

Jonna Yli-Pietilä

TERVEYDENHOITAJAT AVAINASEMASSA NUORTEN
PÄIHDEONGELMIEN JA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2009



TERVEYDENHOITAJAT AVAINASEMASSA NUORTEN PÄIHDEONGELMIEN JA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

Yli-Pietilä, Jonna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kesäkuu 2009
Pirilä, Ritva
YKL: 59.56
Sivumäärä: 46
Asiasanat: Nuoret, päihdeongelmat, syömishäiriöt

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien keinoja tunnistaa nuorten päihdeongelmat ja syömishäiriöt. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten terveydenhoitaja toimii, kun hän havaitsee nuorella kyseisiä ongelmia. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa terveydenhoitajien käsityksistä omista tiedoistaan ja taidoistaan syömishäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja hoidossa. Tutkimus oli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueen yläasteiden kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleviltä terveydenhoitajilta. Avoimia kyselylomakkeita toimitettiin 11 terveydenhoitajalle, joista kuusi vastasi. Aineisto kerättiin syyskuusta 2008 maaliskuuhun 2009. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavaa analyysia käyttäen.

Nuorten päihdeongelmat ilmenivät erilaisina ongelmina koulutyössä. Yleisimpiä oireita olivat poissaolot ja väsymys. Tunnistaakseen päihdeongelman terveydenhoitajat käyttivät Nuorten päihdemittaria, keskustelivat nuoren kanssa ja tekivät moniammatillista yhteistyötä. Päihdeongelman tunnistettuaan terveydenhoitajat useimmiten ensin keskustelivat nuoren kanssa ja sitten ottivat yhteyttä tarvittaviin yhteistyötahoihin. Yleisimpiä yhteistyötahoja olivat koulukuraattori/sosiaalihojaaja, päihdekliniikka, sosiaalitoimi ja vanhemmat. Kahden terveydenhoitajan mielestä päihdeongelmasta kärsiville nuorille ei ollut riittävästi hoitomahdollisuuksia. Kolme terveydenhoitajaa koki tarvitsevansa lisää tietoa nuorten päihdeongelmista.

Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat syömishäiriöinä anoreksian ja bulimian, kolme ortoreksian, yksi tyytymättömyyden lihaksistoon ja yksi lihavuuden. Syömishäiriöiden yleisimpiä oireita olivat paino-pituus-suhteen muutokset, oksentelu, kuukautishäiriöt ja ruuan ylikorostunut merkitys. Tunnistaakseen syömishäiriön terveydenhoitajat seurasivat kasvukäyrää ja kommunikoivat nuoren kanssa, mutta kukaan terveydenhoitajista ei käyttänyt varsinaisia syömishäiriötestejä. Lievimmissä tapauksissa terveydenhoitajat keskustelivat nuoren kanssa, ottivat nuoren terveydenhoitajan seurantaan tai ohjasivat nuoren koulupsykologille tai koulukuraattorille/sosiaalihojaajalle. Vakavissa tapauksissa terveydenhoitajat ohjasivat nuoren muihin tahoihin. Yleisimpiä yhteistyötahoja olivat koululääkäri, vanhemmat, nuorisopsykiatrian poliklinikka, Vorri ja koulupsykologi. Neljä terveydenhoitajan mielestä syömishäiriötä sairastaville nuorille ei ollut riittävästi hoitomahdollisuuksia. Neljä terveydenhoitajaa koki tarvitsevansa lisää tietoa nuorten syömishäiriöistä.

THE IMPORTANCE OF PUBLIC HEALTH NURSES IN TREATING ADOLESCENTS' PROBLEMATIC SUBSTANCE USE AND EATING DISORDERS

Yli-Pietilä, Jonna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing Care

June 2009

Pirilä, Ritva

PLC: 59.56

Number of pages: 46

Key words: adolescents, problematic substance use, eating disorders

The purpose of this thesis was to study how public health nurses who work with adolescents recognize their problematic substance use and eating disorders and what they do after the recognition. The aim was to get information on how public health nurses, in their own opinion, can recognize adolescents' problematic substance use and eating disorders and help them. This study was completed as a qualitative research and the research material was collected by using open questionnaire consisting of open questions. The material was collected from the public health nurses who worked in school health care in secondary education and in student health care in the area of Joint Municipal Authority for Public Health in Rauma. Altogether eleven public health nurses received the questionnaire and six of them answered. The material was collected between September 2008 and March 2009. The material was analyzed by using content analysis.

Substance use among adolescents affected their school work in many various ways. The most common symptoms were absence from school and tiredness. To recognize substance use the public health nurses used Adolescents' Substance Use Measurement, discussed with adolescents and collaborated with several multi-professional groups. After recognition public health nurses usually first discussed with adolescents and then got in touch with the appropriate cooperative parties. The most common parties were school social worker, substance clinic, social welfare office and parents. Two public health nurses stated that there were not enough help and treatment options available for adolescents with problematic substance use. Three public health nurses felt that they needed more information on adolescents' substance use.

Everyone recognized anorexia and bulimia as eating disorders, however, only three respondents were familiar with orthorexia and only one respondent could associate muscle dissatisfaction and obesity with eating disorders. The most common symptoms were changes in weight-height ratio, vomiting, amenorrhea and obsession with food. To recognize eating disorders the public health nurses followed up the growth curve and talked with adolescents but no one used actual eating disorder tests. In less severe cases public health nurses discussed with adolescents, followed them up or guided them to school psychologist or school social worker. In more severe cases the adolescent was guided to other parties. The most common cooperative parties were school doctor, parents, youth psychiatry clinic, Vorri and school psychologist. Four public health nurses stated that there were not enough help and treatment options available for adolescents with eating disorders. Four public health nurses felt that they needed more information on adolescents' eating disorders.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	NUORI JA NUORUUS.....	6
3	NUORTEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA PÄIHDEONGELMAT	6
3.1	Nuorten päihteiden käyttö Suomessa	7
3.2	Nuorten päihdeongelmien erityispiirteet.....	8
4	NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT	10
4.1	Anoreksia.....	11
4.2	Bulimia	12
4.3	Epätyypilliset syömishäiriöt	12
4.4	Poikien ja miesten syömishäiriöt	13
4.5	Nuorten ylipainoisuus	15
5	MIELENTERVEYSTYÖ KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA.	15
5.1	Nuorten mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoitaminen	16
5.2	Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoitaminen.....	17
5.3	Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen.....	21
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	24
7	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	24
7.1	Avoimen kyselylomakkeen laadinta	25
7.2	Aineiston keruu.....	25
7.3	Aineiston analysointi.....	26
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1	Nuorten päihdeongelmien tunnistaminen ja hoitaminen.....	27
8.2	Nuorten syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen.....	30
9	POHDINTA.....	32
9.1	Tulosten tarkastelu ja pohdinta.....	33
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	37
9.3	Tutkimuksen eettisyys.....	40
9.4	Jatkotutkimusaiheet.....	41
	LÄHTEET	43

LIITTEET

1 JOHDANTO

Nuoruusiän kehitysvaihe on aikuisiän mielenterveyden tärkeä kulmakivi. Nuorten mielenterveyden edistäminen ja varhainen ongelmiin puuttuminen on tärkeää siksi, että nuoruusiällä mielenterveydellinen hätä ja hoidon tarve on yhtä yleistä kuin aikuisuudessa. (Pylkkänen 2006, 14–15.) Päihdeongelmat kuuluvat nuorten yleisimpiin mielenterveysongelmiin. Alkoholi ja tupakka ovat nuorten eniten käyttämiä päihteitä ja aiheuttavat yli 95 % nuorten päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista. (Tacke 2006, 135, 139.) Viime vuosikymmeninä syömishäiriöistä on tullut yleisiä nuorten naisten mielenterveyden häiriöitä (Suokas & Rissanen 2007, 355). Syömishäiriöt alkavat usein nuoruusiässä. Vaikka uusien syömishäiriöiden ilmaantuvuus on tasaantunut, syömishäiriöiden lievemmat muodot ovat lisääntyneet. (Ruuska & Rantanen 2007, 4527–4528.)

Opinnäytetyöntekijä halusi opinnäytetyön aiheen liittyvän mielenterveys- ja päihdeongelmiin, koska opinnäytetyöntekijä on kiinnostunut aiheesta ja kokee aiheen tärkeäksi. Omien kokemusten ja opintojen kautta opinnäytetyöntekijää kiinnosti se, miten nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmia tunnistetaan ja hoidetaan Rauman seudulla. Onhan varhainen puuttuminen nuorten mielenterveysongelmiin ja avun tarjoaminen tärkeää (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 5; Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 76). Aihe rajattiin nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien keinoja tunnistaa nuorten päihdeongelmia ja syömishäiriöitä. Lisäksi on tarkoituksena selvittää, miten terveydenhoitaja toimii, kun hän havaitsee nuorella kyseisiä ongelmia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa terveydenhoitajien käsityksistä omista tiedoistaan ja taidoistaan syömishäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja hoidossa. Toivon, että tämän opinnäytetyön avulla saadaan selville, onko terveydenhoitajilla riittävästi tietoa nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden tunnistamiseksi sekä onko heillä tarvittavat keinot puuttua näihin ongelmiin. Jos tiedot ja keinot osoittautuvat puutteellisiksi, toivon, että tämä tutkimus tuo ne esille, jotta terveydenhoitajien tietoja ja auttamiskeinoja voitaisiin parantaa.

2 NUORI JA NUORUUS

Nuori kehittyy nuoruuden aikana lapsesta aikuiseksi ihmiseksi. Nuoruusiällä tarkoitetaan lapsuuden ja aikuisuuden välistä psyykkistä kehitysvaihetta. (Ivanoff, Kitinoja, Palo, Risku & Vuori 2006, 76.) Nuoruus on viimeinen nopean kehityksen ja muutoksen vaihe ihmisen persoonallisuuden kehityksessä lapsuudesta aikuisuuteen (Pylkkänen 2006, 14–15). Psyykkisesti nuoruuden voidaan katsoa alkavan 12-vuotiaana ja kestävän 22-vuotiaaseen asti (Pirskanen & Pietilä 2008, 189). Tämä ajanjakso voidaan jakaa kolmeen osaan, varhaisnuoruuteen, keskinuoruuteen ja jälkinuoruusvaiheeseen (Friis, Mannonen & Seppänen 2006, 46).

Nuoruus on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen sekä mielenterveyden kannalta tärkeää aikaa. Nuoruuteen kuuluu muun muassa itsenäistyminen; sukupuoli-identiteetin löytäminen; arvojen, normien, eettisten periaatteiden ja ihmissuhdemallien löytäminen sekä liittyminen ympäröivään maailmaan. Itsenäistyessään nuoret oppivat kaveripiirissä ryhmään kuulumista, sääntöjen noudattamista ja sosiaalisia käyttäytymistapoja. (Pirskanen & Pietilä 2008, 189.)

Nuoren psyykinen kehitys ei aina etene suoraviivaisesti. Mielenterveysongelmat ovat nuoruudessa kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa. (Pirskanen & Pietilä 2008, 189.) Mielenterveyshoitoa vaativia häiriöitä on yli 20 %:lla nuorista (Pirskanen & Pietilä 2008, 189; Pylkkänen 2006, 15). Useimmat aikuisiällä toimintakykyä uhkaavat mielenterveysongelmat saavat alkunsa juuri nuoruusiässä (Pylkkänen 2006, 15).

3 NUORTEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA PÄIHDEONGELMAT

Päihteet ovat ilman hoitotavoitetta psyykkisiin toimintoihin vaikuttavia aineita (Tacke 2006, 135). Päihteitä ovat alkoholi, tupakka (nikotiini), kahvi (kofeiini) sekä huumaavat aineet. Huumaavia aineita ovat impattavat aineet, pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja huumausaineet. Huumausaineet ovat huumausainelaissa ja -asetuksessa määriteltäjä tarkoin säädeltyjä päihteitä. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönn-

qvist 2007, 417, 419.) Tässä opinnäytetyössä päihteellä tarkoitetaan alkoholia tai muuta päihytymistarkoituksessa käytettyä ainetta (Päihdehuoltolaki 1987).

Päihteen haitallinen käyttö on määritelty kansainvälisessä ICD-10-tautiluokituksessa neljän kriteerin mukaan. Päihteen käyttö on haitallista, jos on selvä näyttö siitä, että päihteen käyttö on aiheuttanut tai tuntuvasti myötävaikuttanut fyysisen tai psyykkisen haitan syntyyn. Haitan tulee olla tunnistettavissa ja määriteltävissä. Kolmanneksi päihteen käyttö on kestänyt ainakin yhden kuukauden tai sitä on esiintynyt toistuvasti 12 kuukauden jakson aikana. Lisäksi häiriö ei täytä minkään muun saman päihteen käyttöön liittyvän mielenterveyden häiriön kriteerejä. (Kuoppasalmi ym. 2007, 427; Mattila & Partanen 2000, 47.)

Päihderiippuvuus on toinen ICD-10:n määrittelemä päihdehäiriö (Mattila & Partanen 2000, 47). Kyse on päihderiippuvuudesta, jos kolme tai useampi kuudesta tunnusmerkistä esiintyy yhdessä ainakin kuukauden ajan tai toistuvasti 12 kuukauden pituisen jakson aikana. Tunnusmerkkejä ovat voimakas himo tai pakonomainen halu käyttää päihdettä; heikentynyt kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista; vieroitusoireet päihteen käytön päättyessä tai vähentyessä; sietokyvyn lisääntyminen; käytön muodostuminen elämän keskipisteeksi sekä käytön jatkuminen huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista, jotka käyttäjä tietää tai voidaan olettaa tietävän. (Kuoppasalmi, ym. 2007, 426; Mattila & Partanen 2000, 47.) Tässä opinnäytetyössä päihdeongelmalla tarkoitetaan päihdehäiriötä, joka on päihteen haitallista käyttöä tai päihderiippuvuutta.

3.1 Nuorten päihteen käyttö Suomessa

Kouluterveys 2007 -kysely tehtiin vuonna 2007 Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä sekä Ahvenanmaalla (Kouluterveyskysely 2007). Kyselyn tulosten mukaan 42 % yläastelaisista ja 22 % lukiolaisista ei juo ollenkaan. Vastanneista noin joka kymmenes ja lukion toisen vuosikurssin pojista joka viides juo kerran viikossa tai useammin. Noin 23 % juo pari kertaa kuukaudessa ja noin 13 % juo kerran kuukaudessa. Neljä prosenttia juo itsensä kerran viikossa tai useammin humalaan asti. Yläastelaisista 14 % ja lukiolaisista 22 % juo itsensä humalaan noin 1–2 kertaa kuukaudessa. Yli puolet vastanneista hyväksyy parin alkoholiannoksen juomisen muutaman kerran viikossa.

Suomalaisnuorten humalahakuinen juominen on yleistä (Tacke 2006, 135–136). Neljä prosenttia kouluterveyskyselyyn vastanneista ilmoittaa juovansa itsensä tosi humalaan asti kerran viikossa tai useammin. Yläastelaisista 14 % ja lukiolaisista 22 % ilmoittaa juovansa itsensä tosi humalaan asti noin 1–2 kertaa kuukaudessa. Yli puolet vastanneista hyväksyy parin alkoholiannoksen juomisen muutaman kerran viikossa. Noin kolmasosa vastanneista hyväksyy humalan kerran viikossa. (Kouluterveyskysely 2007.)

On huomattu, että suomalaisnuorten juomatavat polarisoituvat. Eniten juova viidennes juo suurimman osan nuorten käyttämästä alkoholista. Vuonna 2003 seitsemän prosenttia 18-vuotiaista pojista joi itsensä tosihumalaan vähintään kerran viikossa. Vastaava osuus kaksi vuotta myöhemmin oli 12 prosenttia. Toisaalta 2000-luvulla yhä harvempi 12- ja 14-vuotias on kokeillut alkoholia. Näyttää siltä, että vuoden 2004 veronalennus on kiihdyttänyt nuorten juomatapojen polarisaatiota ja kasannut ongelmia tietyille nuorisoryhmille. (Alkoholiolot EU-Suomessa 2006, 17.)

Varsinaiseksi huumausaineeksi luokitetuista aineista kannabis eli marihuana on yleisimmin kokeiltu huume. Noin 10 % 15–16-vuotiaista on joskus kokeillut kannabista, 20 % 20–24-vuotiaista. Kannabismyönteiset asenteet ovat lisääntyneet nuorten keskuudessa. (Tacke 2006, 136.) Kouluterveyskyselyyn vastanneista yläastelaisista 10 % ja lukiolaisista 17 % hyväksyy kannabiksen polton silloin tällöin. Kyselyn mukaan noin viisi prosenttia on kokeillut kerran tai useammin marihuanan polttoa. Viimeksi kuluneen 30 päivän aikana noin kolme prosenttia on käyttänyt jotakin huumaavaa ainetta. (Kouluterveyskysely 2007.) Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimuksen (Kunttu & Huttunen 2004) kohderyhmänä oli alle 35-vuotiaat suomalaiset yliopistojen perustutkinto-opiskelijat eri paikkakunnilta ja koulutusaloilta. Tutkimukseen osallistui 3153 opiskelijaa (62,7 %, N=5030) vuonna 2004. Tutkimukseen osallistuneista 22 % oli käyttänyt tai kokeillut huumeita. Eniten oli käytetty tai kokeiltu kannabista.

3.2 Nuorten päihdeongelmien erityispiirteet

Nuorten päihdeiden käyttö alkaa usein tupakoinnista ja alkoholin käytöstä 12–14-vuotiaana. Alkoholi ja tupakka ovat nuorten eniten käyttämiä päihteitä ja aiheuttavat yli 95 % nuorten päihdeiden käyttöön liittyvistä ongelmista. Alkoholin käytön aloitus alle

15-vuotiaana lisää päihderiippuvuuden riskiä aikuisiässä nelinkertaiseksi verrattuna myöhemmin aloittamiseen. Päihdeongelmat kuuluvat nuorten yleisimpiin mielenterveysongelmiin. (Tacke 2006, 135, 139.) Nuorten halu kokeilla ja käyttää alkoholia voidaan käsittää osana siirtymävaihetta nuoruudesta aikuisuuteen ja sosiaalistumisprosessina aikuisten yhteiskuntaan. Päihteiden käyttö kuitenkin vaarantaa nuorten terveyden ja ikävaiheeseen kuuluvan kehityksen. (Pirskanen & Pietilä 2008, 189.)

Nuorten päihteiden käyttö ja päihdehäiriöiden kehittyminen ovat prosessimaisia. Raittudesta ja kokeiluluonteisesta päihteidenkäytöstä siirrytään säännölliseen ja sosiaaliin päihdekäyttöön. Päihteiden käytön haitallisten seurausten, kuten tapaturmien, ilmeneminen tarkoittaa riskikäytön vaihetta. Päihteiden käytön jatkuminen haitallisina seurauksina voi johtaa ongelmien kasautumiseen ja päihteiden väärinkäytön vaiheeseen tai riippuvuuteen. Päihdeongelmat alkavat keskimäärin 15–19-vuoden iässä tai 2–6 vuotta ensimmäisen käyttökerran jälkeen. Nuorista 5–10 %:lla on diagnosoitu päihdehäiriö. (Pirskanen & Pietilä 2008, 194–195.)

Nuorten päihdeongelmat ovat yksilöllisiä ja monitekijäisiä (Lönnqvist & Marttunen 2001). Nuoren päihdeongelmasta saattaa kertoa esimerkiksi käyttäytymisen muutokset, uusi kaveripiiri, poissaolot esimerkiksi koulusta tai selittämättömät tajunnantason vaihtelut. Kliininen tutkimus voi antaa päihteiden käyttöön sopivia löydöksiä, esimerkiksi kannabiksen käyttöön viittaava haju, laajat mustuaiset amfetamiinista, pienet mustuaiset opioideista, pistosjäljet, positiivinen huumeseuula tai hepatiittiin sopivat maksa-arvot. (Tacke 2007.) Päihdeongelmalle altistavat tekijät voivat johtaa muihin ongelmiin, kuten muihin mielenterveyden häiriöihin, seksisuhteiden kautta välittyviin sairauksiin, tapaturmiin, suunnittelelemattomiin varhaisiin raskauksiin, väkivalta- ja itsetuhokäyttäytymiseen, rikollisuuteen, koulunkäynnin keskeytymiseen tai työttömyyteen. Nämä ongelmat esiintyvät päihdeongelmia ennakkoiden tai samanaikaisesti. Päihteiden käytöstä voi seurata myös delirium, dementia, muistihäiriö, psykoottinen häiriö, mielialahäiriö, ahdistushäiriö, sukupuolisen toiminnan häiriö tai unihäiriö. (Lönnqvist & Marttunen 2001.)

Runsaasti alkoholia juovilla nuorilla on tunnistettu viisi ominaisuutta: vanhempien vähäinen nuoren vapaa-ajanviettoon liittyvä valvonta, tupakointi, runsaat taskurahat, ikätovereita varhaisempi biologinen kehitys ja seurustelun aloittaminen. Vanhempien, sisarusten tai muiden läheisten antama malli, yksinhuoltaja- ja uusperheissä kasvaminen,

sosiaalisten taitojen puute, koulunkäyntiin liittyvä vähäinen kiinnostus sekä ystävien päihteiden käyttö lisäävät päihteiden käyttämistä. Erityisesti tyttöjen runsas juominen on sidoksissa heidän mielenterveysongelmiin, psykosomaattisiin oireisiin ja negatiiviseen minäkäsitykseen. Poikien runsas juominen on yhteydessä heikkoon itsetuntoon ja vaikeuksiin ihmissuhteissa. Altistavien tekijöiden tunnistaminen auttaa tukemaan riskiryhmään kuuluvia nuoria. (Pirskanen & Pietilä 2008, 192–193.)

Nuorten päihdehäiriöissä on tyypillistä muiden mielenterveyden häiriöiden esiintyminen samanaikaisesti (Pirskanen & Pietilä 2008, 193; Tacke 2006, 139; Kouluterveydenhuolto 2002, 73). Mielenterveyden ongelmat ovat usein primaarisia ja päihdeongelmat sekundaarisia (Lönngqvist & Marttunen 2001). Päihdehäiriöstä kärsivistä nuorista 50–80 %:lla on samanaikaisesti muita mielenterveyshäiriöitä. Näitä häiriöitä ovat käytöshäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä mieliala-, ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt. (Pirskanen & Pietilä 2008, 193, 195.) Suuri osa päihderiippuvaisista kärsii masennuksesta tai ahdistuksesta. Samanaikaissairastavuus lisää itsemurhariskiä. (Tacke 2006, 139–140.) Päihteiden ongelmakäyttö nuorena ennustaa aikuisiän mielenterveysongelmia ja epäsosiaalista persoonallisuutta (Pirskanen & Pietilä 2008, 193).

4 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat poikkeavaan syömisikäytymiseen liittyviä oireyhtymiä, joihin liittyy fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Viime vuosikymmeninä syömishäiriöistä on tullut yleisiä nuorten naisten mielenterveyden häiriöitä. (Suokas & Rissanen 2007, 355.) Vaikka uusien syömishäiriöiden ilmaantuvuus on tasaantunut, syömishäiriöiden lievemmat muodot ovat lisääntyneet (Ruuska & Rantanen 2007, 4527). Noin viidelle prosentille naisista kehittyy hoitoa vaativa syömishäiriö (Räsänen 2007). Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu & Huttunen 2004) syömishäiriöitä oli 8–10 %:lla opiskelijoista. Arvioiden mukaan lähes puolet alle 18-vuotiaista nuorista kärsii jonkinasteisista syömiseen liittyvistä oireista ajoittain (Räsänen 2007). Syömishäiriöt alkavat usein nuoruusiässä, ja niiden suurin esiintyvyys on 15–24-vuoden iässä (Ruuska & Rantanen 2007, 4528). Syömishäiriön havaitseminen on vaikeaa häpeän, salailun sekä sairaudentunteen puuttumisen vuoksi (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 78). Suurimmalla osalla syömishäiriöistä kärsivistä esiintyy sa-

manaikaisesti myös muita mielenterveyshäiriöitä (Lepola & Koponen 2002, 160). Tunnetuimpia syömishäiriöitä ovat anoreksia ja bulimia (Angle 2009).

Hautalan ym. (2005, 4599–4601) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin nuorten syömishäiriön puhkeamista ennakoivan oireilun esiintyvyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä. Tutkimus tehtiin kouluterveydenhuollossa Turun suomenkielisen yleisopetuksen yläkouluissa lukuvuosina 2003–2004. Syömishäiriön puhkeamista ennakoiva puolistrukturoitu kyselylomake jaettiin 9. luokalla oleville oppilaille (N=1374). Tutkimusaineisto koostuu 855 (62 %) nuoren vastauksista ja käytettävistä olleista terveystiedoista. Aineisto analysoitiin tilastollisesti. Vastausten perusteella 18 %:lla 15–16-vuotiaista tytöistä oli vähintään yksi syömishäiriön puhkeamista ennakoiva oire. Vastaavaa oireilua oli pojista seitsemällä prosentilla. Riskiryhmän muodostivat ylipainoiset nuoret; oppilaat, joilla oli erilaisia psykososiaalisia ongelmia; erityisruokavaliota noudattavat nuoret sekä ulkonäön tai painon merkitystä korostavaa liikuntalajia harrastavat nuoret.

4.1 Anoreksia

Anoreksia eli laihuushäiriö on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila. Sen hallitsevana piirteenä on pelko lihavuudesta ja ruumiinkuvan vääristyminen. Anoreksiasta kertovia oireita ovat muun muassa alipaino, kerrospukeutuminen, ruuan ylikorostunut merkitys, liiallinen liikunta, kapea sosiaalinen elämä, amenorrea eli kuu-kautisten poisjääminen, luukato, väsymys, mielialan vaihtelut, lanugokarvoitus, kuiva iho, sydämen harvallyöntisyys, matala verenpaine sekä joskus ahmiminen, oksentelu ja painoon vaikuttavien lääkkeiden käyttäminen. Anoreksiaa sairastavilla voi olla myös muita mielenterveyden häiriöitä, erityisesti ahdistuneisuushäiriöitä ja vakavaa masennusta. (Suokas & Rissanen 2007, 357.)

Anoreksia alkaa yleensä nuoruusiässä, tavallisimmin 12–18 vuoden iässä (Suokas & Rissanen 2007, 357). Anoreksian esiintyvyys on nuorilla tytöillä ja naisilla vajaa yksi prosentti. Lievempioireisena häiriö on yleisempi. (Huttunen & Jalanko 2008.) Anoreksiaan liittyy sekä kohonnut kuolleisuus että monia vakavia ruumiillisia seurauksia. Noin viisi prosenttia anoreksiaan sairastuneesta potilaasta päätyy ennen aikaiseen kuolemaan. (Huttunen & Jalanko 2008; Suokas & Rissanen 2007, 357.) Anoreksiaa sairastavilla ty-

töillä on kaksikymmenkertainen itsemurhariski muihin ikäisiinsä verrattuna (Uusitalo 2007, 19).

4.2 Bulimia

Bulimialle eli ahmimishäiriölle on tyypillistä muilta salattua, toistuvaa ahmimiskohtauksia, joiden aikana bulimiasta kärsivä kokee menettäneensä syömisen hallinnan. Keskeistä on myös lihomisen pelko ja keskittyminen painon tarkkailuun, jotka johtavat yrityksiin estää painon nousu eri menetelmillä. Bulimiasairastavat ovat yleensä normaali-painoisia, mutta paino voi kuitenkin ajoittain vaihdella suuresti. Muita oireita ovat ulkonäkökeskeisyys, mielialanvaihtelut, tyhjentäytyminen oksentamalla tai lääkkeillä, sylkirauhasten suureneminen, hammaseroosiot, vatsakivut sekä elektrolyyttihäiriöt, joiden seurauksena bulimiasairastavalla voi olla lihasheikkoutta, kouristelua ja sydämen rytmihäiriöitä. Noin 80 % bulimiasairastavista kärsii muusta samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä. (Suokas & Rissanen 2007, 366–367; Lepola & Koponen 2002, 160.)

Bulimia alkaa yleensä 15–24-vuotiaana (Suokas & Rissanen 2007, 367; Lepola & Koponen 2002, 157). Eri tutkimusten mukaan 1–10 % nuorista naisista täyttää bulimian diagnostiset kriteerit (Huttunen 2007; Suokas & Rissanen 2007, 367). On arvioitu, että naisopiskelijoista jopa 20–40 %:lla ja suomalaisista 15–16-vuotiaista koululaisista noin viidellä prosentilla on bulimiasairastuksen oireita (Suokas & Rissanen 2007, 367; Lepola & Koponen 2002, 157).

4.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisen syömishäiriön taudinkuva muistuttaa anoreksiaa tai bulimiasairastusta, mutta jokin keskeinen oire puuttuu. Epätyypillinen syömishäiriö on syömishäiriöistä yleisin muoto. Sitä on arvioitu esiintyvän noin viidellä prosentilla nuorista. Lähes puolet syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvista kärsii epätyypillisestä syömishäiriöstä. (Suokas & Rissanen 2007, 371–372.)

Tavallisin epätyypillisistä syömishäiriöistä on lihavan ahmimishäiriö eli BED (Binge eating disorder), jossa ei esiinny tyhjentämisrituaaleja kuten bulimiassa (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007; Suokas & Rissanen 2007, 372). On arvioitu, että joka viides

vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista kärsii tästä häiriöstä (Suokas & Rissanen 2007, 372).

Ortoreksia on syömishäiriö, jossa on kyse pakkomielleestä syödä terveellistä ruokaa. Yleensä ortoreksia saa alkunsa halusta tulla terveemmäksi ravinnon avulla. Ruoka ja syöminen hallitsevat ortorektikon elämää, ja hän käyttää paljon aikaa aterioiden suunnitteluun, ruoka-aineiden hankintaan, ruoan valmistukseen ja syömiseen. (Marttila 2006.) Ortoreksiaa voi esiintyä rinnakkain muiden syömishäiriöiden kanssa ja voi helposti johtaa muihin syömishäiriöihin. Ortoreksiaa esiintyy myös miehillä. Ortoreksiaan sairastuvan luonteenpiirteitä voivat olla perfektionismi, kontrollinhalu, ahkeruus ja tunnollisuus. (Peltoniemi 2004.) Erityisessä vaarassa sairastua ortoreksiaan ovat kohtuuttoman paljon ruokavalionsa, lisäaineisiin ja vitamiineihin huomiota kiinnittävät nuoret (Marttila 2006). Ortoreksia on vielä niin uusi, ettei siitä tiedetä tutkimustiedon perusteella paljon. Häiriöstä ei ole vielä varsinaisia tilastojakaan. (Peltoniemi 2004.)

4.4 Poikien ja miesten syömishäiriöt

Miesten ja poikien syömis- ja ruumiinkuvahäiriöt tunnistetaan huonosti perusterveydenhuollossa (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007). Anoreksiaa sairastavista 5–10 % on miehiä (Suokas & Rissanen 2007, 357; Lepola & Koponen 2002, 157) ja bulimian vuoksi hoitoon hakeutuneista 10 % on miehiä (Lepola & Koponen 2002, 157). Noin kolmasosa lihavan ahmimishäiriöstä kärsivistä on miehiä (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007).

Syömishäiriöistä kärsivät miehet käyttävät alkoholia runsaasti (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 79). Anoreksiaa sairastavilla miehillä liikunta on usein pakonomaisempaa ja runsaampaa kuin naisilla. Bulimiaa sairastavat miehet ovat naisia useammin olleet ylipainoisia tai lihavia ennen bulimiaa. Myös painoindeksi on bulimiaa sairastavilla miehillä suurempi kuin naisilla. Lisäksi bulimiasta kärsivät miehet kompensoivat ahmimista naisia useammin pakonomaisella liikunnalla ja erilaisten lisäravinteiden käytöllä. Lihavan ahmimishäiriön oireissa ei ole eroja sukupuolten välillä. (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007.)

Lihasdysmorfia ja tyytymättömyys lihaksistoon ovat ruumiinkuvahäiriöitä. Lihasdysmorfia on psykiatriseen tautiluokitukseen kuuluvan dysmorfisen ruumiinkuvahäiriön alamuoto (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007). Lihasdysmorfiata sairastavalla henkilöllä on pakonomainen tarve kasvattaa lihaksensa suhteettoman suuriksi käyttäen tähän kohtuuttomasti aikaa ja vaivaa. Usein lihasdysmorfiata sairastavat henkilöt näkevät itsensä pieninä ja lihasmassaltaan olemattomana, vaikka olisivat kuinka lihaksikkaita tahansa. (Nyyssönen 2008; Raevuori & Keski-Rahkonen; Miettunen 2006; Ahola 2002.) Sairaudesta kärsivä välttää tilanteita, joissa ollaan vähissä vaatteissa; saattaa peittää ruumiinmuotoja löysillä vaatteilla tai kerrospukeutumisella; noudattaa tiukkaa painoharjoittelua ja käyttää tyypillisesti lihasmassaa lisääviä aineita (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007). Lihasdysmorfiata sairastavat eivät usein itse myönnä sairauttaan (Nyyssönen 2008). Myös naiset voivat sairastua lihasdysmorfiata. Lihasdysmorfia on harvinainen. (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007.)

Lihaksistoonsa tyytymättömyyden oireet ovat samanlaiset kuin lihasdysmorfiassa, mutta ne haittaavat vähemmän arkielämää kuin lihasdysmorfiassa. Lihaksistoonsa tyytymättömät eivät yleensä ole muihin verrattuna poikkeavan lihaksikkaita. (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007.) Miesten tyytymättömyys lihaksistoonsa on yleinen (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007). Raevuori ym. (2006) tutkivat osana Helsingin yliopiston kaksostutkimusta 1977–79 syntyneiden mieskaksosten (FinnTwin16) lihaksistotyytymättömyyden esiintyvyyttä. Tutkimuksessa myös verrattiin lihaksistotyytymättömyyden ja tiettyjen tekijöiden välistä yhteyttä. Tutkimusaineisto koostui 1245 (83 %) vastauksesta. Kolmasosa miehistä oli selvästi tyytymättömiä lihaksistoonsa. Muun muassa psyykkiset ja psykosomaattiset ongelmat, häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttö oli lihaksistoonsa tyytymättömyyden miehillä yleisempää kuin tyytyväisemmällä verrokeilla. Vastanneista 12 % käytti lisäravinteita tai hormonivalmisteita.

Syömishäiriöt ovat tavallisia lihaksistoonsa tyytymättömyyden ja lihasdysmorfiasta kärsivillä. Ruumiinkuvahäiriöillä ja syömishäiriöillä on useita samanlaisia piirteitä: ruumiinkuvan häiriintyminen; perfektionistiset, pakko-oireiset ja vaativat persoonallisuuden piirteet; pakonomainen liikunta; vartalon jatkuva peilaaminen; mittaaminen tai punnitseminen sekä häiriintynyt, jäykkien sääntöjen alainen syömiskäyttäytyminen. (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007.)

4.5 Nuorten ylipainoisuus

Nuorten ylipainoisuus on lisääntynyt kaikissa teollisuusmaissa, myös Suomessa (Aho, Salo & Komulainen 2005). Vuonna 1986 12-vuotiaista noin 6000 oli ylipainoisia ja 1400 lihavia. Vuonna 2006 12-vuotiaita ylipainoisia oli 10500 ja lihavia 2400. (Vuorela & Salo 2008.) Suomessa 10–20 % kouluikäisistä on lihavia. Lihavuus aiheuttaa lapsille ja nuorille samat terveydelliset vaarat kuin aikuisillekin. (Aho ym. 2005.)

Lasten ja nuorten lihavuuteen liittyy erityispiirre, joka on antanut aiheen varovaisuuteen; lihavuus ja syömishäiriöt liittyvät toisiinsa (Rimpelä 2005, 4836). Hautalan ym. 2005, 4601–4603) tekemässä tutkimuksessa ylipainoisilla nuorilla oli normaalipainoisia suurempi vaara sairastua syömishäiriöön. Ylipainoisilla oppilailla esiintyi lievää ja merkittävää syömishäiriöoireilua enemmän kuin normaalipainoisilla. Ylipainoiset nuoret kertoivat merkittävästä oireilusta yli kaksinkertaisesti normaalipainoisiin verrattuna. Myös suhteellisen painon muutos oli yhteydessä oireiluun. Lievä ja merkittävä oireilu oli yleisempää niillä nuorilla, joiden suhteellinen paino oli noussut tai laskenut yli 10 %, kuin niillä oppilailla, joiden suhteellisen painon muutos oli normaalin rajoissa.

5 MIELENTERVEYSTYÖ KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA

Oppilaat ja opiskelijat ovat oikeutettuja oppilas/opiskelijahuoltoon. Oppilashuolto on oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Oppilashuoltoon sisältyvät opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kouluterveydenhuolto ja kasvatuksen tukeminen. Opiskelijahuollolla tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. (Nuorten palveluopas 2007.)

Kouluterveydenhuoltoon kuuluvat peruskoulujen terveydellisten olojen valvonta, niiden oppilaiden terveydenhoito ja terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutki-

mus. Kouluterveydenhuollon erityistehtäviä yhteistyössä muun oppilashuoltohenkilöstön kanssa ovat mielenterveysongelmien ehkäisy ja niiden varhainen havaitseminen sekä tarvittavan jatkoselvittelyn ja avun järjestäminen viipymättä. Kouluterveydenhuolto tuo kouluyhteisön kehittämiseen ja opetussuunnitelmatyöhön lasten mielenterveystyön asiantuntemusta sekä tukee opettajia mielenterveyden uhkien tunnistamisessa. Parhaiten oppilaan psyykkisten ja koulunkäyntiongelmien tunnistaminen onnistuu laaja-alaisissa terveystarkastuksissa. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on yhteistyössä koulun muun oppilashuollon kanssa huolehtia siitä, että psyykkisen oireilun tausta selvitetään, koulun tukitoimien riittävyys arvioidaan ja oppilas ohjataan tarvittaviin tutkimuksiin ja hoitoon. Kouluterveydenhuollon tulee tiedostaa vastuunsa ja mahdollisuuksiensa rajat. Tarvittaessa kouluterveydenhuollon on turvauduttava alan asiantuntijoiden ja lastensuojelun apuun ja tehtävä yhteistyötä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 27, 52–53.)

Opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluvat toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijat. Opiskeluterveydenhuollon erityispiirteenä on opiskelu sekä työnä että elämänvaiheena. Opiskeluterveydenhuolto käsittää kaikki opiskelijoiden elämänvaiheeseen ja opiskeluun liittyvät terveyteen vaikuttavat asiat. Osana perusterveydenhuoltoa opiskeluterveydenhuollon tulee järjestää mielenterveyden palvelut. Varhainen puuttuminen ongelmiin ja ohjaaminen asianmukaisesti tuki- tai hoitopalveluihin on tärkeää ja kuuluu kaikille opiskeluterveydenhuollon osapuolille. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 21, 26–27.)

Jokaisella koululla tai oppilaitoksella toimii oppilas/opiskelijatyöryhmä. Ryhmään osallistuu vakituisesti rehtori, terveydenhoitaja, sosiaaliohjaaja/kuraattori, opinto-ohjaaja, erityisopettaja ja koulupsykologi. Oppilaiden tai opiskelijoiden ongelmia voidaan käsitellä oppilas/opiskelijahuoltoryhmässä, jossa voidaan sopia menettelytavoista asian ratkaisemiseksi. (Nuorten palveluopas 2007.)

5.1 Nuorten mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoitaminen

Varhainen puuttuminen nuorten mielenterveyshäiriöihin ja riittävän avun tarjoaminen oikeaan aikaan on tärkeää sekä opiskelukykyä että aikuisiän terveyttä ja työkykyisyyttä ajatellen (Laukkanen ym. 2006, 5; Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 76). Varhaisella puuttumisella tarkoitetaan sitä, että opiskelijan ja opiskeluyhteisön ongelmat tunnistetaan ja niihin pyritään löytämään ratkaisuja mahdollisimman aikaisin. Varhaisessa puut-

tumisessa on erityisen tärkeää se, että asiaan puuttuttaessa opiskelijalle tarjotaan tukea ja yhteistyötä opiskelijan omia voimavaroja tukien ja toivoa luoden. Puuttumisen tulee tapahtua rakentavasti ja vastuullisesti kunnioittavana vuoropuheluna. Moniammatillinen yhteistyö tukee varhaista puuttumista. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 138.)

Tunnistettaessa mielenterveyshäiriö on osattava arvioida ongelman vaikeusaste ja suunniteltava sopivat jatkotoimenpiteet. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu lievien mielenterveyshäiriöiden hoitaminen. Mielenterveyshäiriöiden hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä. Jokaisen opiskeluterveydenhuoltoa järjestävän tahon on muodostettava omaan toimintaympäristöönsä moniammatillinen tiimi käytettävissä olevista toimijoista. Yhteistyöverkon ja yhteisten toimintamallien luominen on tärkeää. Tarviin eri toimijatahojen yhteisesti sopima suunnitelma, jossa on sovittu toimijoiden tehtävät ja vastuut. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneet alaikäiset lähetetään nuorisopsykiatrian palvelujen piiriin. Vakavasti sairastuneet nuoret aikuiset ohjataan mielenterveyskeskusten ja psykiatristen aikuissairaaloitten hoitoon. Kaikilla alueilla ei ole kuitenkaan riittävästi nuorten aikuisten lähtökohdista käsin suunniteltuja palveluja. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 145–147.)

Mielenterveysongelmien havaitseminen ja niiden asianmukainen hoitaminen ovat myös itsemurhariskin vähentämistä (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 80). Itsemurhan tehneistä nuorista noin 90 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö. Useampien mielenterveyden häiriöiden esiintyminen samanaikaisesti tekee itsemurhavaaran moninkertaiseksi. (Marttunen 2006, 129.) Merkittäviä riskitekijöitä ovat päihteiden käyttö ja päihdehäiriöt (Marttunen 2006, 129; Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 80).

5.2 Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoitaminen

Päihdeongelmien tunnistaminen ja varhainen puuttuminen ovat tärkeitä (Pirskanen & Pietilä 2008, 194). Nuorten päihdeongelmiin tulee puuttua mahdollisimman varhain ja tarjota aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto vastaa omalta osaltaan päihdeongelmien varhaisesta toteamisesta ja hoidosta. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 147.) Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat avainasemassa nuoren päihdeongelman tunnistamisessa ja varhaisessa ongelmaan puuttumisessa (Pirskanen & Pietilä 2008, 194; Kouluterveydenhuolto 2002, 72). Koulu- ja opiskeluterveydenhuol-

toon kertyy paljon sellaista tietoa, joka mahdollistaa päihdeongelman varhaisen toteamisen, kuten tietoa koulupoissaoloista, sairasteluista ja suun terveydestä. Terveydenhuoltohenkilöstön herkkyys kuunnella oppilasta on erityisen tärkeää päihdeongelmien ollessa kyseessä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 72.)

Jokaisessa yläluokkia sisältävässä peruskoulussa tulee olla osana oppilashuollon suunnitelmaa laadittu päihdestrategia, jossa määritellään päihdetyön vastuut ja toimet. Päihdestrategiassa tulee valmistautua toimintaan silloin, kun ilmenee huoli oppilaan päihdeongelmasta, kuten esimerkiksi päihteenkäytön varmistaminen, yhteydenotot kotiin, hoitoonohjaus ja lastensuojeluilmoituksen tekeminen. Koulu- tai opiskeluterveydenhuollon ja muun henkilökunnan yhteistyö tulee varmistaa liittämällä päihdekysymysten käsittely osaksi oppilashuoltoryhmän toimintaa tai perustamalla kouluun erityinen päihdetyöryhmä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 72.)

Terveydenhuoltohenkilöstöllä tulee olla päihdeongelmien varhaista toteamista ja hoitoa varten riittävä ammattitaito (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 147; Kouluterveydenhuolto 2002, 72). Ammattitaitoon kuuluu kyky ottaa puheeksi päihteiden käyttö, erilaisten hoito- ja interventiovaihtoehtojen tuntemus sekä taito ohjata asiakas tarpeen mukaisen päihdehuollon erityispalvelujen piiriin (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 147). Terveydenhuoltohenkilöstö tarvitsee nuoren kanssa työskenneläkseen dialogista työskentelytapaa, jolloin työtä ohjaavat tasavertainen vuorovaikutus, kuuntelu, toisen kunnioittaminen ja luottamus vuorovaikutussuhteessa. Terveyskeskustelu on yksi keskeinen työmenetelmä nuorten päihdeettömyyttä tukevassa toiminnassa. Terveyskeskustelun tavoitteena on ammattimainen ja tasavertainen vuorovaikutus asiakkaan kanssa. (Pirskanen & Pietilä 2008, 195–196.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksissa sekä muissa terveydenhoitajan ja nuoren kohtaamistilanteissa nuorelta tulee kysyä päihteiden kokeilusta ja käytöstä (Kouluterveydenhuolto 2002, 72). Terveydenhoitaja voi herätellä opiskelijoita keskustelemaan päihteiden käytöstä. Terveydenhoitajien kontaktit opiskelijoiden kanssa tarjoavat mahdollisuuden varhaiselle liialliseen alkoholinkäyttöön puuttumiselle eli mini-interventiolle. Mini-intervention pitää olla koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstön hallitsema työväline. Alkoholinkäytön puheeksi ottamisen pitää olla rutiininomainen

osa vastaanottotapahtuman sisältämää keskustelua. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 117.)

Varhainen puheeksi ottaminen ja voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu ovat merkittäviä työmenetelmiä nuorten päihteettömyyden ja mielenterveyden edistämisessä. Rutiininomainen päihdeiden käytöstä kysyminen on tärkeää, koska ongelmat saattavat peittyä somaattisten oireiden taakse ja nuori ei välttämättä kysymättä kerro niistä. Nuoret kokevat tärkeäksi päihdeiden käytöstä kysymisen ja keskustelun sekä sairaanhoitajien että terveydenhoitajien kanssa. Päihdeasioista puhuminen voi tuntua nuoresta vapauttavalta. Lisäksi kysymykset aktivoivat nuorta pohtimaan päihdeiden käyttöön liittyviä ongelmia. (Pirskanen & Pietilä 2008, 187–188, 196, 202.)

Varhaisen päihdeongelmiin puuttumisen onnistumiseksi vaaditaan yhteistyötä vanhempien, koulun, kouluterveydenhuollon, nuorisotyön, hoitopaikkojen ja tarvittaessa nuorisopsykiatristen erityispalvelujen välille. (Tacke 2006, 140.) Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimijoiden on tunnettava alueensa päihdepalvelut, joihin tulee luoda yhteistyöverkot ja sopia toimintamalleista jo ennen kuin ensimmäinen erityispäihdepalvelujen tarvitsija ilmaantuu vastaanotolle (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 147).

Valmiit kysymyssarjat auttavat jäsentämään päihdeiden käyttöä. Yläluokkalaisille voidaan suositella täysi-ikäisille sovellettuja testejä, joita ovat esimerkiksi Gage-kysymykset, MAST eli Michigan Alcoholism Screening Test ja AUDIT- eli Alcohol Use Disorders Identification Test -testi. (Kouluterveydenhuolto 2002, 72–73, 118.) AUDIT ei kuitenkaan sovi kaikin osin nuorille (Pirskanen & Pietilä 2008, 196). AUDIT on sopiva väline täysi-ikäisille opiskelijoille (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 118). Nuoremmille kuin täysi-ikäisille opiskelijoille on kehitetty Nuorten päihdemittari ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement), joka soveltuu 16–21-vuotiaille. Nuorten päihdemittarin tavoitteena on tunnistaa nuorten päihdeiden käyttö jo varhaisessa vaiheessa. Päihdemittari herättää ajatuksia raittiissakin nuorissa. Heidän tukemisensa ja varautumisen tuleviin tilanteisiin on tärkeä ehkäisevän tuen muoto. (Pirskanen & Pietilä 2008, 196–197.)

Systemaattinen seulonta on tärkeää, koska terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat heikosti nuorten tarpeita ja ongelmia (Pirskanen & Pietilä 2008, 197). Yhdysvaltalais-

sa tutkimuksessa (Wilson, Sherrit, Gates & Knight 2004, 536–540) arvioitiin terveydenhuollon henkilöstön käsityksiä nuorten päihteiden käytön tasosta eräällä nuorten poliklinikalla. Ammattihenkilöstö kirjasi käsityksensä 14–18-vuotiaiden nuorten päihteidenkäytöstä vastaanoton aikana. Vastauksia verrattiin strukturoidun diagnostisen haastattelun eli ADI:n (Adolescent diagnostic interview) antamaan tulokseen. ADI:n on todettu olevan luotettava päihteiden käytön mittari nuorilla. Ammatillaiset tunnistivat 75,6 %:lla päihteiden käyttöä niistä nuorista, joilla oli ADI:n mukaan päihteen väärinkäyttöä tai päihderiippuvuus, mutta he aliarvioivat huomattavasti päihteidenkäytön tason. ADI:n mukaan 101 nuorella oli haitallista päihteidenkäyttöä; ammatillaiset tunnistivat vain 18 haitallisesti päihdettä käyttävää. Ammatillaiset tunnistivat 10 päihteiden väärinkäyttäjää, mutta ADI:n mukaan väärinkäyttäjiä oli 50. Lisäksi 36 nuorista oli ADI:n mukaan päihderiippuvaisia, mutta ammatillaiset eivät tunnistanee yhtään päihderiippuvaista. Toisaalta, kun ammatillaiset ajattelivat nuorella olevan päihteisiin liittyviä ongelmia, he olivat hyvin suurella todennäköisyydellä oikeassa. Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhuollon ammatillaiset tunnistavat hyvin puutteellisesti päihteitä käyttävät nuoret ja aliarvioivat nuorten päihteiden käytön tason. Tutkimusten tulosten perusteella voidaan todeta, että strukturoitujen kyselyjen käyttäminen todennäköisesti parantaa nuorten päihteidenkäytön tunnistamista. Strukturoituja kyselyjä suositellaan käytettäväksi kaikille nuorille eikä pelkästään niille, joilla riskin arvioidaan olevan korkea. Lisäksi ammatillaiset tarvitsevat tarpeeksi aikaa keskustellakseen päihteiden käytöstä nuoren kanssa. Suositellaan, että tarvittaessa nuori kutsutaan uudestaan vastaanotolle, jolloin päihteidenkäytöstä voidaan keskustella lisää. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten on tunnettava paikalliset hoitopaikat ja tiedettävä, miten päihteiden väärinkäyttöä ennaltaehkäistään.

On esitetty kritiikkiä siitä, että lääkärit ja sairaanhoitajat eivät puutu riittävästi päihteiden käyttöön. Nuoret tarvitsevat asianmukaista palautetta päihteiden käytöstään ja siihen mahdollisesti liittyvistä vaaroista. Päihteitä runsaasti käyttävät nuoret näyttävät kokevan tilanteeseen puuttumisen tärkeänä. Siksi päihteisiin liittyvien terveyskeskustelujen sisältöjä ja menetelmiä on kehitettävä ja monipuolistettava. Kehittämisalueita ovat keskustelut päihdeettömistä rentoutumiskeinoista, ikätovereiden päihdekäytön runsauteen liittyvistä käsityksistä, aikuisten alkoholinkäytön kohtuuannoksista sekä raittiuden ja kohtuukäytön eduista. Myös terveyskeskustelujen toteuttaminen ryhmäkeskusteluina nuorten kesken on yksi kehittämisalue. (Pirskanen & Pietilä 2008, 202–203.)

Päihdeongelmasta kärsivää nuorta tulee hoitaa avohoidossa. Hoidon tulee olla laaja-alaista, nuoren erityistarpeiden mukaan räätälöityä ja siinä tulee ottaa huomioon nuoren kehitysvaihe. Koska huomattavalla osalla päihdeongelmaisista nuorista on jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö, tulee nuoren päihdeongelmien arviointiin ja hoitoon liittää riittävä psykiatrinen arvio. Nuoren elämäntilanne tulee siksi arvioida kokonaisvaltaisesti, ja hoito tulee toteuttaa päihdehuollon, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja koulujen oppilas/opiskelijahuollon yhteistyönä. (Marttunen & Lepistö 2007.)

5.3 Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen

Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen on tärkeää, sillä siten voidaan estää vakavien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten haittojen kehittyminen. Suurin osa psykiatriseen hoitoon päätyneistä syömishäiriöisistä nuorista on ohjattu hoitoon kouluterveydenhuollosta. (Hautala ym. 2005, 4599.) Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat avainasemassa syömishäiriöiden ennaltaehkäisemisessä, havaitsemisessa ja hoitoon ohjaamisessa kohdatessaan murrosikäiset nuoret vuosittain terveystarkastusten yhteydessä (Hautala ym. 2005, 4599; Ebeling ym. 2002).

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee, että kouluterveydenhuollossa kiinnitetään huomiota syömishäiriöiden havaitsemiseen ja häiriöstä kärsivien hoitoon ohjaukseen (Hautala, Alin, Liuksila, Rähä & Saarijärvi 2006). Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa syömishäiriö ja arvioida jatkotutkimusten tarve (Ebeling ym. 2002). Syömishäiriötä sairastavista nuorista vain pieni osa pääsee hoitoon, koska ongelman havaitseminen on vaikeaa häpeän, salailun ja sairaudentunnottomuuden vuoksi (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 78; Hautala ym. 2005, 4599). Jotta päästään mahdollisimman varhaiseen ehkäisyyn ja hoitoonohjaukseen, suositellaan yläasteikäisten nuorten seulomista ennen lukioon tai ammatilliseen oppilaitokseen siirtymistä (Hautala ym. 2006; Hautala ym. 2005, 4604).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastuksissa tulee tietoisesti seurata syömishäiriöiden mahdollisuutta ja kiinnittää huomiota syömishäiriöstä kertoviin viesteihin (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 79; Kouluterveydenhuolto 2002, 52). Esimerkiksi oksentelu voidaan havaita varhaisessa vaiheessa etuhampaiden kiilteen liukenemisesta

(Kouluterveydenhuolto 2002, 52). Erityisesti on kiinnitettävä huomiota kuukautishäiriöihin ja laihduttamiseen sekä on tehtävä tarkentavia kysymyksiä. Erilaisiin yleis- ja vatsatautiin on myös kiinnitettävä huomiota. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 79.)

Terveystieteiden on hyvä antaa tietoa nuorelle terveellisistä ruokailutottumuksista. Nuorelta on hyvä kysyä, mitä hänelle kuuluu sekä miten hän suhtautuu ruokaan, omaan ruumiiseensa ja painoonsa. Terveystietäjällä on mahdollisuus seurata nuorten painon ja pituuden kehitystä ja keskustella nuorten kanssa. (Ebeling 2005, 4595.) Yksinkertaisten kysymysten esittäminen esimerkiksi terveystarkastuskyselyissä on osoittautunut käytännölliseksi (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 79).

Hautalan ym. (2005, 4604) tekemän tutkimuksen tulosten mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tulee opastaa nuoria terveelliseen painon hallintaan sekä kiinnittää erityistä huomiota stressaantuneisiin, masentuneisiin ja yksinäisiin nuoriin. Nuoret, joiden suhteellisessa painossa on tapahtunut poikkeavan suuri muutos tai joiden käyttäytymisestä tai asenteista näkyy epänormaali suhtautuminen omaan painoon ja syömiseen, tulee ottaa lähempään tarkasteluun.

Syömishäiriön puhkeamista ennakoivan oireilun mittaamiseksi on kehitetty viiden kysymyksen SCOFF-syömishäiriöseula (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 79). Muroikäisten ja aikuisten syömishäiriötutkimuksissa on todettu, että SCOFF-syömishäiriöseulan herkkyys havaita syömishäiriöoireilu ja kyky erottaa oireettomat oireilevista on melko hyvä (Hautala ym. 2005, 4604). SCOFF-syömishäiriöseula on arvioitu lupaavimmaksi käytettävissä olevista syömishäiriöseuloista, ja sen käyttöä perusterveydenhuollossa suositellaan (Hautala ym. 2006).

Syömishäiriöpotilaan perusarviointi tehdään usein perusterveydenhuollossa, mutta perusteellisemmat tutkimukset tulee tehdä erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa on suositeltavaa käyttää konsultaatioita ja työnohjausta. Lievimät syömishäiriöt voivat korjaantua muutaman tiheän, selventävän ja tukea antavan käynnin avulla. Jos ongelma ei korjaannu nopeasti, potilas on ohjattava psykiatriseen ja somaattiseen arviointiin syömishäiriöiden hoitoon perehtyneeseen yksikköön. Selvässä, nopeasti korjaantumattomassa syömishäiriössä potilaalle tulee taata erikoissairaanhoidon lasten- tai nuori-

sopsykiatrinen tutkimus ja somaattinen arviointi sekä näihin pohjautuva hoitosuunnitelma. (Ebeling ym. 2002.)

Yleisesti syömishäiriöstä kärsivää nuorta tulee hoitaa avohoidossa. Paikallisten olosuhteiden mukaan somaattinen seuranta toteutetaan syömishäiriöiden hoitoon keskittyneessä hoitopisteessä, erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Jos tarvitaan osastohoitoa, arvioidaan, tarvitaanko somaattista vai psykiatrista osastohoito. Valintaan vaikuttavat nuoren somaattinen ja psyykinen tila, paikalliset hoitomahdollisuudet sekä hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet hoitaa potilaan ongelmia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajaa syömishäiriöiden hoidossa on vaikea määrittää tiukasti. Olennaisinta on hoitopaikan kokemus ja tietämys näiden häiriöiden hoidosta. Syömishäiriöiden hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä sekä useiden ammattihenkilöiden että nuoren ja perheen välillä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto voi olla jatkohoitopaikka esimerkiksi potilaan somaattisen tilan seuraamisessa. (Ebeling ym. 2002.)

Lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa on pidettävä mielessä lasten ja nuorten hyvinvoinnin kokonaisuus (Rimpelä 2005, 4836). On mietittävä, miten lihavuutta ehkäistään ja hoidetaan siten, ettei lapsen tai nuoren mielessä korostu täydellinen ihminen, joka on kaunis, hoikka ja täydellisesti itsensä hallitseva (Ebeling 2005, 4595). Lapsen ja nuoren painonhallinnan tavoitteena pitää aina ensisijaisesti olla terveys. Paino putoaa terveellisten elämäntapojen sivutuotteena. Laihduttaminen ei aina ole tarpeen. Riittää, että paino pysyy samana, kun pituutta tulee lisää. (Aho ym. 2005.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien keinoja tunnistaa nuorten päihdeongelmia ja syömishäiriöitä. Lisäksi on tarkoituksena selvittää, miten terveydenhoitaja toimii, kun hän havaitsee nuorella kyseisiä ongelmia. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa terveydenhoitajien käsityksistä omista tiedoistaan ja taidoistaan syömishäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistamisessa sekä keinoista auttaa nuoria. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuoda esille mahdolliset puutteet terveydenhoitajien tiedoissa ja auttamiskeinoissa, jotta terveydenhoitajien tietoja ja auttamiskeinoja voitaisiin parantaa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten terveydenhoitaja tunnistaa nuoren päihdeongelman ja syömishäiriön?
2. Mitä terveydenhoitaja tekee, kun hän tunnistaa nuorella päihdeongelman tai syömishäiriön?
3. Onko terveydenhoitajalla omasta mielestään riittävästi tietoa nuorten päihdeongelmista ja syömishäiriöistä?

7 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

Tutkimus tehdään kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä avoimella kyselylomakkeella. Kysymykset ovat avoimia, joissa esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimet kysymykset palvelevat tämän tutkimuksen tarkoitusta, sillä avoimet kysymykset eivät ehdota valmiita vastauksia vaan osoittavat vastaajien tietämyksen aiheesta ja sen, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 198, 201.)

7.1 Avoimen kyselylomakkeen laadinta

Terveydenhoitajille laadittiin aineiston keruuta varten avoin kyselylomake (liite 3) ja saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä perusteltiin tutkimuksen tarkoitusta ja tärkeyttä (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Vilkka 2005, 152). Saatekirjeen tehtävä on vakuuttaa tiedonantajat tutkimuksesta ja motivoida tiedonantajat osallistumaan tutkimukseen. Saatekirjeessä ja kyselyssä on kolme asiaa, joiden perusteella tutkimuskohde päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Näitä ovat visuaalinen ilme, saatekirjeen sisältö sekä kyselyn laajuus ja kieli. (Vilkka 2005, 152–153.)

Saatekirjeen ja kyselyn graafisen ilmeen tulee olla harkittu, hyvin suunniteltu ja asiantuntemuksella toteutettu (Vilkka 2005, 153). Opinnäytetyöntekijä pyrki tekemään saatekirjeestä ja avoimesta kyselylomakkeesta ulkoasultaan selkeitä. Saatekirjeessä kerrottiin, mikä on opinnäytetyön aihe, ketkä ovat tiedonantajia ja miksi vastaaminen on tärkeää. Lisäksi saatekirjeessä luki opinnäytetyöntekijän yhteystiedot ja palautusohjeet. Vastausten kerrottiin olevan anonyymeja. Kyselylomakkeen laajuus ja kieli viimeistelevät tutkimuskohteen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. (Vilkka 2005, 154–156.) Opinnäytetyöntekijä pyrki laatimaan avoimesta kyselylomakkeesta sellaisen, että se ei ollut liian pitkä. Lomakkeessa pyrittiin käyttämään selkeää kieltä. Helppolukuisuuden edistämiseksi tekijä kyselylomake jaettiin kahteen eri osioon. Lomakkeessa oli lopulta 14 avointa kysymystä, joiden jälkeen jätettiin tyhjää tilaa avoimia vastauksia varten. Kysymykset 1–7 käsittelivät nuorten päihdeongelmia ja kysymykset 8–14 nuorten syömishäiriöitä.

7.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyöntekijä rajasi tiedonantajiksi nuorten kanssa työskentelevät terveydenhoitajat Rauman seudulla. Opinnäytetyöntekijä päätti kerätä aineistoa sen hetkisen Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueen yläasteiden kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleviltä terveydenhoitajilta, joita oli yhdeksän keväällä 2008. Ennen aineiston keruuta anottiin tutkimuslupaa keväällä 2008 (liite 1) Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän johtavalta hoitajalta. Lupa saatiin sillä ehdolla, että aineiston keruu suoritetaan syksyllä 2008. Syksyllä tuli ilmi, että yksi uusi terveydenhoitaja oli aloittanut syksyllä opiskeluterveydenhuollossa, joten terveydenhoitajia oli

syksyllä 10. Opinnäytetyöntekijä päätti kerätä aineistoa niin, että terveydenhoitajat lähettävät vastauksensa postitse opinnäytetyöntekijälle. Avoimet kyselylomakkeet, saatekirjeet ja postimerkilliset kirjekuoreet toimitettiin osastonhoitajalle, joka toimitti ne eteenpäin 10 terveydenhoitajalle syyskuussa 2008.

Vastauksia oli joulukuussa 2008 tullut neljä. Koska opinnäytetyöntekijä koki vastauksia tarvittavan lisää, hän otti yhteyttä terveydenhoitajien osastonhoitajaan. Osastonhoitaja muistutti terveydenhoitajia vastaamaan avoimeen kyselyyn. Kun vastauksia ei ollut saapunut opinnäytetyöntekijälle alkuvuonna 2009, hän otti uudelleen yhteyttä osastonhoitajaan. Osastonhoitajan luvalla opinnäytetyöntekijä soitti terveydenhoitajille tammi-helmikuussa ja muistutti heitä vastaamaan. Opinnäytetyöntekijä ei kysynyt, ovat terveydenhoitajat vastanneet vai eivät, vaan terveydenhoitajat kertoivat omatoimisesti vastauksestaan. Yhteydenottojen seurauksena opinnäytetyöntekijä toimitti vielä yhden kyselylomakkeen terveydenhoitajalle, joka oli aloittanut työssään tammikuussa 2009. Kun vastauksia ei saapunut, opinnäytetyöntekijä soitti jälleen maaliskuussa niille terveydenhoitajille, jotka eivät vielä olleet vastanneet. Opinnäytetyöntekijä tiesi ne terveydenhoitajat, jotka eivät olleet vastanneet, aiempien puhelujen perusteella. Puhelujen tuloksena opinnäytetyöntekijä toimitti yhden kyselylomakkeen terveydenhoitajalle tämän pyynnöstä, koska vanhaa kyselylomaketta ei löytynyt. Tämän jälkeen kaksi vastausta saapui lisää. Yhteensä avoimia kyselylomakkeita lähetettiin 11 ja vastauksia saapui kuusi.

7.3 Aineiston analysointi

Terveydenhoitajilta saatujen vastausten analysoinnissa käytettiin teoriaohjaavaa analyysia, jossa teoria toimii apuna analyysin etenemisessä. Teoriaohjaavassa analyysissa on teoreettisia kytkentöjä, mutta ne eivät pohjaudu suoraan teoriaan. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta siinä aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysia. Teoriaohjaavasta analyysista on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava vaan uusia ajatuksia aukova. Teoriasidonnaisessa analyysissa teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina esiin teoriasta. Teoriaohjaavan analyysin päättelyssä vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97, 117.)

Laadullinen analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä ja merkitystulkinnasta. Havaintoja pelkistettäessä etsitään ensin teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaisia asioita. Tämän jälkeen havaintoja yhdistetään yhdeksi havainnoksi tai ainakin harvemmaksi havaintojen joukoksi etsimällä yhteinen piirre, nimittäjä tai muotoilemalla sääntö. Tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 1999, 39–40, 44.) Aineisto luettiin läpi monta kertaa. Lomakkeet numeroitiin. Aineistoa käytiin läpi tutkimusongelmien mukaisesti. Aineistosta etsittiin ilmaisuja, joilla on yhteisiä piirteitä. Samankaltaisia ilmaisuja yhdistettiin ryhmiksi. Ilmaisuja, joita ei voitu yhdistää muihin ilmaisuihin, ilmoitettiin sellaisenaan tuloksista raportoidessa. Opinnäytetyössä käytettyjen aineistokatkelmien perään merkittiin käytetyn lomakkeen numero.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Nuorten päihdeongelmien tunnistaminen ja hoitaminen

Terveydenhoitajien mukaan päihdeongelmat ilmenivät useimmiten yhtä vastanneista lainaten piilevänä oireiluna. Päihdeongelmaisilla nuorilla oli fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä epäsosiaalista käytöstä ja muita koulunkäyntiin liittyviä ongelmia. Fyysisiä oireita olivat väsymys, päänsärky ja pahoinvointi. Psyykkisiä oireita olivat keskittymisvaikeudet, levottomuus ja henkinen paha olo. Epäsosiaalinen käytös ilmeni muun muassa huonona käytöksenä, kiusaamisena ja kahnauksina. Muista koulunkäyntiin liittyvistä ongelmista poissaolot oli yleisin havaittu ongelma, sillä kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat poissaolon yhtenä päihdeongelman oireena. Muita koulunkäyntiin liittyviä ongelmia olivat myöhästely, opiskelumotivaation lasku, opiskelun etenemättömyys, tehtävien laiminlyönti ja arvosanojen lasku. Yksi terveydenhoitaja kirjoitti, että vastaanotolle voidaan tulla juuri näiden piilevien oireiden vuoksi.

Terveydenhoitajien päihdeongelmien tunnistamiskeinoja olivat strukturoidut kyselyt, keskustelu nuoren kanssa sekä moniammatillinen yhteistyö. Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat käyttävänsä Nuorten päihdemittaria. Nuorten päihdemittarin lisäksi yksi terveydenhoitaja ilmoitti käyttävänsä AUDIT-testiä ja yksi terveydenhoitaja totesi, että terveystarkastuksen yhteydessä täytettävässä haastattelulomakkeessa kysytään nuoren

päihteenkäytöstä. Viiden terveydenhoitajan vastauksissa tuli esille keskustelu nuoren kanssa. Nämä terveydenhoitajat kysyivät suoraan nuorelta päihteen käytöstä tai he keskustelivat päihteen käytöstä nuoren kanssa. Yksi terveydenhoitaja totesi, että hän pyrkii olemaan luottamuksellisissa väleissä nuorten kanssa. Moniammatillista yhteistyötä tehtiin oppilashuollollisena seurantana, oppilashuoltoryhmänä ja muuna yhteistyönä opettajien kanssa (n=1), yhteydenottona vanhempiin (n=2) sekä vinkkien saamisena ulkopuolisilta (n=1). Lisäksi yksi terveydenhoitaja totesi käyttävänsä joskus alkometriä.

”Pyrin olemaan luottamuksellisissa väleissä nuorten kanssa, jolloin he myös uskaltaisivat vastata rehellisesti.” (3)

Päihdeongelman tunnistamisen jälkeen terveydenhoitajat (n=5) ilmoittivat keskustelewansa ensin nuoren kanssa. Kaksi terveydenhoitajaa kertoi tekevänsä tilannearvion ja toimivansa sen mukaan. Terveydenhoitaja voi ottaa nuoren uudelleen vastaanotolleen keskustelemaan (n=2). Muihin tahoihin ilmoitettiin otettavan yhteyttä tarpeen mukaan. Terveydenhoitajien käyttämät yhteistyötahot päihdeongelmaisen nuoren auttamiseksi olivat koulun sisäisiä ja ulkopuolisia yhteistyötahoja. Koulun sisäinen yhteistyö ilmeni viiden terveydenhoitajan vastauksissa. Näitä tahoja olivat koulukuraattori tai sosiaaliohjaaja (n=4), oppilashuoltoryhmä (n=2), koulupsykologi (n=1) ja koululääkäri (n=2). Kaikki terveydenhoitajat tekivät yhteistyötä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa. Kaikki olivat yhteydessä alaikäisten nuorten vanhempiin ja päihdekliniikkaan. Kaksi terveydenhoitajaa totesi päihdekliniikalla olevan nuoria varten päihdetyöntekijä, joka myös tarvittaessa tulee koululle. Tarvittaessa oltiin yhteydessä sosiaalitoimeen (n=4) ja tehtiin lastensuojeluilmoitus (n=2). Yksi terveydenhoitaja ilmoitti nuoripsykiatrian poliklinikan ja Vorrin eli nuorten vastaanottoryhmän yhteistyötahoina. Vorri on matalan kynnyksen selvittelypaikka psyykkisesti oireileville 13–18-vuotiaille Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueella asuville tai opiskeleville nuorille (Nuorten palveluopas 2007). Yksi kirjoitti tarvittaessa tekevänsä myös huumetestin. Eräs vastanneista totesi nuoren päihdeongelmaisen auttaminen olevan vaikeaa.

”Mitään yhtä toimintamallia ei voi olla, siksi onkin vaikea asia.” (1)

Terveydenhoitajat olivat erimielisiä siitä, onko nuorille päihdeongelmaisille riittävästi hoitomahdollisuuksia. Kolme oli sitä mieltä, että hoitomahdollisuuksia oli riittävästi.

Kahden mielestä hoitomahdollisuuksia oli riittämättömästi. Yksi terveydenhoitajista ei osannut vastata hoitomahdollisuuksien riittävydestä.

”Tällä hetkellä vaikuttaisi riittävältä. Nuoren muutosvalmius tärkeää.” (2)

”Päihdekliniikka ei ole kaikille alaikäisille sopiva. Sosiaalitoimeenkaan ei voi kaikkia päihdemittarissa korkeita arvoja saaneita lähettää. Senkaltaista perhetukea ja puuttumista tarvittaisiin lisää. Pullo pois -hanke oli erinomainen.” (1)

”Psykykepuolen hoitoa (yhdistettynä päihdepuoleen). Liittyvät niin kiinteästi toisiinsa.” (3)

Kolme terveydenhoitajaa ei kokenut tarvitsevansa ja kolme koki tarvitsevansa lisää tietoa nuorten päihdeongelmista. Kaksi halusi tietoa siitä, miten he voivat auttaa päihdeongelmasta kärsivää nuorta. Yksi halusi tietoa muista päihteistä kuin alkoholi ja tupakka.

”Haluan pysyä ajan tasalla, mutta kun on kokemusta riittävästi niin ei sitä koulutusta enää tarvi niin paljoa vaan konkreettisia toimintamalleja ja paikkoja.” (1)

”Miten puuttua, jos nuori itse vähättelee tai kieltää ongelman. Entä sitten, kun myös koti vähättelee tai kieltää ongelman. Miten kohdata nuorta tässä tilanteessa aidosti häntä hyödyttävällä tavalla.” (3)

Päihdeongelma-osion lopussa terveydenhoitajat saivat vielä halutessaan kommentoida mieleen tulevia asioita nuorten päihdeongelmiin liittyen.

”Suuri ongelma ja lisääntyy koko ajan. Yhteiskunnallisesti pitäisi tämän sallivuuden väistyä ja linjan yhtenäistyä: alaikäisille ei kuulu alkoholi eikä humalajuominen opiskeluun!” (1)

”Tietoa vanhemmille, rajat, seuranta, missä nuori liikkuu.”(4)

”Nykyisellä päihdemittarilla mitattuna hyvin moni nuori on riskikäyttäjä. Onko se näin, vai olisiko asteikkoa syytä lieventää.” (6)

8.2 Nuorten syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen

Kyselylomakkeen toisessa osiossa käsiteltiin nuorten syömishäiriöitä. Kaikki ilmoittivat syömishäiriöksi anoreksian ja bulimian, kolme ortoreksian. Lisäksi syömishäiriöiksi ilmoitettiin lihasten kasvattaminen (n=1) ja lihavuus (n=1). Terveystenhoitajien ilmoittamat oireet olivat fyysisiä, psyykkisiä ja toiminnallisia oireita. Yleisimmin ilmoitettuja fyysisiä oireita olivat paino-pituus-suhteen muutokset (n=5), hampaiden huono kunto (n=2), karvoituksen lisääntyminen (n=2) ja kuukautishäiriöt (n=3). Muita fyysisiä oireita olivat yleiskunnon huononeminen, heikkous, kurkkuoireet, palelu, RR:n ja pulssin lasku, murrosiän viivästyminen, väsymys, huono olo, pyörtyily, huimaaminen ja päänsärky. Yleisimmin ilmoitettu toiminnallinen oire oli oksentelu (n=4). Kolmen terveydenhoitajan vastauksissa tuli esille ruuan ylikorostunut merkitys: syömishäiriöinen nuori laittaa ruokaa muille, syö itse vähän tai ei lainkaan tai tarkkailee ruuan terveellisyyttä sairaalloisesti. Muiksi toiminnallisiksi oireiksi ilmoitettiin ahmiminen (n=2), liiallinen liikkuminen (n=2), kerrospukeutuminen, ongelman salaaminen, perfektionismi eli parhaan tavoittelu, koulumenestyksen lasku ja kyvyttömyys ruokailla isossa ryhmässä. Psyykkisiksi oireiksi ilmoitettiin ruumiinkuvan vääristyminen ja masennus.

Kukaan terveydenhoitajista ei käyttänyt varsinaisia syömishäiriötestejä syömishäiriön tunnistamiseksi. Vastausten mukaan viisi terveydenhoitajaa kommunikoi nuoren kanssa syömishäiriön tunnistamiseksi. Terveystenhoitajat kommunikivat keskustelemalla nuoren kanssa, kyselemällä ja haastatteleamalla nuoria ruokailutottumuksista sekä havainnoimalla ja tarkkailemalla oireita. Eräs terveydenhoitaja ilmoitti selvittävänsä, onko sairaskäyntien, joiden aiheina ovat esimerkiksi pyörtymiset tai päänsäryt, syynä syömishäiriöt tai ravintotottumukset. Kaikki terveydenhoitajat kertoivat käyttävänsä kasvukäyrää syömishäiriön mittarina. Syömishäiriön mittareina toimivat myös kirjallinen terveystarkastus (n=1) sekä verenpaine- ja hemoglobiinilukemat ja tarvittaessa mielialaseula (n=1). Eräs terveydenhoitaja totesi kuulevansa syömishäiriön mahdollisuudesta yleensä joltakin muulta kuin nuorelta itseltään.

”Yleensä vinkki tulee jostakin: opettajat, harrastuspiirit, naapurit, harvoin vanhemmat.” (1)

Yksi terveydenhoitaja totesi, että syömishäiriötä sairastavalle nuorelle annetaan apua yksilöllisesti ja että terveydenhoitajan on osattava harkita, mitä hänen tulee tehdä. Yksi terveydenhoitaja totesi, ettei hän ole kohdannut syömishäiriöstä kärsivää nuorta. Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat ottavansa yhteyttä alaikäisten nuorten vanhempiin. Terveydenhoitajat ilmoittivat keskustelevansa nuoren kanssa tai ottavansa huolensa avoimesti esille (n=3). Lievissä tapauksissa terveydenhoitajat ilmoittivat ottavansa nuoren terveydenhoitajan omaan seurantaan (n=3) taikka ohjaavansa koulupsykologille (n=3) tai koulukuraattorille/sosiaalihoitajalle (n=2). Vakavissa tapauksissa terveydenhoitajat ohjasivat nuoren koululääkärille (n=6) ja ottivat yhteyttä koulun ulkopuolisiin tahoihin. Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat koulunulkopuolisiksi yhteistyötahoiksi vanhemmat ja nuorisopsykiatrian/psykiatrian poliklinikan. Muita ulkopuolisia yhteistyötahoja olivat Vorri (n=4), lastenpoliklinikka (n=2), ravitsemusterapeutti (n=1), psykiatrinen sairaanhoitaja (n=1) ja lastenlääkäri (n=1).

Yhden terveydenhoitajan mielestä syömishäiriötä sairastavalle nuorelle oli riittävästi hoitomahdollisuuksia. Yksi ei osannut sanoa, koska hänellä ei ollut kokemuksia syömishäiriöistä. Neljän terveydenhoitajan mielestä hoitomahdollisuuksia ei ollut riittävästi.

”Vähäisten kokemusten myötä on ollut riittävästi hoitomahdollisuuksia.” (4)

”Resurssipula; työtä kaikilla liikaa, muuten tahot on oikeat.” (1)

”Voisi olla joku paikka (lähellä täälläpäin), jossa yhdistyisi fyysisen ja psyykkisen puolen hoito!” (3)

”Hoitopaikkoja on varmasti liian vähään.” (5)

”Koulutusta.” (6)

Kaksi terveydenhoitajaa oli tyytyväisiä tietoihinsa nuorten syömishäiriöistä. Kolme terveydenhoitajaa koki tarvitsevansa lisää tietoa nuorten syömishäiriöistä. Yksi terveydenhoitaja koki lisätiedon hyödylliseksi.

”En. Hyvää koulutusta on saatu.” (2)

”Ajoittain tiedot päivitettävä, jos tulee uutta, tietoa tarjottava meille.” (1)

”Miten kohdata nuori, joka ei itse myönnä ongelmaa. Entä, kun kotikaan ei myönnä? Näin usein, kun syömishäiriö ei vielä pitkittynyt.” (3)

”Tietoa siitä, miten voin opiskeluterveydenhuollossa nuorta auttaa. Mikä on minun roolini tunnistamisen jälkeen.” (6)

”Ensisijaisesti en, mutta hyödyllistä se olisi. Lähinnä, miten ja mitä keskustella hoidollisesti ja mitä ottaa huomioon.” (4)

Syömishäiriö-osion lopussa terveydenhoitajat saivat vielä halutessaan kommentoida mieleen tulevia asioita nuorten syömishäiriöihin liittyen.

”Lisääntyneet. On yök-ruokaa ja terveys- ja laihuusihannointia. Raha näkyy ’roskaruuan ja juoman’ lisääntymisenä. Anoreksia tavattoman vaikea hoidettava, samoin lihavuus.” (1)

”Tällä hetkellä minun opiskelijoitteni ongelmat ovat 100 % ylipainon puolella.” (6)

9 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien keinoja tunnistaa nuorten päihdeongelmia ja syömishäiriöitä. Lisäksi oli tarkoituksena selvittää, miten terveydenhoitaja toimii, kun hän havaitsee nuorella kyseisiä ongelmia. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa terveydenhoitajien käsityksistä omista tiedoistaan ja taidoistaan syömishäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistamisessa

sekä keinoista auttaa nuoria. Tutkimuksen tavoitteena oli myös tuoda esille mahdolliset puutteet terveydenhoitajien tiedoissa ja auttamiskeinoissa, jotta terveydenhoitajien tieto- ja auttamiskeinoja voitaisiin parantaa.

9.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, miten terveydenhoitajat tunnistavat nuorten päihdeongelmia ja syömishäiriöitä. Kaikki terveydenhoitajat käyttivät Nuorten päihdemittaria päihdeongelman tunnistamiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei käyttänyt Gage- tai MAST-testiä, joita suositellaan käytettävän nuorilla. Mahdollisesti Nuorten päihdemittari oli koettu riittäväksi mittariksi. Yksi terveydenhoitajista ilmoitti käyttävänsä AUDIT-testiä. AUDIT ei kuitenkaan sovi kaikin osin nuorille (Pirskanen & Pietilä 2008, 196). Lisäksi terveydenhoitajat ilmoittivat keskustelevansa ja kyselevänsä nuorelta päihteiden käytöstä Kouluterveydenhuolto-oppaan (2002, 72) ja Opiskeluterveydenhuollon oppaan (2006, 117) mukaisesti. Yksi terveydenhoitaja totesi pyrkivänsä olemaan luottamuksellisissa väleissä nuorten kanssa, jolloin he myös uskaltaisivat vastata rehellisesti päihteidenkäytöstä. Testien ja keskustelun lisäksi terveydenhoitajat ilmoittivat tekevänsä moniammatillista yhteistyötä päihdeongelman tunnistamiseksi.

Terveydenhoitajien mukaan nuorten päihdeongelmat ilmenivät erilaisina ongelmina koulutyössä. Nuorten päihdeongelmat näkyivät koulutyössä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena oireiluna. Mitään yhtä samaa oiretta ei vastauksissa tullut esille. Nuorten päihdeongelmia onkin kuvattu yksilöllisiksi ja monitekijäisiksi (Lönnqvist & Marttunen 2001). Kaikki terveydenhoitajat kirjoittivat päihdeongelman ilmenneen koulutyössä poissaoloina. Toinen yleisimmin vastauksissa esille tullut oire oli väsymys.

Kukaan terveydenhoitajista ei käyttänyt varsinaisia syömishäiriötestejä nuorilla syömishäiriön tunnistamiseksi. Kuitenkin SCOFF-syömishäiriöseulan käyttöä perusterveydenhuollossa suositellaan. (Hautala ym. 2006.) Tärkeimpiä terveydenhoitajien käyttämiä syömishäiriön tunnistamiskeinoja olivat kasvukäyrän seuranta ja kommunikointi nuoren kanssa. Yleisimpiä terveydenhoitajien ilmoittamia syömishäiriöiden fyysisiä oireita olivat paino-pituus-suhteen muutokset, kuukautishäiriöt, hampaiden huono kunto ja lanugo-karvoituksen lisääntyminen. Yleisimpiä terveydenhoitajien ilmoittamia syömishäiriö-

ön toiminnallisia oireita olivat oksentelu, ruuan ylikorostunut merkitys, ahmiminen ja liiallinen liikkuminen.

Anoreksia ja bulimia ovat tunnetuimpia syömishäiriöitä (Angle 2009). Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat mahdollisesti siksi syömishäiriöiksi anoreksian ja bulimian. Opinnäytetyöntekijän mielestä on mielenkiintoista, ettei kukaan terveydenhoitajista maininnut epätyypillistä syömishäiriötä tai lihavan ahmimishäiriötä. Epätyypillinen syömishäiriö on kuitenkin syömishäiriöistä yleisin muoto, ja lihavan ahmimishäiriö on tavallisin epätyypillisistä syömishäiriöistä (Suokas & Rissanen 2007, 371–372). Yksi terveydenhoitaja mainitsi lihavuuden syömishäiriönä. Tämä voi liittyä siihen, että lihavan ahmimishäiriötä sairastava on usein vaikeasti lihava. Tosin lihavuus itsessään liittyy syömishäiriöihin (Rimpelä 2005, 4836). Hautalan ym. (2005, 4603) tekemässä tutkimuksessa ylipainoisilla nuorilla oli suurempi vaara sairastua syömishäiriöön kuin normaalipainoisilla. Terveydenhoitaja mahdollisesti viittasi lihavuuteen syömishäiriön riskitekijänä. Vain kolme terveydenhoitajaa mainitsi ortoreksian. Muut eivät mahdollisesti maininneet sitä siksi, koska ortoreksia on vielä niin uusi, ettei siitä tiedetä paljon (Peltoniemi 2004). Yksi terveydenhoitajista piti lihasten kasvattamista syömishäiriön kaltaisena ongelmana. Raevuoren ym. (2006) tutkimuksessa kolmasosa tutkimukseen osallistuneista miehistä oli tyytymättömiä lihaksistoonsa. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen oli lihaksistoonsa tyytymättömillä miehillä yleisempää kuin lihaksistoonsa tyytyväisemmällä verrokeilla. Lievän muodon yleisyyden vuoksi lihaksistotyytymättömyyden riski on opinnäytetyöntekijän mielestä huomioitava perusterveydenhuollossa ainakin nuorilla miehillä.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, mitä terveydenhoitajat tekevät tunnistettuaan nuorella päihdeongelman ja syömishäiriön. Tunnistettuaan päihdeongelman terveydenhoitajat pääasiassa ensin keskustelivat nuoren kanssa ja sitten ottivat yhteyttä tarvittaviin yhteistyötahoihin. Kaksi terveydenhoitajaa totesi, että nuori voidaan kutsua uudelleen terveydenhoitajan vastaanotolle. Wilson ym. (2004, 540) suosittelevat tutkimuksensa tulosten perusteella, että tarvittaessa nuori kutsutaan uudestaan vastaanotolle. Eniten koulun sisällä oltiin yhteydessä koulukuraattoriin tai sosiaalihojaajaan. Opinnäytetyöntekijän mielestä on mielenkiintoista, että vain kaksi terveydenhoitajaa ilmoitti tekevänsä yhteistyötä oppilas/opiskelijahuoltoryhmän kanssa tunnistettuaan nuorella päihdeongelman, vaikka jokaisella koululla tai oppilaitoksella on oppi-

las/opiskelijahuoltoryhmä (Nuorten palveluopas 2007). Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat olevansa tarvittaessa yhteydessä vanhempiin, mikä koski ilmeisesti ala-ikäisiä nuoria, sekä päihdekliniikkaan tai nuorten päihdetyöntekijään. Suurin osa ilmoitti tekevänsä tarpeen mukaan yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa.

Terveydenhoitajilla oli monia eri toimintatapoja, kun he tunnistivat nuorella syömishäiriön. Tunnistettuaan syömishäiriön terveydenhoitajat keskustelivat nuoren kanssa. Lievimmissä tapauksissa terveydenhoitajat ottivat nuoren terveydenhoitajan omaan seurantaan taikka ohjasivat nuoren koulupsykologille tai koulukuraattorille/sosiaaliohjaajalle. Lasten ja nuorten syömishäiriöt -käypä hoito -suosituksen (Ebeling ym. 2002) mukaan lievimmät syömishäiriöt voivat korjaantua muutaman tiheän, selventävän ja tukea antavan käynnin avulla. Kukaan terveydenhoitajista ei ilmoittanut tekevänsä yhteistyötä opilas-/opiskelijahuoltoryhmän kanssa. Vakavissa tapauksissa terveydenhoitajat ilmoittivat ohjaavansa nuoren koululääkärille ja ottavansa yhteyttä koulun ulkopuolisiin tahoihin. Vastausten mukaan terveydenhoitajat olivat eniten yhteydessä koulun ulkopuolisista tahoista vanhempiin, nuorisopsykiatrian poliklinikkaan ja Vorriin. Sen perusteella, kuinka moni terveydenhoitaja ilmoitti tekevänsä yhteistyötä nuorisopsykiatrian poliklinikan ja Vorrin kanssa, niiden voidaan olettaa olevan tärkeitä yhteistyötahoja nuorten syömishäiriöiden hoidossa.

Terveydenhoitajat olivat erimielisiä siitä, onko päihdeongelmasta kärsiville nuorille riittävästi hoitomahdollisuuksia. Kolme oli tyytyväisiä, mutta kaksi oli tyytymättömiä hoitomahdollisuuksiin. Yhden terveydenhoitajan mielestä hoidon pitäisi olla kokonaisvaltaista. Yhden terveydenhoitajan mielestä päihdekliniikka ei ollut kaikille nuorille sopiva ja sosiaalitoimeen ei voinut lähettää kaikkia apua tarvitsevia nuoria. Opinnäytetyöntekijän mielestä on arvioitava, onko Raumanseudulla nuorille päihdeongelmallisille riittävästi hoitomahdollisuuksia ja onko päihdekliniikka tosiaan kaikille nuorille sopiva. Opinnäytetyöntekijän mielestä on myös arvioitava, pitäisikö sosiaalitoimeen saada lisää resursseja, koska yhden terveydenhoitajan mielestä sosiaalitoimen tarjoamaa perhetukea ja päihdeongelmiin puuttumista tarvitaan lisää.

Yhden terveydenhoitajan mielestä hoitomahdollisuuksia oli riittävästi syömishäiriöstä kärsivälle nuorelle. Enemmistön eli neljän terveydenhoitajan mielestä tarvitaan hoitomahdollisuuksia lisää. Mielipiteet jakautuivat siitä, miten hoitomahdollisuuksia tulee

muuttaa: koettiin tarvittavan lisää hoitopaikkoja, lisää resursseja, kokonaisvaltaista hoitoa sekä koulutusta. Anglen (2008) mielestä syömishäiriöön sairastuneiden hoitoon tarvitaan lisää erikoistuneita, kokonaisvaltaista hoitoa antavia yksiköitä. Opinnäytetyöntekijän mielestä on syytä arvioida, tarvittaisiinko Rauman seudulla syömishäiriöistä kärsivän nuoren hoitoon lisää resursseja, kokonaisvaltaista hoitoa tarjoavia hoitopaikkoja tai koulutusta, koska enemmistö terveydenhoitajista kokee hoitomahdollisuuksia tarvittavan lisää.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, onko terveydenhoitajilla omasta mielestään riittävästi tietoa nuorten päihdeongelmista ja syömishäiriöistä. Kolme terveydenhoitajaa halusi lisää tietoa nuorten päihdeongelmista. Kaksi terveydenhoitajaa halusi tietoa siitä, miten he voivat auttaa päihdeongelmasta kärsivää nuorta. Tämän perusteella opinnäytetyöntekijän mielestä päihdestrategiaa tulee kerrata nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien kanssa. Mikäli päihdestrategiassa on puutteita, opinnäytetyöntekijän mielestä sitä tulee päivittää. Yksi terveydenhoitaja halusi tietoa muista päihteistä kuin alkoholi ja tupakka. Opinnäytetyöntekijän mielestä on syytä pohtia, pitäisikö terveydenhoitajien saada tietoa nuorten käyttämistä päihteistä ja nuorten päihteidenkäytön erityispiirteistä.

Enemmistö eli neljä terveydenhoitajaa koki tarvitsevansa lisää tietoa syömishäiriöistä. Kolme terveydenhoitajaa halusi tietoa roolistaan nuorten syömishäiriön hoidossa. Yksi halusi uutta tietoa silloin, kun sitä ilmenee. Opinnäytetyöntekijän mielestä Rauman seudulla työskenteleville terveydenhoitajille tulee tarjota tietoa terveydenhoitajien roolista nuorten syömishäiriöiden hoidossa, sillä puolet tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista koki tarvitsevansa tietoa siitä.

Eräs terveydenhoitaja oli sitä mieltä, että nuorten päihteidenkäyttö sallitaan kulttuurissamme. Eräs terveydenhoitaja pohti, onko nuorista tosiaan niin moni riskikäyttäjä kuin päihdemittari osoittaa, vai pitäisikö mittarin asteikkoa lieventää. Näiden kahden terveydenhoitajan vastaukset ovat ristiriitaiset keskenään; toinen terveydenhoitaja ei hyväksynyt nuorten alkoholinkäyttöä ollenkaan, kun toinen mietti riskikäytön rajoja. Opinnäytetyöntekijän mielestä linjan tulee olla yhtenäinen. Myös nuorten vanhempien tulee olla yhtenäisessä linjassa. Eräs terveydenhoitaja olikin sitä mieltä, että vanhemmille pitää antaa tietoa nuorten riskikäytön rajoista. Yksi terveydenhoitaja pohti, miten voi auttaa

nuorta, jonka vanhemmat vähättelevät tai kieltävät ongelman. Opinnäytetyöntekijän mielestä nuorten kanssa työskentelevien ihmisten ja vanhempien on pohdittava ja tiedettävä, mitkä ovat omat asenteet alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä kohtaan. Vasta omien asenteiden selkiyttämisen jälkeen pystytään sopimaan yhtenevä linja nuorten päihteidenkäytön suhteen. Jos aikuisten riskikäytön rajat ovat epäselvät, varmasti nuorten riskikäytön rajat ovat myös epäselvät.

Yksi terveydenhoitaja toi esille, että hänen kohtaamiensa nuorten syömishäiriöihin liittyvät ongelmat ovat ylipainoisuudessa. Tämä kertoo opinnäytetyöntekijän mielestä siitä, että Suomessa 10–20 % kouluikäisistä on lihavia (Aho ym. 2005). Lisäksi lihavuus ja syömishäiriöt liittyvät toisiinsa (Rimpelä 2005, 4836). Hautalan ym. (2005, 4603) tutkimuksessa ylipainoisilla nuorilla todettiin olevan normaalipainoisia suurempi vaara sairastua syömishäiriöön. Yhden terveydenhoitajan mielestä syömishäiriöt, roskaruualla mässäily sekä terveys- ja laihuusihannointi ovat lisääntyneet. Lisäksi terveydenhoitaja kommentoi anoreksian ja lihavuuden olevan vaikeita hoidettavia.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkijan tulee kertoa tutkimustekstissä tutkimuksen kohteesta ja tarkoituksesta. Tutkijan on kerrottava omat sitoumuksensa tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Opinnäytetyöntekijä halusi tutkimusaiheen liittyvän mielenterveys- ja päihdetyöhön, koska aihe on tärkeä ja mielenkiintoinen. Aluksi aiheeksi valittiin nuorten mielenterveysongelmat opinnäytetyön tekijän omasta mielenkiinnosta. Nuorten mielenterveysongelmat oli laaja aihe, joten sitä piti rajata. Terveydenhoitajien osastonhoitajalta saadun palautteen mukaan aiheeksi rajattiin nuorten päihdeongelmat ja syömishäiriöt. Tutkimuksen aiheesta on kerrottu tutkimuksen teoriaosassa.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kerätä tietoa henkilöiltä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai joilla on kokemusta asiasta. Tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Tutkijan on kerrottava, millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat on valittu ja miten heihin on otettu yhteyttä paljastamatta heidän henkilöllisyyttään. Tutkimustekstissä on kerrottava, miten aineiston valinta on harkittu ja miten aineisto täyttää tarkoitukseen sopivuuden kriteerin. (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 85–86). Valintakriteerien toimivuutta sekä tutkimusaineiston sopivuutta ja edustavuutta arvioidaan tutkimusongelman ja tavoitteiden avulla (Vilkkä 2005, 127).

Opinnäytetyöntekijä halusi tietoa siitä, miten Rauman seudulla tunnistetaan nuorten päihdeongelmia ja syömishäiriöitä, joten tekijä päätti kerätä aineistoa Rauman seudulla eli Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueella. Tiedonantajiksi valittiin terveydenhoitajat, jotka työskentelevät yläasteiden kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa, koska näillä terveydenhoitajilla oli opinnäytetyöntekijän mielestä kokemusta nuorista ja nuorten ongelmista. Aineiston keruusta raportoidessaan opinnäytetyöntekijä kertoi, miten terveydenhoitajiin oltiin yhteydessä. Tutkimuksella saatiin vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa terveydenhoitajien käsityksistä omista tiedoistaan ja taidoistaan syömishäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistamisessa sekä keinoista auttaa nuoria. Tämä tavoite saavutettiin. Tutkimusaineisto oli tähän opinnäytetyöhön sopiva, koska se edusti Rauman seudulla nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien käsityksiä. Aineisto edusti enemmistöä Rauman seudulla nuorten kanssa työskentelevistä terveydenhoitajista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tutkijan on kerrottava, miten aineistonkeruu on tapahtunut, aineiston keräämiseen liittyneet erityispiirteet, mahdolliset ongelmat sekä muut tutkijan mielestä merkitykselliset asiat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Opinnäytetyöntekijä kertoi tarkasti aiemmin tässä opinnäytetyössä aineistonkeruusta ja siitä, miten vastauksia pyrittiin saamaan lisää. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten tulkinnassa on kerrottava, millä perusteella tulkintoja esitetään ja mihin päätelmät perustetaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Opinnäytetyöntekijä oli rehellinen ja huolellinen käsitellessään aineistoa ja raportoidessaan tuloksista.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston koolla ei ole väliä vaan laadulla. Tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostamisessa. (Vilkkä 2005, 126.) Opinnäytetyössä aineiston koosta ei tule pitää opinnäytetyön merkittävimpänä kriteerinä. Aineiston koosta on kuitenkin keskusteltava ja siihen on kiinnitettävä huomiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkimusaineisto oli pieni. Kuusi terveydenhoitajaa vastasi yhteensä 11 terveydenhoita-

jasta. Aineisto edusti kuitenkin enemmistöä Rauman seudulla nuorten kanssa työskentelevistä terveydenhoitajista.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, millä aikataululla tutkimus on tehty (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tutkimusaikataulu vaikuttaa siihen, miten syvälle tutkittavassa asiassa tai ilmiössä tutkijan on mahdollista päästä. Pitkän tutkimusaikataulun etuna on se, että tutkija voi tarkastella aineistokokonaisuutta rauhassa ja saada tarkempaa merkityssuhteiden tulkintaa kuin lyhyellä aikavälillä kerätyssä tutkimusaineistossa. Pitkällä aikavälillä tutkijan ymmärrys tutkittavasta asiasta saattaa muuttua niin, että tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus ei ole enää mielekäs tai tutkijan motiivit tutkimuksensa tekemiseen muuttuvat. (Vilka 2005, 99–100.) Opinnäytetyötä aloittaessaan opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli analysoida tulokset syksyn 2008 aikana ja saada opinnäytetyö valmiiksi joulukuussa 2008. Koska aineiston keruu aloitettiin vasta syksyllä ja opinnäytetyöntekijä odotti vastauksia, aineiston analysointi viivästyi ja työn aikataulu muuttui. Opinnäytetyöntekijä ei koe tulkinneensa vastauksia syvemmin pidemmän aikataulun vuoksi vaan päinvastoin; opinnäytetyöntekijän mielenkiinto opinnäytetyön tekemiseen hiipui aikataulun venyessä. Siksi venyneestä aikataulusta ei ollut hyötyä. Todennäköisesti pitkä tutkimusaikataulu heikensi tämän tutkimuksen luotettavuutta, koska opinnäytetyöntekijän motivaatio opinnäytetyön tekemiseen heikkeni.

Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella yleistettävyyttä samassa merkityksessä kuin määrällisessä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85; Vilka 2005, 126). Tutkimuksella pitää olla jonkinlainen käytännön toistettavuus, jotta sillä on merkitystä. Tutkimuksen teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukaan tutkimustekstin lukijan on päädyttävä samaan tulokseen kuin tutkimuksen tekijä, mikä edellyttää tutkimusprosessin tarkkaa kuvausta sekä päättelyn ja tulkinnan havainnollistamista aineistokatkelmilla tutkimustekstissä. (Vilka 2005, 160.) Tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, koska tutkimus oli laadullinen, aineiston määrä oli pieni ja aineisto edusti vain osaa Rauman seudun terveydenhoitajista. Teoreettisen toistettavuuden edistämiseksi tutkimusprosessi kuvattiin tarkasti aiemmin tässä opinnäytetyössä ja tuloksista kerrottaessa käytettiin aineistokatkelmia.

Luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon puolueettomuusnäkökulma. Tutkijan arvot vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin valintoihin. Arvovapaaksi tutkimuksen tekee

se, että tutkija paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa. (Vilkkä 2005, 160.) Opinnäytetyöntekijä huomasi, että opinnäytetyötään aloittaessaan hän ajatteli, että nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa on puutteita. Tämä asenne ohjasi ainakin avoimen kyselylomakkeen kysymysten tekemistä. Opinnäytetyöntekijä pyrki analysoidessaan aineistoa olemaan puolueeton.

Tässä opinnäytetyössä on puutteita. Kaikki avoimen kyselylomakkeen kysymykset eivät olleet tähän opinnäytetyöhön sopivia. Opinnäytetyöntekijä ei ainakaan enää kysyisi: ”Mitä syömishäiriöitä on olemassa ja mitä oireita niihin liittyy?” Kysymys on liian laaja, ja se ei houkuttele luettelemaan syömishäiriöitä ja kaikkia niiden oireita. On mahdollista, että terveydenhoitajat eivät jaksaneet luetella kaikkia syömishäiriöitä oireineen, vaikka niistä tiesivätkin. Kysymykset siitä, mitä terveydenhoitaja tekee päihdeongelman tai syömishäiriön tunnistamisen jälkeen ja mitä yhteistyötahoihin terveydenhoitaja ottaa yhteyttä, olisi voinut yhdistää. Nämä kysymykset käsittelivät osittain samaa asiaa. Mahdollisesti avoin kyselylomake oli liian pitkä, mikä on voinut vaikuttaa terveydenhoitajien haluun osallistua tutkimukseen. Mahdollisesti kyselylomakkeen pituuden vuoksi kaikki terveydenhoitajat eivät halunneet tai jaksaneet vastata kyselyyn. Kyselylomakkeen pituus mahdollisesti vaikutti myös vastausten laatuun. Aineistonkeruun aikana osa terveydenhoitajista vaihtoi työpistettään. Luultavasti myös tämän vuoksi opinnäytetyöntekijä ei saanut kaikilta terveydenhoitajilta vastauksia. Lisäksi opinnäytetyöntekijä käytti teoriasidonnaista analyysia soveltaen, sillä opinnäytetyöntekijä ei kyennyt pelkistämään kaikkia vastauksia vastausten suppeuden ja lyhyden vuoksi. Mahdollisesti myös tekijän analysointitaidot ovat puutteelliset.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaihetta valittaessa on mietittävä tutkimusetiikkaa. Aiheen valintaa perusteltaessa kuuluu selkiyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu, ja miksi tutkimukseen on ryhdytty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Opinnäytetyöntekijä koki mielenterveys- ja päihdetyön tärkeäksi ja mielenkiintoiseksi. Aiheeksi valittiin nuorten mielenterveysongelmat opinnäytetyöntekijän omasta mielenkiinnosta. Terveystietäjien osastonhoitajalta saadun palautteen mukaan aiheeksi rajattiin nuorten päihdeongelmat ja syömishäiriöt.

Hyvään tutkimukseen kuuluu tutkittavien suojan takaaminen. Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Lisäksi tutkittavien osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvan on tiedettävä, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia siten, että tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille eikä käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tiedot on järjestettävä siten, että osallistujat pysyvät nimettöminä. Tutkimuksen tulee olla rehellinen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Terveydenhoitajille kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksesta. Opinnäytetyöntekijä muistutti terveydenhoitajia vastaamaan. Muistutusten takia on mahdollista, että joillekin terveydenhoitajille tuli sellainen vaikutelma, että tutkimukseen osallistuminen ei olekaan vapaaehtoista. Keskustellessaan puhelimitse terveydenhoitajien kanssa opinnäytetyöntekijä kuitenkin korosti, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista mutta tärkeää. Keskustellessaan opinnäytetyöntekijän kanssa terveydenhoitajien ei tarvinnut kertoa, olivatko he jo osallistuneet vai eivät. Ainoastaan opinnäytetyöntekijä näki vastaukset, jotka hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyöntekijä oli rehellinen tuloksista kertoessaan.

Jotta tutkimus on uskottava, tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja noudatetaan. Tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä noudatetaan yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan asianmukaisesti huomioon. Omat tulokset esitetään oikeassa valossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Opinnäytetyöntekijä noudatti huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyössään. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet merkittiin asianmukaisesti. Opinnäytetyöntekijä raportoi tutkimuksen puutteista. Tutkimukseen liittyvistä asioista raportoitiin yksityiskohtaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133).

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus suuremmalla aineistolla. Siten voitaisiin saada enemmän tietoa terveydenhoitajien keinoista auttaa nuoria, joilla on päihdeongelma tai syömishäiriö. Kun aineistoa kerättäisiin eri paikkakunnilta, voitaisiin myös vertailla, onko vastauksissa eroja paikkakunnista riippuen.

Tutkimus voitaisiin myös tehdä haastatteluna, jolloin olisi mahdollista saada syvällisempiä vastauksia ja esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastattelulla voitaisiin saada paremmin terveydenhoitajien mielipiteitä esille kuin kyselyllä.

LÄHTEET

- Aho, T., Salo, M. & Komulainen, J. 2005. Lihavuus lapsilla [verkkodokumentti]. Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2.3.2009.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=khp00051
- Ahola, M. 2002. Ruumiin palvojat. Muskelimiehet, lihaskimput, meloonikainalot. City-lehti [verkkolehti] 12/2002. [Viitattu 19.2.2009.] Saatavissa: <http://www.city.fi/artikkeli/Ruumiin+palvojat/532/>
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere. Vastapaino.
- Alkoholiolot EU-Suomessa. 2006. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:19. [verkkodokumentti]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 18.2.2009.] Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/07/hl1151647213306/passthru.pdf>
- Anglé, S. 2009. Terapeutti: Aikuisten syömishäiriöihin on yhä vaikea saada hoitoa. Länsi-Suomi [lehti] 11.4.2009, 5.
- Ebeling, H. 2005. Voiko syömishäiriöitä ehkäistä? Suomen lääkäri-lehti [verkkolehti] 45 (60), 4595. [Viitattu 3.3.2009.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL452005-4595.pdf>
- Ebeling, H., Hassinen, R., Joutsenoja, A., Järvi, L., Koskinen, M., Lahti, L., Morin-Papunen, L., Muhonen, M., Rissanen, A., Tapanainen, P. & Wahlbeck, K. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöt [verkkodokumentti]. Käypä hoito. [Viitattu 1.4.2009.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>
- Friis, L., Mannonen, M. & Seppänen, R. 2006. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Porvoo. WSOY.
- Hautala, L., Alin, J., Liuksila, P., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seulonnessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti]. [Viitattu 6.5.2008.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ortoreksia
- Hautala, L., Liuksila P.-R., Räihä, H., Väänänen A.-M., Jalava A., Väinälä, A. & Saarijärvi, S. 2005. Häiriintynyt syömishäiriökäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. Suomen lääkäri-lehti [verkkolehti] 45 (60), 4599–4605. [Viitattu 27.2.2009.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL452005-4599.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. 2007. Ahmimishäiriö (bulimia) [verkkodokumentti]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 19.3.2008.] Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.avaa?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=laihuush%E4iri%F6

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2008. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) [verkkodokumentti]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 12.3.2008.] Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?>

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes, oppaita 51 [Verkkodokumentti]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. [Viitattu 18.2.2009.] Saatavissa:
http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf

Kouluterveyskysely 2007. Kouluterveys 2007 -kyselyn valtakunnalliset taulukot. Muut päihteet [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Päivitetty 24.9.2007.] Saatavissa:
<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2007/paihteet07.htm>

Kunttu, K. & Huttunen, T. 2004. Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimus 2004 [Internetdiaesitys]. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. [Viitattu 5.4.2009.] Saatavissa:
[http://www.fshs.fi/download.asp?id=Yliopisto-opiskelijoiden+terveystutkimus+2004+\(YOT;1403;%7B1FCB50A8-B5B8-4EBD-AE2A-90E13965A79C%7D#256,1,Dia%201](http://www.fshs.fi/download.asp?id=Yliopisto-opiskelijoiden+terveystutkimus+2004+(YOT;1403;%7B1FCB50A8-B5B8-4EBD-AE2A-90E13965A79C%7D#256,1,Dia%201)

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2007. Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. toim. Psykiatria. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 417, 419, 426–427.

Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. Lukijalle. 2006 Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 5.

Lepola, U. & Koponen, H. 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö, 157, 160.

Lönnqvist, J. & Marttunen, M. 2001. Nuorten päihdeongelmien hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti] 117 (15), 1585–90. [Viitattu 6.4.2009.] Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92419&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Mattila, R. & Partanen, A. Terveys ja päihteenkäyttö. 2000. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. Päihdehoitotyö. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 47.

Marttila, M. Ortoreksia nervosa [verkkodokumentti]. [Päivitetty 21.6.2006.] Saatavissa: <http://www.nettineuvo.fi/default.asp?link=1386>.

Marttunen, M. Itsetuhoinen käyttäytyminen. 2006. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 129.

Marttunen, M. & Lepistö, J. 2007. Nuorten päihdeongelmien hoito. Kansanterveys-lehti [verkkolehti] 3. [Päivitetty 7.3.2007.] Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/nuorten_paihdeongelmien_hoito/

Miettunen, S. 2006. Pakko saada muskelit. Turun Sanomat [verkkolehti]. 10.12.2006. [Viitattu 19.2.2009.] Saatavissa: <http://www.turunsanomat.fi/sunnuntai/?ts=1,3:1012:0:0,4:12:0:1:2006-12-10,104:12:424878,1:0:0:0:0:0>

Nuorten palveluopas. 2007. Yhteistä vastuuta nuorten palveluihin [verkkojulkaisu]. Rauman seutukunnan nuoret. [Viitattu 23.4.2009.] Saatavissa: <http://www.rauno.fi/Default.aspx?id=269>

Nyysönen, J. 2008. Bigoreksia saattaa sorruttaa kuntoilijan dopingiin [verkkodokumentti]. Kaleva Kustannus Oy. [Viitattu 19.2.2009.] Saatavissa: <http://www.kaleva.fi/plus/index.cfm?j=710335>

Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12 [verkkodokumentti]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 4.5.2009.] Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/08/pr1156321555057/passthru.pdf>

Peltoniemi, M. 2004. Ortoreksia–Terveellisyyteenkin voi sairastua? Nuorten lehti Apupyörä [verkkolehti] 2. [Viitattu 17.2.2009.] Saatavissa: <http://www.marjonet.net/ortoreksia.php>

Pirskanen, M. & Pietilä A-M. 2008. Nuorten mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. toim. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 187–189, 192–197, 202–203.

Pylkkänen, K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen M. toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 14–15.

Päihdehuoltolaki 1987. 17.1.1986/41. [Viitattu 21.4.2008.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>

- Raeuori, A. & Keski-Rahkonen, A. 2007. Miesten syömishäiriöt ja tyytymättömyys lihaksistoonsa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti]. [Viitattu 12.3.2008.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?>
- Raeuori, A., Keski-Rahkonen, A., Bulik, C.M., Rose, R.J., Rissanen, A. & Kaprio, J. 2006. Muscle dissatisfaction in young adult men [verkkodokumentti]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2: 6. [Viitattu 5.5.2009.] Saatavissa: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1501012>
- Rimpelä, M. 2005. Nuorten lihominen haastaa kansanterveysvastuuseen. Suomen lääkäri-lehti [verkkolehti] 47 (60), 4835–4836. [Viitattu 2.3.2009.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL472005-4835.pdf>
- Ruuska, J. & Rantanen P. 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. Suomen lääkäri-lehti [verkkolehti] 48 (62), 4527–4532. [Viitattu 3.2.2009.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL482007-4527.pdf>
- Räsänen, P. 2007. Tunnista nuoren syömishäiriö [verkkodokumentti]. [Viitattu 25.3.2008.] Saatavissa: <http://www.poliklinikka.fi/?page=9659132&id=5725546>
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. toim. Psykiatria. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 355, 357, 366–367, 371–372.
- Tacke, U. 2007. Nuorten päihteidenkäyttö [verkkodokumentti]. Therapia Fennica. [Viitattu 6.4.2009.] Saatavissa: <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Etusivu>
- Tacke, U. 2006. Päihdeongelmat. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 135–136, 139–140.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Uusitalo, T. 2007. Nuorten itsemurhat Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 2:2007 [verkkodokumentti]. Julkaistu verkossa 11/2007. [Viitattu 7.1.2008.] Saatavissa: <http://www.lapsiasia.fi/Resource.phx/lapsiasia/aineistot/julkaisut/index.htm.1560.pdf>
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vuorela, N. & Salo, M. 2008. Lasten lihavuutta ei pidä vähätellä. Lääkäri-lehti [verkkolehti] 36 (63), 2888. [Viitattu 2.3.2009.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL362008-2888.pdf>
- Wilson, C. R., Sherrit, L., Gates, E. & Knight, J. R. 2004. Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? Pediatrics [verkkolehti] 114, 536–540. [Viitattu 2.2.2009.] Saatavissa: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/114/5/e536>

Jonna Yli-Pietilä

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Puh. 040 563 4284

s-posti: jonna.yli-pietila@student.samk.fi

Johtava hoitaja

Leea Hiltunen

Hyvä johtava hoitaja,

olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteestä. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyön aiheena on terveydenhoitajat avainasemassa nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien kykyjä tunnistaa päihdeongelma ja syömishäiriö sekä miten terveydenhoitajat toimivat, kun he tunnistavat kyseisiä ongelmia. Olen ollut aiemmin yhteydessä osastonhoitaja Sirpa Maijalaan. Hän oli myönteinen opinnäytetyön aiheen suhteen.

Tutkimus suoritetaan avoimella kyselylomakkeella. Kohderyhmänä on Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueella yläasteiden kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat. Aineisto kerätään kesän 2008 aikana. Saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Vastanneiden henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii TtT, lehtori Ritva Pirilä, Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteestä, puh. (02) 620 3557.

Anon lupaa aineiston keruuta varten Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueella yläasteiden kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleviltä terveydenhoitajilta.

Yhteistyöterveisin

Jonna Yli-Pietilä

Myönnän luvan aineistonkeruuseen

En myönnä lupaa aineistonkeruuseen

Paikka Aika

Allekirjoitus

Johtava hoitaja

Leea Hiltunen

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteestä. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyön aiheena on terveydenhoitajat avainasemassa nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää nuorten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien kykyjä tunnistaa päihdeongelma ja syömishäiriö sekä miten terveydenhoitajat toimivat, kun he tunnistavat kyseisiä ongelmia. Aineisto kerätään Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän alueella opiskeluterveydenhuollossa ja yläasteiden kouluterveydenhuollossa työskenteleviltä terveydenhoitajilta.

Vastaaminen on vapaaehtoista mutta tärkeää, jotta saadaan mahdollisimman luotettavaa ja monipuolista tietoa. Päihdeongelmat ja syömishäiriöt kuuluvat nuorten yleisiin mielenterveysongelmiin. On tärkeää, että saadaan tietoa nuorten päihdeongelmista ja syömishäiriöistä myös heitä kohtaavilta terveydenhoitajilta. Toivon, että tämän opinnäytetyön avulla saadaan selville, onko terveydenhoitajilla riittävästi tietoa nuorten päihdeongelmista ja syömishäiriöistä sekä onko heillä tarvittavat keinot puuttua näihin ongelmiin. Jos tiedot ja auttamiskeinot osoittautuvat puutteellisiksi, toivon, että tämä tutkimus tuo ne esille, jotta terveydenhoitajien tietoja ja auttamiskeinoja voitaisiin parantaa.

Tutkimus suoritetaan oheisella avoimella kyselylomakkeella. Toivon, että vastaat avoimiin kysymyksiin rehellisesti tämänhetkisten tietotaitojesi pohjalta. Saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Vastanneiden henkilöllisyys ei tule ilmi. Vastatuasi kysymyksiin laita avoin kyselylomake oheiseen postimerkilliseen kirjekuoreeseen ja postita se eteenpäin.

Kiitos vastauksestasi!

Jonna Yli-Pietilä

puh. 040 563 4284

S-posti: jonna.yli-pietila@student.samk.fi

Avoin kyselylomake nuorten päihdeongelmien ja syömishäiriöiden tunnistamisesta

Vastaathan kysymyksiin rehellisesti tämänhetkisten tietotaitojesi pohjalta. Jos vastaus loppuu kesken, voit jatkaa lomakkeen kääntöpuolelle. Jos jatkat kääntöpuolelle, muistathan merkitä kysymyksen numeron.

I Nuorten päihdeongelmat

1. Miten nuorten päihdeongelmat ilmenevät koulutyössä?

2. Miten tunnistat nuoren päihdeongelman? Käytätkö apuvälineitä päihdeongelman tunnistamiseen (kysymyksiä, testejä, mittareita)?

3. Mitä teet, kun tunnistat nuorella päihdeongelman?

4. Mitkä ovat ne yhteistyötahot, joihin ohjaat päihdeongelmasta kärsivän nuoren tai joihin itse otat yhteyttä?

5. Onko sinusta riittävästi hoitomahdollisuuksia päihdeongelmasta kärsivälle nuorelle? Tarvittaisiinko mielestäsi jotakin lisää? Jos, niin mitä?

6. Koetko tarvitsevasi nuorten päihdeongelmista lisää tietoa? Jos niin, millaista tietoa ja miten haluaisit sitä saada?

7. Muuta kommentoitavaa nuorten päihdeongelmiin liittyen?

II Nuorten syömishäiriöt

8. Mitä syömishäiriöitä on olemassa? Mitä oireita syömishäiriöihin liittyy?

9. Miten tunnistat nuorten syömishäiriöitä? Käytätkö syömishäiriön tunnistamiseen apuvälineitä (kysymyksiä, testejä, mittareita)?

10. Mitä teet, kun tunnistat nuorella syömishäiriön tai oireita syömishäiriöstä?

11. Mitkä ovat ne yhteistyötahot, joihin ohjaat syömishäiriöstä kärsivän nuoren tai joihin itse otat yhteyttä?

12. Onko sinusta riittävästi hoitomahdollisuuksia syömishäiriöstä kärsivälle nuorelle? Tarvittaisiinko mielestäsi jotakin lisää? Jos, niin mitä?

13. Koetko tarvitsevasi nuorten syömishäiriöistä lisää tietoa? Jos niin, millaista tietoa ja miten haluaisit sitä saada?

14. Muuta kommentoitavaa nuorten syömishäiriöihin liittyen?

Kiitos vastauksistasi!