



- OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO

Terveydenhoitajien kokemuksia

TEKIJÄ/T: Anni Kokko

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä Anni Kokko			
Työn nimi Nuorten syömishäiriöiden tunnistaminen ja puheeksiotto – Terveystarkkailijoiden kokemuksia			
Päiväys	6.11.2015	Sivumäärä/Liitteet	49/1
Ohjaaja Sari Aalto			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Syömishäiriöt ovat mielenterveydenhäiriöitä, joihin liittyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen. Nuorten ja nuorten naisten keskuudessa kyseessä on yleinen mielenterveydenhäiriö; noin 7 % naisista kärsii jostain syömishäiriöstä nuoruusiän tai nuoren aikuisuuden aikana. Syömishäiriöt uhkaavat usein vakavasti nuoren kehitystä ja lisäävät kuolleisuutta. Varhainen tunnistaminen ja hoitoon pääsy parantavat syömishäiriöpotilaan ennustetta. Syömishäiriöiden tunnistaminen on kuitenkin haastavaa ja viive oireiden alkamisesta syömishäiriön diagnosoimiseen on usein pitkä. Nuoruudessa puhjenneella mielenterveydenhäiriöllä, jota ei tunnisteta ja päästä hoitamaan asianmukaisesti, voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia nuoren elämään. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevillä terveydenhoitajilla on tärkeä rooli nuoren syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksiotossa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta sekä näiden haasteista. Tavoitteena on tuottaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton käytännön toteutumisesta sekä haasteista terveydenhoitajien kuvaamana.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön aineisto on kerätty haastattelemalla kuutta terveydenhoitajaa. Haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluina teemahaastattelun menetelmää hyödyntäen. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että syömishäiriöiden oireet ovat moninaisia ja sairauden tunnistamiseksi nuoren tilanne on kartoitettava kokonaisvaltaisesti. Terveystarkkailukset koettiin tärkeäksi tunnistamisen keinoksi. Useissa tapauksissa tunnistamisprosessi käynnistyi muiden (kuten opettajien ja vanhempien) huolen vuoksi. Lomakkeita tunnistamisen apuna käytettiin vähän. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat painottivat nuorelle omaa huoltaan ottaessaan syömishäiriön puheeksi. Puheeksiottotilanteissa pyrittiin asiakaslähtöisyyteen ja suoraa puhetta sekä empaattista suhtautumista pidettiin tärkeinä. Ratkaisukeskeistä ajattelutapaa sekä motivoivaa keskustelua pidettiin toimivina työskentelymenetelminä syömishäiriön puheeksiotossa. Terveystarkkailijat kokivat, että puheeksioton yhteydessä tuli informoida vanhempia nuoren tilanteesta. Syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton keskeisimpiä haasteita olivat terveydenhoitajien kokemuksen mukaan salailu, sairautentunnottomuus, piilevät oireet ja oman tiedon rajallisuus syömishäiriöistä.</p> <p>Jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia syömishäiriön sairastaneiden kokemuksia terveydenhoitajien toiminnasta syömishäiriöiden tunnistamis- ja puheeksiottovaiheessa. Näin saataisiin tietoa siitä, mitä asiakkaan roolissa olleet kokevat tärkeäksi syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksiotossa.</p>			
Avainsanat Syömishäiriöt, tunnistaminen, puheeksiotto, terveydenhoitaja, laadullinen tutkimus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Anni Kokko			
Title of Thesis Identification and intervention of eating disorders in youth – Experiences of public health nurses			
Date	6.11.2015	Pages/Appendices	49/1
Supervisor Sari Aalto			
Client Organisation /Partners Kuopion kaupunki			
<p>Abstract</p> <p>Eating disorders are a group of mental disorders involving problems in eating routines and a decline in psychical, physical or social capability. Among young people and especially young women eating disorders are a common mental disorder; about 7 % of women suffer from eating disorder during their youth or young adulthood. Eating disorders are often a serious threat for the development of young people. They also increase the mortality rate. An early identification and commencing of care of the eating disorder in an early phase improves the prognosis of the patient. The identification of eating disorders is, however, challenging and the delay from the first symptoms to the diagnosis is usually long. Coming down with an eating disorder at young age can cause a long-lasting harm in a person's life if the eating disorder is not identified. Public health nurses that work in schools are in an important role to identify and intervene with eating disorders.</p> <p>The purpose of this thesis is to describe public health nurses' experiences about the identification and intervention of eating disorders and the challenges they pose. The aim is to produce data of how the identification and intervention of eating disorders actualize in practice and to discover their challenges.</p> <p>This thesis was carried out as a qualitative research. The material for the thesis is gathered by interviewing six public health nurses working in the health care of schools (from elementary school to university). The interviews were carried out individually using themes. The material of the thesis was analyzed with the inductive context analysis.</p> <p>According to this study symptoms of eating disorders are diverse and a comprehensive survey about the person's situation must be done to identify the disease. According to this study a health check-up is an important way of identifying eating disorders. In many cases concern of other people (like teachers and parents) started the process of identification. Nurses used forms rarely. According to this study nurses underlined their own concern in the intervention. The aim in the intervention was a custom-oriented approach. Straightforward talk and empathy are important in the intervention. A solution-oriented approach and a motivating talk were regarded as functional working methods in the intervention. Nurses thought that in the context of intervention parents must be informed about the young person's situation. The biggest challenges in the identification and intervention of eating disorders are according to the interviewees secrecy, anosognosia, hidden symptoms and their own limited knowledge about eating disorders.</p> <p>A further research could examine former eating disorder patients' experiences about nurses' actions in the identification and intervention. In this way it is possible to get information about what former patients think is important in the identification and intervention of eating disorders.</p>			
Keywords Eating disorders, identification, intervention, public health nurse, qualitative research			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	TIETOA SYÖMISHÄIRIÖISTÄ.....	8
2.1	Syömishäiriö sairautena.....	8
2.2	Syömishäiriöiden luokittelu	9
2.2.1	Anoreksia eli laihuushäiriö.....	10
2.2.2	Bulimia eli ahmimishäiriö	11
2.2.3	Epätyypilliset syömishäiriöt	12
2.3	Syömishäiriöiden esiintyvyys.....	13
2.4	Syömishäiriöiden syyt.....	14
3	SYÖMISHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA TYÖSKENTELEVIEN TERVEYDENHOITAJIEN TYÖSSÄ	16
3.1	Terveydenhoitajan työ ja osaaminen	16
3.2	Kouluterveydenhuolto Suomessa.....	17
3.3	Opiskeluterveydenhuolto Suomessa	18
3.4	Syömishäiriön tunnistaminen	18
3.4.1	Tunnistamisen keinoja.....	20
3.5	Syömishäiriön puheeksiotto	21
3.5.1	Puheeksioton toteutus	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
5.1	Laadullinen tutkimus menetelmänä	25
5.2	Aineiston keruu.....	25
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	26
6	TULOKSET	29
6.1	Terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden tunnistamisesta.....	29
6.2	Terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden puheeksiotosta.....	31
6.3	Terveydenhoitajien kokemat haasteet	33
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8	POHDINTA.....	39
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	40
8.2	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	42

8.3 Ammatillinen kasvu	43
LÄHTEET	45
LIITE 1	49

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy häiriintyneen syömiskäyttäytymisen lisäksi psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä. Syömishäiriössä suhde syömiseen muuttuu epätavallisen latautuneeksi ja oireet alkavat ohjalla päivittäisiä valintoja. Syömishäiriöistä tunnetuimpia ovat anoreksia eli laihuushäiriö ja bulimia eli ahmimishäiriö. Kun syömishäiriön oireet eivät täytä näiden määritelmiä, on kyseessä epätyypillinen syömishäiriö. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat syömishäiriöistä yleisimpiä. (Käypä hoito 2014; Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen 2014, 163–164.)

Syömishäiriöön sairastutaan yleensä nuoruusiällä tai nuorena aikuisena (Käypä hoito 2014). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan joka kymmenes tyttö kärsii syömishäiriön oireista nuoruusiän aikana (Isomaa, 2011). Toisen syömishäiriöiden diagnostiikkaa tutkivan tutkimuksen mukaan 15–19 -vuotiaiden naisten kohdalla anoreksian esiintyvyys on Suomessa vuosittain 270 tapausta 100 000 henkilöä kohti ja elämänsä aikana anoreksiaan sairastuu 2,2 % naisista (Keski-Rahkonen, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio ja Rissanen 2007). Bulimiaan sairastuu Suomessa suurin piirtein saman verran naisia kuin anoreksiaan, noin 2 % saa diagnoosin jossain vaiheessa elämäänsä. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat perinteisen diagnoosiluokituksen kriteerit täyttäviä syömishäiriöitä yleisempiä, sairastuvuus on suomalaisten naisten keskuudessa 2–4 %. Todennäköisesti syömishäiriöt ovat tätäkin yleisempiä, koska vain pieni osa syömishäiriöpotilaista hakeutuu tai pääsee hoitoon oireidensa vuoksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier ja Viljanen 2008, 22.)

Syömishäiriöt uhkaavat usein vakavasti nuoren kehitystä ja toimintakykyä. Syömishäiriöt voivat hidastaa nuoren psyykkistä ja sosiaalista kehitystä ja sairauteen liittyvä aliravitsemustila voi aiheuttaa palautumattomia fyysisiä haittoja. (Dadi ja Raevuori 2013, 61.) Sairastuminen nuoruusiällä voi aiheuttaa vakavampia ja pitkäkestoisempia seurauksia kuin sairastuminen jossain muussa elämänvaiheessa, sillä nuoruusiässä tehdään tärkeitä suuria ja tärkeitä valintoja, jotka vaikuttavat monilla elämän osa-alueilla (Currin ja Schmidt 2005, 613). Syömishäiriöt lisäävät myös kuolleisuutta (Suokas, Suvisaari, Gissler, Löfman, Linna, Raevuori ja Haukka 2013). Kansainvälisten tutkimusten mukaan psykiatrisista sairauksista anoreksialla on huonoin ennuste (Lehto 2004, 242).

Varhainen havaitseminen ja hoitoon pääsy on tärkeää syömishäiriöpotilaan ennusteen kannalta (Keski-Rahkonen ym. 2008, 41). Syömishäiriöiden tunnistaminen on kuitenkin vaikeampaa kuin muiden mielenterveysongelmien, koska syömishäiriö alkaa vähitellen ja sairastunut pyrkii salaamaan oireensa. Useimmiten syömishäiriö tunnistetaan vasta kun oireet häiritsevät huomattavasti jokapäiväistä elämää tai anoreksiaa sairastava on huomiota herättävän laiha. (Suvisaari ja Suokas 2009, 58; Vuorilehto ym. 2014, 164.) On otettava huomioon, että suurin osa syömishäiriöpotilaista on joko normaali- tai ylipainoisia, jolloin sairaus ei tule esille painokontrolleissa tai ulkoista olemusta tarkastellessa. Sairauden alkuvaiheessa tunnistamista vaikeuttaa myös syömishäiriöisille ominainen sairautunnon puuttuminen. Terveystuntujan tulee ottaa syömishäiriön puheeksi aina, kun hänellä herää epäily sairaudesta. (Viljanen 2013, 17.)

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta sekä niiden haasteista. Tässä opinnäytetyössä keskitytään syömishäiriöiden tunnistamiseen ja puheeksiottoon, koska terveydenhoitajan työ on ennen kaikkea terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää, eikä toiminnan pääpaino ole sairauksien hoitamisessa (Opetusministeriö 2006, 85). Idea opinnäytetyön aiheesta syntyi suorittaessani mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelujaksoa nuorisopsykiatrisella osastolla, missä hoidettiin myös syömishäiriöitä sairastavia nuoria. Tutkimuksen rajaus muotoutui tarkastellessa syömishäiriöitä terveydenhoitotyön näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena. Tavoitteena on tuottaa käytännön kokemuksiin perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta sekä tunnistamisen ja puheeksioton haasteista. Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Kuopion kaupunki. Tutkimuksen aineisto on kerätty haastatteleamalla kuutta koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa työskentelevää terveydenhoitajaa. Tutkimuksen kohderyhmä haluttiin rajata näin, koska syömishäiriöön sairastutaan tyypillisesti nuoruudessa. Pidän työtä tärkeänä oman ammatillisen kehitykseni kannalta, sillä syömishäiriöitä käsitellään koulutusohjelmassamme hyvin vähän, vaikka kyseessä on nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa yleinen mielenterveydenhäiriö. Opinnäytetyöni tuottaa arvokasta tietoa terveydenhoitajaopiskelijoille ja terveydenhoitajille, joilla ei ole kokemusta syömishäiriöstä kärsivien nuorten kohtaamisesta.

2 TIETOA SYÖMISHÄIRIÖISTÄ

2.1 Syömishäiriö sairautena

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen (Käypä hoito 2014). Syöminen tai syömättömyys nousee sairastuessa elämän pääsisällöksi, mikä vaikuttaa heikentävästi sekä terveyteen että selviytymiseen koulussa, harrastuksissa ja ihmissuhteissa. Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen taustalla on usein psyykkistä pahaa oloa ja ahdistusta, jota nuori ei kykene käsittelemään. Tämän seurauksena ajatukset suuntautuvat syömiseen, liikuntaan ja painoon. Syömishäiriöön sairastunut ei kykene hallitsemaan ahdistustaan, mutta oman vartalon kontrollointi antaa hänelle kokemuksen itsensä ja oman elämänsä hallinnasta. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen voi ilmetä myös kontrollin menettämisenä eli ruoan ahmimisena. Ruon ahmiminen auttaa ahdistukseen kuitenkin vain hetkellisesti. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on aina sairastuneelle ratkaisukeino, tapa yrittää selviytyä pahasta olosta. (Vuorilehto ym. 2014, 163–164.)

Vaikka syömishäiriö tunnistetaan useimmiten fyysisten oireiden ja kehossa näkyvien muutosten perusteella, on kyseessä ennen kaikkea psyykkeen sairaus, joka vaikuttaa ihmisen ajattelutapaan ja päätöksen tekoon (Viljanen 2013, 16). Syömishäiriöille ominaista on sairaudentunnottomuus eli se, ettei sairastunut pidä itseään sairaana varsinkaan alkuvaiheessa. Tällöin sairastunut usein pyrkii salaamaan oireilunsa muilta. Sairauden edetessä sairastunut voi edelleen peitellä ja vähätellä oireitansa, vaikka ne jo haittaisivatkin häntä. (Dadi ja Raevuori 2013, 70.)

Syömishäiriöiden oireet ovat moninaisia, mutta yhdistävänä tekijänä on latautunut suhde ruokaan ja omaan kehoon. Taudin kuvaan liittyy liian vähäinen tai hallitsematon syöminen. Häiriintyneestä syömisestä kärsivät nuoret tavoittelevat yleensä mahdollisimman pientä vartalon rasvapitoisuutta. (Dadi ja Raevuori 2013, 62.) Rajanveto normaalin ja epänormaalin välille ei ole aina helppoa; hyvin monet ihmiset ovat joskus tyytymättömiä vartaloonsa tai syövät liikaa. Suurella osalla ihmisistä on kokemusta myös laihduttamisesta. Syömishäiriön oireiksi luettavaa käyttäytymistä voi esiintyä joskus meillä kaikilla, eikä näin ollen esimerkiksi yksittäinen ahmimiskohtaus tai ylensyönti tarkoita syömishäiriötä. Syömishäiriöstä voidaan puhua, kun oireet alkavat heikentää fyysistä terveyttä tai toimintakykyä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11.)

Syömishäiriön oirekuva voi vaihdella yhdelläkin ihmisellä ja siihen voi kuulua piirteitä useasta syömishäiriöstä. Myös diagnoosi voi muuttua taudin edetessä, kun oireet muuttuvat; useimmiten muuttuminen tapahtuu anoreksiasta bulimiaksi. (Ebeling 2006, 118.) Myös muut muutokset diagnoosien välillä ovat mahdollisia. Osittain tämä diagnoosien muuttuminen selittyy sillä, että syömishäiriöiden väliset rajat ovat keinotekoisia ja häilyviä. Toisaalta esimerkiksi anoreksian muuttuminen bulimiaksi selittyy myös fysiologialla; elimistö kuormittuu pitkästä aliravitsemustilan ylläpidosta, minkä seurauksena taudinkuva muuttuu viikkojen, kuukausien tai jopa vuosien päästä oireilultaan bulimiatyyppiseksi, jolloin mukaan tulee ahminta, tyhjentäytyminen ja näitä seuraavat laihdutusyritykset. (Käypä hoito 2014; Keski-Rahkonen ym. 2008, 21-22.)

Syömishäiriöt ovat pitkäkestoisia, kroonistuvat helposti ja voivat aiheuttaa vakavia fyysisiä tai psykososiaalisia haittoja sekä työkyvyttömyyttä. Kyseessä on siis vaikeahoitoinen ja vakava tautiryhmä. Sairauden uusiutumisen ja kroonistumisen ehkäisy edellyttää pitkää hoitoa ja seurantaa. Syömishäiriöiden hoitoon tuo lisää haastetta tautiryhmän jatkuva kehittyminen; oirekuvat kehittyvät jatkuvasti ja uusia muotoja löydetään. (Rantanen 2004; 324, 330.) Syömishäiriöön sairastuminen nuoruusiällä voi aiheuttaa vakavampia ja pitkäkestoisempia seurauksia kuin sairastuminen jossain muussa elämänvaiheessa, sillä nuoruusiässä tehdään tärkeitä suuria ja tärkeitä valintoja, jotka vaikuttavat monilla elämän osa-alueilla (Currin ja Schmidt 2005, 613). Syömishäiriöt voivat myös hidastaa nuoren psyykkistä ja sosiaalista kehitystä ja sairauteen liittyvä aliravitsemustila saattaa aiheuttaa palautumattomia fyysisiä haittoja. (Dadi ja Raevuori 2013, 61.) Syömishäiriöt lisäävät myös kuolleisuutta. Anoreksiapotilailla kuolemanriski oli yli kuusinkertainen ja bulimiam sairastavilla lähes kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Syömishäiriöpotilailla myös itsemurhariski on kasvanut. (Suokas ym. 2013.)

2.2 Syömishäiriöiden luokittelu

Syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksessa syömishäiriöt on luokiteltu seuraavasti; anoreksia eli laihuushäiriö, bulimia eli ahmimishäiriö, epätyyppillinen laihuushäiriö, epätyyppillinen ahmimishäiriö, ahmintahäiriö (BED=Binge Eating Disorder), muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen ja muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä oksentelu. Käypä hoito –suosituksessa on huomiota sekä WHO:n eli Maailman terveysjärjestön kehittämä ICD -tautiluokitus että yhdysvaltalainen mielenterveydenhäiriöiden diagnoosiluokitus DSM. (Käypä hoito 2014; Korkeila 2011; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

ICD –tautiluokituksessa syömishäiriöt jaetaan kahteen erilliseen ja selväpiirteiseen oireyhtymään, anoreksiaan ja bulimiaan, sekä näiden epätyyppillisiin muotoihin; epätyyppilliseen laihuushäiriöön sekä epätyyppilliseen ahmimishäiriöön. Myös muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen, muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä oksentelu, muu syömishäiriö ja määrittämätön syömishäiriö ovat ICD-tautiluokituksessa erillisinä diagnooseina. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 208–214.) Suurin ero ICD-tautiluokituksen sekä DSM-tautiluokituksen välillä on ahmintahäiriön (Binge Eating Disorder, BED) luokittelussa; uudessa DSM-tautiluokituksessa se on itsenäisenä diagnoosina, mutta ICD-tautiluokituksessa sitä ei ole erikseen mainittu. Käypä hoito –suosituksessa ahmintahäiriö luetaan epätyyppillisiin syömishäiriöihin. (Käypä hoito 2014.)

Opinnäytetyössäni käsittelen tarkemmin anoreksiaa, bulimiaa sekä epätyyppillisiä syömishäiriöitä, sillä näitä on painotettu myös syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksessa (2014). Muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvän ylensyömisestä, muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvän oksentelun, muut syömishäiriöt ja määrittämättömät syömishäiriöt rajaan työstäni pois.

2.2.1 Anoreksia eli laihuushäiriö

Anoreksiassa keskeistä on painon tarkoituksellinen pudotus (ilman terveydellisiä perusteluja) ja sen pitäminen alhaisena ruokailua rajoittamalla. Lisäksi anoreksiasta kärsivillä saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itseaiheutettua oksentelua, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden sekä ulostus- ja nesteentorjaintiläkkeiden käyttöä. Kasvuiässä olevan nuoren paino ei välttämättä laske vaan syömishäiriön merkkeinä voivat olla painon nousun ja vähitellen myös pituuskasvun pysähtyminen. Oirekuvaan kuuluu itse aiheutetun painon pudotuksen ja laihuuden ihannoinnin lisäksi vääristynyt kehonkuva ja tämän myötä lihomisen pelko, sekä naisilla kuukautisten poisjäänti ja miehillä seksuaalisen halun ja toimintakyvyn lasku. (Käypä hoito 2014; Ebeling 2007, 118.)

Anoreksia alkaa usein laihdutusyrityksestä, jolloin nuori alkaa tarkkailla painoaan ja syömänsä ruoan määrää ja kaloreita. Vähitellen ruokamäärät pienenevät ja nuori alkaa jättää aterioita välistä. Sairauden alkuvaiheessa ruokavaliota saatetaan supistaa jättämällä esimerkiksi punainen liha pois ruokavaliosta. Sairastunut usein myös kieltää itseltään tiettyjä ruoka-aineita; usein ensimmäisenä eletään välttelyä runsaasti energiaa sisältäviä ruokia ja ruoka-aineita kuten makeisia, leivonnaisia ja rasvoja. (Lehto 2004, 242.) Monet anoreksiaa sairastavat kuvaavat, että laihduttamiseen jää ikään kuin koukkuun; pienestä painonpudotuksesta saa muilta positiivista palautetta sekä tunteen itsensä ja oman kehonsa hallinnasta, mikä kannustaa jatkamaan laihduttamista ja hankkimaan näin lisää onnistumisen tunteita (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12).

Anoreksian latinankielinen termi *anorexia nervosa* tarkoittaa sanatarkasti käännettynä 'hermostollista alkuperää olevaa ruokahalun menetystä'. Nimitys on harhaanjohtava, sillä anoreksiaan sairastuneen ruokahalu ei häviä. Varsinkin sairauden alkuvaiheessa ruokahalu on erittäin hyvä, ja vaikka sairauden pitkittyessä nälän tuntemukset saattavatkin heikentyä, ruokahalu sinällään ei katoa. Sairastunut on poikkeuksellinen kiinnostunut kaikesta ruokaan liittyvästä, valmistaa mielellään muille ruokaa ja saattaa hekumoida ruokaan liittyvillä ajatuksilla, vaikka itse säännöstelee tiukasti syömisään ja pyrkii kaikin mahdollisin keinoin pääsemään eroon nauttimansa ruoan sisältämästä energiasta. Ruokailutilanteisiin liittyy usein erilaisia rituaaleja ja jopa pakko-oireita, kuten ruokien mittaamista, ruoan kätkemistä, ruoan siirtelyä lautasella, ruoan pilkkomista hyvin pieniksi palasiksi tai poikkeuksellista mausteiden käyttöä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12, 25–29; van der Ster 2006, 54–55.)

Anoreksiaan liittyy useita psyykkisiä oireita, joista tyypillisin on ruumiinkuvan häiriö eli vääristynyt kehonkuva. Tällä tarkoitetaan sitä, että anoreksiaa sairastava näkee itsensä isompana kuin oikeasti on, tai sitä, että hänen on oltava hyvin laiha, jotta hän tuntisi olonsa siedettäväksi. (Dadi ja Raevuori 2013, 61.) Muita anoreksiaan usein liittyviä psyykkisiä oireita ovat syömiseen ja painoon liittyvän ahdistuksen ja pakonomaisuuden lisäksi yleinen ahdistuneisuus, levottomuus, ärtyneisyys ja mielialan lasku. Mitä enemmän sairastuneen paino laskee, sitä voimakkaammaksi psyykkiset oireet muuttuvat. Pahimmassa tapauksessa keho on niin nälkiintynyt, että anoreksiaa sairastavan todellisuuden taju hämärtyy ja käytös muuttuu psykoottiseksi. Tämä selittyy sillä, että aliravitsemustilassa elimistö alkaa polttaa omia rakennusaineitaan energiaksi ja hätätapauksessa otetaan käyttöön myös osa aivojen valkeasta aineesta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29–30.) Jos nuori kärsii anoreksian li-

säksi myös masennuksesta ja ahdistuksesta, hänellä voi olla itsetuhoisia ajatuksia (Dadi ja Raevuori 2013, 61).

Anoreksiaan liittyvä tiukka kontrollinti ei rajoitu ainoastaan ruokailun ja kehon painon säätelyyn, vaan kontrollointi leviää usein muillekin elämän osa-alueille. Henkilö samaistuu anorektiseen ajattelun, tekemisen ja olemisen malliin, jossa kontrollilla on erittäin tärkeä merkitys. Anorektinen kontrolli on keino yrittää saada järjestystä sisäiseen kaaokseen ja lievittää psyykkistä pahaa oloa. (van der Ster, 2006, 55.) Osalla potilaista opiskelu ja työelämä voi muuttua hyvin suorituskeskeiseksi, jolloin kaikki aika menee kokeisiin lukemiseen ja tehtävien viimeistelyyn; ainoastaan parhaat arvot ja tulokset kelpaavat. Kontrollointi voi liittyä myös kodin ja ympäristön puhtaana pitoon; osalla anorektikoista oirekuvaan liittyy myös pakonomaista siivousta ja tavaroiden järjestelyä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30.)

Anoreksiaa sairastavalla aliravitsemustila aiheuttaa useita erilaisia ruumiillisia ongelmia. Ravinnon saannin ollessa liian niukkaa elimistön perusaineenvaihdunta siirtyy säästöliekille ja kaikki ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois päältä. Merkkejä aineenvaihdunnan hidastumisesta ovat paleleminen ja heikentynyt kylmän sietokyky, ruumiinlämmön lasku, hidas pulssi, matala verenpaine, kuiva iho, kynsien haurastuminen, ihon kellertäminen, hiusten lähtö, mahan hidastunut tyhjeneminen, ummetus, väsymys, uupumus, alentuneet verensokeriarvot ja makutunteuksien heikentyminen. Aliravitsemustilassa kehon lihasmassa vähenee, ja lasten sekä nuorten kohdalla kasvu pysähtyy ja puberteetin alku viivästyy. On tyyppistä, että anoreksiapotilaille ilmestyy aliravitsemuksen myötä untuvaisista karvoitusta käsivarsiin, selkään ja muualle vartaloon. Tätä kutsutaan lanugokarvoitukseksi. Kehon neste- ja suolatasapaino on usein anoreksiaa sairastavalla häiriintynyt. Tämä johtaa kehon kuivumiseen, häiriöihin happo- ja emästasapainossa sekä mineraalipuutoksiin, joiden oireita ovat yleinen heikkouden tunne sekä kouristukset. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31; Lehto 2004, 244.) Aliravitsemustila aiheuttaa myös laaja-alaista sukupuolihormonitoiminnan vaimentumista, mikä ilmenee naisilla kuukautisten poisjäämisinä ja miehillä seksuaalisen halukkuuden ja toimintakyvyn heikentyneenä. Esihurrosikäisillä hormonitoiminnan häiriöt taas ilmenevät hurrosikään liittyvien fyysisten muutosten lykkääntymisenä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.) Naissukupuolihormonin puutos ja kuukautisten poisjääminen aiheuttavat myös luukatoa, jossa luuntiheys pienenee ja murtumariski kasvaa (Käypä hoito 2014).

2.2.2 Bulimia eli ahmimishäiriö

Ahmimishäiriössä ajattelua hallitsevat syöminen ja lihavuuden pelko. Sairauden oireenkuvaan kuuluu viikoittaiset hallitsemattomat ylensyömiskohtaukset, jolloin nautitaan suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Ahmimiskohtausta seuraa seuraa katumus ja oksentaminen, jonka avulla pyritään estämään ruoan lihottava vaikutus. Oksentamisen lisäksi sairastunut saattaa käyttää muitakin keinoja välttääkseen ruoan lihottavan vaikutuksen. Keinoja ovat ajoittainen syömättömyys eli paastoaminen, erittäin runsas liikunta sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostus-, nesteenpoisto- tai kipirauhaslääkkeiden väärinkäyttö. (Käypä hoito 2014; Ebeling 2007, 124; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.) Ahmimishäiriötä sairastavien paino vaihtelee yleensä normaalipainon rajoissa (Vuorilehto ym. 2014, 165).

Ahmimishäiriössä ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu syödä (Käypä hoito 2014). Laihduttaminen, ahmiminen ja ahmitusta ruoasta eroon pääseminen muodostavat kierteen. Sairastunut yrittää hallita syömistään ja kehonsa ulkomuotoa sekä painoa, mutta paastoaminen johtaa hallitsemattomiin ahmimiskohtauksiin. (Vuorilehto ym. 2014, 165.) Ahmimishäiriön varhainen toteaminen on haastavaa, koska sitä sairastava on usein normaalipainoinen ja ulospäin terveen näköinen (Lehto 2004, 243). Usein ahmimishäiriö pysyy myös sairastuneen läheisiltä helposti salassa pitkään, sillä sairastunut salaa oireilunsa rajaamalla ahmimisen ja sitä seuraavan kompensatiokäyttäytymisen (eli keinot, joilla pyritään kumoamaan ruoan lihottava vaikutus) hetkiin, jolloin hän on yksin (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23). Dadin ja Raevuoren (2013, 62) mukaan kompensointikäyttäytyminen on sukupuolesta riippuvaa; tytöt tyhjentävät itseään useammin oksentelemalla, kun taas pojilla syömissen kompensoinnissa korostuu pakonomainen liikunta.

Ahmimishäiriöön liittyy useita psyykkisiä oireita. Ahmimiskohtauksia seuraa usein voimakas ahdistus, masennus ja itseinho. Myös vakavat masennustilat, paniikkikohtaukset, sosiaalisten tilanteiden pelko ja muut pelkotilat, pakkoajatukset ja -toiminnot sekä yleinen ahdistus ovat yleisempiä ahmimishäiriöitä sairastavilla kuin muulla väestöllä. Osalla potilaista esiintyy impulssikontrollinhäiriöitä, jotka ilmenevät äärimmäisinä mielialan vaihteluina, raivokohtauksina, epävakaana tunne-elämänä ja häilyvinä ihmissuhteina. Myös viiltely, itsetuhoisuus, itsemurhayritykset, päihderiippuvuus, pelihimo, näpistely ja riskinhakuinen elämäntyyli ovat bulimian liitännäisoireita, joiden esiintyminen on yksilöllistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30–31.) Bulimian on kuvattu syömishäiriön ohella olevan itsesäätelyn häiriö, ja taudinkuvan on esitetty edustavan aggressiivista, sadistis-masokistista hyökkäystä omaa kehoa vastaan (Ebeling 2006, 124).

Ahmimishäiriössä sairastuneen somaattiset oireet eivät ole yhtä vakavia kuin vaikeassa anoreksias- sa, jossa taudin kuvaan liittyy voimakas aliravitsemustila. Ahmimishäiriö ei vaikuta esimerkiksi luun tiheyteen, mutta kuukautishäiriöt ovat tavallisia. (Ebeling 2006, 124.) Ahmimishäiriön oirekuvaan liittyvä oksentelu aiheuttaa hampaiden kiilleaurioita, minkä seurauksena hampaan väri sekä muoto voivat muuttua ja pahimmassa tapauksessa hammas voidaan menettää. Ahminta, oksentelu sekä ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttäminen sotkevat kehon neste- ja suolatasapainoa, mikä voi johtaa rytmihäiriöihin ja olla pahimmassa tapauksessa jopa hengenvaarallista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31–32.)

2.2.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Tavallisimpia syömishäiriöitä ovat epätyypilliset syömishäiriöt. Vähintään puolet syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuvista sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä. Käypä hoito –suosituksessa epätyypilliset syömishäiriöt on jaoteltu epätyypilliseen laihuushäiriöön, epätyypilliseen ahmimishäiriöön ja ahmintahäiriöön (BED). Epätyypillisissä syömishäiriöissä syömiskäyttäytyminen on selvästi normaalista poikkeavaa, mutta ei täytä anoreksian tai bulimian määritelmää. Epätyypilliset syömishäiriöt muistuttavat siis usein taudinkuvaltaan anoreksiaa tai bulimiaa, mutta keskeisen oireen puuttuessa diagnoosi on epätyypillinen syömishäiriö. Esimerkiksi anoreksiassa yksi keskeisistä oireista on kuukautis-

ten loppuminen; jos siis kuukautiset ovat normaalit, anoreksian oireista kärsivä saa diagnoosikseen epätyypillisen laihuushäiriön. Epätyypillinen syömishäiriö voi vaihdella vaikeusasteeltaan hyvin lievää henkeä uhkaavan vakavaan. Vakavimmillaan epätyypillinen syömishäiriö vaatii samanlaista hoitoa kuin anoreksia tai bulimia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18; Käypä hoito 2014)

Yleisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö. Ahmintahäiriössä potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, joiden aikana hän nauttii suuria ruokamääriä tai hänellä on tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään. Ahmintakohtaukselle on tyypillistä epätavallisen nopea syömistahti ja syöminen ilman nälkää. Usein ahmintahäiriöstä kärsivät syövät, kunnes olo on epä-mukavan täysi. He myös häpeävät ahmintaansa, minkä vuoksi ahminta ajoitetaan hetkiin, jolloin ollaan yksin. Ahmintakohtausta seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys. (Käypä hoito 2014.) Toisin kuin bulimiaan, ahmintahäiriöön ei liity ahmintakohtausten jälkeistä kompensatiokäyttäytymistä. Ahmiminen aiheuttaa sairastuneelle voimakasta psyykkistä kärsimystä, häpeää ja ahdistusta. Hoitamattomana ahmintahäiriö johtaa vaikeasteiseen lihavuuteen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17.)

Syömishäiriöiden joukko on laaja ja oireilu hyvin monimuotoista, mikä mahdollistaa sen, että tulevaisuudessa syömishäiriöiden joukosta eriytynee ahmintahäiriön lailla lisää aladiagnooseja. Tällä hetkellä tutkitaan paljon bulimian epätyypillistä muotoa, jossa ahminta tapahtuu pääosin yöaikaan. Suomessa on viime vuosina puhuttu paljon myös ortoreksiasta, jonka oirekuvaan kuuluu pakonomainen tarve syödä yliterveellisesti, mikä johtaa sairaalloiseen syömisen tarkkailuun ja askeettiseen ruokailuun. Ortoreksiaa ei pidetä terveydenhuollossa itsenäisenä sairautena, vaan oireidensa perusteella diagnoosina on usein epätyypillinen laihuushäiriö. Lisäksi keskustelua on viime vuosina aiheuttanut miesten (ja naisten) pakonomainen tarve muokata vartalonsa mahdollisimman lihaksikkaaksi. Ilmiön termiksi on vakiintunut lihasdysmorfia, jota pidetään psykiatrisessa tautiluokituksessa kehonkuvahäiriöryhmän yhtenä ilmentymänä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18–19.)

2.3 Syömishäiriöiden esiintyvyys

Väestötasolla syömishäiriöiden esiintyvyys on vähäistä, mutta nuorten ja nuorten naisten keskuudessa kyseessä on yleinen mielenterveydenhäiriö (Käypä hoito 2014.) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan joka kymmenes tyttö kärsii syömishäiriön oireista nuoruusiän aikana (Isomaa 2011). Useimmiten syömishäiriöön sairastutaan 12-24 vuoden iässä. Anoreksia puhkeaa herkimmin 13–14 - tai 17–18 -vuotiaana. Bulimiaan sairastutaan keskimäärin hieman myöhemmin kuin anoreksiaan; esiintyvyyshuippu on noin 17. ikävuodesta nuoreen aikuisikään. Sekä anoreksiaan että bulimiaan voidaan sairastua missä iässä tahansa, vaikkakin sairauden puhkeaminen yli 25 vuoden iässä on harvinaista. Syömishäiriöitä sairastetaan usein pitkäänkin puhkeamisikähuippujen jälkeen, koska toipuminen on hidasta. Ahmintahäiriö alkaa yleensä nuoruusiän loppuvaiheessa, mutta oireilun alkamisikä vaihtelee yksilökohtaisesti. Yleensä ahmintahäiriöstä kärsivä salaa oireilunsa ja hakeutuu hoitoon vasta aikuisiässä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 22–23; Käypä hoito 2014; Dadi ja Raevuori 2013, 63.)

Keskirahkosen ym. (2007) mukaan noin 7 % naisista kärsii jostain syömishäiriöstä nuoruusiän tai nuoren aikuisuuden aikana ja 15–19 vuotiaiden naisten kohdalla anoreksian esiintyvyyden on Suomessa vuosittain 270 tapausta 100 000 kohti. Väestötutkimuksissa anoreksian elämänaikainen esiintyvyyden on naisilla 0,9 % ja miehillä 0,3 %, kun taas bulimiaa esiintyy elämän aikana 0,9–1,5 % naisista ja 0,1–0,5 % mehistä. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan 2,2 % naisista oli ennen 30 vuoden ikää sairastanut anoreksian ja 2,3 % naisista oli aikuisikään mennessä sairastanut bulimian. Väestötutkimuksissa ahmintahäiriön esiintyvyyden on elämän aikana naisilla 1,9–3,5 % ja miehillä 0,3–2,0 %. (Käypä hoito 2014.) Epätyypilliset syömishäiriöt ovat syömishäiriöistä yleisimpiä; naisten sairastuvuudeksi on arvioitu 3–4 %. Syömishäiriöt ovat todennäköisesti vieläkin yleisempiä kuin tiedetään, sillä vain osa sairastuneista hakeutuu tai pääsee hoitoon. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 22.)

Missään psykiatrisessa sairausryhmässä ei ole yhtä suurta sukupuoliero kuin syömishäiriöissä. On arvioitu, että naiset sairastuvat syömishäiriöön kymmenkertaisesti todennäköisemmin kuin miehet. Sukupuolihormonien vaikutuksesta syömiskäyttäytymisen säätelyyn on näyttöä, mutta kulttuuriset ja yhteiskunnalliset syyt selittänevät sukupuolien välistä eroa eniten. Ahmintahäiriössä miesten ja naisten välinen sukupuoliero ei ole yhtä suuri kuin muissa syömishäiriöissä. (Suvisaari 2013.) Keski-Rahkosen ym. (2008, 19–20) mukaan epätyypillisiä syömishäiriöitä esiintyy miehillä jopa yhtä paljon kuin naisilla ja osaltaan sukupuolien välistä eroa selittää se, ettei miesten syömishäiriöitä tunnisteta terveydenhuollossa.

2.4 Syömishäiriöiden syyt

Syömishäiriöiden syitä ei tarkkaan tunneta, mutta erilaisia altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä on tutkittu paljon. Tautiryhmää pidetään etiologialtaan monitekijäisenä, ja syömishäiriön puhkeamisen syyt voivat liittyä joko yksilöön, perheeseen, lähiympäristöön tai kulttuuriin. Syömishäiriöiden syitä on etsitty myös tutkimalla nuoruuden kehityksellistä vaikeutta ja aikuistumisen pelkoa. (Rantanen 2004, 327.) Biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat joko altistaa syömishäiriöille tai suojata nuorta sairastumasta niihin nuoruuden eri kehitysvaiheissa. Usein puhutaan stressihaavoitusmallista, jossa syömishäiriöön sairastutaan yksilöllisen haavoittumisalttiuden ja erilaisten stressitekijöiden yhteisvaikutuksesta. Yksilölliseen haavoittumisalttiuteen vaikuttaa vahvasti perimä, mutta syömishäiriön puhkeamiseen tarvitaan myös muita stressitekijöitä. (Dadi ja Raevuori 2013, 69.)

Syömishäiriön riskitekijöitä ovat muun muassa heikko itsetunto, taipumus masentuneisuuteen tai ahdistuneisuuteen, naissukupuoli, laihduttaminen, syömishäiriö perheessä, huoli omasta painosta ja vartalosta, erittäin runsas liikunta, urheilulajit ja harrastukset, jotka korostavat painon merkitystä tai ihannoivat laihuutta, perfektionismi, varhaislapsuuden syömis- tai mahasuolikanavan ongelmat (lapsuuden ylipaino), laiminlyönti tai seksuaalinen hyväksikäyttö lapsuudessa, psyykinen sairastaminen sekä somaattinen pitkäaikaissairaus ja tyyppin 1 diabetes (Alenius ja Salonen, 2014). Myös ylipaino, lihomisalttius, tyytymättömyys omaan vartaloon, suorituskeskeisyys, turvaton varhainen kiintymyssuhde ja sosiaaliset ristiriidat ovat tekijöitä, jotka voivat altistaa syömishäiriöille tai laukaista sairau-

den (Dadi ja Raevuori 2013, 69). Ratkaiseva osuus syömishäiriöiden puhkeamisessa näyttäisi olevan hyvin yksilöllisillä ympäristötekijöillä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34).

Puhkeamisalttiutta lisäävät myös vaikeat ja yllättävät elämäntapahtumat, kuten muutto vieraaseen ympäristöön ja kulttuuriin, kiusatuksi tuleminen, läheisen sairastuminen tai kuolema tai vanhempien avioero. Joidenkin kohdalla varhain alkanut murrosikä, siihen liittyvät kehon muutokset sekä niiden kommentointi, saattaa olla merkityksellinen tekijä, joka osallaan vaikuttaa syömishäiriön puhkemiseen. Joskus myös terveydenhoitajan hyvää tarkoittava painontarkkailukehoitus saattaa laukaista syömishäiriön. Läheskään kaikilla syömishäiriöön sairastuneella ei voida kuitenkaan osoittaa selkeää laukaisevaa tekijää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.)

Syömishäiriöt ovat jossain määrin perinnöllistä. Ajatellaan, että syömishäiriöt syntyvät perintötekijöiden ja sairauden puhkeamiselle altistavan elinympäristön yhteisvaikutuksesta. Alttius sairastua syömishäiriöön ei kuitenkaan periydy suoraan, sillä on tutkittu, että jopa identtisten kaksosten kohdalla vain toisen sairastuminen syömishäiriöön on todennäköisempää kuin molempien sairastuminen. Syömishäiriöille altistavia geenejä ei ole pystytty vielä tarkasti osoittamaan, mutta on arveltu, että sairauden syntyyn osallistuu monia geenejä, joiden yksittäiset vaikutukset ovat todella pieniä. On myös arveltu, että syömishäiriöiden oireilu ei välttämättä itsessään periydy vaan geeniperimään on sidottu oireilulle altistava persoonallisuus (perfektionismi, säntillisuus, rutiinien rakastaminen) tai alttius reagoida stressaaviin tilanteisiin psyykkisin oirein. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36.)

Syömishäiriöiden puhkeamiseen on etsitty syitä myös perheestä. Perheen toimivuutta sekä tunneilmapiiriä on tarkasteltu ja on todettu, että usein syömishäiriöistä kärsivien nuorten perheissä korostetaan yhteenkuuluvuutta ja pyritetään välttämään suoria konflikteja, koska erimielisyydet koetaan uhkaksi. Kun erimielisyyksiä ja ristiriitoja ei käsitellä, nuorelle syömisestä ja se ongelmista tulee tapa ilmentää ristiriitoja ja itsenäistymispyrkimystään. Ei voida kuitenkaan suoraan sanoa, että tietynlainen ilmapiiri perheessä aiheuttaa syömishäiriötä, sillä syömishäiriö itsessään vaikuttaa perheen kommunikaatioon ja toimintatapaan. Jälkikäteen on vaikea arvioida, millainen perheen tunneilmapiiri on ollut ennen sairastumista. (Ebeling 2007, 120.) Kuten muihinkin psyykkisiin sairauksiin, myös syömishäiriöön, sairastumisen riski kasvaa, jos perhe-elämä on rikkinäistä esimerkiksi päihteiden käytön tai väkivallan käytön vuoksi (Keski-Rahkonen ym. 2008, 38).

Syömishäiriöt ovat yleisimpiä länsimaissa, mihin vaikuttanee länsimaiseen kulttuuriin tällä hetkellä kuuluva laihooden ihannointi (Suvisaari ja Suokas 2009, 57). Nykyisessä länsimaisessa kulttuurissa ruoka ja syöminen ovat vahvasti latautuneita aiheita; oikea ravinto liittyy terveyteen, mutta toisaalta ruoka on yksi keskeisimmistä mielihyvän lähteistä ja syöminen myös sosiaalinen tapahtuma. Ulkonäkökeskeisessä kulttuurissamme media pitää yllä epärealistisia ulkonäköihanteita ja luo varsinkin naisille paineita olla hoikkia, mikä saattaa olla vaaraksi erityisesti heikon itsetunnon omaaville, vielä kehitysiässä oleville nuorille. On havaittu, että länsimainen kulttuuri ja media yhdessä vaikuttavat muiden altistavien tekijöiden ohella syömishäiriöiden puhkeamiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 24.)

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA TYÖSKENTELEVIEN TERVEYDENHOITAJIEN TYÖSSÄ

Syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan perusterveydenhuollon tehtävät syömishäiriötä sairastavan nuoren kohdalla ovat syömishäiriöiden tunnistaminen ja somaattinen tutkiminen sekä lieviempien häiriöiden hoito. Anoreksian kohdalla tavoitteena ovat häiriön tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen. Bulimian ja ahmintahäiriön kohdalla taas pyritään häiriön tunnistamiseen ja sairastuneen hoitoon motivointiin. (Käypä hoito 2014.) Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto tavoittavat suurimman osan nuorista, mikä luo hyvät mahdollisuudet havaita syömiseen liittyvät ongelmat varhaisessa vaiheessa (Dadi ja Raevuori 2013, 72). Tässä opinnäytetyössä keskitytään syömishäiriön tunnistamiseen ja puheeksiottoon.

3.1 Terveydenhoitajan työ ja osaaminen

Terveydenhoitajan työ on terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää hoitotyötä, jossa korostuvat asiakkaan osallistaminen ja aktivoiminen oman terveytensä edistämiseen. Terveydenhoitotyö pitää sisällään terveysriskien ja sairauksien ehkäisemisen lisäksi niiden varhaisen toteamisen ja sairastuneiden hoitamiseen sekä terveelliseen ympäristön suunnittelu- ja kehittämistyöhön osallistumisen. (Opetusministeriö 2006, 85.) Terveydenhoitajan työ on kokonaisvaltaista hoitotyötä. Terveydenhoitajan toimintaa ja työtä ohjaavat terveydenhoitotyön arvot ja eettiset periaatteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja Suomen terveystaloudelliset linjaukset. (Opetusministeriö 2006, 85.) Terveydenhoitajan eettisiä periaatteita ovat ihmisten arvostaminen, erilaisuuden hyväksyminen, puolueettomuus, yksilöllisyys, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, luottamuksellisuus, tasa-arvoisuus ja lähimmäisen vastuu (Lehtomäki 2013, 8).

Terveydenhuoltoalalla osaaminen perustuu laaja-alaiseen ja jatkuvasti uusiutuvaan monien eri tieteenalojen tutkimustietoon. Terveydenhuoltoalan ammatinharjoittajien osaaminen käsittää teoreettisen tiedon omaamisen lisäksi käytännöllisen osaamisen, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset taidot, monipuoliset viestintätaidot sekä tutkimus-, kehittämis- ja muutososaamisen, jota tarvitaan ammattitoiminnan kehittämisessä ja ammattitaidon ylläpitämisessä. (Opetusministeriö 2006, 15-16.) Ammatillinen osaaminen pohjautuu koulutuksen myötä opittuihin tietoihin ja taitoihin, mutta siihen vaikuttavat oleellisesti myös kyky oppia ja soveltaa tietoa sekä taitoa. Terveydenhoitajakoulutus antaa perusvalmiudet tehdä terveydenhoitajan työtä, mutta toimintaympäristö ja työtehtävät, joiden parissa työskennellään, määrittävät yksilölliset osaamisen haasteet terveydenhoitajille. (Haarala ja Tervaskanto-Mäentausta 2008, 33.)

Terveydenhuoltoalalla työskentelevien osaamisessa korostuvat erityisesti taidot, joita tarvitaan asiakaslähtöisen työskentelyyn ja yksilön turvallisuuden takaamiseen (Opetusministeriö 2006, 15–16). Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sosiaali- ja terveysalan arvoperustana. Sen mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä. (Virtanen, Suoheimo ja Lamminmäki 2011, 18.) Yksinkertaisimmillaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa palveluiden yksilöllisyyttä sekä asiakkaan osallisuuden mahdollistamista. Asiakaslähtöisyyteen liittyy ajatus, jonka mukaan asiakas on mahdollisuuksineen ja ra-

joituksineen hoidon lähtökohta. Jotta asiakaslähtöisyys toteutuisi käytännön työssä, on työntekijällä oltava käsitys niistä ammatillisista ja eettisistä periaatteista, joihin hänen toimintansa perustuu. Lisäksi toteutumisen edellytyksenä ovat hyvät vuorovaikutustaidot. (Vuorilehto ym. 2014, 54.)

3.2 Kouluterveydenhuolto Suomessa

Kouluterveydenhuolto on perusterveydenhuollon palvelua, joka on tarkoitettu peruskoululaisille ja heidän perheilleen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). ”Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko koulu yhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden, oppilashuollon muun henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 28). Kouluterveydenhuollon henkilöstö on avainasemassa ongelmien varhaisessa havaitsemisessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Kouluterveydenhuollon henkilöstöön kuuluu kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri. Terveidenhoitaja ja lääkäri muodostavat työparin, joka toimii yhteistyössä koulun muun henkilöstön kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 31.) Kouluterveydenhoitajan keskeisiä työmuotoja ovat oppilaskohtainen terveydenhuolto, koulu yhteisön ja –ympäristön terveydenhuolto ja terveystarkastus. (Ruski 2002, 49.) Lisäksi hän tukee oppilaita ja heidän vanhempiaan, osallistuu oppilaiden erilaisten ongelmien selvittelyyn ja huolehtii seulontatutkimuksista. Kouluterveydenhoitaja vastaa kouluterveydenhuollosta tiedottamisesta oppilaille, vanhemmille ja opettajille, oppilaiden vuosittaisista terveystarkastuksista, yhteistyöstä vanhempien ja opettajien kanssa, oppilaiden ohjaamisesta koululääkärin tai muiden asiantuntijoiden jatkotutkimuksiintarvittaessa sekä ensiavusta koulussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 31.) Kouluterveydenhoitaja tekee ennaltaehkäisevää työtä, jossa terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Lempiäinen 2004, 111).

Vuosittaiset terveystarkastukset, jotka kattavat koko ikäluokan, ovat kouluterveydenhuollon toiminnan perusta ja mahdollistavat jokaisen oppilaan ja hänen perheensä tapaamisen. Tarkastuksissa arvioidaan monipuolisesti oppilaan fyysistä ja psykososiaalista terveydentilaa ja hyvinvointia suhteessa ikään ja kehitysvaiheeseen. Terveystarkastuksissa pyritään löytämään mahdolliset terveyttä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät sekä sairaudet. Ensimmäisellä, viidennellä sekä kahdeksannella luokilla tehtävät terveystarkastukset ovat laajoja terveystarkastuksia, joissa terveydenhoitaja ja lääkäri arvioivat yhdessä lapsen tai nuoren ja hänen perheensä hyvinvointia ja terveydentilaa. Terveystarkastusten lisäksi terveydenhoitaja tapaa lapsia ja nuoria yksilöllisen tarpeen mukaan avoimilla vastaanotoilla, joille oppilaat tulevat ilman ajanvarausta keskustelemaan mieltään vaivaavista asioista. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Kouluterveydenhuollon tulee pyrkiä hyvään yhteistyöhön kodin ja vanhempien kanssa. Tavoitteena ovat mahdollisimman luottamukselliset suhteet, jotta vanhemmat voivat tarpeen vaatiessa ottaa lastensa hyvinvointiin ja terveydentilaan liittyvissä asioissa yhteyttä kouluterveydenhuoltoon. Luottamuksellinen suhde ja toimiva yhteistyö vaikuttavat positiivisesti myös siihen, kuinka vanhemmat suhtautuvat kouluterveydenhuoltoon sekä osallistumisen kouluterveydenhuollon tarkastuksiin ja terveydenhoitajan yhteydenottoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 23.)

3.3 Opiskeluterveydenhuolto Suomessa

Opiskeluterveydenhuollon palvelut on tarkoitettu lukiolaisille, toisen asteen ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeleville, ammattikorkeakoulu- sekä yliopisto-opiskelijoille (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a). Opiskeluterveydenhuollon tehtävä on edistää opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä, opiskeluympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä olla mukana varmistamassa opiskeluyhteisön hyvinvointia ja järjestää opiskelijoille terveyden- ja sairaanhoitopalvelut. Toimintamuotoja ovat muun muassa terveystarkastukset, valistus sekä terveysneuvonta- ja ohjaus. (Kunttu ja Laakso 2011, 78–79.)

Opiskeluterveydenhuollon päätoimijoita ovat terveydenhoitaja ja lääkäri, jotka muodostavat kiinteän työparin. Tarvittaessa tehdään moniammatillista yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten ravitsemusterapeuttien, psykologien ja fysioterapeuttien, kanssa. Terveydenhoitajan työ opiskeluterveydenhuollossa koostuu kolmesta erilaisesta osa-alueesta, joita ovat yhteisöön kohdistuva ehkäisevä terveydenhuollon verkosto- ja viestintätyö, yksilöön kohdistuva työskentely opiskelijoiden parissa ja vastaanotto toiminta. (Sosiaali- ja terveysministerio 2006, 21, 141–142.)

Yksi opiskeluterveydenhuollon keskeisimmistä tavoitteista on opiskelijan terveyden edistäminen ja varhainen puuttuminen ongelmiin. Terveystarkastukset palvelevat hyvin tätä tavoitetta. (Hämeenaho, Kunttu ja Pohjola 2011, 102–104.) Opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksessa pyritään saamaan kokonaiskäsitys opiskelijan terveydestä, hyvinvoinnista ja opiskelukyvystä sekä löytämään mahdolliset terveyden edistämistarpeet ja terveysriskit. Lisäksi tulee kartoittaa opiskelijan elämäntilannetta ja henkisiä voimavaroja. Jos muutostarpeita ilmenee, oleellista on selvittää muutoksen mahdollisuutta ja ja tarvittaessa ohjata opiskelija avun piiriin. (Laakso ja Kunttu 2011, 106.) Lukiossa ja toisen asteen ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeleville nuorille tehdään opintojen aikana kaksi tarkastusta, kun taas korkeakouluopiskelijoiden terveystarkastukset tehdään yksilöllisen tarpeen mukaan (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a; Laakso ja Kunttu 2011, 109).

3.4 Syömishäiriön tunnistaminen

Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa parantaa tervehtymisastetta ja nopeuttaa paranemista. Hoito tulisikin aloittaa heti, kun ensimmäiset merkit sairaudesta havaitaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 41.) Sairauden alkuvaiheessa tunnistamista hankaloittaa syömishäiriöisille ominainen sairautentunnon puuttuminen. Sairautentunnoton ihminen ei tiedosta olevansa sairas, eikä tämän vuoksi kerro oireistaan. Sairastunut ei myöskään ymmärrä miksi hänestä ja hänen oireilustaan ollaan huolissaan. (Viljanen 2013, 17.) Jotta sairaus havaittaisiin jo varhaisessa vaiheessa, terveydenhuollossa työskentelevien pitäisi pystyä tunnistamaan syömishäiriön oireet myös silloin, kun nuori ei ole niistä itse huolissaan (Charpentier ja Marttunen 2001). Kouluterveydenhuollossa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista edesauttaa se, että nuoret käyvät useimmiten samaa koulua usean vuoden ajan ja heitä tavataan säännöllisesti ja

opitaan tuntemaan. Kun terveydenhoitaja tuntee nuoren, on oppilaan olemuksen ja käyttäytymisen muutosten tunnistaminen helpompaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 48).

Syömishäiriöiden tunnistaminen on usein vaikeampaa kuin muiden mielenterveysongelmien, ja viive oireiden alkamisesta syömishäiriön diagnosoimiseen on pitkä (Suvisaari ja Suokas 2009, 58). Curri- nin ja Schmidtin (2005, 613) mukaan useat syömishäiriötä sairastaneet ovat jälkikäteen kokeneet, että sairastuminen on tapahtunut silloin, kun he ovat aloittaneet tiukan ruokavalion ja syömisen tarkkailun, vaikka oireilu ei vielä siinä vaiheessa olisi niin sanotusti riittänyt syömishäiriödiagnosiin. Syömishäiriöt alkavat usein vähitellen ja sairastunut pyrkii salaamaan oireensa, mikä vaikeuttaa sairauden tunnistamista varhaisessa vaiheessa. Usein sairaus tunnistetaan vasta, kun oireet haittaavat jo normaalia arkea tai anoreksiaa sairastava on huomiota herättävän laiha. (Vuorilehto ym. 2014, 164.)

Painonmuutokset ovat usein ensimmäinen merkki, joka herättää terveydenhoitajan epäilykset syömishäiriöstä (Dadi ja Raevuori 2013, 65). Suurin osa syömishäiriötä sairastavista on kuitenkin joko normaali- tai ylipainoisia, jolloin sairautta ei pystytä tunnistamaan ulkoista olemusta tarkasteltaessa tai painoa seuraamalla (Viljanen 2013, 17). Muita syömishäiriöön viittaavia fyysisiä merkkejä ovat pakonomaiseen liikuntaan liittyvät toistuvat rasitusvammat, väsymys, yleinen heikkous, huimaus, päänsäryt, palelu ja vatsavaivat. Myös seuraavat kliiniset merkit voivat viitata syömishäiriöön; ihonalaisen rasva- ja lihaskudoksen vähentyminen, untuvainen lanugokarvoitus kasvoilla tai muualla kehossa, hidastunut pulssi, alhainen verenpaine, rytmihäiriöt, kuukautishäiriöt, mustelmaherkkyys, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, kasvuikäisen nuoren pituuskasvun pysähtyminen, murrosiän viivästyminen, hammasvauriot sekä sylkirauhasten turvotus. (Dadi ja Raevuori 2013, 65, 67; Alenius ja Salonen 2014.) Syömishäiriön mahdollisuus on syytä pitää mielessä tilanteissa, joissa nuori ha- keutuu terveydenhuollon vastaanotolle esimerkiksi epäselvien vatsavaivojen, gynekologisten ongel- mien tai psyykkisen oireilun vuoksi (Suvisaari ja Suokas 2009, 58).

Syömishäiriöön sairastuessa nuoren mieliala muuttuu usein aiempaa ailahtelevammaksi ja alakuloi- semmaksi, nuori saattaa myös viihtyä aiempaa enemmän yksin ja eristäytyä. Korostunut laihuuden ihannointi, tyytymättömyys omaan vartaloon, vääristynyt kehonkuva, jatkuva painon tarkkailu ja painotavoitteiden asettaminen sekä sairaaloinen kiinnostus ruokaan ja syömiseen viittaavat syömishäiriöön. Epäily syömishäiriöstä voi herätä myös muuttuneen käytöksen perusteella. Selviä merkkejä syömishäiriöstä ovat ruokailuun liittyvät rituaalit sekä pakonomainen liikunta, jossa mennään äärim- mäisyyksiin ja liikkuminen muuttuu ilottomaksi. Myös toistuvat wc-käynnit ruokailuiden jälkeen voivat viitata syömishäiriöön. Sairastuessaan nuoresta voi tulla pikkutarkempi ja rutiinihakuisempi, ja hän saattaa alkaa rangaista ja kontrolloida itseään. On syytä miettiä syömishäiriön mahdollisuutta myös, jos nuori alkaa noudattaa uutta ruokavaliota, pidättäytyy tietyistä ruoista, tietää todella tarkkaan ruoka-aineiden energiapitoisuudet, on epätavallisen kiinnostunut myös muiden ruokailusta ja syömi- sestä, innostuu yhtäkkiä laittamaan ruokaa ja tarjoamaan sitä muille, alkaa jättää aterioita väliin se- kä piilottelee ruokia. (Dadi ja Raevuori 2013, 65, 67; Alenius ja Salonen 2014.)

3.4.1 Tunnistamisen keinoja

Yksinkertaisin keino oireiden ja ongelmien tunnistamiseen on kysyä niistä henkilöltä itseltään. Syömishäiriötapausten varhaisen havaitsemisen edesauttamiseksi nuorilta tulee rohkeasti kysyä syömiseen ja ruokailuun liittyvistä asioista ja mahdollisista ongelmista terveystarkastuksissa. Nuorelta voi tiedustella myös sitä, onko hän painoonsa tyytyväinen. Jos kehonkuva on vääristynyt, ja nuoren oman kokemuksen ja todellisuuden välillä on ristiriita, tulee syömishäiriön mahdollisuus selvittää. Jos nuori tuntee itsensä lihavaksi, mahdolliset laihdutusyritykset tulee kartoittaa. Ylipainoisilta nuorilta voi tiedustella kokevatko he hallitsevansa syömistänsä. (Vuorilehto ym. 2014, 109, 164.) Nuorelta kannattaa kysyä myös varsinaisesta syömishäiriökäyttäytymisestä; onko hän pyrkinyt laihduttamaan ruokavaliomuutosten avulla, onko hän ahminut tai oksentanut, käyttänyt laksatiiveja tai nesteentorjainlääkkeitä ja tunnistaako hän itse harrastaneensa liikuntaa pakonomaisesti. Myös vanhempia on tärkeää tavata. (Dadi ja Raevuori 2013, 72.)

Epäilyn herätessä syömishäiriöstä terveydenhoitaja tapaa nuoren mahdollisimman pian. Vastaanotolla kartoitetaan nuoren yleistä elämäntilannetta, ruokailutottumuksia, mielialaa ja liikuntaa. Terveydenhoitajan on varauduttava siihen, että usein erityisesti entapaamisella nuori voi väittää kaiken olevan hyvin, vaikka näin ei todellisuudessa olisikaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49–50; Suokas ja Suvisaari 2009, 58.) Syömishäiriötä epäillessä nuori mitataan ja punnitaan aina. Punnitus tulee tehdä ilman vaatteita, jolloin kaikki mittaukset ovat keskenään vertailukelpoisia ja hoitaja näkee samalla kehon muut muutokset; ryhdin, lihas- ja rasvakudoksen määrän, ihon kunnon, karvoituksen ja mahdolliset mustelmat ja viiltelyjäljet. Anoreksiaa epäiltäessä kasvu- ja painokäyrät ovat hyviä mittareita. Mittaustulokset on hyvä näyttää käyrien avulla myös nuorelle, jotta hän ymmärtäisi tilanteen vakavuuden. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49–50.)

Perusterveydenhuollolle on kehitetty syömishäiriöiden tunnistamisen apuvälineeksi syömishäiriöseula SCOFF (S=sick, C=control, O=one stone, F=fat, F=food), jonka viisi kysymystä kartoittavat anoreksian ja bulimian tavallisimpia oireita (ks. liite 1). Seulaa kannattaa käyttää hyödyksi, jos herää pienikin epäily syömishäiriöstä. Seulan käyttö on helppoa sekä nopeaa ja sen spesifisyys on 76–89 %. Varsinaiseen diagnoosiin tarvitaan aina kuitenkin tarkempia tutkimuksia. (Suvisaari ja Suokas 2009, 58; Käypä hoito 2014.) Seula voidaan antaa potilaan itsensä täytettäväksi tai kysymykset voidaan esittää tapaamistilanteessa. On erittäin harvinaista, että seulasta nolla pistettä saanut henkilö kärsisi syömishäiriöstä. Tämän vuoksi SCOFF-syömishäiriöseulaa on hyvä keino syömishäiriöiden poissulkemiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Kun nuoren kehityksestä tai käyttäytymisestä herää huoli, on tärkeää havainnoida nuorta kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltainen havainnoiminen lähtee ajatuksesta, jossa ihminen mielletään fyysipsykykkis-sosiaalisena kokonaisuutena. Kokonaisvaltaisessa havainnoinnissa siis kiinnitetään huomiota psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen kehitykseen sekä terveyteen. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen, Vilén 2003, 113–114.)

Hyvin toimiva yhteistyö terveydenhoitajan ja muun koulun henkilökunnan välillä edesauttaa syömishäiriöiden tunnistamista; huoli nuoresta voi tulla terveydenhoitajan tietoon esimerkiksi nuoren opettajalta. Olisikin tärkeää, että kouluissa vallitsisi koulun henkilökunnan ja kouluterveydenhuollon välillä tiivis yhteisöllisyys, jonka myötä uskalletaan ottaa esille mahdolliset huolenaiheet. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49.) Sosiaali- ja terveysministeriön Kouluterveydenhuolto 2002 –oppaan (2002, 24) mukaan opettajat tunnistavat usein ensimmäisenä nuorten pulmatilanteet, ja kouluterveydenhuollon tavoitteet toteutuvat parhaiten tiiviissä yhteistyössä koulun muun henkilöstön kanssa.

Hyvä tietopohja syömishäiriöistä auttaa terveydenhoitajia sairastuneiden tunnistamisessa. Tieto sairaudesta auttaa kiinnittämään huomiota oikeisiin asioihin, mutta lisää myös ymmärrystä sairautta ja sen luonnetta kohtaan. Ymmärrys on tärkeää, koska luonnollisesti sairastunut kertoo asiasta mieluummin sellaiselle ihmiselle, joka tuntuu ymmärtävän häntä ja hänen tilannettaan. Tällöin nuoren ei tarvitse hävetä oireiluaan, vaan hän pystyy kertomaan asiasta avoimesti. (Jenkins 2005, 1036.)

3.5 Syömishäiriön puheeksiotto

Puheeksiotto on osa varhaista puuttumista. Varhaisella puuttumisella tarkoitetaan varhain käynnistettyjä toimenpiteitä tilanteissa, joissa terveydenhoitajalle herää huoli yksilön tilanteesta. Varhainen puuttuminen voidaan nähdä kolmivaiheisena tapahtumasarjana; ensin huoli tunnistetaan, sitten huoli otetaan puheeksi ja lopuksi tarjotaan tukea. Terveydenhoitajan ei välttämättä itse tarvitse olla tuen antaja, kunhan asiakas ohjataan paikkaan, josta hän saa tukea. Joskus myös terveydenhoitajan antama tuki riittää. Varhainen puuttuminen voi ehkäistä huolen aiheuttaneen asian epäsuotuisan kehityksen. (Honkanen ja Mellin 2008, 168–169.)

Epäiltäessä syömishäiriötä huolen puheeksiotto on erityisen tärkeää, koska syömishäiriöihin liittyvä häpeä ja pelko saattavat estää sairastunutta hakemasta apua, vaikka hän sitä sisimmässään haluaisikin. Terveydenhoitajan tulee siis ottaa syömishäiriö puheeksi aina, kun hänen epäilyksensä nuoren sairaudesta herää. (Viljanen 2013, 17.) Asian puheeksi ottaminen mahdollistaa asiakkaan tarpeiden tunnistamisen ja yksilöllisen tuen antamisen. Puheeksiottamisen yhteydessä keskustellaan siitä, mitä asialle on tehtävissä ja sovitaan tavoitteista, aikataulusta ja seurannasta. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin ja Pelkonen 2012, 20–21.)

3.5.1 Puheeksioton toteutus

Huolta herättävät asiat ovat usein ikäviä ja niiden puheeksiotto saattaa tuntua epämiellyttävältä ja aiheuttaa pelkoa asiakkaan loukkaantumisesta. Puheeksiottaminen voidaan kokea hankalana, jos objektiivinen näyttö tilanteesta puuttuu, eikä puheeksiotolle ole varsinaisesti muita perusteita kuin terveydenhoitajan oma huoli. Terveydenhoitajan huoli asiakkaasta on kuitenkin aina riittävä syy varhaisen puuttumisen käynnistämiseen eli asian puheeksi ottamiseen. (Honkanen ja Mellin 2008, 168.) Eriksson ja Arnkill (2005) ovat kehittäneet menetelmän, jonka avulla myös vaikealta tuntuva asia voidaan ottaa puheeksi. Menetelmässä korostetaan subjektiivista huolta puheeksioton yhteydessä. Menetelmää voidaan hyödyntää myös tilanteissa, joissa varsinaista konkreettista näyttöä huolta ai-

heuttavasta tilanteesta ei ole. Näin toimiessaan terveydenhoitaja ei myöskään korosta asiakkaan ongelmaa, vaan vetoaa asiakkaaseen, jotta tilanteeseen saataisiin muutos. (Honkanen ja Mellin 2008, 168-173.)

Syömishäiriöstä kärsivän nuoren kanssa keskustellessa eli puheeksiottotilanteessa tulee muistaa, että sairastuneiden häiriintynyt kehonkuva edustaa heille todellisuutta, heidän itsetuntonsa on usein heikko ja haavoittuvainen, ja että usein he häpeävät oksentelua ja ahmimista. Syömishäiriöstä kärsivän nuoren kanssa keskustellessa tulee muistaa hienotunteisuus, empatia ja kiireettömyys. (Vuorilehto ym. 2014, 164.) Välittävä ja arvostava ilmapiiri sekä aito kiinnostus ja keskustelu ilman syyllistämistä voi rohkaista nuorta puhumaan ongelmistaan. On tärkeää myös muistaa, ettei nuori ole tietoisesti valinnut itselleen syömishäiriötä. (Dadi ja Raevuori 2013, 65.)

Motivoiva keskustelu on hyvä työväline syömishäiriön alkuvaiheessa, kun sairautentunto puuttuu. Motivoivassa keskustelussa autettavalle annetaan tilaa ja hänen rooliaan oman elämänsä asiantuntijana korostetaan. Motivoivan keskustelun ideana on, että henkilö itse löytää ongelmat, muutostarpeet ja muutosvoimat. Olennaista on asiakkaan puheen johdattaminen kohti muutostavoitetta, jonka hän itse määrittelee. Oivaltaakseen muutostarpeen, tulee asiakkaan nähdä ristiriita sen hetkisen toimintansa sekä tärkeiden arvojen ja tavoitteiden välillä. (Vuorilehto ym. 2014, 166, 76.)

Nuorten ongelmatilanteissa voidaan käyttää ratkaisukeskeistä lähestymistapaa (Aaltonen ym. 2003, 440). Ratkaisukeskeisellä ajattelutavalla tarkoitetaan tietynlaista asennetta ongelmatilanteita kohtaan. Ajattelutavan mukaan ongelmatilanteissa pyritään ratkaisuihin ja tavoitteiden sekä päämäärien löytämiseen. Ajatusten suuntaaminen tulevaisuuteen, toiveikkuuden ja voimavarojen etsiminen ja tukeminen kuuluvat olennaisena osana ratkaisukeskeiseen ajattelumalliin. Tavoitteena on, että ongelmaan johtaneiden syiden sijaan etsitään ratkaisua ja pyritään muuttamaan vaikeus tavoitteeksi. (Katajainen, Lipponen ja Litovaara 2006.)

Sairauden alkuvaiheessa, jolloin sairautentunto puuttuu, kannattaa keskittyä luottamuksen rakentamiseen ja sairautentunnon herättelyyn esimerkiksi psykoedukaation avulla, jos sairastuneen terveydentila sen mahdollistaa. (Viljanen 2013, 17.) Psykoedukaatio on työote, jolla tarkoitetaan kaikkea neuvontaa, joka liittyy mielenterveyshäiriöiden hoitoon, kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn. Psykoedukaatio perustuu sairauden olemassaolon myöntämiseen ja sen mahdollisten seurausten huomioimiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 129.)

Syömishäiriötä epäillessä on tärkeää ottaa yhteyttä nuoren vanhempiin. Seurannasta, hoidon linjauksista ja hoitoon ohjaamisesta kannattaa keskustella nuoren ja vanhempien kanssa yhdessä, sillä syömishäiriötä sairastava nuori saattaa käyttää hyödyksi aikuisten eriäviä mielipiteitä tilanteestaan. (Dadi ja Raevuori 2013, 70.) Kun yhden perheenjäsenen käyttäytyminen muuttuu, se vaikuttaa koko perheeseen ja aiheuttaa huolta sekä hämmennystä, joten perhettä tulee informoida tilanteesta. Perheenjäseniltä on mahdollista saada myös tärkeää lisätietoa sairastuneen tilanteesta. (Vuorilehto ym. 2014, 72.) Luottamuksellisen hoitosuhteen säilyttämiseksi terveydenhoitaja on yhteydessä nuoren vanhempiin ainoastaan nuoren suostumuksella. Käytännössä tämä luvan pyytäminen on kuitenkin

alaikäisten eli alle 18-vuotiaiden kohdalla pelkkä muodollisuus esimerkiksi selkeän painonpudotuksen yhteydessä. Vanhempien ja nuoren kutsuminen yhdessä terveydenhoitajan vastaanotolle lisää usein hoitomyöntyvyyttä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 50-51.) Lain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 6 §) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, joten täysi-ikäisten nuorten kohdalla yhteydenotto tapahtuu nuoren ehdoilla; jos nuori itse haluaa vanhempien olevan tietoisia tilanteestaan, voidaan heihin ottaa yhteyttä.

Joskus voi käydä niin, että terveydenhoitaja tapaa nuoren syömishäiriöepäilyn vuoksi, mutta ensita-
paamisella nuoren tilanteessa ei havaita mitään huolestuttavaa. Silloin nuoren kanssa tulee keskustella terveellisistä elämäntavoista ja kontrolloida tilannetta esimerkiksi kuukauden kuluttua. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 50.) Joskus varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen voivat riittää ja lievät tapaukset korjaantua muutamalla seurantakäynnillä ja terveysneuvonnalla. Nuorelle tulee antaa tietoa syömishäiriöstä, niiden seurauksista sekä terveellisestä ja monipuolisesta syömisestä. (Suvisaari ja Suokas 2009, 58).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia nuorten syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta sekä niiden haasteista. Tavoitteena on tuottaa käytännön kokemukseen perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton toteutumisesta sekä haasteista terveydenhoitajien kuvaamana. Opinnäytetyöni tuottama tieto syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta on hyödyllistä erityisesti terveydenhoitajaopiskelijoille ja terveydenhoitajille, joilla ei ole kokemusta syömishäiriöstä kärsivien nuorten kohtaamisesta.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Mitä tunnistamisen keinoja terveydenhoitajat käyttävät syömishäiriöiden tunnistamisessa?
2. Miten terveydenhoitajat ottavat syömishäiriön puheeksi?
3. Mitkä ovat syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton haasteet terveydenhoitajien kokemana?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimus menetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän, tässä tapauksessa kokemusten, kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan tutkimuksen kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole niinkään todentaa jo valmiiksi olemassa olevia teorioita tai väittämiä, vaan paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 161.) Laadullisessa tutkimuksessa ollaan tekemisissä ihmisten kertomuksien, tarinoiden ja merkitysten kanssa, joten tutkimustulokset eivät ole tilastollisesti yleistettävissä, kuten määrällisissä tutkimuksissa (Kylmä ja Juvakka 2007, 16).

Laadullisessa tutkimuksessa on oleellista ymmärtää tutkimukseen osallistuvien näkökulma ilmiöstä. Tämän myötä keskeistä tutkimuksessa on induktiivinen eli aineistolähtöinen päättely. Tutkijan on kuitenkin tiedettävä tarkasti mitä tutkii, jotta aineiston kerääminen tutkittavasta ilmiöstä onnistuu. (Kylmä ja Juvakka 2007, 22–29.) Opinnäytetyöni alkuvaiheessa keräsin teoriatietoa tutkimukseni aiheesta oppikirjoista, tutkimuksista ja artikkeleista. Käytin tiedonhakuun Savonia-Ammattikorkeakoulun Aapeli-tietokantaa sekä yleisiä tietokantoja kuten Medic, Cinahl, PubMed ja Google Scholar. Tietoa hakiessani käytin seuraavia hakusanoja: *syömishäiriö, tunnistaminen, puuttuminen, puheeksiotto, terveydenhoitaja, eating disorder, identification, recognition, intervention, public health nurse*. Pysin valitsemaan lähteiksi mahdollisimman tuoretta kirjallisuutta ja tutkimustietoa opinnäytetyöni luotettavuuden varmistamiseksi.

5.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla kuutta Kuopion kaupungin terveydenhoitajaa, jotka työskentelivät joko koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa. Haastattelumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien kokemuksia nuorten syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta, joten kriteeriksi haastateltaville oli asetettu työskentely koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa ja kokemus syömishäiriöiden kohtaamisesta. Koulu- tai opiskeluterveydenhuolto oli kriteerinä yksinkertaiseksi siksi, koska kyseisissä työympäristöissä asiakaskunta koostuu yksinomaan nuorista, ja syömishäiriöön sairastutaan yleisimmin nuoruusiällä.

Tutkimusprosessi käynnistyi vuoden 2015 joulukuussa, kun aloin laatia tutkimussuunnitelmaa. Tutkimussuunnitelman valmistuttua hain tutkimuslupaa Kuopion kaupungilta. Tutkimuslupa myönnettiin minulle maaliskuussa 2015, minkä jälkeen siirryin tutkimuksen varsinaiseen toteutusvaiheeseen. Olin yhteydessä Kuopion kaupungin terveydenhuollon palveluiden esimieheen, joka lähestyi terveydenhoitajia ja pyysi heitä olemaan minuun yhteydessä. Yhteydenottoja ei kuitenkaan tämän myötä tullut tarvittavaa määrää, joten olin esimiehen kehotuksesta vielä itse yhteydessä terveydenhoitajiin, jotka työskentelevät koulu- tai opiskeluterveydenhuollon puolella. Tämän myötä minua lähestyi kuusi terveydenhoitajaa, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. En siis varsinaisesti valinnut

haastateltavia, vaan lähestyin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhoitajia ja heistä ne, joilla oli kokemusta syömishäiriöiden kohtaamisesta ja halukkuutta osallistua tutkimukseen, valikoituivat haastateltaviksi.

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että aineisto kerätään tutkittavilta niin, että tutkijan ja tutkittavan välillä on suora kontakti (Kananen 2014, 18-19). Haastattelu on ainoa tiedonkeruumenetelmä, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Haastattelun suurin etu verrattuna muihin tiedonkeruumenetelmiin on se, että aineiston keruu on joustavaa ja sitä voidaan säädellä tilanteen mukaisesti. Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä luo haastattelijalle mahdollisuuden esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä ja tätä kautta syventää selvittää haastateltavilta saatavia tietoja. (Hirsjärvi 2009, 204–205.) Teemahaastattelu on stukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat etukäteen haastattelijalla tiedossa, mutta kysymysten asettelua ja sanomuotoa sekä järjestystä voidaan vaihdella. (Hirsjärvi 2009, 208.)

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina toukokuussa 2015. Haastattelin terveydenhoitajia heidän omilla työpisteillään niin, ettei ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta kuulla haastatteluja. Haastatteluiden kesto vaihteli 32 minuutista 53 minuuttiin. Haastatteluiden teemoja olivat *syömishäiriöiden tunnistaminen*, *syömishäiriöiden puheeksiotto* ja *haasteet syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksiotossa*. Haastattelut nauhoitettiin Savonia-Ammattikorkeakoulusta lainatulla kannettavalla reportterinauhurilla. Haastatteluiden häiriötekijät olivat vähäisiä; kolmessa haastattelussa soi puhelin kesken haastattelun ja yksi haastattelu keskeytyi hetkeksi asiakkaan koputtaessa oveen. Kaikissa tapauksissa pääsimme jatkamaan haastattelua lähes heti.

Haastatteluun osallistuneilla oli työkokemusta terveydenhoitajan työstä keskimäärin 9,9 vuotta. Kokemus vaihteli reilusta vuodesta 20 vuoteen. Kaikki haastatellut terveydenhoitajat olivat työuransa aikana kohdanneet syömishäiriöstä kärsiviä nuoria. Kaikilla haastatelluilla oli kokemusta kouluterveydenhuollossa työskentelystä. Kaikki haastatteluun osallistuneista olivat työskennelleet jossain vaiheessa työuransa alakoulussa ja viidellä haastatelluista oli kokemusta yläkouluikäisten nuorten kanssa työskentelystä. Neljä terveydenhoitajaa omasi kokemusta opiskeluterveydenhuollosta; osa toisen asteen oppilaitosten opiskeluterveydenhuollosta ja osa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Haastatteluissa kävi ilmi, että terveydenhoitajat olivat kohdanneet anoreksiasta, bulimiasta ja epätyypillisistä syömishäiriöistä kärsiviä nuoria. Haastatellut terveydenhoitajat kuitenkin painottivat, ettei syömishäiriön diagnosointi ollut heidän tehtävänsä, eivätkä he välttämättä kaikkien nuorten kohdalla tienneet, mikä oli nuoren lopullinen diagnoosi.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia saadaan tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi 2009, 221.) Ennen aineiston analysointia, se litteroidaan eli saatetaan tekstimuotoon (Kananen 2014, 99). Aineiston käsittelyssä tulee pyrkiä mahdollisimman tarkkaan todellisuuden säilyttämiseen. Aineiston käsittelyvaiheessa tut-

kija perehtyy aineistoonsa ja saa jokaisesta haastattelusta kokonaiskuvan, mikä auttaa aineiston analysoimisessa. Kun aineisto on saatettu tekstimuotoon, se analysoidaan, jotta tutkimuksen tulokset saadaan esiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 110-112.)

Aineiston analysoinnissa menetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällön analyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysin avulla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon muuttamatta sitä ja kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 108.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä induktiivinen analyysi, jossa pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja eikä testata teoriaa tai hypoteeseja. Induktiivisen lähestymistavan mukaisesti aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti. (Hirsjärvi 1997, 152.) Induktiivisessä sisällönanalyysissa aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään, jonka jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston analyysiä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 113, 119.) Tuomen ja Sarajärven (2013, 108) mukaan sisällönanalyysissä aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla niin että kokonaisuus on looginen. He kuvaavat kirjassaan Milesin ja Hubermanin (1994) mallin, jonka mukaan induktiivisen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat aineiston *reduointi* eli pelkistäminen, aineiston *klusterointi* eli ryhmittely ja *abstrahointi* eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Säilyttääkseni aineiston sisällön muuttumattomana kirjoitin nauhoittamani haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan. Haastatteluiden pohjalta syntyi Tahoma-fonttia käyttäen (fonttikoko 10 ja riviväli 1.0) yhteensä 25 sivua aineistoa. Litteroinnin jälkeen aloitin aineiston pelkistämisen eli redusoinnin rajaamalla aineistosta pois kaiken tutkimukselle epäoleellisen eli kaiken, mikä ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Jäljelle jääneestä aineistosta korostin tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisiä ilmaisuja eri värein. Kun aineisto oli pelkistetty, siirryin ryhmittelyvaiheeseen; listasin värikoodien avulla sisällöllisesti samankaltaiset ilmaukset ja ryhmittelin ne. Tässä vaiheessa myös yksinkertaistin koodattut ilmaukset ja yhdistin ne luokiksi, jotka pyrin nimeämään mahdollisimman kuvaavasti. Luokkia syntyi 9 ja ne kuvaavat mielestäni tutkittavaa ilmiötä hyvin. Tämän myötä etenin aineiston abstrahointiin ja yhdistelin alaluokista yläluokkia luoden laajempia käsitteitä.

Sisällönanalyysin myötä muodostui looginen kokonaisuus, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Tutkimustulokset on esitetty sisällönanalyysin myötä muodostuneiden luokkien avulla. Alla taulukko 1, joka havainnollistaa aineiston analysoinnin prosessia ja luokittelun perusteita. Taulukosta puuttuvat alkuperäisilmaukset, mutta niihin on viitattu tulokset-osiossa.

TAULUKKO 1. Tutkimuksen aineiston sisällön analyysi

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Oireiden heijastuminen elämän eri osa-alueille Yksilölliset oireet Kokonaisvaltainen kartoitus Kokonaisuuden huomiointi Läheisten ja opettajien tekemät havainnot ja huoli Terveystarkastukset hyvä tunnistamisen keino Lomakkeet eivät ole systemaattisesti käytössä	Moninaiset oireet Kokonaisvaltaisuus Muiden huoli Terveystarkastukset Lomakkeiden vähäinen käyttö	Oireet Kokonaisvaltaisuus Yhteistyö Terveystarkastukset Lomakkeet	Syömishäiriön tunnistaminen
Terveystarkastuksen oman huolen esille tuominen Tapauskohaisuus Ei tiettyä kaavaa Suora puhe Rehellisyys Empatia Ymmärrys Arvostus Vanhempien informoiminen nuoren tilanteesta Ajatusten suuntaaminen tulevaan ja tilanteen ratkaisuun Muutostarpeen herättely	Terveystarkastuksen oman huolen korostaminen Yksilöllisyys ja tapauskohaisuus Suora puhe Empatia Yhteydenotto vanhempiin Ratkaisukeskeinen ajattelutapa Motivoiva keskustelu	Huolen puheeksiottamisen menetelmä Asiakaslähtöisyys Vuorovaikutus Yhteistyö Lähestymistapa	Syömishäiriön puheeksiotto
Salailu Oireita ei tuoda itse esille Oireet, mitkä eivät näy päällepäin Tieto aiheesta rajallista Osaamisen ylläpito haastavaa	Sairaudentunnettomuus Piilevät oireet Oman osaamisen rajallisuus	Sairauden ominaispiirteet Osaaminen	Haasteet syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksiotossa

6 TULOKSET

6.1 Terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden tunnistamisesta

Oireet

Tutkimuksessa kävi ilmi, että ensimmäiset merkit, jotka ovat herättäneet haastatelujen terveydenhoitajien huolen nuoren voinnista, ovat hyvin moninaisia. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan ensimmäiset muutokset nuorena voivat olla joko psyykkisiä tai fyysisiä. Psyykkisistä oireista terveydenhoitajat nostivat esille ahdistuneisuuden, lisääntyneen epävarmuuden, vääristyneen käsityksen itsestä ja omasta kehosta, itsetunnon laskun, lihavuuden ja syömisen pelon, huolestuneisuuden ja syyllisyyden. Fyysisistä oireista ja muutoksista haastatteluissa mainittiin merkittävä laihtuminen ja ulkonäön muutos, sydämen tykytys, väsymys, selittämättömät päänsäryt, heikotus, ahmiminen, ahmimisen jälkeinen oksentelu, huimaus ja kuukautisten poisjääminen. Haastatellut terveydenhoitajat kertoivat, että joskus ensimmäiset merkit syömishäiriöstä ovat heijastuneet nuoren käytökseen; nuori on ollut huomattavan poissaoleva tai hiljainen tai viettänyt aikaa yksinään aiempaa enemmän. Haastatteluissa nousi esiin, että joissain tapauksissa muutokset nuoren ruokailutottumuksissa ovat olleet ensimmäinen asia, johon on kiinnitetty huomiota. Osa haastatelluista kertoi, että joskus tapaukset ovat olleet niin graaveja, että jo pelkästä ulkomuodosta on pystynyt päättelemään, että nuori kärsii syömisen ongelmista. Osa terveydenhoitajista kertoi suhtautuvansa aina vakavasti jo valmiiksi normaalipainoisen nuoren laihdutusyritykseen.

Kokonaisvaltaisuus

Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat pitivät nuoren terveydentilan, hyvinvoinnin ja elämäntilanteen kokonaisvaltaista kartoittamista oleellisena syömishäiriöiden tunnistamisessa. Haastatellut terveydenhoitajat kokivat, että pelkkä syömishäiriön oireiden seulominen ei riitä, vaan nuori tulee kohdata kokonaisuutena ja nuoren tilanne tulee kartoittaa kokonaisvaltaisesti. Haastatellut terveydenhoitajat kokivat, että nuorelta tulee kysyä syömishäiriötä epäiltäessä syömis- ja liikuntatottumusten lisäksi hänen arjestaan, kuten siitä kuinka hän viihtyy koulussa, onko hänellä ystäviä ja siitä, miten hän viettää vapaa-aikansa. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat kysyvät nuorelta myös mahdollisesta syömishäiriökäyttäytymisestä sekä hänen suhtautumisestaan omaan kehoonsa. Haastatellut toivat esille, että käyttävät usein suoria kysymyksiä epäillessään syömishäiriötä. Nuoren kanssa keskustelu koettiin tärkeimmäksi tavaksi saada tietoa nuoren kokonaistilanteesta, mutta myös nuoren punnitseminen ja ulkoinen havainnointi olivat terveydenhoitajien mukaan olennainen osa tilanteen kartoittamista. Mahdollisuuksien mukaan osa terveydenhoitajista pyrki selvittämään myös vanhempien näkemyksen nuoren tilanteesta. Suurin osa terveydenhoitajista koki myös nuoren mielialan selvittämisen olevan tärkeä epäiltäessä syömishäiriötä.

”Tulee aina miettiä sitä kokonaistilannetta, että miten menee koulu, onko kavereita, onko eristäytynyt, liiikkuuko, liiikkuuko liikaa, miten syö.”

Yhteistyö

Tutkimuksessa kävi ilmi, että yhteistyö edistää syömishäiriöiden tunnistamista; useissa syömishäiriötapaauksissa terveydenhoitajan huoli nuoresta oli herännyt toisen henkilön tekemien havaintojen perusteella. Kaikki haastatellut terveydenhoitajat yhtä lukuun ottamatta olivat työuransa aikana kohdanneet tilanteita, joissa ensisijainen huoli syömishäiriöstä kärsivästä nuoresta oli herännyt jollain muulla kuin heillä itsellään. Useissa tapauksissa ystävät tai vanhemmat olivat ottaneet yhteyttä terveydenhoitajaan kertoakseen tekemistään havainnoista nuoresta ja niiden perusteella heränneestä huolesta. Joissain tapauksissa opettaja, koulupsykologi tai kuraattori oli kertonut huolensa nuoresta terveydenhoitajalle ja pyytänyt häntä selvittelemään tilannetta tarkemmin. Terveydenhoitajat kokivat tämän yhteistyön tärkeänä ja kokivat, että usein sen avulla syömishäiriöiden tunnistaminen ja puheeksiotto oli tehokkaampaa ja nopeampaa, koska nuoren läheiset sekä häntä päivittäin näkevät opettajat pystyivät reagoimaan nuorella tapahtuviin muutoksiin nopeammalla aikataululla kuin terveydenhoitaja. Haastatelluista terveydenhoitajista monella oli kokemusta myös siitä, että nuori tulee itse kertomaan, että haluaa apua syömishäiriöönsä.

”Joskus saattoi huoltaja soittaa, että voitko pyytää nuoren käymään, että heillä on hätä, että he on huomannu että jotain nyt on meneillään.”

”Mitä oon työskennelly näiden syömishäiriönuorten kanssa niin kyllä se ensisijainen huoli on usein tullu jonkun muun kautta. Se tulee opettajalta, vanhemmalta tai ystävältä.”

Terveystarkastukset

Haastatellut terveydenhoitajat kokivat kouluterveydenhuollon toimintaan sisältyvät terveystarkastukset hyväksi keinoksi tunnistaa syömishäiriöitä. Heidän kokemuksensa mukaan terveystarkastuksessa toteutettavan terveydentilan ja hyvinvoinnin kartoittamisen myötä pääsi usein kiinni mahdollisiin syömiseen liittyviin ongelmiin ja syömishäiriöihin. Haastateltujen terveydenhoitajien kokemuksen mukaan terveystarkastuksissa on hyvin aikaa perehtyä nuoren asioihin ja huomio kiinnittyy melko herkästi niin sanotusti normaalista poikkeaviin seikkoihin. Terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että terveystarkastukseen liittyvä kasvun seuranta on tärkeää syömishäiriöiden tunnistamisen kannalta, vaikka usein huoli ja epäily mahdollisesta syömishäiriöstä herääkin jo pelkän keskustelun perusteella. Terveydenhoitajien mukaan nuoren punnitsemista ei haluttu liikaa korostaa, mutta koettiin, että se antaa tärkeää tietoa terveydenhoitajalle. Terveystarkastukseen sisältyvää nuoren haastattelua pidettiin kuitenkin painoarvoltaan tärkeämpänä. Useilla haastatelluilla terveydenhoitajilla oli kokemusta myös tilanteista, joissa syömishäiriö on tullut esille terveystarkastuksen sijaan täysin muussa yhteydessä, esimerkiksi nuoren tullessa vastaanotolle raskaudenkehäisyn tai sairastelun vuoksi. Yksi terveydenhoitaja kuvasi, että: ”Terveydenhoitajalla tulee olla aina tuntosarvet pystyssä aina syömishäiriöiden suhteen, koska asia voi tulla missä tahansa yhteydessä esiin”.

”Usein terveystarkastuksissa alkaa hälytyskellot jossain määrin soimaan ja huomaa että tilanteeseen pitää tarttua.”

”Terveystarkastuksessa herää joku huoli kokonaisuudesta ja se kohdentuu syömiseen kun lähdetään tarkentamaan.”

Lomakkeet

Tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhoitajat käyttivät erilaisia syömishäiriöiden tunnistamiseen liittyviä lomakkeita syömishäiriön tunnistamisessa vähänlaisesti. Kukaan haastatelluista ei kertonut systemaattisesti käyttävänsä työnsä apuvälineenä mitään lomaketta. SCOFF-syömishäiriöseulan käyttö oli haastateltujen terveydenhoitajien keskuudessa vähäistä. Osa haastatelluista kertoi käyttävänsä seulaa työnsä tukena siten, että hyödyntää lomakkeen kysymyksiä haastatellessaan nuorta, mutta ei pyydä nuorta itse täyttämään lomaketta. Osa haastatelluista terveydenhoitajista koki BDI-masennusseulan hyväksi apuvälineeksi niissä tapauksissa, joissa nuoren kohdalla heräsi syömishäiriöepäilyn lisäksi huoli mielialasta.

”Ja sitten on tää SCOFF-syömishäiriömittari mut mä en oo kokenu sitä omakseni.”

”Mä en oo oikestaan käyttänyt mitään lomakkeita jos ei sit oo jotain mieliala-asioita käsi kädessä..”

6.2 Terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden puheeksiotosta

Asiakaslähtöisyys

Haastatelluista terveydenhoitajista suurin osa koki, että syömishäiriöiden puheeksiotossa on muistettava tapauskohtaisuus. Terveydenhoitajat kertoivat huomioivansa nuoren yksilöllisen tilanteen ottaessaan syömishäiriön puheeksi. Terveydenhoitajien ajattelivat, että puheeksiottotilanteissa tuli edetä tapauskohtaisesti; huomioon tulee ottaa ainakin nuoren ikä sekä sairauden aste ja vaihe. Haastatelluissa nousi esille, että esimerkiksi alakouluikäinen ei ole välttämättä ikänsä puolesta kykenevä käsittelemään syömisen ongelmia, jolloin ainoa vaihtoehto on ottaa yhteyttä vanhempiin. Toisaalta esimerkiksi täysi-ikäisyyden kynnyksellä olevalle lukiolaiselle asioista voi puhua käytännössä kuin aikuiselle. Haastatellut terveydenhoitajat toivat esille esimerkkitapauksia sairauden asteen ja vaiheen vaikutuksesta puheeksiottoon; joskus syömishäiriö on niin alussa ja sen verran lievä, että terveydenhoitaja voi ottaa asian suhteellisen kevyesti esille ilman välittömiä jatkotoimia, kun taas graaveimmissa anoreksiatapauksissa puheeksioton yhteydessä joudutaan jo järjestämään sairaalahoitoa. Mahdollisuksien mukaan puheeksiottotilanteessa huomioitiin myös nuoren yksilölliset, kuten temperamentin ja luonteeseen, liittyvät ominaisuudet. Haastatelluissa tuotiin myös esille, että syömishäiriö oli helpompi ottaa puheeksi, jos nuori oli jo etukäteen terveydenhoitajalle tuttu.

Huolen puheeksiottamisen menetelmä

Tutkimuksessa selvisi, että usein terveydenhoitajat olivat ottaneet syömishäiriön puheeksi oman huolensa kautta. Terveydenhoitajat kokivat, että oman huolen esille tuominen oli puheeksiottotilanteessa luontevaa ja hyvä lähtökohta avoimelle keskustelulle nuoren kanssa. Omaa huolta perusteltiin esimerkiksi vastaanotolla esiin tulleilla asioilla; terveydenhoitajat kuvasivat kertovansa nuorelle seikkaperäisesti, minkä takia huoli on herännyt. Osa terveydenhoitajista koki, että joskus jo pelkästään huolen ilmaiseminen saattoi herätellä nuorta ja pysäyttää hänet miettimään omaa tilannettaan. Yksi haastateltu kuvasi myös, että joskus omaan huoleen vetoaminen saattaa saada nuoren avautumaan ja kertomaan tilanteestaan lisää. Jos ensisijainen huoli nuoresta oli herännyt jollekulle muulle kuin terveydenhoitajalle kuten ystävälle tai opettajalle, osa terveydenhoitajista kertoi ilmaisevansa myös sen nuorelle.

”Otan asian puheeksi juuri näillä sanoilla: ”Minulle on tullut sinusta huoli.”

”Saatan sanoa nuorelle, että ”Kertomasi perusteella mulla herää huoli susta.”

Vuorovaikutus

Kaikki haastatellut terveydenhoitajat kertoivat puheeksiottotilanteissa puhuvansa nuorille suoraan ja avoimesti ilman asian turhaa kiertelyä. Haastatteluissa kuvattiin, että puheeksiottoa ei kannata tehdä itselleen vaikeaksi vaan asioista tulee puhua rohkeasti niin sanotusti niiden oikeilla nimillä. Tutkimuksessa selvisi, että suoran puheen lisäksi empaattinen suhtautuminen koettiin puheeksiottotilanteessa tärkeäksi. Terveydenhoitajat pyrkivät olemaan hienotunteisia ja kuuntelemaan sekä kunnioittamaan nuorta. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että terveydenhoitajan tulee ottaa nuoren eriävät mielipiteet vastaan ilman vastaanvääntämistä, koska tärkeintä on saada nuori niin sanotusti samalle puolelle, jotta hän suostuu yhteistyöhön. Yksi haastateltu painotti, että syylistämistä tulee välttää, koska nuori tuntee syyllisyyttä tilanteestaan jo valmiiksi. Lähes kaikki terveydenhoitajat kertoivat myös kohdanneensa puheeksiottotilanteita, joissa syömishäiriötä sairavasta nuori on kieltänyt koko asian – heidän mukaansa on tärkeää antaa nuorelle tilanteessa aikaa ja pyrkiä ymmärtämään nuorta.

”Se suoruus ja rehellisyys. Syömishäiriö on aika hankala aihe, mut ei se kyllä mitään auta, jos sitä rupee kiertelee ja kaartelee.”

”Hienotunteisuus ja asiakkaan kunnioitus, ne on ne valttikortit.”

Ratkaisukeskeinen ajattelutapa ja motivoiva keskustelu

Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa haastatelluista terveydenhoitajista oli korostanut puheeksiottotilanteissa muutoksen mahdollisuutta ja tarvetta. Terveydenhoitajista osa kuvasi lähestyvänsä syömishäiriön puheeksiottotilanteessa tilannetta ratkaisukeskeisesti. Haastatteluissa nostettiin esille toiveikkuuden vahvistaminen puheeksiottotilanteessa ja korostettiin, että syiden etsimisen sijaan kannattaa suunnata ajatukset ja keskustelu kohti tulevaa. Haastateltujen terveydenhoitajien mukaan lähestyttäessä asiaa ratkaisukeskeisesti on puheeksioton yhteyteen luontevaa liittää myös konkreettinen ehdotus jatkosuunnitelmista, minkä avulla lähdetään tavoittelemaan muutosta. Usein terveydenhoitajat esittivät puheeksioton yhteydessä nuorelle selkeän suunnitelman tai ehdotelman, kuinka tilanteessa lähdetään etenemään. Haastatteluissa tuli esille myös motivoivan keskustelun periaatteiden hyödyntäminen puheeksiotossa; terveydenhoitajat kertoivat pyrkivänsä siihen, että nuori näkisi ristiriidan nykyisen ja halutun tilanteen välillä ja ymmärtäisi itsekin muutoksen tarpeen.

”Lähden sellasella muutos-näkökulmalla, helposti muuten tulee lähettyä sille syyttävällä näkökulmalla”

”Se et tavallaan on aina toivoa, katsotaan aina tulevaisuuteen.”

Yhteydenotto nuoren vanhempiin

Suurin osa haastatelluista painotti alaikäisten nuorten kohdalla vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön merkitystä tilanteissa, joissa nuorella epäiltiin syömishäiriötä. Kaikki haastatellut terveydenhoitajat kertoivat, että alaikäisten kohdalla he ovat aina tiedottaneet nuoren tilanteesta mahdollisimman pian tämän vanhemmille. Haastatellut terveydenhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että yläkouluikäisten tai sitä vanhempien opiskelijoiden syömishäiriöepäilyissä tai –tapauksissa ei ole soveliaista ottaa yhteyttä vanhempiin ennen kuin oli saanut nuoren hyväksynnän yhteydenotolle. Osa terveydenhoitajista kuvasi, että ottamalla nuoren vanhempiin yhteyttä ilman nuoren lupaa on vaarana menettää nuoren luottamus. Tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhoitajat olivat usein ehdottaneet välittömästi puheeksi oton yhteydessä nuorelle, että nuoren vanhempiin otetaan yhteyttä. Osa haastatelluista kertoi, että melkein aina neuvottelun ja vankan perustelun avulla nuori suostui vanhempien kontaktoimiseen, vaikka oli mahdollisesti aluksi jyrkästikin tätä vastaan. Kuten jo aiemmin tuloksissa kävi ilmi, osa haastatelluista terveydenhoitajista kertoi tarvittaessa ottaneensa alakouluikäisen nuoren vanhempiin yhteyttä ennen kuin olivat ottaneet asiaa puheeksi nuoren kanssa. Tätä he perustelivat nuoren ikään liittyvällä ymmärtämättömyydellä. Haastatteluissa kävi ilmi, että täysi-ikäisten nuorten kanssa tilanne oli heidän itsemääräämisoikeutensa vuoksi joskus haastava; olisi ollut tärkeää saada nuoren läheisille tieto nuoren tilanteesta, mutta nuorella oli ikänsä puolesta valta päättää siitä, kenelle hän halusi asiasta kerrottavan.

”Kyllä mä jo heti siinä alkuvaiheessa soitan vanhemmille, tottakai mä kysyn että onko ok että soitan nyt äidille, et selän takana en rupee toimimaan”

”Jos aatellaan et ois se huoli ja vanhemp ei vielä tietäisi niin hyvin nopeasti tulee tän nuoren kanssa keskustella, että nämä asiat on semmosia että vanhemman kanssa tulis jutella.”

6.3 Terveydenhoitajien kokemat haasteet

Salailu ja sairautentunnottomuus

Suurin osa haastatelluista terveydenhoitajista nimesi syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton haasteeksi sairastuneiden salailun ja sairautentunnottomuuden. Terveydenhoitajien mukaan sairautentunnottomuus ja salailu vaikeuttivat syömishäiriöiden tunnistamista ja aiheuttivat haastetta myös asian puheeksiottamiseen. Terveydenhoitajista suurin osa kertoi kohdanneensa nuoria jotka pyrkivät salaamaan oireensa ja kysyttäessä valehtelivat asioista. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan puheeksiottotilanteissa sairautentunnottomuudesta johtuva asian kieltäminen on hyvin yleistä. Haastatellut terveydenhoitajat painottivat, että nuoren kieltäessä asian on tärkeää ymmärtää, että kieltäminen kuuluu syömishäiriöiden oirekuvaan, eikä asiasta tule lähteä väittelemään nuoren kanssa. Terveydenhoitajat kuvasivat, että kieltoreaktio saattoi olla hyvinkin voimakas, mikä vaaransi nuoren kanssa tehtävän yhteistyön ja tätä kautta nuoren terveydentilan.

”Se asian piilottelu, kun ei haluta tuoda sitä päivänvaloon.”

”Se vaikeuttaa, kun on vielä niin sokea sille omalle toiminnalle”

”Sitä välillä miettii et kuinka paljon tuolla seassa nyt on semmosia nuoria, kellä on jotakin, mut siitä ei kukaan muu tiedä ku he itse.”

Piilevät oireet

Tutkimuksessa kävi ilmi, että moni haastatelluista terveydenhoitajista koki tunnistamisen haasteeksi syömishäiriöiden piilevät oireet, jotka eivät näy ulospäin. Terveydenhoitajat kokivat, että nuoren terveydentilan ja tilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen on haasteellista, koska ei voida varmuudella tietää kaikkia nuoren oireita. Kuvattiin, että terveydenhoitaja tietää vain sen, nuori itse, hänen läheisensä tai erilaiset seulontamenetelmät kertovat. Piilevien oireiden ja salailun koettiin yhdessä olevan suuri haaste syömishäiriöiden tunnistamiselle. Haastatteluissa nousi esille, että selkeiden ulospäin näkyvien oireiden puuttuminen vaikeutti eniten epätyypillisten syömishäiriöiden tunnistamista. Terveydenhoitajista osa kertoi pohdiskelleensa, kuinka hyvin epätyypillisiä syömishäiriöitä ylipäättään osataan tunnistaa.

”Piilossa olevat oireet, se mitä tapahtuu kotona, mitä ei nähdä päälle päin”

”Varsinkin jos se on tämmönen et se ei näy päälle päin ja toisella ei oo mitään halua kertoa asiasta, niin on keinot vähän vähissä”

Oman osaamisen rajallisuus

Haastatelluista terveydenhoitajista osa koki, että yksi syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton haasteista on oman osaamisen rajallisuus aiheesta. Haastatelluista terveydenhoitajista moni kertoi kerryttäneensä suurimman osan osaamisestaan itseopiskellen sekä käytännön tapausten kautta. Osa terveydenhoitajista koki, että terveydenhoitakoulutuksessa syömishäiriöitä oli käsitelty liian vähän. Osa oli saanut työvuosien aikana lisäkoulutusta aiheesta. Oman osaamisen ylläpitämisen koettiin olevan haastavaa, koska syömishäiriöt kehittyvät jatkuvasti ja uusia syömishäiriömuotoja syntyy. Myös syömishäiriöiden suhteellisen vähäisen esiintyvyyden koettiin vaikuttavan omaan osaamiseen; koska syömishäiriötapauksia tuli työssä vastaan hyvin epäsäännöllisesti, jouduttiin jokaisen tapauksen kohdalla lähtemään niin sanotusti uudelleen liikkeelle ja palauttamaan syömishäiriöihin liittyviä asioita.

”Ehkä haastavinta on se että oma tieto on rajallista aiheesta.”

”Syömishäiriöt on myös sellanen kenttä mikä koko ajan elää, tietty anoreksia ja bulimia nyt tunnistaanki hyvin, mut sit jos tulee näitä uusia muotoja...”

”Haasteellistahan se on koska tämä esiintyvyys ei kuitenkaan ole niin yleistä, että ikään kuin aina oot uuden edessä kun tulee semmonen uus tilanne.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa selvisi, että syömishäiriöiden tunnistamisessa oleellista on **kokonaisvaltaisuus**. Terveydenhoitajat kokivat, että nuori tulee kohdata kokonaisuutena ja nuoren tilanne tulee kartoittaa kokonaisvaltaisesti. Syömishäiriöiden tunnistamista käsittelevässä kirjallisuudessa kokonaisvaltaisuutta ei varsinaisesti korostettu, mutta Aaltosen ym. (2003, 113) mukaan kokonaisvaltainen havainnointi, jossa otetaan huomioon psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen terveys, on tärkeää, kun nuoren kehityksestä tai käyttäytymisestä herää huoli. Tutkimuksessa kävi ilmi, että syömishäiriön oireet vaihtelevat yksilöllisesti ja ovat joko fyysisiä, psyykkisiä tai heijastuvat nuoren käyttäytymiseen. Myös Dadin ja Raevuoren (2013, 62) mukaan syömishäiriöiden oireet ovat moninaisia. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kokonaisvaltainen havainnointi on tärkeää, koska syömishäiriötapaukset ovat erilaisia ja oireet vaihtelevat yksilöllisesti. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat kokevat **terveystarkastukset** tärkeäksi tunnistamisen keinoksi. Terveystarkastukset ovat luonteeltaan kokonaisvaltaisia; niissä pyritään monipuolisesti arvioimalla saamaan kokonaiskäsitys nuoren terveydestä ja hyvinvoinnista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Laakso ja Kunttu 2011, 106). Tutkimustulokset kokonaisvaltaisuudesta ja terveystarkastuksista siis ikään kuin tukevat toisiaan.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että syömishäiriöiden tunnistamista edesauttaa **yhteistyö**; tärkeänä apuna tunnistamisessa ovat terveydenhoitajien kokemuksen mukaan muiden tekemät havainnot ja niiden perusteella herännyt huoli. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan (2002) mukaan kouluterveydenhuollon tulee pyrkiä luomaan nuoren vanhempiin mahdollisimman luottamukselliset suhteet, jotta vanhemmat voivat tarpeen vaatiessa ottaa lastensa hyvinvointiin ja terveydentilaan liittyvissä asioissa yhteyttä terveydenhoitajaan. Keski-Rahkosen ym. (2008, 49) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan (2002, 24) mukaan koulun tiivis yhteistyö ja yhteisöllisyys alentavat koulun henkilökunnan kynnystä kertoa nuoriin liittyvistä huolista terveydenhoitajalle. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että toimiva yhteistyö ja yhteisöllisyys voivat edesauttaa syömishäiriöiden tunnistamista kouluympäristössä. Toimiva yhteistyö on erityisen arvokasta suurissa kouluissa, joissa nuoria on paljon. Suurissa kouluissa terveydenhoitajalla on niin paljon nuoria hoidettavanaan, ettei terveydenhoitaja tunne kaikkia nuoria ja tämän vuoksi syömishäiriön ensimmäiset merkitkin saattavat helposti jäädä huomaamatta. Yhteistyön toimiessa nuoren läheiset sekä häntä päivittäin näkevät koulun työntekijät voivat havainnoillaan nopeuttaa syömishäiriön tunnistamista.

Tutkimuksessa haluttiin syömishäiriöiden tunnistamisen lisäksi selvittää terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden puheeksiotosta. Yhtenä tutkimustuloksena esille nousi **asiakaslähtöisyys** puheeksiottotilanteessa. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat pyrkivät syömishäiriöitä puheeksi ottaessaan asiakaslähtöiseen toimintaan. Terveydenhoitajat kokivat, että syömishäiriön puheeksiotossa on edettävä aina tapauskohtaisesti, nuoren ja hänen tilanteensa ehdoilla. Virtasen mukaan (2011, 18) asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sosiaali- ja terveysalan arvoperustana. Vuorilehdon ym. (2014, 54) mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa yksinkertaisimmillaan palveluiden yksilöllisyyttä sekä asiakkaan osallisuuden mahdollistamista. Tutkimustulos kertoo haastateltujen terveydenhoitajien toiminnan syömishäiriönuorten puheeksiotossa perustuvan tärkeään terveydenhoitajan työtä ohjaavaan periaatteeseen.

Eriksson ja Arnkill (2005, 20–21) ovat kehittäneet **huolen puheeksiottamisen mallin**, jossa oleellista on oma subjektiivinen huoli. Huolen puheeksi ottaminen on osa varhaisen puuttumisen menetelmää. Honkasen ja Mellinin (2008, 168) mukaan huolen puheeksiottamisen malli soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa objektiivista näyttöä tilanteesta ei ole. Tutkimuksessa selvisi, että usein terveydenhoitajat ottavat syömishäiriön puheeksi oman huolensa kautta. Terveydenhoitajat kokivat, että oman huolen esille tuominen oli luonteva tapa ottaa mahdollinen syömishäiriö puheeksi. Terveydenhoitajat ovat siis omaksuneet toimintaansa hyvin varhaisen puuttumisen ja huolen puheeksiottamisen mallin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kyseinen puheeksioton malli toimii hyvin käytännössä ja on sovellettavissa syömishäiriön puheeksiottoon.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että tapa, jolla haastatellut terveydenhoitajat olivat toimineet syömishäiriön puheeksiottotilanteissa, oli hyvin samankaltainen. **Suoraa puhetta ja empaattista suhtautumista** pidettiin äärimmäisen tärkeänä. Myös Vuorilehto ym. (2014, 164) sekä Dadi ja Raevuori (2013, 65) korostavat empatiaa, hienotunteisuutta sekä nuoren arvostusta puheeksiottotilanteissa. Suoran puheen merkitystä lähteissä ei sen sijaan samalla tavalla painotettu. Suora ja avoin vuorovaikutus on kuitenkin ainoa keino, jolla voidaan välttyä väärinkäsityksiltä, niin arkielämässä kuin hoitotöissä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että syömishäiriön puheeksiotossa korostuu vuorovaikutustaitojen merkitys. Terveydenhuoltoalan ammattilaisten osaamisen yhtenä osa-alueena ovat Opetusministeriön (2006, 15–16) mukaan vuorovaikutustaidot.

Terveydenhoitajan työn tueksi on olemassa useita erilaisia työskentelymenetelmiä. Aaltosen ym. (2003) mukaan nuorten ongelmatilanteisiin voidaan soveltaa **ratkaisukeskeistä ajattelutapaa** ja Vuorilehto ym. (2014, 166) esittävät, että **motivoiva keskustelu** on hyvä työväline syömishäiriön alkuvaiheessa. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat ovat käyttäneet molempia työskentelymenetelmiä syömishäiriöiden puheeksiotossa. Ratkaisukeskeisessä ajattelutavassa ja motivoivassa keskustelussa yhdistävänä tekijänä on muutos ja sitä kohti pyrkiminen. Syömishäiriötä sairastava ei sairautentunnottomuutensa vuoksi usein itse näe muutoksen tarvetta, jolloin auttajan, eli tässä tapauksessa terveydenhoitajan, on hyvä korostaa sitä. Tutkimustuloksesta voidaan päätellä, että ratkaisukeskeinen ajattelutapa sekä motivoiva keskustelu ovat mahdollisesti toimivia menetelmiä syömishäiriön puheeksiotossa, mutta niiden soveltamista kyseisenlaisiin tilanteisiin tulisi tutkia lisää.

Tutkimuksessa selvisi, että myös terveydenhoitajat pitivät **yhteydenottoa vanhempiin** yhtenä tärkeimmistä asioista syömishäiriön tullessa ilmi. Myös Dadin ja Raevuoren (2013, 70) mukaan syömishäiriötä epäilläessä on tärkeää ottaa yhteyttä nuoren vanhempiin. Terveydenhoitajat kertoivat ottavansa nuoren vanhempiin yhteyttä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, mielellään heti puheeksioton yhteydessä. Alakouluikäisten kohdalla toimittiin tilanteen mukaan jopa niin, että huoli otettiin puheeksi vanhempien kanssa, ennen kuin siitä keskusteltiin nuoren kanssa. Vuorilehdon ym. (2014, 72) mukaan vanhempien informoiminen tilanteesta on tärkeää, sillä yhden perheen jäsenen käyttäytymisen muutos vaikuttaa koko perheeseen. Syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksen mukaan perheen rooli korostuu nuoren hoidossa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että perheen huomioon ottaminen on tärkeää jo puheeksiottovaiheessa, ei ainoastaan syömishäiriön hoidossa. Näin

vanhemmat ovat alusta asti tietoisia nuoren tilanteesta ja pystyvät tukemaan häntä parhaansa mukaan.

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, mitkä ovat syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton haasteet terveydenhoitajien kokemana. Koettuja haasteita olivat salailu ja sairaudentunnottomuus, piilevät oireet ja oman tiedon rajallisuus. Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa haasteista liittyi syömishäiriöiden tunnistamiseen. Tästä voidaan päätellä, että terveydenhoitajat kokivat tunnistamisen vaikeammaksi kuin puheeksioton. Viljasen (2013, 16) mukaan syömishäiriöstä kärsivien nuorten hoitoon pääsyä rajoittaa eniten juurikin sairauden tunnistamisen vaikeus.

Tutkimuksessa selvisi, että **salailu ja sairaudentunnottomuus** koettiin suurimmaksi haasteeksi. Myös Vuorilehdon ym. (2014, 164) ja Viljasen (2013, 17) mukaan sairaudentunnottomuus vaikeuttaa syömishäiriöiden tunnistamista. Dadin ja Raevuoren (2013, 70) mukaan salailu liittyy osittain sairaudentunnottomuuteen, mutta nuori voi pyrkiä salailemaan oireitaan myös, vaikka hän kokisikin niistä haittaa. Syömishäiriöiden tunnistaminen poikkeaa juuri sairaudentunnottomuuden ja oireiden salailun vuoksi muista mielenterveydenhäiriöiden, saati somaattisten sairauksien tunnistamisesta. Usein tunnistaminen käynnistyy asiakkaan kokemilla oireilla, joista hän itse kertoo terveydenhoitajalle tai muulle terveydenhoitoalan ammattilaiselle saadakseen apua oireisiinsa. Syömishäiriöiden kohdalla sairastunut taas toimii päinvastaisella tavalla ja salaa oireensa, jolloin jonkun muun on osattava tarttua oireisiin.

Terveydenhoitajat kokivat, että salailun ja sairaudentunnottomuuden lisäksi tunnistamista vaikeuttaa syömishäiriöiden **piilevät oireet**, jotka eivät näy ulospäin. Moni koki, että salailu ja piilevät oireet yhdessä ovat suuri haaste syömishäiriöiden tunnistamiselle. Currinin ja Schmidtin (2005, 613) mukaan useat syömishäiriön sairastaneet ovat jälkikäteen ajatelleet sairastuneensa jo aloitettuaan tiukan ruokavalion ja syömisen tarkkailun, vaikka oireilu ei vielä siinä vaiheessa olisi niin sanotusti riittänyt syömishäiriödiagnoosiin. Tämä kuvaa hyvin sitä, että tilanteeseen tulisi pystyä puuttumaan jo kauan ennen sitä, kun ensimmäiset oireet näkyvät päällepäin.

Tutkimuksessa selvisi, että näiden sairaudenkuvaan liittyvien haasteiden lisäksi haasteena koettiin **oman osaamisen rajallisuus**. Syömishäiriöiden jatkuva kehitys ja suhteellisen vähäinen esiintyvyys koettiin haasteeksi oman osaamisen ylläpitämiselle. Haastatteluissa kävi ilmi, että osa terveydenhoitajista koki, että syömishäiriöitä oli käsitelty terveydenhoitajakoulutuksessa liian vähän. Se kuinka paljon syömishäiriöitä koulutuksessa käsitellään, on koulukohtaista, sillä ammattikorkeakoululain (2014, 9 §) mukaan ammattikorkeakoulut saavat itse päättää koulutuksensa sisällöstä ja opetussuunnitelmista. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka suuria erot koulujen välillä tässä asiassa ovat. Jenkinsin (2005, 1036) mukaan hyvä tietopohja syömishäiriöistä auttaa tunnistamisessa. Osa terveydenhoitajista kertoi saaneensa aiheesta lisäkoulutusta työuransa aikana, mikä olisikin kaikille nuorten parissa työskenteleville terveydenhoitajille suotavaa, jotta mahdollisimman moni syömishäiriö tulisi tunnistetuksi.

Oman osaamisen rajallisuuden ja erityisesti syömishäiriötapausten vähäiseksi koetun esiintyvyyden kannalta tutkimustulos, jonka mukaan **lomakkeita käytettiin työn tukena vähän**, oli mielenkiintoinen. Syömishäiriöseula-SCOFF on Käypä Hoito –suosituksen (2014) mukaan helppo- ja nopeakäyttöinen ja spesifisyydeltään tarkka; jopa 76–89 % seulan mukaan syömishäiriötä sairastavista saa diagnoosin. Haastatelluista terveydenhoitajista suurin osa ei kuitenkaan kokenut seulaa omakseen ja hyödynsi sitä harvoin syömishäiriöiden tunnistamisessa. Tutkimustulos saa pohtimaan olisiko tunnistaminen mahdollisesti helpompaa, jos seulaa käytettäisiin systemaattisesti apuna niissä tilanteissa, kun herää epäily syömishäiriöstä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta sekä niiden haasteista. Tavoitteena oli tuottaa käytännön kokemuksiin perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton toteutumisesta sekä haasteista terveydenhoitajien kuvaamana. Tavoite täyttyi ja kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Terveydenhoitajien kokemukset olivat samansuuntaisia työuran pituudesta riippumatta ja aineiston analysoinnin myötä tärkeimmät tutkimustulokset helposti nimettävissä.

Hirsjärven ym. (2009, 66) mukaan tutkimusprosessi tärkeimpiä ja haastavimpia tehtäviä on aiheen valinta. Tämän opinnäytetyön aihe valittiin oman mielenkiinnon perusteella. Aito kiinnostus aihetta kohtaan on työn varrella osoittautunut voimavaraksi ja kannustanut haastavissa tilanteissa jatkaamaan sinnikkäästi työntekoa. Myös Hirsjärven (2009, 71) mukaan kiinnostusta herättävä ilmiö tai havainto on hyvä lähtökohta tutkimukselle. Oma mielenkiintoni aihetta kohtaan heräsi suorittaessani harjoittelua nuorisopsykiatrisella osastolla, jossa pääsin osallistumaan syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitoon. Harjoittelun yhteydessä osallistuin myös syömishäiriötä käsittelevällä luennolla, jonka myötä tein lopullisen päätökseni tutkia aihetta lisää.

Hirsjärvi (2009, 81) toteaa, että aiheen valinnan jälkeen aihetta on usein rajattava. Aiheen rajaaminen on tärkeä vaihe, jonka merkitystä en aloittelevana tutkijana aluksi ymmärtänyt. Ensimmäinen suunnitelmani oli tutkia terveydenhoitajien kokemuksia syömishäiriöistä. Minua kuitenkin ohjattiin rajaamaan aihettani suppeammaksi. Jälkikäteen ymmärrän, että tutkimuksen teko olisi ollut lähes mahdotonta, jos aiheeni olisi ollut liian laaja. Tutkimusaiheen valinnan ja rajauksen jälkeen aloitin aiempiin tutkimuksiin perustuvan tiedon keräämisen aiheesta. Hyvin pian kävi ilmi, että syömishäiriöitä on tutkittu valtavasti ja kirjallisuudessa korostetaan varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen merkitystä. Tämä vahvisti ajatustani siitä, että opinnäytetyöni aihe on tärkeä ja merkityksellinen. Etusiessäni tietoa aiheesta huomasin, että tutkimustietoa varsinaisesti tunnistamisesta ja puheeksiotosta löytyy kuitenkin melko niukasti.

Aiheen rajauksen jälkeen laadin tutkimussuunnitelman, jonka esitin seminaarissa ja liitin myös tutkimuslupahakemukseni liitteeksi. Tutkimussuunnitelma ohjasi opinnäytetyöprosessiani. Tutkimussuunnitelmaa laatiessani päätin työni tarkan tavoitteen. Päädyin siihen, että työni tavoite on tuottaa kokemuksiin perustuvaa tietoa syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksioton toteutumisesta ja haasteista terveydenhoitajien kuvaamana. Tavoitteen ollessa kirkkaana mielessä päätösten teko oli helppoa ja esimerkiksi tutkimuskysymysten asettelu selkeää. Tavoite ohjasi minua kaikissa valinnoissa, joita joudun prosessin myötä tekemään.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata kokemuksia, joten luonteva valinta aineistonkeruumenetelmäksi oli haastattelu. Koin, että haastattelu oli paras menetelmä kerätä kokemuksiin perustuvaa tietoa, koska tarvittaessa oli mahdollista syventää ja tarkentaa haastateltavien vastauksia. Haastateltavat eivät olleet nähneet kysymyksiä etukäteen, olin informoinut heitä ainoastaan haastattelun aiheesta. Haastateltavilla oli siis mahdollisuus pohtia etukäteen aihetta, mutta vastaukset olivat kui-

tenkin haastattelutilanteessa melko spontaaneja, mitä pidän hyvänä asiana. Valitsemalla menetelmäksi juuri teemahaastattelun sain tutkimuskysymyksiini vastauksia, mutta en johdatellut haastateltavia liikaa vaan annoin heidän tuoda esille heidän omasta mielestään merkitykselliset asiat. Saadut vastaukset olivat kuvailevia ja pohdiskelevia, melko syvällisiäkin. Luulen, että jos olisin käyttänyt menetelmänä esimerkiksi kyselylomaketta, vastaukset olisivat olleet suppeampia.

Kuten Hirsjärvi ym. (2009, 221) toteavat, on aineiston analyysi tärkeä vaihe tutkimuksessa. Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttäen menetelmänä sisällönanalyysiä. Aineiston analysointi on esitetty tarkemmin kappaleessa 5.3. Koin aineiston analysoinnin kriittiseksi vaiheeksi opinnäytetyöprosessissa, joten perehdyin menetelmään huolellisesti ja käytin analyysiin aikaa. Sisällönanalyysi soveltui menetelmänä tutkimukseeni mielestäni hyvin. Koska olin itse toiminut aineiston kerääjänä eli haastattelijana, ymmärsin aineistoa ja haastateltujen ilmauksia ongelmitta, mikä auttoi aineiston analysoinnissa. Koen, että onnistuin sisällönanalyysin keinoin tuottamaan aineistosta objektiivisen kuvauksen, joka linkittyy laajempiin teorioihin ja terveydenhoitotyölle ominaisiin menetelmiin.

Opinnäytetyön suurimmat haasteet liittyivät ehdottomasti tiedonhakuun. Syömishäiriöitä on tutkittu paljon ja varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen vaikutus syömishäiriöiden ennusteeseen on tutkimuksen keinoin todistettu, mutta varsinaisista tunnistamisen tai puheeksioton keinoista tietoa löytyy vähemmän. Syömishäiriöiden tunnistamista käsittelevät tutkimukset painottuvat hyvin pitkälti syömishäiriöiden diagnosointiin, mikä ei kuulu terveydenhoitajan tehtäviin eikä opinnäytetyöni viitekehukseen. Syömishäiriötutkimusta on tehty sairauden hoidosta huomattavasti enemmän kuin sen tunnistamisesta tai puheeksiotosta. Opinnäytetyöstäni olisi mahdollisesti tullut pätevämpi, jos olisin löytänyt enemmän työni viitekehukseen sopivaa tutkimustietoa. Olen kuitenkin työhöni tyytyväinen. Tutkimustulokset linkittyvät mielestäni varsinaisten tunnistamisen ja puheeksioton keinojen lisäksi terveydenhoitotyön yleisiin menetelmiin ja periaatteisiin, joista tietoa löytyi hyvin.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on aina tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tämän vuoksi tutkimuksen yhteydessä on arvioitava sitä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksen avulla on kyetty tuottamaan. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) toteaa, että: ”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla.” Tutkimuseettisen neuvottelukunta on määritellyt tutkimuseettikan näkökulmasta keskeiset lähtökohdat hyvälle tieteelliselle käytännölle, ja nostan pohdinnassa esille niistä pienimuotoisen tutkimuksen, kuten opinnäytetyön, kannalta oleelliset.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus tutkimusta tehdessä, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien menetelmien käyttäminen sekä muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen ja heidän julkaisuihinsa viittaaminen asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Edellä mainittuja toimintatapoja ja käytäntöjä on noudatettu kaikissa opinnäytetyönvaiheissa, mikä parantaa opinnäytetyöni

luotettavuutta ja eettisyyttä. Olen pyrkinyt tarkkaan ja huolelliseen työskentelyyn alusta asti ja käyttänyt työn tekemiseen paljon aikaa, jotta työskentelyn laatu ei kärsisi. Tutkijana olen ollut rehellinen; olen tehnyt päätelmät aineistosta sen ehdoilla ja olen tietoisesti pyrkinyt pääsemään eroon mahdollisista ennako-oletuksista. Tutkimuksessa käytetään yleisesti hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä, jotka tutkitun tiedon perusteella sopivat tämänkaltaisen tutkimuksen toteuttamiseen. Menetelmien valintaa olen perustellut työssäni. Opinnäytetyössäni viittaa asianmukaisesti aiempiin tutkimuksiin sekä julkaisuihin ja työstäni on selkeästi osoitettavissa, milloin siteeraan lähdemateriaalia ja milloin puhun oman työni tuloksista.

Hirsjärvi ym. (2009, 231) nostavat kirjassaan esille käsitteen *validius*, joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. Tutkimuksessa oli tarkoitus kerätä tietoa terveydenhoitajien kokemuksista ja koen, että haastattelu oli tähän tarkoitukseen paras vaihtoehto. Terveydenhoitajille pyrittiin esittämään läpi haastattelun avoimia ja mahdollisimman vähän johdattelevia kysymyksiä, mikä parantaa tutkimustulosten luotettavuutta. Jokaisesta teemasta oltiin etukäteen laadittu pelkistettyjä kysymyksiä, joita tarvittaessa tarkennettiin. Kysymyksiä tarkennettiin ai-noastaan, jos haastateltava ei ymmärtänyt kysymystä tai jos vastaus käsitteli aihepiiriä tutkimusaiheen ulkopuolelta. Lisäkysymysten avulla oli mahdollista syventää terveydenhoitajien vastauksia. Jos aineisto olisi kerätty kysymyslomakkeella, olisi aineisto todennäköisesti ollut paljon suppeampi ja tietoa olisi kertynyt enemmän aiheen vierestä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Luotettavuuden kannalta sisällönanalyysivaiheessa on keskeistä luokittelun perusteet, jotka tulee kertoa myös lukijalle. (Hirsjärvi 1997, 217–218.) Pyrin kuvamaan opinnäytetyössäni tutkimuksen toteutusta mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Työskentelyn sanallinen kuvaus on ehdottoman tärkeää, mutta kaikissa työn vaiheissa se ei riitä havainnollistamaan työskentelyä tarvittavalla tarkkuudella. Tämä vuoksi liitin opinnäytetyöni toteutusta kuvaavaan osioon taulukon aineiston analysoinnista, tarkemmin sanottuna sisällönanalyysistä. Se havainnollistaa mielestäni parhaalla mahdollisella tavalla aineiston luokittelua.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa Tuomen ja Sarajärven (2013, 136) mukaan väistämättä se, että tutkija on sekä tutkimusasetelman luoja että tulkitsija. He toteavat, että riskinä on, että esimerkiksi tutkijan ikä, uskonto, asema tai kansalaisuus voivat vaikuttaa niin, että tutkija suodattaa saamansa tiedon oman kehyksensä läpi sen sijaan että hän pyrkisi ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa ja hänen näkemystään asiasta. Riskinä siis on, että tutkijan ominaisuudet tai kokemukset vaikuttavat siihen, miten hän tietoa ja aineistoa tulkitsee. Itse koin roolini helpoksi, sillä opiskelijana, jolla ei ole kokemusta aiheesta, en ollut niin sanotusti kenenkään tai minkään puolella. Jos taas olisin esimerkiksi tehnyt työtä, jossa olisin työskennellyt syömishäiriöiden tunnistamisen ja puheeksiottamisen parissa, minulla olisi oma näkemys siitä, mikä on oleellista ja tärkeää. Ulkopuolisena tutkijana kuitenkin pystyin toimimaan mielestäni puolueettomasti, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Kylmän ja Juvakan (2007, 137) mukaan tutkimuseetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksenteokotilanteista, joita tutkimusentekijän tulee ratkaista tutkimuksen eri vaiheissa. Eettisyyttä tulee pohtia jo aihetta valitessa; puhdas utealialisuus tutkia jotain ilmiötä ei riitä perusteluksi aiheen valinnalle, vaan tutkimukselle on löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta (Kylmä ja Juvakka 2007, 144). Tämän opinnäytetyön aiheen valintaa ohjasi oma mielenkiinto, mutta aiheen tutkimisille löytyy vankat perustelut sekä lääke- että hoitotieteen tietoperustasta. Koen, että olen kyennyt perustelemaan opinnäytetyöni tarpeellisuuden tarvittavalla tarkkuudella. Aiheeni voidaan kokea melko sensitiiviseksi, minkä olen huomioinut jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Aiheen sensitiivisyys oli yksi syy sille, miksi päätin tutkia terveydenhoitajien, enkä esimerkiksi syömishäiriötä sairastavien, kokemuksia aiheesta.

Tuomen ja Sarajärven (2013, 131) mukaan ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Oleellista on, että osallistujalla selvitetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät sekä mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja osallistujien anonymiteetti täytyy säilyttää. Tutkimustieto on luottamuksellista, eikä sitä tule missään olosuhteissa luovuttaa ulkopuolisille tai käyttää muuta tarkoitusta kuin tutkimusta varten. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 131). Tutkimusta toteuttaessani olen noudattanut näitä eettisiä periaatteita ja arvostanut tutkimukseeni vapaaehtoisesti osallistuneiden terveydenhoitajien anonymiteettiä sekä heidän luottamuksella kertomiaan kokemuksia.

8.2 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön hyödyt kohdistuvat terveydenhoitajaopiskelijoihin, vastavalmistuneisiin terveydenhoitajiin sekä terveydenhoitajiin, joilla ei ole kokemusta syömishäiriöiden kohtaamisesta. Erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollon piirissä työskentelevät terveydenhoitajat hyötyvät työstäni ja sen tuloksista. Työn tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää laajemminkin ja niin tulisivikin tehdä, koska syömishäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen on mahdollista kaikissa terveydenhoitajan työympäristöissä. Vaikka syömishäiriöiden kohtaaminen on todennäköisintä nuorten parissa työskenteleville, tulisi kaikilla terveydenhoitajilla olla perusvalmiudet syömishäiriön tunnistamiseen ja puheeksiottoon ja uskon, että työhöni perehtymällä moni terveydenhoitaja tai terveydenhoitajaopiskelija pystyy niitä parantamaan. Työtäni voidaan käyttää myös oppimateriaalina terveydenhoitajakoulutuksessa.

Jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia syömishäiriön sairastaneiden kokemuksia ja näkemyksiä terveydenhoitajien toiminnasta syömishäiriöiden tunnistamis- ja puheeksiottovaiheessa. Näin saataisiin tietoa siitä, mitä asiakkaan roolissa olleet kokevat tärkeäksi syömishäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksiotossa. Jos saataisiin selville syömishäiriön sairastaneiden ajatuksia siitä, minkä he ovat terveydenhoitajan toiminnassa kokeneet hyvänä ja minkä huonona, ja mihin heidän mielestään kannattaa kiinnittää huomiota, voitaisiin mahdollisesti kehittää entistä toimivampia menetelmiä syömishäiriöiden tunnistamista ja puheeksiottoa varten.

Myös syömishäiriöiden hoitomenetelmät tarjoavat paljon mielenkiintoisia tutkimusaiheita. Jatkossa voitaisiin tutkia esimerkiksi sitä, mikä on terveydenhoitajien rooli syömishäiriöiden hoidossa. Koulu-

tai opiskeluterveydenhuolto ei ole syömishäiriötapauksissa varsinaisesti hoitava taho, mutta olisi mielenkiintoista selvittää, mikä on näiden terveydenhuollon palveluiden suhde hoitavaan organisaatioon ja millä tavoin terveydenhoitajan tulisi huomioida syömishäiriö.

Lisäksi jatkossa voitaisiin tutkia laajemmin terveydenhoitajien kokemuksia SCOFF-syömishäiriöseulan käytöstä. Olisi mielenkiintoista selvittää suurempaa otosta hyödyntäen, kuinka paljon terveydenhoitajat käyttävät seula syömishäiriöiden tunnistamisessa ja kokevatko he seulan toimivaksi apuvälineeksi. Tätä kautta saataisiin tietoa siitä, kuinka paljon seula käytetään ja olisiko mahdollisesti tarvetta kehittää uusi, toimivampi apuväline syömishäiriöiden tunnistamiseen.

8.3 Ammatillinen kasvu

Wallinin (2007) mukaan ammatillinen kasvu on jatkuva prosessi, jonka perustana on ammatillinen identiteetti. Ammatillinen kasvu tarkoittaa siis ammatillisen identiteetin muodostumista. Hotarinen (2006, 12) viittaa opinnäytetyössään Stenströmiin (1993, 31), jonka mukaan ammatillisesta identiteetistä voidaan puhua silloin, kun henkilö tuntee hallitsevansa ammatin vaatimat taidot sekä vastuun ja on tietoinen osaamisensa vahvuuksista ja heikkouksista. Wallinin (2007) mukaan ammatillinen kasvu on sekä yksilön sisäistä kasvua että työnhallintataitojen laajenemista ja syvenemistä.

Savonia-Ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asettamien osaamistavoitteiden mukaan opiskelijan tulee opinnäytetyöprosessissa harjaantua tekemään selvityksiä, kartoituksia tai kehittämistöitä. Opiskelijan tulee osata kartoittaa taustatiedot, laatia työsuunnitelma, hankkia ja koota tietoa järjestelmällisesti sekä tuottaa kokonaisuudesta kirjallinen tuotos. Opinnäytetyöprosessissa tulee osata soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa. (Savonia-Ammattikorkeakoulu 2015a.) Tutkimus- ja kehittämistyön osaaminen sisältyy terveydenhoitajan ammatilliseen osaamiseen (Opetusministeriö 2006). Nyt opinnäytetyöprosessin päätteeksi voin todeta oppineeni tutkimusmenetelmistä ja tutkimuksen toteuttamisesta todella paljon. Tutkimuksen teko oli minulle hyvin vierasta ja ennen prosessia ajatus monivaiheisen tutkimuksen toteuttamisesta ja sen tarkasta raportoinnista suorastaan ahdisti. Pikkuhiljaa prosessin myötä kuitenkin aloin löytää tiettyä varmuutta ja tunnistin itsessäni uteliaan tutkijan. Koen, että hallitsen nyt tutkimuksen kulun eri vaiheet, omaan tietoa tutkimusmenetelmistä ja osaan kirjoittaa tieteellisesti hyväksyttävää tekstiä. Opinnäytetyöprosessin myötä sain hyvät perusvalmiudet tehdä jatkossakin tieteellistä tutkimusta.

Tutkimus- ja kehittämisosaamisen lisäksi kehittyi osaamiseni opinnäytetyöni varsinaisesta aiheesta, eli syömishäiriöistä sekä niiden tunnistamisesta ja puheeksiotosta. Syömishäiriöitä ei koulutuksemme aikana käsitelty juurikaan, joten opinnäytetyön tekeminen aiheesta mahdollisti minulle mahdollisuuden perehtyä minua kiinnostavaan aiheeseen perinpohjaisesti ja kerryttää terveydenhoitajan työssä tarvittavaa tietotaitoa. Tunnistamisen ja puheeksioton menetelmiä uskon pystyväni hyödyntämään myös muiden terveyttä uhkaavien tekijöiden kohdalla. Terveiden edistäminen on osa terveydenhoitajan ammatillista osaamista ja sen osaamiseen kuuluu terveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen ja valmius puuttua niihin sekä asiakaslähtöisten toimintatapojen kuten varhainen puuttuminen ja puheeksioton noudattaminen (Opetusministeriö 2006).

Opinnäytetyö prosessi oli raskas, stressaava ja aikaavievä, mutta samalla antoisa ja innostava. Tein opinnäytetyön yksin, minkä koin sekä voimavaraksi että haasteeksi. Yksin toimiessa työskentelyn aikatauluttaminen oli helppoa ja omien näkemysten toteuttaminen onnistui ilman kompromisseja. Nyt työn ollessa valmis, pystyn seisomaan jokaisen sanan takana. Koen, että paineensieto- ja organisoitokykyni kehittyivät huimasti vastatessani koko prosessista yksin. Opetusministeriön mukaan (2006) terveydenhoitajan asiantuntijuudessa korostuu itsenäinen päätöksenteko, vastuullisuus ja kriittinen ajattelu. Mielestäni nämä asiat korostuivat myös opinnäytetyöprosessissa; tein yksin kaikki päätökset työtäni koskien ja täten kannan myös vastuun työni lopputuloksesta yksin. Lisäksi työtä edetessä tein jatkuvaa itsearviointia ja pyrin katsomaan työskentelyäni kriittisesti eri näkökulmista, jotta työni punainen lanka säilyisi. Voin myöntää, että hetkittäin toisen tutkijan näkökulma ja mielenpide olisi ollut tervetullut.

Savonia-Ammattikorkeakoulun terveydenhoitotyön opetussuunnitelma on jaettu neljään vuositeemaan, jotka ovat aloitteleva terveysalan ammattilainen, toimijaksi terveysalalle, harjaantuminen ammattilaiseksi ja ammatilliseksi asiantuntijaksi terveysalalle. Pyrkimyksenä on, että osaaminen kehittyy perustason osaajasta harjaantumisen kautta edistyneen tason osaajaksi. Neljännen opiskeluvuoden teeman, ammatilliseksi asiantuntijaksi, osaamistavoite on määritelty seuraavasti: "Osaa toimia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyvänä asiantuntijana ja pystyy kehittämään terveydenhoitotyötä". (Savonia-Ammattikorkeakoulu 2015b.) Koen, että opinnäytetyöni on hyvä päätös terveydenhoitajaopinnoilleni ja lopputulos kuvastaa hyvin neljän opiskeluvuoden aikana kertynyttä osaamista sekä asiantuntijuutta ja myös kykyä kehittää terveydenhoitotyötä. Mielestäni omaan nyt hyvät perusvalmiudet tehdä terveydenhoitajan työtä ja odotan innolla, että pääsen kehittymään myös käytännön osaajana. Vaikka tutkinto-ohjelmaan sidottu opiskelu loppuu, oppiminen ja ammatillinen kasvu jatkuvat läpi elämän.

LÄHTEET

- AALTONEN, M., OJANEN, T., VIHUNEN, R. ja VILÉN, M. 2003. Nuoren aika. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- ALENIUS, H. ja SALONEN, U. 2014. Käypä hoito. Syömishäiriön riskitekijät ja oireet. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-11-02]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02111>
- AMMATTIKORKEAKOULULAKI 2014. L 2014/932. Finlex. Lainsäädäntö. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-10-15]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932>
- CHARPENTIER, P. ja MARTTUNEN, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Duodecim. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-10-30]. Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=ACA81A560AAD4D58EBA0FFC3CA6DC755?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=masennus&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92220
- CURRIN, L. ja SCHMIDT, U. 2005. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *Journal of Mental Health*; 14(6): 611 – 624
- DADI, Y. ja 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.
- EBELING, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa: LAUKKANEN, E., MARTTUNEN, M., MIETTINEN, S., ja PIETIKÄINEN, M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- ERIKSSON, E. ja ARNKIL, T-E. 2005. Huoli puheeksi – Opas varhaisista dialogeista. Opas 60. Helsinki: Stakes.
- HAARALA, P. ja TERVASKANTO-MÄENTAUSTA, T. 2008. Terveystarkastus ammattina. Teoksessa: HAARALA, P., HONKANEN, H., MELLIN, O-K. ja TERVASKANTO-MÄENTAUSTA T. Terveystarkastajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- HAKULINEN-VIITANEN, T., HIETANEN-PELTOLA, M., HASTRUP, A., WALLIN, M. ja PELKONEN, M. 2012. Laaja Terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- HIRSJÄRVI, S. ja HURME H. 2011. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudamus Helsinki University Press.
- HIRSJÄRVI, S., REMES, P. ja SAJAVAARA, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- HONKANEN, H. ja MELLIN, O-K. 2008. Terveystarkastus ja työmenetelmiä terveystarkastajan työssä. Teoksessa: HAARALA, P., HONKANEN, H., MELLIN, O-K. ja TERVASKANTO-MÄENTAUSTA T. Terveystarkastajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- HOTARINEN, O. 2006. Ammatillinen kasvu ja asiantuntijuus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajankoulutus. Opinnäytetyö. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-10-03.] Saatavissa:
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19601/TMP.objres.379.pdf>
- HÄMEENAHO, H., KUNTTU, K. ja POHJOLA, V. 2011. Terveystarkastus ja varhainen puuttuminen opiskeluterveydenhuollossa: Terveystarkastus opiskeluaikana. Teoksessa: KUNTTU, K., KOMULAINEN, A., MAKKONEN, K., ja PYNNÖNEN, P. Opiskeluterveys. Helsinki: Duodecim.

- ISOMAA, R. 2011. Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2014-10-29]. Saatavissa: http://bibbild.abo.fi/ediss/2012/isomaa_rasmus.pdf
- JENKINS, A. 2005. Mental Health. Identifying eating disorders. *British Journal of Nursing*; 14(19): 1036–1038.
- KANANEN, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KATAJAINEN, A., LIPPONEN, K. ja LITOVAARA, A. 2006. Ratkaisukeskeinen ajattelutapa – Voimavarat käyttöön. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-20]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00012&p_teos=onn#s1
- KESKI-RAHKONEN, A., CHARPENTIER, P., ja VILJANEN, R. (toim). 2008. Olen juuri syönyt – läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- KESKI-RAHKONEN, A., HOEK, H., SUSSER, E., LINNA, M., SIHVOLA, E., RAEVUORI, A., BULIK, C., KAPRIO, J. ja RISSANEN, A. 2007. [viitattu 2014-10-29]. Saatavissa: *Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community*. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=98811>
- KORKEILA, J. 2011. Psykiatrian häiriöluokitus uudistuu. *Duodecim*. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-29]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99342
- KUNTTU, K. ja LAAKSO, J. 2008. Opiskeluterveydenhuollon tavoitteet ja toteutus: Opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, tehtävät ja erityispiirteet. Teoksessa: KUNTTU, K., KOMULAINEN, A., MAKKONEN, K., ja PYNNÖNEN, P. (toim.) *Opiskeluterveys*. Helsinki: Duodecim.
- KYLMÄ, J ja JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy
- LAAKSO, J. ja KUNTTU, K. 2008. Terveiden edistäminen ja varhainen puuttuminen opiskeluterveydenhuollossa: Terveystarkastukset opiskeluterveydenhuollossa. Teoksessa: KUNTTU, K., KOMULAINEN, A., MAKKONEN, K., ja PYNNÖNEN, P. (toim.) *Opiskeluterveys*. Helsinki: Duodecim.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA 1992. L 1992/785. *Finlex*. Lainsäädäntö. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-10-16]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LEHTO, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa: KOISTINEN, P., RUUSKANEN, S. ja SURAKKA, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- LEHTOMÄKI, L. 2013 Eettiset ohjeet terveydenhoitajan tukena. *Terveydenhoitaja – Hälsovårdaren*; 46(1): 6–9.
- LEMPIÄINEN, M. 2004. Kouluterveydenhoitaja koululaisen hyvinvoinnin edistäjänä. Teoksessa: KOISTINEN, P., RUUSKANEN, S. ja SURAKKA, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- MILES, M. ja HUBERMAN, A. 1994. *Qualitative data analysis*. California: Sage.
- OPETUSMINISTERIÖ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmäselvityksiä ja muistioita. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-12]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

RANTANEN, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa: MOILANEN, I., RÄSÄNEN, E., TAMMINEN, T., ALM-QVIST, F., PIHA, J. ja KUMPULAINEN, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

RUSKI, S. 2000. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa: TERHO, P., ALA-LAURILA, E-L., LAAKSO, J., KROGIUS, H. ja PIETIKÄINEN, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2015a. Opetussuunnitelmat. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-10-03.] Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=403&tab=6&krtid2=5414>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2015b. Opetussuunnitelmat. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-10-03.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=403&tab=4>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2002. Kouluterveydenhuolto 2002 – Opas terveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Opas 51. Stakes. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-10]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104361/Oppaita51_2002.pdf?sequence=1

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-10-06]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111322/Julk_2006_12_opiskeluterveydenhuolto_verkko.pdf?sequence=1

STENSTRÖM, M-L. 1993. Ammatillisen identiteetin kehittyminen. Teoksessa: ETELÄ-PELTO, A. ja MIETTINEN, R. (toim.) Ammattitaito ja ammatillinen kasvu. Helsinki: Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, 31–45.

SUOKAS, J. ja SUVISAARI J. 2009. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

SUOKAS, J., SUVISAARI, J., GISSLER, M., LÖFMAN, R., LINNA, M., RAEVUORI, A. ja HAUKKA, J. 2013. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-10-29]. Saatavilla: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113004423>

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIMIN, SUOMEN LASTENPSYKIATRIYHDISTYKSEN JA SUOMEN PSYKIATRIYHDISTYS RY:N ASETTAMA TYÖRYHMÄ 2014. Käypä hoito. Syömishäiriöt. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-12-12]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#s5>

SUVISAARI, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Lääkärilehti; 68(20): 1487-1492. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-10-29]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039431>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2011. Tautiluokitus ICD-10. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-10-02]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja - Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-11-02]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2014. Kouluterveydenhuolto. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-12-17]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/kouluterveydenhuolto>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015a. Opiskeluterveydenhuolto. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-06]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluterveydenhuolto>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015b. Syömishäiriöt. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-11-01]. Saatavissa. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/syomishairiot>

TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

TUTKIMUSEETTINEN LAUTAKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkasepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-24]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

WALLIN, A. 2007. Teoreettisia näkökulmia ammatilliseen kasvuun. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-10-03.] Saatavissa: http://www.available.com/tiedostot/20070424_TEOREETTISIA_N_K_KULMIA_AMMATILLISEEN_KASVUUN.pdf

van der Ster, G. 2006. Lupa syödä – opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.

VILJANEN, T. 2013. Tunnistatko syömishäiriön? Terveystieteitä – Hälsövärdaren; 46(2): 16–17.

VIRTANEN, P., SUOHEIMO, M., LAMMINMÄKI, S., AHONEN, P. ja SUOKAS, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen. Tekefin katsaus. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2015-10-20]. Saatavissa: <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

VUORILEHTO, M., LARRI, T., KURKI, M. ja HÄTÖNEN, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

LIITE 1

SCOFF-SYÖMISHÄIRIÖSEULA

1. Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?

1. kyllä
2. ei

2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet enää pysty hallitsemaan syömisesi määrää?

1. kyllä
2. ei

3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?

1. kyllä
2. ei

4. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?

1. kyllä
2. ei

5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämäsi?

1. kyllä
2. ei

Pistemäärien tulkinta:

0 pistettä = ei ilmoitettua oireilua

1 piste = lievää oireilua

2–5 pistettä = merkittävää oireilua

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)