



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

VAIN SE VARJOSTI RASKAUSONNEA

Raskauden vaikutus syömishäiriöön

Hanna Järvinen

Reetta Laine

Opinnäytetyö
Tammikuu 2016

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

JÄRVINEN HANNA & LAINE REETTA:

Vain se varjosti raskausonnea
Raskauden vaikutus syömishäiriöön

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 1 sivu
Tammikuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada lisätietoa siitä, kuinka raskaus vaikuttaa syömishäiriöön. Tavoitteena oli parantaa syömishäiriötä sairastavien äitien kohtaamista ja heidän saamaansa tukea äitiysneuvolassa. Opinnäytetyön tutkimusongelmina olivat kuinka syömishäiriötä sairastava odottaja kokee raskauden vaikuttavan syömishäiriöön ja millaista tukea syömishäiriötä sairastava odottaja kaipaa terveydenhoitajalta.

Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin. Haastateltavat etsittiin erilaisista blogeista, joissa haastateltava kertoi sairastavansa anoreksiaa, bulimiaa tai niiden epätyypillisiä muotoja. Haastateltavan tuli myös olla ollut muutaman vuoden sisällä raskaana. Haastateltaville lähetettiin sähköpostitse neljä avointa kysymystä, joiden pohjalta lähetettiin muutamia jatkokysymyksiä. Sopivia blogin kirjoittajia löytyi yksitoista, joista kuusi vastasi avoimiin kysymyksiin. Haastateltavista kaksi karsittiin pois suppeiden vastauksien vuoksi. Neljän haastateltavan vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustulokset paljastivat, että toisilla raskaus vaikutti syömishäiriöön helpottavasti, toisilla heikentävästi. Syömishäiriötä sairastavat odottajat kokivat, että neuvolan terveydenhoitajalta saatu tuki ei ollut kovin laadukasta. Haastateltavien toiveina olivat muun muassa yksilöllisempi ohjanta ja vertaistuen saaminen. Haastateltavat kokivat, että terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole riittävästi tietoa syömishäiriöstä ja raskaudesta yhdistelmänä.

Jatkotutkimukset olisivat aiheellisia siitä, mitkä tekijät raskauden aikana suojaavat syömishäiriön pahenemiselta tai mitkä tekijät altistavat syömishäiriön uudelleen aktivoitumiselle. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös mitkä tekijät synnytyksen jälkeen suojaavat äitiä syömishäiriön uudelleen aktivoitumiselta.

ABSTRACT

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

JÄRVINEN HANNA & LAINE REETTA:

The Happiness of Pregnancy Was Overshadowed Only by It
The Effect of Pregnancy on Eating Disorder

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 1 page
January 2016

The purpose was to collect more information about how pregnancy affects eating disorder. The aim was to improve encounter and support in prenatal care of mothers who have had eating disorder during pregnancy.

The study was qualitative in nature. Interviewees were searched from different types of blogs where the interviewee wrote about coping with anorexia, bulimia or their untypical forms. The interviewee qualified to be a subject of this research if she had been pregnant during the medium term. Interviewees were sent an email with four open questions and based on them were sent a few follow up questions. Eleven suitable blog writers were found and six of them answered to the open questions. Two interviewees did not qualify due to limited answers. Four interviewees' answers were analysed through inductive analysis of the subject matter.

Findings revealed that for some interviewees their pregnancies alleviated eating disorder and for others pregnancy made it worse. Women with eating disorder experienced that the support they had received from the public health nurse was not of high quality. They wished for more individual guidance and peer support. The interviewees experienced that the health care professionals do not have enough information about the combination of pregnancy and eating disorder.

Further studies are needed to find out which factors protect against aggravation of eating disorder during pregnancy or which factors reactivate the eating disorder. Further study subject could also be which factors protect the women from the activation of eating disorder after pregnancy.

Key words: eating disorders, pregnancy, nurses, public health, prenatal care, forms of social support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TERVEYDENHOITAJA ASIAKKAAN TUKENA ÄITIYSNEUVOLASSA	7
2.1.	Äitiysneuvolatoiminta Suomessa.....	7
2.2.	Terveydenhoitaja vanhemmuuden ja voimavarojen tukijana	8
2.3.	Terveydenhoitaja kiintymyssuhteen tukijana	9
2.4.	Terveydenhoitaja psyykkisten muutosten tukijana.....	11
2.5.	Terveydenhoitaja ravitsemuksen ja painon kehityksen turvaajana.....	14
3	SYÖMISHÄIRIÖT	17
3.1.	Yleistä tietoa syömishäiriöistä	17
3.2.	Anoreksia nervosa ja epätyypillinen laihuushäiriö	18
3.2.1	Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön taudinkuva	19
3.2.2	Tyypilliseen ja epätyypilliseen laihuushäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tekijät	20
3.3.	Bulimia nervosa ja epätyypillinen ahmimishäiriö	21
3.3.1	Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön taudinkuva.....	21
3.3.2	Tyypilliseen ja epätyypilliseen ahmimishäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tekijät	23
4	RASKAUS JA SYÖMISHÄIRIÖ.....	24
4.1.	Syömishäiriö ja lisääntymisterveys	24
4.2.	Syömishäiriön vaikutus sikiön vointiin	25
4.3.	Syömishäiriö ja sen muutokset raskausaikana.....	27
4.4.	Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemuksia äitiysneuvolasta.....	28
4.5.	Terveydenhoitaja syömishäiriötä sairastavan äidin tukijana	29
5	YHTEENVETO TEORIAOSUUDESTA	32
6	TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	33
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34
7.1.	Metodologia	34
7.2.	Aineiston keruu.....	34
7.3.	Aineiston analyysi.....	36
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	39
8.1.	Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemus raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön.....	39
8.1.1	Raskauden vaikutus syömishäiriöön.....	39
8.1.2	Raskauden vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin	40
8.1.3	Raskaudenaikaisen ravitsemuksen vaikutus syömishäiriöön.....	41
8.1.4	Raskaudenaikaisten kehon muutosten vaikutus syömishäiriöön ..	42
8.1.5	Vauvan vaikutus raskaudenaikaiseen syömishäiriöön	43

8.2. Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemuksia äitiysneuvolan terveydenhoitajan toiminnasta	44
8.2.1 Terveystenhoitajan hyväksi koettu toiminta	45
8.2.2 Terveystenhoitajan huonoksi koettu toiminta	46
8.2.3 Terveystenhoitajalta kaivattu tuki ja toiminta	47
9 POHDINTA	48
9.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	48
9.2. Opinnäytetyön arviointi	50
9.3. Johtopäätökset	52
9.4. Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	60
Liite 1. Saatekirje	60

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä naisten keskuudessa. On arveltu, että noin yksi sadasta raskaana olevasta naisesta sairastaa syömishäiriötä (Ämmälä 2015, 570). Syömishäiriön vaikutusta raskauteen on tutkittu melko paljon, mutta raskauden vaikutusta syömishäiriöön on tutkittu huomattavasti vähemmän. Äitien kokemuksia raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön ei ole Suomessa vielä tutkittu. Aiemmin ajateltiin, ettei syömishäiriötä sairastava voi tulla raskaaksi ja mahdollisesti siksi tähän aiheeseen on vasta lähivuosina herätty. Raskaudenaikaiset syömishäiriöt yleistyvät jatkuvasti ja siksi terveydenhoitajien osaamista aiheesta tulisi lisätä.

Syömishäiriöillä on suuri vaikutus lisääntymisterveyteen ja raskauden kulkuun (Linna ym. 2013, 827; Zauderer 2012, 52). Kuten muutkin mielenterveydenhäiriöt, myös syömishäiriöt vaikuttavat epäedullisesti varhaisen vuorovaikutussuhteen kehittymiseen sekä odottajan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Maas ym. 2014, 6). Sen vuoksi syömishäiriöoireiluun tulisi kiinnittää huomiota ja puuttua siihen entistä tarkemmin äitiyshuollossa. Alttius syömishäiriöille sekä muille mielenterveydenhäiriöille periytyy fysiologisesti jo sikiökaudella ja ympäristön vaikutus lisää jälkeläisen sairastumisen riskiä syntymän jälkeen. (Raevuori, Niemelä, Keski-Rahkonen & Sourander 2009, 43; Suokas & Rissanen 2014b.) Tämänkin vuoksi odottajan syömishäiriö tulisi hoitaa mahdollisimman hyvin varhaisessa vaiheessa. Äitiyshuollon työntekijöiden tulee hallita syömishäiriön ja raskauden yhdistelmä, sillä raskaudenaikaisella syömishäiriöllä on suuri vaikutus koko perheen hyvinvointiin myös tulevaisuudessa.

Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään syömishäiriötä sairastavan äidin neuvolaseuranassa korostuvia asioita. Tässä opinnäytetyössä korostetaan odottajan henkistä hyvinvointia, raskaudenaikaisia psykologisia muutoksia, kiintymyssuhteen varhaista kehittymistä sekä ravitsemuksen ja painonnousun riittävyttä. Raskauden ajan neuvolaseuranta sisältää paljon muitakin osa-alueita, mutta ne on rajattu pois työstä kuten myös raskauden jälkeinen aika. Tässä työssä käsitellään laihuus- ja ahmimishäiriötä sekä niiden epätyypillisiä muotoja, sillä ne vaikuttavat suuresti lisääntymisterveyteen. Syömishäiriötä käsitellään fertiili-ikäisten naisten näkökulmasta, joten esimerkiksi miesten syömishäiriöt on rajattu työn ulkopuolelle. Työssä ei käsitellä myöskään muita syömishäiriötä niiden erilaisen taudinkuvan vuoksi.

2 TERVEYDENHOITAJA ASIAKKAAN TUKENA ÄITIYSNEUVOLASSA

2.1. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa

Kunnat ovat velvollisia terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston neuvolatoiminnalle antaman asetuksen perusteella järjestämään äitiysneuvolapalvelut raskaana oleville naisille. Äitiysneuvolan tehtäviin kuuluu järjestää suositusten mukaiset määräaikaisten terveystarkastukset ja tukea äidin, sikiön sekä koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 17.) Kaikki äitiysneuvolan palvelut ovat asiakkaille maksuttomia ja vapaaehtoisia (THL 2015d). Äitiysavustuksen saaminen kuitenkin edellyttää käyntiä neuvolassa tai lääkärintarkastuksessa ennen 16. raskausviikon loppua (THL 2012a, 26). Vuosittain vain muutama synnyttäjät jättää hakeutumatta äitiysneuvolan palveluihin (Tiitinen 2015).

Määräaikaista terveystarkastusta järjestetään ensisynnyttäjälle vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan. Näihin käynteihin lasketaan mukaan yksi laaja terveystarkastus sekä kaksi lääkärikäyntiä. Suositusten mukaan terveydenhoitajan tekemä synnytyksen jälkeinen kotikäynti kuuluu niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjällekin. Ensisynnyttäjälle tarjotaan kotikäyntiä myös viimeisen raskauskolmanneksen aikana. Näiden määräaikaisten käyntien lisäksi terveydenhoitajalla tulisi olla resursseja järjestää raskaana olevalle ja synnyttäneelle naiselle yksilöllisen tarpeen mukaisia lisäkäyntejä neuvolaan. Lisäkäynteihin on henkilömitoituksessa varattu noin 20 % terveydenhoitajan ja lääkärin työajasta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 102; Terveydenhuoltolaki 2010.)

Neuvolatyötä pyritään kehittämään jatkuvasti. Pelkosen ja Löthman-Kilpeläisen selvityksen mukaan toiminta on kehittynyt perhekeskeisempään suuntaan. Selvityksessä kuitenkin todetaan, että jos perheen rakenne, kulttuuri tai toimintatavat eroavat valtaväestöstä, voi perhe jäädä ilman tarvitsemaansa tukea. Neuvolatoiminnalla pystytään tukemaan parhaiten niin kutsuttuja tavallisia perheitä. Perheiden monimuotoisuus ja erilaiset psykososiaaliset ongelmat ovat jääneet liian vähälle huomiolle. (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, 57.) Terveydenhoitajan tulee havaita raskaudenaikaiset ongelmat mahdollisimman varhain ja huolehtia odottajalle apua niihin (THL 2015e). On suositeltu, että syö-

mishäiriötaustaisen äidin raskautta seurataan normaalia tarkemmin neuvolassa. Raskaudenaikaista syömishäiriötä sairastavien äitien raskaudet ovat riskiraskauksia, joten ne kuuluvat syömishäiriöihin erikoistuneen synnytyslääkärin seurantaan. (Linna ym. 2013, 827.)

2.2. Terveystenhoitaja vanhemmuuden ja voimavarojen tukijana

Raskaus, erityisesti ensimmäisen lapsen odotus, on suuri muutosvaihe tulevien vanhempien elämässä. Parisuhde muuttuu ja puolisoiden on sekä kasvettava että sitouduttava vanhemmuuteen. Kokemukset omasta lapsuudesta ja omista vanhemmista vaikuttavat vahvasti mielikuviin ja ajatuksiin lapsesta sekä tulevasta vanhemmuudesta. Vanhemmuuteen ja lapseen liittyvät varhaiset mielikuvat kertovat siitä, kuinka tuleva vanhempi on pystynyt sopeutumaan raskauden ajan vaativiin psykologisiin muutoksiin. Vanhemmuuteen kasvussa tärkeintä on pystyvyyden tunne eli luottamus omiin kykyihin vanhempana. Myös myönteinen suhtautuminen raskauteen, puolisoon ja vauvaan tukee hyvinvointia, pärjäämistä sekä yleistä elämänhallintaa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32; Broden 2006, 23–25, 70–71.)

Jokainen vanhempi tarvitsee tukea vanhemmuuteen kasvuun ja lapsen kasvattamiseen. Vanhemmuus on itsessään kuormittavaa, vaikka vauva olisikin hyvävointinen ja odotettu. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 33–34.) Vanhempien voimavarojen tukeminen on tärkeää, sillä sitä kautta voidaan ennakoivasti vaikuttaa myös tulevan lapsen terveyteen ja hyvinvointiin (Broden 2006, 169). Sellaiset vanhemmat, joilla on epävarmuutta ja pelokkuutta vanhemmuutta kohtaan, hyötyvät erityisesti äitiysneuvolan määräämäläisistä tarkastuksista, perhevalmennuksista sekä kolmannen sektorin palveluista, kuten vertaistuesta (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 33–34).

Vakavat mielenterveysongelmat, kuten syömishäiriöt, vaikuttavat usein vanhempien voimavaroihin ja parisuhteeseen. Tilanne, jossa toisella tai molemmilla vanhemmilla on mielenterveyden ongelma, on erityisen haastava ja pelottava vanhemmille. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 33–34, 186–187.) Mielenterveyden ongelmat asettavat lisähaasteita myös terveydenhoitajalle, joka on tärkeässä roolissa vanhemmuuden tukemisessa, sairastuneen toipumisen edistämässä sekä syntyvän lapsen kehityksen tukemisessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 184–185; Lindroos, Ekholm & Pajulo 2015, 143.)

Terveystenhoitaja voi tukea vanhemmuutta esimerkiksi parisuhteen roolikartan avulla. Sen tarkoituksena on auttaa vanhempia toimivan parisuhteen luomisessa. Vankan parisuhteen on havaittu tukevan vanhemmuutta. (THL 2015a.) Neuvolan laajat terveystarkastukset, kotikäynnit sekä perhevalmennus ovat hyviä tilaisuuksia keskustella vanhemmuuden haasteista (Hakulinen-Viitanen 2014).

Raskausaikana vanhempi luo pohjaa vanhemmuudelle ja vuorovaikutussuhteen syntymiselle. Odottajan syömishäiriö tai muu mielenterveydenhäiriö saattaa vaikeuttaa suhteen kehittymistä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 184–185; Lindroos ym. 2015, 143.) Terveystenhoitaja voi raskauden aikana tukea vuorovaikutuksen myönteistä kehitystä esimerkiksi varhaista vuorovaikutusta tukevalla haastattelulla. Niin sanottu VaVu-haastattelu tukee parhaiten, kun se tehdään raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. (THL 2015d; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 34.) Toinen toimiva keino varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen on äidin reflektiivisen kyvyn vahvistaminen. Reflektiivisyyttä vahvistamalla pyritään saamaan äiti pitämään kehittyvä vauva mielessä. Reflektiivisyyteen tukeminen on havaittu hyväksi muun muassa päihteitä käyttävillä äideillä, mutta reflektiivisyys tukee myös muita odottajia vanhemmuudessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 34.)

Terveystenhoitajien avuksi on kehitetty muitakin työkaluja. THL on kehittänyt mielenterveysongelmista kärsivien perheiden tukemiseksi työkalun nimeltään Lapset puheeksi. Keskustelun avulla on tarkoitus saada näkemys perheen tilanteesta ja tarvitsemista palveluista. Terveystenhoitaja arvioi yhdessä vanhempien kanssa perheen vahvuuksia ja heikkouksia, sekä tekee suunnitelman kuinka vahvistaa vahvuuksia ja miten selvitä heikkouksista. Keskustelussa otetaan huomioon raskauden kesto tai jo syntyneen lapsen ikätaso ja sen tuomat haasteet. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 186; Solantaus 2013, 3-4.)

2.3. Terveystenhoitaja kiintymyssuhteen tukijana

Kiintymyssuhde lapseen alkaa kehittyä jo raskauden aikana. Kiintymyssuhteen kehittymistä edistävät muun muassa vanhempien hyvät perhesuhteet, perheeltä saatu tuki ja odottajan henkinen hyvinvointi. (Maas ym. 2014, 6.) Kiintymyssuhteen kehittyminen voi vaarantua monen eri tekijän vuoksi. Esimerkiksi odottajan hyvin nuoren iän on todettu olevan yhteydessä heikkoon kiintymyssuhteeseen alkuraskaudessa. Tämän on havaittu

kuitenkin korjaantuvan raskauden edetessä. (Lindroos ym. 2015, 145.) Kiintymyssuhteen kehittymistä vaarantaa myös äidin raskaudenaikainen masennus, ahdistus ja päihteiden väärinkäyttö (Maas ym. 2014, 6). Myös odottajan omilla kokemuksilla on merkitystä kiintymyssuhteen luomisessa. Odottajilla, joilla on ollut lämmin ja turvallinen suhde omaan äitiinsä, on huomattu olevan huomattavasti helpompaa kiintyä syntyvään lapseen jo raskausaikana. Sitä vastoin odottajilla, joilla ei ole ollut turvallista kiintymyssuhdetta, on todennäköisemmin vaikeuksia luoda turvallista kiintymyssuhdetta lapseensa raskausaikana. (Siddiqui, Hägglöf & Eisemann 2000, 67–68.)

Äitiyshuollossa tulee kiinnittää erityistä huomiota syömishäiriöisten odottajien kiintymyssuhteen varhaiseen tukemiseen ja sen kehittymistä häiritsevien tekijöiden tunnistamiseen (Lindroos ym. 2015, 143). Merkkejä heikosta kiintymyssuhteesta voivat olla esimerkiksi raskauden kieltäminen, negatiivinen tai vaisu suhtautuminen raskausaikaan ja sikiöön, kyvyttömyys nähdä vauva erillisenä persoonana loppuraskaudessa tai haluttomuus valmistella kotia vauvalle sopivaksi (Lindroos ym. 2015, 147). Äidin oireillessa psyykkisesti kiintymyssuhde voi olla ennustamaton, ailahteleva tai turvaton (Mäkelä, Pajulo & Sourander 2010, 1014). Tunnistamatta jäänyt heikko kiintymyssuhde voi vaikuttaa merkittävästi lapsen kehitykseen ja myöhempään elämään, ellei suhde kehity suotuisasti lapsen syntymän jälkeen (Turner, Wittkowski & Hare 2008, 499-500; Maas ym. 2014, 6; Lindroos ym. 2015, 145). Erityisesti jäsentymätön kiintymyssuhde on yhteydessä lapsen myöhempään psyykkiseen oireiluun (Mäkelä ym. 2010, 1014).

Terveystenhoitajalta vaaditaan herkkyyttä tunnistaa heikko kiintymyssuhde odottajan ja sikiön välillä. Jos terveydenhoitaja havaitsee kiintymyssuhteen vaikeuksia, tulee tilanteeseen puuttua nopeasti. Terveystenhoitajan tulee herättää vanhemman mielenkiinto kasvaan sikiöön ja kannustaa vanhempia keskustelemaan ja pohtimaan sitä, millainen syntävä lapsi tulee olemaan. Tätä mentalisaatioksi kutsuttua työskentelymenetelmää käytetään joissakin Suomen äitiysneuvoloissa. (Lindroos ym. 2015, 147.)

On alettu pohtia, voitaisiinko kaikututkimusta hyödyntää niin sanottuna kaikukuvauskonsultaationa kiintymyssuhteen vahvistamiseksi. Jokaisella raskauskolmanneksella tehdyn kaikukuvauksen on todettu vahvistavan raskaudenaikaista kiintymyssuhdetta. Kiintymyssuhdetta vahvistavaa kaikukuvausta tehdessä tutkija havainnoi yhdessä vanhempien kanssa sikiön liikkeitä, asentoa, rakenteita ja mahdollisesti myös sukupuolta. Erityisesti sikiön kasvojen näkeminen vahvistaa kiintymystä. Samalla tutkimuksen tekijä kuuntelee

ja havainnoi vanhempien tunnereaktioita ja ajatuksia, joita kehittyvä sikiö heissä herättää. Tämän tyyppisen kaikukuvauksen on todettu vahvistavan kiintymystä merkittävästi enemmän kuin perinteisellä tavalla toteutettu tutkimus. Kaikukuvauskonsultaatio ei ole vielä käytössä Suomessa. (Lindroos ym. 2015, 146–147.)

2.4. Terveystenhoitaja psyykkisten muutosten tukijana

Raskausaikana naisen tunteet voivat vaihdella voimakkaasti. Mielialan vaihtelut kuuluvat raskauteen ja niiden avulla odottaja valmistautuu lapsen syntymän jälkeisen ajan tuomiin haasteisiin. (Ihme & Rainto 2008, 93.) Raskaudenaikainen psykologinen prosessi voidaan jakaa kolmeen osaan kuten raskauden somaattinenkin puoli. Jokaisessa vaiheessa on omat kehitystavoitteensa. Raskaudenaikaiset muutokset hormonitoiminnassa ja aineenvaihdunnassa vaikuttavat osaltaan siihen, kuinka äiti kokee raskausajan psyykkiset ja sosiaaliset muutokset. (Mäkelä ym. 2010, 1013; Broden 2006, 27–28.) Raskaudenaikaisilla tunnekokemuksilla voi olla vaikutusta siihen, kuinka äiti kokee kehossaan tapahtuvat fyysiset ja fysiologiset muutokset (Mäkelä 2010, 1013).

Psykologisen prosessin pysähtyminen tai keskeytyminen on riski vauvan ja äidin tulevalle suhteelle. (Mäkelä ym. 2010, 2013.) Terveystenhoitajan on tunnettava raskauden psykologiset kehitysvaiheet ja tunnistettava missä kehitysvaiheessa raskaana oleva on, jotta hän osaa tukea odottajaa vaiheiden mukaisesti. Hänen tulee myös huomioida kehitysvaiheeseen liittyvät mahdolliset psykologiset riskit, jotta hän osaa ohjata odottajan tarvittaessa esimerkiksi neuvolapsykologin vastaanotolle. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 105–106.)

Sulautumisvaihe eli fuusio

Sulautuminen on raskauden ensimmäinen psykologinen vaihe. Siinä raskaus valtaa odottajan mielen. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106.) Alkuraskaudessa on tyypillistä, että tunteet myllertävät laidasta laitaan. Myös ristiriitaiset tuntemukset ovat normaaleja. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32.) Heti alkuraskaudessa nainen alkaa vähitellen kääntyä omaan sisäiseen maailmaansa ja pohtia omaa identiteettiään. Odottaja pohtii kuka on ja millainen hän tulee äitiyden myötä olemaan. Raskaana oleva alkaa myös muistella lapsuuttaan ja suhdetta omaan äitiinsä. Näiden pohdintojen myötä nainen alkaa pikkuhiljaa mieltää itsensä äidiksi. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106; Broden 2006, 54.)

Sulautumisvaiheessa odottaja voi vaikuttaa hajamieliseltä, unohdella asioita, kärsiä keskittymisvaikeuksista tai tiheistä mielialan vaihteluista. Raskaana oleva on usein myös tavallista väsyneempi. Väsymys johtuu osin fysiologisesta raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikaisesta väsymisestä, mutta myös psyykkisen prosessin käynnistymisestä ja sen kuormittavuudesta. Odottaja alkaa kokea myös hoivatuksi tulemisen tarvetta. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106; Broden 2006, 55–56.)

Erilaiset elämäntapamuutokset tulevat ajankohtaisiksi sulautumisvaiheessa. Elintapoihin on kiinnitettävä aivan uudella tavalla huomiota, sillä raskaana oleva ymmärtää niiden vaikuttavan myös lapsen hyvinvointiin. Tässä vaiheessa odottaja ei vielä näe lasta erillisenä osana itsestään. Vaiheeseen liittyy myös erilaisia psykologisia riskejä kuten raskauden kieltäminen, kehon muutosten hyvin tarkka seuraaminen tai välinpitämättömyys omasta ja sikiön hyvinvoinnista. Nainen voi ajatella, että lapsen tulee sopeutua odottajan kehoon. Riskeihin kuuluu myös äärimmäinen pahoinvointi ja oksentelu, sekä anorektinen käyttäytyminen. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106; Broden 2006, 55–56.)

Eriytymisvaihe eli differentaatio

Differentaatiovaiheessa odottaja mieltää vauvan olevan itsestään erillinen henkilö. Eriytymisvaiheessa odottaja luo mielikuvan myös itsestään äitinä. Tässä vaiheessa vauva alkaa tuntua todellisemmalta kuin aiemmin. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107; Broden 2006, 56–59.) Eriytymisvaihe käynnistyy yleensä silloin, kun odottaja alkaa tuntea sikiön liikkeet. Liikkeet alkavat tuntua keskimäärin raskausviikoilla 18–20, jolloin raskaus alkaa näkyä myös ulospäin. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32; Broden 2006, 56–59.) Sikiön liikkeiden tunteminen auttaa odottajaa kehittämään mielikuvia syntyvästä vauvasta, jotka mahdollistavat kiintymyssuhteen kehityksen ja tunteiden heräämisen vauvaa kohtaan. Myös raskaudenaikaiset kehon muutokset valmistavat naista äitiyteen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32.) Eriytymisvaihe on emotionaalisesti seesteisempi kuin sulautumisvaihe. Tässä vaiheessa myös fyysinen alkuraskauden pahoinvointi on useimmiten helpottanut. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107; Broden 2006, 56–59.)

Eriytymisvaiheessa odottajan tulisi käydä läpi suhdetta omaan äitiinsä. Jotta odottaja voi alkaa nähdä itsensä äitinä, tulee hänen pohtia omaa lapsuuttaan ja omia hoivakokemuksiaan. Hänen tulee miettiä oman äitinsä hyviä ja huonoja puolia voidakseen samaistua äitiinsä. Sitä kautta odottaja voi muodostaa omantyyllisensä äitiyden. Eriytymisvaiheeseen voi liittyä surullisia ja haikeita tunteita, joiden myötä odottaja ikään kuin hyvästelee oman lapsuutensa äidin. Myös eriytymisvaiheeseen liittyy psykologisia riskejä, joita ovat muun muassa kyvyttömyys kuvitella millainen vauva on, negatiivissävytteiset ajatukset vauvasta, kyvyttömyys nähdä itseään äitinä, vaikeat psykosomaattiset oireet sekä synnytyspelot tai tunne synnytykseen kykenemättömyydestä. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 106–107; Broden 2006, 56–59.)

Eroamisvaihe eli separaatio

Eroamisvaihe on raskauden viimeinen vaihe. Vaihe käynnistyy, kun odottaja mieltää, että vauva voi selvitä hengissä syntymän jälkeen. Odottaja ei enää muodosta vain mielikuvia vauvasta, vaan ajattelee konkreettisemmin. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 108.) Raskaana olevan naisen huomio kiinnittyy lähestyvään synnytykseen ja tulevaisuuteen. Odottaja voi ajatuksissaan olla jo vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32.)

Eroamisvaiheessa odottaja alkaa ymmärtää, että raskaus on peruuttamaton ja hän on sidoksissa lapseen elinikäisesti. Tällaiset ajatukset saattavat aiheuttaa odottajalle huolta ja hän saattaa kysyä itseltään, haluaako todella tätä. Odottajalla saattaa olla myös huoli lapsen terveydestä, synnytyksen kulusta ja siitä, tunnistaako hän synnytyksen käynnistymisen merkit. Odottaja alkaa usein jo väsyä raskauteen ja toivoo näkevänsä lapsen mahdollisimman pian. Eroamisvaiheen psykologisia riskejä ovat muun muassa suuret synnytyspelot, kieltäytyminen ajattelemasta tai puhumasta synnytyksestä, toive aina jatkuvasta raskaudesta, kykenemättömyys nähdä vauvaa erillisenä itsestään tai kiintymättömyys vauvaan. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 108; Broden 2006, 59–60.)

2.5. Terveystenhoitaja ravitsemuksen ja painon kehityksen turvaajana

Odottajan riittävä raskaudenaikainen ravitsemus on tärkeää sikiön voinnin ja kehityksen kannalta (Tiitinen 2014). Se ylläpitää odottajan terveyttä, edistää synnytuksesta toipumista sekä helpottaa imetyksen onnistumista (Hasunen ym. 2004, 71). Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on turvata äidin ja sikiön hyvinvointi koko raskauden ajan. Raskausaikana on hyvä mahdollisuus muuttaa perheen ravitsemuksellisia epäkohtia. (THL 2015b.) Odottavan äidin tulisi noudattaa yleisiä raskaudenaikaisia ravitsemussuosituksia (Tiitinen 2014). Terveystenhoitaja voi hyödyntää ravitsemusohjannan tukena tai ravitsemuksen puheeksi ottamisen välineenä ruoankäytön kyselylomaketta. Sen avulla terveystenhoitaja voi selvittää odottajan ravintolisien käyttöä, ateriarytmiä, erikoisruokavalioita ja raskausaikana suositeltujen ravintoaineiden käyttöä. Lomakkeessa on lisäksi nähtävissä ravitsemussuositukset, joiden pohjalta voidaan tukea odottajaa tekemään muutoksia ruokavalioonsa. (THL 2015a.)

Naisen energiantarve kasvaa raskausaikana. Alkuraskaudessa lisäravinnon tarve on noin 100 kcal vuorokaudessa, loppuraskaudessa noin 300 kcal vuorokaudessa. (Ihme & Rainto 2008, 89.) Riittävän energiansaannin turvaamiseksi alipainoisille äideille suositellaan useita pieniä aterioita päivässä (Hasunen ym. 2004, 81). Parhaiten äidin riittävästä energiansaannista kertoo painon sopiva nousu (Hasunen ym. 2004, 74). Äidin heikko raskaudenaikainen ravitsemus vaikuttaa muun muassa sikiön aivojen kehitykseen, sekä altistaa neuropsykiatrisille häiriöille ja pienipainoisuudelle (Micali & Treasure 2009, 451). Vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve kasvaa runsaasti raskauden aikana. Erityisesti tarvitaan rautaa, folaattia ja D-vitamiinia. Jos odottajan ruokavalio ei riitä takaamaan riittävää vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia, tulee ruokavalioon tehdä muutoksia tai käyttää lisäravinteita. (Hasunen ym. 2004, 74–75.)

Raudan tarve kasvaa raskausaikana, sillä rautaa tarvitaan muun muassa sikiön rautavaraston ja istukan muodostamiseen. Rautaa saadaan esimerkiksi lihasta ja viljasta. Noin puolet tarvitusta raudasta saadaan ravinnosta, loput äidin rautavarastosta tai lisäraudasta. Äidin hemoglobiinin tulisi olla yli 110g/l ensimmäisellä raskauskolmanneksella ja yli 100g/l toisella raskauskolmanneksella. Jos hemoglobiini on edellä mainittujen arvojen alapuolella, tulee odottajan aloittaa lisäraudan käyttö. Lisäraudan käyttö ensimmäisellä kolmanneksella saattaa kuitenkin olla haitallista sikiölle. Raskausaikana raudan imeyty-

minen tehostuu ja C-vitamiinipitoiset ruoat lisäävät sen imeytymistä entisestään. Kalsiumpitoiset ruoat puolestaan vähentävät raudan imeytymistä. Raudanpuute aiheuttaa äidille anemiaa ja väsymystä. Lisäksi se voi heikentää sikiön kasvua, sekä altistaa perinataalikuolemalle ja ennenaikaiselle synnytykselle. (Hasunen ym. 2004, 75–76.)

Heti raskauden alettua sikiölle alkaa muodostua neuraaliputki, josta myöhemmin kehittyvät aivot ja selkäranka. Jotta neuraaliputki kehittyy oikein, täytyy odottajan saada riittävästi folaattia ja A-vitamiinia. (Prado & Dewey 2014, 268.) Raskaana oleville folaatin saantisuositus on 400 µg vuorokaudessa (THL 2015c). Folaattia saadaan muun muassa tuoreista kasviksista ja hedelmistä sekä täysjyväviljatuotteista (Prado & Dewey 2014, 268; THL 2015c). Normaali, monipuolinen ruokavalio riittää yleensä takaamaan riittävän folaatin saannin. Jos odottajan ruokavalio on yksipuolinen tai niukka, suositellaan folaatilisän käyttöä. Folaatin käyttö tulisi aloittaa jo raskautta suunniteltaessa. (Hasunen ym. 2004, 76–78.) Vähäisen folaatin ja raudan saannin on todettu olevan yhteydessä sikiön pienikokoisuuteen raskausviikkoihinsa nähden (Micali & Treasure 2009, 450–451).

Erityisen tärkeää on huolehtia riittävästä hyvien rasvahappojen saannista, sillä sikiö tarvitsee niitä muun muassa näkökyvyn ja hermoston kehittymiseen. Hyviä rasvahappoja saadaan esimerkiksi kalasta ja rypsiöljystä. (THL 2015b.) Rasvojen saannin tärkeyttä tulee korostaa erityisesti syömishäiriötä sairastavalle odottajalle. On todettu, että omega-3 rasvahappojen käyttö raskauden aikana vähentää lapsen riskiä sairastua myöhemmin elämässään astmaan ja allergiaan (Lumia ym. 2012, 340).

Kalsiumin saanti tulee turvata raskausaikana, sillä se vaikuttaa sikiön luuston kehitykseen. Useimmilla odottajilla kalsiumin saanti ruokavaliosta on riittävää. Niukasti maitotuotteita käyttäville odottajille suositellaan ruokavalion muuttamista maitotuotteita suosivammaksi. Jos maitotuotteiden lisäys ruokavalioon ei onnistu, tulee odottajan käyttää kalsiumlisää. Riittävä vuorokausiannos kalsiumia saadaan esimerkiksi neljästä lasillisesta maitoa ja kolmesta viipaleesta juustoa. (Hasunen ym. 2004, 79.)

Raskaudenaikainen painonnousu koostuu pääasiassa sikiöstä, istukasta, kohdusta, lapsivedestä, kasvaneesta verivolyymistä ja rinnoista. Raskauden aikana rasvaa varastoituu kehoon keskimäärin 3-5 kiloa, erityisesti pakaroihin ja reisiin. Rasvavaraston avulla elimistö selviytyy imetyksen ja synnytyksen aikaisesta kasvaneesta energian kulutuksesta. Rasvakudoksen määrä kasvaa voimakkaimmin ensimmäisten 30 raskausviikon aikana.

(Eskola & Hytönen 2005, 155.) Raskausaikana paino nousee keskimäärin 12,5 kiloa. Ali-painoisen äidin (BMI >18,5–19,9) painon tulisi nousta raskausaikana 12,5–18 kiloa. (Hasunen ym. 2004, 81.) Jos paino ei nouse riittävästi, sikiön kasvu voi hidastua (Ihme & Rainto 2008, 101).

Vielä ei ole varmaa tietoa siitä, mikä olisi anoreksiaa tai bulimiaa sairastavalle turvallinen paino lisääntymisterveyden kannalta. Usein BMI 19 saavuttamista pidetään riittävänä, mutta sen riittävydestä ollaan kuitenkin montaa mieltä. Anoreksiaa sairastavien naisten lantion seutua ultraäänellä tutkimalla on havaittu, että lantionseudun elinten toiminta ja kehitys ei ole vielä normaalia painoindeksin ollessa 19. Matalan BMI:n on todettu olevan yhteydessä muun muassa keskenmenoihin. (Linna ym. 2013, 831–832.)

Syömishäiriötaustaiselle äidille painon nouseminen voi aiheuttaa ahdistusta ja painon muutoksen hyväksyminen voi olla vaikeaa. Painon tasainen nouseminen tukee sikiön normaalia kehitystä, minkä vuoksi raskaudenaikainen laihduttaminen on kiellettyä. (MLL 2015.) Painonnousu on liian vähäistä, jos keski- ja loppuraskaudessa äidin paino nousee alle kilon kuukaudessa (Hasunen ym. 2004, 81).

3 SYÖMISHÄIRIÖT

3.1. Yleistä tietoa syömishäiriöistä

Syömishäiriöt ovat yleistyneet länsimaissa viime vuosikymmenten aikana ja ne ovat erityisesti murrosikäisten tyttöjen sekä nuorten naisten yleisiä mielenterveyden häiriöitä (THL 2012b; Huttunen 2014). On arvioitu, että noin 7 % suomalaisista naisista sairastuu syömishäiriöön 30. ikävuoteen mennessä (Suokas & Rissanen 2014c). Tarkkoja sairastavuuslukuja on kuitenkin vaikea selvittää, sillä vain pieni osa sairastuneista on hoidon piirissä (Rissanen 2001, 859; Linna ym. 2013, 826). 2 % suomalaisista 20–35-vuotiaista naisista on sairastanut anoreksiaa ja saman verran on myös bulimiaa sairastaneita. (THL 2012b.)

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy poikkeavan syömis-käyttäytymisen lisäksi myös psyykkisen, fyysisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä (Tierney, McGlone & Furber 2013, 542; Suokas & Rissanen 2014c). ICD-10 tautiluokituksessa syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön (F50.0), epätyypilliseen lai-huushäiriöön (F50.1), ahmimishäiriöön (F50.2), epätyypilliseen ahmimishäiriöön (F50.3), muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvään ylensyömiseen (F50.4) tai oksenteluun (F50.5), muuhun syömishäiriöön (F50.8) sekä määrittelemättömään syömishäiriöön (F50.9) (THL 2011). Varsinaisia syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö bulimia nervosa, niiden epätyypilliset muodot sekä ahmimishäiriö BED (Binge Eating Disorder) (Kaukua 2010). Eri syömishäiriöillä on paljon yhteisiä piirteitä, vaikkakin ilmenemismuodot ovat erilaisia (Tierney ym. 2013, 542). Erityisesti anoreksian ja bulimian diagnostisesta erottelusta on ollut paljon keskustelua. Laihuushäiriötä ja ah-mimishäiriötä sairastavilla on pohjimmiltaan paljon samankaltaisuuksia, kuten tyytymät-tömyyttä omaan kehoon, pakkoajatuksia ruoasta, kehosta ja painosta sekä itsetunnon heikkoutta. (Polivy & Herman 2002, 188.)

Syömishäiriöiden syntymekanismi on vielä melko tuntematon, mutta altistavista teki-jöistä on jo paljon viitteitä. Sairauden ajatellaan syntyvän perimän ja ympäristön koko-naisvaikutuksesta, mutta myös kulttuurisilla tekijöillä sekä vallitsevan aikakauden kau-neusihanteilla ajatellaan olevan vaikutusta. (Keski-Rahkonen, Wijbrand Hoek & Treasure 2001.) Viikkoihin nähden pienen syntymäpainon ja lapsuusiän nopean painonnousun on

todettu altistavan insuliiniresistenssille ja siten suuremmalle rasvakudoksen määrälle myöhemmällä iällä. Näillä muutoksilla voi olla merkitystä syömishäiriöihin sairastumislähtötekijöiden, sillä rasvankertymistä lisää painon tarkkailua, laihdutusyrityksiä sekä poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. Myös vanhempien toiminnalla on merkitystä jälkeläisen sairastumisriskiin. Vanhemman latautunut suhde painoon, vartalonmuotoon ja syömiseen voi periytyä mallioppimisen kautta. (Raevuori ym. 2009, 39–40.)

Syömishäiriötä sairastavilla esiintyy usein myös muita mielenterveydenhäiriöitä, kuten ahdistuneisuus- ja masentuneisuushäiriöitä. Äidin raskaudenaikainen pitkittynyt stressi- ja aliravitsemustila vaikuttaa aivolisäke-hypofyysilisämunuaisakseliin muuttaen pysyvästi glukokortikoidireseptoreiden valmennussäätelyä. On tutkittu, että tämän seurauksena niin koe-eläinten kuin ihmistenkin jälkeläiset masentuvat ja ahdistuvat stressaavissa tilanteissa muita herkemmin. Aivorakenteiden korjaantumattomuudesta saadut havainnot tukevat sitä, että myös sikiöaikaisella kehityskaudella on merkitystä syömishäiriöön sairastumislähtötekijöiden kannalta. Kuitenkin pre- ja perinataaliset tekijät toimivat vuorovaikutuksessa geneettisten ja ympäristöllisten tekijöiden kanssa, ja niiden yhteisvaikutusten mukaan sairastuvuusriski vaihtelee. (Raevuori ym. 2009, 38–40.)

3.2. Anoreksia nervosa ja epätyypillinen laihuushäiriö

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on sekä mielen että kehon sairaus. Anoreksian keskeisimpiä piirteitä ovat itse aiheutettu ja ylläpidetty vakava aliravitsemus, pelko lihomisesta ja kehonkuvan häiriintyminen. (Suokas & Rissanen 2014b; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Anoreksiaan sairastutaan tyypillisesti nuoruusiässä (Huttunen & Jalanko 2014).

0,5-1 % suomalaisista 12–24-vuotiaista naisista kärsii laihuushäiriöstä, ja noin 2,2 % suomalaisista naisista on sairastanut diagnostiset kriteerit täyttävän laihuushäiriön ennen 20. ikävuotta. Laihuushäiriön epätyypilliset ja lievemmätkin muodot mukaan laskien noin 5 % suomalaisista naisista sairastuu anoreksiaan elämänsä aikana. (Suokas & Rissanen 2014b.)

3.2.1 Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön taudinkuva

ICD-10 tautiluokituksessa erotetaan laihuushäiriö sekä epätyypillinen laihuushäiriö. Epätyypillinen laihuushäiriö on samankaltainen kuin laihuushäiriö, mutta jokin diagnostisista kriteereistä puuttuu. DSM-5 luokituksessa laihuushäiriön kriteerit ovat ICD-10 epätyypillistä laihuushäiriötä vastaavat. DSM-5 luokitus jakaa laihuushäiriön paastoamistyyppiseen sekä ahmimis-vatsantyhjentämistyyppiseen muotoon. (Suokas & Rissanen 2014b.)

Laihuushäiriön diagnostisista kriteereistä merkittävin on vakava alipaino eli paino, joka on 15 % alle pituuden mukaisesta keskipainosta tai BMI (Body Mass Index), joka on alle 17,5 kg/m². Painonlasku on itse aiheutettua esimerkiksi tiettyjä ruokia välttämällä, pakonomaisella liikunnalla, oksentamisella, ulostuslääkkeillä tai muilla laihdutusvalmisteilla. Anoreksiaa sairastavalla henkilöllä on kehonkuvan vääristymiä, ja hän kokee olevansa ylipainoinen, vaikka todellisuudessa sairastunut olisi vakavasti alipainoinen. Sairauteen kuuluu vahva pelko lihomisesta ja usein sairastunut asettaa itselleen hyvin alhaisia painotavoitteita. Diagnostisiin kriteereihin kuuluu myös endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten pois jäämisenä. (Polivy & Herman 2002, 188; Suokas & Rissanen 2014b.) Anoreksian diagnoosiin edellytetään, ettei ahmimishäiriöön kuuluvia toistuvia ylensyömisjaksoja eikä pakonomaista syömistä tai syömisen halua ilmene. (Suokas & Rissanen 2014b.)

Laihuushäiriö on pitkäaikainen sairaus, jonka keskimääräinen kesto on kuusi vuotta. Sairaudentakuva on aaltoileva ja parantumiseen kuuluu 25–50%:lla yleensä ohimenevä ahmimisjakso. Psykiatrisista sairauksista anoreksian kuolleisuusluku on korkein. Pitkien seurantatutkimusten mukaan hoidon jälkeen noin puolet toipuu täysin, 30 %:lla oireilu jatkuu ja 20 %:lla sairaus kroonistuu. Laihuushäiriötä sairastavilla kuolleisuusriski on kuusinkertainen muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. (Suokas & Rissanen 2014b.)

3.2.2 Tyypilliseen ja epätyypilliseen laihuushäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tekijät

Laihuushäiriön syntyyn ei ole vain yhtä syytä. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa suorituskaskeisyys, täydellisyyden tavoittelu, sisäänpäin kääntyneisyys ja psykologiset traumat kuten seksuaalinen hyväksikäyttö. Joskus masennus edeltää laihuushäiriön kehittymistä. Aiemmin ajateltiin perheen sisäisten asioiden, kuten vuorovaikutukseen liittyvien ongelmien, äidin hallitsevuuden tai isän vetäytymisen, vaikuttavan laihuushäiriön syntyyn, mutta nykyisin ajatellaan, että perheen sisäiset asiat voivat olla yhtälailla seurausta laihuushäiriöstä. Siitä on kuitenkin näyttöä, että sairastuminen on todennäköisempää, jos naispuolinen lähisukulainen sairastaa laihuushäiriötä. Geneettiset tekijät selittävät 50–80% laihuushäiriöön sairastumisalttiudesta. Sairastumiselle altistaa myös länsimainen naisihanne, joka ihannoii hoikkuutta ja korostaa fyysisen viehättävyyden merkitystä. (Suokas & Rissanen 2014b.)

Niin anoreksiasta parantuneilla kuin anoreksiaa sairastavilla on huomattu lieviä, mutta johdonmukaisia neuropsykologisia ja neurologisia poikkeavuuksia, jotka näkyvät oppimisessa ja motoristen taitojen, kuten koordinaation vaikeuksina. Tämä havainto tukee sitä, että myös sikiökauden aikaisilla tapahtumilla on vaikutusta sairastumisalttiuteen. Italialaistutkimuksessa on osoitettu muun muassa äidin raskaudenaikaisen anemian, diabeteksen ja raskausmyrkytyksen lisäävän tyttövuojen riskiä sairastua anoreksiaan myöhemmällä iällä. Tutkijat arvelevat alttiuden liittyvän keskushermoston kehityksen häiriöön, joka johtuisi raskaudenaikaisesta hapen ja ravinteiden puutteesta. (Raevuori ym. 2009, 38–39.) Laihuushäiriötä sairastavilla on usein myös muita mielenterveyden häiriötä elämänsä aikana. Ahdistuneisuushäiriöt, joista tyypillisimpänä pakko-oireinen häiriö ja masennus, ovat melko tavallisia. (Suokas & Rissanen 2014b.) Ahdistuneisuus- ja masentuneisuustaipumusta selitetään aiemmin työssä esitellyllä glukokortikoidireseptorien valmennussäätelyn muutoksella.

Anoreksian laukaisevana tekijänä on useimmiten laihdutus, joka lopulta riistyy kärsistä. Laihuttamisella voidaan tavoitella omanarvontunnon nousua, elämänhallinnan tunnetta tai ratkaisua elämän senhetkisiin ongelmiin. Laihdutuksen voi laukaista esimerkiksi ulkonäköön tai painoon liittyvät kommentit tai suuret elämänmuutokset, kuten koulun loppuminen tai menetykset. Laihuushäiriötä sairastavat ovat useimmiten noidankehässä, joka ylläpitää ja vahvistaa sairautta. Nälkiintymistila aiheuttaa psyykkisiä oireita,

kuten masennusta ja ruokaan liittyviä pakkoajatuksia sekä fyysisiä muutoksia kehossa. Psykkiset oireet ja fyysiset muutokset puolestaan korostavat syömishäiriön oireita ja ylläpitävät sairautta. Laihuushäiriö muuttaa myös ihmissuhteita ja toimintatapoja, joilla on samanlainen sairautta voimistava noidankehävaikutus. (Suokas & Rissanen 2014b.)

3.3. Bulimia nervosa ja epätyypillinen ahmimishäiriö

Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa on sairaus, jonka keskeisin oire on lihomisen ja lihavuuden pelko. Ahmimishäiriötä sairastavien kuolleisuusriski on lähes kolminkertainen verrattuna saman ikäiseen väestöön. Taudin ennuste pitkällä aikavälillä on kohtalainen, sillä 45–55% pääsee eroon oireistaan pysyvästi, 27–30%:lla oireet jatkuvat jaksottain ja 20–23%:lla sairaus jatkuu. (Suokas & Rissanen 2014a.)

Ahmimishäiriö, kuten muutkin syömishäiriöt, on yleistynyt viime vuosina (Huttunen 2014). Kuitenkin vain alle puolet ahmimishäiriötapauksista tulee ilmi ja vielä pienempi osa hakeutuu hoitoon. Bulimian yleisyyttä on salailun vuoksi vaikea mitata, mutta eri tutkimuksissa on selvinnyt, että noin 2 % suomalaisista naisista on sairastanut ahmimishäiriötä jossain elämänsä vaiheessa. (Suokas & Rissanen, 2014a.) Bulimiset oireet ovat kuitenkin todellisuudessa yleisempiä. Mahdollisesti noin 20–40% naisopiskelijoista kärsii ajoittaisista bulimisista oireista. (Huttunen 2014; Suokas & Rissanen 2014a.) Suomalaisista 15–16-vuotiaista 5 %:lla on raportoitu olevan bulimisia oireita (Suokas & Rissanen 2014a).

3.3.1 Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön taudinkuva

Ahmimishäiriö alkaa yleensä hieman myöhemmällä iällä kuin laihuushäiriö. Oireet puhkeavat tyypillisesti nuoruuden loppupuolella, aikuistumisen kynnyksellä tai varhaisessa aikuisuudessa, keskimäärin 18 vuoden iässä. ICD-10 tautiluokituksessa ahmimishäiriö jaetaan ahmimishäiriöön ja epätyypilliseen ahmimishäiriöön. Epätyypillinen ahmimishäiriö muistuttaa pitkälti ahmimishäiriötä, mutta sairaus ei kliiniseltä kuvaltaan täytä kaikkia diagnostisia kriteerejä. DSM-5 luokituksessa ahmimishäiriötä ei ole jaettu kahteen eri tyyppiin. ICD-10 tautiluokituksen mukaan ahmimishäiriöön kuuluvat ylensyömisjaksot, jolloin sairastunut syö suuria määriä lyhyessä ajassa ja ylensyömistä tapahtuu vähintään

kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas tarve tai pakonomainen halu syödä. Diagnostisiin kriteereihin kuuluu, että henkilö pyrkii estämään ruoan painoa nostavan vaikutuksen erilaisilla kompensatiokeinoilla. Keinoja ovat esimerkiksi oksentaminen, ajoittainen paastoaminen ja ruokahalua hillitsevien lääkkeiden tai ulostus-, kilpirauhas- tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö. (Suokas & Rissanen 2014a.) Myös syömisestä hallinnan tunteen menettäminen kuuluu ahmimishäiriön oireisiin (Polivy & Herman 2002, 188–189).

Ahmitut ruoat ovat tyypillisesti runsaasti energiaa sisältäviä ja helposti sulavia. Vaikka ahmimishäiriötä sairastava kokee menettäneensä syömisestä hallinnan, pystyy hän kuitenkin lopettamaan yllätetyksi tullessaan. Ahmimiskohtausta seuraa useimmiten laihduttamisyritykset edellä mainituilla kompensatiokeinoilla, erikoisruokavalioilla tai liikunnalla. Osalle sairastuneista jo pieni tai normaali ruokamäärä voi tuntua ahmimiselta. Ahminen aiheuttaa hallinnan tunteen menettämisen ja syyllisyyttä, joka johtaa usein oksentamiseen. (Suokas & Rissanen 2014a.) Ahmimiskohtaukset aiheuttavat usein itsehalveksuntaa ja masentuneisuutta. Mieliala vaihtelee usein painon muutosten mukaan, sillä ahmimishäiriötä sairastava kokee painon ja ulkonäön määrittävän omaa arvoaan. (Suokas & Rissanen 2014a.) Ahmimishäiriötä sairastavat ovat yleensä normaalipainoisia, vaikkakin paino voi vaihdella paljon. Usein ahmimishäiriön ja bulimistyyppisen laihuushäiriön erona on vain se, ettei ahmimishäiriötä sairastavan henkilön paino ole alle 85 % pituuden mukaisesta painosta. (Polivy & Herman 2002, 189.)

Ahmimishäiriö ei näy selkeästi ulospäin, mutta pieniä merkkejä voi olla havaittavissa. Näitä voivat olla esimerkiksi sylkirauhasten kasvu, hampaiden kiilteen vaurioituminen ja turvotukset erityisesti kasvoissa. Oksentelu ja lääkkeiden väärinkäyttö voivat aiheuttaa vakavia elektrolyytitasapainon häiriöitä, jotka puolestaan aiheuttavat lihaskuivumista, kouristeluja sekä rytmihäiriöitä. Muita fyysisiä haittoja ovat muun muassa ruokatorven vaurioituminen, vatsakivut ja pahoinvointi. Myös ahmimishäiriö voi aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä tai poisjääntiä. (Suokas & Rissanen 2014a.)

On kuvattu, että noin 80 %:lla ahmimishäiriötä sairastavista esiintyy myös muita mielen-terveyden häiriöitä, joista tyypillisin on noin puolella sairastuneista esiintyvä vakava masennus. Lisäksi ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt, joista erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriö, ovat yleisiä. Myös alkoholin ja päihteiden väärinkäyttöä esiintyy keski-verta enemmän ahmimishäiriötä sairastavilla. (Suokas & Rissanen 2014a.)

Muuhunkin kuin syömiseen liittyvät hillitsemis- ja käytöshäiriöt ovat ahmimishäiriötä sairastavilla tavallisia (Suokas & Rissanen 2014a). Bulimiaa sairastavat ovat tyypillisesti huomattavasti impulsiivisempia kuin anoreksiaa sairastavat. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen, itsemurhayritykset, päihteiden väärinkäyttö sekä varastelu ovat yleisempiä bulimiaa sairastavilla. Impulsiivisuus voi selittää sen, miksi vastasairastunut anorektikko voi käyttäytyä bulimistyyppisesti. Vastasairastunut anorektikko voi antautua ruoanhimolle ja ahmia, mistä tuntee jälkikäteen syyllisyyttä. Kontrollin menettäminen voi johtaa oksentamiseen. Samankaltaista impulsiivista toimintaa siis esiintyy niin bulimistyyppistä anoreksiaa sairastavilla kuin bulimiaa sairastavilla henkilöillä. (Polivy & Herman 2002, 189.)

3.3.2 Tyypilliseen ja epätyypilliseen ahmimishäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tekijät

Ahmimishäiriötä aiheuttavia tekijöitä ei vielä tunneta tarkasti, mutta tiedetään, että sen syntyyn vaikuttaa niin kulttuuri, perhe kuin yksilönkehityskin (Huttunen 2014; Suokas & Rissanen 2014a). Länsimaisen kauneushanteen korostama hoikkuus sekä erilaiset dieetit ovat todennäköisesti suurena syynä ahmimishäiriön lisääntymiseen. Kuten anoreksiaa myös bulimiaa sairastavilla on usein perfektionismiin pyrkiviä luonteenpiirteitä sekä itsetuntoon liittyviä hankaluuksia. Myös erilaiset ulkopuolisten kommentit painoon tai kehoon liittyen sekä kiusaaminen edesauttavat ahmimishäiriön syntyä. (Huttunen, 2014.)

Bulimiaan sairastuvuudella on myös yhteyttä sikiökautisiin tapahtumiin, kuten istukkainfarktiin, vastasyntyneen heikentyneeseen reagointikykyyn, raskausviikkoihin nähden pieneneen päänympärykseen, vauvaiän syömisvaikeuksiin, pienipainoisuuteen ja lyhyeen pituuteen. Raskaudenaikainen kasvuhidastuma ja siitä johtuva alhainen syntymäpaino ja -pituus ennustavat tulevaa taipumusta ylipainolle ja masennukselle. Ylipaino ja masennus ovat keskeisiä bulimian riskitekijöitä, joten jo raskausaika voi lisätä alttiutta sairastumiseen. Myös äidin raskaudenaikaisella tupakoinnilla on todettu olevan yhteys lapsen bulimiaan sairastumisriskiin. (Raevuori ym. 2009, 40.) Työssä aiemmin esitetyt syömishäiriöiden riskitekijät vaikuttavat myös bulimiaan sairastumisalttiuteen.

4 RASKAUS JA SYÖMISHÄIRIÖ

4.1. Syömishäiriö ja lisääntymisterveys

Raskaudenaikaiset syömishäiriöt ovat yleisempiä kuin on luultu, vaikkakin raskausaikana syömishäiriötä esiintyy hieman vähemmän kuin muulloin (Easter ym. 2013, 341–343). Arvellaan, että noin yksi sadasta odottajasta sairastaa syömishäiriötä (Ämmälä 2015, 570). Watson ym. uskovat syömishäiriöiden olevan huomattavasti yleisempiä. Heidän mukaansa yksi kahdestakymmenestä odottajasta kärsii syömishäiriön oireista. (Watson ym. 2013, 1723.)

Syömishäiriöt heikentävät usein raskaaksi tulemisen mahdollisuutta ja monesti raskaus onkin yllätys syömishäiriötä sairastavalle (Mäkelä ym. 2010, 1017). Anoreksiaa sairastavilla ei yleensä ole kuukautisia ja he ovat usein seksuaalisesti epäaktiivisia. Bulimiaa sairastavat ovat seksuaalisesti aktiivisempia, mutta heillä on kuitenkin melko paljon kuukautishäiriötä tai kuukautiset voivat puuttua kokonaan. (Martos-Ordóñez 2005, 446–447.)

Eniten hedelmöittymisen vaikeuksia on anoreksiaa, epätyypillistä anoreksiaa ja epätyypillistä bulimiaa sairastavilla (Linna ym. 2013, 827–831). Anoreksiaa sairastavilla alhainen paino ehkäisee raskaaksi tulemista, vaikkakin nykyään hedelmöityshoitojen avulla hyvinkin alipainoiset naiset voivat hedelmöittyä. Bulimiaa sairastavilla vastaavia hedelmöittymisen hankaluuksia ei ole havaittu. (Tierney ym. 2013, 542–543.) Linnan ym. tutkimuksen mukaan anoreksiaa sairastavat tulevat raskaaksi puolta harvemmin kuin verrokkit. Lapsettomuus on yleistä lähes koko elämän ajan syömishäiriötä, erityisesti anoreksiaa, sairastaneilla. (Linna ym. 2013, 827–831.)

Syömishäiriötä sairastavien odottajien raskauksiin liittyy suurentunut raskauskomplikaatioiden riski (Martos-Ordóñez 2005, 447; Mäkelä ym. 2010, 1017; Linna ym. 2013, 827). Syömishäiriöistä anoreksia ja epätyypillinen anoreksia lisäävät keskenmenoriskiä huomattavan paljon (Linna 2014, 55). Myös epätyypillinen bulimia kasvattaa riskiä selkeästi. Muusta kirjallisuudesta poiketen Linnan tutkimuksen mukaan bulimiaa sairastavilla ei kuitenkaan ole verrokkiryhmää enempää keskenmenoja. (Linna ym. 2013, 831.) Sikiön

kohtukuolemat ovat keskivertoa yleisempiä syömishäiriöitä sairastavilla odottajilla (Martos-Ordonez 2005, 447). Anoreksiaa tai bulimiaa sairastavilla odottajilla esiintyy enemmän myös muita raskausajan ongelmia, kuten ennenaikaisia supistuksia (Linna 2014, 55–57). Syömishäiriötä sairastavilla ilmenee lisäksi herkemmin korkeaa verenpainetta, raskausmyrkytyksiä, pahoinvointia sekä ongelmia vauvan tarjonnassa. (Martos-Ordonez 2005, 446–447.)

Syömishäiriötä sairastavalle naiselle kehonkuva ja naiseus ovat vaikeasti käsiteltäviä asioita ja se aiheuttaa herkästi ongelmia myös lisääntymisterveyteen. Syömishäiriötä sairastavat voivat olla haitallisessa vointia heikentävässä kierteessä, jossa lisääntymisterveyden ongelmat aiheuttavat psyykkistä stressiä, joka puolestaan pahentaa syömishäiriön oireita, joka taas lisää lisääntymisterveyden ongelmia. (Linna ym. 2013, 832.)

4.2. Syömishäiriön vaikutus sikiön vointiin

Äidin odotusaikaisen syömishäiriön ja psyykkisen oireilun suorat vaikutukset välittyvät jälkeläiselle muun muassa raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden, hormonipitoisuuksien, hermovälittäjäainepitoisuuksien sekä geneettisen alttiuden kautta. Odottajan syömishäiriön epäsuorat vaikutukset välittyvät sikiöön äidin heikomman itsestä huolehtimisen ja terveydentilan kautta. Merkittävin vaikutusreitti lapsen tulevaisuuden hyvinvointiin on kuitenkin psyykkisen oireilun negatiivinen vaikutus äidin ja vauvan väliseen suhteeseen jo odotusajasta lähtien. (Mäkelä ym. 2010, 1017–1018.)

Linnan (2014, 59–60) tutkimuksen mukaan anoreksiaa ja bulimiaa raskausaikana sairastaneet äidit synnyttävät raskausviikkoihin nähden keskimäärin pienempipainoisia lapsia kuin äidit, jotka eivät ole sairastaneet syömishäiriötä raskausaikana. On havaittu, että pienipainoisina syntyneillä lapsilla on korkeampi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin verrattuna normaalipainoisina syntyneisiin lapsiin. Pienipainoisilla vauvoilla aortan seinämä on huomattavasti paksumpi kuin verrokeilla, joka on varhainen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä. (Skilton ym. 2005, 1484–1485.) Poikalasten alhaisen syntymäpainon on havaittu hieman lisäävän riskiä korkeaan verenpaineeseen aikuisiällä (Bergvall, Iliadou, Tuvemo & Cnattingius 2005, 639).

Syömishäiriötä sairastavien äitien lapset syntyvät usein ennenaikaisina (Mäkelä ym. 2010, 1017). Anoreksiaa sairastavien äitien vauvojen perinataalikuolleisuusriski on noin nelinkertainen verrattuna anoreksiaa sairastamattomien äitien vauvoihin (Martos-Ordóñez 2005, 447; Linna 2014, 59–60). Syömishäiriötä sairastavien äitien vauvojen Apgar-pisteet ovat yleensä alhaisemmat kuin tavallisesti (Martos-Ordóñez 2005, 447). Samanlaisia havaintoja on saatu myös Linnan tutkimuksessa, jossa havaittiin bulimaa sairastaneiden äitien vastasyntyneiden Apgar-pisteiden olevan verrokkiryhmää matalammat yhden minuutin iässä. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että bulimaa sairastaneiden odottajien vastasyntyneillä oli kohonnut riski joutua elvytettäväksi heti syntymän jälkeen. (Linna 2014, 59–60.) Vastasyntyneen hengitysvaikeudet ovat yleisempiä syömishäiriötä sairastaneiden äitien vauvoilla (Martos-Ordóñez 2005, 447).

Raskauden aikana sikiö voi altistua istukan kautta äidin erittämälle stressihormonille, joka vaikuttaa kehittyvään keskushermostoon. Sikiön keskushermoston kehittymisen lisäksi psyykinen kuormitus voi vaikuttaa myös raskauden kestoon, lapsen syntymäpäinnoon sekä tulevaisuudessa lapsen psykososiaaliseen kehitykseen. (Klemetti & Hakulinen 2013, 33.) Odottajan stressi ja masentuneisuus vaikuttavat syntyvän lapsen stressihormonia sääteleviin geeneihin, käytökseen ja hyvinvointiin. Tämän seurauksena lapsella on myöhemmin elämässään suurempi taipumus lihomiseen, väkivaltaisuuteen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, diabetekseen sekä masennukseen. (Mäkelä ym. 2010, 1015; Huttunen 2011.) On havaittu, että lapsilla, joiden äidit ovat sairastaneet syömishäiriötä ennen raskautta, on enemmän ylivilkkautta ja kognitiivisia ongelmia viisivuotiaina (Linna 2014, 68).

Naisen raskaudenaikainen vajaaravitsemus muokkaa sikiön aineenvaihduntaa siten, että syntyvällä lapsella on korkeampi riski sairastua keski-iässä diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin sekä skitsofreniaan (Huttunen 2011). Tutkimuksissa on myös havaittu äidin raskaudenaikaisen vähän hiilihydraatteja sisältävän ruokavalion lisäävän lasten ylipainoisuuden riskiä 6-9 vuoden iässä. On esitetty, että vajaaravitun odottajan sikiö vastaanottaa niin kutsutun nälkiintymissignaalin, jonka seurauksena sikiö alkaa varastoida rasvaa. (Eriksson 2013, 379.)

4.3. Syömishäiriö ja sen muutokset raskausaikana

Aiemmin raskauden ajateltiin suojaavan äitiä psyykkisiltä ongelmilta, mutta tämä ei nykyasityksen mukaan pidä paikkaansa. Psyykkiset ongelmat voivat puhjeta, uusiutua tai jatkua raskauden aikana. (Mäkelä ym. 2010, 1016–1018.) Raskauden vaikutukset syömishäiriöön ja siitä parantumiseen ovat yksilöllisiä. Raskaus ei vastoin yleistä käsitystä toimi aina paranemista edistävänä tekijänä, vaan osalla raskaus voi pahentaa syömishäiriötä. (Coker, Mitchell-Wong & Abraham 2013, 1412; Tierney ym. 2013, 543.) Raskauden aikana kehonkuva, autonomia, itsenäisyys ja suhteet vanhempiin muuttuvat. Muutosten hyväksyntä voi olla henkisesti raskasta syömishäiriötä sairastavalle. Muutokset voivat aiheuttaa syömishäiriön oireiden pahenemisen lisäksi ahdistusta ja masennusta. (Martos-Ordonez 2005, 447–448.)

Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan raskaudella ja syömishäiriöstä parantumisella ei näyttäisi olevan yhteyttä. Tutkimus tehtiin vertailemalla QOLED (Quality of Life Related to Eating Disorder)-kyselyn ja BMI:n välistä suhdetta jokaisella raskauskolmanneksella. QOLED-kysely kuvaa elämänlaatua syömishäiriöön liittyen, kattaen psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen toimintakyvyn sekä mielialan. Elämänlaadun koettiin olevan syömishäiriön osalta huomattavasti parempi toisella ja kolmannella kolmanneksella kuin alkuraskaudessa. Toisen ja kolmannen kolmanneksen positiivisista vaikutuksista huolimatta raskauden ei kuitenkaan voida sanoa auttaneen toipumisessa, sillä vaikutukset olivat hyvin yksilöllisiä ja monilla syömishäiriö paheni aivan raskauden lopussa. (Coker, Mitchell-Wong & Abraham 2013, 1409–1412.) Myös Liimataisen ja Pihlmanin mukaan oireilu pahenee herkästi raskauden loppupuolella (Liimatainen & Pihlman 2010, 2, 40–41).

Easterin ym. tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että anoreksian oireet lisääntyvät hieman ensimmäisen trimesterin aikana, kun taas epätyypillisten syömishäiriöiden oireet vaikuttaisivat vähenevän huomattavasti alkuraskauden aikana. Bulimisten oireiden esiintyvyys näyttäisi pysyvän samana. (Easter ym. 2013, 341–352.) Watsonin ym. tutkimuksessa epätyypillisen syömishäiriön lisäksi myös bulimian todettiin paranevan tai lievittyvän raskauden aikana. Bulimian esiintyvyyden vähenemisen uskotaan johtuvan siitä, että avun hakeminen koetaan raskausaikana hyväksyttävämpänä. Vähenemistä selitetään myös paremmalla hoitoon sitoutumisella. (Watson ym. 2013, 1723–1724.) Raskaus voi voimistaa syömishäiriötä sairastavien äitien pakkoajatuksia ruokaa kohtaan ja pahentaa sairautta.

Heillä saattaa olla vääristyneitä kuvia sikiön koosta ja he saattavat kuvitella sikiön olevan ylipainoinen, vaikka niin ei todellisuudessa olisikaan. (Mäkelä ym. 2010, 1017.)

On huomattu, että syömishäiriön oireet voivat myös lievittyä raskauden aikana. Sen ajatellaan johtuvan siitä, että odottaja on raskauden aikana eri tavalla vastuussa painostaan ja kehostaan sekä myös huolissaan sikiön voinnista. (Martos-Ordóñez 2005, 447–448.) Myös Easterin ym. tutkimuksen mukaan syömishäiriöt kokonaisuudessaan vähenevät hieman raskauden myötä (Easter ym. 2013, 341–343). Syömishäiriöstä paranemista voi osaltaan edistää raskauden aikana erittyvät hormonit (Zauderer 2012, 51). Osa syömishäiriötä sairastavista äideistä kokee, että sikiön edun ja hyvinvoinnin ajattelevien vie aikaa ja valtaa syömishäiriöisiltä ajatuksilta, mikä tukee syömishäiriöstä toipumista raskauden aikana (Liimatainen & Pihlman 2010, 39).

Syömishäiriötä sairastavat kokevat usein ahdistusta kehon ja painon muutoksista, ja he voivat pyrkiä estämään niitä kaikin keinoin (Mäkelä ym. 2010, 1017; Tierney ym. 2013, 543). Siksi syömishäiriön oireita, kuten laihduttamista, pakkoliikuntaa sekä tyhjentymiskeinojen käyttöä ilmenee osalla myös raskausaikana (Tierney ym. 2013, 543). Osa syömishäiriötä sairastavista odottajista kuitenkin voi kokea parantuneensa syömishäiriöstä raskauden aikana, vaikka he edelleen kokisivat ahdistusta ja tyytymättömyyttä vartaloon kohtaan (Tierney ym. 2013, 543). Tyytymättömyys muuttuvaa kehoa kohtaan on yleistä. Easterin ym. tutkimuksen mukaan lähes neljäsosa kaikista tutkimukseen osallistuneista syömishäiriötä sairastavista oli huolissaan painonnoususta ja kehon muutoksista raskauden aikana (Easter ym. 2013, 341–343).

4.4. Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemuksia äitiysneuvolasta

Liimataisen ja Pihlmanin opinnäytetyöstä käy ilmi, että syömishäiriötä sairastavat odottajat olivat tyytymättömiä äitiyshuollon toimintaan sekä äitiysneuvolan työntekijältä saamaansa ohjaukseen ja tukeen. Äidit jäivät kaipaamaan erityisosaamista syömishäiriön ja raskauden yhdistelmästä. He kokivat saaneensa liian vähän tarvitsemaansa tukea terveydenhoitajilta ja lyhyillä vastaanottoajoilla syömishäiriön puheeksi ottaminen koettiin vaikeana. Äidit kokivat terveydenhoitajien olleen loppuraskaudessa välinpitämättömiä syömishäiriön oireiden suhteen. Äidit toivoivat, että terveydenhoitaja olisi kuunnellut ja ollut aidosti kiinnostunut tilanteesta. (Liimatainen & Pihlman 2010, 42–45.)

Yläkäs (2012) tutki opinnäytetyössään, kuinka syömishäiriö vaikuttaa äitiyteen ja perhe-elämään sekä millaista tukea äidit saivat ja mitä he olisivat toivoneet. Suurin osa haastelluista koki saaneensa tukea ja hoitoa riittävästi sekä hyötynensä siitä. Yksi neljäsosa koki jääneensä ilman tukea ja hoitoa. Huomionarvoista oli kuitenkin se, että hoidosta hyötynleistä puolet koki hoitohenkilökunnan asenteissa ja toiminnassa olevan parantamisen varaa. Näiden lisäksi muita kehittämistoiveita olivat hoidon saamisen helpottuminen, vastuukysymysten selkeytyminen sekä hoidon muuttaminen kokonaisvaltaisemmaksi ja pitkäkestoisemmaksi. (Yläkäs 2012, 37–40.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa syömishäiriötä sairastavien odottajien kokemat suurimmat puutteet äitiyshuollossa olivat negatiivisuus ja persoonattomuus. Odottajat kokivat, että hoitoa voisi parantaa terapeuttisilla hoitosuhteilla, äitiyshuollon työntekijöiden lisäämisellä, hoidon jatkuvuuden parantamisella sekä moniammatillisella yhteistyöllä. Työntekijän tietoisuus mahdollisesta raskaudenaikaisesta syömishäiriöstä helpotti raskaana olevan ohjausta. Tällöin syömishäiriötä sairastavan odottajan yksilölliset tarpeet ja toiveet tulivat huomioitua paremmin. (Burton 2014, 45.)

Burtonin tutkimuksessa syömishäiriötä raskausaikana sairastaneet naiset kuvasivat raskausaikaa traumaattiseksi liittyen kontrollin menettämisen pelkoon ja huoleen syömishäiriön aiheuttamista haitoista lapseen. He myös kokivat joutuneensa piilottelemaan menneisyyttään niiltä, joilta odottivat saavansa tuomitsevaa suhtautumista syömishäiriötaustan takia. (Burton 2014, 45.) Syömishäiriötä sairastavat odottajat yrittävät usein piilotella sairauttaan muilta, erityisesti terveydenhuollon henkilöstöltä, sillä usein odottajat häpeävät sairauttaan. He voivat myös pelätä, että syömishäiriötaustan vuoksi terveydenhuollon henkilöstö painostaa heitä nostamaan painoaan raskauden aikana enemmän kuin he itse kokisivat sopivana. (Zauderer 2012, 52.)

4.5. Terveydenhoitaja syömishäiriötä sairastavan äidin tukijana

Raskaudenaikaisen syömishäiriön tunteminen ja tunnistaminen on hyvin tärkeää, jotta raskausaikana äidille tai sikiölle mahdollisesti syntyviä haittoja pystytään ehkäisemään. Vielä ei ole näyttöön perustuvia ohjeistuksia siitä, kuinka syömishäiriötä sairastavan odottajan kohdalla tulisi toimia. (Zauderer 2012, 53–54.)

Ulkopuolisen on vaikea havaita syömishäiriötä (Martos-Ordóñez 2005, 446–448). Vaikka odottaja tiedostaisi sairastavansa syömishäiriötä, voi hän kieltää sen eivätkä oireet ole aina selkeästi tunnistettavissa (Zauderer 2012, 53). Siksi terveydenhoitajien on tärkeä huomata varoitusmerkkejä, jotka voivat viestiä odottajan syömishäiriöstä. Merkkejä ovat muun muassa painonlasku toisella raskauskolmanneksella, raskauspahoinvoinnin jatkuminen vielä raskausviikolla 20 tai aiempi syömishäiriötausta. (Martos-Ordóñez 2005, 446–448.) Odottaja voi kertoa fyysisistä vaivoista kuten hammasongelmista, jatkuvasta kurkkukivusta tai ruuansulatusvaivoista kuten vatsakivuista ja refluksista. Nämä oireet voivat viitata syömishäiriöön. Selkäsärky ja krampit jaloissa voivat olla varhaisia osteoporoosin tai -penian merkkejä, joka voi olla seurausta syömishäiriön aiheuttamasta aliravitsemuksesta. (Zauderer 2012, 50.) Useimmiten anoreksia tunnistetaan vasta siinä vaiheessa, kun raskaana olevan naisen paino ei nouse ja selvät fyysiset aliravitsemuksen merkit ovat jo havaittavissa (Greer 2013, 69–70). Tunnistamisen apuna voi käyttää myös syömishäiriöiden seulontaan kehitettyä SCOFF-kyselyä (Zauderer 2012, 52–53).

Äitien tulisi saada puhua painonnousuun liittyvistä tunteista ja heille tulisi kertoa painonnousun tärkeydestä vauvan kasvuun ja kehitykselle (Martos-Ordóñez 2005, 446–448). Terveystieteiden ammattilaisten on tärkeää luoda raskaana olevalle naiselle myönteistä kuvaa painon noususta ja kehon muutoksista (Martos-Ordóñez 2005, 446–448). Positiivinen palaute kehon muutoksista auttaa äitiä hyväksymään ne. Jatkuva positiivinen kannustus ravitsemukseen ja painonnousuun liittyvissä asioissa voi auttaa äitiä lopulta syömään terveellisesti ja nostamaan painoa sopivasti. (Zauderer 2012, 53.)

Anoreksiaa sairastavat odottajat tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea ravitsemukseen raskausaikana. Anoreksiaa sairastavilla on usein pakkomielteitä omasta painostaan, mikä aiheuttaa ongelmia raskauden aikana. Anoreksiaa sairastavan odottajan ohjaaminen ruokamäärän sopivaan lisäämiseen voi ehkäistä aliravitsemustilan syntyä ja refeeding-syndroomaa. (Greer 2013, 69–70.) Refeeding-oireyhtymäksi kutsutaan tilaa, jossa säästöliekillä käymään tottunut elimistö ei kestä aiempaan nähden nopeasti saatua ja suurta energiamäärää. Liian nopea ja runsas energiansaanti aiheuttaa elektrolyyttien vähenemistä veressä. Oireyhtymä aiheuttaa esimerkiksi lihasheikkoutta, hengitysvajaausta, hypotensiota ja vaarallisia rytmihäiriöitä. (Ukkola 2007, 807–808; Greer 2013, 70.)

Mitä todellisemmaksi äiti kokee kasvavan sikiön, sitä enemmän hän haluaa suojella sitä (Martos-Ordóñez 2005, 446–448). Hyviä keinoja sikiön konkretisoimiseksi ovat muun muassa sydänäänten kuuntelu, sikiön koosta kertominen ja sen havainnollistaminen esimerkiksi mallien tai kuvien avulla (Martos-Ordóñez 2005, 446–448; Zauderer 2012, 53). Ylimääräisestä henkisestä tuesta raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen on syömishäiriötä sairastavalle äidille hyötyä (Martos-Ordóñez 2005, 446–448; Coker, Mitchell-Wong & Abraham 2013, 1412).

Havun ja Murtosen mukaan terveydenhoitajat kokevat syömishäiriötä sairastavan odottajan kohtaamisen pääosin melko helppona, kuten myös kehonkuvan, ravitsemuksen ja painonnousun puheeksi ottamisen. Terveydenhoitajilla on riittävästi tietoa syömishäiriöstä, mutta raskauden ja syömishäiriön yhdistelmästä liian vähän. Riittävän vastaanottoajan järjestäminen syömishäiriötä sairastavalle odottajalle on koettu haasteelliseksi. Terveydenhoitajilla on materiaalia syömishäiriöstä ja sitä sairastavan kohtaamisesta tarpeeksi, mutta materiaalia syömishäiriötä sairastavan odottajan kohtaamisen tueksi on liian vähän tai ei lainkaan. Tiedot syömishäiriön vaikutuksista raskauteen ovat vähäisiä eivätkä odottajalle tarjottavat tukimuodot ole terveydenhoitajilla hyvin tiedossa. Vain yksi Havu ja Murtosen opinnäytetyön haastatteluun osallistuneista terveydenhoitajista koki moniammatillisen yhteistyön tukevan omaa työtään, vaikka syömishäiriötä odotusaikana sairastavat tarvitsisivat moniammatillisen tiimin avukseen. (Havu & Murtonen 2012, 23–28.) Syömishäiriötä sairastava odottaja tarvitsee eri osa-alueiden ammattilaisia, kuten psyko- ja ravitsemusterapeutteja (Zauderer 2012, 53).

Tuohimaan ja Arolan opinnäytetyön mukaan terveydenhoitajat kokivat odottavien äitien syömishäiriöiden tunnistamisen vaikeaksi. Syömishäiriöiden tunnistamiseen vaikuttivat odottavan äidin fyysinen ja psyykinen tila, asiakkaan taustatiedot sekä terveydenhoitajan vuorovaikutustaidot ja työkokemus. Terveydenhoitajat kokivat, että heillä on käytössään monenlaisia keinoja huolen puheeksi ottamiseen, vaikka puheeksi ottaminen tuntuu joissakin tilanteissa hankalalta. Terveydenhoitajien keinot syömishäiriötä sairastavan odottajan tukemiseen painottuivat keskusteluun, ohjaamiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Jokainen vastanneista terveydenhoitajista koki kaipaavansa lisäkoulutusta raskaudenaikaisen syömishäiriön tunnistamiseen sekä äidin tukemiseen. (Tuohimaa & Arola 2013, 39–43.) Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi saada lisäkoulutusta syömishäiriöiden tunnistamiseen ja syömishäiriön seulontaan käytettäviä työkaluja tulisi olla enemmän (Easter ym. 2013, 343).

5 YHTEENVETO TEORIAOSUUDESTA

Terveydenhoitajan tärkeimpiä tehtäviä äitiyshuollossa on tukea odottajan ja koko perheen hyvinvointia. Vanhemmuuden ja perheen voimavarojen tukeminen on tärkeää. Terveydenhoitajan tulisi saada tulevat vanhemmat luottamaan heidän taitoihinsa vanhempina. Erityisen tärkeää on kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen tukeminen, varsinkin jos äiti sairastaa syömishäiriötä. Terveydenhoitajalta vaaditaan herkkyyttä heikon kiintymyssuhteen tunnistamiseksi ja tarvittaessa siihen tulee puuttua nopeasti. Raskaudenaikaisen vuorovaikutussuhteen kehittymistä voi tukea muun muassa reflektiivisyyteen kannustamisella tai VaVu-haastattelulla. Raskausaikana odottaja käy läpi monimutkaisen psykologisen prosessin. Terveydenhoitajan on tärkeää tuntea sen kaikki vaiheet sekä vaiheiden kehityshaasteet, jotta hän osaa tukea odottajaa.

Syömishäiriöt ovat pitkäaikaisia mielenterveyden häiriöitä, joiden syntyyn vaikuttavat perimä ja ympäristö. Syömishäiriöt ovat lisääntyneet huomattavasti viime vuosien aikana ja myös raskaudenaikaiset syömishäiriöt ovat luultua yleisempiä. Muun muassa lisääntymisterveyden vaikeudet, raskauteen liittyvät komplikaatiot, sekä vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen ongelmat ovat yleisempiä syömishäiriötä sairastavilla kuin sitä sairastamattomilla odottajilla.

Raskauden vaikutukset syömishäiriöön ovat hyvin yksilöllisiä. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että raskaus voi joko lievittää tai vahvistaa syömishäiriön oireita. Raskauden myötä muuttuva keho aiheuttaa monelle odottajalle suurta ahdistusta. Myönteisen kuvan luominen painonnoususta ja kehon muutoksista on tärkeää. Raskaudenaikainen syömishäiriö vaikuttaa myös sikiön vointiin ja kehitykseen. Nämä vaikutukset voivat näkyä lapsessa läpi elämän.

Monet syömishäiriöstä kärsivät odottajat ovat kokeneet raskauden aikana tyytymättömyyttä äitiyshuollon palveluihin, eikä terveydenhuollon ammattilaisilla ole ollut riittävästi tietoa raskaudenaikaisesta syömishäiriöstä. Odottajat kaipaavat lisää tukea ja ohjausta äitiyshuollossa. Syömishäiriön tunnistaminen raskausaikana on vaikeaa, mutta tärkeää. Tunnistaminen vaatii erityistä herkkyyttä ja osaamista terveydenhoitajalta.

6 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada lisätietoa siitä, kuinka raskaus vaikuttaa syömishäiriöön. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa syömishäiriötä sairastavien äitien kohtaamista ja heidän saamaansa tukea äitiysneuvolassa.

Tutkimustehtävät:

1. Kuinka syömishäiriötä sairastava odottaja kokee raskauden vaikuttavan syömishäiriöön?
2. Millaista tukea syömishäiriötä sairastava odottaja kaipaa terveydenhoitajalta?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1. Metodologia

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä laadullista tutkimusta, koska kiinnostus kohdistui naisten kokemuksiin raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön sekä siihen, millaista tukea he olisivat neuvolan terveydenhoitajalta kaivanneet raskausaikana. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä tutkittavan näkökulmasta. Laadullinen tutkimus painottuu laatuun, ei määrään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 150.)

Laadullinen tutkimus perustuu haastateltavien kokemuksiin, eikä sillä ole mahdollista saada yleistettävää tietoa kuten määrällisellä tutkimuksella (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Opinnäytetyössä haastateltiin neljää raskauden aikana syömishäiriötä sairastanutta äitiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavia henkilöitä on huomattavasti vähemmän määrälliseen tutkimukseen verrattuna. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkittavasta aiheesta on olemassa vain vähän aikaisemmin tutkittua tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 31.) Opinnäytetyön aihetta on tutkittu Suomessa hyvin vähän, mutta kansainvälisesti aihetta on tutkittu enemmän.

7.2. Aineiston keruu

Laadulliseen tutkimukseen voidaan kerätä tietoa erilaisin menetelmin. Yleisimmät menetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelu ja kysely ovat yksinkertaisia metodeja, kun halutaan tietää, miten haastateltava on kokenut kyseisen ilmiön. Kyselyn ja haastattelun toisistaan erottaminen ei ole aina perusteltua, sillä ne muistuttavat paljon toisiaan. Kyselyssä vastaajat täyttävät itse kyselylomakkeen, joko ryhmässä tai kotonaan. Haastattelussa puolestaan haastattelija esittää kysymykset suullisesti ja vastaukset joko kirjataan muistiin tai nauhoitetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71–73.)

Yksi haastattelun hyvistä puolista on se, että haastateltavilla on omakohtaista kokemusta ja tietoa kyseisestä aiheesta tai ilmiöstä. Haastattelu on joustava menetelmä, sillä haastattelija voi toistaa kysymyksen tarvittaessa, tarkentaa ilmausta ja keskustella haastateltavan

kanssa. Haastattelussa kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä, mikä tuntuu haastattelun kulun kannalta luontevimmalta. Tärkeintä on saada riittävästi tietoa kyseisestä ilmiöstä tai asiasta. Järkevää olisikin antaa kysymykset etukäteen haastateltavalle, jotta hän voi valmistautua vastaamiseen paremmin. Haastattelun huonona puolena on se, että haastattelu vie paljon aikaa ja resursseja. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset pyörivät tietyn etukäteen valitun teeman ympärillä. Teema muodostuu viitekehyksen pohjalta ja haastattelussa korostuvat haastateltavien tulkinnat kyseisestä ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73–75.)

Opinnäytetyön haastattelu päätettiin toteuttaa sähköpostihaastatteluna, sillä haastateltavat ovat pienten lasten äitejä eikä heillä todennäköisesti olisi ollut aikaa tai voimia puhelimitse tai kasvatusten toteutettavaan haastatteluun. Mehon mukaan sähköpostihaastattelun etuna on se, että haastattelemineen on edullisempaa kuin esimerkiksi puhelinhaastattelut tai perinteisten haastattelujen tekeminen. Sähköpostihaastattelussa ei myöskään ole maantieteellisiä rajoituksia, eivätkä pitkät välimatkat siten vaikuta haastattelun toteuttamiseen. Myös litterointikulut pysyvät matalina, sillä vastaukset ovat valmiiksi jo kirjoitetussa muodossa. Sähköpostihaastattelun avulla on mahdollista savuttaa helpommin sellaisia henkilöitä, jotka jäävät jostain syystä usein tutkimuksista sivuun. Sellaisia ovat muun muassa itsetuhoiset, aivohalvauksesta selvinneet, kehitysvammaiset tai hyvin syrjässä asuvat henkilöt. Sähköpostihaastattelu soveltuu hyvin myös ujojen tai sellaisten henkilöiden haastatteluun, jotka osaavat ilmaista itseään paremmin kirjallisesti. (Meho 2006, 1285–1288.) Blogija kirjoittavat ovat usein verbaalisesti lahjakkaita, ja siksi he soveltuvat hyvin sähköpostitse haastateltaviksi.

Haastateltaville lähetettiin sähköpostia niin, että he eivät nähneet muiden haastateltavien osoitteita. Mehon mukaan tämä luo haastateltavalle kuvan siitä, että hänen vastauksensa ovat merkityksellisiä ja kannustaa siten vastaamaan. Sähköpostin otsikon tulee olla tarkkaan harkittu ja houkutteleva, etteivät saajat poista viestiä lukematta sitä. Itsensä esittely ja tittelin kertominen luo läheisemmän kuvan haastattelijasta. Kertomalla, mistä löysi haastateltavan sähköpostiosoitteen, saa luotua luottamusta haastattelijan ja haastateltavan välille. Luottamus on erityisen tärkeää, sillä haastateltava ei missään vaiheessa näe tai kuule haastattelijaa konkreettisesti. Haastateltavalle tulee kertoa avoimesti tutkimuksesta ja korostaa eettisyyttä sekä anonymiteetin säilymistä. (Meho 2006, 1291–1292.)

Haastateltavat etsittiin erilaisista blogeista, joissa kirjoittaja käsitteli raskausaikaa ja äitiyttä. Muutamassa blogissa kirjoittaja käsitteli avoimesti myös syömishäiriötään, muissa blogeissa syömishäiriö tuli ilmi taustatiedoista. Aiheeseen sopivia blogeja löytyi yhteensä yksitoista. Blogien pitäjille lähetettiin sähköpostitse saatekirje sekä viisi avointa kysymystä. Vastauksia saatiin yhteensä kuusi, joista neljä oli laajoja ja monipuolisia. Haastateltaville lähetettiin lisäkysymyksiä heidän vastaustensa pohjalta. Haastateltavien taustat olivat keskenään hieman erilaisia. Kaikki olivat kuitenkin sairastaneet anoreksiaa, bulimiamia tai niiden epätyypillisiä muotoja tullessaan raskaaksi. Haastateltavat olivat sairastaneet syömishäiriötä raskaaksi tullessaan 3-7 vuoden ajan.

7.3. Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, joka perustuu aineistosta tehtyihin tulkintoihin sekä päätelmiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 106). Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä sanallinen kuvaus tiiviissä muodossa siten, että aineiston informatiivisuus ei kuitenkaan kärsi (Kananen 2008, 94). Analyysin avulla aineistoa saadaan selkeytettyä, jotta siitä pystytään tekemään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Laadullisessa aineistossa analyysi kuuluu moneen tutkimusprosessin vaiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena on luoda tutkimusaineiston pohjalta teoreettinen kokonaisuus. Aikaisempien tutkimustulosten ei pitäisi vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen, sillä analyysin tulisi olla aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Teorialähtöinen sisällönanalyysi perustuu aikaisempaan viitekehykseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113). Teoriaohjaavan sisällönanalyysin lähtökohdat ovat samat kuin teorialähtöisen sisällönanalyysin. Erottavana tekijänä on teoreettisten käsitteiden muodostamistyyli. Teorialähtöisessä analyysissä käsitteet luodaan aineistosta, kun taas teoriaohjaavassa ne tuodaan ilmiöstä jo aikaisemmin saadun tiedon pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 117.) Raskauden vaikutuksista syömishäiriöön ei ole vielä yhtenäistä ja tarpeeksi tutkittua tietoa, joten teorialähtöinen tai teoriaohjaava lähestymistapa ei olisi palvellut opinnäytetyön aineistoa. Myöskään syömishäiriötä sairastavien odottajien kokemuksista äitiysneuvolasta ei ole tarpeeksi aiempaa tietoa.

Opinnäytetyö eteni aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Aineistolähtöinen lähestymistapa koostuu karkeasti jaotellen kolmesta vaiheesta. Aluksi aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä. Aineistosta nostetaan esiin tutkimustehtävää ajatellen olennainen informaatio tiivistämällä tai pilkkomalla aineistoa osiin. Tiivistämisen lopuksi tutkimustehtävää palvelevista alkuperäisilmauksista luodaan ns. pelkistettyjä ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109.)

Saaduista sähköpostihaastattelun vastauksista poimittiin sellaiset asiat, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Poimituista asioista eli alkuperäisistä ilmauksista tehtiin pelkistettyjä ilmauksia (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Sitä ei halua eikä pysty tekemisillään satuttaa viatonta elämää joka on minusta riippuvainen."	Halu suojella vauvaa
"Pienen ihmisen takia olen valmis tekemään kaikkeni parantuakseni"	Muutos vauvan vuoksi

Pelkistetyt ilmaukset klusteroidaan eli ryhmitellään. Klusteroitaessa aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samantyyppisiä käsitteitä yhdistellään ja niistä luodaan ryhmiä, jotka nimetään ryhmää kuvaavalla nimellä. (Kananen 2008, 94.) Aineisto tiivistyy entisestään analyysin jokaisessa vaiheessa. Viimeinen osa aineistolähtöistä sisällönanalyysiiä on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Saatua alaluokkia tiivistetään edelleen karsimalla tutkimustehtävän kannalta oleellinen tieto ja muodostamalla olennaisista asioista yläluokkia. Tarpeen mukaan yläluokista muodostetaan vielä pääluokkia. Luokitusten yhdistelyä tulee jatkaa niin kauan, kun se on aineiston sisällön kannalta oleellista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111.)

Kaikkien sisällönanalyysin vaiheiden tavoitteena on tuottaa tutkittavasta aiheesta tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus (Kananen 2008, 94). Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhte-

neväisyyksien ja eroavaisuuksien mukaan alaluokkiin. Alaluokkia käsitteellistettiin edelleen ja niistä muodostettiin yläluokkia, joista edelleen aineistoa tiivistettiin pääluokkiin (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Halu suojella vauvaa	Vauvan hyvinvointi kannusti	Vauva motivoi	Raskauden positiiviset vaikutukset syömishäiriöön
Muutos vauvan vuoksi	Halu parantua vauvan vuoksi		

Aineiston analyysin jälkeen kirjoitettiin tuloksia. Tulosten kirjoitus tapahtui vastakkaiseen suuntaan kuin analyysi. Tulosten kirjoittamisessa edettiin pääluokista alkuperäisiä ilmauksia kohti. Analyysin mukaan kokemukset olivat hyvin erilaisia, joten työn luotettavuuden parantamiseksi palattiin uudelleen haastateltavien alkuperäisiin vastauksiin. Näin saatiin tietää, kuinka monella haastatellulla oli vastaavanlaisia kokemuksia.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1. Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemus raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön

Haastateltavien naisten kokemukset raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön jaoteltiin seitsemään teemaan, jotka nousivat vastauksista esille. Teemoja olivat kokemus raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön, psyykkinen hyvinvointi, ravitsemus, kehon muutokset ja vauva motivoijana. Vastauksista ilmeni, että äidit kokivat raskausajan hyvin erilailla.

8.1.1 Raskauden vaikutus syömishäiriöön

Raskausaika syömishäiriön kannalta sujui erilailla jokaisella äidillä. Ne äidit, joille raskaus oli iloinen ja ihana uutinen, kokivat raskauden tekevän hyvää syömishäiriölle. Osa äideistä koki luontaisen hoivavietin aiheuttavan sen, että sairaat ajatukset jäivät luonnostaan taka-alalle, vaikka syömishäiriö olisikin oirehtinut voimakkaasti ennen raskaaksi tuloa.

Raskaus teki syömishäiriölle hyvää kaikilta osin. Raskaus siis paransi minut syömishäiriöstä.

Raskaus teki ehdottomasti hyvää syömishäiriöstä eroon pääsemiselle. Se luontainen hoivavietti kai aiheuttaa sen, että jotenkin vaan tajuaa syömisestä tärkeyden kun on kyse toisesta ihmisestä eikä vaan itsestään. Sitä ei halua eikä pysty tekemisillään satuttamaan viatonta elämää joka on minusta riippuvainen.

Osa äideistä koki raskauden pahentavan syömishäiriötä. Heille raskaus oli tullut negatiivisena yllätyksenä. Näillä äideillä syömishäiriö aktivoitui heti raskauden alussa. Osa äideistä koki raskauden tehneen aluksi hyvää syömishäiriölle, mutta raskauden keskivaiheen pahentaneen sitä. Vain yhdellä haastateltavista syömishäiriö päättyi raskauden

alettua, muilla syömishäiriöiset ajatukset aktivoituivat jossain vaiheessa raskautta. Kuitenkin lähes kaikki haastateltavat arvioivat raskausajan kokonaisuudessaan tehneen hyvää syömishäiriöstä toipumiselle.

Uskon kuitenkin, että suuressa mittakaavassa raskaus teki enemmän hyvää. Raskausajan puoliväkinen opeteltu terveempi suhtautuminen syömiseen on selkeästi pysynyt mielessä vielä raskauden jälkeenkin.

Yhteistä vastauksissa oli se, että jokainen äideistä uskoi raskauden lievittävän syömishäiriötä kuullessaan olevansa raskaana. Kaikilla raskaus ei kuitenkaan lievittänyt syömishäiriötä. Puolet äideistä toivoi parantuvansa lopullisesti raskauden myötä ja osa kokin aluksi raskauden vaikuttavan niin.

Kun sain tietää raskaudesta, oli se uskomattoman ihana uutinen ja itse uskoin sen olevan viimeinen niitti sairaudelle.

8.1.2 Raskauden vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

Osalla äideistä henkiset oireet helpottuivat raskausaikana huomattavasti. Osa äideistä koki, että elämä vapautui ja oli lupa päästää irti vanhoista syömishäiriön tuomista säännöistä. Syömishäiriöoireilu jatkui joillain äideillä hyvin voimakkaana vapautumisen tunteista huolimatta.

Psykyke koki suuren muutoksen raskauden mukana ja sairast suhtautumiset väistyivät ajatuksissa ja käyttäytymisessä taka-alalle ilman kovin suurta ponnistelua.

Äideistä suurin osa kuvasi, kuinka järjellä ajatellen he tiesivät mikä on raskauden kannalta hyväksi, mutta mieli taisteli sitä tietoa vastaan. Raskausaikana henkinen taistelu koettiin voimakkaaksi. Haastateltavat kokivat, että heidän oli pakko toimia toisin, kuin syömishäiriöiset ajatukset vaativat. Yksi äideistä kuvasi mielen olleen jo valmiiksi niin haavoittuvainen, että pienikin takapakki raskauden kulussa vaikutti psyykeen erityisen paljon.

Mieli vielä haavoittuvainen, teki pienikin painon laskeminen suurta hallaa psyykeelleni. Tämä sai aikaan lumipalloefektin, jossa jo osittain korjaantunut mieli joutui taas selkeästi sairaalle puolelle.

Jokaisesta vastauksesta nousi selkeästi esiin stressin heikentävä vaikutus vointiin. Äitien kertoman mukaan stressaavissa tilanteissa syömishäiriöiset ajatukset aktivoituvat herkästi. Yksi äiti kuvasi, että pohjimmiltaan hänen syömishäiriössään ei ole kyse kiloista tai kaloreista, vaan se on hänen haitallinen tapansa reagoida stressiin. Raskauden kulkuun liittyvät ongelmat, kuten painon nousemattomuus tai stressi vauvan hyvinvoinnista, olivat merkittäviä syömishäiriötä pahentavia tekijöitä. Osalle äideistä raskaus tuli yllätyksenä ja raskauteen liittyvä stressi pahensi oireilua. Myös pelko vanhemmuudesta sekä huoli sen hetkisestä kokonaistilanteesta heikensi joillain vointia syömishäiriön osalta.

Minulla raskaus pahensi oireita, koska raskaus oli tullut yllätyksenä ja pelkasin äidiksi tulemistä.

8.1.3 Raskaudenaikaisen ravitsemuksen vaikutus syömishäiriöön

Jotkut äideistä yrittivät syömisen rajoittamisella, tarkalla ruokavaliolla ja liiallisella liikunnalla välttää raskauteen kuuluvaa painonnousua. Ahdistuksesta ja mahdollisesta syömishäiriön ajoittaisesta pahenemisesta huolimatta suuri osa äideistä koki raskauden vapauttavan syömiskäyttäytymistä. Monet äideistä kokivat, että he saivat vihdoinkin luvan syödä. Muutamalla äidillä esiintyi kuitenkin syömishäiriöisiä rajoituksia ruokailun suhteen raskaudenkin aikana.

Ruokailu vapautui ja koin yhtäkkiä saavani luvan syödä kaikkea, mikä oli vuosia ollut minulle kiellettyä.

Kun oli pakko syödä vauvan takia ahdistuneisuus ja syömisen/lihomisen pelko väistyi melko nopeasti.

Myös syömisiäni tarkkailin enemmän, koska tiesin painon nousevan väistämättä. En kuitenkaan jättänyt aterioita väliin, mutta olin tarkka ruokavaliostani.

Raskauspahoinvoinnista herkemmin kärsivät söivät monipuolisesti, riittävästi ja säännöllisesti oman hyvinvointinsa vuoksi. Eräs äideistä kertoi kokeneensa huimausta ja heikotusta, jos vähänkään luisti ateriasuunnitelmastaan. Syömisen välttämättömyys tuki syömishäiriöstä toipumista.

Huono olo saattoi yllättää nälän kasvaessa, joten söin oikeasti kunnolla ja vaikkapa tarvittaessa suklaata vessassa, jos en muuten välipalaa saanut haukattua töissä!

Yritin syödä mahdollisimman vähän, mutta pahoinvointi pakotti minut syömään usein ja riittävästi.

8.1.4 Raskaudenaikaisten kehon muutosten vaikutus syömishäiriöön

Raskauden myötä oman kehon kunnioitus kasvoi puolilla haastateltavista. Se, että keho oli kykeneväinen raskauteen ja uuden elämän luomiseen, auttoi kehon hyväksymisessä. Osa äideistä koki painonnousun kuuluvan raskauteen, eivätkä kehon muutokset aiheuttaneet ahdistusta. Osa äideistä koki, että raskauden myötä voimakas lihomisen pelko kaikkosi. Tietoisuus raskauden myötä tulevien kilojen tärkeydestä auttoi äitejä hyväksymään ne. Osa äideistä odotti vatsan kasvua ja raskauden tuomia muutoksia innolla ja he olivat ylpeitä niistä.

Rakastin vauvamahaani yli kaiken.

Opin arvostamaan kroppaani eri tavalla, kun se antoi alun pienen ihmisen elämälle.

Odotin innolla, että maha kasvaisi ja kyselin jo neuvolassakin, milloin painon tulisi alkaa nousta.

Nautin kasvavasta vatsasta sekä raskaudesta kaiken kaikkiaan todella paljon.

Puolet äideistä koki kehon muutokset ja painonnousun ahdistavana ja pelottavana asiana. Ahdistus kehonmuutoksista ja painonnoususta lisäsi syömishäiriötä vahvistavaa stressiä. Vaikka ahdistus muuttuvasta kehosta pahensi joillakin äideillä oireilua raskauden aikana, tiesivät he kuitenkin järjellä ajatellen painon nousun olevan välttämätöntä vauvan hyvinvoinnille. Suuri osa haastateltavista tiedosti raskauden aikana, että sairaus saa ahdistumaan normaalista painonnoususta.

8.1.5 Vauvan vaikutus raskaudenaikaiseen syömishäiriöön

Äidille, jolle raskaus tuli järkytyksenä, vauva ei toiminut motivoivana tekijänä raskausaikana. Äiti kertoi, että vauva ei missään raskauden vaiheessa tuntunut todellisesta tai konkretisoitunut. Muut äidit kertoivat, kuinka vauva ja vauvan hyvinvointi motivoivat syömään ja pitämään huolta myös omasta hyvinvoinnista. Äidit kokivat, etteivät halua tuottaa itsestään riippuvaiselle vauvalle mitään pahaa.

Itse vauva ei vielä raskausaikana motivoinut minua juurikaan parantumaan.

Vaikeudet eivät olleet kuitenkaan mitään siihen verrattuna mitä se aiemmin sairausaikana oli ollut, koska nyt niin tärkeä asia lapsen hyvinvointi minulle oli.

Osa ajatteli tulevaa synnytyksen jälkeistä aikaa jo raskausaikana, ja he saivat siitä motivaatiota syömishäiriöstä toipumiselle. Jotta synnytyksen jälkeen pystyy huolehtimaan vauvasta, on oltava hyvässä henkisessä ja fyysisessä kunnossa. Tämä ajatus auttoi jaksamaan ja edisti syömishäiriöstä toipumista. Myös se, että uskoi kaiken sujuvan hyvin synnytyksen jälkeen, oli merkittävä henkistä hyvinvointia tukeva tekijä raskauden aikana.

Enhän olisi mitenkään jaksanut hoitaa vauvaa, jos elämäni olisi pyörinyt samalla syömishäiriön kaavaa. En myöskään halunnut, että lapseni joutuu kärsimään vuokseni.

Halusin jaksaa lapseni vuoksi, mikä sai minut tsemppaamaan kovemmin kuin ikinä.

Suurella osalla äideistä vauva täytti tilaa ajatuksista, ja puolet äideistä koki raskauden ja vauvan antavan merkityksen elämälle. Mitä enemmän vauva valtasi ajatuksia, sitä vähemmän jäi aikaa ajatella syömishäiriöisiä ajatuksia. Osa äideistä kuitenkin koki, että tieto vauvan hyvästä voinnista vähensi omaan hyvinvointiin panostamista. Sairas mieli uskotteli kaiken olevan hyvin, vaikka äidin vointi olisi todellisuudessa ollut huono.

Elämälleni tuli uusi merkitys.

Lapsi oli minulle tärkeintä ikinä.

Jollain lailla tieto lapsen kasvamisesta, voimakkaat liikkeet jne. pistivät salakavalasti oman voinnin taka-alalle ja jopa uskottelin itselleni kaiken olevan ihan ok, enkä ratkaisevaa askelta syömisten parantamisen suhteen saanut tehtyä.

8.2. Syömishäiriötä sairastavan odottajan kokemuksia äitiysneuvolan terveydenhoitajan toiminnasta

Haastattelujen pohjalta nousi esiin kolme erillistä teemaa terveydenhoitajalta kaivatusta toiminnasta äitiysneuvolassa. Teemat olivat terveydenhoitajan hyväksi koettu toiminta, huonoksi koettu toiminta sekä odottajien toiveet terveydenhoitajan toiminnasta. Haastattelujen vastaukset olivat suurelta osin keskenään samansuuntaisia.

8.2.1 Terveydenhoitajan hyväksi koettu toiminta

Odottajat kokivat terveydenhoitajan moniammatillisen työskentelyn ja vastuun jakamisen muille syömishäiriöön perehtyneille ammattilaisille hyvänä toimintana. Äidit pitivät ravitsemusterapeutille lähettämistä hyvänä menettelytapana, sillä ravitsemusterapeutilta sai tarkempaa ja yksilöllisempää ohjausta ravitsemukseen kuin neuvolasta. Muita yhteistyötahoja olivat muun muassa psykiatrianpoliklinikka, syömishäiriöpoliklinikka sekä äitiyspoliklinikka.

Äidit kokivat terveydenhoitajien yrittäneen ymmärtää syömishäiriön psyykkistä puolta. Yksi äideistä koki hyvänä sen, että terveydenhoitajalla oli kova halu ymmärtää sairautta ja auttaa parantumaan siitä. Haastattelujen perusteella osa terveydenhoitajista oli aidosti kiinnostuneita äidin hyvinvoinnista ja he ottivat sairauden tosissaan. Aito kiinnostus ja sairauden vakavuuden ymmärtäminen koettiin hyvänä. Erään äidin kertoman mukaan hänen terveydenhoitajansa huomasi ammattitaitonsa olevan riittämätöntä ymmärtämään, kuinka sairas mieli toimii. Äiti koki hyväksi, että kyseinen terveydenhoitaja tunnisti rajansa ja osasi ohjata äidin eteenpäin.

Osa äideistä koki terveydenhoitajien osanneen kannustaa heitä hyvin koko raskauden ajan. Erityisen hyvänä pidettiin terveydenhoitajien kykyä nähdä tulevaisuus valoisana, vaikka äiti ei itse olisi siihen sillä hetkellä jaksanut uskoa. Terveydenhoitajien pienet kannustavat lauseet auttoivat syömishäiriötä sairastavia äitejä jaksamaan.

Sellaiset pienet lauseet, kuten "sinä tulet selviämään tästä" tuntuivat ainakin itsestäni hyvältä kuulla terveydenhuollon ammattilaiselta. Että terveydenhoitaja näki tulevaisuuteni valoisana, kun itselläni oli vaikeaa.

Puolet haastateltavista koki punnitukset positiivisina. Toinen äideistä koki punnitusten kuuluvan neuvolakäyntiin, eivätkä ne aiheuttaneet ahdistusta. Toinen äideistä kertoi terveydenhoitajan puhuneen niin hyvin painon nousemisen tärkeydestä, että se lievitti ahdistusta. Tieto painon sopivasta noususta koettiin helpottavana. Yksi äiti kertoi painon näkemisen olevan tärkeää. Se auttoi ymmärtämään, että paino nousee maltillisesti, eikä hänelle siten tullut harhakuvitelmia painon hurjasta noususta. Lähes kaikki haastatelluista kokivat lapsen mittausten tuovan turvallisuuden tunnetta.

Äitien vastauksista kävi ilmi, että he ovat kiitollisia raskaus aikana saamastaan avusta. Vaikka terveydenhoitajalla on suuri rooli raskaana olevan naisen tukena, korostui muutamassa vastauksessa kuitenkin perheen ja läheisten tuen olevan merkityksellisintä. Perheeltä saatu konkreettinen tuki, esimerkiksi seura syömistilanteisiin, oli yhden äidin mielestä arvokkainta tukea. Omaisilla on tärkeä rooli odottajan tukijana.

8.2.2 Terveydenhoitajan huonoksi koettu toiminta

Terveydenhoitajilla ei ollut riittävästi tietoa raskauden ja syömishäiriön vaikutuksia toisiinsa. Terveydenhoitajien tietotason ei koettu olevan riittävää syömishäiriön henkisen puolen ymmärtämiseen. Osa äideistä koki sairauden vähättelyä neuvolassa. Yksi haastateltava kertoi, ettei sairauteen tartuttu neuvolassa lainkaan ja sairautta ei otettu tosissaan. Sairauteen puututtiin hänen kohdallaan vasta äitiyspoliklinikalla. Hoitopolkujen epäselvyys ja eri hoitopaikkojen jatkuva vaihtuminen koettiin huonoksi.

Osa haastateltavista kertoi häpeilleensä syömishäiriötään neuvolassa. Äidit kertoivat pelänneensä leimatuksi tulemista, eivätkä he sen vuoksi halunneet paljastaa sairauttaan. Sairauden häpeily aiheutti osassa äideistä todellisen painon salailua sekä huijaamista punnituksissa. Monien vastauksista ilmeni, että neuvolasta saatu ohjeistus oli hyvin yleisluontoista ja keskittyi enemmän syömishäiriön fyysiseen puoleen, eivätkä äidit kokeneet saavan siitä apua. Terveydenhoitajat keskittyivät puhumaan yleisesti painonnoususta ja ravitsemuksesta, eikä yksilöllisyyttä tai sairauden psyykkistä puolta juuri huomioitu ohjannassa.

Äideille tehtävät neuvolan rutiinimittaukset tuntuivat lähes kaikista odottajista ahdistavilta ja pelottavilta. Erityisen pahalta tuntui painon kommentointi silloin, jos painon kehityksessä ei ollut mitään poikkeavaa. Osa äideistä kertoi saaneensa terveydenhoitajalta ajattelelmattomia kommentteja painoon ja syömiseen liittyen, jotka pahensivat oloa.

Kerran terveydenhoitaja kysyi, olenko ahminut, kun paino oli noussut reippaasti. Se tuntui pahalta.

8.2.3 Terveydenhoitajalta kaivattu tuki ja toiminta

Äidit toivoivat neuvolan terveydenhoitajalta tiukkaa, mutta ymmärtäväistä suhtautumista syömishäiriötä sairastavia odottajia kohtaan. Jos terveydenhoitajalla herää huoli odottajan voinnista, toivoisivat äidit, että siihen tartutaan ja asia otetaan napakasti puheeksi.

Äidit kertoivat kaivanneensa vertaistukea tai tietoa vastaavanlaisista tilanteista. Erityisesti tietoa kaivattiin painon nousemattomuuteen liittyvistä tilanteista ja sen vaikutuksista raskauteen ja sikiön hyvinvointiin. Osa äideistä kertoi kaivanneensa enemmän tukea riittävästä ravitsemuksesta huolehtimiseen. He toivoivat, että terveydenhoitaja tekisi heille lähetteen ravitsemusterapeutille. Myös terveydenhoitajilta kaivattiin valmiita ateriasuunnitelmia syömishäiriötaustaisille äideille.

Terveydenhoitajan toivotaan kysyvän, kuinka äiti haluaa punnituksen toteutettavan. Osa äideistä toivoi mahdollisuutta sokkopunnitukseen. Toisille taas oman painon kehityksen näkeminen oli tärkeää. Äidit toivoivat, ettei painoa tarvitsisi kommentoida sen kehityksen ollessa normaalia.

Haastateltavat kertoivat, ettei neuvolan terveydenhoitajilla ollut riittävää tietoa syömishäiriötä sairastavista äideistä tai syömishäiriöstä ylipäätään. Äidit kaipasivat erityisesti yksilöllisempää tukea. Puolet äideistä ei kuitenkaan kaivannut tukea syömishäiriöön neuvolasta, koska heidän hoitonsa oli keskitetty muualle. Äidit toivoivat selkeitä hoitolinjoja ja hyvää yhteistyötä hoitavien tahojen välillä.

Vastaajat pitivät erityisen tärkeänä sitä, ettei terveydenhoitaja leimaa heitä syömishäiriöisiksi. Haastatellut kokivat syömishäiriöisen leiman säilyvän neuvolassa pitkään, vaikka he itse ajattelivat jo parantuneensa.

Terveydenhoitaja esitteli minut puhelinvastaajalle naisena, jolla on syömishäiriö ja masennus.

9 POHDINTA

9.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aiheen valintaa mietittiin yhteisten kiinnostuksen kohteiden, kehittämistarpeiden sekä eettisyyden kannalta. Aiheen valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, minkä takia tutkimusta tehdään ja kenen ehdoilla tutkimuksen aihe valitaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 129). Työn tarkoituksena on saada lisätietoa siitä, kuinka raskaus vaikuttaa syömishäiriöön. Lisätiedon uskotaan auttavan terveydenhoitajia kohtaamaan ja tukemaan syömishäiriötä sairastavia äitejä. Sitä kautta pyritään parantamaan syömishäiriötä sairastavien äitien kokemuksia äitiysneuvolan terveydenhoitajien kohtaamisesta sekä heiltä saadusta tuesta. Aihetta valittaessa pohdittiin onko eettisesti oikein haastatella syömishäiriötä sairastavia äitejä aiheen herkkyyden vuoksi. Haastateltaviksi valittiin blogien kirjoittajia, jotka kertovat blogeissaan sairastavansa syömishäiriötä ja olleensa raskaana. Ajateltiin, että he ovat jo valmiita avaamaan kokemuksiaan eikä vastaamisesta ole heidän henkiselle hyvinvoinnilleen haittaa.

Sähköpostilla lähetetyssä saatekirjeessä ilmeni työn tavoite, tarkoitus sekä mitä aihetta opinnäytetyössä käsitellään. Asiat ilmaistiin selkeästi, jotta jokainen tutkittava ymmärsi mihin haastatteluun voi halutessaan osallistua. Haastatteluun vastaaminen oli vapaaehtoista. Haastattelukysymykset pyrittiin laatimaan neutraaleiksi ja leimaamattomiksi. Kysymyksissä painotettiin äidin kokemuksia syömishäiriön muutoksista raskauden aikana sekä terveydenhoitajan roolia. Kysymykset pyrittiin muodostamaan niin, etteivät äidit joudu vastauksissaan avaamaan mahdollisesti syömishäiriön taustalla olevia kipeitä kokemuksia tai muita erityisen ahdistavia asioita. Kysymykset laadittiin kuitenkin siten, että vastukset eivät jää pintapuolisiksi.

Äideille korostettiin jo saatekirjeessä anonymiteetin säilymistä. Haastattelun vastaukset on kirjoitettu niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisen äidin vastauksia. Äidit kirjoittavat julkisia blogeja. Sen myötä äitien mahdollinen tunnistaminen on todennäköisempää ja se loi tutkimuseettisiä haasteita. Työssä salataan tarkasti asiat joista voisi päätellä mitään äidin henkilöllisyyteen tai blogiin liittyvää. Sähköpostit lähetettiin haastateltaville erikseen, etteivät he näkisi toistensa osoitteita. Tällä suojattiin yksityisyyttä sekä turvattiin sitä, etteivät äidit pysty päättelemään ketkä voisivat olla osallistuneet haastatteluun.

Luottamuksen luominen sähköpostitse oli haastavaa. Haastateltaviin oltiin yhteydessä vain sähköpostitse. Täten ainoa tapa herättää haastateltavien luottamus oli saatekirje. Saatekirje onnistui ilmeisen hyvin, sillä yli puolet saatekirjeen saaneista osallistui haastatteluun. Aineistoa käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti. Haastateltavien vastauksia ei ole paljastettu ulkopuolisille eikä niitä ole käytetty muihin tarkoituksiin. Suorien lainausten käyttöön on pyydetty lupa haastateltavilta.

Haastateltavia oli lopulta neljä. Haastateltavien määrä on melko pieni, mutta riittävä, sillä työssä ollaan kiinnostuneita haastateltavien kokemuksista. Laadullisen opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta vastaukset voivat kuitenkin olla suuntaa antavia (Tuomi & Sarajarvi 2013, 74). Työ tutkii mitä sen kerrotaan tutkivan ja tulososiossa vastataan tutkimuskysymyksiin.

Tieteellinen tutkimus tulee tehdä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Käytäntöä tulee noudattaa myös tulosten uskottavuuden vuoksi. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että työn teossa on noudatettu muun muassa huolellisuutta, tarkkuutta, rehellisyyttä sekä eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä. Aiempia tutkimustuloksia tulee käyttää asianmukaisesti. Myös itse tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.) Työssä pyrittiin noudattamaan edellä mainittuja asioita. Työ on raportoitu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyöprosessi suunniteltiin huolellisesti. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin ohjaavilla opettajilla. Työ eteni suunnitelman ja aikataulun mukaisesti. Viitekehyksessä pyrittiin käyttämään tuoretta tutkittua tietoa aiheesta. Työssä käytettiin paljon myös kansainvälisiä lähteitä, sillä Suomessa kyseistä aihetta on tutkittu suhteellisen vähän tästä näkökulmasta. Kansainvälisten lähteiden käyttö toi työhön laajempaa näkökulmaa. Äitiysneuvolatyön osalta kansainvälisten lähteiden käyttö osoittautui haasteelliseksi, sillä äitiysneuvolapalvelut on toteutettu monissa maissa eri tavalla kuin Suomessa ja siellä terveydenhoitajan rooli on erilainen. Äitiysneuvolatyötä käsittelevissä osuuksissa päädyttiin käyttämään neuvolatyön perusteoksia, sillä aiheesta ei löytynyt muuta tutkittua tietoa, jota olisi voinut soveltaa Suomen malliin.

Sähköpostitse haastatellessa kysymysten asettelun miettimiselle on aikaa, mikä lisää kysymysten laatua. Kysymykset pidettiin neutraaleina, avoimina sekä johdattelemattomina. Sähköpostihaastattelu toimi työssä hyvin. Blogien kirjoittajille on luontaista ilmaista itseään kirjallisesti. Aroista ja henkilökohtaisista asioista on todennäköisesti helpompaa kertoa sähköpostitse, kuin puhua kasvotusten. Sähköpostitse haastatellessa äidit pystyivät rauhassa punnitsemaan, kuinka paljon haluavat kokemuksiaan avata. Vastauksen harkittavuus on eettisesti oikein ja suojaa äidin henkistä hyvinvointia, mutta voi toisaalta rajoittaa vastausta. Saadut vastaukset olivat kuitenkin laajoja.

Sähköpostihaastattelun käyttäminen antoi haastateltaville vapauden vastata rauhassa kysymyksiin heille sopivana ajankohtana. Tämä auttoi luotettavien ja kattavien vastausten saamisessa, kun haastattelun kohteena olivat pienten lasten äidit. Haastattelun toteuttaminen sähköpostitse lisää kuitenkin väärin tulkinnan vaaraa. Pyrimme tarvittaessa tarkentamaan vastauksia siten, ettei luotettavuutta heikentäviä väärintulkintoja syntyisi.

Vastausten selkeyden ja ymmärrettävyyden lisäämiseksi alkuperäisiin vastauksiin palattiin vielä analyysin jälkeen. Palaamalla vastauksiin, saatiin lisätietoa siitä, kuinka monet haastateltavat kokivat asian tietyllä tavalla ja mitkä tekijät kokemukseen mahdollisesti vaikuttivat. Vastauksista poimittiin työhön suoria lainauksia helpottamaan äitien ajatusten ymmärtämistä.

9.2. Opinnäytetyön arviointi

Vastauksista ei löytynyt yhtä selkeää linjaa siihen, kuinka raskaus vaikuttaa syömishäiriöön. Osa äideistä koki raskauden edistävän paranemista, mutta osalla syömishäiriö paheni raskauden aikana. Coker, Mitchell-Wong ja Abraham (2013, 1412) esittivät samansuuntaisia tuloksia todeten, ettei raskaudella ja syömishäiriöstä parantumisella ole yhteyttä. Raskauden yksilöllinen vaikutus syömishäiriöön on yhteneväinen myös Tierneyn ym. (2013, 543) kanssa.

Kaikki haastateltavat arvioivat jälkikäteen, että kokonaisuutena raskaus vaikutti syömishäiriöön enemmän positiivisesti kuin negatiivisesti. Tämä tulos on yhteneväinen Easterin ym. (2013, 341–343) kanssa. Haastattelujen perusteella syömishäiriöstä toipumista esiin-

tyi raskauden aikana usealla äidillä, vaikka syömishäiriöoireilu voimistui ajoittain. Tämän työn perusteella ei voida sanoa, vähenevätkö syömishäiriöt raskauden aikana, vaikka vastaukset antavat viitteitä toipumisen edistymisestä. Easter ym. (2013, 341–343) mukaan syömishäiriöiden ilmaantuvuus vähenee raskauden aikana.

Easterin ym. (2013, 341–343) tutkimuksen mukaan syömishäiriöiden vähenemisestä huolimatta noin neljäsosa odottajista on huolissaan painonnoususta ja kehon muutoksista. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia. Useat haastateltavista kertoivat kokeensa ahdistusta ja olleensa huolissaan painonnoususta ja raskaudenaikaisista kehon muutoksista. Myös Mäkelä ym. (2010, 1017) sekä Tierney ym. (2013, 543) ovat samaa mieltä siitä, että syömishäiriötä sairastavalle raskaudenaikainen painonnousu ja kehon muutokset aiheuttavat usein ahdistusta. Tierneyn ym. (2013, 543) mukaan syömishäiriöistä käyttäytymistä, kuten laihduttamista, pakkoliikuntaa ja tyhjentymiskeinojen käyttöä voi ilmetä myös raskauden aikana. Osa haastatelluista äideistä kertoi pyrkineensä kompensoimaan painonnousua juurikin ruokien vähentämisellä ja tarkkailulla sekä liikunnan liiallisella lisäämisellä.

Mäkelän ym. (2010, 1017) mukaan raskaus saattaa voimistaa syömishäiriötä sairastavien äitien pakkoajatuksia ruokaa kohtaan ja pahentaa sairautta. Haastattelujen perusteella tällaista ei ollut havaittavissa. Osalla haastateltavista syömishäiriön oireilu paheni ajoittain ja laihduttamisyrityksiä ilmeni, mutta varsinaisia pakkoajatuksia ruoasta ei esiintynyt. Mäkelän ym. (2010, 1017) mukaan syömishäiriötä sairastava odottaja saattaa kuvitella sikiön olevan paljon isompi, jopa ylipainoinen, mitä sikiö ei todellisuudessa ole. Vääristyneitä kuvitelmia tai huolia sikiön koosta ei ilmennyt tämän opinnäytetyön haastattelujen perusteella. Äidit kyllä huolehtivat ja murehtivat paljon sikiön hyvinvoinnista ja yrittivät tehdä parhaansa sen eteen. Huoli syömishäiriön vaikutuksista kehittyvään lapseen on myös Burtonin (2014, 45) mukaan tyypillistä.

Vastauksista selvisi, että syömishäiriöoireilu väheni raskauden aikana äideillä, joille raskaus oli ollut onnellinen uutinen. Niillä äideillä, joille lapsi konkretisoitui raskausaikana, sikiö toimi kannustimena syömishäiriöstä toipumiselle. Vauvan ajattelemisen vei tilaa syömishäiriöisiltä ajatuksilta ja tuki siten syömishäiriöstä toipumista. Myös Liimatainen ja Pihlman (2010, 39) olivat saaneet opinnäytetyössään samanlaisia tuloksia.

Opinnäytetyön tuloksista nousi vahvasti esille terveydenhoitajien tietotaidon riittämättömyys syömishäiriön ja raskauden yhdistelmästä. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että syömishäiriötä tulisi ymmärtää paremmin sekä harjaantua oireiden tunnistamisessa. Tulokset ovat samassa linjassa Easterin ym. (2013, 341–343) kanssa. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että syömishäiriötä sairastavat odottajat tarvitsevat erityistä tukea. Coker, Mitchell-Wong & Abraham (2013, 1412) ovat esittäneet samoin. Liimataisen ja Philmanin opinnäytetyössä (2010, 42–43) ilmenee että syömishäiriötä sairastavat äidit ovat olleet tyytymättömiä äitiyshuollon toimintaan ja saaneet sieltä liian vähän tukea. Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä näiden tulosten kanssa.

Tämän opinnäytetyön vastauksista selvisi, että osa syömishäiriötä sairastavista naisista ei uskalla paljastaa sairastavansa syömishäiriötä neuvolassa. Äidit, jotka odottavat tuomitsevaa suhtautumista, pyrkivät Burtonin (2014, 45) mukaan salaamaan syömishäiriön hoitohenkilökunnalta. Tämä on samassa linjassa opinnäytetyön tuloksien kanssa. Martos-Ordonezin (2005, 446–448) ja Greerin (2013, 68–70) mukaan ravitsemuksen tärkeyttä tulee painottaa syömishäiriötä sairastaville äideille äitiysneuvolassa. Tiedon tarve ravitsemuksellisista asioista sekä toive ravitsemusterapeutille pääsystä nousi äitien vastauksista. Vastauksissa kuitenkin korostui terveydenhoitajan painottavan liiaksi vain odottajan fyysistä puolta, kuten ravitsemusta ja painonnousua. Haastateltavat eivät kokeneet hyötывänsä terveydenhoitajilta saadusta yleisluontoisesta ravitsemusohjannasta. Martos-Ordonezin (2005, 446–448) mukaan myönteisen kehonkuvan vahvistaminen on tärkeää äitiysneuvolassa. Äitien vastauksista ei noussut esiin, että terveydenhoitaja olisi tukenut myönteisen kehonkuvan muodostumista tai että sitä olisi kaivattu.

9.3. Johtopäätökset

Raskauden vaikutus syömishäiriöön on yksilöllinen. Raskausaika kokonaisuutena vaikuttaa tekevän hyvää syömishäiriöstä paranemiselle. Selkeä syömishäiriöoireilua voimistava tekijä on stressi. Niillä äideillä, jotka kokevat raskauden negatiivisena, syömishäiriön oireet useimmiten pysyvät ennallaan tai voimistuvat. Puolestaan heillä, jotka kokevat raskauden iloisena asiana, syömishäiriön oireet lievittyivät raskauden myötä. Raskaus antaa luvan päästää irti syömishäiriön luomista säännöistä.

Raskauden aikana monipuolisesta ja riittävästä ravitsemuksesta on huolehdittava. Sen tiedostaminen auttaa lievittämään syömishäiriöisiä oireita, vaikkakin aiheuttaa myös ahdistusta. Vauvan edun ajatteleva toimii motivaationa syömishäiriöstä paranemiselle. Vauvan hyvinvointi on niin tärkeää, että syömishäiriöiset ajatukset jäävät taustalle. Tieto oman toiminnan vaikutuksista vauvan vointiin auttaa syömishäiriötä sairastavia äitejä syömään riittävästi, lepäämään ja hyväksymään kehonmuutokset. Raskauden aiheuttamat kehonmuutokset sekä painonnousu ovat pelottavia ja ahdistavia asioita syömishäiriötä sairastaville äideille. Syömisten keventämistä ja painonnousua estävää syömishäiriöoireilua voi esiintyä raskausaikana, vaikka odottaja tietää painon laskun olevan haitallista raskauden aikana.

Monilla terveydenhoitajilla ei ole riittävästi tietoa syömishäiriöstä eikä erityisesti sen yhteydestä raskauteen. Tietoisuuden lisääminen vaikuttaa positiivisesti syömishäiriötä sairastavien äitien kokemuksiin kohtaamisesta ja muuttaa terveydenhoitajien asenteita ymmärtäväisemmiksi. Erityisesti sairauden psyykkisen puolen huomioimiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Neuvolassa syömishäiriö tulee ottaa avoimesti puheeksi ja mahdollisiin syömishäiriön oireisiin tulee puuttua ajoissa. Syömishäiriötä sairastaville odottajille tulee tarjota riittävästi tukea ja ohjata heidät tarvittaessa myös muiden ammattilaisten luo. Erityisesti ravitsemusterapeutin apu on odottajille tärkeää. Neuvolassa otettavat mittaukset tuottavat monelle odottajalle ahdistusta. Tämän vuoksi terveydenhoitajan on tärkeää keskustella mittausten ottamisesta etukäteen odottajan kanssa. Äidiltä olisi hyvä kysyä, kuinka hän toivoo mittaukset otettavan. Jotkut syömishäiriötä sairastavat odottajat haluavat tietää painonsa, kun taas toisilla tieto painon muutoksista vain lisää ahdistusta.

9.4. Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Raskaudenaikaisia suojaavia ja altistavia tekijöitä oli hieman vastauksista havaittavissa. Jatkotutkimuksia olisi aiheellista tehdä siitä, mitkä tekijät edistävät syömishäiriöstä toipumista tai altistavat syömishäiriön oireiden vahvistumiselle raskauden aikana. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös mitkä tekijät synnytyksen jälkeen suojaavat äitiä syömishäiriön uudelleen aktivoitumiselta.

Vastausten pohjalta havaittiin, että raskauteen suhtautumisella on vaikutusta myös siihen, kuinka syömishäiriön oireet muuttuvat raskauden aikana. Kyseistä aihetta olisi mielenkiintoista tutkia lisää, jotta osattaisiin tukea paremmin erityisesti negatiivisesti raskauteen suhtautuvia syömishäiriötä sairastavia odottajia. Myös odottajien kokemukset vanhemmuuteen tukemisesta ja siinä toimivista keinoista tulisivat todennäköisesti terveydenhoitajille tarpeeseen.

Haastattelujen perusteella terveydenhoitajan ja muiden hoitotahojen rooli syömishäiriötä sairastavan äidin tukijana omaisten rooliin verrattuna on hyvin pieni. Jatkotutkimusaiheena voisi tarkastella esimerkiksi läheisten roolia syömishäiriötä sairastavan äidin tukijana ja kuinka terveydenhoitaja voisi tukea syömishäiriötä sairastavan läheisiä odottajan tukemisessa. Myös se, minkälainen vaikutus syömishäiriötä sairastavan odottajan puolisolla tai sen puuttumisella on syömishäiriöoireiden esiintyvyyteen raskausaikana, olisi mielenkiintoinen ja tärkeä jatkotutkimusaihe.

Opinnäytetyöprosessin aikana suunniteltiin, että opinnäytetyön pohjalta tehdään opas neuvolan terveydenhoitajille. Oppaaseen koottaisiin tärkeimmät huomioitavat asiat syömishäiriötä sairastavan odottajan kanssa työskenneltäessä. Opas on suunniteltu tehtäväksi opintoihin kuuluvana kehittämistehtävänä keväällä 2016.

LÄHTEET

- Bergvall, N., Iliadou, A., Tuvemo, T. Cnattingius, S. 2005. Birth Characteristics and Risk of High Systolic Blood Pressure in Early Adulthood: Socioeconomic Factors and Familial Effects. *Epidemiology* 16 (5), 635–640.
- Broden, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Kun suhteet syntyvät ja kehittyvät. Helsinki: Therapie-säätiö.
- Burton, T. 2014. Walking a tightrope: Women's Experiences of Having an Eating Disorder While Pregnant. *Australian Nursing & Midwifery Journal* 21 (9), 45.
- Coker, E., Mitchell-wong, L. & Abraham, S. 2013. Is Pregnancy a Trigger for Recovery from an Eating Disorder? Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 92 (12), 1407–1413.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J. & Micali, N. 2013. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *European Eating Disorders Review* 21 (4), 340-4.
- Eriksson, J. 2013. Raskausajan ravinto - avain hyvään terveyteen. *Lääkärilehti* 68 (6), 379.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Greer, L. 2013. Pregnant With Anorexia Nervosa. *International Journal of Childbirth Education* 28 (4), 68-71.
- Hakulinen-Viitanen, T. 2014. Vanhemmuuden tukeminen neuvolassa. THL. Päivitetty 21.10.2014. Luettu 9.1.2016. <http://videonet.fi/web/thl/2014-neurolapaivat/5.pdf>
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita.
- Havu, J. & Murtonen, T. 2012. Syömishäiriötä sairastavan raskaana olevan kohtaaminen äitiysneuvolan työntekijöiden kokemana. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Huttunen, J. 2011. Terveyttä (ja sairautta) äidin kohdusta. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 21.6.2011. Luettu 11.7.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>
- Huttunen, M. 2014. Ahmimishäiriö (bulimia). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 13.9.2014. Luettu 11.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>
- Huttunen, M. & Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 13.9.2014. Luettu 21.12.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. 1. painos. Helsinki: Edita.

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

Kaukua, J. 2010. Syömishäiriöt. Endokrinologia. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 1.4.2010. Luettu 12.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>.

Keski-Rahkonen, A. , Wijbrand Hoek, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117 (8), 863–868.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

Kylmä, J. & Juavakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1-2. painos. Helsinki: Edita.

Liimatainen, E-L. & Pihlman, T. 2010. LIIAN LAIHA ÄIDIKSI? Syömishäiriöiden vaikutus hedelmällisyyteen, raskauteen ja imetykseen. Hoitotyön koulutusohjelma. Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo, M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön - äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131 (2), 143–149.

Linna, M. 2014. Reproductive and Psychological Outcomes of Eating Disorders. Faculty of Medicine University of Helsinki. Department of Public Health Hjelt Institute. Väitöskirja.

Linna, M., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J., Suokas, J. & Gissler, M. 2013. Reproductive Health Outcomes in Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders 46 (8), 826–833.

Lumia, M., Luukkainen, P., Kaila, M., Tapanainen, H., Takkinen, H-M., Prasad, M., Niinistö, S., Nwaru, B., Kenward, MG., Ilonen, J., Simell, O., Knip, M., Veijola, R. & Virtanen, SM. Maternal Dietary Fat and Fatty Acid Intake During Lactation and the Risk of Asthma in the Offspring. Acta Paediatrica 101 (8), 337–343.

Maas, J., Vreeswijk, C., Braek, J., Vingerhoets, J. & van Bakeld, H. 2014. Determinants of Maternal Fetal Attachment in Women from a Community-Based Sample. Journal of Reproductive and Infant Psychology 32 (1) , 5–24.

Martos-Ordonez C. 2005. Pregnancy in Women with Eating Disorders: a Review. British Journal of Mid-Wifery 13 (7), 446-448.

Micali, N. & Treasure, J. 2009. Biological Effects of a Maternal ED on Pregnancy and Foetal Development: A Review. European Eating Disorders Review 17 (6), 448–454.

Meho, L. 2006. E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion. *Journal of the American Society for information science and technology* 57 (10), 1284-1295.

MLL. 2015. Raskausaikana ei syödä kahden edestä. Vanhempainnetti. Luettu 5.11.2015. <http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/raskaus/ravinto/>

Mäkelä, S., Pajulo, M. & Sourander, A. 2010. Raskausajan psyykinen oireilu ja lapsen kehitys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126 (9), 1013–1019.

Pelkonen, M. & Löthman-Kilpeläinen, L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990- luvulla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 10. Helsinki: Edita.

Polivy, J. & Herman, P. 2002. Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology* 53 (1), 187–213.

Prado, E. & Dewey, K. 2014. Nutrition and Brain Development in Early Life. *Nutrition Reviews* 72 (4), 267–284.

Raevuori, A., Niemelä, S., Keski-Rahkonen, A. & Sourander, A. 2009. Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (1), 38–45.

Rissanen, A. 2001. Syömishäiriöt- kulttuurimme kasvava ongelma? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 117 (8), 859–860.

Sarkkinen, M. & Savonlahti, E. 2007. Raskausajan vuorovaikutuspsykologiaa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) *Neuvolatyön käsikirja 2007*. Helsinki: Tammi, 105–110.

Siddiqui, A., Hägglöf, B. & Eisemann, M. 2000. Own Memories of Upbringing as a Determinant of Prenatal Attachment in Expectant Women. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 18 (1), 67-74.

Skilton, M. Evans, N. Griffiths, K. Harmer, J. & Celermajer, D. 2005. Aortic Wall Thickness in Newborns with Intrauterine Growth Restriction. *Lancet* 365 (9469), 1484–1486.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014a. Psykiatria. Ahmimishäiriö- bulimia nervosa. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 13.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014b. Psykiatria. Laihuushäiriö- anorexia nervosa. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 9.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014c. Psykiatria. Syömishäiriö-ydinasiat. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 9.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Solantaus, T. 2013. Lapset puheeksi - kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelma. Toimiva lapsi & perhe. Manuaali ja lokikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Syömishäiriöt. 2014. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 6.11.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#s1>

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

THL. 2011. Tautiluokitus ICD-10. 3. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL. 2012a. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Helsinki: Erikos-media Graphic Oy.

THL. 2012b. Syömishäiriöt. Päivitetty 24.2.2012. Luettu 9.1.2015.
<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo>

THL. 2015a. Lomakkeet neuvolatyöhön. Päivitetty 8.1.2015. Luettu 9.1.2015.
https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi

THL. 2015b. Raskausaika. Elintavat ja ravitseminen. Päivitetty 21.6.2015. Luettu 20.8.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen>

THL. 2015c. Ravintoainevalmisteiden käyttö raskausaikana. Päivitetty 11.11.2014. Luettu 21.8.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/suomalaisen-ravitseminen-ja-ruokailu>

THL. 2015d. Varhainen vuorovaikutus. Päivitetty 8.1.2015. Luettu 16.12.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet>

THL. 2015e. Äitiys- ja lastenneuvola. Luettu 5.11.2015. Päivitetty 1.9.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut>

Tierney, S., McGlone, C. & Furber, C. 2013. What Can Qualitative Studies Tell us About the Experiences of Women Who are Pregnant that Have an Eating Disorder? *Midwifery* 29 (5), 542–549.

Tiitinen, A. 2014. Raskaus ja ruokavalio. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 28.10.2014. Luettu 7.4.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2015. Äitiysneuvolaseuranta. Lääkärikirja Duodecim. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 11.10.2015. Luettu 22.11.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tuohimaa, T. & Arola, J. 2013. ”Hankalaa se on, jos ihminen ei tuo sitä esille.” Terveydenhoitajien kokemuksia odottavien äitien syömishäiriöiden tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja tukemisesta. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. painos. Vantaa: Tammi.

Turner, J., Wittkowski, A. & Hare, D. 2008. The Relationship of Maternal Mentalization and Executive Functioning to Maternal Recognition of Infant Cues and Bonding. *British Journal of Psychology* 99 (4), 499–512.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

Ukkola, O. 2007. Refeeding-oireyhtymä: salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. *Katsaus. Duodecim* 123 (7), 807–811.

Watson, H. J., Von Holle, A., Hamer, R. M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., Sullivan, P., Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C. M. 2013. Remission, Continuation and Incidence of Eating Disorders During Early Pregnancy: a Validation Study in a Population-Based Birth Cohort. *Psychological Medicine* 43 (8), 1723–1734.

Yläkäs, S. 2012. Haluaisin oppia rakastamaan itseäni, en lukemia vaa’assa – Syömishäiriön vaikutukset äitiyteen ja perhe-elämään, saatu tuki ja tuen tarve. Sosiaalialan koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Zauderer, C. 2012. Eating Disorders and Pregnancy: Supporting the Anorexic or Bulimic Expectant Mother. *American Journal of Maternal Child Nursing* 37 (1), 48-55.

Ämmälä, A-J. 2015. Neuvolapsykiatriaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 131 (6) 569–576.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hei!

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä raskauden vaikutuksesta syömishäiriöön.

Työmme tavoitteena on kehittää syömishäiriötä sairastavien äitien kohtaamista ja hoitoa äitiysneuvolassa. Työmme tarkoituksena on saada lisätietoa siitä, kuinka raskaus vaikuttaa syömishäiriöön ja hyödyntää tietoa äitiysneuvolassa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada selville miten syömishäiriötä sairastaneet naiset ovat kokeneet raskauden vaikuttavan syömishäiriöön ja kuinka syömishäiriö muuttuu raskauden aikana. Otamme yhteyttä blogia kirjoittaviin henkilöihin sähköpostitse haastatellaksemme aiheesta.

Opinnäytetyön ohjaajat ovat Jouni Tuomi (FT, yliopettaja) sekä Irmeli Nieminen (THM)

Olemme valinneet haastateltaviksi bloggareita, joilla on ollut syömishäiriö raskauden aikana tai on ollut toipumassa siitä.

Toivoisimme teidän osallistuvan alapuolelta löytyvään sähköpostihaastatteluun. Tarvittaessa lähetämme teille muutamia tarkentavia kysymyksiä vastaustenne perustella. Vastaukset saavat olla vapaamuotoisia, eikä kysymyksiin vastaaminen vie kauaa. Tärkeintä on, että kerrot kokemuksesi omasta näkökulmasta.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti sekä anonymisti. Henkilöllisyyttänne tai blogianne ei paljasteta opinnäytetyössä eikä missään muussakaan vaiheessa työtämme.

1. Kertoisitko lyhyesti syömishäiriö taustastasi?
(esim. mikä syömishäiriö, kauanko sairastanut jne)
2. Koitko syömishäiriön muuttuvan, kun ilmeni että olet raskaana?
(muuttuiko syömiskäyttäytyminen tai muut terveystottumukset jne)
3. Koetko raskauden tukeneen syömishäiriöstä parantumista tai pahentaneen oireita?
Kuinka?
4. Millaista tukea sait äitiysneuvolan terveydenhoitajalta? Millaista tukea olisit kaivannut?
5. Koitko, että tilannettasi ymmärrettiin äitiysneuvolassa?

Toivoisimme vastauksia osoitteeseen hanna.k.jarvinen@health.tamk.fi tai reetta.laine@health.tamk.fi 9.2. päivään mennessä. Suuret kiitokset jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin Hanna Järvinen ja Reetta Laine