

SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN  
NUORTEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN  
TUESTA SAIRAUDEN AIKANA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
29.5.2009  
Saara Kalkela  
Pilvi Laitinen  
Terhi Viik

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

SAARA KALKELA, PILVI LAITINEN & TERHI VIIK:  
Syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan tuesta sairauden aikana

Sairaanhoitaja AMK opinnäytetyö, 52 sivua, 12 liitesivua

Kevät 2009

TIIVISTELMÄ

---

Tässä opinnäytetyössä käsitellään syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan tuesta. Tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavan nuoren saamaa tukea sekä nuoren kokemuksia saamastaan tuesta sairauden aikana. Tavoitteena on, että hoitotyön ammattilaiset ja hoitotyön opiskelijat hyötyvät opinnäytetyössä kerrotusta tiedosta, jotta he pystyvät paremmin ymmärtämään nuoren tuen tarvetta. Tavoitteena on myös auttaa heitä tunnistamaan syömishäiriön yleisimpiä piirteitä.

Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto on koottu yksityisten henkilöiden kirjoittamien vapaamuotoisten kirjoitelmien pohjalta. Kohderyhmänä on kolme 18- 22 vuotiasta nuorta, joilla on tai on ollut jokin syömishäiriö. Aineiston analysoinnin menetelmänä on käytetty induktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten perusteella nuoret saivat tukea lähimmäisiltään, kuten perheeltä, ystäviltä ja poikaystävältä. Myös lääkkeellinen ja taloudellinen tuki auttoivat nuorta. Tutkimustulosten mukaan nuoret kokivat hyötyvänsä saamastaan tuesta, mutta heillä oli myös kokemuksia tuen saamattomuudesta. Tuen saaminen herätti nuorissa monenlaisia tunteita. Tuen saamisen ja saamattomuuden seurauksena nuorten elämässä tapahtui niin myönteisiä kuin kielteisiäkin muutoksia.

Avainsanat: Syömishäiriöt, nuori hoitotyön asiakkaana ja nuoren tukeminen.

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of social and health care  
Degree Programme in Nursing

SAARA KALKELA, PILVI LAITINEN & TERHI VIIK:  
The experiences of support of young people suffering from eating disorders

Bachelor's Thesis in health care, 52 pages, 12 appendixes

Spring 2009

## ABSTRACT

---

In this thesis we focus on eating disorders among the young and how they have experience the support that others have given them. The objective of this thesis was to describe the support given by others, as well as the impact this support had on a young person. Our goal is that people working in the field of health care benefits from the information given in this thesis so they are more capable to understand the need of support. Our goal was also to help them identify and help patients struggling with eating disorders and offer them information about what to do and where to turn for help.

The information was gathered with qualitative research methods and the content is based on the writings done by private persons. The target group consists of 3 writers between the ages 18 and 22 who have suffered or are suffering from eating disorders. The content was analyzed by using an inductive analyzing method.

The results suggest that young people suffering from eating disorders got support from their close ones, such as relatives, friends and partners. Also medical and economical support helped them a lot. Not all got the support they needed, some experienced lack of. The support changed their life in many ways; both positive and negative.

Key words: eating disorders, young clients, supporting the young

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN AIHE JA SEN AJANKOHTAISUUS	2
2.1 Aihepiiri ja opinnäytetyön rajaus	2
2.2 Opinnäytetyön tärkeys ja ajankohtaisuus	4
3 SYÖMISHÄIRIÖT	4
3.1 Yleistä syömishäiriöistä	4
3.2 Anoreksia nervosa	7
3.3 Bulimia	10
3.4 Epätyypilliset syömishäiriöt	12
4 NUORI HOITOTYÖN ASIAKKAANA	13
4.1 Nuoruuden vaiheet ja kehitystehtävät	13
4.2 Nuoren hoitotyö	15
4.3 Nuoren kuntoutuksen erityispiirteitä	16
5 NUOREN TUKEMINEN	17
5.1 Tukiverkostot	17
5.2 Ystävien tuki	19
5.3 Vertaistuki	20
5.4 Perheen tuki	22
5.5 Terapiat tukena	23
5.6 Lääkehoito tukena	26
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
7.1 Tutkimusote ja tutkimusmenetelmä	28
7.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	29
7.3 Aineiston analyysi	31
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
8.1 Esitiedot	33
8.2 Sosiaalinen tuki	33

8.3 Henkinen tuki	34
8.4 Materiaalinen tuki	34
8.5 Tuen saamattomuus	35
8.6 Nuorten kokemat tuntemukset tuen seurauksena	35
8.7 Nuorten kokemukset ammatillisesta tuesta	37
8.8 Nuorten kokemukset vertaistuesta	38
8.9 Nuorten kokemat muutokset omassa elämässä	38
9 TULOSTEN POHDINTA	39
10 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTA	41
10.1 Tutkimuksen luotettavuus	41
10.2 Tutkimuksen eettisyys	42
11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	45
12 LÄHTEET	47
LIITTEET	1

## 1 JOHDANTO

Syömisongelmat ovat nopeasti lisääntymässä. Ihmisen ei tarvitse olla ylipainoinen eikä anorektikko kärsiäkseen siitä, että ruoka hallitsee elämää. Vasta silloin kun syömisestä tulee ongelma, on kyse riippuvuudesta. Lapsi liittyy maailmaan sen ruoan välityksellä, jota hän saa äidiltä. Vielä aikuisiälläkin monet etsivät ruoasta turvaa ja lohtua. Ruokaa käytetään usein keinona hallita tunteita. Ruokaa syödään kun ollaan yksinäisiä, stressaantuneita, ahdistuneita, vihaisia, surullisia tai onnellisia. Joku taas saattaa pelätä ruokaa, koska luulee, että se tekee pahaa hänelle (Kristeri 2003, 8.)

Anoreksia ja bulimia yleistyivät selvästi länsimaissa 1900-luvun lopulla. Ei tiedetä varmasti sitä, johtuuko syömishäiriöiden yleistyminen parantuneista sairauden tunnistus- ja hoitomahdollisuuksista vai ovatko syömishäiriöt todella lisääntyneet esimerkiksi viime vuosikymmenien aikana vallinneen laihuutta ihannoivan muodin vuoksi. Ei ole myöskään varmaa onko syömishäiriöiden yleistyminen edelleen jatkuvaa, onko se tasoittunut tai jopa kääntynyt hienoiseen laskuun. Ylipainosta ja lihavuudesta on tulossa suuri kansanterveydellinen ongelma länsimaissa ja myös monissa kehitysmaissa. Tämä voi olla syynä siihen, että laihuuteen ja syömiseen liittyvät oireet ovat nousseet esiin. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 23.)

Syömishäiriöiden hoito perustuu niin fyysisen kuin psyykkisenkin tilan hoitoon. Lievissä syömishäiriöissä nuorelle voi riittää muutama tukea antava kerta ammattiauttajan kanssa. Nuorelle annetaan tietoa elimistön kehityksestä ja sen tarvitsemasta ravinnosta, nuorta kuunnellaan ja tuetaan kasvuun, elämäntilanteeseen ja kehitykseen liittyvissä kysymyksissä. Vaikeammat syömishäiriöt hoidetaan psykiatrisessa- ja sairaalahoidossa. (Ebeling 2006, 122.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi nuorten syömishäiriöt, koska aihe on ajankohtainen ja syömishäiriöt ovat yleinen mielenterveydellinen ongelma naisilla

(vrt. Lepola & Koponen 2008, 154). Ensisijaisesti kiinnostuksemme kohteena ovat nuoret sekä mielenterveystyö. Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena tarkastella nuorten omia kokemuksia saamastaan tuesta syömishäiriön aikana.

## 2 OPINNÄYTETYÖN AIHE JA SEN AJANKOHTAISUUS

### 2.1 Aihepiiri ja opinnäytetyön rajaus

Tämän opinnäytetyön aiheena on tutkia syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan tuesta. Lasten ja nuorten syömiseen liittyvät ongelmat ja häiriöt ovat kasvamassa (Vainikainen 2004, 31). Syömishäiriöiden hoito perustuu yhteistyöhön potilaan kanssa ja Suomessa hoito on pääosin avohoitoa. Hoito on moniammatillista tiimityötä. Ensisijainen tavoite syömishäiriöisen potilaan hoidossa on aliravitsemuksen korjaaminen ja syömisen normalisoituminen. Tämän jälkeen keskitytään sairauden psykologiseen puoleen. Hoitomuotoina käytetään ravitsemushoitoa, erilaisia terapioita, lääkehoitoa sekä fysio- ja toimintaterapiaa. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 235- 236; Ebeling 2006,122- 124.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään siihen kuinka syömishäiriötä sairastavaa nuorta voidaan tukea.

Eri syömishäiriöillä on monia yhteisiä piirteitä ja syömishäiriötä sairastavilla ihmisillä on samankaltaisia ajatuksia itse sairaudesta. Syömishäiriöissä päämäärä on sama. Sillä ei ole väliä, saavuttaako ihminen laihemman vartalon itsensä nälkiinnyttämisellä vai ahmimishäiriöllä. Syömishäiriöstä riippumatta ihminen joutuu kehonsa kanssa törmäyskurssille. (Ster 2006, 6.) Erään maailman johtavien syömishäiriötutkijoiden englantilaisen C. Fairburnin mukaan syömishäiriötä ylläpitää neljä psyykkistä asiaa. Niitä ovat kyvyttömyys sietää voimakkaita tunteita, matala perusitsetunto, sairaalloinen perfektionismi ja ihmissuhdevaikeudet. (Lehto 2004, 245.)

Ei ole helppoa vetää rajaa sille mikä on normaalia syömistä ja mikä häiriintynyttä syömistä. Kaikki ihmiset ovat joskus syöneet liikaa ja monet näkevät virheitä ulkonäössään. Suurimmalla osalla on myös kokemuksia laihduttamisesta. Laihdutusvalmisteita, paastoamista ja jopa suolentyhjennystä on kokeillut noin 10-20% ihmisistä. Ihmisestä ei tee syömishäiriöstä se, että hän on joskus tyytymätön ulkonäköönsä, yrittää satunnaisesti laihduttaa tai yrittää joskus hallita painoaan arvelluttavilla keinoilla. Häiriöksi tällaisia oireita voidaan sanoa vasta sitten kun oireet alkavat selvästi haitata joko terveyttä tai jokapäiväistä toimintakykyä, esimerkiksi ihmissuhteita tai työntekoa. Syömishäiriöstä voidaan puhua kun syömisestä tai syömättömyydestä tulee elämän pääasia ja se alkaa sotkea normaalia elämää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11.)

Opinnäytetyön rajaus on tehty syömishäiriöitä sairastaviin nuoriin. Periaatteessa olisi ollut mielenkiintoista tehdä opinnäytetyö ilman ikärajausta, sillä syömishäiriöitä on kaikenikäisillä ihmisillä. Jo vauvat ja leikki-ikäisetkin lapset voivat sairastua syömishäiriöihin. Yleensä vauvojen syömishäiriöiden taustalla on äidin ristiriitaiset tunteet omaa äitiyttään ja vauvaa kohtaan. Leikki-ikäisillä lapsilla taas syömishäiriö voi johtua psyykkisesti raskaasta kehitysvaiheesta tai ulkoisista mieltä kuormittavista tapahtumista. Mutta nuorten syömishäiriöt ovat oire, joka alkaa puberteetin myötä. Nuorten syömishäiriöiden taustalla on suuria psyykkisen kasvun ja kehityksen esteitä, joiden näkyvä oire on siis syömishäiriö. On kiinnostavaa, että nuorten psyykkiset ongelmat purkautuvat juuri syömishäiriöinä. Osa peruste tälle on se, että tämän yhteiskunnan kulttuurilliset asenteet saattavat ohjata nuoria anorektiseen ajatteluun. Kulttuurissamme ravinnosta ja syömisestä ajatellaan ristiriitaisesti. Esimerkiksi lehdessä voi olla ihania ruokaohjeita, mutta seuraavalla aukeamalla löytyy dieettiohjeita. Myös perheen asennoituminen ruokaan voi vaikuttaa siihen, miksi nuoren oireena on syömishäiriö. Äidin tai isän ylikontrolli sekä ruuan ja syömisestä korostaminen rakkauden symboleina aiheuttavat ratkaisemattoman sadomakistisen konfliktin. Nuorten syömishäiriöt perustuvat tähän konfliktiin. (Aalberg & Brummer 2005, 229- 233, 237.)



## 2.2 Opinnäytetyön tärkeys ja ajankohtaisuus

Ihmisiin kohdistuvat vaatimukset ja ihanteet tämän päivän yhteiskunnassa aiheuttavat suuria paineita nuorille. Länsimaisen ihanteen mukaan nainen on sitä hyväksyttävämpi mitä laihempi hän on. Tämä hoikkuuden ihannoiti ohjaa nuoria naisia äärimmäisen laihtumisen tavoitteluun. He näkevät oman kehonsa lihavampana kuin se on. (Vainikainen 2004, 32.) Nuoret myös uskovat, että hoikka vartalo herättää vastakkaisen sukupuolen kiinnostuksen ja tuo menestystä ystävien keskuudessa. (Charpentier 1998, 9). Laihtuminen voi olla myös yritys vastata yhteiskunnan vaatimuksiin ja ihanteisiin. Suurin osa syömishäiriöitä sairastavista ihmisistä onkin hyvin tunnollisia ja miellyttämisen haluisia nuoria tyttöjä. (Vainikainen 2004, 32.) Nuoruudessa kehoa muokkaavat kulttuuriset, yhteiskunnalliset ja yhteisölliset vaatimukset, voimat ja odotukset (Oinas 2001, 17). Yhteiskunnan vaatimukset koskevat voimakkaasti nuoria, ja siksi on tärkeää perehtyä enemmän syömishäiriöihin.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat: syömishäiriöt, nuori hoitotyön asiakkaana ja nuoren tukeminen. Keskeisiin käsitteisiin päädyttiin aiheen rajauksella ja tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin.

## 3 SYÖMISHÄIRIÖT

### 3.1 Yleistä syömishäiriöistä

Syömishäiriöt eivät ole vain nykyajan ihmisten sairaus, vaan ihmisillä on ollut syömishäiriöitä jo satojen, jopa tuhansien vuosien ajan. Ennen vanhaan yhteiskuntaluokkien erot olivat selkeämmät ja varakkailta ihmisillä oli parempi ravinnon taso kuin köyhillä ihmisillä. Syömishäiriöitä oli siis lähinnä yläluokan nuorilla naisilla. Nykypäivänä syömishäiriöitä on jokaisessa väestöluokassa, eivätkä syömishäiriöt ole yleisempiä varakkaiden kuin köyhienkään ihmisten keskuudessa. (Charpentier 1998, 7.) Syömishäiriöt ovat kuitenkin lähinnä

länsimaiden ja hyvinvointiyhteiskunnan sairauksia, koska syömishäiriöitä ei tunneta niissä maissa, joissa on nälänhätää (Charpentier 1998, 7; Riihonen 1998, 14).

Suomessa syömishäiriöitä oletetaan esiintyvän yhtä paljon kuin muissakin länsimaisissa kulttuureissa. Anoreksian esiintyvyys on 0,2- 0,8 prosenttia ja 15-20- vuotiailla sitä arvioidaan olevan 0,1- 1 prosentilla. Bulimia on yleisempi syömishäiriö kuin anoreksia nervosa. Bulimiamia on arvioitu esiintyvän 1,1- 4,2 prosentilla ihmisistä. Jopa 20- 40 prosentilla naisopiskelijoista voi olla ajoittaisia bulimiaoireita. Suomalaisista 15- 16- vuotiaista koululaisista noin viidellä prosentilla on tutkittu olevan bulimiaan viittaavia oireita. (Lepola & Koponen 2008, 157.) Anoreksiaa ja bulimiamia sairastaa noin yksi tai kaksi tuhannesta miehestä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 22). Naisista noin 3 – 4 % sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä, eli esimerkiksi BED:iä (binge diseating disorder) tai ortoreksiaa. Syömishäiriö BED:iä esiintyy nuoressa aikuisväestössä arviolta 1- 3 %. Bed poikkeaa muista syömishäiriöistä siinä, että se saattaa olla melkein yhtä yleinen miehillä ja naisilla. (Keski- Rahkonen ym. 2008, 22.) Vaikka syömishäiriöt ovat lähinnä nuorten tyttöjen ongelma, on niiden todettu lisääntyvän viime aikoina myös pojilla. Niitä voi kuitenkin esiintyä myös vanhemmilla naisilla ja miehillä, vaikka se onkin harvinaista. (Lepola & Koponen 2008, 157.)

Yksilöpsykologiset tekijät ja yhteiskunnallisten ilmiöiden eli esimerkiksi laihuuden ihannointi voivat vaikuttaa syömishäiriöiden syntyyn. (Lehto 2004, 244). Tavallisesti syömishäiriön laukaisee normaaliin elämään liittyvä tapahtuma, joka aiheuttaa psyykkistä stressiä. Näitä psyykkistä stressiä aiheuttavia tilanteita voivat olla esimerkiksi itsetunnon heikkous tai itsenäistymiseen liittyvät vaikeudet. (Lepola & Koponen 2008, 155.) Kulttuurimme naisihanne on yksi tavallisimmista syömishäiriöön altistavista tekijöistä. Nykyään naiset, erityisesti nuoret tytöt haluavat mahdollisimman hoikan, jopa alipainoisen vartalon. Liiallisen laihuuden ihannointi menee liiallisuuksiin ja muuttuu syömishäiriöksi. Tässä liiallista laihuutta ihannoivassa kulttuurissa normaalipainoinen voi helposti tuntea olevansa epäonnistunut ja hävetä vartalooaan. (Charpentier 1998, 9 – 10.)

Myös perheeseen liittyvät tekijät voivat altistaa syömishäiriöille. Perheen vaikutusta syömishäiriöiden syntyyn pidettiin aikaisemmin keskeisenä asiana. Syömishäiriöisten lasten ja nuorten äitejä luonnehdittiin dominoiviksi, ambivalenteiksi sekä lapsen ja äidin välistä vuorovaikutussuhdetta sanottiin symbioottiseksi. Perheen isää taas kuvattiin passiiviseksi ja hiljaiseksi. Perheen välisen vuorovaikutuksen uskottiin olevan vähäistä, ylihuolehtivaa ja perheessä pyrittiin välttämään konflikteja. Nykyään uskotaan, että perheen vuorovaikutus muuttuu lapsen tai nuoren sairauden aikana. (Lehto 2004, 244.) Etenkin anoreksiaa sairastavan nuoren vanhempien huoli muuttaa perhekuvia, jolloin perheen toimivuudesta saatetaan tehdä vääriä päätelmiä (Aalberg & Brummer 2005, 238). Muiden perheenjäsenten päihteiden väärinkäyttö, syömishäiriö sekä mielenterveydelliset ongelmat saattavat kuitenkin olla perheeseen liittyviä tekijöitä, jotka altistavat lapsen syömishäiriöiden synnyn. Liikunnalliset harrastukset saattavat myös vaikuttaa syömishäiriöiden syntymiseen. Esimerkiksi baletissa, rytmisessä voimistelussa ja luistelussa lapsen painon kehitystä seurataan tarkasti. Painon tarkkailu voi altistaa lapsen syömishäiriöille. (Lehto 2004, 244-245.)

Syömishäiriötä sairastavan henkilön pitäisi hakeutua hoitoon sairauden varhaisessa vaiheessa. Tämä ei kuitenkaan yleensä onnistu, koska syömishäiriö usein salataan tai kielletään sen olemassaolo kokonaan. Hoidon tavoitteena on korjata aliravitsemus ja syömiskäyttäytyminen. Potilaat eivät onnistu tässä yksin, vaan he tarvitsevat ravitsemusohjausta, neuvontaa ja psykoterapiaa. (Lepola & Koponen 2008, 161.) Psykiatrisella osastolla toteutettu hoito tulisi aina tehdä moniammatillisen työryhmän kesken, jossa jokaisella työntekijällä on oma selkeä vastuualueensa. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitohenkilökunnalla tulee olla tietoa ja kokemusta syömishäiriöpotilaan hoidosta ja heidän tulisi saada mahdollisimman laaja-alainen koulutus. Potilaan omahoitajan olisi hyvä heti hoidon alusta luoda luottamuksellinen ja lämmin suhde potilaaseen. Painon nousuun sitoutuminen on usein vaikeaa syömishäiriöpotilaalle ja näin ollen hoitajien tulisi rohkaista ja kannustaa nuorta luovien keinoin syömään. Syömishäiriöpotilaan hoidossa tulee muistaa ja hoitaa muitakin oireita, joita ovat esimerkiksi pakkoliikunta, ahdistuneisuus, kaloreiden laskeminen ja vääristynyt

kehon kuva. Syömishäiriötä sairastava potilas tarvitsee sairaalahoidon jälkeenkin tukea ja jatkohoidossa käydään usein terapeutin luona. Hoidon aikana potilaan kanssa tulisi opetella niin sanottuja ennusmerkkejä oireiden lisääntymisestä, jotta potilas ymmärtäisi hakea hoitoa uudelleen sairauden varhaisessa vaiheessa. (Lehto 2004, 246 – 247.) Yhä useampi syömishäiriötä sairastava potilas hakeutuu hoitoon lisääntyvän tiedon ja julkisen keskustelun ansiosta (Lepola & Koponen 2008, 154).

Syömishäiriöt alkavat usein murrosiässä ja niillä on pitkäaikaiset vaikutukset sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Syömishäiriöt voivat aiheuttaa puberteetin viivästymistä tai keskeytymistä, pituuskasvun pysähtymistä tai osteoporoosin puhkeamista aikaisella iällä. Nuorella voi esiintyä myös hedelmällisyyteen liittyviä ongelmia ja jopa aivorakenteessa voi olla poikkeamia. (Ruuska 2006, 28 -29.) Syömishäiriöt ovat yhdistetty ihmisen kehitystehtäviin, joissa voi esiintyä vaikeuksia ja ne taas vaikuttavat syömishäiriön syntyyn. Autonomian ja identiteetin kehityksen kanssa voi olla vaikeuksia ja muuttuva vartalo voi hämmentää nuorta. Myös kypsä seksuaalisuus voi olla monelle vaikea paikka. Vaikkakin puberteettiä pidetään kriittisenä vaiheena, joka altistaa syömishäiriön syntyyn, ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä siitä, että syömishäiriö olisi tulos nuoruuden kehityksellisistä vaikeuksista. (Ruuska 2006, 33.)

### 3.2 Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa tarkoittaa tilaa, jossa yksilö ei syö riittävästi, laihtuu ja riutuu erittäin laihaksi ja hänen näläntunteensa ja kokemuksensa omasta ruumiista ovat häiriintyneet. Anoreksia alkaa usein normaalisti kehittyneen nuoren laihdutusyrityksestä. Nuori alkaa syödä terveellisiä, vähäkalorisia ruokia, koska hän kokee olevansa liian lihava. Nuoren kiinnostus omaan ruumiiseen ja ruokaan lisääntyy. Nuoren laihtuminen on voinut edetä pitkällekin ennen kuin perhe sitä huomaa. Nuoren ollessa hyvin kiinnostunut ruoasta eivät vanhemmat huomaa hänen laihdutuspyrkimyksiään. (Ivanoff ym. 2001, 234.) Mieliä vaihtelee: välillä

nuorta masentaa ja välillä taas hän on ärtyisä. Laihduttamisen edetessä nuori eristäytyy kavereistaan. Ei ole epätavallista, että sekä nuori että hänen vanhempansa kieltävät aluksi koko sairauden olemassaolon. (Aalberg & Siimes 1999, 216.)

Anoreksia on luonteeltaan pakkomielle, jossa ihminen on huolissaan, ahdistunut ja onneton. Mitä enemmän anorektikon paino laskee sitä enemmän hänen syömiseen ja painoon liittyvä pakonomaisuus sekä mahdolliset muut pakkotoiminnot yltyvät. Tällainen ahdistus ilmenee esimerkiksi ruokailujen yhteydessä tapahtuvina rituaaleina. Anorektikko voi esimerkiksi mitata ruoat tarkkaan, käyttää poikkeavan paljon mausteita, pilkkoa ruoan pieniksi palasiksi tai piilotella ruokaa. Anoreksiaa sairastavan ajatukset pyörivät lähes kokonaan ruoka- ja painoasioissa. Pakkoajatukset tai toiminnot voivat olla seurauksia torjutuista ja ahdistavista tunteista. (Keski- Rahkonen ym. 2008, 29.) Monet anorektikot pystyvät yhdistämään sairauden alkamisen johonkin järkytykseen tai traumaan, jonka he ovat kokeneet samoihin aikoihin. Tutkimusten mukaan anoreksiaa on usein edeltänyt sairastuneen lähipiirissä tapahtunut kuolema tai vakava sairaus. (Keski- Rahkonen ym. 2008, 35.) Lisäksi useilla nuoruusiässä anoreksiaan sairastuneilla nuorilla on ollut vaikeuksia hyväksyä nuoruus ja sen haasteet. He ovat suojautuakseen nuoruuden ja autonomian paineilta löytäneet laihduttamisesta suojakeinin. Laihduttamalla nuori pystyy palauttamaan puberteettiä edeltävän ruumiinkuvan ja näin hän pystyy välttämään aikuiseksi kasvamisen. (Aalberg & Brummer 2005, 234.)

Anoreksia nervosa voi olla myös peräisin tietynlaisesta mielen asennoitumisesta, eli jatkuvasta kielteisyydestä. Jatkuva kielteisyystila tarkoittaa sitä, että ihminen tuntee syvää itseinhoa ja arvottomuutta itseään kohtaa. Hänen todellisen mielen rinnalle syntyy kielteinen mieli, joka pyrkii tuhoamaan ja peittämään todellista mieltä. Ihminen joutuu kieltämään täysin itsensä ja nälkiinnyttämään itsensä olemattomiin. Kielteisyystila kehittyy jo varhaisessa lapsuudessa ja syömishäiriö voi olla sen seuraus. Jatkuva kielteisyystila ei välttämättä puhkea syömishäiriöksi, mutta on usein syömishäiriöiden taustalla. (Claude- Pierre 2000, 57, 67.)

Anoreksiaa sairastava nuori ryhtyy omalle dieetille, johon kuuluvat ruuasta kieltäytyminen ja erilaisten rituaalien kehittäminen. (Aalberg & Siimes 1999, 216.) Nuori alkaa säännöstellä, väistellä ja välttää syömistä eri syistä. Nämä syyt voivat esimerkiksi liittyä tietynlaisen ulkonäön tavoitteluun, itsekuriin tai uskonnollisuuteen. Syömisen rajoittaminen ja ruokavalion tarkkailu riistäytyy hallitsemattomaksi nälkiintymiseen johtavaksi syömättömyyskierteeksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.)

Kun nuoren painonmenetys on yli 15 % normaalipainostaan ja laihtumisesta tulee hallitsematonta, tarvitsee hän hoitoa. Anoreksian hoito pitää sisällään lasten- tai sisätautilääkärin tutkimukset, ravitsemushoidon, psykiatrisen hoidon sekä psykoterapeuttisen hoidon. Ensisijainen päämäärä on aliravitsemustilan korjaaminen, jonka jälkeen pureudutaan psyykkiseen ongelmaan. (Aalberg & Siimes 1999, 216 – 217.)

Hoidon tavoitteena on normaalin painon saavuttaminen ja normaali ruokailurytmi. Tärkeää on asettaa potilaalle tavoitepaino johon hän hoidon aikana pyrkii. (Lepola & Koponen 2008, 161 – 162.) Tavoitepaino voi olla esimerkiksi 85- 90 % potilaan normaalipainosta. Tavoitepainoa kohti pyritään etenemään riittävän hitaasti sopimalla potilaan kanssa terveellisen sekaruokavalion käyttämisestä. Noudattamalla terveellistä sekaruokavaliota potilas sitoutuu syömään pieniä aterioita monta kertaa päivässä. Terveellisen ruokavalion noudattaminen ja pienten aterioiden syöminen on potilaalle helpompaa kuin normaalikokoisten aterioiden syöminen. (Turtonen 2006, 107.) Rajoittamalla liikuntaa voidaan painonnousua nopeuttaa (Lepola & Koponen 2008, 162). Liikuntaa ei lopeteta kokonaan vaan sen määrää pudotetaan kohtuulliselle tasolle. Esimerkiksi kuntosaliharjoittelu on potilaalle parempaa liikuntaa kuin aerobinen kaloreita polttava liikunta. (Turtonen 2006, 107.)

Sairauden ennuste on sitä parempi, mitä lyhyemmän aikaa nuori on sairastanut syömishäiriötä. Sairaudesta voi kuitenkin jäädä kahdelle kolmasosalle oireita vielä vuosiksi. Oireet voivat olla lieviä tai vaikeita. Noin viidennekselle sairastavista sairaus tulee krooniseksi. Anoreksiaan kuolee noin viisi nuorta vuosikymmenen

sisällä ja jos kuolleisuutta pidetään kriteerinä, anoreksia on yksi nuoruusiän vaikeimpia häiriöitä. (Aalberg & Siimes 1999, 217.)

### 3.3 Bulimia

Bulimialle on tyypillistä salassa pidetyt ahmimisjaksot, jota seuraavat oksentaminen tai ulostuslääkkeiden käyttö. Ahmittu ruoka sisältää tavallisesti paljon energiaa ja on helposti sulavaa. Se poikkeaa myös tavallisesta ravinnosta, jota bulimikko ahmimisjaksojen välillä syö. Ahmimiskausiin liittyy usein masennusta ja alkoholin tai lääkkeiden liiallista kulutusta. Kausia seuraa syyllisyys ja kova dieetti tai sitten sairastunut voi rankaista itseään jollakin muulla tavalla. Kuten muissakin syömishäiriöissä, bulimikko kokee ihannevertalon ja laihuuden tuovan hänelle onnea muilla elämänalueilla. Tavallista on, että sairastuneen ulkomuoto ja hänen arvostus itseään kohtaan ovat yhteydessä toisiinsa. (Rissanen 2005, 2007, 577- 578.)

Viidennes bulimiasairastaneista on sairastanut aiemmin anoreksian. Ennen bulimiaan sairastumista henkilö on usein laihduttanut liikaa ja jäänyt tällöin vaille riittävää ravintoa. Ahmimiskohtaukset ovat tällöin nälkiintymisen luonnollinen seuraus. Bulimista oireilua eli ahmimiskohtauksia ja niiden jälkeen tulevia laihdutusyrityksiä esimerkiksi oksentelua, esiintyy usein niillä, jotka pelkäävät kovasti lihomista ja haluavat pysyä laihana. Potilaat voivat olla ali- tai ylipainoisia, mutta suurin osa on kuitenkin normaalipainon rajoissa. (Rissanen 2005,2007, 578.) Bulimian oireet alkavat usein vanhemmalla iällä kuin anoreksian oireet. Sairaus voi pysyä muilta salassa kauan, sillä ulkoiset merkit ovat melko vähäiset. Sairastunut voi antaa huolitellun ja terveellisen kuvan itsestään muille. Yleisiä merkkejä sairaudesta ovat sylkirauhasten suureneminen, oksentelusta aiheutuvat hampaiden kiilleauriot, turvotus, erilaiset vatsavaivat ja pahoinvointi sekä kuukautishäiriöt. Hoidon aikana esiintyvät lääketieteelliset haitat voivat johtua esimerkiksi oksentelusta ja mahdollisesti myös lääkkeiden väärinkäytöstä. Oksentaessa suuhun tuleva mahahappo vaurioittaa hammaskiillettä, sylkirauhasia

ja limakalvoja. Lihashyökköyttä ja kouristelutaipumusta voivat aiheuttaa elektrolyytitasapainon häiriöt. Laboratoriokokeissa voi esiintyä veren kaliumin niukkuutta ja hyperamylasemiaa. (Rissanen 2005, 2007, 578.)

Bulimian ravitsemushoidossa pyritään vähentämään sairastuneen pakonomaista syömistä ja auttaa häntä luopumaan painonsa kontrolloinnista. Bulimikkoa autetaan muuttamaan suhdettaan syömiseen ja ruokaan sekä omaan painoonsa. Hoidon tavoitteena on auttaa löytämään sopiva ruokailurytmi ja kylläisyyden säätelyminen. Bulimiaa sairastava tarvitsee paljon tukea, rohkaisua ja ohjausta, jotta hoito voi onnistua ja parantuminen alkaa. Useimmat hoito-ohjelmat pitävät sisällään ohjausta ravitsemuksen suhteen, sekä syömishäiriöön liittyvää tiedollista ohjausta. Hoidossa käydään läpi myös potilaan omia tuntemuksia, jolloin psykoterapeuttinen ja somaattinen puoli korostuvat. Lievempien bulimiaoireiden hoidoksi saattaa riittää sairauden ja oireiden tunnistaminen, tiedon välittäminen, ruokavalion muuttaminen säännölliseksi ja laihdutusyritysten lopettaminen. Ruokailu- ja oirepäiväkirja voi olla hyvä apukeino, kun pyritään seuraamaan ahmimis- ja oksenteluoireita. Päiväkirjaan saa liitettyä omia tunteitaan ja se voi auttaa sairastunutta kuvaamaan mielialaansa. Kirjoittaminen voi auttaa sairastunutta tunnistamaan kuinka syöminen toimii hänelle suojautumisen- ja selviytymiskeinona kielteisiä tunteita vastaan. Bulimian hoitoon voidaan myös käyttää masennuslääkkeitä. (Rissanen 2005,2007, 579.)

Hoidossa käytetään terapiaa, joista käytetyin muoto perustuu kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan. Lähtökohtana on, että laihduttaminen aiheuttaa ahminnan, joka pahentaa ja pitää yllä bulimiakerrettä. Kognitiivis-behavioraalisisessa hoidossa tavoitteena on terapian avulla muuttaa syömiskäyttäytymistä sekä vaikuttaa tunteisiin, ajattelumalleihin ja uskomuksiin, jotka ohjaavat sairastamista. (Rissanen 2005,2007, 579.)

Oireilun loppuessa paino saattaa nousta muutaman kilon pelkästään nestevajeen korjaantumisen vuoksi. Paino alkaa pikkuhiljaa saavuttaa normaalitason, jota bulimikkojen voi olla hankala hyväksyä. Bulimiaa sairastavan ollessa ylipainoinen, on häntä kannustettava liikkumaan enemmän ja noudattamaan



kevyempää, vähärasvaista ruokavaliota sen sijasta, että käsketään laihduttamaan. (Rissanen 2005,2007, 579.)

### 3.4 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat syömishäiriöitä, jotka oirekuvansa perusteella eivät täytä mielenterveyshäiriöiden diagnostisia kriteereitä. Epätyypillisistä laihuushäiriöistä kärsivät suhtautuvat syömiseen ja omaan vartaloonsa samalla tavalla kuin anorektikot, mutta fysiologisia muutoksia heillä ei ole painon ollessa normaali ja kuukautisten ollessa säännölliset. Epätyypillisestä ahmimishäiriöstä kärsivillä ahmimista esiintyy harvoin ja oksentelua voi olla ilman ahmimista. (Rissanen 2005,2007, 579.)

Christiansen & Pessi (2004) ovat tehneet Pro gradu - tutkielman siitä kuinka epätyypillisestä syömishäiriöstä kärsivät ihmiset kokevat häiriönsä ja sen liittymisen muuhun elämään. Tutkielman mukaan syömishäiriöt vaikuttavat elämänhallintaan, tunteiden säätelyyn ja huomion tai hyväksynnän hakemiseen. Tutkimuksen mukaan anoreksia, bulimia ja epätyypillinen syömishäiriö ovat samaa syömishäiriöiden jatkumoa. Niissä kaikissa on muita psyykkisiä häiriöitä, itsetunto-ongelmia ja arkielämän kapeutumista. Tuloksista käy ilmi, että epätyypillinen syömishäiriö aiheuttaa kärsimystä, kapeuttaa yksilön elämänpiiriä ja on yhteydessä vakavampiin syömishäiriöihin.

Yleinen epätyypillinen syömishäiriö muistuttaa oireiltaan bulimiam, mutta siihen ei liity tyhjentämisrituaaleja, kuten oksentelua tai ulostuslääkkeiden käyttöä. Tämä epätyypillinen syömishäiriö on nimeltään BED (binge diseating disorder). Se on vaikeaan lihavuuteen johtava ahmimishäiriö. Ahmimiskohtaukset karkaavat hallinnasta ja ruokaa kuluu paljon lyhyessä ajassa. Kohtauksien määrä voi vaihdella, mutta pääasiassa niitä on yleensä monta kertaa viikossa. Vaikean lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvista ihmisistä noin viidenneksen arvioidaan kärsivän kyseisestä häiriöstä. Psyykkiset oireet, kuten piilevä masennus liittyvät

usein siihen. Ahminnasta tulee usein myös voimakasta syyllisyyden tunnetta ja ahdistuneisuutta. Tällaiset potilaat hakeutuvat herkästi laihdutusohjelmien pariin, kuitenkin niissä menestymättä. (Rissanen 2005,2007, 579.)

Vaikeaan lihavuuteen johtavan ahmimishäiriön eli BED:in onnistunut hoito edellyttää tasapainoilua ahmimisen ja lihavuuden hoitotavoitteiden välillä parhaan mahdollisen kokonaisterveydentilan saavuttamiseksi (Charpentier ym. 2008, 17). Hoidossa tulisi aluksi pyrkiä säännöllistämään ruokailurytmiä ja lopettamaan laihdutusyritykset, sillä ne useimmiten vain pahentavat oireita. Jotta epätyypillisestä syömishäiriöstä kärsivä saisi oikeaa hoitoa, tulisi oireyhtymä tunnistaa, vaikka se onkin usein hankalaa. Kyselyn avulla voi oireyhtymän tunnistamista helpottaa (esimerkiksi Binge eating scale). (Rissanen 2005,2007, 579- 580.)

Ortoreksia on suhteellisen uusi syömishäiriö, joka on ilmestynyt muiden syömishäiriöiden rinnalle. Ortoreksian taustalla on halu syödä mahdollisimman terveellisesti, usein liian terveellisesti. Sana on peräisin kreikan sanoista ortho eli oikea ja orexia eli syöminen. Silloin on kyse ortoreksiasta, jos terveellisen ruokavalion tavoittelemisessa mennään liian pitkälle, jolloin ainoastaan terveellisen ruuan syömisestä tulee pakkomielle. Ortorektikko poikkeaa muista syömishäiriöisistä sillä tavalla, että hän ei keskity määrään vaan laatuun. (Peltonen 2004, 53.)

## 4 NUORI HOITOTYÖN ASIAKKAANA

### 4.1 Nuoruuden vaiheet ja kehitystehtävät

Lapsuuden ja aikuisuuden välissä on psyykinen ikävaihe, jota kutsutaan nuoruusiäksi. Nuoruusikä sijoittuu ikävälille 12- 22 vuotta. Nuoruusikä voidaan jakaa kolmeen osaan, joita ovat varhaisnuoruus (12- 14 vuotta), varsinainen

nuoruus (15- 17 vuotta) sekä jälkinuoruus (18- 22 vuotta). Nuoruuteen liittyy kehitystehtäviä, joita ovat irtautuminen vanhemmista, ruumiinkuvan muuttuminen ja seksuaalisen identiteetin järjestäminen sekä ikätovereiden apuun turvautuminen. Kehitystehtävien kautta nuori saavuttaa päämäärän nuoruudessa. Nuoren kehityksellisenä päämääränä on itse hankittu autonomia. (Aalberg & Siimes 1999, 55- 56.)

Varhaisnuoruudessa alkavat fyysiset muutokset, jotka aiheuttavat levottomuutta ja hämmennystä nuoressa. Nuori tuntee epävarmuutta omasta vartalostaan. Nuorella on tässä ikävaiheessa mahdollisuus toteuttaa lapsuuden aikaisia toiveita ja haluja, koska oma pienenus ja lapsenomaisuus eivät ole enää lapsen suojana.

Varhaisnuoren itsenäistymistarpeet heräävät, mutta toisaalta nuori haluaa itsenäistymisen tarpeen takia palata takaisin riippuvuuteen vanhempiensa kanssa. Nuori korostaa myös yksilöllisyyttään, etsii kaveripiirin perheen ulkopuolelta, jättää kertomatta asioitaan ja ajatuksiaan. Tällä tavoin nuori eriytyy. Nuoren itsetuntemus on vasta rakentumassa, joten nuori käyttäytyy hyvin itsetietoisesti. Hän näkee myös itsekeskeisyyttä ympäristössään ja lähipiirissään. (Aalberg & Siimes 1999, 56- 57.)

Kun nuori on peruskoulun päätösvaiheessa, ovat monet varhaisnuoruuden kehitystehtävät jo ohitse. Riidat vanhempien kanssa ovat vähentyneet ja samaistuminen vanhempiin, muihin aikuisiin sekä ikätovereihin alkaa. Nuori siirtyy varsinaiseen nuoruuteen, jolloin seksuaalisuuden kehittyminen on hyvin keskeistä. Nuori on alkanut sopeutua jo muuttuneeseen ruumiinkuvaansa, mutta nuoren oma seksuaalisuus ja sen vaikutus omiin ihmissuhteisiin ei ole vielä kehittynyt aikuisen seksuaalisuuden tasolle. Nuori vahvistaa omaa minuuttaan kokeilemalla seurustelusuhhteita, jotka ovat aluksi itsekeskeisiä. Nuorelle on tärkeää testata omaa seksuaalisuuttaan ja hän haluaa tietää kelpaavansa miehenä tai naisena muille ihmisille. Varsinaisen nuoruuden jälkeen alkaa jälkinuoruus, jolloin nuori jäsentee aikaisempia kokemuksiaan miehenä tai naisena olemisesta. Silloin myös nuoren empatiakyky lisääntyy, jolloin liika itsekeskeisyys korvautuu myötäelämisen taidolla ja toisten huomioon ottamisella. Nuori kykenee läheiseen suhteeseen arvostaen samalla omaa ja toisen ihmisen yksityisyyttä. Jälkinuoruutta

kutsutaan myös identiteettikriisiksi, jolloin nuori alkaa tehdä valintoja, jotka vaikuttavat hänen aikuisuuteensa. Nuoresta tulee yhteiskunnan jäsen, ja hän alkaa ottaa vastuuta itsestään ja tulevasta elämästään. (Aalberg & Siimes 1999, 57- 59.)

## 4.2 Nuoren hoitotyö

Nuori hoitotyön asiakkaana on erilainen kuin aikuinen - tai lapsiasiakas. Erilaisuuteen vaikuttaa muun muassa murrosikä ja sukupuoli. Haastavimmillaan nuori on murrosiän keskivaiheessa, jolloin hän on kehitysvaiheen mukaan itsekeskeinen ja haluaisi hoidon pulmaansa heti. Nuori saattaa myös olla hyvin vähäpuheinen. Lääkärin vastaanotolla voi olla vaikea havaita nuoren todellista syytä lääkärille tuloon, ennen kuin luottamus potilaan ja lääkärin välille on syntynyt. Nuoren ajatukset voivat muuttua nopeasti ääripäästä toiseen. Hyvä vuorovaikutus nuoren kanssa syntyy, jos lääkäri osaa pysyä nuoren mielenliikkeiden vaihteluissa mukana. (Aalberg & Siimes 1999, 173- 175.)

Kouluterveydenhuollossa nuoren hoitotyön tavoitteena on tukea nuoren voimavaraistumista, itsenäisyyttä sekä tasapainoista kehittymistä aikuiseksi. Nuoren tulisi käydä terveystarkastuksessa ainakin kerran vuodessa. On toivottavaa, että nuoren vanhemmat olisivat mukana terveystapaamisissa, koska vanhempia halutaan tukea heidän kasvatustehtävässään. Nuoren lähiverkoston kanssa on hyvä tehdä yhteistyötä, jotta nuoren hyvinvointia ja toimintakykyä pystytään tukemaan mahdollisimman hyvin. (Lindholm 2004, 20.) Hoitotyössä työntekijän olisi tärkeä tiedostaa myös nuoren perhe, eli nuoren vanhemmat, sisarukset ja kenties sukulaiset yhteistyökumppaneiksi. Jokaisella perheellä on omat mahdollisuudet, voimavarat sekä myönteiset, suojaavat tekijät ja ne toimivat perheen perustana. Kun työntekijä työskentelee nuoren ja hänen perheensä kanssa, tulee työntekijän kiinnittää huomiota perheen kokoon ja elämäntilanteeseen, elinolosuhteisiin, asumisjärjestelyihin, perheenjäsenten rooleihin, työnjakoon, sukupuolten ja sukupolvien välisiin suhteisiin ja sukulaisuusjärjestelmiin sekä

kasvatustyyliin. Ottamalla selvää näistä asioista hoitotyöntekijä pystyy arvioimaan koko perheen terveyttä ja voimavaroja. (Noppi 2004, 321.) Hyvä perusturvallisuus ja se, että lapsi luottaa aikuiseen antavat mielenterveydelle hyvän pohjan. Perheen, verkoston ja vuorovaikutussuhteiden merkitys korostuu nuoren psyykkisen oireilun määrittelyssä. (Ivanoff ym. 2001, 226.)

Nuoren hoitotyössä kiinnitetään huomiota siihen, että nuorella on oikeus olla ainutkertainen ja arvokas yksilö. Myös nuoren omiin kehitysmahdollisuuksiin uskotaan. Nuoren persoonallisuus, äidinkieli ja kulttuuritausta otetaan huomioon, kun nuoren hoitoa sekä kuntoutusta suunnitellaan ja toteutetaan. Hoitotyön ammattilaisen on tunnettava nuoren ikään kuuluva kehitys, jotta hyvä yksilöllinen hoito on mahdollista. Yksilölliseen hoitoon kuuluu myös nuoren kuunteleminen ja se, ettei nuoren lähellä puhuta kuin nuori ei olisi itse paikalla. (Lindén 2004, 32.)

Murrosikäiselle nuorelle sairastuminen merkitsee poikkeavuutta ja sairaus on uhka identiteetille. Nuori tarvitsee paljon ymmärrystä, hienotunteisuutta ja yksilöllisyyden kunnioittamista. Nuoren hoidossa on vältettävä tarpeettomia rajoituksia ja hoitohenkilökunnan on hyväksyttävä nuoren kapinointi. (Lindén 2004, 32.) Hoitohenkilökunnan on osattava pitää ammatillinen ja realistinen ihmissuhde heidän itsensä ja potilaan välillä. Nuorta hoitava henkilö ei ole nuoren ystävä vaan aikuinen, jolta nuori voi tarpeen tullen kysyä asioita ja saada kysymyksiin suoria neuvoja sekä ohjeita. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 206.)

#### 4.3 Nuoren kuntoutuksen erityispiirteitä

Kun nuori tarvitsee apua ja kuntoutusta mielenterveysongelmien kanssa, voidaan nuoren kuntoutumisen suhteen olla toiveikkaita. Nuoren aivot ovat muovautumiskykyiset ja nuorella on runsaasti iänmukaista kehityspotentiaalia, joten nuoren kuntoutuksen oletetaan olevan tuloksellista. Nuoren kuntoutuksen uskotaan olevan siis tuloksellisempaa kuin aikuisen kuntoutuksen. Toinen eroavaisuus aikuisen ja nuoren kuntoutuksessa on se, että aikuisen kuntoutuksessa halutaan elvyttää aikuisen toimintakyky sairastumista edeltävälle tasolle, kun taas

nuoren kuntoutuksessa pyritään turvaamaan nuoren uusien taitojen oppiminen, joita nuoren psyykkinen sairaus tai oirehtiminen saattaa estää. Nuoren mielenterveydelliset ongelmat saattavat estää nuoren normaalin psykologisen kehityksen, ja siksi nuoren kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa kasvu ja kehitys, sekä ehkäistä normaalista elämästä syrjäytyminen. Lisäksi nuoren kehitystehtävien työstäminen kuuluu kuntoutuksen tavoitteisiin. (Koskinen 2006, 246.)

Nuoren hoidon ja kuntoutuksen tulee olla yhtäaikaista ja niiden tulee käsittää nuoren psykofyysis-sosiaalinen ja ammatillinen kyvykkyys, vahvuudet ja voimavarat sekä kehittämiskohteet. Jos hoidossa ja kuntoutuksessa keskitytään vain yhteen osa-alueeseen, ei kuntoutus yleensä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla. Siksi on tärkeää ottaa huomioon nuoren kaikki edellä mainitut osa-alueet. (Koskinen 2006, 247.)

Nuoren kuntoutus eroaa myös siten aikuisen kuntoutuksesta, että nuori ihminen on vielä kiinteästi osa perhettään ja tarvitsee paljon tukea perheeltään ja lähiverkostoltaan. Nuoren kuntoutukseen on siis hyvä ottaa mukaan perhe ja tarvittaessa myös nuoren ystävät. Perheen aikuiset pystyvät huomaamaan nuoren kasvun ja kehityksen tarpeen ja auttamaan kasvussa ja kehityksessä. Nuoruusikää pidetään elämänvaiheena, jolloin monenlaiset arvet, haavat ja hauraudet pystytään paikkaamaan. Psykoterapeuttinen työskentely on yksi nuoren kuntoutuksen hoitomuoto, jossa tällainen haavojen paikkaaminen korostuu, kun nuoren kanssa päästään perusongelmiin nopeammin ja suuremmin kiinni kuin myöhemmin aikuisuudessa. (Koskinen 2006, 247, 252- 253.)

## 5 NUOREN TUKEMINEN

### 5.1 Tukiverkostot

Ihmisen oma suhdeverkosto muodostuu yhteydenpidosta ja kanssakäymisestä muiden ihmisten kanssa. Suhdeverkoston avulla voidaan kuvata ihmissuhteiden kokonaisuuksia sekä ihmisten välistä vuorovaikutusta. Ihmisen suhdeverkosto voi toimia konkreettisen avun antajana tai henkisenä tukena eri elämäntilanteissa. Ihmisen vuorovaikutuskontakteja, joihin kuuluvat esimerkiksi perheen jäsenet, sukulaiset ja ystävät, kutsutaan sosiaalisiksi verkostoksi. Nämä sosiaaliseen verkostoon kuuluvat ihmiset muodostavat epävirallisen tukiverkoston. Ammattiauttajat ja viranomaiset taas muodostavat virallisen tukiverkoston. (Jokinen & Malin 2000, 11.)

Lähi- ja tukiverkostot rakentuvat tärkeistä ja luotettavista ihmisistä, joilta voi saada tukea, ohjausta ja kärsivällisyyttä. He auttavat myös selkeyttämään omia ajatuksia ja kannustavat elämänpolulla. Vaikean ongelman kohdatessa tarvitaan usein sen ratkaisemiseen apua: kuuntelijaa tai ihmistä, jonka kanssa voi keskustella. Monesti asiantuntijoiden ammattiapu voi olla tarpeen. Ihanteellinen keskustelukumppani monelle nuorelle on läheinen ihminen tai luotettava aikuinen, jonka puoleen voi huoletta kääntyä. Esimerkiksi luonnollisten kriisien keskellä, jotka kuuluvat nuoruusikään, voi nuori kaivata tukijakseen aikuisia. (Kempainen 1999, 135.)

Ammattiauttajat voivat muodostaa tärkeän tukiverkon nuorelle, jos hänellä ei ole luonnollista tukiverkkoa. Osalle nuorista voi nuorisotyöntekijä, luokanvalvoja tai koulun opinto-ohjaaja olla ainoa kuunteleva aikuinen. Nuoret, jotka eivät saa tukea omalta perheeltään, voivat olla yksinäisiä. Heiltä voi puuttua taidot lämpimien ihmissuhteiden luomiseen. Nuorten parissa toimivien ammattilaisten tulee ymmärtää oman roolin tärkeys nuorten kannalta. He eivät ole ainoastaan roolimalleja, vaan myös nuoria auttavia, tukevia ja kannustavia aikuisia. (Kempainen 1999, 2.)

Hoitotyöntekijät sairaalahoidossa voivat myös olla tukena nuorelle. Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitokselta on tehty Pro gradu - tutkimus aiheesta: Huolenpitoa ja arviointia yhteistyösuhteessa lastenosastoilla: kuvaus anoreksiaa sairastavien lasten välittömistä hoitotyön toiminnoista hoitokertomuksiin

perustuen. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevien lasten ja nuorten välittömiä hoitomuotoja. Tutkimukseen kerättiin tietoa hoitotyön dokumenttien avulla. Tutkimuksen tuloksissa kerrottiin lapsen tai nuoren tarvitsemista välittömistä hoitomuodoista. Hoitajan antama tuki lapselle tai nuorelle oli yksi osa tutkimustuloksista. Hoitajien antama tuki oli niin perheen tiedollista kuin myös emotionaalista tukea. Tiedollinen tuki oli tiedon antamista perheelle lapsen voinnista ja kaikesta sairaalahoitoon liittymisestä. Emotionaalinen tuki oli perheen kuuntelemista ja keskustelua perheen ja lapsen tai nuoren kanssa. Hoitajat auttoivat lapsia ja nuoria myös pitämään yhteyttä omaisiinsa, mikä oli sosiaalisten suhteiden tukemista. Hoitajat tukivat myös anoreksiaa sairastavan lapsen tai nuoren painon nostamista ja syömistä. (Rinne 2008, 49- 50.)

## 5.2 Ystävien tuki

Tärkeä nuoruusiän kehitystä tukeva tekijä ovat ikätoverit. Kun riippuvuus vanhemmista vähenee, tulevat kaverit ja ystävät nuorelle yhä tärkeämmiksi. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 126.) Monet ihmiset pitävät ystävää henkilönä, jolle voi purkaa ongelmiaan. Hyvät ihmissuhteet on tutkimuksissa todettu toipumista edesauttavaksi tekijäksi. Se miten paljon ystävää voi rasittaa ongelmillaan, riippuu paljon ihmisestä. On olemassa ystäviä, jotka enimmäkseen keskustelevat erilaisista ongelmista ja elämän haasteista ja he nauttivat asioiden pohtimisesta. Mutta on myös olemassa päinvastaisia ystävyysuhteita, joissa henkilöt haluavat toimintaa, jonka parissa voi täysin unohtaa ongelmat. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 146.)

Hyvälle ystävälle voidaan ilman häpeää paljastaa syvimmat tunteet eikä tarvitse pelätä joutuvansa nöyryytetyksi. Hyvältä ystävältä kuullaan usein parhaat kannustuksen sanat ja hän ei osoita sormella vaikeana hetkenä. Ystävän voimaa antavat lausahdukset pysyvät usein pitkään mielessä. Nuoret vaalivatkin aitoa ihmissuhdetta, jonka perusta on kahden ihmisen välinen luottamus ja kiintymys. (Kempainen 1999, 135.)



Hyvä ystävä on sellainen, jolta voi kysyä suoraan miten hän suhtautuu syömishäiriökuulumisiin ja jaksako hän olla lohduttajana. Melko yleistä kuitenkin on, että ystävän kärsivällisyys kuuntelijana loppuu ennen kuin kertojan tarve puhua. Samojen ongelmien toistaminen kuukaudesta tai vuodesta toiseen alkaa väkisinkin tuntua pitkästyttävältä, vaikka kuuntelijana olisi kuinka läheinen tai rakas ystävä. Tämän takia voi olla hyvä hakeutua esimerkiksi vertaistukiryhmiin, joissa voi pohtia ongelmia yhdessä samaa kokeneiden kanssa. (Keski- Rahkonen ym. 2008, 146.)

### 5.3 Vertaistuki

Vertaistuki on vapaaehtoisuuteen perustuvaa tukea ja ohjausta. Vertaistuki muodostuu kahden tai useamman henkilön välisestä luottamuksellisesta vuorovaikutussuhteesta. Toisilta samaa kokeneilta saadaan tukea ja tietoa sairaudesta ja sairaana olemisesta. (Lampi 2005, 47.) Sosiaalinen tuki eli ystäviltä, omaisilta ja yhteiskunnalta saatu tuki saa ihmisen uskomaan, että häntä kuunnellaan ja hänelle osoitetaan huomiota. Vertaistukiryhmän jäsenten vertaistukikokemusten kuuleminen ja näkeminen vahvistaa sairastavan odotuksia omasta selviytymisestään. (Karila 2003, 56.)

Usein voi tulla tilanne, että ammattilaisten antama tuki on riittämätöntä tai ei ole edes saatavilla halutunlaista tukea. Moni ihminen on tällöin kääntynyt vertaistukiryhmän puoleen, jota kutsutaan myös nimillä keskinäisen tuen ryhmä ja oma-apuryhmä. Yleisesti vertaistukiryhmissä kokoontutaan yhteen harrastamaan ja toimimaan, sekä jakamaan kokemuksia. Kokemusten vaihto voimistaa vertaistukiryhmäläisiä ja antaa välineitä ongelmien ratkaisuun. Vertaistukiryhmässä ihmiset kokevat saavansa toisiltaan sellaisia asioita, mitä he eivät voi muualta saada. Esimerkiksi ammattityöntekijä ei välttämättä ole ollut ja elänyt samanlaisessa elämäntilanteessa. (Malin 2000, 17.) Mielenterveyden keskusliitto on perustanut oma-apuryhmiä mielenterveyskuntoutujille, jotka jäävät herkästi sairautensa kanssa yksin. Ryhmä voi olla heille ainoa paikka, jossa he tapaavat

tasavertaisesti muita ja voivat verrata omia kokemuksiaan toisten kokemuksiin. (Porio & Porio 2002, 286.)

Vertaistuki lisää läheisten ja sairastuneiden itsetuntemusta ja auttaa löytämään voimavarat, jotka ovat jääneet huomaamatta. Se on maksutonta tukea, joka täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, mutta ei kuitenkaan korvaa niitä. Olemassa on myös vertaistukiryhmiä syömishäiriötä sairastavien henkilöiden läheisille. Näitä vertaistukiryhmiä ohjaa syömishäiriötä sairastavan läheinen, yleensä vanhempi. Tällaisiin ryhmiin osallistuvat syömishäiriöisten läheiset kuten vanhemmat, isovanhemmat, puoliset ja sisarukset. Syömishäiriön sairastaneet ja siitä toipuneet henkilöt ohjaavat ryhmiä, joissa käy syömishäiriöön sairastuneita. Nämä ryhmät ovat avoimia ja niihin voi tulla mukaan milloin vain. Syömishäiriöön sairastunut voi myös mennä yksittäiselle käynnille tutustumaan ryhmään. Näin nuori voi itse miettiä tuntuuko tukimuoto sopivalta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 145.)

Tutkimuksissa on todettu, että suuresti rasittavat elämäntilanteet lisäävät niin psyykkistä kuin fyysistä sairastumisalttiutta. Tuki vähentää yksilöä stressaavien tekijöiden kielteisiä vaikutuksia. (Karila 2003, 57.) Toiset tutkimustulokset ovat osoittaneet, että vertaistukijan rohkaisu ja ymmärrys ovat tärkeitä asioita psykiatrisessa hoidossa olleelle nuorelle aikuiselle. Liisa Kiviniemi Kuopion yliopistosta on tehnyt väitöskirjan ” Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista”, jossa todettiin vertaistuen olevan sairastuneelle merkittävä apu. Vertaistukijan toivottiin olevan mukana arjessa; tukevan arkipäivän ongelmissa ja auttavan erilaisissa valinnoissa. Tärkeää oli myös, että tukija olisi vanhempi henkilö, joka olisi selviytynyt elämän myrskyistä. (Langford ym.1997, Mead ym.2001, Kiviniemen 2008, 81 mukaan.) Hoitoyhteisössä vertaistuen oli todettu olevan merkittävä elämää eteenpäin vievä asia. Hoitoyhteisössä vertaistuki oli kahdenkeskinen suhde tukijan ja sairastuneen välillä sekä ryhmiä, jotka perustuivat vertaistukeen. Tuloksista kävi ilmi, että onnistunut vertaistuki vaatii kuitenkin jonkun verran ammattilaisen tukea ja taitoa järjestää tilanteita, jotka ovat sopivia vertaistuen kannalta. Tutkimuksessa osoitettiin myös vertaistuen antamisen olevan tukijalle

hyödyllistä. Vuorovaikutussuhteeseen liittyy luottamusta ja halu auttaa muita samankaltaisia ihmisiä. (Kiviniemi 2008, 81.)

#### 5.4 Perheen tuki

Perhe tarjoaa lapselle turvan. Turvallisuus lasten kasvatuksessa on vanhempien vastuulla ja se luo perheen terveydelle perustan. Rajojen ja sääntöjen asettaminen lisäävät lapsen turvallisuuden tunnetta. Vanhempien tehtävä on rohkaista ja tukea lasten ja nuorten koulunkäyntiä ja myös lohduttaa epäonnistumisissa. Vanhempien tulee hyväksyä nuoren vapaa-ajan vietto, kuitenkin rajoittaa ja rankaista oikeudenmukaisesti, ei käyttämällä ruumiillisia rangaistuksia. Hyvää kasvatusta tukee se, että lapsella on hyvä suhde molempiin vanhempiinsa. Osana hyvää kasvatusta on myös lapsen persoonallisuuden tukeminen ja omaksi itseksi tulemisen mahdollistaminen. Vanhempien tulee vahvistaa lapsen luontaisia ominaisuuksia ja myös ominaisuuksia, jotka eivät välttämättä ole vahvuuksia, mutta joita lapsi tarvitsee saadakseen hyvän elämän. (Åstedt- Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 18- 19.)

Lapsen tulee kokea olevansa rakastettu ja hyväksytty perheessä. Turvallinen perheympäristö mahdollistaa lapselle hyvän elämän toteutumisen. Lapsi muodostaa perheen avulla ensimmäiset sosiaaliset suhteensa perheen ulkopuolelle. Perheen kautta opitaan myös tavat kuinka olla muiden kanssa ja opitaan asenteet kulttuureihin ja ihmisiin. Oikea, väärä, hyvä ja paha opitaan myös perheen kautta. Perheenjäsenten keskinäiset suhteet eivät aina ole hyvät, mikä vaikuttaa ja rajoittaa tuen saantia muilta perheenjäseniltä. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 18- 19.)

Nuoren kyky solmia merkittäviä ihmissuhteita perustuu oman perheen kanssa toteutettuun vuorovaikutukseen, sekä sen laatuun ja muotoihin. Perheen vuorovaikutusmallit ovat osa nuoren persoonallisuutta ja nuori käyttää tulevaisuudessa samoja vuorovaikutusmalleja ihmissuhteissaan. (Noppi 2004, 319.) Vanhempien ja lasten väliseen vuorovaikutukseen liittyy erilaiset kasvatustyyli. Optimaalinen kasvatustyyli on ehkä ohjaava kasvatustyyli, koska

tässä kasvatustyyliässä vanhempi uskoo ja luottaa itseensä kasvattajana ja omaan lapseensa kasvattajana. Parhaimmillaan tämä kasvatustyyli voi rakentaa nuorelle tasa-arvoisen, johdonmukaisen, motivoivan, luottamuksellisen ja sopeutumista edistävän kasvuympäristön. Tällöin nuori kehittyy vähitellen yhteistyö- ja arvostelukykyiseksi aikuiseksi. Perhe ja perheessä oleva kasvatustyö toimii nuoren mielenterveyden voimavarojen perustana. (Noppari 2004, 319- 320.) Perhe on sairastuneelle tärkeä tuki ja paranemisen kannalta on olennaista, että koko perhe taistelee yhdessä syömishäiriötä vastaan. Perhe on tällöin tärkeä tuki. (Peltonen 2004, 54.) Kiviniemenkin tutkimuksessa käsiteltiin perheen merkitystä psykiatrisessa hoidossa olevalle nuorelle aikuiselle. Perhe oli tärkeä lähiyhteisö ja kuulumisen sukuun osoittautui monelle tärkeäksi. Vanhemmilta saatu tuki oli ohjaamista, turvan antamista ja arkisista asioista huolehtimista ja niissä auttamista. Sisarukset antoivat esimerkkiä aikuisena toimimisesta ja antoivat rohkaisua hankalissa tilanteissa. Isovanhemmilla oli myös merkittävä rooli sairastuneiden elämässä. (Kiviniemi 2008, 85.)

Kojama ja Lautanen (2006) ovat tehneet Pro gradu- tutkielman syömishäiriö perheen arjessa, vanhempien kokemuksia selviytymisestä. Tutkimuksessa tutkittiin vanhempien kokemuksia lapsen syömishäiriöstä ja syömishäiriön vaikutuksia perheen elämään. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, miten vanhemmat selviävät omien kokemusten mukaan lapsen syömishäiriöstä ja millaisia tunteita lapsen sairaus vanhemmissa herättää. Tutkimustulosten perusteella muun muassa perheiden arkielämä muuttui paljon. Sairaus vaikutti perheen toimintaan ja perheen sisäisiin ihmissuhteisiin. Lapsen syömishäiriön myötä vanhemmat joutuivat ottamaan uusia rooleja sen lisäksi, että he olivat isä ja äiti. Sairaus oli myös suuri elämänmuutos, jonka seurauksena perhe joutui sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen.

## 5.5 Terapiat tukena

Nuorilla keskeinen hoito- ja kuntoutusmuoto on psykoterapia (Pylkkänen ym. 2003, 151). Psykoterapia on ammatillista ja tietoista yritystä vaikuttaa psykologisin keinoin ja vuorovaikutuksen avulla häiriintyneeseen tai oirehtivaan ihmiseen. Psykoterapian tarkoituksena on psyykkisten häiriöiden ja psyykkisen kasvun esteiden poistaminen tai lievittäminen. Psykoterapialla pyritään lievittämään tai poistamaan erilaisia psyykkisiä oireita ja ongelmia, esimerkiksi ahdistuneisuutta tai masennusta, sekä parantamaan toimintakykyä, lisäämään kykyä nauttia elämästä sekä estämään uusia sairauden tai kärsimyksen jaksoja. Psykoterapian avulla voidaan ihmismieltä ja hoidollista vuorovaikutusta ymmärtää. Se sopii kaikenlaisen psyykkisen kärsimyksen ja henkisen pahoinvoinnin lievittämiseen. Psykoterapialla voidaan myös auttaa vaikeaan somaattiseen sairauteen, menetykseen ja kriisiin sopeutumista. Ylivoimaisen traumaattiset kokemukset, ajankohtaiset menetykset tai muut vaikeat elämäkokemukset ovat usein psykoterapeuttisen hoidon tarpeen taustalla. (Isohanni 2008, 264.)

Psykoterapia tarjoaa arvokasta apua vaikeassa nälkiintymistilassa oleville ja useasti ahmiville potilaille. Se auttaa esimerkiksi oireista luopumisen herättämien ahdistusoireiden sietämisessä ja tämä osaltaan voi nopeuttaa paranemista. Kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut tehokkaimmaksi syömishäiriöiden hoidossa. Se sovitetaan vaativuudeltaan vastaamaan sairastuneen kulloistakin ajattelukykyä. Sairauden vakavan vaiheen terapiassa painottuvat syömiskäyttäytymisen muuttumiseen, ruokavalion laajentamiseen, painon lisääntymiseen sekä ahmimis- ja oksentamisoireista luopumiseen liittyvien ahdistus- ja pelkotilojen käsittely. Näin psykoterapia tukee oireista luopumista syömishäiriön vaikeassa vaiheessa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 56.)

Psykoterapiassa tärkeää on hyvä ja luottamuksellinen suhde potilaan ja terapeutin välillä. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeä tavoite terapian alussa. Kun hoitosuhteen luomiseen käytetään riittävästi aikaa terapian alussa, päästään nopeimmin hyvään lopputulokseen. Syömishäiriötä sairastavalle tarjottavan psykoterapian yksi tärkeä tekijä on kognitiivisen terapian mukaan tiedon antaminen syömishäiriöistä, tämän on todettu selvästi parantavan oireista

luopumista. Terapian alussa potilaalle tarjotaan yleensä tietopaketti hänen oireistaan ja niiden vaikutuksesta hänen kehoonsa, mieleensä ja sosiaaliseen elämäänsä. Syömishäiriöisille annettava psykoterapia eroaa muiden psyykkisten sairauksien hoidosta siinä, että psyykkisten oireiden lisäksi terapeutti käsittelee runsaasti ravitsemukseen ja kehon kuntoon liittyviä sekä käyttäytymisessä näkyviä oireita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 56 – 57.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa on keskeistä selvittää millaiset ajattelu- ja toimintamallit ylläpitävät oireilua ja pyrkiä korjaamaan ne. Sairastunut ajattelee usein olevansa muita huonompi, ulkopuolinen ympäristössään, vastenmielinen muiden ihmisten silmissä tai hän voi ajatella olevansa jollain muulla tavalla ihmisarvoltaan muiden alapuolella. Terapiassa tutkitaan näitä ajattelumalleja, niiden merkitystä, syntyä ja ilmenemistä arkielämässä, sekä etsitään uusia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ajattelumalleja ja asennetta itsen. Terapeutti ja potilas tutkivat myös, mitkä asiat ovat sairauden taustalla ja mikä merkitys oireilla on potilaalle. Psykoterapiassa harjoitellaan keinoja käsitellä ahdistavia ajatuksia ja pelkoja tavalla, joka auttaa paranemisessa ja myös ehkäisee uudelleen sairastumista. Tavoitteena on saada elämään hallinnan tunne ja kokemus siitä, että pystyy selviytymään normaaleista elämän haasteista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 57 – 58.)

Psykoterapian tavoin psykodynaamista taidepsykoterapiaa käytetään terapiamuotona. Taidepsykoterapia on psykoterapian erityismuoto. Se on terapiaa, jossa pyritään ymmärtämään ja läpikäymään ihmisen psyykkisiä ongelmia ja kokemuksia kuvataiteen itseilmaisumenetelmiä käyttäen. Itse taideterapiaa voidaan yleensä käyttää hoitomuotona riippumatta potilaan diagnoosista. Olennaista taideterapian käytössä on se, että potilaalla on motivaatiota käyttää kuvallista ilmaisua terapiassaan. Potilaan soveltuvuus taideterapiaan kuitenkin arvioidaan diagnostisilla arviointikäynneillä. Taidepsykoterapia taas sopii hyvin minän kehityksen varhaisista häiriöistä ja puutteista kärsivien rajatilatasoisten potilaiden hoitoon. Se sopii myös somaattisten ja psykosomaattisten sairauksien hoitoon. Taiteen keinolla yritetään saada kosketusta potilaan tunteisiin, jolloin potilaan kokema kipu helpottaa kun se voidaan ilmaista symbolisesti värien,

muotojen ja erityisten sisältöteemojen avulla. Taidepsykoterapiaa voidaan käyttää monenikäisillä ihmisillä, joten sen käytössä hoitomuotona ei ole ikärajaa. (Leijala 2000, 7.)

Musiikkiterapiaa käytetään hoitomuotona potilaan fyysisen tai psyykkisen terveyden palauttamiseksi, ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Musiikki toimii siis hoidon ja kuntoutuksen välineenä. Musiikin avulla potilas pystyy käsittelemään tunteitaan, joita hän ei välttämättä pysty ilmaisemaan sanoilla. (Ahonen-Eerikäinen 2000, 97, 99.)

Perheterapialla on vahvin tutkimusnäyttö anoreksian hoitomuodoista (Ebeling 2006, 123; Keski-Rahkonen ym. 2008, 45). Sen nähtäisiin olevan yksilöterapiaa parempi apu anoreksiaan, nuorilla joilla sairaus ei ole vielä kroonistunut (Keski-Rahkonen ym. 2008, 45). Perheterapian tavoitteena on sisäisen vuorovaikutuksen eheyttäminen perheen sisällä ja voimavarojen löytäminen sekä yksittäisten perheenjäsenten oireiden hallinta. Perheterapiaa voidaan käyttää joko itsenäisenä hoitomuotona tai sitten muiden hoitomuotojen kuten somaattisten hoitojen tukena. Perheterapian kohteena ovat vanhemmat tai koko perhe. Sen keskeisenä tavoitteena on perheen rakentavien voimien tukeminen ja tuhoavien voimien tuhoaminen. Perheterapiassa tukeudutaan perheen omiin voimavaroihin, joita hoitohenkilökunta nostaa esiin. Perheterapian aiheina ovat sellaiset oireet tai ongelmat, jotka liittyvät perheen ongelmiin tai joissa perheestä on tukea. Perheterapia nostaa esiin perheen omia voimavaroja ja se tukeutuu ihmisen lähiyhteisöön. Tämän takia perheterapialla on merkittävä etu muihin psykoterapioihin verrattuna. (Isohanni 2008, 270 – 272.)

## 5.6 Lääkehoito tukena

Nuorten lääkehoito on monimutkaisempaa kuin aikuisten lääkehoito, koska nuorten lääkehoidossa tulee ottaa huomioon nuoren biologisen ja psyykkisen kasvun keskeneräisyys sekä lääkkeiden vaikutus verrattuna aikuisiin. Nuoren ikään liittyvät erikoispiirteet tulee ottaa huomioon, kun nuoren lääkehoitoa

suunnitellaan. Nuoren hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat niin yksilölliset psykologiset ja fyysiset kehityserot kuin myös psyykkisen häiriön vaikeusaste, ikä ja sosiaalinen tuki. Myös nuoren oma suhtautuminen hoitoon vaikuttaa lääkehoidon onnistumiseen. Parhaimmillaan lääkehoito tukee nuoren kokonaishoitoa. (Korhonen 2006, 224- 225.)

Syömishäiriöiden hoidossa käytetään lääkehoitoa siten, että laihuushäiriöihin lääkehoitoa käytetään liitännäisoireiden hoidossa ja bulimian hoidossa voidaan hyötyä masennuslääkityksestä (Ebeling 2006, 123, 125). Anoreksian hoidossa on kokeiltu esimerkiksi neuroleptejä ja masennuslääkkeitä, jotka ovat psyykenlääkkeitä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että niistä on hyötyä vain, jos sairauteen liittyy selkeästi masentuneisuutta. Anoreksiaa sairastavan nuoren ahdistuneisuutta ja pakonomaista liikunnan tarvetta on voitu lievittää pienillä neuroleptiannoksilla. (Rantanen 2000, 291.) Masennuslääkkeiden ei ole kuitenkaan todettu auttavan anoreksiaa sairastavan nuoren ravitsemustilan paranemisessa, vaikka ne voivatkin nuoren masennukseen auttaa (Ebeling 2006, 123).

Ahmimishäiriöiden, kuten bulimian hoidossa, psyykenlääkkeiden käytöstä on enemmän kokemusta ja enemmän näyttöä niiden hyödystä. Fluoksetiinin käytön, jonka johdannaisia ovat Fontex ja Seronil, on todettu vähentävän ahmimis- ja oksentamiskohtauksia 2/3:lla bulimiaa sairastavista potilaista. Tutkittavien ikä on ollut 18- 30 vuotta, eikä tutkimuksia serotoniinin vaikutuksesta nuoremmilla ole julkaistu. Osalla potilaista lääkityksen vaikutus perustuu lääkkeen pitkäaikaiseen käyttöön, sillä jos lääkitys lopetetaan, oire palaa takaisin. Lääkehoito ei paranna kokonaan sairautta, mutta sen avulla voidaan katkaista ahmimis- ja oksentamiskierre ja tarjota tilanteeseen lyhytaikaista helpotusta. (Rantanen 2000, 291.)



Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavan nuoren saamaa tukea sairauden aikana sekä nuoren kokemuksia saamastaan tuesta.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että työstä hyötyvät hoitotyön henkilökunta sekä hoitotyön opiskelijat. Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla he pystyvät ymmärtämään paremmin nuoren tuen tarvetta. Tavoitteena on myös auttaa heitä tunnistamaan syömishäiriön yleisimpiä piirteitä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

- 1) Millaista tukea nuori on saanut sairauden aikana?
- 2) Minkälaisia kokemuksia nuorella on saamastaan tuesta?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimusote ja tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osa toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Sen tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152.) Laadullisella tutkimuksella kuvataan siis ihmisen omia kokemuksia todellisesta elämästä. Sen tarkoituksena on myös tuottaa uutta tietoa, eikä ottaa kantaa jo olemassa oleviin väittämiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Koska opinnäytetyön tutkimuksellinen osa käsittelee syömishäiriötä sairastavan nuoren saamaa tukea sairauden aikana sekä nuoren kokemuksia saamastaan tuesta, päädyttiin tutkimus tekemään laadullisella tutkimusotteella.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kirjallisen materiaalin keräämistä.

Laadullinen aineisto on usein valmiiksi kirjoitettua ja aineisto voi olla yksityisiä dokumentteja kuten päiväkirjoja, kirjeitä tai kertomuksia (Metsämuuronen 2000, 46; Tuomi & Sarajärvi 2002, 86). Yksityisiä dokumentteja käytettäessä oletetaan, että dokumentin kirjoittaja pystyy ilmaisemaan itseään kirjallisesti. Ongelmaksi voi kuitenkin muodostua kirjoittajan ikä tai kirjoitustaidot. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 86.) Opinnäytetyön tutkimuksen aihe on henkilökohtainen ja mahdollisesti arkaluonteinen, joten kirjoitelman kirjoittaminen tuntui parhaalta tavalta saada kattavaa aineistoa.

## 7.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin 18- 22 vuotiaat nuoret, joilla on tai on ollut aikaisemmassa nuoruudessa jokin syömishäiriö. Kohderyhmään kuuluvat henkilöt ovat nuoria, koska jälkinuoruus sijoittuu ikävälille 18- 22 vuotta (Aalberg & Siimes 1999, 55). Kohderyhmäläiset ovat jo täysi-ikäisiä, joten heillä on oma päätäntävalta osallistua tutkimukseen. Nuoruuden katsotaan loppuvan 22 ikävuoteen, joten kohderyhmän ikärajaus tehtiin jälkinuoriin. Tutkimukseen oli tarkoitus saada osallistumaan yksi tai useampi nuori. Laadullisessa tutkimuksessa aineistona voi olla yhden henkilön kokemukset, tai aineistoksi voidaan kerätä joukko esimerkiksi yksilöhaastatteluja. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä tai tilastollisia säännönmukaisuuksia, kuten määrällisessä tutkimuksessa. Niinpä laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko ei perustu näihin seikkoihin. (Hirsjärvi ym. 2000, 168.) Tähän tutkimukseen haluttiin saada osallistumaan mielellään enemmän kuin yksi henkilö, jotta saataisiin useamman ihmisen kokemuksia aiheesta. Laadulliseen tutkimukseen osallistuu yleensä huomattavasti vähemmän henkilöitä kuin määrälliseen tutkimukseen. (Tuomi 2007, 142.)

Aluksi opinnäytetyötä varten oli hankittu yhteistyökumppani (Suomen syömishäiriöliitto SYLI Ry), jonka kautta oli tarkoitus saada tutkimukseen nuoria.

Tutkimusta varten tehty kutsukirje oli kesän 2008 ajan yhteistyökumppanin Internet- sivuston keskustelupalstalla. Aineistoa ei kuitenkaan saatu tätä kautta, joten tutkimuksen rajausta muutettiin. Tutkimuksen ensimmäisellä aineistonhankintakerralla haettiin anoreksiasta parantuneiden nuorten kokemuksia vertaistuesta. Kun rajausta oli muutettu, muodostui tutkimuksen aiheeksi syömishäiriötä sairastavan nuoren saaman tuen merkitys. Tutkimuksen rajauksia muutettiin siis melko paljon, sillä tuntui siltä että käsite vertaistuki oli nuorille hankala ymmärtää. Lisäksi nuorilta saatiin palautetta siitä, miksi tutkimus koskee ainoastaan anoreksiasta parantuneita nuoria, koska myös muita syömishäiriötä sairastavia nuoria kävi keskustelupalstalla paljon.

Tämän jälkeen aineistonhankinta suoritettiin tällä uudella rajauksella samalla Internet-sivuston keskustelupalstalla, mutta aineistoa ei saatu uudesta aiheen rajauksesta huolimatta. Yhteistyökumppanista päätettiin luopua ja pohdinnat aineiston hankkimisesta muuta kautta aloitettiin.

Koska aineiston saaminen oli Internetin välityksellä hankalaa, alettiin aineistoa koota niin sanotulla lumipallo-otannalla. Tutkimuksesta saatiin kiinnostumaan avainhenkilö, jolla oli kokemusta tutkimuksen aiheesta. Tämä avainhenkilö osallistui tutkimukseen ja hänen avullaan löydettiin vielä kaksi muuta osallistujaa. Lumipallo-otanta on aineistonkokoamismenetelmä, jossa aineiston hankkimisen alkutilanteessa tiedetään avainhenkilö, jonka avulla tutkimuksen tekijä löytää muita tutkimukseen osallistujia. Aineistoa kerätään sillä tavalla, että tutkimuksen tekijä etenee osallistujasta toiseen sitä mukaa, kun uusia osallistujia löytyy. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.)

Tutkimukseen osallistujia pyydettiin kirjoittamaan vapaamuotoinen kirjoitelma, jossa henkilö kertoo omia kokemuksia saamastaan tuesta sairauden aikana. Kirjoitelman kirjoittamisen avuksi laadittiin ohjeistus, jossa oli apukysymyksiä (LIITE 1/1). Näitä apukysymyksiä sai käyttää halutessaan avuksi. Opinnäytetyön aiheeseen liittyvän teorian pohjalta mietittiin apukysymyksiä ohjeistukseen. Apukysymykset valittiin sen mukaan, että osallistujilta saatiin mahdollisimman monipuolista aineistoa. Kysymysten avulla oli tarkoitus saada vastauksia

tutkimustehtäviin ja tutkittavaan ilmiöön. Osallistujat palauttivat kirjoitelmat sähköpostitse yhdelle tutkimuksen tekijälle syksyllä 2008. Kaikki kirjoitelmat oli siis kirjoitettu jo valmiiksi puhtaaksi, joten niitä ei tarvinnut erikseen kirjoittaa puhtaaksi. Kirjoitelmat muutettiin fonttikooltaan ja fonttiltaan samanlaisiksi. Fonttikoko oli 12 ja fontti Times New Roman. Kirjoitelmat oli kirjoitettu 1,5 rivivälillä. Aineistoa saatiin yhteensä 7 sivua.

### 7.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä on kolme vaihetta, joita ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Miles & Huberman 1984, Tuomin & Sarajärven 2002, 110- 111 mukaan.) Aineistosta ei ole tarkoitus käydä läpi kaikkea tietoa, vaan tarkoituksena on löytää vastaukset tutkimustehtäviin. Aineiston analyysin aikana tutkimustehtävät voivat vielä muuttua tai tarkentua. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Ensiksi aineisto eli kirjoitelmat luettiin ja niihin perehdyttiin. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin lausumia tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Aineisto käytiin vielä lävitse niin, että aineiston analyysin kautta saatiin tulokset tutkimustehtäviin ja merkittävät ilmaukset alleviivattiin erivärisillä kynillä. Merkittävät ilmaukset pelkistettiin eli redusointiin yksinkertaiseen muotoon kirjakiielelle ja ne kerättiin yhdeksi listaksi (TAULUKKO 1). Sitten ilmauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samanlaiset ilmaukset yhdistettiin. Seuraavaksi nimettiin luokka, joka kattoi kaikki sen alla olevat ilmaukset. Tämän jälkeen ryhmiteltiin eli klusteroitiin alaluokat. Klusteroinnin katsotaan olevan jo osa abstrahointia eli teoreettisten käsitteiden luomista. Ryhmittelemällä alaluokat mietittiin mitkä niistä muodostavat kokonaisuuden. Yläluokka muodostui tästä kokonaisuudesta. Yläluokan kielellisistä ilmauksista edettiin teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin ja tämä on abstrahointia. (LIITE 2.) Abstrahointia kutsutaan myös käsitteellistämiseksi ja sitä jatketaan yhdistelemällä luokkia niin

kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. (Hämäläinen 1987, Dey 1993, Cavanagh 1997, Tuomen & Sarajärven 2002, 114 mukaan.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä vastaukset tutkimustehtäviin saadaan yhdistelemällä luotuja käsitteitä. Sisällönanalyysissä on kyse tulkinnasta ja päättelystä, jossa empiirinen aineisto toimii lähtökohtana ja siitä edetään käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

<p><i>En vielääkään pidä itseäni minkään arvoisena, en rakasta itseäni, ja se tuottaa hankaluuksia, tekee elämästä todella vaikeaa.</i></p>	<p>Itsearvostuksen puutteen vuoksi eläminen vaikeaa.</p>
<p><i>Lääkkeet auttoivat mua taas pääsemään kiinni arkeen, mutta ne eivät poistaneet ongelmaa.</i></p>	<p>Lääkkeistä apua arkeen, mutta ei itse ongelmaan.</p>
<p><i>Jälkeenpäin mietittynä hoito kyllä tuli hyvään aikaan, koska olin kaikin puolin hyvin sekaisin ja tuommoiset asiat niinkuin tuo oksentelu olivat vasta ilmaantuneet, niin ne eivät ehtineet ainakaan liian pitkälle.</i></p>	<p>Oireiden eteneminen pysähtyi aikaisen hoitoon pääsyn ansiosta.</p>
<p><i>Tuo oksentelu- oire jäi aika nopeasti pois kuvioista kun aloin saada apua.</i></p>	<p>Oksentelun helpottuminen avun myötä.</p>

TAULUKKO 1. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ilmauksien pelkistämistä.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä tutkimuksessa oli siis kaksi tutkimustehtävää. Ensimmäiseen tutkimustehtävään liittyvästä aineistosta saatiin aineiston sisällönanalyysin kautta neljä pääluokkaa. Pääluokiksi muodostuivat sosiaalinen tuki, henkinen tuki, materiaallinen tuki ja tuen saamattomuus. Sisällönanalyysin avulla toisen tutkimustehtävän pääluokiksi muodostuivat nuorten kokemat tuntemukset, kokemukset ammattiavusta, kokemukset vertaistuesta sekä muutokset omassa elämässä.

### 8.1 Esitiedot

Tutkimukseen osallistui kolme 18- 22- vuotiasta naista. Tutkimukseen osallistujilla oli kaikilla ollut jossain vaiheessa nuoruuttaan jokin syömishäiriö.

### 8.2 Sosiaalinen tuki

Nuoret kokivat saaneensa tukea perheeltä, ystäviltä, poikaystävältä ja sukulaisilta. Nuorten mielestä ystäviltä saatu tuki oli lohduttamista, välittämistä ja kuuntelemista. Perheen tuki koettiin samantapaisena kuin ystäviltä saatu tuki.

*”Perheen sisällä tuki on ollut samantapaista kuin ystävien kautta koettu; välittämistä, huolehtimista, lohduttamista, aiempaa säännöllistä yhteydenpitoa, vaikeistakin asioista puhumista sekä muistuttamista siitä, että aina voi tulla turvaan kotiin. ”*

Nuoret olivat saaneet tukea monenlaisilta ammattiauttajilta. Terapeuttista tukea nuoret olivat saaneet psykoterapiasta sekä taide- ja musiikkiterapiasta. Eräs nuorista koki terapeuttisen tuen olevan ammattimaista. Toinen nuori koki terapian tuen olevan vähäisempää, koska terapiakertoja ei ollut montaa. Vastauksista

ilmeni, että nuorten tukena olivat myös nuorisopsykiatri, nuorisopsykologi sekä psykiatrisen sairaalan nuoriso-osasto. Nuorisopsykologin tuki oli esimerkiksi lautapeliä pelaamista nuoren kanssa, jolloin syntyi puheyhteys nuoren ja psykologin välille. Psykiatrisen sairaalan nuoriso-osastolla omahoitajan tuki oli myönteinen ja henkilökohtainen kokemus nuorelle.

*”Koen, että terapiassa minuun on suhtauduttu vakavimmin. Kertomiini asioihin on uskottu ja niihin on suhtauduttu asiantuntevasti.”*

Vastausten perusteella vertaistukea nuorille antoivat koulukaverit ja sukulainen. Vertaistuki ilmeni keskusteluna. Osa nuorista koki, että keskustelut toisen syömishäiriötä sairastavan henkilön kanssa vahvistivat tunnetta siitä, että syömishäiriö on todellinen ja asialle pitäisi tehdä jotakin.

### 8.3 Henkinen tuki

Henkinen tuki liittyy läheisesti sosiaaliseen tukeen, sillä nuoret kokivat saaneensa henkistä tukea läheisiltä ja ammattiauttajilta. Henkisen tuen koettiin olevan vuorovaikutusta nuoren ja tukijan välillä. Vuorovaikutus ilmeni keskusteluna, kuuntelemisena ja lautapeliä pelaamisena. Henkinen tuki oli myös huolehtimista. Nuoret kokivat, että heitä lohdutettiin, heistä välitettiin ja pidettiin huolta.

*”... Ystäviltä saamani tuki on ollut kuuntelemista, lohduttamista, välittämistä. Ystäville puhumisen plussa on se, että he tuntevat minut jo entuudestaan, minun ei ole tarvinnut selittää kaikkea alusta alkaen.”*

*”... On ihanaa, että on joku ihminen, joka huolehtii ja välittää, muttei kuitenkaan painosta mihinkään, edes puhumaan.”*

*” Kavereiden kanssa siitä puhuttiin.”*

### 8.4 Materiaalinen tuki

Nuoret kokivat saaneensa myös materiaalista tukea sosiaalisen ja henkisen tuen lisäksi. Materiaalisella tuella tarkoitetaan taloudellista tukea sekä lääkehoidollista tukea. Nuorten kokemuksista ilmeni, että taloudellista tukea saatiin omalta perheeltä syömishäiriön aikana. Nuori koki olevansa liian masentunut tehdäkseen töitä koulun ohella, joten taloudellinen tuki tuli tarpeeseen. Yhdellä nuorista oli kokemusta lääkehoidosta sairauden aikana.

*” Lääkkeitä mulle annettiin mieluusti, mutta terapiaa ei juuri mainostettu.”*

### 8.5 Tuen saamattomuus

Nuorten vastauksista tuli esille myös kokemus, ettei tukea ole saatu syömishäiriön aikana. Nuori piti syömishäiriönsä salassa, joten kukaan ei tiennyt sairaudesta eikä osannut tukea nuorta. Yksi nuorista ei kokenut saaneensa minkäänlaista apua syömishäiriöönsä. Tulosten mukaan nuori yritti puhua syömishäiriöstä aikuisille, mutta nuoresta tuntui, etteivät aikuiset ottaneet hänen ongelmaansa todesta.

*” Joskus musta tuntuikin, että aikuiset vähättelivät sitä ongelmaa.”*

### 8.6 Nuorten kokemat tuntemukset tuen seurauksena

Toisessa tutkimustehtävässä haettiin vastauksia siihen, minkälaisia kokemuksia nuorella on saamastaan tuesta. Eri ihmisiltä ja tahoilta saatu tuki herätti nuorissa monenlaisia tunteita. Vastauksista nousivat esiin niin myönteiset kuin kielteisetkin tunteet.

Tulosten mukaan tuki auttoi nuoria saamaan syömishäiriöön liittyviä ajatuksia ja oireita hallintaan. Nuoret kertoivat aikaisen hoitoon pääsyn auttaneen pysäyttämään oireiden etenemisen, esimerkiksi oksentelu jäi pois. Lisäksi hoitoon hakeutuminen auttoi nuorta ymmärtämään omien ajatusmallien vääristyneisyyttä ja saamaan niihin otetta. Nuorten vastauksista ilmeni tuen aikaansaama



myönteinen muutos itsensä ja sairauden näkemisessä. Poikaystävän tuen avulla nuori alkoi nähdä itsensä uudelleen, etenkin naisena. Keskustelut vertaisten kanssa auttoivat nuorta näkemään sairauden itsessään eri tavalla kuin aiemmin. Keskusteluissa nuori pystyi puhumaan pahasta olostaan ja hänen ei tarvinnut pelätä omien ajatuksiensa olevan outoja. Samanlaiset, järjettömätkin ajatukset vertaisten kanssa saivat nuoren haluamaan pois syömishäiriön kierteestä. Lisäksi vertaistuki auttoi nuorta ymmärtämään, että ongelmat ovat henkilökohtaisia ja itsensä määrittelemisen muiden kautta ei poista ongelmia. Tämän seurauksena nuori koki oman itsensä vertailun muihin vähentyneen.

Eräänä myönteisenä kokemuksena nuoret kokivat toivon vahvistumisen edesauttavan sairaudesta selviytymistä. Tulosten perusteella kaiken saadun tuen avulla nuori uskoo pääsevänsä tiettyyn pisteeseen asti, ja terapian tuella nuori pystyy selviytymään syömishäiriöstään niin hyvin kuin on mahdollista. Nuoren toivoa vahvisti myös tieto siitä, ettei ollut ainut syömishäiriötä sairastava henkilö.

*”... hoito tuli kyllä hyvään aikaan, koska olin kaikin puolin hyvin sekaisin ja tuommoiset asiat niin kuin tuo oksentelu olivat vasta ilmaantuneet, niin ne eivät ehtineet ainakaan liian pitkälle.”*

*” Muistan, miten hyvälle tuntui saada tietää, etten ollut ainut, jolla oli tällaisia ongelmia.”*

Nuorten kokemukset saamastaan tuesta eivät herättäneet ainoastaan myönteisiä tunteita, vaan myös kielteisiä tunteita koettiin. Nuoret kokivat toivottomuutta paranemista kohtaan. Voimattomuuden tunne sairautta kohtaan sai nuoren miettimään, paraneeko sairaudesta koskaan. Muiden syömishäiriötä sairastavien henkilöiden asennoituminen omaan parantumattomuuteen sai nuoren tuntemaan toivottomuutta selviytyä sairaudesta. Vastauksista saatiin myös selville, että nuorta masensi tieto siitä, että läheiset halusivat kovasti nuoren parantumista. Läheisten voimattomuus ja surullisuus sairautta kohtaan sai nuoren tuntemaan myös ahdistusta.

*” ”Mä oon oikeestaan jo asennoitunu, et tuun elämään tän kaa lopun elämäni.” Esimerkiksi tuo kommentti kuultuna ystäväni suusta, oli ahdistavaa ja se sai oman sairauden näyttämään entistä suuremmalta ja vaikeammalta voittoa.”*

*”...poikaystävältäni saama tuki saattaa aiheuttaa minussa jopa ahdistusta, kun joskus näen miten surulliseksi ja voimattomaksi hän itsensä tuntee.”*

Kaikilla nuorilla tuen saanti ei vastannut nuoren omia odotuksia. Nuoren tukena ollut luotettava henkilö petti hänen luottamuksensa kertomalla syömishäiriöstä nuoren perheelle. Tämän seurauksena nuori tunsu vihaa ja häpeää, koska ei halunnut oman perheen tietävän asiasta.

#### 8.7 Nuorten kokemukset ammatillisesta tuesta

Nuorten keskuudessa ammattiapu koettiin merkittäväksi tuen antajaksi. Terapeutilta saatu tuki koettiin tärkeäksi, koska terapeutilla on kokemusta samantapaisten ongelmien kanssa elävistä nuorista. Sairaalahoidon aikana tärkeäksi tukijaksi koettiin omahoitaja. Omahoitajalta nuori sai paljon tukea ja apua.

Kommunikointi oli helppoa terapeutin kanssa. Nuoren ei tarvinnut miettiä, jaksako terapeutti kuunnella, vaan nuori pystyi puhumaan asioistaan vapaasti. Terapiassa nuorta eivät myöskään häirinneet ajatukset siitä, vievätkö nuoren asiat liikaa tilaa keskustelulta. Nuorten saama tuki rohkaisi nuoria puhumaan monenlaisista asioista. Esimerkiksi terapiassa nuori pystyi puhumaan asioista, joita ei olisi kertonut omille läheisilleen. Terapeutti koettiin tarpeeksi ulkopuoliseksi, joten hänelle oli helpompaa kertoa henkilökohtaisia asioita. Sairaalahoidossa syömishäiriön paranemisprosessin suurimmaksi avuksi koettiin omahoitajan tuki, koska nuori rohkaistui puhumaan kaikesta omahoitajalleen. Ammatillisen tuen myötä nuoren ahdistus helpottui. Lautapeliä pelaaaminen nuorisopsykologin kanssa auttoi nuorta purkamaan tunteita.

*”... muistan jotkut niistä pelikerroista olleen semmoisia, että itkin lopuksi paljon, en kyllä tiedä miksi.”*

## 8.8 Nuorten kokemukset vertaistuesta

Nuorilla oli niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia vertaistuesta. Vertaistuki alkoi tuntua hyvältä ja eheyttävämmältä, kun nuori ymmärsi haluavansa parantua syömishäiriöstä. Vertaistuen parissa nuori pystyi puhumaan pahasta olostaan ja sen aiheuttajista. Vertaistuen koettiin antavan nuorelle enemmän apua sen jälkeen, kun nuori hakeutui ammattiavun pariin.

Ajan viettäminen vertaistuen parissa oli nuorelle kuitenkin raskasta. Syömishäiriö oli nuoren mielessä paljon, joten hän koki jatkuvan syömishäiriöstä puhumisen vertaisten kanssa henkisesti kuormittavaksi. Vertaistuen parissa nuorelle tuli tunne, että vertaiset tarkkailivat toisiaan. Nuori koki vertaisten kiinnostavan huomiota muiden tapaan syödä, liikkua ja reagoida ulkonäköön liittyviin asioihin. Vertaistuen turvin nuori pystyi myös toimimaan totuttujen tapojen mukaan. Vertaisten tuen seurauksena nuoresta tuntui, ettei hän sairasta syömishäiriötä tarpeeksi hyvin. Vertaisten tavat ja tottumukset saivat nuoren miettimään, miksei hän osannut toimia samalla tavalla.

## 8.9 Nuorten kokemat muutokset omassa elämässä

Tulosten mukaan nuorten saama tuki syömishäiriön aikana muutti heidän henkilökohtaisia suhteitaan. Läheisten tuen myötä välit perheen kanssa lähenivät. Toisaalta vaikeiden asioiden käsitteleminen nosti pintaan negatiivisia tunteita, jotka vaikuttivat nuoren ystävyysuhteen sisältöön. Tämän seurauksena nuori koki ystävysten etäänntyneen toisistaan.

Nuoret kokivat tuen auttaneen selviytymään arjessa. Poikaystävän tuen avulla nuori pääsi uudella tavalla kiinni arkeen. Myös lääkkeitä koettiin olevan apua arjessa, mutta ne eivät parantaneet itse syömishäiriötä. Nuoret kokivat saaneensa

myös empatiaa erityisesti ystäviltä hyväksymisen ja välittämisen muodossa. Tämä merkitsi nuorelle paljon, koska hän oli suurimman osan ajastaan ystävien seurassa. Tulosten perusteella se, että nuori ei saanut tukea ja apua syömishäiriöönsä, aiheutti itsearvostuksen puutetta. Sen vuoksi eläminen oli nuorelle vaikeaa.

*”Poikaystäväiltäni saama tuki on auttanut aivan mielettömän paljon, hänen kauttaan olen päässyt uudella tavalla kiinni arkeen, jota yritän koko ajan rakentaa uudestaan.”*

*”En vieläkään pidä itseäni minkään arvoisena, en rakasta itseäni, ja se tuottaa hankaluuksia, tekee elämästä todella vaikeaa.”*

## 9 TULOSTEN POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä tukea syömishäiriötä sairastavat nuoret ovat saaneet sairautensa aikana. Tulosten perusteella syömishäiriötä sairastavat nuoret kokivat saaneensa monenlaista tukea monilta eri tahoilta. Läheiset ja ammattiauttajat olivat nuorille tärkeitä tukijoita. Nuorilla oli positiivisia sekä negatiivisia kokemuksia saamastaan tuesta. Uskomme, että läheiset olivat nuorille tärkeitä tukijoita siksi, että nuoret elävät joka päiväistä elämäänsä näiden ihmisten kanssa. Jos nuorta eivät tue läheiset, on toipuminen sairaudesta varmaankin vaikeampaa, koska läheisten tuen puuttuessa ei nuoren arkikaan suju. Tutkimuksessa nousi esille myös tieto, ettei nuori ollut saanut tukea syömishäiriöönsä. Mietimme sitä, onko syömishäiriötä sairastavan ihmisen läheisten vaikea huomata sairautta, koska usein syömishäiriö jää huomaamatta. Ja niinhän se onkin, että syömishäiriötä sairastavat ihmiset osaavat piilotella hyvin sairauttaan. Ymmärrämme kuitenkin sen, että kaikki eivät välttämättä halua saada tukea.

Kuten jo aiemmin todettiin, olivat läheiset hyvin tärkeitä tukijoita nuorille. Tästä tutkimustuloksesta ajattelimme, että suunniteltaessa syömishäiriötä sairastavan

nuoren hoitoa, on läheiset tärkeää ottaa huomioon ja mukaan nuoren hoitoon. Mielestämme ammatillisen tuen ja läheisten tuen yhteisvaikutus näyttää olevan myönteinen ja nuorelle apua antava.

Opinnäytetyössä haluttiin myös selvittää sitä, minkälaisia kokemuksia nuorilla on saamastaan tuesta. Nuorten kokemukset olivat erilaisia. Tuen saamisen seurauksena nuoret kokivat myönteisiä ja kielteisiä tunteita. Sama kokemus voi tuottaa toiselle nuorelle iloa ja toiselle surua. Kokemukset ovat yksilöllisiä, ja se kävi hyvin ilmi tästä tutkimuksesta. Ammatillinen tuki oli hyödyllistä nuorille. Tutkimuksen tuloksista meitä ilahdutti se, että nuorilla oli suurimmaksi osaksi hyviä kokemuksia ammattiauttajista. Tulevina hoitotyöntekijöinä meitä ilahdutti myös se, että ammatillinen tuki auttoi nuoria. Nuorten rohkeus hakeutua ammattiavun pariin yllätti meidät, sillä kyseessä on kuitenkin arka ja henkilökohtainen aihe.

Nuorilla oli kokemuksia myös vertaistuesta. Tutkimuksen tuloksissa oli yllättävää se, että vertaistuen piirissä tapahtuu myös kilpailua syömishäiriöisten nuorten välillä. Olemme aikaisemmin olleet siinä uskossa, että vertaistuki on mahdollisimman hyvää tukea nuorelle. Mutta tutkimustulosten mukaan vertaistuessa on myös omat huonot puolensa. Vertaistuki voi jopa aiheuttaa nuoren sairauden pahenemista, jos nuorelle tulee tunne, ettei hän sairasta sairauttaan yhtä hyvin kuin muut vertaiset. Tuen saamisen myötä nuorten elämässä tapahtui muutoksia. Meidän mielestämme oli surullista huomata, että syömishäiriön hoidon vaikeus ja sairauden vakavuus voivat aiheuttaa ystävyys-suhteiden huonontumista. Vaikka ystävä yrittää auttaa syömishäiriötä sairastavaa nuorta, on hänen ehkä vaikea löytää tapaa auttaa. Mielestämme tutkimustuloksissa oli huolestuttavaa se, että nuorelle tarjottiin lääkkeitä avuksi, mutta muuta apua hänelle ei tarjottu. Nuorten elämä näyttää muuttuneen positiivisempaan suuntaan sen jälkeen, kun he ovat saaneet tukea syömishäiriöstä selviytymiseen. Tosin nuoren kokemukset tuen saamattomuudesta ovat ilmeisesti vaikuttaneet negatiivisesti nuoren elämään.

Aineistoja saimme kolmelta henkilöltä, ja aluksi mietimme saamme tarpeeksi kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Yllättävää oli, että vastaukset olivat hyvin erilaisia keskenään, ja aineistojen sisällöt olivat asiarikkaita. Mielestämme aineistonkeruu tapa osoittautui loppujen lopuksi hyväksi, vaikka aluksi meidän oli vaikeaa saada osallistujia tutkimukseen. Mietimme ensiksi aineistonkeruutavaksi haastatteluja, mutta se olisi voinut olla vaikeampi tapa saada nuoria avautumaan arkaluontoisesta ja henkilökohtaisesta aiheesta. Kirjoitelmissa nuoret saivat omin sanoin kirjoittaa kokemuksistaan. Uskomme, että kutsukirjeessä ollut ohjeistus auttoi nuoria kirjoittamaan ajatuksia paperille. Tällä tavoin saimme vastauksia niihin kysymyksiin, jotka ovat meidän mielestämme oleellisia tutkimuksen kannalta.

## 10 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTA

### 10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla kriteereillä. Uskottavuus on kriteeri, jonka perusteella tutkimus ja sen tulokset osoitetaan uskottaviksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimuksessa on pyritty tarkastelemaan ja ymmärtämään tutkimukseen osallistujien näkökantaa. Laadullisessa tutkimuksessa tekijöiden kiinnostus kohdistuu osallistujien näkökantaan tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Uskottavuutta lisää myös se, että tutkimukseen osallistujat valittiin niin, että kaikilla osallistujilla oli jokin syömishäiriö ja kokemuksia tuesta sairauden aikana. Eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mukaan tutkimustulosten tulee vastata tutkimuksen osallistujien näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkimukseen osallistuvilla henkilöille annettiin ohjeistus, joka sisälsi apukysymyksiä. Apukysymysten avulla osallistujat kirjoittivat kirjoitelman saadusta tuesta syömishäiriön aikana. Apukysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman helposti ymmärrettäviä ja selkeitä, jotta tutkimukseen osallistujat osasivat vastata tutkimuksen aiheeseen.

Luotettavuutta voidaan arvioida myös vahvistettavuudella. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että koko tutkimusprosessi tulee kirjata niin, että raportti on ymmärrettävissä. Laadullinen tutkimus on yleensä aluksi avoin suunnitelma, joka tutkimuksen edetessä tarkentuu. Tutkimuksen tekijät pystyvät esimerkiksi aineiston avulla kuvailemaan, kuinka tutkimuksen tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. (Malterud 2001, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.) Tässä tutkimuksessa oli kolme tekijää, jotka kaikki osallistuivat aineiston analysointiin. Aineiston analysoinnin yhteydessä esille nousi erilaisia näkökulmia. Hyvää oli se, että näkökulmat olivat erilaisia, koska useammat näkökulmat estivät liian hätäisen tulkinnan tekemistä. Useamman analysoijan näkökulmat eivät kuitenkaan välttämättä vaikuta kielteisesti luotettavuuteen, sillä erilaiset näkökannat lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään siis monenlaisia totuuksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Siirrettävyys on laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeri. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tutkimusraportissa on kerrottu tarpeelliset tiedot kohderyhmästä, ja raportissa on käyty tarkasti läpi aineiston hankinta, analysointi ja tutkimuksen kulku. Tutkimus voidaan toistaa tarkasti kirjoitetun tutkimusraportin pohjalta. Tutkimuksen toistettavuudesta huolimatta, tutkimustulokset ovat erilaisia riippuen henkilöistä, ajasta sekä paikasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Koska tutkimukseen osallistui kolme henkilöä, tutkimustulokset olivat melko suppeita. Suuremmalla osallistujamäärällä tutkimustuloksia olisi saatu enemmän.

## 10.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset kysymykset ovat tärkeitä ottaa huomioon tutkimusta tehdessä, koska epäonnistuminen eettisyydessä voi viedä perustan koko tutkimukselta.

Tutkimusprosessin eri vaiheissa tutkimuksen tekijät ratkaisevat monia kysymyksiä

ja tekevät päätöksiä tutkimusetiikkaan liittyen. Tutkimuksen eettiset periaatteet koskevat tutkimusprosessia koko tutkimuksen kulun ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimuksen aihe on valittu aikaisempiin tutkimuksiin perustuen. Tämän tutkimuksen aihe sai ideansa siitä, että aikaisempia tutkimuksia käytiin läpi ja niitä luettiin. Tutkimuksen tiedolla on merkitystä hoitotieteenalalle siten, että hoitotyöntekijät saavat tietoa nuoren saamasta ja tarvitsemasta tuesta syömishäiriön aikana. Tutkittava aihe on aika arkaluontoinen ja siksi on tärkeää ottaa huomioon tutkimuksen sensitiivisyys. Sensitiivisellä tutkimuksella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksesta voi olla tutkimukseen osallistuville henkilöille eritasoista uhkaa (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Tässä tutkimuksessa osallistujat voivat herkistyä ja haavoittua mieleltään, sillä tutkimuksessa kysytään arkaluontoisesta ja henkilökohtaisesta asiasta. Esimerkiksi terveystutkimuksessa sensitiiviseen tutkimukseen osallistuvat henkilöt voivat olla potilaita, jotka antavat tietoja sairaudestaan (Kylmä & Juvakka 2007, 145). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistujia on suojeltu siten, että tarvittaessa osallistujat pystyivät ottamaan yhteyttä tutkimuksen tekijöihin ja kertomaan havaitsemastaan uhkasta. Lisäksi tutkimuskysymykset tehtiin niin, että ne mahdollisimman vähän haavoittaisivat tutkimukseen osallistujia.

Tutkimuskysymysten ja aineiston hankinnassa on noudatettava tiettyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Niitä ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava ilmiö liittyy ihmisen henkilökohtaiseen elämänpiiriin ja kokemusmaailmaan, jolloin eettisissä kysymyksissä kajotaan näihin seikkoihin. Tutkimuksen tekijä joutuu tarkastelemaan näitä seikkoja sitä enemmän, mitä arkaluontoisempi ja vaikeampi aihepiiri on tutkimuksen aiheena. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.) Jotta tutkimuksesta ei ole tutkimukseen osallistujalle haittaa, pyritään tietoon perustuvan suostumuksen avulla välttämään haitan aiheutumista (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tietoon perustuva suostumus on asiallinen tiedote, jossa kerrotaan tutkimuksesta ja sen kulusta (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tämän tutkimuksen osallistujille annettiin kutsukirje, joka



sisälsi ohjeistuksen kirjoitelmaan. Kutsukirjeessä osallistujia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta, tutkimuksen menettelytavoista sekä siitä mihin tutkimuksesta saatua tietoa käytetään. Kutsukirjeessä osallistujille selvitettiin tutkimuksen tekijät, sekä kriteerit, joilla tutkimukseen voi osallistua. Osallistujille mainittiin myös, ettei heidän henkilöllisyyttään paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, ja jos lisäaineistoa olisi tarvittu, niin osallistujilla olisi ollut mahdollisuus kieltäytyä antamasta sitä haastattelun avulla.

Luottamus ja kunnioitus tutkimuksen osallistujia kohtaan tutkimusprosessissa ilmenivät siten, että tutkimustietoja ei annettu ulkopuolisille ja ne hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tutkimustietoja ei myöskään käytetty muuhun kuin tähän tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujille annettiin mahdollisuus ottaa yhteyttä tekijöihin ja ohjaavaan opettajaan sähköpostin välityksellä. Näin varmistettiin se, että osallistuja pystyi tarvittaessa kysymään tutkimuksesta ja kertomaan, jos siitä aiheutuisi haittaa hänelle.

Eettisyyden arvioinnissa myös tutkimusaineiston analysointi ja tutkimustulosten raportointi ovat tärkeitä huomioida. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen osallistujia on suojeltu siten, että heidän nimiään ei ole mainittu aineiston analysointivaiheessa, vaan jokainen aineisto numeroitiin. Tutkimustuloksia raportoidessa tutkimusaineistoa pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tutkimuksen osallistujia pyrittiin kuitenkin suojelemaan, jotta osallistujista ei paljastuisi liikaa tietoa, mutta ei myöskään liian vähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 153.)

## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Ensimmäisellä tutkimustehtävällä oli tarkoitus selvittää, millaista tukea nuori on saanut syömishäiriön aikana. Tutkimuksen tulosten perusteella nuori sai sosiaalista, henkistä ja aineellista tukea. Nuorilla oli myös kokemuksia siitä, ettei tukea saatu. Sosiaaliseen tukeen kuuluivat nuoren perhe, sukulaiset, ystävät, poikaystävä ja ammattiauttajat. Kojaman ja Lautasen (2006) tutkimuksen tulosten mukaan syömishäiriötä sairastavan lapsen vanhemmat olivat tärkeitä tukijoita. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selvisi, että nuoret kokivat koko perheen tuen tärkeäksi, vaikka tutkimuksen nuoret eivät enää ole lapsia. Ammattiauttajilla tarkoitetaan eri terapioita, nuorisopsykologia, omahoitajaa ja psykiatrisensairaalan nuoriso- osastoa. Henkiseen tukeen kuuluvat keskusteleminen, kuunteleminen, pelaaminen, lohduttaminen, välittäminen ja huolenpito. Henkistä tukea nuoret kokivat saaneensa sosiaaliselta tuelta. Aineellinen tuki taas tarkoittaa taloudellista tukea ja lääkehoidollista tukea.

Toisella tutkimustehtävällä oli tarkoitus selvittää, minkälaisia kokemuksia syömishäiriötä sairastavilla nuorilla on saamastaan tuesta. Tulosten perusteella nuoret kokivat niin myönteisiä kuin kielteisiäkin tunteita saamansa tuen seurauksena. Myönteiset tunteet syntyivät niistä hetkistä, kun nuoret alkoivat tuen avulla ymmärtää itsensä ja sairautensa eri tavalla kuin ennen. Nuoren toivoa selviytyä sairaudesta vahvisti tietoisuus muista sairastuneista ja mahdollisuus parantua niin hyvin kuin mahdollista. Toisaalta nuoret kokivat kielteisiä tunteita samasta asiasta. Kielteiset tunteet ilmenivät toivottomuutena sairautta ja paranemista kohtaan. Christiansenin ja Pessin (2004) tutkimustulosten perusteella nuoret tunsivat niin toivoa kuin toivottomuuttakin parantua syömishäiriöstä. Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että nuori koki myös ahdistusta perheen halusta, mutta kyvyttömyydestä auttaa. Läheisten surullisuus ja voimattomuus sairautta kohtaan masensi nuorta. Kojaman ja Lautasen (2006) tutkimuksen mukaan syömishäiriötä sairastavan lapsen tai nuoren perheenjäsenet todellakin tunsivat avuttomuutta sairautta kohtaan. Perheen koko elämä pyöri sairauden ympärillä ja se sai perheenjäsenet turhautumaan. Turhautumisen ja avuttomuuden tunteet aiheuttivat perheen sisällä enemmän riitoja.

Nuoret kokivat hyötynsä ammatillisesta tuesta. Tärkeintä ammatillisessa tuessa oli se, että nuori pystyi puhumaan avoimesti asioistaan ammattiauttajille.

Ammatillinen tuki auttoi nuorta myös niin, että hänen oli helpompaa purkaa tunteitaan. Christiansenin ja Pessin (2004) tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa syömishäiriötä sairastavista henkilöistä oli hakenut psyykkistä apua, mutta vain muutama heistä oli saanut apua syömishäiriöönsä. Ammatillinen tuki keskittyi lähinnä hoitamaan henkilöiden masennusta ja ahdistusta. Heidän tutkimuksensa mukaan henkilöt eivät kokeneet saaneensa ammattilaisilta tarvitsemaansa tukea, toisin kuin opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat ammattilaisten tuen olevan hyödyllistä. Myös vertaistuki oli nuorista mainitsemisen arvoinen tukimuoto. Nuorilla oli sekä hyviä, että huonoja kokemuksia vertaistuesta. Vertaistuesta oli erityisesti apua sen jälkeen, kun nuori halusi parantua syömishäiriöstä. Nuorten huonot kokemukset vertaistuesta liittyivät toisten tarkkailuun vertaistuen piirissä. Lisäksi vertaistuki sai nuoren olon tuntumaan raskaalta.

Nuorten elämässä tapahtui muutoksia sen jälkeen, kun nuoret olivat saaneet apua syömishäiriöönsä. Muutoksia tapahtui nuorten henkilökohtaisissa suhteissa, esimerkiksi läheisten tuki lähensi nuoren ja hänen perheensä välejä. Muutosta tapahtui myös nuorten jokapäiväisessä elämässä. Tuen avulla nuorten arki alkoi sujua eri tavalla kuin ennen.

Mielestämme jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi syömishäiriötä sairastavan henkilön kokemukset esimerkiksi vertaistuesta. Syömishäiriötä sairastavien ihmisten kokemuksia ei ole tutkittu paljon suomen kielellä. Syömishäiriötä sairastavien läheisten kokemuksia on tutkittu jonkin verran, mutta itse sairastuneiden kokemukset ovat jääneet vähäisemmän tutkimuksen kohteeksi. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla miesten syömishäiriöiden tutkiminen, koska miesten syömishäiriöistä löytyy vähän tutkittua tietoa.

## 12 LÄHTEET

Aalberg, V. & Brummer, M. 2005. Syömishäiriöt. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY, 228 – 238.

Aalberg, V. & Siimes, M. 1999. Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Gummerus.

Ahonen- Eerikäinen, H. 2000. Musiikki - sisäisen maailman symboli. Teoksessa Heikkilä, T., Paloheimo, L. & Taipale, I. (toim.) Mieli ja taide. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto Ry, 97 - 100.

Airaksinen, A. & Laukkanen, E. 2006. Psykoterapeuttinen avohoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M.(toim.) Nuoren psyykisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 202 - 207.

Charpentier, P. (toim.) 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Toinen uudistettu painos. Helsinki: Terveys Ry.

Christiansen, J. & Pessi, K. 2004. Kokemukset epätyypillisestä syömishäiriöstä-  
Syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita häiriö palvelee.  
[verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. [viitattu 5.2.2009]. Pro gradu –  
tutkielma. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00338.pdf>

Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli. Helsinki: Tammi.

Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M.(toim.) Nuoren psyykisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 118 - 126.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu laitos.

Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Isohanni, M. 2008. Psykoterapiat. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 264 – 281.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jokinen, K. & Malin, M-L. 2000. Ikä, kansalaistoiminta ja verkostot. Teoksessa Malin M-L (toim.) Verkostot ja vertaiset. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys, 9 - 16.

Karila, A. 2003. Vertaistuki mielenterveyskuntoutujien yhteisössä. Teoksessa Puumalainen T., Hiltunen, E., Kurri, S., Holm, A., Loukola, E-M. & Pöyhönen, E. (toim.) Mielenterveyskuntoutujien klubitalo: yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 56 - 58.

Kemppinen, P. 1999. Nuoriso 2000. Nuorisotyön käsikirja. Vantaa: Kannustusvalmennus P. & K. Oy.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. [verkojulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. [viitattu 14.1.2009]. Väitöskirja. Saatavissa:

<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0809-3.pdf>.

Kojama, K. & Lautanen, H. 2006. Syömishäiriö perheen arjessa, vanhempien kokemuksia selviytymisestä. [verkkojulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [viitattu 5.2.2009]. Pro gradu – tutkielma. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10594/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200717.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10594/URN_NBN_fi_jyu-200717.pdf?sequence=1)

Korhonen, V. 2006. Psykykenlääkehoidon erityispiirteitä. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 224 - 231.

Koskinen, T. 2006. Takaisin elämänvirtaan- nuorten kuntoutus. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 246 - 253.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kristeri, I. 2003. Tunteet ja syöminen. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Diakonia- Ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 12. Helsinki: Diakonia- ammattikorkeakoulu.

Lehto, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 242 - 249.

Leijala, M. 2000. Taidepsykoterapia psykoterapiamuotona. Teoksessa Heikkilä, T., Paloheimo, L. & Taipale, I. (toim.) Mieli ja taide. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto Ry, 7 - 12.

Lepola, U. & Koponen, H. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen,

H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 154 - 164.

Linden, L. 2004. Lasten sairaalahoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus, 30 – 34.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus, 14 - 29.

Malin, M-L. 2000. Vertaisryhmä elinvoimaa kasvattamassa. Teoksessa Malin, M-L. (toim.) *Verkostot ja vertaiset*. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys, 17 - 21.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia- sarja 4. Helsinki: Methelp Ky.

Noppari, E. 2004. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus, 312 - 336.

Oinas, E. 2001. Ruumiita akatemiassa! Sosiaalitieteellistä väittelyä, innostusta ja teoretisointia. Teoksessa Puuronen, A & Välimaa, R (toim.) *Nuori ruumis*. Helsinki: Gaudeamus, 17 - 29.

Peltonen, A. 2004. Apua ajoissa- tunnista lapsen hätä. Helsinki: Kirjapaja.

Porio, A. & Porio, I. 2002. *Ystävä auttaa- opas lähimmäiselle*. 2 painos. Helsinki: Kirjapaja.

Pylkkänen, K., Syvälahti, E., & Tamminen, T. 2003. *Keskeistä käytännön psykiatria*. Klaukkala: Recallmed.

Rantanen, P. 2000. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.) Lasten – ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 191 – 204.

Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki. Kirjapaja Oy.

Rinne, A. 2008. Huolenpitoa ja arviointia yhteistyösuhteessa lastenosastoilla: kuvaus anoreksiaa sairastavien lasten välittömistä hoitotyön toiminnoista hoitokertomuksiin perustuen. [verkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. [viitattu: 13.1.2009.] Pro gradu – tutkielma. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02496.pdf>

Rissanen, A. 2005, 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 2- 3.painos. Helsinki: Duodecim, 575 - 580.

Ruuska, J. 2006. The impact of eating disorders on the adolescent process. Tampere: Tampere University Press. Väitöskirja.

Ster, G. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat, mistä apua? Helsinki: Minerva Kustannus Oy.



Vainikainen, T. 2004. Käsikkäin: opas psyykkisesti oireilevien lasten ja nuorten omaisille. Omaisat mielenterveystyön tukena Lounais- Suomen yhdistys. Turku.

Åstedt- Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

## LIITTEET

Hei sinä 18- 22 vuotias, tarvitsemme apuasi!

Olemme 3 sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä syömishäiriötä sairastavan nuoren kokemasta tuesta.

Kohderyhmänä ovat 18- 22 vuotiaat henkilöt, joilla on tai on ollut nuoruudessa jokin syömishäiriö.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavan nuoren saamaa tukea. Tarkoituksena on myös kuvata, minkälaisia kokemuksia nuorella on saamastaan tuesta syömishäiriön aikana.

Toivomme sinun kertovan millaisia kokemuksia sinulla on saamastasi tuesta syömishäiriön aikana. Voit kirjoittaa vapaamuotoisen kirjoitelman ja halutessasi voit käyttää seuraavia apukysymyksiä:

Keneltä ja mistä olet saanut tukea? (osastohoito, terapia, perhe, ystävät ym.)

Millaista tukea olet saanut?

Millaista hyötyä/haittaa sinulle on ollut tuesta?

Missä syömishäiriön vaiheessa koet saaneesi eniten tukea? (esimerkiksi kuinka pitkään olit sairastanut, kun sait tukea?)

Koetko saaneesi tukea silloin kun olet sitä tarvinnut? Ja koetko saaneesi sitä tarpeeksi?

Miten vaikeaa/ helppoa sinun oli hakeutua ulkopuolisen tuen ja avun pariin, jos olet sellaista käyttänyt?

Mikä sinulle oli tärkein tukimuoto sairauden aikana ja miksi?

## LIITE 1/2

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kirjoitelmissa esiin tulevat tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Voit kirjoittaa nimettömänä ja tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Kirjoitelmia käytetään ainoastaan opinnäytetyötä varten ja ne tullaan hävittämään sen jälkeen.

On mahdollista, että haastattelemme teitä vielä lisäaineiston saamiseksi.

Kerrothan jos et halua osallistua haastatteluun.

Voit lähettää kirjoitelmasi sähköpostiin: [pilvi.laitinen@lpt.fi](mailto:pilvi.laitinen@lpt.fi)

Ystävällisin terveisin: Terhi Viik, Saara Kalkela ja Pilvi Laitinen

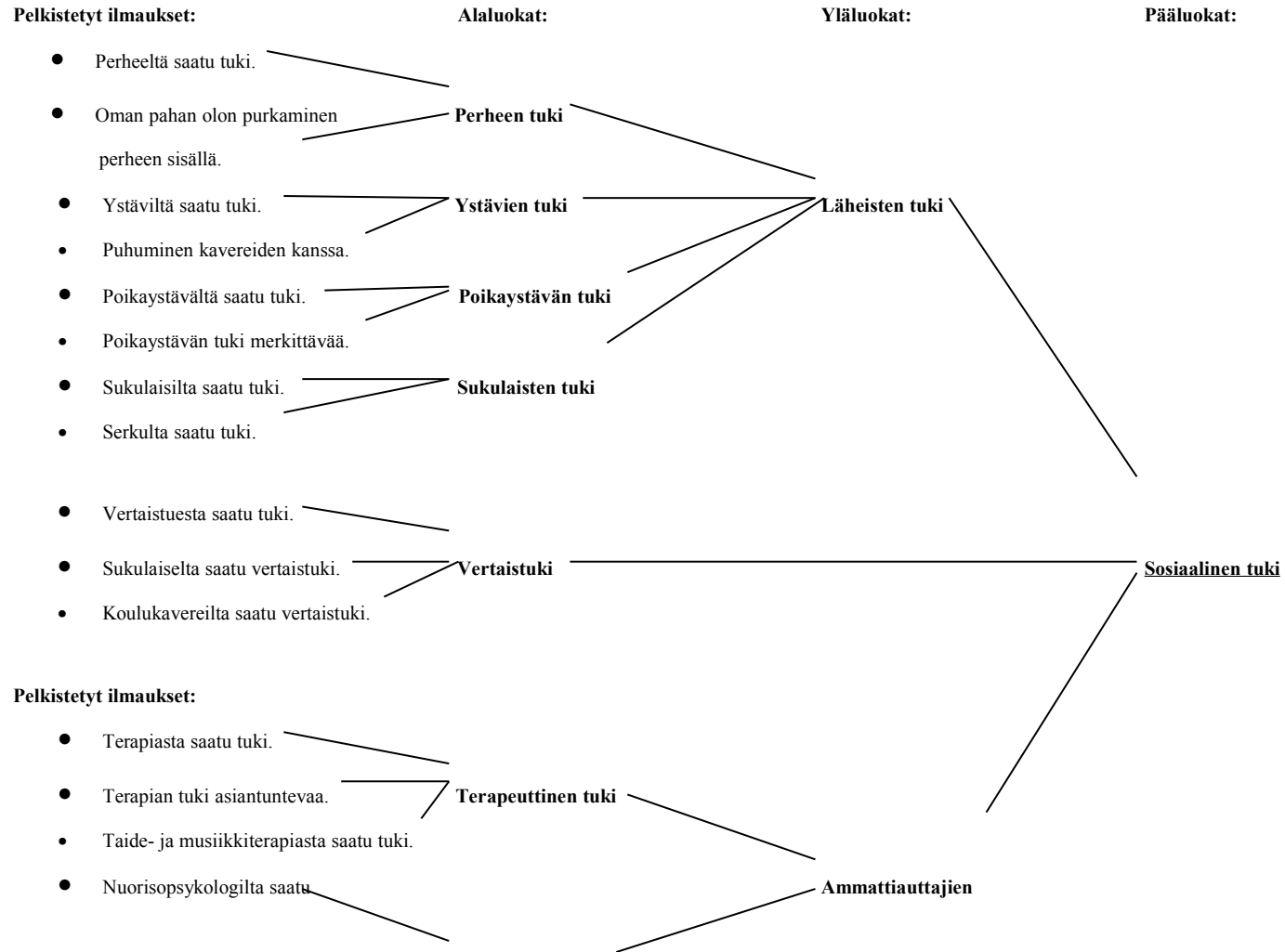
opinnäytetyön ohjaaja:

Päivi Ivanoff-Lahtela

hoitotyön lehtori, THM

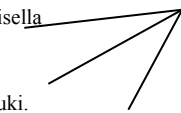
[paivi.ivanoff-lahtela@lamk.fi](mailto:paivi.ivanoff-lahtela@lamk.fi)

1. TUTKIMUSTEHTÄVÄN AINEISTON LUOKITTELU:



tuki.

tuki

- Hoito nuorisopsykiatrisella osastolla.
  - Nuorisopsykiatrinen tuki.
  - Myönteinen ja henkilökohtainen tuki omahoitajalta
- Psykiatrinen tuki**
- 

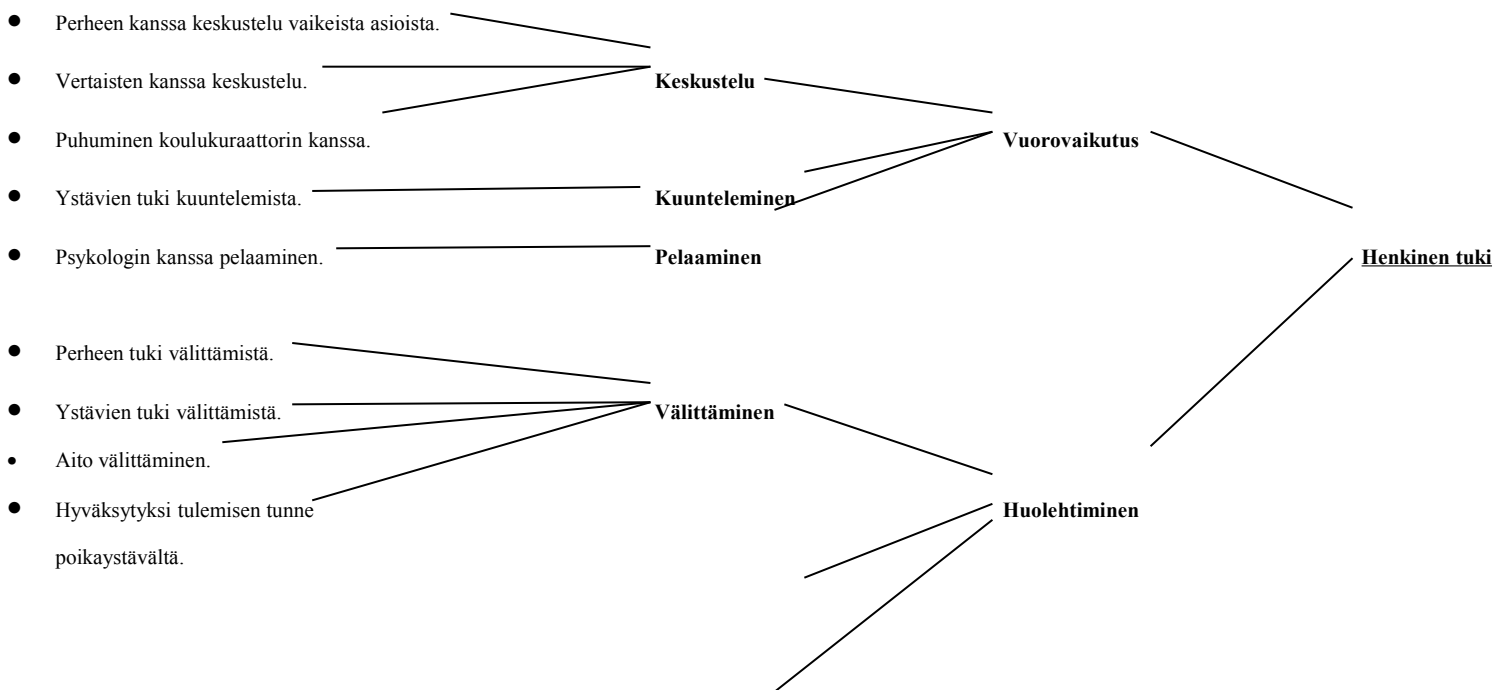
LIITE 2/2

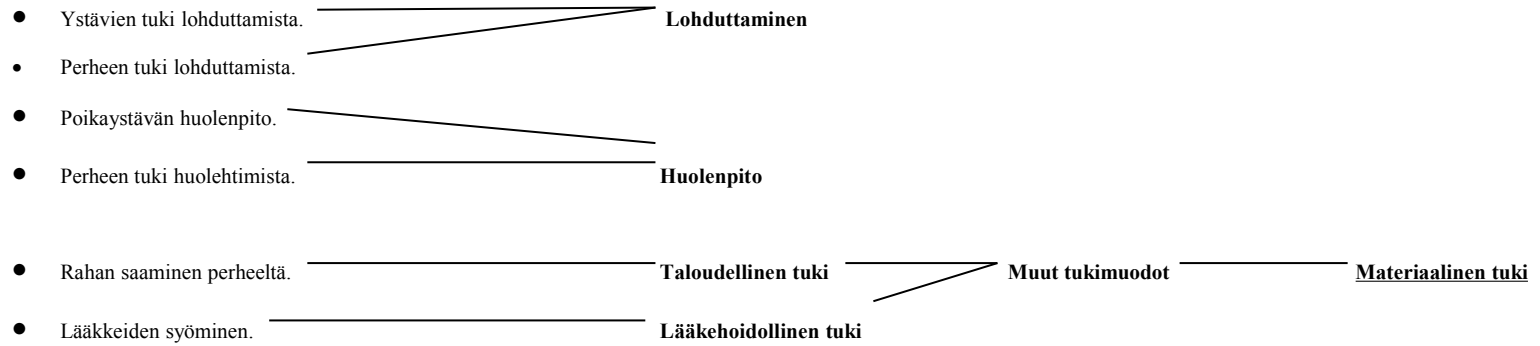
**Pelkistetyt ilmaukset:**

**Alaluokat:**

**Yläluokat:**

**Pääluokat:**





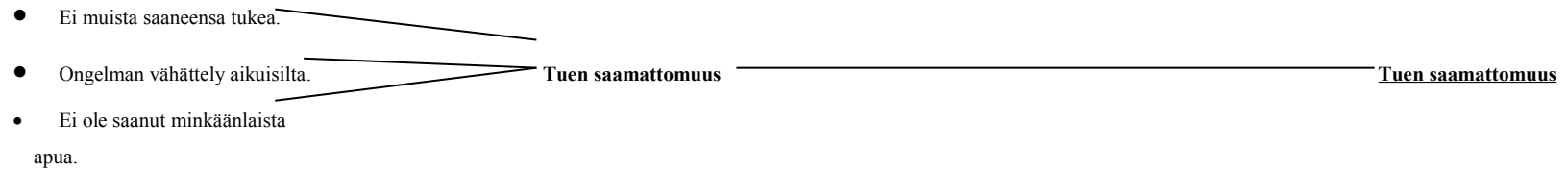
LIITE 2/3

**Pelkistetyt ilmaukset:**

**Alaluokat:**

**Yläluokat:**

**Pääluokat:**



2. TUTKIMUSTEHTÄVÄN LUOKITTELU:

**Pelkistetyt ilmaukset:**

- Vihan ja häpeän tunteet luottamuksen pettämisenä.
- Tuntee ahdistusta poikaystävän surullisuudesta sairautta kohtaan.
- Tuntee masennusta, kun näkee perheen haluavan parantumista.
- Voimattomuuden tunne omaa sairautta kohtaan ja mietteet

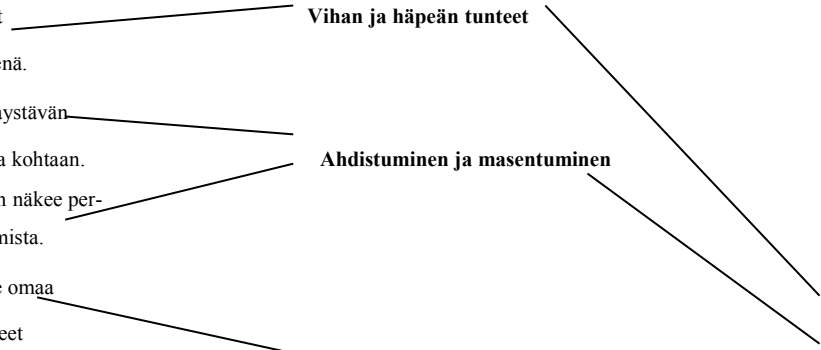
**Alaluokat:**

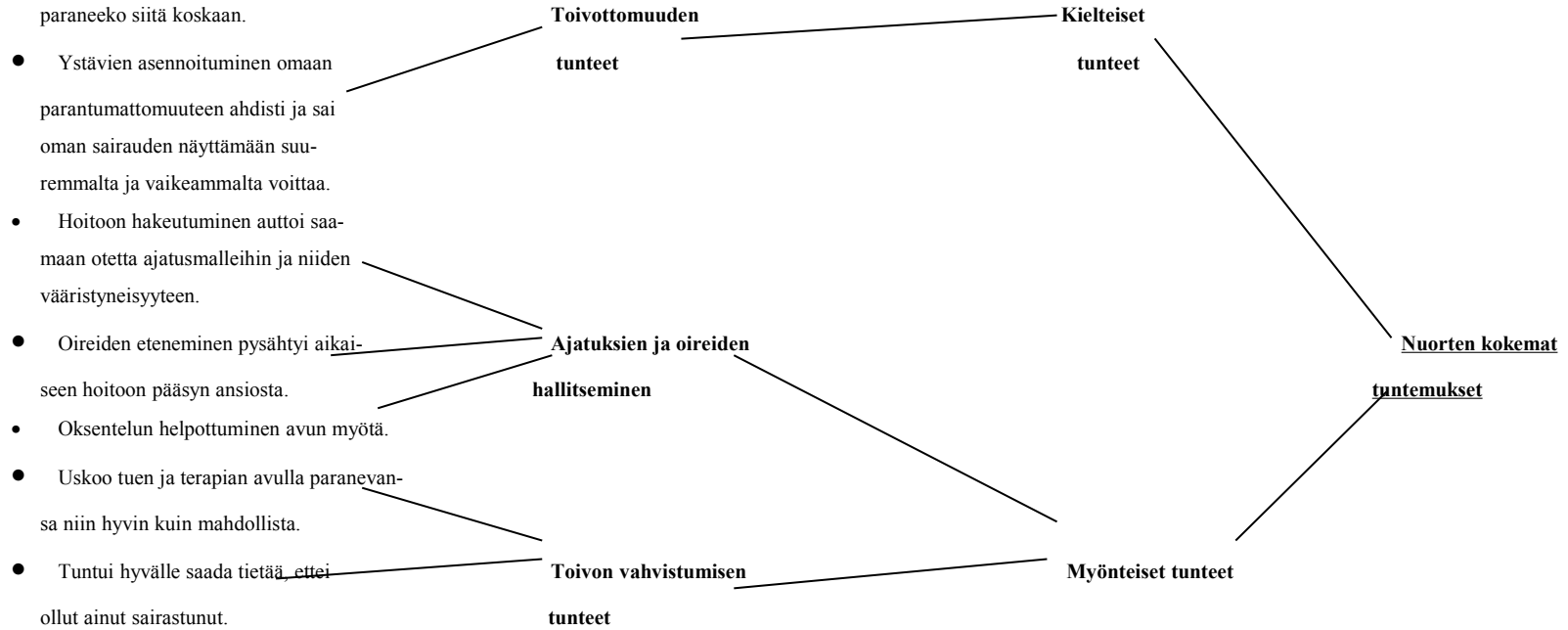
**Vihan ja häpeän tunteet**

**Ahdistuminen ja masentuminen**

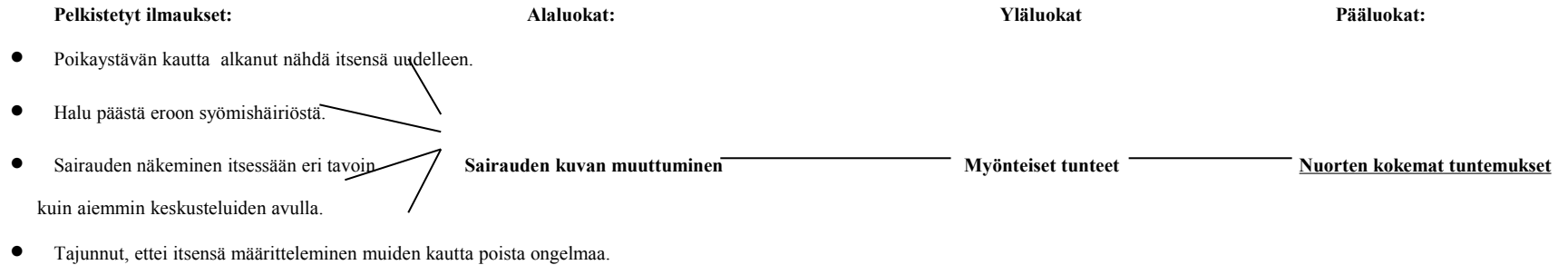
**Yläluokat:**

**Pääluokat:**

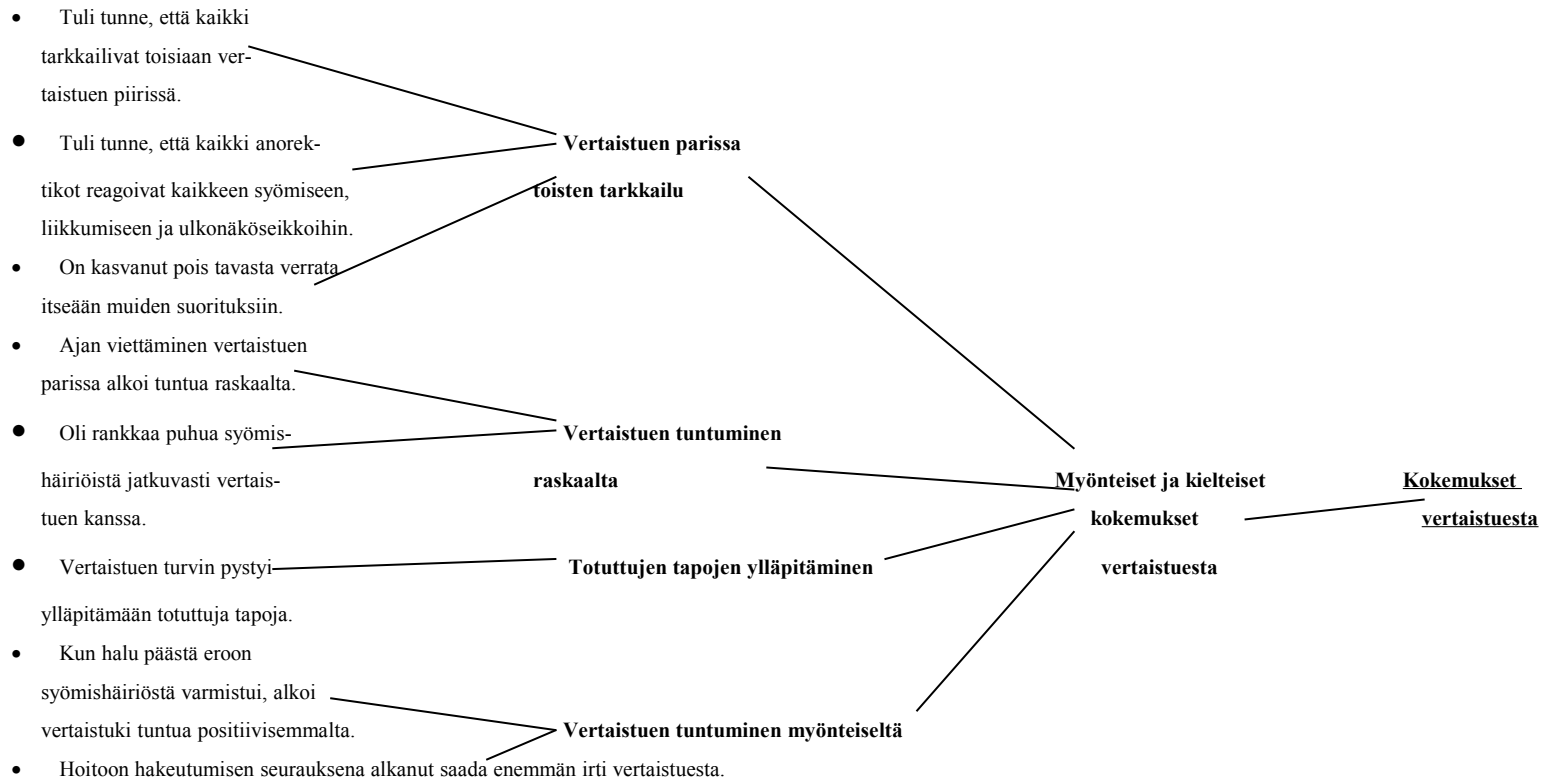




LIITE 2/5







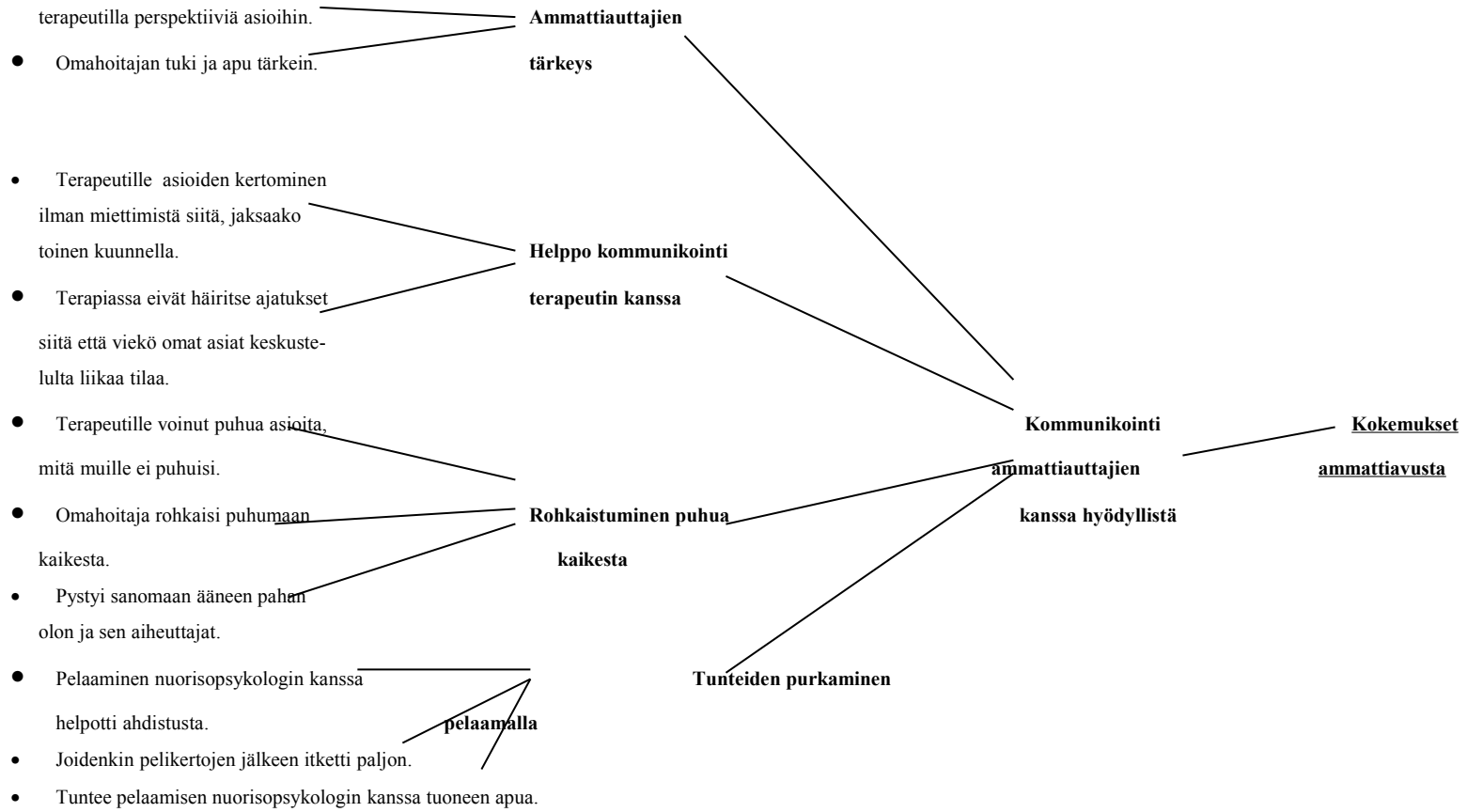
**Pelkistetyt ilmaukset:**

**Alaluokat:**

**Yläluokat:**

**Pääloukat:**

- Terapiasta saatu tuki merkittävää.
- Terapeutilta saatu tuki tärkeää, koska



LIITE 2/7

**Pelkistetyt ilmaukset:**

**Alaluokat:**

**Yläluokat:**

**Päälukat:**

