

OPAS OULUN HYVINVOINTIKESKUKSIEN
HENKILÖKUNNALLE BED:N TUNNISTAMISEEN JA
HOITON OHJAAMISEEN

Kauppinen Pekka
Leiviskä Veli-Pekka

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2019

Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Pekka Kauppinen Veli-Pekka Leiviskä	Vuosi	2019
Ohjaaja	Pipsa Vilén		
Toimeksiantaja	Oulun kaupunki		
Työn nimi	Opas Oulun hyvinvointikeskuksien henkilökunnalle BED:n tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen		
Sivu- ja liitesivumäärä	38+18		

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä. Lihavan ahmintahäiriö kuuluu epätyypillisiin syömishäiriöihin. Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa opas lihavan ahmintahäiriön, eli BED:n tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Aiheen saimme mielenterveyskeskus Tuiken henkilökunnalta, joka auttoi Oulun alueen hoitoonohjauksen kartoittamisessa sekä oppaan sisällön hahmottamisessa. Työn tavoite on auttaa Oulun alueen terveysasemien työntekijöitä tunnistamaan BED ja ohjaamaan asiakas oikeaan hoitopaikkaan, sekä auttaa asiakkaita saamaan tarvittavaa ja heille kuuluvaa hoitoa.

Opinnäytetyössä käsittelemme yleisesti mielenterveyttä, syömishäiriötä ilmiönä, sekä binge eating disorderia (BED) ja sen yleisimpiä hoitomuotoja. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriöitä ja niistä tavallisin on lihavan ahmintahäiriö eli binge eating disorder. Lihavan ahmintahäiriö ei kuitenkaan ole yhtä tunnettu kuin anoreksia ja bulimia ja sen tunnistaminen ja oikeaan hoitoon ohjaaminen perusterveydenhuollossa on haasteellista.

Projektin toteutimme keräämällä teoriatietoa alan kirjoista, tutkimuksista, sekä tutkimusartikkeleista. Tiedot Oulun alueen hoitopaikoista, sekä toiveita opastamme varten saimme mielenterveyskeskus Tuiken henkilökunnalta, sekä Kontinkankaan terveyskeskuksen psykiatriselta sairaanhoitajalta. Oppaaseen sisältyy yleisesti tietoa lihavan ahmintahäiriöstä, tietoa sen oireista, sekä tunnistamisesta, hoitoonohjauksesta Oulun alueella, puheeksiottamislomake ja yhteistietoja hoitopaikoista, sekä yhteystiedot konsultointia varten.

Avainsanat: Mielenterveys, syömishäiriö, binge eating disorder, BED, opas

School of Northern Well-being and
Services
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Authors	Pekka Kauppinen Veli-Pekka Leiviskä	Year	2019
Supervisor	Pipsa Vilén		
Commissioned by	City of Oulu		
Subject of thesis	A Guide to Health Center Staff in Oulu for Recognizing A Binge Eating Disorder and Referring BED Patients to Treatment		
Number of pages	38+18		

Eating disorders are common mental disorders. Binge eating disorder belongs to the category of atypical eating disorders. The purpose of this thesis was to create a guide book to the health care centre staff in Oulu for detecting patients with a binge eating disorder (BED) and referring them to treatment. The subject for this thesis came from the staff of the mental health centre Tuike. The staff helped in clarifying the BED patient referral in Oulu and with the contents of the guide book that is included in this thesis. The objective of the guide book was to help health centre staff to detect patients with a binge eating disorder, to guide them to the right care, and for the patients to get the right kind of treatment.

In this thesis mental health in common, eating disorders as a phenomenon, binge eating disorder and its most common treatments are addressed. Atypical eating disorders are the most common eating disorders and the binge eating disorder most usual among them. Binge eating disorder still is not recognized as much as anorexia or bulimia which makes it hard for standard health care staff to recognize it and to guide patient to right treatment.

This thesis project was executed by gathering information from books, research and research articles. Information about binge eating disorder treatment in Oulu and hope for the content of the guide came from the staff of the mental health centre Tuike and from the psychiatric nurse from the health care center in Kontinkangas. The guide book contains information in general about the binge eating disorder, recognizing it, symptoms, referral process in Oulu, contacts for referring, consultation, and a form helping to address eating disorder.

Key words: Mental health, eating disorder, binge eating disorder, guide book, BED

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	6
3 BINGE EATING DISORDER JA KÄSITTEET SEN TAUSTALLA	7
3.1 Mielenterveys.....	7
3.2 Syömishäiriö	9
3.3 Binge eating disorder	11
3.4 BED:n hoitomuodot.....	14
4 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA LAINSÄÄDÄNTÖ.....	18
4.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	18
4.2 Opinnäytetyön luotettavuus	20
4.3 Syömishäiriöpotilaan hoitoa ohjaavat lait	21
5 PROJEKTIN TOTEUTUS	24
5.1 Projekti.....	24
5.2 Toteutustapa ja tiedonkeruu	27
5.3 Hyvä opas.....	28
6 PROJEKTIN TUOTOS.....	30
6.1 BED-potilaan hoitoon ohjaus Oulun alueen terveysasemilla.....	30
6.2 Oppaan sisältö	31
7 POHDINTA	33
LÄHTEET	36
LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla esiintyviä vakavia mielenterveyden häiriöitä, joihin kuuluu häiriintyneen syömiskäyttäytymisen lisäksi fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2011, 346-362). Epätyypilliset syömishäiriöt ovat syömishäiriöistä yleisimpiä ja niistä tavallisin on binge eating disorder (BED) eli lihavan ahmintahäiriö. Binge eating disorder on yleisyydestään huolimatta vielä kovin tuntematon myös terveydenhuollon ammattilaisille. (Keski-Rahkonen, Meskanen & Nalbantoglu 2013, 8.)

Lihavan ahmintahäiriön arvioitu esiintyvyys aikuisilla on noin 2–3 % ja sen on arvioitu jatkuvasti yleistyvän. Amerikkalaisessa väestöntutkimuksessa esiintyvyys oli naisilla 3,5 % ja miehillä 2 %. Ahmintahäiriö koskee usein nuoria aikuisia, mutta sitä esiintyy myös varttuneemmilla ihmisillä. Suomessa ahmintahäiriön yleisyyttä ei ole juurikaan tutkittu, arviolta 19–40 % ylipainoonsa apua hakevista henkilöistä sairastaa ahmintahäiriötä. (Henriksson ym. 2011, 362.)

Aihetta valitessa meille oli tärkeää sen työelämälähtöisyys, konkreettinen tarve ja että opinnäytetyö käsittelee tulevassa työssämme kohtaamiemme asioita. Saimme toimeksiannon opinnäytetyölle Oulusta, Mielenterveyskeskus Tuikesta Tuirasta. Mielenterveyskeskuksen työntekijät olivat huomanneet, että Oulun hyvinvointikeskusten työntekijöillä on vaikeuksia tunnistaa BED eli lihavan ahmintahäiriö ja ohjata syömishäiriöinen tarvittavaan hoitoon. Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa opas BED:n tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Työn tavoite on auttaa Oulun alueen terveysasemien työntekijöitä tunnistamaan BED ja ohjaamaan asiakas oikeaan hoitopaikkaan, sekä auttaa asiakkaita saamaan tarvittavaa ja heille kuuluvaa hoitoa.

Työmme teoreettinen viitekehys koostuu tutkimuksista, tutkimusartikkeleista, kirjallisuudesta, sekä mielenterveyskeskus Tuiken henkilökunnalta saamista tiedoista. Opastamme käytämme arvioitavana Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen psykiatrisella sairaanhoitajalla, sekä syömishäiriötiimin työntekijällä. Oppaan sisällön tarkastaa myös Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen muu henkilökunta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa opas BED:n tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Työn tavoite on auttaa Oulun alueen terveysasemien työntekijöitä tunnistamaan BED ja ohjaamaan asiakas oikeaan hoitopaikkaan, sekä auttaa asiakkaita saamaan tarvittavaa ja heille kuuluvaa hoitoa.

3 BINGE EATING DISORDER JA KÄSITTEET SEN TAUSTALLA

3.1 Mielensterveys

Mielensterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö tiedostaa hänen oman potentiaalinsa, selviytyy elämän haasteista ja toimii osana yhteiskuntaa (WHO 2014). Mielensterveys on oleellinen osa terveyttä mutta suhteellinen käsite: kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve. Ihmisen ollessa mieleltään terve on hän sopeutumiskykyinen, joustava ja tyytyväinen elämäänsä. Tunnusmerkkejä hyvälle mielensterveydelle ovat muun muassa kyky luoda uusia ihmissuhteita, rakastaa, välittää, ilmaista tunteitaan, pyrkiä vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa ja suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa. Psykkinen kimmoisuus kuvastaa erinomaisesti hyvää mielensterveyttä, sillä se auttaa suojautumaan psykkinisesti haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa. (Henriksson ym. 2011. 9, 12, 16, 22, 24, 25, 47, 48.)

Mielensterveyttä haavoittavat ja suojaavat tekijät voidaan jakaa yksilöllisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Mielensterveyttä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa koulutus, työllisyys, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyvä fyysinen terveys, perimä ja ongelmanratkaisutaito. Haavoittavia tekijöitä ovat esimerkiksi suojattomuus ja kodittomuus, erot ja menetykset, päihteet, itsetunnon haavoittuvuus ja kiusaaminen vertaisryhmässä. Mielensterveysongelmat tulevat yleensä esiin jo varhain, mutta lopulta hoitoon hakeudutaan useimmiten vasta aikuisena. Viive on ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoidon suhteen melkein kymmenen vuotta, joka on liian pitkä aika ongelmien ehkäisemiseksi. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 9.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan mielensterveyttä on luonnehtinut kuutena osa-alueena George Vaillant 2003. Ensimmäinen osa-alue nostaa esiin mielensterveyden hyvänä psykososiaalisena toimintakyknä, toisessa positiivisuuden psykologiana. Kolmannessa hän kuvaa mielensterveyttä persoonallisuuden kypsyytenä ja neljännessä korostaen ihmisen sosiaalista ja tunnepohjaista lahjakkuutta, johon sisältyvät muun muassa tunneäly ja ihmisten lukutaito. Viides osa-alue on hänen mukaansa subjektiivista hyvinvointia, johon

vaikuttaa ympäristö eikä vain yksilö. Kuudentena hän näkee psykologisen joustavuuden ja muuttumiskyvyn. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen 2014, 32-33.)

Mielenterveys normaalin psyykkisen toimintakyvyn mittarina
Mielenterveys positiivisina psykologisina kykyinä
Mielenterveys persoonallisuuden kypsyytinä
Mielenterveys sosio-emotionaalisen lahjakkuutena
Mielenterveys subjektiivisena hyvinvointina
Mielenterveys joustavuutena ja muuttumiskykynä

Kaavio 1. George Vaillant on kuvannut mielenterveyden kuutena ulottuvuutena. (Lönnqvist ym. 2014, 32.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on 2004 tehnyt selvityksen (Mielenterveystyö Euroopassa), jonka mukaan mielenterveys voidaan jaotella neljään osaan: yksilöllisiin tekijöihin ja kokemuksiin, sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutukseen, yhteiskunnallisiin tekijöihin ja resursseihin ja kulttuurisiin arvoihin (Hämäläinen, Kanera, Kuhanen, Schubert 2017, 21-25). Mielenterveyden määrittelyssä yksilöllisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa biologiset tekijät kuten perimä ja sukupuoli, kun taas kokemuksiin lukeutuvat elämäkokemukset. Etenkin kielteiset elämäntapahtumat kuten läheisen kuolema, koettu väkivalta, vakava sairaus tai vakavat talousongelmat vaikuttavat mielenterveyteen. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus koostuvat esimerkiksi vauvan ja vanhempien varhaisesta vuorovaikutuksesta, joka luo lapselle luottamuksen ja turvallisuuden kokemuksen ja vahvistaa niitä. Kiintymyssuhdeteorialla on myös tärkeä osa mielenterveyden muovautumisessa, sillä turvallinen ja jatkuva kiintymyssuhde hoivaajaan edistää lapsen psyykkistä kehitystä. Yhteiskunnalliset tekijät ja resurssit mielenterveyden osa-alueena muodostuvat esimerkiksi palveluista, asumisolosuhteista,

toimeentulosta ja koulutuksesta. Kulttuurisilla arvoilla mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä tarkoitetaan esimerkiksi sosiaalista vuorovaikutusta säätelevillä säännöillä ja erilaisuuden sietämistä kyseisessä kulttuurissa. (Hämäläinen ym. 2017, 21-24.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä maailmanlaajuisesti ja ne muodostavat yhden merkittävimmistä ja monimutkaisimmista ongelmista. Yksilöt, joilla on mielenterveyden häiriötä kokevat sosiaalista eristäytymistä, heikentyneenä elämänlaatua ja heillä on suurempi itsemurhariski verrattuna mielenterveyden häiriötä sairastamattomiin. Mielenterveyden häiriöt ovat myös merkittävä sosiaalinen ja taloudellinen taakka yhteiskunnalle. Arviolta 450 miljoonaa ihmistä ympäri maailmaa kärsii mielenterveyden häiriöistä, sisältäen alkoholi- ja huumeongelmaiset. (Hanson & Levin 2013, 14-15.) Termiä mielenterveyden häiriötä käytetään yleisnimenä psykiatrisille häiriöille, joissa yksilöllä esiintyy merkittäviä psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä tai haittaa. Normaaleja arkipäiväisiä reaktioita, kuten esimerkiksi suru, ei lueta mielenterveyden häiriöksi. Mielenterveyden häiriöksi voidaan lukea esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus, ahdistuneisuushäiriö, psykoottinen häiriö tai syömishäiriö. (Hämäläinen ym. 2017, 224.) Mielenterveyshäiriöt esiintyvät usein ensimmäistä kertaa nuorena ja nuorilla niitä on arviolta kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla (Marttunen Huurre, Strandholm & Viialainen 2013, 10).

3.2 Syömishäiriö

Syömishäiriöt ovat yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla esiintyviä vakavia mielenterveyden häiriötä, joihin kuuluu häiriintyneen syömiskäyttäytymisen lisäksi fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Naisilla syömishäiriöt ovat paljon yleisempiä kuin miehellä ja arviolta noin 7 % naisista sairastaa jonkin syömishäiriön ennen 30. ikävuottaan. Miesten sairastavuus on noin 10 % naisten määrästä. Syömishäiriöissä haasteellista on oireiden varhainen tunnistaminen, sekä hoitoon ohjaaminen. Jokaisessa länsimaassa kasvava määrä ihmisistä kärsivät syömisen hallintaongelmien, sekä ylipainon kanssa. Ylipaino, sekä syömishäiriöt ovat yleistyneet viimeisten vuosikymmenten

aikana. (Henriksson ym. 2011, 346–347, 356, 357, 362; Keski-Rahkonen ym. 2013, 8.)

Syömishäiriöitä hoidetaan suurimmaksi osaksi avohoidossa ja hoito sisältää te-rapeuttista tukea sekä apua ravitsemustilan korjaamiseen, syömisen hallinnan takaisin saamiseen, psyykkisten sekä fyysisten oireiden lieventämiseen, sekä toi-mintakyvyn palauttamiseen. Syömishäiriöitä hoidettaessa potilaan oma motivaatio ja valmius paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen ovat hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä. Myös perheen ja läheisten tuki ja osallistu-minen hoitoon on todella tärkeää. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anorexia ner-vosa eli laihuushäiriö, sekä bulimia nervosa, eli ahmimishäiriö. Yleisin syömis-häiriön muoto on epätyyppillinen syömishäiriö. Lähes puolet hoitoon hakeutuvista sairastuneista kuuluvat tähän ryhmään. Taudinkuvaltaan epätyyppillinen syömis-häiriö muistuttaa laihuus- tai ahmimishäiriötä, mutta jokin olennainen oire jää puuttumaan. Epätyyppillisistä syömishäiriöistä yleisin on BED (binge eating disorder) eli lihavan ahmintahäiriö. (Henriksson ym. 2011, 346–347, 356, 357, 362.)

Normaalin ja häiriintyneen syömisen raja voi olla epäselvä. Jokainen syö välillä aivan liikaa, tai liian vähän. Monet ihmiset ovat jollain tapaa tyytymättömiä ulko-näköönsä ja suuri osa on kokeillut laihduttamista. Noin 10–20 % ihmisistä myön-tää käyttäneen laihdutusvalmisteita, lääkkeitä, paastoamista, suolentyhjennystä ja oksentamista. Ajoittainen tyytymättömyys omaan ulkonäköönsä, yksittäinen laihdutusyritys, tai edes kerta-yritys hallita painoa jollakin kyseenalaisella tavalla ei tarkoita, että henkilöllä on syömishäiriö. Oireesta muodostuu häiriö, kun se toistuu niin paljon, että se alkaa omasta tai lähipiirin mielestä häiritä fyysistä ter-veyttä, tai ihmisen normaalia toimintakykyä, esimerkiksi opiskelua työntekoa, sekä sosiaalisia suhteita. Syömishäiriössä syömisen hallinta alkaa olemaan elä-män pääsisältö ja sotkee normaalielämää ja vaikuttaa jokapäiväisiin päätöksiin. Monilla syömishäiriöön apua hakevilla ihmisillä on myös muita mielenterveyden häiriöitä, kuten masennus, ahdistushäiriö, tai päihteiden väärinkäyttöä. (Charpen-tier, Keski-Rahkonen & Viljanen 2010, 13–14; Stuart 2009, 462.)

Syömishäiriön syntymekanismia ei täysin tunneta. Monet kertovat sairastumisen johtuvan syyllistävistä asenteista, tai epäasiallisesta kommentoinnista painoa

kohtaan, mutta syömishäiriön taustalla on aina muutakin. Kukaan ei valitse sairastua syömishäiriöön. Ympäristön ulkonäkökeskeisyys, lihavuuden tuomitseva, sekä kilpailua ja tehokkuutta korostava ajattelutapa nyky-yhteiskunnassa voi osatekijänä altistaa syömishäiriöön sairastumiselle, sekä ylläpitää oireita. (Syömishäiriöliitto). Syömishäiriöiden on todettu olevan jollain asteella periytyviä. Syömishäiriön riski on korottunut syömishäiriöisien lähisukulaisilla verrattuna muuhun väestöön. Monotsygoottisilla eli samanmunaisilla kaksosilla toisen sairastuessa, toisenkin riski sairastumiseen on 52 % kun taas ditsygoottisilla eli erimunaisilla kaksosilla toisen sairastumisen riski on 11 %. Syömishäiriöisen lähisuvulla on myös kohonnut riski sairastua muihin syömishäiriöihin, masennukseen ja päihteiden väärinkäyttöön. (Stuart 2009, 463.) Suurimmassa roolissa sairauden puhkeamiseen pidetään olevan elämäntapahtumat, sekä yksilön kokemukset. Syöminen ja syömättömyys voivat olla pakokeino tai antaa turvaa ja hallinnan tunnetta vaikeissa tai turvattomissa elämäntilanteissa. Syömishäiriön oireilla on aina jokin tarkoitus. Syömishäiriön parantuessa, vaikeiden elämäntilanteiden ja tunteiden kohtaamiseen tarvitsee jonkin uuden apukeinon. (Syömishäiriöliitto.)

3.3 Binge eating disorder

Ahmintahäiriö eli BED (binge eating disorder) on epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluva syömishäiriö, joka oireilee samantapaisesti kuin bulimia. Sairastava yrittää hallita syömistään ja kehoaan. Jatkuvasta ruuan säännöstelystä seuraa kuitenkin ahmiminen, jolloin sairastunut menettää syöminen hallinnan. Bulimian ja BED:n erottavana tekijänä on se, että ahmintahäiriötä sairastava ei pyri eroon ahmimastaan ruuasta, jolloin tyhjentämisrituaalit ja niiden seuraukset jäävät pois. (Syömishäiriöliitto 2017.) Ahmintahäiriötä sairastavat kärsivät muita lihavia enemmän psyykkisistä oireista ja mielenterveyshäiriöistä, joita ovat muun muassa masennus, ahdistushäiriö ja päihteiden väärinkäyttö. (Henriksson ym. 2011, 362. Stuart 2009, 462.) Yleisimmin esiintyvät persoonan häiriöt ahmintahäiriön yhteydessä ovat estynyt persoona, sekä pakko-oireinen häiriö (Pyökänen, Luutonen & Saarijärvi 2011, 1649-1653) .

Ahmintahäiriössä ahmimiseen liittyy vahvasti hallitsemattomuuden kokemus, eikä syöminen välttämättä liity nälän tai kylläisyyden tuntemuksiin. Sairastunut ei

aina tunnista ahmimisen laukaisevaa tekijää. Ahmimisoire liittyy usein johonkin tarpeeseen, kuten turvallisuudentunteeseen tai rutiiniin. Tarve ohittaa tietoisien mielen ja loogisen päättelyn, eikä tällöin pelkkä ravintosuunnitelma tai ravitsemusohjaus riitä kierteen lopettamiseksi. Ahmimiskierrettä ylläpitää usein tiukasti kontrolloidut laihdutusyritykset. Ne häiritsevät nälän ja kylläisyyden säätelyä ja tämä johtaa aterioiden väliin jättämiseen. Tämä altistaa ahmimiselle, mikä edelleen ruokkii häpeäntunnetta. Sairastuneen mielessä tähän ratkaisukeinona on taas laihduttamispyrkimys, vaikka se vain jatkaa syntynyttä noidankehää. (Syömishäiriöliitto 2017.)

BED on yleisin syömishäiriö. Ahmintahäiriötä esiintyy 2–3 %:lla aikuisista, joista useampi on naisia kuin miehiä. Ahmimishäiriö koskee usein nuoria aikuisia, mutta sairautta esiintyy myös varttuneemmilla henkilöillä (Mustajoki 2016). Suomessa Ahmintahäiriötä ja sen yleisyyttä ei ole juurikaan tutkittu. Amerikkalaisessa väestötutkimuksessa esiintyvyys oli naisilla 3,5 % ja miehillä 2 % ja sen on arvioitu jatkuvasti yleistyvän. On arvioitu, että 19–40 % ylipainoonsa apua hakevista henkilöistä sairastavat ahmintahäiriötä. (Henriksson ym. 2011, 362. Stuart 2009, 460.)

Syömishäiriöiden syntyperä on vielä suurimmaksi osaksi tuntematon. Tiedetään kuitenkin, että syömishäiriön syntyyn ja kehitykseen liittyy moninaisia tekijöitä. Tekijöitä on tutkittu monista eri näkökulmista, muun muassa perinnöllisyys, kehityspsykologia ja sosiokulttuurinen näkökulma (Hautala, Liuksila, Rähä & Saarijärvi 2006, 41–45.) Ahmintaoireilun tavallisia taustatekijöitä on kartoitettu muun muassa Fairburnin ym. 1993 tutkimuksessa, jossa haastateltiin ahmintahäiriöisiä ihmisiä. Ryhmässä, jossa oli kohtauksittaista syömishäiriötä sairastavia, korostuivat negatiivinen kuva itsestään, huonot kokemukset lapsuudessa, kuten hyväksikäyttö ja fyysinen väkivalta, sekä läheisten negatiiviset kommentit painosta. Myös raskauden, sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön todettiin olevan riskitekijä kohtauksittaisen ahmintahäiriön puhkeamiselle. (Pyökänen ym. 2011, 1649–1653.) Suurimmassa roolissa sairauden puhkeamiseen pidetään olevan elämäntapahtumat, sekä yksilön kokemukset. Syöminen voi olla pakokeino tai antaa turvaa ja hallinnan tunnetta vaikeissa tai turvattomissa elämäntilanteissa. Syömis-

häiriön oireilla on aina jokin tarkoitus. Syömishäiriön parantuessa, vaikeiden elämäntilanteiden ja tunteiden kohtaamiseen tarvitsee jonkin uuden apukeinon. (Syömishäiriöliitto 2017.)

BED altistaa myös monille ylipainoisille tyypillisille somaattisille sairauksille, kuten 2-typin diabetekselle, sepelvaltimotaudille, hypertonialle, astmalle ja unihäiriöille, kuten uniapnealle. Lisäksi lihavuus altistaa tuki- ja liikuntaelinsairauksille, kuten painosta johtuvalle nivelrikolle lonkassa ja polvissa, sekä kihdille. Ahminta ja ylipaino vaikuttavat myös seksuaaliterveyteen, voi esiintyä haluttomuutta ja sairastunut voi kokea ahdistusta seksuaalisuuteen liittyen. Lihavuus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä, sekä naisilla kuukautishäiriöitä ja korottaa riskiä keskenmenoon. Lihavuus lisää myös monien syöpätautien vaaraa. (Keski-Rahkonen ym. 2013, 18; Käypä-hoito 2018.)

Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit ovat vakiintuneet käytännössä, vaikka niitä sitä ei ole erikseen luokiteltu yleisesti käytössä olevasta ICD-10 tautiluokituksessa. ICD-10 tautiluokituksen mukaan BED luokitellaan epätyypilliseksi syömishäiriöksi, tai epätyypilliseksi ahmimishäiriöksi. WHO on julkaissut uuden ICD-11 tautiluokituksen, jossa Binge eating disorder on saanut oman diagnoosinsa. Tautiluokitus on tarkoitus ottaa käyttöön vuonna 2022. (Pihlava 2018.) DSM-5 tautiluokituksen mukaan ahmintahäiriön tutkimuskriteereihin kuuluu viisi kohtaa: 1: Toistuvat ahmimiskohtaukset, joissa syödään suuria määriä lyhyessä ajassa ja syömiseen liittyy hallitsemattomuuden tunne. 2: Ahmimiskohtauksen aikana kolme seuraavista toteutuu: Suuri nopeus, jatkuminen pahoinvointiin asti, nälän tunnottomuus, syöminen pitkin päivää, syöminen yksin ollessa, koska ruokamäärät hävettävät, syömisestä seuraa itsehalveksunta, masennus ja syyllisyys. 3: Ahmintaoire aiheuttaa vahvaa ahdistusta. 4: Ahmintakohtauksia on vähintään kaksi kertaa viikossa ja oire on kestänyt kuuden kuukauden ajan. 5: Häiriö ei täytä ahmimishäiriön kriteereitä. (Henriksson ym. 2011, 363.) Lihavuuteen apua hakevien ahmintahäiriön seulontaan voidaan käyttää esimerkiksi BES- syömistapakyselyä (binge eating scale). Lisäksi selvittämisessä on tärkeää psykiatrin tutkimus, jossa selvitetään, onko kyseessä syömishäiriö ja onko potilaalla muita liitännäissairauksia, sekä potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaistilanne (Käypähoito 2018).

3.4 BED:n hoitomuodot

Ahmintahäiriön hoidossa olennaista on potilaan oma motivaatio, luottamuksellinen yhteistyösuhde, sekä omaisten tuki. Ennustetta parantaa olennaisesti myös varhainen havaitseminen ja varhainen puuttuminen. Hoito pyritään yleensä toteuttamaan avohoitona, sillä hoitopaikalla ei ole tutkitusti havaittu vaikutusta toipumiseen. Hoitopaikkaa valitessa tulee kuitenkin arvioida potilaan kokonaistilannetta, mielenterveystilaa mukaisesti joissain tilanteissa myös tahdonvastainen hoito M1-lähetteellä on mahdollinen, mikäli potilas on vaaraksi itselleen, potilaan terveydentila on uhattuna, tai jos oireiluun liittyy psykoosi, tai delirium-tila. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeen raja on hämärä ja olennaista on, että hoitava taho osaa hoitaa syömishäiriöpotilaita, suura ahmintahäiriöiset paranevat avohoidon piirissäkin. (Käypähoito 2018.)

Hoidon periaatteita ovat ruokailutottumusten säännöllistäminen, laihdutusyritysten lopettaminen, ravitsemustilan korjaaminen, ahminnan hallintaan ottaminen, fyysisten oireiden lievittäminen, sekä psykiatristen oireiden lievitys. Ahmintahäiriön hoidossa voidaan käyttää useita eri hoitomuotoja, joita ovat itsehoito, psykoedukaatio, ravitsemushoito, lääkehoito ja psykoterapeuttisia hoitomuotoja, kuten kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, interpersoonallinen terapia, sekä dialektinen käyttäytymisterapia. (Meskanen 2018.)

Itsehoito toimii ensivaiheen hoitona erityisesti ahmimis- ja ahmintahäiriön hoidossa. Itsehoito perustuu useimmiten kognitiivisbehavioraaliseen terapiaan ja itsehoito toteutetaan joko itsenäisesti tai ohjatusti. Itsenäisesti toteutettuna potilas voi seurata esimerkiksi internetissä olevaa itsehoito-ohjelmaa, tai itsehoitopasta. Ohjatussa mallissa edistymisessä apuna ja tukena on terveydenhuollon ammattihenkilö, joka voi seurata potilaan etenemistä ja tarvittaessa tavata potilasta. (Käypähoito 2018.) Lihavuuden ja ahminnan hoidossa on käytetty myös elämäntapojen muuttamiseen pohjautuvia painonpudotusohjelmia, joissa tarkoituksena on vähentää energian saantia hallitusti, sekä lisätä fyysistä aktiivisuutta.

Itsehoidon edut ovat kustannustehokkuus, sen voi toteuttaa perusterveydenhuollossa, sekä varhaiset interventiot helpottuvat. (Pyökäri ym. 2011.)

Psykoedukaatio tarkoittaa tiedon jakamista potilaalle, sekä perheelle liittyen sairauden luonteeseen ja sen merkitykseen. Psykoedukaation tavoite on auttaa pääsemään eroon vääristä uskomuksista ja tiedoista, jotka ovat voineet mahdollisesti johtaa syömishäiriökäyttäytymiseen. Sen avulla voidaan selvittää vääristyneitä käsityksiä sairauksista, sekä antaa työkaluja toipumiseen. Ammattilainen toimii tukena ja antaa tietoa, mutta vastuu on myös potilaalla itsellään. (Henriksen ym. 2017.) Ruokapäiväkirja on keskeinen työkalu, joka antaa tietoa asiantuntijalle, sekä auttaa potilasta tiedostamaan omaa syömiskäyttäytymistään. Asiantuntija saa tietoa potilaan ruokavaliosta, syömiskäyttäytymisestä, sekä ahmintakohtauksista ja niitä edeltävistä tunteista. Potilas voi ymmärtää tiedostamisen avulla paremmin käyttäytymistään ja muuttaa sitä. (Suokas, Muhonen & Viljanen 2000.)

Ravitsemushoidon lähtökohtana toimii häiriintyneen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen, laihdutusyritysten lopettaminen, kompensatiokeinojen lopettaminen ja nuorilla potilailla kasvun ja kehityksen turvaaminen. Ravitsemushoidon perustana toimii tavallinen ruoka. Ammattilainen voi unohtaa tiukan terveellisyysajattelun ja käyttää enemmän sallivaa ja riittävän hyvää ruokavaliota. Potilaan ihannepainon sijasta keskitytään biologiseen normaalipainoon. Potilaiden ruokavaliot suunnitellaan yksilöllisesti syömishäiriötyypin, aiempien ruokailutottumusten, painon, sekä fyysisen aktiivisuuden mukaan. Ahmintahäiriötä sairastavalle on tärkeää säännöllinen ateriaritmi, jolla estetään ahmintakohtauksia, sekä normaali energiansaanti. (Suokas ym. 2000.) Ahmintahäiriön hoidossa käytetään työkaluna täsmäsyömistä, joka pitää sisällään säännöllisen, monipuolisen, riittävän ja sallivan ruokavalion (Käypähoito 2014).

Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa pyritään virheellisten ja epäsuotuisen syömiskäyttäytymisen aiheuttavien käsitysten ja ajatusmallien muuttamiseen. Syömishäiriöisten hoidossa korostuvat oman kehonkuvan muuttaminen positiivisemmaksi, ruokaan ja ruokailuun kohdistuvien epäedullisten ajatus- ja toimintatapojen muuttaminen, sekä niistä heräävien tunteiden tunnistaminen ja käsittely.

Terapiassa pyritään terveelliseen suhteeseen ruuan ja ruokailun kanssa. Potilaan tulisi tunnistaa omat reaktiot ja toimintamallit, sekä olla kyvykäs tekemään tietoisia fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistäviä päätöksiä liittyen ruokailuun. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan toteuttaa myös ryhmäterapiana. (Pyökäri ym. 2011.)

Interpersoonallinen terapia painottuu pääasiassa ihmisten välisiin suhteisiin ja sen kautta parantaa potilaan negatiivista minäkuvaa, sekä vahvistaa heikkoa itsetuntoa. Näiden ajatellaankin olevat vahvassa roolissa syömishäiriöiden takana ja niitä muuttamalla positiivisemmiksi, voidaan vaikuttaa positiivisesti myös syömisoireisiin. Interpersoonallisen terapian ja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa on havaittu vaikutusta samoihin osa-alueisiin painostusten erilaisuudesta huolimatta. (Pyökäri ym. 2011.)

Dialektinen käyttäytymisterapia on USA:ssa 1970-luvulla kehitetty psykoterapiamuoto. Terapiamuotoa tutkitaan vielä ja se kehittyikin koko ajan. Suomessa dialektinen käyttäytymisterapia on otettu käyttöön 2000-luvun alkupuolella. Dialektinen käyttäytymisterapia käsitetään periaatteellisenä vaikeista tunnesäätelyongelmista kärsivien potilaiden moniulotteisena psykoterapiamuotona. Tavoitteena on asiakkaan luopuminen vaikeista toimintamalleista ja uudenlaisen taitavan käyttäytymisen opettelu. Muutoskeskeisyyden lisäksi painotetaan hyväksyntää tavoittelevaa työskentelyä, johon käytetään mindfulness-harjoittelua ja hyväksyntää viestittävää vuorovaikutusta. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa tunnesäätelyn häiriötä käsitellään biososiaalisen teorian näkökulmasta, jossa tunnesäätelyhäiriö syntyy biologisesti tunnehaavoittuvan ihmisen ja invalidoivan kasvuympäristön keskinäisestä vaikutuksesta. Teorian mukaan ihmisen tunnehaavoittuvuus vaikuttaa ympäristön käyttäytymiseen ja ympäristön käyttäytyminen puolestaan ihmisen biologiseen haavoittuvuuteen. Ongelmakäyttäytyminen nähdään keinona päästä irti vaikeista tunteista, tai tunnesäätelyn epäonnistumisen seurauksena. (Suomen dialektinen käyttäytymisterapia ry 2015.)

Terapeuttiset ja psykososiaaliset hoitomuodot ovat ensisijaisia BED:n hoidossa, mutta niiden tukena voidaan käyttää myös lääkehoitoa. Tutkimustietoa lääkkei-

den käytön tehokkuudesta ahmintahäiriön hoitoon ei kuitenkaan ole paljoa. Eniten BED:n hoitoon käytetyistä lääkkeistä on tutkittu SSRI-lääkkeitä, eli selektiivisiä serotoniinin takaisinotto-lääkkeitä. (Haapasalo-Pesu, 2015). Näitä lääkkeitä ovat mm. Fluoksetiini, fluvoksamiini, sitalopraami, sekä sertraliini. Epilepsiaan käytetyistä lääkkeistä topiramaatti voi jossain määrin vähentää potilaan ahmintaa ja vähentää painoa. Myös ADHD:n hoitoon käytettyä psykostimulanttia atomoksetiinia on kokeiltu ahmintahäiriön hoidossa ja havaittu, että se laskee painoa ja vähentää ahmimisoireita ja häiriöön liittyviä pakko-oireita. Lääke on myös aiheuttanut haittavaikutuksia, jonka vuoksi osa käyttäjistä ovat lopettaneet lääkkeen syömisen. Ahmintahäiriöisen painon pudotuksen avuksi voidaan käyttää orlistatattia, joka ei kuitenkaan vaikuta ahmimisoireiluun. Suomessa lääkehoitoa ei suositella ahmintahäiriön rutiininomaiseen hoitoon sen vähäisen vaikutuksen vuoksi. (Käypähoito 2014; Snellman, Laukkanen & Lecklin 2016.)

Ahmintahäiriön ennusteeseen liittyen on tehty niukasti tutkimuksia, mutta on todettu, että häiriön aiheuttama lihavuus aiheuttaa eliniän lyhenemistä. Toipuminen syömishäiriöstä on pitkäkestoista ja kulku aaltoilevaa. Muuhun väestöön verrattuna ahmintahäiriöisten riski kuolemaan on kaksinkertainen. Ahmintahäiriön kuolleisuus 12 vuoden seurantatutkimuksessa on todettu olevan 2,3 %. (Käypähoito 2014.)

4 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA LAINSÄÄDÄNTÖ

4.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet tärkeitä aiheita kaikkien tieteenalojen tutkimuksessa jo kauan. Tutkimusetiikka on alun perin kehitetty lääketieteen kysymysten parissa, sillä tutkimuksen kohteena on yleensä ihminen. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii kertomaan oikeista säännöistä, joita tutkimuksissa tulisi noudattaa. Ollakseen uskottava, on tutkimuksessa kuvattavat tulokset, analyysi, vahvuudet ja rajoitukset lukijalle selkeästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 172.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tarkoituksena on tuottaa, kehittää ja muuttaa jo käytössä olevia käytäntöjä. Arvioitaessa toiminnallisen tutkimuksen luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta, arviointi perustuu valitun lähestymistavan keskeisiin periaatteisiin. Toiminnallisessa tutkimuksessa keskeistä on osallistujien mukana oleminen tiedon tuottamisen eri vaiheissa. Kun arvioidaan luotettavuutta, pohditaan sitä, miten kehittämistyötä tekevät ovat olleet mukana prosessissa. Esimerkkejä osallistujista ovat muun muassa asiakkaat, kansalaiset, sekä työelämätoimijat. Luotettavuutta arvioidaan kyseenalaistamalla menetelmien oikeellisuutta, sekä käytettyjen kehitysmenetelmien tarkoituksenmukaisuutta, sekä kehittämistyön aikaansaamia muutoksia. Arviointiin osallistuu jokainen kehittämissä mukana ollut osapuoli. Arviointi perustuu vahvasti kehittämishankkeen tarkkaan dokumentointiin ja sen määrään. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2018.)

Tutkivaa työtä tekevillä on pyrkimys löytää eri tieteenaloilla totuus käyttäen erilaisia tieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä. Tutkimuksellinen työ perustuu vahvasti arvoihin ja inhimilliseen toimintaan ja sen tekijät ovat vastuussa itselleen, yhteiskunnalle ja tiedeyhteisölle. Eettiset ratkaisut ovat keskeisessä osassa, kun tutkimuksen kohteena on inhimillinen toiminta ja tietolähde on ihminen. Hyviä esimerkkejä näistä tieteenaloista on terveystiede, psykologia, sosiologia ja kasvatustiede. Hoitotyöntekijä on monella tapaa tekemisissä tutkimuksen ja tutkimuksellisen

työn kanssa. Jotta hän voi työssään käyttää tutkimusta, tulisi hänen kyetä arvioimaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Välttämätöntä on, että hoitotyöntekijän koulutuksessa on opetusta tutkimuksen perusteista, jotta hoitotyöntekijä voi käyttää tutkimusta hänen päätösten ja toimintojen perustana hoitotyössä. Hoitotyöntekijä voi myös itse tehdä työssään tutkimusta ja olla tutkimuksen kohteena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360–373.)

Tutkimuksellisen työn etiikassa kysymyksenä on miten tutkimusta voidaan tehdä eettisesti ja luotettavasti. Tutkimuksellisen työn luotettavuus pyritään takaamaan kannanotoilla ja normeilla, joissa määritellään miten tutkimusta tehdään eettisesti kestävästi. Normien alkuunpanijaksi voidaan mieltää Nürnbergin säännöstöä, joka julkaistiin toisen maailmansodan jälkeen sekä kansainvälistä ihmisoikeuksien julistusta. Molemmissa julkaisuissa pyrittiin huomioimaan tutkittavien ihmisten oikeudet ja oikea kohtelu. Tämän jälkeen tutkimuksellisen työn etiikkaa on säännelty useilla normeilla, esimerkiksi Maailman lääkäriliiton (World Medical Association) Helsingin julistuksessa ja Maailman terveysjärjestön (World Health Organization) eettisillä ohjeilla. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360–373.) Muita keskeisiä huomioitavia lakeja ja ohjeita ovat muun muassa henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) ja potilasvahinkolaki (585/1992). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–175.)

Tutkimuskohteen valintaan liittyy eettisiä kysymyksiä, kuten mitä ja millaisia päämääriä tutkimuksellinen työ edistää. Tutkimuksellisen työn aihe tai sen ongelman määrittely ei saa loukata mitään ihmisryhmää tai potilasta. Työssä tietolähteet tulee valita sen perusteella, mihin ongelmaan vastaus halutaan saada. On huomioitava tietolähteitä valittaessa, että ne saattavat ohjata tutkimustuloksia tai vinnouttaa niitä. Tutkimuksellista työtä tehdessä onkin pyrittävä valitsemaan mahdollisimman vähän haavoittuva ryhmä ja erityistä huomiota on kiinnitettävä tutkimustyön liittyessä dementoituneisiin ja vastasyntyneisiin. Asetettu tutkimuksellisen työn ongelma ohjaa aineistonkeruussa käytettyjä menetelmiä. Aineiston keruussa on aina huomioitava ihmisten oikeudet ja asianmukainen kohtelu. Suomessa tutkimuksellisten töiden eettisyyttä kontrolloivat erilaiset toimikunnat. Näiden toimikuntien perustaminen perustuu lakiin (488/1999) ja asetukseen

(986/1999) lääketieteellisestä tutkimuksesta. Nämä toimikunnat arvioivat monessa tapauksessa tutkimussuunnitelman jo alkuvaiheissa ja epäeettistä toimintaa havaitessaan hylkäävät suunnitelman tai vaativat lisäselvityksiä. Tällaisia eettisiä toimikuntia on esimerkiksi sairaanhoitopiireissä. Kaikkia toimikuntia koskee sama normisto, mutta lupaprosessien käytännöt vaihtelevat. Maailmanlaajuisesti eettisten toimikuntien toiminta vaihtelee. Tutkimussuunnitelman tulisi sisältää sen tarkoitus, tavoite, tutkimusongelmat, aineistonkeruun toteutustavat, aineiston käsittelyyn ja säilytykseen liittyvät käytännöt sekä esimerkiksi miten tutkimusaineisto raportoidaan ja tarvittaessa hävitetään. (Leino-Kilpi & Välimäki. 2009, 360–373.)

4.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen työn tekeminen edellyttää, että siinä osallisena olevat ihmiset ovat ja tulevat olemaan rehellisiä ja luotettavia. Näin ollen tieteellistä työtä tehdessä hyväksyt vastuun tehdyn työn eheydestä. Mikäli otat tieteellistä työtä tehdessä vastaan rahoitusta, olet rahoittavan tahon lisäksi vastuussa instituutiollesi ja tiedeyhteisölle. Vastaan voi tulla monia eettisiä haasteita tieteellistä työtä tehdessä joko julkisella- tai yksityisellä rahoituksella. Kirjoittaessa tutkimusesitystä ja esittäessä ideaasi täytyy antaa tunnustusta tahoille, joiden työpanosta on siinä mukana. Muiden työpanoksen tunnustaminen on tärkeää, sillä jotkin ideat voivat olla muiden työn tulosta. Tunnustusten antaminen vähentää myös haastavien ongelmien syntyä, kuten tekijänoikeuksiin liittyviä kiistoja sekä tarvetta tieteelliselle valvonnalle lahjomattomuuden varmistamiseksi. (Friedland & Folt 2002, 189–192.)

Varhaiset, toistuvat ja avoimet keskustelut vähentävät merkittävästi kiistoja tieteellisen työn tekijöiden kesken. Tieteellistä työtä tehdessä kunnioita ihmisiä, eläimiä, kasvillisuutta ja ympäristöä, joihin työsi vaikuttaa. Edellä mainittu onkin nykyään usein huomioitu yhteiskunnan sääntelyssä. Kaikilla akateemisilla instituutioilla on nykyään komitea, joka rutiininomaisesti tarkastelee tieteellisiä töitä, joissa työ liittyy ihmisiin ja eläimiin. Vaikka työsi ei kuuluisikaan yhteiskunnallisen sääntelyn raameihin, tulisi silti yrittää minimoida sen tarpeettomia vaikutuksia. Aiheesta keskusteleminen kollegoiden kanssa on hyödyllistä, varsinkin kun kyseessä on tieteellisen työn tekoa aloittelevat ja vastavalmistuneet. (Friedland & Folt 2002, 189–192.)

On pysyttävä puolueettomana, vaikka kukaan ei aloita tarkoituksellisesti tiedon vääristämisellä. Tieteellisiä väärinkäytöksiä tapahtuu ja se on aina tuhoisaa tiedeyhteisölle. Puolueettomana pysyminen, tutkimustulosten ennalta arvaamisen välttäminen ja muille tietojen analysointiin ja tulkintaan liittyvien päätösten jakaminen on paras tapa välttää ongelmia. Tieteellisen työn tekijä voi esimerkiksi olla niin vakuuttunut testituloksesta, jolloin hän jättää kokonaan huomiotta ristiriitaiset tulokset. Analysointiin ja tulkintaan liittyvistä päätöksistä tulisikin keskustella avoimesti, sillä se voi vähentää mahdollisuutta ennakoasenteelliseen aiheen lähestymiseen tai vääristyneisiin tuloksiin. Tieteellisen työn tekijöillä on monia tapoja varmistaa tutkimuksen validiteetti, kuten vertaisarviointi ja tulosten sekä tietojen julkaisu. On tärkeää tehdä asiat heti oikeaoppisesti, eikä vasta ulkopuolisen suorittaman työn vertaisarvioinnin jälkeen. Ideoiden jakamisella, rohkaisemalla kriittisyyteen, pyytämällä palautetta ja itsekriittisyydellä varmistat, että pysyt puolueettomana aina tulevaisuudessakin tieteellistä työtä tehdessä. (Friedland & Folt. 2002, 189–192.)

4.3 Syömishäiriöpotilaan hoitoa ohjaavat lait

Terveystieteiden ja siten myös mielenterveysshoitotyötä ohjaavat Suomen lait. Näitä ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasturvallisuuslaki (585/1986), päihdehuoltolaki (1989), lastensuojelulaki (2008) ja sosiaalihuoltolaki (1303/2014). (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 21–25.) Mielenterveysshoitotyötä toteuttavan onkin tärkeää tuntea hänen työtään säätelevät ja ohjaavat lait ja määräykset (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2004, 35). Suomessa on mielenterveysshoitotyön toteuttamiseen liittyen säädetty mielenterveyslaki (1116/1990) ja laki mielenterveyslain muuttamisesta (438/2014). Tärkeä osa hoitoa ja sen toteuttamista on myös terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka muun muassa edellyttää kuntaa järjestämään kunnan asukkaille tarpeellisen mielenterveystyön heidän terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin linkittyvää ohjaustyöskentelyä, neuvontaa sekä mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveyspalveluihin taas kuuluvat hoito, tutkimus

sekä lääkinnällinen kuntoutus. Mielen terveystyö terveydenhuollossa tulisi lain mukaan toteuttaa ja suunnitella siten, että se on toimiva kokonaisuus osana muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Hämäläinen ym. 2017, 21–25.)

Mielen terveystyön ohjausta, valvontaa, mielen terveystyöpalveluiden järjestämisestä, yhteensovittamista sekä niiden periaatteita määrittää mielen terveystyölaki. Siinä määritellään tarkasti myös mielen tilatutkimukseen liittyvät seikat, poliisin toimintavelvollisuus ja virka-avun käytännöt. Erityisesti hoitotyössä huomioitavia lukuja ovat 2 ja 4, jotka määrittelevät tahdosta riippumattoman hoidon prosessit ja edellytykset ja sen aikaiset potilaan perusoikeuksien rajoittamiskäytännöt tutkimuksen ja hoidon aikana. Tarkkailuprosessista sekä ulkopuoliseen arvioon ja hoidon jatkamiseen liittyvistä seikoista on tarkennettu laissa mielen terveystyölain muuttamisesta. (Hämäläinen ym. 2017, 21–25.)

Täysi-ikäisen syömishäiriöpotilaan tahdosta riippumatonta hoitoa psykiatrisessa sairaalassa toteuttaessa täytyy pohtia, onko kyse mielisairaudesta. Syömishäiriöön voi liittyä psykoosi, joka saattaa tehdä tahdonvastaisesta hoidosta tapauskohtaisesti perusteltua. Hoito voidaan aloittaa M1-lähetteellä, mikäli potilaalla ilmenee vakavia psyykkisiä oireita, kuten itsetuhoisuutta ja todellisuudentajun hämärtymistä tai mahdollisesti letaali nälkiintymistila fysikaalisin komplikaatioin. M1-lähetete on tarkkailulähetete hoitoon määräämisen edellytysten selvittämiseksi (Satuli-Autere 2016). Alaikäinen voidaan asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon samoin perustein kuin täysi-ikäinenkin ja tarve tahdonvastaiselle hoidolle syntyy kun alaikäistä henkilöä uhkaa akuutti ja hengenvaarallinen somaattinen komplikaatio. Yleensä syömishäiriöpotilailla kyse on tällöin laihuushäiriöstä, mutta myös ahmimis- ja ahmintahäiriöt voivat edellyttää tahdosta riippumatonta hoitoa. Tahdonvastaiseen hoitoon syömishäiriöpotilailla ei ole asetettu tarkkoja BMI-rajoja (Body mass index). Tahdonvastainen hoito on myös perusteltua, mikäli syömishäiriöön liittyy yhtäaikaaisesti jokin psyykinen häiriö kuten ahdistuneisuus- tai

päihdehäiriö tai masennus, joka altistaa potilaan suurentuneeseen itsemurhavaaraan tai vaikeampaan toimintakyvyn laskuun tai kun vapaaehtoisella hoidolla ei ole saatu sairautta riittävästi korjattua. (Laukkanen 2014.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

5.1 Projekti

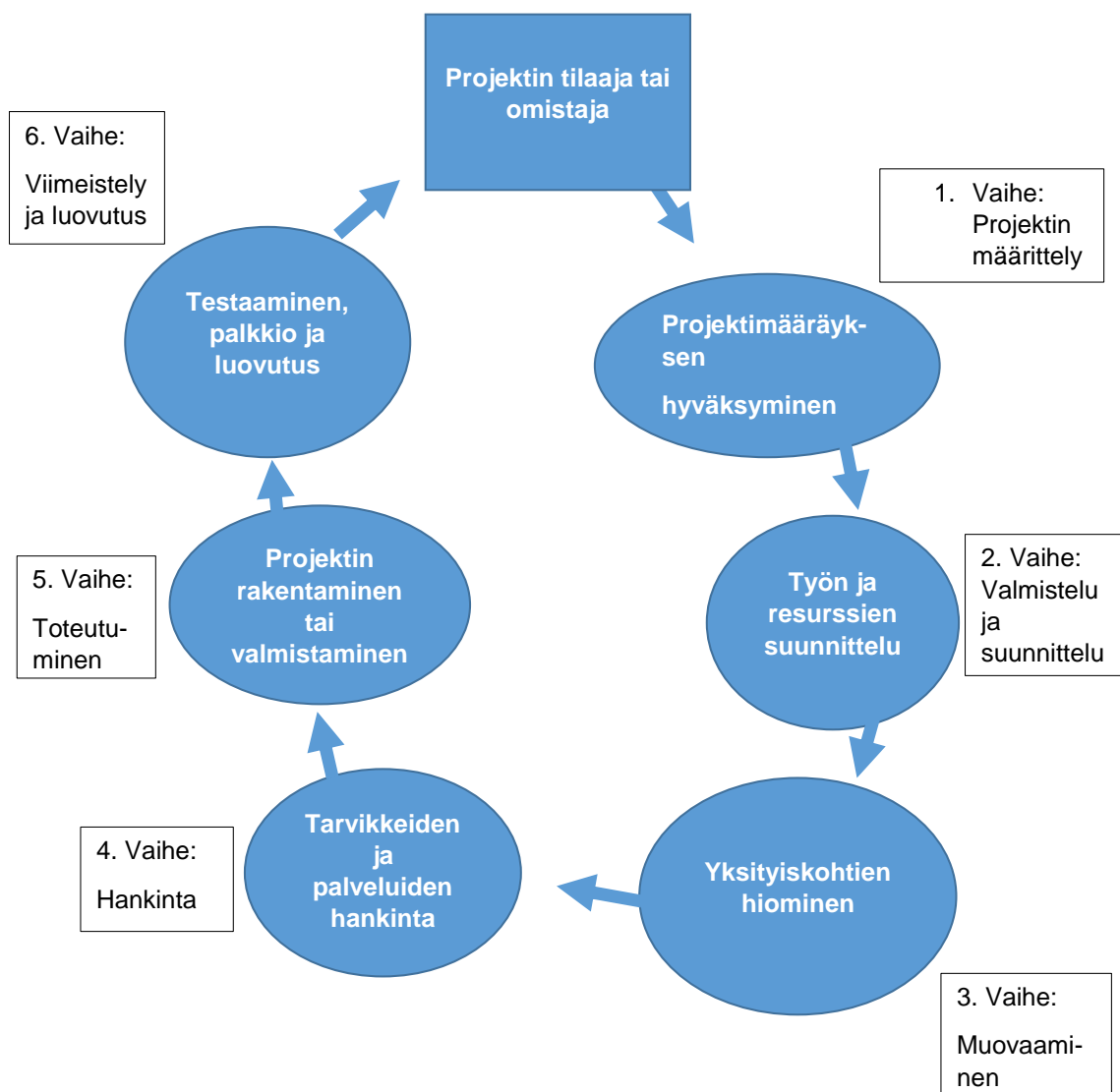
Projektina tehtävälle työlle käytetään yleisesti nimitystä projekti (Kosola 2012, 11). Projekti terminä tulee latinan kielen sanasta "projectum", tarkoittaen "esiin heitettyä"(Karlsson & Marttala 2001, 11). Projektilla täytyy olla tilaaja. Projekteja on sisäisiä ja ulkoisia ja siinä käydään läpi hyvin jäsenneily prosessi. Ulkoisissa projekteissa tavoitteet asettaa toimeksiantaja, odottaen tiettyä tuotetta tai tulosta. Sisäisissä taas tavoitteiden asettaminen on osa projektia ja niitä kyetään tarvittaessa muokkaamaan projektin kuluessa. Projekteissa painotus voi vaihdella aikataulussa pysymisestä budjetissa pysymiseen tai laadullisen ja toiminnallisten vaatimusten saavuttamiseen. (Löow 2002, 17.)

Projektin luonteesta riippuvat tehtävä työ, projektin organisointi ja tarkoituksenmukaiset toimintatavat. Hyviä esimerkkejä projektista ovat esimerkiksi tutkimusprojekti, investointiprojekti, tapahtuman järjestäminen ja tuotekehitysprojekti. Projektilla on aina alku ja määritelty loppu, koska kyse on tilapäisestä toiminnasta. Pidempikestoiset projektit voidaan jakaa osaprojekteihin. Projektilla on yleensä rajattu konkreettinen tehtävä ja käyttöön osoitetut resurssit. (Kosola 2012, 11.) Projektityöskentelyssä on kaksi selvää piirrettä. Projekti on vain väliaikainen organisaatio, joka puretaan tavoitteeseen pääsemisen jälkeen ja sillä on yksi hallitseva tarkoitus. (Karlsson & Marttala 2001, 11–15.)

Projekti syntyy useimmiten markkinoiden, liike-elämän, asiakkaan tai lainsäädännön tarpeesta (Karlsson & Marttala 2001, 14–15) Sen pyrkimyksenä voi olla ratkaista jokin ongelma, tuottaa uusi palvelu tai kohentaa yrityksen kilpailukykyä. (Löow 2002 22–23.) Karlssonin ja Marttalan (2002) esittämässä menetelmässä projekti jaetaan viiteen eri vaiheeseen: selvittäminen, suunnan valinta, toteutuksen suunnittelu, toteuttaminen ja projektin tuloksen luovuttaminen. Menetelmän mukaan selvittämisvaiheessa tulisi ongelmaa analysoida ja jäsenellä, ratkaisuja ei tässä vaiheessa tulisi ehdottaa. Toisessa vaiheessa, suunnan valinnassa, valitaan joitakin vaihtoehtoisia ratkaisuja. Valituista ratkaisuksista päädytään lopulta

yhteen, jota käytetään päätösten pohjana. Kolmannessa vaiheessa, eli toteutuksen suunnittelussa aletaan pohtia mitä projekti vaatii. Suunnittelun edetessä alkaa hahmottua myös toteutussuunnitelma. Saatu suunnitelma on kuin sopimus, jonka mukaan projektissa mukana olevat sitoutuvat työskentelemään. Neljäs vaihe on toteuttamisvaihe. Toteuttamisvaiheessa työskennellään toteutussuunnitelman mukaisesti, pyritään ongelman ratkaisemiseen ja valmiiseen ratkaisuun. Lopulta viidennessä vaiheessa projektin tuotos luovutetaan tilaajalle, kun ryhmässä on päästy yksimielisyyteen sen toteutumisesta suunnitelman mukaisesti. (Karlsson & Marttala 2001, 17–18.)

Projektin elämänkaarta on kuvannut alla olevan kaavion (Kaavio 2) mukaisesti myös Dennis Lock vuonna 2012 hyvin samankaltaisesti kuin Karlsson ja Marttala.



Kaavio 2. Dennis 2012, 9.

Edellistä kaaviota myötöpäiväisesti edetessä paljastuu useita vaihteita, joita kuvataan ympyrän tai ellipsin muotoisina segmentteinä. Näiden vaiheiden rajat ovat usein epäselviä käytännössä, sillä vaiheet saattavat mennä päällekkäin. Esimerkiksi jotkin hankinnat ja valmistaminen voivat alkaa paljon ennen projektin yksityiskohtien suunnittelun valmistumista. Esitetty projektin elämänkaaren kulku voi olla joissain tapauksissa liian yksinkertainen, sillä siitä ei käy ilmi mitä tapahtuu ennen projektin alkua ja sen päättymisen jälkeen. (Dennis 2012, 8-10.) Yleisin kompastuskivi projekteissa on määrittelyvaihe, koska selvää rajausta ei saada aikaiseksi osallistujien määrän ja näkemysten vuoksi. Onkin tärkeää muistaa, että projektin onnistunut määrittely ja rajausta vaativat koko tiimin läsnäolon projektin kaikissa vaiheissa, jotta osapuolten hyväksyntä ja sitoutuminen projektiin taataan. (Young 2012, 80.)

Projektimme sai alkunsa syksyllä 2017, jolloin otimme yhteyttä Mielenterveyskeskus Tuikeen Oulussa. Mielenterveyskeskus Tuiken palveluesimies esitti meille tuolloin toiveen tällaisesta oppaasta, sillä hän ja muu henkilökunta näkivät selvän tarpeen tällaiselle oppaalle. Jos projektiamme alkaa tarkastelemaan Dennis Lockin kaavioon verraten on sen kulku mahdollista siihen asettaa. Projektin tilaaja on tällöin Mielenterveyskeskus Tuike, josta päästäänkin projektin määrittelyvaiheeseen. Projektin tekemiseen tarvitsimme luvan, jonka haimme Oulun kaupungilta. Valmistelu- ja suunnitteluvaiheessa nimensä mukaisesti hahmotelimme työtä ja pohdimme miten meidän olisi siitä hyvä lähteä etenemään. Tämä vaihe oli työssämme erityisen tärkeä ja siinä hahmottui iso osa tulevasta työstä. Tässä saimme apua myös palveluesimieheltä, joka toi esiin omaa näkemystään. Kolmas vaihe, eli muovaamisvaihe oli yksityiskohtien hiomista myös meidän projektissamme. Teimme pieniä korjauksia etenemissuunnitelmaan, jota jo edellisessä osiossa olimme hahmotelleet. Neljäs vaihe on Dennis Lockin mukaan hankintavaihe. Meidän projektimme ei tarvinnut mitään varsinaisia hankintoja ja ainoat tarvikkeiden ja palveluiden hankinnat olivat lähinnä kirjallisuutta. Paljon kirjallisuutta hankkimalla varmistimme työn laadun ja etenemisen seuraavaan vaiheeseen. Toteutusvaiheessa työstimme työtä, luimme kirjallisuutta ja kirjoitimme teoreettista viitekehystä. Olimme myös yhteydessä Mielenterveyskeskus Tuiken ja hyvinvointikeskuksien henkilökuntaan, kävimme tapaamassa heitä ja kuulemassa heidän toiveitaan ja näkemyksiään. Viimeinen vaihe, eli viimeistely-

ja luovutusvaihe on myös tämän opinnäytetyön loppuvaihe. Luovutamme siinä tuotoksen Mielenterveyskeskus Tuikelle. Kaikki nämä vaiheet eivät kuitenkaan mene selvästi järjestyksessä, vaan kuten Dennis Lock myös totesi ne voivat olla käynnissä päällekkäin. Näin oli myös meidän tapauksessamme, mutta hänen kaavionsa avulla projektin kulkua on mahdollista hahmottaa hyvin. (Dennis 2012, 9.)

5.2 Toteutustapa ja tiedonkeruu

Opinnäytetyön toteutamme projektityönä, johon toimeksiannon saimme Mielenterveyskeskus Tuikesta Oulusta. Mielenterveyskeskuksen toimeksiannosta teemme Oulun hyvinvointikeskuksien hoitohenkilökunnan käyttöön oppaan BED:n tunnistamisen ja hoitoon ohjaamisen avuksi. Oppaasta tulee löytymään oireita, diagnosointikriteereitä, puheeksi ottamista helpottava lomake ja viimeiseltä sivulta keskeisiä Oulun seudun syömishäiriöpotilaiden kanssa työskentelevien työntekijöiden yhteystietoja. Opas on työntekijöiden saatavissa verkossa, paperisena tai molemmissa muodoissa.

Tiedonkeruussa käytimme eri tietokantoja, joiden kautta haemme tutkimuksia, tutkimusartikkeleita, tieteiskirjallisuutta, sekä työelämävastaavalta ja työelämäohjaajilta saatuja tietoja. Erityisesti kiinnitämme huomiota lähteiden luotettavuuteen ja siihen, milloin ne on julkaistu. Työelämävastaavalta Katja Parkkiselta ja työelämäohjaajilta Anne-Marie Olkkolalta, Minna Vanha-aholta ja Sirpa Salmelta saamme tietoa Oulun kaupungin palvelurakenteesta ja asiakkaiden mahdollisista hoitopoluista. Tutkimukset ja artikkelit, joita käytämme, löytyvät suurimmaksi osaksi internetistä ja kirjallisuutta olemme keränneet terveysalan kampuksen kirjastolta, sekä Oulun kampusten kirjastoista. Tutkimaamme aiheeseen liittyen ei löydy paljoa kotimaista materiaalia, joten käytämme useita ulkomaisia lähteitä. Aiheeseemme erikoistuvia kirjoja ei juurikaan ole, joten kokoamme tietoa kirjoista, jotka käsittelevät syömishäiriöitä ja yleisesti psykiatria.

5.3 Hyvä opas

Ohjeistuksen kirjoittaminen ei ole aina helppoa ja tekstin tulee olla ymmärrettävää, omaan toimintaan kannustavaa ja kattavaa. Ohjeistuksen lukija haluaa tietoa oikeasta toimintatavasta, jotta esimerkiksi jokin tauti ei pahenisi tai että oireet lievittyisivät. Lukijan etsimä informaatio olisikin esitettävä hänelle selkeästi: yleiskielisesti sekä selkeää sanastoa ja lauserakenteita käyttäen. Sisällöltään erinomainen ohje voi jäädä lukijalle ymmärtämättä, jos asian ilmaisuun ei kiinnitetä huomiota. Ohjeistusta kirjoittaessa on huomioitava kohderyhmä, jolle se kirjoitetaan. Ymmärrettävyyteen vaikuttaa muun muassa missä järjestyksessä asiat esitetään. Juonen avulla kirjoittaja mahdollistaa tekstin seuraamisen lukijalle. On olemassa useita juoniratkaisuja, joten tekstin voi kirjoittaa esimerkiksi aika-, tärkeys- ja aihepiirijärjestyksessä. Eri juonenkuljetustavat sopivat eri tarkoituksiin, esimerkkinä CD-levyllä oleva ohje kompressiohoidosta ilmentää tehtävät toimenpiteet aikajärjestyksessä. Virtsatietulehdukseen liittyvä ohjeistus taas selventää lukijalle aihepiireittäin mistä taudin saa, sen oireet ja diagnosoinnin ohjeet. Asioiden esittämisen järjestystä valittaessa on myös syytä pohtia, missä ohjeistusta luetaan ja mihin sillä pyritään. Toimivin tapa onkin usein tärkeysjärjestykseen asettaminen, jolloin aloitetaan merkityksellisimmistä asioista ja päätetään vähäpätöisimpiin. (Hyvärinen 2005, 1769–73.) Mustajoen (2011) mukaan tekstiin voi saada kiinnostavuutta usealla tavalla, kuten potilastapauksella johon sisältö liitetään. Asian ollessa abstrakti, saattaa lukija tylsistyä. Pysyttäessä käytännölläheisessä ilmiössä ja lähellä ihmisten tietämystä, säilyy myös lukijan kiinnostus aiheeseen. (Mustajoki 2011, 1704–08.)

Otsikoinnilla voi antaa tietoa lukijalle, samalla selkeyttäen ja keventäen ohjeistusta. Tärkein on pääotsikko, joka kertoo käsiteltävän asian. Tekstin hahmottamisessa auttavat väliotsikot, niistä käy ilmi tekstin koostumus. Ne myös auttavat etsimään halutun asiakokonaisuuden. Kokonaisuudessaan otsikot auttavat myös kirjoittajaa jäsentämään yhteen kuuluvat yksityiskohdat. Käymällä läpi väliotsikoita voi kirjoittaja myös huomata mikäli jokin tärkeä osio on jäämässä pois. Vä-

liotsikoita ei tulisi olla yhdellä sivulla montaa, vaan tarvittaessa yhdistää niitä tarvittaessa siten, että kunkin väliotsikon jälkeen on ainakin kaksi kappaletta. Väliotsikot tulee mainita oppaan alussa. Ohjeistusta tehdessä kiinnitä huomiota virkkeiden ja lauseiden ymmärrettävyyteen. Huolehdi, että pääasia käy ilmi päälauseesta ja täydentävä tieto sivulauseesta. Ongelmia voivat aiheuttaa liian pitkät virkkeet, jolloin voi olla vaikeaa pitää kaikki mielessä ensilukemalla. Vältä opasta kirjoittaessa turhien termimäisten lyhenteiden ja termien käyttöä, sillä ne etäännyttävät lukijaa aiheesta. Byrokraattisten ja kankeiden ilmaisujen siivoaminen oppaasta selkiyttävät sitä. (Hyvärinen 2005, 1769–73.)

Opas on kirjoitettava oikeinkirjoitusnormien mukaisesti, sillä kirjoitusvirheet sekä välimerkit väärinkäytettyinä saattavat vaikeuttaa tekstin ymmärtämistä ja aiheuttaa merkityseroja sekä tulkintavaikeuksia. Mikäli kirjoittaja ei hallitse peruskielioppia, voi lukija myös epäillä hänen ammattipätevyyttään. Opas tulisikin luetuttaa jollakin toisella ennen sen lopullista viimeistelyä, jolloin kriittisimmät virheet saadaan todennäköisesti karsittua. Tekijä voi sokeutua omalle tekstilleen. Kieliopillisia asioita on mahdollista tarkistaa esimerkiksi uusimmista kielenhuoltokirjoista ja sanakirjoista. Suosituspituutta oppaalle ei voida määrittää, sillä toisista asioista voi kirjoittaa lyhemmin, toisista taas pitää kirjoittaa pidemmin. Vähäinen tekstin määrä kuitenkin yleensä miellyttää lukijaa. Tärkeää on kuitenkin ottaa huomioon se, missä ohjeistus tai opas julkaistaan tai kenelle se tehdään. Oppaan tekstiä voi myös selventää kuvilla. Huomioitava seikka on niin ikään julkaisupaikka ja luetaanko se näyttöpäätteeltä vai paperilta. Internet-tekstissä kiinnitä huomiota kappaleiden ja virkkeiden pituuteen, lyhyempi teksti on tällöin parempi. Mikäli teksti on tulostettava, kiinnitä huomiota asetteluun. (Hyvärinen 2005 1769–1773.)

6 PROJEKTIN TUOTOS

6.1 BED-potilaan hoitoon ohjaus Oulun alueen terveysasemilla

Tammikuussa 2019 kävimme haastattelemassa mielenterveyskeskus Tuiken palveluesimies Katja Parkkista liittyen BED-potilaan hoitoon ohjaukseen Oulun alueella. Tarkoituksena oli selvittää BED-potilaan hoitopolkua perusterveydenhuollossa ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon piirissä.

Yleisin ensikontakti BED-potilaan ja perusterveydenhuollon välillä tapahtuu terveysaseman akuuttivastaanotolla tai potilaan varatessa ajan terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolle. Vastaanotolla sairaanhoitaja ja tarvittaessa terveyskeskuslääkäri arvioivat potilaan tilannetta ja havaitessaan potilaan sairauden, varaavat ajan terveysasemilla työskentelevälle psykiatriselle sairaanhoitajalle. Kaikilla Oulun alueen terveysasemilla, kuten Yli-lin ja Yli-Kiimingin asemilla ei välttämättä ole psykiatrista sairaanhoitajaa aina paikalla, joten eri yksiköt voivat tehdä yhteistyötä. Psykiatrinen sairaanhoitaja tapaa potilasta enintään kymmenen kertaa, jonka jälkeen havaitessaan potilaan tarvitsevan pidempää hoitosuhdetta, terveyskeskuslääkäri kirjoittaa potilaalle lähetteen kiireettömän psykiatrisen aluetyöryhmän hoitoa varten. Terveysaseman psykiatrinen sairaanhoitaja voi myös konsultoida Mielenterveyskeskus Tuiken psykiatria. Tilanteen vaatiessa lähete voidaan kirjoittaa jo aiemmin. Oulussa täysi-ikäisten potilaiden hoitotakuu on 6 kuukautta, eli toisin sanoen potilaan täytyy päästä hoitoon kuuden kuukauden sisällä. (Parkkinen 2019)

Psykiatriset aluetyöryhmät kuuluvat kaupungin erikoissairaanhoidon ja ne ovat jaettu eteläiseen ja pohjoiseen alueeseen. Hoitoa toteutetaan yleisesti toimitiloissa, jotka sijaitsevat Oulussa, Peltolan kaupunginosassa Yrttipellontiellä, mutta vaativampaa hoitoa tarvittaessa toteutetaan myös kotikäyntejä sekä ryhmähoitoa. Psykiatrinen aluetyöryhmä toteuttaa kiireetöntä hoitoa, sekä arvioi potilaan tilannetta jatkuvasti. Tarvittaessa aluetyöryhmä voi konsultoida

mielenterveyskeskus Tuikeen henkilökuntaa, tarvitseeko potilas intensiivistä hoitojaksoa Tuikessa. Aluetyöryhmä arvioi myös tarvetta päihdetyöryhmän yhteistyölle. Potilaan ollessa psykoottinen, akuuttivaiheen hoidosta ottaa vastuun akuuttityöryhmä. Mikäli potilas tarvitsee tahdonvastaista tai vapaaehtoista osastohoitoa, toteutetaan se Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla. (Parkkinen 2019.)

Välillä potilaiden ensikontakti tapahtuu myös mielenterveyspäivystyksessä, Oulun seudun yhteispäivystyksessä, ylioppilasterveydenhuollossa, tai opiskelijaterveydenhuollossa. Hoitoon ohjaamisen periaatteet ovat muillakin tahoilla samat eli potilaalle kirjoitetaan lähete aluetyöryhmään, tai suoraan mielenterveyskeskus Tuikeen. (Parkkinen 2019.)

Lasten ja nuorten hoitopolku poikkeaa aikuisten hoitopolusta, sillä usein lasten hoito käynnistyy kouluterveydenhuollon, koulukuraattorin, tai sosiaalihuollon kautta. Lapsen tai nuoren tilannetta ja hoitoa arvioi lastenlääkäri, joka voi kirjoittaa lähetteen lasten- ja nuorisopsykiatriselle työryhmälle (Lanu-työryhmä), joka toteuttaa pitkäaikaisempaa hoitoa. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmä on erikoissairaanhoidon toimija, jossa työskentelee mm. psykiatrisia sairaanhoitajia, psykologeja, psykiatreja, sekä toimintaterapeutteja. Lasten ja nuorten hoitotakuu on aikuisista poiketen kolme kuukautta, eli potilaan täytyy päästä hoitoon kolmen kuukauden sisällä. (Parkkinen 2019.)

6.2 Oppaan sisältö

Oppaamme sisältää kansilehden, sisällysluettelon, tietoa yleisesti binge eating disorderista, sen tunnistamisesta, oireista ja hoitomuodoista. Näiden lisäksi siinä kuvataan BED:n hoitopolkua Oulun alueella. Siitä löytyy potilaan ohjauksessa hyödynnettäviä nettisivustoja ja lopuksi puheeksiottamislomake, sekä koottuna yhteen eri hoitotahojen yhteystietoja Oulun alueella (Liite 3). Oppaan informaatio on koottu tekemästämme opinnäytetyön teoriaosuudesta ja ne pohjautuvat tutkittuun tietoon, lääketieteen julkaisuihin ja tietokirjallisuuteen. Opasta

tehdessämme pyrimme pitämään sen sisällön tiiviinä, jotta työntekijällä olisi mahdollisuus perehtyä aiheeseen nopeasti kesken työpäivän tietäessään, että hänen vastaanotolle on tulossa BED:tä sairastava potilas. Tavoittemme oli jokaisen osion kohdalla pitäytyä noin yhdessä A4-sivussa, pois lukien puheeksiottamislomake (syömistapakysely).

Yleisessä teoriaosuudessa kerromme BED:sta yleisesti, sen esiintyvyydestä, yleisyydestä ja syntyperästä. Oppaan tunnistamisosioon listasimme tyypillisiä tunnistamista helpottavia BED:a sairastavan potilaan piirteitä, jotka voisivat olla tunnistettavissa vastaanottotyössä tai ne olisi mahdollista ottaa potilaan kanssa puheeksi vastaanottotilanteessa. Tunnistamisosiosta löytyy lisäksi ahmintahäiriön DSM-5 tautiluokitus kokonaisuudessaan. Oireosion päätimme jakaa fyysisiin oireisiin, psyykkisiin oireisiin ja muihin haittoihin. Osiossa on listattu BED:n aiheuttamia oireita edellä mainituilla osa-alueilla. Yhdessä oppaan osiossa kerrotaan yleisesti BED:n hoidon periaatteista ja hoitomuodoista. Oppaasta löytyy myös hoitopolku Oulun alueella aikuisten ja lasten osalta erillisinä kaavioina. Tämän osion tarkoituksena on hahmottaa työntekijälle, mistä vastaanotolle tuleva potilas voisi saada jatkohoitoa ja mitä kautta BED:tä sairastava hakeutuu yleensä hoitoon. Materiaalia potilaalle-osioon listasimme hyödyllisiä sivustoja, joita työntekijä voi käyttää työssään hyödyksi. Sivustot ovat sellaisia, joihin myös potilas voi työntekijän kehotuksesta tutustua (esimerkiksi Mielenterveystalo ja Syömishäiriöliitto).

Oppaaseen toivottiin puheeksi ottamista helpottavaa lomaketta, johon löysimme hyvän työkalun suomennetusta syömistapakyselystä (binge eating scale, BES). Se on 16 kysymystä sisältävä lomake, jossa potilaan vastaukset pisteytetään siinä mukana olevan ohjeen mukaan. Kyselylomakkeella mitataan ahmimistaipumusta. Jokaisessa 16 kysymyksessä on 3 tai 4 vastausvaihtoehtoa, jotka pisteytetään. Saadulla pistemäärällä saadaan selville potilaan ahmimistaipumus. Samalla lomaketta voidaan käyttää keskustelun tukena esimerkiksi vastaanotolla. Viimeisestä osiosta löytyy Oulun alueen toimijoiden puhelinnumeroja, osioon pyrimme tiivistämään vain ne toimijat, jotka ovat BED:n kanssa tekemisissä ja saattavat BED:tä sairastavia hoitaa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme aiheen saimme suoraan työelämästä, syömishäiriötiimin työntekijät kokivat sen tarpeelliseksi Oulun alueella. Syyn aiheelle antoi binge eating disorderin huono tuntemus ja tunnistaminen. Vaikka sen on yleisin syömishäiriö, se ei ole yhtä tunnistettu, kuin muut syömishäiriöt. Binge eating disorderia sairastavia ei ole aina tunnistettu, eivätkä he ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa. Aiheessamme miellyttikin sen tarpeellisuus, sekä mahdollisuus oppia ja opettaa uutta, sekä auttaa potilaita saamaan tarpeellista hoitoa. Syömishäiriöt ovat moniulotteisia sairauksia, eikä niitä voi hoitaa vain korjaamalla painoa dieeteillä ja liikunnalla. Syömishäiriöiden rinnalla kulkee myös muita mielenterveyden ongelmia, jotka vaativat hoitoa. Yhteistyö toimeksiantajan ja meidän työn kirjoittajien välillä toimi hyvin ja oli antoisa kokemus. Saimme tarvitsemamme tiedot ja avun opinnäytetyömme toteutumiseen usealta työntekijältä mielenterveyskeskus Tuikesta, sekä Kontinkankaan hyvinvointikeskuksesta.

Opinnäytetyön tekeminen antoi meille monipuolista tietoa ja kehitti ammatillisia taitojamme. Saimme yleisesti tietoa syömishäiriöistä, joita koulussa ei ole käsitelty paljoa, mielenterveydestä, Oulun alueen mielenterveyspalveluiden järjestelyistä, sekä erityisesti aiheestamme binge eating disorderista, joka on yleisin, mutta kuitenkin vielä huonosti tunnettu syömishäiriö. Työskentelemme molemmat psykiatrisilla osastoilla ja syömishäiriöt kulkevat usein käsi kädessä muiden mielenterveyshäiriöiden kanssa. Kehitimme molemmat työtä tehdessämme tiedonhakataitojamme, sillä aiheesta ei ollut aina helppoa löytää materiaalia. Tiedonhaku onkin tärkeä osa sairaanhoitajan työtä, sillä kaikkea ei voi muistaa ulkoa, mutta tietoa löytää aina, jos osaa vain hakea. Opimme myös olemaan lähdekriittisempiä. Opinnäytetyön tekeminen antoi meille varmasti valmiuksia osallistua erilaisiin kehittämisprojekteihin, vastuutehtäviin, sekä koulutuksiin työelämässä.

Päätimme tehdä opinnäytetyön kahdestaan, sillä asumme samalla paikkakunnalla ja ajattelimme, että voisimme saada tehtyä kahdestaan laadukkaamman

työn, koska voimme pohtia työtä koskevia asioita yhdessä. Yhteistyömme toimi pääsääntöisesti hyvin, vaikka välillä molemmilla oli kiireitä työharjoitteluiden, töiden, sekä henkilökohtaisten syiden vuoksi. Suurimmaksi osaksi kirjoitimme opinäytetyötä samassa tilassa, vaikkakin jaoimme osioita hieman. Pystyimme kuitenkin koko ajan keskustelemaan aiheista keskenämme. Aikataulutuksen kannalta työ olisi varmasti ollut helpompi kirjoittaa yksin, mutta olemme tyytyväisiä, että päätimme tehdä työn yhdessä.

Projektimme ei edennyt suunnitelman mukaisen aikataulun mukaan, vaan kevään ja kesän työkiireiden, sekä kesäopintojen vuoksi opinäytetyömme unohtui taustalle. Syksyllä olimme molemmat kiireisiä työharjoitteluiden, sekä töiden vuoksi, mutta aloimme hiljalleen kirjoittaa tietoa keräämistämme lähteistä. Tiiviimmin aloimme kirjoittaa työtä joulunaikaan 2018 ja saimmekin rungon nopeasti kasaan. Tämän jälkeen sovimme tapaamiset työn tilaajan kanssa, jotta saamme tietoa Oulun hoitopoluista, sekä oppaan sisällön toiveista. Säästimme aikaa tekemällä oppaan valmiiksi ennen sisällön sopimisesta. Oppaamme sai hyvää palautetta kohderyhmältä, sekä yhteyshenkilöltä ja jouduimme vain lisäämään muutaman yhteystiedon. Molempien tavoitteena oli valmistua kesään mennessä, joten vaikka emme pysyneet alkuperäisessä aikataulussa, saimme työn valmiiksi ajoissa valmistumista ajatellen.

Opinnäytetyömme luotettavuutta pohtiessamme korostui lähinnä lähteiden luotettavuus. Suurimman osan teoreettisesta viitekehuksestämme tuli kirjoista, sekä internet-lähteistä. Pyrimme arvioimaan jatkuvasti tietojen paikkansapitävyyttä, sekä ristiriitoja eri lähteiden välillä. Suomenkielistä materiaalia binge eating disorderista on kovin vähän, eikä sitä ole juurikaan Suomessa tutkittu, joten suurin osa teoriastamme on peräisin ulkomailta. Olemme arvioineet kaikki käyttämämme lähteet luotettaviksi. Osan tiedoistamme saimme suoraan mielenterveyskeskus Tuiken henkilökunnalta, jotka käsittelevät binge eating disorderia töissään ja tietävät Oulun alueen palveluketjun rakenteen. Valmiin oppaan käytimme tarkastuttavana syömishäiriötiimin työntekijällä, sekä Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen psykiatrisella sairaanhoitajalla, sekä vastaanoton hoitajilla.

Lopputuotteeseemme, eli varsinaiseen oppaaseen olemme erittäin tyytyväisiä. Etukäteen tekemämme raakaversio ei juurikaan tarvinnut muutoksia, vain pari pientä täydennystä yhteystietoihin. Kumpikaan meistä ei ole aiemmin tehnyt opasta, eikä kumpikaan ole kovin visuaalinen, mutta ulkoasusta tuli kiinnostava, selkeä, eikä liian pitkäväteinen. Oppaasta löytyy tarvittava tieto BED:n tunnistamiseen, sekä yleistä tietoa sairaudesta, sekä sen hoitomuodoista. Oppaasta löytyy myös puheeksiottamislomake, joka on kohdistettu juuri ahmintahäiriön tunnistamiseen. Oppaamme täyttää sen tehtävän, eli siitä löytyy tunnistamisen keskeiset asiat, sekä selkeästi hoitoon ohjauksen periaatteet. Lisäksi oppaaseen on lisätty näiden hoitopaikkojen yhteystiedot.

Jatkotutkimusaiheeksi esitämme binge eating disorderin yleisyyden selvittämisen, hoitoon pääsyn toteutumisen, tai terveysalan ammattilaisten tietojen, sekä tunnistamiskyvyn kartoittamisen. Tuntemuksen kartoittamisen jälkeen tutkijat voisivat pitää luentoja ahmintahäiriöstä ja näin lisätä ammattilaisten tietoa ja tunnistamiskykyä aiheesta.

LÄHTEET

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt, läheisen opas. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Dennis, L. 2012. Project Management, 10th edition. Gower Publishing Company. Burlington. Yhdysvallat. Viitattu 31.1.2019
<http://web.a.ebscohost.com.pc124152.oulu.fi:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=fef84d8d-500d-48af-afe8-a96a7193481d%40sdc-v-sessionmgr04&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=nlebk&AN=504684>.

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2018. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Viitattu 10.1.2018
<http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>.

Friedland, A. J. & Folt, C. L. 2000. Writing successful science proposals. Englanti: Yalen University Press. Viitattu 2.2.2019
<http://web.a.ebscohost.com.pc124152.oulu.fi:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=e2876264-d5f1-407d-b2aa-69dc0f8b6d12%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=188061&db=nlebk>.

Haapasalo-Pesu, K-M. 2015. Psychopharmacological management of binge eating disorder, *Psychiatria Fennica* 2015;46: Viitattu 2.2.2019 http://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/PF_2015/PF2015_ART4.pdf.

Hanson, A. & Levin, B. L. 2013. Mental health informatics. Oxford University press. Viitattu 15.1.2019
<http://web.a.ebscohost.com.pc124152.oulu.fi:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=15d55102-6f38-4343-a552-222fa4dcc72c%40sdc-v-sessionmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=506408&db=nlebk>.

Hautala, L., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. *Lääkärilehti*: 13.1.2006. 1-2/2006 vsk61. Viitattu 6.1.2019 <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/kat-sausartikkeli/nuorten-hairiintyneen-syomiskayttaytymisen-riskitekijoita/>.

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. *Psykiatria*. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Vol. 121(issue 16). *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 3.2.2019 <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>.

Hämäläinen, K., Kanera, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma pro oy.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projekti kirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakaari.
- Keski-Rahkonen, A., Meskanen, K. & Nalbantoglu, M. 2013. Irti ahminnasta. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.
- Kosola, J. 2012. Puolustusvoimien projektiohje. Maanpuolustuskorkeakoulu. Helsinki. Viitattu 2.1.2018 <http://www.doria.fi/handle/10024/77077>.
- Käypä hoito 2014 Syömishäiriöt. Viitattu 8.2.2019 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>.
- Käypä hoito 2018. Käypä hoitosuositus, syömishäiriöt. Viitattu 6.1.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#s9>.
- Laukkanen, E. 2014. Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriössä. Käypä hoito, suositukset. Viitattu 13.1.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02133>.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Löow, M. 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt, opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Juvenes print Suomen yliopistopaino Oy.
- Meskanen, K. 2018. Ahmintahäiriö (BED) Lääkärikirja Duodecim, Terveyskirjasto Viitattu 6.1.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819#s4.
- Mustajoki, P. 2016. Tietoa potilaalle: Lihavan ahmimishäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.1.2019 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00572&p_haku=BED.
- Mustajoki, P. 2011. Miten kirjoitan yleistajuisesti lääketieteestä? Vol. 127(issue 16). sivut. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 8.1.2019 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00572&p_haku=BED.
- Pihlava 2018 WHO julkaisi ICD-11-tautiluokituksen. Viitattu 8.1.2019 <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>.

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. *Lääkärilehti* 20.05.2011: 20/2011 vsk 66. Viitattu 1.6.2019 [https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/koh-
tauksittainen-ahmintahairio-on-yleinen-syomishairio/](https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/koh-
tauksittainen-ahmintahairio-on-yleinen-syomishairio/).

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2004. *Mielenterveys- ja päihdetyö*. Porvoo: WSOY.

Satuli-Autere, S. 2016. *Terveyskeskus ja M1-lähetämiskäytäntö*. Viitattu 15.3.2019 [https://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaa-
lit/742016%20Mielen%20terveytt%20%20asiakas%20vai%20potilas%20ter-
vey/Satuli-Autere_Terveyskeskus%20ja%20M1-l%C3%A4hete.pdf](https://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaa-
lit/742016%20Mielen%20terveytt%20%20asiakas%20vai%20potilas%20ter-
vey/Satuli-Autere_Terveyskeskus%20ja%20M1-l%C3%A4hete.pdf).

Snellman, V., Laukkanen, E. & Lecklin, A. 2016. Syömishäidiöiden psyykenlääkähoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa, *Sic! Lääketietoa fimeasta* 2/16 Viitattu 13.1.2019 [http://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykke-ja-laake/syomishairioi-
den-psykkenlaakehoidosta-tarvitaan-lisaa-tutkimustietoa](http://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykke-ja-laake/syomishairioi-
den-psykkenlaakehoidosta-tarvitaan-lisaa-tutkimustietoa).

Stuart, G. 2009. *Principles and practice of psychiatric nursing*. Missouri: Mosby inc.

Suokas, J., Muhonen, M. & Viljanen, R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet, *Lääkärilehti* 36/2000 vsk 55. Viitattu 2.2.2019 [https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioi-
den-tunnistaminen-ja-hoidon-paaperiaatteet/](https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioi-
den-tunnistaminen-ja-hoidon-paaperiaatteet/).

Suomen dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry, 2015 *Dialektinen käyttäytymisterapia* Viitattu 2.2.2019 <http://www.dialektinenkayttaytymisterapia.fi/>.

Syömishäiriöliitto 2017. *Ahmintahäiriön (BED) oireet*. Viitattu 8.1.2019 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot8.html>.

Syömishäiriöliitto 2017. *Miksi juuri minä sairastuin?* Viitattu 4.1.2019 <https://syomishairioliitto.fi/syomishairioista-kysyttya/miksi-juuri-mina-sairastuin>.

WHO 2014. *Key terms and definitions in mental health*. Viitattu 26.12.2017. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

Young, T. L. 2016 *Successful project management*. Lontoo: Kogan Page. Viitattu 31.1.2019. [http://web.b.ebscohost.com.pc124152.oulu.fi:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=e8c12d95-e7e0-4967-a52d-da1ea32da6f4%40session-
mgr103&bdata=JnN-
pdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=1271897&db=nlebk](http://web.b.ebscohost.com.pc124152.oulu.fi:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=e8c12d95-e7e0-4967-a52d-da1ea32da6f4%40session-
mgr103&bdata=JnN-
pdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=1271897&db=nlebk).

LIITTEET

Liite 1. George Vaillant'n kuvaus mielenterveydestä kuutena ulottuvuutena.

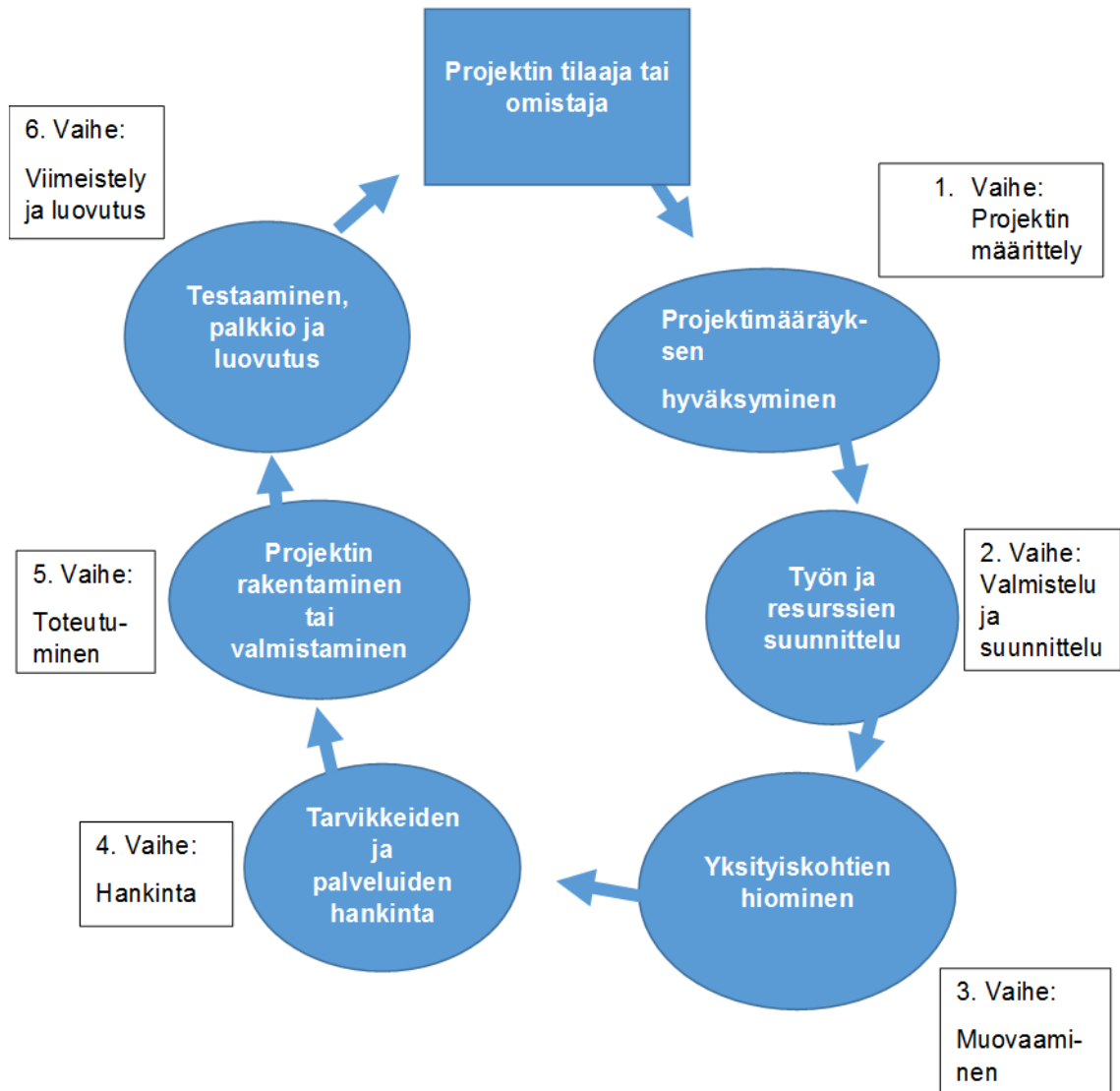
Liite 2. Projektin elämänkaari Dennis Lockin kuvaamana 2012.

Liite 3. Binge eating disorder, opas lihavan ahmintahäiriön tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen Oulun alueella.

Liite 1: George Vaillant'n kuvaus mielenterveydestä kuutena ulottuvuutena.

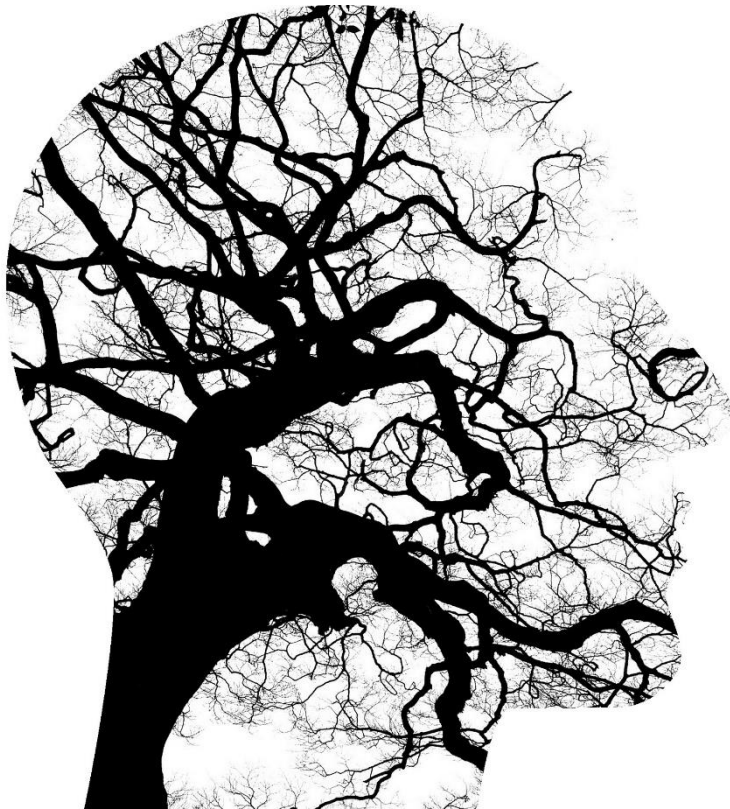
Mielenterveys normaalin psyykkisen toimintakyvyn mittarina
Mielenterveys positiivisina psykologisina kykyinä
Mielenterveys persoonallisuuden kypsytenä
Mielenterveys sosio-emotionaalisen lahjakkuutena
Mielenterveys subjektiivisena hyvinvointina
Mielenterveys joustavuutena ja muuttumiskykynä

Liite 2: Projektin elämänkaari Dennis Lockin kuvaamana 2012.



Liite 3: Binge eating disorder, opas lihavan ahmintahäiriön tunnistamiseen

BINGE EATING DISORDER
OPAS LIHAVAN AHMINTAHÄIRIÖN
TUNNISTAMISEEN JA HOITOON OHJAAMISEEN
OULUN ALUEELLA



Kauppinen Pekka, Leiviskä Veli-Pekka

SISÄLLYSLUETTELO

BINGE EATING DISORDER.....	45
TUNNISTAMINEN.....	46
OIREET	47
BED:N HOITOMUOTOJA.....	48
HOITON OHJAAMINEN OULUN ALUEELLA.....	49
MATERIAALIA POTILAALLE	50
PUHEEKSIOTTAMISLOMAKE, Binge eating scale	51
YHTEYSTIETOJA	56

BINGE EATING DISORDER

Lihavan ahmintahäiriö, eli Binge eating disorder (BED) on epätyypillisiin syömishäiriöihin luokiteltava syömishäiriö, joka oireilee samantapaisesti kuin bulimia. Bulimian ja BED:n erottavana tekijänä on se, että ahmintahäiriötä sairastava ei pyri eroon ahmimastaan ruuasta, jolloin tyhjentämisrituaalit ja niiden seuraukset jäävät pois. Ahmintahäiriötä sairastavat kärsivät muita lihavia enemmän psyykkisistä oireista ja mielenterveyshäiriöistä, joita ovat muun muassa masennus, ahdistushäiriö ja päihteiden väärinkäyttö. Ahmintahäiriössä ahmimiseen liittyy vahvasti hallitsemattomuuden kokemus, eikä syöminen välttämättä liity nälän tai kylläisyyden tuntemuksiin. Sairastunut ei aina tunnista ahmimisen laukaisevaa tekijää. Ahmimisoire liittyy usein johonkin tarpeeseen, kuten turvallisuudentunteeseen tai rutiiniin. Ahmimiskierrettä ylläpitää usein tiukasti kontrolloidut laihdutusyritykset. Ne häiritsevät nälän ja kylläisyyden säätelyä ja tämä johtaa aterioiden väliin jättämiseen. Tämä altistaa ahmimiselle, mikä edelleen ruokkii häpeätunnetta.

BED on yleisin syömishäiriö. Ahmintahäiriötä esiintyy 2–3 %:lla aikuisista, joista useampia on naisia, kuin miehiä. Ahmimishäiriö koskee usein nuoria aikuisia, mutta sairautta esiintyy myös varttuneemmilla henkilöillä. On arvioitu, että 19-40% ylipainoonsa apua hakevista henkilöistä sairastavat ahmintahäiriötä.

Syömishäiriöiden syntyperä on vielä suurimmaksi osaksi tuntematon. Tiedetään kuitenkin, että syömishäiriön syntyyn ja kehitykseen liittyy moninaisia tekijöitä. Suurimmassa roolissa sairauden puhkeamiseen pidetään olevan elämäntapahtumat, sekä yksilön kokemukset. Näihin kuuluvat mm. Lapsuuden traumat, kuten väkivalta tai erityisesti seksuaalinen hyväksikäyttö. Syöminen voi olla pakokeino tai antaa turvaa ja hallinnan tunnetta vaikeissa tai turvattomissa elämäntilanteissa. Syömishäiriön oireilla on aina jokin tarkoitus.

Ahmintahäiriö on usein pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva. Tutkimuksia enusteista ei ole juurikaan tehty. On todettu, että ahmintahäiriön aiheuttava lihavuus aiheuttaa eliniän lyhenemistä ja ahmintahäiriötä sairastavien kuolemanriski on valtaväestöön suhteutettuna kaksinkertainen.

TUNNISTAMINEN

Yleensä hakee apua paino-ongelmiin

Nopea painon nousu

Korkea BMI

Somaattiset oireet ja liitännäissairaudet

Psyykkiset oireet ja liitännäissairaudet

Häpeän tunne

Haluttomuus puhua ruokailutottumuksista

Toistuvat laihdutusyritykset

Ahmintakohtaukset

Ongelmat sosiaalisissa suhteissa

Ahmintahäiriön tutkimuskriteerit DSM-5 tautiluokituksessa.

1	Toistuvia ahmintajaksoja, joita luonnehtii kumpikin seuraavista: -suuret ruokamäärät, jotka selvästi ylittävät useampien muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa -tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään
2	Ahmintakohtauksen aikana syömistä luonnehtii ainakin kolme seuraavista: -syödään epätavallisen nopeasti -syödään kunnes olo epämukavan täysi -syödään suuria määriä, vaikka ei nälkää -syödään yksin ollessa, koska ruokamäärät hävettävät -ylensyöntiä seuraa itseinho, masennus ja syyllisyys
3	Ahmintaoire aiheuttaa voimakasta ahdistuneisuutta.
4	Ahmintakohtauksia on keskimäärin vähintään kerran viikossa, oire on kestänyt kolmen kuukauden ajan.
5	Ei täytä ahmimishäiriön kriteereitä.

OIREET

Fyysiset

- Merkittävä ylipaino
- 2. tyypin diabetes
- sepelvaltimotauti
- Hypertonia
- Astma
- Unihäiriöt, esim. uniapnea
- Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, esim. nivelrikko, tai kihti
- Kuukautishäiriöt
- Hedelmättömyys ja keskenmenot

Psyykkiset

- Masennus
- Ahdistuneisuus
- Itsetuhoisuus
- Häpeän tunne
- Seksuaalisuuteen liittyvä ahdistus ja haluttomuus
- Pakko-oireinen häiriö

Muut haitat

- Ruokaan käytetty suuri rahamäärä
- Sosiaalisten suhteiden heikkeneminen
- Syrjäytyminen
- Eristäytyminen
- Päihteiden väärinkäyttö
- Toistuvat laihdutusyritykset
- Toistuvat ahmimiskohtaukset
- Työkyvyn heikkeneminen

BED:N HOITOMUOTOJA

Hoidon periaatteita ovat ruokailutottumusten säännöllistäminen, laihdutusyritysten lopettaminen, ravitsemustilan korjaaminen, ahminnan hallintaan ottaminen, fyysisten oireiden lievittäminen, sekä psykiatristen oireiden lievitys.

Hoitomuotoja:

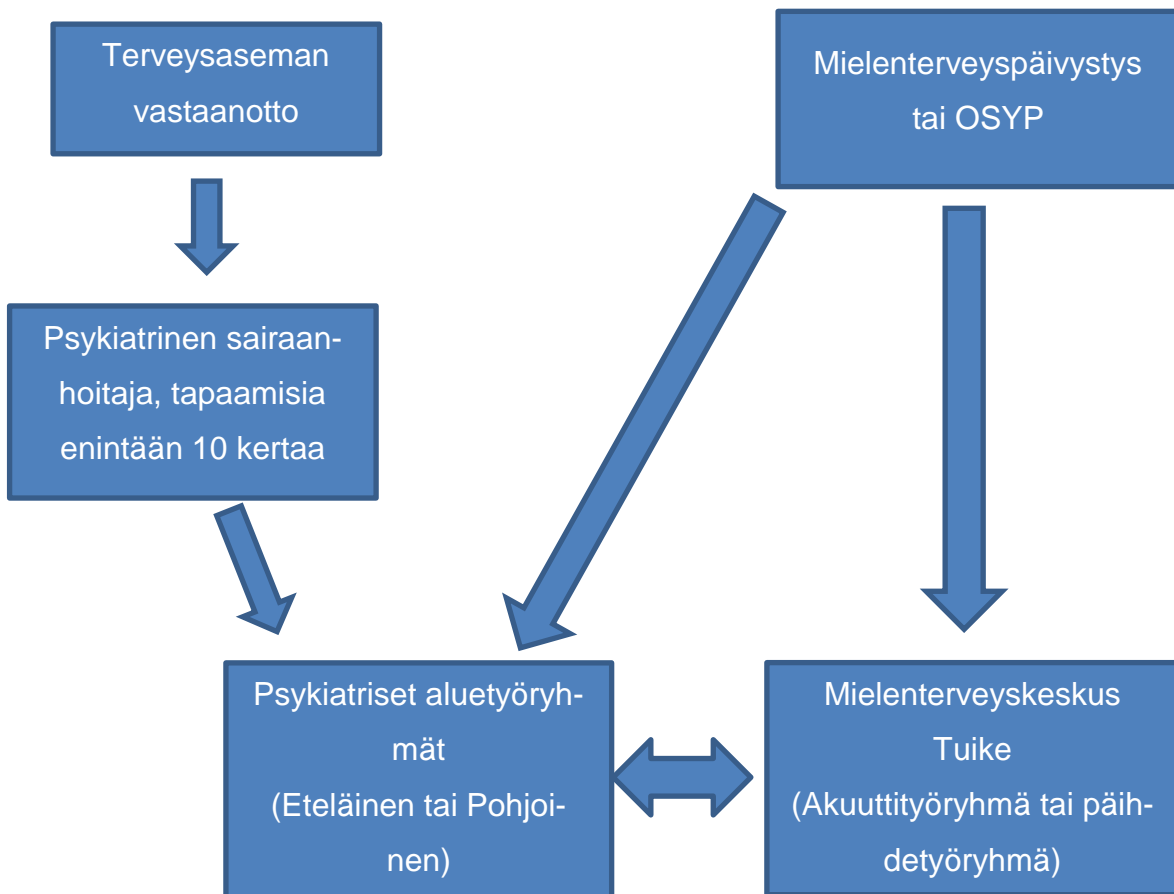
- Itsehoito joko itsenäisesti tai ohjattuna, ensivaiheen hoito, itsehoito-ohjelmat ja itsehoito-oppaat
- Psykoedukaatio
- Ravitsemusterapia
- Kognitiivinen käyttäytymisterapia (toteutetaan paljon myös ryhmähoitona)
- Interpersoonallinen terapia
- Lääkehoito (Suomessa ei suositella rutiininomaiseen hoitoon sen vähäisen vaikutuksen vuoksi)

HOITON OHJAAMINEN OULUN ALUEELLA

AIKUISET

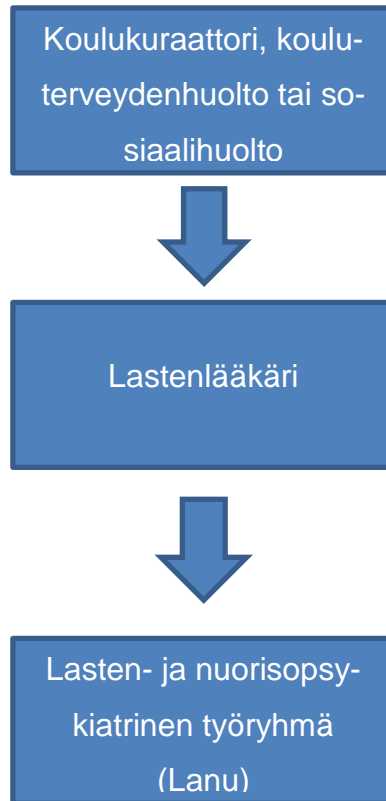
Aikuisilla hoitotakuu 6 kuukautta

Terveysaseman psykiatrinen sairaanhoitaja voi konsultoida Tuiken psykiatria.



LAPSET

Lapsilla hoitotakuu 3 kuukautta.



MATERIAALIA POTILAALLE

<https://www.mielenterveystalo.fi/> - Mielenterveystalo - Irti ahminnasta

<https://syomishairioliitto.fi/> - Syömishäiriöliitto

<https://paihdelinkki.fi/> - Päihdelinkki

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi> - Mielenterveysseura

PUHEEKSIOTTAMISLOMAKE, BINGE EATING SCALE

SYÖMISTAPAKYSELYLOMAKKEEN (BES) KÄYTTÖOHJE

Syömistapakyselylomakkeella mitataan ahmimistaipumusta. Sitä voidaan käyttää tutkimuksissa ja kliinisessä työssä. Kyselyssä on 16 eri kohtaa, joissa kussakin on 3 tai 4 eri vastausvaihtoehtoa. Vastaaja valitsee kustakin kohdasta yhden itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon.

Mitä suurempi on kokonaispistemäärä, sitä selkeämpi on ahmimistaipumus.

Pisteitä alle 20: ei ahmimistaipumusta

Pisteitä 20 - 29: kohtalainen (moderate) ahmimistaipumus

Pisteitä yli 30: vakava (severe) ahmimistaipumus

Alkuperäinen julkaisu artikkelissa:

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors* 1982; 7: 47-55.

Suomennos: Prof. Aila Rissanen, Lihavuustutkimusyksikkö, HUS

Lomakkeen pisteytysohje:

Alla olevan lomakkeen vasemmasta reunasta ilmenee se (numero sulkeissa), miten vastaukset pisteytetään. Laskemalla näin saadut pisteet yhteen saadaan pisteiden kokonaislukumäärä.

#1

- (0) 1. En ole vaivautunut painostani tai koostani, kun olen toisten seurassa.
- (1) 2. Olen huolestunut siitä, miltä näytän muiden silmissä, mutta tavallisesti se ei saa minua tuntemaan tyytymättömyyttä itseeni.
- (2) 3. Olen vaivautunut ulkonäöstäni ja painostani, mikä saa minut tuntemaan tyytymättömyyttä itseeni.
- (3) 4. Olen hyvin vaivautunut painostani ja tunnen usein voimakasta häpeää ja itseinhoa. Yritän välttää sosiaalisia tilanteita vaivautumiseni vuoksi.

#2

- (0) 1. Minulla ei ole mitään vaikeuksia syödä hitaasti ja sopivalla tavalla.
- (1) 2. Vaikka näytän hotkivan ruokani, en syömisen jälkeen tunne oloni täysinäiseksi liiasta syömisestä.
- (2) 3. Toisinaan syön nopeasti, jolloin tunnen oloni epämukavan täysinäiseksi jälkeenpäin.
- (3) 4. Minulla on tapana hotkia ruokani, oikeastaan kunnolla purematta. Kun näin käy, tunnen yleensä oloni epämukavan täysinäiseksi, koska olen syönyt liikaa.

#3

- (0) 1. Tunnen, että niin halutessani kykenen hallitsemaan syömishaluni.
- (1) 2. Tunnen, että olen useammin kuin ihmiset yleensä epäonnistunut syömisen hallitsemisessa.
- (3) 3. Koen itseni täysin avuttomaksi, mitä tulee syömishaluni hallitsemisen tunteeseen.
- (3) 4. Koska tunnen itseni niin avuttomaksi syömisen hallinnan suhteen, olen tullut epätoivoiseksi yrittäessäni saada sen hallintaan.

#4

- (0) 1. Minulla ei ole tapana syödä, kun olen ikävystynyt.
- (0) 2. Syön joskus, kun olen ikävystynyt, mutta usein pystyn keksimään jotain tekemistä ja saan ajatukset pois ruuasta.
- (0) 3. Minulla on säännönmukaisesti tapana syödä, kun olen ikävystynyt, mutta toisinaan voin käyttää muuta toimintaa hyväkseni, jotta saan syömisen pois mielestäni.
- (2) 4. Minulla on sitkeä tapa syödä, kun olen ikävystynyt. Mikään ei näytä auttavan minua irti tästä tottumuksesta.

#5

- (0) 1. Minulla on yleensä fyysisesti nälkä, kun syön jotain.
- (1) 2. Toisinaan syön jotain hetken mielihjohteesta, vaikka en itse asiassa olekaan nälkäinen.
- (2) 3. Minulla on säännön mukaisesti tapa syödä ruokia, joista en oikeastaan pidä, jotta saisin tyydytettyä nälän tunteeni, vaikka en fyysisesti tarvitsekaan ruokaa.
- (3) 4. Vaikka minulla ei ole fyysisesti nälkä, suussani on nälän tunne, jonka näyttää tyydyttävän vain se, että syön suun täyttävää ruokaa, esimerkiksi leipää. Joskus kun syön tyydyttääkseni "suun nälän", sylkäisen ruuan pois, jotta en lihoisi.

#6

- (0) 1. En tunne syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.
- (1) 2. Syötyäni liikaa tunnen toisinaan syyllisyyttä tai itseinhoa.
- (3) 3. Koen lähes aina voimakasta syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.

#7

- (0) 1. En menetä syömisen hallintaani kokonaan ollessani dieetillä sellaistenkaan kausien jälkeen, jolloin syön liikaa.
- (2) 2. Joskus kun syön dieetillä ollessani "kiellettyä ruokaa", ajattelen että epäonnistuin ja syön vielä lisää.
- (3) 3. Minulla on usein tapana sanoa itselleni "epäonnistuin, antaa siis mennä saman tien", kun syön liikaa dieetillä ollessani. Kun näin käy, syön vielä enemmän.
- (3) 4. Minulla on säännöllisesti tapana aloittaa tiukka dieetti, mutta dieetti keskeytyy, kun rupean ahmimaan. Elämäni näyttää olevan joko yhtä "juhla-ateriaa" tai "nälkään nääntymistä".

#8

- (0) 1. Syön harvoin niin paljon ruokaa, että tunnen itseni epämukavan täysinäiseksi jälkeenpäin.
- (1) 2. Yleensä noin kerran kuussa syön niin suuren määrän ruokaa, että tunnen itseni lopulta hyvin täysinäiseksi.
- (2) 3. Minulla on säännöllisesti kuukauden mittaan jaksoja, jolloin syön valtavan määrän ruokaa, joko aterioilla tai välipaloina.
- (3) 4. Syön niin paljon ruokaa, että tunnen säännöllisesti oloni varsin epämukavaksi syömisen jälkeen ja joskus vähän pahoinvoivaksi.

#9

- (0) 1. Nauttimani energiamäärä ei nouse kovin korkealle tai laske kovin matalalle tasolle säännöllisesti.
- (1) 2. Joskus kun olen ylensyönyt, pyrin alentamaan energian saannin lähes nollaan liikaa nauttimani energiamäärän tasaamiseksi.
- (2) 3. Minulla on säännöllinen tapa syödä liikaa illan mittaan. Päiväjärjestykseni näyttää olevan sellainen, että en ole nälkäinen aamulla mutta ylensyön illalla.
- (3) 4. Aikuisiällä minulla on ollut viikon mittaisia kausia, jolloin käytännöllisesti katsoen näännytän itseäni. Nämä kaudet tulevat ylensyömisjaksojen jälkeen. Näyttää siltä, että elämässäni joko "vietän juhlaa" tai "näen nälkää".

#10

(0) 1. Tavallisesti kykenen lopettamaan syömisen, kun haluan. Tiedän milloin "tarpeeksi on tarpeeksi".

(1) 2. Aika usein koen pakottavaa syömishalua, jota en näytä pystyvän hallitsemaan.

(2) 3. Koen usein voimakasta syömishalua, jota en näytä kykenevän hallitsemaan, mutta toisinaan taas pystyn hallitsemaan syömishaluni.

(3) 4. Tunnen olevani kyvytön hallitsemaan syömishaluni. Pelkään että en kykene lopettamaan syömistä vapaaehtoisesti.

#11

(0) 1. Minulla ei ole mitään vaikeuksia lakata syömästä, kun tunnen itseni kylläiseksi.

(1) 2. Pystyn tavallisesti lopettamaan syömisen, kun tunnen itseni kylläiseksi, mutta toisinaan syön liikaa, minkä jälkeen tunnen itseni epämukavan täysinäiseksi.

(2) 3. Minulla on vaikeuksia lopettaa syöminen, kun olen aloittanut, ja tavallisesti tunnen itseni epämiellyttävän täysinäiseksi syötyäni aterian.

(3) 4. Koska minulla on vaikeuksia lopettaa syöminen silloin kun haluan, minun täytyy joskus saada itseni oksentamaan, jotta pääsisin täysinäisyyden tunteesta.

#12

(0) 1. Näytän syövän yhtä paljon, kun olen seurassa (perhe, sosiaaliset tilanteet), kuin silloin kun olen yksin.

(1) 2. Joskus kun olen toisten seurassa, en syö niin paljon kuin haluan syödä, koska olen vaivautunut syömisestäni.

(2) 3. Usein syön vain vähän ruokaa toisten läsnä ollessa, koska syömiseni nolostuttaa minua.

(3) 4. Häpeän niin paljon liikaa syömistäni, että pyrin valitsemaan ylensyömiselle sellaiset ajat, jolloin tiedän ettei kukaan näe minua. Tunnen olevani "kaappisyöppö".

#13

(0) 1. Syön kolme ateriaa päivässä ja vain satunnaisesti välipaloja.

(0) 2. Syön kolme ateriaa päivässä, mutta tavallisesti myös välipaloja.

(2) 3. Kun syön runsaasti välipaloja, tavakseni tulee jättää säännölliset ateriat väliin.

(3) 4. Minulla on säännöllisesti kausia, jolloin tuntuu että syön jatkuvasti, ilman mitään suunnitelmallisia aterioita.

#14

(0) 1. En juuri ajattele pyrkiväni hallitsemaan ei toivottua syömishalua.

(1) 2. Ainakin toisinaan tunnen, että ajatuksiani hallitsee pyrkimykseni hallita syömishalua.

(2) 3. Minusta tuntuu, että usein käytän paljon aikaa sen miettimiseen, kuinka paljon söin, tai sen pohtimiseen, miten yritän olla syömättä enää.

(3) 4. Minusta näyttää siltä, että suurimman osan valveillaoloajastani ajatuksiani hallitsee syöminen tai syömättä jättäminen. Tunnen että taistelen jatkuvasti ollakseni syömättä.

#15

(0) 1. En ajattele ruokaa kovin paljon.

(1) 2. Tunnen joskus voimakasta ruuan himoa, mutta yleensä vain lyhyen aikaa.

(2) 3. On päiviä, jolloin en näytä pystyvän ajattelemaan mitään muuta kuin ruokaa.

(3) 4. Suurinta osaa päivistäni näyttää hallitsevan ruuan ajattelu. Tunnen, että elän syödäkseni.

#16

(0) 1. Tiedän yleensä, olenko vai enkö ole fyysisesti nälkäinen. Otan oikean määrän ruokaa nälän tyydyttämiseksi.

(1) 2. Toisinaan olen epävarma siitä, olenko vai enkö ole fyysisesti nälkäinen. Tällöin on vaikea tietää, miten paljon minun pitäisi ottaa ruokaa nälän tyydyttämiseksi.

(2) 3. Vaikka tietäisin, miten paljon energiaa minun pitäisi saada, minulla ei ole mitään käsitystä siitä, mikä on "normaali" ruoka-annos minulle.

YHTEYSTIETOJA

Psykiatriset aluetyöryhmät:

Eteläinen alue: palveluesimies Kati Leinonen 044 703 6168

Pohjoinen alue: palveluesimies Kati Kananen 044 703 5986

Mielenterveyskeskus Tuike, kanslia: 044 703 6067

Mielenterveyskeskus Tuike, palveluesimies Katja Parkkinen: 044 703 6032

Ravitsemusterapeutti Henna Kallio: 044 703 4535

Mielenterveyspäivystys: 044 703 5940