

Anni Alonen & Heli Jawhar Majed

**SYÖMISHÄIRIÖN TUNNISTAMISEN
HAASTEITA KOULUTERVEYDEN-
HUOLLOSSA -
Terveystenhoitajien kokemuksia**

Opinnäytetyö

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattikorkeakoulututkinto

Terveystenhoitaja

2022



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Terveydenhoitajakoulutus
Tekijä/Tekijät	Anni Alonen & Heli Jawhar Majed
Työn nimi	Syömishäiriön tunnistamisen haasteita kouluterveydenhuollossa – Terveydenhoitajien kokemuksia
Toimeksiantaja	Päijät-Sote
Vuosi	2022
Sivut	51 sivua, liitteitä 6 sivua
Työn ohjaajat	Liisa Korpivaara, Piia Tommola

TIIVISTELMÄ

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveydenhäiriöitä, joiden varhainen tunnistaminen parantaa merkittävästi niiden ennustetta. Syömishäiriöiden tunnistamisen terveydenhuollossa tiedetään olevan puutteellista. Syömishäiriöitä esiintyy erityisesti nuorilla ja nuorilla aikuisilla, minkä vuoksi kouluterveydenhoitajat ovat avainasemassa syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa ja puheeksiotossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata Päijät-Soten alueen kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemia haasteita syömishäiriöiden tunnistamisessa lahtelaisten yläkoulujen oppilailta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen haasteista kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajatyön kehittämistä varten.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastasi yhteensä 17 Lahden kouluterveydenhuollossa työskentelevää terveydenhoitajaa. Kyselyn vastausprosentti oli 44,7 %. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen tilastollisia menetelmiä.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että Päijät-Soten alueen kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat kokivat syömishäiriöiden tunnistamisen haastavaksi. Terveydenhoitajat olivat epävarmoja sen suhteen, oliko heidän osaamisensa syömishäiriöiden tunnistamiseen riittävää. Syömishäiriön tunnistamisen haasteita aiheuttaviksi tekijöiksi kuvautuivat mahdollinen terveydenhoitajien osaamisen riittämättömyys syömishäiriöiden tunnistamiseen, käytettävissä olevien työkalujen puute, ajallisten resurssien vähyys, puutteelliset puheeksioton valmiudet, epäselvyys jatkohoidon mahdollisuuksista ja jatkohoitoon lähettämisen kriteereistä, epäselvä työnjako eri ammattihenkilöiden kesken sekä puutteelliset mahdollisuudet muiden ammattihenkilöiden konsultointiin. Tutkimuksen tulokset olivat pitkälti linjassa aiheesta tehtyjen aikaisempien tutkimusten kanssa.

Jatkotutkimuksissa olisi perusteltua tarkastella syömishäiriön tunnistamisen haasteita kouluterveydenhuollossa laajemmin. Tutkimusta aiheesta olisi hyvä tehdä valtakunnallisesti. Lisäksi syömishäiriön tunnistamisen haasteita olisi perusteltua tarkastella vielä tarkemmin, jotta niihin voitaisiin puuttua mahdollisimman spesifisti.

Asiasanat: syömishäiriö, varhainen tunnistaminen, kouluterveydenhuolto

Degree	Bachelor of Health Care
Authors	Anni Alonen & Heli Jawhar Majed
Thesis title	Challenges in recognizing eating disorders in school healthcare – experiences from Public Health nurses
Commissioned by	Päijät-Sote
Time	September 2022
Pages	51 pages, 6 pages of appendices
Supervisors	Liisa Korpivaara, Piia Tommola

ABSTRACT

Eating disorders are serious mental disorders the early diagnosis of which significantly improves their prognosis. Recognizing eating disorders in healthcare is defective. Eating disorders appear particularly adolescents and young adults, therefore school nurses are in the key position in eating disorders early diagnosis and of discussion.

The purpose of the thesis was to clarify and describe the challenges school nurses have experienced in recognizing eating disorders in upper comprehensive schools' students in Päijät-Sote. The objective of the thesis was to produce scientific knowledge of the challenges in recognizing eating disorders in school health care in order to develop public health nursing at school health care.

The study was executed by using quantitative research method. The research material was collected by a digital questionnaire which was replied by 17 public health nurses of Lahti school health care. The surveys of response rate was 44,7 %. The research material was analysed by using statistical methods.

The results of the study showed that the school health nurses in Päijät-Sote found it challenging to identify eating disorders. The health nurses were unsure about whether their skills were sufficient to identify eating disorders. Factors causing challenges in identifying eating disorders were described as the possible inadequacy of health nurses' skills in identifying eating disorders, the lack of available tools, the lack of time resources, insufficient readiness to talk, the lack of clarity about the possibilities of follow-up treatment and the criteria for referral to follow-up treatment, unclear division of labor between different professionals and insufficient opportunities for consulting other professionals. The results of the study were largely in line with previous studies on the subject.

In further studies, it would be justified to look more broadly at the challenges of identifying eating disorders in school health care. It would be good to conduct research on the topic nationally. In addition, it would be justified to examine the challenges of identifying an eating disorder in more detail, so that the challenges could be tackled as specifically as possible.

Keywords: eating disorder, early diagnosis, school health care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SYÖMISHÄIRIÖN MÄÄRITELMÄ	7
2.1	Laihuushäiriö (anorexia nervosa).....	8
2.2	Ahmimishäiriö (bulimia nervosa).....	10
2.3	Epätyypilliset syömishäiriöt	12
3	KOULUTERVEYDENHUOLTO	13
3.1	Terveystenhoitajan rooli kouluterveydenhuollossa	14
3.2	Kouluterveydenhuollon rooli syömishäiriön tunnistamisessa	16
3.3	Kouluterveydenhuollon toteutuminen nykypäivänä	17
4	SYÖMISHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN.....	19
4.1	Syömishäiriölle altistavia tekijöitä	19
4.2	Menetelmiä syömishäiriön tunnistamiseen.....	20
4.3	Haasteita syömishäiriön tunnistamisessa	22
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA.....	23
	TUTKIMUSONGELMAT	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
6.1	Tutkimusmenetelmä	24
6.2	Aineiston kerääminen	24
6.3	Tutkimusaineiston analyysi	27
7	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1	Taustamuuttajat.....	28
7.2	Terveystenhoitajien osaaminen ja tunnistamisen työkalut	29
7.3	Ajalliset resurssit	33
7.4	Moniammatillinen yhteistyö ja jatkohoitoon lähettäminen	35
8	POHDINTA.....	39

8.1	Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelu.....	39
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	43
8.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	46
LÄHTEET		47

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Kyselylomake tutkittaville

1 JOHDANTO

Tutkimuksen keskeisenä ajatuksena oli kartoittaa, minkälaisia haasteita yläkoulujen kouluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat ovat kokeneet syömishäiriön tunnistamisessa yläkoulujen oppilailla. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Lahden yläkoulujen kouluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin eli Päijät-Soten kanssa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen haasteista Päijät-Sotelle terveydenhoitajatyön kehittämistä varten.

Syömishäiriön varhaista tunnistamista ja syömishäiriön puheeksiottoa on tutkittu suomalaisessa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että kouluterveydenhoitajan rooli syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa ja puheeksiotossa on keskeinen. (Kynsilehto ym. 2016, 4.) Silenin (2021, 93) tuoreen väitöskirjatutkimuksen mukaan syömishäiriöistä tunnistetaan terveydenhuollossa vain kolmasosa. Käypä hoito -suosituksen mukaan syömishäiriön varhainen tunnistaminen ja ripeä hoidon aloitus ovat tärkeitä, koska syömishäiriön ennustetta parantavia tekijöitä ovat mm. varhainen hoidon aloitus sekä aktiivinen ote hoitoon. Syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa terveydenhuollon ammattilaiset, opettajat ja urheiluvallmentajat ovat ratkaisevassa asemassa. (Syömishäiriöt 2014.)

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan syömishäiriöiden esiintyvyys väestötasolla ennen kolmeakymmentä ikävuotta on muutaman prosentin luokkaa (Syömishäiriöt 2014). Tuoreimpien tutkimusten mukaan syömishäiriöiden esiintyvyys saattaa kuitenkin olla odotettua suurempi. Juriloon ym. (2016, 790-801) 10-vuotisen seurantatutkimuksen mukaan syömishäiriöiden elinikäinen esiintyvyys naisilla oli 17,9 % ja miehillä 2,4 %. Tutkimuksen mukaan suomalaisista nuorista 10,5 % sairastaa syömishäiriön varhaisaikuisuuteen mennessä. Syömishäiriöiden, erityisesti laihuushäiriön, hoito aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia. Laihuushäiriön hoidon kustannukset ovat erilaisten arvioiden mukaan kaikista psykiatrisista sairauksista suurimpia. Keskeisin laihuushäiriön hoidon kustannuksia lisäävä tekijä on osastohoito. (Juriloo ym. 2016.)

Syömishäiriöiden laajan esiintyvyyden, puutteellisen tunnistamisen, sairauden aiheuttamien yhteiskunnallisten kustannusten sekä sairauden tuottaman inhimillisen kärsimyksen vuoksi voidaan todeta, että opinnäytetyön aihe on yhteiskunnallisesti varsin merkittävä ja jatkuvasti ajankohtainen.

2 SYÖMISHÄIRIÖN MÄÄRITELMÄ

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan syömishäiriöt ovat mielenterveydenhäiriöitä, joissa keskeisenä yhdistävänä oirekuvana ovat poikkeava syömisikäyttäytyminen sekä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen. Tässä opinnäytetyössä syömishäiriöitä käsitellään Suomessa valtakunnallisesti käytössä olevan ICD–10-tautiluokituksen mukaisesti. (Syömishäiriöt 2014.)

Syömishäiriöitä esiintyy eniten nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla. Syömishäiriöitä esiintyy myös miehillä, mutta vähemmän kuin naisilla. Tavallisin sairastumisikä syömishäiriöön on 12-24 ikävuotta. Syömishäiriöihin liittyy muuta väestöä korkeampi kuolleisuus. (Syömishäiriöt 2014.)

Syömishäiriöitä on useita eri tyyppisiä ja syömishäiriö voi myös muuttua muotoaan tyyppistä toiseen. Syömishäiriön eri tyyppisiä ovat ICD-10 -tautiluokituksen mukaan laihuushäiriö (anorexia nervosa), ahmimishäiriö (bulimia nervosa) sekä epätyypilliset syömishäiriöt. (Syömishäiriöt 2014.) Usein kansanomaisesti puhutaan myös ortoreksia-nimisestä syömishäiriöstä, mutta toistaiseksi ICD–10 tautiluokitus ei sisällä ortoreksialle itsenäistä diagnoosia, minkä vuoksi ortoreksialle ei ole löydettävissä diagnostisia kriteereitä.

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan määrällisesti eniten kaikista syömishäiriöistä esiintyy epätyypillisiä syömishäiriöitä, joista yleisin on ahmintahäiriö eli Binge Eating Disorder (Syömishäiriöt 2014). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2019) mukaan yleisimpiä syömishäiriöitä Suomessa ovat laihuushäiriö (anorexia nervosa), ahmimishäiriö (bulimia nervosa) ja ahmintahäiriö (Binge Eating Disorder) (Syömishäiriöt 2022).

2.1 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)

Laihuushäiriö (anorexia nervosa) on vakava syömishäiriöihin lukeutuva mielenterveydenhäiriö, joka puhkeaa tavallisimmin 13–18 vuoden iässä (Karjalainen ym. 2020). Laihuushäiriö on usein pitkäaikainen; yli puolella laihuushäiriöpotilaista oireet kestävät useita vuosia (Ruuska 2021). Hoidossa olleista laihuushäiriöpotilaista noin 50 % parantuu kokonaan, 30 %:lla oireet lieviytyvät ja 20 %:lla sairaus kroonistuu (Pajamäki 2015). Diagnostiset kriteerit täyttävästä laihuushäiriöstä kärsii vajaa 1 % 12–24-vuotiaista tytöistä (Ruuska 2021). Väestötason tutkimuksissa laihuushäiriön esiintyvyys on naisilla 0,9 % ja miehillä 0,3 % (Syömishäiriöt 2014). Laihuushäiriötä tavataan enemmän tyillä kuin pojilla. Laihuushäiriö on vakava sairaus, joka voi johtaa moniin fysiologisiin seurauksiin. (Ruuska 2021.) Sairauteen liittyy myös kohonnut kuolleisuus, joka johtuu itsemurhasta, muiden psykiatristen häiriöiden samanaikaisesta esiintyvyydestä, päihteiden käytöstä sekä aliravitsemuksen aiheuttamista komplikaatioista (Karjalainen ym. 2020). Itsemurhat selittävät kuolleisuudesta noin 20–30 %. Taustaväestöön verrattuna laihuushäiriöön liittyvä kokonaiskuolleisuus on noin 6–12-kertainen. (Pajamäki 2015, 2849.)

Laihuushäiriön diagnostisiin kriteereihin sisältyvät ICD-10-tautiluokituksessa 15 %:n painonlasku tai esimurrosikäisten kohdalla pituuden ja painon suhteen taittuminen kasvukäyrällä, itse aiheutettu painonlasku, ruumiinkuvan vääristymä ja lihomisen pelko sekä laaja-alainen endokrinologinen häiriö, jonka seurauksena naisilla kuukautiset jäävät tulematta ja miehillä seksuaalinen mielenkiinto sekä potenssi heikkenevät. Lisäksi edellytyksenä on, että ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit on esitelty taulukossa 1.

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

1) BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.	
A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI ¹⁾ on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painon lasku on aiheutettu itse välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.

C	Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.

Laihuushäiriön tarkkaa etiologiaa ei tunneta, mutta sen uskotaan puhkeavan perimän ja ympäristön yhteisvaikutuksesta (Karjalainen ym. 2020). Laihuushäiriö saa usein alkunsa vähäisestä laihdutusyrityksestä tai aiempaa terveellisemmän ruokavalion tavoittelusta, joka johtaakin hallitsemattomaan syömättömyyden kierteseen (Ruuska 2021). Häiriötä ylläpitävä kierre johtuu energian saannin pienenemisen aiheuttamasta nälkiintymistilasta, joka saa aikaan ruokaa koskevia pakkoajatuksia (Syömishäiriöt 2014). Laihuushäiriön oirekuvaa hallitsevat pakonomainen tarve laihduttaa, rasvaisten ja kaloripitoisten ruokien pelko ja vältteleminen, ruumiinkuvan vääristymä, masennus sekä ruokaa koskevat pakkoajatuksiset. Moni laihuushäiriöpotilas kärsii myös pakonomaisesta liikunnasta, itseaiheutetusta oksentelusta sekä ulostus- tai virtsaneritystä lisäävien lääkkeiden väärinkäytöstä. (Ruuska 2021.)

Laihuushäiriöstä johtuva sairaaloinen laihtuminen johtaa tytöillä kuukautisten poisjääntiin sekä lisää luun kalkkikatoa ja osteoporoosin vaaraa. Häiriöön voi liittyä myös hiusten ja kynsien haurastumista. Voimakkaasti laihtuneilla potilailla tyypillisiä fysiologisia löydöksiä ovat jatkuva väsymys, sykkeen hidastuminen, verenpaineen lasku, huimaus ja pyörtyily, sydämen rytmihäiriöt, jalkojen tai käsien turvotus, ihon kuivuus, nukkamainen ihokarvoitus, nestehukka, palelu sekä ummetus. (Ruuska 2021.)

Laihuushäiriön hoito aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Hoidon alkuvaiheessa potilaan ravitsemustila pyritään korjaamaan tehokkaasti, sillä häiriön ennusteeseen vaikuttavat keskeisesti aktiivinen ote hoitoon sekä ravitsemustilan tehokas korjaaminen. (Syömishäiriöt 2014.) Hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Mikäli potilaan aliravitsemustila on henkeä uhkaava

tai potilaan hoitomotivaatio on heikko, voidaan hoito aloittaa sairaalan vuodeosastolla ravitsemustilan korjaamisella. (Pajamäki 2015, 6.) Hoitoon kuuluu alusta saakka ravitsemustilan korjaamisen ohella myös psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus, jonka tarkoituksena on tukea potilasta syömishäiriöstä paranemisessa. Psykoedukaation tavoitteena on auttaa sairastunutta ja hänen läheisiään hahmottamaan sairaus sekä antaa tietoa, jonka avulla potilaan on helpompi päästä eroon vääristyneistä uskomuksista ja ymmärtää vääristyneen syömiskäyttäytymisen taustalla vaikuttavia asioita. (Syömishäiriöt 2014.)

Laihuushäiriötä voidaan hoitaa erilaisilla yksilöterapioidella. Usein terapiamenetelmäksi valikoituu kognitiivis-behavioraalinen terapia, jonka tavoitteena on muokata syömishäiriön taustalla vaikuttavia ajatusmalleja toipumista tukevilla malleilla. (Karjalainen ym. 2020.) Motivoiva keskustelu -menetelmällä pyritään lisäämään potilaan hoitomotivaatiota sekä muutoshalukkuutta. Motivoivaa keskustelua voidaan hyödyntää koko hoidon ajan. Motivoivassa keskustelussa keskitytään potilaan kuuntelemiseen ja houkutellaan potilaan omaa muutoshalukkuutta esiin. (Syömishäiriöt 2014.)

Lapsille ja nuorille yksilöterapian lisäksi tehokkaaksi hoitomuodoksi on osoittautunut laihuushäiriön perhepohjainen hoito eli Maudsleyn menetelmä. Perhepohjaisessa hoidossa vastuu nuoren ruokailuista on aluksi nuoren vanhemmilla, ja painon korjaantuessa vastuu siirtyy vähitellen nuorelle itselleen. Kun nuoren paino on korjaantunut, nuori pystyy itse ylläpitämään painoaan ja syömiskäyttäytyminen on normalisoitunut, aloittaa nuori kahdenkeskiset tapaamiset terapeutin kanssa, joiden tavoitteena on auttaa nuorta rakentamaan terve identiteetti. Perhepohjainen hoito on tutkimuksissa osoittautunut vähintään yhtä tehokkaaksi laihuushäiriön hoitomuodoksi kuin yksilö- ja muut perheterapiat. (Karjalainen ym. 2020.)

2.2 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)

Ahmimishäiriö (bulimia nervosa) on syömishäiriö, jota esiintyy tyypillisimmin murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Ahmimishäiriö alkaa yleensä laihuushäiriötä myöhemmin nuoruudessa. (Syömishäiriöt 2014.) Ahmimishäiriöön sairastumisen keskeinen riski-ikä on 14–25 vuotta (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000). Kaikkein korkein riski sairastua on 17. ikävuoden ja nuoren

aikuisiän välillä (Dadi & Raevuori 2013, 63). Väestötason tutkimuksissa ahmimishäiriön elinaikainen esiintyvyys on naisilla 0,9-1,5 %. Erilaiset ahmimishäiriön oireet ovat tätä yleisempiä. Myös pojat ja nuoret miehet voivat sairastua ahmimishäiriöön, mutta tämä on naisia huomattavasti harvinaisempaa; miesten ahmimishäiriön elinikäinen esiintyvyys väestötutkimuksissa on 0,1 - 0,5 %. Ahmimishäiriö kulkee usein aaltoilevasti tai jaksottaisesti. Ahmimishäiriöpotilaista paranee pitkän aikavälin seurantatutkimusten mukaan täysin vain noin 45–55 %, jaksottaisena häiriö jatkuu 27–30 %:lla ja 20–23 %:lla häiriö jatkuu jatkuvana. Laihuushäiriön tavoin myös ahmimishäiriöön liittyy kohonnut kuolleisuus; taustaväestöön verrattuna ahmimishäiriöön liittyy lähes kolminkertainen kuolleisuus. Ennustetta heikentäviä tekijöitä ovat sairauden pitkäkestoisuus, muut samanaikaiset psyykkiset häiriöt, päihteiden käyttö sekä matala painoindeksi. (Syömishäiriöt 2014.)

Usein ahmimishäiriöön sairastumisen taustalla ovat heikko itsetunto, tyytymättömyys omaan kehoon sekä tarve laihtua. Ahmimishäiriöpotilas kuitenkin yleensä nauttii herkkujen syömisestä ja kokee laihduttamisen vaikeana, minkä seurauksena kehittyä ahmimisen ja painonnousun kompensoimisen kierre. Sairaus saattaa myös puhjeta siten, että aluksi potilas pyrkii ahmimisella saamaan helpotusta psyykkiseen pahaan oloon, mikä ryöstäytyykin käsistä johtaen hallitsemattomaan oireiden kierteeseen. (Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa 2017.)

Ahmimishäiriön oirekuvaa hallitsevat toistuvat, pakonomaiset ylensyömisjaksot sekä ylensyömistä seuraavan painonnousun kompensointi. Tyypillisesti potilas pyrkii kompensoimaan painonnousua esimerkiksi itseaiheutetulla oksentamisella, väärinkäyttämällä ulostuslääkkeitä, ajoittaisella paastoamisella tai ruokahalua hillitseviä sekä nesteenpoistoa lisääviä lääkkeitä väärinkäyttämällä. Ahmimishäiriöön liittyvät sairaaloinen lihomisen pelko sekä pakonomainen syömisajattelu. Ahmiminen aiheuttaa potilaalle usein häpeää ja itseinhoa, mikä johtaa sairauden salailuun. (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000.)

Ahmimishäiriön diagnostisiin kriteereihin sisältyvät ICD-10-tautiluokituksessa toistuvat ylensyömisjaksot, pakonomainen tarve syödä ja ajatella syömistä, ruokien ”lihottavien” vaikutusten estäminen, sairaaloinen lihomisen pelko sekä

potilaalla oleva käsitys, että hän on liian lihava. (Syömishäiriöt 2014.) Ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (F50.2) diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (Syömishäiriöt 2014).

Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan), jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
Ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavat” vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön avulla.
Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen. Psykopatologian muodostaa sairaalloinen lihavuuden pelko.

Bulimiaan liittyy usein erilaisia ruuansulatuskanavan oireita ja vaivoja, kuten ummetusta, turvotusta, mahalaukun hidasta tyhjenemistä sekä ruokailujen jälkeistä kipua. Ulostuslääkkeiden jatkuva käyttö voi johtaa suoliston ärtymiseen, verisiin ulosteisiin sekä suoliston lamaantumiseen ja siten krooniseen ummetukseen. Jatkuvan oksentelun seurauksena ahmimishäiriöpotilaalle voi kehittyä refluksisairaus sekä ruokatorven verenvuotoa ja limakalvomuutoksia. Hampaistossa esiintyy etenkin pitkään ahmimishäiriötä sairastaneilla hampaiden kiilleaurioita, hampaiden värjäytymistä, purennan muutoksia, vihlon-taa ja lämpöarkuutta sekä jopa hampaiden kuoliota. (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000.)

2.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisestä syömishäiriöstä on kyse silloin, kun potilaalla selkeästi esiintyy osa syömishäiriön diagnostiset kriteerit täyttävistä avainoireista, mutta jokin tai useampi näistä jää täyttymättä. Epätyypillisestä syömishäiriöstä voi olla kyse myös, mikäli kaikki avainoireet esiintyvät, mutta ne esiintyvät diagnostisia kriteereitä lievempiasteisina. Varsinaisia epätyypillisiä syömishäiriöitä ovat

epätyypillinen laihuushäiriö sekä epätyypillinen ahmimishäiriö. ICD-10-tautiluokituksen Muu syömishäiriö -kategoriaan eli määrittämättömiin syömishäiriöihin lukeutuu esimerkiksi DSM-5 -tautiluokituksen mukaiset diagnostiset kriteerit täyttävä ahmintahäiriö eli Binge Eating Disorder (BED). (Syömishäiriöt 2014.)

Epätyypillisen syömishäiriön hoitolinja riippuu häiriön oireista, vaikeusasteesta sekä siitä, minkä syömishäiriön piirteistä on kyse. Epätyypilliseen syömishäiriöön voi liittyä huomattavaa toimintakyvyn laskua ja kärsimystä, vaikka kyse olisikin diagnostiset kriteerit täyttävää laihuushäiriötä tai ahmimishäiriötä lievemmästä häiriöstä (Dadi & Raevuori 2013, 63.)

3 KOULUTERVEYDENHUOLTO

Kouluterveydenhuolto on Suomessa lakisääteinen ja maksuton kuntien järjestämisvastuulle kuuluva terveystyö, joka on osa oppilashuollon kokonaisuutta. Kouluterveydenhuolto on suunnattu peruskoulua suorittaville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Kouluterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat oppilaille tehtävät säännölliset terveystarkastukset, oppilaiden tuen ja tutkimusten tarpeiden varhainen tunnistaminen ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen, pitkäaikaissairaiden oppilaiden omahoidon tukeminen, vanhempien kasvatustyön tukeminen, suun terveydenhuolto sekä kouluympäristön terveyden ja turvallisuuden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin edistäminen ja seuranta. (Kouluterveydenhuolto 2021.)

Kouluterveydenhuolto tuottaa sekä ala- että yläkouluikäisten lasten ja nuorten terveystyöt. Alakoulu käsittää peruskoulun kuusi alinta vuosiluokkaa, eli vuosiluokat 1.-6. Yläkoulu käsittää peruskoulun kolme ylintä vuosiluokkaa, eli vuosiluokat 7.-9. (Peruskoululaki 476/1983.)

Kouluterveydenhuollon toteuttaminen perustuu Terveystyölakiin 1326/2010. Valtakunnallisesti kouluterveydenhuollon laatu- ja palvelutaso on määritelty Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos (THL) vastaa kouluterveydenhuollon kehittämisestä, kokoaa seurantatietoja kouluterveydenhuollosta

sekä ohjaa kuntia kouluterveydenhuollon toteuttamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvoo yhteistyössä aluehallintovirastojen (AVI) kanssa kouluterveydenhuollon toimintaa. (Kouluterveydenhuolto s.a.)

Kouluterveydenhuolto on osa koulun oppilashuoltoryhmää, jossa monet eri yhteistyötahot ovat mukana tukemassa ja kehittämässä turvallisempaa ja terveellisempää oppimisympäristöä ja oppilashyvinvointia. Kouluterveydenhuollon tavoitettavuus koulupäivien aikana on pyritty tekemään mahdollisimman helpoksi, jotta oppilailla ja heidän perheillään olisi mahdollisuus kertoa terveydenhoitajalle matalalla kynnyksellä huolistaan sekä mieltään askarruttavista asioista. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

3.1 Terveydenhoitajan rooli kouluterveydenhuollossa

Tukkikosken (2009, 36–54) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan rooleiksi kouluterveydenhuollossa kuvautuvat terveyden edistäjä, terveystasvattaja, luottamushenkilö, asiantuntija, tukija sekä yhteyshenkilö. Terveydenhoitaja on terveydenhuollon asiantuntija, jonka osaaminen ja työtehtävät keskittyvät terveyden edistämiseen, ennaltaehkäisevään työhön, kansanterveystyöhön sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin vaikuttamiseen. Terveydenhoitaja perustaa työskentelynsä tutkittuun tietoon, kokemuksen pohjalta kertyneeseen osaamiseen, kliinisen hoitotyön hallintaan, aktiiviseen työotteeseen, terveydenhoitajatyön arvoihin ja eettisiin periaatteisiin, voimassaolevaan sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntöön sekä Suomen terveystalouteen linjauksiin.

Terveydenhoitajalta vaaditaan rohkeutta tehdä päätöksiä itsenäisesti ja kykyä eläytyä asiakkaiden elämäntilanteisiin eri elämäntilanteiden vaiheissa. Työssä korostuvat kriittinen, reflektiivinen ajattelu, vastuullisuus ja itsenäinen päätöksenteko, joita terveydenhoitaja hyödyntää asiakkaan kohtaamisessa, tuen antamisessa sekä hoidon järjestämisessä. Terveydenhoitaja työskentelee sekä itsenäisesti että asiantuntijana osana monialaisia ja moniammatillisia työryhmiä. (Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija s.a.)

Terveydenhoitajan toimesta kouluterveydenhuollossa toteutetaan vuosittain kaikille oppilaille määräaikaista terveystarkastusta. Yläkoulussa määräaikaista terveystarkastusta toteutetaan vuosiluokilla 7, 8 ja 9. Vuosiluokan 8 määräaikaista terveystarkastusta toteutetaan laajana terveystarkastuksena, johon kutsutaan myös oppilaan vanhemmat mukaan. Laajaan terveystarkastukseen kuuluu terveydenhoitajan tekemän tarkastuksen lisäksi myös koululääkärin tarkastus. (Terveystarkastusten ajankohdat 2022.)

Terveydenhoitaja on merkittävässä asemassa, kun lapsella tai nuorella ilmenee fyysisiä, sosiaalisia tai psyykkisiä ongelmia. Ongelmat millä tahansa näistä terveyden osa-alueista voivat heijastua esimerkiksi oppilaan päihteiden käyttönä, tunne-elämän häiriönä tai syömiskäyttäytymisen poikkeavuuksina. Terveydenhoitajan tulee mahdollisimman varhain tunnistaa oireilu, tukea oppilasta ja hänen perhettään sekä tarvittaessa ohjata heidät tarkoituksen mukaisen sosiaali- ja terveystarkastuksen piiriin. Tilanteesta riippumatta terveydenhoitaja myös jatkaa oppilaan hyvinvoinnin seurantaan tulevien terveystarkastusten yhteydessä. (Tukkikoski 2019.)

Terveydenhoitaja toimii kouluissa terveystiedon opettajan kanssa. Terveystiedon opetus on terveyden edistämisen keino, johon sisältyvät mm. terveellisten valintojen tekeminen, itsensä hoitaminen ja parantaminen, ympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen panostaminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy. Terveystiedon opetus näkyy kouluterveydenhoitajan työssä niin vastaanottotilanteissa kuin myös luokassa tapahtuvassa seksuaalisuus- ja ihmissuhdekasvatuksessa, jaettavina kirjallisina materiaaleina sekä erilaisina teemoina kouluissa. (Mantsinen 2010, 9–10.) Opetussuunnitelmaan lisätty terveystiedon opetus mahdollistaa oppilaan vastuun ottamisen omasta ympäristöstään, kestävästä tulevaisuudesta sekä itsensä ja muiden hyvinvoinnista lisäten oppilaan valmiuksia ja motivaatiota toimia yhteisön hyväksi (Mantsinen 2010, 10).

Terveyttä opetetaan 1.- 6. luokkalaisten osana ympäristöoppeja ja 7.- 9. luokkalaisten omana oppiaineenaan syventäen ja laajentaen terveyden ja hyvinvointiin liittyviä asioita. Aiheet keskittyvät pääasiassa oppilaan kehitysvaiheeseen sekä ilmiöihin, joita oppilaat pohtivat ja joihin he etsivät ratkaisuja turvallisen ja terveellisen kouluympäristön edistämiseksi. Yhtenä tärkeänä osa-

alueena ovat oppilaan yksityisyyden ja yksilöllisyyden sekä kulttuurien hyväksyminen osana jokapäiväistä elämää. Terveystiedon tuntien sisältö tulisi suunnitella niin, että yhteistyö kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon kanssa toteutuu, jotta oppilaat voivat harjoitella omaa terveysosaamistaan ja olla osana yhteisöllistä koulun toimintakulttuuria. Kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon yhteistyön avulla voidaan tarjota oppilaille heidän tarvitsemaansa tukea henkilökohtaiseen oppimiseen sekä oman ja perheen elämäntilanteeseen liittyviin asioihin. (Oppilashuolto esi- ja perusopetuksessa.)

3.2 Kouluterveydenhuollon rooli syömishäiriön tunnistamisessa

Perusterveydenhuollon rooliin syömishäiriöpotilaiden hoidossa kuuluvat syömishäiriön tunnistaminen ja puheeksi otto, lievempien häiriöiden hoito ja jatkotutkimusten tarpeen arviointi. Nuorten kohdalla perusterveydenhuolto toteutetaan soveltuvin osin kouluterveydenhuollossa, minkä vuoksi kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat ovat avainasemassa syömishäiriöiden tunnistamisessa yläkouluikäisillä nuorilla. (Suokas 2015.)

Määräaikaisissa terveystarkastuksissa kerätään laaja-alaisesti tietoa oppilaiden kasvusta ja kehityksestä sekä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydentilasta. Kaikkiin määräaikaisiin terveystarkastuksiin sisältyviä fysiologisia, syömishäiriön tunnistamisen näkökulmasta tärkeitä mittauksia ovat painon ja pituuden mittaaminen. (Hietanen-Peltola 2021.) Näiden perusteella voidaan arvioida pituuden ja painon suhdetta verrattuna iän mukaiseen keskiarvoon (Syömishäiriöt 2014).

Terveystarkastuksissa arvioitaviin ja keskusteltaviin asioihin kuuluvat mm. murrosiän vaihe, mieliala ja psyykinen vointi, päihteiden käyttö, nukkuminen, vaivat ja oireet sekä ruokailu- ja liikuntatottumukset (Hietanen-Peltola 2021). Poikkeamat missä tahansa näistä osa-alueista voivat olla yhteydessä alka-vaan tai jo puhjenneseen syömishäiriöön (Syömishäiriöt 2014). Määräaikais-ten terveystarkastusten yhteydessä kouluterveydenhuollossa on mahdollista ja suositeltavaa toteuttaa syömishäiriöiden seulontaa myös SCOFF-syömishäiriöseulaa hyödyntäen (Suokas 2015).

Kouluterveydenhuollossa voidaan syömishäiriöön sairastuneelle nuorelle tarjota keskustelu-, neuvonta- ja seurantakäyntejä. Toisinaan häiriö voi jopa korjaantua näiden neuvontakäyntien avulla. Mikäli häiriö ei kuitenkaan lähde nopeasti korjaantumaan muutaman perusterveydenhuollossa järjestetyn käynnin aikana, toteutetaan syömishäiriön hoito erikoissairaanhoidon puolella. (Syömishäiriöt 2014). Tällöin hoitopaikaksi voi valikoitua joko lasten- tai sisätautien poliklinikka sekä lasten-, nuorten- tai aikuispsykiatrian poliklinikka (Suokas ym. 2015).

3.3 Kouluterveydenhuollon toteutuminen nykypäivänä

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään valtakunnallisesti tiedonkeruu- ja raportointitarkoituksiin Hoitoilmoitusjärjestelmää eli Hilmoa. Hilmoon kerätään tietoa väestön sosiaali- ja terveystalvövelujen käytöstä, hoitoon pääsystä, väestön terveysongelmista ja epidemioista, terveyden edistämisen palveluista sekä ammattilaisten työnjaosta ja hoitokäytännöistä. Hilmosta kerätyt tiedot muodostavat merkittävän osan tietoperustasta, jota hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen, ohjaukseen ja seurantaan. (Hilmo (Hoitoilmoitusjärjestelmä).) Hilmon yksi osa-alue on Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus eli Avohilmo. Avohilmoon kerätään tietoa perusterveydenhuollon avohoidon palveluient käytöstä, hoidon saatavuudesta, väestön terveysongelmista, terveyden edistämisen palveluista, työnjaosta sekä hoitamisen käytännöistä. (Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo).)

Tämän päivän kouluterveydenhuollossa on Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitoresursseja liian vähän verrattuna oppilasmääriin kouluissa. Tutkimus tehtiin keräämällä tietoa henkilöstövoimavaroista Suomen terveyskeskuksissa erilliskyselyiden ja tiedonkeruun avulla aikavälillä 2004–2017. Tiedonkeruukysely lähetettiin 146 terveyskeskukseen ja vastauksia tuli 142 kappaletta, eli 96 % terveyskeskuksista vastasi pyyntöön. Henkilöstövoimavarojen kartoittamiseksi terveyskeskuksia pyydettiin arvioimaan joko työtunteina kuukaudessa tai vaihtoehtoisesti henkilötyövuosina terveysalan tai hoitotyökoulutuksen omaavien työntekijöiden tai lääkäreiden työpanosta joko omana toimintana tai ostopalveluna.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitus oli 88 % valtakunnallisesta suosituksesta. Vastaava luku vuonna 2006 oli 32 %, joten tutkimuksen perusteella kehitystä koulujen terveystarkastuksissa on tapahtunut. Valitettavasti kouluissa lääkärimitoitus oli heikko, 8 % valtakunnallisesta suosituksesta, vaikka lääkäreiden työpanosta on lisätty vuodesta 2007 lähtien. Tutkimuksessa painotettiin henkilöstön riittävyyden varmistamista sekä osaamisen ja ammattitaidon ylläpitämistä vastaamaan tämän päivän lasten ja nuorten tarpeisiin. (Wiss ym. 2018.)

Koronan aiheuttama pandemia ja sen vaikutukset ovat olleet myös kouluterveydenhuollossa havaittavissa. Vuonna 2020 ehkäiseviä peruspalveluja jouduttiin karsimaan ja määräaikaista terveystarkastuksia ei kaikille pystytty tarjoamaan. Sen vuoksi monet lapset, nuoret ja perheet ovat joutuneet selviytymään yksin vailla tarpeen mukaista tietoa, tukea ja apua. Pandemia jatkui edelleen vuonna 2021, mutta silloin tilanne näyttäytyi hoitovajeena, jota yritetään korjata edelleen. Lasten, nuorten ja perheiden tuen ja avun tarve ovat edelleen ajankohtaiset ja mahdollisesti pahentuneet. Samaan aikaan heidän perustason palvelujaan on heikennetty, mikä johtaa ongelmien ja tuen tarpeen kasaantumiseen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvonta - ohjelma vuosille 2020–2023 2022.)

Pandemian aikana havaittiin määräaikaisten ja laajojen terveystarkastusten pysyneen lähes entisenlaisena, kertoo kouluterveyskysely 2021. Muita terveystarkastuksia kouluterveydenhuollossa 8.- 9.-luokkalaisilla yläkoululaisilla oli hieman vähemmän kuin aiempina vuosina; vuonna 2021 tarkastuksia tehtiin 32 %, kun vastaava luku vuonna 2017 oli 38 %. Koulun kuraattorille tarkastuksia oli vuonna 2021 12 % ja vuonna 2017 11 %. Psykologille suunnattuja tarkastuksia oli vuonna 2021 10 % ja vuonna 2017 9 %. (Ervasti ym. 2021.)

Avohilmon viimeisimpänä julkaistun, vuonna 2020 kertyneen datan mukaan Päijät-Hämeen alueella 8. luokkalaisten koululaisten laaja terveystarkastus terveydenhoitajalla ja lääkäriä toteutui 55 %:lla vertailuväestöstä eli alueen 8.-luokkalaisten koululaisten. Vuonna 2019 kyseinen tarkastus toteutui vain 45 %:lla vertailuväestöstä. (Laajat terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (Avohilmo) s.a.)

4 SYÖMISHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN

Silen (2021, 93, 108) havaitsi tuoreessa väitöskirjatutkimuksessaan, että syömishäiriöistä tunnistetaan terveydenhuollon toimesta vain yksi kolmasosa. Laihuushäiriö, ahmimishäiriö ja epätyypillinen laihuushäiriö tunnistetaan terveydenhuollossa useammin kuin muut syömishäiriöt. Syömishäiriötä sairastavista useimmiten hoitoa saavat he, jotka sairastavat joko laihuushäiriötä, ahmimishäiriötä tai epätyypillistä laihuushäiriötä.

Syömishäiriön ennusteeseen keskeisimmin vaikuttavia tekijöitä ovat sairastamisaika ennen hoidon aloitusta, painoindeksi, sairaalahoitojaksojen tarve ja määrä, ikä sairastuessa sekä hoidon alkaessa, alkoholin käyttö sekä muut syömishäiriön kanssa samanaikaisesti esiintyvät psykiatriset ja somaattiset sairaudet (Pajamäki 2015, 2849). Syömishäiriön varhainen tunnistaminen ja varhainen hoitoon ohjaus voivat sekä lyhentää sairastamisaikaa että parantaa syömishäiriön ennustetta. (Syömishäiriöt 2014.)

4.1 Syömishäiriölle altistavia tekijöitä

Syömishäiriöön sairastumisen riskiä lisäävät tietyt psykiatriset ja neurologiset häiriöt sekä persoonallisuuteen, ympäristöön, geeniperimään ja elimistön toimintaan liittyvät tekijät. Syömishäiriön riskiä lisääviä psykiatrisia ja neurologisia häiriöitä tiedetään olevan ainakin ahdistuneisuushäiriöt, autismin kirjon häiriöt, pakko-oireinen häiriö sekä tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö. (American Psychiatric Association 2013, 336.) Myös traumaattiset kokemukset ja erityisesti seksuaalinen hyväksikäyttö lisäävät syömishäiriön riskiä myöhemmin elämässä (Viitakorpi 2010, 9–10). Ympäristötekijöistä ainakin perheenjäsenillä ilmenevä ahdistuneisuus sekä äidin syömishäiriötausta lisäävät riskiä sairastua syömishäiriöön (American Psychiatric Association 2013, 336). Perheen sisäiset toimintahäiriöt, kuten vanhempien ylikontrollointi, heikot suhteet vanhempiin, jatkuvat riidat sekä emotionaalinen kaltoinkohtelu lisäävät syömishäiriön riskiä. Perheen sisäinen päihteiden käyttö, väkivalta ja turvaton ilmapiiri lisäävät perheen lasten psyykkisen sairastumisen riskiä. (Viitakorpi 2010, 8–9.) Fysiologisista ongelmista suolistosairaudet, ruokatorven refluksitauti, oksentelu sekä lukuiset muut oireet ja sairaudet on tutkimuksissa osoitettu syömishäiriön riskiä lisääviksi tekijöiksi (American Psychiatric Association 2013, 336.)

Syömishäiriöön olennaisesti yhteydessä olevia persoonallisuuden piirteitä tiedetään olevan perfektionismi, neuroottisuus, negatiivinen emotionaalisuus, introversio, pakko-oireisuus sekä alhainen itseohjautuvuus ja yhteistyökyky. Nämä persoonallisuuden piirteet altistavat syömishäiriön puhkeamiselle, mutta syömishäiriö voi myös vaikuttaa persoonallisuuteen. Syömishäiriö ja persoonallisuuden piirteet voivat siis olla vuorovaikutuksessa keskenään. Myös kiintymyssuhdemallilla on tunnistettu olevan yhteys syömishäiriöihin. Syömishäiriötä sairastavilla on taustalla tavallisuudesta poikkeavia kiintymyssuhdeprosesseja; usein syömishäiriötä sairastava on ollut lapsena ja on edelleen aikuisena turvattomasti kiintynyt. (Viitakorpi 2010, 7–8.)

4.2 Menetelmiä syömishäiriön tunnistamiseen

Usein ensimmäiset merkit syömishäiriöstä havaitaan joko lähipiirin toimesta tai kouluterveydenhuollon vastaanotolla. On tavallista, että ensimmäisenä merkkinä syömishäiriöstä terveydenhoitaja havaitsee muutoksia sairastuneen painossa. Nuoren pituuskasvussa saattaa myös sairauden vuoksi olla muutoksia: pituuskasvu voi hidastua tai jopa pysähtyä. (Dadi & Raevuori 2013, 65.) Pituuden ja painon mittaamisen lisäksi muut fysiologiset mittaukset, kuten painoindeksin laskeminen sekä verenpaineen ja sykkeen mittaus, voivat osaltaan herättää huolta terveydenhoitajassa (Kynsilehto ym. 2016, 6).

Joskus syömishäiriöoireet nousevat esiin terveydenhoitajan vastaanotolla siinä yhteydessä, kun terveydenhoitaja keskustelee nuoren kanssa ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvistä asioista (Kynsilehto ym. 2016, 6). Mikäli oirekuvaan liittyy pakonomaista liikuntaa, saattaa sairastuneelle ilmaantua toistuvasti erilaisia liikuntaan liittyviä rasitusvammoja. Muun keskustelun ohella sairastunut saattaa tuoda vastaanotolla esiin erilaisia epämääräisiä oireita, kuten väsymystä, heikkoutta, päänsärkyä tai vatsakipua. Myös kuukautisten poisjäänti voi olla syömishäiriön oire, jonka vuoksi nuori hakeutuu terveydenhuollon vastaanotolle. (Dadi & Raevuori 2013, 65.)

Kaikista tavallisinta on, että terveydenhuollon ammattilaisessa herää ensimmäinen epäily syömishäiriöstä sairastuneen ulkoisen olemuksen perusteella;

syömishäiriön ulkoisia tunnusmerkkejä voivat pituuden ja painon muutosten lisäksi olla mm. sairaannäköinen olemus, kalpeus, väsymys sekä kuiva iho ja suu. Näiden ulkoisten merkkien puuttuminen ei kuitenkaan sulje pois syömishäiriön mahdollisuutta. (Kynsilehto ym. 2016, 7).

Syömishäiriön mahdollisuutta tulee aina kysyä nuorelta, mikäli pienikin epäily asiasta herää. Asiasta voi ja kannattaa kysyä nuorelta suoraan. Kysymisen voi aloittaa tiedustelemalla nuorelta, onko hän itse tai onko joku hänen läheisestään ollut huolissaan hänen syömisestään tai painostaan. Tämän jälkeen nuorelle voi esittää tarkentavia kysymyksiä. Tarkentavilla kysymyksillä on tarkoitus kartoittaa häiriön luonnetta ja vaikeusastetta. Kysymykset on hyvä muotoilla siten, että ne ovat avoimia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito 2014.)

Syömishäiriön mahdollisuutta voidaan kartoittaa myös hyödyntämällä kyselylomakkeita ja diagnostisia haastattelumenetelmiä (Charpentier & Marttunen 2001). Yksi käytettävissä olevista menetelmistä on SCOFF-syömishäiriöseula, joka soveltuu erityisen hyvin koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon (Taulukko 3.). SCOFF-seulan käyttö on helppoa ja nopeaa ja sen spesifisyys on 76–89 %. SCOFF-seula sisältää viisi kysymystä, jotka kartoittavat mahdollisia syömishäiriöön viittaavia oireita. Mikäli tutkittava vastaa vähintään kahteen kysymykseen ”kyllä”, on syytä epäillä kyseessä olevan syömishäiriö. SCOFF-seula on vain suuntaa antava menetelmä; varsinaiseen diagnoosiin tarvitaan tarkempia tutkimuksia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito 2014.) Kynsilehdon ym. (2016) mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat hyödyntävät SCOFF-syömishäiriöseulaa erityisesti silloin, kun jokin seikka herättää epäilyn syömishäiriön mahdollisuudesta; osa terveydenhoitajista hyödyntää seulaa aina, kun epäily syömishäiriöstä herää. Osa terveydenhoitajista taas ottaa syömishäiriön puheeksi vapaamuotoisesti tai esittää SCOFF-syömishäiriöseulan kysymyksiä nuorelle suullisesti osana muuta syömishäiriöön liittyvää keskustelua. (Kynsilehto ym. 2016, 6.)

Taulukko 3. SCOFF-syömishäiriöseula (Työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen, syömishäiriöpotilaan hoitoketjukuvaus: Käypä hoito 2017).

Taulukko 1. SCOFF-syömishäiriöseula (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food)

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?

Syömishäiriöoireiden esiintymisen ja laadun mittarina voidaan käyttää Eating Disorder Inventory -kyselylomaketta eli EDI-kyselyä. EDI sisältää 61 väittämää, joiden sopivuutta itseensä vastaaja arvioi kuusikohtaisella arviointias- teikolla. Väittämien avulla kartoitetaan konkreettisia syömishäiriöoireita sekä syömishäiriöön liittyviä psyykkisiä oireita. EDI-kysely tuottaa tietoa, joka riip- puu vastaajan subjektiivisista kokemuksista. Näin ollen olosuhteet vaikuttavat keskeisesti kyselyn tuloksiin. (Charpentier & Marttunen 2001.)

4.3 Haasteita syömishäiriön tunnistamisessa

Syömishäiriöön sairastuminen on usein pitkä prosessi, minkä vuoksi syömishäiriön tunnistaminen alkuvaiheessa on usein haastavaa (Viljanen 2013, 17). Syömishäiriöihin liittyy muiden mielenterveyden häiriöiden tavoin stigmaa, en- nakkoasenteita sekä ymmärtämättömyyttä sairautta kohtaan. Syömishäiriötä sairastava saattaa pelätä, että hänen oireitaan vähätellään, eikä hän siksi ha- keudu terveydenhuollon vastaanotolle oireidensa kanssa. Sairastuneella saat- taa myös olla vaikeutta tiedostaa tai myöntää oireidensa vakavuutta sekä hoi- don tarvetta. (Silen 2021, 62.) Sairauden tunnottomuus on tavallista etenkin syömishäiriön alkuvaiheessa; sairastunut saattaa ihmetellä, miksi toiset ovat hänestä huolissaan. Sairauden tunnottomuus voi johtaa siihen, että syömishäiriötä sairastava ei tuo itse esiin sairauttaan. (Viljanen 2013, 17.) Sen sijaan sairastunut saattaa pyrkiä piilottelemaan sairauden oireita. Koska sairastunut yrittää tyypillisesti salata syömishäiriön oireet, tulisi asiasta kysyä potilaalta suoraan, mikäli herää vähäinkin epäily syömishäiriön mahdollisuudesta. (Suokas, ym. 2015.)

Syömishäiriöt ovat monimuotoisia sairauksia. Terveydenhuollon ammattihen- kilöiden tietämättömyys syömishäiriöiden monimuotoisuudesta saattaa hei- kentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden mahdollisuuksia tunnistaa syö- mishäiriöitä. Terveydenhuollon ammattilainen ei välttämättä tunnista syömishäiriön oireita, mikäli potilas on normaali- tai ylipainoinen tai potilaan ulkoinen olemus ei vastaa stereotyyppistä mielikuvaa syömishäiriöpotilaasta. Erityisesti

epätyypilliset ja määrittämättömät syömishäiriöt jäävät perusterveydenhuollossa herkästi tunnistamatta. Miesten syömishäiriöt jäävät naisia herkemmin tunnistamatta. Terveystenhuollon ammattihenkilöt saattavat myös olla haluttomia tunnistamaan syömishäiriöitä, mikäli häiriöille ei ole selkeää hoitopolkua olemassa. (Silen 2021, 62.)

Dowling Tawesin (2016) mukaan kouluterveydenhoitajien aktiivisuuteen syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksi otossa vaikuttavat kouluterveydenhoitajien sisäinen tehokkuus, kyky itseohjautuvuuteen sekä koulutus. Kynsilehdon ym. (2016, 9) tutkimuksen mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat kokevat, että terveydenhoitajakoulutuksessa annettu tieto syömishäiriöistä on riittämätöntä, ja että terveydenhoitajien tiedot syömishäiriöistä ovat pitkälti itseopiskelun sekä työkokemuksen varassa. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat toivoisivat enemmän täydennyskoulutusta erityisesti syömishäiriöistä, auttamismenetelmistä sekä tukikeinoista.

Kynsilehdon ym. tutkimuksessa havaittiin myös, että terveydenhoitajat kokevat resurssien puutteen vaikuttavan kielteisesti syömishäiriön tunnistamisen mahdollisuuksiin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Terveystenhoitajien kokemuksen mukaan työskentelyyn nuorten kanssa pitäisi olla enemmän aikaa, terveydenhoitajia pitäisi olla kouluilla enemmän ja ajanvarauskirjoissa tulisi olla enemmän vapaita aikoja, jotta syömishäiriöiden tunnistamiseen olisi kouluissa paremmat mahdollisuudet. (Kynsilehto ym. 2016, 9.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA

TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja kuvata kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemia haasteita syömishäiriöiden tunnistamisessa Päijät-Soten alueen yläkoulujen oppilailta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen haasteista kouluterveydenhuollossa opinnäytetyön toimeksiantajalle terveydenhoitajatyön kehittämistä varten.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kokevatko Päijät-Soten alueen kouluterveydenhoitajat syömishäiriön tunnistamisen yläkoulujen oppilailla haastavana?
2. Minkälaisia haasteita yläkoulujen oppilaiden syömishäiriöiden tunnistamiseen Päijät-Soten alueen kouluterveydenhuollossa liittyy terveydenhoitajien kokemuksen perusteella?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö päädyttiin toteuttamaan kvantitatiivisella tutkimusotteella. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkija on kiinnostunut erilaisista muuttujien välisistä luokitteluista, syy-seuraussuhteista ja vertailusta. Määrällisessä tutkimuksessa tyypillisesti mitataan erilaisia määrällisiä muuttujia sekä muuttujien välisiä yhteyksiä, minkä vuoksi tutkimukselle on ominaista, että tutkittava kohde esitetään numeerisessa muodossa. Tutkimusaineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, ja tutkittavaa kohdetta kuvataan ja tulkitaan tilastollisia menetelmiä hyödyntäen. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään usein käyttäen kyselyä. Määrällisen tutkimuksen keskeinen hyöty on sen tuottaman tiedon tarkkuus; menetelmällä voidaan joko vahvistaa tai kumota tehtyjä hypoteeseja. Määrällinen tutkimus myös mahdollistaa suuren tutkittavien määrän. (Vilkkä 2017, 13-17.)

6.2 Aineiston kerääminen

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui kysely. Kysely tarkoittaa strukturoitua aineiston keruun muotoa, jossa kysymykset esitetään kaikille tutkittaville tismalleen samalla tavalla. Kyselytutkimus mahdollistaa laajan tutkittavien joukon sekä useiden eri kysymysten esittämisen. Kyselytutkimuksen analyysi- ja raportointitavoiksi on kehitetty tilastollisia menetelmiä, minkä vuoksi kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sen nopeaa tietokoneavusteista analyysiä, menetelmän vaivattomuutta, tulosten tarkkuutta sekä selkeää tilastollisiin menetelmiin perustuvaa raportointia. (Hirsjärvi ym. 2018, 193-195.)

Kyselylomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta runsaasti aikaa sekä vahvaa perehtyneisyyttä tutkittavaan asiaan. Niin kyselytutkimuksen kysymykset kuin mahdolliset valmiit vastausvaihtoehdotkin pohjautuvat tutkimuksen teoreettiseen taustaan ja aiempaan tutkimustietoon aiheesta. Kyselylomake voi sisältää joko asteikkoihin tai skaaloihin perustuvia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai näiden yhdistelmää. (Hirsjärvi ym. 195-202.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeeseen (liite 2.) valikoitui asteikkoon perustuvia kysymyksiä sekä yksi avoin kysymys. Asteikkoon perustuvissa kysymyksissä esitettiin väittämiä, joiden paikkaansa pitävyyttä vastaajien tuli arvioida asteikolla yhdestä viiteen. Asteikkoon perustuvien kysymysten esittäminen mahdollisti aineiston analyysin toteuttamisen tilastollisia menetelmiä hyödyntäen. Kyselylomakkeen avoin kysymys puolestaan antoi vastaajille mahdollisuuden tuoda tutkittavasta asiasta esiin sellaista tietoa, jota tutkijat eivät olleet osanneet ennakoida kyselylomaketta laatiessaan.

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruu toteutettiin sähköisenä kyselynä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka luotiin Webropol-palvelussa. Kyselylomakkeet toimitettiin tutkittaville sähköpostiviestillä, joka sisälsi suoraan kyselylomakkeeseen johtavan linkin. Aineisto kerättiin aikavälillä 6.6.-4.7.2022. Tutkimuksen kohderyhmä tavoitettiin tutkimuksen toimeksiantajan yhteyshenkilön välityksellä.

Verkkokyselyn riskinä on, että kato eli vastaamattomuus nousee suureksi. On tavallista, että kyselystä joudutaan muistuttamaan tutkittavia sekä lähettämään kysely tutkittaville vielä uudelleen. Tavallisesti tutkimuksesta muistuttaminen eli karhuaminen toistetaan enintään kaksi kertaa. Keskeisimmin vastausprosenttiin vaikuttavia tekijöitä ovat kyselyn aihe, aiheen merkitys vastaajien kanalta sekä lomakkeen laadinta ja kysymysten suunnittelu. Mikäli kysely toimitetaan verkko- ja postikyselynä suurelle, valikoimattomalle joukolle, jää vastausprosentti tavallisesti parhaimmillaankin 30-40%:iin. Mikäli kysely toimitetaan jollekin erityisryhmälle, on mahdollista saavuttaa parhaimmillaan jopa 70-80%:n vastausprosentti. Mahdollisimman korkean vastausprosentin saavuttamiseksi kyselylomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä sekä ulkoasultaan huolitellulta ja moitteettomalta. (Hirsjärvi ym. 2018, 195-198, 204.)

Kyselylomakkeen valmistelussa voidaan käyttää apuna esitutkimusta eli pilotitutkimusta. Pilotoinnin tarkoituksena on pyytää 1-2 tutkimuksen kohderyhmään sopivaa vastaajaa täyttämään kyselylomake ennen laajempaa vastaajajoukkoa. Pilotoinnin tavoitteena on tarkistaa ja arvioida tutkimuskysymysten muotoilua, selkeyttä, ymmärrettävyyttä, kysymysten järjestystä lomakkeessa sekä sanojen valintaa ja käyttöä. (Hirsjärvi ym. 2018, 202-204.) Tässä opinäytetyössä kyselylomaketta pilotoitiin ennen sen käyttöönottoa yhdellä koulu-terveydenhuollossa työskentelevällä terveydenhoitajalla. Kyselylomake hiottiin pilotoinnin perusteella nykyiseen muotoonsa.

Kyselylomake rakennettiin väittämistä, joiden avulla tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhoitajien subjektiivisia kokemuksia syömishäiriön tunnistamisen eri osa-alueisiin liittyen. Väittämät muotoiltiin tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen pohjalta siten, että aiemmissa tutkimuksissa syömishäiriön tunnistamisen haasteiksi osoittautuneet tekijät sisällytettiin tämän opinäytetyön kyselylomakkeen väittämiin. Vastaajia pyydettiin arvioimaan kunkin väittämän paikkaansa pitävyyttä oman kokemuksen pohjalta.

Väittämien arviointiasteikkona käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot muodostivat nousevan skaalan. Väittämien kohdalla vastausvaihtoehdot numeroitiin asteikolla 1-5 seuraavasti: vaihtoehto 1 = ”täysin eri mieltä”, vaihtoehto 2 = ”osittain eri mieltä”, vaihtoehto 3 = en sama enkä eri mieltä / en osaa sanoa”, vaihtoehto 4 = ”osittain samaa mieltä” sekä vaihtoehto 5 = ”täysin samaa mieltä”. Skaalana päädyttiin käyttämään nimenomaan nousevaa asteikkoa siitä syystä, että kyselylomakkeen esitestauksessa eli pilotoinnissa nouseva skaala arvioitiin laskevaa skaalaa selkeämmäksi ja siten nousevan skaala tulkittiin tähän tutkimukseen laskevaa skaalaa toimivammaksi ratkaisuksi.

Kyselylomakkeen lopussa päädyttiin esittämään yksi avoin kysymys, jossa vastaajan oli mahdollista täydentää antamiaan vastauksia vapaamuotoisesti. Kysymyksenä oli: ”Mitkä muut tekijät vaikuttavat mahdollisuuksiisi tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä?” Avoimen kysymyksen taustalla ajatuksena oli, että vastaajilla on mahdollisuus tuoda tutkimukseen vielä jotain sellaista, jota tutkijat eivät ole osanneet tutkimuksen toteuttamista edeltävästi huomioida.

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston monivalintakysymykset saatettiin numeeriseen ja siten tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkittava kohde kuvattiin, tulkittiin ja analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen. Aineistosta laskettiin vastaajien prosentuaalinen jakauma kunkin kysymyksen ja väittämän kohdalla sekä vastausten keskiarvo ja keskihajonta. Keskiarvo ilmoittaa tutkittavien antamien vastausten odotusarvon, eli se ilmoittaa muuttujien jakauman keskikohdan sijoittumisen mitatulla ulottuvuudella. Keskiarvo saadaan ratkaistua laskemalla yhteen kaikkien havaintojen lukuarvot ja jakamalla se havaintojen lukumäärällä. (Keskiarvo s.a.)

Keskihajonta kuvaa kunkin havainnon etäisyyttä eli poikkeamaa keskiarvosta. Keskihajonta kuvaa, kuinka keskittyneitä havainnot eli tässä tapauksessa vastaajien antamat vastaukset ovat: mitä suurempi on keskihajonta, sitä vähemmän keskittyneitä ovat vastaajien antamat vastaukset. Keskihajonnan laskemisessa hyödynnetään arvojen etäisyyksiä keskiarvosta. Etäisyyksien toiset potenssit lasketaan yhteen, jaetaan arvojen lukumäärällä ja tuloksesta otetaan neliöjuuri. Tuloksen yksikkö on sama kuin arvojen yksikkö. (4.5 Hajonnan kuvaaminen s.a.)

Kvantitatiivisen analyysimenetelmän keskeinen hyöty tässä tutkimuksessa oli menetelmän helppous sekä sen tuottaman tiedon tarkkuus. Menetelmää käytäen oli mahdollista joko vahvistaa tai kumota tehtyjä hypoteeseja. Määrällinen tutkimus myös mahdollisti suuren tutkittavien määrän ja siten laajan aineiston käsittelyn. (Vilkkä 2017, 13-17.)

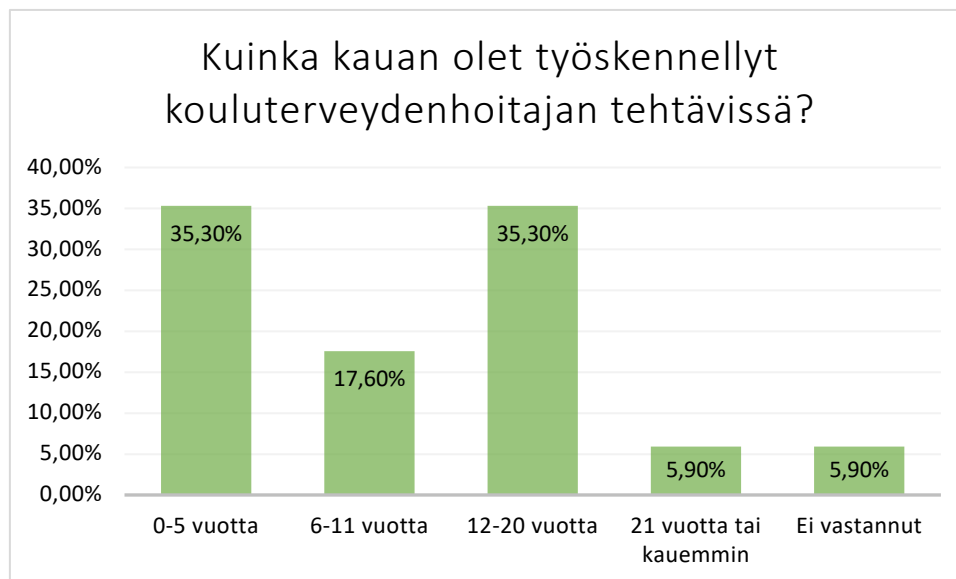
7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön kyselylomake toimitettiin sähköpostitse yhteensä 38:lle Päijät-Soten alueen kouluissa työskentelevälle kouluterveydenhoitajalle. Kyselyyn vastasi yhteensä 17 (N=17) terveydenhoitajaa. Kyselyn vastausprosentti oli 44,7 %.

7.1 Taustamuuttujat

Kyselyn vastaajista 94,1 % (16) ilmoitti kohdanneensa työssään syömishäiriöön sairastuneita oppilaita. 6 % (1) vastaajista ilmoitti, että ei ole kohdannut työssään syömishäiriöön sairastuneita oppilaita.

Työkokemuksen kestoksi kouluterveydenhoitajan tehtävissä vastaajista 35,3 % (6) ilmoitti 0-5 vuotta, 17,6 % (3) ilmoitti 6-10 vuotta, 35,3% (6) ilmoitti 11-20 vuotta ja 5,9 % (1) ilmoitti 21 vuotta tai kauemmin. Vastaajilla oli työkokemusta kouluterveydenhoitajan tehtävistä keskimäärin 11 vuotta. 5,9 % (1) jätti vastaamatta kysymyksen, jossa pyydettiin ilmoittamaan työkokemuksen kesto kouluterveydenhoitajan tehtävissä. Kuvassa 1. on esitetty vastaajien jakauma prosentteina työkokemuksen keston mukaan. Vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi kysymyksen annettuja vastauksia ei eritellä tarkemmin.



KUVA 1. Vastaajien työkokemuksen kesto vuosissa (n=17)

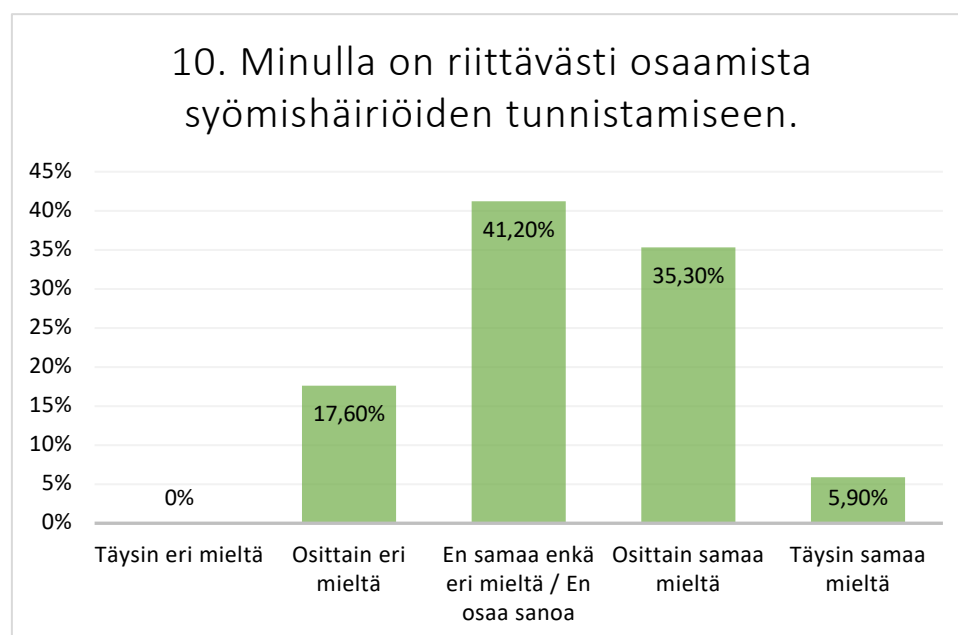
Työskentelyaikaa nykyisessä työyksikössä kartoitettiin avoimella kysymyksellä, johon vastaus tuli antaa vuosina. Kolmasosa vastaajista ilmoitti työskennelleensä nykyisessä työyksikössään 6 kk-4 vuotta. Kolmasosa ilmoitti työvuosiksi nykyisessä yksikössä jotakin väliltä 6-10 vuotta, neljäsosa jotakin väliltä 14-20 vuotta ja loput jotakin väliltä 21 vuotta tai kauemmin. Työskentelyaika nykyisessä työyksikössä oli keskimäärin 6-10 vuotta. Vastaajien jakauma prosentteina nykyisessä työyksikössä kertyneiden työvuosien mukaan on esitetty kuvassa 2.



KUVA 2. Vastaajien työskentelyaika nykyisessä työyksikössä (n=16)

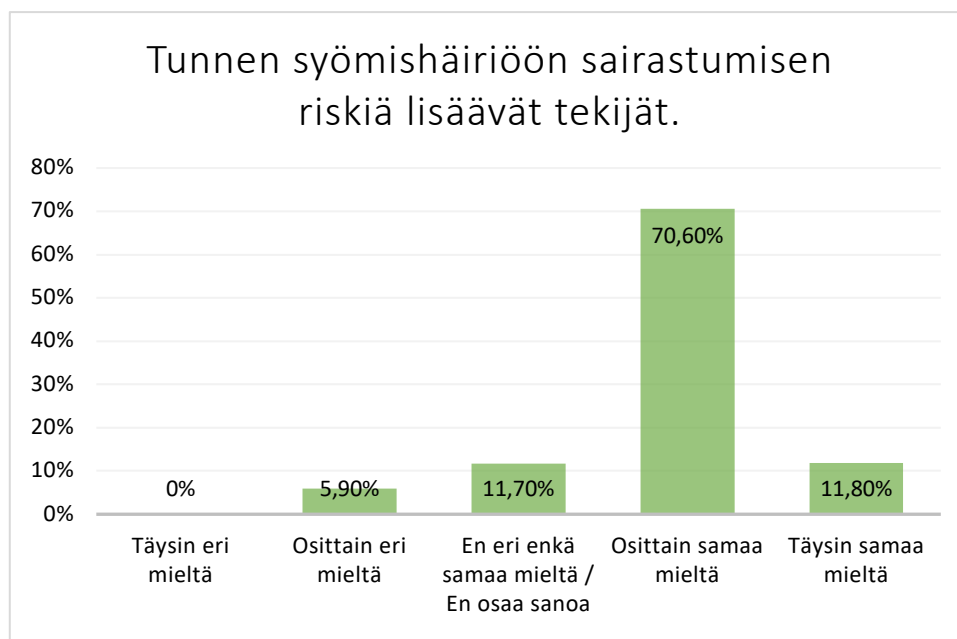
7.2 Terveystenhoitajien osaaminen ja tunnistamisen työkalut

Vastaajista 5,9 % (1) arvioi osaamisensa syömishäiriöiden tunnistamiseen olevan riittävää. Väittämstä ”Minulla on riittävästi osaamista syömishäiriöiden tunnistamiseen” kolmasosa vastaajista ilmoitti olevansa ”osittain samaa mieltä” ja 17,6 % (3) ”osittain eri mieltä”. Kukaan vastaajista ei ollut väittämstä täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,3 ja keskihajonta 0,8. Vastausten jakauma prosentteina ilmenee kuvasta 3.



KUVA 3. Vastausten jakauma prosentteina syömishäiriöiden tunnistamiseen tarvittavan osaamisen riittävyyden suhteen (n=17)

Suurin osa vastaajista (82,4 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä väittämästä ”Tunnen syömishäiriöön sairastumisen riskiä lisäävät tekijät.” Vastaajista 5,9 % (1) ilmoitti olevansa osittain eri mieltä väittämästä. Kukaan vastaajista ei ollut väittämästä täysin eri mieltä. Väittämään vastasi 88,3 % (15) vastaajista. Vastausten keskiarvo oli 3 ja keskihajonta 0,7. Kuvasta 4. ilmenee vastausten jakauma syömishäiriöön sairastumisen riskiä lisäävien tekijöiden tuntemuksen suhteen prosentteina.



KUVA 4. Vastaajien jakauma syömishäiriöön sairastumisen riskiä lisäävien tekijöiden suhteen (n=17)

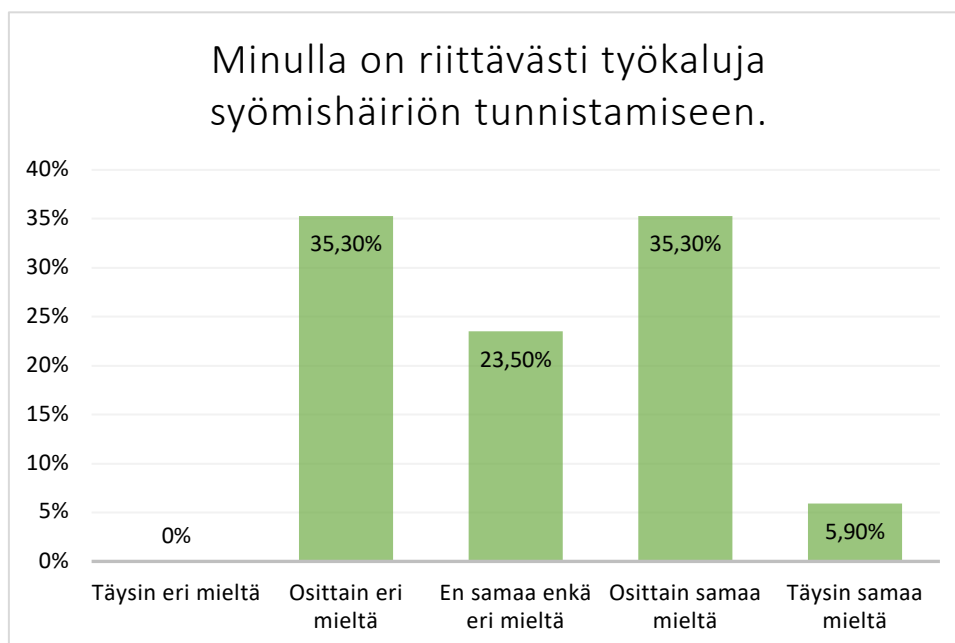
Yhdessä kysymyksessä kartoitettiin vastaajien tietämystä eri syömishäiriötyypeistä ja niiden oireiden tuntemuksesta vastaajien oman arvion perusteella. Vastaajista suurin osa, 82,3 % (15), arvioi olevansa osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tuntee laihuushäiriön ja sen oireet. Ahmimishäiriön ja sen oireet arvioi tuntevansa 70,6 % (12) vastaajista. Vain neljäsosa vastaajista ilmoitti tuntevansa epätyypilliset syömishäiriöt ja niiden oireet; 58,8 % vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en samaa enkä eri mieltä / en osaa sanoa” ja 17,6 % vastaajista vaihtoehdon ”osittain eri mieltä”. Laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä koskevissa väittämässä 11,8 % (2) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä tai ei osannut sanoa. Laihuushäiriön kohdalla 5,9 % (1) vastaajista oli väittämästä osittain eri mieltä ja ahmimishäiriön kohdalla 17,6 % (3). Vastausten keskiarvo laihuushäiriön kohdalla oli 4,1 eli ja keskihajonta 0,9, ahmimishäiriön kohdalla keskiarvo 3,8 eli ja keskihajonta 1,0. Epätyypillisten syömishäiriöiden kohdalla

keskiarvo 3,2 ja keskihajonta 0,9. Vastausten jakauma eri syömishäiriötyyppien ja vastausvaihtoehtojen suhteen on havainnollistettu taulukossa 3.

Taulukko 3. Vastaajien jakauma sen suhteen, kuinka tuttuja eri syömishäiriöt ja niiden oireet olivat.

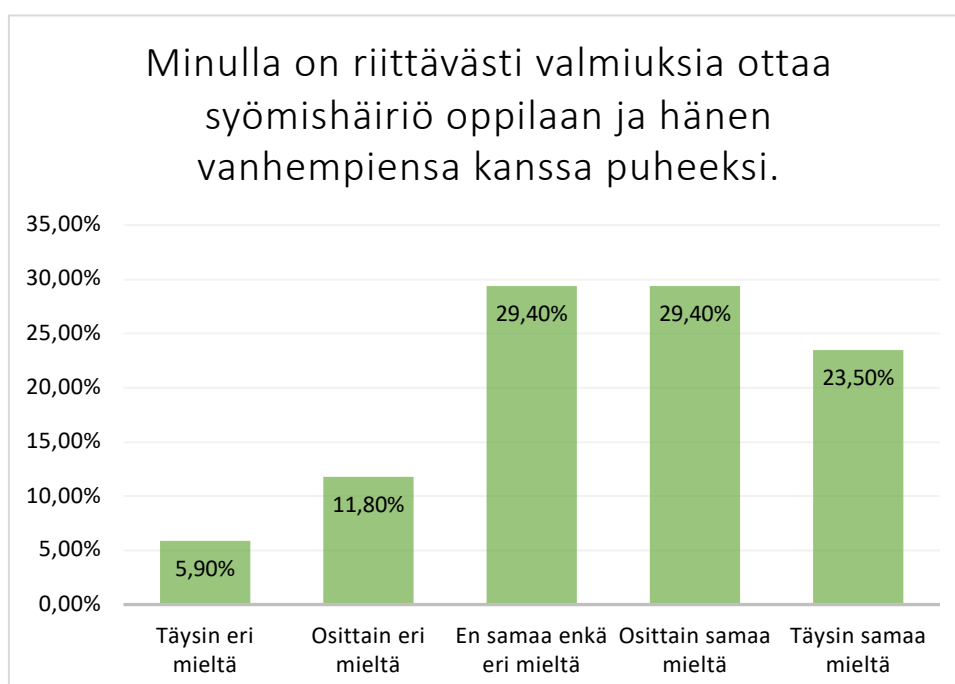
"Tunnen seuraavat syömishäiriöt ja niiden oireet."	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä / En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Laihuushäiriö	0 % (0)	6 % (1)	12 % (2)	47 % (8)	35 % (6)
Ahmimishäiriö	0 % (0)	18 % (3)	12 % (2)	47 %	24 % (4)
Epätyypilliset syömishäiriöt	0 % (0)	18 % (3)	59 % (10)	12 % (2)	12 % (2)

Vastaajista 41,2 % (7) ilmoitti olevansa osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä "Minulla on riittävästi työkaluja syömishäiriöiden tunnistamiseen." Osittain eri mieltä väittämästä oli kolmannes vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut väittämästä täysin eri mieltä. Neljännes vastaajista valitsi vaihtoehdon "En samaa enkä eri mieltä / En osaa sanoa". Vastausten keskiarvo oli 3,1 ja keskihajonta 1,0. Kuvassa 5. on esitetty vastaajien jakauma syömishäiriön tunnistamiseen käytettävissä olevien työkalujen riittävyyden suhteen.



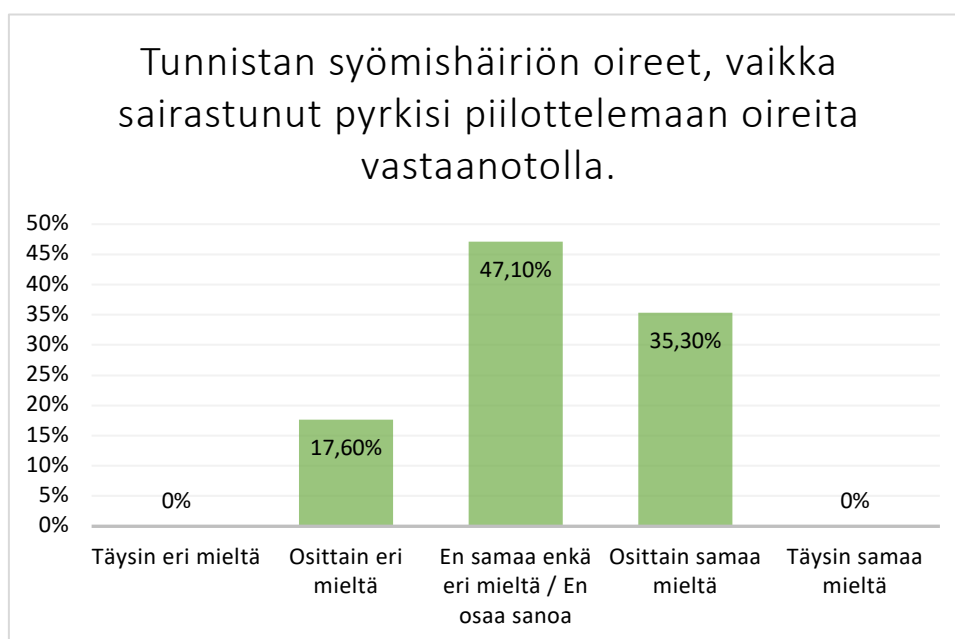
KUVA 5. Vastausten jakauma syömishäiriön tunnistamiseen käytettävissä olevien työkalujen riittävyyden suhteen (17)

Puolet vastaajista koki valmiuksiensa syömishäiriön puheeksi ottoon oppilaan ja hänen vanhempiansa kanssa olevan vähintään osittain riittävät. Kolmasosa vastaajista valitsi neutraalin vaihtoehdon tai ei osannut arvioida valmiuksiensa riittävyyttä. Vastaajista 17,7 % arvioi valmiuksiensa syömishäiriön puheeksi ottoon olevan riittämättömät. Vastausten keskiarvo oli 3,5 ja keskihajonta 1,2. Vastausten jakauma prosentteina syömishäiriön puheeksi otton valmiuksien suhteen ilmenee kuvasta 6.



KUVA 6. Vastausten jakauma syömishäiriön puheeksi ottamisen valmiuksien riittävyyden suhteen (n=17)

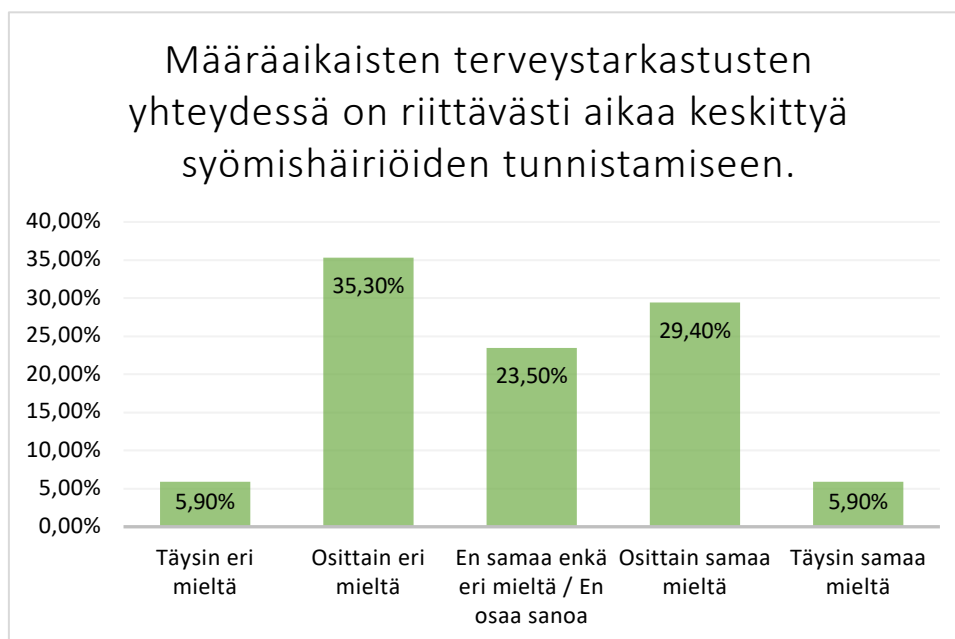
Puolet vastaajista ei osannut arvioida, tunnistaisiko syömishäiriön oireet, mikäli sairastunut pyrkisi piilottelemaan oireita vastaanotolla. Kolmasosa vastaajista arvioi tunnistavansa syömishäiriön niiden piilottelusta huolimatta. 17,6 % (3) vastaajista ilmoitti olevansa osittain eri mieltä väittämästä ”Tunnistan syömishäiriön oireet, vaikka sairastunut pyrkisi piilottelemaan oireita vastaanotolla.”. Kukaan vastaajista ei ollut väittämästä täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,2 ja keskihajonta 0,7. Vastausten jakauma prosentteina on esitetty kuvassa 7.



KUVA 7. Vastausten jakauma väittämän ”Tunnistan syömishäiriön oireet, vaikka sairastunut pyrkisi piilottelemaan oireita” kohdalla prosentteina (n=17)

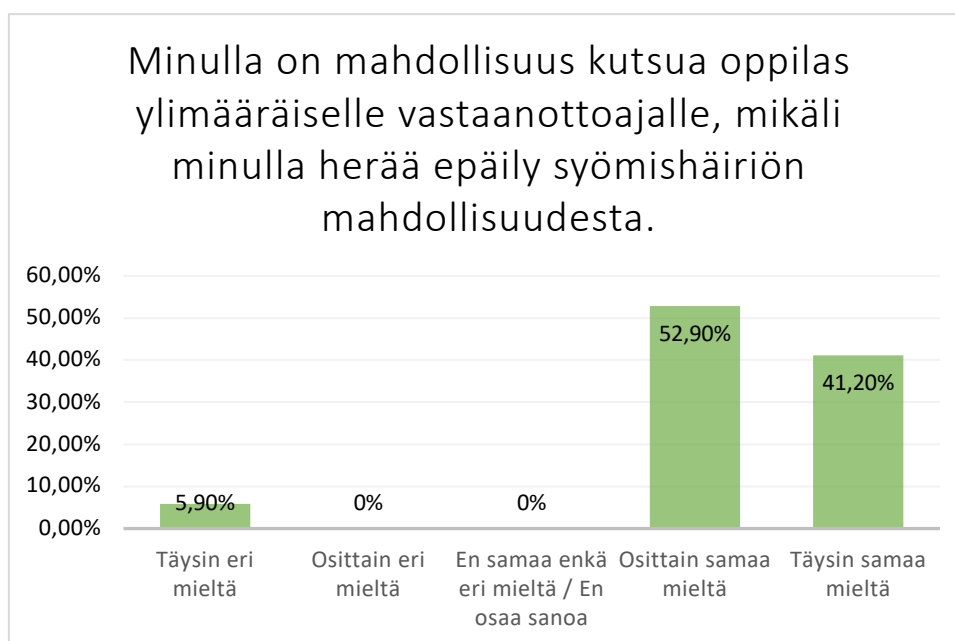
7.3 Ajalliset resurssit

Joka kolmas vastaaja oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä, jonka mukaan määräaikaisten terveystarkastusten yhteydessä on riittävästi aikaa keskittyä syömishäiriön tunnistamiseen. Joka kolmas ilmoitti olevansa eri mieltä väittämästä. Neljäsosa vastaajista ei osannut arvioida, riittääkö määräaikaisiin terveystarkastuksiin käytettävissä oleva aika syömishäiriöiden tunnistamiseen. 5,9 % (1) vastaajista oli täysin eri mieltä väittämästä. Vastausten keskiarvo oli 2,9 ja keskihajonta 1,1. Vastausten jakauma prosentteina ilmenee kuvasta 8.



KUVA 8. Vastausten jakauma prosentteina määräaikaisiin terveystarkastuksiin käytettävissä olevan ajan riittävydestä syömishäiriöiden tunnistamiseen (n=17)

Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat, että heillä on mahdollisuus kutsua oppilas ylimääräiselle vastaanottoajalle, mikäli heillä herää epäily syömishäiriön mahdollisuudesta. 5,9 % (1) vastaajista ilmoitti, että ylimääräiselle vastaanottoajalle kutsumiseen ei ole mahdollisuutta. Vastausten jakauma prosentteina on esitetty kuvassa 9.



KUVA 9. Vastausten jakauma prosentteina oppilaan ylimääräiselle vastaanot-
toajalle kutsumisen mahdollisuudesta, mikäli vastaajalla herää epäily oppilaan
syömishäiriöstä (n=17)

Kyselylomakkeessa esitettiin monivalintakysymysten lisäksi yksi avoin kysy-
mys. Avoimessa kysymyksessä tutkittaville tarjottiin mahdollisuus tuoda esiin
muita tekijöitä, jotka heikentävät oppilaiden syömishäiriöiden tunnistamisen
mahdollisuuksia. Avoimeen kysymykseen vastasi yhteensä 5 henkilöä eli 29,4
% tutkimukseen osallistuneista. Myös avoimeen kysymykseen annetuissa
vastauksissa nousi esiin ajallisten resurssien rajallisuus. Kysymykseen vas-
tanneet arvioivat kiireen, terveydenhoitajien ja oppilaiden poissaolojen, run-
saan hoidettavien asioiden määrän sekä säännöllisten tarkastuksien toteutu-
mattomuuden heikentävän heidän mahdollisuuksiaan tunnistaa syömishäiri-
öitä.

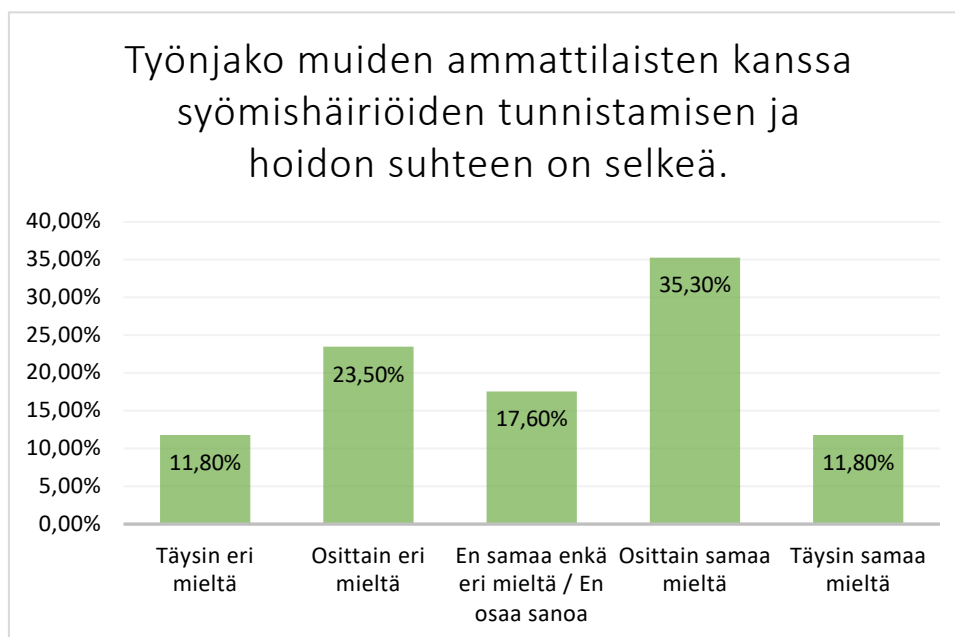
"Kiire." 3 vastaajaa ilmoitti vastaukseksi avoimeen kysymykseen kiireen.

*"Paljon asioita tulee ja kontrollikäyntejä on usein haastava toteuttaa haluamal-
lani tavalla."*

*"Poissaolot (sekä omat että asiakkaan), säännölliset tarkastukset eivät to-
teudu 100 %."*

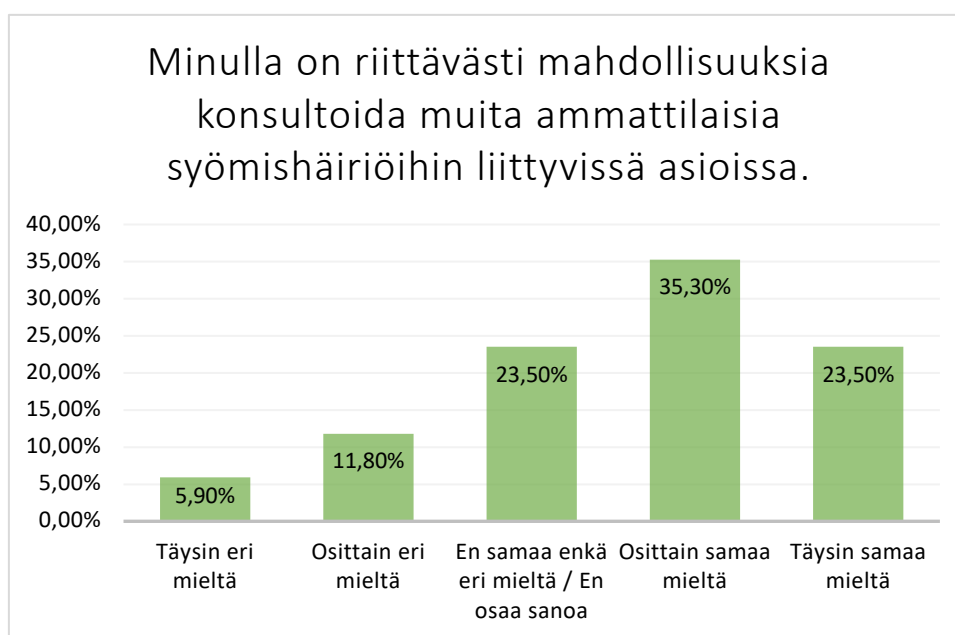
7.4 Moniammatillinen yhteistyö ja jatkohoitoon lähettäminen

Lähes puolet vastaajista arvioi työnjaon muiden ammattilaisten kanssa syö-
mishäiriön tunnistamisen ja hoidon suhteen olevan joko osittain tai täysin sel-
keä. Joka kolmas vastaaja ilmoitti olevansa osittain tai täysin eri mieltä siitä,
että työnjako muiden ammattilaisten kanssa on selkeä. 17,6 % (3) vastaajista
ei osannut arvioida, onko työnjako selkeä. Vastausten keskiarvo oli 3,1 ja kes-
kihajonta 1,3. Vastausten jakauma prosentteina ilmenee kuvasta 10.



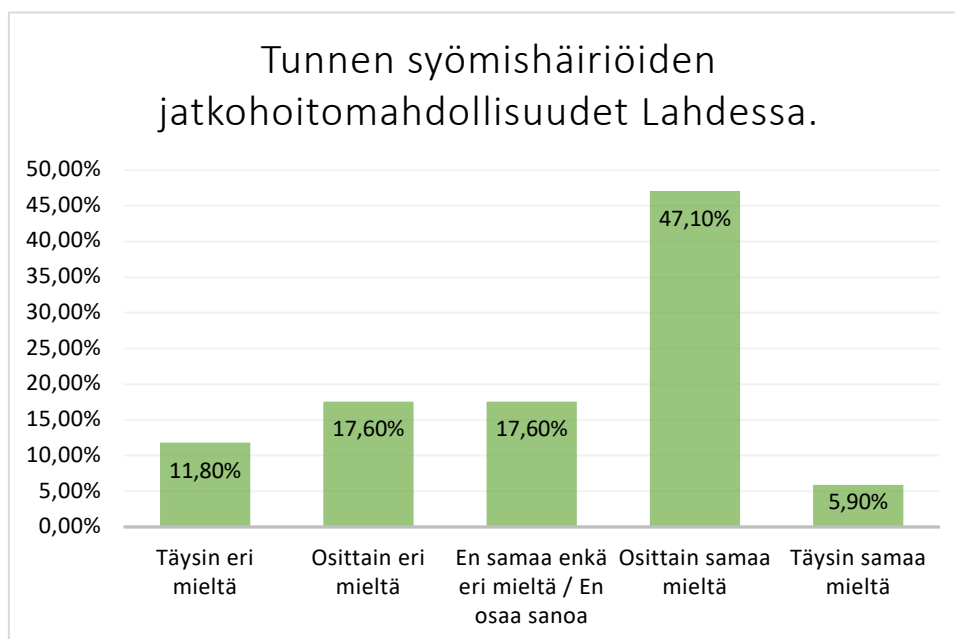
KUVA 10. Vastausten jakauma prosentteina työnjaon selkeydestä muiden ammattilaisten kanssa syömishäiriön tunnistamisen ja hoidon suhteen (n=17)

Vastaajista yli puolet ilmoitti, että heillä on riittävästi mahdollisuuksia konsultoida muita ammattilaisia syömishäiriöihin liittyvissä asioissa. 17,7 % (3) vastaajista arvioi mahdollisuudet muiden ammattilaisten konsultointiin osittain tai täysin riittämättömiksi. Neljäsosa ei osannut arvioida konsultoinnin mahdollisuuksien riittävyyttä. Vastausten keskiarvo oli 3,6 ja keskihajonta 1,2. Vastausten jakauma prosentteina on esitelty kuvassa 11.



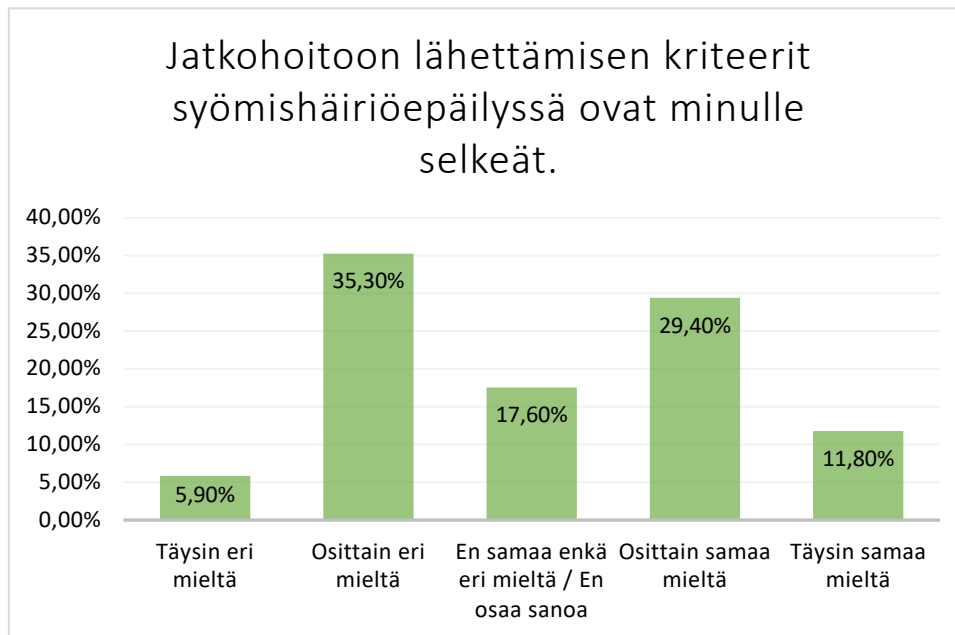
KUVA 11. Vastausten jakauma prosentteina muiden ammattilaisten konsultointimahdollisuuksien riittävyyden suhteen (n=17)

Vastaajista 5,9 % (1) ilmoitti tuntevansa täysin syömishäiriön jatkohoitomahdollisuudet Lahdessa. Vajaa puolet vastaajista ilmoitti osittain tuntevansa jatkohoitomahdollisuudet. 11,8 % (2) vastaajista ei tuntenut lainkaan jatkohoitomahdollisuuksia ja 17,6 % (3) oli osittain eri mieltä väittämästä ”Tunnen syömishäiriön jatkohoitomahdollisuudet Lahdessa.”. 17,6 % (3) vastaajista ei osannut arvioida väittämän paikkansa pitävyyttä omalla kohdallaan. Vastaus-ten keskiarvo oli 3,2 ja keskihajonta 1,2. Vastaajien jakauma prosentteina on esitelty kuvassa 12.



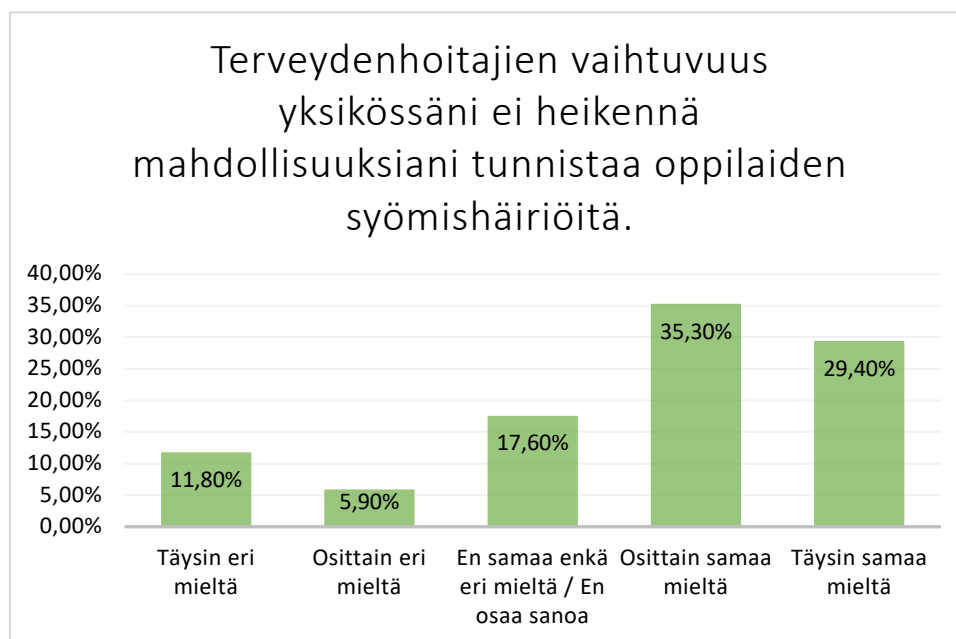
KUVA 12. Vastaajien jakauma prosentteina syömishäiriön jatkohoitomahdollisuuksien tuntemuksesta Lahdessa (n=17)

41,2 % vastaajista arvioi jatkohoitoon lähettämisen kriteerit syömishäiriöepäilyssä osittain tai täysin selkeiksi. Yhtä moni vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että jatkohoitoon lähettämisen kriteerit ovat syömishäiriöepäilyssä selkeät. 17,6 % (3) vastaajista valitsi neutraalin vastausvaihtoehdon. Vastaus-ten keskiarvo oli 3,1 ja keskihajonta 1,2. Vastaajien prosentuaalinen jakauma ilmenee kuvasta 13.



KUVA 13. Vastaajien jakauma jatkohoitoon lähettämisen kriteerien selkeydestä syömishäiriöepäilyssä (n=17)

Vastaajista 17,7 % (3) arvioi terveydenhoitajien vaihtuvuuden yksikössään heikentävän heidän mahdollisuuksiensa tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Vastaajista 29,4 %, että terveydenhoitajien vaihtuvuus yksikössä ei vaikuta kielteisesti heidän mahdollisuuksiinsa tunnistaa syömishäiriöitä. 35,3 % vastaajista ilmoitti olevansa osittain samaa mieltä väittämästä ”Terveydenhoitajien vaihtuvuus yksikössäni ei heikennä mahdollisuuksiani tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. 17,6 % vastaajista ei osannut arvioida väittämän sopivuutta omalla kohdallaan. Vastausten keskiarvo oli 3,6 % ja keskihajonta 1,3. Vastaajien jakauma prosentteina ilmenee kuvasta 14.



KUVA 14. Vastaajien jakauma sen suhteen, arvioivatko he terveydenhoitajien vaihtuvuuden heikentävän heidän mahdollisuuksiaan tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä (n=17)

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimustulokset viittaavat aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa samaan lopputulokseen: syömishäiriön tunnistaminen kouluterveydenhuollossa on haastavaa. Tutkimuksen tulokset tarjoavat suuntaa antavaa tietoa siitä, minkälaisiin tekijöihin syömishäiriön tunnistamisen haasteet kouluterveydenhoitajien näkökulmasta Lahden kouluterveydenhuollossa painottuvat.

Terveystenhoitajien osaamisen riittävyys syömishäiriön tunnistamiseen kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajien oman arvion perusteella näyttäytyi tutkimuksessa epävarmana. Lähes puolet terveydenhoitajista ei osannut arvioida osaamisensa riittävyttä. Joka viides terveydenhoitaja arvioi osaamisensa riittämättömäksi ja vain alle 6 % arvioi osaamisensa riittäväksi. Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että suurin osa kouluterveydenhoitajista tarvitsee lisää osaamista syömishäiriön tunnistamiseen kouluterveydenhuollossa tunteakseen osaamisensa syömishäiriön tunnistamiseen riittäväksi. Dowling Tawesin (2016) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien kokemus heidän

omasta osaamisestaan on yhteydessä terveydenhoitajien aktiivisuuteen syömishäiriöiden tunnistamisessa. Lisäksi Kynsilehdon ym. (2016, 9) tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhoitajien syömishäiriöosaaminen on puutteellista ja pitkälti itseopiskelun ja työkokemuksen varassa, mikä on linjassa myös tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella syömishäiriön eri muodoista tutuin aiempien tutkimusten, kuten Silenin (2021) väitöskirjan, mukaisesti terveydenhoitajille on laihuushäiriö. Yli 90 % terveydenhoitajista ilmoitti tuntevansa laihuushäiriön ja sen oireet. Myös ahmimishäiriö ja sen oireet ovat terveydenhoitajilla melko hyvin tiedossa: yli 80 % ilmoitti tuntevansa ahmimishäiriön ja sen oireet. Sen sijaan Silenin (2021) tuoreen väitöskirjatutkimuksen tuloksia mukaillen epätyypilliset syömishäiriöt ovat tämän tutkimuksen perusteella terveydenhoitajien keskuudessa vähiten tunnettuja. Terveydenhoitajista vain noin 70 % ilmoitti tuntevansa epätyypilliset syömishäiriöt ja niiden oireet. Silenin (2021, 92, 108) väitöskirjatutkimuksessa havaittiin, että herkimmin terveydenhuollossa jäävät tunnistamatta nimenomaan epätyypilliset syömishäiriöt, pois lukien epätyypillinen laihuushäiriö. Tämä voisi ainakin osittain selittyä sillä, että epätyypilliset syömishäiriöt eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa riittävän tunnettuja.

Tutkimuksessa nousi esiin kiireen ja vastaanottoaikojen peruuntumisen kielteinen vaikutus syömishäiriöiden tunnistamiseen. Lähes puolet terveydenhoitajista ilmoitti kokevansa, että määräaikaan terveystarkastuksiin varattu aika ei ole riittävä syömishäiriöiden tunnistamiseen. Määräaikaan terveystarkastuksiin varatun ajan rajallisuuden vuoksi on olemassa riski siihen, että syömishäiriö jää terveystarkastuksessa tunnistamatta. Sen sijaan suurimmalla osalla terveydenhoitajista oli mahdollisuus kutsua oppilas ylimääräiselle terveydenhoitajan vastaanottoajalle, mikäli määräaikaisessa terveystarkastuksessa tai muussa yhteydessä herää epäily syömishäiriön mahdollisuudesta. Tämä mahdollistaa tunnistetun syömishäiriön varhaisen hoidon käynnistämisen kouluterveydenhuollossa ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaamisen. Tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkennettu sitä, oliko terveydenhoitajilla mahdollisuus kutsua oppilas riittävän monelle ylimääräiselle vastaanottoajalle syömishäiriöön liittyvän riittävän neuvonnan ja ohjauksen toteuttamiseksi. Kynsilehto ym. (2017, 9) ha-

vaitsivat tutkimuksessaan, että yksi haaste syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa ja hoidon aloituksessa oli, ettei syömishäiriöön sairastuneelle nuorelle ollut mahdollista järjestää yksilöllisen tarpeen mukaisesti riittävää määrää terveydenhoitajan vastaanottoaikoja.

Avoimeen kysymykseen vastanneista henkilöistä 3 ilmoitti kiireen heikentävän heidän mahdollisuuksiaan tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Avoimessa kysymyksessä nousi esiin, että määräaikaiset terveystarkastukset eivät toteudu täysin. Lisäksi terveydenhoitajan ja oppilaiden poissaolojen koettiin vaikuttavan kielteisesti syömishäiriön tunnistamisen mahdollisuuksiin. Kyselystä ei selvinnyt, kuinka suuri osa terveystarkastuksista jää ajanpuutteen vuoksi tekemättä. Mielenkiintoista on, että lähes kaikki vastaajat ilmoittivat, että heillä on mahdollisuus kutsua oppilas ylimääräiselle vastaanottoajalle, mikäli heillä herää epäily syömishäiriöstä. Ilmeisesti syömishäiriöpotilaan kontrollikäynteihin siis on mahdollisuus, mutta tämän tutkimuksen perusteella jää avoimeksi, kuinka tiiviiseen seurantaan ja kuinka moneen seurantakäyntiin mahdollisuus voidaan nykyisillä resursseilla tarjota.

Terveydenhoitajien valmiudet syömishäiriön puheeksiottoon oppilaan ja hänen vanhempiansa kanssa näyttäytyivät tutkimuksessa osin puutteellisina. Vajaa kolmannes vastaajista ei osannut arvioida valmiuksiensa riittävyttä ja vain neljännes vastaajista arvioi valmiuksiensa puheeksiottoon olevan riittävät. Tulokset ovat linjassa mm. Kynsilehdon ym. (2017,7) tutkimuksen tulosten kanssa, joiden mukaan terveydenhoitajat kokivat syömishäiriöiden puheeksi ottamisen nuoren kanssa vaikeaksi.

Vastaajien keskuudessa oli hajontaa sen suhteen, oliko terveydenhoitajilla käytettävissään riittävästi työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen. Vajaa neljännes terveydenhoitajista ei osannut arvioida, onko työkaluja riittävästi. Tämä voisi selittyä ainakin osittain sillä, että terveydenhoitajat eivät välttämättä ole tietoisia kaikista käytettävissä olevista työkaluista, kuten erilaisista mittareista tai niiden käyttötavasta. Alle 6 % vastaajista arvioi työkalut täysin riittäviksi. Tutkimuksen tulosten viittaavat siihen suuntaan, että terveydenhoitajilla ei ole käytettävissään riittävästi työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen tai että tietoisuus olemassa olevista työkaluista ja niiden käyttötavoista sekä hyödynnettävyydestä osana syömishäiriön tunnistamista on puutteellista. Tutkimuksen

tulokset näiltä osin ovat osin ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa. Mm. Kynsilehdon ym. (2017, 6-7, 10) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhoitajat tunnistivat syömishäiriöiden oireet usein juurikin hyödyntäen erilaisia saatavilla olevia mittareita ja työkaluja. Arviointimittarit eli tunnistamisen työkalut osoittautuivat kyseisessä tutkimuksessa tärkeäksi osaksi syömishäiriön tunnistamista terveydenhoitajan vastaanotolla. Toisaalta Kynsilehdon tutkimuksessa ei kartoitettu sitä, oliko terveydenhoitajilla riittävästi työkaluja käytettävissään syömishäiriön tunnistamiseen eikä sitä, kuinka laajalti erilaiset mittarit terveydenhoitajien keskuudessa tunnettiin.

Suurin osa terveydenhoitajista ei osannut arvioida, tunnistaisivatko he syömishäiriön oireet, mikäli sairastunut pyrki piilottelemaan oireita vastaanotolla. Joka kolmas terveydenhoitaja osittain oli samaa mieltä siitä, että tunnistaisi oireet salailusta huolimatta. Sairastuneen ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvien tekijät, kuten sairaudentunnottomuus, oireiden piilottelu ja oireiden vähättelyn pelko sekä sitä seuraava tilanteen salaaminen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu syömishäiriön tunnistamisen mahdollisuuksia heikentäviksi tekijöiksi. Terveydenhoitajien epävarmuus asian suhteen viitanee siihen, että terveydenhoitajat kokevat syömishäiriön tunnistamisen tällaisissa tilanteissa haasteelliseksi.

Terveydenhoitajien tiedot syömishäiriöiden alueellisista hoitomahdollisuuksista sekä jatkohoitoon lähettämisen kriteereistä osoittautuivat tutkimuksessa puutteellisiksi. Terveydenhoitajista vajaa puolet arvioi syömishäiriöpotilaan jatkohoitoon lähettämisen kriteerit kouluterveydenhuollossa olevan epäselvät. Vain 12 % terveydenhoitajista arvioi jatkohoitoon lähettämisen kriteerit selkeiksi. Vähän yli puolet terveydenhoitajista ilmoitti tuntevansa syömishäiriön alueelliset jatkohoitomahdollisuudet ja vajaa kolmannes terveydenhoitajista ilmoitti, että ei tunne alueellisia jatkohoitomahdollisuuksia. Silenin (2021, 62) väitöskirjatutkimuksessa todettiin, että syömishäiriöiden selkeän hoitopolun puuttuminen voi aiheuttaa terveydenhuollon ammattilaisissa haluttomuutta tunnistaa syömishäiriöitä, koska jatkohoitoon ohjaaminen on selkeän hoitopolun puuttessa haastavaa. On ehkä siten olemassa mahdollisuus, että epäselvyys syömishäiriöiden hoitopolun suhteen saattaa vähentää myös kouluterveydenhoitajien motivaatiota tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Myös riski syömishäiriöiden tunnistamiseen liittyy myös epäselvyyteen suhteesta jatkohoitomahdollisuuksiin.

häiriöpotilaan kontrollikäyntien riittämättömyydestä voisi kenties vaikuttaa terveydenhoitajien halukkuuteen tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Tätä ei kuitenkaan voida pitää tämän tutkimuksen tulosten perusteella luotettavana johtopäätöksenä.

Myös moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisen mahdollisuudet kouluterveydenhuollossa näyttäytyivät tutkimuksen tuloksissa osittain riittämättöminä. Noin puolet terveydenhoitajista arvioi, että heillä on riittävät tai lähes riittävät mahdollisuudet konsultoida muita ammattilaisia syömishäiriöön liittyvissä asioissa. Joka viides terveydenhoitajista arvioi konsultaatiomahdollisuudet puutteellisiksi. Lisäksi työnjako eri ammattilaisten kesken syömishäiriön tunnistamisen ja hoidon suhteen näyttäytyi olevan suurimmalle osalle terveydenhoitajista epäselvä: noin 70 % terveydenhoitajista arvioi työnjaon osittain tai kokonaan epäselväksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhoitajien vaihtuvuus yksikössä ei näytä merkittävästi vaikuttavan suurimman osan terveydenhoitajista mahdollisuuksiin tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Kolmannes terveydenhoitajista koki, että terveydenhoitajien vaihtuvuudella ei ole vaikutusta heidän mahdollisuuksiinsa tunnistaa syömishäiriöitä. Noin 40 % terveydenhoitajista arvioi, että vaihtuvuudella on jonkin verran vaikutusta syömishäiriöiden tunnistamiseen. 12 % terveydenhoitajista ilmoitti olevansa vahvasti sitä mieltä, että vaihtuvuudella on vaikutusta heidän mahdollisuuksiinsa tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tämän opinnäytetyön tuottama tieto on kuvaus tutkimuksen kohderyhmän subjektiivisista kokemuksista, minkä vuoksi opinnäytetyön tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa syömishäiriön tunnistamisen haasteista kouluterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa nimenomaan Lahden kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kokemista haasteista syömishäiriön tunnistamisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen koko opinnäytetyöprosessin ajan tiedeyhteisön tunnustamia eettisiä toimintatapoja eli hyvää tieteellistä käytäntöä, joihin sisältyvät tutkijoiden rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus kaikilla

tutkimuksen osa-alueilla. Tiedeyhteisön eettisiä toimintatapoja noudatettaessa suoritetaan tutkimuksen tiedonhaku eettisesti kestäväällä tavalla. Tutkimusprosessissa noudatetaan yleistä avoimuutta ja tutkimustulokset raportoidaan tiedeyhteisön hyväksymällä tavalla. Tietosuojakysymykset huomioidaan asiaankuuluvalla tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2021.)

Validiteetti ilmaisee, mittaako tutkimuksessa käytettävä mittari juuri niitä asioita, joihin tutkimuksessa haetaan vastauksia. Mikäli validiteetti on matala tai puuttuu kokonaan, tutkitaan väärää asiaa eli jotakin muuta, kuin mitä on ollut alun perin tarkoitus tutkia. Validiteettia on tarkasteltava niin tutkittavan aiheen kuin tutkimusotteenkin näkökulmasta. Validiteetin ollessa korkea voidaan tutkimuksen tuloksia pitää pätevinä. (Hiltunen 2009, 3-7).

Reliabiliteetti ilmaisee tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuutta, tarkkuutta, toistettavuutta ja jatkuvuutta. Mikäli reliabiliteetti on korkea, ei sattumalla ole merkittävää vaikutusta saatuihin tutkimustuloksiin, vaan tulokset ovat toistettavissa samaa mittaria käytettäessä uudelleen. Mahdollisia satunnaisvirheitä, jotka voivat vähentää mittarin reliabiliteettia, voivat olla esimerkiksi tutkittavan mieliala sekä muut olosuhteet. (Hiltunen 2009, 9-10).

Tässä opinnäytetyössä tutkittavat vastasivat kyselylomakkeessa esitettyihin väittämiin omien kokemustensa perusteella. Tutkittavat täyttivät kyselylomakkeen itsenäisesti, vailla mahdollisuutta tarkentaa esitettyjen väittämien merkityksiä tutkimuksen tekijöiltä vastaushetkellä. On syytä ottaa huomioon mahdollisuus, että väittämän tai kysymyksen muotoilu saattoi vaikuttaa vastaajan tekemään tulkintaan siitä, mitä väittämällä tai kysymyksellä tarkoitetaan. Vastajat ovat voineet tulkita väittämiä tai kysymyksiä eri tavoin. Väittämien tai kysymysten monitulkintaisuuden riskiä pyrittiin pienentämään ennen tutkimuksen toteuttamista kyselyn esitestauksella eli pilotoinnilla. Lisäksi tutkimuksen tuloksiin on voinut vaikuttaa se seikka, että tutkittavat arvioivat itsenäisesti oman osaamisensa, tietämyksensä ja eri asioiden merkityksien määrää eri väittämien tai kysymysten kohdalla. Tutkimuksessa ei käytetty minkäänlaista mittaria arvioimaan sitä, kuinka realistisesti tutkittavien käsitykset esimerkiksi omasta syömishäiriöosaamisestaan pitävät paikkansa tai ovatko tiedot ajantasaisia.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koottiin hakemalla tietoa tieteellisistä, luotettavista tietokannoista. Tietokantoina käytettiin pääasiassa Pubmed-, Medic-, Finna- ja Google Scholar -tietokantoja. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin tuoreita, valtakunnallisia lääketieteellisen hoidon tueksi laadittuja Käypä hoito -suosituksia. Tietokannoista ja hoitosuosituksista opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten laadinnan tueksi valikoitui luotettavia, hyvän tieteellisen käytännön mukaan laadittuja tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita (liite 1.). Käsiteltäessä muiden tutkijoiden laatimia tutkimuksia pyrittiin muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioittamaan käyttämällä asianmukaisia lähdeviittaustapoja. (Hyvä tieteellinen käytäntö HTK 2021.)

Ennen tutkimuksen toteuttamista haettiin tutkimukselle kirjallinen tutkimuslupa Päijät-Sotelta. Lisäksi kaikilta tutkittavilta pyydettiin kirjallinen, henkilökohtainen lupa tutkimukseen osallistumiseen ennen tutkimuksen toteuttamista. Kaikille tutkittaville annettiin luettavaksi tutkimuksen tietosuojaseloste ja tutkittavia pyydettiin vahvistamaan kirjallisesti kyselylomakkeella, että tietosuojaseloste oli annettu tiedoksi ja luettu kunkin osallistujan toimesta. Aineistonkeruuta varten kyselylomakkeet toimitettiin tutkittaville sähköpostitse tutkimuksen toimeksiantajan yhteyshenkilön välityksellä. Tutkimuksen etenemisestä informoitiin opinnäytetyön toimeksiantajaa tutkimuksen eri vaiheissa. Aineiston keruun eli tutkimuksen toteuttamisen ajankohta sovittiin yhdessä tutkimuksen toimeksiantajan kanssa.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin käyttäen sähköistä kyselylomaketta, johon tutkittavat vastasivat anonymisti. Kyselylomake pilotoitiin eli esitestattiin, minkä tarkoituksena oli selvittää aineistonkeruumenetelmän validiteettia eli sitä, saadaanko kyselylomakkeella vastauksia nimenomaan tälle tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkittavien antamia vastauksia eli tutkimusaineistoa säilytettiin Webropol-palvelussa käyttäjätunnuksen ja salasanan takana koko tutkimusprosessin ajan ja aineistoa hyödynnettiin ainoastaan tämän tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti viivytyksettä heti tutkimuksen valmistuttua.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Koska kouluterveydenhuollon laatusuosituksset ja toimintaperiaatteet ovat valtakunnallisesti pitkälti samansuuntaiset koko Suomessa, olisi perusteltua tutkia syömishäiriön tunnistamisen haasteita samansuuntaisella kyselylomakkeella myös muualla Suomessa, jopa koko valtakunnan alueella. Koska kyselylomakkeen väittämät ja vastausvaihtoehdot ovat stukturoituja, olisi kyselyn tuloksia suhteellisen helppoa vertailla muiden alueiden tuloksiin.

Tämän opinnäytetyön pieni tutkimusjoukko huomioiden ei tästä tutkimuksesta voida vetää laajoja, yleistettäviä johtopäätöksiä. Aihetta olisi perusteltua tutkia laajemmin, jotta ilmiöstä valtakunnallisesti saataisiin luotettavampaa tietoa ja jotta syömishäiriön tunnistamisen haasteisiin voitaisiin spesifimmin pureutua. Aihetta voitaisiin tutkia Lahden alueella myös tarkemmin. Esimerkiksi terveydenhoitajien syömishäiriöosaamista voitaisiin tutkia objektiivisemmilla mittareilla. Syömishäiriöiden tunnistamisen onnistumista itsessään voitaisiin myös tutkia. Kuinka suuri osuus syömishäiriöistä tunnistetaan kouluterveydenhuollon toimesta, kuinka suuri osuus tunnistetaan jossain muualla ja mikä osuus jää kokonaan tunnistamatta?

Tämän tutkimuksen pohjalta olisi vaihtoehtoisesti mahdollista edetä sovelta-vaan tutkimukseen esimerkiksi tutkimalla sitä, miten syömishäiriön tunnistamista voitaisiin parantaa Lahden kouluterveydenhuollossa. Jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää esimerkiksi terveydenhoitajien ajatuksia siitä, mikä parantaisi heidän mahdollisuuksiaan tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä. Jatkotutkimusten näkökulmana voisivat olla myös vaikkapa syömishäiriöosaamisen lisääntymisen vaikutus syömishäiriön tunnistamiseen tai moniammatillisen yhteistyön ja konsultaatiomahdollisuuksien lisääntymisen vaikutus syömishäiriöiden tunnistamiseen Lahden kouluterveydenhuollossa.

LÄHTEET

Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. 2017. Syömishäiriökeskus. Verkkosivu. Saatavissa: <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/ahmimishairio-bulimia-nervosa/> [viitattu 18.04.2022].

American Psychiatric Assosiation. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington DC: APA.

Autio, E., Hietanen-Peltola, M., Laitinen, K. & Palmqvist, R. 2018. Yhteisestä työstä hyvinvointia – opetushuoltoryhmä perusopetuksessa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136782/Oh-jaus%202018_009_verkko_20180117.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 2.5.2022].

Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Katsausartikkeli. Julkaisija: Duodecim 2001 vol. 117, 869–874. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo92220> [viitattu 2.5.2022].

Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöt. Teoksessa: Marttunen, M; Huurre, T; Strandholm, T. & ja Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt - Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [viitattu 20.03.2022]

Dowling Tawes, J. 2016. The Role of School Nurses in Early Detection of Eating Disorders: An Application of the Precaution Adoption Process Model and the 5A's Approach. The University of Toledo. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_etd/send_file/send?accession=toledo1481816516534758&disposition=inline. [viitattu 20.03.2022].

Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/Tutkimuksen-Luotettavuus.pdf> [viitattu 2.5.2022].

Hietanen-Peltola, M. 2021. Kouluterveydenhuolto. Koulu- ja opiskeluterveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/kou00018?toc=1112230> [viitattu 2.5.2022].

Hilmo (hoitoilmoitusjärjestelmä). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo> [viitattu 2.5.2022].

Hiltunen, L. 2009. Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Gradu-ryhmä. Jyväskylän yliopisto. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://www.mit.jyu.fi/ope/kurs-sit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf Viitattu 03.05.2022. [viitattu 03.05.2022].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2021. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. [viitattu 01.09.2022].

Juriloo, E., Keski-Rahkonen, A., Marttunen, M., Raevuori, A., Silen, Y., Sipilä, P. & Tainio, V.-M. 2016. Nuoren laihuushäiriön hoito ja erikoissairaanhoidon kustannukset. Tilastotutkimus. Duodecim 22/2016. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13395> [viitattu 20.03.2022].

Karjalainen, S., Keski-Rahkonen, A. & Nyberg, R. 2020. Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito. Vertaisarvioitu katsausartikkeli. Helsingin yliopisto & Tampereen yliopistollinen sairaala. Julkaisija: Duodecim 2020 vol. 136, 1467-1474. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15647> [viitattu 25.03.2022].

Keskiarvo s.a. Käsitteet. Tietoa tilastoista. Tilastokeskus. Saatavissa: <https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/keskiarvo.html> [viitattu 31.07.2022].

Keski-Rahkonen, A. & Rissanen, A. 2000. Bulimian tunnistaminen ja somaattiset komplikaatiot. Julkaisija: Duodecim 2000 vol. 116, 1207–1212. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo91558> [viitattu 10.04.2022].

Kivinen, T. 2021. Nuorten syömishäiriöt: Osaamiskartoitus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille. Opinnäytetyö (YAMK). Jyväskylän ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/499841/Opinnaytetyo_Kivinen_Tiina.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 10.01.2022].

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72398> [viitattu 22.4.2022].

Kouluterveydenhuolto s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/kouluterveydenhoito> [viitattu 20.03.2022].

Kouluterveydenhuolto. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/opiskeluhoito/kouluterveydenhuolto> [viitattu 20.03.2022].

Kynsilehto, T., Kääriäinen, M. & Ruotsalainen, H. 2016. Terveystieteen tutkimuskokemuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Oulun yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019090927414.pdf> [viitattu 12.01.2021].

Laajat terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (Avohilmo) s.a. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/neuvola/summary_laa-jat01?aika_0=436585&ik%C3%A4luokka_0=95159&drill-palveluntuottaja=30# [viitattu 09.04.2022].

Mantsinen, C. 2010. ”Että oltaisiin samassa veneessä.” Terveystiedon opettajan ja kouluterveydenhoitajan yhteistyö yläkoulussa. Terveystieteen Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/25641/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201011293123.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 24.05.2022].

Oppilashuolto esi- ja perusopetuksessa. Lahden kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.lahti.fi/kasvatus-ja-koulutus/oppilas-ja-opiskelijahuolto/oppilashuolto-esi-ja-perusopetuksessa/> [viitattu 02.05.2022].

Pajamäki, N. 2015. Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98449/SYVENTAVA-1453483049.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 10.03.2021].

Peruskoululaki 476/1983.

Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo). 2022. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo> [viitattu 10.03.2021].

Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11271> [viitattu 16.5.2021].

Reliabiliteetti. Käsitteet. Tietoa tilastoista. Tilastokeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html> [viitattu 2.9.2022].

Ruuska, J. 2021. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111> [viitattu 12.03.2022].

Silen, Y. 2021. Eating disorders in adolescents and young adults: diagnosis, occurrence, treatment, and outcome. Väitöskirjatutkimus. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/336778/silen_yasmina_dissertation_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 16.04.2021].

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvonta – ohjelma vuosille 2020 – 2023. Valvira – Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty vuodelle 2022. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128 [viitattu 24.04.2022].

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Katsausartikkeli. Suomen lääkirlehti 24/15. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioiden-varhainen-tunnistaminen-perusterveydenhuollossa/> [viitattu 16.5.2021].

Suokas, J; Tarnanen, K. & Vuorela, P. 2015. Syömishäiriöt. Käypä hoidon potilasversiot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00109> [viitattu 16.5.2021].

Syömishäiriöt. 2014. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101#s28> [viitattu 12.05.2021].

Syömishäiriöt. 2015. Päivitystiivistelmä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12319> [viitattu 13.5.2021].

Syömishäiriöt. 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot> [viitattu 12.05.2021].

Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija. s.a. Terveydenhoitajaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti/terveydenhoitajan_ammatti [viitattu 09.04.2022].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveystarkastusten ajankohdat. 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/opiskeluhoolto/kouluterveydenhuolto/terveystarkastukset/ajankohdat> [viitattu 20.3.2022].

Tukkikoski, T. 2009. Terveidenhoitajan rooli ja yhteistyömuodot kouluterveydenhuollossa. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/80668/gradu03614.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [viitattu 18.03.2022].

Työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen: Syömishäiriöpotilaan hoitoketjukuvaus. 2017. Lisätietoartikkeli. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/nix02552#> [viitattu 13.5.2021].

Validiteetti. Käsitteet. 2020. Tietoa tilastoista. Tilastokeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/validiteetti.html> [viitattu 16.5.2021].

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 06.04.2011/338.

Viitakorpi, K. 2010. Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/25713/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201012183194.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 09.04.2022].

Viljanen, T. 2013. Tunnistatko syömishäiriön? Terveystoimittaja – Hälsövarðaren, 46(02): 16–17. Terveystoimittajaliitto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Wiss, K; Hakamäki, P; Hakulinen, T; Hietanen – Peltola, M; Ikonen, J; Saariisto, V; Saukko, N. & Ståhl, T. 2018. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004 – 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 32, marraskuu 2018. PDF– dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137136/TUTI2018_32_Reurssit_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 23.4.2022].

Yksilökohtainen opiskeluhoito. 2021. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.6.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/opiskeluhoito/yksilokohtainen-opiskeluhoito> [viitattu 2.5.2022].

4.5 Hajonnan kuvaaminen. Tilastojen ABC. Tilastokoulu. Tilastokeskus. Saatavissa: https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=sialto&course_id=tkoulu_tikt&lesson_id=4&subject_id=5 [viitattu 31.07.2022].

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Tiina Kivinen: Nuorten syömishäiriöt: Osaamiskartoitus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille, 2021. Opinnäytetyö (YAMK). Jyväskylän ammattikorkeakoulu.</p>	<p>Tarkoituksena oli tuottaa tietoa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien tiedoista, taidoista ja asenteista liittyen nuorten syömishäiriöihin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely.</p>	<p>Koko Suomen alueella työskentelevät kouluterveydenhoitajat.</p>	<p>Terveydenhoitajilla on syömishäiriöistä hyvä tietämys. Anoreksiasta on enemmän tietämystä kuin bulimiasta. Terveydenhoitajilla on hyvin tietoa ja taitoa tunnistaa syömishäiriöön liittyviä oireita. Hieman yli puolet vastaajista hyödyntää SCOFF-seulaa syömishäiriön tunnistamisessa, osa ei tiennyt, kuinka seulaa voidaan hyödyntää. Tietoa on hyvin myös syömishäiriöiden hoidosta, mutta osalla terveydenhoitajista ei ole tietoa, kuinka hoitoprosessi etenee, mikä voi vaarantaa syömishäiriöpotilaan hoidon etenemisen.</p>

<p>Yasmin Silen: Eating disorders in adolescents and young adults: diagnosis, occurrence, treatment, and outcome. 2021. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto.</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää Amerikan psykiatriyhdistyksen DSM-5 tautiluokituksen mukaisten syömishäiriöiden yleisyyttä suomalaisilla nuorilla ja nuorilla aikuisilla sekä kartoittaa syömishäiriöiden tunnistamista terveydenhuollossa ja saatua hoitoa. Lisäksi tavoitteena oli tutkia syömishäiriöiden luonnollista kulua ja diagnooseihin liittyvää ennustetta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa hyödynnettiin kahta väestöpohjaista kaksosaineistoa sekä yhtä kliinistä potilasaineistoa</p>	<p>Kaikki Suomessa vuosina 1983-1987 sekä 1975-1979 syntyneet kaksoiset, joilta on löydetty DSM-5 tautiluokituksen mukaan kriteerit täyttävä syömishäiriö sekä HUS nuorisopsykiatrian syömishäiriöyksikön laihuushäiriötä ja epätyypillistä laihuushäiriötä sairastavat henkilöt.</p>	<p>Syömishäiriöt ovat Suomessa yleisiä. DSM-tautiluokituksen liittyvät diagnoosimuutokset lisäävät laihuushäiriön esiintyvyyttä yli puolella. Syömishäiriöt ovat myös hyvin pitkäaikaisia.</p> <p>Syömishäiriöiden havaittiin olevan monimuotoisia. Määrittämättömät syömishäiriöt ovat yleisiä ja miehillä yleisin syömishäiriötyyppi.</p> <p>Syömishäiriöistä kolmasosa tunnistetaan terveydenhuollossa, vielä harvempi jää ilman hoitoa. Epätyypilliset häiriöt tunnistetaan muita häiriöitä heikommin.</p> <p>Syömishäiriöiden hoito ja tunnistaminen on Suomessa puutteellista.</p>
<p>Dowling Tawes: The Role of School Nurses in Early Detection of Eating Disorders: An Application of the Precaution Adoption Process Model and the 5A's Approach, 2016. The University of Toledo.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää koulujen käytäntöjä ja uskomuksia opiskelijoiden syömishäiriöiden arviointiin ja opiskelijoiden ohjaamiseen liittyen.</p>	<p>Kyselytutkimus. Sähköinen kysely, joka toimitettiin vastaajille sähköpostitse.</p>	<p>Satunnaisotanta the National Association of School Nurses (NASN) -järjestön jäseniä</p>	<p>Koulujen terveydenhoitajat eivät osallistu syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen opiskelijoilla, minkä taustalla keskeisimminkin vaikuttavia tekijöitä olivat terveydenhoitajien tehokkuuden ja osaamisen/koulutuksen puute.</p>

<p>Tanja Tukki-koski: Terveydenhoitajan rooli ja yhteistyömuodot kouluterveydenhuollossa, 2009. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, mikä on terveydenhoitajan rooli kouluterveydenhuollossa, sekä minkälaista yhteistyötä terveydenhoitaja tekee kouluterveydenhuollossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Haastattelu.</p>	<p>Länsi-Suomen alueen kouluterveydenhoitajat.</p>	<p>Kouluterveydenhoitajat ovat terveyden edistäjiä, terveystasvattajia, luottamushenkilöitä, asiantuntijoita sekä yhteyshenkilöitä. Kouluterveydenhoitajien yhteistyömuotoja ovat kokonaisvaltainen terveyden edistäminen, oppimisen edistäminen, viihtyvyyden lisääminen, turvallisuuden edistäminen sekä työn kehittäminen.</p>
<p>Katriina Viitakorpi: Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla, 2010. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää syömishäiriötä sairastavien henkilöiden kokemuksia siitä, miksi vuoksi he ovat sairastuneet syömishäiriöön. Tavoitteena oli kartoittaa syömishäiriöön sairastumisen syitä potilaiden näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkittavat haastettiin kirjoittamaan oma elämäkertansa. Aineisto analysoitiin narratiivisella analyysillä.</p>	<p>Syömishäiriötä sairastavat henkilöt (n = 4), jotka tavoitettiin vertaistuki-ryhmistä sekä syömishäiriöliiton kautta</p>	<p>Tutkittavat kokivat syömishäiriöön sairastumiseen vaikuttavina tekijöinä olleen negatiiviset kommentit itsestä ja omasta ulkonäöstä, arvottomuuden tunteet, perheen suhtautuminen ulkonäköön ja ruokaan, vanhempien kyvyttömyys luoda turvattomia kiintymyssuhteita, ristiriitainen kiintymyssuhde parisuhteessa, lapsuudessa koetut traumaattiset asiat kuten seksuaalinen hyväksikäyttö ja koulukiusaaminen sekä kokemus oman elämän hallinnan tunteen menetyksestä.</p>

Liite 2. Kyselylomake tutkittaville

Liite 2/1

Taustatiedot

1. Oletko kohdannut työssäsi syömishäiriöön sairastuneita oppilaita?

(Vastausvaihtoehdot: Olen kohdannut / En ole kohdannut)

2. Kuinka kauan olet työskennellyt kouluterveydenhoitajan tehtävissä?

(Vastausvaihtoehdot: 0-5 vuotta / 6-10 vuotta / 11-20 vuotta / 21 vuotta tai kauemmin)

3. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työyksikössäsi?

(Vapaamuotoinen vastaus)

Syömishäiriön tunnistamiseen vaikuttavat tekijät

Kohdissa 4.-14. esitetään väittämiä, jotka liittyvät syömishäiriön tunnistamiseen. Valitkaa kunkin väittämän alle numero, joka parhaiten kuvastaa *omaa kokemustanne* väittämän paikkansa pitävyydestä.

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä / En osaa sanoa

2 = Osittain eri mieltä

1 = Täysin eri mieltä

4. Tunnen syömishäiriöön sairastumisen riskiä lisäävät tekijät.

5. Tunnistan syömishäiriön oireet, vaikka sairastunut pyrkisi piilottelemaan oireita vastaanotolla.

6. Terveystarkastusten yhteydessä on riittävästi aikaa keskittyä syömishäiriöiden tunnistamiseen.

7. Minulla on mahdollisuus kutsua oppilas ylimääräiselle vastaanottoajalle, mikäli minulla herää epäily syömishäiriön mahdollisuudesta.

8. Minulla on riittävästi valmiuksia ottaa syömishäiriö oppilaan kanssa puheeksi.

9. Minulla on riittävästi osaamista syömishäiriöiden tunnistamiseen.

10. Työnjako muiden ammattilaisten kanssa syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon suhteen on selkeä.

11. Tunnen syömishäiriön hoitomahdollisuudet Lahdessa.

12. Jatkohoitoon lähettämisen kriteerit syömishäiriöepäilyssä ovat selkeät.

13. Minulla on riittävästi mahdollisuuksia konsultoida muita ammattilaisia syömishäiriöihin liittyvissä asioissa.

14. Terveystarkastajien vaihtuvuus yksikössäni ei heikennä mahdollisuuksiani tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä.

15. Mitkä muut tekijät heikentävät mahdollisuuksia tunnistaa oppilaiden syömishäiriöitä?

(Vapaamuotoinen vastaus)

Kiitos vastauksistanne ja ajastanne!