

Hanna-Mari Käsälä

KARTOITUS OPETTAJIEN SYÖMISHÄIRIÖITÄ KOSKEVISTA KOKEMUKSISTA,  
TIEDOISTA JA ASEENTEISTA

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Filosofinen tiedekunta

Soveltavan kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen osasto, Savonlinna

Kotitalousopettajien koulutus

Kotitaloustieteen pro gradu -tutkielma

Maaliskuu 2012

<b>Tiedekunta</b> Filosofinen tiedekunta		<b>Osasto</b> Soveltavan kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen osasto, Savonlinna	
<b>Tekijä</b> Hanna-Mari Käsälä			
<b>Työn nimi</b> Kartoitus opettajien syömishäiriöitä koskevista kokemuksista, tiedoista ja asenteista			
<b>Pääaine</b>	<b>Työn laji</b>	<b>Päivämäärä</b>	<b>Sivumäärä</b>
Kotitaloustiede	Pro gradu -tutkielma	x	20.3.2012
	Sivuainetutkielma		
	Kandidaatin tutkielma		
	Aineopintojen tutkielma		
<b>Tiivistelmä</b>			
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa opettajien syömishäiriöitä koskevia kokemuksia ja tietoja asenteita. Tavoitteena oli tutkia, esiintyykö kouluissa syömishäiriöitä ja onko kouluissa yhteisiä käytänteitä syömishäiriöiden varalle. Lisäksi haluttiin selvittää, onko opettajilla riittävät valmiudet ja myönteiset asenteet syömishäiriöiden ehkäisyä ajatellen. Tutkimus on myös osa laajempaa kehittämishanketta, jonka tavoitteena on lisätä opettajien valmiuksia ehkäistä ja tunnistaa syömishäiriöitä ja puuttua ongelmiin mahdollisimman varhain. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään Turun kouluille suunnattavan syömishäiriötä koskevan toimintamallin laatimisessa.</p> <p>Tutkimusstrategiana oli kartoittava ja kuvaileva kysely ja kohderyhmänä Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajat (n=458). Sähköinen kyselylomake laadittiin tiedon keräämiseen ja raportointiin kehitetyllä Digium -ohjelmistolla ja linkki kyselyyn lähetettiin kohderyhmälle sähköpostitse. Vastauksia saatiin 185, joten vastausprosentiksi muodostui 40,4. Aineiston analysointi suoritettiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla. Tilastollisina testeinä käytettiin ristiintaulukointia ja <math>\chi^2</math>-testiä, Fisherin tarkkaa testiä, Spearmanin ja Pearsonin korrelaatioita, t-testiä ja varianssianalyysia, niiden parametrittomia vastineita sekä regressioanalyysia.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että opettajat kohtaavat työssään syömishäiriöitä sairastavia oppilaita. Syömishäiriöiden ilmenemisestä huolimatta kouluista näyttäisi puuttuvan syömishäiriöitä koskevat yhteiset käytänteet, tai ainakaan opettajat eivät ole useinkaan tietoisia niistä.</p> <p>Vastaajien syömishäiriöitä koskeva tiedon taso osoittautui melko hyväksi. Opettajat arvioivat omat tiedot ja taidot vahvimiksi aiheissa, jotka koskevat oppilaan itsetunnon kohentamista sekä terveisiin elämäntapoihin kannustamista. Heikoimmiksi vastaajat arvioivat puolestaan epätyypillisiä syömishäiriöitä koskevat tiedot ja taidot. Vahvimiksi arvioidut aihealueet osoittautuivat myös yleisimmin opetuiksi ja niiden opettaminen koettiin tärkeäksi. Vastaajat kokevat tarvitsevansa syömishäiriötä koskevaa lisätietoa ja koulutusta. Lisätietoa halutaan erityisesti syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaamisesta, jatkohoitoon ohjaamisesta sekä epätyypillisistä syömishäiriöistä.</p> <p>Opettajien syömishäiriöiden ehkäisyä koskevat asenteet vaikuttavat melko myönteisiltä. Syömishäiriöiden ehkäisy ja niihin puuttuminen koetaan tärkeäksi. Vastaajat kokevat, että tietyillä toimijoilla kuten kouluterveydenhuollolla, vanhemmilla ja oppilashuollolla sekä terveystiedon, liikunnan ja kotitalouden opettajilla on muita toimijoita keskeisempi rooli ehkäisyssä ja puuttumisessa.</p>			
<b>Avainsanat</b> syömishäiriö, terveyden edistäminen, opettaja			

# UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

<b>Faculty</b> Philosophical Faculty		<b>School</b> School of Applied Educational Science and Teacher Education, Savonlinna		
<b>Author</b> Hanna-Mari Käsälä				
<b>Title</b> Survey of teachers experiences, knowledge and attitudes on eating disorders				
<b>Main subject</b>	<b>Level</b>		<b>Date</b>	<b>Number of pages</b>
Home Economics	Master's thesis	x	20.3.2012	101 + 7 appendices
<b>Abstract</b>				
<p>The purpose of this study was to identify teachers' experiences, knowledge and attitudes concerning eating disorders. The aim was to investigate do eating disorders occur in schools and do schools have common practices for them. Additionally it was studied do teachers have sufficient capabilities and positive approach in terms of preventing eating disorders. The study is also part of a larger development project which aims to increasing teachers' capabilities to prevent and recognize eating disorders thus intervene as early as possible. Research will be used in eating disorder operations model directed at schools of Turku.</p> <p>Research method was quantitative survey and target group included teachers from secondary schools and high schools of Turku (n=458). An electronic questionnaire was composed in Digium which is a software for collecting and reporting information. The target group received a link to questionnaire via email. The number of respondents was 185 and response percentage 40,4. Analysis was done with PASW Statistics 18 software. Cross-tabulations and Chi-squared tests, Fisher's Exact test, Spearman's and Pearson's correlations, T-Test and One-way analysis of variance (ANOVA), Mann-Whitney's U-test, Kruskal-Wallis test and Regression analysis were used as statistical tests.</p> <p>Survey indicated that teachers encounter pupils with eating disorders. Despite the fact that eating disorders occur, schools seem to lack common practices on how to deal with such problems or at least teachers are not often aware of such practices.</p> <p>Knowledge level of the respondents was fairly good. The teachers evaluated their capabilities to be strongest in lifting self esteem and encouraging healthy way of life. The weakest capabilities were thought to have in eating disorder not otherwise specified (EDNOS). In areas where teachers felt the strongest are also most commonly taught and considered to be important. The respondents felt they need more information and training regarding eating disorder. Additional information is wanted especially on how to encounter pupil with eating disorder, guiding to treatment and EDNOS.</p> <p>The teachers' attitudes on preventing eating disorders seem fairly positive. Prevention of eating disorders and intervening are considered to be important. Respondents feel that certain actors such as school health care, parents and student welfare together with teachers from health education, physical education and home economics have a stressed responsibility.</p>				
<b>Keywords</b> eating disorder, health promotion, teacher				

## SISÄLLYS

JOHDANTO.....	6
1 KOULUYHTEISÖ TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ.....	9
1.1 Kouluyhteisö.....	9
1.2 Terveyden edistäminen.....	10
1.3 Terveyden edistäminen kouluyhteisössä.....	11
1.4 Terveyskasvatus osana terveyden edistämistä.....	13
2 SYÖMISHÄIRIÖT TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEENA.....	15
2.1 Syömishäiriöiden määritelmä.....	15
2.2 Esiintyvyys.....	16
2.3 Syömishäiriön muotoja.....	16
2.4 Syitä sairastumiseen.....	18
2.5 Ennaltaehkäisy.....	20
3 KOULUYHTEISÖ SYÖMISHÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISIJÄNÄ.....	21
3.1 Koulukulttuuri ja opetussuunnitelma ennaltaehkäisyä ohjaamassa.....	26
3.2 Opettajan rooli.....	26
3.3 Oppilas- ja opiskelijahuollon rooli.....	31
3.3.1 Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto.....	32
3.3.2 Kouluruokailu.....	34
3.4 Kodin rooli.....	36
3.5 Kouluyhteisön jäsenten yhteistyö.....	37
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	40
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	44
5.1 Tutkimusstrategia.....	44
5.2 Tutkimuskohde ja -menetelmä.....	45
5.3 Tutkimuksen kulku.....	47
5.4 Tulosten analyysimenetelmät.....	48
6 TULOKSET.....	50
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	50
6.2 Opettajien kokemukset ja tiedot syömishäiriöistä.....	51
6.2.1 Kokemukset syömishäiriöistä.....	52
6.2.2 Tiedot syömishäiriöistä.....	53
6.2.3 Käsitukset omista tiedoista ja taidoista.....	56

6.2.4 Todellisten tietojen ja omia tietoja koskevien käsitysten välinen yhteys.....	62
6.3 Pedagoginen toiminta.....	63
6.3.1 Koulu yhteisön käytänteet.....	63
6.3.2 Opettajien kokemukset syömishäiriöiden opetuksesta.....	64
6.3.3 Käytetyt materiaalit ja vastaajien kokemus tiedon riittävydestä.....	65
6.4 Opettajien mielipiteet ja asenteet.....	66
6.4.1 Opettajien suhtautuminen syömishäiriöiden huomioimiseen ja opettamiseen koulussa.....	66
6.4.2 Vastaajien näkemys opettajan roolista syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä.....	69
6.4.3 Opettajien näkemys muiden koulu yhteisön jäsenten roolista syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä.....	73
6.4.4 Vastaajien opettajan roolia koskevien näkemysten vaikutus näkemyksiin muiden koulu yhteisön jäsenten rooleista.....	76
6.5 Syömishäiriötä koskevan tiedon ja kokemusten vaikutus syömishäiriötä koskeviin asenteisiin.....	78
6.6 Tiedon ja pedagogisen toiminnan väliset yhteydet.....	78
6.7 Pedagogisen toiminnan ja asenteiden väliset yhteydet.....	79
7 POHDINTA.....	82
7.1 Tulosten luotettavuustarkastelu.....	89
7.1.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti.....	89
7.2 Suosituksia syömishäiriötä koskevan toimintamallin laatimiseksi.....	93
7.3 Jatkotutkimusaiheita.....	95
LÄHTEET.....	97

LIITTEET (7 kpl)

## JOHDANTO

Suomessa koulujen tärkeänä tehtävänä on alusta alkaen ollut sivistämisen ohella terveyden edistäminen. Vuosikymmenten kuluessa koulun terveyden edistämisessä on pyritty entistä kokonaisvaltaisempaan toimintaan. Tavoitteena on, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy kaikessa koulun toiminnassa. (Savola 2005, 6.) Kokonaisvaltaisen, koko kouluyhteisöä koskevan terveyden edistämisen toteutuminen tuo haasteita kaikille kouluyhteisön toimijoille, myös opettajille. Opettajilta vaaditaan entistä monipuolisempaa osaamista. Pelkästään oma aineenhallinta ei riitä, vaan tarvitaan myös terveysosaamista eli terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja sekä valmiuksia terveyteen liittyviin arvopohdintoihin (Kannas 2002, 418). Tietojen ja taitojen lisäksi opettajilta vaaditaan ennen kaikkea myönteisiä asenteita sekä vastuuntuntoa tarttua havaitsemiinsa epäkohtiin ja terveyttä uhkaaviin tekijöihin.

Kansanterveyden ja sitä myötä koulujen terveyden edistämisen erääksi keskeiseksi haasteeksi on muodostunut lasten ja nuorten ongelmainen suhde ruokavalintoihin, syömiseen ja liikuntaan. Lapsista ja nuorista yhä useampi on yli- tai alipainoinen, normaalipainoisten vähentyessä (Opetusministeriö 2002.) WHO:n koululaistutkimuksesta ilmenee, että laihduttaminen ja painohuolet ovat 7–9 luokkalaisilla tytöillä yleisiä lähes normatiivisia huolia. Pojilla puolestaan laihuus herättää huolta ja häpeää. (Välimaa & Ojala 2002.) Tietyssä määrin syömisen pulmat ja painohuolet kuuluvat normaaliin psykososiaaliseen kehitykseen ja ne ovat näin ollen ohimeneviä. Pitkään jatkuessaan ja vakavimmillaan ne voivat kuitenkin johtaa syömishäiriöihin. (Nurttila 2001, 128–129.)

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia, pitkäkestoisia sairauksia, jotka voivat johtaa jopa kuolemaan. Arvion mukaan joka kymmenes suomalaisnuorista kärsii syömishäiriöistä nuoruusiässä. Jokaisesta yläkoulusta tai lukiosta löytyy yksi tai kaksi syömishäiriötä sairastavaa tyttöä luokkaa kohden. (Duodecim 2010, 59; Keski-Rahkonen 2010.) Syömishäiriöiden yleisyyden ja varhaisen ilmenemisen vuoksi koulut ovat kodin ohella keskeisessä asemassa ongelman ratkaisemisessa. Erityisesti opettajat tavoittavat työssään suuren osan väestöstä ja siten myös riskiryhmään kuuluvat lapset ja nuoret, joten he ovat avainasemassa syömishäiriöihin ehkäisyssä, tunnistamisessa ja puuttumisessa. (Rees & Clark-Stone 2006.)

Opettajien sekä muiden koulu yhteisön jäsenten toimintaa hankaloittaa syömishäiriöiden vaikea luonne. Oppilaiden poikkeavan käyttäytymisen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on usein vaikeaa. Sairauden tunnistamista vaikeuttaa siihen liittyvät häpeän tunteet ja salailu. Haastetta lisää myös se, että syömishäiriöt ovat luonteeltaan riippuvuussairauksia, joissa sairastunut kokee oireilun pikemminkin hyödylliseksi kuin haitalliseksi. Sairastunutta ei voi pakottaa luopumaan oireistaan, vaan syömishäiriötä sairastavan on löydettävä motivaatio paranemiseen. (Syömishäiriöliitto 2009, 6.)

Syömishäiriöt on paljon tutkittu aihe sekä ulkomailla että Suomessa. Ulkomailla on tehty lukuisia tutkimuksia koulun ja opettajien näkökulmasta. Useat ulkomaiset tutkimukset ovat kohdistuneet muun muassa kouluissa toteutettujen ehkäisyohjelmien toteuttamiseen ja arvioimiseen sekä opettajien syömishäiriöitä koskevien valmiuksien ja asenteiden kartoittamiseen. (O'Dea 2005; O'Dea & Abraham 2006; Smolak, Harris & Levine 2001.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että koulujen käytänteissä ja opettajien toiminnassa olisi parannettavaa. Opettajien valmiudet ehkäistä syömishäiriöitä ja kohdata syömishäiriötä sairastava oppilas ovat usein heikot. Riittämättömien tietojen ja vääränlaisten asenteiden vuoksi opettajat voivat aiheuttaa toiminnallaan jopa enemmän harmia kuin hyötyä. (O'Dea & Abraham 2001; Rees & Clark-Stone 2006.)

Suomessa ei ole toteutettu vastaavanlaisia laajoja ehkäisyohjelmia. Aihetta on tutkittu enimmäkseen kvalitatiivisin menetelmin sairastuneiden ja terveydenhuollon näkökulmasta. Suomessa tehdyt kartoitukset antavat viitteitä siitä, että opettajat kohtaavat työssään syömishäiriöitä sairastavia oppilaita (Hakkarainen 2008; Kyröläinen & Pehkonen 1999; Mikkonen 2011; Salonen 2011). Kouluista vaikuttaisi kuitenkin puuttuvan yhtenäiset käytän-

teet syömishäiriöitä koskien, vaikka niille koettaisiinkin olevan tarvetta (Hakkarainen 2008).

Tässä tutkimuksessa syömishäiriöitä tarkastellaan nimenomaan opettajien näkökulmasta. Tarkoituksena on tutkia Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajien syömishäiriöitä koskevia kokemuksia, tietoja ja asenteita. Tavoitteena on selvittää, esiintyykö kouluissa syömishäiriöitä ja puuttuko kouluista yhteiset käytänteet, kuten aiemmat syömishäiriöitä koskevat tutkimukset osoittavat. Lisäksi halutaan tietää, onko opettajilla riittävät valmiudet ja myönteiset asenteet syömishäiriöiden ehkäisyä ajatellen vai löytyykö ulkomaisissa tutkimuksissa ilmenneitä puutteita.

Turun koulujen valikoitumiseen kohderyhmäksi vaikutti ensinnäkin se, että kouluissa on hyvinvointitutkimuksen (LUJA -hanke = Lukion jaksaminen – opiskeluyhteisön hyvinvoinnin kehittämishanke) kautta ilmennyt syömishäiriöistä käyttäytymistä. Lisäksi valinnan taustalla vaikutti Syömishäiriöliiton tavoite luoda yhteinen syömishäiriöitä koskeva toimintamalli Turun kouluille (Mikkola 2011). Tutkimus on näin ollen osa laajempaa kehittämishanketta, jonka tavoitteena on lisätä Turun koulujen opettajien valmiuksia ehkäistä ja tunnistaa syömishäiriöitä ja puuttua ongelmiin mahdollisimman varhain. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään Turun kouluille suunnattavan syömishäiriötä koskevan toimintamallin laatimisessa.

Aikaisemmista tutkimuksista poiketen, aihetta lähestytään kvantitatiivisen menetelmän avulla. Menetelmän valintaa puoltaa se, että tulosten pohjalta on tarkoitus kehittää toimintamalli, jolloin tarvitaan kartoitettavaa otetta ja laaja-alaista tietoa mahdollisimman isolta kohderyhmältä. Käytetyn menetelmän avulla pyritään saamaan myös uusia näkökulmia aiheesta.



## 1 KOULUYHTEISÖ TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Perheen ohella koulu on tärkeä osa lapsen ja nuoren elinympäristöä. Koulu ei ole pelkästään oppimisympäristö, vaan yhteisö, jonka jäsenyyteen liittyy monenlaisia merkityksiä. Koska monet terveyteen liittyvät tekijät ovat lähtöisin ihmisen elinympäristöstä, myös koululla on merkittävät vaikutukset lapsen ja nuoren hyvinvointiin. Koulu voi oppimisympäristönä joko tukea tai häiritä terveiden elämäntapojen omaksumista. (Jakonen 2006, 157, 164.)

### 1.1 Kouluyhteisö

Kouluyhteisö on kokonaisuus, joka muodostuu koulun henkilökunnasta, oppilaista sekä fyysisistä puitteista, kuten rakennuksista ja piha-alueista. Laajemman määritelmän mukaan kouluyhteisöön kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös koulun lähiympäristö, vanhemmat ja koulun toimintaan osallistuvat järjestöt ja yritykset. (Rimpelä 2002, 87.) Tässä tutkimuksessa kouluyhteisöllä tarkoitetaan koulun henkilökuntaa eli opettajia, oppilashuoltoa, kouluterveydenhuoltoa ja kouluruokailua sekä oppilaita ja vanhempia.

## 1.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveyttä suojaavien tekijöiden ylläpitämistä ja vahvistamista. Se on toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä yksilöiden mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään ja samalla pyrkiä vaikuttamaan koko yhteisön hyvinvointiin. Terveyden edistämisen keskeinen tavoite on sairauksien ehkäisy. Ehkäisevällä toiminnalla pyritään puuttumaan terveysongelmien ja toimintahäiriöiden lähtökohtiin, jotta voitaisiin estää niiden myöhempi ilmaantuminen. Terveyden edistämässä pyritään huomioimaan terveyden eri elementit eli fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Fyysisen ja psyykkisen terveyden edistämisen tavoitteena on muun muassa itsetunnon, myönteisen elämäntilanteen, koherenssintunteen sekä terveellisten elämäntapojen tukeminen. Sosiaalisen terveyden edistämässä tavoitteena on sen sijaan luoda hyviä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, myönteisiä roolimalleja sekä tukevia sosiaalisia verkostoja. (Savola 2006, 5; Vertio 1998; WHO 2010.)

Edellä olevien määritelmien mukaisesti, terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista toimintaa, jota voidaan toteuttaa monin eri tavoin sekä yhteisö- että yksilötasolla. Terveyden edistämällä tarkoitetaan niin terveyttä tukevan yhteiskuntapolitiikan ja terveellisen ympäristön kehittämistä kuin yksilön taitojen, tietojen ja asenteiden muokkaamista. (Tyrväinen 2005, 154.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä on keskeinen asema suomalaisessa yhteiskunnassa ja siellä toteutetussa terveystaloudessa. Se on kansanterveystalouteen perustuvaa, valtion tukemaa toimintaa, jota sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja valvoo. Terveyden edistäminen koetaan tärkeäksi, koska se perustuu yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyihin arvoihin ja monitieteiseen lähestymistapaan. (Pelto-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.) Terveyden edistämisen tukena on useita asiakirjoja. Terveystaloudes 2015-kansanterveystaloudes on esimerkki Suomen toteuttamasta terveystaloudespolitiikasta, jonka lähtökohtana on terveyden edistäminen kaikilla yhteiskunnan osaluilla. Ohjelman toteuttajina toimivat useat eri tahot kuten kunnat, elinkeinoelämä ja järjestöt. Terveystaloudes 2015- ohjelman sisältämät tavoitteet on laadittu siten, että ne huomioivat eri ikäryhmät lapsista vanhuksiin ja koskettavat yhteiskunnan eri toimijoita, niin koteja, kouluja kuin työpaikkojakin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010 b.) Suomen perustuslaissa kiinnitetään huomiota erityisesti lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen. Julkisen vallan

velvollisuutena on tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien tahojen mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja kasvu. (Rimpelä 2007, 13.)

### 1.3 Terveyden edistäminen kouluyhteisössä

Suomessa koulujen terveyden edistäminen on ollut pääosin kahtia jakautunutta. Opettaminen ja oppiminen sekä terveyden edistäminen ovat olleet omia osa-alueitaan, joista ovat vastanneet eri tahot. Opettajat ovat keskittyneet opettamiseen, kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon huolehtiessa terveystavoitteiden toteutumisesta. (Rimpelä 2002, 86.)

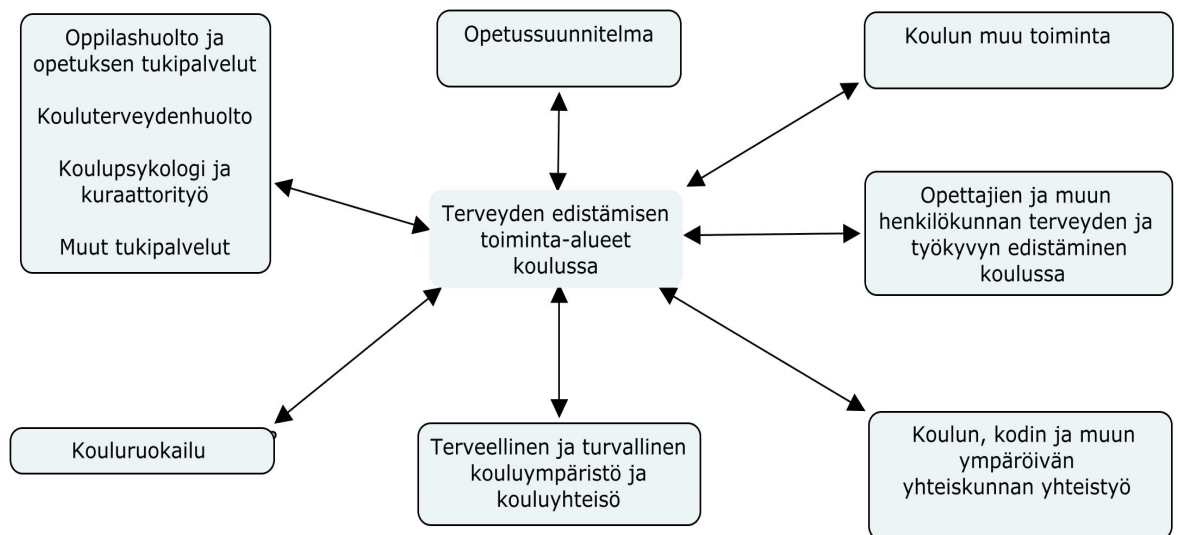
Nykyinen terveystalitiikka korostaa koulujen asemaa terveyden edistämisessä. Kansallisissa terveystalitiikkaohjelmissa (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma ja Terveyden edistämisen laatusuositukset) pidetään tärkeänä kouluhyvinvoinnin edistämistä. Koulut ja niiden oppilashuollot nähdään avainasemassa lasten ja nuorten psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveyden edistämisessä sekä mielenterveysongelmien ja syrjäytymisen ehkäisemisessä. Peruskoulun vahvan roolin taustalla on oppivelvollisuus, jonka ansiosta koulussa toteutettu terveyden edistäminen tavoittaa lapset ja nuoret laajalti. (Rimpelä 2002, 86–87, 2007, 15.)

Perustuslaki luo raamit peruskoulussa toteutettavalle terveyden edistämiselle. Koulun kohdistetut terveyden edistämisen tavoitteet tulevat ilmi niin perusopetus-, lukio-, kansanterveys- kuin lastensuojelulaissakin ja näin ollen myös perusopetuksen ja lukion opetussuunnitelmissa. Opetussuunnitelma toimii ohjenuorana rakennettaessa tervettä ja turvallista kouluyhteisöä. Perusopetuksen opetussuunnitelman mukaan koulun keskeinen tehtävä on oppimisen ja opettamisen ohella lasten ja nuorten terveyden, kasvun ja kehityksen sekä terveyttä edistävän käyttäytymisen tukeminen ja edistäminen. (Opetushallitus 2003, 14, 24, 2010, 6.) Kaikkien oppilaiden terveyden huomioiminen edellyttää opetuksen eriyttämistä, yksilöllistämistä, tukijärjestelmien ja oppilashuollollisten palvelujen kehittämistä sekä opetuksen arvioinnin ja seurannan jatkuvaa kehittämistä (Tilus 2004, 132).

Opetussuunnitelmat ohjaavat kouluja kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen, yhdistämällä aiemmin erillään olleet opetus- ja terveystavoitteet. Terveystalitiikan tavoitteena on, että terveyden edistäminen ei näy ainoastaan terveystiedon, liikunnan ja kotitalouden opetuksessa tai kouluterveydenhuollon toiminnassa, joihin sen ajatellaan ensisijaisesti kuulu-

van. Terveyden edistämisen tulee olla suunnitelmallista sekä pitkäjänteistä ja sen tulee ulottua kaikkeen koulun toimintaan: päätöksentekoon, kouluympäristön- ja toimintakulttuurin kehittämiseen, kodin ja koulun väliseen yhteistyöhön sekä koulun terveys- ja hyvinvointipalvelujen kehittämiseen (katso kuvio 1). Suunnitelmallisuus takaa sen, että terveyden edistämistyössä voidaan huomioida oman koulun erityispiirteet ja saada aikaan toimiva kokonaisuus. Pitkäjänteisyyttä tarvitaan siksi, että tulokset harvoin näkyvät välittömästi. Terveyden edistämiseen tähtäävän toiminnan tulee olla samansuuntaista niin opetuksessa, kouluterveydenhuollossa kuin muussakin koulu yhteisön toiminnassa. Perusopetuslain mukaisesti pyritään tiiviiseen yhteistyöhön eri ammattiryhmien kuten opettajien ja terveydenhuollon henkilöstön välillä. (Jakonen 2006, 157; Kannas 2002, 412; Rimpelä 2002, 86–87, 92.)

Tiivistetysti koulu yhteisön terveyden edistäminen tarkoittaa sitoutumista toimimaan yhteisten arvojen puolesta sekä luomaan yhteistä terveystietoa ja toimintakulttuuria. Koulun terveyden edistämistä voi kuvata oppilaan, opettajan ja koko koulu yhteisön väliseksi hitaaksi, sykliseksi oppimisprosessiksi, joka vaatii vuoropuhelua sekä terveystieteen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. (Tyrväinen 2005, 157.)



KUVIO 1 Terveyden edistämisen toiminta-alueet koulussa (Kannas 2002, 413, mukailten)

Rimpelä (2002, 89) jakaa koulun terveyden edistämisen tavoitteet neljään tavoitetasoon. Ensimmäisenä tavoitteena on koulun terveysvaikutusten hyväksyminen eli hyväksytään se, että koulu yhteisön ominaisuuksilla on sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia oppi-

laiden ja henkilöstön hyvinvointiin. Toisena tavoitteena on tunnistaa hyväksytyt terveysvaikutukset. Pelkkä vaikutusten tunnistaminen ei kuitenkaan riitä, joten kolmanneksi tavoitteeksi Rimpelä nimeää haittavaikutusten vähentämisen. Keskeisenä tavoitteena on vielä oppimisen tukeminen erityisesti niiden ongelmien osalta, jotka uhkaavat oppilaan terveyttä ja sitä kautta häiritsevät oppilaan koulutyötä. Edellä mainittujen tavoitetasojen lisäksi Rimpelä (2002, 89) korostaa myös oppilaiden aktiivista roolia koulun terveyden edistämistyössä. Koulussa toteutetun terveyden edistämisen ei tule olla ainoastaan oppilaiden hyvinvointia kohentavien tukitoimien turvaamista ja tiedon yksipuolista välittämistä, jossa lapsi ja nuori on passiivinen kohde. Tavoitteena on oppilaiden tietojen, taitojen ja valmiuksien lisääminen siten, että he itse ovat aktiivisia toimijoita ja oppijoita, jolloin lapset ja nuoret saavat mahdollisimman hyvät lähtökohdat oman ja yhteisön hyvinvoinnin rakentamiseen.

#### 1.4 Terveyskasvatus osana terveyden edistämistä

Terveyskasvatus on terveyden edistämisen kasvatuksellinen keino, jolla pyritään vaikuttamaan oppilaan tietoihin, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Koulussa terveystietoa toteutetaan terveystieto-oppiaineessa sekä muissa aineissa terveystietopetoksena, terveystietoneuvontana kouluterveydenhuollon kontakteissa, kouluruokailussa sekä erilaisina terveystietokampanjoina. (Kannas 2002, 412.) Kannaksen (2002, 415–417) mukaan terveystietokasvatuksen kasvatukselliset tehtävät voidaan jakaa sivistävään, virittävään, muutosta avustavaan sekä mielenterveystehtävään. Sivistävällä tehtävällä tarkoitetaan tietojen ja taitojen lisäämistä ja muokkaamista, tavoitteena, että oppilaat ymmärtäisivät terveyden merkityksen ja sen, mikä on terveydelle eduksi ja mikä puolestaan haitaksi. Virittävyydellä pyritään puolestaan avaamaan lasten ja nuorten silmiä ja herättämään mielenkiintoa ja keskustelua omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Mielenterveystehtävän tavoitteena on vahvistaa oppilaiden tervettä psyykkistä kasvua ohjaamalla heitä tunteiden tunnistamiseen, nimeämiseen ja hallintaan sekä kehittää oppilaiden itsetuntemusta, itsenäistä päätöksentekoa ja ongelmanratkaisukeinoja. Muutosta avustava tehtävä on terveystietokasvatuksen keskeinen tavoite, koska sillä pyritään vaikuttamaan lasten ja nuorten terveystietokäyttäytymiseen siten, että he omaksuisivat terveyttä edistävät elämäntavat sekä ottaisivat vastuun itsestään ja ympäristöstään.

Terho (2002, 407, 411) kuvaa terveystkasvatusta prosessiksi, jossa koulu, oppilas ja oppilaan perhe tekevät tiivistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Koulussa toteutettavan terveystkasvatuksen tulee olla pitkäjänteistä, tavoitteellista sekä tutkittuun tietoon pohjautuvaa. Kannaksen (2002, 421) mukaan oppilaiden aktiivisuuden ja osallistuvuuden lisäämiseksi, terveystkasvatuksessa tulisi käyttää toiminnallisia ja oppilaan omaa ajattelua kehittäviä opetusmenetelmiä, jotka lisäävät valmiuksia ratkoa omassa elämässä vastaan tulevia terveyteen ja sairauteen liittyviä ongelmia. Opetussuunnitelmien mukaisesti toiminnassa on huomioitava oppilaan ikä, kehitystaso sekä ajattelun ja käsityskyvyn taso. Tulevaisuuden tärkeimpiä tavoitteita terveystkasvatuksen suunnittelussa ja kohdentamisessa on riskiryhmään kuuluvien oppilaiden huomioiminen, kehittämällä heille ehkäisevän toiminnan ja tehostetun tuen muotoja.

## 2 SYÖMISHÄIRIÖT TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEENA

Syömishäiriöt ovat uhka niin fyysiselle, psyykkiselle kuin sosiaalisellekin terveydelle ja sen vuoksi niiden ennaltaehkäisy ja hoitaminen kuuluvat yhtenä osa-alueena terveyden edistämisen haasteisiin.

### 2.1 Syömishäiriöiden määritelmä

”Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia. Niiden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka ilmenee häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. Käyttäytyminen on poikkeavaa erityisesti suhteessa ruokaan, painoon ja liikuntaan. Myös käsitys itsestä ja omasta kehosta on usein vääristynyt” (Syömishäiriöliitto 2009, 5). Satunnaisesti koetussa tyytymättömyydessä omaa ulkonäköä kohtaan tai yksittäisissä laihdutusyrityksissä ei vielä ole kysymys syömishäiriöstä. Häiriöstä on kyse vasta silloin, kun käyttäytyminen alkaa haitata fyysistä terveyttä ja arkista toimintakykyä kuten ihmissuhteita, työntekoa tai opiskelua. Syömishäiriöissä syömisestä ja syömättömyydestä tulee elämän sisältö. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on sairastuneen keino selvittää kohtaamistaan ongelmista kuten pelosta ja epävarmuudesta, joita erityisesti nuoruusiän kehitys tuo tullessaan, vaikka todellisuudessa käyttäytyminen vain lisää psyykkistä pahaa oloa. (Duodecim 2010, 13–14; Syömishäiriöliitto 2009, 6.)

## 2.2 Esiintyvyys

Eri syömishäiriömuotojen esiintyvyydestä ei voida antaa kovin tarkkoja lukuja. Syynä arvioinnin vaikeuteen on ensinnäkin sairauteen liittyvä salailu, jonka vuoksi vain pieni osa hakeutuu tai pääsee hoitoon oireista huolimatta. Lisäksi syömishäiriömuotojen rajat ovat osittain häilyviä ja määritelmät keinotekoisia, mistä johtuen sairastunut voi kärsiä useamman syömishäiriömuodon oireista samanaikaisesti. Tehdyt arviot kuitenkin osoittavat syömishäiriöiden olevan melko yleisiä sairauksia erityisesti tyttöjen ja nuorten naisten keskuudessa. Arvioiden mukaan suomalaisista naisista yli 2 % sairastuu elämänsä aikana laihuushäiriöön eli anoreksiaan ja vastaavasti 2 % ahmimishäiriöön eli bulimiaan. Epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastaa noin 3–4 % naisista. Poikien ja miesten osuus kaikista syömishäiriöön sairastuneista on noin 10 %, syömishäiriötyypistä riippuen. Syömishäiriöiden oletetaan olevan kuitenkin huomattavasti yleisempiä sairauksia kuin luvut antavat ymmärtää. Yleisimmin syömishäiriöt puhkeavat 10–25 vuoden iässä ja esiintyvyyshuippu sijoittuu 15–20 vuoden ikään. Syömishäiriöitä voi esiintyä kuitenkin myös aikuisilla. Esimerkiksi lihavan ahmimishäiriön (BED) takia hoitoon hakeutuva on usein keski-ikäinen mies tai nainen, joka kärsii ylipainosta ja siihen liittyvistä liitännäissairauksista. (Duodecim 2010, 29–30.)

## 2.3 Syömishäiriön muotoja

Syömishäiriöt voidaan jakaa oireiden perusteella laihuushäiriöön (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriöön (bulimia nervosa) sekä niiden epätyypillisiin muotoihin (epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö). Anoreksialle on tyypillistä ruoasta pidättäytyminen ja paastoaminen ja bulimialle puolestaan ahmiminen ja erilaiset tyhjentäytymiskeinot. (Syömishäiriöliitto 2009, 6.) Alla olevaan taulukkoon on koottu yleisimmät syömishäiriömuodot ja niiden oireet sekä hoito.



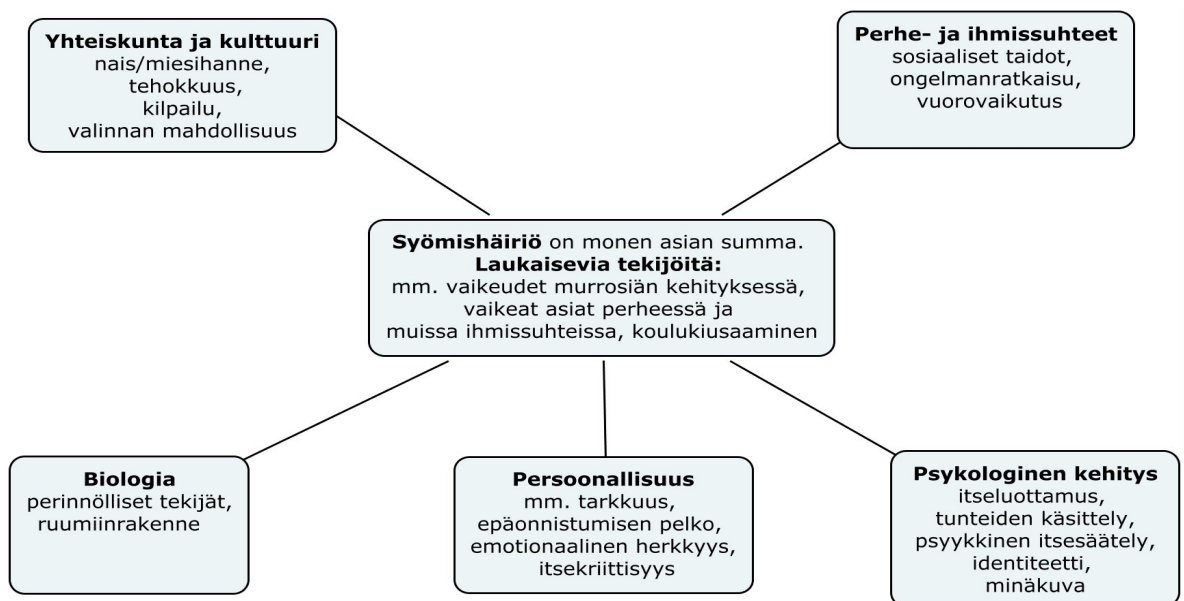
TAULUKKO 1. Syömishäiriöiden muotoja sekä niiden oireita ja hoitomuotoja

Sairaus	Tyypillisiä oireita	Hoito
<b>Laihuushäiriö eli anoreksia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Syömisen välttely ja säännöstely</li> <li>- Syömiseen ja liikuntaan liittyvät säännöt ja rituaalit</li> <li>- Pelko lihavuudesta ja vääristynyt ruumiinkuva</li> <li>- Pakkomieltainen suhde liikuntaan</li> <li>- <b>Fyysisiä oireita:</b> laihtuminen, alipaino, kasvuhäiriöt, ruumiin lämpötilan lasku, pulssein heikkeneminen, lihasmassan väheneminen</li> <li>- <b>Psyykkisiä oireita:</b> masentuneisuus, rauhattomuus, ärtyisyys, unettomuus, eristäytyneisyys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä erikoissairaanhoidossa</li> <li>- Tavoitteena hoitaa sekä psyykkistä että fyysisistä terveyttä</li> <li>- Pitkäjänteistä</li> <li>- Sairauden vakavuudesta ja hoitomahdollisuuksista riippuen, toteutetaan ensisijaisesti avohoitona</li> <li>- Osastohoito tai pakkohoito, jos sairastuneen tila on erityisen vakava tai sairastunut kieltäytyy hoidosta</li> <li>- Ensisijainen tavoite: aliravitsemuksen korjaaminen ja syömiskäyttäytymisen normalistaminen</li> </ul>
<b>Ahmimishäiriö eli bulimia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toistuva, salassa tapahtuva ahmiminen, syömisen hallinnan menettäminen</li> <li>- Ahminnan aiheuttaman häpeän ja itseinhon lievittäminen oksentamalla, tyhjennyslääkkeillä, paastoamalla tai liikunnalla</li> <li>- Sairastuneet usein normaalipainoisia, jonka vuoksi sairaus on vaikeasti tunnistettavissa</li> <li>- <b>Fyysisiä oireita:</b> jatkuvan oksentelun aiheuttamat neste- ja elektrolyytitasapainon häiriöt kuten lihasheikkous ja rytmihäiriöt sekä hammaskiilteen, sylkirauhasten ja ruokatorven vauriot</li> <li>- <b>Psyykkisiä oireita:</b> masennus, itseinho, eristyneisyys, itsetuhoisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toteutetaan usein avohoitona</li> <li>- Tavoitteena syömisen ja syömiskäyttäytymisen normalistuminen, säännöllisen ja monipuolisen ruokavalion oppiminen</li> <li>- Hoito-ohjelma sisältää usein ravitsemusohjausta ruokapäiväkirjaa apuna käyttäen, sopeutumisvalmennusta, somaattisen tilan hoitoa, psykoterapiaa ja mahdollisen mielialalääkityksen hoidon tukena.</li> </ul>
<b>Lihavan ahmimishäiriö eli BED</b> (epätyypillinen ahmimishäiriön muoto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toistuvat ahmintakohtaukset, joissa sairastunut menettää syömisen hallinnan</li> <li>- Ahmiminen on nopeaa ja tapahtuu sairastuneen yksin ollessa (vähintään kahdesti viikossa)</li> <li>- Ahmintaa seuraa itseinho, syyllisyys ja masennus</li> <li>- Ahmintaan ei liity tyhjentäytymistä tai liikuntaa, jonka vuoksi seurauksena on usein vaikea lihavuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noudattelee pitkälti bulimian hoitoa</li> <li>- Tärkeää kiinnittää huomiota kokonaisterveydentilaan</li> <li>- Mikäli sairastunut on lihava, tavoitteena painonnousun pysäyttäminen, maltillinen painon pudotus sekä lihavuuteen liittyvien oheissairauksien seuranta ja hoito</li> </ul>
<b>Ortoreksia</b> (epätyypillinen laihuushäiriön muoto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orjallinen oikeaoppisen/terveellisen ruokavalion noudattaminen</li> <li>- Askeettisen ruokavalion seurauksena saattaa ilmetä ravintoaineiden puutoksia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sovelletaan anoreksian hoitokeinoja</li> </ul>

Lähde: Anttila, Harjamäki & Lindberg 2002, 308–309; Duodecim 2010, 14–16, 20–22, 24, 67, 69; Suokas & Rissanen 2000, 278–279, 289–290; Syömishäiriöliitto 2009, 10, 12, 24–25

## 2.4 Syitä sairastumiseen

Syömishäiriöiden taustalla vaikuttavat monet eri tekijät kuten yksilön persoona, psykologiseen kehitykseen liittyvät tekijät, biologia (perinnölliset tekijät), perhe ja ihmissuhteet sekä yhteiskunnan ja kulttuurin vaikutukset (katso kuvio 2) (Syömishäiriöliitto 2009, 18). Syömishäiriöiden syntymisen ajatellaan olevan seurausta yksilöllisten tekijöiden ja elinympäristön yhteisvaikutuksesta, eikä näin ollen sairastumiseen ole yhtä selvää syytä (Duodecim 2010, 49).



KUVIO 2. Syömishäiriöön vaikuttavat tekijät (Syömishäiriöliitto 2009, 18)

### Persoonallisuus ja psykologiset tekijät

Sairastuneet ovat usein ahkeria ja kilttejä, täydellisyyteen pyrkiviä tyttöjä, jotka kätkevät negatiiviset tunteet syömishäiriöiseen käyttäytymiseen. Syömishäiriön puhkeamisen taustalla voi olla psykologiset ja kehitykselliset vaikeudet ja traumat. Esimerkiksi murrosiän fyysisten muutosten tuoma hämmennys tai seksuaalinen hyväksikäyttö voivat toimia altistavina tekijöinä. Myös lapsuusiän pyöreys ja ylipaino saattavat lisätä syömishäiriöriskiä. Painoon tai ulkonäköön liittyvä kiusaaminen voi vaikuttaa lapsen ja nuoren kehonkuvaan negatiivisesti, mikä puolestaan vaikuttaa itsetunnon kehittymiseen. Negatiivisen palautteen myötä lapsen tai nuoren itsekriittisyys kasvaa ja itsetunto laskee sekä kynnyksyys syömishäiriöön.

riöiseen käyttäytymiseen mahdollisesti alenee. (Suokas & Rissanen 2000, 282–283; Syömishäiriöliitto 2009, 18–20.)

### Perhe ja perintötekijät

Vaikka aiemmin perheellä oletettiin olevan keskeinen vaikutus syömishäiriön puhkeamiseen, tutkimukset ovat osoittaneet, että perhe ei ole itsessään syy syömishäiriön syntyyn. Suuri osa sairastuneista tulee aivan tavallisista perheistä, joilla ei ole sen suurempia ongelmia. Toisaalta vanhemmat opettavat lapsilleen huomaamattaan päivittäisissä ruokailutilanteissa ruokaan liittyviä merkityksiä ja toimivat malleina oman syömiskäyttäytymisen myötä. Perhesuhteissa tai perheen elämäntilanteissa tapahtuvat muutokset ja vaikeudet kuten avioero, perheenjäsenen kuolema, alkoholismi tai väkivalta voivat lisätä psyykkistä oireilua, jolloin myös todennäköisyys sairastua syömishäiriöön kasvaa. Perintötekijät näyttäisivät altistavan syömishäiriön syntyyn siten, että tietynlainen persoonallisuustyyppi voi välittyä perintötekijöiden kautta. Periytyvyydestä kertoo se, että syömishäiriöt ovat odotettua yleisempiä sairastuneiden naispuolisten lähisukulaisten keskuudessa. (Duodecim 2010, 53–55; Suokas & Rissanen 2000, 283 Syömishäiriöliitto 2009, 19.)

### Kouluyhteisö

Perheen ohella koululla on merkittävä rooli lapsen ja nuoren elämässä. Opettajien, koulukavereiden, kouluterveydenhoitajan ja muiden kouluyhteisön jäsenten vaikutus oppilaaseen on suuri. Lapset ja nuoret imevät helposti vaikutteita kavereiltaan. Syömishäiriöön johtavan laihduttamisen taustalla voi olla lasten ja nuorten keskinäinen vertailu ja kilpailu siitä, kuka painaa tai syö vähiten. Epäterveelliset laihdutusvinkit leviävät helposti kaverien keskuudessa ja ryhmän paineen alaisena fiksukin nuori saattaa turvautua terveyttä uhkaaviin keinoihin. Koulussa annettavalla terveystasvatuksella on vaikutuksensa lasten ja nuorten käsityksiin ja käyttäytymiseen. Kouluyhteisön jäsenet toimivat myös itse oman käyttäytymisensä kautta roolimallina oppilaille. (Syömishäiriöliitto 2009, 20.)

## Yhteiskunta ja kulttuuri

Yhteiskunnan kauneusihanteet sekä nuoriin kohdistetut odotukset ja paineet voivat osaltaan olla laukaisemassa syömishäiriöisen käyttäytymisen. Media korostaa ulkonäön merkitystä ja ihanoi hoikkuutta. Hoikkuuden oletetaan tekevän ihmisestä suosittua ja tuovan elämään onnea ja menestystä. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että laihduttamisesta ja painonhuolista on muodostunut murrosikäisten tyttöjen keskuudessa yleisiä ja lähes ”pakollisia” huolia. Kulttuurilliset kauneusihanteet ulottuvat myös lasten ja nuorten liikunta- ja urheiluharrastuksiin. Erityisesti sellaiset lajit, joissa korostetaan esteettisyyttä ja joihin liittyy painorajoja, voivat lisätä syömishäiriöistä käyttäytymistä. (Suokas & Rissanen. 2000, 283; Syömishäiriöliitto 2009, 18–20; Välimaa & Ojala 2004, 72.)

Merkittävintä syömishäiriön synnyssä ei ole niinkään itse tapahtuma tai olosuhteet, jonka yhteydessä tai myötä sairaus puhkeaa. Sairastumisen taustalla on ennen kaikkea se, miten yksilö kokee tapahtumat ja niistä aiheutuvat elämän muutokset. Sairastuneen persoonalla on näin ollen merkittävä vaikutus syömishäiriön puhkeamiseen. (Syömishäiriöliitto 2009, 18–19.)

## 2.5 Ennaltaehkäisy

Syömishäiriöt ovat luonteeltaan pitkäkestoisia, jopa useita vuosia kestäviä sairauksia, joista irti pääseminen on vaikeaa. Vakavimmillaan ne voivat johtaa jopa kuolemaan. Lisäksi syömishäiriöt voivat aiheuttaa pitkäkestoisia fyysisiä vaurioita. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi syömishäiriöiden kohdalla ennaltaehkäisyllä on suuri merkitys. (Syömishäiriöliitto 2009, 8–9.) Seuraavassa luvussa pureudutaan syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn kouluyhteisön eri toimijoiden kautta.

### 3 KOULUYHTEISÖ SYÖMISHÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISIJÄNÄ

Perinteinen kouluissa toteutettu terveystkasvatus on keskittynyt tiedon jakamiseen pääasias-  
sa behavioristisin keinoin. Opetus on rajoittunut luokkahuoneisiin ja perustunut opettaja-  
johtoisiiin menetelmiin. Opetuksen avulla on pyritty vaikuttamaan lähinnä oppilaiden tie-  
don määrään, ei niinkään tietoa koskeviin asenteisiin tai käyttäytymiseen. (O'Dea 2005;  
McAleavey 2010.) Ylipainon yleistymisen ja toisaalta myös paino- ja laihduttami-  
sen lisääntyminen lasten ja nuorten keskuudessa, ovat tuoneet ja tuovat jatkossakin lisää  
haasteita koulussa toteutettavalle terveyden edistämiselle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
2010; Välimaa & Ojala 2004, 70). Samanaikaisesti, kun terveyden edistämisessä keskity-  
tään lihavuuden ehkäisyyn, on huolehdittava myös siitä, että toiminta ei johda syömishäi-  
riöiden syntyyn. Hyvistä tavoitteista huolimatta, terveyden edistämiseen tähtäävä toiminta  
saattaa joskus aiheuttaa myös vahinkoa (taulukko 2). (O'Dea 2005; Dixey 1998; McAlea-  
vey 2010.)

O'Dea (2005) on tutkinut eri puolilla maailmaa kouluissa toteutettuja terveystkasvatusohjel-  
mia viimeisen 50 vuoden ajalta, joiden avulla on pyritty ehkäisemään syömishäiriöitä. Kar-  
toitus kohdistui laajoihin, yli sadan osallistujan ohjelmiin. Vaihtelevista tuloksista huoli-  
matta, tarkastelun kautta löytyi 21 merkittävää terveystkasvatusohjelmaa, joilla todettiin ol-  
leen pääosin myönteisiä, syömishäiriöitä ehkäiseviä vaikutuksia. Syömishäiriöitä koskevia  
ehkäisyohjelmia on toteutettu muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa.  
Euroopan maista tutkimus on kohdistunut Italiassa, Iso-Britanniassa ja Sveitsissä tehtyihin

interventioihin. Pohjoismaista Norjassa syömishäiriöiden ehkäisy on ollut osa politiikkaa jo 90-luvulta lähtien ja siellä on toteutettu laajoja valtakunnallisia ehkäisyohjelmia (taulukko 2). Vaikuttaisi siltä, että useissa maissa ollaan ymmärretty kouluissa toteutettavan ennaltaehkäisyn merkitys. (O’Dea 2005; Rosenvinge & Gresko 1997.)

Vaikka terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sijansa ja perusopetuslaki ja opetussuunnitelman perusteet luovat hyvän pohjan terveystavoitteiden toteuttamiselle myös kouluissa, syömishäiriöihin kohdistettuja laajoja ehkäisyohjelmia ei ole toteutettu (Savola 2006, 6–7). Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä keskeisten hallinnonalojen ja eri järjestöjen kanssa on toteuttanut viime vuosina useita terveyttä edistäviä hankkeita yhteistyössä koulujen kanssa (liite1). Hankkeita on suunnattu sekä erityisen tuen tarpeessa oleville että kaikille lapsille ja nuorille. Lisäksi on tuotettu materiaalia opettajien ja kouluterveydenhoitajien toteuttaman terveystavoitteiden käyttööseen. Hankkeet ovat olleet lähinnä lasten ja nuorten kokonaishyvinvointia edistäviä eikä niinkään yksittäisiin ongelmiin keskittyviä. (Hannukkala & Salonen 2008, 31–33, 36–50; Vertio 2003, 101.) Syömishäiriöitä koskevat tutkimukset (Hakkarainen 2008; Kyröläinen & Pehkonen 1999; Mutanen 2004) antavat kuitenkin viitteitä siitä, että kokonaishyvinvointia edistävien ohjelmien ohella Suomessa olisi tarvetta erityisesti syömishäiriöitä koskeville laajemmille ehkäisyohjelmille ja toimintaohjeille, joissa oltaisiin huomioitu laajemmin eri toimijat (taulukko 3).

## TAULUKKO 2. Ulkomaisia syömishäiriöitä koskevia tutkimuksia

Tutkimukset	Tulokset ja johtopäätökset
<p>McAleavey 2010</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 78 yksityiskoulussa opiskelevaa tyttöä, 12–18 vuotiaita. Saivat terapiaa käyttäytymisongelmiinsa</p> <p><b>Menetelmä:</b> interventio, joka koostui tunnesyömistä, ravitsemusta ja hyvinvointia käsittelevistä luennoista, terapiasta ja liikunnasta. Interventiossa hyödynnettiin vuorovaikutteisia lähestymistapoja.</p> <p><b>Tavoite:</b> lisätä ravitsemustiedon määrää ja muuttaa epäterveellisiä ruokailukäytänteitä ja asenteita</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tieto lisääntyi, mutta vaikutukset eivät olleet pitkäaikaisia.</li> <li>- Interventiolla ei ollut toivottua vaikutusta asenteisiin. Painoa koskeva tyytymättömyys pikemminkin lisääntyi.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b></p> <p>Pelkästään ravitsemustiedon opettaminen ei riitä muuttamaan oireilevien tyttöjen tapoja. Asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen tarvitaan kokemusperäistä oppimista, mahdollisuus harjoitella opittuja taitoja, terapiaa sekä perheen mukana olo.</p>
<p>O’Dea &amp; Abraham 2006:</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 112 kotitalousopettajaharjoittelijaa ja 104 liikunnan opettajaa Australian kolmesta suuresta opettajankoulutuslaitoksesta/yliopistosta. Suurin osa osallistujista (n =169) oli naisia.</p> <p><b>Menetelmä:</b> survey-tutkimus sekä kohderyhmän painon ja pituuden mitta</p> <p><b>Tavoitteet:</b> selvittää opettajaopiskelijoiden ja opettajien tietoja, uskomuksia ja asenteita painon hallintaa ja syömishäiriöitä koskien. Lisäksi selvitettiin vastaajien kehonkuva ja painonhallintakäytänteet sekä verrattiin todellista painoa kehonkuvaan</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miehistä (85%) ja naisista (87%) neuvoi ylipainoisia nuoria laihduttamaan pudottaakseen painoa. Vastaajien antamat neuvot osoittivat painonhallintaa ja ravitsemusta koskevan tiedon puutteista.</li> <li>- Väärien vastausten osuus syömishäiriöitä koskeviin kysymyksiin vaihteli 14 ja 72 prosentin välillä.</li> <li>- Naisvastaajat kertoivat käyttäneensä haitallisia painonhallintamenetelmiä viimeisen vuoden aikana kuten liiallista liikuntaa (29 %), nälässä olemista (19 %), laksatiiveja (19 %), oksentamista (10 %), laihdutusvalmisteita (8 %) ja tupakointia (7 %). Miehistä 22 % oli harrastanut liiallista liikuntaa ja 9 % ollut nälässä laihtuakseen.</li> <li>- Naisista 14 prosentilla oli ollut äskettäin syömishäiriö, mutta vain 6% oli saanut hoitoa.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Opettajilla ja opiskelijoilla on riittämätön tietämys ravitsemuksesta ja painonhallinnasta. Vastaajien uskomukset ja asenteet ja omat elämäntavat sekä opetuskäytänteet osoittautuivat kyseenalaisiksi.</p>
<p>O’Dea &amp; Abraham 2000</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> yhteensä 470 tyttöä ja poikaa Australiasta, iältään 11–14 vuotiaita</p> <p><b>Menetelmä:</b> interaktiivinen, oppilaslähtöinen itsetunto-ohjelma, joka toteutettiin opettaja- ja oppilasjohtoisesti</p> <p><b>Tavoite:</b> parantaa oppilaiden itsetuntoa ja minäkuvaa keskittymällä syömisestä, ruoan ja syömishäiriöiden sijaan stressinhallintaan, positiivisen minäkuvan rakentamiseen, kulttuuristen ja median luomien stereotyyppien analysointiin ja torjumiseen sekä itsetunnon rakentamiseen. Ohjelmassa ei mainittu syömistä, ruokaa tai syömishäiriöitä.</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ohjelma paransi tyytyväisyyttä kehoon ja tyttöjen itsetuntoa sekä vähensi fyysisen ulkonäön ja kykyjen merkitystä sekä laihdutusta tyttöjen osalta.</li> <li>- Opiskelijat ja opettajat arvioivat ohjelman myönteiseksi.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Ohjelman toteuttaminen antoi viitteitä siitä, että ongelmakeskeinen ja itsetunnon kohentamiseen keskittyvä lähestymistapa on toimiva nuorten kohdalla. Poikien ja vanhempien mukaanotto ohjelmaan on tärkeää.</p>

<p>Rees &amp; Clark-Stone 2006</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> kolmen koulun 16–18 vuotiaat oppilaat Lounais-Englannissa, 389 poikaa ja 374 tyttöä, opettajat, kouluterveydenhoitajat, vanhemmat. Kouluista kaksi osallistui interventioihin ja yksi toimi kontrolliryhmänä.</p> <p><b>Menetelmät:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- syömishäiriöiden tunnistamisesta ja ohjauksesta kertova opaskirja opettajille ja kouluterveydenhoitajille</li> <li>- opettajille tarjottiin asiantuntijakonsultaatiota syömishäiriöistä</li> <li>- vanhemmille kirjallinen tietoisuus syömishäiriöiden oireista ja tunnusmerkeistä sekä kouluterveydenhoitajan yhteystiedot</li> <li>- oppilaille lentolehtisiä, joissa tiedotettiin saatavilla olevasta avusta</li> <li>- oppilaille itsetäytettävä kyselylomake, jonka avulla seulottiin syömishäiriöistä kärsiviä</li> </ul> <p><b>Tavoitteet:</b> verrata erilaisten menetelmien tehokkuutta tunnistaa syömishäiriötä sairastavat oppilaat kouluissa</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Itsetäytettävä kyselylomake osoittautui muita menetelmiä tehokkaammaksi syömishäiriöiden tunnistamisessa.</li> <li>- Opettajat olivat havainneet terveydenhoitajia enemmän syömishäiriötapauksia.</li> <li>- Osa opettajista koki, että koulu ei ole sopiva paikka syömishäiriöiden tunnistamiseen.</li> <li>- Interventiosta huolimatta, suurin osa opettajista, kouluterveydenhoitajista tai vanhemmista eivät havainneet nuorten syömishäiriöitä tai eivät osanneet lähestyä oppilasta, jolla epäiltiin olevan syömishäiriö.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Syömishäiriöiden tunnistamismenetelmät arvioitiin suurimmaksi osaksi epäonnistuneiksi. Vanhemmilla, kouluterveydenhoitajilla sekä vanhemmilla näyttää olevan puutteita syömishäiriöiden tunnistamisessa ja niihin puuttumisessa.</p>
<p>Roseninge &amp; Gresko 1997</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> Norjan koulujen oppilaat, opettajat ja terveydenhuollon ammattilaiset</p> <p><b>Menetelmä:</b> valtakunnallisen kasvatuksellisen syömishäiriöiden ehkäisyohjelman toteuttaminen kouluissa. Ehkäisyohjelmaan sisältyi tukiryhmien perustamista, koulun ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusta sekä ohjeistusten ja opetusmateriaalien jakamista koulun henkilökunnalle.</p> <p><b>Tavoitteet:</b> luoda asenteellisia muutoksia haitallisten sosiokulttuuristen vaikutusten ehkäisemiseksi ja tarjota tietoa normaalista murrosiän kehityksestä sekä syömishäiriöistä</p>	<p><b>Johtopäätökset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koulu koettiin hyväksi paikaksi toteuttaa ehkäisyohjelmia.</li> <li>- Opettajan rooli asennekasvattajana korostui.</li> <li>- Opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutukselle ilmeni tarvetta.</li> <li>- Opetuksellisen materiaalin laatiminen osoittautui haasteelliseksi, koska niillä voi olla myös syömishäiriöitä lisääviä vaikutuksia.</li> <li>- Onnistuneessa ehkäisyssä tulisi ensisijaisesti käsitellä normaalia murrosiän kehitystä ja suunnata syömishäiriöitä koskeva tieto vain ammattilaisille, jotta turvataan heidän tietämys asiasta.</li> </ul>
<p>Smolak, Harris &amp; Levine 2001</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 40 peruskoulun opettajaa, rehtori ja terveydenhoitaja</p> <p><b>Menetelmät:</b> 10-kohtainen kyselylomake koskien ehkäisyohjelmia ja materiaaleja sekä 20–30 minuutin haastattelut.</p> <p><b>Tavoite:</b> selvittää opettajien mielipiteet syömishäiriöitä koskevia ehkäisyohjelmia ja materiaaleja kohtaan. Millainen ennaltaehkäisevän materiaalin tulisi opettajien mielestä olla, jotta se olisi kiinnostavaa, tarpeellista ja siitä olisi apua.</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opettajat eivät olleet kiinnostuneita kovin laajoista ehkäisyohjelmista, koska niiden toteuttamiseen ei löydy aikaa.</li> <li>- Opettajat kaipasivat helposti saatavilla olevia, lyhyitä tietopaketteja syömishäiriöiden oireista ja riskitekijöistä sekä oppilaan auttamista koskevasta neuvosta.</li> <li>- Kouluun toivottiin ”resurssihenkilöä”, jonka puoleen opettaja voisi kääntyä syömishäiriöitä koskevis- sa ongelmissa.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Toimivan ehkäisyohjelman edellytyksenä on, että opettajat ovat sitoutuneet toimintaan ja osallistuvat sekä materiaalin suunnitteluun että ohjelmien toteuttamiseen. Materiaalin tulee olla edullista ja helposti saatavilla. Opettajien on saatava riittävää tukea toiminnalleen.</p>



## TAULUKKO 3. Suomessa tehtyjä syömishäiriöitä koskevia tutkimuksia

Tutkimus	Tulokset ja johtopäätökset
<p>Hakkarainen 2008</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 7 peruskoulun opettajaa, jotka olivat kohdanneet uransa aikana syömishäiriöitä sairastavia oppilaita</p> <p><b>Menetelmä:</b> kvalitatiivinen tutkimus, haastattelu</p> <p><b>Tavoite:</b> selvittää opettajan roolia syömishäiriötä sairastavan oppilaan tukijana</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opettajien tiedot ja käsitykset syömishäiriöistä perustuvat lähinnä omiin kokemuksiin anoreksiaa sairastavista oppilaista.</li> <li>- Opettajat päivittävät tietojaan tarpeen vaatiessa ja tukemisen muodot kehittyvät kokemuksen myötä.</li> <li>- Syömishäiriötapausta ilmenee kouluissa vuosittain.</li> <li>- Havainnoiminen, hoitoonohjaus ja tukeminen kasautuvat tiettyjen aineiden opettajille.</li> <li>- Ylikuormitetuilla oppilashuoltoryhmillä ei ole aikaa perehtyä syömishäiriöisten oppilaiden ongelmiin.</li> <li>- Tarpeesta huolimatta kouluissa ei ole luotu yhteisiä toimintamalleja syömishäiriötapausten varalle.</li> </ul>
<p>Kyröläinen &amp; Pehkonen 1999</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 3 peruskoulun opettajaa ja 53 opettajaksi opiskelevaa</p> <p><b>Menetelmät:</b> teemahaastattelu opettajille ja kyselylomake opettajaopiskelijoille</p> <p><b>Tavoite:</b> selvittää opettajien kokemuksia syömishäiriötä sairastavasta oppilaasta ja opettajaksi opiskelevien näkemyksiä syömishäiriöistä ja niiden vaikutuksista luokkayhteisössä.</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opettajien kokemukset ja näkemykset vaihtelivat ja olivat ainutlaatuisia</li> <li>- Syömishäiriöillä on vaikutusta luokkayhteisön vuorovaikutussuhteisiin</li> <li>- Opettajaopiskelijat ovat tietoisia syömishäiriöistä ja niiden vakavuudesta.</li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Pienen kohderyhmän vuoksi, tuloksia ei voida suoraan yleistää koskemaan muiden opettajien näkemyksiä. Tulokset kuitenkin antavat viitteitä siitä, että syömishäiriöt vaikuttavat luokan sosiaalisiin suhteisiin sekä opettajan ja oppilaiden tunteisiin ja ne koetaan monimuotoisina ja vakavina ongelmina.</p>
<p>Mutanen 2004</p> <p><b>Kohderyhmä:</b> 7 henkilön asiantuntijaryhmä, johon kuului psykiatrian erikoissairaanhoitaja, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, ravitsemusterapeutti, koulu-terveydenhoitaja, kotitalousopettaja ja kaksi yliopiston opettajaa</p> <p><b>Menetelmä:</b> kvalitatiivinen tutkimus, ryhmähaastattelu</p> <p><b>Tavoite:</b> selvittää, mitä asiantuntijoiden mielestä kotitalousopetuksessa voidaan tehdä nuorten syömishäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi.</p>	<p><b>Tulokset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiantuntijoiden mielestä oikeanlaisella terveystasvatuksella voidaan ennaltaehkäistä syömishäiriöitä.</li> <li>- Kotitalousopetuksessa tulisi korostaa kokonaisvaltaista terveydenedistämistä.</li> <li>- Oppimisvälinettä suunniteltaessa on huomioitava oppilaiden minäkuvan ja itsetunnon kehittäminen.</li> <li>- Oppilaan ja opettajan välillä on säilyttävä aito vuorovaikutus opetustilanteessa.</li> </ul>

Seuraavaksi kuvataan aikaisempien kartoitusten ja tutkimusten perusteella, millainen olisi hyvä koulu yhteisö syömishäiriöiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta katsottuna. Kuvauksen kohteeksi otetaan koulukulttuuri ja opetussuunnitelma, opettajien, oppilashuollon, koulu-terveydenhuollon sekä kouluruokailun toiminta. Lisäksi tarkastellaan vanhempien roolia yhtenä kouluyhteisön toimijana.

### 3.1 Koulukulttuuri ja opetussuunnitelma ennaltaehkäisyä ohjaamassa

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että ollakseen onnistunutta, syömishäiriöiden ehkäisyn tulee olla kokonaisvaltaista, jatkuvaa ja käsittää koko koulu yhteisö kaikkine toimijoineen. Ehkäisytoiminnan on oltava osa koulukulttuuria ja koulun toteuttamaa opetussuunnitelmaa. (O'Dea 2005.) Yhteistyössä laaditut toimintaohjeet ja käytänteet, jotka perustuvat olemassa olevaan opetussuunnitelmaan ja ovat koulun hengen mukaisia, helpottavat sitoutumista niiden noudattamiseen ja mahdollistavat siten asianmukaisen ja kokonaisvaltaisen toiminnan. Yhteisten toimintaohjeiden myötä oppilaat ovat samanarvoisessa asemassa. Toimintaohjeiden ja ehkäisyohjelmien tulee olla konkreettisia ja koululta on löydettävä resursseja niiden toteuttamiseen. Onnistuneeseen ennaltaehkäisyyn liittyy myös toiminnan kriittinen arviointi ja jatkuva kehittäminen vallitsevan tilanteen ja sen hetkisten tarpeiden mukaan. Käytänteiden tulee olla kaikkien toimijoiden tiedossa, joten kouluyhteisön uusille jäsenille tulee tiedottaa niistä. (Peltonen 2002, 32; Smolak, Harris, Levine & Shisslak 2001.)

Edellä mainittujen edellytysten lisäksi Tilus (2004, 132) korostaa yhteisön hyvää ja tervettä itsetuntoa, jotta jäsenet voivat toimia annettujen ohjeiden mukaisesti. Jotta kouluyhteisön toiminnalla on todellista vaikutusta, toimijoilta vaaditaan keskinäistä kunnioitusta, avoimuutta, luottamusta, vuorovaikutusta sekä välittämistä. Pelkkä käytänteiden ja toimintaohjeiden toteuttaminen ei riitä, myös asenteet ehkäisyä kohtaan tulee olla myönteiset.

### 3.2 Opettajan rooli

Opettaja seuraa aitiopaikalta nuoren kasvua ja kehitystä usein usean vuoden ajan. Hän pysyy havainnoimaan lasta ja nuorta niin luokkaympäristössä, koulun kaveripiirissä kuin ruo-

kalassakin. Asemansa lisäksi, työvuosien tuoma kokemus auttaa opettajaa tunnistamaan oppilaassa tapahtuvat normaaliin kasvuun ja kehitykseen liittyvät muutokset ja huomamaan, milloin oppilas on erityisen tuen tai avun tarpeessa. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 1999, 124; Tuuliluoto & Charpentier 1998, 16.) Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan, opettajat olivat havainneet terveydenhoitajia useammin syömishäiriötapauksia, mikä tukee käsitystä opettajan keskeisestä asemasta oppilaiden päivittäisessä elämässä (taulukko 2). (Rees & Clark-Stone 2006.)

Useat syömishäiriöiden ehkäisyä koskevat tutkimukset (Piran 2004; Smolak ym. 2001) korostavat opettajien roolia syömishäiriöiden ehkäisyssä. Opettajilla on ihanteelliset lähtökohdat välittää arvoja ja asenteita lapsille ja nuorille. Dixey (1998) on pohtinut opettajan roolia, koulun terveystkasvatuksen vaikutuksia tutkivassa artikkelissaan. Hänen mukaansa opettajan ei pidä eikä hänen odoteta puuttuvan syömishäiriötapauksiin lääketieteellisestä näkökulmasta, koska opettajalla ei ole siihen tarvittavaa tietoa ja taitoa. Sen sijaan terveystkasvatuksen keinoin opettaja voi ja hänen tulee pyrkiä vaikuttamaan syömishäiriöiden syntyyn, oppilaiden itsetuntoon, myönteiseen kehon kuvaan sekä ruokaa ja syömistä koskeviin asenteisiin. Dixeyn tavoin Tuuliluoto ja Charpentier (1998, 16) korostavat opettajan omien voimavarojen huomioimisen tärkeyttä. Opettajalta vaaditaan tilannetajua, jotta hän osaa ohjata lapsen tai nuoren ammattiauttajan esimerkiksi kouluterveydenhoitajan luokse, jos ja kun omat kyvyt eivät riitä ongelman ratkaisemiseen tai tilanne niin vaatii.

Toisaalta, opettajalta edellytetään luottamusta myös omaan itseen ja omiin havaintoihin. Opettajan havaitsema muutos nuoren käyttäytymisessä ja huoli oppilaasta on riittävä syy puuttua asiaan ja kertoa siitä vanhemmille ja oppilashuollolle. (Hannukkala & Salonen 2008, 53.) Tilus (2004, 77) mainitseekin erääksi opettajan haasteeksi tukea tarvitsevien tarpeisiin vastaamisen. Pelkkä ongelmien havaitseminen ei riitä, vaan on otettava opettajalle kuuluva vastuu ja pyrittävä löytämään ongelmaan ratkaisu.

Opettajan toiminnan lähtökohtana on vakuuttuminen syömishäiriöiden vakavuudesta ja ehkäisyn sekä puuttumisen tärkeydestä. Opettajan tulee ymmärtää, että syömishäiriöt ovat tiiviisti yhteydessä muihin lapsuuden ja nuoruuden ongelmiin, kuten lihavuuteen ja masennukseen. Onnistunut ehkäisy vaatii toimintaan sitoutuneen opettajan, joka osallistuu ehkäisyn toteuttamisen lisäksi sen suunnitteluun (taulukko 2). (Smolak ym. 2001.) Syömishäiriöt ovat aiheita, jotka saattavat olla kokemuksellisesti vahvasti läsnä ja näin ollen ne voi-

vat herättää lapsessa ja nuoressa voimakkaita tunteita kuten häpeää ja ahdistusta. Opettajalta edellytetäänkin oppilaiden lukutaitoa, tahdikkuutta ja empaattisuutta, jotta hän osaa tehdä pedagogisesti kypsiä ratkaisuja, eikä aiheuta toiminnallaan enemmän harmia kuin hyötyä. (Kannas 2005, 14, 17–18.)

Opettajalla tulee olla riittävät tiedot syömishäiriöistä kuten sairastumisen syistä, eri muodoista ja oireista sekä hoidosta. Opettajan valmiuksia tulee tukea riittävän koulutuksen avulla. Koulutuksen tärkeänä tehtävänä on lisätä perustiedon määrää ja ennen kaikkea auttaa opettajia tunnistamaan olemassa olevat ongelmat ja antaa työkaluja ehkäisyntoteuttamiseen (O’Dea 2005, 26, 28). O’Dean mielestä on tärkeää, että koulutus antaa opettajille myös mahdollisuuden omien uskomusten, arvojen ja ennakkoluulojen reflektointiin, jolloin koulutuksella voidaan vaikuttaa tiedon lisäksi paremmin myös asenteisiin.

Riittävän tiedon ja myönteisten asenteiden lisäksi opettajan käyttämällä opetusmenetelmillä sekä käsiteltävillä aiheilla on suuri merkitys. Toteutetut ehkäisyohjelmat sekä muut aiheeseen liittyvät tutkimukset antavat hyvin samansuuntaisia käsityksiä siitä, millaiset menetelmät ovat kaikista tehokkaimpia ja minkä aiheiden käsittely hyödyllisintä. Onnistuneen terveystieteiden taustalla on kohderyhmän tarpeiden ja olemassa olevien resurssien huomiointi sekä realististen, saavutettavissa olevien tavoitteiden asettaminen. Hyviä tuloksia näyttäisivät tuottavan pidempikestoiset, kokonaisvaltaiset ehkäisyohjelmat, jotka perustuvat vuorovaikutukseen ja joissa hyödynnetään oppilaita aktivoivia menetelmiä. (O’Dea & Abraham 2000, O’Dea 2005; Neumark-Sztainer 1996.)

Onnistuneissa ehkäisyohjelmissä on keskitytty kohentamaan muun muassa oppilaiden itsetuntoa, kehon kuvaa, stressinhallintakeinoja sekä medialukutaitoa myönteisessä ja kannustavassa ilmapiirissä. Ohjelmien seurauksena lasten ja nuorten tyytyväisyys omaan kehoon on kasvanut, itsetunto on kohentunut ja asenteet laihduttamista kohtaan ovat muuttuneet kielteisemmiksi. Sen sijaan opetus, joka on keskittynyt esimerkiksi painonhallinnan menetelmiin, syömishäiriöiden muotoihin ja oireisiin, ei ole vaikuttanut oppilaiden käyttäytymiseen tai asenteisiin. Ongelmia korostava, liioitteleva tai moralisoiva opetus on pikemminkin antanut vinkkejä epäterveellisistä painonhallintakeinoista sekä romantisoanut syömishäiriöt ja siten lisännyt lasten ja nuorten huolia. (O’Dea & Abraham 2000, 2005; Terho 2002, 407; Rosenvinge & Gresko 1997.)

Oppikirjalla on keskeinen asema opetuksen välineenä suomalaisessa opetuskulttuurissa (Heinonen 2005, 241). Niinpä syömishäiriöitä koskevaan opetukseen vaikuttaa, miten ko. aiheita on käsitelty oppikirjoissa. Jotta opettajan toiminta olisi kokonaisvaltaista, oppikirjojen tulisi tukea sisältönsä ja tyyliinsä avulla edellä mainittuja hyväksi havaittuja aihealueita ja opetusmenetelmiä, kuten itsetuntoa vahvistavia teemoja ja oppilaita aktivoivia menetelmiä.

Kuurala (2008) on tutkinut suomalaisten kotitalouden ja terveystiedon oppikirjojen ravitsemukseen liittyviä sisältöjä ja pedagogisia tyyliä. Kuuralan tutkimus osoitti, että painonhallintaa ja syömisen ongelmia koskevia aiheita käsitellään kirjoissa melko monipuolisesti. Sisältönsä puolesta suomalaiset oppikirjat vaikuttavat vastaavan ulkomaisten interventioiden pohjalta muodostuneita näkemyksiä onnistuneesta syömishäiriöiden ehkäisystä ja opetuksesta. Oppikirjoissa näyttäisi nimittäin korostuvan terveelliset elämäntavat, ihmisten yksilöllisyys sekä mediakriittisyys, joskin niissä tuodaan esille myös tosiasiatietoa syömishäiriöiden muodoista, oireista, syistä ja hoidoista. Pedagoginen tyyli, jolla syömishäiriöihin liittyviä aiheita käsitellään ei sen sijaan tue O'Dean (2005) näkemystä onnistuneesta ehkäisystä. Syömishäiriöitä koskeva teksti on pääosin informatiivista, vaikka O'Dean kartoitusten perusteella osallistava tyyli olisi tehokkaampi. (Kuurala 2008.)

Opettajan rooli syömishäiriöiden ehkäisijänä ei rajoitu pelkästään luokissa tapahtuvaan terveystieteeseen, vaan ohjausvelvoite ulottuu myös esimerkiksi kouluruokailuun. Opettajan käyttäytyminen niin luokassa, ruokalassa kuin muuallakin koulussa ja kouluympäristön ulkopuolella kertoo hänen asenteista ruokaa ja syömistä kohtaan. Opettajan epäterveelliset tavat ja tottumukset sekä niiden esille tuominen oppilaiden läsnä ollessa voi viestittää oppilaille niiden hyväksyttävyydestä ja viedä pohjan terveystieteeltä. Toisaalta oppilaat voivat ottaa mallia opettajasta myös terveyttä edistävien tapojen ja tottumusten osalta. Esimerkiksi kouluruokailussa opettaja voi pyrkiä vaikuttamaan oppilaisiin esimerkillisellä aterian koostamisella ja ruokailutavoilla. (Lintukangas, Manninen, Mikkola-Montonen, Palojoeki, Partanen & Partanen 2007, 22.)

Vaikka tutkimukset korostavat opettajien merkitystä syömishäiriöiden ehkäisyssä, todellisuudessa opettajien rooli osoittautuu usein epäselväksi ja vähäiseksi (Piran 2004). Opettajan vähäisen osallistumisen syynä voi olla opettajien kokemus epävarmuudesta omasta roolista

ja siihen kuuluvista tehtävistä tai kielteinen asenne syömishäiriöitä kohtaan. Sekä epävarmuuden että kielteisten asenteiden taustalla voi olla syömishäiriötä koskeva tiedon puute. Opettajat eivät välttämättä ymmärrä syömishäiriöiden vakavuutta ja niiden laaja-alaisia vaikutuksia (Smolak ym. 2001.)

Englannissa toteutettu tutkimus, jossa verrattiin erilaisten menetelmien tehokkuutta tunnistaa syömishäiriöitä sairastavat oppilaat koulussa, paljasti opettajien epävarmuuden ja kielteiset asenteet syömishäiriöitä kohtaan. Tutkimukseen osallistuneet opettajat kokivat koulun epäsovinnaksi paikaksi tunnistaa syömishäiriöt. Lisäksi opettajat olivat joko epätietoisia oppilaiden ongelmista tai tiesivät niistä, mutta eivät osanneet lähestyä nuorta hänen ongelmassaan (taulukko 2). (Rees & Clark-Stone 2006.)

O'Dean ja Abrahamin (2006) Australiassa toteuttama tutkimus (taulukko 2) osoitti, että opettajat voivat tietojensa ja asenteidensa myötä toimia myös huonoina esimerkkeinä. Tutkimuksella kartoitettiin kotitalousopettajaharjoittelijoiden ja liikunnan opettajien tietoja, uskomuksia ja asenteita painonhallintaa, syömishäiriöitä sekä kehon kuvaa koskien. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet harjoittelijat ja opettajat arvioivat omaa kehonkuvaansa ja painonhallintakäytänteitä. Tutkimuksesta paljastui, että enemmistö vastaajista oli antanut ylipainoisille nuorille laihdutusvinkkejä pudottaakseen painoa. Lisäksi vastaajien ravitsemuskasvatusta koskevissa tiedoissa havaittiin puutteita ja myös heidän oma käyttäytyminen oli kyseenalaista. Vastaajien joukossa oli syömishäiriöistä kärsineitä naisia ja kyseenalaisia painonpudotuskeinoja noudattavia naisia ja miehiä. Lähes puolet naisvastaajista koki olevansa lihavia ja toivoivat painonsa putoavan. Myös aiemmat Australiassa ja Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset tukevat O'Dean ja Abrahamin saamia tuloksia.

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että opettajat tarvitsevat lisää tietoa ja ammattilaisten tukea toiminnassaan. Saamastaan koulutuksesta huolimatta, opettajilla ja opettajaopiskelijoilla on yhtä lailla syömiseen ja painoon liittyviä huolia kuin muillakin nuorilla naisilla. (Emt. 2006.) Myös Suomessa on havaittu puutteita opettajien mielenterveysosaamisessa. Opettajien peruskoulutuksessa käsitellään hyvin vähän mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä tai ongelmien ratkaisukeinoja. Mielenterveysseuran tekemän kyselyn mukaan, opettajat ovatkin halukkaita lisäämään tietojaan ja taitojaan. (Hannukkala & Salonen. 2008, 54.)

Opettajien valmiuksia kartoittaneet tutkijat ehdottavat, että puutteellisiin tietoihin ja asenteisiin pyrittäisiin vaikuttamaan opettajiin kohdistuvan perus- ja täydennyskoulutuksen keinoin. Opettajaopiskelijoiden kohdalla painoon ja syömiseen liittyvät ongelmat pitäisi huomioida jo opettajan koulutuksessa, tukemalla opiskelijoiden terveellisiä tapoja ja auttamalla kehon kuvaan liittyvissä ongelmissa. Varmistamalla opettajien riittävä tietämys aiheesta voitaisiin edelleen vahvistaa heidän roolia syömishäiriöiden ehkäisijänä. Omien valmiuksien kehittämisestä huolimatta, opettajat tarvitsevat myös koulu yhteisön jäsenten tukea. (Hannukkala & Salonen. 2008, 54; O’Dea & Abraham. 2006; Piran 2004.)

### 3.3 Oppilas- ja opiskelijahuollon rooli

Koulun oppilashuollolla tarkoitetaan lakisääteisiä palveluja, joiden tavoitteena on tukea oppilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja tasapainoista kehitystä. Oppilashuolto on kiinteä osa koulun toimintaa ja sen tarkoituksena on parantaa kasvatus- ja opetustyön edellytyksiä. Oppilashuoltoon sisältyy opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto, kansanterveyslaissa mainittu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulain mukainen kasvatuksen tukeminen. Oppilashuollon tehtäviin kuuluu niin ehkäisevä, ylläpitävä kuin korjaava toimintakin. Ensisijaisena tavoitteena on ehkäistä ongelmia, mutta tärkeää on myös tunnistaa oppilaan vaikeudet mahdollisimman varhain ja puuttua niihin. Oppilashuololle asetetuista tavoitteista huolimatta, toiminta keskittyy usein korjaaviin toimenpiteisiin, ehkäisevien toimenpiteiden jäädessä vähemmälle. (Jakonen 2006, 159; Opetushallitus 2010, 43–44.)

Oppilashuoltoryhmän jäseniä ovat yleensä koulun rehtori, koulukuraattori, koulupsykologi, kouluterveydenhuollon työntekijä, opettajat sekä muut tarvittavat oppilaan oppimista, hyvinvointia ja kuntoutusta edistävät tahot. Toiminta perustuu näin ollen tiiviiseen moniammatilliseen yhteistyöhön (Jakonen 2006, 159). Erillisistä huoltoryhmistä huolimatta, oppilashuolto kuuluu opetussuunnitelman mukaisesti kaikille koulu- ja opiskeluyhteisössä työskenteleville (Opetushallitus 2010, 43).

Lukiossa opiskelijoiden hyvinvoinnista huolehtii vastaavasti opiskeluhuolto. Oppilashuollon tavoin, opiskeluhuollon tavoitteena on edistää hyvinvointia ja tunnistaa varhain opiske-

lijan ongelmat ja puuttua niihin. Opiskeluhoitoa koordinoi ja kehittää moniammatillinen opiskeluhoitoryhmä. (Opetushallitus 2003.)

Koska terveyden edistäminen on yksi oppilas- ja opiskeluhoollon keskeisistä tehtävistä, myös syömishäiriöiden ehkäisy ja niihin puuttuminen kuuluu niiden toimintaan (Aaltonen ym. 1999). Oppilas- ja opiskeluhoito on tärkeä tuki opettajille, koska kuten opettajan roolia kuvaavassa kappaleessa (3.2) kävi ilmi, opettajien syömishäiriöitä koskevat valmiudet voivat olla heikot. Toimivan oppilashuollon myötä, opettaja voi keskittyä paremmin perustehtäväänsä ja luopua nykyään helposti opettajuuteen kuuluvista kuraattorin, psykologin tai terveydenhoitajan roolista (Tilus 2004, 153).

### 3.3.1 Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Syömishäiriöiden havaitsemisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoitoon ohjauksessa oppilashuollon jäsenistä erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla on merkittävä rooli. Vahvan roolin taustalla on ko. palvelujen helppo saatavuus. Palvelujen sijoittuminen kouluympäristöön, jossa oppilaat viettävät suuren osan päivästäan madaltaa kynnystä hakea apua ongelmiin. (Duodecim 2010, 71–72; Syömishäiriöliitto 2009, 22–23.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto koostuu terveydenhoitajasta, lääkäristä, suun terveydenhuollon henkilöstöstä, koulupsykologista sekä tarvittaessa puhe- ravitsemus- ja fysioterapeuteista. Ensisijaisia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimijoita ovat terveydenhoitaja ja lääkäri. (Jakonen 2006, 156.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut sekä kouluterveydenhuollolle että opiskeluterveydenhuollolle tavoitteet ja sisällöt, joita tulee noudattaa. Kouluterveydenhuollon perustehtävinä ovat oppilaan kasvun ja kehityksen seuranta sekä terveysneuvonta ja -kasvatus. Säännölliset terveystarkastukset antavat kouluterveydenhoitajalle hyvän mahdollisuuden tunnistaa muutokset oppilaan ulkonäössä tai käyttäytymisessä. Terveysneuvonnan ja -kasvatuksen keinoin terveydenhoitaja voi käsitellä lasten ja nuorten kanssa aiheita, jotka ovat syömishäiriöiden ehkäisykin kannalta tärkeitä, kuten tunteiden tunnistamista ja ilmaiseamista, ravitsemusta, painonhallintaa, liikunnan terveysvaikutuksia, terveyttä koskevan tiedon kriittistä arviointia sekä oppilaiden voimavarojen ja suojaavien tekijöiden vahvistamis-



ta. (Jakonen 2006, 162; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Kouluterveydenhuollon tavoin opiskeluterveydenhuollon tärkeä tehtävä sairauksien hoidon ohella on osallistua kokonaisvaltaiseen terveydenedistämiseen sekä yksilöllisen terveysneuvonnan ja terveystarkastusten että yhteisöllisen terveysvalistuksen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 21).

Saadusta koulutuksesta huolimatta syömishäiriöiden ehkäisy ja niihin puuttuminen on haaste myös terveydenhuollon ammattilaiselle. Terveystarkastajalta vaaditaan laajoja tieto- ja taitoja lasten ja nuorten kehityksestä, terveydestä sekä syömishäiriöistä ja niiden ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Oppilaiden kohtaaminen edellyttää hyviä sosiaalisia taitoja. Ehkäisevässä työssä tarvitaan hienovaraisuutta ja tilannetajua, jotta ehkäisevä toiminta ei lisää oppilaiden huolia ja laukaise syömishäiriöitä. Syömishäiriöiden tunnistaminen puolestaan vaatii kykyä hahmottaa asioita laaja-alaisesti, koska syömishäiriöt ovat monimuotoisia ja usein vaikeasti tunnistettavia sairauksia ja oireet voivat vaihdella muodoltaan ja voimakkuudeltaan. Terveystarkastajien henkilöstöltä odotetaan vakavaa ja vastuullista suhtautumista syömishäiriöihin puuttumiseen ja jatkohoitoon ohjaamiseen. (Duodecim 2010, 71–74; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 79.)

Vaikka koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla onkin keskeinen rooli syömishäiriöiden ehkäisyssä ja tunnistamisessa, yksi hyvän terveydenhuollon edellytyksiä on yhteistyön tekeminen vanhempien, muiden oppilas- ja opiskeluhuollon jäsenten, opettajien sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteistyön kannalta ihanteellinen tilanne on, jos koulussa työskentelee sama koulu- tai opiskelijaterveydenhoitaja useamman vuoden ajan, jolloin turvataan hoitosuhteen jatkuvuus. Tärkeää myös on, että työaika on riittävästi lasten kohtaamiseen ja perheiden tukemiseen, mikä mahdollistaa luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymisen oppilaaseen ja vanhempiin. (Duodecim 2010, 72; Terho 2002, 21.)

Kouluterveydenhuollon lakisääteisydestä ja asetetuista laatuvaatimuksista huolimatta, koulujen hyvinvointia ja terveydenedistämistä kartoittava tutkimus (Happonen, Saaristo & Rimpelä 2007, 103; Wiss & Saaristo 2007, 93, 96) osoittaa, että koulujen välillä on suuria eroja ehkäisevien palvelujen saatavuudessa asuinpaikasta riippuen. Kouluterveydenhuollon henkilöstömäärissä on vajeita lähes kaikissa tutkituissa kouluissa. Suositusten mukainen terveystarkastusten määrä toteutui ainoastaan neljässä prosentissa kouluista. Puutteet oppilas- ja opiskelijahuollon palveluissa heikentää koulun valmiuksia huomioida syömishäiriötä sairastavat oppilaat. Palvelujen puutteista ja epäkohdista johtuen muiden

koulu yhteisön jäsenten kuten opettajan rooli syömishäiriöiden ehkäisijänä, tunnistajana ja puuttujana korostuu edelleen.

### 3.3.2 Kouluruokailu

Kouluruokailu on yksi terveyden edistämisen toiminta-alueista koulu yhteisössä. Sen järjestämistä säätelevät perusopetuslaki ja perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Kouluruokailun tavoitteena on edistää koulu yhteisön hyvinvointia ja tukea oppilaiden kasvua ja kehitystä yhteistyössä muiden koulu yhteisön toimijoiden kanssa. (Opetushallitus 2010, 45–46 .) Kouluruokailu ohjaa oppilaita kohti hyviä ravitsemus- ja terveystottumuksia sekä ehkäisee ravitsemusongelmien kuten lihavuuden ja syömishäiriöiden kehittymistä, tarjoamalla monipuolista, terveellistä ja nautittavaa ruokaa sekä tietoa terveyttä edistävästä valinnoista (Lintukangas ym. 2007, 22). Peruskouluja ja lukiota koskevien toimintasuositusten mukaan koulun ruokailuratkaisuja kehitettäessä tulee ottaa huomioon myös yksilöllisiä tukitoimia tarvitsevat oppilaat, kuten syömispulmaiset, erityisruokavaliota noudattavat, opetuksen erityisryhmiin sijoitetut sekä vammaiset (Savola 2006, 27). Kouluruokailun tavoitteena ei ole korvata kotona tapahtuvaa ruokailua, vaan pikemminkin tukea kodin ruokailutottumusten kehittymistä. Kaikkien kotien ruokailutottumukset eivät ole terveyttä edistäviä. Taustalla voi olla monenlaisia syitä niin taloudellisia kuin asenteellisiakin. Koulussa tarjottu ruoka voi olla lapsen tai nuoren ainoa täysipainoinen ateria päivän aikana, mikä lisää kouluruokailun roolia terveyden edistäjänä ja syömiseen liittyvien ongelmien ehkäisijänä. (Lintukangas ym. 2007, 35.)

Välipalojen merkitys lasten ja nuorten päivittäisessä aterioinnissa on kasvanut. Näin ollen kouluruokailulla on mahdollisuus vaikuttaa suotuisasti oppilaiden ruokatottumuksiin myös välipalatarjonnallaan. Epäterveellisten välipalojen kuten makeisten ja virvoitusjuomien myynti koulujen kioskeissa ja välipala-automaateissa luo mielikuvan napostelun hyväksyttävyydestä ja kannustaa epäterveellisiin välipalavalintoihin ja jopa kouluaterian korvaamiseen. Edellä mainitun kaltainen ruokailutottumusten kehitys saattaa osaltaan lisätä syömishäiriöiden syntyä. Koululounaan tavoin välipalan tarjoamista koskee ohjeistukset. Kouluruokailua koskevien suositusten mukaan epäterveellinen välipalatarjonta tulisi korvata ravitsemuksellisesti täysipainoisilla ja mieltä miellyttävillä, joko maksuttomilla tai maksullisilla välipaloilla. Välipalojen tarjoaminen ohjaa oppilaita terveellisten valintojen ohella säännöllisesti.

seen ateriointiin. (Lyytikäinen 2001, 26; Savola 2006, 27.)

Vaikka kouluruokailun toteuttamiseen vaikuttavat monet kouluruokailun henkilöstöstä riippumattomat seikat, kuten taloudelliset resurssit, kouluruokailun henkilöstön tiedoilla ja taidoilla sekä henkilökohtaisilla asenteilla ja valinnoilla on vaikutusta siihen, kuinka terveyttä edistävä ja myönteinen kokemus kouluruokailu oppilaalle on. Henkilöstön on tärkeää ymmärtää vastuunsa koulun terveyden edistämisessä, sitoutua koulun yhteisiin tavoitteisiin ja toimia yhteistyössä muiden yhteisön toimijoiden kanssa. Opettajien ohella, ruokapalveluhenkilöstöllä on alansa ammattilaisina oikeus ja velvollisuus ohjata oppilaita terveellisiin ruokailutottumuksiin. Kouluruokailu voi osallistua terveyden edistämiseen muun muassa kampanjoimalla ja mainostamalla terveellisten ruokailutottumusten puolesta. (Lintukangas ym. 2007, 21; Savola 2006, 27; Urho 2006, 8–9.) Esimerkiksi esille koostettu malliannos voi toimia oppilaille ohjeistuksena ja muistutuksena täysipainoisesta ateriasta (Ojala 2004, 103). Tiedon jakamisen lisäksi ruokalan positiivisella ja kannustavalla ilmapiirillä voi olla vaikutusta oppilaiden syömiseen ja ruokaa koskeviin asenteisiin erityisesti niiden oppilaiden kohdalla, joilla on ongelmia syömisen kanssa.

Syömisongelmien ennaltaehkäisyyn kannalta, tarjottavan ruoan ohella tärkeässä roolissa on myös viihtyisä ja rauhallinen ruokailuympäristö, jossa oppilas voi nauttia ruokansa ilman kiirettä (Lyytikäinen 2001, 156). Kouluviihtyvyyttä mittaavat mielipidetutkimukset osoittavat, että kouluruokailua koskevat tavoitteet eivät viihtyvyyden osalta täyty. Oppilaat kokevat ruokatunnit liian lyhyiksi ja rauhattomiksi, ja kaipaisivat pidempiä ja rauhallisempia ruokatunteja. (Manninen 2007, 120.)

Kouluruokailun kehittämisessä koetaan tärkeäksi oppilaiden mielipiteiden kerääminen ja ideoiden toteuttaminen kouluruokailua koskevien suositusten puitteissa. Antamalla oppilaille mahdollisuuden vaikuttaa ruokalistojen suunnitteluun ja vaihtoehtojen tarjoamiseen, voidaan mahdollisesti muokata kouluruokailua koskevia asenteita myönteisemmiksi ja lisätä oppilaiden kouluruokailuun osallistumista ja sitä kautta terveellisiä ruokailutottumuksia. (Lintukangas 2007, 36.)

### 3.4 Kodin rooli

Perusta ruokatottumuksille rakentuu jo varhaislapsuudessa, joten kodilla on merkittävä vaikutus niiden muodostumiseen. Vanhemmat vaikuttavat huomaamattaan omien asenteiden sekä päivittäisten tapojen sekä tottumusten kautta lapsen asenteisiin ja käyttäytymiseen. On epävarmaa, onko lapsuuden varhaisten syömispulmien ja myöhemmin esiintyvien syömishäiriöiden kuten anoreksian ja bulimian välillä yhteyttä. Lapsuudessa syntyneet syömisongelmat voivat kuitenkin pitkään jatkuessaan johtaa leikki-iässä ilmeneviin syömisestä häiriöihin sekä kasvun ja painon häiriöihin. (Nurttila 2001, 106, 128–129.)

Syömishäiriöt eivät automaattisesti johdu vanhemmista. Kuten jo syömishäiriöiden syitä käsittelevässä kappaleessa (2.4) kävi ilmi, taustalla vaikuttavat monet eri tekijät. Kotona vallitsevalla ilmapiirillä voi olla kuitenkin vaikutusta ruokaa ja ruokailua koskeviin asenteisiin. Perheen ruokailussa vallitseva epätasapaino – oli kyse sitten erityisen epäterveellisistä tai toisaalta täydellisen terveellisistä ruokailutottumuksista – voi edesauttaa syömiseen liittyvien ongelmien muodostumista. WHO:n koululaistutkimuksesta (2002) esimerkiksi ilmeni, että erityisesti äitien laihduttamisella on vaikutusta lasten paino- ja laihduttamiseen (Välimaa & Ojala 2004, 73).

Suomalaisissa kodeissa vastuu ruokailusta siirtyy jo varhain lapselle itselleen. Lapsuudessa ja nuoruudessa, ruokailutottumusten muotoutuessa ja riskikäyttäytymisen ollessa tyypillistä, lapset ja nuoret kuitenkin tarvitsevat aikuisen tukea ruoan valintaan ja ruokailuun liittyen. (Nurttila 2001, 143, 145–146.) Huoltajalla on ensisijainen kasvatustavoitteiden toteuttaminen lapsesta ja nuoresta, joten heidän asemansa myös syömishäiriöiden ehkäisyssä on keskeinen (Tilus 2004, 134). Vanhemmat seuraavat lapsen kasvua ja kehitystä vierestä, joten heillä on erinomainen mahdollisuus pyrkiä ehkäisemään syömiseen liittyviä ongelmia sekä tunnistamaan häiriöitä ja puuttamaan niihin. Vanhempien roolia korostaa myös O’Dean (2005) tekemä kartoitus, jonka mukaan kouluissa toteutetuista syömishäiriöiden ehkäisyohjelmista olivat onnistuneimpia ne, joissa oli mukana oppilaiden vanhemmat. Onnistuneen terveyskasvatuksen edellytys näyttäisi olevan se, että vanhemmat tukevat tavoitteiden toteutumista omalla toiminnallaan.

Jotta vanhemmat voivat tukea koulun terveyttä edistävää toimintaa, tietojen ja taitojen jakaminen tulee kohdistaa myös heille. Vanhempien mahdollisuus osallistua koulun ehkäisy-

toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen yhdessä muiden kouluyhteisön toimijoiden kanssa, mahdollistaa paremman sitoutumisen terveystavoitteiden toteuttamiseen. Vanhempien osallistuminen edellyttää avointa vuorovaikutusta kodin ja koulun välillä. Koulun tulee tiedottaa koteja tavoitteistaan ja toiminnastaan ja vakuuttaa toiminnan tärkeydestä. (Terho 2002, 409.)

Kuten kouluopetuksessa myös kotikasvatuksessa on tärkeää positiivinen ja kannustava ilmapiiri. Vanhempien luonnollinen ja tasapainoinen suhtautuminen ruokaan ja syömiseen sekä hyväksyvä asennoituminen ulkomuotoa koskeviin seikkoihin voi edesauttaa ruokaan liittyvien myönteisten ja terveiden asenteiden muotoutumista. Sen sijaan laihduttaminen ja erilaiset dieetit antavat väärän kuvan sopivista painonhallintamenetelmistä ja voivat lisätä lasten ja nuorten tyytymättömyyttä omaa kehoaan kohtaan. On myös tärkeää, että syömishäiriöisen käyttäytymisen ilmetessä, perhe ei tue lapsen tai nuoren poikkeavaa käyttäytymistä. Vanhemmilta vaaditaan rohkaisevaa, ymmärtävää ja ystävällistä asennetta sekä toisaalta jämäkkää ja johdonmukaista toimintaa ilman pakottamista tai syyllistämistä. (Duodecim 2010, 129, 130–134.)

### 3.5 Kouluyhteisön jäsenten yhteistyö

Lasten ja nuorten kehonkuvaan ja itsetuntoon vaikuttaa koko koulukulttuuri opetussuunnitelmineen, opettajien toiminta opetusmenetelmineen, muut oppilaat, vanhemmat sekä kouluyhteisöä ohjaavat yhteiskunnan tahot. Yhteisön kaikilla toimijoilla on näin ollen oma tärkeä rooli syömishäiriöiden ehkäisyssä. Kuten terveyden edistämässä yleensä, myös syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä, on tärkeää kouluyhteisön toimijoiden yhteistyö. Syömishäiriöiden ehkäisyä koskevat tutkimukset ja terveyden edistämistä käsittelevät julkaisut korostavat yksimielisesti yhteistyön merkitystä. (O' Dea 2005, 26–28; Terho 2002, 409; Tilus 2004, 134.) Jo pelkästään perusopetuslaki velvoittaa koulun tekemään yhteistyötä kotien kanssa, jotta voidaan turvata oppilaan kokonaisvaltainen terve kasvu ja hyvä oppiminen (Opetushallitus 2010, 33). Koululla on hyvät mahdollisuudet yhteistyön toteuttamiseen, koska se tavoittaa lasten ja nuorten lisäksi helposti myös vanhemmat (Hannukkala & Salonen 2008, 52).

Laakson ja Sohlmanin (2002, 62, 64–65) mukaan moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa laajemman näkökulman, suuremman ammattitaidon ja sitä kautta ongelmien paremman ehkäisyn, tunnistamisen sekä asianmukaisen ja tehokkaan hoidon. Eri koulu yhteisön toimijat seuraavat lapsen kasvua ja kehitystä omasta näkökulmistaan. Vanhemmat ovat usein liian lähellä lasta ja nuorta huomatakseen jo olemassa olevat tai orastavat ongelmat. Opettajat, kouluterveydenhoitaja tai kouluruokailun henkilöstö voivat nähdä oman asiantuntemuksen ja koulutuksen valossa sellaisia asioita, mitä vanhemmat eivät näe. Kouluterveydenhoitaja voi konkreettisesti todeta huolestuttavia muutoksia oppilaan painossa terveystarkastusten yhteydessä. Oppilaan muuttuneet ruokailutavat tai asenteet ruoka-aineita kohtaan voi puolestaan herättää opettajan huomion kotitalousluokassa. Kouluruokailun henkilöstö voi yhtä lailla huomata oppilaan ruokailutavoissa muutoksia tai hälyttäviä piirteitä.

Opetussuunnitelman perusteiden (2010, 34) mukaan yhteistyön lähtökohtana tulee olla eri osapuolien kunnioitus, tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Yhteistyö vaatii toimijoiden välistä avoimuutta sekä kommunikointia ja ennen kaikkea yhteisiä arvoja ja niistä luotuja tavoitteita (O’Dea 2005, 27–28). Jotta yhteistyö on toimivaa, koulu yhteisön jäsenten tulee toimia oman ammattiosaamisen puitteissa siten, että jokaisella on oma selkeä vastuualue ja kukin tietää toistensa roolin. Vahvan koulukulttuurin ja sujuvan yhteistyön edellytyksenä on rehtorin vahva rooli johtajana. Rehtorin toimintatavat vaikuttavat koko koulu yhteisön toimintatapoihin. Rehtorin tehtävänä on ohjata koulu yhteisön toimijoita siten, että kukaan ei harhaudu yhteiseltä polulta. (Laakso & Sohlman 2002, 62, 64; Tilus 2004, 113–114.)

Erityisen haastavaa, mutta myös tärkeää on nimenomaan koulun ja kodin välinen yhteistyö. Osapuolten käsitykset ennaltaehkäisystä, tilanteisiin puuttumisesta ja syömishäiriöiden hoidosta eivät aina kohtaa. Ongelmien ilmettyä, kodin ja koulun välille muodostuu helposti vastakkainasettelua. Molemmat tahot saattavat sortua helposti toistensa syyttelyyn, mikä ei kohenna tilannetta millään tavoin. Koulun ja kodin yhteistyötä helpottaa jo aiemmin mainittu avoin vuorovaikutus, koulun selkeät käytänteet, joista myös vanhemmat ovat tietoisia sekä ennen kaikkea oppilaan hyvinvoinnin asettaminen etusijalle. (Tuuliluoto & Charpentier 1998; 16–17)

Yhteistyön tärkeydestä huolimatta, Laakso ja Sohlman (2002, 64) korostavat myös yksilön vastuuta syömishäiriötä sairastavan kohtaamisessa. Hänen mukaansa päävastuu oppilaan ongelmien selvittämisessä on sillä aikuisella, joka havaitsee ongelman tai jonka luokse oppi-

las hakeutuu. Syömishäiriöt ovat sairauksia, joihin liittyy usein suurta häpeää ja salailua eikä ongelmasta puhuminen ole sairastuneelle helppoa. Siksi on tärkeää, että oppilas kokee voivansa keskustella ongelmasta luottamuksellisesti sen aikuisen kanssa, jolle haluaa asioistaan jutella. Oppilaan ohjaaminen liian nopeasti toisen työntekijän luokse voi murentaa oppilaan luottamuksen ja vaikeuttaa hoitoon ohjausta ja siten paranemisprosessia. Laakson ja Sohlmanin mielestä on hyvä ratkaisu, että oppilaan valitsema henkilö pysyy lapsen tai nuoren tukena ja tarpeen mukaan konsultoi muita asiantuntijoita. Sairastuneen hoitoonohjaus tulee edetä hienovaraisesti ja niin rauhallisesti kuin tilanteen vakavuus vain sallii. Nopeista harkitsemattomista toimenpiteistä voi pidemmällä tähtäimellä olla vain haittaa. (Tuuliluoto & Charpentier1998,16.) Koulun on siten kuunneltava toiminnassaan myös oppilasta (O'Dea 2005, 28).

#### 4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Syömishäiriöitä on tutkittu paljon sekä ulkomailla että Suomessa. Aiemmat Suomessa tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet tarkastelemaan syömishäiriöitä pääasiassa syömishäiriötä sairastavan henkilön tai terveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta. Opettajille suunnattuja syömishäiriöitä käsitteleviä tutkimuksia on tehty Suomessa niukasti. Aikaisempien tutkimusten perusteella on käynyt ilmi, että kouluissa ilmenee syömishäiriökäyttäytymistä (Mikkonen 2011.) Lisäksi aiemmat tutkimukset antavat viitteitä siitä, että opettajat kokevat syömishäiriöt vakaviksi ongelmiksi. Kuitenkaan opettajien tiedoista ja taidoista tai toiminnasta syömishäiriöitä koskien ei ole juurikaan tietoa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kohdistaa huomio opettajiin ja selvittää, mitkä ovat opettajien tiedot ja kokemukset syömishäiriöistä. Tarkoituksena on saada selville, millaiset valmiudet opettajilla on tunnistaa ongelmat ja toimia syömishäiriötä sairastavan oppilaan kanssa. Lisäksi pyritään kartoittamaan opettajien asenteita syömishäiriöitä kohtaan.

Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on kartoittaa opettajien tietoja, taitoja sekä asenteita. Näin ollen tutkimus on luonteeltaan pääosin kuvaileva ja kartoittava. Kuvailevalle eli deskriptiiviselle tutkimukselle on tyypillistä tuoda esille tutkittavan ilmiön keskeisimpiä piirteitä, uskomuksia ja mielipiteitä. Kuvailevassa tutkimuksessa on tärkeää tulosten luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyyys ja siksi se vaatii laajan aineiston. Kartoittavalla tutkimuksella pyritään puolestaan etsimään uusia näkökulmia ja selvittämään vähän tunnettuja ilmiöitä. (Heikkilä 2004, 14; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 127–128.)



Tutkimus on myös osa laajempaa kehittämishanketta, jonka tavoitteena on lisätä opettajien valmiuksia ehkäistä ja tunnistaa syömishäiriöitä ja puuttua ongelmiin mahdollisimman varhain. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään Turun kouluille suunnattavan syömishäiriötä koskevan toimintamallin laatimisessa.

Tutkimuksen tavoitteena on löytää vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

- 1 Millaiset kokemukset ja tiedot opettajilla on syömishäiriöistä?
- 2 Millaista on opettajien pedagoginen toiminta syömishäiriöihin liittyen?
- 3 Millaisia mielipiteitä ja asenteita opettajilla on syömishäiriöihin liittyen?

Seuraavaan taulukkoon on koottu tutkimusongelmat ja niitä vastaavat kyselylomakkeen (liite 2) kysymykset.

TAULUKKO 4. Tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat kyselylomakkeen kysymykset

<b>Tutkimusongelmat</b>	<b>Kyselylomakkeen kysymykset</b>
<b>1 Millaiset kokemukset ja tiedot opettajilla on syömishäiriöstä?</b>	
1.1 Onko opettajilla kokemusta syömishäiriötä sairastavista oppilaista?	1, 2, 3
1.2 Millaiset tiedot opettajilla on syömishäiriöistä?	4, 5, 6, 8
1.3 Millaiset käsitykset opettajilla on omista tiedoista ja taidoista syömishäiriötä koskien?	7, 14, 15, 25
1.4 Onko opettajien todellisten tietojen ja omista tiedoista olevien käsitysten välillä eroja?	7 ja 8
<b>2 Millaista on opettajien pedagoginen toiminta syömishäiriöihin liittyen?</b>	
2.1 Huomioiko koulut toiminnassaan syömishäiriöt?	19, 20, 22
2.2 Onko opettajilla kokemusta syömishäiriöiden opetuksesta ja jos on, mitä aiheita he ovat opettaneet?	11, 12, 13
2.3 Mitä materiaaleja opettajat ovat käyttäneet opetuksessa?	16
2.4 Onko opettajien mielestä tietoa riittävästi saatavilla?	17,18
<b>3 Millaisia mielipiteitä ja asenteita opettajilla on syömishäiriöihin liittyen?</b>	
3.1 Miten opettajat suhtautuvat syömishäiriöiden huomioimiseen ja opettamiseen koulussa?	9, 10, 21, 23, 29;c, f, l
3.2 Millaiseksi opettajat kokevat oman roolinsa syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä?	24, 26, 27; a–e, 28; a, 29; d, j, m
3.3 Mikä on opettajien mielestä muiden kouluuyhteisön jäsenten rooli syömishäiriöiden opetuksessa ja ehkäisyssä?	27; f–j, 28; b–f, 29; i, k, n, o
3.4 Onko vastaajien näkemyksillä opettajan roolista vaikutusta siihen, miten he näkevät muiden kouluuyhteisön jäsenten roolin?	27;a–e, 27;f–j, 28;a ja 28; b–f
<b>4. Onko opettajien tiedon/kokemusten ja asenteiden välillä yhteyttä?</b>	
4.1 Onko opettajien kokemuksilla yhteyttä siihen, miten he suhtautuvat syömishäiriöiden huomioimiseen koulussa?	1, 21, 23, 29;c, f, l
4.2 Onko opettajien tiedon määrällä vaikutusta siihen, millaiseksi he kokevat oman roolinsa syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä ja niihin puuttumisessa?	8, 27a, 28a, 29;d,j,m
<b>5. Onko opettajien tiedon ja pedagogisen toiminnan välillä yhteyttä?</b>	
5.1 Onko opettajien todellisen tiedon määrällä tai käsityksillä tiedoista ja taidoista yhteyttä siihen, kuinka monia eri syömishäiriöaiheita on opettanut?	8, 7 ja 13

<b>6. Onko opettajien pedagogisen toiminnan ja asenteiden välillä yhteyttä?</b>	
6.1 Onko opettajien kokemuksilla syömishäiriöiden opetuksesta yhteyttä siihen, miten he suhtautuvat syömishäiriöiden opettamiseen koulussa?	11 ja 29; c, f, l
6.2 Onko opettajien tärkeäksi kokemien aiheiden määrällä tai suhtautumisella vaikutusta siihen kuinka monia aiheita on opettanut?	9, 29 c, f, l ja 13

Tutkimuskysymyksen 1.1 avulla on tarkoitus selvittää opettajien kokemuksia syömishäiriöisen oppilaan kohtaamisesta, tilanteeseen puuttumisesta sekä syömishäiriöiden opetuksesta. Kysymysten 1.2 ja 1.3 avulla kartoitetaan opettajien syömishäiriöihin liittyviä tietoja. Tavoitteena on saada selville opettajien omia käsityksiä siitä, mitä asiasta tietävät sekä testata opettajien todellista tietoa, jolloin saatuja tuloksia voidaan verrata keskenään (kysymys 1.4).

Toinen tutkimusongelma ja sen alakysymykset kartoittavat opettajan pedagogista toimintaa. Tutkimuskysymyksen 2.1 tavoitteena on selvittää, huomioidaanko kouluissa ylipäättään syömishäiriöitä. Tutkimuskysymykset 2.2, 2.3 ja 2.4 keskittyvät varsinaisesti opettajan toimintaan muun muassa siihen, mitä aiheita opettajat ovat käsitelleet opetuksessaan ja mitä materiaaleja he ovat käyttäneet.

Kolmas tutkimusongelma alaongelmineen mittaa opettajien mielipiteitä ja asenteita syömishäiriöitä kohtaan. Tutkimuskysymys 3.1 pyrkii selvittämään sitä, kokevatko opettajat syömishäiriöiden käsittelyn koulussa tarpeelliseksi. Kysymys mittaa erityisesti opettajien asenteita syömishäiriöitä kohtaan. Tutkimuskysymykset 3.2 ja 3.3 kartoittavat opettajien näkemyksiä siitä, kenelle syömishäiriöiden käsittely kouluyhteisössä ensisijaisesti kuuluu, jonka jälkeen voidaan verrata opettajien näkemyksiä omasta roolista muiden kouluyhteisön jäsenten rooliin (kysymys 3.4).

Edellä mainittujen tutkimusongelmien lisäksi, tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, onko eri taustamuuttujilla, kuten sukupuolella, iällä, työvuosien määrällä, koululla, jossa työskentelee tai opetettavalla aineella vaikutusta kokemuksiin ja tietoihin, pedagogiseen toimintaan tai mielipiteisiin ja asenteisiin. Lisäksi selvitetään vastaajien tiedon/kokemusten ja asenteiden (kysymys 4), tiedon ja pedagogisen toiminnan (kysymys 5) sekä pedagogisen toiminnan ja asenteiden (kysymys 6) välisiä yhteyksiä.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Seuraavassa käydään läpi tutkimuksen toteutus strategian, asetelman, tutkimuskohteen, välineistön sekä aineiston kuvaamisen ja analysointiin käytettävien tekniikoiden osalta.

### 5.1 Tutkimusstrategia

Tutkimusstrategia on kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivinen tutkimusote soveltuu hyvin kartoittamaan olemassa olevaa tilannetta, joskaan se ei pysty selvittämään olemassa olevia syitä. Se on luonnollinen valinta, kun on kyseessä kartoittava ja kuvaileva tutkimus, jolla halutaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2004, 16.) Kvantitatiivisen strategian valintaa puolsi se, että useissa Suomessa tehdyissä syömishäiriöitä koskevissa tutkimuksissa on käytetty pääasiassa kvalitatiivista strategiaa. Näin ollen kvantitatiivinen menetelmä tuo aiheen käsittelyyn uutta näkökulmaa. Menetelmän valintaan vaikutti myös se, että tutkimustulosten pohjalta pyritään kehittämään toimintamalli, jolloin tarvitaan erityisesti kartoittavaa otetta ja laaja-alaista tietoa mahdollisimman isolta kohderyhmältä.

Tutkimus on asetelmaltaan poikkileikkausasetelma, mikä onkin yleistä tavanomaisen määrällisen kyselytutkimuksen kohdalla. Poikkileikkaustutkimuksessa mittauskertoja on ainoastaan yksi, mutta havaintoyksiköitä on useita. Asetelman etuna on, että se on aineiston

kokoamisen kannalta yksinkertainen ratkaisu, joka voidaan toteuttaa melko nopeasti ja edullisesti. Poikkileikkausaineiston puutteena on puolestaan se, että yksi mittauskerta ei mahdollista ajan mittaan tapahtuneiden muutosten tarkastelua tai syy-seuraussuhteiden selvittämistä. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on selvittää pelkästään kohderyhmän tämänhetkistä tilannetta (ajatuksia, kokemuksia, asenteita), joten poikkileikkausaineiston avulla saatu tieto on riittävää. (Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto 2009; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 162.)

## 5.2 Tutkimuskohde ja -menetelmä

Koska idea tutkimukseen tuli ulkopuoliselta taholta eli Syömishäiriöliitolta, myös kohderyhmä oli valmiiksi muotoutunut. Tutkimuksen perusjoukon muodostavat Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajat, joita useiden laskelmien perusteella on yhteensä 458. Kyseessä on kokonaistutkimus eli kohderyhmänä ovat kaikki perusjoukkoon kuuluvat opettajat. Kokonaistutkimuksen suorittamisen mahdollisti selkeästi rajattu ja helposti saavutettavissa oleva perusjoukko sekä käytettävä tutkimusmenetelmä.

Aineiston keruu suoritettiin standardoidulla, internetpohjaisella kyselylomakkeella (Liite 2). Kyselylomake laadittiin tiedon keräämiseen ja raportointiin kehitetyllä www-selaimessa toimivalla Digium-ohjelmistolla. Kyselylomake on eräs keskeisimpiä survey-tutkimuksen menetelmiä. Survey-tutkimus on kokeellisen tutkimuksen ohella perinteinen tiedonkeruumenetelmä, jonka avulla kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2001, 122, 180–181.) Kyselyn etuna on, että sen avulla voidaan kerätä laaja aineisto, eli sekä tutkittavia henkilöitä että tutkimuskysymyksiä voi olla paljon. Huolellisesti suunniteltu ja toteutettu kysely on tutkijan näkökulmasta katsottuna tehokas menetelmä ja haastatteluihin verrattuna se säästää tutkijan aikaa. Perinteiseen postikyselyyn verrattuna internetissä suoritettava kysely on myös edullinen ratkaisu. Kyselylomakkeen heikkoutena puolestaan pidetään muun muassa pinnallisuutta, mahdollisia väärinymmärryksiä kysymyksiä koskien sekä vastaamattomuutta. (Hirsjärvi ym. 2001, 182.) Tässä tutkimuksessa Internet-kyselyn käyttö oli perusteltua senkin vuoksi, että kohderyhmänä olivat Turun koulujen opettajat, jotka saavutettiin kattavasti ja helposti olemassa olevien sähköpostilistojen avulla.

Kyselylomake voi sisältää erimuotoisia kysymyksiä. Tavallisimpia kysymysmuotoja ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä vastaajalle esitetään vain kysymys, johon hän voi vastata omin sanoin. Monivalintakysymyksissä, kyselylomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee yhden tai useamman itselleen sopivimman vaihtoehdon ohjeiden mukaan. Asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymykset sisältävät väittämiä, joihin vastaaja vastaa sen mukaan, kuinka voimakkaasti hän on väittämän kanssa samaa tai eri mieltä. Tavallisesti asteikot ovat 5- tai 7 portaisia, vaihtoehtojen muodostaessa nousevan tai laskevan skaalan. Tässä tutkimuksessa käytettiin kaikkia edellä kuvattuja kysymysmuotoja. Pääpaino oli monivalinta- ja 5-portaisissa asteikkolisissa kysymyksissä. Valitsemalla kyselylomakkeeseen monivalinta- ja asteikkoihin perustuvia kysymyksiä pyrittiin saamaan vastauksia, joita voidaan helposti vertailla keskenään. Näiden kysymysmuotojen etuna on myös helppous ja nopeus vastaajalle, erityisesti silloin, kun kyselylomake on melko pitkä, kuten tässä tutkimuksessa. Muutamalla avoimella kysymyksellä haluttiin antaa vastaajalle mahdollisuus perustella vastauksiaan. Lisäksi avointen kysymysten tavoitteena oli selvittää vastaajien keskeisimmät näkemykset, auttaa monivalintatehtävien tulkintaa sekä tuoda esille aiheeseen liittyviä keskeisiä näkökohtia, joita kyselylomakkeen laadinnassa ei oltu huomioitu. (Hirsjärvi ym. 2001, 188.)

Kyselylomakkeen kysymykset voidaan jakaa aihealueittain kolmeen osaan, jonka lisäksi viimeisen neljännen osion muodostavat vastaajien taustatietoja koskevat kysymykset. Ensimmäinen osio eli kysymykset 1–8 käsittelevät opettajien tietoa ja kokemuksia syömishäiriöistä. Toisen osa-alueen kysymyksillä 9–23 kartoitetaan opettajan pedagogista toimintaa. Kolmannen osion kysymykset 24–29 mittaavat opettajien mielipiteitä ja asenteita. Taustatietoina (kysymykset 30–35) kysyttiin opettajien ikää, sukupuolta, opetettavaa ainetta sekä sitä, kuinka kauan on toiminut opettajana. Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin kattavaan, mutta samalla nopeasti täytettävään sekä selkeään kyselyyn, käyttäen apuna Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston sisältämiä kvantitatiivisen tutkimuksen ohjeistuksia.

### 5.3 Tutkimuksen kulku

Kyselylomake laadittiin ensin tekstinkäsittelyohjelmalla, jonka jälkeen lomake muunnettiin sähköiseen muotoon Digium-ohjelmalla. Kyselylomaketta esiteltiin kuudesta opettaja-opiskelijasta/opettajasta koostuvalla testiryhmällä. Testiryhmä arvioi lomakkeen hieman pitkäksi, mutta kaiken kaikkiaan ymmärrettäväksi ja toimivaksi, joten lomakkeeseen ei tehty suuria muutoksia. Korjaukset koskivat lähinnä kirjoitusvirheitä sekä Digium-ohjelmaan liittyviä teknisiä asioita.

Kohderyhmän saavuttamisesta, kyselylomakkeen lähettämisestä sekä kerätyn aineiston toimittamisesta tutkijalle vastasi Turussa oleva yhteyshenkilö. Aikaisempien tutkimusten ansiosta, yhteyshenkilöllä oli valmiit sähköpostilistat, joissa oli mukana myös alakoulujen opettajat. Koska kohderyhmän eli yläkoulun ja lukioiden opettajien poimiminen olisi ollut hankalaa, sähköposti joka sisälsi linkin kyselyyn, lähetettiin myös alakoulun opettajille. Saateviestissä kerrottiin, että kysely ei koske alakoulun opettajia. Vastausaikaa oli kolmi-  
sen viikkoa, alkaen syyskuun puolivälissä ja päättyen syyskuun lopulla. Viimeisellä vastausviikolla kohderyhmälle lähetettiin vielä muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta.

Kyselylomake lähetettiin 458:lle yläkoulun ja lukion opettajalle, joista 197 vastasi kyselyyn. Kyselyn suoritusajankohdaksi valittiin syyskuu, olettaen, että lukuvuoden alkuun sijoittuvat kiireet olisivat hieman jo hellittäneet ja opettajilta löytyisi aikaa ja energiaa vastata kyselyihin. Vastausaika pyrittiin pitämään kohtuullisen lyhyenä, koska vastausajan pitkittämisen ei ajateltu tuovan merkittävää lisähyötyä. Sähköisen kyselylomakkeen ansiosta vastaukset voitiin siirtää Digium-ohjelmistosta suoraan PASW Statistics 18 -ohjelmaan, jossa saadut tulokset esikäsiteltiin analysointia varten.

### 5.4 Tulosten analyysimenetelmät

Aineiston analysointi suoritettiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla. Ennen analysointia, aineisto käytiin läpi mahdollisten puuttuvien tietojen vuoksi. Vastatuista lomakkeista täysin tyhjiksi lomakkeiksi osoittautui kaksi ja merkittävästi puutteellisiksi kymmenen, joten yhteensä kaksitoista vastaajaa hylättiin. Hyödynnettävien vastausten lopullinen määrä oli

näin ollen 185. Aluksi aineistosta laskettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumat, jotta vastauksista saatiin yleiskuva. Aineiston läpikäynti paljasti puutteita joihinkin kysymyksiin annettujen vastausten kohdalla. Väärinymmärrysten vuoksi kysymystä 16 ei voitu vertailla taustamuuttujittain, joten kysymyksen analysointi jäi puutteelliseksi. Kysymyksestä 25 jouduttiin jättämään kaksi viimeistä kohtaa kokonaan analysoinnin ulkopuolelle lomaketyökaluun (Digium) liittyvien teknisten asioiden vuoksi.

Frekvenssijakaumien tarkastelu osoitti tarpeen muokata taustamuuttujia, jotta niitä voitiin jatkossa käyttää tilastollisissa testeissä. Kysymysten 12–17 kohdalla vastausten määrä jäi alhaiseksi (60–70 havaintoyksikön välille), koska kysymykset oli suunnattu vain niille vastaajille, joiden oppiaineeseen syömishäiriöaiheiden käsittely kuului. Jotta muuttujien välinen vertailu oli mahdollista, oli tehtävä uusia luokitteluja.

Ikämuuttuja luokiteltiin uudestaan siten, että aiemmin 5- luokkaisesta muuttujasta tehtiin kolmiluokkainen yhdistelemällä kaksi nuorinta ja kaksi vanhinta ikäluokkaa keskenään. Työkokemusta mitattiin alun perin viidellä eri luokalla. Koska yli 30 vuotta alalla työskennelleiden ryhmä osoittautui huomattavasti muita ryhmiä pienemmäksi, se yhdistettiin 21–30 vuotta opettajana toimineiden kanssa yhteiseksi, jolloin työkokemuksesta tuli neliluokkainen muuttuja. Taustamuuttujasta, joka kartoitti, missä koulussa vastaaja toimii opettajana (vaihtoehtoina yläkoulu, lukio tai yläkoulu ja lukio) jätettiin yläkoulu ja lukio -vastaukset analysoinnin ulkopuolelle, koska vain 15 vastaajaa oli valinnut kyseisen vaihtoehdon, eikä tilastollisten testien käyttö ollut mahdollista niin pienen ryhmän osalta. Sukupuolen käyttäminen taustamuuttujana ei ollut mielekäs analysoitaessa kysymyksiä 12–17, koska miesten osuus kysymysten kohdalla jäi hyvin pieneksi, vaihdellen 8–11 vastaajan välillä. Uusista luokitteluista huolimatta, tutkimuksessa on käytetty taustamuuttujien alkuperäisiä luokitteluja siltä osin kuin on mahdollista. Tulosten esittämisen yhteydessä on mainittu erikseen, jos muuttujasta on käytetty uutta luokittelua.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla luokitteluasteikollisten kysymysten kohdalla ja Spearmanin ja Pearsonin korrelaatioilla järjestys- ja välimatka-asteikollisten kysymysten kohdalla. Muuttujien välisten merkitsevien yhteyksien testaukseen käytettiin  $\chi^2$ -testiä sekä Fisherin tarkkaa testiä, joka soveltuu erityisesti pienten aineistojen ristiintaulukointiin ja tilanteisiin, joissa  $\chi^2$ -testin oletukset eivät ole voimassa (Metsämuuronen 2009, 1052–1054). Luokittelu- ja välimatka-asteikollisten muuttujien



välistä yhteyttä testattiin keskiarvotestien sekä niiden parametrittomien vastineiden avulla. Normaalisti jakautuvien (parametristen) muuttujien osalta käytettiin t-testiä sekä varianssianalyysia ja ei normaalisti (ei-parametrisesti) jakautuvien osalta Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis-testiä. Välimatka-asteikollisten muuttujien välisiä yhteyksiä testattiin regressioanalyysin avulla.

Tilastollista merkitsevyyttä merkittiin p-arvolla. Merkitsevyytensä kertoo todennäköisyyden sille, että asetettu hypoteesi hylätään, vaikka se on todellisuudessa pätevä. Merkitsevyytensä kutsutaan myös riskitasoksi, koska se ilmoittaa virheellisen valinnan riskin. Tavallisesti tieteellisessä tutkimuksessa, kuten myös tässä tutkimuksessa, käytetään seuraavallaisia riskitasoja:  $p \leq 0.05$  tilastollisesti melkein merkitsevä (riskitaso 5 %),  $p \leq 0.01$  tilastollisesti merkitsevä (riskitaso 1 %) ja  $p \leq 0.001$  tilastollisesti erittäin merkitsevä (riskitaso 0,1 %). Taulukoissa edellä mainitut merkitsevyydet merkitään tähtien avulla siten, että ”melkein merkitsevät” tulokset saavat yhden tähden (\*), ”merkitsevät” tulokset kaksi tähteä (\*\*) ja ”erittäin merkitsevät” tulokset kolme tähteä (\*\*\*). (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2003.)

Kyselylomake oli laaja sisältäen paljon kysymyksiä. Lisäksi osa kysymyksistä oli moniosaisia, mikä lisäsi vastausten käsittelyn ja analysoinnin määrää. Aineiston tiivistämiseksi ja tulosten analysoinnin helpottamiseksi muodostettiin summamuuttujia. Liitteeseen 3 on kerätty kaikki analysoinnissa käytetyt summamuuttujat.

Ennen summamuuttujien muodostusta laskettiin suunniteltujen summamuuttujien reliabiliteetti. Summamuuttujien reliabiliteettia mitattaessa pyritään selvittämään mittarin konsistenssi eli yhtenäisyys. Yleisesti käytetty tunnusluku yhtenäisyyden mittaamiseksi on Cronbachin alfa -kerroin, joka lasketaan muuttujien välisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän perusteella. Reliabiliteettikertoimen maksimi-arvo on yksi ja mitä lähempänä arvo on ykköistä, sitä yhtenäisempi mittari on. Siitä, mitkä alfan arvot tulisi hyväksyä on useita eri näkemyksiä. Yleensä alarajana pidetään 0,60, mutta raja-arvo vaihtelee lähteen mukaan. (Metsämuuronen 2009, 78; Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2008.) Cronbachin alfa kohosi summamuuttujien kohdalla raja-arvoon tai sen yli lukuun ottamatta summamuuttujaa – opettajan toiminnalla on vaikutusta – jonka osalta alfa sai arvon 0,56. Koska arvo jäi vain niukasti raja-arvosta (0,60) summamuuttujaa käytettiin analysoinnissa. Kuten liite 3 osoittaa, summamuuttujia saatiin muodostettua runsaasti.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi 185 opettajaa, joista naisia oli 144 ja miehiä 41. Naisten suurempi osuus vastaajista on odotettua, koska valtakunnallisestikin katsottuna naisten osuus sekä peruskoulun että lukion opettajista on miehiä suurempi (Ojala 2011, 39–40, 53–54). Vastaajien ikähaitari ulottuu alle 31-vuotiaista yli 60-vuotiaisiin. Vastaajat edustavat suurimmaksi osaksi ikäryhmiä 31–40 (30,8 %) ja 41–50 (30,3 %).

TAULUKKO 5. Vastaajien ikäryhmät

Ikäryhmä	N	%
alle 31-vuotiaat	27	14,6
31-40-vuotiaat	57	30,8
41-50-vuotiaat	56	30,3
51-60-vuotiaat	32	17,3
yli 60-vuotiaat	13	7
Yht.	185	100

Valtaosa vastaajista (n=111) oli yläkoulun opettajia. Vastaajista 58 puolestaan ilmoitti opettavansa lukiossa ja 15 molemmissa sekä yläkoulussa että lukiossa. Opetettavista aineista kysyttäessä ilmeni lukuisia eri aineyhdistelmiä. Vastauksissa (n=166) ilmeni 289 mainintaa opetettavista aineista, mikä tarkoittaa sitä, että moni vastaajista opettaa useampaa kuin yhtä ainetta. Mainintojen määriä verratessa, yleisimmäksi aineeksi osoittautui kielet (n=53) sekä matemaattiset aineet eli matematiikka (n=26), fysiikka (n=23) ja kemia (n=20). Äidinkieli ilmoitettiin opetettavaksi aineeksi 22:ssa vastauksessa samoin kuin terveystietokin. Opetettavia aineita voi tarkastella tarkemmin liitteestä neljä.

Opetettavista aineista muodostettiin neljä ryhmää, jotta sitä voitiin käyttää muiden taustamuuttujien tavoin analysoinnissa. Ensimmäisen ryhmän (n= 53) muodostavat kielet, johon kuuluu äidinkieli ja kirjallisuus, toinen kotimainen kieli sekä vieraat kielet. Toiseen ryhmään (n=38) kuuluvat luonnontieteet, kuten matematiikka, kemia, fysiikka, biologia ja maantieto. Kolmas ryhmä (n=23) sisältää humanistisia ja katsomusaineita, kuten historia ja yhteiskuntaoppi, psykologia, uskonto ja filosofia. Viimeiseen ryhmään (n=52) kuuluu taitoja taideaineet eli liikunta, kotitalous, käsityöt, kuvaamataito, musiikki sekä muina aineina terveystieto, opinto-ohjaus, erityisopetus sekä vastaukset, joissa mainittiin opetettaviksi aineiksi kaikki tai lähes kaikki aineet.

Työkokemuksen osalta vastaajat jakautuivat melko tasaisesti eri luokkiin, lukuun ottamatta viimeistä luokkaa, johon kuuluivat kaikista pisimpään alalla työskennelleet. Työkokemusta opettajana toimimisesta oli kertynyt 44:lle vastaajalle 0–5 vuotta, 35:lle 5–10 vuotta 51:lle 11–20 vuotta, 42:lle 21–30 vuotta ja 11:sta yli 30 vuotta.

## 6.2 Opettajien kokemukset ja tiedot syömishäiriöistä

Opettajien kokemuksia ja syömishäiriötietoa selvitettiin pääosin kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa. Kysymykset olivat luonteeltaan monivalinta- ja asteikkoihin perustuvia kysymyksiä.

### 6.2.1 Kokemukset syömishäiriöistä

Kartoitettaessa opettajien kokemuksia syömishäiriöitä kärsivistä oppilaista ilmeni, että 67 % vastaajista (n=124) on kohdannut työssään oppilaita, joilla on häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä. Vastaajista 70,2 % (n=92) on myös puuttunut häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireilevan oppilaan tilanteeseen.

Taustamuuttujien eli sukupuolen, työkokemuksen, iän ja aineen vaikutusta syömishäiriötä sairastavien kohtaamiseen ja tilanteeseen puuttumiseen tutkittiin ristiintaulukoinnin ja  $\chi^2$ -testin avulla. Sukupuolella ei ole merkitystä siihen, onko kohdannut syömishäiriöisen, sillä p-arvo on suurempi kuin 0,05 ( $\chi^2(1) = 2,847$ ,  $p = ,092$ ). Sen sijaan iällä ( $\chi^2(4) = 24,240$ ,  $p = ,000$ ), työkokemuksella ( $\chi^2(4) = 43,079$ ,  $p = ,000$ ) sekä opetettavalla aineella ( $\chi^2(3) = 9,963$ ,  $p = ,019$ ) on odotetusti merkitystä, kun on kyse syömishäiriötä sairastavan kohtaamisesta. Opettajana 11–30 vuotta toimineet ja vanhemmat ikäluokat ovat kohdanneet todennäköisemmin syömishäiriötä sairastavan oppilaan kuin alle 5 vuotta tai 5–10 vuotta alalla työskennelleet sekä nuorempiin ikäluokkiin kuuluvat opettajat. Humanististen ja katsomusaineiden sekä taito- ja taideaineiden opettajat ovat kohdanneet todennäköisemmin syömishäiriötä sairastavan kuin luonnontieteiden tai kielten opettajat.

Syömishäiriöihin puuttumiseen millään edellä mainitulla taustamuuttujalla ei ollut merkitystä. Yleisin puuttumismuoto oli oppilaan kouluterveydenhoitajalle ohjaaminen (32,4 %). Vajaa kolmasosa vastaajista oli ilmoittanut asiasta oppilashuoltoon tai keskustellut asiasta oppilaan kanssa.

TAULUKKO 6. Opettajien puuttuminen syömishäiriökäyttäytymiseen (n=185)

Puuttumismuoto	Vastaajat N	Vastaajat %
Ohjannut oppilaan kouluterveydenhoitajalle	60	32,4
Ilmoittanut asiasta oppilashuoltoon	50	27
Keskustellut asiasta oppilaan kanssa	49	26,5
Ollut yhteydessä vanhempiin/huoltajiin	27	14,6
Ohjannut oppilaan ammattiauttajalle	7	3,8

Ammattiauttajia, joille vastaajat olivat ohjanneet oppilaita olivat kuraattori (2 mainintaa), kouluterveydenhoitaja (2 mainintaa), psykologi (1 maininta) sekä lasten ja nuorten poliklinikka (1 maininta).

### 6.2.2 Tiedot syömishäiriöistä

Opettajien tietoa syömishäiriöistä kartoitettiin kysymällä, olivatko opettajat tarvinneet tai hankkineet tietoa ja mistä olivat tietoa hankkineet. Lisäksi tietämystä testattiin 14 väittämän avulla.

Vastaajista 61,6 % (n=114) ilmoitti tarvinneensa työssään syömishäiriöitä koskevaa tietoa. Hieman useampi 63,2 % (n=117) oli myös hankkinut tietoa. Taustamuuttujien vaikutusta tiedon tarpeeseen ja hankintaan selvitettiin ristiintaulukoinnin ja  $\chi^2$ -testin avulla. Työkokeemuksen osalta käytettiin uudelleen luokiteltua muuttujaa, jossa työkokemus oli luokiteltu viiden luokan sijaan neljään luokkaan.

Opetettavan aineen ja kysymyksen ”Oletko tarvinnut työssäsi syömishäiriötä koskevaa tietoa?” välillä havaittiin erittäin merkitsevää riippuvuutta ( $\chi^2(3) = 25,175$ ,  $p = ,000$ ). Suuri osa taito- ja taideaineiden (84,6 %) sekä humanististen ja katsomusaineiden (81,8 %) opettajista on tarvinnut työssään syömishäiriötä koskevaa tietoa. Luonnontieteiden ja kielten opettajien kohdalla vastaavat osuudet ovat huomattavasti alhaisempia (52,6 % ja 42,3 %). Opetettavalla aineella ei ole kuitenkaan merkitystä tiedon hankinnassa. Opetettavan aineen ohella työkokemuksen määrällä ( $\chi^2(3) = 12,334$ ,  $p = ,006$ ) ja sukupuolella ( $\chi^2(1) = 4,109$ ,  $p = ,043$ ) on merkitystä sen suhteen, onko tarvinnut tietoa. Kaikista kauten alalla olleista (yli 20 vuotta) 72,5 % on tarvinnut tietoa, kun alle 5 vuotta alalla työskennelleistä alle puolet (40,9 %) ovat tarvinneet tietoa. Naisista 66,4 % on tarvinnut tietoa kun taas miehistä tietoa tarvinneiden osuus on vajaa puolet (48,7 %).

Tiedon tarpeen lisäksi sukupuolella ja työkokemuksella on merkitystä tiedon hankintaan. Sukupuolen ja tiedon hankinnan välinen riippuvuus on erittäin merkitsevä ( $\chi^2(1) = 19,749$ ,  $p = ,000$ ). Naisista jopa 72 % on hankkinut tietoa, miesten vastaavan osuuden ollessa vain 34,1 %. Työvuosien ja tiedon hankinnan välinen riippuvuus on melkein merkitsevä ( $\chi^2(3) = 9,840$ ,  $p = ,020$ ). Yli 21 vuotta alalla työskennelleistä 77,4 % on hankkinut tietoa, kun taas alle 5 vuotta opettajana toimineista vain alle puolet (48,8 %) ilmoittavat hankkineensa tietoa.

Tiedonlähteitä kartoitettiin siten, että vastaajat laittoivat käyttämiään lähteitä tärkeysjärjestykseen. Tärkeimmäksi tiedon lähteeksi osoittautui internet. Kaiken kaikkiaan 83 vastaajaa oli valinnut internetin tärkeimpien lähteiden joukkoon, joista 43 vastaajaa piti sitä tärkeimpänä. Toiseksi tärkeimpänä tiedonlähteenä vastaajat pitivät asiantuntijan kanssa käytyjä keskusteluja. Yhteensä 52 vastaajaa oli valinnut asiantuntijakeskustelut tärkeimpien lähteiden joukkoon ja heistä 24 tärkeimmäksi. Alla olevasta taulukosta käy ilmi käytetyt tiedonlähteet sekä niiden tärkeys vastaajille. Taulukosta 9 on jätetty pois neljänneksi, viidenneksi ja kuudenneksi tärkeimmäksi lähteeksi valitut, joskin sarakkeessa ”valintoja yhteensä” on huomioitu myös nämä vähemmän käytetyt lähteet.

TAULUKKO 7. Vastaajien käyttämät tiedonlähteet tärkeysjärjestyksessä

Käytetty tiedon lähde	Tärkein (N)	Toiseksi tärkein (N)	Kolmanneksi tärkein (N)	Valintoja yhteensä (N)
Tutkintoon johtavat opinnot	16	10	5	36
Koulussa käytettävät oppikirjat	1	13	15	35
Internet	43	29	6	83
Täydennyskoulutus	13	15	2	26
Asiantuntijan kanssa käydyt keskustelut	24	11	11	52

Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi, vastaajilla oli mahdollisuus mainita, jos olivat käyttäneet muita lähteitä. Edellä lueteltujen lähteiden lisäksi lehdet oli mainittu kolmen tärkeimmän lähteen joukkoon 11 vastauksessa ja kirjat yhdeksässä vastauksessa. Kuusi vastaajaa oli hankkinut tietoa syömishäiriötä sairastaneiden kanssa käytyjen keskustelujen kautta. Vastaajista neljän tiedot olivat peräisin omakohtaisten kokemusten kautta, joko siten, että vastaaja itse tai hänen läheisensä olivat sairastaneet syömishäiriön.

Vastaajien tietoa mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka avulla mitattiin kokonaistietoa syömishäiriöistä. Tietoa mitattiin asteikolla 0–14, neljäntoista ollessa maksimipistemäärä. Vastaajien pisteet jakaantuivat viiden ja neljäntoista pisteen välille. Keskimäärin vastaajilla oli melko hyvät tiedot syömishäiriöistä. ( $\bar{x}$  = 10,8,  $s$  = 1,82). Väitteiden erillinen tarkastelu osoitti, että oikeiden vastausten osuus vaihteli 21 ja 98 prosentin välillä. Parhaiten vastaajat hallitsivat yleistä syömishäiriötietoa mittaavat väitteet. Heikoimmiksi tiedot osoittautuivat syömishäiriömuotojen erityispiirteitä koskevien kysymysten kohdalla. Ainoastaan 22,7 % vastaajista oli vastannut oikein epätyypillisiä syömishäiriötä koskevaan väitteeseen ja 48,6 % ahmimishäiriötä koskevaan väitteeseen. Liitteeseen 5 on eritelty oikeiden ja väärin vastausten osuudet väitekohtaisesti.

Taustamuuttujien sekä tiedon tarvitsemisen ja hankkimisen vaikutusta tiedon määrään tutkittiin parametrittomien testien (Mann Whitney U, Kruskal-Wallis) avulla. Testit osoittivat, että millään taustamuuttujalla ei ole tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta syömishäiriötiedon määrään. Tiedon tarvitsemisella ja sen hankkimisella on sitä vastoin yhteyttä tiedon määrään. Niillä vastaajilla, jotka ovat tarvinneet ( $U=2523$ ,  $p=,002$ ) tai hankkineet ( $U=2606$ ,  $p=,005$ ) syömishäiriötä koskevaa tietoa, on myös paremmat tiedot syömishäiriöistä kuin niillä vastaajilla, jotka eivät ole tietoa tarvinneet tai hankkineet.

### 6.2.3 Käsitukset omista tiedoista ja taidoista

Opettajien käsityksiä omia tietoja ja taitoja kohtaan tarkasteltiin sekä yksittäisten väitteiden, että väitteistä muodostettujen summamuuttujien avulla. Mittarin konsistenssia eli yhtenäisyyttä kuvaava tunnusluku, Cronbachin alfa kohosi kaikkien suunniteltujen summamuuttujien kohdalla yli 0,70, joka on riittävä, jotta summamuuttujat voitiin muodostaa. Summamuuttujiksi muodostui anoreksiavalmiudet (0,713), bulimiavalmiudet (0,744), epätyypillisiä syömishäiriötä koskevat valmiudet (0,894), lihavan ahmimishäiriötä koskevat valmiudet (0,855) sekä ortoreksiavalmiudet (0,865). Summamuuttujat saivat arvoja asteikolla 3–15, jossa 3 = huonot valmiudet ja 15 = hyvät valmiudet.

Opettajilla on selvästi parhaat tiedot ja taidot laihuushäiriöstä, kun tarkastellaan tietoja ja taitoja summamuuttujittain ja myös yksittäisten väitteiden tasolla. Huonoimmiksi vastaajat arvioivat epätyypillisiä syömishäiriötä koskevat valmiudet. Epätyypillisiä syömishäiriötä koskevat väitteet aiheuttavat myös suurinta hajontaa vastaajien keskuudessa. Yksittäisiä väitteitä kuvaavat tunnusluvut osoittavat, että kaikkien eri syömishäiriöiden kohdalla vahvimmit koetaan sairauden tunnistamista koskevat tiedot ja taidot, kun taas kyky ehkäistä sairauden syntyä koetaan heikoimmaksi tai sitä ei osata arvioida.

Alla olevaan taulukkoon on koottu vastaajien syömishäiriötä koskevia valmiuksia kuvaavia tunnuslukuja muodostettujen summamuuttujien osalta. Liitteeseen kuusi on koottu myös erillisten väitteiden tunnusluvut.



TAULUKKO 8. Vastaajien syömishäiriöitä koskevia valmiuksia kuvaavia tunnuslukuja

Asteikolla 3 (heikot tiedot) – 15 (hyvät tiedot)	$\bar{x}$	sd	Mo
Laihuushäiriö- eli anoreksiavalmiudet (n=184)	10,19	2,24	11
Ahmimishäiriö- eli bulimiavalmiudet (n=182)	9,18	2,53	9
Epätyypillisiä syömishäiriöitä koskevat valmiudet (n=182)	7,38	2,91	9
Lihavan ahmimishäiriötä (BED) koskevat valmiudet (n=184)	7,69	2,91	6
Ortoreksiavalmiudet (n=184)	8,32	3,05	6

Taustamuuttujien vaikutusta siihen, miten vastaaja kokee omat syömishäiriöitä koskevat tiedot ja taidot selvitettiin spearmanin järjestyskorrelaation, t-testin ja Kruskal-Wallis testin avulla. Spearmanin järjestyskorrelaatio osoitti, että iällä tai työkokemuksella ei ole yhteyttä siihen, millaisiksi kokee omat tietonsa ja taitonsa eri syömishäiriöitä koskien. T-testi osoitti, että sukupuolella on sen sijaan vaikutusta siihen, millaisiksi vastaaja kokee ortoreksiaa, laihuushäiriötä (anoreksiaa) sekä ahmimishäiriötä (bulimiaa) koskevat tiedot ja taidot. Sukupuolten välillä on erittäin merkitsevä ero ortoreksiaa koskevien tietojen kohdalla. Naiset kokevat vahvemiksi kaikkia edellä mainittuja syömishäiriöitä koskevat valmiudet. Laihuushäiriön (anoreksia), ahmimishäiriön (bulimia) sekä lihavan ahmimishäiriön (BED) osalta koettuihin tietoihin ja taitoihin vaikuttaa myös se, opettaako yläkoulussa vai lukiossa. Yläkoulun opettajat kokevat tietonsa ja taitonsa lukion opettajia vahvemiksi. Alla olevasta taulukosta käy ilmi t-testin antamat tulokset taustamuuttujien sekä koettujen tietojen ja taitojen välisistä yhteyksistä.

TAULUKKO 9. Koettuja tietoja ja taitoja kuvaavia tunnuslukuja taustamuuttujittain sekä t-testi taustamuuttujien ja koettujen tietojen ja taitojen välisistä yhteyksistä. Arvio asteikolla 3 (huonot valmiudet) –15 (hyvät valmiudet)

Koetut tiedot ja taidot koskien laihuushäiriötä (anoreksiaa)	$\bar{x}$	sd	t- testi	df	p-arvo
<b>Sukupuoli (n=184)</b>			2,89	182	,004**
nainen (n=143)	10,4	2,1			
mies (n=41)	9,3	2,7			
<b>Koulu (n=168)</b>			3,27	166	,001**
yläkoulu (n=110)	10,6	2,2			
lukio (n=58)	9,5	1,8			

Koetut tiedot ja taidot koskien ahmimishäiriötä (bulimiaa)	$\bar{x}$	sd	t- testi	df	p-arvo
<b>Sukupuoli (n= 182)</b>			2,38	180	,018*
nainen (n=141)	9,4	2,4			
mies (n= 41)	8,4	2,7			
<b>Koulu (n=166)</b>			3,04	164	,003**
yläkoulu (n=108)	9,7	2,6			
lukio (n=58)	8,5	2,2			

Koetut tiedot ja taidot koskien lihavan ahmimishäiriötä (BED)	$\bar{x}$	sd	t- testi	df	p-arvo
<b>Koulu (n=168)</b>			2,35	135,20	,020*
yläkoulu (n=111)	8,2	3,1			
lukio (n=57)	7,2	2,5			

Koetut tiedot ja taidot koskien ortoreksiaa	$\bar{x}$	sd	t- testi	df	p-arvo
<b>Sukupuoli (n=184)</b>			4,31	182,00	,000***
nainen (n=143)	8,8	2,9			
mies (n= 41)	6,6	2,9			

\* Tilastollisesti melkein merkitsevä ero (riskitaso 5 %)

\*\* Tilastollisesti merkitsevä ero (riskitaso 1 %)

\*\*\* Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero (riskitaso 0,1 %)

Opetettavan aineen osalta, suunnitellun varianssianalyysin käyttäminen ei onnistunut, koska varianssien yhtäsuuruustesti osoitti ryhmittäisten varianssien olevan erisuuria ja näin ollen testin oletukset eivät olleet voimassa. Varianssianalyysin sijasta käytettiin sen parametritonta vastinetta Kruskal-Wallis testiä. Testi osoitti, että opetettavalla aineella on melkein merkitsevää yhteyttä vain vastaajien kokemuksiin epätyypillisiä syömishäiriöitä koskeviin valmiuksiin. Humanististen ja katsomusaineiden sekä taito- ja taideaineiden opettajat kokevat tietonsa ja taitonsa paremmiksi kuin kielten tai luonnontieteiden opettajat ( $\chi^2(3) = 9,894, p = ,019$ ).

Syömishäiriöiden tunnistamista, ehkäisyä ja hoitoon ohjausta koskevien tietojen ja taitojen lisäksi opettajat arvioivat valmiuksiaan opettaa syömishäiriöitä liittyviä aihealueita. Opettajat arvioivat valmiutensa opettaa melko vahvaksi. Vahvimmiksi aihealueiksi osoittautuvat terveellisiä elämäntapoja ja oppilaan itsetuntoa vahvistavat aiheet. Valmiuksissa opettaa eri syömishäiriömuotoja ilmenee vastaajien välillä kuitenkin suurempia eroja. Tunnetuimpien syömishäiriömuotojen kuten laihuushäiriön (anoreksia) ja ahmimishäiriön (bulimia) opettamista koskevat valmiudet koetaan melko hyväksi. Epätyypillisten syömishäiriömuotojen sekä hoitoon liittyvien asioiden opettamiseen koetaan puolestaan olevan melko huonot valmiudet. Epätyypillisten syömishäiriömuotojen, hoitomuotojen, hoidosta vastaavien tahojen sekä ortoreksian kohdalla vastaajat olivat valinneet jonkin verran myös ”ei osaa sanoa”-vaihtoehtoa, mikä saattaa viitata epävarmuuteen ko. aiheita kohtaan. Taulukosta 12 ilmenee opettajien opetusvalmiuksia kuvaavia tunnuslukuja.

TAULUKKO 10. Opetusvalmiuksia kuvaavia tunnuslukuja aihealueittain, vastaajien itsensä arvioimina

Arvio valmiuksista asteikolla 1(huonot) – 5 (hyvät)	$\bar{x}$	sd	Mo
Laihuushäiriö (Anoreksia) (n=67)	3,46	1,31	4
Ahmimishäiriö (Bulimia) (n=67)	3,43	1,29	4
Lihavan ahmimishäiriö (BED) (n=67)	2,96	1,27	4
Muut epätyypilliset (n=66)	2,65	1,18	2
Ortoreksia (n=67)	3,16	1,32	4
Syömishäiriöiden hoitomuodot (n=67)	2,94	1,25	4
Hoidosta vastaavat tahot (n=66)	2,89	1,14	4
Terveelliset ruokailutottumukset (n=68)	4,25	0,92	4
Terve liikunnan harrastaminen(n=68)	4,31	0,89	5
Oppilaiden itsetunnon vahvistaminen (n=68)	4,22	0,79	4
Kriittinen medialukutaito (n=68)	4,25	0,78	4

Spearmanin korrelaatio osoitti, että työkokemuksella ei ole merkitystä siihen, millaisiksi arvioi valmiutensa opettaa taulukossa 12 lueteltuja aiheita. Sen sijaan yläkoulun ja lukion opettajien välillä on tilastollisesti merkittävää ja melkein merkitsevää eroa sen suhteen, millaisiksi opettajat kokevat valmiutensa opettaa tervettä liikunnan harrastamista ( $U=243,5$ ,  $p=,002$ ) tai terveellisiä ruokailutottumuksia ( $U=295,5$ ,  $p=,024$ ). Yläkoulun opettajat kokevat paremmiksi valmiutensa opettaa ko. aiheita.

Opettajat arvioivat syömishäiriöihin liittyvien asioiden opettamista asteikolla 1–5 (1=vaikeaa ja 5=helppoa). Opettaminen koetaan hyvin eri tavoin ( $\bar{x}=3,21$ ,  $s=1,12$ ). Vastaajista suurin osa (47,1 %,  $n=33$ ) kokee opettamisen melko helpoksi tai helpoksi, mutta lähes kolmasosa vastaajista (28,7 %,  $n=20$ ) kokee sen myös melko vaikeaksi. Lisäksi 20,0 % ( $n=14$ ) ei osaa sanoa, onko opettaminen vaikeaa vai helppoa. Spearmanin järjestyskorrelaatio osoitti, että iällä tai työkokemuksen määrällä ei ole yhteyttä siihen, millaiseksi kokee syömishäiriöihin liittyvien asioiden opettamisen.

län ja työkokemuksen lisäksi tutkittiin, onko opettajien syömishäiriötiedolla (summamuutuja syömishäiriötiedot) tai käsityksillä omista tiedoista ja taidoista (summamuutuja käsitys omista tiedoista ja taidoista) yhteyttä opettamisen helpoksi tai vaikeiksi kokemisen kanssa. Pearsonin järjestyskorrelaatio osoitti, että opettajien syömishäiriöitä koskevilla tiedoilla tai käsityksillä omista valmiuksista ei vaikuttaisi olevan riippuvuutta sen kanssa, millaiseksi opettamisen kokee.

Lisätiedon tarvetta kartoitettiin siten, että vastaajat saivat valita vaihtoehdoista kaikki ne aiheet, joista kokevat tarvitsevansa lisätietoa. Lisätiedon tarve on ilmeinen kaikkien lueteltujen aiheiden (laihuushäiriö, ahmimishäiriö, epätyypilliset syömishäiriöt, ortoreksia, syömishäiriöitä koskeva opetus, syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaaminen sekä jatkohoitoon ohjaaminen) kohdalla. Viimeisinä vaihtoehtoina olivat kohdat: ”en tarvitse lisätietoa, miksi en?” sekä ”jostain muusta, mistä?” Näitä vaihtoehtoja ei oltu juurikaan valittu. Kyselylomakkeeseen liittyvistä teknisistä syistä johtuen näistä kysymyksistä saatuja vastauksia ei voitu pitää luotettavina, eikä niitä näin ollen analysoitu. Lisätietoa kaivataan erityisesti syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaamisesta (67,6 %, n=125), jatkohoitoon ohjaamisesta (51,9 %, n=96) sekä epätyypillisistä syömishäiriöistä (50,3 % n= 93). Vain reilu viidesosa (21,1 %, n=39) vastaajista kaipaa lisätietoa laihuushäiriöstä eli anoreksiasta ja hieman useampi (23,2 %, n=43) ahmimishäiriöstä eli bulimiasta. Muiden aiheiden kohdalla lisätiedon tarve jakaantui melko tasaisesti. Vastaajista 36,8 % (n=68) kaipaa lisätietoa lihavan ahmimishäiriöstä (BED), 34,6 % (n=64) ortoreksiasta ja 32,4 % (n=60) syömishäiriöitä koskevasta opetuksesta.

Miesten ja naisten välillä on melkein merkitsevä ero ainoastaan laihuushäiriötä ( $\chi^2(1)=5,404$ ,  $p=,020$ ) ja jatkohoitoon ohjaamiseen ( $\chi^2(1)=4,943$ ,  $p=,026$ ) liittyvää lisätietoa koskien. Miehistä 34,1 % kokee tarvitsevansa lisätietoa laihuushäiriöstä, kun naisista vain vajaa viidesosa (17,4 %) ilmoittaa tarvitsevansa lisätietoa. Jatkohoitoon ohjaamista koskevassa tiedossa tilanne on toisinpäin. Naisista yli puolet (56,3 %) kokee tarvitsevansa aiheesta lisätietoa, kun miesten kohdalla vastaava prosentti on 36,6.

Verrattaessa työkokemuksen vaikutusta lisätiedon tarpeeseen käytettiin uudelleen luokiteltua neliluokkaista työkokemusta. Työkokemuksen määrällä on vaikutusta ainoastaan syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaamista koskevaan lisätietoon ( $\chi^2(3)=10,281$ ,  $p=,016$ ). Mitä vähemmän aikaa opettaja on toiminut työssään sitä todennäköisemmin hän kokee tar-

vitsevansa lisätietoa oppilaan kohtaamisesta. Alle 5 vuotta työskennelleistä lisätietoa tarvitsee 77,3 % ja 5–10 vuotta työskennelleistä 77,1 %. Vastaava osuus yli 20 vuotta alalla toimineista on 50,9 %.

Sukupuolen ja työvuosien lisäksi tarkasteltiin, vaikuttaako vastaajan tiedon määrä lisätiedon tarpeeseen. Ennen riippuvuuksien tarkastelua, eri aihealueita koskevan lisätiedon tarpeesta muodostettiin summamuuttuja ”kokonaislisätiedon tarve”. Tiedon (summamuuttuja syömishäiriötieto) ja lisätiedon määrän (summamuuttuja kokonaislisätiedon tarve) välistä yhteyttä tutkittiin Pearsonin korrelaation avulla, joka osoitti, että tiedon määrän ja lisätiedon tarpeen välillä on tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ( $r=-,211$ ,  $p=,005$ ). Riippuvuuden tutkintaa jatkettiin regressioanalyysin avulla. Regressiomalli osoittautui aineistoon sopivaksi ( $p =,005$ ), mutta selitysaste jäi hyvin alhaiseksi ( $R^2=,039$ ). Syömishäiriötiedon määrän lisääntyessä lisätiedon tarve vähenee ( $b= -,29$ ,  $p=,005$ ). On kuitenkin huomioitava, että alhaisesta selitysasteesta johtuen syömishäiriötiedon määrän lisääntyminen selittää vain vähän lisätiedon tarpeen vähenemisestä.

#### 6.2.4 Todellisten tietojen ja omia tietoja koskevien käsitysten välinen yhteys

Opettajien todellisia tietoja ja käsityksiä omista tiedoista verrattiin keskenään Pearsonin korrelaation avulla. Ennen riippuvuuksien mittaamista, muodostettiin summamuuttuja ”käsitys omista tiedoista ja taidoista”, joka muodostui kysymyksistä, jotka mittasivat vastaajien käsityksiä omista valmiuksista. Summamuuttuja sisälsi opettajien arviot omista tiedoistaan ja taidoistaan eri syömishäiriömuotoja (laihuushäiriö, ahmimishäiriö, epätyypillinen syömishäiriö, lihavan ahmimishäiriö, ortoreksia) koskien. Todellisten tietojen ja arvioitujen valmiuksien välillä osoittautui olevan merkitsevää yhteyttä. ( $r=,246$ ,  $p=,001$ ). Löydetyn yhteyden voimakkuutta selvitettiin regressioanalyysin avulla. Analyysi osoitti, että malli sopii aineistoon ( $p=,001$ ), mutta se ei ole hyvä, koska selitysaste jäi hyvin alhaiseksi ( $R^2 =,055$ ). Malli selittää näin ollen vain 5,5 % tietoja ja taitoja koskevista käsityksistä. Mitä korkeammat pistemäärät vastaaja saa tietoa mittaavasta kysymyksestä, sitä paremmaksi hän myös arvioi omat tietonsa ja taitonsa ( $b =1,6$   $p=,001$ ).

### 6.3 Pedagoginen toiminta

Kyselylomakkeen toinen osa-alue sisälsi enimmäkseen monivalintakysymyksiä opettajan pedagogiseen toimintaan sekä koko koulu yhteisön käytänteisiin liittyen.

#### 6.3.1 Koulu yhteisön käytänteet

Koulu yhteisön toimintatapoja kartoitettaessa selvisi, että opettajat eivät ole kovin hyvin selvillä koulu yhteisön käytänteistä syömishäiriöitä koskien. Vastaajista 60,3 % (n=111) ei tiedä, kuuluuko syömishäiriöiden käsittely koulun oppilashuollon toimintaan. Suurimmalle osalle (74,6 %, n=135) vastaajista on myöskin epäselvää, onko koulussa laadittu syömishäiriöitä koskeva ehkäisyohjelma eivätkä yli puolet (56,8 %, n=104) vastaajista tiedä, löytyykö koulusta toimintaohjeet häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireilevan oppilaan kohtaamisen varalle. Reilu kolmannes (35,3 %, n=65) vastaajista ilmoitti, että syömishäiriöiden käsittely kuuluu oppilashuollon toimintaan. Ainoastaan kolmen (1,7 %) vastaajan mukaan koulussa on laadittu syömishäiriöiden ehkäisyohjelma ja 24:n (13,1 %) vastaajan mukaan koulussa on yhteiset toimintaohjeet häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireilevan oppilaan kohtaamisen varalle. Taulukosta 13 (s. 68) ilmenee tarkemmin, koulu yhteisön käytänteet.

Koulun ja käytänteiden välistä riippuvuutta testattiin ensin ristiintaulukoinnilla ja  $\chi^2$  -testin avulla. Koska testin oletukset eivät olleet voimassa, otettiin käyttöön eksakti testi, Fisherin tarkka testi, jota voidaan käyttää erityisesti pienissä aineistoissa (Metsämuuronen 2009, 1052–1054). Koulun ja toimintatapojen välillä ei kuitenkaan löydetty riippuvuutta. Toisin sanoen, yläkoulun ja lukion syömishäiriöitä koskevat toimintatavat eivät eroa tilastollisesti toisistaan.

#### 6.3.2 Opettajien kokemukset syömishäiriöiden opetuksesta

Syömishäiriöiden käsittely kuuluu oman oppiaineen oppisisältöön 25,4 prosentille (n=47) vastaajista. Opettajista enemmistö (n=20) ilmoitti opettaneensa syömishäiriöasioita kaikille

yläkoulun luokille eli 7–9.-luokkalaisille. Toiseksi yleisimmin kohderyhmänä olivat lukiolaiset (n=6). Loput vastaajista olivat opettaneet syömishäiriöasioita tietyille luokka-asteille, kuten 7. ja 8.-luokkalaisille (n=4), 8.-luokkalaisille (n=4), 9.-luokkalaisille (n=3), sekä yläkoululaisille että lukiolaisille (n=3), 7.-luokkalaisille (n=2) ja 8. ja 9. -luokkalaisille (n=2).

Ristiintaulukointi ja  $\chi^2$  -testi osoittivat odotetusti, että opetettavalla aineella on erittäin merkitsevä yhteys kysymykseen ”Kuuluuko syömishäiriöiden käsittely oman oppiaineen oppisisältöön” ( $\chi^2(3)=23,465$ ,  $p=,000$ ). Suurin osa opettajista, jotka ilmoittavat syömishäiriöiden käsittelyn kuuluvan omaan oppiaineeseen ovat taito- ja taideaineiden ryhmään kuuluvia vastaajia (57,1 %, n=24.) Muiden oppiaineiden kohdalla kyllä vastanneiden osuus oli huomattavasti pienempi. Luonnontieteiden opettajista vain 8 ilmoitti syömishäiriöiden käsittelyn kuuluvan heidän oppiaineeseen ja humanististen sekä katsomusaineiden opettajista 7. Vastaava määrä kielten opettajien kohdalla oli vain 3.

Opettajien pedagogiseen toimintaan liittyviä kokemuksia koskettavat kysymykset olivat suunnattu niille, jotka ilmoittivat kysymyksessä 11 syömishäiriöiden kuuluvan omaan oppiaineeseen, eli 47:lle vastaajalle. Vastaajien määrä kuitenkin vaihteli kysymyksestä riippuen 60–70 opettajan välillä. Näin ollen kysymyksiin oli vastannut myös sellaisia opettajia, joiden oppiaineeseen eivät syömishäiriöaiheet kuuluneet. Kaikki vastaukset otettiin huomioon, olettaen, että vastanneilla oli kuitenkin kokemusta syömishäiriötä koskevasta pedagogisesta toiminnasta.

Kysyttäessä, mitä syömishäiriöihin liittyviä aiheita vastaajat olivat opettaneet, ilmeni, että yleisimmin opetetut aiheet ovat kriittinen medialukutaito (57 vastaajaa), itsetunnon vahvistaminen (55 vastaajaa), terveelliset ruokailutottumukset (46 vastaajaa) sekä terve liikunnan harrastaminen (45 vastaajaa). Eri syömishäiriömuodot ovat edellä mainittuja aiheita vähemmän käsiteltyjä, kuten alla olevasta taulukosta ilmenee. Syömishäiriöistä eniten opetettuja ovat laihuushäiriö (anoreksia) ja ahmimishäiriö (bulimia), mikä onkin melko odotettua, koska ne ovat tunnetuimmat syömishäiriömuodot. Epätyypillisten syömishäiriöiden vähäisen opettamisen taustalla voi olla puolestaan se, että ne eivät ole yhtä selkeästi määriteltävissä oireiden perusteella kuin laihuushäiriö ja ahmimishäiriö ja siksi myös vähemmän tunnettuja. (Syömishäiriöliitto 2009, 7).



TAULUKKO 11. Vastaajien opettamat syömishäiriöihin liittyvät aiheet.

Opetettava aihe	On opettanut (N)	Ei ole opettanut (N)
Laihuushäiriö (anoreksia) (n=66)	39	27
Ahmimishäiriö (bulimia) (n=65)	38	27
Lihavan ahmimishäiriö (BED) (n=62)	26	36
Ortoreksia (n=62)	30	32
Muut epätyypilliset syömishäiriöt (n=60)	16	44
Syömishäiriöiden hoitomuodot (n=62)	28	34
Syömishäiriöiden hoidosta vastaavat tahot (n=62)	23	39

### 6.3.3 Käytetyt materiaalit ja vastaajien kokemus tiedon riittävydestä

Vastaajat saivat valita yhden tärkeimmistä käyttämistään opetusmateriaaleista. Kysymys oli jostain syystä ymmärretty väärin ja vastaajat olivat valinneet useamman kuin yhden käyttämänsä materiaalin. Materiaaleja ei voida näin ollen asettaa tärkeysjärjestykseen. Vastausten perusteella saadaan kuitenkin käsitys siitä, mitkä lähteistä ovat käytetyimpiä. Oppikirja valittiin 30:ssä ja internet 24:ssä vastauksessa käytetyksi materiaaliksi. Itsetehtyä materiaalia ilmoitti käyttävänsä 19 vastaajaa ja muuta materiaalia 18 vastaajaa. Muita käytettyjä lähteitä olivat muun muassa Syömishäiriöliiton internetsivut ja esitteet (3 mainintaa) sekä aihetta koskeva kirjallisuus (2 mainintaa).

Vastaajista 79,7 % (n= 55) on sitä mieltä, että syömishäiriöihin liittyvää tietoa on tarpeeksi saatavilla, kun taas 7,6 prosentin (n=14) mielestä sitä ei ole tarpeeksi.

Opettajilta kysyttiin avoimen kysymyksen avulla, mitä syömishäiriöitä koskevia aiheita opetusmateriaalin tulisi sisältää enemmän. Hoitomuodot ja/tai -tavat saivat eniten mainintoja (5 mainintaa). Neljässä vastauksessa toivottiin, että opetusmateriaalissa huomioitaisiin nuoren itsetunto ja psyykinen hyvinvointi: ”*Nuorten itsetunnon vahvistamista, oman itsen*

*hyväksymistä sellaisena kuin on”, ”Suhde psyykkiseen hyvinvointiin”.* Lisäksi toivotaan tietoa toipumisesta (3 mainintaa). Kahdessa vastauksessa toivottiin, että opetusmateriaali ei olisi ongelmakeskeistä, vaan keskityttäisiin mieluummin ratkaisukeskeisyyteen: *”Keskittyä enemmän terveelliseen ruokavalioon = ratkaisuun, ei ongelmaan”, ”Terveellisen syömisen näkökulma”.*

#### 6.4 Opettajien mielipiteet ja asenteet

Vastaajien mielipiteitä ja asenteita mittaavilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään, kuinka myönteisesti opettajat suhtautuvat syömishäiriöiden huomioimiseen koulussa, millaiseksi he kokevat oman roolinsa tai muiden koulu yhteisön jäsenten roolin syömishäiriöiden ehkäisyssä ja puuttumisessa.

##### 6.4.1 Opettajien suhtautuminen syömishäiriöiden huomioimiseen ja opettamiseen koulussa

Lähes puolet vastaajista (48,1 %, n=88) oli sitä mieltä, että syömishäiriöiden käsittely tulisi aloittaa jo alakoulussa 5.–6.-luokalla. Reilun viidesosan (21,9 %, n=40) mielestä yläkoululaiset ovat sopivan ikäisiä syömishäiriöasioiden käsittelylle. Vajaa viidesosa vastaajista (19,1 %, n=35) opettaisi syömishäiriöihin liittyviä asioita 3.–4.-luokkalaisille. Kahdeksan vastaajan mielestä jo 1.–2. -luokkalaiset ovat sopivan ikäisiä asioiden käsittelyyn ja kuuden mielestä 9. -luokkalaiset tai vanhemmat. Ainoastaan kuuden vastaajan mielestä syömishäiriöitä ei tulisi käsitellä koulussa lainkaan.

Kuten edellä olevista tuloksista ilmenee, vastaukset olivat jakautuneet hyvin epätasaisesti eri luokkiin, ääripäiden luokkien sisältäessä vain muutaman vastaajan. Jotta kysymystä voitiin verrata taustamuuttujittain, vastaukset luokiteltiin uudelleen seuraavasti: 1= syömishäiriöiden käsittely tulisi aloittaa alakoulussa, 2=syömishäiriöiden käsittely tulisi aloittaa yläkoulussa tai myöhemmin, 3=syömishäiriöitä ei tulisi käsitellä koulussa.

Sukupuolen, opettavan aineen sekä iän ja työvuosien vaikutusta kysymykseen ”Millä luokalla syömishäiriöitä koskeva opetus tulisi aloittaa” tutkittiin ristiintaulukoinnin ja  $\chi^2$

-testin avulla. Koska testien oletukset eivät olleet voimassa päädyttiin käyttämään Fisherin tarkkaa testiä, jonka mukaan sukupuolen ( $p = ,467$ ) tai opetettavan aineen ( $p = ,756$ ) ja kysymyksen välillä ei ole riippuvuutta. Iän ja työvuosien vaikutusta tutkittaessa, käytettiin niiden uudelleen luokiteltuja muotoja, jossa ikä on luokiteltuna kolmeen ja työkokemuksen määrä neljään luokkaan. Fisherin tarkka testi osoitti, että myöskään iän ( $p = ,690$ ) tai työvuosien määrän ( $p = ,959$ ) ja mielipiteen, milloin syömishäiriöiden opetus tulisi aloittaa ei ole riippuvuutta.

Kartoitettaessa, mitä syömishäiriöihin liittyviä aiheita koulussa tulisi opettajaa, selvisi, että lähes kaikkien mielestä tärkeitä aiheita ovat oppilaan itsetunnon vahvistaminen (99,5 %,  $n=183$ ), terveelliset ruokailutottumukset (99,5 %,  $n= 183$ ), kriittinen medialukutaito (99,5 %,  $n= 182$ ) sekä terve liikunnan harrastaminen (98,5%,  $n=181$ ). Kuten alla olevasta taulukosta ilmenee myös eri syömishäiriömuotojen, hoidosta vastaavien tahojen ja hoitomuotojen käsittely koettiin melko tarpeelliseksi. Kaikkien edellä mainittujen aiheiden opetusta kannatti yli 80 % vastaajista.

TAULUKKO 12. Vastaajien mielipide koulussa opetettavista syömishäiriöaiheista

Opetettavat aiheet	Ei		Kyllä	
	(N)	(%)	(N)	(%)
Laihuushäiriö (Anoreksia) ( $n=181$ )	13	7,2	168	92,8
Ahmimishäiriö (Bulimia) ( $n=181$ )	14	7,7	167	92,3
Lihavan ahmimishäiriö (BED) ( $n=179$ )	26	14,5	153	85,5
Ortoreksia ( $n=178$ )	23	12,9	155	87,1
Muut epätyypilliset syömishäiriöt ( $n=173$ )	28	16,2	145	83,8
Syömishäiriöiden hoitomuodot ( $n=179$ )	29	16,2	150	83,8
Hoidosta vastaavat tahot ( $n=176$ )	17	9,7	159	90,3
Terveelliset ruokailutottumukset ( $n=184$ )	1	0,5	183	99,5
Terve liikunnan harrastaminen ( $n=183$ )	2	1,1	181	98,9
Oppilaan itsetunnon vahvistaminen ( $n=184$ )	1	0,5	183	99,5
Kriittinen medialukutaito ( $n=183$ )	1	0,5	182	99,5

Ristiintaulukointi ja  $\chi^2$ -testi sekä Fisherin tarkka testi osoittivat, että sukupuolella ei ole vaikutusta siihen, mitkä syömishäiriöaiheet koetaan tärkeiksi opettaa. Iän vaikutusta tarkasteltaessa vastaajien näkemyksiin opetettavista aiheista, käytettiin uudelleen luokiteltua ikää. Fisherin testin mukaan, iällä on melkein merkitsevää vaikutusta pelkästään laihuushäiriötä koskevan opetuksen tärkeäksi kokemiseen ( $p=,042$ ). Nuorimpaan ikäluokkaan kuuluvista opettajista (alle 41 vuotiaat) lähes kaikki (97,6 %) pitävät sitä tärkeänä, kun keskimmäiseen ikäluokkaan kuuluvista (41–50 vuotiaat) vastaava prosentti on 87,3 %.

Pedagogista toimintaa käsittelevissä tuloksissa kävi jo aiemmin ilmi, että opettajat olivat melko tietämättömiä koulussa noudatettavista syömishäiriöitä koskevista käytänteistä. Samassa myös selvisi, että syömishäiriöitä koskevat ehkäisyohjelmat ja toimintaohjeet ovat harvinaisia. Kysyttäessä, tulisiko kouluissa olla syömishäiriöitä koskevat ehkäisyohjelmat tai yhteiset toimintaohjeet, ilmeni että niille koettaisiin olevan tarvetta. Vastaajista 83,7 % arvioi ehkäisyohjelman ja 88,4 % yhteiset toimintaohjeet tarpeellisiksi.

TAULUKKO 13. Syömishäiriöitä koskevien ehkäisyohjelmien ja toimintaohjeiden yleisyys kouluissa ja niiden koettu tarve

	Ei ole		On		En tiedä		Tulisi olla	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ehkäisyohjelma	43	23,8	3	1,7	135	74,6	149	83,7
Toimintaohjeet	55	30,1	24	13,1	104	56,8	166	88,4

Ristiintaulukointi ja  $\chi^2$ -testi osoittivat, että sukupuolella ( $\chi^2(1) =,107$ ,  $p=,743$ ), iällä ( $\chi^2(2) =,366$ ,  $p=,839$ ) tai opetettavalla aineella ( $\chi^2(3)=1,457$ ,  $p=,692$ ) ei ole vaikutusta siihen, kokeeko syömishäiriötä koskevan ehkäisyohjelman tarpeelliseksi.

Fisherin tarkan testin mukaan sukupuolella on melkein merkitsevä riippuvuus sen kanssa, kokeeko syömishäiriöitä koskevat toimintaohjeet tarpeellisiksi ( $p =,049$ ), kun taas iällä tai opetettavalla aineella ei ole riippuvuutta toimintaohjeiden tarpeellisuuden kokemiseen. Miehistä lähes kaikki (97,5 %) ovat toimintaohjeiden kannalla, kun vastaava luku naisten kohdalla on 85,8%.

Opettajien suhtautumista syömishäiriöihin mitattiin myös muutamien asenneväittämien muodossa. Väittämistä: ”syömishäiriöiden ehkäisy ei ole koulun tehtävä, ”syömishäiriöiden oireiden käsittely koulussa lisää syömishäiriöitä” sekä ”koulussa annettava terveystieteiden opetus voi lisätä häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä” muodostettiin summamuuttuja ”negatiivinen suhtautuminen”. Cronbachin alfa sai arvon 0,616, mikä osoittaa väittämien riittävän reliabiliuden. Summamuuttuja mittasi asteikolla 3–15 vastaajien asennetta siten, että 15 = kielteinen asenne ja 3 = myönteinen asenne. Keskiarvo ja hajonta osoittavat, että vastaukset sijoittuvat asteikon alkupäähän ( $\bar{x}$  = 5,61,  $s$  = 1,91). Opettajilla on näin ollen melko myönteinen suhtautuminen syömishäiriöiden käsittelyyn koulussa.

Parametrittomat testit osoittivat, että sukupuolella ( $U=2698$ ,  $p=,672$ ), iällä ( $\chi^2(4) = 9,06$ ,  $p=,060$ ) tai opetettavalla aineella  $\chi^2(3)=1,168$ ,  $p=,761$ ) ei ole vaikutusta siihen, kuinka kielteinen tai myönteinen asenne vastaajalla on koulussa tapahtuvaa syömishäiriöiden käsittelyä kohtaan.

#### 6.4.2 Vastaajien näkemys opettajan roolista syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä

Opettajien käsityksiä omasta roolista syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä kartoitettiin muun muassa kysymällä, tarvitsevatko he syömishäiriöitä koskevaa tietoa ja pitäisikö opettajien saada koulutusta syömishäiriöitä koskien. Lisäksi opettajien mielipiteitä omasta ja muiden kouluuyhteisön jäsenten roolista selvitettiin asteikollisten asenneväittämien avulla.

Suurin osa vastaajista (74,3 %,  $n=136$ ) kokee tarvitsevänsä työssään syömishäiriötä koskevaa tietoa. Vastaajat olivat tiedon tarpeellisuudesta melko yksimielisiä, eikä vastaus osoittautunut olevan riippuvainen vastaajan sukupuolesta, iästä, työkokemuksen määrästä tai opetettavasta aineesta.

Vastaajista 79,4 % ( $n=143$ ) on sitä mieltä, että opettajien tulisi saada koulutusta syömishäiriöitä koskien. Verratessa koulutuksen tarvetta taustamuuttujittain, ilmeni, että ainoastaan opetettavan aineen ja koulutuksen tarpeen kokemisen välillä on melkein merkitsevää riippuvuutta ( $\chi^2(3)=10,42$ ,  $p =,015$ ). Taito- ja taideaineiden opettajista lähes kaikki (94,2 %) ja

luonnontieteiden opettajista 83,8 % on sitä mieltä, että opettajat tarvitsevat koulutusta syömishäiriöitä koskien. Kielten sekä humanististen ja katsomusaineiden opettajien kohdalla vastaavat osuudet ovat alhaisemmat (73,1 % ja 69,1 %.)

Vastaajat arvioivat opettajien roolia syömishäiriöiden ennaltaehkäisijänä ja tilanteeseen puuttujana. Opettajat kokevat, että syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu heidän tehtäviin. Vastaajista 78,6 % on samaa mieltä tai täysin samaa mieltä sen suhteen, että ennaltaehkäisy kuuluu kaikille opettajille. Yksimielisimpiä oltiin siitä, että ennaltaehkäisy kuuluu erityisesti terveystiedon opettajalle. Liikunnan ja kotitalousopettajan rooli ennaltaehkäisyssä koettiin keskenään yhtä keskeisiksi.

Tulokset poikkeavat tilastollisesti joko merkittävästi tai melkein merkittävästi toisistaan, kun tarkastellaan sukupuolittain väitteitä ”ehkäisy kuuluu liikunnan opettajalle” ( $U=2019$ ,  $p=,001$ ) ”kotitalousopettajalle” ( $U=1993,5$ ,  $p=,001$ ), ”psykologian opettajalle” ( $U=2270$ ,  $p=,023$ ) ja ”kaikille opettajille” ( $U=2252,2$ ,  $p=,048$ ). Naisten keskiarvot ovat miesten keskiarvoja suurempia kaikkien edellä mainittujen väitteiden kohdalla, mikä viittaa siihen, että naiset ovat miehiä vahvemmin sitä mieltä, että syömishäiriöiden ehkäisy kuuluu opettajille ja erityisesti liikunnan ja kotitalouden opettajille.

Parametrittomat testit (Mann Whitney U ja Kruskal-Wallis) osoittivat, että tilastollista eroa löytyy myös yläkoulussa ja lukiossa opettavien sekä eri aineen opettajien asenteiden väliltä, kun on kyse väitteestä ”Syömishäiriöiden ehkäisy kuuluu kaikille opettajille”. Yläkoulun opettajat ovat lukion opettajia enemmän sitä mieltä, että ehkäisy on kaikkien opettajien asia ( $U=2125$ ,  $p=,000$ ). Opetettavan aineen osalta taito- ja taideaineiden opettajat ovat muita aineryhmiä myönteisempiä väitteen suhteen ( $\chi^2 (3)= 8,68$ ,  $p=,034$ ).

TAULUKKO 14. Vastaajien näkemyksiä, kenelle opettajille syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu. Sukupuolen vaikutus näkemyksiin Mann Whitney U-testin mukaan

Arvio asteikolla 1 (täysin eri mieltä – 5 (täysin samaa mieltä))	$\bar{x}$	sd	Mo	U	p-arvo
<b>Liikunnan opettajalle (n=181)</b>	<b>4,56</b>	<b>0,72</b>	<b>5</b>	<b>2019,0</b>	<b>0,001 **</b>
nainen (n=141)	4,62	0,73	5		
mies (n=40)	4,35	0,62	4		
<b>Kotitalousopettajalle (n=181)</b>	<b>4,52</b>	<b>0,70</b>	<b>5</b>	<b>1993,5</b>	<b>0,001**</b>
nainen (n=141)	4,58	0,72	5		
mies (n=40)	4,30	0,61	4		
<b>Psykologian opettajalle (n=181)</b>	<b>4,40</b>	<b>0,76</b>	<b>5</b>	<b>2270,0</b>	<b>0,023*</b>
nainen (n=140)	4,45	0,78	5		
mies (n=41)	4,24	0,66	4		
<b>Kaikille opettajille (n=182)</b>	<b>3,91</b>	<b>1,08</b>	<b>4</b>	<b>2252,2</b>	<b>0,048*</b>
nainen (n=143)	3,99	1,06	4		
mies (n=39)	3,64	1,11	4		
<b>Terveystiedon opettajalle (n=182)</b>	<b>4,70</b>	<b>0,65</b>	<b>5</b>		<b>n.s.</b>
nainen (n=141)	4,71	0,66	5		
mies (n=41)	4,66	0,62	5		

\* tilastollisesti melkein merkitsevä ero

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero

n.s. = non significant, ei tilastollista merkitsevyyttä

Jopa 81,5 % vastaajista oli joko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että opettajien tulee puuttua syömishäiriöihin niiden ilmetessä. Verratessa väitettä taustamuuttujittain, tilastollisesti merkittävää eroa löytyi ainoastaan eri koulujen väliltä (U=2276,5, p=,004). Yläkoulun opettajat ovat lukion opettajia myönteisempiä sen suhteen, että opettajien tulee puuttua syömishäiriöihin.

Opettajan käsityksiä omasta roolista mitattiin vielä muutamien väittämien avulla, joista muodostettiin summamuuttuja ”Opettajan toiminnalla on vaikutusta”. Summamuuttuja koostui seuraavista väitteistä: ”Opettaja voi toiminnallaan ehkäistä syömishäiriöiden syntymistä”, ”opettajat ovat keskeisessä roolissa syömishäiriöiden tunnistamisessa” ja ”opettajat voivat omalla esimerkillään lisätä häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä”. Summamuuttuja sai Cronbachin alfa-arvon 0,57. Vaikka arvo jäi melko alhaalle, se ylsi lähelle alarajaa 0,60, joten summamuuttuja hyväksyttiin. Summamuuttuja mittaa opettajien arviota, omista vaikutusmahdollisuuksistaan siten, että 1 = opettajan toiminnalla ei ole vaikutusta ja 15 = opettajan toiminnalla on vaikutusta.

Tunnusluvut osoittavat, että opettajat näyttävät olevan melko epävarmoja sen suhteen, onko heidän toiminnallaan vaikutusta syömishäiriöihin ( $\bar{x}=10,35$ ,  $s=2,31$ ). Vaikka jokaisen summamuuttujan muodostavan väittämän kohdalla yleisin vastaus oli ”jokseenkin samaa mieltä”, ”en osaa sanoa” vastanneiden osuus oli myöskin melko suuri. Vastaukset painotettiin kuitenkin asteikon yläpäähän, mikä osoittaa, että enemmistö vastaajista on tietoinen oman toiminnan vaikutuksesta.

Taustamuuttujista opetettavalla aineella on vaikutusta opettajan kokemuksiin omasta roolista. Merkitsevä ero käsityksissä on kielten opettajien ja taito- ja taideaineiden opettajien välillä. Varianssianalyysi osoitti, että taito- ja taideaineiden opettajat kokevat muiden aineiden opettajia, erityisesti kielten opettajia vahvemmin, opettajan toiminnalla olevan vaikutusta syömishäiriöihin ( $F = (3,160) = 3,55$ ,  $p < ,05$ ). Merkitsevää eroa löytyi myös verrattessa yläkoulun ja lukion opettajien käsityksiä keskenään t-testin avulla. Yläkoulun opettajat kokevat lukion opettajia vahvemmin, että heidän toiminnallaan on vaikutusta ( $t(165) = 2,81$ ,  $p < ,01$ ).

#### 6.4.3 Opettajien näkemys muiden koulu yhteisön jäsenten roolista syömishäiriöiden opetuksessa ja ennaltaehkäisyssä

Vastaajat arvioivat myös, millaiseksi he kokevat muiden koulu yhteisön jäsenten roolin syömishäiriöiden ehkäisyssä ja puuttumisessa. Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä kouluterveydenhoitajan ja vanhempien roolista syömishäiriöiden ehkäisyssä. Vastaajista 98,9 % ( $n=181$ ) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että ehkäisy kuuluu kouluterveydenhoitajal-



le ja 97,3 % (n=178), että se kuuluu vanhemmille. En osaa sanoa -vaihtoehtoa ei juurikaan oltu valittu edellä mainittujen kouluyhteisön toimijoiden kohdalla, mikä osoittaa vastaajilla olleen selvä näkemys asiasta. Eniten mielipiteitä jakoi kouluruokailun henkilökunnan rooli syömishäiriöiden ehkäisyssä. Vastaajista 59,2 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä sen suhteen, että ennaltaehkäisy on kouluruokailun henkilökunnan tehtävä. Oppilashuollon tehtävänä ennaltaehkäisyä pitää 94 % (n=170) vastaajista ja koko kouluyhteisön 79,6 % (n=144) vastaajista. ”Ei osaa sanoa” vastausten määrää tarkasteltaessa, eniten epävarmuutta näyttäisi liittyvän mielipiteeseen kouluruokailun henkilökunnan sekä koko kouluyhteisön roolista ehkäisyssä. Liitteeseen seitsemän on taulukoitu tarkemmin tunnusluvut, jotka kuvaavat opettajien näkemyksiä kouluyhteisön jäsenten roolista.

Väitteiden ja taustamuuttujien välisten yhteyksien tarkastelu osoitti, että taustamuuttujien ja kouluyhteisön jäsenten roolia koskevien väitteiden väliltä löytyi melko vähän ja ainoastaan melkein merkitseviä yhteyksiä. Työkokemuksen osalta käytettiin uudelleen luokiteltua, neliluokkaista työkokemusta.

Naiset ja yläkoulussa opettavat ovat todennäköisemmin samaa mieltä väitteen ”Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu koko kouluyhteisölle” kanssa. Miehet ja lukion opettajat ovat puolestaan todennäköisemmin eri mieltä siitä, että ennaltaehkäisy kuuluu koko kouluyhteisölle. Kauimman aikaa opettajana työskennelleet (11–20 tai  $\geq 21$  vuotta) vastaajat ovat myötämielisempiä sen suhteen, että ennaltaehkäisy kuuluu myös kouluruokailun henkilöstölle, kun taas vähiten aikaa alalla toimineet ovat väitteen kanssa todennäköisemmin eri mieltä. Humanististen ja katsomusaineiden opettajat ovat muiden aineiden opettajia todennäköisemmin sitä mieltä, että syömishäiriöiden ennaltaehkäisy ei kuulu kouluterveydenhoitajalle ( $\chi^2(3) = 8,22, p = ,042$ ). Alla olevaan taulukkoon on koottu taustamuuttujien ja väitteiden välisiä yhteyksiä sukupuolen, koulun ja työkokemuksen osalta.

TAULUKKO 15. Taustamuuttujien ja syömishäiriöiden ennaltaehkäisyä koskevien väitteiden välisiä yhteyksiä ei-parametristen keskiarvotestien mukaan. Arvio asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä)

Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu koko kouluyhteisölle.	$\bar{x}$	sd	U	p-arvo
	4,03	1,02		
<b>Sukupuoli (n=181)</b>			<b>2235,3</b>	<b>,032*</b>
nainen (n=141)	4,11	1,01		
mies (n=40)	3,78	1,05		
<b>Koulu (n=165)</b>			<b>2476,5</b>	<b>,026*</b>
yläkoulu (n=108)	4,24	1,20		
lukio (n=57)	3,80	0,80		

Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu kouluruokailun henkilöstölle	$\bar{x}$	sd	$\chi^2$	df	p-arvo
	3,49	1,27			
<b>Työkokemus (n=177)</b>			<b>10,23</b>	<b>3</b>	<b>,017*</b>
< 5 vuotta (n=42)	3,05	1,31			
5–10 vuotta (n=35)	3,34	1,28			
11–20 vuotta (n=49)	3,84	1,25			
≥ 21 vuotta (n=51)	3,63	1,18			

\* tilastollisesti melkein merkitsevä ero

Ehkäisyn ohella vastaajat kokevat myös syömishäiriöihin puuttumisen kuuluvan erityisesti kouluterveydenhoitajalle ja vanhemmille. Vastaajista 98,4 % (n=178) on täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että kouluterveydenhoitajan tehtävänä on puuttua oppilaan häiriintyneeseen

seen syömiskäyttäytymiseen. Vanhempien tehtäväksi sen kokee 97,2 % (n=175) vastaajista. Opettajista 93,3 % (n=166) on täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että syömishäiriöihin puuttuminen on oppilashuollon tehtävä. Koko kouluyhteisön tehtäväksi puuttumisen kokee 66,5 % (n=119) vastaajista. Huomattavasi suurempaa hajontaa aiheuttaa väite ”Syömishäiriötapauksiin puuttuminen kuuluu kouluruokailun henkilökunnalle”. Vain vajaa puolet (49,7 %, n= 87) vastaajista on täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa ja 22,9 % (n= 40) ei osaa sanoa, kuuluuko puuttuminen kouluruokailun henkilöstölle.

Verratessa taustamuuttujien vaikutuksia näkemyksiin kouluyhteisön jäsenten roolista syömishäiriöihin puuttumisessa, ainoaksi yhteydeksi ilmeni koulun vaikutus väitteeseen ”Koko kouluyhteisön tulisi puuttua syömishäiriöihin.” Yläkoulun opettajat ovat lukion opettajia todennäköisemmin sitä mieltä, että koko kouluyhteisön tulee puuttua syömishäiriöihin (U=2258, p=,004). Muilla taustamuuttujilla ei ole vaikutusta siihen, kenelle vastaaja kokee syömishäiriöihin puuttumisen kouluyhteisössä kuuluvan.

Opettajien mielipiteitä kouluyhteisön jäsenten merkityksestä syömishäiriöiden ehkäisyssä kartoitettiin myös summamuuttujan ”Kouluyhteisön jäsenten toiminnalla on vaikutusta” avulla. Summamuuttuja sisälsi väitteet ”Kouluruokailu edistää terveellisiä ruokailutottumuksia” ”Kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa”, ”Vanhempien ja koulun välinen yhteistyö on tärkeää” ja ”Kouluyhteisön positiivinen ilmapiiri vähentää syömiseen liittyviä ongelmia”. Cronbachin alfa -kerroin on 0,60, joten reliabiliteettia voidaan pitää kohtuullisena. Summamuuttuja voi saada arvoja 4 ja 20 välillä siten, että 4 = kouluyhteisön toiminnalla ei ole merkitystä ja 20 = kouluyhteisöllä on merkitystä.

Summamuuttuja vahvistaa aiemmin esille tulleita käsityksiä kouluyhteisön jäsenten roolista. Vastaajien mielestä kouluyhteisön jäsenten toiminnalla on vaikutusta, kun on kyse syömishäiriöistä. Summamuuttujan saamat arvot osoittavat vastauksien painottuvan ”samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” -vaihtoehtoihin ( $\bar{x}=17,55$ ,  $s=2,11$ ). Pisteet kuitenkin jakaantuivat neljän ja kahdenkymmenen välille, mikä osoittaa, että joukosta löytyy myös niitä opettajia, joiden mielestä kouluyhteisön toiminnalla ei ole juurikaan merkitystä syömishäiriöiden kohdalla. Väitteiden erillinen tarkastelu osoittaa, että vastauksissa ilmenee myös epävarmuutta. Reilu 10 prosenttia vastaajista ei osaa sanoa, vähentääkö kouluyhteisön positiivinen ilmapiiri syömiseen liittyviä ongelmia.

Taustamuuttujien ja summamuuttujan ”Kouluyhteisön toiminnalla on vaikutusta” välinen vertailu osoitti, että ainoastaan koululla, jossa vastaaja opettaa, on merkitystä siihen, millaiseksi kouluyhteisön vaikutuksen kokee. Yläkoulun opettajat ovat lukion opettajia todennäköisemmin samaa mieltä siitä, että kouluyhteisön toiminnalla on vaikutusta syömishäiriöihin ( $U = 2145$ ,  $p = ,001$ ).

#### 6.4.4 Vastaajien opettajan roolia koskevien näkemysten vaikutus näkemyksiin muiden kouluyhteisön jäsenten rooleista

Vastaajien näkemyksiä siitä, millaiseksi he kokevat opettajan roolin verrattuna muiden kouluyhteisön jäsenten rooliin syömishäiriöiden ehkäisyssä ja puuttumisessa vertailtiin korrelaation avulla. Opettajien roolin merkitystä ehkäisyssä kuvasi summamuuttuja ”ehkäisy kuuluu opettajille” (Cronbachin alfa = 0,86), joka sisälsi vastaajien näkemykset kaikkien opettajien sekä erikseen terveystiedon, liikunnan, kotitalouden ja psykologian opettajan roolin osalta. Kouluyhteisön muiden jäsenten roolin osalta käytettiin summamuuttujaa ”ehkäisy kuuluu muille kouluyhteisön toimijoille” (Cronbachin alfa = 0,65), joka yhdisti vastaajan mielipiteet niin oppilashuollon, kouluterveydenhuollon kouluruokailun henkilökunnan kuin vanhempienkin roolista. Jotta opettajien ja muiden kouluyhteisön jäsenten roolia syömishäiriöihin puuttumisessa voitiin verrata keskenään, muodostettiin summamuuttuja ”puuttuminen kuuluu muille kouluyhteisön toimijoille” (Cronbachin alfa = 0,67). Summamuuttuja yhdisti vastaajan näkemykset oppilashuollon, kouluterveydenhuollon, kouluruokailun henkilöstön ja vanhempien roolista. Puuttumisen osalta verrattiin keskenään väitettä ”puuttuminen kuuluu opettajille” sekä summamuuttujaa ”puuttuminen kuuluu muille kouluyhteisön toimijoille”.

Pearsonin korrelaatio osoitti näkemysten väliltä löytyvän erittäin merkitsevää yhteyttä sekä ehkäisyä osalta ( $r = ,769$ ,  $p = ,000$ ) että puuttumisen osalta ( $r = ,593$ ,  $p = ,000$ ). Kuten alla olevasta taulukosta käy ilmi, regressioanalyysi vahvisti korrelaatioissa ilmenneen yhteyden. Regressiomalli osoittautui aineistoon sopivaksi sekä ehkäisyä ( $p = ,000$ ) että puuttumisen ( $p = ,000$ ) osalta. Selitysaste kohosi erityisesti ehkäisyä kohdalla melko korkeaksi (n. 60 %) ja puuttumisen osalta 35 prosenttiin. Mitä vahvemmin vastaaja kokee syömishäiriöiden ehkäisyä tai niihin puuttumisen opettajan tehtäväksi, sitä vahvemmin hän pitää niitä myös muulle kouluyhteisölle kuuluvana. Ehkäisyä osalta kerroin on  $b = 0,73$  ( $p = ,000$ ) ja puuttu-

misen osalta  $b=1,37$  ( $p=,000$ ).

TAULUKKO 16. Regressioanalyysit siitä, onko vastaajien opettajan roolia koskevilla näkemyksillä vaikutusta siihen, kuinka kokee muun koulu yhteisön roolin syömishäiriöiden ehkäisyssä ( $n=171$ ) ja puuttumisessa ( $n=174$ ).

	regressiokerroin	t-arvo	merkitsevyys
Vakio	5,7***	5,5	$p < 0,001$
Näkemyksistä opettajan roolista syömishäiriöiden ehkäisyssä	0,73***	15,6	$p < 0,001$
$R^2$	0,591		
Korjattu $R^2$	0,590		
F-testi	244,0***		$p < 0,001$
Estimaatin keskivirhe	1,9		

	regressiokerroin	t-arvo	merkitsevyys
Vakio	12,1***	20,4	$p < 0,001$
Näkemyksistä opettajan roolista syömishäiriöiden puuttumisessa	1,37***	9,7	$p < 0,001$
$R^2$	0,352		
Korjattu $R^2$	0,348		
F-testi	93,4***		$p < 0,001$
Estimaatin keskivirhe	1,9		

\*\*\* tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

### 6.5 Syömishäiriöitä koskevan tiedon ja kokemusten vaikutus syömishäiriöitä koskeviin asenteisiin

Opettajien kokemusten ja asenteiden välisiä yhteyksiä tarkasteltiin keskiarvotestin ja ristiintaulukoinnin avulla. Mann Whitney U-testin avulla selvitettiin onko sillä, että on kohdannut työssään syömishäiriötä sairastavan oppilaan vaikutusta siihen, kuinka negatiiviset tai positiiviset asenteet syömishäiriöiden huomioimista kohtaan ovat. Asenteiden mittarina käytettiin summamuuttujaa ”negatiivinen suhtautuminen syömishäiriöihin”. Testi osoitti, että yhteyksiä ei ole ( $U= 3277$ ,  $p=,280$ ). Ristiintaulukointi ja  $\chi^2$ -testi puolestaan osoittivat, että syömishäiriötä sairastavan kohtaamisella ei ole vaikutusta siihen, kokeeko koulujen ehkäisyohjelmat ( $\chi^2 (1)=1,420$ ,  $p=,233$ ) tai yhteiset toimintaohjeet ( $\chi^2 (1)=,835$ ,  $p=,361$  tärkeiksi).

Vastaajien syömishäiriöitä koskevien tietojen ja asenteiden välisiä yhteyksiä tarkasteltiin vertaamalla opettajien tietoa (summamuuttuja tiedon määrä) heidän näkemyksiin omasta roolista syömishäiriöiden ennaltaehkäisijänä ja niihin puuttujana. Vastaajien näkemyksiä omasta roolista mittasivat väitteet ”syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kuuluu kaikille opettajille”, ”opettajan tulisi puuttua syömishäiriöihin niiden ilmetessä” sekä summamuuttuja ”opettajan toiminnalla on vaikutusta”. Pearsonin korrelaatio osoitti, että opettajan tiedon määrällä ei ole vaikutusta siihen, millaiseksi kokee roolinsa syömishäiriöiden ehkäisijänä tai niihin puuttujana.

### 6.6 Tiedon ja pedagogisen toiminnan väliset yhteydet

Opettajan tiedon ja pedagogisen toiminnan välistä yhteyttä tarkasteltiin vertaamalla vastaajan syömishäiriötiedon tasoa (summamuuttuja syömishäiriötieto) sekä käsityksiä tiedoista ja taidoista (summamuuttuja käsitys omista tiedoista ja taidoista) siihen, kuinka monia eri aihealueita on opettanut. Yhteyksien testausta varten vaihtoehtoina olevista aihealueista muodostettiin summamuuttuja ”opetetut aiheet”, joka mittasi sitä, kuinka monta eri aihealuetta vastaaja on opettanut asteikolla 0–11.

Yhteyden tarkasteluun käytettiin pearsonin korrelaatiota, joka osoitti syömishäiriötiedon ja opettajien aiheiden määrän välillä olevan merkitsevää riippuvuutta ( $r=,422$ ,  $p=,002$ ) ja käsitysten omista tiedoista ja taidoista ja opettajien aiheiden määrän välillä erittäin merkitsevää riippuvuutta ( $r=,617$ ,  $p=,000$ ). Löydettyjen yhteyksien välistä voimakkuutta tutkittiin regressioanalyysin avulla. Analyysissä ilmeni, että ainoastaan vastaajien käsitys omista tiedoista ja taidoista selittää opettajien aiheiden määrää tilastollisesti merkitsevästi. Regressiomalli osoittautui aineistoon sopivaksi ( $p=,000$ ), joskin käsitystä omista valmiuksista mittaavat pisteet selittävät vain 36 % opettajien aiheiden määrän vaihtelusta. Mitä paremmat tiedot ja taidot vastaajalla on omien käsitysten mukaan syömishäiriöistä sitä useampia eri syömishäiriöihin liittyviä aiheita he ovat opettaneet ( $b=,19$ ,  $p=,000$ ).

TAULUKKO 17. Regressioanalyysi syömishäiriötiedon ja omia tietoja ja taitoja koskevien käsitysten vaikutuksesta opettajien syömishäiriöaiheiden määrään

	Regressiokerroin	t-arvo	merkitsevyys
Vakio	-6,14*	-2,1	$p < 0,05$
Syömishäiriötieto	0,36	1,4	$p > 0,05$
Käsitys omista tiedoista ja taidoista	0,17***	4,4	$p < 0,001$
R <sup>2</sup>	0,38		
Korjattu R <sup>2</sup>	0,36		
F-testi	14,3***		$p < 0,001$
Estimaatin keskivirhe	2,8		

\* tilastollisesti melkein merkitsevä ero

\*\*\* tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

## 6.7 Pedagogisen toiminnan ja asenteiden väliset yhteydet

Pedagogisen toiminnan ja asenteiden välisiä yhteyksiä selvitettiin vertaamalla kysymystä 11 ”Kuuluuko oman oppiaineesi oppisisältöön syömishäiriöiden käsittely?” asenteiden negatiivisuutta mittaavaan summamuuttujaan. Keskiarvotesti osoitti, että kokemukset syömishäiriöiden opetuksesta ovat yhteydessä siihen, kuinka negatiiviset tai positiiviset asen-

teet syömishäiriöiden opettamisesta koulussa ovat. Yhteys on tosin vain melkein merkitsevä. Niillä vastaajilla, joiden opetettavaan aineeseen ei kuulu syömishäiriöiden käsittely, on negatiivisemmat asenteet kuin niillä, joiden aineeseen se kuuluu ( $U=2550,5$ ,  $p=,49$ ).

Pedagogisen toiminnan ja asenteiden välistä yhteyttä tarkasteltiin myös vertaamalla opettajien tärkeäksi kokemien aiheiden määrää sekä opettajien suhtautumista (summamuuttuja ”negatiivinen suhtautuminen syömishäiriöiden käsittelyyn”) siihen, kuinka monia eri aihealueita on opettanut (summamuuttuja ”opetetut aiheet”). Kysymyksestä 9, tuleeko mielestäsi koulussa opettaa seuraavia aihealueita: laihuushäiriö, ahmimishäiriö, lihavan ahmimishäiriö, ortoreksia, muut epätyypilliset syömishäiriöt, syömishäiriöiden hoitomuodot, hoidosta vastaavat tahot, terveelliset ruokailutottumukset, terve liikunnan harrastaminen, oppilaan itsetunnon vahvistaminen ja kriittinen medialukutaito muodostettiin summamuuttuja, ”näkemys opetettavista aiheista”. Summamuuttuja mittasi sitä, kuinka monta aihealuetta vastaaja kokee tärkeäksi opettaa asteikolla 0–11.

Pearsonin korrelaatio osoitti, että merkitsevää yhteyttä löytyy negatiivisen suhtautumisen ja opetettavien aiheiden määrää koskevan näkemyksen väliltä ( $r= -,242$ ,  $p=,002$ ) sekä negatiivisen suhtautumisen ja opettajien aiheiden määrän väliltä ( $r= -,391$ ,  $p=,003$ ). Sen sijaan näkemys opetettavista aiheista ja opetetut aihealueet eivät ole riippuvaisia toisistaan ( $r=,212$ ,  $p=,113$ ).

Korrelaatiossa löydettyjä yhteyksiä tarkasteltiin regressioanalyysin avulla. Analyysi osoitti, että mitä negatiivisempi asenne vastaajalla on syömishäiriöiden käsittelyä kohtaan sitä harvempia syömishäiriöitä koskevia aihealueita hän kokee tärkeäksi opettaa koulussa ( $b=-0,23$ ,  $p=,002$ ). Mallin selityssaste jäi kuitenkin hyvin pieneksi ( $R^2=0,053$ ), joten negatiivinen suhtautuminen selittää vain reilu viisi prosenttia opetettavia aiheita koskevan näkemyksen muutoksesta.



TAULUKKO 18. Regressioanalyysi negatiivisen suhtautumisen vaikutuksesta näkemykseen opetettavista aiheista. (n= 166)

	Regressiokerroin	t-arvo	merkitsevyys
Vakio	11,4***	26,38	p < 0,001
Negatiivinen suhtautuminen	- 0,23**	-3,21	p < 0,01
R <sup>2</sup>	0,059		
Korjattu R <sup>2</sup>	0,053		
F-testi	10,3**		P < 0,01
Estimaatin keskivirhe	1,8		

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Regressioanalyysi vahvisti korrelaation osoittaman yhteyden myös syömishäiriöihin suhtautumisen ja opettujien aiheiden määrän välillä. Syömishäiriöitä koskevien asenteiden muuttuessa negatiivisempaan suuntaan opettujien aihealueiden määrä vähenee (b= -0,66, p=,003). Negatiivinen suhtautuminen selittää kuitenkin vain vajaa 14 prosenttia opettujien aiheiden määrän muutoksesta.

TAULUKKO 19. Regressioanalyysi negatiivisen suhtautumisen vaikutuksesta opettujien aiheiden määrään (n= 57)

	Regressiokerroin	t-arvo	merkitsevyys
Vakio	9,9***	7,96	p < 0,001
Negatiivinen suhtautuminen	-0,66**	-3,15	p < 0,01
R <sup>2</sup>	0,153		
Korjattu R <sup>2</sup>	0,137		
F-testi	9,9**		p < 0,01
Estimaatin keskivirhe	3,4		

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

## 7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa opettajien tietoa, kokemuksia, sekä asenteita syömishäiriöitä koskien. Tutkimuksessa selvitettiin opettajien kokemuksia syömishäiriöitä sairastavista oppilaista, opettajien todellisia tietoja syömishäiriöistä sekä heidän käsityksiään omista tiedoista ja taidoista. Pedagogista toimintaa koskevien kysymysten avulla kartoitettiin koulujen syömishäiriöitä koskevia käytänteitä, opettajien opettamia aiheita ja käyttämiä opetusmateriaaleja. Asennetta mittaavilla kysymyksillä selvitettiin opettajien näkemyksiä syömishäiriöiden huomioimisesta koulussa sekä heidän omasta ja muiden kouluyhteisön jäsenten roolista syömishäiriöiden ehkäisyssä ja puuttumisessa. Lisäksi tutkittiin tiedon ja kokemusten, pedagogisen toiminnan sekä asenteiden välisiä yhteyksiä.

Tutkimusstrategiana oli kartoittava ja kuvaileva kysely ja kohderyhmänä Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajat (n=458). Sähköinen kyselylomake laadittiin tiedon keräämiseen ja raportointiin kehitetyllä Digium -ohjelmistolla. Linkki kyselyyn lähetettiin kohderyhmälle sähköpostilla. Vastausaika ulottui syyskuun puolesta välistä syyskuun loppuun saakka. Vastaamisesta muistutettiin kerran kyselyn viimeisellä viikolla. Vastausprosentti hyväksytyjen vastausten osalta oli 40,4 % (n=185), mikä on sähköiselle kyselylle kohtuullinen. Kyseessä oli kokonaistutkimus eli kohderyhmän muodostivat kaikki perusjoukkoon kuuluvat opettajat, mikä lisäsi vastaajien edustavuutta.

Aineiston analysointi suoritettiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla. Tilastollisina testeinä käytettiin ristiintaulukointia ja  $\chi^2$ -testiä, Fisherin tarkkaa testiä, Spearmanin ja Pearsonin

korrelaatioita, t-testiä ja varianssianalyysia, niiden parametrittomia vastineita sekä regressioanalyysia.

Kyselylomakkeen pituudesta huolimatta, kysymyksiin oli vastattu kohtuullisen hyvin. Joitakin kysymyksiä oli ymmärretty väärin, eikä vastauksia voitu analysoida suunnitellusti. Vastaajien huolimattomuuden lisäksi virheellisiin vastauksiin oli osittain syynä vastauslomakkeeseen liittyvät tekniset ongelmat.

Kyselylomakkeen laajuudesta johtuen myös summamuuttujien määrä kohosi korkeaksi. Kaikkiaan summamuuttujia muodostettiin 16 (liite). Ainoastaan yhden summamuuttujan ”opettajan toiminnalla on vaikutusta” arvo jäi niukasti alle 0.60 raja-arvon alapuolelle, joskin se hyväksyttiin. Summamuuttujien muodostaminen helpotti laajan aineiston käsittelemistä ja mahdollisti muuttujien välisen vertailun.

Muuttujien välinen tarkastelu osoitti, että yhteydet jäivät melko vähäisiksi. Taustamuuttujittain verrattuna vastauksissa ilmeni jonkin verran tilastollisia eroavaisuuksia. Sen sijaan tietoa ja kokemuksia, pedagogista toimintaa ja asenteita mittaavien kysymysten välinen vertailu (tutkimusongelmat 4, 5 ja 6) ei tuottanut merkittäviä tuloksia. Tulokset jäivät hieman irrallisiksi ja vaikeasti hahmotettaviksi. Syynä tulosten hajanaisuuteen saattoi olla joiltain osin kyselylomakkeen laajuus sekä kysymysten asettelu. Tarkemmin rajatuilla kyselylomakkeella sekä kysymyksillä oltaisiin voitu saada yksiselitteisempiä vastauksia. Muuttujien välisistä vähäisistä yhteyksistä huolimatta, tutkimuksen avulla saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin eli siihen, millaiset tiedot, kokemukset ja asenteet Turun yläkoulujen ja lukiodien opettajilla on syömishäiriöitä koskien.

Koska vastaavia tutkimuksia ei Suomessa ole tehty, tuloksille ei löydy vertailupohjaa. Suora vertaaminen ulkomailla tehtyihin tutkimuksiin ei myöskään ole mielekästä. Toisaalta on huomioitava, että tutkimuksen keskeisenä tavoitteena onkin ollut vertailun sijaan tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää koulujen toimintaa syömishäiriöitä koskien. Saatuja tuloksia voidaan käyttää suuntaviivana lähdetessä laatimaan kouluille syömishäiriöitä koskevia toimintaohjeita.

Tutkimuksessa selvisi, että suuri osa vastaajista oli kohdannut työssään syömishäiriötä sairastavia oppilaita ja enemmistö kohdanneista oli myös puuttunut oppilaan tilanteeseen.

Opettajana pidempään toimineet ja vanhemmat ikäluokat olivat kohdanneet syömishäiriöitä sairastavia muita opettajia todennäköisemmin. Yleisimmäksi puuttumismuodoksi opettajat ilmoittivat kouluterveydenhoitajalle ohjaamisen. Lisäksi syömishäiriöistä oli ilmoitettu oppilashuoltoon tai asiasta oli keskusteltu oppilaan kanssa. Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajien valmiudet tunnistaa ja puuttua syömishäiriöihin vaikuttaisivat olevan hyvät, verrattuna Reesin ja Clark-Stonen (2006) (taulukko 2, s. 24) Englannissa tekemään tutkimukseen, jossa ilmeni, että suuri osa opettajista ei havainnut nuorten syömishäiriöitä, eivätkä he osanneet lähestyä oppilasta, jolla epäiltiin olevan syömishäiriö.

Enemmistö vastaajista oli tarvinnut ja hankkinut syömishäiriötä koskevaa tietoa. Taito- ja taideaineiden humanististen ja katsomusaineiden sekä pisimpään alalla toimineet opettajat olivat tarvinneet työssään tietoa muita opettajia todennäköisemmin. Taito- ja taideaineiden opettajien kohdalla tiedon tarve on ymmärrettävää, koska ryhmään kuuluvat muun muassa liikunnan, terveystiedon sekä kotitalouden opettajat, joiden oppiaineissa terveyden edistämällä on keskeinen rooli. Tiedon hankinnan osalta naiset osoittautuivat miehiä huomattavasti aktiivisemmiksi ja pitkään alalla työskennelleet alle 5 vuotta opettajana toimineita aktiivisemmiksi. Tärkeimmiksi tiedonlähteiksi mainittiin internet sekä asiantuntijan kanssa käydyt keskustelut.

Vastaajien syömishäiriötä koskeva tiedon taso osoittautui kohtuullisen hyväksi. Oikein vastanneiden osuus vaihteli väitteestä riippuen 21 ja 98 prosentin välillä. Ainoastaan kolmessa kysymyksessä oikein vastanneiden osuus laski alle 50 prosentin. Parhaiten vastaajat hallitsivat yleistä syömishäiriötä mittaavat väitteet. Heikoimmiksi tiedot osoittautui eri syömishäiriömuotojen erityispiirteitä mittaavissa väitteissä ja erityisesti epätyypillisiä syömishäiriöitä koskevassa kysymyksessä. Niillä, jotka tietoa ovat tarvinneet ja hankkineet, oli vahvemmat tiedot. Taustamuuttujilla ei sen sijaan ollut merkitystä vastaajien syömishäiriötietoon, mikä herättääkin epäilyksen siitä, oliko tietoa mittaavien väittämien laadinnassa onnistuttu.

Saadessaan itse arvioida omia valmiuksiaan, vahvimmiten opettajat arvioivat omat tiedot ja taidot laihuushäiriötä (anoreksia) sekä ahmimishäiriötä (bulimia) koskien. Laihuushäiriö onkin ahmimishäiriön ohella tunnetuin syömishäiriömuoto, mikä selittää osaltaan vastaajien arviota omasta osaamisesta. Kuten myös todellista tietoa mittaavat väittämät osoittivat, myös vastaajat itse arvioivat heikoimmiksi epätyypillisiä syömishäiriöitä

koskevat valmiudet. Heikoimmin tunnettujen syömishäiriöiden osalta, ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa. Sen sijaan parhaiten tunnettujen muotojen ja erityisesti ortoreksiaa koskevien tietojen ja taitojen kohdalla naiset arvioivat valmiutensa miehiä vahvemmitse.

Kohtuullisen hyvistä tiedoista huolimatta, syömishäiriöihin liittyvien asioiden opettaminen koettiin vaihtelevasti. Vaikka noin puolet vastaajista koki opettamisen melko helpoksi tai helpoksi, lähes kolmasosan mielestä se on melko vaikeaa. Iällä, työkokemuksella, syömishäiriötiedolla tai käsityksillä omista valmiuksista ei näyttänyt olevan vaikutusta siihen millaiseksi opettamisen kokee. Syömishäiriöt voivatkin olla herkän ja salatun luonteensa johdosta haastavia aiheita kaikille opettajille, huolimatta kertyneestä kokemuksesta tai hyvistä tiedoista. Vahvimmitse aihealueiksi koettiin terveellisiä elämäntapoja ja oppilaan itsetuntoa vahvistavat aiheet, kun taas eri syömishäiriömuotojen opettaminen arvioitiin vaikeammaksi. Erityisesti epätyypillisten syömishäiriöiden sekä syömishäiriöiden hoitoon liittyvien aiheiden opettamiseen koettiin olevan heikoimmat valmiudet.

Yli 70 % vastaajista ilmoitti tarvitsevänsä syömishäiriöitä koskevaa tietoa. Aikaisempien ulkomaisten tutkimusten (Rosenvinge & Gresko 1997; Smolak ym. 2001) tavoin, myös tässä tutkimuksessa ilmeni tarvetta syömishäiriöitä koskevalle koulutukselle. Lähes 80 % vastaajista oli sitä mieltä, että opettajat tarvitsivat koulutusta. Erityisesti taito- ja taideaineiden sekä luonnontieteiden opettajat olivat koulutuksen kannalla. Taito- ja taideaineiden opettajilla oppiaineisiin liittyy läheisesti terveyden edistäminen ja sitä kautta myös syömishäiriöitä koskevat aiheet, mikä selittää muiden aineiden opettajia suuremman kiinnostuksen. Eniten lisätietoa kaivattiin syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaamisesta. Varsinkin vähiten aikaa alalla toimineet kokivat kohtaamista koskevan tiedon tärkeäksi. Myös jatkohoitoon ohjaamisesta ja epätyypillistä syömishäiriöistä haluttiin lisää tietoa. Vähiten tietoa tarvittiin laihaus- ja ahmimishäiriöstä.

Kouluyhteisön käytänteiden kartoitus osoitti sekä opettajien tietämättömyyden niistä että yhteisten käytänteiden puuttumisen kouluista. Enemmistö vastaajista ei tiedä, kuuluko syömishäiriöiden käsittely oppilashuollon toimintaan tai onko koulussa laadittu syömishäiriöitä koskeva ehkäisyohjelma. Yli puolet vastaajista oli myöskin epätietoisia syömishäiriöitä koskevien toimintaohjeiden olemassaolosta. Ainoastaan kolmen vastaajan mukaan koulussa on laadittu ehkäisyohjelma ja 24 vastaajaa ilmoitti yhteisten toimintaohjeiden olemassa-

olosta. Huolimatta ehkäisyohjelmien ja toimintaohjeiden puutteesta tai tietämättömyydestä niiden olemassaolosta, opettajien mielestä niille olisi tarvetta. Yli 80 prosenttia vastaajista koki ehkäisyohjelmat tarpeellisiksi ja lähes 90 prosenttia on yhteisten toimintaohjeiden kannalla. Tulokset vahvistavat näin ollen aiempia käsityksiä siitä, että ulkomailta toteutetut laajat syömishäiriöohjelmat eivät ole pesiytyneet Suomeen. Aikaisempien Suomessa tehtyjen tutkimusten (Hakkarainen 2008; Kyröläinen & Pehkonen 1999 & Mutanen 2004) tavoin, tämäkin tutkimus osoittaa opettajien asenteiden olevan suopeat ehkäisyohjelmia ja toimintaohjeita kohtaan, mikä luokittelee hyvät lähtökohdat ehkäisytoiminnan kehittämiseksi Turun kouluissa.

Suurin osa niistä vastaajista, jotka ilmoittivat syömishäiriöiden käsittelyn kuuluvan omaan oppiaineeseen olivat taito- ja taideaineiden opettajia. Muiden aineiden opettajien osuus oli huomattavasti vähäisempi. Tulokset osoittavat, että syömishäiriöaiheiden käsittely ei kenties ole kovin kokonaisvaltaista. Syömishäiriöitä koskevien aiheiden opettaminen näyttäisi keskittyvän selkeästi niihin oppiaineisiin (terveystieto, liikunta, kotitalous), joiden keskeisenä tavoitteena opetussuunnitelman mukaan on oppilaan toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen, ja joihin syömishäiriöiden käsittelyn ajatellaan perinteisesti kuuluvan.

Yleisimmin opetettuja syömishäiriöihin liittyviä aiheita olivat kriittinen medialukutaito, itsetunnon vahvistaminen, terveelliset ruokailutottumukset sekä terve liikunnan harrastaminen. Eri syömishäiriömuodot olivat sen sijaan vähemmän käsiteltyjä aiheita. Syömishäiriömuodoista eniten opetettuja olivat perinteiset syömishäiriömuodot laihuushäiriö eli anoreksia ja ahmimishäiriö eli bulimia, epätyypillisten muotojen opetuksen ollessa vähäisempää. Epätyypillisten syömishäiriöiden vähäisemmän opetuksen sekä niitä koskevien heikompien valmiuksien taustalla on mahdollisesti se, että ne ovat perinteisiä muotoja (laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä) heikommin tunnettuja ja niiden yksiselitteinen määrittäminen on vaikeampaa. Perinteisistä syömishäiriömuodoista vaikuttaisi olevan myös enemmän tietoa saatavilla. (Syömishäiriöliitto 2009, 7.)

Käytetyimpiä opetusmateriaaleja vastaajien keskuudessa olivat oppikirjat, internet sekä itsetehdyt materiaalit. Tulokset vahvistavat näin ollen Heinosen (2005) saamia tuloksia, joiden mukaan oppikirja on yleisin käytetty oppimateriaali. Vastaajat olivat melko tyytyväisiä syömishäiriötä koskevan tiedon saatavuuteen. Joitakin opetusmateriaaleja

koskevia kehitysideoita kuitenkin ilmeni. Opetusmateriaaleihin toivottiin enemmän tietoa hoitomuodoista ja -tavoista. Siitä huolimatta, että Kuuralan (2008) mukaan ainakin kotitalouden ja terveystiedon oppikirjoissa käsitellään terveellisiä elämäntapoja, ihmisen yksilöllisyyttä ja mediakriittisyyttä, vastaajat toivoivat, että materiaaleissa huomioitaisiin entistä paremmin nuoren itsetunto ja psyykinen hyvinvointi sekä ratkaisukeskeisyys. Toiveissa ilmeni näin ollen samoja asioita, jotka ovat osoittautuneet toimiviksi maailmalla tehdyissä syömishäiriöiden ehkäisyohjelmissa (O'Dea 2005).

Opettajien asenteiden ja mielipiteiden kartoitus osoitti, että opettajat suhtautuvat myönteisesti syömishäiriöiden huomioimiseen ja opettamiseen koulussa. Yli 70 % vastaajista aloitaisi syömishäiriöiden käsittelyn jo alakoulussa. Vain muutaman vastaajan mielestä syömishäiriöt eivät kuulu käsiteltäviksi koulussa. Syömishäiriöiden ehkäisyn suuntaaminen jo alakouluikäisiin lapsiin vaikuttaisikin olevan aiheellista, koska syömishäiriöihin voi sairastua jo alle 10 vuotiaat lapset (Duodecim 2010, 30).

Tärkeimmiksi koulussa opetettaviksi aiheiksi osoittautuivat oppilaan itsetunnon vahvistaminen, terveelliset ruokailutottumukset sekä terve liikunnan harrastaminen. Lähes kaikki vastaajat kokivat edellä mainitut aiheet tärkeiksi. Varsinaisia syömishäiriöitä koskevista aiheista tärkeimmiksi arvioitiin hoidosta vastaavat tahot, laihuushäiriö (anoreksia) sekä ahmimishäiriö (bulimia).

Opettajat arvioivat oman roolinsa melko tärkeäksi syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä sekä niihin puuttumisessa. Lähes 80 % vastaajista oli samaa tai täysin samaa mieltä sen suhteen, että ennaltaehkäisy kuuluu kaikille opettajille. Erityisesti yläkoulun opettajat korostivat kaikkien opettajien vastuuta ehkäisyssä. Ehkäisyn ajatellaan kuuluvan erityisesti terveystiedon opettajalle, mutta myös liikunnan ja kotitalousopettajan roolit koetaan tärkeiksi. Vielä useampi (81,5 %) vastaajista koki opettajan tehtäväksi syömishäiriöihin puuttumisen. Kuten ehkäisyn, myös puuttumisen kohdalla yläkoulun opettajat arvioivat opettajan roolin muita vastaajia vahvemmaksi.

Oman toiminnan lisäksi opettajat kokivat myös muiden kouluyhteisön jäsenten toiminnalla olevan vaikutusta, kun on kyse syömishäiriöistä. Erityisen yksimielisiä vastaajat olivat kouluterveydenhoitajan, vanhempien ja oppilashuollon keskeisestä roolista niin ehkäisyssä kuin puuttumisessakin. Vähiten ehkäisy ja puuttuminen koettiin kuuluvan kouluruokailun

henkilökunnalle. Tätä mieltä olivat varsinkin lyhyimmän aikaa työssään toimineet opettajat.

Ryhmiä välinen vertailu osoitti, että erityisesti yläkoulun, mutta myös taito- ja taideaineiden opettajat kokevat sekä opettajan että koko kouluyhteisön roolin vahvemmaksi ja toiminnan vaikuttavammaksi kuin muut vastaajat. Yläkoulun opettajien työ on kenties enemmän kasvattamista kuin lukion opettajien, mikä voi selittää osaltaan yläkoulun opettajien näkemyksen toimintansa vaikuttavuudesta. Taito- ja taideaineiden ryhmään kuuluvista aineista erityisesti liikuntaan, terveystietoon ja kotitalouteen kuuluu terveyden edistäminen, mikä puolestaan selittänee näiden aineiden opettajien näkemykset koulun vahvasta roolista. Opettajan ja koko kouluyhteisön roolia koskevien näkemysten vertailu puolestaan osoitti, että mitä vahvemmin opettajat kokevat ehkäisyn ja puuttumisen opettajien tehtäväksi, sitä vahvemmin he kokevat ne myös koko kouluyhteisölle kuuluviksi.

Opettajien kokemusten, tiedon, pedagogisen toiminnan ja asenteiden väliset yhteydet osoitautui vähäisiksi. Tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä löytyi tiedon ja pedagogisen toiminnan sekä pedagogisen toiminnan ja asenteiden väliltä.

Tiedon ja pedagogisen toiminnan keskinäinen tarkastelu osoitti, että todellisilla tiedoilla ei ole yhteyttä vastaajien opettamien syömishäiriöaiheiden määrään, mutta käsityksillä omista tiedoista puolestaan on vaikutusta pedagogiseen toimintaan. Mitä paremmiksi opettajat arvioivat omat valmiutensa syömishäiriöitä koskien, sitä useampia eri syömishäiriöihin liittyviä aiheita he olivat opettaneet.

Pedagogisen toiminnan ja asenteiden tarkastelussa regressioanalyysi osoitti löydettyjen yhteyksien selitysasteet melko pieniksi ja siksi yhteyksiä ei voida pitää erityisen merkittävänä. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että syömishäiriöiden opetukseen liittyvillä kokemuksilla on yhteys opettajan asenteisiin. Niillä opettajilla, joiden toimenkuvaan ei kuulu syömishäiriöiden käsittely, on negatiivisemmat asenteet syömishäiriöitä kohtaan. Negatiiviset asenteet puolestaan vaikuttavat siihen, kokeeko syömishäiriöitä koskevien aiheiden opettamisen tärkeäksi tai kuinka monia eri aiheita on opettanut. Mitä negatiivisempi asenne opettajalla on syömishäiriöiden käsittelyä kohtaan, sitä harvempia aihealueita hän kokee tärkeäksi opettaa koulussa ja sitä vähemmän eri aihealueita hän on opettanut.



## 7.1 Tulosten luotettavuustarkastelu

Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida kahden käsitteen, validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Seuraavassa tarkastellaan tutkimusta sekä validiteetin että reliabiliteetin osalta.

### 7.1.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetilla viitataan siihen, mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiutta voidaan tarkastella sekä sisäisen että ulkoisen validiteetin avulla. Ulkoinen validiteetti ilmaisee sen, onko tutkimus yleistettävissä, ja jos on niin mihin ryhmään. Ulkoisen validiteetin kannalta oleellisia asioita ovat tutkimusasetelma sekä otanta. Validiutta parantaa tutkimukselle asetetut täsmälliset tavoitteet, tutkimuskohteen tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen sekä korkea vastausprosentti. Sisäisen validiteetin avulla tarkastellaan puolestaan tutkimuksen omaa luotettavuutta. Tutkimus on sisäisesti validi, kun tutkimuksessa mitatut asiat vastaavat teoriaosan käsitteitä. Sisäistä validiutta lisää oikein valitut käsitteet ja teoria sekä niiden pohjalta huolellisesti muodostettu mittari. (Metsämuuronen 2009, 65,74.)

Validiteetin tarkasteluun liittyy oleellisesti systemaattinen virhe, jonka suuruutta ja vaikutusta on vaikea arvioida. Systemaattinen virhe johtuu aineiston keräämiseen liittyvistä asioista kuten heikosta mittarista tai mittaustilanteesta. Asenteita ja mielipiteitä mittaavissa survey-tutkimuksissa vaarana on valehtelevä, joka heikentää ensisijaisesti tutkimuksen reliabiliteettia. Valehtelu voi olla myös systemaattista asioiden kaunistelua ja vähättelyä, joka alentaa reliabiliteetin ohella myös tutkimuksen validiteettia. Tulokset voivat kuvata todellisten mielipiteiden sijaan sitä, mikä on yleisesti toivottu suhtautuminen asiaa kohtaan. (Heikkilä 2004, 186.)

Reliabiliteetti kertoo tutkimuksen toistettavuudesta ja tarkkuudesta. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksessa käytettävä mittari on reliabeli, jos mittaus toistettaisiin samaa mittaria käyttäen useita kertoja ja saataisiin melko samanlaisia vastauksia. Samoin kuin validiteettia, myös reliabiliteettia voidaan tarkastella sekä sisäisen että ulkoisen reliabiliteetin avulla. Toistamalla mittaus samalle

kohderyhmälle useampaan kertaan saadaan selville sisäinen reliabiliteetti. Tutkimus on ulkoisesti reliaabeli, jos mittaukset ovat toistettavissa myös muiden mittausten yhteydessä. Tutkijalta vaaditaan tarkkuutta ja kriittisyyttä koko tutkimusprosessin ajan, koska tutkimustulosten luotettavuutta heikentäviä virheitä voi sattua niin aineiston hankinnassa, tietojen syöttämisessä ja käsittelyssä kuin tulosten tulkinnassakin. Reliabiliteetti on tärkeä myös siksi, että sillä on vaikutusta mittarin validiteettiin. (Heikkilä 2004, 30, 185–187.)

Toisin kuin validiteettia, reliabiliteettia voidaan tarkastella mittauksen jälkeen. Mittaamalla samaa asiaa useammalla kysymyksellä ja tutkimalla niiden välisiä korrelaatioita saadaan selville mittauksen luotettavuus. Mitä lähempänä ykköstä korrelaatio on, sitä luotettavampi mittaus on. Reliabiliteettia voidaan mitata myös PASW- ohjelmassa (SPSS) olevilla erilaisilla kertoimilla, joista käytetyimpiä on Cronbachin alfa. Reliabiliteettikerroin voi saada arvon välillä 0–1, jossa suuret arvot ilmaisevat korkeasta reliabiliteetista eli siitä, että mittarin eri osat mittaavat samaa asiaa. (Heikkilä 2004, 187.)

Tässä tutkimuksessa validiutta pyrittiin parantamaan käyttämällä kvantitatiiviselle tutkimukselle sopivaa aineistonkeruumenetelmää sekä suunnittelemalla mittari huolellisesti. Mittarin suunnittelussa hyödynnettiin alan asiantuntijoiden mielipiteitä sekä aikaisempia samankaltaisia kyselylomakkeita.

Validiutta vahvisti myös selkeästi määritelty ja helposti saavutettavissa oleva kohderyhmä sekä mahdollisuus kokonaistutkimuksen suorittamiseen, eli kaikkien perusjoukkoon kuuluvien opettajien mukaan ottamiseen. Ainoa kohderyhmän saavutettavuuteen liittyvä ongelma oli sähköpostilista, joka sisälsi myös alakoulun opettajat. Kyselyn sisältävä sähköposti meni myös alakoulun opettajille, ja saatekirjeessä olevasta ohjeistuksesta huolimatta kyselyyn oli vastannut myös muutama alakoulun opettaja.

Vastauksia saatiin 197, joista hyväksytyjä oli 185. Vastaajista kaksitoista jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi tai siksi, että vastaaja oli alakoulun opettaja, eli ei kuulunut tutkimuksen kohderyhmään. Vastausprosentiksi muodostui hyväksyttävien vastausten osalta 40,4 %, mikä oli varsin hyvä, ottaen huomioon, että kyseessä oli sähköinen kysely, jolle on tyypillistä alhaiset vastausprosentit (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010a). Aiemmissa Turun kouluille suunnatuissa tutkimuksissa noin puolet kohderyhmästä ovat vastanneet, joten vastauksia kertyi odotusten mukaisesti. Edustavan otoksen ja hyvän

vastausprosentin ansiosta tutkimus antaa melko kattavan kuvan Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajien syömishäiriöitä koskevista tiedoista, kokemuksista ja asenteista.

Vaikka vastausten määrä koko tutkimuksen osalta oli hyvä, joidenkin kysymysten kohdalla vastaajien määrä jäi harmittavan pieneksi. Koska tilastollisten testien käytön edellytyksenä/suosituksena on usein tietty havaintojen määrä tarkasteltavaa ryhmää kohden (vähintään 15–20 havaintoa/ryhmä), taustamuuttujia (ikä ja työkokemus) jouduttiin luokittelemaan uudestaan (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010b). Koulua, missä vastaaja opettaa ei voitu käyttää tilastollisissa testeissä niiden vastaajien osalta, jotka olivat valinneet yläkoulu-lukio -vaihtoehdon, koska havaintojen määrä ei ollut tarpeeksi suuri.

Reliabiliteetin kannalta katsottuna tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi käytetty tutkimusmenetelmä eli sähköinen kysely, joka on melko neutraali aineistonkeruumenetelmä. Sähköinen kysely turvaa vastaajien anonymiteetin säilymisen, jolloin kysymyksiin on mahdollisesti helpompaa vastata totuudenmukaisesti ja satunnaisvirheen määrä voi olla vähäisempi. Luotettavuutta lisäsi myös kyselylomakkeen testaus kuudesta vastaajasta koostuvassa ryhmässä. Testiryhmän avulla pyrittiin varmistamaan se, että laaditut kysymykset ovat ymmärrettäviä ja antavat vastauksia tutkimusongelmiin. Testiryhmä arvioi kyselylomakkeen johdonmukaiseksi ja kysymykset ymmärrettäviksi. Saadun palautteen pohjalta korjattiin lähinnä kirjoitusvirheitä ja lisäksi vastausohjeita tarkennettiin.

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi kysymyksen väärinymmärtäminen. Lomakkeen esitestauksesta ja tarkennuksista huolimatta, kysymys 16 oli ymmärretty väärin. Kysymyksen 16 kohdalla vastausvaihtoehdoista olisi saanut valita vain yhden tärkeimmän käyttämänsä opetusmateriaalin, mutta lähes kaikki vastaajat olivat valinneet useampia materiaaleja. Luotettavuuden parantamiseksi väärin ymmärrettyä kysymystä ei analysoitu alkupeleistä suunnitelmien mukaan, vaan sen kohdalla vastaukset esiteltiin siltä osin kun se oli mahdollista. Käytettyjä materiaaleja ei voitu asettaa tärkeysjärjestykseen käytön mukaan. Vastausten perusteella saatiin kuitenkin selville, mitkä lähteistä kuuluvat käytetyimpien joukkoon.

Osa kysymyksistä oli kohdistettu vain tietyille vastaajille sen mukaan, oliko vastaajalla kokemusta jostakin asiasta vai ei. Esimerkiksi kysymykset 12–18 oli suunnattu vain niille opettajille, joiden oppiaineeseen kuuluu syömishäiriöiden käsittely. Ohjeistuksista huoli-

matta kysymyksiin olivat vastanneet myös sellaiset opettajat, joita ne eivät koskeneet. Kaikki vastaukset huomioitiin olettaen, että niillä opettajilla, jotka olivat halunneet tai osanneet kysymyksiin (12–18) vastata oli jonkinlaista kokemusta aiheesta.

Lähes poikkeuksetta jokaisen vastaajan lomakkeesta löytyi myös tyhjiä kohtia yksittäisten kysymysten tai vastausvaihtoehtojen kohdalta. Tyhjien kohtien runsauden taustalla oli osittain se, että kyselylomake salli vastaamatta jättämisen, eli antoi vastaajan siirtyä kyselylomakkeella eteenpäin, vaikka yksi tai useampi kohdista oli jäänyt tyhjäksi. Kysymysten merkitseminen pakollisiksi Digium -ohjelmassa, olisi vähentänyt vastaamattomuutta, mutta tutkimuseettisistä syistä vastaajille annettiin vapaus valita, vastaako kysymykseen vai ei. Syynä tyhjäksi jätettyjen kohtien ja väärin ymmärrettyjen kysymysten yleisyyteen saattoi olla kyselylomakkeen pituus ja moniosaiset kysymykset, mikä aiheutti vastaajissa kenties väsymistä ja huolimattomuutta. Lyhentämällä kyselylomaketta ja vähentämällä asenneväitämien määrää oltaisiin mahdollisesti saatu huolellisemmin täytettyjä vastauslomakkeita. Toisaalta lomakkeen supistaminen olisi vähentänyt saadun tiedon laaja-alaisuutta. Kysymysten merkittävä karsiminen olisi voinut heikentää puolestaan tutkimuksen reliabiliteettia.

Vastaajien väärin ymmärrysten ja huolimattomuuden lisäksi luotettavuuteen vaikutti osaltaan sähköisen lomaketyökaluun (Digium) liittyvät ominaisuudet. Kysymyksen 25 kaksi viimeistä vastausvaihtoehtoa jouduttiin jättämään analysoinnin ulkopuolelle, koska sähköisen version vastausmahdollisuudet eivät vastanneet alkuperäisen kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoja. Saatuja vastauksia ei voitu pitää tarpeeksi yksiselitteisinä ja näin ollen luotettavaa tietoa antavana.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta huomionarvoista oli myös se, että vastaajien tiedon määrää mittaavalla kysymyksellä ei ollut yhteyksiä taustamuuttujiin. Yhteydet muihin muuttujiinkin olivat vähäiset. Syynä saattoi olla se, että tiedon määrää mittaavien kysymysten laadinnassa oli epäonnistuttu. Luotettavuuden lisäämiseksi tiedon määrää olisi pitänyt mitata kenties useamman kysymyksen avulla.

Reliabiliteettia eli tarkkuutta pyrittiin lisäämään mittaamalla samaa asiaa useammalla kysymyksellä. Esimerkiksi vastaajan mielipidettä opettajan ja muiden kouluyhteisön jäsenten roolista syömishäiriöiden ehkäisyssä selvitettiin kysymysten 27 ja 28 avulla ja

niiden lisäksi vielä kysymyksen 29 asenneväittämien avulla.

Summamuuttujien osalta reliabiliteetin tarkasteluun käytettiin Cronbachin alfa kerrointa. Ennen summamuuttujien muodostamista laskettiin alfa niistä kysymyksistä, jotka aiottiin sisällyttää summamuuttujaan. Suunniteltujen summamuuttujien luotettavuus ylitti 0,60 rajan lukuun ottamatta summamuuttujaa ”opettajan toiminnalla on vaikutusta”, joka sai arvokseen 0,56. Koska Cronbachin alfasta ei ole olemassa kuitenkaan yksiselitteistä raja-arvoa, vaan annetut luvut ovat lähinnä suuntaa antavia ja summamuuttujan luotettavuus jäi melko vähän 0,60 rajan alapuolelle, myös summamuuttuja ”opettajan toiminnalla on vaikutusta” muodostettiin. (Heikkilä 2004, 187.)

Tulosten tarkkuutta heikensi taustamuuttujien uudelleen luokittelu, muuttujaluokkien yhdistäminen sekä poisjättäminen. Esimerkiksi opetettavan aineen osalta jouduttiin turvautumaan melko suurpiirteiseen luokitteluun, koska suurin osa opettajista ilmoitti opettavansa useaa eri ainetta. Tämä vaikeutti tarkempien analyysien tekemistä ja hankaloitti tulosten tulkintaa. Toisaalta muuttujaluokkien muokkaaminen oli välttämätöntä, jotta muuttujien välisiä yhteyksiä voitiin testata. Muuttujien uudelleen luokittelu saattoi olla syynä myös siihen, että tiedon määrää mittaavilla väittämillä ei ollut yhteyksiä taustamuuttujiin eikä juuri muihinkaan muuttujiin.

## 7.2 Suosituksia syömishäiriötä koskevan toimintamallin laatimiseksi

Tämä tutkimus vahvistaa aiempien tutkimusten tuomia käsityksiä siitä, että syömishäiriötä ilmenee kouluissa ja että opettajat kohtaavat työssään syömishäiriötä sairastavia oppilaita. Aiemmat Suomessa tehdyt tutkimukset (muun muassa Hakkarainen 2008) saavat vahvistusta myös sen suhteen, että syömishäiriöiden ilmenemisestä huolimatta kouluista puuttuu syömishäiriötä koskevat yhteiset käytänteet kuten ehkäisyohjelmat ja toimintaohjeet. Verrattuna O’Dean ja Abrahamin (2006) australialaisia opettajia ja opettajaopiskelijoita koskevaan tutkimukseen, Turun opettajien syömishäiriötä koskevat valmiudet vaikuttaisivat paremmilta. Lisäksi opettajien asenteet ovat syömishäiriötä kohtaan myönteiset ja ehkäisyohjelmille sekä toimintaohjeille koetaan olevan tarvetta, joten siltä osin lähtökohdat toimintaohjeiden laatimiselle ovat suotuisat.

Seuraavaan on koottu asioita, joihin aikaisempien ja tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella olisi hyvä kiinnittää huomiota, kun lähdetään laatimaan Turun yläkouluille ja lukioille syömishäiriöitä koskevia toimintaohjeita.

Vaikka suuri osa opettajista ilmoitti puuttuneensa syömishäiriötä sairastavan oppilaan tilanteeseen, moni on myös puuttumatta. Kuten perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisakin (Opetushallitus 2010, 6) mainitaan, koulun keskeinen tehtävä on terveyden, kasvun sekä kehityksen tukeminen. Näin ollen syömishäiriöihin puuttuminen on jokaisen kouluyhteisön toimijan, myös opettajan velvollisuus. Toimintaohjeiden laadinnan ensisijainen tavoite olisikin saada koko kouluyhteisö vakuuttuneeksi syömishäiriöiden ehkäisyn ja niihin puuttumisen tärkeydestä.

Vastaukset antoivat viitteitä siitä, että erityisesti yläkoulun mutta myös taito- ja taideaineiden opettajat kokevat opettajan ja koko kouluyhteisön roolin syömishäiriöiden ehkäisyssä vahvemmaksi ja toiminnan vaikuttavammaksi kuin muut vastaajat. Vastauksista heijastuu myös tiettyjen toimijoiden kuten kouluterveydenhuollon, vanhempien ja oppilashuollon sekä terveystiedon, liikunnan ja kotitalouden opettajien vastuun korostaminen. Aikaisemmat tutkimukset kuitenkin osoittavat (O’Dea 2005), että onnistunut syömishäiriöiden ehkäisy vaatii koko kouluyhteisön osallistumisen. Opettajat tulisi saada entistä vakuuttuneemmiksi koko kouluyhteisön merkityksestä syömishäiriöiden ehkäisyssä, eikä pelkäättään tiettyjen jäsenten roolista. Tästä näkökulmasta katsottuna toimintaohjeet olisi suunnattava selkeästi sekä yläkouluihin ja lukioihin sekä kaikille kouluyhteisön toimijoille. Niiden laadinnassa tulisi korostaa kaikkien kouluyhteisön jäsenten roolia ja erityisesti niiden toimijoiden, joiden rooli koetaan vähäiseksi, kuten esimerkiksi kouluruokailun henkilöstön. Toimintaohjeiden punaisena lankana tulisi olla aktiivinen ja avoin yhteistyö eri toimijoiden välillä.

Aiempien ulkomaisten tutkimusten (muun muassa Smolak ym. 2001) mukaan toimivan ehkäisyohjelman ja opettajien sitoutumisen edellytyksenä on, että opettajilla on mahdollisuus osallistua ehkäisyohjelman suunnitteluun. Opettajien sekä muiden kouluyhteisön toimijoiden mielipiteet, tarpeet ja toiveet olisikin otettava huomioon myös Turun kouluille suunnattujen toimintaohjeiden laadinnassa. Tämän tutkimuksen tulosten hyödyntämisen lisäksi toimintaohjeiden laadinnassa olisi huomioitava se, että ne olisivat jokaisen koulun tarpeisiin muokattavissa ja kohtuullisen helposti toteuttavissa, jotta toimintaohjeet todella näkyi-

sivät koulun jokapäiväisessä toiminnassa. Toimijoiden sitoutumista kenties lisäisi se, että kaikki koulu yhteisön jäsenet kokisivat voivansa vaikuttaa toimintaohjeiden sisältöön ja toteuttamiseen, etteivät ne tuntuisi liiaksi ylhäältä annetuilta. Jokainen koulu yhteisö voisi toimijoidensa kesken pohtia, miten toimintaohjeiden täytäntöönpano toteutuu juuri heidän koulussaan.

Tutkimukseen osallistuneet opettajat kokevat tarvetta syömishäiriöitä koskevalle koulutukselle. Toimintaohjeiden laatimisen lisäksi tulisikin huolehtia, että koulu yhteisön toimijoilla on mahdollisuus myös koulutukseen. Kirjallisten ohjeiden ja opasteiden olemassaolo voi jäädä monilta huomaamatta tai niihin ei viitsitä tutustua ellei toimintaohjeiden käyttöönottoon liity minkäänlaista tiedotusta tai perehdytystä. Koulutusta tulisikin järjestää kaikille toimijoille, eikä vain niille, joiden tehtäväksi syömishäiriöiden ehkäisy ja opetus ajatellaan ensisijaisesti kuuluvan tai niille, jotka ovat aiheesta kiinnostuneimpia.

Tutkimuksen perusteella Turun yläkoulujen ja lukioiden opettajien syömishäiriöitä koskevat tiedot vaikuttaisivat olevan kohtuullisen hyvät ja toiminnassa on nähtävissä piirteitä, jotka ovat aiempien tutkimusten perusteella suositeltavia syömishäiriöiden ehkäisyssä. Vastaajien vahvat valmiudet oppilaan itsetunnon vahvistamisessa, mediakriittisyyteen opettamisessa sekä terveisiin elintapoihin kannustamisessa vastaa asiantuntijoiden näkemystä positiivisesta lähestymistavasta, jossa ongelmien sijaan keskitytään hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Laadittavissa toimintaohjeissa tulisikin edelleen korostaa kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevia aihealueita ja menetelmiä. Sen lisäksi tulisi pyrkiä lisäämään opettajien valmiuksia niitä aihealueita koskien, jotka vastaajat kokivat kaikkein heikoimmiksi, kuten epätyypilliset syömishäiriöt, syömishäiriöiden hoitoon liittyvät asiat sekä syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaaminen.

### 7.3 Jatkotutkimusaiheita

Tämä tutkimus kohdistui vain Turun koulujen opettajiin. Jatkossa olisi mielekäästä laajentaa tutkimusta myös muihin Suomen kouluihin, jotta saataisiin laajempi käsitys opettajien tiedoista, taidoista ja asenteista.

Koska syömishäiriöitä esiintyy yhä nuorempien oppilaiden keskuudessa, tutkimus voitaisiin kohdistaa myös alakouluihin. Kyselyn suorittamisen yhteydessä eräs alakoulun opettaja ilmaisikin harmistuksensa, koska heidät oli rajattu kohderyhmän ulkopuolelle. Opettaja koki, että aihe on ajankohtainen myös alakouluissa ja sitä tulisi tutkia. Alakoulun opettajien rajaaminen kohderyhmän ulkopuolelle oli puhtaasti resurssikysymys.

Tässä tutkimuksessa opettajien valmiuksia tutkittiin pelkästään heidän omasta näkökulmasta ja näin ollen saatiin vain yhdenlainen näkemys asiasta. Kohdistamalla tutkimus syömishäiriöitä sairastaneisiin nuoriin tai aikuisiin voitaisiin selvittää, millaiseksi sairastuneet ovat kokeneet opettajien asenteet, tiedot ja toiminnan ja mitä he olisivat toivoneet opettajan toiminnalta.



## LÄHTEET

- Aaltonen, M., Ojanen T., Vihunen R. & Vilén M. 1999. Nuoren aika. Porvoo:WSOY.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva:WS Bookwell Oy.
- Anttila, P., Harjamäki, P-R. & Lindberg, N. 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) Kouluterveyden huolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 308–310.
- Dixey, R. 1998. Healthy eating in schools, overweight and 'eating disorders': Are they connected? Educational Review 50, (1).
- Duodecim. 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hakkarainen, L. 2008. Keppiä vai porkkana?: opettajan rooli syömishäiriöisen oppilaan tukijana. Lapin yliopisto. Kasvatustieteen tiedekunta. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma.
- Hannukkala, M. & Salonen, K. 2008. Hyvän mielen koulu. Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi. Suomen Mielenterveysseura: Painoprisma Oy.
- Happonen, H., Saaristo, V. & Rimpelä, A. 2007. Terveystarkastukset. Teoksessa M. Rimpelä, A-M. Rigoff, J. Kuusela & H. Peltonen (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – perusraportti kyselystä 7. - 9. vuosiluokkien kouluille. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 98–104.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heinonen, J-P. 2005. Opetussuunnitelmat vai oppimateriaalit. Peruskoulun opettajien käsityksiä opetussuunnitelmien ja oppimateriaalien merkityksestä opetuksessa. Helsinki: Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.–7. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Jakonen, S. 2006. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 156–164.
- Kannas, L. 2002. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) Kouluterveyden huolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 412–422 .
- Kannas, L. 2005. Terveystieto-oppiaineen olemusta etsimässä. Teoksessa L. Kannas & H. Tyrväinen (toim.) Virikkeitä terveystiedon opetukseen. Jyväskylän yliopisto. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3.

- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim* 126, (18), 2209–2214.
- Kuurala, S. & Rauma, A-L. 2008. Food and Nutrition Related Values in Finnish Health Education and Home Economics Secondary School Textbooks. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*, 26, (1), 29–41
- Kyröläinen, A. & Pehkonen L. 1999. Syömishäiriöt peruskoulun ala-asteella: opettajien kokemuksia ja opettajaksi opiskelevien näkemyksiä syömishäiriöisestä oppilaasta. Savonlinnan opettajankoulutuslaitos. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma.
- Laakso, J. & Sohlman, A. Yhteistyö kouluterveydenhuollossa. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 62–69.
- Lintukangas, S., Manninen, M., Mikkola-Montonen, A., Palojoiki, P., Partanen M. & Partanen, R. 2007. *Kouluruokailun käsikirja. Laatuevättä koulutyöhön*. Opetus hallitus: Saarijärven offset.
- Lyytikäinen, A. 2001. Kouluiikäisten ravitsemuskasvatus. Teoksessa M. Fogelholm (toim.) *Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari*. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia 143–167.
- Manninen, M. 2007. Kouluruokailu. Teoksessa M. Rimpelä, A-M. Rigoff, J. Kuusela, H. Peltonen. (toim.) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – peruseräraportti kyselystä 7. - 9. vuosiluokkien kouluille*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy 113–121.
- McAleavey, K. 2010. Nutritional Intervention in Young Women with Eating Disorders: A Brief Report. *Journal of Child and Family Studies* 19, 669–673.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mikkonen, S. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto 28.4.2011.
- Mutanen, M-A. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Asiantuntijoiden näkemyksiä syömishäiriöiden ennaltaehkäisystä kotitalouden opetuksessa. Savonlinnan opettajankoulutuslaitos. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kotitaloustieteen pro gradu -tutkielma.
- Neumark-Sztainer, D. 1996. School-Based Programs for Preventing Eating Disturbances *Journal of School Health* 66, (2), 64–71
- Nurttila, A. 2001. Ravitsemuskasvatus lapsiperheessä. Teoksessa M. Fogelholm (toim.) *Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari*. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia 99–142.

- O'Dea, J. & Abraham, S. 2000. Improving the Body Image, Eating Attitudes, and Behaviors of Young Male and Female Adolescents: A New Educational Approach that Focuses on Self-Esteem. *Journal of Eating Disorders* 28, 43–57
- O'Dea, J. & Abraham, S. 2006. Knowledge, beliefs, attitudes and behaviors related to weight control, eating disorders and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education* 33, (6), 332–340.
- O'Dea, J. 2005. School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems. *Health Education* 105, (1), 11–33.
- Ojala, K. 2004. Nuorten ruokatottumusten muutoksia 1986–2000. Teoksessa L. Kannas (toim.) *Koululaisten terveys ja terveystäyttyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto. Terveystiedon edistämisen tutkimuskeskus julkaisuja 2*, 81–111.
- Ojala, M-L. 2011. Perusopetuksen ja lukiokoulutuksen opettajat kevätlukukaudella 2010. Teoksessa Kumpulainen, T. (toim.) *Opettajat Suomessa. Opetushallitus. Koulutuksen seurantaraportit 6/2011*, 37–66.
- Opetushallitus. 2003. *Lukion opetussuunnitelman perusteet*. Helsinki: Opetushallitus.
- Opetushallitus. 2010. *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden muutokset ja täydennykset*. Helsinki: Opetushallitus.
- Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveystiedon edistämisen toimintamallit. Terveystiedon edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Helsinki: Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006.
- Peltonen, H. 2002. Koulutyön tavoitteet. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23–36.
- Piran, N. 2004. Teachers: On "Being" (Rather than "Doing") Prevention. *Eating Disorders* 12, 1–9.
- Rees, L. & Clark-Stone, S. 2006. Can collaboration between education and health professionals improve the identification and referral of young people with eating disorders in schools? *Journal of Adolescence* 29, 137–151.
- Rimpelä, M. 2007. Perusoikeudet, peruskoulu ja oppilaiden hyvinvointi. Teoksessa M. Rimpelä, A-M. Rigoff, J. Kuusela, H. Peltonen. (toim.) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – peruseräraportti kyselystä 7. - 9. vuosiluokkien kouluille*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 13–16.
- Rimpelä, M. Terveystiedon edistävä koulu yhteisö. 2002. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 86–93.

- Rosenvinge, JH & Borresen GR. 1997. Do we need Model for Eating Disorders? Recent Developments in the Norwegian School-Based – Prevention. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention* 5, (2), 110–118.
- Savola, E. 2006. Kouluyhteisön terveyden edistämiseen liittyviä säädöksiä ja suosituksia: Tukimateriaali kouluyhteisön terveys- ja hyvinvointiohjelman suunnitteluun. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2006.
- Smolak, L., Harris, B., Levine M, P. & Shisslak, C, M. 2001. Teachers: The Forgotten Influence on the Success of Prevention Programs. *Eating Disorders* 9, 261–265.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12/2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 31.8.2010a. Terveyden edistäminen. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen> [luettu 30.8.2011].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 19.8.2010 b. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveys2015](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015)[luettu 30.8.2011].
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2000. Syömishäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Syömishäiriöliitto. 2009. Syömishäiriöt – mistä on kyse? Jyväskylä: Kopijyvä Oy
- Terho, P. 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18–22.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. LATE-työryhmän raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Tilus, P. 2004. Pelistä pois? Huolehtivan koulun haaste. Juva: WS Bookwell Oy.
- Tuuliluoto, S. & Charpentier, P. 1998. Eväitä elämän reppuun – opettajan opas ja tehtäviä oppilaille. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Tyrväinen, H. 2005. Kouluyhteisö terveyden edistämisen oppimisympäristönä. Teoksessa L. Kannas & H. Tyrväinen (toim.) *Virikkeitä terveystiedon opetukseen*. Jyväskylän yliopisto. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus julkaisuja 3, 153–162.
- Urho, U-M. 2006. Menestyksen eväitä kouluruokailun kehittämiseen. *Bolus. Ravitse* musterapeuttien yhdistyksen lehti (4), 8–9.

- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vertio, H. 1998. Terveyskasvatuksesta terveyden edistämiseen. Kansanterveys-lehti 2.
- Välimaa, R. & Ojala, K. 2004. Nuorten paino, laihduttaminen ja painon kokeminen 1984–2002. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyytyminen muutoksessa. WHO- koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus julkaisuja 2, 55–78.
- Wiss, K. & Saaristo, V. 2007. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja henkilöstö. Teoksessa M. Rimpelä, A-M. Rigoff, J. Kuusela & H. Peltonen (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – peruseräraportti kyselystä 7.-9. vuosiluokkien kouluille. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 90–97.
- WHO. 2010 Ottawa charter for health promotion. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) [luettu 25.7.2011].
- Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2003. Hypoteesien testaus. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html#merkitsevyytaso> [luettu 13.1.2012].
- Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2008. Mittaaminen. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#reliabiliteetti>. [luettu 13.1.2012].
- Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2009. Tutkimusasetelma. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html> [luettu 13.1.2012].
- Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2010a. Aineistotyypit. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/aineistotyypit.html>[luettu 13.1.2012].
- Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2010b. Numerotulosten esittäminen ja taulukkojen laatiminen. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/numerotulokset.html> [luettu 13.1.2012].

## LIITE 1 Suomessa toteutettuja terveyden edistämisen hankkeita

Hanke	Toteuttaja	Tavoite
Varhainen puuttuminen eli Varpu hanke (2001–2004)	Stakes	Lasten ja hyvinvoinnin ymmärtäminen yhteiseksi asiaksi. Tuen ja valvonta-avun tarjoaminen lapsille, nuorille ja heidän perheilleen.
Euroopan terveet koulut (ETK) Eurooppalainen koulu yhteisön terveyden edistämishanke, johon kuuluu n. 50 peruskoulua eri puolilta Suomea	Terveyden edistämisen keskus	Edistää kokonaisvaltaisesti koulu yhteisön terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia, opettamalla terveyttä edistäviä tietoja ja taitoja ja varmistaa koulun fyysisen ja sosiaalisen ympäristön turvallisuus.
Eväitä elämään -projekti (1995–1998)	Nyyti ry – opiskelijoiden tukikeskus	Kokonaisvaltainen lasten ja nuorten elämäntaitojen tukeminen, kehittämällä vuorovaikutustaitoja, lisäämällä itsetuntemusta sekä kertomalla selviytymiskeinoista ja mielenterveyspalveluista.
Valtakunnallinen nuorten ehkäisevän kriisityön hanke, Pulinapaja (2007–2011)	Suomen mielenterveysseura	Edistää peruskoulun 7–9 luokkalaisten hyvinvointia, vahvistaa heidän mielenterveysosaamistaan ja antaa keinoja ongelmien ja vaikeuksien läpikäymiseen.
Lasten ja nuorten arkinen mielenterveysosaaminen eli Osaan ja Kehityn -hanke (2006–2009)	Suomen mielenterveysseura	Vahvistaa opettajien mielen hyvinvoinnin tietotaitoja ja osaamista sekä tukea siten yläkouluikäisten kasvua, kehitystä ja mielen hyvinvointia.
Terve itsetunto -projekti	Opetushallitus	Syrjäytymisen ehkäisy, oppilaiden itsetuntoa tukevien toimintakäytäntöjen kehittäminen ja levittäminen.

(Hannukkala & Salonen 2008, 31 – 33, 45–47; Vertio 2003, 103, 105)

**LIITE 2 Kyselylomake****Hyvä yläkoulun ja/tai lukion opettaja!**

Opiskelen kotitalousopettajaksi Itä-Suomen yliopistossa, Savonlinnan kampuksella. Ohessa oleva kysely on osa pro gradu- tutkimustani, jonka tavoitteena on selvittää opettajien tietoja ja kokemuksia syömishäiriöistä sekä valmiuksia tunnistaa ongelmat ja toimia syömishäiriötä sairastavan oppilaan kanssa. Tutkimukseni on osa laajempaa kehittämishanketta, jonka tavoitteena on lisätä opettajien valmiuksia ehkäistä ja tunnistaa syömishäiriöitä ja puuttua ongelmiin mahdollisimman varhain. Tutkimustuloksiani tullaan hyödyntämään Turun kouluille suunnattavan syömishäiriöitä koskevan toimintamallin kehittämisessä.

Tutkimukseni onnistumisen kannalta toivoisin, että vastaisit huolellisesti kyselylomakkeeseen 30.9.2011 mennessä. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, joten yksittäisiä vastaajia ei pystytä tunnistamaan tulosten raportoinnista.

Kiitokset vastauksistasi!

Hanna-Mari Känsälä

## SYÖMISHÄIRIÖKYSELY

### Mikä on häiriintynyttä syömistä?

Häiriintyneessä syömisessä, käyttäytyminen on normaalista poikkeavaa suhteessa ruokaan, painoon ja liikuntaan.

"Oireesta muodostuu häiriö, kun se toistuu siinä määrin, että se alkaa joko omista tai lähiympäristön silmissä selvästi haitata arkista toimintakykyä (ihmissuhteita, koulua, työtä) tai fyysistä terveyttä. Häiriössä syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi tavalla, joka alkaa sotkea normaalia arkea. Elämä kiertyy oireilun ympärille ja oireet alkavat sanella valintojen tekemistä." (Keski-Rahkonen ym. 2010).

Syömishäiriö voi ilmetä joko lievänä syömiskäyttäytymisen häiriönä tai vaikea-asteisena selvästi diagnosoitavana syömishäiriönä. Tässä tutkimuksessa häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä tarkoitetaan sekä lievempää että vaikea-asteisempaa, selvästi diagnosoitavaa häiriintynyttä syömistä.

### I KOKEMUKSET JA TIETO SYÖMISHÄIRIÖISTÄ

1. Oletko kohdannut työssäsi oppilaita, joilla on häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä

1 En (siirry kysymykseen 4)

2 Kyllä (vastaa kysymykseen 2)

2. Oletko puuttunut häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireilevan oppilaan tilanteeseen?

1 En

2 Kyllä

3. Jos olet puuttunut tilanteeseen, miten? (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

1 Keskustellut ongelmasta oppilaan kanssa

2 Ilmoittanut asiasta oppilashuoltoon

3 Ohjannut oppilaan kouluterveydenhoitajalle

4 Ollut yhteydessä vanhempiin/huoltajiin asiaan liittyen

5 Ohjannut oppilaan ammattiauttajalle, kenelle?

4. Oletko tarvinnut työssäsi tietoa syömishäiriöistä?

1 En

2 Kyllä

5. Oletko hankkinut tietoa syömishäiriöistä?

1 En (siirry kysymykseen 7)

2 Kyllä (vastaa kysymykseen 6)



6. Jos olet, mistä alla olevista lähteistä olet tietoa hankkinut? Laita käyttämäsi tiedon lähteet tärkeysjärjestykseen siten, että tärkein on 1, toiseksi tärkein on 2 jne.

- 1 Tutkintoon johtavien opintojen kautta
- 2 Koulussa käytettävistä oppikirjoista
- 3 Internetistä
- 4 Täydennyskoulutuksen kautta
- 5 Asiantuntijan kanssa käydyistä keskusteluista
- 6 Muualta, mistä?

7. Seuraavassa on lueteltu tunnetuimpia syömishäiriöitä. Arvioi asteikolla 1-5 tietojasi ja taitojasi koskien syömishäiriöitä.

#### Laihuushäiriö eli anoreksia

(Syömishäiriö, johon liittyy sairaalloyen laihtuminen ja joka usein johtaa vakavaan alipainaisuuteen ja nälkiintymiseen.)

Koetko

	Huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin
tuntevasi tyypilliset oireet	1	2	3	4	5
pystyväsi työssäsi toimimaan syömishäiriöiden syntyä ehkäisevällä tavalla	1	2	3	4	5
pystyväsi tietojesi ja taitojesi perusteella ohjaamaan sairastuneen hoitoon	1	2	3	4	5

#### Ahmimishäiriö eli bulimia

(Syömishäiriö, jonka oireisiin kuuluu toistuvat, hallitsemattomat ahmintakohtaukset sekä ahmintoja seuraava katumus ja pyrkimys päästä eroon syödystä ruoasta esimerkiksi oksentamalla, laksatiivien käytöllä, runsaalla liikunnalla tai paastoamalla.)

Koetko

	Huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin
tuntevasi tyypilliset oireet	1	2	3	4	5
pystyväsi työssäsi toimimaan syömishäiriöiden syntyä ehkäisevällä tavalla	1	2	3	4	5
pystyväsi tietojesi ja taitojesi perusteella ohjaamaan sairastuneen hoitoon	1	2	3	4	5

Epätyypillinen syömishäiriö

(Syömishäiriöitä, joissa syömiskäyttäytyminen on selvästi poikkeavaa, mutta oireet eivät täytä anoreksian tai bulimian diagnostisia kriteereitä. Oireista riippuen puhutaan epätyypillisestä laihuushäiriöstä tai epätyypillisestä ahmimishäiriöstä.)

## Koetko

	Huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin
tuntevasi tyypilliset oireet	1	2	3	4	5
pystyväsi työssäsi toimimaan syömishäiriöiden syntyä ehkäisevällä tavalla	1	2	3	4	5
pystyväsi tietojesi ja taitojesi perusteella ohjaamaan sairastuneen hoitoon	1	2	3	4	5

Lihavan ahmimishäiriö (Binge Eating Disorder eli BED)

(Oireisiin kuuluu toistuvat, hallitsemattomat ahmimiskohtaukset. Bulimiasta poiketen ahmimista ei seuraa tyhjentäytymistä, jonka vuoksi sairaus johtaa usein ylipainoon.)

## Koetko

	Huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin
tuntevasi tyypilliset oireet	1	2	3	4	5
pystyväsi työssäsi toimimaan syömishäiriöiden syntyä ehkäisevällä tavalla	1	2	3	4	5
pystyväsi tietojesi ja taitojesi perusteella ohjaamaan sairastuneen hoitoon	1	2	3	4	5

Ortoreksia

(Sairastuneen tavoitteena on syödä mahdollisimman terveellisesti ei niinkään laihtuminen. Askeettinen elämäntyyli johtaa usein ravintoaineiden puutostiloihin sekä liialliseen laihtumiseen.)

## Koetko

	Huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin
tuntevasi tyypilliset oireet	1	2	3	4	5
pystyväsi työssäsi toimimaan syömishäiriöiden syntyä ehkäisevällä tavalla	1	2	3	4	5
pystyväsi tietojesi ja taitojesi perusteella ohjaamaan sairastuneen hoitoon	1	2	3	4	5

teella ohjaamaan sairastuneen hoitoon

8. Valitse seuraavien väittämien vastausvaihtoehdoista se, mikä kuvaa parhaiten käsitystäsi asiasta.

	Ei	Kyllä	En tiedä
Syömishäiriöt ovat psyykkisiä sairauksia	1	2	3
Syömishäiriöt ovat pelkästään tyttöjen sairauksia	1	2	3
Syömishäiriö voi muuttaa muotoaan tyypistä toiseen	1	2	3
Häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireileva voi olla normaalipainoinen	1	2	3
Syömishäiriöstä toipumiseen tarvitaan harvoin ulkopuolisen apua	1	2	3
Syömishäiriöt ovat nopeasti ohimeneviä sairauksia	1	2	3
Suuri osa, n. 80% sairastuneista paranee syömishäiriöstä	1	2	3
Laihuushäiriötä eli anoreksiaa sairastava kontrolloi tarkasti syömistään	1	2	3
Laihuushäiriötä eli anoreksiaa sairastava pyrkii syömään mahdollisimman terveellisesti	1	2	3
Ahmimishäiriötä eli bulimiaa sairastava on usein alipainoinen	1	2	3
Ahmimishäiriöön eli bulimiaan voi liittyä suuret painonvaihtelut	1	2	3
Epätyypillinen syömishäiriö on yleisin syömishäiriön muoto	1	2	3
Lihavuuden taustalla voi olla syömishäiriö	1	2	3
Ortoreksiaa sairastava pyrkii syömään mahdollisimman vähän	1	2	3

## II PEDAGOGINEN TOIMINTA

9. Tuleeko mielestäsi koulussa opettaa seuraavia syömishäiriöihin liittyviä asioita?

	Kyllä	Ei
Laihuushäiriö (Anoreksia)	1	2
Ahmimishäiriö (Bulimia)	1	2
Lihavan ahmimishäiriö (BED)	1	2
Ortoreksia	1	2
Muut epätyypilliset syömishäiriöt	1	2
Syömishäiriöiden hoitomuodot	1	2
Syömishäiriöiden hoidosta vastaavat tahot	1	2
Terveelliset ruokatottumukset	1	2
Terve liikunnan harrastaminen	1	2
Oppilaan itsetunnon vahvistaminen	1	2
Kriittinen medialukutaito	1	2

10. Millä luokalla syömishäiriötä koskeva opetus tulisi mielestäsi aloittaa?

1 1-2

2 3-4

3 5-6

4 7-8

5 9 →

6 Ei lainkaan

11. Kuuluuko oman oppiaineesi oppisisältöön syömishäiriöiden käsittely?

1 Ei (siirry kysymykseen 19)

2 Kyllä (jatka kysymyksestä 12)

12. Mille luokalle/luokille olet opettanut syömishäiriöasioita?

---

13. Oletko opettanut alla olevia aiheita?

	En	Kyllä
Laihuushäiriö (Anoreksia)	1	2
Ahmimishäiriö (Bulimia)	1	2
Lihavan ahmimishäiriö (BED)	1	2
Muut epätyypilliset syömishäiriöt	1	2
Ortoreksia	1	2
Syömishäiriöiden hoitomuodot	1	2

Syömishäiriöiden hoidosta vastaavat tahot	1	2
Terveelliset ruokailutottumukset	1	2
Terve liikunnan harrastaminen	1	2
Oppilaan itsetunnon vahvistaminen	1	2
Kriittinen medialukutaito	1	2

14. Arvioi valmiuksiasi opettaa alla olevia aiheita. Valitse kunkin aiheen kohdalla valmiuksiasi vastaava vaihtoehto.

	Huonot	Melko huonot	En osaa sanoa	Melko hyvät	Hyvät
Laihuushäiriö (Anoreksia)	1	2	3	4	5
Ahmimishäiriö (Bulimia)	1	2	3	4	5
Lihavan ahmimishäiriö (BED)	1	2	3	4	5
Muut epätyypilliset syömishäiriöt	1	2	3	4	5
Ortoreksia	1	2	3	4	5
Syömishäiriöiden hoitomuodot	1	2	3	4	5
Syömishäiriöiden hoidosta vastaavat tahot	1	2	3	4	5
Terveelliset ruokailutottumukset	1	2	3	4	5
Terve liikunnan harrastaminen	1	2	3	4	5
Oppilaan itsetunnon vahvistaminen	1	2	3	4	5
Kriittinen medialukutaito	1	2	3	4	5

15. Millaista syömishäiriöihin liittyvien asioiden opettaminen mielestäsi on?

Vaikeaa	Melko vaikeaa	En osaa sanoa	Melko helppoa	Helppoa
1	2	3	4	5

16. Mitä materiaalia olet käyttänyt opettaessasi syömishäiriöihin liittyviä asioita? (Valitse yksi, tärkein käyttämäsi materiaali)

- 1 Oppikirjaa
- 2 Itse tehtyä materiaalia
- 3 Internet-lähteitä
- 4 Muuta materiaalia
- 5 En ole käyttänyt oppimateriaaleja
- 6 Kerro mitä oppikirjaa, Internet-lähteitä tai muuta materiaalia olet käyttänyt?

17. Onko syömishäiriöihin liittyvää tietoa tarpeeksi saatavilla?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

18. Mitä aiheita syömishäiriöitä koskevan opetusmateriaalin tulisi sisältää enemmän?

---

---

---

19. Kuuluuko syömishäiriöiden käsittely koulusi opetussuunnitelman mukaiseen oppilas-  
huoltoon?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

20. Onko koulussasi syömishäiriöitä koskeva ehkäisyohjelma?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

21. Tulisiko koulussa olla ehkäisyohjelma syömishäiriöitä koskien?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

22. Onko koulussasi yhteiset toimintaohjeet häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä oireile-  
van oppilaan kohtaamisen varalle?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

23. Tulisiko koulussa olla yhteiset toimintaohjeet häiriintyneellä syömiskäyttäytymisellä  
oireilevan oppilaan kohtaamisen varalle?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

### III Mielipiteet ja näkemykset syömishäiriöistä

24. Koetko tarvitsevasi työssäsi tietoa syömishäiriöistä?

- 1 En
- 2 Kyllä

25. Mistä aiheista koet tarvitsevasi lisätietoa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 1 Laihuushäiriöstä eli anoreksiasta
- 2 Ahmimishäiriöstä eli bulimiasta
- 3 Epätyypillisistä syömishäiriöistä
- 4 Lihavan ahmimishäiriöstä (BED)
- 5 Ortoreksiasta
- 6 Syömishäiriöitä koskevasta opetuksesta
- 7 Syömishäiriötä sairastavan oppilaan kohtaamisesta
- 8 Jatkohoitoon ohjaamisesta
- 9 En tarvitse lisätietoa, miksi en?
- 10 Jostain muusta, mistä?

26. Pitäisikö opettajien saada koulutusta syömishäiriöitä koskien?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

27. Kenelle syömishäiriöihin liittyvä ennaltaehkäisy mielestäsi kuuluu koulu yhteisössä? Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kaikille opettajille	1	2	3	4	5
Terveystiedon opettajalle	1	2	3	4	5
Liikunnan opettajalle	1	2	3	4	5
Kotitalousopettajalle	1	2	3	4	5
Psykologian opettajalle	1	2	3	4	5
Oppilashuoltoryhmälle	1	2	3	4	5
Kouluruokailun henkilökunnalle	1	2	3	4	5
Kouluterveydenhoitajalle	1	2	3	4	5
Vanhemmille	1	2	3	4	5
Koko koulu yhteisölle	1	2	3	4	5

28. Kenen tulisi puuttua syömishäiriöihin niiden ilmetessä? Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Opettajien	1	2	3	4	5
Oppilashuoltoryhmän	1	2	3	4	5
Kouluruokailun henkilökunnan	1	2	3	4	5
Kouluterveydenhoitajan	1	2	3	4	5
Vanhempien	1	2	3	4	5
Koko kouluyhteisön	1	2	3	4	5

29. Valitse mielipidettäsi lähinnä olevin vaihtoehto syömishäiriöihin liittyvistä väittämistä

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Syömishäiriöt ovat murrosikäisen tapa kerjätä huomiota	1	2	3	4	5
Syömishäiriöepäilyihin on puututtava välittömästi	1	2	3	4	5
Syömishäiriöiden ehkäisy ei ole koulun tehtävä	1	2	3	4	5
Opettaja voi toiminnallaan ehkäistä syömishäiriöiden syntyä	1	2	3	4	5
Opetusmenetelmillä on vaikutusta syömishäiriöiden ehkäisyssä	1	2	3	4	5
Syömishäiriöiden oireiden käsittely koulussa lisää syömishäiriöitä	1	2	3	4	5
Oppilaiden itsetunnon vahvistaminen on tärkeä osa syömishäiriöiden ehkäisyä	1	2	3	4	5
Oppilaiden medialukutaidon kohentaminen voi ehkäistä syömishäiriöiden syntyä	1	2	3	4	5
Kouluyhteisön positiivinen ilmapiiri vähentää syömiseen liittyviä ongelmia	1	2	3	4	5
Opettaja voi omalla esimerkillään lisätä häiriintynyttä syömiskäyttämistä	1	2	3	4	5
Kouluruokailu edistää terveellisiä ruokailutottumuksia	1	2	3	4	5
Koulussa annettava terveystieto voi lisätä häiriintynyttä syömistä	1	2	3	4	5



käyttäytymistä

Opettajat ovat keskeisessä roolissa syömishäiriöiden tunnistamisessa	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Vanhempien ja koulun välinen yhteistyö on tärkeää	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

30. Mahdollisia kommentteja syömishäiriöihin liittyvistä kokemuksista, joita olet kohdannut työssäsi. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TAUSTATIEDOT**

31. Ikäni on

- 1 alle 31
- 2 31-40
- 3 41-50
- 4 51-60
- 5 yli 60

32. Sukupuoli

- 1 Nainen
- 2 Mies

33. Opetan

- 1 yläkoulussa
- 2 lukiossa
- 3 molemmissa

34. Opetettava aine/aineet: \_\_\_\_\_

35. Olen työskennellyt opettajana

- 1 alle 5 v
- 2 5-10 v
- 3 11-20 v
- 4 21-30 v
- 5 yli 30 v

## LIITE 3 Summamuuttujat ja niiden saamat Cronbachin alfat

Summamuuttuja	Sisältää seuraavat kysymykset/väittämät	Cronbachin alfa
Syömishäiriötieto (vastaajan todellinen tieto syömishäiriöistä)	8	-
Anoreksiavalmiudet (vastaajan oma käsitys valmiuksista)	7a	0,71
Bulimiavalmiudet (vastaajan oma käsitys valmiuksista)	7b	0,74
Epättyypillisiä syömishäiriöitä koskevat valmiudet (vastaajan oma käsitys valmiuksista)	7c	0,89
Lihavan ahmimishäiriötä koskevat valmiudet (vastaajan oma käsitys valmiuksista)	7d	0,86
Ortoreksiavalmiudet (vastaajan oma käsitys valmiuksista)	7e	0,87
Käsitys omista tiedoista ja taidoista (vastaajan oma käsitys kaikkia syömishäiriömuotoja koskevista valmiuksista)	7a, 7b, 7c, 7d, 7e	0,94
Negatiivinen suhtautuminen (vastaajan asenteen negatiivisuus syömishäiriöiden käsittelyä kohtaan)	29c, f, l	0,62
Opettajan toiminnalla on vaikutusta (vastaajan käsitys opettajan toiminnan vaikutuksesta)	29d, j, m	0,56
Kouluuyhteisön jäsenten toiminnalla on vaikutusta (vastaajan käsitys muiden kouluuyhteisön jäsenten toiminnan vaikutuksesta)	29i, k, n, o	0,60
Ehkäisy kuuluu opettajille (vastaajan näkemys ehkäisyn kuulumisesta opettajille)	27a–e	0,86
Ehkäisy kuuluu muille kouluuyhteisön toimijoille (vastaajan näkemys ehkäisyn kuulumisesta muille kouluuyhteisön toimijoille kuin opettajille)	27f–i	0,65
Puuttuminen kuuluu muille kouluuyhteisön toimijoille (vastaajan näkemys puuttumisen kuulumisesta muille kouluuyhteisön toimijoille kuin opettajille)	28b–e	0,67
Opetetut aiheet (vastaajan opettamien syömishäiriö-aiheiden kokonaismäärä)	13	-
Näkemys opetettavista aiheista (vastaajan näkemys siitä, kuinka monia aiheita tulisi opettaa)	9	-
Kokonaislisätiedon tarve (vastaajan näkemys siitä, monestako aiheesta tarvitsee lisätietoa)	25a–h	-

## LIITE 4 Opetettavat aineet mainintojen määrän mukaan (n=166)

Opetettava aine	N
Äidinkieli, kirjallisuus, ilmaisutaito	23
Kielet	53
Matematiikka	26
Kemia	20
Fysiikka	23
Biologia	12
Maantieto	11
Historia	13
Yhteiskuntaoppi	11
Uskonto	13
Filosofia	2
Psykologia	6
Terveystieto	22
Liikunta	9
Kotitalous	8
Tekninen-/tekstiilityö	5
Kuvaamataito	4
Musiikki	3
Atk/Tvt	4
Opinto-ohjaus	10
Eriyisopetus/kaikki aineet	11
Yht.	289

## LIITE 5 Vastaajien syömishäiriötieto

<b>Väittämät</b>	Oikeat vastaukset N	Oikeat vastaukset %	Väärät vastaukset N	Väärät vastaukset %	Yht. N	Yht. %
Syömishäiriöt ovat psyykkisiä sairauksia	181	98,4	3	1,6	184	100
Syömishäiriöt ovat pelkääntään tyttöjen sairauksia	181	97,8	4	2,2	185	100
Syömishäiriö voi muuttaa muotoaan tyypistä toiseen	163	88,1	22	11,9	185	100
Häiriintyneellä syömisikäytännöllä oireileva voi olla normaalipainoinen	172	93	13	7	185	100
Syömishäiriöstä toipumiseen tarvitaan harvoin ulkopuolisen apua	173	94	11	6	184	100
Syömishäiriöt ovat nopeasti ohimeneviä sairauksia	181	97,8	4	2,2	185	100
Suuri osa, n. 80% sairastuneista paranee syömishäiriöstä	79	43,2	104	56,8	183	100
Laihuushäiriötä eli anoreksiaa sairastava kontrolloi tarkasti syömistään	182	98,4	3	1,6	185	100
Laihuushäiriötä eli anoreksiaa sairastava pyrkii syömään mahdollisimman terveellisesti	122	66,3	62	33,7	184	100
Ahmimishäiriötä eli bulimiamiaa sairastava on usein alipainoinen	88	48,1	95	51,9	183	100
Ahmimishäiriöön eli bulimiaan voi liittyä suuret painonvaihtelut	145	78,8	39	21,2	184	100
Epätyypillinen syömishäiriö on yleisin syömishäiriön muoto	40	21,9	143	78,1	183	100
Lihavuuden taustalla voi olla syömishäiriö	169	92,3	14	7,7	183	100
Ortoreksiaa sairastava pyrkii syömään mahdollisimman vähän	125	67,6	60	32,4	185	100

## LIITE 6 Vastaajien syömishäiriöitä koskevia valmiuksia kuvaavia tunnuslukuja

<b>Asteikoilla 1(heikot tiedot)–15 (hyvät tiedot) ja 1(heikot tiedot) – 5 (hyvät tiedot)</b>	$\bar{x}$	sd	Mo
<b>Laihuushäiriö- eli anoreksiavalmiudet</b>	<b>10,19</b>	<b>2,24</b>	<b>11</b>
Tyypillisten oireiden tuntemus (n= 185)	3,87	0,85	4
Kyky ehkäistä sairauden syntyä toiminnallaan (n=185)	2,96	0,97	3
Hoitoonohjaustaidot (n=184)	3,36	0,98	4
<b>Ahmimishäiriö- eli bulimiavalmiudet</b>	<b>9,18</b>	<b>2,53</b>	<b>9</b>
Tyypillisten oireiden tuntemus (n=184)	3,39	1,12	4
Kyky ehkäistä sairauden syntyä toiminnallaan (n= 184)	2,77	0,99	3
Hoitoonohjaustaidot (n =182)	3,01	1,02	4
<b>Epätyypillisiä syömishäiriöitä koskevat valmiudet</b>	<b>7,38</b>	<b>2,91</b>	<b>9</b>
Tyypillisten oireiden tuntemus (n=184)	2,48	1,13	2
Kyky ehkäistä sairauden syntyä toiminnallaan (n=183)	2,43	1,01	3
Hoitoonohjaustaidot (n=183)	2,47	1,05	2
<b>Lihavan ahmimishäiriötä (BED) koskevat valmiudet</b>	<b>7,69</b>	<b>2,91</b>	<b>6</b>
Tyypillisten oireiden tuntemus (n=184)	2,71	1,21	2
Kyky ehkäistä sairauden syntyä toiminnallaan (n= 185)	2,43	1,05	2
Hoitoonohjaustaidot (n=184)	2,53	1,06	2
<b>Ortoreksiavalmiudet</b>	<b>8,32</b>	<b>3,05</b>	<b>6</b>
Tyypillisten oireiden tuntemus (n= 184)	3,05	1,24	4
Kyky ehkäistä sairauden syntyä toiminnallaan (n=185)	2,64	1,11	3
Hoitoonohjaustaidot (n=185)	2,62	1,08	2

LIITE 7 Opettajien näkemyksiä kuvaavia tunnuslukuja koulu yhteisön jäsenten roolista syömishäiriöiden ehkäisyssä ja niihin puuttumisessa

<b>Kenelle koulu-yhteisössä kuuluu:</b>	<b>Ehkäisy</b>	<b>Puuttuminen</b>
---	----------------	--------------------

<b>Arvio asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä)</b>	$\bar{x}$	sd	Mo	$\bar{x}$	sd	Mo
Oppilashuolto-ryhmälle (n = 181)	4,55	0,81	5	4,53	0,75	5
Kouluruokailun henkilökunnalle (n= 179)	3,5	1,27	4	3,37	1,25	4
Kouluterveyden hoitajalle (n= 183)	4,86	0,50	5	4,88	0,50	5
Vanhemmille (n = 183)	4,82	0,50	5	4,87	0,53	5
Koko koulu yhteisölle (n = 181)	4,03	0,60	4	3,79	1,15	4