

OPINNÄYTETYÖ

Meeri Keränen 2009

**Bulimiaa sairastavien nuorten
kokemuksia opiskeluterveydenhuollon
palveluista**



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences

**Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön
suuntautumisvaihtoehto**



ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö

Bulimiaa sairastavien nuorten kokemuksia opiskeluterveydenhuollon palveluista

Keränen Meeri

2009

Toimeksiantaja Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet ry

Ohjaaja Aila Niskala

Hyväksytty _____ 2009 _____

Tekijä	Meeri Keränen	Vuosi	2009
Toimeksiantaja Työn nimi	Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet ry Bulimiam sairastavien nuorten kokemuksia opiskeluterveydenhuollon palveluista		
Sivu- ja liitemäärä	63 + 18		

Tutkimuksen tarkoituksena on antaa tietoa opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille, kuinka kohdata bulimiam sairastava nuori ja auttaa häntä, ja näin ollen kehittää opiskeluterveydenhuollon palveluita. Työni tilaaja on Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet ry.

Tavoitteenani on saada selville, kuinka bulimiam sairastavat nuoret on kohdattu opiskeluterveydenhuollossa ja millaista apua heille on tarjottu, mitä asioita heille on kerrottu bulimia-sairaudesta ja onko heille annettu tietoa mahdollisista muista auttajista. Tavoitteenani on myös selvittää, millaisia kehitysehdotuksia bulimiam sairastavilla nuorilla olisi opiskeluterveydenhuollon palveluihin.

Tutkimuksen teoriaosuudessa käsitelen bulimia nervosaa sairautena ja opiskeluterveydenhuollon merkitystä bulimiam sairastavan nuoren auttajana. Kerroin myös muista hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista, joista bulimiam sairastava voi hyötyä.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Aineistonkeruumenetelmänä käytin puolistrukturoitua kyselyä (liite 4), jossa kysymykset olivat kaikille vastaajille samat, mutta jokainen sai vastata omin sanoin. Kysely oli esillä Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n kotisivujen keskustelufoorumilla. Vastauksia sain viisi. Tulokset analysoin induktiivisella sisällönanalyysilla.

Tutkimustuloksista ilmeni, että bulimiam sairastavat nuoret eivät olleet kovin tyytyväisiä opiskeluterveydenhuollon tarjoamiin palveluihin. Heidät oli kohdattu kiireen ja epävarmuuden varjostamassa ilmapiirissä. Osalle oli kerrottu bulimiasta sairautena kohtalaisen hyvin, korostaen kuitenkin sairauden fyysisiä haittavaikutuksia. Psyykkisistä ja sosiaalisista vaikutuksista oli kerrottu niukasti. Osa vastaajista oli saanut keskusteluapua opiskeluterveydenhuollosta ja jatkohoitomahdollisuuksista oli kerrottu. Vastaajissa oli myös heitä, jotka eivät kokeneet saaneensa mitään apua. Tutkimus nosti esiin kehitysehdotuksia hoidollisiin palveluihin, esimerkiksi keskusteluapua toivottiin lisää. Yhteistyön parantamista korostettiin esimerkiksi siten, että koulun henkilökunta pitäisi yhteisiä tapahtumia ja luentoja opiskelijoille terveellisestä suhteesta ruokaan ja painoon. Myös terveydenhoitajien koulutuksessa tulisi panostaa enemmän syömishäiriötä sairastavien kohtaamiseen ja auttamiseen.

Avainsanat: bulimia nervosa, nuori, opiskeluterveydenhuolto, kokemus

Author	Meeri Keränen	Year	2009
Commissioned by	Registered Association of Northern Finland's Eating Disorder Families		
Subject of thesis	Experiences of student healthcare services by youth suffering from bulimia nervosa		
Number of pages	63 + 18		

The purpose of this thesis is to give information to public health nurses about how to encounter youth suffering from bulimia nervosa and how to help them. The purpose was to develop student healthcare services that could respond better to the needs of youth suffering from bulimia nervosa. The aim was to find out how the young people who were suffering from bulimia nervosa had been initially received at the student healthcare services, what kind of help they were given, what kind of information a public health nurse had told them about bulimia nervosa and its forms of treatment and if they had been directed to other places for sequential care. The second aim was to survey if the youth suffering from bulimia nervosa had been given some kind of ideas to make these services better.

Bulimia nervosa as a disease and the meaning of student healthcare as a help to a young person suffering from bulimia nervosa is handled in the theoretical part of this thesis. There is also information about the opportunities for treatment and rehabilitation that can help the young person to cure bulimia nervosa.

This research was qualitative. The research material was gathered through a half-structured questionnaire. The questions were similar for all of the respondents but they all could answer with their own words. The questionnaire was shown on the discussion board of the Eating Disorder Union's homepage. Five answers were received back. The research results were analyzed through an inductive analysis of the contents.

The results revealed that youth suffering from bulimia nervosa weren't so satisfied with the student healthcare services. They felt that they had been received by the healthcare service in a hurried manner and in a way which further heightened their insecurities. Some of the respondents had been given quite good information about bulimia nervosa as a disease, especially about the physical and injurious effects. They had received little information about the mental and the social effects. Some of the respondents had found help through conversation and they had been given information about the opportunities for sequential care. There were also those who felt that they didn't get any help at all. The research brought forth many ideas which could be used to make student healthcare services better.

Key words: bulimia nervosa, young, student healthcare, experience

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 BULIMIA NERVOSA SAIRAUTENA	3
2.1 MITÄ BULIMIA ON?	3
2.2 DIAGNOOSI JA KLIININEN KUVA	3
2.3 ETIOLOGIA	6
2.4 EPIDEMIOLOGIA JA ENNUSTE	7
3 OPISKELUTERVEYDENHUOLTO BULIMIAA SAIRASTAVAN NUOREN AUTTAJANA	9
3.1 OPISKELUTERVEYDENHUOLLON MERKITYS	9
3.2 NUOREN KOHTAAMINEN	11
3.3 NUORELLE TEHTÄVÄT TUTKIMUKSET	14
3.4 NUOREN AUTTAMINEN	16
3.4.1 Kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen	16
3.4.2 Ravitsemusohjaus	16
3.4.3 Keskusteluapu	18
3.5 PARANEMISEN TUKEMINEN	20
3.6 JATKOHOITO- JA KUNTOUTUSMAHDOLLISUUKSIA	22
3.6.1 Hoitomuodot	22
3.6.2 Vertaistuki	24
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
5.1 KOHDERYHMÄ	27
5.2 TUTKIMUSMENETELMÄ	27
5.3 AINEISTONKERUU	29
5.4 AINEISTON ANALYSOINTI	30
5.4.1 Analysoinnin teoriaa	30
5.4.2 Pelkistäminen	30
5.4.3 Ryhmittely	31
5.4.4 Abstrahointi	32
5.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	33
5.6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	35
6 TUTKIMUSTULOKSET	38
6.1 BULIMIAA SAIRASTAVAN NUOREN KOHTAAMISEN JA AUTTAMISEN LAATU OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA	38
6.1.1 Kohtaaminen	39
6.1.2 Auttaminen	40
6.2 TERVEYDENHOITAJAN ANTAMA TIETO BULIMIA-SAIRAUDESTA	42
6.2.1 Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn	42
6.2.2 Vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn	43
6.3 TERVEYDENHOITAJAN KERTOMAT JATKOHOITO- JA KUNTOUTUSMAHDOLLISUUDET	44
6.4 OPISKELUTERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KEHITYSEHDOTUKSIA	46
7 POHDINTA	50
7.1 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTAA	50
7.2 TUTKIMUSPROESSIN POHDINTAA	55
7.3 JATKOTUTKIMUSAIHEITA	58
LÄHTEET	59
LIITTEET	64

1 JOHDANTO

Bulimia nervosaa on viime vuosina käsitelty runsaasti tiedotusvälineissä, joten useimmat ovat ainakin kuulleet siitä. Moni tietää bulimian olevan syömishäiriö, jossa ahminta ja laihduttaminen muodostavat noidankehän, jonka perusongelmana on toistuva syömisen hallinnan katoaminen ja yritys tyhjentäytyä oksentamalla ahmitusta ruuasta. Moni ei kuitenkaan tiedä, kuinka moniulotteinen mielenterveyden häiriö bulimia oikeasti on. Se on osa sairaan emotionaalista järjestelmää ja vaikuttaa kaikkiin elämänalueisiin. (Keski-Rahkonen – Charpentier – Viljanen 2008, 15; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Syömishäiriöön tulisi aina suhtautua vakavasti, koska sillä voi olla hyvin tuhoisia vaikutuksia potilaan psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen puoleen. Häiriö vaikuttaa usein myös potilaan perheeseen ja läheisten elämään. Syömishäiriöt ovat pitkäaikaisia sairauksia, jotka voivat uusiutua tai kroonistua. Hoito on haastavaa, ja sen tulee koostua aina sekä somaattisesta että psykiatrisesta osaamisesta. (Mustajoki – Maanselkä – Alila – Rasimus 2003, 432–433.)

Bulimia voi vaikuttaa myös ihmissuhteisiin ja seksuaaliseen käyttäytymiseen. Välillä bulimiasairastavat voivat olla eristäytyneitä mutta toisella hetkellä hyvinkin sosiaalisia. Bulimiasairastavan talous voi olla jatkuvan sekasorron vallassa, ja hänen suhteensa tupakkaan, alkoholiin ja huumeisiin voi olla samanlainen kuin ruokaan. Eräät tutkijat käyttävät sanoja *addiktiivinen* ja *multi-impulsiivinen* kuvatessaan ihmistä, joka ensin tyydyttää valtavat tarpeensa, mutta heti jälkeenpäin katuu ja kieltää ne. Joskus ihminen, joka on näin ahdistunut, voi viilleillä itseään, polttaa ihoaan tai muulla tavoin kiduttaa itseään. Näin tehdessään hän ei näytä tuntevan niin voimakasta kipua kuin voisi kuvitella, vaan teko itsessään helpottaa hetkellisesti sietämätöntä ahdistusta samalla tavoin kuin ahmiminen ja sitä seuraava kompensatiokäyttäytyminen. (Buckroyd 1997, 48–50.)

Tämä tutkimus on suunnattu opiskeluterveydenhuoltoon, mutta soveltaen se käy erinomaiseksi apuvälineeksi bulimiasairastavan nuoren kohtaamiseen ja auttamiseen myös muilla terveydenhuollon toiminta-alueilla. Tutkimuksen

tarkoituksena on antaa tietoa opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille, kuinka kohdata bulimiaa sairastava nuori ja auttaa häntä, ja näin ollen kehittää opiskeluterveydenhuollon palveluita.

Tavoitteenani on saada selville, kuinka bulimiaa sairastavat nuoret on kohdattu opiskeluterveydenhuollossa ja millaista apua heille on tarjottu, mitä asioita heille on kerrottu bulimia-sairaudesta ja onko heille annettu tietoa mahdollisista muista auttajista. Tavoitteenani on myös selvittää, millaisia kehitysehdotuksia bulimiaa sairastavilla nuorilla olisi opiskeluterveydenhuollon palveluihin.

Valitsin tämän aiheen tutkimukselleni, sillä minulla on vahva kiinnostus kehittää bulimiaa sairastavien auttamista. Pidän työtäni ajankohtaisena, tärkeänä ja puhuttelevana. Oletan hyötyväni opinnäytetyöstä tulevassa ammatissani terveydenhoitajana. Oletan myös työni lisäävän yhteistyötä tutkimusluvan työlleni myöntäneen Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n kanssa (liite 1), jonka toimintaa arvostan suuresti. Toivon, että työni saa myös lukijat kiinnostumaan syömishäiriötä sairastavien auttamisesta.

2 BULIMIA NERVOSA SAIRAUTENA

2.1 Mitä bulimia on?

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö kuuluu tunnetuimpiin syömishäiriöihin anoreksia nervosan eli laihuushäiriön kanssa. Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriö määritellään siten, että se on kliinisesti merkitsevä yksilön käyttäytymiseen liittyvä tai psyykinen oireyhtymä tai oirekokonaisuus, johon liittyy ajankohtaista haittaa oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä. Siihen voi liittyä myös merkitsevästi lisääntynyt kuoleman vaara tai vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta tai vapauden menetyksestä. (Lönqvist – Heikkinen – Henriksson – Marttunen – Partonen 2007, 16, 355.)

Bulimia määritellään myös ruumiinkuvan häiriöksi, jolle on ominaista, että sairastuneen päivittäistä ajattelua hallitsee syöminen ja toisaalta lihavuuden pelko. Sairauteen kuuluvat toistuvat ylensyömiskohtaukset ja liiallinen keskittyminen painontarkkailuun, mikä johtaa liikasyömiseen ja sitä seuraavaan oksentamisen ja ulostuslääkkeiden käytön vuorotteluun. Monet bulimia nervosa-potilaat ovat aiemmin sairastaneet anoreksia nervosaa. Bulimiasta kärsivät ovat usein itse tietoisia syömistottumuksiensa epänormaaliudesta. Hoitoon hakeutuminen on kuitenkin vaikeaa häpeän ja syyllisyyden tunteiden vuoksi. (Poliklinikka 2009.)

Bulimia sai tautiluokituksensa vuonna 1979. Bulimialle tunnusomainen käyttäytyminen ei kuitenkaan ole uutta ihmiskunnan historiassa. Jo antiikin aikoina vaurilla roomalaisilla oli asunnoissaan oksennushuoneita mässäilypitojen jälkeistä tyhjentäytymistä varten. Myös lääketieteen isä Hippokrates kehotti aikoinaan ihmisiä oksentamaan kahtena peräkkäisenä päivänä kuukaudessa terveyden ylläpitämiseksi. Nykytieteen mukaan toistuvan oksentamisen katsotaan olevan terveydelle haitallista. (Buckroyd 1997, 37; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

2.2 Diagnoosi ja kliininen kuva

Bulimialle ovat ominaisia muilta salatut, toistuvat ahmintakohtaukset, joiden aikana potilas kokee menettäneensä syömisen hallinnan. Henkilö voi syödä kerralla suuren määrän ruokaa, usein yli 1000 kilokaloria. Syömistä ei voi

lopettaa ennen kuin kaikki ruoka on syöty loppuun, minkä jälkeen henkilö tuntee niin psyykkistä kuin fyysistä pahaa oloa. Pahaa oloa seuraa kompen-saatiokäyttäytyminen, joka voi olla oksentamista, diureettien, laksatiivien ja peräruiskeiden käyttöä, paastoamista tai yletöntä liikuntaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13–15; Lönnqvist ym. 2007, 366.)

Noin kuudella potilaalla kymmenestä on katsottu olevan tapana oksentaa. Aluksi oksentaminen tapahtuu työntämällä sormet kurkkuun, mutta myö- hemmin monet saavat itsensä oksentamaan supistamalla voimakkaasti pal- lea- ja vatsalihaksiaan, jolloin mahalaukun sisältö työntyy ruokatorveen ja käynnistää oksentamisen. Potilas voi oksentaa yhdestä kymmeneen kertaan peräkkäin, kunnes on varma, että mahalaukku on tyhjä. (Abraham – Llewel- lyn-Jones 1994, 139.)

Joskus bulimiasairastava voi tuntea menettäneensä syömisen hallinnan, vaikka hänen syömänsä ruokamäärä on tosiasiallisesti aivan normaalin suurui- nen. Tällöin taustalla voi olla esimerkiksi itselle laaditusta tiukasta ruokavali- osta pieni lipsahtaminen, jolloin syyllisyys, itseinho ja tunne epäonnistumisesta pääsevät valloilleen. Monet bulimiasairastavat syövät ahdistukseensa, mutta samalla he pelkäävät lihovansa ylensyömisestä. Oksentaminen voi lieventää hetkellisesti lihomispelkoa ja ahdistusta, mutta aiheuttaa usein myös syyllisyydentunnetta ja jännittyneisyyttä, mikä voi johtaa uuteen ahmi- miskohtaukseen. Bulimiapotilas perustaa itsearvostuksensa paljolti siis ulko- näköönsä ja painoonsa. Painon vaihdellessa ahminnan myötä myös mielialat ja omanarvontunne aaltoilevat voimakkaasti ja nopeasti. (Abraham – Llewel- lyn-Jones 1994, 13–141; Keski-Rahkonen ym. 2008, 13–16.)

Bulimiasairastavat voivat yrittää noudattaa tiukkoja laihdutussääntöjä. Näis- tä esimerkkeinä on aterioiden väliin jättäminen, tiettyjen ruoka-aineiden rajoi- tukset (yleensä rasvaa ja sokeria sisältävät ruoka-aineet tai liha), muoti- ja ihmedieettien suosiminen, kaloreiden laskeminen, paastoaminen, vatsan täyttäminen kalorittomilla juomilla ja ruokailusääntöjen tiukka noudattaminen, esimerkiksi siten, että ruokaa ei saa syödä tietyn kellonajan jälkeen. Ruuan puute johtaa krooniseen nälkään ja jatkuvaan ruuan ajatteluun, minkä seurauksena riski ahmimiskierteen jatkuvuudelle kasvaa. Kun ahminnasta

kärsivä lipsuu säännöistään, päättää hän aloittaa uuden, edellistä täydellisemmän laihdutusyrityksen lähiaikoina. Näin noidankehä on valmis. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15; Riihonen 1998, 17.)

Ahmimishäiriöiset ovat yleensä normaalipainoisia, 15–24-vuotiaita nuoria naisia. Paino voi ajoittain vaihdella suurestikin, mutta muutoin heillä saattaa olla vain vähän ulkoisia merkkejä sairaudesta. Tavallisimpia merkkejä ovat sylkirauhasten suurentuminen, hammaseroosiot ja turvotukset. Vakavimmat fyysiset haitat ovat seurausta oksentelusta ja lääkkeiden väärinkäytöstä. Elektrolyyttihäiriöt ovat yleisiä ja niiden seurauksena voi esiintyä kouristeluja, lihasheikkoutta ja sydämen rytmihäiriöitä. Myös vatsakipuja ja pahoinvointia voi esiintyä. Niin ikään kuukautiskierron häiriöt ovat yleisiä. Vain noin 10 %:lla bulimiapotilaista kuukautiset toimivat normaalisti. Kuukautiset joko lakkaavat tulemasta tai ne ovat epäsäännölliset. Perusaineenvaihdunnan hidastuessa bulimiam sairastavilla makutuntemukset heikkenevät, iho saattaa muuttua kellertäväksi ja verensokeri on alentunut. Pulssi on yleensä matala, johtuen sydämen harvavyöntisyydestä. Myös sydämen vajaatoimintaa voi esiintyä. Ääreisverenkierron hidastumisen vuoksi kädet ja jalat ovat bulimiam sairastavalla usein kylmät ja punertavat. Pitkään sairastaneen käsien iho voi olla kuiva ja haavainen. Suolisto-oireena tyypillisin on ummetus. Bulimiam sairastavalla myös hiusten lähtö aktivoituu ja riski sairastua osteoporoosiin on suuri. Noin 80 %:lla ahmimishäiriöpotilaista on myös muita mielenterveydenhäiriöitä. Vakavaa masentuneisuutta on havaittu noin puolella sairastavista. Ahdistuneisuushäiriöt sekä erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriö ovat yleisiä. Myös muita käytös- ja hillitsemishäiriöitä sekä alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä on havaittu. (Abraham – Llewellyn-Jones 1994, 157; Koistinen – Ruuskanen – Surakka 2004, 244; Luoto – Salmi – Laine – Kitula – Anttila – Valpola 2006, 12–15; Lönnqvist ym. 2007, 367.)

DSM–IV -diagnostisointikriteerien (liite 2) mukaan diagnoosiin vaaditaan ahminnan ja kompensatiokäyttäytymisen jatkuminen vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan. DSM–IV:n mukaan ahmimishäiriödiagnoosia ei tulisi antaa potilaalle, jolla on myös anorektisia oireita, vaan kyseessä olisi tällöin laihuushäiriön buliminen alatyyppe. ICD–10:n (liite 2)

mukaan ahmimishäiriödiagnoosi annetaan potilaalle aina, kun syömishäiriön oireyhtymässä on mukana ahminta. (Lönqvist ym. 2007, 366.)

2.3 Etiologia

Bulimiapotilaat kärsivät usein puutteellisesta itsetunnosta, masentuneisuudesta tai persoonallisuuden epävakaudesta. Heidän on vaikea ilmaista ja hyväksyä erityisesti kielteisinä pidettyjä tunteita, kuten kiukkua, häpeää ja avuttomuuden tunnetta. He ovat usein kuitenkin ulospäin suuntautuneempia, avoimesti vihaisempia ja impulsiivisempia kuin laihuushäiriöpotilaat. Tunteiden ja tarpeiden tukahduttaminen selittyy osittain sillä, että bulimiasairastava voi uskoa vaistonvaraisen puolensa olevan ahne ja himokas hirviö, jota ei saa päästää esiin ja jota täytyy kurittaa ja rangaista mahdollisimman ankarasti. (Buckroyd 1997, 9, 50–51; Keski-Rahkonen – Charpentier – Viljanen 2008, 15; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Psykodynaamisesti asiaa katsottuna ahmimishäiriöstä kärsivillä on eriytymiskykykehitykseen liittyviä ongelmia, mitkä heijastuvat ruokaan liittyvässä ambivalenssissa. Turvaton lapsuus, kehitykselliset traumat sekä muut yleisesti psykiatriselle oireilulle altistavat tekijät näyttävät olevan keskimääräistä tavallisempia bulimiapotilailla kuin terveillä. Myös heidän perheissään on havaittu olevan tavallista enemmän rikkonaisuutta tai riitaisuutta sekä mielenterveyden häiriöitä tai päihteiden väärinkäyttöä. (Lönqvist ym. 2007, 367–368.)

Osalla ahmimishäiriöstä kärsivällä on taipumusta ylipainoisuuteen geneettisesti. On esitetty, että tämä voisi jollain tavoin selittää bulimiakierteen syntyä. Joillain sairastavista on kuvattu myös serotoniinivälitteisen hermotoiminnan häiriintyneisyyttä. Häiriintyneisyys voi olla osin seurausta laihdutuksesta, mutta serotonerginen hermovälitys voi olla myös primaarista. On esitetty, että hiilihydraattien ahminta voisi olla yritys korjata serotoniinivajausta. Hiilihydraattien syönti lisää tryptofaanin, serotoniinin esiasteen, pääsyä keskushermostoon ja lisää siellä serotoniinisynteesiä, mikä puolestaan voisi korjata mielialaa. Bulimian vaikeus näyttää olevan yhteydessä aivoselkäydinnesteen pienentyneisiin serotoniinin metaboliittien pitoisuuksiin. Syömishäiriötä sairastaville tehdyissä aivojen kuvantamistutkimuksissa on

myös löytynyt muutoksia. Lisäksi etsitään mahdollista geeniä, joka voisi olla altistavana tekijänä syömishäiriöiden syntyyn. Alustavien tutkimusten mukaan geeni saattaa sijaita samalla alueella kuin ahdistus- ja masennusgeeni. (Koistinen ym. 2004, 244; Lönnqvist ym. 2007, 368–369.)

Myös naisihanteen hoikistumisella sekä joillakin urheilulajeilla, esimerkiksi kestävyysjuoksu, mäkihyppy ja voimistelu, ja ammateilla, kuten malli, tanssija ja näyttelijä, katsotaan olevan vaikutusta ahmimishäiriön syntyyn. Naisilta odotetaan nykyään ulkoisen kauneuden lisäksi myös menestystä ja pätevyyttä ammattielämässä. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan kovaa itsekuria. Paineita lisää tiedotusvälineet, joissa kauneutta, terveyttä ja laihdutusta kaupitellaan jatkuvasti. Naistenlehdissä jälkiruokareseptit ja laihdutusekstrat esitellään usein rinta rinnan. Myös julkisuudenhenkilöiden lihomista ja laihtumista ihmetellään ja kauneusleikkauksia esitellään. Media ja mainostajat ruokkivat siis ihmisten jatkuvaa tyytymättömyyttä itseensä ja luovat paineita muuttumiseen. Naiset ovat jo pitkään olleet tämän paineen kohteena, mutta nykyään miehetkin ovat kasvavassa kohderyhmässä. Riskialttiimpia ovat kuitenkin kehitysikäiset, itsetunnonaltaan vielä hauraat nuoret, jotka ottavat nämä muuttumisviestit liian vakavasti ja turvautuvat terveydelle haitallisiin keinoihin ihanneulkonäkönsä saavuttamiseksi. Länsimaisen kulttuurivaikutuksen ja median on antropologisissa tutkimuksissa selkeästi havaittu olevan yhteydessä syömisoireilun puhkeamiseen. (Buckroyd 1997, 73–82; Charpentier 1998, 8–10; Keski-Rahkonen ym. 2008, 34, 39–40; Lönnqvist ym. 2007, 369; Savukoski 2008, 24–33, 96; Van der Ster 2006, 36–38.)

2.4 Epidemiologia ja ennuste

Monet tutkimukset viittaavat siihen, että bulimia on yleistynyt selvästi länsimaissa viime vuosikymmenien aikana. On epävarmaa, johtuuko syömishäiriöiden yleistyminen sairauksien parantuneista tunnistus- ja hoitomahdollisuuksista vai onko kyse syömishäiriötapausten määrän todellisesta suurenmisesta. Epävarmaa on myös se, onko syömishäiriöiden määrä yhä yleistymässä, tasoittumassa vai peräti kääntymässä laskuun. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23.)

Epidemiologisten selvitysten mukaan vain alle puolet bulimiatapauksista tulee ilmi ja vielä pienempi osa hakee hoitoa. Ahmimishäiriön esiintyvyyttä on siten vaikea määritellä, mutta eri tutkimukset antavat viitteitä siitä. Ahmimishäiriön esiintyvyys nuorilla naisilla, 12–24-vuotiailla, on noin 1–3 %. 1–10 % nuorista naisista täyttää bulimia nervosan diagnostiset kriteerit, mutta bulimiset oireet ovat paljon yleisempiä. Naisopiskelijoista voi jopa 20–40% kärsiä ajoittaisista bulimiaoireista. Noin 5 %:lla suomalaisista 15–16-vuotiaista opiskelijoista raportoidaan bulimisia oireita. Alle 10 % hoitoon tulevista bulimiapotilaista on miehiä. (Buckroyd 1997, 41–42; Keski-Rahkonen ym. 2008, 22–23; Lönnqvist ym. 2007, 367; Riihonen 1998, 17; Whitehouse – Cooper – Vize – Hill – Vogel 1992, 57–60.)

Asianmukaista hoitoa saaneen bulimiapotilaan välitön ennuste on yleensä hyvä. Pitkän aikavälin ennustetta ei vielä varmuudella tunneta. 5–10 vuoden seurantalutkimuksessa on kuitenkin todettu, että keskimäärin puolet asianmukaisesti hoidetuista potilaista pääsee oireestaan pysyvästi, 30 %:lla häiriö jatkuu jaksoittaisena ja noin 20 %:lla jatkuvana. Hoitojen onnistumista seurattaessa on tärkeää tarkistaa, että potilaan syömishäiriö ei ole korvautunut alkoholiongelmalla tai kohtuuttomalla liikunnalla. Persoonallisuushäiriö, impulsiivisuus sekä päihteiden väärinkäyttö viittaavat huonoon ennusteeseen. Noin kolme prosenttia menehtyy sairauteen. Hoitoon hakeutumatta jättävien taudin ennustettavuudesta ei ole tietoja. (Abraham – Llewellyn-Jones 1994, 165; Buckroyd 1997, 42; Lönnqvist ym. 2007, 367.)

3 OPISKELUTERVEYDENHUOLTO BULIMIAA SAIRASTAVAN NUOREN AUTTAJANA

3.1 Opiskeluterveydenhuollon merkitys

Opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluvat toisen ja korkea-asteen opiskelijat. Kohderyhmän erityispiirteenä voidaan pitää opiskelua sekä työnä että elämänvaiheena. Opiskelu edellyttää sekä yksilön omia voimavaroja että tukea opiskeluympäristöltä. Yksilön voimavaroja ovat riittävä terveys, tiedot ja taidot, kyvykkyys sekä motivaatio. Opiskeluympäristöltä edellytetään puolestaan hyvää opetusta, fyysisesti turvallisia olosuhteita ja kulttuurisesti tukevaa ilmapiiriä. Opiskelijoiden terveydenhuollossa on siten keskeistä sairauksien hoidon lisäksi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä tukevien opiskeluolosuhteiden edistäminen sekä opiskelukykyä heikentävien tekijöiden korjaaminen ja hoitaminen. Opiskelijat ja opiskeluympäristöt ovat moninaisia myös kulttuuristen ja uskonnollisten tekijöiden sekä sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen suhteen. Opiskeluterveydenhuolto liittyy opiskelijan tehtävään, opiskeluun ja opiskeluaikaan. Opiskeluterveydenhuolto käsittää näin ollen kaikki opiskelijoiden elämänvaiheeseen ja opiskeluun liittyvät terveyteen vaikuttavat asiat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 21–29.)

Opiskeluterveydenhuollossa on otettu käyttöön varhaisen puuttumisen periaate. Tällä tarkoitetaan sitä, että ongelmat havaitaan ja niihin yritetään löytää ratkaisuja mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Varhaisen puuttumisen lisäksi tarvitaan hyvinvointia edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä. Opiskeluterveydenhuollossa ja opiskelijoiden hyvinvointityössä mukana olevien tahojen tulee siis tuntea opiskelijoiden elämäntilanne ja sen erityispiirteet yleisesti, jotta varhainen puuttuminen voi toteutua. Opiskeluterveydenhuollon tulisi olla nuorille myös helposti lähestyttävä ja turvallinen avunhaentapaikka, jossa ensiarvio sairaudesta tehdään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 47–49; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 17–20.)

Opiskelija voi tulla itse kertomaan bulimia-oireilustaan opiskelijaterveydenhuoltoon, mutta tieto voi tulla myös hänen kavereiltaan, sisaruksiltaan, huoltajaltaan tai kouluhenkilökunnalta. Kun tieto opiskelijan oireilusta on saatu, tulee tilanteeseen reagoida nopeasti. Opiskelija kutsutaan vastaanotolle, jos-

sa käydään läpi hänen nykyistä elämäntilannettaan, kuten ruokailutottumuksia, liikuntaa, mielialaa, sosiaalisia suhteita ja päihteiden käyttöä. Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen voivat havahduttaa nuoren, ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin avulla. Jos ongelma ei ala korjaantua, on opiskelija lähetettävä jatkohoitoon. Opiskeluterveydenhuollolla tulee olla mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoidoa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49–51; Luoto ym. 2006, 16–17.)

Terveystenhoitajan olisi hyvä olla mukana hoitopalavereissa silloinkin, kun opiskelija on syömishäiriön takia muualla hoidossa. Erittäin tärkeää tämä olisi kotiutumisen kannalta, sillä jatkoseuranta tapahtuu usein opiskeluterveydenhuollossa. Jatkohoidossa yhteiset hoitolinjaukset ja vastuunjako ovat hoidon onnistumisen kannalta todella tärkeässä asemassa. Ideaalitalanne olisi, että terveystenhoitaja pääsisi mukaan laatimaan nuoren hoitosuunnitelmaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 51–52.)

Joskus opiskelijan voimat eivät riitä normaaliin opiskeluun. Tällöin joudutaan miettimään yksilöllisiä ratkaisuja. Tavoitteena on opiskelijan terveen tasapainon saavuttaminen sekä parhaan mahdollisen ratkaisun löytäminen niin, että opinnot etenisivät. Arviota tehtäessä terveystenhoitajan rooli on antaa asiantuntijana ohjeita ja neuvoja opiskelijalle ja olla hänen tukena päätösten teossa. Terveystenhoitajan vaihtuessa tai opiskelijan siirtyessä toiseen oppilaitokseen olisi tärkeää, että tieto sairaudesta menee eteenpäin. Tällöin on tärkeää kysyä opiskelijalta lupa tietojen siirtämisestä. Nuorelle on hyvä selittää, kuinka hoitosuhteen jatkuminen on tärkeää ja hyödyllistä hänen itsensä kannalta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 52.)

Opiskeluterveydenhuollolla on tärkeä merkitys myös syömishäiriöitä ehkäisevässä hoitotyössä. Resurssipula kuitenkin hankaloittaa ennaltaehkäisevän hoitotyön toteutumista. Ehkäisyohjelmissa, joita on toteutettu jo useissa eri maissa, pyritään lähinnä antamaan nuorille tietoa syömishäiriöistä erilaisten tehtävien, videoiden, pelien ja leikkien avulla. Tuloksena on ollut, että syömishäiriöihin sairastuminen ei ole vähentynyt, mutta varhainen hoitoon hakeutuminen on parantunut. On syytä muistaa, että syömishäiriöihin sairastuvat tavallisimmin nuoret, joilla on heikko itsetunto, ja joiden on vaikeaa uskoa

itseensä ja omiin kykyihinsä. Lisäksi heidän itsetuntonsa on voimakkaasti sitoutunut opiskeluun, harrastuksiin ynnä muihin suorituksiin. Tämän vuoksi syvällinen ja kokonaisvaltainen ennaltaehkäisy lähtee aina itsetunnon ja oma-aloitteisuuden tukemisesta. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b.)

3.2 Nuoren kohtaaminen

Bulimiam sairastavan nuoren kohtaaminen on aina haasteellista, ammattitaitoa ja kärsivällisyyttä vaativaa. Jokainen kohtaamistilanne on yksilöllinen tapahtumansa, mutta sen perusrakenne on aina sama. Kohtaamistilanne rakentuu kolmesta tekijästä: asiakkaasta, jolla on ongelma, terveydenhuollon työntekijästä eli asiantuntijasta, joka pyrkii tehtävänsä mukaisesti ja asiantuntemuksensa nojalla vastaamaan ongelmaan sekä vuorovaikutuksesta näiden kahden välillä. (Lönqvist ym. 2007, 35.)

Ensimmäinen tapaaminen merkitsee bulimiam sairastavalle usein toiveiden ja pelkojen kohtaamista ja näihin liittyvien suojautumiskeinojen korostumista. Nuoren ja terveydenhoitajan välille syntyvä ensivaikutelma on tärkeää, koska kokonaisuus alkaa usein myöhemmin peittyä yksityiskohtien alle. Ensimmäiseen kohtamiseen liittyvät erityispiirteet on hyvä tallentaa tarkoin mieleen. Joskus voi nimittäin käydä niin, että nuorta koskevat oleelliset tiedot voivat välittyä ensimmäisten minuuttien aikana, vaikka sen ymmärtämiseen saat- taakin kulua aikaa. Alkutapaamiseen on hyvä palata mieleessään vielä myöhemminkin tehtäessä kokonaisarviota bulimiam sairastavasta. (Lönqvist ym. 2007, 35.)

Kohtaamistilannetta ei välttämättä pysty järjestelemään mitenkään etukäteen tai menemään minkään tietyn kaavan mukaan. On kuitenkin tärkeää, että olosuhteet pyrittäisiin luomaan mahdollisimman turvallisiksi ja miellyttäviksi. Pienillä asioilla voi vaikuttaa paljon, esimerkiksi katsekontaktiin kannattaa kiinnittää huomiota. Asiakas ja hoitaja voivat istua toisistaan parin metrin etäisyydellä siten, että katse pääsee luontevasti liukumaan myös toisen ohitse. Lisäksi kummankin sivulla voi olla tukena pöytätaaso. Nuorelle on hyvä kertoa jo etukäteen, että kirjallisia muistiinpanoja joudutaan tekemään vuorovaikutustilanteen aikana. Muistiinpanot kannattaa tehdä erilliselle paperille käsin, jotta hoitajan työskentely ei mene tietokoneen kanssa keskusteluksi.

Jos asiakkaan ja hoitajan välillä on kirjoituspöytä, voi olla hyväksi, ettei se erota keskustelun osapuolia täysin toisistaan. Myös hoitajan kiinnostuksella ja vastaanottavalla perusasenteella voidaan lisätä vastavuoroista ymmärtämistä ja hyväksymistä sekä tukea luottamuksen syntymistä tulevan yhteistyön pohjaksi. Usein jo ensimmäinen tapaaminen saattaa lievittää bulimiasairastavan nuoren häpeää, poikkeavuutta sekä syyllisyyden tunteita merkittävästi. (Lönnqvist ym. 2007, 35–36.)

Terveystenhoitajan on hyvä kiinnittää aluksi huomiota myös tilanteen alkuahdistukseen. Usein bulimiasairastava nuori voi olla arka ja ujo ongelmiansa kerronnassa. Parhaiten ahdistuksen purku onnistuu esittäytymällä itse ensin, ohjaamalla nuori hänellä kuuluvaan tehtävään ja rooliin, selventämällä tapaamisen päämääriä ja yleisiä puitteita sekä tutustumalla sen jälkeen nuoren taustaan. Tämän jälkeen edetään suoraan nuoren keskeiseen ongelmaan tai oireeseen. Terveystenhoitajan tulisi kiinnittää huomiota, ettei hän suhtautuisi asiakkaan ongelmiin liian teoretisoivasti tai yleistävästi. Mikäli näin käy, asiakkaan pelot ja huolet voivat nousta liiaksi esiin. Terveystenhoitajan ja asiakkaan tulisi siis kohdata toisensa siten, että he pystyisivät yhdessä työstämään asiakkaan ongelmia turvallisesti ja luottamukseen perustuen. Näin bulimiasairastava nuori voi pikkuhiljaa alkaa ymmärtää terveystenhoitajan avulla oireidensa luonnetta, niiden tunnistamista ja hoidon mahdollisuuksia. (Lönnqvist ym. 2007, 37–38.)

Tilaa ja vapautta antava kohtaamistilanne sallii vaikeidenkin asioiden esille tulon paremmin kuin tiukasti strukturoitu haastattelu. Kohdennettu kysymys taas antaa parhaimmillaan vastauksen esitettyyn kysymykseen, ei kuitenkaan mitään muuta. Vaikeita asioita käsiteltäessä asiakasta usein auttavat suorat ja kohdennetut kysymykset. Esimerkiksi itsetuhoisista mielikuvista tulisi aina kysyä suoraan. Pelottavista asioista keskusteleminen auttaa molempia osapuolia hallitsemaan niitä paremmin. (Lönnqvist ym. 2007, 38–39.)

Bulimiasairastavaa nuorta kuunnellessa, on tärkeää kiinnittää huomiota kaiken aikaa siihen ainekseen, mitä hän tuottaa tarinankerrontansa sivussa. Terveystenhoitaja voi miettiä, miksi nuori kertoi juuri tietyn asian tai miksi jätti kertomatta osan asioista. Näin voidaan hahmottaa asiakkaan kertomusta

samanaikaisesti ainakin mitä-, miten- ja miksi-tasoilla. Vuorovaikutustilanteen edetessä kohdennettujen kysymysten suhteellinen määrä yleensä lisääntyy. Tarkennuksina on hyvä käyttää milloin-kysymyksiä, jolloin elämäntapahtumien, oireiden ja häiriöiden aikajänne selkiytyy. Joskus on myös hyvä pysähtyä ja syventyä tarinan tiettyihin kohtiin kysymällä esimerkiksi: ”Mitä tarkoitatte?” tai ”Mistä arvelette sen johtuvan?”. Vuorovaikutustilanteessa on kiinnitettävä huomiota myös asiakkaan voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin, ei ainoastaan oireisiin. Asiakkaan voimavaroja voidaan osoittaa myös asiakkaalle itselleen, kuitenkin niin, ettei hänen oireita tai ongelmia vähätellä. (Lönngqvist ym. 2007, 34.)

Kokonaisuutena kohtaamistilanne tulisi järjestää niin, että aikaa olisi varattu riittävästi ja että nuorelle viestitettäisiin selkeästi, että hänen keskeiset ongelmansa ovat huomion keskipisteenä. Asiakaslähtöisyys on tärkeää. Asiakkaan tarina tulee kuunnella tarkoin ja loppuun saakka kiinnostuneesti. Hoitaja voi myös nostaa tarvittaessa esiin tärkeänä pitämiään teemoja, kuten perhe-taustan tai seurustelusuhteen, mikäli ajattelee näillä olevan merkitystä syömishäiriön kannalta. Hoitajan on myös hyvä kysyä suoraan diagnostiikassa tarvittavia erityisoireita, lähestyä avoimesti myös teemoja, joita nuori näyttää välttelevän ja kysyä itsetuhoajatuksista ja mahdollisesta väkivaltaisuudesta. Hoitajan on erityisen tärkeää käyttäytyä asiallisesti ja luontevalla tavalla kohteliaasti eikä provosoida toimimaan epäammattitaitoisesti myöskään silloin, jos häntä provosoidaan siihen. Selkeistä jatkotoimenpiteistä tulisi myös keskustella nuoren kanssa. Tämän tulisi tapahtua melko pian, jotta asiat eivät jäisi makaamaan paikoilleen ja asiakas turhautuisi. (Lönngqvist ym. 2007, 39; Syömishäiriökeskus 2009.)

3.3 Nuorelle tehtävät tutkimukset

Kun nuoren kanssa on päästy hoitosuhteen alkuun vuorovaikutussuhteen kehittymisen myötä, on aika tutkimuksille. Käytännössä voi kuitenkin käydä niin, että nämä kaksi vaihetta, vuorovaikutussuhteen syvempi syntyminen ja tutkimukset, toteutuvat eri järjestyksessä. Joskus nuori voi nimittäin tulla hakemaan apua somaattisiin oireisiin kuten vatsakipuun, turvotukseen, lihasheikkouteen, menstruaatiohäiriöihin tai kouristeluihin. Tällöin voidaan ensin kartoittaa nuoren terveydentilaa tutkimuksilla, jonka jälkeen vasta myöhemmin syyksi selviää syömishäiriö. Joskus taustalla voi olla myös joku muu mielenterveyden häiriö, kuten ahdistuneisuus-, mieliala- tai persoonallisuushäiriö. Myös päihteiden väärinkäyttö on mahdollinen. (Koistinen ym. 2004, 245; Lönnqvist ym. 2007, 369–370; Ogg – Millar – Pusztai – Thom 1997, 89–93.)

Kun bulimia on tunnistettu tai sitä epäillään, on tärkeää tehdä potilaalle laaja-alainen psykiatrinen ja somaattinen tutkimus sekä käyttäytymisoireen selvittäminen. Kliinisessä tutkimuksessa on syytä kiinnittää huomiota ravitsemustilan ja kasvun lisäksi myös murrosiän vaiheeseen, verenpaineeseen, sykkeeseen, sydämen kuuntelulöydöksiin, vasokonstriktion merkkeihin ja aliravitsemuksen merkkeihin, kuten turvotuksiin sekä ihon ja hampaiden huonoon kuntoon. (Koistinen ym. 2004, 245; Käypä hoito 2002.)

Laboratoriotutkimukset antavat viitteellisen kuvan bulimian aiheuttamista fyysisistä haitoista. Tavallisesti diagnoosivaiheessa bulimiaa sairastavasta otetaan verenkuvat, lasko, natrium, kalium, kalsium, fosfori, kloridi, AFOS, ALAT, verensokeri, amylaasi, kilpirauhasen toimintakoe, keliakiavasta-aineet, happo-emästasapaino ja EKG. Tavallisia laboratoriolöydöksiä ovat leukopenia, lievä anemia ja trombositopenia. Joskus todetaan suurentunut kreatiniinipitoisuus, lievästi suurentuneet maksa-arvot ja pieni albumiinipitoisuus. Elektrolyyttihäiriöt, eli hypokalemia ja hyponatremia, samoin kuin EKG-muutokset, tavallisimmin pidentynyt QT-aika ja johtumishäiriöt, viittaavat vaikeaan tilanteeseen. Kalsium- ja fosfaattipitoisuudet voivat myös olla pienet. (Käypä hoito 2002.)

On tärkeää muistaa, että kliininen tila ei välttämättä korreloi laboratoriolöydöksiin, ja että laboratoriolöydökset ovat usein normaalit vaikeassakin näkiintymistilassa. Laboratoriotutkimusten tarve tulee aina määrittää yksilöllisesti potilaan yleistilan mukaan. Oksentelutyypistä bulimiam epäiltäessä katsotaan kuitenkin seerumin amylaasi sekä happo-emästase ja kloridit kannattaviksi tutkimuksiksi. (Käypä hoito 2002.)

Myös psykiatrinen perusarviointi tehdään usein perusterveydenhuollossa. Psykiatrisessa tutkimuksessa on tärkeää selvittää, onko kyse syömishäiriöstä, onko potilaalla muita samanaikaisia psyykkisiä oireita tai sairauksia, arvioida potilaan iänmukaista psyykkistä kehitystä ja toimintakykyä sekä häiriön vaikutusta nuoruusiän kehitykseen. Tutkimus yleensä sisältää alkuhaastattelun, yksilötutkimukset sekä joskus myös vanhempien tapaamisen. Tarvittaessa tulee järjestää psykologin tutkimukset. Tavoitteena prosessissa on vuorovaikutus, jossa yhdessä potilaan kanssa tarkastellaan hänen ongelmiaan ja elämänvaiheitaan siten, että hänen kokemukset tulevat jaetuiksi. Haastattelussa on syytä kysyä kaikista tautiluokituksessa kuvatuista oireista erikseen, koska potilas ei niistä välttämättä kerro oma-aloitteisesti. Apuna voi käyttää standartoitua haastattelulomaketta (EDE) tai itsearviomittareita (Bulimic Investigation Test BITE tai EDI). Lisäksi on olemassa syömishäiriön puhkeamista ennakoivan oireilun mittaamiseksi Englannissa kehitetty viiden kysymyksen syömishäiriöseula (SCOFF), joka on käännetty suomeksi ja jota on testattu suomalaisille 9. luokan oppilaille. (Hautala – Liuksiala – Räihä – Väänänen – Jalava – Väinälä – Saarijärvi 2005, 4599–4605; Käypä hoito 2002.)

Syömistottumuksia on myös hyvä seurata. Se onnistuu kätevästi kotona täytettävän ruokapäiväkirjan avulla. Esitietoja kerätään sekä potilaalta että joissain tapauksissa myös vanhemmilta ja oppilaitoksesta, jossa nuori opiskelee. Syömishäiriöön vaikuttavia riskitekijöitä tulisi arvioida sekä potilaan että perheen historiasta. Myös muun ympäristön tarjoamia tekijöitä sekä ennen kaikkea häiriön vaikeusastetta ja sen liitännäisoireita arvioidaan. Syömishäiriö voi ilmentää nuoruusiän kehityksellistä kriisiä, mutta myös nuoren vakavaa psyykkistä häiriötä. Tutkimusten perusteella tehdään yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelma ja -sopimus. Olisi suotavaa, että nuoren vanhemmat tai

joissain tapauksissa esimerkiksi nuoren puoliso tai muu tukihenkilö osallistuisi suunnitelman laatimiseen, mikäli nuori tämän hyväksyy. (Käypä hoito 2002.)

3.4 Nuoren auttaminen

3.4.1 Kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen

Terveystenhoitaja on asemassa, jossa hänen tulee kartoittaa nuoren tilanne tutkimuksin, antaa oma panostuksensa hoidollisesti sekä ohjata jatkohoitoon. Terveystenhoitajalla on siis suuri vastuu nuoren auttamisessa eli kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa, toteutumisessa ja sen arvioinnissa. Hoidon ensivaiheen tavoitteita ovat lääketieteellisten seurausten hoito ja oirekierteen katkaisu sekä syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Lisäksi pyritään tarttumaan syömishäiriöön liittyviin psykologisiin, perheperäisiin, sosiaalisiin ja käyttäytymisen ongelmiin ja helpottamaan niiden ratkaisemista. Tavoitteiden saavuttamiseksi on eduksi, jos hoidossa voi olla mukana moniammatillinen tiimi, jossa on edustettuna kaikkien osa-alueiden erityisosaaminen. Hoidon yksilölliset tavoitteet riippuvat sairaus- ja hoitohistoriasta sekä oireiden vakavuudesta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42; Savukoski 2008, 35–36.)

Hoidon onnistumiselle on parhaat edellytykset silloin, kun sairastunut on yhteistyöhaluinen hoitavan tahon kanssa. Yhteistyöhalukkuuden luomiseen kannattaa käyttää riittävästi aikaa sairauden hoidon aloittamisvaiheessa, sillä siten päästään pitkällä tähtäimellä nopeammin hyvään lopputulokseen. Ahmimishäiriöiset ovat usein hoitomyönteisiä, sillä he haluavat päästä oireistaan eroon. Hoito tapahtuu usein avohoidossa. Sairaalahoittoa tarvitaan vain silloin, kun hallitsematonta syömistä ja oksentelua ei saada muulla keinoin kuriin ja kun potilaalla on vaikeita somaattisia ongelmia, kuten diabetes, tai vaikeita psykiatrisia ongelmia, kuten itsetuhoisuutta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42–43; Lönnqvist ym. 2007, 370; Mustajoki ym. 2003, 434.)

3.4.2 Ravitsemusohjaus

Ravitsemusohjaus on erittäin keskeisessä asemassa bulimiatilaan auttamisessa. Siinä pyritään täsmäsyömiseen eli säännöllisesti, riittävästi, monipuolisesti ja sallivasti syömiseen psykoedukaation ja ruokapäiväkirjan avulla. Alipainoisen potilaan paino on tärkeää saada normalisoitua ja syömisen hal-

lintakeinoja opeteltava. Tärkein tavoite on kuitenkin saada potilaan ylettömän laihduttamisen ja ahminnan aikaansaama noidankehä loppumaan. Säännöllisen ateriarytmin myötä elimistön nälkiintymistila korjaantuu, paine ahmia vähenee ja ahminta-kompensaatiokohtaukset harvenevat. Potilaan häiriintyneet nälkä- ja kylläisyssignaalit palaavat vähitellen normaaleiksi, ja ruokailu voi tapahtua näiden luonnollisten kontrollimekanismien varassa. Säännöllisen ja riittävän ruokavalion myötä myös potilaan paino asettuu sopiviin lukemiin eli biologiseen normaalipainoon, joka voi kuitenkin olla korkeampi kuin potilaan oma toivepaino. Tavoitteena voidaan pitää myös sitä, että potilas hyväksyy biologisen normaalipainonsa. (Kristeri 2003, 83–93; Viljanen – Larjosto – Palva-Alhola 2005, 122–123; Van der Ster 2006, 53.)

Potilaan kanssa on tärkeää keskustella painon nousun pelosta avoimesti, koska se on monesti bulimiam sairastavalle oleellinen este lisätä ruokamääriä ja lopettaa oksentaminen tai muut kompensaatiokeinot. Potilaalle on tärkeää korostaa, että häntä ei yritetä lihottaa, vaan tarkoitus on päästä syömisen hallinnan avulla myös painon hallintaan. Syömisen hallinnan opettelussa kaikenlainen laihduttaminen estää toipumista. Syömisen rajoittaminen lisää pakonomaista ruuan ajattelua ja vahvistaa luonnollista tarvetta syödä. Mahdolliset kielletyt ruoka-aineet tulevat entistä houkuttelevimmiksi. Potilaalle voi merkitä paljon, kun hän kuulee, että ahminta on liian niukan ruokavalion luonnollinen seuraus eikä kyse ole esimerkiksi hänen tahdonvoimansa puutteesta. Lisäksi on hyvä korostaa, että ahminta sekä siihen liittyvä häpeä ovat melko yleisiä, joten potilas ei kärsi yksin ongelmastaan. (Kristeri 2003, 83–93; Viljanen ym. 2005, 122–123; Van der Ster 2006, 53.)

Ruokapäiväkirjan merkityksestä itsehoitovälineenä on hyvä kertoa bulimiam sairastavalle. Se tukee potilasta noudattamaan täsmäsyömistä sekä auttaa häntä huomaamaan ruokavalion rajoittamisen ja ahminnan välisen yhteyden sekä mielialan, ajan ja paikan merkityksen. Päiväkirjaan tulisi merkitä syömissä aloittamisajankohta, ruuat, juomat ja niiden määrät (talousmittoina), potilaan arvio siitä, oliko syöminen ahmintaa, liittyikö syömiseen oksentelua tai muita kompensaatiokeinoja sekä tunteet ja ajatukset syömisen yhteydessä. Potilas voi kirjata muitakin erityisiä tunteita ja tilanteita ylös, esimerkiksi riidat, yksinäisyyden, väsymyksen ja kiukun. Päiväkirja voidaan suunnitella yksilölli-

sesti ja lisätä siihen sarake liikunnalle, alkoholin käytölle sekä esimerkiksi itsensä mittaamisten kirjaamiselle. Ruokapäiväkirjan avulla bulimiam sairastavalle osoitetaan, mihin asioihin on puututtava ja mitä asioita muutettava, jotta toipuminen lähtee käyntiin. Myös onnistumiset, joihin hän itse ei välttämättä kiinnitä huomiota, tuodaan esiin. Onnistumisten lisäksi tulisi antaa kiitosta myös siitä, että potilas on ylipäättensä vaivautunut pitämään ruokapäiväkirjaa, vaikka sen tiedetään olevan vaikeaa syömishäiriöiselle. (Viljanen ym. 2005, 86–90, 125.)

Ruokapäiväkirjan pohjalta tulisi myös osata keskustella bulimiapotilaan kanssa. Potilasta aktivoidaan hyödyntämään kirjanpitoa itsenäisesti kysymällä esimerkiksi, mikä potilasta huolettaa eniten syömiskäyttäytymisessä, mitä muutoksia hän haluaisi ruokavalionsa tehdä, miten täsmäsyöminen hänen mielestään onnistuu, missä hän tuntee tarvitsevansa tukea ja mitkä asiat sujuvat hyvin. Ihanteellista olisi, että potilas alkaisi itse etsiä syitä ja seurauksia ruokapäiväkirjastaan. Alkuun häntä voi ohjata huomaamaan tiettyjä yhteyksiä tunteiden ja ahmintojen välillä kysymällä esimerkiksi, minkä potilas arvelee olleen edellisen ahmintakohtauksen syynä ja mitä tapahtui ennen ahmintaa. Ruokapäiväkirjan avulla potilasta voi myös rohkaista kokeilemaan uusia käyttäytymismalleja ehdottamalla esimerkiksi, että katsotaanko mitä tapahtuu, jos alat syömään lämpimän aterian lounaalla. (Viljanen ym. 2005, 89.)

Bulimiapotilasta voi aluksi pelottaa laihduttamisen lopettaminen ja täsmäsyömisestä aloittaminen. Potilaan voi olla vaikea käsittää, että hän saattaa olla aineenvaihdunnan kannalta aliravitsemustilassa, koska hän on uskonut syövänsä liian paljon ja olevansa jopa liikapainoinen. Bulimiam sairastavalle voi ehdottaa, että hän pitäisi tauon laihduttamisesta tietyn rajatun ajan verran ja katsottaisiin, millaisiin tuloksiin sinä aikana päästään. Muutokseen voi suhtautua kuten tieteelliseen kokeeseen ja ruokaan kuin lääkkeeseen, jolla ahmintaoire parannetaan. (Viljanen ym. 2005, 124.)

3.4.3 Keskusteluapu

Bulimiapotilaan tiedollinen opettaminen ja ohjaaminen, kuunteleminen, ruokapäiväkirjan pohjalta keskusteleminen sekä ajatus- ja tunnetilojen tutkiminen kuuluvat kaikki keskusteluapuun. Keskusteluapua voi antaa terveyden-

hoitaja, mutta hän voi ohjata nuoren myös esimerkiksi mielenterveystoimistoon, opintopsykologille, psykiatrille tai ravitsemusterapiaan.

Terveydenhoitajan tulisi aina miettiä ennen jatkohoitoon ohjausta, voisiko hän ottaa isomman vastuun bulimian sairastavan nuoren auttamisesta. Nuori voi helposti turhautua ja tuntea itsensä hylätyksi, mikäli hoitopaikka vaihtuu jatkuvasti. On totta, että aina terveydenhoitaja ei pysty korjaamaan bulimiapotilaan ajatusvinoumia ja uskomuksia, jolloin jatkohoitoon ohjaus on perusteltua. Kiirehtiä ei kuitenkaan kannata, sillä aivan samoin kuin esimerkiksi ravitsemusterapeutti, voi terveydenhoitaja antaa potilaalle tietoa, tukea ja ohjausta ruokavalion suhteen ja painottaa hänelle, että ruokavaliosuosituksia ei tarvitse noudattaa liian ankarasti. Terveydenhoitaja voi myös antaa tietoa oksentelun hengenvaarallisista komplikaatioista, kuten elektrolyyttien menettämisestä ja sen provosoimista sydämen rytmihäiriöistä, ruuansulatuskanavan ongelmista, pysyvistä hammaisvaurioista, ulostuslääkkeiden ja nesteentorjaintiläkkeiden vaarallisuudesta sekä ylettömän liikunnan aikaansaamista muutoksista kehossa. Samoin terveydenhoitaja voi nostattaa potilaan itsetuntoa laittamalla nuoren miettimään positiivisia minäkuvaan liittyviä asioita ja osoittamalla vääräksi kieroutuneita ajatusmalleja. Potilaalle voi olla turvallista ja huojentavaa jo pelkästään se, että asiantuntija huolehtii hänen ruokailunsa suunnittelusta, kunnes hänen oma kykynsä huolehtia ja kantaa vastuu ruokailuista palautuu. Myös aidolla läsnäololla ja kuuntelemisella voi saada ihmeitä aikaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 51–52; Viljanen ym. 2005, 14–25, 130–141.)

Nuori voi saada paljon siitä, että hänet ja hänen ongelmansa otetaan vakavasti ja että hänet kuullaan ja huomataan. Jokainen voi myös rohkaista ja kannustaa bulimiapotilasta kohti terveempää elämää ja luoda toivoa paremmasta. Oleellisin kysymys, minkä terveydenhoitaja voi itselleen asettaa on, edistävätkö hänen luonaan käynnit ja keskustelut potilaan paranemista. Mikäli edistystä ei tapahdu, on nuori syytä lähettää jatkohoitoon. Tällöinkin terveydenhoitaja voi tavata nuorta aika ajoin ja toimia hänen tukena vaikka varsinainen hoito tapahtuisi muualla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 51–52; Viljanen ym. 2005, 14–25, 130–141.)

3.5 Paranemisen tukeminen

Syömishäiriöstä paraneminen on useimmille potilaille yksi heidän elämänsä vaikeimmista asioista. Parantuneet tietävät kuitenkin, että terveyden saavuttaminen on vaivan arvoista. Paraneminen riippuu paitsi hoidon laadusta, myös potilaan saamasta sosiaalisesta tuesta, motivaatiosta käydä läpi raskas taisteluprosessi ja ennen kaikkea rohkeudesta luopua oireista kokonaan. Sairastuneelle on tärkeä painottaa, että hänen täytyy itse aktiivisesti vaikuttaa parantumiseensa. Hänen ei tarvitse olla kohtalonsa uhri, joka tyytyy hiljaisesti toivomaan muutosta paremmasta, vaan hän voi itse käynnistää muutoksen ja viedä sen niin pitkälle kuin rohkeus riittää. Oireet eivät tavallisesti poistu itsestään, vaan niistä eroon pääseminen vaatii päättäväistä ahminnan himon vastustamista. Oireiden vastustaminen aiheuttaa yleensä voimakkaan ahdistuksen, jonka vuoksi välillä saattaa tuntua helpommalta antaa periksi ja ahmia. Parantumisen kannalta onkin oleellista, ettei pelkää oireiden vastustamisen aiheuttamaa ahdistusta eikä yritä vähentää sitä sairautta vahvistavin keinoin. Tuska ja ahdistus ovat pahimpia alussa, mutta ne heikkenevät nopeasti, kun vain jaksaa vastustaa oireita päättäväisesti. (Syömishäiriökeskus 2009; Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b; Van der Ster 2006, 24–29; Yliopistonapteekki 2009.)

Bulimiapotilaan paranemisen haasteena on, että ahminnat ovat voineet olla pitkäänkin hänen tapansa irrottautua edes hetkeksi ongelmallisista ajatuksista, tapa rentoutua tai tapa siirtää tuonemmaksi vaikeisiin tai ikäviin tehtäviin ryhtymistä. Ahminta voi lievittää potilaan ahdistusta, masennusta, yksinäisyyttä, levottomuutta, stressiä, pettymystä, kiukkua tai muita negatiivisia tunteita. Bulimiasta luopuminen vaatii potilaalta paljon rohkeutta. Hänen täytyy luopua tavastaan käsitellä negatiivisia tunteita ja opetella tilalle uusi tapa. Lisäksi lihomisen pelko on jatkuvasti taustalla uusien ruokavaliomuutosten opettelun myötä. Bulimiasta luopuminen on vaikeaa myös siksi, että se on pitkään täyttänyt potilaan elämän ja jättäisi jälkeensä tyhjiön. (Viljanen ym. 2005, 120–121; Syömishäiriökeskus 2009.)

Syömishäiriöstä paranemisen kannalta on tärkeää, että hoitohenkilön ja potilaan välillä vallitsee luottamukseen perustuva hoitosuhde. Myös sairastuneen

läheiset voivat vaikuttaa paljon tarjoamalla tukeaan. Terveystenhoitaja voi tarvittaessa ottaa yhteyttä opiskelijan läheisiin, mikäli nuori tämän hyväksyy. On nimittäin muistettava, että syömishäiriö on aina koko perhettä koskettava ongelma. Erityisesti vanhemmat ja puoliso altistuvat masennus- ja ahdistusoireille. Joskus voi käydä myös niin, että hyvää tarkoittavat läheiset pyrkivät auttamaan tyrkyttämällä ruokaa, pakottamalla syömään tai osoittamalla oireiden järjettömyyden nimittelemällä ja halveksimalla potilasta. Nämä spontaanit reaktiot eivät kuitenkaan auta tilannetta, vaan pahentavat sitä. Läheisille tulisi painottaa, että syömishäiriöstä kärsivä ei oireile tahallaan. Hän oireilee, koska ei tiedä miten muutenkaan selviäisi sietämättömästä ahdistuksestaan. Läheisten tulee olla todella kärsivällisiä, hakea itselleen apua jaksamisensa ja yrittää kannustaa potilasta hakeutumaan hoitoon. Läheinen voi kuunnella sairastunutta ja keskustella hänen kanssaan. Hän voi myös osoittaa sanoin, katsein ja kosketuksin sairastuneelle, että hän on tärkeä ja rakastettu riippumatta siitä mitä hän tekee. Läheiset ovat tärkeitä tukihenkilöitä, mutta varsinainen hoidon antaminen kannattaa jättää ammattihenkilöille. (Syömishäiriökeskus 2009; Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b; Van der Ster 2006, 311–315; Yliopistonapteekki 2009.)

Potilaalle että hänen läheisilleen olisi hyvä selittää, kuinka pitkästä prosessista hoidossa on kysymys. Nyrkkisääntönä voisi sanoa, että täydellistä paranemista ei kovin usein tapahdu alle kahdessa vuodessa. Harvinaista ei ole myöskään se, että prosessi kestää viisi, jopa kymmenenkin vuotta. Potilaan omaisille kannattaa suositella esimerkiksi Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n alueyhdistysten järjestämää vertaistukitoimintaa, psykologia tai muuta asiantuntevaa tahoja, jotta heidän oma jaksamisensa turvautuu. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b, c; Yliopistonapteekki 2009.)

3.6 Jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia

3.6.1 Hoitomuodot

Ahmimishäiriön hoitoon on useita erilaisia hoitomalleja. Usein hyvä ratkaisu on eri hoitomuotojen yhdistelmä. Ravitsemusterapia ja häiriötä koskeva tiedollinen ohjaus eli psykoedukaatio somaattiseen ja psykoterapeuttiseen hoitoon liitettynä on hyvä yhdistelmä. Ravitsemusterapia tähtää säännölliseen ruokailurytmiin ja laihduttamisen lopettamiseen. Lihavuuden pelko pyritään voittamaan ja painoa koskevat asenteet normalistamaan psykologisin menetelmin. Eniten käytetty ja tutkittu hoitomalli perustuu kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan. Malli keskittyy väljentämään jäykkiä ruokasäännöksiä sekä korjaamaan painoa ja ulkomuotoa koskevia ajatusvääristymiä ja itsetuntoa. Sen on hyvin tehdyissä tutkimuksissa todettu poistavan oireet 70–80%:lta potilaista ja korjaavan tilanteen pitkällä aikavälillä noin puolella hoidetuista. Osa potilaista hyötyy kognitiivis-behavioraalisen ja dynaamisen terapian yhdistämisestä. Myös interpersonaalinen psykoterapia voi joskus olla hyvä vaihtoehto. Interpersonaalinen terapia paneutuu ihmissuhteissa ilmenevien ongelmien käsittelemisen kautta syömishäiriöiden voittamiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 46–47, 130–132; Lönnqvist ym. 2007, 370.)

Yksilöllinen psykodynaaminen terapia on tarpeen erityisesti niille, joiden oireilu ei ole korjaantunut edellä kuvatuin keinoin. Psykodynaamisessa terapiassa keskitytään psyykkisten rakenteiden korjaamiseen tunnistamalla muun muassa lapsuudessa koetut, tiedostamattomaan painuneet psyykkiset ristiriidat, jotka omalta osaltaan ovat olleet vaikuttamassa syömishäiriön syntyyn. Tämä terapiamuoto vaatii potilaalta itseltään aktiivista materiaalin tuottamista. Lisäksi on suureksi eduksi, jos hän pystyy jollain tasolla jo valmiiksi analysoimaan ajatuksiaan, tunteitaan ja tekemisiään. Psykodynaamisten terapioiden ei ole tieteellisissä tutkimuksissa todettu olevan erityisen tehokkaita syömishäiriöoireiden poistamisessa. Yhtenä syynä tähän saattaa olla se, että myös varsinainen syömiskäyttäytyminen vaatii harjoittelua. Tämä menettely ei kuulu psykodynaamisen hoidon filosofiaan. Kuitenkin jotkut terapeutit käyttävät tätä menetelmää menestyksekkäästi myös syömishäiriöpotilailla. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b.)

Perheterapiasta, ryhmäterapiasta ja psykoedukatiivisista ryhmistä voi joskus myös olla apua. Perheterapiassa pyritään vaikuttamaan perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen muuttamalla sitä avoimempaan ja potilaan tervehtymistä paremmin tukevaan suuntaan. Perheterapiaistuntoihin osallistuvat tavallisesti kaikki perheenjäsenet, mutta vaihdellen esimerkiksi vain syömishäiriöpotilas vanhempineen tai puolisoineen tai vain vanhemmat kahden kesken. Tällöin puhutaan pariterapiasta. Ryhmäterapiassa käsitellään sellaisia asioita ja tunteita, joita normaalisti ei uskalleta käsitellä muiden ihmisten kanssa, esimerkiksi hylätyksi tulemisen pelkoa. Samoista ongelmista kärsivien kanssa keskustellessa saa huomata, ettei ole yksin ongelmiansa kanssa. Ryhmäläiset kannustavat toinen toistaan ja antavat lisää voimia taistella sairautta vastaan. Psykoedukatiiviset ryhmät keskittyvät puolestaan tiedon jakamiseen ryhmäläisille. Ne eroavat ryhmäterapiasta siinä, että työskentelyssä ei varsinaisesti paneuduta analysoimaan tunteita ja ryhmäläisten välisiä jännitteitä, vaan keskitytään tiedon ja käsiteltäviin aiheisiin liittyvien kokemusten jakamiseen. Nykyään kaikkeen syömishäiriöiden hoitoon pyritään liittämään psykoedukatiivinen jakso. (Savukoski 2008, 36–37; Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b.)

Joskus bulimiapotilasta auttaa lääkehoito. Lääkehoidon arvion tekee tavallisesti psykiatrian erikoislääkäri. SSRI lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat ensisijaisia lääkkeitä ahmimishäiriön hoidossa. Näistä erityisesti fluoksetiinilla on havaittu myönteistä hoitovastetta. Se vähentää oireita noin 60 %:lla potilaista. Lääkeannoksen on kuitenkin oltava huomattavasti suurempi kuin masennuksen hoidossa, noin 60mg/vrk. Myös trisykliset masennuslääkkeet, tratsodoni ja MAO-estäjät voivat joillakin bulimiam sairastavilla vähentää ahmimiskohtauksia tai lievittää niitä. Lääkehoito on hyvä liittää yhteen jonkun muun hoitomuodon kanssa. (Huttunen 2006, 176.)

Koska hoitoon hakeutuneiden bulimiapotilaiden syömishäiriön kulku on usein aaltoileva tai pitkäaikainen, useimmat hoito-ohjelmat käsittelevät oireiden uusiutumisen ehkäisyä ja hallintaa. Monet potilaat hyötyvät strukturoidun hoito-ohjelman jälkeen muusta, esimerkiksi psykodynaamisesta psykoterapiasta. Kokemuksesta on havaittu, että potilaat itse ovat usein valmiita tiiviimpään

psykoterapiaan vasta vuosia sairastetun ahmimishäiriön jälkeen. (Lönngqvist ym. 2007, 371; Mustajoki ym. 2003, 434.)

Bulimiam sairastava voi saada apua myös fysioterapiasta ja toimintaterapiasta. Fysioterapiassa voidaan tehdä muun muassa rentoutus- ja ruumiintunte-musharjoituksia ja toimintaterapiassa harjoitella ajankäytön jäsentämistä ja käytännön ruuanvalmistusta. Myös vaihtoehtoisia hoitomuotoja, kuten kuvataidetta, kirjoittamista, musiikkiterapiaa, shiatsua, rosenterapiaa, aroma- ja vyöhyketerapiaa ja homeopatiaa voi suositella syömishäiriöiselle. Vaihtoehtoiset hoitomuodot sopivat osalle potilaista täydentävinä hoitoina. (Lindamaria 2009; Viljanen ym. 2005, 14.)

3.6.2 Vertaistuki

Syömishäiriöliitto – SYLI ry auttaa kokemuspohjaisella tiedolla syömishäiriöön sairastuneita ja heidän läheisiään Suomessa. Myös terveydenhuollon ammattilaiset voivat ottaa yhteyttä Syömishäiriöliitto – SYLI ry:hyn ja kysyä neuvoja syömishäiriöön sairastuneen auttamisesta. Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n kotisivuilla osoitteessa www.syomishairioliitto.fi on paljon tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta, vertaistukipalveluista, syömishäiriöihin liittyvistä tulevista tapahtumista sekä lista syömishäiriöitä käsittelevistä kirjoista. Liiton tarkoituksena on tuoda kokemustieto ja -taito rakentavaksi osaksi niin yksilön, perheen, ammatillisen hoidon, eri organisaatioiden kuin koko yhteiskunnan elämää ja toimintaa. Sivuilta aukeaa myös linkki keskustelufoorumiin, jossa on omat avoimet palstansa niin sairastaville kuin heidän läheisilleen. Foorumi toimii vertaistukiperiaatteella ja keskustelujen on tarkoitus tukea syömishäiriöistä paranemista. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009a.)

Liiton alueelliset jäsenyhdistykset vastaavat paikallisesta toiminnasta. Liiton perustajajäsenet ovat Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry (Turku), Etelä-Suomen syömishäiriöperheet ry (Helsinki) ja Pohjanmaan syömishäiriöperheet ry (Kokkola). Väli-Suomen syömishäiriöperheet ry (Tampere) liittyi jäseneksi vuonna 2005 ja Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet ry (Rovaniemi) vuonna 2008. Jäsenyhdistyksistä kahdella (Lounais-Suomen ja Etelä-Suomen yhdistykset) on työntekijät. Muut yhdistykset toimivat täysin vapaaehtoisvoimin. Jäsenyhdistyksissä on yhteensä noin 500 henkilöjäsentä. Jä-

senyhdistysten perustoimintaa ovat erilaiset vertaistukiryhmät ja sähköposti-vertaistuki. Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n valtakunnallinen neuvontapuhelin päivystää maanantaina ja torstaina kello 9–15. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009a.)

Vertaistuen tarkoituksena on luoda helpottavia hetkiä syömishäiriöön sairastuneiden sekä heidän läheistensä elämään. Parhaimmillaan vertaistukiryhmä tukee sairastuneiden ja läheisten itsetuntemuksen lisääntymistä ja sitä kautta myös tunnistamattomien voimavarojen löytymistä, jotka auttavat jaksamaan kamppailussa sairautta vastaan. Vertaistukea ei määritellä hoidoksi, vaan kokemusten, ajatusten ja tunteiden jakamiseksi ja yhteisten ongelmien ymmärtämiseksi. Lähtökohtana on paranemismotivaation vahvistaminen ja jaksamisen tukeminen. Ryhmänohjaajina toimivat itse syömishäiriön sairastaneet ja siitä parantuneet henkilöt. Vertaistukiryhmä voi olla sairastuneelle hyvä tuki joko hoitoon hakeutumiseen tai hoidon rinnalle lisätueksi. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009c.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on antaa tietoa opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille, kuinka kohdata bulimiaa sairastava nuori ja auttaa häntä, ja näin ollen kehittää opiskeluterveydenhuollon palveluita.

Tavoitteenani on saada selville, kuinka bulimiaa sairastavat nuoret on kohdattu opiskeluterveydenhuollossa ja millaista apua heille on tarjottu, mitä asioita heille on kerrottu bulimia-sairaudesta ja onko heille annettu tietoa mahdollisista muista auttajista. Tavoitteenani on myös selvittää, millaisia kehitysehdotuksia bulimiaa sairastavilla nuorilla olisi opiskeluterveydenhuollon palveluihin.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Kuinka bulimiaa sairastavat tai sairauden kokeneet nuoret ovat kokeneet terveydenhoitajan kohdanneen ja auttaneen heitä opiskeluterveydenhuollossa?
2. Millaista tietoa terveydenhoitaja on antanut heille bulimia-sairaudesta?
3. Mistä jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista terveydenhoitaja on kertonut heille?
4. Kuinka bulimiaa sairastavat nuoret ovat kokeneet hyötynensä opiskeluterveydenhuollon palveluista? Millaista kehitystä he toivoisivat?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kohderyhmä

Käytin työssäni kohderyhmänä bulimia nervosaa sairastavia tai sairauden kokeneita 15–25-vuotiaita nuoria. Hain Syömishäiriöliitto – SYLI ry:ltä tutkimuslupaa käyttää heidän kotisivujensa sairastaville suunnattua keskustelufoorumia työni tekemisessä. Lupahakemukseni (liite 3) hyväksyttiin, ja tein kotisivujen sairastavien palstalle keskustelun aloituksen (liite 4). Tavoitteena minulla oli saada kolmesta viiteen vastausta työhöni. Tavoitteeni toteutui, sillä sain viisi vastausta. Vastaukset olivat yksittäisten nuorten henkilökohtaisia kokemuksia, jotka eivät sitoutuneet mihinkään tiettyyn kuntaan tai kouluun. Kaikilla halukkailla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen, ja kaikki osallistuneet tulivat mukaan vapaaehtoisesti. Tutkimukseen osallistuneille selvisi keskustelun aloituksesta tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusaineiston käyttötavat sekä muu yleinen tärkeä tieto työstäni.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullista tutkimusta on vaikea määritellä selvästi, koska sillä ei ole teoriaa eikä paradigmaa eli sellaista mallikaaviota tai selitystä tutkittavasta ilmiöstä, joka ei ole saanut vielä teorianaista hyväksyntää, joka olisi vain sen omaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään ole täysin omia metodeja eli erityisiä tutkimustekniikoita. (Denzin – Lincoln 2000, 3.)

Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista eikä niinkään niiden yleisluontoisesta jakaantumisesta. Se käy tutkimusmenetelmäksi myös silloin, kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. Laadullinen tutkimusote on hyvä valinta, kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai joissa ei voida kontrolloida läheskään kaikkia vaikuttavia tekijöitä tai kun halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla. (Syrjälä 1994, 12–13.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen ja kohteena on usein ihminen. Tutkimuksen päämääränä on tosiasioiden löytäminen tai paljastaminen. Keskeisenä piirteenä laadullisessa tutkimuksessa on se, että siinä keskitytään usein pieneen määrään tapauksia, jotka pyritään analysoimaan perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyttä mitataan ennemminkin laadulla kuin määrällä. Tutkimus on tärkeää tehdä objektiivisesti, eli tutkijan omia arvostuksia, asenteita ja uskomuksia vältetään tuomasta esiin. Vaikka laadullinen tutkimus koostuu pääosin aineistosta ja sen tulkinnasta, tarvitaan taustalle kuitenkin myös teoriaa. Teoria on mukana laadullisessa tutkimuksessa kahdella tavalla: keinona tai välineenä, joka auttaa tutkimuksen tekemisessä tai päämääränä, jolloin tutkimuksella pyritään kehittämään teoriaa edelleen. Kun teoriaa käytetään tutkimuksen teon keinona, tarvitaan sekä tulkintateoriaa, joka auttaa muodostamaan kysymykset ja sen, mitä aineistosta etsitään sekä lisäksi taustateoriaa, jota vasten aineistoa arvioidaan. Mikäli teoria on päämääränä, on pyrkimyksenä luoda uutta teoreettista tietoa. Tämä tulee esiin silloin, kun tehdään induktiivista päättelyä aineiston pohjalta eli edetään yksittäisistä havainnoista yleiseen. On kuitenkin muistettava, että yleistyksiä voidaan tehdä vain tulkintojen perusteella, ei suoraan aineiston perusteella. Tilastolliseen yleistämiseen ei laadullisessa tutkimuksessa pyritä. Analysoitavan aineiston tulkinnan on muodostettava kokonaisuus, jonka piiriin yleistysten on mahduttava. (Eskola – Suoranta 2005, 15–18, 82–83; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000, 160–162; Varto 1992, 23.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että tutkittavaa ilmiötä pyritään lähestymään mahdollisimman avoimella otteella ja että sen vaiheet eivät noudata tiettyä kaavaa vaan muotoutuvat tutkimuksen edetessä. Vaiheiden eteneminen ei usein ole mahdollista vaihe vaiheelta, vaan ne valmistuvat vähitellen ja lomittain. Samoin tutkimustehtävät täsmentyvät vasta aineiston analysoinnin kuluessa. (Alasuutari 1994, 69; Krausse – Kiikkala 1996, 54, 64.)

Valitsin laadullisen tutkimuksen työni tutkimusmenetelmäksi, koska halusin kuulla bulimiam sairastavilta tai sairastaneilta nuorilta perusteellisia kokemuksia opiskeluterveydenhuollon auttamismenetelmistä heidän omassa sairaus-

tapauksessaan. Koska aiheeni on arkaluonteinen ja tutkittaville kovin raskas henkisesti, tiesin jo tutkimusta aloittaessani, että vastauksia ei tule kovin montaa. Näin ollen laadullinen tutkimusote on tähän tutkimukseen sopivin ja luontevin.

5.3 Aineistonkeruu

Laadullista tutkimusta tehdessä käytetään sellaisia aineistonkeruumenetelmiä, jotka vievät tutkijan lähelle tutkittavaa ilmiötä. Tavoitteena on saavuttaa tutkittavien näkökulma ja ymmärtää heidän näkemyksensä tutkimuksen kohteesta. Laadullisessa tutkimuksessa tyypillisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja kysely. Näitä voidaan käyttää joko yksinään, rinnakkain tai eri tavoin yhdisteltynä. (Tuomi – Sarajärvi 2004, 73.)

Käytin aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessani puolistrukturoitua kyselyä, jossa kysymykset olivat kaikille haastateltaville samat, mutta jokainen sai vastata omin sanoin. Laitoin keskustelun aloituksen kysymyksineen Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n kotisivujen sairastavien keskustelupalstalle 15.10.2008. Vastata minulle pystyi joko sähköpostilla tai kirjeitse 1.1.2009 mennessä. Vastaukset oli mahdollista antaa myös anonymisti, mikäli vastaaja niin halusi. Kerroin keskustelun aloituksessa, että työhöni tulee suoraa lainauksia vastauksista, mutta kenenkään henkilöllisyys ei paljastu. Korostin myös, että tutkimusaineisto on ainoastaan minun käsittelyssäni, ja tuhoan sen heti tutkimuksen tekemisen jälkeen.

Aiheeni on kovin arkaluonteinen kohderyhmän kannalta, sillä vastaajat joutuivat kertomaan omista henkilökohtaisista kokemuksistaan. Tutustuessani keskustelufoorumien toimintaan etukäteen ennen tutkimukseni aloittamista, havaitsin sen käyttäjien kertovan kokemuksistaan avoimemmin, sillä taustalla foorumissa on vertaistukiperiaate. Havaitsin myös palstalaisten käyttävän usein nimimerkkiä anonyymiteetin säilyttämiseksi. Tästä päättelin, että omien henkilökohtaisten kokemusten kertominen kasvokkain haastateltuna voi olla raskasta ja haastateltavia voi olla vaikea saada. Näin ollen ajattelin tutkimukseni suunnitteluvaiheessa keskustelufoorumien käytön olevan hyvä tapa aineistonkeruussa. Käyttäessäni keskustelufoorumia tarjoutui minulle myös mahdollisuus jatkuvasti seurata keskustelun aloitukseni aikaan saamaa kes-

kustelua, ja pystyin tarvittaessa oikaisemaan väärinkäsityksiä ja sanamuotoja sekä kommentoimaan yleistä keskustelua aiheestani.

5.4 Aineiston analysointi

5.4.1 Analysoinnin teoriaa

Kvalitatiivisen analyysin avulla aineisto selkeytyy, jolloin sen sisältämän informaation perusteella voidaan tehdä perusteltuja johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Ennen analysoinnin tekemistä aineistoon tulee aina tutustua huolella ja lukea se läpi useaan kertaan. Näin aineiston sisällöstä saadaan kokonaiskuva ja analyysille luotua pohjaa. Tämän jälkeen aineisto järjestellään analyysiä varten. Koska kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on usein kovin hajanaista, se pyritään saamaan mahdollisimman tiiviiseen muotoon analysoinnin avulla, kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Lopputuloksena pyritään saamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita eli luokkia, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. (Eskola – Suoranta 2005, 137, 150–152; Kyngäs – Vanhanen 1999, 4–6.)

Analysoin aineiston tutkimuksessani induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivinen sisällönanalysointi on aineistolähtöistä. Koska kyseessä on aihe, jota ei aiemmin ole Suomessa minun tietämykseni mukaan tutkittu, kannattaa lähteä aineistosta käsin. Ennen sisällönanalyysiä määritellään analyysiyksikkö. Tämä voi olla sana, lause tai vaikka ajatus, joka on kokonainen virke. Analyysiyksikkö valitaan aineistosta, koska analyysin toteuttamiseen ja lopputulokseen ei saa vaikuttaa aiempi tieto, havainnot tai teoria. Sisällönanalyysistä voidaan erottaa kolme eri vaihetta: aineiston pelkistäminen eli koodaus, ryhmittely eli klusterointi ja abstrahointi. (Latvala – Vanhanen–Nuutinen 2001, 23, 25; Tuomi – Sarajärvi 2004, 97.)

5.4.2 Pelkistäminen

Pelkistämisen tehtävänä on koodata aineistosta ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistäminen voi olla joko aineiston pilkkomista tai epäoleellisten asioiden karsimista. Käytännössä pelkistäminen tapahtuu siten, että aineistolle esitetään kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimustehtäviin. Kysymyksillä

saadut vastaukset ovat pelkistettyjä ilmauksia, joiden kirjaamiseen käytetään aineiston termejä. Pelkistämisen avulla aineistoa pystytään hallitsemaan paremmin. (Alasuutari 1994, 31; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001, 26; Tuomi – Sarajärvi 2004, 111–112.)

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt vastasivat minulle sähköpostin välityksellä. Aina kun sain uuden vastauksen työhöni, kopioin sen sähköpostista Word-tiedostolle edellisen vastauksen perään. Tulostin vastaukset ja luin ne useaan otteeseen läpi. Koska keskustelufoorumiin laitettut kysymykset antoivat lähes suoraan vastaukset tutkimustehtäviini, tarkoitti pelkistäminen minun aineistoni kohdalla pitkälti ainoastaan epäoleellisten asioiden karsimista. Tämä ei ollut vaikeaa, sillä neljässä viidestä vastauksesta oli vastattu kaikkiin neljään kysymykseeni täsmällisesti ja juuri siihen mitä kysyttiin. Yhdessä vastauksessa viidestä jouduin hieman miettimään, mihin kysymykseen tietyt ilmaisut vastaavat. Löysin vastauksesta oleelliset asiat tutkimukseni kannalta alleviivaamalla tietyllä värillä eri kysymysten alle sopivat ilmaisut ja karsimalla muutamia ylimääräisiä, tutkimuksen kannalta epäoleellisia asioita pois.

5.4.3 Ryhmittely

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa merkitsevät ilmaisut yhdistetään samaksi alaluokaksi eli alakategoriaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001, 28.)

Asioita yhdisteltäessä tutkijan täytyy käyttää omaa tulkintaansa ja loogista päättelyä miettiessään mitä asioita voi ja mitä asioita ei voi laittaa samaan alakategoriaan. Aineisto tiivistyy, kun yksittäisiä tekijöitä eli pelkistettyjä ilmaisuja kerätään yhteen. Alakategorioita muodostettaessa tutkittavasta ilmiöstä saadaan alustavia kuvauksia. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 6; Tuomi – Sarajärvi 2004, 112–113.)

Ryhmitellessäni aineistoa lajittelin aineistosta kaikki vastaukset allekkain, jotka vastasivat samaan tutkimustehtävään. Keräsin siis pelkistämisvaiheessa saamani ilmaisut neljän eri tutkimustehtävän alle. Kirjoitin ilmaisut paperil-

le. Näin sain muodostettua samankaltaisista asioista ryhmiä eli alakategorioita, joiden nimet hahmottuivat melko helposti.

5.4.4 Abstrahointi

Abstrahoinnin avulla aineistosta erotetaan oleelliset tiedot ja näistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tämä tapahtuu yhdistelemällä samansisältöisiä alaluokkia, jolloin saadaan muodostettua yläluokkia eli yläkategorioita. Yläluokat puolestaan yhdistetään edelleen pääluokiksi eli pääkategorioiksi. Yhdistelyä jatketaan niin kauan kuin se on aineistossa mahdollista. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001, 29; Tuomi – Sarajärvi 2004, 114.)

Toteutin abstrahoinnin siten, että keräsin nimeämäni alakategoriat allekkain paperille ja yliviivasin saamastani listasta samalla värillä kaikki, jotka kuuluivat mielestäni samaan joukkoon. Näin syntyi yhteensä yksitoista yläkategoriaa, jotka yhdistin neljäksi pääkategoriaksi. Pääkategoriat ovat: *kohtaaminen ja auttaminen* (kuvio 1), *bulimia-sairaus* (kuvio 2), *jatkohoito ja kuntoutus* (kuvio 3) ja *kehitysehdotuksia* (kuvio 4).

Pääkategoria *kohtaaminen ja auttaminen* muodostui seuraavista yläkategorioista: *negatiivinen kohtaaminen*, *positiivinen kohtaaminen* ja *auttaminen*. Yläkategoria *negatiivinen kohtaaminen* muodostui alakategorioista: *kiireisyys*, *hätäisyys*, *epävarmuus* ja *ylihuolehtivaisuus painon suhteen*. Yläkategoria *positiivinen kohtaaminen* muodostui alakategorioista: *ystävällisyys* ja *kuunteleminen*. Yläkategoria *auttaminen* muodostui alakategorioista: *laboratoriokoheet*, *jatkohoitoon ohjaus*, *keskusteluapu*, *vertaistukiryhmiin ohjaus*, *tietolehdisten antaminen*, *bulimian terveyshaitoista kertominen* ja *oheissairauksien hoito*.

Pääkategoria *bulimia-sairaus* muodostui seuraavista yläkategorioista: *vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn*, *vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn* ja *vaikutukset sosiaaliseen toimintakykyyn*. Yläkategoria *vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn* muodostui alakategorioista: *sydän- ja verisuonisairaudet*, *hiustenlähtö*, *hammasvauriot*, *turvotukset*, *ruuansulatusvaivat* ja *kehon kuivuminen*. Yläkategoria *vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn* muodostui alakategorioista: *masentuneisuus*, *ahdistuneisuus*, *itsetuhokäyttäytyminen* ja

unihäiriöt. Yläkategoria *vaikutukset sosiaaliseen toimintakykyyn* muodostui alakategoriasta *eristyneisyys*.

Pääkategoria *jatkohoito ja kuntoutus* muodostui seuraavista yläkategorioista: *hoitopaikat* ja *muut auttajat*. Yläkategoria *hoitopaikat* muodostui alakategorioista: *sairaala*, *mielenterveystoimisto* ja *nuorisopsykiatrian poliklinikka*. Yläkategoria *muut auttajat* muodostui alakategorioista: *psykoterapeutti*, *opintopsykologi*, *ravitsemusterapeutti* ja *toiset sairastavat*.

Pääkategoria *kehitysehdotuksia* muodostui seuraavista yläkategorioista: *hoidolliset palvelut*, *yhteistyö* ja *resurssit*. Yläkategoria *hoidolliset palvelut* muodostui alakategorioista: *sairauden haitat*, *avunsaanti*, *keskusteluapu*, *painokontrollit* ja *hoidon jatkuvuus*. Yläkategoria *yhteistyö* muodostui alakategorioista: *yhteydenpito läheisiin* ja *yhteistyö oppilaitoksen sisällä*. Yläkategoria *resurssit* muodostui alakategorioista: *terveydenhoitajien koulutus* ja *kiireettömyys*.

Aineiston analysoinnin jälkeen tuhosin keräämäni aineiston tietokoneelta ja muistitikulta sekä silppusin tulostetut paperiversiot. Tulososiossa kuvatuissa alkuperäisilmauksissa olen käyttänyt kolmea pistettä (...) alkuperäisiä täytesanoja korvaamaan.

5.5 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkimuksen toteuttaminen ja luotettavuus kulkevat käsi kädessä. Luotettavuuden kriteeri määräytyy pitkälti tutkijan itsensä ja hänen rehellisyytensä mukaan. Tutkijan tulee siten arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Näin ollen luotettavuuden arviointia tehdään koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimukseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan tutkimustekstissään, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä nämä ratkaisut olivat ja miten lopullisiin ratkaisuihin päädyttiin. Hänen tulee myös arvioida ratkaisujensa toimivuutta tavoitteidensa kannalta. (Hirsjärvi – Hurme 2001, 189; Vilkka 2005, 158–159.)

Tärkeää on myös, että lukija pystyy tutkimustekstistä löytämään tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen tekemisen välisen ”punaisen langan” ja arvioimaan sen perusteella tutkimuksen eri vaiheiden asianmukaisuutta ja tutkimustulosten uskottavuutta. Arviointi voidaan aloittaa tarkastelemalla tutkimustehtäviä. Mikäli tutkimustehtävät vastaavat tutkimuskysymyksiin ja niihin saadut vastaukset on kerätty aineistosta, tutkimusta voidaan pitää luotettavana. Sisällönanalyysia tehtäessä luotettavuudesta kertoo se, että aineiston ja tutkimustulosten välillä on yhteys. (Hirsjärvi ym. 2000, 250–252; Krause – Kiikkala 1996, 72, 130–133; Kyngäs – Vanhanen 1999, 10.) Analysoidessani tutkimustuloksia muodostin kategoriat siten, että ne kaikki liittyivät vahvasti aineistoon. Muodostamistani alakategorioista ei ollut kovin vaikeaa luoda yläkategorioita ja edelleen pääkategorioita. Mielestäni tutkimustehtävät vastasivat tutkimuskysymyksiini ja vastaukset löytyivät keräämästäni aineistosta luontevasti.

Luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota myös tutkijan objektiivisuuteen eli puolueettomuuteen. Tutkijan omat arvot ja asenteet eivät saa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin eikä hän saa tuoda omia mielipiteitään julki. Lisäksi luotettavuutta voidaan tarkastella sillä, onko tutkija pyrkinyt ymmärtämään ja kuulemaan itse tutkimukseen osallistuvaa vai onko tutkija suodattanut tutkimukseen osallistuvan kertomuksen oman kehyksensä läpi. (Tuomi – Sarajärvi 2004, 132–133; Vilkka 2005, 160.) En tuonut tutkimusta tehdessäni omia mielipiteitä tai arvoja ja asenteita esiin. Tein tutkimuksen vain ja ainoastaan aineistosta saamieni tietojen perusteella lisäämättä sinne omia näkemysniäni, muuttelematta tai seulomatta vastauksia.

Kyselylomakkeen luotettavuutta voidaan arvioida pohtimalla, onko tutkittava ymmärtänyt kysymykset niin kuin tutkija on ne tarkoittanut ja vastaako tutkimukseen osallistuva sen mukaisesti kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2000, 213; Krause – Kiikkala 1996, 68, Tuomi – Sarajärvi 2004, 133; Varto 1992, 103.) Laadin kysymykset siten, että ne olisivat mahdollisimman selkeät ja yksiselitteiset. Vastaukset olivat pääosin napakoita ja vastasivat suoraan kysymyksiin. Vastaukset olivat myös asiallisia. Näin ollen oletan, että vastaajat ymmärsivät kysymykset niin kuin olin ne tarkoittanut.

Tutkimusta tehdessä kannattaa olla kriittinen lähteiden suhteen. Teoksen kustantajasta voi jo pitkälle päätellä, onko lähde luotettava. Lähteen painovuosi on myös hyvä tarkastaa. Näin vältytään vanhentuneelta tiedolta. (Hirsjärvi ym. 2000, 104–105.) Pyrin käyttämään tutkimuksessani mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä. Muutoinkin käytin lähteitä mielestäni monipuolisesti ja joitain asioita tarkastin useammasta eri lähteestä, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Kustantaja merkitsi lähdeaineistoa valitessani päätöksiini todella paljon. Suuret ja pitkäaikaiset toimijat julkaisevat mielestäni luotettavia lähteitä. Esimerkiksi Tammi, Gummerus ja WSOY ovat tällaisia kustantajia. Duodecim on puolestaan lääketieteeseen erikoistunut kustantamo, joka julkaisee lääkäreiden ja terveydenhuollon ammattilaisten oppi- ja käsikirjoja sekä teoksia terveydestä kiinnostuneelle suurelle yleisölle. Kirjoittajina Duodecimilla toimivat Suomen parhaat lääketieteen asiantuntijat ja omistajana on Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Kokonaisuutena voin todeta, että tutkimusprosessi on ollut edellä mainittujen asioiden osalta luotettava. Tutkimustuloksia luettaessa on muistettava, että vastaukset on kerätty koko Suomen alueelta, ei mihinkään tiettyyn kouluun tai paikkakuntaan sidottuna. Vastauksia sain viisi, joista pystyin selkeästi päättämään tiettyjä asioita, mutta jotka kuitenkin olivat kaikki yksittäisten henkilöiden kokemuksia ja heidän omia tulkintojaan. Tieto on siis luotettavaa, mutta ei missään nimessä yleispätevää, niin kuin ei laadullisessa tutkimuksessa ole tarkoitus ollakaan.

5.6 Tutkimuksen eettisyys

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy olennaisena osana eettisten ratkaisujen tekeminen. Etenkin ihmistieteessä joudutaan eettisiä kysymyksiä miettimään tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Ihmistutkimuksissa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset sekä yksityisyys. (Hirsjärvi – Hurme 2001, 20; Hamilton 1993, 46; Lusk 1997, 357.)

Jo aihetta valittaessa täytyy miettiä, miksi haluaa tehdä tutkimuksen juuri siitä ja onko tutkimus tärkeä merkitykseltään. Tutkijan tulee olla vastuullinen eettisyyden suhteen, sillä tutkimuksen eettisyys muodostuu viimekädessä tutkijan

moraalista. Tutkimuksesta saatavan hyödyn täytyy myös olla siitä koituvaa haittaa suurempi. (Hirsjärvi ym. 2000, 25–28; Kuula 2006, 59; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

Tutkimusmenetelmä täytyy valita harkiten, koska tutkimukseen osallistuville ei saa koitua fyysistä, henkistä tai sosiaalista haittaa tutkimuksen missään vaiheessa. Vahinkoja ei synny, kun tutkimusaineisto säilytetään asianmukaisesti eikä luottamuksellisia asioita luovuteta muille. On tärkeää kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa riippumatta heidän näkemyksistään. Näin menetellen voidaan välttää henkisten vahinkojen aiheutumista tutkimukseen osallistuville. Tutkimukseen osallistuville on tärkeää kertoa, että tutkimustulokset ovat julkisia, mutta tutkimus tehdään luottamuksellisesti ja anonymisti. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei siis saa paljastua. Tutkimustulokset saatetaan sellaiseen muotoon, että niistä ei koidu vahinkoa kenellekään. Samoin kirjoittamistyyli täytyy valita niin, ettei se leimaa tutkimukseen osallistuvia negatiivisella tavalla. Tutkimukseen ei myöskään saa pakottaa ketään, vaan siihen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. (Eskola – Suoranta 2005, 52; Kuula 2006, 62–63; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001, 39; Pietarinen 2002, 62; Tuomi – Sarajärvi 2003, 75–76, 139.)

Laatimani kysymykset eivät mielestäni millään lailla loukkaa ketään. Ohjaavat opettajani, toimeksiantajani, Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n hallitus sekä opponi lukivat kysymykseni ennen kuin laitoin ne keskustelufoorumiin. Heillä oli mahdollisuus tarttua epäkohtiin ja antaa palautetta. Kysymykset olivat kuitenkin kaikkien osapuolten mielestä hyvät. Kerroin keskustelun aloitukseni kuka olen, mihin käytän tutkimusaineistoa ja kuka sitä tulee lukemaan ja tulkitsemaan. Kerroin myös anonymiteetistä. Jätin siis jokaisen vastaajan oman harkinnan varaan, haluaako hän jakaa omia kokemuksiaan ja saattaa ne julkisen tiedon alle. Tutkittavani päättivät kertoa omat kokemuksensa. Sitten minun täytyy luottaa siihen, että tutkittavani ovat oman harkintansa kautta valmistautuneet ajatukseen tutkimustiedon julkisuudesta, ja että tutkimuksen kautta saavutettu tieto ei näin ollen loukkaa yhdenkään tutkimani henkilön henkilöllisyyttä.

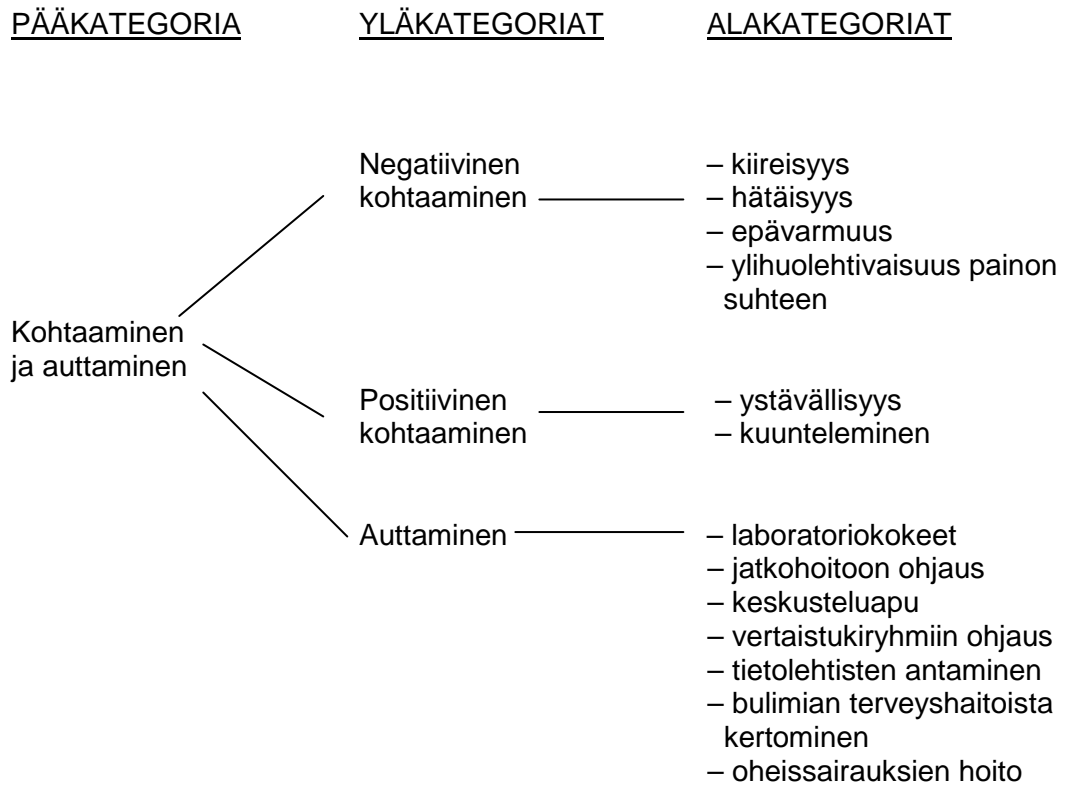
Jokainen vastaaja otti minuun yhteyttä vapaaehtoisesti, joten kukaan ei osallistunut tutkimukseen ilman omaa tahtoaan. Osallistumisesta ei myöskään syntynyt kustannuksia. Jokaisella vastaajalla oli mahdollisuus vastata kysymyksiini joko sähköpostilla tai kirjeitse. Kirjeeseen jokaisen olisi täytynyt itse kustantaa postimerkki, mutta jokainen vastaaja vastasi sähköpostilla ja näin ollen kustannuksilta vältyttiin. Tutkimusaineiston säilytin asianmukaisesti. Sitä ei käsitellyt muut kuin vain minä, ja tuhosin sen heti tutkimuksen teon jälkeen. Vastaajien henkilöllisyys ei paljastunut missään tutkimuksen teon vaiheessa, eikä vastaajia voi tunnistaa tai jäljittää tutkimuksen kautta.

Rehellisyyden noudattaminen kuuluu myös eettiseen työskentelyyn. Tutkija ei saa tekstissään käyttää suoraa lainausta ellei sitä merkitä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Myös tutkimustulokset tulee tuottaa huolellisesti ja tarkasti. Tutkimustuloksia ei saa yleistää, kaunistella tai muutella, eikä niistä saa jättää mitään olennaista pois. Tulokset tulee saattaa sellaiseen muotoon, että julkinen kritisointi on mahdollista. (Krause – Kiikkala 1996, 64–65; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–33; Pietarinen 2002, 66; Ryytänen – Myllykangas 2000, 78.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Bulimiaa sairastavan nuoren kohtaamisen ja auttamisen laatu opiskeluterveydenhuollossa

Bulimiaa sairastavan nuoren kohtaamisen ja auttamisen laadusta opiskeluterveydenhuollossa muodostui seuraava kuvio. Kuviota selitetään luvussa 5.4.4 (s. 32).



Kuvio 1. Bulimiaa sairastavan nuoren kohtaamisen ja auttamisen laatu opiskeluterveydenhuollossa.

6.1.1 Kohtaaminen

Moni tutkimukseeni osallistuneista bulimiaa sairastavista nuorista koki terveydenhoitajan kohdanneen heidät huonosti. Kiire, hätäisyys ja epävarmuus nousivat useassa vastauksessa esiin.

”Kävi niin, että terveydenhoitaja ei oikein ymmärtänyt tai pysähtynyt kuuntelemaan minua, kai hänellä oli kiire tai jotain ... hyvin hankala tilanne, sillä kerroin jotain semmoista, jota olin salannut vuosikausia ja sitten terkkari ei ottanut asiaa tosissaan.” (Vastaa-ja 1)

”... hiljaisia (sanattomia) avunpyyntöjäni ei otettu huomioon. Kävin säännöllisesti mittaamassa painoni, ja BMI:ni oli pienimmillään 16 paikkeilla, eikä terveydenhoitaja sanonut muuta kuin että syö tyttö syö ... Terveystoimittaja kyllä tiedosti asian, mutta ei välttämättä osannut ottaa kantaa.” (Vastaaaja 2)

*”Minulle jäi aika epämiellyttävä muisto opiskeluterveydenhuollosta. Tuli semmoinen olo siellä istuessa, että se terkkari ei tiedä yhtään mitä tehdä tai miten toimia tilanteessani. Se vähän lösähti se homma sitten siihen. En tiedä oliko tässä minun tapaukses-
sani kysymys siitä, että opiskelijaterveydenhoitaja oli niin kiirei-
nen, vaiko siitä, että koulutuksessanne on jotain vikaa ja näistä
syömishäiriöistä ja mielenterveysasioista yleensäkin annetaan
teille liian vähän tietoa.” (Vastaaaja 5)*

Muutama vastaaja koki, että paino ja sen kontrollointi nousivat heti liian keskeiseen asemaan.

*”Kävin painotarkkailuissa kaksi kertaa viikossa terveydenhoitajal-
la, vaikka pääosassa oli oksentelu. Kaikki huomio kiinnittyi laihtu-
miseeni, vaikka oksentelin 10 – 20 kertaa päivässä. Minut pa-
kotettiin tekemään ruokapäiväkirjaa, vaikka kerroin sen vain ah-
distavan lisää ja lisäävän oksentamista ja usein myös ahmimista.*

Terkkarin mielestä oli tärkeä tietää paljon syön ja paljon oksennan ja laihdunko. Sellaisina kertoina kun paino oli noussut muutamana sata grammaa minua onniteltiin vaikka oksentaminen ja ahmiminen olikin ennallaan.” (Vastaja 4)

”Ärsytti kun puntarille olis pitänyt mennä heti ennen kun kerkesin ees kunnolla kertoa mistä on kysymys.” (Vastaja 1)

Myös positiivisia kokemuksia opiskeluterveydenhuollossa käymisestä löytyi. Näistä vastauksista nousi esiin vahvasti kuuntelemisen ja asioiden vakavasti ottamisen tärkeys. Myös ystävällisyys sai kiitosta.

”Terveystenhoitaja otti asian vakavasti ja jutteli kanssani reilut puoli tuntia.” (Vastaja 3)

”Sinänsä minut kohdattiin hyvin. Minulle oltiin onneksi ystävällisiä, mutta ongelman ydintä ei löydetty koskaan, vaikka toinkin sitä esille.” (Vastaja 4)

6.1.2 Auttaminen

Vastajat kokivat jatkohoitoon ohjaamisen yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi, mitä opiskeluterveydenhuolto pystyi heidän hyväkseen tekemään. Osalle vastajista oli kerrottu bulimian terveyshaitoista ja annettu tietolehtisiä sairaudesta. Fyysistä tilaa oli kartoitettu laboratoriotesteillä.

”Sain lähetteen verikokeisiin ja seuraavalla viikolla kävin toisen kerran terveydenhoitajan luona ja lääkärin vastaanotolla. Lääkäriltä sain lähetteen nuorisopsykiatrian polin akuuttityöparin luokse, jonne pääsin jo neljän päivän jälkeen.” (Vastaja 3)

”Se (terveydenhoitaja) ohjas mut jollekin nuorisopsykiatriselle...” (Vastaja 5)

”... terveydenhoitaja kertoi minulle bulimian vaaroista esimerkiksi sydämen osalta.” (Vastaaaja 2)

”Terveydenhoitaja lähetti minut opintopsykologille painon tarkkailun ohessa, josta oli hyötyä ... ja soitti kotiin, joka tietysti tuntui silloin kamalalle, mutta oli loppujenlopuksi oikea ratkaisu.” (Vastaaaja 4)

”Se (terveydenhoitaja) antoi minulle joitain lehtisiä ja monisteita bulimiasta ja sen itsehoitomenetelmistä ja lähetti labrakokeisiin ... Myöhemmin minut ohjattiin kuntani terveyskeskukseen.” (Vastaaaja 1)

Keskusteluapu mainittiin kahdessa vastauksessa. Myös vertaistukiryhmiä oli suositeltu. Yksi vastaajista korosti, kuinka hän oli saanut arvokasta apua bulimian oheissairauksiin. Muutama vastaajista kertoi, ettei kokenut saaneensa juuri mitään apua.

”Terveydenhoitaja kertoi vertaistukiryhmistä...” (Vastaaaja 2)

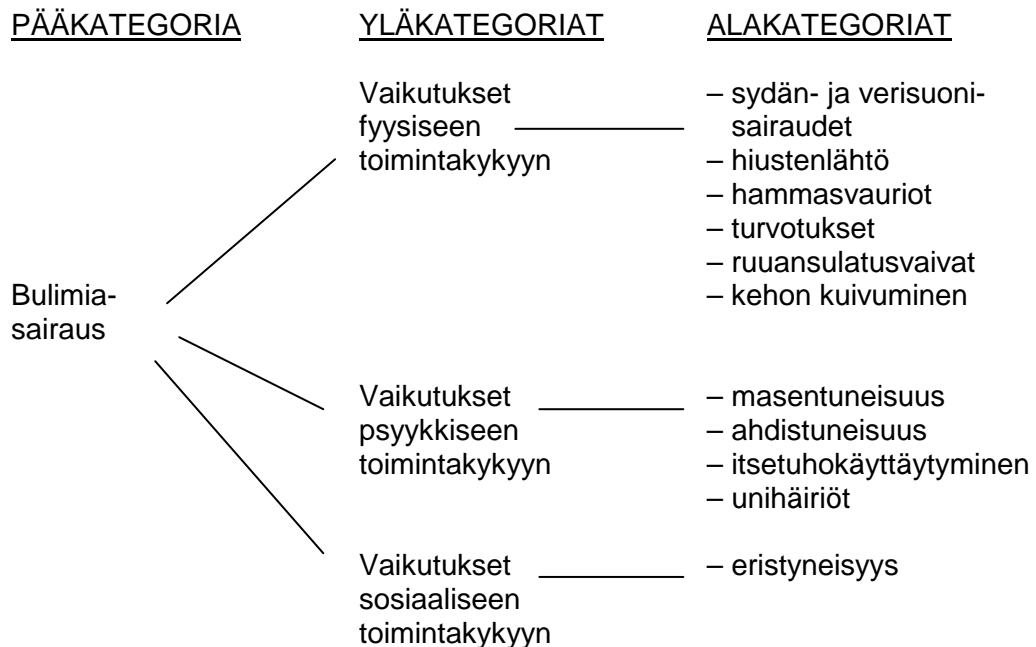
”Sain arvokasta keskusteluapua masennukseen ja muihin ongelmiin ... Sain apua bulimian ns. oheissairauksiin, joita oli mm. masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus, joka näyttäytyi viiltelynä.” (Vastaaaja 4)

”Keskusteluni terveydenhoitajan kanssa rohkaisi minua kertomaan asiasta poikaystävälleni. Muuten en koe hyötyneni opiskelijaterveydenhuollonpalveluista pätkääkään tämän asian puitteissa. Valitettavasti.” (Vastaaaja 2)

”En koe saaneeni apua opiskeluterveydenhuollosta. Paremminkin siitä jäi hävettävä ja vaivaantunut muisto. Pitikin mennä kertomaan sille terkkarille asiasta, kun ei se osannut tehdä mitään.” (Vastaaaja 5)

6.2 Terveydenhoitajan antama tieto bulimia-sairaudesta

Opiskeluterveydenhuollossa nuoret saivat kuulla tietoa bulimia-sairaudesta terveydenhoitajilta. Tiedoista muodostui seuraava kuvio. Kuviota selitetään luvussa 5.4.4 (s. 32).



Kuvio 2. Terveydenhoitajan antama tieto bulimia-sairaudesta.

6.2.1 Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Yhdelle vastaajista oli kerrottu kattavasti bulimian haitoista elimistölle ja eräälle oli annettu tietolehtisiä oksentamisen haittavaikutuksista. Moni vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että tietoa bulimiasta oli annettu liian niukasti. Tietoa olisi kaivattu.

”Hän kertoi kehon rasituksen aiheuttamista sydän- ja verisuonisairauksista, ja siitä, kuinka kehoni alkaa nyt (yli vuoden) oksentelun ja syömättömyyden jälkeen vihdoinkin oireilla näkyvästi mm. hiustenlähtö, hampaiden ”mureneminen”, imusolmukkeiden jatkuva turvotus, palleaturvotus (syödessä ruoka jää pallean päälle eikä laskeudu normaalisti), nestehukka, ruuansulatusongelmat.”
(Vastaja 2)

”Sain joitain esitteitä, joissa oli tietoa oksentamisen haitoista elimistölle, esim. hammasvaurioista, turvotuksista, ruuansulatusvaivoista, kehon kuivumisesta jne. Myöhemmin psykologini kertoi minulle enemmän bulimiasta.” (Vastaja 1)

”En saanut oikeastaan mitään tietoa. Mutta tiesin jo ennestään mistä on kyse ja mitä vaaroja siihen liittyy.” (Vastaja 3)

”Vaikka bulimiasta sairautena tiesinkin jo melko paljon, olisi voinut olla hyvä, että terveydenhoitaja olisi pysäyttänyt minut miettimään ja tiedostamaan, kuinka vakavasta ja elimistölle haitallisesta sairaudesta on kyse. Itse sitä oli niin sokeutunut, että ei sitä tajunnu, kuinka sairas on.” (Vastaja 5)

6.2.2 Vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn

Psyykkisistä vaikutuksista oli kerrottu yhdelle vastaajista. Hänelle oli kerrottu, kuinka bulimiaan voi liittyä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, itsetuhokäyttäytymistä ja unettomuutta.

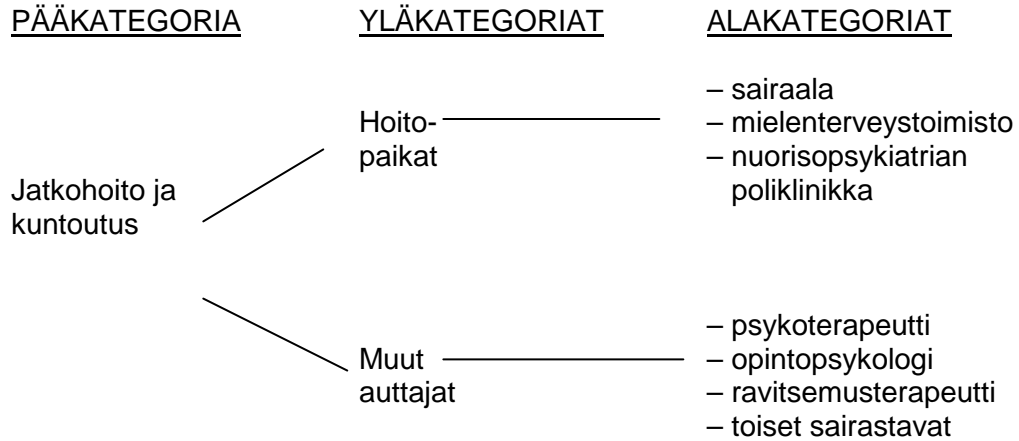
”Kerroin opiskelijaterveydenhoitajalle alakuloisuudesta ja innottomuudesta sekä siitä, että olen alkanut käyttämään melko paljon päihteitä, jotta pääsen edes hetkeksi eroon näiltä tunteilta, niin silloin hän mainitsi, kuinka bulimialle on tyypillistä masentuneisuus, ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus. Lisäksi hän kyseli, onko minulla ollut univaikeuksia.” (Vastaja 1)

Vaikutuksista sosiaaliseen toimintakykyyn oli mainittu yhdelle vastaajista. Hänelle oli kerrottu, kuinka bulimia voi aiheuttaa eristyneisyyttä.

”Terveydenhoitaja kertoi siitä, kuinka sairaus vaikuttaa sosiaaliseen elämään. Siihen, kuinka haluan kontrolloida jokaista hetkeä ja suupalaa – rajoittaen kanssakäymistä muiden kanssa.” (Vastaja 2)

6.3 Terveydenhoitajan kertomat jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuudet

Terveydenhoitajan kertomista jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista muodostui seuraava kuvio. Kuviota selitetään luvussa 5.4.4 (s. 32).



Kuvio 3. Terveydenhoitajan kertomat jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuudet.

Jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista vastaajat olivat kaikki saaneet jonkinlaista tietoa. Opintopsykologia, psykoterapiaa, nuorisopsykiatrian poliklinikkaa, mielenterveystoimistoa ja ravitsemusterapiaa oli suositeltu.

”Terveydenhoitaja kertoi psykiatrilla käymisestä. Siitä hän olisi kertonut mielellään enemmän, mutta minun omista henkilökohtaisista syistäni en suostunut psykiatrilla käymään, sillä minusta siitä ei saa minkäänlaista hyötyä irti edes tässä asiassa.” (Vastaaaja 2)

”Minulle terveydenhoitaja kertoili useammastakin vaihtoehdosta, mm. opintopsykologiaan yhteydenotosta, nuorisopsykiatrian poliklinikalle menosta, ravitsemusterapiasta ja yksityisestä psykoterapiasta.” (Vastaaaja 1)

”Jotain pientä se (terveydenhoitaja) taisi kertoilla ravitsemusterapeutilla käymisestä ja mielenterveystoimistosta.” (Vastaaaja 5)

Osa ei kuitenkaan kokenut saaneensa selkeää tietoa hoitomahdollisuuksista, vaan käsitykset hoidosta jäivät pakkoruokintaan.

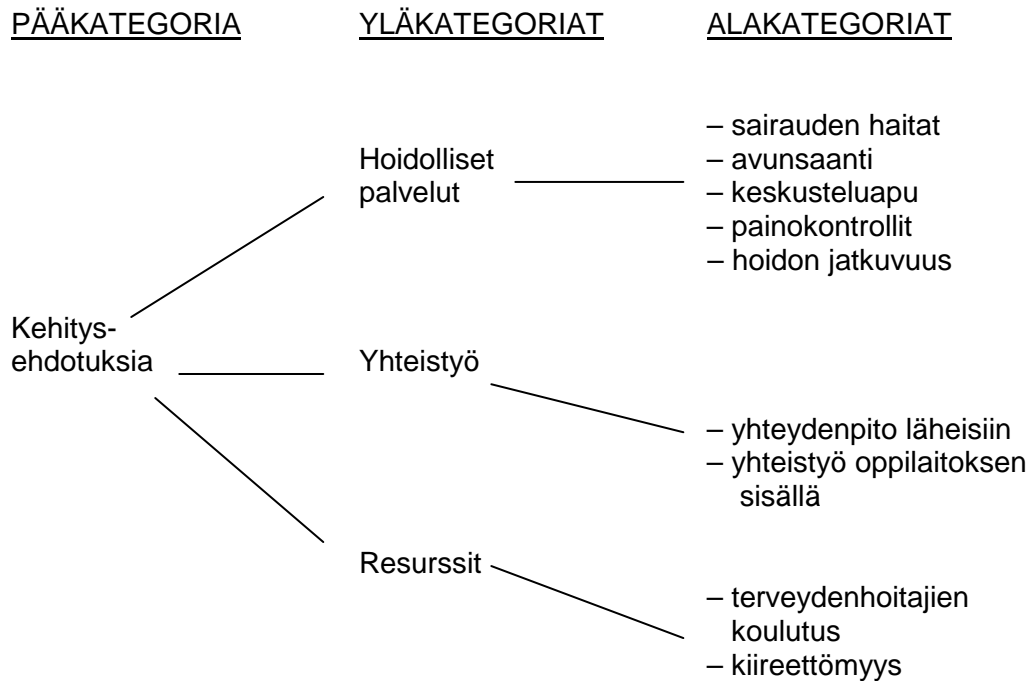
”En saanut hirveästi tietoa kuntoutumismahdollisuuksista. Sairaalalla uhkailtiin kovasti, jos paino laskee ... Käsitykseni anorektikoiden / bulimikoiden hoidosta jäi pakkoruokintaan.” (Vastaja 4)

Tukimuodoista ylivoimaisesti tärkeimmäksi nousivat vertaistukipalvelut. Osalle oli kerrottu, mitä vertaistuki tarkoittaa ja miten sen piiriin voi hakeutua.

”Opiskelijaterveydenhoitaja kertoi minulle myös vertaistukiryhmistä, joissa sairastuneet kokoontuvat viettämään aikaa yhdessä ja keskustelemaan asioista ... Terkkari selvitti myös, missä (osoitteessa) tukiryhmät kokoontuvat ja mihin aikaan.” (Vastaja 1)

6.4 Opiskeluterveydenhuollon palvelujen kehitysehdotuksia

Opiskeluterveydenhuollon palvelujen kehitysehdotuksista muodostui seuraava kuvio. Kuviota selitetään luvussa 5.4.4 (s. 32).



Kuvio 4. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen kehitysehdotuksia.

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että apua tulisi saada nopeammin. Myös opiskeluterveydenhuollon roolia ensimmäisenä avunhaentapaikkana korostettiin.

”Mielestäni syömishäiriöinen pitäisi saada nopeasti (max. 2 viikkoa) avun piiriin, sillä ainakin itse hakeuduin hoitoon vasta sitten kun olo oli jo suorastaan sietämätön. Lisäksi fyysiset vauriot voivat lisääntyä paljonkin esim. 1-2 kk:n aikana.” (Vastaaaja 3)

*”Kävin vähän väliä terveydenhoitajan luona, lähinnä punnituksis-
sa, mutta edelleenkin ihmettelen, miksi terveydenhoitaja ei tehnyt mitään muuta. Aina vaan seurattiin tilannetta seuraamisen jälkeenkin. Olisin odottanut jotain konkreettista apua, eikä vaan pelkkää kontrollointia. Sittenhän tilanne meni yhden kesän aikana niin pahaksi että kun syksyllä alkoi opinnot, olin todella huo-*

nossa kunnossa, niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Sitten kyllä terveydenhoitaja alkoi toimia, mutta miksi vasta sitten?” (Vastaaaja 5)

”Toivoisin, että opiskeluterveydenhuoltoon panostettaisiin enemmän. Sen tulisi todellakin olla turvallinen ja helposti lähestyttävä ensimmäinen avunhaenta paikka, johon opiskelijan on helppo mennä ja saada apua ongelmiinsa.” (Vastaaaja 1)

Sairausten haitoista vastaajien mielestä tulisi kertoa enemmän. Se voi auttaa bulimiaa sairastavaa ymmärtämään, kuinka vakavasta tilanteesta on kysymys.

”Eniten jäin kaipaamaan sitä, että minut olis kohdattu bulimiaa sairastavana nuorena, joka tarvitsee apua ja tukea, ja joka on aivan eksyksissä. Tietynlaista jämäkkyyttä kaipasin myös terkkarilta. Olis hyvä, että terkkari toisi selkeesti esiin, kuinka vakava tilanne on esim. korostamalla sairauten haittoja, ja ”pyöräyttäisi” hoidon alkamisen liikkeelle. Monella syömishäiriöisellä ei nimitäin ole voimia itse hoitaa asioitaan kuntoon, ei ainakaan sairauten pahimmassa vaiheessa, ja silloin tarvitaan jämää ihmistä laittamaan asiat takaisin oikeille urille.” (Vastaaaja 5)

”Mielestäni olisi tärkeää, että nuorille kerrotaisiin enemmän sairauten haitoista.” (Vastaaaja 2)

Osa vastaajista korosti keskusteluavun tärkeyttä. Sitä tulisi olla tarjolla enemmän. Painokontrollointia ei sen sijaan pidetty hyvänä vaan ahdistavana asiana.

”Olisin toivonut, että keskusteluapu olisi jatkunut.” (Vastaaaja 4)

”Painokontrollointi ahisti. Olis luullu, että terkkari sen verran tajuaa, että painoa ei kannata heti ensimmäisenä alkaa punnitsemaan. Muutoinkin kaikki hoito pohjautui painoon ja syömiseen. Onhan se totta, että syömishäiriöisen elämää paino ja syöminen

pitkälti hallitsee, mutta taustat pitäis aina kartottaa ekaksi ja muutenkin nähä ihminen kokonaisuutena. Ihan riittävän ahistavaa se on kun ite vahtaa syömisiä ja painoo taukoomatta, mutta sitten kun vielä avunhaenta paikassa tehdään sitä samaa.” (Vastaja 5)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen nousi esiin useassa vastauksessa.

”Toivoisin, että jos yksi hoitokontakti katkeaa, seuraava kontakti paneutuu asioihin ja jatkohoidosta huolehditaan.” (Vastaja 4)

Kaksi vastaajaa toi esiin yhteistyön parantamisen oppilaitoksen sisällä. Läheisyydessä yhteistyötä tulisi parantaa terveydenhoitajien, liikunnanopettajien, terveystiedonopettajien ja ruokalan henkilökunnan välillä. Myös yhteydenpitoa läheisiin pidettiin tärkeänä. Oletuksena on tällöin, että nuori on itse halukas kertomaan omaisilleen.

”Mielestäni olisi tärkeää, että panostettaisiin enemmän liikuntaan ja terveellisempään ruokaan koulussa (itse en syönyt kouluruokaa yli vuoteen, koska siinä käytetään turhaa suolaa, kermaa ja rasvaa).” (Vastaja 2)

”Syömishäiriöt voisivat kääntyä laskuun, jos nuorille korostettaisiin terveitä tapoja laihduttaa ja laihduttamisen rajoista kerrottaiisiin (mikä on sopiva laihdutus ja mikä menee yli). Liikunnanopettajat, terveystiedonopettajat ja terveydenhoitajat voisivat tehdä yhteistyötä enemmän ja järjestää esimerkiksi tapahtumia/luentoja, joissa kerrottaisiin näistä asioista.” (Vastaja 1)

”... ehkä myös jonkunlainen yhteistapaaminen vanhempien kanssa olisi ollut tarpeen.” (Vastaja 4)

”Kun olin ammattikoulussa, äitini soitteli terkkarille, että miten minä jakselen ja syönkö koulussa. Joskus se terkkari kerto äidille jotakin minusta niin, että äiti päätteli minulla olevan syömishäiri-

ön, vaikka olin kieltänyt, että minun asioista ei saa kertoa kenellekään yhtään mitään. Siinä terkkari teki minun mielestä väärin. Olisihan hän voinut neuvotella asiasta minun kanssa ja ehkä olisinkin saattanut suostua siihen, että vanhemmat tietää asiasta. Näin jälkikäteen ymmärrän, millainen huoli äidilläni oli minun voinnistani, ja miksi terkkari kerto joitain asioita hänelle. Eikä siitä mitään pahaa tapahtunut, kun vanhempani saivat tietää syömishäiriöstäni. Se auttoi heitä ymmärtämään minun käyttäytymistäni paremmin. Tuon asian olisi vain voinut hoitaa hieman paremmin, ei minun selkäni takana.” (Vastaja 5)

Terveystenhoitajien koulutukseen toivottiin lisää tietoa syömishäiriötä sairastavan kohtaamisesta ja auttamisesta. Terveystenhoitajan kannattaa panostaa myös kiireettömyyteen ja luoda kohtaamistilanteesta mahdollisimman miellyttävä.

”Ehkä terveystenhoitajille pitäisi järjestää koulutusta lisää syömishäiriöisen ihmisen kohtaamisesta ja auttamisesta. Eihän sitä voi osata auttaa jos ei ole välineitä millä tehdä sitä.” (Vastaja 1)

”Terveystenhoitajilla tulisi olla enemmän tietoa syömishäiriöistä uhkailun ja kiristyksen sijaan.” (Vastaja 4)

”Turha kiire haittasi hieman terkkarilla käyntiä. Siihen tulisi kiinnittää huomiota.” (Vastaja 1)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä selvitin, kuinka bulimiam sairastavat tai sairastaneet nuoret ovat kokeneet terveydenhoitajan kohdanneen ja auttaneen heitä opiskeluterveydenhuollossa. Tutkimustuloksista ilmeni, että kohtaamistilanteet olivat pilattu turhalla kiireellä ja hätäisyydellä. Joillekin vastaajista oltiin oltu ystävällisiä, ja heitä oli kuunneltu, vaikka itse auttaminen oli jäänyt vähäiseksi. Fyysistä tilaa oli arvioitu lähinnä laboratoriokokein, mutta psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kartoitus oli jäänyt todella vähäiseksi. Auttamisessa keskityttiin liikaa fyysisiin oireisiin ja painoon, mikä koettiin ahdistavana. Vastaajat kokivat jatkohoitoon ohjaamisen ja vertaistukipalveluista kerronnan hyvinä asioina. Muutama vastaaja kertoi, ettei kokenut saaneensa mitään apua opiskeluterveydenhuollosta.

Toisessa tutkimustehtävässä selvitin, millaista tietoa terveydenhoitaja on antanut bulimia-sairaudesta. Bulimian terveyshaitoista oli kerrottu vaihtelevasti. Bulimian vaikutuksista fyysiseen toimintakykyyn oli kerrottu kohtalaisen hyvin, mutta vaikutuksista psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn oli kerrottu vain vähän.

Mielestäni vastaajien psyykkistä tilaa olisi voinut arvioida esimerkiksi jollain masentuneisuuskyselyllä ja oireita kartoittaa kunnolla esimerkiksi standardoidun haastattelulomakkeen (EDE), itsearviomittarin (Bulimic Investigation Test BITE tai EDI) tai SCOFF-syömishäiriöseulan avulla, sillä psyykkisen tilan huomioon ottaminen on erittäin keskeisessä asemassa syömishäiriötä sairastavan auttamisessa. (Hautala ym. 2005, 4599–4605; Käypä hoito 2002.) Christiansenin ja Pessin (2004, 56–84, 98–100) tutkimustulosten mukaan suurin osa syömishäiriötä sairastavista henkilöistä oli hakenut psyykkistä apua, mutta vain muutama heistä oli saanut sitä syömishäiriöönsä. Ammatillinen tuki keskittyi lähinnä hoitamaan henkilöiden masennusta ja ahdistusta. Aivan kuten tässä tutkimuksessa kävi ilmi, heidänkään tutkimuksen mukaan henkilöt eivät siis kokeneet saaneensa ammattilaisilta tarvitsemaansa tukea.

Osa vastaajista koki, että auttamisessa keskityttiin liiaksi syömiseen ja painon nostamiseen. Räsänen ja Sinisalo (1997, 22–23) tuovat tutkimuksessaan esille vastaavanlaisia tuloksia. Heidän mukaan anoreksiaa sairastavat nuoret kaipasivat enemmän psyykkistä tukea ja kokivat hoitajien keskittyneen liikaa pelkän painon ja ravitsemustilan seurantaan. Myös Kuosmanen (2000, 37) nostaa esille nuorten toiveen psyykkisen voinnin huomioimisesta. Hämäläisen, Nevalaisen ja Tuonoson (2002, 29–35) tutkimuksen mukaan syömishäiriötä sairastavien hoitotyö muodostuu sekä psyykkisen, fyysisen että sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisesta.

Vastauksista nousi esiin myös tietynlaisen jämäkkyuden puuttuminen kohtaamis- ja auttamistilanteissa. Karttunen, Lyhykäinen ja Niemi (1996, 47, 48, 50) tuovat esille, että sairastuneet arvostavat ymmärtävää kiinnostusta, kannustamista ja luottamuksellisuutta. Tarvittaessa hoitajan tulisi kuitenkin olla napakka ja periksi antamaton. Halonen (2006, 38) korostaa, että hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut nuoren asioista ja paneutua hänen tilanteeseensa. Räsänen ja Sinisalon (1997, 22, 24) tutkimus osoittaa, että sairastuneet toivovat auttajalta aitoa välittämistä. Heidän mukaan sairastuneet kokivat hyötyvänsä hoidosta eniten, kun hoitava henkilö suhtautui heidän sairauteensa vakavasti eikä antanut mahdollisuutta huijaamiseen.

Kolmannessa tutkimustehtävässä selvitin, mistä jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista terveydenhoitajat olivat kertoneet bulimiaa sairastaville nuorille. Muista auttajista ja hoitopaikoista tietoa oli annettu kohtalaisen hyvin, mutta tietynlainen tehokkuus hoidon aloittamisesta, asioiden eteenpäin viemisestä ja jatkohoitoon ohjaamisesta puuttui. Lähes kaikki vastaajat olivat nimittäin sitä mieltä, että he saivat apua liian hitaasti.

Neljännessä tutkimustehtävässä etsin kehitysehdotuksia opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Kehitysehdotuksia bulimiaa sairastavilla nuorilla oli mielessään paljon. Moni oli sitä mieltä, että bulimian terveyshaitoista tulisi kertoa enemmän. Haittojen kertominen voi pysäyttää nuoren miettimään, kuinka sairasta hänen ajattelunsa on, ja kuinka vahingollista ahmiminen ja kompensatiokäyttäytyminen ovat niin hänen fyysiselle, psyykkiselle kuin sosiaalisellekin terveydelle (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49–51; Luoto ym. 2006, 16–17).

Avunsaannin ja jatkohoitoon ohjaamisen tulisi vastaajien mielestä olla nopeampaa ja terveydenhoitajan tulisi tarjota enemmän keskusteluapua ja vähentää painoon kohdistuvaa kontrollointia. Hoidon jatkuvuus tulisi turvata paremmin, jotta nuori ei jää sairautensa kanssa missään vaiheessa yksin.

Vastaajien kaipaaman tukea antavan keskustelemisen ja kuuntelemisen tärkeyttä korostavat myös Hämäläinen ym. (2002, 29–30). Keskustelujen kautta potilaat voivat kertoa hoitajalle mieltään painavista asioista sekä saada kannustusta ja ohjausta hoitajalta (Kiviniemi 1995, 18). Tanskanen (1996, 36–37) toteaa, että hoitajan tulisi tukea potilaan vahvoja puolia ja luoda toivoa tulevaisuuteen. Kiviniemen (1995, 26–27) mukaan hoitajat voivat huomioida potilaan voimavarat kannustamalla ja antamalla palautetta. Kannustamiseen hänen tutkimuksensa mukaan liitettiin muun muassa tasavertainen kohtelu sekä uskon luominen tulevaisuuteen.

Myös yhteydenpidon tärkeys läheisiin ja yhteistyö oppilaitoksen sisällä tuotiin vastauksissa esiin. Läheiset on tärkeä ottaa hoitoon mukaan, mikäli nuori antaa tähän suostumuksensa. Läheiset voivat auttaa sairastunutta toipumisprosessissa olemalla hänen tukenaan. Terveydenhoitajan tulisi huolehtia myös läheisten jaksamisesta ja osata ohjata heidät esimerkiksi vertaistuenpiiriin tai psykologille. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b, c.) Yhteistyötä oppilaitoksen sisällä voi parantaa esimerkiksi olemalla enemmän tekemisissä opettajien ja ruokalan henkilökunnan kanssa. Oppilaitoksessa tulisi olla avoin ilmapiiri, jossa henkilökunta voi jostain oppilaasta huolen herätessä ottaa yhteyttä terveydenhoitajaan.

Osa vastaajista ehdotti, että terveydenhoitajille olisi hyvä saada enemmän tietämystä bulimiasta ja sen hoidosta. Koulutukset olisivat siis tarpeen. Syömishäiriöliitto – SYLI ry järjestää jonkin verran koulutusta syömishäiriöisten parissa työskenteleville ja aiheesta kiinnostuneille. (Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009a.) Olisi varmasti hyödyllistä, että opiskeluterveydenhuolto, aivan kuin muutkin terveydenhuollon eri sektorit tekisivät enemmän yhteistyötä Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n kanssa. Näin saataisiin arvokas kokemustieto yhtymään teoriaan perustuvan tiedon kanssa. Yhteistyön tekeminen poikisi varmasti myös lisää kipeästi kaivattua koulutusta.

Myös Ramjan (2004, 495–502) painottaa koulutuksen tärkeyttä hoitajien tueksi sekä tietämyksen ja ymmärtämyksen lisäämiseksi syömishäiriötä sairastavien hoidossa. Hän on tutkimuksessaan selvittänyt vaikeuksia, joita hoitajat kokevat yrittäessään muodostaa hoitavaa yhteistyösuhdetta anoreksiaa sairastavaan nuoreen. Tutkimuksen mukaan hoitajien puutteelliset tiedot anoreksiasta aiheuttivat heille vaikeuksia ymmärtää tätä monimutkaista sairautta. Puutteellinen ymmärrys sairaudesta johti virheellisiin käsityksiin, turhautumiseen ja negatiiviseen suhtautumiseen anoreksiaa sairastavia potilaita kohtaan. Tutkimukseen osallistuneet hoitotyöntekijät ajattelivat anoreksiaa sairastavien aiheuttaneen itse ongelmansa. He eivät pitäneet anoreksiaa sairastavia oikeasti sairaina. Räsänen ja Sinisalon (1997, 24) tutkimuksen mukaan anoreksiaa sairastavat nuoret kokivat juuri kokemattomien työntekijöiden turhautuneen heihin ja sen seurauksena sortuneen uhkailuun. Karttunen ym. (1996, 50) tuovat puolestaan esille, ettei uhkailu edistä hoidon etenemistä.

Miettiessä bulimiam sairautena, on kuitenkin todettava, että siitä paraneminen on kovin työlästä ja raskasta. Samoin avun antaminen on haastavaa. Bulimiasta selviytyminen riippuu useista päätöksistä, jotka lopulta sairastava itse tekee (Karttunen ym. 1996, 45–46, 48). Toipuminen tapahtuu vaiheittain ja etenee jokaisella sairastuneella yksilöllisellä tahdilla. Pitkäänkin sairastaneilla on mahdollisuus parantua, joten luovuttaa ei kannata missään vaiheessa. Ensimmäinen edellytys toipumisessa on, että nuori ymmärtää olevansa sairas. Toiseksi nuoren on ymmärrettävä, että pitkään jatkuessaan syömishäiriö voi tuhota terveyden ja viedä jopa hengen. Kolmanneksi hänen on otettava tarjottu apu vastaan ja tehtävä hurjan kovasti töitä niin itsensä kuin apua antavan tahon kanssa. Hoitoon hakeutuessa ei kuitenkaan tarvitse olla täysin varma haluaako parantua, riittää kun pystyy säännöllisesti olemaan samassa huoneessa ammattitaitoisen auttajan kanssa. On tärkeää antaa hoidolle juuri niin paljon aikaa kuin se kunkin kohdalla vaatii. Toisten on helpompi luottaa auttajaan ja tehdä muutoksia elämänsä suhteen, toisille se on äärimmäisen pelottavaa ja hankalaa. (Syömishäiriökeskus 2009; Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009b; Van der Ster 2006, 24–29; Yliopistonapteekki 2009.)

Vastauksia lukiessani mieleeni nousi myös sellainen ajatus, että ehkä terveydenhoitaja ei yksinkertaisesti osannut auttaa osaa vastaajista, sillä vastaajan omassa asenteessa oli jotain vinossa. Joskus voi varmasti käydä niin, että vaikka terveydenhoitaja olisi kuinka ammattitaitoinen ja tietävä, mukava ja kiinnostunut, ei hän vain saa otetta bulimiasairastavaan, sillä sairastava itse ei ole vielä valmis ottamaan apua vastaan ja päästämään irti sairaudesta. Tämä tekee mielestäni avun antajan roolin kovin raskaaksi. Toisaalta juuri tämän asian takia syömishäiriöihin pitäisi paneutua ammatissamme todella syvällisesti, jotta osaisimme edes jollain tavoin vastata sairastavien tarpeisiin.

Liiaksi ei voi myöskään painottaa hoitohenkilökunnan kärsivällisyyttä syömishäiriötä sairastavan kohtaamisessa ja auttamisessa. Koska syömishäiriöpotilaan mieli on usein täynnä negatiivisia ajatuksia, tulisi hoitavilla henkilöillä olla tietoa ja kokemusta syömishäiriöpotilaan auttamisesta. Sairastavat etsivät usein konfliktitilanteita oman negaationsa vallassa, ja juuri näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan lempeys, pitkäjänteisyys ja ammattitaitoisuus mitataan. (Koistinen ym. 2004, 246–247.)

On muistettava, että tämän tutkimuksen tulokset pohjautuivat vain muutamien nuorten kokemuksiin opiskeluterveydenhuollosta. Samoin tutkimusraportti on tutkijana minun oma tulkinnallinen konstruktio. Joku toinen tutkija olisi saattanut löytää samalle aineistolle toisenlaisen luokitusperustan ja olisi painottanut enemmän jotakin muita aineistosta löydettäviä ulottuvuuksia. Palonen (1988) on todennut mielestäni viisaasti tämän asian: tulkinta on aina ehdollinen, vajavainen ja yksipuolinen käsitys ilmiöstä. Jokainen tulkinta on siis hänen mukaansa kiistettävissä ja jokaiselle tulkinnalle voidaan esittää myös vaihtoehtoja. (Aaltola – Valli 2001, 79–82.) Tästä näkökulmasta katsoen yritin työssäni hahmottaa mahdollisimman johdonmukaisen käsityksen omista tulkintoistani ja niistä perusteista, joiden pohjalta näihin tulkintoihin päädyin. Saamieni vastausten alkuperää ja tulkintojani niistä minun on mahdotonta osoittaa todenperäisiksi. Enhän voi tietää varmuudella, olivatko vastaajat oikeasti sairastaneet bulimian ja olivatko heidän kokemuksensa opiskeluterveydenhuollosta tosia. Sen sijaan pyrin raportoimaan tulokset siten, että lukijalle tarjoutuisi mahdollisuus arvioida itse, onko tutkittava ilmiö ja siitä tehdyt

johtopäätökset uskottavia. Tutkimustulokseni eivät siis sellaisenaan kuvaa todellisuutta, vaan todellisuus välittyi lukijalle tulkintojen välityksellä.

7.2 Tutkimusprosessin pohdintaa

Itse syömishäiriötä sairastaneena oli opinnäytetyön tekeminen syömishäiriöstä tavallaan luonnollinen valinta. Toisaalta työtä tehdessäni huomasin sen olevan yllättävän rankkaa, sillä jälleen kerran omat vaikeat ajat nousivat mieleeni. En tehnyt työtä kuitenkaan terapiamielessä, enkä myöskään halua mainostaa omaa historiaani, vaan minulla on aito kiinnostus kehittää ja parantaa syömishäiriöisten hoitoa Suomessa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto tulee puolestaan olemaan mitä luultavimmin tuleva työsarani. Tämän takia valitsin sen tutkittavaksi paikaksi. Syömishäiriöliiton keskustelufoorumi oli minulle tuttu jo ennestään, joten ajattelin sen olevan hyvä kanava saada tietoa aiheeseeni. Olen saanut foorumista itse voimia ja tukea vaikeina hetkinä. Palstalla olen voinut jakaa myös omia parantumiskokemuksiani, jolloin kenties olen auttanut jotakuta saamaan voimia jatkaa eteenpäin.

Tutkimussuunnitelman laatiminen oli mielestäni tämän opinnäytetyöprosessin haastavin ja aikaa vievin osio. Pidän kuitenkin hyvänä asiana, että siitä vaadittiin niin perusteellinen. Huolellisen suunnitelman tekeminen auttoi nimittäin valtavan paljon teoriaosuuden kirjoittamisessa ja tutkimusmenetelmän valinnassa. Jo suunnitelmavaiheessa etsin paljon tietoa syömishäiriöistä ja syvensin tietämystäni laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Näin oli kohtuullisen helppoa aloittaa tutkimuksen tekeminen, vaikka aiempaa kokemusta asiasta ei ollutkaan. Itse työn tekeminen sujui mielestäni hyvin. Pysyin aikataulussa ja työstä tuli juuri sellainen kuin halusin.

Tutkimuksen tekeminen oli ammatillisen kasvun kannalta hyödyllinen. Prosessin aikana opin tiedonhakua, rajaamista ja käsittelyä. Erityisen tyytyväinen olen työni rajaamisen onnistumiseen. Sain mielestäni tuotua hyvin esiin myös terveydenhoitajan roolin tärkeyden bulimiaa sairastavan nuoren hoitopolulla. Syömishäiriöstä kärsivien määrä on suuri ja varmasti tulen tulevassa ammatissani kohtaamaan heitä paljon. Syömishäiriöt ovat monimutkaisia sairauksia, ja vaikka niistä jo paljon tähän ikään mennessä tiedänkin, aina on

jotain uutta opittavaa, sillä jokaisella sairaus on omanlaisensa. Tunnen siis saaneeni lisää tietoa bulimiasta sairautena ja hahmottavani nyt paremmin, mitä kehitystä olisi tapahduttava, jotta opiskeluterveydenhuollon palvelut vastaisivat paremmin bulimiasairastavan nuoren tarpeita. Pysin itse toimimaan terveydenhoitajana teoriaosaan keräämäni tiedon mukaisesti ja tutkimustuloksien epäkohtiin tarttuen. Näin voin omalla käyttäytymiselläni ja osaamisellani vaikuttaa positiivisesti bulimiasairastavien kohtaamiseen ja auttamiseen. Voin myös jakaa tietoa levittämällä opinnäytetyötäni tuleville työkollegoilleni. Työtäni voi myös käyttää opetusmielessä.

Mielestäni opiskeluterveydenhuolto on erittäin keskeisessä asemassa syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja niihin puuttumisessa. Tämän takia tietoa syömishäiriöistä ja työkaluja auttamiseen on oltava. Kohtaaminen on yksi haastavimpia asioita syömishäiriöisen hoidossa. Tällöin empaattisuus, kuunteleminen, ymmärrys, välittäminen, yksilöllisyyden kunnioittaminen, potilaan arvostaminen, aito kiinnostus ihmistä kohtaan ja kiireetömyys nousevat tärkeään asemaan. Mielestäni myös ratkaisujen hakeminen yhdessä, rehellisyys, faktojen kertominen ja tavoitteiden selkeä laatiminen ovat keskeisiä asioita. Lisäksi parantumismotivaation tukeminen on tärkeää. Terveydenhoitaja voi luoda toivoa paremmasta, kannustaa pientenkin muutosten tapahduttua, tuoda esiin positiivisia ja hyviä asioita sairastuneesta ja hänen elämästään, antaa tietoa sairastuneelle siitä, mikä on sairasta ajattelua ja käyttäytymistä ja mikä tervettä, kulkea sairastuneen rinnalla, jättämättä häntä yksin ja ottamalla myös läheiset huomioon sairastuneen hoidossa tukien heidän motivaatiotaan.

Yleisellä tasolla mietittäessä on syömishäiriötä sairastavien hoito Suomessa monella tapaa vielä kehitysvaiheessa. Vallitsevana käsityksenä on edelleenkin ravitsemustilan korjaaminen ja syömisen uudelleen opettelu. Hoito on painottunut vahvasti ennaltaehkäisevästä korjaavaan työhön, vaikka tämän tulisi olla juuri toisin päin. Uusia hoitomalleja tulisi kehittää ja ottaa käyttöön ja syömishäiriöpotilaiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä pitäisi perustaa lisää.

Tutkimukseni laittoi minut pohtimaan myös, että onko sairastavien asenne parantumista kohtaan kenties muokkautunut jotenkin sen näköiseksi kuin on hoidon tila tällä hetkellä maassamme. Kuinka moni syömishäiriön kanssa taisteleva nuori miettii, että turha hakea apua, kun ei minua kuitenkaan osata auttaa? Kuinka moni hoitaja puolestaan miettii syömishäiriöisen kohdassaan, että mitä minä teen tämän nuoren kanssa, sillä olen itse epävarma siitä, kuinka parhaiten auttaisin häntä?

Olen pohtinut myös sitä, että vähätelläänkö Suomessa eri hoitokeinoja. Esimerkiksi Englannissa ja Ruotsissa on käytössä mitä erilaisimpia hoitomuotoja, paljon Suomen hoidoista poikkeavia, joilla on saatu hyviä tuloksia. Osassa näistä menetelmistä keskitytään juuri psyykkiseen puoleen enemmän ja korostetaan hoitajan roolia syömishäiriöisen rinnalla kulkijana ja edunvalvojana. Englannissa suositaan kotona tapahtuvaa hoitoa, jossa syömishäiriöihin perehtynyt perheterapeutti vierailee viikoittain tai tarvittaessa vaikka päivittäin sairastuneen luona. (Koistinen ym. 2004, 246.) Totta kai uusien hoitomuotojen kokeilu saattaisi tulla yhteiskunnalle kalliiksi, mutta niin tulee kyllä pitkittynyt syömishäiriön sairastaminenkin. Tulevaisuutta varten olisi siis mielestäni tärkeää, että syömishäiriöitä ja ennen kaikkea niiden hoito- ja selviytymisprosesseja tutkittaisiin lisää, jotta saataisiin kehitettyä entistä paremmat ja ehyemmät hoitopolut näiden vaikeiden ja moniulotteisten mielenterveydenhäiriöiden kukistamiseksi.

7.3 Jatkotutkimusaiheita

Muiden syömishäiriöiden, anoreksia nervosan, ortoreksian, Binge Eating Disorderin eli BED:n, Body Dismorphic Disorderin eli BDD:n ja niin sanottujen epätyypillisten syömishäiriöiden tiimoilta voisi tutkia samaa asiaa kuin tässä tutkimuksessa bulimia nervosan osalta. Syömishäiriöistä anoreksiasta on tehty eniten tutkimuksia, joten korostaisin keskittymistä muihin edellä mainittuihin.

Muista auttajista opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella voisi tehdä mielenkiintoisen tutkimuksen. Bulimiasairastavilta tai muilta syömishäiriöisiltä voisi kartoittaa, millaista apua he ovat näiltä tahoilta saaneet ja kuinka ovat palvelut kokeneet.

Aihetta voisi tutkia myös sairastuneen läheisten kannalta. Millaisia tunteita syömishäiriö on herättänyt heissä, kuinka se on vaikuttanut perhe-elämään, millaista apua he ovat itse saaneet, mitä mieltä he ovat hoidoista, joita heidän sairastuneelle omaiselle on tarjolla ja miten hoitoja heidän mielestään tulisi kehittää.

Lisäksi voitaisiin tutkia aihetta työntekijöiden kannalta. Terveystyöntekijöiltä tai joltain muulta hoitohenkilökunnan ryhmältä voitaisiin kartoittaa tieto- ja taitokohdata syömishäiriöinen nuori ja auttaa häntä. Myös heidän mielipidettään voitaisiin kysyä, kuinka syömishäiriötä sairastavan hoito tulisi järjestää ja millaiseksi he kokevat oman roolinsa auttajana. Myös sitä voitaisiin kartoittaa, millaiseksi he ylipäättänsä kokevat sairastuneen auttamisen ja millä resursseilla toiminta tapahtuu.

LÄHTEET

- Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Abraham, Suzanne – Llewellyn-Jones, Derek 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito. Uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Alasuutari, Pertti 1994. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Gummerus Kustannus Oy, Helsinki.
- Buckroyd, Julia 1997. Anoreksia & Bulimia. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Charpentier, Pia (toim.) 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. 2. painos. Terveys ry, Jyväskylä.
- Christiansen, J. – Pessi, K. 2004. Kokemukset epätyypillisestä syömishäiriöstä – Syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita häiriö palvelee. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Osoitteessa <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00338.pdf>. 5.5.2009.
- Denzin NK. – Lincoln YS. 2000. Entering the Field of Qualitative Research: an introduction. – Teoksessa Handbook of Qualitative Research, 1–9. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Gummerus Kustannus Oy, Helsinki.
- Etelä – Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009. Syömishäiriöhanke. Osoitteessa <http://www.epshp.fi/kotisivu/syomishairio/nuorisair.htm>. 13.3.2009.
- Hamilton, D-B. 1993. The Idea of History and the History of Ideas. Journal of Nursing Scholarship. School of Nursing, University of Rochester, New York.
- Halonen, Mervi 2006. Nuorten mielenterveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa. Terveystoimijien valmiudet nuorten mielenterveyden arvioinnissa ja tukemisessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Hautala, L. – Liuksiala, P-R. – Räihä, H. – Väänänen, A-M. – Jalava, A. – Väinälä, A. – Saarijärvi, S. 2005. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti; 60: 4599–4605.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Tammi, Vantaa.
- Huttunen, Matti O. 2006. Lääkkeet mielen hoidossa (toim. Javanainen, Mari-ka). 1.–2. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Hämäläinen, A. – Nevalainen, J. – Tuononen, S. 2002. Hoitotyöntekijöiden käyttämät auttamismenetelmät ja kokemat tunteet syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitotyössä. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Karttunen, M. – Lyhykäinen, H. – Niemi, S. 1996. ”...oli peikko pelottelemassa.” Anoreksia-potilaiden kokemuksia sairastamisestaan ja heidän tärkeinä pitämiään asioita hoidossa. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Keski-Rahkonen, Anna – Charpentier, Pia – Viljanen, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Kiviniemi, L. 1995. Potilaiden kokemuksia ja toiveita hoidon auttavista tekijöistä psykiatrisella osastolla. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.
- Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1.–2. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Krause, Kaisa – Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Kristeri, Irene 2003. Tunteet ja syöminen. Kirjapaja Oy, Helsinki.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.
- Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Haastattelututkimus nuorten kokemuksista. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/99, 3–12.
- Käypä hoito 2002. = Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden käypä hoito. Osoitteessa http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi33030. 26.2.2009.

- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. – Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä (toim. Sirpa Janhonen – Merja Nikkonen), 21–43. 2. painos. WSOY, Helsinki.
- Lindamaria 2009. = Lindamaria – Hyvinvoinnin tukipalvelut 2009. Osoitteessa http://www.lindamaria.fi/syomishairiotyo_tuki.html. 3.3.2009.
- Luoto, Eija – Salmi, Toivo T. – Laine, Outi – Kitula, Päivi – Anttila, Leena – Valpola, Marja-Liisa 2006. Då barnet lider av ätstörning. En guide för föräldrar till barn med anorexia och bulimia nervosa. Pajotalo Gillot Oy, Turku.
- Lusk, B. 1997. Historical Methodology for Nursing Research. Journal of Nursing Scholarship. Northern Illinois University, School of Nursing, USA.
- Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja – Rasimus, Mirja (toim.) 2003. Sairaanhoitajan käsikirja. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Ogg, EC. – Millar, HR. – Pusztai, EE. – Thom, AS. 1997. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. Int J Eat Disord. Department of Psychiatry, Larkfield Resource Centre, Lenzie, Glasgow.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Pietarinen, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. – Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat (toim. Karjalainen, Sakari – Launis, Veikko – Pelkonen, Risto – Pietarinen, Juhani), 62, 66. Tammer-Paino, Tampere.
- Poliklinikka 2009. = Poliklinikka.fi 2009. Bulimia. Osoitteessa <http://www.poliklinikka.fi/?id=2618878&page=2506117>. 3.3.2009.
- Psykiatrian luokituskäsikirja 1998. Tautiluokitus ICD–10, psykiatriaan liittyvät diagnoosit. 2. painos. Stakes, Rauma.
- Ramjan, L. M. 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal of advanced nursing 5/45, 495–503.
- Riihonen, Eeva 1998. Syömishäiriöitä. Kirjapaja Oy, Helsinki.

- Ryynänen, Olli-Pekka – Myllykangas, Markku 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Helsinki.
- Räsänen, S. – Sinisalo, S. 1997. Kun peilikuva vääristyy. Syömishäiriöisten nuorten kokemuksia selviytymisprosessista. *Sairaanhoitaja* 5/70, 21–24.
- Savukoski, Marika 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Väitöskirja. Lapin yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Osoitteessa <http://pre20090115.stm.fi/pr1156321555057/passthru.pdf>. 13.4.2009.
- Syrjälä, L. – Ahonen, S. – Syrjäläinen, E. – Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy, Rauma.
- Syömishäiriökeskus 2009. Syömishäiriöt. Osoitteessa <http://www.syomishairiokeskus.net/mitasyomishairiotovat.htm>. 21.5.2009.
- Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2009a. Perustiedot SYLI ry:stä. Osoitteessa <http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/syliry.html>. 2.3.2009.
- 2009b. Syömishäiriöiden hoidosta. Osoitteessa <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/hoito.html>. 3.3.2009.
- 2009c. Vertaistuki. Osoitteessa <http://www.syomishairioliitto.fi/toiminta/vertaistuki.html>. 2.3.2009.
- Tanskanen, R. 1996. Hoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla sairaanhoitajien kuvaamana ”Jotta nuoren omat siivet kantaisivat...”. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–3. painos. Gummerus Kustannus Oy, Helsinki.
- Van der Ster, Gisela 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Varto, Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Viljanen, Riikka – Larjosto, Merja – Palva-Alhola, Marjatta 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Whitehouse, AM. – Cooper, PJ. – Vize, CV. – Hill, C. – Vogel, L. 1992.
Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. University Department of Psychiatry, Cambridge.

Yliopistonapteekki 2009. = Yliopistonapteekki.fi 2009. Syömishäiriöt. Osoitteessa <http://www.yliopistonapteekki.fi/displayArticle.do?articleId=2048>. 3.3.2009.

LIITTEET



LIITTEET

Liite 1

1/4

Lomake A2

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Toimeksiantaja	Nimi Pohjois-Suomen Syömishäiriöperheet ry.	
	Yhteystiedot, puhelin ja sähköposti Ahlqvist Riitta, 040 3529871, riitta.ahlqvist@rovaniemi.fi	
	Työn aihe Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskelijaterveydenhuollossa	
Tekijä	Nimi Meeri Käränen	Opiskelijanumero
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Koulutusala ja -ohjelma Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, Terveydenhoitaja	Ryhätunnus 702T06
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Koulutusala ja -ohjelma	Opiskelijanumero
Ohjaaja	Nimi Raija Seppänen	Oppiainvo ja tehtävänimike Yliopettaja
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Porokatu 35, FI-96400 Rovaniemi, Finland	
	Puhelin 020 798 5548	Sähköpostiosoite raija.seppanen@ramk.fi
Päiväys ja allekirjoitukset	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Tekijä		
Tekijä	Rovaniemi 28.8.2008	Meeri Käränen
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	ROVANIEMI 28.8.2008	Raija Seppänen (nimi selvennetty) yliopettaja

Litteinä tutkimus-/työsuunnitelma

Rovaniemen ammattikorkeakoulu
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI
puh.020 798 4000 (vaihde), faksi 020 798 5499
opintotoimisto@ramk.fi
www.ramk.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksi- antaja	Nimi (esim. yritys) Pohjois-Suomen Syyntöryhmä ry		
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Riitta Ahlqvist, 040 3529871, riitta.ahlqvisti@rovaniemi.fi		
	Työn aihe Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskelijaterveydenhuollossa		
Tekijä	Nimi _____	Opiskelijanumero _____	
	Katuosoite _____	Postinumero _____	Postitoimipaikka _____
	Puhelin _____	Sähköpostiosoite _____	
	Koulutusala ja -ohjelma Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, Terveystieteiden yksikkö	Ryhmätunnus 702705	
Ohjaaja	Nimi Riitta Seppänen	Oppiaino ja tehtävänimike Yliopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Porokatu 35, FI-96400 Rovaniemi, Finland		
	Puhelin 020 798 5648	Sähköpostiosoite riitta.seppanen@ramk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämät ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumen- tointi	Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun oppinäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon sekä yksi tulostettu ja yksi sähköinen arkistokappale.		
Omistus- ja käyttö- oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.		<input checked="" type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan			<input type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja oppinäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajalla on mahdollisuus tarkistaa, että oppinäytetyö ei sisällä salassapidettävää aineistoa.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		

	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 28.8.2008	<i>Riitta Ahlqvist</i>
Tekijä	Rovaniemi 28.8.2008	<i>Heeri K...</i>
Ohjaaja	Rovaniemi 28.8.2008	<i>Riitta Seppänen</i>

Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet – yhdistyksen hallitus on 28. elokuuta 2008 päättänyt toimia tilaajana Rovaniemen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolla opiskelevan Meeri Keräsen opinnäytetyössä Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskelijaterveydenhuollossa.

Hallituksen päätös perustuu 13.-28.8. välisenä aikana sähköpostitse käytyyn äänestykseen, jonka tulos vahvistetaan myös myöhemmin syksyllä 2008 pidettävässä Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet – yhdistyksen hallituksen kokouksessa.

Yhdistyksen ja opinnäytetyön tekijän yhteyshenkilönä toimii terveydenhoitaja Riitta Ahlqvist (Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet – yhdistyksen hallituksen varapuheenjohtaja).

Rovaniemi 28.8.2008

Paikka ja aika

Paula R -

allekirjoitus

Paula Rekilä
Pohjois-Suomen syömishäiriö-
perheet – yhdistyksen hallituksen
puheenjohtaja

HALLITUKSEN KOKOUS 7/08
PÖYTÄKIRJA

Aika: Lauantai 13.9.2008 klo 12.15- 16.20
Paikka: ENSISYLI:n toimisto, Matarankatu 4, Jyväskylä

Osallistujat:Varsinaiset jäsenet

Anne Kerko, puheenjohtaja,	läsnä
Aimo Joensuu	läsnä
Amy Juurijoki	poissa
Ritva Peura	läsnä
Eija Salo-Rankila	läsnä
Sirpa Santala	läsnä
Sirkku Mikkola, asiantuntijajäsen	läsnä

Varajäsenet:

Marja Nordqvist	poissa
Anna-Liisa Luova	poissa

Muut osallistujat:

Marja-Leena Laiho-Lehto, toiminnanjohtaja, sihteeri,	läsnä
Sami Heimo, suunnittelija,	läsnä
Tanja Tiainen, aluesihteeri,	läsnä
Tea Viljanen, aluesihteeri	läsnä
Raiii Willberg, kirjanpitäjä	läsnä

ASIALISTA**108§ KOKOUKSEN AVAAMINEN**

Puheenjohtaja Anne Kerko avasi kokouksen.

109§ KOKOUKSEN LAILLISUUS JA PÄÄTÖSVALTAISUUS

Liiton sääntöjen mukaan hallitus kokoontuu puheenjohtajan tai hänen estyneenä ollessaan varapuheenjohtajan kutsusta. Kokous on päätösvaltainen, kun puheenjohtaja tai varapuheenjohtaja ja vähintään kolmen muuta jäsentä ovat läsnä

Päätös:

Puheenjohtaja totesi kokouksen lailliseksi ja päätösvaltaiseksi.

110§ KOKOUKSEN PUHEENJOHTAJAN JA SIHTEERIN VALINTA**Päätös:**

Puheenjohtajana toimi Anne Kerko ja sihteerinä toiminnanjohtaja.

111§ PÖYTÄKIRJANTARKASTAJIEN VALINTA**Päätös:**

Pöytäkirjantarkastajiksi valittiin Aimo Joensuu ja Sirpa Santala.

112§ TYÖJÄRJESTYKSEN HYVÄKSYMINEN**Päätös:**

Esityslista hyväksyttiin kokouksen työjärjestykseksi.

128§ TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

Rovaniemen ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija Meeri Keränen pyytää lupaa julkaista kyselynaloiuksensa keskustelupalstalla kerätäkseen aineistoa lopputyölleen "Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskelijaterveydenhuollossa". Työn tilaaja on Pohjois-Suomen syömishäiriöperheet. Tutkimussuunnitelma nähtävänä kokouksessa.

Päätös:

Hallitus päätti myöntää tutkimusluvan.

129§ KOKOUKSEN PÄÄTTÄMINEN

Puheenjohtaja päätti kokouksen klo 16.20.

Kokouksen vakuudeksi:

ANNE KERKO
Anne Kerko
puheenjohtaja

MARJA-LEENA LAIHO-LEHTO
Marja-Leena Laiho-Lehto
sihteeri

AIMO JOENSUU
Aimo Joensuu
pöytäkirjantarkastaja

SIRPA SANTALA
Sirpa Santala
pöytäkirjantarkastaja

Otteen oikeaksi todistaa

Tuusula 12.11.2008
Kari Mäntylä
Kari Mäntylä

Liite 2

Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit ICD–10 – tautiluokituksen mukaan
(Psykiatrian luokituskäsikirja 1998)

- A. Toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
- B. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
- C. Potilas pyrkii estämään ruuan "lihottavat" vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön avulla. Ahmimishäiriöstä kärsivä diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta.
- D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

Potilaalla on psykopatologian muodostama sairaaloinen lihavuuden pelko. Potilas asettaa itselleen tarkan painorajan, joka selvästi alittaa ihanteellisen, terveen painon. Usein, mutta ei aina, potilas on aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä.

Ahmimishäiriön kriteerit DSM-IV – tautiluokituksen mukaan

(Lönngqvist ym. 2007, 366.)

- A. Säännölliset ahmimisjaksot, joiden aikana henkilö syö huomattavasti enemmän kuin useimmat ihmiset söisivät samassa ajassa ja olosuhteissa.
- B. Toistuvat kompensatiokäyttäytymismallit lihomisen ehkäisemiseksi. Näistä esimerkkeinä: itse aiheutettu oksentelu, laksatiivien, diureettien ja peräruiskeiden käyttö, vähäkalorisesti syöminen, paastoaminen ja pakonomainen liikunta.
- C. Ahmiminen ja kompensatiokäyttäytyminen esiintyvät keskimäärin kaksi kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan.
- D. Paino ja kehon muoto vaikuttavat kohtuuttoman paljon siihen, millaiseksi ihmiseksi henkilö itsensä kokee.
- E. Ahmimishäiriö ei esiinny pelkästään anoreksiajakson aikana.

Bulimia nervosaa voi olla kahdenlaista:

1. Vatsantyhjennys tyyppi, jossa bulimiaa sairastava oksentaa, käyttää laksatiiveja, diureetteja ja peräruiskeita.
2. Paasto – liikuntapainotteinen tyyppi, jossa bulimiaa sairastava käyttää muita keinoja kuin edellisiä kompensatioina, kuten vähäkaloristen ruoka-aineiden syöminen tai yltiöpäinen liikunta.

Liite 3

Keränen Meeri

Osoitetiedot

xxxx xxxx xxxx

puh. xxx xxxxxxxx

Sähköpostiosoite

Saatekirje tutkimuslupahakemukseen

27.8.2008

Syömishäiriöliitto – SYLI ry, hallitus

Läntinen Pitkätatu 35

20100 TURKU

HYVÄ SYLI:N HALLITUS

Olen kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Rovaniemen ammattikorkeakoulusta. Opintoni ovat siinä vaiheessa, että opinnäytetyön tekeminen on ajankohtaista. Viime keväänä otin yhteyttä teihin liittyen opinnäytetyöhöni.

Aiheena minulla on ”Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskeluterveydenhuollossa”. Ohjaavina opettajina minulla ovat yliopettaja Raija Seppänen ja lehtori Aila Niskala. Toimeksiantajana toimii Pohjois-Suomen Syömishäiriöperheet ry. Tein ohjeidenne mukaisesti tutkimussuunnitelman työstäni. Toivon voivani aloittaa nyt keskustelun nettisivuillanne. Toimitan teille liitteenä nämä työtäni koskevat suunnitelmat.

Anon nyt tutkimuslupaa teiltä käyttää kotisivujenne www.syomishairioliitto.fi keskustelupalstaa työni tekemisessä siten, että saisin laittaa liitteenä olevan keskustelun aloituksen nettisivuillenne. Käytän saamiani vastauksia työssäni vastaajien anonymiteettiä kunnioittaen. Teen työni rehellisesti, huolellisesti ja ammattitaitoisesti. Työssäni vastauksia ei muunnella, eikä vastaajille aiheuteta haittaa.

Toivon, että saisin myöntävän vastauksen tutkimuslupahakemukseni suhteen.

Kiitos paljon ja hyvää syksyn jatkoa!

Meeri Keränen
Terveydenhoitajaopiskelija

Liite 4

Keränen Meeri

Keskustelun aloitus

Osoitetiedot

xxxx xxxx xxxx

Sähköpostiosoite

27.8.2008

HEI SYLI:N KESKUSTELUPALSTALAISET NUORET!

Olen kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Rovaniemen ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä bulimiasta, tarkemmin aiheeni kuuluu: "Bulimia nervosaa sairastavan nuoren auttamismenetelmät opiskeluterveydenhuollossa".

Tavoitteena minulla on kehittää opiskeluterveydenhuollon palveluita bulimiaa sairastavien nuorten tarpeita vastaavaksi. Näin voin auttaa bulimiaa sairastavia nuoria saamaan hyvää ja ammattitaitoista apua.

Tarvitsen tietoa, kuinka olette kokeneet opiskelijaterveydenhoitajan kohdanneen teidät bulimikkoina, osattiinko teidän ongelmiin tarttua ja antaa avaimia parantumiseen sairaudesta. Tulen käyttämään noin viiden nuoren (15–25-vuotias) vastausta työssäni.

Ohessa ovat kysymykset, joihin toivoisin saavani teiltä vastauksia. Vastata voitte minulle joko sähköpostilla tai kirjoittamalla kirjeen **1.1.2009 mennessä**. Vastauksenne voitte antaa anonyymisti, eli ilman henkilöllisyyttä. Työhöni tulee suoria lainauksia teidän vastauksistanne, mutta kenenkään henkilöllisyys ei paljastu, sillä henkilöt numeroidaan. Tutkimusaineisto on ainoastaan minun käsittelyssäni, ja tuhoan sen heti tutkimuksen teon jälkeen.

Kysymykset:

1. Kuinka koette opiskelijaterveydenhoitajan kohdanneen ja auttaneen teitä bulimikkona?
2. Millaista tietoa opiskelijaterveydenhoitaja on antanut teille bulimiasta sairautena?
3. Millaisista auttamismenetelmistä eli hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista opiskelijaterveydenhoitaja on kertonut teille?
4. Kuinka koet hyötyneesi bulimikkona opiskeluterveydenhuollon palveluista? Millaista kehitystä toivoisit, mikäli et koe hyötyneesi?

Kiitos ajastanne, ja toivottavasti innostuisitte vastaamaan kysymyksiini. Hyvää syksyn jatkoa kaikille!

Liite 5

ENSIAPUOHJEITA AHMIMISHÄIRIÖISEN AUTTAMISESSA

Tämä liite EI ole erillinen ohjeistus, vaan opinnäytetyön liite, jota voi käyttää apuvälineenä bulimian sairastavan nuoren auttamisessa. Sairastavan kohtaaminen on tapahduttava ensin, jonka jälkeen auttaminen voi alkaa. Kohtaamisen tärkeyttä on korostettu opinnäytetyössä. Oma osionsa asiasta löytyy s. 11.

Käykää läpi ruokaan, syömiseen ja tunteiden hallintaan liittyviä asioita.

Ruokaan ja syömiseen liittyviä ohjeita:

1. Täsmäsyöminen kannattaa! Aterioita ja välipaloja tulisi olla 3–4 tunnin välein eli joustavasti noin viisi kertaa päivässä. Näin verensokeri pysyy tasaisena koko päivän ja nälkä kurissa.
2. Syödään monipuolisesti ja riittävästi, myös herkuja sallien.
3. Keskitytään syödessä ruokaan, ei tehdä samalla muuta.
4. Rajoitetaan syöminen yhteen huoneeseen, ruokapöydän ääreen.
5. Laitetaan itselle sopiva ja riittävä annos valmiiksi tarjolle lautaselle ja loput ruuat takaisin kaappeihin.
6. Harjoitellaan ottamaan sopiva annos ruokaa.
7. Noustaan ruokapöydästä heti ruokailun päätyttyä.
8. Rajoitetaan ahmintaan altistavien ruokien määrää kotona tai pidetään ne poissa silmistä.
9. Pidetään turvallisena pidettyjä ruokia varastossa kotona.
10. Suunnitellaan ostokset, tehdään ostoslista, jossa pysytään.
11. Mennään ostoksille aina kylläisenä.
12. Jätetään luottokortti kotiin ja otetaan vain vähän rahaa mukaan ruoka-kauppaan mennessä.
13. Varaudutaan riskitilanteisiin, keksitään ahmimiselle vaihtoehtoisia toimintoja.
14. Suunnitellaan, mitä tehdään aterian jälkeen.
15. Pyritään syömään muiden seurassa.

16. Opetellaan kieltäytymään kohteliaasti lisäännoksesta syödessä muiden vieraana.
17. Mikäli alkoholin käyttö altistaa ahminnalle, rajoitetaan sen käyttöä.
18. Mietitään etukäteen, mitä syödään juhlissa ja syödään säännöllisesti ennen juhlia.
19. Opetellaan syömään seuraava päivärytmiin kuuluva ateria, vaikka edellisellä aterialle olisikin tullut syötyä liikaa.
20. Suunnitellaan ja valmistetaan seuraava ateria mieluiten etukäteen, kyläläisenä.
21. Syödään ruuat hitaasti, kunnolla pureskellen.
22. Nautiskellaan ruuan ulkonäöstä, tuoksusta ja rakenteesta.
23. Pidetään taukoja aterioidessa, mietitään mitä syödään ja halutaanko jatkaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 97, 125–126; Viljanen ym. 2005, 202.)

Tunteiden hallintaan liittyviä ohjeita:

1. Mikäli ahminta koetaan olevan keino paeta tai hallita ahdistavia eroihin ja yksinäisyyteen tai niiden pelkoihin liittyviä tunteita, omien tunteiden ja toiveiden avointa ilmaisemista toisten reaktioita pelkäämättä tulisi opetella.
2. Mielialaa voi hoitaa liikunnan, mietiskelyn, musiikin kuuntelun tai vaikkapa rehellisen keskustelun ja itsensä ilmaisemisen avulla.
3. Mietitään etukäteen, mitkä tunteet pääsevät valloilleen ahmintaoireilun aikana, tarkastellaan tunteita, opetellaan tunnistamaan, ennaltaehkäisemään ja lopulta hallitsemaan niitä. (Abraham – Llewellyn-Jones 1994, 154–156; Huttunen 2006, 176.)

Kartoita potilaan nälkiintymisen tila ja vaikutukset.

Kysy potilaalta, mitä ohessa olevan listan oireista hän tunnistaa itsessään. Pyydä potilasta esimerkiksi ympyröimään tai alleviivaamaan ne kohdat, mitkä tuntuvat hänen mielestään sopivilta. (Viljanen ym. 2005, 190.)

- Ajattelen aina ruokaa.
- Mieleni tekee ahmia.
- Tunnen itseni masentuneeksi.
- Tunnen itseni ahdistuneeksi.
- Olen usein ärtynyt.
- Mielialani ailahtelevat laidasta laitaan.
- Viihdyn parhaiten omissa oloissani.
- En jaksa pitää yhteyttä ystäviin.
- Ystävyysuhteeni ovat kiristyneet.
- Minun on vaikea keskittyä mihinkään.
- Huumorintajuni tuntuu vähentyneen.
- Näen asiat mustavalkoisesti ja on vaikea joustaa.
- En ole kiinnostunut seksistä.
- Olen väsynyt, heikko ja haluton.
- Nukun huonosti ja heräilen yöllä tai aikaisin aamulla.
- Pärjään aikaisempaa vähemmällä unella.
- En siedä kovia ääniä tai kirkkaita valoja.
- Olen levoton enkä kykene rentoutumaan.
- Minun täytyy liikkua jatkuvasti ja harrastaa päivittäin liikuntaa.
- Syön hitaasti.
- Näen unta ruuasta.
- Hampaani ovat reikiintyneet.
- Suuni tuntuu usein kuivalta.
- Minulla on ummetusta tai ripulia.
- Minulla on mahakipuja ja mahan turvottelua.
- Ruoka tuntuu sulavan hitaasti.
- Ruoka ei maistu samalta kuin ennen.
- Minun täytyy maustaa tai suolata ruokani voimakkaasti.
- Ihoni on kuiva tai kellertävä.
- Ihollani on alkanut kasvaa pientä untuvarvaa, erityisesti selässä ja poskissa.
- Minulla ei ole kuukautisia tai ne ovat epäsäännölliset.
- Käteni ja jalkani ovat kylmät ja sinertävät.
- Minulla on turvotuksia kehossa, erityisesti jaloissa.

- Hiukseni ovat ohentuneet selkeästi tai lähtevät tuppoina.
- Kynteni ovat hauraat ja liuskottuvat.
- Minua heikottaa ja huimaa, erityisesti jos nousen ylös nopeasti.
- Palelen usein.
- Minulla on todettu anemia.
- Olen kalpea.
- Lihakseni tuntuvat heikentyneen.
- Kärsin päänsärystä.
- Käteni ja jalkani puutuvat tai niitä pistelee.

Nälkiintymisoireiden tulkinta:

Energian puute ilmenee:

- väsymyksenä
- univaikeuksina, varhaisena heräämisenä
- ummetuksena
- huonona verenkiertona
- mielialan vaihteluina
- ajatusten kiinnittymisenä ruokaan
- lihasmassan vähenemisenä

Proteiinien puute ilmenee:

- lihasmassan vähenemisenä
- turvonneena vatsana
- ripulina
- virtsanpidätysvaikeuksina
- hiustenlähtönä
- turvotuksena
- kasvun pysähtymisenä

Hiilihydraattien puute ilmenee:

- verensokerin laskuna
- ahmimiskohtauksina
- vapinana, tärinänä
- serotoniinivajeena
- ketoaineiden muodostumisena
- masennuksena
- poissaolevaisuutena

Rasvan puute ilmenee:

- heikentyneenä makuaistina
- lisääntyneenä infektioherkkytenä
- haavojen heikkona paranemisena
- pimeänäön heikkenemisenä, silmien valoarkuutena ja kirvelynä

- heikentyneinä reflekseinä
- pakonomaisena käyttäytymisenä
- heikentyneenä muistina ja ajattelukyknä
- lohkeilevana ihona ja kutinana
- päänahan ongelmina, kuten hilseilynä ja hiustenlähtönä
- verenvuotojen pitkittyneisyytenä

Raudan puute ilmenee:

- palelemisena, kalpeutena
- ummetuksena
- kuukautishäiriöinä
- hitaana aineenvaihduntana
- keskittymisvaikeuksina
- väsymyksenä, ärtyneisyytenä
- levottomuutena
- huonona kuntona
- valkoisina laikkuina kynsissä

Suolan puute ilmenee:

- päänsärkynä, huimauksena, pyörtyilynä
- pahoinvointina
- mahan turvotuksena aterian aikana ja sen jälkeen, kasvojen turvotuksena
- lihasheikkoutena, puutumisena
- jatkuvana virtsaamisen tarpeena, myös yöllä
- yöhikoiluna

Vitamiinien puute ilmenee:

- mustelmina
- nenäverenvuotona
- kömpelyytenä
- suupielten haavaumina
- kuivana ja hilseilevänä ihona

- ihon, varsinkin raajojen, näppyjäisyytenä (Van der Ster 2006, 80, 111, 143, 153–154.)

Kerro bulimiaa sairastavalle nuorelle, mikä on normaalia syömistä ja mikä epänormaalia.

Normaalia on:

- syödä ainakin neljä kertaa päivässä
- järjestää ruokailunsa niin joustavasti, ettei se häiritse työtä, opiskelua, perhe- tai sosiaalista elämää
- syödä herkkuja ilman että muuta ruokaa täytyisi vähentää
- kokeilla uusia ruokia
- syödä ruokia, joiden ravintosisältöä ei tiedä
- syödä toisinaan pikaruokaa
- juhlistaa juhlatilanteita myös ruualla
- syödä muiden seurassa
- syödä joskus enemmän kuin tuntuu tarpeelliselta
- syödä joskus vähemmän kuin tuntuu tarpeelliselta
- valita joskus runsaasti niitä ruokia, joiden mausta pitää erityisesti
- syödä sellaistaakin ruokaa välillä, joka ei välttämättä ole kulinaarinen makuelämys
- syödä toisinaan vain siksi, että tarvitsee energiaa (tankata)
- syödä tai olla syömättä silloin, kun tuntee itsensä esimerkiksi surulliseksi, tyytymättömäksi tai stressaantuneeksi
- syödä sekä paljon että vähän energiaa sisältävää ruokaa eli monipuolisesti kaikkea
- ajatella, ettei syöminen ole elämän tärkein asia, mutta kuitenkin merkittävä hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttava tekijä

Epänormaalia on:

- laskea kaloreita tai punnita ruokia jatkuvasti
- päättää elimistönsä puolesta, milloin on nälkäinen ja kylläinen
- noudattaa todella tiukkaa ruokavaliota

- tuntee syyllisyyttä ja itseinhoa poiketessaan tiukoista ruokasäännöistään
- suunnitella tarkasti pitkälle etukäteen ruokailujaan ja pidättäytyä jäykästi suunnitelmissa
- jättää tahallaan itsensä aterioilla nälkäiseksi tai hypätä aterioita yli
- syödä yksinomaan kevyttuotteita
- syödä vain kasviksia ja hedelmiä tai muita vähäenergisiä ruoka-aineita
- täyttää vatsaansa energiaa sisältämättömillä juomilla
- käyttää ylettömästi ja joka aterialla keinotekoisia makeutusaineita, mausteita tai suolaa
- syödä pelkästään yksin
- jättää esimerkiksi terveyssyihin vedoten ruoka-aineita pois ruokavaliostaan, kun todellisuudessa poisjättämisen syynä on halu laihtuttaa (Abraham – Llewellyn-Jones 1994, 152; Viljanen ym. 2005, 192–193.)

Kerro myös oksentamisen, ulostuslääkkeiden ja diureettien käytön haitoista elimistölle.

Oksentaminen:

- hammaskiille vaurioituu, hampaat reikiintyvät ja hampaiden väri voi muuttua
- suuontelo ja ikenet vaurioituvat ja kipeytyvät
- äänihuulet vaurioituvat, ääni kähenee
- sylkirauhaset voivat tulehtua
- neste- ja suolatasapaino häiriintyy, jonka seurauksena voi tulla sydämen, aivojen ja munuaisten toiminta häiriöitä, henkeä uhkaava sydänkohtaus, verenpaineen laskua, lihasheikkoutta, kouristuksia, sekavuutta, epileptisiä kohtauksia ja turvotuksia kasvoihin, nilkkoihin ja sormiin
- elimistö kuivuu
- närästää
- ruokatorvi voi tulehtua
- voi tulla keuhkokuume
- ruuan kulku hidastuu ruansulatuskanavassa
- voi esiintyä mahakipuja, ummetusta ja ilmavaivoja

- mahalaukkuun voi tulla haavaumia ja repeämiä
- heikottaa ja väsyttää

Ulostuslääkkeet ja diureetit:

- usein ilmenee voimakasta ripulia
- elimistö kuivuu
- voi ilmetä mahakipuja ja kramppeja sekä pahoinvointia
- elimistö voi jäädä riippuvaiseksi ummetuslääkkeisiin
- neste- ja suolatasapaino häiriintyy
- veren kalsiumpitoisuus laskee, jolloin voi ilmetä kouristuksia ja luun haurastumista
- ravintoaineiden imeytyminen voi häiriintyä
- voi kehittyä peräpukamat
- vesiperäruiskeiden jatkuvalla käytöllä ruuansulatuskanavan loppuosan hyödylliset bakteerikannat huuhtoutuvat pois, jolloin suoliston oma toiminta laiskistuu ja peräsuoli voi vaurioitua (Abraham – Llewellyn-Jones 1994, 152; Viljanen ym. 2005, 192–193.)