

# OHJEVIDEO LAIHUUSHÄIRIÖN OIREISTA KÄRSIVILLE YLÄASTEIKÄISILLE

Liste Mika  
Uusiheimala Kalle

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutus  
Terveystenhoitaja (AMK)

2021

Hoitotyön koulutus  
Terveystieteiden (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Mika Liste Uusiheimala Kalle	Vuosi	2021
<b>Ohjaaja</b>	Sirpa Kaukiainen		
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemen kouluterveydenhuolto		
<b>Työn nimi</b>	Ohjevideo laihuushäiriön oireista kärsiville yläasteikäisille		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	36 + 3		

---

Laihuushäiriö on tänä päivänä tärkeä ja suurta ihmisryhmää koskettava aihe. Se koskettaa jopa kuutta prosenttia suomalaisista nuorista naisista, mutta diagnosirajan alapuolella olevia oireilevia on vielä enemmän. Tarkkaa syntymekanismia laihuushäiriölle ei vielä tunneta, mutta varhainen sairauden tunnistaminen edistää sairaudesta paranemista.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa internetissä julkaistava informaatiovideo, jota voidaan hyödyntää laihuushäiriön oireista kärsivien lasten ja nuorten varhaiseen hoidon piiriin pääsemiseen. Videon oheen tarkoituksemme oli myös julkaista PowerPoint-tiedosto, joka sisältää videossa esitellyn informaation tietojen mahdollisen päivittämisen mahdollistamiseksi. Opinnäytetyömme tavoite oli saada laihuushäiriöstä kärsivät lapset ja nuoret avun piiriin taudin varhaisessa vaiheessa informoimalla heille tapoja, joilla he voivat puhua ongelmistaan. Pitkän aikavälin tavoitteenamme oli tarjota työkalu lasten ja nuorten parissa työskenteleville, jotka voivat hyödyntää videota laihuushäiriön ennaltaehkäisyyn Suomessa. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Rovaniemen kouluterveydenhuolto.

Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena, jonka valmis tuotos oli yläasteikäisille suunnattu informaatiovideo syömishäiriön oireisiin reagoimisesta. Videon aiheistona käytimme tutkittua tietoa laihuushäiriöstä, nuorten psykiatriasta sekä Käypä hoidon suosituksia. Video sisältää monologin, jonka äänitimme ja editoimme itse. Kuvamateriaalina käytimme itse piirtämiämme kuvia, joiden piirtämisprosessi näkyy videolla nopeutettuna. Videomateriaalin editoinnista vastasimme myös itse. Videossa tulee esille tyypillisiä laihuushäiriön oireita, joihin nuori voi samaistua, lohtua sekä työkaluja avun saamiseksi, kuten auttavia tahoja, puhelinnumeroita sekä nettisivuja.

Avainsanat syömishäiriöt, anoreksia, nuoret, video  
Muita tietoja Työhön liittyy multimediaesitys

School of Northern Well-being and  
Services  
Degree Programme in Nursing and  
Health Care  
Bachelor of Health Care

---

<b>Authors</b>	Mika Liste Kalle Uusiheimala	Year	2021
<b>Supervisor</b>	Sirpa Kaukiainen		
<b>Commissioned by</b>	Rovaniemi School Health Care		
<b>Subject of thesis</b>	Guiding Video for Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa		
<b>Number of pages</b>	36 + 3		

---

Anorexia nervosa affects the life of over six percent of the young females in Finland, but the number of those who do not meet the diagnostic criteria while still suffering from symptoms is even bigger. The subject is therefore important and topical. While the specific mechanism of the onset of the disease is still unknown, early help and treatment of the symptoms seem to quicken the healing process.

The purpose of this thesis was to produce an informational video to be published on the internet. This video can be used to help children and adolescents having symptoms of anorexia nervosa to get early help and treatment. In addition to the video, written e-material was produced. This material includes information presented in the video, so that the data can be modified and updated in the future. The aim of this thesis was to help children and young people with early symptoms of anorexia nervosa by informing them of the ways in which they can talk about their problems and with whom. The long-term goal was to provide a tool for those working with children and young people, hoping that they can utilize the video for the prevention of anorexia nervosa in Finland. This thesis was commissioned by the school health care of Rovaniemi.

A functional research approach was used in this thesis. The final product of the study was an informational video directed to adolescents. The video produced in this study is about symptoms of anorexia nervosa and how to react to them. The theoretical part of this study includes information and scientific data about anorexia nervosa, adolescent psychiatry, and the Finnish Current Care Guidelines. The video consists of a monologue, recorded, and edited by the authors of this research and videoclips of the authors drawing pictures. The drawing process was speeded up on the video. The video includes information about the typical symptoms of anorexia nervosa which the adolescents can identify with. Similarly, the video can provide the adolescents with some consolation and tools for getting help e.g. useful phone numbers and websites.

**Key words** eating disorders, anorexia nervosa, adolescents  
**Special remarks** The thesis includes a video.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	6
3	LAIHUUSHÄIRIÖ .....	7
3.1	Laihuushäiriön syyt ja altistavat tekijät .....	7
3.2	Laihuushäiriön oireet ja diagnostiikka .....	7
3.3	Laihuushäiriön ylläpitävät tekijät .....	8
3.4	Terve ja epäterve suhde ruokaan .....	10
4	LAIHUUSHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN JA HOITOMUODOT .....	13
4.1	Tunnistaminen .....	13
4.2	Hoitomuodot .....	15
4.2.1	Psykiatrinen hoito .....	15
4.2.2	Nuorisopsykiatrian erityispiirteet .....	16
4.2.3	Ravitsemuskuntoutus .....	20
4.2.4	Lääkkeellinen hoito .....	21
4.2.5	Läheisten merkitys .....	22
5	OHJEVIDEON TOTEUTUS .....	24
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	24
5.2	Video toiminnallisena opinnäytetyönä .....	25
5.3	Ohjevideon aloitus- ja suunnitteluvaihe .....	26
5.4	Ohjevideon toteutus- ja arviointivaihe .....	27
6	POHDINTA .....	29
6.1	Työn eettisyys ja luotettavuus .....	29
6.2	Oma ammatillinen kasvu .....	30
6.3	Johtopäätöksen ja jatkotutkimusaiheet .....	31
	LÄHTEET .....	33
	LIITTEET .....	37

## 1 JOHDANTO

Laihuushäiriö (lat. anorexia nervosa) on syömishäiriöihin kuuluva sairaus, jota ilmenee useimmiten nuorilla naisilla, mutta sairastuminen on kuitenkin mahdollista myös miehille (Huttunen & Jalanko 2019). Tutkitun tiedon mukaan jopa 6,2 % nuorista naisista Suomessa on sairastanut laihuushäiriön DSM-5-luokituksen mukaan (Silén ym. 2020). Kyseessä on siis suurta ihmisryhmää koskettava asia. Laihuushäiriön keskeinen elementti on kehonkuvan häiriö, joka johtaa pakonomaiseen lihavuuden ja lihomisen pelkoon (Huttunen & Jalanko 2019). Pelko voi johtaa vakavaankin nälkiintymiseen ja sairauden ennuste onkin hyvin huono, mikäli sairaus on edennyt pitkälle; noin viisi prosenttia laihuushäiriöön sairastuneista menehtyy ennenaikaisesti joko aliravitsemuksesta johtuvien seurauksien, tai masennukseen liittyvän itsemurhan vuoksi (Huttunen & Jalanko 2019). Varhainen puuttuminen ennen taudin etenemistä on kuitenkin todettu parantavan ennustetta huomattavasti; pienikin väliintulo voi mahdollisesti normalisoida koko tilanteen (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014).

Opinnäytetyömme aiheena on yläasteikäisten laihuushäiriöön viittaavien oireiden tunnistaminen ja niihin reagoiminen. Teemme yläastelaisille videon, joka sisältää informaatiota laihuushäiriöstä sekä työkaluja asian esille tuomiseen. Videon tunnelma on rauhallinen ja toivoa antava. Opinnäytetyön tarkoitus on antaa nuorille turvallista tietoa heitä kiinnostavalla tavalla ja apua niille nuorille, joilla on ongelmallinen suhde ruokaan. Videota voidaan käyttää myös kouluterveydenhuollon ammattiharjoittajien työkaluna aiheen käsittelemisessä. Rajasimme kohderyhmämme yläasteikäisiin, sillä laihuushäiriöön sairastuu tavallisimmin 12–24-vuotiaana ja tavoitteenamme on varhainen interventio ja sairastumisen ennaltaehkäisy (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014).

Toimeksiantajana toimii Rovaniemen kouluterveydenhuolto, joka koki aiheen olevan tärkeä. Videon tulee helpottaa terveydenhoitajien työtä, ohjaamalla syömisen kanssa ongelmista kärsivät avun piiriin.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa ja julkaista yläasteikäisille suunnattu selkeä video, joka informoi yläasteikäisiä nuoria sekä heidän vanhempiaan nuorten laihuushäiriöön viittaavien oireiden tunnistamisesta, asiaan reagoimisesta sekä ongelmallisesta suhtautumisesta ruokaan.

Opinnäytetyömme lyhyen aikavälin tavoitteena on saada mahdollisista oireista kärsiviä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa avun piiriin antamalla keinoja aiheesta puhumiseen. Nämä keinot sisältävät esimerkiksi motivoivaa puhetapaa, tietoa aiheen esiintuomisen tärkeydestä sekä hyviä ja luotettavia yhteystietoja, jotka tarjoavat apua syömiseen liittyvien oireiden kanssa kärsiville. Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoite on lisätä rovaniemeläisten nuorten tietoisuutta laihuushäiriöstä ja lisätä hoitoon hakeutuvuutta.

Opinnäytetyötämme voi hyödyntää kouluterveydenhuollon ammattiharjoittajien työkaluna aiheen käsittelemisessä, aihetta käsittelevissä opetustilanteissa sekä yleisesti informaation lähteenä kaikille aiheesta kiinnostuneille. Tulevina terveydenhoitajina laihuushäiriöön perehtyminen ja siitä oppiminen on merkittävää tulevaisuuden työnkuvaa ajatellen; kouluterveydenhuollossa olemme tekemisissä eri ongelmien kanssa kärsivien lasten ja nuorten kanssa, ja laihuushäiriön varhaisen oireiden huomaaminen ja niihin puuttuminen ovat tärkeitä sisäistettäviä asioita terveydenhoitajille.

### 3 LAIHUUSHÄIRIÖ

#### 3.1 Laihuushäiriön syyt ja altistavat tekijät

Laihuushäiriö on erittäin moniulotteinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttaa hyvin moninaiset tekijät. Naissukupuolisuus on todistettusti yksi suurimmista altistavista tekijöistä, mutta laihuushäiriö koskee myös miehiä. Hieman alle prosentti 12–24-vuotiaista naisista sairastaa tällä hetkellä laihuushäiriötä, mutta lieväoireisemmasta häiriöstä kärsii useampi. Häiriöön sairastuneista vain 5–10 % on miehiä. Laihuushäiriö alkaa tyypillisesti nuoruusiässä ja on pitkäaikainen. Yli puolella sairastuneista oireet jatkuvat vuosia vaihtelevan tasoisine. (Huttunen & Jalanko 2019.)

Vanhempien suhde lapsiinsa ja heidän asettamat vaatimukset lasten menestyksen suhteen vaikuttavat suorasti laihuushäiriön syntymiseen (Fulkerson 2002; Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, BA. & Koupil, I. 2009). Laihuushäiriöön sairastuvan stereotyyppinen profiili on hyvätuloiseen perheeseen kuuluva hyvin menestyvä ja täydellisyysnälkäinen koululainen, jonka harrastus ohjaa jatkuvaan painon kontrollointiin. Laihuushäiriön oireista kärsiikin yleisimmin sellaiset ihmiset, joiden ammatti, tai harrastus vaatii laihuutta; tähän kategoriaan sisältyvät esimerkiksi mallit, ballerinat sekä taitoluistelijat (Kong 2015). Naiset, joiden äidit ovat korkeasti koulutettuja ja hyvätulaisia, on suurempi riski sairastua laihuushäiriöön. (Ahrén-Moonga ym. 2009; Huttunen & Jalanko 2019; Syömis-häiriöt; Käypä hoito -suositus 2014) Laihuushäiriön syntyyn vaikuttavat myös sosiokulttuuriset tekijät. Laihaa naiskehoa ihannoivalla medially ja sosiaalisella medially on tutkitusti merkittävä rooli nuorten laihuushäiriön synnylle (Morris, AM. & Katzman, DK. 2003; Sidani, JE., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J. & Primack, BA. 2016; Spettigue, W. & Henderson, KA. 2004).

#### 3.2 Laihuushäiriön oireet ja diagnostiikka

Laihuushäiriön tyypillisimpiin oireisiin kuuluu pakko-oireinen ruoan ajattelu, ruoan ja ruokailujen välttäminen. Ruokavalio on tyypillisesti yksipuolista, ja niukkaa ka-

loreista. Laihuushäiriöstä kärsivä pyrkii hallitsemaan painonnousua pakonomaisella liikunnalla, ja/tai virtsaamis- ja ulostuslääkkeillä. Laihtuminen ja hormonimuutokset aiheuttavat naispuolisilla kuukautisten katoamista (Tiitinen 2020). Laihuushäiriö aiheuttaa myös luun kalkkikatoa, ja näin ollen osteoporoosiin sairastumisen riski on koholla (Mustajoki 2021). Hiukset voivat ohentua, katkeilla ja irrota, kynnet ohenevat ja sinertävät. Runsaasti laihtuneiden yksilöiden oireita ovat jatkuva väsymys ja paleltumisen tunne, ja näiden lisäksi voi esiintyä ummetusta, huimausta ja pyörtyilyä. Iho on kuiva, ja keho alkaa kasvattamaan nukkaamista karvoitusta, eli lanugoa. Voidaan todeta myös verenkierron poikkeamia; hidas pulssi, matala verenpaine, raajojen turvotusta, sekä sydämen rytmihäiriöitä. (Huttunen & Jalanko 2019.)

Yleisesti käytetyn ICD-10-diagnostiikkaluokitusjärjestelmän mukaan laihuushäiriön kriteerit täyttyvät, mikäli lapsen tai nuoren paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon, painon pudotus on nuoren itse aiheuttamaa, nuorella on oman ruumiinkuvan häiriö ja pelko lihomisesta mahdollisesta vaikeasta alipainosta huolimatta. Puberteetin läpikäyneellä tytöllä myös tulee ilmetä vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjääminen ja pojalla vastaavasti seksuaalisten halujen heikkeneminen. (Kumpulainen ym. 2016.)

Mikäli potilaalla puuttuu jokin, tai jotkin edellä mainituista oireista, tai ne esiintyvät vain lieväasteisina voidaan mahdollisesti puhua epätyypillisestä laihuushäiriöstä. Diagnoosia ei kuitenkaan käytetä, mikäli potilaalla on kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö. (Kumpulainen ym. 2016.)

### 3.3 Laihuushäiriön ylläpitävät tekijät

Laihuushäiriöstä kärsivät tarkoituksellisesti ylläpitävät omaa aliravitsemustilaansa, jotta saavuttaisivat sairaudelle tyypillisen ihannevartalon, joka on äärimmäisen laiha. Tästä johtuen he hyvin usein kokevat itsensä täysin terveiksi. Laihuushäiriöstä kärsiville *anosognosia*, eli sairaudentunnottomuus on tyypillistä ja usein pukeutuvat väljiin vaatteisiin peittääkseen laihuuttansa eivätkä kerro oireis-



taan ulkopuolisille. Tämän johdosta sairauden tunnistaminen vaikeutuu yhä entisestään. Hoidon piiriin pääsy hidastuu ja hoidon vaste heikkenee, mikäli potilas ei koe tarvitsevansa hoitoa. (Charpentier & Marttunen 2001.)

Laihuushäiriössä laihduttamisen myötä sairastuneen energiansaanti pienenee, minkä seurauksena sairastuneen keho alkaa nälkiintyä. Nälkiintyminen taas laukaisee kehossa fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita, jotka voivat tehostaa ja ylläpitää laihuushäiriön oireita, esimerkiksi masennusta ja ruokaa koskevat pakkoajatukset. Pakkoajatusten ohessa syömishäiriöisillä, etenkin laihuushäiriöisillä, on tyypillistä yksityiskohtainen ravintosisältöjen lasku ja ruokien painon laskeminen. Tämä itsessään saattaa ylläpitää laihuushäiriön tyypillistä pakko-oireista käyttäytymistä. Laihuushäiriön hoidossa energian saannin laskeminen on luonnollisesti hyvin tärkeää, mutta sairauden luonne huomioon ottaen, on myös aiheellista välttää olemasta liian tarkka energiamääriä laskiessa. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014.)

Laihuushäiriöön sairastuminen myös usein muuttaa perheen dynamiikkaa ja näin vaikuttaa perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen. Nämä muutokset vuorovaikutuksessa puolestaan voivat vaikuttaa oireiden säilymiseen ja pitkittymiseen. Tästä syystä perheen sisäisten vuorovaikutusten ja yleisen käyttäytymisen arviointi on tärkeää, jotta kommunikaatiosuhteista voidaan rajata pois oireilua ylläpitävät seikat. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014.)

Yksi mahdollinen ylläpitävä tekijä on myös länsimaisen kulttuurin tuoma laihooden ihannointi. Vuonna 2019 laadittu australialainen tutkimus tutki sosiaalisen median vaikutusta nuorten aikuisten kehonkuviin (Rounsefell ym. 2019). Tutkimus osoitti sosiaaliseen mediaan sitoutumisen sekä siellä esiintyvän kuvallisen sisällön vaikuttavan negatiivisesti yksilön omaan kehonkuvaan sekä ruokailuun liittyviin valintoihin (esimerkiksi laihdutuskuurin aloittaminen) (Rounsefell ym. 2019). Tutkimuksen analyysi jakoi tulokset tarkemmin vielä viiteen osaan: sosiaalinen media kannustaa käyttäjien itsensä väliseen vertailuun, käyttäjien välinen vertailu nostaa tunteita käyttäjien kehoista, nuoret aikuiset muokkaavat ulkonä-

köään kuvaamaan heidän havaitsemaansa ideaalista mallia, nuoret aikuiset tiedostavat sosiaalisen median vaikutuksen kehonkuvaan, mutta nuoret kuitenkin tavoittelevat ulkopuolista hyväksyntää sosiaalisen median kautta (Rounsefell ym. 2019). Tätä samaa ilmiötä puoltaa vuonna 2004 Medscape General Medicinen julkaisema tutkimus, joka tutki syömishäiriöiden eroavaisuuksia länsimaisten ja ei-länsimaisten maiden välillä (Makino, Tsuboi & Dennerstein 2004). Tutkimuksen tulosten perusteella länsimaiset kärsivät noin puolet ei-länsimaisia enemmän laihuushäiriöstä (Makino ym. 2004). Tämän ilmiön syyt ovat luonnollisesti hyvin monisyisiä, eikä yhtä varmaa selittävää tekijää ole mahdollista nimetä, mutta tutkimuksessa spekulointiin länsimaistumisen ja modernisoitumisen vaikutusta asiaan, johon liittyy vahvasti länsimaiseen kulttuuriin liittyvä sosiaalinen media (Makino ym. 2004).

Laihuuden ihannointi on myös toisissa piireissä hyvinkin näkyvää, tästä hyvä esimerkki on Pro-ana. Pro-ana (sanoista pro-anoreksia, eli anoreksiamyönteinen) on netissä esiintyvä ilmiö, jossa anoreksiaa ihannoidaan ja pidetään sairauden sijasta elämäntapana. Pro-ana liikkeeseen kuuluvien mukaan anoreksiaa ei tulisi pitää sairautena, vaan hyväksyä se anorektisten ihmisten elämäntapana, ja olla puuttumatta siihen, vaikka se olisikin heidän omalle terveydelleen haitallista. Pro-ana liike tapahtuu internetissä erilaisissa sosiaalisen median kanavilla, pääsääntöisesti suljetuilla foorumeilla tai erilaisissa blogeissa, joissa anoreksiaa ihannoivat ihmiset kertovat omista laihdutuskokemuksistaan, tavoitteistaan, sekä jakavat yhdessä laihdutus-, ja sairauden piilotteluvinkkejä. (Hoffmann 2018.)

### 3.4 Terve ja epäterve suhde ruokaan

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan määritelmän mukaan syömiskäyttäytyminen on ”ruoan hankkimiseen, tuottamiseen, jakamiseen, valintaan ja kuluttamiseen liittyvää inhimillistä toimintaa, jota ohjaavat fysiologiset, psykologiset, kulttuuriset ja sosioekonomiset tekijät” (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010). Yksilön syömisen säätelyyn vaikuttavien tekijöiden kirjo on laaja. Fysiologiset tekijät koskevat ihmisen perusanatomiaa, johon vaikuttavat ihmisen aivojen välittäjäaineet ja ruoansulatuskanavan hormonien yhteisvaikuttava luonnollinen nälän tunne (Bellisle 2009).

Fysiologisten tekijöiden lisäksi merkittävä vaikutus syömiskäyttäytymiseen on myös psykologiset tekijät. Esimerkkitapaus tällaisesta ulkoapäin tulevien ärsykkeiden vaikutuksen aiheuttamasta syömisestä on tunnesyöminen, ns. lohturuokailu. Vastaavasti myös tietoinen laihduttaminen on psykologinen tekijä, sillä yksilö tietoisesti pyrkii syömään vähemmän, mitä kuluttaa. Jos jokin näistä tekijöistä häiriintyy, tai yksilö kokee itse syömisen, tai kaiken siihen liittyvät toiminnat ja ajatukset itselleen hankaliksi tai vastenmieliseksi, voidaan katsoa yksilön suhteen ruokaan olevan epäterve. (Bellisle 2009.)

Ravitsemuskasvatuksen asiantuntijat, Talvia & Angle toivat esiin vuonna 2018 julkaistussa sosiaalilääketieteen artikkelissa kehittämänsä ruokasuhte- viitekeh-  
yksen, jossa syömiskäyttäytymisen moniulotteisuus ja elämän mittainen syö-  
miskäyttäytymisen kehitys tulee selkeästi esille. Kyseinen viitekehys kehiteltiin  
helpottamaan epäterveen syömiskäyttäytymisen tunnistamista. Talvia & Angle  
jakoivat ruokasuhteeseen vaikuttavat tekijät viiteen eri toisiinsa kietoutuvaan nä-  
kökulmaan. Nämä näkökulmat ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään, eikä  
niitä voi tarkkarajaisesti erotella. Nämä näkökulmat koostuvat käyttäytymisen,  
ajatusten, tunteiden, arvojen, normien, moraalien, kehon, aistin ja kehonkuvan  
näkökulmista. Lisäksi he mainitsivat sosiaaliset roolit, vuorovaikutus, kontekstit ja  
resurssit osaksi näkökulmiksi, jotka vaikuttavat suorasti jokaiseen edellä mainit-  
tuihin näkökulmiin. (Talvia, S., & Anglé, S. 2018.)

Käyttäytymisen näkökulmaan vaikuttavat ne konkreettiset tekijät, missä, mitä,  
milloin, ja kenen kanssa yksilö ruokailee. Ajatuksen näkökulmaan vaikuttavat  
kognitiiviset tekijät; mitä yksilö ajattelee ruoasta, mitä uskomuksia ruokaan liittyen  
yksilöllä on, miten yksilö luokittelee ruokia. Talvia mainitsee kolmannen näkökul-  
man tärkeimmäksi, eli tunteiden merkityksen syömiskäyttäytymiseen. Millaisia  
tunteita syöminen, ruoat, tai syömiseen liittyvät ajatukset herättävät yksilössä.  
Tämä kattaa myös sen, että millaiset tunnetilat vaikuttavat yksilön syömättä jät-  
tämiseen tai syömiseen. Aistien näkökulma kuvastaa sitä, millaisia henkilökoh-  
taisia aistimuksia kukin yksilö saa ruokailusta ja siihen liittyvistä aktiviteeteista.

Arvojen ja normien näkökulma nostaa esiin ne arvot, mitä kukin yksilö pitää tärkeinä syömisessä ja syömiskäyttäytymisessä. Tämä kattaa myös sen käsityksen, mitä kukin yksilö uskoo, että heidän tai muiden tulisi syödä. (Talvia, S., & Anglé, S. 2018.)

Sosiaalinen vuorovaikutus, konteksti, ja resurssit -näkökulma kuvastaa kaikkea sitä, millainen rooli yksilöllä on ympäristönsä kanssa; sen mukaan syömiskäyttäytymiseen vaikuttavat se, missä, mitä ja kenen kanssa yksilö ruokailee. Fyysisen ja sosiaalisen ympäristön lisäksi syömiskäyttäytymiseen vaikuttaa myös laajasti kulttuurillisekonomilliset kontekstit. Resursseja, jotka vaikuttavat yksilön syömiskäyttäytymiseen on monia; niitä voivat olla taloudelliset, materiaaliset, taidolliset ja sosiaaliset resurssit. (Talvia, S., & Anglé, S. 2018.)

## 4 LAIHUUSHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN JA HOITOMUODOT

### 4.1 Tunnistaminen

Nuorten sekä lasten mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy on tämänhetkisen tiedon valossa mahdollista sekä kannattavaa taloudelliselta näkökantilta. Lapsuus- ja nuoruusiässä aloitettu mielenterveyden häiriöiden hoito on myös todettu ehkäisevän mielenterveyden häiriöihin sairastumista aikuisiällä. Nuoren kehitykseen liittyvät myönteiset sekä haittaavat tekijät ovat tärkeä tuoda yleiseen tietoon. Jokaisen hoitoalan ammattiharjoittajan on tunnistettava tavallisimpien lasten sekä nuorten mielenterveyden häiriöiden piirteet ja kyetä reagoimaan niihin tarvittaessa. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Laihuushäiriöön sairastuminen tapahtuu usein pitkän ajan kuluessa. Tästä syystä oireiden tunnistaminen voi olla hyvinkin vaikeaa sairauden alkuvaiheessa. Läheisillä usein herää huoli nuoren syömiskäyttäytymisestä, mutta usein huolen herätessä sairaus on jo edennyt melko pitkälle. Siksi laihuushäiriön tunnistamisessa avainasemassa ovat terveydenhuollon ammattilaiset, valmentajat sekä opettajat. (Jüriloo ym. 2017a.)

Laihuushäiriön tyypillisin oire on laihtuminen. Tämä on usein myös merkillepantavin oireiden kirjosta, sillä tämä näkyy fyysisessä kehossa. Laihtuminen onkin usein ensimmäinen huomioitu seikka mahdollisessa alkavassa laihuushäiriössä. Läheiset, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto ovat usein ensimmäisiä, jotka kiinnittävät huomion nuoren painon putoamiseen. Muita mahdollisia fyysisiä merkkejä ovat pakonomaiseen urheiluun liittyvät rasitusvammat. Nämä ovat usein myös toistuvia. Läheiset voivat myös kuulla tavallista enemmän valitusta päänsärystä, väsymyksestä, heikotuksesta ja vatsakivusta. (Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013, 65.)

Laihuushäiriö usein näkyy myös nuoren käyttäytymisessä. Nuoren näkyvimät ja selvimmät tavat reagoida laihuushäiriöön on salaa oksentelu ja ruoan piilottelu.

Näin nuori pyrkii välttämään kaloreita ja edistämään laihtumista. Muita hyvin yleisiä merkkejä pantavia toimintoja on laihtumisen peittely vaatekerroksilla. Laihuushäiriötä sairastavilla on tapana peitellä syömättömyyttään. Omaan kehoon, ruokaan ja syömiseen liittyvät epämieluisat ajatukset pyörivät alati mielessä ja tämä johtaa ärtymykseen, ahdistukseen ja mahdollisesti masennukseen. Nuori myös kokee itsensä toivottoman lihavaksi ja hänen minäkuvansa rakentuminen on heikko. Tämä johtaa omien tunteiden ja tahdon tunnistamisen puutteellisuuteen, jolloin nuori alkaa hakea apua syömisen säännöistä sekä muista ulkoisista tekijöistä. (Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004, 102–103.)

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee siis kuunnella ja ottaa vakavasti omaisten ja läheisten huolet syömiseen liittyen. Ammattilaisilla on myös käytettävissä SCOFF-syömishäiriöiden tunnistamisseula (taulukko 1). SCOFF-seula soveltuu hyvin koulu- sekä perusterveydenhuollon piiriin. Seula koostuu viidestä kyllä-ei kysymyksestä ja tulos antaa viitteitä mahdollisesta syömishäiriöstä. Tarkkaa diagnoosia seula ei kuitenkaan tarjoa ja siksi sen tueksi on tarpeellista saada lääkärin lausunto. (Jüriloo ym. 2017a.)

#### Taulukko 1. SCOFF-syömishäiriöseula

1) Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2) Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisestäsi 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 elämäsi?

Tulkinta: 2 kyllä-vastausta edellä oleviin 5 kysymykseen herättää epäilyn syömishäiriöstä

Käypähoito tarjoaa terveydenhuollon ammattilaisille myös laajan valikoiman hyödyllisiä esimerkkikysymyksiä syömishäiriöiden oireiden kartoittamiseen. Nämä esimerkit sisältävät kysymyksiä syömisestä, ruokailutavoista, käyttäytymisestä, kompensatiokeinoista, kehosta sekä laihduttamisesta (Jüriloo ym. 2017b).

## 4.2 Hoitomuodot

### 4.2.1 Psykiatrinen hoito

Laihuushäiriön psykiatrisen hoidon ensisijainen hoitomuoto on perhekeskeinen avohoito. Taudinkuvan vuoksi psykiatriseen hoitoon osallistuu moniammatillinen ryhmä. Koska kyseessä on sairaus, joka kehittyy ja esiintyy lähinnä lasten ja nuorten ikäryhmässä on tärkeää, että hoitoon osallistuu ammattilaisia, jotka osaavat arvioida ja tukea potilaan iänmukaista fyysistä ja psyykkistä kehitystä. Kasvuvaiheen aliravitsemuksella voi olla pitkäaikaisia fyysisiä haittavaikutuksia potilaalle. (Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. 2015.)

Käytännössä nuoren laihuushäiriön hoito on hyvä aloittaa keskustelemalla nuoren sekä hänen perheensä kanssa. Keskusteluissa tulisi sopia viikolliset tavoitepainot sekä keinoja niihin pääsemiseksi, joita ovat esimerkiksi liikunnan hillitseminen sekä ruokailun säännöllistäminen. Vanhempien kohtaamisessa on myös tärkeää huomioida vanhempien oma huoli ja mahdollinen ahdistus ja käsitellä myös näitä. Ruoka-annosten laskemisessa sekä ruokailu aikojen normaalistamisessa on suotavaa konsultoida ravitsemusterapeuttia. Perhettä tulee tavata hoitosuhteen alussa viikoittain, jolloin voidaan keskustella syömiseen ja liikkumiseen liittyvistä sopimuksista. Tällöin on myös hyvä aloittaa nuoren kanssa käytävät keskustelut häiriöön liittyen. Keskustelujen tiheys määritellään yksilökohtaisesti, mutta hyvä aloitusfrekvenssi on 2–3 kertaa viikossa vointi huomioiden. Tästä eteenpäin käyntejä voidaan harventaa, mikäli nuoren vointi sen sallii. Keskustelujen pääpaino siirtyy hiljalleen ulkoisesta kontrollista nuoren sisäiseen kontrolliin. Ensin keskitytään vain painon säätelyyn ja syömiseen, mutta hoitosuhteen edetessä keskustelun paino siirtyy ulkoisista säännöistä nuoren omien tunteiden sekä itsensä kuunteluun ja ymmärtämiseen. Myös verkostotyö ja kotikäynnit voivat olla hyödyksi ja toisinaan tarpeen. Sujuva moniammatillinen yhteistyö, johon kuuluu ensisijaisesti kouluterveydenhoitaja sekä opettaja, luovat tukevan pohjan hoitokokonaisuudelle ja hoidon sujuvuudelle. (Friis ym. 2004, 104.)

Koska laihuushäiriö vaikuttaa niin laajasti psyykkisesti ja fyysisesti, avohoidon tukena voidaan käyttää useita eri hoitoryhmiä, jotka kaikki osallistuvat oman aihealueeseensa. Näitä ryhmiä ovat esimerkiksi psykoterapia, fysioterapia, toimintaterapia ja ravitsemusohjaus. Psykoterapiaa kuitenkin voidaan aloittaa vasta ravitsemustilan korjaannuttua. (Tarnanen ym. 2015.)

Vaikka avohoito onkin ensisijainen ja riittävä lievien häiriöiden korjaantumiseen, voidaan toisinaan turvautua erikoissairaanhoidon, eli laatimalla lähete lasten- tai sisätautien poliklinikalle, tai lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikalle tarpeen mukaan. Osastohoito onkin toisinaan välttämätöntä nuoren toipumisen kannalta, mikäli avohoidolla ei kyetä saavuttamaan toivottuja tuloksia. Osastojaksojen aikana sairaalassa voidaan seurata tarkasti nuoren ruokailua ja vaikuttaa nuoren ruokailuaikoihin ja ravinnon saannin monipuolisuuteen. Avohoitoon tulee siirtyä osastolta heti, kun nuoren tila sen sallii. (Tarnanen ym. 2015.)

Mikäli tilanne on hyvin akuutti, voidaan nuorelle kirjoittaa päivystyslähete. Tähän indikaationa on esimerkiksi erittäin alhainen painoindeksi ( $11\text{--}13\text{ kg/m}^2$ ), hyvin äkillinen painon pudotus, tai jos nuorella epäillään olevan vakava mielenterveydenhäiriö. Mikäli nuorella on todettu ja ilmeinen hoidon tarve, eikä hän ole suostuvainen hoitoon, voidaan ottaa käyttöön tahdosta riippumaton hoito. Tahdosta riippumaton hoito voidaan aloittaa vain mielenterveyslain (1990/1116 § 8) määrittämien kriteerien täytyessä. (Tarnanen ym. 2015.)

#### 4.2.2 Nuorisopsykiatrian erityispiirteet

Yksilön ensimmäisten elinvuosien tunnekokemuksien merkitys ihmisen kehityksen kannalta on korostunut neurobiologisen tietämyksen lisääntymisen seurauksena (Mäntymaa ym. 2003). John Bowlbyn luoman yleisesti käytetyn kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsi alkaa alusta alkaen luomaan asioiden syy-seuraussuhteita aistihavaintojensa sekä proseduraalisen muistinsa avulla. Yksinkertainen esimerkki tästä: mikäli esimerkiksi äiti reagoi vauvan tunteiden ilmaisuun (esimerkiksi itkuun) aina loogisella tavalla, eli lohduttamalla, saa vauva tästä positiivisen vasteen ja kykenee jatkossakin ilmaisemaan tunteensa turvallisesti mielin.



Vastakohtana tälle on tilanne, jossa äiti jättää lapsen selviytymään yksin tunnekokemuksiensa kanssa, jolloin lapsi oppi tukahduttamaan tunteensa. Tämä opittu käyttäytyminen vaikuttaa koko lapsen loppu elämään ja muihin kehitysvaiheisiin. Lapsen varhaisen vuorovaikutuksen yhteyksistä keskushermoston kehitykseen ilmenee jatkuvasti uusia tutkimustuloksia, jotka puoltavat kiintymyssuhdeteoriaa. Ensimmäiset elinvuodet ovat siis ensisijaisessa asemassa aivojen kehityksen kannalta, mutta tuoreet tutkimukset ovat osoittaneet aivojen kypsymistä tapahtuvan myös nuoruusiässä. (Sinkkonen 2004.)

Nuoruusikä koetaan alkavan yleisesti 12-vuotiaana. Sen käynnistää hormonaaliset sekä fyysiset muutokset, jotka alkavat muuttaa kehoa sekä mieltä lapsesta aikuiseksi. Tämän kehityksen alkaminen tunnetaan myös termillä puberteetti. Nuoren psyykkisen kehityksen vaiheita voidaan tarkastella kehitystehtävinä. Kehitystehtävillä tarkoitetaan asteittaisia psyykkisiä muutoksia, kuten esimerkiksi omakuvan realisoituminen. Nuori alkaa ajatella itsestään, tunteistaan, taidoistaan sekä omasta muuttuvasta kehostaan kriittisemmin. Tämä voi haitata kehitystä ja altistaa mielenterveysongelmille. (Pikkarainen 2016.)

Eritoten puberteetin alku on nuoren mielelle hyvin haastavaa aikaa. Tätä aikaa kuvaamaan onkin luotu hyvin havainnollistava termi: pubertaalinen kaaos. Edellä mainitut muutokset voivat olla hyvinkin rajuja ja nopeita monilla yksilöillä. Nopea ja yksilöllinen kasvu myös johtaa kehittymisen eriaikaisuuteen ystävien kanssa, mahdollisiin epäsymmetrioihin ja suhteettomuuteen. Nuoret eivät halua erottautua ikätovereistaan ja siksi tämä voi olla liian ahdistava kokemus joillekin. Nuori, jolla ei ole riittävästi keinoja, eikä työkaluja ahdistuksen purkamiseen toisinaan pyrkii lievittämään oloa pyrkimällä pysäyttämään alati tapahtuvan muutoksen ja hyökkää omaa kehoansa vastaan. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Käsityksemme ihmisen kehityksestä niin biologisella, psyykkisellä sekä sosiaalisella tasolla on ajan saatossa muuttunut suuresti. Tähän muutokseen vaikuttavat tekijät ovat kehityspsykologian ja kehityksellisen psykopatologian tiedon lisääntyminen sekä neurotieteiden tutkimustulokset. Aiemmin kiisteltiin alati siitä, kumpi

on olennaisempi osa ihmisen kehitystä: perintötekijät vai ympäristötekijät. Nykytiedon valossa kuitenkin on kyetty todistamaan niiden vaikutukset toisiinsa ja niiden yhteisvaikutus yksilöön. Näiden kahden yhdistävää tekijää kutsutaan epigenetiikaksi, joka tutkii ympäristötekijöiden vaikutusta geenien käyttäytymiseen. Epigenetiikan avulla on kyetty selittämään esimerkiksi, miten kulttuuri ja yhteiskunnan tila vaikuttaa ihmisiin ja ihmisten kehitykseen geneettisellä tasolla. Nuori on siis jatkuvasti vaikeassa tilassa psyykensä kanssa ja ottaa hyvin paljon vaikutteita ympäristöstä monella tasolla. Tästä syystä usean nuoren mielenterveyttä täytyy tukea ammatillisin keinoin. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Nuoren mielenterveyden tukeminen koostuu promootiosta ja preventiosta. Promootio kattaa kaiken mielenterveyttä ja psyykkistä kehitystä tukevat toimet, voimavarojen lisäämisen sekä mielen tasapainoisen kypsymisen edistämisen. Preventiolla puolestaan tarkoitetaan ehkäisevää työtä, jonka päämääränä on estää mielen kehityksen häiriintyminen sekä paikalleen jääminen. Preventio, kuten myös promootio, ovat kulmakiviä mielenterveyden häiriöiden syntymisen ennaltaehkäisyssä. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Ehkäisevä työ jaetaan edelleen kolmeen alakategoriaan. Näistä ensimmäinen on primaaripreventio. Tällä tarkoitetaan kaikkea toimintaa, joka estää häiriöiden syntymisen, tai hidastaa sairastumista. Primaariprevention kohteena on siis sairastumattomat ihmiset. Sairastumisen estämisessä tärkeimmät tarkastelukohteet ovat tunnetut riskitekijät, haavoittuvuus sekä selviytyvyyttä edistävät tekijät. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Riskitekijät luonnollisesti lisäävät riskiä sairastua, mutta riskitekijät eivät kuitenkaan takaa sairastumista automaattisesti. Etenkin lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt ovat erittäin monisyisiä, eikä sairastuminen käytännössä koskaan johdu yksittäisestä tekijästä. Yksittäiset riskitekijät eivät siis ole olennaisimpia, vaan usean riskitekijän yhteisvaikutus. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Haavoittuvuus on määritelmältään samankaltainen riskitekijöiden kanssa, eli puhutaan sairastumisen riskiä lisäävistä ominaisuuksista. Haavoittavat tekijät voivat

kuitenkin altistaa sairaudelle, vaikkei ympärillä olisi lainkaan riskitekijöitä. Haavoittuvuudella tarkoitetaan nuoren sisäsyntyisiä sairastuvuuteen vaikuttavia tekijöitä. Näitä voivat olla esimerkiksi perinnöllinen alttius sairaudelle ja huonot ongelmanratkaisu-, tai tunnesäätelytaidot. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Riskitekijöiden ja haavoittuvuuden lisäksi sairastumiselle altistaa suojaavien tekijöiden puuttuminen. Suojaavia tekijöitä ovat nuoren ja/tai nuoren ympäristön piirteet, jotka vähentävät riskitekijöiden ja haavoittuvuuden vaikutuksia ja näin estävät ja hidastavat sairastumista. Nuoren yksi olennaisimmista suojaavista tekijöistä on selviytyvyys. Tällä tarkoitetaan yksilön kykyä kohdata epämieluisia asioita, käsitellä traumoja ja palautua psyykkisestä kuormituksesta ilman sairastumista mielenterveydenhäiriöön. Hyvät tunnetaidot ja ongelmanratkaisukyky ovat selviytyvyyden kannalta olennaisia ominaisuuksia nämä kehittyvät vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Yksilön ympäristön olosuhteet vaikuttavat siis myös nuoren haavoittuvuuteen sekä selviytyvyyteen. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Kun puhutaan jo sairastuneista, käytettävä ehkäisy työn muoto on sekundaaripreventio. Kun sairaus on jo puhjennut, eikä sen syntymiseen voida enää vaikuttaa, jää jäljelle vain itse sairauden hoito. Hyvää sekundaaripreventiota on esimerkiksi mahdollisimman aikainen tuen antaminen ja häiriön aiheuttamien psyykkisten oireiden hoito. Tällä toiminnalla pyritään lyhentämään sairauden kestoa, lieventämään sairaudesta johtuvia oireita ja estää sen uusiutumista. (Raevuori & Hebeling 2016.)

Viimeinen ehkäisevän työn muoto on tertiääripreventio. Tertiääriprevention tarkoituksena ei ole itse sairauden ehkäiseminen, vaan sairaudesta johtuvien pitkäaikaisten haittojen ja tuskan hoitaminen. Varhaiset pitkään jatkuneet psyykkiset ongelmat vaikeuttavat kokonaisvaltaisesti nuoren psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista kypsymistä. Nämä myös heijastuvat myöhemmän iän tunnetaitoihin. Näiden lisäksi olemassa oleva psykiatrinen häiriö on ilmeinen riskitekijä muille mielenterveyden häiriöille. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että sairauden ja häiriön hoito ei pääty akuuttivaiheeseen, vaan hoidon tulee myös ottaa huomioon sairauden jättämät jäljet yksilössä. (Raevuori & Hebeling 2016.)

#### 4.2.3 Ravitsemuskuntoutus

Laihuushäiriöisen ravitsemuskuntoutus suunnitellaan yksilöllisesti, ja laihuushäiriöisen lapsen hoidossa myös vanhempien kanssa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010; Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014). Painonlisäys ja riittävän ravinnonsaannin turvaaminen ovat keskeisimmät tavoitteet psyykkisen hoidon ohella. Ravitsemuskuntoutuksen tavoitteisiin kuuluu terveellisten ruokailutottumuksien, kuten ateriarhythmin sekä ruokavalion sallivuuden vakiinnuttaminen, laihuushäiriöstä kärsivän oman biologisen normaalipainon hyväksymisen tukeminen, terveyttä edistävien liikuntatottumusten tukeminen sekä luonnollisesti lapsen ja nuoren normaalin kasvun ja kehityksen turvaaminen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010; Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014). Pääsääntöisesti painonlisäys tapahtuu perusruokavaliolla, ja sairaalahoidon tarvetta esiintyy vain harvoin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010).

Koska laihuushäiriöstä kärsivien potilaiden oireiden ja tilojen kirjo on laaja, on jokaisen ravitsemushoidot yksilöllisiä. Painonnousulle on kuitenkin annettu yleiset suositukset, joita noudatetaan ravitsemushoidossa; suositeltu tavoite on ½- 1 kg painonnousu per viikko, mutta hitaampikin painonnousu on hyväksyttävää. Painonnousuun vaadittava kalorimäärä on 2000–3000 kcal/vrk, ja tavoitepainon ylläpitovaiheessa energiantarve on 2000–2600 kcal/vrk. Aliravitsemuksen hoidossa energiansaannin lisääminen tapahtuu vähitellen; 100–200 kcal kerrallaan. Painonseuranta on ensisijainen ravinnonsaannin mittari ravitsemushoidossa. Joissakin tapauksissa hoito järjestetään niin, ettei laihuushäiriötä sairastava potilas saa mitatessa selville omaa painoaan, ettei potilaan oma motivaatio hoitoon vaarantuisi. Kalorimäärien lisäksi vajaanavitun potilaan ateriafrekvenssin korjaaminen ja vakiinnuttaminen on tärkeää. Yleisesti vajaanavitun ruokavalion ohjeistukseen kuuluu 5–6 ateriaa vuorokauden aikana, ruokailua 3–4 tunnin välein, jotta nälän tunne ei kerkeäisi tulla lainkaan, aikaisempaa isompia annoskokoja sekä riittävä päivittäinen juominen (tavallisimmin 1–1,5 litraa). (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

#### 4.2.4 Lääkkeellinen hoito

Laihuushäiriön lääkkeellisen hoidon tutkimuksia on tehty toistaiseksi vain aikuisilla. Koska laihuushäiriön ohella esiintyy usein rinnakkaisairauksia, keskittyy lääkinnällinen hoito pääasiassa niiden hoitamiseen. Lääkehoidon teho laihuushäiriön hoitoon perustuukin juuri rinnakkaisoireiden lievittämiseen, mutta itse ydinoireiden lievittävästä vaikutuksesta ei ole pitävää näyttöä. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014.)

Laihuushäiriön lääkehoidon tieto on puutteellista; siitä on vain vähän tutkittua näyttöä, tieto on ristiriitaista, tai tieto perustuu klinisiin kokemuksiin. Lääkehoidolla voidaan kuitenkin lievittää syömiseen liittyvää ahdistusta, mikä puolestaan voi edesauttaa paranemisprosessia. Lyhytvaikutteisen bentsodiatsepiinin vaikutuksesta laihuushäiriön yhteydessä esiintyvän ruokailun ahdistuksen lievittämiseen on löydetty näyttöä, mutta kunnollinen tutkimusnäyttö puuttuu. Toisaalta bentsodiatsepiinien käyttöä tulee harkita ja käyttää varovaisesti niiden korkean riippuvuusriskin vuoksi. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014; Koskinen & Haapasalo-Pesu 2014a.)

Atyyppisten antipsykoottien käyttö painonnousuun laihuushäiriöistä kärsivillä on klinistä näyttöä, mutta tieteellinen näyttö on jokseenkin ristiriitaista. Vuonna 2010 tehdyssä englantilaisen tutkimuksen tuloksissa todetaan atyyppisten antipsykoottien nostavan laihuushäiriöstä kärsivien painoindeksiä tilastollisesti merkittävästi (McKnight, RF. & Park, RJ. 2010). Toisaalta eräässä vuonna 2007 tehdyn avoimen atyyppisen antipsykootin vaikutusta laihuushäiriöön tutkivassa tutkimuksen tuloksissa ei mainita tilastollisesti merkittävää painonnousua (Powers, PS., Bannon, Y., Eubanks, R. & McCormick, T. 2007). Atyyppiset antipsykootit eivät vaikuta aiheuttavan painonnousua laihuushäiriöstä kärsiville, mutta niistä kuitenkin näyttäisi olevan apua laihuushäiriön liitännäisoireiden, kuten ahdistuneisuuden, pakko-oireiden ja psykoosityyppisen ajattelun hoidossa (Koskinen & Haapasalo-Pesu 2014b).

Masennuslääkkeiden käyttöä on myös tutkittu laihuushäiriön hoidossa, mutta tulokset vaikuttavat olevan melko heikkoja. Masennuslääkkeiden hyötyä ei voitu osoittaa laihuushäiriöisen painon nousuun, laihuushäiriöoireisiin, tai liitännäishäiriöihin (Koskinen & Haapasalo-Pesu 2014c). Toisaalta laihuushäiriöön liittyy usein masennus, joka tyypillisesti esiintyy, kun paino alkaa korjaantua. Tätä masennusta luonnollisesti voidaan hoitaa masennuslääkkeillä (Friis ym. 2004, 104).

#### 4.2.5 Läheisten merkitys

Laihuushäiriötä sairastavien perheenjäsenet otetaan mukaan hoitoon. Laihuushäiriötä sairastavien alaikäisten hoidon tavoitteista päätetään yhdessä laihuushäiriöisen vanhempien kanssa. Vaikkei hoitoon kuuluisikaan itse varsinaista perheterapiaa, perheen huomioon ottaminen hoidon eri vaiheissa on tärkeää. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Laihuushäiriöiden psykiatrinen hoito voidaan toteuttaa lähiomaisten kanssa perheterapian muodossa tai yksilöllisenä terapiamuotona. 12–18-vuotiaiden laihuushäiriöiden hoitoon on perhepohjainen hoito todettu olevan tehokkaampaa, entä yksilökeskeinen terapia; perhekeskeisellä terapialla 40 % paranee, yksilöllisellä hoidolla vastaava luku on noin 20 %. Yksi selitys perhekeskeisen hoidon tehokkuudelle on perheen terapiavaiheessa oppiman tuen jatkuminen vuosia Laihuushäiriön parantumisen jälkeen. (Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014.)

Toinen näkökulma perhekeskeisen hoidon tärkeydelle on tarkastelemalla sairaudesta huonosti informoidun perheen vaikutusta laihuushäiriöiseen. Usein laihuushäiriöisen nuoren ongelmana onkin kotona koettu ymmärryksen puute. Erään tutkimuksen mukaan 89 % laihuushäiriöstä kärsivistä näkee perheensä kokevan, ettei laihuushäiriö ole oikea sairaus. Tämä luku on vielä korkeampi vasta sairastuneilla. Vastanneista 74 % kertoivat perheensä leimanneen laihuushäiriön vain ja ainoastaan ongelmaksi ruoan kanssa, jota yrittivät ratkaista

painostamalla nuorta jatkuvasti syömään enemmän. On myös todettu, että potilaan vanhempien voimaantuminen vähentää laihuushäiriöpotilaan oirehdintaa. (Dimitropoulos & Freeman 2016; Syömishäiriöt; Käypä hoito -suositus 2014.)

## 5 OHJEVIDEON TOTEUTUS

### 5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyön mahdollisia toteutustapoja ovat toiminnallinen, tutkimuksellinen ja taiteellinen opinnäytetyö (Salonen 2013). Opinnäytetöiden toteutustapojen nimet ja termit kuitenkin vaihtelevat oppilaitoksittain, mutta tässä opinnäytetyössä puhumme kuitenkin edellä mainituilla termeillä. Toteuttamamme opinnäytetyö on toiminnallinen.

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä projekti ja sen tavoitteiden saavuttaminen koostuu tietojen keräämisestä, tilastollisista esityksistä, haastatteluista, erilaisten tutkimusmenetelmien käytöstä. Itse käytäntöönpano, eli tutkimustyö kyseisessä opinnäytetyöprojektissa vaatii sen toteuttajalta eri tietojen hyödyntämisen ja tutkimusmenetelmien moniulotteista osaamista. (Salonen 2013.)

Projektityössä, eli toiminnallisessa opinnäytetyössä on mukana projektin organisaatio, projektityöntekijät, sekä toimeksiantaja. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu määräajasta, tavoitteista, resursseista ja aikataulusta. Suurin ero tutkimuksellisen ja toiminnallisen opinnäytetöiden välillä on se, että toiminnallinen opinnäytetyö on projektityötä, joka toteutetaan ja arvioidaan vailla selkeää, kirjoitettua ja lähteisiin perustuvaa käsitejärjestelmää. Tiedonhankintamenetelmät ovat pääasiassa samoja kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä, mutta toiminnallisessa mallissa niiden käyttö on joustavampaa. (Salonen 2013.)

Opinnäytetyön laatimisprosessiin on kaksi ideaalimallia. Nämä mallit ovat lineaarinen malli sekä spiraalimalli. Näiden kahden mallin pohjalta Salonen loi myös kolmannen mallin, joka yhdistää kaksi muuta mallia; tätä mallia hän kutsuu konstruktiviseksi malliksi. Kaikilla malleilla on omat hyvät ja huonot puolensa ja nämä huomioon ottaen valitsimme opinnäytetyömme laatimiseksi lineaarisen mallin. Tämä malli sisältää tavoitteen määrittelyn, suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin. Tämän mallin etuna on suoraviivaisuus ja johdonmukainen eteneminen,



mutta toisaalta haasteena on luoda suunnitelmasta riittävän aukoton, jottei toteutusvaiheessa tarvitse palata aikaisempaan vaiheeseen takaisin. Tämä malli sopii videomateriaalin laatimiseen, sillä itse kuvaus- sekä äänitysmateriaalin taltiointipäivinä suunnitelman tulisi olla valmis, jottei taltiointia tarvitsisi tehdä useaan kertaan. (Salonen 2013.)

## 5.2 Video toiminnallisena opinnäytetyönä

Videot, ja niiden kautta tapahtuva opetus ja ohjaus on merkittävä osa nykyaikaista opetusta. Videoista on erityisesti hyötyä, kun halutaan visualisoida abstrakteja, tai muita verbaalisesti hankalasti kuvailtavia konsepteja (Dash ym. 2016). Tämän opinnäytetyön toiminnallisena osuutena on ohjevideo, joka on suunnattu yläastelaisille nuorille.

Video on suunniteltu audiovisuaalisesti niin, että sen sisältämä tieto olisi mahdollisimman helposti ymmärrettävissä ja sisäistettävissä Cynthia J. Bramen vuonna 2016 laatiman akateemisen ohjausvideoiden oppaan mukaisesti (Brame 2016). Teoriatietona ja lähteinä on käytetty kirjallisuuslähteitä, aiheesta tehtyjä luotettavia tutkimuksia sekä ajan tasalla olevia suosituksia. Videossa kerrotaan perustietoa laihuushäiriön vakavuudesta, yleisyydestä, oireista sekä tunnistamisesta. Videon päämääränä on puhutella mahdollisia laihuushäiriöön viittaavien oireiden omaavia yksilöitä. Videolla kerrotaan puhumisen tärkeydestä ja asian esille tuomisesta ja siitä, ettei oireita tarvitse hävetä. Videolla kerrotaan myös toipumisesta ja motivoidaan hakemaan apua, jonka yhteydessä videolla tarjotaan tietoa apua tarjoavista tahoista (kouluterveydenhuolto, tukiryhmät, opettajat yms.).

Opinnäytetyön videota käsikirjoittaessa ja tuottaessa on otettu huomioon ne tekijät, jotka tehostavat eniten videoiden kautta tapahtuvaa oppimista - nämä tekijät voidaan jaotella kolmeen eri osa-alueeseen; *kognitiivinen kuorma, opiskelijoiden sitoutuminen, aktiivinen oppiminen*. (Brame 2016.)

Kognitiivista kuormaa voidaan helpottaa esim. yksinkertaisilla taustoilla, sekä ylimääräisten ärsykkeiden välttämällä. Opiskelijoiden sitoutumista opittavaan videomateriaaliin voidaan ylläpitää pitämällä videon tarpeeksi kattavana ja lyhyenä. Sisäistettävän asian maksimoimiseksi videon pituus tulisi olla korkeintaan kuusi minuuttia. Tämä ennaltaehkäisee videon katsojan ajatuksen karkailua kesken videoesityksen. Videon narraatio, eli puhe-esitys tulee olla selkeää, eikä se saa olla liian nopeaa – puhenopeus tulisi olla noin 185–254 sanaa minuutissa. Aktiivisen oppimisen vastuu painottuu enemmän opetustilanteissa opettajille ja ohjaajille. Sitä voidaan tehostaa tarjoamalla videota katsoville lisäkysymyksiä / -tehtäviä, jotta videolla esitetty asia sisäistyisi paremmin. Vaihtoehtoisesti video voi olla osana suurempaa tehtävänantoa, ja/tai kotitehtävää. (Brame 2016.)

### 5.3 Ohjevideon aloitus- ja suunnitteluvaihe

Työstäminen alkaa luonnollisesti aloitusvaiheesta, jonka aikana on tarkoitus määrittellä alustavasti kehittämiskelpoinen aihe sekä opinnäytetyön tarve (Salonen 2013). Aloitimme prosessin kehittämistarpeen pohdinnalla. Valitsimme ensin kohteeksemme psykiatrian, sillä tämä on meitä molempia kiehtova aihealue. Kävimme läpi eri sairauksia ja häiriöitä ja niiden kehittämistarpeita. Lopulta päädyimme syömishäiriöihin, sillä molemmilla meistä oli kokemusta aiheesta lähipiirissä sekä ajatus siitä, ettei näistä ole tarpeeksi asianmukaista tietoa riittävän nuorelle väestölle. Pohdimme luovamme informatiivisen toiminnallisen opinnäytetyön nuorille syömishäiriöisille.

Ideointivaiheen jälkeen aloimme rajata kohderyhmää sekä suunnitella opinnäytetyön toteuttamista. Suunnitteluvaihe koostuu tavoitteiden, vaiheiden sekä itse toteutustavan tarkemmasta määrittelystä (Salonen 2013). Aloitimme kohderyhmän rajaamisella, joka hyvin nopeasti kohdentui yläasteisiin, sillä tiesimme, että syömishäiriöihin tyypillisesti sairastutaan yläasteiässä. Tämän lisäksi yläasteikäisten syömishäiriöiden hoidon yhtenä pääpilareista on terveydenhoitajat, joiksi itsekkin valmistumme. Syömishäiriöitä kuitenkin on useita ja koimme, ettemme kykene puhuttelemaan näin suurta kohderyhmää vakuuttavasti. Valit-

simme kohderyhmäksemme laihuushäiriöiset, sillä tämän tiesimme olevan vaarallinen ja yleinen sairaus nuorten keskuudessa. Toteutustavan valitsimme pohiessamme, kuinka puhutella nuorta häntä kiinnostavalla tavalla. Uskoimme, ettei kirjallinen ohje vetoa riittävästi kohderyhmämme tunteisiin, saati tulisi luetuksi, joten valitsimme toteutustavaksi ohjevideon.

#### 5.4 Ohjevideon toteutus- ja arviointivaihe

Suunnitelman pohjalta aloimme työstää valmista tuotosta. Työstövaihe realisoi suunnitelman ja sitä pidetäänkin vaativimpana ja pisimpänä vaiheena (Salonen 2013). Tässä vaiheessa ammatillisuus tulee esiin, sillä työstämisen aikana tulee kestää epävarmuutta ja epätoivoa ja kyetä aktiivisesti tehokkaaseen vuorovaikutukseen ja itsenäisyyteen (Salonen 2013). Aloitimme työstämisprosessin keräämällä dataa valmista videota varten. Pohdimme opinnäytetyhömme tarvittavaa materiaalia ja aloimme luoda runkoa tietoperustalle. Pyrimme myös jatkuvasti arvioimaan kaiken tiedon tarpeellisuutta videomme kannalta. Kaiken materiaalin tulisi näkyä videolla, joten suunnittelimme videon alustavan rakenteen ennen kaiken datan purkamista.

Tarkoituksemme oli luoda videon pohjaksi monologi, joka puhuttelee yläasteikäisiä, jotka mahdollisesti kärsivät laihuushäiriön oireista. Tähän käytimme apuna Käypähoidon esimerkkikysymyksiä syömishäiriöisille, laihuushäiriöstä kärsivien tyypillisiä oireidenmukaisia ajatusmalleja sekä lasten- ja nuortenpsykiatrisen hoidon suosituksia. Käsikirjoitus siis reflektoi suoraan tutkittua tietoa. Käsikirjoituksen oheen suunnittelimme videon kuvaamisen vaiheet sekä kuvattavan materiaalin. Tässä vaiheessa annoimme vaiheessa olevan tuotoksen tilaajamme luettavaksi ja hyväksyttäväksi. Valmiin käsikirjoituksen jälkeen toteuttaminen oli melko suoraviivaista; äänitimme ääniraidan käsikirjoituksen pohjalta, kuvasimme riittävästi videomateriaalia ja yhdistimme nämä tietokoneella. Valmis video julkaistaan YouTubessa, jossa se on helposti löydettävissä. Videon linkki myös välitetään Rovaniemen yläasteikäisille, jotta se tavoittaa kohderyhmänsä.

Arviointivaiheessa tarkastellaan valmista tuotosta, kiinnitetään huomio virheisiin ja mahdollisesti palautetaan se takaisin edelliseen vaiheeseen korjattavaksi (Salonen 2013). Tätä prosessia kävimme useaan kertaan läpi, sillä kuvattuamme sekä äänitettyämme videoon tarvittava materiaali kasasimme ensimmäisen raakaversioon, jonka katsoimme ja laitoimme merkille kaikki epäkohdat, jonka jälkeen korjasimme videon ja toistimme prosessin. Epäkohtia olivat esimerkiksi äänen ja kuvamateriaalin synkronoinnin tarve, epäselvä puhe monologissa ja kuvamateriaalin puuttuminen. Versioita tuli kaiken kaikkiaan viisi, joista viimeiseen olimme erittäin tyytyväisiä.

Kaiken kaikkiaan koko prosessi kävi melko sujuvasti, sillä käytössämme oli riittävän kattava tietopohja, jonka päälle monologi oli helppo rakentaa. Videon työstön sujuvuutta lisäsi myös oma kokemus ja osaaminen taiteiden, musiikin ja videon tuoton alalta. Videon tuottoon tarvittava laitteisto ja ohjelmisto olivat tulleet tutuiksi jo kauan ennen opinnäytetyötä. Valmis tuotos vastasi hyvin omaa aikaisempaa mielikuvaamme videosta, joten voidaan sanoa, että tuotos oli onnistunut omasta näkökulmastamme. Videon tavoitavuutta ja vaikuttavuutta on hyvin vaikea arvioida, mutta pyrimme tuottamisvaiheessa pitämään painoarvoa myös videon kiinnostavuudella tekemällä videossa esiintyvistä kuvista värikkäitä ja ilmeikkäitä sekä valitsemalla selkeä esikatselukuvake. Pyrimme myös tekemään videossa esiintyvistä hahmoista karikatyyrimaisia sekä säilyttämään tekovaiheessa esiintyneet pienet virheet, kuten tahrat, jotta videossa näkyisi oma kädenjälki ja maanläheisyys, eikä siitä tulisi liian ”steriili”.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä ei kerätä tietoja henkilöistä ja työhön kerätty data on peräisin vain julkisista lähteistä, joten tietosuojaa, tai tutkimuslupia koskevat eettiset kysymykset eivät koske tätä opinnäytetyötä. Opinnäytetyön video kuitenkin antaa arkaluontoista informaatiota nuorille, joten esitettävän datan tulee olla peräisin vain luotettavista lähteistä.

Nuorten, varsinkin varhaisnuorten minäkuva voi olla hyvinkin vaakalaudalla kehollisten sekä hormonaalisten muutosten myötä ja ulkopuolisen puhuttelu voi tehdä enemmän pahaa kuin hyvää, vaikka tarkoitus olisikin vain auttaa. Varhaisnuoren käsitys aikuisista muuttuu ja aikuisia aletaan pitää tavallisina ihmisinä, eikä enää tavallisesti lapsen näkökulmasta ajatellen kaikkietävinä. Varhaisnuori usein pitää itseänsä, omia muutoksiansa ja tuoreita ajatuksiansa uniikkeina ja ajattelee usein, ettei etenkään aikuiset kykene ymmärtämään heitä. Tästä syystä opinnäytetyön kieli tulee olla nuorille suunnatun psykiatrisen hoitotyön suosituksen mukaista. Nuoria ei tule pelotella liian raailla tarinoilla tai sanamuodoilla. (Pikkarainen 2016.)

Toiminnalliseen opinnäytetyössä tuotetun materiaalin käsittelytavat ovat samat kuin tutkimustyössäkin pääperiaatteiltaan. Eroja kuitenkin on esimerkiksi materiaalin käsittelytapojen perusteluissa. Tuotettujen materiaalien analyysitapojen ei tarvitse olla yhtä perusteltuja kuin tutkimustyössä, mutta ne tulee olla esiteltynä riittävän selkeästi ja esittelyn on olla perusteltua tuotokselle sekä arvioinnille. Näin koko työn kehittämis- ja tiedonhankintamenetelmät, dokumentointi sekä analyysi muodostavat loogisen ja yhtenäisen kokonaisuuden, jota ulkopuolinen kykenee tarkastelemaan ja jäljittämään työn vaiheet miltei aukottomasti valmiiseen tuotokseen asti. Toiminnallisen opinnäytetyön etenemisen dokumentointi on siis keskeisessä asemassa tuotoksen luotettavuutta arvioidessa. (Salonen 2013.)

Opinnäytetyö on toteutettu käyttäen Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvän tieteellisen käytännön kriteerejä, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuksellinen neuvottelukunta 2012). Lähteinä on käytetty vain tieteellistä kirjallisuutta, eikä lähteiden tiedon pohjalta olla tehty omia johtopäätöksiä, vaan on käytetty vain lähteistä saamaa tietoa. Hylättyjä lähteitä olivat ne, joista oli esiintynyt uudempia painoksia, joiden tekijästä ei ollut varmuutta, tai joista saatu informaatio oli ristiriidassa muiden lähteiden kanssa. Lähteitä tulee myös kohdella kunnioittaen alkuperäisen tekstin kirjoittajaa viittaamalla tekstiin oikein ja selvästi (Tutkimuksellinen neuvottelukunta 2012). Olemme pyrkineet tuomaan esille mahdollisimman selkeästi jokaisen väittämän lähteen koko työn aikana.

## 6.2 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön laatiminen oli mielestämme pitkä ja työläs prosessi, mutta lopulta saimme siitä myös paljon uutta tietoa sekä syvennystä aikaisempaan tietoon. Yksi suurimmista kehitystehtävistämme oli saumattoman yhteistyön ylläpitäminen, jossa molemmat tekijät pysyvät samanarvoisina ja antavat saman työpanoksen. Välillä tuottamisvaiheessa jouduimme tekemään kompromisseja, kun mielihiteemme erosivat. Nämä kompromissit kuitenkin koimme toimiviksi ja yhteistyömme jatkui tehokkaana. Yhteistyökyky on hoitajalle vitaali ominaisuus, sillä työskentely tapahtuu jatkuvasti työryhmässä ja työskentely käy nopeasti rasakaaksi, mikäli työryhmän sisäiset välit eivät ole kunnossa.

Tiedon analysointiin jouduimme käyttämään myös hyvin paljon aikaa, sillä lähteiden luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta tuli arvioida aktiivisesti ja lähteitä oli paljon. Tiedonkeruun prosessia pitkitti toisaalta myös hyödyllisten ja käyttökelpoisten lähteiden puutteellisuus; lähteet olivat usein eri kielillä, tai niitä ei päässyt tarkastelemaan maksumuurien vuoksi. Koimme oppineemme lukemaan tietotekstiä kriittisemmin ja erottamaan tieto mielipiteestä. Hoitajan ammatissa tutkitun tiedon käyttäminen on äärimmäisen tärkeää potilasturvallisuuden takaamiseksi.

Saimme myös paljon uutta konkreettista tietoa ihmisen kasvusta, murrosiästä sekä mielenterveyden häiriöistä. Laihuushäiriö, kuten useat muutkin mielenterveyden häiriöt, on hyvin monisyinen ja oireet vaihtelevat ihmisten välillä laajalti. Vaikkei tarkkoja syntymekanismeja tunneta, tiedossa on silti riskitekijät sekä suojaavat tekijät, joiden pohjalta on rakennettavissa tehokasta hoitoa. Opimme myös mielenterveyden tukemisesta, ja sen eri vaiheista. Tähän liittyen totesimme terveydenhoitajan työn merkityksellisyyden, sillä varhaisen ennaltaehkäisyn merkitys on hyvin suuri niin potilaalle, kuin yhteiskunnallekin, sillä edenneen häiriön hoito vaikuttaa olevan hyvin haasteellista. Psykiatrisen hoitotyön osaamisen harjaantuminen oli hyvin hyödyllistä, sillä sitä tulisi kyetä käyttämään erikoisalasta riippumatta, mikäli potilas, tai asiakas sitä tarvitsee.

### 6.3 Johtopäätöksen ja jatkotutkimusaiheet

Laihuushäiriö on hyvin ajankohtainen aihealue sosiaalisen median ympäröivässä maailmassa, sillä median luoma kauneusihanne laihuudesta luo paineita ja epävarmuutta nuorille omasta kehosta (Spettigue, W. & Henderson, KA. 2004). Sosiaalisen median määrän vähenemisestä ei myöskään ole merkkejä ilmassa, joten voidaan olettaa laihuushäiriön olevan ajankohtainen myös tulevaisuudessa. Mediasta ja nykyaikaisuudesta huolimatta syömishäiriöt eivät ole uusi asia – ne ovat piinanneet ihmisiä monta vuosisataa.

Anoreksia nervosan oireet tunnistettiin jo 1600-luvulla englantilaisen lääkärin Richard Mortonin toimesta (Pearce, J. 2004). Toinen englantilainen lääkäri Sir William Gull vakiinnutti *anorexian* lääketieteellisenä terminä 1873. Vielä varhaisempia historiallisia tekstejä mahdollisista syömishäiriötapauksista löytyy keskiajan tarinoista pyhimyksistä ja paastoavista naisista Japanissa. Voidaan siis ajatella, ettei kyseessä ole uusi ja tuntematon ongelma, silti etenkin nuoriin kohdistettuja tutkimuksia ei ollut liiaksi saatavilla.

Laihuushäiriö tyypillisesti syntyy kasvavassa iässä ja sen aiheuttamat terveysongelmat ja rinnakkaissairaudet voivat haitata laihuushäiriöstä kärsivän elämää

vielä vuosia laihuushäiriöstä parantumisen jälkeen. Tämän lisäksi hoitamattomana laihuushäiriöillä voi olla hyvin vakavat oireet ja ne voivat johtaa kuolemaan. Tämän vuoksi uskon, että lasten ja nuorten parissa työskentelevien, ei vain terveydenhuollon ammattilaisten, olisi hyvä oppia tunnistamaan ja puuttumaan ajoissa mahdollisiin laihuushäiriötapauksiin. Uskon, että laihuushäiriön suora hoito tulee yhteiskunnalle halvemmaksi, kuin sen aiheuttamien jälkisairauksien pitkäaikainen hoito.

Tulevaisuudessa toivoisin tehtäväksi kohdennettuja lisätutkimuksia nuorille laihuushäiriöisille, joiden pohjalta voidaan rakentaa entistäkin tehokkaampaa ennaltaehkäisevää hoitoa. Laihuushäiriön lisäksi nuoria koskee myös muut syömishäiriön muodot, jotka jouduimme rajaamaan opinnäytetyöstämme pois. Näihin kuuluu esimerkiksi ahmimishäiriö, ahmintahäiriö sekä uusin tulokas: ortoreksia. Lisätutkimukset näistä etenkin nuoriin kohdistuen olisi paikallaan, sillä kaikkien syömishäiriöiden hoidon tehokkain vaste saavutetaan varhaisella primaaripreventiivisellä hoidolla. Hyödyllistä myös lasten- ja nuortenpsykiatrian kannalta olisi tutkimukset siitä, millä formaatilla lapset sekä nuoret sisäistävät tiedon parhaiten. Nuorille kohdistettu informaatio oli melko vaikea muotoilla heitä kiinnostavaksi, sillä jouduimme pääasiassa pohtimaan itse mitä nykynuoria voisi kiinnostaa nähdä ja kuulla.



## LÄHTEET

Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, BA. & Koupil, I. 2009. Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study. 2009 Sep 1;170(5):566-75. Viitattu 11.3.2021.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19589840/>

Bellisle, F. 2009. How and why should we study ingestive behaviours in humans? ScienceDirect. Viitattu 2.2.2021.  
[https://www.researchgate.net/publication/223328159\\_How\\_and\\_why\\_should\\_we\\_study\\_ingestive\\_behaviors\\_in\\_humans](https://www.researchgate.net/publication/223328159_How_and_why_should_we_study_ingestive_behaviors_in_humans)

Brame, C. 2016. Effective Educational Videos. Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. CBE Life Sci Ed. 2016 Winter; 15(4): es6. Viitattu 5.3.2021.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5132380/>

Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Aikakauskirja Duodecim. Viitattu: 10.3.2021  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo92220>

Dash, S., Kamath, U., Rao, G., Prakash, J. & Mishra, S. 2016. Audio-visual aid in teaching “fatty liver.” *Biochem Mol Biol Educ.* 2016;44:241–245. Viitattu 8.3.2021.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26625860/>

Dimitropoulos, G. & Freeman, VE. 2016. The perceptions of individuals with anorexia nervosa regarding their family’s understanding of their illness, treatment, and recovery. 2016;24(4):375-382. Viitattu: 11.2.2021  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26467306/>

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.

Fulkerson, JA., McGuire, MT., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, SA. & Perry, CL. 2002. Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Dec;26(12):1579-87. Viitattu 9.3.2021.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12461674/>

Hoffman, B. 2018. Pro-Ana; Eating Disorder or Lifestyle? *Trakia Journal of Sciences.* 16(2): 106-113. Viitattu 9.3.2021.  
[https://www.researchgate.net/publication/326869120\\_Pro\\_Ana\\_1\\_eating\\_disorder\\_or\\_a\\_lifestyle](https://www.researchgate.net/publication/326869120_Pro_Ana_1_eating_disorder_or_a_lifestyle)

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2019. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.1.2021  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00111](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111)

Jüriloo, E., Komulainen, J., Kristmannsdóttir, G., Salonen, U., Sipilä, R. & Suokas, J. 2017a. Työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen (Syömishäiriöpotilaan hoitoketjukuvaus). Käypähoito. Viitattu 1.2.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/nix02552#T1>

Jüriloo, E., Komulainen, J., Kristmannsdóttir, G., Salonen, U., Sipilä, R. & Suokas, J. 2017b. Hyödyllisiä kysymyksiä syömishäiriöoireilun kartoittamisessa (Syömishäiriöpotilaan hoitoketjukuvaus). Käypähoito. Viitattu 1.2.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/nix02551>

Kong, P. & Harris, LM. 2015. The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *J Psychol.* 2015 Jan-Apr;149(1-2):141-60. Viitattu 9.3.2021.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25511202/>

Koskinen, M. & Haapasalo-Pesu, K. 2014a. Bentsodiatsepiinit ruokailuun liittyvän ahdistuksen hallinnassa. Duodecim. Viitattu 9.3.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/nak00378>

Koskinen, M. & Haapasalo-Pesu, K. 2014b. Atyypiset antipsykootit laihuushäiriön hoidossa. Duodecim. Viitattu 9.3.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/nak07001>

Koskinen, M. & Haapasalo-Pesu, K. 2014c. Masennuslääkkeet laihuushäiriössä. Duodecim. Viitattu 9.3.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/nak00648>

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim. 12.9.2016. Viitattu 10.10.2020  
<https://www.oppiportti.fi/op/opk04607>

Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielen-terveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 1.2.2021  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL\\_OPA025\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

McKnight, RF. & Park, RJ. 2010. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. Viitattu: 9.3.2021  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054875/>

Mielenterveyslaki. 1990. Finlex. Viitattu: 9.3.2021  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#a1116-1990>

Morris, AM. & Katzman, DK. 2003. The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003 May;8(5):287-9. Viitattu 10.3.2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792687/#b16-pch08287>

Mustajärvi, P. 2021. Osteoporoosi (Luukato). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.3.2021.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00053](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00053)

Mäntymaa, M., Luoma, I. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 27.1.2021

<https://www.duodecimlehti.fi/duo93467>

Pearce, J. M. S. 2004. Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *Eur Neurol* 2004;52:191-192. Viitattu 6.5.2021.

<https://www.karger.com/Article/Abstract/82033#>

Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 10.10.2020

Powers, PS., Bannon, Y., Eubanks, R. & McCormick, T. 2007. Quetiapine in anorexia nervosa patients: an open label outpatient pilot study. Viitattu: 9.3.2021

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16927383/>

Raevuori, A. & Hebeling, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Syömishäiriöiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. 8.4.2016. Viitattu 10.10.2020

<https://www.oppiportti.fi/op/ljn01807/do>

Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, TA. 2020. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*. 2020;77(1):19–40. Viitattu: 10.3.2021

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1747-0080.12581>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2021

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sidani, JE., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J. & Primack, BA. 2016. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016 Sep;116(9):1465-1472. Viitattu 10.3.2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003636/>

Silén, Y., Sipilä, PN., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. 2020. DSM-5 eating disorders among adolescents and young

adults in Finland: A public health concern. *Eating Disorders*. 2020 Jan;53(5):790-801. Viitattu 11.3.2021  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23236>

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria; tutkimuslöydöksistä käytännön sovel-  
luksiin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 27.1.2021  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo94437>

Spettigue, W. & Henderson, KA. 2004. Eating disorders and the role of the media.  
*Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2004 Feb;13(1):16-9. Viitattu 10.3.2021.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533817/>

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin,  
Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama  
työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu  
27.1.2021  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50101#K1>

Talvia, S., & Anglé, S. 2018. Kohti vaikuttavampaa ohjausta – ruokasuhteen vii-  
tekehys ravitsemuskasvatuksen lähestymistapana. *Sosiaalilääketieteellinen Ai-  
kakausslehti*, 55(3). Viitattu 14.5.2021.

Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. 2015. Syömishäiriöt. Kustannus Oy Duo-  
decim. 29.1.2015. Viitattu 10.10.2020  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00109](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00109)

Tiitinen, A. 2020. Kuukautisten puuttuminen. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu  
11.3.2021.  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00705](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00705)

Tutkimuksellinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen  
loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 16.02.2021  
[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitseushoito – Suositus sairaaloihin,  
terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin.

**LIITTEET**

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Ohjevideon linkki

Liite 1.

### OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) ROI KPKI, Kouluterveystieteiden tutkimuskeskus Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Tina Poitula	
Tekijä	Työn aihe Ohjevideo kahvihuoneen oireista lämmille yläasteikäisille	Opiskelijanumero
	Nimi Sanna Leste / Kalle Vuosipuu	Pöytänumerot
	Katunumero	Postinimi
	Puhelin	Sähköposti
	Suoritettava tutkinto Kouluterveystieteiden AMK	Ryhmätunnus
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Sanna Leste	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu, Jokirajantie 11, 96300 Rovaniemi	Sähköposti
	Puhelin	
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Thesusus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallista tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Palkka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	11.6.21 Rovaniemellä	
Tekijä	12.8.21 Rovaniemi	
Lapin AMK	12.8.21 Rovaniemi	

Liite 2.

<https://www.youtube.com/watch?v=8wgXq2Hn-CE>