



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Salo

SYÖMISHÄIRIÖPOTILAI DEN KOKEMUKSIA VERTAISTUESTA

Sosiaali- ja terveysala
2020

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jenni Salo
Opinnäytetyön nimi	Syömishäiriöpotilaiden kokemuksia vertaistuesta
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	31 + 2 liitettä
Ohjaaja	Riikka Lehesvuo

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syömishäiriöstä kärsivien kokemuksia vertaistuesta ja lisätä tietoa vertaistuen merkityksestä osana toipumisprosessia. Lisäksi tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millainen vertaistukitoiminta on ollut mieluisinta ja miten vertaistukitoimintaa voitaisiin jatkossa kehittää.

Tämä tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena ja sen kohde-ryhmänä toimi Facebookissa toimiva syömishäiriöisten vertaistukiryhmä. Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään yleisimpiä syömishäiriöitä kuten anoreksiaa ja bulimiaa sekä vertaistukea ja sen mahdollisia haasteita. Tutkimuksessa saatu aineisto käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja lomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisältöanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kokemukset vertaistuesta olivat pääasiassa positiivisia. Eniten apua olivat saaneet potilaat, joilla sairaus oli jo väistymässä. Jos syömishäiriö oli aktiivisessa vaiheessa, ei vertaistukea koettu hyödyllisenä. Mielekkäimpänä vertaistukimuotona kyselyyn vastanneet pitivät erilaisia digitaalisia vertaistukiryhmiä. Kehitettävää olisi erityisesti terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksessa ohjata potilaat vertaistuen piiriin.

ABSTRACT

Author	Jenni Salo
Title	Peer Support Experiences of Eating Disorder Patients
Year	2020
Language	Finnish
Pages	31 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Riikka Lehesvuo

The aim of this study was to investigate the experiences of people with eating disorders about peer support and to increase knowledge about the importance of peer support as a part of the recovery process. The aim of the study was also to gather information on what kind of peer support activity has been the most preferred and how peer support activity could be developed in the future.

This study was conducted as a quantitative survey and its target group was the peer support group for eating disorders on Facebook. The theoretical framework addresses the most common eating disorders such as anorexia and bulimia, as well as peer support and its potential challenges. The material obtained in the study was processed with the SPSS statistical program and the open-ended questions of the form were analyzed by inductive content analysis.

According to the results of the study, the experiences of peer support were mainly positive. Those who had already started to recover, had received the most help. If the eating disorder was in the active phase, peer support was not considered useful. The respondents of the survey considered various digital peer support groups to be the most meaningful form of peer support. In particular, the ability of health care staff to refer patients to peer support should be developed.

Keywords Eating disorder, anorexia, bulimia, binge eating disorder, peer support

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	SYÖMISHÄIRIÖT.....	8
	2.1 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö.....	9
	2.2 Bulimia eli ahmimishäiriö.....	11
	2.3 Binge-eating disorder, BED eli ahmintahäiriö.....	13
3	VERTAISTUKI.....	16
	3.1 Vertaistuki verkossa.....	16
	3.2 Vertaistuen haasteita.....	17
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ..	19
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
	5.1 Aineiston kerääminen, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä.....	20
	5.2 Aineiston analysointi.....	21
	5.3 Tutkimusaikataulu.....	22
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
	6.1 Taustatiedot.....	23
	6.2 Vertaistukikokemuksia.....	25
	6.3 Vertaistukitoiminnan kehittäminen.....	26
7	POHDINTA.....	28
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	28
	7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	28
	7.3 Tutkimus oppimisprosessina.....	29
	7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	30
	LÄHTEET.....	32
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli

Kuvio 2. Vastanneiden ikäjakauma

Kuvio 3. Sairauden tila

Taulukko 1. Anoreksian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan.
..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Taulukko 2. Bulimian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan ...**Virhe.**
Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Taulukko 3. Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan. 14

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat etenkin nuorten naisten yksi yleisimmistä mielenterveysongelmistä (THL 2019) ja arvioiden mukaan yli 10% väestöstä sairastaa jonkinasteista syömishäiriötä (Viiala, Pietilä & Kankkunen 2010,12). Sairastuneista hoitoon hakeutuu tutkimusten mukaan kuitenkin vain pieni osa, taudinkuvaan liittyvän vähäisen sairautentunteen takia, mutta myös osaksi häpeän ja pelon vuoksi (Oksanen 2010,4607).

Syömishäiriöihin liittyviä opinnäytetöitä on tehty vuosien aikana useita. Syömishäiriöitä ja vertaistukeakin on tutkittu jonkin verran viime vuosikymmenen aikana, mutta asiaa on lähestytty paljolti omaisten näkökulmasta. Tässä opinnäytteessä syvennytään sairastuneiden kokemuksiin vertaistuesta ja sen merkityksestä osana toipumisprosessia. Tutkimuksen tarkoituksena on lisäksi kerätä tietoa, miten vertaistukitoimintaa voisi jatkossa kehittää vastaamaan paremmin sairastuneiden tarpeita. Tilastokeskuksen (2018) mukaan 16-44-vuotiasta internetiä käyttää päivittäin 98-99% koko väestöstä, joten tutkimuksessa selvitetään myös verkkovälitteisen vertaistuen yleisyyttä.

2 SYÖMISHÄIRIÖT

ICD-10 tautiluokitus antaa diagnostiset kriteerit syömishäiriöille. Luokiteltuja syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö F50.0, epätyypillinen laihuushäiriö F50.1, ahmimishäiriö F50.2, epätyypillinen ahmimishäiriö F50.3, muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen F50.4, muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä oksentelu F50.5 ja muu syömishäiriö F50.8. (ICD-10 2011, 267). Vuonna 2022 julkaistavaan ICD-11 luokitukseen lisätään ahmintahäiriö BED eli binge eating disorder, joka tähän saakka luokitellaan muuksi syömishäiriöksi (Pihlava 2018). Vuonna 1994 nimen saaneella ortoreksialla ei ole virallista määrittelyä, eikä se kuulu diagnosoitaviin syömishäiriöihin, mutta se sisältää useita syömishäiriöön vahvasti viittaavia piirteitä, joten tässä tutkimuksessa tämä pakonomainen terveellisesti syöminen on mukana (Santala 2008,18.)

Syömishäiriöt ovat tavallisia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy vahvasti poikkeava suhde omaan kehoon ja kehonkuvaan, mutta myös fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä normaalista poikkeava syömiskäyttäytyminen, joka uhkaa potilaan terveyttä (Suokas & Nykopp 2015).

Syömishäiriö puhkeaa tavallisesti ennen 30 ikävuotta, tavallisimmin murrosiässä, eikä syytä häiriön syntyyn tiedetä tarkkaan. Naisilla syömishäiriöt ovat jopa kymmenen kertaa yleisempiä kuin miehillä. (Suvisaari & Suokas 2009, 56). Vaikka sairauden tarkkaa syntymekanismia ei ole saatu selvitettyä, on kuitenkin kaksostutkimuksessa todettu geneettisten tekijöiden selittävän sairastumisalttiudesta noin 50-80%. Geneettisten tekijöiden lisäksi myös nykylänsimainen kulttuuriympäristö luo omat paineensa syömishäiriöiden syntyyn ja osaltaan vaikuttaa ilmaantuvuuden suurenemiseen. (Raevuori 2013)

Vaikka syömishäiriöt liitetään vahvasti nykyaikaan, sen laihuutta ihannoivaan yhteiskuntaan ja toisaalta taas epäterveelliseen ruokakulttuuriin ja yltäkylläisyyteen, on kyseessä kuitenkin ilmeisen vanha häiriö. Varhaisimmat kuvaukset anoreksiatapauksista ovat jo 1400-luvulta, kun Pyhä Katariina Sienalainen näännytti itsensä nälkään. (Keski-Rahkonen, Hoek & Treasure 2001).

Syömishäiriöliiton mukaan syömishäiriökäyttäytyminen voidaan jaotella kolmeen päätyyppiin, vaikkakin oireilu taudin sisällä on aina yksilöllistä. Nämä kolme päätyyppiä ovat laihuushäiriö anoreksiaan, ahmimishäiriö bulimiaan ja ahmintahäiriö BED.

2.1 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2018) anoreksia nervosa ICD-10-diagnoosikoodi F50 eli laihuushäiriö on yksi yleisimmistä syömishäiriöistä Suomessa. Väestötutkimuksissa on todettu anoreksia nervosan elämänaikaisen esiintyvyyden olevan naisilla 0,9% ja miehillä 0,3% väestöstä (Syömishäiriöt: Käypä hoito- suositus 2014).

Taulukko 1. Anoreksian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan

A	Potilaan paino on vähintään 15% alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painon lasku on itse aiheutettua, lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itseaiheutettua oksentelua sekä ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttöä sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
C	Potilaan ruumiinkuva on vääristynyt. Potilas on asettanut itselleen alhaisen painotavoitteen ja on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista.
D	Naisilla kuukautiset puuttuvat ja miehillä seksuaalinen mielenkiinto ja potentssi heikkenee. Muuttunut aineenvaihdunta sekä poikkeava insuliinieritys.

Laihuushäiriö puhkeaa tavallisesti nuoruusiässä, 13-18-vuotiaana. Tyypillinen anoreksiaan sairastuva on usein täydellisyyteen pyrkivä ja menestyvä nuori tyttö, jolla ruumiinkuvan vääristymä ajaa pakonomaiseen laihduttamiseen, liikkumiseen ja jopa ulostuslääkkeiden sekä diureettien käyttöön lihomista pelätessä ja painoa kontrolloitaessa. Vaikka sairastunut usein kontrolloikin syömistään tiukasti ja pyrkii erittäin vähäenergiseseen ruokaan, hän on tyypillisesti hyvin kiinnostunut ruoanvalmistuksesta (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 32-33). Usein sairauden puhkeamiseen liittyy myös harrastus, jossa kevyttä ruumiinpainoa tulee vaalia, esimerkiksi baletti. (Huttunen & Jalanko 2019).

Nuorena puhjennut sairaus voi pahimmillaan johtaa pituuskasvun ja puberteetti-kehityksen pysähtymiseen ja vaikuttaa myös nuoren psykososiaaliseen kehitykseen. Tutkimuksen mukaan laihuushäiriöpotilaista reilut 50% toipuu täysin, 30% oireilu jatkuu vaihtelevana ja 10-20% sairaus kroonistuu. Jos sairaus on puhjennut nuorena, on toipumisennuste aikuisena puhjennutta sairautta parempi. (Vehkavaara, Kivihuhta & Holopainen 2019, 1123.) Tutkimuksen mukaan anoreksian keskimääräinen kesto suomalaisnaisilla on kolme vuotta. Painon sekä hormonitoiminnan normalisoituminen kestää kuitenkin sen jälkeen yleensä vuosia ja anoreksiasta toipuminen tapahtuu pikkuhiljaa vaiheittain. (Keski-Rahkonen 2010, 2212.)

Anoreksia nervosaan liittyy yli kuusinkertainen kuolemanriski muuhun väestöön verrattaessa. Osin tämän selittää itsemurhat, sillä ne käsittävät noin 20% kuolemista, mutta loput johtunevat pitkittyneestä kehon aliravitsemuksen tilasta. Itsensä pitkäaikainen nälkiinnyttäminen johtaa sydän – ja verenkiertoelimistön eriasteisiin komplikaatioihin mm. sykkeen hidastumiseen ja verenpaineen laskuun. Rytmihäiriöriskiä lisää neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, sillä anoreksiaan liittyy usein nestetankkausta, jolla pyritään hillitsemään ruokahalua tai nostamaan painoa punnitusta varten. Jos ravitsemustila tulevaisuudessa korjaantuu, korjaantuvat usein aliravitsemuksesta johtuneet ongelmatkin. (Pajamäki & Metso 2015.)

Anoreksian hoito on hyvin pitkälinen ja vaikeakin prosessi, kuten mielensairauksien hoito yleensäkin on. Hoito tapahtuu pääsääntöisesti avohoidossa ja pitää sisällään painon seurannan lisäksi niin psykoterapiaa kuin ravitsemusterapiaakin.

Hoidon tavoitteena on normalisoida potilaan ravitsemustila sekä syömiskäyttäytyminen, pysäyttää painonlasku ja nostaa paino vähitellen ylöspäin. Ongelmana on usein potilaan sairautentunnottomuus ja hoidon vastustus. Jos potilaan kunto on huono, voidaan hoito toteuttaa sairaalassa myös tahdonvastaisesti. (Huttunen ym. 2019.)

2.2 Bulimia eli ahmimishäiriö

Tutkimuksissa on todettu ahmimishäiriötä esiintyvän 0,9-1,5% naisista ja 0,1-0,5% miehistä. Suomalaisista naisista jopa 2,3% on sairastanut bulimian aikuisikään mennessä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito- suositus 2014.) Ahmimishäiriön esiintyvyys on kasvanut viime vuosikymmenien aikana varsinkin länsimaisten tyttöjen ja naisten keskuudessa. Pojilla bulimian esiintyvyys on varsin vähäistä. Luvut ovat kuitenkin vain arvioita, sillä vain pieni osa sairastavista hakeutuu hoitoon.

Syitä bulimian puhkeamiseen ei tunneta, mutta tutkimuksissa on havaittu monia sen syntyyn altistavia tekijöitä. Kuten anoreksiassakin, myös bulimiaan sairastuneilla on taipumusta perfektionismiin sekä itsetuntoon liittyviä ongelmia, joita länsimaisen kulttuurin korostama hoikkuusideaali ruokkii. (Huttunen 2018.) Ahmimishäiriö on anoreksiaa jonkin verran yleisempi syömishäiriö ja se puhkeaa tavallisesti hieman laihuushäiriötä myöhemmin. On todettu myös, että noin neljäsosa alipainosta toipuneista anoreksiapotilaista alkaa myöhemmin kärsiä bulimian oireista joko satunnaisesti tai pysyvästi (Keski-Rahkonen 2010, 2210).

Taulukko 2. Bulimian diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan

A	Potilaalla on toistuvia (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan) ylensyömisjaksoja, jolloin hän nauttii suuria määriä ruokaa hyvin lyhyen ajan sisällä.
B	Potilaan ajattelua hallitsevat syöminen ja pakonomainen halu tai tarve syödä
C	Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavat” vaikutukset oksentamalla, ajoittaisella syömättömyydellä sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden ja nesteenoistolääkkeiden väärinkäytöllä.
D	Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava ja hänellä on suuri pelko lihomisesta, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

Bulimiaan kuuluu olennaisesti ahminnan ja tyhjentämisen vuorottelu. Ahmittu ruoka on yleensä hyvin runsasenergistä ja hiilihydraattipitoista ”kiellettyä” ravintoa ja pakonomaisten ahmintakohtausten jälkeen seuraa suuri ahdistus, joka johtaa erilaisten kompensatiokeinojen käyttöön. Näitä ovat oksentaminen, ulostuslääkkeiden käyttö ja pakonomainen liikunta sekä paastoaminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 20.)

Jatkuva oksentaminen johtaa bulimiassa ennen pitkään erilaisiin suun sairauksiin kuten hampaiden eroosioon, ikenien tulehduksiin, suun haavaumiin ja ruokatorven vaurioitumiseen. Myös ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttö lisää riskiä nestehukkaan ja vakaviin sydämen rytmihäiriötiloihin sekä sydänlihastulehdukseen. Bulimiaa sairastava voi kärsiä vakavista aliravitsemustiloista, vaikka paino olisi-kin normaalin rajoissa. (Huttunen 2018.)

Hoidon keskeinen osa tässäkin syömishäiriössä on terveellinen ruokavalio ja säännöllinen ruokarytmi, koska itsensä näännyttäminen altistaa ahmintakohtauksille. Tärkeä on löytää myös muita keinoja lievittää stressitiloja ja näin ehkäistä

sen purkautumista ahmimisena. Bulimian hoito pitää sisällään ravitsemusvalistusta ja yksilöllisesti räätälöityä psykoterapiaa tai perheterapiaa. Myös masennuslääkityksestä saattaa olla apua ahmimiskohtausten vähentämiseksi. (Huttunen 2018.)

Tutkimusten mukaan ahmimishäiriöstä toipuu kokonaan noin vain puolet potilaisista. Kolmasosalla häiriö jatkuu jaksottaisena ja sairaus voi nostaa päätään pitkänkin oireettoman ajan jälkeen. Sairastuneista noin 20% kärsii ahmimishäiriöstä lopun elämäänsä. Kuolemanriski bulimiaa sairastavilla on lähes kolminkertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Ennustetta huonontaa sairauden pitkän keston lisäksi muu psykiatrinen oireilu sekä pieni BMI. (Syömishäiriöt: Käypä hoito- suositus 2014.)

2.3 Binge-eating disorder, BED eli ahmintahäiriö

Binge-eating disorder eli ahmintahäiriö on yleisin epätyypillinen syömishäiriö ja sitä ilmenee 2-3%:lla väestöstä. Häiriötä esiintyy naisilla hieman yleisemmin kuin miehillä ja se on yleinen syömishäiriö erityisesti aikuisilla. Syitä ahmintahäiriön syntyyn ei tarkalleen tunneta, mutta kuormittavan elämäntilanteen, stressin sekä tunne-elämän vaikeuksien on arveltu vaikuttavan taustalla. Myös kuuriluontoinen laihduttaminen pahentaa ahmimistaipumusta. (Meskanen 2018.) Myös bulimian on huomattu muuttuvan herkästi ahmintahäiriöksi tyhjentyäiskeinojen jäädessä pois, mutta ahmimisen jatkuessa (Keski-Rahkonen 2010, 2210).

Taulukko 3. Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan

A	Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä, tai hänellä on tunne, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään.
B	<p>Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilas syö epätavallisen nopeasti. - Potilas syö, kunnes hän tuntee olonsa epämukavan täydeksi. - Potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen. - Potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä. - Ylensyöntiä seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys.
C	Ahmintaoireisiin liittyy voimakasta ahdistuneisuutta.
D	Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

Ahmintahäiriö eli BED muistuttaa hyvin paljon bulimiaa, jossa syödään suuri määrä ruokaa hyvin lyhyessä ajassa, mutta siitä puuttuu kokonaan niin sanottu kompensatiokäyttäytyminen, jolla pyritään nollaamaan ahmittujen ruokien vaikutus. Yleisin kompensatiokäyttäytyminen on oksentaminen, mutta myös ulostus- ja nesteenoistolääkkeitä käytetään. (Meskanen 2018.) Kontrollioimattomiin ahmintakohtauksiin liittyy tyypillisesti voimakas häpeän tunne sekä ahdistus ja syyllisyys nautitusta ruuasta ja sen määrästä. Näiden tunteiden vuoksi syöminen tapahtuu usein salaa muilta. (Keski-Rahkonen ym. 2010 21-22.)

Ahmintahäiriön hoito perustuu syömisrytmin säännöllistämiseen ja jatkuvien laihdutuskuurien lopettamiseen sekä psykiatristen oireiden lievittämiseen. Yleisinä hoitoina tarjotaan muun muassa ravitsemusohjausta sekä psykoedukaatiota. Jos avohoito ei tuota tulosta, voidaan hoito toteuttaa esimerkiksi päiväosastolla tai vaikeissa tapauksissa jopa osastohoitona. Usein toipuminen on kuitenkin pitkäkestoisista ja taudinkulku aaltoilevaa. Arvioiden mukaan puolet sairastuneista toipuu täysin ja loput oirehtivat jollakin tasolla loppuelämän. (Meskanen 2014.)

On todettu, että ahmintahäiriöstä kärsivillä on liki kaksinkertainen kuolemanriski muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Osittain tämän selittävät sairauden aiheuttaman liikalihavuuden liitännäissairaudet kuten esimerkiksi sokeriaineenvaihdunnan häiriöt sekä sydän- ja verisuonitaudit, astma ja uniapnea. Lihavuuden on todettu lisäävän myös syöpäriskiä sekä hedelmättömyyttä. Arvioiden mukaan jopa 8% ylipainoisista sairastaa jonkinasteista ahmintahäiriötä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito suositus, 2014.)

3 VERTAISTUKI

Vertaistuella tarkoitetaan samantapaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten omaehtoista ja tasa-arvoista vuorovaikutusta, jossa jaetaan samankaltaisia kokemuksia, tunteita, tullaan kuulluksi ja kuullaan (Toivio & Nordling 2013, 328.) Vertaistuessa annetaan oma kokemus toisen ihmisen tueksi ja samalla opitaan ymmärtämään enemmän myös omia ajatuksia ja tunteita (Mikkonen 2009, 30–31). Sen lähtökohdaksi on ihmisen luontainen tarve kokea yhteenkuuluvuutta ja luoda sosiaalisia suhteita (Kääriäinen & Mykkänen-Hänninen 2009, 10).

Vertaistuki ei ole ammattilaisapua, sillä sitä voi järjestää kuka tahansa ilman taustayhteisöä. Useimmiten takana on kuitenkin joku kolmannen sektorin taho tai eri alojen ammattilaiset. Yhdessä virallisen hoitojärjestelmän rinnalla vertaistoiminta monipuolistaa haastavista elämäntilanteista selviytymistä. (Kotovirta 2012, 140.)

Vertaistukea voidaan antaa monella tapaa ja useammassa muodossa. On kahdenkeskistä tukea, erilaisia vertaisryhmiä sekä verkkovälitteistä vertaistukea. Tässä tutkimuksessa syvennytäänkin hieman enemmän juuri digitaaliseen vertaistukeeseen. Internetissä tapahtuvan vertaistuen suosio on lisääntynyt viime vuosina sen helpon ja nopean saatavuuden ansiosta. Tuen piiriin hakeutuvat ihmiset voivat saavuttaa toisensa anonyymisti ajasta ja paikasta riippumatta, joka saattaa helpottaa vaikeista asioista puhumista. (Taskinen 2017).

3.1 Vertaistuki verkossa

Tietokoneiden ja internetin tultua lähes jokaisen ulottuville 1990-luvun loppupuolella on vaikuttanut valtavasti myös vertaistuen kehitykseen ja saatavuuteen (Nylund 2005, 201.). Verkossa tapahtuvan vertaistuen merkittävin etu onkin sen saatavuus ja käyttäjälähtöisyys. Erilaiset keskustelufoorumit ja blogit ovat auki vuorokauden jokaisena tuntina ja tavoittavat ihmisiä parhaimmillaan ympäri maailman, kun fyysiset välimatkat eivät estä osallistumista. Vertaistukea voi vastaanottaa tai antaa juuri silloin kun sille on suurin tarve. (Huuskonen 2010, 76.) Netti-

vertaistuen etuihin voidaan laskea myös sen anonyymisyys, jolloin kommunikointi vaikeaksi ja häpeällisiksikin miellettyistä asioista voi olla vapaampaa. (Coulson & Knibb 2007,147).

Viialan ym. (2010) Tutkiva Hoitotyö- lehdessä julkaistussa tutkimuksessa todettiin internetissä tapahtuvan keskustelun toimivana vertaistuen muotona. Keskustelijat kokivat yhteisöllisyyttä, mutta lisäksi se edesauttoi tosiasioiden hyväksymistä sekä vahvisti keskustelijoiden itsetuntoa. Vertaisryhmässä jaettiin niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia ja asioita käsiteltiin huumorin avulla. Tämä kaikki kannustaa sosiaalisiin suhteisiin, mikä on tärkeä osa toipumisprosessia.

Digitaalisessa vertaistuessa yhteisöllisyys muodostuu samoista asioista kuin reaalia maailmassakin. Avoimuus, rehellisyys, tasavertaisuus ja avun antaminen ja saaminen eivät vaadi fyysistä läsnäoloa, mutta toisaalta se voi joskus täydentää vertaistuen kokemusta. Monasti verkossa tutustuneet ihmiset järjestävätkin tapaamisia myös netin ulkopuolella. (Virtanen 2008, 14.)

3.2 Vertaistuen haasteita

Vertaistukitoiminnalla on pääsääntöisesti positiivinen vaikutus yksilön hyvinvointiin, mutta toimintaan ja sen vaikuttavuuteen liittyy myös haasteita. Yksi näistä haasteista on keskinäisen luottamuksen löytäminen, joka on ryhmätoimintaa kannatteleva voima. Kaikenlaisiin ryhmiin kuuluu kuitenkin aina ryhmän sisäinen dynamiikka ja hierarkia, joka voi uhata luottamuksen syntymistä. (Auvinen 2004, 30.)

Ryhmämuotoisessa vertaistoiminnassa yksilö peilaa itseään muihin ryhmän jäseniin, mikä saattaa häiritä omaa edistymistä. Oman kokemuksen jakaminen ryhmässä voi olla voimaannuttavaa, mutta samalla menettää oman ainutlaatuisen tarinansa ja muiden osallistujien samankaltaiset tai pahemmat kokemukset saattavat jopa aikaansaada tunteen vähättelystä ja mitätöinnistä. (Estola, Kaunisto, Keski-Filppula, Syrjälä & Uitto 2007, 26-31.)

Digitaalisen vertaistuen haasteeksi muodostuu helposti luottamuksen puute. Koskaan ei voi varmaksi tietää kuka ruudun toisella puolella on ja ketkä kaikki keskustelua lukevat. Suurena vaarana on myös väärän ja epätarkan informaation saaminen ja jakaminen. (Nylund 2005, 205.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syömishäiriöstä kärsivien kokemuksia vertaistuesta. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa vertaistuen merkityksestä osana toipumisprosessia. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millainen vertaistukitoiminta on ollut mieluisinta ja miten vertaistukitoimintaa voitaisiin jatkossa kehittää, jotta se vastaisi käyttäjiensä tarpeita parhaiten.

1. Millaisia kokemuksia syömishäiriöstä kärsivillä on vertaistuesta?
2. Miten vertaistukitoimintaa voitaisiin jatkossa kehittää?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa keskitytään tutkimuksen toteutuksen eri vaiheisiin. Kerrotaan tutkimuksen kohderyhmästä, aineiston kokoamisesta ja analysoinnista sekä kerrotaan tutkimuksen aikataulusta.

5.1 Aineiston kerääminen, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettävä aineisto kerättiin suljetussa Facebookin Syömishäiriövertaistukiryhmässä, jossa oli tutkimushetkellä 9.9.2019 775 jäsentä. Ryhmä on perustettu elokuussa 2016 vertaistukiryhmäksi syömishäiriöstä kärsiville ja ryhmää ylläpitävät yksityishenkilöt. Ryhmän ylläpitäjiltä pyydettiin lupa kyselyn suorittamiseen.

Tämä ryhmä valikoitui tutkimusaineiston keräämistä varten suuren ja aktiivisen jäsenmääränsä vuoksi, mutta myös siksi, että verkkopohjaiseen lomakekyselyyn on helppo vastata tai olla vastaamatta niin halutessaan. Vastaaminen tapahtui myös täysin anonymisti, eikä tutkijalle selvinnyt vastaajan henkilöllisyys missään vaiheessa. Syömishäiriö on arka aihe sairastajalleen ja kokonaan anonymiin tutkimukseen on todennäköisesti helpompi saada osallistujia kuin kasvokkain tapahtuvaan haastatteluun. Toisaalta kasvokkain tapahtuneet haastattelut olisivat mahdollisesti tuoneet tutkimukseen enemmän sisältöä ja syvyyttä, joka jää anonymisissä tutkimuksissa saavuttamatta.

Teoriatietoa tätä tutkimusta varten on haettu useammasta alan tietokannasta. Käytetyimpänä suomalainen terveystieteellinen tietokanta Medic, jonne on tallennettu tieteellisiä artikkeleita, katsausartikkeleita, väitöskirjoja sekä tutkimuslaitosten virallisia raportteja. Ulkomaisista tietokannoista tietoa haettiin pääsääntöisesti Cinahl:sta, joka on kansainvälinen hoitotieteen, hoitotyön ja sosiaali- ja terveysalan tietokanta. Suomenkielisiä hakusanoja olivat mm. vertaistuki, syömishäiriö, laihuushäiriö, ahmimishäiriö, ahmintahäiriö, vertaistuki. Englanninkielisinä haku-

sanoina käytettiin esimerkiksi peer support, eating disorder, anorexia, bulimia ja binge-eating disorder.

Kyselytutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, mutta se sisälsi myös muutamia kvalitatiivisia kysymyksiä. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään nimensä mukaisesti lukumääriin liittyviä asioita ja kvalitatiivisilla avoimilla kysymyksillä pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta (Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto pyritään laittamaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja luodaan loppupäätelmät taulukoiden pohjalta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134-140.) Käyttämällä yhdessä molempia tutkimusmenetelmiä ne täydentävät toisiaan luoden paremman kokonaisuuden. Tässä tutkimuksessa kvantitatiiviset kysymykset kartoittivat lähinnä tutkittavien taustatietoja ja kvalitatiiviset kysymykset olivat tutkimuksen kannalta merkityksellisiä.

Kysely suoritettiin syyskuussa 2019 käyttäen Google formsia, joka mahdollistaa kyselylomakkeen helpon ja nopean jakamisen kohderyhmälle ja vastavuoroisesti vastauksen tulokset ovat heti luettavissa. Linkki kyselyyn oli auki kaksi viikkoa, jona aikana kyselyyn vastattiin 69 kertaa. Vastausprosentti oli näin ollen 9% joten otantaa ei voida pitää täysin edustavana. Toisaalta ei ole varmuutta kuinka suuri osa 775 jäsenestä vieraili ryhmässä kahden viikon aikana, jolloin kysely oli auki ja huomasi tämän mahdollisuuden.

Tutkimusmenetelmänä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (Liite 2), jonka tutkija teki itse. Kyselylomake sisälsi taustakysymyksiä, joilla kartoitettiin vastaajan ikää, sukupuolta ja missä vaiheessa hän kokee sairautensa kanssa olevan sekä avoimia kysymyksiä, jotka kartoittivat vastaajien kokemuksia vertaistuesta, sen saatavuudesta ja mieluisimmasta vertaistukimuodosta.

5.2 Aineiston analysointi

Kysely piti sisällään strukturoitujen kysymysten lisäksi myös muutamia avoimia kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmaa käyttäen. Ensin vastauslomakkeet numeroitiin ja sen jälkeen syötettiin ohjelmaan yksi

kerrallaan. Ohjelmaa apuna käyttäen aineistosta saatiin laskettua frekvenssejä, joka tarkoittaa tietyn havaintoarvon lukumäärää tutkitussa aineistossa, sekä prosenttijakaumaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013. 132.)

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin yksi kerrallaan induktiivisen eli aineistolähtöisen sisältöanalyysin menetelmin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Sisällyksenalyysin periaatteena on luokitella aineisto sen teoreettisen merkityksen perusteella. Tutkimusaineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja niistä muodostetaan kategorioita, jotka esitellään tutkimuksen tuloksissa.

5.3 Tutkimusaikataulu

Aihe tutkimukseen syntyi marraskuun 2018 alkupuolella, jonka jälkeen lähestyttiin mahdollista kohdeorganisaatiota. Kun kyseinen organisaatio oli tilannut tutkimuksen, anottiin aihelupaa, joka myönnettiin joulukuussa 2018 ja tämän jälkeen ryhdyttiin laatimaan tutkimussuunnitelmaa.

Tutkimussuunnitelma ja teoreettinen viitekehys tehtiin kevään 2019 aikana. Kesällä 2019 tutkimuksen tekeminen oli tauolla ja syyskuussa suoritettiin kyselytutkimus (LIITE2). Kyselytutkimus oli auki vastattavana kaksi viikkoa ja sinä aikana siihen vastasi 69 tutkittavaa. Vastausten analysointi tehtiin keväällä 2020 ja tulokset raportoidaan valmiissa opinnäytetyössä. Valmis opinnäytetyö tullaan julkaisemaan kokonaisuudessaan Theseus-järjestelmässä opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

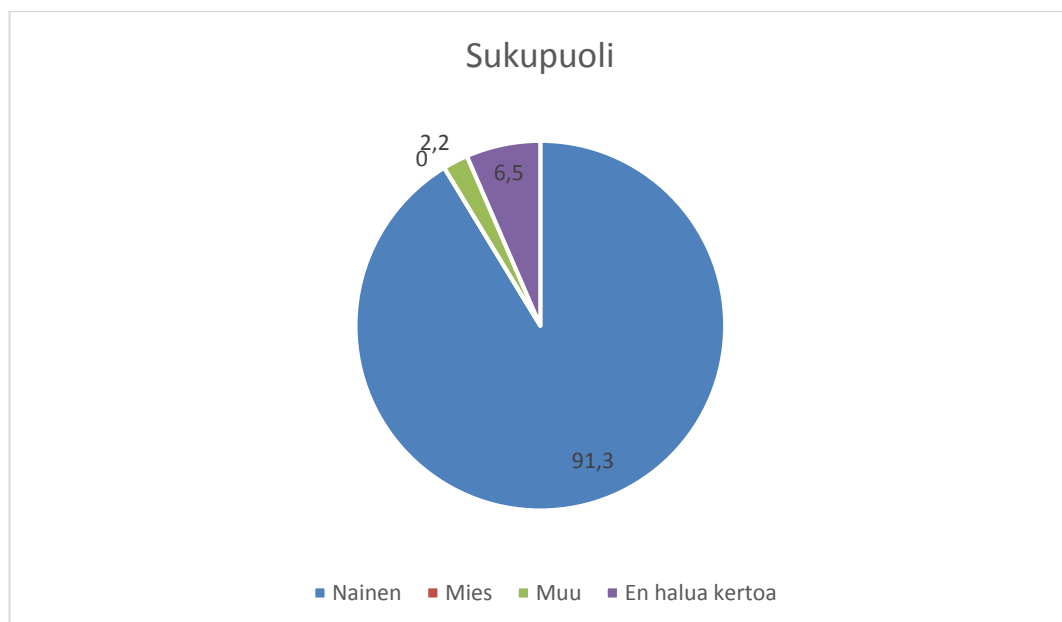
6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä kappaleessa käydään läpi tutkimukseen vastanneiden taustatietoja sekä vertaistukikokemuksia ja miten vertaistukitoimintaa pitäisi vastausten perusteella läheteä kehittämään.

6.1 Taustatiedot

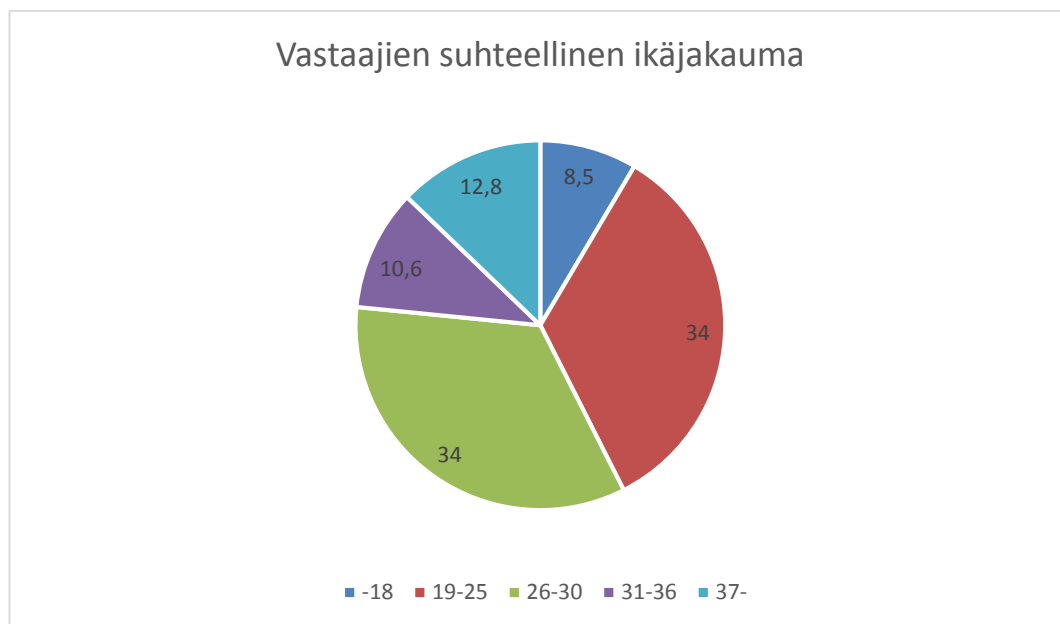
Kyselyn vastausaikana kyselyyn vastattiin 69 kertaa, joka vastasi n. 9% vertaistukiryhmän jäsenmäärästä. Taustatiedoissa kartoitettiin kyselyyn vastanneiden sukupuolijakaumaa, ikää ja missä vaiheessa henkilö kokee sairautensa olevan tällä hetkellä.

Tutkimustulokset tukevat yleistä käsitystä, että syömishäiriöt vahvasti naisten sairauksia. Tämä näkyi myös tähän kyselyyn vastanneissa, sillä peräti 91,3% tutkimukseen osallistujista olivat naisia. 6,5% vastanneista ei halunnut kertoa sukupuoltaan ja 2,2 % vastasi sukupuolekseen muu. Yhtäkään varmaa mies- vastausta ei tullut, huolimatta siitä, että ryhmään kuuluu myös miesjäseniä.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli

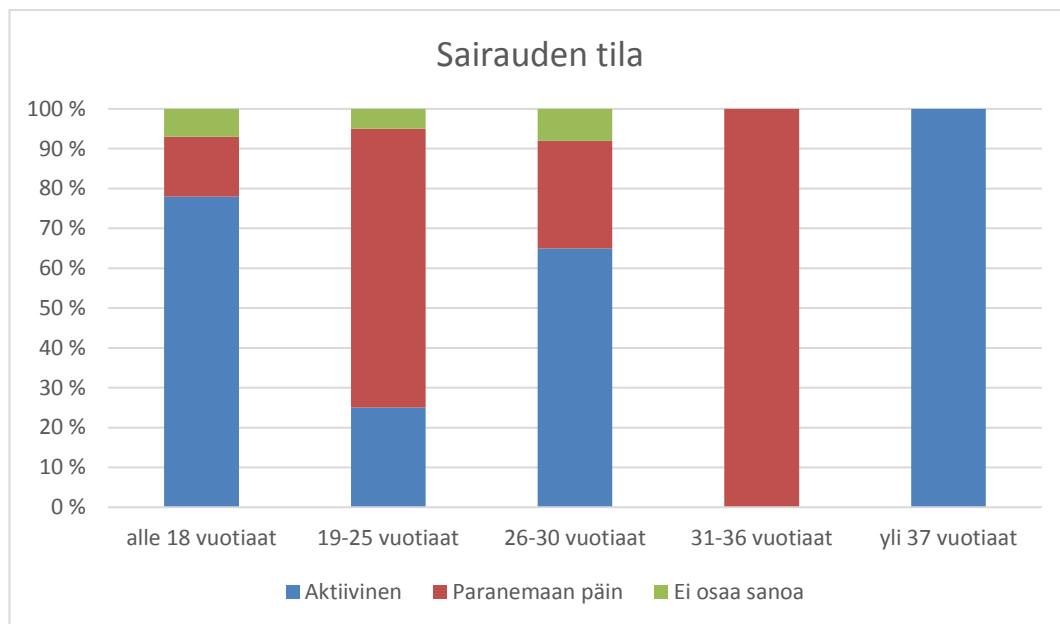
Syömishäiriöt mielletään eniten nuorten naisten kärsimiksi sairauksiksi. Kyselylomakkeen ääripäät olivat alle 18-vuotiaat ja yli 37-vuotiaat, ja hajontaa näiden välillä oli hyvinkin paljon. 8,5 % vastanneista oli alle 18-vuotiaita ja yli 37-vuotiaita 12,8 %. Suurimpina ryhminä yhtä suurilla 34 % osuuksilla olivat 19-25 ja 26-30-vuotiaat. 31-36-vuotiaita kyselyyn osallistui 10,6 %.



Kuvio 2. Vastaajien suhteellinen ikäjakauma

Seuraavaksi kysyttiin, missä vaiheessa vastaaja koki sairautensa tällä hetkellä olevan. Vastaajista 53,2 % vastasi olevansa paranemaan päin, 40,4:lla % sairaus oli aktiivisessa vaiheessa ja 6,4 % ei osannut sanoa. Tuloksia tarkasteltaessa havaittiin, että alle 18-vuotiaiden ryhmässä sairaus oli aktiivinen liki 80% vastanneista. Tämä vastaus tukee teorian tietoa sairaudesta erityisesti nuorten naisten ongelmana. Seuraavassa ikäryhmässä 19-25-vuotiaat liki 70% vastasi olevansa paranemaan päin, mutta sitten seuraavassa ikäryhmässä 26-30-vuotiaat luvut olivatkin kääntyneet ja aktiivisessa vaiheessa ilmoitti olevansa melkein 65%. Muutama ei osannut vastata. 31-36-vuotiasta jokainen ilmoitti olevansa paranemaan päin. Yli 37-vuotiaiden ryhmässä tauti oli aktiivinen 100% vastanneista, mitä voidaan pitää

yllättävänä. Valitettavasti kyselyssä ei kysytty mitä syömishäiriötä vastaaja sairasti. Tämä olisi tuonut mielenkiintoista lisäinformaatiota iän ja sairauden välillä.



Kuvio 3. Sairauden tila

6.2 Vertaistukikokemuksia

Tutkimuksen yhtenä tehtävänä oli kartoittaa, millaisia kokemuksia kyselyyn osallistuneilla oli vertaistuesta. Pääsääntöisesti kokemukset olivat varsin kannustavia ja vertaistuki koettiin hyvänä apuna toipumisen tiellä.

En koe olevani enää niin yksin ja viallinen, kun olen huomannut, että on monia muitakin, joilla on samanlaisia ajatuksia.

Yllä olevaan lauseeseen kiteytyy hienosti vertaistuen tarkoitus ja sen suoma apu. Kysymykseen miten vertaistuki on sinua auttanut, vastattiin 53 kertaa. 37 vastauksessa mainittiin, ettei olekaan sairautensa kanssa yksin. Vertaistuki koettiin erityisen merkitykselliseksi, koska se antoi perspektiiviä sille, kuinka paljon on muitakin ihmisiä juuri samojen ajatusten ja asioiden äärellä.

Erilaisissa vertaistukiryhmissä on usein jäseniä, joilla sairaus on eri vaiheissa. Tieto siitä, että sairaudesta on mahdollista parantua, koettiin osallistujien keskuudessa helpottavaksi ja se antoi uskoa tulevaan. Toisille ryhmäläisille pystyi vastausten mukaan myös avautumaan paremmin kuin hoitotaholle ja ryhmässä koettiin isoa yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Vertaistuessa on kuitenkin haasteensa ja tämä tuli ilmi myös kyselyn vastauksissa. Ryhmämuotoisessa vertaistuessa on aina suuri merkitys jäsenten ja ohjaajan välisellä luottamuksella ja henkilökemioiden kohtaamattomuus mainittiinkin parissa vastauslomakkeessa. Vastauksia tarkasteltaessa todettiin myös, että kaikki, jotka eivät kokeneet vertaistuen olevan hyödyllistä toipumisen kannalta tai eivät olleet saaneet siitä minkäänlaista apua tai tukea, olivat vielä taudin aktiivisessa vaiheessa. Tästä voitaneen päätellä vertaistuesta oleva eniten apua jo paranemaan päin oleville tai heille, joilla on halua parantua.

6.3 Vertaistukitoiminnan kehittäminen

Tutkimuksen mukaan vertaistukitoiminnan suurimmaksi kehittämiskohteeksi nousi ohjauksen puute vertaistuen piiriin terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta. Hoitohenkilökuntaa olisikin jatkossa koulutettava tarjoamaan potilaille enemmän tietoa vertaistukimahdollisuuksista. Vastauksissa todettiin avun saamisen olevan vaikeaa ja todettiin, ettei syömishäiriöitä tunnisteta riittävän hyvin, eikä potilaita osata ohjata oikeanlaisen avun piiriin. Vain 15,5% vastanneista oli saanut tietoa ja ohjausta erilaisista vertaistukimahdollisuuksista terveydenhoitajan, ravitsemusterapeutin tai lääkärin kautta. Loput olivat itsenäisesti hankkineet tietoa erilaisista mahdollisuuksista internetin välityksellä tai saaneet vertaistukea osastohoidon kautta. Potilaiden saattaminen vertaistuen piiriin olisi toipumisen kannalta kuitenkin erityisen merkittävää, sillä vastanneista yli 67% koki saaneensa apua vertaistuesta.

Ongelmaksi muodostuivat myös isot alueelliset erot. Suuremmilla paikkakunnilla ryhmämuotoista tukea on paremmin saatavilla, kun taas pienemmissä kunnissa ei

ole säännöllisesti kokoontuvaa vertaistukiryhmää. Vain 21% tiesi paikkakunnallaan olevan säännöllisesti kokoontuvan ryhmän. 62,5%:lla ei ollut toimivaa ryhmää lähistöllä ja 16,5% ei osannut sanoa. Pitkät välimatkat aiheuttavat ongelmia osallistua kokoontumisiin, joten erilaiset digitaaliset vertaismuodot nousevat tärkeiksi. Ehdottomasti suosituin ja mieluisin vertaistukimuoto olikin kyselyn mukaan erilainen verkossa tapahtuva vertaistuki. Useampi vastaaja mainitsi sen olevan ns. matalan kynnyksen tukea johon on helppo osallistua anonyymisti niin halutessaan. Tutkimuksen antaman tiedon mukaan verkkovälitteisiä vertaistukimuotoja olisikin syytä kehittää eteenpäin.

7 POHDINTA

Tässä luvussa käydään läpi saatuja tuloksia, pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tarkastellaan opinnäytteenä tehtyä tutkimusta oppimisprosessina sekä ehdotetaan jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syömishäiriöstä kärsivien kokemuksia vertaistuesta ja sen tavoitteena oli myös lisätä tietoa vertaistuen merkityksestä osana toipumisprosessia.

Tutkimuksen tavoitteena oli lisäksi kerätä tietoa, millainen vertaistukitoiminta on ollut mieluisinta ja miten vertaistukitoimintaa voitaisiin jatkossa kehittää. Tutkimuksessa nousi esiin digitaalisten vertaistukimuotojen suosio niiden helpon saatavuuden vuoksi, mutta toisaalta myös heikko ohjaus terveydenhuoltohenkilöstön puolelta vertaistuen piiriin. Tutkimuksen perusteella erilaisia verkkopohjaisia vertaistukimuotoja olisikin hyvä kehittää eteenpäin samoin kuin terveydenhuollon henkilökuntaa tulisi kouluttaa ohjaustyössä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tämä tutkimus on tehty Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeita noudattaen. Sen mukaan hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys ja huolellisuus niin tutkimustyössä, kuin tulosten tarkastelussa ja tallentamisessakin. Ennen opinnäytetyön aloittamista tutkija huolehti, että hänellä on lupa tutkimuksen suorittamiseen niin tilaajalta kuin korkeakoulunkinkin puolesta.

Kohderyhmää informoitiin saatekirjeellä (LIITE 1) tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja vapaaehtoisuudesta, sekä kerrottiin vastaamisen tapahtuvan täysin anonymisti, jolloin jokainen voi päättää osallistuako tutkimukseen vai ei. Kaikille kohderyhmäläisille annettiin myös yhtäläinen mahdollisuus vastata kyselyyn, eikä ketään rajattu ulkopuolelle. (Kankkunen ym. 2013, 221.)

Tutkimukseen osallistuminen ei myöskään aiheuttanut osallistujilleen minkäänlaisia kuluja, vaan hyvän tutkimusetiikan mukaisesti taloudelliset haitat minimoitiin (Kankkunen ym. 2013, 218).

Tutkimus toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on toimittu huolellisesti ja oikeudenmukaisesti sekä kirjattu käytetyt lähdetiedot asianmukaisesti. Opinnäytteenä tehty tutkimus myös suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin rehellisen huolellisesti mitään tuloksia muuttamatta. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-26.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin avulla, joka mittaa miten hyvin tutkimus mittaa juuri tutkittavaa kohdetta. Tässä tapauksessa kyselylomakkeen sisällönvaliditeetti luo pohjan koko tutkimuksen luotettavuudelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-191.) Tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta ei pilotoitu ja se näkyy lopputuloksessa. Kyselylomake ei kokonaisuudessaan palvellut täysin tutkimusta ja siihen tutkimuksen tekijä tekisikin muutoksia, jos tutkimus toistettaisiin. Kyselylomake ei täysin mitannut sitä mitä piti ja myös tutkimusmenetelmän olisi voinut valita toisin. Kasvokkain toteutettu haastattelututkimus olisi varmasti antanut laajemman kuvan tutkittavasta aiheesta suppeaa kyselylomaketta paremmin. Toisaalta haastateltavien löytäminen olisi ollut haasteellisempaa.

Tämän kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 9 %, joten otantaa voidaan suhteellinen suppeana. Alhainen vastausprosentti osaltaan heikentää tutkimuksen validiteettia eli tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta.

7.3 Tutkimus oppimisprosessina

Tämä tutkimus oli tutkijalle ensimmäinen tutkimusprosessi ja se tarjosi laajasti kehittymismahdollisuuksia. Alusta asti oli selvää, mitä potilasryhmää haluaisin tutkia, mutta lopullinen aihe tuli työn tilaajalta. Työmotivaation kannalta olikin hyvä valinta tehdä tutkimus tutkijaa henkilökohtaisesti kiinnostavasta aiheesta, sillä jos aihe ei olisi ollut mielekäs, olisi työn loppuun saattaminen ollut työlästä.

Omat haasteensa työlle toivat opiskelujen, töiden ja perhe-elämän yhteensovittaminen. Tutkimus itsessään suoritettiin yksilötyönä. Toisen tutkijan lisääminen tähän yhtälöön olisi ollut jo mahdottomuus, vaikka välillä olisikin ollut helpompaa, jos aineistoa olisi voinut käsitellä toisen tutkijan kanssa. Tutkimuksen luotettavuus olisi varmasti myös osaltaan parantunut, jos työssä olisi ollut mukana myös toinen tutkija. Yksin työskentely ei siis ollut ehkä tutkimuksen kannalta paras ratkaisu, vaikka se tutkijan itsensä kannalta olikin.

Tutkimussuunnitelma valmistui helposti, mutta näin jälkikäteen ajatellen aikaa ja ajatusta olisi pitänyt käyttää paljon enemmän kyselylomakkeen suunnittelemiseen ja kysymysten miettimiseen. Nyt kyselylomake oli hivenen epäonnistunut tarkoituksessaan ja tämän huomaaminen kyselytutkimuksen jälkeen heikensi hieman motivaatiota. Kyselylomakkeen pilotointi testiryhmällä olisi todennäköisesti parantanut tutkimuksen laatua, koska kysymykset olisivat todennäköisesti pilottitutkimuksen jälkeen palvelleet paremmin tutkittavaa aihetta. Toisaalta tällainen epäonnistuminen ja sen huomaaminen lisäsi oppimista ja mahdollisen seuraavan tutkimuksen kohdalla osaa välttää ne sudenkuopat, joihin tässä opinnäytetyössä astui. Lisämurhetta työlle toi myös kohdeorganisaatiossa olleet henkilövaihdokset ja informaatiokatkos opinnäytetyön osalta. Yhteistyö jäikin työn tilaajan kanssa tämän jälkeen vähän vaillinaiseksi ja se vaikutti myös motivaatioon työn valmistumisen ja sen tason suhteen.

Kokonaisuudessaan tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoinen kokemus. Se opetti tiedonhakua ja käsittelyä, aikataulutuksen ja ennakkosuunnittelun tärkeyttä sekä ennen kaikkea pitkäjänteisyyttä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen aihe vertaistukikokemuksista ja sen merkityksestä syömishäiriötä sairastaville on edelleen kiinnostava ja sitä olisikin syytä tutkia vielä lisää. Tämän tutkimuksen kysely suoritettiin internetissä toimivassa vertaistukiryhmässä ja positiivisimmat kokemukset vertaistuesta tulivatkin juuri digitaalisilla alustoilla toi-

mivista vertaistukimuodoista. Olisi mielenkiintoista toistaa tutkimus jossain säännöllisesti kokoontuvassa vertaisryhmässä ja katsoa, millaisia kokemuksia sieltä nousisi esiin ja miten heidän mielestään vertaistukitoimintaa voitaisiin kehittää.

Tutkimuksessa nousi esiin huolestuttavana seikkana vertaisryhmien myös mahdollisesti triggeröivän syömishäiriöstä vasta toipumassa olevia. Huolestuttava huomio oli myös se kuinka paljon on negatiivisesti latautuneita vertaisryhmiä, joissa toipumisen edistämisen sijaan onkin tarkoitus jakaa sairautta edistäviä vinkkejä esimerkiksi painonpudotukseen. Olisi mielenkiintoista tutkia ovatko syömishäiriöstä toipumassa olevat ja vertaistukiryhmiä apuna käyttävät olleet aikanaan mahdollisesti myös noissa toisentyyppisissä ryhmissä mukana.

LÄHTEET

- Auvinen, A. 2004. Vertaistuki vailla vertaa. A-Kiltojen Liitto ry. Tampere.
- Coulson, N., & Knibb, R. 2007. Coping with Food Allergy: Exploring the Role of the Online Support Group. *Cyber Psychology & Behavior*, Volume 10, Number 1 145-148
- Estola, E., Kaunisto, S-L., Keski-Filppula, U., Syrjälä, Le. & Uitto, M. 2007. Lu-pa puhua. Kertomisen voima arjessa ja työssä. Jyväskylä. Ps-Kustannus.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita. Viitattu 27.4.2019. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettupainos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Huuskonen, P. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Teoksessa Laatikainen, T. Toim. Vertaistoiminta kannattaa. Tampere. Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Huttunen, M. 2018. Ahmimishäiriö (bulimia). Viitattu 27.4.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352
- Huttunen, M. & Jalanko, M. 2019. Laihuushäiriö (anorexia nervosa). Viitattu 27.4.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111
- ICD-10 tautiluokitus. 2011. Maailman terveysjärjestö WHO. 3.painos. StMichel Print. Mikkeli. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt- ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. *Duodecim* 2010;126:2209–14

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 117, 8, 863-868. Viitattu 27.2.2019.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/8/duo92219>

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Kotovirta, E. 2012. Vertaistoiminta huumeriippuvaisten toipumisen ja elämänhallinnan tukena. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.). Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim

Kääriäinen, A. & Mykkänen-Hänninen, R. 2009. Vertaisuus ja vertaistuki eroauttamisessa. Helsinki. Hakapaino OY.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto. Viitattu 27.4.2019
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf

Meskanen, K. 2018. Ahmintahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.4.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund M., & Yeung, A. (toim.) Vapaaehtoistoiminta: Anti, arvot ja osallisuus. Tampere. Vastapaino.

Oksanen, S. 2005 Tie vastaanotolle on pitkä. Suomen lääkirilehti vol.60, 45,4607-4608.

Pajamäki, N & Metso, S. 2015. Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. Lääkirilehti 43, 70, s. 2849 – 2854.

Pihlava, M. 2018. WHO julkaisi ICD-11-tautiluokituksen. Lääkirilehti. Viitattu 27.2.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>

Santala, E. 2008. Saira-an terveellistä – nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Viitattu 27.4.2019.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119968/Suorsa_Pauliina_Tolonen_Noora.pdf?sequence=1

Suvisaari, J & Suokas, J. 2009. Syömishäiriöt. Viitattu 1.3.2019. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki. Yliopistopaino. 56. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suokas, J. & Nykopp, J. 2015. Mitkä ovat tavallisimmat syömishäiriöt? Potilaan lääkirilehti. Viitattu 27.2.2019. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/mitka-ovat-tavallisimmat-syomishairiot/>

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 23.04.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Taskinen, S. 2017. Vertaistuki verkossa. Kuinka internet-välitteistä tukea käytetään? Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteiden laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 27.4.2019 <http://epublications.uef.fi/pub/urnnbnfiuef20170840/urnnbnfiuef-20170840.pdf>

THL 2019. Mielenterveyshäiriöt. Syömishäiriöt. Viitattu 1.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot>

Tilastokeskus. Tilastot. Tiedotteet. Suomalaisten internetin käyttö 2018- viestintää, asiointia, tiedonhakua ja medioiden seuraamista. Viitattu 2.5.2019. https://www.stat.fi/til/sutivi/2018/sutivi_2018_2018-12-04_kat_001_fi.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 27.4.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3., uudistettu painos. Edita: Helsinki.

Vehkavaara, S., Kivihuhta, A. & Holopainen, E. 2019 Anoreksiapotilaan endokriiniset poikkeavuudet. *Duodecim* 2019;135:1123–3

Viihala, M., Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 2010. Terveyttä vahvistava vertaistuki: kuvauksia syömishäiriötä sairastavien internetin keskustelupalstalta. *Tutkiva hoitotyö* vol.8, 3, 12-19.

Virtanen, T. 2008. Yhteisöllisyys ja asiantuntijuus verkossa. *Tukiasema.net – vertaistukiyhteisön verkkokeskustelujen analyysi*. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Progradu -tutkielma.

LIITE 1

SAATEKIRJE

Hyvät ryhmäläiset!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Vaasan ammattikorkeakoulussa ja tutkin opinnäytetyössäni syömishäiriötä sairastavien/sairastaneiden kokemuksia vertaistuesta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vertaistuen merkitystä osana toipumisprosessia ja kerätä tietoa siitä, miten vertaistukitoimintaa voitaisiin jatkossa kehittää.

Kyselytutkimus tullaan toteuttamaan verkossa osoitteessa xxxxxxxxxxxxxx ja pyydän teitä ystävällisesti ottamaan osaa tutkimukseen xx.xx.xxxx mennessä. Osallistuminen on vapaaehtoista ja se vie noin 15 minuuttia.

Vastaaminen tapahtuu kokonaan anonymisti ja käsittelen tutkimustuloksia luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelija Jenni Salo

Sähköposti: e1600094@edu.vamk.fi

Tutkimukseni ohjaajana toimii VAMK:in lehtori Ritva Alaniemi

Ritva.Alaniemi@vamk.fi

LIITE 2

KYSELYLOMAKE

- Sukupuoli
 - Mies
 - Nainen
 - Muu
 - En halua kertoa

- Ikä
 - 18
 - 19-25
 - 26-30
 - 31-36
 - 37-

- Olen sairastanut
 - 0-3 vuotta
 - 3-6 vuotta
 - 6-10 vuotta
 - 10- vuotta

- Missä vaiheessa koet sairautesi olevan tällä hetkellä?
 - Aktiivinen
 - Paranemaan päin
 - Kokonaan toipunut
 - En osaa sanoa

- Onko sinua ohjattu vertaistuen piiriin terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta
 - Kyllä
 - Ei
 - En osaa sanoa

- Onko paikkakunnallasi säännöllisesti kokoontuvaa vertaistukiryhmää?
 - Kyllä
 - Ei
 - En osaa sanoa

- Oletko saanut vertaistukea
 - Verkossa
 - Ohjatussa ryhmässä
 - Muu, missä?

- Koetko saaneesi apua vertaistuesta?
 - Kyllä
 - Ei
 - En osaa sanoa

- Miten hakeuduit vertaistuen piiriin?

- Onko tietoa ja ohjausta vertaistuesta mielestäsi riittävästi saatavilla?

- Millainen vertaistukimuoto on ollut mieluisinta, miksi?

- Kerro miten vertaistuki on sinua auttanut?

- Miten vertaistukitoimintaa sinun mielestäsi tulisi jatkossa kehittää

