



KIELLETYT TUNTEET – SYÖMISHÄIRIÖKESKUKSEN POTILAIDEN KOKEMUKSIA



Petra Pulkkinen
Tiina Seikku
Petra Syrjäla

Pulkkinen, P., Seikku, T., Syrjälä, P.

Kielletyt tunteet - Syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemuksia

Vuosi 2009

Sivumäärä 89

Tämä opinnäytetyö käsittelee syömishäiriöpotilaiden kokemuksia, ja se on toteutettu yhteistyössä Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskuksen kanssa. Syömishäiriökeskus on Helsingissä sijaitseva ympärivuorokautista tukea tarjoava kuntoutus- ja hoitoyksikkö vaikeasti sairaille syömishäiriöpotilaille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa Syömishäiriökeskuksen anoreksiaa sairastavien potilaiden subjektiivisesta kokemusmaailmasta ja herättää keskustelua syömishäiriöiden kokonaisvaltaisesta hoidosta.

Tutkimuksen viitekehys muodostui syömishäiriöistä, kokemuksellisuudesta, hoidosta, omahoitajuudesta, tunteista ja voimaantumisen käsitteistä. Voimaantumisen käsite oli määritelty siten, että se on yksilön kykyä tehdä valintoja ja vaikuttaa näin omaan hyvinvointiin ja elämäntapaan. Opinnäytetyön tutkimusote oli fenomenologis-hermeneuttinen, ja aineiston keruun menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavia Syömishäiriökeskuksen potilaita oli viisi. Tutkimuskysymykset käsitelivät potilaiden kokemuksia syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Keskityimme erityisesti voimaantumiseen, tunteiden tiedostamiseen ja omahoitajuuteen. Saatua aineisto käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, ja analyysissä painotettiin haastateltavien subjektiivisten kokemusten esiin tuomista ilman tulkintaa.

Aineistosta kävi ilmi, että haastatellut syömishäiriöpotilaat osasivat tunnistaa lukuisia tunteita, mutta negatiivisia tunteita oli mainittu ja eritelty huomattavasti enemmän kuin positiivisia. Tunteita ilmaistiin fyysisin, psyykkisin ja sosiaalisin keinoin. Haastatteluista löytyi monia eri tapoja vaikuttaa omaan elämään ja omiin valintoihin sekä omaan yleiseen hyvinvointiin. Lisäksi tuloksissa käsitellään anoreksiaa sairastavien kokemuksia omahoitajuudesta sekä Syömishäiriökeskuksen hoidosta yleisesti. Omahoitajuudesta kysyttäessä haastateltavat toivat esille monia erilaisia kokemuksia, mutta lähes kaikki kokemukset olivat myönteisiä. Samoin palaute hoidosta oli lähinnä positiivista ja kritiikki kohdistui käytännön asioihin hoitomallin sijaan. Käsittelemme myös haastatteluissa ilmenneitä asioita, jotka eivät varsinaisesti liity tutkimuskysymyksiin, mutta ovat subjektiivisina kokemuksina tärkeitä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että Syömishäiriökeskuksen potilaat osasivat tunnistaa ja ilmaista tunteitaan paremmin kuin teorian pohjalta voisi olettaa. Myös voimaantumista koettiin monilla elämän osa-alueilla. Haastateltavien vähäisen määrän vuoksi yleisiä johtopäätöksiä ei kuitenkaan voida tehdä. Sen sijaan kokemukset hoidosta ja omahoitajuudesta kertovat Syömishäiriökeskuksen hoitomallin toimivuudesta.

Asiasanat: syömishäiriöt, voimaantuminen, tunteet, kokemuksellisuus

Pulkkinen, P., Seikku, T., Syrjälä, P.

Forbidden Emotions - Patients' Experiences in the Eating Disorders Centre

Year 2009

Pages 89

This thesis discusses experiences of patients with eating disorders, specifically anorexia nervosa, and it was executed in co-operation with Elämän Nälkään ry's Syömishäiriökeskus (Eating disorders centre). Syömishäiriökeskus is located in Helsinki and it provides round-the-clock treatment and rehabilitation for seriously ill patients suffering from eating disorders. The purpose of this thesis was to gather knowledge of the subjective experiences of the patients in Syömishäiriökeskus and to provoke discussion on the comprehensive treatment of patients with eating disorders.

The framework of the thesis included such themes as eating disorders, subjective experiences, treatment, primary nursing, emotions and empowerment. The concept of empowerment was defined as an individual's ability to make choices and in that way to affect one's well-being and the course of life. The approach of the thesis was phenomenological-hermeneutical, and theme interview was used as the research method. Five patients from Syömishäiriökeskus were interviewed. The main research question was to find out patients' experiences of eating disorders and the treatment in Syömishäiriökeskus. The focus was on empowerment, awareness of emotions and primary nursing. The acquired material was processed by using content analysis, and during the analysis interviewees' subjective experiences were emphasized while avoiding any interpretation.

Based on the analyzed material the eating disorder patients interviewed were able to recognize several emotions, however negative emotions were mentioned and specified considerably more than positive emotions. The emotions were expressed in psychological, physical and social ways. Many different ways to affect one's life, choices and general well-being could be found in the interviews. Patients' experiences of primary nursing and the treatment in Syömishäiriökeskus are also discussed in the findings. When asked about the primary nursing, the patients brought up different kinds of experiences, but most of the answers were positive, as well as when asked about the treatment in general. Criticism focused more on the practical issues instead of the structure and concept of the treatment. Some additional experiences expressed by the interviewees have also been reported in the findings. They were not directly related to the research questions, but as subjective experiences they are important and worth mentioning.

The findings point out that patients in Syömishäiriökeskus were able to recognize and express more emotions than what was expected based on the literature. Empowerment could also be seen in many areas of life. However, due to the small number of interviewees, no general conclusions can be made. Instead it can be concluded the concept of the treatment in Syömishäiriökeskus, as well as primary nursing, seems to be functional.

Key words: eating disorders, empowerment, emotions, subjective experiences

Sisällys

1 JOHDANTO	2
2 SYÖMISHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO	5
2.1 Syömishäiriöt ilmionä	5
2.1.1 Anoreksian oirekuva	8
2.1.2 Anoreksian esiintyvyys	11
2.1.3 Anoreksian syyt	12
2.1.4 Anoreksian hoito.....	15
2.1.5 Muut syömishäiriöt	16
2.2 Syömishäiriöiden hoito	18
2.2.1 Hoidosta yleisesti	18
2.2.2 Omahoitajuus	20
2.2.3 Voimaantuminen	21
2.2.4 Emootiot ja tunteet sekä niiden tiedostaminen	24
2.3 Syömishäiriökeskus.....	28
3 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN	31
3.1 Tutkielman menetelmät	31
3.1.1 Fenomenologia ja hermeneutiikka	31
3.1.2 Kokemus ja kokemuksen tutkiminen.....	32
3.2 Tutkielman tavoitteet ja tiedonhankintamenetelmät	35
3.3 Aineiston analyysimenetelmä	36
3.4 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointiperusteet.....	39
3.5 Käytännön toteutus	41
4 TULOKSET	43
4.1 Tunteiden nimeäminen.....	44
4.2 Tunteiden ilmeneminen	53
4.3 Voimaantuminen.....	57
4.4 Omahoitajuus	63
4.5 Kommentit hoidosta	65
4.6 Muita haastatteluissa ilmenneitä asioita	66
4.7 Yhteenveto	68
5 POHDINTA	70
5.1 Tutkielman toteutuksen tarkastelu	71
5.2 Eettisyyden ja luotettavuuden toteutuminen	74
5.3 Syömisen ongelmat, media ja yhteiskunta.....	77
LÄHTEET	82
LIITE 1. SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISEKSI	86
LIITE 2. HAASTATTELUKYSYMKSET	87
LIITE 3. SYÖMISHÄIRIÖT ICD-10:Ä MUKAILLEN.....	88

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt eivät ole ilmiönä kovinkaan uusi asia. Varsinkin anoreksiaan viittaavia piirteitä on löydetty kirjoituksista jo 1000-luvun tienoilta. Ensimmäinen tunnettu tapaus kertoo Wilgefortis-nimisestä pyhimyksestä, joka oli harras kristitty ja kaunis portugalilainen prinsessa. Hänen isänsä, kuningas, halusi naittaa tytön sisilialaiselle kuninkaalle. Wilgefortis halusi kuitenkin pyhittää elämänsä Jumalalle eikä kenellekään miehelle. Epätoivoisena hän rukoili Jumalaa tekemään hänestä ruman ja toivoi samalla, ettei hänen tarvitsisi muuttaa pois mennäseen naimisiin. Jumala kuuli rukouksen ja otti pois Wilgefortiksen kauneuden. Hänestä tuli laiha, hänelle kasvoi viikset ja parta sekä karvaa joka puolelle ruumista. Tällöin sisilialainen kuningas ei tahtonutkaan enää Wilgefortiksen kättä, mistä hänen isänsä raivostui niin, että antoi ristiinnaulita tyttärensä. (Arkhem 2005, 99.) Nykyaikainen selitys tälle saattaisi olla se, että Wilgefortis sairastui anoreksiaan. Myöskään bulimia ei ole ilmiönä uusi, vaikka se erotettiin tautiluokituksessa omaksi sairaudekseen vasta vuonna 1979. Antiikin roomalaisten tiedetään pitäneen juhlia, joissa liian syömisen aiheuttama oksentaminen ja lisää ahmiminen oli täysin ”normaalia”. Roomalaisten asunnoissa oli jopa erityisiä oksennushuoneita tyhjentäytymistä varten. Lääketieteen isänä pidetty Hippokrates puolestaan kehotti oksentamaan kahtena peräkkäisenä päivänä kuussa terveyden ylläpitämiseksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 16.)

Anoreksia diagnosoitiin ensimmäisenä syömishäiriönä 1600-luvun loppupuolella. 1900-luvulla syömishäiriöitä on tutkittu yhä enenevässä määrin, mutta lukuisista yrityksistä huolimatta häiriöiden aiheuttajaa ei ole vielä tunnistettu. Tämän takia syömishäiriöiden hoito on ollut vielä 1990-luvun alussa lapsenkengissä. Tällöin syömishäiriöiden hoito oli lähinnä sairaaloissa tapahtuvaa somaattisen tilan korjausta, toisin sanoen pakkosyöttämistä. Psykkiseen hoitoon ei panostettu kovinkaan paljoa, ja syömishäiriöiset nähtiin lähinnä oikuttelevina, huomionhailuisina kakaroina. (Turtonen 2006, 99.)

Näyttää siltä, että tällä hetkellä syömisen häiriöt yleistyvät yhteiskunnassamme siitä huolimatta, että yhä useammilla on mahdollisuus syödä terveellisesti ja monipuolisesti. Syömishäiriöiden synnyn syitä on esitetty useita sosiokulttuurisista teorioista (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 31 - 34) perheen vuorovaikutusongelmiin (Turtonen 2006, 104; van der Ster 2006, 46; Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 47 - 49) sekä piileviin persoonallisuushäiriöihin ja itsetunto-ongelmiin (Ebeling 2006, 120; Turtonen 2006, 104). On myös kirjoitettu paljon siitä, mitä syömishäiriöt ovat ja miten ne ilmenevät yksilötasolla. Kirjoittajat ovat kuitenkin usein tutkijoita, jotka esittävät omaa tulkintaansa toisten kertomasta.

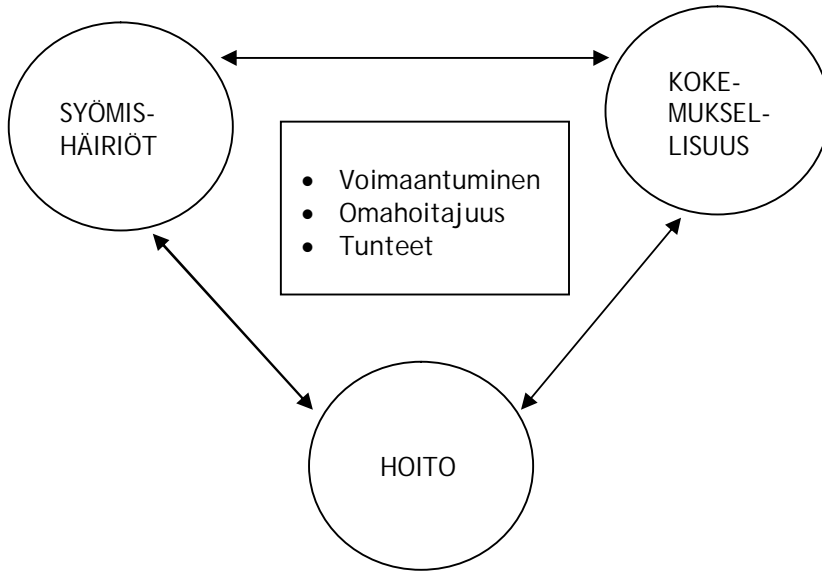
Syömishäiriöisten maailmaa voidaan ymmärtää vain häiriötä sairastavan yksilöllisen kokemuksen kautta. Syömishäiriöihin liittyy ulkopuolisesta omituiselta tuntuvia uskomuksia, arvoja ja

käyttäytymismalleja, joilla on kuitenkin niitä kokevalle ja toteuttavalle yksilölle suuri merkitys. (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, XV.) Tutkimusta syömishäiriöisten subjektiivisesta kokemusmaailmasta on tehty melko vähän, vaikka mielestämme juuri tällainen tutkimus on tärkeä linkki syömishäiriöön sairastuneen ja hoitavan tahon välillä. Jos sairaudesta ei ymmärretä mitään, ei sitä voida asianmukaisesti hoitaa.

Syömishäiriöt ilmiönä herättävät mielenkiintomme häiriöiden kompleksisen luonteen takia, ja haluamme esittää tutkimustietoa syömishäiriöisten subjektiivisesta kokemusmaailmasta. Tutkielman tarkoituksena on herättää keskustelua syömishäiriöiden kokonaisvaltaisesta hoidosta ja sen merkityksestä paranemisprosessissa. Uskomme, että syömishäiriöihin ja niiden hoitoon perehtymisestä on meille hyötyä myös ammatillisessa mielessä, sillä syömisen ongelmien lisääntyminen yhteiskunnassa näyttäytyy yhä useammin sosiaalialan eri sektoreilla. Tällöin tietous syömisen ongelmista on yhä tärkeämpää myös sosionomin ammatissa. Tarkoituksenamme ei ole tuoda esille omia oletuksiamme syömishäiriöiden perimmäisestä luonteesta. Tämän takia käytämme työssämme fenomenologis-hermeneuttista työtettä, joka antaa meille vapauden riisuutua kaikista ennako-oletuksistamme ja kuunnella tutkittavien omaa ääntä. Toteutamme opinnäytetyömme Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskuksessa, jossa tutkimme teemahaastattelun avulla haastateltavien kokemuksia hoidosta, voimaantumisesta ja tunteista. Lisäksi tutkimme omahoitajuuden merkitystä parantumisprosessissa. Suomessa Syömishäiriökeskus on yksi harvoista paikoista, joka on keskittynyt syömishäiriöiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. Keskuksen hoitomalli on ainoa laatuaan Suomessa.

Raportti koostuu neljästä osasta. Teoriaosiossa esittelemme syömishäiriöitä ja niiden hoitoa. Opinnäytetyön toteuttaminen -osiossa esittelemme tutkielman metodiikkaa, tavoitteita, tiedonhankinta- ja analyysimenetelmän sekä arviointiperusteita. Tässä osiossa kerromme myös, miten opinnäytetyö toteutettiin käytännössä. Esittelemme tulokset ja niiden analyysin sekä johtopäätökset omassa osiossaan. Pohdintaosiossa käsittelemme vielä tutkielmaa laajemmin sekä syömishäiriötä ilmiönä hieman vapaammin erilaisista meitä kiinnostavista näkökulmista.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu syömishäiriöistä, kokemuksellisuudesta, hoidosta, voimaantumisesta, tunteista ja omahoitajuudesta (ks. Kuvio 1). Syömishäiriöt, kokemuksellisuus ja hoito ovat viitekehyksessämme ne aiheet, jotka olemme kokeneet keskeisimmiksi. Kaikki käsitteet ovat kuitenkin yhteydessä toisiinsa, ja jokainen käsite täydentää toista. Esimerkiksi tunteita on mahdotonta erottaa hoidosta tai kokemuksellisuudesta irralliseksi asioksi. Hoidon edetessä syömishäiriöisen tunnemaailmassa tapahtuu varmasti muutoksia ja nämä muutokset puolestaan vaikuttavat hoitoon.



KUVIO 1. Tutkielman teoreettinen viitekehys

2 SYÖMISHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO

Esittelemme seuraavassa ensin yleistä teoriaa syömishäiriöistä ja syömisen ongelmista. Tämän jälkeen tarkastelemme yksityiskohtaisemmin anoreksiaa sekä omassa kappaleessaan muita syömishäiriöitä. Painotamme anoreksian osuutta syömishäiriöiden teoriassa, sillä kaikki tutkimuksemme osallistuvat Syömishäiriökeskuksen potilaat ovat anoreksiaa sairastavia naisia. Tästä syystä ja aihetta rajataksemme jätämme myös miesnäkökulman teoriasta pois. Kappaleessa 2.2 kerromme ensin syömishäiriöiden hoidosta laajemmin, minkä jälkeen keskitymme tutkielmamme kannalta merkittäviin tekijöihin: omahoitajuuteen, voimaantumiseen ja tunteiden tiedostamiseen. Lopuksi esittelemme yhteistyökumppanimme Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskuksen.

2.1 Syömishäiriöt ilmiönä

Esittelemme seuraavassa neljä syömisen ongelmiin liittyvää teoriaa: psykosomaattisen teorian, syömisen eksternaalisuusteorian, kognitiivis-behavioristisen mallin sekä kroonisen rajoittamisen teorian. Lisäksi tarkastelemme ilmiötä muista kiinnostavista näkökulmista.

Ruoka on ihmiselle välttämättömyys. Syömiseen liittyy kuitenkin ravinnon ja energiansaannin lisäksi myös erilaisten tunnetilojen vahvistaminen. Useat negatiiviset tunteet, kuten masennus tai suru, saattavat aiheuttaa lohtusyömistä. Toisaalta osa ihmisistä syö ollessaan iloisia. Syöminen on osa sosiaalista käyttäytymistä ja se saattaa muodostua myös tavaksi, esimerkiksi televisiota katsellessa. (Savukoski 2008, 16.)

Syömisongelmat ovat vakavia riippuvuuksia ruokaan, missä ruoka ei sinällään ole ongelma vaan se, että ihminen joko tietoisesti tai tiedostamattaan käyttää ruokaa ja syömistä keinona ratkaista ongelmiaan. Ihmisen ongelmana ovat siis tunteet, joiden hallitsemiseksi hän käyttää ruokaa, kuten alkoholisti alkoholia ja himourheilija liikuntaa. Oppiakseen elämään syömisongelman kanssa on välttämätöntä tehdä rauha itsensä ja ruoan kanssa ja opittava kohtaamaan ja hyväksymään omat tunteet ja tarpeet. Esimerkiksi ahdistuneena ruokariippuvainen ihminen syö lisää ja tuomitsee itsensä saamattomaksi sekä syyllistää itsensä huonoksi ihmiseksi ja painaa jo muutenkin huonoa itsetuntoa alas jatkaen syömistään. (Kristeri 2003, 38 - 39, 51.)

Psykosomaattinen teoria näkee syömisen keinona emotionaaliseen säätelyyn. Tämä teoria keskittyy ruoan henkilökohtaisiin tunnemerkityksiin ja funktioihin. Ruoantarpeen tunteen erottaminen muista tunteista vaatii oppimista. Syömisen häiriintyminen on seurausta tämän psykosomaattisen oppimisprosessin epäonnistumisesta. Hoitajan adekvaatti eli tarkoituksen-

mukainen reagointi vauvan ravinnontarpeeseen mahdollistaa kehon tarpeiden mukaisen syömisen oppimisen. Adekvaatti syöminen edellyttää, että yksilö on oppinut erottamaan toisistaan (1) erilaiset kehon sisäiset tilat kuten nälkä, väsymys tai ahdistus, (2) ruoat, joiden ravintoainesisällöt ovat erilaiset ja (3) ruoat, jotka tuottavat erilaisilla kylläisyyttä. (Saarilehto, Keskinen & Lapinleimu 1998, 451 - 452.)

Eksternaalisuusteoria tutkii ihmisten erilaisia herkkyyksiä ulkoisille syömisvihjeille ja syömisohjautumista ulkoisten tekijöiden mukaan. Teorian mukaan esimerkiksi lihavien syömiskäyttäytyminen ei ohjaudu sisäisten tuntemusten, vaan ulkoisten vihjeiden mukaan. Tällöin lihavilla henkilöillä syömiseen johtaa esimerkiksi uskomus siitä, että edellisestä ruokailusta on jo pitkä aika tai muiden ruokaileminen, eivät nälkäisyys tai negatiiviset tunteet. Ulkoisten vihjeiden perusteella syöminen on tavallista, eikä se liity vain ylipainoisten ihmisten syömiskäyttäytymiseen. Tavallisinta on syödä ”yli omien tarpeiden” silloin kun olemme sosiaalisessa tilanteessa. Yksin ruokaillaessa ihmiset syövät vähemmän. Toisaalta yhdessä ruokaileminen saattaa myös hillitä syömistä. (Saarilehto, Keskinen & Lapinleimu 1998, 452 - 453.) Tämä pitää varmasti paikkansa varsinkin anoreksiaa sairastavien kohdalla. Syömishäiriökeskuksessakin ruokailu tapahtuu hoidon alussa erillään muista potilaista hoitajan seurassa. Tällä tavoin asukas totuttelee normaaliin syömiseen. Yhdessä ruokailu saattaisi aiheuttaa muiden pöydässä syöjien tarkkailua ja epäadekvaattien ruokailutapojen omaksumista.

Tutkijoiden mukaan jäykkä taipumus välttää mieleisiään ruokia ja syömisestä saatavan nautinnon kieltäminen itseltä saattavat johtaa syömiskäyttäytymisen häiriintymiseen. *Kroonisen rajoittamisen teoria* tutkii syömisestä säätelyn vaikeuksia juuri tästä näkökulmasta. Makuaistitutkimukseksi naamioidussa kokeessa kroonisesti painoaan tarkkailevien, niin kutsuttujen rajoittajien syömiskäyttäytyminen poikkesi niiden koehenkilöiden käyttäytymisestä, jotka eivät olleet erityisen huolissaan painostaan. Ei-rajoittajille annettu pirtelöannos ennen jäätelön maistelua vähensi syötyä jäätelömäärää, kun taas rajoittajilla tilanne oli päinvastainen: pirtelöannoksen nauttineet söivät enemmän jäätelöä kuin ne, jotka eivät saaneet tällaista ”esiannosta”. Näyttää siis siltä, että jatkuvaan pyrkimykseen säädellä ja rajoittaa syömistä liittyy ”kaikki tai ei mitään” - ajattelu. Kun on kerran syönyt kaloripitoista ruokaa, on säättely epäonnistunut ja näin hallitsemattomaksi koettu syöminen voi jatkua. Rajoittaminen ja siihen liittyvä paradoksaalinen seuraus auttaa ymmärtämään esimerkiksi bulimiam. Bulimiassa halu kontrolloida niin syömistä kuin lihomistakin sekä ahmiminen ja totaalinen kontrollin menetykset vuorottelevat ja ylläpitävät toinen toisiaan. (Saarilehto, Keskinen & Lapinleimu 1998, 453.)

Kognitiivis-behavioristisessa mallissa otetaan huomioon ulkoinen, havaittava käyttäytyminen sekä sosiaaliset ja kognitiiviset prosessit häiriön kehityksessä, etenemisessä ja hoidossa. Kun paino alenee ja ruumis tulee heikommaksi, henkilöiden kognitiiviset prosessit heikkenevät huomattavasti. Tämän vuoksi heidän on hankala kuvata tunteitaan ja tuntemuksiaan sanoin ja

he ovat kykenemättömiä tunnistamaan sellaisia kehonmuutoksia ja mielikuvia, jotka yleensä herättävät ihmisissä tunteita. On siis mahdollista, että psykosomaattisesti oireilevat ihmiset eivät koe tunteita muiden tavoin. Ei sen takia että he suojaisivat itseään psyykkisellä tasolla, vaan siksi että tuntemisen mahdollistavat hermostolliset yhteydet ovat joko vialliset tai puuttuvat kokonaan. (Vandereycken & Meermann 1984, 43 - 45.)

Normaalin ja häiriintyneen syömisen erottaminen toisistaan ei ole aina helppoa, sillä kaikki syövät joskus liikaa ja toisinaan liian vähän. Ihmiset ovat myös yhä useammin tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä ja kokeilevat erilaisia, jopa epäterveitä laihdutusmenetelmiä. Oireesta muodostuu kuitenkin häiriö vasta kun se toistuu niin usein, että se alkaa vallata ajatuksia ja häiritä yksilön kykyä elää tervettä elämää ja tavallista arkea. Syömishäiriöissä syöminen tai syömättömyys valtaa ajatukset ja kietoutuu elämän jokaiselle osa-alueelle tullen näin usein ajatusten ja olemisen pääsisällöksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11.) Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS) vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan lähes 40% korkeakoulujen naisopiskelijoista arvioi olevansa ylipainoinen. Todellinen luku oli kuitenkin vain hieman yli 13%. (Puuronen 2004, 102.) Tutkimuksen mukaan naisilla on siis selvästi vaikeuksia hahmottaa joko oman kehonsa mittasuhteita tai ylipainoisuuden rajaa. Voidaan pohtia, onko esimerkiksi median tarjoama naiskuva niin alipainoinen, että normaalipainon rajoissa oleva nainen kokee turhaan olevansa ylipainoinen.

Syömishäiriö alkaa usein niin vähitellen, että sen huomaaminen saattaa olla sairastuvan läheisillekin ihmisille vaikeaa. Suuri osa syömishäiriöiden oireista, kuten inho omasta vartalosta ja kuukautishäiriöt, ovat niin intiimejä, ettei niistä yleensä kerrota edes perheenjäsenille. Syömishäiriö saattaa alkaa viattomasta yrityksestä laihduttaa tai syödä terveellisemmin, kuten karkkilakosta tai vähärasvaisten tuotteiden lisäämisestä ruokavalioon. Vähitellen ruokavalio alkaa kuitenkin supistua niin, että yhä useammat ruoka-aineet koetaan kielletyiksi tai tiukasti säännöstellyiksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 25.)

Syömisen ongelmat pysyvät yleensä alussa salassa, ja omaiset saattavat herätä huomaamaan oireet vasta kun huomattavaa laihtumista on jo tapahtunut. Viluinen ja laihtuva henkilö saattaa kätkeä laihtumistaan väljin tai kerroksittain puettuun vaattein, mikä vaikeuttaa painon pudotuksen huomaamista. Sairastuva perheenjäsen saattaa välttää yhteisiä ruokailuja kertomalla syöneensä jo tai hän saattaa vaatia kaikkien ruoka-aineiden muuttamista vähärasvaisiksi. Ruokailuun saattaa liittyä myös omituisia rituaaleja, kuten ruoan pilkkomista hyvin pieneksi tai ruoan erittäin voimakasta maustamista. Laihduttamiseen saattaa myös liittyä todella runsasta liikuntaa, joka saa pakonomaisia piirteitä. Liikuntaa on sairastuvan mielestä harrastettava aina eikä lenkille lähtöä voi perua raekuuron tai ukkosmyrskyn vuoksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 25 - 26.)

Ruokariippuvuuden taustalla nähdään usein kokemuksia riittämättömästä vanhemmuudesta ja turvattomuudesta. Se, miten lapsi on liitetty maailmaan, millainen hänen ja äidin vuorovaikutussuhde on ollut, vaikuttaa hyvin pitkälle siihen, miten hän näkee myöhemmin itsensä ja toiset. Jos äiti ei ole esimerkiksi ollut psyykkisesti tai fyysisesti läsnä lapsen elämässä riittävästi, sopeutuu lapsi helposti hoitajan poissaoloon. Tällöin hän kehittää erilaisia puolustusmekanismeja turvakseen, jotta hän uskaltaisi tutustua maailmaan. (Kristeri 2003, 102 - 104.)

Kristerin (2003, 101 - 105) mukaan syvin tarpeemme on rakastaa ja saada rakkautta ja läheisyyttä, sekä olla vuorovaikutuksessa tavalla, jossa vastaanotetaan ja annetaan rakkautta ilman pelkoa ja varuillaanoloa. Jos elämässä tapahtuu liikaa pettymyksiä, alamme helposti pelätä ja suojata itseämme sattumiselta ja loukkaantumiselta. Tällöin kehitämme suojaksemme erilaisia puolustusmekanismeja. Syyllisyys estää sallimasta itselleen hyvää ja pelko ottamasta vastaan rakkautta. Ruoasta tulee ihmisen ainut rakkaus, jota on aina saatavilla, vaikkei vanhempia olisikaan. Ruoka ei loukkaa eikä satuta, ei lyö eikä ryyppää. Se on aina saatavilla.

Yhteiskunnan arvojen näkökulmasta on todennäköistä, että henkilön omaan fyysiseen kypsymiseen ja ulkonäköön liittyvillä havainnoilla, tunteilla ja kognitioilla on erityisen korkea ominaisarvo. Hoikkuus voi lisäksi antaa mahdollisuuden kontrolloida ristiriitaisilta tuntuja seksuaalisia yllykkeitä viivyttämällä fyysistä kypsymistä. Paastoamisesta voi tulla siis ongelmanratkaisumenetelmä puberteetti-iässä. (Vandereycken & Meerman 1984, 46 - 50.) On myös esitetty oletuksia länsimaisen kulttuurin laihuushänteen sekä monenlaisten naiseuteen liittyvien ristiriitaisien odotusten ja laihuushäiriön välisestä syy-yhteydestä. Kulttuurin seksuaalinen korostuneisuus ja vapaus voivat ahdistaa nuorta. Nuori saattaa alitajuisesti pyrkiä hidastamaan omaa kehitystään oireilemalla syömishäiriöllä. (Ebeling 2006, 120.)

Eräs mielenkiintoinen näkökulma syömishäiriöihin ilmionä on niiden yhteys pakko-oireiseen häiriöön. Nämä häiriöt muistuttavat toisiaan joiltakin osin. Molempiin kuuluu laaja repertuaari rituaalista käytöstä, jota ohjaavat vahvat uskomukset. Tähän käytökseen liittyy myös henkilön voimakas ahdistus siitä, että hän epäonnistuu näiden rituaalien toteuttamisessa. Häiriötä sairastava uskoo, että epäonnistumisesta seuraa vakava katastrofi. Esimerkiksi erilainen asioiden tarkistaminen, maagiset rituaalit ja lohdun etsiminen ovat yleisiä sekä syömishäiriöisillä, että pakko-oireista kärsivillä. Jotkut ovat jopa ehdottaneet syömishäiriötä pakko-oireisen häiriön yhdeksi muodoksi. (Lavender, Shubert, de Silva & Treasure 2006, 332.)

2.1.1 Anoreksian oirekuva

Anorexia nervosa eli laihuushäiriö (ks. LIITE 3) on tunnettu lääketieteessä jo yli 300 vuoden ajan. Anoreksia ilmionä on ollut kuitenkin olemassa hyvin paljon pidempään, ellei aina. En-

simmäisen nykyistä anoreksiaa vastaavan diagnoosin teki englantilainen lääkäri Richard Morton vuonna 1684. (Savukoski 2008, 17; Clinton & Norring 2002, 19.) Anorexia nervosa tarkoittaa suoraan suomennettuna ”hermostollista alkuperää olevaa ruokahalun menetystä”. Nimitys on kuitenkin virheellinen, sillä nykyisen käsityksen mukaan anoreksiassa ei tapahdu ruokahalun menetystä. Tästä on merkinä jo se, että anoreksiaa sairastavat pitävät paastoamista usein saavutuksena. (Turtonen 2006, 53.) Anoreksia jaetaan kahteen päätyyppiin: restriktiiviseen eli paastoavaan (ruoasta pidättäytyvään) anoreksiaan ja bulimiseen eli ahmimista ja erilaisia tyhjentäytymiskeinoja (esimerkiksi oksentamalla tai laksatiiveja käyttämällä) suosivaan anoreksiaan. Restriktiivisessä anoreksiassa ruoasta kieltäytyminen, liiallinen ja pakonomainen liikunta sekä runsas paastoaminen hallitsevat taudinkuvaa. Bulimisessa anoreksiassa syömisen säännöstely keskeytyy aika ajoin ahmimiseen eli hallitsemattomaan ylensyömiseen. Nämä ahminnat kompensoidaan yleensä tahalliseksi oksentamisella tai runsaalla laksatiivien käytöllä. (Keski-Rahkonen, Charperntier & Viljanen 2008, 13.) Bulimisia syömishäiriöitä, joissa käytetään tyhjentäytymiskeinoja, kutsutaan myös vatsantyhjennystyypeiksi.

Anoreksiaa pidettiin 1900-luvun alusta vuosikymmeniä eteenpäin pitkälti huonon vanhemmuuden sekä lapsuuden traumojen aiheuttamana sairautena, johon ei tunnettu parannuskeinoa. Anoreksiaa sairastavat nähtiin manipulatiivisina ja itsekkäinä henkilöinä, jotka koettivat syömättömyydellään vain hankkia huomiota. Hoito oli lähinnä hyvin behavioristista käyttäytymisen muokkausta jossa onnistumisista palkittiin ja epäonnistumisista rangaistiin. (Claude-Pierre 1997, 12, 115.) Tällainen hoitomenetelmä luo väärän mielikuvan anoreksiasta sairautena, jota syömishäiriöinen voi halutessaan hallita. Syömishäiriöisillä on usein paljon huonoja kokemuksia sairaaloista ja hoitohenkilöistä. Varsinkin 1980-luvulla sairaalahoitoa saaneet naiset ovat kertoneet, että hoito oli tuolloin pitkälti pakkosyöttämistä. Syömishäiriöitä ei pidetty oikeina sairauksina, vaan sairastavat nähtiin usein rasittavina, oikuttelevina ja huomiota hakevina. (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 77 - 80.)

Viime vuosikymmeninä syömishäiriöistä on saatu valtavasti uutta tietoa ja uusia hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti. Esimerkkinä uudesta hoitomenetelmästä voidaan mainita Delins-kyn ja Wilsonin (2006, 108 - 116) tutkima hoitomenetelmä peilille altistaminen (mirror exposure). Hoitomenetelmän avulla pyritään ensinnäkin saamaan syömishäiriöön sairastuneen näkemys kehostaan kokonaisvaltaisemmaksi niin, ettei henkilö kiinnittäisi jatkuvasti huomiota kehonsa ”ongelmakohtiin”. Tällainen ongelmakohtien pakkomielteinenkin huomiointi on syömishäiriöisille tavallista. Toisekseen hoitomenetelmän kautta koetetaan opettaa häiriöstä kärsiviä kuvaamaan kehoaan objektiivisesti ja faktapohjaisin termein sen sijaan, että he tuottavat kehostaan subjektiivista, negatiivissävytteistä puhetta. Tarkoituksena on siis saada syömishäiriöön sairastuneet huomaamaan, että he puhuvat kehostaan tuomitsevaan ja pahaa mieltä tuottavaan sävyyn ja tarjota tällaiselle subjektiiviselle käsitykselle terveempi vastine. Hoitomenetelmän nimi on suoraan suomennettuna ”peilille altistaminen”, joka kuvaakin me-

netelmää hyvin. Sairastunut asettautuu suuren peilin eteen, josta hän näkee itsensä sekä edestä että sivuilta ja kääntyessään myös takaa. Häntä pyydetään sitten kuvaamaan mahdollisimman tarkasti kehoaan varpaista päälakeen. Kuvaillessaan kehoaan henkilö ei saa jäädä pitkäksi aikaa kuvaamaan tiettyä osaa kehostaan, vaan hänen tulee kertoa jokaisesta kehonosastaan yhtä paljon käyttämättä kriittistä puhetta. Hoitomenetelmää arvioitaessa tutkijat huomasivat, että menetelmä vähensi sekä välittömästi hoidon jälkeen että seurannassa masentuneisuutta, kehonkuvanhäiriöitä, kehon kriittistä ja negatiivista arviointia, haitallista laihduttamiskäyttäytymistä sekä paransi itsetuntoa.

Laihuushäiriössä keskeinen oire on painon pudotus ja painon pitäminen erittäin alhaisena. Tämä tapahtuu välttämällä ravitsevia ruokia ja syömistä, sekä toisinaan käyttämällä nesteenoisto- ja ulostuslääkkeitä. Laihuushäiriöinen nuori on yleensä kiinnostunut ruoasta ja saattaa kin mielellään askaroida ruoan parissa laittaen esimerkiksi perheelleen ruokaa. Itse hän ei kuitenkaan tekemäänsä ruokaa syö. Laihuushäiriöisellä nuorella on voimakas tunnetason kokemus itsestään liian lihavana ja pyrkimys laihuuteen ja itsehallintaan. (Ebeling 2006, 118; Van der Ster 2006, 34.) Ruokailukäyttäytymisen lisäksi anoreksiaa sairastava usein liikkuu intohimoisesti, jumppaa yöllä ja nukkuu vähän. Nukkumattomuus johtuu ilmeisesti siitä, että anoreksiasta kärsivän keho toimii kuten nälkiintyneellä eläimellä ja tuottaa hillittömästi energiaa ruoanhakua varten. (Savukoski 2008, 23.)

Vaikka anoreksian yhteydessä puhutaan ruumiinkuvan häiriöstä, ovat tutkimukset osoittaneet, että usein kyseessä on enemmänkin tunne lihavuudesta, ja häiriöstä kärsivä tietää olevansa laiha. Jos häiriöön liittyy psykoottisuutta, saattaa ruumiinkuva olla todella häiriintynyt ja nuori voi uskoa olevansa ylipainoinen vaikka hän olisikin äärimmäisen nälkiintynyt. (Ebeling 2006, 118 - 119.) Vääristynyt kehonkuva koskee lisäksi vain syömishäiriöistä itseään. Syömishäiriöisen kehonkuva saattaa olla myös riippuvainen kulloisestakin psyykkisestä kunnosta. Jos päivä on mennyt syömisten suhteen "suunnitelmien mukaan", voi peiliin katsominen olla helpompaa kuin jos on "sortunut syömään" enemmän kuin oli tarkoitus. Syömishäiriöinen saattaa myös uskoa, että jos on syönyt jotain kiellettyä, tai vaikka vain hieman normaalia enemmän, voi keho paisua yöllä kaksinkertaiseksi. (Van der Ster 2006, 34 - 35.)

Usein laihuushäiriöstä kärsivien tyttöjen kuukautiset eivät joko ala lainkaan tai loppuvat. Heille kehittyy estrogeenin puutostila sekä luukato, pitkäaikainen ongelma, joka ei korjaannu entiselleen edes laihuushäiriön parannuttua. Myös lihasmassa vähenee vakavan nälkiintymistilan seurauksena. Perusaineenvaihdunta hidastuu, mikä havaitaan esimerkiksi verenpaineen muutoksina sekä hidastuneena sykkeenä. Muita fyysisiä oireita ovat esimerkiksi ödeema (nesteturvotus), munuaisten ja maksan toimintahäiriöt, hiustenlähtö sekä lanugokarvoituksen (koko kehoa peittävän "untuvakarvan") esiintyminen. (Ebeling 2006, 118 - 119; Claude-Pierre 1997, 91.)

Laihuushäiriöstä kärsivät nuoret suoriutuvat yleensä koulussa erittäin hyvin pakonomaisten suorituspyrkimystensä vuoksi. Toisaalta sairaus saattaa heikentää kognitiivisia kykyjä. (Ebeling 2006, 118 - 119; Claude-Pierre 1997, 91; Turtonen 2006, 100.) Sosiaaliset kyvyt saattavat heikentyä sairauden edetessä muuten hyvin sosiaalisella ihmisellä ja usein laihuushäiriöstä kärsivällä on vain pinnallisia toveruussuhteita oman ikäistensä kanssa. (Ebeling 2006, 118 - 119; Savukoski 2008, 20; Eivors & Nesbitt 2005, 21.)

Anoreksiaa sairastavan elämä koostuu kaavamaisista päivistä. Hän ei uskalla rikkoa kaavaa kontrollin menettämisen pelon vuoksi. Vaikka anoreksiasta kärsivät ovat tunnollisia lähes kaikessa mitä tekevät, kärsii heidän työnsä jälki sairauden edetessä. Anoreksia aiheuttaa lisäksi tunne-elämän rajoittuneisuutta, josta seuraa muun muassa pelkoa näläntunteen puutteesta. Ilman nälkää ei ole oikeutta syödä. Tärkeää on siis säilyttää näläntunne syömällä tuttuja ruokia. Itsekontrollin menettämisen pelosta anoreksiaa sairastava ei salli itselleen mitään nautinnollista kuten pitkät yöunet. Tämä on anoreksiasta kärsivälle helpompaa kuin terveelle ihmiselle, sillä nälkä tekee heidät levottomiksi. (Savukoski 2008, 21, 23.)

Tunne-elämän kehittymättömyys, itseensä käpertyminen sekä tunteiden kieltäminen ovat yleisiä oireita anoreksiassa. Anoreksiaa sairastava tarkastelee usein itseään lähes ulkopuolisena kykenemättä analysoimaan tunteitaan tai ilmaisemaan niitä. (Savukoski 2008, 23.) Anoreksiaa sairastavalle on tyypillistä, että hän ei tiedä mitä tuntee, vai tuntee mitään, sekä ajatus siitä, ettei hänellä saisi olla lainkaan tarpeita. Tämän takia on helppo olla tuntematta nälkää. Anoreksiaa sairastava ei ole oppinut tunnistamaan tunteitaan eikä puhumaan niistä, joten todellinen ongelma on syömisen sijaan kyvyttömyys hahmottaa oman kehon tuntemuksia, niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin. Kun sairastunut alkaa syödä normaalisti, varsinainen parantuminen on vasta alussa; hänen täytyy vielä oppia tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitaan. (Buckroyd 1996, 70 - 71.)

2.1.2 Anoreksian esiintyvyys

Laihuushäiriö on yleisimmillään murrosikäisten tyttöjen keskuudessa. Sen esiintyvyys nuoruusikäisillä tytöillä kansainvälisesti on noin 0,2-1,1 % ja pojilla noin kymmenesosa tästä (Ebeling 2006, 120). Suomalaisilla esiintyvyyksluvut ovat samansuuntaiset muiden länsimaiden kanssa: arvioidaan, että suomalaisista naisista noin 2% sairastaa elinaikanaan anoreksiaa. Suomalaisilla miehillä esiintyvyys on noin kymmenen kertaa pienempää kuin naisilla. Arvellaan kuitenkin, että syömishäiriöt ovat paljon edellä mainittuja esiintyvyyssarvioita yleisempiä, sillä sairaus salataan yleensä eivätkä läheskään kaikki syömishäiriöistä kärsivät hakeudu hoitoon. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 22 - 23.) Epätyypillistä anoreksiaa esiintyy huomattavasti useammin. Viimeisten 50 vuoden ajan häiriön esiintyvyys on kasvanut joko paremman

diagnoosi- ja hoitomahdollisuuden takia tai anoreksiaa sairastavien absoluuttisen määrän kasvusta. (Keski-Rahkonen, Wijbrand & Treasure 2001, 863.)

Yleensä laihuushäiriö alkaa nuoruusiän alkuvuosina. Pieni osa laihuushäiriöistä alkaa jo ennen murrosiän alkamista, ja lähes kolmannes lapsuudessa alkaneista laihuushäiriöistä alkaa pojilla. (Ebeling 2006, 120.) Useimmiten anoreksia kuitenkin alkaa 10-25 vuoden iässä, ja anoreksian esiintyvyyshuippu osuu noin 15-20 vuoden ikään (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 23). Tällöin todennäköisyys sairastua on lähes kymmenkertainen koko muuhun väestöön verrattuna. 20-29 -vuotiailla naisilla sairauden riski ei ole yhtä suuri, mutta edelleen koholla. (Ebeling 2006, 120; Thurfjell 2003, 131 - 132.)

Anoreksiaa on pitkään pidetty länsimaisena sairautena. Monissa tutkimuksissa onkin saatu viitteitä siitä, että USA:ssa ja Pohjois-Euroopassa syömishäiriöt ovat yleisempiä kuin Aasian maissa. Tutkimukset eivät kuitenkaan ole pystyneet todistamaan syömishäiriöiden olevan puhtaasti länsimaiseen kulttuuriin liittyvä ilmiö, ja syömishäiriöitä on todettu ympäri maailman. Toisaalta tutkimuksilla ei myöskään ole todistettu, että syömishäiriöitä ilmenisi kulttuurista riippumatta. Eri tutkimusten tulokset ovat keskenään jopa ristiriidassa, eikä monissa tutkimuksissa ole huomioitu länsimaisen kulttuurin vaikutusta ei-länsimaissa. (Soh, Touyz & Surgenor 2006, 54 - 58.)

Useat tutkimukset antavat viitteitä siihen, että anoreksia ja bulimia ovat yleistyneet 1900-luvun jälkipuoliskolla. Syytä tähän ei tiedetä varmasti, ja kyseessä voi olla yhtä hyvin tilastoharha kuin syömishäiriöiden määrän todellinen lisääntyminen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 23.)

2.1.3 Anoreksian syyt

Kuten monien muiden mielenterveyshäiriöiden, ei laihuushäiriönkään tarkkaa etiologiaa eli sairauden syytä tunneta. On päätelty, että taudin puhkeamiseen vaikuttaisivat useat tekijät. On myös todettu, että suvussa esiintyvät syömishäiriöt lisäävät nuoren riskiä sairastua. Kaksostudiossa on huomattu häiriön periytyvyyden vaihtelevan 33 prosentista 97 prosenttiin. (Ebeling 2006, 120.) Yleisesti syömishäiriöiden syntyyn arvellaan osallistuvan monia genejää, joiden vaikutukset yksinään ovat vähäisiä. Syömishäiriöiden lisääntyminen viittaa ympäristötekijöiden kasvavaan rooliin tai siihen, että aiemmin piilevinä pysyneet geenit ovat muutuneiden elinolosuhteiden myötä nousseet esiin. On myös mahdollista, että syömishäiriöissä periytyvää ei ole oireilu sinänsä, vaan tällaiseen oireiluun altistava persoonallisuuden rakenne. (Keski-Rahkonen, Wijbrand & Treasure 2001, 864 - 865.)

Laihuushäiriöisillä on usein vaikeuksia ilmaista aggressiivisia tunteita. Heidän psykoseksuaali-

nen kehityksensä ja itsenäistymisensä on jäljessä verrattaessa ikätovereihin. Ilmiön taustalla on todettu tunnetason kokemusta yksin jäämisestä sekä turvattomuudesta. Myös traumaattiset kokemukset, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, saattavat altistaa syömishäiriöille. Usein ulkonäköä koskenut, harmittomaksi tarkoitettu huomautus saattaa johtaa laihduttamiseen, joka puolestaan johtaa taudin puhkeamiseen. Myös voimakasta ruumiin kontrollia vaativat harrastukset, kuten baletti, telinevoimistelu tai kilpaurheilu, saattavat altistaa laihuushäiriöille. (Ebeling 2006, 120.) On myös teoretisoitu, että anoreksia olisi seurausta nuoren halusta välttää puberteetti ja sen tuomat muutokset kehoon ja psyykeen. Keholla ei aliravitsemustilassa ole energiaa käydä läpi kaikkia niitä vaativia fyysisiä muutoksia joita puberteetti siltä vaatii. (Eivors & Nesbitt 2005, 23.)

Syitä siihen, miksi syömishäiriöt puhkeavat juuri tiettyinä ikävuosina ja juuri naisille, on esitetty nykyisestä länsimaisesta kulttuurista, historian eri aikakausista ja kulttuureista sekä niiden vaikutuksista naiskuvaan yleisellä tasolla. Lisäksi on esitetty että sysäys anoreksiaan saattaa syntyä aikuistumisen pelosta. Aikuistumisen kynnyksellä nuori hakee omaa identiteettiään ja ihmettelee omaa paikkaansa maailmassa. Tällöin myös nuoruuden normaalit kehityskriisit saattavat muodostua ongelmallisiksi. (Thurfjell 2003, 132.)

Syömishäiriöitä tutkittaessa on tarkasteltu myös perheen toimivuutta. Tällöin on huomattu, että syömishäiriöitä sairastavien perheissä korostetaan yhteenkuuluvuutta ja pyritään välttämään avoimia konflikteja perheenjäsenten kesken. On tosin myös muistettava, että syömishäiriöllä itsessään on jo vaikutusta perheen sisäiseen kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen. Lisäksi tutkimustulokset perheen vuorovaikutuksen ja ilmapiirin yhteydestä syömishäiriöihin ovat toisistaan eriäviä. (Ebeling 2006, 120 - 121; Eivors & Nesbitt 2005, 23; Soh ym. 2006, 60 - 61.)

Myös perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden on huomattu vaikuttavan syömishäiriöiden puhkeamiseen. Yksittäistä aiheuttajaa ei kuitenkaan voida nimetä, vaan kysymys on aina biologisten, psykologisten ja sosiaalisten muuttujien summasta. Joidenkin teorioiden mukaan syömishäiriön puhkeamiseen vaikuttavat jo lapsuuden aikaiset kokemukset minäkuvasta ja vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa. Kokemukset vaikuttavat varhaisnuoruudessa muodostuvaan kehonkuvaan ja sukupuoli-identiteettiin ja näiden vajaa tai epäterve kehittyminen taas puolestaan altistaa syömishäiriöille. (Thurfjell 2003, 134 - 135, 138.)

Eräs syy syömishäiriöiden yleisyyteen erityisesti tyttöjen keskuudessa ovat miesten ja naisten erilaiset kauneushanteet. Naisten odotetaan olevan hoikkia ja naisellisen hentoja, mikä saattaa murrosikäisellä tytöllä johtaa epäterveeseen laihduttamiseen. Sen sijaan miesten odotetaan olevan lihaksikkaita ja vahvoja, joten itseensä tyytymätön poika alkaa ennemmin urheilla ja syödä enemmän edistääkseen lihasten kasvua. (Thurfjell 2003, 140.) Van der Sterin

(2006, 53) mukaan tytöt myös välittävät huomattavasti poikia enemmän siitä, mitä mieltä ympäristö on heistä. Tytöt oppivat jo nuorina, että ulkonäön kautta saa ympäristöltä rakkautta ja huolenpitoa. Tämä johtaa siihen, että kun poikien omanarvontunto perustuu siihen, mihin heidän kehonsa pystyy, perustavat tytöt omanarvontuntonsa siihen, miltä heidän kehonsa näyttää. Tästä ei kuitenkaan voi syyttää yksinomaan mediaa, vaikka se tarjoaakin vaarallisia samaistumisen kohteita nuorille tytöille, sillä käsitys miehestä voimakkaana ja naisesta hentona ovat peruja ihmisen alkuajoilta.

Anoreksian ja bulimian tunnettuja riskitekijöitä ovat perfektionistinen luonne ja hauras itsetunto (Keski-Rahkonen, Wijbrand & Treasure 2001, 865). Yksi ehdotus syytekijälle anoreksiaan on epäonnistuminen täydellisuuden tavoittelussa. Anoreksiaa sairastava yrittää täyttää ulkopuolisen yhteiskunnan odotuksia ja hän yrittää olla täydellinen saadakseen muiden ihmisten hyväksynnän. (Savukoski 2008, 32.) Eräässä tutkimuksessa todetaan, että perfektionismilla on tärkeä rooli sekä anoreksialle altistavana että sairautta ylläpitävänä tekijänä (Wonderlich, Lilienfeld, Riso, Engel & Mitchell 2005, S68). Anoreksiaa sairastavilla elämänhallinta on usein hukassa ja ainoa keino itsetunnon vahvistamiseen on osoittaa itselleen onnistuvansa edes jossakin. Kaloreiden laskeminen antaa tyydytystä tähän. Anoreksia on eräänlaista yritystä käsitellä vaikeita asioita itsensä rankaisemisen kautta. (Savukoski 2008, 21.)

Anoreksia ei ole sairaus, joka iskee kuin flunssa. Siihen sairastutaan hiljalleen ja anorektinen käyttäytyminen alkaa usein pyrkimyksenä tehdä asiat oikein. Usein teot kohdistuvat omaan ruumiiseen ja sen kontrollointiin. Pää tavoitteena anoreksiassa on kehittää itseään kohti parempaa. Anoreksiaan sairastuminen saattaa alkaa myös siirtymisestä kasvisruokavalioon. Anoreksiaa sairastava uskottelee itselleen kasvisruoan olevan terveellinen vaihtoehto ja oikein koostettuna aivan yhtä ravitsevaa kuin sekaruokavalio. Hän kuitenkin toteuttaa ruokavaliota syömällä pelkkiä hedelmiä ja vihanneksia. (Savukoski 2008, 25, 27.)

Puuronen (2004, 95) esittää anorektisuuden tulevan esille myös eräänlaisena nuoren naisen initiaatoriittinä (ennalta määritelty kulttuurisidonnainen tapa aikuistua) hänen tavoitellessaan yhteiskuntakelpoisuutta. Anorektisuuden näkökulmasta riittinä toimii "tavallisuuden seulan" läpäiseminen. Tavallinen ei herätä huomiota ja on lisäksi kunnianhimoitonta. Anorektisuuden kannalta on oltava menestynyt enemmän kuin keskiverto.

Noin kolme neljästä syömishäiriöisestä kärsii syömishäiriön lisäksi myös muista psyykkisistä häiriöistä. Laihuushäiriöön liittyy usein masennusta, pakko-oireisen oireyhtymän ja ahdistuneisuushäiriön piirteitä sekä jopa persoonallisuushäiriöitä. Masennuksen on ajateltu ainakin osin johtuvan nälkiintymisen aiheuttamista muutoksista, ja häiriöön liittyvä pakonomaisuus saattaa toimia ahdistuksen sitomisen mekanismina. Vaikka laihuushäiriö voi ilmentää nuoren normaalia kehityskriisiä, jossa nuoren psyyke ei pysty mukautumaan kehon aikuistumiseen, se

saattaa olla merkki myös muusta vakavasta psyykkisestä häiriöstä kuten masennuksesta. Syömishäiriön vuoksi hoitoon tulleen henkilön muut psyykkiset oireet tulevat usein esille vastahoidon edetessä. Ennenaikaisen kuoleman riski on erittäin kohonnut syömishäiriöisillä, erityisesti anoreksiaa sairastavilla. (Ebeling 2006, 120; Clinton & Norring 2002, 242.)

Tällä hetkellä eniten kannatusta anoreksian puhkeamisen syistä saavat psykologiset näkemykset. Anoreksia nähdään psyykkisenä häiriötilana. Sairastumisen syyt perustuvat ajatukseen siitä, että anoreksia johtuu nuoresta itsestään sekä hänen perheestään, mutta myös nuorta ympäröivästä kulttuurista ja yhteiskunnasta. Sairastumista voi myös edeltää jokin traumaattinen tapahtuma kuten läheisen kuolema. Tällöin anoreksiaan sairastunut ei löydä trauman käsittelyä muuta ratkaisua kuin itsensä rankaiseminen. Anoreksian laukaisevana tekijänä saattaa olla myös perheen köyhä tunneilmapiiri. Tämä ilmenee siten, että tiettyjen tunteiden käsittely ei ole perheessä sallittua. Voi olla, että tiettyjä tunteita ei saa tuoda julki tai edes olla. Perheen ilmapiiristä johtuen nuori ei välttämättä uskalla paljastaa omia tunteitaan perheen muille jäsenille. Laihduttamisen kautta hän voi kuitenkin saada perheeltään ja muilta sukulaisilta toivomaansa huomiota. Saavutettu huomio antaa anoreksiasta kärsivälle mahdollisuuden kontrolloida vanhempiaan, mikä puolestaan vahvistaa anoreksian oireita. (Savukoski 2008, 30 - 31, 32.)

2.1.4 Anoreksian hoito

Jos anoreksiaa sairastava on vakavassa aliravitsemustilassa, aloitetaan hoito yleensä sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tällöin hoito myös sisätauti- ja lastenosastolla on perusteltua, sillä hoidon ensimmäisenä tavoitteena on vakauttaa elintoiminnot. Syömishäiriöihin kuuluu myös usein sairautentunnettomuus, mikä saattaa tarkoittaa sitä, että hoitajakso joudutaan toteuttamaan pakkokeinoin. Kun hengenvaara on saatu väistymään somaattista eli fysiologista tilaa hoitamalla, alkaa hoito psykiatrisessa yksikössä. Siellä hoidon tavoitteena on paitsi painon ja syömisen normalisointi, myös psyykkisten oireiden lievittäminen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 42.) Hoidon alkuvaiheessa on haastavana tavoitteena saada sairastunut henkilö aidosti myöntämään oma syömishäiriönsä. Laihuushäiriö muistuttaa tässä suhteessa muita riippuvuushäiriöitä, kuten alkoholismia. (Muhonen & Ruuska 2001, 884.)

Syömishäiriöiden hoito kestää yleensä pitkään eikä tuloksia välttämättä saada näkyviin heti ensimmäisien viikkojen tai kuukausien aikana. Tutkimusten mukaan anoreksian keskimääräinen hoitoaika ennen paranemista on kuusi vuotta. Hoito ja siihen osallistuminen vaativat paljon kärsivällisyyttä ja yhteistyötä hoitavien tahojen kanssa. Sitä huolimatta että osa anorektikoista kroonistuu, on jopa kymmenen vuotta sairastaneillakin hyvät mahdollisuudet parantua. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 43.) Hyvään ennusteeseen anoreksian hoidossa

ja paranemiseen vaikuttavat ennen kaikkea varhainen ja riittävän tehokas alkuinterventio, jotta sairaus ei ehtisi kroonistua (Muhonen & Ruuska 2001, 889).

Lääkehoitoa käytetään anoreksian liitännäisoireiden, kuten masennuksen, hoidossa. Depressiolääkkeiden ei ole todettu auttavan kuitenkaan ravitsemustilan korjaamisessa. Aliravittu keho reagoi myös lääkkeisiin eri tavoin kuin terveempi keho, joten anoreksiaa sairastavilla on suuri riski saada lääkityksestä vakavia haittavaikutuksia. Tämän takia lääkitys aloitetaan usein mahdollisimman pienellä annostuksella. Myös rauhoittavien lääkkeiden käyttö on yleistä anoreksian ja siihen liittyvän ahdistuksen hoidossa. (Ebeling 2006, 123 - 124; Muhonen & Ruuska 2001, 887 - 888.)

Anoreksian hoitokeinojen tehokkuudesta on yllättävän vähän näyttöä, vaikka sairautta on yritetty parantaa jo vuosisatojen ajan. Koska anoreksian alkuperä on edelleen tuntematon, ei sairauteen ole voitu kehittää tehokasta lääkehoitoa. Tämän takia hoito on oireenmukaista, eikä sen tehokkuudesta voida päästä varmuuteen muutoin kuin kokeilemalla. Tutkimustuloksia tarkastelemalla vahvin näyttö anoreksiasta paranemiseen on perheterapialla. Perheterapia näyttäisi olevan yksilöterapiaa tehokkaampi hoitokeino sellaisilla nuorilla, joilla sairaus ei vielä ole kroonistunut. Yksilöpsykoterapioista, kuten kognitiivis-analyttisestä terapiasta, on yksittäisissä tutkimuksissa todettu olevan jonkin verran hyötyä. Vahva ja pitkäaikainen tutkimusnäyttö yksilöpsykoterapioiden parantavasta tehosta kuitenkin puuttuu. Tällaisten terapioiden suurin ongelma on se, että anoreksiasta kärsivät ovat usein sairaudentunnottomia, pitävät hoitoon osallistumista turhana ja keskeyttävät terapian muutaman istunnon jälkeen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 45.)

2.1.5 Muut syömishäiriöt

Tässä osiossa esittelemme lyhyesti bulimian, BED:n (Binge Eating Disorder), ortoreksian ja epätyyppilliset syömishäiriöt. Vaikka kaikilla tutkimushenkilöillä on diagnosoitu anoreksia, koemme tärkeäksi esitellä muutkin syömishäiriöt kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Lisäksi syömishäiriöt voivat esiintyä päällekkäisinä, jolloin esimerkiksi anoreksiaa sairastavalla saattaa olla ortoreksia oireita.

Bulimiasta eli ahmimishäiriöstä (ks. LIITE 3) voidaan löytää viitteitä antiikin ajoilta, jolloin ihmiset kokoontuivat ylensyömään ja oksensivat voidakseen syödä lisää. Lääketieteellisessä mielessä ensimmäiset bulimiaa muistuttavat kirjoitukset löytyvät keskiajalta ja 1700-luvun lopussa ahmimishäiriö sai diagnostisia määritelmiä. Sitä pidettiin kuitenkin pitkään vain anoreksian oireena ja vasta 1970-luvun lopulta lähtien bulimia on ollut tautiluokituksessa erillinen syömishäiriö. (Clinton & Norring 2002, 21.)

Ahmimishäiriötä esiintyy nuoruusikäisillä suunnilleen saman verran kuin laihuushäiriötä. Osa bulimikoista on sairastanut aiemmin laihuushäiriötä. Ahmimishäiriöön kuuluu kohtauksittainen ja toistuva ylensyöminen, jota häiriöstä kärsivä ei pysty kontrolloimaan (Ebeling 2006, 124 - 125.) Ahmintakohtauksen aikana nautittu ruokamäärä on usein suurempi kuin normaalisti syöväällä ihmisellä koskaan. Ahmintakohtaukset esiintyvät usein paastoamisen jälkeen, eikä bulimikko pysty lopettamaan syömistä ennen kuin olo on tuskallisen täysi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 16.) Ahmimista seuraa usein syvä katumuksen ja syyllisyyden tunne sekä oksentaminen. Ahmimishäiriötä sairastavat saattavat käyttää kompensatiokeinoina myös esimerkiksi ylenmääräistä laksatiivien käyttöä sekä paastoamista. Bulimiassa yleistä on myös niin sanottu jojo-ilmiö. Tällöin bulimiasairastavan paino saattaa heilahdella jatkuvasti yli- ja alipainon välillä. Ahmimishäiriössä nuoren somaattinen kunto on harvoin yhtä hälyttävä kuin vaikeassa laihuushäiriössä. Vaikka kuukautishäiriöt ovat tavallisia, ei ahmimishäiriö vaikuta yleensä luuntiheyteen. Bulimian yhteydessä esiintyy usein impulssikontrollin vähyyttä ja sitä on kuvattu myös itsesäätelyn häiriöksi. Bulimian on sanottu edustavan aggressiivista ja sadistis-masokistista hyökkäystä omaa ruumista kohtaan. (Ebeling 2006, 124 - 125.) Bulimia aiheuttaa keholle paljon tuhoa, esimerkiksi kehon kuivumista, hammasvaurioita, ruokatorven tulehdusta, sydämen rytmin muutoksia sekä lihas- ja hermovaurioita (Turtonen 2006, 114).

Epätyypillisissä syömishäiriöissä (ks. LIITE 3) kaikki bulimian tai anoreksian kriteerit eivät täyty. Diagnoosia käytetään myös silloin, kun oireet esiintyvät vain lievänä. Epätyypillisten syömishäiriöiden esiintyvyydeksi on arvioitu noin 5 % nuoresta väestöstä. Myös ortoreksiassa, eli pakonomaisessa tarpeessa syödä mahdollisimman terveellisesti, esiintyy paljon epätyypillisen syömishäiriön piirteitä. (Ebeling 2006, 125 - 126.) Suomessa noin puolet syömisen ongelmien takia hoitoon hakeutuvista henkilöistä sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä. Usein epätyypillinen syömishäiriö vaatii samanlaista hoitoa kuin anoreksia tai bulimia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 18.) Epätyypillisestä anoreksiasta toipumisen on huomattu olevan merkittävästi nopeampaa kuin tyypillisestä laihuushäiriöstä. Tutkimuksessa huomattiin myös, että epätyypillistä anoreksiaa sairastavilla ei kehittynyt ahmimisoireita toisin kuin tyypillistä anoreksiaa sairastavilla. (Strober, Freeman & Morrell 1999, 141 - 142.)

Ortoreksiassa pakkomieltäänä on syödä hyvin terveellisesti. Suuri osa ortorektikon huomiosta kiinnittyy ruoan suunnitteluun, hankkimiseen ja valmistamiseen (Ebeling 2006, 126). Ortoreksiaa ei kuitenkaan pidetä Suomessa eikä muidenkaan maiden terveydenhuollossa vielä itsenäisenä sairautena. Euroopassa käytetty tautiluokitus ei myöskään tunne ortoreksiadiagnoosia. Oirekuvansa perusteella häiriö kuuluu kuitenkin selvästi epätyypillisen laihuushäiriön piiriin. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 19.) Anoreksiasta ja bulimiasta poiketen ortoreksiassa pääosassa on ruoan laatu, ei niinkään määrä. Ortorektikon syömiskäyttäytyminen alkaa vähitellen hallita koko hänen elämänsä ja syötäväksi kelpaavien ruoka-aineiden määrä

vähenee jatkuvasti. Ruokavalion kaventuessa ruoasta saatavan energian määrä on vähäinen ja pahimmillaan ortoreksia voi johtaa jopa kuolemaan. Taudin edetessä ortorektikon on mahdollista syödä missään muualla kuin kotona, sillä vain siellä on mahdollista syödä "oikeita ruokia". (Tukiasema.net 2000.)

BED (Binge Eating Disorder), suomeksi lihavan ahmimishäiriö, on eräs bulimian epätyypillinen muoto. Häiriössä esiintyy ahmimista, joka aiheuttaa voimakasta psyykkistä häpeää, ahdistusta ja kärsimystä. Ahmintakohtausten aikana henkilö syö sellaisen määrän ruokaa, joka määrältään poikkeaa selvästi normaalimäärästä. Ahmintakohtauksen aikana henkilö syö hyvin nopeasti, usein yksin, makeita ja rasvaisia ruokia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 17 - 18.) Häiriötä kuvasi ensimmäisenä tutkija Stunkard vuonna 1959. Siitä lähtien BED on hiljalleen eronnut diagnostiikassa bulimiasta omaksi häiriökseen. BED eroaa bulimiasta siinä, että häiriötä sairastavat eivät käytä bulimialle tyypillisiä kompensatiokeinoja kuten laksatiivien väärinkäyttöä, oksentamista tai pakonomaista liikuntaa. BED johtaakin hoitamattomana usein vaikea-asteiseen lihavuuteen. (Devlin, Goldfein & Dobron 2003, S2 - S3; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 17 - 18.)

Syömishäiriöitä tutkitaan jatkuvasti ja uutta tietoa virtaa tiedeyhteisöiltä. Muutaman vuoden välein ehdotetaan uusia syömishäiriödiagnooseja. Viime vuosina on puhuttu miesten ja naisten pakonomaisesta tarpeesta muokata vartaloaan mahdollisimman lihaksikkaaksi ja kuntoilla ylenpalttisesti. Häiriölle on pohdittu käsitteitä "bigareksia", "megareksia", "käänteinen anoreksia" ja "Adonis-kompleksi". Psykiatrisessa tautiluokituksessa häiriöstä käytetyksi termiksi on vakiintunut lihasdysmorfia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 19.)

2.2 Syömishäiriöiden hoito

Tässä kappaleessa kerromme ensin syömishäiriöiden hoidosta yleisesti ja tämän jälkeen erittelemme tarkemmin omahoitajuutta, voimaantumista sekä emootioita ja tunteita. Nämä ovat hoidon osa-alueita, jotka ovat merkityksellisiä tämän tutkielman kannalta. Vaikka tutkimushenkilömme ovat kaikki anoreksiaa sairastavia, emme ole tässä kappaleessa erottaneet anoreksian hoitoa muiden syömishäiriöiden hoidosta, sillä esittelemämme hoidon osa-alueet ovat hyvin samanlaisia kaikille syömishäiriöisille. Anoreksian hoidosta on tarkempaa tietoa kappaleessa 2.1.4.

2.2.1 Hoidosta yleisesti

Syömishäiriöiden hoidossa on tärkeää, että sairastava henkilö saadaan mahdollisimman nopeasti hoitoon, sillä on todettu, että hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa parantaa terveh-

tymisennustetta sekä nopeuttaa paranemisprosessia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41.) Nuorilla hoitoon hakeutuminen tapahtuu usein koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon kautta ja aikuisilla terveyskeskuksen tai työterveydenhuollon kautta, joista asiakas ohjataan tarpeen vaatiessa erikoissairaanhoidon piiriin. Suomessa erikoissairaanhoidoa edustavat yleensä psykiatrian poliklinikat, erilaiset sairaalat sekä mielenterveystoimistot. Syömishäiriöihin erikoistuneen hoidon saatavuus vaihtelee alueittain paljon, mutta pääkaupunkiseudun ulkopuolella sijaitsevilla keskussairaaloissa ja terveyskeskuksissa on usein vähintään syömishäiriöihin erikoistunut työryhmä. Varsinkin pääkaupunkiseudulla vakavien syömishäiriöiden hoito tapahtuu usein sairaaloiden yhteyteen rakennetuissa syömishäiriöihin erikoistuneissa erikoisyksiköissä, kuten HYKS Lapinlahden Syömishäiriöyksikössä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 47 - 48.)

Syömishäiriöiden kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteet ovat fyysisten vaurioiden korjaaminen, syömiskäyttäytymisen normalisoituminen ja psyykkisten oireiden lieventäminen. Hoito on parhaimmillaan kun sitä toteuttaa moniammatillinen tiimi, jossa on edustettuna kaikkien hoidossa tarvittavien osa-alueiden ammattilaiset. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41; Riihonen 1998, 17 - 18.)

De la Rie, Noordenbos, Donker ja Furth (2006, 667 - 676) tutkivat syömishäiriöiden hoidon tehokkuutta häiriötä sairastavan näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui yhteensä 304 entistä ja nykyistä syömishäiriöpotilasta. Tutkimus osoitti, että hoitoa erikoistuneessa syömishäiriöyksikössä pidettiin tehokkaimpana hoitomuotona. Positiivisina piirteinä hoidossa korostettiin sekä syömishäiriöön että sen taustalla piileviin psyykkisiin ongelmiin fokusointia ja hoitohenkilökunnan erityistietämystä ja -ymmärrystä syömishäiriöistä. Negatiivisiksi hoitokokemuksiksi mainittiin muun muassa liian tiukat säännöt hoitoa koskien ja kilpailu muiden osaston syömishäiriöisten kanssa. Monet vastanneet ilmoittivat vertaistuen olevan hyvin tärkeä toipumista tukeva elementti, mikä osaltaan jo selittää syömishäiriöihin erikoistuneiden hoitoyksiköiden suosiota.

Läheisten sisällyttäminen hoitoon koettiin tärkeäksi. Partnerin tai perheen ollessa mukana hoidossa korostivat tutkittavat pari- ja perheterapian sekä erityisesti psykoedukaation tärkeyttä. (de la Rie, Noordenbos, Donker & Furth 2006, 673.) Psykoedukaatio auttaa omaisia ymmärtämään taudin patologiaa ja tämän kautta myös hoidettavaa omaista. Toisessa tutkimuksessaan de la Rie, Noordenbos, Donker ja Furth (2007, 13 - 20) tutkivat syömishäiriöpotilaiden kokemuksia elämänlaadusta. Entiset ja nykyiset syömishäiriöpotilaat ilmoittivat elämänlaatuunsa eniten vaikuttavaksi asiaksi tunteen siitä, että kuuluu johonkin (93% vastaajista). On ilmeistä, että perheen ja läheisten sisällyttäminen sairastuneen hoitoon on tärkeää. Muita elämänlaatuun parantavasti vaikuttavia ulottuvuuksia olivat esimerkiksi terveys ja hyvinvointi, koulutus, itsensä tunteminen sekä positiivinen minäkuva.

Hoidossa negatiivisiksi piirteiksi mainittiin koettu painostus painon lisäämiseksi sekä hoitajan holhoavaksi tai tunkeilevaksi koettu käytös. Hoitohenkilöillä tulisi tutkittavien mielestä olla ainakin hyvät kommunikointitaidot, jotka auttavat terapeuttisen liiton luomisessa. Myös hoidon suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen yhdessä hoitohenkilön kanssa koettiin hyvin tärkeäksi, ja erityisesti painotettiin, että tavoitteita tulisi tarkistaa yhdessä potilaan kanssa hoidon edetessä. (de la Rie, Noordenbos, Donker ja Furth 2006, 673 - 675.)

2.2.2 Omahoitajuus

Nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä keskeisin osa-alue on perinteisesti ollut omahoitajuus (Kuosmanen 2000, 33). Omahoitajan tehtävänä on vastata oman nuoren hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Eräs omahoitajan tärkeimmistä tehtävistä on kulkea nuoren oppaana arjessa. Omahoitaja voidaan myös nähdä nuoren rinnalla kulkijana. Nuoren kanssa käydyissä kahdenkeskisissä keskusteluissa omahoitaja yrittää kuunnella nuoren tarpeita, sekä vastata niihin mahdollisuuksiensa mukaan. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 153 - 155.) Omahoitaja tuo hoitosuhteeseen mukanaan aina oman persoonallisuutensa ja ammatillisuutensa (Munnukka 1993, 90).

Punkanen (2001, 51 - 52) muistuttaa, että vaikka hoitajan tulee olla empaattinen, on hänen muistettava potilaan mahdollinen sairautentunnottomuus ja toimittava aina realiteeteissa vaikka potilas ei siihen pystyisi. Tällä tavalla hoitaja näyttää potilaalle tervettä mallia. Hoitosuhde on parhaimmillaan kun potilasta ei esineellistetä, vaan hoitaja kohtelee potilasta arvokkaana yksilönä ja osallistaa potilaan hoitoon. Potilas-hoitajasuhteessa tulisi korostua dialogisuus, joka tarkoittaa kahden henkilön välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatiota.

Moniammatillisesta työryhmässä omahoitaja toimii usein myös nuoren edunvalvojana. Tällöin omahoitajan tehtävänä on tuoda esille nuoren näkökulmaa hoitoon ja huolehtia siitä, että nuoren asiat tulevat käsitellyksi oikealla tavalla. (Pikkarainen 2006, 16, 25.)

Eivors ja Nesbitt (2005, 17 - 19) esittävät kirjassaan terapeuttisia taitoja, joita hoitohenkilökunnalla tulisi olla työskennellessään syömishäiriöisten kanssa. Näitä taitoja käytetään myös Syömishäiriökeskuksen hoitotyössä:

1) Ulkoistaminen (*externalisation*) on yritys erottaa häiriötä sairastava ja syömishäiriö toisistaan. Tekniikka on osoittautunut erityisen tehokkaaksi nuorten kanssa työskenneltäessä, sillä varsinkin anoreksia saattaa usein muovautua osaksi nuoren identiteettiä. Myös Syömishäiriökeskuksessa ulkoistamista käytetään usein: syömishäiriötä saatetaan kutsua ääneksi tai

hirviöksi, joka sairastuttaa pään ja jota vastaan potilaan kanssa taistellaan.

2) Toivon tuominen. Useilla syömishäiriötä (ja varsinkin anoreksiaa) sairastavilla on vaikeuksia uskoa paranemiseen. Hoitohenkilöllä on usein tärkeä rooli toivon ylläpitäjänä siihen asti, kunnes sairastava itse alkaa nähdä valoa tunnelin toisessa päässä. Hoitohenkilön esiin tuoma vahva uskomus siitä, että potilas voi voimaantua, saattaa muuttua itseään toteuttavaksi ennusteeksi.

3) Empatia on eräs tärkeimmistä hoitohenkilön työkaluista. Vaikka hoitohenkilö ei itse olisikaan kokenut syömishäiriötä eikä näin voi täysin samaistua häiriötä sairastavan tuntemuksiin, on tärkeää osoittaa, että potilas ei ole yksin ja että häntä yritetään ymmärtää ja auttaa. Eivors ja Nesbitt korostavat erityisesti seuraavia piirteitä, joita hoitohenkilön tulisi tuoda käyttäytymisellään esiin: lämpö, rehellisyys, myötätunto, herkkyys, joustavuus, aitous, hyväksyntä ja positiivinen katsantokanta. Kaikki nämä edesauttavat terapeutin liiton muodostumista ja sen ylläpitoa.

4) Vastustuksen hyväksyminen. Paras tapa kohdata vastustusta on hyväksyä se. Jos potilaan vastustamista vastustaa, johtaa tämä todennäköisemmin voimakkaaseen vastakkainasetteluun kuin terapeutin liiton vahventumiseen. Potilaan vastustuksen hyväksyminen ja sen tunnistaminen antavat usein mahdollisuuden tutkia potilaan kanssa vastustamisen perimmäistä syytä. Tämä on yleensä sairastavalle erittäin terapeutista ja saattaa jopa auttaa avaamaan tunnelukoja.

5) Ahdistuksessa auttaminen. Hoito aiheuttaa syömishäiriötä sairastavalle aina ahdistuksen tunteita. Tällöin psykoedukaatio saa suuren roolin. Tutkimuksissa on todettu, että potilaat kokevat sitä vähemmän ahdistusta, mitä enemmän he tuntevat voivansa vaikuttaa hoitoonsa. On tärkeää, että häiriötä sairastava ei tunne olevansa vain objekti, vaan hoitonsa subjekti.

6) Takapakkeihin varautuminen kannattaa aloittaa ajoissa. Takapakit kuuluvat usein syömishäiriöisen paranemisprosessiin, ja sairastavalle tulisikin tehdä selväksi, ettei takapakki tarkoita paranemisen loppumista.

2.2.3 Voimaantuminen

Voimaantumisen erillaisia teorioita ja määrittelyjä, jotka eroavat toisistaan paitsi sisällöltään, myös lähestymistavaltaan. Voimaantuminen voidaan nähdä ihmisen sisäisenä prosessina tai laajemmin ajateltuna yhteisöjä muokkaavana sosiaalisena tapahtumana. Toisaalta voimaantumista voidaan käsitellä luonteeltaan prosessinomaisena tapahtumana tai vaihtoehtoi-

sesti voidaan tarkastella "tuloksia" eli jo tapahtunutta voimaantumista. Näkökulmaeroista huolimatta yhteistä voimaantumisen määrittelyissä on ajatus siitä, että hoidossa keskitytään ihmisen voimavaroihin, kyvykkyyteen ja hyvinvointiin puutteiden, sairauksien ja heikkouksien sijaan. Pääperiaatteena voidaan pitää sitä, että ihminen muuttuu avun vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi, joka on asettanut itselleen päämääriä ja jolla on halua saavuttaa päämääränsä. Lisäksi monissa määritelmässä keskeisenä pidetään ihmisen osallistumista yhteisössä omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon ja kriittisen ymmärryksen saavuttamista suhteessa ympäristöönsä. Voimaantumisen eri teorit rakentavat perusymmärryksen voimaantumisen edellytyksistä, ja samalla ne korostavat yksilön henkisen hyvinvoinnin vahvaa yhteyttä ihmisten keskinäiseen tukeen ja tarpeeseen luoda vastuullinen ja turvallinen yhteisö. (Perkins & Zimmerman 1995, 569 - 570.)

Tutkielmassamme keskitymme voimaantumiseen ihmisen sisäisenä prosessina, joka kuitenkin linkittyy samalla sosiaaliseen kontekstiin. Sisäinen voimaantumisen tunne on omia voimavaroja ja luovuutta vapauttava tunne. Sosiaaliseen prosessiin vaikuttavat ulkopuoliset tekijät, kuten sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Voimaantumisenä ajatuksena on kuitenkin keskeisenä ajatuksena, että se lähtee ihmisestä itsestään. Toista ihmistä ei siis voi voimauttaa, mutta voimaantumisprosessia voidaan hienovaraisesti tukea, antaa sille mahdollisuus. Tällöin on tärkeää luoda luottamuksellinen ja arvostava ilmapiiri. (Siitonen 1999, 118, 161 - 162.) Voimaantumisenä on tärkeää myös, että ihmisellä on mahdollisuus reflektoida omaa tilannettaan ja suhdettaan ympäristöön, tehdä päätöksiä ja seurata päätöksensä tuloksia. Tällä tavoin hänen hallinnan tunteensa vahvistuu konkreettisten tapahtumien, päätösten ja olosuhteiden muutosten kautta. Ihmisen kokemukset siitä, että on mahdollista selvitä vaikeistakin tilanteista ja saada aikaan toivottuja muutoksia elämässä, muodostavat voimaantumisen perustan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 133.)

Voimaantuminen on yhteydessä ihmisen omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen, luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa sekä näkemykseen itsestä ja omasta tehokkuudestaan. Voimaantuminen ilmenee esimerkiksi päämäärien asettamisessa ja niiden eteen tehtävässä työssä. Voimaantumisteoriat näkevät ihmisen aktiivisena ja luovana toimijana, joka asettaa jatkuvasti itselleen uusia päämääriä. (Siitonen 1999, 117 - 119.) Työntekijältä tämä vaatii asiakkaan kuuntelemista ja ennen kaikkea näiden uusien ideoiden ja päämäärien ottamista todesta (Riikonen 1994, 152). Järvikoski ja Härkäpää (2004, 131) toteavat voimaantumisen käsitteen sisältävän usein ajatuksen itsensä ja muiden vapauttamisesta, energian lisääntymisestä tai kasvuprosessista. Yksilöllisellä tasolla nämä ilmenevät itseluottamuksen kasvuna, hallinnan tunteena ja kriittisenä tietoisuutena itsestä suhteessa ympäristöön. Sosiaalinen konteksti on heidänkin mielestään olennainen osa voimaantumisprosessia, sillä yksilön sisäisen prosessin lisäksi voimaantuminen merkitsee sellaisia muutoksia olosuhteissa, jotka johtavat näkyviin muutoksiin myös käytännön toiminnassa.

Voimaantuminen voidaan jakaa päämääriin, kykyuskomuksiin, kontekstiuskomuksiin ja emootioihin, jotka kaikki osaltaan vaikuttavat voimaantumisprosessissa ja ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi hyväksynnän kokeminen voi olla yhteydessä tiettyyn sosiaaliseen ilmapiiriin, tai toimintamahdollisuuksien kokemukset voivat olla yhteydessä voimavarojen vapautumiseen. (Siitonen 1999, 118 - 119.) Seuraavassa on esitelty nämä voimaantumisen osa-alueet.

Päämäärät voimaantumisen osa-alueena kuvaavat ihmisen ajatuksia toivotuista ja ei-toivotuista asioista ja tilanteista. Voimaantumisen kannalta on tärkeää, että ihminen voi asettaa itselleen tavoitteita ja päämääriä, joita kohti hän elämässään pyrkii. Kuten aiemmin jo mainittiin, toista ihmistä voi tukea ja ohjata esimerkiksi tavoitteiden löytämisessä, mutta päämäärien tulee olla ihmisen itsensä asettamia, jotta todellista voimaantumista tapahtuisi. Ihmisellä täytyy siis olla valinnanvapaus ja mahdollisuus määrätä omista asioistaan oman arvomaailmansa pohjalta voidakseen voimaantua. (Siitonen 1999, 119, 124.) Tapoja, joilla toista voi ohjata ja tukea kohti voimaantumista ovat muun muassa: henkilön ohjaaminen etsimään syitä omaan onnistumiseensa, ongelmien käsittely objekteina - ei subjekteina, positiivisen palautteen antaminen kehityksestä, runsas henkilön päämääristä puhuminen ja terapian sekä hoidon räätälöiminen siten, että päämäärät voi niiden avulla saavuttaa. (Riikonen 1994, 163 - 164.)

Toinen alue voimaantumisessa ovat *kykyuskomukset*, joihin kuuluvat minäkäsitys (minäkuva, itsetunto, identiteetti), itseluottamus ja itsearvostus, kokemukset omista kyvyistä sekä vastuunottaminen ja -kantaminen. Minäkäsitys on merkityksellinen voimaantumisprosessissa ensinnäkin siitä syystä, että ihmisen käsitys itsestään on yhteydessä siihen, millaisia odotuksia hänellä on tulevaisuutta kohtaan ja miten hän arvioi omat voimavaransa verrattuna näihin odotuksiin. Toisin sanoen minäkäsitys määrittää ihmisen asettamia päämääriä ja tavoitteita. Minäkäsitys on voimaantumisen kannalta merkityksellinen myös siitä syystä, että ihminen arvioi ympäristöönsä minäkäsityksensä kautta. Ihminen ottaa vastaan helpommin sellaista informaatiota, joka tukee hänen käsitystään itsestään. Se tieto, joka on ristiriidassa hänen minäkäsityksensä kanssa usein hylätään tai torjutaan. (Siitonen 1999, 129 - 130.) Itseluottamus ja itsearvostus vaikuttavat päämääriin, joita ihminen itselleen asettaa, ja ne syntyvät itsetunteuksen kautta. Tämän vuoksi keskustelut luotettavien ihmisten kanssa ja mahdollisuus saada rehellistä palautetta omista ajatuksistaan ovat voimaantumisprosessia edistävä tekijöitä. (Siitonen 1999, 138.) Henkilökohtainen vastuunottaminen on läheisessä yhteydessä voimaantumiseen, sillä saadessaan vastuuta yhteisistä asioista ja kantaessaan sen onnistuneesti, ihminen kokee itsensä merkitykselliseksi ja itseluottamus sekä itsearvostus kasvavat.

Ihmisen omien voimavarojen ja ominaisuuksien lisäksi myös ympäristöllä on oma tehtävänsä voimaantumisprosessissa. *Kontekstiuskomukset* kuvaavat voimaantumisen sosiaalista puolta ja

ihmisen toimintaympäristöä. Ne ovat merkityksellisiä päämäärien asettamisen, niihin pyrkimisen ja voimaantumisen kannalta. Voimaantumisen mahdollistava ympäristö on turvallinen, tukea antava, arvostava, luottamuksellinen ja ennakkoluuloton. Molemminpuolinen hyväksyntä ja tervetulleeksi kokeminen ovat yhteydessä ilmapiirin turvallisuuden, luottamuksellisuuden ja arvostuksen kokemiseen, mikä puolestaan vaikuttaa voimaantumisen mahdollistumiseen. Voimaantumisen kannalta on kuitenkin olennaista, millaista kontekstia ihminen itse pitää myönteisenä ja päämääriin pyrkimisen mahdollistavana. (Siitonen 1999, 142 - 143.)

Viimeinen osa-alue voimaantumisessa ovat *emootiot*. Niillä on keskeinen vaikutus sekä päämäärien että kyky- ja kontekstiuskomusten muodostumisessa. Voimaantumisen kannalta emootioihin kuuluvat innostuneisuus, toiveikkaus, onnistuminen ja epäonnistuminen sekä eettisyys. Innostuneisuus mahdollistaa voimaantumisen, mutta tavallaan sen muodostuminen jo itsessään voimaannuttaa. Toiveikkaus puolestaan antaa energiaa pyrkiä päämääriin ja luottamusta siihen, että tavoitteet toteutuvat. Onnistumisen kokemukset ovat erittäin merkityksellisiä voimaantumisprosessissa, sillä ne ovat yhteydessä minäkuvan muodostumiseen, itsearvostuksen ja itsetunnon rakentumiseen, riskinottoon, rohkeuteen kokeilla itselle uusia haastavia ratkaisuja, sekä luovuuden ja voimavarojen vapautumiseen. Myös epäonnistumisista voi turvallisuudessa ilmapiirissä ja ympäristössä oppia ja saada voimaannuttavia kokemuksia. Eettisyys puolestaan liittyy yleiseen ihmisten kunnioittamiseen ja hyväksymiseen sekä ihmisten kuuntelemiseen. (Siitonen 1999, 151 - 152, 154, 157.)

Sosiaalialalla voimaannuttavaa työtettä käytetään laajasti, mutta sen käytössä piilee vaara. Leonardsen (2006) muistuttaa artikkelissaan, että on eri asia olla mahdollista tehdä jotain (power to) kuin olla valtaa johonkin (power over). Käytännössä tämä merkitsee sitä, että voimaannuttaminen pelkkänä ajattelutavan muuttamisena ei ole riittävää, jos ihmisellä ei hänestä itsestään riippumattomista syistä ole mahdollisuutta muuttaa tilannettaan tai työkaluja muutokseen. Voimaannuttavassa työssä on siis varottava antamasta ihmiselle uskoa siihen, että hän voi muuttaa tilannettaan parempaan, jos tämä ei käytännössä ole mahdollista ilman, että sosiaalinen konteksti muuttuu.

2.2.4 Emootiot ja tunteet sekä niiden tiedostaminen

Tunteet ovat erityisen vaikea tutkimuskohde, sillä niiden suora mittaaminen on mahdotonta tunteiden subjektiivisen luonteen takia. Tunteiden aiheuttamia reaktioita kehossa, kuten sykkeen nousua ja lämpötilan vaihteluita, voidaan tietenkin mitata, mutta ne eivät yksiselitteisesti kerro mitään tutkittavan subjektiivisesta tunnekokemuksesta. Tällöin tutkijan on luotettava tutkittavan suullisesti raportoimaan kertomukseen. (Johnston 1999, 80 - 81.)

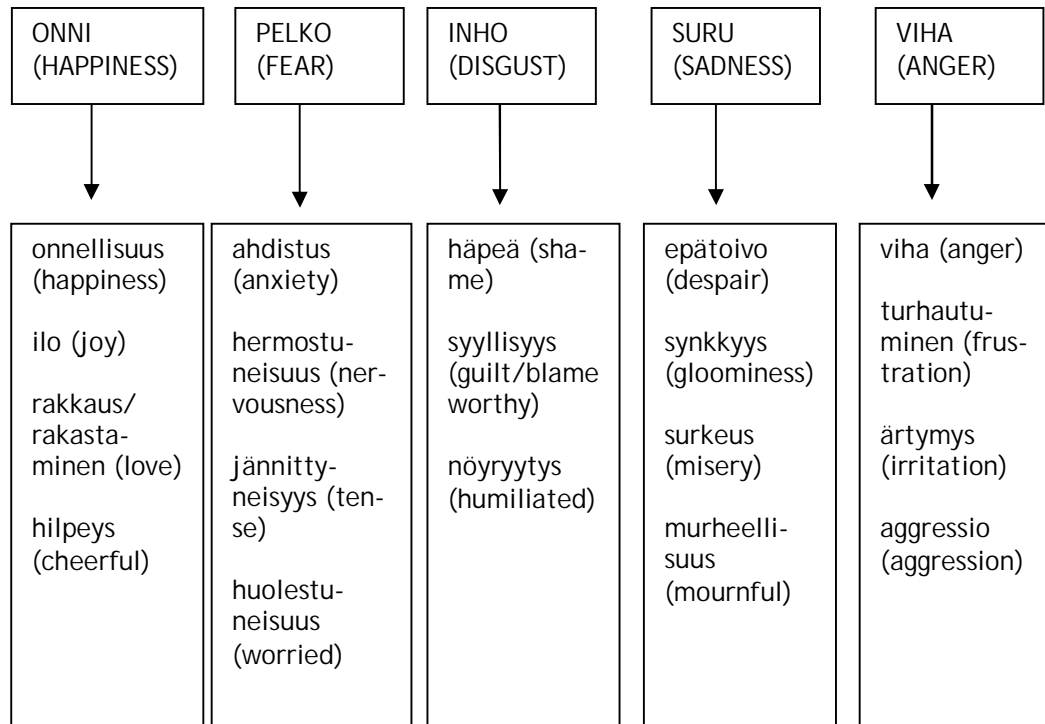
Perustunteita on usein vaikea määrittää objektiivisesti, joten seuraavien teorioiden lisäksi on monia muitakin, jotka eroavat esittelemistämme suuresti. Erityisesti jako puhtaasti tunteisiin ja muihin tunteisiin liittyviin toimintoihin on ongelmallista. Esimerkiksi sana "luottamus" viittaa vahvasti johonkin tunteeseen, vaikka se on enemmän tunteen aiheuttama toiminto kuin puhdas tunne. Muita tällaisia rajatapauksia ovat mm. rakkaus, huoli, ihailu ja toivo. (Turunen 2004, 161.) Tunteiden määrittelyn vaikeudesta huolimatta olemme päätyneet seuraaviin teorioihin, joita käytämme tutkielmassamme apuna.

Johnston esittää kirjassaan (1999, 88), että syntyessään terve ihmislapsi omaa kuusi perustunnetta, joita nimitetään myös primaaritunteiksi: viha, suru, onni, yllätys, inho ja pelko. Primaaritunteet siis ovat synnynnäisiä terveillä ihmisillä (kuten myös useimmilla eläimillä), kun taas sekundaariset, sosiaaliset tunteet, kehittyvät yleensä ennen kolmatta ikävuotta ja vain sosiaalisen kanssakäymisen tuloksena. Nämä sekundaariset tunteet ovat syyllisyys, ylpeys ja kateus. (Johnston 1999, 88 - 100.) Tuovilan (2006) tutkimuksessa tarkasteltiin sadan suomalaisen (50 naisen ja 50 miehen) vastauksia tehtävään, jossa he saivat luetella erilaisia tunteita eli tunnesanoja. Koehenkilöt oli jaettu viiteen ikäryhmään siten, että jokaiseen ryhmään (9 - 19v., 20 - 29v., 30 - 39v., 40 - 49v. ja 50 - 72v.) jakautui tasaisesti kymmenen naista ja kymmenen miestä. Kyselyn avulla saatiin yhteensä 2020 koehenkilöiden tunteiksi nimeämää vastausta. Vastaukset puolestaan ryhmiteltiin 529 erilaiseksi tunnesanaksi. Luetteloä tutkittiin kognitiivisen tärkeyden indeksillä, jossa tutkittava saa itse määrittellä sen, kuinka tärkeäksi hän henkilökohtaisesti kokee käsitteen. Indeksillä on helpompi hahmottaa tunnesanojen tärkeyttä aineistossa. Indeksillä tarkasteltuna aineisto jakautui kolmeen osaan: ehdottomasti suurin kognitiivinen paino tuli tunnesanoille viha, ilo, rakkaus ja suru. Toiseksi tärkeimpiä tunnesanoja tutkimukseen osallistuneille olivat pelko, onnellisuus, kateus sekä ahdistus. Kolmanteen ryhmään kuuluvat loput, vähiten tärkeiksi mainitut tunnesanat. (Tuovila 2006, 15 - 18.)

Tuovila (2006, 19) listaa tutkimuksensa perusteella suomalaisten perustunteiksi vihan, ilon, surun ja rakkauden. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että pelko, onnellisuus, kateus ja ahdistus ovat yleisiä suomalaisten keskuudessa. Ulkomaalaisten tutkijoiden tunnelistoihin verrattuna Tuovilan listasta erottuvat ahdistus ja kateus, jotka eivät yleensä kuulu länsimaalaisten tutkijoiden tunnelistoihin.

Power ja Dalgleish (2008, 70) ovat listanneet perustunteiksi onnen, pelon, inhon, surun ja vihan (ks. Kuvio 2). Lista on Johnstonin (1999, 88) primaaritunteita vastaava sillä erolla, että yllätystä ei ole luettu perustunteeksi. Power ja Dalgleish pohjaavat valintansa lukuisiin kansainvälisiin fysiologisiin tutkimuksiin ja käyttäytymistutkimuksiin sekä ilmeiden tunnistamiskokeisiin. Tämä luokittelu ja Tuovilan (2006) listaus täydentävät mielestämme toisiaan, sillä toisessa on käsitelty suomalaisten nimeämiä tunteita ja toisessa yleismaailmallisia perustun-

teita, jotka esiintyvät ympäri maailmaa ja ovat kulttuurista riippumattomia. Näin saamme moniulotteisemman teoriapohjan tunteista. Power ja Dalgleish jakavat vielä viisi perustunnetta alaluokkiin, jolloin jokaisen tunteen luonne määrittyy paremmin (ks. Kuvio 2). (Power & Dalgleish 2008, 70 - 73.)



KUVIO 2. Perustunteet ja niiden alaluokat (Power & Dalgleish 2008, 70 - 73).

Kuten aiemmin mainittiin, on tunteiden mittaaminen hyvin vaikeaa. Usein myös tunteiden tulkitseminen ja niistä kertominen koetaan vaikeaksi, mikä johtuu juuri tunteiden subjektiivisesta luonteesta. Usein tunteissa myös "vellotaan", jolloin niiden analyttinen tulkitseminen muodostuu tunteen kokijalle miltei mahdottomaksi. Tämän takia haluamme tutkimuksessamme kiinnittää huomiota emotion ja tunteen eroon. Dunderfelt (2004, 22 - 23) kirjoittaa siitä, miten on tärkeää oppia tulkitsemaan niitä sisäisiä merkityksiä, joita tunteille antaa. Pelkkä tunne kokemuksenahan ei vahingoita ketään, mutta siitä johtuva käytös voi olla jo huomattavasti haitallisempaa. Emootiolla tarkoitamme tutkimuksessamme tunnetta, jonka kokija värittää subjektiivisilla tulkinnoilla ja uskomuksilla. Emootiot ovat siis eräänlaisia tunnekäyttäytymis- ja reaktiomalleja. Haluamme tehdä tämän erottelun, sillä pelkkä puhdas tunne ei yleensä saa kokijansa mielessä niin paljon painoarvoa kuin emootio, johon sisältyy kokijan kokemushistoriaa sekä sosiaalisen ympäristön tapoja ja sääntöjä. Yleensä ihminen kärsii enemmän emootioista kuin tunteista. Esimerkiksi esiintymisjännityksen jännittäminen saattaa johtaa ahdistukseen.

Siitä huolimatta että erittelemme teorisiossa tunteen ja emotion, emme tee tätä eroa tu-

lostien raportoinnissa, sillä mielestämme tulkitsemme silloin liikaa haastateltavien vastauksia. Jopa asiayhteyttä tarkastelemalla on vaikeaa ulkopuolisena sanoa, onko kyseessä puhdas tunne vai subjektiivisesti väritynyt emootio. Käsittelemme siis tuloksia väärin tulkintojen välttämiseksi tunteina, ja palaamme tunteiden ja emootioiden eroihin vasta tulosten analyysissa.

Berg ym. (2002, 75) kertovat kirjassaan monista haastattelututkimuksista, joissa on tullut ilmi, että syömishäiriöihin liittyy voimakasta ahdistusta. Myös häpeä ja itseinho ovat yleisiä, varsinkin vatsantyhjennystyypeillä. Useat syömishäiriöiset kuvaavat itseään alempiarvoisiksi eivätkä he mielestään ansaitse elämässä mitään hyvää. Ahmiminen koetaan yleensä inhottavaksi, eläimelliseksi ja hallitsemattomaksi. Erityisesti bulimiam sairastavat marginalisoivat itsensä: he puhuvat itsestään usein ”yhteiskuntaan epäsojivina friikkeinä” ja pitävät anoreksiaa sairastavia ”parempina syömishäiriöisinä”. Jos syömishäiriöisen saa kiinni oksentamasta, hän usein kieltää oksentaneensa. Tämä taas aiheuttaa lisää syyllisyyttä ja häpeää valehtelemisen ja kontrollin menetyksen takia. Syömishäiriöisillä pelkkä tarpeiden olemassaolo aiheuttaa häpeää, ja varsinkin tarpeiden tyydyttäminen johtaa ankaraan syyllisyyden kokemukseen. (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 75 - 76.) Syyllisyyttä kokevat usein myös syömishäiriöisen vanhemmat. Claude-Pierre (1997, 59 - 61, 92) huomauttaakin, että hoitohenkilökunnan tulisi voidessaan lieventää vanhempien syyllisyyden tunteita, sillä syyllistäminen hajottaa turhaan perheen sisäisiä rakenteita ja potilaalle tärkeää turvaverkkoa.

Syömishäiriön alkuvaiheessa kärsimys yleensä kielletään. Anoreksiaa sairastava kieltää itseltään täysin väsymyksen, nälän ja ahdistuksen tunteet. Osa häiriötä sairastavista kokee euforian tunnetta pitäessään kynsin ja hampain kiinni oireilustaan. Bulimiasta kärsivät viittaavat usein syvälle juurtuneeseen häpeän tunteeseensa, torjutuksi tulemisen pelkoonsa sekä pelkoon siitä, että aiheuttaa oireilullaan tuskaa rakkaimmilleen. Syömishäiriöiset kokevat usein myös pelkoa ja epäluottamusta. Syömishäiriöisillä on useita pelkoja: pelko rasvaa kohtaan, kontrollin menettämisen pelko, muutoksen pelko, hylätyksi tulemisen pelko ja kliinisten interventioiden pelko. Varsinkin niillä syömishäiriöstä kärsivillä, jotka ovat lapsena olleet ylipainoisia, on lihomisen pelko usein todella suuri. (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 75.) Syömishäiriöihin kuuluvat myös vihan ja surun tunteet. Syömishäiriöinen vihaa yleensä itseään, sairauttaan ja hoitoympäristöään. Suru astuu yleensä kuvaan erityisesti niillä, jotka ovat sairastaneet pitkään. (Berg, Hurley, McSherry & Strong 2002, 79 - 81.) Syömishäiriöinen saattaa surra menetettyä nuoruutta, ulkonäköä, koulutusta, työhistoriaa, suhdetta tai kykyä saada lapsia.

Hollantilaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin anoreksiaa sairastavien potilaiden emotionaalista toimivuutta. Anorektikoiden tunnekäyttäytymistä verrattiin kahteen kontrolliryhmään; masennuksesta ja/tai ahdistuksesta kärsivät potilaat sekä terve verrokkiryhmä. Suurin osa tämän tyyppisistä tutkimuksista keskittyy anorektikoiden aleksitymiaan. Aleksitymia tarkoittaa heik-

koa kykyä tunnistaa ja ilmaista tunteita verbaalisesti. Aleksitymiasta kärsivällä on myös köyhä mielikuvitus sekä korostunut taipumus toiminnalliseen ajatteluun. Nykyään aleksitymia yhdistetään yleisesti syömishäiriöihin, mutta myös muihin psykiatrisiin häiriöihin kuten masennus tai ahdistuneisuus. Näistä ryhmistä aleksitymiaa esiintyy eniten anorektikoilla. Kyseisen hollantilaisen tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia. Tulosten mukaan anorektikot saivat korkeimmat tulokset aleksitymian osalta. Erityisesti heidän oli vaikea tunnistaa tunteita ja kuvailla erilaisia tunteita. Mitattaessa masennusta BDI-testillä (itsearvio-testi) masennuksesta ja/tai ahdistuksesta kärsineistä ihmisistä koostunut ryhmä sai pisteet lievistä tai keskivaikeasta masennuksesta, kun taas anorektikot saivat pisteet vakavan masennuksen mukaan. (Zonnevylle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland 2004, 28, 32.)

2.3 Syömishäiriökeskus

Seuraavassa esittelemme opinnäytetyömme yhteistyökumppanin, Syömishäiriökeskuksen. Osoitamme myös edellä esiteltyjen hoidon osa-alueiden merkityksen Syömishäiriökeskuksen hoitomallissa. Tämä on tärkeää, sillä jokainen tutkimushenkilömme on Syömishäiriökeskuksen potilaana. Omahoitajuus, voimaantuminen ja tunteiden tiedostaminen peilautuvat tutkielmassa Syömishäiriökeskuksen hoitoa vasten.

Opinnäytetyömme kuuluu Kriiseistä selviytyminen -hankkeeseen, jonka yhteistyökumppanina Elämän Nälkään Ry toimii. Syömishäiriökeskus kuuluu vuonna 1997 perustetulle Elämän Nälkään Ry:lle. Keskuksen tarkoituksena on kehittää syömishäiriöiden hoitoa. Vuonna 2002 Raha-automaattiyhdistys (RAY) myönsi Elämän Nälkään Ry:lle avustuksen Syömishäiriökeskuksen perustamiseen. Kesäkuussa 2002 avattiin Helsingissä terapiayksikkö, joka tarjoaa kognitiivisen psykoterapian lisäksi ravitsemus-, toiminta- ja fysioterapiaa, psykiatrin palveluita sekä luontaishoitoja. Terapiayksikkö sijaitsee Fredrikinkadulla. Syyskuussa 2004 avattiin Helsingissä ympärivuorokautista tukea tarjoava kuntoutus- ja hoitoyksikkö vaikeasti sairaille syömishäiriöpotilaille. Yksikössä tarjotaan kunkin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityä, intensiivistä hoitoa, jota antaa asiantunteva ja moniammatillinen tiimi.

Hämeentiellä sijaitsevassa kuntoutus- ja hoitoyksikössä on seitsemän potilaspaikkaa. Yksikköön voidaan ottaa vähintään 13 vuotta täyttäneitä anoreksiasta, bulimiasta tai BED:stä kärsiviä potilaita. Hoidon läpi punaisena lankana kulkee fyysisen tilan hoitaminen sekä terveyttä tukevien ahdistuksenhallintakeinojen opettelu. Tähän tähtäävät hoitavien henkilöiden jatkuva saatavilla olo - erityisesti ruokailu- ja muissa ahdistusta voimistavissa tilanteissa - potilaille tarjottava kognitiivinen psykoterapia, sekä erilaiset ryhmät (muuan muassa keskustelu-, musiikki-, taide-, kehonkuva-, toimintaterapia- ja psykoedukaatioryhmät). Potilaiden fyysistä tilaa seuraa sisätautilääkäri ja lääkityksen tarve arvioidaan kunkin potilaan kohdalla yksilö-

kohtaisesti. Psykiatri tapaa potilaita yksilöllisten tarpeiden mukaan, mutta ensisijaisesti ahdistukseen, masennukseen ja muihin psyykkisiin oireisiin pyritään tarjoamaan keskustelua ja hoitavan henkilön läsnäoloa. Hoito-ohjelmaan on mahdollista sisällyttää myös erilaisia luontaishoitoja kuten aromaterapiaa. Kunkin potilaan hoito suunnitellaan hoito-ohjelman puitteissa yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 157 - 158.)

Syömishäiriökeskuksessa työskentelevä ravitsemusterapeutti tapaa kaikkia potilaita säännöllisesti, ja hoidon aloittava potilas tapaa ravitsemusterapeutin heti hoidon alkuvaiheessa. Potilas tekee ravitsemusterapeutin kanssa ateriasuunnitelman, johon voidaan myöhemmissä tapaamisissa tehdä muutoksia. Mikäli potilas on heti hoidon alussa kykenevä syömään kaiken hänelle annostellun ruoan, voi hän ruokailla muiden potilaiden ja hoitohenkilön kanssa ruokasalissa. Mikäli potilas ei pysty syömään koko annosta, hän syö hoitohenkilön kanssa kahden kesken huoneessaan. Ruokailun jälkeinen kylläisyyden tunne aiheuttaa monille potilaille miltei sietämätöntä ahdistusta, jota pyritään helpottamaan viettämällä potilaan kanssa aikaa heti ruokailun jälkeen. Vaikka Syömishäiriökeskuksessa seurataan potilaan painoa, ei hänen kanssaan puhuta painoasioista hoidon aikana lainkaan. Potilaat eivät säännöllisistä punnituksista huolimatta tiedä omaa painoaan, sillä heidät punnitaan selkä puntarin asteikkoa vasten. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 158.)

Hoitoajat vaihtelevat Syömishäiriökeskuksessa, mutta tavallisesti ne ovat pitkiä. Usein hoito jatkuu useita viikkoja tai kuukausia vielä senkin jälkeen, kun normaalipaino on tavoitettu. Psyykkiset oireet eivät usein parane riittävästi, jotta potilas voisi jatkaa paranemisprosessia itsenäisesti heti painon normalisoiduttua. Tavoitteena on hoitaa sairastunut niin terveeksi, että hänellä on hoitajakson jälkeen kaikki ne taidot, joita itsenäisesti asumiseen ja elämiseen tarvitaan. Usein hoidon loppuvaiheessa onkin "yhteiskuntaan sopeuttamisen vaihe", jonka aikana harjoitellaan omahoitajan kanssa näitä taitoja. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 158.)

Syömishäiriökeskuksessa omahoitaja on se henkilö, joka koordinoi potilaan hoidon alusta loppuun. Omahoitaja vastaa hoitosuunnitelmasta ja käytännön asioista kuten potilaan viikko-ohjelmasta ja sovitusta asioista. Omahoitaja osoitetaan jokaiselle potilaalle. Hän vastaa potilaan kokonaisuhoitajuudesta ja on hoitohenkilökunnasta se, joka tuntee potilaan ja tietää hänen asiansa parhaiten. Hoidon koordinointi tarkoittaa käytännössä sitä, että omahoitaja huolehtii laboratoriokokeiden ottamisesta, tapaamisten sopimisesta ja toteutumisesta sekä lääke reseptien ajan tasalla olemisesta. Hän osallistuu myös mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja ravitsemusterapeutin tapaamisiin. Omahoitaja käy potilaan kanssa keskustelua kahdesta kolmeen kertaa viikossa. Keskustelut ovat tavoitteellisia, ja niissä työskytetään asioita, joissa potilaan tulee päästä eteenpäin parantuakseen. Tällaisia voivat olla esimerkiksi asertiivisuuden harjoittelu, negatiivisen minäkuvan korjaaminen tai tunteiden ilmaiseminen ja käsittely.

Assertiivisuus tarkoittaa kykyä pitää puolensa ja huolehtia siitä, että ei anna muiden kohdella itseään huonosti sekä kykyä huolehtia siitä, että saa elämässä sen mitä tarvitsee. Omahoitaja huolehtii myös yhteydenpidosta perheeseen esimerkiksi viikoittaisilla (joskus jopa päivittäisillä) puheluilla, keskusteluilla perheenjäsenten tullessa vierailemaan osastolla sekä järjestämällä perhetapaamisia. Omahoitaja tuo potilaan asiat tarvittaessa tiimin käsiteltäväksi. Tiivistäen voisi sanoa, että omahoitaja on ikään kuin potilaan sijaishuoltaja. Omahoitajia on useimmilla potilailla kaksi tai kolme. Tällöin yksi hoitaja on niin sanottu "ykköshoitaja", jonka tehtävät ovat yllämainitut. "Kakkoshoitajalle" ja "kolmoshoitajalle" hän voi delegoida hoidettavia asioita poissa ollessaan, ja myös he pitävät itsensä ajan tasalla potilaan asioista. (P. Charpentier, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2009.)

Syömishäiriökeskuksessa potilaan voimaantumiseen pyritään erottamalla potilaassa sairas ja terve puoli. Potilaan kanssa käydyissä keskusteluissa sairas ja terve puoli erotetaan ja tervettä puolta yritetään vahvistaa eri tavoin keskusteluissa, ryhmissä ja terapiassa. Näin sairas puoli pikkuhiljaa väistyy sivuun pitkässä prosessissa. (S. Parkkali, henkilökohtainen tiedonanto 2.1.2009.) Voimaannuttaminen näkyy kaikessa arkisessa olemisessa siten, että potilaan pyrkimystä pahoinpidellä itseään henkisesti ja fyysisesti käsitellään jatkuvasti. Häntä rohkaistaan kohtaamaan pelottavat asiat kuten oireista luopuminen, ja voimavaroja yritetään korostaa. Näitä asioita käsitellään omahoitajakeskusteluissa, ryhmissä, terapiassa ja jopa ohimennen tapahtuvissa käytäväkohtaamisissa. Voimaannuttaminen on yksi keskeisistä hoidon läpi kulkevista punaisista langoista. (P. Charpentier, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2009.)

Tunteita työstetään Syömishäiriökeskuksessa jatkuvasti monin eri tavoin. Erilaisten tunteiden tunnistamisen opiskelu sekä tunteiden kohtaaminen eri menetelmien avulla ovat tärkeitä osa-alueita hoidossa. Tärkeintä on antaa tunteiden tulla ja elää niiden kanssa. Se, ettei tunteita tarvitse pelätä, on eräs tunnetyöskentelyn kulmakivistä. Tunteita harjoitellaan erilaisin tehtävin ja arjen tuomien tilanteiden ohella. (S. Parkkali, henkilökohtainen tiedonanto 2.1.2009.) Useimmat tunnistavat tunteensa hyvin, mutta eivät pysty ilmaisemaan niitä, jolloin tunteiden ilmaisua harjoitellaan ryhmissä ja omahoitajatyöskentelyssä. Joillakin potilailla on myös vaikeuksia tunnistaa mitä tunteita milloinkin kokevat - näitä käydään läpi keskusteluissa ja erilaisin harjoituksin. Tärkeimpänä elementtinä kuitenkin ehkä on se, että kun vaikeat tunteet tulevat esille raivon tai muun vastaavan muodossa, hoitajat ottavat tunnepurkauksen vastaan suuttumatta ja hylkäämättä potilasta. Tämän monet ovat kokeneet tärkeimmäksi terapeuttiseksi hoidon elementiksi. Näin opetetaan konkreettisesti käyttäytymisen kautta, että kaikenlaiset tunteet ovat sallittuja, eivätkä negatiiviset tunteet tuhoa, joten niitä ei tarvitse pelätä tai torjua pois. (P. Charpentier, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2009.)

3 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN

Tutkielma sai alkunsa omasta halustamme selvittää syömishäiriötä sairastavien kokemuksia. Esittelimme ideamme tutkielmasta Syömishäiriökeskuksen henkilökunnalle, ja he innostuivat asiasta. Yhteistyö Syömishäiriökeskuksen kanssa alkoi keväällä 2008 ja haastattelut tehtiin syys- ja lokakuussa 2008. Tutkielman valmistuttua sen tulokset ovat julkisia ja Syömishäiriökeskuksen käytettävissä.

Kappaleessa 3.1 esitämme tutkielman metodologiset ratkaisut: fenomenologian, hermeneutiikan, kokemuksellisuuden sekä laadullisen tutkimusotteen. Tämän jälkeen esittelemme kappaleessa 3.2 tutkielman tavoitteet ja tiedonhankintamenetelmät, joiden yhteydessä ovat tutkimuskysymyksemme. Kappaleessa 3.3 kerromme analyysimenetelmästä, jolla saatu aineisto käsitellään. Teoreettisen osion jälkeen kuvaamme kappaleessa 3.4 tutkielman toteutusta käytännössä haastatteluiden kulusta analyysin tekemiseen. Lopuksi kappaleessa 3.5 käymme läpi merkittäviä perusteita, joilla tutkielman eettisyyttä ja luotettavuutta voidaan arvioida.

3.1 Tutkielman menetelmät

3.1.1 Fenomenologia ja hermeneutiikka

Tutkielmamme metodologisena lähtökohtana toimii fenomenologis-hermeneuttinen ote. Valitsimme juuri tämän tutkimusotteen, sillä fenomenologisen psykologian tavoite on saada esille tutkittavien välitön kokemus. Fenomenologiseen otteeseen kuuluu lisäksi se, ettei tutkijalla saa olla etukäteisoletuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Perttula 1995, 9.) Haluamme tutkia syömishäiriöisten kokemusmaailmaa sellaisena kuin se heille subjektiivisena näyttäytyy. Mielestämme fenomenologinen ajattelu antaa ennen kaikkea tutkittavalle vapauden kertoa juuri sen mitä itse haluaa. Se, että tutkijan ei tule johdatella tutkittavaa henkilö tai muodostaa etukäteen stereotyyppisiä oletuksia tutkittavasta ilmiöstä, antaa kertojalle mahdollisuuden tuottaa aitoa kokemuspohjaista tietoa. Nimenomaan tätä pidämme tutkimuksen tekemisen kannalta tärkeänä. Tietyllä tavalla haluamme myös ajatella, että tämä suuntaus on haastateltavan kannalta voimaa antava keino tutkia ilmiötä. Asioista puhumisella ja kuulluksi tulemisella on tunnetusti helpottava ja jopa terapeuttilinen vaikutus.

Fenomenologian ja hermeneutiikan perimmäiset tavoitteet ovat erilaiset. Siinä, missä fenomenologia on kiinnostunut yksilöllisistä merkityksistä, keskittyy hermeneutiikka sosiaalisiin

merkityksiin. Sekä fenomenologia että hermeneutiikka yrittävät psykologisin kysymyksenasetteluin tavoittaa ihmisen kokemusta: fenomenologinen tutkimusote pyrkii toisen ihmisen kokemusten deskriptioon eli kuvailuun, kun taas hermeneuttinen tutkimusote pyrkii kokemusten tulkitsemiseen. (Perttula 1995, 54 - 55.)

Psykologisin kysymyksenasetteluin pyritään toisen ihmisen kokemuksen kuvaukseen. Perttulan mukaan tutkimus on sitä onnistuneempaa, mitä deskriptiivisempää se on. (Perttula 1995, 55.) Tästä syystä pyrimmekin tutkimuksessamme keräämään haastateltavien omakohtaisia kokemuksia, emme niinkään yleistettävissä olevia totuuksia esimerkiksi Syömishäiriökeskuksen hoitomallin toimivuudesta. Uskomme kuitenkin, että tarkasti kuvattujen yksilöllisten kokemusten kautta voi jossain määrin saada yleistäkin näkemystä.

3.1.2 Kokemus ja kokemuksen tutkiminen

Tässä kappaleessa käsittelemme ensin kokemusta teorian pohjalta. Esittelemme myös holistista ihmiskäsitystä, jonka pohjalta lähestymme kokemuksen luonnetta. Seuraavaksi tarkastelemme fenomenologisen lähestymistavan yhteyttä kokemuksen tutkimisessa.

Kokemus on elävä ja se ilmentää tajunnallisuuden tapaa suuntautua oman toiminnan ulkopuolelle. Elävä kokemus voi olla laadultaan niin tietoa kuin tunnettakin sekä niiden yhdistelmiä. Tutkittava kokemus on myös aina sidoksissa tutkittavan omaan elämään ja elämäntilanteeseen. (Perttula & Latomaa 2005, 137.) Ymmärrämme Perttulan määritelmän siten, että kokemus on aina yksilöllistä. Kokemus muodostuu fyysisistä, psyykkisistä ja henkisistä tuntemuksista. Kokemukseen liittyy vahvasti jokin tunne. Näin ollen voidaan ajatella, että kokemuksia syntyy vain tietoisessa tai tiedostavassa mielessä.

Tutkielmassamme korostuu holistinen ihmiskäsitys. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on kolmijakoinen kokonaisuus, jossa tajunnallisuus (psyykkinen ja henkinen olemassaolo), kehollisuus (fyysinen olemassaolo) ja situationaalisuus (sosiaalinen olemassaolo) toimivat yhdessä. Nämä olemassaolon muodot kietoutuvat toisiinsa monimutkaisella ja vuorovaikutuksellisella tavalla, ja ne ovat kaikki läsnä ihmisessä. Tajunnallisuus käsittää psyykkiset ja henkiset toiminnot, ja se ilmenee kokemisena eli elämyksinä, tunteina, tahtona ja ymmärryksenä. Kehollisuus kuvaa ihmisen fyysistä olemusta sekä biologisia, kemiallisia ja anatomis-fysiologisia toimintoja, jotka ylläpitävät elämää. Situationaalisuus tarkoittaa ihmisen sosiaalista ulottuvuutta ja suhdetta todellisuuteen, ja on yksinkertaisimmillaan ihmisen elämäntilanne. Se kattaa niin kohtalonomaisesti määräytyvät asiat (esimerkiksi geenit, rotu, vanhemmat) kuin ihmisen itse valitsemat suunnat elämälleen (esimerkiksi ammatti, ystävät, lapset). (Rauhala 2005, 32 - 46.)

Kun tarkastellaan tajunnan toimintatapaa, voidaan erottaa toisistaan psyykkinen ja henkinen. Psyykkinen tajunta antaa elämäntilanteelle merkityksen ilman kieltä, käsitteitä ja sosiaalisesti jaettuja merkityksiä. Psyykkisen tajunnan myötä suhde elämäntilanteeseen on välitön. Henkisen puolen myötä elämäntilanne saa merkityksen kielen ja siihen sisältyvän sosiaalisen maailman kautta. Henkinen mahdollistaa ihmisten välisen kanssakäymisen. Voidaan ajatella, että henkinen puoli mahdollistaa tunneällyn ilmenemisen, sillä henkisen puolen avulla voidaan myös kuvata kokemuksia muille. (Perttula & Latomaa 2005, 117.) Tämä tarkoittaa käytännössä mielestämme sitä, että ihminen pystyy toimimaan sosiaalisesti sekä tarkastelemaan empaattisesti muiden kokemuksia. Holistisen ihmiskäsityksen pohjalta tarkastelemme siis haastateltaviamme tietyssä elämäntilanteessa olevina ja ainutlaatuisen elämänhistorian omaavina tajunnalliskehollisina kokonaisuuksina.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote on luontevin vaihtoehto kokemuksen tutkimisessa. Laadullisessa tutkimuksessa on kyse jonkin ilmiön laadusta eli luonteesta. Tavoitteena on ymmärtää, selittää ja tulkita tuota ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen ideana on luoda selitysmalli tutkittavalle ilmiölle. Pisimmälle vietynä laadullinen tutkimusote etenee empiriasta teoriaan, eli havainnoista yleiseen tulkintaan. (Anttila 2005, 275 - 276.) Vaikka tutkielmamme aihe käsittelee syömishäiriöt yleensä, keskitymme tarkastelemaan erityisesti anoreksiaa ilmiönä ja siihen liittyviä kokemuksia. Emme kuitenkaan pyri tutkielmassamme luomaan havaintojemme pohjalta uutta teoriaa, sillä tällaisen tutkimuksen toteuttamiseen resurssimme eivät riitä.

Laadullisessa tutkimuksessa kokemuksen tutkijan on tärkeä huomioida, millaisista todellisuuksista elämäntilanteet voivat koostua (Perttula & Latomaa 2005, 117). Kvalitatiivinen tutkimusote keskittyy kuvaamaan sosiaalisesti rakennetun todellisuuden luonnetta sekä tutkijan ja tutkittavan välistä suhdetta. Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä on otettava huomioon, että tutkittavan ilmiön luonne määrää käytettävän metodin. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusotteen keskittyessä muuttujien välisen suhteen mittaamiseen ja analysointiin, on kvalitatiivisen otteen tärkeimpänä antina tutkia miten sosiaalinen kokemus syntyy ja miten se saa merkityksensä. (Denzin & Lincoln 2003, 13.)

Kokemuksen tutkimisessa objektiivisuus saavutetaan sillä kuinka hyvin tutkittavana oleva asia tavoitetaan sellaisena kuin se tutkimuskysymysten kannalta näyttäytyy todellisuudessa. Ennen varsinaista empiiristä tutkimusta, täytyy tutkijan olla kiinnostunut toisten kokemuksista sekä muodostaa käsitys siitä mitä kokemuksia hän haluaa ymmärtää. Tämän jälkeen on löydettävät tutkittavat henkilöt, joiden elämäntilanteeseen aihe sisältyy. Lisäksi tutkimuksen kannalta on välttämätöntä, että tutkittavilla on halukkuutta kertoa omista kokemuksistaan tutkijalle. Eettisyyden kannalta tutkijan on hyvä selvittää tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä miksi juuri heidän elävät kokemuksensa ovat tutkimisen arvoisia. Tämän jälkeen tutkittavat itse

ratkaisevat, osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. (Perttula & Latomaa 2005, 136 - 137.)

Kuten edellä on mainittu, fenomenologisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää ihmisen välitöntä kokemusta. Tutkimustilanteen tehtävä ei ole saada ihmistä refleктоimaan omaa kertomaansa, mutta tutkijalla on lupa olla kiinnostunut tutkittavien kokemuksista. (Perttula & Latomaa 2005, 139.) Fenomenologisessa tutkimuksessa pyritään tutkimustilanteesta tiettyyn neutraali-suuteen. Perttula toteaa tämän tarkoittavan "tietoista pyrkimystä luoda tutkimustilanteesta sellainen, että kuvattavien kokemusten pääasialliset aiheet olisivat tutkimustilanteen ulkopuolella, kulloistenkin tutkimuskysymysten mukaisella tavalla." Tähän pyritään antamalla tutkittaville ohjeita, joiden avulla he voivat liittää kuvattavat ilmiöt omaan arkeen. Valmiiksi muotoillut kaikille tutkittaville annettavat samat kuvausohjeet saattavat muodostaa tutkimusaineiston keräämisen koko rakenteen. (Perttula & Latomaa 2005, 141.) Tulkitsemme edellä mainitun tarkoittavan sitä, että haastateltavilta ei kysytä suoraan vastausta tutkimuskysymyksiin. Sen sijaan muotoilemme haastattelukysymykset siten, että saamme useamman kysymyksen avulla vastauksen yhteen laajempaan tutkimusongelmaan. Lisäksi edellä esitetty näkemys tutkimustilanteen neutraaliudesta viittaa siihen, että tutkittava ei refleктоi omia kokemuksiaan kertoessaan niistä. Päämääränä on saada haastateltava kuvailemaan omia kokemuksiaan ilman niihin eläytymistä. Ilman suurta tunnelatausta tutkittavalla on mahdollisuus kertoa omaa tarinaansa sitä tulkitsematta ja arvottamatta.

Kvalitatiivinen tutkimusprosessi koostuu kolmesta osasta. Tutkijan aloittaessa työnsä hänellä on oltava tietty teoreettinen viitekehys, joka koostuu tutkijan valitsemasta teoriasta ja ontologiasta. Ontologia vastaa kysymykseen millainen on ilmiön perimmäinen luonne. Teoreettinen viitekehys määrää tietyn tutkimuskysymyksen tai tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä luodessaan tutkijan tulisi pohtia epistemologiaa, joka viittaa tutkijan ja tiedon väliseen suhteeseen: jokainen tutkija on yksilö, jolla on omanlaisensa tausta, kuten kulttuuriympäristö, sukupuoli ja yhteisö. Miten tutkijan tausta vaikuttaa siihen lähestymistapaan, jolla hän tarkastelee tutkittavaa ilmiötä? Tutkija lähtee etsimään vastausta tutkimuskysymykseensä valitsemallaan tavalla, jolloin hän käyttää hyväkseen metodologiaa ja analyysityökaluja. Metodologian avulla tarkastellaan tutkimusmenetelmän perusteita ja niitä oletuksia, joita teoria sisältää. (Denzin & Lincoln 2003, 29 - 30.)

Tieteellisessä tutkimuksessa käytännön havainnot ei pidetä varsinaisina tuloksina. Havainnot johdattavat tutkijan tulkitsemaan ja pääsemään havaintojen "taakse". Tutkimuksessa havainnot tarkastellaan eksplisiittisesti eli tarkasti määritellystä näkökulmasta. Tämä näkökulma on teoreettinen viitekehys. Tutkimusaineiston havainnot erotetaan tuloksista tutkimusmetodin avulla. Metodi tarkoittaa niitä käytäntöjä ja sääntöjä, joiden mukaan tutkija tuottaa havainnot ja sekä muokkaa niitä. Metodin on oltava sopusoinnussa teoreettisen viitekehysten kanssa.

(Alasuutari 1994, 68 - 69, 72 - 73.) Tämä tarkoittaa sitä, että tutkiessamme vain muutaman ihmisen kokemuksia emme voi käyttää samaa metodologiaa kuin esimerkiksi laajoissa mielipidemittauksissa. Näin ollen emme voi olettaa saavamme selville yleispäteviä syy-seuraus - suhteita tai laajemmin yleistettävissä olevaa teoretietoa, ja meidän on suhteutettava tutkimusmetodimme siihen.

3.2 Tutkielman tavoitteet ja tiedonhankintamenetelmät

Edellä on esitelty tutkielmamme metodologiset lähtökohdat. Niiden avulla tuotamme haastattelun keinoin tietoa Syömishäiriökeskuksessa hoidossa olevien potilaiden subjektiivisesta kokemusmaailmasta. Erityisesti pyrimme saamaan tietoa tunteiden tunnistamisesta ja kehityksestä sekä voimaantumisen. Näkökulmamme kattaa hoidon lisäksi myös muut ihmisen elämään ja täten myös voimaantumiseen vaikuttavat tekijät kuten perhe ja omat kiinnostuksen kohteet. Valitsimme edellä mainitut teemat, sillä ne ovat keskeisiä niin ilmiön kuin paranemisprosessinkin kannalta. Haastattelukysymysten (ks. LIITE 2) avulla pyrimme saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiimme.

Tutkimuskysymyksiksi olemme asettaneet:

1. Mitä kokemuksia Syömishäiriökeskuksen potilailla on syömishäiriöistä ja niiden hoidosta?
 - 1.1 Miten voimaantuminen ilmenee Syömishäiriökeskuksen potilailla?
 - 1.2 Miten tunteiden tiedostaminen ja nimeäminen muuttuvat potilailla hoidon aikana?
 - 1.3 Millaisena omahoitajuus näyttäytyy Syömishäiriökeskuksen potilaille?

Tavoitteenamme on selvittää, miten syömishäiriöstä kärsivä ihminen tunnistaa ja ilmaisee tunteitaan. Usein esimerkiksi anoreksiaa sairastavan henkilön tunteiden ja oman identiteetin kehitys saattaa olla (ainakin osittain) omasta kehitystasosta jäljessä. Nuoren ihmisen kehityshaasteisiin kuuluu itsenäistymisen harjoittelu ja itseluottamuksen kasvu. Syömishäiriöisen kohdalla oireet alkavat usein ilmetä juuri nuoruusiän alku- tai keskivaiheilla, jolloin itsenäistymisen ja psyykkisen irtautumisen vanhemmista pitäisi alkaa. Runsaan laihduttamisen avulla kompensoidaan puutteita omassa persoonallisuuden kehityksessä. Näkiintymisen kapeuttaa vakavasti psyykkistä toimintakykyä ja ymmärrystä pitäen yllä anorektista oireilua. (Mustajoki, Kanerva & Rissanen 1991, 1770 - 1771.)

Lisäksi tutkimme omahoitajuutta ja potilaiden voimaantumista hoidon kuluessa; käytännössä haemme siis vastauksia siihen, tapahtuuko voimaantumista ylipäättänsä, ja jos tapahtuu, niin miten potilas itse kokee voimaantuneensa. Vastavuoroisesti on otettava huomioon myös se näkökulma, miksi potilas ei ole kokenut voimaantuneensa. Omahoitajuuteen liittyvän tutkimustiedon tuottaminen on merkityksellistä, sillä omahoitajuus on mukana potilaiden jokapäi-

väisessä elämässä.

Tarkoituksenamme oli haastatella kahdeksaa Syömishäiriökeskuksen potilasta siten, että osa heistä on juuri hoidon aloittaneita ja osa aivan hoidon loppuvaiheen potilaita. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä kaikki kolme hoidon loppuvaiheen potilasta perui osallistumisensa tutkimukseen. Tästä syystä haastattemme viitti hoidon alkuvaiheessa olevaa potilasta. Toteutamme haastattelut paikan päällä Hämeentiellä kasvotusten joko potilaiden omissa huoneissa tai Syömishäiriökeskuksen tiloissa sijaitsevassa hoituhuoneessa. Käytämme muutamia tukikysymyksiä, mutta painotamme potilaan omaa halua kertoa hänelle itselleen merkityksellisistä asioista. Haastattelut toteutamme puolistrukturoituna haastatteluna eli teemahaastatteluna. Se on paras mahdollinen vaihtoehto saada tietoa haastateltavien kokemuksista liittyen hoitoon, tunteiden kehittymiseen ja voimaantumiseen. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat, mutta haastattelija voi vaihdella niiden järjestystä tai sanamuotoa, ja vastauksia ei ole sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelu terminä on kuvaava, sillä haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan ja joiden varassa haastattelu etenee. Tutkimusongelmasta poimitaan käsiteltäviksi sellaiset keskeiset aiheet, joiden käsittely on välttämätöntä tutkimusongelmaan vastaamiseksi. Teemahaastattelussa korostetaan haastateltavien elämymaailmaa ja heidän näkemyksiään tilanteista. Teemahaastattelun avulla voidaankin tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 43 - 48; Vilkkä 2005, 100 - 104.)

Fenomenologisessa haastattelutilanteessa tutkija pyrkii sosiaalisesti häivyttämään itsensä tilanteesta. Tämä tarkoittaa lähinnä sitä, että tutkijan läsnäolo muistuttaa ihmisestä, joka on kiinnostunut toisen kokemuksesta. Kun tutkija ei edusta tutkimustilanteesta mitään tiettyä tahoaa, ei vastaajan tarvitse etsiä kokemuksilleen mitään jo valmiiksi ymmärrettyä sosiaaliskulttuurista kuvaustapaa. Tutkijan taitoa on johdattelu elävien kokemusten suuntaan. Hän ei saa kuitenkaan pakottaa tutkittavaa kertomaan enempää kuin mihin tämä on valmis. Hermeneuttisessa tutkimustavassa tutkijan olemiseen ei suhtauduta niin tiukasti. Tässä tutkimustavassa oletetaan, että ihminen tulkitsee kokemuksiaan toistuvasti, joten tutkijankaan ei tarvitse sitä yrittää estää. (Perttula & Latomaa 2005, 141, 142.)

3.3 Aineiston analyysimenetelmä

Analyysimenetelmänä käytämme fenomenologista analyysimenetelmää. Fenomenologisessa tutkimuksessa metodi on aina toissijaisessa asemassa tutkittavaan ilmiöön nähden. Tällöin tutkittavan ilmiön perusluonne määrää metodin konkreettisen muodon. Tämän takia ei ole olemassa yhtä, kaikkien metodien yhteydessä pätevää "universaalia" metodologiaa. Syömishäiriöiden psykopatologia, eli mielenterveyshäiriön ilmenemismuoto, määrää näin ollen toimintamal-

lin muodon. Käytettävä metodi mukautetaan siis aina tutkittavaan ilmiöön. (Perttula 1995, 68 - 69.)

Metodisten menettelytapojen on kyettävä tavoittamaan subjektiivinen tajunta, sillä fenomenologinen psykologia tutkii mielen sisäisiä ilmiöitä. Tutkimusmenetelmän ja tutkittavan ilmiön perusrakenteen vastaavuuteen on viitattu kahdella termillä: ontologinen relevanttius ja adekvaattius. Ontologia kertoo tutkimuskohteen perimmäisestä luonteesta ja adekvaattius viittaa tarkoituksenmukaisuuteen. (Perttula 1995, 69.) Syömishäiriöiden kohdalla ontologia viittaa siis syömishäiriöiden psyykkisesti moninaiseen luonteeseen. Jotta ontologia ja adekvaattius voitaisiin saavuttaa, on analysoitava perusteellisesti tutkimuksen taustalla olevaa ihmiskäsitystä. Tällöin tutkittavan ilmiön ja käytettyjen tutkimusmenetelmien vastaavuus muuttuu sattumanvaraisesta perustelluksi ja tutkimus voi saavuttaa siltä vaadittavan validiteetin. (Perttula 1995, 69.)

Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa aineiston auki kerimisen menetelmiä ovat sulkeistaminen, fenomenologinen reduktio sekä mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu. Sulkeistamisella viitataan tutkijan luonnollisen asenteen reflektointiin sekä tämän asenteen syrjään siirtämiseen. Sulkeistamisen perimmäinen tavoite on asettaa tajunnan keskeiset toimintaperiaatteet ankaraan analyysiin. (Perttula 1995, 9 - 10.) Tutkijan tulee tiedostaa omat käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä ja mahdollisesta stereotyyppisestä suhtautumistavasta tähän ilmiöön. Lisäksi hänen on kyettävä asettamaan nämä näkemykset taka-alalle.

Fenomenologinen reduktio voidaan mieltää prosessiksi, jonka avulla epäolennaisuudet pyritään siirtämään syrjään ja keskittämään huomio fenomenologisen analyysin kannalta keskeisiin asioihin. Fenomenologinen reduktio ei kuitenkaan tarkoita ulkoisen maailman olemassaolon kieltämistä, vaan enemmänkin sen syrjään siirtämistä siten, että keskittyminen tajunnan ilmentymiin tulee tutkijalle mahdolliseksi. On kuitenkin huomioitava, että tutkimus on aina kaikesta huolimatta jonkin verran tulkinnallista, sillä tutkijan on mahdotonta päästä kokonaan oman todellisuussuhteensa ulkopuolelle ja sulkeistaa kaikkia käsityksiään tutkittavasta ilmiöstä. Fenomenologisen reduktion ja sulkeistamisen ero on siis siinä, että kun tutkija siirtää stereotyyppiset ennako-oletuksensa syrjään sulkeistamisen avulla, auttaa fenomenologinen reduktio häntä keskittymään tutkimustilanteeseen sammuttamalla ulkoiset ärsykkeet. Mielikuvatasolla tapahtuvalla muuntelulla tarkoitetaan psykologisessa tutkimuksessa tutkijan mielessä tapahtuvaa prosessia, jossa hän etsii kunkin merkityksen sisältävän yksikön välttämättä sisältämät merkitykset. (Perttula 1995, 9 - 10, 55 - 56, 74 - 75.)

Fenomenologisen tutkimuksen analyysin tulisi aina sisältää Giorgin esittämät viisi vaihetta, jotka toimivat tutkimuksessamme sisällönanalyysimenetelmänä seuraavalla tavalla (Giorgi 1988, Perttulan 1995, 69 - 86 mukaan):

Ensin tutkimusaineistoon tutustutaan avoimesti ja huolelliseen kokonaisnäkemykseen pyrkien, niin että tutkija pyrkii eläytymään tutkittavan kokemukseen. Tällä tavalla tutkija koettaa kohdata aineiston sellaisena kuin se näyttäytyy ilman ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Perttula liittää tähän vaiheeseen sulkeistamisen käsitteen. (Perttula 1995, 69 - 70.)

Toisessa vaiheessa tutkimusaineistosta erotetaan niin sanottuja merkityksen sisältäviä yksiköitä (meaning units), jotka ilmaisevat tutkittavan ilmiön kannalta olennaisen, sellaisenaan ymmärrettävän merkityksen (Perttula 1995, 72). Giorgi (1985, 11) esittää tämän vaiheen tekemistä siitä syystä, että koko aineiston analysointi kerralla on mahdotonta, joten teksti kannattaa hajottaa pienempiin ja helpommin käsiteltäviin osiin. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota siihen, että yksiköitä muodostettaisiin psykologisia käsitteitä silmällä pitäen, sillä kyseessä on psykologinen analyysi. Vaikka erotettujen yksiköiden tulee olla ymmärrettäviä sellaisenaan, erotetaan yksiköt silti aina suhteessa kuvauksen kokonaisuuteen. Merkityksen sisältävien yksiköiden erottamisessa tutkijan intuitio on tärkeässä roolissa, sillä koko prosessi etenee sen varassa. (Perttula 1995, 72.)

Kun tutkimusaineisto jaetaan merkityksen sisältäviin yksiköihin kokonaisuudessaan, varmistetaan samalla, että aineistosta nousevat merkityssisällöt ovat tutkittavan kokemuksen olennaisia osia eivätkä tutkijan etukäteisoletukset tutkittavasta ilmiöstä vaikuta analyysiin. On kuitenkin muistettava, että vaikka fenomenologisen psykologian tutkimusprosessissa korostuvat strukturoimattomuus, intuitio ja tutkittavan ehdoilla eteneminen, ei tämä kuitenkaan tarkoita sitä, ettei tutkijan tulisi omata tarkkaa mielikuvaa siitä, mitä hän aikoo tutkia. (Perttula 1995, 72 - 73.)

Metodin kolmannessa vaiheessa jokainen tutkimuksessa esiin tullut merkityksen sisältävä yksikkö käännetään tutkittavan kieleltä tutkijan edustaman tieteenalan kielelle. (Perttula 1995, 74 - 75) Konkreettisesti ammattikielelle kääntäminen tapahtuu siten, että tietyn merkityksen sisältävän yksikön sekä siitä tehtävän käännöksen yhteys on selvästi nähtävissä. Tällä tavoin pyritään tavoittamaan merkityksen sisältävien yksiköiden ilmentämä kokemuksen keskeinen sisältö. Tutkija käyttää tietoisia reflektion ja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun prosesseja. (Perttula 1995, 74 - 75.) Tämän metodin tarkoituksena on saavuttaa "yleinen kategoria" selaamalla esimerkiksi haastateltavien konkreettisia ilmaisuja. Kolmas vaihe on välttämätön siitä syystä, että tutkittavien kuvailut ilmaisevat monia eri todellisuuksia ja niitä on valotettava psykologiselta kannalta. (Giorgi 1985, 17.)

Neljännessä vaiheessa käännetyistä merkityksen sisältävistä yksiköistä muodostetaan yksilökohtainen merkitysverkosto. Tällaisen verkoston tavoittamiseksi käännetyt merkityksen sisältävät yksiköt asetetaan sisällöllisesti toistensa yhteyteen. Lisäksi tutkijan on reflektoitava

käännettyjen merkitysten sisältävien yksiköiden sisällöllisiä yhteyksiä sekä keskeisyyttä tutkitavan ilmiön kokonaisuudessa. Tutkija pyrkii hahmottamaan toisen ihmisen kokemuksen toistuvia ja tutkimuksen tavoitteiden kannalta keskeisimpiä merkitysisältöjä. (Perttula 1995, 77, 78.)

Viidennessä ja viimeisessä vaiheessa siirrytään tutkittavien kertomusten yksilökohtaisista merkitysverkostoista yleiseen merkitysverkostoon. Yleisessä merkitysverkostossa tulee olla kaikki tutkittavien yksilökohtaisissa merkitysverkostoissa esiin nousseet tutkittavan ilmiön kannalta olennaiset sisällöt. Yleisessä merkitysverkostossa ilmiön merkityksiä käsitellään siis yleisellä tasolla, säilyttäen kuitenkin yleisen yhteys yksilökohtaiseen. Tutkijan täytyy löytää sama merkitys jokaisesta yksilökohtaisesta merkitysverkostosta, jotta voidaan varmistua merkityksen yleisyydestä. Yksilökohtaisia merkitysverkostoja on tarkasteltava perusteellisesti uudelleen mahdollisten pääteltävissä olevien merkitysten esiin nostamiseksi. (Perttula 1995, 84 - 85, 86.)

3.4 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointiperusteet

Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina eettisiä ratkaisuja, mutta erityisen paljon niihin tulee kiinnittää huomiota, kun ollaan suorassa kontaktissa tutkittaviin. Tällöin eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on selvitettävä, miten tutkittavien suostumus hankitaan, kuinka paljon ja millaista tietoa heille annetaan ja mitä riskejä osallistumiseen liittyy. Tutkittavien suostumisessa on otettava huomioon sekä heidän perehtyneisyytensä tutkimukseen että varsinainen suostumus tutkittavaksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että henkilöiden on tiedettävä ja ymmärrettävä kaikki tärkeät näkökohdat tutkimuksen kulusta. Heidän on myös oltava päteviä tekemään tarvittavan rationaalisia ja kypsiä arviointeja ja annettava suostumus tutkimukseen osallistumisesta vapaaehtoisesti. Tutkijoiden tulee huolehtia anonyymiuden takaamisesta, erilaisista korvauskysymyksistä, luottamuksellisuudesta ja aineiston asianmukaisesta tallentamisesta, sekä kokonaisuudessaan kohdella tutkittavia humanisti ja kunnioittavasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 26 - 27.)

Ihmistutkimuksessa eettisyyttä tulee pohtia myös laajemmin kuin itse haastattelun osalta. Eettisen pohdinnan ja reflektion tulisi olla mukana koko tutkimuksen ajan. Jo aihetta valitessa voidaan miettiä tutkimuksen tarkoitusta ja sitä, miten se parantaa tutkittavana olevan inhimillistä tilannetta. Litteroinnissa on eettisyyden kannalta tärkeää noudattaa kirjaimellisesti haastateltavien suullisia lausumia, erityisesti siinä tapauksessa jos haastattelija ei itse analysoi aineistoa. On myös suositeltavaa, että haastattelunauhut litteroidaan mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Analyysivaiheessa eettiset kysymykset koskevat sitä, miten syvällisesti ja kriittisesti haastattelut analysoidaan ja kuinka paljon haastateltavien sanomisia voidaan tulkita. Raportoinnissa nousee jälleen esille anonyymius ja luottamuksellisuus

sekä mahdolliset seuraukset haastateltaville ja muille, joita tutkimus koskee. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.)

Kun arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja tuloksia, tulee erityisesti kiinnittää huomiota kolmeen asiaan. Ensinnäkin tutkimuksen ja siitä saadun aineiston tulee olla yhteiskunnallisesti merkittävää. Tutkija voi todistaa tämän määrittelemällä tarkoin tutkimuksen yhteiskunnallisen paikan eli tarpeen tutkimukselle ja mahdollisen tulevan käyttötarkoituksen. Toiseksi on arvioitava aineiston riittävyttä sekä analyysin kattavuutta. Yksi hyvä tapa mitata aineiston riittävyttä on kylläntyminen; aineiston keruu voidaan lopettaa, kun uudet tapaukset eivät enää tuo esiin uusia asioita. Tällainen jatkuvan aineiston keruun prosessi on kuitenkin monesti mahdotonta toteuttaa. Toisaalta taas laadullisessa tutkimuksessa liiallinen materiaalin määrä saattaa jopa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, sillä mitä enemmän tutkijalla on materiaalia, sitä vähemmän hän pystyy yksittäiseen tapaukseen keskittymään. Kolmas huomionarvoinen asia on tutkimuksen arvioitavuus ja toistettavuus. Arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä niin selkeästi, että hän pystyy muodostamaan oman mielipiteensä tulkinnoista. Toistettavuus puolestaan viittaa siihen, että analyysin luokittelu- ja tulkintatavat on esitetty niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija päätyisi niiden avulla samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1990, 47 - 55.)

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli toistettavuutta eri mittauskerroilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetin mittaaminen on vaikeampaa kuin kvantitatiivisessa, mutta sitä tulee silti arvioida. Tärkeitä tekijöitä luotettavuuden saavuttamisessa ovat tarkka selostus tutkimuksen kulusta, kuten haastattelupaikan kuvailu ja maininnat mahdollisista virhetulkinnoista, analyysin luokittelujen tekeminen ja perustelemisen sekä tulkintojen perustelemisen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 217 - 218.) Luotettavuuteen kuuluu haastattelututkimuksissa se, että pyritään kertomaan tutkittavien käsityksiä ja kokemuksia niin hyvin kuin mahdollista. On kuitenkin huomioitava tutkijan vaikutus tiedon saantiin ja tulkintaan, sillä haastattelujen tulos on aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta, ja tutkija tekee tulkintoja aina oman käsitteistönsä ja ajatusmaailmansa pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185 - 190.)

Yksi luotettavuuden osa-alue on pätevyys eli validiteetti, joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Haastattelussa esitettävien kysymysten tulee siis olla sellaisia, että haastateltava ymmärtää, mitä ne tarkoittavat. Haastattelututkimuksessa kysymysten muotoilulla ei kuitenkaan ole niin paljon merkitystä kuin lomakekyselyillä toteutetussa tutkimuksessa, sillä haastattelija voi tarvittaessa tarkentaa tai muotoilla uudestaan kysymystä. Sen sijaan kysymysten sisältö on merkittävä, jotta saataisiin juuri sellaista tietoa kuin tutkimusongelmaan vastaamiseksi tarvitaan. (Vilkkä 2005, 161.)

3.5 Käytännön toteutus

Tässä kappaleessa erittelemme tarkasti tutkielman haastattelu- ja analyysivaiheiden kulun. Tämä on välttämätöntä tutkielman luotettavuuden ja toistettavuuden kannalta.

Teimme haastattelut Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskuksessa Hämeentiellä, jossa haastateltavamme ovat hoidossa. Kaikki haastateltavat ovat naisia ja heillä on diagnosoitu anorexia nervosa (ks. LIITE 3). Haastateltavat olivat nuoria aikuisia ja aikuistumisen kynnyksellä olevia. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus (ks. LIITE 1). Kahdella meistä oli kaksi haastateltavaa ja yhdellä yksi. Yhteensä haastatteluja tehtiin siis viisi. Haastatteluja oli alun perin suunniteltu pidettäväksi kahdeksan, mutta kaksi haastateltavaa perui ja yksi ei voinut osallistua huonon somaattisen vointinsa takia. Jokainen haastattelu toteutettiin kasvokkain siten, että paikalla oli vain yksi haastattelija ja yksi potilas. Kaikki haastattelut tallennettiin nauhurilla. Haastatteluiden kestot vaihtelivat hieman alle 20 minuutista noin tuntiin. Suurin osa haastatteluista oli kestoiltaan noin puolen tunnin pituisia.

Haastattelut tehtiin yhtä lukuun ottamatta haastateltavien omissa huoneissa, sillä ajattelimme, että tämä olisi tarpeeksi turvallinen ympäristö haastattelun toteuttamiseen. Ainoa haastattelu, jota ei toteutettu haastateltavan omissa huoneissa, toteutettiin hänen suostumuksellaan hoitoyksikön hoituhuoneessa. Ennen jokaista haastattelua painotimme muutamaa asiaa. Ensinnäkin muistutimme, että kaikki haastateltavan kertoma on tarkoitettu vain meidän korvillemme. Nauhat haastatteluista eivät siis pääse muiden käsiin ja ne tuhotaan käsittelyn jälkeen. Toiseksi painotimme, että mitään haastateltavan kertomaa ei kerrota eteenpäin hoitohenkilökunnalle. Näin pyrimme luomaan mahdollisimman luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin jotta haastateltavat voisivat vastata rehellisesti kaikkiin kysymyksiin. Kolmanneksi muistutimme haastateltavia siitä, että jos heille tulee haastattelun aikana epämiellyttävä tai ahdistava olo, voidaan haastattelu keskeyttää ja jatkaa myöhemmin. Pyrimme viestimään haastateltaville, että teemme haastattelut heidän ehdoillaan.

Haastattelutilanteissa pyrittiin luomaan mahdollisimman rento tunnelma. Haastateltavia pyydettiin istumaan mukavasti ja heitä muistutettiin vielä siitä, että tutkimuksemme tarkoituksena ei ole hakea tiettyjä vastauksia, vaan haluamme kuulla juuri sen mitä he päättävät kertoa. Painotimme tätä jo siitä syystä, että hoitohenkilökunta oli kertonut syömishäiriöisillä olevan tapana yrittää vastata mahdollisimman ”oikein”, jotta vastaus tyydyttäisi haastattelijaa. Monen haastateltavan kohdalla tuntui siltä, että heitä helpotti tieto siitä, ettei kysymyksiin ole olemassa oikeita tai väärä vastauksia. Toisaalta huomasimme itse haastattelujen aikana kuinka vaikeaa on olla johdattelematta haastateltavaa lainkaan ja esittää tukikysymyksiä täysin neutraaliin sävyyn.

Jokaisen haastattelun jälkeen muistutimme haastateltavaa siitä, että mikäli hänen mieleensä nousee vielä lisättävää tai korjattavaa, saa hän sähköpostiosoitteemme hoitajilta. Pyysimme myös hoitohenkilökunnan ohjeistuksen mukaisesti haastateltavaa keskustelemaan hoitohenkilön kanssa mikäli haastattelussa nousi esiin ahdistavia tai muutoin askarruttavia asioita.

Purimme haastattelut litteroimalla ja tekemällä niille sisällönanalyysin. Jokainen litteroi oman haastattelunsa. Litteroitua haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 27 sivua. Jokainen luki huolellisesti toisten litteroidut haastattelut, minkä jälkeen kokoonnuimme yhdessä tekemään litteroidulle aineistolle sisällönanalyysia. Tutkielmassamme aineiston kerääminen ja tulosten esittely noudattavat fenomenologista otetta. Hermeneuttista näkökulmaa hyödynsimme tulosten analysoinnissa, sillä se antaa vapauden tulkintaan.

Teimme sisällönanalyysin viidelle litteroidulle haastattelulle Giorgin (1988) viiden vaiheen mukaisesti (ks. Perttula 1995, 69 - 86). Ensimmäisessä vaiheessa luimme huolellisesti jokaisen haastattelun, jotta saisimme niin yleiskuvaa kaikista haastatteluista kuin yksityiskohtaisempaakin tuntumaa jokaiseen yksittäiseen haastatteluun. Pyrimme muodostamaan alustavanlaatusen kokonaiskuvan materiaalista sekä pääsemään sisälle tutkittavan subjektiiviseen kokemusmaailmaan. Mielestämme sulkeistamisen tulisi tapahtua jo tässä vaiheessa, jotta voimme suhtautua haastatteluissa esiin tulleisiin asioihin ja ilmiöihin objektiivisesti ja mahdolliset ennakoasenteemme syrjään siirtäen. Tulkintojen antaminen vaikuttaisi aineiston käsittelyyn myös analyysin muissa vaiheissa.

Toisessa vaiheessa erotamme aineistosta merkityksen sisältäviä yksiköitä, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta merkityksellisiä. Merkityksyksiköiden erottaminen aineistosta varmistaa sen, että tutkimme nimenomaan merkitystihentymien esiintyvyyttä. Tämä varmistaa sen, ettemme voi valita aineistosta mielivaltaisesti haluamiimme komponentteja. Lisäksi erottelu on tehtävä, sillä aineisto on lähes aina liian laaja analysoitavaksi ja hahmotettavaksi kokonaisuutena. Tämän teimme konkreettisesti alleviivaamalla litteroiduista haastatteluista sanoja ja lauseita, joita haastateltavat painottivat ja jotka liittyivät haastattelun teemoihin; tunteet, voimaantuminen tai omaan elämään vaikuttaminen, omahoitajuus sekä palaute hoidosta. Huomioimme myös sellaiset ilmaisut, joissa ei suoraan ilmennyt esimerkiksi jotain tunnetta, mutta laajempaa kontekstia tarkastellessa ilmaisu vastasi tutkimuskysymyksiimme. Merkitystihentymien löytäminen osoittautui luultua haasteellisemmäksi, sillä yhteneväisyyksistä huolimatta haastattelut olivat erittäin yksilöllisiä ja vastaukset olivat osittain jopa vastakkaisia toisilleen. Objektiivisena pysymisen sekä tulkitsemattomuuden hankaluus korostuivat erityisesti tässä vaiheessa. Huomasimme myös, että haastatteluteemojen lisäksi aineistosta nousi esiin paljon sellaista merkityksellistä materiaalia, joka ei vastaa suoraan tutkimuskysymyksiimme, mutta joka meidän on otettava huomioon tuloksia tarkastellessamme.

Kolmannessa vaiheessa keräsimme merkityksen sisältävät yksiköt haastatteluista ja jaotelimme ne sen mukaan, mihin ne liittyvät. Kokosimme siis yhteen voimaantumiseen, omahoitajuuteen sekä tunteiden tiedostamiseen ja nimeämiseen liittyvät ilmaisut. Tällöin haastatteluista poimitut ilmaisut ja merkitykset kääntyivät ammattikielelle. Emme esimerkiksi haastattelutilanteessa käyttäneet sanaa voimaantuminen, joka on vahvasti jargonia eikä sellaisena olisi tullut ymmärretyksi. Voimaantumisen sijaan kysyimme haastateltaviltamme heidän mahdollisuuksistaan vaikuttaa oman elämänsä kulkuun.

Neljännessä vaiheessa tulisi jokaisesta haastattelusta tehdä merkitysverkosto, jossa näkyvät ammattikielelle käännettyjen ilmaisujen keskinäiset sisällölliset yhteydet. Merkitysverkostojen avulla voidaan pohtia, onko esimerkiksi voimaantuminen vaikuttanut tunteiden säätelyyn tai toisinpäin. Aineistomme luonteesta johtuen koimme tämän kuitenkin tarpeettomaksi, joten siirryimme suoraan viidenteen vaiheeseen, jossa yksittäiset merkitysverkostot yhdistetään. Teimme kaikista haastatteluista yhteiset mind mapit teemoittain. Niissä näkyivät kaikki erottelemamme merkityksen sisältävät yksiköt sekä niiden merkitystihentymät. Lisäksi havainnoimme yksiköiden suhteita toisiinsa. Tässä vaiheessa on myös mahdollista tehdä numeerista tilastointia. Käytimme numeerista tilastointia apuna tunteiden luokittelussa (ks. Kuvio 3).

4 TULOKSET

Tässä osiossa raportoimme haastatteluiden perusteella saadut tulokset sekä analysoimme niitä suhteessa teorian tietoon ja Syömishäiriökeskuksen hoitomalliin. Kappaleet rakentuvat siten, että kappaleen alussa kerromme tulokset sellaisina kuin ne haastatteluissa ilmenivät ja tämän jälkeen pohdimme ja analysoimme saatuja tuloksia. Viimeisessä kappaleessa (4.7) koamme lyhyesti tutkielman tulokset ja tärkeimmät päätelmät.

Haastatteluissa tunteita käsitellään sekä tunteiden nimeämisen että niiden ilmenemistapojen kautta. Haastateltavat kertoivat monista erilaisista tunnetiloista ja niiden vaikutuksesta sosiaaliseen, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakenttään. Kaikki haastatteluissa mainitut tunteet ja niiden ilmenemistavat on esitelty lukumäärineen kuviossa 4.

Voimaantumisen osalta haastatteluista löytyi monia eri tapoja vaikuttaa omaan elämään ja omiin valintoihin sekä omaan yleiseen hyvinvointiin. Emme siis kysyneet voimaantumisesta haastateltavilta suoraan vaan määrittelimme voimaantumisen käsitteen ensin siten, että se on yksilön kykyä tehdä valintoja ja vaikuttaa näin omaan hyvinvointiin ja elämänsä kulkuun. Saamamme vastaukset kattoivat sellaisia asioita, joita haastateltavat jo toteuttavat elämässään tai kokevat, että heidän pitäisi toteuttaa.

Omahoitajuus koettiin haastatteluiden pohjalta hyvin tunnepitoisena asiana. Olemme kuitenkin erottaneet omahoitajuutta koskevat vastaukset tunne-osiosta, sillä koemme, että omahoitajuus on itsessään riittävän laaja aihe käsitellä. Kartoitimme tutkielmassamme myös haastateltavien ajatuksia hoidosta Syömishäiriökeskuksessa. Haastatelluilla oli hyvinkin erilaista palautetta hoidosta. Palaute oli lähinnä positiivista ja kritiikki kohdistui käytännön asioihin itse hoitomallin sijaan.

Kappaleessa 4.6 käsittelemme muita haastatteluissa ilmenneitä asioita. Vaikka haastateltavien vastaukset noudattelivat hyvinkin paljon haastattelurunkoa ja ennalta päätettyjä haastattelukysymyksiä, löytyi aineistosta myös muuta huomionarvoista. Nämä olivat asioita, joita tuli esille puhuttaessa tunnekokemuksista tai muista haastattelun varsinaisista teemoista, mutta jotka eivät sinänsä liittyneet suoraan mihinkään teemaan. Lisäksi haastatteluissa käsiteltiin asioita, jotka haastateltava halusi erikseen tuoda julki.

4.1 Tunteiden nimeäminen

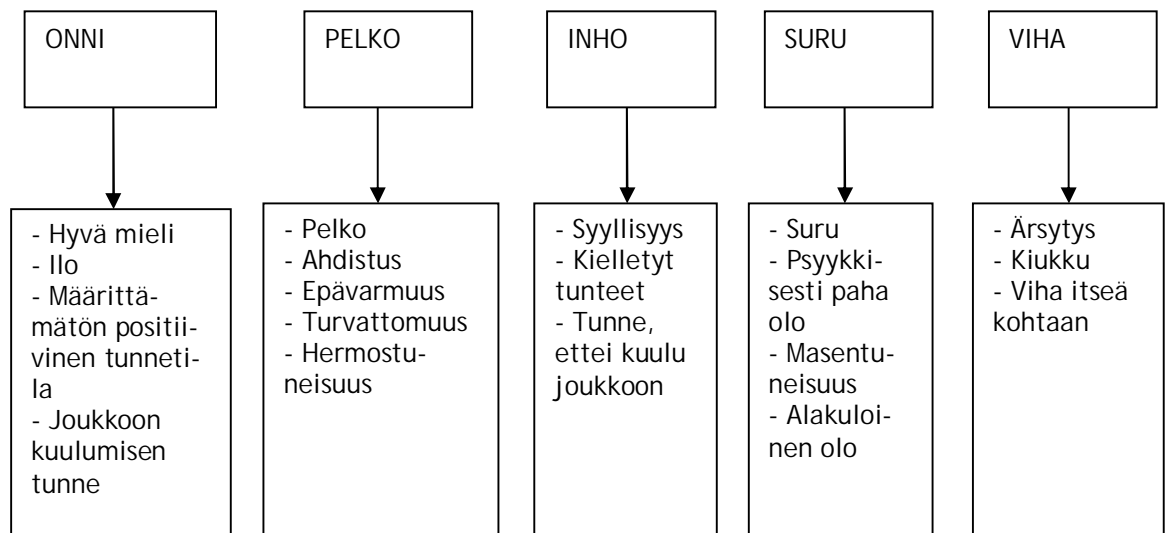
Olemme jakaneet haastatteluissa mainitut tunteet positiivisiin, negatiivisiin ja määrittelemättömiin tunteisiin. Käytimme jakoa positiivisten ja negatiivisten tunteiden välillä helpottaaksemme aineiston käsittelyä ja analysointia. Jaottelussa olemme käyttäneet apuna edellä mainittuja teorioita tunteista sekä yleismaailmallista käsitystä eri tunteiden luonteesta. Olemme ottaneet huomioon myös haastatteluissa ilmenneet asiayhteydet. Haastateltavat eivät itse antaneet määrittelemättömille tunteille positiivista tai negatiivista merkitystä, minkä vuoksi emme ole voineet asiayhteydestä päättelemällä tehdä luokittelua näistä tunteista.

Ensimmäisenä läpi käydystä aineistosta ilmenee positiivisten tunnetilojen vähäinen lukumäärä. Lisäksi niitä ei ollut eritelty yhtä tarkasti kuin negatiivisia tunnetiloja, joita oli mainittu yhteensä 17 kun taas positiivisia oli vain neljä. Ainoat konkreettiset maininnat positiivisista tunteista olivat *ilo* ja *hyvä mieli*. Eniten mainintoja tuli *ahdistuksesta*, *psykkisestä pahasta olost*a, *masentuneisuudesta*, *pelosta* sekä *ärsytyksestä* ja *kiukusta*. Näiden lisäksi kuvioon 4 on kirjattu haastatteluissa esiin tulleet yksittäiset maininnat, kuten *suru* ja *turvattomuus*.

Määrittelemättömistä tunteista ei aineiston pohjalta seurannut suoranaisesti mitään ilmenemistapoja. Ne olivat vain yksittäisiä mainintoja haastateltavien tunteista tai tunnetiloista. *Ristiriitainen olo* olisi helppo mieltää negatiiviseksi tunteeksi, mutta haastatteluiden perusteella sitä ei ollut määritelty luonteeltaan positiiviseksi eikä negatiiviseksi. Tunne liittyi tilanteeseen, jossa haastateltava tiesi oikean toimintatavan, mutta ei sairauden vuoksi pystynyt sitä noudattamaan. Voimakkaiden tunnetilojen puuttuminen saattaa liittyä anoreksiaa sairastavien

tavan itsensä rakentamaan maailmaan, jossa epäonnistuminen on mahdotonta. Omilla valinnoilla kapeutettu sosiaalinen elämä ja tunnemaailma johtavat tilanteeseen, jossa anoreksias-ta kärsivä ei enää tunne mitään. Tunnetilojen puuttuminen ei täten ole anoreksiaa sairasta-van oma valinta vaan eräänlainen seuraus siitä, että epäonnistumisen pelon varjolla hänen toimintakykynsä laskee. Käsittelemme tätä aihetta myös voimaatumis-osiassa.

Haastatteluissa nimettyjä tunteita voidaan käsitellä esimerkiksi aiemmin esiteltyjen perustun-teiden listan ja niiden alaluokkien avulla (ks. Kuvio 2 sivulla 26). Joitakin haastatteluissa mai-nituista tunteista ei ole suoraan esitetty kuviossa 2. Asiayhteyttä tarkastelemalla olemme sijoittaneet tällaiset ilmaisut kuviossa 3 siihen kategoriaan, joka parhaiten vastaa haastatte-lussa mainittua tunnetta.



KUVIO 3. Haastatteluissa mainitut tunteet luokiteltuina Poweria & Dalglishia (2008, 70 - 71) mukailten.

Kaikki haastatteluissa mainitut positiiviset tunteet kuuluvat perustunteen onni alle. Negatiivisten tunteiden luokittelu on joiltain osin hieman vaikeampaa, sillä haastatellut ovat käyttäneet tunnetiloistaan hyvin kirjavia ilmauksia. Joitain ilmauksia on myös vaikea kääntää ammattikielelle, sillä huolimatta asiayhteyden tarkastelusta, ne eivät kerro luotettavasti, minkälaisesta tunteesta on kysymys. Esimerkkejä tällaisista tunnetiloista ovat muun muassa *seka-vuus* ja *se, että ei ole oikeutta tuntea*. Toisaalta taas jotkut haastateltujen nimeämät tunteet ovat selkeitä ja ne on helppo sijoittaa tietyn perustunteen alle.

Jakamalla selvästi ilmaistut tunteet perustunteiden mukaisesti saadaan eniten mainintoja onnesta, surusta ja pelosta. On kuitenkin huomattava, että onneen on luettu kaikki positiivi-

set tunteet, kun taas negatiiviset tunteet ovat jakaantuneet neljän eri tunteen välille, ja mainintoja niistä on kaikkiaan 15. Haastatellut ilmaisivat siis selvästi enemmän negatiivisia kuin positiivisia tunteita. Toisaalta perustunteeseen onni kuuluvia tunteita mainittiin enemmän kuin inhon tai vihan tunteita. Eniten mainintoja kertyi kuitenkin perustunteelle pelko.

Kuviossa 3 näkyvät ilmaisut on helppo jakaa perustunteiden mukaisesti. Sen sijaan *sekavuus*, *pettymys*, *levottomuus* ja *hallinnan tunteen menetys* ovat häilyvämpiä. *Sekavuuden* voisi liittää perustunteeseen pelko, mutta toisaalta se voi olla myös esimerkiksi osa surua. *Pettymys* puolestaan - aste-eroista riippuen - kuuluu joko suruun tai vihaan. *Levottomuus* on hyvin lähellä pelkoa, kun tarkastellaan pelon alaluokista esimerkiksi *hermostuneisuutta*, mutta siitäkään ei voi ulkopuolinen olla täysin varma. *Hallinnan tunteen menetystä* on vaikea sijoittaa yhteenkään luokkaan ja se on ehkä enemmän tapahtuma, josta seuraa jokin tunne, kuten *ahdistus*. Nämä neljä haastatteluista poimittua ilmausta eivät kuitenkaan vaikuta suuremmin tunneilmaisujen jakaantumiseen perustunteiden mukaan, sillä jokaisesta oli vain yksi maininta. Sen sijaan yksittäisinä tapauksina ne saattavat olla hyvinkin mielenkiintoisia, ja niitä on seuraavassa hieman avattu.

Sekavuus ja *hallinnan tunteen menetys* olivat tunteita, joita sairaus oli pahimmillaan haastateltavassa herättänyt. Hän oli esimerkiksi kokenut, että hän ei enää pysty hallitsemaan sairautta, vaan sairaus hallitsee häntä, hänen elämäänsä ja ajatuksiaan. Hän kertoi kuitenkin ymmärtäneensä tämän jo silloin, kun sairaus oli iso osa elämää, mutta ei ollut osannut itse tehdä asialle mitään.

"... aina vaikka mitä tahansa ois halunnu ihan ystävällisestikin jollekin ihmiselle sanoa ni se tuli sellasella hirveen tiukalla ja ikävällä äänensävyllä ja kaikki vaan luuli et mä olin kokoajan hirveen vihanen vaikka mä en todellisuudessa ollu ja mä en ite kyenny sille mitään."

- Haastateltava 1

Pettymys puolestaan liittyi odotetun asian peruuntumiseen, ja haastateltavan mukaan siitä seuraa yleensä haikea, surullinen ja kurja olo, joka saattaa kestää koko päivän. Syömishäiriöisten usein kuvaama alempiarvoisuuden tunne ja kokemus siitä, että he eivät ansaitse mitään hyvää ei tämän haastateltavan kohdalla näyttänyt toteutuvan. Odotettu asia oli todennäköisesti jotain mukavaa, mutta haastateltava oli pettynyt sen sijaan, että olisi ajatellut, ettei ansainnutkaan sitä. *Levottomuus* nähtiin sekä fyysiseksi että psyykkiseksi olotilaksi, mutta kummassakin tapauksessa se oli epämiellyttävä tuntemus.

Esittelimme teoriaosiossa Tuovilan (2008, 17 - 18) tutkimusta suomalaisten tunteista. Haastateluissamme ilmenneet tunteet on kerätty hyvin samoin menetelmin kuin Tuovilan tutkimuk-

nessa: pyysimme haastateltavia kertomaan voimakkaista tunnekokemuksistaan ohjailematta heitä lainkaan. Tutkimustulosten perusteella Tuovila luokitteli suomalaisten perustunteiksi vihan, ilon, rakkauden ja surun sekä sekundaaritunteiksi pelon, onnellisuuden, kateuden ja ahdistuksen. On mielenkiintoista huomata, että näistä tunteista ainoastaan rakkaus, onnellisuus ja kateus eivät saaneet lainkaan mainintoja tekemissämme haastatteluissa. Nämä tunteet ovat mielestämme selvästi sosiaalisia siinä missä muut Tuovilan mainitsemat ja haastatteluissammekin ilmenneet tunteet ovat koettavissa myös ilman sosiaalista kontekstia. Näyttää siltä, että sosiaalisen elämän köyhtyminen vaikuttaa hyvin paljon siihen, millaisia tunteita syömishäiriöiset kokevat. On mahdollista, että Rauhalan (2005, 32 - 46) mukaisen holistisuuden kolmijakoinen määritelmä näyttäytyy vääristyneenä syömishäiriöisten kohdalla. Syömishäiriöistä kärsivän situationaalisuus eli sosiaalinen ulottuvuus ja suhde todellisuuteen sekä hänen kehollisuutensa ovat vääristyneitä, mikä puolestaan vaikuttaa tajunnallisuuteen. Tällöin henkilön tunnemaailma kärsii, kehonkuva vääristyy ja elämäntilanne on vaikea. Näin itseään ruokkiva kehä on valmis.

Vaikka *ilo* on Tuovilan tutkimuksessa laskettu suomalaisiksi perustunteeksi, sai se aineistossamme hyvin pienen tihentymän. Haastateltavat löysivät aiheita iloon sekä arkipäiväisistä tapahtumista että paranemisprosessin etenemisestä. Muisto aikaisemmin ilmenneistä tunteista sai haastateltavan tiedostamaan tervehtymisensä edistymisen. Hän iloitsi siitä, että eräät sairauden aiheuttamat tunteet olivat jääneet menneisyyteen. Kahdessa haastattelussa kysyimme erikseen positiivisista tunnekokemuksista, joista haastateltavat eivät olisi muutoin kertoneet. Sen sijaan *pelko* ja *ahdistus* näyttäytyivät aineistossamme hyvin vahvasti. *Suru* ja *viha* saivat molemmat vain yhden maininnan haastateltaviltamme. Voidaan siis huomata, että haastateltavamme mainitsivat enemmän sellaisia tunteita, jotka Tuovilan tutkimuksen perusteella kuuluvat sekundaaritunteisiin. Suomalaiset primaaritunteet sen sijaan saivat haastatteluissamme hyvin vähän mainintoja.

Voidaan olettaa, että voimakkaan tunne-elämyksen ajattelemisessa ja muistelemisessa tärkeässä asemassa on sen hetkinen oma elämäntilanne. On syytä pohtia, voiko esimerkiksi syvästi masentunut ihminen palauttaa mieleensä jonkin positiivisen voimakkaan kokemuksen. Mielestämme tähän vaikuttaa elämäntilanteen lisäksi myös ihmisen persoonallisuus ja hänen tapansa käsitellä vaikeita asioita. Ulkopuolisen silmin esimerkiksi anoreksiasta kärsivän asiat saattavat vaikuttaa olevan huonosti, mutta tosiasiasa syömishäiriöstä kärsivä ihminen saattaa olla jo parantumisen kynnyksellä. Hän saa apua omaan tilanteeseensa ja voi kokea itse tilanteensa paljon positiivisemmassa valossa aikaisempiin kokemuksiin verrattuna. Huomasimme myös, että haastateltavat jakautuivat kahteen ihmistyyppiin: niihin, jotka koettavat vaikeinkin aikoina korostaa elämässään positiivisia piirteitä sekä niihin, jotka eivät tee näin. Kaksi haastateltavaa korosti, että he koettavat aina voimakkaan negatiivisen tunnetilan kokiessaan kääntää ajatuksiaan positiiviseen suuntaan, sillä he eivät halua "rypeä pahassa olossa".

Kuten olemme aiemmin maininneet, on ahdistus syömishäiriöisillä yleistä (ks. Berg ym. 2008, 75.) Tämä näkyy myös aineistossamme, sillä *ahdistus* mainittiin jokaisessa haastattelussa ja oli siten yleisin tunne. Keel, Klump, Miller, McGue ja Iacono (2005) tutkivat syömishäiriöiden ja ahdistuksen välistä yhteyttä kaksostutkimuksen keinoin. Kokeeseen osallistui 672 kaksosnaista, jotka olivat iältään 16-18-vuotiaita. Tutkijat löysivät selvän yhteyden anoreksian ja ahdistuneisuushäiriöiden välillä. Syömishäiriö saattaa johtaa vakavaan ahdistuneisuushäiriöön, kuten myös päihteiden väärinkäyttöön. (Keel, Klump, Miller, McGue & Iacono 2005, 103.) Myös Swinbourne ja Touyz (2007) ovat löytäneet yhteyden syömishäiriöiden ja ahdistuneisuushäiriön välillä. Tutkijat huomauttavat myös, että vaikka tutkimustietoa ahdistuneisuushäiriön yleisyydestä syömishäiriöiden yhteydessä on melko paljon, on tutkimus häiriintyneestä syömisestä ahdistuneisuushäiriöisillä vielä suppeaa. (Swinbourne & Touyz 2007, 270 - 271.) Ei siis tiedetä, johtaako syömisestä häiriintyminen ahdistukseen vai toisin päin. Myöskään aineistomme ei anna kysymykseen yksiselitteistä vastausta. Selvää kuitenkin on, että ahdistus on syömishäiriöisillä yleistä, myös haastateltavillamme. Haastateltavat kokevat yleensä ahdistuksen hyvin voimakkaasti, ja myös haastateltavamme kuvaavat ahdistusta kaiken nielevänä hirviönä.

"...se on ihan ku ois sen [voimakkaan ahdistuksen] kourissa et siin vaan --- mä saatan maata lattialla ja vaan olla siinä --- se on niinku niin kova et tuntuu et siit ei pääse pois ollenkaa."

- Haastateltava 3

Myös syömishäiriöiden ja masennuksen välistä yhteyttä on tutkittu paljon (ks. esim. Troop, Serpell & Treasure 2001; Casper 1998; Mansfield & Wade 2000) ja niiden on huomattu liittyvän toisiinsa (Marmorstein, von Ranson, Iacono & Malone 2008, 120; Keel, Klump, Miller, McGue & Iacono 2005, 103). Yksimielisyyttä siitä, seuraako syömishäiriö masennuksesta vai aiheuttaako se sitä, ei ole. Jotkin tutkimukset ovat tosin antaneet tuloksia siitä, että vaikka syömishäiriö erään näkemyksen mukaan aiheuttaa masennusta, ei masennus aiheuta syömishäiriöitä (Marmorstein, von Ranson, Iacono & Malone 2008, 121). Casper muistuttaa kuitenkin artikkelissaan (1998, 101 - 102), että masennuksen tutkiminen syömishäiriöiden yhteydessä on vaikeaa, sillä masennuksen aiheuttamia fysiologisia muutoksia on syömishäiriöisillä miltei mahdotonta tutkia. Masennus on kuitenkin kieltämättä yleistä syömishäiriöiden yhteydessä, varsinkin bulimikoilla ja bulimista anoreksiaa sairastavilla. Kirjoittaja esittää, että edellä mainittuja syömishäiriötyyppejä sairastavilla olisi erityinen herkkyys sairastua myös masennushäiriöihin. Koska haastateltavillamme ei ole tietäksemme diagnosoitu masennusta, emme voi tehdä tulkintoja masennuksen ja anoreksian välisistä yhteyksistä aineistomme perusteella. Selvää on kuitenkin *masentuneisuuden* esiintyminen haastateltavilla. Kolme viidestä haastateltavastamme totesi itse tuntevansa ajoittain masentuneisuutta.

"...se sitte myös lisää sitä sekavuutta ja masentuneisuutta sillä tavalla ku huomaan, että kuinka on niin kyvytön yksin taistelemaan."

- Haastateltava 1

Muita syömishäiriöisille tyypillisiä tunteita ovat viha, suru, pelko ja epäluottamus (ks. Berg ym. 2008, 77 - 81.) Nämä eivät *pelkoa* lukuun ottamatta kuitenkaan näkyneet yhtä voimakkaasti omassa aineistossamme kuin *ahdistus*. Niistä oli haastatteluissa vain yksittäisiä mainintoja. Tällaisia tunteita oli kuitenkin mielestämme havaittavissa niin sanotusti rivien välistä. Tähän viittaava lausahdus oli esimerkiksi huomautus työntekijöiden informaatiokatkoksen vaikutuksesta haastateltaviin.

"Mmm no kaikki tommonen [organisoinnin puute] mitä mä huomaan niinku tavaltaan ei oikein mee niinku sen pitäis ni se luo mulle ainaki sellasta turvattomuutta ja semmost hermostuneisuutta ja epävarmuutta. Ja just se niinku aina vähäsen sillee nakertaa luottamusta."

- Haastateltava 5

Berg ym. (2002, 75) esittävät, että syömishäiriöisillä on useita pelkoja, kuten rasvan pelkoa, muutoksen pelkoa, pelkoa hylätyksi tulemisesta sekä kontrollin menettämisen pelkoa. Yksikään haastateltavista ei maininnut mitään tällaisia pelkoja. Eräs haastateltava kertoi kuitenkin epäonnistumisen pelostaan, jonka hallitsemiseen anoreksia on ollut toimiva keino. Sairauden aikana ei ole ollut muuta elämää, joten epäonnistumisen mahdollisuudet ovat olleet lähes olemattomat. Epäonnistumisen pelko voisi olla rinnastettavissa osittain kontrollin menettämisen pelkoon, sillä epäonnistumisessa ne langat, joita itse pitää käsissään, katkeavat. Toinen haastateltava kertoi kokemansa pelon tulleen esille tilanteessa, jossa hän voitti sairautensa syömällä vaikeaa ruoka-ainetta. Haastateltava kertoi, että hänen tuolloin kokemansa pelko oli enemmänkin sairauden kokemaa pelkoa, kun anoreksia huomasi tulleensa voitetuksi. Kertomus on hyvä esimerkki sairauden erottamisesta omasta, terveestä itsestä. Eräs haastateltava mainitsi pelon liittyvän todella voimakkaiden tunteiden kokemiseen. Kokiessaan voimakkaita tunteita hän kokee olevansa täysin voimaton ja tunteen hallitsema. Tuolloin haastateltava pelkää sitä, ettei "kohtaus" lopu vaan jatkuu pitkään eikä haastateltava voi tehdä mitään vaan tulee tunteen nielemäksi.

"No mul yleensä on semmonen --- kauhee pelko et tuntuu et se [voimakas tunne] ei niinku lopu ollenkaa et se jatkuu ja jatkuu..."

- Haastateltava 3

Vaikka haastateltavamme eivät kertoneet Bergin ym. mainitsemista peloista, ei voida olettaa, etteivät haastateltavamme esimerkiksi pelkäisi hylätyksi tulemista tai rasvaa. Aineistossamme ei ilmennyt erityistä tihentymää tietyn pelon ympärillä, vaan haastateltavien kertomat esimerkit ovat hyvin erilaisia. Erään haastateltavan kertoma esimerkki vaikean ruoka-aineen syömisen aiheuttamasta pelosta on kuitenkin hyvin tyypillinen tilanne, jossa syömishäiriöinen kokee pelkoa. Yleensä kaikki tilanteet, joissa sairaus joutuu luovuttamaan taistelun terveen minän voittaessa, aiheuttavat anoreksiaa sairastavalle ahdistusta ja pelkoa. Se, että syömishäiriöinen on valmis kohtaamaan pelon sen vaikeudesta huolimatta, on mielestämme jo merkki paranemisesta. Tähän viittaa myös Syömishäiriökeskuksen hoitomalli, jonka mukaan potilaita opetetaan kohtaamaan kaikki tunteet niiden vaikeudesta huolimatta.

Syömishäiriöihin usein liitetty tunne-elämän kehittymättömyys ei mielestämme näyttäytynyt aineistossamme tunteiden nimeämisen vaikeuksina vaan ennemmin epäterveenä tunteiden käsittelynä. Tyypillistä on, että anoreksiaa sairastavat eivät tiedä mitä tuntevat vai tuntevatko mitään. Tätä ajatusta tukee kuitenkin vain yhdessä haastattelussa ilmi tullut seikka.

"...varsinki nykyään niinku mikään ei tunnu miltään paitsi sitte ruokailuun liittyvät asiat eikä nekään enää niin vahvasti."

- Haastateltava 2

Eräässä haastattelussa tuli ilmi tilanne, joka haastateltavan mukaan oli tapahtumana melko mitätön, mutta epäreilu. Tapahtuma oli nostattanut hänessä tunteenpurkauksen, jonka ilmaiseminen oli hänen oman kertomansa mukaan mahdollista siksi, että hän on ollut osastolla jo pitkään. Aikaisemmin haastateltavan tunne-elämä oli ollut melko tasaista. Tämän kertomuksen perusteella pohdimme anoreksian luonnetta; onko voimakas tunteenpurkaus merkki siitä, että haastateltava on aloittanut paranemisprosessin? Jos tunteiden tasaisuus ja ilmenemättömyys ovat tyypillisiä syömishäiriöiselle, saattaa tunteenpurkaus olla merkki siitä, että haastateltava antaa itselleen luvan käsitellä torjuttuja asioita.

Olemme teoriaosiossa erottaneet tunteet ja emootiot toisistaan. Kuviossa 4 emme ole tehneet tällaista erottelua, sillä vaikka osa haastateltavista kuvasi tunteitaan emotion kaltaisina psyykkisinä tiloina, oli haastatelussa eniten mainintoja vain tunteista. Olemme siis kirjanneet kuvioon 4 myös sellaisia ilmaisuja, jotka ovat selvästi enemmän emootioita. Esimerkki tällaisesta on *tunne, ettei kuulu joukkoon* tai vastaavasti *joukkoon kuulumisen tunne*. Nämä kaksi ilmaisua sisältävät niin paljon kokijalleen subjektiivisia skeemoja, ettei niiden ymmärtäminen tarkentamatta ole mahdollista. Skeema on eräänlainen mielensisäinen kartta jostakin ilmiöstä. Kokijalleen se saattaa olla hyvin yksityiskohtainen ja tarkka, sekä melko muuttumaton. Joillekin tunne siitä, ettei kuulu joukkoon, ei välttämättä aiheuta voimakasta pahaa oloa, mutta toisille joukkoon kuulumattomuus voi merkitä itsetunnon heikkenemistä ja arvot-

tomuuden tunnetta. Samoin tunne, että kuuluu joukkoon, voi joko tuottaa voimakasta hyvää oloa ja omanarvontunnon parantumista tai olla kokijalleen melko yhdentekevää. Tunteille annettuun painoarvoon vaikuttavat usein tunteen kokijan aiemmat kokemukset tunteesta sekä näihin tuntemuksiin liitetyt skeemat. Jos henkilö on aiemmin ollut sosiaalisesti hyljeksitty ja kärsinyt tästä, hän luultavimmin kärsii uudelleen sosiaalisesti hyljeksityksi tulemisen tunteesta enemmän kuin henkilö, joka ei ole aiemmin joutunut kokemaan tällaista hyljeksintää. On muistettava, että sosiaalisuus ja sen kokeminen liittyvät vahvasti itsetuntoon. Henkilö, jolla on hyvä itsetunto ja joka uskoo oman arvonsa liittyvän omiin tekoihinsa ja saavutuksiinsa, ei kärsi yhtä paljon sosiaalisesta hyljeksinnästä kuin huonon itsetunnon omaava henkilö. Perinteisesti syömishäiriöiset kärsivät hyvin alhaisesta itsetunnosta, ja näin ollen haastateltavamme saattaa kokea myös suurta ahdistusta tunteesta, ettei kuulu joukkoon.

Toinen esimerkki kuvioon 4 kirjatusta emootiosta on *kielletyt tunteet*, jota haastateltava ei selittänyt sen enempää. Vaikka vastaaja ei ole avannut käsitettä, on selvää, että kielletyt tunteet ovat kokijalleen jotakin sellaista, mikä ei ole sallittua. Yleisesti voidaan sanoa, että oman moraalisen koodin ja itselleen asetettujen normien rikkomisesta seuraa ahdistusta ja eriasteista huonoa oloa. Jotkut saattavat kokea häpeää ja näin myös tarvetta rankaista itseään. Terveen ihmisen näkökulmasta *kielletyt tunteet* ja niiden kokeminen olisi enemmänkin kiellettyjen tekojen toteuttamista. On loogista ajatella, että toisen pahoinpitelystä seuraa rangaistus, mutta anoreksiaa sairastava kokee jo esimerkiksi ahdistuksen tuntemisesta ”moraalista krapulaa”, mikäli ahdistuksen aiheuttajana ei ole iso katastrofi. *Kielletyt tunteet* voivat siis syömishäiriöisellä olla lähes mitä tahansa tunteita, jotka hän kokee huonoiksi tai sellaisiksi, joihin hänellä ei ole ”oikeutta”. Myös *määrittämätön positiivinen tunnetila* on esimerkki emootiosta, jota on vaikeaa selittää yhdellä termillä. Mielenkiintoista on myös huomata, että haastateltavamme paitsi mainitsivat huomattavasti vähemmän positiivisia kuin negatiivisia tunnetiloja, olivat positiiviset tunnetilat myös vähemmän konkreettisia kuin negatiiviset. Tämä saattaa johtua yksinkertaisesti siitä, että haastateltavat ovat sairastaessaan tottuneet kokemaan negatiivisia tunteita positiivisten sijaan. Tällöin sairastava saattaa kokea paranemisprosessinsa aikana positiivisia tunteita ensimmäistä kertaa pitkään aikaan, jolloin niiden tunnistaminen on vaikeaa.

Negatiiviset tunteet

Negatiivisten tunteiden ilmenemistavat

ahdistus (5)	<p>Fyysiset ilmenemistavat:</p> <p>Itkeminen (4)</p> <p>Itsensä vahingoittaminen (3)</p> <p>Esineen hakkaaminen (2)</p> <p>Ravaaminen käytävällä (1)</p> <p>Itsensä kurittaminen (lenkkeily ja syömisen vähentäminen) (1)</p> <p>Huutaminen (1)</p> <p>Äriseminen (1)</p> <p>Tärinä (1)</p> <p>Uupunut olo (1)</p> <p>Lattialla makaaminen (1)</p> <p>Tunne näkyy kasvoilta (1)</p> <p>Psyykkiset ja sosiaaliset ilmenemistavat:</p> <p>Vetäytyminen (4)</p> <p>Tunteen kätkeminen (3)</p> <p>Hoitohenkilön kanssa puhuminen (3)</p> <p>Puhuminen muun kuin hoitohenkilön kanssa (3)</p> <p>Pahan olon purkaminen kirjoittamalla (2)</p> <p>Suoraan sanominen erimielisyydestä (1)</p> <p>Negatiivisen tunne-elämyksen vallitessa kääntää ajatuksensa positiiviseen suuntaan (1)</p> <p>Negatiivisesta tilanteesta voi saada voimaa (1)</p> <p>Pahassa olossa rypeminen (1)</p> <p>Levottomuus (1)</p>
pelko (4)	
paha olo (psykkisesti) (4)	
masentuneisuus (3)	
ärsytys ja kiukku (3)	
hallinnan tunteen menetys (ei hallitse sairautta) (1)	
syällisyys (1)	
pettymys (1)	
suru (1)	
kielletyt tunteet (1)	
sekavuus (1)	
epävarmuus (1)	
hermostuneisuus (1)	
turvattomuus (1)	
alakuloinen olo (1)	
viha itseä kohtaan (1)	
tunne ettei kuulu joukkoon (1)	

Positiiviset tunteet

Positiivisten tunteiden ilmenemistavat

ilo (2)	Fyysiset ilmenemistavat: Positiivisena rentoutuu (1) Tarve halata (1) Tunne näkyy kasvoilta (1) Itkeminen (1) Psykkiset ja sosiaaliset ilmenemistavat: Positiivisena sosiaalisempi (2) Positiivisuus antaa voimaa (2) Positiivisuus vapauttaa (1) Positiivisena näkee muutkin asiat positiivisemmin (1) Positiivisuus piristää (1) Hyvän olon pilaaminen tahallaan (1) Epätodellinen olo (1)
hyvä mieli (1)	
joukkoon kuulumisen tunne (1)	
määrittämätön positiivinen tunnetila (1)	

Määrittelemättömät tunteet

ristiriitainen olo (1)	näistä tunteista ja tunnetiloista ei haastatteluis- sa tullut esiin mitään ilmenemistapoja.
ei voimakkaita tunnetiloja (1)	
haikeus (1)	

KUVIO 4. Haastatteluissa mainitut tunteet ja niiden ilmenemistavat lukumäärittäin.

4.2 Tunteiden ilmeneminen

Tunteet voivat aineiston pohjalta ilmetä kolmella eri tavalla; fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Nämä ilmenemistavat on esitetty kuviossa 4. Kuvion eri ilmenemistavat eivät käy ”yksi yhteen” eri tunteiden kanssa, vaan yhdestä tunteesta saattaa seurata monta eri ilmenemistapaa tai saman ilmenemistavan takana saattaa olla myös monta tunnetta, joiden yhteisvaikutusta ilmenemistapa on. Esimerkiksi haastateltavan ollessa *ahdistunut* hän saattaa *itkeä* ja *vetäytyä* ja samalla *kätkeä* kyseisen tunteen. Emme siis ole yhdistäneet jokaista ilmenemista-

paa tunteisiin, jotka ovat ne aiheuttaneet, sillä tällaisesta kuviosta olisi tullut todella sekava ja mahdoton tulkita. Pohdimme kuitenkin myöhemmin joitain mielenkiintoisia yksittäisiä yhteyksiä tunteiden ja niiden ilmenemistapojen välillä.

Positiivisia tunteita tarkasteltaessa psyykkiset ja sosiaaliset ilmenemistavat olivat fyysisiä yleisempiä. Lisäksi ero oli huomattavan suuri: kun fyysisiä ilmenemistapoja oli haastatteluissa mainittu yhteensä kolme, oli psyykkisiä ja sosiaalisia ilmenemistapoja mainittu yhteensä seitsemän. Negatiivisten tunteiden kohdalla erot ilmenemistapojen lukumäärissä eivät olleet yhtä suuria: fyysisiä ilmenemistapoja mainittiin 11 ja psyykkisiä sekä sosiaalisia ilmenemistapoja 10.

Kun verrataan positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmenemistapoja, voidaan havaita, että positiivisilla tunteilla oli tunteiden lukumäärään suhteutettuna enemmän ilmenemistapoja. Kun positiivisia tunteita on mainittu neljä, on niiden ilmenemistapoja yhteensä 10. Negatiivisia tunteita on mainittu 17 ja niistä seuranneita eri ilmenemistapoja 21.

Eniten käytettyjä tapoja ilmaista negatiivisia tunteita olivat *vetäytyminen* (4 mainintaa), *itkeminen* (4 mainintaa), *tunteen kätkeminen* (3 mainintaa), *itsensä vahingoittaminen* (3 mainintaa), *hoitohenkilön kanssa puhuminen* (3 mainintaa), ja *jonkun muun kuin hoitohenkilön kanssa puhuminen* (3 mainintaa). *Esineen hakkaaminen* ja *pahan olon purkaminen kirjoittamalla* saivat kumpikin kaksi mainintaa. Yksittäisiä mainintoja tavoista ilmentää negatiivisia tunteita olivat esimerkiksi *äriseminen*, *ravaaminen käytävällä* ja *pahassa olossa rypeminen*.

Tunteen kätkemisen voidaan ajatella olevan yhteydessä huonoon itsetuntoon ja heikkoon itsearvostukseen. Tunteen kätkeminen voi johtua ajatuksesta, ettei ole oikeutta tuntee mitään, kun ei ole itse minkään arvoinen. Ankaruus itseä kohtaan ja jatkuva täydellisyyden tavoittelu johtavat tilanteeseen, jossa anoreksiaa sairastavan on pakko kätkeä tunteensa, joita kaikesta huolimatta ilmenee. Anoreksiaa sairastavan omien sääntöjen mukaan tunteiden ilmeneminen ja olemassa oleminen ei kuitenkaan ole sallittua, jolloin kulissien ylläpitämisestä tulee tärkeää. Eräs haastateltavista mainitsi kulissien ylläpitämisen tärkeyden silloin kun itsellä on paha olla. Tilanteesta riippuen tällainen tapa käsitellä tunteita on joko tervettä tai epätervettä. Jokainen on varmasti joskus kokenut tilanteen, jolloin voimakas tunne on pitänyt kätkeä esimerkiksi tilanteen sosiaalisen kontekstin vuoksi. Epätervettä tunteen kätkemisestä tulee silloin kun henkilö ei käsittele tunteita lainkaan ja kätkee ne myös itseltään. Sama jaottelu pätee myös vetäytymiseen. Aina ei ole tarvetta käydä asioita läpi muiden kanssa, mutta joskus se on aiheellista.

Itsensä vahingoittaminen ei koskaan ole terve tapa käsitellä tunteita. Anoreksiaa sairastavilla itsensä vahingoittaminen on usein tapa konkretisoida subjektiivisia tuntemuksia. Sisäinenkipu

halutaan tällöin konkretisoida helpommin paikannettavaksi ja käsiteltäväksi kivuksi kehossa. Itsensä lyöminen on anoreksiaa sairastavan keino tarkastella ja tuntea hankalasti käsiteltäviä tunteita tai peittää ne fyysisellä tuntemuksella, joka ohjaa huomion pois psyykkisesti pahasta olosta.

Maininnat positiivisten tunteiden ilmenemistavoista jakoutuivat paljon tasaisemmin kuin negatiivisten. Vain kaksi tapaa sai useamman kuin yhden maininnan. *Positiivisuudesta saatava voima ja lisääntynyt sosiaalisuus* mainittiin molemmat kaksi kertaa. Esimerkkejä yksittäisistä ilmenemistavoista olivat *tarve halata, hyvän olon pilaaminen tahallaan, epätodellinen olo* sekä *piristyminen*. Lukuun ottamatta *hyvän olon pilaamista tahallaan ja epätodellista oloa* ovat positiivisten tunteiden ilmenemistavat luonnollisia, terveitä reaktioita positiivisiin tunteisiin. Saattaa olla, että esimerkiksi *ilon* vaikutus korostuu syömishäiriötä sairastavalla. Tämä johtuu siitä, että positiivisten tuntemuksien vähäinen määrä tekee satunnaisista positiivisista kokemuksista entistä merkittävämpiä. Tällöin subjektiivinen kokemus esimerkiksi rentouden tunteesta on sairastavan kohdalla voimakkaampi kuin terveellä henkilöllä.

Haastatteluiden perusteella haastateltavat ilmentävät tunteitaan hyvinkin erilaisilla tavoilla. Negatiivisista tunteista puhuttaessa kuitenkin jopa neljä viidestä haastateltavasta kertoi *vetäytyvänsä* omiin oloihinsa, ja kolme haastateltavaa kertoi *kätkevänsä tunteen* muilta, vaikka Syömishäiriökeskuksessa pyritään siihen, että potilaat oppisivat hyväksymään kaikki tunteensa ja ilmaisemaan niitä. Toisaalta taas haastatteluissa mainittiin negatiivisten tunteiden purkautuvan myös esimerkiksi *itkemällä*, niistä *puhumalla* tai *huutamalla*. Haastatteluiden perusteella näyttää siltä, että tunteen ilmenemismuoto riippuu pitkälti sen voimakkuudesta.

Samoista tunteista ei eri haastateltavilla seurannut välttämättä samoja asioita tai ilmenemistapoja. Negatiivisista tunteista *ahdistus*, joka oli mainittu jokaisessa haastattelussa, aiheutti ihmisestä riippuen muun muassa *itkemistä, vetäytymistä, itsensä tai esineen vahingoittamista, levottomuutta* sekä tarvetta *puhua jonkun kanssa*. Yleisimmät tavat reagoida ahdistukseen olivat *vetäytyminen ja tunteen kätkeminen* muilta ihmisiltä. Useasta haastattelusta kuitenkin käy ilmi - joko suoraan tai rivien välistä - että ahdistuksen ollessa todella voimakasta vetäytyminen vaihtuu tarpeeseen puhua ja purkaa asiaa hoitohenkilölle tai jollekin ulkopuoliselle. Ahdistavaa tunnetta siis pyritään kestämaan mahdollisimman pitkään yksin, mutta sen kasvaessa liian suureksi ymmärretään pyytää toinen ihminen auttamaan. Tässä voidaan nähdä yhteys erään haastateltavan mainitsemaan syyllisyyteen siitä, että hän tuntee ahdistusta omasta mielestään liian pienistä asioista.

"...ajattelen et ne [ahdistus ja voimakkaat tunteet] ei oo sallittuja et pitää olla paljon suurempi syy tuntee sitä ahdistusta et pitäis olla joku iso katastrofi maailmassa tapahtunu jotta vois oikeesti tuntee sellasta et mistää pienistä asioista

ei voi sellasta tuntee.”

- Haastateltava 4

Ahdistuksen lisäksi *vetäytymistä* seurasi myös *masentuneisuudesta*, *pettymyksestä* ja *surusta*. Itkeminen oli myös seurausta moneen eri tunteeseen. Haastateltavat kertoivat itkeneensä *ahdistuksesta*, *pelosta* ja *joukkoon kuulumattomuuden tunteen* vuoksi. Muiden ilmenemistapojen kohdalla oli usein kyse yksittäisestä maininnasta. Useissa kohdissa mainintoja negatiivisten tunteiden ilmenemistavoista ei ollut yhdistetty mihinkään tiettyyn tunteeseen vaan yleisesti ”pahoihin” ja negatiivisiin tunteisiin.

”...jos se on taas niitä pahoja tunteita nii sitte no itkeminen saattaa olla sellainen ja sitten levottomuutta tai sitte toisaalta sellasta apaattisuutta et niinku tavallaan masentuu jostain asiasta ja sit vaan niinku on silleen... vaan on. hiljennee ehkä. ja ehkä vetäytyy...”

- Haastateltava 5

Edellisestä lainauksesta voi nähdä myös sen, että haastateltavat mainitsivat joidenkin tunteiden johtuvan toisista tunteista. Esimerkiksi *ahdistuksesta* saattoi seurata *masentuneisuutta* tai *pettymyksestä* saattoi seurata *surullisuutta*. Nämä eivät kuitenkaan mielestämme ole tunteiden ilmenemistapoja vaan tunnereaktioita johonkin toiseen tunteeseen, minkä vuoksi ne on laskettu tunteiksi kuviossa 4.

Positiivisissa tunteissa ja niiden ilmenemistavoissa ei löytynyt vastaavia yhteyksiä kuin negatiivisissa tunteissa. Tämä johtuu varmasti paljolti siitä, että sekä positiivisia tunteita että niiden ilmenemistapoja on huomattavasti vähemmän kuin negatiivisia. Mielenkiintoista on kuitenkin, että yksi haastateltava kertoi positiivisesta tunteesta seuraavan muidenkin asioiden näkemisen positiivisemmassa valossa. Toinen haastateltava puolestaan kertoi yrittävänsä *pilata hyvän mielensä tahallaan*, koska hän kokee sen epätodelliseksi ja hänellä ei saisi olla hyvä olo.

”... ne [positiiviset tunteet] tuntuu tosi epätodellisilta ja sit semmosii et yhes vaihees mul oli yks päivä jollon mul oli tosi hyvä olla niin sit sitä yritti niinku pilata kaikel mahdollisella koska tuntu et ei niinku saa olla niin hyvä olo...”

- Haastateltava 3

”...jos oon ilonen ni --- näkee sitte muutki asiat mitä tapahtuu ni myönteisessä valossa...”

- Haastateltava 2

Positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmenemistavoista voidaan löytää myös yhteneväisyyksiä. Selvin näistä on *itkeminen*, joka mainitaan seuraukseksi sekä *ilolle* että *ahdistukselle*, *pelolle* ja *joukkoon kuulumattomuuden tunteelle*. Itkeminen on yleinen keino purkaa voimakkaita tunteita, olivat ne sitten positiivisia tai negatiivisia. Voidaan ajatella, että syömishäiriötä sairastavan ihmisen itkeminen on tunteesta riippumatta positiivinen asia, sillä se on tunteiden ilmaisua puhtaimmillaan. Tämä antaa myös näkökulman voimaantumiseen, sillä tunteiden vapaa ilmaiseminen on varmasti voimaannuttava kokemus ihmiselle, joka on tukahduttanut tunteensa pitkän aikaa. Toinen ilmenemistapa, joka mainittiin sekä positiivisten että negatiivisten tunteiden kohdalla, on *voiman saaminen*. Negatiivisten tunteiden puolella haastateltava koki tämän niin, että negatiivinen tunne antoi voimaa pyrkiä pois kyseisestä tunteesta, koska haastateltava ei halunnut enää koskaan tuntea niin. Positiivisten tunteiden kohdalla puolestaan hyvä tunne antoi voimaa jaksaa eteenpäin.

4.3 Voimaantuminen

Suurin osa haastateltavista totesi vaikuttavansa omaan hyvinvointiinsa puhumalla asioista. Yhteensä neljä haastateltavaa piti puhumista hyvänä keinona saada paha olo ulos itsestä. Kaksi haastateltavista puolestaan totesi kirjoittamisen olevan myös hyvä keino käsitellä tunteita. Kolme haastateltavaa piti ruokalistan noudattamista hyvänä keinona vaikuttaa omaan yleiseen hyvinvointiin ja kaksi koki ”kiellettyjen ruoka-aineiden” nauttimisen olevan yleistä hyvinvointia edistävä tekijä. Tähän liittyi eräänlainen itsensä ja sairauden voittamiseen kuuluva näkökulma.

”...välil tulee sellanen et jossain niinku on ihan sisimmässään tietää et pitäis ottaa joku askel kohti terveyttä joku tosi pieni, no sanotaan et syö jotain semmosta vaikeeta juttua minkä tilalla vois olla jotain helpompaa ja missä yleensä ottaa sen helpomman miettimättä mitään ja sit toisinaan on semmonen tunne et pitää ottaa toi vaikeempi ihan sen takii et se on vaikee. Pääsis sillai todistaan itelleen ja sille sairaudelle et se ei saa antaa mitään kieltoja...”

- Haastateltava 2

Kaksi haastateltavista kertoi sen enempää määrittelemättä pyrkivänsä tekemään valintoja, jotka edistävät paranemista. Yksi haastateltavista totesi, että hän pyrkii itse aktiivisesti hakemaan keskusteluapua hoitohenkilöistä. Kahden haastateltavan mielestä yleistä hyvinvointia edistäisi se, että voisi sallia itselleen hyviä asioita ja yksi sallisi itselleen avun vastaanottamisen. Yksi haastateltava koki, että olisi tärkeää hyväksyä itsensä ja toisen haastateltavan mielestä pitäisi luottaa omiin valintoihinsa sekä tunteisiinsa. Eräs vastaajista totesi, ettei itseltään saisi vaatia liikaa. Lisäksi henkisellä puolella hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä mainittiin muun muassa harrastus, jonka parissa voisi kotona rentoutua. Fyysisistä tekijöistä mainit-

tiin nukkuminen ja oma valinta liikunnan vähyydestä, ettei keho rasittuisi enempää.

Kysyttäessä haastateltavien mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään sekä valintoihin, saimme seuraavia vastauksia. Kaksi haastateltavaa painotti oman asenteen tärkeyttä. Omalla asennoitumisella on mahdollista suunnata ajatukset pois negatiivisista mietteistä ja keskittyä positiivisiin asioihin. Yksi haastateltavista tosin koki, että hänellä ei liiemmin ole mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä tai valintoihin, joita tehdä. Muita mainintoja olivat oma sosiaalisuus ja kontaktinotto muihin ihmisiin, sekä arjen käytännön toimet kuten sään mukaan pukeutuminen, terapeutin valinta sekä päätös mihin kouluun aikoo hakea.

Voimaantumista tarkasteltaessa on hyvä pohjustaa asiaa muistuttamalla, että useat syömishäiriöiset kuvaavat itseään alempiarvoisina kuin muut ihmiset ja kokevat, etteivät ansaitse mitään hyvää. Esimerkiksi hemmottelun salliminen itselleen sai haastatteluissamme ristiriitaista kannatusta. Osa haastateltavista hyväksyy itsensä hemmottelun ja osa ei anna itsensä kokea tai tuntea lähes mitään positiivista.

"...jos itte hemmottelee itseensä ni siit tulee hirveen itserakas olo tai jotenki semmonen (naurahtaa) jotenki käy sit mieles kaikki et ansaitseeks nyt tätä."

- Haastateltava 3

Kuten olemme jo aiemmin maininneet, liittyä voimaantumisen käsite vahvasti henkilön kykyyn määritellä itse oma tulevaisuutensa ja siihen liittyvät valinnat. Tärkeänä näkökohtana on yksilön kokemus omasta kyvykkyydestään vaikuttaa näihin asioihin. Jos ajatellaan, että potilaan tullessa hoitoon lähtötilanne on se, että hän tuntee olevansa huonompi kuin muut ihmiset, osoittaa itsensä hemmottelu voimaantumista. Myös muutamat muut haastatteluissa mainitut asiat viittaavat tällaiseen kehitykseen. Haastateltavat kokivat esimerkiksi omiin valintoihinsa luottamisen sekä avun vastaanottamisen tärkeäksi.

"No niinku [vaikuttaa omaan hyvinvointiin] lähinnä sillee sallimalla itelleen sen avun vastaanottamisen et se on se kaikkein isoin asia."

- Haastateltava 4

Haastateltavien tapoja voimaantua voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Osa vastauksista käsitti jo käytössä olevia keinoja ja osa puolestaan sellaisia, joita he voisivat käyttää tulevaisuudessa niin kotona kuin hoidossakin. Jo käytössä oleviin keinoihin kuuluvat puhuminen, kirjoittaminen, ruokalistan noudattaminen, "kiellettyjen ruoka-aineiden" nauttiminen, puhuminen hoitajan kanssa, nukkuminen, liikunnan vähyyden, oma positiivinen asennoituminen, sosiaalisuus ja kontaktinotto, arjen käytännön toimet ja valinnat sekä pyrkimykset tehdä omaa paranemista edistäviä valintoja. Tulevaisuuden mahdollisia keinoja vaikuttaa omaan

hyvinvointiin ovat hyvien asioiden ja avun vastaanottamisen salliminen itselle, itsensä hyväksyminen, omiin valintoihinsa ja tunteisiinsa luottaminen, harrastus, jonka parissa voisi rentoutua ja se, ettei vaatisi itseltään liikoja.

"...pitäs --- luottaa niinku itteensä ja omiin tunteisiin siis sillä tavalla et ei sais niinku liikaa ajatella et jos mä nyt teen näin ni onkohan se niin sanotusti sallittua..."

- Haastateltava 1

Tarkasteltaessa haastateltavien tapoja voimaantua edellisen jaon mukaisesti, on selvää, että nyt jo käytössä olevat keinot ovat enimmäkseen konkreettisia ja käytännön arjen tilanteisiin liittyviä. Sen sijaan mahdollisiksi tulevaisuuden keinoiksi määritetyt maininnat ovat laajempia kokonaisuuksia ja enemmän ajatuksen tasolla tapahtuvia. Tämä on luonnollinen etenemisjärjestys, sillä vaikeasta sairaudesta parantuminen on varmasti helpompi aloittaa konkreettisista asioista, joilla olo paranee ja voimat kasvavat. Paranemisprosessin ollessa pidemmällä - ehkä vasta vuosienkin päästä - konkreettisten voimaantumiskeinojen luoman pohjan päälle on helpompi rakentaa oman itsensä hyväksyntää ja omiin tunteisiinsa luottamista. Toisaalta on myös huomioitava, että tulevaisuuden mahdolliset keinot ovat hyvinkin abstrakteja, eikä ihminen välttämättä edes tiedosta tällaisten prosessien olemassaoloa. Esimerkiksi itsensä hyväksyminen on pitkä ja monitahoinen prosessi, ja sen työstäminen on varmasti monilla Syömishäiriökeskuksen potilailla jo jollain tasolla alkanut. Tästä voisi pitää merkinä jo sitä, että eräs haastateltava mainitsee itsensä hyväksymisen keinona vaikuttaa hyvinvointiinsa.

"no siis jollaki tavalla hyväksymällä itteensä, et pystyy sitte sallimaan niitä hyviä asioita..."

- Haastateltava 4

Voimaantumisesta saamiamme tuloksia voidaan tarkastella myös sen mukaan, kuinka suuri osa voimaantumisesta on lähtöisin haastateltavista itsestään ja kuinka suuri osa siitä on hoidosta peräisin olevaa voimaantumista. Vaikka osa haastateltavien kertomista esimerkeistä, kuten avun vastaanottaminen ja hyvien asioiden salliminen itselleen, ovat hyvin yksilölähtöisiä, on tällaisen jaon tarkasteleminen silti pulmallista. Esimerkiksi keskusteluavun hakeminen on toki yksilön oma ratkaisu, mutta se ei olisi välttämättä mahdollista jos avun hakijalla ei olisi voimassa olevaa hoitokontaktia. On myös muistettava, että Syömishäiriökeskuksessa potilaita rohkaistaan jatkuvasti hakemaan apua mikäli he sitä tarvitsevat. On mahdollista, että ilman jatkuvaa rohkaisua haastateltavamme jäisivät yksin ongelmiansa kanssa tai eivät ainakaan olisi yhtä aktiivisia avun hakemisessa. Tästä huolimatta keskusteluavun hakeminen on kuitenkin selvästi yksilön oma päätös. Sen sijaan kiellettyjen ruoka-aineiden nauttiminen on varmasti voimaantumisen keino, jonka toteuttamiseen haastateltavamme saavat ja tarvitsevat pal-

jon apua hoitohenkilöiltä. Tuetut ruokailut kuuluvat Syömishäiriökeskuksen hoitomalliin, ja on mahdollista, että ilman hoitohenkilön läsnäoloa ja jatkuvaa kannustamista kiellettyjen ruoka-aineiden syöminen jäisi kokonaan pois haastateltaviltamme.

Haastateltavien voimaantumista voidaan tarkastella myös käyttäen apuna aiemmin esiteltyä jakoa päämääriin, kykyuskomuksiin, kontekstiuskomuksiin ja emootioihin (Siitonen 1999, 118 - 119). Näin saadaan käsitys siitä, millä alueella tai alueilla voimaantumista on tapahtunut. Haastatteluissa mainittiin "kiellettyjen ruoka-aineiden" nauttiminen keinona vaikuttaa omaan hyvinvointiin, ja se liitettiin kokemukseen itsensä ja sairauden voittamisesta. Tämä viittaa voimaantumiseen emootioiden alueella, sillä kokemus sairauden voittamisesta tuottaa onnistumisen kokemuksen, joka on yhteydessä esimerkiksi itsearvostuksen rakentumiseen ja voimavarojen vapautumiseen.

Kontekstiuskomusten alueella voimaantumisesta kertoo haastateltavien yleinen suhtautuminen Syömishäiriökeskukseen. Maininnat omahoitajasuhteen luomasta turvallisuudesta sekä hoitajien aito välittäminen ja potilaiden arvostava kohtelemine luovat kuvan turvallisesta, tukea antavasta, arvostavasta ja luottamuksellisesta hoitoympäristöstä. Juuri tällainen ympäristön tuleekin olla, jotta voimaantumista voisi tapahtua. On kuitenkin huomioitava, että kaikille samanlainen ympäristö ei välttämättä mahdollista voimaantumista. Joku voi esimerkiksi pitää hoitajien jatkuvaa läsnäoloa ahdistavana tai tunkeilevana ja kokea, että hänellä on hoidon puitteissa liian vähän mahdollisuuksia vaikuttaa itse elämäänsä. Tällaista suhtautumista ei haastatteluista kuitenkaan löytynyt. Ainoa haastateltava, joka ei kokenut voivansa vaikuttaa elämäänsä, kertoi asian olleen näin jo ennen hoitoon tuloakin.

Päämäärät voimaantumisen osa-alueena ovat varmasti hoidon aikana potilaille merkittävä osa elämää. Paranemisprosessiin - kuten mihin tahansa prosessiin - kuuluu jatkuva päämäärien asettaminen, niiden arvioiminen, saavuttaminen ja jälleen uusien päämäärien määrittäminen. Ei siis ole yllättävää, että niitä mainittiin haastatteluissa useita. Ruokalistan noudattaminen ja uusien ruoka-aineiden nauttiminen ovat konkreettisia esimerkkejä voimaantumisesta tavoitteita ja päämääriä asettamalla. Vaikka Syömishäiriökeskuksessa onkin tietyt puitteet, joiden rajoissa toimitaan, osasivat haastateltavat nimetä myös omia tavoitteitaan, kuten valinta siitä mihin kouluun hakee, harrastuksen aloittaminen sekä oma päätös liikunnan vähäisyydestä ja riittävästä nukkumisesta. Näiden päämäärien toteutuessa ihminen voimaantuu.

Suurin osa haastateltavien keinoista vaikuttaa omaan elämäänsä ja hyvinvointiinsa voidaan sijoittaa kykyuskomuksiin. Erityisesti itsetuntemuksen kehittäminen keskusteluiden avulla korostui. Minäkäsitystä eli minäkuvaa, itsetuntoa ja identiteettiä oli luonnollisesti käsitelty monessa haastattelussa. Minäkäsityksen muokkaaminen positiivisemmaksi ja realistisemmaksi sekä itsearvostuksen rakentaminen ovat varmasti suurimpia haasteita syömishäiriöiden hoi-

dossa. Voimaantumista tällä alueella oli haastateltaviemme keskuudessa jo tapahtunut jonkin verran, minkä huomasi haastateltavien luottamuksesta omiin kykyihinsä muutamilla elämän-alueilla. Oman asenteen tärkeyden korostaminen, omiin valintoihinsa ja tunteisiinsa luottaminen, itsensä hyväksyminen sekä se, ettei vaadi itseltään liikaa olivat esimerkkejä luottamisesta itseensä. On kuitenkin huomioitava, että suurin osa näistä maininnoista oli asioita, joiden haastateltavat kokivat olevan tärkeitä hyvinvointinsa kannalta, mutta joita he eivät vielä toteuttaneet elämässään. Tämä on ymmärrettävää, sillä voimaantumisen muut osa-alueet ovat ehkä helpompia saavuttaa ja tiedostaa, ja minäkäsityksen muuttaminen on erittäin pitkä prosessi.

Kuten edellä on mainittu, eräs haastateltavista kertoi, että hänestä tuntuu siltä, ettei hän osallistu tietoisesti lainkaan elämässään tehtäviin päätöksiin. Hän ei tuntenut olevansa oman elämänsä subjekti, vaan ainoastaan sivustakatsoja, joka seuraa elämäänsä kuin sarjaa kuvia.

”no aika nuorena ollu jo usein sellanen olo et kattoo omaa elämäänsä sivusta niinku jotain leffaa tai lukee jostain kirjasta --- tuntuu just et lukee vaan eteenpäin et mitä nyt tolle mun elämän päähenkilölle sit tapahtuu et mikä on seuraava juonenkäänte...”

- Haastateltava 2

Haastateltava osoitti siis voimaantumisen täyttä vastakohtaa, tunnetta siitä, ettei hän osallistu elämäänsä lähes millään tavoin. Samoin haastateltava koki tunne-elämänsä latteaksi ja harmaan tasaiseksi.

Voimaantumiseen ja sen puuttumiseen liittyen pohdimme selitysmallia, jonka mukaan anoreksia olisi keino välttää epäonnistumisia omassa elämässä. Kun kaikki elämän osa-alueet muuttuvat sairauden myötä täydellisen rutinoituneeksi ja kaikki päivät ovat toistensa kaltaisia, on yllättäviä tilanteita helppo välttää. Kun elämä täyttyy oireilulla, ei sekaan mahdu tilanteita, joiden aikana kaikki ei ole täydellisessä hallinnassa. Näin on helpompaa välttää epäonnistumisia. Tällainen maailma on sairastuneen kannalta helppo, mikäli hän ei tarvitse tai halua muuta. Elämästä tulee kuitenkin rajoittunutta ja sosiaalisen kentän kapeutuminen on välttämätöntä. Ihmissuhteisiin liittyy vääjäämättä tunteita, ja tunteet ovat usein juuri se elementti, jota on vaikeaa ja joskus mahdotonta hallita. Jos henkilö kokee, ettei hänellä ole oikeutta ihmissuhteisiin, elleivät ne ole täydellisiä, voisi kuvitella pakonomaisen tarrautumisen syömissä säätelyyn olevan sairastuneesta järkevä tapa toimia. Tämä ajattelutapa liittyy uskomukseen, että epätäydellisyys merkitsee epäonnistumista.

Sairauden taakse on helppo piiloutua ja olla ottamatta vastuuta päätöksistään tai olla tekemättä vaikeita päätöksiä ylipäätensä. Tällöin myös sitoutuminen hoitoon, joka usein tarkoittaa

taa tunteiden käsittelyä ja joskus jopa provosointia niiden esille saamiseksi voi tuntua anoreksiaa sairastavasta ylitsepääsemättömän vaikealta. Voidaan siis ajatella, että tunne siitä, ettei osallistu lainkaan omaan elämäänsä ja siinä tehtäviin päätöksiin auttaa sairastunutta säilyttämään suojamuurinsa. Jos ei tee päätöksiä, ei voi tehdä vääriä päätöksiä. Ja jos ei vaikuta elämässään mihinkään, ei voi koskaan epäonnistua. Oireilu ja siitä kiinni pitäminen ovat usein niitä asioita, joita kauemmin sairastaneet anorektikot osaavat hyvin - onhan heillä jo vuosien kokemus. Oireista luopuminen saattaa tarkoittaa anoreksiasta kärsivälle luopumista siitä ai-noasta asiasta, jonka avulla hän tuntee olevansa edes jonkin arvoinen. Erityisesti kaikkein kipeimpien asioiden kohtaaminen ilman oireiden tuomaa turvaa voi tuntua anoreksiaa sairastavasta pelottavalta tai täysin mahdottomalta.

Voidaan ajatella, että vakavaa syömishäiriötä sairastavien voimaantumisprosessi poikkeaa huomattavasti terveiden ihmisten vastaavasta prosessista. Vaikean syömishäiriön hoito aloitetaan usein sairaalajaksolla, jonka aikana syömishäiriötä sairastavan vakavaa aliravitsemustilaa pyritään hoitamaan. Vakava aliravitsemustila aiheuttaa kognitiivisten toimintojen huomattavaa heikkenemistä, jolloin voimaantuminen ei välttämättä edes ole mahdollista. Sisätauti- ja lastenosastoilla tehtävä hoitotyö kohdistetaan nimenomaan fyysisen kunnan hoitamiseen ja työskentely psyykkisen häiriön korjaamiseksi aloitetaan vasta kun välitön hengenvaara on ohi. Painon noustessa yksilön kyky myös henkiseen työskentelyyn kohenee usein huomattavasti. Terapia on eräs niistä tärkeistä työkaluista, joiden avulla syömishäiriöpotilaita autetaan hoidon aikana Syömishäiriökeskuksessakin. Terapian tehoa ei kuitenkaan voida varmistaa ennen kuin sairastava on valmis sitoutumaan työskentelyyn terapeutin kanssa. Tällaisen rajapyykin saavuttaminen on varmasti yksilökohtaista. Pohdimme kuitenkin onko olemassa jotain tiettyä painoindeksiä, jonka saavuttamisen jälkeen kognitiivisten toimintojen palauttaminen normaalitasolle ja syväasteisen terapiatyön aloittaminen on mahdollista. Painoindeksi (Body Mass Index BMI) tarkoittaa painon jakautumista pituuteen nähden siten, että paino kiloina jaetaan pituuden neliöllä metreinä. Jos kehon rasvakudoksen määrä on kovin vähäinen, eivät aivot saa tarpeeksi "polttoainetta" toimiakseen kunnolla. Tällöin myös kognitiivisten toimintojen heikkeneminen on mahdollista.

Joka tapauksessa paranemisprosessi on pitkä ja työ aloitetaan somaattisen tilan korjaamisella, jonka aikana syömishäiriötä sairastava usein kokee pakkosyöttämisen kautta voimaantumiselle vastakkaisia kokemuksia. Somaattisen tilan parannuttua hän voi aloittaa hoidon yksikössä, jossa keskitytään sekä fyysisen että psyykkisen tilan hoitoon. Tällöin häiriötä sairastava saattaa saada ensimmäisen tilaisuuden reflektoida sairauttaan, sen aiheuttajia ja sen aiheuttamia muutoksia elämässään. Syömishäiriöpotilaan kohdalla varsinainen voimaantumisprosessi saattaa alkaa vasta kuukausien päästä siitä, kun hoito on aloitettu.

Voimaantuakseen ihmisen on siis kyettävä kehittyneisiin kognitiivisiin prosesseihin, voitava

keskustella tunteistaan ja osattava reflektoida niitä. Tämä toteutuu monella haastateltavissamme. Osa mainitsi suoraan jopa hakevansa hoitohenkilöiltä keskusteluapua, mikä mahdollistaa rehellisen palautteen saamisen. Kuitenkin ehkä tärkeintä voimaantumisessa on ihmisen kokemus siitä, että hän voi tehdä päätöksiä ja vaikuttaa elämäänsä. Jopa neljä viidestä haastatellusta koki voivansa tehdä niin. Haastateltavien kuvaamat tavat, joilla he voivat edistää hyvinvointiaan ovat hyvin terveitä. Tapoja kuvattiin lisäksi monia. Aineistosta huomaa, että haastateltavamme ovat jo edenneet hoidossa, ja vaikka he eivät vielä ole kykeneviä toteuttamaan kaikkia keinoja, on heillä ainakin selvä käsitys siitä, miten he pääsevät paranemisprosessissaan eteenpäin. On kuitenkin muistettava, että keinojen tunnistaminen ja tiedostaminen on hyvin eri asia kuin niiden toteuttaminen käytännössä. Kertoessaan tavoista, joilla muuttaa elämäänsä positiivisempaan suuntaan ja joiden avulla voi edistää paranemisprosessia, puhuivat haastateltavamme usein käyttäen konditionaalia.

"...eikä aina vaatis iteltään niin paljon..."

- Haastateltava 3

4.4 Omahoitajuus

Omahoitajuudesta kysyttäessä haastateltavien vastaukset olivat pääosin myönteisiä. Vain yksi haastateltava koki, ettei suhde omahoitajaan ole tällä hetkellä kovin hyvä. Omahoitajaa pidettiin tärkeänä apuna paranemisprosessissa (1 maininta) ja yhteistyön toimivuuden merkitys tä korostettiin (1 maininta). Eräs haastateltava mainitsi, että omahoitajan seurassa voi olla rehellinen ja avoin.

"...se on mun mielestä kauheen tärkeä et se on semmonen et mä pystyn luottaa mun omahoitajaan ja et se voi luottaa mun ja et meidän yhteistyö toimii ja pelaa silleen just et voi olla avoin ja rehellinen ja kokee saavansa apua ja tukea niinku tarvii --- semmonen asia on tosi tärkeä koska mulle se turvan tunne on kauheen iso asia..."

- Haastateltava 5

Eniten arvostettiin sitä, että omahoitajat muodostavat tiimin, joka varmasti tietää potilaan asiat ja kokonaistilanteen, eikä tällöin jokaiselle työntekijälle tarvitse kertoa samoja asioita uudestaan. Neljä viidestä haastatellusta mainitsi tämän asian. Kolme haastateltavaa nosti myös esiin omahoitajuuden tuoman turvallisuuden ja jatkuvuuden tunteen. Turvallisuuden tunne liitettiin luottamukseen siitä, että joku varmasti hoitaa asiat parhaalla mahdollisella tavalla sekä yleiseen turvan tunteeseen elämässä. Luottamus mainittiin myös kolmessa haastattelussa, ja turvallisuuden tunteen tavoin se vaikutti eri tavoilla. Eräs haastateltava koki tärkeäksi sen, että pystyy luottamaan omahoitajaansa ja käymään tämän kanssa luottamuk-

sellisia keskusteluja ilman pelkoa siitä, että tämä kertoisi asioita eteenpäin. Hänen mielestään tärkeää oli myös se, että luottamus on molemminpuolista. Toinen koki omahoitajasuhteen turvallisena tilanteena harjoitella luottamaan toisiin ihmisiin yleisesti elämässä.

"...on jotenkin helpompi kun on saman ihmisen kanssa jutellu enemmän niin tulee jotain semmosta jatkuvuutta ja helpommin kehittyy luottamus et pystyy tosiaan puhumaan omist asioistaan --- se välttää semmost turhautumist et aina pitäis alottaa uudestaan uuden kanssa."

- Haastateltava 2

Negatiivisia puolia omahoitajuudesta ei juurikaan noussut esiin haastatteluista. Ainoa haastateltava, joka ei tällä hetkellä kokenut omahoitajasuhdettaan hyväksi, kertoi kuitenkin suhteensa kakkoshoitajaan olevan parempi. Kahdessa haastattelussa mainittiin henkilökemioiden saattavan aiheuttaa ongelmia ja huonosti toimivan omahoitajasuhteen. Toisaalta yksi haastateltava sanoi kaikkien Syömishäiriökeskuksen työntekijöiden olevan niin mukavia, että hän ei voisi kuvitella, ettei tulisi jonkun kanssa toimeen. Kahdessa haastattelussa myös mainittiin, että omahoitajasuhteesta riippumatta muidenkin hoitajien kanssa voi keskustella. Omahoitajien pitkät poissaolot saivat kritiikkiä yhdeltä haastateltavalta. Erityisesti hoidon alkuvaiheessa hoitajan pitkä poissaolo vaikuttaa hoitosuhteen syntymiseen.

Omahoitajasuhteen merkityksellisyys on selvästi nähtävissä haastatteluissa. Omahoitajasta haetaan turvaa, jatkuvuutta ja luottamuksellista keskusteluapua. Kuten aiemmin mainitsimme, omahoitaja on potilaalle kuin sijaishuoltaja, joka myös huolehtii käytännön asioiden toimivuudesta. Koska omahoitajuus käsittää niin suuren osan potilaiden arkea ja elämää Syömishäiriökeskuksessa, voisi kuvitella haastateltavilla olleen edes jonkinlaisia negatiivisia kokemuksia omahoitajuuden toimimisesta. Kuitenkin ainoa negatiivinen esiin tullut puoli liittyi enemmän haastateltavan omaan vaikeaan tilanteeseen kuin johonkin, mitä hänen omahoitajansa oli tehnyt. Henkilökemioiden toimiminen on asia, johon ei voida vaikuttaa. Edes hyvällä ammattitaidolla työntekijä ei loppujen lopuksi voi muuttaa sitä, tuleeko potilas hänen kanssaan toimeen. Ammatillisuutta voi kuitenkin kehittää tiettyyn pisteeseen asti sellaiseksi, että pystyy työskentelemään mahdollisimman monenlaisten ihmisten kanssa. Haastateltavien vastusten perusteella Syömishäiriökeskuksen työntekijät ovat tehneet juuri näin.

Kritiikin vähäisyys herättää kuitenkin kysymyksiä. Huolimatta siitä, että oletamme haastateltavien kertovan omista kokemuksistaan ja tunteistaan totuudenmukaisesti, on pohdittava myös vaihtoehtoisia selityksiä. Omahoitaja näyttäytyy turvallisena "sijaishuoltajana" - sellaisena tukena, jota potilas ei kenties uskalla hylätä toteamalla, ettei hoitosuhde toimi. Mikäli potilas myöntäisi suhteessa olevan särön, hän saattaisi kuvitella, että koko hoidolta putoaa pohja. Toisaalta haastateltavat saattavat olla niin vieraskoreita, etteivät halua tuoda julki

todellista mielipidettään hoidon laadusta. Eräs näkökulma kritiikin vähyyteen saattaa piillä anorektikoiden perfektionistisessa luonteessa. On mahdollista, että anoreksiaan sairastuneen täydellisuuden tavoittelu saa hänet pitämään yllä kulsseja myös hoitosuhteessa, sillä hoitosuhteen kariutuminen olisi merkki hänen epäonnistumisestaan suhteen ylläpitävänä voimana.

4.5 Kommentit hoidosta

Omahoitajuuden lisäksi haastateltavilla oli mielipiteitä hoidosta laajemminkin. Kahdessa haastattelussa tuli ilmi, että Syömishäiriökeskuksessa asiat tehdään joskus sekavasti ja käytännön järjestelyt ontuvat. Esimerkkinä tästä mainittiin se, että ruokailun alkaessa osalta ruokailijoista saattaa puuttua ruokailuvälineitä tai ruoka-annokset ovat menneet potilaiden kesken sekaisin. Samoin kahdessa haastattelussa ihmeteltiin organisoinnin puutetta, joka näkyy esimerkiksi päällekkäisinä tapaamisina ja informaation huonona kulkuna hoitajien välillä. Tämän koettiin luovan turvattomuutta ja epävarmuutta arkeen sekä tekevän siitä sekavampaa. Yksittäisiä toiveita olivat muun muassa kärsivällisyys hoidon suhteen niin, ettei potilaita ”potkittaisi ulos” ennen kuin toipuminen on tarpeeksi pitkällä. Lisäksi kaksi haastateltavaa toivoi yksilöllisempää suhtautumistapaa vaikeisiin tilanteisiin siten, että yhden sairastavan vaikeuksia ei yleistetä koskemaan kaikkia potilaita. Tähän sisältyi myös näkökulma siitä, että hoitajat näkevät ajoittain tietyt luonteenpiirteet osana sairautta, vaikka ne haastateltavien mielestä kuuluvat heidän terveeseen persoonaansa. Myös mahdollisuutta tavata omahoitaja jo ensimmäisenä päivänä hoidossa toivottiin.

”...itelleen tietysti toivois jonku verran lisää vapauksia tai no ei oikeestaan niitä mut sitä et luottamusta sellasis tilanteis missä ite tietää et joku juttu ei oo mulle ongelma vaikka se jollekki jolla on toisenlainen syömishäiriö ni vois olla...”

- Haastateltava 2

Omahoitajuus sai kaikilta haastateltavilta positiivista palautetta. Muuten kehuut jakaantuivat tasaisesti siten, että samoja asioita ei tullut esiin useammassa kuin yhdessä haastattelussa. Haastatteluissa kiiteltiin hoidon yksilöllisyyttä ja sitä, että potilaan persoona otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa. Eräs haastateltava koki, että häntä on kohdeltu oikeana ihmisenä, ei vain anorektikkona. Tähän haluamme kiinnittää huomiota jo siitä syystä, että muissa tutkimuksissa on osoitettu, ettei näin aina ajatella. Peltola (2003, 79-80) toteaa Pro gradu -tutkielmassaan, että edes terapeutit eivät välttämättä usko syömishäiriön olevan vakava tauti, johon sitä sairastava tarvitsee apua. Pahimmillaan Peltolan mukaan syömishäiriöistä syyllistetään, sillä hänen auttamisensa vie mahdollisuuden auttaa jotakin ”oikeasti sairasta” ih-

mistä.

Myös hoidon kestoa kiiteltiin, samoin kuin sitä, että kotiin siirtyminen tapahtuu vähitellen ja tuetusti. Eräs haastateltava mainitsi erityisesti kokeneensa Syömishäiriökeskuksessa oikeaa ymmärrystä sekä aitoa välittämistä hoitohenkilökunnan taholta. Lisäksi yhdessä haastattelussa kiiteltiin hoidon kokonaisvaltaisuutta. Vastaajan mielestä hoidossa huomioidaan sekä psyykkistä että fyysistä puolta. Yksi haastateltava ei osannut sanoa muuta kuin olevansa tyytyväinen, että oli päässyt hoitoon.

”...on kohdeltu ihan oikeesti ihmisenä eikä pelkästään anorektikkona. Ja on otettu oikeesti persoona huomioon ja ollu yksilöllinen hoito. Ja sitte myöski ollu sitä oikeeta ymmärrystä ja aitoo välittämistä...”

- Haastateltava 4

Haastatteluissa palautteet jakautuvat luonnollisesti positiivisiin asioihin ja kiitoksiin sekä kritiikkiin ja kehitysehdotuksiin. Huomionarvoinen asia on kiitosten ja kritiikin laatu. Lähes kaikki kritiikin aiheet liittyivät käytännön järjestelyihin ja konkreettisiin asioihin, kuten ruokailun järjestämiseen. Sen sijaan hoitomalli ja yksilöllinen suhtautuminen potilaisiin saivat runsaasti kehuja. Kritiikin keskittyminen käytännön asioihin saattaa johtua siitä, että hoitomalliin liittyviä piirteitä ei ehkä osata edes kaivata, jos niitä ei ole koskaan koettukaan esimerkiksi toisissa hoitopaikoissa. On myös ymmärrettävää, että vaikeassa elämäntilanteessa häiriötä sairastavat kaipaavat järjestelmällisyyttä ja jatkuvuutta elämäänsä, jolloin pienetkin epäjohtomukaisuudet arjessa häiritsevät. Erityisesti ruokailuihin liittyvät sekavuudet lisäävät varmasti useilla syömishäiriöisillä ahdistusta. Toisaalta on myös huomattava, että haastatteluissa negatiivista palautetta usein ikään kuin pyydeltiin anteeksi. Haastateltava saattoi kritiikin jälkeen ilmaista ymmärtävänsä, että kyseisen asian korjaaminen ei tietenkään ole mahdollista tai se ei ole työntekijöistä riippuvaista. Tämän voi nähdä liittyvän samaan täydellisyyden tavoitteluun josta on edellä mainittu omahoitajuuden yhteydessä. Osa kehitysehdotuksista tosin oli todellisuudessakin sellaisia, joihin työntekijät eivät voi vaikuttaa.

Syömishäiriökeskuksen hoidon voimaannuttava puoli näkyi haastateltujen kiitoksissa. Potilaan persoonan huomioon ottaminen, arvostava kohtelu ja turvallisuutta luova aidon välittämisen tunne ovat kaikki asioita, joita voimaantumisen mahdollistavassa ympäristössä tulisi olla. Haastateltavat myös selvästi osasivat arvostaa tätä puolta hoidosta.

4.6 Muita haastatteluissa ilmenneitä asioita

Edellisten kappaleiden rakenteesta poiketen olemme tässä kappaleessa tuoneet ilmi haastatteluissa löytyneitä kiinnostavia asioita ja analysoineet niitä.

Kaksi haastateltavaa puhui anoreksiasta ikään kuin ulkopuolisena olentona. He kertoivat, että sairaus teki heidän puolestaan valintoja ja vääristi muiden puheita negatiivisiksi. Vaikka tämä asia on mainittu tässä kappaleessa, yhtä hyvin se voisi kuulua voimaantumiseen. Kuten olemme teoriaosiossa maininneet, yksi Syömishäiriökeskuksen voimaantumista edistävästä työmenetelmästä on juuri tällainen sairauden erottaminen yksilön terveestä puolesta. Näiden kahden haastattelun kohdalla on siis ainakin nähtävissä voimaantumista tässä suhteessa.

Eräs haastateltava kertoi kokeneensa, että sairaus oli aikaisemmin hallinnut häntä ja hänen ajatuksiaan, ja hän itse oli menettänyt otteen sairaudesta. Haastateltava kuitenkin kertoi tahtoneensa päästä eroon anoreksiasta ja sen mukanaan tuomista asioista.

"...emmä pysty niinku hallitsee sitä sairautta vaan se niinku koko ajan hallitsi mua. Tuntu et omat ajatukset oli niinku ihan hävinny ja koko ajan oli vaan se ruoka ja se sairaus ja mä haluan eroon tästä kaikesta pahasta mitä se sairaus tuo..."

- Haastateltava 1

Myös ihmissuhteiden menetys mainittiin yhdessä haastattelussa. "Oman äänensä" menettäminen ja sairauden tuoma kiukkuisuus olivat johtaneet ihmissuhteiden vähenemiseen.

Haastatteluissa ilmeni tunne siitä, että oma oleminen ja omat tunteet pitäisi jotenkin oikeuttaa. Eräs haastateltava kertoi ahdistuneensa kipeänä ollessaan paikallaan olemisesta, sillä hän koki, että hänellä on oikeus olla olemassa vain jos hän pystyy tekemään jotain. Samassa haastattelussa mainittiin myös syyllisyys ahdistuksen tuntemisesta pienten asioiden takia; pitäisi olla jokin suuri katastrofi, että tällaisia tunteita saisi olla. Kuten olemme teoriaosiossa maininneet, ovat syömishäiriöt sairauksia, jotka saattavat vaikuttaa terveeseen ihmisen näkökulmasta järjettömiltä. On vaikeaa arvailla, mikä saa anoreksiaa sairastavan tuntemaan itsensä niin huonoksi, että hänen pitää keksiä olemassaololleen oikeutus kuten jatkuva liikunta tai paastoaminen. Oireisiin liittyy kuitenkin usein vahva itsensä voittamisen ja itsehallinnan näkökulma. Anoreksiasta kärsivillä on myös taipumus vähätellä itseään kaikin tavoin. Tähän liittyy myös edellä mainittu tunne siitä, ettei haastateltavalla ole oikeutta ahdistua ellei maailma ole loppumassa. Kuitenkin jokainen, joka on joskus elämässään tuntenut voimakasta ahdistusta tietää miten musertava tunne voi olla. Terveen ihmisen on vaikea kuvitella miltä tuntuisi elää maailmassa, jossa ahdistusta aiheuttaa jokainen vilkaisu peiliin, jokainen nielty suupala ja jokainen hetki, jolloin vain on tekemättä mitään sen ihmeellisempää. Tämä on kuitenkin arkea syömishäiriöiselle.

Kahdessa haastattelussa puhuttiin anoreksian eri ilmenemistavoista ja niiden vaihteluista eri ihmisillä. Eräs haastateltava huomautti, että monesti hoitajat ovat pitäneet hänen tietynlais-

ta käyttäytymistään sairauden ilmenemisenä, vaikka hän itse tietää sen kuuluvan hänen persoonaansa. Toinen haastateltava korosti anoreksian ilmenevän eri tavalla eri ihmisillä, ja toivoi hoitajilta enemmän ymmärrystä ja joustoa tietyissä asioissa, sillä kaikki anoreksiaan liittyvät asiat eivät hänelle ole ongelmia, vaikka ne muille olisivatkin. Yksi haastateltava myös kertoi, että hoidon aikana hänen syömishäiriönsä on muuttunut siten, että enää hänellä ei ole tarvetta laihtua. Enemmän on kyse siitä, että paino ei saa vaihdella kumpaankaan suuntaan. Tällaiset kertomukset sairauden monista ilmenemistavoista vahvistavat kirjallisuudessakin näkyvää kuvaa syömishäiriöiden moni-ilmeisyydestä ja siitä, ettei niiden tarkkaa syntyperää ole voitu määrittellä. Tämä myös viittaa siihen, että syömishäiriöt ovat ennen kaikkea psyykkisiä sairauksia, jotka ilmenevät eri ihmisillä eri tavoin.

Yksi haastateltava halusi tuoda ihmisten tietoisuuteen sen, että anoreksia ei ole syömishäiriöisen oma valinta tai syy.

"...tai ärsyttää sillee ku ihmiset luulee että anoreksia on niinku sen anorektikon oma valinta tai oma syy. Sillä tavalla et me ite haluttas laihduttaa ittemme hengiltä tyylin. Mutta justii se et ne sais niinku tajuumaan sen että se on niinku ihan yhtä lailla uhri tai semmonen niinku avuton siinä tilanteessa kun esimerkiks syöpää sairastava ihminen."

- Haastateltava 1

Hän korosti, että anoreksia ei ole vain fyysinen sairaus, joka paranee painon nousulla, vaan myös ihmisen psyykettä täytyy hoitaa. Erityisesti haastateltava koki, että nykyajan laihuuden ihannointi yhdistetään virheellisesti anoreksiaan, vaikka syömishäiriöt ovat sairauksia siinä missä syöpäkin.

4.7 Yhteenveto

Seuraavassa esittelemme lyhyesti tutkielman keskeisimmät tulokset. On kuitenkin tärkeää pitää mielessä haastateltavien vähäinen määrä sekä tutkimuksen laadullinen ote. Näiden vuoksi tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä, mutta ne antavat viitteitä siitä, minkälaisena Syömishäiriökeskuksen hoito koetaan.

Haastattelumateriaalimme pohjalta väitämme että haastateltavamme tunnistavat ja nimeävät tunteita melko laajasti. Haastateltavat mainitsivat yhteensä 24 erilaista tunnetta sekä 32 eri tapaa, joilla he ilmentävät näitä tunteita. Yllätyimme materiaalin osalta siitä, kuinka laajasti haastateltavat osasivat nimetä negatiivisia tunteita ja ilmaista erilaisia tapoja käsitellä negatiivisia ja positiivisia tunteita. Negatiivisten tunteiden nimeämisen osalta tunneskaalan laajuus vastaa mielestämme melko hyvin terveän ihmisen vastaavaa tunnemaailmaa. Sen si-

jaan negatiivisten tunteiden ilmenemistavat eivät mielestämme kaikilta osin vastaa tervettä tapaa käsitellä tällaisia tunteita. Esimerkiksi itsensä vahingoittaminen ja täydellinen lukkiutuminen ovat terveellä ihmisellä viimeisiä keinoja käsitellä vaikeita tunteita. Tällainen suhtautumistapa viittaa mielestämme regressiivisiin defenssimekanismeihin. Positiivisia tunteita haastateltavat sen sijaan nimesivät vain muutaman, mikä on mielestämme huomattavan vähän verrattuna negatiivisten tunteiden kirjoon. Toisaalta suomalaiseen kulttuuriin on perinteisesti kuulunut negatiivisten asioiden korostaminen positiivisten kustannuksella. Myös liiallista oman onnellisuuden korostamista paheksutaan.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että vastoin henkilökunnan ja teorian tiedon asettamia ennako-oletuksia, haastattelemamme anoreksiaa sairastavat henkilöt kykenevät tunnistamaan tunteitaan ja nimeämään niitä. Vaikka tulokset ovat yllättäviä ja kertovat haastateltujen kyvystä tunnetyöskentelyyn, on muistettava, että suurin osa mainituista tunteista oli laadultaan negatiivisia. Tunteiden ilmaisu ja käsitteleminen eivät myöskään vastaa terveen ihmisen tunteiden työstämistä. Pahaa oloa purettiin esimerkiksi itseään satuttamalla tai vetäytymällä muiden seurasta. Tunteiden työstäminen ja niistä kertominen on selvästi haasteellista ainakin anoreksiaa sairastaville. Haastatteluiden lyhyt kesto viittaa selvästi siihen, että haastatelluilla ei ollut vielä riittävästi voimavaroja asioiden syvällisempään tarkasteluun. Tästä huolimatta tulokset antavat lupaavan näkymän Syömishäiriökeskuksen tekemään tunnetyöhön.

On perusteltua olettaa, että tunteiden tunnistaminen ja ilmaisu ovat yhteydessä jo tapahtuneeseen ja parhaillaan tapahtuvaan voimaantumiseen. Haastateltavillamme tuntui olevan käytössään monia keinoja voimaantua ja vaikuttaa elämäänsä. He mainitsivat sekä nyt jo käytössä olevia että tulevaisuuden mahdollisia keinoja voimaantua. Jo käytössä olevat keinot vaikuttaa omaan elämään ja hyvinvointiin olivat enimmäkseen konkreettisia ja liittyivät arkiin asioihin. Tulevaisuuden mahdolliset keinot puolestaan olivat abstrakteja ja liittyivät esimerkiksi omien tunteiden hyväksymiseen. Tulevaisuuteen sijoittuvat keinot vaikuttaa omaan elämään viittaavat siihen, että heillä on myös kyky asettaa tavoitteita sekä uskoa niiden toteuttamiseen, mikä on tärkeä osa voimaantumisprosessia. Aikaperspektiivin lisäksi voimaantumisen tavat voidaan jakaa haastateltavista itsestään lähtöisin oleviin ja hoidon aikaansaamiin keinoihin. Suurin osa keinoista oli yksilöstä itsestään lähtöisin olevia. On kuitenkin todennäköistä, että hoidolla on ollut vaikutusta yksilön mahdollisuuksiin tehdä itsenäisiä päätöksiä. Yksi hoidon pääperiaatteista on kognitiivisten toimintojen muokkaaminen siten, että epäterveet ajatusmallit väistyvät. Tällöin hoidon vaikutus ja yksilön oma kyky voimaantua ovat vahvasti kietoutuneet toisiinsa, eikä niiden erottaminen ole tarkoituksellista.

Haastatteluiden perusteella omahoitajuus on ehdottomasti yksilön kannalta toimiva hoitokeino syömishäiriöiden hoidossa. Omahoitaja näyttäytyi haastatteluissa merkittävänä henkilönä, ja omahoitajasuhteeseen liitettiin hyvinkin tunnepitoisia, positiivisia mielikuvia, kuten turval-

lisuuden ja luottamuksen tunnetta. Haastateltavat osasivat kuitenkin eritellä asioita, jotka vaikeuttaisivat luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Tällaisia olivat esimerkiksi omahoitajan pitkä poissaolo hoidon alkuvaiheessa ja henkilökemioiden toimimattomuus. Negatiivisia kokemuksia omahoitajuudesta hoitomallin osana ei haastateltavilla kuitenkaan ollut. Omahoitajuuden tuomat edut voitaisiin varmasti nähdä myös muissa syömishäiriöisiä hoitavissa yksiköissä, ja mallin siirtäminen muihin hoitolaitoksiin olisi ehdottomasti kokeilemisen arvoinen asia.

Syömishäiriökeskuksen hoitomalli näyttää haastatteluiden pohjalta olevan potilaan näkökulmasta toimiva ja arvostava kokonaisuus. Erityisesti kehuja sai hoitomallin yksilökohtainen lähestymistapa ja kokonaisvaltaisuus. Toisaalta yksilöllistä suhtautumista toivottiin tietyissä asioissa lisää. Kritiikkiä haastateltavat antoivat kuitenkin lähinnä käytännön asioista, kuten ruokailun organisoinnista ja tiedonkulusta hoitajien välillä.

Tuloksia tarkastelemalla voidaan nähdä, että yhtä kysymystä lukuunottamatta saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Päättökysymyksemme käsitteli haastateltavien kokemuksia syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Koska tämä kysymys kattaa muut tutkimuskysymyksemme, saadaan siihen vastaus tarkastelemalla tuloksia kokonaisuudessaan. Kysymykseen *1.1 Miten voimaantumisen ilmenee Syömishäiriökeskuksen potilaille*, vastaavat haastateltavien mainitsema monet tavat vaikuttaa omaan elämään ja hyvinvointiin. Kysymykseen *1.3 Millaisena omahoitajuus näyttäytyy Syömishäiriökeskuksen potilaille*, voi myös löytää tuloksista monenlaisia vastauksia, joissa lähes kaikissa pidettiin omahoitajuutta myönteisenä asiana. Sen sijaan kysymykseen *1.2 Miten tunteiden tiedostaminen ja nimeäminen muuttuvat potilaille hoidon aikana*, emme saaneet jatkuvuusnäkökulman puuttumisen vuoksi vastausta. Saimme kuitenkin arvokasta tietoa syömishäiriötä sairastavien tunteiden tunnistamisesta ja ilmaisemisesta. Syitä jatkuvuusnäkökulman puuttumiseen ja tämän vaikutusta luotettavuuteen olemme eritelleen tarkemmin kappaleessa 5.2 Eettisyyden ja luotettavuuden toteutuminen.

5 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme tutkielman tekemiseen ja saatuihin tuloksiin liittyviä seikkoja, sekä yleisemmin syömishäiriöitä yhteiskunnallisessa viitekehyksessä. Ensimmäisessä kappaleessa pohdimme omaa onnistumistamme, tehtyjen valintojen mielekkyyttä ja seurauksia, yhteistyön toimivuutta sekä mahdollisia aiheita jatkotutkimuksille. Tästä siirrymme pohtimaan tutkielman eettisyyttä ja luotettavuutta sekä joitakin mahdollisia kompastuskiviä prosessin aikana. Viimeisenä on yleisempää syömishäiriöihin liittyvää pohdintaa.

5.1 Tutkielman toteutuksen tarkastelu

Tutkielmamme tulosten yleistettävyyttä mietittäessä on otettava huomioon, että kyseessä on tutkimus viiden ihmisen kokemuksista. Kokemukset ovat aina yksilöllisiä, eikä niitä voi yleistää koskemaan edes kaikkia samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Näin ollen tutkittavien lukumäärän lisääminen ei tekisi tuloksista yleistettävämpiä. Jotta tutkielmalla olisi arvoa, on tuloksista oltava hyötyä useammille kuin vain tutkimukseen osallistuneille. Mielestämme yleistettävyyys tämän tutkielman kohdalla toteutuu siten, että tutkimushenkilöidemme kokemukset tarjoavat näkemyksen syömishäiriöisen ihmisen kokemusmaailmaan ja auttavat ymmärtämään sitä. Vaikka kokemukset ovat yksilöllisiä, voidaan niissä silti nähdä joitain yhteneväisyyksiä, kuten olemme edellä osoittaneet.

Tutkimuksen tekijän tulee pohtia jo etukäteen mahdollisia ongelmatilanteita. Haastattelussa kielellä on suuri merkitys. Vuorovaikutus koostuu sanoista ja niiden merkityksistä ja tulkinnoista, ja haastattelutilanteessa - kuten missä tahansa muussakin vuorovaikutustilanteessa - väärinymmärrykset ovat enemmän sääntö kuin poikkeus. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48 - 49.) Tutkimusta suunniteltaessa on otettava huomioon myös haastattelijan "ammattitaito". Luotettavalta haastattelijalta vaaditaan muun muassa aihepiirin tuntemusta, haastattelun tarkoituksen ymmärtämistä ja aiheesta pysymistä, selkeyttä, sosiaalisia taitoja ja sosiaalista herkkyyttä, avoimuutta, psyykkistä kestävyyttä sekä luottamusta herättävää, mutta huomiota herättämätöntä olemusta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 68 - 69.) Muita huomionarvoisia seikkoja ovat tekniikan mahdollinen pettäminen haastattelutilanteessa (tai litterointivaiheessa), haastateltavien kieltäytyminen puhumasta jostakin aiheesta sekä erilaiset inhimilliset erehdykset ja virheet tutkijoiden toiminnassa.

Kielen ja siihen liittyvän tulkinnan ja väärinymmärrysten mahdollisuuden huomasimme analyysivaiheessa, sillä jotkin haastatteluissa esiin tulleet asiat oli mahdollista tulkita monella tavalla. Haastattelutilanteessa emme ehkä olleet ehtineet miettiä, mitä haastateltava tarkoitti, tai sitten kolmen ihmisen tulkinnat yhdestä asiasta erosivat toisistaan. Tämä vaikeutti joidenkin asioiden auki kirjoittamista ja analysointia, mutta toisaalta tutkielman luotettavuutta lisää se, että kolme ihmistä huomaa mahdolliset merkityserot paremmin kuin yksi. Myös tarkka litterointi ja asioiden sovittaminen asiayhteyteen auttoivat ymmärtämään yksittäiset asiat paremmin. Varoimme tekemästä omia päätelmiä haastateltavien kertomuksista, jos ne olivat vähänkin epäselviä tai tulkinnanvaraisia.

Olimme kaikki perehtyneet teoriakirjallisuuden kautta aihepiiriin ja haastateltaviin. Myös henkilökohtainen käynti Syömishäiriökeskuksessa haastatteluajkojen sopimiseksi oli osa tätä tutustumista. Koimme tärkeäksi sen, että haastateltavat ja haastattelijat näkevät toisensa ennen haastatteluiden toteuttamista. Uskomme, että henkilökohtainen esittäytymisemme

haastateltaville loi lisää luottamusta ja turvallisuuden tunnetta itse haastattelutilanteisiin. Haastattelutilanteissa pyrimme rohkaisemaan haastateltavia kertomaan heille merkityksellisistä asioista paitsi sanoin, myös kehonkielen avulla. Oli tärkeää, että viestitimme jatkuvasti tutkittaville, että olemme vilpittömän kiinnostuneita kaikesta heidän kertomastaan.

Ennen tutkielman tekemistä meillä jokaisella oli vain vähän kokemusta haastattelujen tekemisestä. Valmistauduimme uuteen tilanteeseen sopimalla yhdessä joustavasta haastattelurungosta ja varmistamalla, että haastattelun tarkoitus ja metodi olivat kaikille täysin selviä. Lisäksi saimme Syömishäiriökeskuksen henkilökunnalta vinkkejä ja ohjeita siihen, mitä asioita meidän tulisi haastatellessa ottaa huomioon ja mitä erityisvaatimuksia ja -rajoituksia kyseinen ryhmä toisi haastattelutilanteeseen. Haastatteluiden teknisen puolen onnistumisen varmistimme varaamalla etukäteen tilan, jossa haastattelut toteutettiin sekä tutustumalla hyvässä ajoin nauhureihin, joille tallensimme haastattelut. Teknisiä ongelmia ei ilmennyt, lukuun ottamatta muutamaa yksittäistä sanaa haastattelunauhoilla, joista emme saaneet litterointivaiheessa selvää. Ne eivät kuitenkaan olleet merkityksellisiä tulosten kannalta, sillä asiayhteydestä oli selvästi pääteltävissä niiden olleen pelkkiä täytesanoja.

Alun perin tarkoituksemme oli haastatella kahdeksaa Syömishäiriökeskuksen potilasta, mutta kahden kieltäytyminen ja yhden huono fyysinen kunto supistivat haastateltavien määrän viiteen. Tämä vaikuttaa tietenkin luotettavuuteen, sillä emme saaneet tietoomme kaikkien Syömishäiriökeskuksen tämänhetkisten potilaiden kokemuksia. Saamamme haastattelumateriaali on kuitenkin niin monipuolista, että emme usko kolmen muun haastattelun muuttaneen tuloksia merkittävästi. Olisimme tosin kaivanneet osastolta jo lähteneen potilaan näkemystä hoidosta, sillä se olisi voinut tuoda erilaista perspektiiviä tuloksiin.

Haastattelut sujuivat mielestämme luonnollisesti, eikä kokemattomuutemme haastattelijoina vaikuttanut tulosten luotettavuuteen. Kaikkien haastatteluiden aikana rajasimme keskustelua, mutta emme niin tiukasti, ettei haastateltavalla olisi ollut tilaa kertoa haluamistaan asioista. Tämä ei vaatinut erityisiä ponnisteluja, sillä keräsimme Syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemuksia, joten myös varsinaisiin haastattelukysymyksiin liittymättömät kokemukset vastasivat tutkielman tarkoitukseen. Se, että haastattelutilanne oli meille uusi emmekä yhtä meistä lukuun ottamatta tunteneet haastateltavia entuudestaan, luonnollisesti aiheutti hieinan jännitystä, mutta koemme olleemme ammatillisia ja luottamusta herättäviä.

Yhtenä tavoitteena oli saavuttaa haastattelutilanteessa neutraalius eli saada haastateltava kertomaan kokemuksistaan ilman niiden reflektointia tai niihin liittyvää suurta tunnelatausta. Mielestämme onnistuimme tässä, sillä haastattelut sujuivat rauhallisesti ja ilman tunteenpurkauksia. Litteroidusta haastattelumateriaalista huomaa myös, kuinka helposti haastattelutilanteissa on siirrytty aiheesta toiseen, ja edellinen haastateltavan kertoma kokemus on väistynyt.

Tämä kertoo siitä, että tunteet eivät ole olleet ainakaan kovin vahvasti mukana, sillä siinä tapauksessa siirtyminen täysin toiseen aiheeseen ei olisi onnistunut.

Kolmen ihmisen panos ja yhteistyö tutkielmaa tehdessä on sekä hyöty että haitta. Suurin ongelma syntyi aikataulujen yhteen sovittamisesta, mutta ratkaisimme sen sopimalla jo hyvissä ajoin tulevat tapaamiset. Asetimme siis tutkielman tekemisen etusijalle, ja jokainen hoiti henkilökohtaiset asiansa niinä päivinä, joiina ei ollut tapaamista. Tämä oli erityisesti prosessin loppuvaiheessa välttämätöntä etenemisen kannalta. Tutkielman tekemisen ja raportin kirjoittamisen jakaminen kolmen ihmisen kesken luonnollisesti vähentää yksittäiselle ihmiselle kertyvää työtaakkaa. Emme kuitenkaan koe päässeemme yhtään vähemmällä työllä kuin jos olisimme jokainen tehneet omat erilliset tutkielmat. Luimme aina toistemme kirjoittamat tekstit, minkä jälkeen niitä vielä muokattiin yhdessä. Lisää työtä aiheutui myös tekstipätkien liittämisestä oikeisiin kohtiin niin, että rakenne pysyi sujuvana. Edellä mainituista asioista seurasi myös tutkielman valmistumisen lykkääntyminen. Jos olisimme jokainen tehneet tutkielmaa yksin, olisimme todennäköisesti kiirehtineet enemmän sen valmiiksi saamista. Ryhmä ikään kuin toi turvaa ja loi kuvitelman siitä, että oma henkilökohtainen vastuu on pienempi. Toisaalta taas kannustimme jatkuvasti toisiamme ottamaan vastuuta ja etenemään. Ryhmä toimi siis myös asiana, joka pakotti jatkamaan, vaikka aina ei olisi huvittanut.

Tutkielman tekemisen aikana syntyi myös erimielisyyksiä, joista sanoimme toisillemme suoraan. Yhden ihmisen ollessa eri mieltä jostain asiasta syvennyimme tähän asiaan paremmin ja pohdimme sitä, kunnes yhteisymmärrys löytyi. Tulosten raportoinnissa oli erityisen hyödyllistä, että kolme ihmistä kävi läpi saadut tulokset, sillä vielä monen tarkastuksen jälkeen haastattelumateriaalista löytyi uusia asioita. Tällainen oman työn kriittinen tarkasteleminen ei olisi mahdollista yksin työskennellessä. Kolmen ihmisen panos on siis lisännyt tutkielman luotettavuutta. Emme kuitenkaan koe tehneemme erimielisyyksien vuoksi tarpeettomia myönnytyksiä tai kompromisseja, vaan ennemminkin jokainen on tuonut jotain lisää tutkielmaan. Persoonallisista eroista huolimatta olemme tehneet kaiken ammatillisesti, eikä esimerkiksi tekstistä mielestämme havaitse, että sitä on kirjoittanut kolme ihmistä.

Erityisesti teoriapohjan muodostamisessa eri osa-alueet jakaantuivat niin, että perehdyimme jokainen tarkemmin muutamaaan alueeseen. Esimerkiksi yksi perehtyi fenomenologiaan, toinen anoreksiaan ja kolmas voimaantumiseen. Tällainen jako oli tutkielman aikataulun kannalta lähes välttämätöntä, mutta aiheutti sen, että muilla ei ollut yhtä kattavaa käsitystä tietyistä aiheista kuin sillä, joka oli niihin perehtynyt. Kävimme kuitenkin niin runsaasti läpi sekä teoriapohjaa että tutkielmaa yleisesti, että kaikki saivat hyvissä ajoin riittävän ymmärryksen teoreettisista lähtökohdista.

Koska tutkimme Syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemuksia, olimme yhteistyössä myös

Syömishäiriökeskuksen ja sen työntekijöiden kanssa. Saimme alusta asti Syömishäiriökeskuksen puolelta melko vapaat kädet tutkielman suhteen. Määrittelimme itse työn luonteen ja rajasimme aiheen, eivätkä Syömishäiriökeskuksen työntekijät myöhemmissäkään vaiheissa puuttuneet prosessin kulkuun. Tällainen luottamuksen osoitus oli mielestämme hienoa, kun otetaan huomioon, että kyseessä oli ensimmäinen kertamme näin laajan tutkielman tekemisessä. Toisaalta vapaus ohjata prosessin kulkua ja määritellä koko tutkielman luonne itse oli välillä haasteellista. Tuki aiheen rajaamisessa olennaisiin asioihin olisi ollut varmasti hyödyllistä, ja koimme usein epävarmuutta siitä, teemmekö asioita oikein. Myös aikataulujen yhteensovittaminen oli haasteellista, sillä työ Syömishäiriökeskuksessa on kiireistä. Erityisesti aikatauluongelmat tulivat esille, kun yritimme sopia haastatteluajoja potilaille.

Tehdessämme tutkielmaa huomasimme aiempien samankaltaisten tutkimusten vähäisen määrän. Syömishäiriöiden hoitoa Suomessa on tutkittu erittäin vähän, ja vielä vähemmän löytyy häiriötä sairastavan subjektiivisen näkökulman huomioon ottavia tutkimuksia. Tällaisille tutkimuksille olisi varmasti kysyntää, sillä pelkät numerot tilastoissa eivät vielä kerro hoidon toimivuudesta. Koska emme resurssiemme vuoksi voineet ottaa vaikuttavuusnäkökulmaa tutkimukseemme, olisi tässä myös hyödyllinen jatkotutkimusaihe. Olisi mielenkiintoista toteuttaa samanlainen tutkimus samoilla tutkimushenkilöillä esimerkiksi vuoden kuluttua ja näin arvioida haastateltujen kehitystä alueilla, joita tutkielmamme käsittelee. Vaikuttavuutta voitaisiin mitata myös pitkittäistutkimuksen avulla, jossa seurattaisiin muutamien Syömishäiriökeskuksen potilaiden tunteiden ja voimaantumisen kehitystä koko hoidon ajan. Aihe on kiinnostava ja tutkimustulokset varmasti tervetulleita niin Syömishäiriökeskukselle kuin muillekin syömishäiriöisiä hoitaville tahoille.

5.2 Eettisyyden ja luotettavuuden toteutuminen

Tutkielmamme käsittelee ihmisiä ja heidän henkilökohtaisia kokemuksiaan. Tällöin eettisyys tulee ottaa erityisen tarkasti huomioon. Lisäksi haastateltavien vähäisestä määrästä johtuen anonymiteetin suojaamiseksi täytyy tehdä erityisen paljon töitä. On tärkeää, että haastateltavia ei voi tunnistaa tekstin perusteella eikä esimerkiksi suorista lainauksista pysty päättelemään, kuka haastateltavista on sen sanonut. Eettinen reflektointi on myös kulkenut mukana koko prosessin ajan. Olemme pohtineet tutkielman haittoja ja hyötyjä niin Syömishäiriökeskukselle kuin haastattelemillemme syömishäiriötä sairastavillekin, ja ottaneet eri näkökannat huomioon valitessamme sopivaa etenemistapaa. Esimerkiksi päätös haastatteluiden suorittamisesta kasvokkain eikä vaikkapa lomakemuotoisena, johtui paitsi sopivuudesta tutkielman näkökulmaan, myös ajatuksesta kohdella jokaista haastateltavaa yksilönä ja viestittää todellista kiinnostusta heidän kokemuksiinsa kohtaan.

Haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuuden vuoksi koimme, että mahdollisen haastattelupalkkion tarjoaminen olisi vääristänyt haastateltavien motiiveja ja siten tuloksia. Lisäksi haastateltaville oli jo ennen suostumuksen pyytämistä tehtävä selväksi, mikä haastattelun ja tutkielman tarkoitus on, ja millaisen osan haastattelut muodostavat lopullisesta tutkielmasta. Tämän järjestimme sopimalla Syömishäiriökeskukseen ajan, jolloin kaikki potilaat olisivat paikalla. Kerroimme heille tutkielmastamme ja siitä, miksi halusimme kuulla heidän kokemuksistaan. Tämän jälkeen halukkaat saivat sopia heille itselleen sopivan haastatteluajan, ja he saivat allekirjoitettavakseen lomakkeen haastatteluun suostumisesta (Liite 1). Varmistaaksemme, että haastateltavat ymmärsivät haastatteluiden käyttötarkoituksen, kerroimme vielä ennen jokaista haastattelua esimerkiksi sen, että haastattelunauhut tulevat vain meidän kuultaviksemme ja kaikki materiaali tuhotaan jälkeensä. Tutkielma käsittelee henkilökohtaisia kokemuksia, jotka saattavat olla raskaitakin, joten otimme huomioon myös haastateltavien psyykkisen jaksamisen. Kehotimme heitä keskeyttämään haastattelu heti, jos tilanne tuntuu ahdistavalta, sekä kertomaan vain sellaisista asioista, jotka heille tuntuivat luontevilta. Lisäksi kerroimme haastateltaville, että mikäli haastatteluissa käsitellyt aiheet jäisivät ahdistamaan heitä tai herättäisivät muutoin askarruttavia ajatuksia, tulisi heidän kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen.

Analyysivaiheessa litteroidun haastattelumateriaalin erottaminen haastattelemistamme henkilöistä oli vaikeaa, sillä olimme nähneet kaikki haastateltavat ja jokaisella oli elävä muistikuva itse tekemistään haastatteluista. Tällainen erottaminen oli kuitenkin välttämätöntä, jotta pystyimme käsittelemään materiaalia mahdollisimman puolueettomasti, ilman ennakkokäsityksiä. Tulosten raportoinnissa pyrimme luetteloimaan haastatteluissa esiin tulleet asiat aihepiireittäin ja välttämään luettelointia josta pystyisi päättelemään, mitkä asiat ovat samasta haastattelusta. Näin anonymiteetti säilyy paremmin. Halusimme käyttää tutkielmasamme myös suoria lainauksia haastatteluista, sillä mielestämme ne elävöittävät tekstiä ja ennen kaikkea tuovat haastateltavien omia kokemuksia paremmin esille kuin pelkkä tulosten luettelointi. Tämä aiheutti jälleen pohdintaa eettisyydestä ja anonymiteetin toteutumisesta. Suorissa lainauksissa näkyy haastateltavan käyttämä kieli, ja esimerkiksi murteella puhuminen voi näin pienessä otoksessa paljastaa lainauksen alkuperän. Tästä syystä valitsimme hyvin tarkkaan käyttämämme suorat lainaukset.

Kuten aiemmin on jo todettu, laadullisen tutkimuksen luotettavuuden eli tulosten toistettavuuden mittaaminen on vaikeampaa kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Vaikka haastatteluun otettaisiin samat viisi ihmistä ja kaikki tehtäisiin samalla tavoin, eivät tulokset välttämättä ole täysin samoja. Ihmisiä ja heidän kokemuksiaan tutkittaessa on lähes mahdotonta saada kahdella eri kerralla samoja tuloksia, sillä vaikka kokemukset itsessään eivät muuttuisi, vaikuttaa niistä kertomiseen moni asia, kuten mielentila tai juuri tapahtuneet asiat. Koemmekin, että tämän tutkielman kohdalla luotettavuutta ja tulosten toistettavuutta kuvaisi en-

nen kaikkea se, että samanlaisen tutkielman tekeminen muutaman vuoden päästä ja siitä saadut tulokset olisivat vertailukelpoisia nyt saatuihin tuloksiin.

Jotta tutkielma olisi toistettavissa, kaikki vaiheet tulee kuvata tarkasti ja niin selkeästi, että ne ovat täysin ymmärrettävissä. Olemme pyrkineet tähän, ja eritelleet myös keskinäistä yhteistyötämme ja työnjakoamme sekä prosessin aikana ilmenneitä ongelmia. Tulosten raportoinnissa olemme välttäneet tulkintoja mahdollisimman paljon jotta esittelemämme tulokset olisivat todenmukaisia. Esiteltyämme tulokset sellaisina kuin ne aineistossa ilmenivät, olemme analysoineet niitä. Vasta Pohdinta-kappaleessa olemme pohtineet aihetta laajemmin suhteessa yhteiskuntaan, mediaan ja omiin kokemuksiimme. Olemme pyrkineet myös perusteellaan tekemiämme valintoja ja tulkintoja siinä määrin kuin olemme kokeneet sen luotettavuuden säilymisen kannalta tarpeelliseksi.

Itsereflektio on tärkeässä asemassa mietittäessä haastattelujen sujumista, sillä jokainen tekee haastattelut omalla persoonallaan, ja kaikkien ihmisten olemus ei välttämättä kannusta haastateltavaa kertomaan henkilökohtaisia asioita. Omasta mielestämme meillä ei kuitenkaan tältä osin ole aihetta olla huolissamme tulosten luotettavuudesta. Sen sijaan litteroituja haastatteluja lukiessamme huomasimme joissain kohdissa haastattelijan johdatelleen haastateltavaa hieman. Tämän kaltaisessa tutkielmassa johdatteleminen haastattelun aikana on aina uhka luotettavuudelle, sillä haastateltavien tulisi nimenomaan kertoa itse valitsemistaan asioista omin sanoin, eikä vastata kysymyksiin, joita haastattelija haluaa tietää. Olemme kuitenkin analyysiä tehdessämme miettineet tarkkaan, mikä osa haastateltavan vastauksesta on hänen omaa ajatustaan ja mikä haastattelijan mielipiteen myötäilemistä.

Tutkielman luotettavuutta arvioidessa tulee myös pohtia tulosten yhteiskunnallista merkittävyyttä. Mielestämme tutkielmamme on jo itsessään merkittävä, sillä Syömishäiriökeskuksen hoitoa ei ole aiemmin tutkittu, ja hoitopaikkana se on hyvin erilainen kuin esimerkiksi monet sairaalat, joissa syömishäiriöisiä myös hoidetaan. Kuten aiemmin mainitsimme, ei sairaalahoidossakaan olevia syömishäiriöisiä ole Suomessa tutkittu kovin paljon, kuten ei syömishäiriöitä yleensä. Suomalaisen syömishäiriötutkimuksen kannalta kaikki uusi tieto on siis tarpeellista. Tutkielmamme tuloksilla on ensisijaisesti merkitystä Syömishäiriökeskuksen hoidon kehittämässä, mutta toivomme sen myös herättävän ajatuksia syömishäiriöiden hoidosta laajemminkin.

Yksi tapa mitata laadullisen aineiston luotettavuutta on aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus. Koemme, että nämä kaksi asiaa ovat kuitenkin käänteisesti verrannollisia toisiinsa nähden. Kuten mainitsimme jo teoriaosiossa, laadullisessa tutkimuksessa aineiston suuri määrä saattaa jopa heikentää luotettavuutta, sillä määrän kasvaessa keskittyminen yksittäisiin tapauksiin vähenee. Erityisesti käytettävissä olevasta rajallisesta ajasta johtuen emme olisi

pystyneet analysoimaan laajempaa aineistoa yhtä hyvin. Lisäksi tutkielmamme kohteena ovat nimenomaan Syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemukset, joten emme olisi voineet kerätä kovin suurta aineistoa. Haastattelemalla viittä osaston seitsemästä potilaasta koemme saaneemme kattavasti tietoa.

Validiteetin, eli tutkimusmenetelmän kyvyn mitata sitä mitä on tarkoituskin, toteutumista voimme arvioida tarkastelemalla tutkimuskysymyksiämme ja vertaamalla niitä saamiimme tuloksiin. Vaikka tuloksemme vastaavat pääosin määrittelemiimme tutkimuskysymyksiin, olisi tässä silti parantamisen varaa. Huomattava ero tutkimuskysymysten ja tuloksien välillä on siinä, että alun perin tarkoituksenamme oli haastatella hoidon alkuvaiheessa olevia ja hoitosuhdettaan lopettavia potilaita, ja verrata näitä tuloksia keskenään. Halusimme tällä tavoin saada suuntaa-antavan käsityksen siitä, miten tunteiden ilmaisu ja tunnistaminen sekä voimaantuminen ovat kehittyneet hoidon aikana. Jokainen haastattelemamme syömishäiriöinen oli kuitenkin ollut melko vähän aikaa hoidossa, joten emme saaneet muodostettua tällaista tutkimusasetelmaa. Tämä ei kuitenkaan johdu tutkimus- tai haastattelukysymysten huonosta asettelusta, vaan meistä riippumattomista syistä, joiden vuoksi emme voineet haastatella hoidon loppuvaiheessa olevia potilaita. Asettamamme haastattelukysymykset (Liite 2) kattavat tutkimuskysymyksemme riittävän hyvin, mutta mahdollisimman validin aineiston saamiseksi kysymyksiä voi esimerkiksi jatkotutkimuksessa tarkentaa.

Pohdimme myös sitä, miten tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, jos haastateltava ei halua käsitellä asioita, jotka meitä olisivat kiinnostaneet tai jotka ovat tutkimuksen kannalta merkittäviä. Tällaista tilannetta ei onneksemme varsinaisesti tullut, vaikka joissain haastatteluissa joidenkin kysymysten käsittely jäikin vähäiseksi. Myös tutkielmamme lähestymistapa on sellainen, että kaikki saamamme tieto on tulosten kannalta arvokasta, eikä ennako-odotuksia haastatteluissa saatavalle materiaalille ollut. Sen sijaan on mahdollista, että haastateltava ei ole halunnut puhua haastattelutilanteessa esimerkiksi tunteistaan, ja on tämän vuoksi ohittanut aiheen vain kertomalla lyhyesti jotain, mitä hän luulee häneltä odotettavan. Tällainen mahdollisuus on hyvä ottaa huomioon, mutta lopulta emme voi tehdä asialle mitään, sillä luotamme haastateltaviin ja siihen, että he kertovat rehellisesti omista kokemuksistaan, tietysti juuri sen verran kuin haluavat. Lisäksi litteroidusta aineistosta ei ollut havaittavissa haastatteluvien osalta pidättäytymistä joidenkin asioiden kertomisesta.

5.3 Syömisen ongelmat, media ja yhteiskunta

Käsitys siitä, että syömishäiriöiset koettaisivat tavoitella länsimaisen median tuputtamaa anorektista naisihannetta, on aikansa elänyt. Useat syömishäiriöiset myöntävät, etteivät tavoittele kauneutta niinkään kuin rajatonta itsehillintää. Lisäksi on otettava huomioon, että vaikka median tarjoama ylilaiha naiskuva yhdistetään usein menestyvyyteen, itsehillintään ja pa-

remmuuteen, ei nääntyvä naisvartalo ole useimpien mielestä kaunis.

"...varsinki ku hoikkuutta ihannoidaan nii se varmaan ajatellaan aina että anorektikkoki tosiaan että se on sen oma syy, ja halunnu olla laiha..."

- Haastateltava 1

Edellä on mainittu kuinka tyttöjen ja poikien käsitykset omasta vartalostaan eroavat toisistaan suuresti. Tytöt keskittyvät siihen, miltä heidän vartalonsa näyttää kun taas pojat ovat enemmän huolissaan siitä, mihin heidän ruumiinsa pystyy. Mikä näitä käsityksiä sitten mielissämme muokkaa? Ovatko ajatuksemme sidottuja biologiaamme, kulttuuriimme vai aikaan? Uskomme, että kauneusihanteet ovat yhdistelmä näistä kaikista. Näkyvimpänä vaikuttajana on media ja sen luomat paineet niin nuorissa kuin vanhemmissakin ihmisissä.

Mielenkiintoista on pohtia biologisen kauneusihanteen ja nyky-yhteiskunnassa vallitsevan kauneuskäsityksen perusteellista eroa. Vaikka sanotaan, että kauneus on katsojan silmässä, ovat Johnston ja Franklin (1999, 144 - 149) saaneet tutkimuksistaan toisenlaista tietoa. Naiskeho koetaan poikkeuksesta kulttuurista toiseen viehättävimmäksi painoindeksin ollessa 20. Kauniit kasvot edellyttävät erityisesti matalaa leukalinjaa sekä täyteläisiä huulia. Huulien täyteläisyys saavutetaan vain tietyllä kehon rasvaprosentilla, joka vaikuttaa myös estrogeenin tuotantoon ja näin lisääntymiskykyyn. Käsitys naisvartalon kauneudesta on näin biologista perää ja osittain myös tietoisien mielen muuttamattomissa. Tämä antaakin käsityksen siitä, kuinka vahva mielipiteen muokkaaja media voi olla. Eräs hyvä esimerkki median vaikutuksesta esitellään Keski-Rahkosen ym. kirjassa (2008, 34): Fidzi-saarilla on aina suosittu rehevää naisvartaloa. Kun televisio saapui saarille vuonna 1995 ja altisti asukkaat länsimaiselle kauneusihanteelle, räjähti koulutyttöjen keskuudessa epätyypillisen anoreksian ja bulimian epidemiat. Toisena esimerkkinä kirjassa esitellään Curacaon saari, jossa syömishäiriöt ovat perinteisesti olleet äärimmäisen harvinaisia. Viime aikoina saarella on esiintynyt enenevässä määrin syömishäiriötä, mutta *poikkeuksetta* henkilöillä, jotka ovat oleskelleet pitkiä aikoja länsimaissa.

Syömishäiriöiden kulttuurisidonnaisuutta ja yhteyttä länsimaiseen kauneuskäsitykseen ovat pohtineet myös Soh ym. (2006) artikkelissaan. Kuten aiemmin teoriaosiossa mainitsimme, tutkimukset eivät ole pystyneet todistamaan, että syömishäiriöt olisivat puhtaasti länsimaiseen kulttuuriin liittyvä ilmiö, mutta eivät myöskään, että niitä ilmenisi kulttuurista riippumatta ympäri maailman. Artikkelissa mainitaan tutkimus, jossa ei löydetty juurikaan eroja Iranissa ja USA:ssa elävien iranilaisnaisten syömiskäyttäytymisen häiriöiden välillä. Havaitut erot muodostuivat siitä, että Iranissa elävät naiset osoittivat enemmän syömishäiriöille tyyppillistä käyttäytymistä. Tällaiset tulokset ovat yllättäviä, erityisesti koska länsimainen media kiellettiin Iranissa vuonna 1978 ja Iranissa naiset pukeutuvat julkisilla paikoilla kehon muodot peittäviin kaapuihin. (Soh ym. 2006, 57.) Tällaisista tuloksista voisi tehdä johtopäätöksen, että

syömishäiriöt eivät ole länsimaisen kauneuskäsityksen ja laihuuden ihannoinnin tulosta, vaan juontavat juurensa jostain paljon syvemmältä. Iranilaisten naisten tapauksessa voidaan pohtia, onko kyseisessä kulttuurissa jokin piirre, joka länsimaisen kauneuskäsityksen tavoin ajaa naiset tavoittelemaan tietynlaista vartaloa. Kauneusihanteista huolimatta länsimaissa on melko vapaa kulttuuri ja on hyväksyttävää olla valtaväestöstä poikkeava. Näin ei välttämättä ole esimerkiksi Iranissa. Paineet saada ”hyvä” aviomies saattavat johtaa äärimmäisiinkin tekoihin, tässä tapauksessa epäterveeseen laihduttamiseen. Toisaalta myös kulttuuriin kuuluva naisten vähäinen mahdollisuus vaikuttaa ja kontrolloida elämäänsä saattaa aiheuttaa sen, että naiset kontrolloivat ainoaa asiaa, jota he voivat - omaa vartaloaan.

Vaikka media ja kulttuuriset kauneusihanteet ”pakottavat” naisen laihduttamaan, alkaa myös miesten anoreksia samalla tavalla kuin naisilla. Usein syömishäiriöön sairastuneilla miehillä on pakottava tarve liikkua ja siihen kuluu useita tunteja päivästä. Ruokaa miehet ajattelevat siinä missä naisetkin, mutta he eivät ole niin kiinnostuneita sen laittamisesta. Miesten anoreksiaa on kuitenkin vaikeampi ymmärtää, sillä miesvartalon on yhteiskunnan muotin mukaan oltava lihaksikas, ei laiha. Tästä johtuen voidaan ajatella anoreksian syiden olevan paljon pintaa syvemmillä, ei vain pelkässä laihduttamisessa. (Savukoski 2008, 33.) Olisi mielenkiintoista tutkia, miten miesten anoreksia ilmenee homokulttuurissa verrattuna heterokulttuuriin. Lukemassamme Peltolan (2008) Pro gradu -tutkielmassa haastateltu homoseksuaali mies kertoi, että homokulttuurissa perheettömyys, ulkonäkökeskeisyys ja pinnalliset arvot korostuvat. Voisi kuvitella, että miesten kohdalla anoreksian esiintyvyys on yleisempää homo- kuin heterokulttuurissa.

Eräs mielenkiintoinen termi nyky-yhteiskunnassamme on mediaseksikkyyys. Mielestämme tällä tarkoitetaan lähinnä sellaisia ilmiöitä, jotka puhuttavat pitkään ja saavat aiheina aikaan jopa kohua. Perinteisesti aihe, joka on puhuttanut ihmisiä jo pitkään, on seksi ja seksikkyyys. Tähän aiheeseen kytkeytyy läheisesti myös keskustelu painosta, kauneusihanteista ja sitä kautta ruumiinkuvasta. Eri aikoina varsinkin naisvartaloon kohdistunut huomio on saanut mediassa erilaisia piirteitä. Vielä noin 50 vuotta sitten laihuus oli Suomessa merkki köyhyydestä ja keuhkotaudista. Samana aikakautena naista pidettiin kauniina, kun hänessä korostuivat hedelmälliset ja synnyttämisen kannalta edulliset piirteet. Aikansa suurin seksi-ikoni Marilyn Monroe omasi juuri tällaisen vartalon - leveät lanteet ja hedelmälliset rinnat. Samana aikakautena ihailtuja miehiä olivat muun muassa James Dean, Elvis ja J. F. Kennedy. Mikä näistä miehistä teki seksikkäitä omana aikanaan? Yksi yhteinen tekijä on varmasti menestys. Uskomme, että naisten seksikkyyys on aina ollut suoraan sidoksissa pelkkään ulkonäköön, kun taas osa miesten seksikkyydestä johtuu menestyksestä ja osa ulkonäköön liittyvistä tekijöistä. Tämä erottelu pätee yhteiskunnassamme vielä tänäkin päivänä. Ehkä samasta syystä myös nykyajan nuoret miehet ja naiset kiinnittävät huomiota omaan ulkoiseen olemukseensa eri tavalla.

Kuka on maalannut kuvan nyky-yhteiskunnan ihannenaisestä? Kysyttäessä miehiltä kuka heidän mielestään on seksikäs nainen, saa vastaukseksi yllättävän usein Jessica Alban tai Pamela Andersonin. Pohjaamme tämän ystäviemme ja sukulaistemme käsityksiin ulkoisesta kauneudesta. Pamela Andersonin vartalo on hyvä esimerkki mittasuhteista, jollaisia ei ole biologisesti mahdollista saavuttaa. Naiset kohtaavat nyky-yhteiskunnassa jatkuvasti ristiriitaisia odotuksia; hanki ura, hoida perhe, ole kotona lempeä, mutta töissä kova. Naisen vartalon muoto on myös median asettamien ihanteiden mukaan absurdi ja hyvin pamelamainen: naisen tulisi olla äärettömän hoikka, mutta silti isorintainen.

Muotinäytösten lavalla kävelevää alipainoista mallia kuvataan harvoin seksikkääksi. Silti useat naiset kokevat lähes sairaalloisen hoikkuuden seksikkäänä. Nykyään naiset kauhistelevat mediassa esillä olevia alipainoisia naisia, mutta olisivat samalla kuitenkin usein tyytyväisempiä itseensä jos olisivat nykyistä hoikempia. Mediassa hoikkuus on yhdistetty onnellisuuteen, pätevyYTEEN, itsehillintään sekä menestykseen, ja tähän kaikki raivokkaasti myös pyrkivät. Mutta kun hoikkuus ja alipaino on "saavutettu", ovatko ihmiset tosiasiaa silloin onnellisempia?

Nykyään myös lihavuudesta ja ylipainosta on tullut viihdettä. Aihe ei enää ole samalla tavalla tabu kuin ennen. Lihavuuteen liitetään kuitenkin edelleen ikäviä piirteitä ja lihavat ihmiset koetaan laiskoina, tyhminä, epämiellyttävinä ja inhottavina. Laihuutta ihannoidaan ja lihavuutta pyritään välttämään kaikin keinoin. Onko anoreksiakin sosiaalisesti hyväksyttävämpää kuin esimerkiksi BED? Useat bulimikot pitävät itseään anorektikkoja "huonompina syömishäiriöisinä". On karmivaa miettiä, että sairaudesta huolimatta anoreksiasta kärsivät nähdään usein "itsekurin kuningattarina" terveidenkin naisten keskuudessa. Tästä kielii myös melko uusi ilmiö pro-anoreksia. Internetissä on huolestuttavan paljon näitä anoreksiaa ihannoivia sivustoja, joilla nuoret tytöt vaihtavat laihdutus- ja liikuntavinkkejä sekä valokuvia sairaalloisen laihoista naisista.

Vaikka syömishäiriöiden syntyperää mietittäessä etsitään usein syitä haluun laihtua, ei laihuus kuitenkaan aina ole tavoiteltu tila sairauden alkaessa. Jos syömishäiriöitä pidetään psyykkisinä häiriöinä, voidaan myös ajatella, että ne ovat seurausta muunlaisista psyykkisistä ongelmista. Toki joillain ihmisillä syömishäiriö saattaa kehittyä halusta laihtua, mutta on myös mahdollista, että sairaalloyen laihduttaminen ei liity millään tavalla omaan kehoon. Psyykkiset ongelmat ja kykenemättömyys käsitellä niitä saattavat johtaa ongelmien purkamiseen painon, syömis- ja liikunnan liiallisella kontrolloimisella. Tällöin laihtuminen ja laihduttaminen olisivatkin alkaneet vasta varsinaisen sairauden puhkeamisen jälkeen. Oireista siis kehittyi uusi sairaus, syömishäiriö, jonka parantamiseen tarvitaan keinoja hoitaa ensin piilevä sairaus.

Syömishäiriöt näyttävät lisääntyneen viime vuosikymmeninä. Ilmiö saattaa johtua sairauksien

runsaammasta diagnosoinnista tai siitä, että syömishäiriöt eivät ole enää samanlainen tabu kuin 50 vuotta sitten. Sairauksien lisääminen diagnostisiin luokkiin ei tietenkään tarkoita sitä, ettei sairautta olisi ollut jo aiemmin olemassa. Hyvä esimerkki tästä on bulimia, joka sai oman diagnostisen luokkansa vasta vuonna 1979, ja jota oli siihen saakka pidetty anoreksian alaluokkana. On mielenkiintoista huomata kuinka paljon vuosittain ehdotetaan uusia syömishäiriödiagnooseja. Voidaan pohtia, onko kaikkea järkevää diagnosoida eri nimikkeillä. Esimerkiksi *epätyypilliset syömishäiriöt* on nimikkeenä käytännöllinen, mutta yritys luoda epätyypillisille syömishäiriöille omia alaluokkia tuntuu jo kaukaa haetulta. Muut syömishäiriöt -osiossa esitimme lyhyesti muun muassa ortoreksian, joka ei kuulu vielä länsimaiseen tautiluokitukseen, mutta joka saattaa olla osa ICD-10:ä jo parin vuoden kuluttua. Myös NESiä (Night Eating Syndrome) on ehdotettu lisättäväksi tautiluokitukseen. NES on BEDin ja bulimian kaltainen ahmimishäiriö jossa ahmiminen, kuten muukin syöminen, tapahtuu vain yöaikaan.

On myös mahdollista, että häiriöitä syntyy yhteiskunnallisen tilanteen niin salliessa. Sotaaikana ortoreksian esiintyminen olisi varmasti ollut melko mahdotonta, sillä mahdollisuutta aterioiden ravintosisällön tarkkaan suunnitteluun ei ollut. Ravintotietous on elintason ja tiedonkulun kehityksen myötä lisääntynyt huomasti. 50-luvulla keskivertosuomalainen olisi varmasti ollut todella ihmeissään jos häneltä olisi kysynyt syökö hän vain vähärasvaisia ja -sokerisia tuotteita. On myös otettava huomioon dieetit ja media. 50 vuotta sitten ei tunnettu murto-osaakaan niistä ruokavalioidista, mehudieeteistä ja ravintolisistä, joita nykyään tunnetaan, eikä niitä mainostettu televisiossa. Nykyisin televisiota katsellessa jokaiseen mainoskatkoon mahtuu ainakin yksi mainos, joka esittelee vähärasvaista, vähähiilihydraattista tai muutoin "terveyttä edistävää" tuotetta. Samalla kun elintaso on noussut ja lihavuus on tullut mahdolliseksi, ovat erilaisia laihdutustuotteita valmistavat yhtiöt löytäneet mahtavan markkinaraon. On myös muistettava, että mainostajat eivät varsinaisesti markkinoi laihuutta, vaan kaikkea sitä mitä se edustaa: itsekuria, onnellisuutta, menestystä, suosiota, yhteiskunnallista statusta ja haluttavuutta.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere: Gummerus.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisun, teoksen tekeminen ja tutkiva toiminta. Artefakta 16. Hamina: Akatiimi Oy.
- Arkhem, H. 2005. Jätten i spegeln. En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar. Malmö: Richters Förlag AB.
- Berg, K.M., Hurley, D.J., McSherry, J.A. & Strong, N.E. 2002. Eating Disorders. A Patient-Centered Approach. Radcliffe Medical Press Ltd.
- Buckroyd, J. 1996. Anoreksia & bulimia. Juva: Kirjayhtymä.
- Casper, R.C. 1998. Depression and Eating Disorders. Depression and Anxiety. Vol 8, S1; 96-104.
- Claude-Pierre, P. 1997. The Secret Language of Eating Disorders. New York: Times Books.
- Clinton, D. & Noring, C. 2002. Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Tukholma: Natur och Kultur.
- 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. Vol 39, 667-676.
- de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & van Furth, E. 2007. The Patient's View on Quality of Life and Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders. Vol 40, 13-20.
- Delinsky, S.S. & Wilson, G.T. 2006. Mirror Exposure for the Treatment of Body Image Disturbance. International Journal of Eating Disorders. Vol 39, 108-116.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. 2003. The Landscape of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A & Dobron, I. 2008. What Is This Thing Called BED? Current Status of Binge Eating Disorder Nosology. International Journal Of Eating Disorders. Vol 41, S2-S18.
- Dunderfelt, T. 2004. Irti tunnekoukuista. Helsinki: Dialogia.
- Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S., Pietikäinen, M. (toim.) 2006. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Eivors, A. & Nesbitt, S. 2005. Hunger for Understanding. A Workbook for Helping Young People to Understand and Overcome Anorexia Nervosa. Chichester: John Wiley and Sons Publications.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: Wsoy.
- Giorgi, A. 1985. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. Teoksessa Giorgi, A. (toim.) Phenomenology and Psychological Research. Pittsburg: Duquesne University.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Johnston, V.S. 1999. Why We Feel. The Science of Human Emotions. New York:

Perseus Books.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: Wsoy.

Keel, P.M., Klump, K.L., Miller, K.B., McGue, M. & Iacono, W.G. 2005. Shared Transmission of Eating Disorders and Anxiety Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 38, 99-105.

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

Keski-Rahkonen, A., Wijbrand, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Duodecim*. Vol 117, 863-868.

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

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P. & Treasure, J. 2006. Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 45, 331-342.

Leonardsen, D. 2006. Empowerment in Social Work: An Individual vs. A Relational Perspective. *International Journal of Social Welfare*. Vol 16, 3-11.

Marmorstein, N.R., von Ranson, K.M., Iacono, W.G. & Malone, S. 2008. Prospective Associations Between Depressive Symptoms and Eating Disorder Symptoms Among Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 41, 118-123.

Mansfield, J.L & Wade T. 2000. Assessing the Relevance of the Hopelessness Theory of Depression to Women with Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 28, 113-119.

Muhonen, M. & Ruuska, J. 2001. Laihuushäiriön hoito. *Duodecim*. Vol 117, 883-890.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mustajoki, P., Kanerva, R., Rissanen, A. 1991. Liian paksu tai liian ohut. *Duodecim*. Vol 107, 1768-1775.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.

Peltola, A-M. 2003. Onko nälkätaiteesta elämäntavaksi? Arki, ruumiillisuus ja hoitokokemukset syömishäiriöisten haastatteluissa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.

Perkins, D. & Zimmerman, M. 1995. Empowerment Theory, Research and Application. *American Journal of Community Psychology*. Luettu 18.1.2009.

<http://www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.perkins/empintro.proquest.pdf>

Perttula, J. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: SUFI.

Perttula, J. & Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia.

Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Power, M. & Dalgleish, T. 2008. Cognition and Emotion. From Order to Disorder. New York: Psychology Press.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 42. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Riikonen, E. 1994. The Study of Empowerment: Some Hows and Whys. Teoksessa Hänninen, S. (toim.) 1994. Silence, Discourse and Deprivation. STAKES. Research reports 43.
- Saarilehto, S., Keskinen, S. & Lapinleimu, H. 1998. Kolme näkökulmaa syömisen ongelmiin. Psykologia. Vol 33, 451-455.
- Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Acta Universitatis Lapponiensis 142. Lapin yliopisto.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Luettu 17.1.2009. <http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>
- Soh, N.L., Touyz, S.W. & Surgenor, L.J. 2006. Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. European Eating Disorders Review. Vol 14, 54-65.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. 1999. Atypical Anorexia Nervosa: Separation from Typical Cases in Course and Outcome in a Long-term Prospective Study. International Journal Of Eating Disorders. Vol 25, 135-142.
- Swinbourne, J.M & Touyz, S.W. 2007. The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. European Eating Disorders Review. Vol 15, 253-274.
- Thurfjell, B. 2003. Varför flickor? Kön, normer och ätstörningar. Teoksessa Meurling, B. (toim.) 2003. Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar. Lund: Studentlitteratur.
- Troop, N.A., Serpell, L. & Treasure, J.L. 2001. Specificity in the Relationship Between Depressive and Eating Disorder Symptoms in Remitted and Nonremitted Women. International Journal of Eating Disorders. Vol 30, 306-311.
- Tukiasema.net. 2000. Ortoreksia. Luettu 7.2.2009. <http://www.tukiasema.net/teemat/artikkeli.asp?docID=336>
- Tuovila, S. 2006. Suomalaisille tärkeät tunnesanat. Teoksessa Määttä, K. (toim.) 2006. Tunteiden rikkaus ja rakkaus. Helsinki: Finn Lectura.
- Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat. Mistä apua? Jyväskylä: Minerva.
- Turunen, K.E. 2004. Tunne-elämä. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.
- Vandereycken, W. & Meerman, R. 1984. Anorexia Nervosa: A Clinician's Guide to Treatment. New York: Walter De Gruyter Inc.
- van der Ster, G. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Wonderlich, S.A., Lilienfeld, L.R., Riso, L.P., Engel, S. & Mitchell, J.E. 2005. Per-

sonality and Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 37, S68-S71.

Zonneviele-Bender, M., van Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., van Elburg, A. & van Engeland, H. 2004. Emotional Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa Patients. A Controlled Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 13, 28-34.

LIITE 1. SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISEKSI

Olen tutustunut huolellisesti sosionomi-opiskelijoiden Petra Pulkkinen, Tiina Seikku ja Petra Syrjäle tutkimustiedotteeseen ja minulle on selvitetty heidän opinnäytetyö -tutkielmansa toteutus ja menetelmät. Annan suostumukseni siihen, että em. sosionomi-opiskelijat haastattelevat minua tutkimukseensa, jonka aiheena on syömishäiriöiden ja niiden hoidon vaikutus elämään. Annan myös suostumukseni haastattelujen nauhoittamiseen. Voin kuitenkin itse päättää mistä asioista haluan haastattelussa kertoa. Haastatteluiden myötä esiin tuleva henkilöllisyyteni pidetään tutkimuksessa salassa. Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti omasta tahdostani.

Paikka:

Aika:

Allekirjoitus:

Alle 18-vuotiaan kohdalla tarvitaan myös huoltajan allekirjoitus:

LIITE 2. HAASTATTELUKYSYMKSET

Seuraavien haastattelukysymysten avulla etsimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme:

1. Kerro tilanteesta, joka on virittänyt sinussa voimakkaita tunteita. Minkälaisia nämä tunteet olivat?
2. Miten nämä voimakkaat tunteet vaikuttavat sinuun?
 - 2.1 Miten toimit tilanteessa, jossa voimakkaita tunteita nousee esiin?
 - 2.2 Mitä näistä tunteista seuraa / saattaisi seurata käytännössä? (Fyysiset tuntemukset, sosiaalinen käyttäytyminen tms.)
3. Miten vaikutat omaan elämääsi ja valintoihisi?
 - 3.1 Miten vaikutat tai voisit vaikuttaa omaan yleiseen hyvinvointiisi (voimaantumiseen)?
4. Miten omahoitajuus on vaikuttanut elämääsi hoidon aikana?
5. Minkälaisia toiveita sinulla on Syömishäiriökeskuksen hoitoa kohtaan?
6. Jos mielestäsi on vielä jokin asia, jota en ymmärtänyt kysyä, voit vielä kertoa siitä.

LIITE 3. SYÖMISHÄIRIÖT ICD-10:Ä MUKAILLEN

Syömishäiriöiden kriteereistä jokaisen on täytyttävä, jotta diagnoosi voidaan tehdä.

F50.0 Anorexia nervosa ICD-10 mukaillen:

- A. Ruumiinpainon tulee olla vähintään 15% alle pituuden mukaisen keskipainon tai Queteletin painoindeksin (ns. Body Mass Index eli BMI) korkeintaan 17,5. (BMI on paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä ja sitä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.) Kasvuikäisillä voidaan todeta painon laskun sijaan kasvukäyrästä huomattava kasvun viivästyminen tai kasvun ja painon kehityksen pysähtyminen.
- B. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi potilas saattaa käyttää seuraavia keinoja: itse aiheutettu oksentelu, ulostuslääkkeiden käyttö, liiallinen liikunta, ruokahalua hillitsevien tai nestettä poistavien lääkkeiden käyttö.
- C. Henkilö on mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista, mikä saa potilaan asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen vakavasta alipainosta huolimatta.
- D. Naisilla vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron pois jääminen (amenorrea), jos kuukautiset ovat alkaneet. Miehillä tähän verrattavat muutokset ovat seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkeneminen. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys tyypillisesti viivästyy tai pysähtyy (kasvu pysähtyy, tytöillä rinnat eivät kehity eivätkä kuukautiset ala; pojilla sukuelimet eivät kehity). Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaaliin loppuun saakka mutta tavallista myöhemmin (esim. kuukautiset alkavat myöhään).
- E. Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit A ja B eivät täyty.

Erotusdiagnoosi

Häiriöön voi liittyä masennus- tai pakko-oireita samoin kuin persoonallisuushäiriön piirteitä, jotka voivat vaikeuttaa erottelua tai edellyttää lisädiagnoosien asettamista. Nuorten potilaiden painon laskun somaattiset syyt on selvitettävä ja niihin kuuluvat krooniset heikentävät sairaudet, aivokasvaimet ja suolistohäiriöt kuten Crohnin tauti tai imeytymishäiriö.

F50.2 Bulimia nervosa (ahmimishäiriö) ICD-10 mukaillen:

Diagnostiset kriteerit

- A. Potilaalla esiintyy toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
- B. Potilaan ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
- C. Potilas pyrkii estämään ruoan "lihottavat" vaikutukset. Tyypillisesti hän käyttää jotakin tai joitakin seuraavista tavoista: itse aikaan saatu oksentelu, ulostuslääkkeiden väärinkäyttö, ajoittainen syömättömyys, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden

väärinkäyttö. Ahmimishäiriöstä kärsivä diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta. D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen. Potilas asettaa itselleen tarkan painorajan, joka lääkärin arvioimana alittaa selvästi ennen sairastumista olleen ihanteellisen, terveen painon. Usein, muttei aina, potilas on kuukausia tai vuosiakin aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä. Kyseessä on saattanut olla täysin selvä oireyhtymä tai häiriön lievä muoto, jolloin painon lasku on ollut kohtuullinen ja/tai kuukautiset vain väliaikaisesti poissa.

Erotusdiagnoosi

Erotettava

- (a) toistuvia oksenteluja aiheuttavista ruuansulatuskanavan yläosan häiriöistä,
- (b) yleisistä persoonallisuuden poikkeamista (syömishäiriö voi esiintyä alkoholi-riippuvuuden ja vähäisten rikkeiden kuten myymälävarkauksien yhteydessä) ja
- (c) depressiivisistä häiriöistä (ahmimishäiriöisillä on usein masennusoireita).

F50.1 Anorexia nervosa atypica (epätyypillinen laihuushäiriö) ICD-10 mukailten:

Tätä diagnoosia käytetään sellaisilla potilailla, joiden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta joilta puuttuu yksi tai useampia laihuushäiriön (F50.0) avainoireista, esimerkiksi amenorrea tai voimakas lihomisen pelko. Tällaisia potilaita nähdään tavallisesti yleissairaala-psykiatristen palvelujen piirissä ja perusterveydenhuollossa. Tämä diagnoosi sopii parhaiten myös silloin, kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta lieväasteisina. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia ei tule tehdä, jos potilaalla tiedetään olevan edellä kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö.

Diagnostiset kriteerit:

Epätyypillisestä laihuushäiriöstä tutkimusta tekeviä kehoitetaan muodostamaan itse omat kriteerinsä, jotka tulee täyttää diagnoosin asettamiseksi.

F50.3 Bulimia nervosa atypica (epätyypillinen ahmimishäiriö) ICD-10 mukailten:

Tämä diagnoosi kattaa häiriöt, jotka vastaavat joiltakin piirteiltään ahmimishäiriötä (F50.2), mutta joiden kliininen kokonaiskuva ei täytä tämän diagnoosin kriteerejä. Yleisimmin kyseessä on normaalipainoinen tai jopa ylipainoinen henkilö, jolla on tyypillisiä ylensyömisen jaksoja, joita seuraa oksentelu tai ulostuslääkkeiden käyttö. On myös tavallista, että osa oireista esiintyy depressiivisten oireiden yhteydessä. Jos masennusoireet edellyttävät omaa diagnoosia, tulisi käyttää kahta erillistä diagnoosia.