



Esite syömishäiriöistä nuorelle ja hänen läheisilleen

Nousiainen, Netta

Pukkila, Terhi

Sutinen, Sanna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Esite syömishäiriöistä nuorelle ja hänen läheisilleen

Nousiainen Netta
Pukkila Terhi
Sutinen Sanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Nousiainen Netta, Pukkila Terhi, Sutinen Sanna

Esite syömishäiriöistä nuorelle ja hänen läheisilleen

Vuosi 2013

Sivumäärä 43

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa esite Luotsi palveluneuvontapisteelle. Esitteen tarkoituksena on lisätä ihmisten tietoisuutta syömishäiriöistä, mitä tehdä jos nuorella sitä epäilee ja mistä saada apua.

Opinnäytetyön teorian muodostivat kirjallisuuskatsaus syömishäiriöihin liittyen sekä teema-haastattelut, niiden litterointi ja analysointi. Haastatteluiden pohjalta syntyi esite syömishäiriöiselle nuorelle ja hänen läheisilleen. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja teemahaastattelu analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Haastateltavina toimi syömishäiriöihin perehtyneitä asiantuntijoita sekä kokemusasiantuntija. Haastatteluista kolme toteutettiin puhelinhaastatteluina ja yksi ryhmähaastatteluna. Haastatteluiden mukaan esitteen piti olla ytimekäs, selkeä, informatiivinen ja värikäs. Esite toteutettiin haastatteluista saadun tiedon sekä teoriaosuuden pohjalta. Haastateltavat pitivät esitettä hyvin tarpeellisena ja ajankohtaisena.

Esite sisältää tietoa auttavista tahoista syömishäiriöihin liittyen sekä yhteystietoja. Esite on saatavilla Luotsi-palveluneuvontapisteestä. Kehittämishaasteeksi muodostui, kuinka luoda sellainen esite, joka kiinnostaa ihmisiä ja tavoittaa esitettä tarvitsevat. Tulevaisuuden tavoitteena olisi helpottaa ihmisten hakeutumista avun piiriin.

Nousiainen Netta, Pukkila Terhi, Sutinen Sanna

A brochure of eating disorders for young people and their relatives

Year	2013	Pages	43
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to produce a brochure for the Navigator Help Desk. The brochure is supposed to increase people's awareness about the possibilities to get help when an eating disorder is suspected or one has it already.

Data consists of literature review related to eating disorders as well as theme interviews, the transcription and analysis. The brochure for young people with eating disorders and their families is based on the interviews. The study was qualitative. The theme interviews were analyzed by using content analysis method.

Interviewees were experts on eating disorders and one was an expert by experience. Three of the interviews were carried out using telephone interviews and one was a group interview. According to results the brochure was supposed to be concise, clear, informative and colorful. Brochure was produced based on the information from the interviews as well as the basis of the theory. The interviewees thought the brochure was very necessary and current.

The brochure includes information about helping quarters related to the eating disorders, as well as contact information. The brochure is available in the Navigator Help Desk. Development challenge was that how to create a brochure that is attractive and reaches the people in need for help. A goal in the future is that it would be easier for people to request for help.

Keywords: brochure, eating disorders, young people, Navigator Help Desk

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus.....	7
2	Luotsi palveluneuvontapiste	7
3	Nuorten syömishäiriöt	8
3.1	Terveydenhuollon ammattilaisten merkitys syömishäiriöiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä	10
3.2	Tyytymättömyys omaan kehoon	12
3.3	Diabeetikko ja syömishäiriö	13
3.4	Ravitsemusterapeutti syömishäiriöiden hoidossa.....	14
3.5	Ravitsemustilan arviointi.....	15
3.5.1	Aliravitsemuksen ja oksentelun ulkoiset merkit	15
3.5.2	Painon seuranta.....	16
3.5.3	Punnitustiheys ja painon nousutavoitteet alipainoisilla potilailla	17
3.6	Ruokavalion suunnittelu.....	18
3.6.1	Täsmäsyöminen.....	18
3.6.2	Energiataso	18
3.6.3	Aterioiden koostaminen ja ruokavalinnat.....	20
3.6.4	Lisäravinteet	21
3.7	Fyysiset ja psyykkiset komplikaatiot.....	22
3.8	Raskaus ja imetys	22
3.9	Anoreksia nervosa.....	23
3.9.1	Oireet.....	24
3.9.2	Hoito.....	24
3.10	Bulimia	25
3.10.1	Oireet	25
3.10.2	Hoito.....	26
3.11	Ortoreksia	26
3.11.1	Tutkimuksia ja tapauksia.....	27
3.11.2	Altistavat tekijät.....	28
3.11.3	Hoito.....	29
4	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	29
4.1	Teemahaastattelu.....	30
4.2	Sisällönanalyysi	30
4.3	Esite	31
5	Haastattelujen yhteenvedot	31
5.1	Sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin näkemykset.....	32
5.2	Puhelinhaastattelujen yhteenveto	33
6	Toiminnan arviointia.....	34

6.1	Opinnäytetyön kulku.....	34
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	35
7	Pohdinta	36
	Lähteet	39
	Liitteet	41

1 Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa esite Luotsi palveluneuvontapisteelle. Esitteen tarkoituksena on kertoa kuinka saada apua nuorelle jolla joko epäillään, tai jolla on syömishäiriö. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja se toteutetaan teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelulla on tarkoitus selvittää, mitä tietoa esitteessä tulee olla, miltä hyvä esite näyttää ja mistä voi saada tarvittaessa apua. Esitteen avulla ihmisten tieto nuorten syömishäiriöistä lisääntyy ja he pystyvät tunnistamaan syömishäiriöiden tyypilliset merkit. Esitteen tarkoitus on auttaa tunnistamaan syömishäiriöinen käytös ja madaltaa kynnystä hakeutua avunpiiriin.

Syömishäiriöitä pidetään nykynuorten muoti-ilmiönä, etenkin laihuushäiriötä eli anoreksia nervosaa. Julkinen media ruokkii ajatusta, että syömishäiriö koskettaa vain nuoria tyttöjä, vaikka syömishäiriö voi koskettaa ketä tahansa. Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan vain nuoria, koska he ovat herkkiä ympäristöstä aiheutuville paineille. Nuoret tytöt ihannoivat naisten laihuutta ja kauniita linjoja joita media tuo jatkuvasti esille. Lehdet pursuavat laihdutusvinkkejä ja julkisuuden henkilöt antavat oman nimensä tuotteille. Myös tämä luo nuorissa ihannointia.

Opinnäytetyöstä on hyötyä hoitoalan henkilöstölle, aiheesta kiinnostuneille, syömishäiriötä sairastaville sekä heidän läheisilleen. Terveystyöntekijöiden tulee osata tunnistaa oireet, avustaa tutkimuksissa, kertoa sairaudesta, kannustaa ja tukea hoitoon hakeutumisessa, hoidon aloittamisessa ja sen jatkamisessa. Hoitajien tulisi tukea ja auttaa syömishäiriöstä kärsivän läheisiä ymmärtämään sairaus ja saamaan siitä lisätietoa.

Opinnäytetyön aiheena ovat syömishäiriöt, koska ne ovat yleistyneet nuorten keskuudessa ja aihe on tämän vuoksi ajankohtainen. Kiinnostuksen kohteena ovat syömishäiriöiden eri muodot ja niiden hoito. Esitteen on tarkoitus olla kannustava, positiivinen ja motivoiva.

2 Luotsi palveluneuvontapiste

Luotsi palveluneuvontapiste on Hyvinkään Laurean ja laajan kumppaniverkoston kanssa ideoima ja toteuttama monialainen hanke. Luotsi palveluneuvontapisteen palveluneuvojina toimii Trio-työryhmä, joka muodostuu Hyvinkään Laurean sosiaali- ja terveysalan opiskelijasta, alan ammattilaisesta ja kokemusasiantuntijasta. Kokemusasiantuntija kertoo kokemastaan terveysvaivasta tai sosiaalisesta ongelmasta, miten hän on selviytynyt siitä ja kuinka hänen elämänsä jatkuu. Tämä kokemusasiantuntija edustaa usein kolmatta sektoria. Tällä tavalla TRIO:n jäsenet muodostavat uuden työyhteisön, joka tarjoaa innovatiivisen oppimiskokemuksen ja samalla tekee osaamisen tunnetuksi, hyödynnettäväksi ja kehitettäväksi.

Tämän päivän muutokset hoitokäytänteissä ovat selviä, halutaan eroon pitkäkestoisista laitoshoitopaikoista. Varsinkin ikääntyvien hoitotyössä sekä mielenterveys- ja päihdetyössä tämä korostuu selvästi. Nykyisin palveluiden halutaan sijoittuvan lähelle asiakasta ja hänen asuin- ympäristöään. Olemassa olevasta palvelutarjonnasta halutaan antaa neuvontaa ja ohjausta. Yhteiskunnan tilanne on muuttunut; lainsäädännön muutoksilla, arvojen koventumisella ja talouden korostumisella on vaikutusta lisääntyvään eriarvoisuuteen, köyhtymiseen sekä työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuteen. Tämä voi luoda uudenlaisia mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä pahoinvointia perheissä, jotka siten lisäävät palveluiden kysyntää. Heikko taloudellinen tilanne saa ihmiset verkostoitumaan ja hakemaan tietoa, apua ja neuvoa muualta.

Luotsin palvelut ovat keskitettyjä, ilmaisia ja maanläheisiä asiakkailleen ilman kiirettä. Ikään- tyviä ihmisiä käy paljon lääkärien vastaanotoilla, vaikka heitä voitaisiin auttaa ennaltaeh- käisevästi muualla. Luotsi palveluneuvontapisteiden toimintaan kuuluu mm. verenpaineen mit- tausta, vuorovaikutuksellista ohjausta ongelmatilanteissa sekä arjen asioissa. Palveluneuvon- tapiste auttaa myös kuluttamaan ja harrastamaan kulttuuria, joka puolestaan auttaa ihmisiä yhteisöllisyyden ja moniarvoisuuden tunteeseen sekä varhaisten ongelmien ehkäisemiseen. Luotsin tarkoitus on olla keskitetty, kiireetön ja matalan kynnyksen paikka kaikille ihmisille ikään, sukupuoleen tai asemaan katsomatta. (Mattila 2011.)

3 Nuorten syömishäiriöt

Rajanveto normaalin ja häiriintyneen syömisen välillä ei ole helppoa. Ihmiset saattavat olla tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä ja he ovat elämänsä aikana kokeilleet erilaisia laihtu- tusmenetelmiä. Syömishäiriöksi ei vielä luokitella jos se on hetkellistä tai kertaluontoista tyy- tymättömyyttä omaan kehoon. Häiriö muodostuu kun se alkaa häiritä fyysistä terveyttä tai arkista toimintakykyä. Elämän pääsisällöksi nousee syöminen tai syömättömyys tavalla, jolla se haittaa normaalia elämää. Vaikeita ongelmia muodostuu, kun elämä keskittyy oireilun ym- pärillemme ja ne määräävät liikaa elämää. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008.)

Syömishäiriö alkaa usein vähitellen ja huomaamattomasti. Oireet ovat yleensä intiimejä, jo- ten niitä voidaan peitellä hyvinkin pitkään. Oireina voivat olla inho ja häpeä omasta vartalos- ta, ahmiminen, tyhjentyminen ja kuukautishäiriöt. Ulospäin näkyviä oireita ovat voimakas laihtuminen, painonvaihtelu ja ruokailutapojen muuttuminen. Usein ensioire on karkkilakko tai aterioiden väliin jättäminen. Ruokavalio supistuu, osa ruoka-aineista muodostuu kielletyik- si tai tiukasti säännöllistetyiksi. Yleensä rasva ja liha katoavat ensimmäisinä, tilalle tulee suu- ri määrä kasviksia ja vähän leipää. Nuori haluaa ryhtyä kasvissyöjäksi tai vaatii kevyttuotteita. Nuori alkaa vältellä yhteisiä syömishetkiä ja keksii tekosyitä välttääkseen niitä. Nuori voi yrit- tää korvata ateriansa runsaalla kahvin ja teen juonnilla, sokeroimattomilla limuilla tai tupa-

koinnilla. Nuorella voi esiintyä outoa käyttäytymistä ruokailuun liittyen kuten ruoan piilottamista, siirtelyä lautasella, pieneksi paloittelua tai erikoisesti maustamista. Usein syömishäiriöinen nuori on jo aiemmin kokeillut erilaisia laihdutuskuureja. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008.)

Suurin riski sairastua syömishäiriöihin näyttäisi olevan ympäristötekijöillä. Yhteyksiä on löydetty elämäntapahtumiin, esimerkiksi muutto vieraaseen ympäristöön tai ulkomaille sekä kiusatuksi tuleminen. Jos murrosikä on alkanut hyvin varhaisessa vaiheessa ja nuori on joutunut ulkonäköönsä ja vartaloonsa kohdistuvan kiusauksen uhriksi, on hänellä suurempi riski sairastua ahmimishäiriöön tai ankaraan laihdutukseen kuin henkilöllä, joka ei ole kokenut vastaavaa. Kiusauksen lisäksi riskitekijöitä ovat myös stressi, vaikeat elämänolosuhteet ja - tapahtumat, psyykinen tai fyysinen sairaus, kuolema tai kriisi perheessä. Tutkimuksia syömishäiriöistä tehdään jatkuvasti, koska halutaan ymmärtää nykyistä paremmin sairautta ja kehittää siihen tehokkaita lääkkeitä. Periytyminen on kuitenkin monimutkainen ilmiö, joten suuria läpimurtoja ei ole geenitutkimuksissa vielä löytynyt. Syömishäiriöt kuitenkin kerääntyvät saman suvun ympärille. Nykyään ajatellaan, että alttius sairastua on puoliksi ympäristötekijöistä johtuvaa ja puoliksi perintötekijöistä johtuvaa. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 34-36.)

Toisinaan syömishäiriöt tuntuvat olevan muoti-ilmiö joka leviää ystävältä ystävälle, koululuokan keskuudessa tai urheilujoukkueen sisällä. Saman perheen jäsenien sairastuminen on hyvin todennäköistä. Joskus sisarukset jopa kilpailevat keskenään laihuudesta ja painoindeksien saavuttamisesta. Vanhemman sairastuminen luo perheeseen kielteisen ruokakäyttäytymisen ja ilmapiirin, joka keskittyy painon ympärille. Tämä voi myös vahvasti vaikuttaa muiden perheenjäsenten sairastumiseen jolloin sairastunut saattaa selittää sairastumisensa perintötekijöillä. Joskus saman perheen jäsenet voivat sairastaa toisten tietämättä samaa sairautta. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 36-37.)

Syömishäiriön tunnetuin riskiryhmä on liikunta- ja urheilulajeja harrastavat nuoret. Liikunta itsestään ei lisää riskiä sairastua syömishäiriöön, mutta joihinkin liikuntalajeihin saattaa liittyä hyvinkin tarkkoja ja tiukkoja ulkonäkövaatimuksia. Esimerkiksi tanssi, voimistelu ja luistelu saattavat lisätä riskiä nuorten keskuudessa tarkkailla omaa syömistään ja painoaan, erityisesti kilpaurheilun ja ammattilaistasolla. Myös jotkut ammatit ovat samankaltaisia, esimerkiksi mallit, jotka tarkkailevat hyvinkin tiukasti painoaan ja ulkonäköään. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 39.)

Tutkimusten mukaan länsimaissa anoreksiaa esiintyy nuoruusikäisillä tytöillä 0,2%-0,8% ja pojilla tästä noin kymmenesosalla. Nuoruusiässä alkaneen bulimian esiintyvyys on samaa luokkaa anoreksian kanssa. Naisille esiintyvyydeksi on esitetty 1,1 - 4,2%. Suomessa yläasteella olevat,

varsinkin tytöt ovat tavallisemmin huolissaan omasta painostaan. Bulimiam heillä saattaa olla jopa 1,8% ja poikien osuus on 0,3%. (Käypähoito 2009.)

3.1 Terveystieteiden ammattilaisten merkitys syömishäiriöiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä

Syömishäiriöt ovat sekä fyysisiä että psyykkisiä sairauksia, joiden hoito kohdistuu aluksi ravitsemustilanteen parantamiseen ja somaattisten ongelmien korjaamiseen. Hoito sisältää psykoedukatiivista ohjausta ja siinä keskitytään potilaan ja hänen perheensä tukemiseen. Psykoterapeuttinen hoito on hyödyllistä pahimman alipainon korjaannuttua. Ahmimishäiriön ja laihuushäiriön liitännäisoireiden hoidossa voidaan joissakin tapauksissa käyttää lääkehoitoa. Mahdollisia liitännäisoireita ja -häiriöitä ovat vakava masennus, pakko-oireet, vaativan persoonallisuuden piirteet ja ahdistuneisuushäiriö, jotka ovat yhtäaikaista syömishäiriöiden kanssa tavallisia nuorilla. Paranemisen ennusteeseen vaikuttavat varhainen hoitoon pääsy ja aktiivinen hoito-ote. (Käypä hoito 2009, 2-4.)

Syömishäiriöiden tutkimukseen ja hoitoon tarvitaan moniammatillista verkostoa ja eri erikoisalojen yhteistyötä. Kuoleman riskiä sekä pitkäaikaisten psykososiaalisten ja fyysisten ongelmien syntyä voidaan ennaltaehkäistä oireiden varhaisella tunnistamisella sekä niiden hoidolla. (Ruuska & Rantanen 2007, 4527-4531.) Kouluterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden varhaisessa toteamisessa on ensisijaisen tärkeää. Säännöllisten terveystarkastusten avulla voidaan alkavat syömishäiriöt todeta jo hyvissä ajoin ja ohjata nuori hoitoon. Nuoren ruokailu- ja liikuntatottumukset, murrosiän ja kuukautisten alkamisikä, sekä kasvun ja kehityksen kulku tulee selvittää. Kasvun seuranta, sen taittuminen tai pysähtyminen, kertovat ravitsemustilasta ja ravitsemushäiriön vaikeusasteesta. (Käypä hoito 2009, 4-6.)

Nuoren kohdalla pelkkä paino ei ole arviointiväline, koska nuorten kasvun ja kehityksen vaihtelevuus on laajaa. Kliinisessä tutkimuksessa tulee huomioida murrosiän vaihe, verenpaine, syketaajuus, sydämen kuuntelulöydökset, verisuonten supistuneisuuden merkit sekä aliravitsemuksen merkit, kuten turvotukset, ihon sekä hampaiden kunto. Syömishäiriöpotilaalta tutkitaan myös veriarvoja ja sydänfilmi. Psykiatrisella tutkimuksella selvitetään onko nuoren kohdalla kyseessä syömishäiriö ja onko samanaikaisesti mahdollisesti muita psyykkisiä oireita tai sairauksia. Nuorella täytyy myös arvioida henkistä kehitystä ja toimintakykyä suhteessa ikään ja kuinka häiriö vaikuttaa kehitykseen nuoruusiässä. (Käypä hoito 2009, 4-6.)

Nuorten syömishäiriöiden esiintyvyydelle on erilaisia psykologisia, biologisia ja sosiaalisia riskitekijöitä, joiden esiintyessä tulee huomioida syömishäiriön mahdollisuus. Naissukupuoli on riskitekijä, mutta se ei pois sulje sitä että pojilla ja miehilläkin syömishäiriöitä esiintyy. Kulttuurin ihannoima naisen hoikkuus luo paineita etenkin nuorelle. Murrosikä lisää riskiä sairas-

tua syömishäiriöille fyysisen kasvun ja kehityksen yksilöllisen vaihtelun ollessa laaja. Tämä puolestaan voi aiheuttaa stressiä nuorelle. Ylipaino tai muu tyytymättömyys omaan kehoon voi ajaa nuoren käyttämään terveydelle haitallisia laihdutuskeinoja. Krooninen sairaus kuten diabetes, jossa paino vaihtelee sairauden kulun mukaan ja jossa ruokailun säännöllisyyteen ja ruokavalion laatuun tulee kiinnittää huomiota, lisäävät riskiä häiriön syntyyn. Nuoren kokema stressi ja paine vanhemmilta joilla on suuret odotukset nuorelta, masennus, kiusatuksi joutuminen, tupakointi ja päihteiden käyttö, sekä erittäin runsas liikunta ovat riskitekijöitä, jotka tulisi havaita kouluterveydenhuollossa. Siten ongelmat olisi ennaltaehkäistävässä, jotta syömishäiriötä ei pääsisi syntymään, tai jolloin jo alkavaan sairauteen päästäisiin nopeasti aloittamaan hoito. (Hautala, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006, 41-44.)

Syömishäiriöiden hoidon tavoitteena on toteuttaa hoito mahdollisuuksien mukaan avohoidossa. Tämä vaatisi sen, että paino tai painoindeksi sekä motivaatio hoitoon ovat riittävät, perhe ja sosiaalinen verkosto tukemassa, ei ole vakavia lääketieteellisiä poikkeavuuksia eikä potilas ole laihuushäiriön takia ollut sairaalahoidossa aiemmin. Hoidon aikana seurataan sekä psykistä että fyysistä vointia ja hoidon edetessä tulee kiinnittää huomiota myös sosiaaliseen selviytymiseen. Nuorelle ja hänen perheelleen tulee antaa tarpeeksi käytännönläheistä tietoa sekä vaalia hyvää ja luottamuksellista hoitosuhdetta, joka turvaa riittävän yksityisyyden antaen samalla tunteen potilaalle, että ihmiset hänen ympärillään ovat auttamassa häntä. (Käypähoito 2009, 6-7.) Syömishäiriöisen hoidon onnistumisen kulmakivenä on nuoren oma tahto parantua. (Heiskanen-Haarala 2011, 16-18.)

Ravitsemustilaa korjataan vähitellen riippuen aliravitsemuksen vakavuudesta ja asetetaan välitavoitteita, joiden avulla tähdätään lopulliseen painotavoitteeseen. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja siinä otetaan huomioon itse potilaan mielipidettä. Ravitsemusterapeutti on auttamassa ja ohjaamassa ruokavalion suhteen motivoiden ja tukien potilasta korjaamaan ravitsemustilannettaan. Hoidon tavoitteena on, että potilas ymmärtäisi ja noudattaisi normaalia terveellistä ruokavaliota ja pystyisi seurassakin ruokailemaan normaalisti. (Käypähoito 2009, 6-7.)

Ravitsemuksen lisäksi huomioidaan myös muut syömishäiriöihin liittyvät asiat. Syömishäiriöisen liikkumista voidaan aluksi rajoittaa, jotta paino nousisi paremmin. Hoidon edetessä liikkunnasta saattaa olla jopa hyötyä sairaalahoidon aikana, koska sen on todettu lisäävän potilaan motivaatiota hoitoon. Potilaan hampaiden kuntoon tulee kiinnittää huomiota, antaa ohjeita hampaiden hoitoon ja ohjata tarvittaessa hammaslääkəriin tarkastukseen. Hoitohenkilökunnan tulee tuntea syömishäiriön taustat ja potilaan tuntemukset sairauden aikana, jotta he voivat ymmärtää tämän ajatuksia ja tuntemuksia. Psykoterapian avulla potilaan on tarkoitus itse ymmärtää sairautensa vakavuus ja vaikutukset hänen terveyteensä. Lääkehoidolla ei ole todettu olevan apua laihuushäiriön kohdalla ainakaan hoidon alkuvaiheessa ja myöhemmässä

vaiheessa annetun lääkehoidon haittavaikutukset voivat olla merkittävät verrattuna niistä saatavaan hyötyyn. Nuorten ahmimishäiriöiden kohdalla toteutettavasta lääkehoidosta ei ole juurikaan julkaistua tutkimustietoa. (Käypähoito 2009, 9-13.)

3.2 Tyytymättömyys omaan kehoon

Syömishäiriöpotilas kiinnittää liikaa huomiota ulkomuotoonsa ja painoonsa, joiden kontrolloiminen toimii hänen itsearvostuksensa kannattelijana. Potilaalla ollessa ruumiinkuvan häiriö hänen käsityksensä oman ruumiinsa koosta on ristiriidassa sen todellisesta ulkomuodosta. Klassinen ruumiinkuvan häiriö eli epärealistinen kuva omasta kehosta on vain harvalla anoreksiaa sairastavista potilaista, koska yleensä he ainakin hetkittäin tiedostavat olevansa alipainoisia. Ruumiinkuvan häiriöstä tulee puhua ja se tulee käsitellä syömishäiriön hoidon aikana, jotta toipuminen voisi tapahtua. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 170 -171.)

Anoreksiapotilaan itsetunto perustuu laihuuteen. Jotta sairaudesta voisi parantua, tulee potilaan löytää muita itsearvostuksen lähteitä. Psykoterapian avulla on tarkoitus löytää näitä asioita ja sen myötä hyväksyä oma itsensä. Itsetuntoa voi vahvistaa monien eri asioiden kautta, kuten ihmissuhteiden, harrastusten ja työn sekä opiskelun avulla. Laihduttaminen ei ole pidemmän ajan kuluessa itsetunnolle hyvä perusta, koska sen kehittäminen loppuu tietystä pisteessä. Kehon fysiologia tulee vastaan, eikä potilas voi painoonsa koskaan olla täysin tyytyväinen kun aina pitäisi olla laihempi. Elimistön puolustuskeinot turhaan laihduttamiseen vaikeuttavat painonpudottamista, ja epäonnistuminen laihduttamisessa huonontaa itsetuntoa vielä enemmän, joka johtaa sairauden syvenemiseen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 171-172.)

Potilaan kanssa tulee keskustella kulttuurissa esiintyvistä laihuuden ihannoinnista ja sosiaalisista paineista laihuuteen sekä kyseenalaistaa niitä. Potilasta autetaan muodostamaan itsestään realistinen kehonkuva ja hyväksymään itsensä, jotta toipumista voisi tapahtua. Potilaan itsekritiikkiä ja itsensä tarkkailua tulisi saada vähennettyä. Tähän pyritään esimerkiksi sillä, ettei hän jatkuvasti peilaile, punnitse tai mittaille itseään. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 172-173.)

Potilaan tunteiden käsittely voi olla muokkautunut siten, että hän tulkitsee ikävät, pelottavat ja ahdistavat tunteet sekä ajatukset lihavuutena, jotka hän käsittelee laihduttamisen kautta. Nämä ikävät tunteet voivat olla liian ahdistavia ongelmia ajateltavaksi, joten on helpompi siirtää niiden käsittely laihduttamisen työstämiseen. Tätä lihavan olon tunnetta voidaan käsitellä potilaan kanssa selvittämällä missä tilanteissa se tulee ja millaisia ajatuksia siihen liittyy. Potilaan tulisi tiedostaa ja hyväksyä nämä ongelmat, joita hän ei ole käsitellyt suoranai-

sesti vaan tulkinnut ne lihavaksi oloksi ja laihduttanut. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 172-173.)

Syömishäiriöpotilaan toipuessa ja syömisen normaalistuessa alkaa biologinen normaalipaino palautua. Keho alkaa voimaan paremmin olemalla vahvempi, virkeämpi ja terveellisempi kuin näkiintyneenä tai ahmiessa. Pakkomielteisen liikkumisen sijaan voi liikunta olla nautinnollista ja jopa parantaa oman kehon hyväksyntää toipumisen aikana kun voimat palautuvat. Terveellinen ravitsemus vaikuttaa kehoon ja sen ulkomuotoon hyvällä tavalla, josta potilasta kannattaa muistuttaa toipumisen aikana. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 173.)

3.3 Diabeetikko ja syömishäiriö

Diabeetikoilla syömishäiriöiden esiintyvyys on kaksinkertainen muihin verrattuna ja aiheuttaa diabeteksen hoitotasapainon huononemista. Diabetesta sairastavien tyttöjen kohdalla syömishäiriöiden mahdollisuus tulee huomioida jo ennen murrosikää, koska syömishäiriöiden seurauksena ravitsemustilan huononeminen ja alipaino aiheuttavat kuukautisten poisjääntiä ja osteoporoosia eli luukatoa. (Käypähoito 2009, 4.) Diabeetikkonuorella diabeteksen hoitotasapainon vuoksi tehtävä aterioiden arviointi ja jatkuva syömisen tarkkailu voivat altistaa syömishäiriöille. Kun diabetesta hoidetaan hyvin, voi paino vähän nousta. Tämä voi nuoren kohdalla tuntua ahdistavalta. Painon nousun vuoksi voi diabeetikkonuori alkaa kikkailla insuliinihoitonsa kanssa, jolloin paino putoaa ja hoitotasapaino järkkyy. Insuliiniannosten vähentäminen johtaa verensokerin nousuun ja vakaviin terveyshaittoihin, joita ovat rasva-aineenvaihdunnanhäiriöt, hermosto-, silmänpohja- ja munuaisvauriot sekä ketoasidoosi. Syömishäiriöihin voivat sairastua sekä tytöt että pojat ja niiden esiintyvyyden on huomattu lisääntyneen murrosikäisten kohdalla. Nuoren kohdalla tulee kiinnittää huomiota hänen ruokailutapoihinsa, painon tarkkailuun ja hoitotasapainon toteuttamiseen ja huomioida jos niissä tapahtuu huolestuttavia muutoksia. Liian kurinpitoisesti ruokailuun ja ruokamääriin suhtautuvan nuoren kanssa tulee keskustella asiasta ja kertoa hänelle kylläisyyden mukaan syömisestä sekä siitä, ettei ruokailun tarvitse olla niin kurinpitoista vaan se voi olla myös joustavaa ja rentoa. Nuorten syömisongelmia voidaan ennaltaehkäistä ohjaamalla nuorta ja perhettä sallivaan suhtautumiseen ruokailua kohtaan ja yhteisten perheaterioiden vaalimiseen. Nuorta tulee ohjata syömään terveellisesti ja säännöllisesti ja hänen kanssaan tulee keskustella avoimesti ruokailuun liittyvistä asioista. (Korpela-Koskinen 2012, 26-27.) Diabeetikon sairastama syömishäiriö huomataan usein tavanomaista nopeammin diabeteksen seurantakäynnin yhteydessä. (Heiskanen-Haarala 2011, 16-18.)

3.4 Ravitsemusterapeutti syömishäiriöiden hoidossa

Ravitsemusterapeutti on osana moniammatillista yhteistyöverkostoa syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Hän on asiantuntija ravitsemukseen liittyvissä asioissa ja yhdessä potilaan kanssa hän suunnittelee tälle yksilöllisen ruokavalion jonka tavoitteena on edistää paranemista. Ravitsemusterapeutti motivoi potilasta ja auttaa tätä syömisen sekä painon hallinnan saavuttamisessa. Tämän toteuttamiseksi hänen on koottava tietoa potilaan syömiskäyttäytymisestä ja ravitsemustilasta. Herätellä potilaan sairaudentuntoa osoittamalla ravitsemukselliset puutteet hänen kehossaan sekä ruokavaliossaan, motivoida hoitoon auttamalla tunnistamamaan ja tiedostamaan kehon omat viestit, kuten nälkiintymisen ja ahminnan. Ravitsemusterapeutin keinoja hoidon toteuttamiseen ovat ruokapäiväkirjatyöskentely, keskustelu, tiedon antaminen ravitsemuksesta sekä syömisen ja ahminnan hallintakeinoista, painon seuranta ja painotavoitteiden asettaminen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 21-22.)

Ravitsemusterapeutti tunnistaa potilaan pelot ja vääristyneet ajatukset ruokaan ja painonhallintaan liittyen. Tällöin hän pystyy puuttumaan ja tarkastelemaan potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti, toisin kuin potilas itse, jonka ajatukset pyörivät vain yksittäisissä ruoka- ja ravintoaineissa. Ravitsemusterapeutti antaa potilaalle tietoa, ohjausta ja tukea ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyen. Hän auttaa potilasta löytämään terveen ruokavalion ja saavuttamaan biologisen normaalipainon, johon kovinkaan moni alipainoinen ei pysty yksinään ilman apua. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 22.)

Asiantuntemus ravitsemusasioissa sekä rento suhtautuminen liikuntaan, ruokaan ja painoon on tärkeää, jotta potilas voi luottaa ravitsemusterapeuttiinsa ja hyväksyä tämän tekemän ravitsemussuunnitelman. Ravitsemusterapeutti huolehtii potilaan ravitsemuksen suunnittelusta kunnes potilas itse kykenee sen tekemään ja huolehtimaan ruokailuistaan. Asiantuntemuksen osoittamiseksi ja luottamuksen kasvattamiseksi ravitsemusterapeutin täytyy antaa tietoa ja perustella asiat ja ehdotuksensa potilaalle ymmärrettävässä muodossa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 23.)

Luottamusta herättää potilaan kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Ravitsemusterapeutin tapaamisajasta osa voidaan käyttää potilaan ajatusmaailman läpikäymiseen ja perehtymällä hänen arvoihinsa ja uskomuksiinsa. Kun syömiskäyttäytymisen taustalla olevat ajatusvääristymät tunnistetaan, niitä voidaan tutkia ja korjata, jotta syömiskäyttäytymisen muutos tulisi mahdolliseksi. On kuitenkin varottava menemästä psykoterapeuttiseen keskusteluun saakka, koska silloin keskustelun ydinalue siirtyy pois tarkoitetusta eli ravitsemuskuntoutuksesta. Ravitsemusterapeutin koulutus ei anna valmiuksia psykoterapeuttiselle keskustelulle ja ajoittain voi olla vaikeaa tehdä rajanveto sen ja ravitsemusohjauksen välille. Keskustelun

johdattavana asiana voidaan pitää sitä, mikä edistää potilaan paranemista. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 21-25.)

3.5 Ravitsemustilan arviointi

Painoindeksiä käytetään aikuisten ravitsemustilan arviointiin. Alle 16 - vuotiaille lapsille käytetään kasvukäyrää ja pituuspainoa. Ravitsemustilan arvioinnissa on myös tärkeää huomioida painon suhteellisen laskun määrä sekä nopeuden selvittäminen. Mitä nopeammin ja enemmän potilas laihtuu, sitä vakavammasta tilanteesta on aina kysymys. Nopeana laskuna pidetään, jos paino on laskenut yli 0,5 kg / viikko tai yli 5 % / kuukaudessa tai yli 10 % / 3-6 kuukauden aikana. Lapsilla selvästikin nopea painon lasku on huomattavasti vaarallisempaa kuin aikuisilla. Muita mittaamiskeinoja ovat kehon rasvaprosentin määrittäminen ja seuraaminen ja aliravitsemuksen ulkoisten merkkien seuraaminen. Myös laboratoriotutkimukset ovat osa hyvää seurantaa. Lapsilla anoreksian diagnostisena kriteerinä voidaan pitää sitä, että paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon. Aikuisilla mitta määritellään painoindeksi perusteella, naisilla alle 17,5 ja miehillä alle 19. Lapsilla pituus- ja kasvukäyriä nähdään, onko lapsen kasvu häiriintynyt laihuushäiriön vuoksi. Rasvapitoisuuden mittaaminen on sikäli luotettava, koska sitä tulosta ei voida manipuloida. Syömishäiriöstä kärsivän potilaan on paljon helpompi puhua kehon koostumuksesta kuin itse painosta. Jotta puberteetti-ikä alkaisi normaalisti, on sille edellytyksenä, että kehon rasvaprosentti tulee olla vähintään 15 - 17 %. Aikuisilla naisilla rasvaprosentin tulisi olla vähintään 20 - 22 % jotta heidän kuukautiskierto olisi normaali. Aikuisen naisen normaali rasvaprosentti on 22 - 30 % ja miesten prosentti on vastavasti 10 - 20 %. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,27-30.)

3.5.1 Aliravitsemuksen ja oksentelun ulkoiset merkit

Ulkoiset merkit ovat hyvä mittari ja hoitoon osallistuvien olisi hyvä tunnistaa merkit. Aliravitsemuksesta tulisi aina keskustella potilaan kanssa avoimesti, sillä keskustelulla myös tarkistellaan potilaan sairaudentuntemusta ja hoitomyönteisyyttä. Fyysisiä tutkimusmenetelmiä on myös hyvä käyttää, mikäli potilas antaa siihen luvan. Olkavarren tunnustelulla saadaan selville lihas- ja rasvakudoksen määrä, aliravitulla henkilöllä tuntuu vain luu ja nahka. Myös käsien ja jalkojen ihon tunnusteleminen ja tarkasteleminen kertoo hyvin paljon potilaan tilanteesta. Ihon sinisyys, kylmyys, kuivuus, sekä turvotukset tai kuivumaan taipumus tulee seurata. Aliravitsemustilassa potilaan kehon lämmöntuotto on heikentynyt, joten ruumiinlämpö, verenpaine ja pulssi ovat matalat. Jos potilas on työntänyt usein sormet kurkkuun, on hänen etu- ja keskisormiin muodostunut haavaumia tai hänellä on paksuuntuneet rystyset. Suupieliin haavaumat ovat tulleet epäspesifisestä ravintoaineiden puutoksista. Aliravitun potilaan lihasvoima on myös heikkoa ja sitä voi testata puristustestillä, eli ristiin kättelyllä. Lihaksiston kuntoa voi testata myös kyykky-ylös nousuilla, porraskävelyllä tai hyppelyillä. Jos potilas ei kykene

suoriutumaan tehtävistä tai väsähtää äkillisesti kesken kaiken, on kyse jo merkittävästä lihasten heikkenemisestä. Laboratoriokokeet ovat myös yksi mittari, mutta ei täysin kiistaton. Laboratoriokokeiden tulokset voivat näyttää lähes normaalilta vaikeasta aliravitsemustilasta huolimatta potilaan kuivumistilan vuoksi. Kokeista katsotaan yleisimmin natrium-, kalium-, kloridi-, fosfaatti- ja albumiiniarvot sekä kohonneita seerumiarvoja amylaasi- ja maksaentsyymien osalta. Potilaalla voi olla rasvamaksa, anemia tai pienentynyt punasolujen keskikoko, sekä usein myös neutropenia, trombosytopenia, hyperkolesterolemia ja hypoglykemia. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,27-30.)

3.5.2 Painon seuranta

Hoidon tavoitteena on, että potilas tavoittaa hänelle terveen painon ja pystyy pitämään biologisen normaalipainonsa. Se on hyvin yksilöllinen, geneettisesti määräytyvä paino jota myös kutsutaan hyvinvointipainoksi. Tämä nimitys johtunee siitä, että tällöin ihminen voi fyysisesti ja psyykkisesti hyvin. Hänen elimistönsä toimii täysipainoisesti esimerkiksi lämmönsäätelyn, kuukautisten, sekä unen ja ruoansulatuksen osalta. Normaali ihmisen biologinen normaalipaino on yleensä painoindeksin 19 ja 25 välissä. Painon vuorokautinen normaali vaihteluväli on noin +/- 2kg, koska energian saanti ja kulutus eivät ole tasaisia. Yleensä nuorille asetetaan tavoitteeksi pituutta vastaava keskipaino. Painon määrään vaikuttaa myös ruokailujen määrä ja sisältö, vatsan toiminnan määrät sekä nestetasapaino. Painotavoitetta asettaessa otetaan huomioon potilaan ruokailu- sekä liikuntatottumukset. Mitä lähemmäksi hoidon loppuvaiheessa päästään biologista normaalipainoa, sitä parempi ennuste potilaalla on. Mitä lähemmäksi potilas pääsee normaalia painoindeksiä, (19 kg/m²), sitä pienempi todennäköisyys on sairastua uudelleen. Naisilla kuukautisten palaaminen on hyvä merkki siitä, että potilas on saavuttamassa hänelle normaalia biologista painoa. Bulimiam sairastavilla naisilla esiintyy yleisemmin kuukautisissa häiriöitä sekä polykystisia munasarjoja kuin terveillä naisilla. Tutkimusten mukaan myös ruokavalion laadulla on paljon merkitystä kuukautisten palaamiselle. Vaikka tavoitepainoon päästäisiinkin, voivat kuukautiset olla poissa vielä huonon ravintosisällön vuoksi, jos ruokavalio on ollut hyvin niukka energistä ja hyvin vähärasvaista. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,32-35.)

Hoidon alussa kiinnitetään huomiota painon nousun käynnistämiseen ja nousun jatkuvuuteen. Paino pyritään saamaan mahdollisimman nopeasti painoindeksiin 14,5 kg/m². Tämän jälkeen asetetaan välipainotavoite noin 17,5 kg/m². Jos potilas on luonnostaakin hyvin hentorakenteinen ja pienikokoinen, hänen välitavoitepainoindeksi voidaan asettaa tätä tavoitetta alhaisemmaksi. Lapsilla ja nuorilla tavoitepaino määräytyy kasvun myötä painokäyrän mukaisesti. Potilaan tavoitepaino tarkistetaan punnituksella kun hän alkaa lähestyä omaa tavoitepainoa. Punnituksilla seurataan ravitsemushoidon tehoa sekä edistymistä. Painolukemia ei koskaan arvioida yksittäisen punnituksen myötä, vaan toteutetaan ns. neljän punnituksen sääntöä.

Painon kehityksen suunnan näkee vasta silloin kun sitä seurataan hieman pidempään. Kuitenkin, jos vakavan alipainoisen potilaan paino vaan laskee, siihen tulee reagoida välittömästi. Hyvä apukeino on myös piirtää painokäyrää. Se havainnollistaa tilannetta ja edistymistä niin potilaalle kuin hoitotiimille. Punnitukset saattavat myös herättää ahdistusta potilaassa. Jotkut potilaat punnitsevat itseään jatkuvasti ja toiset eivät taas ollenkaan. Tämä osoittaa sitä, että paino on jatkuvasti heidän mielessään ja ajatuksissaan. Tämän vuoksi olisi hyvä, ettei aktiivista omaa punnitusta tekisi usein, vaan punnitukset tapahtuisivat aina hoitavan henkilön seurassa ja rakentavassa hengessä, ja että painon muutokset asetetaan yhdessä oikeisiin mitasuhteisiin. Punnitukset eivät itsestään riitä painon seurantaan, vaan pitää myös huomioida potilaan pelot, ahdistus ja painoon liittyvät ajatukset. Ahdistus ja pelot usein vähenevät ajan myötä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,35 - 38.)

Alipainoiset anoreksia- ja bulimia potilaat punnitaan säännöllisesti vastaanotolla. Normaalisti punnitus tehdään alusvaatteissa jotta pienetkin vaihtelut tulevat hyvin huomioiduksi. Normaalilipainoisen punnitus voidaan tehdä sisävaatteet päällä. Yleensä osastohoidossa olevat punnitaan aamuisin ennen aamiaista. Tämä on hyvä käytäntö jatkaa myös avopuolella. Punnitus olisi avopuolella hyvä hoitaa heti vastaanottoajan alussa, jotta keskusteluille jää hyvin aikaa sekä saadaan potilaan jännitys ja pelko purettua pois. Keskusteluissa olisi hyvä katsoa yleisesti tilannetta ja kehityksen suuntaa, puhua hyvinvoinnista, sekä fyysisestä ja psyykkisestä yleiskunnosta. Keskusteluissa ei tulisi puhua vain painosta tai pienistä luonnollisista heilahteiluista koska se voi olla kovin ahdistavaa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,38 - 39.)

3.5.3 Punnitustiheys ja painon nousutavoitteet alipainoisilla potilailta

Osastohoidossa alipainoiset potilaat punnitaan 1 - 2 kertaa viikossa. Avohoidossa oleville potilaille suositellaan punnitusta yhtenä aamuna viikossa ja painon nousutavoite on 250 - 500 grammaa viikossa. Painotavoite määräytyy sen mukaan, mikä on ollut lähtöpaino. Mitä alhaisempi se on ollut, sitä todennäköisemmin paino nousee nopeasti, jopa 1 - 5 kg kuntoutuksen alussa. Tämä johtuu usein siitä, että kuivumistila alkaa korjaantua ja suolistossa ruokamassa lisääntyä. Paino voi hoidon alussa sahailla nestetasapainon muutoksien vuoksi ja tästä tulisi puhua avoimesti potilaan kanssa ennen hoitoa, jolloin vältetään suurilta pettymyksiltä punnitusten yhteydessä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,40 - 41.)

Anoreksia potilaat saattavat manipuloida omaa painoaan joko juomalla runsaasti vettä ennen punnitusta tai lisäämällä vaatteiden alle painoja. Jos pelko ja ahdistus ovat tarpeeksi suuria, potilas ei välttämättä halua kohdata omaa painolukemaansa. Tällöin voidaan sopia, ettei hänen tarvitse katsoa sitä vielä hoidon alussa. Lukeman seuraaminen on kuitenkin välttämätöntä kuntoutumisen edistymisen seuraamiseksi. Painon noususta ei tehdä suurta numeroa, koska se voi olla potilaalle kovin arka ja herättää ristiriitaisia tunteita. Potilaan omia näkemyksiä ja

ajatuksia hänen nykypainostaan tulee kuunnella, seurata potilaan reagoitua vaa'an lukemiin ja ajatuksiin joita painon nousu hänessä herättää. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,41 - 43.)

3.6 Ruokavalion suunnittelu

3.6.1 Täsmäsyöminen

Täsmäsyöminen perustuu kolmeen eri seikkaan. Siinä noudatetaan tasaista ateriarytmiä, taa-taan riittävä energian saanti ja monipuolisuus sekä sallivuus. Ruokailu tulisi koostua selvästi aterioista ja välipaloista niin, että ruokailu tapahtuu 3 - 4 tunnin välein, 5 kertaa päivässä. Energiatasoa määrättäessä tulee ottaa huomioon, että aineenvaihdunta on jo hidastunut sairauden myötä. Normaalipainoisen potilaan energiasaanti ei saa olla alle 1500 kcal, koska tällöin ahmimisriski voi lisääntyä huomattavasti ja ravintoaineiden saanti on myös riittämätöntä. Anoreksiaa sairastavan energiatarve saattaa hoidon alussa nousta selvästikin suuremmaksi kuin 1500 kcal. Monipuolinen ja salliva ruokavalio tarkoittaa että nautitaan kaikkia ruoka-aineita tasaisesti, jotta kiellettyjen ruokien ahmimiselta välttyttäisiin ja ruokavalio olisi mahdollisimman normaali ja joustava. Täsmäruokailuun suhtaudutaan yleensä mustavalkoisesti ja sitä halutaan noudattaa täydellisesti. Opettelu täsmäruokailuun on erittäin haastavaa. Bulimia potilaat saattavat pienen lipsahduksen jälkeen ajatella, että hällä väliä ja pilalla on muutenkin jo koko päivä. Tämän jälkeen he altistuvat ahmimiselle ja seurauksena saattaa olla jälleen tyhjentyminen. Anoreksia potilaat saattavat kieltäytyä kaikista ruokavalio ehdotuksista jos he kokevat sen liian vaikeaksi ja tiedostavat, etteivät pysty sitä noudattamaan täydellisesti. Ohjauksessa on syytä korostaa, että pienikin muutos ja parannus ravitsemuksessa on hyvin merkittävä ja heiltä ei odoteta täydellistä suoritusta. Kaikkein suurin muutos heidän osaltansa olisi kyetä toteuttamaan säännöllistä ateriarytmiä, koska he eivät välttämättä tunne nälkää eivätkä päivästoin myöskään kylläisyyden tunnetta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005,45.)

3.6.2 Energiataso

Elimistö saa riittävästi ravintoaineita silloin kun aikuisella naisella on 1500 kcal ja miehillä 2000 kcal ruokavaliossa. Aikuisen energiantarve on kuitenkin huomattavasti suurempi, naisilla 1800 - 2200 kcal ja miehillä 2400 - 3000 kcal. Tämä tarve on kuitenkin yksilöllinen. Energiämäärää lisätään sen mukaan, miten paino kehittyy. Jos alipainoisen potilaan paino ei nouse tarpeeksi, lisätään hänen ruokavaliionsa energian määrää. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 46.)

Valmiit ateriasuunnitelmat sopivat harvoin potilaalle suoraan. Ateriasuunnitelmat räätälöidään potilaan omien tottumuksien mukaan. Vastaanotolla suunnitellaan potilaalle valmiita malleja, mutta ei tehdä yksityiskohtaisia ja täysin valmiita suunnitelmia. Näin potilas joutuu itse suunnittelemaan ja tekemään joustavia päätöksiä sekä ottamaan vastuuta syömisestä. Hyvin yksityiskohtaiset ateriasuunnitelmat saattavat olla hyviä ja tukea potilasta hoidon alussa, mutta niiden ongelmaksi voi muodostua se, että ruokavalio rajoittuu vain suunnitelmassa mainittuihin raaka-aineisiin ja tuotteisiin. Tämä hankaloittaa potilaan siirtymistä myöhemmin joustavaan ja vapaaseen syömiseen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 46 - 51.)

Monesti valmiit suunnitelmat saattavat olla perustettu kansansairauksien ehkäisemiseksi, joten ne voivat olla niukka energisiä, vähärasvaisia ja runsaskuituisia. Potilaalle kuitenkin pyritään opettamaan myös sallivuutta, eli herkut kuuluvat normaaliin ruokavalioon ja heitä rohkaistaan käyttämään 2 herkkuannota päivässä. Potilaalle annetaan mukaan ruokavaliotaulukot sekä vaihtoehtotaulukot. Potilas pitää itse ruokapäiväkirjaa tai tukkimiehen kirjanpitoa siitä, kuinka paljon ruoka-annoksia on mennyt vuorokauden aikana. Vaihtoehtotaulukot ohjaavat syömään vaihtelevasti, riittävästi ja kokeilemaan turvallisesti myös herkkuja. Taulukoiden käyttö edellyttää potilaalta hyvää motivaatiota hoitoonsa. Lasten ja nuorten kohdalla taulukot eivät ole paras mahdollinen keino. He hyötyvät parhaiten yleisistä ohjeista ja neuvoista, jotka johdattavat joustavuuteen ja taitoon arvioida itse omaa syömistään. Osa potilaista voi jumiutua valmiisiin taulukoihin liikaa, tulkita niitä väärin tai liian jäykästi. Syömishäiriöpotilaan omiin ehdotuksiin ja suunnitelmiin suhtaudutaan aina myönteisesti ja niitä voidaan yhteistyössä kehittää ja muokata potilaan tarpeiden mukaisiksi. Tällöin myös motivaatiohoitoon on parempaa ja potilas kykenee sitoutumaan omiin tavoitteisiinsa. Ravitsemusterapeutti muokkaa ja muotoilee suunnitelmat sellaisiksi, että alipainoisen potilaan painon nousu on turvattu. Muutokset ja lisäykset suunnitelmiin ovat suotavia kun niitä tehdään vain yksi tai kaksi muutosta kerralla. Potilaan tulee saada hyvää palautetta ja onnistumisen kokemuksia, että motivaatiohoitoon pysyisi. Lisäsehdotuksia tehtäessä on otettava huomioon, että ne saattavat herättää potilaassa vastustusta. Potilaalle annetaan itsellensä mahdollisuus karsia ensin alkuperäistä suunnitelmaa ja tehdä omia lisäsehdotuksia. Karsiminen on tarpeen, ettei suunnitelma paisu liian suureksi. Myös annoskokojen suurentaminen on sopiva ehdotus. Kokemuksen mukaan potilaiden on myöhemmässäkin vaiheessa erittäin vaikeaa laajentaa omaa ruokavaliokoimaa, jos häntä ei jo hyvissä ajoin ohjata muutoksien tekemiseen. Potilaan kanssa tulisi sopia kohtuudella muutoksista ja lisäyksistä jotta paino nousisi vain sen verran, että hän kykenee sietämään muutoksen. Hyvä painon nousu tässä vaiheessa on noin 200 - 400 g viikossa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 46 - 51.)

3.6.3 Aterioiden koostaminen ja ruokavalinnat

Potilaan käsitys hyvästä ateriasta voi olla hyvin vääristynyt ja siksi on hyvä kerrata mitä normaaliin ateriaan kuuluu. Ruokavalio tulisi sisältää hyviä proteiinin lähteitä kuten lihaa, kalaa, maitovalmisteet, kanaa, kananmunaa sekä palkokasvit. Erilaiset proteiinipatukat, -jauheet ja -juomat eivät ole pitkällä tähtäimellä suotavia. Tutkimuksen mukaan proteiinia sisältävät ateriat myös parantavat aterian jälkeistä kylläisyyden tunnetta ja siten ehkäisevät ahmimista ja liikasyöntiä. Syömishäiriöpotilaat luopuvat usein kaikesta rasvasta ja pitävät sitä erittäin huonona. Terveysvalistukset korostava liiallisen rasvan saannin haittavaikutuksia liian paljon, koska elimistölle täysin rasvaton tai hyvin niukkarasvainen ruokavalio on yhtä haitallinen kuin liiallisen rasvan käyttö. Ainakin 20 % ruokavalion energiasta tulisi saada rasvoista, vaikka ravitsemussuosituksen mukainen rasvansaantisuositus on 30 % energiasta. Näin ollen 2000 kcal ruokavaliossa pitäisi olla 65 grammaa rasvaa päivässä. Rasva on myös mukana säätelemässä kylläisyyden tunnetta ja hillitsee liikasyöntiä. Se vaikuttaa ruoan makuun tuomalla siitä esiin makuja ja aromeja. Hiilihydraatteihin suhtautuminen on hyvin vaihtelevaa. Puolet energian määrästä pitäisi tulla hiilihydraateista uusien ravitsemussuositusten mukaan. Tämä tarkoittaa että jokaisella aterialla tulisi nauttia leipää sekä perunaa, riisiä tai pastaa. Ruokavalio ei sisällä tarpeeksi kuituja jos ei viljatuotteita sisällytetä ruokavalioon. Yleensä potilaat syövät hyvin runsaasti kasviksia ja vihanneksia. Myös hedelmiä syödään runsaasti, joka täten pienentää muiden ruoka-aineiden osuutta. Potilasta tulee ohjata syömään monipuolisesti ja kohtuudella kaikkea, joten kasvien ja hedelmien osuus tulee pienentymään. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 58 - 63.)

Kuntoutuksen aikana myös täysmehut ovat sallittuja ja niitä käytetään janojuomana veden sijaan. Juotavaa tulisi saada vuorokaudessa noin 2 litraa. Jos potilas hikoilee, saunoo tai urheilee, tulee nestemäärän olla suurempi. Osa potilaista juo kalorittomia juomia liiaksi, noin 8 litraa päivässä, täyttäen vatsansa juomisella. Toiset taas pitävät hyvin niukkaa juomista ihanuutena ja pitävät kehonsa kuivumistilassa jotta painolukema olisi mahdollisimman alhainen. Siksi on hyvä painottaa liiallisen ja liian niukan nesteen saannin haitat ja vaarat. Alkoholia syömishäiriöpotilaat välttelevät usein liiallisen energiapitoisuuden vuoksi. He ovat joko täysin juomatta tai vaihtoehtoisesti rajoittavat sinä päivänä syömistään hyvin radikaalisesti. Täsmäsyönnin aikana olisi hyvä välttää alkoholin käyttöä, mutta mikään ei estä myöhemmässä vaiheessa käyttämään kohtuudella, noin 1 - 2 annosta päivässä, kunhan riittävästi ruokailuista pidetään huoli ennen ja jälkeen alkoholin käytön. Alkoholimäärät ovat syytä pitää pieninä, koska syömishäiriöiden vähennettyä, voi alkoholin käyttö yleensä lisääntyä. Näin ollen on hyvä keskustella alkoholin käytöstä ja liiallisen käytön riskeistä varsinkin syömishäiriöpotilailla. Syömishäiriöstä kärsivät käyttävät usein hyvin runsaasti kevyttuotteita ja keinotekoisia makeutusaineita. He syövät vain keinotekoisesti makeutettuja jugurtteja, jäätelöä ja käyttävät markkinoiden vähärasvaisimpia tuotteita. Usein he tyydyttävät makeanhimoa kevyttuotteilla

ja keinotekoisilla makeutusaineilla. Kevyttuotteet ovat nykyisin hyvin yleisesti käytössä, joten on hyvä keskustella potilaan kanssa järkevästä käytöstä. Jos potilaan on tarkoitus saada painoa lisää, se ei yksinkertaisesti onnistu kevyttuotteilla. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 58 - 63.)

Osa syömishäiriöpotilaista laskee jatkuvasti kaikki kalorit mitä he saavat vuorokauden aikana. He myös tutkivat tarkkaan eri ruokien energiasisältöjä. Kaloreiden laskeminen tukee sairautta ja on potilaille arkipäivää, se tuo heille turvallisuuden ja varmuuden tunteen. Yleensä syömishäiriöpotilaat pelkäävät syövänsä liikaa ja pelkäävät lihovansa. Aterioiden oikeanmukainen kokoaminen ja oikeat annoskoot ovat tärkeämpiä kuin kaloreiden laskeminen. Enemmän kiinnitetään huomiota siihen, että energianmäärä on riittävän suuri. Normaalit ruoka-annokset ja välipalat eivät lihota heitä. Lihomiselle altistaa enemmän pienet ja niukkaenergiset ruoat, koska tämä aiheuttaa ahmimista ja se pitää bulimista kierrettä yllä. Potilaan olisi hyvä käyttää aluksi ruoka-annos kuvia, jotta he oppivat muodostamaan oikeanlaiset ateriakokonaisuudet ja noudattamaan oikeita annoskokoja. Yleensä herkkuja syödään vain mielihyvän vuoksi. Syömishäiriöpotilaat pitävät herkkujen syöntiä yleensä turhana, lihottavina tai jopa haitallisina. Tämän vuoksi he luopuvat niistä kokonaan tai kieltävät itseään syömästä niitä. Herkkujen syönti on yleensä mustavalkoista. Joko niitä ei syödä ollenkaan ja ne on ehdottomasti kiellettyjä, tai sitten niitä ahmitaan suuria määriä kerralla. Myös sosiaalinen syöminen ja juhlien ruokapöydät voivat olla jopa painajaismaisia syömishäiriöpotilaille. Niitä olisi hyvä miettiä ja suunnitella jo etukäteen, miten toteuttaa juhlissa syöminen. Ravintolaruokailujakin on helppo suunnitella etukäteen, yleensä netistä löytää ravintoloiden ruokalistat ja heidän tarjonnat. Näin välttyään yllätyksiltä ja kiusallisilta tilanteilta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 63 - 69.)

3.6.4 Lisäravinteet

Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden käyttö jakaa runsaasti mielipiteitä. Toiset käyttävät niitä vaihtelevasti, toiset eivät ollenkaan, koska pelkäävät niiden lisäävän ruokahalua ja samalla lihottavan. Kuitenkin on tärkeää, että kaikki ravintoaineet saadaan suoraan ruoasta. Potilaille muokataan ravitsemusterapeutin avulla täysipainoinen ruokavalio, josta hän saa kaikki tarvitsemansa ravintoaineet. Ongelmaksi muodostuu lähinnä se, että toiset ravintoaineet häiritsevät tai estävät toisten ravintoaineiden imeytymisen ja ettei elimistö pysty käyttämään niitä hyväksi. Ruokavalion tueksi voidaan kuitenkin suositella harkiten monivitamiini-, kivennäisaine- sekä kalsiumvalmisteiden käyttöä. Kun painon kohotus ja kudosten uudelleen rakentamisvaihe on käynnissä, on ravintoaineiden tarve suuri sillä potilaan omat ravintoainevarastot ovat hyvin niukat. Kalsium ja D-vitamiini annostellaan sen mukaan, miten paljon potilas käyttää maitovalmisteita ja onko hänellä mahdollisesti muita sairauksia tai taipumusta esimerkiksi osteoporoosiin. Syömishäiriöpotilaiden tulisi saada kalsiumia 1500 mg ja D-

vitamiinin tarve on 10 mikrogrammaa. Anoreksiapotilailla voi olla myös tiamiinin puutostila. Se aiheuttaa neurologisia ja neuropsykiatrisia oireita. Tiamiinin hyvä lähde on esimerkiksi viljat, lihat ja palkokasvit. Myös sinkin puutetta esiintyy ajoittain. Se aiheuttaa makuaistin heikentymistä ja lisää tarvetta maustaa ruokaa runsaalla suolalla ja pippurilla. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 69 - 72.)

3.7 Fyysiset ja psyykkiset komplikaatiot

Potilaita yleensä huolestuttavat vain fyysiset oireet joita muodostuu syömishäiriöstä. Niitä ovat muun muassa hiusten lähtö, kynsien haurastuminen, ummetus, palelu ja muut vatsavaivat. Pitkittynyt aliravitsemustila laukaisee myös fyysisten sairauksien lisäksi psyykkiset sairaudet, kuten masennus, ahdistus, pakko-oireet, ruoan ja painon jatkuva ajattelevuus, uni-häiriöt ja heikko keskittymiskyky. Kun psyykkisistä oireista päästään eroon, potilaalla on yleensä motivaatiota lähteä saavuttamaan omaa biologista normaalipainoaan. Syömishäiriöpotilaalle laihtuminen on kaikki kaikessa, eikä hän näin ollen välitä komplikaatioista. Komplikaatiot ovat aina hyvin vakavia ja vaarallisia sekä usein myös henkeä uhkaavia. Anoreksian kuolleisuusprosentti on paljon suurempi kuin muihin psyykkisiin sairauksiin kuoleminen, noin 15 %. Yleisimmät kuolinsyyt ovat sydänongelmat, tulehdukset, (keuhkokuume) sekä itsemurhat. Kuolemaa lisääviä tekijöitä ovat nopea painon pudotus, alhainen (alle 13) painoindeksi, paha kuivuminen ja paha elektrolyyttitasapainon häiriöt. Myös yletön liikkuminen, ahminta ja oksentelu, rytmihäiriöt sekä pidentynyt QT-aika ovat suurentavia riskitekijöitä. Laihtuttamisen lopettamisella pääsee usein eroon ongelmista. Anoreksiassa ruoan rajoittaminen aiheuttaa paljon haitallista laihtumista ja bulimiassa se aiheuttaa ahmintaa sekä usein myös tyhjentämistä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 77 - 79.)

3.8 Raskaus ja imetys

Aktiivisen syömishäiriön aikana suositellaan raskaudesta pidättäytymistä ja jotta ei tulisi raskaaksi toipumisvaiheessaan, tulisi ehkäisystä huolehtia. Syömishäiriön hoitamatta jättäminen voi johtaa hedelmättömyyteen, mutta osa voi tulla raskaaksi kuukautishäiriöistä tai niiden poisjäännistä huolimatta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 155.)

Syömishäiriöpotilaan raskauteen ja synnytykseen liittyy paljon riskejä jotka johtuvat sairauden oireilusta, kuten vähäisestä ravinnon saannista, oksentelusta, ahminnasta tai lääkkeiden käytöstä. Riskejä syömishäiriöstä kärsivän raskauteen ja synnytykseen ovat syntyvän lapsen pienipainoisuus, hankala synnytys, keskenmeno, ennenaikainen synnytys ja perinataalikuolleisuus. Odottava äiti voi kärsiä raskausaikana voimakkaasta pahoinvoinnista, riittämättömästä painonnoususta ja kohonneesta verenpaineesta. Syömishäiriöisillä äideillä on synnytyksen jälkeinen masennus yleistä. Heidän lapsillaan on havaittu erilaisia fyysisiä, kognitiivisia ja senso-

risia ongelmia, joiden syynä voi olla riittämätön ravitsemus raskausaikana, kompensatiokeinojen käyttö tai syömishäiriön vuoksi äidin kykenemättömyys vanhemmuuteen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 155-156.)

Äiti tarvitsee raskausaikana erityisen paljon tukea, jonka vuoksi syömishäiriön hoidosta ja raskaudenseurannasta vastaavien tahojen olisi hyvä tehdä yhteistyötä. Lapsen hyvinvointi on yleensä etusijalla syömishäiriöstä kärsivälle äidille, mutta tyytymättömyys omaan kehoon korostuu painon nousun ja ulkomuodon muutosten vuoksi. Tämä on ongelmallista, ja usein syömishäiriöoireet aktivoituvatkin viimeistään synnytyksen jälkeen kun kaipuu vanhoihin mittoihin painaa mieltä. Potilaalle kerrotaan raskauteen liittyvistä asioista vauvan hyvinvointiin vedoten ja hän saa psykoedukaatiota ruokavaliosta ja painon muutoksista raskauteen liittyen. Kannustaminen ja konkreettisten ohjeiden antaminen on tärkeää. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 155-157.)

Imetys kuluttaa energiaa ja voi tästä syystä motivoida syömishäiriöistä äitiä imettämään. Äidille pitää kertoa riittävästä ravinnonsaannista hänen itsensä vuoksi, mutta myös lapsen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi. Äidin käytös voi olla ylikorostunutta vauvan syömisen suhteen niin, että hän joko rajoittaa sitä tai tarjoaa ruokaa tarpeettoman usein. Vauvan kasvun-kehityksen myötä voi seurata kuinka ruokailu on onnistunut. Vauvan kasvun hidastuminen voi kertoa äidin riittämättömästä ravinnonsaannista. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 157.)

3.9 Anoreksia nervosa

Anoreksia eli toiselta nimeltään laihuushäiriö. Kyseessä on olemukseltaan moniulotteinen syömishäiriö. Sitä voi ilmetä sekä tytöillä että pojilla. Sairastunut henkilö on usein koulussa hyvin menestyvä ja täydellisyyteen pyrkivä, sekä harrastaa jotain liikuntalajia joka vaatii laihuutta. Varsinaisesta laihuushäiriöstä kärsii vajaa 1% 12-24-vuotiaista tytöistä ja nuorista naisista. Laihuushäiriö on yleisempi lievempioireisena. Usein sairaus puhkeaa nuoruusiässä. Anoreksian kesto on usein pitkäaikainen ja saattaa kestää vuosia. Sairastuneista vain 5-10% on miehiä. (Huttunen & Jalanko 2012.)

Anoreksiaa sairastava jää usein koukkuun laihduttamiseen. Ihmisiltä saama positiivinen palaute laihtumisesta lisää onnistumisen tunteita, joten ihminen pyrkii laihduttamaan vielä lisää, jotta saisi näitä onnistumisen tunteita yhä uudelleen. Anoreksiaan sairastuva ihminen ei ole menettänyt ruokahaluaan. Hän saattaa nautiskella ruoka-ajatuksilla ja olla todella kiinnostunut kaikesta ruokaan ja sen valmistukseen liittyvästä, mutta silti hän säännöstelee omia syömistään tiukasti. Ruoan kätkeminen ja ruoasta saaman energian poissaaminen omasta kehosta ovat osa anoreksiaa. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 12).

Anoreksiasta voidaan puhua jos henkilöllä todetaan tietyt oireet yhtä aikaa. Nämä ovat merkittävä painonlasku, tytöillä painoindeksi alle 17,5 ja pojilla alle 19. Kasvuikäisillä voidaan katsoa kasvukäyrää, josta voidaan todeta oleellinen kasvunviivästyminen tai kasvun ja painonkehityksen seisahtuminen. Huolimatta siitä, että on huomattavasti alipainoinen, anorektikolla on voimakas pelko painonnoususta ja lihomisesta. Ihminen kieltää alipainoisuutensa ja hänen kehonkuvansa on häiriintynyt. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 12-13.)

3.9.1 Oireet

Anoreksian oireisiin kuuluvat kaloripitoisen ja rasvaisen ruoan välttäminen. Anoreksiasta kärsivä syö usein vihanneksia ja hedelmiä. Ihmiset kärsivät lihavuuden pelosta ja näin myös asettavat alhaisen painotavoitteen. Oireisiin kuuluvat myös oksentelu, ruokavalion rajoittaminen, liiallinen liikunta ja erilaisten lääkkeiden käyttö, jotka hyödyttävät laihduttamisessa. (Huttunen & Jalanko 2012.)

Anoreksiaan liittyy myös sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen. Tämä suojelee nälkiintynyttä ihmistä saamasta jälkikasvua tilanteeseen, jossa hän ei ole kykenevä vanhemmuuteen. Esimurrosikäisillä tämä ilmenee fyysisten muutosten lykkääntymisellä. Naisilla kuukautisten puuttuminen vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron ajan voi viitata anoreksiaan. Miehillä muutokset esiintyvät seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 12-13.)

3.9.2 Hoito

Lääkäriin on syytä mennä jos paino ei nouse omin avuin. Pakonomainen ummetus- tai nesteenpoistolääkkeiden käyttö on yksi syy hakeutua hoitoon. Painoindeksin (paino kg x pituus m x pituus m) ollessa alle 13kg/m² on sairaalahoito tarpeellista, koska kyse on hengenvaarallisesta nälkiintymisen asteesta. Anoreksian hoidossa nopea hoitoon pääseminen on tärkeää, sillä anoreksia on vakava mielenterveyshäiriö. Usein ongelmana on, että sairastunut itse vastustaa hoitoon menemistä. Anoreksian hoito koostuu ravitsemusneuvonnasta, painon seurannasta ja yksilöllisesti suunnitellusta psykoterapiasta tai perheterapiasta. Anoreksian hoidossa lääkehoito ei ole tarpeellista, ellei sairastuneella ole vakavaa masennustilaa. Hoito tapahtuu yleensä avohoidossa. Sairaalahoito on tarpeellista, jos paino on hyvin alhainen tai paino laskee nopeasti. Tarvittaessa hoitoon otetaan tahdonvastaisesti, jos anoreksiaa sairastava kokee hoidon tarpeettomaksi vaikka on hengenvaarallisessa tilassa. Tärkeätä hoidon onnistumisessa on, että anorektikko tapaa ystäviään ja läheisiään, eikä eristäydy heistä. (Huttunen & Jalanko 2012.)

3.10 Bulimia

Bulimia eli ahmimishäiriö tarkoittaa sitä, että vuorotellen ahmiminen ja laihduttaminen vaihtavat paikkaansa. Perusongelma on toistuvan syömisen hallinnan katoaminen. Ahmimisen aikana potilas ei pysty hallitsemaan omaa syömistään ja ruokamäärät on hyvinkin suuria. Ahmimisen jälkeen hänelle tulee huono olo ja erittäin voimakas itseinho, häpeä ja syyllisyys. Painon nousemisen pelko on niin voimakasta, että potilas päättää olla syömättä, noudattaa tiukkaa laihdutussääntöä ja voi jopa päätyä tyhjentämään itsensä. Bulimiasta parantumiselle suurin haaste on se, että se on yleensä ollut potilailla jo pitkään elämäntapana. Siihen on voinut paeta arkea, ahdistusta, hankalia tilanteita. Jotkut voivat jopa illalla rentoutua sen turvin kun on ahmimista. He purkavat pahaa oloaan, yksinäisyyttään ja masennusta, levottomuutta sekä stressiä, unettomuutta, pettymyksiä ja kiukkua bulimiaan. Ahmiminen tuo yleensä, ainakin alussa, mielihyvää potilaalle. Bulimiasta luopuminen vaatii todella paljon rohkeutta ja päättäväisyyttä, koska potilas on pitkään uskotellut myös itsellensä, että hänellä on terveet elämäntavat ja unelmien kroppa. Luopuminen pitkäaikaisesta elämäntavasta vaatii monille jopa surutyötä. Tilannetta on hyvin hankala korjata, koska potilas ei tunne koskaan tai tuntee aina joko nälkää tai kylläisyyttä. Nälän tunteen puuttuminen sekä ruokahaluttomuus voi myös johtua kehon ketoosista. Bulimia erotettiin omaksi diagnoosiksi vasta vuonna 1979. Siihen liittyy aina lisäksi tyhjentymisen ahmitusta ruoasta. Bulimian paasto-liikunta tyyppi on tavallisin oire Suomessa. Tässä mallissa ylimääräinen energia yritetään poistaa elimistöstä ankaralla liikunnalla ja rankalla laihdutuskuurilla. Länsimaisessa kulttuurissa syömishäiriöt liitetään moderniin laihuuteen. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 15-16, 24; Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 119 - 122.)

3.10.1 Oireet

Bulimia alkaa yleensä 10 - 25 vuoden iässä, mutta esiintyvyys on suurinta 15 - 20 vuoden iässä. Vanhemmiten bulimia on jo harvinaisempaa, mutta ei kuitenkaan täysin mahdotonta. Ahmiminen ja laihduttaminen ovat vuorotellen arjessa hyvin vahvasti mukana. Määritelmä toteutuu, jos ahmimista ja tyhjentämistä tapahtuu vähintään kaksi kertaa viikossa, kolmen kuukauden aikana. Oksentaminen on yleensä bulimian tunnusmerkki, mutta kaikki eivät silti oksenna. Ruokamäärä ahmimisen aikana on aina suurempi kuin normaalilla terveellä ihmisellä. Yleensä ahmiminen esiintyy pitkän työpäivän päätteeksi kun ihminen on hyvin väsynyt ja syönyt päivän aikana huonosti. Kaupasta ostetaan nälkäisenä vain herkkuja, jotka ahmitaan yleensä seuraavan tunnin aikana. Ahmimista ei yleensä pysty lopettamaan ennen kuin on tuskallisen täysi olo. Ahmimisen jälkeen tilanne alkaa masentaa ja usein ihminen syyllistää itseään kun hyvä laihdutuskuuri on mennyt pilalle. Tämä johtaa tyhjentymiseen. Tyhjennyksen

monet kokevat rankaisevana tai huojentavana sekä kokevat sen auttavan palauttamaan itsekurin ja -kunnioituksen. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 15, 23.)

3.10.2 Hoito

Kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteena on ruokailutottumuksien ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaaminen sekä psyykkisten vaurioiden lieventäminen. Sairastuneen kannattaa hakea aina apua tilanteeseen. Toipuminen ja parantuminen ovat pitkään kestävä prosessi, tuloksia ei saavuteta ensimmäisten viikkojen eikä ensimmäisten kuukausien aikana. Toisaalta sairastuneelta puuttuu yleensä sairautentunto, joten hän ei ymmärrä hoidon tärkeyttä eikä tarpeellisuutta ja saattaa jopa kieltäytyä hoidosta. Parantuminen riippuu myös omasta halusta ja rohkeudesta tehdä muutoksia omaan elämään ja ruokailutottumuksiin, sekä rohkeudesta ottaa apua vastaan. Hoidolle on parhaat edellytykset silloin kun yhteistyö toimii hoitavan tason kanssa. Tutkimusnäytöistä bulimian hoitoon vahvimmin nousee esille perheterapia, joka näyttäisi olevan jopa yksilöterapiaakin tehokkaampi muoto. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 41-45.)

Nykytutkimuksen mukaan hoitoa voidaan porrastaa oman sairauden vaikeusasteen mukaan. Yleensä ahmimisesta kärsivät ihmiset hyötyvät eniten kotona toteutettavista keinoista, esimerkiksi ruokapäiväkirjan pitämisestä tai käyttäytymis- ja oppimisterapian itsehoito-oppaista. Myös erilaiset yhdistelmähoitot ovat nykyaikaa. Psykoterapian ja ravitsemusohjauksen yhdistelmähoito on tuottanut myös hyviä tuloksia. Mielialalääkityksen käyttö hoidon aikana saattaa tehostaa myös parantumista. Oireiden uusiutuminen on hyvin yleistä, joten pysyvään paranemistulokseen päästään noin puolet sairastuneista. (Rahkonen-Keski, Charpentier & Viljanen 2008, 46-47.)

3.11 Ortoreksia

Ortoreksia tarkoittaa halua syödä mahdollisimman "oikein" eli mahdollisimman terveellistä ruokaa. Tämä johtaa sairauden kulkuun, jossa pakonomaisesti pyritään syömään mahdollisimman puhdasta ja terveellistä ruokaa ja jättämään epäterveelliseksi koetut ruoka-aineet pois ruokavaliosta. Tämän seurauksena voi olla vakavia ravitsemustilan häiriöitä. Ortoreksiaa sairastavat myös huolehtivat valmistustavasta ja -välineistä, joita ruuan valmistuksessa käytetään. Tämä pakkomielteinen käytös johtaa sosiaalisten suhteiden vähenemiseen, joka taas puolestaan aiheuttaa tyytymättömyyttä, jonka seurauksena ruokaan liittyvä pakkomielteisyys yltyy. Ortoreksiassa voi olla, että henkilö aluksi haluaa vain kohentaa terveyttään, hoitaa sairautta tai laihduttaa, mutta loppujen lopuksi ruokavaliosta tulee elämän keskipiste. (Botenaechea, Catalina Zamora, Garcia Sanchez&RiosRial 2005, 66-68.)

Ortoreksia on viime aikoina hyväksytty käsite kirjallisuudessa, vaikka se ei ole diagnosoitava sairaus. Ortorektinen käyttäytyminen voi olla sukua patologiselle syömishalukkuudelle ja tutkimuksessa ORTO-11(2008) on käsitelty tätä aihetta. He, joilla on jotenkin poikkeava syömishalukkuus, ovat suuremmassa riskissä sairastua ortoreksiaan. Nais-sukupuoli, vääristynyt syömisen halu, suurentuneet pakkomielleiset oireet ja korkea BMI voivat ennakoita ortoreksiaan sairastumista. (Arusoglu, Kabakci, Köksal & Merdol 2008.)

Ortoreksia on uusi määritelmä ja sen vuoksi vähän tutkittu käsite. Rajalliset kliiniset huomiot osoittavat, että ortoreksiasta kärsivien henkilöiden määrä on lisääntymässä. (Cannella, Donini, Graziani, Imbriale & Marsili 2005; Strand 2004) Steven Bratman oli ensimmäinen, joka toi ortoreksian julkisuuden valokeilaan kirjallaan "Health-FoodJunkies" (Bratman & Knight 2000). Halu syödä terveellistä ruokaa ei sinänsä ole häiriö, mutta halu terveelliseen ruokaan pidättyväisyyden ja epätasapainoisen ravitsemustilan seurauksella yhdistettynä eristäytymiseen muusta elämästä tämän ruokailutottumuksen vuoksi voi johtaa ortoreksiaan. (Cannella 2005.)

3.11.1 Tutkimuksia ja tapauksia

Ortoreksiaa ei virallisesti luokitella syömishäiriöksi, mutta Amerikassa on todettu monia sairaskertomuksia liittyen tämänkaltaiseen ongelmaan. Esimerkkitapauksessa sairaalahoitoon tulee henkilö, jolla on vakavia ravitsemustilan häiriöitä. Hän on ajan kuluessa muuttanut ruokailutottumuksiaan oman käsityksensä mukaan terveellisempään suuntaan. Hän voi olla vegaani, joka ei syö muuta kuin käsittelemättömiä ja tuoreita vihanneksia, koska kokee että vain siten ruoka on puhdasta. Ajatusmalli alkaa ajan kuluessa vaikuttaa muihinkin asioihin elämässä kuin vain ruokaan. Pukeutumistyyli on voinut muuttua siten, ettei henkilö enää käytä muita kuin luonnonkuiduista valmistettuja vaatteita. Hän eristäytyy oman ideologiansa kanssa muusta elämästä, ja seurustelee vain sellaisten henkilöiden kanssa jotka jakavat tämän saman ajattelumallin hänen kanssaan. Ajan kanssa henkilö väkisininkin laihtuu ruokailutapojojensa vuoksi. Tämän hän selittää sillä, ettei ollut aikaa syödä, koska hän tekee niin paljon töitä. Ruokailun tulisi tapahtua hitaasti, ajatuksella ja jokainen pala tulee pureskella kunnolla. Tämän vuoksi henkilö syö vain kerran päivässä ja pieniä annoksia, jotta asiat tulevat suoritetuiksi ruokailussa. Henkilö etsii jatkuvasti ruuasta jotain hänen mielestään "epäterveellistä", kuten rasvaa, kemikaaleja tai vääränlaisia ravintoaineita. (Hepworth 2010.) Hänellä on monia uskomuksia ruuasta ja sen vaikutuksista, joka taas peilautuu hänen ihmissuhteisiinsa. Sairaalassa tällä ortorektisia oireita omaavalla henkilöllä ei ole todettu anoreksiaan viittaavia oireita. Kehonkuva ei ole ongelma eikä hänellä ole pakonomaista tarvetta tai halua olla laiha. Pakkomielteiset ajatukset eivät pyöri painon ympärillä vaan ruuan laadun, jonka tulee täyttää tietyt hänen itse määräämänsä kriteerit. Painonnousu ei ahdistakaan eikä hän ole oksennellut tai ollut levoton. Asia, joka näissä todetuissa tapauksissa nousee pintaan, on se että tämä kysei-

nen henkilö ei ole koskaan huomannut oman ravitsemustilanteensa vakavuutta. (Bote Bonaechea ym. 2005, 67)

Anoreksiassa ja tässä esimerkkitapauksessa myös ortoreksiassa kielletään itseltä näläntunne, väsymys ja heikkous. Ruokavalion rajuus ja sen jatkuva mietiskely, ruokailutavat sekä rituaalit joita ruuan ympärille muodostetaan, viittaavat pakko-oireiseen häiriöön. Anoreksiassa pakonomaista tarvetta tyydytetään syömättömyydellä ja painon noustessa oireet kuten ahdistus pahenevat. Ortoreksiaa ei voitaisi tässä tapauksessa luokitella anoreksiaksi vaan omaksi sairaudekseen, koska siihen ei liity pelkoa tai vastustusta painonnousulle. Vaikka laihtuminen ja ravitsemusvaje ilman oksentelua ovatkin anoreksian kanssa täsmäviä oireita, niin pelkästään niitä ei pidä tuijottaa vaan kiinnittää huomiota niihin suuriin seikkoihin, jotka erottavat nämä kaksi toisistaan. Ortoreksiassa on kyseessä enemmänkin ruuan laatu jota voidaan pelätä, kuten ajatus sen epäpuhtaudesta ja myrkyllisyydestä keholle. Anoreksiassa ja ortoreksiassa molemmissa on monia yhteisiä piirteitä, kuten se kuinka ruoka on elämän keskipiste. Se luo osan syömishäiriöisten identiteettiä, erottaa ja eristää heidät muista. (Bote Bonaechea ym. 2005, 67-68.)

Ortoreksiasta ei ole tehty kovinkaan paljon tutkimustyötä verrattuna anoreksiaan tai bulimiaan. Eräs tutkimus perustuu olettamukseen, että ravitsemustieteen opiskelijoilla esiintyisi enemmän syömishäiriöitä kuin muilla. Erityinen kiinnostus ruokaa kohtaan voi osaltaan olla syy hakea opiskelemaan ravitsemusalaa, joka on altistava tekijä ortoreksialle. Tutkimuksen tuloksissa kuitenkin todettiin, että ravitsemustieteen opiskelulla ei katsottu olevan syy-yhteyttä ortoreksian puhkeamiselle. Ravitsemustieteen opiskelijat pyrkivät vaikuttamaan syömänsä ruuan määrään painonhallinnan vuoksi enemmän kuin tutkimuksen vertailuryhmän opiskelijat, mutta heillä ei ollut syömishäiriöisiä ruokailutottumuksia muihin opiskelijoihin verrattuna. Ravitsemustieteiden opiskelijat omaksuivat opiskelujensa aikana hivenen terveellisemmät ruokailutottumukset ja taipumus olla pakkomielteinen niiden suhteen väheni. (Korinth, Schiess & Westenhofer 2009.)

3.11.2 Altistavat tekijät

Ortoreksiassa sukupuoli näyttäisi olevan voimakas vaikuttaja. Naisilla ortoreksiaa todetaan enemmän kuin miehillä. Tutkimusten mukaan naiset saavat syömishäiriön helpommin kuin miehet. Tytöillä syömishäiriöitä todetaan enemmän kuin pojilla. Eri kulttuureiden välillä on tosin todettu olevan eroja, kuten Italiassa miehet kärsivät ortoreksiasta enemmän kuin naiset. Iällä ei ole todettu olevan väliä ortoreksian saamisessa, mutta kulttuurillisia eroja löytyy tässäkin. Italiassa ortoreksiasta kärsivät olivat vanhempia kuin muut. (Cannella ym. 2005.) Syömiseen suhtautuminen oli hyvä ennakoija ortoreksiaan sairastumisessa ja se täsmää aiempiin havaintoihin kirjallisuudessa, jonka vuoksi se näyttäisi luotettavalta havainnolta. Yleisesti

pakkomielteisyys on todettu hyväksi ennakoijaksi otoreksiasta. Painoindeksillä ei todettu olevan huomattavaa vaikutusta ortoreksian saamiseen, mutta muiden oireiden kanssa se voi viitata siihen. Dieetti lääketieteellisistä syistä oli huomattavampi ortoreksian aiheuttaja. Täsmällistä kriteeriä ortoreksiaan ei löydy kirjallisuudesta, koska se on niin uusi käsite. ORTO-11-tutkimuksessa todetaan, että taipumus saada ortoreksia liittyy ruokailutapoihin ja pakkomielteisiin. Henkilöt joilla on vääristyneet ruokailutavat ja enemmän pakkomielteisiä oireita ovat sitä suuremmissa riskissä ortoreksialle mitä korkeampi painoindeksi on. (Arusoglu ym. 2008.)

3.11.3 Hoito

Steven Bratman kävi itse läpi ortoreksian. Hän kertoo kuinka sairastaessaan hänen elämässään kaiken muun merkitys tuntui katoavan ja normaaleidenkin keskustelujen aikana ajatukset ruuasta täyttivät mielen. Terveellisen ruokavalion toteuttaminen ei tarkoita, että jollakulla olisi ortoreksia, paitsi jos 1) se vie epätavallisen suuren määrän aikaa ja keskittymistä elämästä; 2) sen toteuttamatta jättäminen aiheuttaa syyllisyyden ja itseinhon tunteita; ja/tai 3) se on tekosyy välttää joitain muita asioita elämässä. Jotta ortoreksiasta voisi parantua, on se tunnistettava sekä hyväksyttävä ja asian eteen tehtävä jotakin. Ruokailutottumuksia on muutettava ja etsittävä tunnetasolta löytyvä syy ongelman puhkeamiselle. Vaikka ortoreksiaa ei olekaan hyväksytty viralliseksi syömishäiriöksi, eikä sitä voida tämän vuoksi diagnosoida, niin siitä paranemiseen voi kuitenkin tarvita ammattiapua, johon parhaiten sopii joku syömishäiriöihin erikoistunut ammattihenkilö. Ortoreksiasta parantunut henkilö syö vieläkin terveellisesti, mutta terveellisuuden merkityksellä on tällöin uusi käsitys. Henkilö ymmärtää, että ruoka ei tee hänestä parempaa ihmistä ja vaikka ruoka onkin tärkeä asia, niin elämässä on paljon merkityksekkäämpiä asioita kuin se. (Kratina 2006.)

4 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja haastattelut suoritettiin teemahaastatteluilla. Tutkimuksessa haastateltiin neljää ammattihenkilöä ja yhtä kokemusasiantuntijaa. Ammattihenkilöt olivat syömishäiriöliiton jäsen, syömishäiriökeskuksen jäsen sekä lasten ja nuorten poliklinikan sairaanhoitaja ja ravitsemusterapeutti. Haastattelut nauhoitettiin ja analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Haastattelut litteroitiin ja niiden pohjalta työstettiin esite syömishäiriöistä. Esite pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeäksi, lyhyeksi ja ytimekkääksi. Sen on tarkoitus olla positiivinen, havainnollinen ja ulkoasultaan hyvin suunniteltu.

4.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on tiedonkeruumuoto. Asiaongelman ja tutkimusongelman pohdiskelu koskee myös teemahaastattelua. Teemat ovat etukäteen pohditut ja määritellyt, jotka haastattelutilanteessa nostetaan esiin. Käsittelyjärjestyksellä ei ole väliä, keskustelun luonteva kulku saa määrätä käsittelyjärjestyksen. Jossain tapauksissa tutkimusongelman takia asiat on käsiteltävä ennalta määritellyssä järjestyksessä. Teemahaastattelu perustuu keskusteluun, jolle on joku tarkoitus. Tavallinen arkikeskustelu ei ole teemahaastattelua. Haastattelijan tulee pystyä pitämään haastattelun rakenne hallinnassa. Etuna teemahaastattelussa on se, että kerättävä aineisto rakentuu haastateltavan omiin kokemuksiin. Kertyvää aineistoa ei rajaa tutkijan omat suunnittelemat ja "tietämät" vastausvaihtoehdot. Tutkijan etukäteen valitut teemat sitovat aineiston tutkimusongelmaan. Ongelmana teemahaastattelussa on se, että haastateltava henkilö alkaa johdatella haastattelun kulkua liikaa. Näin ollen aineiston eri haastattelut eivät ole tarpeeksi samanlaisia ja vertailukelpoisia. Aineistosta tulee helposti sekava kokoelma ihmisten puhetta. Tutkijan on vaikea jäsenellä tekstistä päätelmiä, jotka perustuvat haastateltavien puheeseen. Teemahaastattelussa haastattelun määrä on pieni, koska se on puheesta kirjattua tekstiä. Tärkeää on valita oikeat ihmiset joita haastatella ja perustella valinta tutkimussuunnitelmassa. Teemahaastattelu on laadullista tutkimusta. (Kurkela 2012.)

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin kohteena voi olla hyvin erilaisia dokumentteja niin suullisista haastatteluista päiväkirjoihin kuin kirjallisiin raportteihinkin. Analyysin tarkoituksena on saattaa tutkittavan ilmiön kuvaus tiivistettyyn ja yleiseen muotoon. Tämän analyysimenetelmän avulla järjestetään kerätty aineisto siten, että siitä voidaan jatkaa johtopäätösten tekoon. Tämä voi aiheuttaa tilanteen jossa lopputulos ei välttämättä ole mielekäs, vaan järjestetty aineisto on esitetty enemmänkin tuloksina kuin selkeänä johtopäätöksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-110.)

Sisällönanalyysi tarkastelee tekstistä asioiden merkityksiä inhimillisestä näkökulmasta, asioita, joita ei suoranaisesti sanota, mutta sitä kuinka ne voisi tekstistä ymmärtää. Sisällönanalyysillä ei ole tarkoitus löytää absoluuttista totuutta, vaan ymmärtää kuinka todellisuus on yksilöllisen ajattelutavan mukaista. Tämä analysoitavan materiaalin sisältö puretaan ja koostaan siten, että pyritään kuvaamaan sanallisesti tutkijan valitsemien aiheiden mukaan tekstin merkitystä tutkittavasta ilmiöstä. Kuvauksen tulee olla selkeää ja tiivistä, mutta kuitenkin kadottamatta asian merkitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-110.)

Haastattelun sisällönanalyysi etenee seuraavalla tavalla. Ensimmäiseksi aineisto, tässä tapauksessa haastattelut, kuunnellaan ja litteroidaan, eli kirjoitetaan tekstiksi. Aineisto luetaan

lävitse ja perehdytään sen sisältöön. Tämän jälkeen aineisto redusoidaan eli pelkistetään, joka tarkoittaa tutkimukselle epäolennaisten asioiden karsimista siitä pois. Redusoinnin avulla esille nousseet olennaiset asiat ja ilmaukset listataan erikseen ja tällä tavalla saaduista ilmauksista aletaan etsiä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Ilmauksista yhdistellään erilaisia alaluokkia ja näistä taas muodostetaan omia yläluokkia. Tätä vaihetta kutsutaan klusteroinniksi eli ryhmittelyksi. Ryhmittelyn apuna käytetään yhdistäviä käsitteitä, kuten tutkittavan ilmiön ominaisuuksia tai käsitystä tästä. Viimeinen vaihe sisällönanalyysissa on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä vaiheessa muodostetaan kokoava käsite tutkittavasta ilmiöstä. Alkuperäisessä aineistossa käytetyistä sanallisista ilmauksista on muodostettu teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä, joille abstrahoinnissa saadaan yhdistävä luokka. Tällä käsitteiden yhdistelyllä saadaan vastaus tutkimusongelmaan. Sisällönanalyysissa käsitteellistään empiriasta saatu tieto tulkinna ja päättelyn avulla. Tutkijan tehtävänä on koko analyysiprosessin aikana pyrkiä ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan, sitä mitä tutkittavat asiat näille merkitsevät. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 110-115.)

4.3 Esite

Esite on yksi tärkeimmistä markkinointivälineistä. Esitteiden suunnittelu ja tuottaminen on usein haastava ja luova prosessi, eikä sen toteuttamiseen ole olemassa yhtä mallia jäsentekeeminen vaatii merkittävästi aikaa. Esitteen suunnittelu kannattaa yleensä ulkoistaa ammattilaiselle, mutta sisällön miettiminen on silti yrityksen omalla vastuulla. Esitettä suunniteltaessa joudutaan usein miettimään, mitä haluamme esitteellä tarjota lukijalle, mitä esite kertoo ja miksi, kuinka paljon tekstiä tuotetaan. Onko esitteen tarkoitus herättää kiinnostus ja halu saada lisää tietoa, vai onko tarkoitus, että esite antaa jo kaiken tiedon? Tarkkaan tulee myös harkita kuvien ja tilastojen käyttöä. Pelkät luvut ja kuvat voivat pian sekoittaa hyvän esitteen informatiivisen osuuden. Kaiken kaikkiaan tulee myös suunnitella resurssit, kuinka paljon ollaan valmiita antamaan esitteelle aikaa, rahaa ja näkyvyyttä. (Julistetehdas 2012.)

5 Haastattelujen yhteenvedot

Opinnäytetyössä oli alun perin tarkoitus haastatella kolmea ammattihenkilöä, jotka ovat tekemisissä syömishäiriöisten kanssa. Alkuperäiset haastateltavat muuttuivat kahden henkilön osalta, koska heihin ei saatu yhteyttä lukuisista yrityksistä huolimatta. Heitä yritettiin tavoitella puhelimitse ja sähköpostitse. Heidän tilalleen saatiin syömishäiriöliitosta edustaja sekä syömishäiriökeskuksen edustaja ja yksi kokemusasiantuntija. Alkuperäisistä haastateltavista haastateltiin Hyvinkään sairaalan lasten- ja nuorten poliklinikan sairaanhoitajaa. Haastattelu toteutui sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin ryhmähaastattelulla. Lisäksi toteutettiin

kolme puhelinhaastattelua. Teemahaastattelun runkoa käytettiin haastattelujen pohjana(LIITE1).

5.1 Sairaanhoidajan ja ravitsemusterapeutin näkemykset

Haastatteluissa tuli esille, että esitteen informaatio tulisi suunnata nuorille potilaille, heidän vanhemmilleen sekä ammattilaisten käyttöön. Haastateltavien mielestä esitteessä olisi hyvä kertoa anoreksiasta, bulimiasta, ortoreksiasta ja ahmintahäiriöstä ilman oksentamista. Esitteessä olisi hyvä kertoa lyhyt kuvaus sairaudesta, miten ja missä sitä hoidetaan, mistä apua saa ja minkälaista apu on. Hoito koostuu moniammatillisesta työryhmästä, joka sisältää lääkärin seurantaa, sairaanhoidajan apua ja mahdollisesti erikoisalan konsultaatioita esimerkiksi ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti. Päävastuu hoidosta kuuluu nykyään psykiatrian puolelle. Tekstin tulisi olla tiivistetty tietopaketti, lämpöisesti ja maanläheisesti kerrottuna, ilman terminologiaa. Esitteen tulisi herättää luottamusta niin, että asioista rohkenee puhumaan. Esitteessä pitäisi olla kivoja fraaseja ja runoja. Tekstin tulisi olla kevyttä luettavaa eikä sitä saa olla liian paljon ja tekstin tulisi olla sellaista, että sen voisi nopeasti silmäillä lävitse.

Tietoa ammattihenkilöiltä kyselevät yleensä vanhemmat, poikaystävät sekä tyttöystävät, mutta nuori ei yleensä kysele sairaudestaan. Läheisille konkretisoituu kuinka vakavasta tilanteesta on kyse, joka voi pahimmassa tapauksessa johtaa kuolemaan. Tilanne voi tulla yllätyksenä läheisille, koska nuori salailee ja peittelee tilannetta hyvinkin pitkälle kunnes tulee romahdus, joka voi olla läheisille ja ympäristölle aikamoinen shokki. Ensietieto mitä läheiset kaipaavat, on mistä sairaudessa on kyse, mitä se tarkoittaa, mitä nyt tapahtuu ja miten tulee toimia. Kysymykset liittyvät läheisten hätään.

Haastateltavien mielestä auttavat nettisivut ovat laadultaan erittäin hyviä. Sellaisia ovat muun muassa syömishäiriöyhdistyksen nettisivut ja Etelän SYLI. Ehdottomasti SYLI tulisi mainita esitteessä. Hoidon saannista kysyttäessä, hoitoa saavat kaikki sitä haluavat. Anorektikoiden kohdalla tilanne on hankala, koska he eivät itse halua hoitoa. Hoidon kustannuksista kysyttäessä haastateltavat eivät osanneet vastata. Hoidon piiriin pääsemisen nopeus riippuu potilaan tilanteesta ja lähettävästä tahosta. Kotona ei välttämättä huomata nuoren tilanteen vakavuutta eikä terveydenhoitajilla ole aina mahdollisuuksia tai resursseja huomata tilannetta. Haastateltavien mukaan hyvä esitteen koko ja muoto olisi A5 vihkonen eli puoliksi taiteltu A4. Esitteessä tulisi olla värejä ja kuvia, myös ruokakuvia, jotka ovat selkeitä, hyviä ja värillisiä. Ruokakuvissa ongelmana on niiden kallis hinta koska siinä on niin monta elementtiä, muun muassa reseptiikka, ruoan valmistus ja kuvaus. Nimiehdotuksia eivät haastateltavat osanneet ehdottaa.

5.2 Puhelinhaastattelujen yhteenveto

Haastateltavina olivat Syömishäiriökeskuksen edustaja sekä Syömishäiriöliiton edustaja. Molemmilla heillä oli ollut myös itsellään syömishäiriöitä, joista he ovat parantuneet ja toipuneet. He vastasivat kysymyksiin oman kokemuksen ja oman tietämyksen perusteella, sekä siihen verraten, mitä esitteitä on jo saatavilla ja mitä tietoa niistä jo löytyy. Molempien haastatteluissa nousi esille esitteen yksiselitteinen ulkoasu sekä sisältöä. Molempien mielestä esitteeseen ei tulisi laittaa ollenkaan mitään ravitsemustietoa eikä mitään ruokakuvia tai ruokannoskokoja tai kalorimääriä. Heidän mielestään voisi tehdä kokonaan vaikka erikseen ruoka ja ravitsemusesitteen, mutta ei saisi sotkea näitä kahta asiaa toisiinsa. Molemmat aiheet ovat todella laajoja ja niistä tulisi tietoa todella paljon. Esitteestä saattaisi tulla liian paksu ja tuhti paketti, jolloin tietoa olisi vaikea omaksua siitä.

Haastatteluissa nousi myös selvästi esille, että haastateltavat eivät laittaisi esitteeseen kuvia. Kuvat voivat provosoida syömishäiriöstä kärsiviä ja antaa lisää virikkeitä tai jopa opettaa jotain uutta sairauksiin liittyen. Heidän mielestään, jos kuvan esitteeseen laittaa, tulisi sen olla täysin jostain muusta aiheesta. Esimerkiksi he kuvailivat kuvaa, jossa tyttö juoksee kesäisellä niityllä iloisesti. Molempien toiveina oli, että esitteessä tulee korostaa syömishäiriön oleva sairaus joka on erittäin vakava ja sillä on pahoja seurauksia, mutta aina on kuitenkin olemassa toivoa ja siitä voi parantua. He nostavat suuresti esille sen että aina on olemassa toivoa. Tämän tulisi tulla selkeästi esille esitteessäkin. He haluavat myös painottaa, ettei syömishäiriö ole koskaan kenenkään syytä. Syyllistä on turha etsiä koska sitä ei ole. He eivät myöskään toivo, että syömishäiriö-esite opettaisi sairastamaan lisää ja uutta. Esite ei saisi johtaa heitä väärään suuntaan parantumisen tiellä. Vääränlainen kysymys on esimerkiksi, että oksennatko viisi kertaa päivässä? Mikäli syömishäiriötä sairastava oksentaa tähän mennessä vain kolme kertaa päivässä, hän voi ajatella että se on liian vähän, vaan normaalisti pitääkin oksentaa viisi kertaa. Näin hän aloittaa tämän käytännön ja hänen sairautensa syvenee. Hän pahentaa omaa tilannettaan ja sairautta, jolloin myös toipuminen on aina vaikeampaa ja kestää pidemmän aikaa.

Haastateltavat varoittivat että esitteessä ei saisi luokitella ihmisiä tai sairauksia jonkun tietyn tyyppin tai iän mukaan. Kaikki syömishäiriöt ovat hyvin monimuotoisia ja moniasteisia. Ei ole vain anoreksia, bulimia tai ortoreksia. Usein nämä sairaudet muuttuvat ja sekoittuvat toisiinsa tai sairauden edetessä potilaat ovat jo kaikkia kokeneita. He eivät myöskään halua, että esitteessä lukisi erikseen tyttöjen tai poikien, lasten tai aikuisten, naisten tai miesten sairaudet, oireet tai hoito. Kuka tahansa ihminen voi sairastua, huolimatta painoindeksistä tai elintasosta. He vertasivat tietoa siihen, että kaupassa nähtävät ihmiset, jotka kulkevat vastaan hyvin tasokkaan näköistä elämää nauttien ja hyvällä painoindeksillä varustettuina, eivät kuitenkaan ole välttämättä terveitä eivätkä normaalisti syöviä ihmisiä. Jokaisella meistä voi olla syömis-

häiriö jossakin vaiheessa elämäämme. Heidän mielestä esitteen tulisi olla rakennettu niin, että se miettimisen arvoisilla kysymyksillä herättää ihmiset ajattelemaan omaa tai läheisen syömiskäyttäytymistä ja ympärillä vallitsevia elämäntapoja, sekä tunnistamaan mahdolliset varhaiset ennakkomerkit läheisissä, jotka mahdollisesti sairastuvat syömishäiriöön. Tämä siksi, koska vain varhainen apu voi taata hyvän lopputuloksen.

Esitteen kokoon heiltä tuli yksiselitteinen vastaus. Esitteen tulisi olla A4 taitettuna, värikäs ja selkeä. Esitettä pitäisi olla helppo lukea ja tekstin tulisi olla kirjoitettu lyhyesti ja selkeästi, positiiviseen sävyyn. Otsikoiden tulee olla isoja, selkeitä ja puhuttelevia. Heidän mielestään otsikot voisivat olla kysymyksiä, jotka herättelevät lukijan aiheeseen ja ajattelemaan asiaa. Nimiehdotuksia ei haastatteluista noussut esille. He kertoivat vielä lopuksi, millaisia esitteitä heillä jo on ja mitä tietoa niistä jo löytyy. Heillä olevat esitteet ovat aika paksuja ja sisältävät paljon tietoa. He toivoivat tämän opinnäytetyön tuloksena syntyvästä esitteestä ensikäden tietopakettia, jonka pohjalta voi sitten lähteä hakemaan lisää tietoa, etsiä hoitopaikkoja sekä niitä jo olemassa olevia paksumpia vihkosia. He toivoivat, että tämän opinnäytetyön esitteen viimeinen sivu olisi vain linkkejä hoitopaikkoihin, auttaviin puhelimiin, sekä yksityisiin että julkisen puolen paikkoihin. Tietoa ja apua on vaikea saada ja löytää pahimman hädän hetkellä.

6 Toiminnan arviointia

6.1 Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyön tuloksena syntyi esite syömishäiriöistä Hyvinkään Laurean Luotsi palveluneuvontapisteelle. Esite pyrittiin tekemään selkeäksi, mielenkiintoiseksi, ymmärrettäväksi ja helposti luettavaksi. Esite kirjoitettiin ja kuvitettiin kannustavaksi ja motivoivaksi sekä positiivisuutta herättäväksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ihmisten tietämystä siitä kuinka saada apua syömishäiriötä epäiltäessä ja syömishäiriötä jo sairastavalle. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mikä on syömishäiriö, mikä sen aiheuttaa ja millaisia erilaisia syömishäiriöitä on olemassa. Erilaisista syömishäiriöistä perehdyttiin kuvailemaan anoreksia nervosaa, bulimia nervosaa ja ortoreksia nervosaa.
2. Kuinka syömishäiriö ilmenee ja millaisia oireita esiintyy.

Tilajana toimi Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulu, Palveluneuvontapiste Luotsi ja opinnäytetyön ohjaajana Eija Mattila. Opinnäytetyöhön teorian tiedon keruussa käytettiin apuna kirjastoja, internetiä ja haastatteluita. Haastattelut tapahtuivat tiedonantajien kanssa erikseen sovituissa paikoissa. Haastatteluympäristöiksi pyrittiin valitsemaan ja luomaan mahdolli-

simman rauhallinen ja optimaalinen tila haastattelua varten. Teemahaastattelu toteutettiin seuraavien teemojen avulla:

1. Syömishäiriöitä koskeva informaatio
2. Ihmisten yleensä tekemät kysymykset syömishäiriöistä
3. Apua tarjoavat tahot
4. Esitteen ulkonäkö

Suurin osa kirjallisesta lähdemateriaalista oli saatavilla Lauren ammattikorkeakoulun kirjastosta, jossa on myös käytettävissä internet muun lähdemateriaalin keruuta ja tutkimista varten. Opinnäytetyötä toteutettiin koulussa, kotona ja haastattelupaikoilla, yhdessä ja itsenäisesti työskentelemällä tiedonkeräämiseksi.

Tuloksena opinnäytetyössä saatiin haastatteluilla materiaalia, joka analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Kirjallisuuskatsauksella saatiin jo aiemmin tutkittua ja koottua tietoa syömishäiriöistä, joista koottiin opinnäytetyöhön soveltuvat osat kokonaisuuksiksi. Haastatteluilla saadun aineiston ja kirjallisuuskatsauksen avulla toteutettiin informatiivinen esite syömishäiriöistä yhteistyökumppani Luotsi palveluneuvontapisteelle. Laurean ammattikorkeakoulussa oli mahdollista tulostaa ja viimeistellä esite lopulliseen, konkreettiseen muotoon.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettinen vastuu tutkijalla korostuu erityisesti sellaisissa tutkimuksissa, joissa tutkimus kohdistuu ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin ja tutkimus, joka edellyttää tutkijan ja tutkittavan välillä intensiivistä dialogia. Tutkijalta edellytetään moraalisten ulottuvuuksien tiedostamista koko prosessin ajan. Keskeiset eettiset kysymykset liittyvät luottamuksellisuuteen, vapaaehtoisuuteen ja avoimuuteen. Luottamuksellisuudella tarkoitetaan sitä että haastattelu perustuu vapaaehtoisuuteen ja haastateltavan henkilökohtaiseen suostumukseen. Tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta ja siitä, että haastattelut nauhoitetaan, tulee kertoa haastateltavalle. Myös aineiston käytöstä ja hävittämisestä pitää kertoa. Anonymiteetin säilyttämiseen on annettava mahdollisuus. (Jankonen & Nikkonen 2001, 256.)

Luotettavuutta voidaan arvioida eri kriteerien avulla, uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tulosten kuvaaminen pitää tehdä selkeäksi ja niin, että lukija ymmärtää, mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja miten analyysi on tehty. Tarkastelun kohteeksi joutuvat analyysiprosessi ja tulosten validiteetti. Käsitteiden sisältöjä ja kategorioita kuvataan yleensä alakategorioilla. Tutkijalta vaaditaan kahdenlaista kiinnittymistä niiden muodostamiseen. Näitä ovat kiinnittyminen empiiriseen aineistoon ja käsitteelliseen ajatteluun. Tutkimuskontekstin huolellinen kuvaus varmistaa tutkimuksen siirrettävyyden.

Näin ollen jos toinen tutkija haluaa seurata prosessia niin se mahdollistaa tämän. Luotettavuuden arvioinnin kriteerit tutkijan tulee itse arvioida siltä pohjalta, mitkä soveltuvat hänen aineistoonsa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 - 161, 173 - 179.)

Eettisenä ratkaisuna pidetään jo tutkimusaiheen valintaa. Yhteiskunnallinen merkitys ja erityisesti, miten tutkimukseen osallistujiin se vaikuttaa, on tutkijan pohdittava. Hyödyllisyys on tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana. Tutkijan tulee pyrkiä minimoimaan tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien mahdollista riskiä. Itsemääräämisoikeus on myös tutkimuksen eettisyyden tärkeimpiä asioita. Tutkimukseen osallistujilla on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkimuksen osallistujille tulee antaa mahdollisuus kysyä kysymyksiä tai kieltäytyä antamasta tietojaan. Myös tutkimuksen keskeyttäminen on mahdollista. Tutkimustyössä oikeudenmukaisuus on tärkeää, kaikki ovat tasa-arvoisia. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien kulttuurista uskomusta, tapoja ja elämäntapaa. Anonymiteetin huomioiminen on keskeistä tutkimustyössä. Ulkopuolisille ei saa luovuttaa tutkimustietoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 - 161, 173 - 179.)

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan eettisiä periaatteita, joihin sisältyy ihmisten auttaminen ja kunnioittaminen käyttämällä tutkittuja ja hyviksi havaittuja menetelmiä työtä toteuttaessa. Päätökset, joita opinnäytetyötä tehdessä toteutuvat, vaikuttavat kaikkiin henkilöihin. Noudatamme salassapitovelvollisuutta. Opinnäytetyön yhteydessä muodostuvaa materiaalia, kuten haastattelu nauhoitukset, käsitellään asianmukaisesti. Niitä ei luovuteta kolmansille osapuolille ja ne tuhotaan asianmukaisesti, kun ne on litteroitu. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu luotettavista lähteistä ja toiminnallisessa osuudessa haastatellaan asiantuntijoita. Opinnäytetyön teemahaastattelun otos on hyvin suppea ja rajautuu henkilökohtaisiin mielipiteisiin. Tämä saattaa aiheuttaa joidenkin tutkijoiden silmissä epäluottamusta.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa esite syömishäiriöiselle nuorelle ja hänen läheisilleen. Opinnäytetyön sisältö ja sen tarkoitus muuttuivat työnteon varrella. Työtä aloitettaessa oli alustavasti sovittu haastateltavat. Nämä kuitenkin muuttuivat, koska suunniteltuihin haastateltaviin ei saatu yhteyttä lukuisista yrityksistä huolimatta. Saimme heidän tilalleen kuitenkin uudet haastateltavat ja tarpeeksi luotettavaa materiaalia esitteen sisältöä varten. Alustavasti oli suunniteltu, että haastatteleimme kolmea syömishäiriöiden asiantuntijaa, saimme kuitenkin yhteensä viisi haastateltavaa, joista yksi oli kokemusasiantuntija. Haastattelut oli alun perin suunniteltu tehtäväksi paikan päällä kasvotusten. Kolme haastattelua toteutettiin puhelinhaastatteluina, koska emme saaneet vastauksia lukuisista sähköposti yhteydenotoista huolimatta, päätimme soittaa yhteistyökumppaneille. Heidän tiukan aikataulunsa vuoksi, päädyimme tekemään puhelinhaastattelut.

Aihe valikoitui opinnäytetyömme aiheeksi kiinnostuksen pohjalta syömishäiriöihin ja halusta saada lisää tietoa syömishäiriöistä. Mielestämme syömishäiriöt ovat lisääntyneet sosiaalisen median ja hoikkuuden ihannoinnin takia. Aihe on hyvin ajankohtainen. Syömishäiriöt ovat lisääntyneet huomattavasti viime aikoina nuorten parissa. Syömishäiriöt ovat vaiettu aihe, joka pidetään tiiviisti perheen sisällä. Syömishäiriö sairautena koskettaa koko perhettä, joten opinnäytetyön tuloksena tuotettu esite on tarkoitettu helpottamaan sairastuneen ja hänen läheisten tiedon ja avun hakemista. Syömishäiriöisen ja hänen läheistensä, jotka tarvitsevat ja haluaisivat apua, on vaikea sitä lähteä hakemaan monimutkaisten tietopolkujen kautta. Esite helpottaa juuri kynnystä hakea tietoa ja apua. Leimaantumisen pelko on suuri, joten apua tarvitsevat eivät sitä lähde kyselemään suureen ääneen. Esite on helppo ottaa mukaan ja tutustua siihen ja sen sisältöön rauhassa. Jos kuitenkin haluaa saada lisää tai tarkempaa tietoa, esitteen takasivulta löytyy auttavia tahoja.

Esitteen työstäminen alkoi haastatteluiden ja teoria osuuden laatimisen jälkeen. Esitteen sisällön kokoaminen oli haasteellista, koska piti saada paljon tietoa kiteytettynä tärkeimpiin ydinasioihin. Haastatteluista saatiin paljon uusia ja toisiinsa verrattuna erilaista tietoa. Eri-laisuus oli sekä erittäin palkitsevaa, että haastavaa. Niistä poimimme mielestämme oleelliset asiat esitteeseen, josta piti saada ytimekäs ja kiinnostusta herättävä. Esitteen ulkomuoto syntyi helposti, koska meillä oli selkeä visio siitä millaiselta sen tulisi näyttää. Väri-maailmaksi pyrimme valitsemaan sukupuolineutraalin värin, jotta emme suuntaisi sitä vain toiselle sukupuolelle. Meidän ajatus esitteen informatiivisuudesta olisi ollut hieman runsaampi. Haastatteluissa tuli ilmi, että yhteistyökumppaneilla on jo runsaasti laajempia esitteitä aiheesta. Heidän toivomuksenaan oli, että esite sisältäisi yhteystietoja auttaviin tahoihin, josta saisi lisää tietoa ja laajempia esitteitä. Haastateltavat nostivat huoleksi liian runsaan tieto määrän, joka tekisi esitteestä sekavan ja vaikeasti hahmotettavan. Näin ollen esitteemme on yksisivuinen ja sisältää auttavien tahojen yhteystietoja.

Pitkällä tähtäimellä aikataulutukset sujui suunnitelmien mukaisesti. Tarkoituksena oli alun perin saada työ valmiiksi alkuvuoden aikana, mutta aikataulujen yhteensovittaminen kolmen henkilön kesken oli vaikeaa. Työmme valmistui keväällä. Olimme toisiimme yhteydessä sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyön teoriaosuuksien tiedonkeruuta ja koostamista jaoimme toistemme kesken ja liitimme osiot yhteen kokonaisuudeksi. Ryhmämme toimi hyvin ja jokainen teki sovitut työt.

Opinnäytetyöstä olemme saaneet paljon uutta tietoa ja syvennettyä jo tietämäämme. Opimme käyttämään hyödyksemme erilaisia tutkimusmenetelmiä. Teemahaastatteluiden toteutus oli haasteellista, mutta palkitsevaa. Haastatteluissa opimme haastattelemaan, vastaanottamaan ja käsittelemään tietoa ja analysoimaan saatua tietoa. Litterointi vei paljon aikaa, jon-

ka tekemisen aikana käsitti kuinka haasteellista on kirjoittaa puhekieltä tekstimuotoon. Ryhmänä olemme oppineet organisointia, ryhmätyöskentelytaitoja ja aikataulujen yhteensovittamista. Kokonaisuutena opinnäytetyön tekeminen on ollut palkitsevaa, raskasta ja paljon aikaa vievää. Olemme kehittyneet ammatillisesti opinnäytetyön tekemisen varrella. Osaamme tulevana terveydenhuollon ammattilaisina kohdata syömishäiriöisiä sekä heidän läheisiään. Toivomme, että esitteestä olisi hyötyä pitkään ja se tavoittaisi ihmiset.

Lähteet

- Arusoglu, G., Kabakci, E., Köksal, G. & Merdol, T.K. 2008. Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turk Psikiyatri Dergisi* 19, 283-91.
- BoteBonaechea, B., Catalina Zamora, M.L., Garcia Sanchez, F. & Rios Rial, B. 2005. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr* 33, 66-8.
- Bratman, S. & Knight, D. 2000. *Health food junkies*. New York: Broadway Books.
- Cannella, C., Donini, L.M., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Marsili, D. 2005. Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord* 10, e28-e32.
- Hautala, L., Liuksila, P.-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. *Suomen lääkärilehti* 61, 41-46.
- Heiskanen-Haarala, I. 2011. Syömishäiriöstä toipuminen alkaa omasta tahdosta. *Diabetes* 63, 16-18.
- Hepworth, K. 2010. *Eating Disorders Today - Not just a girl thing*. *JCN* 3/27, 236-241.
- Huttunen, M. & Jalanko, H. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Viitattu 8.4.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111 Artikkel
- Jankonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Julistetehdas. 2012. Viitattu 30.10.2012. <http://www.julistetehdas.fi>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Korinth, A., Schiess, S. & Westenhofer, J. 2009. Eating behavior and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition* 13, 32-37.
- Korpela-Koskinen, K. 2012. Kun syöminen muuttuu tarkkailuksi. *Diabetes* 63, 26-27.
- Kratina, K. 2006. *Orthorexia Nervosa*. National Eating Disorders Association.
- Kurkela, R. Tilastokeskus. Viitattu 26.11.2012. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/>
- Käypähoito. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Ebeling, H., Järvi, L., Komulainen, J., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Rissanen, A. & Tapanainen, P. Käypähoitosuositus. Viitattu 22.11.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030?hakusana=anoreksia>
- Mattila, E. 2012. Luotsi-palveluneuvontapiste. Laurea ammattikorkeakoulu. [http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupGraphics/Eija%20Mattila_esitys_20121108.pdf/\\$file/Eija%20Mattila_esitys_20121108.pdf](http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupGraphics/Eija%20Mattila_esitys_20121108.pdf/$file/Eija%20Mattila_esitys_20121108.pdf)
- Mattila, E. 2011. *Palveluneuvola -hanke*. Viitattu 24.01.2013. www.laurea.fi
- Rahkonen-Keski, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. *Läheiselläni on syömishäiriö*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ruuska, J. & Rantanen, P. 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. *Suomenlääkärilehti* 48, 4527-4532.

Strand, E. 2004. A new eating disorder? *Psychol Today* 37, 16.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M. 2005. *Syömishäiriön ravitsemushoito*. Helsinki: Duodecim.

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelun runko	42
Liite 2 Esite syömishäiriöiselle ja hänen läheisilleen.....	43

Liite 1 Teemahaastattelun runko

Tutkimuskysymys: Millainen esite lisää ihmisten tietoisuutta syömishäiriöistä?

Teema 1 Esitteen informaatio

- Kenelle esite olisi hyvä suunnata?
- Mistä syömishäiriöistä olisi hyvä kertoa?
- Mitä olisi hyvä kertoa esitteessä?
- Millaista tekstiä esitteessä olisi hyvä olla?

Teema 2 Yleiset kysymykset ammattihenkilöiltä syömishäiriöistä

- Ketkä kysyy tietoa?
- Millaisia kysymyksiä kysytään?

Teema 3 Avuntarjoajat

- Millaisia auttavia nettisivuja on?
- Saako hoitoa kaikki sitä haluavat?
- Kuinka nopeasti pääsee hoidon piiriin?
- Paljonko hoito maksaa kokonaisuudessaan?

Teema 4 Esitteen ulkonäkö

- Millainen olisi esitteen hyvä muoto?
- Millainen olisi esitteen hyvä koko?
- Esitteen väritys?
- Kuvitettu esite?
- Nimiehdotuksia esitteelle?

Tutkimuskysymys: Millainen esite lisää ihmisten tietoisuutta syömishäiriöistä?

Liite 2 Esite syömishäiriöiselle ja hänen läheisilleen

EI KYSYVÄ TIETÄ EKSY
- eli mistä voin saada apua?

- www.syli.fi
- www.etelan-syli.fi
- www.syomishairiokeskus.fi
- Futuuri
www.syomishairiotalo.fi
- Syömishäiriökeskuksen
palveleva puhelin
040 411 5481
arkisin klo:9-11.30

**TIETOA JA APUA
SYÖMISHÄIRIÖISELLE
JA HÄNEN
LÄHEISILLEEN**

**ONKO SINULLA TAI
LÄHEISELLÄSI
SYÖMISHÄIRIÖ?**

- ✓ kuka tahansa voi sairastua
- ✓ aina on toivoa parantua

**OLETKO HAVAINNUT
SEURAAVIA OIREITA?**

- ✓ jatkuva ruoan ja painon ajattelu tai tarkkaileminen
- ✓ tyytymättömyys omaan kehoon

**FYYSINEN VAI
PSYKKINEN SAIRAU?**

- ✓ psyykinen sairaus, jolla on fyysisiä oireita

**KENELTÄ VOIN SAADA
APUA, TIETOA JA
NEUVOJA?**

- ✓ terveydenhoitaja
- ✓ ravitsemusterapeutti
- ✓ psykologi
- ✓ terveyskeskus
- ✓ syömishäiriöliitto
- ✓ syömishäiriökeskus
- ✓ läheiset