



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## **BINGE EATING DISORDER**

Oppimateriaalia mielenterveys- ja päihdehoitotyön  
vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin

Jenna Mäkinen

Reija Simonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

MÄKINEN JENNA & SIMONEN REIJA

Binge eating disorder

Oppimateriaalia mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin

Opinnäytetyö 32 sivua, joista liitteitä 0 sivua

Lokakuu 2016

---

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin soveltuva itseopiskelumateriaali syömishäiriöstä, jota kutsutaan nimellä BED (binge eating disorder). Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mikä on BED ja miten sitä hoidetaan sekä millainen on hyvä itseopiskelumateriaali. Tavoitteena oli koota tietoa BEDista ja sen hoidosta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja tuotoksena syntyi itseopiskelumateriaali sairaanhoitajaopiskelijoille. Oppimateriaalin pohjana oli aiheesta tehty kirjallisuuskatsaus, joka analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen.

BED on tutkimusten mukaan yleisin syömishäiriö ja siksi sen tunnistaminen ja hoito kuuluvat olennaiseksi osaksi hoitotyön osaamista. BEDin hoidossa painottuu itsehoito ja sen tärkeänä osana ravitsemushoito ja painonhallinta. Erilaiset terapeuttiset hoitomenetelmät on myös koettu tehokkaina BEDin hoidossa. Lääkehoidolla ei pystytä yksinään hoitamaan BEDia, mutta tulosten perusteella se on koettu hyödylliseksi yhdistettynä muihin hoitomenetelmiin.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisissa ammattiopinnoissa, ja ne soveltuvat käytettäväksi BEDin itsenäiseen opiskeluun. Kehitysehdotuksena on, että tuotetaan vastaavanlaista materiaalia myös keskivaiheen opinnoissa käytettäväksi.

## **ABSTRACT**

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

MÄKINEN JENNA & SIMONEN REIJA  
Binge Eating Disorder  
Self-learning Material for Optional Professional Studies of Mental Health and Substance Abuse Nursing

Bachelor's thesis 32 pages, appendices 0 pages  
October 2016

---

The purpose of this thesis was to produce self-learning material about BED (binge eating disorder) for nursing students in optional professional studies of mental health and substance abuse nursing. The purpose was to find out what BED is and how it is treated and also what a good self-learning material is like. The aim was to gather information about BED and its treatment. The thesis was carried out with a functional method and the output was the self-learning material for nursing students. The material is based on a literature review which was analyzed using content analysis.

Studies show that BED is the most common eating disorder. That is why it is important to recognize it and know how it is treated. Self-treatment is emphasized, including nutritional treatment and weight control. Also different kinds of therapeutic treatment methods can be effective in the treatment of BED. There are a few medications that have also proven to be useful in the treatment, but they cannot be used alone.

The results of this thesis can be utilized in mental health and substance abuse nursing alternative studies and they can be applied for self-learning about BED. In future it could be beneficial to produce a similar material for earlier stages of nursing studies.

---

Key words: binge eating disorder, eating disorder, self-learning material

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Syömishäiriöt.....	7
	3.1.1 Tyypilliset syömishäiriöt.....	8
	3.1.2 Epätyypilliset syömishäiriöt.....	9
	3.1.3 BED (binge eating disorder) .....	10
	3.1.4 Syömishäiriöiden hoito .....	11
	3.2 Oppimateriaali .....	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	13
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	13
	4.2 Aineistonkeruu ja -analysointi .....	14
5	TULOKSET .....	17
	5.1 BED .....	17
	5.1.1 Esiintyvyys ja altistavat tekijät.....	17
	5.1.2 Diagnosointi ja tunnistaminen .....	18
	5.1.3 Samanaikaissairastavuus .....	20
	5.2 Ravitsemushoito.....	21
	5.3 BEDin lääkehoito.....	22
	5.4 Terapeuttiset hoitomenetelmät.....	23
	5.5 Oppimateriaalin kriteerit.....	24
6	POHDINTA.....	25
	6.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	25
	6.2 Tulosten tarkastelu .....	26
	6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	28
	LÄHTEET.....	29

## 1 JOHDANTO

Syömishäiriöitä esiintyy useimmiten nuorilla ja nuorilla aikuisilla, ja ne ovat noin kymmenen kertaa yleisempiä naisilla kuin miehillä. Poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi syömishäiriöihin liittyy myös muihin toimintakyvyn osa-alueisiin vaikuttavia ongelmia. (Suokas & Rissanen 2014d.) Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen alkaa haitata arkista toimintakykyä tai fyysistä terveyttä, ja sen oireet alkavat vaikuttaa tehtäviin valintoihin. Poikkeava syömiskäyttäytyminen voi olla sairastuneelle selviytymiskeino, ja tapa välttää tai hallita psyykkistä pahaa oloa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 13, 122.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin soveltuva itseopiskelumateriaali BEDista ja sen hoidosta, erityisesti mielenterveyshoitotyön näkökulmasta. Kirjallisuudessa BEDista käytetään myös muun muassa termejä ahmintahäiriö (Suokas & Rissanen 2014b), kohtauksittainen ahmintahäiriö (Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi 2011) ja lihavan ahmimishäiriö (Mustajoki 2015). Käytimme kuitenkin työssämme termiä BED, koska se on käytössä niin kansainvälisissä kuin suomenkielisissäkin lähteissä ja mielemme kuvaa syömishäiriön luonnetta parhaiten. Opinnäytetyön aihe on valikoitunut oman kiinnostuksemme lisäksi työelämätahon toiveesta. Tavoitteena oli vastata työelämätahon tarpeeseen tuottamalla itseopiskelumateriaali mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin. Teoriapohjan keräämiseksi hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksen menetelmää, mutta työmme varsinainen toteutustapa oli toiminnallinen.

BED on vielä vähän tunnettu mielenterveyden ongelma, mutta yleinen (Mustajoki 2015). BEDiin sairastuneita voi tulla vastaan jokaisella terveydenhuollon sektorilla ja sen vuoksi on tärkeää osata tunnistaa sekä hoitaa BEDia, ja aiheen käsittely antoi meille valmiuksia tähän.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin soveltuva itseopiskelumateriaali BEDista.

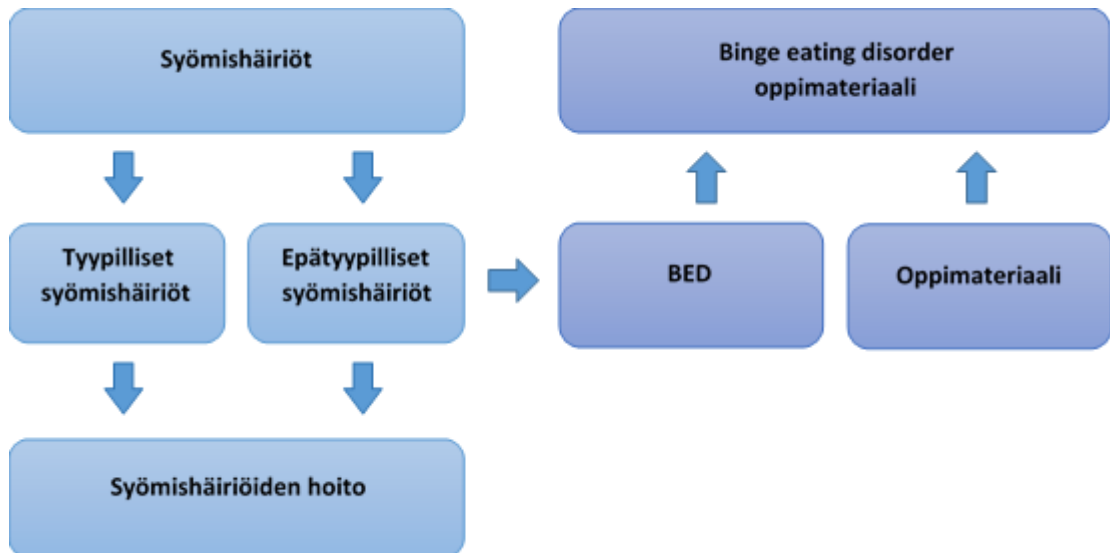
Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mikä on BED?
2. Miten BEDia hoidetaan?
3. Millainen on hyvä itseopiskelumateriaali?

Tavoitteena oli koota tietoa BEDista, sekä sen hoidosta. Tavoitteena oli lisäksi selvittää, millainen on hyvä itseopiskelumateriaali.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiksi teoreettisiksi lähtökohdiksi muodostuivat syömishäiriöt, tyyppilliset ja epätyypilliset syömishäiriöt, BED, syömishäiriöiden hoito ja oppimateriaali (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Syömishäiriöt

Syömishäiriöistä tunnetuimpia ovat laihuushäiriö, eli anorexia nervosa, sekä ahmimishäiriö, eli bulimia nervosa. Näiden lisäksi on myös epätyypillisiä syömishäiriöitä, joista yleisin on BED. Syömishäiriöitä tavataan yleisimmin nuorilla tai nuorilla aikuisilla naisilla. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.) Suokkaan ja Rissasen (2014d) mukaan noin 7 prosenttia suomalaisista naisista sairastaa jonkin tyyppisen syömishäiriön ennen 30. ikävuottaan. Syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit eivät ole yleensä helposti sovellettavissa miehiin, sillä heillä sairaus saattaa ilmetä eri tavoin kuin naisilla. Tämän vuoksi miesten kohdalla onkin yleensä kyse epätyypillisistä syömishäiriöistä, esimerkiksi laihtuuden ihannoinnin sijaan vartalon muokkaamisesta lihasmassaa lisäämällä ja rasvakudosta vähentämällä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.) Miesten yleisimmän syömishäiriön arvioidaan olevan BED, osuus sairastavista on noin kolmasosa (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007, 1586).

### 3.1.1 Tyypilliset syömishäiriöt

Anorexia nervosa, eli laihuushäiriö, on vakava mielenterveydenhäiriö, jonka tunnuspiirteinä on tarkoituksellisesti saavutettu ja ylläpidetty merkittävä alipaino. Hallitsevana oireena on pelko painon lisääntymistä kohtaan ja kehonkuvan vääristymä. (Suokas & Rissanen 2014c.) Laihuushäiriön F50.0 diagnostiset kriteerit kansainvälisen tautiluokitus ICD-10 mukaan täyttyvät, kun henkilön paino on vähintään 15 prosenttia matalampi kuin pituuden mukainen keskipaino, tai BMI (body mass index, painoindeksi) on korkeintaan  $17,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ . Painonlaskun tulee olla itse aiheutettua, ruokailutottumuksia säätelemällä tai yhdistämällä siihen liiallista liikuntaa tai laksatiivien, nestettä poistavien sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä. Painonlaskuun yhdistyy voimakas pelko lihomista kohtaan, sekä vääristynyt ruumiinkuva ja liian alhaiset painotavoitteet. Lisäksi sairauteen kuuluu laaja-alainen endokriininen häiriö, joka ilmenee kuukautisten puuttumisena naisilla sekä potenssin laskuna miehillä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

Laihuushäiriön syntyyn ei voida osoittaa yhtä syytä, mutta altistavia tekijöitä on osoitettu olevan korkean vaativuustason kasvuympäristö, täydellisyyteen pyrkivä persoonallisuuden piirre sekä sisäänpäinkääntyneisyys. Myös erilaiset psyykkiset traumat tai perimä voivat altistaa häiriön kehittymiselle. (Suokas & Rissanen 2014c.) Myös laihuutta ihannoiva ympäristö sekä alhainen itsetunto toimivat altistavina tekijöinä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

Laihuushäiriö on kulultaan aaltoileva ja usein pitkäikäinen, keskimääräinen sairastamisaika on noin 6 vuotta. Kuolemanriski verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön on kuu-sinkertainen. Sairastuneista valtaosa, noin 50-70 prosenttia, toipuu somaattisesti täysin, noin kolmasosalla oireilu jatkuu ja 10-20 prosentin sairaus kroonistuu. Ennustetta huonontavat alhainen BMI, toistuvat osastohoitojaksot, viivästynyt hoidon aloittaminen sekä huono sosiaalinen toimintakyky. Myös alkoholin haitallinen käyttö vaikuttaa ennusteseen negatiivisesti. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

Bulimia nervosa, eli ahmimishäiriö on laihuushäiriön ohella yleisin tyypillinen syömishäiriö (El-Radhi 2015, 518). Ahmimishäiriön (F50.2) diagnostisia kriteerejä tautiluokitus ICD-10 mukaan on neljä ja näiden kaikkien on täytyttävä, jotta kyseessä on bulimia nervosa. Diagnostisesti ahmimishäiriöön liittyy pakonomaisia ahmintajaksoja ainakin kaksi



kertaa viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan. Lisäksi syöminen hallitsee sairastuneen ajattelua pakonomaisena haluna tai tarpeena. Ahmimishäiriön erityispiirteenä on erilaisten tyhjennyskeinojen käyttö painonhallintatarkoituksessa. Tahallisen oksentamisen lisäksi voidaan käyttää laksatiiveja tai erilaisia ruokahalua vähentäviä lääkkeitä sekä jättää aterioita syömättä. Näillä keinoilla pyritään estämään ruuan ”lihottavat” vaikutukset. Sairastuneen näkemys omasta ulkoisesta olemuksesta on vääristynyt ja hän näkee itsensä lihavana sekä pelkää lihomista. Tämä yleensä johtaa alipainoisuuteen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

Ahmimishäiriö puhkeaa useimmiten aikuistumisen kynnyksellä ja tyypillisin ikä sairastua ahmimishäiriöön on 18 vuotta (Suokas & Rissanen 2014a). Syitä ahmimishäiriön puhkeamiseen ei varmuudella tiedetä, mutta tutkimusten mukaan useat tekijät vaikuttavat sen syntyyn. Laihuuden ihannointi ja liikunnallisuuden korostaminen länsimaisessa kulttuurissa altistavat erityisesti nuoria naisia erilaisille syömishäiriöille, myös ahmimishäiriölle. Perinnölliset tekijät voivat niin ikään olla osallisina taudin puhkeamisessa. Sairastuneen tietyt luonteenpiirteet, kuten täydellisyyden tavoittelu sekä itsetuntoon liittyvät ongelmat voivat myös olla osatekijöinä. (Huttunen 2015a.)

Ahmimishäiriö oireilee usein aaltoilevasti tai jaksottaisesti. Osittain tästä syystä ennuste ei ole kovin hyvä. Vain noin 45-55 prosenttia sairastuneista toipuu kokonaan ja suurella osalla tauti jatkuu jaksottain, osalla jatkuvana. Ahmimishäiriö lisää myös kuolleisuuden riskiä muuhun saman ikäluokan edustajiin lähes kolminkertaiseksi. Riskiä lisäävät myös muut psykiatriset liitännäissairaudet, kuten masennus, sekä matala BMI. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

### **3.1.2 Epätyypilliset syömishäiriöt**

Yleisemmin tunnettujen syömishäiriöiden (laihuushäiriö, ahmimishäiriö) lisäksi voidaan tunnistaa poikkeavaa syömiskäyttäytymistä sisältävien epätyypillisten syömishäiriöiden joukko. Epätyypillistä syömishäiriötä tarkoitetaan, kun syömistottumukset ovat selkeästi normaalista poikkeavia, ja sisältävät pakonomaista käytöstä, mutta esimerkiksi laihuushäiriön ja ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty. Nämä syömishäiriöt voivat vaikeusasteeltaan olla lievistä oirehdinnasta henkeä uhkaavaan käyttäytymiseen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 23.) Epätyypillisten syömishäiriöiden

joukosta on tähän mennessä erotettu epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1), epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3) sekä viimeisimpänä ahmintahäiriö BED (F50.8 muu syömishäiriö) (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014). Näiden syömishäiriöiden kirjon ollessa hyvin laaja ja oirekuvan toisistaan vaihteleva, voidaan odottaa myös muiden aladiagnoosien tunnistamista tulevaisuudessa (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman nuorten aikuisten terveys ja psyykkinen hyvinvointi –tutkimuksen mukaan epätyypillisten syömishäiriöiden osuus syömishäiriötä sairastavista oli kolmasosa sekä elämänaikainen esiintyvyys Suomessa 2,0 prosenttia (Suokas 2015; THL 2014). Nuorista naisista kliinisesti merkittävää epätyypillistä syömishäiriötä sairastaa Suomessa ainakin 2,9 prosenttia (Keski-Rahkonen 2010, 2209).

### **3.1.3 BED (binge eating disorder)**

BED eli suomennettuna lihavan ahmimishäiriö tai ahmintahäiriö on diagnoosina varsin tuore, mutta sairautena jo pidempään tunnettu. Sen voidaan katsoa olevan yleisin syömishäiriö, ja sitä ilmenee 2-3 prosentilla aikuisista. (Mustajoki 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.) Tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 ei erittele BEDiä muista epätyypillisistä syömishäiriöistä, mutta yhdysvaltalainen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders) mainitsee sen omana diagnoosinaan (Suokas & Rissanen 2014b).

Syömishäiriöiden ilmaantuvuus on yleensä korkeimmillaan 15-24 vuoden iässä (Pyökäri ym. 2011, 24), mutta BEDin vuoksi hoidon piiriin hakeutuva on tyypillisesti keski-ikäinen mies tai nainen. Hoitoon hakeutumisen syynä on yleensä ylipaino, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt tai joku lihavuuden liitännäissairaus. (Suokas & Rissanen 2014b.) BEDiin sairautena liittyy vähintään kaksi kertaa viikossa ilmenevää ahmimista, joka on jatkunut useiden kuukausien ajan (Mustajoki 2015). DSM-5 mukaan BEDin kriteeristöön kuuluu toistuvia ahmintajaksoja, joihin liittyy suuret ruokamäärät sekä syömiseen liittyvä hallinnan menettämisen tunne (Suokas & Rissanen 2014b). Lisäksi sairastuneella ilmenee masentuneisuutta, itsensä halveksuntaa, ahminnan salaamista muilta tai huomattavan suurta syömisnopeutta tai useita näistä oireista (Mustajoki 2015).

### 3.1.4 Syömishäiriöiden hoito

Syömishäiriöiden kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kolme pääteemaa jotka ovat lääkehoito, ravitsemushoito sekä terapeutinen hoito. Hoito pyritään aloittamaan somaattisen tilan korjaamisesta, jonka jälkeen voidaan siirtyä psyykkisen tilan korjaamiseen esimerkiksi erilaisten terapioiden avulla. (Eklund 2012, 21.) BEDin hoitoon ei ole vielä vakiintuneita käytänteitä, mutta ensisijaisena tavoitteena voidaan pitää säännöllisen syömis-käyttäytymisen saavuttamista. Hoidossa voidaan yhdistää ryhmähoitoja, psykoterapiaa sekä lääkehoitoa, mutta psyykkisen tilan parantamisen lisäksi tulee ottaa huomioon myös painonhallinta pitkällä tähtäimellä. (Suokas & Rissanen 2014b.) Yleensä syömishäiriöitä pyritään hoitamaan avohoidossa. Siihen voi kuitenkin sisältyä hoitajaksoja päiväsairaa-lassa tai osastolla. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

Lääkehoito voi olla osana syömishäiriöiden hoitoa. Erityisesti jos syömishäiriöstä kärsivä sairastaa jotain muuta psyykkistä sairautta, esimerkiksi masennusta, voi sen hoitaminen lääkkeillä vähentää myös syömishäiriöoireita. Tehokkaammaksi tämä on tutkimuksissa todettu erilaisista ahmimishäiriöistä kärsivien potilaiden, kuin laihuushäiriötä sairastavien hoidossa. (Huttunen 2015b.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on saavuttaa potilaan normaalipaino ja normalisoida syö-miskäyttäytyminen. Potilaan ollessa vielä kasvuiässä, tärkeää on myös turvata normaali kasvu ja kehittyminen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 21.) Säännöllinen, mo-nipuolinen ja riittävä syöminen ovat ravitsemushoidon kulmakiviä. Tarkalla kaloreiden laskemisella ei nähdä olevan suurta hyötyä. Myöskään päivittäisiä punnituksia ei suosi-tella, koska ne voivat vain aiheuttaa potilaalle liiallista itsensä tarkkailua. Ruokapäiväkir-jan pitäminen voi auttaa, erityisesti ahmimishäiriöistä kärsiviä potilaita. Olennaista kui-tenkin on pitkän tähtäimen hoito, jossa tavoitteena ovat terveet syömistottumukset ja ke-honkuva. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.)

## 3.2 Oppimateriaali

Oppimateriaalin tarkoitus on tukea oppimista, ja havainnollistaa opetusta. Sen tehtävänä on myös kannustaa itsenäiseen ajatteluun, ja tämän vuoksi kulloinkin käytettävän oppi-

materiaalityypin valinta tulisi suunnitella hyvin kohderyhmä huomioiden. Erilaisia oppimateriaaleja ovat esimerkiksi kirjat ja artikkelit, luentomonisteet tai opiskelijoiden itse tuottama sisältö. Saatavilla olevan oppimateriaalin suuri määrä ei ole niin keskeistä kuin sen laadullinen sisältö. Laadukas oppimateriaali on kohderyhmälle sekä oppimistavoitteisiin soveltuva, helposti saatavilla sekä oppimista tukeva. Sisällön on oltava ajantasaista ja luotettavaa sekä asiaankuuluvaa. Esitystavaltaan materiaalin tulee olla selkeää ja jäseneltyä sekä monipuolista. (Alaoutinen ym. 2009, 22.)

2010 –luvulla verkko-opetus on yleistynyt kaikilla koulutusasteilla sekä –aloilla (Hiltunen 2012, 37). Verkko-oppimateriaaliin pätevät samat laatuksiteerit kuin muuhunkin oppimateriaaliin. Lisäksi siihen liittyy kuitenkin erityispiirteitä kuten päivitettävyys sekä mahdollisuus vuorovaikutteiseen sekä yhteisölliseen oppimiseen. Verkossa olevalla materiaalilla voidaan myös mahdollistaa parempi saatavuus kuin perinteisillä julkaisuilla, ja sen levitettävyys ei ole sidottu maantieteellisiin rajoihin. (Opetushallitus 2006, 9.)

Kuten perinteinen kontaktiopetus, myös verkko-opetus tarjoaa vaihtoehtoja käytettävien opetusmenetelmien suhteen. Materiaalit voivat olla rinnasteisia painettuihin julkaisuihin, kuten verkossa saatavilla olevat kirjat tai luentomonisteet, mutta myös kokonaisen kursien järjestäminen verkossa on mahdollista. Tämä tarjoaa mahdollisuuden yhdistää etäopetuksen ja yhteisöllisen oppimisen, ja luo näin joustavuutta opetuksen järjestäjän sekä kohderyhmän näkökulmista. (Opetushallitus 2006, 9–10.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö voidaan toteuttaa esimerkiksi tutkimuksellisenä tai toiminnallisena. Nämä kaksi tapaa ovat osittain toistensa kaltaisia sisältäessään tietoperustaa, menetelmiä, materiaaleja ja aineistoja sekä valmiin tuotoksen tai tulokset. Myös opinnäytetyön prosessissa aina aihevalinnasta arviointiin voidaan nähdä samankaltaisuutta. Keskeisin ero kuitenkin tutkimuksellisen ja toiminnan kehittämiseen perustuvan toiminnallisen opinnäytetyön välillä on itse lopputuloksessa. Toiminnallisen opinnäytteen lopputuloksena on tuotos, kun taas tutkimuksellisessa on tarkoitus tuottaa uutta tietoa tulosten ja tutkimusraportin muodossa. (Salonen 2013, 5–6.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi esite, opas tai ohjeistus, leiri tai toimintapäivä. Tuloksena voi myös syntyä prosessikuvaus, perehdyttämisorpas, toimintamalli tai laatukäsikirja tai jotain muuta konkreettista. (Salonen 2013, 19, 25–26). Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu kuitenkin olennaisena osana itse tuotoksen sekä työprosessin raportointi. Raportointi tulee toteuttaa tutkimusviestinnän keinoin, ja sen tarkoitus on kuvata mitä, miksi ja miten on tehty, miten prosessi on edennyt sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Raportointia voidaan kuvata myös kokonaiskuvauksena kehittämistoiminnan ymmärtämisestä, alakohtaisesta ammatillisuudesta, korkeakoulutuksen innovatiivisuudesta ja tekijän omasta oppineisuudesta (Salonen 2013, 25).

Ammattikorkeakoulussa toteutettava toiminnallinen opinnäytetyö on käytännön toiminnan ja sen raportoinnin yhdistelmä (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Opinnäytetyöraportin tulee täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset, eli sen tulee olla argumentoivaa, kriittistä, analysoivaa sekä sen tulee olla sidoksissa valittuun viitekehykseen sekä tietoperustaan. Raportin tulisi olla koulutusalan näkökulmasta perusteltu, loogisesti jäsennelty tekstikonaisuus. (Vilka & Airaksinen 2004, 7.) Vaikka pääpaino onkin käytännön tuotoksessa, joka voi olla siis esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu opas tai ohjeistus, sen pohjalle täytyy tehdä huolellinen selvitys ja hankkia laajasti teoriapohjaa. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulisi lähtökohtina olla työelämän sekä käytännön luomat

tarpeet. Työ tulisi toteuttaa tutkimuksellisella asenteella sekä riittävällä tasolla osoittaa alan tietoja ja taitoja. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Olemme toteuttaneet työn toiminnallisena opinnäytetyönä, koska tarkoitus oli tuottaa oppimateriaali. Oppimateriaalin sisältö on muodostettu kirjallisuuskatsauksen avulla saaduista tuloksista. Raportissa olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyöprosessin ja saamamme tulokset mahdollisimman selkeästi ja tarkasti.

Tavoitteenamme oli tuottaa itseopiskeluun kannustavaa ja innostavaa oppimateriaalia. Koska kohderyhmämme on sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijat, halusimme valita oppimateriaalityypiksi elektronisessa muodossa tarjottavan tietopaketin aiheesta. Työelämätahon toiveena oli, että tuotos on perinteisestä PowerPoint-esityksestä poikkeava, ja tämän koimme myös itse mielekkääksi. Vaihtoehtoja puntaroidessamme otimme huomioon tietoteknisten taitojemme rajallisuuden, ja suljimme näin pois vaativimmat tekniset toteutusmahdollisuudet. Päätökseemme käyttää Prezi-ohjelmaa vaikutti sen tuoma mahdollisuus esittää tietoa uudella ja kiinnostavalla tavalla. Koimme ohjelmanhelppokäyttöiseksi esityksen tekijöille ja käyttäjille.

## **4.2 Aineistonkeruu ja -analysointi**

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan järjestelmällistä ja kriittistä kirjallisuuden keräämistä ja analysointia määritettyjen tutkimuskysymysten avulla. Sen avulla selvitetään myös, mistä näkökulmista, ja miten asiaa on aiemmin tutkittu. Katsaus luo tutkimukselle teoreettisen perustan. (Stolt & Routasalo 2007, 58.) Kirjallisuuskatsauksen avulla esitetään miten tehtävä katsaus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Se myös osoittaa minkä vuoksi kyseinen tutkimus on tärkeä, ja miten se täydentää aiemmin samasta aiheesta tehtyjä tutkimuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 258–260.)

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään vain suoraan tutkimusaiheeseen liittyvä materiaali, ja kriittisyys sen valinnassa on tärkeää. Tutkimustietoa eriteltäessä valintojen tulee perustua alussa määritettyihin tavoitteisiin ja tutkimuskysymyksiin. Lähteiden valinnassa ja niiden referoinnissa ja tulkinnassa on oltava huolellinen, rehellinen ja puolueeton. Tähän

sisältyy myös lähteissä mahdollisten ilmenevien ristiriitojen tai näkemuserojen esille tuominen. (Hirsjärvi ym. 200, 259–260.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menetelmää, jossa tutkimusaineisto kerätään jo tutkitusta tiedosta. Kerätystä aineistosta eritellään omaa tutkimusta koskeva olennainen tieto. Sisällönanalyysin tavoitteena on uudistaa teoreettista käsitystä tai mallia tutkittavasta asiasta tai toiminta- ja ajattelutapojen ymmärtäminen ja uudistaminen. Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiin kuuluu tutkimusaineiston pelkistäminen, mikä tarkoittaa tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaisen informaation poistamista kuitenkin karsimatta olennaista tietoa. Tämä tapahtuu tiivistämällä ja pilkkomalla tutkittava aineisto osiin. (Vilka 2015, 163–171; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta tai kehittämisen kohteena olevasta aiheesta. Tämän avulla voidaan muodostaa luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Opinnäytetyössä aineistokeruu on toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku on toteutettu käyttämällä elektronisia tietokantoja sekä selaamalla manuaalisesti sosiaali- ja terveysalan julkaisuja ja kirjallisuutta. Haussa käytettiin hakusanoina ”binge eating disorder”, ”mental health” ja ”nursing” ja haku toteutettiin CINAHL- ja PubMed tietokannoista. Tietokantojen valintaan vaikutti käytettävyys, kansainvälisyys ja tieteellisten lähteiden monipuolisuus. Kotimaisen aineiston Medic-tietokannasta ei löytynyt opinnäytetyön tehtäviä koskevaa tietoa, joten sitä ei käytetty. Aineistoon sisällytettiin myös aihepiiriä koskevat Käypä hoito –suositukset. Lisäksi teimme tiedonhakua Terveysportista, Terveyskirjastosta sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöjen internet-sivuilta. Lähdeaineisto rajattiin koskemaan vuonna 2005 tai sen jälkeen julkaistua aineistoa.

Aloimme käydä läpi tietokannoista saatuja hakutuloksia, ja valitsimme jatkokäsittelyyn nopean katsauksen avulla opinnäytetyön aiheeseen liittyvän materiaalin, artikkeleita kertyi yhteensä 31 kappaletta. Tässä vaiheessa hyödynsimme erityisesti hakutulosten tiivistelmä- ja tulososioita. Kun olimme saaneet muodostettua yleiskatsauksen aiheeseen liittyvästä lähdemateriaalista, aloimme kääntää valikoituja tutkimuksia. Tässä vaiheessa muodostui tarkempi käsitys tuloksiin sisällytettävistä osioista. Käännöstyön jälkeen yhdistimme eri lähteistä saadut tiedot, ja kirjassimme ne tulososioon. Teimme vielä tämän jälkeen yksilöidämpää tiedonhakua osioihin, jotka vaativat tarkennusta.

Aineiston analysointivaiheessa käytettävän materiaalin rajaus määräytyi opinnäytetyön tehtävien mukaan. Jätimme pois julkaisut, jotka koskivat pääasiassa jotain muuta syömis-häiriötä tai vain ahmimiskäyttäytymistä tai tunnesyömistä ilman todettavissa olevaa BE-Dia. Lähdeaineistosta rajasimme lisäksi pois laihdutusleikkauksia koskevat tutkimukset osana BEDin hoitoa, koska työmme tarkoituksena on tuottaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin soveltuvaa oppimateriaalia.



## 5 TULOKSET

### 5.1 BED

BED on yleisin epätyypillisistä syömishäiriöistä (Mustajoki 2015). Se on lisätty DSM-tautiluokituksen vuonna 2013 kun luokituksen uusin versio DSM-5 otettiin käyttöön ja näin ollen varsin tuore muista epätyypillisistä syömishäiriöistä erotettuna sairautena (Suokas & Rissanen 2014b).

#### 5.1.1 Esiintyvyys ja altistavat tekijät

BEDin esiintyvyyden on arvioitu olevan 1,9-3,0 prosenttia (Stice, Marti & Rohde 2013, 445; Kessler ym. 2013, 907), mutta tarkkaa lukemaa ei ole voitu osoittaa. Amerikassa tehdyn väestötutkimuksen mukaan esiintyvyys naisilla on 3,5 prosenttia ja miehillä 2,0 prosenttia (Hudson, Hiripi, Pope, Kessler 2007, 348). DSM-5 –luokituksen muutoksilla BEDin diagnostisiin kriteereihin on ollut vaikutusta myös esiintyvyyden määrään arviointiin (Kessler ym. 2013, 911). Suomessa esiintyvyyden on arvioitu olevan noin 2-3 prosenttia. (Pyökäri ym. 2011, 1649).

Perinnöllisillä tekijöillä on tutkimusten mukaan vähintään kohtalainen merkitys BEDin puhkeamisessa. BEDiä sairastavan ensimmäisen asteen sukulaisella riski on jopa kaksinkertainen muuhun väestöön verrattaessa. Yleisesti syömishäiriöitä sairastavien lähisukulaisilla on todettu enemmän psykiatrista sairastuvuutta sekä korostuneita persoonallisuuden piirteitä kuin muilla. (Raevuori 2013, 2127.) BEDiä sairastavilla on todettu myös korostuneen negatiivisia käsityksiä itsestä, yleistä psyykkistä haavoittuvuutta sekä tavallista huonompi impulssikontrolli. Taustalla on usein myös lapsuuden aikaisia huonoja kokemuksia ja läheisten epäsuotuisia kommentteja painosta. (Pyökäri ym. 2011, 1649-50; Mustajoki 2016.) Sairauden puhkeamisessa myös raskauden on havaittu olevan riskitekijä (Pyökäri ym. 2011, 1649).

### 5.1.2 Diagnosointi ja tunnistaminen

BEDin diagnostisiin kriteereihin DSM-5 –tautiluokituksen mukaan luetaan vähintään kerran viikossa toistuvat, hallitsemattomat ahmimiskohtaukset joita ilmenee kolmen kuukauden ajan. Ahmimiskohtauksien yhteydessä ilmenee epätavallisen suurta syömisnopeutta, tarpeettoman suurien ruokamäärien nauttimista, syömisen jatkamista kylläisyyden tunteen jälkeen, yksinsyömistä ruokamääristä aiheutuvan häpeäntunteen vuoksi, tai kohtauksien jälkeen ilmenee itseinhon sekä syyllisyyden tunteita. Ahmintaoireisiin liittyy lisäksi voimakasta ahdistuneisuutta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014, taulukko 1.)

TAULUKKO 1. BEDin diagnostiset kriteerit DSM-5 –tautiluokituksen mukaan (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014).

A	Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä, jotka selvästi ylittävät muiden syömis määrät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai hänellä on tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään
B	Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilas syö epätavallisen nopeasti.</li> <li>- Potilas syö, kunnes hän tuntee olonsa epämukavan täydeksi.</li> <li>- Potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen.</li> <li>- Potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä.</li> <li>- Ylensyöntiä seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys.</li> </ul>
C	Ahmintaoireeseen liittyy voimakasta ahdistuneisuutta.
D	Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

Syömishäiriöitä diagnosoitaessa somaattinen tutkimus on erotusdiagnostisesti merkittävää, jotta voidaan poissulkea somaattiset sairaudet. Tämän avulla voidaan myös valita mahdollisimman tarkoituksenmukaiset hoitolinjat. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015, 1741.) Kliininen tutkimus pitää sisällään ravitsemustilan huolellisen arvioinnin, jossa karotetaan myös syömisikäytymistä sekä painohistoriaa nykytilan lisäksi. Kliinisen tutkimuksen tueksi otetaan harkinnan mukaan erilaisia laboratoriotestejä, kuten pieni verenkuva (PVK), elektrolyyttitasapainosta kertovia kokeita (Na, K, CL, Ca, Pi), kilpirauhasarvot (S-TSH, T4V, T3V), maksa-, haima- ja munuaisarvot (S-ALAT, P-Amyl, S-Krea), paastoverensokeri (fB-Gluk) ja/tai EKG. (Hätönen 2009; Suokas & Rissanen

2014.) Lisäksi voidaan määrätä otettavaksi yksilöidymiä laboratoriotutkimuksia. Esimerkiksi BEDia diagnosoitaessa olennaista on mittauttaa tutkittavalta rasva-arvot (fP-Kol, fP-kol-LDL, fP-kol-HDL sekä fP-Trigly). (Suokas & Rissanen 2014b)

Syömiskäyttäytymisen sekä senhetkisen ruokavalion arvioinnissa apuna voidaan käyttää esimerkiksi ruoka-, ahminta- tai ateriarytmipäiväkirjaa (Hätönen 2009; Suokas & Rissanen, 2014c). Päiväkirja voi myös toimia hoidon edetessä lisäkeinona tilanteen kohentamisen arvioinnissa (Suokas & Rissanen 2014b). Arvioitaessa syömishäiriön vaikeusastetta tai laatua voidaan käyttää erilaisia itse täytettäviä standardoituja kyselyjä, kuten EDI (eating disorder inventory), EDE-Q (eating disorder examination questionnaire) tai BITE (bulimic investigating test Edinburgh) (Hätönen 2009; Suokas & Rissanen 2014c). Eri-tyisesti ahmintahäiriön seulontaan ylipainoisille on kehitetty oma mittarinsa, josta käytetään lyhennettä BES (binge eating scale). Se koostuu 16:sta kysymyksestä ja vastausten kokonaispistemäärä korreloi ahmimistaipumuksen vakavuuden kanssa (Kärkkäinen 2012, 38).

Syömishäiriöiden tunnistamisessa perusterveydenhuollolla on tärkeä tehtävä. Seulontamenetelmänä on mahdollisuus käyttää esimerkiksi viisi kysymystä sisältävää SCOFF – syömishäiriöseulaa (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food), jonka avulla voidaan selvittää mahdollinen jatkotutkimustarve. (Hautala, Alin, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006, 2137-38; Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014.) Varsinaisen diagnoosin tekemiseen vaaditaan tarkempi somaattinen sekä psykiatrinen tutkimus. SCOFF-seula on kehitetty Englannissa 1990-luvulla erityisesti perusterveydenhuollon käyttöön (Hautala ym. 2006, 2137). SCOFF koostuu viidestä kysymyksestä, jotka perustuvat laihius- ja ahmimishäiriön keskeisiin diagnostisiin kriteereihin. Jokaisesta kyllä-vastauksesta annetaan yksi piste, ja kaikki vähintään kaksi pistettä saaneet voidaan katsoa kuuluviksi riskiryhmään syömishäiriöiden kannalta. (Suokas & Rissanen 2014c.) SCOFF on suunniteltu käytettäväksi normaali- ja alipainoisille (Hautala ym. 2006, 2137).

TAULUKKO 2 SCOFF-syömishäiriöseula (Suokas &amp; Rissanen 2014c)

1	Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2	Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää?
3	Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?
4	Uskotko olevasi lihava, vaikka olisit muiden mielestä laiha?
5	Hallitseeko ruoka mielestäsi elämäsi?
Pisteytys: 1 piste jokaisesta kyllä-vastauksesta. Summapistemäärä 2–5 viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää henkilön kanssa tarkemmin.	

### 5.1.3 Samanaikaissairastavuus

Sairaalloinen ylipaino on yksi suurimmista ja ilmeisimmistä BEDin seurauksista. Osittain myös tästä johtuvia somaattisia terveyshaittoja on sydän- ja verisuonisairaudet, tyypin II diabetes, väsymys ja uniapnea sekä nivelkivut. (NEDA n.d.) On havaittu, että BEDista kärsivien ylipainoisten energia-aineenvaihduntaa sekä ravinnonottoa säätelevän peptidihormoni leptiinin pitoisuudet ovat samalla tasolla kuin normaalipainoisella verrokkiryhmällä. Tämä johtaa siihen, että sairastuneen ravinnonoton säätely on häiriintynyt. (Pyökäri ym. 2011, 1650.) Lisäksi sairaudella on vaikutuksia myös psyykkiseen hyvinvointiin sekä elämänlaatuun. Häpeän ja syyllisyyden tunteet syömiskäyttäytymiseen liittyen ovat tavallisia ja häiriöön yhdistyy usein myös masennusoireita. (NEDA n.d.)

BEDiä sairastavilla on voitu havaita huomattavasti enemmän toimintakyvyn alentumista, emotionaalista stressiä sekä mielenterveyspalvelujen käyttöä verrattuna henkilöihin, joilla ei ole diagnosoitu BEDiä. (Stice ym. 2013, 451). Kesslerin ym. (2013) mukaan BEDin liitännäissairastavuuden voidaan arvioida olevan 79 prosenttia. BEDiä sairastavista henkilöistä 57,5 prosenttia oli saanut hoitoa emotionaalisiin ongelmiin (Kessler ym. 2013, 908-09). BEDiä sairastavat henkilöt arvioivat oman elämänlaatunsa alhaisemmaksi verrattuna henkilöihin jotka eivät sairasta BEDiä, ja psyykkistä oireilua esiintyy heistä 73,8 prosentilla. (Pyökäri ym. 2011, 1651).

BEDiä sairastavilla henkilöillä on esiintynyt lisäksi mielialahäiriöitä (26,1%), ahdistuneisuushäiriöitä (24,5%) sekä aiempaa päihteiden väärinkäyttöä tai riippuvuutta (24,8%).

Varhainen sairastumisikä sekä elämänaikainen suurempi BMI lisäävät riskiä BEDin liitännäissairastavuuteen. BEDiin liittyy vakavaa masennusta, dystymiaa (pitkäaikainen masentuneisuus), eroahdistusta sekä yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä. BEDia sairastavilla on 3 kertaa suurempi riski sairastua masennukseen. (Grilo, White & Masheb 2009, 228.)

Welchin ym. (2016) mukaan BEDin liitännäissairauksiin voidaan sisällyttää kaikki psyykkiset sairauden, poislukien skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö sekä autismi. Suurin esiintyvyys liitettynä BEDiin on muilla syömishäiriöillä, erityisesti ahmimishäiriöllä, vakavalla masennuksella ja kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä. Myös ahdistuneisuushäiriöllä sekä traumaperäisellä stressihäiriöllä (post traumatic stress disorder, PTSD) havaittiin yhteys BEDiin. BEDia sairastavilla itsemurhan yrittämisen riski oli myös selvästi kohonnut. (Welch ym. 2016)

## 5.2 Ravitsemushoito

BEDia sairastavan hoidossa yksi tärkeä osa-alue on ravitsemusohjaus. Sen tavoitteena on laihdutuskuurien lopettaminen, sairastuneen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen ja näiden kautta saavutettu pysyvä painonhallinta. (Suokas & Hätönen 2012, 498.) Valtaosa BEDiä sairastavista kärsii ylipainosta ja jopa 65 prosenttia on liikalihavia (Yager 2008, 4). Painonhallintakeinona voidaan yrittää liian vähäistä syömistä, joka johtaa nälkä- ja kylläisyysignaalien sekoittumiseen. Jatkuvat laihdutusyritykset voivat näin ylläpitää ahmintaoireilua, ja vaikeuttaa painonhallintaa entisestään. (Suokas & Hätönen 2012, 498.) Tärkeimpänä yksittäisenä hoitotoimenpiteenä BEDia sairastavan kohdalla voidaan pitää syömisrytmin säännöllistämistä ja laihdutuskuureilun lopettamista. Hallitusti tämä voidaan toteuttaa täsmäsyömisellä. (Mustajoki 2016.) Täsmäsyömisestä kuuluu säännöllinen ruokailurytmi (3-4 tunnin välein), riittävä energiansaanti (vähintään 1800 kilokaloria vuorokaudessa) ja monipuolinen ja salliva ruokavalio (Suokas & Hätönen 2012, 499).

### 5.3 BEDin lääkehoito

Koska BED on diagnoosinakin varsin tuore, ei sen hoitoa ja hoidon vaikuttavuutta ole ehditty laajasti vielä tutkia. Yhtä mieltä ollaan kuitenkin siitä, että hoidon tulee koostua psyykkisen ja fyysisen hoidon kokonaisuudesta. Ravitsemushoidon lisäksi hoidon kannalta tehokkaiksi on todettu erilaiset terapiamuodot ja lääkehoito (Drugs & Therapy Perspectives 2015, 196.)

Lääkehoito tulee yhdistää siis muihin tuki- ja hoitomuotoihin ja sisällyttää osaksi potilaan kokonaihoitoa (Drugs & Therapy Perspectives 2015, 196). Hoidon tavoitteena on ensisijaisesti vähentää ahmintaa. Sen lisäksi terveen painon saavuttaminen ja psyykkisen hyvinvoinnin koheneminen ovat tärkeitä. BEDia sairastaville potilaille on melko tyypillistä kärsiä samanaikaisesti masennusoireista ja omaan itseen liittyvistä negatiivisista tunteista. Näitä pyritään myös hoidon avulla vähentämään. (Brownley, Peat, La Via & Bulik 2014, 10, 23.)

BEDin lääkkeellisessä hoidossa on käytetty pääasiassa kolmenlaisia lääkeryhmiä; masennuslääkkeitä, epilepsialääkkeitä sekä lihavuuden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Näistä tehokkaimmaksi on tutkimusten mukaan todettu yleisemmin epilepsian hoitoon käytettävä topiramaatti, jonka on havaittu vähentävän ahmintaa sekä laskevan painoa. Masennusoireisiin sillä ei sen sijaan ole nähty vaikutusta. Joillakin lihavuuden hoitoon käytettävillä lääkkeillä on saatu hyviä tuloksia painon laskemisessa lyhyellä tähtäimellä, mutta muihin oireisiin niillä ei ole todettu olevan vaikutusta. Masennuslääkkeiden teho on niin ikään ollut kapeaa ja lyhytaikaista (Reas & Grilo 2014, 104-07.)

Haapasalo-Pesun (2015) mukaan Suomessa lääkehoidon painotus BEDin hoidossa on vähäinen. Lyhytaikaisessa käytössä joillakin lääkkeillä on saatu hyviä tuloksia, mutta niitä ei kuitenkaan suositella jatkuvaan käyttöön eikä rutiininomaisesti tarjottavaksi kaikille BEDia sairastaville potilaille (Haapasalo-Pesu 2015, 45). Yhdysvalloissa sen sijaan on lisensoitu ensimmäinen lääke BEDin hoitoon. Se on aikaisemmin AD/HD:n hoidossa enemmän käytetty lisdexamfetamine dimesylaatti ja sillä on aiemmin mainitun topiramaatin lisäksi todettu olevan eniten pitkäaikaisia hyötyjä BEDin hoidossa. (Drugs & Therapy Perspectives 2015, 197.)

## 5.4 Terapeuttiset hoitomenetelmät

Vell-Zarbin ym. (2015) mukaan motivaatiota lisäävän terapian (MET, motivational enhancement therapy) yhdistäminen itsehoitoon on todettu vaikuttavan suotuisasti muutosvalmiuteen sekä ahmimisesta pidättäytymiseen verrattuna pelkkään itsehoitoon. Vastavasti motivoiva haastattelu itsehoidon lisänä paransi itseluottamusta, itsetuntoa sekä elämänlaatua ja kohensi mielialaa. Tutkittaessa psykoedukaation ja itsehoidon yhdistämistä verrattuna motivoivan haastattelun ja itsehoidon yhdistelmään, ei voitu todeta merkittäviä eroavaisuuksia ahmimiskäyttäytymisen muuttumisessa. Motivoiva haastattelu-itsehoito – yhdistelmän lisäsi muutosvalmiutta ja pystyvyyden tunnetta, toisin kuin psykoterapia-itsehoito. Molempien hoitomuotojen kohdalla todettiin merkittävää parannusta syömishäiriöoireiluun liittyen. (Vell-Zarb, Mills, Westra, Carter & Keating 2015, 331.)

BEDin hoidossa verkkopohjaisen kognitiivis-behavioralisen terapian (KBT) on voitu todeta vaikuttavan syömishäiriön psykopatologiaan. Hoitomuodon on todettu parantavan fyysistä ja psyykkistä terveyttä, itsetuntoa, elämänlaatua sekä sosiaalisuutta sekä vähentävän tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan. (Huurne ym. 2015, 2.)

Kognitiivis-behavioralinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ja interpersonaalinen psykoterapia (IPT) on todettu tehokkaiksi hoitumuodoiksi ahmintaoireilun sekä psykopatologisten liitännäisoireiden ilmenemisen vähentymiseen. Painonpudotuksen suhteen niillä ei ole saavutettu merkittävää hyötyä. (Safer, Robinson & Jo 2010, 116–17; Hilbert, Bishop, Stein, Tanofsky-Kraff & Swenson 2012, 237–38.) Meskasen (2014) mukaan Saferin ym. (2010) edellä mainitun tutkimuksen tulokset ovat hyvin sovellettavissa myös suomalaisen väestöön.

Kognitiivis-behavioralinen terapia on todettu hyödyllisemmäksi terapiamuodoksi lyhyellä aikavälillä, mutta myös interpersonaalisella psykoterapialla voidaan saavuttaa vastaavia tai parempia tuloksia pidemmän ajanjakson kuluessa. Molemmissa terapiamuodoissa on havaittu aikaisen vasteen ennustavan hyvin toipumista. (Eklund 2012, 59.)

Koska BEDiin kuuluu keskeisinä elementteinä huoli painosta ja ulkomuodosta, tyytymättömyys omaa kehoa kohtaan sekä liikunnan vähäisyys, potilaat kokevat parantuvan itsetunnon sekä mielialan hoitonsa kulmakiviksi. Tämän johdosta fysioterapia voisi olla mie-

lenkiintoinen lisä BEDin hoidossa. Tutkimuksessa todettiin, että BEDia sairastavien naisten liikunta yksin tai yhdistettynä kognitiivis-behavioraliseen terapiaan vähensi ahmimiskäyttäytymistä. Tämän katsottiin voivan johtua liikunnan tuomasta ajanvietteestä, joka näin ollen vähentää myös masennusoireiden ilmenemistä. Myös fyysisen aktiivisuuden todettiin ehkäisevän ahmimiskäyttäytymiseltä ahdistuksen ilmetessä. (Vancampfort 2013, 2192-93.)

## **5.5 Oppimateriaalin kriteerit**

Opetuksessa käytettävän materiaalin valinnassa tulisi huomioida oppijan näkökulma. Heinosen (2005) tutkimuksen mukaan opettajat kokevat oppimateriaalin tärkeimmiksi ominaisuuksiksi kiinnostavuuden, havainnollistavuuden sekä motivaation herättämisen ja ylläpidon. Hyvän oppimateriaalin tunnusmerkkejä ajateltiin myös olevan mahdollisuus materiaalin eriyttämiseen ja oppijoiden käsityskyvyn sekä ajatusmallien kehittämiseen. (Heinonen 2005, 126–27)

Lahden, Hätösen ja Välimäen (2014) katsauksessa on osoitettu, että hoitotyön opetuksessa verkko-opetuksen sekä lähiopetuksen vaikuttavuutta verrattaessa verkko-opetuksella voidaan saavuttaa saman tasoisia tuloksia. Tutkimuksessa käsiteltiin erityisesti tiedollisten ja taidollisten kykyjen oppimista sekä tyytyväisyyttä opetukseen. Verkko-opetusta voidaan tutkimuksen mukaan pitää hyvänä vaihtoehtona perinteisille opetusmenetelmille, mutta sen ei voida katsoa olevan kontaktiopetusta parempi menetelmä. Verkko-opetusta koskevat samat säännöt kuin muitakin opetusmenetelmiä, ja menetelmän valinta tulee perustua hyödynnettävyyteen suhteessa kohderyhmän tarpeisiin. (Lahti ym. 2014, 136–37, 143.)



## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessiin kuuluu olennaisena osana tutkimusetiikan noudattaminen (Vilkkä 2015, 41). Jo aihetta valitessa tulee vastaan valinta esimerkiksi itselle helposti toteutettavan tai yhteiskunnallisesti merkittävän välillä (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25). Ennen tarkempaa perehtymistä aiheeseen on haettava tarvittavat tutkimusluvut yhteistyötahoilta. Tässä vaiheessa tulee sopia mahdolliset tekijänoikeuksiin liittyvät asiat ja kaikkien osapuolten vastuut ja velvollisuudet. Tulosten käyttöoikeuksista on myös hyvä sopia tässä vaiheessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012, 6.)

Aihevalinta perustui tekijöiden omaan kiinnostukseen sekä työelämätahon (Tampereen ammattikorkeakoulu) esittämään tarpeeseen. Aiheita tarkasteltaessa erityisesti syömishäiriöitä koskevat aiheet herättivät kiinnostusta. Valmiista aiheista ei löytynyt soveltuvaa, jolloin oman aiheen mahdollisuus oli otettava huomioon. Tässä vaiheessa työelämätaho tarjosi BEDiin liittyvän itseopiskelumateriaalin tuottamista aiheeksi, ja koimme sen itsellemme mieluisaksi. Materiaalille on tarvetta koska lähiopetuksessa ei ole käytännössä aikaa keskittyä yksittäisten syömishäiriöiden hoitoon ja BEDin tuntemus on sen yleisyyden vuoksi tärkeää. Myös BEDin tunnustaminen omana diagnoosinaan lisää tunnistamisen tärkeyttä. Tapasimme työelämätahon ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa yhteisessä palaverissa lokakuussa 2015, jolloin sovimme tekijänoikeuksiin ja valmiin materiaalin käyttöoikeuksiin liittyvistä asioista. Opinnäytetyölupa on haettu ja saatu Tampereen ammattikorkeakoululta.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimusta tehdessä tiedonhankintamenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Lähteitä käytettäessä tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja merkitä viitteet asianmukaisesti sekä tunnustaa niiden arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa. Tutkimus tulee myös raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012, 6.)

Tiedonhaku on suoritettu tieteellisiä artikkeleita sisältävistä, yleisesti alalla käytössä olevista kansainvälisistä ja kotimaisista tietokannoista. Lähdemateriaaliin sisällytettiin myös

Käypä hoito – suosituksia niiden sisältämän näyttöön perustuvan tiedon luotettavuuden vuoksi. Pyrimme tekemään monipuolista tiedonhakuja näistä alaan liittyvistä lähteistä. Rajasimme hakutulokset koskemaan vuonna 2005 ja sen jälkeen julkaistua aineistoa koska aiheeseen liittyvä tieto lisääntyy ja hoitomenetelmät muuttuvat uusien tutkimusten myötä eikä työmme kannalta ollut tarkoituksenmukaista perehtyä vanhempiin tutkimuksiin. Osa hoitomuotoihin liittyvästä lähdemateriaalista ei ollut saatavilla asetetun aikavälin sisällä, joten niiden osalta tieto jäi vähäiseksi.

Tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu avoimuus ja vastuullisuus. Myös yleisen huolellisuuden, rehellisyyden ja tutkimustyöhön liittyvän tarkkuuden katsotaan olevan tiedeyhteisössä tunnustettuja toimintatapoja. Samat periaatteet koskevat myös tulosten tallentamista ja esittämistä sekä niiden arviointia. Mahdolliset rahoituslähteet ja merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa tutkimukseen osallistuville ja muille asianosaisille ja ne raportoidaan tutkimuksen tulosten julkaisemisen yhteydessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012, 6.)

Opinnäytetyömme tulokset ovat muodostuneet kirjallisuuskatsauksen kautta. Tuloksissa käytetyt lähteet on valittu niiden soveltavuuden, ajankohtaisuuden sekä yleistettävyyden vuoksi. Tuloksissa käytetty kansainvälinen lähdeaineisto lisää ajankohtaisuutta mutta voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen koska muualla tehdyt tutkimukset eivät aina ole suoraan sovellettavissa suomalaiseen väestöön. Myös käännettäessä lähdemateriaalia englannista suomeksi luotettavuus voi kärsiä hieman. Luotettavuuteen vaikuttaa lisäävästi se, että opinnäytetyön tekijöitä on kaksi. Tuloksissa keskityimme erityisesti mielenterveys-hoitotyön näkökulmaan, kuten työelämätahton kanssa oli sovittu. Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista olemme vastanneet itse.

## **6.2 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoihin ammattiopintoihin itseopiskelumateriaalia BEDista. Kirjallisuuskatsauksen avulla tavoiteltiin vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Opinnäytetyön tehtäväksi oli määritetty mikä on BED, miten sitä hoidetaan sekä millainen on hyvä itseopiskelumateriaali.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat BEDin olevan yleisin syömishäiriö. Tästä huolimatta vakiintuneet hoitolinjaukset ja –käytännöt sen osalta puuttuvat. Syömishäiriöiden hoitolinjaukset ja –ohjeet ovat yleensä rajautuneet koskemaan pääosin laihuushäiriötä tai ahmimishäiriötä, ja niitä ei sellaisenaan voi käyttää BEDin hoidossa. Tulosten avulla voitiin havaita, että BEDista ja sitä muistuttavista syömiseen liittyvistä häiriötiloista on tehty tutkimuksia ja tietoa on paljon saatavilla, mutta sairauden hoidon suunnittelussa käytettävä tieto tulee valikoida harkitusti. Kotimaista tutkimustietoa BEDista ei ole vielä juuri-kaan, ja tämä voi osaksi selittyä sillä, että se on vasta hiljattain lisätty DSM-5-luokitukseen ja puuttuu edelleen ICD-10 –tautiluokituksesta eriteltyinä muista epätyypillisistä syömishäiriöistä.

BEDin lisääminen DSM-5 –tautiluokitukseen erilliseksi diagnoosiksi, sekä siihen liittyvien kriteerien tarkentaminen on edesauttanut ja selkeyttänyt sairauden tunnistamista. Syömishäiriöiden seulonnassa käytetään SCOFF- syömishäiriöseulaa (Suokas & Rissanen 2014c). Se ei kuitenkaan sovellu BEDin seulontaan kovin hyvin, koska sen valtaosa sen sisältämistä kysymyksistä liittyy laihuushäiriölle tai ahmimishäiriölle tyypillisiin oireisiin. Ensivaiheen seulonnassa se riittää kuitenkin herättämään huolen häiriintyneestä syömisikäyttäytymisestä. Erityisesti BEDin seulonnassa avuksi on kehitetty syömistapa- kysely BES (binge eating scale), jolla kartoitetaan ahmimistaipumusta. Molemmat seu- lontakyselyt ovat käyttökelpoisia välineitä perusterveydenhuollossa tehtävään ensivai- heen tunnistamiseen, mutta vaativat lisätutkimuksia rinnalle sairauden diagnosoimiseksi.

Näiden tietojen perusteella opinnäytetyön tuotokseen on valittu mielenterveys- ja päihde- hoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opiskelijoille soveltuva aineisto. Aineistoon on sisällytetty tärkeimmät BEDin tunnistamiseen ja diagnosointiin liittyvät välineet sekä tutkimukset. Materiaaliin on koottu lisäksi BEDiin liittyviä altistavia tekijöitä, samanai- kaissairastavuus sekä fyysiset vaikutukset. BEDin hoitoon liittyen on aineistoon kerätty tuloksista saatua tietoa erilaisista terapeuttisista hoitomenetelmistä, lääkehoidosta sekä ravitsemushoidosta.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksina olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka BEDin tunnistaminen toteutuu tällä hetkellä, erityisesti perusterveydenhuollon osalta. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää, millaisia muutoksia mahdollinen BEDin lisääminen erilliseksi diagnoosiksi valmisteilla olevaan ICD-11 –tautiluokitukseen tuo BEDin tunnistamiseen. Kehitysehdotuksena olisi vastaavan kaltaisen itseopiskelumateriaalin kehittäminen keskivaiheen opintoihin soveltuvaksi.

## LÄHTEET

- Alaoutinen, S., Bruce, T., Kuisma, M., Laihanen, E., Nurkka, A., Riekkö, K., Tervonen, A., Virkki-Hatakka T., Kotivirta S., Muukkonen, J. 2009. LUT:n opettajan laatuopas. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Luettu 8.12.2015.  
<http://www.lut.fi/documents/10633/29855/lut-opettajan-laatuopas.pdf/bc65885e-b71c-47f4-acc8-a7399c1b22e8>
- Brownley, K., Peat, C., La Via, M. & Bulik, C. 2014. Pharmacological approaches to the management of binge eating disorder. *Drugs*. 75, 9-32.
- Drugs & Therapy Perspectives*. 2015. Is there a clear winner in the pharmacological management of binge eating disorder? *Drugs & Therapy Perspectives*. 31, 196-200.
- Eklund, S. 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- El-Radhi, A.S. 2015. Appropriate care for children with eating disorders and obesity. *British Journal of Nursing* 24 (10), 518-522.
- Grilo, C., White, M. & Masheb, R. 2009. DSM-5 psychiatric disorder comorbidity and it's correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 42 (3), 228-34.
- Haapasalo-Pesu, K-M. 2015. Psychopharmacological management of binge eating disorder. *Psychiatria Fennica* 46, 45-54.
- Hautala, L., Alin, J., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seulonnassa. *Duodecim* 122, 2137-44.
- Heinonen, J-P. 2005. Opetussuunnitelmat vai oppimateriaalit. Peruskoulun opettajien käsityksiä opetussuunnitelmien ja oppimateriaalien merkityksestä opetuksessa. Helsingin yliopisto. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Tutkimus.
- Hiltunen, L. 2012. Verkko-opetuksen suunnittelun tehostaminen. *Tietojenkäsittelytiede* 4/2012, 34-53. Luettu 11.5.2016. Saatavilla <http://www.cse.tkk.fi/fi/tkt-lehti/a34/hiltunen.pdf>
- Hilbert, A., Bishop, M., Stein, R., Tanofsky-Kraff, M. & Swenson, A. 2012. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry* 200 (3), 232-37.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. 2007. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry* 61(3), 348-58.

- Huttunen, M. 2015a. Ahmimishäiriö (bulimia). Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 14.11.2015. Luettu 16.2.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00352](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352)
- Huttunen, M. 2015b. Syömishäiriöiden lääkehoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 27.11.2015. Luettu 14.5.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00083](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00083)
- Huurne, E., de Haan, H., Postel, M., van der Palen, J., VanDerNagel, J. & DeJong, C. 2015. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research 17(6), 2015. Julkaistu 18.06.2016. Luettu 08.08.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526949/>
- Hätönen, T. 2009. BED – syömishäiriökö? Binge eating disorder, tunnistaminen ja näkemyksiä hoitoon. Syömishäiriöliitto SYLI ry. [Powerpoint-esitys] Julkaistu 02.02.2009. Luettu 13.09.2016. <http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/BED-esitykset/SYLlibed-taina-hatonen.ppt>
- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt –ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126(18), 2209-14. Saatavilla [http://www.duodecim-lehti.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=duo99078#s3](http://www.duodecim-lehti.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=duo99078#s3)
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Duodecim.
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. & Xavier, M. 2013. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry. 73 (9), 904-14.
- Kärkkäinen, U. 2012. Syömiskäyttäytyminen, laihduttaminen ja painonhallinta. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro-gradu –tutkielma.
- Lahti, M., Hätönen, H. & Välimäki, M. 2014. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies 51, 136-49.
- Mustajoki, P. 2016. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Duodecim. Päivitetty 21.3.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00819](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819)
- Meskanen, K. 2014. Ryhmämuotoinen dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ahmintahäiriön hoidossa. Näytönastekatsaus. Julkaistu 25.8.2014. Duodecim.
- NEDA, The National Eating Disorders Association. N.d. Binge Eating Disorder. Luettu 31.5.2016. <https://www.nationaleatingdisorders.org/binge-eating-disorder>
- Opetushallitus. 2006. Verkko-opetusmateriaalin laatukriteerit. Työryhmän raportti 16.12.2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. *Lääkärilehti* 66 (20), 1649-1653.

Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Duodecim* 129 (2), 2126-32

Raevuori, A. & Keski-Rahkonen, A. 2007. Miesten syömishäiriöt ja tyytymättömyys lihaksistoonsa. *Duodecim*. 123(13), 1583-89.

Reas, D. & Grilo, C. 2014. Current and emerging drug treatments for binge eating disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs*. 19(1), 99–142.

Ruuska, J. & Kaltiala-Heino, R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Lääkärilehti* 70 (24), 1739-44.

Safer, D., Robinson, A. & Jo, B. 2010. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy* 41 (1), 106-20.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku.

Stice, E., Marti, N. & Rohde, E. 2013. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology* 122 (2), 445-57.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsoaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Sarja A51. Turku: Digipaino.

Suokas, J. 2015. Mitkä ovat tavallisimmat syömishäiriöt? Potilaan lääkäri. Julkaistu 15.8.2015. Luettu 10.5.2016. [http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/mita-ovat-tavallisimmat-syomishairiot/#.VzXwz\\_mLTIU](http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/mita-ovat-tavallisimmat-syomishairiot/#.VzXwz_mLTIU)

Suokas, J. & Hätönen, T. 2012. Miten voimme auttaa ahmijaa? *Duodecim* 128 (5), 497-502

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014a. Ahmimishäiriö – bulimia nervosa. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. *Duodecim*. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 13.5.2016. <http://www.oppi-portti.fi.elib.tamk.fi/op/pkr01302/do>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014b. Ahmintahäiriö - binge eating disorder, BED. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. *Duodecim*. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 13.5.2016. <http://www.oppi-portti.fi.elib.tamk.fi/op/pkr01303/do>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014c. Laihuushäiriö - anorexia nervosa. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. *Duodecim*.

Julkaistu 31.10.2014. Luettu 13.5.2016. <http://www.oppiportti.fi.elib.tamk.fi/op/pkr01301/do>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014d. Syömishäiriöt - ydinasiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Duodecim. Julkaistu 31.10.2014. Luettu 13.5.2016. <http://www.oppiportti.fi.elib.tamk.fi/op/pkr01300/do>

Syömishäiriöt. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 11.12.2014. Luettu 17.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Syömishäiriöt. Päivitetty 16.12.2014. Luettu 10.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.

Viljanen R., Larjosto M. & Palva-Alhola M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B., Pawaskar, M., Larsson, H. & Bulik, C. 2016. Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. BMC Psychiatry 16:163. Julkaistu 26.5.2016.

Yager, J. 2008. Binge eating disorder: the search for better treatments. American Journal of Psychiatry 165 (1), 4-6.