

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Taru Mikkonen

SYÖMISHÄIRIÖT
Oppimateriaali hoitotyön opiskelijoille

Opinnäytetyö
Syyskuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2018
Hoitotyön koulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijä
Taru Mikkonen

Nimeke
Syömishäiriöt – Oppimateriaali hoitotyön opiskelijoille

Toimeksiantaja
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Tässä opinnäytetyössä käsitellään Anoreksia, Bulimia, BED ja Ortoreksia nimisiä syömishäiriöitä. Niistä kerrotaan syitä, oireita ja niiden hoitamista. Syömishäiriöt ovat mielenterveydellisiä häiriöitä, joihin liittyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä.

Opinnäytetyö on toiminnallinen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on että hoitotyön opiskelijat osaavat tunnistaa, tukea ja ohjata jatkohoitoon syömishäiriöistä kärsiviä asiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena on että Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat saavat tietoa syömishäiriöistä. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaalia Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Oppimateriaali on tämän työn liitteenä numero 2. Oppimateriaalin arvioi 26 hoitotyön opiskelijaa. Palautteena oli että tuotos on mielenkiintoinen, selkeä ja ymmärrettävä. Joistakin virheistä annettiin palautetta ja ne korjattiin. Tuotosta käytetään oppimateriaalina Karelia-ammattikorkeakoulun Moodle ympäristössä.

Työn tekemisen aikana huomattiin että hoitotyön opiskelijoilla on vähäiset tiedot syömishäiriöistä. Ortoreksiasta ja BED:istä voisi tehdä tutkimustyyppisen opinnäytetyön. Aiheena voisi olla ortoreksian ja BED:in hoidon tulokset Suomessa.

Kieli
suomi

Sivuja	26
Liitteet	2
Liitesivumäärä	11

Asiasanat
syömishäiriöt, anoreksia, bulimia, Bed, ortoreksia



THESIS
September 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600

Author
Taru Mikkonen

Title
Eating Disorders - Learning Material for Nursing Students

Commissioned by
Karelia University of Applied Sciences

Abstract

This thesis discusses different eating disorders: Anorexia, Bulimia, BED and Orthorexia. Their causes, symptoms and treatment are treated. Eating disorders are mental disorders involving physical, psychological and social impairment.

This thesis was practice-based. The purpose of this thesis was to help nursing students to identify, support and guide patients with eating disorders. The aim of this thesis was to provide nursing students with more information on eating disorders. The task of the thesis was to produce learning material for Karelia University of Applied Science nursing students. The learning material is attached to this work number 2. The learning material was evaluated by 26 nursing students. The feedback was that the output is interesting, clear and understandable. The output is used as a learning material in the Moodle environment of Karelia UAS.

During the thesis work it was noticed that nursing students have little knowledge of eating disorders. One possibility for further research is the treatment results of BED and Orthorexia in Finland.

Language
Finnish

Pages	26
Appendices	2
Pages of Appendices	11

Keywords

eating disorders, anorexia, bulimia, Binge Eating Disorder, orthorexia

Sisältö

1 Johdanto.....	5
2 Syömishäiriöt ja niiden syitä.....	6
2.1 Ahminnan määritelmä.....	7
2.2 Epätyypillinen syömishäiriö.....	8
2.3 Syömishäiriöt pojilla ja miehillä.....	8
2.4 Syömishäiriöstä paraneminen.....	9
3 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö.....	9
3.1 Anoreksian toteaminen ja psyykkiset oireet.....	10
3.2 Fyysiset oireet.....	11
3.3 Hoitotyö.....	12
4 Ortoreksia nervosa eli laihuushäiriö.....	13
4.1 Oireet ja syyt.....	13
4.2 Hoitotyö.....	14
5 Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö.....	14
5.1 Bulimian toteaminen.....	14
5.2 Psyykkiset ja fyysiset oireet.....	14
5.3 Hoitotyö.....	16
6 Binge eating disorder eli ahmintahäiriö.....	17
6.1 BED:in toteaminen.....	17
6.2 Psyykkiset ja fyysiset oireet.....	17
6.3 Hoitotyö.....	18
7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä.....	18
8 Opinnäytetyön ja oppimateriaalinen toteutus.....	19
8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	19
8.2 Opinnäytetyön prosessi ja toteutus.....	19
8.3 Oppimateriaalinen suunnittelu ja toteutus.....	20
8.4 Oppimateriaalin arviointi.....	20
9 Pohdinta.....	22
9.1 Tuotoksen tarkastelu.....	22
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	23
9.3 Opinnäytetyön ja oppimateriaalin jatkokehityssuunnitelma.....	24
Lähteet.....	25

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Kirjallinen tuotos

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat mielenterveydellisiä häiriöitä, joihin liittyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. Suhde syömiseen muuttuu epätavallisen tärkeäksi, ja häiriön oireet alkavat määrätä päivittäisiä valintoja. (Käypä hoito -suositus 2014; Vuorilehti, Lari, Kurki & Hätönen 2014, 163 – 164.)

Syömishäiriöt vaikeuttavat usein vakavasti nuoren toimintakykyä ja kehitystä. Ne hidastavat nuoren sosiaalista ja psyykkistä kehitystä ja voivat aiheuttaa myös parantumattomia fyysisiä haittoja. (Dadi & Raevuori 2013, 61.) Syömishäiriön varhainen havaitseminen ja hoitoon pääsy on tärkeää potilaan ennusteen kannalta (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41).

Häiriintyneen ja normaalin syömisen rajaaminen on joskus vaikeaa. Kaikki ovat joskus ylensyöneet. Valtaosa ihmisistä on tyytymättömiä vartalonsa. Suurin osa (10 – 20 %) ihmisistä on myöntänyt joskus käyttäneensä laihduttamiseen epämääräisiä keinoja: suolentyhennyksiä, paastoamista, laihdutuslääkkeitä tai tahallista oksentamista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12 – 13.) Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia. Kaikki syömishäiriöt voivat aiheuttaa potilaalle vakavia fyysisiä seuraamuksia. (Sisä-Suomen Syli ry. 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli, että hoitotyön opiskelijat osaavat tunnistaa, tukea ja ohjata jatkohoitoon syömishäiriöistä kärsivät asiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoa syömishäiriöistä. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaalia Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Tässä opinnäytetyössä syömishäiriöitä tarkastellaan sairaanhoitajan hoitotyön kannalta.

Tämän työn tekemisen aikana on huomattu että hoitotyön opiskelijoilla on vähäiset tiedot syömishäiriöistä. Ortoreksiasta ja BED:istä voisi tehdä tutkimustyyppisen opinnäytetyön. Aiheena voisi olla ortoreksian ja BED:in hoitaminen ja hoidon tulokset Suomessa.

2 Syömishäiriöt ja niiden syitä

Syömishäiriöillä tarkoitetaan erilaisia tiloja, joissa on menetetty ruuan ravitsemusmerkitys ja ruoka on muuttunut välineeksi muuttaa kehon kokoa ja muotoa. Ajatukset ruuasta ja sen valmistuksesta ja ruuasta kieltäytyminen ovat muuttaneet nuoren ajatusmaailmaa ja syömishäiriö toimii nuoren mielen suojana ja ongelmanratkaisijana. (Lönggvist, Henriksson & Marttunen, 2014, 659.) Ne ovat tavallisia nuorilla aikuisilla ja nuorilla naisilla esiintyviä mielenterveyshäiriöitä. Niihin liittyy psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä sekä poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. (Käypä hoito-suositus 2014.) Arviolta noin 7 % suomalaisista naisista sairastaa syömishäiriön ennen 30 vuoden ikää. (Lönggvist ym. 2014. 396.)

Syömishäiriöt vaikuttaisivat olevan seurausta nuoruusiän psyykkisen ja fyysisen kehityksen ongelmista. Joillekin nuorista murrosiän fyysiset muutokset ja niiden ymmärtäminen tuottavat vaikeuksia. Tytöillä ongelmia näyttäisivät aiheuttavan normaali painonnousu ja rasvakudoksen lisääntyminen. Pojilla ongelmia tuottavat liian pienet lihakset. Tytöillä, joilla ulkonäkö on tärkeä, on enemmän syömishäiriöoireilua kuin tytöillä, joilla ulkonäkö ei ole niin suuressa asemassa. Oireilu voi myös liittyä nuoren itsenäistymiseen ja perheestä irrottautumiseen liittyviin vaikeuksiin. Perheen sisällä tai muissa ihmissuhteissa olevat ristiriidat voivat vaikuttaa oireilun alkamiseen. Selvää yhteyttä tai syy-seuraussuhdetta ei kuitenkaan perhe-elämän ongelmien ja syömishäiriöiden välillä ole pystytty osoittamaan. (Syömishäiriöliitto-SYLI, 2009,18-19.)

Syömishäiriöille altistavia geenejä tutkitaan ja etsitään jatkuvasti kansainvälisissä monikeskustutkimuksissa, koska näiden sairauksien synty tapa haluttaisiin ymmärtää paremmin ja sairauksiin haluttaisiin kehittää tehokkaita hoitoja ja lääkityksiä. Mitään suuria tutkimuksellisia läpimurtoja ei kuitenkaan ole tapahtunut, koska sairauksien periytyminen on osoittautunut luultua monimutkaisemmaksi ilmiöksi. Oireilu, joka nykyään näkyy naisten painon tarkkailuna ja ulkomuodon kontrollointina ja johtaa syömishäiriöihin, on aikaisemmin näkynyt muunlaisena käytöksenä ja oireina. Voi myös olla, että

syömishäiriössä ei periydy syömisoire vaan oireilulla altistava sääntillinen, pakonomaisuutta ja täydellisyyttä rakastava persoonallisuuden rakenne tai yleinen ja laaja-alainen alttius reagoida stressitilanteisiin psyykkisin oirein. Syömishäiriöpotilailla on tutkimuksissa todettu poikkeavuuksia serotiini ainevaihduksissa ja ne saattavat olla perinnöllisiä. Serotoniinijärjestelmä vaikuttaa sekä mielialaan että ruokahalun säätelyyn. (Keski-Rahkonen ym.2008, 35 – 36.)

Sairaalahoitoon hakeutumiseen somaattiset syyt ovat, kun painoindeksi on enintään 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta tai enintään 13 Kg/m² tai erittäin nopea laihtuminen (paino laskee 25 % kolmen kuukauden aikana) sekä vakavat aineenvaihduntasapainon ja elektrolyyttitasojen häiriöt. Systolinen verenpaine on alle 70 mmHg ja syketaajuus alle 40/min tai on havaittu EKG-muutoksia. Psykiatriset syyt hoitoon hakeutumiseen ovat psykoottiset oireet, vakava itsetuhoisuus tai itsemurhavaara, vakava masennus sekä vakavat ongelmat perheessä. (Laukkanen, Marttunen, Miettinen, Pietikäinen 2006, 122.)

2.1 Ahminnan määritelmä

Objektiivinen ahminta tarkoittaa että henkilö syö suuren määrän kerralla; jopa yli 1000 kcal. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi litran jäätelön tai ison suklaaleivyn syömistä kerralla tai ison ruisleivän syömistä yksin. Syömistä ei hallita, ja se ei lopu ennen kuin henkilö tyhjentäytyy, ruoka loppuu, ja henkilö on aivan täynnä tai sammuu ruuasta. Syömiskäyttäytyminen on hallitsematonta. Subjekttiivinen ahminta tarkoittaa että henkilö tuntee menettävänsä syömisen hallinnan vaikka ruokamäärät ovat pieniä: koululounas, normaali ravintola-annos, muutama pikkuleipä tai pari leipäviipaleita. Ylensyönti joka ei ole ahmintaa. Henkilö syö suuren määrän ruokaa, mutta halutessaan hän pystyy lopettamaan syömisen. Yleisimpiä tilanteita ovat noutopöydästä syöminen ja juhlaruuat (joulu). Sekä subjektiiviseen että objektiiviseen ahmintaan kuuluu, että syömiseen liittyy syyllisyyttä, epäonnistumisen tunnetta, oksentamista ja tarvetta muilla tavoin kontrolloida syömistä ja painoa. (Käypä hoito -suositus, 2014).

2.2. Epätyypillinen syömishäiriö

Epätyypilliseksi syömishäiriöksi sanotaan syömishäiriötä, jonka kaikki syömishäiriöiden kriteerit eivät täyty tai ne ovat hyvin lieviä. Epätyypillisessä syömishäiriössä syömiskäyttäytyminen on hyvin häiriintynyttä ja käytös häiritsee sekä sairastuneen perhettä että häntä itseään. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat hyvin yleisiä ja epäillään, että yli puolet syömishäiriöiden takia hoitoon hakeutuvista sairastavat sitä. (Syömishäiriöliitto-SYLI, 2009).

Epätyypillisessä syömishäiriössä on piirteitä sekä bulimiasta ja anoreksiasta. Se on bulimiam ja anoreksiaa yleisempi ja sen esiintyvyys on noin 5 %. (Toivio, Nordling 2013, 176).

2.3 Syömishäiriöt pojilla ja miehillä

Syömishäiriöiden perinteisiä kriteereitä ei voi soveltaa pojille ja miehille, koska sairauden oireet ja ilmiösu voivat heillä olla täysin erilaiset (Ricciadelli, McCabe 2004, 130, 179 – 205). Pitkään luultiin, että pojilla ei olisi syömishäiriöitä ollenkaan. Tällä hetkellä tiedetään, että pojatkin sairastavat syömishäiriöitä, mutta niitä ei jostain syystä aina tunnisteta. On tutkittu, että nuoren miehet ja pojat sairastavat erityisesti epätyypillisiä syömishäiriöitä lähes yhtä paljon kuin naisetkin. Miesten syömishäiriöiden sairastamisen yhteydessä esiintyy erilaisia ruumiinkuvan häiriöitä. Syömishäiriötä sairastaa noin 1-2 poikaa tuhannesta. Pojilla on ongelmia lihasmassan ja miehisyytensä kanssa; varsinaisia ulkonäköpaineita heillä ei esiinny. Tyytymättömyys lihaksistoon ja sen vähyyteen on suomalaisten nuorten miesten ongelmana. Anoreksia vaikuttaa pojilla seksuaalista toimintakykyä ja sukupuoliviettä vähentävästi. Pojat eivät oksentele, vaan he keskittyvät pelkästään painonsäätelyyn. (Suomen mielenterveys- seura).

Syömishäiriöpotilaista poikien ja miesten osuus on noin 10 – 20 % riippuen lähteestä. BED eli ahmintahäiriö on miehillä muita syömishäiriöitä yleisempi. On huomioitu että kolmasosa ahmintahäiriö potilaista on miehiä. Tyypillisesti ahmintahäiriötä sairastava potilas on ylipainoinen mies. Miehillä syömishäiriö voi

aiheuttaa seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemistä (<https://yle.fi> Vaakakapina 2017.)

2.4 Syömishäiriöistä paraneminen

Lievät syömishäiriöt voivat korjaantua jo muutamalla neuvonta- ja seurantakäynnillä, joiden aikana ohjataan monipuoliseen, terveelliseen ja säännölliseen syömiseen. Samalla tapaamisella keskustellaan riskeistä ja tilanteesta. Osalle potilaista riittää omahoito. Suurin osa syömishäiriöpotilaiden oireista paranee hoidon edetessä. Kuitenkin hammas- ja luustovauriot eivät korjaannu hoidon aikana (Käypä hoito- suositus, 2015)

Noin 80 % syömishäiriötä sairastavista paranee sairaudesta. Kuitenkin noin 30 % :lla oireilu jatkuu ja 10-20 sadasta potilaasta syömishäiriö pitkittyy. Kuolleisuus on 5-10 %. Syömishäiriöistä toipuminen voi vielä jopa 6-7 vuotta. (Käypä hoito- suositus, Broström 2010). Laihuushäiriöissä kuolleisuus on 5–10 % ja puolet kuolemista ovat itsemurhia. Noin puolet laihuushäiriöistä paranee, 30 % :lla jatkuu oireilu ja 10 % tauti kroonistuu. Ahmimishäiriöissä noin puolet paranee oireettomiksi, mutta jos häiriöön liittyy päihdeongelmaa, ennuste huononee huomattavasti. (Toivio & Nordling, 2013, 177.)

3 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö

Anoreksian klassisessa kuvauksessa kerrotaan sairauskokonaisuudesta, jossa nuori ihminen rupeaa syystä tai toisesta välttelemään, säännöstelemään ja väistelemään syömistä. Nämä syyt voivat liittyä esimerkiksi itsekuriin, tietyn ulkonäön tavoitteluun tai uskontoon. Moni anoreksiaa sairastava kuvaa, että laihtumiseen jää kiinni. Pienikin kehuminen tai kiitos laihtumisesta aiheuttaa hallitsemisen tunteen omasta ruumistaan tai elämästään. On vaikea arvioida, kuinka moni sairastuu anoreksiaan. Monet lievemmät tapaukset jäävät kokonaan huomaamatta. Suomalaistutkimuksen mukaan anoreksian esiintyvyys on noin 2 % 15 – 19 -vuotiaista naisista. (Keski-Rahkonen ym.2007, 12-13).

Anoreksialle on tyypillistä, että sairastunut kieltäytyy syömästä ja hän ei myönnä, että luurankomainen ulkonäkö ja hänen käyttäytymisensä ei ole normaalia. (Toivio & Nordling, 2013, 176-177.) Anoreksia puhkeaa herkimmin 13-14- tai 17-18-vuotiaalle nuorelle. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan joka 50.nainen ja 400.mies on sairastanut laihuushäiriön ennen aikuisikänsä. (Dadi & Raevuori, 2013, 63.)

3.1 Anoreksian toteaminen ja psyykkiset oireet

Anoreksian toteamisen kriteereinä käytetään seuraavaa oireistoa eli kun BMI on maksimissaan 17.5 kg/m² (Paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreillä). Henkilön minäkuva ei ole todellinen, vaan hän näkee itsensä lihavana, vaikka todellisuudessa hän on alipainoinen. Painon putoaminen on aiheutettu ruuan vähentämisellä, liiallisella liikunnalla tai laksatiivien-, nesteenpoisto tai ulostuslääkkeen käytöllä tai oksentelulla. Miesten potenssi ja seksuaallinen mielenkiinto häviävät ja naisten kuukautisten puuttuminen vähintään 3 kuukauden ajalta ja ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2015.)

Anoreksiaan liittyy myös psyykkisiä oireita, joita ovat muun muassa vääristynyt kehonkuva. Anoreksiaa sairastava näkee itsensä isona tai kun hän on todella laiha; hän kokee itsensä siedettäväksi. Jos nuori kärsii myös masennuksesta ja ahdistuksesta, hänellä voi olla myös itsetuhoisia ajatuksia. (Dadi & Raevuori 2013, 61.) Anoreksiaan liittyvä kova kontrolli ei liity vain ruokailuun ja painon säätelyyn, vaan se levittyy myös muille elämän alueille. Anorektinen kontrolli on keino lievittää psyykkistä pahaa oloa, ja se on yritys saada järjestystä sisäiseen kaaokseen. (Van der Ster 2006,55.) Opiskelu ja työelämä voivat muuttua hyvin suorituskeskeiseksi, jolloin kaikki aika menee tehtävien tekemiseen ja viimeistelyyn. Vain parhaat tulokset ja arvosanat kelpaavat. Kontrollointi voi näkyä myös pakonomaisena siivoamisena ja tavaroiden jatkuvana järjestelynä. (Keski-Rahkonen ym. 2008,30.) Anorektikko voi olla myös ylettömän kiinnostunut ruuasta ja ruuanlaitosta; hän voi myös puuttua toisten perheenjäsenten ruokailutottumuksiin. Hän voi myös saada raivokohtauksia ja harrastaa pakonomaisesti pakkoliikuntaa. Hänellä voi olla myös eristäytymisen ja

ulkopuolisuuden tunnetta (Syömishäiriöliitto-SYLI ry, 2009 11). Muita oireita ovat yleinen ahdistuneisuus, ärtyneisyys, levottomuus, mielialan laskeminen sekä painoon ja syömiseen liittyvä pakonomaisuus. Mitä alemmas paino laskee, sitä voimakkaammaksi psyykkiset oireet tulevat. Kun tauti edistyy ja keho nälkiintyy, potilaan todellisuuden taju hämärtyy ja käytös on psykoottista. Aliravitsemustilassa elimistö alkaa käyttää ravinnokseen omia rakennusaineitaan ja hätätilassa käytetään ravinnoksi myös aivojen valkeaa ainetta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29-30.)

Anoreksiaa sairastavaan on yksilötasolla yhdistetty pakonomaisuutta ja täydellisyyden tavoittelemista. Sairastuneen on usein vaikea ilmaista aggressiivisia tunteitaan, ja heidän itsenäistymisensä ja psykoseksuaalinen kehityksensä on usein jäljessä ikätovereihin verrattuna. Tähän syynä on todettu tunnetason kokemusta yksin jäämisestä ja turvattomuudesta. Traumaattiset kokemukset, kuten esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö, voivat altistaa syömishäiriöille. Voimakasta ruumiinkontrollia edellyttävät harrastukset voivat edesauttaa laihuushäiriöön sairastumista. Meidän kulttuurimme seksuaalinen korostuneisuus ja vapaus voivat ahdistaa nuorta, joka sitten voi hidastaa kehitystään syömishäiriöllä. (Laukkanen ym. 2006, 120.)

3.2 Fyysiset oireet

Aliravitsemustila aiheuttaa anorektikolle muun muassa seuraavanlaisia elimistön ongelmia: ravinnonsaannin niukkuus siirtää elimistön ”säästöliekille”. jolloin kaikki ylimääräiset toiminnot loppuvat. Aineenvaihdunnan hidastumisesta johtuen potilaalle tulee seuraavia oireita, joihin kuuluvat heikentynyt kylmän sieto ja paleleminen sekä kuiva iho. Oireistoa ovat myös lämmön lasku ja hidas pulssi, matala verenpaine sekä ihon kellertäminen. Niitä ovat myös hiusten lähtö, kynsien haurastuminen, vatsan hidastunut tyhjentyminen, uupumus, väsymys sekä alentuneet verensokeriarvot, ummetus ja makuaistin heikentyminen. Aliravitsemuksen takia kehon lihasmassa vähenee, lasten ja nuorten kohdalla kasvu pysähtyy ja puberteetti viivästyy. Anorektikolle ilmestyy tyypillisesti vaaleaa karvoitusta kasvoihin, selkään, käsivarsiin ja muualle vartaloon. Tätä kutsutaan lanugo karvoitukseksi. Sokeri- ja suolatasapaino ovat anoreksiapotilaalla usein

häiriintyneet. Tämä johtaa kehon häiriöihin happo- ja emästasapainossa, kehon kuivumiseen ja mineraalipuutoksiin, joiden oireita ovat kouristukset sekä yleinen heikkouden tunne. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31; Lehto 2004. 244.) Naisilla esiintyy myös luukatoa, joka johtuu naissukupuolihormonin puutoksesta ja kuukautisten poisjäämisestä. Tästä johtuva luuntiheyden pieneneminen johtaa myös murtumariskin suurenemiseen (Käypä hoito -suositus 2014.)

Kuvantamistutkimuksissa on löydetty poikkeavuuksia aivojen toiminnassa. Lepotilassa aivojen limbisissä osissa, kuten hypotalamuksessa sekä manteliumakkeen ja hippokampuksen alueella, on todettu lisääntynyttä toimintaa, joskin taas pihtipoimun alueella toiminta on vähentynyttä. Tyvitumakkeiden ja aivorungon alueella on todettu yliaktiivisuutta liittyen mielihyvän välittämisen kokemuksiin. (Karhunen, Kuikka & Uusitupa, 2003.)

3.3 Hoitotyö

Jos tilanne on hälyttävä eli kun laihtuminen on erittäin rajua (useita kiloja kuukaudessa), on syytä hakeutua hoitoon mahdollisimman nopeasti. Yleensä anorektikon hoito aloitetaan perusterveydenhuollossa. Siellä tulee aloittaa hoito ja tehdä hoitosuunnitelma. Hoito tapahtuu aluksi avohoidossa. Koulussa terveydenhoitajan tulee puuttua oireisen lapsen tai nuoren tilanteeseen. Hänen tulee järjestää tilanteen kartoitus ja lääkärin tapaaminen. Vanhemmat tulee ottaa mukaan hoidonsuunnitteluun, jos lapsi tai nuori ei sitä erikseen kiellä. Yleensä tilanne ei ole hälyttävä, jolloin aikaa aloittaa hoito on riittävästi. Joskus nuori ei tunnista ongelmaa tai kieltää koko sairauden tai vaikka tunnistaisi tilanteen, hän ei myönnä sitä häpeään vuoksi. Tärkeintä on luoda nuoreen luottamuksellinen ja kuunteleva, empaattinen hoitosuhde. Jos tilanne ei parane terveydenhoitajan tuella, lapsi tai nuori ohjataan yksikköön joka hoitaa syömishäiriöisiä. Osastohoitoon päädytään, jos se on välttämätöntä potilaan psyykkisen tai fyysisen voinnin kannalta. Käypä hoito -suosituksessa on tarkoin määritelty lasten ja nuorten hoitokäytänteet ja moniammatillisen hoidon tarpeellisuus. Valtaosa osastolla hoidettavista syömishäiriöpotilaista on anorektikkoja, juuri muita siellä ei hoideta. Välittömän osastohoidon aiheet löytyvät Käypä hoito -suosituksesta. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2009, 21-22.)

Vaikeasti nälkiintyneen (painoindeksi alle 13 tai nopea painon lasku) paastoavan anorektikon hoito ruokavaliolla aloitetaan maltillisesti ruokavaliolla, jossa on 500-600 kcal tai 20-23 kcal/kg refeeding-oireyhtymän vuoksi, joka tarkoittaa, että aliravittu elimistö siirtyy ”säästöliekille”. Ravitsemuskuntoutus tulee aloittaa varovasti, koska elimistö voi ylikuormittua. Refeeding-tilaan liittyy hypofosfatemia, hypokalemia ja hypomagnesemia sekä turvotus ja nesteen kertyminen. Tila on vakava ja vaarallinen, koska se voi hohtaa hengityselimien ja sydämen toiminnan vaikeuksiin sekä neuromuskulaarisiin ongelmiin. Mitä huonommassa kunnossa potilas on, sitä suuremmat ovat liian tehokkaan ravitsemuskuntoutuksen riskit. Aliravitun anorektikon energian saannista huolehditaan tehostetusti. Hänen omiin kylläisyyden ja nälän tunteisiinsa ei ole vielä luottamista. Jos potilaan paino ei rupea nousemaan tai laskee yhä, tulee energiasaantia lisätä, vaikka potilas tuntisi syövänsä riittävästi tai liian paljon. Tarpeesta lisätä ruuan energiamäärää ei voida tinkiä. Liikunnan määrä vaikuttaa tulokseen ja luonnollisesti liikaa liikuntaan tulee puuttua (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola, 2005, 93 – 95, 99).

4 Ortoreksia nervosa

4.1 Oireet ja syyt

Ortoreksia on vielä melko vähän tutkittua. Tutkimuksissa löytyy yksiselitteisesti syyksi se, että henkilö syö omien uskomustensa perusteella mahdollisimman terveellisesti. (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Canella, 2004. 28 – 32.) Ortoreksia eli terveellisen ruuan pakkomielle ei ole virallinen diagnoosi, vaan se kuuluu epätuypillisiin laihuushäiriöihin. Sairastunut pyrkii oikeaoppiseen ja terveelliseen ruokavalioon, mistä johtuu, että elimistöstä puuttuu tärkeitä ravintoaineita. (Syömishäiriöliitto,2009). Toisaalta on esitetty, että onko ortoreksiaa ollenkaan ja onko se keksitty vain miehiä varten. Tällöin miehillä olisi oma sairaus eikä heitä yhdistettäisi sairauteen, jota sairastavista on 90 % naisia (Van der Ster 2006, 52). Yleensä sairaus alkaa kiinnostuksena terveellisempään ruokaan ja muuttuu vähitellen pakonomaiseksi ja pakkomielteeksi. Päivä päivältä ruuan ajattelu vie enemmän aikaa. Tässä toiminnassa voi näkyä jopa piirteitä

uskonnollisista rituaaleista. Ortoreksia voi pahimmillaan muuttua bulimiaksi tai anoreksiaksi. (Syömishäiriökliniikka, 2014).

Ortoreksiassa henkilölle voi tulla pakonomaisia rutiineja liittyen ruuan valmistukseen ja ruokaan. Ruokavalion rajoittuminen tapahtuu hitaasti ja siitä seuraa usein anoreksian kaltaisia liitännäissairauksia elimistön puutostilojen ja nälkiintymisen myötä. (Abry & Koven 2015, 385-386; Kratina 2014.)

4.2 Hoitotyö

Kun ruuan pakkomielle alkaa rajoittaa elämää niin paljon, että elämästä häviää kaikki ilo, on ortorektikon helpompi hakea apua ravitsemusterapeutilta kuin mielenterveyden ammattilaiselta, esimerkiksi psykologilta. Ravitsemusterapeutti Raija Partanen (Melleri 2002, 50) on sanonut ja huomannut, että ongelma ulkoistetaan helposti; eli se siirretään ruokaan. On turvallisempaa, kun puhuu ruuasta eikä itse ongelmasta, joka on häiriön taustalla. Toiset potilaat saavat ongelman hallintaan vain ravitsemusterapeutin vastaanotolla, toiset tarvitsevat avuksi esimerkiksi psykologin vastaanotolla käymistä. Joka tapauksessa on selvitettävä, mistä pakkomielleeseen johtanut ahdistus tai pelkotila on saanut alkunsa ja kuinka syyt saadaan poistettua (Nuorteva 2002, 113.)

5 Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö

5.1 Bulimian toteaminen

Bulimiassa potilaalla on toistuvia ylensyömis jaksoja, jolloin potilas ahmii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Jaksoja on oltava kaksi kertaa viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan. Ongelmana on toimintakykyä ja elämää ja ajattelua hallitseva syöminen tai pakonomainen syöminen. Potilas yrittää estää ruuan vaikutukset jollain toiminnalla tai tavalla, joita ovat itse aiheutettu oksentaminen, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostus-, kilpirauhas- ja nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttäminen. Kriteereihin kuuluu myös ajoittainen syömättömyys. Potilas on omasta mielestään lihava ja hän pelkää lihomista. Potilas on usein ennen sairastanut anoreksiaa (Laukkanen ym.2006, 125.)

Toistuva salassa ahmiminen, eristäytyneisyys, vatsakivut, itsetuhoisuus ja itseinho kuuluvat myös bulimian oireistoon. (SYLI ry.2015).

5.2 Psykkiset ja fyysiset oireet

Ahmimishäiriöistä kärsivät ovat usein impulsiivisia, ja heillä esiintyy liitännäisoireina usein myös persoonallisuushäiriöitä, päihdeongelmia sekä itsetuhoista käyttäytymistä. Bulimia yhteydessä esiintyvään impulssikontrollin puutteen on sanottu johtuvan hoivan kokemuksen vähyydestä. Bulimiamia on sanottu myös itsesäätelyn häiriöksi ja sen sanotaan edustavan aggressiivista, sadistis-masokistista hyökkäystä omaa ruumista kohtaan. Vakava masennustila kuvautuu noin puolella bulimiamia sairastavista, ja noin 80 %:lla bulimiamia sairastavista on todettu muitakin mielenterveysongelmia. Erityisesti epävakaata persoonallisuushäiriö ja ahdistuneisuushäiriö ovat yleisiä. Ahmimishäiriöisillä on myös muita enemmän hillitsemiseen ja käytöshäiriöihin liittyviä ongelmia. (Laukkanen ym. 2006, 124.) Lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttö on myös hyvin yleistä (Lönqvist ym. 2014, 406). Paniikkikohtaukset, sosiaalisten tilanteiden pelkääminen ja muut pelkotilat, yleinen ahdistus, pakkoajatukset ja -toiminnot kuuluvat ahmimishäiriön oireistoon. Osalla potilaista ilmenee raivokohtauksia, äärimmäisiä mielialan vaihteluja, häilyviä ihmissuhteita ja epävakaata tunne-elämää. Bulimian liitännäisoireina on kuvattu myös itsetuhoisuutta, itsemurhayrityksiä, viiltelyä, päihderiippuvuutta, pelihimoa, näpistelyä ja riskinhakuista elämäntyyliä. Näiden oireiden esiintyminen on yksilöllistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30 – 31.) Sairastuneella on myös jatkuvaa ahdistusta ja häpeää omasta ulkonäöstään ja painostaan. Usein hän kärsii myös masennuksesta ja itseinhosta. Bulimian fyysisiin oireisiin kuuluvat vatsakivut ja ruuansulatusongelmat, naisilla näiden lisäksi painonvaihtelusta johtuva kuukautisten epäsäännöllisyys. Myös laihduttaminen, paastoaminen ja runsas liikunta kuuluvat bulimian oireistoon (Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2009.) Se aiheuttaa kuivumista ja elektrolyyttitasapainon häiriöitä, vaikka paino olisikin normaali. (Laukkanen ym.2006.124-125.) Elektrolyyttihäiriöt ovat hyvin yleisiä ja aiheuttavat lihasheikkoutta, sydämen rytmihäiriöitä ja kouristelua. Oksentelu vahingoittaa hammaskiillettä, ruokatorvea, sylkirauhasia ja aiheuttaa pahoinvointia ja vatsakipuja. Bulimiamia sairastavilla on kuvauksissa todettu

lisääntynyttä toimintaa aivojen ohimolohkojen alueella. Myös isoivokuorella tapahtuvassa toiminnassa on todettu poikkeavuuksia erityisesti yksinkertaisia kognitiivisia toimintoja suoritettaessa. (Karhunen, Kuikka & Uusitupa 2003.) Bulimiassa aivopuoliskojen epäsymmetria puuttuu tai sen on painottunut aivojen vasemmalle puolelle (Käypä hoito -suositus 2009).

5.3 Hoitotyö

Hoito toteutetaan yleensä avohoitona. Sairaalahoittoa tarvitaan, jos oksentaminen tai syöminen on hallitsematonta, eikä oiretta saada avohoidossa loppumaan tai potilaalla on vaikeita somaattisia ongelmia. Ensivaiheessa on tärkeintä lääketieteellisten seurausten hoito ja oirekierteen katkaisu. Tärkeänä tässä vaiheessa koetaan myös normalisoida syömiskäyttäytyminen. Lisäksi tutkitaan syömishäiriöön liittyvät psykologiset ja perhesyyt sekä käyttäytymisen ja sosiaalisen elämän ongelmat. Näiden ongelmien ratkaisua pyritään helpottamaan. Osalle potilaista riittävät hoidoiksi psykoedukatiiviset tapaamiset lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotolla. Ravitsemusohjausta annetaan hoidon yhteydessä. Tarvittaessa voidaan myös aloittaa lääkehoito. Keskeinen hoitomuoto on potilaan pitämä ruokapäiväkirja. On tärkeää saada potilas lopettamaan laihdutus ja ohjata hänet täsmäsyömiseen. Jos tämä ei onnistu perusterveydenhuollossa, tulee potilas ohjata psykiatriseen arvioon tai toimittaa hänet arvioitavaksi syömishäiriöiden hoitoon perehtyneeseen yksikköön. (Lönngqvist ym. 2014, 411.)

6 Binge eating disorder eli ahmintahäiriö

6.1 BED:in toteaminen

Bediin kuuluvat ahmintakohtaukset, jolloin tunne syömisen hallinnasta häviää. Ruokamäärä ylittää selvästi muiden ihmisten syömisen määrät samassa tilanteessa. Ahmintajakson aikana todetaan vähintään kolme seuraavista oireista; suuren määrän syöminen, vaikka ei ole nälkä, itseinho, masennus ja

syöllisyudentunto syömisen johdosta. Syöminen on normaalia nopeampaa. Syödään siihen asti, kunnes tulee huono olo ja yksinään syöminen, koska syöminen hävettää. Ahmimisesta tulee häpeä ja voimakas ahdistus. Ahmintakohtauksia on ollut keskimäärin kaksi kertaa viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana. (Keski-Rahkonen ym.2008 18-19.)

Oirekuvaan kuuluvat myös toistuvat yritykset laihduttaa sekä painonvaihtelu ja samoin pakkomieltainen ylensyönti. Niihin kuuluu myös tunne, ettei hallitse syömistään ja ettei pysty keskeyttämään sitä. (Syömishäiriöliitto-SYLI RY, Raisio 2.2.2009.)

6.2 Psyykkiset ja fyysiset oireet

BED:in sairastamiseen kuuluu voimakas häpeän tunne ja ahdistuminen. Ahmintahäiriön diagnoosin saamiseksi edellytetään, että sairastuneella on myös masennusta ja itsensä halveksuntaa. Edellytetään myös, että sairastuneen oireisiin kuuluu ahmimisen salaamista tai huomattavien määrien syömistä nopeassa ajassa. (Käypä hoito -suositus, 2009). Ahmimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muunmuuassa huono itsetunto, jatkuvat laihdutukset, voimakas häpeä, itsekriittisyys, tunteiden ilmaisun ja käsittelyn vaikeudet, negatiivinen kehonkuva, korkea vaatimustaso kaikissa suorituksissa ja psyykkinen ylikuormitustilanne. (Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi, 2011 66.)

BED-diagnoosi ei vaadi lihavuutta, mutta liikalihavuus on usein BED:in sairastamisesta johtuvaa. Sairastuneen paino nousee usein vaarallisiin lukemiin, koska syödystä ruuasta ei pyritä eroon millään keinolla. Tämän takia häiriötä kutsutaankin lihavan ahmimishäiriöksi. (Syömishäiriöliitto – Syli ry. 2015.) Liikalihavuudesta johtuvia riskejä ovat sydän- ja verisuonisairaudet sekä kohonnut verenpaine. Niihin luetaan myös diabetes ja astma. Riskeihin ajatellaan kuuluvan myös kihti, sappikivet, rasvamaksa, eräät syöpämuodot ja tuki- ja liikuntaelinvaivat sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. (Syömishäiriöliitto- Syli ry 2009.)

6.3 Hoitotyö

Lihavan ahmimishäiriön hoitaminen ei ole vielä vakiintunut Suomessa. Oikeaa ja asianmukaista hoitoa saavan potilaan ennuste on yleensä hyvä, mutta sairaudelle on ominaista jaksoittainen ja aaltoileva kulku. BED-syömishäiriöistä potilasta hoidetaan täsmäsyömisen opettelulla. Täsmäsyöminen tarkoittaa, että ateriat tulee nauttia 3-4 tunnin välein eli noin 5 kertaa päivässä. Energiaa tulee olla vähintään 1 500 kcal. Jos energiamäärä on matalampi niin ahmimisriski kasvaa. Ruuan tulee olla monipuolista ja tavallista ruokaa; asiallinen määrä herkkujakin sallitaan. Suositeltava energiamäärä on vähintään 1 800 kcal/vrk. Lääkkeellistä hoitoa on myös mahdollista saada, mutta jotkut lääkkeet lisäävät ahmintaa. Potilaan sairautta on mahdollista hoitaa myös ruokapäiväkirjan pitämällä ja ravitsemusohjauksella. Apuna voidaan käyttää myös itsehoitopaita, psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Muina hoitomuotoina ovat myös ryhmähoidot ja ohjatut itsehoitoryhmät (Suokas & Hätönen 2012, 497 – 502.)

Hoidon tavoitteena on syömisen saaminen hallintaan ja potilaan ohjaaminen säännölliseen ateriaritmiin ja monipuolisen ruokavalion noudattamiseen (Terve) BED:iä sairastavilla ylipainoisilla potilailla on todettu aivojen poikkeavaa aktivoitumista ja esimerkiksi aivoverenkierron lisääntymistä, kun ruokaa on näkyvillä. (Karhunen ym. 2003.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelija osaavat tunnistaa, tukea ja ohjata jatkohoitoon syömishäiriöistä kärsiviä asiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena on, että Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat saavat tietoa syömishäiriöistä. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaalia Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille.

8 Opinnäytetyön ja oppimateriaalin toteutus

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Kun opinnäytetyö on toiminnallinen, se tehdään aina jonkun käyttöön. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu kaksi osaa, jotka ovat produkti eli toiminnallinen osuus ja opinnäytetyöraportti, joka sisältää prosessin dokumentoinnin ja arvioinnin tutkimusviestinnän keinoilla toteutettuna. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38.) Tässä opinnäytetyössä on toimeksiantajana Karelia ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdetyön lehtori. Tämä tuotos on tehty mielenterveys- ja päihdetyön opiskeluun lisämateriaaliksi Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille.

8.2 Opinnäytetyön prosessi ja toteutus

Aluksi aloitettiin opinnäytetyön tekeminen yhdestä syömishäiriöstä, mutta pian huomattiin, että aineisto ei tule riittämään. Ohjaajien kanssa päädyttiin valitsemaan opinnäytetyön aiheeksi kaikki syömishäiriöt, jolloin materiaali riittäisi.

Opinnäytetyön tietokantana käytettiin alan kirjallisuutta ja internetissä olevia tietokantoja. Tietokantoina käytettiin muun muassa PubMedia, Mediciä, Finnaa ja opiskelun aikana tutuksi tulleita muita tietokantoja ja tiedonhakupajoja. Etsittiin tietoa myös vapaasti muun muassa Googlella, Google Scholarilla samoin Googlen kuvahakua käytettiin. Syömishäiriöistä löytyi myös tietoa lehdistä, mutta niitä käytettiin valikoidusti. Kansainvälisistä tietokannoista löytyi myös jonkin verran tietoa, mutta kun ei varmuudella tiedetty lähteiden oikeudellisuudesta, vain harvaa niistä käytettiin. Tietoperustaa kuitenkin löytyi hyvin luotettavasta kirjallisuudesta ja muista lähteistä, kun työ päästiin kunnolla aloittamaan. Työ pyrittiin tekemään selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Kohderyhmänä ovat hoitotyön opiskelijat, ja tekstit pyrittiin tekemään heille sopiviksi. Ajateltiin, että opinnäytetyön raporttiosuus ja varsinainen lisäopiskelumateriaali täydentävät toisiaan opiskelijoiden itseopiskelussa.

8.3 Oppimateriaalin suunnittelu ja toteutus

Suunnittelu alkoi casetapausten määrän miettimisellä. Ohjaajien kanssa päädyimme neljään tapaukseen, koska esiteltäviä syömishäiriöitä oli neljä erilaista. Jokaisesta syömishäiriöstä on tehty tarkka ja yksityiskohtainen tapauskohtainen selvitys. Caseista pitäisi selvittää, kuinka tähän tilanteeseen on tultu ja mitkä ovat oireet ja potilaan rajoitteet elämässä ja toimintakyvyssä tämän syömishäiriön vuoksi. Lopussa tulisi selvittää hoitopolku ja se, kuinka potilas on parantunut häiriöstään. Tämä materiaali tulee Karelia-ammattikoulun opiskelijoiden käyttöön koulun verkkoon ja Moodleen. Opiskelumateriaali on tämän opinnäytetyön liitteenä numero 2.

Verkko-opiskeluun tarkoitettu materiaali tulee olla laadukasta ja siihen vaikuttavat samat tekijät kuin muihinkin oppimateriaaleihin. Sen kriteereitä ovat käytettävyys, tuotannon laatu, esteettömyys ja pedagoginen laatu. Nämä kriteerit eivät sovi kaikille materiaaleille, ja siksi laadun arvioijan tulee valita materiaalilleen sopivat kriteerit. Pedagoginen laatu tarkoittaa, että opiskelumateriaali on soveltuvaa opetus- ja opiskelukäyttöön. Tämän lisäksi se tarkoittaa, että materiaali tukee opetusta ja oppimista. Tiedon tulee olla laaja-alaista, merkityksellistä ja riittävää. (Opetushallituksen työryhmä 2006, 9-17.)

8.4 Oppimateriaalin arviointi

Oppimateriaali arvioitiin koulun luokassa, jossa oli paikalla 26 opiskelijaa. He olivat jääneet sinne vapaaehtoisesti arvioimaan oppimateriaalia. Opiskelijat vastasivat kyselyyn ja arvioivat tuotoksen anonyyminä. Palautteita tuli 25 kappaletta. Suurin osa oli sitä mieltä, että oppimateriaali on suunniteltu ja toteutettu hyvin. Se on kattava oireiden ja sairauden kuvaamisen ja hoitopolun osalta. Materiaali antaa kattavasti uutta tietoa sairauksista monelle opiskelijalle. Eräs opiskelija sanoi, että caset ovat hyvin mielenkiintoisia ja ne jaksoi lukea loppuun hyvin. Hän koki saavansa uutta tietoa itselleen ja pyysikin caset omaan arkistoonsa. Muutama opiskelija kertoi, että sairaudet ja hoitopolut on kerrottu napakasti ja tiivistä tuotoksessa. Eräs opiskelija pyysi, että kaikista casetapauksista olisi pitänyt tehdä kaaviot, että hän olisi ymmärtänyt asian paremmin. Muutamat opiskelijat eivät tieneet ennestään syömishäiriöistä oikein mitään ja eivät siksi pystyneet materiaalia juuri arvioimaan. Pari opiskelijaa

huomautti kirjoitusvirheistä, ja yksi opiskelija ei ymmärtänyt käytettyjä tehostuskeinoja ja fonttia. Syömishäiriöistä opiskelijat kokivat vaikeimmiksi BED:in ja ortoreksian. Näistä ei monella ollut juuri mitään tietoa tai sitä oli hyvin vähän. Moni opiskelijoista koki, että hoidon protokollat ja käytänteet olivat heille outoja, joten tieto oli erittäin tarpeellista. Opiskelijat kertoivat, että tuotoksessa olevat tietopaketit jokaisesta sairaudesta ovat hyviä ja helposti ymmärrettäviä. Muutama opiskelija kertoi, että hän innostui etsimään lisää tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta potilastapausten johdosta. Pari opiskelijaa kysyi, ovatko caset noin selkeitä myös kentällä ja pitääkö niiden olla noin selkeitä? Kokonaisuutena kaikki opiskelijat kertoivat, että aihe oli mielenkiintoinen ja materiaalin jaksoi lukea hyvin läpi. Koska arvioinnit olivat hyviä, tekstiä ei alettu suuresti korjaamaan. Joitakin korjauksia tehtiin arviointien johdosta.

Opiskelijat saivat arviointitilanteessa kolme kysymystä, joihin heidän tulisi vastata materiaalin lukemisen jälkeen. Ne olivat 1. Kerro tunnistatko oireet? 2. Osaatko tukea potilaan hakeutumista hoitoon? 3. Osaatko ohjata potilaan jatkohoitoon? 21 opiskelijaa tunnistavat oirekuvaukset, ja noin 20 opiskelijaa osasi ohjata potilaat jatkohoitoon. Loput vastasivat, että asiat ovat vieraita ja heillä ei ole hoitoon ohjauksen protokolla selvillä. Opettaja arvioi työtäni sen verran, että caset ovat hyviä ja kuvaavia.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön pohdinnassa valittuja menetelmiä arvioidaan kriittisesti. Opinnäytetyön sisältöä tarkastellaan suhteessa sen tavoitteisiin. Pohdinnassa käsitellään halutessa myös tekijöiden ammatillista kasvua tai oppimisprosessia. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018, 16.)

Syömishäiriöt ovat vaativia ja monimutkaisia sairauksia hoidettavaksi. Tätä tehtävää tehdessä tuli monia uusia asioita ja hoitomuotoja eteen. Tietojen ja hoitomuotojen etsiminen oli välillä haasteellista, koska niitä on tutkittu vähän Suomessa. Kuitenkin tietoja saatiin ja näitä läpikäydessä ja käsitellessä tuli monta kertaa mietittyä, kuinka vaikeita sairauksia ne ovat. Jatkossa

suhtautuminen näihin potilaisiin on erilaista kuin ennen tämän työn tekemistä. Työn tekeminen on kasvattanut ammatillisesti, ja tiedonhaku on nyt paljon tehokkaampaa .

Tietoa löytyi paljon kirjallisuudesta, internetistä ja ulkomaisista hakukoneista. Kuitenkin tiedon laatu ja luotettavuus mietitytti, joten ulkomaiset tiedonlähteet rajattiin ja tutkittiin tarkkaan. Syömishäiriöitä tutkiessa ja opiskellessa ja työn edetessä on opittu paljon syömishäiriöiden tunnistamisesta, sairauden etenemisestä ja hoitopolusta.

9.1 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa kattavasti tutkittua tietoa syömishäiriöistä ja niiden syistä, tunnistamisesta ja hoitopolusta. Tätä asiaa ei juuri opinnoissa nykyään käsitellä. Opinnäytetyö tulee olemaan opiskelijoiden käytössä Karelia-ammattikorkeakoulun Moodlessa itseopiskelumateriaalin tukena.

Oppimateriaalin tekemisen tavoitteena oli, että hoitotyön opiskelijat saavat lisää tietoa syömishäiriöstä ja osaavat tunnistaa syömishäiriöiden oireiston ja ohjata potilaat jatkohoitoon. Kohderyhmänä ovat Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat, joten tuotoksessa voi käyttää lääketieteellistä ammattisanastoa ja ammattilaisten käyttöön tarkoitettuja lähteitä, kuten Käypä hoito -suosituksia ja ammatillista kirjallisuutta. Oletuksena lähteiden valintaa ja tuotoksen tyyliin on, että opiskelijoilla on perustietoa syömishäiriöistä.

Opinnäytetyöstä ja tuotoksesta tuli suunnitelman mukainen selkeä ja helppokäyttöinen kokonaisuus. Opinnäytetyöhön olisi voinut etsiä lähteitä enemmän mutta moni internetissä ja tietokannoissa oleva lähde osoittautui kaupalliseksi mainokseksi, ne rajattiin pois. Oppimateriaali on helposti ymmärrettävä ja selkeä sekä informatiivinen. Materiaali sisältää oleellimmat tiedot syömishäiriöistä sekä niiden hoidosta, ja se motivoi opiskelijaa hakemaan lisää tietoa häiriöistä.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tiedon luvaton lainaaminen näkyy usein epämääräisinä viittauksina ja puutteellisina lähdemerkintöinä. Tästä syystä on tärkeää osata tarkoituksenmukainen lähteiden käyttö ja ymmärtää niihin liittyvä eettinen näkökanta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,122.)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei suoranaisesti ole tutkimus, joten työtä ei voi suoraan soveltaa laadulliseen eettisyyden ja luotettavuuden arviointiin. Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa painottuu johdonmukaisuuden ja kokonaisuuden arviointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.)

Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyyden arvioinnissa voidaan käyttää apuna laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä (Karelia-ammattikorkeakoulu 2016). Luotettavuuden kriteereinä pidetään vahvistettavuutta, siirrettävyyttä, uskottavuutta ja riippuvuutta. Kriteerejä on tarkennettu seuraavasti: puhutaan sovellettavuudesta, kiinteydestä, neutraalisuudesta ja totuusarvosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015,197.)

Vahvistettavuus terminä kuvastaa sitä, kuinka prosessin edetessä pystytään havainnoimaan syntyneitä päätelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Vahvistettavuus näkyy työssä aiheen rajaamisella. Opinnäytetyö ja opintomateriaali rajattiin ainoastaan syömishäiriöihin ja niitä tutkittiin sairaanhoitajan näkökannalta katsottuna.

Siirrettävyys toteutuu työssä niin, että tietoja voi käyttää myös muihin tilanteisiin ja tutkimuksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Työssä käytetyt lähteet ovat asiantuntijoiden laatimia, ja näin ne ovat luotettavia. Samat asiantuntijat toistuvat kaikessa syömishäiriöitä koskevassa kirjallisuudessa ja muissa julkaisuissa.

Uskottavuutta arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa sillä, kuinka osallistuneet on kuvattu ja kuinka tarkasti ja totuuden mukaisesti käytettyä aineistoa on arvioitu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Uskottavuus näkyy työssä tarkkana lähteiden

käyttönä. Lähteet ovat yleensä alle kymmenen vuotta vanhoja ja ne ovat laatineet alan asiantuntijat. Työtä tehdessä on oltu erittäin tarkkoja lähteiden ja niiden luotettavuuden kanssa.

Riippuvuudella arvioidaan opinnäytetyön tekijää. Tällä arvioidaan sitä, kuinka tietoinen tekijä on omista lähtökohdistaan, kuinka aineisto on kerätty ja arvioitu. Samalla arvioidaan, kuinka hän on vaikuttanut tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.)

9.3 Opinnäytetyön ja oppimateriaalinen jatkokehitys suunnitelma

Tätä opinnäytetyötä ja opiskelumateriaalia tehdessä huomattiin, että opiskelijoilla on vähän tietoa ortoreksiasta ja BED-syömishäiriöstä. Ortoreksiasta ja BED:istä voisi tehdä tutkimustyyppisen opinnäytetyön. Aiheena voisi olla ortoreksian ja BED:in hoitaminen ja hoidon tulokset Suomessa.

Tätä materiaalia on tarkoitus käyttää hoitotyön opiskelijoille itseopiskelumateriaalina. Materiaali siirretään Karelia-Ammattikorkeakoulun Moodle oppimisympäristöön.

Lähteet

- Abry, A. & Koven, N. 2015. The clinical basic of ortorexia nervosa: emerging perspectives
- Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. 63. Syömishäiriöt. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Stranholm, T. & Viialainen, R. (toim). Nuortenmielenterveyshäiriöt – opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Donini, LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M. Cannella C. Ortorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* Rome. 2005. 1.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16682853/>
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyönohjeet. https://student.karelia.fi/opinnot/oppari/opinnäytetyöt_asiakirjasto/Karelia_opinnäytetyön_ohje.18.8.2018.
- Karhunen, L. Kuikka, J. & Uusitupa, M. 2003. Aivojen kuvantaminen syömishäiriöiden ja lihavuuden tutkimuksissa. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?partiikeli=duo93552&phaku=sy%F&mish%EiriF6.15.2.2018>.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S, Sihvola, E. Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J. & Rissanen, A. 2007. Epidemiology and Courses of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry* 164 (8), 1259-1265.
- Kun terveellisyydestä tulee sairaus/Terve.fi. 2017 [http://www.terve.fi/psykiatria/kun-terveellisyydestä tulee sairaus](http://www.terve.fi/psykiatria/kun-terveellisyydesta-tulee-sairaus). 6.5.2018.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Käypä hoito -suositus. 2010. Broström. <http://kaypahoito.fi/21.8.2018>.
- Käypä hoito -suositus. 2014. <http://www.kaypahoito.fi/15.7.2018>.
- Käypä hoito -suositus. 2014; Vuorilehti, Lari, Kurki & Hätönen. 2014.
- Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.). 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Lönngvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2014. *Psykiatria*. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Melleri, V. 2002. Koukussa terveelliseen ruokaan. *Apu* (19).

- Mielenterveysseura.fi Poikiensyömishäiriöt <https://www.mielenterveysseura.fi/kehitt%C3%A5.5.5.8.2018>.
- Nuorteva, L – M. 2002.Terveellinen elämäni. Trendi (3).
- Opetushallituksen työryhmä 2006, Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. pdf. 5.8.5018.
- Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011.Kohtauksittainen ahmimishäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen Lääkärilehti. (66) 20/2011.1949-1953.
- Ricciadelli, LA & McCabe ,MP. A Biopsychosocial model of disorder eating and the pursuit of muscularity in adolescents boys. Psychol Bull 2004, 130,179-205,36.
- Sisä - Suomen Syli ry.2017. <https://sisäsuumensyli.fi/luettu> 12.9.2018.
- Suokas, J. & Hätönen, J. 2012. Miten voimme auttaa ahmijaa? Helsinki: Duodecim.
- Suomen mielenterveys-seura fi. <https://www.mielenterveysseura.fi/tukea-ja-apua> luettu 1.9.2018
- Syömishäiriöliitto-SYLI RY. 2009. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Taina Hätönen. <http://www.kaupahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartiikeli/pecks/hoi330330>.
- Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2015. <https://syomishairioliitto.fi>. 1.9.2018
- THL :n Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointitutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.10.3.2018.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Porvoo: Edita.
- Treasure, J., Claudino, AM. & Zucker, N. 2010. Eating disorders. Lancet 375,583-93.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009.Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Van der Ster, G. 2006. Lupa syödä – opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.
- Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.
- Vilkka, H. & Airaksinen,T. 2003 Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Yle.fi Vaakakapina <https://yle.fi/Vaakakapina> 2017. luettu 11.9.2018.

Liite 1

