

Karoliina Immonen

**SYÖMISHÄIRIÖIDEN VARHAINEN
TUNNISTAMINEN**
- Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja (AMK)

2018

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Karoliina Immonen	Sairaanhoidaja (AMK)	Syyskuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		66 sivua 8 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK		
Ohjaaja		
Tiina Lybeck, Tuulia Litmanen		
Tiivistelmä		
<p>Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, jotka ovat yleistyneet viime vuosina. Epätyyppilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä ja niiden osuus kasvaa alati. Syömishäiriöiden monimuotoisuus tekee niiden varhaisesta tunnistamisesta hankalaa, ja tarkat diagnostiset kriteerit asettavat varhaiselle tunnistamiselle oman haasteensa.</p>		
<p>Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Työn tavoitteena oli selvittää kaikenlaisten syömishäiriöiden varhaista tunnistamista, ja tarkoituksena oli kartoittaa keinoja, miten toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista terveydenhuollon puolella. Opinnäytetyössä tuotiin myös esille syömishäiriöiden ilmiäisy ja orastavan syömishäiriön tunnistaminen. Tutkimusongelmaksi nousi syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinot.</p>		
<p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tieto koottiin ennalta määritellyn tutkimuskysymyksen pohjalta, ja aineisto perustui sekä kotimaisiin että kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin ja tutkimuksiin. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä taulukkomuotoon.</p>		
<p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinoja ovat koulutuksen ja olemassa olevien apuvälineiden kehittäminen, osaamisen lisääminen, ammattilaisten asenteiden ja ennako-oletusten muuttaminen, seulonnan käyttöönotto, aikainen interventio sekä huolellinen arviointi. Lisäksi syömishäiriöiden varhaista tunnistamista voidaan edistää yleisen mielenterveyden lukutaidon parantamisen kautta.</p>		
<p>Ammattilaisten asenteilla ja ennako-oletuksilla sekä osaamisella on suuri merkitys syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa. Tarkan diagnosoinnin sijasta olisi olennaisempaa oppia tunnistamaan, kuinka erilaiset syömishäiriöt ilmentyvät. Ennusteen kannalta hedelmällisintä olisi tunnistaa jo syömishäiriövaarassa olevat henkilöt ja puuttua tilanteeseen varhaisessa vaiheessa. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen lyhentää sairastamisaikaa sekä parantaa sairauden ennustetta.</p>		
<p>Opinnäytetyö onnistui suhteessa asetettuun tutkimusongelmaan. Tulokset antoivat suoran jatkotutkimustarpeen liittyen syömishäiriöiden seulontavälineisiin sekä osoittivat koulutuksen tarpeen.</p>		
Asiasanat		
häiriintynyt syömiskäyttäytyminen, syömishäiriöt, varhainen tunnistaminen		

Author (authors)	Degree	Time
Karoliina Immonen	Bachelor of Nursing	September 2018
Thesis title Early detection of eating disorders - Descriptive literature review		66 pages 8 pages of appendices
Commissioned by XAMK University of Applied Sciences		
Supervisor Tiina Lybeck, Tuulia Litmanen		
Abstract <p>Eating disorders are serious mental health illnesses that affect also physical and socio-emotional health. Eating disorders have become more general in recent years. Dieting behaviors and body image concerns are common and the proportion of atypical eating disorders is rising. The variety of eating disorders is making early detection difficult. Moreover, the specific diagnostic criteria present a challenge to early detection. Early detection of disordered eating behavior or eating disorders contributes to better outcomes.</p> <p>The objective of the thesis was to examine early detection of all kinds of eating disorders and to survey the ways to improve it. The research method in the thesis was a descriptive literature review based on predetermined research question. The results were analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the results the ways to improve early detection of eating disorders were adding education, developing the existing screening tools, changing health professionals' attitudes and stereotypes toward individuals with eating disorders and by improving mental health literacy. Furthermore, early intervention and thorough evaluation has a significant part in early detection.</p> <p>Instead of specific diagnostics it would be more essential to perceive how disordered eating behavior or an early onset eating disorder manifests. For the prognosis, the most profitable is to detect individuals who are at risk of developing an eating disorder.</p> <p>The thesis succeeds in relation to the appointed objective. The results indicated a distinct need for further research on eating disorders screening tools. In addition, the results showed that education on eating disorders is required.</p>		
Keywords disordered eating behavior, eating disorders, early detection		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SYÖMISHÄIRIÖT	7
2.1	Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö	7
2.2	Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö.....	9
2.3	Epätyypilliset syömishäiriöt.....	12
2.4	BED (binge eating disorder) eli ahmintahäiriö	13
2.5	Ortoreksia	15
2.6	Diagnostiset kriteerit	17
3	SAIRASTUNEEN MAAILMA – ETIOLOGIAA	19
3.1	Perinnöllisyys ja geneettiset tekijät.....	20
3.2	Aivokemiallinen näkökulma	20
3.3	Syitä häiriökäyttäytymiselle.....	23
4	VARHAINEN TUNNISTAMINEN	26
4.1	Varhaisen tunnistamisen tärkeys.....	27
4.2	Häiriintynyt ja normaali ruokasuhte.....	29
4.3	Syömishäiriövaarassa oleva	31
4.4	Varhaisen tunnistamisen keinoja	32
5	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	34
6	TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAAMINEN.....	35
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	36
6.2	Tiedonhakuprosessi.....	37
6.3	Hakuprosessin tulokset.....	38
6.4	Deduktiivinen ja induktiivinen sisällön analyysi.....	40
6.5	Aineistojen analysointi	41
7	TULOKSET.....	43
7.1	Osaaminen ja koulutus	43
7.2	Työtavat ja interventio.....	45

7.3	Esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa.....	49
7.4	Oireet ja ennusmerkit.....	54
8	POHDINTA.....	57
8.1	Tulosten tarkastelu	57
8.2	Eettisyys	59
8.3	Luotettavuus	60
8.4	Johtopäätökset	62
8.5	Jatkotutkimustarpeet ja kehittämissuositukset	65

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuustaulukko 1.

Liite 2. SCOFF -syömishäiriöseula

Liite 3. Tiedonhakupöytä

Liite 4. Kirjallisuustaulukko 2.

1 JOHDANTO

Sosiokulttuurinen ympäristömme tuottaa alati muuttuvia trendejä, jotka eivät ehkä palvo enää langanlaihan mallin imagoa, mutta luovat muotteja, joihin on pakko mahtua. Täten juuri tämä muutosliike sosiokulttuurisessa ympäristössä vaikeuttaa syömishäiriöiden tunnistamista. Nykypäivän jatkuva ulkonäöstä, ravitsemuksesta ja liikunnasta rehevöitynyt keskustelu, ollessaan myös hyväksyvää ja oikeaan suuntaan ohjaavaa, tuottaa koko ajan uudenlaisia syömishäiriöiden muotoja. Mitä enemmän on epätyypillisiä syömishäiriöitä, sitä vaikeampi niitä on havaita. Hoidon kannalta olisi kuitenkin kaikista hedelmällisintä tunnistaa jo syömishäiriövaarassa olevat henkilöt.

Ammatillisen merkityksen näkökulmasta tarkastellen aihe on hyvin merkittävä, sillä terveydenhuollon ammattilaisilla on vaikeuksia tunnistaa varhaisessa vaiheessa syömishäiriöitä (Yeo & Hughes 2011; Rowe 2017). Terveydenhuollon ammattilaisia on myös opetettu melko suppeasti tunnistamaan esimerkiksi epätyypillisiä syömishäiriöitä (Rowe 2017). Lääketieteen pyrkimyksenä on kuitenkin sairauksien ennaltaehkäisy, ja tästä syystä myös syömishäiriöiden kohdalla tulisi keskittyä varhaiseen tunnistamiseen. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen parantaa erityisesti sairauden ennustetta (Raevuori & Ebeling 2016). Parhaassa tapauksessa varhaisessa vaiheessa tilanteeseen puuttuminen saattaa normalisoida koko tilanteen (Käypä hoito -suositus 2014; Suokas 2015).

Opinnäytetyö on monialainen, eikä ulotu ainoastaan sairaanhoitajiin. Syömishäiriöitä tavataan kouluterveydenhuollosta perusterveydenhuoltoon, sekä esimerkiksi erilaisissa harrastustoiminnoissa olevat ohjaajat tai urheiluvalmentajat voivat olla ykkösasemassa tunnistamassa orastavia syömishäiriöitä. (Käypä hoito –suositus 2014; Rowe 2017.)

Tämän oppinäytetyön tavoitteena on selvittää erilaisten syömishäiriöiden sekä jo syömishäiriövaarassa olevien varhaista tunnistamista. Tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa keinoja toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista.

Keskeiset käsitteet työssä ovat syömishäiriöt, syömishäiriöiden etiologia, diagnostiset kriteerit ICD-10 ja DSM-5, syömishäiriövaarassa oleva sekä syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen. Liitteestä 1 voi tarkastella teoreettisen viitekehyksen pääasiallisia aineistoja kirjallisuustaulukon muodossa. Diagnostiset kriteerit nostan esille vain havainnollistaakseni niiden kapea-alaisuutta syömishäiriöiden varhaisen vaiheen tunnistamiseen. Haluan nostaa eri syömishäiriöitä tarkempaan tarkasteluun niiden vaikeasti ymmärrettävän luonteen ja ilmiänsä takia. Tarkoitukseni on johdattaa lukija ymmärtämään, että syömishäiriöinen harvoin omaa diagnostiset kriteerit, hän on usein normaalipainoinen, eikä hänen häiriönsä näy päällepäin.

2 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä. Ne ovat ensisijaisesti psyykkisiä sairauksia, mutta pidemmälle edenneinä sairaudenkuvaan liittyy myös somaattisia vaivoja, jotka voivat olla kohtalokkaita. Syömishäiriöt määritellään oireyhtymiksi, joihin liittyy psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia sekä syömiskäyttäytymisen häiriintyminen (Raevuori & Ebeling 2016). Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn vakavan häiriintymisen ohella syömishäiriöihin liittyy myös usein sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia (Suokas & Rissanen 2017). Syömishäiriöinen usein eristäytyy ystäväpiiristä, perheestä ja pahimmassa tapauksessa kaikesta sosiaalisesta kanssakäymisestä.

Syömishäiriöitä esiintyy käytännössä kaikissa ikäluokissa, mutta tavallisimmin sitä tavataan nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla (Suokas & Rissanen 2017). Suokkaan ja Rissanen (2017) mukaan arviolta 7 % suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön ennen kuin he täyttävät 30 vuotta.

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat epätyyppilliset syömishäiriöt, eli sellaiset, jotka eivät sovellu laihuushäiriön (anoreksia nervosa) tai ahmimishäiriön (bulimia nervosa) diagnostisten kriteerien sisälle. Yleisin epätyyppillisistä syömishäiriöistä on ahmintahäiriö (BED, binge eating disorder) (Suokas & Rissanen 2017).

2.1 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on hengenvaarallinen psyykinen sairaus, johon kuuluu olennaisesti psyykkistä häiriökäyttäytymistä sekä vakavia fyysi-

siä terveysongelmia. Yleisin näkemys laihuushäiriöisestä on langanlaiha, riutuneen ja nälkiintyneen näköinen teini-ikäinen nuori naisen alku, ”anorektikko”. Yleisimmin laihuushäiriö mielletään laihduttamisena ja tyytymättömyytenä omaan ulkomuotoon.

Laihuushäiriö näyttäytyy pakonomaisena laihduttamisena, joka tapahtuu lisääntyneen liikkumisen ja vähennetyn ravitsemuksen kautta. Laihuushäiriössä saattaa myös esiintyä pakonomaisen liikkumisen ohella nesteentoisto-, ulostus- tai ”laihutuslääkkeiden” käyttöä sekä itse aiheutettua oksentelua (Käypä hoito – suositus 2014). Laihuushäiriö johtaa usein erittäin vaikeaan alipainoon ja aliravitsemukseen. Hormonitoimintaan tarvittavan rasvakudoksen kadotessa elimistöstä myös kuukautiskierto häiriintyy ja usein loppuu kokonaan. Kuukautisten puuttumista ilmaistaan nimellä laaja-alainen hypotalamus-aiolisäkesukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä (Käypä hoito -suositus 2014).

Laihuushäiriötä sairastavalla ajatus- ja arvomaailma vääristyy sairauden edessä ja tällöin myös kuva omasta ruumiista vääristyy. Laihuushäiriössä tapahtuu konkreettinen näköhavainnon vääristymä ja henkilö ikään kuin aistiin itsensä väärin, mistä johtuen painotavoite on koko ajan yhä pienempi ja pienempi. Näiden ohella nälkiintyminen aiheuttaa neurologisia muutoksia aivoihin, jotka muun muassa voimistavat konkreettista näköhavainnon vääristymää sekä vaikuttavat kognitioon ja muistiin. (Lehtismäki-Hyvönen 2016, 65- 76.)

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaisesti ICD-10 -tautiluokituksen mukaisen diagnoosin, anorexia nervosa (F50.0), asettamiseksi vaaditaan Taulukossa 1 kuvatut kriteerit. Kaikkien diagnostisten kriteerien on täytyttävä. Yhdenkin kriteerin (avainoireen) puuttuessa tai avainoireiden esiintyessä lieväasteisina diagnoosiksi asetetaan epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1). (Käypä hoito -suositus 2014.)

Taulukko 1. Laihuushäiriön (anorexia nervosa) (F50.0) diagnostiset kriteerit ICD-10 - tautiluokituksen mukaan (Käypä hoito -suositus 2014).

A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI (käytetään 16v iästä lähtien) 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.

Laihuushäiriössä paraneminen on hidasta, usein vuosia kestävä, ja sairastuneista noin 10–20 %:lla sairaus kroonistuu (Käypä hoito -suositus 2014). Laihuushäiriö on vakava mielenterveyden häiriö, joka voi pahimmillaan johtaa kuolemaan. Kuolema voi tapahtua esimerkiksi itsemurhan tai sydän- ja verenkierroelinsairauksien sekä diabetekseen liittyvien sairauksien takia (Potilaan lääkirilehti 2013). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rekisteritutkimuksen mukaan laihuushäiriöpotilaiden kuolemanriski on yli kuusinkertainen ja itsemurhariski viisinkertainen verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön (Potilaan lääkirilehti 2013).

2.2 Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö on laihuushäiriön tapaan vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy psyykkisen häiriökäyttäytymisen ja – ajattelun ohella myös erittäin vakavia somaattisia ongelmia. Yleinen käsitys ihmisillä ahmimishäiriöisestä on henkilö, ”bulimikko”, joka ahmii ja oksentaa syödyn ruokansa.

Ahmimishäiriössä sairastuneella esiintyy toistuvasti ylensyömisjaksoja eli ahmimiskohtauksia ja hänen ajatteluaan hallitsevat syöminen, ruoka ja paanomainen tarve ahmia. Ahmimishäiriöön kuuluu myös sairaaloinen lihavuuden pelko; henkilö kokee olevansa liian lihava ja hän pelkää lihomista. (Käypä hoito – suositus 2014.) Tästä johtuen henkilö yrittää kompensoida tavalla tai toisella ahmitun ruuan lihottavaa vaikutusta. Ahmimishäiriöön, kuten usein muihinkin syömishäiriöihin, kuuluu olennaisesti, että oman vartalon muoto ja kehon paino vaikuttavat kohtuuttomasti käsitykseen omasta itsestä. (Charpentier ym. 2016, 11.)

Ahminta syömishäiriöissä tarkoittaa käytännössä sitä, että henkilö saattaa ahmia kauppakassillisen ruokaa hyvinkin lyhyessä ajassa. Ahmiminen eroaa normaalista ylensyönnistä siten, että syöminen on hallitsematonta ja henkilö ei pysty lopettamaan, vaikka mahaan sattuisi, ja ruoka ei maistuisi enää hyvältä. (Charpentier ym. 2016, 11.) Syömisessä ei ole kontrollia, ja ruoka on usein lihottavaa tai kiellettynä pidettävää. Monilla on myös tietyt ahmintaruokansa. Ahminta jatkuu usein niin kauan kunnes kaikki ahmittavaksi hankittu ruoka on syöty. Henkilö saattaa ajautua ”transsinomaiseen” tilaan ahmiessaan, ja ahminta tarjoaa ikään kuin pienen tauon elämän vaatimuksista. Ongelmana kuitenkin on, että paha olo palaa entistä voimakkaampana takaisin, kun kohtausta on ohi. (Charpentier ym. 2016, 12.)

Ahmimiseen liittyy myös tunne syömisensä hallinnan menetyksestä ja valtava ahdistus tai ”morkkis” jälkeensä. Usein nämä tunnetilat aiheuttavat ahmintahäiriölle tyypillistä tyhjentäytymiskäyttäytymistä. Tyhjentäytymiskäyttäytymistä voi olla myös erilaisten lääkkeiden käyttö laihdutus tarkoituksessa, paastoaminen tai runsas liikunta. (Charpentier ym. 2016.) Paastoamisen ja ahmimisen vuorottelu sekoittaa elimistön normaaleja nälkä- ja kylläisyysignaaleja sekä muun muassa aivojen serotoniinijärjestelmää (Lehtismäki-Hyvönen 2016; Karhunen ym. 2003; Weir 2016). Lehtismäki-Hyvönen (2016, 59) kuvailee, että ”hypotalamus häiriintyy, kun sen kylläisyyskäskyä ei noudateta, jolloin se lakkaa kertomasta kylläisyydestä”.

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ICD-10 -tautiluokituksen mukainen diagnoosi bulimia nervosa (F50.2) voidaan asettaa seuraavien kriteerien täyt-

tyessä (Taulukko 2). Kaikkien kriteerien on täytettävä tai diagnoosiksi asetetaan epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3) (Käypä hoito -suositus 2014).

Taulukko 2. Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (F50.2) diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (Käypä hoito -suositus 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 sairaalmainen lihavuuden pelko.

Ahmimishäiriö on hyvin vaarallinen sairaus, ja laihuushäiriön tapaan se pitkään jatkuneena ottaa häiriökäyttäytymisen rinnalle erilaisia somaattisia vaivoja, jotka voivat olla hyvin kohtalokkaita. Ahmimishäiriössä jatkuva oksentelu vaurioittaa hammaskiillettä, ja pahimmillaan hammas voi mennä kuolioon. Ahminen ja oksentelu sekä jatkuva laksatiivien (ulostuslääke) käyttö sekoittavat suolen normaalia toimintaa, aiheuttaen erilaisia toiminnallisia vatsaoireita (turvotus, kipu) ja ummetusta. Laksatiivien jatkuva väärinkäyttö voi aiheuttaa myös lopullisia muutoksia suolen motiliteettiin (liikkuvuus) eli pahimmillaan aiheuttaa suolen hermotuksen degeneraation (tuhoutuminen). Tällöin suoli kärsii kroonisesta ummetuksesta, kun normaali hermotus ei ole liikuttamassa ulostemassaa eteenpäin. Jatkuva oksentelu sekä diureettien (nesteenpoistolääke) tai laksatiivien väärinkäyttö sekoittavat elimistön neste- ja elektrolyyttitasapainoa ja voivat aiheuttaa erilaisia puutostiloja, esimerkiksi hyponatremiaa (alhainen veren natrium) ja hypokalemiaa (alhainen veren kalium). Hypokalemia voi aiheuttaa vakaviakin rytmihäiriöitä, pahimmillaan asystolen (sydämenpysähdys). Hypokalemia onkin yksi ahmimishäiriöpotilaiden kuoleman syistä. (Keski-Rahkonen & Rissanen, 2000.) Kuolemanriski ahmimishäiriöpotilailla on lähes kolminkertainen ja itsemurhariski kuusinkertainen verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön (Potilaan lääkirilehti 2013).

2.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

ICD-10-tautiluokituksen mukaan epätyypillisiin syömishäiriöihin voidaan käytännössä luokitella kaikki, jotka eivät sovi anoreksia nervosa tai bulimia nervosa diagnostisten kriteerien sisälle. ICD-10-tautiluokituksessa on eriteltyinä erikseen epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö omina diagnooseinaan. Epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1) ja epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3) muistuttavat kliiniseltä kavaltaan pitkälti laihuushäiriötä (anorexia nervosa) tai ahmimishäiriötä (bulimia nervosa) mutta niistä puuttuu yksi tai useampia avainoireista. (Raevuori & Ebeling 2016.)

Viitakorpi viittaa pro gradu -tutkielmassaan (Viitakorpi 2010, 5) C. Norringin ja B. Palmerin toimittamaan teokseen ”EDNOS, eating disorders not otherwise specified: scientific and clinical perspectives on the other eating disorder”, jossa Myrphy, Perkins ja Schmidt (2005) kritisoivat laihuushäiriön ja epätyypillisen laihuushäiriön erottelua. Heidän mukaansa näitä ei voida erottaa toisistaan selkeästi johtuen niiden samankaltaisista piirteistä sekä samankaltaisesta psykopatologiasta. Myrphy, Perkins ja Schmidt (2005) toteavat epätyypillisen laihuushäiriön ja laihuushäiriön olevan saman sairauden eri vaiheita, kuten myös epätyypillisen ahmimishäiriön ja ahmimishäiriön. (Viitakorpi 2010, 5.)

Epätyypilliset (epätyypillinen laihuushäiriö, epätyypillinen ahmimishäiriö) häiriöiden muodot kuitenkin johtavat ennen pitkää tyypillisiksi häiriöiksi (laihuushäiriö, ahmimishäiriö); etenkin, jos interventio (väliintulo, puuttuminen) ei ole tarpeeksi tehokas ja sairastunut ei saada hoidon piiriin tässä vaiheessa. Tämä on tarpeen tuoda esille siksi, että usein tässä vaiheessa sairastumista sairastunut on kaikkea muuta kuin halukas parantumaan, koska hän on vasta ”päässyt vauhtiin” ja on tietynlaisessa ”hurmiollisessa” tilassa, niin sanotulla kuherruskuukaudella sairautensa kanssa. (Lehtismäki-Hyvönen, 2016.)

Muita ICD-10-tautiluokituksen syömishäiriö diagnooseihin kuuluvia ovat: muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen (F50.4), muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä oksentelu (F50.5), muu syömishäiriö (F50.8) ja määrittämätön syömishäiriö (F50.9) (Raevuori & Ebeling 2016). Ahmintahäiriö BED (binge eating disorder) luokitellaan myös epätyypilliseksi syömishäiriöksi ja ICD-10-tautiluokituksessa se sijoittuu diagnoosi koodin F50.8 (muu syömishäiriö) alle.

Yleisimmäksi epätyypilliseksi syömishäiriöksi luokittelun johdosta olen kuitenkin eristänyt ahmintahäiriön omaksi luvukseksi.

2.4 BED (binge eating disorder) eli ahmintahäiriö

Ahmintahäiriö luonnehtii pitkälti ahmimishäiriön kuvausta; sen oireistoon kuuluu toistuvat hallitsemattomat ahmintakohtaukset, niistä aiheutuva ahdistus sekä ahmintaa seuraava syyllisyys, itsehalveksunta tai masennuksen tunne. Ahmimishäiriöstä poiketen häiriöön ei liity ahmitun ruoan lihottavan vaikutuksen estävää käyttäytymistä, kuten esimerkiksi tahallista oksentelua. (Suokas & Rissanen 2017.) Tämän takia ahmintahäiriö usein johtaakin tarpeeksi pitkään jatkuneena ylipainoon. Ahmintahäiriössä syömisrytmi on epänormaali ja usein syödyn ruuan määrä sekä laatu ovat poikkeavia. Ahmintahäiriö aiheuttaa psyykkistä kärsimystä sekä usein painonnousua ja suuria painonvaihteluita. (Pyökäri ym. 2011.)

Ahmintahäiriölle on vakiintunut diagnostiset kriteerit kliiniseen käyttöön, mutta niitä ei ole liitetty erikseen ICD-10-tautiluokitukseen. Itsenäisenä diagnoosina se löytyy DSM-5-luokituksesta seuraavin kriteerein (Taulukko 3).

Taulukko 3. Ahmintahäiriö (Binge-Eating Disorder, BED) diagnostiset kriteerit DSM-5 -luokituksen mukaan (Suokas & Rissanen, 2017).

A	<p>Toistuvia ahmintajaksoja, joita luonnehtii kumpikin seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suuret ruokamäärät, jotka selvästi ylittävät useampien muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa • tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään
B	<p>Ahmintakohtauksen aikana syömistä luonnehtii ainakin kolme seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • syödään epätavallisen nopeasti • syödään kunnes olo epämukavan täysi • syödään suuria määriä vaikka ei nälkää • syödään yksin ollessa, koska ruokamäärät hävettävät • ylensyöntiä seuraa itseinho, masennus ja syyllisyys.
C	<p>Ahmintaoire aiheuttaa voimakasta ahdistuneisuutta.</p>
D	<p>Ahmintakohtauksia on keskimäärin vähintään kerran viikossa, oire on kestänyt kolmen kuukauden ajan.</p>

E	Ei täytä ahmimishäiriön kriteereitä.
---	--------------------------------------

DSM-5-luokituksessa erotellaan ahmintahäiriölle myös neljä vakavuusastetta, jotka perustuvat ahmintojen frekvenssiin eli kuinka monta ahmintaeepisodia viikossa on. On myös huomionarvoista, että ahmintahäiriön diagnostisiin kriteereihin ei kuulu ylipaino tai lihavuus. (Raevuori & Ebeling 2016.)

Ahmintahäiriöön liittyy sekä somaattisia että psyykkisiä liitännäissairauksia. Somaattisia liitännäissairauksia ovat lihavuus, ruuansulatuskanavan oireet, tyypin 2 diabetes sekä lihavuuteen omanaan liittyvät liitännäissairaudet. Ruuansulatuskanavan oireet johtuvat syömisrytmin epäsäännöllisyydestä sekä suurien ruokamäärien nauttimisesta kerralla, ja ne ilmenevät usein välittömästi epänormaalin syömisen aiheuttamina. Oireita ovat närästys, mahansisällön regurgitaatio (takaisinvuoto = mahansisältö palautuu ruokatorveen ja suuhun), turvotuksen tunne, nielemisvaikeudet, ylävatsakivut, ripuli ja ummetus. Yleisesti koettu elämänlaatu ahmintahäiriötä sairastavilla on alhaisempi. Lisäksi muuta psyykkistä oireilua ja masennusta esiintyy enemmän; yleisimpiä samanaikaisesti esiintyviä häiriöitä ovat mieliala- (26,0 %) ja ahdistuneisuushäiriöt (24,5 %). Ahmintahäiriöisillä on usein myös esiintynyt aiemmissa elämänvaiheissa enemmän päihde- ja riippuvuusongelmia. (Pyökäri ym. 2011.)

Ahmintahäiriö, kuten muutkin syömishäiriöt, on usein pitkäkestoinen ja sairaudenkulku on aaltoileva (Pyökäri ym. 2011). Ahmintahäiriöpotilaiden kuolemanriski on lähes kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna (Suokas & Rissanen 2017.) Lihavuuden hoito on haastavampaa ahmintahäiriöpotilailla, ja usein myös laihdutustulokset ovat heikompia ja lyhytaikaisia. Pyökäri ym. (2011) mukaan tämä johtunee impulssikontrollin puutteista sekä tilannetta vaikeuttavista muista samanaikaisista psykiatrisista häiriöistä.

Ahmintahäiriö on hyvin yleinen syömishäiriö. Suokas ja Rissanen (2017) kirjoittavat, että arviolta 20 % vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista ja noin 8 % ylipainoisista sairastaa ahmintahäiriötä. Pyökäri ym. (2011) kuvaavat häiriön yleisyyttä siten, että jokainen kliinistä työtä tekevä lääkäri saa säännöllisesti hoidettavakseen ahmintahäiriön kriteerit täyttäviä potilaita, sillä heidän esiintyvyys väestössä on noin 2-3 %. Pyökäri ym. (2011) painottaakin, että

ylipainoa hoidettaessa tulisi aina kiinnittää huomiota myös mahdolliseen syömishäiriöön. Myös mielialahäiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden diagnostiikan ja hoidon yhteydessä tulisi huomioida mahdollinen samanaikainen syömisoireilu. Ahmintahäiriöiden vaikeampi havaitseminen johtaa väistämättä siihen, että interventiokaan ei anneta tarpeeksi varhain. (Pyökäri ym. 2011).

2.5 Ortoreksia

Lisäksi nostaisin esille epätyypilliseksi luettavan syömishäiriön nimeltä ortoreksia, joka ei ole saanut minkäänlaisia diagnostisia kriteereitä, eikä sitä mainita esimerkiksi Käypä hoito -suosituksessa (2014). Raevuori ja Ebeling (2016) kuvaavat ortoreksiaa siten, että pyrkimys terveellisestä ravitsemuksesta ja ruuan valikoivuudesta voi ilmetä syömishäiriön piirteinä eli ”ortoreksiana”. He jatkavat, että syömisen ja muun oireilun tulee kuitenkin täyttää häiriön piirteet yltääkseen diagnoosiin. (Raevuori & Ebeling 2016). Toisin sanoen ortoreksia mielletään syömishäiriön piirteeksi.

Ortoreksiaa on tarkasteltu paljon julkisuudessa, mutta lääketieteellisiä tai tieteellisiä tutkimuksia häiriöstä ei löydy liialti, sillä se ei ole virallinen diagnoosi. Syömishäiriöliiton (2017) mukaan ortoreksia kuuluu epätyypillisiin laihuushäiriöihin. Syömishäiriöliitto (2017) muotoilee häiriötä lauseella ”terveellisen ruuan pakkomielle”. Ortoreksiassa ravitsemuksen terveellisyys eskaloituu tärkeimmäksi elämää pyörittäväksi asiaksi, samoin kuin esimerkiksi laihuushäiriössä pakonomainen laihduttaminen ja ahmimis- ja ahmintahäiriössä toistuvat hallitsemattomat ahmimiskohtaukset. Syömishäiriöliitto (2017) viittaa Keski-Rahkosen, Charpentierin ja Viljasen teokseen ”Olen juuri syönyt, läheiselläni on syömishäiriö” (2008) kuvaillessaan ortoreksiaa seuraavanlaisesti: ”Ortoreksiassa sairastunut pyrkii orjallisesti oikeaoppiseen ja terveelliseen ruokavalioon (teoriat, dieetit), minkä seurauksena elimistö saattaa kärsiä tiettyjen ravintoaineiden puutteesta”.

Ortoreksian ja laihuushäiriön välinen rajankäynti on Syömishäiriöliiton (2017) mukaan usein ”veteen piirretty viiva”, mikä johtunee häiriöiden samankaltaisuudesta. Laihuushäiriössä laihduttamiseen kuuluu usein olennaisesti ruokavalion muuttaminen terveellisemmäksi, vähemmän laihduttavammaksi, ja sairauden edetessä ruokavalio usein kaventuu entisestään, lopuksi sisältäen vain

tiettyjä ruoka-aineita. Sama ilmiö tapahtuu ortoreksiassa, mutta ortoreksiassa ajatuksia ja ruokavaliota hallitsevat mahdollisimman terveelliset ruoka-aineet, kun taas esimerkiksi laihuushäiriössä suurempi merkitys on ruoan vähäenergisyydellä tai ”ei lihottavilla ominaisuuksilla”, ja terveellisyys on toissijaista. (Valkendorff 2014, 17.)

Ortoreksia on yksi nykypäivän vallitsevimista ”trendeistä” sen lievissä variaatioissa. Nykypäivänä oikeaoppinen ja terveellinen ruokavalio sekä erilaiset terveyttä edistävät ruuat ja ravinto-aineet ”superfoodit” sekä erilaiset ruokateoriat ja dieetit ovat suurinta huutoa. Nykypäivämme ruoka- ja ravitsemuskulttuuri on kärjistettynä ortoreksista.

Ortoreksia etenee yhtä lailla kuin muutkin syömishäiriöt pahimmillaan hyvin vakavaksi psyykkiseksi häiriöksi, jossa käyttäytyminen ja ajatusmaailma ovat häiriintyneet, ja sairastunut ei osaa enää katkaista kierrettä itse. Ortoreksia voi aiheuttaa esimerkiksi vakavia ravintoainepuutoksia ja aliravitsemusta, ja se voi johtaa laihuushäiriöön. Ortoreksia kaventaa sairastuneen ajatusmaailmaa sekä rajoittaa elämänpiiriä. Sairastuneen elämä pyörii vain ja ainoastaan terveellisuuden ympärillä ja päivät etenevät orjallisten ravintosuunnitelmien ja -teorioiden noudattamisella sekä annosten punnitsemisella ja ravinto-aineiden laskemisella. (Heimo & Sailola 2014, 52.)

Ortoreksian tapaan on myös muita, ei diagnostisesti virallisia epätyypillisiä syömishäiriöitä. Tällainen on esimerkiksi lihasdysmorfia (kehodysmorfinen ruumiinkuvan häiriö), jossa pakkomielleenä on olla mahdollisimman lihaksikas. Lihasdysmorfiassa henkilöllä on tyytymättömyys sekä häpeä omaa kehoaan kohtaan ja henkilö kokee itsensä erityisesti liian ”hinteläksi” eli hän ei koe omaavansa tarpeeksi lihaksikasta vartaloa. Tällöin elämä rajoittuu täydellisen lihaksiston rakentamiseen, johon usein käytetään apuna myös lihasmassaa lisääviä sallittuja sekä kiellettyjä aineita terveystarpeista huolimatta. Normaalisti kehonrakennus innostuksesta häiriö erottuu siinä, että lihaksikkuudesta syntyy pakkomielle, ja henkilö kokee itsensä hinteläksi ilman syytä ja usein peittelee vartalonsa muotoja esimerkiksi löysillä vaatteilla. (Heimo & Sailola 2014, 52.)

2.6 Diagnostiset kriteerit

ICD-10-tautiluokitus on kansainvälinen WHO:n kehittämä tautiluokitusjärjestelmä. Se on ollut maassamme 15 vuoden ajan käytössä ja saavuttanut vakiintuneen aseman tautiluokituksena. Luokituksen käyttötarkoituksena on sairastavuuden ja kuolemansyiden tilastointi sekä kliiniset, potilaan hoitoon liittyvät käyttötarkoitukset, kuten diagnoosien hyödyntäminen kliinisen päätöksentuen järjestelmissä. ICD-10 diagnoosien mukaisesti on määritelty ja indeksoitu myös suurelta osin alueelliset ja paikalliset hoitoketjut sekä kansalliset hoitosuosituksat. Suomalainen versio tautiluokituksesta noudattaa pitkälti WHO:n luokitusta. Tautiluokituksen yhtenäisten diagnoosien tarkoituksena on selvittää potilasta hoitavien eri toimijoiden (lääkärit, muut terveydenhuollon ammattihenkilöt) ymmärrys potilaan tilasta tehdyistä merkinnöistä mahdollisimman samalla tavalla. Diagnoosien tulee täten olla mahdollisimman spesifisiä. Laadukkaan tutkimuksen ja hoidon toteuttamista edesauttaa se, että diagnoosit esitetään määrämuotoisina ja luokiteltuina, sillä potilaan hoito perustuu terveysongelman diagnosointiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 3-22.)

DSM-5-luokitus tulee sanoista ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”. Se on Amerikkalainen mielenterveyshäiriöille kehitetty oma luokituksensa, joka on saanut osakseen myös purnausta muun muassa luokituksen psykiatristen diagnoosien käsitteellisen validiteetin takia. Ehkä myös tästä syystä Suomessa mielenterveyden häiriöiden luokittelu perustuukin lähtökohdaisesti ICD-10-tautiluokitukseen. DSM-5-luokitus tarjoaa kuitenkin parempia välineitä potilaiden hoitoon, koska se on kehittynyt kliiniseen työhön. Uusimassa eli viidennessä versiossa (DSM-5) häiriöiden ryhmittelyä on tarkennettu uutta tutkimustietoa mukailevaksi ja se sisältää enemmän erilaisia arviointiasteikkoja, jotka mittaavat oireiden vaikeutta ja toimintakykyä. (Isometsä & Paunio 2013.)

Kuten edellä diagnostisten kriteerien luokittelujen yhteydessä on voitu huomata, ICD-10-tautiluokitus on huomattavan rajattu syömishäiriöiden kohdalla. Varsinaisia syömishäiriöitä on käytännössä kaksi kappaletta ja niihin on melko tiukat kriteerit; jos yksikin kriteeri puuttuu, diagnoosi putoaa epätyypillisiin muotoihin. Raevuori ja Ebeling (2016) kertovat, että DSM-5 -järjestelmässä varsinainen laihuushäiriö ja ahmimishäiriö kattavat suuren osan ICD-10-

tautiluokituksen epätyypillisistä syömishäiriöistä, mikä jo itsenään kuvastaa sitä, että ICD-10-tautiluokitus on hyvin ”säälimätön”.

Suurin ongelmakohta syömishäiriöiden yhä yleistyvämmässä ja monimuotoisempia ulottuvuuksia keräävässä häiriöluokassa on varhainen tunnistaminen. Mikäli lähtökohta syömishäiriöiden tunnistamiseen on diagnostiset kriteerit, jää silloin huomiotta syömishäiriövaarassa olevat.

DSM-5 -luokituksen muutokset ja varhainen tunnistaminen

Australialainen yleislääkäri Rowe (2017) nostaa artikkelissaan esille nykyisen DSM-5-luokituksen, joka on avarampi ja spesifimpi asettamaan syömishäiriöille diagnooseja. DSM-5-luokituksessa diagnostisia kriteereitä sekä välittömän sairaalahoidon kriteereitä on muutettu. Anorexia nervosan sekä bulimia nervosan diagnostiset kriteerit uudistettiin. Kriteereitä käytännössä ”höllennettiin” poistamalla anorexia nervosan diagnostisista kriteereistä esimerkiksi amenorea (kuukautisten puuttuminen) sekä bulimia nervosan kriteereistä ahmimiskohtauksia vähennettiin 1 kertaan viikossa. Muutostyössä tautiluokitukseen myös lisättiin kaikki epätyypilliset syömishäiriöt mukaan lukien BED, pica (ei ruuaksi tarkoitettujen asioiden syöminen), ruminaatiohäiriö (ruuan märehtiminen) ja AFRID (avoidant/restrictive food intake disorder). Epätyypilliset syömishäiriöt myös jaettiin kahteen eri diagnostiseen kategoriaan (OSFED= other specified feeding or eating disorder, UFED=unspecified feeding or eating disorder) aiemman yhden sijasta (EDNOS= eating disorder not otherwise specified). Muutostyöllä pyrittiin siihen, että oireille ja käyttäytymiselle saadaan parempi kuvaus sekä se sallii spesifimmän diagnosoinnin. Nämä helpottavat aloittamaan täsmällisemmän ja oikea-aikaisemman hoidon. Muutokset laajentavat spesifien syömishäiriöiden (anorexia nervosa, bulimia nervosa) kriteereitä sekä kategorisoivat täsmällisemmin aiempia epätyypillisten syömishäiriöiden diagnostisia ryhmiä (EDNOS). (Rowe 2017.)

Tällaiset muutokset edesauttavat myös varhaista tunnistamista, mutta ongelmana on, että Suomessa on käytössä pääsääntöisesti ICD-10-tautiluokitus, mikä on paljon suppeampi ja rajatumpi. Tämä aiheuttaa sen, että diagnoosia ei aseteta, jolloin henkilö ei myöskään saa apua. Tämä taas johtaa siihen, että ennaltaehkäisy jää tekemättä. DSM-5-luokitus on avarampi ja antaa enemmän

vaihtoehtoja asettaa diagnoosi myös sellaiselle henkilölle, jonka häiriö ei ole vielä edennyt kovin pitkälle. Tämä on ennaltaehkäisyä; asioihin puututaan jo varhaisessa vaiheessa, jolloin säästytään jatkossa suuremmilta ja pidemmiltä hoidoilta, sairausajalta sekä myös kustannuksilta.

Diagnoosin asettaminen on tärkeää ainoastaan siitä syystä, että sairastunut saa hoitoa ja hoito pystytään kohdistamaan oikealla tavalla. Artikkelissaan Yeo ja Hughes (2011) painottavat, että vaikka diagnostiset kriteerit ovat hyödyllinen ohjenuora, lääkärin tulisi harkita interventiota häiriintyneen syömisen ja epänormaalin käyttäytymisen esiintyessä, vaikka kriteerit eivät olisikaan läsnä.

3 SAIRASTUNEEN MAAILMA – ETIOLOGIAA

Keski-Rahkosen ym. (2001) syömishäiriöiden syitä ja tekijöitä esittelevän katsauksen mukaan syömishäiriöiden etiologia on tuntematon ja vaikka artikkeli on vuodelta 2001, tämä pitäneekä paikkansa edelleen. Tämä on sinänsä ehkä hieman kummallista, jos tarkastellaan, kuinka vanhoja sairauksia syömishäiriöt ovat. Katsaukseen (Keski-Rahkonen ym. 2001) viitaten laihuushäiriön klassiset kuvaukset ovat jo 1800-luvulta.

Syömishäiriöitä on siis ollut miltei aina ja kaikkialla maailmassa, siksi ei voidakaan yksinään syyttää nykyistä laihuutta ja kauneutta ihannoivaa länsimaista kulttuuria, joka toki on tuonut lisää pontta sairastavuuteen. Syömishäiriöt ovat saaneet monia uusia ”ulottuvuuksia” ja epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä (Käypä hoito –suositus, 2014; Syömishäiriökeskus 2017; Suomen mielenterveysseura s.a.). Nykyään epätyypillistä syömishäiriötä sairastavia on enemmän kuin ”puhtaita” anorektikoita tai bulimikoita.

Aiemmin on ajateltu syömishäiriöiden johtuvan muuan muassa epätyytyväisyydestä omaan kehoon, huonosta itsetunnosta ja näitä seikkoja korostavasta nykyisestä länsimaisesta kulttuurista, jossa ihailaan täydellisiä laihoja malleja. (Keski-Rahkonen ym. 2001.) Syömishäiriöiden etiologiaa, eli syitä sairastumiselle on yritetty selittää monen eri tekijän kautta ja häiriöön altistumiseen vaikuttavia tekijöitä on yritetty löytää esimerkiksi biologisista, psykologisista sekä kulttuurisidonnaisista ulottuvuuksista.

3.1 Perinnöllisyys ja geneettiset tekijät

Geneettisillä tekijöillä sekä persoonallisuuden piirteillä on havaittu olevan tutkimusten perusteella merkitystä (Keski-Rahkonen ym. 2001). Persoonallisuudenpiirteitä, jotka altistavat laihuushäiriölle ja ahmimishäiriölle ovat taipumus perfektionismiin, obsessis-kompulsiiviset (pakkomielleiset-pakonomaiset) piirteet, ahdistumisherkkyyys ja itsetunnon hauraus (Raevuori & Ebeling 2016). Nykyään ajatellaan, että syömishäiriö syntyy perimän sekä ympäristön yhteisvaikutuksesta. Toisin kuin ennen ajateltiin, nykyään uskotaan, että syömishäiriöt ovat perinnöllisiä, mutta perinnöllistä ei välttämättä ole sairauden oireilun ilmiäsu vaan esimerkiksi persoonallisuuden rakenne, joka altistaa oireilulle. Keski-Rahkonen ym. (2001) kirjoittaa, että ”syömishäiriöiden viimeaikainen yleistymisen viittaa siihen, että syömishäiriöille altistava ympäristövaikutus on voimistunut tai että muuttuneet elinolosuhteet ovat nostaneet esiin aiemmin piilevinä pysyneitä tai eri lailla ilmentyneitä geenejä”. Tätä taustaa vasten ajateltuna persoonallisuudenpiirteet, kuten perfektionistinen persoonallisuus ja hauras itsetunto, ovat siis jo pidemmän aikaa olleet tiedossa olevia riskitekijöitä syömishäiriöille, mutta ehkä juuri nämä persoonallisuudenpiirteet ovat niitä periytyviä tekijöitä, jotka altistavat oireilulle.

Geneettisellä tasolla on kaksostutkimuksissa voitu osoittaa, että murrosiän hormonaaliset muutokset aktivoivat tyttöjen häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä sääteleviä geenejä, jolloin alttius syömishäiriölle kasvaa. Myös syömishäiriöissä usein vallalla oleva määrällinen sekä laadullinen aliravitsemus voi vaikuttaa geenien metylaatioon (kemialliset muutokset DNA:ssa). Näiden lisäksi jo äidin raskaudenaikaisella ruokavaliolla, hormonaalisella tasapainolla ja lapsen imeväiskauden ravitsemuksella on vaikutusta lapsen syömistä säätelevien ja hypotalamus-hypofyysi-lisämunuaisakselin (HPA-glukokortikoidi-reseptorit) toimintaa säätelevien geenien aktiivisuuteen. (Raevuori & Ebeling 2016.)

3.2 Aivokemiallinen näkökulma

Syömishäiriöitä on yritetty selittää ja tutkia myös aivojen tasolla, ja tutkijat ovatkin saaneet nousevaa näyttöä siitä, että syömishäiriöt saavat alkunsa aivoissa. Karhunen ym. ovat kirjoittaneet jo vuonna 2003 tutkimuskatsauksen liittyen aivojen kuvantamiseen syömishäiriöiden sekä lihavuuden tutkimukses-

sa, sekä tuoreinta tutkimustietoa löytyi myös vuodelta 2016 Weirin kirjoittamasta tutkimusartikkelista Amerikan psykologisen yhdistyksen sivuilta.

Karhunen ym. (2003) katsauksessa käsiteltiin keskushermoston merkitystä liittyen syömiskäyttäytymiseen ja painon säätelyyn. Tuolloin vähäisen tutkimustiedon nojalla oli osoitettu syömishäiriöihin mahdollisesti liittyvän poikkeavuuksia aivojen rakenteessa sekä eräiden isoaiukuoren ja aivojen limbisten alueiden toiminnassa. Näiden lisäksi oli havaittu poikkeavuuksia myös välittäjäaine-reseptorijärjestelmien toiminnassa, kuten serotonergisessä ja dopaminergisessä neurotransmissiossa. (Karhunen ym. 2003.) Karhunen ym. (2003) katsaus on vuodelta 2003 ja tällöin aiheesta saatua tutkimustietoa on ollut suhteellisen vähän. Weirin (2016) tutkimus kuitenkin nostaa nämä yllä luetellut osa-alueet tarkempaan tarkasteluun; niille on löydetty tarkempia selittäviä tekijöitä.

Sairauksien perustana aivoalueiden ja hermokiertojen poikkeavuudet

Weirin (2016) tutkimuskatsauksessa Kalifornian yliopiston Syömishäiriöiden hoito ja tutkimus -ohjelman johtaja Walter Kaye ja muut tutkijat olivat alkaneet erotella aivoalueita ja hermokiertoja, jotka ovat sairauksien perustana. Löydökset liittyivät muun muassa aivojen palkkiojärjestelmään (palkkioppiminen, learning from reward), dopamiinivälitteiseen johdotukseen (dopamine-related reward circuitry) sekä aivoalueiden rakenteellisiin ja toiminnallisiin poikkeavuuksiin. Tärkeä löydös oli aivojen palkkiojärjestelmään liittyvä virheellinen käsittely. Tällä virheellisellä käsittelyllä näyttäisi olevan merkittävä piirre syömishäiriöissä. (Weir 2016.)

Palkkioppiminen (learning from reward) on muinainen kyky kautta eläinkunnan ja tämä tapahtumasarja ohjaa voimakkaasti erityisesti syömiskäyttäytymistä. (Weir 2016.) ”Kun syömme palan suklaakakkua, olemme palkittuja sen maun tuomasta mielihyvästä ja haluamme ottaa toisen palan” (Weir 2016). Laihuushäiriössä kyseinen tapahtumasarja eli palkkioprosessi kuitenkin hajoaa. Laihuushäiriöissä palkkioppimisen tasapaino on muuttunut, mikä aiheuttaa sen, että heillä vaikeuksia ohjelmoida palkkio, ja lisäksi he ovat yliherkkiä rangaistukselle. Toisin sanoen laihuushäiriöisellä esimerkiksi suklaakakun palasesta saatu mielihyvän kokemus eli palkkio jää saamatta. Eräissä de-

monstraatioissa, jossa läpivalaistiin terveiden naisten sekä laihuushäiriöisten naisten aivoja vedonlyöntipeliä pelatessa laihuushäiriöisen aivoissa kierto, joka käsittää palkkioprosessin oli vähemmän aktiivinen kun hän voitti, mutta enemmän aktiivinen kun hän hävisi. (Weir 2016.) Laihuushäiriöinen saa siis pikemminkin palkkion itsensä rankaisemisesta.

Samaisessa palkkiojärjestelmässä toimii neurovälittäjänä dopamiini, joka motivoi meitä katkaisemaan palkkion hakemisen uudestaan eli esimerkiksi toiminnon ottaa toinen pala suklaakakkua. Psykiatrian professorin Guido Frankin tutkimuksen mukaan ahmimishäiriössä ja laihuushäiriössä myös dopamiinin toiminta on muuttunut – mutta vastakkaisilla tavoilla. Ahmimishäiriössä reaktio on normaalia heikompi niillä aivoalueilla, jotka ovat osa dopamiinivälitteistä johdotusta (dopamine-related reward circuitry), kun taas laihuushäiriössä palkintokierros (reward circuits) on ylisensitiivinen ruokaan liittyvään ärsykykseen (food-related stimuli). (Weir 2016.) Ahmimishäiriöisellä dopamiinivälitteisen palkkiojärjestelmän reaktio on siis heikompi, joten heidän on vaikeampi vastustaa ja olla ottamatta toista palaa tätä suklaakakkua; kun taas laihuushäiriöisellä reaktio on herkempi, yliherkkä, ja vastustus ottaa suklaakakkua on ikään kuin ainut vaihtoehto.

Tutkijat olivat tunnistaneet vialliselle palkkiojärjestelmälle useita aivoalueita, jotka olisivat mahdollisia ”rikollisia” tälle virheelliselle toiminnalle. Aivoalueet liittyivät muuan muassa viestitykseen ”milloin lopettaa syöminen” sekä maku tuntemuksia prosessoiviin alueisiin. Aivoalueella (orbital cortex), joka liittyy viestitykseen syömisestä lopettamisesta, havaittiin olevan sekä rakenteellisia että toiminnallisia eroavaisuuksia laihuushäiriöisillä ja ahmimishäiriöisillä. Laihuushäiriöisillä myös näyttäisi olevan enemmän aktiiviteettia aivoalueella, joka linkittyy rituaali-/rutiiniomaiseen käyttäytymiseen (habitual behaviour). Tämä kertoo siitä, että laihuushäiriöisen valtava tahdonvoima olla syömättä olisi pikemminkin opittu tai opeteltu tapa tai tottumus, ”aivoihin koodattu toiminto”. (Weir 2016.)

Laihuushäiriöisillä makutuntemuksia prosessoiva muuttunut aivoalue on myös osallinen ”kykyyn tunnistaa ruumiillisia viestejä”. Weirin (2016) artikkelissa neurotieteen ja psykologian professori Nancy Zucker kuvailee, että: ”Monet ihmiset huomioivat vain kehonsa naksahdukset ja kuraukset, kun jokin on pie-

lessä,– kun heidän maha murisee nälästä tai sydän jättää lyönnin väliin”. Käsit-
tyksen nimeltä ”sisäelin yliherkkyys” (visceral hypersensitivity) mukaan lai-
huushäiriöiset saattavat poimia kehollista ”meteliä” (bodily ”noise”), johon me
muut emme kiinnitä huomiota. (Weir 2016.) Teorian mukaan he ovat siis yli-
herkkiä tuntemaan kehonsa tuntemuksia. ”Palaute heidän fysiologiastaan on
jatkuvasti häiritsemässä heidän kykyään keskittyä” sanoo Zucker. Zucker us-
koo, että äärimmäinen ruuan rajoittaminen voikin olla selviytymisreaktio tuolle
yliherkkyydelle, koska vastareaktiona nälkiintyessään keho hidastaa tahtiaan,
esimerkiksi sydämen syke laskee ja kuukautiskierto pysähtyy. Eli koko keho
muuttuu ikään kuin vaimennetuksi. (Weir 2016.) Toisin sanoen, kun elimistö
hidastaa toimintojaan, on myös sen fysiologinen viestintä hiljaisempaa, jolloin
laihuushäiriöinen ei havaitse yhtä paljon kehollista ”meteliä” ja hänen on hel-
pompia keskittyä asioihin, tekemiseen ja ylipäätensä olemiseen. Saattaa olla
kuitenkin vaikea tietää onko tietyt aivomuutokset syy vai seuraus syömishäiriö-
ille (Weir 2016).

Syömishäiriöissä aivoissa tapahtuvat kemialliset muutokset edesauttavat häi-
riöllisen käyttäytymisen sekä ajattelutapojen ylläpitämistä. Osa näistä aivoke-
miallisista muutoksista on ilmeisimmin jo entuudestaan muuttuneita ja osa
muutoksista kehittyy vastareaktiona syömistottumuksille, eli nälkiintymisen tai
ahmimisen ja paastoamisen vuorottelun myötä (Weir 2016). Kuten Heimo ja
Sailola (2014, 95) kuvaavat: ”vaikka aliravitsemus alun perin aiheutuisi fysio-
logisesta syystä, tilan seuraukset ovat aina myös psyykkisiä”. Eli mitä pidem-
mälle syömishäiriö pääsee etenemään, sitä suurempaa tuhoa pääsee tapah-
tumaan myös aivoissa, mikä selittänee sairauden pitkäkestoisuutta ja hidasta
paranemista. Aivojen tasolla tapahtuneet muutokset eivät tapahdu yhdessä
yössä – kuten eivät myöskään parane.

3.3 Syitä häiriökäyttäytymiselle

Heimon ja Sailolan (2014) mukaan syömishäiriöille on altistavia (esimerkiksi
geneettiset tekijät), laukaisevia (esimerkiksi laihuutta ihannoiva kulttuuri) ja
ylläpitäviä tekijöitä (esimerkiksi aivokemialliset muutokset). Altistavien, laukai-
sevien sekä ylläpitävien tekijöiden ohella on kuitenkin huomioitava, mistä
syömishäiriökäyttäytymisessä todella on kyse. Syömishäiriöissä tulisi pyrkiä
ymmärtämään syömishäiriön yksilöllinen merkitys ja funktio (Isomaa & Isomaa
2016). Vaikka syömishäiriö saattaa usein alkaa viattomasta laihduttamisesta

ja näyttäytyy tällöin ulkopuoliselle niin, että henkilö haluaa vain laihtua, koska hän kokee olevansa jollain tapaa epäsoviva ulkoisesti, on tämä kuitenkin vain peili, jonka taakse sairaus piiloutuu. Seuraavassa on esimerkkejä syömishäiriöiden syistä, jotka auttavat näkemään tämän peilin taakse ja avartavat sairauden luonnetta.

Sisäänpäin kääntynyt paha olo

Syömishäiriössä on usein kyse sisäänpäin kääntyneestä pahasta olostä (Heimo & Sailola 2014). Isomaat (2016) kuvailevat, että ”sairastumisen alussa syömishäiriö ei ole nuorelle ongelma, vaan yritys ratkaista ongelmallinen tilanne, jossa käytettävissä olevat käyttäytymis- ja ratkaisumallit eivät ole riittäviä”. Sairastuneelle rakentuu tapa hallita tunteita ja käyttäytymistä syömisestä ja kehon hallinnan ylikorostuneen merkityksen kautta (Isomaa & Isomaa, 2016). Syöminen tai syömättömyys voi myös valikoitua keinoksi säädellä tunne-elämää (Heimo & Sailola 2014, 30).

Syömishäiriön taustalla on usein esimerkiksi jokin asia, ongelma, tapahtuma, tunne, pelko tai ahdistus, jota henkilö pyrkii käsittelemään ruuan ja kehon kautta. Heimon ja Sailolan (2014, 104) mukaan ulospäin havaittavat oireet ovatkin keinoja helpottaa henkistä oloa. Syömishäiriö on siis todellisuudessa oire jostakin, ja tämän oirekäyttäytymisen taustalla jokin asia, mitä henkilö oireilullaan pyrkii käsittelemään tai kontrolloimaan. Heimo ja Sailola (2014) ohjaavatkin syömishäiriöisen kanssa toimiessa pohtimaan, mitä henkilölle on tapahtunut ja onko jotain, mitä sairastunut ei kenties halua itselleenkin tunnustaa. Väite, että syömishäiriössä on kyse vain laihduttamisesta, on siis hyvin tuulesta temmattu. Laihduttamisen mennessä siihen pisteeseen, että sitä voidaan kutsua syömishäiriöksi, on usein laihduttaminen vain peitenimi kontrolloivalle toiminnalle, jonkin asian käsittelylle.

Riippuvuusasetelma

Sanotaan myös, että syömishäiriöissä on paljon yhteneväisyyttä riippuvuus-sairauksien kanssa; tätä samaa näkökulmaa on tarkastellut muun muassa Valkendorff väitöskirjassaan (2014) ja artikkelissaan (2008) sekä Välimäki pro gradu –tutkielmassaan (2014). Syömishäiriö usein kulkee tietyn kaavan mu-

kaan; Lehtismäki-Hyvönen (2016) on kuvaillut teoksessaan Anoreksia – pako mielen vankilasta, laihuushäiriön kulkua, jossa sairauden vaiheet etenevät alku viehtymyksestä salailuun, masennukseen, ruumiinkuvan vääristymisiin ja oman identiteetin kadottamisen kautta kohti kärsimystä.

Aluksi on sairauden alku, joka voi monesti alkaa esimerkiksi viattomasta kommentista liittyen ulkonäköön ja tätä seuraavasta laihduttamisesta. Henkilö kokeilee laihduttamista, se tuntuu hyvälle ja tuloksia alkaa näkyä sekä henkilö saa lisää itsevarmuutta. Tätä vaihetta kutsutaan kuherrusvaiheeksi/viehtymysvaiheeksi. (Lehtismäki-Hyvönen 2016.) Mitä enemmän kiloja puutoaa tai mitä pakonomaisemmaksi esimerkiksi ahmimis-oksentamisrituaalit muuttuvat, sitä enemmän käsitys itsestä ja omasta ruumiinkuvasta vääristyy ja tilanne täytyy salata.

Kuherrusvaihetta seuraa ennen pitkää kärsimysvaihe, jota voidaan verrata myös riippuvuuteen – henkilö jää koukkuun uusiin rituaaleihinsa ja käyttäytymismalleihinsa. Henkilö huomaa, että esimerkiksi laihduttaminen tai ylensyönti, oksentelu, pakonomainen liikkuminen... ei tunnukaan enää hyvältä, eikä anna samoja ”fiiliksiä” kuin alussa, vaan kaikki alkaakin tuntua pikemmin kidutukselta. (Valkendorff 2008; Lehtismäki-Hyvönen 2016.) ”Syömishäiriön orjuuttavuutta voi verrata ahdistavaan uskonnonharjoitukseen, jossa on dogmeja, riittejä, ehdottomia auktoriteetteja, pelkoja ja lepytteleviä uhreja” (Heimo & Sailola 2014, 107). Tietyistä toiminnoista ja opituista rutiineista pidättäytyminen aiheuttaa ikään kuin vieroitusoireita muistuttavia tuntemuksia. Henkilö siis tuntee tilan pahana mutta jatkaa silti - aivan kuin jokin pään sisällä pakottaisi jatkamaan - kuten monissa riippuvuuksissa. Sairastunut jatkaa sairauden käytäntöjä jopa vaikeista terveyshaitoista huolimatta. Riippuvuus vaatii täten koko ajan enemmän ja samalla tekee olon yhä kurjemmaksi. Tässä sairauden vaiheessa on helpompi jatkaa kuin lopettaa ja jossain kohtaa henkilö ei enää uskalla lopettaa. (Valkendorff 2008.)

Kuten Heimo ja Sailola (2014, 107) kuvailevat seuraavanlaisesti: ”Jopa vähäiset muutokset omiin suunnitelmiin saattavat tuntua valtavan uhkaavilta: pieni repsahdus vie koko elämän hunningolle”. Lopettaminen on vaikeaa, sillä pitkään jatkunut elämän ja oman kehon sekä mielen hallinnan ja kontrolloinnin menettäminen tuntuu ylitsempääsemättömän ahdistavalta. Oireesta syntyy en-

nen pitkää pakkomielle, ja on unohdettu se, mikä tämän aiheutti, kuten Iso-maat (2016) kuvailevat ”yksilöllinen merkitys ja funktio, minkä syömishäiriö on sairastuneen elämässä ottanut”.

Elämäntapa ja identiteetti

Tarpeeksi pitkään jatkuessaan toiminta lisääntyy ja muuttuu vakavammaksi, oireet alkavat rutinoitua ja käyttäytymisestä tulee elämäntapa; tällöin häiriö määrittelee kyseisen henkilön koko identiteetin ja minuuden. Tämän Välimäki nostaa esille pro gradu -tutkielmassaan (2014, 14) viitatessaan muihin tutkimuksiin ja kuvailee sitä, kuinka syömishäiriöstä syntyy elämäntapa. Henkilön määriteltessä koko minuutensa, persoonallisuutensa ja tapansa toimia ja elää häiriöllisen käyttäytymisen kautta, täytyy hänen käydä läpi kokonaisvaltainen muutosprosessi. Syömishäiriöisen täytyy kyseenalaistaa ja muuttaa tapansa ajatella ja toimia sekä määritellä oma minuutensa ja identiteettinsä uudestaan. (Välimäki 2014, 14.)

Ei ole siis ihme, että sairaus on pitkäkestoinen ja aaltoileva, osalle sairastuneista lopun elämää mukana kulkeva kumppani, osa identiteettiä. Viitaten Välimäkeä (2014, 11–12): ”Jos syömishäiriö merkityksellistyy elämäntavaksi, tavaksi ajatella ja toimia eli elää ja olla, nousevat esille kysymykset, mikä on minun tapani elää ja kuka minä olen”. Kuten Välimäkikin (2014, 11–12) pohtii, niin toipumisvaiheessa syömishäiriön tulisi merkityksellistyä sairaudeksi elämäntavan sijaan, jolloin sairaudesta halutaan päästä eroon ja tällöin paraneminen ei enää uhkaisi henkilön identiteettiä.

4 VARHAINEN TUNNISTAMINEN

Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää ennen kaikkea paremman ennusteen kannalta. Häiriön diagnosointi on oleellista hoidon ja ennusteen arvioinnin kannalta. (Raevuori & Ebeling 2016.) Mitä aikaisemmin sairaus tunnistetaan ja sairastunut ohjataan hoidon piiriin, sitä parempi on ennuste. Usein myös hoitotulokset ovat onnistuneempia sekä koko hoitoprosessi on lyhyempi. Häiriön diagnosointi on tärkeää ainoastaan siksi, että sairastunut todella saisi hoitoa ja hänen tilansa otettaisiin vakavasti huomioon siitä, täytyvätkö varsinaisten syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit.

Perusterveydenhuollon tehtävänä olisi tunnistaa syömishäiriö ja puuttua siihen tarpeeksi aikaisessa vaiheessa. Kuitenkin tunnistaminen, puuttuminen sekä aktiivisen hoito-otteen luominen ovat terveydenhuoltojärjestelmän haasteita. (Suokas 2015.)

Lääkärilehdessä Suokas (2015) kirjoittaa, että syömishäiriöiden tunnistaminen on vaikeampaa kuin muiden mielenterveyshäiriöiden ja tästä syystä diagno-soiminen tapahtuu usein pitkällä viiveellä oireiden alkamisesta. Suokkaan (2015) sekä Yeon ja Hughesin (2011) mukaan tyytymättömyys omaan ulkonäköön, huolet kehonkuvasta sekä laihduttaminen ovat yleistä, ja normaalin sekä häiriintyneen syömisen raja on liukuva. Tästä syystä voikin olla haastavaa tunnistaa tästä syömishäiriöiden äärimmäisestä kirjosta he, jotka ovat syömishäiriö riskissä (Yeo & Hughes 2011).

Tärkein tapa selvittää syömishäiriön mahdollisuutta ja toteuttaa varhaista tunnistamista on suoraan asiasta kysyminen. Suokas (2015) sekä Käypä hoito -suositus (2014) suosittavatkin kysymään aktiivisesti syömiseen liittyvistä ongelmista aina, jos herää edes pieni epäily mahdollisesta häiriöstä. Pienikin puuttuminen voi normalisoida koko tilanteen (Käypä hoito – suositus 2014; Suokas 2015).

4.1 Varhaisen tunnistamisen tärkeys

Yleislääkäri Elizabeth Rowe (2017) kirjoittaa Australian lääketieteen lehdessä artikkelissaan syömishäiriöiden varhaisesta tunnistamisesta, erityisesti peruslääkäreiden ja perusterveydenhuollon näkökulmasta. Peruslääkärit (yleislääkäri GP), perusterveydenhuolto, opettajat, urheiluvalmentajat sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset ovat ykkösasemassa syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja tätä kautta myös ennaltaehkäisyssä (Rowe 2017; Käypä hoito – suositus 2014). Syömishäiriöt hoidetaan pääasiassa perusterveydenhuollon puolella ja esimerkiksi nuorten palveluista koulu- ja opiskelu-terveydenhoitajat sekä aikuisten puolella terveysasemien sairaanhoitajat ovat niitä tahoja, missä näitä syömishäiriön reunalla tasapainoilevia nuoria ja nuoria aikuisia kohdataan. Kuitenkin, suuri ongelma on se, että terveydenhuollon ammattilaiset on opetettu suppeasti ja melko huonosti tunnistamaan epätyypillisiä syömishäiriöitä saati syömishäiriö vaarassa olevia henkilöitä. Rowe (2017) kirjoittaa myös, että peruslääkäreillä ei ole varmuutta puuttua tilantee-

seen varhaisessa vaiheessa, vaikka peruslääkärit ovat usein ensimmäisiä ta-
hoja, joita konsultoidaan kun on kyse syömishäiriöistä tai niiden monikirjavista
variaatioista (Rowe 2017).

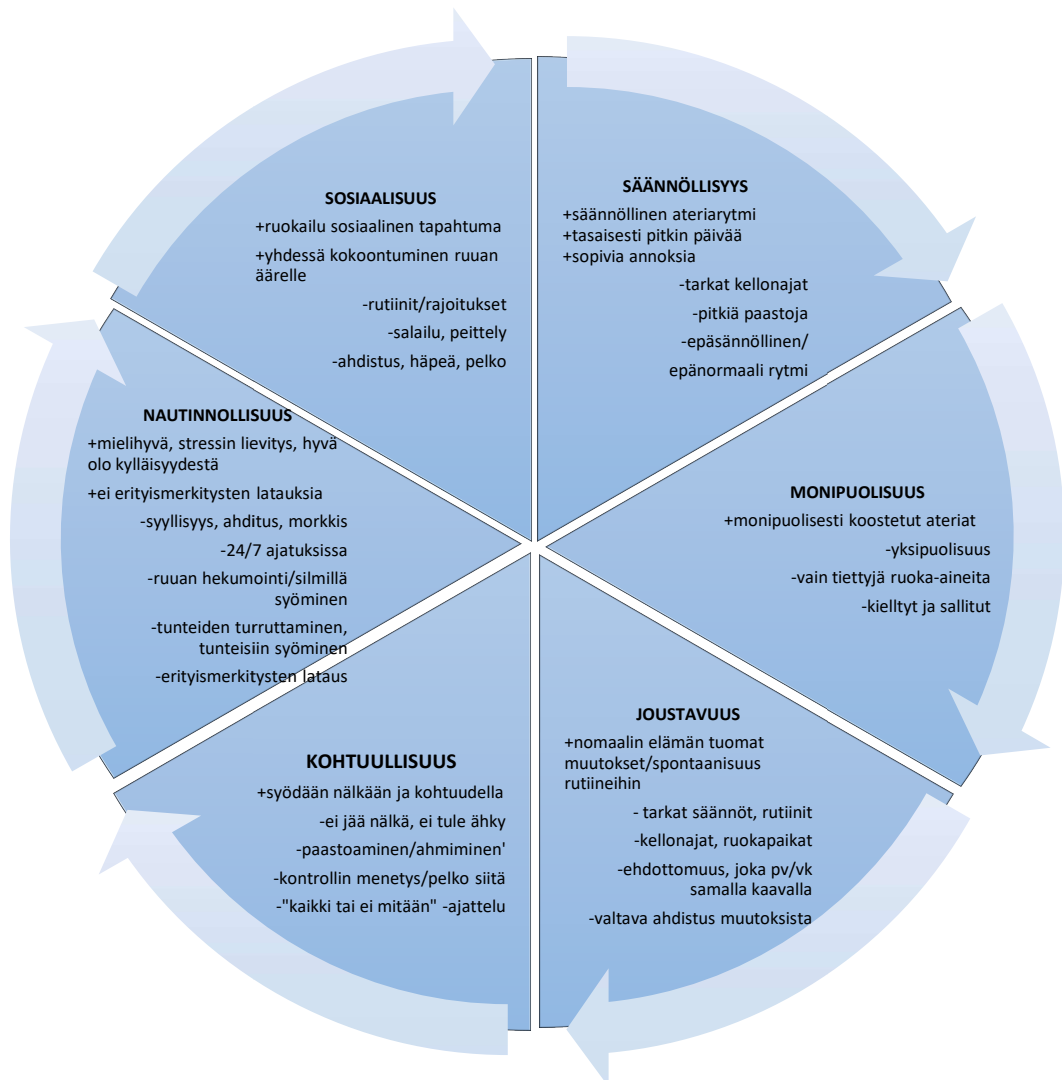
Rowen (2017) mukaan varhainen tunnistaminen ja interventio voisivat merkit-
tävästi edesauttaa parempiin lopputuloksiin. Syömishäiriöt ovat potentiaalis-
esti hengenvaarallisia sairauksia ja niihin liittyy merkittäviä lääketieteellisiä sekä
psykososiaalisia seurauksia (Rowe 2017). Sen ohella, että syömishäiriöiden
hoito olisi tehokkaampaa ja ennuste parempi, myös yhteiskunnallisesta näkö-
kulmasta varhainen tunnistaminen on tärkeää. Syömishäiriöt aiheuttavat sub-
jekttiivista tuskaa sairastuneelle itselleen, kuten vakavia psyykkisiä, fyysisiä
sekä sosiaalisia haittoja, mutta myös objektiivisesti tarkasteltuna sairastuneen
läheisille sekä sosioekonomiselta näkökannalta myös yhteiskunnalle taloudel-
lista haittaa. Varhaisella tunnistamisella voidaan rajoittaa vaikutusta syömis-
häiriöiden fyysisten, psyykkisten sekä taloudellisten lopputulemien suhteen
(Rowe 2017).

Aikaisen intervention antaminen voi rajoittaa sairauden etenemistä ja parantaa
lopputuloksia. Tästä syystä olisi tarkoituksenmukaista, että lääketieteellinen
hoito aloitettaisiin ennen kuin potilas täyttää tietyn syömishäiriön diagnostiset
kriteerit. Tällä tavalla saadaan katkaistua oireiden eteneminen ja optimoitua
ennustetta. (Rowe 2017.) Tietyn syömishäiriön (esimerkiksi laihuushäiriö, ah-
mimishäiriö, ahmintahäiriö) diagnostisten kriteerien täytyessä sairaus on
usein jo hyvin pitkällä, ja hoidon aloittaminen on entistä vaikeampaa. Terve-
denhuollon ammattilaiset tuijottavat liian järkkymättömästi diagnostisia kritee-
reitä, jolloin ne henkilöt, jotka vielä tasapainoilevat normaalin ja epänormaalin
rajalla jäävät huomiotta ja ennen pitkää hekin mahtuvat näiden diagnostisten
kriteerien sisälle. Tässä vaiheessa syömishäiriöinen on päässyt jo hyvin sisäl-
le sairauteensa ja sairaaseen maailmaansa, mistä syystä sairastunut ei suos-
tu myöntämään tai ei koe olevansa sairas, eikä täten halua ottaa usein myös-
kään hoitoa vastaan. Isomaa & Isomaa (2016) kuvailevatkin, että sairastunut
kokee vahvaa ambivalenssia parantumisestaan eli toisin sanoen sairastunut ei
osaa päättää haluaako tai uskaltaako hän parantua.

4.2 Häiriintynyt ja normaali ruokasuhde

Kuka ja mikä sitten vetää rajan sille, mikä on häiriintynyttä syömistä ja mikä normaalia? Olen käyttänyt asian havainnollistamiseen lähteenä Heimon ja Sailolan Tasapainoa! Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy – kirjaa (2014), koska heidän esimerkkinsä linkittyy suoraan syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja siinä havaittaviin muutoksiin syömisessä ja ruokasuhteessa.

Syömisessä on ongelmia tai se on häiriintynyttä silloin, kun se haittaa jokapäiväistä elämää; oli se sitten psyykkisellä, fyysisellä tai sosiaalisella tasolla. Psykologian tohtori, ratkaisukeskeinen psykoterapeutti Susan Anglen määrittelee terveen ruokasuhteen ja syömisen kuudella sanalla: säännöllisyys, monipuolisuus, joustavuus, kohtuullisuus, nautinnollisuus ja sosiaalisuus (Heimo & Sailola 2014, 37; Kuva 1.). Näiden kuuden ulottuvuuden avulla saadaan koottua tasapainoinen ja terve suhde ruokaan ja syömiseen.



Kuva 1. Normaali ja epänormaali ruokasuhteympyrä (Heimo & Sailola 2014).

Säännöllisyys ja monipuolisuus kuvastavat ruokaa ja syömistä yleisellä tasolla – säännöllinen ateriarytmi ja monipuolisesti koostetut ateriat – ja tässä usein nähdään ensimmäiset ongelmat syömishäiriöisen kohdalla. Ateriarytmi on usein epänormaali ja sitä saatetaan noudattaa hyvin orjallisesti. Ateriarytmi voi koostua esimerkiksi vain yhdestä ateriasta, joka syödään myöhään illalla tiettyyn kellonaikaan. Ruokavalio saattaa olla hyvin epämääräisesti koostettu, yksittäisistä ruoka-aineista, ja sisältää esimerkiksi sallittuja ja kiellettyjä tai ahmittavia ruokia. (Heimo & Sailola 2014.)

Joustavuus on todella hyvä erottaja häiriintyneen ja normaalin syömisen ja ruokasuhteen rajaa vedettäessä ja arvioitaessa. Syömishäiriöinen voi olla hyvin joustamaton omien ruokasääntöjen tai esimerkiksi sallittujen ja ei-sallittujen ruoka-aineiden suhteen. Heimo ja Sailola (2014, 38) kirjoittavatkin, että henkilön jakaessa ruokia jäykästi kiellettyihin ja sallittuihin, tulisi asiasta keskustella: ”Mihin ruokavalioihanne perustuu? Miksi on lähdetty kieltojen tielle?”. Valintojen takana voi olla esimerkiksi kyse hetken mielijohdeesta, kokeilunhalusta, elämänfilosofiasta tai yksinkertaisesti siitä, että tietty ruoka-aine sopii huonosti toisen elimistölle. Kuitenkin sallittujen tai syötäväksi kelpaavien ruokien koko ajan kutistuessa, voidaan nähdä vahvoja viitteitä orastavalle syömishäiriölle. (Heimo & Sailola 2014.)

Syömishäiriöinen on usein myös hyvin ehdoton ruokavalinnoissaan tai suunnitelluissa ruokaluissaan. Syömishäiriöisen on helpompi olla syömättä muiden seurassa tai muiden nähden esimerkiksi kahviloissa, ravintoloissa ja koulussa, koska hänellä on usein tarkka suunnitelma päivän aikana syötävistä aterioista ja ruoka-aineista tai ahmittavista ruuista ja kellonajoista, jolloin toteuttaa nämä. Syömishäiriöisellä koko päivä tai viikko saattaa mennä pilalle sen takia, että omiin ruokailusääntöihin tai -suunnitelmiin tulee muutos. Syömishäiriöinen voi myös hävetä omia syömistottumuksiaan tai pelätä menettävänsä kontrollin syömisen kanssa. (Heimo & Sailola 2014.) Heimo ja Sailola (2014, 40) kuvaavat joustavuuden katoamista esimerkkillä: ”jos vaikkapa lounasta ei ole saanut kahdeltatoista, sitä ei saa syödä enää myöhemmin, vaan – epäloogista kyllä – koko ateria on jätettävä väliin”. Kohtuullisuus taas näkyy usein esimerkiksi ahmimis- ja ahmintahäiriöisen kohdalla ylenpalttisen ahmimisen ja sitä seuraavan paastoamisen kohdalla (Heimo & Sailola 2014).

Neljäntenä ulottuvuutena on nautinnollisuus, mikä usein puuttuu tai on häiriintynyt syömishäiriöisen suhteessa ruokaan ja syömiseen. Biologisen ohjelmoinnin kautta aivokemiallisten mekanismien toimiessa normaalisti ruoka antaa mielihyvää, vähentää stressiä sekä ateriana seuraava kylläisyys tuntuu miellyttävältä. Vaikka ruoka olisikin nautinnollinen asia, syömiseen ei kuitenkaan normaalisti ole myöskään tarvetta ladata erityismerkitystä. Syömisen nautinnollisuuteen terveellä tasolla ei myöskään normaalisti kuulu syyllisyyden tunteet juuri syödystä ateriasta tai herkusta. (Heimo ja Sailola 2014, 42.) Heimo ja Sailola (2014, 42) kuvailevat, että: tunnesyöjällä ruuan nautinnollisuus kostahtuu syyllisyyden tunteina, ahmintakohtauksessa ei ehdi juuri kokea nautintoja, kun ruokaa ahdetaan sellaisella tahdilla, ettei makuja välttämättä edes ehdi maistaa, syömishäiriöinen saattaa ajatella ruokaa koko valveillaoloajan sekä osa korvaa koko syömisen ruuan ”hekumoinnilla”. Yhteneväisyys kaikissa syömishäiriössä loppujen lopuksi on kuitenkin se, että ruuasta nauttiminen on häiriintynyttä.

Viimeisenä ulottuvuus on sosiaalisuus. Sosiaalisuus on hyvin oleellinen osa ruokakulttuuria ja syömistä. Sosiaalisuuteen vaikuttavat samanlaiset tekijät kuin joustavuuteen syömishäiriöisen kohdalla. ”Ruokarajoitukset, ehdottomat ateriarytmit, orjalliset liikuntaohjelmat ja syöpöttelyhimo eristävät ihmisen omiin pieniin piireihinsä. Käpertyminen on yksi syömishäiriön noidankehä” kuvailevat Heimo ja Sailola (2014, 43). Syömishäiriö valtaa henkilön elämän jossain kohtaa sairautta niin paljon, että kaverisuhteet kärsivät ja muu sosiaalinen elämä sekä kanssakäyminen käyvät hankalaksi. Spontaanisuus sosiaalisesta elämästä jää pois, kun yhdessäololle ja tapaamisille on oltava rationaalinen tai laskelmoiva tarkoitus. Eristäytyminen mahdollistaa myös häiriintyneen toiminnan, kuten ahmimisen ja oksentamisen, salaamisen. Syömisestä ja aterioista saattaa syntyä rituaalinomaisia tapahtumia, joihin halutaan keskittyä yksinäisyydessä. (Heimo & Sailola 2014.)

4.3 Syömishäiriövaarassa oleva

Syömishäiriö kehittyy pikkuhiljaa, ja usein sairastunut ei itsekään huomaa ajautuneensa häiriölliseen käyttäytymiseen. Syömisoireilu, kuten esimerkiksi ruuan panttaaminen, ahmiminen ja tyhjentäytyminen tai terveelliset elämäntavat, antaa usein jotakin; se voi olla helpotusta, ryhtiä, parempaa oloa, mielihy-

vää tai vaikka keino säädellä tunne-elämää. Kun asiat näyttävät päällepäin hyviltä, esimerkiksi ylipainoinen alkaa liikkua ja jättää herkut pois, sitä katsotaan hyvällä. (Heimo & Sailola 2014, 30.) On siis tärkeä pitää silmällä myös hyvältä näyttäviä muutoksia nuoren tai aikuisen käytöksessä. Lainatakseni Heimoa ja Sailolaa (2014, 31): ”Jos terveeltä vaikuttavat elintavat voivat nurinkurisesti olla sairauden ensimmäisiä merkkejä, miten asioiden todellisen laidan pystyy tunnistamaan?”. Tässä on koko varhaisen tunnistamisen ydin; kun henkilö muuttaa toimintaansa tai hänen syömiskäyttäytymisensä näyttävät aiheuttavan hänelle päänvaivaa, henkilö painii syömisen ja liikkumisen kanssa, on hyvä pysähtyä ja kysyä, mitä muutoksiin on vaikuttamassa. Kulissit ja todellisuus voivat kertoa hyvin eri asioista, mistä johtuen tulee selvittää esimerkiksi syömisiään tarkkailevalta ja liikkumistaan lisäävältä henkilöltä, että minkälaiset ajatukset, asenteet ja tunteet häntä ohjaavat (Heimo & Sailola 2014, 31). Näihin kysymyksiin saatujen vastausten pohjalta voidaan havainnoida, onko muutoksiin vaikuttavat seikat terveellä pohjalla vai ohjaako niitä vääristyneet ajatukset ja tunteet, mitkä voivat viitata orastavaan syömishäiriöön.

Heimo ja Sailola (2014, 103) kuvailevat syömishäiriöille olevan yhteistä käyttäytymisen lisäksi, ajattelun tai tunteiden olevan tavalla tai toisella vahingollisia suhteessa ruokaan, painoon, kehoon, liikuntaan sekä omaan itseen. Syömishäiriö vaarassa oleva on siis henkilö, joka ei täytä välttämättä edes epätyypillisten syömishäiriöiden diagnostisia kriteereitä, mutta hänen syömiskäyttäytymisensä sekä ajatusmaailmansa omaa kehoa, ulkomuotoa sekä ravitsemusta kohtaan on muuttunut jollain tasolla epänormaaliksi. Myös tilanteet, missä ulkopuoliset henkilöt (kuten vanhemmat, kaverit, koulun terveydenhoitaja) ovat huolissaan muuttuneesta käyttäytymisestä ja ajattelutavoista tai suuresta painonlaskusta voi kuvata syömishäiriöriskiä (Yeo & Hughes, 2011).

4.4 Varhaisen tunnistamisen keinoja

Vaikeaa syömishäiriöiden varhaisesta tunnistamisesta tekee häiriön hitaasti etenevä luonne, epäselvät tapaukset sekä sairauden viivästynyt esilletulo eli sairastunut harvoin tuo sairauttaan itse esille. Nuoren tai nuoren aikuisen haiketuessa hoitoon esimerkiksi epäselvien vatsavaivojen, gynekologisten ongelmien tai vaikeaselkoisten yleisoireiden takia, on myös hyvä pitää mielessä

mahdollisuus syömishäiriöstä. Syömishäiriöihin kuuluu olennaisesti erilaiset somaattiset vaivat, mutta syömishäiriöinen harvoin tuo sairauttaan suoraan esille – ensimmäisenä sairastunut pyrkii löytämään helpotusta syömi-
sen/syömättömyyden aiheuttamiin somaattisiin vaivoihin. (Suokas 2015.)

Seulontavälineet

Käypä hoito – suosituksessa (2014) on kuvattu varhaisen tunnistamisen yhdeksi seulontavälineeksi yleisesti tunnettu SCOFF – syömishäiriöseula (liitteessä 2.) . Seula sisältää 5 kysymystä ja jokaisesta ”kyllä” vastauksesta saa yhden pisteen ja pisteet 2 tai enemmän viittaavat mahdolliseen diagnoosiin anoreksiasta tai bulimiasta. Käypä hoito – suosituksen (2014) mukaan SCOFF - syömishäiriöseula soveltuu koulu- ja perusterveydenhuollon seulontaan hyvin, mutta sen spesifisyys on 76–89 %, joten diagnoosin asettamiseksi tarvitaan tarkempia tutkimuksia. Seulan käyttö on helppoa ja nopeaa. SCOFF ei välttämättä ole kuitenkaan kovin hyvä seulontaväline, jos halutaan parantaa kaikenlaisten syömishäiriöiden varhaista tunnistamista, sillä se on huonosti spesifi epätyypillisille syömishäiriöille ja seuloo pitkälti vain laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä. (Hautala ym. 2006.)

Kysyminen

Tärkein ja yksinkertaisin varhaisen tunnistamisen keino onkin suoraan kysyminen. Käypä hoito – suosituksessa (2014) on kuvattu sopivaksi aloituskysymykseksi esimerkiksi: "Oletko itse tai onko joku muu ollut huolissaan syömisestäsi tai painostasi?", jonka jatkoksi on hyvä lisätä avoimia kysymyksiä, kuten "Mitä itse ajattelet painostasi ja ulkonäöstäsi?". Käypä hoito -suositus (2014) ohjaa myös kysymään potilaan painoa, pituutta sekä painon muutoksia; mitkä ovat toki oleellisia asian vakavuuden ja havainnollistamisen näkökulmasta, mutta tämäntyyppiset kyselyt tulisi jättää vaikka seuraavalle käynnille tai ainakin aivan keskustelun loppuun. Painon ja painon muutosten tai syömättömyyden ja ylenpalttisen liikunnan harrastamisen utelut saattavat johtaa väärin havaintoihin, sillä syömishäiriö vaarassa oleva ei esimerkiksi välttämättä ole laihtunut tai lihonut ollenkaan, eikä hän välttämättä harrasta liikuntaa pakonomaisesti tai hänen käytöksensä ole muutenkaan vielä pakonomaista. Heimo ja Sailola (2014, 56) huomauttavatkin, että on hyvä osoittaa olevansa kiinnostunut henkilön voinnista eikä esimerkiksi painolukemista. He ohjaavat

välttämään kommentoimasta kehoa millään tavalla, sillä syömishäiriöinen tai syömishäiriö vaarassa oleva on tottunut ylikorostamaan kehoaan ja ulkonäköään (Heimo & Sailola 2014, 56).

Aito kiinnostus

Heimo ja Sailola (2014, 53–60) jakavat varhaisen puuttumisen eri osa-alueisiin, joita ovat: avun kynnyksen madaltaminen, kiinnostus sairastunutta itseään kohtaan, pahan häätäminen hyvällä sekä tukiverkoston rakentaminen. Kuten muistakin mielenterveyshäiriöistä, myös syömishäiriöistä tulee puhua avoimesti. Asiallista tietoa sekä omakohtaisia kertomuksia syömishäiriöistä on hyvä tuoda julki. Myös ensiapua tulisi olla saatavilla, eli niin sanottuja matalan kynnyksen hoitotahoja, joihin pääsisi erikseen hakematta ja jonottamatta. Tämä säästäisi myös voimavaroja raskaamman hoidon päästä. (Heimo & Sailola 2014, 54–55.)

Kiinnostuksen osoitus tulee välittyä aidosti ja se tulee kohdistaa suoraan henkilöön. Heimo ja Sailola (2014, 56) myös muistuttavat, että tässä vaiheessa ei ole kyse diagnoosien asettamisesta tai lomakkeiden täyttämisestä vaan varhaisesta puuttumisesta ja tällöin henkilö tarvitsee hyväksyvää läsnäoloa. Tiukkaavan kyselyn seurauksena henkilö saattaa ”jäättyä” ja asettautuu puolustusasemiin, jolloin keskustelua ei synny. Heimon ja Sailolan (2014) mukaan avoimet kysymykset ovat paras valinta, koska tällöin annetaan tilaa kertoa asiat siten, kuin henkilö ne itse kokee.

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa erilaisia tapoja toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista kirjallisuuskatsauksen avulla. Työn tavoitteena on selvittää erilaisten syömishäiriöiden sekä syömishäiriö vaarassa olevien varhaista tunnistamista. Tarkoitusta ohjaava tutkimuskysymys on: Minkälaisia keinoja terveydenhuollon ammattilaisilla on syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen?

Tutkimuskohteeksi varhaisen tunnistamisen olen valinnut sen ajankohtaisuuden ja tosielämän tarpeen vuoksi. Tutkimuskohde on laaja, sillä se sisältää

kaikenlaiset syömishäiriöt, myös syömishäiriövaarassa olevat, mistä syystä olen rajannut työn pääasialliseksi kohteeksi syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinot. Kohdejoukkona tutkimuksessa ovat nuoret ja aikuiset, pois lukien pikkulapset.

6 TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAAMINEN

Työn menetelmällinen lähestymistapa on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luonne on aineistolähtöinen ja sen tarkoituksena on valitun ilmiön kuvaaminen teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti kirjallisuuden avulla (Kangasniemi ym. 2013, 291–293). Tarkoituksena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla etsiä vastauksia siihen, mitä ilmiöstä eli tutkimusongelmasta, syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen, tiedetään. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää moniin eri tarkoituksiin, kuten esimerkiksi käsitteellisen ja teoreettisen kehyksen rakentamiseen, teorian kehittämiseen, tiettyyn aiheeseen liittyvän tiedon esittämiseen ja ongelmien tunnistamiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Tutkimuksen tarkoituksena on syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinojen löytäminen ja esittäminen tiiviissä kontekstissa eli teoreettisen kehyksen rakentaminen ja aiheeseen liittyvän tiedon esittäminen.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaihteita on karkeasti neljä: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Tyypillisesti kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymys liittyy laajoihin tai käsitteellisiin ja abstrakteihin teemoihin tai ilmiöihin. Täten kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa hieman enemmän avaruutta tutkimuskysymykselle, kuin esimerkiksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymys voi olla hieman väljä, jolloin se antaa tilaa tarkastella ilmiötä monista näkökulmista. Ilmiön laajuuden takia ja tarkastelunäkökulman sijoituessa terveydenhuollon ammattilaisiin, tarvitaan näkökulmia eri terveydenhuoltoalan toimijoista, kuten perusterveydenhuolto, yleislääkärit ja kouluterveydenhuolto, jotta tulokset olisivat mahdollisimman monialaisia. Tietyn väljyyden ohella tutkimuskysymys on kuitenkin rajattu ja melko täsmällinen tutkimusongelmaan nähden. Tutkimusongelmasta eli tarkasteltavasta ilmiöstä oleva tieto on melko hajanaista tai pirstaleista, ja tavoitteena on tuottaa koottua, tiivistettyä tietoa,

mihin kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu menetelmäksi hyvin. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistolähtöinen aineiston valinta sekä analyysi tapahtuvat osin samanaikaisesti. Valitessa aineistoa tulee kiinnittää huomio jokaisen alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa siihen, miten ne vastaavat tutkimuskysymykseen, sekä mitä ne ovat suhteessa muuhun valittuun kirjallisuuteen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää kahdenlaista aineiston valintatyyliä, implisiittistä tai eksplisiittistä valintaa. Tavoissa eroavaisuuksia on niiden systemaattisuudessa sekä raportointitavoissa. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Implisiittisessä valinnassa aineiston valinnan luotettavuus ja osuvuus tuodaan esille raportin tekstissä eikä siinä raportoida erikseen aineiston hankintaan valittuja tietokantoja tai mahdollisia käytettyjä sisäänotto- ja arviointikriteerejä, kuten eksplisiittisessä valinnassa tai esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa kirjallisuuskatsauksen haut tehdään manuaalisesti valituista lehdistä ja sähköisesti tieteellisistä tietokannoista hyödyntäen aineiston aika- ja kielirajauksia, ja kirjallisuuden valinta kuvataan tarkasti. Eksplisiittinen valinta muistuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta, poiketen kuitenkin siten, että rajattuja hakusanoja sekä aika- ja kielirajauksia voidaan muokata kesken prosessin sen ollessa merkityksellistä tutkimuskysymykseen saatavien vastausten kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296). Tässä tutkimuksessa käytetään eksplisiittistä aineiston valintaa, koska se rajaa jonkin verran tiedonhakuja sekä ohjaa hakuprosessia, kuitenkin mahdollistaen hakukriteerien muokkauksen prosessin edetessä.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä eroaa systemaattisesta myös siinä, että keskeisintä ei ole ennalta asetettujen ehtojen mukainen aineiston haku vaan aikaisemman tutkimuksen sisällöllinen valinta. Tämä asettaa aineiston valinnan jatkuvaan ja vastavuoroiseen reflektointiin suhteessa tutkimuskysymykseen, jonka painoarvo ohjaa koko tutkimusprosessia aina aineiston valinnasta sen analyysiin asti. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa myös avaruutta siinä määrin, että tieteellisten artikkelien

lisäksi voidaan käyttää muitakin artikkeleita, jos nämä nähdään kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelun kannalta perustelluiksi. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Tämä on tärkeää tämän tutkimuksen kohdalla tarkasteltavan ilmiön luonteen takia – syömishäiriöistä kirjoitetaan paljon artikkeleita, jotka eivät ole kirjaimellisesti tieteellisiksi luokiteltavia. Syömishäiriöiden kohdalla myös kokemustieto on ensisijaisen arvokasta tietoa, ja sitä tulisi lisätä esimerkiksi kliinisen hoitotyön tueksi.

6.2 Tiedonhakuprosessi

Tutkimuksen aineiston valinnan tueksi laadin sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä alustavat elektroniset tieteelliset tietokannat. Tiedonhakuun valitsin ensisijaisesti tietokannat; PubMed, CINAHL, Medic, PsycINFO ja PsycArticles. Tiedonhaun tein kuitenkin näistä vain kolmelle tietokannalle: PubMed, Medic ja Cinahl. Muiden lähteiden aineistoihin ei ollut yleistä pääsyä, joten ne karsuivat pois. Tietokantojen lisäksi tein haut myös Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston Kaakkurin omista tietokantojen perushausta suomenkielisiä aineistoja sekä ulkomaisten artikkelien hausta englanninkielisiä lähteitä. Tehdessä hakua eri aineistojen kautta päädyin erilaisten verkkojulkaisujen sivuille kuten Taylor & Francis Online: Eating Disorders / The Journal of Treatment & Preventing sekä Journal of Eating Disorder. Näiden verkkojulkaisujen sivuilla tein lisäksi omat haut, jotka tuottivat tuloksia suhteessa vähän, mutta tulokset olivat paremmin kohdistettavissa hakuuni. Yritin tehdä myös tiedonhaun Google Scholarin tietokantaan, mutta täällä tuloksia tuli suhteessa liikaa, ja suurin osa oli AMK-tasoisia opinnäytetöitä.

Hakusanoiksi valikoituivat: syömishäiriö, -t, varhainen tunnistaminen / havaitseminen, eating disorder, -s, early/onset sekä identification, recognition ja deduction. Käytin lopullisten hakusanojen tarkistukseen apuna kielenkääntäjää (MOT) sekä asiasanastoja YSA sekä MeSH/FinnMeSH. Hakusanojen kokonaisuusien kokoamiseen käytin apuna PICO-periaatetta (patient, intervention, comparison, outcome), koska tutkimuskysymys ei suoraan soveltunut hakulausekkeeksi. PICO-periaatetta mukailen pilkoin tutkimuskysymystä siten, että sain aikaan hakusanakokonaisuuden, joka poimi tietokannoista tutkimuskysymykseen vastaavat tutkimukset ja karsi samalla epärelevantteja hakutuloksia. Koostin kokonaisuuden aloittamalla alkuperäisestä tutkimuskysymyk-

sestä ”Minkälaisia keinoja terveydenhuollon ammattilaisilla on syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen?”. Seuraavaksi muokkasin kysymystä kokonaisuudeksi: ”Syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinot terveydenhuollon ammattilaisilla” edelleen tiivistäen, ”Keinot toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista”, ja ”Syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen toteuttaminen”. Lopuksi päädyin kokonaisuuteen ”Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen tai havaitseminen”. Käytettyjä hakusanakokonaisuuksia olivat muun muassa: syömishäir* AND tunnistaminen, syömishäiriö* OR ”eating disorder” AND tunnistaminen* identifying, ”early detection of eating disorders”, eating AND disorder AND (identification* OR recognition* OR detection*) ja (”early intervention”) AND ”eating disorder”. (Lehtiö & Johansson 2016, 36–43). Julkaisujen soveltuvuuden arvioin alustavasti seuraavien poissulku- ja hyväksymiskriteerien pohjalta: tutkimuskysymykseen vastaava sisältö, tieteellinen tutkimus, vain vuosina 2010–2018 julkaistut tutkimukset, suomen- tai englanninkielinen aineisto ja julkinen pääsy aineistoon.

Tiedonhakuja tehdessä kokeilin erilaisia hakusanakokonaisuuksia, joilla useimmilla tuloksia tuli liian paljon, mikä viittasi hakusanakokonaisuuden huonoon toimivuuteen. Tällöin muutin hakusanakokonaisuuksia ja muokkasin niitä sellaisiin muotoihin, että tuloksia tuli suhteessa sopivasti. Apua tiedonhakuun hain oppikirjoista (Stolt ym. 2016), oman koulun oppaista, Internetistä sekä kirjaston informaattikolta. Tiedonhaun raporttia voi tarkastella liitteestä 3.

6.3 Hakuprosessin tulokset

Tiedonhaussa tein rajaukset aluksi otsikoinnin ja aineistojen abstraktien perusteella sekä aineiston saatavuuden eli luettavuuden perusteella (oliko aineistoon ilmainen pääsy). Tässä vaiheessa aineistoja oli valittuna 61 kappaletta, jonka jälkeen aloitin tutkimusten arvioinnin kolmen poissulkuvaiheen kautta.

Ensimmäisessä poissulkuvaiheessa aloitin ylösmerkittyjen, lähinnä otsikoiden ja abstraktien perusteella valittujen aineistojen tarkemman tarkastelun. Aineistoista tarkastelin niiden osuvuutta, vastaavuutta tutkimusongelmaan sekä laatua, jotta huomasin, olisiko tarvetta laajentaa tiedonhakuja tai siirtyä vielä manuaaliseen hakuun. Silmäilin aineistojen abstraktit, tutkimusmenetelmät ja

tulokset, sekä sen, mitä tutkimuksessa tutkittiin, tai mikä oli artikkelin pääfokus.

Poissulku vaiheessa kaksi aineistoa oli 21, jotka vastasivat tutkimuskysymykseeni jollain tasolla. Tein tässä kohtaa lisähaun suomenkielisistä pro graduista ja opinnäytteistä tietokannasta Finna.fi ja sain haulla 66 tulosta, joista 2 oli relevantteja tutkimuskysymykseen vastaten. Nämä olivat kuitenkin molemmat AMK tasoisia opinnäytetöitä, joten ne karsiutuivat pois.

Poissulkuvaiheen viimeisessä vaiheessa lähdin karsimaan vielä 21 aineistosta, pyrkimyksenäni saada 10–14 aineistoa lopullista aineiston analysointia varten. Tässä kohtaa kiinnitin tarkempaa huomiota poissulku- ja sisäänottokriteereihin sekä aineistojen sisältöihin. Tutkimukseeni valikoitui lopulta 10 aineistoa, joista puolet oli tieteellisiä tutkimuksia ja puolet tieteellisiä artikkeleita tai katsauksia. Valitut aineistot ovat kuvattuina kirjallisuustaulukossa liitteessä 4.

Mahdollisia otsikoiden ja tiivistelmien mukaan sopivia aineistoja oli aluksi todella paljon, mutta suurin osa mahdollisesti käytettäviä karsiutui pois syystä, että koko tekstiin ei ollut pääsyä. Opinnäytetyön suhteellisen pienen opintolajuuden puitteissa en voinut kustantaa pääsyä tai hankkia oikeuksia näiden muiden tutkimusten lähempään tarkasteluun. Muita poissulkukriteereitä olivat aineistot, jotka eivät sisällöllisesti vastanneet tutkimusongelmaani sekä erityisesti pieniä lapsia koskevat tutkimukset liittyen syömishäiriöihin ja häiriintyneeseen syömiseen tai ruokintahäiriöihin. Kysymyksenasettelun lähtökohdasta tutkimusongelma on jo sen verran laaja, että pikkulasten syömishäiriöt olisivat olleet oma lukunsa, jota ei teoreettisessa viitekehyksessäkään ollut käsitelty.

Valittuja tutkimuksia rajasin vastaamaan tutkimuskysymykseni ydinongelmaan, eli syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinoihin. Jonkin verran päädyin valitsemaan myös aineistoja, jotka eivät suoraan vastanneet keinoihin, mutta joilla oli suuntana varhainen tunnistaminen, ennaltaehkäisy tai sairastumista ilmentävät tekijät, kuten ennusmerkit. Tämä syystä, että suoraan tutkimuskysymykseeni sisällöllisesti vastaavia tieteellisiä tutkimuksia oli hyvin niukasti. Sisältö, joka olisi vastannut nimensä mukaisesti varhaisen tunnistamisen keinoihin ja kysymyksiin, kuten ”kuinka tunnistan syömishäiriön” tai

”minkälaisia keinoja syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen on olemassa”, ei voitu luokitella suoraan tieteellisiksi aineistoiksi vaan ne olivat esimerkiksi oppaita, syömishäiriötä käsittelevien Internet-sivujen tietopaketteja tai lukuja aihetta käsittelevistä kirjoista. Tällaiset lähteet eivät siis olleet tutkimusmenetelmän puitteissa tarpeeksi relevantteja ja luotettavia, ja on siksi jätetty pois, vaikka olisivatkin sisältäneet ehkä tutkimuskysymykseen kohdistuneemmin vastaavaa sisältöä.

6.4 Deduktiivinen ja induktiivinen sisällön analyysi

Sisällönanalyysin tarkoituksena on pyrkiä muodostaman tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus tarkastelemalla aineistoa eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. ”Aineisto pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi” (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Deduktiivinen sisällön analyysi on teorialähtöinen ja sen pohjalla on ennalta laadittu aikaisempaan kirjallisuuteen perustuva analyysirunko (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Analyysiä ohjaa tällöin valmis malli, ja tämä malli tai teoria on tarkoitus testata uudessa yhteydessä. Induktiivinen sisällön analyysi on taas aineistolähtöinen, joten teoria rakennetaan aineisto lähtökohtaisesti, eikä analyysiyksiköitä tai analyysirunkoa ole ennalta määrätty. Induktiivisessa sisällön analyysissä ei tällöin testata teoriaa tai hypoteeseja, kuten deduktiivisessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Deduktiivinen sisällönanalyysi liikkuu ennalta laaditun analyysirungon mukaisista analyysiyksiköistä näiden pelkistämiseen ja abstrahointiin, tuottamalla rungon sisään alaluokkia. Induktiivisessa sisällön analyysissä taas analyysiyksiköt poimitaan aineistosta tutkimuskysymysten suunnassa ja ne pelkistetään. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja abstrahoidaan alaluokiksi, yläluokiksi sekä mahdollisesti pääluokiksi. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87). Nämä kaksi sisällönanalyysimenetelmää liikkuvat ikään kuin vastakkain, deduktiivinen etenee yleisestä yksittäiseen ja induktiivinen yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tähän tutkimukseen valitsin aineiston analyysimenetelmäksi induktiivisen, sillä tutkimus on aineistolähtöinen, ja tarkoituksena ei ole testata valmista mallia tai teoriaa, vaan rakentaa tämä malli tai teoria tutkittavasta aineistosta. Induktiivista sisällön analyysia on kritisoitu muun muassa sattumanvaraiseksi ja intuitiiviseksi, koska se voi antaa valtaa tutkijan omille ennakkokäsityksille ja teorioille sekä asettaa puutteita systemaattisuuteen ja aineistossa pysyttelemiseen. Nämä seikat syövät tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden takaamiseksi induktiivista sisällönanalyysiä käytettäessä tuleekin tutkijan reflektoida tekojaan sekä arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä raportoimalla lukijalle tietoa tutkimuksen taustoista ja prosessin aikana tehdyistä valinnoista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineiston käsittelyvaiheella on keskeinen rooli katsauksen luotettavuuden kannalta. Tärkeää onkin arvioida tutkimuskysymyksiin saatuja vastauksia sekä aineiston käsittelyn ja sen vaiheiden läpinäkyvyydellä. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91).

6.5 Aineistojen analysointi

Analysoin valitut aineistot induktiivisella sisällön analyysillä. Aluksi luin aineistot ajatuksella läpi, jonka jälkeen päätin analyysiyksiköksi lauseen tai virkkeen. Tämän jälkeen nostin uudestaan esille alkuperäisen tutkimuskysymyksen, jonka johdattelemana lähdin poimimaan aineistoista tutkimuskysymykseen vastaavia alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmausten poimimisen jälkeen aloitin induktiivisen sisällönanalyysin, jonka mukaisesti pelkistin ensin alkuperäisilmaukset, sitten jaoin ne alaluokkiin, tästä yhä yläluokkiin ja lopulta yhdistäviin pääluokkiin (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki luokittelun etenemisestä

alkuperäisilmaus	pelkistetty	alaluokka	yläluokka	yhdistetty luokka
Lääkäriin pitäisi harkita interventiota, jos häiriintynyt syömistä ja epänormaalia käyttäytymistä esiintyy, vaikka kriteerit eivät olisi täynnä	intervention harkinta jos sh oireilua esiintyy ja vaikka kriteerit eivät täyty	aikainen hoidon aloitus	hoidon koordinaatio	työtavat/ interventio

Kokosin alkuperäisilmaukset alaluokkiin sen mukaan, mikä oli alkuperäisilmauksen ydin (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki alaluokkiin jaottelusta

alkuperäisilmaus	pelkistetty	alaluokka
Painonhallintakäyttäytymisen arviointi on erityisen tärkeää, mikäli taustalla on epäonnistuneita laihdutusyrityksiä	painonhallintakäyttäytymisen arviointi jos taustalla epäonnistuneita laihdutus yrityksiä	painonhallintakäyttäytymisen arviointi
Laihduuttajaa tuettaessa olisikin tärkeitä kannustaa ja ohjata järkevien, pysyvien elintapamuutosten tekemiseen sekä kiinnittää huomiota mahdolliseen orastavaan syömishäiriökäyttäytymiseen	kannustus ja ohjaus mahdollisen orastavan sh-käyttäytymisen arviointi/ huomiointi	ohjaus sh-käyttäytymisen arviointi

Alaluokista etenin yhä yläluokkiin, jotka kuvastivat alkuperäisilmausten samankaltaisuuksia (Taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkki yläluokkiin jakautumisesta

alaluokka	yläluokka
painonhallintakäyttäytymisen arviointi sh-käyttäytymisen arviointi sh-käyttäytymisen kartoitus oireilun arviointi aikainen hoidon aloitus	arviointiprosessi tai hoidon koordinointi
ylituttaminen asian siirtäminen muille ammattilaisille sh:n mahdollisuuden sivuuttaminen	lääkärin työtavat

Lopuksi sain jaoteltua vielä yläluokat niin, että jäljelle jäi neljä yhdistävää luokkaa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Esimerkki yhdistäviin luokkiin jakaantumisesta

yläluokka	yhdistävä luokka
lääkärin työtavat lääkärin varmuus hoidon koordinointi ammattilaisten osaaminen/ tietotaito kehittäminen koulutuksen puute	osaaminen ja koulutus
apuvälineiden hyödyntäminen vuorovaikutus/ kohtaaminen seulominen ohjaaminen	työtavat ja interventio
löydöksiin pohjautuva haaste/ ongelma potilaslähtöinen ongelma/ haaste apuvälineeseen pohjautuva syy hoitosuositusongelmat ammattilaiseen pohjautuva syy	esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa
varoituserkit esillä olevat tietyt piirteet tavanomaisimmat sh oireet oirekuva	oireet ja ennusmerkit

7 TULOKSET

Induktiivisen sisällönanalyysin lopputuloksena syntyi 4 pääluokkaa; osaaminen ja koulutus, työtavat ja interventio, esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa sekä oireet ja ennusmerkit. Jokainen pääluokka sisälsi sekä erilaisia että samansuuntaisia ala- ja yläluokkia. Pääluokat kuvastavat neljää osa-aluetta, jotka omalla osallaan vaikuttavat syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen. Joukossa on hyviä, huonoja ja kehitettäviä osa-alueita, sekä jonkin verran myös ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin edistää syömishäiriöiden varhaista tunnistamista.

7.1 Osaaminen ja koulutus

Pääluokka osaaminen ja koulutus kuvastavat jo nimensä puolesta yhden tällä hetkellä suurimmista tarpeista syömishäiriöiden kohdalla; osaaminen on puutteellista ja koulutusta tarvitaan yksinkertaisesti lisää. Tämä tulee vahvasti esille jo teoreettisessa viitekehyksessä. Pääluokan osaaminen ja koulutus tulokset ovat tiivistettynä kuvassa 1.

Ammattilaisten osaamisessa, varmuudessa, tietotaidoissa sekä työtavoissa suhteessa syömishäiriöihin oli parantamisen varaa. Ammattilaisiin pohjautuvia ongelmakohtia olivat muun muassa alidiagnosointi ja virheellinen diagnosointi sekä tiedon ja ymmärryksen puute. Lääkäreillä oli epäonnistumisia tunnistaa esimerkiksi tiettyjä syömishäiriöitä ennustavia oireita, ja diagnoosin viivästymiselle oli usein syynä ylitutkiminen ja asian siirtäminen muille ammattilaisille. Lääkärit eivät yksinkertaisesti kohdanneet syömishäiriön mahdollisuutta.

tutkimukset ovat osoittaneet korkeita epäonnistumisen asteita diagnosoinnissa ja tapauksien varhaisessa hoidossa

oli suuria eroavaisuuksia perus/ensihoidon päätöksenteon ja ehdotettujen syömishäiriö suositusten välillä

syömishäiriöiden oleellisten hoitotaitojen puute erikoistuvilla lääkäreillä ja alentunut empatia potilaita kohtaan

Koulutusta syömishäiriöiden tunnistamisesta tai hoidosta näyttäytyi olevan vähän tai ei ollenkaan. Koulutuksen tarve korostui ammattilaisten osaamisen ja vääränlaisten työtapojen kautta. Myös näyttö varhaisen tunnistamisen keinoista oli olematon. Koulutuksen lisäämisen tarpeen lisäksi pinnalle nousi koulutuksen sekä apuvälineiden kehittämisen tarve. Koulutusta tulisi lisätä ja kohdistaa se esimerkiksi lääkäreiden lisäksi myös hoitajiin. Opetus tulisi fokusoida oikein eli osa-alueet opetuksessa tulisi kohdentaa olennaisiin asioihin, kuten syömishäiriöiden ilmiasuun ja laajasti kaikenlaisten syömishäiriöiden tunnusmerkkeihin. Opetukseen tulisi sisällyttää sellaisia faktoja kuten: suurin osa syömishäiriöisistä ei ole alipainoisia, syömishäiriöt ovat hyvin monimuotoinen sairausryhmä sekä että, sairaus koskettaa kaikenikäisiä, tyttöjen lisäksi myös poikia ja kaikkia kansallisuuksia.

yleislääkärit ovat "generalisteja" (GPs are generalists) keillä suurimmalla osaa on vähän tai ei ollenkaan koulutusta syömishäiriöiden tunnistamisesta tai hoidosta

erinomaisuus diagnosoida syömishäiriötä ei ehkä ole saavutettavissa tai tavoiteltavaa, mutta tietoisuus ja tuntemus siitä, kuinka syömishäiriö ilmentyy (manifests) on tärkeää

toinen tärkeä asia tai ongelma (issue) on suora näytön puute siitä, mikä parantaa tunnistamista ja johtaa parempiin lopputuloksiin

koulutus ensihoidossa/perushoidossa (in primary care) pitäisi kohdistaa myös hoitajiin kiireisten yleislääkärien ohella

Tuloksissa nostettiin myös esille hoitosuositukset. Lääkäreille annetaan pitkiä laajoja suosituksia, joissa on tarkkoja ja spesifejä oireita ja ohjeistuksia, joiden mukaan tilanne tulee arvioida ja diagnosoida. Tämä aiheuttaa sen, että esimerkiksi epäiltäessä syömishäiriötä, lääkäri ei osaa puuttua tai on epävarma puuttumaan tilanteeseen, koska hoitosuosituksen ja diagnostisten kriteerien mukaan syömishäiriötä ei ole. Sama asia tulee esille myös teoreettisessa viitekehysessä diagnostisten kriteerien kohdalla. Tulosten mukaan tiedon ja etenkin ymmärryksen puute johtaa väistämättä negatiivisiin tai vääristyneisiin asenteisiin ja ennako-oletuksiin syömishäiriötä sairastavista henkilöistä ja heidän perheistään.



Kuva 1. Osaaminen ja koulutus: ongelmakohdat ja tarpeet

7.2 Työtavat ja interventio

Pääluokka työtavat ja interventio kuvastaa ongelmia työtavoissa, käytettävissä olevissa apuvälineissä ja hoidon koordinoinnissa, sekä ehdotuksia ja keinoja, millaisilla työtavoilla ja asioilla voitaisiin toteuttaa varhaista tunnistamista paremmin. Kuvasta 2 voi tarkastella tiivistetyssä muodossa työtapojen ja intervention konkreettiset keinot ja etenemisen.

Tulosten perusteella hoidon koordinoinnin ongelmat ovat suuri este varhaiselle tunnistamiselle; huonosti koordinoitu asioiden eteneminen estää pahimmillaan aikaisen hoidon aloituksen sekä koko arviointiprosessin. Arviointiprosessi on tärkein tilanne syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa. Epäiltäessä tulisi aina arvioida oireilua sekä tilanteen vakavuus. Apua tulisi tarjota jo varhaisessa vaiheessa. Arviointiprosessissa tulisi hyödyntää seulomista, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että syömishäiriökäyttäjymisen kartoitus tulisi ottaa rutiiniksi. Syömishäiriöoireilun arviointi tulisi olla osana terveystarkastuksia, tämä erityisesti ylipainoisten ja lihaviin kohdalla olisi tärkeää. Tulosten mukaan ylipaino ja/tai lihavuus olivat suuri ennustekijä syömishäiriöille, ja erityisesti ylipainoisten ja/tai lihaviin kohdalla tilanne jää helposti huomaamatta siinä uskossa, että kaikki syömishäiriöiset ovat alipainoisia.

syömishäiriöoireilua tulisi arvioida osana terveystarkastuksia esimerkiksi seulontaan tarkoitetuilla kyselyillä

erityisesti ylipainoisia ja lihavia hoidettaessa syömishäiriöoireilun mahdollisuus tulisi muistaa

laihduuttajaa tuettaessa olisikin tärkeätä kannustaa ja ohjata järkevien, pysyvien elintapamuutosten tekemiseen sekä kiinnittää huomiota mahdolliseen orastavaan syömishäiriökäyttäytymiseen

Epäiltäessä tilanteen varmistamiseen voisi hyödyntää erilaisia apuvälineitä, kuten syömishäiriöoireilua kartoittavien kysymysten esittämistä ja erilaisten seulontakyselyiden käyttöä. Ehdotuksiin kuuluivatkin, että ammattilaiset, myös hoitajat eikä vain lääkärit, ottaisivat syömishäiriökäyttäytymisen arvioinnissa käyttöön seulontakysymykset ja -välineet. Yksittäisiä tärkeitä asioita hoidon koordinoinnissa olivat myös nuoruuden masennuksen monitorointi sekä painonhallintakäyttäytymisen arviointi, erityisesti jos taustalla on epäonnistuneita laihdutusyrityksiä. Tulosten mukaan masennus kulkee usein käsi kädessä syömishäiriön kanssa ja useat epäonnistuneet laihdutusyritykset voivat kieliä esimerkiksi ahmimishäiriöstä tai muusta häiriintyneestä syömiskäyttäytymisestä. Arvioinnissa yksityiskohtaisen historian tarkastelu on kaikista tärkein osa-alue, koska sen avulla saadaan tietoa siitä, mihin henkilö käyttäytymisellään pyrkii, mitkä ovat hänen funktionsa esimerkiksi laihduttamiselle.

alle 4 % yleislääkäreistä ilmoitti käyttävänsä mitään suosituksia ollenkaan syömishäiriöille

aikaiset masennuksen oireet osoittivat merkittävää yhteyttä äärimmäisen alipainon kanssa nuorena aikuisuudessa ja ennustivat, että nuoruuden masennusta pitäisi monitoroida rajoittuneen syömishäiriön kehittymisen vuoksi

mikäli syömishäiriökäyttäytymisen mahdollisuutta ei arvioida, laihduttamista tukemalla voidaan edistää syömishäiriökäyttäytymisen kehittymistä

Arvioinnin eli intervention lisäksi ohjaaminen ja kohtaaminen, eli työtavat olivat erityisen oleellisia syömishäiriöiden kohdalla. Vastaanotolla ilmapiirin empaattisuus, hyväksyvyys sekä ohjaajan asiantuntevuus olivat hyvin tärkeitä seikko-

ja, sekä kiireetön, välittävä ja arvostava ilmapiiri. Ammattilaisissa tärkeitä piirteitä olivat hyväksyntä, empatia, lämpö ja avoimuus.

terapeuttinen liittouma/yhteys tohtorin ja potilaan välillä on kovin kriittinen

empaattisen ja hyväksyvän ilmapiirin luominen vastaanotolla on erityisen tärkeää, sillä se voi olla nuoren ainoa tilaisuus keskustella kehonkuvaan, paino- ja syömiseen liittyvistä asioista asiantuntevan aikuisen kanssa

Ammattilaisiin pohjautuvia negatiivisia hidasteita tai esteitä työtavoissa olivat vääränlainen ilmapiiri ja lähestymistapa, sekä kohtaaminen ja asenteet. Asenteisiin liittyi erityisesti empatian puutetta, jotka johtuivat pitkälti syömishäiriöpotilaisiin ja heidän perheisiinsä liittyvistä negatiivisista stereotyyppisistä kuvista. Ammattilaisten kohdalla oli erityisesti nähtävillä hoitotaitojen puutteita, virheellisiä lähestymistapoja, huonoja työtapoja, varmuuden puutetta, joka johtui osaamisen puutteesta sekä ongelmia kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Erityisesti varhaiseen tunnistamiseen vaikuttivat yksilöllinen kiinnostus, kokemus ja koulutus. Yksilöllinen kiinnostus on valitettavan tärkeä tekijä, koska tuloksissakin esille nousseena, osa lääkäreistä ja muista ammattilaisista eivät yksinkertaisesti pitäneet syömishäiriöpotilaista tai he mitätöivät heidän ongelmiaan.

syömishäiriöiset nähdään yhteiskunnallisesti laajalti huomioinhakuisina, häpeällisinä (blameworthy) tai että syömishäiriö on mitätön itse aiheutettu ongelma, ja ammattilaisten näkökulmasta turhina, manipuloivina tai vaikeina

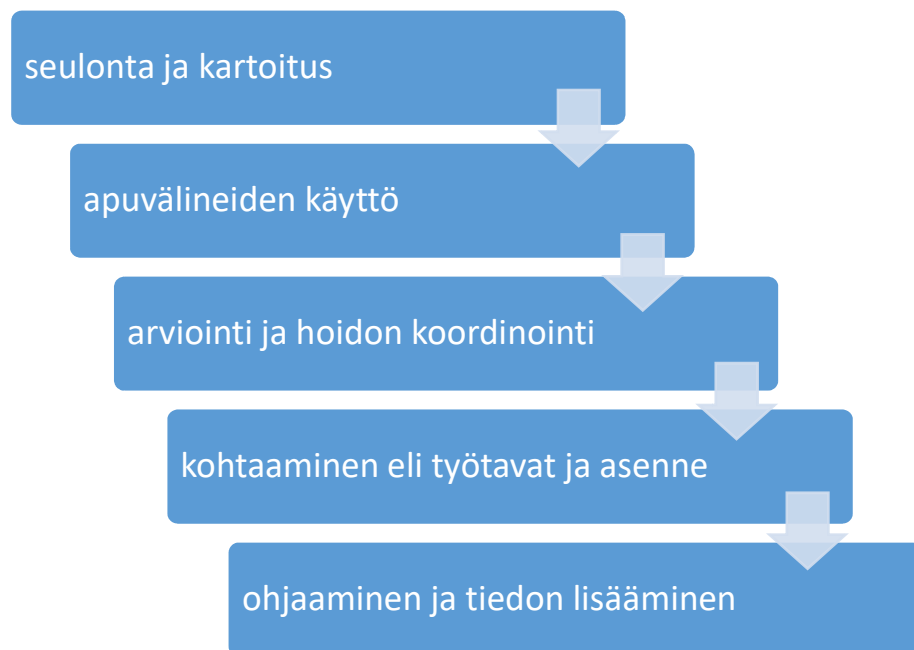
syömishäiriö diagnosoitiin annettiin alle 70 %:lle tapauksista, joissa oli selkeä syömishäiriö esittely

yleislääkärin pitäisi harkita interventiota, jos häiriintynyttä syömistä ja epänormaalia käyttäytymistä esiintyy vaikka kriteerit eivät olisi nähtävillä

Tuloksissa esille noussut konkreettinen keino varhaisen tunnistamisen parantamiseen oli muun muassa yleisen mielenterveyden tukitaidon (mielenterveyden ongelmien terveysosaaminen) parantaminen syömishäiriöistä esimerkiksi

”hiljaisen” ohjaamisen kautta erilaisten julisteiden tai esitteiden avulla. Julisteet syömishäiriöistä esimerkiksi terveyskeskuksen tai hammaslääkärin vastaanotto odotustiloissa tai klinikoilla voisivat kannustaa ja motivoida syömishäiriöisiä ja heidän läheisiään ottamaan asian puheeksi vastaanotolla. Vanhemmille jaettavat esitteet syömishäiriöiden oireista ja avunhausta voisivat myös edesauttaa vanhempia puuttumaan tilanteeseen ajoissa. Julisteiden tai esitteiden esillepanoon tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota, niin että ne toisivat esille syömishäiriöiden monimuotoisuuden, eikä niissä painottuisi diagnostiset kriteerit tai vain ahmimis- ja laihuushäiriötä koskevat oireet, tai se, että kaikki syömishäiriöiset olisivat laihoja. Tällaisten apuvälineiden käyttö voisi lisätä avunhakua ja vähentää stigmaa. Yleisestikin mielenterveyden lukutaito syömishäiriöistä on köyhää ja yleinen tietoisuus on kovin pirstaleista. Oikein kohdennettu ja suunniteltu tiedottaminen, apuvälineiden käyttöönotto sekä mielenterveyden lukutaidon kehittäminen edesauttaisi syömishäiriöiden varhaista tunnistamista.

Ammattilaisten tulisi myös hyödyntää erilaisia apuvälineitä eli seulontavälineitä, kuten esimerkiksi: BES -kyselyä (binge eating scale) ja ahminnan seulontaan tarkoitettuja kysymyksiä, joilla voidaan arvioida syömishäiriökäyttäytymistä, tai yleisesti syömishäiriöiden ydinpiirteitä arvioivaa SCOFF -kyselyä. Arvioidessa tulisi myös hyödyntää perheenjäseniltä saatua informaatiota, sillä perheenjäsenet usein näkevät tilanteen todellisen luonteen paremmin kuin sairastunut itse. On myös huomionarvioista, että ylipainoisten kohdalla oikeanlainen ja terve ohjeistus laihduttamiseen on ensisijaisen tärkeää ennaltaehkäisemään syömishäiriön kehittymistä.



Kuva 2. Työtapojen ja intervention konkreettiset keinot sekä eteneminen

7.3 Esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa

Pääluokka esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa kuvaavat niitä ongelmakohtia, jotka vaikeuttavat varhaista tunnistamista. Esteitä, haasteita ja ongelmia jakautui eri osa-alueille; osa pohjautui löydöksiin, osa ennakko-asenteisiin ja stigmaan sekä muun muassa apuvälineisiin tai resursseihin, suurin osa ongelmakohdista oli potilaslähtöisiä tai ammattilaiseen pohjautuvia.

Löydöksiin pohjautuvia haasteita ja ongelmia olivat epäselvät tai viivästyneet esilletulot, näennäisesti normaalit löydökset, ulkoinen habitus sekä häiriön luonne. Lääkärin tai hoitajan vastaanotolla syömishäiriö ei usein tule selkeästi esille, ja tästä syystä varhainen tunnistaminen on erityisen hankalaa ja aiheuttaa viivästyneitä esilletuloja. Häiriön luonne on hyvin epäyhtenäinen konsepti, ja oireilu voi olla hyvin moninaista. Myös terveen ja epäterveen määrittely ja rajanveto on usein haasteellista.

varhaisessa vaiheessa, ennen kuin fyysiset oireet ilmenevät, syömishäiriön psykologiset oireet voi olla hyvin piilotettu

potilailla saattaa esiintyä muita vaivoja, kuten heikkoutta, vatsakipuja ja ummetusta, joten yli 50 % tapauksista voi jäädä huomaamatta perus- tai ensihoidon puolella

Normaalit löydökset vaikeuttava asiaa, koska usein esimerkiksi mitään fyysisiä ongelmia tai syitä erinäisille vaivoille ei löydy, ja laboratorio arvot ovat normaalit. Ulkoinen habitus on myös usein hyvin harhaanjohtava ”löydös”; henkilö näyttäessä ulospäin normaalipainoiselta tai jopa hieman ylipainoiselta tai lihalta, ammattilaisen mielessä harvoin käy mahdollisuus syömishäiriöstä, vaikka kaikki muut epämääräiset oireet siihen saattaisivatkin viitata. Alipainoisuus ja laihuus yhdistetään yhä nykypäivänäkin kovin vahvasti syömishäiriöihin. Lääkäri saattaa myös ajatella, että tilanne ei ole vakava, koska henkilö ei ulkoisesti siltä näytä.

olisi viisasta muistaa, että potilaan näkyvä/nähtävillä oleva habitus ei ole luotettava indikaattori heidän medikaaliselle riskille

ylipainoisen laihuuteen pyrkivää, anorektista syömishäiriökäyttäytymistä voi olla vaikeata tunnistaa, koska paino saattaa olla pitkään normaalin rajoissa

useimmissa tapauksissa syömishäiriö potilailla on normaalit laboratorio tulokset – biokemialliset merkit eivät välttämättä ole paikkansapitäviä indikaattoreita kertomaan sairauden vakavuudesta tai medikaalisesta epävakaudesta

Potilaaseen pohjautuvia ongelmakohtia oli paljon. Yleisesti tiedetään, mikä tuloksissakin ilmeni, että sairastuneet usein piilottelevat ja kieltävät ongelman. Tämä voi johtua häpeästä, sairaudentunnottomuudesta sekä siitä, että henkilö ei halua kenenkään sekaantuvan tilanteeseen. Potilaat salaavat asian ja tuovat sen epäselvästi esille. He esittelevät listan erinäisiä epämääräisiä oireita ja vaivoja, ja toivovat, että hoitaja tai lääkäri hoksaisi, mikä on ongelman todellinen luonne ja syy, ilman että heidän tarvitsisi sanoa sitä itse.

nuori saattaa myös hakea apua epäsuorasti vedoten esimerkiksi vatsakipuun, päänsärkyyn, väsymykseen, uniongelmiin tai kuukautishäiriöihin

vanhemmat voivat olla kyvykkäitä tarjoaman informaatiota käyttäytymisestä, joka rajoittaa painonnousua, kun nuori saattaa kieltää syömishäiriön mahdollisuuden

Oireita myös vähätellään ja esimerkiksi perheenjäsenten tuodessa asia julki, henkilö saattaa kieltää syömishäiriön mahdollisuuden jyrkästi. Henkilöt saattavat myös häpeän lisäksi pelätä, mitä paljastumisesta seuraa; voiko se kenties vaikuttaa valitun ammatin keskeytymiseen tai kuinka hän tulee pärjäämään, kun häneltä viedään pois tämä selviytymiskeino eli syömishäiriö. Tästä syystä ongelmia on myös usein hoitoon osallistumisessa ja hoidon hyväksymisessä. Syömishäiriöinen saattaa myös kokea paheksunnan pelkoa sekä yksinkertaisesti luottamuksen puutetta lääkärin osaamista kohtaan. Paljastumisen pelon ohella yksinkertainen syy avunhaennan väliin jättämiselle on myös usein yleisen tietoisuuden ja itse tunnistuksen puute. Syömishäiriöoireilun omaavilla oli tutkimusten mukaan usein huono kyky huomata tilanne jotenkin ongelmallisena itsensä sekä kanssakulkijoiden kohdalla.

erityisesti alkuvaiheessa niitä (syömisestä häiriöitä) ei yleensä koeta ongelmalliseksi, vaan nuori kokee onnistuneensa laihduttamisessa tai syömisensä hallinnassa ja saattaa peitellä tai vähätellä oireitaan

varoitusmerkkejä voi olla vaikea havaita potilaan salamyhkäisyyden tai häpeän ympäröidessä heidän käyttäytymistään

suurin osa sairastuneista ei ymmärrä terapian tarvetta tai he eivät etsi tai hae hoitoa

Stigma eli leima on vahva este avunhaennalle oikeastaan kaikkien mielenterveyshäiriöiden kohdalla. Tulosten mukaan stigmatisointi saa aikaan suurta häpeää sairastavissa, sekä toistuva stigmalle altistuminen aiheuttaa suurempaa syömishäiriö oireistoa, masennusta ja alhaista itsetuntoa. Stigma ei ulotu pelkästään sairastaviin ja heidän perheisiinsä vaan myös siihen, miten ammattilaiset kohtelevat ja kohtaavat potilaat ja perheet sekä, mitä he ajattelevat heistä. Stigma alentaa kykyä tunnistaa ja hoitaa tehokkaasti syömishäiriöitä, sekä se aiheuttaa negatiivista vaikutusta hoidon vastaanottamiselle sekä esteitä avunhaennalle.

havaittu stigma tai pelko siitä, on järjestään tunnistettu merkittäväksi esteeksi syömishäiriöisten avunhaennalle, pienentäen meidän kykyämme tunnistaa ja hoitaa tehokkaasti heitä, jotka voisivat siitä hyötyä

Ammattilaisiin pohjautuvia esteitä varhaiselle tunnistamiselle olivatkin pitkälti asenteet ja ennakkokäsitykset. Ammattilaisten ennako-odotukset ja perinteiset näkemykset syömishäiriöistä aiheuttivat sen, että oireita huomioitiin väärin, asenne oli tuomitseva ja välinpitämätön. Syömishäiriöistä ajateltiin yleisesti, että se on itse aiheutettua tai johtuu esimerkiksi huonosta vanhemmuudesta. Asenteiden lisäksi esteenä oli erityisosaamisen puute ammattilaisten kohdalla.

negatiivisia kohtaamisia luonnehti tuomitseva asenne tai suhtautuminen, välinpitämättömyys tai ennakkokäsitys ammattilaisten toimesta

Näiden lisäksi aineistoissa tuli vastaan apuvälineisiin pohjautuvia ongelmakohtia, hoitosuositusongelmia, resursseihin pohjautuvia haasteita sekä koulutukseen, opetusohjelmiin ja asiantuntijapalveluihin liittyviä ongelmakohtia. Apuvälineisiin pohjautuvia ongelmia oli ennen kaikkea niiden toimimattomuus. Yleisesti syömishäiriöiden tunnistamiseen, seulontaan ja oireiden selvittelyyn käytössä olevat seulontavälineet ovat puutteellisia ja epätoimivia erityisesti varhaisen tunnistamisen näkökulmasta. Yleisesti syömishäiriöiden arviointiin tarkoitettut kyselylomakkeet ovat epäpäteviä, kysymysten toimivuus on huono ja niissä ei ole huomioitu sukupuolieroavaisuuksia. Kysymyksiä tulisi sovittaa uudella tavalla ja kohdistaa paremmin esimerkiksi niin, että ne seuloisivat myös miesten oireilua.

joko kysymykset ovat liian suorasukaisia, ympärilyöreit/epämääräisiä tai vaikeita samaistua

on olemassa seulontavälineitä, jotka on suunniteltu ensi- ja perushoidon käyttöön, mutta niillä on taipumusta olla riittämättömän spesifejä

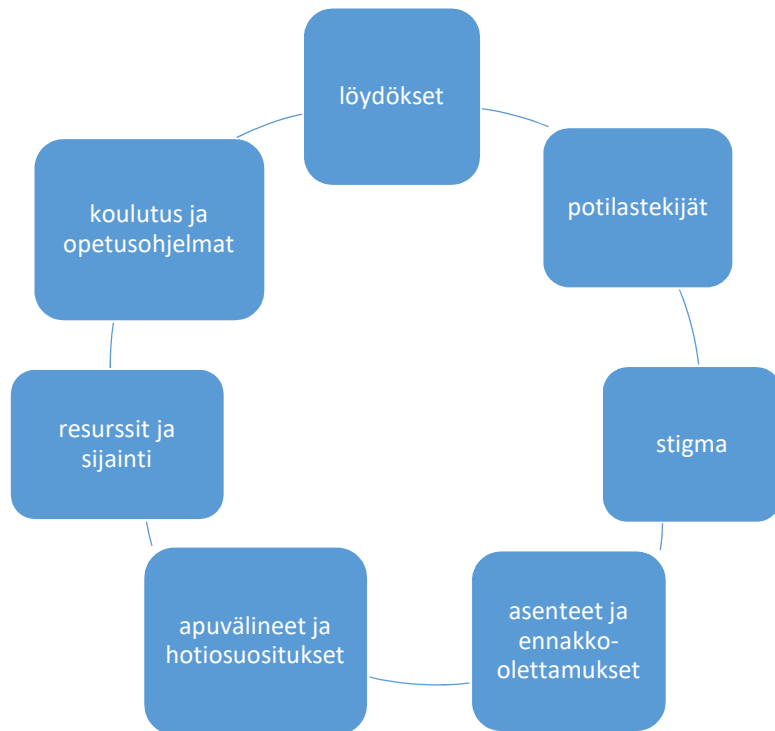
Järjestelmälähtöisiä tai resursseista johtuvia ongelmia olivat muun muassa hoitosuositusongelmat, sijainnin vaikutus sekä ajanpuute ja asiantuntijapalveluiden puute. Ajanpuute näkyy varhaisen tunnistamisen näkökulmasta ongelmallisena siten, että esimerkiksi lääkärin konsultaatio on ajallisesti hyvin lyhyt, ilman sen suurempia valmistautumisia – on hankalaa yrittää seuloa ly-

hyessä ajassa sellaista ongelmaa, jota potilas ei tuo itse selkeästi esille, lisäksi kun se ei näyttäydy usein päällepäin millään tavalla.

Hoitosuositukseen liittyvät ongelmat korostivat syömishäiriöiden diagnostiikan vaikeutta hoitosuositusten valossa. Hoitosuositusten ollessa kovin tiukat kriteereiltään, aiheuttavat ne esimerkiksi sen, että peruslääkärillä ei ole varmuutta puuttua asiaan, vaikka hän epäilisi syömishäiriötä. Lääkäri ei voi diagnosoida tiettyä syömishäiriötä, jos esimerkiksi jokin avainoireista puuttuu. Diagnostiksi saattaa asettua tällöin jokin epätyypillistä syömishäiriöistä tai esimerkiksi muu syömishäiriö. Pahimmassa tapauksessa diagnosointi ja täten myös interventio jää kuitenkin toteuttamatta.

syömishäiriöiden kaikkia diagnooseja ei osata hyödyntää, ja käytettyjen diagnoosien kriteerit ovat tiukat tai ne eivät ole spesifisiä poikien oireilulle

Koulutukseen ja sitä kautta opetusohjelmiin liittyviä haasteita tai esteitä olivat näyttöön perustuvien koulutus ohjelmien käytettävyys, kustannukset ja aika. Tähän voisi olla yhtenä ratkaisuna verkko-opetus materiaalit, joita muutamassa aineistoissa oli kehitetty ja niiden käytettävyyttä oli arvioitu erityisen hyväksi. Asiantuntijapalveluihin liittyviä ongelmia olivat yksinkertaisesti niiden puute. Ilman luotettavien palveluiden saatavuutta tai tietoa asiantuntijapalveluista on myös varhainen tunnistaminen miltei hyödytöntä. Valmiit ja tarkoituksenmukaiset hoitopolut sekä helppopääsyiset palvelut tulisi olla valmiina integroituna, jotta varhainen tunnistaminen olisi merkityksellistä ja seulonnassa olisi järkeä. Diagnostiikan asettaminen ja asiaan puuttuminen on varmempaa ja turvallisempaa myös ammattilaiselle itselleen, jos asiantuntijapalvelut on saatavilla. Kuvassa 3 on tiivistettynä varhaisen tunnistamisen esteitä, haasteita ja ongelmia.



Kuva 3. Esteet, haasteet ja ongelmat varhaisessa tunnistamisessa

7.4 Oireet ja ennusmerkit

Pääluokka oireet ja ennusmerkit kuvastivat ennustavia oireita tai oireilua ja käyttämistä, joiden havainnoimisella voitaisiin edesauttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista. Kaiken kaikkiaan erilaisia yläluokkia olivat klassinen esilletulo tai esillä olevat tietyt havaittavat piirteet tai ennusmerkit, erilaiset varoitusmerkit sekä tavanomaisimmat tai tyypillisimmät oireet.

Klassisia esilletuloja esimerkiksi yleislääkärin vastaanotolla olivat tapaukset, joissa potilas valitteli epämääräisiä fyysisiä vaivoja, tai huolestuneet vanhemmat tai kouluterveydenhoitaja toivat potilaan suuren painonlaskun vuoksi vastaanotolle. Vihjaavia piirteitä tai ennusmerkkejä olivat häiriintynyt syömiskäyttäytyminen, kuten esimerkiksi epäterveet laihdutuskeinot sekä painon ja kehonmuodon huolet lääkärin vastaanotolla. Tulosten mukaan myös epäterve tai vääränlainen painonhallintakäyttäytyminen sekä alituinen fokus laihdutuksessa olivat mahdollisia vihjeitä häiriintyneestä syömiskäyttäytymisestä tai syömishäiriöstä. Tästä syystä myös esimerkiksi lihavien tai ylipainoisten kohdalla heidän painonhallintakäyttäytymistä tulisi arvioida tarkemmin.

Varoitusmerkit jaettiin kolmeen kategoriaan: psykologiset, fyysiset sekä käyttäytymiseen liittyvät varoitusmerkit. Varoitusmerkkejä oli hyvin pitkä lista ja niistä osa löytyy lueteltuna myös Suomen syömishäiriöiden käypä hoito -suosituksissa omana listanaan, mistä syystä olen jättänyt listat tutkimuksesta pois. Muutamia mainitakseni; psykologisia varoitusmerkkejä ovat muun muassa: ahdistus tai syyllisyys, erityisesti liittyen ruokaan tai syömiseen, huono keskittymiskyky, alhainen itsetunto, pakkomielleisyys ja tunteet kontrollin puutteesta. Fyysisiä merkkejä ovat esimerkiksi heikkouden ja voimattomuuden sekä kylmän tai väsymyksen tunteet, suurentuneet sylkirauhaset, unettomuus, kuivat hiukset tai iho ja ruuansulatus oireet kuten turvotus ja pahoinvointi. Käyttäytymiseen liittyviä varoitusmerkkejä ovat esimerkiksi: jatkuva fokus ruuassa, ruokavaliossa ja liikunnassa, lisääntynyt sosiaalinen vetäytyminen ja salassa syöminen sekä erilaisten aterioiden syöminen tai vaatiminen kuin muulla perheellä, julkisesti syömisen välttely, muille kokkaaminen ja itse syömisen väliin jättäminen sekä ruoka-aine allergioiden kehittäminen.

on olemassa määrä varoitusmerkkejä, jotka voivat auttaa syömishäiriöiden havaitsemisessa

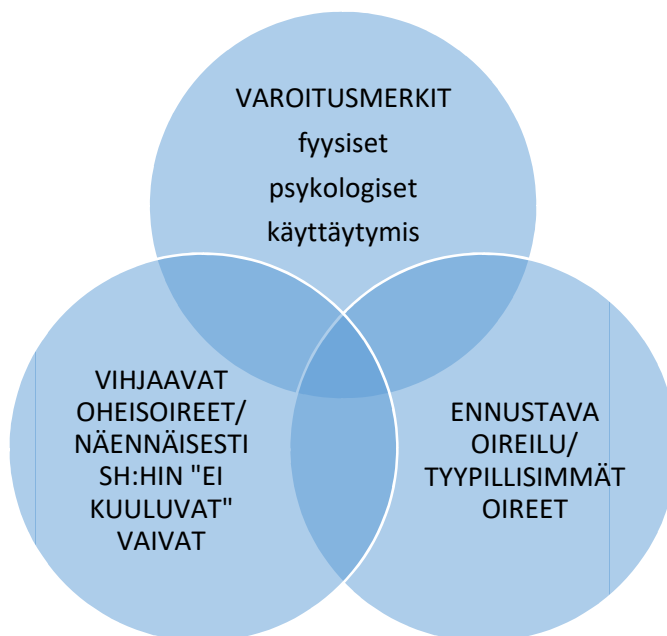
Tavanomaisimpia tai tyypillisimpiä oireita ja piirteitä olivat muun muassa väärin syöminen tai syömiskäyttäytymisessä, muuttunut ruokavalio, intensiivinen päähänpinttymä painosta ja kehosta, kehon ja painon yliarviointi tai painon ja kehonkuvan hahmottamisen epäjohdonmukaisuus. Myös tyytyväisyys painonlaskua kohtaan ja samanaikaisesti painonnousun pelko kielii usein orastavasta syömishäiriöstä. Ylipainoisten ja lihavien kohdalla tavallisimmat syömishäiriöoireet erilaisten syömishäiriökäyttäytymiseen tarkoitettujen kyseleiden pohjalta oli pakonomainen tarve laihtua, jatkuva laihduttamisen ajattelun sekä pelko syömisen hallinnan menettämisestä. Yleistä oli myös väärin syöminen kehon koon arviointi.

joka neljännellä ylipainoisella tai lihavalla oli syömishäiriöoireita, tavallisimmin pakonomaista laihtumisen halua

nopeamman painonmuutoksen toivossa yli puolet teini-ikäisistä tytöistä oli laihduttanut viimeisen vuoden aikana syömällä niukasti, paastoamalla, jättämällä aterioita väliin, oksentamalla tai käyttämällä laihdutusvalmisteita tai ulostus- ja nesteenpoistolääkkeitä

Muita vihjaavia oheisoireita tai näennäisesti syömishäiriöihin ”ei kuuluvia” vaivoja olivat suuri samanaikainen oheissairastavuus, stressi, masennusoireet, ahdistuneisuus sekä sosiaalinen eristäytyneisyys, ylipaino tai lihavuus erityisesti pojilla ja ahmiminen. Syömishäiriöihin näennäisesti ”ei kuuluvia” vaivoja olivat lisäksi erilaiset fyysiset vaivat kuten uupumus, huimaus ja ruuansulatusongelmat (erit. ummetus ja turvotus) sekä naispotilailla kuukautisten epäsäännöllisyys. On myös huomionarvoista, että oireilussa oli nähtävillä eroja sukupuolten välillä. Miehillä oireilussa korostuu pakonomainen runsas liikkuminen ja lihaksikkaan ja vähärasvaisen kehon tavoittelu, kun taas naisilla fokus saattaa olla enempi kokonaisenergian rajoittamisessa. Miesten oireilussa on useimmin myös mukana lisäravinteita sekä anaboliset steroideja. Miesten oireilu myös jää usein suuremmalla todennäköisyydellä huomaamatta oireiden vakavuudesta huolimatta. Miehet saattavat salata oireitaan, koska syömishäiriöt mielletään usein naisten sairauksiksi tai naisten oireiksi. Miehillä myös diagnosoidaan luultavimmin masennus, vaikka oireet olisivat täysin identtiset naispotilaaseen verrattuna. (Nurkkala ym. 2017.)

Yleisimmät ja potentiaalisimmat ennusmerkit, jotka tähtäävät ennaltaehkäisyyn ja ohjaavat riskin tunnistamiseen ovat häiriintynyt kehonkuva, laihduskäyttäytyminen tai muuttunut syömiskäyttäytyminen (ruokamäärien tai ravinnonsaannin rajoittaminen vaihtelevin tavoin), paino- ja masennusoireilu sekä painon ja tai kehon huolenaiheet. Kuvassa 4 on kuvattuna kolme syömishäiriöön viittaavan oireilun osa-aluetta, joiden huomioimisella ja tiedostamisella voitaisiin edesauttaa arviointia.



Kuva 4. Vihjeet apuna arvioitaessa orastavaa syömishäiriötä: oireet ja ennusmerkit

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Työn tavoitteena oli selvittää syömishäiriöiden varhaista tunnistamista ja tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa konkreettisia keinoja sen toteuttamiseen terveydenhuollon puolella. Teorettisessa viitekehyksessä tuotiin esille varhaisen tunnistamisen ongelmakohtia sekä haasteita, ja yritettiin avartaa hieman kaikenlaisten syömishäiriöiden sekä häiriintyneen syömiskäyttäytymisen piirteitä ja moniulotteisuutta, jotta ymmärrettäisiin esiteltujen haasteiden tausta.

Tutkimuksen tuloksissa oli nähtävillä hyvin paljon yhteneväisyyttä teoreettisen viitekehyksen kanssa: ongelmia varhaiseen tunnistamiseen aiheuttivat diagnostiset kriteerit, osaamisen ja koulutuksen puute, väärät työtavat, hoidon koordinoinnin ongelmat ja intervention puutteellisuus. Ongelmia tuottivat myös potilaista johtuvat erinäiset syyt, kuten viivästynyt esilletulo ja epämääräisten oireiden esittely ja salailu sekä ammattilaisiin pohjautuvat syyt, kuten asenteet ja ennako-oletukset.

Tutkimuskysymykseni ei kuitenkaan liittynyt varhaisen tunnistamisen ongelmiin ja esteisiin, miksi siis olen tutkinut pitkälti vain niitä? Syystä, että konk-

reettiset keinot toteuttaa varhaista tunnistamista rakentuvat puuttamalla ongelmakohtiin. Puuttamalla ongelmakohtiin, saadaan kiteytettyä juuri ne keinot, millä edistää ja miten toteuttaa varhaista tunnistamista.

Avain sairauksien, erityisesti syömishäiriöiden, varhaiseen tunnistamiseen on koulutuksessa – tai koulutuksesta ja osaamisesta kaikki alkaa. Kouluttamalla ammattilaisia sekä myös nuoria ja heidän vanhempiaan tuntemaan syömishäiriöiden ilmiä ja oireilua, voidaan suoraan edesauttaa varhaista tunnistamista, alentaa avunhaennan kynnyksiä sekä poistaa ennakkoluuloja ja purkaa stigmaa. Kouluttamisen lisäksi konkreettisia keinoja toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista ovat: hiljainen ohjaaminen kohdejoukoille, ammattilaisten työtapojen muuttaminen ja erityisesti tilanteeseen puuttuminen, jos pienintäkään merkkiä on nähtävillä. Ammattilaisten työtapojen muuttamisessa avainasiat ovat ennen kaikkea asenteiden muutos, ennako-oletusten purkaminen sekä seulontavälineiden ja kyselylomakkeiden käyttöönotto. Syömishäiriöoireilun ja –käyttäytymisen arviointi tulisi myös lisätä osaksi terveystarkastuksia, tekemällä siitä ”rutiini toimenpide”. Osaamisen, tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen lisää myös varmuutta puuttua. Ajoissa puuttuminen taas on ennaltaehkäisevää toimintaa, joka on kaikkien eduksi – niin sairastavan itsensä, hänen läheistensä sekä myös koko yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna.

Vaikuttamisen mahdollisuudet

Osaan tuloksissa ylös nousseista ongelmista ei ehkä pysty vaikuttamaan suoraan, mutta näiden ongelmakohtien tiedostamisella, erityisesti ammattilaisten joukossa, voitaisiin niihin vaikuttaa positiivisesti. Osaan näistä tekijöistä voitaisiin taas vaikuttaa konkreettisesti, muun muassa kehittämällä apuvälineitä.

Kohdentamalla opetuksen sisältö olennaisiin asioihin sekä yksinkertaistamalla sisältö niin, että saataisiin koottua napakka standardoitu konsepti, jota on helppo noudattaa, parannettaisiin syömishäiriöiden varhaista tunnistamista. Nykyään opetus on pitkälti kohdennettu koskemaan tiettyjä syömishäiriön tyyppisiä, ja opetuksen sisältö koostuu pitkälti esimerkiksi lääkäreillä spesifistä diagnosoinnista sen sijaan, että heille opetettaisiin yksinkertaisia ”aavistus-tason kysymyspatteristoja”.

Stigma syömishäiriöiden, kuten usein muidenkin mielenterveyshäiriöiden yllä on vahva. Stigma haittaa varhaista tunnistamista, koska se edesauttaa vääränlaisten asenteiden ja ennakko-oletusten syntyä - myös ammattilaisten kohdalla. Negatiivinen suhtautuminen tai vääränlaiset ennakko-oletukset sairaudesta kuin sairaudesta aiheuttavat esteen terapeuttisen suhteen syntymiselle, mikä syömishäiriöiden kohdalla on erityisen kriittinen osa-alue, ja sitä kautta sairauden tunnistamiselle ja hoidon vastaanottamiselle. Asenteita ja perinteisiä näkemyksiä muokkaamalla voitaisiin parantaa oikea-aikaista tunnistamista ja mahdollistaa hoitoon pääsy.

Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen voidaan saavuttaa huolellisella historiikilla, luotettavalla terapeuttisella suhteella sekä aikaisella interventiolla. Voitaisiinkin oikeastaan oikaista asiaa niin, että on olennaista seuloa häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä syömishäiriöiden sijaan. Yksinkertaistettuna syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen konkreettiset keinot ovat koulutus, hiljainen ohjaaminen ja tiedottaminen, sekä seulonta ja seulontavälineiden käyttöönotto.

8.2 Eettisyys

Työssä tutkimuseettiset kysymykset koskevat pitkälti tutkimusaiheen ja tutkimusmenetelmien valintoja sekä tutkimuksen tavoitteita. Tutkimuksessa on hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessa pyrittiin siihen, että tulokset on hyödynnettävissä. Aihe on ajankohtainen ja siihen nousi tarve oikeasta elämästä, eikä vain tutkijalta henkilökohtaisesti. Tutkimuksessa pyrittiin totuuteen siinä määrin kuin voidaan kyseisestä tutkitavasta ilmiöstä puhua totuusina – tutkimus ei vääristele faktoja vaikka tuokin näkökulmia napakasti esille. Eettisyyttä on vahvistamassa se, että tutkijan mielipiteiden ja näkemyksien tukena on aina jokin perustelu, joka viittaa tieteelliseen näyttöön. Eettisyys ja luotettavuus tutkimuksessa koostuvat myös hyvästä ja tarkasta lähdekriittisyydestä – taatakseen tutkimukselle luotettavuutta, on käytettävät tutkimukset valittu lähdekriittisesti luotettavista lähteistä. (Kananen 2017 b., 189–191.)

Aineistonkeruu- sekä analyysimenetelmät on perusteltu aiemmissa kappaleissa ja niitä on käytetty menetelmien kriteerien mukaisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) s.a.) mukaisesti tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä: tutkimuksessa on pyritty rehellisyyteen, tarkkuuteen sekä objektiivisuuteen aina suunnitteluvaiheesta tulosten tallentamiseen ja esittämiseen sekä arviointiin asti. Rehellisyys, tarkkuus ja objektiivisyys on varmistettu käyttämällä tieteellisiä menetelmiä tarkasti ja huolellisesti. Tulokset on raportoitu avoimesti ja vastuullisesti, antamatta subjektiivisten näkökulmien vaikutusta niihin - huolimatta käytetystä tutkimusmenetelmästä, kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta, jota on kritisoitu muun muassa sen intuitiivisuutensa perusteella. Tämä on huomioitu tutkimusmenetelmää valittaessa ja käytettäessä, ja pyritty vaikuttamaan siihen avaamalla aineistojen tuloksia mahdollisimman objektiivisesti ja kaavamaisesti, induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. (Kananen 2017 b., 189–191.)

Teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty muiden tutkimustuloksia ja kunnioitettu heidän tekemäänsä työtä viittaamalla julkaisuihin asianmukaisilla tavoilla, eikä täten ole syyllistytty plagiointiin. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu sekä tallennettu eettisesti. (Kananen 2017 b., 189–191.) Tutkimuksen toteutukseen on saatu apua tutkimuksen ohjaajilta sekä ammattikorkeakoulun verkko-oppaista ja tieteellisiä tutkimuksia koskevista oppikirjoista. Tutkimusta on myös arvioitu useampaan otteeseen kahden ohjaajan toimesta.

8.3 Luotettavuus

Luotettavuus rakentuu kahdesta peruskäsitteestä, reliabiliteetista ja validiteetista. Reliabiliteetilla tarkoitetaan pysyvyyttä eli jos tutkimus toteutetaan, saadaan samat tutkimustulokset. Validiteetti taas kuvastaa laatua, tutkimuksen onnistumista eli sitä, että tutkimus on kohdistunut oikein ja on tutkittu oikeita asioita eli saatu vastaus tutkimusongelmaan. (Kananen 2017 a., 70–72.) Tulosten valossa voidaan katsoa tutkimuksen luotettavuuden olevan hyvällä tasolla. Tutkimuskysymys olisi voinut olla kohdistettu hieman eri tavalla, esimerkiksi muotoon ”Mikä tekee syömishäiriöiden varhaisesta tunnistamisesta vaikeaa”, jolloin tuloksiin olisi päästy yksioikoisemmin. Toisaalta tällöin ei olisi saatu vastausta olennaisempiin ongelmiin, eli syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinot olisivat jääneet avoimiksi. Näin tarkasteltuna tutkimuskysy-

mys voidaan nähdä oikein aseteltuna. Tutkimustulokset antoivat vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, ja laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2012, 127). Vahvistettavuudella tarkoitetaan nimensä mukaisesti sitä, että saadut tulokset ovat yhdenmukaisia (Kananen 2008, 127). Refleksiivisyys on peiliin katsomista, eli omien lähtökohtien tiedostamista tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyys uskottavuuden neljäntenä kriteerinä kuvastaa tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Eli kuinka paikkansa pitäviä tutkimustulokset ovat muissa tapauksissa ja tilanteissa; voidaanko esimerkiksi tutkimustuloksia yleistää sopivaksi erilaisiin tilanteisiin.

Tekijöitä tutkimuksessa on ollut vain yksi, mikä jättää vahvistettavuuden hieman vajaaksi, koska ei ole toista tutkijaa, joka olisi päätenyt samanlaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Kuitenkin tutkimustulokset ovat keskenään sekä teoreettiseen viitekehykseen verrattaessa hyvinkin yhdenmukaisia, mikä tukee tutkimuksen vahvistettavuutta. Työ on toteutettu mahdollisimman objektiivisesti. Omia näkemyksiä ja ennako-asetuksia liittyen aineistoon, tutkimusprosessiin sekä tuloksiin liittyen on refleктоitu läpi tutkimusprosessin, ne on tiedostettu ja yleistetty pois, jotta tutkimuksen refleksiivisyys pysyisi mahdollisimman korkealla. Tutkimuksen siirrettävyydestä on vaikea sanoa lopullista vahvuutta, mutta tutkimustulokset on saatu kokoon hyvin erilaisista aineistoista, eri vuosilta ja eri maista, joten voidaan olettaa, että siirrettävyys kriteeri on hyvällä tasolla ja takaa työn luotettavuutta. Teoreettisessa viitekehysessä on nähtävissä samaa aiheitta koskevien eri aineistojen kylläntymistä (saturaatiota) eli tulkinnoille on löytynyt tukea useasta eri lähteestä. Sama toistuu myös tutkimuksen tuloksissa.

Opinnäytetyön tulokset on analysoitu tarkasti, määrättyjen menetelmäkriteerien mukaisesti. Aineiston induktiivinen sisällönanalyysi eli luokittelu on avattu lukijalle taulukoin, jotta lukija kykenee hahmottamaan analysoinnin etenemistä. Valitun aineiston määrä on perusteltu tutkimuskysymyksen väljyydellä ja tutkimusongelman käsitteellisellä laajuudella; suurempi määrä tutkimuksia olisi ollut tarpeetonta tulosten valossa. Tulokset olisivat olleet yhteneväisiä pie-

nemmälläkin aineisto määrällä. Tiedonhakuprosessi sekä aineistojen valinta on raportoitu läpinäkyvästi niin, että lukija kykenee seuraamaan tiedonhakuprosessia tarkasti ja tehdyt hakutulokset on toistettavissa. Valittu menetelmä, kuvaileva kirjallisuuskatsaus, osoittautui toimivaksi asetetun tutkimuskysymyksen tuloksiin nähden. Tuloksia tuli paljon ja ne olivat yhteneväisiä. Valitun menetelmän avulla saatiin koottua selkeä kuvaus keinoista, joilla voidaan toteuttaa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista.

8.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset ovat yhteneväisiä suhteessa johdantoon ja tietoperustaan. Johdannossa ja tietoperustassa tuli esille vahvasti se, että nykypäivänä syömishäiriöt keräävät yhä enemmän erilaisia muotoja, mikä tekee syömishäiriöiden varhaisesta tunnistamisesta hankalaa. Syömishäiriöiden monimuotoisuus taas asettaa nykyiset diagnostiset kriteerit sekä seulontaan käytettävät apuvälineet arvioinnin kohteeksi; ovatko ne enää riittäviä apukeinoja toteutettaessa varhaista tunnistamista?

Koulutus ja osaaminen ovat toinen kulmakivi, joka toistuu jatkuen aina johdannosta lopputuloksiin. Ammattilaisten osaaminen on puutteellista, koulutusta tulisi lisätä ja se tulisi kohdentaa nimenomaisesti koskemaan syömishäiriöiden esittelyä ja ilmiä tarkan diagnosoinnin sijaan. Tietoperustassa sekä tuloksissa tulee ilmi useaan otteeseen, että syömishäiriöt tunnistetaan yksinkertaisesti liian myöhään – ehkä juuri siksi, että ammattilaisia opetetaan tunnistamaan tiettyjä syömishäiriön tyyppejä sen sijasta, että heitä opetettaisiin yleisemmällä tasolla tunnistamaan häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä.

Teoreettisessa viitekehyksessä nousee vahvasti esille syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen tärkeys, koska se parantaa ennen kaikkea ennustetta. Ennaltaehkäisy kaikkien sairauksien kohdalla on lääketieteen ydin lähtökohta, sillä sen avulla voidaan rajoittaa sairauden fyysisten, psyykkisten sekä taloudellisten lopputulosten vaikutusta – sekä yksilöllisellä tasolla että yhteiskunnallisella. Teoreettisessa viitekehyksessä painotetaan, että syömishäiriön tunnistaminen, aikaisessa vaiheessa tilanteeseen puuttuminen sekä aktiivisen hoito-otteen luominen ovat perusterveydenhuollon tehtäviä - kuitenkin juuri nämä näyttäytyvät terveydenhuoltojärjestelmämme haasteina. Tutkimuksen tulosten

valossa voidaan havaita sama ongelma myös muualla maailmassa. Diagnostiikka tapahtuu usein pitkällä viiveellä siitä, kun syömishäiriöiden oireet ovat alkaneet. Tarkoituksena olisi kuitenkin tunnistaa jo syömishäiriö riskissä olevat henkilöt, ja lääketieteellinen hoito tulisi aloittaa ennen kuin potilas sisällyttää kaikki tietyn syömishäiriön diagnostiset kriteerit.

Varhaisen tunnistamisen keinot

Tutkimuskysymys koski syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinoja. Teoreettisessa viitekehyksessä nostettiin keinoista esille eri seulontavälineistä SCOFF - syömishäiriöseula, suoraan kysyminen, aito kiinnostus sekä syömishäiriöistä avoimesti puhuminen. Tuloksista kootut konkreettiset keinot syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen olivat koulutus, hiljainen ohjaaminen ja tiedottaminen, seulonta ja seulontavälineiden käyttöönotto sekä aikainen interventio. Tuloksissa konkreettisiin keinoihin lukeutui myös ammattilaisen asenne, kohtaaminen, työtavat sekä terapeutin suhteen luominen. Voidaan siis havaita, että ammattilaisen osaaminen ja työtavat ovat avain varhaiseen tunnistamiseen. Terapeutin suhteen luominen epäonnistuu ja aikainen interventio sekä seulonta ja seulontavälineiden käyttöönotto jäävät tekemättä, jos osaamista ei ole ja asenne tai ennako-oletukset ovat vääränlaiset. Syömishäiriöistä avoimesti puhuminen ja yleisen mielenterveyden lukutaidon parantaminen esimerkiksi hiljaisen ohjaamisen (erilaiset julisteet ja syömishäiriö materiaalit) avulla edesauttaa ammattilaisten näkökulmasta varhaista tunnistamista sitä kautta, että sairastunut tai sairastumisen vaarassa oleva ajautuu herkemmin vastaanotolle ja uskaltaa tuoda asian julki tai hänen läheisensä ottaa asian puheeksi.

Tutkimuksen onnistuminen ja merkitys

Tutkimuksen onnistumisen kannalta ajoitus oli hyvä, sillä nyt asiaan on havahduttu ja tällä hetkellä eletään niin sanotusti syömishäiriöiden monikirjavuuden kulta-aikaa. Mielenterveys ja mielenterveysongelmat ovat muutenkin olleet pinnalla viime aikoina. Stigmaa, ennako-oletuksia ja asenteita yritetään kovasti purkaa niiden ympäriltä, eli toisin sanoen yritetään parantaa yleistä mielenterveyden lukutaitoa. Tietoa jaetaan kansalaisille, nuorille ja aikuisille, joista media on yksi lähde sekä sosiaalinen verkosto. Erilaisia itsehoito-ohjelmia kehitetään ja verkko-pohjaisia koulutus ohjelmia suunnitellaan. Syö-

mishäiriöistä kirjoitetaan enemmän ja tietoisuus lisääntyy. Enää ei katsota ehkä niin sokeasti vain ahmimis- ja laihuushäiriötä, vaan esimerkiksi epätyypillisiin luokiteltava BED ahmintahäiriö on saanut lähes yhtä suuren jalansijan kuin perinteiset syömishäiriöt.

Tutkimuksen tuloksiin oli kuitenkin vaikuttamassa se, että asia on vielä melko tuore – näyttö varhaisen tunnistamisen keinoista on suppea – miksi myös tuloksiin päästiin hieman kierrellen. Se, mitä uutta tietoa tutkimustulokset tuottivat, olivat seulontavälineiden ja syömishäiriö oireilun arviointiin käytettävien välineiden toimivuus ja käytettävyys. Seulontavälineistä esimerkiksi SCOFF - syömishäiriöseulaa kritisoitiin sekä teoreettisessa viitekehysessä että useammassa tutkimukseen valituista aineistoissa. Havaittiin myös, että esimerkiksi poikien ja tyttöjen eroavaisuudet syömishäiriö oireilussa tulisi ottaa laajemmin huomioon arvioinnissa ja arviointivälineitä käytettäessä. Arviointiin käytettäviä syömishäiriökyselyitä tulisi ehkä kehittää uudelleen.

Kirjallisuuskatsauksella voisi olla merkitystä hoitotyölle, tutkimukselle sekä koulutukselle, jos sen tulokset huomioitaisiin laajemmassa mittakaavassa. Katsauksen tulokset ovat kiistattomat ja antavat selkeän ja suoran tarpeen jatkotutkimukselle. Kirjallisuuskatsauksen aineistojen sisältäessä yli 50 % ulkomaankielisiä tutkimuksia, voidaan sen arvon katsoa tällöin rajoittuvan myös maan rajojen ulkopuolelle; tutkimus osoitti saman tarpeen valtakunnallisesti sekä kansainvälisesti. On kuitenkin huomioitava, että aineisto on suhteellisen pieni ja luotettavuuden näkökulmasta hieman kärsinyt syystä, että suureen osaan mahdollisia relevantteja aineistoja ei päästy käsiksi. Tutkimus on myös AMK-tasoinen, jolloin sen vaikuttamisen jalansija on melko pieni. Kirjallisuuskatsauksen aihe on joka tapauksessa erityisen merkityksellinen kliiniselle hoitotyölle, sillä juuri kliinisen hoitotyön saralla syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen ongelmat kohdataan.

Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön aiheen valinta lähti omasta kiinnostuksesta avartaa tietoisuutta ja ymmärrystä syömishäiriöistä. Syömishäiriöihin liittyy paljon stereotyyppioita ja stigmaa, ja edelleenkin kovin moni kuvittelee automaattisesti, että syömishäiriötä sairastava on esimerkiksi ulkoiselta habitukseltaan hoikka, laiha tai alipainoinen. On kuitenkin tärkeä muistaa, että usein syömishäiriö ei näy päälle-

päin millään tavalla. Aiheen rajausta tarkentui työn edetessä ja valinta osoittautui tärkeäksi ja merkittäväksi. Varhainen tunnistaminen on tämän hetken tärkeimmistä ongelma- ja kehittämiskohdista syömishäiriöiden kohdalla.

Ammatillisesta näkökulmasta opinnäytetyöprosessi opetti lähdekriittisyyttä sekä kirjallisia ja tutkimusmenetelmällisiä taitoja. Ammatillinen asema vahvistui tutkimuksen myötä ja painotti tulevan ammatin arvoa. Arviointi ja interventio näyttelevät suurta osaa potilaan jatkohoidon suhteen, miksi olisi tärkeää kouluttaa näitä osa-alueita. Pelkän koulutuksen lisänä asenteilla on vahva merkitys siihen, kuinka kohtaamme potilaat, ja kuinka arvioimme heidän hoidon tarvetta. Sairaanhoidajilla tulee olla vahva eettinen osaaminen, mihin kuuluu yhtenä osana omien mielipiteiden ja näkemyksien itsellä pitäminen, sillä jokainen on ansainnut samantasoista arvokasta hoitoa. Ei kuitenkaan riitä, että omia mielipiteitä ja asenteita ei tuoda julki, vaan ne täytyy myös ensin tiedostaa ja kohdata, jotta kykenee kohtaamaan kaikenlaisia ihmisiä ja toimimaan eettisesti oikein. Stigma ja ennakkoasenteet vaikuttavat siihen, miten kohtaamme erilaisia ihmisiä, ja valitettavasti tämä koskee myös hoitoalan ammattilaisia – emme me ole immuuneja ennakkoluuloille. Kaikki lähtee asenteesta ja kohtaamisesta, vasta sen jälkeen tulee osaaminen ja tietotaidot. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö prosessina kasvatti omaa ammatillisuutta, sekä vahvisti omien ajatusten ja näkemyksien kantaa sairauksien arvioimisesta, asioihin puuttumisesta sekä potilaiden kohtaamisesta.

8.5 Jatkotutkimustarpeet ja kehittämissuhteet

Tutkimus eli kirjallisuuskatsaus tarkasteli merkittävästi näkökulmasta oleellista hoitotieteen asiaa ja osoitti erittäin selkeän tiedontarpeen hoitotieteen alueella, mikä tekee tutkimuksesta hyödyllisen. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta noussut ydinongelma - syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen - ja tästä jatkettu tutkimus osoittivat tutkimuksen tarpeellisuuden ja nostivat tarpeen jatkotutkimusaiheille.

Jatkotutkimustarpeena olisi tutkia tarkemmin yleisesti käytettävissä olevien syömishäiriöiden seulontaan sekä arviointiin hyödynnettäviä kyselylomakkeita, niiden toimivuutta, sopivuutta sekä käytettävyyttä, ja verrata tuloksia uusiin, kehitettyihin metodeihin. Käytännön kehittämissuhteet, mikä tämän tutkimuksen puitteista nousee esille, olisi informatiivisen verkko-pohjaisen opetusohjelman

kehittäminen, minkä sisältö koskisi syömishäiriöiden ilmiä ja monimuotoisuutta, ennaltaehkäisyä, varhaista tunnistamista sekä interventiota. Verkko-opetus ohjelma tulisi kohdentaa lääkäreiden sijasta hoitajille tai sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille, eli heille, jotka ovat ensi asemassa kohtaamassa orastavan syömishäiriön kanssa tasapainoilevia henkilöitä. Lääkäri diagnosoi ja tutkii, mutta hoitaja on usein se, kuka arvioi tilanteen, ennen kuin se päättyy lääkärin konsultaatioon.

LÄHTEET

Charpentier, P., Viljanen, R. & Keski-Rahkonen, A. 2016. Nälkäinen sydän. Parane bulimiasta. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Gratwick-Sarll, K. & Bentley, C. 2014. Improving mental health literacy: A preliminary evaluation of the "Should I Say Something?" workshop. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=53cd5cd3-cad1-465e-b7dd-53fed8a4a9ae%40sessionmgr4009> [viitattu 24.7.2018].

Hautala, L., Alin, J., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koulu-
laisten seulonnassa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/17/duo95964> [viitattu 6.5.2018].

Hansson, E., Daukantaité, D. & Johnsson, P. 2015. SCOFF in a general swedish adolescent population. Päivitetty 15.12.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0087-6> [viitattu 24.7.2018].

Heimo, S. & Sailola, T. Lounais-Suomen –SYLI ry. 2014. Tasapainoa! Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy. Turku: Finepress Oy.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). s.a. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta> [viitattu 4.8.2018].

Isomaa, R. & Isomaa, A-L. 2016. Syömishäiriöön erikoistunut matalan kynnyksen yksikkö. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.8.2016. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tyossa/raportit-ja-kaytannot/syomishairioon-erikoistunut-matalan-kynnyksen-yksikko/> [viitattu 18.4.2018].

Isometsä, E. & Paunio, T. 2013. DSM-5 valmistui viimein. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.6.2013. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/dsm-5-valmistui-viimein/> [viitattu 17.4.2018].

Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2017 a. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy.

Kananen J. 2017 b. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Suomen yliopisto paino Oy – Juvenes Print. Jyväskylä.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 80–93.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf> [viitattu 14.5.2018].

Karhunen, L., Kuikka, J. & Uusitupa, M. 2003. Aivojen kuvantaminen syömishäiriöiden ja lihavuuden tutkimuksessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/9/duo93552> [viitattu 26.2.2018].

Keski-Rahkonen, A., Wijbrand Hoek, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/8/duo92219> [viitattu 25.2.2018].

Keski-Rahkonen, A. & Rissanen, A. 2000. Bulimian tunnistaminen ja somaattiset komplikaatiot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/11/duo91558> [viitattu 20.2.1018].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kärkkäinen, U., Dadi, Y. & Keski-Rahkonen, A. 2015. Nuoren naisen ihannepaino –sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/xmedia/duo/duo12029.pdf> [viitattu 24.7.2018].

Lehtismäki-Hyvönen, H. 2016. Anoreksia – pako mielen vankilasta. 2. painos. Helsinki: Viisas Elämä Oy.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 35–55.

Lynn Reas, D., Solhaug Gulliksen, K., Levallius, J. & Isomaa, R. 2017. Letter to the editor: Health professionals' attitudes toward individuals with eating disorders: Who do we think they are? Päivitetty 17.7.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-017-0150-6> [viitattu 24.7.2018].

Syömishäiriöliitto – SYLI RY. 2017. Miten syömishäiriön voi tunnistaa? WWW-dokumentti. Päivitetty 27.1.2017. Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot2.html> [viitattu 17.2.2018].

Nurkkala, M., Korpelainen, R., Teeriniemi, A-M., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Vanhala, M. 2017. Kutsuntaikäisten poikien syömishäiriöoireilu – väestöpohjainen MOPO-tutkimus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/xmedia/duo/duo13491.pdf> [viitattu 23.7.2018].

Pavlova, E., Arnaoudova, M., Aleksandrov, I. & Yanev, Y. 2016. Screening for early detection of eating disorders. Päivitetty 16.11.2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.journal-imab-bg.org/issues-2016/issue4/JofIMAB-2016-22-4p1375-1378.pdf> [viitattu 23.7.2018].

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.5.2011. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/kohtauksittainen-ahmintahairio-on-yleinen-syomishairio/> [viitattu 24.2.2018].

Raeuori, A. & Ebeling, H. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/opk04607> [viitattu 11.2.2018].

Rowe, E. 2017. Early detection of eating disorders in general practise. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/november/early-detection-of-eating-disorders/> [viitattu 23.7.2018].

S. Brownlow, R., Maguire, S., O'Dell, A., Dias-da-Costa, C., Touyz, S. & Russell, J. 2015. Evaluation of an online training program in eating disorders for health professionals in Australia. Päivitetty 6.11.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0078-7> [viitattu 24.7.2018].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html> [viitattu 14.5.2018].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.6.2015. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioiden-varhainen-tunnistaminen-perusterveydenhuollossa/> [viitattu 18.4.2018].

Suokas, R. & Rissanen, A. 2017. Psykiatria. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/opk04497> [viitattu 20.2.2018].

Suomen mielenterveysseura. s.a. Epätyypillinen syömishäiriö yleisin syömishäiriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t/ep%C3%A4tyy>

[pillinen-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6-yleisin-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6](#)

[viitattu 25.2.2018].

Syömishäiriökeskus. 2017. Epätyypillinen syömishäiriö. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.2.2017. Saatavissa:

<https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/epatyypillinen-syomishairio-ednos/> [viitattu 25.2.2018].

Käypä hoito – suositus. 2014. Syömishäiriöt. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.12.2014. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101> [viitattu 18.4.2018].

Syömishäiriöt lisäävät kuolleisuutta. 2013. Potilaan Lääkärilehti. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.9.2013. Saatavissa:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/syomishairiot-lisaavat-kuolleisuutta/> [viitattu 21.2.2018].

Tautiluokitus ICD-10. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti.

Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 17.4.2018].

Valkendorff, T. 2014. Ruoan ja ruumiin rajat. Syömishäiriöt ja syömisen ongelmat internetkeskusteluissa. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa:

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45232/Valkendorff_vaitoskirja.pdf?sequence=1 [viitattu 12.2.2018].

Valkendorff, T. 2008. Syömishäiriöt ja paranemisen ongelma –tulkintoja internetin keskustelupalstalta. Janus Sosiaalipolitiikan Ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti, 16(3), 212–227. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<https://journal.fi/janus/article/view/50477/15264> [viitattu 12.2.2018].

Viitakorpi, K. 2010. Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu –tutkielma. PDF-dokumentti.

Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25713/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201012183194.pdf?sequence=1> [viitattu 12.2.2018].

Välimäki, S. 2014. ”Vain paranemalla voin saada itseni takaisin” – syömishäiriödiskurssit suhteessa syömishäiriön kulkuun ja toipumiseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteden yksikkö. Pro gradu –tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95819/GRADU-1403694044.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.2.2018].

Waller, G., Micali, N. & James, A. 2014. General practitioners are poor at identifying the eating disorders. Päivitetty 6.1.2014. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com.ezproxy.xamk.fi/doi/pdf/10.1080/21662630.2013.859437?needAccess=true>

& [viitattu 24.7.2018].

Weir, K. 2016. New insights on eating disorders. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.apa.org/monitor/2016/04/eating-disorders.aspx> [viitattu 26.2.2018].

Yeo, M. & Hughes, E. 2011. Eating disorders. Early identification in general practise. Päivitetty 30.7.2012. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/March/201103yeo.pdf> [viitattu 23.7.2018].

Kirjallisuustaulukko 1.

Tutkimuksen tiedot, tekijä ja vuosi	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
1. Tasapainoa! Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy Sami Heimo, Tuula Sailola, Lounais-Suomen SYLI 2014	Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy	Kirja	Opas syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen	Normaali ja epänormaali syöminen, varhainen tunnistaminen
2. Näлкäinen sydän. Parane bulimiasta Pia Charpentier, Riikka Viljanen, Anna Keski-Rahkonen 2016	Bulimia	Kirja	Opas bulimiasta paranemiseen	Bulimian ja ahmimisen määrittelyt
3. Psykiatria Jaana Suokas, Aila Risänen 2017	Syömishäiriöt: laihuushäiriö, ahmimishäiriö, ahmintahäiriö	Psykiatrian oppikirja	Yleistä tietoa syömishäiriöistä	Yleinen tieteellinen tieto eri syömishäiriöistä
4. Lastenpsykiatria ja nuorispsykiatria Anu Raevuori, Hanna Ebeling 2016	Syömishäiriöt, laihuushäiriö, ahmimishäiriö, muut syömishäiriöt	Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian oppikirja	Yleistä tietoa syömishäiriöistä	Yleinen tieteellinen tieto eri syömishäiriöistä
5. New insights on eating disorders Kirsten Weir 2016	Syömishäiriöiden aivokemiallinen tausta	Tutkimusartikkeli	Syömishäiriöiden taustalla aivokemialliset syyt	Aivokemiallinen näkökulma syömishäiriöissä tapahtuvalle häiriökäyttäytymiselle sekä häiriöiden synnylle
6. Early detection of eating disorders in general practice	Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa	Tutkimuskatsaus	Syömishäiriöiden varhaista tunnistamista vaikeuttavat mm. epäselvät esilletulot ja epämääräiset	Syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen ongelmat, DSM-5-luokituksen uudet muutokset

Elizabeth Rowe, 2017			näennäisesti asiaankuulumattomat oireet diagnostiset kriteerit ovat hyvä ohjenuora, mutta vaikeuttavat epätyypillisten syömishäiriöiden tunnistamista havaittavissa erilaisia varoitusmerkkejä	
7. Eating disorders. Early identification in general practice Michele Yeo, Elizabeth Hughes 2011	Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa	Tutkimuskatsaus	Varhainen tunnistaminen ja toiminen parantaisi lopputuloksia	Laihduttamisen eteneminen syömishäiriöksi, syömishäiriöiden yleinen esilletulo, kliiniset löydökset, "varoitusmerkit"
8. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö Nina Pyökäri, Sinikka Luutonen, Simo Saarijärvi, 2011	Kohtauksittainen ahmintahäiriö (BED)	Tieteellinen artikkeli	Kohtauksittainen ahmintahäiriö on hyvin yleinen, mutta huonosti tunnistettu	Ahmintahäiriön oirekuva, selittävät syyt häiriölle

Liite 2

SCOFF - syömishäiriöseula

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

(SCOFF-syömishäiriöseula: S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food, Käypä hoito -suositus 2014)

Tiedonhakutaulukko

Kirjallisuuskatsauksen aihe		
Syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen keinot		
Aiheen keskeiset käsitteet		
1_syömishäiriöt	2 varhainen	3 tunnistaminen, havaitseminen, esilletulo
Käsitteitä kuvaavat suomen- ja englanninkieliset hakusanat		
1 eating disorder eating disorders	2 early early onset	3 recognition detection identification/identifying outcome
Finna.fi		
1) syömishäiriö* AND tunnistaminen, rajaus: suomi, vuodet: 2010-2018, vain verkossa saatavilla		
2) 66 tulosta		
3) sopiva hakutulos: Noelle Lindfors ja Anna-Sofia Peltonen. Miesten syömishäiriöiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa, AMK-opinnäytetyö, PDF-julkaisu, 2017 → karsiutunut pois AMK tasaisuuden vuoksi		
Medic		
1) syömishäiriö* OR "eating disorder" AND tunnistaminen* identifying, rajaus: 2010-2018 + asiasanojen synonyymit käytössä		
2) 83 osumaa (22 sopivaa)		
3) sopiva hakutulos: Marjukka Nurkkala, Raija Korpelainen, Anna-Maria Teeriniemi, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi ja Marja Vanhala. Kutsuntaikäisten poikien syömishäiriöoireilu – väestöpohjainen MOPO-tutkimus, PDF-julkaisu, 2017		
Kaakkuri.finna.fi		
perushaku (suomenkiel.):		
1) syömishäiriö, rajaus: 2010-2018, suomi		
2) 37 tulosta		
3) ei sopivia tuloksia		
ulkomaiset artikkelit:		
1) "early detection of eating disorders"		
2) 20 tulosta		
3) sopiva tulos: Elisaveta Pavlova, Mariana Arnaoudova, Ivan Aleksandrov, Yassen Yanev / SCREENING FOR EARLY DETECTION OF EATING DISORDERS, PDF-julkaisu, 2016		
CINAHL (Ebsco)		
1) eating AND disorder AND (identification* OR recognition* OR detection*) , rajaukset: 2010-2018, "find all my search terms", english		
2) tulokset 149		
3) sopiva hakutulos: Elizabeth Rowe. Early detection of eating disorders in general practice, WWW-julkaisu, 2017		
Muut tietokannat		
PubMed (1 haku)		
1) ("eating disorder") AND (identification* OR recognition* OR detection*)		
2) rajaus vuodet 2013–2018, yhteensä 231 tulosta		
3) liikaa hakutuloksia, tehty tarkennettu haku (alapuolella)		
PubMed (2 haku)		
1) ("early intervention") AND "eating disorder"		
2) 46 tulosta		
4) sopiva hakutulos: Anna Vannucci, Andrea E. Kass, Meghan M. Sinton, Vandana Aspen, Hannah Weisman, Jakki O. Bailey, Denise E. Wilfley, and C. Barr Taylor. An examination of the Clinical Impairment Assessment among women at high risk for eating disorder onset, WWW-julkaisu, 2012 → karsiutunut pois huonon sopivuuden vuoksi		
Journal Of Eating Disorders (1 haku)		

- 1) early intervention
- 2) 104 tulosta
- 3) ei sopivia hakutuloksia

Journal Of Eating Disorders (2 haku)

- 1) early detection
- 2) 20 tulosta

- 3) sopiva hakutulos: Rachel S. Brownlow, Sarah Maguire, Adrienne O'Dell, Catia Dias-da-Costa, Stephen Touyz and Janice Russell / Evaluation of an online training program in eating disorders for health professionals in Australia, WWW-julkaisu, 2015

Taylor & Francis Online: Eating Disorders/ The Journal of Treatment & Preventing

- 1) early identifying, rajaus: "only show with full acces"
- 2) 11 tulosta

- 3) sopiva hakutulos: Glenn Waller, Nadia Micali & Alison James. General Practitioners are poor at identifying the eating disorders, WWW-julkaisu, 2014

Liite 4

Kirjallisuustaulukko 2.

Tutkimuksen tiedot, tekijä ja vuosi	Tutkimuskohde	Menetelmä, otoskoko	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
1. Eating disorders - Early identification in general practice Michele Yeo, Elizabeth Hughes, 2011	Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen yleislääkärien vastaanotolla	Katsausartikkeli	Yleislääkärit tärkeässä osassa sh:den varhaisessa tunnistamisessa, vakava laihduttaminen ja ei-diagnosoidut sh:t aiheuttavat merkittävää kuolleisuutta myös ei hoidettuina, sh:den ennustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella, interventiolla ja seurannalla	Sh:den varhainen tunnistaminen, yleislääkärien näkökulma, huomioitu myös ei-diagnosoidut sh:t
2. Early detection of eating disorders in general practise Elizabeth Rowe, 2017	Syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen roolin tietoisuuden tehostaminen perusterveydenhuollon tasolla – fokus esilletuloissa ja diagnooseissa sekä DSM-5 luokituksen muutokset ja hoitosuositukset	Katsausartikkeli	Varhainen tunnistaminen ja interventio edesauttavat merkittävästi parempia lopputuloksia, interventio tulisi tehdä ennen kuin potilas täyttää kaikki diagnostiset kriteerit	Sh:den varhainen tunnistaminen, esilletulo yleislääkärien vastaanotolla, yleislääkärien konsultaatio, vaaritusmerkit

<p>3. Screening for early detection of eating disorders</p> <p>Elisaveta Pavlova, Mariana Arnaoudova, Ivan Aleksandrov, Yasen Yanev, 2016</p>	<p>Tarkoituksena saada selville/ koota kattava ja tarkoituksenmukainen sarja seulontavälineitä syömishäiriöiden varhaisen tunnistamisen avuksi</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>Seulontavälineet: SCOFF, Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS-5), Body Image Questionnaire-34 (BSQ) ja Beck Depression Inventory (BDI)</p> <p>t-test ja tulosten tilastollinen prosessointi SPSS-19.0, 19.0 Å ohjelmalla</p> <p>n=201 naista 18–45 v.</p>	<p>Sopivimmiksi näyttäytyvät tutkimuksessa käytetyt seulontavälineet</p> <p>nuorempien sekä keskiikäisten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen ja syömishäiriöiden ennaltaehkäisyn ja varhaisen intervention strategioita tulisi kehittää ja parantaa</p> <p>nuorten masennusta tulisi monitoroida koska sillä on yhteys sh:n vakavuuteen, kulkusuuntaan, hoitovasteesseen ja ennusteeseen</p>	<p>Varhaiseen tunnistamiseen sopivat seulontavälineet ja niiden käytettävyys</p>
<p>4. Kutsuntaikäisten poikien syömishäiriöoireilu – väestöpohjainen MOPO-tutkimus</p> <p>Marjukka Nurkkala, Raija Korpelainen, Anna-Maria Teeriniemi,</p> <p>Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Marja Vanhala, 2017</p>	<p>Kutsuntaikäisten poikien syömishäiriöoireilu</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>syömishäiriökäyttäytymisen kartoitus eri mittareilla (SCOFF sekä Pyrkimys laihtumisen- ja Bulimia-mittari = osa kansainvälistä ED Inventory-kyselyä) sekä lääkärintarkastus, elintapa- ja terveystarkastus ja masennusoireilun arviointi (RBDI)</p> <p>tilastollinen analyysi SPSS-ohjelmalla</p> <p>n=992 kutsunnalaista poikaa</p>	<p>Tyypillisin sh-oire: pakonomainen laihtumisen halu</p> <p>poikien oireilu saattaa erota tytöistä</p> <p>sh-oireilun arviointiin käytetyt menetelmät eivät ehkä seulo tasavertaisesti molempia sukupuolia</p> <p>poikien sh-oireilu tunnustetaan heikosti terv.huollossa</p> <p>joka neljännellä ylipainoisella oli sh-oireita</p>	<p>Eri mittaristot, poikien oireilu, eroavaisuus sukupuolten välillä oireilussa</p>
<p>5. Nuoren naisen</p>	<p>Nuorten naisten</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Tyytymättö-</p>	<p>Tyytymättö-</p>

<p>ihannepaino – so- siokulttuurisia ja terveydellisiä näkö- kohtia</p> <p>Ulla Kärkkäinen, Yasmina Dadi, Anna Keski-Rahkonen, 2015</p>	<p>ristiriitaisen pai- noihanteen mer- kitys syömishäi- riöihin</p> <p>tarpeettoman laihduksen ja syömiskäyttä- ytymisen häiriin- tymisen yhteys</p> <p>ihannepainos- taan kiinnostu- neen tai painos- taan huolestu- neen</p> <p>nuoren kanssa toiminen / koh- taaminen</p>		<p>myys omaan vartaloon voi ajaa vääränlai- siin tapoihin muokata varta- loa/painoa</p> <p>asiallinen tieto terveellisistä painonhallinta keinoista tar- peellista nuor- ren painosta riippumatta</p> <p>empatia ja hyväksyvä ilmapiiri työ- kentelyssä</p>	<p>myys omaan vartaloon ja laihduksen, painon- hallinta- keinojen jat- kumo</p> <p>painostaan/ vartalostaan huolestunut nuori vastaan- otolla</p>
<p>6. Letter to the edi- tor: health profes- sionals' attitudes toward individuals with eating disor- ders: "who do we think they are?"</p> <p>Deborah Lynn Reas, Kjers- ti Solhaug Gulliksen, Johanna Levallius, Rasmus Isomaa, 2017</p>	<p>Terveystieteiden ammattilais- ten asenteet ja stereotyyppit sh:ta kohtaan</p>	<p>Artikkeli</p>	<p>Terv.huollon ammattilaisilla on negatiivisia asenteita syö- mishäiriöisiä kohtaan</p> <p>stigma lisää sh-oireilua, masennusta ja alhaista itse- tuntoa ja on este avunha- ennalle sekä vähentää ky- kyä tunnistaa ja hoitaa te- hokkaasti syömishäiriöi- siä</p> <p>perinteiset näkemys syömishäiriöi- sestä yksilöstä jättää muut yksilöt syrjin- nälle ja ali- diagnoisoinnille</p>	<p>Asenteiden ja ennakkokäsi- tysten vaikutus syömishäiriöi- den varhai- seen tunnis- tamiseen</p>
<p>7. Evaluation of an online training pro- gram in eating dis- orders for health professionals in Australia</p> <p>Rachel S. Brownlow Email author, Sa- rah Maguire, Adrienne O'Dell, Catia Dias-da- Costa,</p>	<p>Tarkoitusta arvioi- da kehitetyn verkko-opetus- kurssin pätevyyt- tä (abiliteettia) kohentaa kliini- koiden tiedon- tasoja, taitoja ja itsevarmuutta sh:den hoitami- sessa</p>	<p>Alkuharjoittelu kyselyn ja jälki- harjoittelu arvi- oinnin avulla</p> <p>tarkasteltiin tietoa, taitoa, itsevarmuutta, sekä asennetta ja uskomuksia syömishäiriötä sairastavista ihmisistä</p>	<p>Merkittäviä kehityk- siä/parannuksi- a tiedoissa, taidoissa ja varmuudessa hoitaa SH pot. ohjelman jäl- keen sekä merkittävää laskua stigma- tisoituneissa uskomuksissa</p>	<p>Verkkokurssin sisältö, opetus aihealueet</p>

Stephen Touyz, Janice Russell, 2015		tilastollinen analysointi SPSS 20.0 - ohjelmalla n=187 tervey- denalan am- mattilaista	syömishäiriöi- siä kohtaan	
8. General Practi- tioners are poor at identifying the eating disorders Glenn Waller, Nadia Micali, Alison James 2014	Miksi yleislääkä- rit ovat huonoja tunnistamaan sh:ta ja mitä tehdä asialle	Artikkeli	Yleislääkärien sh:den tunnis- tamiseen vai- kuttivat mm: vähän koulu- tusta, lyhyt valmistautu- misaika/ kon- sultaatio aika, tietotaso ja asenteet, asi- antuntijapalve- luiden saata- vuus	Miksi yleislää- kärit ovat huo- noja tunnistama- an syömishäiriöitä, mikä varhaista tun- nistamista vaikeuttaa ja parannus- ehdotukset
9. Improving Eating Disorders Mental Health Literacy: A Preliminary Evalua- tion of the "Should I Say Something" Kassandra Gratwick-Sarland, Caroline Bentley 2014	Psykoedukatio- naalisen varhais- en interventio ohjelman "Should I Say Someth- ing" testaus nuorilla oppilailta ja sen vaikutus nuorten mielen- terveyden luku- taidon parantu- miseen	Ryhmätyökurs- si ja 3 kerran mittaukset n=177 ei val- mistunutta yli- opistolaista (university un- dergraduates)	Merkittäviä parannuksia sh:den tunnis- tamisessa ja tuntemukses- sa, sekä mer- kittävää laskua stigmatisoitu- neissa asen- teissa "Should I Say Something" - työkurssi voisi olla tehokas parantamaan nuorten mie- lenterveyden lukutaitoa	Ryhmätyö- kurssin toimi- vuus tai sovel- tuvuus sekä tulokset

<p>10. SCOFF in a general swedish adolescent population</p> <p>Erika Hansson, Davida Daukantaité, Per Johnsson 2015</p>	<p>SCOFF:in validiteetin testaus ruotsalaisilla tytöillä ja pojilla, vertailevana seulana käytetty Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) -seulaa</p>	<p>Menetelmänä faktori analyysi</p> <p>n=1265 aikuista</p>	<p>Kerroin analyysit osoittivat epävakuuttavia tuloksia SCOFF:in luotettavuudesta, tulokset osoittivat korrelaatiota SCOFFin ja EDE-Q:n välillä pojilla sekä tytöillä; tytöt saivat merkittävästi korkeammat pisteet SCOFF:sta ja myös korkeammat kokonaispisteet</p> <p>SCOFF saattaa tulkita ja vastata erilailla poikien ja tyttöjen kohdalla, uhkaamalla poikien häiriintyneen syömiskäyttäytymisen jäädä huomaamatta</p>	<p>Tulokset ja johtopäätökset</p> <p>Onko SCOFF oikeasti toimiva seulontaväline?</p>
---	--	--	---	--