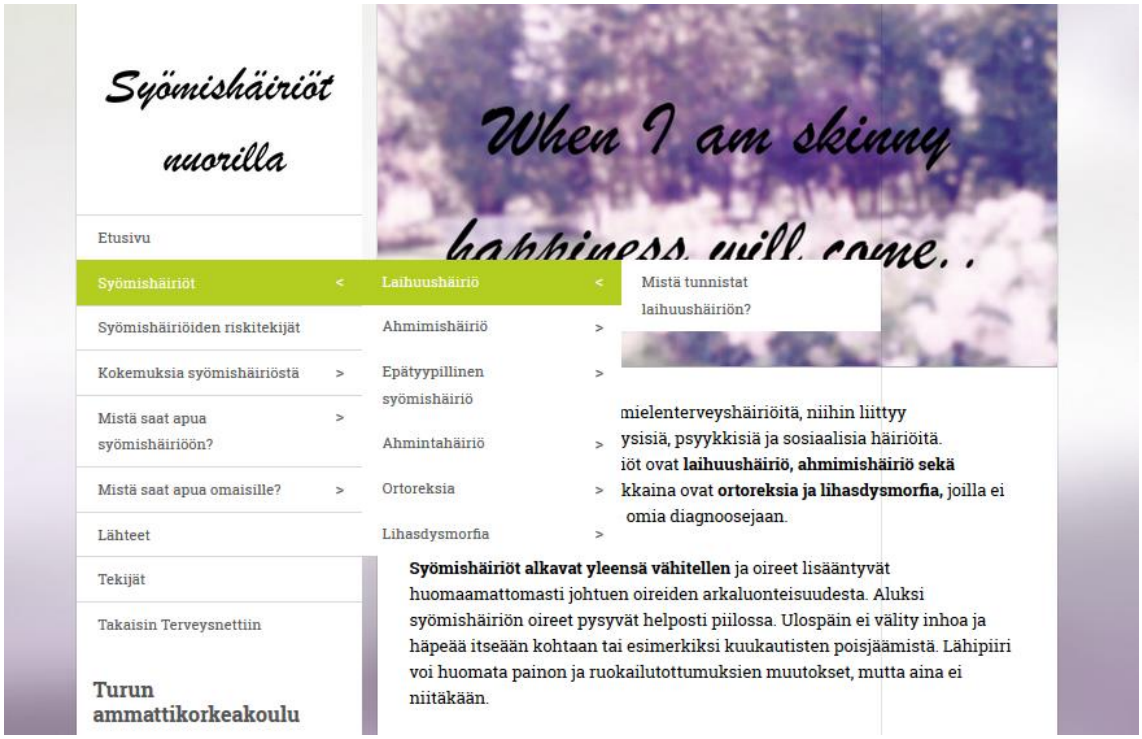
Etusivulla (Kuva 1.) pääotsikoista muodostui päävalikko, joka sijoittuu verkkosivuilla vasempaan reunaan. Päävalikko avautuu vaakasuunnassa sen mukaan, miten lukija haluaa sivuilla edetä. Pääotsikoiden kautta avautuvat alaotsikot. (Kuva 2.) Alaotsikkoina olevien eri syömishäiriöiden kautta avautuvat seuraavat alaotsikot. (Kuva 3.) Lukijan ei tarvitse lukea esimerkiksi perustietoja syömishäiriöistä, vaan voi halutessaan etsiä tietoa oman mielenkiintonsa mukaan. Lukijan on helppo nähdä verkkosivun yläreunassa olevista otsikoista muodistuvan reitin avulla kulkemansa polku kyseessä olevaan aiheeseen. Jokaiselta avatulta sivulta pääsee aina sivun vasemmassa reunassa olevan päävalikon kautta takaisin etusivulle ja muihin aiheisiin. (Kuva 4.)



Kuva 1. Verkkosivujen etusivu



Kuva 2. Pääotsikoiden alaotsikot



Kuva 3. Laihuushäiriön alaotsikko

Kuva 4. Lukijan kulkema reitti

Alustavat verkkosivut oli suunniteltu vihreiksi, mutta käytettävää sivupohjaa ei ollut WEBNODE:ssa saatavilla vihreänä. Sivuston rakenne kuitenkin säilyi alustavan suunnitelman mukaisena. Ohjaavilta opettajilta saadun palautteen perusteella verkkosivuilla oleva teksti muutettiin tumman harmaasta mustaksi, mutta muita ulkoasua koskevia muutoksia ei tarvinnut tehdä. Sisältöön tuli palautteen johdosta muutos, syömishäiriöihin lisättiin epätyypillinen syömishäiriö omaksi alaotsikokseen. Sivujen kieliasua on muokattu useaan otteeseen, niistä haluttiin mahdollisimman selkeät, informatiiviset, puhuttelevat ja tunteita herättävät. Tekstiä muokattiin houkuttelevammaksi ja lyhemmäksi tiivistämällä kappaleita. Verkkosivujen ulkoasusta, houkuttelevuudesta ja informatiivisuudesta saatiin positiivista palautetta lähipiiriin kuuluvilta nuorilta ja muilta henkilöiltä.

Päättämisvaiheessa projektin tuotoksesta tehdään loppuraportti, joka hyväksytetään ohjaavilla opettajilla (Pelin 2011, 81). Projekti valmistui ajallaan. Joulukuussa 2015 projekti esiteltiin posterikävelynä 8.12.2015 ja arvioitiin 14.12.2015

Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä. Toimeksiantaja kutsuttiin esittelytilaisuuteen. Opinnäytetyö arkistoitiin ammattikorkeakoulujen Theseus – julkaisuarkistoon. Verkkosivut löytyvät osoitteesta http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html.

7 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön tekeminen kuuluu ammattikorkeakouluopintoihin ja sen tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietoja ja taitoja opintoihin liittyvässä asiantuntijatehtävissä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352, 352/2003). Terveydenhoitaja on terveydenhuollon ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559), joka noudattaa terveydenhuollon eettisiä päämääriä. Terveydenhuollon tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja niiden hoito. (ETENE 2001.)

Projektin eettisyys perustuu sovelletusti tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimiin hyvän tieteellisen käytännön eettisiin periaatteisiin, joita ovat arkuus, huolellisuus, rehellisyys, avoimuus, vastuullisuus, vastuualueiden jako tekijöiden kesken, aikaisempien tutkijoiden tekemän työn kunnioitus ja asianmukaisten viittauksien käyttö, lupien hankkiminen ja eettisen ennakkoarvioinnin suorittaminen. (TENK 2012-2014a.) Keskeisimmiksi eettisiksi arvoiksi nousee terveyden edistäminen, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen sekä sen suojelu (ETENE 2001). Projektia tehdessä tulee käyttää eettisesti sekä tieteellisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365). Projektissa tiedon etsimiseen käytettiin PICO – menetelmää. Eettisyyttä tulee arvioida heti projektin alusta lähtien loppuun saakka (Hirsjärvi 2014, 27). Projektin aikana eettistä pohdintaa ovat aiheuttaneet nuoren lähestymistapa ja työssä käytettävä termistö, johon on saatu apua alan ammattilaiselta sekä kohderyhmältä itseltään.

Projektissa esiintyvien lähdeviitteiden ja lähdeluettelon avulla on haluttu kunnioittaa aikaisempien tutkijoiden tekemää työtä. Lähteistä on koottu lähdeluettelo, jonka tarkoitus on tarjota lukijalle mahdollisuus katsoa millaisia lähteitä tekijä on käyttänyt ja varmistaa, että lähteet ovat todellisia (Hirsjärvi ym. 2009, 367). Opinnäytetyön teoria perustuu lähteistä saatuun tietoon. Lähteet tulevat tekstissä ilmi tekstin joukossa olevin lähdeviittein sekä opinnäytetyön lopussa sijaitsevan läh-

deluettelon avulla. Opinnäytetyön lähdeviitteet sekä lähdeluettelo on laadittu Turun ammattikorkeakoulun kirjoitusohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyö tarkistetaan URKUND-ohjelmalla, jotta vältyttäisiin tekijänoikeuksien loukkaamiselta. (Turun ammattikorkeakoulu 2007.) URKUND on internetpohjainen plagioinninestojärjestelmä, jolla myös opiskelija pystyy suojaamaan oman työnsä kopioimiselta (URKUND 2005a, URKUND 2005b).

Projektissa tuotettujen verkkosivujen tarkoitus on ennaltaehkäistä nuorten syömishäiriöitä, lisätä tietoisuutta erilaisista syömishäiriöistä sekä auttaa nuoria ja heidän omaisiaan tunnistamaan ja reagoimaan syömishäiriötyyppiseen oireiluun. Kohderyhmäksi valikoituivat nuoret, koska heillä syömishäiriöt ovat hyvin yleisiä (Isomaa 2011). Varhainen puuttuminen sekä hoitoon ohjaaminen voivat parantaa ennustetta ja lyhentää sairastamisaikaa. Pienikin puuttuminen voi neutralisoida tilanteen epäiltäessä syömishäiriötä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus 2014.)

Syömishäiriöinen voi pitää sairauttaan häpeällisenä ja sen takia pyrkii peittelemään ja salailemaan sitä (Heimo & Sailola 2014, 112,123.), minkä takia syömishäiriöisen hoidossa ja kohtaamisessa on paljon eettisiä ongelmia. Koska projektin kohteena ovat nuoret ja heidän lähipiirinsä, voidaan siihen soveltaa ihmistieteitä koskevat eettiset periaatteet: itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja (TENK 2012-2014b). Tuotettujen verkkosivujen tarkoitus on edistää nuorten terveyttä. Verkkosivuille ei tarvitse rekisteröityä ja verkkosivuilla voi käydä anonyymisti. Terveyden edistämistä ohjaavat hoitotyöntekijän näkökulmasta samankaltaiset periaatteet, kuten esimerkiksi autonomia, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, epätasa-arvoisuuden poistaminen, oikeudenmukaisuus ja luotettavuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 89.) Verkkosivut ovat kaikkien luettavissa ja ne on pyritty tekemään niin, että ne palvelevat sekä nuoria että heidän omaisiaan mahdollisimman hyvin sukupuolesta riippumatta.

Terveysalan ammattilaisen tulee kiinnittää huomiota varhaisen puuttumisen keinoihin. Aikuisten tulisi aina pyrkiä näkemään asioita nuorten silmin sekä kuuntelemaan ja tunnistamaan heidän tarpeitaan ja huoliaan. Mitä myöhäisemmässä

vaiheessa ongelmiin puututaan, sitä hankalampaa niiden selvittäminen on. Tärkeää on tunnistaa nuorten yksilölliset tarpeet ja aloittaa asioiden selvittäminen ja hankalistakin asioista puhuminen nuoren kanssa. (ETENE 2013.) Tarjoamalla tietoa eri syömishäiriöistä, verkkosivuilla pyritään kehittämään varhaista puuttumista nuorten ja heidän omaistensa kautta. Nuoret saavat vaikutteita sosiaalisesta mediasta ja erilaisista internetyhteisöistä, joista he saavat tukea ja elämyksiä. Sosiaalinen media on tuonut mukanaan uusia ja erilaisia yhteisöjä sekä alakulttuureja, näiden kautta sosiaalinen kanssakäyminen on saanut uusia erilaisia muotoja. (ETENE 2013.)

Nuorta koskevat eettiset ongelmat ovat omanlaisiaan. Nuori pystyy kehitystasonsa mukaan päätöksentekoon ja ottamaan vastuun omista ratkaisuistaan sekä ymmärtää näiden asioiden seuraukset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 227.) Jokaisella nuorella on oikeus osallistua ja päättää omasta hoidostaan oman kehitystasonsa mukaan eikä huoltajalla ole oikeutta kieltää nuoren hoitoa tämän henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b.) Nuorta tulee puhutella kunnioittavasti ja se tulee toteuttaa nuorelle tuttuja termejä ja selkokieltä käyttäen (Kristoffersen ym. 2005, 183–184), mitä on noudatettu myös projektissa tuotetuilla verkkosivuilla ja luetuttamalla verkkosivut nuorilla. Nämä auttavat nuorta säilyttämään oman arvokkuuden tunteen, vaikka hän olisi sairas ja tarvitsisi apua. (Kristoffersen ym. 2005, 183–184.) Nuoren motivointi hoitoon hakeutumisessa on tärkeää, koska nuori itse ei välttämättä ymmärrä ongelmansa vakavuutta. Nuorta voi helpottaa ammattilaisen antama tieto ja kannustus siitä, että ongelmiin saa apua. (Aaltonen ym. 2003, 377.) Verkkosivuilla on pyritty motivoimaan nuorta hakeutumaan hoitoon, kertomalla syömishäiriöiden fyysisistä ja psyykkisistä seurauksista.

Nuoruuteen kuuluu itsensä vertailu muihin ja epävarmuus omasta kehostaan ja ylipäätään siitä kelpaako (MLL 2015a, MLL 2015b). Ulkonäköpaineita lisää median asettamat vääristetyt kehonkuvat, joihin nuori vertaa omaa kehoaan (MLL 2015b). Syömishäiriössä oman kehon vertailu muiden kehoihin on jatkuvaa (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2015f). Nämä tekijät vaikuttivat päätökseen siitä, ettei si-

vuille esimerkiksi haluttu piirtää tai ottaa kuvia varsinkaan ihmiskehoista tai ruokamääristä, sillä se olisi voinut provosoida syömishäiriöoireilua pahemmaksi. Verkkosivuille tulleissa kokemuksissa pyrittiin myös siihen, ettei tarkkoja painolukuja, laihdutusvinkkejä tai ruokamääriä mainittaisi. Tästä johtuen myöskään diagnostisia kriteerejä ei haluttu sivuille tuoda, missä on tarkasti määritelty, kuinka pieni BMI tulisi olla tai kuinka monta kertaa tulisi käyttää tyhjentäytymiskeinoja.

Projektin luotettavuus perustuu siinä käytetyn aineiston ja verkkosivujen luotettavuuteen. Verkkosivujen luotettavuutta on arvioitu Healt on the net foundation (HON) periaatteiden mukaan. HON tuottaa eettisen standardin eli HONcode:n maallikoille, terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä verkkosivujen julkaisijoille. (HON, 2014.) HONcode:n periaatteita ovat muun muassa, että kaikki terveyteen liittyvät neuvot perustuvat lääketieteen tai terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan ohjeistukseen, ellei muuta erikseen mainita, lähteestä saatu tieto ei korvaa ammattihenkilön antamaa yksilöllistä ohjetta. Lisäksi lähteessä on ilmoitettava selkeästi sen saama ulkopuolinen tuki. (HON, 2013.) Verkkosivuilla oleva informaatio perustuu opinnäytetyön teoriaosuuteen, joka puolestaan koostuu tarkasti valituista tieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Verkkosivuilla kannustetaan nuoria ja omaisia hakemaan tarvittaessa apua kääntymällä terveydenhuollon ammattilaisen puoleen.

Kirjallista tietoa voidaan arvioida KATSE – tarkistuslistan avulla. KATSE tulee sanoista kirjoittaja, ajankohtaisuus, tarkoitus, sponsorointi ja evidenssi. Kirjoittajalla tarkoitetaan, että tiedot kirjoittajasta tulee näkyä lähteissä, terveydenhuoltoon liittyvien neuvojen tulee aina olla alan ammattilaisen antama ja kirjoittajan pätevyys tulee mainita tekstissä. Ajankohtaisuudella viitataan siihen, että lähteessä ilmoitetaan selvästi päivittämisen ja tuottamisen ajankohta. Tarkoituksella viitataan siihen, että tekstin tarkoituksena tulisi olla tiedon antaminen, milloin se tekee tekstistä luotettavamman kuin esimerkiksi mainos- tai mielipideteksti. Sponsoroinnilla tarkoitetaan sitä. että sivustolla tulee ilmoittaa sen saama ulkopuolinen tuki vaikka se ei olisikaan kaupallinen. Evidenssillä tarkoitetaan sitä, että tiedon tulisi perustua tutkimukseen ja puolueettomaan näyttöön. Kliinisissä vertailututkimuksissa saatu tulos on luotettavin. (Fimea 2015.) Lähteitä, joita on käytetty tässä

opinnäytetyössä, pyrittiin arvioimaan KATSE – tarkastuslistaa käyttäen. Käytetyissä lähteissä oli merkitty tekstin tuottanut ja aiheeseen erikoistunut kirjoittaja tai organisaatio. Suurimmassa osassa lähteitä oli ilmoitettu tuottamisen ja päivittämisen ajankohta. Kaikissa käytetyissä lähteissä on ollut tarkoituksena tiedon antaminen. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään alkuperäistutkimuksiin perustuvia lähteitä.

On pyrittävä käyttämään mahdollisimman tuoreita ja alkuperäisiä lähteitä. Tuoreita lähteitä tulee käyttää, sillä ne täydentävät vanhempia lähteitä ja tutkimustieto saattaa muuttua nopeasti. Alkuperäisiä tutkimuksia tulisi käyttää, koska jos tutkimukseen on viitattu jossain muussa lähteessä, tieto on voinut muuttaa muotoaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään aina alkuperäisteoksia sekä mahdollisimman tuoreita lähteitä. Opinnäytetyössä esille tuotujen tutkimuksien alkuperäistä lähdettä on pyritty kunnioittamaan tuomalla esiin tutkimuksessa käytetty otos, menetelmät ja tulokset avoimesti ja informatiivisesti esiin mitään peittelemättä. Paria poikkeusta lukuun ottamatta lähteet sijoittuvat aikavälille 2005–2015. (Hirsijärvi ym. 2009, 114.)

Hyvää ja luotettavaa tietoa on saatavilla muun muassa sairaanhoitopiirien ja potilasjärjestöjen internetsivuilla. Edellä mainittujen sivujen luotettavuutta lisäävät sivujen päivittäminen sekä lähdetietojen merkitseminen. (Kyngäs ym. 2007, 61.) Jotta lähde olisi mahdollisimman uskottava, tulee pyrkiä käyttämään uusinta tunnettujen tieteellisten aikakausjulkaisujen artikkeliaineistoa. (Hirsijärvi ym. 2009, 114.) Projektissa on käytetty tuoreimpia tutkimuksia, käypä hoito – suosituksia, ICD-10– ja DSM-5 – tautiluokituksia, aikakauskirja Duodecimin ja Suomen Lääkärilehden artikkeleita sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Projektia tehdessä oltiin yhteydessä Lounais-Suomen SYLI ry:n toiminnanohjaaja Sami Heimoon, jolta saatiin tietoa SYLI ry:n toiminnasta ja neuvoja verkkosivujen ja opinnäytetyön sisältöön liittyen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon. Tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi. Syömishäiriöt ovat etenkin nuorilla esiintyvä ilmiö, joka vaatii varhaista tunnistamista ja kunnollista hoitoa (Isomaa 2011). Varhainen puuttuminen sekä hoitoon ohjaaminen voivat parantaa ennustetta ja lyhentää sairastamisaikaa. Pienikin puuttuminen voi neutralisoida tilanteen epäiltäessä syömishäiriötä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus 2014.)

Opinnäytetyön aihe valittiin sen ajankohtaisuuden ja mielenkiintoisuuden vuoksi. Mielenkiinto erilaisia syömishäiriöitä kohtaan tulee omakohtaisten kokemusten kautta. Kohderyhmä valikoitui ryhmänjäsenten kiinnostuksesta työskennellä nuorten parissa. Syömishäiriöitä haluttiin käsitellä laajemmin opinnäytetyössä ja Nuorisonetissä ei ollut saatavilla eri syömishäiriöitä koskevaa sivustoa. Opinnäytetyöhön valittiin käsiteltäväksi yhden syömishäiriön sijasta kuusi eri syömishäiriötä. Tunnetuimpia syömishäiriöitä ovat laihuus- ja ahmimishäiriö, minkä takia ne valittiin. Laihuus- ja ahmimishäiriö valittiin niiden tunnettavuuden takia. Epätyypillinen syömishäiriö valittiin, koska se on yleisin syömishäiriö (Isomaa 2011). Epätyypillisistä syömishäiriöistä haluttiin tuoda esille ahmintahäiriö, koska se on tavallisin epätyypillinen syömishäiriö (Syömishäiriöklinikka 2014) ja se on saanut DSM-5 – tautiluokitukseen oman diagnoosin (American Psychiatric Association 2013). Ortoreksia ja lihasdysmorfia valittiin, koska nykyaikaiset kauneusihanteet korostavan naisten hoikkuutta ja vähärasvaista vartaloa sekä miesten lihaksikkuutta, mihin ruokavalio on hyvin sidoksissa (Croll 2005, 155–161). Sivuilla kerrotaan myös syömishäiriöiden tunnistamisesta, riskitekijöistä sekä siitä, mistä sairastunut saa apua ja tukea. Syömishäiriöiden läpikäyneiden kokemuksia tulee verkkosivuille oman otsikon alle. (Kuva 1-3.) Opinnäytetyön aiheen rajaus onnistui hyvin ja siitä muodostui ehjä kokonaisuus, vaikka käsiteltäviä aiheita oli useita.

Opinnäytetyössä selkokieltä tulisi käyttää niin pitkälle kun mahdollista. Hyvä luettavuus ja silmäiltävyys edesauttavat tekstin ymmärrettävyyden saavuttamisessa.

Lisäksi tärkeää on tekstin asianmukainen sisältö, kohderyhmän tiedostaminen sekä tekstin looginen jäsentäminen ja eteneminen. (Sinkkonen ym. 2009, 262–263.) Opinnäytetyöstä pyrittiin tekemään yhtenäinen, johdonmukainen ja monipuolinen kokonaisuus. Opinnäytetyön kirjallisessa osiossa ja verkkosivuilla on pyritty käyttämään yhtenevää termistöä, jotta ne tukisivat toisiaan. Tästä syystä esimerkiksi syömishäiriöiden diagnostinen termistö opinnäytetyön kirjallisessa osiossa vaihdettiin selkokieleksi. Tekstiä työstettiin mahdollisimman ymmärrettäväksi ja loogisesti eteneväksi muokkaamalla lauserakenteita ja kappalejakoja. Painopiste tekstissä haluttiin pitää siinä, miksi sairaus ehkä puhkeaa, miten sairaus vaikuttaa omaan kehoon ja elämään sekä siihen, että asian kanssa ei ole yksin ja syömishäiriöön on mahdollista saada apua. Aiheesta löytyi hyvin ja monipuolisesti tutkittua tietoa. Laihuushäiriö ja ahmimishäiriö olivat useimpien tutkimuksien kohteena, mutta yleisesti ottaen suoraan aiheeseen liittyviä tutkimuksia oli niukasti. Isomaa (2011) ja Keski-Rahkonen ym. (2007, 2008) ovat tutkineet kattavasti syömishäiriöiden yleisyyttä suomalaisilla nuorilla. Suurin osa opinnäytetyön tiedosta perustuu tuoreisiin suomalaisiin tutkimuksiin ja muihin luotettaviin tietolähteisiin.

Myös tekstin selkeyteen ja rakenteeseen tulee kiinnittää huomiota jakamalla teksti pää- ja alaotsikoiden alle sekä kirjoittamalla lyhyitä kappaleita, jotka eivät ole pelkkiä luetteloita aiheesta. Kirjoitetun tekstin tulee olla selkokieltä ja helposti hahmotettavaa, eli ammattisanastoa, vierassanoja ja lyhenteitä tulee välttää. Ohjeen sisäistämistä edesauttaa asianmukainen ulkoasu. (Hyvärinen 2005; Luukkonen 2004, 98.)

Vasen laita on hyvä säilyttää tekstissä suorana sekä sinne kannattaa asettaa sivun tärkeimmät maamerkit, kuten nimi ja päävalikko (Luukkonen 2004, 40–41). Pystyvalikossa päävalikon paikka on useimmiten vasemmassa reunassa (Sinkkonen ym. 2009, 216). Hyvin jäsennetyt ja nimetyt valikot ja näkymä siitä, mitä reittiä lukija on sinne edennyt ja missä hän milloinkin on edes auttavat tiedon nopeassa löytymisessä (Luukkonen 2004, 100). Projektissa tuotettujen verkkosivujen sisältö muodostui helposti opinnäytetyön monipuolisen kirjallisen osion

pohjalta. Verkkosivut pyrittiin muotoilemaan graafisesti helppolukuisiksi ja – käyttöisiksi käyttämällä helposti ymmärrettävää termistöä ja selkokieltä. Verkkosivujen työstäminen WEBNODE – työkalulla osoittautui suhteellisen helpoksi ja onnistui ilman ulkopuolista tukea. Sivuston rakenne oli ryhmän jäsenille alusta pitäen selkeä, mutta sivuston värimaailmaa, jouduttiin pohtimaan uudelleen johtuen WEBNODE:n valmiista sivupohjista.

Verkkosivujen värit tulisi valita niin, että ne viestittävät palvelun haluttua tunnelmaa. Kylmät, murretut ja vaaleahkot värit sopivat parhaiten verkkosivujen taustaväreiksi. Jotta lukija jaksaisi olla mahdollisimman kauan verkkosivuilla, on vältettävä vahvoja värejä ja suuria värikontrasteja. Verkkosivuilla voidaan käyttää hyväksi yksiväriharmoniaa, jolloin päävärinä on yksi väri sekä sen tummat ja vaaleat sävyt. (Sinkkonen ym. 2009, 252–254.) Samaa värimaailmaa tulee käyttää läpi koko julkaisun, sillä johdonmukaisuus lisää julkaisun luettavuutta (Hatva 1998, 50). Violetin murretut sävyt yhdessä limen vihreän, valkoisen ja mustan kanssa osoittautuivat toimivaksi kokonaisuudeksi. Värimaailmasta haluttiin mahdollisimman neutraali ja harmoninen, missä onnistuttiin hyvin. Tuotettuihin verkkosivuihin oltiin lopussa oikein tyytyväisiä.

Tilastokeskuksen tekemän tutkimuksen (2014) mukaan jopa 89 %:a 16–24-vuotiaista suomalaisista nuorista käyttää useita kertoja päivässä Internetiä (Tilastokeskus 2014). Internetistä on tullut nuorten keskuudessa merkittävä lähde etsiessä tietoa, sillä 74 %:a 16–24-vuotiaista nuorista oli käyttänyt viimeisen kolmen kuukauden aikana internetiä sairauksiin, ravitsemukseen ja terveyteen liittyvän tiedon etsintään (Tilastokeskus 2014). Kohderyhmää ajatellen tuotoksena syntyneet verkkosivut tukevat kohderyhmän internetin käyttökulttuuria. Verkkosivuilla käydessä ei jätetä mitään tilastointitietoja tai pyydetä palautetta sivuista. Aiheen arkaluonteisuuden takia koettiin, että anonyymius ja sitouttamattomuus tuotetuilla verkkosivuilla mataloittaa kynnystä lähestyä aihetta ilman pelkoa tulla leimatuksi. Anonyymiyttä tukee myös se, että sivustolla kävijän ei tarvitse avata sivustoja esimerkiksi perheen yhteisellä tai muulla julkisella tietokoneella, koska sivuille pääsee myös omalla älypuhelimella tai tabletilla.

Yhteistyö ryhmän jäsenten kesken toimi hyvin, koska tavoitteet ja päämäärät olivat molemmilla samankaltaiset. Yhteistyötä lisäsi yhteinen kiinnostus aiheeseen ja samanlainen näkemys tuotetuista verkkosivuista. Projektin etenemistä helpottivat ryhmän jäsenten yhtenevät työtavat. Haastavuutta projektin toteuttamiseen toi fyysinen etäisyys ryhmän jäsenten kesken, jolloin tekeminen oli usein itsenäistä. Tämä onnistui alusta saakka hyödyntämällä Windowsin OneDrive – palvelua, jossa saman työn tekeminen onnistui etäisyydestä huolimatta. Työ saatiin kuitenkin yhtenäiseksi kokoontumalla tarpeeksi usein.

Opinnäytetyössä koettiin onnistuneeksi etenkin teoriaosio ja tuotetut verkkosivut. Teoriaosion onnistumiseen vaikutti sekä samankaltainen kirjoitustyyli ja yhteinen kiinnostus aiheeseen että onnistunut ohjaus. Verkkosivujen ulkoasun onnistumista edesauttoi ryhmän jäsenten yhteinen visuaalinen näkemys. Vaikeuksia aiheuttivat aikataulussa pysyminen ja ajantasaisten ohjeistuksien löytäminen Turun ammattikorkeakoulun kirjoitusohjeista. Luotettavan, ilmaisen ja alkuperäisen tiedon etsiminen oli haastavaa.

Ryhmän jäsenet ovat oppineet paljon eri syömishäiriöistä, niiden yleisyydestä, riskitekijöistä sekä altistavista, laukaisevista ja ylläpitävistä tekijöistä. Kolmannen sektorin tärkeys on noussut suureksi osaksi syömishäiriöisten ja heidän omaistensa tukemisessa. Verkkosivujen luominen koettiin aluksi hyvin vaikeana, mutta helpon WEBNODE – työkalun avulla sivujen luominen onnistui yllättävän helposti ja oli oppimiskokemuksena positiivinen. Ryhmä oppi, että internet on terveyden edistäjänä ja potilasohjauksen välineenä hyvin nykyaikainen ja toimiva työväline tulevaisuuden terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta. Molemmille ryhmän jäsenille opinnäytetyö oli ensimmäinen iso projekti eri työvaiheineen, mikä opetti konkreettisesti projektin eri työvaiheista, aikatauluttamisesta ja sitoutumisesta työhön.

Internetin käyttö on yleistä ja sieltä etsitään paljon tietoa sairauksiin, terveyteen ja ravitsemukseen liittyen (Tilastokeskus 2014). Terveyspalvelujen tulisi vastata tähän kehittämällä toimintaansa enemmän kohti helppokäyttöisiä sähköisiä palveluja. Panostamalla sähköisiin potilasohjeisiin ja – neuvontaan, voitaisiin tehostaa hoitohenkilökunnan työskentelyä ja kannustaa potilaita oma-aloitteisimmiksi

ja itseohjautuviksi. Potilaat voisivat luotettavaan tietoon perustuvien ohjeiden avulla tunnistaa, mitä voisivat itse tehdä ennen kuin hakeutuisivat hoitoon ja toisaalta hakeutua nopeammin hoitoon ennen kuin sairaus kroonistuu tai pahenee. Terveyspalvelut ja hoito perustuvat tukittuun tietoon ja resurssien saatavuuteen, mutta kolmannen sektorin kokemustieto ja – taito voisivat olla toinen erittäin tärkeä ja varteenotettava lähde, jonka avulla palvelut voisi suunnata vielä enemmän asiakkaita tukeviksi.

Projektissa tuotettuja verkkosivuja voivat hyödyntää myös terveydenhuollon ammattilaiset, sillä esimerkiksi ahmintahäiriö omana diagnoosinaan ja lihasdysmorfia uutena tulokkaana voivat olla tuntemattomampia termejä. Verkkosivuilta terveydenhuollon ammattilaiset voivat saada tietoa eri syömishäiriöistä, niiden riskitekijöistä ja oireista, vertaistuesta sekä syömishäiriötä sairastaneiden kokemuksia syömishäiriöstä. Omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kannalta löytyi vähän tutkittua tietoa konkreettisista keinoista, miten kohdata ja miten parhaiten tukea syömishäiriötä sairastava. Omaisten tukeminenkin on pääosin kolmannen sektorin vastuulla. Projektia voisi kehittää tulevaisuudessa tutkimalla sitä, millä konkreettisilla keinoilla tulisi kohdata ja tukea syömishäiriötä sairastavaa omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta.

LÄHTEET

Aaltonen, M.; Ojanen, T.; Vihunen, R. & Vilén, M. 2003. Nuoren aika. 2., uudistettu painos. Porvoo: WSOY. Viitattu 26.11.2015.

American Psychiatric Association. 2013. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Viitattu 27.1.15 https://ia802508.us.archive.org/7/items/pdfy-85JiVdvN0MYbNrcr/DSM-5.pdf.

Brytek-Matera, A. 2012. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive ompulsive disorder or disturbed eating habit? Archives of Psychiatry and Psychotherapy. ResearchGate. Viitattu 23.9.2015 http://www.researchgate.net/publication/266008463_Orthorexia_nervosa__an_eating_disorder_obsessive-_-compulsive_disorder_or_disturbed_eating_habit.

Central Region Eating Disorder Services. 2007. DSM IV Diagnostic Criteria for Eating Disorders. Viitattu 30.11.2015 https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0ahUKEwij3a_ZwrjJAhXB2SwKHcrmAfAQFghbMAc&url=http%3A%2F%2Fwww.eatingdisorders.org.nz%2Ffileadmin%2Fclients%2Featingdisorders%2Fpdf%2FEating_Disorder_Diagnoses_in_DSM_IV.doc&usg=AFQjCNH9A3SJlUGoQSKm36DZgI0QE8zNpA&sig2=qfurkbA2noudaMNRJsJWnw&bvm=bv.108194040%2Cd.bGg&cad=rja.

Chaki, B.; Pal, S. ja Bandyopadhyay, A. 2013. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. Alkuperäispainos. Department of Physiology: Sports and Exercise Physiology Laboratory. Journal of human sport & exercise. University of Calcutta. Viitattu 23.9.2015 http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/34900/1/jhse_Vol_8_N_IV_1045-1053.pdf.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta= ETENE

ETENE 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 1. Viitattu 21.11.2015 http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468.

ETENE. 2013. Lapsuuden ja nuoruuden etiikka sosiaali- ja terveysalalla. Viitattu 20.11.2015 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3455-9.

Fimea. 2015. Lääketiedon luotettavuus. Viitattu 14.1.2016 http://www.fimea.fi/vaestolle/laaketiedon_luotettavuus.

Hautala, L.; Alin, J.; Liuksila, P-R.; Räihä, H. ja Saarijärvi, S. 2006. SCOFF−syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seulonnassa. Alkuperäistutkimus. Duodecim. Viitattu 28.9.2015 http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95964.pdf.

Hautala, L.; Liuksila, P-R.; Raiha, H.; Väänänen, A-M.; Jalava, A.; Vainala, A. ja Saarijärvi, S. 2005. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti. Viitattu 27.1.2015 http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL452005-4599.pdf.

Healt on the net foundation = HON

Healt on the net foundation. 2013. Periaatteet. Viitattu 18.9.2015 http://www.hon.ch/HONcode/Finnish/.

Healt on the net foundation. 2014. The commitment to reliable health and medical information on the internet. Viitattu 18.9.2015 http://www.hon.ch/HONcode/Pro/Visitor/visitor.html.

Heimo, S & Saimola, T. 2014. TASAPAINOA! Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy. Turku: Finepress Oy. Viitattu 26.11.2015.

Heimo, S. 2015. Tapaaminen 26.11.2015. Viitattu 26.11.2015.

Hirsjärvi, S; Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Porvoo: Tammi. Viitattu 22.9.2015.

Hirsjärvi, S; Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Porvoo: Tammi. Viitattu 30.11.2015.

Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 9.11.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903.

Huttunen, M. 2014. Ahmimishäiriö (Bulimia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.3.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=ahmimish%C3%A4iri%C3%B6.

Huttunen, M. ja Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)(F50). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.3.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Katsaus. Duodecim. Viitattu 25.11.2015 www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf.

Isomaa, R. 2011. Eating disorders, weight perception, and dieting in adolescence. Åbo Akademi. Viitattu 27.1.2015. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74491/isomaa_rasmus.pdf?sequence=1.

Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)(F50). Duodecim. Viitattu 10.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111.

Keski-Rahkonen, A.; Charpentier, P. ja Viljanen R. 2008. Olen juuri syönyt, läheiselläni on syömishäiriö. 1.painos. Duodecim: Helsinki.

Keski-Rahkonen, A.; Hoek, H.; Susser, E.; Linna, M.; Sihvola, E.; Raevuori, A.; Bulik, C.; Kaprio, J. ja Rissanen A. 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. The American Journal of Psychiatry. Vuosikerta 164,

numero 8. Viitattu 3.9.2015 http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.06081388?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed.

Kettunen, S. 2003. ONNISTU PROJEKTISSA. Helsinki: WSOY. Viitattu 14.1.2016.

Koskenvuo, M ja Mattila, K. 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 9.11.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001.

Kristoffer, N; Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2005. Hoitotyön perusteet. 1. painos. Tanska: Edita. Viitattu 30.11.2015.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M; Johansson, K.; Hirvonen, E. ja Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. Viitattu 14.11.2015.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lask, B. ja Bryant-Waugh, R. 2007. Eating disorders in childhood and adolescence. 3., painos. Routledge: Iso- Britannia.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 26.11.2015.

Luukkonen, M. 2004. Tekstiä tekemään! Kirjoittajan opas. 1. painos. Helsinki: WSOY. Viitattu 25.11.2015

Luutonen, S.; Pyökäri, N. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen lääkärilehti. Viitattu 10.9.2015 www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto20_1.pdf.

Lähteenmäki, S.; Saarni, S.; Suokas, J.; Saarni, S.; Perälä, J.; Lönnqvist, J ja Suvisaari, J. 2013. Prevalence and correlates of eating disorders among young

adults in Finland. The National Center for Biotechnology Information. Viitattu 27.9.2015 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750986.

Machado, B.; Gonçalves, S.; Martins, C.; Hoek, H. & Machado, P. Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. Tutkimusartikkeli. Wiley Online Library. Viitattu 22.11.2015 http://www.fep.cedh.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/FEP/docs/artigo_barbara_cesar_machado.pdf.

Marjovuo, A. Anoreksia, bulimia, BED ja syömishäiriöt. 2015. Psykoterapia, anna itsellesi aikaa. Viitattu 25.20.2015 http://www.psykoterapia.com/anoreksiajabulimia.html.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto = MLL

MLL. 2015a. Uskalla olla oma itsesi. Viitattu 29.11.2015 http://www.mll.fi/nuortennetti/mielenterveys/hyva-mina/uskalla-olla-oma-itsesi/.

MLL. 2015b. Ulkonäköpaineita. Viitattu 29.11.2015 http://www.mll.fi/nuortennetti/mielenterveys/hyva-mina/ulkonakopaineita/.

Mustajoki P. 2015. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Duodecim. Viitattu 10.9.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819.

Myllyhoitoyhdistys ry. 2015. Asiaa ruokariippuvuudesta. Ruoka- ja riippuvuus projekti. Viitattu 9.11.2015 http://www.ruokariippuvuus.fi/asiaa-ruokariippuvuudesta.html.

Nummi, V & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti. Viitattu 25.11.2015 http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11475/type=1.

Ojala, K. 2011. Nuorten painon kokeminen ja laihduttaminen. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 28.1.2015 https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26810/9789513942816.pdf?sequence=1.

Parkkali, S. 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.11.2015 http://tampub.uta.fi/handle/10024/82983.

Patton, G.; Coffey, C.; Carlin, J.; Sanci, J. & Sawye, S. 2008. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. The British Journal of Psychiatry. Viitattu 27.1.2015 http://bjp.rcpsych.org/content/192/4/294.full.pdf+html.

Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.10.2015 https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9447/URN_NBN_fi_jyu-2007616.pdf?sequence=1.

Pope, H.; Gruber, A.; Choi, P.; Olivardia, R. ja Phillis, K. 1997. Muscle Dysmorfia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Academia.edu. Viitattu 7.8.2015 http://www.academia.edu/4459073/Muscle_Dysmorphia_An_Underrecognized_Form_of_Body_Dysmorphic_Disorder.

Pyökäri, N.; Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen lääkärilehti. Viitattu 24.10.2015 http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto20_1.pdf.

Rikoslaki 19.12.1889/39

Salospohja, T. 2008. ”TIUKKAA LIHHOO”. Dopingaineiden käyttö kuntosaliharrastajien keskuudessa Suomessa. Lisensiaatin tutkimus. Sosiologia. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 7.8.2015 http://www.dopinglinkki.fi/sites/default/files/salospohja_tuuli_lisensiaatintutkimus_1.pdf.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkin. Käsitteitä ja selityksiä. Viitattu 25.11.2015 http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi. Viitattu 18.10.2015.

Sinkkonen, I.; Nuutila, E. & Törmä, S. 2009. Helppokäyttöisen verkkopalvelun suunnittelu. Hämeenlinna: Tietosanoma. Viitattu 25.11.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015a. Terveyden edistäminen. Viitattu 25.11.2015 http://stm.fi/terveyden-edistaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Potilaan oikeudet. Viitattu 26.11.2015 http://stm.fi/potilaan-oikeudet.

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Katsaus. Suomen lääkärilehti. Viitattu 27.9.2015 http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto24_1.pdf.

Suokas, J.; Gissler, M.; Haukka, J.; Linna, M.; Raevuori, A. ja Suvisaari, J. 2014. Erityishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. Alkuperäistutkimus. THL. Viitattu 13.9.2015 https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/duo12212.pdf/022d3b3a-41bb-490d-9365-8e4b56744ec3.

Suomen mielenterveysseura. 2015. Epätyypillinen syömishäiriö yleisin syömishäiriö. Viitattu 26.11.2015 http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t/ep%C3%A4tyypillinen-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6-yleisin-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6.

Syomishäiriöklinikka. 2014. Epätyypilliset syömishäiriöt. Viitattu 26.11.2015 http://www.syomishairioklinikka.fi/ep%C3%A4tyypilliset-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t.html.

Syömishäiriö klinikka. 2011. Mitä muita syömishäiriöitä on? Viitattu 25.10.2015 http://www.syomishairiosairaala.fi/syomishairiot_muita.html.

Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen tärkeää. Käypä hoito -uutinen. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Saatavilla Internetissä:

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/uutinen?p_p_id=56_INSTANCE_L2cAf58mgLzd&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_56_INSTANCE_L2cAf58mgLzd_articleId=84209 (Viitattu 25.10.2015).

Syömishäiriökeskus. Syömishäiriöt. Viitattu 10.9.2015 http://syomishairiokeskus.fi/syomishairiot/ahmintahairio-bed/.

Syömishäiriöklinikka. 2014. Epätyypilliset syömishäiriöt. Viitattu 20.4.2015 http://www.syomishairioklinikka.fi/ep%c3%a4tyypilliset-sy%c3%b6mish%c3%a4iri%c3%b6t.html.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. 2015a. Miten syömishäiriön voi tunnistaa? Viitattu 28.3.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot2.html.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. 2015b. Mitä on Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n jäsenyhdistysten tarjoama vertaistuki? Viitattu 5.11.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/toiminta/vertaistuki.html.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. 2015c. Syömishäiriöliittö–SYLI ry. Viitattu 5.11.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/index.php.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. 2015d. Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön oireet. Viitattu 8.11.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot4.html.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. 2015e. Kuinka yleisiä syömishäiriöt ovat? Viitattu 26.11.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot5.html .

Syömishäiriöliittö – SYLI ry. 2015f. Voisit olla onnellinen. Rohkaisun sanoja sinulle, joka olet kohdannut syömishäiriön. Viitattu 29.11.2015 http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/SYLI_voisit_olla_onnellinen-4MB.pdf.

Syömishäiriöt (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (Viitattu 20.4.2015). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta = TENK

TENK. 2012-2014a. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 20.11.2015 http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto.

TENK. 2012-2014b. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Ihmistieteisiin luottevien tutkimusalojen eettiset periaatteet. Viitattu 20.11.2015 http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet.

Terveyden edistämisen keskus ry. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein – käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 30.11.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos = THL

THL. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Viitattu 27.1.15 http://www.thl.fi/documents/10531/130066/Luokitukset_%20termist%C3%B6t%20ja%20tilasto-ohjeet%202011%205.pdf.

THL. 2014. Syömishäiriöt. Viitattu 9.9.2015 https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot.

Tilastokeskus. 2014. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2014. Helsinki. Viitattu 24.11.2015 https://tilastokeskus.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_fi.pdf.

Turun ammattikorkeakoulu. 2007. Tekijänoikeudet ja plagioinnin tarkistus. Viitattu 1.10.2015 www.turunamk.fi > messi-intranet > Opiskelu > Opinnäytetyö ja raportointi > Tekijänoikeudet ja plagioinnin tarkistu.

URKUND. 2005a. Korkeakoulut. Viitattu 26.11.2015 http://www.urkund.com/fi/services/higher-education/412-quality-assurance-of-education.

URKUND. 2005b. Opiskelijat. Viitattu 26.11.2015 http://www.urkund.com/fi/student.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003

Viljanen, R.; Lajosto, M. ja Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1.painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 23.11.2015.

Liite 1. Projektilupa

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 SALO
Puh. (02) 263 350
Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

Projektin nimi	Nykypäivän yleisimmät syömishäiriöt nuorilla
Projektitehtävä	Opinnäytetyön tehtävänä on luoda verkkosivut nuorille Terveysnettiin Nuorisonettiosioon syömishäiriöistä. Tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea aikaisen tuen mahdollistamiseksi.
Projektin kuvaus	Verkkosivuilla kerrotaan nuorten yleisimmistä syömishäiriöistä, kuten muun muassa anoreksia, bulimia ja ahmintahäiriö (binge-eating). Terveysnettiin tehtäville verkkosivuille tulee tietoa erilaisista syömishäiriöistä ja niiden yleisyydestä nuorten keskuudessa. Sivuilla kerrotaan myös syömishäiriöiden hoitopoluista ja siitä, miten hoitoon hakeudutaan. Valmiit verkkosivut löytyvät osoitteesta http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html.
Projektin toteuttamisajankohta	Kesä-joulukuu 2015
Projektin arvioitu valmistumisajankohta	Joulukuu 2015
Projektisuunnitelma hyväksytty	11/9 2015
Projektin ohjaajat	Halonen Satu puh 0449075487 Uuttu Jaana puh 040 355 0150

Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektisuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Projektin tekijät		
	Terveydenhoitotyö (suuntautumisvaihtoehto)	NHTHSS12 (ryhmä)
	Jenna Kuittinen (nimi)	Susanna Hakala
	Uudenmaankatu 10 A 2, 20500 Turku	Finninmäenkatu 4 G 74, 33710 Tampere
	0400668206 (puhelinnumero)	0408652982

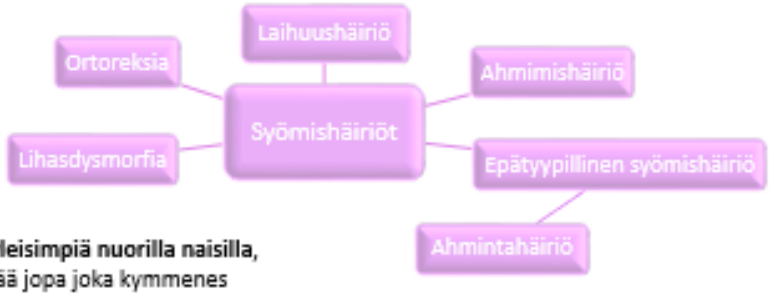
Anomus käsitelty 19/10 2015
(X) lupa myönnetty
( ) lupa evätty, peruste _____

Allekirjoitus Reijo Partanen _____

Anomus ja projektisuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalle toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

Liite 2. Posteri

Syömishäiriöt nuorilla



Syömishäiriöt ovat **yleisimpiä nuorilla naisilla**, ennen 18 vuoden ikää jopa joka kymmenes nainen kärsii syömishäiriöstä. Harvinaisempia ne ovat nuorilla miehillä. Oireet alkavat usein **15-24-vuotiaana**.

Syömishäiriöön ei sairastuta vain yhdestä tietystä syystä, vaan jokaisella **sairauden puhkeamisen syyt ovat henkilökohtaisia ja omaan itseen liittyviä**. Syömishäiriöt alkavat yleensä vähitellen ja oireet lisääntyvät huomaamattomasti. Syömishäiriöt määräytyvät ja muotoutuvat sairastuneen elämäntilanteen mukaan.

Syömishäiriön riskitekijöitä ovat:

- Tunneherkkyys
- Perfektionismi
- Miellyttämistarve
- Ulkonäköpainotteisuus
- Ulkonäköä, painoa tai muotoa koskeva kiusaaminen
- Vanhempien aiemmin sairastama syömishäiriö

Syömishäiriöstä on mahdollista parantua.
Mitä nopeammin tilanteeseen puututaan, sitä helpommin ongelmat ovat yleensä ratkaistavissa. Toipuva tarvitsee oireilun tilalle uusia käyttäytymismalleja ja selviytymiskeinoja. Nuorten hoidossa yleisimmin käytettäviä menetelmiä ovat ravitsemusneuvonta, tiedollinen ohjaus, motivoiva keskustelu, psykoterapia, omaisten ohjaus ja neuvonta. Omaiset ja sairastuneet voivat saada apua helposti myös vertaistukitoiminnasta, itsehoito-oppaista ja -valmennuksista.

Projektin tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon.

Syömishäiriön yleisimmät oireet:

- Masentuneisuus
- Ilottomuus
- Ärtyneisyys
- Ahdistus ruoasta
- Pakkomielteet
- Itseinho
- Lihomisen pelko
- Fyysiset oireet
- Painon muuttuminen

Syömishäiriön puhkeamiseen liittyy altistavia, laukaisevia sekä ylläpitäviä tekijöitä.

Altistavia tekijöitä voivat olla sairastuneen henkilökohtainen perhetausta, persoonallisuus, kulttuuri sekä geneettiset tekijät.

Laukaisevat tekijät ovat yleensä tavalliseen elämään liittyviä psyykkistä stressiä aiheuttavia asioita tai tapahtumia, kuten seurustelusuhteen aloittaminen tai sen loppuminen.

Ylläpitäviä tekijöitä voivat olla sosiaalinen eristäytyminen, masennus, ahdistuneisuushäiriö, unettomuus sekä ilottomuus ja ärtyisyys.

"Kaikki negatiivinen kritiikki oli hirveän loukkaavaa. Olisin kaivannut vaan hyväksyntää."

Projektin tavoitteena on lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi. Verkkosivut löytyvät osoitteesta *http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html*.

Turun ammattikorkeakoulu 2015 — Jenna Kuittinen & Susanna Hakala

Kehittämistyö (AMK)

Terveysala / Health Care

Terveydenhoitaja (AMK) / Registered Public Health Nurse (AMK)

2016

Jenna Kuittinen & Susanna Hakala

KUN HUOLI SYÖMISESTÄ HERÄÄ TERVEYDENHOITAJAN VASTAANOTOLLA

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Syömishäiriöt nuorilla

Syöminen on tänä päivänä hyvin ulkonäköpainotteista. Oikein syömällä ajatellaan saavutettavan oikeanlainen keho ja väärin syömällä vääränlainen keho. Tyytymättömyys omaan kehoon on yleistä etenkin nuorilla. Suomessa joka kymmenes tyttö sairastaa syömishäiriötä nuoruuden aikana. Harvinaisempia ne ovat nuorilla miehillä. Useimmiten oireilu alkaa 15–24 –vuotiaana. Tunnetuimpien syömishäiriöiden, laihuushäiriön ja ahmimishäiriön, sijasta yleisimpiä syömishäiriöitä ovat vähemmälle huomiolle jääneet epätyypilliset syömishäiriöt. Uusina tulokkaina ovat ortoreksia ja lihasdysmorfia, jotka eivät vielä virallisesti kuulu syömishäiriöihin.

Oletko huolissasi omasta tai läheisesi syömisestä?

Lisää aiheesta löydät internetistä osoitteesta http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuoriso.html. Verkkosivut luotiin osana terveydenhoitajaopiskelijoiden, Jenna Kuittisen ja Susanna Hakalan, tekemää opinnäytetyötä Turun ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda verkkosivut syömishäiriöistä nuorille ja heidän omaisilleen Terveysnetin Nuorisonetin osioon. Tavoitteena oli lisätä tietoa nuorten syömishäiriöistä oikea-aikaisen tuen mahdollistamiseksi. Verkkosivuilla kerrotaan myös syömishäiriön läpikäyneiden kokemuksia syömishäiriöstä.

Syömishäiriöön ei sairastuta vain yhdestä tietystä syystä, vaan syitä on yhtä monta kuin on sairastunutta. Jokaisella sairauden syy on henkilökohtainen ja omaan itseen liittyvä. Usein luullaan, että syömishäiriötä sairastava pystyisi irrottautumaan ja niin sanotusti lopettamaan sairautensa, jos vain niin tahtoisi. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Syömishäiriön ote sairastuneesta voi olla useiden vuosien ajan niin tiukka, että sairastuneen tarve nälkiintyä, ahmia tai oksentaa muuttuu itsestä riippumattomaksi, pakonomaiseksi käyttäytymiseksi.

Mikä on oma suhteesi ruokaan?

Riskitekijöitä sairastua syömishäiriöön on monia. Kulttuuriset ihannekuvat terveydestä ja laihuudesta voivat muuttua entistä jyrkemmiksi ja vaikeasti saavutettaviksi. Nuoret saavat vaikutteita sosiaalisesta mediasta ja erilaisista internetyhteisöistä. Nuoren lähipiirissä on tärkeää kiinnittää huomiota sellaisiin asioihin ja käytäntöihin, jotka edesauttavat nuoren hyvinvointia sekä turvallista kasvua ja kehitystä. Nuoren kanssa on hyvä ottaa arkaluonteisetkin asiat puheeksi.

Varhainen puuttuminen sekä hoitoon ohjaaminen voivat parantaa sairauden ennustetta ja lyhentää sairastamisaikaa. Hiljalleen kehittyvä syömishäiriö voi saada vuosien varrella sellaisen otteen syömishäiriöisestä, että oireilusta tulee pakonomaista, itsestä riippumatonta. Mitä myöhäisemmässä vaiheessa ongelmiin puututaan, sitä hankalampaa niiden selvittäminen on. Pienikin puuttuminen voi neutralisoida tilanteen epäiltäessä syömishäiriötä. Mikäli olet huolissasi omasta tai läheisesi syömisestä, Terveysnetissä olevat verkkosivut antavat lisätietoa aiheesta ja kannustavat sinua avun hakemiseen.

Kun huoli syömisestä herää terveydenhoitajan vastaanotolla

Syömishäiriön tunnistamisessa voi käyttää apuna kahta erilaista syömishäiriö seulaa.

Syömishäiriöiden seulonnassa apuna käytettäviä kysymyksiä:

- Jokaiseen kyllä-vastaukseen pitää puuttua

SCOFF – syömishäiriöseula:

- Käytetään erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa
- Kysymystä kolme ei voi käyttää, jos arvioitava henkilö on kasvuiässä, vaan kasvun pysähtyminen ja taittuminen on selvitettävä.
- 1 piste jokaisesta kyllä-vastauksesta.
- Summapistemäärä 2–5 viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää tarkemmin.

Miten voit auttaa asiakasta:

- motivoiva keskustelu, avoimet kysymykset ja hoitoon kannustaminen
- tiedollinen ohjaus: psykoedukaatio
  - ❖ Ohjaus on yksilöllistä ja mukailee asiakkaan sen hetkistä tilannetta tuomitsematta ja pelottelematta.
- ruokapäiväkirjan käyttäminen ja täsmäsyöminen
  - ❖ tasainen ateriarytmi 3-4 tunnin välein
  - ❖ riittävä energiamäärä, ei alle 1500 kcal vuorokaudessa
  - ❖ monipuolinen ja salliva ruokavalio, joka sisältää kaikkia ruoka-aineita
  - ❖ ei valmiita ateriasuunnitelmia, vaan joustavia ohjeita
- omaisten mukaan ottaminen ja ohjaaminen
- laboratoriotutkimukset: PVK, Krea, ALAT, Na, K, fP-Fosfaatti, fS-Kalsium, TSH, T4V, fB-gluk, prealbumiini, ahmintahäiriötä sairastavilla potilailla rasva-arvot (kokonais-, HDL-, ja LDL-kolesteroli, triglyseridit)
- lähetteen teko lääkärille, psykologille ja/tai ravitsemusterapeutille
- itsehoito-oppaat, – ohjelmat, muu kirjallinen materiaali sekä erilaiset internetsivut
  - ❖ Syömishäiriöliitto ry, Myllyhoitoyhdistys ry, Terveysnetti, Terveyskirjasto ja MML
- vertaistukiryhmät
  - ❖ Syömishäiriöliitto ry ja Myllyhoitoyhdistys ry

Päivystyslähetteen aiheita erikoissairaanhoitoon ovat:

- painoindeksin lasku alle 11 kg/m2
- paino laskee alle 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta
- painon lasku 25 % kolmessa kuukaudessa
- vakava mielenterveyden häiriön epäily

Syömishäiriöiden seulonnassa apuna käytettäviä kysymyksiä. Kyllä Ei

1. Syötkö koskaan poikkeuksellisen suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa?		
2. Tunnetko joskus tällaisen syömisen jälkeen syyllisyyttä tai masennusta?		
3. Päätätkö joskus tällaisen syömisen jälkeen, että aloitat laihdutuksen tai terveellisen syömisen?		
4. Käytätkö oksentamista keinona kontrolloida painoa?		
5. Estääksesi ruokamäärän vaikutuksia tai tyhjentyäksesi ruoasta		
- otatko ulostuslääkkeitä tai peräruiskeita		
- käytätkö muita lääkkeitä tai laihdutusvalmisteita		
- noudatatko ankaraa dieettiä		
- paastoatko (olet päiviä syömättä)		
- harrastatko (pakonomaisesti)		

Koulu- ja perusterveydenhuoltoon soveltuva SCOFF-syömishäiriöseula. Kyllä Ei

1. Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?		
2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää?		
3. Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?		
4. Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha?		
5. Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämääsi?		