



Urheilu- ja syömishäiriöt- verkkokurssin hyödyllisyys valmentajille

Sanni Niemelä

Haaga-Helia ammattikorkeakoulu

Liikunnanohjaajan tutkinto

Opinnäytetyö

2023

Tiivistelmä

Tekijä(t) Sanni Niemelä
Tutkinto Liikunnanohjaaja
Raportin/Opinnäytetyön nimi Urheilu- ja syömishäiriöt- verkkokurssin hyödyllisyys valmentajille
Sivu- ja liitesivumäärä 48 + 23
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Oman Elämänsä Urheilija -projektin (OEU) Urheilu ja syömishäiriöt- verkkokurssia. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, lisääkö kurssi valmentajien tietotaitoa ja/tai pätevyyden tunnetta liittyen urheilijoiden syömishäiriöihin. Opinnäytetyön toimeksiantaja toimi Oman Elämänsä Urheilija -projekti.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat urheiluvalmentajat, jotka osallistuivat OEU:n järjestämälle verkkokurssille syyskuussa 2023. Vapaaehtoisena tutkimukseen osallistui lopulta neljä valmentajaa. Tutkimuksessa toteutettiin kyselytutkimuksena sekä haastatteluina. Toimeksiantajan kanssa yhdessä päätettiin hyödyntää ruotsalaisen I Care-kurssin laatimaa kyselypohjaa liittyen valmentajien pätevyyden tunteeseen sekä CET-kyselylomaketta liittyen valmentajien omaan ruoka- sekä liikuntasuhteeseen. Kyselyt yhdistettiin ja karsittiin pois epäolennaiset kysymykset. Loppukysely oli pääpiirteiltään samanlainen alkukyselyn kanssa. Kyselyt toteutettiin Webropol-kyselyinä. Kurssin jälkeen haastateltiin vielä jokaista valmentajaa yksilöllisesti Teamsissa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelukysymykset suunniteltiin valmiiksi osittain hyödyntäen kyselyiden vastauksia. Haastattelun tarkoituksena oli kerätä syvällisempää ymmärrystä valmentajien kokemuksista. Tämän jälkeen kyselyt sekä haastattelut analysoitiin.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan tutkimukseen osallistuvat valmentajat saivat haluttua hyötyä kurssilta. Kyselyiden tuloksia vertailemalla sekä yksilöhaastattelujen perusteella tutkimukseen osallistuneet valmentajat kokivat tietotaitonsa sekä pätevyyden tunteensa lisääntyneen kurssin suorittamisen myötä. Valmentajat kertoivat, että myös muiden valmentajien (erityisesti riskilajien) olisi hyvä suorittaa kyseinen kurssi. Kurssin näkyvyyttä olisi hyvä lisätä, jotta yhä useampi valmentaja olisi siitä tietoinen.</p>
Asiasanat Syömishäiriöt, urheilu, ruumiinkuva, valmennus, urheilijat

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Syömishäiriöt	3
2.1 Anoreksia nervosa	4
2.2 Bulimia.....	7
2.3 Binge-Eating Disorder, BED.....	9
2.4 Epätyypilliset syömishäiriöt	11
2.4.1 Ortoreksia	11
2.4.2 Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö, ARFID	13
3 Suhteellinen energiavaje (RED-S)	14
4 Syömishäiriöt urheilijoilla.....	18
4.1 Syömishäiriön vaikutukset urheilu-uraan.....	18
4.2 Urheilijoiden syömishäiriöiden riskitekijät, ehkäisy ja hoito	19
4.3 Valmentaja ja urheilijan syömishäiriö	20
4.4 Pakonomainen liikunta	21
5 Oman Elämänsä Urheilija	22
6 Opinnäytetyön tavoite	23
7 Opinnäytetyön toteutus	24
7.1 Kohderyhmä	25
7.2 Tutkimusmenetelmän valinta	26
7.2.1 Kysely.....	27
7.2.2 Haastattelu	28
8 Tulokset.....	30
8.1 Valmentajien tietotaidon lisääntyminen.....	30
8.2 Valmentajien pätevyyden tunteen lisääntyminen.....	34
9 Pohdinta	39

9.1	Johtopäätökset	39
9.2	Kurssin kehittämisehdotukset	41
9.3	Tutkimuksen onnistumiset, heikkoudet sekä jatkoideointi	41
9.4	Luotettavuus- ja eettisyyspohdinta	43
9.5	Oman opinnäytetyöprojektin ja oppimisen arviointi	44
	Lähteet.....	45
	Liitteet	49
	Liite 1. Haastattelun strukturoidut kysymykset	49
	Liite 2. Alkukysely.....	50
	Liite 3. Loppukysely	62

1 Johdanto

Syömishäiriöt kuuluvat vakavien mielenterveyshäiriöiden luokkaan. Suhteutettuna koko väestöön syömishäiriöiden esiintyvyys on melko alhainen. Yleisin ryhmä, joka syömishäiriöistä kärsii ovat nuoret ja nuoret aikuiset. Jopa viidellä prosentilla nuorista naisista on syömishäiriö ennen 30. ikävuotta. Eritoten nuoret naisurheilijat kärsivät syömishäiriöoireilusta muita ryhmiä useammin (Päivänsalo, Sandholm & Niemelä 2022, 118). Syömishäiriöt ovat urheilijoiden keskuudessa yleisempiä verrattuna ei-urheilijoihin. Syömishäiriöiden esiintyvyys naisurheilijoilla vaihtelee 6–45 % välillä ja miesurheilijoilla 0-19% välillä. (Tod, McEwan & Andersen 2021, 440). Etenkin painoluokka-, kestävyys- sekä esteettisissä lajeissa nuorten syömishäiriöt ovat yleisiä (Ojala & Jaakola s.a.). Mitä pidemmälle sairaus on ehtinyt edetä ennen kuin siihen puututaan, sitä haastavampaa parantuminen on (Baum 2013, 44).

Syömishäiriöt sekä muu ongelmakäyttäytyminen syömisen kanssa saattaa jäädä urheilijoilla havaitsematta, koska ne pysyvät usein helposti piilossa (Borg 2016, 175). Urheilijalla häiriintynyt syömiskäyttäytyminen voi vaikuttaa todella vahingollisesti urheilu-uraan sekä ylipäättään arjessa jaksamiseen, jos tätä ei havaita ajoissa. Valmentajalla on merkittävä rooli häiriintyneen syömiskäyttäytymisen ehkäisyssä ja tunnistamisessa. Valmentajasta saattaa tuntua haastavalta puuttua urheilijan häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, vaikka havaitsisikin urheilijan oireilevan. Epätietoisuus siitä, miten ja milloin keskustella näistä urheilijan kanssa tai kuuluuko asia valmentajalle saattaa luoda vaikeuksia puuttua asiaan. (Syömishäiriökeskus s.a.a.).

Olen kohdannut omassa lähipiirissäni sekä elinympäristössäni useita nuoria urheilijoita, joilla on haasteita ruoka- sekä liikuntasuhteen kanssa. Syömishäiriöiden yleisyys urheilijoiden keskuudessa tuntuu välillä enemmän säännöltä kuin poikkeukselta. Olen itse toiminut urheilunkentällä eri rooleissa, niin urheilijan kuin valmentajan. Opintojen myötä olen myös päässyt seuraamaan ammatti-valmentajien toimintaa vierestä sekä kouluttautumaan itse aiheesta erikoistuessani kilpa- ja huippu-urheiluun. On havaittu, että valmentajilla on monesti haasteita reagoida kohdatessaan urheilijalla häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä (Syömishäiriökeskus s.a.a.). Olisikin tärkeää kouluttaa valmentajia ja tarjota heille työkaluja toimia näissä tilanteissa, etenkin lajeissa, joissa syömishäiriöitä esiintyy eniten. Oman Elämänsä Urheilija- projekti (OEU- projekti) on vienyt tätä ajatusta käytäntöön ja pyrkii tukemaan omalta osaltaan urheilijoiden syömishäiriöiden ennaltaehkäisyä. OEU-projekti on osa Syömishäiriökeskuksen toimintaa, keskittyen erityisesti urheilijoiden syömishäiriöihin. OEU- projekti järjestää kuukauden mittaisia valmentajakoulutuksia aiheena urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisy. Opinnäytetyössä tutkitaan OEU- projektin syömishäiriökoulutuksen hyödyllisyyttä valmentajille. Tavoitteena on selvittää, kokevatko valmentajat koulutuksen lisäävän heidän

tietotaitoaan ja pätevyiden tunnetta aiheeseen liittyen. Tämän lisäksi työn tavoitteena on tutkimustulosten perusteella sekä valmentajien palautteen avulla mahdollisesti kehittää kurssia. Kohderyhmänä on vuoden 2023 syyskuun koulutukseen osallistuvat urheiluvalmentajat. Tutkimus on monimenetelmällinen ja siinä käytetään sekä kyselyitä että yksilöhaastatteluja.

2 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat yksi yleisimmistä mielenterveydellisistä sairauksista nuorilla. Käsite syömishäiriö ei sisällä pelkästään ongelmaa ruuan syömisen kanssa, vaan syömishäiriöt ovat diagnosoituja eri vaikeusasteisia sairauksia (Reinikkala ym. 2016, 227). WHO:n kehittämässä ICD-10-tautiluokituksessa (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), joka on käytössä Suomessa sekä amerikkalaisessa DSM-5-tautiluokituksessa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) määritellään diagnostiset kriteerit syömishäiriöille. Tällä hetkellä kliiniksiksi syömishäiriöiksi tunnustetaan anoreksia (laihuushäiriö) ja epätyypillinen anoreksia, bulimia (ahmimishäiriö) ja epätyypillinen bulimia, BED (binge eating disorder, ahmintahäiriö) sekä epätyypillinen syömishäiriö (EDNOS, eating disorder not otherwise specified). Syömishäiriöt vaikuttavat sairastuneet syömiskäyttäytymiseen sekä ruokasuhteeseen ja kehonkuvaan. Ne häiriintyvät sairauden myötä ja poikkeavat täten normaalista. Sairaus heikentää myös psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Ruusunen 2021, alaluku Syömishäiriöt). Syömishäiriöt mielletään usein naisten sairauksiksi, kuitenkin häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on yleistymässä tällä hetkellä nopeammin miehillä kuin naisilla (Tod, McEwan & Andersen 2021, 440).

Syömishäiriö saattaa muuttaa muotoaan ajan kuluessa eri syömishäiriötyypistä toiseen. Syömishäiriöihin liittyy usein myös muita psykiatrisia häiriöitä, kuten masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä ja persoonallisuushäiriöitä. Laihuushäiriössä kuolleisuus on suurin verrattuna muihin psykiatrisiin sairauksiin, sairastuneiden kuolleisuus on 5–10 kertaa korkeampi kuin muulla väestöllä. Itsemurhat ovat yksi merkittävimmistä kuolinsyistä. (Ruusunen 2021, alaluku Syömishäiriöt; Mereu ym. 2022). Syömishäiriön sairastumiseen harvoin pystytään jäljittämään yhtä tiettyä laukaisevaa tekijää, syyt ovat hyvin moninaisia ja osittain vielä tuntemattomia. Taustalla on geneettisiä, psykologisia ja persoonallisuuteen liittyviä, sosiaalisia, kulttuurisidonnaisia sekä fysiologisia syitä, jotka altistavat sairastumiselle. (Ruusunen 2021, alaluku Syömishäiriöt).

Syömishäiriöhoidossa käytetään moniammatillista yhteistyötä, tätä toteutetaan polikliinisesti, päiväsaaraala- tai osastohoidossa tarpeen mukaan. Käytettyjä hoitomuotoja ovat ravitsemuskuntoutus, keskustelukäynnit tai psykoterapia (sairauden vakavuuden tarpeen mukaisesti), somaattinen hoito ja seuranta (somaattinen eli ruumiillinen/elimellinen) sekä psykoedukaatio (tiedon jakaminen mielenterveydestä ja siihen vaikuttavista asioista). Syömishäiriöhoidon tavoitteita ovat laihduttamisen lopettaminen, säännöllinen syöminen, ravitsemustilan korjaaminen riittävillä ravintomäärillä, ahminnan hallintaan saanti, syömishäiriöoireiden vähentäminen, fyysistä terveyttä uhkaavien oireiden loppuminen sekä psyykkisten oireiden lievittäminen ja hoitaminen ja häiriintyneiden ajatusmallien muuttaminen. (Ruusunen 2021, alaluku Syömishäiriöiden hoito; Terveyskirjasto 2016a.; Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2022).

2.1 Anoreksia nervosa

Tunnetuin, vaikkei yleisin syömishäiriöistä on laihuushäiriö (Rissanen 2012, 492) eli anoreksia (anoreksia nervosa), jota sairastaa sen varsinaisessa muodossa vain 1 % 12-24-vuotiaista tytöistä ja naisista, mutta lievempi oireisena häiriö on yleisempi. Sairastuneista 5–10% on miehiä. Tyypillisesti laihuushäiriöön sairastutaan nuoruusiässä. Oireet kestävät monesti vuosikausia, täysparantuminen ottaa aikansa. Vain noin puolet parantuvat täysin; joka viides kärsii useita vuosia sairaudesta ja joka kolmas kärsii oireista lievempänä. Noin 5 % sairastuneista päätyy ennenaikaiseen kuolemaan, tähän johtaa joko aliravitsemuksen tuomat lisäsairaudet tai masennuksen seurauksena tehty itsemurha. (Ruuska 2021a.). Verrattuna muihin syömishäiriöihin, anoreksiassa tehtyjen itsemurhien yleisyys on suurin. Yritettyjä itsemurhia on tilastollisesti yhtä paljon, ellei vähemmän anoreksiassa kuin bulimiassa. (Guillaume 2011).

Anoreksian diagnostiset kriteerit määritellään ICD-10-luokituksessa (Taulukko 1.). Kriteerit on jaettu viiteen osaan. Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI (Body Mass Index, paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä, käytetään 16 ikävuodesta lähtien) korkeintaan 17,5 kg/m². Ennen murrosikää paino saattaa kasvun aikana jäädä alle normaalipainon ilman, että paino laskee. Painon lasku on itse aiheutettua, tämä tapahtuu välttämällä ”lihottavia” ruokia. Tämän lisäksi potilaalla saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä tyhjennyslääkkeiden käyttöä. Potilaalla on kehonkuvanvääristymä, hän näkee itsensä lihavana ja pelkää lihomista. Potilaalla todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö. Tämä ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Anoreksian alkaessa ennen murrosikää vaikuttaa se haitallisesti kasvuun sekä murrosiän fyysisiin muutoksiin. Murrosiän kehitys jatkuu yleensä parantumisen jälkeen, mutta normaalia myöhemmin. Lisäksi oireina voi olla kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuuksien mahdollinen suurentuminen. Kilpirauhasen aineenvaihdunta elimistössä voi olla muuttunut ja tämän lisäksi insuliinieritys voi olla poikkeuksellista. Anoreksian diagnostisiin kriteereihin kuuluu myös ahmimishäiriön kohtien A ja B puuttuminen eli potilaalla ei ole ylensyömisjaksoja eikä potilaan ajatuksia hallitse jatkuva syömisenhalu. (Käypä hoito 2014).

Taulukko 1. Anoreksian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan (Käypä hoito 2014).

A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI1) on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painon lasku on aiheutettu itse välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
C	Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.
1)	BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.

Anoreksia alkaa oireilla useimmiten nuorilla tytöillä, joilla on taipumusta perfektionismiin. Sairastunut itseään laihtuminen ei huolestuta, sen sijaan sairastunut pyrkii jatkuvasti laihtumaan lisää. Vaikka syöminen on lähes olematonta, pyörii ajatukset jatkuvasti syömisen ja ruuan ympärillä. Muille ruuanvalmistaminen ei ole ongelma sairastuneelle. Ruuan rajoittamisen lisäksi sairastunut saattaa myös liikkua pakonomaisesti, jotta kuluttaisi pois syödyt kalorit. Anoreksiaa sairastavalla oma kehonkuva on todella vääristynyt. Vaikka sairastuneen kehonpaino olisi huolestuttavan alhainen, kokee hän itsensä lihavaksi ja haluaa pudottaa painoa. Sairastumisen seurauksena syntyneet

aliravitsemustila johtaa esimerkiksi lanugokarvoituksen eli utukarvoituksen lisääntymiseen, kehon lämpötilan alenemiseen, kuivaan sekä usein karoteenin kertymästä aiheutuvaan kellertyvään ihoon. Ulkoisten muutosten lisäksi anoreksiaan liittyy aliravitsemuksen seurauksena useita hormonimuutoksia ja amenorrea (kuukautisten puuttuminen) sekä pitkään kestäneessä taudissa osteopenia (osteoporoosin esiaste). (Rissanen 2012, 492–493).

Anoreksiassa hoidon tavoitteena on aliravitsemuksen korjaaminen sekä niiden tekijöiden, psyykkiset sekä ympäristötekijät, muuttaminen, jotka ylläpitävät poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. Painon kohottaminen ja aliravitsemustilasta pois pääseminen on tärkein tavoite hoidon alussa. Jos aliravitsemustila on lievä (paino yli 80 % normaalipainosta), voi painon kohottamisen rinnalla aloittaa psykiatrisen hoidon. Jos sairastuneen tila on vakava, painon kohottaminen on päätavoite ja sen jälkeen voi aloittaa psykiatrisen hoidon. Kiireellistä sairaalahoitoa tarvitsevat sairastuneet, joiden paino on 30–40 % normaalipainosta sekä sairastuneet, joiden painon lasku on ollut erityisen nopeaa (25 % painosta tippunut kolmessa kuukaudessa). Erityisesti, jos nopeaan painon laskuun yhdistyy elektrolyyttitasapainon (eli tila, jossa ravinnosta saatujen elektrolyyttien määrä on sama kuin eri teitä elimistöstä poistuneiden elektrolyyttien määrä) häiriöitä, voimakasta sykkeen alenemistä, matalaa verenpainetta tai ruumiin lämmön laskua, on sairaalahoito tarpeellista. Myös tapaukset, joissa sairastuneella psyykkiset vaikeudet ovat erityisen haastavia, on sairaalahoito tarpeellista. (Rissanen 2012, 494; Terveyskirjasto 2016b.).

Hoidosta tekee usein haasteellista se, että sairastunut ei itse ymmärrä tilansa vakavuutta eikä hänellä ole halua nostaa painoa, koska ei koe olevansa sairas. Hoidon onnistumisen kannalta tärkeää olisikin luoda luottamussuhde potilaan kanssa sekä sopia hoidosta yhteisymmärryksessä. Potilaan kanssa tulisi solmia aina hoitosopimus, jossa sovitaan tavoitepainosta, painon nousun nopeudesta sekä siihen tarvittavan energiamäärän määrittelemisestä sekä mahdollisista liikuntarajoitteista. Naisilla sopivana biologisena painorajana voi pitää sitä painoa, jossa kuukautiskierto on säännöllinen. Potilaan syömistä voi tarkastella esimerkiksi ruokapäiväkirja-seurannalla. Usein potilas yliarvioi kuitenkin ruokamäärät, joten syödyn ruuan määrä tulee myös muilla tavoin varmistaa. Ruokapäiväkirjasta voi olla myös potilaalle itselleen hyötyä, sillä se voi herätellä oman energiansaannin vähäisyydestä. Hoidossa tulisi suosia tavallista ruokaa eikä ohjata potilasta noudattamaan tarkkoja dieettejä tai muita erityissäädöksiä syömisen suhteen. Energiansaannin tulisi ylittää arvioitu tarve vähintään 1000–200 kJ:lla eli 250–500 kcal:lla päivässä. Vaikeasti aliravitulla potilaalla energiamäärien nostamisen voi aloittaa nostamalla energiansaantia vähitellen tälle tasolle. Potilaan seurannassa painoa tulisi tarkkailla (,painoa ei tarvitse kertoa potilaalle, saattaa aiheuttaa ahdistusta) sekä toteuttaa ravitsemustilan arviointia. Tämän lisäksi voidaan seurata myös kehonkoostumuksen muutoksia (esimerkiksi ihopoimiumittauksella ja bioimpedanssilla). Ravitsemushoidon

myötä potilaalla saattaa ilmetä turvotusta sekä vatsanoireilua, nämä eivät kuitenkaan ole pysyviä vaivoja. (Rissanen 2012, 493–494).

Anoreksia potilaan oireilu voi uusiutua, erityisesti ensimmäisen vuoden aikana hoidon jälkeen. Tämän takia potilaita tulisikin rohkaista hakeutumaan matalalla kynnyksellä hoitoon, jos paino alkaa laskea. (Rissanen 2012, 494).

2.2 Bulimia

Ahmimishäiriö eli bulimia (bulimia nervosa) on syömishäiriö, joka on yleistynyt viime vuosikymmeninä länsimaissa. Yleensä se on murrosikäisten tyttöjen ja nuorten naisten häiriö. Bulimia alkaa usein myöhemmin nuoruusiässä kuin anoreksia. Bulimian diagnostiset kriteerit täyttävät vain 10 % naisista, mutta sen oireita esiintyy yleisemmin. Pojilla ja miehillä häiriö on suhteellisen harvinainen. (Ruuska 2021b).

Bulimia on syömishäiriö, johon kuuluu jatkuvat ja usein viikoittaiset ahmimiskohtaukset ja niihin liittyvä pakonomainen oksentelu ja muut epätavalliset keinot välttää lihomista. Oksentelun lisäksi syömistä pyritään kompensoimaan esimerkiksi lääkkeillä (ulostuslääkkeet, peräruiskeet sekä virtsaneritystä lisäävät lääkkeet), paastoamisella sekä runsaalla liikunnalla. Taustalla bulimiassa on negatiivinen kehonkuva ja voimakas pelko lihomisesta sekä lihavuudesta. (Ruuska 2021b). Bulimiasta kärsivän itsetunto ja omakuva ovat usein sidoksissa omaan ulkomuotoon. Bulimiasta kärsivä kokee ihannevertalon tai alhaisen painon saavuttamisen parantavan muiltakin osa-alueilta omaa elämän laatua. Sairaus alkaa usein ankaralla laihduttamisella ja tästä seuraavalla ahmimiskohtauksella, joka on seurausta kroonisesta pidättäytymisestä sekä riittämättömästä energiansaannista. Riittävän pitkän paaston jälkeen ahmimiskohtaus on normaali fysiologinen reaktio nälkiintymiseen. Niillä, joilla halu olla laiha sekä lihomisen pelko on suuri, buliminen oireilu käynnistyy herkemmin. Bulimia potilaista osalla on taipumusta lihavuuteen. (Rissanen 2012, 494).

Bulimian diagnostiset kriteerit määritellään ICD-10- tautiluokituksessa (Taulukko 2.), tämä sisältää neljä kohtaa. Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Näitä jaksoja on vähintään kahdesti viikossa, ainakin kolmen kuukauden ajan. Potilaan ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu syödä. Lihomista potilas pyrkii estämään esimerkiksi oksentelun ja paastoamisen avulla. Potilas näkee itsensä lihavana ja hänellä on vahva lihomisen pelko. (Käypä hoito 2014).

Taulukko 2. Bulimian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan (Käypä hoito 2014).

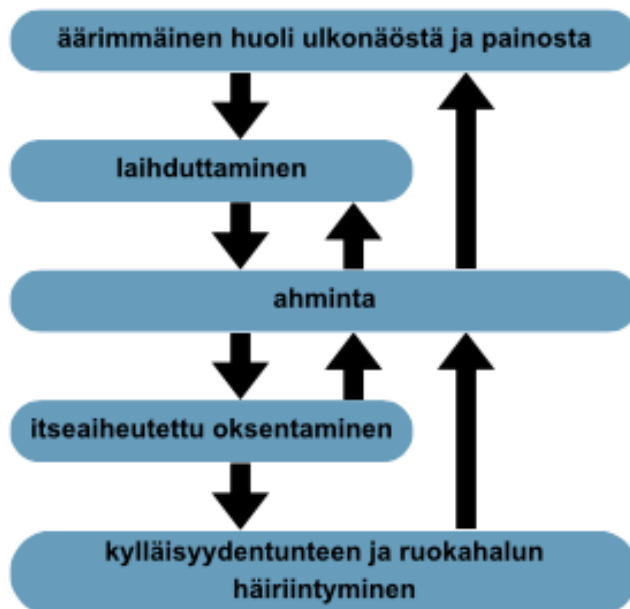
A	Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan), jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
B	Ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
C	Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavat” vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön avulla.
D	Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen. Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko.

Ulkoisesti bulimiamia on vaikea havaita. Suurin osa sairastuneista on normaalipainoisia, mutta paino kuitenkin vaihtelee taudin oireiden mukaan. Tavallisimmat merkit ja oireet sairaudesta ovat sylkirauhasten suurentuminen, hammaseroosiot, turvotus, epämääräiset vatsavaivat, pahoinvointi sekä kuukautishäiriöt. Välittömät lääketieteelliset haitat ovat seurausta oksentelusta ja mahdollisesta lääkkeiden väärinkäytöstä. Usein toistuva oksentelu vaurioittaa hammaskiillettä, limakalvoja sekä sylkirauhasia. Myös elektrolyytitasapainon häiriöt ovat tavallisia, aiheuttaen lihasheikkoutta ja kouristustaipumusta. Bulimiapotilailla on usein laboratoriotutkimuksissa havaittavissa kaliumpitoisuuden lasku (hypokalemia) ja amylaasientsyymipitoisuuksien nousu eli hyperamylasemia. Jos bulimia on luonteeltaan vaikea (ahmimisjaksoja keskimäärin kaksi viikossa yhtäjaksoisesti useamman kuukauden ajan), liittyy siihen usein masennusta tai päihteiden liikakäyttöä. (Rissanen 2012, 495).

Poiketen anoreksiasta, bulimiamia sairastunut on itse tietoinen oireistaan ja kokee tarvitsevänsä apua. Bulimiapotilaan hoidon tavoitteena on saavuttaa normaali ruokailurytmi ja oppia kylläisyyden säätelyä. Ensimmäinen askel hoidossa on yleensä päästä eroon pakonomaisesta kontrollista syömisestä. Tavoitteena on löytää joustavuus syömiseen sekä hyväksyä oma keho sekä biologinen normaalipaino. Hoidossa yhdistellään psykoedukaatiota, somaattista sekä psykoterapeuttista hoitoa. Jos bulimia ei ole vaikea-asteinen, potilaalle sairaudesta sekä sen vaikutuksista kertominen, tuki laihduttamisen sekä säännöllisen ruokarytmin löytämisessä saattavat riittää. Kirjanpito omista ruokailuista sekä mielialoista on myös yksi keino, jota hoidossa voidaan käyttää. Tavoitteiden saavuttamiseksi bulimiapotilasta voidaan hoitaa strukturoidussa lyhytterapiassa, jossa eniten käytetty malli perustuu kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan. Lääkehoitoa voidaan hyödyntää hoidossa, jos potilaalla on myös masennusoireilua. Oireilun loputtua paino saattaa yleensä nousta muutaman kilon, tämä johtuu suurelta osin dehydraation (nestehukan) korjaantumisesta.

Potilaalle tulisi antaa työkaluja hyväksyä painonnousu ja jos potilaalla on ylipainoa, tulisi häntä ohjeistaa säännölliseen ruokailuun sekä lisäämään liikuntaa. (Rissanen 2012, 495–496).

Bulimian patogeneesiä eli taudinkulkua (Kuva 1.) käytetään kognitiivis-behavioraalisen hoidon mallina. Bulimia lähtee usein liikkeelle äärimmäisestä huolesta liittyen omaan ulkonäköön sekä painoon, tästä seuraa laihduttaminen. Laihduttaminen ja energiavajeessa eläminen laukaisee kroonistuneena ahminnan, hallitsemattoman syömisen. Syyllisyys tästä johtaa siihen, että sairastunut haluaa ”poistaa” syödyn ruuan. Tämä voi tapahtua esimerkiksi oksentamalla. Pitkään jatkuneena ahmintahäiriön käyttäytymisenkehä johtaa kylläisyyden ja ruokahalun häiriintymiseen. (Rissanen 2012, 495).



Kuva 1. Bulimian patogeneesi, käytetään kognitiivis-behavioraalisen hoidon mallina (Rissanen 2012, 495).

2.3 Binge-Eating Disorder, BED

Ahmintahäiriö eli Binge-Eating Disorder (BED) on syömishäiriön muoto, jonka keskeisin oire on hallitsemattomat ahmimiskohtaukset. Nykyään BED luokitellaan omana syömishäiriönään, ennen vuotta 2013 se luokiteltiin epätyypillisiin syömishäiriöihin (National Eating Disorders s.a.) Toisin

kuin bulimiassa, kohtausta ei välttämättä seuraa oksentaminen tai muu kompensatiokäyttäytyminen. Virallisesti diagnosoituna ahmintahäiriöitä ilmenee noin 2–3%:lla aikuisista. Noin viidesosa vaikean ylipainon tai lihavuuden takia hoitoa hakevista saattaa kärsiä ahmintahäiriöstä. Satunnainen ahmiminen oireena ja ahmintahäiriölle tyypillinen syömiskäyttäytyminen on diagnosoitua sairautta yleisempää. (Meskanen 2022). Useimmiten oireilu alkaa myöhäisellä nuoruusiällä (Suokas & Hätönen 2012).

Tunnusomaista ahmintakohtaukselle on suurten ruokamäärien hallitsematon syönti, mutta siihen ei kuulu kompensatiota, kuten oksentamista, jolla pyrittäisiin minimoimaan ruuan lihottavaa vaikutusta. Ahmimiskohtaukset aiheuttavat niistä kärsivälle suurta psyykkistä kärsimystä, olisikin hyvä, että oireet tunnistettaisiin ajoissa. Näin oireista johtuva lihominen voitaisiin myös ehkäistä mahdollisimman hyvin. Ilman puuttumista, ahmintahäiriö johtaa usein vaikeaan lihavuuteen. (Suokas & Hätönen 2012).

DSM-5- tautiluokituksessa määritellään ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit (Taulukko 3.). Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, joita hän ei pysty hallitsemaan. Syödyt ruokamäärät eivät ole normaaleja ja niiden syöminen tapahtuu lyhyen ajan sisällä. Ahminta kohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista: potilas syö epätavallisen nopeasti, potilas syö, kunnes hän tuntee olonsa epä-mukavan täydeksi, potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen, potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä sekä ylensyöntiä seuraa itseinho, masennus ja syyllisyys. Ahmintaoireisiin liittyy voimakasta ahdistusta. Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan. (Käypä hoito 2014).

Taulukko 3. Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-tautiluokituksen mukaan (Käypä hoito 2014).

A	Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä, jotka selvästi ylittävät muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai hänellä on tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään.
B	Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista: <ul style="list-style-type: none"> - Potilas syö epätavallisen nopeasti. - Potilas syö, kunnes hän tuntee olonsa epä-mukavan täydeksi. - Potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen. - Potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä.

	- Ylensyöntiä seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys.
C	Ahmintaoireeseen liittyy voimakasta ahdistuneisuutta.
D	Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

BED:n hoidossa ensisijaisena tavoitteena on löytää säännöllinen ruokailurytmi sekä lopettaa laihdutusyritykset, tätä hoidetaan useimmiten perusterveydenhuollossa. Hoidossa hyödynnetään itsehoito-oppaita, ohjattuja itsehoitoryhmiä, ryhmähoitoja, lääkehoitoja (masennus- tai epilepsialääkitys), määräaikaista ratkaisukeskeistä psykoterapiaa. Ravitsemusohjauksen tavoite on saavuttaa potilaalle normaali ruokarytmi sekä lopettaa laihdutuskuurit. Potilaan nälän- sekä kylläisyydentunne saattaa olla häiriintynyt, mikä vaikeuttaa painonhallintaa. Potilaan kanssa tulisi löytää normaali ateriaritmi, energiansaantia ei suositella laskettavan, vaan keskittyä syömään normaalia arkiruokaa. Myös ruokapäiväkirjan avulla ruokailujen seuraaminen voi olla hyödyllistä. Jos potilaan oirekuvassa on myös muita psykiatrisia häiriöitä, suositellaan psykoterapeuttista hoitoa. Terapian muotoina esimerkiksi kognitiivis-behavioristinen psykoterapia, interpersoonallista psykoterapiaa tai dialektista käyttäytymisterapiaa. BED on usein pitkäaikainen sairaus ja luonteeltaan aaltoileva. Hoitoa ja seuranta tarpeellista jatkaa välittömän toipumisen jälkeen uusiutumisen estämiseksi. (Suokas & Hätönen 2012).

2.4 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriönmuotoja, noin puolet syömishäiriön takia hoitoon hakeutuvista kärsii epätyypillisestä syömishäiriöstä. Epätyypillisestä syömishäiriöstä on kyse, kun kaikki kliinisen syömishäiriön kriteerit eivät täyty, oireilu on kuitenkin hyvin samanlaista kuin diagnoosikriteerien mukainen oireilu. (Syömishäiriöliitto s.a.). Esimerkiksi henkilö voi täyttää muuten kaikki anoreksian kriteerit, mutta on hänen biologinen painonsa BMI:n mukaan normaali, luokitellaan kärsivän epätyypillisestä syömishäiriöstä. (Jeugendrup & Gleeson 2019, 460). Epätyypillisestä syömishäiriöstä kärsivän oireilu on vakavaa, vaikka se ei täytäkään tietyn diagnostisen syömishäiriön kriteerejä. Oireisiin kuuluu mm. krooniset laihdutusyritykset, vääristyneet käsitykset ruokailusta sekä kehonkuvan vääristymät. (Manore, Meyer & Thompson 2009, 462).

2.4.1 Ortoreksia

Mehiläisen nettisivuilla määritellään ortoreksian seuraavanlaisesti: ”Syömishäiriö, jonka taustalla on pakonomainen tarve syödä mahdollisimman terveellisesti. Ortoreksia on epätyypillinen syömishäiriö, jolle on ominaista se, että potilas ihannoii pakonomaisesti terveellistä ruokavaliota ja

välttää epäterveellisiä, rasvaisia ja energiapitoisia ruoka-aineita”. Bratman otti ortoreksia (ortoreksia nervosa) termin käyttöön vuonna 1997. Ortoreksiasta kärsivä kokee tarvetta syödä äärimmäisen terveellisesti. Ortoreksia on poikkeuksellinen siitä, että siitä kärsii useammin miehet kuin naiset. Noin 7 % väestöstä kärsii ortoreksian oireista. Ortoreksia oireilu on suoraan yhteydessä nykyisiin länsimaisiin kauneushanteisiin ja terveellisen elämäntavan korostamiseen. (Jeukendrup & Gleeson 2019, 460).

Ortoreksiassa tyypillistä on normaalia suurempi huoli syödyn ruuan terveellisyydestä. Ortoreksiasta kärsivän ajatukset pyörivät pitkälti ruokailun suunnittelun ympärillä, halu varmistaa, että syöty ruoka on terveellistä ja ruokavaliosta ei poiketa. Sairastunut välttelee usein kokonaan tiettyjä ruokaryhmiä, kuten maitotuotteita tai tuotteita, jotka sisältävät paljon rasvaa. (Jeukendrup & Gleeson 2019, 460).

Usein terveelliset elämäntavat ja niiden noudattaminen mielletään positiiviseksi asiaksi. Terveellisyyden äärimmilleen vienti ja pakkomielle siitä muodostuvat pitkään jatkuneena ongelmalliseksi. Ortoreksinen oireilu johtaa usein ongelmiin sosiaalisissa suhteissa, koska ruokarajoitteet asettavat haasteita sosiaalisiin tilanteisiin osallistumiseen. Rajoittuneen ruokavalion seurauksena tärkeiden ravintoaineiden saanti voi jäädä liian alhaiseksi ja synnyttää erilaisia puutostiloja. Diagnostisia kriteerejä ei ole ortoreksialle määritetty, vaikka Dunn ja Bratman (2016) ovat erilaisia kriteerejä ehdottaneet. Yleisimpiä ortoreksian piirteitä ovat OCD:n kaltaiset taipumukset, yliterveelliset ruokatottumukset, epätavallinen käytös ruuan suhteen ja näiden seuraamat negatiiviset vaikutukset sairastuneen arkeen. Anoreksiassa ja ortoreksiassa on paljon samanlaisia piirteitä liittyen ruokarajoittuneisuuteen sekä syömisen aiheuttamaan ahdistukseen, ero näiden välillä löytyy kuitenkin energiansaannissa. Anoreksiaa sairastavilla energiansaanti on poikkeuksellisen pientä, kun taas ortoreksiaa sairastavilla se on yleensä suhteellisen normaalilla tasolla tai hieman sitä alhaisempaa. (Jeukendrup & Gleeson 2019, 460-461).

Verrattaessa anoreksia potilaisiin, ortoreksia potilaat ovat usein myöntyväisempiä hoidon aloittamisesta, johtuen heidän halustaan elää mahdollisimman terveellisesti. Hoidossa on suositeltavaa hyödyntää moniammatillista osaamista: fysioterapeutti, psykoterapeutti sekä ravitsemusterapeutti. Kognitiivis-behavioristinen terapia voi olla potilaalle hyödyllistä. Hoito toteutetaan usein kotihoitona, mutta vakavissa tilanteissa voidaan hyödyntää myös osastohoitoa. Serotoniinilääkitys (mielialalääkitys) saattaa olla hyödyllistä, jos potilaalla esiintyy lisäksi ahdistuneisuutta sekä pakko-oireilua. (Scarff 2017).

2.4.2 Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö, ARFID

Uusin syömishäiriönmuoto, välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö (avoidant and restrictive food intake disorder, ARFID) ei ole ICD-10- tautiluokituksessa (DSM-5-tautiluokitus siltä löytyy), mutta se on tulossa ICD-11- tautiluokitukseen. Sairauden diagnostisiin kriteereihin sisältyy vähintään yksi seuraavista: merkittävä painonlasku tai kasvun taittuminen, ravintoaineiden saannin puutos, riippuvuus lisäravintovalmisteista tai nenämahaletkusta sekä merkittävä psykososiaalisen toimintakyvyn lasku; sairaus ei selity ruuan määrällä/riittävyydellä tai kulttuurisilla tekijöillä; sairaus ei selity psykiatrisilla syömishäiriöillä; sairaus ei selity muilla lääketieteellisillä tiloilla tai psykiatrisilla sairauksilla. (Timonen-Soivio 2023). Primäärinä oireena on sairaudessa näin ollen syömisen vaikeus. On kuitenkin hyvä muistaa, että kaikki valikoiva syöminen ei ole ARFID:ia. (Korpela 2021).

Sairaus voi ilmetä eri tavoin, syömisen hankaluus voi kohdistua ylipäättään syömiseen, tiettyihin ruuan ominaisuuksiin liittyvä syömisen rajoittuneisuus (esimerkiksi koostumus) tai tämä voi johtua pelosta esimerkiksi ruuan mahdollisena seurauksena syntyvään pahoinvointiin. Tila voi ilmetä merkittävänä painonlaskuna, merkittävänä puutoksina ravitsemustilassa, riippuvuutena suun kautta nautittavista lisäravinteista tai ruokintaletkusta tai huomattavana psykososiaalisen toimintakyvyn häiriintymisenä. Sairaus on todettu esiintyväksi monesti yhdessä autismin kirjon häiriön kanssa. (Korpela 2021).

Hoidossa on hyvä hyödyntää ravitsemusterapeutia, jotta saadaan arvioitua ruokavalion monipuolisuutta sekä riittävyttä. Tätä kautta voidaan auttaa laajentamaan ruokavaliota ja arvioida mahdollisten ravintolisien tarvetta. Toimintaterapia sekä puheterapia voi olla tukena syömishäiriöiden kanssa. Terapian tavoitteena on hoitaa ruokaan liittyviä pelkoja sekä laajentaa vähitellen ruokavaliota. (Korpela 2021).

3 Suhteellinen energiavaje (RED-S)

Suhteellinen energiavaje (RED-S= Relative Energy Deficiency in Sport) tarkoittaa tilaa, jossa energiansaanti on pienempää kuin energiankulutus (Terve Urheilija s.a.a.). Naisurheilijoilla energiavaje johtaa usein pitkään jatkuneena häiriöihin kuukautiskierrossa sekä osteoporoosiin. Tätä oireilua alettiin 1990-luvun alkupuolella kutsumaan naisurheilijan oireyhtymäksi (female athlete triad). Naisurheilijan oireyhtymän oireiluun sisältyy energiavaje (, joko ilman syömishäiriötä tai syömishäiriön yhteydessä), kuukautiskierron häiriöt sekä heikentynyt luuston kunto. Vuonna 2014 lanseerattiin käsite RED-S. Käsitettä RED-S suositaan yleisesti nykyään, sillä se kuvastaa parhaiten ongelmien laajuutta ja moninaisuutta sekä korostaa sitä, että sekä miehet että naiset voivat kärsiä energiavajeen aiheuttamista ongelmista. RED-S voi koskea kuntoliikkuja sekä huippu-urheilijoita. Yleisempää se on kuitenkin edelleen naisilla kuin miehillä. Ilmiö ei ole lajiriippuvainen, vaikka yleisin ryhmä, joka siitä kärsii ovat kestävyysurheilijat. Tietyissä urheilulajeissa on riskitekijöitä altistua RED-S:lle. Painoluokkalajeissa, kestävyyslajeissa sekä esteettisissä lajeissa lajin vaatimukset, kuten nopea painonpudotus, korkean teho-paino-suhteen korostaminen sekä tietyt ulkonäkökriteerit, toimivat altistavina tekijöinä. (Heikura 2021, 19–20, 31; Uusitalo 2016, 661).

RED-S syntyy, kun korkeaa energiankulutusta ei ole pystytty kompensoimaan riittävällä energiansaannilla. Urheilija saattaa kuvitella, että syö riittävästi kulutukseen nähden, joten ei edes koe tarvetta energiansaannin lisäämiselle. Vaikka urheilija söisi nälän tunteen mukaisesti, ei tämä aina ole riittävää. Yksi ongelma on siinä, että suuret harjoitusmäärät ja kovatehoiset harjoitukset heikentävät ruokahalua. Urheilijat noudattavat usein terveellistä ruokavaliota, joten ateriat saattavat sisältää yllättävän vähän energiaa. Myös vääränlaiset painonpudotusmenetelmät, voivat johtaa RED-S:n syntymiseen. Esimerkiksi fitness-lajissa urheilijan tulee pudottaa painoa rajusti ennen kilpailuja, väärin toteutettuna painonpudotuksella voi olla vahingollisia seurauksia. Painonpudotusta suunniteltaessa tulisi aina ottaa toteutuksessa huomioon yksilöllisyys, samaa suunnitelmaa ei tulisi sokeasti hyödyntää usealla eri urheilijalla. Loukkaantuneena urheilija saattaa rajoittaa energiansaantiin välttääkseen painonnousun, tämä saattaa kuitenkin vain hidastaa palautumisprosessia. Myös taloudelliset sekä ajanhallinnalliset tekijät saattavat vaikuttaa RED-S:n syntyyn. Esimerkiksi huono rahallinen tilanne voi vaikuttaa urheilijan resursseihin ostaa kulutukseen nähden riittävästi ruokaa. Syömishäiriöissä RED-S voi olla sekä syy tai seuraus. Urheilija voi alkaa rajoittaa syömistään, minkä seurauksena alkaa RED-S- oireilu tai urheilijalle voi aluksi kehittyä RED-S- oireita ja niiden seurauksena syömishäiriö. (Heikura 2021, 21).

Energiankulutuksen ja energiansaannin ollessa pitkään epäsuhdassa, on tällä useita negatiivisia vaikutuksia urheilijan terveyteen sekä urheilusuorituksiin. (Terve Urheilija s.a.). RED-S:n fysiologisia vaikutukset aiheutuvat, kun keho pyrkii säästämään energiankulutusta toiminnoista, jotka eivät

ole välttämättömiä hengissä pysymisen kannalta. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kuukautiskierto, aineenvaihdunnan taso, libido, luuntiheys sekä lihasten proteiinisynteesi. Nämä tekijät voivat kuitenkin olla nykyihmisen kannalta haitallisia, sillä ne vaikuttavat negatiivisesti perusteltuun painonpudotukseen sekä laihtumisen jälkeiseen painonhallintaan. Hormonitoiminta reagoi nopeasti energiavajeeseen, sen vaikutukset näkyvät nopeasti. Hormonit vaikuttavat toisiinsa, vaikutukset ulottuvat solutasolta kudosten kautta toiminnallisiin, urheilijan arkeen vaikuttaviin tekijöihin. (Heikura 2021, 21–22).

RED-S:n toiminnallisiin vaikutuksiin kuuluu naisilla häiriöt kuukautiskierrossa, miehillä testosteronitasojen lasku, luuston haurastuminen sekä rasitusmurtumariskin kasvu, aineenvaihdunnan ongelmat, lihasvoiman heikentyminen, immuunipuolustuksen heikkeneminen, sydän- ja verenkiertoelimistön haasteet, ruoansulatuskanavan ongelmat sekä urheilusuoritusten kärsiminen. (Heikura 2021, 23–30).

Kuukautishäiriöt ja eritoten kuukautisten kokonaan poisjääminen (amenorrea) on vakavasti otettava hälytysmerkki alhaisesta energiansaataavuudesta. Kuukautisten poisjääminen kertoo hormonaalisesta häiriöstä, jonka vakavin seuraus on luuntiheyden heikkeneminen. Amenorrea on Megolin ym. (2015), Sygon ym. (2018) sekä Heikuran ym. (2018) tutkimusten mukaan naisurheilijoilla suhteellisen yleistä. Kaikkein alttiimpia kuukautishäiriöille ovat Loucksin (2006) mukaan nuoret urheilijat, joiden gynekologinen ikä (, kuinka kauan tytöllä tai naisella on ollut kuukautiset) on alle 14 vuotta. Tämän takia painonpudotus tai energiasaannin rajoittaminen ei ole suositeltavaa nuorille urheilijoille. Miehillä ei ole vastaavanlaista selkeää oiretta kuin naisilla kuukautiskierronhäiriöt, joka helpottaisi RED-S:n havaitsemista. Vastaava fysiologinen tila kuin naisurheilijan oireyhtymässä voi kuitenkin myös esiintyä miehillä, oireyhtymää kutsutaan nimellä exercise hypogonadal male condition (EHMC, Hackney ym. 2005). Tilasta on kyse, silloin kun miesurheilijan testosteronitaso laskee haitallisen alas liikunnan tai energiavajeen seurauksena. Testosteronitasot pysyvät kuitenkin viitearvojen sisällä, joka vaikeuttaa RED-S:n diagnosoimista. (Heikura 2021, 23).

Luuston terveydessä energiavaje näkyy pitkällä aikavälillä luuston tiheyden alenemisena sekä luuston heikkenemisenä. Tämä johtuu siitä, että muutokset hormonitoiminnassa vaikuttavat myös luustoon. Luusto sietää iskutusta huonommin ja riski rasitusvammoille luussa kasvaa. Luuston terveyttä voidaan arvioida biokemiallisten ja rakenteellisten testien avulla. (Heikura 2021, 25–26).

Suhteellinen energiavaje vaikuttaa aineenvaihduntaan sen tasoa alentavasti ja tämän seurauksena painonhallinta hankaloituu. Suhteellisessa energiavajeessa myös kilpirauhashormonien tuotanto vähenee, tästä seuraa energiankulutuksen sekä elimistön lämmöntuoton lasku. Misra sekä Klambanski (2014) ovat nimenneet tilan sick euthyroid syndromeksi. (Heikura 2021, 26–27).

Alhaisen energiansaatavuuden vaikutukset näkyvät hormonituotannossa. Lihasterveyteen erityisesti vaikuttavia hormoneja ovat insuliini, GH, IGF-1, kortisoli sekä sukupuolihormonit. Alhainen energiansaatavuus laskee insuliinitasoa, joilla on heikentävä vaikutus proteiinisynteesiin sekä anabolisen vasteen syntymiseen. Jos kortisolitasot ovat koholla, lisää se lihasten kataboliaa eli lihasproteiinin hajoutumista. Puolestaan anaboliala eli lihasproteiinin rakentumista heikentää samanaikaisesti muiden edellä mainittujen hormonien tasojen lasku. Tämä johtaa lihasmassan vähenemiseen, joka vaikuttaa merkittävästi urheilijan suorituskykyyn, harjoituskyvykkyyteen sekä ylipäätään terveyteen haitallisesti. Sekä miehillä että naisilla on havaittu energiavajeen seurauksena kasvuhormoniresistenssiä eli tilannetta, jossa maksa ei vastaa kohonneeseen kasvuhormonin määrään lisäämällä IGF-1:n (hormoni, jonka kautta kasvuhormonin vaikutukset välittyvät) tuotantoa. Näin kasvuhormonia erittyy enemmän, mutta IGF-1:n laskee. IGF-1:n laskun takia tilanne ei johda anabolialaan. (Heikura 2021, 28).

Elimistön ollessa energiavajeessa ei sillä ole tarpeeksi energiaa taistella bakteereja eli taudinaiheuttajia vastaan. Energiavaje siis heikentää immuunipuolustusta, jonka seurauksena urheilija sairastelee helpommin. Drew ja kumppanit (2018) sekä Hagmar ja kumppanit (2008) ovat tutkimuksissaan todenneet, että energiavajeesta kärsivät urheilijat ovat alttiimpia sairastumaan ylähengitystieinfektioille. Tästä seuraa sairauspoissaoloja harjoituksista, itsestään selvää lienee, että vaikutukset tällöin urheilijan suorituskykyyn ovat negatiivisia. (Heikura 2021, 28).

Energiavajeesta aiheutuvia urheilijan terveyttä heikentäviä tekijöitä ovat myös raudanpuute, sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmat sekä suurentunut riski ruuansulatuskanavan ongelmille. Alhainen energiansaatavuus johtaa estrogeenin puutteeseen, joka puolestaan käynnistää raudan imeytymistä estävän hormonin toiminnan, tästä voi syntyä raudanpuutos. Estrogeenipitoisuuden pieneminen vaikuttaa Rickenlundin ja kumppaneiden (2005) mukaan myös negatiivisesti veren rasva-arvoihin, tämä lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Raudanpuutoksella on useita haitallisia vaikutuksia, kuten veren hapenkuljetuksen aleneminen sekä kestävyysuoritusheikkeneminen. Etenkin, jos urheilija kärsii vakavasta energiavajeesta, on hänellä todennäköisemmin häiriöitä ruuansulatuskanavan toiminnassa. Näitä ongelmia ovat esimerkiksi ummetus, vatsan hidas tyhjentyminen sekä ripuli. (Heikura 2021, 28-29).

Kaiken kaikkiaan alhaisesta energiansaatavuudesta aiheutuneet seuraukset ovat hyvin haitallisia urheilijalle ja tämän urheilusuorituksille. Tästä kertoo hyvin jo edellä mainitut fysiologiset vasteet. Ackerman ja kumppanit (2018) raportoivat naisurheilijoita koskevassa tutkimuksessaan alhaisen energiansaannin sekä RED-S:n johtavan suorituskyvynhäiriöihin. Alhaisen energiansaannin myötä on 1,7 kertaa suurempi todennäköisyys luunmurtumille, 2,4 kertaa suurempi todennäköisyys kärsiä psyykkisistä oireista, 2,1 kertaa suurempi todennäköisyys harjoitusvasteen heikkenemiselle sekä

1,5 kertaa suurempi todennäköisyys kestävyysuorituskyvyn heikkenemiselle. Energiavajeen seurauksena saattaa lihasvoima sekä hermolihaskäytännön toiminta heikentää. Tämä hidastaa myös urheilijan palautumista ja altistaa näin ylikuormittumiselle. Päinvastaisesti, kun ravitsemus olisi optimaalista, mahdollistaisi se myös optimaalisen harjoitusvasteen, superkompensaation sekä tehokkaan palautumisen. (Heikura 2021, 29–30; Uusitalo 2016, 662).

RED-S:n tunnistamiseen liittyy useita haasteita, vaikka energiansaantavuus itsessään on selkeästi määriteltävä käsite. Ruokapäiväkirjat ovat helppo ja halpa työkalu seurata urheilijan energiansaantia, mutta tässä on myös suuri riski urheilijan omalle virhearvioinnille, jolloin saatu tieto on virheellistä. Ruokapäiväkirjojen täyttäminen voi olla kuormittavaa urheilijalle sekä niiden tulkinta valmentajalle. RED-S:n kannalta ruokapäiväkirjat voivat kyllä tukea diagnoosia, mutta eivät silti ole yksinään riittävän luotettavia. Energiankulutuksen arviointia toteutetaan yleisimmin sykemittarin tai aktiivisuusmonitorin avulla. (Heikura 2021, 31-35).

Mitä kauemmin urheilija on kärsinyt energiavajeesta, sitä kauemmin elimistöllä kestää tästä palautua. Hormonitoiminta voi palautua viikkojen tai kuukausien aikana, kuukautiskierron palautuminen normaaliksi vie useita kuukausia, luuntiheyden palautuminen voi viedä useita vuosia ja pahimmassa tapauksessa luusto ei palaudu koskaan ennalleen. (Heikura 2021, 30). Energiavajeesta kärsivien urheilijoiden ruokavalio koostuu usein kuitupitoisesta ruuasta, joissa ravintotiheys on pieni. Urheilija saa suhteellisesti enemmän proteiinia ja hiilihydraatteja sekä vähemmän rasvaa. Paljon kuitua sisältävän ruuan on löydetty olevan yhteydessä alhaisiin estrogeenipitoisuuksiin. Urheilijan pitäisi siis alkaa syömään energiatiheämpää ruokaa sekä ylipäätään lisäämään energiansaantia tai vähentää energiankulutusta. Eli palautumisessa olisi tärkeää, että energiansaanti ylittäisi energiankulutuksen tason, tämä olisi syytä tehdä ohjatusti. Yleensä näiden tilanteiden hoito vaatii moniammatillista osaamista. (Uusitalo 2016, 662).

4 Syömishäiriöt urheilijoilla

Häiriintyneellä syömisellä viitataan ongelmiin syömiskäyttäytymisessä, jotka heikentävät hyvinvointia sekä terveyttä, urheilijalla vaikutukset heijastuvat suoraan suorituskykyyn. Urheilijoilla esiintyy syömishäiriöitä enemmän verraten ei-urheilijoihin. Anoreksian esiintyvyys ei juuri poikkea urheilijoiden ja ei-urheilijoiden välillä, mutta bulimia sekä ei-kliiniset syömishäiriöt ovat urheilupiireissä yleisempiä verratessa ei-urheilijoihin. Naisurheilijat ovat yleisin ryhmä, joilla syömishäiriöitä esiintyy. Etenkin esteettisissä lajeissa syömishäiriöt ovat hyvin yleisiä, mutta palloilulajeissa naisten syömishäiriöiden yleisyys on matala. Syömishäiriöiden esiintyvyys on naisurheilijoilla arvioitu olevan alle 6 %:sta yli 45 %:iin. Naisurheilijoiden syömishäiriöistä 60 % on epätyypillisiä syömishäiriöitä, 25 % bulimiamia ja 15 % anoreksiaa. Näiden lisäksi ovat urheilijat, joilla ei varsinaista syömishäiriön diagnoosia, mutta kärsivät silti häiriintyneestä syömisestä. Syömishäiriöiden esiintyvyys on naisurheilijoilla arvioitu olevan alle 6 %:sta yli 45 %:iin. Miesurheilijoilla vastaavasti tämä skaala on 0 %-19 %. Viime vuosina miesten syömishäiriödiagnoosit ovat yleistyneet. Miehet hakeutuvat naisia harvemmin hoitoa oireisiinsa. (Borg 2016, 175; Jeukendrup & Gleeson 2019, 461; Tod, McEvan & Andersen 2021, 440). Tämä kertonee ongelman suuruudesta.

4.1 Syömishäiriön vaikutukset urheilu-uraan

Millainen on urheilun rooli syömishäiriöiden synnyssä? Onko urheilu syy vai seuraus syömishäiriölle? Urheilijoiden syömishäiriöt alkavat usein, kun urheilija pyrkii syömään entistä terveellisemmin tai kokee tarvetta laihduttaa, jotta urheilusuoritukset paranisivat. Alkuvaiheessa usein näin tapahtuu, mutta pitkään jatkuneena urheilusuoritukset alkavat heiketä. (Ojala, A. & Jaakola, V. s.a.).

Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen johtaa ravintoaine- ja energianpuutoksiin. Nämä alkavat vaikuttaa haitallisesti urheilijan suorituskykyyn sekä palautumiseen. (Ojala, A. & Jaakola, V. s.a.). Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen johtaa yleensä ravintoaine- ja energiapuutoksiin, jotka puolestaan johtavat suorituskykyyn, palautumiseen ja kokonaisvaltaisesti terveyteen. Energiavaje vaikuttaa esimerkiksi urheilijan hormonitoimintaan, aineenvaihduntaan, luiden terveyteen sekä psyykkiseen terveyteen. Urheilusuorituksessa tämä näkyy esimerkiksi kestävyyskyvyn, lihasvoiman, koordinaation sekä keskittymiskyvyn heikkenemisenä, tämä puolestaan lisää loukkaantumisriskiä. Psyykkisen terveyden heikkenemisen myötä urheilija ärsyyntyy ja masentuu herkemmin, hänen harjoitusvassteensa on heikentynyt. (Syömishäiriökeskus s.a.).

4.2 Urheilijoiden syömishäiriöiden riskitekijät, ehkäisy ja hoito

Syömishäiriöillä on tiettyjä persoonallisuuteen ja psykologiseen kehitykseen, geneettiseen alttiuteen sekä psyykkisiin ja sosiokulttuurisiin tekijöihin liittyviä altistavia tekijöitä. (Käypä hoito 2014). Persoonallisuudessa esimerkiksi perfektionismi, tunnollisuus, vaativuus itseä kohtaan sekä kognitiivinen joustamattomuus ovat riskitekijöinä syömishäiriön puhkeamiselle. Urheilijoille spesifejä riskitekijöitä ovat esimerkiksi halu parantaa suoritusta laihtumisen avulla, liiallinen harjoittelu, sosiaalisen median luomat vääristyneet kuvat urheilijan vartalosta ja ravitsemuksesta sekä tietyt riskilajit. (Wells ym. 2020). Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen syntyyn vaikuttavat myös esimerkiksi tiheä painonvaihtelusykli, vammakierteen takia sivussa harjoituksista oleminen, lajisäännöt sekä haasteet vuorovaikutuksessa tai luottamuksen puute valmennussuhteessa. On todettu olevan lajeja, joissa urheilijalla on suurempi riski sairastua syömishäiriöihin. Riskilajeja ovat painoluokkalajit, kestävyyslajit, esteettiset lajit sekä muut lajit, joissa alhaisesta kehonpainosta on hyötyä. (Terveurheilija s.a.b.).

Urheilijalla syömisen häiriintymisen havaitseminen ei ole aina helppoa. Urheilija saattaa pyrkiä aktiivisesti piilottamaan oireensa, hän saattaa ajatella, että omassa syömiskäyttäytymisessä ei ole mitään vikaa. Urheilija voi myös hävetä oireitaan ja ajatella, että muut pitävät häntä heikkona tai hulluna. Sairaus voi tulla esille vasta siinä vaiheessa, kun oirehdinta muuttuu tiheäksi. Tämä näkyy urheilijassa jatkuvana väsymyksenä, jaksamattomuutena, haluttomuutena sekä masentuneisuutena. Myös urheilusuoritukset heikkenevät, urheilija ei pysty harjoittelemaan normaalisti. Laihtuminen on yksi näkyvimmistä oireista, mutta se saattaa silti jäädä huomaamatta. Läheiset saattavat kokea pelkoa, avuttomuutta tai syyllisyyttä ja tämä saattaa estää heitä näkemästä sairautta. Ympäristö saattaa pelätä aiheuttaneensa omalta osaltaan urheilijan sairastumisen, joten aiheen käsittely voi olla haastavaa. Olisi tärkeää ymmärtää, että sairaus on monitekijäinen eikä yhtä tiettyä laukaesevaa tekijää ole olemassa. (Syömishäiriökeskus s.a.). Urheilijan syömishäiriöön tai häiriintyneeseen syömiseen voivat viitata esimerkiksi kuukautishäiriöt, toistuvat loukkaantumiset, toistuvat wc-käynnit ruokailun jälkeen, lisääntynyt eristäytyminen sekä jatkuva itsensä punnitseminen. (Terveurheilija s.a.b.).

Syömishäiriöiden hoito on aina haasteellista. (Tod, McEvan & Andersen 2021, 441). Syömishäiriöillä ei ole yksinkertaista syytä eikä parannuskeinoa. Tehokas hoito keskittyy ensisijaisesti taustalla vaikuttaviin psykologisiin tekijöihin, jotka ovat sairauden laukaisseet ja sitä ylläpitävät. Tämän lisäksi on tietysti tärkeää päästä pois ongelmallisista käytösmalleista syömisen suhteen. (McArdle, Katch & Katch, 2019, 547). Urheilijoilla syömishäiriöt ovat kuitenkin usein lievempiä, tällöin tiedollinen ohjaus ja tilanteen seuranta voivat riittää tilanteen korjaamiseksi. Keskeistä hoidossa on

energiansaannin lisääminen ja liikunnan vähentäminen. Läheisten tuki on tärkeä tekijä parantumisen edistämiseksi. Jos näillä muutoksilla tilanteeseen ei tule muutosta 2-3 kuukauden aikana, tulee tehdä lähete syömishäiriöihin erikoistuneeseen yksikköön, jossa on mahdollisuus moniammatilliselle hoidolle. (Terveurheilija s.a.b.).

Urheilulla on myös todettu olevan positiivisia vaikutuksia syömisongelmien ehkäisyssä sekä kehonkuvan haasteissa. Kehotyytyväisyyttä lisää se, että urheilijaa ohjeistetaan keskittymään enemmän siihen, mitä hän voi keholla tehdä eikä siihen, miltä keho näyttää. (National Eating Disorders Collaboration 2015).

4.3 Valmentaja ja urheilijan syömishäiriö

Valmentaja on olennaisessa roolissa urheilijan elämässä. Valmentajan rooli ulottuu niin fyysisen kuin psyykkisenkin hyvinvoinnin osa-alueille. Valmentaja on se henkilö, joka usein huomaa pienet mielialan muutokset, muutokset käyttäytymisessä sekä suorituskyvyssä, jotka saattavat johtua syömishäiriöoireilusta. Valmentaja saattaa havaita oireilun jopa ennen kuin urheilijan perhe tämän havaitsee. Se, miten valmentaja näissä tilanteissa reagoi, voi vaikuttaa siihen, miten urheilijan oireilu etenee. (National Eating Disorders Association 2022, 15).

Tekijöitä, jotka suojaavat urheilijoita syömishäiriöiden kehittymiseltä ovat valmentajan urheilijakeskeinen valmennustyyli, jossa valmennus tapahtuu positiivisessa ilmapiirissä. Valmentajan olisi hyvä keskittyä yksilöön eikä pelkästään tämän suorituksiin, eritoten välttää korostamasta suoritus-ten negatiivisia asioita. Joukkuelajeissa joukkueen positiivinen sekä tukeva ilmapiiri, sieltä kumpuavat hyvät vaikutteet sekä terve suhtautuminen kehon kokoon ja muotoon ovat myös syömishäiriöitä ehkäiseviä tekijöitä. (National Eating Disorders Association 2022, 8). Valmentajan sanoilla on suuri painoarvo. Se, miten valmentaja puhuu urheilijalle vaikuttaa helposti urheilijaan. Valmentajan tulisi välttää kokonaan urheilijalle laihduttamisesta puhumista. Jos valmentaja kuitenkin päättää kehoittaa urheilijaa pudottamaan painoa, tulisi tähän olla yksityiskohtainen ohjeistus ja perustelut sekä tulisi konsultoida ravitsemusasiantuntijaa. Urheilijaa tulisi valmentaa kokonaisvaltaisesti, nähdään urheilija ihmisenä, ei pelkästään urheilijana. Urheilijalle on tärkeää, että valmentaja hyväksyy hänet sekä arvostaa hänen suorituksiaan sellaisenaan kuin ne ovat. (Syömishäiriökeskus s.a.).

Valmentajan ei kuuluisi jäädä seurailmaan tilannetta, vaan puuttua syömishäiriöoireiluun mahdollisimman nopeasti. Ensin tulisi olla yhteydessä urheilijan vanhempiin, jos urheilija on täysi-ikäinen

tulisi häntä motivoida itse kertomaan asiasta jollekin (esimerkiksi vanhemmille). Jos urheilija kieltää vanhemmille kertomisen, tulisi siirtää ajankohtaan, jossa urheilija on valmis puhumaan asiasta. Vakavissa tilanteissa tulee kertoa heti asiasta, pyritään se tekemään mahdollisimman hyvässä yhteistyössä nuoren kanssa. Akuutin tilanteen jälkeen, ovat nuoret yleensä kiitollisia asiaan puuttumisesta. (Syömishäiriökeskus s.a.).

4.4 Pakonomainen liikunta

Pakonomainen liikunta tarkoittaa säännöllisesti tapahtuvaa liikuntaa, jota on määrällisesti paljon. Tunnusomaista on riippuvuus liikuntaan ja tästä seuraava haitta muulle elämälle. Negatiivisista seurauksista huolimatta pakonomaisesti liikkuva ei kykene vähentämään omaa liikkumista. Pakonomaisen liikunnan ensisijaisena tavoitteena on ehkäistä tai vähentää eri syistä johtuvaa ahdistusta. Ahdistus kumpuaa usein häiriintyneestä ruoka-, keho- sekä painosuhteesta. Pakonomaista liikuntaa esiintyy syömishäiriötä sairastavista tytöistä jopa 44 %:lla ja pojista 38 %:lla. Pakonomaista liikuntaa voi kuitenkin esiintyä muulloinkin kuin syömishäiriöiden yhteydessä (Anis, Aaltonen & Keski-Rahkonen 2019; Colledge ym. 2020). Käsitteenä pakonomainen liikunta (eng. excessive exercise) ei kuitenkaan ole täysin aukoton. Erityisesti sen vaikutukset syömishäiriöissä ovat vielä osittain määrittelemättä. Esimerkiksi pakonomainen liikunta ei ole koskaan ollut osana anoreksian diagnostisia kriteerejä (ei DSM eikä ICD), vaikka sen esiintyvyys anoreksiapotilailla onkin hyvin yleinen. (Mond, Gorrell, 2021).

Colledge ja kollegat (2020) ehdottavat tutkimuksessaan, että pakonomainen liikunta saattaa vastata käyttäytymisen addiktiota, perustuen DSM-5 kriteereihin. Tutkimuksessaan he vertailivat vedonlyönti addiktion DSM-5-kriteerejä pakonomaisen liikunnan oireiluun. Tuloksena he totesivat, että pakonomaisen liikunnan oireilusta seitsemän yhdeksästä täsmäsi vedonlyönti addiktion kriteereihin. Näitä ovat esimerkiksi negatiiviset seuraukset, sairastumisesta/loukkaantumisista huolimatta liikkumisen jatkaminen sekä syyllisyys sitä, jos harjoittelukerta jää välistä. (Mond, Gorrell, 2021).

Samoin kuin häiriintyneen ruokasuhteen korjaamisessa, tarvitaan myös usein häiriintyneen liikuntasuhteen korjaamiseen apua ja tukea. (Kopperi 2019).

5 Oman Elämänsä Urheilija

Toimeksiantajana opinnäytetyöllä on OEU-projekti eli Oman Elämänsä Urheilija -projekti, joka toimii apuna urheilijoiden syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Projekti on käynnistetty 2020 alussa, se toimii Syömishäiriökeskuksen alla. Sitä toteutetaan yhteistyössä eri urheiluorganisaatioiden kanssa, koulutusmateriaaleja sekä luentoja on tehty ja pidetty urheilijoille, valmentajille, vanhemmille sekä terveydenhuollon ammattilaisille. (Syömishäiriökeskus s.a.b.).

OEU-projekti järjestää valmentajille urheilijoiden syömishäiriökoulutuksia kuukausittain. Niillä pyritään lisäämään valmentajien tietoisuutta syömishäiriöistä sekä näin tukemaan urheilijoiden syömishäiriöiden ennaltaehkäisyä. OEU-projektin nettisivut löytyvät Syömishäiriökeskuksen sivuilta. Sivuilta on löydettävissä lisätietoa projektista sekä urheilijoiden syömishäiriöistä. (Syömishäiriökeskus s.a.b.).

OEU-kurssi on jaettu kuuteen osioon, joista viisi ensimmäistä käsittelee jotakin tiettyä aihetta, kuudennessa on valmentajille hyödyllisiä linkkejä. Jokainen osio sisältää tietoa käsitellystä aiheesta. Tieto annetaan kurssilaiselle eri muodoissa, tekstipätkinä, diaesityksinä, kuvina, kaavioina sekä videoina. Osioissa on faktatietoa aiheesta sekä urheilijoiden kokemuksia. Jokaisen osuuden lopussa on myös kysymyksiä, joihin tulee vastata ennen seuraavaan osioon siirtymistä. Kysymykset kertaavat vielä osion asiat. Kysymysten jälkeen osuuden lopussa on vielä osiossa hyödynnetyt lähteet.

Kurssin ensimmäinen osa kulkee nimellä Urheilijan häiriintynyt syöminen ja syömishäiriöt. Ensimmäisessä osassa käsitellään yleisesti syömishäiriöitä, mitä syömishäiriöt ovat ja mitä häiriintynyt syöminen on. Ensimmäisessä osassa käydään läpi myös syömishäiriöiden oirekuva, sille altistavia tekijöitä, urheilun positiivisia sekä negatiivisia puolia sekä valmentajan roolia urheilijan tukena syömishäiriöissä. Toinen osa kurssista Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen vaikutukset urheilijan suorituskykyyn ja terveyteen käsittelee suhteellista energiavajetta ja sen eri vaikutuksia. Kolmas osio Urheilijan häiriintyneen syömiskäyttäytymisen tunnistaminen käsittelee muun muassa sairauksien havaitsemisen haasteita, vääristynyttä kehonkuvaa sekä urheilun ja syömishäiriöiden yhteyttä. Neljäs osio Mitä tehdä, jos huomaa urheilijan syömiskäyttäytymisen häiriintyneen? antaa valmentajalle vinkkejä, miten kohdata sekä käsitellä häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä urheilijalla. Viides osio Miten voidaan ennaltaehkäistä urheilijan häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä? antaa lisää tukea ja vinkkejä valmentajalle urheilijan syömishäiriöihin liittyen. Kuudennessa osiossa on valmentajille keskustelualusta, mahdollisuus esittää kysymyksiä aiheesta, työkaluja valmentajille sekä hyödyllisiä linkkejä.

6 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyö pyrkii selvittämään OEU-projektin kurssin hyödyllisyyttä valmentajille. OEU-projekti voi käyttää tutkimuksesta saatua tietoa kurssin kehittämiseen. Tavoitteena on tutkia valmentajien tietotaidon sekä pätevyyden tunteen mahdollista lisääntymistä kurssin aikana liittyen urheilijoiden syömishäiriöihin.

Kurssin tarkoituksena on olla tukemassa urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisyä. Koska valmentajilla on iso rooli tässä, keskittyy kurssi valmentajien kouluttamiseen sekä tiedon antamiseen aiheesta. Opinnäytetyön tavoite on siis monimenetelmällisen tutkimuksen kautta tutkia tämän tarkoituksen toteutumista. Tutkimuksen työkaluina hyödynnetään kyselylomakkeita sekä yksilöhaastatteluja.

Tutkimuskysymyksiksi opinnäytetyössä on rajattu kysymykset, joihin opinnäytetyön tulisi vastata. Näitä ovat:

- Lisääkö OEU-kurssi valmentajien tietotaitoa urheilijoiden syömishäiriöistä sekä pakonomaisesta liikunnasta?
- Vahvistaako OEU-kurssi valmentajien pätevyyden tunnetta urheilijoiden syömishäiriöistä sekä pakonomaisesta liikunnasta?
 - o Mitkä tekijät vaikuttavat pätevyyden tunteeseen?
- Miten kurssia voi mahdollisesti kehittää?

Jos valmentajat kokevat, että heidän tietotaitonsa sekä pätevyyden tunteensa lisääntyy kurssin aikana, on kurssin tavoite onnistunut. Tällöin opinnäytetyötutkimus kertoo toimeksiantajalle kurssin hyödyllisyydestä ja siitä, että sen järjestäminen on kannattavaa. Jos valmentajat eivät koe kurssia hyödylliseksi, voi tutkimuksen kautta nousta valmentajilta kehityskohtia, joiden avulla toimeksiantaja voi tehdä mahdollisesti muutoksia kurssiin.

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppukeväästä 2023 (kuva 2.). Toimeksiannon sain OEU-projektilta. Opinnäytetyöprosessin alussa suoritin kesän aikana OEU:n syömishäiriökurssin. Kirjasin ylös omia ajatuksiani kurssista. Valmennan myös itse nuoria, joten pystyin tarkastelemaan kurssin sisältöjä myös valmentajan näkökulmasta.

Alkusyksystä 2023 aloin kartoittamaan vapaaehtoisia valmentajia syyskuun 2023 OEU-kurssille. Olen ollut koulun puolesta mukana Suomen Urheiluopiston yläkoululeireillä, sieltä olen saanut hyviä kontakteja, joiden avulla kartoittaa valmentajia. Näiden lisäksi sain omien valmennuskontaktieni sekä toimeksiantajan kautta vielä neljä osallistujaa. Osallistujia oli kurssin suorittamiseen sekä opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen mukana alussa vapaaehtoisena kuusi valmentajaa.

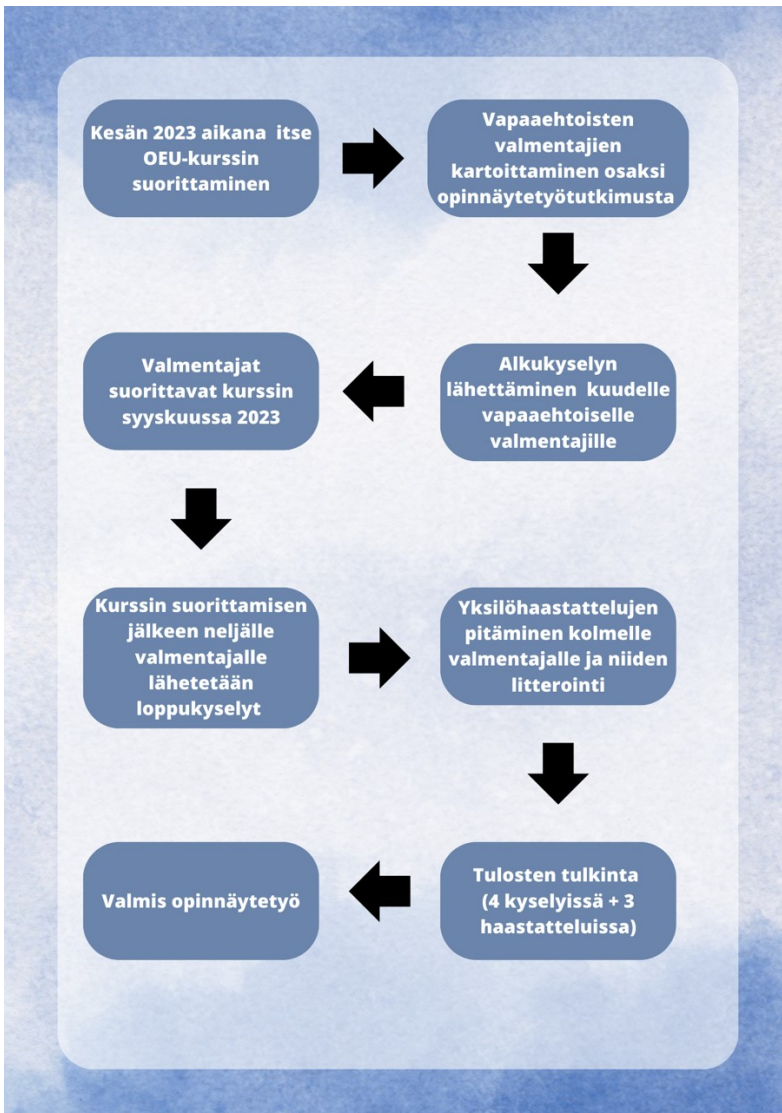
Valmentajille informoitiin kurssin sisällöstä sekä vaatimuksista, joita opinnäytetyötutkimukseen osallistuminen vaatisi. Vapaaehtoiset valmentajat saivat kurssin veloitusetta osallistuessaan. Ilman opinnäytetyöhön vapaaehtoisena osallistumista kurssi maksaisi 88€. Valmentajilta kurssin veloitukseton suorittaminen vaati alku- sekä loppukyselyyn vastaamisen sekä yksilöhaastatteluun osallistumisen. Jokainen valmentaja antoi tälle suostumuksensa ilmoittautuessaan kurssille vapaaehtoiseksi. Suostumus kysyttiin vielä alkukyselyssä.

Ennen kurssialustalle pääsyä valmentajille lähetettiin alkukysely. Vastaamisen jälkeen valmentajat saivat kurssialustan käyttöönsä. Kurssialusta oli valmentajille auki yhden kuukauden ajan eli syyskuun 2023. Kurssin läpikäyminen kestää arviolta noin 5–6 tuntia, aikaa oli siis hyvin sen suorittamiselle. Syyskuun ajan valmentajat saivat käydä rauhassa kurssia läpi. Kurssin loppuvaiheissa lähetettiin muistutusviestejä valmentajille sähköpostitse kurssin suoritusajan loppumisesta sekä alustavasti kyseltiin sopivaa ajankohtaa haastattelulle.

Toimeksiantaja näkee, kuinka paljon kurssista kukin valmentaja on suorittanut. Syyskuun lopulla kolme valmentajista ei ollut suorittanut kurssia. Näihin kolmeen valmentajaan otettiin erikseen yhteyttä. Heille luvattiin (yhdessä toimeksiantajan kanssa) pidentää kurssin suorittamisaikaa muutamalla päivällä. Yksi valmentajista suoritti kurssin lisäajalla, mutta kaksi valmentajista ei suorittanut kurssia ollenkaan. Heistä toinen kertoi työkiireiden takia kurssin suorittamisen jääneen kesken. Toiselta valmentajalta ei saatu vastausta siitä, miksi hän ei kurssia suorittanut. Lopulta kuudesta vapaaehtoisesta valmentajasta neljä suoritti kurssin, he ovat osana opinnäytetyötutkimusta.

Kurssin suorittamisen jälkeen valmentajille lähetettiin loppukysely sekä sovittiin aikoja yksilöhaastatteluille. Haastattelut pidettiin viikoilla 42–44. Haastattelut kestivät noin 30 minuuttia ja ne pidettiin etänä Teams-alustalla. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden pitämisen jälkeen ne litteroitiin.

Litterointien avulla haastatteluissa nousseet olennaiset havainnot koottiin yhteen. Kyselyvastauksia verrattiin keskenään sekä analysoitiin yhdessä haastattelut sekä kyselyvastaukset.



Kuva 2. Opinnäytetyö prosessi.

7.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen on tapaustutkimus eli kohteena on yksi ”tapaus”, joko yksittäinen ihminen tai ihmisryhmä (Aarnio, Autio, Jämsä, Nieminen & Suomalainen 2016, 45), tässä tutkimuksessa syyskuun 2023 kurssille osallistuneen valmentajat.

OEU-projektin kurssi on suunnattu urheiluvalmentajille. Kurssille kartoitettiin valmentajia Suomen Urheiluopiston yläkoululeirien valmentajien ryhmistä sekä ottamalla yhteyttä eri urheiluseuroihin.

Tätä kautta kurssille saatiin kuusi vapaaehtoista valmentajaa. Tutkimuksessa osallisena on neljä valmentajaa.

Osallistujiksi haluttiin valmentajia, jotka itse kokivat kaipaavansa lisäkoulutusta urheilijoiden syömishäiriöistä. Näin osallistujilla olisi itsellään mielenkiinto suorittaa kurssi ja perehtyä aiheeseen kunnolla, koska kokevat itse tarvetta tälle. Kolme neljästä valmentajasta valmentaa jotakin esteettistä lajia, näissä lajeissa urheilijoiden syömishäiriöt ovat yleisimpiä. Tätä myötä on myös todennäköisempää, että valmentajilla on kokemusta urheilijoiden syömishäiriöistä ja he myös saavat kursista lisähyötyä valmennuksiinsa. Yksi valmentajista on palloilulajin (pesäpallovalmentaja) tätä kautta tutkimukseen saadaan myös yksi valmentaja, jonka kokemukset tulevat lajista, jossa syömishäiriöiden yleisyys ei ole yhtä suurta. Kaikki valmentajista ovat joukkuelajien valmentajia.

7.2 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyö on muodoltaan monimenetelmällinen. Monimenetelmällisyys tarkoittaa siis sitä, että tutkimuksessa on hyödynnetty saman tutkimusongelman ratkaisuun erilaisia tutkimusmenetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2021). Tutkimuksessa hyödynnetään sekä kyselyitä että haastatteluja aineiston keräämiseen. Menetelmät ovat yhdistelmä laadullisista sekä määrällisistä menetelmistä. Tapaustudkimukset ovat yleensä laadullisia, mutta myös määrällisiä tutkimusmenetelmiä voidaan hyödyntää. Yhdenkin tapauksen perusteella voidaan lisätä ymmärrystä ilmiöstä. Tapaustudkimukset eivät kuitenkaan ole automaattisesti yleistettävissä, yhdestä tapauksesta saaduista tuloksista voidaan johdattaa tutkimusta samasta asiasta tarkemmin muilla tavoin. (Aarnio, Autio, Jämsä, Nieminen & Suomalainen 2016, 45).

Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tarkoittaa ei-määrällistä tutkimusta, jonka tuloksia ei saada lukuina, vaan ne esitetään sanallisessa muodossa. Haastattelut ovat laadullinen menetelmä ja niiden tulokset avataan sanallisessa muodossa. Osa taustatietojen kysymyksistä menevät myös laadullisen tutkimuksen menetelmiin, koska ne ovat avoimia kysymyksiä eli niitä ei voi esittää lukuina. Suurin osa kyselyvastauksista kuuluu määrällisen tutkimuksen menetelmiin. Ne ilmoitetaan lukuina sekä tutkimuksessa vertaillaan alku- ja loppukyselyiden keskiarvoja keskenään. Määrällinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimus, jonka tulokset ilmoitetaan lukuina. (Aarnio, Autio, Jämsä, Nieminen & Suomalainen 2016, 37-46). Vaikka tutkimus on monimenetelmällinen, lukeutuu se silti enemmän laadulliseksi tutkimukseksi. Tutkimuksen tavoitteena on saada käsitys siitä, kokevatko valmentajat kurssin lisänsä heidän tietotaitoaan sekä pätevyyden tunnettaan liittyen urheilijoiden syömishäiriöihin. Tätä ei voida mitata numeerisesti.

7.2.1 Kysely

Kyselytutkimukset ovat tärkeä tapa kerätä ja tarkastella tietoa esimerkiksi mielipiteistä tai ihmisten toiminnasta. Kyselytutkimuksessa vastaajalle esitetään kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. (Vekanlahti 2014, 11). Kyselylomakkeiden ideana on se, että vastaaja kertoo esimerkiksi, onko hän samaa vai eri mieltä tutkittavasta asiasta. Kyselyt sopivat sekä laadullisiin että määrällisiin tutkimuksiin. Opinnäytetyössä tietoa kerättiin valmentajilta kahden kyselyn avulla, alku- sekä loppukyselyn. Kummatkin kyselyistä sisälsivät pääpiirteittäin samat kysymykset. Kyselyt ovat Webropol-alustalla luotuja (Liite 2&3).

Kyselytutkimusta suunniteltaessa, on hyvä ensin selvittää, onko jo olemassa olevaa kyselylomaketta haluttuun tarpeeseen. (Opinkirjo kehittämiskeskus s.a.). Opinnäytetyön kyselyt rakennettiin yhdistelemällä I Care-koulutuksessa hyödynnettyä kyselyä sekä CET-kyselypohjaa (Compulsive Exercise Test). Alussa kysyttiin valmentajien perustietoja sekä hyväksyntä osallistumisesta opinnäytetyötutkimukseen.

I Care on ruotsalainen online-kurssi liikunta-alan ammattilaisille, jonka tavoitteena on lisätä valmentajien syömishäiriötietoisuutta sekä kehottaa valmentajia tarkastelemaan asenteita sekä kommunikaatiota liittyen harjoitteluun, ruokavalioihin, kehonpainoon sekä kehonmuotoon. Kurssin idea sekä tavoite on hyvin sama siis kuin OEU-kurssilla. I Care-kurssin ja OEU-kurssin suurin ero on niiden interaktiivisuuden taso. OEU-kurssi on itsenäisesti suoritettava, jossa on mahdollisuus keskustelulle kurssin suorittamisen jälkeen. I Care-kurssi perustuu syömishäiriötapausten läpi käymiseen ja niiden kautta oppimiseen ja näistä keskusteluun kurssialustalla. (Selenius, Birgegård & Mantilla 2022).

Selenius, Birgegård & Mantilla (2022) ovat tehneet tutkimuksen I Care-kurssin vaikutuksista. Tutkimuksessa hyödynnetään CET-kyselyä sekä I Care-tutkimukseen luotua omaa kyselylomaketta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin kyseisiä kyselylomakkeita, sillä ne oli jo kerran todettu toimiviksi. Opinnäytetyössä käytettävissä alku- sekä loppukyselyissä yhdistettiin Webropol-alustalla nämä kaksi kyselypohjaa, käännettiin kysymykset suomeksi sekä karsittiin opinnäytetyötutkimukselle epäolennaiset kysymykset pois.

Kyselyn alussa taustatietojen kysymykset ovat osa avoimen kysymyksen muodossa, esimerkiksi kohta: "Laji, jota valmennan". Kysymyksessä voi olla useita eri vastauksia ja valmennettavia lajeja voi olla useampi kuin yksi, joten oli ne järkevintä tässä muodossa. Osassa taustatietokysymyksissä on valmiiksi rajatut vaihtoehdot, esimerkiksi kohdassa: "Kuinka monta vuotta harrastin lajia ennen valmentamista". Tässä kysymyksessä vastausvaihtoehtoina on: 0-1 vuotta, 1-3 vuotta, 3-5 vuotta,

5-10 vuotta ja yli 10 vuotta. Se, että onko valmentaja valmentanut viisi vai kuusi vuotta, ei ole merkityksellistä tutkimuksen kannalta.

Lopuissa kyselyn kysymyksistä vastaukset kerätään Likert-asteikon (kohdat 0-5) avulla, asteikko on sama kuin CET-kyselyssä sekä I Care- kurssin omassa kyselyssä. 0= Ei koskaan, 1= Harvoin, 2= Joskus, 3= Usein, 4= Tavallisesti sekä 5= Aina. Ennen kysymyksiä on ohjeistus vastaamiseen: ”Alle on listattu väittämiä liikunnan harrastamisesta. Lue jokainen väittämä huolellisesti ja valitse numero, joka kertoo, kuinka usein ajattelet tai tunnet näin. Olisi tärkeää, että vastaat mahdollisimman rehellisesti”.

7.2.2 Haastattelu

Käytettäessä haastattelua aineistonkeruumenetelmänä, etuna on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelija voi toistaa kysymänsä uudelleen, kysyä tarkentavia kysymyksiä, selventää tarvittaessa kysymyksiä ja käydä vapaata keskustelua haastateltavan kanssa. Tällaista mahdollisuutta kysely ei työkaluna anna. Haastattelija voi myös esittää kysymykset siinä järjestyksessä, kun kokee haastattelun kannalta ne aiheelliseksi. Tärkein tekijä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002, 85).

Tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Etukäteen valittiin tutkimuksen tavoitteisiin (syömishäiriökurssin tiedon sekä pätevyyden lisääntyminen) pohjautuva teema. Tähän liittyen esitettiin valmiiksi suunniteltuja kysymyksiä, joiden avulla teemoista keskusteltiin sekä lisänä esitettiin tarkentavia kysymyksiä. (Liite 1.) (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002, 87).

Kurssin suorittamisen jälkeen kolme neljästä kurssin suorittaneesta valmentajasta haastateltiin. Yksi kurssin suorittaneista valmentajista ei ottanut osaa haastatteluun (vastasi alku- sekä loppukyselyyn). Haastattelun tarkoituksena oli kuulla vapaammin valmentajien omia ajatuksia ja kokemuksia kurssista. Haastatteluissa haluttiin selvittää se, onko valmentajien omien kokemusten mukaan heidän tietotaitonsa sekä pätevyyden tunteensa lisääntynyt kurssin suorittamisen myötä. Valmentajien kanssa sovittiin yksilöhaastatteluajat sähköpostitse viikoille 42–44.

Haastatteluun luotiin seitsemän strukturoitua kysymystä (Liite 1.), joiden tarkoituksena oli synnyttää vapaata keskustelua ja mahdollisesti herättää tarkempia kysymyksiä valmentajien kurssikokemuksiin liittyen. Kysymykset luotiin osittain kyselyvastausten perusteella sekä tutkimuksen tavoitteiden pohjalta. Jokainen haastatteluista oli tätä myötä sisällöllisesti hieman erilainen, mutta sisälsivät ne kuitenkin samat pääkysymykset.

Haastattelut pidettiin etäyhteydellä Teams-alustalla. Haastatteluiden alussa kysyttiin lupa nauhoittaa haastattelu, jokainen valmentaja antoi tähän luvan. Haastattelut olivat kestoaltaan 20–45 minuuttia. Haastatteluissa käytiin läpi ennalta suunnitellut kysymykset, näiden kautta syntyi hyvää keskustelua sekä heräsi lisäkysymyksiä. Lopussa kiitettiin valmentajia osallistumisesta. Haastattelunauhoitteiden avulla ne litteroitiin. Litterointien pohjalta sisältöjä oli helpompi käydä läpi.

8 Tulokset

Aineisto vastaajien taustatiedoista saadaan alkukyselyn sekä osittain yksilöhaastattelujen perusteella. Alkukyselyn pohjalta saadaan tietoa valmentajista sekä heidän valmennusurastaan. Kurssin suorittaneiden valmentajien taustatiedot näkyvät taulukossa 3. Vasemmalla sarakkeessa on kurssin suorittaneet valmentajat yksilöitynä (valmentajat 1-4.) ja yläsarakeessa heidän esitietokyselyn vastaukset. Kaikki kurssille osallistuneet valmentajat ovat naisia. Alkukyselyyn osallistujia on kuusi, mutta loppukyselyssä kurssin suorittaneita valmentajia on neljä. Tuloksissa huomioidaan neljän valmentajan tulokset, jotka suorittivat kurssin kokonaan. Ikähaitari osallistujilla on 18–40 vuotta. Valmennettavia lajeja ovat cheerleading, joukkuevoimistelu, amerikkalainen jalkapallo sekä pesäpallo. Mukana tutkimuksessa valmentajia on sekä esteettisistä että palloilulajeista. Jokainen valmentajista valmentaa joukkuelajia, tutkimuksessa ei ole yksilölajien valmentajaa. Jokainen valmentajista on harrastanut itse valmentavaansa lajia 3–10 vuotta. Valmennuskokemusta valmentajilta löytyy 1–15 vuoteen. Osa valmentajista on valmentanut pelkästään tyttöjä, osa molempia sekä tyttöjä että poikia. Yksilöhaastatteluissa ei tule alkukyselyiden pohjalta saadun tiedon lisäksi merkittävää lisäinformaatiota.

Taulukko 3. Valmentajien taustatiedot.

	Ikä	Sukupuoli	Laji, jota valmennan:	Kuinka monta vuotta harrastin lajia ennen valmentamista?	Valmennuskokemus vuosissa:	Valmennettavien sukupuoli:	Vastauksiani saa käyttää opinnäytetyössä:
Valmentaja 1	25-30 vuotta	Nainen	Cheerleading	5-10 vuotta	yli 5 vuotta	Tytöt/naiset	Kyllä
Valmentaja 2	18-25 vuotta	Nainen	Kilpacheerleading sekä amerikkalainen jalkapallo	3-5 vuotta	yli 5 vuotta	Molemmat	Kyllä
Valmentaja 3	18-25 vuotta	Nainen	Joukkuevoimistelu	5-10 vuotta	yli 5 vuotta	Tytöt/naiset	Kyllä
Valmentaja 4	18-25 vuotta	Nainen	Pesäpallo	5-10 vuotta	1-3 vuotta	Tytöt/naiset	Kyllä

8.1 Valmentajien tietotaidon lisääntyminen

Valmentajien tuloksissa on eroja verrattaessa alku- ja loppukyselyä keskenään. Kysymyksiä liittyen valmentajien koettuun tietotaidon lisääntymiseen on useampi, kysymykset ovat samat sekä alku-

että loppukyselyssä. Tuloksia vertaillaan yksilökohtaisesti sekä keskiarvallisesti (p). Vertailun tavoitteena on selvittää, muuttuivatko vastaukset alkukyselyn (a) sekä loppukyselyn (b) välillä, jos muuttuivat, tapahtuiko muutos positiiviseen vai negatiiviseen suuntaan.

Kyselyissä on kysymyksiä, jotka liittyvät suoraan valmentajien tietotaitoon urheilijoiden syömishäiriöistä (Taulukko 4.). Seuraavaksi tarkastellaan näitä keskiarvallisesti. Kysymyksen: ”Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liiallisesti”, $p= 3,8$ alkukyselyssä ja $p= 4,0$ loppukyselyssä. Kysymyksen: Tiedän, miten puhua urheilijalle, jolla on haasteita syömisen kanssa”, $p= 2,8$ alkukyselyssä ja $p= 4,0$. ”Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, jolla on haasteita syömisen kanssa”, alkukyselyssä $p= 2,8$ loppukyselyssä $p= 4,5$. ”Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, joka harjoittelee liiallisesti”, alkukyselyssä $p= 3,3$, loppukyselyssä $p= 4,0$. Jokaisen kohdan arvot ovat muuttuneet positiiviseen suuntaan, kun verrataan alku- sekä loppukyselyitä keskenään. Keskiarvojen perusteella valmentajien oma käsitys heidän tietämyksestään aiheesta on lisääntynyt kurssin suorittamisen myötä.

Yksilötasolla voidaan huomata jonkin verran vaihtelua. Valmentajat 1-3. ovat vastanneet hyvin samoilla arvoilla keskenään kysymyksiin. Heidän tietotaitonsa vastausten pohjalta on kehittynyt jonkin verran tai pysynyt samana. Vain valmentajalla 1. kohdassa: ”Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liiallisesti” on vastauksen arvo laskenut yhdellä. Valmentajalla 4. on havaittavissa vastausten perusteella eniten tietotaidon lisääntymistä kurssin suorittamisen myötä. Yhden valmentajan poikkeamat vastausten arvoissa verratessa muiden valmentajien vastauksiin, näkyy, kun tarkastellaan vastausten keskiarvoja.

Taulukko 4. Valmentajien alkuperäiset ja loppukyselyiden vastaukset yksilökohtaisesti sekä keskiarvoisesti liittyen tietotaitoon urheilijoiden syömishäiriöistä sekä liiallisesta liikunnasta.

	Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liiallisesti:	Tiedän, miten puhua urheilijalle, jolla on haasteita syömisen kanssa:	Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, jolla on haasteita syömisen kanssa:	Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, joka harjoittelee liiallisesti:
Valmentaja 1.	a= 4, l= 3	a= 3, l= 4	a= 3, l= 4	a= 3, l= 3
Valmentaja 2.	a= 4, l= 4	a= 3, l= 4	a= 3, l= 4	a= 3, l= 5
Valmentaja 3.	a= 4, l= 5	a= 3, l= 4	a= 4, l= 5	a= 4, l= 5
Valmentaja 4.	a= 3, l= 4	a= 2, l= 4	a= 0, l= 4	a= 1, l= 3
Keskiarvo (p):	a= 3,8, l= 4,0	a= 2,8, l= 4,0	a= 2,8, l= 4,5	a= 3,3, l= 4,0

Kyselyissä on kysymyksiä, jotka liittyvät valmentajien tietotaidon lisääntymiseen oireilun tunnistamisen näkökulmasta (Taulukko 5.). ”Uskon tunnistavani, jos jonkun urheilijani liikuntatottumukset eivät ole terveitä”, alkukyselyssä $p= 3,3$, loppukyselyssä $p= 4,0$. ”Uskon tunnistavani, jos urheilijallani on ongelmia syömisen kanssa”, alkukyselyssä $p= 2,5$, loppukyselyssä $p= 3,8$. ”Tunnistan terveysriskit liittyen liialliseen harjoitteluun”, alkukyselyssä $p= 4,8$, loppukyselyssä $p= 4,5$. Vastausten keskiarvoissa on kahdessa kohdassa tapahtunut kasvua, yhden vastauksen arvo on laskenut. Valmentajien usko siitä, että he tunnistavat urheilijan epäterveet käyttäytymiset syömisen sekä liikunnan suhteen on noussut. Sen sijaan liiallisen harjoittelun terveysriskien tunnistamisessa on tapahtunut keskiarvoisesti pientä laskua.

Yksilötasolla vastauksia tarkasteltaessa valmentajien vastausten arvot ovat suurimmilta osin kasvaneet tai pysyneet samana. Yhdessä kohdassa on havaittavissa laskua. ”Tunnistan terveysriskit liittyen liialliseen harjoitteluun” on valmentajilla 1. ja 3. tapahtunut vastausten arvoissa pientä laskua.

Taulukko 5. Valmentajien alkukyselyiden vastaukset yksilökohtaisesti sekä keskiarvoisesti kysymyksiin, jotka liittyvät oireilun tunnistamiseen.

	Uskon tunnistavani, jos jonkun urheilijani liikuntatottumukset eivät ole terveitä:	Uskon tunnistavani, jos urheilijallani on ongelmia syömisen kanssa:	Tunnistan terveysriskit liittyen liialliseen harjoitteluun:
Valmentaja 1.	a= 3, l= 4	a= 3, l= 4	a= 5, l= 4
Valmentaja 2.	a= 4, l= 4	a= 2, l= 4	a= 5, l= 5
Valmentaja 3.	a= 2, l= 4	a= 3, l= 4	a= 5, l= 4
Valmentaja 4.	a= 4, l= 4	a= 2, l= 3	a= 4, l= 5
Keskiarvo (p):	a= 3,3, l= 4,0	a= 2,5, l= 3,8	a= 4,8, l= 4,5

Haastatteluissa valmentajilta kysyttiin suoraan, kokevatko he tietotaitonsa lisääntyneen kurssin suorittamisen myötä. Kaikki haastateltavat vastasivat myönteisesti kysymykseen. Kuvassa 3. nähdään keskeisiä nostoja valmentajien kommentteista liittyen tietotaidon lisääntymiseen kurssin aikana. Keskeisinä oppeina haastatteluissa nousi parempi ymmärrys erityisesti urheilijoiden syömishäiriöihin liittyen, tiedon lisääntyminen suhteellisesta energiavajeesta, tietoisuus erilaisista syömishäiriöistä, sosiaalisen ympäristön merkitys sekä syömishäiriöiden tunnistaminen. Valmentajat kertoivat saaneensa kurssilta erilaisia näkökulmia aiheeseen, uusia työkaluja sekä hyötyä tulevaisuuteen. Valmentaja 2. kertoi, että kurssilta sai halutessa lisätietoa aiheista ja tätä pystyy vastedes hyödyntämään myös tulevaisuudessa.



Kuva 3. Nostoja haastatteluista liittyen tietotaidon lisääntymiseen.

8.2 Valmentajien pätevyys tunteen lisääntyminen

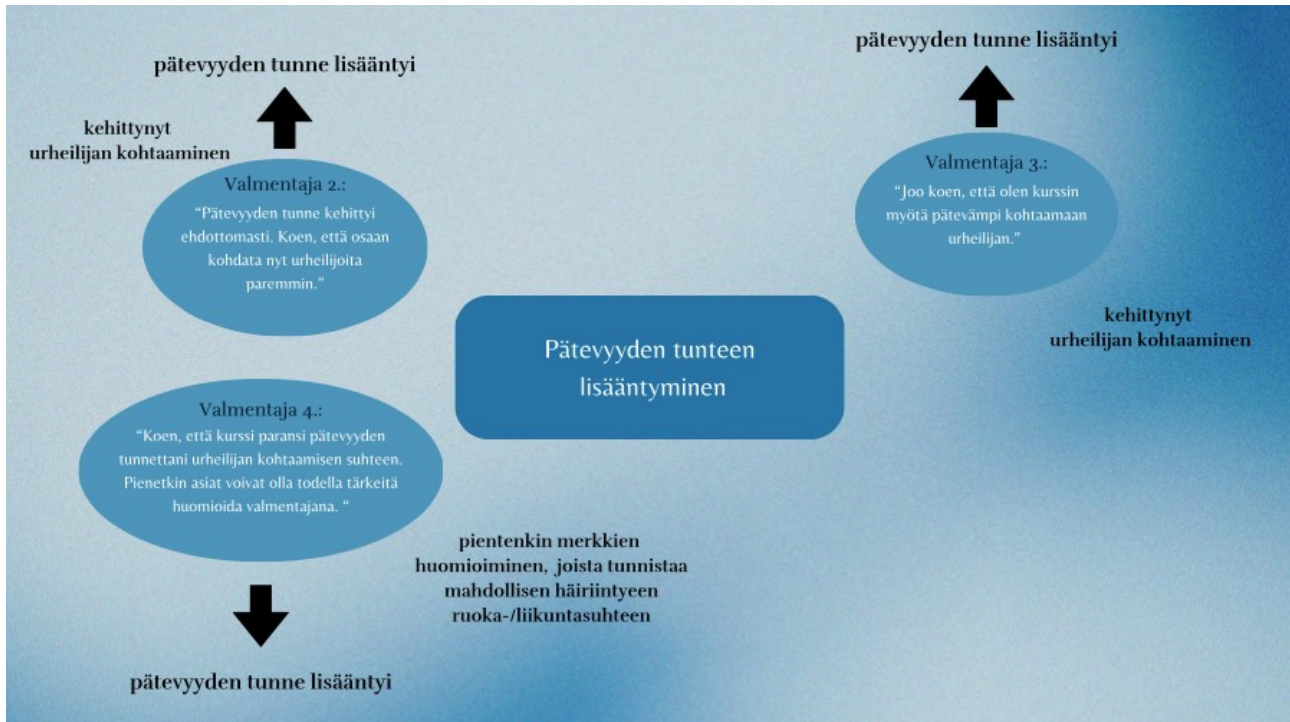
Kyselyissä on muutama kysymys suoraan valmentajien pätevyys tunteeseen liittyen (taulukko 6.). "Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, joka harjoittelee liiallisesti", alkukyselyssä $p = 2,5$, loppukyselyssä $p = 4,3$. "Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, jolla on haasteita syömisen kanssa", alkukyselyssä $p = 2,3$, loppukyselyssä $p = 4,0$. Valmentajien koettu pätevyys tunne on kyselyiden keskiarvojen perusteella lisääntynyt kurssin suorittamisen myötä.

Tarkasteltaessa yksilötasolla valmentajien vastauksia, huomataan, että jokaisen valmentajan kohdalla vastausten arvot ovat kasvaneet. Eniten kasvua vastausten välillä huomataan valmentajan 4. vastauksissa. Valmentajan 4. alkukyselyn vastausten perusteella huomataan, että hän koki, ettei ole pätevä lähestymään urheilijaa, joka harjoittelee liiallisesti tai jolla on haasteita syömisen kanssa (vastauksen arvo 0). Loppukyselyssä vastausten arvo oli kasvanut 4:ään. Valmentaja itse siis kokee kurssin suorittamisen myötä olevansa pätevämpi kohtaamaan kyseisistä haasteista kärsivän urheilijan.

Taulukko 6. Valmentajien alkukyselyiden vastaukset yksilökohtaisesti sekä keskiarvolisesti kysymyksiin, jotka liittyvät pätevyyden tunteeseen.

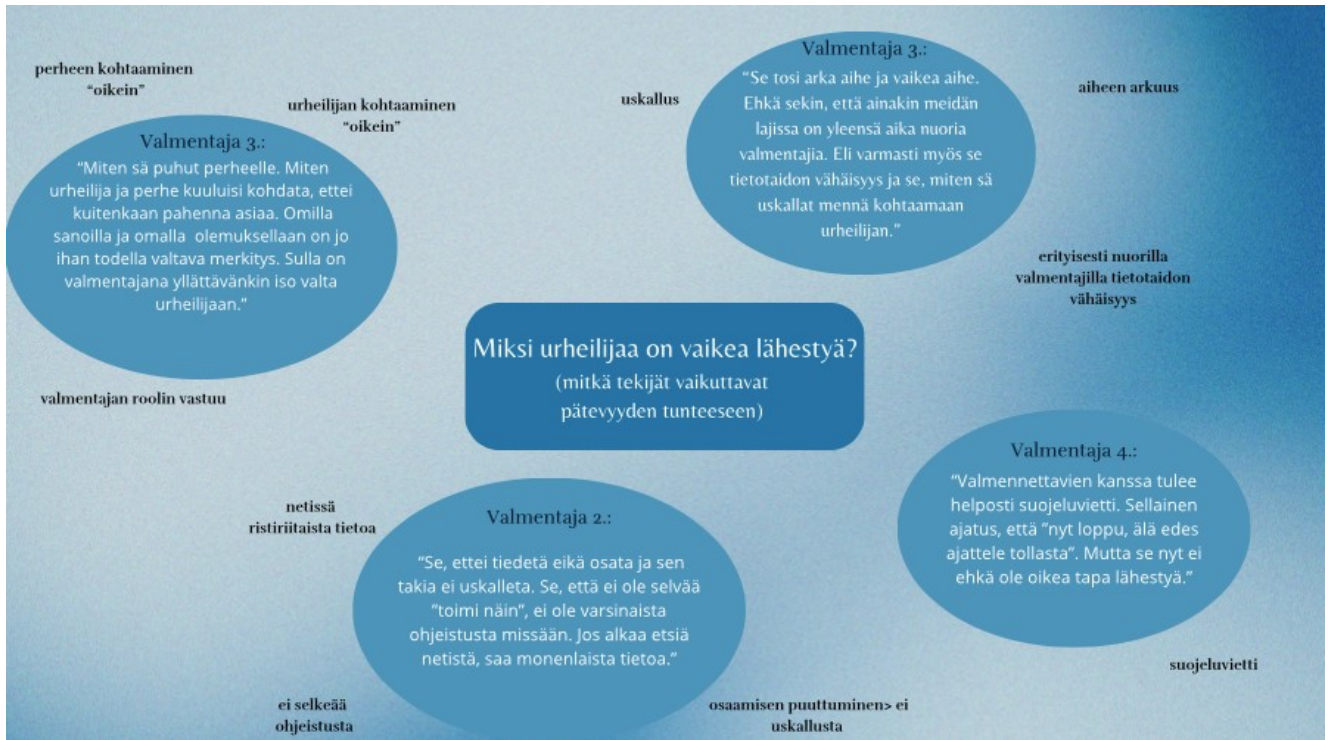
	Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, joka harjoittelee liiallisesti:	Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, jolla on haasteita syömisen kanssa:
Valmentaja 1.	a = 3, l = 4	a = 2, l = 4
Valmentaja 2.	a = 3, l = 4	a = 2, l = 4
Valmentaja 3.	a = 4, l = 5	a = 3, l = 4
Valmentaja 4.	a = 0, l = 4	a = 0, l = 4
Keskiarvo (p):	a = 2,5, l = 4,3	a = 2,3, l = 4,0

Jokaisessa haastattelussa kävi ilmi, että valmentajat kokivat olevansa kurssin suorittamisen jälkeen pätevämpiä kohtaamaan urheilijan, joka harjoittelee liiallisesti tai joka kärsii häiriintyneestä syömisestä. (Kuva 3.). Valmentajilta kysyttiin suoraan, kokevatko he pätevyyden tunteensa lisäntyneen kurssin suorittamisen myötä, jokainen valmentajista vastasi kysymykseen myönteisesti. Valmentaja 4. kertoi, että kurssin suorittamisen myötä, hän uskoo tunnistavansa paremmin pienetkin merkit, jotka saattavat kertoa urheilijan mahdollisesta häiriintyneestä liikunta- tai ruokasuhteesta.



Kuva 4. Nostoja yksilöhaastatteluista liittyen pätevyyden tunteeseen.

Valmentajilta kysyttiin haastattelussa, heidän ajatuksiaan siitä, mitkä saattavat olla tekijöitä, joiden takia valmentajat kokevat haastetta lähestyä urheilijoita häiriintyneen syömisen tai liiallisen liikunnan suhteen (kuva 5.). Haastateltavat valmentajat nostivat yhdeksi mahdolliseksi tekijäksi tietämyksen vähäisyyden aiheesta, joka johtaa siihen, ettei uskalleta puuttua. Valmentaja 3. kertoi, että vaikuttavana tekijänä saattaa olla se, että ei tiedetä, mikä olisi oikea tapa toimia näissä tilanteissa. Pelätään, että pahennetaan asioita, jos ei toimita "oikein". Valmentaja 3. nosti myös valmentajan roolin mukana tulevan vastuun: "Sulla on valmentajana yllättävänkin iso valta urheilijaan". Valmentaja 2. kertoi, että yksi haasteissa on selkeän ohjeistuksen puuttuminen, jos etsii tietoa internetistä, saattaa saada ristiriitaista tietoa aiheesta. Valmentaja 4. nosti esille itsellään esille nousevan suoje-luvietin, joka hänellä itsellä vaikuttaa urheilijan kohtaamiseen: "Valmennettavien kanssa tulee hel-posti suoje-luvietti". Yhdistävänä tekijänä haastattelujen perusteella nousee valmentajien tietämyk-sen vähäisyys aiheesta. Sen seurauksena se, että valmentajat eivät välttämättä koe osaavansa puuttua tilanteisiin, pelätään, ettei osata toimia oikein.



Kuva 5. Nostoja yksilohaastatteluista: mitkä tekijät vaikuttavat valmentajien pätevyiden tunteeseen.

8.3 Kurssin kehittäminen

Kyselyissä ei ollut suoranaisesti kysymyksiä kurssin kehittämiseen liittyen. Kuitenkin sen vastauksen perusteella voidaan päätellä kurssin tavoitteiden onnistuneen kyseisten valmentajien osalta. Eli kurssi tukee urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisyä valmentajien kouluttamisen näkökulmasta. Keskiarvallisesti kaikkien, paitsi yhden, edellä mainittujen kysymysten vastausten arvot ovat nousseet.

Haastatteluissa valmentajilta kysyttiin kommentteja kurssin sisällöstä sekä mahdollisia kehitysideoita (kuva 6.). Valmentaja 3. kertoi kurssin sisältäneen vähän saman aiheen toistoa, kuitenkin lisäten perään, että tämä myös tuki oppimista. Tämän lisäksi kyseinen valmentaja kommentoi, että hänen mielestään kurssikysymykset olisivat voineet olla haastavampia. Valmentaja 4. kertoi kursialustan olleen hieman sekava hänen mielestään: "Välillä mietin, minkä osan olen jo katsonut tai lukenut. Ehkä, jos yhdellä sivulla olisi ollut vähemmän sisältöä niin olisi ollut selkeämpi". Valmentaja 4. kertoi myös kurssin omalta osaltaan nostaneen omia syömishäiriöajatuksia pintaan. Kyseinen valmentaja piti kurssin tapausesimerkeistä, mutta hänestä niitä olisi voinut olla vielä lisää. Valmentaja 2. toivoi, että kurssi saavuttaisi yhä useamman valmentajan, jotta mahdollisimman moni saisi siitä saadun hyödyn. Kaikki valmentajat kertoivat, että suosittelisivat kurssia myös muille valmentajille.



Kuva 6. Nostoja yksilöhaastatteluista liittyen kurssin kehittämiseen.

9 Pohdinta

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen johtopäätökset. Tämän lisäksi luvussa kuvaan tutkimuksen onnistumisia, kehityskohteita sekä jatkotutkimusehdotuksia ja arvioin tutkimuksen luotettavuutta sekä eettisyyttä. Lopussa on opinnäytetyön itsearviointi.

9.1 Johtopäätökset

Ennako-oletuksena tutkimukselle, asetettiin se, että kurssi tulisi vaikuttamaan positiivisella tavalla valmentajien tietotaitoon sekä pätevyyden tunteeseen.

Suoritin itse OEU-kurssin kesällä 2023 ja koen saaneeni sen myötä lisää tietoa aiheesta, tämän myötä myös pätevyyden tunteeni vahvistui. Vaikka tietopohjani aiheesta oli jo suhteellisen hyvä, sain kurssista uutta oppia ja erityisesti vinkkejä siihen, miten kohdata urheilija, jolla havaitaan syömishäiriö tai pakonomaisen liikunnan oireilua. Tämän johdosta uskoin vahvasti, että vapaaehtoiset valmentajat saavat saman hyvän kokemuksen kurssista.

Opinnäytetyön tutkimuksen pohjalta voi havaita, että OEU-kurssi oli syyskuussa 2023 osallistuneille vapaaehtoisille valmentajille hyödyllinen (johtopäätökset koottuna kuvassa 7.). Kyselyiden tuloksia tarkastelemalla voi huomata, että lähes kaikkien vastausten arvot ovat kasvaneet kurssin suorittamisen jälkeen, erityisesti kohdissa liittyen pätevyyden tunteeseen. Myös jokaisessa haastattelussa valmentajat kertoivat kokeneensa kurssin hyödylliseksi. Jokainen haastateltava valmentaja kertoi tietotaitonsa sekä pätevyyden tunteensa lisääntyneen kurssin suorittamisen myötä.

Vaikka pääasiassa palaute valmentajilta oli positiivista, voi kyselyitä keskenään vertaamalla huomata muutamassa kohdassa vastausten arvojen laskeneen. Kysymyksissä liittyen tietotaitoon valmentajalla 1. kohdassa: ”Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liaallisesti” on vastauksen arvo laskenut yhdellä. Kysymyksissä liittyen oireilun sekä terveystarkistamiseen on kahdella valmentajalla (valmentaja 1. ja 3.) kohdassa: ”Tunnistan terveystarkistuksen liittyen liialliseen harjoitteluun” tapahtunut vastausten arvoissa pientä laskua. Onko valmentajien tieto aiheesta heikentynyt? Todennäköisesti ”tieto lisää tuskaa”. Tämä tarkoittaa siis sitä, että valmentajien saadessa lisäinformaatiota syömishäiriöistä, voivat he kokea, että heidän osaamisensa ei ollutkaan sillä tasolla, mitä he alkuun ajattelivat. Tätä ajatusta vahvistaa yksilöhaastattelut. Vaikka valmentajan 3. kyselyvastauksessa oli tapahtunut laskua, puhui hänen kommenttinsa yksilöhaastattelussa sen puolesta, että kurssi oli pelkästään hyödyllinen oppimisen kannalta. Jos haastattelussa olisi ollut negatiivista kommentointia oppimisen suhteen, voitaisiin aihetta tarkastella enemmän tiedon heikentymisen näkökulmasta. Tosin valmentajalla 1., jolla myös oli laskua kahden vastauksen arvoissa, on epäselvää, mistä tämä lasku johtuu. Valmentaja 1. ei päässyt osallistumaan

yksilöhaastatteluun. Muissa kyseisen valmentajan kyselyvastausten muissa kohdissa on kuitenkin arvojen välillä havaittavissa kasvua. Vastaukset pohjautuvat kuitenkin jokaisen valmentajan subjektiivisiin kokemuksiin. Toisaalta edelliseen (tiedon vähentymiseen) lisäyksenä, voidaan myös pohtia valmentajan 4. vastausten todenmukaisuutta. Valmentajan 4. vastaukset pätevyiden tunteeseen liittyen olivat kasvaneet Likert-asteikolla arvosta 0, arvoon 4 kahdessa kohdassa. Tämä on valmentajan oma kokemus siitä, kuinka pätevä kokee olevansa. Valmentajan tehtävä ei kuitenkaan ole olla ravitsemusterapeutti. Eli se, että valmentaja on pätevä kohtaamaan oireilevan urheilijan, tarkoittaa lähinnä sitä, että valmentaja tietää, minne ohjaa urheilijan ja näin tukee urheilijan avunsaantia. Pätevyys kuitenkin tulee lopulta ilmi vasta käytännössä, joten on mahdotonta ilmoittaa tuloksia faktoina.

Haastatteluissa keskustelin valmentajien ajatuksista liittyen oireilevan urheilijan kohtaamiseen ja siitä, miksi tämä saattaa olla valmentajille haasteellista. Haastatteluissa nousi esille päällimmäisenä se, että valmentajat saattavat pelätä olevansa epäpäteviä puuttumaan tilanteisiin. Valmentajat voivat kokea, että heidän tietonsa sekä tätä kautta osaamisensa aiheesta ei ole riittävä. Tämä voi luoda pelkoa siitä, että pahimmassa tapauksessa valmentaja vain pahentaisi urheilijan tilannetta. Haastatteluissa valmentajat nostivatkin esille OEU-kurssin tärkeyden, mitä tulee valmentajien kouluttamiseen syömishäiriöistä. Jos valmentajilla suurin ongelma oireilevan urheilijan kohtamisessa on tiedon vähäisyys, löytynee ratkaisu tiedon lisäämisestä. Tähän OEU-kurssi toimii yhtenä ratkaisuna. Jokainen haastateltava valmentaja kertoi tietonsa aiheesta lisääntyneen kurssin myötä ja suosittelevansa ehdottomasti kurssia muille valmentajille. Ennako-oletukset vastasivat pitkälti tutkimuksen tuloksia.



Kuva 7. Johtopäätökset.

9.2 Kurssin kehittämisehdotukset

Kurssin kehittämiseen liittyen ideoita tuli valmentajien yksilöhaasteluissa. Valmentaja 4. nosti esille, että hänestä kurssialusta ja kurssilla eteneminen olisi voinut olla selkeämpää. Kurssia oli helppo käydä läpi ja positiivista oli, että materiaalit olivat kurssilla eri muodoissa (esimerkiksi kuva, video ja teksti). Kuitenkin kurssin selkeyttämisen kannalta, yhdellä kurssisivulla voisi olla vähemmän informaatiota. Valmentaja 4. kertoi myös, että koki tapausesimerkkien olevan hänestä todella hyviä, näitä olisi voinut olla enemmänkin. Kurssille voisi mahdollisesti lisätä enemmän tapausesimerkkejä. Tämä voisi antaa valmentajille vertaistukea, auttaa ymmärtämään urheilijoiden ajattelua sekä valmentajat voisivat saada vinkkejä muiden valmentajien lähestymistavoista.

Eniten rakentavaa palautetta tuli kurssin näkyvyydestä. Jokainen valmentajista koki, että kaikkien (erityisesti riskilajien) valmentajien olisi hyvä suorittaa kyseinen kurssi. Jotta mahdollisimman moni valmentaja löytäisi kurssille, olisi hyvä saada kurssille enemmän näkyvyyttä. Valmentajien positiiviset kokemukset puhuvat puolestaan ja useampi kertoi suositteluvansa kurssia valmentajakollegoilleen. Kurssikokemuksia voisi tuoda esille myös OEU:n nettisivuilla sekä sosiaalisessa mediassa. Kurssin näkyvyyttä voisi myös tehostaa ottamalla yhteyttä seuroihin sekä markkinoimalla kurssia tehokkaammin sosiaalisessa mediassa.

9.3 Tutkimuksen onnistumiset, heikkoudet sekä jatkoideointi

Tutkimus on tapaustutkimus, jonka tarkoituksena ei ole luoda suoria yleistyksiä. Lähinnä tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä aiheesta ja mahdollisesti tämän myötä tehdä tähän liittyen jatkotutkimuksia. (Aarnio, Autio, Jämsä, Nieminen & Suomalainen 2016, 45). Koen, että tutkimus onnistui tarkastelemaan hyvin kohderyhmän kokemuksia kurssista. Onnistumisina nostaisin tutkimusmenetelmien valinnan. Kyselyiden luominen, jo valmiiksi olemassa olevien ja toimivaksi todettujen kyselyiden pohjalta, oli hyvä ratkaisu. Kysymykset olivat tavoitteisiin sopivia ja näiden kysymysten hyödyntäminen säästi myös paremmin aikaa tutkimuksen muille vaiheille. Haastattelut herättivät hyvää keskustelua ja niistä nousi syvällisempää pohdintaa, kuin mitä kyselyistä sai irti. Haastattelukysymykset olivat hyviä ja ne loivat hyvän rungon haastattelulle. Haastattelu antoi laajempaa käsitystä valmentajien kurssikokemuksesta. Myös tulosten tulkintatavat ovat mielestäni onnistuneita ja pääpoiminnat saatiin esitettyä selkeässä muodossa.

Osallistujia oli alun perin vapaaehtoisena kurssille kuusi. Tässä ajateltiin sitä, että tämä määrä haastatteluja olisi aikataulullisesti mahdollista järjestää sekä analysoida. Valmentajista kaksi jätti kokonaan kurssin suorittamatta. Toista valmentajaa ei tavoitettu lainkaan, jotta olisi saatu tietoa siitä, miksi kurssi jäi suorittamatta. Mielestäni tietoa siitä, miksi kurssi jäi kesken, olisi ollut tärkeää; johtuiko se kenties valmentajan elämäntilanteesta vai jostakin kurssiin liittyvästä seikasta. Toinen

keskeyttäneistä valmentajista kertoi kurssin jääneen aikataulullisista syistä. Kartoittaessa valmentajia, heille annettiin tieto siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen edellyttäisi. Osallistujien oletettua pienempi osallistujamäärä on yksi tutkimuksen heikkouksista, tähän ei kuitenkaan jälkeinpäin voinut enää vaikuttaa. Tulevaisuuden kannalta, voitaisiin kartoittaa esimerkiksi kymmenen valmentajaa, jotka suorittaisivat kurssin ja vastaavat kyselyihin. Kuusi näistä valmentajista pyydettäisiin yksilohaastatteluihin. Näin, jos esimerkiksi kaksi valmentajista ei suoritakaan kurssia, olisi silti kurssin suorittaneita kahdeksan, joista saataisiin silti kuusi haastateltavaa.

Haastatteluissa kävi ilmi, että valmentajat kokevat syömishäiriöiden edelleen olevan tabu. Tämä on asia, johon olisi voinut paneutua enemmän opinnäytetyössä. Siihen, miten vähän urheilumaailmassa puhutaan syömishäiriöistä verrattuna niiden yleisyyteen, olisi voinut olla enemmän esillä.

Syömishäiriöistä puhuttaessa puhutaan usein nimenomaan naisten syömishäiriöistä. Kirjallisuutta lukiessani tämä korostui ja se näkyy myös opinnäytetyössä. Vaikka syömishäiriöt ovat naisilla ja naisurheilijoilla yleisimpiä (Päivänsalo, Sandholm & Niemelä 2022, 118), olisi voitu tuoda enemmän esille miesten syömishäiriöitä. Jokainen valmentajista valmentaa naisurheilijoita, yksi valmentajista kumpaakin sekä naisia että miehiä. Vaikka sukupuolta on turha mielestäni lähteä sen suuremmin korostamaan, on hyvä muistaa, että sukupuolia ei ole vain kaksi. Tämä tutkimus perustuu binääriseen (kahtiajakautuneeseen) sukupuolijärjestelmään. Syömishäiriöistä puhuttaessa ja erityisesti urheilijoiden syömishäiriöissä sukupuolijako korostuu, sillä on biologisten sukupuolten välillä tiettyjä tekijöitä (, kuten kuukautiskierronhäiriöt), jotka erottavat sukupuolet toisistaan. Tässä opinnäytetyössä olisi voinut nostaa enemmän esille sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen syömishäiriöitä. Opinnäytetyö ei kuitenkaan laajuudeltaan antanut aiheille juuri tilaa, eikä tämä olisi tavoitteiden kannalta tuonut opinnäytetyölle lisäarvoa. Jos tutkimus olisi ollut laajempi tai rajaukseltaan erilainen olisi aiheita voinut tuoda enemmän esille.

Opinnäytetyön olisin voinut aloittaa aikaisemmin, sillä syksyllä sen aikatauluttaminen oli hieman haastavaa. Myös valmentajien kartoittamisen olisi voinut aloittaa esimerkiksi keväällä jo valmiiksi syyskuun kurssia varten. Voi olla, ettei tämä toki olisi saanut valmentajia sen paremmin sitoutumaan kurssille. Informointiin liittyen valmentajille olisi voitu lähettää useampi muistutus kurssiin liittyen ja lisätä niihin, että kurssin suorittamiseen menee yhteensä arviolta vain 5–6 tuntia.

Jatkoideointina olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus suuremmassa mittakaavassa. Tutkimuksessa voitaisiin tutkia osallistujia useamman kurssin osalta. Esimerkiksi yhden vuoden ajan jokaiselta kurssilta useampi osallistuja. Tällöin voitaisiin kartoittaa kymmenen vapaaehtoista jokaiselta kurssilta ja haastatella kuutta osallistujaa. Tutkimuskyselyt sekä haastattelukysymykset voisivat olla samat. Tällöin saataisiin suurempi otos tutkimukselle sekä enemmän dataa, jota analysoida.

9.4 Luotettavuus- ja eettisyyspohdinta

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida sen uskottavuuden, vastaavuuden, siirrettävyyden, varmuuden, riippuvuuden, vahvistettavuuden, vahvistuvuuden sekä puolueettomuuden näkökulmista (Tuomi & Sarajärvi 2011, 135–139). Tarkastelen nyt osaa näistä tekijöistä tässä tutkimuksessa.

Parkkila ym. (2000) toteavat tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttavan osallistuneiden riittävän kuvauksen ja arvion kerätyn aineiston totuudenmukaisuudesta. Tutkimuksessa kuvattiin osallistujat hyvin sekä kerättyä aineistoa tarkasteltiin useasta näkökulmasta sekä sen luotettavuutta käsiteltiin pohdinnassa kriittisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 135-139). Kurssin suorittaneista valmentajista kaikki olivat naisia. Kohderyhmän suhteen, tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi voitu koostaa enemmän heterogeeninen kohderyhmä. Tai toisaalta raja-
aus olisi voinut nykyistä tarkempi, esimerkiksi vain voimistelun (yksi riskilajeista) valmentajat.

Siirrettävyyden näkökulmasta, tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Riippuen toki minkälainen siirrettävä ympäristö on. Tämä vaikuttaa myös tutkimuksen yleistettävyyteen. Tutkimus voitaisiin toteuttaa uudestaan kehitysideoinnin muokkauksilla, mutta tämän kyseisen tutkimuksen laajuuden puolesta ovat tulokset päteviä vain kyseisellä otoksella. Tutkimus on puolueeton ja sen tuloksia on pyritty tarkastelemaan objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 135-139).

Tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan tulokset on kerätty kahden eri tutkimusmenetelmän avulla. Menetelmien kysymykset on mietitty tarkkaan tutkimuksen tavoitteiden mukaisiksi. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet sopivat tutkimusongelmaan sekä aineistojen sisältöihin. Nämä vaikuttavat positiivisesti luotettavuuteen.

Tutkimusetiikka kuuluu osaksi hyvää tieteellistä käytäntöä. Sen kautta varmistetaan toimintatavat, joita tutkijan tulee noudattaa, jotta tuotetaan kestävää tietoa ja kohdellaan tutkittavia henkilöitä hyvin. Tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia. (Vuori s.a.).

Jokainen tutkimukseen osallistunut valmentajista oli vapaaehtoinen. Valmentajille kerrottiin ennen tutkimukseen osallistumisesta tutkimuksen tavoitteet sekä se, mitä heidän roolinsa tutkimuksessa tulisi sisältämään. Suostumus varmistettiin vielä alkukyselyssä. Tämän lisäksi yksilöhaastatteluissa kysyttiin lupa haastattelujen nauhoittamiselle. Valmentajat esiteltiin tutkimuksessa anonymisti.

Opinnäytetyössä kysyttiin CET-kyselylomakkeen pohjalta kysymyksiä liittyen valmentajan omaan ruoka- sekä liikuntasuhteeseen. Valmentajien vastauksissa ei noussut näiden osalta huolta, joten

niitä ei sen suuremmin käsitelty. Tätä ei käsitelty myöskään opinnäytetyön laajuuden puolesta. Näin pienellä kohderyhmällä olisi myös ollut mahdotonta vetää johtopäätöksiä siitä, miten valmentajien omat ajatukset aiheista heijastuvat valmentajaissa. Osallistujilta ei tulisi kysyä epäolennaisia kysymyksiä, joten eettisyyden kannalta näiden kysymysten olennaisuutta voidaan pohtia. CET-kysymykset olisi voitu jättää pois kyselylomakkeesta, mutta hyödynnettiin niitä kuitenkin I Care- kurssin tutkimuksessa, joten ajateltiin niiden sopivan myös hyvin tähän tutkimukseen. Jos kyselyiden pohjalta olisi noussut valmentajien omia haasteita aiheista, olisi niiden heijastumista valmennuksissa voitu kysyä tarkemmin haastatteluissa.

9.5 Oman opinnäytetyöprojektin ja oppimisen arviointi

Opinnäytetyö oli itselle opettavainen projekti. Omat kokemukset syömishäiriöistä sekä niiden vaikutuksista herättivät kiinnostuksen aiheeseen. Olen kiitollinen, että sain toimeksiannon kyseisestä aiheesta. Vaikka aihe on itselle tuttu ja siitä oli valmiiksi hyvä tietopohja, opin paljon lisää aiheesta. Kurssista sekä teoriaosuuden kirjottamisesta sain syvempää ymmärrystä syömishäiriöistä sekä erityisesti urheilijoiden syömishäiriöistä.

Aiheesta oppimisen lisäksi opin projektin kautta paljon uutta. Eritoten tutkimuksen toteuttamisesta. En ole itse aikaisemmin toteuttanut vastaavassa mittakaavassa tutkimusta, joten vaikka matkanvarrella olikin haasteita, oli tutkimuksen toteuttaminen ennen kaikkea opettavaista. Tutkimustulosten tulkinta oli hyvin mielenkiintoista ja haastatteluiden pitäminen toi hyvää kokemusta. Mielestäni olisi kiinnostavaa jatkaa tutkimusta aiheesta ja tutkia kurssin vaikutusta useamman valmentajan kohdalla. Erityisen kiinnostavaa on se, miten näinkin kompaktilla kurssilla voidaan mahdollisesti ehkäistä urheilijoiden syömishäiriöitä. Ainakin kurssin suorittaneet valmentajat kokivat kurssin lisänsänteen pätevyden tunnetta sekä suosittelivat kurssia myös muille valmentajille. Valmentajan rooli urheilijan elämässä on yllättävän suuri ja se, miten valmentaja puhuu aiheesta urheilijoille sekä käsittelee mahdollisia tapauksia, voi olla hyvinkin merkityksellistä. Oli mielenkiintoista kuulla valmentajien ajatuksia siitä, mitkä asiat he kokevat haasteellisiksi urheilijan kohtaamisessa. Tähän aiheeseen olisi mielenkiintoista perehtyä vielä enemmän. Uskon, että tämä tapaustutkimus oli hyödyllinen myös toimeksiantajalle. Toimeksiantaja sai kommentteja kurssin toimivuudesta sekä myös muutamia kehitysehdotuksia, joiden kautta kurssia voidaan viedä eteenpäin

Lähteet

- Aarnio, K., Autio, S., Jämsä, J., Nieminen, J. & Suomalainen, S. 2016. Skeema 1. Psykkinen toiminta ja oppiminen. Edita. Helsinki.
- Anis, N., Aaltonen, S. & Keski-Rahkonen, A. 2019. Liikunta ja syömishäiriöt. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15010>. Luettu: 11.9.2023.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2017. Ravitsemustiede. Duodecim.
- Baum, A. 2013. Eating Disorders in Athletes. Teoksessa Baron, D., Reardon, C. & Baron, S. (toim.). Clinical Sports Psychiatry: An International Perspective. s. 44. John Wiley & Sons. Chichester.
- Borg, P. 2016. Syömiskäyttäytymisen ongelmat ja häiriintynyt syöminen. Teoksessa Huippu-urheiluvalmennus. Mero, A., Nummela, A., Kalaja, S. & Häkkinen, K. (toim.). s.175-176. VK-Kustannus Oy. Lahti.
- Borg, P. 2012. Syömiskäyttäytymisen ongelmat ja häiriintynyt syöminen. Teoksessa Naisten ja tyttöjen urheiluvalmennus. Mero, A., Uusitalo, A., Hiilloskorpi, H., Nummela, A. & Häkkinen, K. (toim.). s. 180-181. VK-Kustannus Oy. Lahti.
- Colledge, F., Cody, R., Buchner, U., Schmidt, A., Pühse, U., Geber, M., Wiesbeck, Lang, U. & Walter, M. 2020. Excessive Exercise – A Meta-Review. Luettavissa: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.521572/full>. Luettu: 9.10.2023.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Olié, E., Genty, C., Bringer, J., Courtet, P. & Schmidt, U. 2011. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21858173/>. Luettu: 18.11.2023.
- Heikura, I. 2021. Suhteellinen energiavaje urheilussa. Teoksessa Liikuntaravitsemus 3.0. Ilander, O. (toim.). s. 17-41. VK-Kustannus Oy. Lahti.
- Jeukendrup, A. & Gleeson, M. 2018. Sport Nutrition, Third Edition. Human Kinetics. Walsworth.
- Jyväskylän yliopisto. 2021. Monimenetelmäisyys. Koppa. Luettavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/monimenetelmäisyys>. Luettu: 18.11.2023.
- Kopperi, E. 2019. Liikunta, itsetunto ja syömishäiriöt. Syömishäiriöliitto. Luettavissa: <https://syomishairioliitto.fi/blogi/liikunta-itsetunto-ja-syomishairiot>. Luettu: 29.10.2023.

Korpela, M. 2021. ARFID -kun ruoka pelottaa, inhottaa tai ei kiinnosta. Syömishäiriöliitto. Luettavissa: <https://syomishairioliitto.fi/blogi/arfid-kun-ruoka-pelottaa-inhottaa-tai-ei-kiinnosta>. Luettu: 14.11.2023.

Käypähoito. 2014. Syömishäiriöt. Duodecim. Luettavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>. Luettu: 9.9.2023.

Manore, M., Meyer, N. & Thompson, J. 2009. Sport Nutrition for Health and Performance. Second Edition. Human Kinetics.

Mereu, A., Fantoni, T., Caini, S., Francesca, M., Roselli, E., Taddei, S., Lucarelli, S. & Pisano, T. 2022. Suicidality in adolescents with onset of anorexia nervosa. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35277848/> . Luettu: 12.9.2023.

Meskanen, K. 2022. Duodecim Terveyskirjasto. Ahmintahäiriö (BED). Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00819>. Luettu: 12.9.2023.

Mond, J. & Gorrell, S. 2021. "Excessive exercise" in eating disorders research: problems of definition and perspective. Luettavissa: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40519-020-01075-3.pdf>. Luettu: 11.10.2023.

National Eating Disorder. s.a. Binge Eating Disorder. Luettavissa: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>. Luettu: 14.10.2023.

National Eating Disorders Collaboration. 2015. Eating Disorders in Sports and Fitness: Prevention Early Identification and Response. <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-Sport-and-Fitness.pdf>. Luettu: 11.10.2023.

NEDA. Feeding hope. s.a. Binge eating disorder. Luettavissa: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>. Luettu: 2.10.2023.

Ojala, A. & Jaakola, V. s.a. Syömishäiriöt. Terve Urheilija. Luettavissa: <https://terveurheilija.fi/terveydenhuolto/urheilijoiden-syomishairiot/>. Luettu: 4.10.2023.

Päivänsalo, T-M., Sandholm, K. & Niemelä, R. 2022. Oivallus 4. Tunteet ja mielenterveys. Otava. Helsinki.

Reinikkala, P., Orkovaara, P., Bryggare, L., Antikainen, J., Kuronen, A. & Fogelholm, M. 2016. Terve 1. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Rissanen, A. 2012. Syömishäiriöt. Teoksessa Ravitsemustiede. Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim). s. 492-496. Otavan Kirjapaino Oy. Helsinki.

Ruuska, J. 2021a. Duodecim Terveyskirjasto. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>. Luettu: 12.9.2023.

Ruuska, J. 2021b. Duodecim Terveyskirjasto. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Luettavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00352#:~:text=anorexia%20nervosa\)%20yhteydessä.-,Ahmimis-häiriön%20oirekuva,voimakas%20lihavuuden%20ja%20lihomisen%20pelko](https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00352#:~:text=anorexia%20nervosa)%20yhteydessä.-,Ahmimis-häiriön%20oirekuva,voimakas%20lihavuuden%20ja%20lihomisen%20pelko). Luettu: 4.10.2023.

Ruusunen, A. 2021. Syömishäiriöt ja psykiatrisen potilaan ravitseminen. Teoksessa Ravitseminen. Mutanen, M., Niinikoski, H. Schwab, U. & Uusitupa, M. (toim.). Syömishäiriöt & Syömishäiriöiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Scarff, J. 2017. Orthorexia nervosa: An Obsession With Healthy Eating. PubMed Central. Luettavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370446/>. Luettu: 30.9.2023.

Spano, M., Kruskall, L. & Thomas, T. 2018. Nutrition For Sport, Exercise, and Health. Human Kinetics. Yhdysvallat.

Suokas, J. & Hätönen, T. 2012. Aikakausikirja Duodecim. Miten voimme auttaa ahmijaa? Luettavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10127>. Luettu: 3.10.2023.

Suokas, J. & Hätönen, T. Miten voimme auttaa ahmijaa? Lääketieteen aikakausikirja Duodecim. Luettavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10127>. Luettu: 13.9.2023.

Syömishäiriökeskus. s.a.a. Urheiluvalmentajille. Luettavissa: <https://syomishairiokeskus.fi/palveluita-ja-ohjeita-ammattilaisille/urheiluvalmentajille/>. Luettu: 13.11.2023.

Syömishäiriökeskus. s.a.b. Oman Elämänsä Urheilija. Luettavissa: <https://syomishairiokeskus.fi/oman-elamansa-urheilija/>. Luettu: 14.11.2023.

Syömishäiriöliitto. s.a. Tietoa syömishäiriöistä. Luettavissa: <https://syomishairioliitto.fi/tietoa/tietoa-syomishairioista>. Luettu: 15.10.2023

Terve Urheilija. s.a.a. Energiansaanti ja ateriarytmi. Luettavissa: <https://terveurheilija.fi/urheilijan-ravitseminen/energiansaanti-ja-ateriarytmi/>. Luettu: 10.10.2023.

Terve Urheilija. s.a.b. Syömishäiriöt. Luettavissa: <https://terveurheilija.fi/terveydenhuolto/urheilijoiden-syomishairiot/>. Luettu: 25.10.2023.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2022. Psykoedukaatio. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/maahanmuuttaneiden-mielenterveys/maahanmuuttaneiden-mielenterveyden-edistaminen/psykoedukaatio>. Luettu: 18.11.2023.

Terveyskirjasto, 2016b. Elektrolyyttitasapaino. Duodecim. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00662>. Luettu: 18.11.2023.

Terveyskirjasto. 2016a. Somaattinen. Duodecim. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03190>. Luettu: 18.11.2023.

Timonen-Soivio, L. 2023. Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö ja autismikirjon häiriö. Käypä hoito. Duodecim. Luettavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix03208>. Luettu: 13.11.2023.

Tod, D., McEwan, H. & Andersen, M. 2021. When to Refer Athletes to Other Helping Professionals. Teoksessa Applied Sport Psychology. Williams, J. & Krane, V. (toim.). s. 440-441. Mc Graw-Hill. New York.sy

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Kustannusosakeyhtiö-Tammi. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Kustannusosakeyhtiö-Tammi. Helsinki.

Uusitalo, A. Energiavaje ja sairastuminen. Teoksessa Huippu-urheiluvalmennus. Mero, A., Nummela, A., Kalaja, S. & Häkkinen, K. (toim.). s.661-662. VK-Kustannus Oy. Lahti.

Vekanlahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. Helsingin yliopisto. Luettavissa: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bc1c2c8a-0eb8-4881-ba8f-510ce386b810/content>. Luettu: 18.11.2023

Vuorinen, J. s.a. Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Tietoarkisto. Tampereen yliopisto. Luettavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metodit/valittu/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>. Luettu:19.11.2023.

Wells, K., Jeacocke, N., Appaneal, R., Smith, H., Vlahovich, N., Burke, L. & Hughes, D. 2020. The Australian Institute of Sports (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. Luettavissa: <https://bjism.bmj.com/content/bjsports/54/21/1247.full.pdf>. Luettu: 16.10.2023.

Liitteet

Liite 1. Haastattelun strukturoidut kysymykset

Haastattelun strukturoidut kysymykset:

1. Miksi halusit osallistua Oman Elämänsä Urheilija- kurssille?
2. Oliko sinulla jotain ennakko-oletuksia tai toiveita kurssin suhteen? Jos kyllä, vastasiko kurssi näitä ennakko-oletuksia/toiveita?
3. Oletko valmentajaurallasi kohdannut urheilijoita, joilla on esiintynyt häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä tai oireilua pakonomaiseen liikuntaan liittyen? Jos kyllä, miten olet kokenut osaavasi reagoida näissä tilanteissa.
 - a. Osaatko sanoa, mistä syistä valmentajan voi olla haastavaa puuttua havaitessaan urheilijalla haasteita syömisen tai liikkumisen kanssa?
4. Koetko, että valmentajan oma ruoka- sekä/tai liikuntasuhde saattaa heijastua puheisiin tai tekoihin valmentaessa?
5. Koetko, että kurssi antoi sinulle lisää tietoa liittyen urheilijoiden syömishäiriöihin? Perustele.
6. Koetko, että kurssi loi/ vahvisti pätevyyden tunnettasi liittyen urheilijoiden syömishäiriöihin? Perustele.
7. Olisiko ollut jotain, mitä olisit vielä kurssilta toivonut? Kehitysideat.
8. Muita ajatuksia?

Liite 2. Alkukysely**OEU-kurssi: syömishäiriöt sekä liiallinen harjoittelu**

ESITIEDOT:

1. Nimi (etu- ja sukunimi):**2. Ikä:**

- 18-25
 25-30
 30-40
 40-

3. Sukupuoli:

- Nainen
 Mies
 Muu

4. Laji, jota valmennan:

5. Kuinka monta vuotta harrastit lajia ennen valmentamista?

- 0-1 vuotta
- 1-3 vuotta
- 3-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

6. Valmennuskokemus vuosissa:

- alle 1 vuosi
- 1-3 vuotta
- 3-5 vuotta
- +5 vuotta

7. Valmennan:

- Tyttöjä/naisia
- Poikia/miehiä
- Molempia

8. Vastauksiani saa käyttää opinnäytetyössä:

- Kyllä
- Ei

OSA1

Alle on listattu väittämiä liikunnan harrastamisesta. Lue jokainen väittämä huolellisesti ja valitse numero, joka kertoo kuinka usein ajattelet tai tunnet näin. Olisi tärkeää, että vastaat mahdollisimman rehellisesti.

0= Ei koskaan

1= Harvoin

2= Joskus

3= Usein

4= Tavallisesti

5= Aina

9. Tunnen itseni onnellisemmaksi ja/tai positiivisemmaksi sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



10. Harrastan liikuntaa parantaakseni ulkonäköäni.



11. Tunnen itseni vähemmän ahdistuneeksi sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



12. Jos tunnen syöneeni liikaa, liikun enemmän.



13. Jos en voi harrastaa liikuntaa, oloni on kurja/apea tai masentunut.



14. Tunnen suurta syyllisyyttä, jos en pääse harrastamaan liikuntaa.



14. Tunnen suurta syyllisyyttä, jos en pääse harrastamaan liikuntaa.



15. Tunnen itseni vähemmän stressaantuneeksi ja/tai hermostuneeksi, (kireäksi, jännittyneeksi) sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



16. Liikun polttaakseni kaloreita ja pudottaakseni painoa.



17. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen levoton ja/tai ärtyisä.



18. Liikunnan harrastaminen parantaa mielialaani.



19. Jos en voi harrastaa liikuntaa, minua huolestuttaa painon nousu.



20. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen vihainen ja/tai turhautunut.



21. Olen pettänyt itseni, jos jätän jokin päivä liikunnan harrastamisen väliin.



22. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen ahdistunut.



23. Olen vähemmän apea tai masentunut sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



25. Uskon tunnistavani, jos joku urheilijani liikuntatottumukset eivät ole terveitä.



26. Uskon tunnistavani, jos urheilijallani on ongelmia syömisen kanssa.



27. Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, jolla on haasteita syömisen kanssa.



28. Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, jolla on haasteita syömisen kanssa.



29. Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, joka harjoittelee liiallisesti.



30. Uskon tunnistavani, jos joku urheilijani liikuntatottumukset eivät ole terveitä.



31. Uskon tunnistavani, jos urheilijallani on ongelmia syömisen kanssa.



32. Tunnistan terveysriskit liittyen liialliseen harjoitteluun.



33. Puhun valmennettavieni kanssa levon merkityksestä.



34. Puhun stressistä valmennettavieni kanssa.



35. Puhun kehonkuvasta valmennettavieni kanssa.



36. Puhun painosta valmistettävieni kanssa.



37. Puhun dieeteistä valmistettävieni kanssa.



Kuinka usein vastaavanlaisia kommentteja kuulee joukkueenne treeneissä:

38. Kommentteja kompensatiosta tai "urheilee pois" syödyn ruuan esim. "mitä enemmän tekee sitä enemmän kaloreita palaa".



39. Kommentteja syömisen ansaitsemiseen liittyen, esim. "nyt, kun olet treenannut kovaa, ansaitset lohturuokaa".



40. Kommentteja painonpudottamiseen liittyen, esim. "treenaa kovempaa, pidä kesäkuunto mielessä".



Liite 3. Loppukysely**OEU-kurssi: syömishäiriöt sekä liiallinen harjoittelu**

ESITIEDOT:

1. Nimi (etu- ja sukunimi):**2. Sukupuoli:**

- Nainen
- Mies
- Muu

3. Vastauksiani saa käyttää opinnäytetyössä:

- Kyllä
- Ei

OSA1

Alle on listattu väittämiä liikunnan harrastamisesta. Lue jokainen väittämä huolellisesti ja valitse numero, joka kertoo kuinka usein ajattelet tai tunnet näin. Olisi tärkeää, että vastaat mahdollisimman rehellisesti.

- 0= Ei koskaan
- 1= Harvoin
- 2= Joskus
- 3= Usein
- 4= Tavallisesti
- 5= Aina

4. Tunnen itseni onnellisemmaksi ja/tai positiivisemmaksi sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



5. Harrastan liikuntaa parantaakseni ulkonäköäni.



6. Tunnen itseni vähemmän ahdistuneeksi sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



7. Jos tunnen syöneeni liikaa, liikun enemmän.



8. Jos en voi harrastaa liikuntaa, oloni on kurja/apea tai masentunut.



9. Tunnen suurta syyllisyyttä, jos en pääse harrastamaan liikuntaa.



10. Tunnen itseni vähemmän stressaantuneeksi ja/tai hermostuneeksi, (kireäksi, jännittyneeksi) sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



11. Liikun polttaakseni kaloreita ja pudottaakseni painoa.



12. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen levoton ja/tai ärtyisä.



13. Liikunnan harrastaminen parantaa mielialaani.



14. Jos en voi harrastaa liikuntaa, minua huolestuttaa painon nousu.



15. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen vihainen ja/tai turhautunut.



16. Olen pettänyt itseni, jos jätän jokin päivä liikunnan harrastamisen väliin.



17. Jos en voi harrastaa liikuntaa, olen ahdistunut.



18. Olen vähemmän apea tai masentunut sen jälkeen, kun olen harrastanut liikuntaa.



OSA2

Alle on listattu väittämiä pätevyyden tunteesta liittyen urheilijan ruokasuhteeseen sekä liialliseen harjoitteluun. Lue jokainen väittämä huolellisesti ja valitse numero, joka kertoo kuinka usein ajattelet tai tunnet näin. Olisi tärkeää, että vastaat mahdollisimman rehellisesti.

- 0= Ei koskaan
- 1= Harvoin
- 2= Joskus
- 3= Usein
- 4= Tavallisesti
- 5= Aina

19. Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liiallisesti.

20. Tiedän, miten puhua urheilijalle, jolla on haasteita syömisen kanssa.

OSA2

Alle on listattu väittämiä pätevyyden tunteesta liittyen urheilijan ruokasuhteeseen sekä liialliseen harjoitteluun. Lue jokainen väittämä huolellisesti ja valitse numero, joka kertoo kuinka usein ajattelet tai tunnet näin. Olisi tärkeää, että vastaat mahdollisimman rehellisesti.

- 0= Ei koskaan
- 1= Harvoin
- 2= Joskus
- 3= Usein
- 4= Tavallisesti
- 5= Aina

19. Tiedän, miten puhua urheilijalle, joka harjoittelee liiallisesti.

0 5

20. Tiedän, miten puhua urheilijalle, jolla on haasteita syömisen kanssa.

0 5

21. Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, joka harjoittelee liiallisesti.



22. Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, jolla on haasteita syömisen kanssa.



23. Tiedän, minne voin ohjata urheilijan, jolla on haasteita syömisen kanssa.



24. Koen olevani pätevä lähestymään urheilijaa, joka harjoittelee liiallisesti.



25. Uskon tunnistavani, jos joku urheilijani liikuntatottumukset eivät ole terveitä.



26. Uskon tunnistavani, jos urheilijallani on ongelmia syömisen kanssa.



27. Tunnistan terveysriskit liittyen liialliseen harjoitteluun.



28. Aion puhua valmennettavieni kanssa levon merkityksestä.



29. Aion puhua stressistä valmennettavieni kanssa.



30. Aion puhua kehonkuvasta valmennettavieni kanssa.



31. Aion puhua painosta valmennettavieni kanssa.



32. Aion puhua dieeteistä valmennettavieni kanssa.



Kuinka usein vastaavanlaisia kommentteja kuulee joukkueenne treeneissä:

33. Kommentteja kompensatiosta tai "urheilee pois" syödyn ruuan esim. "mitä enemmän tekee sitä enemmän kaloreita palaa".



34. Kommentteja syömisen ansaitsemiseen liittyen, esim. "nyt, kun olet treenannut kovaa, ansaitset lohturuokaa".



35. Kommentteja painonpudottamiseen liittyen, esim. "treenaa kovempaa, pidä kesäkuunto mielessä".

