



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

AIKUISTEN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAJEN KOKEMUKSIA HOIDOSTA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön sv
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Janna Laajapuro
Jere Nikkilä
Emilia Rask

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

LAAJAPURO, JANNA; NIKKILÄ, JERE; RASK, EMILIA:
Aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia hoidosta

Sairaanhoitajan opinnäytetyö, 56 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Syömishäiriöt ovat kehon ja mielen sairauksia, joiden keskeisin oire on häiriintynyt syömisikäyttäytyminen. Syömishäiriöt mielletään usein nuorten ja etenkin tyttöjen sairauksiksi. Suomessa aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitosuosituksen laatiminen on tämän opinnäytetyöprosessin aikana vasta työn alla ja aihe on ajankohtainen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia hoidosta. Työn keskeisimpinä teemoina olivat hoitoon hakeutumisen, hoitoon pääsyn ja hoidon toteutumisen vaiheen kokemukset. Opinnäytetyö pyrki selvittämään, miten aikuiset syömishäiriöpotilaat on terveydenhuollossa kohdattu, minkälaisia hoitosuhteita heille on muodostunut ja mitkä ovat olleet heille merkittävimpiä hoitoon liittyviä kokemuksia. Tavoitteena on tuoda syömishäiriöt esiin myös aikuisten sairautena sekä tuoda kokemusperäinen tieto toimeksiantaja Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n ja hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonhankintamenetelmänä käytettiin suullista ja kirjallista temahaastattelua. Tiedonantajina toimi kuusi aikuista syömishäiriöpotilasta, jotka tavoitettiin toimeksiantajan verkostojen kautta. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti kvalitatiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Tutkimuksessa selvisi, että hoitoonhakeutumisvaihe oli koettu vaikeana ja kaikissa tapauksissa syömishäiriötä ei ollut tunnistettu. Hoitoon pääsyn viivästyminen oli koettu ahdistavaksi. Hoitovaiheessa erityisesti luottavaisen hoitosuhteen merkitys korostui toipumista edistävänä tekijänä, kun taas liian nopeasti päättynyt tai puutteellinen hoito vaikeutti toipumista. Lääkehoito oli koettu merkittävänä apuna muun hoidon yhteydessä toteutettuna. Sairaus ja siitä toipuminen oli koettu kasvattavana ja vapauttavana kokemuksena.

Tämä tutkimus lisää käytettävissä olevaa tietoa aikuisten syömishäiriöpotilaiden tarpeista ja toimeksiantaja voi hyödyntää sitä omassa aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitoa edistävässä ja kehittävässä työskentelyssään. Keskeiseksi jatkotutkimusaiheeksi nousi läheisten rooli ja merkitys aikuisten syömishäiriöpotilaiden tukena.

Asiasanat: syömishäiriö, aikuiset, kokemukset, hoitosuhde, anoreksia, bulimia, ahmimishäiriö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

LAAJAPURO, JANNA; NIKKILÄ, JERE; RASK, EMILIA:
Adult eating disorder patients' experiences of received care

Bachelor's Thesis in nursing, 56 pages, 7 pages of appendices

Autumn 2014

ABSTRACT

Eating disorders are illnesses of body and mind which share a characteristic symptom of disturbed eating behaviour. Eating disorders are often considered to be illnesses of adolescents and of girls in particular. During the process of making this thesis the guideline for treating adults' eating disorders is being created and the topic is of current interest. The purpose of this thesis was to find out adult eating disorder patients' experiences of received care. The central themes for this thesis were experiences regarding seeking care, being admitted to care and receiving care. This thesis sought to find out how adult eating disorder patients have been met by professionals, what sorts of therapeutic alliances they have formed and what kind of experiences regarding care have been the most meaningful to them. The objective of this thesis is to shed light on the fact that adults also suffer from eating disorders and to bring the experience-based information to be utilised by the commissioner of this thesis Syömishäiriöliitto-SYLI ry and health care professionals.

This thesis was carried out as a qualitative research. Data was gathered with focused interview either orally or as a written text. The informants were adult disorder patients who were contacted through the commissioner's networks. The data was analysed inductively using qualitative content analysis.

The study shows that the phase of seeking care was considered to be difficult and the eating disorder had not been recognized in all cases. The delays in receiving care were seen distressing. The meaning of trusting therapeutic alliance was emphasized as a facilitator of recovery while inadequate care or treatment that had been cut short were both hindrances on the road to recovery. Medication had been experienced as a significant facilitator of recovery when combined with other therapeutic means. The illness and recovery had been perceived as an experience of personal growth and freedom.

This study increases the amount of available knowledge on the needs of adult eating disorder patients and the commissioner can utilize it in its own work to advance and improve the care of adult eating disorder patients. The role and meaning of friends and family as the supporters of an adult eating disorder patient came up from the data as a possible area for further research.

Key words: Eating disorders, adults, experiences, therapeutic alliance, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	TOIMEKSIANTAJA SYÖMISHÄIRIÖLIITTO-SYLI RY	3
4	TIEDONHAKU	4
5	AIKUISUUS	6
6	SYÖMISHÄIRIÖT	7
6.1	Anoreksia	8
6.2	Bulimia	9
6.3	Epätyypilliset syömishäiriöt	10
6.3.1	Kohtauksittainen ahmimishäiriö (BED)	11
6.3.2	Ortoreksia	11
7	SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO	13
7.1	Syömishäiriöiden hoidon nykytilanne	14
7.2	Valmisteilla oleva hoitosuositus	15
7.3	Anoreksian hoito	16
7.4	Bulimian hoito	17
7.5	Kohtauksittaisen ahmimishäiriön (BED) hoito	18
8	TERAPEUTTINEN HOITOSUHDE	19
9	TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS	21
9.1	Kvalitatiivinen tutkimus	21
9.1.1	Teemahaastattelu	22
9.1.2	Kirjallinen teemahaastattelu	22
9.2	Tutkimuksen eteneminen	23
9.2.1	Tutkimushenkilöiden valinta ja aineiston keruu	24
9.2.2	Aineiston analyysi	25
10	TULOKSET	27
10.1	Kokemukset hoitoon hakeutumisesta	27
10.2	Kokemukset hoidosta	29
10.2.1	Myönteiset hoitokokemukset	29
10.2.2	Kielteiset hoitokokemukset	31
10.2.3	Hoidon aikaiset tunnekokemukset	33

11	TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTA	35
11.1	Luotettavuus	38
11.2	Ennako-oletuksen tarkastelu	40
11.3	Tutkimusprosessin arviointi	40
11.4	Eettisyys	41
11.5	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	53

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia sairauksia, joiden yhteinen tunnusomainen piirre on häiriintynyt syömiskäyttäytyminen. Yleisimmät syömishäiriöt ovat anoreksia ja bulimia sekä epätyypillisiin syömishäiriöihin lukeutuvat kohtauksittainen ahmimishäiriö (binge eating disorder, BED) ja ortoreksia. Syömishäiriöiden piirteet ovat erilaiset, mutta kaikkia yhdistää pakkomieliteinen suhtautuminen ruokaan. (Järvi, Komulainen, Koskinen, Morin-Papunen, Rissanen & Tapanainen 2009.)

Syömishäiriöt mielletään yleisesti nuorten ja etenkin nuorten tyttöjen sairauksiksi ja aihetta käsittelevä kirjallisuus painottaa usein tätä yksityiskohtaa erikseen. American psychiatric association (2011) korostaa, että syömishäiriö ei ole vain nuorten tyttöjen sairaus, vaan siitä kärsivät myös miehet ja aikuiset. Tämän opinäytetyön tekohetkellä aikuisten syömishäiriöt ovat ajankohtainen puheenaihe. Aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoito on ollut esillä eduskunnassa keväällä 2012, kun kansanedustaja Eeva-Johanna Eloranta esitti aikuisten syömishäiriöiden Käypä hoito -suositusta koskevan kirjallisen kysymyksen (Eloranta 2012). Lääkäriseura Duodecimin muodostama työryhmä on sittemmin aloittanut aikuisten syömishäiriöiden hoitoon keskittyvän suosituksen valmistelun ja sen arvioidaan valmistuvan 2015 (YLE uutiset 2013). Päijät-Hämeessä on alkuvuodesta 2013 muodostettu yli 18-vuotiaiden syömishäiriöpotilaiden hoitoon erikoistunut työryhmä ja myös muissa sairaanhoitopiireissä suunnitellaan aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopolkuja.

Syömishäiriöihin liittyvien yleisten käsitysten ja puuttuvien hoitosuosituksen vuoksi aihetta haluttiin tutkia aikuisten syömishäiriöpotilaiden näkökulmasta. Laadullisten menetelmien avulla pyrittiin selvittämään potilaiden subjektiivisia kokemuksia hoitoon pääsystä, hoidosta ja hoidon aikana syntyneistä hoitosuhteista. Samalla haluttiin selvittää, millaisia merkityksiä potilaat itse antoivat kokemuksilleen.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, millaisia kokemuksia aikuisena syömishäiriöön sairastuneilla on sairaudesta ja siihen saamastaan hoidosta. Keskeisimpänä teemana oli hoitoon hakeutumiseen, hoitoon pääsyyn ja hoidon onnistumiseen liittyvät kokemukset, kuten se, miten heidät on hoitoon hakeutuessa otettu vastaan, millaista kohtelua he ovat saaneet, miten sairaus on tunnistettu ja millaisia hoitosuhteita heille on muodostunut. Tutkimuksessa pyrittiin keskittymään niihin kokemuksiin, jotka ovat olleet tutkimushenkilöille merkityksellisimpiä heidän omassa hoidossaan.

Tutkimuksen tavoitteena oli nostaa esiin syömishäiriöt myös aikuisten sairautena sekä tuoda aikuisilta syömishäiriöpotilailta kerätty kokemusperäinen tieto hoitohenkilökunnan käyttöön ja yleiseen tietoisuuteen. Tutkimuksen yhteistyökumppanina toiminut Syömishäiriöliitto-SYLI ry voi käyttää tutkimustuloksia hyödyksi tämän tietoisuuden lisäämisessä oman toimintansa kautta. Lisäksi tietoa voidaan hyödyntää aikuisten syömishäiriöiden hoitotyön kehittämisessä.

3 TOIMEKSIANTAJA SYÖMISHÄIRIÖLIITTO-SYLI RY

Syömishäiriöliitto-SYLI ry on syömishäiriöön sairastuneiden sekä heidän läheistensä edustaja. Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n toiminnan tarkoituksena on ajaa heidän etujaan, pyrkii edistämään heidän hyvinvointiaan sekä vaikuttamaan hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Liitto myös nostaa yleisiin keskusteluihin sairastuneiden aseman, hoidossa tapahtuvat epäkohdat sekä pyrkii saamaan syömishäiriöt esiin marginaalista. Syömishäiriöliitto toimii valtakunnallisesti koulutuksen, viestinnän ja kehittämistyön osalta, sekä alueellisesti esimerkiksi vertaistukiryhmien muodossa. Liiton toimintaa rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2014.)

Jäsenyhdistysten vertaistukitoiminta tarjoaa sairastuneille ja läheisille saman kokeneiden tukea ja ymmärrystä. Vertaistukiryhmät toimivat matalalla kynnyksellä, jolloin ryhmään on helppo tulla. Vertaistukiryhmien ohjaajat ovat sairauden läpikäyneitä, eivät terapeutteja, eikä vertaistuki korvaa hoitoa, mutta on parhaimmillaan erinomainen apu hoidon rinnalla. Liiton verkkosivuilta löytyy kattavasti tietoa jäsenyhdistysten tarjoamasta monipuolisesta vertaistuesta sekä toiminnasta niin syömishäiriöön sairastuneille kuin läheisillekin. Sivuilla on myös keskustelupalstat sairastuneille ja läheisille. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2014.)

4 TIEDONHAKU

Tutkimusta varten etsittiin aikuisten syömishäiriöitä, niiden hoitoa ja hoitokokemuksia käsittelevää aineistoa tietokannoista ja kirjallisuudesta. Hakuja tehtiin Medic-, Cochrane-, EBSCO academic search elite -, Cinahl-, Arto- ja Sage- tietokannoista ja käyttämällä Google Scholar hakuohjelmaa sekä vapaita Google hakuja (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 90–94). Hakusanoina käytettiin taulukon (Taulukko 1) mukaisia asiasanoja, jotka tarkistettiin kolmesta eri asiasanastosta. Tämä tehtiin tiedonhaun tarkkuuden ja luotettavuuden varmistamiseksi. Asiasanastoiksi valittiin suomalaiset Hoidokki ja Yleinen Suomalainen Asiasanasto, sekä englanninkielinen MeSH, niiden kattavuuden vuoksi. Kaikille termeille ei löytynyt vastaavuuksia eri asiasanastoissa, jolloin kyseinen taulukon kohta on jätetty tyhjäksi.

Taulukko 1

YSA	Hoidokki	MeSH
Syömishäiriöt	Syömishäiriöt	Eating disorders
Anoreksia	Ruokahaluttomuus	Anorexia, Anorexia Nervosa
Bulimia	Bulimia	Bulimia, Bulimia Nervosa
Kohtauksittainen ahmimishäiriö		Binge-Eating Disorder
Aikuiset	Aikuiset	Adults
Kokemukset	Kokemukset	Life Experiences
	Hoidon laatu	Quality of Health Care
Ortoreksia		
Hoitosuhde	Hoitosuhde	Professional-Patient relations

Tietokantoihin kohdistuneiden tiedonhakujen tuloksista suljettiin pois ennen vuotta 2004 julkaistut, vertaisarvioimattomat julkaisut. Lisäksi tutkimuksen aiheen kannalta merkityksettömät hakutulokset suljettiin pois. Tällaisia olivat muun muassa nuorten syömishäiriöitä koskevat julkaisut tai puhtaasti ravitsemustieteelliset

tutkimukset. Tiedonhakuvaiheessa suoritettiin mahdollisimman täsmällisiä hakuja, jotta epäsopivien hakutulosten määrä saatiin mahdollisimman pieneksi.

Tutkimuksen aihe on osoittautunut melko vähän tutkituksi. Syömishäiriöitä käsittelevät tutkimukset koskevat enimmäkseen nuorten syömishäiriöitä ja näistä erityisesti anoreksiaa. Joitakin aikuisten syömishäiriöitä käsitteleviä opinnäytetöitä on tehty, esimerkkinä Diakonia-ammattikorkeakoulussa laadittu opas aikuisen syömishäiriöpotilaan tunnistamiseen terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa (Kärnä & Tuominen 2011). Aiempiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin lukeutuu myös esimerkiksi Itä-Suomen yliopistossa 2012 valmistunut aikuisten syömishäiriöiden hoitoa käsittelevä systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Eklund 2012), jonka avulla pyrittiin selvittämään kunkin syömishäiriön hoitoon parhaiten soveltuvia hoitokeinoja ja jatkotutkimuksen tarvetta.

5 AIKUISUUS

Aikuisuus kattaa varhaisaikuisuuden (noin 20–40 -vuotiaana), keski-aikuisuuden eli keski-ikä (noin 40–65 -vuotiaana) ja myöhäsaikuisuuden ikävaiheet. Nuoruudesta aikuisuuteen siirtyminen merkitsee vastuun ottamista omasta itsestä, itsenäistä päätöksentekoa ja taloudellista itsenäisyyttä. Aikuisuudessa tapahtumat ja tehtävät vaativat yksilöltä päätöksiä ja sopeutumista ja niillä on merkittäviä seurauksia hänen selviytymisensä ja onnellisuutensa kannalta. Tällaisia tehtäviä voivat olla esimerkiksi ammattitaidon hankkiminen, työuran aloittaminen, lasten saaminen ja kasvattaminen, yhteiskunnallisten asioiden seuraaminen ja niihin vaikuttaminen, taloudellisen perustan luominen, tyydytystä tuottavaan vapaa-ajan toimintaan osallistuminen, omasta henkisestä ja eettisestä kehityksestä huolehtiminen sekä ikään liittyviin fyysisiin muutoksiin sopeutuminen. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 160–161.)

Näistä aikuisuuden kehitystehtävistä selviytyminen vaatii monenlaisten taitojen, sosiaalisten suhteiden ja persoonallisuuden kehittymistä. On esitetty, että syömishäiriöihin sairastuneilla aikuisilla on saattanut olla vaikeuksia saavuttaa kehitystehtävät tyydyttävästi ja osa nuorista syömishäiriöön sairastuneista aikuisista kamppailee vielä nuoruusiän kehitystehtävien kanssa (NICE 2004, 34–35).

6 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia sairauksia. Syömishäiriöiden taustalla on usein psyykkistä pahoinvointia, joka ilmenee syömiskäyttäytymisen häiriintymisenä ja fyysisen tilan muutoksina. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11; American Psychiatric Association 2011.) Syömishäiriöt voivat aiheuttaa muun muassa lihas- ja nivelsärkyjä, päänsärkyä, ruoansulatuskanavan oireita, kuukautishäiriöitä, hengästymistä, rintakipua, ahdistuneisuutta, masennusoireita ja päihteiden väärinkäyttöä. Koska syömishäiriöiden fyysiset ja psyykkiset ongelmat ilmenevät yhdessä, ne ovat vaikeasti tunnistettavia ja vaikeahoitaisia psyyken häiriöitä. (Allen & Dalton 2011, 1165.)

Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen nousee syömishäiriöpotilaan elämän keskeiseksi sisällöksi tavalla, joka häiritsee merkittävästi normaalia arkea, opiskelua, ihmissuhteita ja työntekoa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11). Syömiseen, oman kehon hallintaan ja liikuntaan suunnatut ajatukset ovat keino torjua psyykkistä pahaa oloa. Syömishäiriöille on tyypillistä, että sairauden alkuvaiheessa sairastunut ei koe olevansa sairas. Sairastunut kokee häiriintyneestä syömisestä olevan enemmän hyötyä kuin haittaa, sillä se tuo kontrollin tunnetta elämään. (Reid, Burr, Williams & Hammersley 2008, 958; Viljanen, Mikkola, Santala & Rekilä 2009, 5–6.) Viitakorpi (2010) viittaa tutkimuksiin, joissa ihmisen persoonallisuuden piirteillä on havaittu olevan vaikutuksia syömishäiriöiden syntyyn. Neuroottisuus, perfektionismi, pakko-oireisuus, negatiivinen emotionaalisuus sekä sisään-päin kääntyneisyys altistavat syömiskäyttäytymisen häiriintymiselle. Naisilla, joiden syömiskäyttäytyminen oli häiriintynyt, oli selvästi vertailuryhmää heikompi itsetunto, huonompi stressinsietokyky ja heikompi yhteistyökyky. (Tasca, Demidenko, Krysanski, Bissada, Illing, Gick, Weekes & Balfour 2009, 283–286.)

Syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten biologia, geenit ja psyko-sosio-kulttuuriset tekijät (Eklund 2012, 11). Syömishäiriöiden taustalla voi olla perinnöllistä alttiutta, perheeseen ja elämäntilanteisiin liittyviä tekijöitä, neuro- ja endokrinologisia syitä tai aivojen välittäjäainetoiminnan häiriöitä. Laukaisevana tekijänä on tavallisimmin jokin psykososiaalinen stressitilanne. (Lepola & Koponen 2008, 155. Pekkarinen 2007, 12) Liian vähäistä energiansaantia ja huonoa ravitsemustilaa pidetään sekä syömishäiriöiden syynä että seurauksena (Eklund

2012, 11). Syömishäiriöiden taudinkulku on yleensä aaltoileva, häiriöt ovat pitkäaikaisia ja kuolleisuusriski on suuri (Lepola & Koponen 2008, 154).

6.1 Anoreksia

Anoreksialle tyypillinen oireilu alkaa usein pakonomaisesta tarpeesta syödä terveellisesti ja laihduttaa, sillä anoreksiaa sairastava näkee oman kehonsa vääristyneenä. Syömisen kontrollointi, ja laihduttaminen tuovat tunteen itsekurista ja sillä pyritään ratkaisemaan elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. Nälkiintymisen aiheuttamat psyykkiset ja fyysiset muutokset, kuten masennus ja ruokaan liittyvät pakkoajatukset korostavat ja ylläpitävät syömishäiriön oireita ja vaikuttavat ihmissuhteisiin ja toimintatapoihin. Näin syntyy syömishäiriötä vahvistava noidankehä. (Keski-Rahkonen ym. 2008,13; Suokas & Rissanen 2011, 351; Viljanen ym. 2009,12.)

Anoreksia jaetaan kahteen päätyyppiin: restriktiiviseen eli paastoavaan ja bulimiseen eli ahmimista ja erilaisia tyhjentyiskeinoja suosivaan anoreksiaan. Restriktiivisessä anoreksiassa runsas, pakonomainen liikunta ja paastoaminen sekä ruuasta kieltäytyminen hallitsevat taudinkuvaa. Bulimisessa anoreksiassa laihduttaminen, ahmiminen ja kehon tyhjentäminen ahmimisen jälkeen muodostavat noidankehän. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13–16.) Anoreksiaa sairastava saattaa olla poikkeuksellisen kiinnostunut ruoan valmistuksesta ja kaikesta ruokaan liittyvästä, mutta silti säännöstelee tiukasti syömistään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12–13.)

Anoreksiassa lihavuuden ja lihomisen pelko tulevat ylitsepääsemättömiksi ja useat anorektikot sanovatkin kuolevansa mieluummin kuin olevansa lihavia (Ayton 2011, 8). Claude-Pierren (2000, 96–97) mukaan anoreksiaa sairastavat valehtelevat syömisensä, he käyttävät peittäviä vaatteita ja joko tiedostaen tai tiedostamattaan tavoittelevat kuolemaa. Anoreksiaa sairastavien kuolleisuus on noin 5–7 %, eli suurempi kuin useimpien muiden psykiatrisia sairauksia sairastavien kuolleisuus (Käypä hoito 2009a). Noin viisi sadasta anoreksiaan sairastuneesta henkilöstä kuolee ennen aikaisesti joko aliravitsemuksen aiheuttamiin lisäsairauksiin tai itsemurhan seurauksena. Anoreksiaan sairastuneista vain noin puolet toipuu sairaudesta kokonaan, joka viides kärsii sairaudesta useiden vuosien ajan ja joka kolmannella oireet kroonistuvat ja jatkuvat lievinä. (Huttunen & Jalanko 2012.)

Anoreksiaan ei ole yhtä syytä, vaan se kehittyy erilaisten altistavien ja laukaisevien tekijöiden seurauksena ja eri tekijät voivat pitää sitä yllä. Altistavat tekijät voivat olla psykologisia, perheeseen ja kulttuuriin liittyviä, perinnöllisiä tai aineenvaihduntaan liittyviä. Laihuushäiriöpotilailla on usein kaavamaisia uskomuksia ja ajatusvääristymiä, jotka altistavat oireilulle tai pitävät sitä yllä. Laihuushäiriön kehittymistä voi edeltää masennus. Monet vakavat psykologiset tai kehitykselliset traumat, esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö, voivat altistaa laihuushäiriölle. Perheen vaikutusta laihuushäiriöiden synnyssä on pidetty merkittävänä, mutta nykyisin on esitetty, että perheen poikkeavuudet voivat olla yhtä lailla laihuushäiriön seurausta. Perheiden tavat ja asenteet voivat olla selittävä tekijä osassa laihuushäiriötapauksia ja kaksostutkimusten perusteella myös perinnöllinen alttius voi olla olemassa. Länsimaisen kulttuurin hoikkuutta suosiva naisihanne lisää naisten tyytymättömyyttä painoonsa ja lisää pyrkimystä painon säätelyyn. (Lepola & Koponen 2008, 155; Suokas & Rissanen 2011, 349–350; Viitakorpi 2010, 9–10.)

6.2 Bulimia

Bulimia eli ahmimishäiriö (bulimia nervosa) voidaan jakaa kahteen tyyppiin, objektiiviseen ja subjektiiviseen ahmimiseen. Objektiivisella ahmimisella tarkoitetaan tilannetta, jossa bulimisesti oireileva menettää hallinnan syömiseen ja syö ulkopuolisenkin ihmisen mielestä erittäin suuren määrän ruokaa. Objektiivisesti ahmivat saattavat syödä ahmimiskohtauksen aikana useita tuhansia kaloreita. Subjektiivisella ahmimisella tarkoitetaan syömistä, joka sairastuneen mielestä on liiallista, mutta ulkopuoliset pitävät syötyä ruokamäärää tavanomaisena. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13–15.)

Bulimia ei välttämättä näy sairastuneen painossa eikä sitä pidetä yhtä vakavana sairautena kuin anoreksiaa, vaikka se aiheuttaa keholle ja mielelle paljon ongelmia. Pitkään jatkuva elimistön tyhjentäminen voi vaarantaa elimistön neste- ja elektrolyyttitasapainon. Bulimisesti oireileva pyrkii hallitsemaan syömistään, sillä hoikkuuteen pyrkiminen tarjoaa ahmimishäiriöiselle näennäisen keinon korjata ongelmia. Jatkuva ruuan säännöstely johtaa kuitenkin ahmimiseen. Sairastunut syö ahmimiskohtauksen aikana epätavallisen suuren määrän ruokaa, mikä aiheut-

taa psyykkisen ja fyysisen pahan olon. Ahmimisen jälkeistä pahaa oloa sairastunut yrittää lievittää oksentamalla, ulostuslääkkeillä tai runsaalla liikunnalla. Bulimiaan liittyy usein itsetuhoista käytöstä, kuten viiltelyä. (Viljanen ym. 2009, 12–13; Suokas & Rissanen 2011, 359–360.)

Bulimian syntyyn vaikuttavat kulttuuriin, perheeseen ja yksilökehitykseen liittyvät altistavat ja laukaisevat tekijät sekä oksentelusta ja nälkiintymisestä johtuvat ylläpitävät tekijät. Altistavat psykologiset ja kehitykselliset tekijät ovat puutteellinen itsetunto, masennus tai persoonallisuuden epävakaus. Bulimiaa sairastavat ovat kuitenkin usein ulospäinsuuntautuneita, avoimesti vihaisia ja impulsiivisia. Psykodynaamisesti ahmimishäiriöisillä on eriytymis-yksilöitymiskehitykseen liittyviä ongelmia. Turvaton lapsuus, kehitykselliset traumat ja perheen rikkonaisuus liittyvät tavallista useammin bulimiasta kärsivien taustaan. (Suokas & Rissanen 2011, 359.)

6.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat hyvin yleisiä. Erään arvion mukaan vähintään puolet hoitoon hakeutuneista syömishäiriöpotilaista sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä. (Viljanen ym. 2009, 6-7.) Epätyypilliseksi näitä syömishäiriöitä kuvataan siksi, että oireistosta puuttuu jokin anoreksian tai bulimian tyypillinen oire tai se esiintyy lievempänä (Viljanen ym. 2009, 6–7; American Psychiatric Association 2011). Esimerkiksi vakavasti alipainoiset syömishäiriöpotilaat eivät välttämättä halua laihtua enempää ja pitävät itseään liian laihoina, mutta syömiskäyttäytyminen on siitä huolimatta häiriintynyttä. Heillä saattaa olla kiellettyjä ruokia ja ruokamäärät ovat liian pienet kulutukseen nähden. (Aytton 2011, 20–21.) Epätyypillisiä syömishäiriöitä hoidetaan usein samalla tavalla kuin tyypillisiä syömishäiriöitä ja ne voivat olla vaikeusasteeltaan lieviä tai jopa henkeä uhkaavia. Hoidon tarve on epätyypillisissä syömishäiriöissä aivan yhtä suuri kuin tyypillisissäkin, joten ulkopuolisen avun hakeminen on tarpeen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18–19.)

6.3.1 Kohtauksittainen ahmimishäiriö (BED)

Kohtauksittaisesta ahmimishäiriöstä käytetään myös nimeä lihavan ahmimishäiriö tai lyhennettä BED (binge eating disorder). Kohtauksittainen ahmimishäiriö on bulimian epätyypillinen sairausmuoto. Siinä esiintyy bulimian kaltaista ahmimista, mutta ei tahallisia tyhjentäytymiskeinoja. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17–18.) Kohtauksittaista ahmimishäiriötä esiintyy 2-3 %:lla väestöstä (Mustajoki 2012; Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi 2011, 1649). Ahmimishäiriö on kyseessä silloin kun ahmimista tapahtuu vähintään kahdesti viikossa, usean kuukauden ajan. Ahmimishäiriö voidaan diagnosoida, mikäli ahmimiseen liittyy muita oireita, kuten itsensä halveksuntaa, masentuneisuutta, huomattavan suuri syömisnopeus tai ahmimisen salaaminen muilta. (Mustajoki 2012; Pyökäri ym. 2011, 1649.) Tutkimuksissa ilmenee, että ahmimishäiriötä sairastava oireilee helpommin, mikäli hänellä on vihan tunnetta, huonoja sosiaalisia kokemuksia ja stressiä (Verstuyf, Vansteenkiste, Soenens, Boone & Mouratidis 2013).

On todettu, että ahmimishäiriötä sairastavilla on muita enemmän psyykkisiä sairauksia. Ahmimisriski lisääntyy sitä mukaa, mitä ylipainoisempi henkilö on. (Mustajoki 2012.) Tutkimuksissa ilmenee yhteyksiä tyypin 2 diabetekseen ja metaboliiseen oireyhtymään. Toistuvat laihdutuskerrat ja suuret painonvaihtelut rasittavat kehoa ja ruuansulatusjärjestelmä joutuu mukautumaan elimistön muutoksiin. (Pyökäri ym. 2011, 1650.)

6.3.2 Ortoreksia

Ortoreksia eli terveellisen ruuan pakkomielle (orthorexia nervosa) on luokiteltu epätyypilliseksi laihuushäiriöksi. Ortoreksiaa sairastava noudattaa orjallisesti terveellistä ruokavaliota ja rajoittaa syömistään. Ravintoaineiden mahdollinen puute vaurioittaa elimistöä pitkään jatkuessaan. (Viljanen ym. 2009, 6–7.) Elämän uudelleen järjestäminen tai terveellinen ruokavalio laihdutuskeinona saattaa johtaa helposti ortoreksiaan. Pakkomielteinen syömiskäyttäytyminen ja suhtautuminen ruokaan vaikuttavat olennaisesti myös läheisiin ihmissuhteisiin. Ajatusten jatkuva keskittyminen ruokaan hankaloittaa normaalia arkea. (Santala 2007, 31.) Vaikka ortoreksia sanana ja sairautena tunnetaan varsinkin mediassa erittäin hyvin, kuten

Vandereycken (2011) tekemästä tutkimuksesta ilmenee, ei sairaudella ole erillistä tautiluokitusta.

7 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO

Aikuisilla syömishäiriö kroonistuu helpommin kuin lapsilla ja nuorilla. Aikuiset ovat hoitoon hakeutuessaan saattaneet sairastaa jo vuosia, jolloin sairaus on ehtinyt kroonistua ja näin ollen hoidot kestävät lähtökohtaisesti kauemmin (APA 2006). Aikuisten ja lasten syömishäiriöiden hoidot eroavat toisistaan sairauden keston vaihteluista ja eri kehitysvaiheista johtuen. Aikuiset hakeutuvat yleensä itse hoitoon eikä heillä välttämättä ole sosiaalisia tukiverkkoja, kun taas lasten ja nuorten vanhemmat ovat usein tukena hoitoon hakeutumisessa ja toipumisessa. (Doyle, Smyth & Le Grange 2012, 222.) Tukiverkkojen puutteesta johtuen aikuisten hoitoennuste on huonompi ja hoitotiimin moniammatillisuuden merkitys korostuu. Suosituksen mukaan aikuisen hoitoon tulisi osallistua psykiatri tai psykologi, ravitsemusterapeutti ja lääkäri. Myös fysioterapian osuutta korostetaan yhä enemmän syömishäiriöiden hoidossa (Duodecim 2009; American Psychiatric Association 2006).

Eri syömishäiriöitä hoidetaan osittain samoilla keinoilla, mutta kunkin syömishäiriön erityispiirteiden vaatimalla tavalla. Hoitojakson tavoite määräytyy jakson alussa (NICE 2004, 60). Hoidon pyrkimyksenä on auttaa potilasta ymmärtämään ravitsemustilan ja fyysisen kuntoutumisen merkitys, tunnistamaan omia tunteitaan, ymmärtämään haitallista käyttäytymistä ja vääristyneitä ajatuksia syömishäiriöstä, parantaa toimintakykyä ja helpottaa muuta psykopatologiaa ja liitännäisoireita. Potilaan toipuessa tavoitteena on painon ja syömiskäyttäytymisen normalisoituminen, psyykkisten oireiden helpottuminen ja sitä kautta potilaan kykeneminen normaaliin sosiaaliseen toimintaan (Koistinen 2013; Käypä hoito 2009b).

Anoreksian hoito kohdentuu erityisesti normaalipainon saavuttamiseen ja bulimian hoidossa lisäksi syömisen hallintaan ja kompensatiokeinoista luopumiseen. Epätavallisia syömishäiriöitä hoidettaessa pyritään noudattamaan sen syömishäiriön hoitosuosituksen, mitä potilaan syömishäiriö eniten muistuttaa (NICE 2004, 60). Terapiamuodoista kognitiivinen käyttäytymisterapia on eniten tutkittu etenkin bulimian ja kohtauksittaisen ahmimishäiriön hoidossa ja sitä suositellaan käytettäväksi myös anoreksian hoitomuotona (NICE 2004, 32). Tarvittaessa myös mieli-

alaan tai ahdistuneisuuteen liittyviä ongelmia ja masennusta hoidetaan. (Keski-Rahkonen 2008, 155.)

7.1 Syömishäiriöiden hoidon nykytilanne

Syömishäiriöpotilaan hoitoon hakeutuminen tapahtuu yleensä perusterveydenhuollon kautta. Ensikontakti on nuorten kohdalla usein kouluterveydenhoitaja, aikuisilla työterveyshuolto tai terveyskeskus tai vaihtoehtoisesti yksityinen taho. (Syömishäiriöliitto 2014.) Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa syömishäiriö, arvioida tilanteen vaikeusaste ja käynnistää hoidon suunnittelu. Lievissä tapauksissa hoito aloitetaan perusterveydenhuollossa ja tilannetta voidaan seurata noin kolmen kuukauden ajan. Potilaat, joita ei voida perusterveydenhuollossa auttaa, lähetetään erikoissairaanhoidon, jonne syömishäiriöiden hoito pääsääntöisesti kuuluu. (Koistinen 2013; Blomqvist-Lyytikäinen, Aapro, Arola, Gräsbeck, Hovi, Iisalo, Kaltiainen, Kiviniemi, Leppäkases, Metsärinne, Nurminen, Peni-Kivirikko & Suomalainen 2010.) Syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita hoitolaitoksia on julkisella sektorilla vähän, minkä vuoksi syömishäiriöpotilaat hoidetaan yleispsykiatrisilla osastoilla ja osittain myös somaattisilla osastoilla, joiden erikoisosaamisen määrä vaihtelee suuresti. Hoitajilla ei välttämättä ole valmiuksia kohdata syömishäiriötä sairastavia ja asennoitua heihin oikealla tavalla. (Käypä hoito 2009; Paappanen 2013, 7, 10–11.)

Suomen ainoa aikuisten syömishäiriöihin erikoistunut yksikkö on HYKS:n psykiatrian syömishäiriöyksikkö, joka koostuu poliklinikasta, päiväosastosta ja vuodeosastosta. Hoitoon ohjaututaan lähetteellä perus- tai erikoissairaanhoidosta. Hoito alkaa arvioinnilla, jonka jälkeen potilas ohjautuu psykoedukaatio- ja hoitoryhmiin, yksilöterapiaan, lääkärin seurantaan, päiväosastolle tai vuodeosastolle. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 154–155.) Päijät-Hämeen alueella aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoito on keskitetty Lahden psykiatrian poliklinikalle. Syömishäiriötyöryhmän vastuualueena on 18 vuotta täyttäneiden syömishäiriöpotilaiden hoito Päijät-Hämeen alueella. Syömishäiriötyöryhmä työskentelee moniammatillisesti ja tarjoaa potilaalle kaiken tämän tarvitseman hoidon ja palvelun. Työryhmässä työskentelee lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja ja syömishäiriöhoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja. Käytössä ovat myös sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja

fysioterapeutin palvelut. Potilaan tullessa hoitoon arvioidaan potilaan psyykkinen jafyysinen tila. Lisäksi pyritään luomaan hyvä perusta luottamukselliselle hoitosuhteelle ja potilaan perhe otetaan mukaan yhteistyöhön. Psykiatrisen hoidon rinnalla seurataan jatkuvasti fyysistä terveydentilaa. (Koistinen 2013.)

7.2 Valmisteilla oleva hoitosuositus

Aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitoa varten ei ole olemassa suomalaista hoitosuositusta. Lääkäriseura Duodecimissa valmistellaan Käypä hoito -suositusta ja sen arvioidaan valmistuvan vuonna 2015. Suosituksen odotetaan parantavan hoitoa ja tasaavan alueellisia eroja aikuisten syömishäiriöiden hoidossa. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Syömishäiriöklinikan ylilääkäri Jaana Suokas pitää YLE:n (2013) uutisten mukaan Käypä hoito -suositusta tärkeänä, koska se luo puitteet, joiden pohjalta hoidon järjestämistä eri alueilla suunnitellaan. Suokkaan mukaan aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoito on eri alueilla järjestetty eri tavoin.

Yhtenäisen hoitolinjauksen puuttuessa potilaat ovat sairaanhoitopiireittäin eriarvoisessa asemassa (YLE 2013), sillä kaikissa sairaanhoitopiireissä ei ole syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä tai aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopolkua. Erikoissairaanhoidon piirissä syömishäiriöpotilaita hoitaa moniammatillinen työryhmä. Moniammatilliseen hoitotyöryhmään kuuluvat sairaanhoitopiiristä riippuen yleislääkäri, gynekologi, sisätautilääkäri, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, hammaslääkäri tai suuhygienisti, sosiaalityöntekijä, sekä perhe- tai toimintaterapeutti. (Blomqvist-Lyytikäinen ym. 2010; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013; Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2007; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2010.)

Aikuisten syömishäiriöiden Käypä hoito -suositusta valmisteleva työryhmä pyysi vuonna 2013 Syömishäiriöliitolta ja syömishäiriötä sairastavilta heidän näkemyksiään siitä, mitä suosituksessa tulisi ottaa huomioon. Työryhmälle toimitettiin yhteenveto, jossa pyydetään kiinnittämään huomiota syömishäiriöiden pitkäaikaisuuteen ja monimuotoisuuteen. Suosituksen toivotaan antavan selkeät ohjeet sairauden tunnistamiseen, hoidon järjestämiseen ja hoitohenkilökunnan ammattitai-

don turvaamiseen sekä kuntoutumiseen. Lääketieteeseen perustuvan Käypä hoitosuosituksen rinnalle toivotaan myös hoitotyön suosituksia. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2013.)

Syömishäiriöliiton kyselystä ilmenee myös, että aikuisuuden rajapyykin saavuttaminen katkaisee helposti jo käynnissä olevan hoitopolun potilaan siirtyessä nuorisopsykiatrian asiakkuudesta aikuispsykiatrian asiakkaaksi ja että aikuisena hoitoon pääsy on vaikeampaa kuin nuorena (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2013). Tämän ongelman ratkaisemiseksi HYKS:n nuorten ja aikuisten erilliset syömishäiriöklinit yhdistettiin vuoden 2013 alussa. Muutosta on pidetty onnistuneena ja se on mahdollistanut katkeamattoman hoitopolun, joten ikärajoissa joustaminen saattaa vaikuttaa hoitoon erittäin myönteisesti. (HYKS 2012; Vehmanen 2013.)

7.3 Anoreksian hoito

Anoreksiapotilas vastustaa usein omaisten tai lääkäreiden kehotuksia huolehtia terveellä tavalla ruokavaliostaan ja painostaan. Anoreksiaa sairastavan motivoituttua häntä voidaan hoitaa ravitsemusneuvonnalla, painon seurannalla ja yksilöllisellä psykoterapialla tai perheterapialla. (Huttunen & Jalanko 2012.) Anoreksiapotilaat eivät yleensä hyödy lääkehoidosta elleivät he samanaikaisesti kärsi vakavasta masennustilasta. (Huttunen & Jalanko 2012; Allen & Dalton 2011, 1166).

Anoreksiaa sairastavan osastohoito keskittyy pitkälti fyysisen tilan korjaamiseen, mutta toipumisen edellytyksenä on myös psyykkisen tilan korjaaminen. Hoidossa tulee myös huomioida sairauden taustalla olevia ristiriitaisuuksia ja jännitteitä. Syömishäiriötä sairastavat haluavat kontrolloida syömistään ja kokevat kontrollin tuovan helpotusta elämäänsä. Monet sairastuneet sanovat kuitenkin, että toipumisvaiheessa kontrollin antaminen hoitohenkilökunnalle on helpottavaa ja edistää toipumista. (Westwood & Kendall, 2012, 505.)

Suomessa anoreksiaa hoidetaan yleensä avohoidossa. Sairaalahoido on toteutettava välittömästi jos paino on hyvin alhainen tai laskee nopeasti, yli 25 % kolmen kuukauden aikana. Hoidon onnistumisen ja kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että anoreksiasta kärsivä ei eristäydy läheisistään. Joogasta ja muista meditaatiomene-

telmistä voi olla tukea muille hoito- ja kuntoutusmuodoille. (Huttunen & Jalanko 2012.)

Kansainvälisissä suosituksissa kehoitetaan suorittamaan anoreksiapotilaalle fyysisen ja psyykkisen tilan sekä sosiaalisten tekijöiden arviointi. Painon normalisoinnin merkitystä korostetaan kaikissa hoitosuosituksissa ja sitä tulee seurata vähintään viikoittain. Vakavasti alipainoisen potilaan kohdalla myös ravintoneuvonta on tärkeää. Suosituksissa ei kuitenkaan mainita erityisesti aikuisten anoreksiapotilaiden hoidosta muuta, kuin että aikuiset potilaat pyritään hoitamaan avohoidossa. (Ayton 2011, 227, 231–232; American Psychiatric Association 2006; NICE 2004, 7, 60.)

Psykologisista interventioista suositellaan yksilöterapioida, perheterapiaa ja ryhmäterapiaa. Asiantuntijat suosittelvat usein yksilöterapiaksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa (CBT) tai intersosiaalista terapiaa (IPT), mutta Ayton (2011, 233) viittaa uusiin satunnaiskontrolloituihin tutkimuksiin, joiden mukaan edellä mainittuja yhdistävä terapiamuoto (supportive psychotherapy) on tehokkaampi. Lisäksi hoitona käytetään psykoedukaatiota, psykodynaamista psykoterapiaa, motivoivaa haastattelua sekä lyhytterapiaa (Ayton 2011, 236–240).

7.4 Bulimian hoito

NICE (2004, 17–18) määrittelee bulimian tyypillisesti aikuisten syömishäiriöksi, sillä on harvinaista, että lapset oireilevat bulimialle tyypillisellä tavalla. Suosituksessa keskitytään pääasiassa aikuisten hoitokeinoihin. Bulimian hoitoon kuuluvat ravintovalistus ja erilaiset yksilöllisesti suunnitellut psykoterapiat sekä perheterapiat. Aikuispotilaille tulee ensisijaisesti tarjota näyttöön perustuvien itsehoitomenetelmien käyttöä (Huttunen 2011).

Mikäli itsehoito ei tuo tarvittavaa apua, on bulimian hoidossa keskityttävä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (CBT-BM), jota on menestyksellisesti käytetty yli 16-vuotiaiden ahmimisoireisiin. (Huttunen 2011; Käypä hoito 2009b; NICE 2004, 60.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia on vahvistanut asemaansa bulimian hoitomuotona (Allen & Dalton 2011, 1166). 2000-luvun alkuun mennessä tehtyjen, yli viidenkymmenen kontrolloidun satunnaistetun tutkimuksen mukaan, kognitiiv-

vinen käyttäytymisterapia on todettu parhaaksi bulimian hoitomenetelmäksi (Antony ym. 2008, 376). Terapian on oltava tarpeeksi pitkäkestoista ja terapiaistuntoja tulee olla riittävän tiheästi. Bulimian hoidossa myös serotonergiset masennuslääkkeet eli SSRI-lääkkeet, kuten fluoksetiini voivat helpottaa ahmimiskohtausten pakonomaisuutta ja harventaa niiden esiintymistiheyttä (Huttunen 2011; Allen & Dalton 2011, 1166; Antony ym. 2008, 377; NICE 2004, 60).

7.5 Kohtauksittaisen ahmimishäiriön (BED) hoito

Ahmimishäiriön hoidossa potilaan itse toteuttamat itsehoito-ohjelmat ovat tärkeässä roolissa. Ohjelman tarkoituksena on hallittu painonpudotus ja ahmimisen hillitseminen elämäntapamuutosten keinoin. Tärkein toimenpide on palauttaa normaali ruokailurytmi, johon kuuluvat aamiainen, lounas, päivällinen ja sopivat välipalat. Ruoan tulee olla monipuolista ja kasvispitoista. Tällaisesta syömistavasta käytetään nimitystä täsmäsyöminen. Usein pelkkä itsehoito riittää ahmimishäiriön lievittämiseen ja paranemiseen. (Mustajoki 2012; NICE 2004.)

Kohtauksittaisen ahmimishäiriön pääasiallinen hoitomuoto on psykoterapia ja ravitsemusohjaus, jota toteutetaan kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteiden mukaisesti. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on saanut kannatusta kohtauksittaisen ahmimishäiriön pääasiallisena hoitomuotona (Allen & Dalton 2011, 1166; NICE 2004, 60). Ahmimishäiriötä sairastaville on kehitetty oma kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto CBT-BED. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisena. (Mustajoki 2012; NICE 2004, 71 Pyökäri ym. 2011). Ahmimishäiriön hoito on haasteellista, sillä hoitamattomana se johtaa helposti vaikeaan lihavuuteen, joten onnistuneen hoidon on tasapainoiltava lihavuuden hoitotavoitteiden ja ahmimisen hoidon välillä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18–19; Mustajoki 2012). Hoidolla pyritään muuttamaan kehonkuvaa positiivisemmaksi, korjaamaan ruokaan ja ruokailuun liittyviä epäterveitä ajatus- ja toimintamalleja sekä tunnistamaan niihin liittyviä tunteita. Ahmimishäiriön lääkehoitona voidaan käyttää SSRI-lääkkeitä, kuten fluoksetiinia vähentämään ahmimiskohtausten määrää (Antony ym. 2008, 379.)

8 TERAPEUTTINEN HOITOSUHDE

Vuorovaikutukseen perustuva terapeuttihoitosuhde ja yhteistyö potilaan ja terapeutin välillä on psykiatrisen hoitotyön tärkein osa-alue. Psykiatrisen sairauksen hoidossa hyvän hoitosuhteen merkitys korostuu, sillä toipuminen mahdollistuu paremmin, kun yhteistyössä vallitsee paranemismyönteinen ilmapiiri. Pelkkä teoreettinen valmius sairauksien hoitoon ei riitä vaan myös hoitajan persoonalla on suuri merkitys psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatristen sairauksien hoidossa yksilöllinen ja luottavainen hoitosuhde on erityisen merkityksellinen. (Paappanen 2013, 14.)

Tutkimuksessa, jossa vertailtiin terapeuttien ja potilaiden näkemyksiä hoidosta (De la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth 2008, 307), sekä terapeutit, että potilaat pitivät keskustelutaitoa ja hyvää terapeutista vuorovaikutusta erittäin tärkeänä. Tutkimuksessa mukana olleet terapeutit pitivät hoidossa tärkeänä syömishäiriölle tyypillisen käyttäytymisen ja oireilun hoitoa, kun taas potilaat nostivat esiin sairautensa taustalla piilevien syiden etsimisen ja luottavaisen hoitosuhteen merkityksen. Terapeuttien mukaan myös heidän oma sitoutumisensa hoitoon, potilaan kannustaminen ja empatiakyky potilasta kohtaan ovat tärkeitä hyvän hoitosuhteen luomiseksi. (De la Rie ym. 2008, 307, 310, 313.)

Psykiatrisen hoidon laatua koskevassa kyselytutkimuksessa (Kinnunen 2013, 17) potilaat arvioivat hoitohenkilökunnan ammattimaisuutta ja kuvasivat tyytyväisyyttään hoitoon. Potilaiden tyytyväisyyteen vaikutti suuresti hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, hoitajan kyky osoittaa empatiaa ja antaa potilaalle tilaa toteutuneissa keskusteluissa. Potilaiden mielestä oli tärkeää voida osoittaa hoitajalle tyytymättömyyttä ja vihan tunteita. Hoitokontaktin säännöllinen toteutuminen ja riittävän pitkä hoitokontakti koettiin myös tärkeiksi hoidon laatua mittaaviksi tekijöiksi.

Hyvän hoitosuhteen merkitystä käsitellään myös systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Ordos 2012, 3–4), jossa on mukana 16 anoreksiapotilaan ja terapeutin välistä terapeutista allianssia (therapeutic alliance) koskevaa tutkimusta. Potilaan ja terapeutin välisellä terapeuttisella allianssilla tarkoitetaan sitä, että potilaalla ja terapeutilla on yhteinen päämäärä sekä tehtävä ja, että heidän välillään vallitsee

side. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena todettiin, että myönteinen hoitosuhde on potilaiden mielestä tärkeä osa hoitoa ja sillä on merkitystä hoitomotivaation syntymisessä.

9 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Kvalitatiivisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on todellisuus ja tutkittava ilmiö tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Koska tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä syömishäiriöihin sairastuneiden subjektiivisia kokemuksia, päätettiin tutkimuksessa käyttää laadullista lähestymistapaa ja toteuttaa aineistonkeruu laadullisin menetelmin. Aineisto kerättiin teemahaastattelun tai kirjallisen teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu valittiin, koska se korostaa ihmisten asioille antamia tulkintoja ja merkityksiä. Yksilöhaastattelu valittiin sensitiivisen tutkimusaiheen vuoksi ja koska oletettiin, että tutkimushenkilöt eivät haluaisi kertoa kokemuksistaan ryhmässä. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95,97; Kylmä & Juvakka 2007, 23.)

9.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkiminen jakamattomana kokonaisuutena (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Kvalitatiivinen tutkimus voidaan määritellä niin, että sen tuloksia ei ole kerätty millään tilastollisilla menetelmillä tai muilla kvantitatiivisilla tavoilla ja se keskittyy ihmisten elämään, elämäkokemuksiin, käyttäytymiseen ja tunteisiin. (Strauss & Corbin 1998, 10–11). Kanasen (2008, 24) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on ilmiön kuvaaminen, mielekäs tulkinta ja syvä ymmärtäminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu kokemusten, tulkintojen, käsitysten, sekä motivaatioiden kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimustapa sopii käytettäväksi esimerkiksi silloin, kun halutaan tutkia jotain asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään aineistolähtöistä, induktiivista päättelyä, joka etenee yksittäisistä tapahtumista laajemmaksi kokonaisuudeksi eli teorian rakentamista empiirisen aineiston pohjalta. (Eskola & Suoranta 1998, 19.)

Kvalitatiivinen tutkimus lähtee liikkeelle siitä, että tutkijalla ei ole tutkittavasta aiheesta tai tuloksista mitään ennakko-oletuksia (Eskola & Suoranta 1999, 17). Koska kaikki aiemmat havaintomme ovat jollain tavalla arvolutautuneita, tutkijan tulee tiedostaa omat ennakkoluulonsa ja huomioda ne tutkimuksen esioletuksina, mutta niiden ei saa antaa rajata tutkimuksellisia toimenpiteitä. (Eskola & Suoranta

1999, 17–18; Strauss & Corbin 1998, 43.) Tässä tutkimuksessa tutkijoilla oli ennako-oletuksia aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitoon pääsyyn liittyen ja pyrittiin siihen, että ne eivät vaikuttaisi tutkimuksen toteutukseen missään vaiheessa. Ennako-oletuksia käsitellään työn pohdintaosiossa.

9.1.1 Teemahaastattelu

Haastattelu on tiedonhankintaa, jossa tutkija on suorassa vuorovaikutuksessa tutkimushenkilön kanssa (Eskola & Suoranta 1998, 85). Tiedonhankintatapana haastattelu mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen tutkimuskysymystä palvelevalla tavalla. Haastateltavalla on haastattelutilanteessa mahdollisuus tuoda esiin itseään koskevia asioita vapaasti ja tiedonkeruun keinona haastattelu korostaa erityisesti haastateltavaa aktiivisena, merkityksiä luovana osapuolena. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–35; Järvinen & Järvinen, 145–146.)

Teemahaastattelu määritellään puolistrukturoiduksi haastatteluksi, jossa esitetään kaikille osallistujille samat kysymykset, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei anneta (Eskola & Suoranta 1998, 86). Teemahaastattelussa kaikki haastattelun suunnitellut kysymykset käydään läpi, mutta niiden järjestys ja muotoilu voi vapaasti muuttua haastattelun aikana. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.) Teemahaastattelu etenee ennalta määrättyjen keskeisten teemojen varassa, mikä korostaa haastateltavan näkökulmaa ja häivyttää tutkijan roolia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.)

9.1.2 Kirjallinen teemahaastattelu

Tutkimushenkilöille päätettiin antaa mahdollisuus tuottaa tietoa myös kirjallisessa muodossa. Tämä päätös tehtiin, koska oletettiin, että kaikki tutkimushenkilöt eivät haluaisi kertoa kokemuksistaan kasvotusten. Lisäksi toivottiin, että kirjallisen haastattelun myötä saataisiin enemmän tutkimushenkilöitä mukaan, koska tutkijoilla ei ollut mahdollisuutta järjestää haastatteluja pitkien välimatkojen päähän.

Kirjallisen haastattelun periaatteet ovat samat kuin suullisen, mutta suulliselle haastattelulle ominainen vuorovaikutuksellisuus ei toteudu. Näin ollen tutkijalla ei ole mahdollisuutta ohjata tai syventää keskustelua haluttuun suuntaan. Kirjallisen

haastattelun tuotos ei välttämättä vastaa kaikkiin teemakysymyksiin tai se saattaa rönsyillä teemojen ulkopuolelle.

9.2 Tutkimuksen eteneminen

Opinnäytetyön idea syntyi keväällä 2013. Idea esiteltiin Syömishäiriöliitto-SYLI ry:lle, joka oli kiinnostunut yhteistyöstä. Saman kevään aikana ilmoitauduttiin opinnäytetyöprosessiin ja otettiin yhteyttä ohjaavaan opettajaan. Tutkimuksen idea täsmentyi keskusteluissa toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Tutkimuksen aikataulu on esitetty oheisessa taulukossa (Taulukko 2)

Taulukko 2

Kevät 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyöprosessiin ilmoittautuminen • Yhteydenotto Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n
Kesä 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Teoriapohjan kokoaminen • Tutkimushenkilöiden etsiminen
Syksy 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Suunnitelmaseminaari 26.9. • Yhteydenotot tutkimushenkilöihin
Kevät 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Aineiston kerääminen • Aineiston litterointi
Kesä 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Aineiston analyysi • Tulosten yhteenveto
Syksy 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyön palautus • Julkaisuseminaari 18.9.

9.2.1 Tutkimushenkilöiden valinta ja aineiston keruu

Syömishäiriöliitto-SYLI ry: järjesti 15.5 2013 Lahden invakeskuksen tiloissa syömishäiriöitä käsittelevän avoimen keskusteluillan, johon opinnäytetyön tekijät pääsivät osallistumaan. Syömishäiriöliitto tiedotti tilaisuudesta Etelä-Suomen Sanomissa ilmoituksella (Liite 1), jossa mainittiin myös mahdollisuudesta osallistua opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön aihe esiteltiin tilaisuudessa ja osallistuneille annettiin tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot. Koska tilaisuuteen osallistui pääasiassa syömishäiriötä sairastavien nuorten läheisiä, kohderyhmää ei tavoitettu. Keväällä 2013 laadittiin avoin kutsukirje (Liite 2), jossa esiteltiin opinnäytetyön aihe ja toteuttamistapa. Kutsukirje julkaistiin Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n Facebook-sivuilla touko- ja elokuussa 2013. Lisäksi Syömishäiriöliitto-SYLI ry julkaisi saman kutsukirjeen jäsenkirjeessään kesäkuussa 2013. Näiden väylien avulla kohderyhmä tavoitettiin toivotulla tavalla.

Laadukkaan tutkimusaineiston saamisen varmistamiseksi tutkimushenkilöiden valintakriteerit rajattiin siten, että tutkimushenkilöillä oli riittävästi täsmällistä tietoa tutkittavasta aiheesta (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 58). Tutkimushenkilöiden valintakriteeteiksi asetettiin syömishäiriöoireilu, hoitoon hakeutuminen ja syömishäiriödiagnosi aikuisiällä. Kriteerien täyttyminen varmistettiin ilmoittautumisen jälkeen täytetyllä esitietolomakkeella (Liite 3). Huolellisella valinnalla haluttiin lisätä tutkimuksen tieteellisyyttä ja edustavuutta. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83.) Halukkaat tutkimushenkilöt ilmoittautuivat mukaan tutkimukseen sähköpostitse ja puhelimitse. Kaikkiaan ilmoittautuneita oli 13. Yksi ilmoittautuneista jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle, koska hän ei täyttänyt tutkimushenkilöille asetettuja kriteereitä. Neljä ilmoittautunutta ei vastannut lainkaan yhteydenottoihin, yksi vetäytyi tutkimuksesta ennen haastattelua ja yksi kesken kirjallisen haastatteluprosessin. Tutkimukseen osallistui lopulta kuusi tutkimushenkilöä. Tutkimushenkilöiden ikäjakauma hoitoon hakeutumisen vaiheessa oli 18–35 vuotta.

Kaikkiin tutkimushenkilöiksi ilmoittautuneisiin otettiin aluksi yhteyttä sähköpostitse. Jatkossa yhteyttä pidettiin jokaisen tutkimushenkilön kanssa erikseen haastatteluajkojen ja tapojen sopimiseksi sähköpostin ja tekstiviestien välityksellä. Koska ilmoittautumisen ja haastattelujen aloittamisen välillä kului pisimmillään

kuusi kuukautta, pidettiin tutkimushenkilöitä ajan tasalla työn etenemisestä yhteisesti sähköpostin välityksellä. Haastatteluista osa toteutettiin suullisina teemahaastatteluina ja osa kirjallisina teemahaastatteluina. Haastattelutapa ja -paikka valikoituivat tutkimushenkilön oman toiveen tai aikataulu- ja etäisyysseikkojen perusteella. Osa haastatteluista toteutettiin tutkimushenkilöiden kodeissa ja osa Lahden ammattikorkeakoulun tiloissa. Teemahaastattelut toteutettiin kahden tutkijan tiiminä, jolloin toinen toimi haastattelijana ja toinen nauhoitti, kirjasi ja esitti tärkeitä kysymyksiä. Haastattelut tallennettiin sanelukoneelle, jotta alkuperäiseen aineistoon voitiin palata analysointivaiheessa. Kirjallista osallistumista varten tutkimushenkilöille lähetettiin sama haastattelurunko (Liite 4), jota käytettiin suullisten haastattelujen pohjana.

9.2.2 Aineiston analyysi

Induktiivisen analyysin tarkoitus ei ole testata teoriaa tai hypoteeseja, vaan tarkastella aineistoa ja esitellä aineistosta nousevia seikkoja (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Induktiivinen sisällönanalyysi käsitetään yleensä kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, eli redusoidaan. Toisessa vaiheessa redusoitu aineisto ryhmitellään, eli klusteroidaan. Kolmannessa vaiheessa toteutetaan abstrahointi, eli luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Hirsjärvi & Hurme 2001, 143–150).

Sanelukoneelle tallennettu haastatteluaineisto siirrettiin äänitiedostona tietokoneelle ja litteroitiin kokonaisuudessaan. Haastattelujen pitkä kesto ja tutkimuskysymyksen laajuus puolsivat koko aineiston litterointia. Äänenpainoja, taukoja tai muita keskusteluanalyysiin liittyviä merkintöjä ei litterointiin tehty. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 138–139.) Kirjallisista vastauksista saatua aineistoa ei käsitelty millään tavoin ennen analyysiä.

Sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti ja tutkimuksen analyysiyksiköt valittiin tehtävänasettelun ja tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät olleet etukäteen harkittuja, eivätkä aiemmat tiedot tai teoriat tutkittavasta ilmiöstä vaikuttaneet analyysiin. Tämän tutkimuksen analyysiyksiköinä käytettiin lausetta, lauseen osaa tai ajatuskokonaisuutta, joita alleviivattiin redusointivaiheessa aineistosta tutkimuskysymyksen johdattamana. Alleviivatuista ajatuskoko-

naisuuksista tehdyt pelkistykset siirrettiin erilliseen tekstitiedostoon. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 109–110; Alasuutari 2011, 40–41.)

Teemahaastattelun rungon ohjaamana hankittu aineisto oli valmiiksi jäsenneltyä, mikä helpotti ryhmittelyvaihetta, jossa samankaltaiset ajatuskokonaisuudet sisältävät pelkistykset ryhmiteltiin niille sopiviin alaluokkiin. Analyysin edetessä aineistosta muodostui samankaltaisia alaluokkia jotka yhdistettiin yläluokkien alle. Tutkimuksen aineistolähtöisyyden vuoksi luokkia ei nimetty teorian ohjaamana. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 110.) Kaikki aineisto pidettiin mukana koko analyysiprosessin ajan, koska aineistosta pyrittiin löytämään tutkimushenkilöiden merkittävimmiksi nostamat teemat. Abstrahointivaiheessa huomattiin, että hoitokokemuksiin liittyvät teemat nousivat aineistosta suurimmaksi luokaksi. Mukaan otettava aineisto päätettiin rajata tarkasti ja mukaan valikoituivat alkuperäisen tutkimuskysymyksen ydinteemat; kokemukset hoitoon hakeutumisesta ja kokemukset hoidosta. (vrt. Alasuutari 2011, 42; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Koko aineiston analyysin lopputuloksena syntyi yhteensä 32 alaluokkaa ja kuusi yläluokkaa. Tutkimukseen mukaan valittiin yläluokista kaksi, jotka sisälsivät 16 alaluokkaa. Valittujen luokkien abstrahointia jatkettiin edelleen ja lopullisena tuloksena oli yhdeksän alaluokkaa jaettuna kahteen yläluokkaan. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä on laitettu tutkimuksen liitteeksi (Liite 5).

10 TULOKSET

Analyysin jälkeen aineistosta otettiin tarkasteluun tutkimuksen tarkoituksen ohjaamana kaksi pääkategoriaa: kokemukset hoitoon hakeutumisesta ja kokemukset hoidosta. Tässä luvussa kuvataan pääkategorioiden mukaiset tutkimustulokset. Tutkimushenkilöiden esiin tuomat asiat liittyivät hoitoon hakeutumisen syihin ja aloitteentekijöihin, hoitomotivaation syntymiseen sekä hoitohenkilökunnan suhtautumiseen ja hoitoon hakeutumiseen liittyviin tunteisiin. Lisäksi luvussa käsitellään hoidon aikana muodostuneita hoitosuhteita, merkittäviä myönteisiksi ja kielteisiksi koettuja hoitokokemuksia sekä vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa. Lukuun sisältyy myös kokemuksia vertaistukiryhmistä.

10.1 Kokemukset hoitoon hakeutumisesta

Tutkimushenkilöiden hoitoon hakeutumisen taustalla oli erilaisia syitä. Tärkeimpiä syitä olivat voimakas sairautentunto, sairauden vaikutus fyysiseen terveyteen, henkiseen hyvinvointiin, ja työssä jaksamiseen. Lisäksi lasten, muiden perheenjäsenten ja läheisten merkitys hoitomotivaation herättäjinä sekä hoitoon hakeutumisen käynnistäjinä korostui. Useimmat tutkimushenkilöt olivat hakeutuneet hoitoon oma-aloitteisesti, mutta joidenkin puolesta ensimmäisen yhteydenoton oli tehnyt läheinen.

Puhuin yhdelle ystävälle siitä ja tavallaan keräsin itseäni ja soitin työterveyteen ja sanoin että nyt on tällanen ongelma että nyt ei pysty. Ehkä yks elämäni vaikeimmista puheluista oli se.

Tiesin kyllä, että tää on aamust iltaan sellasta rämpimistä, niinku suossa tarpomista vaan, et ei jaksa ollenkaan. Äiti sano mulle aamulla, että jos hän veis mut lääkäriin.

Kahden pienen lapsen äitinä aloin vihdoin ymmärtää kuinka ainutlaatuinen ja tärkeä oikeastikin olen — — Halusin olla kokonainen ja tasapainoinen, täyspäinen äiti.

Kaikki tutkimushenkilöt kuvasivat hoitoon hakeutumista vaikeaksi. Sairauden myöntämiseen, avun pyytämiseen ja hoitoon hakeutumiseen liittyi yleisesti pelon ja häpeän tunteita, joiden vuoksi sairautta oli usein salailtu pitkiä aikoja. Osa tutkimushenkilöistä oli tuntenut voimakasta syyllisyyttä sairaudestaan ja pelännyt joutuvansa kohtaamaan syyllistäväää tai tuomitsevaa asennetta. Avun pyytäminen

oli kuitenkin tuntunut helpottavalta ja vapauttavalta. Hoitoon hakeutumiseen liittyi myös ristiriitaisia tunteita, koska oma sairautentunto puuttui tai oli erilainen kuin hoitohenkilökunnan tai läheisten näkemykset sairastuneen terveydentilasta. Oman sairauden vakavuutta ei ollut aina ymmärretty.

Mä jännitin ja se oli aika ahdistava se just nimenomaan kaikki se häpeän tunne ja sen asian myöntäminen ja se oli jotenki mä koin sen todella häpeällisenä. Mä koin tavallaan olevani itse syyllinen, et mä pelkäsin sitä reaktiota — — ryhdistäydy tai ota ittees niskasta kiinni

Alkuun oli sellanen, niinku mä olisin juossu tiiliseinään päin, tai multa olis katkastu siivet. Mut sitten kun mä pääsin hoitoon ja ylitin sen kynnyksen, että pyysin apua niin se oli hirveen vapauttavaa, mun ei tarvi salailla enää mitään.

Mä tiesin, että mussa ei kaikki oo ihan kunnossa, mutta ajattelin, että mä en oo niin huonossa kunnossa kun muut ihmiset, et mä en ansaitse mitään osastopaikkaa, saati sitten mitään hoitoa.

Useimmat tutkimushenkilöt olivat saaneet hoitoon hakeutuessaan hyvän ja asiallisen vastaanoton. He olivat saaneet kertoa sairaudestaan ja siihen oli suhtauduttu asianmukaisella vakavuudella. Kukaan tutkimushenkilöistä ei ollut saanut osakseen pelkäämäänsä vähättelyä tai syyllistämistä. Osa tutkimushenkilöistä oli kokenut, että hoitohenkilökunta oli neuvoton aikuisen syömishäiriöpotilaan kanssa. Hoitohenkilökunta oli ilmaissut, että valmiin hoitosuosituksen puuttuessa auttaminen on vaikeaa ja että nuoren syömishäiriöpotilaan hoitopolku olisi selkeä. Joissakin tapauksissa lääkäri oli kuunnellut henkilön omia toiveita ja pyyntöjä hoitonsa suhteen, sillä lääkäriillä itsellään ei ollut käsitystä, miten asiassa olisi tulut edetä. Lääkäriin avoin ja ennakkoluuloton suhtautuminen oli koettu erityisen hyvänä.

Suhtautuminen oli hyvää ja asianmukaista — — Hoitaja kuunteli ja antoi tilaa.

Mut kohdattiin vähän ongelmatapauksena kun mä olin aikuinen, täysi-ikäinen äiti, niin ei oikeen tiedetty että mihin mä kuulun. Tuli se sellanen olo, että me ei tiedetä mitä me tehdään sun kanssa.

Se levitti kätensä heti näin, hän ei tiedä mistä sä puhut, mutta selvästi kuulee että sä tiedät mistä sä puhut, mutta nyt ruvetaan sitte yhdessä etsimään keinoja, että mitkä ne on ne.

10.2 Kokemukset hoidosta

Lähes kaikki tutkimushenkilöt olivat ohjautuneet perusterveydenhuollon kautta erikoissairaanhoidon piiriin. Hoito oli ollut useimpien kohdalla moniammatillista ja hoitoon oli osallistunut vaihtelevasti lääkäreitä, psykologeja, psykiatrian sairaanhoitajia, ravitsemusterapeutteja ja fysioterapeutteja. Hoitoon oli hakeuduttu myös yksityisten lääkäriasemien kautta ja käytetty yksityisten tukihenkilöiden palveluita. Terapiamenetelminä oli käytetty kognitiivista psykoterapiaa, dialektista käyttäytymisterapiaa, keskustelua, luovia terapiamenetelmiä ja psykofyysistä fysioterapiaa. Somaattisia oireita oli hoidettu lääkärin ohjauksessa tarpeen mukaan. Hoitoa oli annettu avohoitona. Osa tutkimushenkilöistä oli käynyt vertaistukiryhmissä sairastamisen aikana.

10.2.1 Myönteiset hoitokokemukset

Tutkimushenkilöille syntyi hoitoprosessin aikana tiivis ja läheinen hoitosuhde terapeutin tai tukihenkilön kanssa. Ammattitaitoisen terapeutin kanssa syntynyttä suhdetta tutkimushenkilöt kuvasivat tärkeäksi, merkittäväksi ja toipumiselle välttämättömäksi.

Omaan terapeuttiin tuli tosi läheinen ja luottavainen suhde.

– –traumaattisia juttuja, jos mä en ois saanu niitä puhuttua, vaikka mä olin niitä puhunu ystävien kanssa, ni jos en ois saanu jonku ammatti-ihmisen kanssa puhuttua niitä, en tiedä miten – – mä oisin saattanu vaan lopettaa lääkehoidon ja kuvitella että nyt mä oon terve.

Tärkeimpinä hoitosuhteeseen liittyvinä seikkoina pidettiin terapeutin ammattitaitoa, yksilölähtöistä toimintatapaa, sujuvaa vuorovaikutusta ja joitakin terapeutin luonteenpiirteitä, kuten iloisuutta ja myönteisyyttä. Tutkimushenkilöiden mielestä hyvä terapeutti oli empaattinen, luotettava, kannustava, osoitti kiinnostusta potilaan asioihin ja toimi paranemismyönteisesti. Hyvää suhdetta kuvattiin myös äidilliseksi, lämpimäksi ja jämptiksi.

Et ton [terapeutin] kans kaikki toimi sillai et kaikki oli luontevaa, et ei ollu mitenkään ahdistavaa. Veikkaan et en ois käyny jos ne ois jotenki luonnotonta tai jotain.

Hän on ymmärtäväinen ja tavallaan koen sen niin, että ku mä meen sinne et vaikka ois ollu vähän taukoo, ni se muistaa mun asioita, että se ei oo sellasta läpihuutojuttua. Just että on sellanen olo, että hän haluaa auttaa ja on kiinnostunut asioista ja osaa kysellä oikeita juttuja ja sitte taas toisaalta herätellä, että jos on vaikka tullu pientä takapakkia.

Tän henkilön persoona, semmonen ilonen olemus ja se hyvä esimerkki oli semmosia rohkasevia juttuja.

Hyödyllisimpinä terapiakeinoina tutkimushenkilöt pitivät keskusteluja ja konkreettisia, kullekin potilaalle yksilöllisesti soveltuvia tehtäviä ja menetelmiä. Keskustelujen myötä tutkimushenkilöt kokivat saavansa uusia näkökulmia ja ajatusmalleja.

Et ens viikon kotiläksynä on, et otan vaik jätskiä mun veljen kanssa — — tai vaik että, okei ens viikolla pidät sen yhden vapaapäivän liikunnasta .

Me istuttiin ja juteltiin, niin menneestä, nykyhetkestä ku tulevaisuudesta. Käsiteltiin lapsuudessa tapahtuneita vaikeita asioita ja suhdetta lähimmäisiin ja nykyhetkessä, tai siis silloin nykyhetkessä olevia.

Ku on alkanu vähän ahdistamaan ni sit hän osaa sanoa, että älä nyt sitte ihmeessä tee tollasta virhettä, tai siis että hän osaa aina antaa sellasta ajateltavaa ja näkökulmia.

Tukihenkilön kokemuksen jakaminen ja esimerkki oli koettu tärkeänä, sillä tukihenkilö oli pystynyt oman kokemuksensa kautta ymmärtämään tutkimushenkilön ongelmia ja ohjaamaan sopivien keinojen avulla toipumisen eri vaiheissa.

Et se oli mulle aika sellanen rohkaseva esimerkki ja joku ketä alkuvaiheessa katoin vähän ylöspäin. Se oli mulle sellanen idoli, vähän niinku alkuvaiheessa varsinkin olis mitä vaan mistä sais otettuu kiinni, tukipilareita.

Hoidon koettiin jatkuneen joustavasti tarpeen mukaan. Hoitoa oli jatkettu riittävän pitkään ja toipumisen jälkeenkin hoitoon oli ollut mahdollista palata oireiden pahentuessa. Osalla tutkimushenkilöistä oli hoidon päätyttyä erikoissairaanhoidossa hoitotakuu, joka mahdollisti hoitoon palaamisen tarvittaessa.

Niin mä tavallaan olin jo terve, mutta sitä jatkettiin jos tää elämänmuutoksen kriisitilanne laukasee jotain niin mä olen jo hoidon piirissä. — Ni se oli semmonen hyvä turva kun ties että se on siellä taustalla jos tulee semmonen tilanne mut ei oo tullu.

Tällä hetkellä mä ehkä koen, että mä en ehkä sitä [hoitoa] välttämättä tarvitsisikaan, mut jotenki että se on vaan jääny sinne ja se tavallaan saa ollakki siellä, et se on ehkä jotenki tiedostamatakin turvallinen, että se on siellä.

Osa tutkimushenkilöistä oli osallistunut Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n järjestämään vertaistukiryhmätoimintaan sairastamisensa aikana ja pitänyt sitä hyödyllisenä. Samankaltaisten kokemusten jakamista ja muilta saatua tukea pidettiin tärkeänä. Hyvänä pidettiin myös sitä, että tukiryhmissä oli maallikoita joiden näkemykset sairaudesta ja sairastamisesta olivat olleet erilaisia kuin ammattilaisten. Toipumisprosessin edetessä suhtautuminen vertaistukiryhmään muuttui.

Mulla oli itellä niin selkeä olo, et mä haluan toipua, mä haluan syödä, mä haluan palata elämään ja näin pois päin, niin mulla tuli välillä sellai olo, et mä oon niinku ohjaajan ja ryhmäläisen välimuoto, tai sellanen. Et mä en ehkä enää samaistunu niihin sairauden syövereihin, niinkun osa niistä muista vertaistukiryhmäläisistä. Ne ei niinkun oikeen hahmottanu niitä asioita, mitkä mulle oli selkiytyne.

10.2.2 Kielteiset hoitokokemukset

Hoidon alkuvaihe oli usein ollut sekava ja ennen oikeaan hoitopaikkaan ohjautumista oli tapahtunut useita turhia käyntejä eri ammattiryhmien edustajien luo. Joko potilas itse tai hoitohenkilökunta oli todennut käynnin turhaksi tai paikan vääräksi ja potilas oli ohjautunut jälleen seuraavaan hoitokontaktiin.

Aluks mua vaan pompoteltiin tyypiltä toiselle eikä siin ollu mitään järkee — — Tuli vähän sellanen kumipallo-olo joka vaan kimpoilee paikasta toiseen.

Joissain tapauksissa tutkimushenkilöt olivat kokeneet ammattihenkilöiltä saamansa avun puutteellisenä. Tutkimushenkilöt olisivat kaivanneet ammattilaisen ohjausta sekä käytännönläheisiä auttamiskeinoja.

— — mä huomasin, kun ei oo sellasta kättä pidempää, sellasta konkreettista keinoon millä vois auttaa niin, se ei oikeestaan johdanu mihinkään.

Osa tutkimushenkilöistä oli saanut osakseen välinpitämätöntä kohtaamista. Henkilöt olivat kokeneet hoitokontaktin kiireisenä ja toiminnan liukuhihnaimaisena.

Hoitohenkilökunta ei ollut tutkimushenkilöiden kokemuksen mukaan osoittanut kiinnostusta, keskittynyt potilaan tilanteeseen tai pyrkinyt ymmärtämään sitä.

Sen jälkeen mulla oli vähän sellanen “aha, okei” -olo. En mä saanu siitä mitään irti, mut seki oli vähän semmonen et mä olin siellä huoneessa, vastaanotolla varmaan viis minuuttia — — Et-tä sit vaan niinku seuraava asiakas sisään ja toinen ulos. Että ei siinä ei kyl kauheesti semmosta ymmärrystä kyl tullu.

Hoitohenkilökunnan kyvyssä tunnistaa sairauden vaihetta ja tarjota oikeanlaista apua sen hetken tarpeeseen, oli puutteita. Tarjotut auttamismenetelmät eivät välttämättä olleet vääriä, mutta ne eivät olleet vielä ajankohtaisia eikä niistä siksi koettu olevan hyötyä. Tutkimushenkilöt kertoivat myös tilanteista, joissa he olivat kokeneet, että tilanteen vakavuutta ei ollut selvitetty tai minkäänlaista apua tarjottu.

Sitte tää ravitsemusterapeutti puhu vaan terveellisestä ruokavalioista, mikä nyt siinä vaiheessa kun ihminen ei syö mitään niin on vähän turhanpäiväistä, että kun tietää mitä se terveellinen ruokavalio oikeesti on.

— — mut ei hänkään [lääkäri] missään vaiheessa miettinyt, että oonko mä nyt kotikuntonen vai osastokuntonen, et se oli vaan sit, et keiku ny siellä ja oo ny siellä. Et kai se vähän ajatteli, et ku mä saan apua muualtakin, että riittäkö se.

Hoitopolku oli joissakin tapauksissa ollut katkonainen, eikä kunnollista hoitosuhdetta ollut syntynyt. Joidenkin tutkimushenkilöiden mielestä hyödyllinen hoitokontakti oli lopetettu liian varhaisessa vaiheessa, minkä oli koettu vaikuttaneen toipumisprosessin etenemiseen haitallisesti.

Hoitoa piti jatkaa sarjana mutta seuraava aika parin viikon päästä peruuntui enkä saanut itse aikaiseksi varata seuraavaa. Koin että se olisi ollut tarpeen mutta en vain saanut aikaiseksi.

Tapasin fysioterapeutteja muutaman kerran. Niistä käynneistä oli hyötyä, mutta minusta fysioterapeutti lopetti tapaamisemme liian pian. Olin ehkä juuri ja juuri saanut vihiä kehonkuvani sairaudesta kun hän jo sanoi, että minun on aika oppia tulemaan toimeen omillani.

10.2.3 Hoidon aikaiset tunnekokemukset

Hoidon alussa useat tutkimushenkilöt olivat tunteneet epätoivoa ja epävarmuutta, koska hoitohenkilökunta ei heti osannut auttaa ohjaamalla oikean palvelun piiriin. Osa tutkimushenkilöistä oli kokenut hoidon alettua pelkoa siitä, että hoito loppuisi kesken. Voinnin paraneminen aiheutti hoidon loppumisen pelkoa ja pahensi oireilua.

Siinä oli se epätoivo että ei tästä tuu mitään, mä en ikinä parane ja mä en ikinä saa semmost hoitoo mitä mä tarviin.

Mä en syönyt sitäkään vähää, jotta mä olen huonommassa kunnossa, jotta mua ei potkita pois sieltä. — — Ihan se konkreettinen pelko siitä että en oo tarpeeks kipee ja mä en oo tarpeeks pohjalla. Varmistin sen että saan hoitoo, niin hullulta kun se kuulostaakin.

Tutkimushenkilöt kuvasivat voimakasta tunteiden vaihtelua hoidon aikana. Hoidon alussa tunnekokemukset olivat olleet vahvoja ja tunneskaalojen ääripäät olivat korostuneet. Tunne-elämä oli tasoittunut ja etenkin myönteiset tunteet lisääntyneet hoidon edetessä.

Mä saatoin itkeä ja huutaa sille [terapeutille] kuinka kaikki on paskaa ja toisessa hetkessä me halattiin että kyl tää tästä.

Mutta tottakai, olihan se sellasta vuoristorataa, en voi sanoa, että oli yhtä nousukiittoa vaan, mutta kyllä, kun sitä energiaa sai enemmän, niin huomaa, että ajatus kulkee paremmin ja sain tehdä niitä ihania asioita — —

Lääkehoidon aloittamisella oli ollut suuri merkitys joidenkin tutkimushenkilöiden tunne-elämään. Lääkityksen aloittaminen oli saanut merkittävimmät oireet vähenemään niin, että tunneasioiden käsittely mahdollistui.

— — oksentaminen loppu ku seinään ja se oli se kaikkein suurin helpotus tavallaan, koska mä en ollu pystynyt lopettamaan sitä enää itse. Et tavallaan niinku se mikä hallitsi elämää ihan hirveesti ja häiritsi ja ahdisti millä oli niinku niin suuri valta niin se oire tavallaan jäi pois et sitte oli paljon enemmän tilaa työstää sitä et mistä se johtuu ja miks. Että se lääkehoito oli mulle se kaikkein suurin pelastus et ku mä en saanu ite poikki sitä peliä enää mitenkään

Hoidon päätyttyä kaikkien tutkimushenkilöiden kohdalla sairauden oireiden helpottaminen tai paraneminen oli tuonut muutoksia elämään. Muutokset olivat usein positiivisia. Toiset tutkimushenkilöt kuvaavat syömishäiriöstä parantumisen mukanaan tuomaa itsenäisyyden tunnetta, eheytymistä ja ihmisenä kasvamista. Sairauden myötä tutkimushenkilöt olivat oppineet kuuntelemaan itseään ja tekemään itsenäisiä päätöksiä oman elämänsä suhteen. Sairaus koettiin kasvattavana kokemuksena ja voimavarana myös sellaisten tutkimushenkilöiden kohdalla, joiden hoito oli vielä kesken.

Musta tuntuu että tällä hetkellä mä olen elämäni ensimmäisen kerran oikeesti minä, enkä joku mitä mun oletetaan olevan.

Kyl mä nyt jo uskon siihen että joku päivä tää on ihan kokonaan takana ja tää vahvistaa mua ja on vahvistanu jo tähän mennessä jo niinkö todella.

Syömishäiriömörkö on yhä läsnä päivittäin, mutta uskon jo parempaan.

11 TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTA

Tutkimuksessa selvisi, että tutkimushenkilöiden hoitoon hakeutumisen taustalla oli monenlaisia syitä. Voimakkaat oireet ja niiden vaikutus jokapäiväiseen elämään sekä puhjennut sairaudentunto olivat syitä, joiden vuoksi tutkimushenkilöt olivat halunneet kertoa oireilustaan toisille. Kaikki tutkimushenkilöt olivat kertoneet sairaudestaan tarkoin valitsemilleen läheisille, kuten ystäville tai perheenjäsenille. Tutkimushenkilöt olivat kokeneet olleensa itse voimattomia saavuttamaan tilanteeseen muutosta oireiden hallitessa elämää. Tulokset ovat yhteneviä aieman tutkimustiedon kanssa. (vrt. Tierney 2012, 119.) Läheisten tuella, avulla ja kannustuksella oli suuri merkitys hoitoon hakeutumisessa tutkimushenkilöiden kerrottua heille sairaudestaan. Sairauden paljastamisen ja hoitoon hakeutumisen vaihetta kuvattiin yleisesti vaikeaksi ja hoitoonhakeutumiskokemuksissa yhdistyivät pelon ja häpeän tunteet sekä syyllisyys. Tutkimushenkilöt olivat pelänneet joutuvansa kohtaamaan tuomitsevaa asennetta hoitohenkilökunnan taholta, koska näkivät sairautensa itseaiheutettuna. Osa tutkimushenkilöistä oli miettinyt mielen-terveyspotilaaksi leimautumista ja epäillyt, että heidän sairautensa ei ole riittävän vakava hoidon saamiseksi. Tällaiset pelon ja häpeän tunteet ovat myös aiempien tutkimusten mukaan syömishäiriöpotilailla yleisiä ja he ovat usein huolissaan siitä, mitä hoitohenkilökunta heistä ajattelee (vrt. Becker, Thomas, Franko & Herzog 2005, 22.) Sekä läheisille kertoessa että hoitoon hakeutuessa vastaanotto oli ollut asiallista ja pelot vähättelystä ja syyllistämisestä olivat osoittautuneet turhiksi. Sairaudesta kertominen oli päinvastoin koettu helpottavana. Vastaavia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. (vrt. Goss, Allan, Galsworthy-Francis & Dave 2012, 29–30.)

Etenkin perusterveydenhuollossa sairauden tunnistamisessa ja asianmukaiseen hoitopaikkaan ohjaamisessa oli kohdattu haasteita. Tämä oli herättänyt tutkimushenkilöissä epätoivoa ja epävarmuutta. Olemassa olevan nuorten syömishäiriöitä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2009b) mukaan on juuri perusterveydenhuollon tehtävä tunnistaa ja ohjata syömishäiriötä sairastava aikuinen oikealle hoitovalle taholle. Saman näkemyksen esittää myös Koistinen (2013). Tunnistamista ei kuitenkaan ollut tämän tutkimuksen tulosten mukaan aina heti tapahtunut.

Tutkimushenkilöiden kokemusten mukaan hoitohenkilökunta oli joissakin tapauksissa ollut neuvoton aikuisen syömishäiriöpotilaan ohjauksessa. Hyödyttömiltä tuntuneet hoitokontaktit ja oikeaan hoitopaikkaan pääsemisen viivästyminen olivat lisänneet tutkimushenkilöiden huolta oikeanlaisen hoidon saamisesta. Vaikka hoitoon pääsy oli keskimäärin ollut nopeaa, aiheutti pienikin hoitoon pääsyn viivästyminen levottomuutta ja ahdistusta tutkimushenkilöissä. Aiempien tutkimustulosten mukaan potilaat kokevat usein merkittäviä turhautumisen tunteita, jos sairautta ei tunnisteta perusterveydenhuollossa. Samoja tunteita esiintyy myös, jos potilasta ei ohjata riittävän kiireellisesti erikoissairaanhoidon piiriin tai hoitoon pääsyä joudutaan odottamaan pitkään. (De la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth 2006, 672.) Hoitosuositusten puuttuminen on saattanut osaltaan vaikuttaa siihen, että tutkimushenkilöitä oli ohjattu väärin hoitotahojen luo. Hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus käyttää työnsä tukena myös ulkomaisia hoitosuosituksia ja kansainvälisistä tietokannoista löytyviä näyttöön perustuvia suosituksia, mutta niiden käytön esteenä voivat olla erot hoitokulttuurissa ja terveydenhuollon palveluissa tai hoitohenkilökunnan puutteellinen kielitaito. Laamanen (2010, 47) ja Lehtomäki (2009, 175–178) mainitsevat kiireen yhtenä tärkeimmistä hoitosuositusten käyttöä estävänä tekijänä.

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden hoitopolku oli kulkenut perusterveydenhuollon kautta erikoissairaanhoidon, jossa hoito oli toteutunut moniammatillisena avohoitona. Hoitoa oli haettu myös yksityiseltä sektorilta. Kognitiivista käytäytymisterapiaa oli käytetty useassa tapauksessa. Hoitoon oli liittynyt myös psykofyysistä fysioterapiaa ja ravitsemusterapiaa sekä luovia menetelmiä. Hoito oli siis noudattanut olemassa olevien kansainvälisten hoitosuositusten ja nuorten syömishäiriöpotilaiden Käypä hoito -suositusten linjaa moniammatillisuuden ja hoitomenetelmien osalta (NICE 2006, 32; Käypä hoito, 2009b). Tutkimushenkilöt olivat kaivanneet konkreettisia, arkielämään sovellettavissa olevia apukeinoja ja selkeää ohjausta, mistä toiset tutkimushenkilöt kertoivat hyötynensä. Nämä tutkimushenkilöiden kokemukset olivat yhteneväisiä olemassa olevien tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan syömishäiriöpotilaat arvostavat ammattilaisten tukea ja käytäntöön sovellettavissa olevia auttamismenetelmiä. (Tierney 2012, 120). Osa tutkimushenkilöistä oli osallistunut vertaistukiryhmätoimintaan ja kokenut hyötynensä sen kautta saamistaan jaetuista kokemuksista. Vertaistukiryhmätoi-

minta voi tutkimusten mukaan edistää syömishäiriöistä toipumista etenkin hoidon alkuvaiheessa, jos sitä käytetään muun hoidon tukena (Steiner & Flament 2012, 76–77; De la Rie ym. 2008, 673).

Tässä tutkimuksessa selvisi, että tiivis hoitosuhde omaan terapeuttiin oli ollut keskeisin tekijä toipumisprosessissa. Hyvä hoitosuhde oli perustunut sekä ammatilliseen osaamiseen, että inhimilliseen lähestymiseen. Toimivan hoitosuhteen edellytyksenä pidettiin ammatillisista ominaisuuksista keskustelutaitoa ja ohjaavaa otetta. Inhimillisistä ominaisuuksista korostui empatiakyky ja aito kiinnostus hoidettavaa kohtaan. Yksilölähtöisesti suunnitellut terapeutitiset apukeinot ja keskustelut oli koettu tehokkaiksi. Epätyydyttävissä hoitosuhteissa olleet tutkimushenkilöt kertoivat kaivanneensa konkreettisia apukeinoja ja ohjausta. Toipumisprosessiin liittyi voimakasta tunteiden vaihtelua ja tutkimushenkilöille oli merkittävää saada ilmaista turvallisesti myös voimakkaita negatiivisia tunteita terapeutille. Hoidon edetessä tunne-elämä tasoittui. Hoitosuhteen riittävän pitkä ajallinen kesto oli koettu myös tärkeäksi. Osa tutkimushenkilöistä kertoi hoitosuhteen olleen riittävän pitkäkestoinen ja jatkuneen yksilöllisen tarpeen mukaan, mihin oltiin tyytyväisiä. Tutkimushenkilöt, joiden hoitosuhde oli loppunut liian varhain, olivat kokeneet, että he olisivat hyötynet hoitosuhteen jatkumisesta ja sen katkaiseminen oli vaikuttanut haitallisesti heidän toipumisprosessiinsa. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia muiden hoitosuhteiden laatua arvioivien tutkimusten kanssa. (vrt. De la Rie ym. 2008; Kinnunen 2013.)

Joissakin tapauksissa hoitohenkilökunta ei ollut osoittanut riittävää kiinnostusta ja ymmärrystä potilasta kohtaan. Tutkimushenkilöt olivat kokeneet, että heitä ei kohdattu hoitotilanteissa yksilöinä, eikä heidän tilaansa pyritty riittävästi selvittämään. Tästä johtuen kunnollista hoitosuhdetta ei ollut päässyt syntymään, eivätkä tutkimushenkilöt olleet saaneet syömishäiriöönsä apua. Kaikille tutkimushenkilöille hoitosuhdetta ei ollut syntynyt lainkaan. Joissakin tapauksissa tarjotut apukeinot eivät olleet tutkimushenkilöiden mielestä tilanteeseen tai sairauden vaiheeseen sopivia. Tutkimuksissa on todettu, että mikäli potilas kokee itsensä väärinymmärretyksi tai tuntee, että hoitohenkilökunta ei pysty auttamaan häntä, potilas saattaa olla haluton ottamaan hoitoa vastaan. Hoitokeinot, joihin potilas ei pysty sitoutumaan, lisäävät hoidosta erkaantumisen mahdollisuutta. (Tierney 2012, 120.)

Tutkimuksessa havaittiin, että hoidon alettua osa tutkimushenkilöistä oli pelännyt, että hoito loppuisi kun toipuminen etenee. Tämä johtui siitä, että hoitosuhde koettiin erityisen tärkeänä. Tutkimushenkilöt olivat lakanneet kontrolloimasta elämänsä häiriintyneen syömiskäyttäytymisen keinoin, luovuttaneet vastuun hoitohenkilökunnan käsiin ja tukeutuivat voimakkaasti hoitosuhteeseen. Hoidon loppumisen pelossa potilaat olivat tietoisesti jatkaneet oireiluaan, jolloin heidän vointinsa oli huonontunut merkittävästi. Vastaavia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa. (vrt. Reid ym. 2008, 959.)

Osa tämän tutkimuksen tutkimushenkilöistä oli saanut sairaudesta toipumiseen merkittävää apua lääkehoidosta. Lääkehoidon koettiin mahdollistaneen toipumisprosessin alkamisen, sillä lääkehoito oli helpottanut ahdistusta ja keskeisimpiä oireita, jotka olivat estäneet tunne-elämän ongelmien käsittelyn. Lääkehoidon avun turvin voitiin ryhtyä käsittelemään syömishäiriöoireilun perimmäisiä syitä. Tutkimushenkilöiden kokemukset lääkehoidosta ovat yhdenmukaisia tutkimustiedon ja hoitosuosituksen kanssa. (NICE 2004, 60.)

Sairaus ja siitä toipuminen oli aiheuttanut merkittäviä muutoksia kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden elämään. Sairaus nähtiin usein kasvattavana, vahvistavana, eheyttävänä ja itsenäistymistä edistävänä kokemuksena. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että syömishäiriöstä toipumisen myötä potilaat alkavat hyväksyä itsensä ja heikkoutensa ja näkevät itsensä erillisenä sairaudesta. (Esbindola & Blay 2009, 43.)

11.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan yleensä reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta ja validiteetti sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymystä. Eriäviä mielipiteitä esiintyy siitä, pystytäänkö reliabiliteetin ja validiteetin keinoin arvioimaan laadullista tutkimusta, koska termit on kehitetty määrällisen tutkimuksen piirissä (Eskola & Suoranta 1998, 211). Sekä Tuomi ja Sarajärvi (2009, 136–137) että Kananen (2008, 125–128) viittaavat Guban ja Lincolnin (1981) teoriaan jonka mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen pätevyyskriteerit ovat luotettavuus (credibility), siirrettävyys (transferabi-

lity), riippuvuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). Tämän tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu näillä kriteereillä.

Tässä tutkimuksessa on tuotu esiin tutkimushenkilöiden käsitykset niitä mitenkään muuntelematta, eikä tutkimustuloksia ole muunneltu tai aineistoa tehtailtu. Pitkälle vietyjä abstraktioita tai tulkintoja ei aineistosta ole tehty, jolloin tutkijan näkökulmaa ei ole tuotu liikaa esiin. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139; Kananen 2008, 126.) Eskolan ja Suorannan (1998, 211) mukaan tutkimushenkilöiden ei ole tarpeen arvioida tutkimustuloksia, vaan tutkimuksen luotettavuus voidaan arvioida muutoinkin. Tutkimuksen dokumentointi sisältää ennakko-oletukset, lähtötilanteen, tutkimusmenetelmien kuvauksen, tiedonantajien valintaprosessin sekä tutkimusprosessin etenemisen ja täyttää näin siirrettävyyden vaatimukset. Dokumentoinnin huolellisuudesta huolimatta laadullisen tutkimuksen tulokset eivät koskaan ole suoraan siirrettävissä. (vrt. Eskoja & Suoranta 1999, 17; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139; Kananen 2008, 126.) Tämän tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimuskysymykseen ja aineistosta tehty tulkinta on ristiriidaton. Dokumentointi on tehty siten, että ulkopuolinen kykenee tekemään arvion tutkimuksessa tehtyjen ratkaisujen virheettömyydestä. (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 213; Kananen 2008, 126.) Tutkimusraportista selviävät tutkijoiden ennakko-oletukset tutkittavasta aiheesta. Kaikki ratkaisut on tehty teoriaan tukeutuen ja päätökset dokumentoitu selkeästi. Tutkimuksen tuloksia on verrattu jo olemassa oleviin tutkimuksiin ja niille on löydetty yhteneväisyyksiä. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139, Kananen 2008, 127.)

Tässä tutkimuksessa tutkijoita oli kolme, joten triangulaatiomenetelmäksi muodostui tutkijatriangulaatio. Jokainen tutkija toimi aineistonkerääjänä sekä tutkimusaineiston analysoijana ja tulkitsijana sekä lopullisen tekstin tuottajana (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 233). Yhdessä kirjoittaminen lähti käytännön tarpeesta suunnitella, luoda ja arvioida tekstiä yhdessä. Tekstiä peilattiin aiempaan teorian tietoon sekä tutkimusaineistoon, ja merkityksiä löydettiin tutkijoiden välisen sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. (vrt. Kinnunen & Löytty 2002, 109–110.)

11.2 Ennakko-oletuksen tarkastelu

Ennen tutkimusprosessin alkamista tutkijoiden ennakko-oletuksena oli, että syömishäiriötä sairastavien aikuisten on vaikeaa saada hoitoa. Tämä oletus perustui osittain teoria-aineistoon, jossa syömishäiriöt usein kuvataan vain nuorten tyttöjen sairauksina ja osittain todellisiin potilastapauksiin hoitotyön kentällä. Oletettiin myös, että vallitseva mielikuva tyypillisestä syömishäiriöpotilaasta sekä Käypä hoito -suosituksen puuttuminen saattavat vaikeuttaa aikuisen syömishäiriöpotilaan tunnistamista ja hoitoon ohjautumista. Nämä seikat saivat tutkijoiden mielenkiinnon heräämään ja käynnistivät tutkimusprosessin.

Tutkimusaihetta ei lähestytty ennakko-oletuksen ohjaamana, vaan tutkimuksessa pyrittiin teemahaastattelun keinoin keräämään tutkimushenkilöiden spontaanisti esiin nostamia kokemuksia hoitoon pääsystä ja saamastaan hoidosta. Ennakko-oletusta ei tuotu esiin missään tiedonkeruun vaiheessa, eikä ennakko-oletus näin päässyt vaikuttamaan tutkimuksen tuloksiin. Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin ja otos oli pieni, eikä tutkimus sen vuoksi tuottanut suoraan yleistettävää tietoa siitä, miten aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitoon pääsy ja hoito Suomessa tällä hetkellä toteutuvat.

11.3 Tutkimusprosessin arviointi

Tutkimuksen alkuperäinen tutkimuskysymys päätettiin pitää mahdollisimman väljänä, sillä vastaajille haluttiin antaa mahdollisuus tuoda esiin heille tärkeitä asioita tutkimuksen teemoihin liittyen. Tällä pyrittiin mahdollisimman aineistolähtöiseen lähestymistapaan. Laajalla tutkimuskysymyksellä oli kuitenkin vaikutusta koko tutkimusprosessiin. Teemahaastattelurunko oli toteutettava niin, että se kattoi koko sairauden kaaren. Tämä vaikutti haastattelutilanteisiin, joissa huomattiin, että eri teemoista saatiin erittäin vaihtelevasti aineistoa. Kun haastattelut oli tehty, koko aineisto täytyi analysoida merkittävimpien seikkojen löytämiseksi. Kokonaisuudessaan aineistosta tuli varsin laaja, ja sen käsittely ja analysointi vei paljon aikaa.

Tutkimushenkilöt kuvailivat paljon läheisten merkitystä ja sairastumisen taustoja ja historiaa. Analyysin valmistuttua huomattiin, että vaikka näitä aiheita oli käsi-

telty usein, ei niistä kerätty aineisto kuitenkaan ollut tarpeeksi syvää ja riittävää päätelmien tekemiseen. Tutkimuskysymyksen laajuus ei siis tuonut merkittävästi lisäarvoa lopulliseen tutkimukseen.

Alun perin haastattelut oli tarkoitus toteuttaa 45 minuutin mittaisina, mutta haastattelujen vapaamuotoisuuden takia osa haastatteluista venyi yli 60 minuutin pituisiksi. Kirjalliset haastattelut toteutettiin saman teemarungon pohjalta. Haastattelut haluttiin toteuttaa niin, että tutkimushenkilöt saivat vapaasti kertoa sairaudestaan teemojen mukaisesti. Sekä suullisissa että kirjallisissa haastatteluissa kerronta oli ajoittain rönsyilevää, toisaalta joidenkin teemojen vastaukset jäivät pinnallisiksi. Avoin kerronta tuotti paljon aineistoa, jota ei voinut käyttää lopullisessa työssä. Aiheen tarkempi rajaaminen ja kerronnan ohjaaminen olisi pitänyt aineiston tiiviimpänä ja helpompana analysointia ajatellen.

Tutkimuksen ajankäyttö oli väljää johtuen tutkijoiden erilaisista aikatauluista. Ensimmäisten ilmoittautumisten ja yhteydenottokirjeen lähettämisen välillä kului aikaa pisimmillään kolme kuukautta ja haastattelut toteutettiin tästä kolmen kuukauden kuluttua. Pitkä odotusaika saattoi johtaa joidenkin tutkimushenkilöiden poisjääntiin, sillä henkilöt saattoivat olettaa pääsevänsä haastateltaviksi nopeammin. Jokaiseen tutkimushenkilöön otettiin yhteyttä välittömästi ilmoittautumisen jälkeen ja heille tiedotettiin tutkimuksen etenemisestä ja aikataulusta, mutta tiiviimpi aikataulu olisi luultavasti palvellut tutkimushenkilöitä paremmin. Tutkimushenkilöiden määrä oli kuitenkin tutkimukseen riittävä.

Tutkimushenkilöiden valintakriteereiden määrittämisessä tarkempi ikäjakauman rajaus olisi ollut tutkimukselle eduksi, jotta olisi tavoitettu selkeämmin aikuisiällä sairastuneita tutkimushenkilöitä. Vaikka tutkimushenkilöt olivat hakeutuneet hoitoon täysi-ikäisinä, oli osa heistä sairastunut jo nuoruusiässä. Tutkimuskysymystä paremmin vastaava valintakriteeri olisi ollut sairauden puhkeaminen täysi-ikäisyyden saavuttamisen jälkeen.

11.4 Eettisyys

Yleisesti tutkimuksen eettiset ongelmat liittyvät tutkimusluvan saamiseen, tutkimusaineiston keruuseen, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön, osallistumiseen liitty-

viin ongelmiin ja tutkimuksesta tiedottamiseen (Eskola & Suoranta 2005, 52). Laadullinen aineisto sisältää yleensä luottamuksellista tietoa haastateltavista ja sen käyttö vaatii aina luvan. Haastateltavan tulee kyetä antamaan suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta, koskien tutkimuksen luonnetta ja tarkoitusta jonka haastatteli on tälle antanut (Farrimond 2013, 109–110; Hirsjärvi & Hurme 2001, 20; Kananen 2008, 135). Koska syömishäiriöitä sairastavat ja sairastaneet voidaan lukea haavoittuvaksi ryhmäksi, on tavallista tärkeämpää huomioida riittävä informointi, jotta tutkimukseen osallistuvat voivat perustaa päätöksensä tietoiseen suostumukseen. (Farrimond 2013, 158–161; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178–180).

Kylmän & Juvakan (2007, 137) mukaan eettiset haasteet kulkevat mukana koko tutkimusprosessissa suunnittelusta julkaisuun asti ja eettistä pohdintaa tapahtui koko tutkimuksen ajan. Tutkimushenkilöille lähetettiin haastattelukutsu (Liite 2) jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja luonteesta. Kutsusta kävi ilmi, että haastattelu toteutetaan kahden ihmisen läsnäollessa ja, että haastattelu nauhoitetaan. Näin menetellen tutkimuksen luottamuksellisuus turvattiin. Mukaan liitettiin yhteystiedot ja tutkimushenkilöitä kehoitettiin ottamaan yhteyttä lisätietojen saamiseksi. Näin toimien ennakoitiin tilanne, jossa haastateltava saattaisi tuntea kertoneensa liikaa tai katuvansa kertomaansa ja haluaisi tarkentaa kertomustaan. (vrt. Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178–179.) Tutkimushenkilöille painotettiin, että heillä on mahdollisuus vetäytyä tutkimusprosessista sen missä tahansa vaiheessa (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 149). Lopuksi mainittiin, että opinnäytetyön julkaisuajankohta ilmoitetaan kaikille osallistuneille myöhemmin (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178–179).

Sähköpostilla lähetetyn yhteydenottokirjeen mukana tutkimushenkilöille lähetettiin suostumuslomake (Liite 6), jonka allekirjoittamalla tutkimushenkilö vakuutti ymmärtäneensä tutkimuksen luonteen, sekä antoi luvan käyttää hankittua aineistoa opinnäytetyössä (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tutkimushenkilöiltä pyydettiin vielä lupa kerätyn aineiston käyttöön sekä ennen, että jälkeen toteutuneen teemahaastattelun. Lisäksi haastateltavia muistutettiin yhteydenottomahdollisuudesta kysymysten ilmaantuessa.

Tutkimushenkilöiden anonymiteetistä huolehdittiin aineistoa kerätessä ja analysoitaessa. Tutkimushenkilöiden nimiä ei käytetty opinnäytetyössä ja kerätty aineisto säilytettiin tutkimusprosessin ulkopuolisten ulottumattomissa. (vrt. Farri-
mond 2013, 128; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179) Tutkimusai-
neisto hävitettiin työn valmistuttua henkilötietolain vaatimusten mukaisesti. (vrt.
Henkilötietolaki 523/1999 14§).

11.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen pääasiallisena tarkoituksena oli tuoda aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia laajempaan tietoisuuteen. Syömishäiriöliitto-SYLI ry voi hyödyntää tutkimuksen avulla tuotettua tietoa omassa toiminnassaan ja pyrkiä edistämään aikuisten syömishäiriöpotilaiden asemaa. Tutkimuksen alkuperäisenä lähtökohtana oli toteuttaa tutkimus Päijät-Hämeen alueella, jolloin tutkimus olisi tuottanut hoitohenkilökunnalle laadullista palautetta hoidon toteutumisesta. Tutkittavia ei kuitenkaan löytynyt Päijät-Hämeen alueelta tarpeeksi, joten tutkimusta laajennettiin koskemaan koko Suomea.

Varsinaiseen tutkimuskysymykseen vastaamisen lisäksi tutkimuksella saatiin kar-
toitettua aikuisten syömishäiriötä sairastavien tärkeimpiä kokemuksia sairauten
liittyen. Tässä tutkimuksessa tehty pohjatyö voidaan hyödyntää myöhemmissä
tutkimuksissa syventymällä esimerkiksi jo tunnistettuihin merkityksellisimpiin
toipumista edistäviin tai estäviin tekijöihin ja tutkimushenkilöiden esiin tuomiin
hoitoon liittyviin tarpeisiin.

Tutkimushenkilöt nostivat vahvasti esiin läheisten antaman tuen merkityksen sekä
sairauteen johtaneet taustatekijät. Ajankäytöllisistä syistä johtuen läheisten merki-
tyks ja sairauden historia sekä taustat rajattiin analyysivaiheen jälkeen pois tutki-
muksesta. Läheisten rooli sairastumisessa ja toipumisessa olisi kiinnostava aihe
jatkotutkimukselle. Tutkimushenkilöt toivat esiin sekä avun hakemisen yhteydes-
sä että toipumisvaiheessa kokemansa läheisten merkityksen. Läheisten näkökul-
masta tutkimuksia on tehty, mutta syömishäiriöön sairastuneiden näkemyksiä lä-
heisten merkityksestä ei ole tutkittu. Tutkimushenkilöt olivat halukkaita kerto-
maan sairauden taustatekijöistä ja niiden tarkempi tutkiminen saattaisi valottaa
aikuisten syömishäiriöiden syitä ja helpottaa niiden hoidon kehittämistä.

Tutkimusta tehtäessä havaittiin, että miesten syömishäiriöitä ei ole laajalti tutkittu. Miesten syömishäiriötä koskevan tutkimuksen (Strother, Lemberg, Stanford & Turberville, 2012) mukaan syömishäiriötä sairastavat miehet jäävät usein vaille oikeanlaista diagnoosia ja hoitoa, eikä heitä kohdata riittävän ymmärtäväisesti. Ikään ja sukupuoleen sidottuja mielikuvia tyypillisestä syömishäiriöpotilaasta on edelleen runsaasti vaikka syömishäiriöitä tiedetään esiintyvän eri ikäryhmillä ja eri sukupuolten edustajilla (American Psychiatric Association 2011).

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Allen, S. & Dalton, T. 2011. Treatment of eating disorders in primary care: A systematic review. *Journal of Health Psychology* 2011 16: 1165. [viitattu 19.6.2013] Saatavissa: <http://hpq.sagepub.com/content/16/8/1165.full.pdf+html>
- American Psychiatric Association 2006. *Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition*. [viitattu 13.6.2014] Saatavissa: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1671334>
- American Psychiatric Association 2011. *Eating Disorders*. [viitattu 30.6.2014] Saatavissa: <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>
- Antony, M., Ledley, D. & Heimberg, R. (toim.) 2008. *Pysyvä muutos: Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Ayton, A. 2011. *Anorexia nervosa: Hope for recovery*. London: Hammersmith Press Limited.
- Becker, A., Thomas, J., Franko, D. & Herzog, D. 2005. Disclosure Patterns of Eating and Weight Concerns to Clinicians, Educational Professionals, Family, and Peers. *International journal of Eating Disorders* 38:1 18–23.
- Blomqvist-Lyytikäinen, M., Aapro, S., Arola, L., Gräsbeck, M., Hovi, T., Iisalo, P., Kaltiainen, T., Kiviniemi, E.-A., Leppäkaskes, T., Metsärinne, U., Nurminen, M.-L., Peni-Kivirikko, S. & Suomalainen, E. 2010. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju. *Duodecim*. [viitattu 1.7.2014] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00917
- Claude-Pierre, P. 2000. *Syömishäiriöiden salainen kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa*. Helsinki: Tammi.
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & Van Furth, E. 2006. Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2006. 39:8 667–676.

De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & Van Furth, E. 2008. The Quality of Treatment of Eating Disorders: A Comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective. *International journal of Eating Disorders* 41:4 307–317.

Doyle, P., Smyth, A. & Le Grange, D. 2012. Childhood and adulthood: When do eating disorders start and do treatments differ? Teoksessa Alexander, J. & Treasure, J. (toim.) *A collaborative approach to eating disorders*. London: Routledge, 217–224.

Duodecim 2009. Fysioterapia syömishäiriöpotilaan hoidossa. [viitattu 30.6.2014] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00178#R1

Eklund, S. 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, ravitsemustiede. Pro Gradu - tutkielma. [viitattu 26.5.2014] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130103/urn_nbn_fi_uef-20130103.pdf

Eloranta, E-J. 2012. Käypä hoito -suositusten laatiminen aikuisten syömishäiriöiden hoitoon. Kirjallinen kysymys 377/2012 vp. [viitattu 20.6.2013.] Saatavissa: [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=utpkk&\\${BASE}=faktautpkk&\\${THWIDS}=0.18/1371713298_354253&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=utpkk&${BASE}=faktautpkk&${THWIDS}=0.18/1371713298_354253&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Esbindola, C. & Blay, S. 2009. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies. *Annals of clinical psychiatry* 21:1 38–48.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Syömishäiriöyksikön tutkimus- ja hoitoprosessimalli. [viitattu 1.7.2014] Saatavissa: http://www.epshp.fi/files/5160/Syomishairioyksikon_tutkimus-_ja_hoitoprosessimalli.pdf

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. 2007. Syömishäiriöpotilaan hoitopolku, aikuiset (18v täyttäneet). [viitattu 1.7.2014] Saatavissa: <http://www.esshp.fi/hoitopolku>

Farrimond, H. 2013. Doing ethical research. Hampshire: Palgrave Macmillan-
Goss, K., Allan, S., Galsworthy-Francis, L. & Dave, B. 2012. Psychological assessment in eating disorders. Teoksessa Fox, J. & Goss, K. Eating and its disorders. West Sussex: Wiley and Blackwell, 28–41.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012. Syömishäiriöiden hoitoketju. [viitattu 1.7.2014] Saatavissa: <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/syomishairioiden-hoitoketju/Sivut/default.aspx>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Psykiatrian tulosityksikkö. 2012. Hyks yhdistää nuorten ja aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopalvelut 1.1.2013 alkaen. [viitattu 2.7.2014] Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Hyks-yhdist%C3%A4%C3%A4-nuorten-ja-aikuisten-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6potilaiden-hoitopalvelut-1.1.2013-alkaen.aspx>

Henkilötietolaki 523/1999. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto

Huttunen, M. 2011. Ahmimishäiriö (bulimia). Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=bulimia

Huttunen, M & Jalanko, H. 2012. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2011. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kananen, J. 2008. Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä : Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (Toim.). 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta: Kyselytutkimus. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos [viitattu 27.6.2014]. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Saatavissa:
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130421/urn_nbn_fi_uef-20130421.pdf
- Kinnunen, M. & Löytty, O. 2002. Tieteellinen kirjoittaminen. Tampere: Vastapaino.
- Koistinen, S. 2013. Syömishäiriöhoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja. Syömishäiriö Päijät-Hämeen aikuispsykiatriassa. Esitys Syömishäiriöliiton keskustelutilaisuudessa Lahden Invakeskuksessa 15.5.2013.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kärnä, M & Tuominen, R. 2011. Opas syömishäiriötä sairastavan aikuisen tunnistamiseksi. Opinnäytetyö. Pori: Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi. [viitattu 13.8.2014] Saatavissa:
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29240/Pori_KarnaTuominen_2011.pdf?sequence=1
- Käypä hoito. 2009a. Kuolleisuus laihuushäiriössä. Duodecim. [viitattu 10.6.2013] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nak01621>

Käypä hoito. 2009b. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Duodecim. [viitattu: 26.5.2014] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi33030#NaN>

Laamanen, A. 2010. Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirissä: Yhteispäivystyksen ja vastaanotto toiminnan hoitomallit Savonlinnassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: YAMK opinnäytetyö. [viitattu:

2.7.2014] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/16251>

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden talon tavoiksi. Tampereen yliopisto: Terveystieteen laitos. [viitattu: 2.7.2014] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/handle/10024/66495>

Lepola, U. & Koponen, H. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakola, P. Psykiatria. Helsinki: WSOY, 154–155.

Mustajoki, P. 2012. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819&p_haku=bulimia

NICE 2004. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. CG9. London: National Institute for Health and Care Excellence. [viitattu 30.6.2014]. Saatavissa:

<https://www.nice.org.uk/resource/CG9/pdf/c/cg9-eating-disorders-full-guideline?id=6dqql4ak6v4ejlvr mudlu355me>

Nurmi, J., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Porvoo: WSOY.

Ordos, S. 2012. Nourishing the Whole Person: A Systematic Review of the Effect of the Therapeutic Alliance on Therapeutic outcomes for Patients with Anorexia Nervosa. University of Puget Sound.

Paappanen, J. 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee - anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos [viitattu 17.6.2014]. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130320/urn_nbn_fi_uef-20130320.pdf

Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteiden laitos [viitattu 11.8.2014] Liikuntatieteiden pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9447/URN_NBN_fi_jyu-2007616.pdf?sequence=1

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2010. Anoreksiapotilaan hoitoketju 2. [viitattu 1.7.2014] Saatavissa: http://www.kuh.fi/anoreksia/subprocessdetails_3.html

Pyökäri, N., Luutonen, S & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmimishäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen Lääkärilehti. 20/2011. [viitattu 11.6.2013] Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto20_1.pdf

Reid, M., Burr, J., Williams, S. & Hammersley, R. 2008. Eating Disorders Patients' Views on Their Disorders and on an Outpatient Service. *Journal of Health Psychology* 13:7 956-960.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (Toim.). 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Santala, E. 2007. Sairaana terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsinki: Helsingin yliopisto, soveltavan kasvatustieteen laitos [viitattu 12.6.2013]. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20078/sairaant.pdf?sequence=2>.

Steiner, H. & Flament, M. 2012. Fast facts: eating disorders. Oxford: Health press.

Strauss, A. & Corbin, J. 1998. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, California: SAGE Publications INC.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 346–364

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. & Turberville, D. 2012. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 20:5 346–355.

Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2013. Kommentit Käypä hoito -suositustyöryhmälle. [viitattu 30.6.2014] Saatavissa:

<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/Syomishairiot-KaypaHoito-kommentit-26413.pdf>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2014. Perustiedot Syömishäiriöliitto-SYLI ry:stä 2014. [viitattu 13.8.2014] Saatavissa:

<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/syliry.html>

Tasca, G. A., Dedimenko, N., Krysanke, V., Bissada, H., Illing, V., Gick, M., Weekes, K. & Balfour, L. 2009. Personality dimensions among women with an eating disorder: toward reconceptualizing DSM. *European Eating Disorders Review* 17. [Viitattu 19.6.2013] Saatavissa:

web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=f5e18c0a-3d47-4e8d-9759-8a2d4212827b%40sessionmgr14&hid=23

Tierney, S. 2012. Perspectives on living with an eating disorder: Lessons for clinicians. Teoksessa Fox, J. & Goss, K. *Eating and its disorders*. West Sussex: Wiley-Blackwell, 117–133.

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

Vandereycken, W. 2011. Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders*, 19, 145–155.

Vehmanen, M. 2013. Psykiatrit toivovat joustoa ikärajoihin. *Lääkärilehti*. [viitattu 30.6.2014] Saatavissa:

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=13930/Psykiatrit+toivovat+joustoa+ik%E4rajoihin

Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Boone, L. & Mouratidis, A. 2013. Daily ups and downs in women's binge eating symptoms: The role of basic psychological needs, general self-control, and emotional control. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol 32, No. 3, 2013. [viitattu 20.6.2013] Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=4308dfb1-e752-443e-ab53-4d00ad44898f%40sessionmgr10&hid=1>

Viitakorpi, K. 2010. Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos [viitattu 19.6.2013]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25713/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201012183194.pdf?sequence=1>

Viljanen, T. (Toim.), Mikkola, S., Santala, S. & Rekilä, P. 2009. Syömishäiriöt - Mistä on kyse? Ensitieto-opas. Syömishäiriöliitto-SYLI ry.

Westwood, L. & Kendal, S. 2012. Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 500–508.

YLE 2013. Uutiset. Aikuisten syömishäiriöiden hoitoon uudet suositukset. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa:

http://yle.fi/uutiset/aikuisten_syomishairioiden_hoitoon_uudet_suosituksset/6482018

LIITTEET

LIITE 1: Syömishäiriöliiton lehti-ilmoitus

LIITE 2: Kutsukirje

LIITE 3: Esitietolomake

LIITE 4: Teemahaastattelurunko

LIITE 5: Esimerkki analyysivaiheen etenemisestä

LIITE 6: Suostumuslomake

Avoin yleisötilaisuus: Syömishäiriöt, hoito ja vertaistuki



SYÖMISHÄIRIÖLIITTO
-SYLI RY

**15.5. keskiviikkona
klo 18-20:30**

Väli-Suomen
syömishäiriöperheet ry ja
Syömishäiriöliitto-SYLI ry.

Lisätiedot:
Toiminnanohjaaja Ritva Näräkkä
Puh. 045-845 9210
ritva.narakka@syomishairiolitto.fi

Tilaisuus on maksuton.

Saila Koistinen, syömishäiriöhoitotyön asi-
antuntijasairaanhoitaja, psykoterapeutti:

*Syömishäiriöhoito Päijät-Hämeen aikuispsy-
kiatriassa*

Linda Taakala, sosionomi AMK, psykoter-
apeuttiopiskelija:

Sairaudesta eheytymiseen

Heini Laukkanen, kokemusasiantuntija:

Minun vankilani

Kokemustasi tarvitaan!

*LAMK:n hoitotyön opiskelijat
kaipaavat aikuisten syömishäiriötä sairastavien koke-
muksia hoidosta ja hoitoon
pääsystä opinnäytetyötä var-
ten.*

Lisätietoja tilaisuudessa.



Liite 2

Opinnäytetyö aikuisten syömishäiriöistä

HALUATKO JAKAA KOKEMUKSESI SYÖMISHÄIRIÖSTÄ?

Olemme Lahden Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä aikuisten syömishäiriöistä yhteistyössä Syömishäiriöliitto SYLI ry:n kanssa. Haluamme tutkia, millaisia kokemuksia aikuisena syömishäiriöön sairastuneilla on sairaudestaan, hoitoon hakeutumisesta ja hoidon saamisesta.

Kaipaamme syömishäiriöön (BED, anoreksia, bulimia etc.) sairastuneiden täysi-ikäisten henkilöiden kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta Päijät-Hämeen alueella. Olemme kiinnostuneita koko sairastamisen prosessista alkaen sairastumisesta ja siihen liittyvistä asioista ja kokemuksista, mutta erityisesti kaipaamme tietoa hoitoon hakeutumiseen ja hoidon saamiseen liittyvistä kokemuksista.

Opinnäytetyöhön liittyvää tiedonkeruuta aletaan tehdä syksyllä 2013. Tutkimuksen tiedonkeruu suoritetaan teemahaastatteluna, joka nauhoitetaan. Halutessaan tutkimukseen osallistuva henkilö voi tuottaa tarinansa kirjallisessa muodossa samojen haastattelukysymysten pohjalta. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimushenkilöiden tietosuojasta huolehditaan. Tutkimushenkilöllä on myös oikeus halutessaan kieltää antamiensa tietojen käyttö missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa.

Pyydämme kiinnostuneita ottamaan yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään elokuun 2013 aikana.

Lisätietoja opinnäytetyöstä antavat opinnäytetyön tekijät.

Emilia Rask, sairaanhoitajaopiskelija

Janna Laajapuro, terveydenhoitajaopiskelija

Jere Nikkilä, sairaanhoitajaopiskelija

Liite 3

ESITIEDOT

1. Nimi
2. Osoite
3. Sähköpostiosoite
4. Puhelinnumero
5. Syntymävuosi
6. Syömishäiriö, jota olet sairastanut/sairastat
7. Ikä sairastuessa
8. Ikä hoitoon hakeutuessa
9. Ikä hoitoon päästessä
10. Paikkakunta hoitoon hakeutuessa
11. Paikkakunta hoitoon päästessä
10. Haluatko osallistua haastatteluun vai kirjalliseen haastatteluun?
11. Toivotko meiltä yhteydenottoa puhelimitse, sähköpostitse vai kirjeitse?

Palauta lomake viimeistään 30.10.2013 mennessä sähköpostiosoitteeseen

Kiitos!

Liite 4

Hei,

Kirjoita omin sanoin syömishäiriötarinasi alla olevien teemojen mukaisesti. Käsittele itsellesi merkittäviä asioita sairastamis-, hoito- ja paranemisprosessin ajalta ja kuvaa omia tuntemuksiasi ja kokemuksiasi niihin liittyen. Huomaa, että **tärkeintä on oma kokemuksesi** ja voit vapaasti nostaa esiin erityisen merkitykselliseksi kokemiesi vaiheita. Ohjetta kirjoitelman pituudesta tai tyylistä ei ole.

Kirjallisen haastattelun teemat ovat:

1. Historia lyhyesti

- Minkä ikäisenä sairastuit?
- Mikä syömishäiriö?
- Milloin ymmärsit sairastavasi - tunnistitko sairauden?
- Salasitko sairautesi muilta?
- Miten sairaus tuli ilmi/kuka otti asian puheeksi?
- Millainen elämäntilanteesi oli sairastumisen vaiheessa ja sairauden aikana?
- Millaisia tekijöitä mielestäsi on sairastumisesi taustalla?
- Läheisten merkitys sairastaessasi?

2. Hoitoon hakeutuminen

- Milloin/mistä/miten hait apua?
- Mistä kimmoke hoitoon hakeutumiseen?
- Läheisten merkitys sairastumisessa/sairaudentunnossa/avun hakemisessa?
- Mikä oli ensimmäinen taho, johon otettiin yhteyttä avun saamiseksi?

3. Hoito

- Ensikontakti:
 - * Mitä tapahtui ensimmäisen yhteydenoton jälkeen?
 - * Miten hoitopolku lähti etenemään?
 - kuvaa tässä kaikki tahot, joiden kanssa olit tekemisissä ja kuvaa myös ajallisesti esim. hoidon kestoa ja odotusaikoja eri kontaktien välillä (voit myös piirtää aikajan)
 - * Miten sinut kohdattiin?
 - * Miten sinuun suhtauduttiin?
 - * Osattiinko heti toimia ja ohjata eteenpäin?
 - * Millainen merkitys hoitohenkilökunnan asenteella/kohtaamisella/suhtautumisella oli?
 - * Millaisia tunteita hoitoon hakeutumiseen liittyy?
 - * Olitko halukas hoitoon?
 - * Tunnistettiinko sairaus heti?
 - * Oliko sinulla somaattisia (fyysisiä) oireita?
- Hoidon jatkuminen:
 - * Millainen kontakti/suhde hoitohenkilökuntaan syntyi?
 - * Millainen merkitys hoitosuhteen laadulla oli?

- *Kuinka pitkä hoitosuhde takana?
- *Mitä hoitometodeja: avohoito/osastohoito, terapiat (psykofyysinen fysioterapia, kognitiivinen psykoterapia...), somaattinen hoito?
- *Keskityttiinkö mielen vai kehon hoitamiseen?

-Toipuminen

- *Jos hoitosuhde on päättynyt, millaisia tukitoimia olet saanut jatkoa ajatellen?
- *Läheisten tuki ja merkitys toipumisprosessissa?
- *Hoidon vaikutus toipumiseen, omaan kehonkuvaan?
- *Käännekohtat, mitkä olivat merkittävimpiä kokemuksia paranemisessa?
- *Mikä on ollut tärkeintä/merkittävintä hoidossa
- *Oletko toipunut?

**Voit käyttää pohdintasi apuna teemojen alle koottuja kysymyksiä, mutta jokais-
ta kysymystä ei ole välttämätöntä käydä läpi.**

Lähetä tarinasi meille helmikuun 2014 loppuun mennessä tähän kirjeeseen liite-
tyssä palautuskuoressa ja palauta samalla allekirjoitettu suostumuslomake. Halutessa-
si voit lähettää tarinasi sähköpostilla, tällöin tarinan lähettäminen katsotaan kirjalli-
seksi suostumuksen antamiseksi.

Mikäli et syystä tai toisesta halua osallistua tutkimukseen, ilmoitathan siitä meille. Jos
sinulla on kysyttävää, voit koska tahansa ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin.

Suuri kiitos osallistumisestasi ja mukavia kirjoitushetkiä!

Lahden Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat:

Janna Laajapuro
Emilia Rask
Jere Nikkilä

Alkuperäinen ilmaus

"Alkuun oli sellanen, niinku mä olisin juossu tiiliseinään päin, tai multa olis katkastu siivet. Mut sitten kun mä pääsin hoitoon ja ylitin sen kynnyksen, että pyysin apua niin se oli hirveen vapauttavaa, mun ei tarvi salailla enää mitään."

"Sitte tää ravitsemusterapeutti puhu vaan terveellisestä ruokavaliosta, mikä nyt siinä vaiheessa kun ihminen ei syö mitään niin on vähän turhanpäiväistä, että kun tietää mitä se terveellinen ruokavalio oikeesti on."

Pelkistys

Hoitoon hakeutuminen oli vapauttava kokemus

Tarjottu auttamismenetelmä ei ollut ajankohtainen

Alakategoria (32)

Hoitoon hakeutumiseen liittyvät tunteet

Kielteiset hoitokokemukset

Yläkategoria (6)

Kokemukset hoitoon hakeutumisesta

Kokemukset hoidosta

Liite 6

Opinnäytetyö aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksista hoitoon pääsystä ja hoidosta

Lahden ammattikorkeakoulu: hoitotyön koulutusohjelma

Janna Laajapuro, Jere Nikkilä & Emilia Rask

OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMINEN

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia hoitoon pääsystä ja hoidosta ja siihen liittyvistä kokemuksista.

Kaikki haastatteluilla ja kirjallisilla haastatteluilla koottu aineisto käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti, säilytetään ulkopuolisten saavuttamattomissa ja tuhotaan tutkimuksen päätyttyä. Valmiissa työssä huolehditaan siitä, että tutkimushenkilöä ei voida tunnistaa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimushenkilöllä on oikeus missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa vetäytyä tutkimuksesta tai kieltää itseään koskevan aineiston käyttö tutkimuksessa. Tutkimushenkilöllä on oikeus saada tietoa tutkimuksesta tutkimusprosessin aikana sekä valmiin tutkimuksen tuloksista. Tutkimushenkilö on saanut tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot yhteydenottoa varten.

Tutkimushenkilön on hyvä tiedostaa, että syömishäiriöön liittyvien asioiden käsittely voi nostaa esiin monenlaisia tunteita.

SUOSTUMUS

Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja osallistun siihen vapaaehtoisesti. Suostun siihen, että antamani tiedot hyödynnetään tutkimuksen tekemisessä.

Aika ja paikka

Tutkimushenkilön allekirjoitus
