



Mikä on epätyypillinen syömishäiriö ja miten sen voi tunnistaa hoitotyössä?

Teemu Kangas

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2021

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

KANGAS, TEEMU:

Mikä on epätyypillinen syömishäiriö ja miten sen voi tunnistaa hoitotyössä?

Opinnäytetyö 44 sivua, joista liitteitä kaksi sivua
Syyskuu 2021

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa luentomateriaali hoitotyötä opiskeleville epätyypillisestä syömishäiriöstä ja sen tunnistamisesta hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuotoksen avulla edistää epätyypillisen syömishäiriön tunnettuutta ja tunnistamista. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä.

Tulokset osoittivat epätyypillisen syömishäiriön olevan edelleen yleisin syömishäiriö, vaikkakin usein huonosti tunnistettu. Erityisenä haasteena tunnistamisessa on monimuotoinen ja vaihteleva oirekuvasto. Lisäksi voi olla vaikeaa tunnistaa häiriön oireiden vakavuusaste. Diagnostisella termillä epätyypillinen pyritään saamaan hoidon piiriin nekin syömishäiriöiset, joiden taudinkuva on lääketieteelle vielä epäselvä.

Syömishäiriöstä kertovia oireita ja sille altistavia tekijöitä tunnistettiin paljon, jopa siinä määrin, että on vaikeaa muodostaa hoitotyössä toimiville helposti omaksuttava esitys, jolla monimuotoinen oireilu voitaisiin vaivattomasti tunnistaa. Oireet ilmenevät ajatteluna, asenteina, tunteina, käyttäytymisenä ja fyysisesti.

Yleisesti hoitotyöntekijän tulisi olla huolissaan, jos painosta, laihduttamisesta ja ruuasta on tullut potilaan ensisijainen huolenaihe. Varsinkin jos henkilö itse tai hänen läheisensä on huolissaan syömisestä ja painosta. Vakavaksi oireiluksi tunnistettiin jatkuva väsymys, kuumeilu, pyöräytyksen tunne, vatsakivut, ahdistushäiriöt, itsetuhoisuus ja masennus.

Opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden mukaan uusia kyselylomakkeita häiriöiden tunnistamiseksi kehitetään. Yhdeksi ongelmaksi nousi kuitenkin kyselylomakkeiden validaation puute Suomessa. Kun syömishäiriöoireita käsitellään hoitotyössä, työssä päädyttiin ehdottamaan keskittymistä yleisesti syömishäiriöoireisiin, ei niiden mahdolliseen tyyppillisyyteen tai epätyypillisyyteen. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää jatkossa hoitohenkilökunnan syömishäiriötietouden lisäämisessä ja tunnistamiseen perehdyttämisessä.

Asiasanat: epätyypillinen syömishäiriö, hoitotyö, tunnistaminen

ABSTRACT

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

KANGAS, TEEMU:

Defining Atypical Eating Disorders and How They Are Recognised in Nursing

Bachelor's thesis 44 pages, appendices two pages

September 2021

The purpose of the thesis was to produce a lecture about atypical eating disorder and its recognition in nursing for students studying in the field of healthcare. The aim of the thesis was to advance general awareness of atypical eating disorder and its recognition. The method used was practice-based.

There are continuing challenges in recognising atypical eating disorders. The heterogeneous nature of the symptoms poses a specific challenge in its recognition. Further, it may be difficult to determine the severity of these symptoms. New screens have been created to recognise atypical eating disorders, but they need further validation.

Many risk factors and symptoms signalling disordered eating were found, to the extent that it was difficult to produce a catch-all presentation which would be easily presentable for the nursing staff. The symptoms present as thoughts, attitudes, feelings, behaviour and physical signs. In general, a professional in nursing practice should be concerned if weight, dieting and eating has become the patient's primary concern. Especially, if the person, or their next of kin, is worried about their eating and weight. Symptoms recognised as serious are continuous fatigue, fever, dizziness, abdominal pain, anxiety disorders, depression and self-destructiveness.

A problem posed to Finnish healthcare is that the new screening tools are not validated or translated for use in Finland. The thesis proposes validating new screening tools. The thesis also proposes that when considering eating disorder symptoms in the field of nursing, it is recommended not to focus on their perceived atypicality or typicalness.

Key words: atypical eating disorder, nursing practice, recognizing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Epätyypillinen syömishäiriö	8
3.1.1	Ahmintahäiriö, BED (matalalla esiintyvyydellä ja/tai rajoittuneella kestolla)	10
3.1.2	Epätyypillinen ahmimishäiriö	12
3.1.3	Epätyypillinen laihuushäiriö	12
3.1.4	Tyhjentämishäiriö, PD	13
3.1.5	Yösyömisoireyhtymä, NES	14
3.1.6	Tutkimuksen hahmottelemia uusia epätyypillisiä syömishäiriödiagnooseja	15
3.1.7	Syömishäiriöiden liitännäissairaudet	18
3.2	Epätyypillisen syömishäiriön tunnistaminen	19
3.3	Hoitotyö	24
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	25
4.2	Luento opetusmenetelmänä	26
4.3	PowerPoint luentomateriaalina	27
4.4	Opinnäytetyöprosessi	30
5	POHDINTA	33
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
5.2	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	34
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	43
	Liite 1.	43
	SCOFF-syömishäiriöseula (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food) (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014)	43
	Liite 2.	44
	Ahmintahäiriön, BED vaihtoehtoinen selvittäminen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014)	44

LYHENTEET JA TERMIT

BED	Ahmintahäiriö
BMI	Painoindeksi
BN	Bulimia nervosa, ahmimishäiriö, johon liittyy tietty vahva kompensatorinen käytös
DSM-V	Yhdysvaltain psykiatrisen liiton, American Psychiatric Association (APA) mielenterveyden häiriöiden luokitusjärjestelmä
EDNOS	Eating Disorder not Otherwise Specified, DSM-IV:ssä käytetty jäännöskategorinen sairausluokitus, ns. epätyypilliset syömishäiriöt
ICD-10	Maailman terveysjärjestön WHO:n tautiluokitus, joka on käytössä Suomessa
ICD-11	Maailman terveysjärjestön WHO:n uusi tautiluokitus, joka otetaan käyttöön 2022.
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorder, DSM-V:ssä käytetty syömishäiriöiden jäännöskategorinen luokka, ns. epätyypilliset syömishäiriöt
SCOFF	Syömishäiriöseula
UFED	Unspecified Feeding or Eating Disorder, DSM-V:n toinen syömishäiriöiden jäännöskategorinen luokka

1 JOHDANTO

Tuoreessa, vuonna 2020 julkaistussa tutkimuksessa havaittiin Suomessa syömishäiriöiden olevan aiempaa luultua yleisempää. Tutkimuksen tulosten mukaan DSM-V- tautiluokituksella jopa joka kuudes suomalainen nainen ja yksi mies neljästäkymmenestä on sairastanut syömishäiriön. Tutkimuksesta riippuen syömishäiriöistä kärsivistä 20–61 % sairastaa juuri epätyypillistä syömishäiriötä. Epätyypillinen syömishäiriö onkin nimestään huolimatta ilmaantuvuudeltaan yleisin syömishäiriö, jonka diagnostiikka ja hoito kehittyvät edelleen. (Galmiche ym. 2018, 1410; Silén ym. 2020, 794–796, 799.)

Syömishäiriön tunnistaminen on vaikeaa. Vielä vaikeampaa voi olla epätyypillisen syömishäiriön tunnistaminen. Häiriö ei välttämättä näy päällepäin. Häiriöön liittyy usein sairaudentunnottomuus ja häiriöstä kärsivän häpeä voi edelleen vaikeuttaa sen tunnistamista. Oireilu ei myöskään voi vaikuttaa riittävän vakavalta, tai oireita ei ole riittävän monta, tai ne ovat hyvin monimuotoisia. Epätyypillistä syömishäiriötä ei kuitenkaan tulisi pitää ”mietona” syömishäiriön muotona, sillä se aiheuttaa kliinisesti todettavaa haittaa. Varhainen puuttuminen lieväänkin oireiluun on tärkeää. Mutta mikä on raja huolestuttavan oireilun ja tavallisuuden välillä? Sopusuhtaisuutta tai laihuutta ihannoiva asennoituminen läpäisee kulttuurimme: laihduttaminen ja laihuuden ihannointi on tavallista. Haasteen tuo esimerkiksi se, kuinka tulisi luokitella ihmiset, jotka pelkäävät painonnousua ja lihomista ja viettävät siksi tarkoin rajattua jatkuvan laihdutuksen elämää. Missä vaiheessa esimerkiksi kehonrakennus tai Fitness-harrastus risteää syömishäiriön kanssa? Myös objektiivinen ylipaino on riskitekijä syömishäiriölle. Näin ajatellen suurin osa suomalaisista on riskissä kehittää syömishäiriö. Mikä on siis raja huolestuttavan oireilun ja tavallisuuden välillä? (Fairburn & Walsh 2002, 171–172; Suokas & Rissanen 2011, 362; Funari 2013, 163; Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkonen 2016, 1015; National Eating Disorders Association, n.d.)

Inspiraationa opinnäytetyön tekemiselle oli tiedon ja tietouden lisääminen epätyypillisistä syömishäiriöistä, sen tunnistamisesta ja tunnistamiseen liittyvistä haasteista. Opinnäytetyön lähtökohdasta on tehty kaksi opinnäytetyötä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa luentomateriaali sairaanhoitajaopiskelijoille epätyypillisestä syömishäiriöstä ja sen tunnistamisesta hoitotyössä.

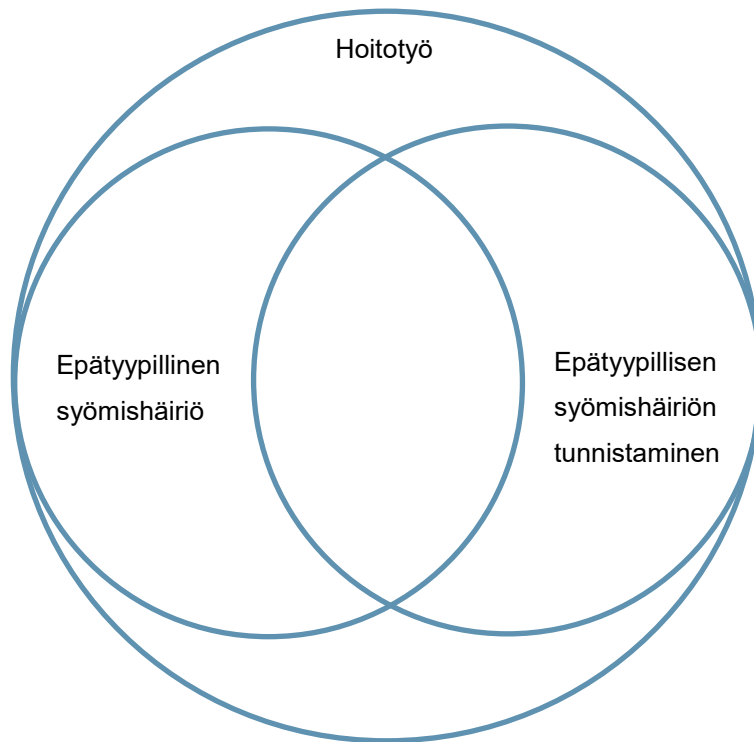
Opinnäytetyön tehtävä on vastata kysymyksiin:

1. Mikä on epätyypillinen syömishäiriö.
2. Miten tunnistaa epätyypillinen syömishäiriö hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuotoksen avulla kasvattaa tietoisuutta epätyypillisestä syömishäiriöstä ja kehittää epätyypillisen syömishäiriön tunnistamista hoitotyössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön avainkäsitteet ovat epätyypillinen syömishäiriö, epätyypillisen syömishäiriön tunnistaminen ja hoitotyö (kuvio 1).



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

3.1 Epätyypillinen syömishäiriö

Tämän opinnäytetyön käsite epätyypillinen syömishäiriö perustuu Suomessa käytössä olevaan kansainväliseen ICD-10 ja yhdysvaltalaisen DSM-V-tautiluokitukseen. Valtaosa opinnäytetyön lähteistä hahmottaa epätyypillistä syömishäiriötä DSM-V-diagnostiikan pohjalta. Epätyypillinen syömishäiriö diagnosoidaan tavallisesti silloin, jos varsinaisen syömishäiriön kaikki vaaditut diagnostiset kriteerit eivät täyty. Aikaisemmin yhdysvaltalaisesta DSM-IV tautiluokitusta käyttäen epätyypillisyydeksi määriteltiin kaikki sellainen syömishäiriöksi määriteltävä oireilu, joka ei sovellu laihuushäiriön tai ahmimishäiriön diagnostisiin kriteereihin. Nykyisin Yhdysvaltalaisen DSM-V:n mukaan diagnostisesti tunnistettuja epätyypillisiä syömishäiriöitä ovat ahmintahäiriö, BED (matalalla taajuudella ja/tai rajoitetulla kestolla), epätyypillinen ahmimishäiriö, epätyypillinen laihuushäiriö, tyhjentämishäiriö, PD

(purging disorder) ja yösyömisoireyhtymä, NES (night eating syndrome). Yleisesti epätyypillisiä syömishäiriöitä ohjataan hoitamaan häiriötä läheisimmin muistuttavan syömishäiriön hoito-ohjeiden mukaan. (Fairburn & Walsh 2002, 172; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkonen 2016, 1011; National institute for health and care excellence 2017, 23.)

Vasta vuonna 2013 julkaistu yhdysvaltalainen DSM-V-tautiluokitus tunnisti ahmintahäiriön, BED omaksi syömishäiriöluokakseen anoreksian ja bulimian ohella. Ennen tätä 40–90 % syömishäiriöistä diagnosoitiin DSM-IV:ttä käyttäen ei muuten määritetyksi syömishäiriöksi EDNOS (Eating Disorder not Otherwise Specified). DSM-V:ttä käyttäen puolet syömishäiriöistä sijoittuu edelleen parhaiten niin sanottuun epätyypilliseen- tai jäännöskategoriaan OSFED (Other Specified Eating or Feeding Disorder), joka on EDNOS-diagnoosin nykyinen seuraaja. Vuoden 2013 uudistuksessa DSM-V:n lisättiin vielä uusi jäännöskategorinen luokka UFED (Unspecified Feeding or Eating Disorder), johon voidaan sijoittaa kliinisesti merkittävä oireilu, joka ei täytä minkään kuvatus häiriön kriteereitä. (Murray & Anderson 2015, 1; Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkonen 2016, 1010–1011)

Suomessa käytössä olevassa kansainvälissä ICD-10:ssä on omat alakategoriat epätyypilliselle laihuushäiriölle ja epätyypilliselle ahmimishäiriölle. ICD-10:ssä ei ole itsenäistä diagnoosia ahmintahäiriölle (BED), vaan se ilmenee diagnoosina muu syömishäiriö. Vuonna 2022 käyttöön tulevassa ICD-11:ssä epätyypilliset syömishäiriöt poistuvat ja ne lukeutuvat jatkossa diagnostisesti laajennettujen laihuushäiriön ja ahmimishäiriön piiriin. ICD-11:sta tulee sisältämään jatkossa myös BED:n, että uuden AFRID (avoidant-restrictive food intake disorder) -diagnoosin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Silén ym. 2015, 345–346; Claudino ym. 2019, 3–4.)

Diagnostisilla menetelmillä on haasteensa. Syömishäiriöliiton toiminnanjohtaja Kirsi Broström katsoo diagnosiluokitusten olevan keinotekoisia luomuksia. Hänestä kriteereiden täyttymisen sijasta olisi tärkeämpää arvioida sitä, miten syömisen ja omaan kehon oireilu vaikeuttaa arkea ja elämää. Häiriötä sairastavan oirekuva voi vaihdella laajasti, eikä tätä osata tunnistaa. Näin

diagnoosiksi tulee usein juuri epätyypillinen syömishäiriö. (Syömishäiriöliitto 2020.)

Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkosen (2016, 1015) mukaan epätyypillinen jäännöskategoria on kuitenkin välttämätön jokapäiväiselle kliiniselle työlle: se edustaa aluetta, jossa lääketiede on vielä kehittymässä kohti häiriöiden parempaa tunnistamista ja hoitoa. ICD-11:sta ongelma on kuitenkin ratkaistu poistamalla epätyypillisuus kokonaan diagnoosivalikoimasta (Claudino ym. 2019, 3–4).

On myös laajasti tutkimuksia, jotka hahmottelevat useita uusia potentiaalisia syömishäiriödiagnooseja, joiden esiintyvyys arvioidaan jo tunnistettujen syömishäiriöiden suuruiseksi. Niiden päätyminen tunnistetuiksi diagnooseiksi riippuu empiirisen näytön vahvuudesta ja trendeistä tulevien tautiluokitusten päivityksissä. Tämän opinnäytetyön lähteissä hahmottumassa olevia uusia syömishäiriödiagnooseja ovat diabolimia eli DB, kompensatorinen syömishäiriö, eli CED (compensatory eating disorder), lihasdysmorfia eli MD (muscle dysmorfia), oksentamisen pelko eli SPOV (specific phobia of vomiting) ja ortoreksia. Jää kuitenkin nähtäväksi päätyvätkö nämä potentiaaliset diagnoosit sinällään tuleviin syömishäiriöiden tautiluokituksiin. (Davis, Holland & Keel 2014, 239; Murray & Anderson 2015, 2–5.)

3.1.1 Ahmintahäiriö, BED (matalalla esiintyvyydellä ja/tai rajoittuneella kestolla)

BED on toiseksi yleisin syömishäiriö heti epätyypillisten syömishäiriöiden jälkeen. Vuoden 2013 diagnostinen uudistus erotti BED:n omaksi syömishäiriökseen ja näin se poistui epätyypillisten syömishäiriöiden kategoriasta. Samalla BED:n epätyypillinen muoto matalalla esiintyvyydellä ja/tai rajoittuneella kestolla ilmaantui diagnostiikkaan. Vaikka BED muistuttaa ahmimishäiriötä (bulimia nervosa), puuttuvat siitä bulimialle tyypillinen kompensatiokäyttäytyminen, eli ahmittua ruokaa ei pyritä poistamaan tahallisesti oksentamalla tai ulostus- ja nesteenoistolääkkeillä. Ahmintahäiriötä sairastavista 2/3 on naisia ja sitä tavataan kaikenikäisillä henkilöillä. Arvion mukaan jopa viidennes vaikeaan ylipainoon hoitoa hakevista voi kärsiä ahmintahäiriöstä. Häiriö johtaakin usein

vaikeaan lihavuuteen. (Suokas & Rissanen 2011, 362; Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkonen 2016, 1010–1011; Meskanen 2018; Galmiche ym. 2019, 1410.)

Ahmintahäiriö voidaan diagnosoida, jos potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia. Ahmintakohtauksien aikana hän syö suuria ruokamääriä, jotka poikkeavat muiden vastaavassa ajassa tai tilanteessa syömistä määristä. Potilaalla muodostuu tunne siitä, ettei pysty hallitsemaan tai lopettamaan syömistään, hän syö ahmintakohtauksessa epätavallisen nopeasti, syö siihen asti, kunnes tuntee olonsa epämukavan täydeksi, syö paljon, vaikka ei tunne oloaan nälkäiseksi ja syö yksin koska häpeää syömiään määriä. Ylensyönnistä aiheutuu itseinhoa, syyllisyyttä sekä masennusta. Diagnoosin täyttymiseksi ahmintakohtauksia tulee olla vähintään kerran viikossa kolmen kuukauden ajan. Jos häiriön esiintyvyys on DSM-V-diagnostiikassa matala ja/tai kesto on rajoittunut, päättyy se epätyypillisten syömishäiriöiden joukkoon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Mustelin, Lehtokari & Keski-Rahkonen 2016, 1010–1011.)

Ahmintahäiriötä hoidetaan psykososiaalisilla hoidoilla, itsehoito-oppailla, lääkkeillä ja lihavuusleikkauksella. Hoito perustuu syömistä sääntönmukaistamiseen ja laihtumisen lopettamiseen. Täsmäsyömisessä potilas ohjataan syömään oikeassa rytmissä, riittävästi ja monipuolisesti. (Charpentier 2015, 105–109; Meskanen 2018.)

Ahmintahäiriön hoidossa potilaat tahtovat usein painonpudotusta, mutta tarjottujen hoitojen antama painonpudotus jää riittämättömäksi lihavuusongelman hoitamiseksi, psyykkisten ongelmien kuitenkin väistyessä. Rajut laihdutusohjelmat liian pienillä energiamäärillä toteutettuina aiheuttavat vaaran altistua uudelleen ahmimiselle. Nopea laihtuminen johtaa myös ahmintahäiriön uusimiseen. Erittäin vähäenerginen dieetti (ENE) lopettaa ahmimisen pussikeittovaiheessa. Ahmimiskohtaukset palaavat jälleen siirryttäessä tavalliseen ruokaan. Alussa tärkeintä onkin keskittyä ahmimisen hallintaan. Ahmimisen loputtua odotetaan hoidossa muodostettujen uusien syömistottumuksien ja ahminnanhallintataitojen vakiintumista vähintään 2–3 kuukautta, ennen kuin uusi laihdutusyritys voidaan aloittaa. Ahmimisen loppuminen parantaa itsessään terveyttä huomattavasti, painon heittelyn loppuessa. Laihduttamisen lopullista terveyshyötyä kannattaa siis punnita

tarkkaan. (Suokas & Rissanen 2011, 363; Charpentier 2015, 105–109; Meskanen 2018.)

3.1.2 Epätyypillinen ahmimishäiriö

Epätyypillisessä ahmimishäiriössä potilaalla on ahmimishäiriötä eli bulimiam (bulimia nervosa) muistuttavia oireita niin, etteivät ahmimishäiriön vaaditut diagnostiset kriteerit kuitenkaan täyty. ICD-10-tautiluokituksen ahmimishäiriödiagnoosin kriteereihin kuuluvat potilaan vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan toistuvat ylensyöntijaksot, syömisen liittyvän ajattelun hallitseminen, potilaan voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä, potilaan itseaiheutettu oksentelu, ajoittainen syömättömyys ja ruokahalua hillitseviä lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö ahmimisesta potentiaalisesti aiheutuvan lihomisen estämiseksi. Potilas myös pitää itseään liian lihavana ja pelkää lihomista. DSM-V-tautiluokitusta käyttäen ahmimishäiriön epätyypillinen muoto diagnosoidaan, jos ahmimisen ja kompensaation taajuus ei täytä diagnostista rajaa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Locke 2019, 193.)

Tyypillisesti bulimian keskiössä on hallitsematon ahmiminen ja sen jälkeisen lihomisen pelon tuottama kompensaatiokäyttäytyminen, joka voi olla itseaiheutettua oksentamista tai esimerkiksi liikunnan harrastamista, tai molempia (Huttunen 2018). Vanhassa DSM-IV-tautiluokituksessa bulimian diagnoosi piti sisällään myös variaatiot tyhjentämiskäyttäytymisellä (purging, BN-P) ja ilman tyhjentämiskäyttäytymistä (non-purging, BN-NP). Jordanin ym. tutkimuksessa (2014) bulimia ilman tyhjentämiskäyttäytymistä sijoittuikin bulimian ja ahmimishäiriön välimaastoon. Tyhjentämiskäyttäytymisen puute lähentää tautimuotoa ahmimishäiriön kanssa ja näiden erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa. (Jordan ym. 2014, 231).

3.1.3 Epätyypillinen laihuushäiriö

Epätyypillisessä laihuushäiriössä potilaalla on joitakin laihuushäiriön eli anoreksian (anorexia nervosa) oireita. ICD-10:n kriteerien mukaan laihuushäiriössä painon on oltava vähintään 15% pituuden mukaisen

keskipainosta tai BMI:n korkeintaan 17.5; paino on laskenut tarkoituksellisesti välttämällä lihottavina koettuja ruokia ja painoa on voitu hallita liikunnalla, oksentamisella, nesteentoisto- ja ulostuslääkkeillä ja ruokahalua hillitsevillä lääkkeillä; häiriötä sairastavalla on ruumiinkuvan häiriö: hän pitää itseään lihavana, pelkää lihomista ja asettaa itselleen liian alhaisen painotavoitteen; potilaalla on myös endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä libidon ja potenssin alenemisena; kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet voivat myös olla suurentuneet, insuliinin erityksessä voi olla poikkeavaa ja kilpirauhashormonin aineenvaihdunta voi olla muuttunut. Epätyypillisessä muodossa avainoireet kuitenkin puuttuvat, tai esiintyvät lievinä. Uusimmassa DSM-V-tautiluokituksessa on höllennetty anoreksian diagnostisia kriteereitä, joten sen avulla epätyypillinen laihuushäiriö diagnosoidaan aikaisempaa useammin varsinaiseksi laihuushäiriöksi. Sama tulee tapahtumaan myös uudessa ICD-11-diagnostiikassa. Suomalainen syömishäiriötutkimus (Silén ym. 2015) on kuitenkin suosittanut juuri päinvastaista, perusteena diagnostiikan mahdollinen heikentyminen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Murray & Anderson 2015, 1; Silén ym. 2015, 345–346; Claudino ym. 2019, 3–4.)

Yleisin löydetty ero tyypillisen ja epätyypillisen laihuushäiriön välillä oli se, että epätyypillisessä tautimuodossa potilas ei pitänyt itseään lihavana tai ei pelännyt lihavuutta, potilas ei ollut riittävän alipainoinen saavuttaakseen tyypillisen laihuushäiriön kriteerit, tai potilaan kuukautiset eivät olleet loppuneet. Verrattuna laihuushäiriöön, epätyypillisestä laihuushäiriöstä kärsivät olivat parempi kuntoisia ja heidän hoitonsa oli lyhyempää, vähemmän vaativaa ja edullisempää. He myös toipuivat yli neljä kertaa todennäköisemmin häiriöstä kuin ”tyypillistä” anoreksiaa sairastavat. (Silén ym. 2015, 246–248.)

3.1.4 Tyhjentämishäiriö, PD

Tyhjentämiskäyttäytyminen kuuluu useaan syömishäiriöön. DSM-V-diagnostiikassa tyhjentämishäiriötä (purging disorder, PD) sairastava henkilö tyhjentää toistuvasti vatsansa tai suolensa tahallisesti oksentamalla ja käyttämällä laksatiiveja. Häiriötä sairastava ei kuitenkaan ahmi ja on normaalipainoinen. Käyttäytymisellä haetaan kehon painon tai muodon hallintaa.

Häiriötä sairastava voi myös kokea menettävänsä syömisen hallinnan, kuitenkin niin, ettei hän objektiivisesti arvioituna nauti epätavallisen suurta määrää ravintoa kerralla. Säännöllisiä ruokailuja seuraa tyhjentämiskäyttäytyminen. Häiriössä korostuu huomattava psyykinen oheissairastavuus, huoli syömisestä ja itsetuhoisuus. Tyhjentämishäiriöön kuuluu erityispiirteensä subjektiivisesti koettu intensiivinen kylläisyyden tunne normaalikokoisten annosten nauttimisen jälkeen. Tämä voi olla merkki ruuansulatuselimistön häiriintyneestä fysiologisesta vasteesta normaalikokoisten annosten syömiseen, joka johtaa puolestaan pakonomaiseen tyhjentämiskäyttäytymiseen. (Murray & Anderson 2015, 2–3.)

Tyhjentämishäiriön yleisyyden arvioidaan olevan anoreksian ja bulimian luokkaa. Häiriö on huomattavasti yleisempi naisilla kuin miehillä ja naisista häiriötä sairastaisi elämänsä aikana 1,1–5,3 %, joka tekisi häiriöstä yleisen syömishäiriön. Taudin keskimääräinen ilmenemisikä on 20 vuotta. Häiriöön ei toistaiseksi ole hoitoa. Tyhjentämishäiriö kestää keskimäärin 4,7 kuukautta ja on näin kestoaltaan pidempi kuin bulimia tai BED, mutta häiriö uusii kuitenkin näitä huomattavasti harvemmin. (Murray & Anderson 2015, 2–3.)

3.1.5 Yösyömisoireyhtymä, NES

Yösyömisoireyhtymän (night eating syndrome, NES) oireet kuvataan nykyisen DSM-V:n OSFED-diagnoosin alla toistuvana yösyömisen jaksoina yöllisen heräämisen, tai illallisen syömisen jälkeen, josta henkilö on itse tietoinen. Lisäksi yösyöminen aiheuttaa potilaassa merkittävää hädän ja haitan kokemusta. Häiriötä tavataan usein painonhallintaohjelmiin osallistuvilla ja vatsan ohitusleikkaukseen hakeutuvilla henkilöillä. Syndrooma liittyykin erityisesti lihavuuteen sekä elimistön sisäisen vuorokausirytmien ongelmiin. Vertailuissa muihin yli- tai normaalipainoisiin, häiriötä sairastavilla esiintyy enemmän syömishäiriöoireita kuten syömisrajoituksia, huolta kehon koosta ja muodosta, sekä syömisestä. Tunnistaminen bulimian ja ahmintahäiriön välillä voi olla haastavaa. Häiriötä sairastavat ahmivat kuitenkin useammin öisin ja nauttivat kerralla vähemmän kaloreita kuin mitä ahmintahäiriön ahmimiskohtauksissa syödään. (Murray & Anderson 2015, 4.)

Häiriötä ilmenee 1,5–5,6 % väestöstä. Yösyömisoireyhtymä voi ilmetä yhtä aikaa ahmintahäiriön ja bulimian kanssa. Häiriön hoitoon käytetään ensisijaisesti ssri-lääkkeitä ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa. (Murray & Anderson 2015, 4–5.)

3.1.6 Tutkimuksen hahmottelemia uusia epätyypillisiä syömishäiriödiagnooseja

Diabulimiassa (DB) tyypin 1 diabeetikko annostelee insuliinia hallitakseen kehon rasvakoostumusta ja sitä kautta kehonsa painoa ja muotoa. Usea tutkimus ei pidä diabulimiasa olemassa olevana diagnostisena terminä, vaan ennemmin median luomana nimenä tyypin 1 diabeetikon syömishäiriölle. Myös termiä syömishäiriö, diabetes mellitus tyyppi 1 (ED-DMT1) saatetaan käyttää. DSM-V-tautiluokituksessa häiriö voidaan diagnosoida bulimiaksi, jos potilas rajoittaa insuliinin käyttöä ahmimisen jälkeen, tai anoreksiaksi, jos potilas rajoittaa sekä ruuan, että insuliinin kulutusta. Myös OSFED-kategoriaa voidaan käyttää. Neumark-Sztainerin ym. (2002) tutkimusaineistossa 7,4 % tyypin 1 diabetesta sairastavista naisista kertoi jättäneensä ottamatta insuliinia laihdumistarkoituksessa. Tutkimuksessa olleista tyypin 1 diabetesta sairastavista naisista 37,9 % ja miehistä 15,9 % kertoi myös käyttäneensä epäterveellisiä painonhallintamenetelmiä kuten paastoamista, ruokailun rajoittamista, tupakointia, laihdutuslääkkeitä, tyhjentämistä sekä ulostus- ja nesteentoistolääkkeitä. Syömishäiriöt ovatkin tavallisempia tyypin 1 diabetesta sairastavilla, kuin ei-diabeetikoilla. Syömishäiriöt ovat myös yhteydessä diabeteksen huonompaan hoitotasapainoon ja kohonneeseen kuolleisuuteen. (Neumark-Sztainer ym. 2002, 1289; Vandereycken 2011, 146–147; Murray & Anderson 2015, 3; Scott 2020, 11.)

Syömishäiriöstä kärsivillä tyypin 1 diabeetikoilla on alhainen syömishäiriön hoitomotivaatio ja he keskeyttävät hoidot usein. Hoidon tulokset ovat myös huonoja. Hoidossa tulisikin painottaa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja syömishäiriön mahdollisimman aikaista tunnistamista. Hoidossa voi olla parempi edetä pienin osatavoittein. Diabulimiassa liian tarkka diabeteksen hoitotasapainon seuraaminen voi myös nostaa häiriintyneen syömisen riskiä. (Murray & Anderson 2015, 4.)

Kompensatorinen syömishäiriö (CED) on määritelty ylenmääräisen liikunnan ja/tai paastoamisen käyttämistä syömisen kompensoimiseksi tai kehon muodon tai painon hallitsemiseksi ainakin kahdesti viikossa kuluneen kolmen kuukauden aikana, sekä kehon muodon ja painon ylenmääräisenä vaikutuksena itsetuntoon. Häiriössä ei kuitenkaan ilmene alipainoisuutta ja objektiivisesti arvioituja ahmimisjaksoja. Tutkimusnäyttö häiriön diagnostisesta erottumisesta muista syömishäiriöistä on ristiriitaista: toiset tutkimukset erottavat sen omaksi häiriökseen, toiset eivät. (Haedt & Keel 2010; Crow ym. 2011, 103–120; Keel ym. 2011, 145–164; Davis ym. 2014, 239.)

Lihasdysmorfia (muscle dysmorphia, MD) on itsenäinen psykiatrisen diagnoosi dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön (body dysmorphic disorder) alatyypinä, jota on 2010-luvulla ryhdytty tulkitsemaan syömishäiriöiden näkökulmasta käsin. Häiriötä on aikaisemmin kutsuttu ”käänteiseksi anoreksiaksi” ja sitä sairastavilla on useita yhteisiä piirteitä syömishäiriötä sairastavien kanssa, kuten pakonomaisuus, täydellisyydentavoittelu, kyvyttömyys kokea mielihyvää, sekä ylenmääräinen kiinnostus kehonkuvaan, ruokavalioon ja liikuntaan. Häiriötä sairastava kokeekin olevansa riittämättömän lihaksikas ja pelkää lihasten menettämistä. Käsitys omasta lihaksikkeudesta ei ole suhteessa häiriötä sairastavan sen hetkiseen lihaksikkeuteen. Häiriöön liittyy keskeisesti pyrkimys suurempaan lihasmassaan tai suurempaan lihasten rasvattomuuteen, tai molempiin. Ruokavalio on yleensä jäykkä ja hyvin rajoittunut, niin että siinä painotetaan korkeaa proteiininkulutusta ja kalorien rajoittamista. Erilaisten tiukkojen ravitsemussuunnitelmien käyttäminen on tyypillistä. Näistä poikkeaminen luo huomattavaa ahdistuneisuutta ja lihasten menettämisen pelkoa, joka johtaa puolestaan kompensaatiokäyttäytymiseen, tavanomaisimmin lihasharjoittelun lisäämiseen. Häiriöön kuuluu myös pakonomainen kehonrakennus, jota käytetään tunteidensäätelyn apuna, sekä kehon paljastamisen pelko, ellei se ole ennalta suunniteltua kuten kehonrakennuskilpailuissa. Kehoa myös tarkistellaan ja verhotaan väljillä vaatteilla. Jopa 90 % häiriöistä kärsivistä käyttää laittomia lihasmassaa lisääviä aineita. (Murray, Rieger, Touyz & De la Garza Garcia 2010, 484; Murray, Rieger, Karlov & Touyz 2013, 160; Murray & Anderson 2015, 3.)

Lihasdysmorfian esiintyvyydeksi arvioidaan 0,5–1 % väestöstä, joka on saman verran kuin anoreksiassa. On myös arvioitu, että 10 % kehonrakennusta harrastavista miehistä kärsisi lihasdysmorfiaa. Syömishäiriön patologisia oireita kartoittaneessa tutkimuksessa ylenmääräinen liikunta, kehonrakennus ja kielteiset näkemykset lihavuudesta olivatkin ainoita kategorioita, joissa miehet saivat naisia korkeampia pisteitä. (Forbush, Wildes & Hunt 2014, 88; Murray & Anderson 2015, 3.)

Häiriön hoidossa potilaan hoitoon kiinnittyminen on ambivalenttia, sillä häiriötä sairastava pitää käyttäytymistään hyvänä ja tavoiteltavana asiana. Häiriöstä kärsivät hakeutuvat hoitoon ennemmin oheissairautena ilmenevän masennuksen tai ahdistuneisuuden takia, eivätkä niinkään syömishäiriön vuoksi. (Murray & Anderson 2015, 3.)

Oksentamisen pelko osana syömishäiriötä on yleistä. Oksentamisen pelko tunnetaan myös emetofobiana. Oksentamista pelkävien henkilöiden oireiden keskiössä voi kuitenkin olla syömiskäyttäytyminen ja asenteet syömistä kohtaan. Syömishäiriötutkimuksessa on hahmoteltu uutta oksentamisen pelko (specific phobia of vomit, SPOV) -diagnoosia. Kolmasosa häiriöstä kärsivistä kertoo rajoittavansa ruokailujaan ja ruokailevansa epänormaalisti välttääkseen oksentamisen. Henkilö voi esimerkiksi välttää ravintoloita, ulkomaisia ruokia tai muiden tekemiä ruokia, sekä tarkistella ruuan tuoreutta ylenmääräisesti, ylikypsentää ruokaa ja käyttää rituaaleja oksennuksen välttämiseksi. Ruoka-aineiden välttely voi perustua myös omiin kokemuksiin siitä, mikä ruokalaji on aiheuttanut menneisyydessä pahoinvointia. 10 % häiriötä sairastavista on alipainoisia, mutta he eivät kuitenkaan tavoittele tätä tietoisesti. Häiriötä ilmenee kliinisesti vakavana 0,1 % naisista. (Vandereycken 2011, 149; Veale, Costa, Murphy & Ellison 2012, 414; Murray & Anderson 2015, 5.)

SPOV:ssa ilmenevä oksentamisen pelko voidaan helposti sekoittaa terveydestä huolestuneisuuden, sosiaalisten tilanteiden pelon, pakko-oireisen häiriön, paniikkihäiriön ja anoreksian oireisiin, joissa kaikissa voi esiintyä oksentamisen pelkoa (Veale ym. 2013, 595).

Häiriötä hoidetaan kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja hoidon päätavoitteet ovat painon takaisinsaaminen ja ruokailutapojen korjaaminen normaaliksi (Murray & Anderson 2015, 5). Vandereyckenin (2011, 149) tutkimuksessa melkein puolet syömishäiriöihin erikoistuneista ammattilaisista ilmoitti kohdanneensa oksentamisen pelkoa omissa potilaissaan.

Ortoreksia on terveellisen elämäntavan ja ruokavalion pakonomaista noudattamista. Ortoreksiassa häiriötä sairastava uhraa suhteettomasti aikaa ravitsemuksen suunnitteluun, hankintaan, valmistukseen ja syömiseen. Myös mielen valtaavat huoliajatuksia ruuan laadusta ja sen terveysvaaroista voivat aiheuttaa alentunutta toimintakykyä päivittäisissä toiminnaissa. Kiellettyjä ruoka-aineita ja ruokaryhmiä voivat olla suola, sokeri, valmisruuat, geneettisesti muunnellut tuotteet, maitotuotteet, hiilihydraatit ja gluteeni. Omasta ruokavaliosta muodostuu ainoa oikea ruokavalio ja häiriötä sairastava kokee elämäntyylinsä olevan yliverkainen muihin ruokavaliioihin ja elämäntyyliin nähden. (Donini ym. 2005, 31; Dell'Osso ym. 2016, 191; McGregor, 2017, 11–13; Syömishäiriöliitto 2019.)

Osa tutkijoista pitää ortoreksiaa syömishäiriönä, mutta se voidaan nähdä myös anoreksian toipumisvaiheen oireiluna. Verrattuna anoreksiaan ja bulimiaan, ortoreksiaa sairastava ei halua laihtua, ei kärsi vääristyneestä kehonkuvasta, eikä kiinnitä huomiota ruuan määrään, vaan enemmän sen laatuun. (Segura-Garcia ym. 2015, 161–162; Dell'Osso ym. 2016, 190–191.)

3.1.7 Syömishäiriöiden liitännäissairaudet

Syömishäiriöihin kuuluu merkittävä psykiatrinen oheissairastavuus. Yleisimpiä ovat ahdistuneisuushäiriöt ja masennus. Kolmasosalla aikuispotilaista on jokin persoonallisuuden häiriö, joissa kuvastuu vaatavuus, eristäytyneisyys tai tunne-elämän epävakaus. Itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset ovat yleisempiä syömishäiriöitä sairastavilla, kuin väestössä yleensä. Ahminta- ja ahmimishäiriöitä sairastavilla on keskimääräistä useammin traumaperäinen stressihäiriö. Myös päihdeongelmat ovat tavallisia. ADHD:tä ja keskittymisongelmia esiintyy myös tavallista enemmän. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Mustelin ym. 2016, 569).

Somaattisista sairauksista tyyppin 1 diabetes altistaa syömishäiriön synnylle. Diabeetikon jättäessä ottamatta insuliinin laihtumista tavoitellessaan, hoitotasapaino järkkyy ja seurauksena on lyhyt- ja pitkäkestoiset komplikaatiot. Pahimmillaan häiriö johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Ahminta- ja ahmimishäiriötä sairastavilla on lisäksi suurentunut riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen lihomisen myötä. Syömishäiriötä sairastavalla onkin 16-kertainen diabeteskuolleisuus verrokkeihinsa nähden. Syömishäiriö nostaa myös muiden autoimmuunisairauksien riskiä. (Raevuori ym. 2014, 1; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Suokas ym. 2015, 744, 747; Candler, ym. 2018, 188–119.)

Syömishäiriö vaikuttaa myös lisääntymisterveyteen: syömishäiriötä sairastavilla on harvemmin kumppani, useammin ahdistuneisuutta liittyen seksuaalisuuteen, enemmän vaikeuksia libidon kanssa, enemmän raskaudenkeskeytyksiä, keskenmenoja, synnytyksen ja raskauden komplikaatioita ja enemmän kuukautishäiriötä kuin verrokeillaan. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Varsinkin laihuushäiriöön liittyy luun heikentymistä. Syömishäiriö vaikuttaa myös suun terveyteen. Ahmintahäiriössä ruokailutottumukset näkyvät myös hammasterveydessä. Ahmimishäiriö ilmenee hampaistossa eroosiona, kiilleaurioina, reikiintymisen lisääntymisenä, korvansylkirauhasen suurenemisena ja syljen erittymisen alenemisena. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Rosten & Newton 2017, 539.)

Ylipaino ja lihavuus on syömishäiriötä sairastavilla yleistä. Syömishäiriöt lisäävät riskiä lihomiselle ja sairaalloiselle lihavuudelle, samoin kuin lihavuus lisää riskiä syömishäiriöön sairastumiselle. (Nurkkala 2021, 5, 15–16)

3.2 Epätyypillisen syömishäiriön tunnistaminen

Epätyypillisen syömishäiriön tunnistaminen voi olla haastavaa: virallinen yhtenäinen diagnostinen kriteeristö uupuu, potilas ei välttämättä täytä stereotyyppisen odotuksen mukaista profiilia syömishäiriötä sairastavasta, potilas on yleensä normaalipainoinen, ylipainoinen tai lihava, eikä usein itse ymmärrä kärsivänsä psyykkisestä häiriöstä, vaan pitää oireita osoituksena

luonteen heikkoudesta. Huolestuttavaa on myös se, että terveydenhuoltohenkilökunnassa on selviä tiedollisia puutteita syömishäiriöistä ja vaikeuksia tunnistaa ja hoitaa niitä. Haasteena perusterveydenhuollossa on syömishäiriöiden tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja aktiivisen hoito-otteen luominen. Kun tässä onnistutaan, potilaan ennuste paranee ja sairastamisaika lyhenee. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Suokas 2015; Reas 2017, 10–11).

Myös syömishäiriötä sairastavan itsensä on toisinaan vaikea tunnistaa ongelmaansa. Tällöin hoitavan tahon vastuulle jää hoitoon motivointi, sekä hoidon tarpeen arviointi. Hoitotyötä tekevän tulee osata kohdella potilasta sensitiivisesti, kunnioittaen, empaattisesti ja myötätuntoisesti. Syömishäiriötä sairastavat voivat olla herkkiä stigmalle ja häpeälle. Usein huoli herää ensimmäisenä ystävällä, vanhemmalla tai muulla läheisellä. Jos sairastunut ei halua apua, eivätkä häiriön oireet ole vakavat, jää vaihtoehdoksi tiedottaa potilasta hoitomahdollisuuksista ja kannustaa häntä ottamaan yhteyttä apua antavaan tahoon, jos oireiden vakavuusaste nousee. Vaikeita fyysisiä ja psyykkisiä oireita ovat jatkuva väsymys, kuumeilu, pyöräytyksen tunne, vatsakivut, ahdistushäiriöt, itsetuhoisuus ja masennus. (Charpentier 2015, 102–104; National institute for health and care excellence 2017, 5–6, 9.)

Hoitotyön rooli, jossa syömishäiriö kohdataan voi olla niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, sosiaalityössä, koulutuksessa kuin työyhteisöissäkin. Epätyypillisen syömishäiriön tunnistamisessa perusterveydenhuollossa keskeisessä asemassa ovat terveyskeskusten ja erityisesti oppilaitosten terveydenhoitohenkilökunta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; National institute for health and care excellence 2017, 9.)

Yleisiä syömishäiriöiden oireita, varoitus- ja tunnusmerkkejä, joita tarkkailla ja tutkia ovat vääristynyt kehonkuva ja tyytymättömyys omaan vartaloon, joka voi näkyä ulkopuoliselle pukeutumisessa, yleisessä olemuksessa ja kehonkielessä; muutokset painossa, sekä lihominen että laihtuminen ja suuret painonvaihtelut; laihduttaminen, etenkin jatkuva laihdutus tai useat laihdutusyritykset; voimakas lihomisen pelko; ahdistuneisuus ruokaan, syömiseen ja painoon liittyen; erilaiset ruokarajoitteet, joilla ei ole päteviä perusteita, esimerkiksi gluteenittomuus,

sokerittomuus, suolattomuus, hiilihydraattien tai/ja rasvan karsiminen minimiin, energiapitoisten ruokien välttely, epäterveellisinä ja lihottavina pidettyjen ruokien hysteerinen välttely, kasvissyönti, lämpimien aterioiden välttely, ei uskalla syödä muiden valmistamaa ruokaa; erilaiset rituaalit tai tiukat säännöt syömiseen liittyen, joustamattomuus; henkilö välttelee muiden seurassa syömistä ja tilanteita, joihin kuuluu yhteinen ruokailu, esimerkiksi juhlat; epämääräiset maha-suolikanavan oireet kuten vatsan turvotus, ripulointi tai ummetus, mahakivut, närästys ja refluksi; toiminnalliset mahavaivat; epämääräiset kivut ja säryt, joille ei löydy elimellistä syytä; mielialaan liittyvät ongelmat, alakulo, masennus ja ahdistuneisuus; vaikeudet tunteiden säätelyssä, ärtyneisyys, alentunut stressinsietokyky; keskittymisvaikeudet, johtuen ennen kaikkea siitä, että mieli pyörii pakonomaisesti syömishäiriön aihepiirissä; perheen tai puolison kanssa tulee helposti erimielisyyksiä ja riitaa; ylenmääräinen liikunta, ahdistuneisuus jos ei pääse kuntoilemaan haluamaansa määrää, pakonomainen liikunta; rasitusvammat, ylikunto; pojilla ja miehillä anabolisten steroidien ja lisäravinteiden käyttö lihasmassan kasvattamisen toivossa, usein vuorotellen rajujen laihdutuskuurien kanssa rasvan polttamiseksi; sosiaalinen eristäytyminen esim. harrastusten lopettaminen, vetäytyminen ystäväpiiristä koska oireet hallitsevat kaikkea tekemistä ja aikatauluja; alentunut toimintakyky, joka näkyy opiskelussa, työssä, vapaa-aikana ja harrastuksissa, sekä itsestä ja toisista huolehtimisessa; jatkuva väsymys; sydämen tykytys, rytmihäiriöt; suun terveyden ongelmat kuten kiillevauriot; itsensä vahingoittaminen, itsetuhoisuus; kuukautishäiriöt, lapsettomuus; aikuisilla seksuaalinen haluttomuus; anemia, elektrolyyttitasapainon häiriöt, nestehukka; diabeetikolla laihtuminen ja huono hoitotasapaino ilman muuta syytä. (Yeo & Hughes 2011, 108–110; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Suokas 2015; Kynsilehto, Kääriäinen & Ruotsalainen 2018, 55.)

Syömishäiriöön sairastumiselle mahdollisesti altistavia tekijöitä ovat ikä, varsinkin ikävuodet 12-24, vaikkakin minkä ikäinen tahansa voi sairastua; sukupuoli, etenkin naiseus, vaikkakin miesten syömishäiriöt ovat olleet kasvussa viimeisen vuosikymmenen aikana; sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluminen ja vähemmistöstressin kokeminen (sairastavuus jopa 10%); ulkonäköä painottava harrastus, jossa ollaan katseen kohteena, kuten niukkaa pukeutumista vaativat lajit, tiettyä kehonpainoa vaativat lajit, arvostelulajit, esim. fitness,

kehonrakennus, tanssi, voimistelu ja teatteri; huippu-urheilijuus, etenkin hyppy- ja esteettiset lajit; lihavuus, etenkin lapsena ja nuorena; kiusatuksi tuleminen painon vuoksi, etenkin omien perheenjäsenten taholta; lapsena koettu laiminlyönti tai seksuaalinen hyväksikäyttö; traumat; perheenjäsenen syömishäiriö, perinnölliset tekijät, geneettinen alttius; huono itsetunto; Tyytymättömyys omaan ulkonäköön, miehillä etenkin tyytymättömyys omaan lihasmassaan; vaikeudet tunteiden tunnistamisessa ja tunteiden säätelyssä; ADHD-oireet, keskittymisvaikeudet, autismin kirjon häiriö; perfektionismi; diabetes, erityisesti tyyppin 1; psyykinen sairastavuus, esimerkiksi ahdistuneisuus, masennus ja persoonallishäiriöt. (Fairburn ym. 1998, 425, 428; Pritts & Susman 2003, 300; Yeo & Hughes 2011, 108–110; Keshen & Ivanova 2013, 360; Nurkkala ym. 2016, 1; Steadman & Knouse 2016, 907; Nickel ym. 2019, 1; West, Goldschmidt, Mason & Neumark-Sztainer 2019, 659–660, 663–664.)

Terveystieteiden ammattilaiselle on tarjolla muutamia hyödyllisiä apuvälineitä ja keinoja helpottamaan tunnistamista ja hoidon tarpeen arviointia. Syömishäiriön tunnistamisen ei tulisi kuitenkaan pohjautua pelkästään kyselylomakkeisiin. Syömishäiriöitä voikin kartoittaa jo muutamalla suoralla kysymyksellä. Aloittaa voi vaikka kysymällä ”Oletko itse, tai onko joku muu huolissasi syömisestäsi tai painostasi?”. Lisäksi voidaan kysyä potilaan pituutta, painoa ja sen muutoksia. Avoimet kysymykset kuten ”Mitä ajattelet itse painostasi ja ulkonäöstäsi?” ovat myös hyviä. Syömishäiriöseuloista SCOFF (Liite 1) soveltuu hyvin koulu- ja perusterveydenhuoltoon. SCOFF-seulalla voidaan kuitenkin tunnistaa vain anoreksian tai bulimian oireet. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; National institute for health and care excellence 2017, 9; Graham ym. 2019, 362.)

Käytössä on myös muita diagnostisia haastattelumenetelmiä ja erilaisia kyselylomakkeita. EDI on 64-osainen kyselylomake, lisäksi kannattaa käyttää BDI-masennusseulaa. Kaikkein luotettavimpana pidetään 34-osioista EDE-haastattelumenetelmää. (Charpentier & Marttunen 2001.)

Yhdysvalloissa on kehitetty paikallisen DSM-V-tautilukituksen pohjalta SWED-syömishäiriöseula (Stanford-Washington University Eating Disorder Screen), jolla tietävästi ainoana seulana maailmassa voidaan erottaa syömishäiriön

esiintymisen riskitaso, diagnoosikynnyksen alle jäävät oireet ja diagnosoitavat syömishäiriöt. Seulalla voidaan myös erottaa tyhjentämishäiriöstä kärsivän oireet. Seula vaatii kuitenkin vielä laajempaa validaatiota monimuotoisemmissa ihmisryhmissä. (Graham ym. 2019, 362–363; Bryant ym. 2020, 3.)

Ahmintahäiriön (BED) tunnistamiseksi on oma hoitotyössä helposti käytettävä kyselymalli (Liite 2). Laajempaan selvittelyyn voidaan käyttää BES-kyselyä. Ahmintahäiriön ahminnan erottaminen tavallisesta käyttäytymistä voi olla haasteellista: satunnainen ahminta on tavallista ja harmitonta. Ahmintahäiriön ahminnan ja ylensyönnin erottaa siitä, että ahmintahäiriössä henkilö kokee menettävänsä kontrollin syömiseensä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Meskanen 2018.)

Diabulimiaan, tai diabetesta sairastavan syömishäiriöön vihjaavia merkkejä ovat verensokerin mittaamisen jälkien puute sormenpäistä, käyttämättä jääneet insuliinireseptit, laihtuminen, jyrkät nousut verensokerin HbA1c-tasoissa, jotka eivät ole samansuuntaisia henkilön muitten mittausten kanssa, heikko itsetunto, masentunut mieliala ja heikko kehonkuva. Hyvin nuorella diabetespotilaalla diabulimiaan tai syömishäiriöön vihjaavia merkkejä ovat myös tavalliset diabeteskomplikaatiot kuten hypo- tai hyperglykemia ja ketoasidoosi. (Ruth-Sahd, Schneider & Haagen 2009, 152.)

Ortoreksian merkkejä voivat olla tilanteiden välttely joihin oma ruokailu on vaikea sovittaa; huomattava rahan ja ajan käyttö ruoka-aineiden hankkimiseen ja valintaan; toisin syövien tuomitseminen; kieltäytyminen muiden valmistamien ruokien syömiseen ja keskittyminen ainoastaan ruuan terveellisyteen. Ortoreksian tunnistamiseksi on useissa maissa käytetty Orto-15 kyselylomaketta. Suomessa Orto-15-lomaketta ei kuitenkaan käytetä, eikä sitä ole validoitu. Tutkimusnäyttö Orto-15-lomakkeen validiteetista onkin ristiriitaista. Vaikuttaa siltä, että kysely kykenee erottamaan vastaajista ne, jotka ottavat terveellisen ruokavalion noudattamisen vakavasti, muttei sitä milloin käyttäytyminen on epätervettä tai pakonomaista. Kysely antaa myös hälyttävän paljon positiivisia tuloksia. (Donini ym. 2005, e28; Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta 2017, 185; McGregor 2017, 11, 40–41; Lehtonen 2018, 4.)

Oksentamisen pelon (SPOV) tunnistamiseksi on olemassa SPOVI (specific phobia of vomiting inventory) ja FOV (fear of vomiting questionnaire) -lomakkeet (Veale & Lambrou 2006; Veale ym. 2013). Lihasdysmorfian voi tunnistaa MDDI-kyselyllä (muscle dysmorphia disorder inventory) (Hildebrandt ym. 2004). Yösyömisoireyhtymän tunnistamiseksi on kehitetty NEQ-kysely (night eating questionnaire) (Allison ym. 2008). Tiettävästi yhtäkään näistä kyselyistä ei ole validoitu käytettäväksi Suomessa.

3.3 Hoitotyö

Hoitotyö on hoitotieteeseen perustuvaa ammattimaista toimintaa, jolla pyritään hoitamaan yksilöitä ja yhteisöjä; auttamaan, ohjaamaan ja tukemaan heitä terveyden edistämässä, sekä selviytymään omassa elämässään omiin kykyihinsä ja voimavaroihinsa pohjautuen erilaisten sairauksien aiheuttamien rajoitteiden kanssa. Käsite hoitotyö on kehittynyt kuvaamaan hoitajien tekemää työtä. Ammattimaista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat, lähihoitajat, terveydenhoitajat ja kättilöt. Hoitotyöllä on myös luonnollinen ulottuvuutensa, sillä hoitaminen on luonnollinen osa ihmisten kanssakäymisessä kaikissa kulttuureissa. Tähän perustuu myös ammattimainen hoitotyö. Käytännössä hoitotyö on hoitamista ja huolenpitoa. (Haho 2006, 23–25; Rautava-Nurmi ym. 2015, 14–16; Terveyskirjasto, 2016.)

Hoitotyön taustalla toimivia periaatteita ovat kunnioitus, yksilöllisyys, omatoimisuus, itsemääräämisoikeus, turvallisuus, terveyskeskeisyys ja jatkuvuus. Lisäksi hoitotyötä ohjaa lainsäädäntö. Myös sairaanhoitajien eettinen ohjeistus ohjaa hoitotyöntekijän toimintaa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 21.)

Hoitotyötä tehdään tyypillisesti terveystalveissa. Terveystalveihin kuuluvat kunnalliset terveystalvet, opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, neuvolat, kotisairaanhoito ja terveystalvet; erikoissairaanhuolto, sairaalat, päivystys ja ensihoito, sekä yksityiset terveystalvet (Sosiaali- ja terveystalve ministeriö, n.d).

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ohjeistetaan, opastetaan ja järjeistetään käytännön toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena on olla työelämälähtöinen ja ammatillista kasvua tukeva. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on usein kirjallinen. Tuotos itsessään ei kuitenkaan riitä opinnäytetyöksi, Opinnäytetyön tekemisen tarkoituksena on kehittää tekojoidensa tietoja ja taitoja, sekä osoittaa niiden kypsyys. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 17, 41–42, 65.)

Hyvä aihe opinnäytetyölle nousee yleensä koulutusohjelman sisällöistä ja aiheen avulla saadaan yhteyksiä työelämään. Aiheanalyysin avulla voi pohtia omia mielenkiinnon kohteitaan. Aiheanalyysissä rajataan myös opinnäytteen kohderyhmä ja sen rajaus. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on suositeltavaa olla toimeksiantaja. Näin voi päästä esittämään omaa osaamistaan vaikkapa potentiaaliselle työnantajalle. Toimeksianto edistää vastuunottoa opinnäytetyöstä ja opettaa projektinhallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17, 23, 38.)

Jotta opinnäytetyön idea ja tavoitteet olisivat mahdollisimman kirkkaita tekijöilleen alusta asti, kannattaa tehdä toimintasuunnitelma. Tällä vastataan siihen mitä, miten ja miksi opinnäytetyö tehdään. Toiminnallisen opinnäytetyön teoreettiseksi lähtökohdaksi voi riittää jokin alan käsite sekä sen määrittely. Hyvä tietoperusta toimii apuvälineenä työn tekemisessä. Tiedonhankinnassa välttämätöntä on lähdekriittisyys. Tärkeitä arviointikriteereitä ovat on lähteen auktoriteetti, tunnettuus, lähteen ikä, laatu ja uskottavuuden aste. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26, 43, 72.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan käyttää myös tutkimuksellisia menetelmiä. Näitä käytetään kuitenkin väljemmin kuin puhtaissa tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Jos tutkimuksellisia menetelmiä kuten määrällistä- tai laadullista menetelmää, tai molempia päädytään käyttämään, kannattaa suhteuttaa niiden vaatimukset oman osaamiseen, käytettävissä olevaan aikaan, sekä taloudellisiin resursseihin. Saadun tiedon laatu

varmistetaan toiminnallisessa lähestymistavassa tutkimusmenetelmien perustason mukaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–57.)

Toiminnallisen opinnäytetyön projekti ja siihen johtanut työskentelyprosessi kuvataan raportissa. Raportista on käytävä ilmi aiheen ja tuotoksen valikoituminen, kysymyksiin vastaaminen, että tapa, jolla vastauksia on etsitty. Myös tehtävät, tavoitteet ja perustelut eri valinnoille tulee esittää. Raportti ei ole lopulta toiminnallisen opinnäytetyön tärkein anti, olennaisempaa on itse tuotos. Raportilla kuitenkin osoitetaan oma tietämys ja oppineisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 81–84.)

Tätä opinnäytetyötä ryhdyttiin tekemään parityönä työelämäyhteyden kanssa, jonka kanssa parityön toinen osapuoli oli tehnyt yhteistyötä jo aiemmin. Työelämäyhteys Syli ry ilmaisi tarpeen epätyypillisen syömishäiriön tunnettuuteen ja tunnistamiseen liittyvistä haasteista. Opinnäytetyöllä oli siis todellinen tarve. Tarpeeseen oli luonnollista vastata toiminnallisella tuotoksella varsinkin tuotoksen yleisen hyödynnettävyyden kannalta. Olosuhteiden muuttuessa parityön keskeytymisen johdosta tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet tarkentuivat alkuperäisestä. Toiminnallisuus kuitenkin säilytettiin, sillä tehty pohjatyö osoitti todellisen tarpeen hoitohenkilökunnan valmiuksissa tunnistaa epätyypillinen syömishäiriö. Oli siis loogista suunnata helposti omaksuttava tuotos hoitotyöhän opiskeleville.

4.2 Luento opetusmenetelmänä

Luento on hyvä menetelmä laajentaa sille osallistuvien tietopohjaa. Luennon ei tulisi olla yhdensuuntainen tiedonjakamismenetelmä, vaan osallistujia tulisi myös aktivoida pohtimaan välitettyä tietoa. Osallistujia voidaan aktivoida tavoitteellisuudella, motivaatiolla/mielekkyydellä, kokonaisuuksien hahmottamisella, loogisella etenemisellä, ilmapiirillä sekä vuorovaikutuksella ja palautteella. (Mykrä & Hätönen 2008, 27–29.)

Tavoite luodaan jo luennon alussa. Tämän kautta osallistujille muodostuu kuva siitä, mitä luennolla tullaan oppimaan. Hyvä tavoite on osallistujille käytännönläheinen, mielekäs ja tarpeellinen. Mielekkyyttä ja motivaatiota lisää

etenkin se, että luennoitsija kartoittaa osallistujien taustaa ja osaamista jo etukäteen. Motivaatiota voidaan herätellä luennon aikana pyytämällä osallistujia kertomaan omia kokemuksiaan aiheeseen liittyen. (Mykrä & Hätönen 2008, 27.)

Koska ihminen omaksuu parhaiten kokonaisuuksia, kannattaa luennon alussa esitellä esimerkiksi aihetta koskeva käsitekartta, kaavio tai kuva. Näihin kokonaisuuksiin on helppoa jäsentää luennon aikana esiin nousevia yksityiskohtia. Kokonaisuudet voi käsitellä luontevasti jo luennon alussa tavoitteita asettaessa. (Mykrä & Hätönen 2008, 19, 27.)

Looginen eteneminen voi perustua edellä kuvattuun kokonaisuuksien hahmottamiseen. Vaihtoehtoisesti voidaan myös edetä tärkeysjärjestyksessä, yleisestä yksityiskohtiin tai päinvastoin, että kronologisesti edeten. (Mykrä & Hätönen 2008, 27, 28.)

Oppimisilmapiiriin tulisi kiinnittää riittävästi huomiota: tavoitteena on rento ja avoin ilmapiiri, jossa oppiminen on helpompaa. Luennoitsijan kannattaakin suhtautua hyväksyvästi erilaisiin mielipiteisiin ja kannanottoihin, sekä arvostaa osallistujien osaamista ja kokemusta. Turvallinen ilmapiiri lisää osallistujien uskallusta esittää kysymyksiä. (Mykrä & Hätönen 2008, 28.)

Uusi tieto jäsentyy oppijoiden mielissä yksilöllisesti suhteessa aikaisempiin kokemuksiin, osaamisen ja mielenkiinnon mukaan. Oma oppimista voi täydentää reflektiolla toisten oppijoiden kanssa. Luennoitsijan ja osallistujien, että osallistujien toistensa välillä tulisi olla riittävästi vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa saa palautetta omasta oppimisestaan. Tätä voidaan edistää esimerkiksi kysymyksiin, keskusteleihin osuuksiin ja paripohdintoihin. Palaute osallistujilta luennoitsijalle on tärkeää. Sitä tulisikin kerätä koko luennon ajan. Luennon lopussa voi jo olla liian myöhäistä. Pidemmässä koulutuksessa palautetta voidaan pyytää esimerkiksi ennen taukoja kokonaisuuksien välillä. (Mykrä & Hätönen 2008, 28–29.)

4.3 PowerPoint luentomateriaalina

Vaikka PowerPoint ei ole ainoa esitysgraafinen ohjelma, on se vakiintunut yleiseen käyttöön. Usein tunnistettu ongelma PowerPoint-esityksissä on niiden pitkäväteisyys. Ohjelman käytön omaksuu helposti käyttämällä ”nappulatekniikkaa”, eli listaamalla ranskalaisin viivoin asioita otsikoiden alle. Näin esityksestä tulee helposti puuduttava. Usein esityksissä on myös liikaa tietoa yhtä diaa kohti. Puhutun sisällön omaksumista haittaa runsas tekstiä sisältävä luentomateriaali: tekstiä lukeva osallistuja keskittyy tekstiin, eikä puhujaan. Samalla myös puhuja keskittyy tekstiin, ja vuorostaan osallistuja jää ilman huomiota. Kuvallinen esitystapa onkin luonteva ja tehokas tapa oppia uutta tietoa. Tämä vaatii kuitenkin aikaa vievää lisätyötä, jolloin päädytään usein takaisin asioiden listaamiseen ja tekstipainotteisuuteen. Luettelointikielto ei kuitenkaan ole ehdoton, vaan se voi olla myös perusteltua. Luetteloa tulisi edeltää johtolause ja diassa tällainen voi olla otsikko. Otsikon jälkeen jokaisella kohdalla on oma rivinsä. Yksittäisen kohdan on liityttävä otsikkoon rinnasteisesti ja luettelossa tulee välttää vajaita lauseita sekä yksittäisiä sanoja. Jos näin kuitenkin tehdään, on pitäydyttävä tyyliässä johdonmukaisesti. Verbien luokkia, aikamuotoja ja luettelomerkintöjä on myös käytettävä yhdenmukaisesti. (Lammi 2009, 15–20, 99–100.)

Ennen kuin esitysgraafiseen ohjelmaan edes kosketaan, on valmisteltava esitys. Valmistelun vaiheisiin kuuluvat vastaaminen kysymyksiin kenelle, mitä ja miten esitys tehdään. Näin valitaan sopiva puhetapa ja esitetään sopiva tieto yleisön ymmärtämällä tavalla. Kenelle-vaiheessa selvitetään tilaisuuden luonne sekä hankitaan tietoa yleisöstä. Kun yleisö on tiedossa, on helpompi päätellä millainen olisi mielekkäin esitys. Mitä-vaiheessa etsitään tietoa ja materiaali esitystä varten, sekä karsitaan sitä: on keskityttävä yleisön ja asian kannalta olennaiseen. Miten-vaiheessa ideoidaan ja luonnostellaan esitys. Esityksen luonnosteluvaiheen voi toteuttaa esimerkiksi PostIt-liimalappusin. Yhdelle lapulle laitetaan yksi asia. Lapun pieni koko helpottaa pysymistä sopivassa informaatiomäärässä. Jos lappu ei riitä, on idea liian monimutkainen. Luonnosten pohjalta luodaan lopulliset diat. Usein ajatellaan, että hyvä esitys muodostaa hyvän tarinan. Kaikki esitykset eivät kuitenkaan sovellu tarinarakenteeseen. Lopuksi esitystä harjoitellaan ja se viimeistellään. Vastoin yleistä luuloa, esitysgrafiikka ei tee esiintymisestä yhtään helpompaa. (Lammi 2009, 26–29, 36.)

Esityksessä käytettävässä värimaailmassa tulisi huomioida yleisö, esiintyjän edustama taho ja esityksen sisältö. Väreillä korostetaan, luokitellaan ja ryhmitellään. Värien määrää kannattaa rajoittaa. Yhteen diaesitykseen suositellaan käytettävän 3–5 väriä. Samasta väristä voidaan käyttää eri kirkkausasteita. Korostusefektin johdosta voimakkaita värejä ei kannata käyttää suurina pintoina. Voimakas yleisväri jättää kaiken muun varjoonsa. Koroste- ja tehostevärejä tulee käyttää johdonmukaisesti. (Lammi 2009, 66–67, 69.)

Esityksen tekstityypin tärkein ominaisuus on luettavuus. Esitysgrafiikkaan voi sopia parhaiten groteskityylin fontti. Yhdessä esityksessä riittää kaksi fonttia. Fontin keskikoon tulisi olla 24–30 pt. Kuvateksteissä ja huomautuksissa ehdoton alaraja on 18–20 pt. Tekstin korostuksista lihavointi ja väri soveltuu parhaiten esitysgrafiikkaan. Kursivointia tulee käyttää harkiten. (Lammi 2009, 87, 93.)

Hyvällä kuvalla edistetään tiedon omaksumista. Kuvalla myös tavoitetaan yleisö paremmin tunnetasolla. Kuvien tulee kuitenkin tukea esityksen aihetta ja soveltua tilanteeseen, jossa niitä käytetään. Graafisissa esityksissä havainnollistetaan usein numerotietoa. Näitä voi kuvata erilaisilla taulukoilla ja graafisilla kuvaajilla. Kuvaajan käyttäminen helpottaa vertailua, auttaa hahmottamaan säännönmukaisuuksia ja riippuvuussuhteita. Taulukkoon verrattuna katsoja omaksuu graafisen kuvaajan tiedon nopeammin. Tieto myös säilyy paremmin muistissa. Kaavakuvat ovat hyviä havainnollistaessa elementtien välisiä suhteita, rakenteita prosesseja ja kokonaisuuden jakautumista useisiin osiin. PowerPoint tarjoaa myös useita tehotemahdollisuuksia. Kaksiulotteinen esitys on kuitenkin selkein ja ymmärrettävin, eikä tehosteilla saada juurikaan uutta lisäarvoa. (Lammi 2009, 134, 148, 154, 168–169, 171.)

Ennen esitystä kannattaa tehdä pohjatyötä esitystekniikasta, jotta vältetään tavallisilta aloitusongelmilta. Yleisön asettuessa tilaan kannattaa olla jo esillä aihetta hyvin edustava esittelydiä. Myös lopetukseen tulee kiinnittää huomiota. Hyvä esiintyjä osaa luoda vuorovaikutustilanteen esiintyjän, yleisön ja esityksen sisällön välillä. Esityksen sisällön läpikotainen tuntemus on vuorovaikutuksessa keskeistä. Muistiinpanojen ja diojen sisälukua tulee välttää viimeiseen asti. (Lammi 2009, 241–242, 244, 246.)

4.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyö aloitettiin parityönä toimeksiantajana Syömishäiriöliitto ry. Syli ry oli kiinnostunut helposti lähestyttävästä audiovisuaalisesta tuotoksesta, joka käsittelisi epätyypillistä syömishäiriötä ja sen tunnistamista. Alkuperäisenä tavoitteena olikin epätyypillisestä syömishäiriöstä ja sen tunnistamisesta perusterveydenhuollossa kertova audiovisuaalinen tuotos. Alkuperäisen aikataulun mukaan opinnäytetyön kirjallisen osan olisi tullut olla valmis maliskuussa 2021. Olosuhteiden muuttuessa huhtikuun lopussa 2021 päädyttiin kuitenkin jakamaan aihealue kahdeksi itsenäiseksi opinnäytetyöksi. Samalla tarkentuivat tämän opinnäytetyön aihe, lopullinen aikataulu ja tuotos. Uusi tutkimuslupa itsenäiselle opinnäytetyölle haettiin huhtikuussa 2021. Uudessa aikataulussa raportin ja tuotoksen oli määrä olla valmiina syyskuun lopussa 2021.

Opinnäytetyön idea- ja suunnitteluseminaarit, sekä keskeneräisen kirjallisen osuuden esitysseminaari pidettiin suunnitellusti. Näistä saadun palautteen mukaan olemassa olevaa sisältöä ryhdyttiin muokkaamaan enemmän hoitotyöhön suuntaavaksi, sillä sisällön katsottiin olevan liian lääkäri-, tutkimus-, ja kyselylomakepainotteinen. Tiedonkeruun ensivaihe oli suunnitellusti touko-elokuussa 2020, mutta kevään viivästykset pidensivät sitä syyskuulle 2021 asti, opinnäytetyön näkökulman ja tuotoksen muuttuessa. Tietokannat, joista tutkimuksia löytyi, olivat Andor, Cinahl, Pubmed ja Medic. Avainsanoja olivat muun muassa atypical eating disorder*, eating disorder*, syömishäiriö, ahmintahäiriö, binge eating disorder, eating disorder not otherwise specified, other specified feeding or eating disorder, compensatory eating disorder, purging disorder, night eating disorder, diabulimia, spov, muscle dysmorphic disorder, ICD-11, identif*, recogniz* treatment, hoito, nurs*, public health, perusterveydenhuolto, stigma, obesity ja lihavuus. Parhaiten tutkimuksia löytyi Andorin, Cinahlin ja Pubmedin tietokannoista. Lisäкитеereinä oli englannin tai suomen kieli. Julkaisuvuoden takaraja arvioitiin lähdekohtaisesti, sillä muutama hyvä vanhempi julkaisu aiheesta löytyi jo valikoitujen uusien tutkimusten lähdetiedoista. Lähteissä painotettiin kuitenkin niiden tuoreutta.

Tuotosta eli PowerPoint-luentoa ryhdyttiin tekemään elokuun lopussa 2021. PowerPointin tekeminen auttoi myös muun raportin teoriapohjan

tarkentamisessa, sillä luentomenetelmän ominaisuuslaatu pakottaa tekemään kertomisesta tiivistä. Kriittisyys omaa tekstiä kohtaan siis kasvoi ja ylenmääräisiä rönsyjä karsittiin. Samalla tarkentui epätyypillisyyden teema. Jos jäsentämistä ei olisi tehty, olisi opinnäytetyöhön jäänyt suorastaan virheellistä tietoa. Dioissa painotettiin avainkäsitteitä, joita luennolla avattiin. Sisältöä oli siis enemmän, mitä diat antoivat ymmärtää. PowerPointin valmistelussa huomioitiin erityisesti esityksen kuvallisuus ja tekstinä tarjotun informaatiomäärän rajoittaminen. Sopivien kuvien löytäminen pidensi luentomateriaalin valmisteluaikaa huomattavasti. Pyrkimyksenä oli teoriatietoon pohjautuen keskittyä tärkeimmäksi havaittuihin sisältöihin annetun aikarajan puitteissa, eikä uuvuttaa luennolle osallistujia liian runsaalla tietomäärällä, josta ei välttämättä jäisi paljoakaan mieleen. Tiedon listaamista ei täysin pyritty välttämään, vaan se supistettiin olennaiseksi koettuun ja pyrittiin kytkemään vahvasti otsikkoon aika- ja sijamuotoja myöten. Kuvat olivat rinnasteisia sisältöön ja tällä pyrittiin luomaan miellyttävä oppimiskokemus, joka muun muassa kuvien kautta jäisi paremmin mieleen.

Loppua kohti nousi kriittisyys teoriaosuudessa esiteltyjä uusia syömishäiriödiagnooseja kohtaan. Tuotoksessa häiriöistä esiteltiinkin vain diabulimia, lihasdysmorfia ja ortoreksia, sillä niiden painoarvo arvioitiin yleistietämyksen kannalta suurimmiksi. Diabulimian mukaan lukemista puolsi se, että diabeteshoitaja kohtaa diabulimiaa aineiston perusteella varsin usein. Myös vuodeosastotyössä insuliinihoitoinen diabetes on hyvin yleinen. Lihasdysmorfiaa puolsi epätyypillisyyden teema ja ajan henki: miesten syömishäiriöt ja esteettisiin lajeihin liittyvä syömishäiriö on hyvin ajankohtaista. Ortoreksian esittelyä puolsi myös ajankohtaisuus ja epätyypillisyyden teema. Erilaiset terveydellisistä ja eettisistä syistä poikkeavat ruokavaliot ovat yleistyneet ja on varsin tavallista olla esimerkiksi vegaani, välttää gluteenia ja pohtia ruokansa eettisyyttä. Ortoreksia on myös jo melko tunnettu, ja oli hyvä muistuttaa, ettei se kuitenkaan ole virallisesti tunnustettu syömishäiriö, vaan todennäköisemmin epätyypilliseen laihuushäiriöön liittyvää oireilua. Pois luetuista häiriöistä kompensatorista syömishäiriötä, CED:tä ei luettu mukaan koska tutkimus vaikutti aineistojen perusteella loppuvan sen osalta vuoteen 2014, eikä se ilmennyt tiedonhauissa kuin muutaman kerran. Myös oksentamisen pelko, SPOV jätettiin pois, koska sen

painoarvo muiden sisältöjen joukossa arvioitiin tutkimuksiin perustuen vähäisemmäksi.

Tuotoksen lopullinen kohderyhmä varmistui elokuussa 2021. Tuotoksena ollut luento pidettiin 22.9.2021 Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutusohjelman sisätauti-kirurgisen suuntautumisvaihtoehdon viimeisen vuoden opiskelijoille. Aikarajaksi oli asetettu 45 minuuttia. Koska suuntautumisvaihtoehdossa päädytään usein töihin myös muuhun toimenkuvaan kuin vuodeosastoille, voitiin luennon kohdistus pitää jokseenkin laajana muuta terveydenhuollon ympäristöä ajatellen. Yleisöä pyrittiin aktivoimaan mukaan luennon aihealueeseen liittyvin kysymyksiin alusta lähtien rakentamalla ensimmäisiin dioihin kysymys yleisimmästä syömishäiriöstä ja havainnollistus syömishäiriöiden esiintyvyyden muutoksesta, jolla johdateltiin osallistujat pohdiskelemaan muutosten syitä. Myös hoitotyöhön soveltuvasta syömishäiriöseulasta avattiin keskustelu, jonka perusteella pohdittiin mitkä esitellyistä häiriöistä voitaisiin sillä mahdollisesti tunnistaa. Oma esiintymistä helpotti perusteellinen pohjatyö aihealueesta, sekä harjoittelu koyleisölle ennen varsinaista esiintymistä. Luennoitsijan ei juurikaan tarvinnut turvautua muistiinpanoihin. Luennon ilmapiiri oli avoin ja vuorovaikutukseen houkutteleva ja keskustelua syntyikin hyvin. Luennolla läsnä olleilta opettajilta saatiin hyvää palautetta diojen ja informaation sisällöstä ja rakenteesta, sekä esiintymistaidosta.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on antanut 2012 ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä, jonka noudattamiseen myös ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet (TENK 2012; Arene 2020). Tässä opinnäytetyössä on noudatettu opinnäytetyön ja sen tulosten arvioinnissa ja esittämisessä toimintatapojen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta; opinnäytetyössä on käytetty eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä; tuloksia julkistaessa tieto on ollut avointa ja vastuullista; toisten tutkijoiden ja opiskelijoiden työtä on kunnioitettu asianmukaisella tavalla; opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi on toteutunut tieteellisen tiedon vaatimusten mukaan ja tutkimuslupa on asianmukaisesti hankittu.

Opinnäytetyön tekijä on valmistautunut työhön selvittämällä oman esteellisyytensä; perehtynyt opinnäytetyön aiheeseen; punninnut omat resurssit ohjaajan kanssa; perehtynyt tutkimuseettisiin ohjeistuksiin; selvittänyt ohjaajan kanssa tarpeen opinnäytteen eettiseen ennakkoarviointiin ja tutkimuslupaun, ilmoittanut mahdollisen rahoituksen ja muut olennaiset sidonnaisuudet. Lisäksi tekijä on ollut tietoinen siitä, että opinnäytetyö tarkastetaan plagioinnintunnistusjärjestelmässä, ja että opinnäytetyö on julkinen asiakirja.

Opinnäytetyön toiminnallinen tuotos perustuu avainkäsitteiden mukaan luotettavista hoitotieteellisistä tietokannoista suoritettujen tiedonhakujen kautta löytyneisiin, mahdollisimman tuoreisiin ja näytön asteeltaan korkeisiin tutkimuksiin, sekä muihin luotettaviksi arvioituihin lähteisiin, kuten oppikirjoihin ja syömishäiriöiden Käypä hoito -suositukseen. Teosten lähteisiin viittaamisessa on noudatettu erityistä huolellisuutta. Laajaa kokonaiskuvaa varten tutustuttiin tunnettujen asiantuntijatahojen, kuten syömishäiriöliiton ja syömishäiriökeskuksen, julkaisuihin. Lähteinä käytettiin myös hoitosuosituksia Suomesta ja Yhdistyneistä kuningaskunnista. Pääosa käytetyistä materiaalista on vertaisarvioituja englanninkielisiä tieteellisiä artikkeleja, ja muita tieteellisiä julkaisuja kuten väitöskirjoja, osa niinkin tuoreita kuin vuodelta 2020 ja 2021. Julkaisujen johtopäätökset olivat hyvin yhdenmukaisia. Opinnäytetyöhän käytetty

tutkimustieto ei siis ole merkittävästi ristiriidassa keskenään, mikä osaltaan lisää lähteiden tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyöntekijällä ei ole ollut ulkopuolista rahoitusta eikä sidonnaisuuksia muihin opinnäytetyöhön liittyviin tahoihin. Opinnäytetyö ei ole vaatinut eettistä ennakoarviointia, eikä siihen liity aineistoja, jotka vaatisivat tietosuojaa.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessä havaittiin sama ongelma kuin epätyypillisten syömishäiriöiden tutkimuksessa: syömishäiriöstä kertovat oireet voivat olla samoja eri syömishäiriöiden välillä: vain oireiden vakavuus, määrä ja oireiden muodostelmat vaihtelevat. Taudinkuva on monimuotoinen. Epätyypillisen syömishäiriön oiretta ei sinällään ole olemassa: syömishäiriöoireet ovat samoja niin taudin ”tyypillisessä”, kuin epätyypillisessä muodossa. Epätyypillinen syömishäiriödiagnosi häviääkin, kun tutkimus vakiinnuttaa epätyypillisyyden ”tyypilliseksi”. Näin on käynyt esimerkiksi ahmintahäiriön siirtyessä epätyypillisistä syömishäiriöistä omaksi etiologialtaan erilliseksi diagnoosiksi laihuushäiriön ja ahmimishäiriön rinnalle. Tautiluokituksessa epätyypillisuus onkin kategoria häiriölle, joka ei sovellu olemassa olevaan, vakiintuneeseen taudinkuvaan: epätyypilliset syömishäiriöt sijoittuvat raja-alueelle, jossa tautien etiologia on vasta muodostumassa. Menettelyllä pyritään saamaan hoidon piiriin kaikki ne, joille syömishäiriöoireilu aiheuttaa merkittävää haittaa. Edelleen itse häiriötä sairastava voi kuitenkin jäädä ilman diagnoosilokeroa ja hoitoa, kun oirekuva ei sovellu olemassa oleviin määritelmiin. Löydetyt tiedon pohjalta tässä opinnäytetyössä onkin päädytty siihen johtopäätökseen, että käsitellessä syömishäiriöoireita hoitotyön piirissä, olisi parasta keskittyä ”pelkkään” syömishäiriöoireiluun, ei niinkään sen epätyypillisyyteen tai tyypillisyyteen. Samankaltaiseen johtopäätökseen on päätenyt myös työryhmä, joka suositti epätyypillisten syömishäiriöiden kategorian poistamista käytöstä uudessa ICD-11-diagnostiikassa.

Syömishäiriöiden diagnostiikka kehittyy jatkuvasti. Tästä huolimatta syömishäiriöitä ei ole tutkittu riittävän kattavasti hoidontarpeeseen nähden. Tutkimuksessa ollaan kuitenkin matkalla parempaan suuntaan. Syömishäiriöiden diagnostiikkaan vaikuttaa suuresti myös DSM- ja ICD-tautiluokitusten toisistaan

poikkeavat trendit uusien diagnoosien luomisessa: DSM-luokituksessa pyritään ennemmin harvempiin, yleisiin ja kattaviin diagnooseihin, kun ICD-luokituksessa suunta on jatkuvasti tarkempiin ja edelleen haaroittuviin uusiin alaluokituksiin. Epätyypillisten syömishäiriöiden saralla ICD on kuitenkin päätenyt uudessa versiossaan DSM-tautiluokituksen lähestymistapaan.

Epätyypillisten syömishäiriöiden tunnistamiseksi on kehitetty lukuisia kyselyitä ja lomakkeita, joita esitellään myös tässä opinnäytetyössä. Suurinta osaa näistä ei ole kuitenkaan validoitu käytettäväksi Suomessa, saati käännetty suomeksi. Usein tähän voi vaikuttaa sen, että kyselyt perustuvat DSM-V-diagnostiikkaan, joka ei ole käytössä Suomessa. Validaation puutteeseen vaikuttaa myös epätyypillisten syömishäiriöiden tutkimuksen näytön vaihteleva vahvuus ja tieteellisen yhteisön konsensus. Esimerkiksi ortoreksia ei ole yleisesti tunnustettu syömishäiriö, mutta sen tunnistamiseen käytetään monissa maissa oireita kartoittavaa Orto-15-lomaketta. Lomake antaa hälyttävän paljon positiivisia tuloksia, eikä sitä ole validoitu Suomessa. Syömishäiriöiden tunnistamiseen ei tulisi kuitenkaan käyttää yksinomaan kyselylomakkeita, vaan tilanteessa tulisi myös keskustella luontevasti. Voidaan kuitenkin toivoa, että kyselylomakkeita otetaan käyttöön myös Suomessa. Tästäkin huolimatta tähän opinnäytetyöhön löydettiin muutama validoituja syömishäiriöiden tunnistamiseen käytettäviä kyselyitä ja apuvälineitä, joita myös hoitaja voi käyttää.

Syömishäiriöstä kertovia oireita ja sille altistavia tekijöitä tunnistettiin paljon, jopa siinä määrin että on vaikeaa muodostaa hoitotyössä toimiville helposti omaksuttava esitys, jolla monimuotoinen oireilu voitaisiin vaivattomasti tunnistaa. Oireet ilmenevät ajatteluna, asenteina, tunteina, käyttäytymisenä ja fyysisesti.

Yleisesti hoitotyöntekijän tulisi olla huolissaan, jos painosta, laihduttamisesta ja ruuasta on tullut potilaan ensisijainen huolenaihe. Varsinkin jos henkilö itse tai hänen läheisensä on huolissaan syömisestä ja painosta. Syventävillä kysymyksillä ja mittauksilla voidaan tarkastella, onko henkilöllä muita oireita tai epäilystä vahvistavia merkkejä, kuten kompensaatiokäyttäytymistä, aliravitsemusta ja muita tyyppisempiä oirekuvia. Syömishäiriöt tunnistetaan tavallisesti liian myöhään.

Vakavaa oireilua on jatkuva väsymys, kuumeilu, pyörrytyksen tunne, vatsakivut, ahdistushäiriöt, itsetuhoisuus ja masennus. Näin myös masentuneen ja/tai ahdistuneen vaikutelman antavan henkilön ensikohtaamisessa kannattaa ottaa esille ravitsemus- ja syömistottumukset, sillä syömishäiriössä on merkittävä masennuksen ja eri ahdistuneisuushäiriöiden oheissairastavuus.

LÄHTEET

Allison, K., Lundgren, J., O'Reardon, J., Martino, N., Sarwer, D., Wadden, T., Crosby, R., Engel, S. & Stunkard, A. 2008. The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors* 8 (1), 62–72.

Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Päivitetty 9.1.2020. Luettu 16.9.2021. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/Arenen%20ONT%20eettiset%20ohjeet%20esitysmateriaali%202020.pdf?t=1578486373>

Bryant, E., Miskovic-Wheatly, J., Touyz, S., Crosby, R., Koreshe, E., Cao, L. & Maguire, S. 2020. Transitioning to digital first line intervention – validation of a brief online for early identification of a suspected eating disorder: study protocol. *Journal of eating Disorders* 8, 60, 1–8.

Candler, T., Murphy, R., Pigott, A. & Gregory, JW. 2018. Fifteen-minute consultation: Diabulimia and disordered eating in childhood diabetes. *Archives of Disease in Children Education and Practice Edition* 103 (3), 118–123.

Charpentier, P. 2015. Lihavuuteen liittyvät syömisongelmat ja syömishäiriöt. Teoksessa *Lihavuus*. Toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Päivitetty n.d. Luettu 16.1.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92220>,

Claudino, A., Pike, K., Hay, P., Keeley, J., Evans, S., Rebello, T., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Matsumoto, C., Herscovici, C., Mellor-Marsá, B., Stona, A-C., Kogan, C., Andrews, H., Monteleone, M., Pilon, D., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S. & Reed, G. The classification of feeding and eating disorders in ICD-11. Result of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC medicine* 17 (1), 1–7.

Crow, S., Swanson, S., Peterson, C., Crosby, R., Wonderlich, S. & Mitchell, J. 2011. Latent structure analysis of latent eating disorder diagnoses: Critical review of results and methodological issues. Teoksessa *Developing an Evidence-Based Classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-V*. Toim. Striegel-Moore, R., Walsh, B. & Mitchell, J. Washington: D.C.: American Psychiatric Association

Davis, H., Holland, L. & Keel, P. A Preliminary Examination of a Nonpurging Compensatory Eating Disorder. 2014. *International Journal of Eating Disorders* 47 (3), 239–243.

Dell'Osso L., Abelli M., Carpita B., Massimetti G., Pini S. & Rivetti L. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. 2016. *Rivista di psichiatria* 51 (5), 190–196.

Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. & Cannella, C. 2005. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders* 10 (2), e28–e32.

Dunn, T., Gibbs, J., Whitney, N. & Starosta, A. 2017. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders* 22 (1), 185–192.

Fairburn, C., Doll, H., Welch, S., Hay, P., Davies, B. & O'Connor, M. 1998. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry* 55 (5), 425–432.

Fairburn, C. & Walsh, T. 2002. Atypical Eating Disorders (eating disorders not otherwise specified). *Teoksessa Eating Disorders and Obesity – a Comprehensive Handbook*. Toim. Fairburn, C. & Brownell, K. 2. painos. New York: The Guilford Press.

Funari, M. 2013. Detecting Symptoms, Early Intervention, and Preventive Education. *NASN school nurse* 28 (3), 162–166.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavalacci, M. 2019. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition* 109 (5), 1402–1413.

Graham, A.; Torckel, M., Weisman, H., Fitzsimmons-Craft, E., Balantekin, K., Wilfley, D. & Taylor, C. 2019. A screening tool for detecting eating disorder risk and diagnostic symptoms among college-age women. *Journal of American College Health* 67 (4), 357–366.

Haedt, A. & Keel, P. 2010. Comparing definitions of purging disorder on point prevalence and associations with external validators. *International Journal of Eating Disorders* 43 (5), 433–439.

Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus: hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulun lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 898. Väitöskirja.

Hildebrandt, T., Langenbacher, J. & Schlundt, D. 2004. Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image* 1 (2), 169–181.

Huttunen, M. 2018. Terveyskirjasto. Julkaistu 30.11.2018. Luettu 5.2.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352

Jordan, J., McIntosh, V., Carter, J., Rowe, S., Taylor, K., Frampton, C., MacKenzie, J., Latner, J. & Joyce, P. 2014. Bulimia Nervosa -Nonpurging Subtype: Closer to the Bulimia Nervosa-Purging Subtype or to Binge Eating Disorder? *The International Journal of Eating Disorders* 47 (3), 231–238.

Keel, P., Holm-Denoma, J., Crosby, R., Haed-Matt, A., Gravener, J. & Joiner, T. 2011. Latent structure of bulimic syndromes: An empirical approach utilizing la-

tent profile analysis and taxonomic analyses. Teoksessa *Developing an Evidence-Based Classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-V*. Toim. Striegel-Moore, R., Walsh, B. & Mitchell, J. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Keshen, A. & Ivanova, I. 2013. Reduction of bulimia nervosa symptoms after psychostimulant initiation in patients with comorbid ADHD: five case reports. *Eating Disorders* 21 (4), 360–369.

Kynsilehto, T., Kääriäinen, M. & Ruotsalainen, H. 2018. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Hoitotiede* 30 (1), 53–66.

Lammi, O. 2009. *Vaikuta visuaalisesti: Laadi selkeä esitys*. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro oy.

Locke, J. 2019. *Pocket Guide for the Assessment and Treatment of Eating Disorders*. 1. painos. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Lehtonen, A. 2018. Voiko terveellinen syöminen muuttua sairaudeksi? Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen laitos. Tutkielma. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/278366/AlexandraLehtonen_Tutkielma_2018.pdf

McGregor, R. 2017. *Orthorexia: When Healthy Eating Goes Bad*. 1. Painos. London: Nourishbooks.com.

Meskanen, K. 2018. Lääkärikirja Duodecim. Ahmintahäiriö (BED). Julkaistu 8.5.2018. Luettu 17.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819&p_haku=bed

Murray, S. & Anderson, L. 2015. Deconstructing “Atypical” Eating Disorders: an Overview of Emerging Eating Disorder Phenotypes”. *Current Psychiatry Report* 86 (17), 1–7.

Murray, S., Rieger, E., Karlov, L. & Touyz, S. 2013. An Investigation of the Transdiagnostic Model of Eating Disorders in the Context of Muscle Dysmorphia. *European Eating Disorders Review* 21 (2), 160–164.

Murray, S., Rieger, E., Touyz, S. & De la Garza Garcia, Y. 2010. Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum. Where Does It Belong? A Review Paper. *International Journal of Eating Disorders* 43 (6), 483–491.

Mustelin, L., Lehtokari, V-L. & Keski-Rahkonen, A. 2016. Other specified and unspecified feeding or eating disorders among women in the community. *International Journal of Eating Disorders* 49 (11), 1010–1017.

Mustelin, L., Latvala, A., Raevuori, A., Rose, R.J., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. 2016. Risky drinking behaviors among women with eating disorders-A longitudinal community-based study. *International Journal of Eating Disorders* 49 (6), 563–571.

Mykyrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. 1. painos. Helsinki: Educa-instituutti.

National Eating Disorders Association. Other Specified Feeding or Eating Disorder. n.d. Luettu 1.2.2021. <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/osfed>

National institute for health and care excellence (NICE) guideline [NG69] Eating disorders: recognition and treatment. 2017. Julkaistu 23.5.2017. Päivitetty 16.12.2020. Luettu 26.4.2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>

Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Mellin, A., Ackard, D., Utter, J., Story, M. & Sockalosky, J. 2002. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 25 (8), 1289–1296.

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz van Elst, L. & Zeeck A. 2019. Systematic Review: Overlap Between Eating, Autism Spectrum, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Frontiers of Psychiatry* 10 (1), 1–14.

Nurkkala, M., Keränen, AM., Koivumaa-Honkanen, H. Ikäheimo, T., Ahola, R., Pyky, R., Mäntysaari, M. & Korpelainen, R. 2016. Disordered eating behavior, health and motives to exercise in young men: cross-sectional population based MOPO study. *BMC Public Health* 16 (1), 1–8.

Nurkkala, M. 2021. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen, paino ja fyysinen aktiivisuus: nuoret miehet ja ylipainoiset työkäiset. Oulun lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1592. Väitöskirja.

Pritts S. & Susman J. 2003. Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician* 67 (2), 297–304.

Raevuori, A., Haukka, J., Vaarala, O., Suvisaari, J., Gissler, M., Grainger, M., Linna, M. & Suokas, J. 2014. The increased risk for autoimmune diseases in patients with eating disorders. *Plos One* 9 (8), 1–11.

Reas, D. 2017. Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients* 9 (11), 1–17.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Toim. Hanste, S. & Meriläinen, K. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rosten, A. & Newton, T. 2017. The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *British Dental Journal* 223 (7), 533-539.

Rowe, E. 2017. Early detection of eating disorders in general practice. *Australian Family Physician* 46 (11), 833–838.

Ruth-Sahd, L., Schneider, M. & Haagen, B. 2009. Diabulimia – What It Is and How to Recognize It in Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing* 28 (4), 147–153.

Scott, R. 2020. What is Diabulimia? *Nursing* 50 (4), 11.

Segura-Garcia, C., Ramaciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. & De Fazio, P. 2015. The prevalence of orthorexia among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders* 20 (2), 161–166.

Silén, Y., Raevuori, A., Jüriloo, E., Tainio, V-M., Marttunen, M. & Keski-Rahkonen, A. 2015. Typical Versus Atypical Anorexia Nervosa Among Adolescents: Clinical Characteristics and Implications for ICD-11. *European Eating Disorders Review* 23 (5), 345–351.

Silén, Y., Sipilä, P.N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. 2020. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *International Journal of Eating Disorders* 53 (5), 520–531.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu n.d. Luettu 27.8.2021. <https://stm.fi/terveyspalvelut>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2011. Epätyypilliset syömishäiriöt. Teoksessa *Psykiatria. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T.* 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti*. Julkaistu 12.6.2015. Luettu 27.4.2021. Vaatii tunnistautumisen. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioiden-varhainen-tunnistaminen-perusterveydenhuollossa/>

Steadman, K. & Knouse, L. 2016. Is the Relationship Between ADHD Symptoms and Binge Eating Mediated by Impulsivity? *Journal of Attention Disorders* 20 (11), 907–912.

Syömishäiriökeskus. 2017. Epätyypillinen syömishäiriö. Julkaistu 1.2.2017. Luettu 19.5.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/epatyypillinen-syomishairio-ednos>

Syömishäiriökeskus. 2017. Muut syömisongelmat. Julkaistu 1.2.2017. Luettu 19.5.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/muut-syomisongelmat/>

Syömishäiriöliitto. 2019. Syömishäiriödiagnoosit osa 4: epätyypillinen syömishäiriö. Julkaistu 2.9.2019. Luettu 27.8.2020. <https://syomishairioliitto.fi/blogi/syomishairiodiagnoosit-osa-4-epatyypillinen-syomishairio>

Syömishäiriöliitto. 2020. Diagnoosina syömishäiriö. Julkaistu 27.1.2021. Luettu 30.8.2021. <https://syomishairioliitto.fi/blogi/diagnoosina-syomishairio>

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 19.5.2020. www.käypähoito.fi

Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto, perusterveydenhuolto. Julkaistu n.d. Luettu 12.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02591&p_teos=ltt

Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto, hoitotyö. Julkaistu 18.10.2016. Luettu 26.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01168>

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Julkaistu 14.11.2012. Luettu 26.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vandereycken, W. 2011. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders* 19 (2), 145–55.

Veale, D., Costa, A. Murphy, P. & Ellison, N. 2012. Abnormal Eating Behaviour in People with a Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia). *European Eating Disorders Review* 20 (5), 414-418.

Veale, D., Ellison, N., Boschen, M., Costa, A., Whelan, C., Muccio, M. & Henry, K. 2013. Development of an Inventory to measure Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia). *Cognitive Therapy and Research* 37 (3), 595–604.

Veale, D. & Lambrou, C. 2006. The Psychology of Vomit Phobia. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 43 (2), 139–150.

West, C., Goldschmidt, A., Mason, S. & Neumark-Sztainer, D. 2019. Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: Findings from Project EAT. *International Journal of Eating Disorders* 52 (6), 659-668.

Yeo, M. & Hughes, E. 2011. Eating Disorder Early identification in clinical practice. *Australian Family Physician* 40 (3), 108–111.

LIITTEET

Liite 1.

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

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

Tulkinta: 2 kyllä-vastausta edellä oleviin 5 kysymykseen herättää epäilyn syömishäiriöstä

Liite 2.

Ahmintahäiriön, BED vaihtoehtoinen selvittäminen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

"Kuinka usein keskimäärin olet syönyt yhdellä kertaa erittäin suuren määrän ruokaa ja kokenut, ettei syömisesi ole ollut sinä aikana kontrollissasi?"

Vastausvaihtoehdot: En koskaan, < 1 kertaa/vko, 1 kertaa/vko, 2–4 kertaa/vko, 5+ kertaa/viikko

Tulkinta: Mikäli vastaus on 2 kertaa tai useammin/viikko, ahminta voi vaikeuttaa painonhallintaa, ja siihen tulisi kiinnittää huomiota, kuten ahmintahäiriöön.