



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAIRAALLOISEN TERVEELLISTÄ

Oppimateriaalia ortoreksiasta

Jenna Kinnunen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JENNA KINNUNEN:
Sairaalloisen terveellistä
Oppimateriaalia ortoreksiasta

Opinnäytetyö 36 sivua, joista liitteitä 0 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoille oppimateriaalia ortoreksiasta. Työn tavoitteena oli lisätä vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoiden tietoutta ortoreksiasta. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu opinnäytetyöraportista ja oppimateriaalista. Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina olivat epätyypilliset ja tyypilliset syömishäiriöt, ortoreksia. Ortoreksiaan liittyi myös olennaisesti pakko-oireinen häiriö, jota on teoriaosuudessa sivuttu. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää minkälainen ilmiö ortoreksia on, kuinka se ilmenee, kuinka se eroaa tyypillisistä syömishäiriöistä ja kuinka ortoreksiaa hoidetaan. Tehtävänä oli myös selvittää, millaista on hyvä oppimateriaali.

Ortoreksia ilmiö, jolle tyypillistä on pakonomainen terveellisyys tavoittelu. Sairastunut pyrkii noudattamaan näennäisesti omiin epärealistisiin uskomuksiinsa perustuvaa ruokavaliota orjallisesti. Pikkuhiljaa sallittujen ruoka-aineiden määrää rajoittuu niin että seurauksena on aliravitsemus ja anoreksian kaltaisia liitännäissairauksia. Ortoreksiaa sairastavilla on riski sairauden muuntumisesta anoreksiaksi. Ortoreksiassa on paljon samankaltaisia oireita sekä anoreksiaa nervosaa että pakko-oirehäiriön kanssa. Vaikka Steven Bratman onkin määritellyt sairauden eräänlaiseksi syömishäiriöksi, ei voida varmuudella sanoa onko ortoreksia tulevaisuudessa oma diagnoosinsa vai onko se pakko-oirehäiriön tai anoreksian oirehdintaa. Tällä hetkellä sillä ei ole ICD-tautiluokituksessa omaa diagnoosia. Ortoreksian hoidossa varhainen puuttuminen sekä moniammatillinen osaaminen ovat avainasemassa.

Opinnäytetyön tuotos on oppimateriaalia hoitotyön koulutusohjelmaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoille Tampereen ammattikorkeakouluun. Työn tuotos on suunniteltu käytettäväksi opiskelijoiden itseopiskelussa. Tuotoksen tarkoituksena on antaa tietoa hoitotyön opiskelijoille ortoreksiasta. Aihe on ajankohtainen erilaisten terveystrendien, itsehoidon ja tiedon saatavuuden lisääntyessä. Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksena esitetään selvitettäväksi kuinka hyvin hoitotyönopiskelijat tuntevat ortoreksian ilmiönä, sekä kuinka hyvin itseopiskelumateriaali on lisännyt tietoutta hoitotyönopiskelijoiden keskuudessa.

Asiasanat: syömishäiriöt, ortoreksia, anoreksia, pakko-oireinen häiriö, oppimateriaali

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JENNA KINNUNEN
Unhealthily Healthy
Educational material about Orthorexia Nervosa

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 0 pages
October 2015

The purpose of this thesis was to collect information on orthorexia nervosa and to produce educational material about how to care for patients with orthorexia nervosa for nursing students at Tampere University of Applied Sciences.

The missions of the thesis were to find out what kind of disease orthorexia is, what physical complications are present in patients, and how to nurse these patients who have orthorexia.

Orthorexia nervosa is defined by a pathological obsession with proper nutrition that is characterised by a restrictive diet, a focus on food preparation and ritualised patterns of eating. These eating habits of orthorexia patients are disturbed; the healthiness of food is defined by nutritional values, the location of where the item was grown and produced, and even the production methods themselves. For this reason, the diet is limited.

Due to the fact that this diet is a long standing, on going problem, the body starts to suffer from different deficiencies in various vitamins, macro and micro nutrients. Also, psychological and social problems will emerge; anxiety around people and food choices can lead to isolation and, eventually, even depression. The latest sources reveal important points of the symptoms overlap between orthorexia nervosa, anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder (OCD). Orthorexia can successfully be treated with a combination of cognitive behavioral therapy, psychoeducation, and medication.

The result of this project was produced with PowerPoint. The educational material was made so that it is visually and theoretically understandable, as well as reliable.

Key words: orthorexia nervosa, eating disorder, educational material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Syömishäiriöt.....	9
3.1.1	Tyypillinen syömishäiriö	10
3.1.2	Epätyypillinen syömishäiriö.....	14
3.2	Ortoreksia.....	15
3.2.1	Ortoreksian toteaminen	19
3.2.2	Ortoreksian hoito.....	21
3.3	Oppimateriaali	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
4.2	Kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi.....	26
4.3	Prosessi	27
5	TULOKSET	29
5.1	Ortoreksia ilmiönä	29
5.2	Ortoreksian ja tyypillisten syömishäiriöiden erot.....	29
5.3	Ortoreksian hoito	30
5.4	Oppimateriaali	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	32
6.2	Tulosten tarkastelu	33
6.3	Opinnäytetyön jatkokysymykset.....	33
	LÄHTEET.....	34

1 JOHDANTO

Nykyään ihmiset ovat entistä enemmän kiinnostuneita ja tietoisia omasta hyvinvoinnistaan. Tämän vuoksi monilla ihmisillä on halua noudattaa erilaisia ruokavalioita sekä harrastaa liikuntaa enemmän. Heillä on tavoitteena voida paremmin ja olla terveitä pidempään.

Television ohjelmatarjonta korostaa ruokavalion ja liikunnan merkitystä. Terveellisillä elämäntavoilla ja omasta hyvinvoinnistaan huolehtimisessa ei ole mitään negatiivista, mutta esimerkiksi Kontoniemi (2014, 32–33) kirjoittaa pro gradu – tutkielmassaan, että media voi muovata nuorten kehonkuvaa sen esittämän elämäntavan kautta. Myös laihduttamiseen ja urheiluun liittyvien ravintolisien ja tuotteiden näkyvyys ja helppo saatavuus saattavat lisätä median esille tuoman elämäntavan ihailua ja halua noudattaa sitä. Siinä vaiheessa, kun normaalista elämisestä tulee pakollisten rutiinien järjestelmä, niin että se häiritsee sekä fyysistä, että psyykkistä vointia voidaan puhua sairaudesta. (Kontoniemi 2014, 32–33.)

Opinnäytetyöni aiheena oli ortoreksia ja tarkoituksena oli tehdä itseopiskelumateriaalia vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoille. Ortoreksia häiriönä on vaikeasti lokeroitava, koska se ei ole ICD – tautiluokituksessa oma diagnoosinsa. Se määritellään useissa lähteissä eri tavoin. Jotkut lähteet määrittelevät ortoreksian kuuluvan epätyypillisiin syömishäiriöihin, toiset lähteet taas esittävät sen olevan osa anoreksiaa tai pakko-oirehäiriötä. On tärkeää, että varsinkin terveyden huollon opiskelijat tunnistaisivat ortoreksian oireiston. Santala (2007, 91) kirjoittaa tutkielmassaan siitä, että hoitohenkilökunta ei tunnista ortoreksian oireita. Tämän seurauksena hoitajat ovat kehuneet terveellisiä ruokailutottumuksia ottamatta potilaan tilanteesta enempää selvää. Tämän seurauksena sairastuneet eivät ole saaneet apua. (Santala 2007, 91.)

Ortoreksialle ei ole omia hoitosuosituksia vaan niissä sovelletaan omalta osaltaan anoreksian hoitolinjauksia samankaltaisen psykopatologian vuoksi. Tästä syystä voidaan katsoa aiheelliseksi että sairaanhoitajaopiskelijat oppivat tunnistamaan syömishäiriöiden oireet. Syömishäiriön tunnistaminen varhaisessa vaiheessa usein lyhentää sairastamisaikaa ja parantaa ennustetta (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Usein pienikin puuttuminen tilanteeseen sairauden alkuvaiheessa voi riittää normalisoidaan tilanteen. Terveystieteiden ammattilaiset, opettajat, seurojen urheiluvalmentajat, sekä personal trainerit ovat tärkeässä asemassa sairauden ensioireiden havaitsemisessa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ajantasaista itseopiskelumateriaalia ortoreksiasta Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoiden käyttöön.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

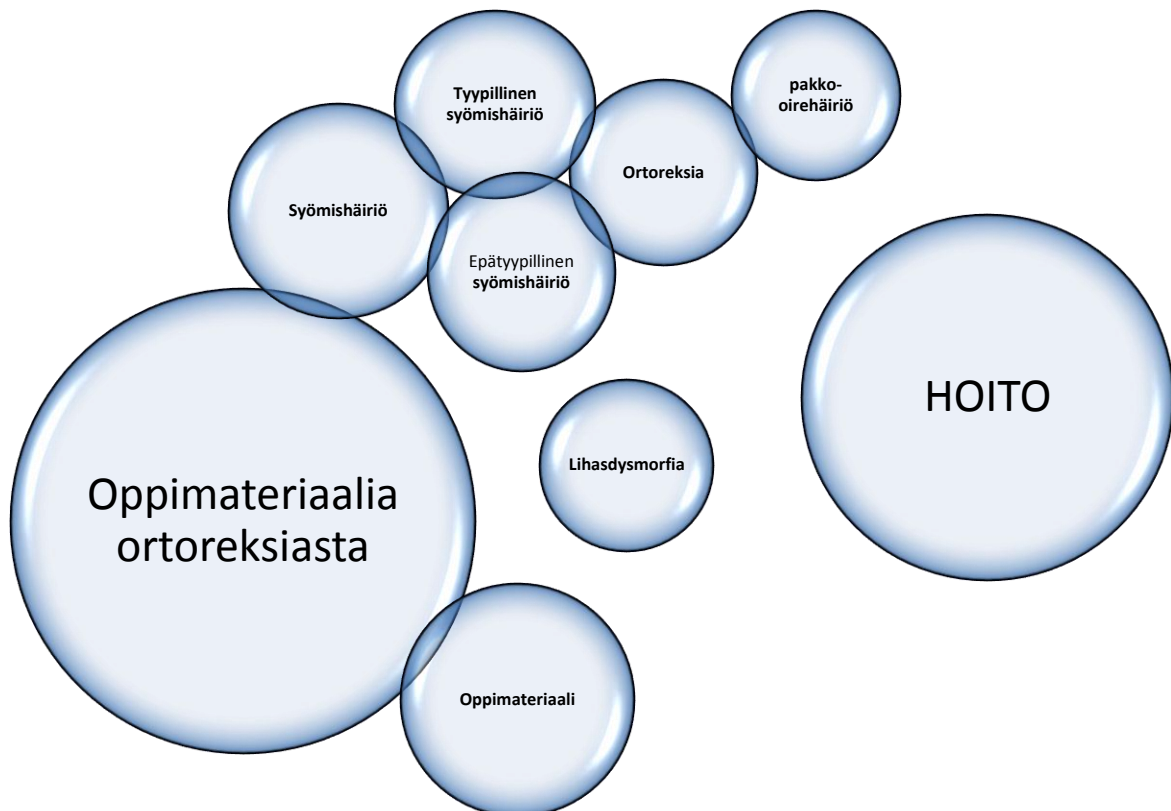
1. Minkälainen ilmiö on ortoreksia ja kuinka se ilmenee?
2. Miten ortoreksia eroaa tyypillisistä syömishäiriöistä?
3. Kuinka ortoreksiaa hoidetaan?
4. Millaista on hyvä oppimateriaali?

Tavoitteena oli tuottaa oppimateriaalia ortoreksiasta itseopiskelua varten ja lisätä täten tietoa ortoreksiasta ja sen oireista, sekä antaa keinoja mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoille tunnistaa ja puuttua ortoreksiaan jo varhaisessa vaiheessa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheena on ”opetusmateriaalia ortoreksiasta”. Aihe jakautuu kahteen pääkäsitteeseen, jotka ovat syömishäiriö ja opetusmateriaali. Jotta voi tarkastella paremmin ortoreksiaa sairautena, on syytä perehtyä myös siihen mistä syömishäiriöissä on oikein kyse. Ortoreksiaa on vaikeasti lokeroitava, sillä se määritellään eri lähteissä eri tavoin. Osassa lähteistä ortoreksia luokitellaan suoraan epätyypillisten syömishäiriöiden alle. Uusimmat lähteet kuitenkin viittaavat ortoreksian kuuluvan osaksi pakko-oirehäiriötä tai anoreksiaa (Abry & Koven 2015, 385–386).

Syömishäiriöt on jaettu kuten ICD- tautiluokituksessakin epätyypillisiin ja tyypillisiin syömishäiriöihin (THL 2011.). Ortoreksia leikkaa kuviossa sekä epätyypillisen-, tyypillisen syömishäiriön että pakko-oirehäiriön kuvioita. Myös työn tavoitteiden kannalta teoreettisessa osassa on syytä paneutua sairauden hoitoon. Opetusmateriaalin osalta perehdytään hyvän opetusmateriaalin tyylisiin, jotta tuotoksesta saadaan mahdollisimman onnistunut (kuvio 1).



KUVIO1. Viitekehys

3.1 Syömishäiriöt

Pitkäaikaista syömiskäyttäytymisen häiriötä kutsutaan syömishäiriöksi. Häiriön tulee häiritä fyysistä terveyttä tai sosiaalisia suhteita. Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia ongelmia. Sairauteen kuuluu, että kehonpainolla ja kehonmuodolla on suuri merkitys itsetunnolle. Syömishäiriöön liittyy usein myös voimakas painonnousun pelko, josta seuraa yritykset rajoittaa syömistä tai painon nousua. (Isomaa 2013, 5.)

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan joka kymmenes tyttö kärsii nuoruutensa aikana syömishäiriön oireista. Tavallisimmin syömishäiriöön sairastutaan nuoruudessa noin 15–24 ikävuoden välillä. (Isomaa 2011, 4.) Suomalaisista 30-vuotiaista naisista noin 7 % on sairastanut syömishäiriön (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 346).

Syömishäiriöt jaetaan ICD-10-tautiluokituksessa karkeasti neljään ryhmään. Nämä ryhmät ovat laihuushäiriö, ahmimishäiriö, näiden epätyypilliset muodot sekä muut syömishäiriöt. (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus 2009.) Diagnoosia tehdessä häiriö ei kuitenkaan saa olla muun lääketieteellisen taudin tai psykiatrisen häiriön seurausta (Isomaa 2013, 5).

Syömishäiriöiden syytä ei tarkkaan tiedetä. Usein laukaisevana tekijänä syömishäiriöiden synnylle on raju painonpudotus, joka on alkanut painoon kohdistuneesta kritiikistä. Syömishäiriöiden kulku voi olla joko jaksottainen tai pitkäaikainen eli kroonistunut. (Lönnqvist, ym. 2011, 346–347.) Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy riski ennenaikaisesta kuolemasta. Anoreksiaan liittyvä kuolemanvaara on jopa suurempi kuin muissa vakavissa psykiatrisissa sairauksissa verrattuna esimerkiksi skitsofreniaan tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Merkittävä osa syömishäiriötä sairastavien kuolemista on itsemurhia. Se korostaa erityisesti häiriöiden vakavuutta ja sitä, että hoito tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Dadi & Raevuori. 2013, 61.)

3.1.1 Tyypillinen syömishäiriö

Syömishäiriöt jaotellaan kahteen ryhmään: tyypillisiin ja epätyypillisiin syömishäiriöihin. Tyypillisiin syömishäiriöihin kuuluu Anoreksia nervosa (laihuushäiriö) ja Bulimia nervosa (ahmimishäiriö). (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Anoreksia nervosa

Tyypillinen anoreksiaan sairastunut on 14–16 –vuotias tyttö, joka on luonteeltaan sopeutuva ja tunnollinen. Sairaus alkaa usein harmittomasta laihduttamisesta, joka muuttuu pikkuhiljaa pakonomaiseksi. Sairauden edetessä painotavoite alenee. Anoreksian psykopatologiassa merkittävimpana piirteenä on pelko lihavuudesta sekä kehonkuvan vääristyminen. (Lönqvist, ym. 2011, 347.) Cooperin ja Fairburnin (1992, 501) tutkimuksessa todettiin, että anoreksiassa negatiiviset ajatusmallit kohdistuivat ruokaan, kun taas bulimiassa ne kohdistuivat kehonkuvaan (Pekkarinen 2007, 13).

Anoreksia nervosaan kuuluu oireina muun muassa se, että BMI on enintään 17,5 kg/m² (taulukko 1). Alentunut paino on itse aiheutettu vähentämällä syömistä. Sairastuneilla saattaa esiintyä liiallista pakonomaista liikuntaa. Myös ulostus-, ruokahalua hillitsevien- ja nesteenoistolääkkeiden väärinkäyttöä voi olla. Sairastuneen oma ruumiinkuva on vääristynyt. Sairastunut on saattanut asettaa itselleen myös aivan liian matalan painotavoitteen. Anoreksian diagnostisiin kriteereihin kuuluu myös hormonitoiminnan muuttuminen. Tyttöillä esimerkiksi kuukautiset saattavat jäädä pois. Pitää muistaa, että ehkäisytablettien käyttö saattaa peittää kuukautisten puuttumisen. (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus 2009; Lönqvist, ym. 201, 347.)

Anoreksia on sairautena tunnettu jo kauan. Richard Morton kuvasi anoreksiaa jo runsaat 300 vuotta sitten. 1800-luvulla lääkärit alkoivat tarkemmin tutkia anoreksiaa ja antaa sille määritelmiä. Sairautta on pidetty alusta alkaen haastavana diagnoosina. Aikoinaan lääkärit ovat pitäneet anoreksiaa keuhkotaudin, hysterian, pakkoneuroosin, vakavan depression tai skitsofrenian osana. Ajan kuluessa elimellisiä syitä on suljettu pois ja tämän hetkisen tiedon valossa anoreksia on puhtaasti psyykkinen sairaus. (Pekkarinen 2007, 16.)

TAULUKKO 1. Anoreksia Nervosan diagnostiset kriteerit (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus 2009.)

Anoreksia nervosa (F50.0) diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksessa ovat:
<ul style="list-style-type: none"> • Paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on enintään 17,5 kg/m² (BMI:tä käytetään vasta 16. ikävuodesta lähtien).
<ul style="list-style-type: none"> • Alentunut paino on itse aiheutettu karttamalla ruokaa, tämän lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, sekä ulostus-, ruokahalua hillitsevien -, sekä nesteenpoistolääkkeiden käyttöä.
<ul style="list-style-type: none"> • Sairastuneen oma ruumiinkuva on vääristynyt. Tällöin ihminen kokee itsensä liian lihavana tai hän pelkää lihomista yli kaiken. Sairastunut on saattanut asettaa itselleen myös aivan liian matalan painotavoitteen.
<ul style="list-style-type: none"> • Hormonitoiminnan muuttuminen.
<ul style="list-style-type: none"> • Sairastuneella ei ole ahmimishäiriöön liittyviä oireita (toistuvia ylensyömisjaksoja tai voimakasta halua/ tarvetta syödä).

Sairauden kulku on vaihteleva. Osa sairastuneista paranee jo ensimmäisen hoitjakson jälkeen. Sairauden keskimääräinen kesto suomalaisnaisilla on noin kolme vuotta (Lönnqvist, ym. 2011, 351). Kahdelle kolmesta jää kuitenkin oireita vielä vuosiksi hoitjakson lopettamisen jälkeen (Pekkarinen 2007, 17). Keski-Rahkosen (2007) tutkimuksen mukaan noin 70 prosenttia sairaalahoitoa saaneista paranee viiden vuoden sisällä. Osalla tauti kroonistuu. Sairastuneista noin 5-20 % kuolee. (Pekkarinen 2007, 17.) Hoidon huonon ennusteeseen vaikuttaa alhainen paino, myöhäisessä iässä sairastuminen, oireiden pitkittyminen, ahmimishäiriö, aiempi psykiatrinen hoito, oksentelu ja ulostuslääkkeiden käyttö (Lönnqvist, ym. 2011, 351).

Anoreksian hoidossa hoitopaikan valintaan vaikuttaa potilaan vointi sekä hoitomotivaatio. Pääsääntönä on, että anoreksian hoito tapahtuu avohoitona. Hoito on moniulotteista

sisältäen somaattisten oireiden lisäksi ravitsemusohjauksen, psykoedukaation ja psykoterapian. Hoidon aloitusajankohta on tärkeä. Hoitoprosessin onnistumisen takia on tärkeää, että potilaalla on valmiudet paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen. (Lönnqvist, ym. 2011, 351–353.)

Hoidon aloitus on usein vaativaa, sillä sairastunut vastustaa painon kohottamista. Lisäksi pelko elää ilman anoreksiaa voi olla suuri. Hoidossa isossa roolissa on hoitajan ja potilaan välinen luottamus. Hoitajalla tulee olla ymmärrystä potilasta kohtaan. Hoitosuhteesta tulee silti löytyä jämakkyyttä ja ohjausta, jotta sairastunut uskaltaa päästää irti oireistaan. Anoreksian hoidossa verkostohoitotyö ja moniammatillisuus korostuvat. Perheen ja läheisten mukana olo ja heidän tukemisensa on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. (Lönnqvist, ym. 2011, 353.)

Bulimia nervosa

Kuten anoreksialla, myös bulimiolla on pitkä historia. On löydetty todisteita siitä, että muinaiset roomalaiset ovat harrastaneet ahmimista ja oksentamista. Tästä huolimatta bulimia sai oman diagnoosinsa vasta vuonna 1979. Ennen omaa diagnoosiaan bulimiamia pidettiin anoreksian muunnelmana. Bulimialle, kuten anoreksialle, on yritetty löytää elimellisiä selityksiä, mutta tällä hetkellä bulimiamia pidetään puhtaasti psyykkisenä sairautena. (Pekkarinen 2007, 28.)

Bulimia nervosan taudin kuvaan kuuluu muun muassa ylensyömisjaksoja, jonka aikana sairastunut syö suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa (taulukko 2). Ajattelun keskipisteenä on syöminen. Sairastunut pyrkii kompensoimaan ruokailuiden lihottavaa vaikutusta itse aiheutetulla oksentelulla, paastoamisella, ruokahalua hillitsevien-, ulostus-, kilpirauhas- tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäytön avulla. Psykopatologian muodostaa sairaaloi- nen lihavuuden pelko. Useissa tapauksissa potilas on aikaisemmin sairastanut lai- huushäiriötä, joka on muuntautunut ahmimishäiriöksi. (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus 2009.)

TAULUKKO 2. Bulimia nervosan diagnostiset kriteerit (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus 2009.)

Bulimia nervosan (F50.2) kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan ovat:
<ul style="list-style-type: none"> Sairastuneella tulee olla ylensyömisjaksoja, jonka aikana sairastunut syö suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Tällaisia tilanteita tulee olla ollut vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan.
<ul style="list-style-type: none"> Ajattelun keskipisteenä on syöminen ja sairastunut kokee suurta tarvetta tai halua syödä.
<ul style="list-style-type: none"> Ruokailuiden lihottavaa vaikutusta sairastunut pyrkii kompensoimaan itseaiheutetulla oksentelulla, paastoamisella, ruokahalua hillitsevien-, ulostus-, kilpirauhas- tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäytön avulla.
<ul style="list-style-type: none"> Sairastunut näkee itsensä lihavana ja pelkää kovasti lihomista, mikä herkästi johtaa alipainaisuuteen.

Oksentavilla bulimiala sairastavilla on suuri alttius hampaiston ongelmiin. Hammaskiille on saattanut kuluja ja sen myötä kariesriski on suurentunut. Hammaslääkäri saattaa olla ensimmäinen, joka osaa epäillä syömishäiriön olemassa oloa. Bulimia aiheuttaa myös muutoksia ruuansulatuselimistössä. Oksentaminen voi johtaa ruokatorven pintakudoksen tulehdusmuutoksiin, limakalvon ohentumiseen tai pahimmillaan ruokatorvi voi syöpyä rikki. Ahmimisen seurauksena vatsalaukku voi laajeta tai jopa revetä. Tällöin aiheutuu akuutti hätätilanne kun vatsan sisältö pääsee vatsaonteloon. Seurauksena voi olla pahimmassa tapauksessa kuolema. Bulimiala sairastavilla on samankaltaisia kuukautishäiriöitä kuin anorektikoilla. Oksentelun vuoksi kehon happo-emäs- ja elektrolyyttitasapaino voi olla häiriintynyt. Oksentamiseen voi liittyä myös henkeä uhkaavien komplikaatioiden riski. Noin kolme prosenttia bulimiala sairastuneista kuolee. (Pekkarinen 2007, 28–35.)

3.1.2 Epätyypillinen syömishäiriö

Silloin kun kaikki tyyppillisiin syömishäiriöihin (laihuus- ja ahmimishäiriö) kuuluvat kriteerit eivät täyty, puhutaan epätyypillisestä syömishäiriöstä. Nimi sinällään on hieman harhaanjohtava, sillä epätyypilliset syömishäiriöt eivät juuri eroa ennusteeltaan tai oheissairauksiltaan tyyppillisistä syömishäiriöistä. Tämän hetkisen tiedon valossa ne ovat syömishäiriöiden yleisin ilmenemismuoto. (Keski-Rahkonen, 2010.)

Raja normaalin syömisen ja syömishäiriön välillä on liukuva. On arvioitu että 5-10 prosentilla nuorista esiintyy epätyypilliseen syömishäiriöön lukeutuvaa oirehdintaa. Jopa 20–40 %:lla naisopiskelijoista saattaa esiintyä ajoittaisia ahmimishäiriöoireita. (Lönnqvist, ym. 2011, 362.)

Epätyypillisiin syömishäiriöihin lukeutuu myös ahmintahäiriö BED (binge eating disorder). Ahmintahäiriöön kuuluu toistuvat ahmintakohtaukset, joihin ei liity tyhjennysrituaaleja. Ahmintahäiriö johtaa usein vaikeaan lihavuuteen. Arviolta viidennes lihavuuden vuoksi hoitoon ohjautuvista kärsii ahmimishäiriöstä. Tavallisesti ahmimishäiriö alkaa myöhäisellä nuoruusiällä tai nuoruusiän jälkeen. (Lönnqvist, ym. 2011, 362–363.)

Syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit soveltuvat huonosti pojille ja miehille, sillä sairauden ilmentyminen saattaa heillä olla erilaista kuin naisilla. Miehillä kehon koostumus on suuremmassa merkityksessä. Lisäravinteiden tai anabolisten hormonien käyttö kehon muokkauksen apuna on yleistä. Lihasmassan kasvatuksen ja kehon rasvaprosentin pienentämiseen liittyvien kuurien vuorottelu on yleistä, vaikkei painoa sinänsä pyrittäisi vähentämään. Tätä kehonkuvan vääristymää kutsutaan lihasdysmorfiaksi. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Lihasdysmorfiiaa esiintyy useammin miehillä kuin naisilla. Sairauteen kuuluu voimakas huoli omasta lihasmassasta ja sen riittämättömyydestä. Sairastuneella on tavoitteena lisätä lihasmassaa äärimmäisen kovalla ja joustamattomalla harjoittelulla ja tarkalla ruokavaliolla. Lihasdysmorfia viimeisimpien tutkimusten valossa liittyy ominaisuuksiltaan samaan kategoriaan syömishäiriöiden kanssa. Lihasdysmorfialla ja anoreksia nervosalla on samantyyppinen etiologia toisiinsa nähden. Tämä tieto voi auttaa havaitsemaan erityisesti miesten syömishäiriöiden oireenkuvaa. (Murray & Touyz 2011, 291.)

Lihasdysmorfiaa sairastavilla ruokailuun liittyy pakonomaisuutta. Sairastuneen tulee syödä aina kolmen tunnin välein, olipa hän nälkäinen tai ei. Sairastunut noudattaa tiukkaa ruokavaliota, jossa kaikki ravintoaineet ovat tarkoin laskettu. Lisäksi sairastunut ottaa huomioon että saa vähintään 5 grammaa proteiinia painokiloaan kohti. (Murray & Touyz 2011, 292.)

Sekä ortoreksia, että lihasdysmorfia ovat erityisesti nuorten aikuisten sairauksia. Kyseisten sairauksien yleisyys ja sosiaaliset vaikutukset ovat epäselviä. Bo ja kumppanit (2014, 1) ovat tehneet tutkimuksen liittyen yliopiston kurssien vaikutuksesta kyseisiin sairauksiin. Tuloksista kävi ilmi, että opiskelijoilla jotka olivat perehtyneet opinnoissaan ravitsemuksellisiin asioihin, oli kaksi kertaa suurempi riski sairastua syömishäiriöön. Niillä opiskelijoilla, jotka olivat opinnoissaan perehtyneet liikuntaan, oli kymmenkertainen riski sairastua lihasdysmorfiaan.

3.2 Ortoreksia

Steven Bratman huomasi 1990-luvun alkupuolella joillakin potilaillaan olevan pakkomielteisyyttä terveelliseen ruokavalioon. Hän alkoi ajatella sen olevan eräänlainen syömishäiriö jo tunnettujen tyyppillisten syömishäiriöiden rinnalla. Bratman nimesi vuonna 1994 kyseisen syömisongelman orthorexia nervosaksi. Nimi juontaa juurensa sanoista *ortho* virheetön, *orexia* syöminen ja *nervosa* pakkomielle. Suomessa ortoreksiaan on alettu kiinnittää huomiota vasta 2000-luvulla. (Santala 2007, 4-5.)

Ortoreksia käsitteenä on kiistanalaisesti määritelty erilaisissa lähteissä. Myös sairastuneiden keskuudessa ortoreksia käsitteenä on monitasoinen. Osa pitää ortoreksiaa vain äärimmäisen terveellisenä ruokavaliona. Toiset taas laskevat sen syömishäiriöksi mutta jotkin sairastuneista ajattelevat sen olevan osa pakko-oirehäiriötä tai vain medikalisaation tuotos. (Valkendorff, 2011, 421). Syömishäiriöliitto luokittelee sen epätyypillisiin syömishäiriöihin lukeutuvaksi. Ortoreksiassa sairastunut haluaa syödä mahdollisimman terveellisesti. Ortoreksiaan kuuluu rajoittunut ruokavalio, sekä pakonomaiset rutiinit liittyen ravintoon. Sairastunut ajattelee joidenkin ruokien olevan epäterveellisiä tai epäpuhtaita ja siksi karsii niitä pois ruokavaliostaan. (Abry & Koven 2015, 385–386.)

Aivan kuten syömishäiriöissäkin, ortoreksiasta kärsivä pyrkii luomaan järjestystä kaotettiin maailmaansa. Kun ympäristöä ei kykene hallitsemaan, sairastunut pyrkii hallitsemaan omaa elämäänsä. Ruokailun hallitseminen tuo sairastuneelle kaivattua elämänhallinnan tunnetta. (Pekkarinen 2007,36.)

Ortoreksia alkaa usein viattomalta näyttävistä asioista. Jossain tapauksissa sairastunut on joutunut aluksi karsimaan ruoka-aineita esimerkiksi allergian vuoksi. Sairastunut pyrkii parantamaan fyysistä ja psyykkistä oloaan. Tästä kimmokkeen saatuaan sairastunut pyrkii jatkamaan ruokavaliolla joka on sairastuneesta terveellinen ja hyvinvointia lisäävä. Ruokavalioiden noudattaminen saattaa herkästi siirtyä pakkomiellelle. (Pekkarinen 2007,36.)

Tulee kuitenkin muistaa, että terveellinen ruokavalio itsessään ei ole sairaus. Kun ihminen kokee ruokavaliionsa hyväksi ja olonsa mukavaksi on kaikki tasapainossa. Kun terveellisiin elämäntapoihin alkaa liittyä pakkomielle, ollaan vaarassa sairastua ortoreksiin. (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Canella, 2004, 31; Perttula 2013, 33.) Ortoreksiassa ruokavalio on terveellisyyden tavoittelusta huolimatta epäterveellinen. Aluksi ruokavalio näyttääkin varsin hyvältä, mutta pikkuhiljaa sairauden edetessä sallittujen ruoka-aineiden määrä vähenee (Kratina 2014).

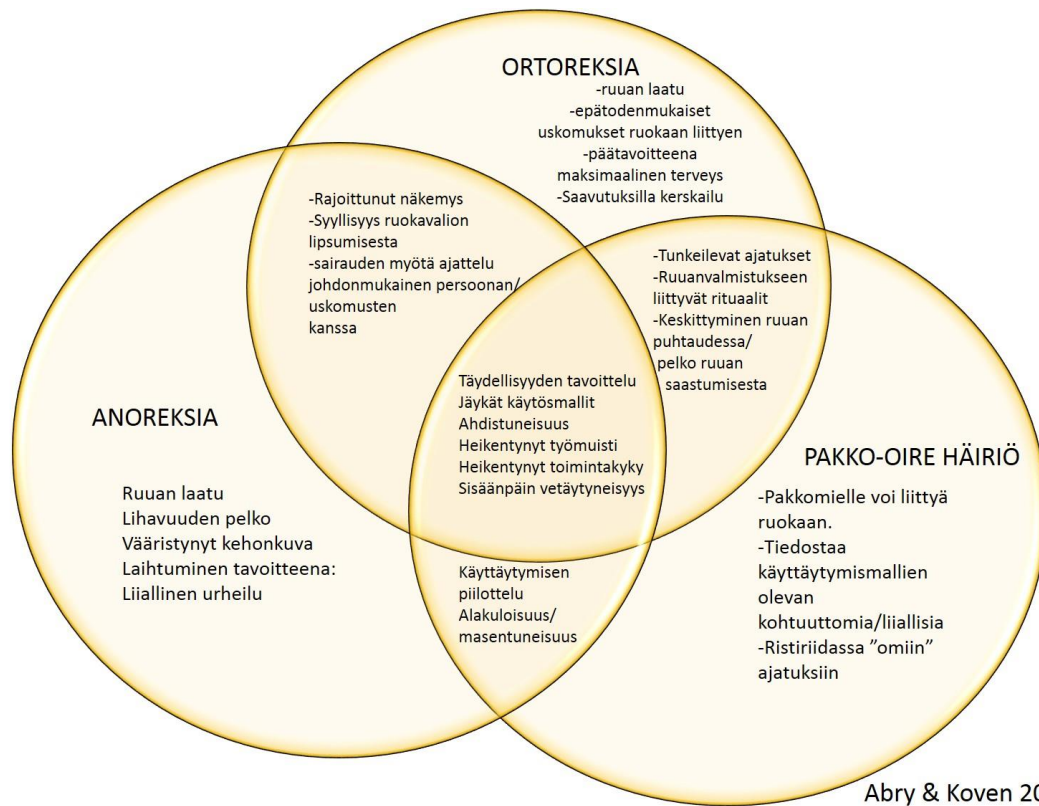
Ruokavaliossa sairastunut saattaa jättää tietyt kasvikset pois, niiden kasvatuksessa käytettyjen torjunta-aineiden vuoksi. Hän saattaa kokea myös, ettei hän voi käyttää maitoloustuotteita, koska niiden valmistusprosessissa on ollut mukana geenimanipulaatiota. Sairastunut saattaa karttaa myös prosessoitua ruokaa, sen ravinnepöyhyyden vuoksi. Myös ruokaan lisätyt lisäaineet voivat tuottaa sairastuneelle kokemuksen ruuan vaarallisuudesta. (Abry & Koven 2015, 385–386.)

Sairastuneelle ruuan säilytykseen liittyvät asiat voivat olla tärkeitä. Esimerkiksi ruuan säilyttäminen muovisissa rasioissa voi sairastuneelle olla mahdottomuus. Hän saattaa kokea, että muovisista astioista irtoaa myrkyllisiä kemikaaleja, jotka ovat vaaraksi hänelle. Sairastunut käyttää paljon aikaa jaotellessaan ruokia hyviin ja huonoihin sekä suunnitelllessaan seuraavaa ateriaa. (Abry & Koven 2015, 385–386.)

Pitkään jatkuessaan rajoittunut ruokavalio tuo mukanaan ongelmia. Ravitsemuksen huonontuessa seurauksena voi syntyä aliravitsemus sekä elimistön puutostiloja (Kratina

2014). Ortoreksiaan liittyvällä yksipuolisella ruokavaliolla on samankaltaisia vaikutuksia kehoon kuin anoreksialla. Ortoreksiaan liittyviä liitännäissairauksia ovat muun muassa osteopenia (osteoporoosin esiaste), anemia, hyponatremia, metabolinen asidoosi, pansytopenia, testosteronin puute sekä bradykardia. (Abry & Koven 2015, 386.)

Abry ja Koven (2015, 387) kirjoittavat artikkelissaan ortoreksian taudinkuvan yhtenevyyksistä anoreksian ja OCD (pakko-oirehäiriön) kanssa. Ortoreksian oirekuva on niin samankaltainen, että herää kysymys siitä onko ortoreksia oma häiriönsä vai anoreksian tai pakko-oirehäiriön osa. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Ortoreksian yhteydet anoreksiaan ja pakko-oirehäiriöön. (mukaillen Abry & Koven 2015)

Ortoreksiaa ja anoreksiaa sairastavat henkilöt omaavat samankaltaisia piirteitä. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa täydellisyyden tavoittelu, herkästi ahdistuminen ja suuri tarve kontrolloida asioita, sekä mahdollisuus merkittävään painonlaskuun. Molemmissa sairauksissa sairastuneet ovat tavoitteisiinsa tähtääviä ja kokevat ruokavaliolipsumisen epäonnistumisena ja itsekurin heikkoutena. (Abry & Koven 2015, 387.)

Suurin ero anoreksian ja ortoreksian välillä on syy ruokailujen vääristymiselle. Anoreksiassa sairastunut, vääristyneen kehonkuvan myötä, pelkää lihomista, kun taas ortoreksiassa syömistottumukset ovat epärealistisen puhtaita, ”terveitä” ja luonnonmukaisia. Anoreksiaa sairastavat pyrkivät salaamaan oireensa kun taas ortoreksiaa sairastavat tuovat esille puhtaan, näennäisesti terveellisen ruokavalionsa. (Abry & Koven 2015, 387.)

Osaltaan ortoreksia sisältää myös piirteitä pakko-oirehäiriöön. Ortoreksiassa sairastuneelle tulee toistuvasti tunkeilevia ajatuksia liittyen ruokaan ja terveyteen. Ajatukset tulevat sopimattomaan aikaan ja niitä on vaikea hallita. Sairastuneella on ajatuksia ruuan saastumisesta ja ruuan epäpuhtauksista, sekä tarve järjestää ruokailunsa lähes rituaalin omaisella tavalla. Samoin kuin pakko-oirehäiriössä, tiukat toimintatavat haittaavat arkielämää. (Abry & Koven 2015, 387.)

Abry ja Koven (2015, 388) kirjoittavat artikkelissaan myös tapauksista, jossa ortoreksia on ollut ennako-oirehdintaa skitsofrenialle. Tästä ei kuitenkaan ole vielä riittävästi tutkimusnäyttöä, jotta ortoreksian ja skitsofrenian yhteyksiä voitaisiin enempää tarkastella.

Ortoreksia, kuten muutkin syömishäiriöt tuottavat sairastuneelle ongelmia sosiaalisiin suhteisiin. Ortoreksiaa sairastavat suunnittelevat heidän elämänsä täysin ruuan ympärille (Kratina 2014). Sairastunut saattaa kokea helpommaksi tarkan ruokavalion pitämisen yksinollessaan. Myös sosiaalisten suhteiden kaventuessa sairastuneen on helpompi pitää yllä ajatusmallia, joka oikeuttaa hänet syömään tietyllä tavalla. Eristäytymisen myötä myös niin sanotut toisinajattelijat eivät pääse kertomaan mielipiteitään sairastuneet ruokavaliosta. (Abry & Koven 2015, 386.)

Ortoreksiaa sairastava kokee itseinhoa ja epäonnistumista, mikäli joutuu syömään omien syömistottumustensa vastaisesti. Sairastunut kokee myös inhoa ruokaa kohtaan, mikäli se on hänen mielestä epäpuhdasta. Kaikki tällaiset tilanteet aiheuttavat jatkuvaa huolta siitä, että sairastunut on ollut epätäydellinen. Sairastunut kokee syyllisyyttä siitä, ettei ole noudattanut näennäisesti parasta mahdollista ruokavaliota terveyttään ajatellen. Ruokavaliota tiukentamalla tai erilaisia kehoa puhdistavia kuureja tai paastoja toteuttamalla sairastunut rankaisee itseään ruokavaliot rikkomuksista ja yrittää korjata aiheutuneet virheet. (Abry & Koven 2015, 386.)

Ortoreksia vie ihmiseltä kyvyn syödä vaistonvaraisesti. Sairastunut ei tunne nälkää, sen lisäksi sairastuneelta katoaa tuntemus siitä milloin olo on kylläinen. Hän ei osaa arvioida kuinka paljon ruokaa kulloinkin oikeasti tarvitsisi. (Kratina 2014.)

3.2.1 Ortoreksian toteaminen

Ortoreksian määrittämiseksi sekä ehdotuksena diagnostiseksi perustaksi on luotu kyselylomake ORTO-15 (taulukko 3). Kaavake pohjaa Bratmanin kymmenen kysymyksen sarjaan. ORTO-15 kaavaketta on sovellettu ainakin Turkkilaisessa tutkimuksessa, jossa kehiteltiin kaavakkeelle turkkilainen versio ORTO-11. (Abry & Koven 2015, 389; Valkendorff, 2011, 41; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Canella, 2004, 28–32.)

ORTO-15, on viidentoista kysymyksen mittari, jolla voidaan tarkastella vastaajan ajatuksia terveellisestä ruuasta. Kyseisen 15 kysymyksen mittarissa huomattiin kuitenkin olevan parantamisen varaa juuri pakko-oirehäiriöön liittyvissä kysymyksissä, sekä kyseinen oirekysely vaatii vielä lisätutkimuksia. (Abry & Koven 2015, 389; Valkendorff, 2011, 41; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Canella, 2004, 28–32.) ORTO-15 kyselyä ei ole virallisesti suomennettu vielä, eikä sitä ole testattu suomalaisille soveltuvaksi. Sen sisältämät kysymykset kuitenkin voivat toimia hyvin keskustelun tukena ortoreksiaan liittyvien oireiden kartoittamisessa. Tulee kuitenkin muistaa, että siinä on parantamisen varaa ja sitä ei voi itsellään käyttää minkään diagnoosin perustana.

Kyselyn avulla voidaan hahmottaa paremmin oudot käytösmallit ja myös herätellä sairastunutta omien syömistottumustensa tarkasteluun kriittisesti. Santala tutki pro gradu-tutkielmassaan (2007, 52–54, 66–67), kuinka nuoret suhtautuivat keskustelupalstoilla ortoreksiaan. Hän jakoi tulokset viiteen ryhmään; sairautta vähätteleviin, sairautensa aiheileviin, heihin joilla oli tahtoa parantua, heihin jotka olivat alistuneet sairauteensa, ja nuoriin jotka mieluiten sairastaisivat joitain muuta syömishäiriötä. Nämä nuoret, jotka toivoivat sairastavansa jotain muuta syömishäiriötä, ovat suurimmassa vaarassa sairastua anoreksiaan. (Santala 2007, 52–54, 66–67.)

TAULUKKO 3. ORTO-15 mittarin kysymykset. (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Canella, 2004, 30.)

ORTO-15 mittarin kysymykset:
<ul style="list-style-type: none"> • Kun ruokaillet, kiinnitätkö huomiota ruuan kaloreihin?
<ul style="list-style-type: none"> • Oletko ruokaostoksilla ollessasi hämillään, sekaisin?
<ul style="list-style-type: none"> • Viimeisen kolmen kuukauden aikana, onko ajatuksesi ruokaa kohtaan huolehtanut sinua?
<ul style="list-style-type: none"> • Määritteleekö huoli terveydentilastasi ruokailutottumuksesi?
<ul style="list-style-type: none"> • Ruoka-aineita valitessasi onko ruuan maku tärkeämpää kuin laatu?
<ul style="list-style-type: none"> • Käytätkö paljon rahaa terveelliseen ruokaan?
<ul style="list-style-type: none"> • Onko sinulla ruokaan liittyviä huolia tai ajatuksia enemmän kuin kolme tuntia päivässä?
<ul style="list-style-type: none"> • Sallitko itsellesi mitään ruokavaliosta poikkeamia?
<ul style="list-style-type: none"> • Vaikuttaako mielialasi syömistottumuksiisi?
<ul style="list-style-type: none"> • Ajatteletko terveellisessä ruokailussa pitäytymisen nostavan itsetuntoasi?
<ul style="list-style-type: none"> • Oletko huomannut, että terveelliset elämäntavat olisivat muuttaneet elämäntapaasi? (ulkona syöminen, ystävät, jne..)
<ul style="list-style-type: none"> • Ajatteletko terveellisen ruuan parantavan ulkonäköäsi?
<ul style="list-style-type: none"> • Koetko syyllisyyttä syötyäsi jotain muuta mitä olit suunnitellut?
<ul style="list-style-type: none"> • Ajatteletko, että kaupoissa on myytävänä vain epäterveellistä ruokaa?
<ul style="list-style-type: none"> • Syötkö nykyisin mieluiten yksin?

3.2.2 Ortoreksian hoito

Santalan (2007) tutkimuksessa ortoreksian hoitoon liittyvissä keskusteluissa nousi esille henkinen tuki. Tärkeiksi henkisen tuen tuottajiksi koettiin perhe, haaveet perheenperustamisesta ja ajatukset parantumisesta perheensä vuoksi. Myös konkreettinen apu -terminä nousi Santalan tutkielmassa esille. Sillä tarkoitettiin usein hoitoon ohjausta. (Santala, 2007, 52–54, 66–67.)

Tutkimuksessa tuli myös esille hoitohenkilökunnan tietämättömyys ortoreksiaan liittyen. Keskusteluista oli noussut esille lääkärin ja hoitajien kehuvat kommentit terveellisestä ruokavaliosta, vaikka kirjoittaja oli hakenut apua kokemaansa syömisongelmaan. Positiiviseksi avuksi nuorten keskusteluissa oli todettu ravitsemusterapeutti. (Santala, 2007, 52–54, 66–67.)

Sairastuneen hoidossa paras lähtöasetelma on moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu psykiatri, psykoterapeutti ja ravitsemusterapeutti. He pystyvät määrittelemään ja toteuttamaan tarvittavan lääkityksen, terapian ja psykoedukaation. (Abry & Koven 2015, 391.)

Ortoreksian hoidossa SSRI- lääkkeillä (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjillä) on saatu hyviä tuloksia. Tämä käy järkeen, sillä kyseisellä lääkeryhmällä on saatu helpotusta myös anoreksiaan ja pakko-oirehäiriöön. Hyviä tuloksia on saatu myös antipsykooteista (olantsapiinista), joilla on saatu vähennettyä pakkomielleisiä ruokailuun liittyviä ajatuksia. (Abry & Koven 2015, 391.)

Tulee kuitenkin muistaa, että sairastunut voi kieltäytyä lääkähoidosta sen ”ei luonnonmukaisuuden” johdosta. Tässä tilanteessa psykoterapiasta on apua. Hoidossa tulee huomioida syömistottumusten lisäksi kaikki muu mitä kiteytyy ruuan ympärille. Sairastuneen kanssa tulee keskustella siitä kuinka sairastunut käy ostoksilla, miten hän valmistaa ateriansa ja millaisia tunteita hänellä on ruokaan liittyen. (Abry & Koven 2015, 391.)

Kuten aiemmasta tekstistä käy ilmi, ortoreksia ei ole oma sairautensa. Tästä johtuen sille ei ole olemassa Suomessa hoitosuosituksia. Kuitenkin kun tarkastellaan uusimpien tutkimustietojen valossa ortoreksian yhteyksiä anoreksiaan ja pakko-oirehäiriöön on tässä

osuudessa hyvä käsitellä molempien sairauksien hoitolinjauksia. Mikäli ortoreksiaan liittyvä oireisto viittaa enemmän pakko-oirehäiriön oirehdintaan, on syytä ottaa keinoja pakko-oirehäiriön hoitolinjauksista.

Useissa tapauksissa stressi lisää pakko-ajatuksia tai -toimintoja. Itsehoidollisilla menetelmillä voi lievittää oireita. Hyväksi todettuja keinoja ovat säännöllinen liikunta ja rentoutusmenetelmät, joiden avulla saa tehokkaasti poistettua stressiä. Pakko-ajatuksista kärsivän kannattaa opetella erilaisia keinoja ohjata ajatukset muualle. Saatavilla on paljon kirjallisuutta itsehoitoon. Pakko-oirehäiriön oireita voi merkittävästi lievittää kognitiivisella psykoterapialla, käyttäytymisterapialla sekä lääkkeillä. Sairastuneen tilanteesta riippuen, pakko-oireista kärsivät voivat hyötyä myös muista psykoterapioista tai pariterapiasta. (Huttunen, 2014.)

Syömishäiriöiden hoidossa yleisesti varhainen tunnistaminen parantaa ennustetta. Osa lievistä anoreksioista lähtee parantumaan jo muutaman ohjaukserran jälkeen. Keskeistä on keskustella sairastuneen kanssa tilanteesta ja mahdollisista liitännäissairauksista ja lisäksi ohjata potilasta terveelliseen, säännölliseen ja monipuoliseen syömiseen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Ortoreksiaa tarkastellessa enemmän syömishäiriönäkökulmasta on ruokailuiden monipuolistuminen yksi tavoite hoidossa. Sairastuneen ruokavalio on usein hyvin rajoittunut kun hän pääsee hoidon piiriin ja mahdollisia liitännäisoireita ja – sairauksia on saattanut ilmetä. (Lönnqvist, ym. 2011, 353.)

Ravitsemustilan korjaaminen onkin ensiarvoisen tärkeää hoidon alkuvaiheessa. Hoitajan on hyvä kartoittaa kunnolla sairastuneen ateriat sekä niiden sisältö. Myös mahdollinen liikunta ja se pakonomaisuus on hyvä tarkistaa. Hoidon tavoitteena on normalisoida syömisikäyttäytyminen, lopettaa rajut laihdutusyritykset, korjata ravitsemustila, vähentää syömishäiriöoireita, sekä saada fyysistä terveyttä uhkaavat oireet loppumaan ja lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Molempiin sairauksiin liittyy hallinnan menettämisen pelko, joten hoidossa tulee keksiä sairastuneelle keinoja kestää hallinnan menettämisen myötä tulevaan ahdistusta ja mahdollisia syyllisyyden tunteita. Hoidon aikana sairastunutta altistetaan ahdistukselle sopivissa määrin. Pikkuhiljaa sairastunut totuttautuu ahdistukseen ja pakonomaiset rutiinit häviävät. (Lönnqvist, ym. 2011, 322–323, 353.)

3.3 Oppimateriaali

Oppimateriaali on materiaalia, jota käytetään opetuksen tukena. Hyvä materiaali havainnollistaa ja monipuolistaa opetusta, sekä kannustaa käyttäjänsä itsenäiseen ajatteluun. Itseopiskelulla tarkoitetaan omaehtoista opiskelua pakollisten opintojen lisänä. (Alaoutinen, ym. 2009,22.)

Hyvän ja laadukkaan oppimateriaalin piirteitä ovat muun muassa sen saatavuus, oppimateriaalin ohjaavuus sekä kyky motivoida ja aktivoida opiskelijaa itseopiskeluun ja oppimiseen. On tärkeää, että materiaalit sisältävät luotettavaa tietoa ja ovat lähteiltään ajantasaisia. (Alaoutinen, ym. 2009, 22.)

Itseopiskelun kulmakivi on pedagoginen autonomia. Sillä tarkoitetaan sitä että opiskelija kykenee itse määrittelemään oppisisällön sekä edistymisensä. Opiskelija osaa myös määrittellä ja priorisoida omat oppimisen tavoitteensa omien persoonallisten tarpeiden ohjaamana. Opiskelija kykenee myös kontrolloimaan oppimisen kulkua sekä toteuttamaan parasta mahdollista itselleen soveltuvaa oppimistyyliä, samalla reflektoiden omaa osaamistaan. (Kähkönen 2004, 81.) Internetin välityksellä toimivassa opetuksessa korostuu opiskelijan oma rooli oppijana (Kotila 2003, 227).

Kemppinen ja Ketamo (2005) tutkimuksessaan tarkastelivat erilaisten ruudulta luettavien verkkomateriaalien luettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tulosten perusteella materiaalin tulisi olla dynaamisia ja oppimiseikkailuun kannustavaa. Hyvällä materiaalilla voidaan vähentää klikkailuvimmaa. Klikkailuvimma (eng. Online experience) aiheuttaa sen, että opiskelija haluaa päästä eteenpäin tehtävissä vain klikkaamalla jotain vastausta. Hätköinti saattaa olla merkki myös liian haastavasta tehtävästä. Mikäli oppimateriaali on staattinen ja suoraviivainen, ei se herätä opiskelijassa halua perehtyä tehtävään. Siksi materiaalin mukaansatempaavuus on yksi hyvän oppimismateriaalin edellytys. (Kemppinen ja Ketamo 2005, 54–64.)

Kun lähdetään miettimään oppimateriaalin tekemistä, tulee aluksi pohtia sitä, mikä on materiaalin tavoite. Tämän jälkeen on syytä tarkastella niitä keinoja joilla opiskelija pääsee toivottuihin tavoitteisiin. Verkossa olevassa aineistossa pystytään hyvin hyödyntämään multimedian tuomia mahdollisuuksia. (Silander & Koli 2003, 10, 30–31.)

Oppimateriaalin luettavuuden kannalta on olennaista, että tekstin sanaston vaativuus, metaforien eli kielikuvien käyttö, narratiivisuus, tekstin sisäinen koherenssi ja tekstin sisäiset viittaukset aiempiin asioihin on mietitty lukijan kannalta sopiviksi. Myös tekstissä yleisyys ja yksityiskohtien sopiva suhde auttaa luettavuudessa ja tekstin ymmärryksessä. (Tella, Ruokamo, Multisilta & Smeds (toim.) 2005, 55.)

Verkossa tapahtuvassa opiskelussa oppimistehtävät ovat isossa asemassa tiedon prosessoinnin kannalta. Prosessoinnilla on tärkeä rooli oppimisprosessissa, joten tehtävien merkitystä ei saa väheksyä. Oppimistehtävän tavoite voi olla erittäin moninainen. Tehtävän tarkoitus voi olla oppijan aktivointi, motivointi. Tehtävän tavoitteena voi olla myös tuottaa oppialle aiheesta syvempää ymmärrystä tutkimusongelman ratkaisun tuloksena. (Silander & Koli 2003, 46, 54, 60–63.)

Myös pedagogisesta näkökulmasta tulee muistaa, että oppimateriaali toimii harvoin hyvin ilman prosessin suunnittelua (tiedon prosessointiin liittyviä oppimistehtäviä). Oppimateriaalit voidaan jakaa kolmeksi erilaiseksi materiaalityypiksi. Tällaisia ovat autenttiset materiaalit, jäsennetyt materiaalit, sekä sisältöpohjaiset oppimateriaalit. Näiden lisäksi on olemassa erilaisia opetussovelluksia, jotka ohjaavat oppimista joko tietyn kontekstin sisällä tai kontekstista vapaana. (Silander & Koli 2003, 46, 54, 60–63.)

Autenttiset materiaaleja voi esimerkiksi olla raportit, tutkimustulokset, www-sivut, oppijan omat havainnot tai muistiinpanot. Autenttisia materiaaleja ei ole alun perin tarkoitettu opetuskäyttöön, josta johtuen ne eivät ole pedagogisesti jäsenneltyjä, eivätkä ne ohjaa oppimisprosessia. Ne eivät kelpaa verkko-opiskeluun sellaisenaan vaan vaativat jonkunlaisen oppimisprosessin ympärilleen. Tällainen tehtävä voi olla esimerkiksi tiedonhaku-tehtävä tai yhteisöllistä keskustelua verkon keskustelualustalla. (Silander & Koli 2003, 60–61.)

Jäsennetyt materiaalit ovat autenttisiin materiaaleihin pohjautuvia. Voidaankin ajatella, että kaiken oppimateriaalin pohjalla on tutkimustuloksia ja tieteellistä tietoa. Jäsennetyissä materiaaleissa on koottu yhteen useita erilaisia autenttisia lähteitä niin että ne on jäsennetyt järkeviksi oppimateriaaleiksi tai opetussovelluksiksi. Tällaisia materiaaleja ovat esimerkiksi tietosanakirjat, multimediapohjaiset tietopankit, tiedelehdet ja niin edelleen. Nämä materiaalit eivät sisällä kuitenkaan oppimisprosessin ohjausta, vaan oppija on itse vastuussa siitä, miten hän tiedon muokkaa. (Silander & Koli 2003, 61.)

Sisältöpohjaisiin oppimateriaaleihin lukeutuvat perinteiset oppikirjat. Niissä tieto on esitetty oppimiselle edullisessa muodossa. Ne eivät kuitenkaan sisällä varsinaista oppimisprosessin ohjausta. Sisältöpohjaisissa oppimismateriaaleissa tieto on usein valmiiksi pakastettu kapean kokonaisuuden tietopaketeiksi. Niissä oppijalta ei vaadita kykyä hakea, muokata tai tuottaa tietoa. (Silander & Koli 2003, 61.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakouluissa tehtäville tutkimuksellisille opinnäytetöille. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisen toiminnan ohjeistamista, opastamista, järjeistämistä tai järjestämistä. Toteutustapa voi olla erittäin monimuotoinen, esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen, kirja, kansio, portfolio tai esimerkiksi opas. (Airaksinen & Vilka 2003, 9.)

Hyvän opinnäytetyön kriteereitä ovat tuotteen muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön ajankohtaisuus ja sopivuus kohderyhmälle. Tärkeää on myös luodun tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. (Airaksinen & Vilka 2003,53.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tuotoksena aina jotain konkreettista. Jouduin useaan otteeseen miettimään, mikä olisi paras ja luotettavin oppimateriaalin muoto. Alkuperäinen suunnitelma oli tuottaa opetusvideo, mutta toteuttaminen ja yhteistyötahojen löytäminen osoittautui erittäin haastaviksi. Tuotetun tuotteen luotettavuutta ja käyttömukavuutta piti tarkoin miettiä. Opinnäytetyöni teoreettinen pohja toteutettiin kirjallisuuskatsauksella ja sisällönanalyysillä. Tuotoksessa päädyin lopulta PowerPoint – materiaaliin.

4.2 Kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi

Kirjallisuuskatsauksen tekemiselle voi olla useita erilaisia perusteita. Kirjallisuuskatsauksella voidaan kehittää ja arvioida jo olemassa olevaa teoretietoa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös rakentaa kokonaiskuvaa jo olemassa olevasta tiedosta. Sen avulla voidaan myös tunnistaa ongelmia tai kuvata tietyn teorian historiaa. (Salminen 2011, 3.)

Sisällönanalyysillä yritetään saada tutkittavasta ilmiöstä kokonaiskuva. Sisällönanalyysiä hyödyntämällä saadaan järjestettyä aineisto sellaiseen muotoon, että siitä pystytään teke-

mään johtopäätöksiä. Tutkimuksen käytetty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin tarkoituksena on muodostaa selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Tässä työssä olen käyttänyt tiedonhaun menetelmää kirjallisuuskatsausta ja sisällönanalyysia. Tiedon haussa on käytetty MEDIC, PubMed ja CINAHL tietokantoja. Hakusanoina on käytetty sanoja: Orthorexia, ortoreksia, eating disorder, oppimateriaali. Lähteitä löytyi melko niukasti, mutta suurin osa niistä oli kansainvälisiä.

4.3 Prosessi

Opinnäytetyö prosessi alkoi syyslukukaudella 2014. Opinnäytetyöaiheista löysin Tampereen ammattikorkeakoulun toivoman aiheen psykosomaattisista oireista. Työelämän edustajan ja ohjaavan opettajan kanssa keskusteltuaamme valitsin aiheeksi ortoreksian. Aihe oli suomalaisissa lähteissä melko tuntematon ja halusin tuoda uutta tietoa kuitenkin ajankohtaisesta aiheesta terveysalanopiskelijoille.

Alkupalvesta 2015 sain luvat Tampereen ammattikorkeakoululta työn tekemiseen. Kevään aikana prosessi oli muiden koulutöiden vuoksi jäissä ja jatkui aktiivisesti vasta loppukevään aikaan. Kevään aikana keräsin monipuolisesti lähdemateriaalia. Kävi selväksi jo tässä vaiheessa, että suomenkielisiä lähteitä ei aiheesta juurikaan ole, joten isoin työ oli tehdä käännöstyötä kansainvälisistä lähteistä. Lähteiden etsintävaiheessa jouduin tekemään runsaasti käännöstyötä. Prosessin aikana kansainvälisten lähteiden luku helpottui ja löysin monipuolisia sekä ajankohtaisia lähteitä opinnäytetyölleni. Lähteinä käytin monipuolisesti niin artikkeleita, tutkimuksia kuin kirjoja. Kesän aikana kirjoitin teoriaosaa ja etsin yhteistyötahoja videota varten. Niiden saaminen osoittautuikin melko haastavaksi, sillä monen eri aikataulun yhteensovittaminen tuntui mahdottomalta.

Teoriaosaa työstäessäni, huomasin tuoreimpien lähteiden tuovan itselleni aivan uuden näkökannan aiheeseen. Olin aloittanut työn tekemisen sillä ajatuksella, että ortoreksia oli yksi epätyypillisten syömishäiriöiden alaluokista. Tämä näkökanta oli suomalaisissa lähteissä yleinen. Tämän vuoden puolella julkaistussa artikkelissa käsiteltiin kuitenkin ortoreksian yhteyksiä niin anoreksiaan kuin pakko-oirehäiriöön. Jotta ymmärsin, mistä näissä

sairauksissa oli kyse, oli minun syvennyttävä myös näiden kahden sairauden teorian teorian. Pyrin pitämään teoriaosuuden tiiviinä, jotta ortoreksiaan liittyvä teoriaosuus olisi isoimmassa merkityksessä. Tyypillisistä syömishäiriöistä löytyi paljon tutkimustietoa, mutta halusin rajata teoriaosuuden mahdollisimman tarkasti vastaamaan opinnäytetyön tehtäviä.

Kouluun palattuani elokuussa 2015, otin yhteyttä työelämäedustajaani. Kerroin hänelle tilanteesta, että videon tuotantoprosessiin tarvittavat yhteistyötahot olivat vähissä. Ehdotin hänelle, että muuttaisimme toteutusmuodon PowerPointiksi. Tämä sopi työelämätahtolle ja jatkoin oppimateriaalin työstöä. En koe työn kärsineen siitä, että vaihdoin oppimateriaalin formaatin, sillä olin tehnyt ison pohjatyön kääntäessäni kansainvälisiä lähteitä teoriaosaa varten. Joltain osin luulen, että nykyisessä oppimateriaalissa tulkinnan ja mielikuvien tuoma vääristyminen vähenee. Videomateriaalissa näyttelijävalinnoilla, musiikilla ja erilaisilla psykologisilla mielleyhtymillä voi olla haittaa alkuperäisen sanoman julkituomiseen.

5 TULOKSET

5.1 Ortoreksia ilmiönä

Ortoreksia ilmiönä on melko vähän tutkittu. Aineistosta löytyi yksiselitteisesti se, että ortoreksiassa henkilö pyrkii syömään omien uskomustensa pohjalta mahdollisimman terveellisesti. Usein terveellisen ruokavalion taustalla on ollut joku oikea syy, esimerkiksi allergia, jota on hoidettu ruokavaliolla. Tällaisessa tilanteessa henkilö on saanut myönteisen kuvan ruokavalion tuomista muutoksista kehossaan, ja alkaa tavoitella aina vain terveellisempää ruokavaliota. Jossain vaiheessa terveellisyden tavoittelu vaihtuukin pakonomaiseksi, jolloin voidaan puhua ortoreksiasta. (Donini, ym. 2004,31; Perttula 2013, 33; Pekkarinen 2007,36.)

Ortoreksiassa henkilö alkaa ajatella joidenkin ruokien olevan hyviä ja joidenkin pahoja. Ortoreksiassa henkilölle saattaa muodostua pakonomaisia rutiineja liittyen ruokaan ja sen valmistukseen. Ruokavalio rajoittuu hitaasti ja seurauksena on usein anoreksian kaltaisia liitännäissairauksia nälkiintymisen ja elimistön puutostilojen myötä. (Abry & Koven 2015, 385-386; Kratina 2014.)

5.2 Ortoreksian ja tyypillisten syömishäiriöiden erot

Ortoreksia eroaa tyypillisistä syömishäiriöistä siltä osin, ettei se ole ICD-tautiluokituksessa oma sairautensa vaan ilmiö. Abry & Koven (2015, 387) toivat artikkelissaan esille ortoreksian ja anoreksian yhtäläisyyksiä. Artikkelissaan he toivat esille teorian, jonka mukaan ortoreksia olisi anoreksian oirehdintaa. Anoreksialla ja ortoreksialla on paljon samankaltaisia piirteitä. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa: syyllisyys ruokavaliosta lipsumisesta ja että sairauden tuomien ajatusten/ uskomusten myötä toiminta on johdonmukaista. (Abry & Koven 2015, 385-387.)

Ortoreksiassa ruokavalio rajoittuu hitaasti ja seurauksena on usein anoreksian kaltaisia liitännäissairauksia nälkiintymisen ja elimistön puutostilojen myötä. (Abry & Koven 2015, 385-386; Kratina 2014.) Suurin ero anoreksian ja ortoreksian välillä on syy ruokailuiden vääristymiselle. Anoreksiassa ruokailuiden muuttuminen liittyy olennaisesti

kehonkuvan vääristymiseen, kun taas ortoreksiassa syömistottumukset ovat epärealistisen puhtaita ja niillä tavoitellaan näennäisesti maksimaalista terveyttä. (Abry & Koven 2015, 387.)

5.3 Ortoreksian hoito

Ortoreksian hoidossa tärkeäksi voimavaraksi on koettu henkinen tuki. Nuorten keskuudessa positiivisena apuna koettiin myös ravitsemusterapeutilta saatu apu. (Santalan 2007, 52–54, 66-67.) Ortoreksian hoidossa paras lähtöasetelma on moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu psykiatri, psykoterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Ortoreksian hoidossa SSRI-lääkkeillä ja antipsykooteilla on hyviä tuloksia hoidon aikana. Niiden avulla on saatu vähennettyä pakkomielteisiä ruokailuun liittyviä ajatuksia. (Abry & Koven 2015, 391.)

5.4 Oppimateriaali

Koska materiaali tulee itseopiskelumateriaaliksi, tulee sen olla ominaisuuksiltaan opiskelijan oppimista ohjaavaa. Pyrin materiaalin selkeyteen ja kevensin rakennetta kuvioilla. Yhdistin oppimateriaalin ajankohtaisimman tiedon, jota olin teoriaosaan kerännyt. Kuten aiemmassa tekstissä kerroin, työhön kuuluvan oppimateriaalin tein powerpoint – formaattiin. Hyvä oppimateriaali on lukijaa motivoivaa ja mukaansa tempaavaa.

Halusin luoda materiaalin alkuun merkityksen siitä, miksi opiskelija lukee materiaalia. Tästä syystä toin mukaan case-tyyppisen ratkaisun. Case-opetus itsellään on liian vaativa itseopiskeluun, joten otin siitä vaikutteita jotta materiaalista löytyy varmasti kaikki informaatio, joka opiskelijan tulisi saada. Case-opetuksessa opiskelijat saavat jonkin tapauksen lähtökohdakseen. Lähtökohtaa purkamalla opiskelija tekee johtopäätöksiä ja yleistyksiä (Hyppönen & Linden 2009, 50). Kyseisen menetelmän on esitetty kehittävän kokonaisuuksien ymmärtämistä, soveltamisen taitoa, käytännön ongelmanratkaisukykyä ja erilaisten vaihtoehtojen arviointia (Hyppönen & Linden 2009, 50).

Ensimmäisessä diassa opiskelija toimii hoitajana vastaanotolla ja hän ”kuulee” potilaan kertomana kuka on ja miksi on tullut. Kuten teoriaosassa kävi ilmi, moni ammattilainen

on lähettänyt potilaan niin sanotusti terveenä kotiin tämän kaltaisilla esitiedoilla. Halusin korostaa tässä oppimateriaalin käytännönläheisyyttä ja tarpeellisuutta motivoidakseni opiskelijaa syventymään muihin dioihin.

Case-opetus tuo työstettäväksi todellisentuntuksia tilanteita. Kyseisen menetelmän vahvuus on se, että se antaa opiskelijoille konkreettisen pohjan jonka avulla he voivat yhdistää jo oppimansa tietoa. (Hyppönen & Linden 2009, 50.) Koska case-tyyli on opetuksellisesta näkökulmasta melko haastava. Ja vaatisi joltain osin tietojen tarkastelua, päätin ottaa sen opetustyylinä vain vaikuttamaan diasarjoihin ja luomaan moniulotteisuutta tavalliseen joltain osin puuduttavaan luennointiin aiheesta.

Dioissa käyn läpi ortoreksian historiaa ja määrittelyä. Vastaan kysymyksiin mikä on ortoreksia? Millainen ilmiö on ortoreksia? Näiden diojen tarkoituksena on herätellä siihen, miksi hoitajan on tärkeää puuttua ja selvittää ruokailutottumuksia. Käyn läpi sairauden oirehdintaa ja sen vaikutusta sairastuneen elämään. Myös teoriaosassa aiemmin esitetty (Kuvio 2) kuvio ortoreksian yhteyksistä anoreksiaan ja pakko-oirehäiriöön on liitetty mukaan dioihin.

Niin sanotun teoriaosuuden jälkeen palaan dioissa takaisin hoitajan rooliin ja tuon esille kysymyksen: ”Tekisitkö jotain toisin, jos potilas tulisi uudelleen vastaanotolle?”. Käyn dioissa läpi ORTO-15 kysymykset potilaan tilanteen kartoittamisen tueksi, sekä keinot kuinka ortoreksiaa hoidetaan. Halusin pitää diasarjaa tehdessä mielessäni potilastyön, sillä se oli tärkeänä osana oppinnäytetyön tavoitteita ja sitä miksi on tärkeää huomata ortoreksiaan liittyviä oireita.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta ja sitä kautta sen tuloksia voidaan pitää hyväksyttävänä, mikäli työ on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön kulmakiviä ovat huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehdessä. Tutkimuksessa tulee toteuttaa avoimuutta. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012.)

Työtä tehdessä on tärkeää keskittyä myös oppimateriaalin luotettavuuteen. Siksi on ensiarvoisen tärkeää toteuttaa kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi huolellisesti. On tärkeää suhtautua kriittisesti lähdeaineistoon. Mahdollisuuksien mukaan on hyvä käyttää alkuperäisiä julkaisuja, koska toissijaiset lähteet ovat ensisijaisesti alkuperäisen tiedonlähteen tulkintaa ja se lisää aina tiedon muuttumisen mahdollisuutta. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 73.)

Opinnäytetyössäni olen käyttänyt tiedonhankintaan luotettavia ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Työssä olen huomioinut muiden tekemät tutkimukselliset saavutukset asianmukaisilla lähdemerkinnöillä ja erottelemalla omat ajatukseni sekä merkitsemällä viittaukset selkeästi. Tekijänä olen noudattanut objektiivisuutta teoriaosaa tehdessäni ja ottanut avoimesti vastaan uutta tietoa, sitä kuitenkin kriittisesti arvioiden.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen tähdännyt siihen, että materiaali on mahdollisimman tuoretta. Ortoreksia aiheena oli melko vähän tutkittu, joten siksi jouduin alkuperäisestä ajatuksestani hiukan joustamaan. Olin ajatellut aluksi käyttää vain enimmillään viisivuotta vanhoja lähteitä. Päädyin kuitenkin työn luotettavuuden kannalta siihen, että tarkastelen myös vanhempia lähteitä. Tällöin tutkitun tiedon kokonaisuus hahmottui paremmin. Pyrin käyttämään esisijaisia lähteitä, mutta saatavuusongelmien vuoksi jouduin useammassa tapauksessa tyytymään toissijaisiin lähteisiin, jotka omalta osaltaan lisäävät tulkinnan ja sen myötä tiedon vääristymisen riskiä.

Hyvien lähteiden löytäminen oli hetkittäin haastavaa ortoreksiaa käsittelevien tutkimusten vähydestä johtuen. Iso osa materiaalista oli kansainvälistä ja käännöstyössä tuli olla

tarkkana, ettei teksti tai tutkimusten tulokset vääristyisi käännöstyön aikana. Olen tyytyväinen siihen, että löysin paljon kansainvälisiä lähteitä, jotka toivat uutta tietoa ortoreksiasta suomenkieliseen muotoon.

6.2 Tulosten tarkastelu

Oppimateriaalin tulee olla havainnollistavaa ja sen tulee motivoida opiskelijaa itsenäiseen ajatteluun. Oppimateriaalin tulee olla mukaansa tempaavaa. Mikäli oppimateriaali on liian staattinen ja suoraviivainen ei opiskelija välttämättä perehdy tehtävään syvemmin. (Kempainen & Ketamo 2005, 54–64; Alaoutinen, ym. 2009, 22.)

Oppimateriaalissa hyödynsin soveltaen case-tyyppistä oppimistekniikka. Power Point itsellään on selkeä ja hyvin yhteensopiva erilaisten käyttöjärjestelmien kanssa. Mielestäni Power Point palvelee tässä käyttötarkoituksessa kohtalaisesti. Toki alkuperäinen suunnitelma opetusvideosta olisi ollut visuaalisesti kiinnostavampi.

Oppimateriaaliin sisällytin roolin hoitajana toimimisesta, joten sen kautta ajattelin sen tuovan käytännönläheisyyttä ja näkökantaa oppimateriaalin käyttäjille. Toisaalta materiaalin lisäksi olisi voinut liittää kysymyssarjan opitun tiedon testaamiseksi.

6.3 Opinnäytetyön jatkokysymykset

Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteiden voisi olla selvittää kuinka hyvin hoitotyönopiskelijat tuntevat ortoreksian ilmiönä, sekä kuinka hyvin itseopiskelumateriaali on lisännyt tietoutta hoitotyön opiskelijoiden keskuudessa. Myös hoitajien tieto ortoreksiaan liittyen olisi hyvä tutkia. Santala (2007) pro gradu- tutkielmassaan tuo esille hoitohenkilökunnan tietämättömyyden terveelliseen ruokavalioon liittyvistä ongelmista. Tulevaisuudessa ortoreksia tulee varmasti olemaan enemmän esillä tutkimuksissa, sillä lähteitä tarkastellessa havaitsin ortoreksian olevan enemmän esillä nyt kuin 2000-luvun alkupuoliskolla.

LÄHTEET

- Abry, A. & Koven, N. 2015. The clinical basis of ortorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015:11, 385-394.
- Airaksinen, H. & Vilkka, T. 2003 Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Alaoutinen, S., Bruce, T., Kuisma, M., Laihanen, E., Nurkka, A., Riekkö, K., Tervonen, A., Virkki-Hatakka, T., Kotivirta, S. & Muukkonen, J. 2009. LUT:n opettajan laatuopas. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, opas 22.
- Bo, S., Zoccali, R., Ponzio, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., Fea, E., Rainoldi, A., Durazzo, M., Fassino, S. & Abbate-Daga, G. 2014. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of translational medicine*. 2014, 12:221, 1-8.
- Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. Nuoren mielenterveyden häiriöt- Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. THL, opas 25, 60-77.
- Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P, Imbriale, M. & Canella, C. 2004. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord*. Vol. 10, e28-e32.
- Huttunen, M. 2014. Pakko-oireinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim.
- Hyppönen, O. & Linden, S. 2009. Opettajan käsikirja- opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo: Teknillinen korkeakoulu Opetuksen ja opiskelun tuki.
- Isomaa, R. 2013. Syömishäiriöistä. Tampere. Syömishäiriökeskus. Luettu: 4.12.2014. <https://www.sochv.jakobstad.fi/>
- Isomaa, R. 2011. Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2010;126:2209–2214. Luettu 4.12.2014.
<http://www.duodecimlehti.fi/>

Kemppinen, L. ja Ketamo, H. 2005 Teksti digitaalisen oppimateriaalin elementtinä: Empiirinen tutkimus luettavuuteen vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa Opetus, opiskelu, oppiminen: tieto- ja viestintäteknikka tiederajat ylittävissä konteksteissa (toim) Tella, S., Ruokamo, H., Multisilta, J. ja Smeds, R. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Kontoniemi, K. 2014. Nuorten naisten kokemuksia ja näkemyksiä kehonkuvaa rakentavista asioista. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Kotila, H. (toim.) 2003. Ammattikorkeakoulupedagogiikka. Helsinki: Edita.

Kratina, K. Orthorexia Nervosa. Luettu: 6.12.2014. <https://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>

Kähkönen, E. (toim.) 2004. Verkko-oppimisen vakiintuessa, näkökulmia ja arvioita mielekkyydestä, rahasta ja strategioista. Joensuun Yliopisto. Tutkimushanke raportti.

Lönnqvist, J, Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011, Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Murray, S. & Touyz, S. 2011. Muscle Dysmorphia – A reply to Vandereycken. Eating Disorders 19:291-293.

Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikka. Pro gradu – tutkielma.

Perttula, M. 2013. Ahdistusta lautasella. Tehy-lehti. 33(2013): 10, 32-33.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu.

Santala, E. 2007. Sairaana terveellistä- Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsingin yliopisto. Kasvatustiede. Pro gradu-tutkielma.

Silander, P. & Koli, H. 2003. Verkko-opetuksen työkalupakki. Oppimisaihiosta oppimisprosessiin. Helsinki: Finn Lectura oy.

Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Julkaistu 10.01.2015. <http://www.kaypahoito.fi/>

Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito –suositus.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu:4.12.2014. <http://www.kaypahoito.fi/>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 1.10.2015. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Valkendorff, T. 2011. Internetin ortoreksiakeskustelu terveyskulttuurin ilmentymänä. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011): 4, 431-422.

