Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

# NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT
## Anoreksiaan sairastuneiden kokemuksia

Elisa Parkkasaari & Susanna Slunga

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö
Terveydenhoitotyö
Terveydenhoitaja (AMK)

KEMI 2012

Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tekijät: Elisa Parkkasaari & Susanna Slunga

Opinnäytetyön nimi: NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT – Anoreksiaan sairastuneiden kokemuksia

Sivuja (+liitteitä): 51 (+4)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kolmen nuorena syömishäiriötä sairastaneen henkilön kokemuksia fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Sen tavoitteena on auttaa meitä ymmärtämään tulevina terveydenhoitajina syömishäiriötä sairastavan nuoren oireita ja ajatusmaailmaa.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Siinä käsittelemme kahta nuorten keskuudessa yleistyvää syömishäiriösairautta, anoreksiaa ja bulimiaa. Opinnäytetyössä perehdytään tutkimustehtävinä erityisesti syömishäiriöiden aiheuttamiin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin.

Tutkimuksen aineisto hankittiin avoimen kyselylomakkeen avulla sähköpostitse kesällä 2011. Kyselylomakkeella haimme vastauksia edellä mainittuihin kolmeen tutkimustehtävään kahdeksan eri kysymyksen kautta. Vastaajina toimi kaksi naista ja yksi mies, joilla on nuorena tehty anoreksia nervosadiagnoosi.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että teoriassa esitetyt fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset tulevat selkeästi esille syömishäiriötä sairastavalla. Varsinkin psyykkiset ongelmat, kuten ruumiinkuvan vääristymä sekä vahva syömiseen ja liikuntaan liittyvät pakkomielteet korostuivat tutkimustuloksissa.

Asiasanat: anoreksia, bulimia, syömishäiriö, mielenterveyshäiriö, ruokahalu

Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

ABSTRACT

Factors: Elisa Parkkasaari & Susanna Slunga

Name of the thesis: YOUNG EATING DISORDERS – Suffering as experienced by from anorexia

Pages (+attachments): 51 (+4)

The purpose of this thesis is to describe the experiences of three person who have suffered from eating disorders when they were young of physical, psychological and social point on view. Its aim is to help us understand as future public health nurses the suffering caused by eating disorders as well as symptoms and adolescent thinking.

The thesis is a qualitative study. In dealing with the two rising eating disorder illness, anorexia and bulimia amongst young people. This thesis focuses on the research tasks in particular, eating disorders caused by physical illness, psychological and social changes.

The data were obtained by an open questionnaire by e-mail in the summer of 2011. With the questionnaire we seeked answers to the above-mentioned three research tasks through eight different questions. The informants were two women and one man with a young age of diagnosis of anorexia nervosa.

The thesis shows that, in theory, that the physical, psychological and the social changes were clearly identified with eating disorders. In particular, psychological problems. Such as body image distortion, and strong eating and physical activity related to obsessions emphasized the research results.

Key words: anorexia, bulimia, eating disorder, mental disorder, appetite

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1 JOHDANTO ..... 6

2 ANOREKSIA NERVOSA ELI LAIHUUSHÄIRIÖ ..... 7

2.1 Diagnostiset kriteerit, ICD-10 luokitus ..... 9

2.2 Fyysiset muutokset ..... 10

2.3 Psyykkiset muutokset ..... 11

2.4 Sosiaaliset muutokset ..... 12

3 BULIMIA NERVOSA ELI AHMIMISHÄIRIÖ ..... 13

3.1 Diagnostiset kriteerit, ICD-10 luokitus ..... 14

3.2 Fyysiset muutokset ..... 15

3.3 Psyykkiset muutokset ..... 17

3.4 Sosiaaliset muutokset ..... 18

4 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO JA ENNUSTE ..... 19

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..... 22

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN ..... 23

6.1 Aineistonkeruu ..... 24

6.2 Tutkimushenkilöt ..... 25

6.3 Aineiston analysointi ..... 25

7 TUTKIMUSTULOKSET ..... 28

7.1 Fyysiset muutokset ..... 29

7.2 Psyykkiset muutokset ..... 31

7.3 Sosiaaliset muutokset ..... 34

8 JOHTOPÄÄTÖKSET ..... 36

9 POHDINTA ..... 37

9.1 Luotettavuus ..... 39

9.2 Eettinen pohdinta ..... 41

LÄHTEET ..... 42

LIITELUETTELO ..... 44

# 1 JOHDANTO

Syömishäiriöitä on useita erilaisia. Ne ovat psykosomaattisia mielen ja kehon sairauksia. Sairaus muuttaa omaa käsitystä itsestään, vääristäen omaa kehonkuvaa. Sairauden taustalla oleva psyykkinen pahoinvointi ilmenee häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja kehon sisäisinä ja ulkoisina muutoksina. Käyttäytymisen muutokset ovat havaittavissa erityisesti suhteessa painoon, ruokaan ja liikuntaan. (Syömishäiriöliitto SYLI ry, hakupäivä 5.4.2012)

Syömishäiriöt eivät ole uusi ilmiö vaan tutkimusten mukaan niitä on ollut jo varhaiskristillisen kauden aikana, kun pyhimykset nälkiinnyttivät itseään, uskomusten mukaan jo kivikaudelta asti. Tutkimusten mukaan ne ovat lisääntyneet viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana ja erityisen voimakkaasti 60-luvulla, kun sairaalloisen laiha kauneusihanne alkoi levitä länsimaissa. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012) Vuonna 1865 William Gull laati diagnostiset kriteerit, joiden mukaan syömishäiriö määriteltiin ensimmäisen kerran sairaudeksi. Päivittäiset tiedotusvälineet tuovat nykyisin esille jatkuvasti tietoa kauneudesta, terveydestä ja laihdutuksesta. Nämä lisäävät tunnetta ja paineita siitä että omalle ulkonäölle, vartalolle ja painolle on tehtävä jotain. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 46-47)

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Sen tarkoituksena on kuvailla kolmen nuorena anoreksiaa sairastaneen henkilön kokemuksia fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Rajasimme työmme syömishäiriöistä anoreksiaan eli laihuushäiriöön ja bulimiaan eli ahmimishäiriöön, sillä ne ovat yleisimmin esiintyviä syömishäiriötyyppejä. Otimme työssämme esille myös poikien sairastumisen. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa meitä ymmärtämään syömishäiriötä sairastavan nuoren oireita ja ajatusmaailmaa. Tulevina terveydenhoitajina voimme hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia sairastuneen ymmärtämisessä, tilanmäärittelyssä, muutosten havaitsemisessa ja käyttää apuna ohjauksessa.

# 2 ANOREKSIA NERVOSA ELI LAIHUUSHÄIRIÖ

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on syömis- sekä psykologinen häiriö. Anoreksia on sairaus, jossa sairastuneen käsitys omasta kehostaan järkkyy ja syöminen alkaa hallita normaalielämää. Anoreksiaan sairastuu suomalaisista naisista 2,2 % jossain vaiheessa elämää, yleensä 12-24 vuoden iässä. (Ekström & Koskinen 2009, 6) Miehillä anoreksian esiintyvyys on n.10 % kaikista sairastuneista (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 4.4.2012). Anoreksiaa on diagnosoitu useimmin teollisissa maissa ja sellaisissa maissa jossa laihuus korostuu ja sitä palkitaan. Länsimaissa hoikkuuden ihannointi lisääntyi elintason noustessa. Laihuus kertoi terveydestä, elinvoimasta, itsekurista ja moraalisesta ylemmyydestä. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 45-46)

Sairaus kehittyy salakavalasti ja vähitellen, kuukausien jopa vuosien saatossa (Keski-Rahkonen ym. 2010, 32-33). Sen puhkeaminen on yksilöllistä. Sairaudelle altistavia tekijöitä ovat persoonallisuus, temperamentti, ikä, sukupuoli, vaikeus ilmaista tai hallita tunteita, heikko itsetunto ja fyysinen tai seksuaalinen pahoinpitely, sekä vääränlainen kauneusihanne. (Oireet, hakupäivä 5.4.2012) Varhaisella murrosiällä katsotaan olevan myös vaikutusta. Ulkonäköön ja vartaloon kohdistetut huomautukset saattavat johtaa hyvinkin ankaraan laihduttamiseen. Erilaiset stressitekijät, kuten vaikeat elämänolosuhteet ja tapahtumat esim. muutto, vanhempien avioero tai läheisen psyykkinen tai fyysinen sairaus tai kuolema lisää alttiutta sairaudelle. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 48-49) Muita mahdollisia altistavia tekijöitä ovat mm. oheissairastavuus, neurobiologiset tekijät, geenit ja periytyvyys. Tutkimukset ovat osoittaneet, että syömishäiriöitä sairastavalla naisella on kymmenen kertaa todennäköisemmin syömishäiriötä sairastava lähisukulainen kuin terveillä. Syömishäiriön uskotaan syntyvän perintötekijöiden ja sairauden puhkeamiselle altistavan elinympäristön yhteisvaikutuksesta. (Strom, hakupäivä 5.4.2012) Sairaudelle erityisen alttiina pidetään tiettyjä ryhmiä, mm. tanssijoita, pitkän matkan juoksijoita, näyttelijöitä, voimistelijoita, painijoita, malleja, luistelijoita ja lentoemäntiä (Cotot hälsa, hakupäivä 5.4.2012).

Sairauden myötä nuori alkaa inhota ja hävetä itseään sekä omaa kehoaan. Hän tuntee itsensä liian lihavaksi, vaikka on luurankomaisen laiha. Nuori aloittaa laihdutuskuurin muuttamalla elämäntapoja terveellisempään suuntaan, joka lopulta riistäytyy hallitsemattomaksi syömättömyyskierteeksi. Sairaus ei merkitse ruokahalun menetystä

vaan, usein sairastunut herkuttelee ruoka-ajatuksilla ja on hyvin kiinnostunut ruoanvalmistuksesta. Hän silti säännöstelee tiukasti ruokavaliotaan ja pyrkii vähäenergiseen ruokaan. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 32-33)

Yleensä alkuvaiheessa itse ja läheiset ovat tyytyväisiä ja antavat tukea terveelliseen elämäntapamuutokseen. Sairauden tuomat kummalliset käyttäytymisen muutokset ja oudot rituaalit kuitenkin huomataan yleensä nopeasti. Pakkomielteet ruokaan ja liikkumista kohtaan tulevat hyvin esille. Aikaisemmin hyväkäytöksinen, iloinen ja nauravainen nuori yleensä muuttuu ärtyisäksi ja loukkaantuu entistä herkemmin. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

Vaa'asta tulee tärkeä ystävä. Ensin jätetään ylimääräiset rasvat ja sokerit, jotta energian määrä pysyisi alhaalla ja siirrytään näin kevyeen ruokavalioon. Usein ravintona ovat vain kasvikset ja hedelmät. Aterioita korvataan runsaalla kahvin, teen tai kevytlimsojen juonnilla ja jopa tupakoinnilla. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 33) Ajan kuluessa ruokailurituaalit ovat niin vahvat, että niitä on hankala pysäyttää. Tiukan ruokavalion ylläpitämisellä ja laihtumisen avulla sairastunut kokee pystyvänsä hallitsemaan elämää ja itseään ja saa tästä mielihyvää. Siitä tulee pakkomielle ja samalla riippuvuus. Vaikka tavoitepainoon päästään, laihduttaminen vain jatkuu, sillä pelko lihomisesta on suuri. Tämä voi altistaa syönnin jälkeiselle oksentamiselle ja johtaa liikunnan lisäämiseen. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilèn 2003, 271-275)

Liikkuminen muuttuu pakonomaiseksi ja useita tunteja kestäväksi. Lenkille on lähdettävä aamuvarhain ja iltamyöhään, oli sää mikä tahansa. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 33) Ihminen laihtuu, energia määrä vähenee ja hän väsyy. Tämän väsymyksen myötä kiinnostuksen kohteet vähenevät ja keskittymiskyky heikkenee. Omasta kehosta tulee tärkein. Sairastunut viettää aikaa enemmän yksinään ja eristäytyy kaveripiireistään, sillä hän pitää sosiaalisia tilanteita suorituskeskeisinä ja ajanhukkana. Sosiaalisia suhteita vältetään myös syömisen vaaran vuoksi. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

Sairastunut voi näyttää ulospäin vahvalta, määrätietoiselta ja pärjäävältä. Yleensä syömishäiriöön sairastuvat ovat liian ankaria itselleen, hyvin koulussa menestyneitä, kilttejä ja myöntyvät muiden tahtoihin. Sairastunut kaipaisi lohduttamista ja

kuuntelemista, mutta omalla käyttäytymisellään antaa usein negatiivisia viestejä läheisilleen. Hänen mielensä on hyvin ristiriitainen. Sairastunut ei yleensä itse ymmärrä sairauden vakavuutta. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012) Yleensä huomion tekevät perheenjäsenet, muut läheiset tai kouluterveydenhoitaja (Keski- Rahkonen ym. 2010, 33).

## 2.1 Diagnostiset kriteerit, ICD-10 luokitus

Käypähoitosuosituksen 2009 mukaan anoreksian diagnostisissa kriteereissä on aina todettu laihtuminen. Keskeisimpänä ongelmana on ruumiinkuvanhäiriö, jonka vuoksi nuori pelkää pakonomaisesti rasvakudoksen kertymistä ja lihavuutta. Tuloksena on pakonomainen ja salaileva laihduttaminen sairaalloisen laihaksi.

Vuonna 1987 laadittiin ICD-10 tautiluokitus, jossa luokitellaan laihuushäiriön kriteerit seuraavanlaisesti:

A) Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (LIITE 1 BMI -taulukko) korkeintaan 17,5kg/m naisilla ja miehillä 19kg/m. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta, ilman että paino laskee. Vanhempien potilaiden paino laskee.

B) Itse aiheutettu painon lasku. Energiapitoisia ruokia välttämällä, oksentamisella, ulostuslääkkeiden tai nestettä poistavien lääkkeiden käytöllä sekä liiallisella liikunnalla pyritään kontrolloimaan painon nousua.

C) Tuntee itsensä liian lihavaksi ja pelkää lihomista, asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen. Ruumiinkuvan vääristymä.

D) Laaja-alainen hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja sukurauhaselinten endokriininen häiriö, jonka vuoksi tytöillä jäävät pois kuukautiset ja seksuaalinen mielenkiinto vähenee. Miehillä vastaavasti esiintyy seksuaalisen mielenkiinnon vähentymisen lisäksi potenssin heikkenemistä. Jos sairaus alkaa ennen murrosikää, kehitys viivästyy tai pysähtyy. Kortisolin ja kasvuhormonin pitoisuudet voi olla korkeammat, kilpirauhashormonin toiminta voi muuttua ja voi esiintyä poikkeavaa insuliinin eritystä.

E) Ahmimishäiriön a ja b kriteerit eivät täyty. (Käypähoito 2009, hakupäivä 4.4.2012)

## 2.2 Fyysiset muutokset

Fyysisiin muutoksiin kuuluvat riittämättömän ravinnon ja yliaktiivisen liikunnan harrastamisesta johtuva silmin nähtävä laihtuminen ja sen myötä puberteetin eli kasvun ja kehityksen pysähtyminen ja hidastuminen sekä hormonaalisten muutosten syntyminen. Hiukset ja iho pysyy lapsenomaisina tai iho voi olla kuiva, hilseilevä ja muuttaa väriä kellertäväksi. Nälkiintymisen ja alhaisen rasvaprosentin myötä myös vilun tunne lisääntyy ja ruumiin lämpö laskee. Lanugoa eli nukkamaista, pehmeää ihokarvaa voi alkaa esiintymään ympäri kehoa. Energian puutteen vuoksi sairastunut tuntee itsensä usein väsyneeksi ja heikoksi. (Syömishäiriöliitto, hakupäivä 5.4.2012; Keski- Rahkonen ym. 2010, 42-44)

Miehen pienikin painon pudotus voi johtaa hyvin alhaiseen rasvapitoisuuteen. Tämä saa aikaan miehillä seksuaalisten halujen vähentymistä sekä impotenttia. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 25) Ennen murrosikää sairastuessa, elimistössä ei tapahdu murrosiän tuomia muutoksia. Tytöillä ei esiinny rintojen kasvua, lantion leventymistä eikä kuukautiset ala myös pituuskasvu hidastuu. Jos sairastunut on käynyt jo murrosiän vaiheet läpi, alhaisen rasvapitoisuuden vuoksi hänen kuukautisensa loppuvat, seksuaalinen kehitys pysähtyy ja hänen seksuaaliset halut vähenevät. Tämän myötä myös hedelmättömyyden riski kasvaa. (Käypähoito 2009, hakupäivä 5.4.2012) On kuitenkin muistettava että erilaiset ehkäisy- ja hormonivalmisteet voivat ylläpitää kuukautisia. (Viljanen, Larjosto & Palva- Alhola 2005, 11). Pitkään jatkunut kuukautisten poisjäänti alkaa haurastuttaa luita, joka voi altistaa osteoporoosille ja luunmurtumille. Osa näistä keholle haitallisista muutoksista ei koskaan palaudu ennalleen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 43-44)

Vähäisen rasvapitoisuuden vuoksi elimistö voi käyttää hätäravinnokseen kehon lihasmassaa ja jopa aivojen valkeata ainetta jopa 10-20%. Näin lihasmassa alkaa surkastumaan. Vakavia muutoksia tapahtuu myös sydämessä ja verenkiertoelimistössä. Verenkierto heikkenee, syke hidastuu, verenpaine laskee ja voi esiintyä hengenvaarallisia sydämen rytmihäiriöitä sekä pahimmassa tapauksessa voi tulla sydänpysähdyksiä. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 40-44)

Aliravitsemus ja laksatiivien käyttö aiheuttaa myös erilaisia puutostiloja ja muutoksia ruoansulatuskanavassa. Tästä johtuvatkin yleiset vatsakivut ja ruoan hidas imeytyminen kehoon. Ne ilmenevät erilaisilla suolisto ongelmilla. Myös oksentaminen häiritsee elimistön toimintoja. Oksentaminen johtaa hampaiden värimuutoksiin, kiillevaurioihin ja jopa hampaiden menettämiseen. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 42-44)

Laboratoriokokeissa on havaittavissa nämä kuivumisen merkit. Muutoksia tapahtuu nestetasapainossa, ja osalla esiintyy myös maksa-, kilpirauhas-, munuais-, hormoni- ja ruoansulatuskanavanhäiriöitä. Myös anemiaa ja korkeita kolesteroliarvoja on useilta löydetty, vaikka ruokavalio on vähärasvaista. Sairastuneilla on kohonnut riski myös diabetekseen. (Dryden-Edwards, Roxanne, hakupäivä 5.4.2012)

## 2.3 Psyykkiset muutokset

Syömishäiriö aiheuttaa nälkiintymisestä johtuvia erilaisia psyykkisiä oireita, kuten voimakasta lihomisen pelkoa, ruumiinkuvan vääristymistä (Kuva 1), masennusta, huonoa itsetuntoa, mielialan laskua, ärtyisyyttä, levottomuutta, ahdistuneisuutta ja ruokailuun liittyviä pakkoajatuksia ja rituaaleja sekä syömättömyyttä. Psyykkiset oireet usein vahvistuvat aliravitsemuksen pahentuessa. Joskus nälkiintyminen on niin paha, että todellisuudentaju hämärtyy jopa psykoottiseksi käyttäytymiseksi. (Keski- Rahkonen 2010, 41)

KUVA1 Ruumiinkuvan vääristymä

Usein sairastunut tekee omasta elämästään hyvin kireän ja kaikesta voi tulla suorituskeskeisiä, mieliala vaihtelee räjähtävin seurauksin raivokohtauksina ja epävakaana tunne-elämänä. Unettomuus piinaa ja pakko-mielteet liikuntaa ja syömistä kohtaan kaivavat mieltä jatkuvasti. Opiskelusta ja työelämästä kelpaavat vain parhaat arvostelut ja kaikki on tehtävä täydellisesti loppuun asti. Ei anneta lupaa olla hyvä, vaan on oltava paras. Oma asunto pidetään pikkutarkassa kunnossa. Itsetuhoisuus, viiltely, päihderiippuvuus, pelihimo ja riskitilanteisiin itsensä johtaminen voi olla myös osa oirekuvaa. Itsemurhat ovat yleisimmin kuolinsyynä. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 41-42)

## 2.4 Sosiaaliset muutokset

Anoreksia tuo vaikeuksia ja epätasapainoa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Osa vetäytyy sosiaalisista suhteista, karttaen parisuhdetta ja välttävät ystävyyssuhteita. Usein sairastuneella on taustalla huono itsetunto. Sosiaaliset tilanteet tuntuvat ahdistavalta, ne ovat hyvin suorituskeskeisiä ja usein niitä pidetäänkin vain ajanhukkana. Sairastuneen aika kuuluu pääosin omissa pakkotoimissaan, kuten liikuntaa harrastaessa. Sosiaalisia tilanteita vältetään myös sairauden salailun ja syömisenvaaran vuoksi. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

Koska anorektikon sosiaalinen kehitystaso on jäänyt sille tasolle, jolla se oli, kun sairaus sai alkunsa, jää häneltä välistä tärkeä kehitysvaihe, jossa opetellaan sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Sairastunut pitää yleensä perhettään ja läheisiään tärkeänä vaikka usein antaakin ristiriitaisen kuvan heidän tärkeydestään. Sairastunut voi kokea voivansa hallita koko perhettä ja käyttäytyy uhkaavasti, kiristäen vanhempiaan ja sisaruksiaan. Nälkiintyminen heikentää myös sairastuneen ajattelukykyä, mikä näkyy esim. kyvyttömyytenä ymmärtää toisia ihmisiä sekä kokonaisuuksien ja asiayhtenäisyyksien arvioinnin heikentymisenä. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

# 3 BULIMIA NERVOSA ELI AHMIMISHÄIRIÖ

Bulimia nervosa on ruumiinkuvan häiriö, joka kuuluu syömishäiriöihin, mutta on myös mielenterveyden ongelma. Sairaus on hyvin monitekijäinen, johon vaikuttavat sosiokulttuuriset, yksilödynaamiset ja geneettiset tekijät. Ominaista sairaudelle on päivittäinen syömistä hallitseva ajattelu ja lihavuuden pelko. Painon jatkuva tarkkailu ja useita kertoja viikossa esiintyvät ylensyömiskohtaukset kuuluvat sairauteen. Bulimiaa sairastava henkilö syö päivän aikana useita kertoja runsasenergisiä ruokia lyhyessä ajassa. Henkilö kokee syömisen hallinnan puutteen ja ahmimisen jälkeen aiheuttaa itse oksentamisen. Ruoasta yritetään päästä oksentamisen lisäksi eroon ulostus- ja nesteenpoistolääkkeillä sekä liiallisella liikkumisella. Useat bulimia-potilaista ovat sairastaneet anoreksia nervosaa, mutta sairautta voi esiintyä myös anoreksian yhteydessä. Bulimiaa sairastava on tietoinen epänormaalista syömistottumuksestaan, mutta hoitoon ei hakeuduta sairauden syyllisyyden ja häpeän vuoksi. Yleensä ahmimishäiriö ei näy päällepäin. Potilaat ovat yleensä normaalipainoisia ja pystyvät salailemaan pitkään sairautensa. Bulimiankohtauksen voi laukaista satunnaiset mielialat sekä stressi. (Huttunen 2011, hakupäivä 5.4.2012; Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 158-159; Räsänen 2010, hakupäivä 5.4.2012)

Ahmimishäiriöisen noidankehä saa alkunsa tyypillisesti pitkän koulu- tai työpäivän päätteeksi. Olo on väsynyt, levoton ja ahdistunut, sekä syöminen on jäänyt huonoksi tai kokonaan väliin päivän aikana. Kauppaan mennessä mukaan tarttuu herkku jos toinenkin. Pussi vaaleaa leipää, juustoa, sipsi- ja karkkipussi, pari keksipakettia ja suklaalevy. Kotiin saavuttua alkaa syöminen ja noin reilun tunnin päästä kaikki on syöty. Ahmintaa on vaikea lopettaa, ennen kuin olo on tuskallisen täysi. Ahminnan jälkeen ajatus juuri syömästään ruoasta ja ruokamäärästä alkaa masentaa: olo on kauhea ja syömisen mahdottomuus hävettää. Ahmimisista pitää päästä eroon millä keinolla hyvänsä, esimerkiksi oksentamalla, tyhjentämällä suoli ruiskeilla tai lääkkeillä, paastoamalla tai liikkumalla erittäin runsaasti. Tyhjennyskeinojen avulla henkilö pyrkii ryhdistäytymään ja palauttamaan itsekurin ja kunnioituksen se voi tuntua rankaisevalta tai huojentavalta. Jossain vaiheessa tämä ryhdistäytyminen lopahtaa ja ruokaretkahdukset alkavat taas alusta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 19-20)

Bulimiaa tavataan yleisemmin kuin anoreksiaa. Vuosikymmenten aikana ahmimishäiriö on yleistynyt nopeasti länsimaissa. Yleensä sairaus on murrosikäisten tyttöjen ja nuorten naisten häiriö, mutta ajoittain häiriötä tavataan poikienkin keskuudessa. Useimmiten oireet alkavat esiintyä 15-25-vuotiaan nuoren epäonnistuneen laihdutusyrityksen seurauksena, tai nuori aloittaa itsenäisen elämän ja joutuu ottamaan asioista itse enemmän vastuuta sekä kohtaa aikuisuuteen liittyvät asiat ja joutuu sietämään stressitilanteita enemmän. Ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit täyttävät vajaa 10% nuorista naisista, sillä bulimiset oireet ovat yleisempiä. Eri tutkimukset ovat osittaneet, että naisopiskelijoista 20-40% kärsii ajoittaisista bulimiaoireista. (Lepola ym. 2002, 157; Huttunen 2011, hakupäivä 5.4.2012)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa 14-16-vuotiailla nuorilla bulimiaa todettiin 1,8%:lla tytöistä ja 0,3%:lla pojista. Sairauden häpeilyn ja salailun vuoksi, varsinkin yläkoulu ikäisillä tytöillä ahmimishäiriötä lienee todellisuudessa huomattavasti enemmän. Tällöin voidaan bulimiaan altistavaksi tekijäksi ajatella kamppailua kehittyvää ja muuttuvaa vartaloa sekä mieltä kohtaan. Teollistuneen länsimaisen kulttuurin laihuutta ja ulkonäköä korostava kauneuskäsitys, perheessä vallitseva alkoholismi tai vuorovaikutushäiriöt, itsenäistyminen, ongelmat ystäväpiirissä sekä mallikäyttäytyminen voivat olla osatekijöitä bulimiaan altistumiselle. Myös geenit, persoonallisuuden rakenne, lapsuuden onnettomuudet, erityisosaaminen, vanhempien persoonallisuus, fyysinen väkivalta, psyykkinen tai fyysinen sairaus, vaikeat elämäntapahtumat tai menetykset perhepiirissä on ajateltu olevan mahdollisia laukaisevia tekijöitä sairastua myöhemmällä iällä bulimiaan. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei ole voitu todistaa minkään yksiselitteisen asian olevan bulimian taustalla. (Lepola ym. 2002, 155-156; Räsänen 2010, hakupäivä 5.4.2012)

## 3.1 Diagnostiset kriteerit, ICD-10 luokitus

Bulimiaa sairastavista arviolta vain kuudesosa tunnistetaan perusterveydenhuollossa. Oireiden jatkuva salailu on hyvin tyypillistä. Nuoret käyvät kuitenkin valitettavan usein lääkärissä, syynä bulimiasta seuraavien oireiden vuoksi. Tyypillisimmät ongelmat ovat vatsavaivat sekä gynekologiset ongelmat.(Räsänen 2010, hakupäivä 5.4.2012)

Käypähoitosuosituksessa ICD-10- tautiluokitus asettaa ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit seuraavasti:

A) Ylensyömisjaksoja on toistuvasti, vähintään kahdesti viikossa, kolmen viikon ajan. Tällöin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
B) Syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä hallitsee ajattelua.
C) Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavan” vaikutuksen aiheuttamalla itse oksentamisen, olemalla ajoittain syömättä, hillitsemällä ruokahalua lääkkeillä, käyttämällä väärin ulostus-, kilpirauhas- ja nesteenpoistolääkkeitä.
D) Potilaalla on käsitys omasta kehostaan lihavana ja hän pelkää lihomista. Tämä johtaa usein alipainoisuuteen.

Syöminen ja lihavuuden pelko hallitsevat ajattelua ahmimishäiriössä. Potilailla ilmenee hallinnasta karkaavaa kohtauksittaista ylensyömistä, jonka jälkeen heillä on pakottava tarve ryhtyä erilaisiin toimenpiteisiin välttääkseen ruoan lihottavan vaikutuksen. Usein aiheutetaan tahallinen oksentaminen. (Käypähoito 2009, hakupäivä 5.4.2012)

## 3.2 Fyysiset muutokset

Bulimiassa fyysiset muutokset johtuvat pitkälti ahmimisesta, oksentamisesta, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käytöstä. Bulimiaa sairastava voi salata sairautensa jopa vuosikausia, sillä sairautta ei ole helppo tunnistaa pelkistä ulkoisista merkeistä. Toisaalta bulimiapotilaat eivät kiellä yhtä herkästi oireitaan kuin anoreksiapotilaat. Ulkoisesti tapahtuvia muutoksia, joista bulimisen potilaan tunnistaa ovat hammaseroosiot (etenkin ylähampaiden sisäpinnalla), leuanalussylkirauhasten turpoaminen ja poskien pyöristyminen sekä jalkojen turpoaminen. Haastattelemalla saadaan potilaalta paljon tärkeää tietoa, jota ei näy päällepäin. Voi ilmetä esimerkiksi nestevajausta, johtuen oksentamisesta, laksatiivien tai diureettien käytöstä. Henkilö kokee nestevajauksessa huimausta, sydämen tykytystä, lihasheikkoutta tai elektrolyyttihäiriöstä johtuvaa lihasheikkoutta, ärtymystä, rytmihäiriöitä, tajunnantason laskua, väsymystä tai jopa munuaisten toiminnanvajausta ja lihasten hajoamista. Bulimiapotilas voi kokea myös jatkuvaa kylläisyyden tunnetta, pahoinvointia, päänsärkyä, kuukautiskierron häiriöitä, vatsakipuja, hiusten ohenemista sekä sormien rystyset voivat kovettua. (Charpentier 1998, 28)

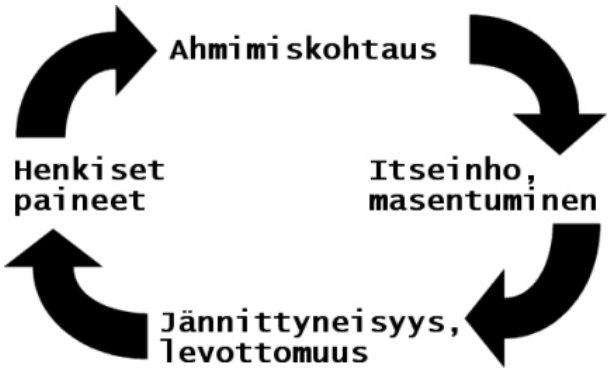
Nestettä ja sen mukana olevaa kloridia menetetään paljon oksennettaessa. Sekä sen aiheuttaman nestevajauksen myötä menetetään paljon kaliumia virtsaan. Tästä seuraa elimistössä kaliumin ja kloridin väheneminen sekä metabolinen alkaloosi (elimistön nesteet muodostuvat liian emäksisiksi). Bikarbonaattia menetetään elimistöstä hyvin runsaasti ulostuslääkettä käytettäessä, tästä seuraa happoylimäärä eli metabolinen asidoosi. Bulimiapotilaiden rytmihäiriöt ja EKG-muutokset (U-aalto) johtuvat lähinnä hypokalemiatilasta. Hypokalemiset oireet alkavat esiintyä yleensä arvolla S-K <3.0 mmol/l. Mitä alhaisemmat arvot, sitä suuremmat ja vaarallisemmat ovat oireet.
Perusaineenvaihdunnan hidastuminen, alhaiset verensokeriarvot sekä vähentynyt insuliinin tuotanto ja eritys ovat bulimiapotilaalla myös mahdollisia. Nämä muutokset ovat yhteydessä epätasaiseen ravinnon saantiin sekä oksenteluun. (Charpentier 1998, 28-29)

Ruoansulatuselimistön muutokset ovat hyvin tavallisia bulimiapotilaalla. Potilailla puuttuu esimerkiksi sensorisspesifi nälän tyydyttyminen eli he voivat syödä ruokaa tavallista runsaammin sekä vatsalaukun tyhjeneminen heillä on hidastunut. Sylkirauhasten suurentumisen tarkkaa syytä ei vielä tiedetä, mutta sen on ajateltu johtuvan runsaasta hiilihydraattipitoisuudesta sekä neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöstä. Hampaat ovat suuressa vaarassa ja rasituksessa oksentamisen vuoksi. Varsinkin silloin, jos oksentamisen jälkeen on tapana harjata hampaat. Tämä entisestään kuluttaa hammaskiillettä. Hammaskariesta ja ientulehduksia raportoidaan myös bulimiapotilailla tavallista enemmän. Oksentamisella on myös suuria haittavaikutuksia ruokatorveen sekä kurkkuun. Se voi aiheuttaa tulehdusmuutoksia, limakalvo ohenee tai jopa pahimmillaan ruokatorvi voi syöpyä rikki sekä äänen käheneminen on hyvin yleistä. Suuret ahmimiset voivat laajentaa vatsalaukkua tai pahimmassa tapauksessa se voi revetä liian suuren ruokamäärän takia. Tämä aiheuttaa akuutin tilanteen tai jopa kuoleman, kun vatsansisältö leviää vatsaonteloon. Haimatulehdukset ovat myös mahdollisia runsaan oksentelun seurauksena. (Charpentier 1998, 29)

Kuivuminen voi aiheuttaa bulimiapotilaille samoin kuin anoreksiapotilaille ummetusta. Jos ummetuslääkkeet ovat pitemmän ajan käytössä, se voi aiheuttaa verenvuotoja ja pahimmillaan toiminnan loppumisen paksusuolessa. Tällöin joudutaan osa paksusuolta poistamaan kirurgisesti. Onneksi toimenpide on harvinainen syömishäiriöpotilailla. Hormonaalisia muutoksia todetaan myös bulimiapotilailla, tosin lievempiä kuin anoreksiapotilailla. Alentuneet sukupuolihormonit sekä muutokset kuukautiskierrossa ovat tavallisimpia ongelmia. Myös ajoittain huomataan kortisolipitoisuuksien muutoksia tapauksesta riippuen. Aivojen välittäjäainesysteemeissä aiheutuu myös muutoksia. Lähtöpitoisuus välittäjäaineissa vaihtelee ihmisten välillä. Tämän perusteella on arveltu, että se voi myös vaikuttaa syömishäiriöiden puhkeamiseen. Välittäjäainetutkimuksia on vaikea toteuttaa luotettavasti, muta tutkimukset ovat kuitenkin hyvin tärkeitä lääkehoidon tehon kannalta. (Charpentier 1998, 29-30)

## 3.3 Psyykkiset muutokset

Yleensä jo ennen ahmimiskohtausta henkilö kokee jännittyneisyyttä ja levottomuutta. Tähän liittyvät sydämentykytystunteet ja hikoilu. Ahmintakohtauksen aikana henkilön huolet unohtuu, levottomuus katoaa ja hän tuntee vapautta. Syömisen jälkeen henkilö voi kokea epäonnistumista tai häpeää ja päätyy oksentamaan tai muulla keinolla tyhjentämään itsensä ruoasta. Myös paastoamisella henkilö pyrkii kompensoimaan ahmitun energian määrää. Oksentaminen ja syömättä olo lisäävät hallitsemattoman syömisen ja ahmimiskohtauksen vaaraa, koska silloin henkilö kokee jännittyneisyyttä ja ahdistusta, mikä taas aloittaa ahmimiskohtauksen. Henkilö joutuu vaikeaan noidankehään (Kuva 2). Jos henkilö ei ahdistuneisuuttaan pysty lievittämään syömällä, esim. jos hänet keskeytetään ahmimiskohtauksesta, henkilö saattaa muuttua hyvin vihamieliseksi. Bulimiaa sairastavalla tavataan hyvin usein psyykkistä masennusta sekä haluttomuutta, ahdistuneisuutta, päihdeongelmia, itsetuhoisuutta, pakko-oireita ja persoonallisuushäiriöitä.(Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 141; Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 220-221; Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012) On arvioitu, että masennuksen esiintyvyys bulimikoilla on kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Näillä psykiatrisilla liitännäisoireilla on taipumusta jatkua ahmimishäiriön korjaantumisen jälkeen vielä pitkään. (Räsänen 2010, hakupäivä 5.4.2012)




KUVA 2 Bulimiapotilaan psyykkinen noidankehä (Terveysnetti, hakupäivä 5.4.2012)

## 3.4 Sosiaaliset muutokset

Bulimiaa sairastava häpeää ja salailee ahmimisoireitaan ja koko sairauttaan. Hän ei halua kenenkään tietävän ruoista ja ruokamääristä joita hän syö salassa. Sosiaalinen kanssakäynti voi muuttua ja henkilö voi eristäytyä muista nopeasti. Ahmimishäiriötä sairastava henkilö haluaa olla yksin kun hän syö ja syömisen jälkeen keskittyy tyhjentämään vatsansa. Oma aika voi kulua rankan urheilun parissa tai kotona syömis-oksentamiskierteen keskellä. Muiden seurassa henkilö pyrkii syömään normaalisti, hilliten syömishimoaan.(Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

# 4 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO JA ENNUSTE

Terveydenhuolto Suomessa on kattava. Ensin lasten kasvua ja kehitystä seurataan neuvolassa, josta se siirtyy koulun alkaessa kouluterveydenhuoltoon. Näin lapsi opitaan tuntemaan, ja mahdolliset muutokset pyritään huomaamaan lapsessa varhaisessa vaiheessa. Kouluterveydenhoitaja tekee yhteistyötä vanhempien kanssa. Luottamuksen vuoksi vanhempiin otetaan yhteyttä vain oppilaan suostumuksesta. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 71-72)

Syömishäiriöt ovat vakavia, pitkäaikaisia ja ennusteeltaan huonosti paranevia mielenterveydenhäiriöitä. On tärkeää, että potilas saadaan nopeasti hoitoon, jotta paranemisprosessi on nopeampaa. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 102-103) Sairaus huomataan yleensä vasta jonkin aikaa jatkuneen sairauden myötä. Sairastunut ei yleensä itse hakeudu hoitoon eikä ole huolissaan omasta syömisestään eikä painon putoamisesta. Huomion muutoksista tekee yleensä kaveri, vanhemmat, sisarukset tai opettajat. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 72) Terveydenhuollossa tunnistetaan vain puolet anoreksiaan sairastuneista, ja kaikista syömishäiriöisistä vain yksi kolmesta saa asianmukaista hoitoa. Nykyisin paranemista pidetään todennäköisempänä kuin kroonistumista. Vaikeimmistakin sairaustapauksista anoreksiassa ja bulimiassa noin puolet pääsee irti oireiluistaan. Kolmanneksella sairaus jatkuu ajoittaisena ja lopuilla 10- 20 % se kroonistuu. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 46-69, 102) Anoreksiaan sairastaneista 70 % toipuu täysin ennen kolmeakymmentä vuotta. Yli kymmenen vuotta sairastaneiden kuolleisuus on 5-10 %. Yleisimmin kuolinsyynä ovat itsemurhat. (Ekström & Koskinen 2009, 8) On muistettava että, myös kroonistunut sairastaja voi parantua. Yleensä aikuisten sairautta on vaikeampi hoitaa ja ennuste on huonompi kuin nuorella. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 102)

Käypähoitosuosituksen 2009 mukaan anoreksia nervosaan sairastuneet pojat tulevat tyttöjä harvemmin hoidon piiriin. Hoitoon tullessa heillä on pahempia komplikaatioita, kuin tytöillä. Heillä on myös yleisimmin bulimia anoreksian lisänä. Se on yleisempää homo- ja bi-miehillä kuin heteroseksuaaleilla. Sairaudessa esiintyviä psyykkisiä häiriöitä kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä ja muita psykiatrisia häiriöitä esiintyy myös miesten keskuudessa enemmän, mikä vaikeuttaa syömishäiriöstä paranemista. (Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

Syömishäiriöiden hoito alkoi kehittyä 90-luvulla monitasoiseksi, monen ammattikunnan väliseksi yhteistyöksi. Perusterveydenhuollolla, varsinkin koulu-, opiskelu- ja työterveydenhuollolla sekä terveyskeskuksilla, on tärkeä rooli syömishäiriön tunnistamisessa, jatkohoidon arvioimisessa ja ohjaamisessa. Syömishäiriöön sairastuneen hoito pyritään järjestämään avohoidossa. Hoitojen tehokkuudesta on hyvin vähän näyttöä, eikä siihen tunneta lääkehoitoa. Tämän vuoksi hoito on oireenmukaista. Oireilun kesto on usein useita vuosia kestävää, joten paraneminen vie aikaa. (Syömishäiriöliitto, hakupäivä 5.4.2012; Keski- Rahkonen ym. 2010, 104-105)

Hoidon tavoitteena ovat painon ja syömiskäyttäytymisen normalisoituminen, psyykkisten oireiden lieventyminen ja fyysisten vaurioiden korjaantuminen. Hoito järjestetään yksilöllisesti, sairauden vakavuudesta riippuen. Moniammatillisen tiimin myötä jokainen osa-alue tulee hoidetuksi. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 60)

Ensi kontaktit sairastuneen kanssa ovat tärkeitä, sillä luottamus suhteen luominen sairastuneen kanssa ei ole niin helppoa. Keskustelut eivät koskaan ole turhia. Ne voivat varhaisessa vaiheessa havahduttaa nuoren, jonka myötä häiriöt korjaantuvat. Lievissä tapauksissa voidaan pitää seurantakäyntejä esim. kerran kuukaudessa. Tarvittaessa nuori ohjataan jatkohoitoon muualle. Yleensä syömishäiriöyksikköön. (Syömishäiriöliitto, hakupäivä 5.4.2012)

Hoito ei onnistu eikä näkyviin lopputuloksiin päästä ilman potilaan omaa tahtoa ja sinnikkyyttä. Hoitoon pääsyllä on kiire, kun paino putoaa rajusti, oksentaminen ja ahmiminen on tiheää tai jos henkilöllä on itsemurha ajatuksia. Kehon vauriot on saatava pysähtymään nopeasti. Vakavissa tilanteissa potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Hoitoihin tulee osallistua toiminta-, ravitsemus- ja fysioterapeutti, syömishäiriön asiantunteva psykologi, psykiatri tai psykiatrien erikoissairaanhoitaja, joka tekee tiivistä yhteistyötä lääkärin kanssa. Hoidot koostuvat pääasiassa ravitsemusneuvonnasta, huolellisesta painon seurannasta, psyko- tai perheterapiasta ja mielenterveyshoidosta. Erilaisista terapiamuodoista on tarkempaa tietoa liitteessä 2. Usein psyykkiset oireet peittyvät näkyvien syömishäiriöiden alle, joten syömiskäyttäytymiseen puututaan yleensä aluksi ja pahimpien oireiden väistyessä paneudutaan psyykkisten ongelmien

korjaamiseen. (Syömishäiriöliitto SYLI ry, hakupäivä 5.4.2012) Lääkehoidosta ei ole apua, ellei sairastunut kärsi samanaikaisesti masennuksesta. Bulimia ja ahmimishäiriö potilaiden kohdalla sairaalahoito ei yleensä ole tarpeet, vaan he saavat riittävän informaation ja tuen avohoidossa. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 90; Syömishäiriöliitto SYLI ry, hakupäivä 5.4.2012; Syömishäiriökeskus, hakupäivä 5.4.2012)

Syömishäiriöisille ja hänen läheisilleen on tarjolla myös vertaistukea. Vertaistuki on maksuton ja vapaaehtoinen. Se on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu, joka antaa mahdollisuuden samassa tilanteessa oleville ihmisille vastavuoroisen kokemusten vaihdon ja toisten tukemisen. Se antaa toivoa, auttaa löytämään jäljellä olevia voimavaroja ja auttaa selviytymään vaikeista elämäntilanteista. Ryhmät ovat avoimia ja kaikki ovat tervetulleita. Ryhmiin ei tarvitse sitoutua eikä omaa yksityisyyttään tarvitse paljastaa. Tunneille voi mennä kuuntelemaan ja arvioimaan onko tästä tuki muodosta hyötyä itselleen. Ryhmissä kannustetaan tuomaan esille omia kokemuksia ja täten pääsemään eroon sairauden tuomasta häpeän leimasta. Toisista välittäminen, arvostaminen, kunnioittaminen ja toisiin jäseniin luottaminen ja keskusteluiden avoimuus tarjoaa tilaisuuden kohtalotovereiden tapaamiseen. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 222) Syömishäiriötä sairastavien läheisten ryhmiä vetävät yleensä sairastuneiden äidit ja syömishäiriöön sairastuneiden ryhmiä vetävät yleensä itse sairastaneet ja siitä toipuneet henkilöt. (Syömishäiriöliitto SYLI ry, hakupäivä 5.4.2012) Vertaistukiryhmiä on tarjolla jäsenyhdistyksillä ympäri Suomea. (Keski- Rahkonen ym. 2010, 223) Vertaistukea voi saada myös sähköpostitse, joka on hyvä sellaisille jotka haluavat purkaa kokemuksiaan ja ajatuksiaan kirjoittamalla. Myös silloin kuin paikkakunnalla ei ole tarjolla vertaistukiryhmiä tai vertaistuki ryhmään meneminen tuntuu vaikealta, on sähköposti vertaistuki silloin tarpeen. Sähköpostin kautta tukijana toimii myös itse sairauden kokenut ja siitä yli päässyt. (Syömishäiriöliitto SYLI ry, hakupäivä 5.4.2012)

# 5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää osallistujien näkökulma. Tekijä on kiinnostunut mielipiteistä ja haastateltavan elämästä. Tutkimusta ohjaavat mitä -, miksi -, ja miten -kysymykset. Nämä myös määräävät tutkimustehtävät, jotka voivat muuttua tai tarkentua tutkimuksen kulun yhteydessä. Tutkimukseen valitaan henkilöitä tarkoituksen mukaisuuden perusteella, mukana tutkimuksessa ovat ne henkilöt joilla tutkittavasta asiasta on kokemusta. Osallistujia laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vähän. Silloin pyritään keräämään mahdollisimman rikas aineisto aiheesta. Aineistoa kerätään erilaisten menetelmien kautta, kuten haastattelemalla. Aineisto on usein laaja pienestä osallistuja määrästä huolimatta. Tutkimuksen pyrkimyksenä on, että tutkittavasta aiheesta on vähän tietoa, sillä laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa teoriaa ja tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-29)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla nuorena syömishäiriötä sairastaneiden henkilöiden omakohtaisia kokemuksia, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen näkökulman kautta. Tutkimus käsittelee niin tyttöjen kuin poikien syömishäiriöitä. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa meitä ymmärtämään syömishäiriötä sairastavan nuoren oireita ja ajatusmaailmaa. Tämä tarkoitus ja tavoite tulevat auttamaan meitä tulevina terveydenhoitajina ymmärtämään syömishäiriötä sairastavien potilaiden oirekuvaa näiltä kolmelta eri näkökulmalta. Saamamme todenmukainen tieto auttaa meitä tulevaisuudessa puuttumaan varhain yksilön mahdollisiin muutoksiin, kohtaamaan sairastunut omana itsenään sekä takaamaan hänelle laadukas, hyvä ja ymmärryksen mukainen hoito.

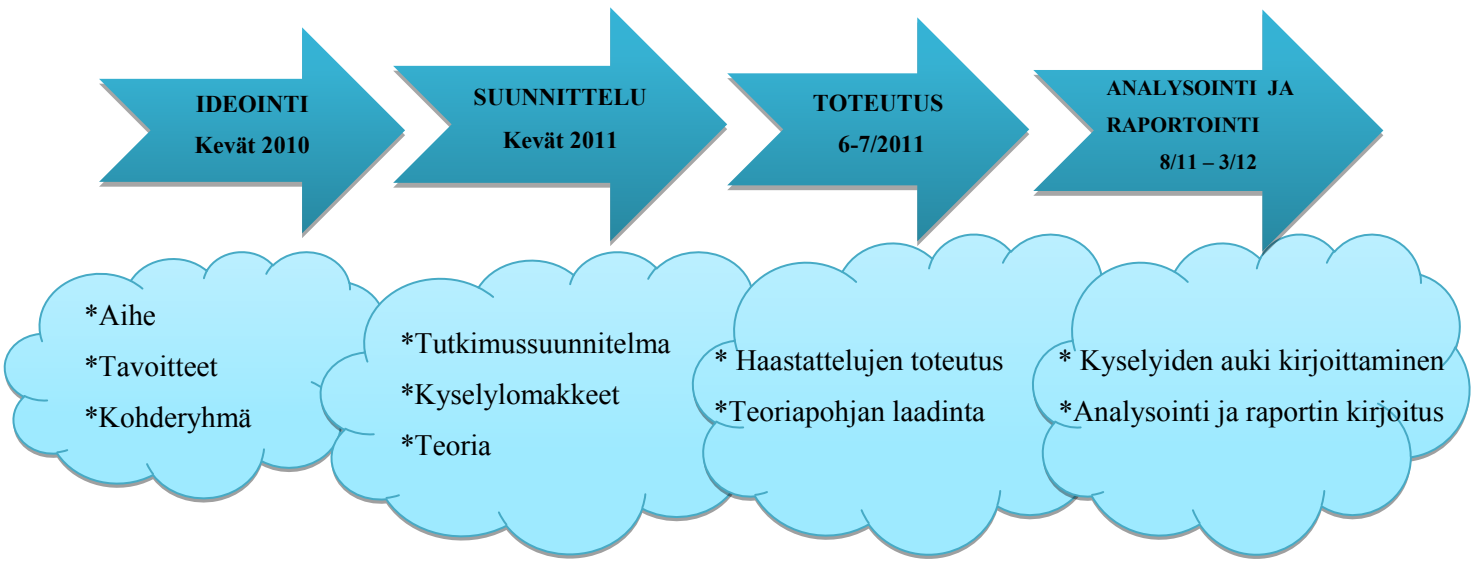
Tutkimustehtäviksemme muodostuivat 1. Minkälaisia ovat syömishäiriöiden fyysiset muutokset? 2. Minkälaisia ovat syömishäiriöiden psyykkiset muutokset? 3. Minkälaisia ovat syömishäiriöiden sosiaaliset muutokset?

# 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja ymmärtäminen. Tutkija pyrkii tutkimaan tiettyä asiaa kokonaisvaltaisesti, löytäen ja paljastaen tosiasioita. Tutkittavana on tutkimukseen tarkoituksen mukaisesti valittu ihminen, joten tietoa voidaan kerätä luonnollisissa tilanteissa. Aineiston hankinnan metodeina käytetään mm. teemahaastatteluja, havainnointia ja asioita tarkastellaan yksityiskohtaisesti jolloin tutkittavan näkökulmat ja ääni saadaan esille. Tutkimus aloitetaan yleensä kentän kartoittamisella ja toteutetaan joustavasti jolloin suunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161, 164)

Saimme opinnäytetyöllemme myöntävän vastauksen toukokuussa 2011. Taulukossa 1 kuvataan opinnäytetyöprosessia, ajankohdat ja toteutuneet tehtävät.

TAULUKKO 1 Opinnäytetyöprosessi



## 6.1 Aineistonkeruu

Laadullinen tutkimus on hyvin monivaiheinen prosessi. Tekijöiden tulee kerätä taustatietoja osallistujista, aineiston ja muistiinpanoja tutkimusprosessista. Tutkimuksen tulokset kontekstualisoidaan eli kerrotaan, minkälaiset ihmiset kyselyyn osallistuivat. Taustatietojen keräämisessä tulee huomioida eettiset näkökulmat. Mitä tietoja tutkimukseen halutaan kerätä ja miten ne tallennetaan. Laadulliseen terveystutkimukseen osallistuvan henkilön tulee olla tutkimukseen asetettujen kriteerien täyttävä. Osallistuja kertoo tutkimuskohteesta oman kokemusperän mukaisesti. (Kylmä ym. 2007, 76)

Ennen aineiston keruuta tutkimukseen osallistuvat olivat allekirjoittaneet suostumuslomakkeet. Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella, sähköpostin välityksellä, kesällä 2011. Sähköpostia voi hyödyntää aineiston keruussa. Siinä kannattaa käyttää avoimia lyhyitä kysymyksiä. Tämä menetelmä toimii hyvin rajatussa kysymyksen asettelussa rajatulle ryhmälle. Etuna sähköpostikyselyssä on sen nopea lähettäminen suurellekin joukolle sekä tutkimuksentekijä saa aineiston kirjallisessa muodossa. Sähköpostikyselyn hankaluutena pidetään henkilökohtaisen kontaktin muodostumattomuutta osallistujan ja tutkimuksen tekijän välille. (Kylmä ym. 2007, 104)

Kyselylomake koostui kahdeksasta avoimesta kysymyksestä, joihin vastaajat saivat vastata niin laajalti kuin itse halusivat. (Liite 2) Kyselyssä haimme vastauksia syömishäiriöiden aiheuttamiin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin. Halusimme saada myös todenmukaista tietoa siitä kuinka nuoren syömishäiriöt saavat alkunsa. Tutkimuslupa anottiin marraskuussa 2010, johon saimme myöntävän vastauksen pian tämän jälkeen. Suunnitelman työstämisen aloitimme joulukuussa 2010 ja saimme sen hyväksytyksi kesäkuussa 2011. Opinnäytetyötämme aloimme työstämään heti kesän aikana, keräämällä teoria tietoa aiheestamme sekä toteuttamalla kyselymme sähköpostitse. Kyselyiden vastaamisen aikarajaksi laitoimme kaksi viikkoa. Yksi haastateltava perui osallistumisensa omien heikkojen voimavarojensa vuoksi. Muut osallistujat vastasivat kaikkiin kysymyksiin laajasti.

## 6.2 Tutkimushenkilöt

Tutkimuksessa selvitettiin avoimen kyselylomakkeen avulla syömishäiriötä sairastaneiden kokemuksia nuorena sairastamisesta. Kohderyhmänä on kolme anoreksia nervosaa sairastunutta: kaksi naista ja yksi miespuolinen. Osallistujat olivat eri puolilta Suomea. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Kyselyyn sai osallistua ne vapaaehtoiset aikuiset, jotka olivat sairastaneet lapsena ja nuorena anoreksiaa tai bulimiaa ja saaneet siihen apua. Haastateltavia kyseltiin syömishäiriöliitto, SYLI ry:ltä. Tätä kautta saimme yhden osallistujan, mutta hän joutui perumaan kyselyyn osallistumisen huonon kuntonsa vuoksi. Loput osallistujat saimme omien sosiaalisten verkostojemme kautta, jotka taas kertoivat omille syömishäiriötä sairastaville tuttavilleen opinnäytetyöstämme. Mukaanottokriteereinä olivat lapsena tai nuorena diagnosoitu anoreksia nervosa tai bulimia nervosa sekä täysi-ikäisyys. Valitettavasti emme saaneet opinnäytetyöhömme ainuttakaan kokemusperäistä tietoa ainoastaan bulimia nervosan sairastamisesta. Kuitenkin jokaisella tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä oli esiintynyt bulimisia oireita sekä yksi vastaajista oli sairastanut bulimiaa ennen anoreksia nervosan diagnosointia.

Lähetimme sähköpostitse saatekirjeet kesäkuussa 2011 kriteerit täyttäneille ja tutkimuksesta kiinnostuneille henkilöille (Liite 3). Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Suostumuksen haastateltaviksi saimme kolmelta. He olivat 22-30-vuotiaita. Haastateltavat ottivat meihin yhteyttä puhelimitse sekä sähköpostin välityksellä. Suostumusten jälkeen lähetimme haastateltaville avoimen kahdeksan kysymyksen mittaisen kyselylomakkeen, johon he saivat vastata niin pitkästi kuin halusivat.

## 6.3 Aineiston analysointi

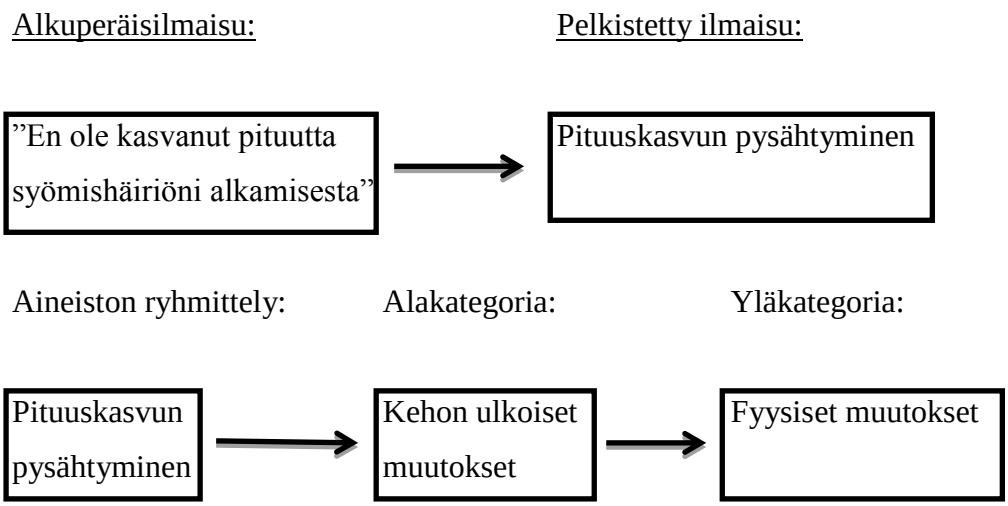
Analyysissä selviää, minkälaisia vastauksia ongelmiin saadaan. Kun tutkittavaa kohdetta halutaan ymmärtää, käytetään siihen laadullista analysointia ja päätelmien tekoa. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analysointia joka on yksityiskohtaista tarkastelua. Analysointi tapahtuu aineiston keruun yhteydessä. Runsas ja elämänläheinen aineisto tekee analyysivaiheesta haastavan ja mielenkiintoisen.

Päätelmien teossa asioita puntaroidaan kriittisesti ja niitä analysoidaan ja kehitellään synteesejä pääasioista. Tutkija viettää aikaa tutkimuksen analysoinnin kanssa usein viikkoja ja jopa kuukausia, jotta ymmärtäisi oikein mitä haastateltava haluaa kertoa. Metodien avulla pyritään löytämään ongelmiin ratkaisuja. (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 223-225)

Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät ohjaavat aineiston analysointia. On mietittävä mitä aineisto kertoo. Analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä saadun aineiston avulla. Sisällönanalyysi on perustyöväline laadullisessa aineiston analyysissä. Analyysissä sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. Siinä haetaan vastauksia tutkimustehtäviin. Prosessi voidaan jakaa analyysi- ja tulkintavaiheeseen. Analyysi vaiheessa aineisto puretaan osiin ja tulkinnassa nämä osiot muokataan uudelleen. Aineistolähtöisyydessä keskeisenä pidetään sitä, että aineisto kertoo omaa tarinaansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä ym. 2007, 66, 112-113)

Induktiivisessa eli aineistosta lähtevässä analyysiprosessissa on kolme vaihetta, aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämisessä saadusta aineistosta kerätään ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtäviin. Meidän työn kohdalla tutkimustehtävinä toimii fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset. Ryhmittelyssä samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan eli alakategoriaan. Kategorialle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5-7)

Kuvio 1 havainnollistaa kuinka analyysissä edettiin ja kuinka lopputuloksiin päästiin. Aineiston analyysi aloitettiin tutustumalla kyselylomakeaineistoon. Aineistosta nostimme esille tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia, psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset muutokset, peilaten niitä edellä kirjoitettuun teoriaan. Aineistojen alkuperäisilmaisut pelkistettiin, samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin ryhmiksi ja niistä muodostettiin alakategorioita. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioita yhdistämällä.




KUVIO 1 Analyysin eteneminen

# 7 TUTKIMUSTULOKSET

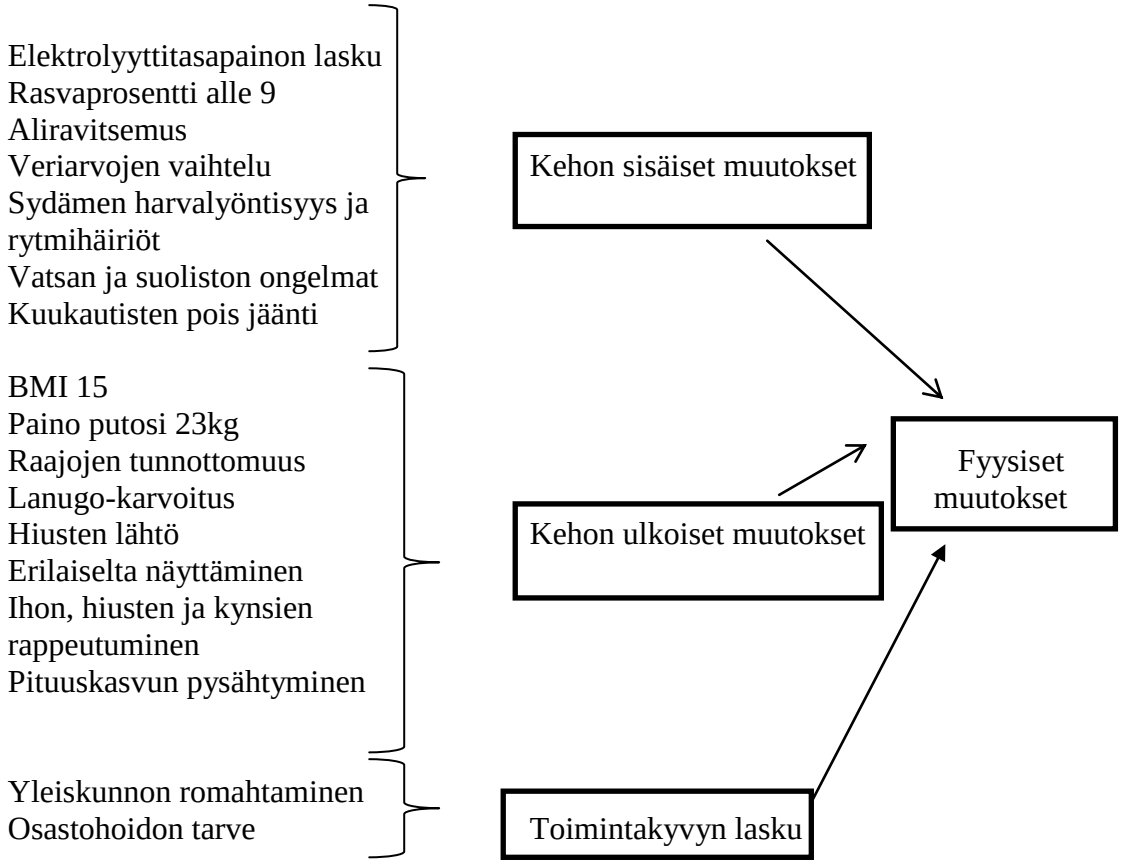
Tutkimuksen tekijä kuvaa keskeiset tutkimustulokset sekä niiden yhteyttä tutkittavaan aineistoon. Suorilla lainauksilla voidaan osoittaa yhteys tutkimusaineistoon. Lainaukset osoittavat tutkimuksen ja tutkittavan aineiston välisiä yhtenäisyyksiä. Lainaukset voivat olla muutaman lauseen tai jopa sivun mittaisia. On huomioitava ettei lainauksista tule ilmi tutkimukseen osallistuva. Tulosten yhteenveto auttaa hahmottamaan keskeiset tulokset. Jäsentämisen apuna on hyvä käyttää erilaisia taulukoita ja kuvioita. Tutkimustulokset tarkastellaan ja pohditaan mielellään tutkimustehtävittäin. (Kylmä ym. 2007, 167-168)

Tutkimukseen osallistuista jokainen oli sairastanut anoreksia nervosan 15-20 vuoden ikäisenä. Kaksi osallistujaa oli ollut sairaalahoidossa vakavan tilanteen vuoksi. Jokainen kuitenkin on saanut psyykkistä apua, niin psykiatrilta kuin terapiastakin. Jokaisen kohdalla tuli esille miten sairaus on saanut alkunsa, esim. ikävän palautteen, huonon itsetunnon ja epäonnistumisten vuoksi. Kukaan ei sanonut olevansa täysin parantunut. Enimmäkseen sairaus oli psyykkiseltä osalta läsnä. Jokainen koki stressin laukaisevana tekijänä oireiden ajoittaiseen esiintymiseen. Paranemisen auttavana tekijänä pidettiin tukiverkostoa, perhettä, poikaystävää ja kouluterveydenhoitajaa.

Tutkimustehtävien mukaisesti yläkategorioiksi meidän työssämme nousivat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset. Seuraavaksi kuvailemme havainnollisesti suunnittelemiemme kuvioiden 2-4 avulla sekä suorin lainauksin kuinka pääsimme tutkimustuloksiin kunkin tutkimustehtävän kohdalla.

## 7.1 Fyysiset muutokset

Tutkimustuloksissa tuli hyvin ilmi teoriassa esiin tulleet konkreettiset muutokset niin kehonsisäisissä kuin ulkoisissa muutoksissa.




KUVIO 2 Fyysiset muutokset

Kehonsisäisinä muutoksina vastaajilla esiintyi aliravitsemuksesta johtuvia hormonaalisia muutoksia, sydän- ja verenkiertoelimistön-, ruoansulatuskanavan- ja nestetasapainoarvojen muutoksia sekä erilaisia puutostiloja.

*” Sydämen harvalyöntisyys ja rytmihäiriöt on jokapäiväistä, samoin vatsan ja suoliston ongelmat. ”*

*”Kuukautiseni jäivät pois.”*

Ulkoisina muutoksina olivat jokaisella silminnähtävä laihtuminen ja sen myötä puberteetin, kasvun ja kehityksen pysähtyminen. Osalla vastanneista myös ihon, hiuksien ja kynsien kunto rappeutui ja lanugo-karvoitusta esiintyi ympäri kehoa. Kukaan vastanneista ei ilmoittanut hampaiden kunnon huonontumisesta, vaikka oksentaminen oli suurella osalla yleistä.

*”Paino putosi -23kg”*

*”Hiusten, ihon ja kynsien kunto rappeutui”*

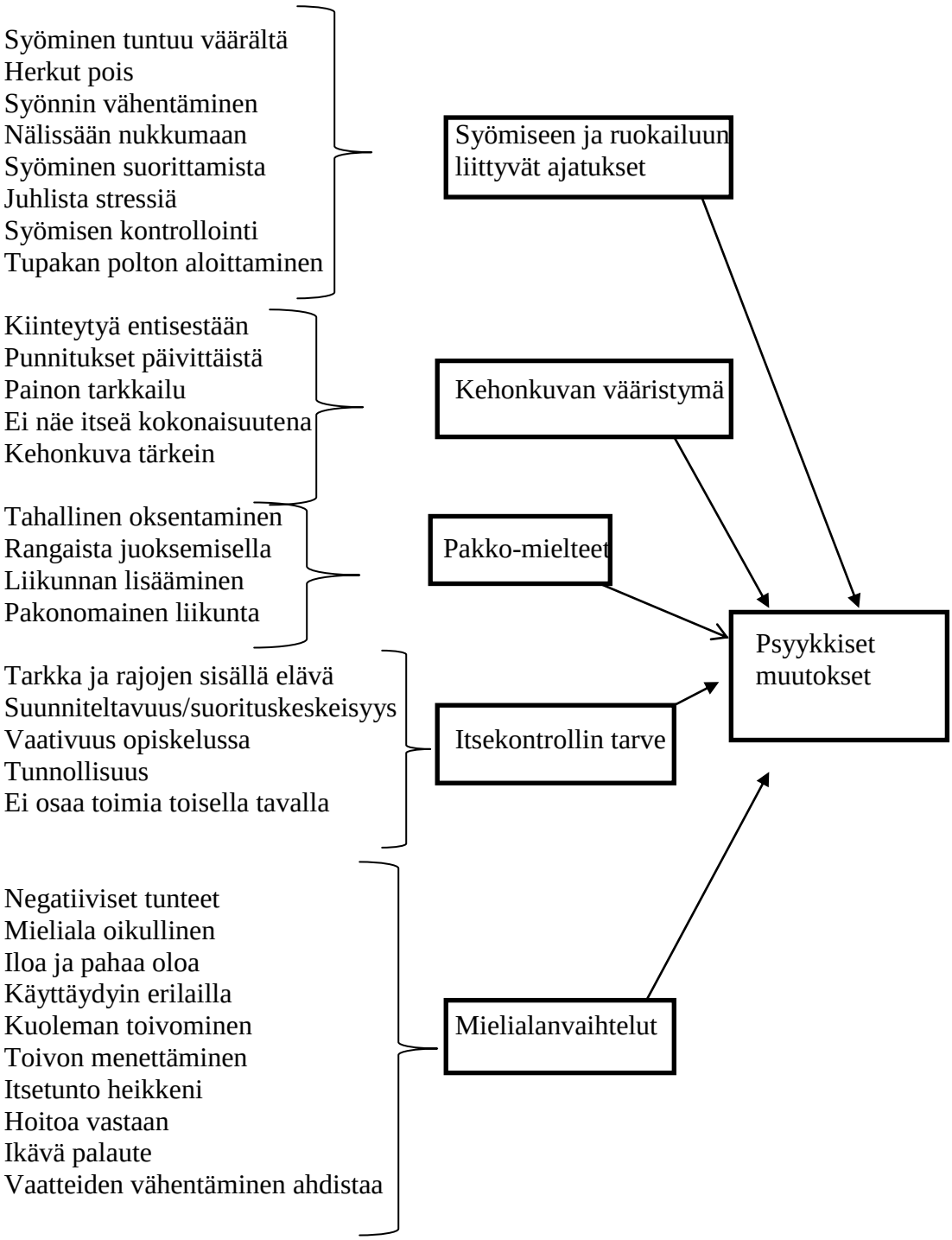
Osa vastanneista oli joutunut toimintakyvyn vakavan romahtamisen vuoksi osastohoitoon. Lisäksi suurella osalla esiintyi poikkeavaa voimattomuutta ja väsymistä.

*”Jouduin osastohoitoon lasten- ja nuorten osastolle.”*

*”Olen huomannut voimattomuutta ja totaalista väsymistä.”*

## 7.2 Psyykkiset muutokset

Kuten aiemmin opinnäytetyössä kerroimme, syömishäiriöt ovat psykosomaattisia mielen ja kehon sairauksia. Sairaus muuttaa omaa ajatusmaailmaa ja omaa käsitystä itsestä. Nämä psyykkiset muutokset nousevat hyvin esille vastaajien kesken.




KUVIO 3 Psyykkiset muutokset

Syömiseen ja ruokailuun liittyvät ajatukset olivat hyvin vahvoja psyykkisiä oireita. Ruoka- aineet oli jaoteltu sallittuihin ja kiellettyihin. Pienikin lipsahdus sai aikaan sairastuneessa ahdistuneisuutta ja sen myötä jonkinlaisen rankaisumuodon, esim. paaston tai ylenpalttisen liikunnan harrastamisen lisäämisen. Yksi vastaajista kertoi aloittaneensa myös tupakan polton, jotta hänen näläntunteensa kaikkoaisi. Juhlat tuottivat jokaiselle stressiä, sillä tilaisuuksissa oli tarjolla niin paljon ns. kiellettyjä ruoka-aineita. Myös ympärillä oleva ihmisjoukko tuotti ahdistusta syömisen kannalta.

*”… syömisestä tuli olo, että nyt on tekemässä jotakin väärin.”*

*”Päätin rangaista itseäni tuplamäärällä juoksemisella.”*

*”Ruoka-aine kerrallaan vähensin syömistäni ja sallittujen aineiden listaa.”*

*”Pyrin kontrolloimaan syömistäni juhlien jälkeen lisäämällä liikuntaa ja syömällä niukasti”*

Jokaisen kehonkuva oli vääristynyt. Itseä ei osattu katsoa kokonaisuutena. Omakuva oli ”epätäydellinen”, eli lihava. Vaaka ja mittanauha kertoivat kaiken. Päivittäiset punnituksen ja mm. reiden ympärysmittaukset kuuluivat jokaisen elämään. Vaikka tavoitepaino oli saavutettu, siihen ei oltu tyytyväisiä. Jokainen halusi kiinteytyä sekä laihtua entisestään.

*”Peilistä katsoo itseään palasina, pieninä lokeroina ja muotoina. Puristelee, vääntelee ja kääntelee. Ei osaa nähdä itseään enää kokonaisuutena, vaan pieninä paloina. En näe omaa kehoani.”*

*”Punnitukset muuttuivat viikoittaisiksi ja lopulta päivittäisiksi.”*

*”Mitä enemmän paino laski, sitä enemmän itseltäni vaadin.”*

Pakko-oireet olivat kyselyyn vastanneilla päivittäisiä. Ylenpalttinen, pakonomainen liikunnan harrastaminen ja painon tarkkailu tuli kaikilla esille. Osalla vastaajista esiintyi myös tahallista oksentamista.

*”Lisäsin liikunnan maximiin.. Usean tunnin kestävät kuntoilut päivittäin.”*

*”Esim. parin tunnin hölkkä, tunnista kolmeen tuntiin kuntopyöräilyä ja kamppailulajin harjoitukset.”*

Vastaajat kertoivat että kaikki tekeminen oli suunniteltava ja suoritettava. Elämä oli hyvin kireää, eikä asioiden suhteen osattu joustaa. Jokaisella tuli myös selkeästi esille täydellisyyteen pyrkiminen. Oli onnistuttava erinomaisesti tilanteessa kuin tilanteessa.

*”Vaadin itseltäni täydet arvosanat, en halua olla hyvä, haluan olla alani paras. Teen töitä välillä ehkä liiankin tunnollisesti, uudestaan ja uudestaan.”*

*”Huolettomasta tytöstä tarkaksi ja rajojen sisällä eläväksi hermorauniokси.”*

Kyselymme osoitti että mielialat vaihtelivat sairauden myötä räjähtävin seurauksin raivokohtauksina ja epävaakana tunne-elämänä. Vastanneiden mielestä tähän osasyynä oli nälkiintyminen. Jos rutiininomainen elämä häiriintyi, vihanpurkaukset olivat hyvin yleisiä. Väsymistä oli myös osalla vastaajista, mutta unettomuudesta he eivät puhuneet mitään. Vastaajilla esiintyi myös masentuneisuutta, ahdistuneisuushäiriötä ja paniikkihäiriötä. Itsemurha ajatukset olivat olleet mielessä yhdellä vastaajista.

*”Saatan herätä iloisena ja kohta itken pahaaoloa.”*

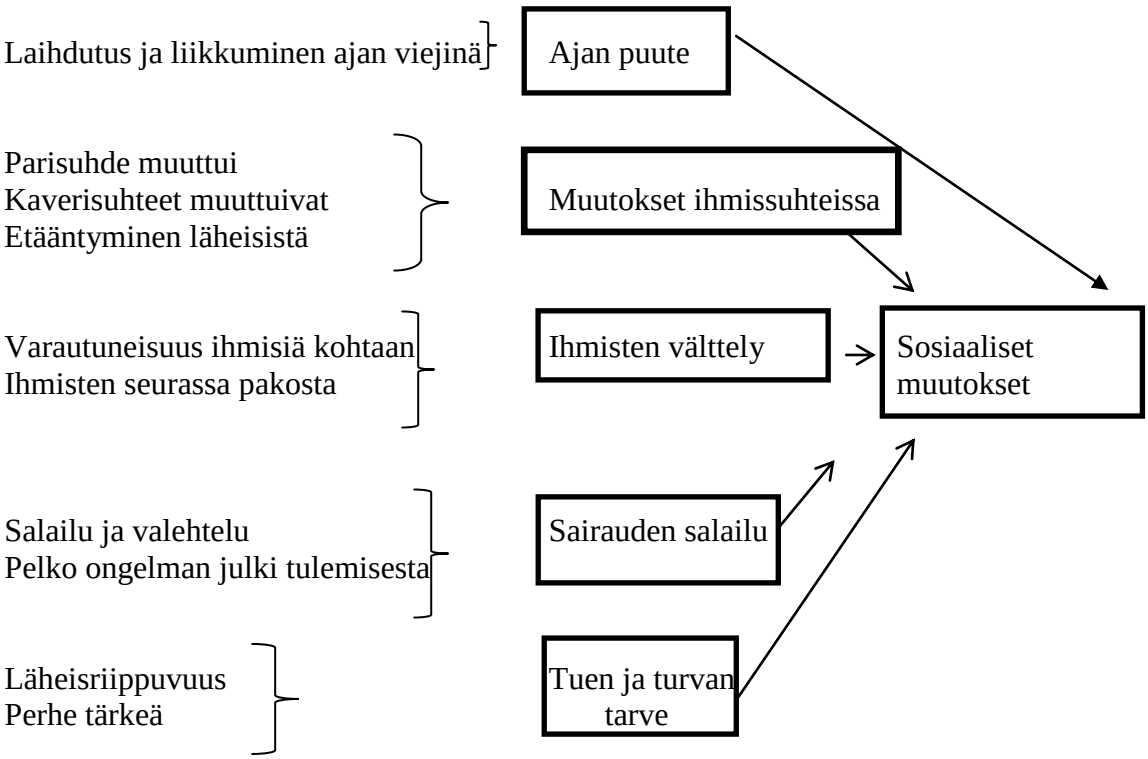
*”Mieliala oli todella oikullinen”*

*”Myöhemmin olen saanut mm. masennus-diagnoosin”*

*”En nähnyt toivoa yhtään mihinkään. Joskus toivoin kuolema, sillä en jaksanut nähdä mitään muuta.”*

7.3 Sosiaaliset muutokset

Edellä mainitut anoreksia nervosan erilaiset sairauden tuomat sosiaaliset muutokset tulevat esille selkeästi myös tutkimustuloksissa.




KUVIO 4 Sosiaaliset muutokset

Sairastuneen aika alkaa kulua liikuntaa harrastaessa. Henkilön aika ei riitä pitämään yllä sosiaalisia suhteita, vaan niitä pidetään ajan hukkana. Tutkimustuloksissa tuli ilmi liikkumisen ja laihduttamisen olevan tärkeämpiä kuin sosiaaliset suhteet.

*”Etäännyin perheestäni ja läheisistäni sekä ystävistäni. Käperryin kuoreeni, enkä päästänyt muita lähelleni…”*

*” En edes muista olleeni koskaan 17-vuotias. Mitä muut sen ikäiset tekee? En tiedä.”*

Sairauden myötä, vuorovaikutustaidot ja sosiaaliset tilanteet tuottivat hankaluuksia. Hankalaan sosiaaliseen kanssakäymisen yhteyteen nousi esille myös sairastuneiden huono itsetunto. Sosiaaliset tilanteet tuntuivat ahdistavilta, voimia vieviltä, sekä suorituskeskeisiltä. Näiden vuoksi tilanteita pyrittiin välttämään.

*”Ihmisten kanssa oleminen vaati suurta kulissin ylläpitämistä…olin ihmisten seurassa sen mitä oli pakko”*

Sairauden valehtelu ja peittely oli hyvin yleistä. Pelkona oli, että tieto sairaudesta leviäisi läheisten keskuuteen. Sosiaalisia tilanteita vältettiin myös mm. julkisen syömisen välttelyn vuoksi.

*”Pelkäsin kuollakseni, että joku – etenkin kaveripiiristäni saisi tietää ”tyttömäisestä” ongelmastani.”*

*”Koulussa en ole pystynyt syömään kertaakaan tähän päivään mennessä.”*

Tutkimus osoitti perheen olleen ensisijaisen tärkeä tuen ja turvan vuoksi, vaikka sairastunut antoi käyttäytymisellään ristiriitaisen kuvan perheen tärkeydestä.

*”Tärkein kaikista on perhe.”*

# 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kokemuspohjaiset tutkimukset kiinnostavat lukijaa enemmän ja antavat ymmärrystä sairastunutta kohtaan. Ammatillisesta näkökulmasta, myös asiakkaan/potilaan auttaminen ja hänen tilanteensa ymmärtäminen on helpompaa, kun on tietoa niin teoriasta kuin sairastuneen kokemuksista. Asiakasta ja hänen omaisiaan on helpompi lähestyä ja tukea kun omaa tietoa mahdollisimman monipuolisesti. Näin kertoo myös Kylmä & Juvakka (2007), teoksessaan Laadullinen terveystutkimus.

Sosiaalisissa muutoksissa nuoren eristäytyminen omaan maailmaansa korostuu merkittävästi tutkimustuloksissa. Tähän viittaavat niin ajan puute, sairauden salailu kuin ihmissuhteiden kaventuminen. Sosiaalisten suhteiden väheneminen altistaa myös herkästi liitännäis-sairauksille kuten masennukselle. Näin toteaa myös Helsingin syömishäiriökeskuksen toiminnanjohtaja Pia Charpentier useissa teoksissaan sekä artikkeleissaan. Keski- Rahkonen ym. (2010) tuovat esille teoksessaan Syömishäiriöt, kuinka sairastunut pitää perhettään erittäin tärkeänä ja kaipaa heiltä tukea ja turvaa.

Toimintakyvyn lasku on tulos sairauden aiheuttamista kehon sisäisistä ja ulkoisista muutoksista. Yleensä sairaus tulee ilmi ulkopuolisille kun ulkoiset muutokset ovat jo silmin nähtävät. Raju laihtuminen, hiusten lähtö ja ihon huono kunto ovat näistä huomattavimpia yleisiä oireita. Sairastunut itse havahtuu sairauteensa vakavasti huomatessaan kuukautisten jäävän pois, vatsan ja suoliston ongelmien tullessa ilmi tai sydänperäisten ongelmien, kuten rytmihäiriöiden vaivaavan. Näin kertoo psykiatrian erikoislääkäri Huttunen Matti, Duodecim:n Terveyskirjaston Internet-sivuilla.

Psyykkisenä häiriönä ilmenee ruumiinkuvan vääristymä. Tällä on vahva vaikutus syömiseen ja liikuntaan liittyviin ajatuksiin ja pakkomielteisiin. Pakkomielteiden taustalla on lihomisen pelko. Niukka ruokavalio ja nälissään olo aiheuttaa rajuja mielialan vaihteluita. Suorituskeskeisyydellä sairastunut pyrkii kontrolloimaan itseään. Pienikin lipsuminen saa aikaan ahdistusta ja epäonnistumisen tunnetta, joka johtaa erilaisille rangaistusmenetelmille. Ahdistus on niin kova, että kuoleman toivominenkin oli käynyt ajoittain mielessä. Keski- Rahkonen, Charpentier ja Viljanen kertovat hyvin laaja-alaisesti syömishäiriöihin liittyvistä psyykkisistä muutoksista teoksessa Syömishäiriöt (2010).

# 9 POHDINTA

Pohdinnassa on keskityttävä tutkimustuloksiin, mielellään tutkimustehtävittäin. Erityisesti vanhojen ja uusien poikkeamat on syytä nostaa esille. On pohdittava mitä tulokset kertovat. On myös hyvä kuvata tutkimuksen rajoittavat tekijät, ja olla jossain määrin kriittinen omaa työtä kohtaan. Tutkimusta ei kuitenkaan tule aliarvioida. Pohdinnassa on myös syytä tuoda esille kuinka tutkimustuloksia voisi hyödyntää terveydenhuollossa, mitä itse tutkimustyöstä ja aiheesta oppi, ja millaisia jatkotutkimusaiheita voisi tehdä. (Kylmä ym. 2007, 168)

Tutkimustieto on auttanut hahmottamaan todellisuutta, arkitietoa syvällisemmin. Tätä tietoa tarvitsemme, jotta osaamme kohdata sairastuneen ymmärtäväisemmin, emmekä syyttävästi. Terve ihminen ei osaa aavistaa, miltä tuntuu sairastaa fyysisesti ilmenevää psyykkistä sairautta tai millaista on elää muutosvaiheessa. Näitä kokemusperäisiä tutkimusraportteja lukemalla saa käsityksen sairastuneen elämäntilanteesta. Näin kertoo myös Kylmä & Juvakka, teoksessaan Laadullinen terveystutkimus (2007).

Opinnäytetyömme aihe oli meillä selvillä jo opiskelujen ensimmäisenä lukuvuotena. Meitä molempia kiinnostaa psyykkiset sairaudet, jotka ovat huomattavasti lisääntyneet varsinkin nuorison parissa. Syömishäiriöt ovat aihealueena meitä eniten kiinnostavin. Mielestämme syömishäiriöistä ja sen vakavuudesta sekä liitännäissairauksista puhutaan liian vähän ennaltaehkäisevästi. Syömishäiriöt saisi ottaa esille esimerkiksi yläkoululaisten terveystiedon tunneilla. Tämän päivän median tukemat uudet laihdutusvinkit innostavat nuoria kokeilemaan laihduttamista, ilman tietoutta mahdollisista seurauksista liiallisesta laihduttamisesta. Murrosikäinen nuori tarvitsee kasvuun ja kehitykseen paljon vitamiineja ja hivenaineita monipuolisesta ruokavaliosta. Jos tämä ei toteudu laihdutuksen seurauksena, jää tärkeä kehitysvaihe toteutumatta.

Teoriatietoa löytyi aiheesta kattavasti niin kirjoista, Internet-lähteistä, lehtiartikkeleista kuin ulkomaalaisista lähteistäkin. Aiheesta olemme molemmat hyvin tietoisia, koska aihe kiinnostaa meitä molempia. Olemme perehtyneet itsenäisesti asiaan jo aiemmin. Tämä aikaisempi tieto oli meillä tukena opinnäytetyötä tehdessämme. Meitä molempia kuitenkin yllätti sairauden esiintyminen jo 1800-luvulla. Silloin ei kuitenkaan media hallinnut ihmisiä eikä tietoa sairaudesta ollut. Myös sairastuneiden nuorten

prosenttiluvut Suomessa yllättivät meidät. Sairautta tavataan yllättävän usein, mutta siihen puututaan liian vähän. Huomasimme aiheen olevan yleisesti ajankohtainen, sillä artikkeleita syömishäiriöistä on tullut esille viime syksystä lähtien useaan otteeseen. Mielestämme on vain hyvä, että tämän hetken nuorison ongelmia tuodaan esille, jotta vanhemmatkin osaisivat puuttua asiaan riittävän varhain. Lehtiartikkelit voivat havahduttaa myös varhaisessa vaiheessa olevan sairastuneen ja näin pelastaa hänet sairaudesta.

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat todella myönteisiä ja innoissaan opinnäytetyöstämme. Heidän mielestään työmme on hyvin tarpeellinen ja ajankohtainen. He kertoivat, että he olisivat itse nuorena halunneet kokemusperäistä tietoa sairaudesta ja sen kulusta. Kokemusperäistä tietoa luetaan mielellään enemmän, koska se antaa paremman kuvan sairastuneen ajatusmaailmasta ja sen tuomista muutoksista. Sairastuneet kertoivat lukeneensa paljon anoreksiaa käsitteleviä elämänkertoja tietokirjojen sijaan. Tutkimustehtävät olivat meille heti selviä. Halusimme ehdottomasti tutkia kokemusperäisyyttä syömishäiriöiden tuomista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista. Avoimessa kyselylomakkeessamme kysyimme suoraan nämä kolme tutkimusongelmaa, kahdeksan eri kysymyksen kautta. Saimme tutkimusaineistoa todella paljon ja kattavasti. Haastateltavat saivat vastata kyselyyn oma elämänkerta tyylillä niin laajasti kuin halusivat. Laajojen vastauksien myötä analyysiprosessi oli pitkä ja aikaa vievä, mutta mielestämme laajat vastaukset tukivat ja auttoivat laadukkaan analyysin tekemistä. Aineiston saamiseksi kyselylomakkeessa ei välttämättä olisi tarvinnut olla kuin kolme kysymystä (fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista), mutta huomasimme muiden kysymysten tukevan rikkaan aineiston saantia. Saimme myös näiden kysymysten kautta paljon kattavamman käsitteen sairastuneen elämän historiasta ja näin ollen opimme ymmärtämään tulevassa työssämme sairastunutta nuorta paremmin.

Tutkimuksessa tulimme siihen tulokseen, että sairastuneet ovat useimmin yksinään ison psyykkisen ongelmansa kanssa. Perusterveydenhuollolla tulisi olla kattavampi tieto syömishäiriöistä ja sitä tulisi tuoda esille myös enemmän nuorten keskuuteen. Mielestämme olisi tärkeää lisätä ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja tuoda syömishäiriöt esille jo peruskoulussa murrosiän ja päihteiden yhteydessä. Syömishäiriöt ovat hyvin vakavia, jopa kuolemaan johtavia sairauksia. Ne lisäävät myös muita

psyykkisiä lisäsairauksia, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Sosiaalinen eristäytyneisyys on myös hyvin yleinen ongelma sairauden ohella. Nuoriso ei ymmärrä liiallisen laihdutuksen vakavuutta ja mitä se voi myöhemmässä vaiheessa aiheuttaa.

Meidän molempien haaveena on työskennellä nuorten keskuudessa, opiskelijaterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme tulee siis toimimaan yhtenä apuvälineenä tulevassa työpaikassa. Opinnäytetyömme tuloksia voimme hyödyntää asiakkaan ymmärtämisen, sairauden tilan määrittämisen, muutosten havaitsemisen ja ohjauksen perustana. Tämän kautta voimme myös havainnollistaa nuorelle sairauden vakavuudesta ja sen tuomista muutoksista. Uskomme tämän kokemusperäisen työmme kiinnostavan myös muita aiheesta kiinnostuneita.

Jatkotutkimusaiheina voisi syömishäiriösairauksista kertoa yläkoululaisille projektityön merkeissä. Mielestämme myös muita syömishäiriömuotoja (BED, ortoreksia eli pakkomielle syödä terveellistä ruokaa ym.) voisi tutkia kokemuksen pohjalta samantapaisesti. Mahdolliseksi kehittämistehtäväksemme olemme suunnitelleet ravitsemusopasta syömishäiriöisille. Opasta voisi käyttää terveydenhuoltotyössä apuna sairastuneiden hoitamiseen.

## 9.1 Luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta. Luotettavuuden arviointi on tutkimusta tehdessä välttämätöntä. Luotettavuutta voidaan arvioida esim. erilaisten kriteerien kautta, kuten vahvistettavuudella, siirrettävyydellä, reflektiivisyydellä ja uskottavuudella. (Kylmä ym. 2007, 127)

Uskottavuutta lisää se, että tutkittava kohde on samaa mieltä saatujen tutkimustulosten kanssa. Uskottavuutta vahvistaa myös tutkittavan kohteen kanssa tarpeeksi kauan vietetty aika. Tutkijalta menee aikaa ennen kuin hän oppii ymmärtämään tutkittavan omaa näkemystä. Päiväkirjan ylläpitäminen omien pohdintojen ja kokemusten kertominen vahvistaa myös uskottavuutta. *Vahvistettavuus;* tutkimuksen prosessi tulee olla esillä selkeästi tutkimuksessa. Tutkimuspäiväkirja korostuu merkittäväksi. Sen kautta tulee esille kuinka tutkija on päätynyt juuri näihin tuloksiin ja johtopäätöksiin.

*Reflektiivisyys;* tutkijan tulee olla tietoinen kuinka hän itse vaikuttaa tutkimusprosessiin, sekä aineistoon. Tutkimuksessa on tuotava esille omat lähtökohdat. *Siirrettävyys;* tutkimuksen on annettava riittävästi tietoa tutkimukseen osallistuvista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen siirrettävyyttä. (Kylmä ym. 2007, 127-134)

Opinnäytetyössä on noudatettu tutkimuksen mukaisia ohjeita. Lähteitä on useita ja ne ovat luotettavia. Jokaisen kappaleen tai lauseen perässä tulee ilmi lähdemerkinnät. Tutkimuksemme luotettavuutta tukee se että haastateltavat olivat aikuisia, jotka ovat sairastaneet nuorena anoreksiaa. Jos olisimme haastatelleet nuorempia, juuri sairastuneita, luultavammin he olisivat vastanneet kysymyksiimme niin miten olisivat kuvitelleet meidän odottavan. Perehdyimme nuorten keskustelupalstoihin ja blogeihin Internetissä. Keskustelujen pohjalta saimme käsityksen, että nuorilla on ylpeilevä asenne sairautta kohtaan sekä jopa tavoitteena saavuttaa anoreksia nervosadiagnoosi. Emme halunneet tutkimukseemme yliampuvaa ja epätodellista tietoa. Olemme myös katselleet useita erilaisia dokumentteja sairauteen liittyen, jotka ovat tulleet eri puolilta maailmaa. Useat dokumentit olivat sellaisia, jossa sairastunut kertoi omia kokemuksiaan sairaudesta.

Tutkimusaineisto on kerätty avoimella kyselylomakkeella, sähköpostin välityksellä. Luotettavuutta heikentää se että sairastuneet ovat saaneet vastata kysymyksiin itsenäisesti emmekä ole kohdanneet henkilökohtaisesti haastateltavia. Emme tiedä kuinka tosissaan ja rehellisesti haastatteluun osallistuvat vastasivat. Puhelin keskusteluita olemme osan kanssa käyneet. Tutkimusaineistomme oli kuitenkin hyvin laaja ja rikas. Se analysoitiin teoriasidonnaisen sisällönanalyysin mukaisesti, jossa tutkimuskysymykset ohjasivat sen kulkua. Tutkimuksen toteuttamisen kohdassa sekä liitteiden kautta kerromme havainnollisesti tutkimusten eri vaiheista. Näiden kautta lukija pystyy ymmärtämään kuinka tutkimuksessa on edetty ja kuinka tutkimustuloksiin on päästy.

## 9.2 Eettinen pohdinta

Eettisyys on merkittävä osa opinnäytetyötä tehdessä. Lainsäädäntö ohjaa terveystieteellistä tutkimusta. Esimerkiksi perustuslaki ja henkilötietolaki. Nämä lait ohjaavat mm. yksityisyyden suojaa, sivistyksellisiä oikeuksia sekä koskemattomuutta. On oltava hyvin tarkka kuinka salaisten henkilöasiapapereiden kanssa tulee toimia. Tutkimuksessa tulee tutkijoiden kertoa kuinka he ovat itse näissä toimineet. (Kylmä ym. 2007, 137-143)

Tutustuimme mm. mielenterveys-, perustus- ja henkilötietolakiin heti tutkimuksen aloitusvaiheessa. Lähetimme haastateltaville saatekirjeen (LIITE 3) sähköpostin välityksellä, jossa kerroimme tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseemme. Saatekirjeen yhteydessä oli meidän molempien yhteystiedot, joihin haastateltavat voisivat ottaa tarvittaessa yhteyttä ja esittää lisäkysymyksiä. Tähän saatekirjeeseen kolme henkilöä vastasi myöntävästi ja olivat valmiit vastaamaan kyselyymme. Myöntyvyyden jälkeen lähetimme kyselylomakkeen haastateltaville sähköpostitse.

Kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Jokaiselle kerrottiin, että haastattelun voi keskeyttää ja tutkimuksesta voi jäädä pois missä vaiheessa tahansa. Kerroimme haastateltaville, että heidän vastauksiaan ja tietojaan käsitellään luottamuksellisesti vain tutkijoiden kesken sekä niitä säilytetään poissa muiden näkyviltä, lukitussa kaapissa. Kun tutkimus on saatu valmiiksi, heidän vastaukset poltetaan, jottei tietoja leviäisi muille. Vastaajien henkilöllisyydet eivät tule missään vaiheessa julki muille ulkopuolisille. Tutkimukseen osallistujat ovat tietyn ajan välein lukeneet opinnäytetyömme läpi ja antaneet palautetta sekä ohjanneet eteenpäin. Osallistujat ovat myös hyväksyneet saamamme tutkimustulokset. Ennen opinnäytetyömme julkaisua, tutkimukseen osallistuneet lukevat työmme läpi ja antavat meille palautteen valmiista työstä.

LÄHTEET

Aaltonen, Marjo, Ojanen, Tuija, Vihunen, Riitta & Vilèn Marika. 2003. Nuoren aika. Porvoo: WSOY

Abraham, Suzanne & Llewellyn-Jones, Derek. 1994. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Anorexia nervosa. Hakupäivä 5.4.2012. http://o.cotot.com/amne/atstorningar/anorexia-nervosa

Anoreksian oireet, 2011. Hakupäivä 5.4.2012. http://www.oireet.fi/anoreksia.html

Arffman, Senja & Partanen, Raija & Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita

Bulimian psyykkiset oireet. Hakupäivä 5.4.2012. http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuorisonetti/ravitsemus_liikunta/bulimiapsyy.htm

Charpentier, Pia. 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Terveys ry

Charpentier, Pia & Keski-Rahkonen, Anna & Viljanen, Riikka. 2008. Olen juuri syönyt, 1.painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, Duodecim.

Dryden-Edwards, Roxanne. Anorexia nervosa. Hakupäivä 5.4.2012. http://www.medicinenet.com/anorexia_nervosa/page4.htm#tocg

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

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Huttunen, Matti 2011. Ahmimishäiriö (bulimia). Hakupäivä 5.4.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352

Keski-Rahkonen, Anna & Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka. 2010. Syömishäiriöt, läheisen opas, 1.painos. Porvoo: WS BOOKWELL OY, Duodecim.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12

Käypähoito, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Hakupäivä 5.4.2012. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi33030

Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola, Panu. 2002. Psykiatria. 1. painos. Porvoo: WSOY

Matti Huttunen, 23.4.2010, Ahmimishäiriö (bulimia), luettu 20.5.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352

Matti Huttunen & Hannu Jalanko, 29.12.2009, Laihuushäiriö (anoreksia nervosa), luettu 20.5.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

Polikinikka, julk.14.5.2006, päiv.18.1.2011, luettu 20.5.2011, http://www.poliklinikka.fi/hyvan-mielen-kanava/artikkelit/bulimia-2618878

Räsänen, Pirkko 2010. Bulimia. Hakupäivä 5.4.2012. http://www.poliklinikka.fi/hyvan-mielen-kanava/artikkelit/bulimia-2618878

Strom, Anu. Powerpoint esitys. Anoreksia psykologin näkökulmasta. Hakupäivä 5.4.2012. http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1134489

Syömishäiriöliitto, SYLI Ry, 2011, luettu 20.5.2011, http://syomishairioliitto.fi/

Valitut Palat. 1998. Ruokavalio ja painon hallinta. Italia: Milanostampa Spa.

LIITELUETTELO

LIITE 1 BMI –taulukko
LIITE 2 Terapiat
LIITE 3 Kyselylomake
LIITE 4 Saatekirje

BMI-taulukko (Painoindeksi) LIITE 1

(Valitut Palat 1998, 25)

| PAINO (kg) \ PITUUS (cm) | 150 | 152,5 | 155 | 157,5 | 160 | 162,5 | 165 | 167,5 | 170 | 172,5 | 175 | 177,5 | 180 | 182,5 | 185 | 187,5 | 190 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 12 | 11 | 11 |
| 41 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 12 | 11 |
| 42 | 19 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 12 |
| 43 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 |
| 44 | 20 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 12 |
| 45 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 | 13 | 12 |
| 46 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 |
| 47 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 |
| 48 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 |
| 49 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 |
| 50 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 |
| 51 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 |
| 52 | 23 | 22 | 21 | 20 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 |
| 53 | 24 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 |
| 54 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 |
| 55 | 24 | 24 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 |
| 56 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 |
| 57 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 |
| 58 | 26 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 |
| 59 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 |
| 60 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 |
| 61 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 |
| 62 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 |
| 63 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 |
| 64 | 28 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 |
| 65 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 | 18 |
| 66 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 |
| 67 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 |
| 68 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 |
| 69 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 |
| 70 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 |
| 71 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 |
| 72 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 |
| 73 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 |
| 74 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 |
| 75 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 |
| 76 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 |
| 77 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 |
| 78 | 35 | 34 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 |
| 79 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 |
| 80 | 36 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 |
| 81 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 |
| 82 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 |
| 83 | 37 | 36 | 35 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 |
| 84 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 |
| 85 | 38 | 37 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 |
| 86 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 |
| 87 | 39 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 |
| 88 | 39 | 38 | 37 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 |
| 89 | 40 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 |
| 90 | 40 | 39 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 |
| 91 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 34 | 33 | 32 | 31 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 |
| 92 | 41 | 40 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 26 | 25 |
| 93 | 41 | 40 | 39 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 |
| 94 | 42 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 |
| 95 | 42 | 41 | 40 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 |
| 96 | 43 | 41 | 40 | 39 | 38 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 |
| 97 | 43 | 42 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 |
| 98 | 44 | 42 | 41 | 40 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 29 | 28 | 27 |
| 99 | 44 | 43 | 41 | 40 | 39 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 |
| 100 | 44 | 43 | 42 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 |

Terapiat LIITE 2 1(2)

Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidossa käytetään monia erilaisia terapia muotoja. Esimerkkinä psyko-, kognitiivinen-, psykodynaaminen-, perhe-, ryhmä- ja psykoedukatiiviset ryhmät

Psykoterapia

Psykoterapialla on arvokas vaikutus laihuus- ja ahmimispotilaalle. Alipainoisuuden ja aliravitsemuksen korjaantumisen jälkeen psykoterapia hoidot ovat hyödyllisiä. Sen tavoitteena on potilaan oma ymmärtäminen ravitsemuksen ja fyysisen kuntoutumisen merkityksestä, omien tunteiden tunnistaminen ja vääristyneiden ajatusten, toimintakyvyn korjaaminen ja muiden psykopatologisen ja liitännäisoireiden helpottaminen. Luottamuksellisen suhteen luominen ja sairastuneen motivaatio ovat edellytys hoidon onnistumiselle ja hoidon tuloksille. Psykoterapia auttaa oireista luopumisessa, ahdistusten sietämisessä ja nopeuttaa paranemisprosessia. Sairastunut on yleensä hyvin kapeakatseinen eikä huomaa kuinka oma toimintansa pahentaa omaa oloaan että sairauttaan. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011; Käypähoito 2009, hakupäivä 9.9.2011)

Kognitiivinen terapia

Terapiassa tarkastellaan ajatusmalleja jotka ylläpitävät syömishäiriötä jotka ovat saaneet sen aikaiseksi. Terapiassa pyritään tunnistamaan ja korjaamaan nämä ajatusmallit. Syömishäiriöpotilailla käytetään kognitiivis-behavioraalista ja interpersonaalista lähestymistapaa. Kognitiivis-behavioraalinen korostaa haitallisten ajatusmallien lisäksi konkreettisen käyttäytymisen korjaamista. Interpersoonallinen käsittelee ihmissuhteissa ilmeneviä ongelmia. Terapeutti auttaa kysymysten kautta sairastunutta puhumaan tärkeistä terapiassa käsiteltävistä asioista. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011)

Psykodynaaminen terapia

Terapiassa keskitytään psyykkisten asioiden korjaamiseen. Muun muassa lapsuuden aikoina tiedostamattomiin psyykkisiin ristiriitoihin paneutumista jotka ovat voineet olla sairauden aiheuttajina. Tämä vaatii sairastuneelta tapahtuneiden kertomista, ajatusten, tunteiden ja tekemisten analysointia. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011)

Perheterapia

Perheterapiaan osallistuu kaikki perheenjäsenet, mutta vaihdellen. Välillä terapissa on vain vanhemmat, välillä syömishäiriöpotilas vanhempineen. Perheterapian tarkoituksena on pyrkiä vaikuttamaan perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen muuttamalla sitä avoimempaan suuntaan. Tämä tukee entistä enemmän potilasta itseään. Nuorten hoidoissa käytetään paljon perheterapiaa, mutta niissä painotetaan erityisesti informaation antamiseen syömishäiriöistä. Terapiassa ei painoteta perheen välisiin suhteisiin hoidonomaisesti. Keskeisenä tarkoituksena on tarkistaa yhdessä tavoitteita ja vaihtaa kuulumisia jokaisen osapuolen kanssa. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011)

Ryhmäterapiat

Ryhmäterapioissa keskustellaan ja käsitellään sellaisia asioita, mitä ei uskalleta käsitellä muiden ihmisten kanssa. Esimerkkinä hylätyksi tulemisen pelko. Tällaisessa ryhmätilanteessa huomaa, että muillakin on samoja ongelmia ja ettei ole yksin oman ongelmansa kanssa vaikka siltä välillä voi tuntua. Toisten toivoa antavat kokemukset ja kannustava suhtautuminen kohottaa itsetuntoa sekä antaa lisää potkua taistelemaan sairauden kanssa. Se antaa myös lisää valmiuksia toimia vapaammin muissakin ryhmissä sekä tukee sosiaalista kanssakäymistä. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011)

Psykoedukatiiviset ryhmät

Ryhmissä keskitytään tiedon jakamiseen ryhmäläisille. Ryhmäterapioista ne eroavat siinä, että näissä ryhmissä ei keskitytä analysoimaan tunteita vaan annetaan tietoa ja jaetaan omia kokemuksia sekä tietoa käsiteltävästä aiheesta. Psykoedukatiiviset ovat määräpituisia, kokoontumiskertoja voi olla 4-12. Nykypäivänä syömishäiriötä sairastavaan hoitoon pyritään liittämään myös psykoedukatiivinen jakso. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2011, hakupäivä 9.9.2011)

LIITE 3 1(3)

Kyselylomake

1. Kuvaile syömishäiriöön sairastumisesi etenemistä. Miten alkoi?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Miten sairaus muutti elämääsi?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Kuvaile syömishäiriön sosiaalisia vaikutuksia elämässäsi.
   (Koulunkäynti, työt, ihmissuhteet, perhe, harrastukset ym)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Kuvaile syömishäiriön fyysisiä vaikutuksia elämässäsi.
   (Yleiskunto, paino, liikunta, terveys ym)

5. Kuvaile syömishäiriön psyykkisiä vaikutuksia elämässäsi.
   (Oman kehon kuva, mieliala, mielenkiinnon kohteet, ilon aiheet, murhen aiheet ym)

6. Oletko saanut sairauteesi apua? Millaista? Hankitko apua itse vai joku muu?

7. Kuvaile sairastamiseen liittyvää vaihtelua. Oliko hyviä ja huonoja jaksoja? Vaikuttivatko asiaan esim. juhlapyhät, - päivät, koulu, työ, stressi, eri vuodenajat?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Kuvaile tämän hetkistä tilannettasi ja mitä odotat tulevaisuudelta.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Toivomme saavamme kyselyt käsittelyyn noin 2 viikon päästä kyselyn saatuasi.
Mikäli kyselyssä ilmenee jotain epäselvää tai haluat kysyä jotain, ota rohkeasti yhteyttä meihin.
Kiitokset jo etukäteen mielenkiinnostasi osallistua opinnäytetyömme kyselyyn.

Elisa Parkkasaari
040 8234404
elisa.parkkasaari@edu.tokem.fi

Susanna Slunga
044 0706571
susanna.slunga@edu.tokem.fi

LIITE 4

Saatekirje

Hyvä kyselyymme osallistuja

Opiskelemme Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä Nuorten syömishäiriöistä, anoreksiasta ja bulimiasta. Työssämme tutkimme syömishäiriötä sairastaneen nuoren omakohtaisia kokemuksia sairaudesta. Nyt pyydämme Sinulta erillistä suostumustasi osallistua kyselyymme. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Osallistujien nimiä ei tule missään vaiheessa työtä ilmi.

Kyselyn suoritamme kesäkuussa 2011 sähköpostin välityksellä. Toivomme, että saamme kyselyiden vastaukset käsiteltäväksi noin 2 viikon kuluttua kyselyn lähetyksestä. Lähetämme lomakkeet, kun olemme saaneet suostumuksesi osallistua kyselyymme.

Kunnioittaen Elisa Parkkasaari ja Susanna Slunga