
”KOIN SEN OLEVAN ÄLYKKÄIDEN TYTTÖJEN SAIRAUUS”

Syömishäiriöön johtaneet elämäntapahtumat miehellä ja miehinen identiteetti



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, 3.11.2010

Elina Lampikoski

Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi ”Koin sen olevan älykkäiden tyttöjen sairaus”- Syömishäiriöön johtaneet elämäntapahtumat miehellä ja miehinen identiteetti

Tekijä Elina Lampikoski

Ohjaava opettaja Leena Packalén

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Elina Lampikoski	Vuosi 2010
Työn nimi	”Koin sen olevan älykkäiden tyttöjen sairaus”- Syömishäiriöön johtaneet elämäntapahtumat miehellä ja miehinen identiteetti	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä elämäntapahtumat ovat syömishäiriöön sairastuneiden poikien ja miesten näkökulmasta olleet merkittäviä heidän sairastumisensa kannalta ja millaista merkitystä syömishäiriöllä on ollut heidän miehelle identiteetilleen.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen, ja syömishäiriödiagnoosin saaneelta mieshenkilöltä kirjallisella kyselyllä kerätty aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalysillä. Aineistonkeruu tapahtui aikavälillä 7.6.-29.6.2010. Yhteistyökumppanin nimeä ei vastaajan anonymiteetin säilyttämiseksi ole kerrottu.


Syömishäiriöön sairastuneista noin 10 % on poikia tai miehiä. Sairauksia ei tunnisteta terveydenhuollossa riittävän hyvin, ja poikien sekä miesten on vaikeaa hakeutua hoitoon, koska nämä sairaudet on leimattu tyttöjen sairauksiksi. Pojille ja miehille asetetaan jatkuvasti lisää vaatimuksia ulkonäön ja mieheyden suhteen.

Syömishäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tutkijoiden mukaan monet tekijät. Elämäntapahtumia merkittävämpää on, kuinka tapahtumat yksilöllisesti koetaan. Syömishäiriöön sairastuneilla miehillä on todettu esiintyvän epäilystä omasta sukupuoli-identiteetistään.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairastumisen kannalta merkittäviä elämäntapahtumia olivat kroonisen sairauden puhkeaminen, terveydenhuollon ammatilaisen huomautus painosta ja koettu lahjattomuus liikunnassa. Elämäntapahtumia yhdisti tarve edistää terveyttä. Sairastuminen merkitsi miehelle identiteetille epävarmuutta. Aineistosta ilmeni kokemuksia puutteellisuudesta ja poikkeavuudesta sekä vahvistuksen hakemista mieheydelle.

Avainsanat Syömishäiriöt, pojat, miehet, elämäntapahtumat, mieheys.

Sivut 69 s. + liitteet 4 s.



LAHDENSIVU
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Elina Lampikoski	Year 2010
Subject of Bachelor's thesis	"To Me It Was a Disease of Intelligent Girls"- Life Events That Have Led to an Eating Disorder in Case of a Male and Manly Identity	

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to find out which life events have led to developing an eating disorder among males and what kind of significance coming down with the disease has had to their manly identity.

The thesis is based on a qualitative method. The data was collected from a male who had been diagnosed with an eating disorder. The data was collected between June 7th and June 29th in 2010 in written form. The data was analysed in a deductive content analysis. In order to protect anonymity of the respondent the name of the partner in co-operation remains unrevealed.


About 10 percent of people with eating disorder are boys or men. These disorders are not known well enough in health care. Eating disorders have been stigmatized as girls' and women's diseases which makes it difficult for boys and men to go and get treated. Boys and men meet continuously more demands concerning appearance and manliness.

According to researchers there are many factors that affect possibility of developing an eating disorder. It is more significant how an individual experiences life events than what those events are. It has been discovered that doubt about one's gender identity occurs among males with eating disorder.

According to the results of the thesis significant life events were coming down with a chronic disease, health care worker's comment about weight and experienced lack of athletic skills. All life events aimed at promoting one's health. Coming down with an eating disorder made one feel unsure about manliness. The data revealed that eating disorder created experiences of insufficiency and abnormality and made one to search confirmation for manliness.

Keywords Eating disorders, boys, men, life events, manliness.

Pages 69 p. + appendices 4 p.



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SYÖMISHÄIRIÖT POJILLA JA MIEHILLÄ.....	2
2.1	Syömishäiriöiden alkaminen.....	4
2.2	Syömishäiriöiden oireet.....	4
2.2.1	Psykkiset oireet.....	4
2.2.2	Fyysiset oireet.....	7
2.3	Syömishäiriöille altistavat tekijät.....	8
2.4	Syömishäiriöitä sairastavien ennuste.....	11
3	ANOREKSIA.....	12
3.1	Yleisyys.....	13
3.2	Oireet.....	14
3.2.1	Psykkiset oireet.....	14
3.2.2	Fyysiset oireet.....	16
3.3	Altistavat tekijät.....	17
3.4	Ennuste.....	20
4	BULIMIA.....	20
4.1	Yleisyys.....	21
4.2	Oireet.....	22
4.2.1	Psykkiset oireet.....	22
4.2.2	Fyysiset oireet.....	25
4.3	Altistavat tekijät.....	26
4.4	Ennuste.....	27
5	BED.....	28
5.1	Yleisyys.....	29
5.2	Oireet.....	29
5.3	Ennuste.....	30
6	EPÄTYYPILLISET SYÖMISHÄIRIÖT JA ORTOREKSIA.....	31
7	LIHASYSMORFIA.....	32
7.1	Yleisyys.....	34
7.2	Oireet.....	34

8	KASVAMINEN POJASTA MIEHEKSI	36
8.1	Sukupuolen omaksuminen	37
8.2	Maskuliinisuus	38
8.2.1	Maskuliinisuus ja miesten terveystäytyminen	40
8.3	Poikana kasvaminen	42
8.4	Pojat ja tunteet	43
8.5	Poikien kokemat paineet	44
8.6	Suomalaisen miehen rooli	46
9	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	47
10	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	48
11	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	48
11.1	Kvalitatiivinen tutkimus	48
11.2	Aineistonkeruu	50
11.3	Sisällönanalyysi.....	52
12	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	53
12.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	53
12.2	Opinnäytetyön eettisyys	55
13	TULOKSET	58
13.1	Sairastumisen kannalta merkittävät elämäntapahtumat	58
13.2	Syömishäiriön merkitys miehelle identiteetille	61
14	POHDINTA.....	63
	LÄHTEET	66

LIITE 1	Saatekirje
LIITE 2	Kysely

1 JOHDANTO

Syömishäiriöiden syistä ollaan eri mieltä, mutta kyseiset sairaudet yleistyvät kulttuurissamme (Toivio & Nordling 2009, 102). Syömishäiriötä on perinteisesti pidetty tyttöjen sairauksina, mutta nykyään myös yhä useammalla pojalla tavataan näitä sairauksia. Syömishäiriöön sairastuvista noin kymmenen prosenttia on poikia tai miehiä (Kolho, Makkonen & Kauppinen 2007, 770; Van der Ster 2006, 51; Cacciatore & Koiso-Kanttila 2008, 236; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 22; Raevuori & Keski-Rahkonen 2007, 1583). Arviolta määrä voi olla suurempikin, jopa yksi kuudesta (Kolho ym. 2007, 770). Sairastuneiden tarkkaa määrää on vaikeaa arvioida, koska syömishäiriöihin liittyy salailua ja häpeää (Santala 2007, 27; Keski-Rahkonen ym. 2008, 22).

Poikien syömishäiriöt ovat oireiltaan samankaltaisia kuin tytöillä, mutta silti syömishäiriötä sairastavia poikia ei tunnisteta terveydenhuollossa riittävän hyvin. Yksi syy tähän on se, ettei näitä sairauksia osata edes epäillä pojilla (Cacciatore ym. 2008, 238; Keski-Rahkonen ym. 2008, 19-20; Kolho ym. 2007, 770; Raevuori ym. 2007, 1588).

Valitsin tämän aiheen opinnäytetyöhöni, koska poikien syömishäiriöt ansaitsevat lisää huomiota ja terveydenhuollon ammattilaisten olisi hyvä lisätä tietoutta aiheesta. Kyseessä on kuitenkin vakava psykiatrinen häiriö (Bulik, Sullivan, Tozzi, Furberg, Lichtenstein & Pedersen 2006, 305). Syömishäiriö heikentää toimintakykyä kokonaisvaltaisesti (Savukoski 2008, 16; Suokas & Rissanen 2008, 355). Henkeä uhkaavia komplikaatioita esiintyy anoreksiaa sairastavilla pojilla useammin kuin tytöillä jo sairauden diagnoosivaiheessa (Raevuori ym. 2007, 1588).

Media ja sitä kautta myös kulttuurimme luovat nykyään paineita pojille liittyen sekä ulkonäköön että miehisyyteen. Joillekin pojille sairastuminen ”tyttöjen sairauteen” voi olla niin vaikea asia, etteivät he halua hakeutua hoitoon (Cacciatore ym. 2008, 238; Raevuori ym. 2007, 1588). Siksi olen kiinnostunut näiden sairauksien vaikutuksista poikien ja miesten miehelle identiteetille. Mieheksi kasvaminen ei ole muutenkaan helppoa – vaatimuksia ja odotuksia tulee joka puolelta. Pahoinvoivista pojista kasvaa harvoin ilman tukea ja apua muuta kuin pahoinvoivia miehiä (Cacciatore ym. 2008, 36).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää syömishäiriötä sairastavien poikien ja miesten näkökulmasta, mitkä elämäntapahtumat ovat olleet merkittäviä heidän syömishäiriöön sairastumisensa kannalta ja mitä merkitystä sairastumisella on ollut heidän miehelle identiteetilleen. Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin erään syömishäiriöyhdistyksen avustuksella syömishäiriödiagnoosin saaneelta mieshenkilöltä kirjallisesti. Yritin kerätä aineistoa lisää, mutta en löytänyt uusia yhteistyökumppaneita. Yhdeltä vastaa-

jalta keräämäni aineisto vastasi kuitenkin monipuolisesti molempiin tutkimuskysymyksiini, joten analysoin vastauksen deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Syömishäiriöillä tarkoitan tässä opinnäytetyössä anoreksiaa, bulimiam ja BED:iä eli lihavan ahmimishäiriötä sekä epätyypillisiä syömishäiriöitä, joihin lukeutuu myös ortoreksia. Lihasdysmorfiaa käsittelen myös, koska se muistuttaa hyvin läheisesti syömishäiriötä ja sitä on kutsuttukin käänteisanoreksiaksi. Miehinen identiteetti tarkoittaa tässä opinnäytetyössä pojan tai miehen kuvaa itsestään miessukupuolen edustajana.

2 SYÖMISHÄIRIÖT POJILLA JA MIEHILLÄ

Syömishäiriöt ovat mysteeri niin lääketieteelle ja psykologialle kuin myös itse sairastuneille (Savukoski 2008, 16). On vaikeaa vetää rajaa siihen kohtaan, jossa syöminen alkaa muuttua häiriintyneeksi. Syömishäiriöstä aletaan puhua vasta, kun oireet alkavat olla toistuvia ja haitata toimintakykyä tai fyysistä terveyttä. Normaali elämä alkaa pyöriä syömisen tai syömättömyyden ympärillä ja oireet ohjaavat sairastuneen toimimaan tietyllä tavalla. Syömishäiriöitä käsitellään joskus ruokariippuvuutena ja yhteneväisyyksiä riippuvuuksien kanssa onkin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11.)

Syömishäiriöt on jaettu ICD-10-tautiluokituksen mukaan anorexia nervosaan eli laihuushäiriöön ja bulimia nervosaan eli ahmimishäiriöön sekä näiden epätyypillisiin muotoihin ja muihin syömishäiriömuotoihin (Ebeling, Järvi, Koskinen, Komulainen, Morin-Papunen, Rissanen & Tapanainen 2009). Varsinaiset ja yleisimmät syömishäiriöt ovat anorexia ja bulimia. Syömishäiriöön sairastuneen suhtautuminen ruokaan, syömiseen ja omaan kehoonsa poikkeaa negatiivisesti normaalista. Sairaus heikentää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Savukoski 2008, 16; Suokas & Rissanen 2008, 355.)

Syömishäiriöt eivät ole sukupuoleen sidottuja sairauksia (Claude-Pierre 2000, 97). Lääkäri Richard Morton julkaisi ensimmäisen raportin syömishäiriöstä kärsivästä 16-vuotiaasta mieshenkilöstä vuonna 1689. Sen jälkeen miesten syömishäiriöistä on tullut tietoa vain satunnaisten raporttien muodossa. (Carlat, Camargo & Herzog 1997, 1127.) Carlatin, Camargon ja Herzogin (1997) mukaan syömishäiriöt eivät kuitenkaan ole harvinaisia miehillä. Tutkijat päättelivät kirjallisuuskatsausten perusteella bulimisista potilaista jopa 10-15 %in olevan miehiä ja nuoruusikäisistä pojista sekä nuorista aikuisista miehistä 0,2 %:n täyttävän bulimian kriteerit. He raportoivat samansuuntaisia arvioita miesanorektikoista.

Nykykäsityksen mukaan syömishäiriöön sairastuvista noin kymmenen prosenttia on poikia tai miehiä (Kolho ym. 2007, 770; Van der Ster 2006, 51; Cacciatore ym. 2008, 236; Keski-Rahkonen ym. 2008, 22; Raevuori ym. 2007, 1583). Arviolta määrä voi olla suurempikin, jopa yksi kuudesta (Kolho

ym. 2007, 770). Feldmanin ja Meyerin (2007) mukaan Yhdysvalloissa 5-20 % syömishäiriöön sairastuneista on miehiä vaikka anoreksiaan ja bulimiaan sairastuvat pääasiassa naiset. Peixoto Labren (2002) mukaan arviolta 5-15 % anorektikoista ja bulimikoista on miehiä. Miesten syömishäiriöt saattavat olla nousussa ja miehillä nämä häiriöt ovat mahdollisesti yhteydessä urheiluun. Joidenkin tutkimusten mukaan syömishäiriöt ovat lisääntyneet 90-luvulla. BEDiä ja epätyypillistä syömishäiriöitä tavataan miehillä enemmän kuin bulimiaa tai anoreksiaa (Hay 2007, 709).

Syömishäiriöiden yleisyyttä on vaikea asiantuntijoiden mukaan arvioida, koska sairauteen liittyy häpeää ja salailua (Santala 2007, 27; Keski-Rahkonen ym. 2008, 22). Hoitoon hakeutuvia tai pääseviä on vain pieni osa kaikista sairastuneista. Siksi syömishäiriöiden voidaan ajatella olevan yleisempiä kuin mitä sairastuneiden määriä arvioivat luvut antavat ymmärtää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 22-23; Peixoto Labre 2002, 236.)

Syömishäiriöt on leimattu tyttöjen ja naisten sairauksiksi, minkä vuoksi poikien ja miesten voi olla vaikeaa hakeutua hoitoon (Cacciatore ym. 2008, 238; Raevuori ym. 2007, 1588; Peixoto Labre 2002, 236). Heteromiesten hoitoon hakeutumista voi lisäksi vaikeuttaa näiden sairauksien leimautuminen homomiesten sairauksiksi (Raevuori ym. 2007, 1588). Poikien ja miesten erilaisia syömishäiriöitä ei myöskään tunnisteta tai osata epäillä terveydenhuollossa (Cacciatore ym. 2008, 238; Keski-Rahkonen ym. 2008, 19; Kolho ym. 2007, 770; Raevuori ym. 2007, 1588). Nuorten miesten anoreksia ja bulimia voivat jäädä tunnistamatta, koska tutkimusten mukaan syömishäiriöistä kärsivät miehet pitkittävät hoitoon hakeutumista (Peixoto Labre 2002, 236).

Syömishäiriöistä kärsivät miehet eivät merkittävästi eroa syömishäiriöistä kärsivistä naisista (Carlat ym. 1997, 1127). Joitakin eroja sairastuneiden miesten ja naisten välillä kuitenkin on. Naisiin verrattuna syömishäiriöön sairastuneet miehet ovat useammin olleet ylipainoisia ennen sairauden puhkeamista. Miehet tavoittelevat myös enemmän lihaksikasta vartaloa kuin laihuutta. (Harris & Cumella 2006, 22.) Miehet sairastuvat syömishäiriöihin myöhemmin kuin naiset ja käyttävät harvemmin laihdutuslääkkeitä ja laksatiiveja painonhallintakeinoina (Peixoto Labre 2002, 236). Psykykinen moniongelmaisuus on tyypillistä anoreksiaa ja bulimiaa sairastavilla miehillä. Samanaikaisia psyykkisiä ongelmia voivat olla masennus, päihteiden ongelmakäyttö ja pakko-oireinen häiriö. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 20.)

Harrisin ym. (2006) mukaan syömishäiriöön sairastuneilla miehillä on monesti ongelmia sukupuoli-identiteetin kanssa, heillä ilmenee vähemmän seksuaalista aktiivisuutta ja heillä esiintyy enemmän merkkejä äärimmäisestä pakonomaisuudesta sekä impulsiivisuudesta. Homoseksuaalisuus ja biseksuaalisuus näyttävät olevan miehillä riskitekijöitä syömishäiriöön sairastumisessa erityisesti niiden kohdalla, jotka sairastuvat bulimia nervosaan (Carlat ym. 1997, 1131).

Syömishäiriöön sairastuneet miehet kuuluvat Harrisin ym. (2006) mukaan monesti ryhmiin, joissa painolla on suuri merkitys – esimerkiksi näyttelijät, painijat ja voimistelijat. Sairastuneet miehet kertovat harvemmin kokeneensa seksuaalista hyväksikäyttöä, mutta ovat useimmiten kokeneet henkisen tai fyysisen eron isistään. Lisäksi sairastuneet miehet käyttävät usein syömishäiriökäyttäytymistä edistääkseen terveyttään ja torjuakseen sairauksia tai tehos- taakseen urheilusuorituksiaan.

2.1 Syömishäiriöiden alkaminen

Syömishäiriöt alkavat usein vähitellen ja huomaamattomasti. Sairauden oireita ei ole helppoa huomata, koska ne ovat hyvin yksityisiä eivätkä siksi välttämättä näy muille ihmisille. Syömishäiriö tulee yleensä ulkopuolisillekin näkyvämmäksi voimakkaan laihtumisen, painonvaihtelun tai ruokailurutiinien muutosten kautta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.) Joskus muutokset ovat niin hienovaraisia, etteivät läheisetkään ihmiset välttämättä huomaa niitä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25; Kolho ym. 2007, 770).

Syömishäiriön ensimmäinen oire voi olla aterioiden jättäminen väliin tai epä- terveellisten ruokien jättäminen pois ruokavaliosta. Ruokavalion voi alkaa supistua vähitellen ja joistakin ruoka-aineista alkaa tulla kiellettyjä tai niiden käyttö on tarkasti säännösteltyä. Syömishäiriöinen voi haluta vaihtaa kaikki kotona käytettävät ruoka-aineet kevyttuotteiksi tai ryhtyä kasvissyöjäksi tai vegaaniksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.)

Syömishäiriö voi oireilla myös niin, että sairastunut alkaa vältellä yhteisiä ruokailuja tai haluaa jatkuvasti syödä yksin omassa huoneessaan. Hän voi haluta valmistaa omat ruokansa aina itse. Aterioita saatetaan korvata runsaalla kahvin, teen tai kevytlimonadien juomisella tai tupakoinnilla. Syömiskäyttäytyminen voi muuttua erilaisten rituaalien muodossa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.)

Anoreksiaa ja erilaisia ahmimishäiriöitä edeltää usein laihdutuskuuri jossain muodossa. Laihuttamisen yksi osa voi olla runsas liikunta, joka voi muuttua hyvin pakonomaiseksi. Liikunnan määrä alkaa lisääntyä hyötyliikunnankin muodossa ja sitä harrastetaan säästä huolimatta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25-26.)

2.2 Syömishäiriöiden oireet

2.2.1 Psykkiset oireet

Syömishäiriötä sairastavan elämä voi olla tiukan kontrollin, itsekurin ja askeesin alaista. Opiskelu tai työskentely voi muuttua erittäin suorituskeskeiseksi, huoneen on oltava aina pikkutarkassa järjestyksessä tai ympäristöä on

jatkuvasti siivottava. Ihmissuhteista vetäytymistä tai muiden ihmisten välttelyä esiintyy joillain sairastuneilla. He voivat karttaa parisuhdetta ja läheisiä ystävyysuhteita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30-31.)

Äärimmäinen nälkiintyminen johtaa vakaviin psykologisiin seurauksiin kuten masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Runsaasta laihtumisesta seuraa alavireisyyttä, ärsyntymisen lisääntymistä, keskittymisvaikeuksia sekä uupumista. (Keski-Rahkonen 2004, 21.) Impulssikontrollin häiriöitä esiintyy osalla ahmimishäiriöitä ja anoreksian bulimista alatyyppejä sairastavista. Oireet voivat ilmetä mielialan äärimmäisinä ailahteluina, räjähtelevinä raivokohtauksina, epävakaana tunne-elämänä ja häilyvinä ihmissuhteina. Viiltely, itsetuhoisuus, itsemurhayritykset, päihderiippuvuus, pelihimo, näpistely ja muunlainen riskikäyttäytyminen voivat myös kuulua oirekuvaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

Laihduttaminen ja ahmimiskohtaukset voivat vuorotella sairastuneella. Hän ei koe hallitsevansa syömistään ahmimisen aikana ja tuntee jälkeensä voimakasta itseinhoa, häpeää ja syyllisyyttä. Painon lisääntymisen pelossa syömishäiriötä sairastava voi päättää olevansa syömättä tai alkavansa noudattaa ankaria laihdutussääntöjä. Ruoan määrää voidaan rajoittaa, aterioita jättää väliin tai niiden määrää vähentää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15.)

Syömiseen ja painoon liittyvä pakonomaisuus sekä ahdistuneisuus voimistuvat anorektikolla painon putoamisen myötä. Myös mahdolliset muut pakko-toiminnot yltyvät. Ruokailuun liittyvät rituaalit kertovat ahdistuneisuudesta. Rituaaleja ovat muun muassa ruokien tarkka mittaaminen, poikkeavan runsas suolan tai muiden mausteiden käyttö, ruoan pilkkominen pieniksi palasiksi, syöminen vain tietyistä astioista, viimeisen suupalan syömättä jättäminen ja ruoan piilottelu. Syömiseen liittymättömiä pakko-oireita voivat olla esimerkiksi sähkölaitteiden tarkistelu, asioiden laskeminen tai niiden tekeminen tietyllä tavalla, toistuva käsien peseminen, pintojen pyyhkiminen ja astioiden peseminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25, 29.)

Pakkoajatukset voivat ilmetä syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltöinä. Sääntöinä voivat olla esimerkiksi tietyt ylittämättömät kalorirajat, sairastuneen pitää syödä aina muita vähemmän tai välteltävä syömistä kodin ulkopuolella. Omaehtoiset ruokasäännöt voivat perustua omiin vääristyneisiin uskomuksiin. Säännöt voivat määrätä sallitun ruokamäärät, -ajat ja -aineet sekä kieltää tiettyjen ruokien yhdistelmät. Sairastuneet saattavat syödä vain ruokia, joita itse pitävät turvallisina. Sokeri, rasva ja liha ovat tavallisia sairastuneiden karsimia ruoka-aineita. Sairastunut selvittää ja laskee ruokiensa kalorimääriä ja voi yrittää täyttää vatsaansa kalorittomilla juomilla tai kasviksilla. Hän voi tuntea vastenmielisyyttä tai pelkoa tiettyjä ruoka-aineita kohtaan. Vastenmielisyyttä herättävät ruoat ovat mielessä yhdistyneet johonkin ahdistavaan mielikuvaan, joka voi liittyä esimerkiksi rajuun lihomiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15, 29-30.)

Alipaino viestii muille syömishäiriöön sairastuneen pahasta olost. Usein sairastuneet voivat ajatella, että jos he olisivat normaalipainoisia, kaikki pitäisivät heitä terveinä ja eivät näkisi kuinka huonosti he voivat oikeasti. (Van der Ster 2006, 41.) Kaikilla syömishäiriöistä kärsivillä on huolia liittyen painoon ja kehonmuotoon. Näihin huoliin yhdistyy pelkoa painon lisääntymisestä tai kyvyttömyydestä hallita painoaan tai syömiskäyttäytymistään. (Hay 2007, 709.)

Omaan ulkonäköön ja vartaloon kohdistuva tyytymättömyys nähdään helposti pinnallisuutena ja narsistisena huolenaiheena. Häiriöstä kärsivien voi olla vaikea tuoda esiin vakavaakin ongelmaa, sillä he monesti häpeilevät oireitaan. Siksi olisi tärkeää kyetä hahmottamaan voimakas tyytymättömyys omaan ulkonäköön yhtenä mahdollisena pahoinvoinnin muotona, johon voi liittyä vakavia liitännäishäiriöitä. (Raevuori ym. 2007, 1588.) Huoli omasta ulkomuodosta muuttuu sairaudeksi vasta siinä vaiheessa, kun siitä tulee elämän keskipiste ja se alkaa häiritä tavallista elämää, ihmissuhteita, opiskelua tai työelämää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21.)

Monet syömishäiriöstä kärsivät halusivat syödä, mutta eivät missään tapauksessa halua painon nousevan. Useimmat syömishäiriöistä kärsivät ovat vakuuttuneita siitä, että heidän aineenvaihduntansa poikkeaa muista ja että pelkän ruoan näkeminenkin saa painon nousemaan. Näkemys omasta kehosta vaihtelee psyykkisen kunnan mukaan. Jos syömishäiriöstä kärsivä on edellisenä päivänä syönyt jotain suunnittelematonta tai kiellettyä, hän kokee paisuneensa yön aikana ja pukeutuu väljiin vaatteisiin. Omaa kehoaan ei kestä nähdä peilistä. Jotkut sairastuneet voivat mitailla ja punnita itseään pakonomaisesti, koska uskovat kehonsa muuttuvan syömisen myötä rajusti isommaksi. Sairastunut voi aterian jälkeen kokea vatsan kasvavan suunnattomaksi tai tuntea, että oviaukoista on pakko kulkea sivuttain, koska syöminen on muuttanut hänet suureksi ja leveäksi. Useimmiten käsitykseen painon nousemisesta vaikuttaa nimenomaan se, mitä on syönyt. (Van der Ster 2006, 35-36, 39-40.)

Syytä kehonkuvan vinoutumiseen ei tiedetä, mutta oletettavasti ravinnon puute saa aikaan aivoissa aminohappojen virheellisen kytkeytymisen. Kehonkuva alkaa vastata todellisuutta ravitsemuksen parantuessa ja painon noustessa eli kun elimistö alkaa saada takaisin tarvitsemiensa aineita. Vääristynyt kehonkuva koskee vain omaa vartaloa ja syömishäiriöön sairastunut pystyy usein kuvaamaan toisten vartaloita asianmukaisesti, ikään kuin esineenä. Käsitys omasta kehosta voi olla virheellinen myös siten, että ihminen uskoo että hän ei kerta kaikkiaan tarvitse ruokaa. (Van der Ster 2006, 34-35.)

Painon korjaantuminen vie syömishäiriöisen ajatuksia pois ruoka- ja painoasioista sekä helpottaa alipainoisuudesta johtuvaa ahdistusta. Tällöin myös syömiseen liittyvät pakkotoiminnot ja rituaalit vähenevät ja jäävät pois. Ravitsemuskuntoutuksella yritetään saada sairastunut uskomaan, ettei rituaalien toteuttamatta jättäminen saa hänen painoaan nousemaan salakavalan nopeasti

tai saa häntä menettämään syömisen hallintaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30.)

2.2.2 Fyysiset oireet

Syömishäiriötä sairastavat lapset ja nuoret käyvät usein ennen oikean diagnoosin saamista somaattisten syiden vuoksi lääkärissä. Oireiden kieltäminen on osa syömishäiriön taudinkuvaa eikä sairastunut välttämättä ole vakavassakaan tilanteessa huolestunut tilanteestaan. (Kolho ym. 2007, 770.)

Naisilla alipainoisuuden raja on painoindeksi-arvona 17,5 kg/m² ja miehillä 19 kg/m². Miehillä raja on korkeampi kuin naisilla, koska miesten kehon rasvapitoisuus on noin 10 prosenttia pienempi kuin naisilla (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19). Puberteetin jälkeen miehen kehosta vain noin 12 % on rasvaa, kun taas vastaavasti naisen kehon painosta noin 25 % on rasvaa (Crisp 2006, 167). Runsaamman lihasmassankin takia miesten paino suhteutettuna pituuteen on suurempi kuin naisilla. Näistä syistä johtuen miehellä kehon pienikin rasvamäärän vähentyminen voi johtaa hyvin alhaiseen rasvapitoisuuteen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19.)

Liian niukka ravinnonsaanti pakottaa elimistön aineenvaihdunnan toimimaan säästöliekillä ja kaikki kehon ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois. Syömishäiriön somaattisia oireita ovat painon nopea laskeminen, matala verenpaine, bradykardia, kylmät raajat, palelevaisuus, ummetus, hiustenlähtö, lisääntynyt lanugokarvoitus ja kynsien halkeilu. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31; Kolho ym. 2007, 769.) Myös ihon kuivumista, väsymystä, uupumusta ja heikotusta esiintyy (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31).

Ravitsemustilaa arvioidessa huomiota kiinnitetään ihonalaisen rasvakerroksen määrään sekä myös pakaralihasten kokoon (Kolho ym. 2007, 770). Elimistö joutuu aliravitsemustilassa käyttämään omaa lihasmassaansa ravintonaan, minkä vuoksi lihasmassa vähenee. Kämmentien, päkiöiden ja poskien rasvautunut häviävät elimistön vararavinnoksi syvässä aliravitsemustilassa. Myös aivojen tilavuus voi huomattavasti pienentyä, koska nekin koostuvat rasvasta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

Verikokeissa näkyviä muutoksia ovat leukopenia, trombositopenia ja matala hemoglobiini. MCV voi olla normaali ja AFOS-arvo matala. Nälkäisyys voi suurentaa maksa- ja kolesteroliarvoja. (Kolho ym. 2007, 769.) Nestetasapaino häiriintyy ahminnan, suolattoman ruoan, oksentelun, ulostuslääkkeiden tai liian vähäisen nesteiden juonnin seurauksena (Van der Ster 2006, 37; Keski-Rahkonen ym. 2008, 31-32). Nestetasapainon häiriintyminen aiheuttaa nopeaa turvotusta (Van der Ster 2006, 37). Riskinä ovat lisäksi jopa hengenvaaralliset sydämen rytmihäiriöt (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31-32).

Syömishäiriöön liittyviä lisäsairauksia voivat olla anoreksiapotilailla osteoporoosi, anemia ja hypotensio. Bulimiapotilailla tavataan sylkirauhasturvotusta, ruokatorventulehdusta ja ylipainoisuutta. Bulimikoilla voi olla myös elektrolyytitasapainon häiriöitä sekä jalkakrampeja, jotka usein johtuivat hypokalemiasta. Hammaskiilteen kuluminen liittyy myös bulimiaan. (Carlat ym. 1997, 1130.) Oksentelu voi johtaa hampaiden värin ja muodon muutoksiin, koska hapan mahansisältö vaurioittaa hammaskiillettä. Hampaita voidaan myös menettää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31-32.)

Nuoren kasvun taittuminen tai puberteetin viivästyminen antaa aiheutta epäillä syömishäiriötä. Nuorella pituuskasvun saa pysähtymään pelkkä nopea painon putoaminen ja pitkään jatkuneena riittämätön energiansaanti voi johtaa aikuispituuden vähenemiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31; Kolho ym. 2007, 770.)

Osa syömishäiriön ruumiillista oireista paranee sairaudesta toipumisen myötä, mutta osa muutoksista ei palaudu. Luustomuutokset ja hammasvauriot ovat suhteellisen pysyviä. Hampaiden kiillekudos ei uusiudu. Ravitsemustilan parantuminen yleensä hidastuttaa tai pysäyttää luuston haurastumista. Menetettyä luumassaa on kuitenkin yleensä vaikeaa tai mahdotonta korvata. Elimistön hormonitoiminta ja hedelmällisyys yleensä palautuvat vähitellen normaaleiksi ravitsemustilan parantumisen myötä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 32.)

2.3 Syömishäiriöille altistavat tekijät

Selkeää syömishäiriöihin sairastumista laukaisevaa tekijää ei ole osoitettavissa merkittävällä osalla sairastuneista. Sairastumiseen vaikuttavat todennäköisesti monet, toistaiseksi tuntemattomat tekijät. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.) Syitä syömishäiriöille on haettu hypothalamuksen kemiallisesta epätasapainosta, laihuuden ihannoinnista ja lihavuuden paheksunnasta sekä vanhempien liiallisesta vaatavuudesta ja vallan käytöstä perheessä. (Toivio ym. 2009, 102.)

Sairastumisen ajatellaan nykyään johtuvan perimän ja sairastumiselle altistavan ympäristön yhteisvaikutuksesta. Syömishäiriöiden periytyminen on kuitenkin vielä hämärän peitossa ja sairauden syntyyn uskotaan olevan osallisina useita geenejä, joiden yksittäiset vaikutukset ovat vähäisiä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35-36.) Liikapainon tai syömishäiriöiden riski ei ole sama kaikille yksilöille. Tämä perustuu luultavasti monimutkaiseen geneettisen herkkyyden sekä erilaisten ympäristöaltistusten vuorovaikutukseen. Noin 60 % häiriintyneelle syömiskäyttäytymiselle altistavista tekijöistä on selitettävissä geneettisillä tekijöillä. (Keski-Rahkonen 2004, 23-24.)

Tutkimuksissa on todettu poikkeavuuksia syömishäiriöpotilaiden keskushermoston välittäjäainejärjestelmissä ja erityisesti serotoniiniaineenvaihdunnassa, mikä voi olla osin perinnöllistä. Serotoniinijärjestelmä vaikuttaa ruokaha-

lun ja mielialan säätelyyn. Osa ihmisistä saattaa saada lohtua masennukseen ja ahdistukseen syömättömyyden tai liiallisen ruoan avulla, koska heidän perusbiologiansa mahdollistaa heillä tämän tavalla, jota muiden ihmisten on vaikea tuntea omakohtaisesti. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36.)

Biologisista riskitekijöistä yksi on krooninen sairaus (Santala 2007, 28). Diabeetikoilla esiintyy syömishäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin muilla. Heillä syömishäiriö on usein pysyvä ja korreloi diabeteksen huonoon hoitotasapainoon. (Ebeling ym. 2009.) Muita biologisia riskitekijöitä ovat sukupuoli, murrosikä ja ylipaino (Santala 2007, 28). Lihavuus lapsuudessa ja nuoruudessa sekä myöhempi tyytymättömyys kehoon ovat hyvin tunnettuja riskitekijöitä syömishäiriöiden sekä häiriintyneen syömiskäyttäytymisen kannalta. Kehotyytymättömyyden, syömishäiriöiden, aterioiden väliin jättämisen ja monien psykologisten ongelmien riski on suurempi niillä nuorilla, joiden murrosikä alkaa aikaisemmin kuin ikätovereiden. (Keski-Rahkonen 2004, 19.) Painon vuoksi kiusatuksi tulleet ovat riskiryhmässä sairastua syömishäiriöön. Ystäviensä painohuolet tai syömishäiriöt ovat myös altistavia tekijöitä (Santala 2007, 28).

Nykyisessä länsimaisessa populaarikulttuurissa ruoka ja paino ovat esillä paljon. On yleisessä tiedossa, että herkuttelu johtaa painonnousuun, joka taas tuo mukanaan terveysriskejä. Ylipainon vuoksi ihmisiä myös leimataan. (Keski-Rahkonen 2004, 11.) Hoikkuuden ihannoiti on yleistä ja ruoka sekä syöminen puhuttavat kulttuurissamme paljon. Terveellisellä ruokavaliolla pyritään saavuttamaan hyvä ja pitkä elämä. Ruokailuun liittyy myös paljon nautintoa ja mielihyvää. Kauneudella, terveydellä ja laihdutuksella tienataan nykypäivän paljon rahaa. Media luo tunteen siitä, että omalle ulkomuodolle tai painolle pitäisi tehdä jotain. Kehitysikäiset ja itsetunnoltaan hauraat nuoret voivat käyttää terveydelle haitallisia äärikeinoja pyrkiessään täyttämään ihanteellisen ulkonäön kriteerejä. Samansuuntaisia ilmiöitä on huomattu myös muualla maailmassa, jonne länsimainen media on levittäytynyt ja tuonut esille omia kauneusihanteitaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 32-34.)

Hoikkuutta ihannoiva kulttuuri altistaa syömishäiriöille (Santala 2007, 28). Syömishäiriöitä esiintyy eniten länsimaissa, mutta sairastuneiden määrät ovat lisääntyneet myös niissä kehitysmaissa, jotka ovat eniten länsimaistuneet (Hay 2007, 710). Miesten ja naisten vartaloihanteet ovat suuntautuneet sellaisiin ominaisuuksiin, joita on vaikea saavuttaa ja ylläpitää, kuten laihuus, hoikkuus ja lihaksikkuus. Epäjohdonmukaisuus ihanteiden ja todellisuuden välillä johtaa vartalon muotoa ja painoa koskeviin huoliin, mikä on nähtävissä jo varhaislapsuudessa sekä on levinnyt laajalti nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Vaikka ylipainoisuus ja liikalihavuus ovat yleistymässä lisääntyneissä määrin, on olemassa todisteita painoa koskevan tyytymättömyyden vähentymisestä yleisesti nuorten keskuudessa. (Keski-Rahkonen 2004, 16-17.)

Hyvin yksilöllisillä, mutta toistaiseksi tuntemattomilla ympäristökiteijöillä näyttää olevan ratkaiseva merkitys sairauden alkamisen kannalta. Jotkut tutkijat ovat löytäneet yhteyksiä erilaisten elämäntapahtumien ja syömishäiriöiden alkamisen välillä. Stressaavat elämäntapahtumat perhepiirissä voivat altistaa syömishäiriön puhkeamiselle. On todettu, että syömishäiriöön sairastuneiden perheissä on ennen sairauden puhkeamista esiintynyt vaikeita elämäntapahtumia enemmän kuin perheissä, joissa on sairastuttu johonkin toiseen psykiseen häiriöön. Elämäntapahtuman yksilöllinen kokeminen tuntuu olevan ratkaisevampaa kuin itse tapahtuma. Reagoiminen tapahtumiin voi vaihdella suuresti eri yksilöiden välillä ja joillakin se voi johtaa syömishäiriöön sairastumiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34-35.)

Yksilöllisiin riskitekijöihin kuuluvat yksilön heikko itsetunto, taipumus perfektionismiin, tyytymättömyys omaan vartaloon, hatarat selviytymiskeinot, painohuolet, impulsiivisuus, ylipainoisuus, varhainen kypsyminen ja laihduttaminen. Perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien lihavuus, ylisuojeleva ote, vanhemmuuden laiminlyönti, konflikti, vanhemman poismeno tai poissaolo, perheenjäsenen syömishäiriö, perheen huolestuneisuus ulkomuodosta tai painosta ja vanhempien omat psyyken häiriöt. (Santala 2007, 28.) Perheenjäsenen anoreksia nostaa riskiä sairastua anoreksiaan, bulimiaan ja epätyypillisiin syömishäiriöihin (Bulik ym. 2006, 305). Bulikin ym. (2006) mukaan anoreksian riski on vielä korkeampi jos sairastunut perheenjäsen on miesanorektikko.

Epänormaalien syömisasenteiden ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen yhteydessä on huomattu esiintyvän ongelmakäyttäytymistä, esimerkiksi päihteidenkäyttöä ja riskikäytöstä yleisesti. Itsemurhayritykset, itsetuhoisuus, rikollisuus, kouluongelmat, treffien päätteeksi tapahtunut raiskaus ja väkivalta sekä korkeariskinen seksuaalikäyttäytyminen ovat myös yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. (Keski-Rahkonen 2004, 19.) Myös muunlaisen psykosomaattisen oireilun ja masennuksen sekä ahdistuneisuuden on huomattu olevan yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. (Keski-Rahkonen 2004, 19.) Tyytymättömyys omaan kehoon, koettu ylipaino, stressi, masennus ja muut mielenterveysongelmat ovat riskitekijöitä syömishäiriöihin sairastumiseen (Santala 2007, 28). Seksuaalisen hyväksikäytön on myös todettu altistavan syömishäiriöille (Keski-Rahkonen 2004, 19; Santala 2007, 28).

Erittäin runsasta liikunnan harrastamistakin pidetään syömishäiriölle altistavana tekijänä (Santala 2007, 28). Varsinkin tiettyjä urheilu- ja liikuntalajeja harrastavia nuoria pidetään riskiryhminä syömishäiriöiden suhteen. Itse liikunta ei ole altistava tekijä vaan liikuntamuotoihin liittyvät vaatimukset, jotka voivat esimerkiksi edellyttää tietynlaista painoa ja ulkonäköä. Joissain urheilulajeissa syömisrytmi on vaihteleva tietyn harjoittelupainon tai kilpailupainon ylläpitämisen vuoksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 39.)

Pojilla ja miehillä syömishäiriöille altistavia urheilulajeja voivat olla esimerkiksi kestävyysjuoksu tai muut vastaavat lajit, joissa alhaisella painolla on oleellinen osuus urheilusuorituksessa (Peixoto Labre 2002, 236; Raevuori ym. 2007, 1586; Keski-Rahkonen ym. 2008, 39-40; Cacciatore ym. 2008, 236). Toisen riskialttiin urheilijaryhmän muodostavat urheilijat, joiden on pidettävä kilpailupainonsa useita kiloja omaa normaalipainoaan pienempänä. Tällaisia lajeja ovat esimerkiksi paini ja nyrkkeily. (Raevuori ym. 2007, 1586; Keski-Rahkonen ym. 2008, 39-40; Cacciatore ym. 2008, 236). Halu pudottaa painoa näyttää olevan yleisempää tietyillä miesryhmillä, kuten painijoilla ja kehonrakentajilla. Painijoille kehittyi 7-10 kertaa todennäköisemmin syömishäiriö kuin muille miehille. (Peixoto Labre 2002, 236.)

Miehillä syömishäiriöön sairastumiseen voi vaikuttaa ammatti, jossa painolla on tärkeä rooli (Peixoto Labre 2002, 236). Esimerkiksi esiintymiseen liittyvissä ammateissa toimivilla miehillä on lisääntynyt syömishäiriön puhkeamisriski. Jotkin ulkonäkökeskeiset ammatit edellyttävät tiukkaa painonhallintaa ja ruokavalion säännöstelyä. Esimerkiksi tanssijan, näyttelijän ja mallin ammateissa ihannevirtalo on erittäin vähärasvainen ja ulkonäkö on keskeisessä roolissa. (Cacciatore ym. 2008, 236; Raevuori ym. 2007, 1586; Keski-Rahkonen ym. 2008, 39.) Sairastumisalttius ei kuitenkaan ole yksinkertainen asia ja monet riskiryhmiin kuuluvaa urheilulajia harrastavat tai ammattia harjoittavat eivät sairastu syömishäiriöön (Keski-Rahkonen ym. 2008, 40).

Sukupuoliroolin konflikti altistaa syömishäiriöille (Santala 2007, 28). Homoseksuaalisuuttakin on esitetty yhdeksi riskitekijäksi anoreksian ja bulimian kehittymiselle miehillä, mutta tätä ei ole voitu vahvistaa (Raevuori ym. 2007, 1586; Keski-Rahkonen ym. 2008, 40). Peixoto Labren (2002) mukaan homoseksuaalisilla miehillä saattaa olla noussut riski vartalotyytymättömyyden ja syömishäiriöiden kehittymiseen, erityisesti bulimian kehittymiseen. Feldmanin ym. (2007) mukaan syömishäiriöihin liittyvien oireiden on todettu olevan 10 kertaa yleisempiä homo- ja bi-seksuaalisilla miehillä kuin heteromiehillä.

2.4 Syömishäiriöitä sairastavien ennuste

Paraneminen syömishäiriöstä voi alkaa missä tahansa sairauden vaiheessa, jopa vuosien sairastamisen jälkeen. Syömishäiriöt ovat yleensä pitkäkestoisia sairauksia ja niiden pituutta mitataan ennemmin vuosissa kuin kuukausissa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 69.)

Syömishäiriöiden väliset rajat ovat osittain keinotekoisia. Jotkut syömishäiriötä sairastavat kärsivät useamman syömishäiriön oireista elämänsä aikana. Esimerkiksi anoreksia voi muuttua bulimiaksi ja toisin päin. Neljännes tai jopa puolet anorektikoista käy läpi vaihtelevakestoisen bulimisen jakson anoreksian jälkeen. Oireenkuvan muutos on monille syömishäiriöisille osa paranemisprosessia. Muutos on tilapäinen eikä yleensä sairauden pysyvä lopputila ja ennakkoinnilla pystytään pehmentämään ja hallitsemaan sitä. Anoreksian

jälkeisestä bulimiestä oireilusta toipuminen täysin terveeksi on mahdollista ja erittäin todennäköistä. Bulimian muuttuminen anoreksiaksi on harvinaista, mutta joillain klassinen bulimia voi laantua pikkuhiljaa epätyypilliseksi bulimiaksi tai BED:iksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21-22.)

3 ANOREKSIA

Anorexia nervosa eli laihuushäiriö on yleistynyt ja vaikeahoitoinen mielenterveyden häiriö (Toivio ym. 2009, 102, Bulik ym. 2006, 305). Sairauden vallitseva oire on ruokamäärien vähentäminen (Hamilton 2007, 45; Keski-Rahkonen ym. 2008, 12). Anoreksia on useimmiten pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva. Sairaus kuuluu edelleen ennusteeltaan vakavimpiin mielenterveyden häiriöihin. (Suokas ym. 2008, 357.)

Sairaudentyypin kuuluu ruoan tiukka säännöstely, väistely ja välttäminen esimerkiksi tietynlaisen ulkonäön tavoittelun takia. Tyypillisesti sairastunut kieltäytyy syömästä eikä myönnä käyttöksensä tai liian laihan ulkonäkönsä epänormaaliutta. Sairastuneen elämä pyörii ruoan ympärillä ja vaikka hän ei itse syö juuri mitään, hän voi laittaa ruokaa muille tai tehdä ruokaostoksia. Hän saattaa jopa keräillä ruokaohjeita. (Toivio ym. 2009, 102; Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.) Itse hän ei koe olevansa oikeutettu herkkuihin (Savukoski 2008, 27).

Lääketiede on löytänyt anoreksian yli 300 vuotta sitten. Latinankielessä sana 'anorexia' tarkoittaa ruokahaluttomuutta, kun taas 'nervosa' viittaa hermoihin. Anoreksiasta kärsivä ei kuitenkaan ole ruokahaluton vaan yleensä sairastuneella on valtava ruokahalu, jota hän pyrkii sairaalloisesti vastustamaan laihtumisen vuoksi. Syömiseen kohdistuva pelko myös edistää laihduttamista. (Savukoski 2008, 17-18.) Anorektikko voi kuvata jääneensä ”kiinni” laihduttamiseen, koska muilta saatu positiivinen palaute pienestä painonpudotuksesta luo tunteen oman elämän ja kehon hallinnasta (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12). Laihuudestaan huolimatta anorektikko näkee itsensä lihavana ja uskoo kaiken muuttuvan paremmaksi mikäli hän olisi laihempi. Elämänhallinta on kadoksissa samoin kuin itsetuntokin. (Savukoski 2008, 21.)

Ankaran laihduttamisen seurauksena syntynyt nälkiintyminen aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia, kuten masennusta ja ruokaa koskevia pakkoajatuksia. Ne korostavat syömishäiriön oireita ja ylläpitävät niitä. Anoreksia vaikuttaa sairastuneen ihmissuhteisiin ja toimintatapoihin. Kehittyy noidankehä, joka vahvistaa syömishäiriötä. (Suokas ym. 2008, 360.)

Anorektikot toivovat monesti avunpyynnön välittyvän sanattomasti ja usein he ajattelevat avunpyynnön osoittavan heikkoutta. Jotkut kykenevät puhumaan sairaudestaan, jotkut jopa hakeutumaan hoitoon. Itselle asetettujen rajojen noudattelema elämä tuntuu turvalliselta, koska se on ohjailtavissa ja ennakoitavissa eikä sisäinen tyhjiys tunnu pahalta. Ilman rajoja oma oleminen voi

tuntua uhatulta ja anorektikko voi pelätä minuutensa menettämistä. Anorektikon päättäväinen ulkokuori torjuu ulkopuolisten tungettelua, mutta pitää sisäpuolen tyhjänä. Todellisuudessa anorektikon sisällä vallitsee kaaos, jonka järjestämiseen hän janoaa ulkopuolisten apua. (Savukoski 2008, 24.)

Monilla anorektisilla miehillä liikkumisen tarve on valtava ja pakottava ja voi ylittää oman jaksamisen. Lenkkeily, punnertaminen ja muu liikunta vie useita tunteja päivässä. Miesanorektikot ajattelevat ruokaa lakkaamatta, mutta toisin kuin naisanorektikot, he eivät ole yhtä kiinnostuneita ruoanlaitosta. Miesten anoreksian ymmärtämistä vaikeuttaa se, että nykyinen miesihanne on maskuliinisen lihaksikas eikä laiha. Tämä todistaa osaltaan sitä, että anoreksian pohjimmainen tarkoitus on jossain paljon syvemmällä kuin pelkästään laihduttamisessa. (Savukoski 2008, 33.)

3.1 Yleisyys

Suomessa syömishäiriöiden yleisyydestä ei ole tehty laajoja selvityksiä, mutta länsimaisessa kulttuurissa tiedetään anoreksian esiintyvyyden olevan nuoruusikäisten tyttöjen keskuudessa noin 0,2-0,8 prosenttia. Syömishäiriöisiä poikia on tästä kymmenesosa. (Toivio ym. 2009, 102; Ebeling ym. 2009.) Anoreksiaan esiintyvyys väestöstä on Kolhon ym. (2007) mukaan arviolta noin yhden prosentin verran. Länsimaissa 12-24-vuotiaista naisista arviolta 0,5-1 % sairastuu anoreksiaan ja miehiä häiriön vuoksi hoidossa on 5-10 %. Osittaisesta oireyhtymästä kärsiviä on moninkertaisesti. (Suokas ym. 2008, 357.)

Eräässä nuorten syömishäiriöitä koskevassa arviossa laihuushäiriötä esiintyy 0,1–1 prosentilla (Santala 2007, 27). Suomalaisilla kaksostytöillä laihuushäiriöiden esiintyvyys on noin 2 % ja kaksospojilla noin kymmenesosa tästä. Varhain alkaneista laihuushäiriöistä kuitenkin melkein kolmannes esiintyy pojilla. Laihuushäiriö alkaa yleensä nuoruusiän alkuvuosina, mutta vain pieni osa alkaa jo ennen murrosikää. (Ebeling ym. 2009.)

Yleensä miesten ja naisten anoreksia alkaa samalla tavalla. Anoreksiaan sairastutaan tyypillisesti 14-18-vuotiaana, mutta on mahdollista sairastua myös myöhemmällä iällä. (Savukoski 2008, 19, 33.) Sairauden puhkeamisen huippu sijoittuu Bulikin ym. (2006) ja Puurosen (2004) mukaan 15-19 ikävuoden välille. Suokkaan ym. (2008) mukaan anoreksian tavallinen alkamisikä on 12-18 ikävuoden välillä. Miehet sairastuvat yleensä naisia myöhemmin (Crisp 2006, 166). Anoreksiaan sairastutaan keskimäärin hieman aikaisemmin kuin bulimiaan (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23).

Puurosen (2004) mukaan anoreksia on naisilla 15 kertaa yleisempää kuin miehillä. Suomalaisista anoreksiaan sairastavista miesten ja naisten välinen suhde on joidenkin tutkimusten mukaan 1:20. Erään ruotsalaistutkimuksen mukaan anoreksian sairastaa jossain elämänsä vaiheessa 1,2 prosenttia naisista ja 0,29 prosenttia miehistä. (Savukoski 2008, 20.) Claude-Pierren (2000)

mukaan anoreksiaa tavataan naisilla enemmän, koska naisille sanotaan ulkonäön olevan tärkeää - miehiä taas kehdutaan muista syistä.

3.2 Oireet

3.2.1 Psykkiset oireet

Viattomasti alkanut laihdutuskuuri voi olla alkusysäys anoreksiaan (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12; Savukoski 2008, 26; Suokas ym. 2008, 359). Nuori saattaa ajautua laihdutuskierteeseen, kun hän alkaa kiinnittää huomiota omaan painoonsa ja oppii hallitsemaan painonnousuaan laihduttamalla sekä ruoan imeytymistä estävillä menetelmillä. (Savukoski 2008, 27.) Syömiskäyttäytyminen voi häiriintyä niin, että siitä muodostuu anoreksia. Laihdutussuosituksat saatetaan ottaa liian kirjaimellisesti, normaali ruokavalio muuttuu hyvin niukaksi ja koostuu anorektikon itselleen sallimista yliterveellisistä ruoista. Tällöin laihtumisen tavoittelu on ajautunut vähitellen lihavuuden peloksi eli anoreksiaksi. (Savukoski 2008, 26-27.) Anorektikko näkee itsensä liian lihavana ja pelkää lihomista. Hänen ruumiinkuvansa on vääristynyt ja painotavoite on asetettu alas. Hän voi kuitenkin tietoisella tasolla käsittää olevansa laiha. (Ebeling ym. 2009.)

Anorektinen käytös alkaa monesti pyrkimyksenä ja sitoumuksena tehdä asiat oikein. Anorektikon päätarkoituksena on kehittää itseään paremmaksi ihmiseksi. (Savukoski 2008, 25.) Laihduttamisella yritetään lisätä omanarvontuntoa ja hallinnan kokemusta omasta elämästä. Se voi olla keino yrittää ratkaista ajankohtaiset ongelmat. (Suokas ym. 2008, 359-360). Anoreksia voi alkaa myös kasvisruokavalioon siirtymisellä ja hän voi perustella ruokavaliomuutosta terveydellisillä syillä tai haluttomuudella syödä lihaa. (Savukoski 2008, 29.)

Anoreksiaan kuuluu painon aktiivinen vähentäminen tai alipainon ylläpito. Painonlasku on aiheutettu itse välttämällä lihottavia ruokia. (Ebeling ym. 2009.) Naisten ja miesten laihdutusikäyttäytyminen on Crispin (2006) mukaan yleisesti samanlaista, mutta naiset käyttävät useammin suuria annoksia laksatiiveja. Miesten keskuudessa taas vegetarismi ja alkoholin väärinkäyttö ovat yleisempiä.

Sairastunut omaksuu kapeutuneet, äärimmäisen niukat ruokailutavat (Suokas ym. 2008, 356). Anorektikon ajatukset keskittyvät ruoka- ja painoasioihin, mikä voi ilmetä ruoan hamstraamisena, ruokaohjeiden keräilyinä ja ruoan valmistamisena muille vaikkei hän itse syö sitä. Anorektikolle voi muiden valmistaman ruoan syöminen olla vaikeaa tai jopa mahdotonta, koska hän ei tiedä ruoan koostumusta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29.)

Ruokailutapahtumat ovat pelottavia ja ahdistavia tilanteita, minkä vuoksi anorektikko ei ehkä ruokaile muiden seurassa (Savukoski 2008, 21). Seurassa syöminen voi joidenkin anorektikkojen kohdalla suunnata ajatuksia pois anorektisista peloista. Toiset taas haluavat syödä yksin, jotta he voisivat keskittyä vain syömiseen ja toteuttaa syömisrituaalejaan häiriöttä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29.) Minkä tahansa syöminen milloin tahansa tai millä tahansa tavalla ei ole anorektikolle mahdollista. Ruokarituaalit muuttuvat täsmällisiksi sairauden edetessä ja niiden mukaan joka päivä on syötävä samaan aikaan ja samanlaista ruokaa kuin edellisenäkin päivänä. Anorektikko pelkää lihomisen lisäksi myös näläntunteen häviämistä, koska ilman sitä ei ole oikeutta syödä. Hän voi kokea myös suurta nautintoa näläntunteestaan ja pyrkii säilyttämään sen syömällä tuttuja ruokia. (Savukoski 2008, 26-27.)

Osalla anorektikoista esiintyy ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä (Suokas ym. 2008, 356; Ebeling ym. 2009). Jotkut turvautuvat tahalliseen oksenteluun ja ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöön (Ebeling ym. 2009; Suokas ym. 2008, 356; Santala 2007, 30). Lääkkeillä pyritään pääsemään eroon ylimääräisistä kiloista ja päivittäin juodusta suuresta vesimäärästä nopeammin. Syömisestä sääteily ja itsensä tarkkailu ovat osa jokaista päivää. Anorektikon itsekuri syömisestä rajoittamisessa on järkkymätön. Kiellettyjen ruokien maistamaan joutuminen aiheuttaa ahdistusta ja päätösten rikkominen aiheuttaa kontrollin menettämisen pelkoa. (Savukoski 2008, 21, 23.) Noin puolet anorektikoista esiintyy ajoittain myös ahmimista (Suokas ym. 2008, 356).

Yhtenä oireena anoreksiaan voi kuulua liiallinen liikunta (Ebeling ym. 2009; Suokas ym. 2008, 356; Santala 2007, 30). Liikunnan harrastaminen voi muuttua pakonomaiseksi (Suokas ym. 2008, 356). Liikunnan avulla anoreksiaan ajautumassa oleva haluaa kuluttaa enemmän energiaa. Vähitellen liikunta ei tuota enää mielihyvää samoin kuin ennen vaan muuttuu pakonomaiseksi puurtamiseksi ja sen määrä alkaa lisääntyä. Anorektikko pitää jumppahetkiä jopa öisin. Jatkuva nälkä tekee rauhattomaksi ja voi siten helpottaa vähäistä nukkumista, sillä sairastuneen yönät jäävät monesti lyhyiksi. Anorektikot ovat monesti yllättävän energisiä, mikä johtuu siitä, että keho tuottaa nälkiintyessään hillittömästi energiaa ruoanhakutarkoituksessa. (Savukoski 2008, 18, 23.)

Anoreksian on jonkinlaista yritystä purkaa ja käsitellä vaikeita ajatuksia, tunteita ja pelkoja kohdistamalla rangaistukset itseensä. Kyseessä on siis lähes täydellisyyttä hipova itseinho – ja viha. (Savukoski 2008, 21.) Sairauteen tiedetään liittyvän myös muita psykologisia häiriöitä ja anorektikoilla esiintyy keskimääräistä enemmän vakavaa masennusta ja ahdistuneisuutta (Toivio ym. 2009, 102-103; Bulik ym. 2006, 308; Suokas ym. 2008, 357). 25-80 % potilaista kärsii elinaikanaan vakavasta masennuksesta. 11-83 % kärsii ahdistuneisuushäiriöihin lukeutuvasta pakko-oireisesta häiriöstä. (Suokas ym. 2008, 357.)

Anoreksiaa voidaan ajatella ruumiin kontrollointina. Anorektikon elämää ohjaa jatkuva asioiden ja tekemisien kontrollointi ja elämän kaikkien osa-alueiden tulisi olla hallinnassa. Kaikki tekemiset kulkevat joka päivä saman kaavan mukaan ja kontrollin menettämisen pelko estää rutiinien rikkomisen. Anorektikko tuntee itsensä laiskaksi ja menettävänsä itsekontrollinsa mikäli hän sallii itselleen jotain nautinnollista. Täydellisyyden tavoittelu on tyypillistä anorektikolle. Hän uskoo osoittavansa kurinalaisuutta, menestystä ja itsensä sekä halujensa hallintaa kontrolloimalla elämäänsä ja palvomalla laihuutta. Anorektikko kokee olevansa kelvollinen ja oikeutettu elämään hoikkuuden kautta. (Savukoski 2008, 21- 23.)

Anorektikolle on ominaista tunnollisuus kaikessa tekemässään, mutta suorittuminen voi sairauden edessä heiketä. Tunne-elämää ja luovuutta rajoittaa ajatusten pyöriminen ruoassa ja laihduttamisessa. (Savukoski 2008, 21.) Anoreksiaa sairastavilla on tyypillisesti pakkomieltisiä ja perfektionistisia piirteitä, negatiivinen kuva itsestään sekä vaikeuksia tunnistaa tunteitaan. (Hamilton 2007, 45.) Tunteiden käsittelyyn liittyviä ongelmia ovat tunne-elämän jälkeensä jääneisyys, itseensä käpertyminen sekä tunteiden kieltäminen. Anorektikko tyypillisesti katsoo itseään ikään kuin ulkopuolisena kykenemättä ilmaisemaan tai analysoimaan tunteitaan. Hän ei juuri naura tai edes itke usein. (Savukoski 2008, 23.) Anorektikoilla esiintyy kuitenkin mielialanvaihteluita (Suokas ym. 2008, 356).

Anoreksiassa ajattelu, tunnetilat ja sosiaalinen elämä kapeutuvat (Suokas ym. 2008, 356). Sairauteen liittyy eristäytyminen muista ja vetäytyminen ihmissuhteista. Sairastuneilla on monesti huono itsetunto. He ovat yksinäisiä, mutteivät voi keskittyä muuhun kuin laihduttamiseen. (Savukoski 2008, 18-19, 20-21.) Anorektikosta voi saada vaikutelman itsenäisestä, määrätietoisesta ja kunnianhimoisesta henkilöstä, joka pärjää hyvin itseksensä ja kieltää riippuvuuden toisista ihmisistä. Järjestämällä asiansa huippukuntoon, anorektikko yrittää myös itse pysyä sisäisesti paremmin kasassa. (Savukoski 2008, 23-24.)

Anoreksia on Crispin (2006) mukaan puolustautumiskeino homoseksuaalisuuden pelolle joidenkin miespotilaiden kohdalla. Anorektikkomiehillä on todettu esiintyvän epäilystä omasta sukupuoli-identiteetistään, mutta myös anoreksiasta kärsivillä naisilla on huomattu tämän suuntaisia piirteitä.

3.2.2 Fyysiset oireet

ICD-10-tautiluokituksen mukaan laihuushäiriöstä kärsivän paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI enintään 17,5 kg/m². BMI:tä aletaan käyttää 16-vuotiaasta. Esimurrosikäisillä paino voi kuitenkin pysyä samana pituuden lisääntyessä, jolloin varsinaista painon laskua ei ole. (Ebeling ym. 2009.)

Anorektikon ruokavaliossa on liian vähän rasvaa, proteiineja ja hiilihydraatteja, minkä vuoksi kehon toiminnot eivät toimi enää normaalilla tavalla. Munuaisten toiminta muuttuu, kuivumisen vuoksi syljeneritys vähenee ja hampaat kuluvat. Luukato alkaa kehittyä noin kahden vuoden päästä anoreksian puhkeamisesta. Sydämessä tapahtuviin muutoksiin kuuluu pulssin hidastuminen ja kammioiden pieneneminen aiheuttaen rytmihäiriöitä ja vakavimmillaan kuoleman. Anorektikko kärsii valkosolukadosta ja on alttiimpi infektioille. Vaikeasti sairaalle anorektikolle infektiot ovat todella vaarallisia (Savukoski 2008, 19, 27.) Henkeä uhkaavia komplikaatioita esiintyy anoreksiaa sairastavilla pojilla useammin kuin tytöillä jo sairauden diagnoosivaiheessa (Raevuori ym. 2007, 1588).

Sairastuneen perusaineenvaihdunta laskee ja seksuaalisuus jää heräämättä (Savukoski 2008, 18). Myös hormonitoiminnassa on häiriöitä. Kasvuhormoni- ja kortisolipitoisuudet voivat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta voi olla muuttunut ja insuliinin erityys voi olla poikkeavaa. (Ebeling ym. 2009.) Muita anoreksia-diagnoosia vahvistavia fyysisiä oireita sekä miehillä että naisilla iästä riippumatta ovat hiustenlähtö, alentunut ruumiinlämpö, jatkuva viluisuus, lanugokarvoitus, huono verenkierto, ihon kuivuminen, unettomuus sekä kynsien haurastuminen. (Savukoski 2008, 18, 27.) Lisäksi raajat voivat sinertää ja potilaalla on sydämen harvalyöntisyyttä sekä matala verenpaine (Suokas ym. 2008, 357). Miehillä laihuushäiriöön kuuluu diagnoosikriteereinä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkeneminen (Suokas ym. 2008, 356; Santala 2007, 30; Ebeling ym. 2009). Crispin (2006) mukaan anorektikkomiehillä testosteronitaso nousee painon nousemisen myötä.

Pitkäaikainen aliravitsemustila pysäyttää murrosikäisen pituuskasvun eikä sitä ole enää myöhemmin mahdollista saavuttaa täysin (Hamilton 2007, 45; Savukoski 2008, 19). Ennen murrosikää alkanut häiriö viivästyttää tai pysäyttää murrosiän fyysiset muutokset ja kasvun. Häiriöstä toipuessa kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta kestää tavallista myöhempään. (Ebeling ym. 2009.)

3.3 Altistavat tekijät

Anoreksian riskitekijöistä tiedetään suhteellisen vähän, mutta myös laajaa tutkimusta on aiheesta tehty. Riskitekijöiksi on nimetty eräässä tutkimuksessa sukupuoli, etninen tausta, varhaislapsuuden syömiseen ja ruoansulatuselimistön toimintaan liittyvät ongelmat, ulkomuotoon ja painoon liittyvät huolet, itsearvostuksen puute, seksuaalinen hyväksikäyttö ja muut kielteiset kokemukset sekä yleinen psykiatrinen sairastavuus. Tosin nämä eivät ole yksinomaan anoreksiaan sairastumisen riskitekijöitä. (Bulik ym. 2006, 306). Anoreksian ajatellaan johtuvan nuoresta itsestään, hänen perheestään, häntä ympäröivästä kulttuurista sekä yhteiskunnasta (Savukoski 2008, 30; Hamilton 2007, 45; Suokas ym. 2008, 358). Myös geeniperimän osuutta anoreksiaan on epäilty (Hamilton 2007, 45; Suokas ym. 2008, 358). Tällä hetkellä vallitsee käsitys,

että anoreksia johtuisi pääosiltaan psyykkisestä häiriötilasta (Savukoski 2008, 30).

Käytännössä anoreksian laukaisevana tekijänä ovat tietyt elämäntilanteet, kuten koulun päätyminen tai menetykset (Suokas ym. 2008, 360). Syömishäiriöt saavat usein alkunsa nuoruusikään liittyvissä uusissa elämäntilanteissa. Aikuistumisen pelko voi aiheuttaa anoreksian puhkeamisen. Aikuistumisen mukanaan tuomat ongelmat voivat nuoruusiän kriisien jälkeen tuntua pelottavilta ja helpommalta tuntuisi pysyä nuoruuden ikävaiheessa. Nuoruuteen kuuluu itsensä ja toisten epäilyä, sillä se on oman identiteettinsä ja paikkansa hakemista. Muiden mielipiteillä on vaikutusta nuoren minäkäsitykseen. Kehon kehityksen estäminen voi tuoda tunteen kontrollista. (Savukoski 2008, 24-25.) Laukaisevana tekijänä ovat usein muiden ulkonäköön tai painoon kohdistuvat huomautukset (Suokas ym. 2008, 360).

Länsimaiset kauneushanteet ja media aiheuttavat paineita ulkonäön ja painon suhteen (Suokas ym. 2008, 359). Kauneus muodostuu nykyään naisen luisevasta laihuudesta ja miehen lihaksikkaasta vartalosta. Anoreksia voi alkaa yksilön pyrkiessä kohti yhteiskunnan asettamaa vaatimusta hoikasta vartalosta. Laihuuden palvonnan olettaminen anoreksian ainoaksi syyksi on harhaanjohtavaa, koska kyseessä on paljon monimutkaisempi sairaus kuin mille se päällepäin vaikuttaa. On eri asia laihduttaako anorektikko vastatakseen yhteiskunnan odotuksiin ihanneulkonäön suhteen vai kuollakseen. (Savukoski 2008, 28-29.)

Anoreksiaan sairastumisen riskiä on selitetty myös yksilöllisenä alttiutena. Täydellisyyden tavoittelun epäonnistuminen voi olla yksi syytekijä. Anorektikko pyrkii täydellisyyteen täyttääkseen muiden odotukset ja saadakseen hyväksyntää. Hauraan ja heikon itsetunnon lisäksi anoreksiaa pidetään huomion hankkimisen välineenä, äänettömänä avunhuutona. Anorektikko voi tuntea epäonnistuneensa kaikessa eikä siksi koe olevansa oikeutettu olemassa oloon. (Savukoski 2008, 31-32.)

Anoreksialle altistavina tekijöinä pidetään kasvamista suorituksia arvostavassa ja korkean vaatimustason ilmapiirissä sekä kaavamaisia ajatusvääristymiä ja uskomuksia. Persoonallisuuden täydellisyyteen pyrkiviä, sisäänpäin kääntyneitä, jäykkiä tai kaavamaisia piirteitä pidetään myös riskitekijänä. (Suokas ym. 2008, 358.) Traumaattinen kokemus voi edeltää sairastumista ja sen ratkaisemiseksi nuori ei näe muuta vaihtoehtoa kuin itsensä rankaisemisen. (Savukoski 2008, 30.) Psykologisten tai kehityksellisten traumojen, kuten seksuaalisen hyväksikäytön ajatellaan lisäävän riskiä sairastua anoreksiaan. Myös masennus voi edeltää sairastumista. (Suokas ym. 2008, 358.) Ahdistustaipumus voi altistaa anoreksian puhkeamiselle (Savukoski 2008, 31).

Crispin (2006) mukaan perheessä esiintyvä anoreksia tai ylipainoisuus ovat yhteydessä erityisesti miesten anoreksiaan. Lisäksi perheen köyhä tunnelmapiiiri ja toimimattomuus ovat monesti osallisena anoreksiaan sairastumiseen.

Kielteisiä tunteita ei välttämättä kyetä ilmaisemaan tai niitä ei saa ilmaista joissain perheissä. (Hamilton 2007, 45; Savukoski 2008, 31.) Anorektikkomiehet näyttävät merkittävän usein tulevan psykiatrisesti hyvin häiriintyneistä perheoloista. Kuitenkin molempien sukupuolten kohdalla on yleistä, että perhetaustasta löytyy esimerkiksi agorafobiaa, alkoholin väärinkäyttöä tai depressiota. Perheen ylisuojelevaisuuden ja takertuvaisuuden potilaaseen tämän lapsuudessa on arvioitu olevan yleisempää miesten tapauksessa. (Crisp 2006, 166.)

Suokaan ym. (2008) mukaan perheeseen liittyvien tekijöiden osuutta anoreksiaan sairastumisessa pidettiin ennen keskeisenä, mutta nykyisin on esitetty monien syyksi kuvattujen perheen poikkeavuuksien voin yhtä lailla olla anoreksian seurausta.

Tietyt ryhmät ovat alttiimpia anoreksialle, esimerkiksi joidenkin urheilulajien harrastajat (Savukoski 2008, 20). Häiriön oireet ovat yleisiä henkilöillä, joiden ammatti tai harrastus vaatii laihuutta, kuten malleilla, balettitanssijoilla, taitoluistelijoilla ja voimistelijoilla (Suokas ym. 2008, 357). Myös liikunnan pakollinen keskeyttäminen loukkaantumisen tai väsymisen johdosta voi olla syömishäiriön laukaisijana esimerkiksi urheilijoilla. Tuoreen ruotsalaisen tutkimuksen mukaan fyysinen harjoittelu ja hoikkuus eivät yksistään lisää anoreksian riskiä vaan syyt ovat jossain muualla. (Savukoski 2008, 33.)

Lääketieteessä etsitään syitä anoreksialle elimistön toimintahäiriöistä vaikka ne ovat epätodennäköisiä tekijöitä sairauden syntyyn, koska sairastuneet ovat usein nuoria naisia. Ruotsalaistutkimuksen mukaan anoreksiatapauksista yli puolet johtuvat geneettisistä syistä. Tämän mukaan anoreksiaan olisi siis perinnöllinen alttius. (Savukoski 2008, 30.) Anoreksian perinnöllisen alttiuden taustoja ei kuitenkaan tunneta (Suokas ym. 2008, 358).

Lääketiede on epäillyt anoreksian syyksi hermoston ja umpierityksen säätelyhäiriötä. Useimmat kuvatuista anoreksiaan liittyvistä lukuisista hermoston ja umpierityksen häiriöistä ovat kuitenkin nälkiintymistilan seurausta. (Suokas ym. 2008, 359.) Esitettyjä fysiologisia syitä ovat muun muassa sinkin puute, jota ei ole tutkimuksin voitu osoittaa todeksi. Toinen fysiologinen selitys perustuu siihen, että anorektikko tulisi vähitellen riippuvaiseksi nälästä, koska syömättömyys aiheuttaa anorektikon aivoissa opioidipitoisuuden kasvamista, jolloin mieliala kasvaa ja saa aikaan hyvänolontunteen. Viimeaikaisissa tutkimuksissa on huomattu anorektikoiden serotoniiniaineenvaihdunnan vilkastuneen, mikä vaikuttaa kylläisyyden tunteeseen ja syömättömyyteen johtaen sitä kautta laihutumiseen. Myös muilla hermovälittäjäaineilla ja stressihormoneilla arvellaan olevan osuutta anoreksian kehittymiseen. (Savukoski 2008, 30.)

3.4 Ennuste

Suomalaisen laajan tutkimuksen mukaan viiden vuoden sisällä sairastumisesta kaksi kolmesta anoreksiapotilaasta ja epätyypillisestä laihuushäiriöpotilaasta toipuu. Nuoreen aikuisikään mennessä toipuneita on kolme neljästä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 69.) Nuorempana hoitoa saavien ennuste parantua on parempi kuin aikuisena saaneiden. Samoin varhain saatu hoito, varhainen sairastumisikä ja hyvä suhde vanhempiin vaikuttavat positiivisesti paranemisenusteeseen. (Savukoski 2008, 20.) Ylipainon kehittymisen riski on myös mataltunut niillä anoreksiasta toipuneilla potilailla, joiden BMI on noussut normaalilukemiin (Bulik ym. 2006, 305, 308).

Huonoon ennusteeseen viittaavat alhainen paino, myöhäinen sairastumisikä, oireiden pitkä kesto, aikaisempi psykiatrinen hoito, ahmimishäiriö, oksentelu ja ulostuslääkkeiden käyttö. (Suokas ym. 2008, 357.)

Puolet anorektikoista paranee, 30 prosentilla oireilu jatkuu ja 10-20 prosentilla häiriö muuttuu krooniseksi. Kuolleisuus on anoreksiassa 5-10 prosenttia (Toivio ym. 2009, 103; Savukoski 2008, 20; Suokas ym. 2008, 357). Kuolemista puolet on itsemurhia. (Toivio ym. 2009, 103). Anoreksian kuolleisuus on muihin mielenterveyshäiriöihin verrattuna suurin. (Bulik ym. 2006, 305.) Harrisin ym. (2006) mukaan suurin osa anoreksiaan kuolleista on kuitenkin yli 65-vuotiaita.

4 BULIMIA

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö on yleistyvä ja vaikeahoitoinen mielenterveyden häiriö (Toivio ym. 2009, 102). Bulimia on anoreksiaa uudempi syömishäiriö ja se on erotettu vuonna 1979 omaksi sairaudekseen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Hay 2007, 709). Bulimia on syömishäiriö, jossa ahminta ja laihduttaminen muodostavat noidankehän. Häiriössä perusongelmana on syömisen hallinnan menetys toistuvasti. Tyypillistä on, että ahmitusta ruoasta yritetään tyhjentäytyä erilaisilla keinoilla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15; Suokas ym. 2008, 366.)

Häiriön laukaisee lähes aina ankara laihdutusyritys. Bulimian keskeinen piirre on lihavuuden ja lihomisen pelko. Oireet alkavat yleensä myöhemmällä iällä kuin anoreksiassa ja monella potilaalla on aikaisempaan sairautena ollut anoreksia. (Suokas ym. 2008, 366.) Bulimia voidaan diagnosoida, kun ahminta-kohtauksia on keskimäärin ollut kaksi kertaa viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan (Hamilton 2007, 45; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Suokas ym. 2008, 366). Lievempää tai epätyypillisempää oireilua nimitetään epätyypilliseksi ahmimishäiriöksi (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16).

Bulimiaan kuuluu ahmintajaksoja, toistuvia kompensatiokeinoja estämään painon nousua sekä kohtuutonta itsensä arviointia, johon vaikuttaa vartalon

muoto tai paino (Hamilton 2007, 45; Suokas ym. 2008, 366). Osa bulimiam sairastavista oksentaa kuitenkin hyvin harvoin tai ei koskaan. Bulimian paasto-liikunta-alatyypissä ahminnasta saadut ylimääräiset kilokalorit pyritään polttamaan tiukoilla laihdutuskuureilla ja rankalla liikunnalla. Suomessa tämä alatyyppejä on melko tavallinen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Bulimiam sairastavat ovat yleensä normaalipainoisia tai keskipainon yläpuolella (Hay 2007, 709). Miehet ovat usein ennen sairauden puhkeamista ylipainoisia tai lihavia, kun taas naiset ovat usein normaalipainoisia. Myös painoindeksi on suurempi diagnoosia tehdessä. Miehillä kompensatiokäyttäytyminen ilmenee yleensä pakonomaisena liikuntana ja erilaisten lisäravinteiden käyttönä. Miehet eivät käytä oksentamista tyhjentäytymiskeinona yhtä yleisesti kuin bulimiam sairastavat naiset. Bulimiam sairastuneilla pojilla ja miehillä liikunta on monesti runsaampaa ja pakonomaisempaa kuin naisilla (Raevuori ym. 2007, 1586; Harris ym. 2006, 23; Keski-Rahkonen ym. 2008, 20.)

Noin 80 %lla bulimiam sairastavista on myös muita mielenterveyden häiriöitä (Suokas ym. 2008, 367). Bulimiam sairastavilla esiintyy muuta väestöä yleisemmin vakavia masennustiloja, paniikkikohtauksia, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, muita voimakkaita pelkotiloja, pakonomaisia ajatuksia ja toimintoja sekä yleistä ahdistuneisuutta (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30). Suurin osa bulimiapotilaista ei hae apua syömishäiriöön vaan toiseen mielenterveyden ongelmaan kuten depression tai painon hallintaan huolimatta siitä ovatko he normaali-, ali- tai ylipainoisia. (Hay 2007, 709.)

Alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö on bulimiapotilailla myös yleistä. Heillä esiintyy myös muita useammin syömiseen liittymättömiäkin käytös- ja hiltsemishäiriöitä. Epävakaa persoonallisuushäiriö on yleinen bulimiapotilailla. (Suokas ym. 2008, 367.) Bulimiam sairastavat ovat usein impulsiivisia, itsekkäitä ja heidän mielialansa vaihtelevat ympäristö tapahtumien seurauksena (Hamilton 2007, 45). Bulimikolla ruokaan, syömiseen, painoon ja ulkomuotoon liittyvät asiat hallitsevat ajatuksia, käytöstä ja kuvaa itsestä. Nämä asiat ovat tärkeitä sairastuneen itsetunnon kannalta eivätkä niinkään sellaisten elämänsioiden kannalta, kuten työelämän tai ihmissuhteiden laadun vuoksi. (Hay 2007, 709.)

4.1 Yleisyys

Bulimiam sairastuneista noin kymmenesosa on miehiä (Hay 2007, 709). Sairaus puhkeaa usein myöhäisnuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa (Hay 2007, 709; Ebeling ym. 2009). Bulimia alkaa yleensä 10-25 vuoden iässä ja sairauden esiintyvyys on korkeimmillaan noin 15-20 vuoden ikäisillä. On harvinaista, että bulimiam sairastuisi yli 25-vuotiaana, mutta sekin on mahdollista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23.)

Suokkaan ym. (2008) mukaan sairastuneet ovat usein 15-24-vuotiaita nuoria naisia, joiden laihdutusyritys on laukaissut bulimian. Epidemiologisten selvitysten mukaan vain alle puolet bulimiatapauksista tulee ilmi ja hoitoon hakeutuvien osuus on vielä pienempi. 12-24-vuotiaista naisista 1-3 %lla esiintyy bulimiamia. Hoitoon tulevista bulimiapotilaista miehiä on alle 10 %. Suomalaisista 15-16-vuotiasta koululaisista noin 5 %:lla raportoidaan bulimisia oireita. (Suokas ym. 2008, 367.)

Eräässä suomalaisessa maanlaajuisessa terveystieteellisessä paljastui, että löysästi määriteltyä bulimiatyyppistä käytöstä esiintyi 16,5 %lla tytöistä ja 12,5 %lla pojista. Tällainen käytös saattaa silti olla vielä yleisempää alttiimmissa ryhmissä, kuten tanssijoiden, urheilijoiden, vegetaristien ja nuoruustyypin dialeetikoiden keskuudessa. (Keski-Rahkonen 2004, 14.)

Ahmimishäiriöiden esiintyvyys on nuoruusikäisillä samaa luokkaa kuin laihdushäiriöidenkin (Ebeling ym. 2009). Erään arvion mukaan nuorilla bulimiamia esiintyy 0,5-5 %:lla (Santala 2007, 27). Bulimian esiintyvyys on mahdollisesti 0,3 % yläasteikäisillä pojilla. Samanikäisillä tytöillä vastaava luku on 1,8 %. (Ebeling ym. 2009.)

4.2 Oireet

4.2.1 Psykkiset oireet

Bulimista käytöstä ylläpitää sairauden oireisiin liittyvät psyykkiset muutokset, kuten masennuksen ilmaantuminen tai pahentuminen (Suokas ym. 2008, 369). Bulimiasta kärsivän ajattelua hallitsevat lihavuuden pelko, syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä. (Ebeling ym. 2009.) Ahmimishäiriöön kuuluu ICD-10-tautiluokituksen mukaan toistuvia ylensyömisjaksoja, joita esiintyy vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan. Tällöin sairastunut syö suuria ruokamääriä pienessä ajassa ja tuntee menettäneensä syömisensä hallinnan. (Ebeling ym. 2009; Hay 2007, 709.) Ahmintaa seuraa usein oksentaminen tai muut lihomisen estämiseen pyrkivät jatkotoimenpiteet. Sairastunut pelkää lihomista ja uskoo olevansa liian lihava, mistä seuraa usein alipainoisuutta. Hän voi asettaa itselleen tarkan painorajan, joka on selvästi alle terveellisen ihannepainon. (Ebeling ym. 2009.)

Painon voimakkaaseen vaihteluun ja toistuviin rankkoihin laihdutuskuureihin liittyvät voimakkaat mielialan vaihtelut (Keski-Rahkonen ym. 2008, 26). Häiriöstä kärsivä voi olla normaalipainoinen tai paino voi vaihdella alipainosta ylipainoon. Ahmimishäiriöstä kärsivä on usein sairastanut aikaisemmin laihdushäiriötä. (Ebeling ym. 2009.)

Bulimikko voi ajatella, että hänen päivästänsä tulee hyvä, mikäli hän ei syö mitään koko päivänä. Syömisestä pidättäytyminen voi tuntua huojentavammalta

kuin pienten ruokamäärien syöti. Sairastunut yrittää pitää itsensä nälässä niin kauan kuin vain pystyy, minkä jälkeen tapahtuu jotain, joka saa syömään liikaa. Tapahtunut voi olla suuttumusta, jota ei kykene ilmaisemaan vihan kohteelle tai mahassa ei ole tarpeeksi ruokaa, jotta voisi oksentaa ja siksi on syötävä lisää. (Van der Ster 2006, 65.) Bulimiaan liittyvän ahmintakohtauksen aikana syöty ruokamäärä on yleensä suurempi kuin terveellä ihmisellä missään tilanteessa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102; Hay 2007, 709). Tyypillisesti sairastunut ahmii salassa nopeasti suuria määriä runsasenergisä ja helposti sulavia ruokia. (Suokas ym. 2008, 366.)

Ahmintakohtausta voi edeltää kamala päivä töissä tai koulussa, jonka jälkeen olo tuntuu väsyneeltä, levottomalta ja ahdistuneelta. Jo alkaneen laihdutuskuurin tai kiireiden vuoksi syöminen on jäänyt niukaksi ja bulimiam sairastava voi tulla kotiin kaupan kautta parin herkkukassillisen kanssa. Jo tunnin päästä hän on syönyt kaiken. Bulimiam sairastava ei yleensä pysty lopettamaan ahmimista ennen kuin tuntee olevansa tuskallisen täysi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Ahminnan keskeisiä tekijöitä ovat tunne syömisestä hallinnan menettämisestä sekä syödyn ruoan määrä. Ahmintaan liittyy syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita sekä tarve kontrolloida painoa ja syömistä oksentamalla tai muita keinoja käyttämällä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13-15; Suokas ym. 2008, 366-367.) Bulimiapotilas kokee subjektiivisesti menettäneensä ahmintatilanteessa syömisestä hallinnan, mutta kykenee kuitenkin lopettamaan syömisestä, jos tulee yllätetyksi (Suokas ym. 2008, 366).

Ahminta voidaan erotella objektiiviseksi ja subjektiiviseksi. Objektiivinen ahminta tarkoittaa tilannetta, jossa henkilö tuntee menettäneensä syömisestä hallinnan ja myös ulkopuolinen ihminen pitää syötyä ruokamäärää suurena. Tällöin ruokaa on syöty usein tuhansien kilokaloreiden edestä, mutta vähintään 1000 kcal verran. Subjektiivinen ahmiminen tarkoittaa vastaavasti henkilön itsensä mielestä suuren ruokamäärän kontrolloimatonta ahmintatilannetta, joka ulkopuolisen näkökulmasta ei kuitenkaan eroa merkittävästi tavanomaisesta ruoka-annoksesta. Syömishäiriöinen voi mieltää ahminnaksi yhden ylimääräisen ruokapalan, jota ei ollut alun perin tarkoitus syödä. Ahminta eroaa ylensyönnistä siten, että ylensyöntitilanteessa syöminen on hallinnassa ja henkilö voi lopettaa syömisestä halutessaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13-15.)

Ahmiminen herättää masennuksen ja syyllisyyden tunteita (Toivio ym. 2009, 102; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Suokas ym. 2008, 366). Kohtaus pilasi laihdutuskuurin ja sai aikaan kauhean olon. Kaiken lisäksi oman käytöksen järjettömyys hävettää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102.)

Ahminnan jälkeen bulimikko yrittää päästä eroon syödystä ruoasta ja häpeästä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102). Keinoja tähän ovat

tahallinen oksentelu ja lääkkeiden käyttö (Ebeling ym. 2009; Hay 2007, 709; Suokas ym. 2008, 366; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102). Lihomisen estoon käytettyjä lääkkeitä ovat nesteenoistolääkkeet, ulostuslääkkeet, ruokahalua hillitsevät lääkkeet ja kilpirauhaslääkkeet (Ebeling ym. 2009). Jotkut bulimikot käyttävät kompensatiokeinoina myös intensiivistä liikuntaa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102; Hay 2007, 709). Muita äärimmäisiä painonhallintakeinoja ovat tiukat dieetit ja paastoaminen (Ebeling ym. 2009; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102; Hay 2007, 709). Joillain potilailla on tarve tyhjentäytyä vähäisenkin ruokamäärän jälkeen. (Suokas ym. 2008, 366.)

Bulimiam sairastavalle tyhjentäytyminen voi olla sekä huojentava että rankaiseva toimenpide ja sen avulla hän yrittää palauttaa itsekurinsa ja -kunnioitukseensa. Ahmimiseen sortumisen jälkeen bulimikko päättää pistää elämänsä järjestykseen ja aloittaa laihdutuskuurin uudestaan entistä ankarammin. Jossain vaiheessa laihduttaminen päättyy taas uuteen ahmintakohtaukseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Ahmimiseen on sekä fyysisiä että psyykkisiä syitä, mutta myös uskomuksia. Syömishäiriöön sairastunut voi yrittää pudottaa painoaan jättämällä aterioita väliin, koska uskoo elimistön alkavan käyttää rasvavarastojaan näin. Elimistö ei kuitenkaan käytä rasvavarastojaan lyhytaikaisessa nälkiintymisessä eli tilanteissa, joissa ihminen odottaa nälkäsignaaliensa menevän ohi. Yleensä viimeisimmästä ateriasta on tällöin yli kuusi tuntia. (Van der Ster 2006, 63.)

Riittämätön syöminen aiheuttaa kroonista nälkää ja jatkuvaa ruoan ajattelua, mikä lisää ahmimiskohtauksen riskiä. Uuden ahmimiskohtauksen tultua syömishäiriötä sairastava kokee epäonnistuneensa ja päättää aloittaa täydellisen laihdutuskuurin uudestaan. Tätä ennen hänellä voi olla kausi, jolloin hän sallii itsensä ahmia niitä ruokia, jotka ovat hänen laihdutusruokavalionsa ulkopuolella. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15.)

Liian tiukkojen rajojen asettaminen itselle saa ylensyömään, koska ihminen haluaa saada sitä, mitä ei usko voivansa saada. Ahmiminen aiheuttaa rauhan- ja mielihyvätunteen, kun sitä on kestänyt noin puoli tuntia. Aivoilla menee serotoniinin tuotannon käynnistämiseen suurin piirtein saman verran raaka-aineet saatuaan. (Van der Ster 2006, 66.) Ahmimisen jälkeen kuitenkin tulevat ahdistuksen, syyllisyyden ja pelon tunteet ja ahmitusta ruoasta on pakko päästä eroon (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30). Todellisuudessa oksentamisen jälkeen nälkä on pahempi kuin ennen ahmimista, minkä vuoksi keho alkaa taas jonkin ajan päästä ilmoittaa, mitä se on vailla. (Van der Ster 2006, 66-67.)

Verensokerin laskiessa syntyy näläntunne, jotta aivot saisivat tarvitsemaansa sokeria. Siksi ahmimiskohtauksen aikana syödyt ruoat ovat monesti hyvin hiilihydraattipitoisia, esimerkiksi karkkia, pullaa, perunalastuja, jäätelöä, makaronia ja runsaasti voideltuja sekä juustolla päällystettyjä voileipiä. Serotoniini

on masennuksen ehkäisemiseen liittyvä välittäjäaine, jonka raaka-aineeksi tarvitaan hiilihydraatteja leivästä, viljasta, pastasta, riisistä ja perunasta. Hedelmistä, vihanneksista ja maitotuotteista saatavia hiilihydraatteja ei voi käyttää serotoniinin tuotannossa ja siksi usein serotoniinin tuotantoon tarvittavia hiilihydraatteja tekee mieli syödä ahmintakohtausten aikana. (Van der Ster 2006, 64-65.)

Ahmimishäiriöt voivat pysyä salassa lähipiiriltäkin vuosia tai jopa vuosikymmeniä. Ahmiminen ja tyhjentäytymiskäyttäytyminen voi tapahtua kodin ulkopuolella tai silloin kun sairastunut on yksin kotona. Ahmimisen voi paljastaa säännönmukainen vessassa käynti aterioiden yhteydessä, oksennuksen haju kylpyhuoneessa tai viemäreiden tukkiintuminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 26.)

4.2.2 Fyysiset oireet

Ahmimishäiriötä sairastavat ovat yleensä normaalipainoisia. (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712.) Nälkiintymisen, ahmimisen ja oksentamisen noidankehä johtaa kuitenkin usein suureen painonvaihteluun (Van der Ster 2006, 67; Keski-Rahkonen ym. 2008, 26). Painon vaihtelu liittyy enemmän siihen, miten ihminen syö eikä siihen mitä hän syö (Van der Ster 2006, 67). Ajoittaisen suuren painonvaihtelun lisäksi ulkoisia merkkejä sairaudesta on vähän (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712).

Ulkoisista merkeistä monet ovat oksentelusta johtuvia ja yksi merkki voi olla naarmut kämmenselässä. Ne syntyvät, kun hampaat raapivat ihoa sormia kurkkuun työnnettäessä. Muita oksentamisen aiheuttamia ulkoisia merkkejä ovat silmien verestäminen sekä kasvojen punoitus. (Vuoristo 2007.) Oksentelu lisäksi syövyttää hampaita (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712; Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102). Bulimikoilla voi olla myös fertiilitteettiongelmia (Hay 2007, 712).

Oksentelu ja lääkkeiden väärinkäyttö aiheuttavat vakavimmat fyysiset haitat elimistölle. Fyysisiä oireita ovat sylkirauhasten suureneminen ja turvotukset. (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712.) Oksentelu sekoittaa elimistön suolatasapainoa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Toivio ym. 2009, 102; Hay 2007, 712). Elimistön kuivumisen seurauksena laboratoriotutkimuksissa voidaan nähdä hypokalemia, hypomagnesemia ja hypofosfatemia. Sylkirauhasten suureneminen voi nostaa seerumin amylaasia. (Hay 2007, 712.) Elektrolyyttihäiriöt ovat bulimikoilla yleisiä ja voivat aiheuttaa lihasheikkoutta ja kouristeluja (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712). Myös sydämen rytmihäiriöitä voi esiintyä ahmimisen ja oksentelun kierteen seurauksena (Toivio ym. 2009, 102; Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712).

Hapan mahan sisältö ärsyttää ruokatorvea ja kurkkua noustessaan ylös mahalaukusta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16; Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007,

712.) Oksentelu voi aiheuttaa vatsakipuja ja pahoinvointia. (Suokas ym. 2008, 367; Hay 2007, 712.) Bulimikoilla saattaa esiintyä epäspesifejä ruoansulatuselimistön oireita. Runsas ulostuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa ripulia tai sairastunut kärsii kroonisesta ummetuksesta. Suolen toiminta on epäsäännöllistä ja mahan tyhjeneminen hidastunutta. Harvinainen, mutta hengenvaarallinen komplikaatio on mahan repeämä. (Hay 2007, 712.)

Bulimiapotilas voi kärsiä lievästä aliravitsemuksesta ja nälkiintymisestä, mikä johtaa psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin sekä ruoan jatkuvaan ajatteluun. Tällöin myös ahmintakynnys madaltuu ja ahminta lisääntyy. Oksentelun ilmaantuessa oireyhtymään ahminta pahenee, koska pelko lihomisesta lievittyy tyhjentäytymisen vuoksi. Bulimista käytöstä ylläpitää myös sairauden oireisiin liittyvät mahan tyhjenemisen hidastuminen ja kylläisyyden tunteen häiriintyminen. (Suokas ym. 2008, 369.)

Epäsäännöllisen syömisen jatkuminen pidempään saa nälän tunteen katoamaan, jolloin tunne ilmenee vatsan poltteluna, kipuna tai kouristeluna tai kylmänä hikenä ja huimauksena. Epämiellyttävää oloa saatetaan yrittää lievittää syömällä vain jotain pientä, mutta hyvin nälkäinen elimistö reagoi tähän todella suurella näläntunteella, mikä voi laukaista ahmimiskohtauksen. (Van der Ster 2006, 63-64.)

4.3 Altistavat tekijät

Bulimiaan sairastuminen on hyvin yksilöllistä, mutta muutamia yhteisiä altistavia tekijöitä on. Sosiokulttuurisia riskitekijöitä bulimialle ovat naissukupuoli, länsimainen tausta, siirtolaisuus kehitysmaista ja suurkaupungissa asuminen. (Hay 2007, 709-711.) Puberteetin puhkeaminen on kriittistä aikaa syömishäiriöiden puhkeamiselle. Puberteettiin liittyvien huolien ja aikuistumisenpelon on usein todettu myötävaikuttavan syömishäiriöiden kehittymiseen. (Hamilton 2007, 45.) Varhainen menarkkeikä voi altistaa bulimialle (Hay 2007, 711).

Tarkemmin määrittämättömistä riskitekijöistä esimerkiksi hyväksikäyttö lapsuudessa voi altistaa bulimialle (Hay 2007, 711; Suokas ym. 2008, 368). Seksuaalisen hyväksikäytön on monesti todettu aiheuttavan syömishäiriökäyttäytymistä, erityisesti ahmimista ja tyhjentäytymistä. (Hamilton 2007, 45.) Terveisiin verrattuna bulimiapotilailla on taustallaan tavallisemmin turvatonta lapsuutta, kehityksellisiä traumoja sekä muita yleisesti psykiatriselle oireilulle altistavia tekijöitä. (Suokas ym. 2008, 368.)

Kaottinen perhetilanne liittyy monesti bulimiaan (Hamilton 2007, 45). Bulimiaan sairastuneiden perheiden on havaittu tavallista useammin olevan rikkonaisia ja riitaisia sekä kärsivän mielenterveyden häiriöistä tai päihteiden väärinkäytöstä (Suokas ym. 2008, 368; Hay 2007, 711.)

Suokkaan ym. (2008) mukaan osa ahmimishäiriöpotilaista on taipuvaisia ylipainoisuuteen, samoin kuin heidän lähisukulaisensakin. Lihomisalttiuden on esitetty altistavan bulimiakierteen alkamiselle. Ylipainoisuus lapsuudessa ja kriittiset kommentit painosta voivat olla riskitekijöitä häiriön syntymiselle, samoin perheen syömishäiriöhistoria ja ylipaino itsellä tai perheenjäsenillä (Hay 2007, 711).

Riskitekijöitä bulimian syntymiselle voivat olla perfektionismiin taipuvainen persoonallisuus ja huono itsetunto. (Hay 2007, 711.) Sairaudelle altistavat psykologiset ja kehitykselliset tekijät ovat osin samat kuin anoreksiassa. Bulimiapotilailla esiintyy usein puutteellisen itsetunnon lisäksi masentuneisuutta tai persoonallisuuden epävakautta. (Suokas ym. 2008, 367.) Muita samanaikaisia psyykkisiä ongelmia depression lisäksi voivat olla ahdistuneisuushäiriöt ja impulsiivinen käytös. Mielialahäiriöiden ja pähteiden käytön esiintyminen yhtä aikaa bulimian kanssa voi pahentaa bulimiam. (Hay 2007, 709.)

Anorektikoihin verrattuna bulimikot ovat usein ulospäin suuntautuneempia, avoimesti vihaisempia ja impulsiivisempia. Psykodynaamisen näkökulman mukaan bulimiapotilailla on eriytymis-yksilöitymiskehitykseen liittyviä ongelmia. Bulimiapotilaille ulkoinen suoriutuminen ja menestyminen ovat tärkeitä, minkä vuoksi kulttuurisidonnaisilla tekijöillä on myös oma merkityksensä sairastumiseen. (Suokas ym. 2008, 368-369.) Riskiammatteihin lukeutuvat esimerkiksi baletti ja intensiiviset urheilulajit (Hay 2007, 711).

Ahmimisen ja laihduttamisen jatkuva kehä pahentaa sairautta (Hay 2007, 709). Ahmimishäiriöpotilailla on kuvattu serotoniinivälitteisen hermotoiminnan häiriöitä, jotka voivat osin olla seurausta laihduttamisesta. Vähentynyt serotonerginen hermovälitys voi tosin olla myös primaarista ja hiilihydraattien ahminnan on esitetty olevan yritystä saada serotoniinivajasta korjattua. (Suokas ym. 2008, 368.)

4.4 Ennuste

Esiintyvyys nuoruväestössä on samaa luokkaa kuin anoreksiassa (Toivio ym. 2009, 102). Ahmimishäiriö on tyypillisesti jaksottainen ja noin puolet sairastuneista paranee oireettomiksi viidessä vuodessa (Toivio ym. 2009, 103; Keski-Rahkonen ym. 2008, 69). Päihdeongelma ahmimishäiriön yhteydessä heikentää ennustetta huomattavasti. (Toivio ym. 2009, 103; Suokas ym. 2008, 367). Huonoon ennusteeseen viittaavat myös persoonallisuushäiriö, impulsiivisuus sekä lääkkeiden väärinkäyttö (Suokas ym. 2008, 367).

Asianmukaista hoitoa saaneen bulimiapotilaan välitön ennuste on yleensä hyvä, mutta pitkän aikavälin ennustetta ei vielä tunneta varmasti (Suokas ym. 2008, 367). Noin puolet sairaalahoitoon päätyneistä anoreksia- ja bulimiapotilaista toipuu oireilustaan. Kolmasosalla oireilu jatkuu ajoittaisena. Sairaus

muuttuu pitkäaikaiseksi ja pysyväksi 10-20 prosentilla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 69; Suokas ym. 2008, 367.)

5 BED

BED eli lihavan ahmimishäiriö on luultavasti yleisin syömishäiriö väestötasolla (Raevuori ym. 2007, 1586). Se on yksi bulimian epätyypillisistä muodoista ja sairauden lyhenne muodostuu sanoista Binge Eating Disorder. Suomalaisittain tämä syömishäiriö tunnetaan ylipainoisen ahmintahäiriönä. 1980-luvulta alkaen BED on alkanut nousta vähitellen omaksi tautityypikseen, koska siitä kärsivät poikkeavat usein selvästi muista syömishäiriöpotilaista iältään, sukupuoleltaan ja oheissairauksiltaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17.)

BEDiin kuuluu ahmiminen, jolloin kerralla syödään nopeasti, lyhyessä ajassa selvästi enemmän kuin normaalitilanteessa. Ahmittavat ruoat ovat monesti herkkuja ja ahmiminen tapahtuu yleensä salassa. Ahminnan seurauksena syntyy ahdistava täyden olon tunne, vatsa voi kipuilla ja sairastunut potee ”henkistä krapulaa”. Hän tuntee masentuneisuutta ja halveksuu itseään. (Peixoto Labre 2002, 236; Mustajoki 2009). Ahminnan päälle usein nukahdetaan. Toisin kuin bulimiassa, BEDissä ei esiinny tyhjentäytymiskäyttäytymistä, kuten oksentelua tai uloste- ja nesteenoistolääkkeiden käyttöä. Pidemmällä aikavälillä ahminta johtaa liialliseen energian saantiin ja painonnousuun. (Mustajoki 2009.)

Arviolta viidennes vaikean lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvista kärsii BEDistä (Peixoto Labre 2002, 236; Suokas ym. 2008, 372). BED-potilaiden on havaittu epäonnistuvan laihdutuksessaan muita useammin ja suuret painonvaihtelut ovat heille tyyppisiä. Heillä on muita lihavia useammin psyykkisiä oireita ja mielenterveyden häiriöitä. Masennusta, ahdistuneisuutta ja persoonallisuushäiriöitä tavataan BED-potilailla lähes yhtä yleisesti kuin bulimiapotilaillakin. Noin neljännes potilaista kärsii epätyypillisestä masennustilasta, jonka oireita ovat mielialan vaihtelut, yleinen alavireisyys ja haluttomuus sekä liiallinen ruokahalu ja unen tarve. (Suokas ym. 2008, 372.)

BEDin perussy on tuntematon. Sairaudesta kärsivillä esiintyy kuitenkin tavallista enemmän muitakin psyykkisiä oireita, kuten alakuloa ja masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, mielialan aaltoilua ja psyykkistä haavoittuvuutta. (Mustajoki 2009.)

Nuoret painonnousua tavoittelevat miehet voivat olla suuremmissa riskissä kehittää BEDin ja tulla sen vuoksi ylipainoisiksi. Nuorten miesten ahmiminen ei välttämättä herätä huomiota, joten häiriö voi jäädä tunnistamatta ja hoitamatta. (Peixoto Labre 2002, 236.)

5.1 Yleisyys

BEDin oireilun alkamisikä vaihtelee yksilöllisesti, mutta sijoittuu usein nuoruusiän loppuvaiheeseen. Häiriö yleistyy keski-ikänsä tienoilla, joten tyypillisesti BED-potilas on aikuinen ja kärsii monesti ylipainosta sekä siihen liittyvistä liittännäissairauksista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23; Raevuori ym. 2007, 1586.)

BED on arviolta jopa yhtä yleinen molemmilla sukupuolilla, mutta sairastavista ainakin noin kolmanneksen uskotaan olevan miehiä. (Cacciatore ym. 2008, 236; Keski-Rahkonen ym. 2008, 23; Raevuori ym. 2007, 1586.) Mustajoen (2009) mukaan häiriötä esiintyy 2-3 %:lla aikuisista ja se on yleisempi naisilla. Sairastuneet ovat yleensä nuoria aikuisia, mutta myös vanhempia häiriöstä kärsiviä henkilöitä on. Ahmimista esiintyy vaikeassa ja sairaanloisessa lihavuudessa enemmän.

5.2 Oireet

BEDiä sairastavien miesten ydinoireet eivät eroa yleensä naisten oireista (Keski-Rahkonen ym. 2008, 23; Raevuori ym. 2007, 1586). Oireisiin kuuluvat toistuvat ahmintakohtaukset, joille on tyypillistä suurien ruokamäärien syöminen pienessä ajassa ja kohtauksen aikana koettu hallinnan menetys (Suokas ym. 2008, 372; Cacciatore ym. 2008, 236; Keski-Rahkonen ym. 2008, 17-18; Raevuori ym. 2007, 1586). Ahmintakohtauksessa syöminen jatkuu pahoinvointiin asti ja sairastunut syö vaikka hänellä ei olisi nälkä. Normaaliateriat puuttuvat ja sairastunut syö pitkin päivää. Ruokamäärien aiheuttaman häpeän vuoksi sairastunut syö yksin. Ahmintaa seuraavat itsehalveksunta, masennus ja syyllisyys. Ahmintaoire aiheuttaa voimakasta ahdistuneisuutta. (Suokas ym. 2008, 372.)

BED voidaan diagnosoida, kun oireilua on ollut kuuden kuukauden ajan keskimäärin kaksi kertaa viikossa. (Suokas ym. 2008, 372; Mustajoki 2009; Keski-Rahkonen ym. 2008, 18.) Diagnoosiin edellytetään myös, että bulimian kriteerit eivät täyty (Suokas ym. 2008, 372; Mustajoki 2009). Ahmintakohtauksessa syöty ruokamäärä ylittää useimpien muiden ihmisten syömismäärät vastaavassa tilanteessa. Oireisiin kuuluu myös hallitsemattomien ahmintakohtausten lisäksi kolme seuraavista oireista: tavallista nopeampi syöminen, syöminen kunnes on epämiellyttävän täynnä, suurten määrien syöminen vaikei ole nälkäinen ja yksin syöminen, koska häpeää syömäänsä ruokamäärää. Syöminen ja ahmiminen aiheuttavat itseinhoa, masentuneisuutta, syyllisyydentunteita, voimakasta häpeää sekä ahdistusta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17-18; Suokas ym. 2008, 372; Mustajoki 2009.)

Monet miehet syövät ahmintakohtausten aikana runsaasti tyydytynyttä eläinrasvaa ja suolaisia pikaruokia tai tavallista ruokaa hyvin suurina määrinä

(Keski-Rahkonen ym. 2008, 20). Ahmintaan taipuvaiset henkilöt yrittävät säädellä syömistään dieteillä, joihin liittyy aterioiden väliin jättämistä, mutta tosiasiaassa nämä lisäävät selvästi ahmimistaipumusta. Säännöllinen syömisrytmi vähentäisi ahmimista. (Mustajoki 2009.)

Ateriointi on saattanut muuttua ilottomaksi eikä siihen uhrata välttämättä aikaa kuin kolme minuuttia. BEDistä kärsivä voi pelätä huomautuksia syömisestään, jolloin ateria on syötävä nopeasti. (Van der Ster 2006, 70.) Kiiwas syöminen voi tuottaa sairastuneelle voimakasta psyykkistä kärsimystä, häpeää ja ahdistusta (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17). BEDiä sairastava voi tuntea häpeää siitä, ettei pysty käsittelemään syömistä luonnollisena osana elämää. Oma syöminen iljettää sekä hävettää häiriöstä kärsivää ja hän tuntee itsensä tyhmäksi kun ei pärjää ilman ruokaa. BEDiä sairastava toivoo, ettei kukaan näkisi hänen syövän. (Van der Ster 2006, 70.)

Toisin kuin bulimikko, BEDiä sairastava ei pyri ahmitusta ruoasta eroon tyhjentäytymiskäyttäytymisellä (Van der Ster 2006, 70). Koska tyhjentäytymistä oksentamalla, käyttämällä ulostuslääkkeitä, kuntoilemalla tai muilla yliampuville kompensatiokeinoilla ei tapahdu, BEDiin sairastunut muuttuu ylipainoiseksi vähitellen (Cacciatore ym. 2008, 236; Van der Ster 2006, 69; Keski-Rahkonen ym. 2008, 17, 22-23; Suokas ym. 2008, 372; Raevuori ym. 2007, 1586) Saattaa olla, että he ovat lopettaneet oksentelun, koska se eri syiden vuoksi muuttunut väsyttäväksi ja hankalaksi. Erona bulimiaan on, että ylipainoinen BEDiä sairastava henkilö kokee alistuneisuutta ja kokee ettei hänen syömisillään tai tekemisillään ole väliä, koska hän on kuitenkin jo lihava. (Van der Ster 2006, 70-71.)

5.3 Ennuste

Hoitamattomana BED voi johtaa vaikeaan ylipainoisuuteen, minkä vuoksi hoidossa on tasapainoitava ahmimisen ja lihavuuden hoitotavoitteiden välillä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17). BEDissä vaarana ovat lihavuuden mukanaan tuomat komplikaatiot, kuten sydänsairaudet ja diabetes (Peixoto Labre 2002, 236).

BED:in pitkäaikaisennusteesta ei ole saatu vielä luotettavaa tietoa, mutta oireilu on yleensä varsin pitkäkestoista ja jaksoittain aaltoilevaa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 69). Monissa tapauksissa ahmimishäiriö ajan mittaan lievittyy ja saattaa parantua kokonaan (Mustajoki 2009).

6 EPÄTYYPILLISET SYÖMISHÄIRIÖT JA ORTOREKSIA

Epätyypillisessä syömishäiriössä syömiskäyttäytyminen on selvästi poikkeavaa ja siihen liittyy piirteitä sekä anoreksiasta että bulimiasta, kuten ylenmääräistä painonhallintaa, ahmintaa tai haitallisia tyhjentäytymiskeinoja (Toivio ym. 2009, 102; Keski-Rahkonen ym. 2008, 18; Suokas ym. 2008, 372). Anoreksian tai bulimian määritelmä ei kuitenkaan täyty, jolloin kyseessä on epätyypillinen laihuushäiriö tai epätyypillinen ahmimishäiriö (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18; Ebeling ym. 2009).

Syömishäiriö on epätyypillinen silloinkin kun kaikki avainoireet esiintyvät lievänä (Ebeling ym. 2009). Epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö vaativat monesti samanlaista hoitoa kuin tyypillinen anoreksia tai bulimia. Häiriöiden vaikeusaste voi vaihdella hyvin lievästä hengenvaaralliseen tilaan. Epätyypillisiä syömishäiriöitä on paljon ja niitä tutkitaan jatkuvasti. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18.) Miehillä syömishäiriöt ilmenevät osittaisen taudinkuvan mukaisina useammin kuin diagnostiset kriteerit täyttävinä. (Raevuori ym. 2007, 1586.)

Epätyypillinen syömishäiriö on yleisempi kuin anoreksia tai bulimia ja häiriön esiintyvyys on 5 % (Toivio ym. 2009, 102; Suokas ym. 2008, 371; Ebeling ym. 2009). Lievien muotojen esiintyvyys saattaa olla kuitenkin vielä yleisempää (Ebeling ym. 2009). Erään nuoria koskevan arvion mukaan 5-10 % kärsii epätyypillisistä syömishäiriöistä. Noin puolet syömishäiriöiden takia hoitoon hakeutuvista sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä (Suokas ym. 2008, 372; Keski-Rahkonen ym. 2008, 18-19). Epätyypillisiä syömishäiriöitä esiintyy sekä miehillä että naisilla lähes saman verran (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18-19).

Ortoreksiassa terveellinen ruokavalio on muuttunut pakkomielleeksi ja häiriöstä kärsivän ruokavalio on siten usein äärimmäisen rajoittunut (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19; Santala 2007, 31). Sairastunut pyrkii pakonomaisesti myös askeettiseen elämäntyyliin (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19). Terveellisiä ruokia syömällä ortoreksiaan sairastuneen alkuperäinen tarkoitus on yleensä ollut edistää terveyttään, laihduttaa tai saada helpotusta johonkin kroonisen sairauden oireisiin. Elämä pyörii ruoan ja siihen liittyvän suunnittelun ympärillä, jolloin myös sosiaaliset suhteet kärsivät. (Santala 2007, 31.) Nimi perustuu kreikan kielen sanaan ”ortho” ja tarkoittaa oikaisemista tai suoristamista (Van der Ster 2006, 52).

Suomessa tai muualla maailmassa sitä ei kuitenkaan pidetä omana sairauteena eikä sitä ole Euroopan tautiluokituksessa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19). Ortoreksia on herättänyt kiinnostusta ja keskustelua lähinnä valtamediasa. Häiriötä on käsitelty uutena syömishäiriönä, mutta lääketiede ei kuiten-

kaan tunnusta ortoreksiaa omaksi sairaudekseen. (Santala 2007, 31.) Toisin sanottuna lääketiede ei tunne diagnoosia ”ortoreksia” (Van der Ster 2006, 52).

Ortoreksia kuuluu kuitenkin osittain oirekuvansa perusteella epätyypillisen laihuushäiriön tai jonkin muun alkavan syömishäiriön piiriin (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19; Santala 2007, 27). Ortoreksiolla on yhteisiä piirteitä anoreksian ja bulimian kanssa, mutta tarvetta itsenäiselle diagnoosille on pohdittu myös (Santala 2007, 31). Yleisesti on ajateltu ortoreksian johtavan vakaviin syömishäiriöihin, kuten anoreksiaan ja bulimiaan. Tutkimusten perusteella on kuitenkin esitetty ortoreksiaa esiintyvän anoreksiasta toipuvilla eräänlaisena selviytymiskeinona. (Santala 2007, 31.)

Ortoreksiaa katsotaan olevan enemmän miehillä kuin naisilla. Termi onkin mahdollisesti muotoutunut siksi, ettei miehiä tarvitsisi yhdistää sairauteen, jota sairastavista 90 prosenttia on naisia. (Van der Ster 2006, 52.)

7 LIHASDYSMORFIA

Suomessa miesten tyytymättömyys lihaksikkuuteensa on erittäin yleistä ja sitä esiintyy kaikenikäisillä. Myös useat pojat ovat tyytymättömiä lihaksistoonsa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21; Raevuori ym. 2007, 1583; Cacciatore ym. 2008, 235-236.) Lievästä lihaksistoonsa kohdistuvasta tyytymättömyydestä kärsivät miehet eivät yleensä ole poikkeavan lihaksikkaita muihin verrattuna. Tyytymättömyyden vakavin ääripää on lihasdysmorfia, jolloin puhutaan ruumiinkuvahäiriöstä. (Raevuori ym. 2007, 1583.) Lihasdysmorfiassa mikään lihasmassan määrä ei tyydytä sairastunutta. Häiriöstä kärsivät tavoittelevat muun muassa leveämpiä hartioita ja kyynärvarsia. (Harris ym. 2006, 22-23.)

Lihasdysmorfiata esiintyy erityisesti miehillä ja häiriön tunnuspiirteitä ovat pakonomainen tarve kuntoilla tai muokata kehonsa mahdollisimman lihaksikkaaksi. Sairaudesta käytettäviä muita nimiä ovat megareksia, bigoreksia, käännteinen anoreksia ja Adonis-kompleksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19.) Myös nimeä vigoreksia on käytetty (Harris ym. 2006, 22). Lihasdysmorfiatermi on kuitenkin korvannut muut nimitykset. Psykiatrisen tautiluokituksen mukaan lihasdysmorfia kuuluu kehonkuvahäiriöihin ja on dysmorfisen ruumiinkuvahäiriön alamuoto. (Raevuori ym. 2007, 1583; Keski-Rahkonen ym. 2008, 19.) Tavallisin kehonkuvan häiriö liittyy miehillä voimakkaaseen tyytymättömyyteen omaa lihaksikkuutta kohtaan (Cacciatore ym. 2008, 236).

Lihaksikkuus on poikien ja miesten keskuudessa arvostettu ominaisuus (Cacciatore ym. 2008, 235; Raevuori ym. 2007, 1583). Lihaksikkuuden arvostamiseen liittyy ulkonäköseikkojen lisäksi myös fyysinen voima ja tätä kautta ryhmähierarkia sekä asema ryhmässä (Raevuori ym. 2007, 1583). Nykymiehen ihannevaltioon liittyy korostettu lihaksikkuus ja treenattu ulkomuoto, minkä vuoksi monet luonnostaan hoikat miehet ovat hyvin tyytymättömiä painoonsa. Miesten ulkonäköhuolet kohdistuvat usein lihaksikkuuteen ja mie-

hisyyteen, kun taas laihuuden tavoittelu on naisilla yleisempää kuin miehillä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21; Raevuori ym. 2007, 1583; Peixoto Labre 2002, 233-235.)

Kehonkuvatyytymättömyyden on ajateltu olevan lähinnä tyttöjen ongelma, mutta nykyään yhä useampi poika on alkanut kärsiä kyseisestä vaivasta. Median luoma kuva nykymiehestä voi ahdistaa ja yhä useampi poika ei enää koe olevansa sopivan kokoinen tai näköinen. On kuitenkin vaikeaa vetää rajaa normaalin ja epänormaalin huolestumisen välille. (Cacciatore ym. 2008, 235-236.)

On olemassa todisteita siitä, että median laajalti levittämä miesvartaloihanne on muuttumassa lihaksikkaammaksi ja että vartalotyytymättömyys sekä siihen liittyvät ongelmat lisääntyvät miesten keskuudessa. Tutkimuksissa on todettu median vaikuttavan miesten laihuuden ja laihdutuskuurien kannatukseen. (Peixoto Labre 2002, 233.) Mieskauneusihanteessa korostetaan voimaa ja lihaksikkuutta. Jopa 5-6-vuotiaat suosivat hyvinmuodostunutta, keskivertorakenteista vartalotyyppiä verrattuna laihaan tai ylipainoiseen vartalotyyppiin. Ajan kuluessa myös poikien lelujen hahmot ovat muuttuneet lihaksikkaammiksi. Monien hahmojen ulkomuoto muistuttaa yhä enemmän kehonrakentajien vartaloa ja myös joidenkin leluhahmojen lihasten ääriviivat ovat tarkentuneet terävämmiksi. (Peixoto Labre 2002, 233-234.)

Vaikka miehet yleisesti ottaen ovat tyytyväisempiä kehoonsa kuin naiset, myös miehillä esiintyy huolia liittyen vartaloonsa. Eräässä tutkimuksessa 83 % urheilijoista ilmoitti tyytymättömyyttään nykyiseen painoonsa. Jalkapallon pelaajista 80 % ja juoksijoista 43 % halusi lisää painoa, 15 % jalkapalloilijoista ja 20 % juoksijoista halusi painoa pois. Molemmissa urheilijaryhmissä nuoret miehet halusivat olla pidempiä. (Peixoto Labre 2002, 235.)

Miesten syömishäiriöt ja ruumiinkuvahäiriöt tunnistetaan huonosti terveydenhuollossa. Näyttää siltä, että naisten syömishäiriötä vastaava sairaus ilmenee valtaosalla alttiista miehistä tyytymättömyytenä lihaksikkuuteensa. (Raevuori ym. 2007, 1583.) Usein miesten syömishäiriökäyttäytymisen tarkoituksena on ollut saavuttaa suurempi tai lihaksikkaampi olemus ennemmin kuin hoikempi vartalo (Harris ym. 2006, 22).

Pienen vartalon rasvapitoisuuden tavoittelu on ominaista sekä miehille että naisille, mutta erityisesti miehille ominaista on jonkinasteisen lihaksikkuuden arvostaminen. Toisille se tarkoittaa hyvin suurta lihasmassaa, toisille taas suoranaisista laihuutta, jossa niin rasva- kuin lihasmassa ovat pieniä. (Raevuori ym. 2007, 1583.) Huoli omasta ulkomuodosta tai lihaksikkuudesta muuttuu sairaudeksi vasta siinä vaiheessa, kun siitä tulee elämän keskipiste ja se alkaa häiritä tavallista elämää, ihmissuhteita, opiskelua tai työelämää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21.)

7.1 Yleisyys

Yhdysvalloissa on arvioitu noin yhden tuhannesta miehestä kärsivän lihasdysmorfiasta (Raevuori ym. 2007, 1584; Cacciatore ym. 2008, 237). Epidemiologisia tutkimuksia lihasdysmorfian esiintyvyydestä ei ole, mutta väestötasolla sairaus on harvinainen ja sitä esiintyy myös naisilla (Raevuori ym. 2007, 1584).

Tyytymättömyys omaan lihaksistoonsa on lihasdysmorfian lievempi muoto ja miehillä yleistä eivätkä siitä kärsivät ole yleensä poikkeavan lihaksikkaita. Lihaksikkuus ei heillä ole myöskään keskivertoa vähäisempää, joten tyytymättömyys ei ole selitettävissä kyseisen ominaisuuden puutteella. Normaalin lihaksistoon kohdistuvan tyytymättömyyden ja lihasdysmorfian välille on vaikeaa vetää rajaa, koska oireet ovat samantyyppisiä. Normaalisissa tyytymättömyydessä oireet eivät kuitenkaan haittaa arkielämää yhtä paljon kuin lihasdysmorfiassa. (Raevuori ym. 2007, 1584.)

Tutkimusten mukaan tyytymättömyys lihaksistoon ja lisäravinteiden käyttö ovat 22-27-vuotiaiden miesten keskuudessa yleisiä Suomessa. Suomalaisen kaksostutkimuksen mukaan osalla miehistä voi geneettisten tekijöiden vuoksi olla alttius lihaksistoon kohdistuvan tyytymättömyyden kehittymiselle yksilöllisten stressitekijöiden vaikuttaessa. Geneettisten tekijöiden ja ympäristötekijöiden on havaittu kahdessa aiemmassa kaksostutkimuksessa olevan miehillä vartaloon kohdistuvan tyytymättömyyden pääasiallisia selittäjiä. Kummassakaan näissä ei ole kuitenkaan eritelty alueita, joihin tyytymättömyys miehillä kohdistuu. (Raevuori ym. 2007, 1586, 1588.)

7.2 Oireet

Lihaksikkuuteensa tyytymättömillä esiintyy ahdistus- ja mielialahäiriöitä – erityisesti masennusoireilua – enemmän kuin lihaksiinsa tyytyväisillä. Lihaksistoonsa tyytymättömillä miehillä häiriintynyt syöminen sekä alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttö on yleisempää kuin tyytyväisemmillä miehillä. Tyytymättömillä myös syömishäiriöt ovat tavallisempia. Joillain häiriö vaihtelee lihaksistoon kohdistuvasta tyytymättömyydestä tai lihasdysmorfiasta sairauden kriteerit täyttävään syömishäiriöön ja päinvastoin. (Raevuori ym. 2007, 1584, 1586.)

Syömishäiriöillä sekä muilla häiriöillä, joissa koetaan tyytymättömyyttä omaan ulkomuotoon, on useita samantapaisia piirteitä liittyen sekä sairastuneen persoonallisuuteen että varsinaiseen häiriökäyttäytymiseen. Sekä ruumiinkuvan häiriöissä että syömishäiriöissä on tavallista, ettei sairastunut näe vartaloaan realistisesti vaan esimerkiksi todellista lihavampana tai hintelämpänä. Muita näille häiriöille tyypillisiä sekä yhteisiä ominaisuuksia ovat täydellisyteen pyrkiminen, pakko-oireiset ja vaativat persoonallisuuden piirteet, pakonomainen liikunta sekä kehon jatkuva tarkkailu peilailemalla, mittaile-

malla ja punnitsemalla. (Raevuori ym. 2007, 1583-1585; Keski-Rahkonen ym. 2008, 20.)

Miehillä voi esiintyä syömishäiriön rinnalla erilaisia ruumiinkuvahäiriöitä. Voimakas tyytymättömyys omaan lihaksistoonsa voi olla miehillä keskeinen oire myös syömishäiriössä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 20.) Sekä lihasdysmorfiassa että syömishäiriössä voi esiintyä häiriintynyttä ja jäykkien sisäisten sääntöjen alaista syömiskäyttäytymistä. Syömiskäyttäytymisen häiriöt voivat ilmetä nälkiintymisen ja ahminnan jatkuvana vuorotteluna tai erittäin tiukkoina laihdutus- ja treenausruokavaliona. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 20; Raevuori ym. 2007, 1585.)

Lihasdysmorfiata sairastavat tuntevat häpeää, koska he tuntevat olevansa liian hinteliä. Häiriöstä kärsivät ovat kuitenkin yleensä hyvin lihaksikkaita. Heidän ruumiinkuvansa on häiriintynyt niin, että he näkevät itsensä lihasmassaltaan olemattomina ja pieninä. (Raevuori ym. 2007, 1583-1584.) Ruumiinkuvan häiriö voi ilmetä myös niin, että vasta erittäin runsas lihaksisuus saa olon tuntumaan edes siedettävältä. Sairastuneet välttelevät usein tilanteita, joissa joutuu olemaan vähissä vaatteissa. Välttelyn kohteita ovat siten esimerkiksi sauna tai uimarannalle meneminen. Erittäin löysät vaatteet tai kerrospukeutuminen ovat keinoja peittää vartalo ja lihasten muodot. (Cacciatore ym. 2008, 237; Raevuori ym. 2007, 1583-1584.)

Sairastunut voi hylätä aiemman ammattinsa ja koulutuksensa esimerkiksi työpaikkaan kuntosalilla, jotta hän voisi treenata tuntikausia päivittäin. Lihasdysmorfiasta kärsivän harjoittelu on tyypillisesti runsasta ja tiukkojen omien sääntöjen alaista painoharjoittelua, joka häiritsee muuta elämää sekä sosiaalisia suhteita. (Cacciatore ym. 2008, 237; Raevuori ym. 2007, 1584.)

Vartaloon muokkaavat miehet pyrkivät kasvattamaan lihasmassaa ja vähentämään rasvaa tai heidän tavoitteenaan on näistä vain toinen (Raevuori ym. 2007, 1583; Cacciatore ym. 2008, 236-237). Tavoitteet voivat samalla henkilöllä vaihdella useinkin, mutta häiriön kannalta oleellista on lähes kaiken ajan käyttö oman ulkomuodon pohtimiseen ja muokkaamiseen. (Cacciatore ym. 2008, 237.) Lihasdysmorfiassa sairastuneelle ovat tärkeitä lihasten määrä, koko, muoto sekä erottuminen toisistaan ja juuri näihin ominaisuuksiin hänen tyytymättömyytensä kohdistuu (Cacciatore ym. 2008, 236; Raevuori ym. 2007, 1583-1584). Tärkeää voi olla muun muassa vyötärö-lantiosuhde, vatsalihasten erottuvuus, hauisten ja hartioiden koko sekä reisien, pakaroiden ja pohkeiden koko sekä muoto. (Raevuori ym. 2007, 1583-1584.)

Lihasmassaa lisäävien aineiden käyttö liittyy usein lihasdysmorfiin. Ne voivat olla sallittuja lisäravinteita ja urheilusuoritusta parantavia valmisteita, mutta myös kiellettyjä hormonivalmisteita käytetään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21; Raevuori ym. 2007, 1583-1584; Cacciatore ym. 2008, 237.) Myös tavalliset, mutta vartalonsa tyytymättömät nuoret miehet voivat käyttää lihasmassaa lisääviä valmisteita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21.) Valmistei-

den käyttömotiiveina ovat usein halu kohentaa miehistä ulkomuotoa sekä saada lisää fyysistä voimaa (Raevuori ym. 2007, 1585).

Anaboliset steroidit lisäävät lihasmassaa tehokkaasti suurina annoksina. Käyttöön liittyy kuitenkin vakavia terveyshaittoja, jotka riippuvat annoksesta ja ovat yksilöllisiä. Käytön alkuvaiheessa ilmenee myönteisiä vaikutuksia, joita ovat mielihyvätunne, lisääntynyt seksuaalinen halu ja lihasmassan kasvu. (Raevuori ym. 2007, 1585.) Psykkisiä, myöhemmin ilmaantuvia tyypillisiä terveyshaittoja ovat mielialan vaihtelut, aggressiivisuus ja impulsiivinen väkivaltaisuus. Jopa psykoottisuutta voi ilmetä. Vakavia somaattisia häirtävaikutuksia ovat muun muassa verenkiertoelimistöön kohdistuvat vauriot. Anaboliset steroidit voivat vahingoittaa sydänlihasta ja verisuonen seinämiä sekä lisäksi huonontaa veren rasva-arvoja ja aiheuttaa hedelmättömyyttä. (Raevuori ym. 2007, 1585; Cacciatore ym. 2008, 237-238.)

Arviolta 3-12 prosenttia yhdysvaltalaisista nuoruusikäisistä pojista ja 0,5-9 prosenttia tytöistä on kokeillut tai käyttänyt anabolisia steroideja. Eurooppalaisia nuoruusikäisiä poikia koskeva arvio on 1-3 prosenttia ja tytöistä 0,5 prosenttia. Suomalaisessa Terveys 2000 väestötutkimuksessa 18-29-vuotiaista miehistä 1,2% ilmoitti käyttäneensä anabolisia hormonivalmisteita muuhun kuin sairauden hoitoon. Samanikäisistä miehistä 25 prosenttia ja naisista 17 prosenttia ilmoitti tietävänsä tuttavapiiristään ainakin yhden anabolisia hormoneja käyttävän. (Raevuori ym. 2007, 1585-1587.)

FFMI eli kehon rasvaton indeksi on BMI:n kaltainen indeksi, jolla arvioidaan lihasmassaa. FFMI:n kehittäjien mukaan yli 25-26 menevä arvo kertoo vahvasti anabolisten steroidien käytöstä eikä ole saavutettavissa luonnollisin keinoin. (Raevuori ym. 2007, 1585; Cacciatore ym. 2008, 238.)

8 KASVAMINEN POJASTA MIEHEKSI

Pojat ja tytöt ovat hyvin varhaisesta vaiheesta asti joissain ominaisuuksissaan erilaisia ja heidät kasvatetaan rooleihinsa. Poikien kasvatuksessa stereotyyppit ovat turhan usein läsnä. Heitä kannustetaan olemaan kilpailuhenkisiä, fyysisiä, toiminnallisia ja käytökseltään tyttöjä aggressiivisempia. Femininisyttä taas ei sallita juuri lainkaan ja poikia ei kannusteta tunnistamaan, nimeämään ja ilmaisemaan tarvitsevuuden tunnetta tai muita tunteita. Naisten tunteiden ilmaisu on sallitumpaa kuin miesten eikä miehille onnesta hihkuminenkaan ole sopivaa kuin tietyissä tilanteissa. Mieskäyttösmalli on siten paljon ahtaampi kuin naiskäyttösmalli, mikä johtuu pitkälti sosiaalisista stereotyyppioista. Poika tai mies saa kyllä useimmiten kuulla muilta, jos hänen käyttöksensä ei ole perinteisen miesmäistä. (Cacciatore ym. 2008, 24-25, 39-40.)

Elämänhallinta on vaikeaa joillekin pojille ja miehille. Poikien terveen kasvun ja kehityksen tukeminen on tärkeää samoin kuin riskiryhmiin kuuluvien poi-

kien kehitykseen puuttuminen, koska hyvinvoivista pojista kasvaa hyvinvoivia miehiä. (Cacciatore ym. 2008, 33-34.)

8.1 Sukupuolen omaksuminen

Biologinen sukupuoli jakaa meidät miehiin ja naisiin. Anatomia on siten kohdalo. Sukupuoli sekä sen ympärille muodostuva monimutkainen biopsykososiaalisten teemojen kudosis on erottumaton ja luovuttamaton osa ihmisen identiteettiä. Jokainen meistä toteuttaa omaa sukupuolirooliaan ja seksuaalisuuttaan yksilöllisellä tavallaan. Seuraukset lapsen sukupuolen kieltämisestä ja sen muutosyrityksistä ovat kauaskantoisia ja pahimmillaan traagisesti päättyviä. (Sinkkonen 2005, 24.)

Sukupuoli rakentuu biologiasta, sosiaalisesta oppimisesta, ruumiinrakenteesta ja kulttuurisista ominaisuuksista. Sukupuoli-identiteetti ei kiinnity yksilöön ilman toimintaan eli tarvitaan symbolisesti tärkeitä tekoja, jotka liittävät yksilön sukupuoleensa. Kun yksilö nimeää identiteettinsä, hän hyväksyy silloin tietyn sosiaalisen kategorian ja siihen sisältyvien ominaisuuksien kuvaavan itseään. (Jokinen 2000, 209.)

Omalle sukupuolelle tyypillinen käytös muodostuu siten, että lapsi on virittäytynyt vastaanottamaan saamastaan informaatiosta niitä asioita, jotka tukevat hänen sukupuoltaan. Sopivasta, sukupuolelle tyypillisestä käytöksestä palkitaan, jolloin lapsi ohjautuu stereotypioihin ja noudattaa oman sukupuolensa mukaista – sosiaalisesti hyväksyttyä – käytöstä. Vastaavasti taas omalle sukupuolelle epätyypillisestä käytöksestä lapsi saa huonoa palautetta, jolloin nämä ominaisuudet karsiutuvat pois. Omaan rooliin sosiaalistumista tapahtuu kotona, päiväkodissa ja koulussa. (Sinkkonen 2005, 13, 99.)

Noin 2,5-vuotias osaa määritellä ihmisen sukupuolen. Kuitenkin kaksivuotiaat ja sitäkin nuoremmat lapset valikoivat sukupuolelleen tyypillisiä leluja. Oma sukupuolirooli tavallaan omaksutaan jo ennen tietoisuutta siitä, onko poika vai tyttö. (Sinkkonen 2005, 103.)

Jotkut pitävät sukupuolten kahtiajakoa keinotekoisena, kulttuurisena keksintönä. Tämän ajatusmallin mukaan todellisuudessa ihmisiä ei voi jakaa joko mies - tai naissukupuoleen vaan ihmiset edustavan kokonaista sukupuolten kirjoa. (Sinkkonen 2005, 14.) Sukupuolten välisiä ominaisuuksia on tutkittu paljon, mutta tulosten perusteella ei ole voitu osoittaa yksilön kehon fysiologian ja asenteiden, luonteen, kävelytyylin tai muiden vastaavien ominaisuuksien välistä selvää yhteyttä. Psykologiset erot sukupuolten välillä ovat pieniä ja johtuvat enemmän kulttuurisista kuin biologisista tekijöistä. (Jokinen 2000, 204.)

8.2 Maskuliinisuus

Maskuliinisuuden merkitys vaihtelee eri tieteenaloilla ja puhekielessä paljon. Arkikielessä käsitteellä viitataan miehisinä pidettyihin asioihin, ilmiöihin ja tekoihin. Maskuliinisuus on kulttuurinen ilmiö ja siihen liitetään eri asioita eri kulttuurien sisällä. (Jokinen 2003, 7.) Maskuliinisuus on sekä biologinen että sosiaalinen ilmiö. Se, mitä pidämme maskuliinisena käytöksenä, on yhteiskunnassa syntyneitä käsitystä sopivasta käytöksestä. Maskuliinisuuden stereotyyppi tarkoittaa sitä, mitä maskuliinisuuden yleisesti ajatellaan olevan. Stereotyyppi liioittelee miesten yhdenmukaisuutta. (Kettunen 2010, 6.)

Maskuliinisuus terminä viittaa kulttuuris-sosiaaliseen performanssiin, johon liittyy tietyn maskuliinisen tyylin mukaiset asenteet, arvot, puhutavat, alakulttuurit ja vastaavat asiat. Maskuliinisuus muodostuu sosialisatiossa ja ruumiin kokemisen kautta oman persoonallisuuden rakenteen rajoittamana ja mahdollistamana. Kyse ei ole siten pelkästä tyylistä olla. Maskuliinisuus rakentuu miehen sisäpuolelta ja ulkopuolelta. Ulkopuolelta tulevia vaikuttimia ovat kulttuuriset ja sosiaaliset odotukset. Mies rakentaa maskuliinisuuttaan myös suhteessa omaan psyykeensä ja ruumiiseensa. (Jokinen 2000, 228-229.)

Maskuliinisuus voidaan nähdä nykyään myös miehisten ominaisuuksien ideaalina, johon miesten ja poikien on pyrittävä. Kulttuurinen maskuliinisuus tarkoittaa tietyn kulttuurin sisäistä käsitystä siitä, mikä on maskuliinista. Poika ei saavuta kulttuurista maskuliinisuutta automaattisesti mieheksi kasvaessaan vaan hänen on ansaittava se sekä myös todistettava sitä. Mitä enemmän mies saavuttaa miehistä ideaalia, sitä enemmän häntä arvostetaan miehenä. Maskuliinisuuteen liittyvät ideaalit ohjaavat miehiä käsitteleviä eroottisia, seksuaalisia ja sukupuolisia käsityksiä, odotuksia ja fantasioita. (Jokinen 2003, 10.; Jokinen 2000, 69-70, 124.)

Maskuliinisuuden normilla tarkoitetaan yhteiskunnan miehiin kohdistuvia odotuksia ja ihanteita. Maskuliinisuuden normin olemassaolo huomataan erityisesti silloin, kun sitä vastaan rikotaan. Normina pidetään monesti menestystä, vaurautta, onnellisuutta, terveyttä ja itsevarmuutta. Normi voi vaikuttaa miehen päätöksentekoon ja hän voi hakea muiden miesten toimintatavoista tukea omille päätöksilleen. Normin ulkopuolelle sijoittuvat omassa elämässä koettu köyhyys, masentuneisuus, itseluottamuksen puute ja fyysinen heikkous. Tiukasti rajattuja odotuksia voi lieventää esimerkiksi julkisuuden henkilön kertomus omasta sairaudestaan. (Kettunen 2010, 7-8.)

Suomessa maskuliinisuuteen liitettyjä ominaisuuksia ovat muun muassa heteroseksuaalisuus ja fyysinen voima. Isyydestä on alkanut muodostua pikkuhiljaa uusi maskuliinisuuden ilmenemismuoto, koska siinä mies kasvaa täyteen aikuisuuteen ja kykenee huolehtimaan toisesta ihmisestä. (Jokinen 2000, 68-70.) Länsimaisessa miesihanteessa korostetaan miehen kykyä elättää perheensä ja hallita kriisitilanteita. Lisäksi mieheltä odotetaan henkistä vakautta, päätäväisyyttä sekä rationaalisuutta. Työelämän menestyksen kannalta suotavia

hyveitä olisivat myös määrätietoisuus ja kontrolloitu käytös joka tilanteessa. (Kettunen 2010, 7.)

Muita länsimaisessa kulttuurissa maskuliiniseksi ominaisuuksiksi laskettuja piirteitä ovat yleensä toiminnallisuus, hallitsevuus, suoriutuminen, rationaalisuus, kilpailuhenkisyys, fyysinen voima ja väkivalta. Feminiinisiä, maskuliinisuuteen kuulumattomia piirteitä ovat yhteisöllisyys, emotionaalisuus ja empaattisuus. Vaikka maskuliinisuus ja feminiinisyys siten nähdään toisensa vastakohtina, suurin osa ihmisistä jää näiden kahden ääripään välille. Siksi miesten ei kuitenkaan oleteta olevan äärimaskuliinisia ja heille sallitaan pieni määrä feminiinisyttä vaikka maskuliinisuutta tulee olla huomattavasti enemmän. (Jokinen 2003, 8-9.) Maskuliinista pääomaa voi kerätä saamalla tunnustusta jollain miehisesti merkittävällä elämänalueella. Tällöin mies saa anteeksi vähemmän maskuliinisen käytöksen jollain toisella alueella. (Kettunen 2010, 8.)

Maskuliinisuuttaan tarkastellessa miehet tekevät arvioita eroavaisuuksista suhteessa naisiin ja feminiinisuuteen, mutta vertailevat itseään myös toisiin miehiin. Oman paikka miesryhmän hierarkiassa saavutetaan kamppailemalla muiden miesten kanssa. Oma miehisyyttä on todistettava muille miehille ja sitä kautta heiltä saadaan kaivattua hyväksyntää ja kunnioitusta. Maskuliinisuuden todistaminen naisille ei ole yhtä oleellista kuin miehille, mutta naisten suosio on keino osoittaa omaa mieheyttä toisille miehille. Oman maskuliinisuuden todistelua ja miehuuskokeiden suorittamista leimaa epäonnistumisen pelko, sillä epäonnistuminen mitätöi miehen maskuliinisuuden huolimatta aikaisemmista onnistumisista. (Jokinen 2003, 15-16.)

Kulttuurimme jakaa lähes kaiken maskuliinisuuteen tai feminiinisuuteen kuuluvaksi. Tämä jako ulottuu pukeutumisesta väreihin, sanoihin ja jopa huonekaluihin asti. Tunteiden ajatellaan kuuluvan feminiinisuuteen, minkä vuoksi miehen tunteiden sanotaan ilmaisevan hänen sisäistä feminiinisuuttaan. Toinen tulkintamahdollisuus olisi laajentaa feminiinisuuden ja maskuliinisuuden käsitteitä ja mieltää esimerkiksi miesten tunteet enemmän maskuliiniseksi herkkyydeksi kuin feminiinisydeksi. (Jokinen 2000, 206-207.)

On kiistelty siitä, onko feminiinisten poikien kohdalla kyse psyykkisestä häiriöstä vai ei. Ihmisen seksuaalisuus ja sukupuoliroolit muodostavat laajan kokonaisuuden. Tyttömäiset pojat ja poikamaiset tytöt ovat normaali osa tätä kokonaisuutta, mikäli emme jaottele sukupuolta tiukasti miehiin ja naisiin. Psykiatrisen hoidon tarve perustuu feminiinisten poikien kohdalla ehkä enemmän syrjäytymisen ehkäisyyn ja tilaan liittyvien psykiatristen oireiden hoitoon. Nämä lapset tulevat usein kiusatuiksi koulussa. (Sinkkonen 2005, 50-51.)

Pojan maskuliinisuuden perusta on äidistä riippuvainen. Äidin tiedostamaton suhtautuminen poikaansa eli kuinka hän näkee ja kokee poikansa sekä miten hän tätä kohtelee vaikuttavat pojan kehitykseen. Jos äidin mielikuvat miessu-

kupuolesta ovat myönteisiä, hän hyväksyy ja arvostaa poikansa sukupuolta sekä tämän tulevaisuutta miehenä. Ilman isää kasvaneista pojista tulee useimmiten tasapainoisia miehiä. Tällöin heidän maskuliinisuutensa rakentuu niiden kokemusten varaan, joita he ovat saaneet lähipiirissään olevista miehistä, kuten isoisista ja enoista. (Sinkkonen 2005, 129, 149.) Tavallisen, turvallisen ja lähellä olevan miehen esimerkin avulla poika oppii näkemään, että mieskin on erehtyvä ja inhimillinen. Mieskin puhuu tunteistaan, unelmoi, suree ja rakastaa. (Cacciatore ym. 2008, 110.) Terveen miehisyyden luominen ei edellytä sitä, että pojan pitäisi luopua kokonaan feminiinisuudesta (Sinkkonen 2005, 129).

Positiivinen maskuliinisuus on asia, josta pojille kannattaa puhua arvostavasti. Poika tai mies on syvästi tunteva ja herkkä sekä hyvä kaveri, ystävä ja tuki toisellekin miehelle. Poika tai mies on luotettava, luja ja silti hyväntahtoinen ja ystävällinen. Siksi hän myös lisää olemassaolollaan läheistensä hyvinvointia. Ihmisiä on monenlaisia, mutta turvallisuus ja oikeudenmukaisuus kuuluvat myös pojan tai miehen hyviin ominaisuuksiin. Maskuliinisuutta, seksuaalisuutta tai aggressiota ei saa leimata kapea-alaisiksi, kummallisiksi tai arveluttaviksi asioiksi, koska ne ovat myönteisiä voimavaroja. (Cacciatore ym. 2008, 188.)

Tytön feminiinisuuden voidaan ajatella olevan vahvemalla perustalla kuin pojan maskuliinisuuden, koska tytön kehitykseen ei sikiökaudella tarvita hormonivaikutuksia (Huhtaniemi & Pöllänen 2001, 1960, Sinkkonen 2005, 129). Maskuliinisuuteen vaikuttavat erilaiset biologiset ja psykologiset tekijät, joiden suunta ja suuruus ovat lähes ennustamattomissa (Sinkkonen 2005, 129). Miehekkyyden löytäminen jää pahimmillaan pojan omille harteille. Positiivisen miehekkyyden malleja pojat eivät uskalla kysellä kunnolla, koska selviytyminen yksin ja osaaminen ovat miehisyyteen liitettjä ominaisuuksia. (Cacciatore ym. 2008, 172.)

Joskus mies voi omaksua jonkin fiktiivisen hahmon maskuliinisia ominaisuuksia itseensä ja alkaa elää niiden mukaisesti. Yleisestikin ottaen puolet niistä asioista, joita pidämme miehisenä, saattavat perustua siihen, mitä näemme ja kuulemme tarinoiden, kuvien sekä joukkoviestimien kautta. (Jokinen 2000, 123-124.)

8.2.1 Maskuliinisuus ja miesten terveystyöskäytäytyminen

Terveystyöskäytäytyminen on sidoksissa kulttuurissa hyväksyttäviin ja paheksuttaviin asioihin. Miesten terveystyöskäytäytymiseen vaikuttavat ryhmän asettamat paineet sekä käyttäytymismallit. Joskus terveysohjeiden seuraamista tärkeämpää on epäterveellisen käytöksen mukanaan tuoma yhteenkuuluvuudentunne ja sosiaalinen hyväksyntä. Miehet saattavat osoittaa haavoittumattomuuttaan terveyden kannalta epäedullisella käytöksellä. Maskuliinisuuteen sisältyy ihanteita, jotka edistävät epäterveellistä käyttäytymistä. Perinteistä maskuli-

nisuutta arvostavat miehet voivat herkästi omaksua näitä ihanteita. Yksi tällainen ihanne on riskien otto. (Kettunen 2010, 6, 8, 13, 16.)

Miesten saaminen terveydenhuollon palvelujen pariin on haasteellista, koska osa miehistä välttelee palveluja ja pitkittää hoitoon hakeutumista. Erityisesti mielenterveysongelmien kohdalla hoitoon hakeutuminen on miehillä vastahakoisempaa kuin naisilla. Miehet ovat kuitenkin entistä enemmän kiinnostuneita terveydestään. Miesmaskuliinisuuteen liittyvät normit, ihanteet, asenteet ja uskomukset saattavat vahvasti ohjata joidenkin miesten terveyskäyttäytymistä. (Kettunen 2010, 4.)

Miehet voivat osoittaa vahvaa torjuntaa virastoja ja muita avuntarjoajia kohtaan, koska eivät halua helposti myöntää tappiotaan, rahaongelmiaan, alkoholi-ongelmiaan tai muita vaikeuksiaan. Sairaus saattaa merkitä maskuliinisuuden menettämistä ja sairastumiseen liittyvä avuttomuudentunne saattaa miehelle merkitä pahinta mitä hänelle voisi tapahtua. Sairaana leimaa halutaan välttää ja sairaanakin on pystyttävä toimimaan. Miesten onkin usein todettu pitkittävän hoitoon hakeutumista. Heillä on taipumus seurata ja hoitaa vaivojaan itse ennen kuin hakeutuvat hoitoon muualle. Lääkärin apuun turvautuminen voidaan kokea naiselliseksi herkkänahkaisuudeksi ja hoitoon hakeudutaan vasta pakon edessä. Myös aikaisemmillä kokemuksilla terveydenhuollosta on oma painonsa asiaan. (Kettunen 2010, 9, 22.)

Miehillä on naisia korkeampi kynnyks kerton omista henkilökohtaisista asioistaan. Myös tunteiden ilmaisu on miehillä vastahakoisempaa. Yleinen oletus on, että miehet selviävät ilman muiden apua. Liiallista tunteidenilmaisua ja ruikuttamista saatetaan jopa halveksia miesten keskuudessa. Miehet pyrkivät ratkaisemaan ongelmia mieluummin toimimalla kuin puhumalla. Miehet saattavat kokea terveydestä huolehtimisen ja siitä puhumisen liian naiselliseksi toiminnaksi, eivätkä siksi mielellään puhu terveyteen liittyvistä asioista. Miehet haluavat ongelmiinsa yleensä nopeita ratkaisuja ja toivovat joskus jopa jämäkkää puuttumista. Naiset taas tyypillisesti pohtivat ongelmia perinpohjaisesti. (Kettunen 2010, 9, 12.)

Urheilusuoritukset liitetään maskuliinisuuteen ja niitä voidaan pitää terveyttä edistävinä piirteinä. Miehet tuovat usein esille liikunnan, kun puhutaan terveyttä edistävästä elintavoista. Tämä saattaa johtua siitä, että miehet ilmentävät tällöin puheessaan perinteisiin maskuliinisiin ihanteisiin kuuluvia ominaisuuksia kuten voimaa, kestävyyttä ja taitoja. Epämiehekkäinä ominaisuuksina pidetään häviämistä ja kykenemättömyyttä saavuttaa merkittäviä tuloksia elämässä. Vähemmän miehekkäänä ja epäterveenä pidetään myös miehen passiivisuutta, laihuutta ja heikkoutta. Monien miesten mielestä miehen tulee olla vahva. Maskuliinisuuden ihanteisiin kuuluvatkin perinteisesti fyysinen voimakkuus ja pelottomuus. (Kettunen 2010, 8, 10-11.)

8.3 Poikana kasvaminen

Nykypäivänä poikia kasvatetaan niin, että heille luonnollinen käytös pyritään kieltämään. Riehakkuudesta rangaistaan ja elämä on monien sääntöjen rajoittamaa. Ehjäksi, vastuulliseksi ja pärjääväksi mieheksi kasvaminen ei ole helppoa, kun asenteet ovat hyvin ahtaita jo täysin luonnollisen, edeltävän kehitysvaiheen aikana. Poikamaisuutta siedetään huonosti ja sitä ilmaisevia halveeraavia nimityksiä on monia, kuten äidin pikkupoika, peräkammarin poika tai rattopoika. (Cacciatore ym. 2008, 17-18.)

Pojille esitetään niin arjessa kuin mediassakin kapeita ja karuja roolimalleja mieheksi kasvamisesta. Miehen kuuluisi niiden mukaan olla huippumenestynyt suorittaja, jonka riittävyttä arvioidaan sen perusteella, paljon hänellä on näyttöä omasta menestyksestään. Toisaalta taas mediassa suhtaudutaan miehiin halventavastikin, jolloin mies esitetään naurettavana, elämäänsä hallitsemattomana reppanana, jota voi kohdella huonosti ja halveksua. (Cacciatore ym. 2008, 40.)

Lapsen minäkuva, sukupuoli-identiteettiä, itsenäistymistä ja itsetuntoa vahvistaa se, että hänen ympärillään on kumpaakin sukupuolta olevia läheisiä. 2-6-vuotias poika ihailee miestä vaikka tämä ei olisi iso tai vahva tai edes aina läsnä. Pojan silmissä hän on kaikkeen pystyvä, täydellinen ihmemies. Aikaa myöten tämä kuva tasoittuu ja pojan ei tarvitse odottaa itseltäänkään täydellisyyttä. Tarkkailemalla miestä poika oppii tietämään, mitä miehen elämässä on odotettavissa ja saa mielikuvan siitä, millainen hänestäkin ehkä tulee isona. (Cacciatore ym. 2008, 66-67.)

Taaperoiässä (2-6-vuotias) lapsi rakentaa itsetuntoaan. Hän tarvitsee myönteistä palautetta itsestään sekä myös kannustavaa palautetta omasta sukupuolestaan. Jatkuva vikojen osoittelu, ojentaminen ja korjailu saavat lapsen tuntemaan itsensä vääränlaiseksi tai vialliseksi. Pojan tasapainoiselle kehitykselle on tärkeää, että hän saa kasvaa ympäristössä, jossa poikia ja miehiä arvostetaan. Myös mieheltä saatu hyväksyntä, rakkaus ja arvostus ovat pojalle tärkeitä. Pojan kehitykselle ei sitä vastoin tee hyvää kuulla miesten tai isän haukkumista. (Cacciatore ym. 2008, 67, 70.)

7-10-vuotiaat pojat vertailevat itseään läheisiin, tuntemiinsa miehiin. Miesten puuttuessa poika vertaa itseään mediassa esiintyviin hahmoihin ja on lopulta pulassa. Pojalle tulee liian kovaa painetta, mikäli hän saa satujen perusteella käsityksen, että miehen pitää olla kaikessa onnistuva ja kaikesta vastuun kantava sankari. Hän ei saa koskaan näyttää herkkää puoltaan, olla heikko, empaattinen tai hellä. Sankariunelmien vaihe on pojalle tärkeä, mutta kouluiässä hänen pitää alkaa erottaa satu ja todellisuus toisistaan. (Cacciatore ym. 2008, 108.)

Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan tšekäläiset nuoret pitävät maskuliinisena kookasta, ”coolia”, urheilullista ja sanavalmista poikaa. Maskuliini-

nen poika ei panosta kouluun vaan viettää aikaansa kavereidensa kanssa. Kaverit ovat poikia, koska ystävä-tytöt eivät kuulu maskuliinisen pojan kaveripiiriin. Tyttöystävä saa ja olisi suotavaakin olla. Muodikkaat merkkivaatteet liitetään brittinuorten mielestä maskuliinisuuteen, samoin jalkapalloharrastuneisuus. (Sinkkonen 2005, 201-202.)

Pieni poika kaipaa hyväksyntää miesten joukkoon kuulumisesta sekä omasta kehostaan ja sen ominaisuuksista. Siitä, että hänen kehonsa on riittävä. Poika vertailee itseään miehiin, mutta lopputulos on hänen kannaltaan lohduton. Siksi isän olisi oltava saatavilla tukemassa pojan alkamassa olevaa maskuliinisuutta. Vertailu altistaa lasta tässä vaiheessa häpeälle ja tekee hänestä haavoittuvan. Liiallisuuksiin ulottuessaan häpeän kokemukset nujertavat ja vievät itsetunnon sekä aiheuttavat nöyryytystä ja raivoa. (Sinkkonen 2005, 137.)

Joillekin pojille ajatus ymmärtämään pyrkivän ja lämpimästi suhtautuvan miehen kahdenkeskisestä keskustelusta pojan kanssa synnyttää ajatuksia homoeroottisesti latautuneesta tilanteesta. Tämä kertoo siitä, ettei pojilla ole kokemusta aikuisen miehen rakastavasta, välittävästä läheisyydestä vaan he ovat oppineet poikien ja miesten normaalin kontaktin perustuvan leikin laskemiseen ja ronskiin selkään läimäyttelyyn. Tai heillä ei ole mitään käsitystä siitä, mitä tuo kontakti voisi olla. (Sinkkonen 2005, 203.)

8.4 Pojat ja tunteet

Perinteinen pojankasvatusperiaate on nojannut uskomukseen ”pojat eivät itke” ja siksi pojasta on yritetty karsia hentomielisyys pois. Erilaisilla karaistamiskeinoilla on saatu paljon pahaa aikaan. (Sinkkonen 2005, 77-78.)

Yhä edelleen pojille opetetaan hyvin nuoresta lähtien, etteivät pojat itke, koska se on tyttömäistä. Pojat kuulevat tätä niin toisiltaan kuin aikuisiltakin. Pojan tyttömäisyys on hankala asia erityisesti omien ikätovereiden hyväksynnän kannalta – liika poikkeavuus ”normaalista” voi johtaa kiusaamiseen. Ahdistuksesta ja mielipahasta ei voi puhua eikä niiden vuoksi voi itkeä, koska sellainen ei kuulu pojalle. Eivät myöskään valitus ja murehtiminen. (Cacciatore ym. 2008, 219, 133.)

Pettymysten kohdatessa tytöillä on usein hyvä ystävä lähellä, jonka kanssa mieltä painavista asioista voi puhua. Poikien kohdalla tämä ei useinkaan päde, koska he oppivat liian usein omista huolista ja heikkouksista puhumisen olevan tyttömäistä ja antavansa mahdollisuuden haavoittaa itseään paljastamalla sisintään toiselle. Monet eivät pysty puhumaan edes vanhemmilleen esimerkiksi sydänsuruistaan. Pojat ovat monesti täysin omillaan kipeimpien tunteidensa kanssa. (Cacciatore ym. 2008, 202; Koivula 2008, 2453.) Miesten itsemurhaluvut voivat olla yksi viesti tästä ongelmasta vaikkakin erityisesti nuorten miesten itsemurhat ovat vähentyneet (Koivula 2008, 2453).

Suomalainen nuoriso on maailman itsetuhoisimpien joukossa. Pojat eivät puhu pahasta olostaan niin usein kuin tytöt, mutta toimivat – suomalaiset nuoret miehet tekevät itsemurhia viidenneksi eniten maailmassa. Itsemurhat eivät ole lisääntyneet, mutta niiden määrä on edelleen hälyttävä. (Cacciatore ym. 2008, 40.) Vuonna 2008 miehet tekivät peräti 77 % itsemurhista (Kettunen 2010, 1).

Poikien erilaiset häiriöt, kuten käytöshäiriöt, tulkitaan monesti kurinpitongelmiksi, joten luonnollisesti niitä yritetään myös hoitaa kurinpidolla. Poikien pahoinvointia väheksytään ja terveydenhuollon ammattilaisten sijaan tilanteita hoitaa erikoistunut lastensuojelu ja poliisi. Pojat tarvitsisivat toiseltaista tukea kuin mitä heille on nyt tarjolla. Tämä on nähtävissä Väestöliiton Miehen aika palvelun Poikien puhelimen ja nettisivuston yhteydenottojen suurista lukumääristä. (Cacciatore ym. 2008, 29, 35.)

8.5 Poikien kokemat paineet

Nuoruusiässä lapsilla on kohtuuttomasti paineita. Pojille sallitaan hyvin vähän poikkeamaa perinteisestä poikakuvasta ja rajanylitykset voivat johtaa herkästi leimatuksi ja kiusatuksi tulemiseen. (Sinkkonen 2005, 26-27.) Vaatimusten ainainen lisääntyminen ei ole hyväksi pojille, eikä puutteista saa pilkata. Kaikki pojat ansaitsevat ikänsä ja yksilöllisyytensä ymmärtämistä, itsetunnon tukemista, rohkaisua ja kannustusta sekä ympärilleen luotettavia aikuisia. (Cacciatore ym. 2008, 14.)

Koulussa opitun mieskuvan luonteeseen vaikuttaa ratkaisevasti se, puhutaanko miessukupuolesta myönteiseen vai ongelmakeskeiseen sävyyn. Kielteisiä asioita on monesti helppo osoitella. Nuorta pitäisi käsitellä niin, että hän voi tuntea ylpeyttä omasta sukupuolestaan. Suorituspaineeet koulussa ja sosiaaliset paineeet kaveripiiriin vuoksi voivat saada pojan niin ahtaalle, että hän turvautuu jopa itsemurhaan säilyttääkseen kunniansa. (Cacciatore ym. 2008, 188-189.)

Nykyajan miehen odotetaan puhuvan ja kuuntelevan, hoivaavan lapsia ja muuttuvan sekä pehmeämmäksi sekä vastavuoroisemmaksi. Miehet ovat nykyään myös jatkuvan arvioinnin kohteena ulkonäkönsä, vaatetuksensa, anatomiansa riittävyuden ja seksuaalisen suorituskykynsä vuoksi muun muassa median kautta. Kasvavalle pojalle nämä odotukset ja sosiaaliset paineeet tuovat mukanaan ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia. (Sinkkonen 2005, 25.) Jotkut nuoret miehet kokevat paineita siitä, millaiseksi heidän pitää tulla ja mitä sen eteen pitää tehdä. Jos haluaa tulla miehekkääksi ja menestyneeksi, pitää pärjätä kaikessa harrastuksista lähtien. Täytyy antaa itsestään tietynlainen kuva muille, olla cool eikä mokata sosiaalisissa tilanteissa. Pitäisi myös olla rohkea ja aggressiivinen. (Cacciatore ym. 2008, 231.)

Media tuo mukanaan haasteen poikien kehonkuvalle ja minäkuvalle esittämällä lihaksikkaita, sanavalmiita, ruskettuneita, rikkaita ja menestyviä poikia, jotka kuitenkin ovat olevinaan tavallisia nuorukaisia. Media viestittää tällais-

ten hahmojen olevan oikeanlaisia miehiä ja sellaisiksi muidenkin pitäisi pyrkiä. Pojat miettivät millainen tosi mies on ja mikä on riittävää. Oma vaatimaton ja tavallinen pojan keho voi aiheuttaa tunteen siitä, ettei kelpaa kenellekään. Näistä tunteista puhuminen ei ole tuskin mahdollista pojille ja asian ottaminen esille voi johtaa rumaan kielenkäyttöön. Pojille olisi kuitenkin hyvä kertoa, millainen on oikeanlainen ja riittävä mies, koska pojilla voi olla aiheesta mielessään kohtuuton vaatimusten lista. (Cacciatore ym. 2008, 182-183.)

Kasvatavat pojat kokevat ulkonäköpaineita suhteessa ikätovereihinsa ja julkisuuden hahmoihin. Nuorista hyvin monet kokevat olevansa väärän näköisiä tai kokoisia. Murrosiässä tapahtuvat kehonmuutokset aiheuttavat sekä iloa että ahdistusta. Mieheksi kasvaminen voi tuntua uhkaavalta, kun lopputulos on tuntematon. Lisäksi ikätoverit vertailevat itseään toisiinsa, haukkuvat ja kehuvat toistensa ominaisuuksia. (Cacciatore ym. 2008, 161; Sinkkonen 2005, 214-215.) Eri aikaan tapahtuvat muutokset voivat hitaimmin tai nopeimmin kehittyvillä aiheuttaa erilaisuuden ja vääränlaisuuden tunteita. Hitaasti kehittyvään voidaan kaveripiirissä suhtautua kuin heitä nuorempaan ja kohdella kuin lasta. (Cacciatore ym. 2008, 161.)

Seksuaalisuuden saralla poikia mietittää paljon oma anatomia ja sen riittävyys. Monet pojat hakevat tietonsa seksistä pornosta. Pornon kautta muodostuneiden käsitysten korjaaminen ei ole helppoa kuten ei myöskään vakuuttaa pojan kelpaavan, olevan arvokas ja miehekäs sellaisena kuin on. Myös miehen viehätysvoima, oman miehekyyden viestittäminen toisille pojille ja seurustelu herättävät kysymyksiä. (Cacciatore ym. 2008, 171-172.)

Tytöt miettivät koulusuoriutumiseen ja ulkonäköön liittyviä asioita, mutta poikien paineet voivat syntyä ryhmään kuulumisen tarpeesta. Ristiriita on valtava silloin kun ryhmän odotukset eivät mene yhteen omien sisäisten tavoitteiden kanssa. Nuorille miehille on tärkeää se, miltä he muiden silmissä näyttävät. Pojat ja miehet haluavat olla hyviä jossain, pärjätä toisten poikien joukossa ja saada arvostusta heiltä. Pojat tavoittelevat maskuliinisuuden ideaalia ryhmän avulla ja tuella. Ryhmiin voi muodostua sisäisiä hierarkioita, jotka toimivat eivätkä syrji ketään. Toisessa ääripäässä hierarkian häntäpäässä olevat voivat joutua rankan kiusaamisen kohteeksi eikä heille välttämättä jää muuta vaihtoehtoa kuin vaieta tapahtuneesta. Kiusaaminen ja alistaminen voi jatkua vuosia ilman paljastumista ja uhri saattaa olla täysin yksin asian kanssa ilman ketään, jolle puhua. (Sinkkonen 2005, 27, 206, 212-213.)

Vanhemmatkin voivat joskus yrittää muokata lapsestaan jotain sellaista, mitä hän ei oikeasti ole. Esimerkiksi saada urheilusta ja liikunnasta kiinnostunutta poikaa harrastamaan taiteita tai toista päin. Lapsen pitäisi saada tulla hyväksytyksi sellaisena kuin on eikä vaatia häntä muuttumaan toisenlaiseksi hyväksynnän toivossa. Pojalta voidaan herkästi odottaa, että hän jatkaa isänsä jalanjäljissä ja saattaa loppuun isältään kesken jääneet elämänprojektit. Poika kuitenkin toivoo isän antavan kaikkensa hänelle ilman, että hänen pitäisi vasti-

neeksi elää muiden toiveiden mukaisesti vailla omaa tahtoa. (Sinkkonen 2005, 91, 102.)

8.6 Suomalaisen miehen rooli

Miehet ja naiset ovat erilaisia, mutta miehet ovat myös keskenään erilaisia ja vaihtelu eri yksilöiden välillä on suurempaan kuin halutaan nähdä. Yksilöllisyyden ilmaisu on miehillä tiukemmin rajattua. (Koivula 2008, 2453.) Sukupuolen voidaan ajatella tulevan näkyväksi tekemisen ja toiston kautta. Vaikutelma miehisyudesta saadaan aikaan siten, että toistetaan sosiaalisesti ja kulttuurisesti mieheen liittyviä eleitä, puhetapoja, mielipiteitä, harrastuksia ja tapoja. Sukupuolta voidaan ajatella performatiivina, eli siihen liittyy normeja, jotka ovat olemassa jo ennen yksilöä ja jotka siksi ylittävät ja rajoittavat häntä. (Jokinen 2003, 26.)

Käyttäytymismallit ovat sukupuolittuneita (Kettunen 2010, 6). Sukupuoli vaikuttaa rajoittavasti siihen, millaisia yksilöllisiä ominaisuuksia pidetään hyväksyttävänä. Tyttömäisen käytöksen joskus rankkakin kommentointi on viesti siitä, etteivät nämä piirteet kuulu oikeanlaiseen mieheyteen. Taustalla ei tarvitse olla edes homoseksuaalisuuden pelkoa. Kaikki perustuu vain käsitykseen siitä, millainen oikeanlainen mies on. (Cacciatore ym. 2008, 133-134.)

Suomalaisessa kulttuurissa vallitsee myytti, jonka mukaan mies ei tarvitse mitään vaan pärjää ilman lääkettä, hoitoa, neuvoa tai hellyyttä. Miehen ei kuulu itkeä eikä kerjätä. Miehet kasvatetaan jo pojasta asti suorittajiksi ja pärjäämään yksin. Suomalaisen miehisen mallin mukaan poikien ei ole helppoa nähdä itseään myönteisellä tai rakentavalla tavalla. (Cacciatore ym. 2008, 12.) Suomalaisen kulttuurin perushyveet käsittelevät pitkälti suomalaisen miehen perushyveitä. Kalevalaa tulkiten näitä perushyveitä ovat vastuuttomuus, väkivaltaisuus, itsetuhoisuus, lähes oidipaalisena läheinen äitisuhde sekä vihamielisen etäinen isäsuhte, kyvyttömyys parisuhteeseen ja ylimitoitettu maskuliininen käytös. (Jokinen 2000, 103.)

Mieheen kohdistuvat kulttuuriset odotukset muodostuvat eroavaisuuksista naissukupuoleen. Miehisyteen ajatellaan kuuluvan korostuneen kilpailunhalun, tunne-elämän kylmyyden, itsekontrollin, kovuuden, taipumuksen etsiä seikkailuja ja tappeluja sekä vallanhalun. Stereotyyppisesti aggressiivisuus, itsenäisyys, järkiperäinen ajattelu, aktiivisuus, älykkyys ja voimakkuus ovat miehisiä ominaisuuksia. (Jokinen 2000, 209-210.) Muita miesmaskuliinisuuden ihanteita ovat nuoruus, täydellisyyden lähentelevyys, seksuaalinen houkuttelevuus, komeus, siisteys ja lihaksikkuus (Rossi 2003, 43).

Nykyajan miesihanteeseen yhdistetään ultramaskuliinisuus, jonka hallitseva piirre on atleettinen olemus. Mainoksiin valitaan miehiä, joiden ulkomuoto ja erityisesti kasvot edustavat hyvin miehekkyyttä, esimerkiksi leuka on monesti miesmalleilla voimakas ja kulmikas. Suomalaisessa televisiomainonnassa ha-

lun kohteeksi tarkoitettu ihannemies esitetään usein atleettisena ja ruumis jos-sain määrin paljastettuna, jotta selvästi piirtyvät lihakset pääsisivät esiin. Jos-kus kasvot jätetään kokonaan kuvaamatta, koska halutaan katsojan kiinnittä-vän huomionsa miesmallin lihaksikkaaseen vartaloon. (Rossi 2003, 43, 100.)

Miehen asema on alkanut muuttua, mikä näkyy muun muassa siinä, että mie-het ovat alkaneet haluta osallistua lastensa hoitoon. Nuoret miehet ovat myös alkaneet ilmaista itseään pukeutumisella ja seuraamalla muotia, mikä on alkua perinteisen mieskäsitteiden muutokselle. (Koivula 2008, 2453-2454.)

9 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Carlatin, Camargonin ja Herzogin (1997) tutkimus pyrki löytämään syömishäiriöistä kärsiville miehille tyypillisiä ominaisuuksia. Yhdysvaltalaisen Mas-sachusettsissa, Bostonissa, sijaitsevan sairaalan ja kolmen sen yhteydessä toimivan klinikan potilaista he löysivät 135 miestä, jotka kärsivät syömishäiriöistä. 46 % sairasti bulimiam, 22 % anoreksiaa ja 32 % tarkemmin määrittämätöntä syömishäiriötä. 42 % bulimisista potilaista oli homoseksuaaleja tai biseksuaaleja, 58 % anorektisista potilaista ei osoittanut minkäänlaista seksuaalista kiinnostusta. 54 %lla esiintyi lisäksi masennusta, 37 %lla päihteiden väärinkäyttöä ja 26 %lla persoonallisuushäiriötä. 29 %n perhehistoriassa esiintyi affektiivista häiriötä ja 37 %n perhehistoriassa alkoholismia.

Feldmanin ja Meyerin (2007) tekemän tutkimuksen mukaan homo- ja biseksuaalisilla miehillä sairastuvuus syömishäiriöihin on suurempaa kuin heteroseksuaalisilla miehillä. Naisten kohdalla seksuaalinen suuntautuneisuus ei näyttänyt olevan yhteydessä syömishäiriöihin sairastuvuuteen. Seksuaalisen suuntautumisen yhteyttä miesten syömishäiriöihin sairastuvuuteen ei tiedetä varmasti, mutta syyksi on epäilty muun muassa homokulttuurin ja -yhteisön miehille luomia ulkonäköpaineita. (Feldman ym. 2007, 5-6.)

Austinin, Hainesin ja Veugelersin (2009) tutkimus käsitteli BMI:n suhdetta tyytyväisyyteen omaa kehoa kohtaan. Tutkimukseen osallistui 2159 tyttöä ja 2095 poikaa. Lapset olivat 10-11-vuotiaita. Tyttöillä normaalipainoisista, ylipainoisista ja liikalihavista kehoonsa oli tyytymättömiä 5,7 %, 10,4 % ja 13,1 %. Pojilla vastaavat luvut olivat 7,6 %, 8,4 % ja 8,1 %.

Erään koulukyselyn perusteella 14-16-vuotiaista 46 % tytöistä ja 34 % pojista ei ollut tyytyväisiä painoonsa. Normaalipainoisista, mutta painoonsa tyytymättömistä tytöistä 81 % ja pojista 48 % ajatteli olevansa ylipainoisia. (Keski-Rahkonen 2004, 16-17.)

BMI:n yhteydestä tyytyväisyyteen omaa kehoa kohtaan on tehty paljon tutkimusta aikuisten ja nuorten sekä tyttöjen kohdalla. Poikien kohdalla tästä yhteydestä ei kuitenkaan tiedetä paljoa. Austinin, Hainesin ja Veugelersin (2009) tutkimuksesta ilmeni tyytymättömyyttä kehoon esiintyvän enemmän

niillä pojilla, joilla BMI oli matala tai korkea kuin normaalipainoisilla pojilla. Tytöillä tyytymättömyys kehoon lisääntyi BMI:n myötä, mutta pojilla tyytymättömyyttä havainnollistava käyrä muodosti U-kuvion. Sekä ali- että ylipainoiset pojat olivat tyytymättömämpiä kehoonsa kuin normaalipainoiset pojat. Pojilla tämä tyytymättömyys viittaa todennäköisesti kulttuuriseen käsitykseen siitä, että miehen kuuluisi olla lihaksikas.

10 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä elämäntapahtumat syömishäiriöön sairastuneiden poikien ja miesten elämässä ovat heidän mielestään olleet merkittäviä heidän sairastumisen kannalta. Toinen tavoite on saada selville, mitä sairastuminen merkitsee heidän mielestään heidän miehille identiteetilleen.

Opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Mitkä elämäntapahtumat ovat syömishäiriöön sairastuneiden poikien ja miesten näkökulmasta olleet merkittäviä heidän sairastumisensa kannalta?
2. Millaista merkitystä syömishäiriöön sairastuneet pojat ja miehet kokevat sairautellaan olevan miehille identiteetilleen?

11 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

11.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus suosii ihmistä tiedon lähteenä, koska menetelmän tarkoituksena on todellisuuden ja todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuuden monimuotoisuuden vuoksi tutkittavaa kohdetta on pyrittävä katsomaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161-164.) Vilkan (2005) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää totuuksia tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmällä kerätään ihmisten kuvailemia kokemuksia ja käsityksiä, joiden perusteella voidaan muodostaa erilaisia malleja tai kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan taas sekä laadullinen että määrällinen tutkimus pyrkivät selvittämään totuutta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja jäsentämään totuutta paremmin hallittavaan muotoon.

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä

menetelmiä voi tosin käyttää myös kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa käytettävä kirjallinen aineisto voidaan jakaa yksityisiin dokumentteihin, kuten päiväkirjoihin ja puheisiin tai joukkotiedotuksen tuotteisiin, kuten mielipidekirjoituksiin ja tv-ohjelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 84.)

Tutkimusjoukon valinnassa ei käytetä satunnaisotantaa vaan tutkittavien valinta on tarkoituksenmukaista (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kylmä ym. 2007, 26). Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on hyvä valita sellaisia henkilöitä, joilta todella voidaan saada aineistoa tutkimukseen. Tutkimusjoukko voi koostua vain muutamasta henkilöstä eikä siksi ole järkeä pyytää satunnaisia ihmisiä osallistumaan tutkimukseen. Aineisto voi kutistua olemattoman pieneksi, jos vastaajien joukossa on parikin tutkimuksen kannalta käyttökelvotonta vastausta.

Tutkimustulokset eivät muodosta puhtaasti objektiivista tietoa, koska tutkija on itse luonut tutkimusasetelman ja tulkinnut sitä omista lähtökohdistaan (Tuomi ym. 2009, 20). Kvalitatiivisen tutkimuksen ongelmia ovat tutkijan subjektiivisten näkemysten vaikutus tutkimukseen sekä tutkimustuloksen rajoittuminen tiettyyn aikaan ja paikkaan. Laadullisen tutkimuksen kautta saatu tieto koostuu siksi sekä tutkittavien näkökulmasta että myös tutkijan aineistosta tekemistä havainnoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 161, 164).

Laadullista tutkimusta käytetään yleensä silloin, kun tutkimusaiheesta on vähän tutkimustietoa. Tarkoituksena on tällöin tuottaa uutta teoriaa tai tietoa. (Kylmä ym. 2007, 30.) Poikien ja miesten syömishäiriöistä ei ole paljoa tutkittua tietoa. Vierasmaalaisia tutkimuksia löytyy jonkin verran ja muutama suomalainenkin tutkimus aiheeseen liittyen on. Tietoa saisi kuitenkin olla enemmän, koska miesten syömishäiriöitä ei tunnusteta riittävän hyvin eivätkä he hakeudu herkästi hoitoon (Cacciatore ym. 2008, 238; Mitä syömishäiriöt ovat? 2008, 19, 22; Kolho ym. 2007, 770; Raevuori ym. 2007, 1588; Peixoto Labre 2002, 236).

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää uusia tosiasioita enemmän kuin vahvistaa aikaisempaa tietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Tarkoituksenani on saada tutkittavilta kokemusperäistä tietoa ja selvittää heidän käsityksiään sairaudestaan. Aikaisempaa tietoa on tästä aiheesta vähän. Siksi haluan lisätä tietoa. Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on testata jo olemassa olevaa teoriaa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Opinnäytetyöni aiheesta on vähän aikaisempia teorioita ja suurin osa niistä on eri tutkijoiden tekemiä arveluita. Määrälliseen tutkimukseen tarvittaisiin lisäksi paljon vastaajia, mutta syömishäiriötä sairastavia poikia ja miehiä on vähän suhteessa sairastaviin tyttöihin ja naisiin. Siksi mieshenkilöiden tavoittaminen on vaikeampaa tyttöihin ja naisiin verrattuna. Opinnäytetyöni aihe soveltuu näistä syistä johdettua paremmin laadulliseen tutkimukseen kuin määrälliseen tutkimukseen.

11.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruutavaksi valikoitui kysely, jossa oli kaksi avointa kysymystä. Avoimeen kysymykseen ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan kysymyksen jälkeen on annettu tilaa vapaamuotoiseen vastaamiseen (Hirsjärvi ym. 2009, 198). Koska halusin saada kokemuseräistä tietoa syömishäiriöön sairastuneilta pojilta ja miehiltä, kyselylomake oli narratiivisessa muodossa eli vastaajien oli tarkoitus kirjoittaa vastauksensa tarinana. Tämän vuoksi muotoilin avoimet kysymykset valmiiksi aloituksiksi, joiden tarkoituksena oli johdattaa vastaajat kirjoittamaan tutkittavasta aiheesta.

Valmiita aloituksia muokatessani yritin saada niistä mahdollisimman selkeitä ja välttää monitulkintaisia ilmaisuja. Lomakehaastattelun yksi ongelma on siinä, että tutkijan laatimilla kysymyksillä pitäisi olla sama merkitys kaikille vastaajille (Hirsjärvi ym. 1995, 29). Testasin kyselyni kolmella nuorella miehellä, joiden jokaisen kanssa keskustelin kahden kesken valmiiden aloitusten merkityksistä sekä kyselyn ja saatekirjeen muodosta. Heiltä saamani palautteen mukaan vastaamisesta piti tehdä mahdollisimman helppoa. Kaikki kolme tulivat siihen tulokseen, että miehistä identiteettiä koskevaan kysymykseen oli helpompi vastata apukysymysten avulla, joten lisäsin niitä kysymyksen yhteyteen.

Toinen vaihtoehto aineistonkeruuseen oli haastattelu. Haastattelu voidaan määritellä ennalta suunnitelluksi päämäärähakuiseksi toiminnaksi, koska siinä pyritään keräämään tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 42). Kieltäytymisprosentti on haastattelututkimuksessa pienempi kuin kyselylomaketutkimuksessa, jolloin aineistonkeruussa saavutetaan parempi edustavuus. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 15.) Opinnäytetyöni aiheen arkaluontoisuuden vuoksi uskoin kuitenkin kyselyn olevan parempi ensisijaisena aineistonkeruumenetelmänä. Poikien ja miesten ei ole helppoa kertoa syömishäiriöön sairastumisestaan, minkä vuoksi en kokenut haastattelun sopivan ainoaksi aineistonkeruumenetelmäksi. Joillekin haastattelu voi kuitenkin olla helpompi tapa kertoa omasta sairaudestaan, joten ajatuksena oli järjestää vastaajille mahdollisuus myös haastatteluun. Tästä mahdollisuudesta vastaajia tiedotettiin kyselyn yhteydessä.

Haastattelu on menetelmänä joustavampi kuin kyselylomake, koska haastateltavalla on mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä haastattelun aikana. Haastattelussa on suuremmat mahdollisuudet motivoida tutkittavia kuin kyselylomaketutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 1995, 15-16.) Alun perin oli tarkoitus myös haastatella vapaaehtoisia, kyselyyni vastanneita mieshenkilöitä. Haastattelu-
jen ideana oli tarkentaa kirjallisena saatuja vastauksia, mikäli ne olivat suppeita. Kyselyni lopussa ilmoitin, että vastaajat voivat ilmaista vapaaehtoisuutensa haastatteluun palautetun kyselyn mukana ja otan heihin yhteyttä jälkeempään haastatteluajan sopimiseksi.

Syömishäiriöitä sairastavia miehiä on huomattavasti vähemmän kuin naisia, joten tein paljon alustavia kyselyitä syömishäiriöistä kärsivien kanssa työskenteleville yhdistyksille, liitoille ja hoitopaikoille. Kartoitin aluksi, onko kyseisissä paikoissa miesjäseniä tai -asiakkaita ja olisiko heille mahdollista jakaa tekemääni kyselyä. Osa mahdollisista yhteistyötasoista kieltäytyi heti, osa jätti vastaamatta yhteydenottopyyntöihini ja osassa ei ollut miesasiakkaita. Eräässä yhdistyksessä oltiin heti kiinnostuneita opinnäytetyöni aiheesta ja heidän yhteyshenkilönsä ilmoitti olevansa vapaaehtoinen jakamaan yhdistyksen jäsenille tekemääni kyselyä. En mainitse yhdistyksen nimeä suojellakseni opinnäytetyöhöni osallistuneiden anonymiteettiä. Kyseisen yhdistys jakaa tietoa syömishäiriöistä sekä järjestää tukitoimintaa niin sairastuneille kuin heidän omaisilleen. Jäseninä on syömishäiriöön sairastuneita ja heidän omaisiaan sekä yhdistyksen toimintaa tukevia henkilöitä. Tein kirjallisen sopimuksen yhteistyöstä yhteyshenkilön kanssa ja sovimme kyselyni eteenpäin jakamispäivästä. Yhdistys lupasi avata yhteyslinkin kyselyyni myös kotisivuillensa.

Tekemäni kaksisivuinen kyselylomake sekä saatekirje lähetettiin kaikille yhdistyksen jäsenille yhteissähköpostin välityksellä 7.6.2010. Yhdistyksen kotisivuille yhteyslinkki avautui samana päivänä. Vastausaikaa oli 29.6.2010 asti. Kysely lähetettiin sähköpostilla, koska yhdistyksen yhteyshenkilöni ilmoitti, ettei heillä ole resursseja postittaa kyselyäni kirjemuodossa yhdistyksensä mieshenkilöille. Annoin vastaajille kuitenkin mahdollisuuden vastata minulle kirjeitse, mikäli sähköposti ei tuntunut tarpeeksi turvalliselta vaihtoehdolta.

Minulle palautui yksi täytetty kysely, jossa vastaaja ilmoitti olevansa vapaaehtoinen haastateltavaksi. Palautunut vastaus oli hyvin laadittu ja vastasi kumpaankin avoimeen kysymykseen selkeästi ja monipuolisesti. Tämä sai minut pohtimaan haastattelun tarpeellisuutta. Haastattelemalla vastaajaa en olisi saanut tutkimuskysymyksiini uusia vastauksia vaan olisin saanut tietooni ainoastaan yksityiskohtia, jotka olisivat karsiutuneet pois aineistoa analysoidessa. Tästä päätin, että aineiston analyysin tulokset pysyisivät ennallaan vaikka haastattelua ei tehtäisikään. Minulla ei ollut lisäkysymyksiä vastaajalle vaan kaikki tarvittava oli tullut esille jo kyselyssä. Sairastumisen kannalta merkittävät elämäntapahtumat ja sairastumisen merkitys miehelle identiteetille tulivat esille vastauksessa ja ne oli kirjoitettu auki sujuvasti.

Lisäksi mietin tietojen tarkentamisen haastattelulla voivan vaarantaa vastaajan anonymiteetin. Haastatteluilla ei voida taata haastatelluille samaa anonymiteettiä kuin kyselylomakkeilla (Hirsjärvi ym. 1995, 16). Haastattelussa olisin tavannut henkilökohtaisesti vastaajani, mutta mielestäni suurempi ongelma olisi ollut, että tietojen tarkennus olisi voinut paljastaa hänen henkilöllisyytensä. Anonymiteetin suojelemiseen liittyvien syiden lisäksi haastattelun pitäminen herkästä aiheesta mietitytti. Haastattelu on kyselyä vaativampi aineistonkeruumuoto tutkijalle ja edellyttää haastattelijakoulutusta (Hirsjärvi ym. 1995, 16). En ole kokenut haastattelijaa ja haastatteluni aihe olisi ollut arkaluonteinen. Koska en olisi saanut haastattelulla uutta tietoa tutkimistani aiheista, koin haastattelun tarpeettomaksi kyseisen vastaajan tapauksessa. Siksi ilmoitin vas-

taajalleni, etten järjestä haastatteluja. Kiitin häntä osallistumisesta ja kerroin jatkavani aineistonkeruuta vielä kyselyn avulla.

Postitse lähetettyjen kyselyiden vastausprosentit jäivät monesti pieniksi (McNeil & Chapman 2006, 51). Koska kyselyyni oli tullut vain yksi vastaus, yritin saada aineistoa vielä lisää. Yhdistys, josta olin aineistoa saanut, oli kertonut aineistonkeruusta jo sivuillaan ja sähköpostitse, joten aloin etsiä uusia yhteistyökumppaneita muista yhdistyksistä, liitoista ja hoitopaikoista. Olin yrittänyt ottaa yhteyttä jo aikaisemmin keväällä näihin paikkoihin, mutta päätin yrittää uudestaan. Jatkoin uusien yhteistyötahojen etsimistä sähköpostitse ja puhelimitse kesä-heinäkuun ajan, mutta yksikään niistä ei ollut kiinnostunut yhteistyöstä.

11.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, joka soveltuu hyvin laadulliseen tutkimukseen. Sen avulla voidaan analysoida kuultujen, nähtyjen ja kirjoitettujen aineistojen sisältöä. (Tuomi ym. 2009, 91; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23.) Menetelmällä pyritään tiivistämään aineistoa niin, että siitä tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Tavoitteena on saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeämmin esille ja löytää aineistosta ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. Analyysiä tehdessä on tärkeää erotella aineistosta erilaisuudet ja samanlaisuudet. (Latvala ym. 2003, 21-23.)

Sisällönanalyysi koostuu useasta vaiheesta. Aluksi tutkittavasta aineistosta valitaan kiinnostavat asiat. Sen jälkeen aineisto käydään läpi ja erotellaan sieltä osat, jotka vastaavat tutkimuksen aiheeseen sekä tutkimuskysymyksiin. Analysointivaiheessa aineistosta voi nousta esiin myös tutkimuksen ulkopuolisia, kiinnostavia asioita. Uusia mielenkiinnonkohteita varten tarvitaan kuitenkin uusi tutkimus. Siksi kaikki tutkimukseen kuulumaton turha tieto on jätettävä tässä vaiheessa pois. Erotellut aineiston osat kootaan yhteen ja ne luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitellään kokonaisuudeksi. Lopuksi havainnoista kirjoitetaan yhteenveto. Tässä vaiheessa kannattaa viimeistään päättää, hakeeko aineistosta samanlaisuutta vai erilaisuutta. (Tuomi ym. 2009, 92-93.)

Laadullinen sisällönanalyysi jaetaan induktiiviseen ja deduktiiviseen sisällönanalyysiin. Induktiivisessa analyysissä tutkimuksen päälogiikka etenee yksittäisestä yleiseen ja deduktiivisessa vastaavasti yleisestä yksittäiseen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä päättely on aineistolähtöistä ja aineistosta pyritään saamaan yksinkertaistettu teoreettinen kokonaiskuva. (Tuomi ym. 2009, 95; Kylmä ym. 2007, 22-23.) Deduktiivinen päättely on teorialähtöistä ja siinä edetään yleisestä kuvauksesta yksittäisiin tapauksiin (Kylmä ym. 2007, 23). Opinnäytetyössäni tutkimuskysymykset ovat nousseet keräämäni teorialiedon pohjalta. Pyrin saamastani aineistosta löytämään erilaisuuksia tai yhtäläisyyk-

siä suhteessa keräämääni teoriatietoon. Siksi käytän deduktiivista sisällönanalyysiä.

Kokonaisuudessaan aineistoa oli rivivälillä 1 kirjoitettuna, kappalejaoilla välilyönnit mukaan luettuna yhteensä 8286 merkkiä. Fonttina oli Times New Roman ja fonttikokona 12. Sivuna aineistoa oli kokonaisuudessaan 2 sivua. Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen aineistoa tuli 4574 merkkiä ja se ulottui kolmen rivin verran toiselle sivulle. Toiseen kysymykseen aineistoa tuli 3712 merkkiä eli kuusi riviä vajaa sivu.

Aloitin analyysin lukemalla keräämäni aineiston useaan kertaan läpi ajan kanssa. Sen jälkeen keskityin yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan. Luin ja perehdyin kummankin valmiin aloituksen jälkeiseen tarinaan erikseen. Poimin aineistosta virkkeitä tai lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseeni ja siirsin ne omaan Word-tiedostoonsa. Tämän jälkeen pelkistin ne. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostui alaluokkia, jotka yhdistin yläluokiksi teoriatiedon avulla. Yläluokista muodostin edelleen pääluokan. Tein kummankin tutkimuskysymyksen analyysistä omat kaavionsa, jotka löytyvät kohdasta Tulokset.

12 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

12.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöni luotettavuuteen olen panostanut valitsemalla lähdemateriaaliini kriittisesti sekä perehtymällä niihin huolellisesti. Lähteiksi olen kelpuuttanut pääasiassa 2000-luvun puolella julkaistuja artikkeleita ja hoitotieteellisiä, käyttäytymistieteellisiä sekä lääketieteellisiä tekstejä. Olen myös pyrkinyt käyttämään referee-julkaisuja.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sen mittaustulosten toistettavuuden kautta, jolloin puhutaan tutkimuksen reliabeliudesta. Toisin sanottuna tutkimustulosten sattumanvaraisuus pyritään poistamaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.) Jokainen laadullinen tutkimus on ainutkertainen eikä siten siirrettävissä toiseen kontekstiin, koska tutkimuksen tulkinta on aina tutkijan persoonallisuuden sävyttämä ja siihen vaikuttavat hänen tunteensa ja intuiionsa (Nieminen 1997, 215). Silti jokaisella tutkimuksella pitäisi olla jonkinlainen käytännön toistettavuus. Ilman toistettavuutta tutkimuksella ei ole painoa alansa tutkimuskentässä. Toistettavuus tarkoittaa tutkijan kykyä esittää tutkimusprosessinsa niin, että muut voivat ymmärtää hänen tutkimuksensa ytimen. Silloin muut tutkijat voivat samoja tulkintasääntöjä noudattaen löytää myös tutkijan alkuperäisen tulkinnan. (Vilka 2005, 159-160.) Olen pyrkinyt kuvaamaan opinnäytetyöni työvaiheet mahdollisimman tarkasti, jotta kuvausten perusteella olisi mahdollista hahmottaa opinnäytetyöprosessin kulku.

Tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettia arvioidaan miettimällä, soveltuuko tutkimusmenetelmä tutkimukseen. Näin varmistetaan menetelmien vastaavan sitä todellisuutta, jota tutkija luulee tutkivansa. Joskus esimerkiksi tutkittavat voivat käsittää kyselylomakkeen kysymykset toisin kuin tutkija on ne tarkoittanut, jolloin kyselylomake ei enää mitatakaan alkuperäistä tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Kyselyni tulkinnanvaraisuudet minimoin pyytämällä ennen aineistonkeruun aloittamista palautetta kyselystäni kolmelta mieshenkilöltä. Pyysin heiltä parannusehdotuksia kyselyn mukana lähetetyn saatekirjeen sisältöön ja ulkoasuun. Lisäksi annoin heidän kertoa, miten he ymmärsivät kyselyn avoimet kysymykset.

Kahdenkeskisissä keskusteluissa kaikki kolme palautetta antanutta miestä toivoivat apukysymyksiä kyselyn miehistä identiteettiä käsittelevään osioon, koska vastaaminen ilman apukysymyksiä tuntui vaikealta. Apukysymysten lisääminen ei ollut helppo päätös, koska pelkäsin niiden johdattelevan vastaajia liikaa. Muotoilin apukysymykset kyselylomakkeen toisen avoimen kysymyksen loppuun ja pyrin ilmaisemaan ne mahdollisimman neutraalisti. Apujen antamisen suurin vaara oli mielestäni se, että niiden perusteella vastaajat olisivat voineet pyrkiä antamaan sellaisia vastauksia, joita uskoivat minun etsivän. Toisaalta tutkimuksen luotettavuus olisi vähentynyt myös siksi, etteivät vastaajat ymmärtäneet kysymystä oikein.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti tutkimusaineiston ja tutkimuksen tarkoituksen yhteensopivuus (Vilkkä 2005, 158). Validiteettiongelmia voi syntyä, mikäli tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, aineiston keräämisessä on puutteita tai aineisto ei ole edustava. Ongelmat tutkimuksen reliabiliteetissa johtuvat analyysissa tehdyistä koodausvirheistä, muutoksista koodaustavassa tai virhetulkinnoista. (Nieminen 1997, 215.) Keräämäni aineisto oli edustava, koska se vastasi tutkimuskysymyksiini. Aineiston vähyys heikensi tutkimukseni luotettavuutta ja siksi yritin jatkaa aineistonkeruuta kahden kuukauden ajan. Se ei kuitenkaan onnistunut, koska uusia yhteistyökumppaneita ei löytynyt. Kesä ajankohtana ei ollut paras vaihtoehto toteuttaa aineistonkeruuta yhdistysten, liittojen ja hoitopaikkojen kesälomien vuoksi. Omaa aikatauluani taas en voinut opintojen ja töiden vuoksi siirtää.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on paljon riippuvaista itse tutkijasta – miten hyvin ja rehellisesti hän on osannut tutkimusprosessinsa kuvata ja toteuttaa. Henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset sekä niihin liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus ovat tärkeitä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Tutkimuksessa tehtyjen päätösten merkitys on myös suuri. Tutkijan täytyy pystyä tutkimuksessaan perustelemaan, mistä vaihtoehtoista hän on oman valintansa tehnyt, mitä nämä ratkaisut olivat ja kuinka hän päätyi lopulliseen ratkaisuunsa. Tutkijan on lisäksi arvioitava ratkaisujen toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta hänen tutkimuksensa tavoitteiden kannalta. Olennaista on myös dokumentoida tutkimukseen, miten tutkija on päättänyt tulkitsemaan tutkimusmateriaalia niin kuin on sen tehnyt. (Hirsjärvi

ym. 2009, 232-233; Vilkka 2005, 158-159.) Olen kuvannut opinnäytetyöni etenemistä mahdollisimman tarkasti. Aineistonkeruusta ja sen vaiheista olen kertonut kohdassa Aineistonkeruu. Tarkempi kuvaus tekemästani analyysistä on kohdassa Sisällönanalyysi. Tutkimustuloksista ja perusteistani luokituksille olen kertonut kohdassa Tulokset. Myös tekemäni päätökset olen perustellusti kuvannut opinnäytteessäni.

Tutkimuksen objektiivisuuteen kuuluu keskeisesti puolueettomuusnäkökulma sekä havaintojen luotettavuus (Tuomi ym. 2009, 135-136). Puolueettomuusnäkökulma on oleellinen osa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen pitäisi olla arvovapaata, mutta arvot vaikuttavat kuitenkin tutkijan tutkimuksessa tekemiin valintoihin. Arvovapaa tutkimus on siksi määritelty niin, että tutkija dokumentoi tutkimusprosessiin vaikuttaneet arvonsa avoimesti ja näin tekee kaikki tutkimuksensa alueet läpinäkyviksi. Tämä taas on yhteydessä tutkimuksen eettisyyteen. (Vilkka 2005, 160.) Olen kuvannut opinnäytetyön tekoprosessissa tekemiäni valintoja ja perustellut, miksi olen päätenyt tiettyihin ratkaisuihin. Tässä työssä merkittävä arvo on ollut pyrkimykseni saada poikien ja miesten syömishäiriöitä enemmän esille, jotta heidän mahdollisuutensa saada parempaa hoitoa ja ymmärrystä paranisivat. Minulle on siksi hyvin tärkeää tuottaa tietoa, joka on luotettavaa ja eikä riko tutkimuksen tekemisen eettisiä ohjeita vastaan.

12.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen tuloksilla on yhteys eettisiin valintoihin, mutta eettiset kannat vaikuttavat tutkimuksissa tehtäviin valintoihin (Tuomi ym. 2009, 125). Tutkimukseen vaikuttavat arvot näkyvät jo tutkimuskohdetta ja – kysymyksiä valittaessa. Tämä pätee myös tutkimuksen näkökulmarajaukseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Laadullisen tutkimuksen aihepiirit ovat yleensä hyvin henkilökohtaisia, minkä vuoksi tutkimuksen eettisyys nousee erittäin tärkeään asemaan (Kylmä ym. 2007, 20). Poikien ja miesten syömishäiriöt ovat arka aihe sairastuneille itselleen eikä niistä ole helppoa kertoa. Siksi olen pyrkinyt kiinnittämään huomiota erityisesti opinnäytetyöni eettisyyteen. Anonymiteetin suojeleminen on ollut keskeisin eettinen arvo työssäni, koska olen valinnut sairastuneiden näkökulman opinnäytteeni aiheeseen.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyvät ominaisuudet voidaan jakaa kahteen ryhmään, joista toisen ovat muodostaneet tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät säännöt. Toisen puolen muodostavat tutkijan vastuuta tutkimustulosten soveltamisesta määrittävät säännöt. Eettisten kysymysten merkitys on suuri hoito-, lääke-, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä eli niillä tieteenalueilla, joissa tutkimuskohteena on ihminen ja inhimillinen toiminta. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.)

Vastuu tutkimuksen eettisyydestä on tutkijalla itsellään. Hänen on tunnettava tutkimusta koskevat eettiset periaatteet sekä toimittava niiden mukaisesti. Hy-

vää tieteellistä käytäntöä noudattamalla saadaan aikaan eettisesti hyvä tutkimus. (Hirsjärvi, ym. 2009, 23.) Tutkija ei saa siis vähätellä muiden tutkijoiden osuutta omassa julkaisussaan, viitata puutteellisesti aikaisempiin tutkimustuloksiin, raportoida tutkimustuloksia - ja menetelmiä puutteellisesti ja harhaanjohtavasti, kirjata tai säilyttää tutkimustuloksia puutteellisesti sekä julkaista samoja tietoja useita kertoja esittäen ne jatkuvasti uusina. Tietenkin myös plagiointi ja itse keksityt tai vääristellyt havainnot ovat hyvän tieteellisen käytännön ulkopuolella. (Tuomi ym. 2009, 132-133; Hirsjärvi ym. 2009, 26-27 ; Vilka 2005, 30-31.) Tutustuin ennen aineistonkeruun aloittamista tutkimuksen eettisyyttä ja laatua käsitteleviin teoksiin, jotta osaisin toteuttaa opinnäytetyöni tutkimusosuuden oikein. Olen merkinnyt huolellisesti kaikki lähdeviitteet opinnäytetyöhöni ja kirjoittanut teoriaan mukaan kaikki oleelliset tiedot niistä tutkimuksista, joita olen tuonut esiin.

Tutkimuksen eettisyyttä ei voida täysin erottaa tutkimuksen luotettavuudesta, koska eettisyys on oleellinen osa tutkimuksen laatua. Hyvän ja laadukkaan tutkimuksen perustana ovat eettiset lähtökohdat sekä tutkijan rehellisyys ja avoimuus. (Tuomi ym. 2009, 127; Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.) Tutkija on vastuussa siitä, mitä tietoja hän käyttää tutkimuksessaan. Raportissa ei kuitenkaan saa paljastaa tietoja, jotka saattaisivat aiheuttaa vaikeuksia tutkittaville. Laadullisessa tutkimuksessa saatetaan tutkittava materiaali kerätä pieneltä, yhdestä paikasta olevalta joukolta, mikä lisää tunnistettavuusriskiä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-29, 31.) Tämän vuoksi olen jättänyt mainitsematta yhteistyökumppanini nimen. Olen myös hyvin varovaisesti liittänyt mukaan suoria lainauksia keräämästäni aineistosta, jotta vastaajani anonymiteetti säilyisi. Vaikka yhteistyökumppanin nimen paljastamatta jättäminen vähentää tutkimuksen avoimuutta, on mielestäni ollut tärkeämpää suojella vastaajaa.

Ihmisarvon kunnioittamisen tulisi olla tutkimuksen perustana (Hirsjärvi, ym. 2009, 25). Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa nousee esiin kysymyksiä, kuten esimerkiksi mitä ilmiöitä saa tutkia ja millä tavalla. Tällöin täytyy miettiä myös tutkimuksen aiheuttamien hyötyjen ja haittojen välistä suhdetta. Tutkimuksesta aiheutuvien hyötyjen tulisi olla reilusti suurempia kuin haittojen. (Tuomi ym. 2009, 126; Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Koin kyselyn jakamisen tuovan mukanaan enemmän etuja kuin haittoja. Tarkoituksena oli lisätä tietoa poikien ja miesten syömishäiriöistä, mikä on eduksi sairastuneille itselleen. Lisäksi sairastumisestaan kirjoittaminen voi olla joillekin ihmisille jopa terapeuttilinen kokemus. He saattavat kokea tekevänsä jotain merkittävää muiden sairastuneiden hyväksi kertomalla omista kokemuksistaan.

On tarkkaan harkittava, kuinka paljon tutkittavien elämään voidaan puuttua ja voiko tutkimus vaikuttaa heidän mielenterveyteensä tai itsetuntoonsa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Koska opinnäytetyöni aihe on arka, en lähettänyt muistutusta yhteistyökumppanini kautta vastaajille. Kyseinen yhdistys oli kuitenkin ilmoittanut kyselystäni myös kotisivuillaan, joten tieto oli vastaajien saatavilla koko ajan henkilökohtaisen sähköpostiviestin lisäksi. Mielenterveyshäiriöt ovat sairastuneille monesti häpeänaiheita enkä siksi halunnut painos-

taa ketään vastaamaan kyselyyni lähettämällä muistutuksia toistuvasti. Uskon, että vastaamatta jättäneet olivat harkinneet ratkaisuaan ja jättäytyivät tarkoituksella pois. Sairastuminen on voinut olla niin tuore ja kipeä asia, ettei siitä halua kertoa.

Tutkittavia pyritään suojelemaan varmistamalla heidän tietävän tutkimuksen rajoituksista, mahdollisista siihen liittyvistä riskeistä sekä mahdollisesti siitä saatavasta hyödystä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Kyselyn mukana lähetin vastaajille saatekirjeen, jossa kerroin opinnäytetyöni aiheesta sekä sen tavoitteista. Kerroin, että poikien ja miesten syömishäiriöistä on olemassa vähän tietoa ja päämääräni on lisätä sitä opinnäytteen avulla. Vastaajille riskitekijänä voidaan pitää sitä, sain tietää sähköpostilla tulleiden vastausten kautta heidän yhteystietojaan. Ilmoitin kuitenkin, poistavani nämä yhteystiedot. Omat yhteystietoni olivat saatekirjeessä, jotta vastaajille jäi mahdollisuus ottaa yhteyttä minuun ja kysyä lisätietoja tarvittaessa.

Tutkittaville on selvitettävä tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja oman osallistumisensa saa keskeyttää milloin vain. Myös anonymiteettiin liittyvät yksityiskohdat kerrotaan. Tutkimuksesta ei saa aiheutua minkäänlaisia fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia vahinkoa ja tutkittavilla on oikeus tietää mitä heille tapahtuu, jos he päättävät osallistua tutkimukseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Saatekirjeessä kerroin vastaamisen olevan vapaaehtoista. Lupasin hävittää kaikki tietooni tulleet vastaajien yhteystiedot ja näin myös toimin. Lupasin olla mainitsematta opinnäytetyössäni tietoja, joiden perusteella vastaajat olisivat tunnistettavissa. Olen käyttänyt suoria lainauksia saamastani aineistosta harkiten tunnistettavuuden estämiseksi.

Tutkimuksesta tulee antaa tutkittaville riittävästi tietoa. Tietoa ei saa antaa kuitenkaan siinä määrin, että se vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 30.) Kyselyni toisen avoimen kysymyksen apukysymysten kanssa mietin pitkään, pitäisikö niitä liittää mukaan ollenkaan. Tosin kyselyäni testanneet olivat ehdottomasti sitä mieltä, että apukysymykset olivat tarpeen. Pysin toteuttamaan apukysymykset mahdollisimman puolueettomasti ja muotoilin ne siten, etteivät ne ohjailisi vastaajia. Tosin koko miehistä identiteettiä käsittelevä kysymykseni on mahdollisesti viestinyt ennakkoletustani siitä, että syömishäiriö miehellä vähentää hänen miehisyiden kokemuksiaan. En silti oleta, että palautetut vastaukset olisi laadittu minua miellyttäväksi. Se tarkoittaisi ongelmaa tutkimuksen luotettavuudenkin kannalta. Tämä mahdollisuus on kuitenkin otettava huomioon.

Tutkimuksen tekoon tarvittavat luvat on hankittava asiaankuuluvasti ja monesti lupalomakkeet liitetään tutkimusraporttiin liitteeksi (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-29). Tutkimusluvan pyysin kirjallisena yhdistyksen yhteyshenkilöltäni kyselyn jaon yhteydessä. Allekirjoitin kolme samanlaista lupalomaketta 2.6.2010 ohjaavan opettajani kanssa ja lähetin ne postitse yhdistyksen yhteyshenkilöni allekirjoitettavaksi. Yhteyshenkilölle jäi yksi lomake ja loput kaksi palautuivat minulle ja ohjaavalle opettajalle. Lupalomakkeen

kopiota ei ole opinnäytetyöni liitteissä, koska se paljastaisi aineistonkeruupaikan ja yhteyshenkilön nimen. Liitteenä ovat kuitenkin saatekirje (liite 1) ja kysely (liite 2). Kaikista näistä on poistettu yhteistyökumppanini tiedot vastaajan suojelemiseksi.

13 TULOKSET

13.1 Sairastumisen kannalta merkittävät elämäntapahtumat

Analyysin tuloksena päällimmäiseksi nousi kolme elämäntapahtumaa, jotka osaltaan myötävaikuttivat syömishäiriön puhkeamiseen. Näitä olivat ”kroonisen sairauden puhkeaminen”, ”terveydenhuollon ammattihenkilön huomautus painosta” ja ”koettu lahjattomuus liikunnassa”. Analyysissa alaluokiksi elämäntapahtumien pohjalta muodostuivat elämäntapojen tarkkailu välttämättömyyttä, halu noudattaa hoitohenkilökunnan ohjeita tarkasti, huomion keskittymisen painoon, tarve kohottaa kuntoa, halu vahvistua, halu menestyä liikunnassa, halu kohottaa kuntoa, koettu heikkous ja koettu kömpelyys. Yläluokiksi tulivat liikunnan määrän lisääminen ja ruokavalion tiukentaminen. Pääluokaksi muodostui liioiteltu terveyskäyttäytyminen, jolla tarkoitetaan tässä kohtaa pakkoliikuntarutiineja ja syömisen välttämistä eli syömishäiriökäyttäytymistä. Kaikki kolme elämäntapahtumaa ovat siten yhteydessä liioitellun terveyskäyttäytymisen syntyyn.

Kroonisen sairauden puhkeaminen ilmeni tuloksissa yhdeksi merkittäväksi elämäntapahtumaksi syömishäiriön puhkeamisen kannalta. Tätä havaintoa vahvistaa tutkimuksista saatu tieto, jonka mukaan jotkin krooniset sairaudet lisäävät syömishäiriöiden riskiä. Myös erikoisruokavaliota noudattavat lukeutuvat riskiryhmään syömishäiriöiden suhteen (Santala 2007, 27-28). Esimerkiksi diabeetikoilla esiintyy syömishäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin muilla (Ebeling ym. 2009). Krooninen sairaus edellyttää omien elämäntapojen tarkastelua sairauden hyvän hoitotasapainon ylläpitämiseksi ja siten oman terveyden edistämiseksi.

Vastaajan mukaan krooninen sairaus vaati ruokailu- ja liikuntatottumusten muutoksia, joiden toteutus eteni lopulta liioiteltuun terveyskäyttäytymiseen:

”...jouduin tarkkailemaan syömistäni epätavallisen paljon...”

”...halusin noudattaa näitä [lääkäriin] ohjeita mahdollisimman tarkasti, mikä johti asteittain niiden ylilyömiseen...”

Toiseksi merkittäväksi elämäntapahtumaksi nousi terveydenhuollon ammattilaisen huomautus painosta, mikä on myös vahvistettavissa teorianavulla. Hoikkuutta ihannoiva kulttuuri ja painon vuoksi kiusatuksi tuleminen lukeutuvat sosiaalisiin syömishäiriön riskitekijöihin. Psykkisiin riskitekijöihin lu-

keutuvat tyytymättömyys omaan kehoon ja koettu ylipaino. (Santala 2007, 28.) Vaikka terveydenhuollon ammattilaisen huomautus ei ole ollut varsinaista kiusaamista, tämä tapahtuma on kuitenkin johtanut kehontyytymättömyyteen ja tarpeeseen tehdä asialle jotain.

Vastaaja ilmaisi terveydenhuollon ammattilaisen kommentin aiheuttaneita tunteita:

”...silloin se tuntui jotenkin arvostelevalta kommentilta.”

Kommentin myötä hän alkoi tiedostaa ulkonäöstään sellaisia piirteitä, joita ei ollut aikaisemmin huomannut ja halusi tehdä asialle jotain:

”Ensimmäisen kerran aloin miettiä painoani ja sen pudottamista...”

Lihavuus lapsuudessa ja nuoruudessa ovat kehontyytymättömyyden lisäksi hyvin tunnettuja riskitekijöitä syömishäiriöiden sekä häiriintyneen syömis-käyttäytymisen kannalta (Keski-Rahkonen 2004, 19). Lihavuus lukeutuu biologiisiin riskitekijöihin (Santala 2007, 28). Aineistossa vastaaja kertoi, että huomautus painosta sai ajatukset suuntautumaan painoon ja sen hallintaan. Näin syntyi tarve lisätä harrastetun liikunnan määrää ja kohottaa kuntoa.

Vastaaja kertoi, kuinka hän alkoi muuttaa liikuntatottumuksiaan kommentin jälkeen:

”Silloin aloin ensimmäistä kertaa juosta joitain matkoja, ”ihan vain kuntoilun vuoksi”...”

Pojille on tärkeää kuulua ryhmään. Nuorille miehille merkitsee paljon se, mil-tä he muiden silmissä näyttävät. Pojat ja miehet haluavat olla hyviä jossain, pärjätä toisten poikien joukossa ja saada arvostusta heiltä. (Sinkkonen 2005, 27, 206, 212-213.) Kolmas selkeästi esille noussut elämäntapahtuma oli koet-tu lahjattomuus liikunnassa, johon liittyi itsensä heikoksi ja kömpelöksi tun-temista sekä tarvetta vahvistua ja kasvattaa kuntoa.

Vastaaja vertaili itseään muihin liikunnallisten ominaisuuksien suhteen ja il-maisi halua menestyä itsekin liikunnassa:

”Kaikki [kaverit] kuitenkin olivat vähintään yhden urheilulajin harrastajia ja menestyivät liikuntatuntien kuntotesteissä.”

”...olin aina huonoin koulun liikunnassa...”

”...halusin tulla vahvemmaksi ja olla hyvä myös liikunnassa.”

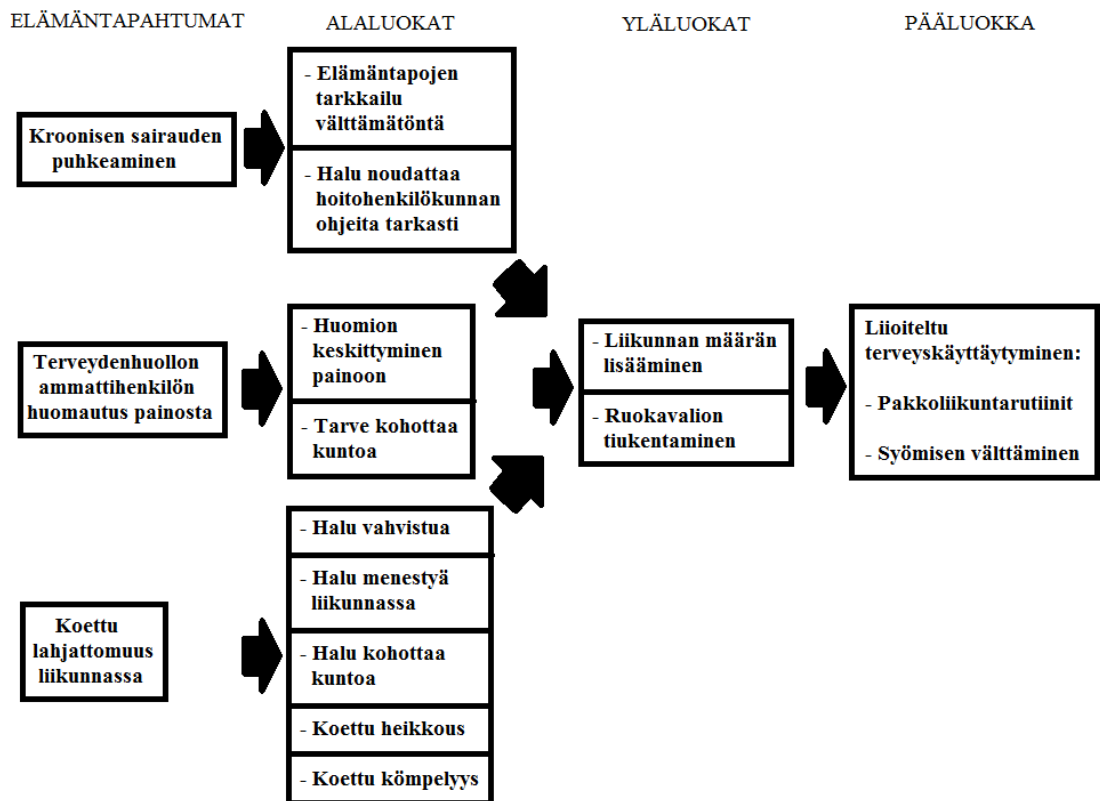
Kunnonkohotusmotiivi johti enenevään liikunnan harrastamisen lisäämiseen sekä ruokavalion tiukentamiseen. Tutkimusten mukaan jotkut miehet käyttävät syömishäiriökäyttäytymistä terveyden edistämiseen tai urheilusuorituksen tehostamiseen (Harris ym. 2006, 22).

Vastaaja kertoi liikuntaharrastuksen muuttumisesta vähitellen pakkoliikunnaksi ja ruokavalion tiukentamisen muuttumisesta syömisen välttelyksi:

”Siitä sitten jouduin koko yläasteen kestäneeseen liikunnan ja syömisen noidankehään, jossa alkuperäinen kunnonkohotuksen motiivi unohtui ja tärkeintä oli vain pakkoliikuntarutiinien suorittaminen ja syömisen vältteleminen.”

Kaikkia kolmea elämäntapahtumaa yhdistivät terveellisten elämäntapojen välttämättömyys sekä niiden aikaan saama itsestä kumpuava tarve edistää omaa terveyttään ja kuntoaan. Kaikki kolme johtivat liikunnan lisäämiseen sekä ruokavalion tarkkailuun ja lopulta syömishäiriökäyttäytymiseen. Mahdollisesti syömishäiriöön on johtanut merkittävien elämäntapahtumien yhteisvaikutus eikä niinkään mikään yksittäinen elämäntapahtuma.

Painoarvoa on kuitenkin myös sillä, miten yksilö kokee elämäntapahtumat. Reagoiminen tapahtumiin voi olla hyvin yksilöllistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.)



Kuvio 1 Syömishäiriöön sairastumisen kannalta merkittävät elämäntapahtumat

13.2 Syömishäiriön merkitys miehelle identiteetille

Sisällönanalyysilla miehistä identiteettiä koskevaan tutkimuskysymykseen yläluokiksi valikoituivat ”poikkeavuudentunne”, ”vahvistuksen hakeminen” ja ”puutteellisuuden tunne”. Nämä kolme yläluokkaa muodostavat pääluokan ”epävarmuus”.

Poikkeavuuden tunne ilmeni aineistosta seuraavien alaluokkien muodossa: ”vähentää kokemusta mieheydestä”, ”synnyttää poikkeavuuden tunteen”, ”herättää epäilystä omasta seksuaalisesta suuntautumisesta” ja ”synnyttää tunteen naisellisesta tavasta ajatella”. Sairauden myöntämisen kerrottiin luovan tunteen siitä, ettei ole yhtä miehekäs kuin muut miehet. Syömishäiriöillä on maine naisten sairautena eikä miesten siksi ole helppoa myöntää omaa sairastumistaan. Syömishäiriöön sairastuminen herätti poikkeavuuden tunteita suhteessa siihen, mitä yleisesti pidetään miehekkäänä. Analyysin myötä kävi lisäksi ilmi, että syömishäiriöön sairastuminen synnytti tunteen naisellisesta ajattelutavasta. Tämä osaltaan vähensi kokemusta omasta mieheydestä.

Vastaaja kuvasi vaikeuksiaan hyväksyä sairauttaan, koska koki sairauden myöntämisen vähentävän mieheyttään:

”...pidin sitä pelkästään älykkäiden tyttöjen tautina, enkä kokenut olevani kumpaakaan edellä mainituista.”

Sairauden jälkeen vastaajan suhtautuminen stereotypioihin ja itseensä muuttui:

”...nykyään pyrin välttämään stereotypista ajattelua, koska olen tavallaan itsekin poikkeus sellaisesta.”

Aineistossa mainittiin epäilyksen heräämistä oman seksuaalisen suuntautumisen suhteen. Homo- ja biseksuaalisuutta pidetään miehillä riskitekijöinä syömishäiriöön sairastumiseen (Carlat ym. 1997, 1131; Feldman ym. 2007, 1). Crispin (2006) mukaan anoreksia voi kuitenkin olla myös puolustautumiskeino homoseksuaalisuuden pelolle joidenkin miespotilaiden kohdalla (Crisp 2006, 166). Suomessa maskuliinisuuteen liitetään heteroseksuaalisuus (Jokinen 200, 68). Näin voidaan ehkä myös ajatella oman seksuaalisen suuntautumisen epäilemisen olevan oman mieheyden epäilemistä.

Myös vastaaja kuvasi pohtineensa omaa ajatusmaailmaansa ja seksuaalista suuntautumistaan:

”Jossain vaiheessa koin itseni niin naisellisesti ajattelevaksi että epäilin olevani homo, mutta se luulo osoittautui itsetutkiskelun jälkeen vääräksi.”

Alaluokat ”saa hakemaan vahvistusta mieheydelle teoista”, ”ohjaa etsimään mieheyttä vahvistavia asioita sosiaalisista suhteista” ja ”saa hakemaan vahvis-

tusta mieheydelle ulkoisista sukupuolen tunnusmerkeistä” muodostivat yläluokan vahvistuksen hakeminen. Analyysin perusteella voimakkaan tai lihaksikkaan ulkomuodon puute korvattiin muilla mieheyttä vahvistavilla asioilla. Miehisen näkökulman esiin tuominen sosiaalisissa suhteissa tai odotusten täyttäminen miehisillä teoilla toimivat mieheyttä vahvistavina asioina. Myös miessukupuolen ulkoiset tunnusmerkit toivat vahvistusta mieheydelle.

Vastaaja kertoi löytäneensä itsestään mieheyttä vahvistavia ominaisuuksia:

”...kaikki ulkoiset sukupuolielimet löytyvät eikä sukupuolestani muutenkaan jää epäselvyyttä.”

Puutteellisuuden tunne-yläluokka muodostui alaluokista ”herättää pettymyksen tunteita”, ”luo tunteen fyysisen voiman puutteesta” ja ”luo tunteen miehekkään ulkonäön puutteesta”. Pettymystä itseä kohtaan herättivät tilanteet, joissa ei ylletty siihen, mitä itse pidettiin miehelle kuuluvana.

Vastaaja kuvasi löytäneensä itsestään piirteitä, joihin hän oli pettynyt:

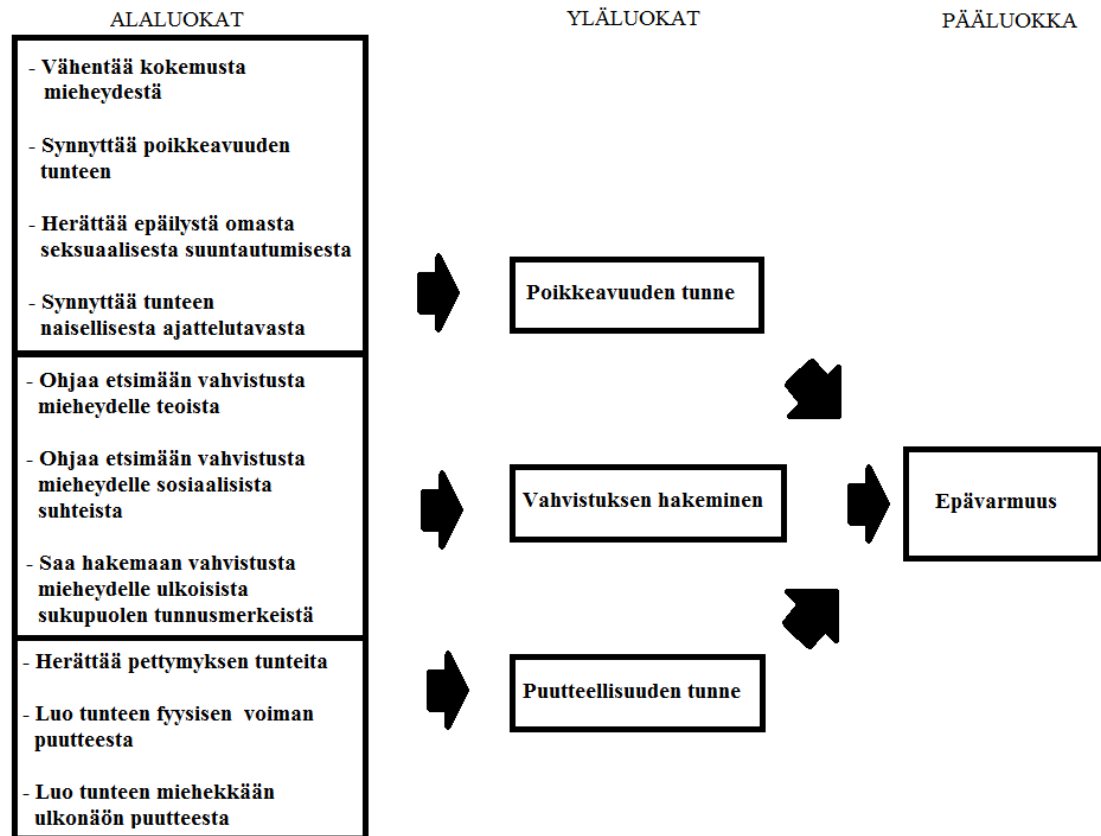
”...oma kyvyttömyyteni toimia harmittaa minua.”

Nykyajan miesihanteeseen liitetään lihaksikkuus ja atleettinen olemus (Rossi 2003, 43; Savukoski 2008, 33). Lihaksikkuus on siten poikien ja miesten keskuudessa arvostettu ominaisuus (Cacciatore ym. 2008, 235; Raevuori ym. 2007, 1583). Suomessa miesten tyytymättömyys lihaksikkuuteensa on erittäin yleistä ja sitä esiintyy kaikenikäisillä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21; Raevuori ym. 2007, 1583; Cacciatore ym. 2008, 235-236).

Vastaaja ilmaisi puutteita olevan omassa fyysisessä voimakkuudessa jamiehissä ulkonäössä sekä näiden merkitystä mieheydelleen:

”En koe olevani mitenkään fyysisesti vahva tai raamikas, mikä tietysti vähentää miehisyyttäni...”

Sairastuminen synnytti tunnetta poikkeavuudesta ja puutteellisuudesta suhteessa yleisesti miehekkäinä pidettyihin asioihin tai suhteessa siihen, mikä vastaajan mielestä on miehekästä. Omalle mieheydelle haettiin myös vahvistusta muun muassa tekojen kautta. Syömishäiriötä sairastavista anorektikoilla on todettu esiintyvän epäilystä omasta sukupuoli-identiteetistään sukupuolesta riippumatta (Crisp 2006, 163.) Myös Harrisin ym. (2006) mukaan syömishäiriöön sairastuneilla miehillä on monesti ongelmia sukupuoli-identiteetin kanssa. Tämä mielestäni vahvistaa miehistä identiteettiä koskevaan tutkimuskysymykseen saamaani tulosta, jonka mukaan syömishäiriöön sairastuminen toi mukanaan epävarmuutta mieheydelle.



Kuvio 2 Syömishäiriön merkitys miehelle identiteetille

14 POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää, mitkä elämäntapahtumat ovat syömishäiriöön sairastuneiden poikien ja miesten mielestä olleet merkityksellisiä heidän sairastumisensa kannalta ja mitä merkitystä sairaudella on ollut heidän miehelle identiteetilleen. Useimmissa syömishäiriöitä käsittelevissä kirjoissa ja muissa teksteissä kerrotaan aiheesta tyttöjen ja naisten näkökulmasta. Tämä sai minut miettimään syömishäiriöön sairastuneita poikia ja miehiä. Heistä mainitaan yleensä vain sen verran, että heitä on vähän. Mielestäni poikien ja miesten ulkonäköhuolet ovat kuitenkin tulossa koko ajan ajankohtaisemmiksi. Teoriatietoa miesten syömishäiriöistä, ulkonäköhuolista ja kokemista paineista löytyi hyvin englanniksi. Myös suomeksi löytyi muutamia hyviä tutkimuksia. Tämä yllätti minut, koska näistä aiheista ei silti puhuta paljoa julkisuudessa – ne ovat vielä nykyäänkin tabuja.

Aineistonkeruussa ilmeni paljon vaikeuksia. Pääasiassa nämä eteen tulleet vaikeudet johtuivat useiden syömishäiriöyhdistysten, -liittojen ja -hoitolaitosten haluttomuudesta auttaa tavoittamaan opinnäytetyöni kohde-

ryhmää. Tämä vastahakoisuus osallistua yllätti minut ja vaikka monet sanoivat opinnäytteeni aiheen olevan tärkeä sekä mielenkiintoinen, sain vain kielteviä vastauksia. Jotkut eivät vastanneet yhteydenottoihini ollenkaan. Joidenkin kanssa yhteistyö sujui loistavasti ja sen ansiosta aineistonkeruuni tuotti oikeasti tulosta.

Kyselyyni saivat vastata kaiken ikäiset, miespuoliset syömishäiriödiagnoosin saaneet. Rajaus oli hyvin laaja, mutta tiesin jo etukäteen palautuvia vastauksia tulevan vähän aiheen arkuuden vuoksi ja koska sairastuneiden miesten määrä on pienempi kuin naisten. Mielestäni opinnäytetyöni luotettavuutta paransi se, että vastaajilta vaadittiin syömishäiriödiagnoosia. Tosin se saattoi karsia osan potentiaalisista vastaajista pois. Opinnäytetyöni luotettavuutta heikentää aineiston pieni määrä. Olisin toivonut lisää aineistoa, mutta olen hyvin tyytyväinen saamani aineiston laatuun. Se ylitti kaikki odotukseni, koska pelkäsin, etten saa yhtäkään vastausta.

Kyselyn ensimmäinen avointa kysymystä kolme kyselyäni ennakkoon vilkaissutta miestä pitivät selkeänä. Toisen avoimen kysymyksen kanssa oli vaikeuksia, koska he kaikki ymmärsivät kysymyksen omalla tavallaan. Siksi kaikki kolme olivat sitä mieltä, että apukysymykset helpottaisivat vastaamista. Itse olin kovasti apukysymyksiä vastaan, koska pelkäsin niiden johdattelevan vastauksia liikaa. Testihenkilöt kuitenkin totesivat, että mitä helpommaksi teen vastaamisen, sitä todennäköisemmin joku kyselyni täyttää. Tätä samaa periaatetta käyttäen päädyin käyttämään sähköpostia kyselyn jakamiseen. Nykyäänhan monet kirjoittavat mielellään koneella. Näin myös vastaajien käsitelöiden tulkinnanvaraisuus jäi ongelmana pois.

Perehdyin saamaani aineistoon ajan kanssa. Luin sen kokonaisuutena moneen kertaan ja sitten perehdyin yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan. Koin aineiston käsittelyn hyvin mielenkiintoiseksi vaiheeksi, minkä vuoksi pystyin työskentelemään huolellisesti ja käytin analyysiin paljon aikaa. Olen hyvin tyytyväinen tekemääni analyysiin, sillä mielestäni se onnistui hyvin pienestä aineistosta huolimatta. Analyysistä käy ilmi selkeästi vastaukset tutkimuskysymyksiini. Saamani tulokset ovat myös teoretietoja vahvistavia. Jatkotutkimusaiheina voisin ajatella poikien ja miesten kokemuksia hoitoon hakeutumisesta tai joutumisesta syömishäiriön vuoksi, kokemuksia syömishäiriön hoidosta ja elämästä syömishäiriön jälkeen.

Tällä opinnäytetyöllä toivon saavani huomiota miesten syömishäiriöille. Toivon aiheen herättävän keskustelua ja opinnäytteeni tarjoavan tietoa miesten syömishäiriöistä sitä tarvitseville. Miehillä syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuminen yleensä viivästyy, koska näillä sairauksilla on voimakas maine naisten sairauksina ja koska hoitohenkilökunta ei tunnista miesten syömishäiriöitä. Myös hoitohenkilökunnan tietoa miesten syömishäiriöistä voisi siis yrittää lisätä. Ylipäättään tietoa näistä sairauksista miehillä pitäisi lisätä ja aihe ottaa rohkeammin käsiteltäväksi julkisestikin. Siten hoitoon hakeutumisen viive miehillä voisi lyhentyä eikä heidän tarvitsisi tuntea itseään kummajai-

siksi. Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita voisivat olla miesten kokemukset elämästä syömishäiriön jälkeen tai mitä merkitystä vertaistuellalla on syömishäiriötä sairastavalle miehelle.

Sairaanhoitajan työ edellyttää kykyä kehittää itseään ja sitä kautta hoitotyötä. Opinnäytetyöprosessini myötä olen alkanut ymmärtää opinnäytteen merkityksen osana sairaanhoitajan tutkintoa ja ammatillista kehittymistä. Tällaisen tutkimustyön tekeminen kehittää valmiuksia osallistua työelämässä eteen tuleviin kehittämishankkeisiin ja muihin isoihin projekteihin. Näitä valmiuksia ovat luotettavan ja uusimman tutkimustiedon etsiminen oman toiminnan kehittämiseksi, neuvottelemine erilaisten yhteistyökumppaneiden kanssa, kyky tehdä päätöksiä ja hallita suuria kokonaisuuksia sekä kyky tehdä työtä pitkäjänteisesti. Kaikkia näitä taitoja tarvitaan myös päivittäisessä hoitotyössä. Koko prosessin merkityksen oivaltaminen on ollut yksi tärkeimpiä opinnäytteen opettamia asioita. Prosessin alussa koin opinnäytetyön päätarkoituksen olevan tutkimuksen tekeminen. Jälkeenpäin olen tajunnut, että tärkeämpää on, mitä tutkimuksen tekeminen on tehnyt minulle.

LÄHTEET

Austin, S.B., Haines, J. & Veugelers, P.J. 2009. Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC Public Health* 9/09. Viitattu 2.6.2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2740850/pdf/1471-2458-9-313.pdf/>

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N.L. 2006. Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 63/06. 305–312. Viitattu 28.5.2010.
<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/63/3/305/>

Cacciatore, R. & Koiso-Kanttila, S. 2008. Pelastakaa pojat!. 2. painos. Jyväskylä: Minerva.

Carlat, D.J., Camargo, C.A. Jr., Herzog, D.B. 1997. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *Am J Psychiatry* 8/97. 1127–1132. Viitattu 28.5.2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/8/1127/>

Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Jyväskylä: Tammi.

Crisp, A. 2006. Anorexia Nervosa in Males: Similarities and Differences to Anorexia Nervosa in Females. *European Eating Disorders Review* 14/06. 163–167. Viitattu 2.6.2010.
http://eprints.jcu.edu.au/4020/1/4020_Crisp_2006.pdf/

Ebeling, H., Järvi, L., Koskinen, M., Komulainen, J., Morin-Papunen, L., Rissanen, A. & Tapanainen, P. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypä hoito. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030/>

Feldman, M.B. & Meyer, I.H. 2007. Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Int J Eat Disord* 3/07. 218–226. Viitattu 2.6.2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080655/pdf/nihms32619.pdf/>

Hamilton, J.D. 2007. Eating Disorders in Preadolescent Children. *The Nurse Practitioner* 03/07. 44–48. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.uraportti.fi/jasenetti/ovid.htm/>

Harris, M. & Cumella, E.J. 2006. Eating Disorders Across the Life Span. *Journal of Psychosocial Nursing* 04/06. 20–26. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.uraportti.fi/jasenetti/ovid.htm/>

Hay, P. J. 2007. Understanding bulimia. *Australian Family Physician* 9/07. 708–712, 731. Viitattu 2.6.2010.
http://eprints.jcu.edu.au/2801/1/2801_hay_2007.pdf/

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. *Teemahaastattelu*. 7.painos. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, S. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uusittu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Huhtaniemi, I. & Pöllänen, P. 2001. Miehen biologia – onko mies pelkkää testosteronia?. *Duodecim* 117/01. 1957–1963. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92527.pdf/>

Jokinen, A. 2000. *Panssaroitu maskuliinisuus. Mies, väkivalta ja kulttuuri*. Vammala: Tampere University Press.

Jokinen, A. 2003. Miten miestä merkitään?. Johdanto maskuliinisuuden teoriaan ja kulttuuriseen tekstintutkimukseen. Teoksessa Jokinen, A.(toim.) *Yhdestä puusta. Maskuliinisuuksien rakentuminen populaarikulttuureissa*. Tampere: Tampere University Press. 7-31.

Keski-Rahkonen, A. 2004. *Genetic and environmental influences on body image, disordered eating, and intentional weight loss*. Helsinki: Picaset Oy. Akateeminen tohtorin väitöskirja. Viitattu 28.5.2010.
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/1531/genetica.pdf?sequence=1/>

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

Kettunen, T. 2010. *Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa*. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 2.6.2010.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23250/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201004191543.pdf?sequence=1/>

Koivula, L. 2008. *Miehuudessa on vähän tilaa herkkyydelle*. *Suomen Lääkäri-lehti* 27–31/08. 2453–2454. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL272008-2453.pdf/>

Kolho, K., Makkonen, K. & Kauppinen, R. 2007. *13-vuotiaan hidastunut pituuskasvu – tapauksen ratkaisu*. Teoksessa Kauppinen, R., Lauhio, R., Liljeström, Pere, A., Pitkäranta, A. Scheinin, T. & Soyni, S.(toim.) *Miten sinä hoitaisit?*. *Suomen Lääkäri-lehti* 08/07. 768–771. Viitattu 1.2.2010.

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL82007-768.pdf/>

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

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Juva: WSOY. 21–43.

McNeill, P. & Chapman, S. 2006. Research methods. 4. painos. Padstow: Routledge.

Mustajoki, P. 2009. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Terveyskirjasto. Viitattu 1.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=bulimia&p_artikkelid=dlk00819/

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pautanen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 215–221.

Peixoto Labre, M. 2002. Adolescent Boys and the Muscular Male Body Ideal. *Journal of Adolescent Health* 30/02. 233–242. Viitattu 2.6.2010.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T80-45DVXGR-4-1&_cdi=5072&_user=952961&_pii=S1054139X0100413X&_orig=search&_coverDate=04%2F30%2F2002&_sk=999699995&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzS&md5=8f3bd6fdc00c6639c4be8f4d85a93f2a&ie=/sdarticle.pdf/

Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttävät. Etnografinen tutkimus anorektisen kokeumustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.

Raevuori, A. & Keski-Rahkonen, A. 2007. Miesten syömishäiriöt ja tyytymättömyys lihaksistonsa. *Duodecim* 123/07. 1583–1589. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96584.pdf/>

Rossi, L. 2003. Heterotehdas. Televisiomainonta sukupuolituotantona. Tampere: Gaudeamus.

Santala, E. 2007. Sairaana terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 31.1.2010.
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6118/sairaant.pdf?sequence=1/>

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispolusta. Lapin yliopisto, kasvatustieteet. *Acta Universitatis Lapponiensis* 142. Väitöskirja.

Sinkkonen, J. 2005. Elämäni poikana. Porvoo: WSOY.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Jyväskylä: Duodecim. 355–374.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi.

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

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 14–25.

Vuoristo, U. 2007. Syömishäiriön merkit voi huomata. Viitattu 3.8.2010.
<http://www.aamulehti.fi/teema/terveys/9291.shtml/>

Hei!

Olen kolmannen vuoden hoitotyön opiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta ja valmistun joulukuussa 2010 sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Poikien ja miesten syömishäiriöihin sairastumisen kannalta merkittävät elämäntapahtumat ja sairastumisen merkitys miehille identiteetille”. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä XXXX:n kanssa. Opinnäytetyöhön kuuluu kysely, joka on lähetetty teille tämän tiedotteen yhteydessä XXXX:n kautta.

Kyselyyn voivat vastata syömishäiriödiagnoosin (= anoreksia, bulimia, BED eli Binge Eating Disorder, epätyypilliset syömishäiriöt tai lihasdysmorfia) saaneet tai syömishäiriöistä parantuneet miespuoliset henkilöt iästä riippumatta. Kysely käsittelee sairastumisen kannalta merkittäviä elämäntapahtumia sekä sairauden merkitystä miehille identiteetille. Toivon teidän kertovan omakohtaisia kokemuksianne näistä aiheista. Miehisellä identiteetillä tarkoitan mieshenkilön kuvaa itsestään miessukupuolen edustajana.

Kyselyssä on kaksi valmista aloitusta, joiden perusteella vastaajat kirjoittavat oman tarinansa aloituksen aiheen mukaisesti. Vastauksia voi jatkaa ylimääräiselle paperille tarvittaessa.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyössä en mainitse tietoja, joiden perusteella vastaajat olisivat tunnistettavissa enkä myöskään mainitse XXXX nimeltä. Käsittelem kaikki saamani tiedot luottamuksellisesti ja hävitän saamani aineiston heti käsiteltyäni sen. Vastaukset eivät kulkeudu eteenpäin minulta.

Toivon, että kerrotte kokemuksistanne avoimesti. Poikien ja miesten syömishäiriöitä ei ole tutkittu paljoa. Siksi jokainen saamani vastaus on arvokas ja tuo lisää tietoa aiheesta. Täytetyt kyselyt lähetetään minulle joko kirjeitse tai sähköpostitse 29.6.2010 mennessä.

Olen myös järjestämässä haastatteluja tämän kyselyn aiheisiin liittyen. Kyselyn lopussa on kohta, johon voi ilmoittaa suostumuksensa haastatteluun. Haastatteluajasta voidaan sopia sähköpostitse tai puhelimitse, mikäli vastaaja antaa nämä tiedot minulle. Poistan yhteystiedot saamistani vastauksista haastatteluajan sopimisen jälkeen. Poistan yhteystiedot heti niistä palautuneista kyselyistä, joissa suostumusta haastatteluun ei anneta.

Kiitos yhteistyöstä ja hyvää kesää!

Terveisin Elina Lampikoski, sairaanhoitajaopiskelija

Vastausosoite:

Elina Lampikoski, SH07B
Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK
Korkeakoulunkatu 3,
13100 Hämeenlinna
puh. XXXX
e-mail: elina.lampikoski@student.hamk.fi

Ohjaavan opettajan yhteystiedot:

Leena Packalén (lomalla 7.6.- 23.8.10)
Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK
Korkeakoulunkatu 3,
13100 Hämeenlinna
puh. XXXX
e-mail: leena.packalen@hamk.fi

Kyselyssä on kaksi valmista aloitusta, joiden perusteella olisi tarkoituksena jatkaa kertomusta omista aloituksen aiheeseen liittyvistä kokemuksista mahdollisimman tarkasti kuvattuna. Mukana on muutamia apukysymyksiä helpottamaan vastauksien laatimista. Vastauksia ei tarvitse eritellä apukysymyksiin mukaan ja myös sellaisista asioista, joita apukysymyksissä ei käsitellä, saa kirjoittaa. Molempiin kohtiin (1. ja 2.) vastataan erillisesti. Vastaukset ovat täysin luottamuksellisia.

1. Olen syömishäiriötä sairastava tai sairastanut poika tai mies. Elämässäni on tapahtunut asioita, joilla on ollut merkitystä sairastumiseni kannalta. Näitä elämäntapahtumia ovat olleet...

- Kertokaa myös, miten nämä elämäntapahtumat ovat olleet merkittäviä sairastumisen kannalta.

2. Olen syömishäiriötä sairastava tai sairastanut poika tai mies. Sairaus on merkinnyt miehelle identiteetilleni...

Apukysymyksiä:

Millaista merkitystä syömishäiriöllä on ollut siihen...

- ...kuinka näen itseni miessukupuolen edustajana?
- ...kuinka miehekkääksi koen itseni?
- ...millaisia kriteerejä/vaatimuksia asetan mieheydelle ja kuinka koen itse täyttäväni nämä kriteerit/vaatimukset?
- ...millaisia kriteerejä/vaatimuksia koen muiden asettavan mieheydelle ja kuinka koen saavuttavani nämä kriteerit/vaatimukset?
- ...kuinka koen ulkonäköni edustavan mieheyttä?
- ...kuinka koen edustavani henkisesti mieheyttä?

Suostumus haastatteluun

Olen järjestämässä yksilohaastatteluja tämän kyselylomakkeen aiheista. Haastattelut ovat osa opinnäytetyötäni ja käsittelen myös niiden sisällön luottamuksellisesti. Aikomuksena on toteuttaa haastattelut heinäkuussa viikolla 29 Helsingissä ja varata haastattelupaikaksi ryhmätyötila Kirjasto 10:stä. Päivästä ja kellonajasta voin sopia haastateltavien kanssa yksilöllisesti.

Voitte ilmaista suostumuksenne tulla haastateltavakseni jättämällä alla olevaan kohtaan joko ”Kyllä” tai ”Ei” vastaukseksi. Jos suostutte haastateltavaksi, muistakaa liittää mukaan sähköpostiosoitteenne tai puhelinnumeronne, jotta haastatteluajasta voidaan sopia.

- Olen kiinnostunut tulemaan haastateltavaksi heinäkuussa: Kyllä / Ei
- Puhelinnumero tai sähköpostiosoite:

Kiitos paljon vaivannäöstä ja hyvää kesää!