

SAIRAAAN TERVEELLISTÄ.
NUORTEN KÄSITYKSIÄ JA KOKEMUKSIA
ORTOREKSIASTA

Elsi Santala

Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma

Maaliskuu 2007

Helsingin yliopisto

Soveltavan kasvatustieteen laitos

Ohjaaja: Hannele Cantell

Sisällys

1 JOHDANTO	4
2 TERVEYS JA TERVEYSKASVATUS.....	6
2.1 TERVEYSKASVATUS KOULUSSA.....	7
2.1.1 <i>Terveyskasvatus opetussuunnitelmassa</i>	8
2.1.2 <i>Terveyskasvatus oppikirjoissa</i>	11
2.2 KOULULAISTEN TERVEYS	12
3 NUORTEN ELÄMISMAAILMA	14
3.1 KOTI JA PERHE	17
3.2 KOULUMAAILMA(T).....	19
3.3 MEDIA	21
3.3.1 <i>Media ja hauras identiteetti</i>	22
3.3.2 <i>Tietokoneen ja Internetin käyttö</i>	23
3.3.3 <i>Internetin keskustelupalstat yhteisöinä</i>	24
4 SYÖMISHÄIRIÖT	26
4.1 RISKITEKIJÄT JA ENNALTAEHKÄISY	27
4.2 OIREET	29
4.2.1 <i>Eri syömishäiriöt</i>	29
4.2.2 <i>Ortoreksia</i>	31
4.3 PARANEMISMAHDOLLISUUDET	32
5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS.....	33
5.1 TUTKIMUSONGELMAT.....	34
5.2 TUTKIMUKSEN LUONNE	35
5.3 TUTKIMUSKOHDJE JA AINEISTONHANKINTA	37
5.4 AINEISTON ANALYYSI.....	40
6 TULOKSET	44
6.1 KESKUSTELIJOISTA	45
6.1.1 <i>Mulla on selvä ortoreksia</i>	52
6.1.2 <i>Nyt melko normaali syömistilanne</i>	55
6.1.3 <i>Kokoavasti kaikista keskustelijoista</i>	59

6.2 KOTI JA KOULU	60
6.2.1 Ongelmastani on tehty niin kauan kiusaa kuin muistan.....	60
6.2.2 Jossain vaiheessa läheiset alkoi huolestua	66
6.3 MUUT SOSIAALISET SUHTEET TAI NIIDEN PUUTE.....	69
6.3.1 Olen aina ollut todella sosiaalinen mutta nyt..	69
6.3.2 Ystävät ovat olleet iso tuki	74
6.3.3 Kukaan ei tiedä tilastani	77
6.4 MEDIA, KULTTUURI JA MEDIAKULTTUURI.....	80
6.4.1 Ahdistaa yrittää etsiä tervettä suhtautumista.....	80
6.4.2 No sitten löysin nämä sivut	82
6.4.3 Viisauksia, vinkkejä ja vertaistukea	84
6.5 HOITOHENKILÖKUNTA.....	88
6.5.1 Kiitos tautiluokituksia tuijottavien lääkäreiden	88
6.5.2 Kiitos mukavan ravitsemusterapeutini.....	92
6.6 YHTEENVETO ELÄMISMAAILMASTA SEKÄ ELÄMISMAAILMAN JA ORTOREKSIAN SUHTEESTA	93
7 LUOTETTAVUUSTARKASTELU.....	97
8 POHDINTA	100
LÄHTEET.....	104
LIITE.....	114
ELÄMISMAAILMASTA MUODOSTUNEIDEN KATEGORIOIDEN YHTEENVETO.....	114

1 Johdanto

Terveellisistä elämäntavoista puhutaan julkisuudessa paljon ja uusia terveellisempiä elintarvikkeita tulee jatkuvasti markkinoille. Terveyskasvatus on saanut uusimmassa vuoden 2004 perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissakin oman oppiaineen, terveystiedon. Aiheen ajankohtaisuudesta kertoo myös se, että WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 2006 erityistee-moina olivat terveellinen syöminen, liikkuminen ja lihavuuden ehkäisy (Ojala ym. 2006, 74). Myös epäterveellisten elämäntapojen seuraukset, kuten lihavuus ja sen mukanaan tuomat terveydelliset haitat, saavat julkisuutta. Esimerkiksi Helsingin Sanomien tammikuussa 2007 alkaneessa Läskikapina-sarjassa on sunnuntaisin käsitelty lihavuuden mukanaan tuomia ongelmia eri näkökulmista (esim. Läskikapina 14.1.2007).

Viime vuosina epäterveellisten elämäntapojen seurausten lisäksi on alettu puhua liian terveellisten elämäntapojen seurauksista. Amerikkalainen vaihtoehtoisen lääketieteen harjoittaja Steven Bratman oli yksi ensimmäisistä, joka kiinnitti huomiota pakonomaisen terveellisiin elämäntapoihin. Bratman huomasi työnsä ohessa merkkejä terveellisen ruokavalion pakkomielleisyydestä jo 1990-luvun alkupuolella joillakin potilaillaan. Hän alkoi epäillä tämän pakkomielleisyyden olevan eräänlainen syömishäiriö tunnetumpien syömishäiriöiden, anoreksian ja bulimian, ohella. Hän myös nimesi vuonna 1994 tämän syömisongelman nimeksi *orthorexia nervosa*, jossa *ortho* merkitsee oikeaa tai virheetöntä, *orexia* syömistä tai ruokahalua ja *nervosa* pakkomiellettä. Bratman ei ensin pitänyt syömishäiriötä kovinkaan yleisenä, vaan ajatteli sen liittyvän 1960- ja 1970-lukujen ruokailutottumuksiin sekä heihin, jotka yhä noudattivat kyseisille vuosikymmenille ominaisia ruokavalioita. Kuitenkin käyttäessään ensimmäisen kerran *orthorexia nervosa* -termiä Yoga Journalissa vuonna 1997 julkaistussa artikkelissaan Bratmanille kävi ilmi, että ongelma koskettaakin yllättävän monia myös nyky-yhteiskunnassa. (Bratman 2000, 20–23.)

Suomessa ortoreksiaan on alettu julkisuudessa kiinnittää huomiota vasta 2000-luvun puolella, ja syömishäiriö on monelle vieläkin vieras. Kipinä aiheen tutkimiseksi tulikin huomattavasti ystäväni ja opiskelutovereideni kanssa käymistäni arkikeskusteluista, kuinka huonosti tämä syömishäiriö tunnetaan. Moni ei ollut kuullut termiä *ortoreksia* lainkaan, saati että on mahdollista, että ylitiöterveelliset elämäntavat voisivatkin olla merkki siitä. Koen tärkeäksi, että lasten ja nuorten kanssa työskentelevät olisivat tietoisia myös tästä sairaudesta, jotta sen tunnistaminen ja siten siihen sairastuneiden auttaminen ja hoitoon ohjaaminen olisi mahdollista. Monien asiantuntijoiden mukaan kouluterveydenhuolto on avainasemassa yleensäkin syömishäiriöiden havaitsemisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoitoonohjauksessa (esim. Hautala, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006, 42). Uskon, että myös opettajien rooli on ratkaiseva, ovathan varsinkin luokanopettajat lasten ja varhaisnuorten kanssa läsnä päivittäin niin oppitunneilla kuin ruokailusakin. Terveydenhoitajat sen sijaan kohtaavat oppilaan mahdollisesti vain kerran vuodessa tehtävän terveystarkastuksen yhteydessä.

Syömisongelmien lisääntyminen lasten ja nuorten keskuudessa kertoo myös pahoinvoinnin lisääntymisestä, sillä syömishäiriöt ovat yksi lasten ja nuorten tavoista ilmaista pahaa oloaan (Ebeling 2005, 4595). Ortoreksia ja muut syömishäiriöt luetaan mielenterveysongelmien piiriin, ja viime vuosina syömishäiriö onkin ollut 12–17-vuotiaiden psykiatrista hoitoa saavien nuorten päädiagnoosi (Hautala, Liuksila, Räihä, & Saarijärvi 2006, 41). Mielenterveysongelmien syitä ja seurauksia sivutaan myös muun muassa Tiihosen (2005) Helsingin Sanomissa julkaistussa artikkelissa *Mikä tyttöjä vaivaa?* Sen mukaan suurin osa suomalaisista tytöistä on terveitä ja tasapainoisia, mutta myös ongelmia omaavien tyttöjen joukko on kasvanut. Nämä huonosti voivat tytöt voivat artikkelissa haastatellun "tyttötutkija" Sari Näreen mukaan todella huonosti, ja tasapainoisten sekä huonosti voivien tyttöjen välimaastossa elävätkin voivat huominkin kuin ennen. Syiksi mainitaan muun muassa lapsuuden lyhentymisen, tyttöjen masentuneisuus, yhteiskunnan kovuus ja kilpailukeskeisyys sekä ulkonäkö.

Suomalaisten lasten "ulkonäkökriisiin" viittaavia tuloksia on saatu myös Suomen Akatemian rahoittamasta Eriarvoinen lapsuus: vertaileva tutkimus Pohjoismaissa -projektissa. Projektissa mukana ollut Atte Oksanen (2004) kertoo joistakin tuloksista Helsingin Sanomissa julkaistus-

sa artikkelissaan *Ulkonäkökeskeinen kulttuuri vaurioittaa lasta jo varhain*. Esimerkiksi kuudesluokkalaisista tytöistä vain yksi kymmenestä on tyytyväinen ulkonäkönsä. Huolestuttavia tuloksia saatiin myös siitä, miten laajalle ulkonäkökeskeisyys lasten elämässä vaikuttaa: ihmissuhteet koetaan merkityksettömiksi, jos lapsi näkee ongelmia ulkonäössään. Jopa vanhemmilta saatua tukea ja rakkautta arvioidaan ulkonäön kautta: mielestään ruma lapsi ei koe ansaitsevansa rakkautta. Oksasen mukaan ympäristön aiheuttamat paineet johtavat siihen, että yksilö kääntää huomion omaan itseensä, "omaan lihaansa". Omasta ruumiista tulee muovailuvahaa, jonka muokkaamiseen ympäristö tarjoaa runsaasti vihjeitä ja vaihtoehtoja: kuntosalit, plastiikkakirurgiset toimenpiteet, syömisen kontrollointi ja niin edelleen.

Tutkimukseni teoreettinen tausta koostuu terveyskasvatuksesta, nuorten elämismaailmasta ja syömishäiriöistä. Teoreettisessa taustassa kuvaan koulun terveyskasvatusta perusopetuksessa sekä tämän päivän lasten ja nuorten elämismaailmaa. Syömishäiriöiden osalta luon yleiskuvan syömishäiriöiden syistä, diagnostisista kriteereistä ja paranemismahdollisuuksista erityisesti nuorten näkökulmasta. Ortoreksiaa tarkastelen erilaisten keskustelupalstojen keskusteluiden kautta. Tavoitteena on selvittää, minkälaisia käsityksiä ja kokemuksia keskustelupalstoilla käydyt ortoreksia-aiheiset keskustelut pitävät sisällään. Minkälaisena lasten ja nuorten oma elämismaailma siihen sisältyvine tekijöineen näyttäytyy ortoreksia-aiheisten keskusteluiden valossa? Minkälaisia merkityksiä elämismaailma niissä saa? Näiden kysymysten kautta toivon löytäväni myös vihjeitä koulun ja opettajien tehtävistä ja roolista ortoreksian ennaltaehkäisyssä ja tunnistamisessa.

2 Terveys ja terveyskasvatus

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin muodostamaksi kokonaisuudeksi. Terveys ei siis ole

vain vastakohta sairaudelle, eikä sairauden poissaolo merkitse automaattisesti terveyden läsnäoloa. (WHO 2006, 1.) Terveyskasvatuksessakin tulisi siten ottaa huomioon ihminen kokonaisuutena.

Terveyskasvatus, -valistus, -neuvonta sekä erilaiset terveys-suositukset ovat saman asian eri puolia ja tähtäävät kaikki samaan maaliin – terveyden edistämiseen (Puuronen 2006, 9). Tehtävä ei kuitenkaan ole helppo. Vaikka tämän päivän suomalaisessa yhteiskunnassa tietoa terveellisistä elämäntavoista on tarjolla runsaasti, ja tämä tieto on kaikkien saatavilla, ei sen käyttäminen omassa elämässä ole mitenkään itsestään selvää (Puuronen 2006, 12). Hoikkala ja Hakkarainen (2005) korostavatkin terveyskasvatuksen päämääränä terveystiedon ymmärtämistä. Tätä kutsutaan terveyden lukutaidoksi. Tällä käsitteellä halutaan painottaa yksilöiden terveystaitoja terveystiedon sijaan. Terveyden lukutaito antaa perusteet itsestä huolehtimiseen korostaen yksilön vastuuta omasta terveydestään. Terveyden lukutaidon käsitettä on laajennettu edelleen terveystajun käsitteen kautta. Tämä käsite sisältää terveystiedon ja terveyden lukutaidon lisäksi näiden soveltamisen sekä terveyteen vaikuttavien valintojen merkityksen tietoisien tarkastelun. (Hoikkala & Hakkarainen 2005, 5, 12.)

2.1 Terveyskasvatus koulussa

Terveyskasvatuksella on Kannaksen (2006, 26) mukaan neljä tehtävää: sivistävä, virittävä, mielenterveystehtävä ja muutosta avustava. Sivistävä tehtävä käsittää esimerkiksi arvokasvatuksen ja ne yleissivistävät terveyteen ja sairauteen liittyvät tiedot ja taidot, jotka kouluaikana tulisi oppia. Virittävän tehtävän tavoitteena on ohjata tietoiseen ajatteluun ja terveyttä koskevien valintojen pohdintaan ja perusteluun. Ahdistuksen ja pelkojen vähentäminen sekä psyykkisten voimavarojen vahvistaminen ovat mielenterveystehtävän tavoitteita. Terveyskasvatuksella pyritään vaikuttamaan terveystottumusten taustalla oleviin asioihin eli tietoihin, taitoihin, arvoihin ja asenteisiin. Nämä ovat keskeisessä roolissa muutokseen tähtäävässä tehtävässä, jonka tärkeänä päämääränä on tukea nuorta elämänvaiheeseen liittyvissä muutoksissa. Nämä neljä tehtävää tulisi ottaa huomioon koulun terveyskasvatuksessa. (Kannas 2006, 26–31.) Seu-

raavaksi tarkastelen sitä, minkälaisina terveystieteiden tavoitteet ja sisällöt ilmenevät toisaalta opetussuunnitelmassa, toisaalta oppikirjoissa.

2.1.1 Terveystieteen opetussuunnitelmassa

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet antaa nimensä mukaisesti yhteiset lähtökohdat kouluopetuksen tavoitteille, sisällöille, opetusjärjestelyille ja oppilasarvioinnille (Heinonen 2005, II). Opetussuunnitelman tarkastelu tässä yhteydessä on mielekästä, koska lähes jokainen suomalainen käy läpi peruskoulun saaden sieltä samankaltaiset eväät terveydestänsä huolehtimiseen. Pyrin tässä tuomaan esiin opetussuunnitelmaan kirjatut terveystieteen liittyvät pääperiaatteet, jotka ovat ainakin teoriassa jokaisen uuden opetussuunnitelman mukaisen koulutaipaleen vaeltavan nuoren kohdattavissa. Minkälainen on opetussuunnitelmaa noudattavan peruskoulun päättävä nuori terveystieteen näkökulmasta? Minkälaiset tiedot, taidot ja valmiudet hänellä on?

Alaluokat

Uusinta, vuoden 2004 perusopetuksen opetussuunnitelman perusteita on alettu noudattaa kouluissa maanlaajuisesti viimeistään syyslukukaudella 2006. Tämän opetussuunnitelman mukaan terveystieteen kuuluu vuosiluokilla 1–4 ympäristö- ja luonnontiedon oppiaineeseen, joka kattaa biologian, maantiedon, fysiikan, kemian ja terveystieteen tiedonalat. Sen tavoitteena on, että ”oppilas oppii tuntemaan ja ymmärtämään luontoa ja rakennettua ympäristöä, itseään ja muita ihmisiä, ihmisten erilaisuutta sekä terveyttä ja sairautta” (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004, 170). Terveystietoon painottuvat tavoitteet keskittyvät niin psyykkisen kuin fyysisenkin itsetuntemuksen lisäämiseen sekä itsensä että muiden arvostamiseen ja sosiaaliseen osaamiseen. Käsitteiden, sanaston ja toimintatapojen lisäksi painotetaan terveyttä edistävien valintojen tekemisen oppimista. Omasta terveydestä huolehtiminen ja arkipäivän terveystottumukset on nostettu yhdeksi keskeisimmistä ihmisyyteen ja terveyteen liittyvistä sisällöistä. Tärkeänä nähdään myös läheisten ihmisten, tunteiden tunnistamisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtäminen suhteessa ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä mielenterveyteen. Hyvän osaamisen kuvauksessa 4. vuosiluokan päättyessä mai-

nitaankin terveyttä edistävien arkikäytänteiden ja tottumusten – esimerkiksi ravinnon, säännöllisen ruokailemisen ja päivittäisen liikunnan – merkityksen tiedostaminen.

Terveystiedon opetus integroituu vuosiluokilla 5–6 biologian ja maantiedon opetukseen sekä fysiikan ja kemian opetukseen. Sen tavoite painottuu toisaalta oppilaan oman kasvun ja kehityksen ymmärtämiseen ”fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena prosessina sekä ihmisen ja hänen ympäristönsä välisenä vuorovaikutuksena” ja toisaalta oman toiminnan tarkasteluun terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta (Perusopetuksen... 2004, 176, 188). Biologian ja maantiedon tarkemmin nimetyt tavoitteet tai kuvaus hyvästä osaamisesta kuudennen luokan päättyessä eivät sisällä terveyden edistämiseen liittyviä asioita, vaan keskittyvät enemmän ihmisen ja luonnon vuorovaikutuksen ymmärtämiseen, ihmisen rakenteen ja elintoimintojen perusasioiden oppimiseen sekä murrosiän, seksuaalisuuden, kasvun ja kehityksen arvostamiseen jokaisen henkilökohtaisena prosessina. Toisaalta korostetaan myös vastuun ottamista omista teoistaan, johon voisi ajatella sisältyvän myös omaan terveyteen liittyvät valinnat. Sen sijaan keskeisiksi nimetyissä sisällöissä näkyy myös eksplisiittisesti, että tärkeänä pidetään oppilaan oman kehon arvostuksen omaksumista ja sitä kautta sen suojelun merkityksen ymmärtämistä. Tähän ohjaavat edelleen opetussuunnitelmassa mainitut sisällöt tervettä kasvua ja kehitystä tukevista ja haittaavista tekijöistä. Fysiikan ja kemian osalta terveystiedon painopiste on päihteiden haitallisuuden ymmärtämisessä.

Kuudennen luokan päättyessä varhaisnuorella tulisi siis opetussuunnitelmaa noudattavien alaluokkien jäljiltä olla hyvä itsetuntemus ja -arvostus, joista hyvä itsetuntemuskin pääasiassa koostuu (Ojanen 1994, 31). Hän osaa arvostaa myös muita ja ymmärtää sosiaalisen vuorovaikutuksen merkityksen ihmisen hyvinvoinnille. Lisäksi hänellä on tietoa terveydestä, sairauksista ja terveystottumuksista, ja hän ymmärtää valintojensa seuraukset. Ymmärrys on lisääntynyt myös kasvun ja kehityksen osalta, samoin näiden arvostus.

Yläluokat

Yläluokille siirryttäessä terveystiedon opetuksella on nykyisessä opetussuunnitelmassa oma oppiaine, terveystieto. Sen tavoitteena on ”edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvalli-

suutta tukevaa osaamista” kehittämällä oppilaiden ”tiedollisia, sosiaalisia, tunteiden säätelyä ohjaavia, toiminnallisia ja eettisiä valmiuksia” (Perusopetuksen... 2004, 200). Tavoitteena on, että oppilaalle kehittyisi valmiuksia ottaa vastuuta valinnoistaan ja toimia terveyden edistämiseksi. Tiedot ja taidot terveydestä, elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauksista kuuluvat myös keskeisenä osana terveystiedon oppiaineeseen. Taustalla nähdään terveys fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Keskeiset sisällöt ovatkin kasvun ja kehityksen tarkastelussa jakaantuneet pääasiassa näille kolmelle alueelle. Lisäksi tarkastellaan terveyttä arkielämän valintatilanteissa, voimavaroja ja selviytymisen taitoja sekä terveyttä yhteiskunnan ja kulttuurin näkökulmasta.

Hyvän osaamisen kriteereitä, ja siten myös tärkeänä pidettäviä oppimistavoitteita, ovat peruskoulun päättyessä ravitsemuksen ja liikunnan osalta sisältöalueittain seuraavat:

- Kasvu ja kehitys. Tietous terveyden kannalta tasapainoisesta ja monipuolisesta ravinnosta ja liikunnan terveysvaikutuksista.
- Terveys arkielämän valintatilanteissa. Ravitsemuksellisten tarpeiden ja ongelmien tiedostaminen eri tilanteissa sekä tieto yleisimmistä allergioista ja erityisruokavalioista.
- Voimavarat ja selviytymisen taidot. Oppilas osaa pohtia elämäntapavalintojen merkitystä terveydelle ja perustella tai näyttää esimerkein arkielämän terveyttä edistäviä valintoja.
- Terveys, yhteiskunta ja kulttuuri. Tietoisuus oman koulun ja kunnan keskeisistä terveys- ja hyvinvointipalveluista. Oppilas osaa myös hakeutua niihin ja kuvata esimerkein, miten palveluja käytettäessä toimitaan tarkoituksenmukaisesti.

(Perusopetuksen... 2004, 201–202.)

Peruskoulunsa päättävällä nuorella on alakoulussa saamiensa valmiuksien lisäksi nyt kyky pohtia ja punnita valintoja sekä niiden merkityksiä ja ottaa vastuu tekemistään valinnoista. Nuori ymmärtää, että terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin summa. Hänellä on myös tietämystä, kuinka toimia terveyttä edistävällä tavalla – ja taito halutessaan toimia näin. Jos nuori kohtaa tilanteen, josta ei selviydykään omin tiedoin tai taidoin, hän on

myös oppinut, mistä saada apua. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden mukaan koulunsa päättäneillä siis pitäisi olla riittävästi terveystietoa ja -taitoa sekä itsetuntemusta ja -arvostusta noudattaakseen terveellisiä elämäntapoja itsensä ja muiden vuoksi. Näyttää siltä, että opetussuunnitelman mukainen opetus tukee nuoren terveystajun kehittymistä.

2.1.2 Terveyskasvatus oppikirjoissa

Oppikirjalla tarkoitetaan opetustarkoituksia varten laadittua teosta (Heinonen 2005, II). Tarkastelen tässä lyhyesti terveyskasvatuksen ilmenemistä kahdessa terveystieto-oppiaineen oppikirjassa. Koska oppikirjoilla on Heinosen (2005, 241) mukaan merkittävä asema opiskelun, oppimisen ja opetuksen välineenä, on kiinnostavaa katsoa, minkälaisia asioita niissä korostetaan.

Reinikkalan ym. (2005) terveystiedon oppikirjan *Terveydeksi 1–3* seitsemästä kokonaisuudesta kaksi keskittyy terveyteen. Terveyden palapeli -kokonaisuudessa tarkastellaan terveyden olemusta, hyvinvoinnin tekijöitä ja omia vaikutusmahdollisuuksia suhteessa omaan terveyteen. Valintojen viidakko -kokonaisuudessa käydään läpi muun muassa ravinnon ja liikunnan vaikutusta terveyteen omien valintojen merkityksen näkökulmasta. Tässä jälkimmäisessä kokonaisuudessa pohditaan terveellisen ravitsemuksen ja liikkumisen lisäksi epäterveellistä ravitsemusta ja käydään lyhyesti läpi kolme syömishäiriön muotoa: anoreksia, bulimia ja ortoreksia.

Orkovaaran ym. (2004) oppikirja *Dynamo* kertoo tekijöidensä mukaan terveydestä, oppilaasta itsestään, valinnoista ja vaikuttamisesta. He korostavat hyvinvointia monien tekijöiden summana, johon vaikuttavat merkittävästi nuoren omat valinnat. Kirjan teemat on jaettu kahtentoista kokonaisuuteen, joista ravitsemukseen ja liikuntaan keskittyvät kaksi jaksoa ovat nimeltään Ruoka on nautinto – kokonaisuus ratkaisee ja Liikunnan iloa – voimaa ja vireyttä. Myös tässä oppikirjassa käsitellään terveellisen ravinnon lisäksi syömisongelmia. Tietoa on anoreksian, bulimian ja ortoreksian lisäksi BEDistä (Binge Eating Disorder) eli eräänlaisesta ahmimishäiriöstä.

Molemmat terveystiedon oppikirjat siis korostavat opetussuunnitelman tavoin nuoren omien valintojen vaikutusta terveyteen. Kirjat antavat myös kattavasti tietoa terveellisestä ravinnosta ja liikunnan merkityksestä terveyteen. Monipuolisen liikunnan ja ravinnon lisäksi nostetaan esiin myös ruuasta nauttiminen – herkuttelu ole vaarallista, vaan kokonaisuus ratkaisee. Toisin sanoen tietoa on runsaasti, mutta sen lisäksi oppikirjojen asennekin vaikuttaa hedelmälliseltä. Ne tuntuvat tarjoavan ohjeita ja neuvoja määräysten ja sääntöjen sijaan. Nuorten taitoa tulkita ja soveltaa ohjeita ja tietoa eli terveystajun syntymistä eivät kuitenkaan kirjat tai opetussuunnitelman perusteet voi yksin saada aikaan. Loppujen lopuksi paljon lienee kiinni myös opettajan tarjoamasta tuesta, avusta ja opetuksesta. Keskeistä on myös koko kouluyhteisö oppimisympäristönä. Parhaimmillaan sen avulla voidaan tuoda oppilaiden kouluarkeen esimerkiksi yhteisön terveyteen liittyviä asioita. (Peltonen 2006, 41.)

2.2 Koululaisten terveys

Edellä olen käsitellyt sitä, minkälaiset valmiudet terveyteen ja terveellisiin elämäntapoihin nuori voi saada peruskoulusta. Tässä luvussa tarkastelen, minkälainen koululaisten terveys ja terveiskäyttäytyminen on 2000-luvulla lähinnä WHO-Koululaistutkimuksen tulosten valossa. Tämän 1980-luvun alkupuolella alkaneen tutkimusprojektin tavoitteena on alusta alkaen ollut 11-, 13- ja 15-vuotiailta kerätyn aineiston avulla tuottaa tietoa nuorten terveystottumuksista ja koetusta terveydestä. (Kannas 2004, 3–4.) Monipuolisuudessaan ja kattavuudessaan WHO-Koululaistutkimus on tärkeä lähde koululaisten terveyttä tarkasteltaessa.

Valtaosa 11-, 13- ja 15-vuotiaista koululaisista arvioi terveyttään myönteisesti WHO-Koululaistutkimuksen vuosien 1984–2002 aineiston perusteella. Myönteisyys on jopa lisääntynyt 1980-luvun alkupuolelta 2000-luvulle tultaessa. Vastaavasti terveytensä huonoksi tai kohtalaiseksi arvioivien osuus on pienentynyt. Pojat arvioivat terveytensä tyttöjä myönteisemmin. Tästä huolimatta oireilu näkyy olevan yleinen piirre tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa, ja vanhemmat koululaiset oireilevat nuoria enemmän. Oireilussakin on sukupuolten välillä havaittavia eroja, tytöt oireilevat poikia yleisemmin. Oireina on tarkasteltu

muun muassa päänsärkyä, niska-hartiaongelmia, selkäkipuja ja masentuneisuutta. (Välimaa 2004, 11.)

Yleisellä tasolla koululaisten terveys näyttäyty melko myönteisenä. Uusimman WHO-Koululaistutkimuksen, jonka aineisto on kerätty vuonna 2006 ja esitutkimusaineisto vuonna 2005, mukaan koululaiset ovat myös tietoisia terveyteen vaikuttavista asioista: ruokavaliosta, liikunnasta, levosta, ihmissuhteista ja itsearvostuksesta (Autio & Lombardini-Riipinen 2006, 43). Kiinnostavaa uusissa tutkimustuloksissa on, että ravitsemukseen ja liikuntaan näytettäisiin kiinnitettävän paljon huomiota ulkonäön – ei terveyden – vuoksi. Esimerkiksi tytöt pitivät painoon liittyviä asioita tärkeinä syinä liikkumiselle, ja ruoka-asioistakin tiedusteltaessa noin 80 prosentilla tytöistä ja noin 50 prosentilla pojista tärkeäksi nousi ruuan vähäkalorisuus ja -rasvaisuus. Pojille oli tyttöjä tärkeämpää ruuan sisältämä proteiini, ja muutenkin pojat halusivat useammin olla suurempia kuin laihempia. Lihasmassan kasvattaminen oli melko tai erittäin tärkeää lähes kaikille pojille. (Ojala ym. 2006, 76–79.) Johtopäätös voisi siis olla, että vaikka koululaiset voivat fyysisesti melko hyvin ja kokevat terveytensä hyväksi, on sekä tytöillä että pojilla henkisiä paineita erityisesti ulkonäköön ja omaan kehoon liittyen. Ojala ym. (2006, 76–77) ovat pohtineet myös syitä omaa kehoa koetun tyytymättömyyden lisääntymiselle. Aiempi oletus on ollut, että koululaiset vertaavat itseään muihin koululaisiin, jolloin koululaisten koon kasvaessa tyytymättömyys omaan itseen vähenee. Uusin koululaistutkimus ei kuitenkaan tue tätä oletusta. Vaikka yhä suurempi osa koululaisista on ylipainoisia, kokevat myös normaalipainoiset koululaiset enemmän tyytymättömyyttä omaa kehoansa kohtaan kuin aiemmin. On siis mahdollista, että koululaiset vertaavat itseään enenevässä määrin median tai kulttuurin ihanteisiin. (Ojala ym. 2006, 76–77.) Tätä oletusta vahvistaa myös Atte Oksasen (2004) havainto ulkonäkökeskeisen kulttuurin vaikuttamisesta jo kouluikäisiin.

Samankaltaisia ulkonäön lisääntyvään merkitykseen viittaavia tuloksia on saatu myös joissakin amerikkalaisissa tutkimuksissa. Ajatusten kietoutuminen oman painon ja vartalon ympärille alkaa näiden amerikkalaisten tutkimusten mukaan yhä aiemmin. Esimerkiksi Ohiossa alaluokkalaisista tytöistä 40 prosenttia ja pojista 25 prosenttia oli yrittänyt laihduttaa. Tutkimuksen tekohetkelläkin 25 prosenttia tytöistä ja 13 prosenttia pojista rajoitti tai muuten muokkasi

syömistään. (Berg 1997, 38.) Tyytymättömyys omaan painoon on 6–17-vuotiaiden amerikkalaislasten ja -nuorten keskuudessa yleistä, minkä vuoksi he ovat tyytymättömiä ulkonäköönsä tai yrittävät laihduttaa (Thompson & Smolak 2001, 9).

3 Nuorten elämämaailma

Tässä luvussa käsittelen ensin nuoruuden ja elämämaailman määritelmiä, jonka jälkeen esittelen joitakin nuorten elämämaailmaan sisältyviä tekijöitä tarkemmin.

Nuoruus

Nuoruutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Myös nuoruuden määritelmät vaihtelevat näkökulmasta riippuen. Nuoruudesta puhuttaessa saatetaan puhua myös murrosiästä, jonka katsotaan usein olevan lapsuuden loppumisen ja nuoruuden alkamisen merkki (Aalberg & Siimes 1999, 56). Murrosikä on kuitenkin ongelmallinen käsite, koska sen sisältö vaihtelee eri diskursseissa. Esimerkiksi psykologit ja lääkärit puhuvat murrosiästä puberteetin eli nuoren fyysisen kehitysvaiheen synonyymina, mutta yleiskielessä sillä tarkoitetaan toisaalta fyysistä muutosprosessia ja toisaalta siirtymistä lapsuudesta aikuisuuteen siihen liittyvine psyykkisine ja sosiaalisine prosesseineen. Usein murrosiän käsite liitetään nuoruusiän fyysisiin muutoksiin ja muista ulottuvuuksista, esimerkiksi yhteiskunnallisista ja sosiaalisista, puhuttaessa käytetään murrosiän käsitteen sijaan nuoruusiän käsitettä. (Aapola 2003, 97–101.)

Aapola ja Kemppainen (2003, 13) ovat todenneet, että nuoruuden keskeisenä määrittäjänä pidetään teollistuneessa yhteiskunnassa usein yksilön kronologista ikää. Arviot nuoruuden alkamis- ja päättymisiästä kuitenkin vaihtelevat, eikä yhtä oikeaa määritelmää voikaan olla, kun otetaan huomioon ihmisten yksilöllisyys. Aapola ja Kemppainen (2003, 13) pitävätkin mielekkäämpänä tarkastella kronologisen iän sijaan nuorten elämään liittyviä sosiaalisia sisältöjä. Myös ikävaiheen pituuden ja sisällön määritelmät ovat vaihdelleet ajan ja kulttuurin mukaan

(Aapola & Kempainen 2003, 12). Varsinaisesti aikuisten yhteiskuntaan, työelämään ja perheen perustamiseen siirrytään nykyään kuitenkin entistä myöhemmin: vaikka nuoret aikuistuvat biologisesti yhä aiemmin, on niin sanottu nuorisovaihe pidentynyt (Haapala 2003, 82). Yhteiskunta, johon nuori astuu, ei sekään ole tänä päivänä mitenkään selväpiirteinen. Yhteydestä riippuen puhutaan mediayhteiskunnasta (Vehkalahti & Leppälahti 2005, 1), tietoyhteiskunnasta (Tuomi 2005, 135), kulutusyhteiskunnasta (Wilska 2001, 60) ja niin edelleen. Voidaan ainakin todeta, että nyky-yhteiskunta on monimuotoinen ja rikkonainenkin.

Nuoruus jaetaan tyypillisesti eri vaiheisiin, joita ovat varhaisuoruus, varsinainen nuoruus ja jälkinuoruus. Varhaisuoruudessa itsetuntemus on rakentumisvaiheessa, mikä saattaa korostaa itsetietoista ja -keskeistä käyttäytymistä. Varsinaiseen nuoruusikään siirryttäessä nuoren persoonallisuus alkaa kiinteytyä. Hän alkaa olla valikoivampi ystäviensä suhteen, kun aiemmin nuorisoryhmä oli tärkeä sellaisenaan. Ystävät ovat monessa mielessä jo vanhempia tärkeämpiä. Varsinaisessa nuoruudessa nuori alkaa myös sopeutua muuttuneeseen ruumiinkuvaan, ja seksuaalisuuden kehitys on keskeistä tässä vaiheessa. Ikätoverit ovat merkittävässä asemassa nuoren vahvistaessa minuitaan esimerkiksi seurustelusuhteiden kautta. Jälkinuoruus on jäsentymisen aikaa, jossa kokonaisuus itsestä naisena tai miehenä alkaa hahmottua. Tässä vaiheessa nuori tekee valintoja, jotka vaikuttavat hänen tulevaan aikuisuuteensa, ja rakentaa identiteettiään. (Aalberg & Siimes 1999, 56–59.) Identiteetikään ei ole itsestään selvä käsite, mutta usein sillä tarkoitetaan yksilön ainutlaatuisuutta verrattuna muihin, tietoisuutta omasta itsestään ja ominaisuuksistaan eli persoonallisuudestaan (Graafsma & Bosma 1994, 176). Identiteetin rakentaminen nähdään nykyään koko elämänkaaren läpäisevänä prosessina, jossa identiteettiä muokkaillaan joustavasti kaikkialla olevista rakennusaineista sopivimpia valikoiden (Salasuo 2006, 82).

Aalbergin ja Siimeksen (1999, 56) mukaan itsenäisyyden saavuttaminen on nuoruuden psykisen kehityksen päämäärä. Tämä päämäärä saavutetaan seuraavien, pääosin varsinaisessa nuoruudessa ratkaistavien, psyykkisten kehitystehtävien mukaan:

1. lapsuuden vanhemmista irrottautuminen ja vanhempien löytäminen uudelleen aikuisella tasolla,

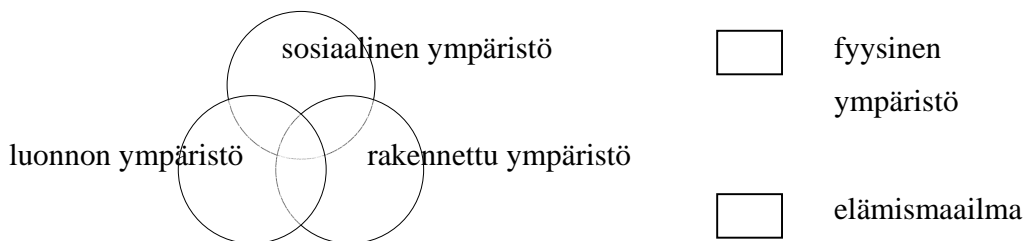
2. puberteetin johdosta tapahtuvan muuttuvan ruumiinkuvan ja seksuaalisen identiteetin jäsentäminen sekä
3. ikätovereiden apuun turvautuminen kasvun ja kehityksen tukena.

(Aalberg & Siimes 1999, 56.)

Kuten toisessakin kehitystehtävässä viitataan, nuoruusiässä identiteetti kytkeytyy ruumiiseen ja ruumiillisuuteen voimakkaasti. Tätä nuoruuden itsenäistymisvaihetta identiteetin rakennusvaiheena voidaan verrata vauvaiän ensimmäisiin havaintoihin omasta ruumiista ja sen irrallisuudesta suhteessa hoitajaan. Niin sanotussa toisessa itsenäistymisvaiheessa nuoret ottavat lopullisen itsemääräämisoikeuden omaan ruumiiseensa. (Wilska 2001, 62–63.) Myös ikätovereiden ja muiden tärkeiden ihmisten ajatukset vaikuttavat voimakkaasti nuoren käsitykseen itsestään ja siten myös identiteetin muotoutumiseen. Nuoren itsetuntemus ja omat havainnot eivät tunnu riittävän hänen itsetuntonleen, vaan nuori kaipaa jatkuvaa palautetta muilta. Nuori peilaa itseään toisiin nähdäkseen, millainen hän on. (Aalberg & Siimes 1999, 67.)

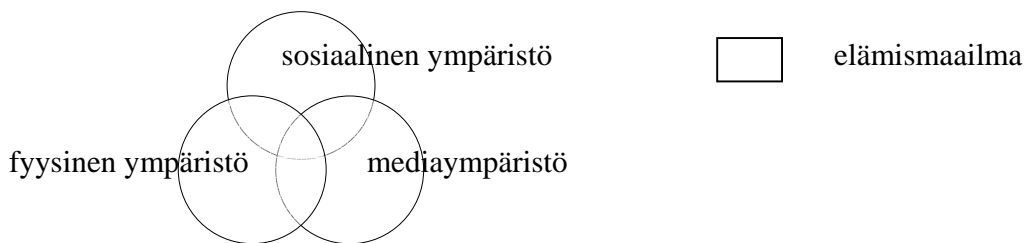
Elämismaailma

Nuorten elämismaailma korostaa Kaivolán ja Rikkisen (2002, 54) mukaan ympäristöä elettyinä ja koettuna todellisuutena, joka koostuu fyysisen ympäristön lisäksi sosiaalisesta ympäristöstä (ks. kuvio 1). Elämismaailma on siis yksilöä ympäröivä alue tai tila elementteineen ja suhteineen, jonka kanssa yksilö on vuorovaikutuksessa ja jonka hän itse kokee omaksi elinympäristökseen (Rikkinen 1992, 7).



KUVIO 1. Elämismaailmaan vaikuttavat ympäristöt (Rikkinen 1992, 7).

Tämä humanistisen maantieteen piirissä käytetty elämismaailman käsite on yksi tutkimukseni keskeisimmistä käsitteistä. Toisaalta tietoyhteiskunnasta puhuvat näkevät myös teknisen todellisuuden osana lasten ja nuorten ympäristöä (ks. esim. Hernwall 2002 ja Oksanen & Näre 2006). Kupiainen (2002) painottaakin, että mediaa ei voida enää erottaa erilliseksi välineeksi. Sen sijaan hän ehdottaa, että mediaa voitaisiin välineen tai elementin sijaan pitää toiminta- tai jopa asuinympäristönä, ”maisemana, johon olemme kiinnittyneet ruumiillisesti ja mentaalisesti ja joka on läsnä alati kaikkialla: kuvina, ääninä, valoina, varjoina, esineinä, merkkeinä, teknologiana jne.” (Kupiainen 2002, 71). Tämän näkökulman huomioon ottaen nuorten elämismaailman voisi siis katsoa muodostuvan fyysisen, sosiaalisen ja teknologisen ympäristön leikkauskohtana. Tässä tutkimuksessa käsitän elämismaailman juuri tällä tavoin (ks. kuvio 2). Vaikka lasten ja nuorten elämismaailmaan kuuluukin runsaasti erilaisia tekijöitä aina harrastuksista kodin sijaintiin, keskityn tässä tutkimuksessa vain osaan näistä tekijöistä. Tarkastelussani painottuu sosiaalisten suhteiden ja median lisäksi koti ja koulu, jotka ovat jokaisen lapsen ja nuoren elinympäristössä läsnä (Rikkisen 1992, 2).



KUVIO 2. Elämismaailma ympäristöineen sellaisena kuin sen tässä tutkimuksessa ymmärrän. Kuvio on johdettu Rikkisen (1992, 7) mallista.

3.1 Koti ja perhe

Koti on paikka, jossa perhe asuu ja elää. Monien mielikuvissa perhe nähdään heteroseksuaalisten, avioliitossa olevien vanhempien ja heidän yhteisten lastensa muodostamana yksikkönä eli ydinperheenä (Vidén & Ollila 2004, 3). Perheen näkeminen yhteiskunnallisten ja kulttuuristen

prosessien tuotteena ja sen luonteen ymmärtäminen tulkinnallisena ja neuvoteltavissa olevana avaa kuitenkin monia muitakin perhemuotoja stereotyyppisen ydinperheen rinnalle: yksinhuoltajaperheet, samaa sukupuolta olevien kumppaneiden perheet, eläkeläisten perheet, uusperheet ja niin edelleen (Forsberg 2003, 9–10). Myöskään lapsen ja nuoren näkökulmasta ei ole itsessään selvää, mikä on oma perhe. Vaikka vanhemmilla on muodollinen määräämisoikeus esimerkiksi lapsen asuinpaikan suhteen erotilanteessa, ei se kuitenkaan yletä määräämään sitä, minkälaiset suhteet lapsella tai nuorella on läheisiksi katsomiinsa ihmisiin. Keskeistä onkin se, keitä lapset tai nuoret itse katsovat perheeseensä kuuluvan. (Ritala-Koskinen 2001, 48.) Sen vuoksi onkin tärkeää tarkastella, minkälaisia nuorten perhekäsitykset ovat.

Nuorten omia perhekäsityksiä ovat tutkineet muun muassa Vidén ja Ollila (2004). Heidän tutkimuksessaan nuoret lukiolaiset korostivat perheen kokoonpanoa yhtenä tavallisen perheen mittarina. Ydinperheen käsitettä mukaillen tähän tavalliseen perheeseen katsottiin kuuluvan isä, äiti ja yhdestä kolmeen lasta, vaikka esimerkiksi lapsettomatkin pariskunnat huomioitiin perheenä. Perheenjäsenten lisäksi keskeiseksi nousi yhteenkuuluvuuden tunne. Kotikin nähtiin määrittelyissä oleelliseksi osaksi perhettä. Kodissa vallitsevat eri säännöt kuin muualla maailmassa, ja se koettiin perheen turvapaikaksi. Kaiken kaikkiaan keskustelua herättivät moninaisten perhemuotojen ja ydinperheen suhde sekä kodin ja perheen velvollisuudet suhteessa omiin itsenäistymispyrkimyksiin. (Vidén & Ollila 2004, 4–6, 16.)

Perhe ei siis ole vain avioliiton tai sukulaisuussuhteiden kautta muodostunut instituutio, eikä koti ole pelkkä tila, jossa perhe asuu. Perheen käsitettä määriteltäessä olisi huomio kiinnitettävä myös yksilöiden tekemiin valintoihin ja läheisille ihmissuhteille antamiin merkityksiin. Perhe on myös eletty käytäntö, jossa muun muassa asumisol- ja sukulaisuussuhteet, huolenpito, rakkaus ja taloudelliset seikat merkitsevät. (Forsberg 2003, 11–12.) Esimerkiksi lasten hyvinvoinnin näkökulmasta keskeistä perhemuodosta riippumatta on lapsen etu ja hyvinvointi, jotka voivat merkitä jatkuvuutta, pysyvyyttä, turvallisuuden tunnetta ja osallisuutta. Lisäksi vanhempien tai muiden hoitajien tarjoama rakkaus, hoiva, hoito ja suojeleminen sekä auktoriteettina ja esimerkkinä toimiminen ovat merkittäviä perheeseen ja lasten hyvinvointiin liitettyjä asioi-

ta. Keskeisintä toimivan perheen kannalta on ihmissuhteiden laatu eli kiintymyssuhde. (Nätkin 2003, 37–38.)

Kaikissa perheissä nuorten tai tutkijoiden perheelle asettamat ihanteet eivät kuitenkaan toteudu. Kauppinen, Koivu & Nissinen (2004) ovat tutkineet suomalaisten 13- ja 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien kokemuksia lähisuhteista ja heidän saamastaan tuesta. Vaikka tässä tutkimuksessa nuoret pitivät kaikkein läheisimpinä ihmisinä omia vanhempiaan, koki kolmasosa nuorista saamansa tuen riittämättömäksi. Nuorilla näkyi myös murrosiän myötä koettu kodin ilmapiirin heikkeneminen, mikä osittain johtunee nuorten itsenäistymispyrkimyksistä ja vanhemmista irtautumisesta. Emotionaalista tukea nuoret kokivat saavansa eniten äidiltään, joskin tytöillä ystävien merkitys oli tässä suhteessa äidin veroinen. Tutkijoiden mukaan huolestuttavaa on, että täysin vaille emotionaalista tukea jäi pojista seitsemästä kymmeneen prosenttia. (Kauppinen, Koivu & Nissinen 2004, 29–30.) Tuen saamisen tai sen puuttumisen lisäksi ongelmallista näyttäisi tutkimusten mukaan olevan myös työelämän kiireen vaikuttaminen perhe-elämään. Erään tutkimuksen mukaan jopa 30 prosenttia lapsista kokee isänsä tai äitinsä olevan liian kiireinen. (Suoranta 2002, 11.) Ei ehkä olekaan ihme, että erityisen arvokkaaksi lapset kokevat ihmiset – perheenjäsenet tai muut läheiset – jotka antavat heille aikaa ja huomiota sekä jakavat lasten kanssa elämän arkiset asiat (Ritala-Koskinen 2001, 51).

3.2 Koulumaailma(t)

Koulu on keskeinen sosiaalinen ja sosiaalistava tila lasten ja nuorten elämässä (Välimaa 2001, 90). Sen käytänteiden voidaan ajatella muodostuvan erilaisista toisiinsa kietoutuneista kerrostumista, joita ovat virallinen, informaali ja fyysinen koulu. Virallisella koululla tarkoitetaan opetussuunnitelmia, oppimateriaaleja, -tunteja ja -menetelmiä sekä sääntöjä ja virallisia hierarkioita. Opetukseen kuulumaton, epävirallinen vuorovaikutus luokassa ja sen ulkopuolella sekä siinä muodostuvat epäviralliset hierarkiat taas sisältyvät koulun informaaliin kerrostumaan. Fyysinen koulu puolestaan koostuu koulun fyysisistä tiloista, eli koulurakennuksesta, ja ruumiillisuudesta. (Gordon 2001, 100–101.)

Sosiaalisten suhteiden muodostumiseen koulussa vaikuttavat nämä kaikki kerrostumat. Virallinen koulu luo rakenteellisia puitteita sosiaalisen tilan muodostumiselle. Varsinaisesti se kuitenkin muodostuu koulun informaalisella tasolla eli sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. (Tolonen 2001a, 14.) Myös koulujen tilat toisaalta asettavat kehikon viralliselle ja informaaliselle toiminnalle, toisaalta ovat itsessäänkin osa sosiaalisia ja kulttuurisia toimintoja. Ne siis paitsi muodostavat rajoituksia ja mahdollisuuksia, ovat myös muokkauksen kohteena. Tila vaikuttaa sosiaalisten suhteiden järjestymiseen siinä, mutta toisaalta nämä sosiaaliset suhteet myös järjestävät tilaa vuorovaikutuksen kautta. (Gordon 2001, 101.) Lisäksi sosiaalisten tilojen muotoutumiseen koulussa vaikuttaa myös vahvasti sukupuoli, jonka arkisen järjestäytymisen osana toimivat äänet ja katseet sekä julkisen ja yksityisen rajat (Tolonen 2001a, 16). Sekä virallinen että informaali koulu korostaa tavallisuutta, ensimmäinen suhteessa suomalaiseen kulttuuriin ja jälkimmäinen suhteessa erilaisuuteen ja samanlaisuuteen oppilaiden keskuudessa (Tolonen 2002, 248, 265).

Suomalaisen kulttuurin – tai oletuksen siitä, millainen se on – lisäksi koulussa kohtaavat muutkin erilaiset kulttuurit: koulun virallinen kulttuuri, oppilaiden ja opettajien kulttuurit, nuorisokulttuurit ja paikalliskulttuuri (Tolonen 2001a, 256–260). Nuorten näkökulmasta koulun kontekstissa keskeistä on nuorten jakama oppilaskulttuurinen taso, joka on siis osa informaalin koulun kerrostumaa. Tässä oppilaskulttuurissa nuoret muodostavat käsityksiä itsestään ja toisistaan esimerkiksi oppilaina, ystävinä ja sukupuolisina toimijoina. (Tolonen 2001a, 15.) Tolonen (2001b, 78) vertaakin koulua pikkukaupunkiin, jonka jäsenet tuntevat toisensa ainakin ulkonäöltä. Toisia katsotaan ja nähdyn perusteella tehdään tulkintoja. Näissä tulkinnoissa painottuvat ruumiilliset ominaisuudet, ulkonäkö ja liikkeet. Toisaalta ruumiillisuus on myös viestintää, jonka avulla kerrotaan itsestä muille (Välimaa 2001, 90). Lisäksi tytöt peilaavat koulussa ruumiillisuuspuheen kautta myös itseään pitäen vertailukohtinaan toisia naisia, ikäpolvea, luokkatovereita ja miehiä. Erilaisuuden ja samanlaisuuden ristiriita näkyy koulun arjessa, sillä toisaalta haluttaisiin sulautua massaan ja suojautua katseilta, toisaalta erottautua muista ja ehkä pyrkäkin katseiden kohteeksi. (Tolonen 2001b, 74–79.)

3.3 Media

Media on keskeinen osa 2000-luvun suomalaisten maailmaa paitsi heijastamalla, myös rakentamalla sitä (Vehkalahti & Leppälahti 2005, 1). Rakentaminen tapahtuu esimerkiksi erilaisten representaatioiden eli todellisuuden esitysten kautta, jotka mediassa tuotetaan aina jostakin rajatusta näkökulmasta. Media siis esittää todellisuutta jonakin, joka saattaa luonnollistuneena palata takaisin todellisuuteen. Näin on käynyt esimerkiksi ruumiin ja vartalon ihanteiden suhteen. Tietyntaista ruumiinkuvaa voidaan alkaa pitää normatiivisena ja luonnollisena, johon jo lapset alkavat pyrkiä. (Kupiainen 2002, 74.)

Lasten ja nuorten elämässä media on merkityksellinen myös siksi, että sen tarjoamat tarinat ja kuvat toimivat identiteetin rakennusaineina. Esimerkiksi median tarjoamat mallit, maailmankuva, arvot, toimintaympäristöt ja käsitykset ”meistä ja muista” ovat näitä identiteetin rakennusaineita (Kupiainen 2002, 72). Lisäksi televisio-ohjelmat ja niiden aikataulut rytmittävät vapaa-aikaa, ja kännykällä tai sähköpostilla sovitaan tapaamiset, jotka saattavat sijoittua virtuaalimaailmaankin. Mediakulttuuri merkitsee lapsille ja nuorille myös omaa paikkaa ja tilaa, joka on kotiin ja kouluun verrattuna selvemmin lasten ja nuorten omaa aluetta ainakin suhteessa aikuisten valta-asemaan. (Suoranta & Lehtimäki 2003, 30.) Mediakulttuuri voidaan nähdä myös yhteisen kokemusmaailman ja kulttuurin luojana, joka tässä suhteessa korvaa ainakin osittain esimerkiksi perinteisten yhteisöjen tai uskonnon roolin (Kupiainen 2002, 73).

Eri medioilla on siis tämän päivän lapsille ja nuorille suuri merkitys paitsi tiedon hankinnan kannalta myös sosiaalistavana tekijänä perinteisten tekijöiden, kuten koulun, kodin ja vertaisryhmän rinnalla. Erityisesti Internetin keskusteluryhmät antavat nuorille mahdollisuuden rakentaa omaa kulttuuriaan yli maantieteellisten rajoitusten ja kerääntyä samoja ajatuksia omaavien toisten nuorten kanssa keskustelemaan kutakin kiinnostavista asioista. (Suoninen & Modinos 2003, 9–10; Mustonen 2005, 10.) Puhutaan jopa teknologisoituvasta nuoruudesta, jolla viitataan muun muassa tietotekniikan suureen merkitykseen nuorten elämässä (Kangas & Kuure 2003, 6). Aina ei välttämättä edes tehdä eroa niin sanotun fyysisen, reaalisen maailman ja

digitaalisen maailman välillä, vaan niiden voidaan ajatella yhdessä muodostavan sen todellisuuden, jossa lapset ja nuoret tänä päivänä elävät (Hernwall 2002, 35).

3.3.1 Media ja hauras identiteetti

Internet ja sen eri keskusteluryhmät ja -palstat tarjoavat lapsille ja nuorille mahdollisuuksia kokeilla eri rooleja, mikä voi auttaa oman identiteetin rakentamisessa (Hernwall 2002, 23). Media tarjoaa lapsille ja nuorille myös valmiita roolimalleja ja vaikuttaa identiteettityöhön myös näiden kautta (Mustonen 2005, 10). Kaikki roolimallit eivät kuitenkaan ole myönteisiä esimerkkejä, vaan tarjolla on myös paljon epärealistisia nais- ja miesihanteita. Erityisesti ruumiillinen minäkuva on identiteetin hauras alue, koska sitä on mahdoton piilottaa toisten katseilta. Toisten hyväksynnän saaminen ja myönteisen itsetunnon saavuttaminen on tärkeää, ja näihin vaikuttaa myös ulkonäkö osittain median vuoksi. Kaiken lisäksi median ulkonäkömallit vaikuttavat haitallisimmin juuri niihin lapsiin ja nuoriin, jotka ovat muutenkin itsetunnonaan ja identiteettityöltään hauraassa vaiheessa. (Mustonen 2005, 10.)

Kuten jo nuoruuden käsitteen yhteydessä tuli ilmi, varhaisnuoruudessa ja nuoruudessa rakennetaan käsitystä omasta itsestä ja oletusta siitä, mikä on muiden käsitys. Koulumaailman ja sen katseiden lisäksi epävarmaa suhtautumista omaan itseen lisää mainosten ja median tarjoamat naisen ruumiin ihannekuvat. Naisen tulee olla kaunis, hoikka ja nuori. (Wilska 2001, 65–66.) Myös miehen esineellistäminen on viime vuosina jonkin verran lisääntynyt mainoksissa ja mediassa, ei kuitenkaan samalla volyyymilla kuin naisten. Poikien kulutuksen "naisellistuminen" on yksi tärkeimmistä ja näkyvimmistä muutoksista: ulkonäkö, tyyli ja muodikkaus merkitsevät pojille selvästi enemmän kuin joitakin vuosia sitten (Wilska 2001, 67). Sari Näreen (2004, 57) mukaan kulttuurimme on aikuiskeskeistä ja se näkyy myös visuaalisessa häirinnässä. Hän on huomannut, etteivät jotkut mainostajat välitä mainonnan kansainvälisistä säännöistä, jotka edellyttävät, ettei lapsille ja nuorille saa levittää haitallista mainosmateriaalia. Tämän huomaa itsekkin katsomalla päivän televisiota, lukemalla lehtiä ja kulkemalla kaupungilla: ihannenaaisia ja -miehiä suorastaan tuputetaan katsottaviksi, ja olisikin ihme, jos kehitymässä olevat nuoret voisivat olla vertailematta itseään näihin malleihin.

3.3.2 Tietokoneen ja Internetin käyttö

Tietotekniikan merkityksen kasvamisesta kertoo sen parissa käytetyn ajan lisääntyminen. Tietokeskuksen ajankäyttötutkimuksen, joka toteutettiin maaliskuun 1999 ja helmikuun 2000 välisenä aikana, mukaan harrastuksiin käytetty aika on 1990-luvulla lisääntynyt jonkin verran. Tämä on selitettävissä juuri tietokoneharrastuksen yleistymisellä, vaikka sen parissa vietetty aika oli tutkimusajankohtana koko väestön tasolla vain noin kolme prosenttia. Kuitenkin jo tuolloin 10–14-vuotiaiden lasten vapaa-ajasta yksi kymmenesosa kului tietokoneen parissa, ja eniten tietokoneen parissa viettivät aikaansa alle 25-vuotiaat. Verkkokeskusteluihin osallistui 18 prosenttia Internetin kotikäyttäjistä. (Niemi & Pääkkönen 2001, 34–41.)

Tarkemmin tietokoneen käyttötarkoituksia on tarkastellut muun muassa Suoninen (2003). Hänen syksyllä 1999 kerätyn aineistonsa mukaan Internet on tietokonepelien pelaamisen ja tekstinkäsittelyn ohella yksi tärkeimmistä 13–19-vuotiaiden nuorten tietokoneen käyttötarkoituksista. Olen rajannut oheiseen taulukkoon (taulukko 1) Suonisen (2003, 64) taulukosta vain tiedot keskusteluryhmiin osallistumisesta, sillä tämä on tutkimukseni kannalta keskeisin tieto.

TAULUKKO 1. Internetin keskusteluryhmiin osallistumisen osuus kaikista sen käyttötavoista käyttäjien sukupuolen ja iän mukaan (Suoninen 2003, 64).

	13–15v pojat		17–19v pojat		13–15v tytöt		17–19v tytöt	
	N=155–157		N=134		N=163–165		N=155–158	
	käyttäjää %	käyttää usein	käyttäjää %	käyttää usein	käyttäjää %	käyttää usein	käyttäjää %	käyttää usein
Keskusteluryhmät (n=608)	65	16	55	14	68	15	44	10

Huom. Taulukosta on poistettu muut Internetin käyttötavat.

Kuten taulukosta käy ilmi, 13–15-vuotiaat nuoret osallistuvat keskusteluryhmiin jonkin verran 17–19-vuotiaita nuoria enemmän. Nuorempien osalta tyttöjen ja poikien keskusteluryhmiin

osallistumisen välillä ei ole juurikaan eroa, sen sijaan vanhempien osalta on jo havaittavissa, että pojat ovat tyttöjä aktiivisempia. Tilanne on tosin voinut muuttua vuodesta 1999, sillä teknologisoitumisen vauhti on ollut nopea ja siten muutoksia on luultavasti ehtinyt tapahtua. Esimerkiksi Salasuon (2006, 64) tuoreen pääkaupunkiseudun nuoria koskevan haastattelututkimuksen mukaan yli 90 prosenttia haastateltavista käytti Internetiä vähintään viikoittain, keskimäärin jopa kymmenen tuntia viikossa.

3.3.3 Internetin keskustelupalstat yhteisöinä

Keskusteluryhmät ovat osa tietokoneen välittämää vuorovaikutusta ja siten osa verkostososiaalisuutta. Verkostososiaalisuuden ymmärrän tässä kuten Suoranta ja Lehtimäki (2003) sen määrittelevät: kännykän tai tietokoneen välittämänä vuorovaikutuksena, joka voi tarjota yhteenkuuluvuuden tunnetta ja jonka välityksellä voidaan jakaa henkilökohtaisiakin asioita ja ajatuksia. Verkostososiaalisuuden käsitteen avulla pyritään myös kuvaamaan sosiaalisen kanssakäymisen muotoja ja niiden muuttumista. Tähän näkökulmaan en kuitenkaan tutkimuksessani tartu, vaan keskityn verkostososiaalisuuden merkitykseen sen välittämän vuorovaikutuksen osalta. Verkostososiaalisuuteen liittyy läheisesti myös verkkoyhteisöllisyys, joka on yksi lasten ja nuorten elämismaailmaan kuuluva tapa solmia ja ylläpitää suhteita – tähän sisältyy myös keskusteluryhmiin osallistuminen, ilmiöistä ja asioista kertominen ja keskusteleminen. Toisin sanoen verkkoyhteisöllisyyden voidaan nähdä myös tarjoavan sellaisen tilan tai paikan, jossa lapset ja nuoret voivat vapaasti ilmaista itseään, tunteitaan ja ajatuksiaan sekä luoda sosiaalisia suhteita samoista asioista kiinnostuneisiin. (Suoranta & Lehtimäki 2003, 31–32.)

Lasten ja nuorten verkkoyhteisöllisyyttä voidaan tarkastella myös perinteisten yhteisöjen näkökulmasta. Yhteisöllisyys voidaan nähdä yleistettynä ”toisena”, joka on olemassa niin kauan, kun ulkopuolinen maailma pysyy siitä irrallaan. Maailma hahmottuu yksilön ja häntä ympäröivien yksilöiden suhteena, jossa yksilö luo yhteisön toisten sulautuessa yhdeksi ”yksilön ulkopuoliseksi vuorovaikutuksen ja kommunikaation kentäksi” (Tuomi 2005, 160). Yhteisö taas luo yksilön antamalla tälle mahdollisuuden olla sen kanssa samanlainen tai erilainen. Yksilöllisyys ja yhteisöllisyys ovat siis kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Internet vaikuttaa perinteiseen

yhteisöön laajentuneen kommunikaation kautta, sillä sen ansiosta tästä tulee läpinäkyvämpää – yhteisön tietoon pääsee käsiksi myös yhteisöön kuulumaton jäsen. (Tuomi 2005, 159–161.)

Nuorten perinteisille yhteisöille on Vaarasan (2005, 114) mukaan tyypillistä pienet yksiköt, vapaaehtoisuus, hierarkkisuus ja avoimuus muutoksille. Näistä vain vapaaehtoisuus kuvaa hyvin myös verkkoyhteisöä. Esimerkiksi tiettyyn aihepiiriin liittyvän keskustelupalstan keskusteluihin osallistuminen on vapaaehtoista, ja ainakin teoriassa kenellä tahansa on mahdollisuus osallistua niihin. Muut Vaarasan (2005) luettelemat tyypilliset piirteet ovat sen sijaan hankala määrittää verkkoyhteisöllisyyden suhteen, sillä yksikköjen koko, hierarkkisuus ja avoimuus vaihtelevat palstojen teknistenkin valmiuksien mukaan. Lisäksi se, että kaikilla Internetin käyttäjillä on mahdollisuus osallistua keskusteluun ei vielä kerro sitä, hyväksytäänkö heidät yhteisön jäseniksi. Myös virtuaalisessa todellisuudessa ne, jotka eivät hyväksy yhteisön arvoja, joutuvat sen ulkopuolelle – aivan kuten perinteisissä yhteisöissä (Tuomi 2005, 150).

Tuomi (2005) tuo perinteisten yhteisöjen ja virtuaaliyhteisöjen vertailuun kiinnostavan katsantotavan. Hän esittää, että kaikki yhteisöt olisivat pohjimmiltaan virtuaalisia, sillä ne perustuvat kommunikaation tuottamille kuvitelluille merkityksille, joita yhteisöissä tuotetaan ja uusinnetaan – kommunikaatio on itse asiassa yhteisöllisyyden tuottamista. Internetissä tapahtuva kommunikaatio vain jatkaa ja täydentää muita kommunikaation muotoja. (Tuomi 2005, 158–159.) Myös Mäyrä (2002, 90) on samaa mieltä siinä, ettei esimerkiksi keskustelufoorumeilla kehittyvä virtuaalinen yhteisöllisyys juurikaan eroa ihmisten perinteisestä sosiaalisesta kansakäymisestä. Suurin ero fyysisiin kohtauspaikkoihin verrattuna on hänen mukaansa kontaktien määrä. Verkossa on mahdollista solmia ja ylläpitää laajojakin sosiaalisten suhteiden verkostoja, jotka tosin harvoin yltävät läheisiksi ihmissuhteiksi.

Internetiä voidaan ajatella myös kohtauspaikkana, jossa tavataan tuttuja ja tuntemattomia, ylläpidetään ja rakennetaan ystävyysuhteita, vaihdetaan kokemuksia ja saadaan vastauksia kysymyksiin, joita ei ehkä muualla uskaltaisi kysyä (Hernwall 2002, 20–24). Internetin tarjoamat mahdollisuudet voivat kuitenkin osoittautua myös haitoiksi. Riskinä on, että lapsi tai nuori uppoutuu virtuaaliseen todellisuuteen liiaksi, jolloin sosiaaliset taidot eivät välttämättä pääse ke-

hittymään normaalisti. Verkkoviestinnästä puuttuu monia oikeassa elämässä tarvittavia sosiaalisia elementtejä, kuten aito kohtaaminen, ristiriitojen ratkaiseminen ja monipuoliset sanattomaan viestintään liittyvät vivahteet. Riskeistä huolimatta mediaa ei pitäisi ajatella vihollisena. Kun kasvattajat tuntevat median sisältämät riskit ja osaavat rajoittaa lasten mediakäyttöä, voidaan mediaa lähestyä ilon ja hyödyn näkökulmasta. (Mustonen 2002, 59–65.)

4 Syömishäiriöt

Syömishäiriöillä tarkoitetaan Hautalan ym. (2006, 41) mukaan pitkäaikaisia mielenterveyden häiriöitä. Niiden katsotaan olevan käyttäytymisoireyhtymiä, joille on ominaista riittämätön, epäsäännöllinen tai hallitsematon syömiskäyttäytyminen. Oleellista on myös se, että syömishäiriötä sairastavat eivät syö täyttääkseen ravinnon tarpeen, vaan syömiskäyttäytymisen kontrolloinnilla on jokin muu tarkoitus. Suomessa 1996 käyttöön otetussa Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämässä ICD-10-tautiluokituksessa (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kymmenes versio) syömishäiriöt on jaettu kahdeksaan ryhmään. Näitä ovat laihuushäiriö anorexia nervosa ja ahmimishäiriö bulimia nervosa sekä niiden epätyypilliset muodot, joita nuorten syömishäiriöt usein ovat. (Hautala ym. 2006, 41.) Tämä luokittelu on syömishäiriöiden osalta melko samanlainen kuin Yhdysvaltain psykiatriayhdistyksen APA:n (American Psychiatric Association) kehittämän eri koulukunnista riippumattoman diagnoosijärjestelmän DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, neljäs versio). DSM-IV -luokittelussa syömishäiriöt on jaettu kolmeen ryhmään: anoreksia nervosaan, bulimia nervosaan ja tarkemmin määrittämättömään syömishäiriöön. Tähän luokkaan sisältyvät ne syömishäiriöt, jotka eivät täytä minkään spesifin syömishäiriön kriteerejä. Esimerkiksi jokin keskeinen anoreksian tai bulimian kriteeri voi puuttua. BED eli binge eating disorder, ahmimishäiriö ilman kompensatiokäyttäytymistä, on yksi tähän luokkaan kuuluva syömishäiriön muoto. Itsenäistä diagnoosia BEDillä ei kuitenkaan ole. (DSM-IV

1997, 144.) Ortoreksiaa ei siis ole kummassakaan tautiluokituksessa itsenäisenä syömishäiriönä anorexia nervosa ja bulimia nervosa tapaan, mutta joidenkin mukaan myös se voisi sopia epätyypillisten syömishäiriöiden luokkaan (Mathieu 2005, 1511).

Asiantuntijoiden mukaan syömishäiriöiden yleisyyttä on vaikea arvioida, koska sairauteen liittyy myös häpeää ja salailua. Eräässä nuorten syömishäiriötä koskevassa arviossa laihdushäiriötä esiintyy 0,1–1 prosentilla, ahmimishäiriötä 0,5–5 prosentilla, epätyypillisiä syömishäiriötä 5–10 prosentilla (Hautala ym. 2005, 4599). Tämän lisäksi osa nuorista voidaan lukea oireettomiksi riskiryhmän jäseniksi, ja joillakin saattaa olla häiriön puhkeamista ennakoivia oireita (Hautala ym. 2006, 41). Myös syömishäiriötä tutkivien amerikkalaisten tutkijoiden Thompsonin ja Smolakin mukaan suurella osalla 6–17-vuotiaista amerikkalaislapsista ja -nuorista saattaa olla riskiryhmään kuulumiseen viittaavia piirteitä tai jopa osittainen syömishäiriö, vaikka suhteellisen pienellä osalla lapsista ja nuorista on varsinainen syömishäiriö (Thompson & Smolak 2001, 9). Nuorten ongelmallinen syömiskäyttäytyminen voi siis joissain tapauksissa olla osa normaalia kehitystä eikä mielenterveysongelma, ja se voi mennä ohi asianmukaisen tuen ja opastuksen avulla (Ebeling 2005, 4595).

4.1 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Syömishäiriöön liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen voi auttaa ennaltaehkäisemään syömishäiriötä. Edelleen syömishäiriön kehittymisen tunnistaminen sekä varhainen puuttuminen voivat parantaa jo puhjenneiden syömishäiriöiden vaikutukset. (Netemeyer & Williamson 2001, 228.) Tämän vuoksi olisi tärkeää, että lasten ja nuorten kanssa työskentelevätkin tiedostaisivat nämä riskitekijät ja oppisivat tunnistamaan ensimmäisiä oireita.

Suurin riski sairastua syömishäiriöön on murrosikäisillä tytöillä, jotka joko ovat tai kokevat olevansa ylipainoisia. Tämän laihduttamiseen liittyvän riskin kannalta olennaiseksi muodostuu se, miten laihdutetaan ja kuinka kauan laihduttaminen kestää. Tutkimusten mukaan syömishäiriöön sairastumisen riskiä voivat lisätä myös jokin krooninen sairaus, tupakointi, masennus ja

stressi sekä kiusatuksi joutuminen, yksinäisyys tai sosiaalisen tuen puute. Myös painoa tai ulkonäköä korostavien kilpaurheilulajien harrastaminen on yksi riskitekijä. (Hautala ym. 2006, 41.) Erityisruokavaliota noudattavienkin katsotaan nykyään kuuluvan riskiryhmään (Hautala ym. 2005, 4599).

Useat erilaiset yksilöön, perheeseen, lähiympäristöön ja kulttuuriin liittyvät tekijät voivat siis altistaa syömishäiriölle tai johtaa siihen (Hautala ym. 2006, 42). Shisslak ja Crago (2001) jakavat syömishäiriöiden riskitekijöitä erilaisista riskitekijämalleista tekemänsä yhteenvedon perusteella yksilöllisiin, perheeseen ja sosiokulttuuriin liittyviin riskitekijöihin. Yksilöllisiin riskitekijöihin katsotaan lukeutuvan sellaiset asiat kuin 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. Sosiokulttuurisiin riskitekijöihin sisältyvät muun muassa menestyneiden naisten ulkonäön tärkeyden korostaminen, laihuusihanne, sukupuoliroolin konflikti, ulkomuodosta tai painosta kiusaaminen, median vaikutus, ystävien painohuolet tai syömishäiriöt ja fyysinen tai seksuaalinen hyväksikäyttö. (Shisslak & Crago, 104–105.)

Nämä tekijät voidaan jakaa edelleen tarkempiin biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin muutujiin. Biologisia riskitekijöitä ovat sukupuoli, murrosikä, ylipaino ja krooninen sairaus. Psykologisiin riskitekijöihin luetaan tyytymättömyys omaan kehoon, koettu ylipaino, stressi, masennus ja muut mielenterveysongelmat. Hoikkuutta ihannoiva kulttuuri, painon vuoksi kiusatuksi tuleminen ja erittäin runsas liikunnan harrastaminen sen sijaat ovat luettavissa sosiaalisiin riskitekijöihin. Suurin osa näistä riskitekijöistä on sellaisia, joihin kouluterveydenhuollossa olisi mahdollista kiinnittää huomiota. (Hautala ym. 2006, 42–44.) Tosin kouluterveydenhuollon seurannat vuoden tai parin vuoden välein ovat liian harvoin (Ebeling 2005, 4595).

Riskitekijöiden yhteydessä voidaan pohtia myös syömishäiriöltä suojaavia tekijöitä. Itsensä hyväksyminen ja perheen hyväksyntä ovat tärkeässä asemassa, lisäksi positiiviset toverivaikutukset ja tietoisuus laihduttamisen vaaroista voivat ehkäistä syömishäiriön puhkeamista (Shisslak & Crago 2001, 105). Varsinainen ennaltaehkäisy jaetaan nykyään Levenin ja Smolakin (2001, 237–238) mukaan ensisijaiseen ja toissijaiseen ennaltaehkäisyyn. Ensisijaiseen ennaltaehkäisyyn sisältyy kaksi alakategoriaa: universaali ennaltaehkäisy, johon sisältyy esimerkiksi lakien säätäminen laihdutusteollisuuden mainostamistavoista, ja valikoiva ennaltaehkäisy, joka keskittyy oireettomaan riskiryhmään. Toissijaiseen ennaltaehkäisyyn sisältyy elementtejä valikoivasta ennaltaehkäisystä, mutta se kohdistuu jo joitakin oireita omaaviin yksilöihin. Sitä kutsutaankin kohdistetuksi ennaltaehkäisyksi. Tavoitteena on pyrkimys ennaltaehkäistä sairauden puhkeamista täyteen mittaansa. (Levine & Smolak 2001, 237–238.) Syömishäiriön puhkeamisen ennaltaehkäisyssä keskeistä on myös kouluterveydenhuollon asema. Sen tulisi kiinnittää erityistä huomiota kaikkiin oppilaisiin, jotka kuuluvat taustatietojensa perusteella riskiryhmään tai jotka muuten osoittavat epänormaalia suhtautumista painoonsa ja syömiseen (Hautala ym. 2005, 4599).

4.2 Oireet

4.2.1 Eri syömishäiriöt

Syömishäiriöt kuuluvat Maailman terveysjärjestön tautiluokituksen (Tautiluokitus ICD-10 1992) mukaan fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyviin käyttäytymisoireyhtymiin. Laihuushäiriö ja ahmimishäiriö ovat selväpiirteisimpiä oireyhtymiä, samoin niiden epätyypilliset muodot. Lisäksi syömishäiriöihin katsotaan kuuluvan epäselvemmin määriteltäviä ahmimishäiriöitä kuten psyykkisiin häiriöihin liittyvää ylensyömistä. Määrittämätön syömishäiriö on myös oma luokkansa (F50.9). Taulukossa 2 on esitetty laihuushäiriön ja ahmimishäiriön sekä niiden epätyypillisten muotojen oireita diagnostisten kriteereiden mukaan kuten Maailman terveysjärjestö on ne määritellyt. APA:n luokitukseen en tässä vaiheessa enää syvenny, sillä virallinen psykiatrinen diagnostiikka perustuu Suomessa Maailman terveysjärjestön luokitukseen.

TAULUKKO 2. Diagnosoituihin syömishäiriöihin kuuluvat oireet eli diagnostisten kriteerit Maailman terveysjärjestön luokituksen mukaan (Tautiluokitus... 1992, 238–239).

Luokka	Diagnoosi	Diagnostiset kriteerit
F50.0	Laihuushäiriö (Anorexia nervosa)	<p>a. Ruumiinpaino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon.</p> <p>b. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi mahdollisesti oksentelua, liiallista liikuntaa, ulostuslääkkeiden tai vastaavien väärinkäyttöä.</p> <p>c. Henkilö kokee olevansa lihava ja pelkää lihomista.</p> <p>d. Naisilla kuukautisten poisjääminen, miehillä potenssin heikkeneminen. Esimurrosikäisellä kehityksen pysähtyminen/viivästyminen.</p> <p>e. Ahmimishäiriön kriteerit a. ja b. eivät täyty</p>
F50.1	Epätyypillinen laihuushäiriö (Atypica anorexia nervosa)	Yksi tai useampi laihuushäiriön (F50.0) avainoireista puuttuu tai kaikki oireet esiintyvät, mutta lieväasteisina.
F50.2	Ahmimishäiriö (Bulimia nervosa)	<p>a. Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja, jolloin potilas nauttii suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa.</p> <p>b. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.</p> <p>c. Henkilö pyrkii estämään "lihottavan ruuan" vaikutukset tyypillisesti seuraavien keinojen avulla: oksentelu, ajoittainen syömättömyys, ulostuslääkkeiden ym. väärinkäyttö.</p> <p>d. Potilaalla kokee olevansa liian lihava ja pelkää lihomista.</p>
F50.3	Epätyypillinen ahmimishäiriö (Atypica bulimia nervosa)	Tähän kuuluvat häiriöt vastaavat joiltakin piirteiltä edellä mainittua. Yleisimmin kyseessä on normaalipainoinen tai jopa ylipainoinen henkilö, jolla on tyypillisiä ylensyömisjaksoja. Näitä jaksoja seuraa oksentelu tai ulostuslääkkeet.

4.2.2 Ortoreksia

Ortoreksia on melko uusi ja kiistanalainenkin ilmiö syömishäiriöiden kentällä, eikä siitä lääketieteen alalla tunnuta olevan kovin kiinnostuneita. Tähän viittaa ensinnäkin se, että 21.1.2007 lääketieteelliseen tutkimukseen erikoistuneella PubMed-sivustolla tekemälläni haulla löytyi vain yhdeksän viittausta ortoreksiaan, kun anoreksiaviittauksia oli 18 459, bulimiaviittauksia 5 537 ja BED-viittauksiakin 836. Toiseksi muun muassa ruotsalaisessa lääketieteen julkaisussa on käyty keskustelua sekä termin *ortoreksia* järkevyydestä (Nyman 2002) että koko diagnoosin tarpeellisuudesta tai ennemminkin tarpeettomuudesta ruotsalaisessa yhteiskunnassa (Rössner 2004). Sen sijaan valtamediassa ortoreksia on herättänyt kiinnostusta ja keskustelua, ja ortoreksian katsotaan olevan todellinen tulokas syömishäiriöiden joukossa. Esimerkiksi Syömishäiriöliitto Syli ry (2007) pitää ortoreksiaa yhtenä tavallisimmasta syömishäiriöistä anoreksia nervosan, bulimia nervosan ja BEDin ohella.

Ortoreksiaan sairastuneiden tavoitteena on yleensä ollut terveellistä ruokavaliota noudattamalla edistää omaa terveyttään, laihduttaa tai saada helpotusta jonkin kroonisen sairauden kuten astman oireisiin. Ortoreksiasta voidaan puhua, kun terveellinen ruokavalio on muuttunut pakkomielteeksi. Tämä johtaa usein ruokavalion äärimmäiseen rajoittamiseen. Myös sosiaaliset suhteet kärsivät elämän pyöriessä ruuan ja sen suunnittelun ympärillä. (Catalina, Bote, Garcia & Rios 2005.) Kinzl, Hauer, Traweger & Kiefer (2006, 396) huomauttavat, että yleisenä pidetty ajatus ortoreksian johtamisesta vakavampiin syömishäiriöihin, kuten anoreksiaan ja bulimiaan, ei välttämättä pidäkään paikkaansa. Sen sijaan he esittävät omaan tutkimukseensa vedoten, että ortoreksiaa esiintyy erityisesti anoreksiasta toipuvilla eräänlaisena selviytymiskeinona. Ortoreksia voisi siis joissain tapauksissa olla seurausta anoreksiasta eikä päinvastoin. Kinzl ym. (2006, 396) toteavat myös, että vaikka ortoreksia tuntuisikin joltain osin limittyvän anoreksian ja bulimian yhteyteen tulisi sen tarvetta itsenäiseen diagnoosiin pohtia. Tämä edellyttää heidän mukaansa lisää ortoreksiaa koskevia tutkimuksia.

Ortoreksialla ei ole diagnostisia kriteereitä, mutta ortoreksiasta puhuttaessa näytetään usein viitattavan Bratmanin (2000) esittämiin oireisiin sekä hänen luomaansa epäviralliseen ortoreksiatestiin. Siksi esittelen testin myös tässä yhteydessä. Testi koostuu kymmenestä kysymykse-

tä, ja jokaisesta myönteisestä vastauksesta saa yhden pisteen. Kaksi tai kolme pistettä viittaa ainakin joltain osin häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, neljä pistettä tai enemmän merkitsee jo vakavaa ongelmaa. Jos kaikki vastaukset ovat myönteisiä, on vastaajalla selvä ortoreksia. Kysymykset kuuluvat:

1. Ajatteletko terveellistä ruokaa enemmän kuin kolme tuntia päivässä? (Tähän sisältyy myös kaikki ruokaan liittyvä ajanvietto, kuten ruuanlaitto, ruokavaliosta lukeminen tai jutteleminen ja niin edelleen.)
2. Suunnitteletko seuraavankin päivän ateriat etukäteen?
3. Oletko kiinnostuneempi ruokasi laadusta kuin syömisen tuottamasta mielihyvästä?
4. Oletko huomannut, että mitä enemmän ruokavaliosi laatu on parantunut sitä enemmän elämänlaatusi on heikentynyt?
5. Muuttuuko ruokavaliosi koko ajan ankarammaksi?
6. Kieltäydytkö esimerkiksi kyläilyistä voidaksesi varmistua terveellisen ruokavalion noudattamisesta?
7. Tunnetko olevasi parempi ihminen syödessäsi terveellisesti? Väheksytkö niitä, jotka eivät syö yhtä terveellisesti?
8. Tunnetko syyllisyyttä, jos poikkeat ruokavaliostasi?
9. Onko terveellisen ruokavalion noudattaminen johtanut sosiaalisten suhteidesi vähenemiseen tai jopa välien katkeamiseen?
10. Tunnetko omaa ruokavaliota noudattaessasi hallitsevasi itseäsi ja elämääsi?

(Bratman 2000, 47–53.)

4.3 Paranemismahdollisuudet

Syömishäiriöstä parantumiseen on sitä parempi mahdollisuus mitä varhaisemmassa vaiheessa hoito aloitetaan. Esimerkiksi laihuus- tai ahmimishäiriöön sairastuneista on arvioitu, että noin puolet parantuu täysin, kolmannes osittain ja kroonisesti sairaiksi jää viidennes – ennuste kuitenkin heikkenee, jos häiriö pitkittyy. Myös vakavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset haitat

ovat mahdollisia, jos hoito viivästyy. Nämä haitat voivat heikentää terveyttä myös aikuisiällä. (Hautala ym. 2006, 42.)

Varsinaiseen hoitoon päätyy syömishäiriötä sairastavista vain murto-osa. Tähän on useita syitä. Yksi tekijä on häiriön tunnistamisen vaikeus perusterveydenhuollossa, sillä potilaat saattavat salailla ja hävetä syömishäiriötään eivätkä siksi tuo itse asiaa esille. Potilailta puuttuu usein myös sairauden tunne, eivätkä he välttämättä itse tiedosta tilaansa. Näin ollen häiriön puhkeamisesta voi kulua useita vuosia ennen kuin diagnoosi tehdään ja hoito päästään aloittamaan. (Hautala ym. 2005, 4599.) En käsittele tässä yhteydessä erilaisia hoitomuotoja, koska tutkimuksen pääpaino on kodin, koulun ja median sekä näiden sisältämien sosiaalisten suhteiden saamisissa merkityksissä.

5 Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus

Koulun terveystieteillä on mahdollisuus antaa lapsille ja nuorille terveyteen ja hyvinvointiin johtavia tietoja, taitoja ja ymmärrystä. Tämä on tärkeää, mutta ei yksin estä nuoria voimasta pahoin. Nuorten elämismailma eri tekijöineen voi vaikuttaa nuoren elämään ja sen suuntaan monellakin tapaa. Esimerkiksi riski sairastua syömishäiriöön on sitä suurempi mitä enemmän biologisia, fyysisiä ja psykologisia riskitekijöitä nuoren elämään sisältyy – ja mitä heikommin nuoren lähellä olevat aikuiset pystyvät näitä riskitekijöitä tiedostamaan tai tunnistamaan. Mahdollisen syömishäiriön ensioireiden havaitseminen on hoitoonohjauksen ja hoidon onnistumisen kannalta kuitenkin keskeistä, minkä vuoksi myös opettajien olisi syytä olla tietoisia syömishäiriöiden kirjosta. Toivon, että tutkimukseni kautta edes jotkut lasten ja nuorten parissa työskentelevät heräisivät huomaamaan eron terveellisten elämäntapojen noudattamisen ja pakonomaisen terveellisesti elämisen välillä.

Tutkimuksen tavoitteena on siis pyrkiä keskustelupalstojen keskusteluiden avulla kartoittamaan ortoreksiaa ilmiönä sekä siihen liittyviä käsityksiä ja kokemuksia. Kiinnostukseni kohteena on myös, mitä keskustelupalstoilla käydyt keskustelut kertovat tästä sairaudesta: siihen johtavista tekijöistä ja paranemismahdollisuuksista. Erityisesti kiinnitän huomiota nuorten elämismaailmaan liittyvien tekijöiden saamiin merkityksiin aineistossa.

5.1 Tutkimusongelmat

Olen rajannut tutkimusongelmat koskemaan lapsia ja nuoria, jotta tutkimus olisi mielekäs soveltavan kasvatustieteen laitoksen näkökulmasta. Luonnollisesti olen tulevana opettajana myös itse kiinnostunut juuri lasten ja nuorten kokemuksista ja käsityksistä sekä heidän elämismaailmastaan. Siten tutkimusongelmien rajaukseen ovat vaikuttaneet myös terveyskasvatuksen ja opettajien merkitys terveellisten elämäntapojen opettamisen ja syömishäiriöiden tunnistamisen osalta. Koska nuoruutta tutkittaessa on käytetty erilaisia ikämääritelmiä lapsuuden ja nuoruuden rajaksi, en tässä sen tarkemmin määrittele tutkimusta koskemaan joko lapsia tai nuoria. Paitsi että nuoruus on laaja käsite, on myös sen kokeminen yksilöllistä: esimerkiksi 11-vuotias voi kokea olevansa lapsi tai nuori. Elämismaailmaan tekijöiden tarkastelun rajoittaminen koskemaan koulua, kotia, muita sosiaalisia suhteita ja mediaa johtuu siitä, että nämä kaikki ovat sellaisia tekijöitä, jotka ovat voimakkaasti läsnä suomalaisten lasten ja nuorten arjessa. Jokainen asuu jossakin, käy koulua ja altistuu eri medioiden vaikutuksille päivittäin. Tutkimuksen rajaaminen koskemaan tiettyä syömishäiriötä, ortoreksiaa, johtuu puhtaasti siitä, että tästä syömishäiriön muodosta tarvitaan lisää tutkimusta. Ortoreksiaa koskevaa tutkimusta on ylipäätään vähänlaisesti, eikä laadullista, lapsia ja nuoria koskevaa ortoreksiatutkimusta näyttäisi olevan lainkaan.

Tutkimusta ohjaavat siis seuraavat tutkimusongelmat:

1. Minkälaiset nuoret osallistuvat ortoreksiaa käsitteleviin Internet-keskusteluihin?
2. a. Mitkä lasten ja nuorten elämismaailmaan liittyvät asiat keskusteluista nousee esiin?

b. Minkälaisia merkityksiä ne saavat?

3. Minkälainen kuva ortoreksiasta aineiston perusteella piirtyy?

5.2 Tutkimuksen luonne

Tutkimukseni on luonteeltaan pääosin laadullinen. Eskolan ja Suorannan (1998, 15–22) mukaan laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä voisivat olla esimerkiksi tekstiaineisto, tutkittavien näkökulman korostaminen, harkinnanvarainen näyte, aineistolähtöinen analyysi, hypoteesittomuus, tulosten esitystapa ja tutkijan subjektiivinen asema. Tässä tutkimuksessa ovat havaittavissa edellä mainitut piirteet ainakin osittain. Tutkimuksen tavoitteenakin on tuottaa laadullista tietoa tarkasteltavista asioista. Tarkoituksena on tarkastella aineistosta esiin nousevia merkityksiä lähinnä sisällönanalyysin keinojen avulla. Tavoitteenani on tekstin ruodinnan perusteella löytää tietyillä keskustelupastoilla käydyistä ortoreksia-aiheisista keskusteluista toisaalta piirteitä keskustelijoista ja toisaalta lasten ja nuorten elämismaailmaan liittyvien teemojen merkityksiä suhteessa ortoreksiaan. Jälkimmäiseltä osin tutkimukseni taustalla vaikuttaa fenomenologisen filosofian laaja näkemys kokemuksesta ihmisen kokemuksellisen suhteen omaan todellisuuteensa. Suhde tähän todellisuuteen ja maailmaan nähdään fenomenologiassa intentionaalisenä: kaikki merkitsevät meille jotakin. Merkitys on kokemuksen perustana vaikuttaen sen muotoutumiseen. Fenomenologian varsinaisena tutkimuskohteena ovatkin merkitykset, joista pyritään ymmärtämällä ja tulkitsemalla löytämään mahdollisimman oikea tulkinta. Tämän tulkinnan tarpeen myötä fenomenologiaan tulee mukaan myös hermeneuttinen ulottuvuus. (Laine 2001, 26–29.)

Kokemusten siis katsotaan muodostuvan merkitysten kautta. Voidaan ajatella, että käsitykset muodostuvat kokemusten kautta, mutta näin ei kuitenkaan aina ole. Käsitykset voivat olla myös esimerkiksi yhteisössä opittuja, jolloin niillä ei olekaan yhteyttä kokemukseen. (Laine 2001, 36.) Siitä huolimatta ymmärrän tässä tutkimuksessa käsityksen fenomenografisen tutkimuksen näkemystä seuraten kokemuksen ja ajattelun avulla muodostetuksi ilmiön kuvaksi (Ahonen 1994, 117). Yksilön käsityksessä siis yhdistyvät sekä kokemus että reflektiivinen

ajattelu. Koska fenomenografisen tutkimuksen kohteena ovat ihmisten käsitykset, sovellan analyysissäni myös fenomenografista tutkimusotetta. Ihmisten käsitykset ovat harvoin selkeitä merkityskokonaisuuksia, vaan ne muodostuvat erilaisista hajanaisista ajatuksista. Fenomenografia pyrkiikin ymmärtämään tutkittavien henkilöiden ajattelua sen sijaan, että tarkoituksena olisi selittää käsitysten taustalla olevia syitä. (Cantell 2001, 98.)

Sekä fenomenologisen, hermeneuttisen että fenomenografisen tutkimuksen nähdään rakentuvan kahdella tasolla. Ensimmäisellä tasolla tutkimuksen kohteena oleva henkilö kuvaa mahdollisimman luonnollisesti ja refleктоimatta kokemuksiaan. Toisella tasolla tutkija pyrkii refleктоimaan, tematisoimaan ja käsitteellistämään ensimmäisen tason merkityksiä. Jälkimmäiseen vaikuttaa myös tutkijan oma esiymmärrys tutkittavasta asiasta, mikä on syytä ottaa huomioon tulkintoja tehdessä: ensimmäisenä mieleen tuleva tulkinta ei välttämättä anna oikeutta aineistolle. Merkitysten tulkinta on kuitenkin mahdollista niiden intersubjektiiivisen luonteen vuoksi. (Laine 2001, 28–30.) Myös tämä tutkimus on luonteeltaan kaksijakoinen: pyrin selvittämään keskustelupalstoille osallistuvien keskustelijoiden tuottamista keskusteluvuoroista niitä merkityksiä, joita he itsekin tarkoittavat.

Tutkimuksen luonteen kuvaamisessa olennaista on myös teorian ja aineiston suhteen määrittely. Tutkimukseni ei ole puhtaasti aineistolähtöinen, jos sillä tarkoitetaan sitä, että aineistosta muodostetaan teoreettinen kokonaisuus. Kuvaavampi lähestymistapa lienee teoriasidonnainen analyysi teoriataustan toimiessa analyysini apuna. Tarkoituksena ei ole testata aikaisempaa teoriaa, vaan käyttää sitä mahdollisesti analyysia ohjaavana ajatuksena. (Eskola 2001, 136–138.) Tässä tapauksessa teoriaosuudessa esiin tuodut seikat lasten ja nuorten elämämaailmasta toimivat myös analyysin johtolankana kuitenkin aineiston itsensä määrätessä suunnan. Aineistolähtöisyys ja esitelty teoria vaihtelevat analyysissä.

5.3 Tutkimuskohde ja aineistonhankinta

Tutkimuskohteenani on kolmen eri Internet-sivuston ortoreksiaa sivuvaaihin keskusteluihin osallistuvat keskustelijat ja ortoreksia ilmiönä. Verkkokeskustelut ortoreksian tutkimisen kohteena ovat tarkoituksenmukaisia useasta syystä. Ensinnäkin tutkijan ja tutkittavien välillä ei ole mitään suhdetta, joten tutkija ei pääse kysymyksillään ohjaamaan vastauksia edes tiedostamattomasti. Aineisto on olemassa sellaisenaan tutkijasta riippumatta. Toiseksi kyseessä on melko arkaluonteinen asia. Uskon, että kun keskustelijoilla on mahdollisuus kirjoittaa ajatuksiaan ja mielipiteitään kasvottomina nimimerkkien suojissa, heillä ei ole tarvetta kaunistella, peitellä tai hävetä asioita. Verkkokeskustelut ovat siis mahdollisesti avoimempia ja kuvaavat sitä kautta enemmän ilmiötä kuin esimerkiksi haastattelut. Kolmanneksi halusin selvittää, mitä ortoreksiasta tiedetään, puhutaan ja ajatellaan, kuinka se koetaan sairautena ja minkälaisia merkityksiä siihen liitetään. Tässä yhdistyy kaksi edeltävää perustelua, sillä tutkijan riippumattomuus suhteessa aineistoon ja keskusteluihin sekä osallistujien mahdollisuus kommunikoida nimettöminä mahdollistavat ilmiön laajemman tarkastelun. Aineiston valintaan vaikutti myös se, että media ja Internet ovat osa nykynuorten elämismaailmaa.

Valitsemaani aineistonhankintamenetelmään sisältyy myös ongelmia. Esimerkiksi keskustelijoiden mahdollisuus kommunikoida nimettömästi voi johtaa toisten keskustelijoiden tahalliseen provosointiin keksityillä mielipiteillä. Tällaisia selvästi keksittyjä keskusteluvuoroja en aineistossani havainnut, mutta on kuitenkin mahdollista, että sellaisia on aineiston joukossa. Tutkijan näkökulmasta on ongelmallista myös se, ettei tarkennuksiin ole mahdollisuutta. Tämä tulee esiin lähinnä kiinnostavissa tai epäselvissä havainnoissa, joista olisi mielenkiinnosta tai tarkentamisen tarpeesta hyvä kysyä lisää.

Tutkimani verkkokeskustelut ovat peräisin Syömishäiriöliitto Syli ry:n, kaupallisen nuortenlehden Demin ja terveellisiä elämäntapoja noudattavien tai opettelevien suosiman Kutrin keskustelupalstoilta. Jälkimmäisin palsta on kirjailija Katri ”Kutri” Mannisen oman kuntoprojektinsa myötä vuonna 2004 perustama keskustelupalsta. Varsinaiset terveellisiä elämäntapoja koskevat sivustonsa hän perusti jo vuonna 2001. Valitsin nämä kolme sivustoa tutkimuskoh-

teekseni niiden erilaisuuden vuoksi, jotta voisin saada laajemman kuvan tarkasteltavasta ilmiöstä. Syli ry:n sivusto antanee ortoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden, Demin keskustelijat nuorten ja Kutrin keskustelijat terveellisiä elämäntapoja noudattavien näkökulmaa ortoreksias-ta. Jatkossa kutsun Syli ry:n keskustelijoita syliläisiksi, Demin demiläisiksi ja Kutrin kutralai-siksi.

Vaikka kysymyksessä onkin kaikkien saatavilla oleva aineisto, koin tärkeäksi pyytää lupaa sivustojen ylläpitäjiltä keskusteluiden tutkimiseen toisaalta aiheen henkilökohtaisuuden ja toi-saalta demiläisten nuoren iän vuoksi. Sekä Syli ry että Demin päätoimittaja myönsivät tutki-musluvan ja osoittivat kiinnostusta myös valmista tutkimusta kohtaan. Tosin Demin päätoimit-taja arveli, etteivät keskustelut sisällä tutkimukseni kannalta hyödyllistä tietoa, koska laihdutus ja syömishäiriöt ovat kiellettyjä keskusteluaiheita. Ortoreksiaan liittyviä keskusteluja kuiten-kin löytyi, joten päätin ottaa tämänkin sivuston mukaan tutkimukseeni. Sen sijaan Katri Man-niselle en lupapyyntöä esittänyt kahdesta syystä. Ensinnäkin hän kotisivuillaan korostaa, että vastaa ainoastaan työtä koskeviin sähköpostiviesteihin. Toiseksi hän on lopettanut sivustonsa päivittämisen vuoden 2005 lopussa. Halusin silti ottaa tämänkin sivuston mukaan tutkimuk-seeni, koska se on alkanut aktiivisesti keskusteluihin osallistuvien kutralaisten myötä elää omaa elämäänsä. Tämän toteaa myös Katri Manninen 5.2.2007 keskustelupalstalle lähettämäs-sään viestissä. En siis koe, että materiaali olisi vanhentunutta tai muuten epäkelvoo, vaan ar-vostan sen antamaa erilaista näkökulmaa suhteessa kahteen muuhun sivustoon. Tutkimuseetti-sesti ajatellen ei kuitenkaan ole ongelmallista, etten anonut lupaa: kyseessä on julkinen kaik-kien luettavissa oleva aineisto, jota kuka tahansa voi halutessaan tutkia.

Keräsin aineiston 21.–25.9.2006 käyttämällä sivustojen omia hakutoimintoja. Hakusanoina käytin Syli ry:n ja Kutrin sivustoilla *ortoreksia* -sanana katkaistua muotoa *ortore** sekä sen toista mahdollista muotoa *orthore**, jotka siis hakivat kaikki sellaiset keskusteluketjut, joissa esiintyi tämä sananalku erilaisine muotoineen ja päätteineen. Demin sivuston hakutoiminto poikkesi hieman Syli ry:n ja Kutrin hakutoiminnoista. Kun Syli ry:n ja Kutrin haku kattoi kaikki keskustelut, kattoi Demin haku vain yhden keskustelun alueen kerrallaan. Lisäksi Demin hakutoiminnoissa ei ollut sanankatkaisumahdollisuutta. Demin aineistoa kerätessäni kävin

kaikki keskustelualueet läpi, ja käytin hakusanana ortoreksian perusmuotoa *ortoreksia*. Tämä hakusana näytti silti löytävän myös eri sijamuodoissa tai sanaluokissa olevat ortoreksiaviittaukset. Demin keskustelut myös poistetaan sivuston mukaan kolmen kuukauden kuluttua viimeisimmästä keskusteluvuorosta, joten tähän aineistoon ei todennäköisesti pääse enää tutustumaan. Lisäksi Demin hakutoiminnon käyttäminen vaatii palveluun rekisteröitymistä, mikä lienee syytä ottaa huomioon, jos haluaa etsiä tiettyyn aiheeseen liittyviä keskusteluvuoroja.

Kutrin ja Demin osalta sisällytin hakuun kaikki keskustelut, mutta Syli ry:n kohdalla rajasin aineistoa ottamalla hakuun mukaan vain noin puolen vuoden aikana käydyt keskustelut. Näin saatu aineisto näytti olevan Kutrin ja Demin aineistoihin verrattuna tarpeeksi laaja. Lisäksi samat merkitykset alkoivat toistua aineistossa, mikä viittaa aineiston kylläntymiseen eli sen riittävyteen ja kattavuuteen (Eskola & Suoranta 1998, 62). Koko aineisto muodostuu näiden kolmen palstan sellaisista keskusteluvuoroista, joissa on mainittu *ortoreksia* (ks. taulukko 3). Keskusteluvuorolla, jonka synonyyminä käytän tutkimuksessani myös pelkkää yhdyssanan perusosaa eli *vuoroa*, tarkoitan koko keskusteluketjun sijaan yksittäisten keskustelijoiden vuorotellen tuottamia osia. Toisin sanoen aineistooni ei sisälly koko keskusteluketjua aina keskustelunaloituksesta sen päättymiseen. Rajattuun aineistoon sisältyy ainoastaan ne vuorot eli keskusteluketjun osat, joissa sana *ortoreksia* eksplisiittisesti esiintyy. Vain rajaamalla keskustelut tällä tavoin voin olla varma, että kyseessä on nimen omaan ortoreksiaan liittyvä keskustelun vuoro, eikä esimerkiksi terveellisiin elämäntapoihin tai syömisongelmiin yleisesti liittyvä vuoro. Lisäksi rajasin tutkimusaineiston ulkopuolelle sellaiset keskusteluvuorot, joiden tuottaja oli selvästi määriteltävissä aikuiseksi ja joiden sisältökään ei koskenut nuoria tai nuorten elämäntilma.

Kaiken kaikkiaan aineisto koostuu yhteensä 187:stä keskusteluvuorosta. Vuorot jakautuvat eri sivustoille siten, että Sylistä on 83, Kutrista 63 ja Demistä 41 vuoroa. Keskusteluun osallistuneita keskustelijoita on jonkin verran vähemmän, sillä samat keskustelijat ovat saattaneet ottaa osaa useampaan keskusteluun ja siten tuottaneet myös useampia vuoroja. Tutkimuksen kohteena on siis 139 keskustelijaa, joiden tuottamien keskusteluvuorojen kautta etsin vastauksia tutkimusongelmiin.

TAULUKKO 3. Aineiston lähteet ja laajuus.

Sivuston perustaja tai ylläpitäjä	Keskustelupalstan osoite	Keskustelujen Aikaväli	Keskusteluvuoroja	Keskustelijoita
Katri Manninen	http://www.kehoku.ntonet.net/kutri/	8.2.2004– 7.8.2006	63	40
Syömishäiriöliitto – Syli ry	http://www.syomis-hairioistentuk.fi.phpBB2	14.2.2005– 18.9.2006	83	65
Demi -nuortenlehti	http://demi.fi/forum/	4.5.2006– 23.9.2006	41	34
<i>Yhteensä</i>			<i>187</i>	<i>139</i>

5.4 Aineiston analyysi

Käsitän tässä sisällönanalyysin melko väljästi määriteltynä kirjoitetun tekstin analyysin menetelmäksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Sisällönanalyysi etenee yleensä seuraavan kaavan mukaan: päätetään mikä aineistossa kiinnostaa; erotetaan ja merkitään aineistosta kiinnostukseen sisältyvät asiat; luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään aineisto; kirjoitetaan yhteenve-to. Tavoitteena on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä yleinen kuvaus. Juuri tähän liittykin yleensä sisällönanalyysia kohtaan esitetty kritiikki: järjestetty aineisto ja sen perusteella teh-dyn kuvauksen perusteella ei vielä päästä kovin sisälle tutkittavaan ilmiöön. (Tuomi & Sara-järvi 2002, 93, 105). Vaikka sisällönanalyysi toimiikin analyysini lähtökohtana, hyödynnän edellä mainitusta syystä myös fenomenografisen tutkimusotteen piirteitä erityisesti elämismaa-ilman teemojen saamien merkitysten kategorioinnissa: analysoin, tulkitsen ja kuvaan aineistoa kategorioiden avulla (Cantell 2001, 84). Käyttämäni menetelmä on siis sisällönanalyysin so-vellus. Tuomi ja Sarajärvikin (2002, 121) toteavat, ettei ole olemassa yhtä ainoaa sisällönanalyysin menetelmää, vaan useita variaatioita. Seuraavaksi esittelen lyhyesti käyttämiäni ana-lyysimenetelmien osatekijöitä sekä tarkemmin varsinaisen analyysin etenemistä.

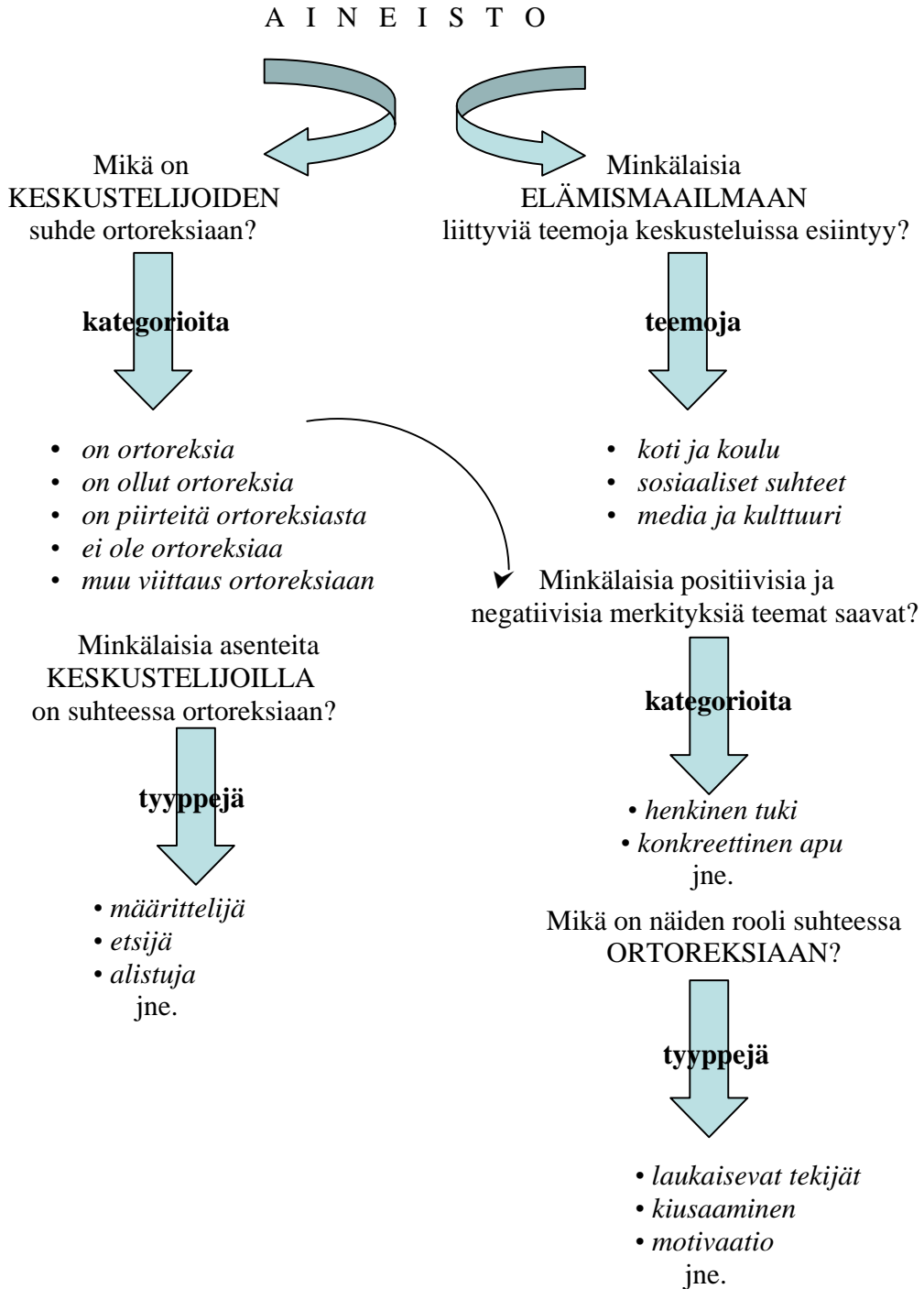
Tutkimuskohteen eli erilaisten keskustelijoiden kartoittamisessa yritin lähteä liikkeelle kvantifioimalla niitä. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä kvantifioinnilla tarkoitetaan esimerkiksi tuotosten luokittelemista erilaisten tekijöiden mukaan, ja se aloitetaan analysointiyksiköiden nimeämisestä. (Eskola & Suoranta 1998, 165–167.) Yritin ensin jakaa analysointiyksiköt karkeasti kahteen yksikköön: *on ortoreksia* tai *ei ole ortoreksiaa*. Aineistoa lukiessa kävi kuitenkin pian ilmi, että muitakin yksiköitä tarvitaan. Tästä syystä analysointiyksiköiksi muodostuivat kuitenkin keskustelijoiden ortoreksiasuhteen tulkinnan kautta muodostuneet kategoriat, sillä jo analysointiyksiköiden muodostaminen vaati tulkintaa. Kategoriat muodostetaan fenomenografisessa tutkimusperinteessä tutkimushenkilöiden ilmaisujen merkityksiä tulkitsemalla (Ahonen 1994, 127). Tulkinnan kautta syntyneiden merkitysten perusteella muodostin horisontaalisia eli keskenään samanarvoisia kategorioita, joilla kuitenkin pyrin kuvaamaan ilmiötä mahdollisimman laajasti (Uljens 1989, 47). *On ortoreksia* ja *ei ole ortoreksiaa* kategorioiden rinnalle nousi pian kolmas kategoria: *muu ortoreksiaviittaus*. Lisäksi *on ortoreksia* -kategorian rinnalle nousi hieman lievempi kategoria *on piirteitä ortoreksiasta*. *Ei ole ortoreksiaa* -kategoria sen sijaan jakautui edelleen merkitysten perusteella kolmeen: *on ollut ortoreksia* ja *kieltää ortoreksian* sekä edellä mainitun kaltaisia muita viittauksia. *On ollut ortoreksia* -kategoria jakautui vielä selvästi toisistaan poikkeavien merkitysten vuoksi kahteen alakategoriaan. Näiden viiden – *on ortoreksia*, *on piirteitä ortoreksiasta*, *on ollut ortoreksia*, *ei ole ortoreksiaa* ja *muu ortoreksiaviittaus* – kategorian kautta tulkitsin keskustelijoiden keskusteluvuorot pelkistämällä niistä heidän suhteensa ortoreksiaan ja sijoitin jokaisen keskustelijan johonkin näistä kategorioista. Tällä tavoin toteutettu kvantifiointi edustaa tutkimuksen kvantitatiivista puolta.

Vaikka analyysin aloittaminen kvantifioinnilla on hyvä keino saada tuntumaa tekstimassaan, voi sen pysäyttäminen kvantifiointiin jättää jotain oleellista hyödyntämättä (Eskola & Suoranta 1998, 166). Oma analyysini ei kuitenkaan alkanut puhtaasti kvantifioinnista, vaan jo siihen sisältyi kategorisointia. Lisäksi jatkoin analyysia rakentamalla merkitysten kautta muodostuneista kategorioista yleisempiä tyyppejä, jotka kuvaisivat erilaisia keskustelijoita. Tyypittely on aineiston ryhmittelyä toisaalta samankaltaisuuksien ja toisaalta poikkeavuuksien kautta.

Tyypittelyn kautta aineistoa ryhmitellään ja tiivistetään selvästi samankaltaisia tarinoita sisältäviksi tyypeiksi, jotka kuvaavat sananmukaisesti tyyppillisiä tapauksia tai henkilökuvia. Muodostin tyypit yhdistämällä eli ottamalla niihin mukaan sellaisia asioita, jotka esiintyvät suuressa osassa tyyppiin sisällytettyjen keskustelijoiden keskusteluvuoroissa. (Eskola & Suoranta 1998, 182–183.) Otin huomioon myös keskustelijan suhtautumisen ortoreksiaan, kun kategorisoinnin yhteydessä tarkastelun kohteena oli vain keskustelijan suhde ortoreksiaan.

Toinen tapa lähteä liikkeelle laadullisen aineiston analyysissä on sen tematisointi. Aineistosta voidaan esimerkiksi nostaa esiin tutkimusongelmia valaisevia teemoja tai poimia aineistosta sen sisältämät keskeiset aiheet. (Eskola & Suoranta 1998, 176.) Toisaalta aineistoa voi teemoittaa myös omien kysymysten kautta, jolloin keskeiseksi muodostuu se, mitä tutkittavat kustakin teemasta sanovat. Tällä lähestymistavalla tutkijan tehtäväksi jää teemojen etsimisen sijaan tutkittavien antamien merkitysten löytäminen (Moilanen & Rähä 2001, 53.) Elämismaailman merkitysten suhteen teemat olivatkin analyysin lähtökohtana, sillä teemat nousivat melko suoraan teoriaosuudesta. Yhdeksi tutkimusongelmaksi muodostuikin näiden teemojen saamat merkitykset. Merkityksistä muodostin kategorioita samoilla periaatteilla kuin keskustelijoita kartoittaessani. Jatkoin analyysia myös elämismaailman eri teemoista muodostuneiden kategorioiden perusteella tyypittelyn avulla. Nämä tyypit eivät edusta henkilöitä, vaan ovat ennemminkin selvästi samankaltaisista tarinoista ja merkityksistä koostettuja ryhmiä (Eskola & Suoranta 1998, 182).

Aineiston analyysia siis ohjasi toisaalta kiinnostus erilaisia keskustelijoita kohtaan, toisaalta lasten ja nuorten elämismaailmaan vaikuttavien teemojen ilmeneminen aineistossa. Keskustelijoiden profiloiminen ja teemojen merkityksien tarkastelu toimivat melko itsenäisinä polkuina analyysin alkuvaiheessa. Kuitenkin teemojen merkitysten etsimisessä otin myös huomioon erilaiset keskustelijat siltä osin, kuin se oli tarpeellista. Aineiston analyysin etenemisen vaiheita havainnollistaa kuvio 3.



KUVIO 3. Kuvaus aineiston analyysin etenemisen tasoista.

6 Tulokset

Tulososio jakautuu kahteen osaan analyysin etenemisen mukaan. Ensimmäinen alaluku 6.1 keskittyy ortoreksia-aiheisiin keskusteluihin osallistuneiden keskustelijoiden kuvaamiseen eli tutkimuskohteen tarkasteluun. Muissa alaluvuissa (6.2–6.6) käsittelem nuorten elämismaailman saamia merkityksiä näissä keskusteluissa. Esimerkkeinä ja tulkinnan perusteluina olevat sitaatit ovat alkuperäisessä asussaan. En ole puuttunut kirjoitusvirheisiin, koska niiden korjaamisen perustelut eivät ole yksiselitteisiä. Jonkun keskustelijan kohdalla virheiksi tulkitsemani kohdat saattaisivat olla osa tämän ilmaisua. Lisäksi virheet voivat antaa tutkimuksen lukijalle jotain lisätietoa keskustelijasta. Esittämällä sitaatit sellaisenaan voin ainakin varmistua siitä, että annan kunkin keskustelijan alkuperäiselle äänelle tilaa.

Keskustelijoiden kuvaamisessa keskityn tarkastelemaan sellaisten taustamuuttujien kuten ikä ja sukupuoli lisäksi sitä, minkälainen on keskustelijoiden suhde ortoreksiaan. Minkälaisia keskustelijoita ortoreksia-aiheiset keskustelut eri keskustelupalstoille vetävät? Erilaiset keskustelijat olen ensin jakanut kategorioihin sen mukaan, minkälainen suhde ortoreksiaan keskustelijalla näyttää keskusteluvuoron tai -vuorojen perusteella olevan. Tämän suhteen lisäksi tarkastelen suhtautumistapoja eli asennoitumista ortoreksiaan. Suhtautumistapojen tarkastelun myötä muodostin keskustelijoista tyyppejä. Näiden tyyppien kuvaamiseen keskityn luvussa 6.1. Lisäksi luvussa 6.3 on yhteenveto erilaisista tyypeistä.

Elämismaailman teemojen osalta tarkastelen niiden saamia kielteisiä ja myönteisiä merkityksiä aineistossa. Käsitteily etenee teemoittain (luvut 6.2–6.5) kielteisten merkitysten kautta myönteisiin merkityksiin, joita seuraavat mahdolliset muut merkitykset. Pelkistin keskusteluvuoroista teemoihin liittyvät maininnat ensin kielteisiksi tai myönteisiksi merkityksiksi, jonka jälkeen selvitin, minkälaisia kategorioita maininnoista näyttäisi muodostuvan. Teemojen saamista merkityksistä muodostamistani kategorioista tarkastelin lisäksi, kuinka ne asettuvat jatkumolle ortoreksiasta sairastuminen – ortoreksiasta parantuminen. Jatkumon voisi nähdä myös

ulottuvan kielteisistä vaikutuksista myönteisiin vaikutuksiin sairastumiseen johtavien tekijöiden ollessa kaikkein kielteisin tyyppi ja vastaavasti parantumiseen johtavat tekijät kaikkein myönteisin tyyppi. Tämän tarkastelun perusteella muodostin kuusi tyyppiä, joista enemmän luvussa 6.6.

6.1 Keskustelijoista

Keskustelijoiden ikähaitari on melko laaja, sen sijaan sukupuoleltaan valtaosa keskustelijoista näyttäisi olevan naispuolisia. Ortoreksiasuhteensa kautta keskustelijoista muodostui viisi kategoriaa: ortoreksiaa sairastavat keskustelijat, ortoreksiaa sairastaneet keskustelijat, ortoreksian piirteitä omaavat keskustelijat, ortoreksian kieltävät keskustelijat sekä näihin kategorioihin sopimattomat keskustelijat. Viimeisin kategoria sisältää siis sellaisia keskustelijoita, joiden suhde ortoreksiaan on jokin muu kuin edellä mainittu. Keskusteluvuoroissaan he ovat esimerkiksi saattaneet kysellä ortoreksiasta muilta, pyrkineet määrittelemään sitä tai maininneet ortoreksian yhtenä syömishäiriönä muiden joukossa.

Lähemmän tarkastelun kohteeksi nostan luvuissa 6.1.1 ja 6.1.2 ne keskustelijat, jotka sairastavat tai ovat sairastaneet ortoreksiaa. Näiden keskustelijoiden keskusteluvuorojen antaman informaation avulla pyrin luomaan jonkinlaista yleiskuvaa siitä, miten tässä aineistossa ortoreksiaa sairastavat tai sairastaneet määrittelevät sairautensa ja kuinka he suhtautuvat siihen keskusteluun osallistumishetkellä. Erityisen kiinnostavaksi koin aineistoa lukiessani juuri sen, miten ortoreksiaa sairastavat tai sairastaneet kokevat tilanteensa sillä hetkellä, kun he osallistuvat keskusteluun. Tämän näkökulman tarkastelu on paitsi kiinnostavaa, myös tärkeää. Esimerkiksi Puuronen (2000) tutkiessaan anorektikoiden suhtautumista omaan sairauteensa tuli siihen tulokseen, että suhtautumistapa vaikuttaa merkittävästi hoidon onnistumiseen – siihen tulisi siis kiinnittää erityistä huomiota.

Ortoreksian kieltävät, ortorektisia piirteitä omaavat ja muunlaisia viittauksia ortoreksiaan esittäneet keskustelijat käsittelen sen sijaan hiukan suppeammin. Sekä ortorektisia piirteitä omaa-

vat että ortoreksian kieltäjät ovat kyllä kiinnostavia kategorioita, mutta melko marginaalisia ryhmiä tässä aineistossa, joten niiden laajempi tarkastelu ei aineiston perusteella ole mahdollista. Muiden keskustelijoiden osalta ortoreksiasuhdetta keskeisemmäksi nousee keskusteluvuoroissa esiintyvien ortoreksiaviittausten merkitys tai tehtävä, koska heidän suhteensa ortoreksiaan on varsin neutraali verrattuna edellä mainittuihin keskustelijakategorioihin. Nämä viidennen kategorian keskustelijoiden keskusteluvuorot ovat kuitenkin tärkeitä elämismaailman teemojen analysoinnin yhteydessä yhdessä muiden keskustelijoiden tuottamien vuorojen kanssa.

Keskustelijoiden sukupuoli ja ikä

Valtaosa keskustelijoista näyttäisi olevan naispuolisia, vaikka sukupuoleen ei suoraan viitattaisikaan. Eksplisiittisesti vain kaksi keskustelijaa ilmoittaa olevansa mies. Toinen heistä pyrkii laihduttamaan omalla metodillaan, toinen sairastaa ortoreksiaa.

Yrittäkää arvon leidit ymmärtää: X on keski-ikäinen ylipainoinen mies, joka puoli vuotta sitten ei tiennyt kaloreista hölkäsen pöläystä. – – X on siis siirtynyt täysin sattumanvaraisesta syömisestä, edes jonkun kurin mukaiseen. (K32)

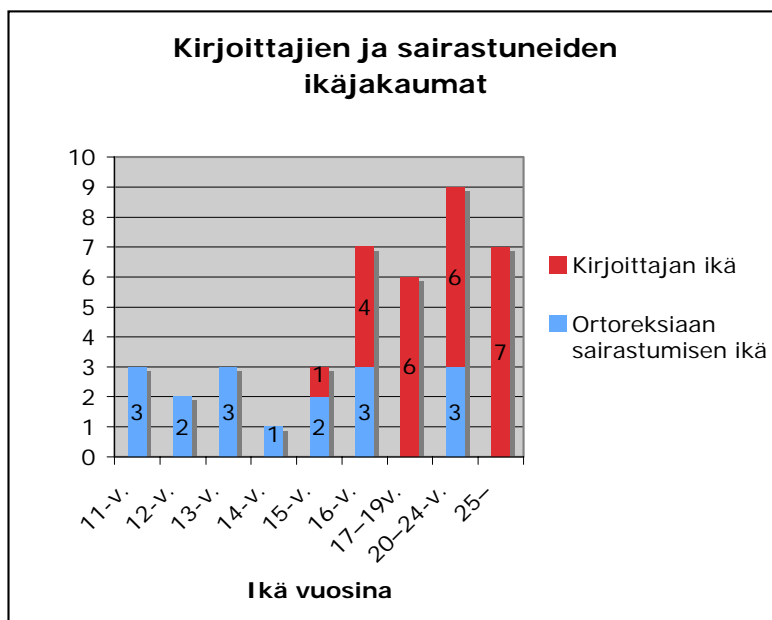
Varovasti vaan kyselen näin uutena, että onko täällä miehiä/poikia joilla syömishäiriö? Itse vasta pikkuhiljaa tunnustanut itselleni, että aika vinoutunut on oma ruumiinkuva ja ruokailutottumukset. – – Orthorexiaa tää varmaan on, kun kuitenkin syön, mutta olen vimmoissani ruokien terveellisyydestä. (S64)

Miesten vähäisestä osallistumisesta näihin keskusteluihin kertoo sekin, että tämä ortoreksiaa sairastava mies etsii keskustelunaloituksellaan kaltaisiaan, mutta ei saa kuin yhden vastauksen – ja senkin naiselta. Naispuolisten keskustelijoiden hallitseva osuus aineistossa johtunee osittain siitä, että naisilla yleensäkin esiintyy syömishäiriöitä kymmenkertaisesti miehiin verrattuna (Hautala ym. 2006, 42–43). Miehet tai pojat eivät välttämättä myöskään hae syömisongelmiinsa apua kovinkaan herkästi. Esimerkiksi Ruuskan (2006) tuoreen syömishäiriöitä koskevan väitöskirjan tutkimuskohteena oli vain tyttöjä, koska kahden ja puolen vuoden aikana Tampereen Yliopistollisen Sairaalan nuorisopsykiatrian klinikalle tuli vain neljä poikaa arvioi-

tavaksi syömishäiriöoireiden vuoksi. Tyttöjä vastaavana aikana kirjautui 84. Nämä neljä poikaa eivät kuitenkaan täyttäneet tutkittaville henkilöille asetettuja vaatimuksia. (Ruuska 2006, 11, 59.)

Keskustelijoiden ikäjakauma on melko laaja. Monet keskustelijat kertovat sairastuneensa ala-asteella, yläasteella tai lukiossa. He ovat selvästi omaksuneet diskurssin koulujärjestelmän ja kronologisen iän välillä ja käyttävät koulun kronologista merkitystä iän määrittämisessä (Aapola 2001, 231). Varsinaisesti ikänsä ilmoittaneista keskustelijoista nuorin on 15-vuotias ja vanhin 57-vuotias. Tällaiset harvat, selvästi aikuisten esittämät keskusteluvuorot otin huomioon vain silloin, kun ne koskivat nuoruuden aikaisia kokemuksia tai muuten nuorten elämämaailmaan liittyviä tekijöitä. Kuviossa 4 on esitetty tämä ikäjakauma. Sen sijaan ortoreksiaan sairastumisen ikäjakauma niiden mukaan, jotka ovat sen maininneet, on jo suppeampi. Kuviossa 4 ilmenee myös ortoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden osalta se, minkä ikäisinä he ovat ortoreksiaan sairastuneet. Valtaosa on sairastunut 11–16-vuotiaana, ja muutama kertoo sairastuneensa yli 20-vuotiaana. 17–19-vuotiaana ei ole tässä aineistossa maininnut sairastuneensa kukaan. Myös ortoreksiaan sairastumisen riski näyttää siis olevan tämän aineiston perusteella suurin murrosiässä, aivan kuten muidenkin syömishäiriöiden kohdalla (Hautala ym. 2006, 42–43).

On kiinnostavaa, että ortoreksiaan on aineiston mukaan sairastuttu melko nuorena, mutta silti keskusteluihin osallistuvat ovat yli 15-vuotiaita. Missä ovat alle 15-vuotiaat, syömishäiriötä sairastavat keskustelijat? Perusteluna ei voida pitää ainakaan sitä, että alle 15-vuotiaat eivät ylipäättään käyttäisi Internetiä, koska Internetiin tutustuminen ja sen tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen aloitetaan nykyään jo alakouluikäisenä (Salasuo 2006, 68). Kiinnostavaa on sekin, että erään ortoreksiaa koskevan tutkimuksen mukaan ortoreksiaan sairastumisen riski on suurin miehillä (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella 2004). Omasta, vaikkakin rajallisesta ja laadullisesta, aineistostani käy kuitenkin ilmi, että ortoreksiaan sairastuvat jopa 11-vuotiaat tytöt.



KUVIO 4. Kirjoittajien eli keskustelijoiden ikä keskusteluun osallistumishetkellä ja ortoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden ikä sairastumishetkellä (n = 41).

Keskustelijoiden kategorisointia

Aineistoa lukiessa sieltä alkoi nousta selkeästi esiin viidenlaisia suhteita ortoreksiaan, joiden mukaan luokittelin keskustelijat (taulukko 4). Osa keskustelijoista kertoo sairastavansa tai sairastaneensa ortoreksiaa, osa on huomaavinaan itsessään ortorektisia piirteitä. Muutamat keskustelijat sen sijaan korostavat voimakkaasti, että heillä ei ole ortoreksiaa, vaikka pyrkivätkin elämään terveellisesti. Keskusteluissa on myös melko runsaasti muunlaisia viittauksia ortoreksiaan, joissa keskustelija ei sen kummemmin erittele omaa suhdettaan siihen.

Eri keskustelupalstoilla painottuvat erilaiset keskustelijat, kuten taulukosta 4 käy ilmi. Ortoreksiaa sairastavia keskustelijoita on eniten Syli ry:n palstalla, mikä lienee luonteva kanava sairauden kokemusten jakamiseen ja kohtalotovereiden etsimiseen. Ortoreksiaa sairastaneita ja ortorektisia piirteitä omaavia keskustelijoita on jonkin verran kaikilla palstoilla.

TAULUKKO 4. Keskustelijoiden jakautuminen sen mukaan, minkälainen suhde heillä on ortoreksiaan (n = 139).

Palsta	On ortoreksia	On ollut ortoreksia	On piirteitä ortoreksiasta	Kieltää ortoreksian	Muu ortoreksiaviittaus	Yht.
Kutri	1 2,5 %	10 25 %	4 10 %	8 20 %	17 42,5 %	40 100 %
Demi	4 12 %	4 12 %	2 6 %	0 0 %	24 70 %	34 100 %
Syli	26 40 %	24 37 %	6 9 %	1 1,5 %	8 12,5 %	65 100 %
Yht.	31	38	12	9	49	139

Ortorektisia piirteitä

Keskusteluvuoroissa tuli esiin keskustelijoiden tietoisuus ortoreksiaan liittyvistä oireista. Mairintoja sai ajatusten ja jopa elämän keskittyminen ruokavalion oikeellisuuden ja laadun sekä pohtimiseen että varmistamiseen, sosiaalisten suhteiden väheneminen vääränlaisen ravinnon pelossa, sallittujen ruoka-aineiden väheneminen ja niin edelleen. Tähän kategoriaan kuuluvia keskustelijoita yhdistää huolestuneisuus omasta tilastaan. Huolestuneita ollaan kahdella tavalla, *herääjinä* ja *pelkääjinä*.

Ne keskustelijat, jotka havaitsivat itsessään ortorektisia piirteitä mutta eivät koe vielä sairastavansa ortoreksiaa, ovat yleensä huolestuneita havainnoistaan. Usein piirteiden havaitseminen koetaan jonkinlaisena herätyksenä sille, että terveellisiä elämäntapoja noudattaessakin voisi ottaa vähän rennommin. Tällaisia *herääjiä* on etenkin Kutrin keskustelupalstalla.

Pieniä ortorektisia piirteitä itsestäni tunnistan - esimerkiksi tänään löysin itseni kaupassa pohtimasta pitkään, tohtiako ostaa banaani vai ei, kun yleensä syön omenoita! – Kohtuullisenkin herkuttelun huomaa jääneen kokonaan jo siinä määrin, että ehkä olisi varaa taas vähän relaxata ihan mielenlasapainon vuoksi. (K1)

Ja olen ajautunut siihen tilanteeseen, että pelkaan että olen kehittamassa itselleni kovaa vauhtia ortoreksiaa kun sallittujen ruoka-aineiden lista vain pienenee. Joten paatin tuossa viikonlopun aikana lopettaa laihdutuksen, normalisoida sitä kautta syömiseni ja katsoa hieman pidemmällä tahtimella mihin se paino sitten itsestään tasaantuu. (K8)

Toisaalta osa keskustelijoista on huolestuneita siitä, että ovat mahdollisesti sairastumassa syömishäiriöön. **Pelkääjiä** on erityisesti Syli ry:n ja Demin keskustelupalstoilla.

Olen laihtunut valtavasti viimeisen parin vuoden aikana ja nyt tuntuu että terveellinen ruokavali on noussut pakkomielleeksi. – – . Pelkään todella menettäneeni 'tavallisen' ja huolettoman suhtautumistavan ruokaan. (S43)

Syön eli ei ole anoreksiaa. Olen yrittänyt oksentaa monesti. Ortoreksiasta Luin ja tunnistin puoliksi(?) Itseni.. :/ En ole varma. Mitä tehdä kun ei tiedot riitä. Ja hyvältä ei tunnu. Ei ole tuntunut pitkään aikaan. Koko ajan mielessä lenkki tai punttis. (D18)

Ortoreksia kielletään

Ortoreksian kieltäviä keskustelijoita on melkein yksinomaan Kutrin palstalla, mikä selittynee osin palstan ideologian kautta: keskusteluihin osallistuvien tavoitteena on elämäntaparemontin myötä omaksua terveelliset elämäntavat osaksi arkea. Keskustelijoita tuntuu ärsyttävän, kun joko lähipiiri tai muut keskustelijat leimaavat heidät ortorektikoiksi uusien elämäntapojen opettelemisen myötä. Tässä kategoriassa esiintyy kahdenlaisia kieltäjiä, ennakoivia **torjujia** ja tehdyn epäilyn **kumoajia**.

Torjujat torjuvat ortorektikoksi leimaamisen varmuuden vuoksi etukäteen, ennen kuin turhia epäilyjä pääsee syntymään.

Nyt sitä on sitte elämäntaparemontin pauloissa. (ja en oo ortorektikko, jos joku pöljä sattuu luulemaan, tiiän kyl mitä se on). (K5)

Osassa ortoreksian kieltävissä keskusteluvuoroissa myös kumotaan muiden keskustelijoiden jo esittämät epäilyt keskustelijan ortorektisuudesta. Nämä **kumojat** saattavat myös esittää muita syitä ruokavalinnoilleen perustellakseen epäilyjen virheellisyyttä.

Ensinnäkin, X, mulla ei kuitenkaan taida olla ortoreksiaa... Enemmän saan stressiä eettisistä valinnoista ruokakaupassa.(K13)

Muut ortoreksiaviittaukset

Muilla ortoreksiaviittauksilla tarkoitan sellaisia keskusteluvuoroja, jotka jäävät edellä mainittujen kategorioiden ulkopuolelle. Niissä keskustelijat viittaavat jollain tavalla ortoreksiaan, mutta keskustelija ei sairasta, ei ole sairastanut eikä kiellä ortoreksiaa. Keskustelija ei myöskään koe, että hänellä olisi ortoreksiaan viittaavia piirteitä. Tässä kategoriassa on kolmenlaisia keskustelijatyyppejä: **määrittelijöitä**, **etsijöitä** ja **mainitsijoita**. Tällaisia keskustelijoita on kaikilla keskustelupalstoilla. Selvästi eniten heitä on kuitenkin Demin palstalla. Tämä selittyy tosin suureksi osaksi sillä, että Demin palstalla laihduttaminen on kielletty aihe.

Määrittelijät määrittelevät ortoreksiaa omien tietojensa perusteella, usein toisten esittämiin arveluihin tai kyselyihin vastaten. Toisaalta ortoreksiaa määrittelevät saattavat myös määritellä toisia keskustelijoita epäillessään näiden syömiskäyttäytymisen olevan menossa ortorektiseen suuntaan.

ortoreksia meinaa sitä että on pakkomielle syödä erittäin terveellisesti koko ajan jne jos nyt siis tarkoittit kysymyksellä sitä että onko sinulla ortoreksia? (D3)

Ja kohta oot ihan neuroottinen noiden ruokies kanssa :S En voi olla sanomatta että tuo sun meno kuulostaa jo aika pitkälle ortoreksialta. On itse varmasti vaikea huomata asiaa, mut ei tuo ihan todella ole enää tervettä sun päässä.. Toivottavasti et loukkaannu mut ollaan vaan huolissaan --. (D6)

Keskustelijat, joita kutsun **etsijöiksi**, etsivät joko tietoa ortoreksiasta, vastauksia omiin epäilyihinsä tai neuvoja.

*Mä eksyin tänne palstalle nyt ensimmäistä kertaa, kun etsin tietoa ortorexiasta. Tai sen esias-
teista, jostain. Koitin selvittää, tarvinko apua vai kuvittelenko vaan. (S54)*

*Mä syön koko ajan, siis ihan KOKO ajan kaikkee epäterveellistä. Miten tästä pääsis eroon?
Oon lihonu kuukauden aikana semmoset 5 kiloo eikä vaatteetkaa enää tahdo mahtua :(Oon
harrastanu kohta 10 vuotta yleisurheilua muttei enään oikeen kiinnosta .. Ei paljon mikään lii-
kunta .. Yleiskuntoki heikentyny .. :(Mitä mä teen? Ortodeksia? (D2)*

Edellä olevasta esimerkistä käy myös hyvin ilmi, että tiedot ortoreksiasta ovat joillakin demi-
läisillä puutteelliset tai jopa virheelliset. Palaan tähän seikkaan luvussa 6.2.2.

Mainitsijoiden keskusteluvuorot ovat yleensä neutraaleja ortoreksian suhteen. Näissä viittauk-
sissa ortoreksia mainitaan usein vain yhtenä syömishäiriönä muiden joukossa.

*Parempihan se olisi jos sinulla ei olisi sh:ta mutta, ei nämä tyypilliset Bulimia ja Anorexia ja
Ortoreksia niitä ainoita ole. (D5)*

6.1.1 Mulla on selvä ortoreksia

Tämän kategorian, ortoreksiaa sairastavien keskustelijoiden, osalta keskityn tarkastelemaan
sitä, kuinka he suhtautuvat ortoreksiaansa. Lisäksi katson, kuinka he määrittelevät oman syö-
mishäiriönsä. Ortoreksiaa sairastavat suhtautuvat sairauteensa viidellä tavalla. Suhtautuminen
ortoreksiaan on vähättelevää tai ailahtelevaa, siitä halutaan parantua tai siihen on alistuttu. Osa
keskustelijoista taas sairastaisi mieluummin jotain muuta syömishäiriötä. Syömishäiriön mää-
rittely näyttää sen sijaan osoittautuvan moniselitteiseksi. Tässä tulee esiin myös se, että nuor-
ten syömishäiriöt ovat usein epätyypillisiä (Hautala ym. 2006, 41). Keskustelijoiden omia
määritelmiä on kolmenlaisia: selkeä ortoreksia, syömishäiriöiden sekoittuminen ja syömishäi-
riön muuttuminen toiseksi. Se, kuinka keskustelija määrittelee oman syömishäiriönsä ei kui-
tenkaan näyttäisi vaikuttavan siihen, kuinka keskustelija suhtautuu ortoreksiaan.

Suhtautuminen sairauteen

Keskusteluvuoroista tuli esiin erilaisia suhtautumistapoja sairauteen, minkä perusteella muodostin seuraavat tyypit: ***vähättelijä, ailahtelija, parantuja, alistuja ja muuttuja.***

Vähättelijöiden mielestä ortoreksia näyttäisi olevan pienempi paha verrattuna muihin syömishäiriöihin.

Lapseni antaa voimia, joten tällä hetkellä vain ortorektikko..... (S1)

Toisaalta ***muuttujat*** sairastaisivat mieluummin jotain muuta syömishäiriötä päästäkseen helpommalla eli laihtuakseen helpommin.

ikinä en ole oksentanut (mahatautia ei lasketa) ja siitä olen toisaalta tyytyväinen ja toisaalta ehkä jopa kateellinenkin. (miksi minä en sitä osaa, se olis paljon helpompaa kun ravata monta tuntia lenkillä!) (S7)

Ailahtelijat kokevat sairautensa luonteeltaan aaltomaiseksi: välillä on parempia, välillä huonompia päiviä.

Mulla on pahempia ja parempia päiviä. (S9)

Osa keskustelijoista haluaisi parantua ja jatkaa normaalia elämää. Nämä ***parantujat*** ovatkin jo toipumassa tai ottaneet ratkaisevan askeleen ja pyytäneet apua.

Olen toipumassa, syön nyt kunnolla ja olen oppinut nauttimaan liikunnasta (S3)

taistelu syömishäirön (ortoreksia, bulimia ilman oksentelua ja kaikkea siltä väliltä) kanssa jatkuu. Nyt olen saanut otettua sen suuren askeleen parantumiseen. Olen hakenut apua. (S25)

Muutama keskustelija sen sijaan tuntuu alistuneen kohtaloonsa syömishäiriöisenä tai ei edes halua parantua. *Alistujat* kokevat syömishäiriön jo niin kokonaisvaltaiseksi osaksi omaa mi-
nuutta.

– – Pelkään todella, että jos tuo häröilyni kokonaan loppuu, ei elämäni enää kiinnosta minua. Sh, tai mikä ongelmani sitten lieneekin, on niin kokonaisvaltaisesti osa minua – –. (S28)

On niin tuttu ja turvallinen olo, kun laihduttaa ja näkee kun maha ja muu kroppa pienenee silmissä. vaikka tiedän, että minusta tulee laihana entistä stressaatumempi ruoan suhteen, jokainen ruokahetki on yhtä pakkopullaa ja rasva aiheuttaa itkukohtauksia, olen silti tyytyväinen päätökseeni. En vaan kykene olemaan normaali. Olen oma itseni, kun olen sairas (S51)

Samankaltaisia tuloksia on saatu tutkittaessa anorektikkojen suhtautumistapaa. Parantuminen ei välttämättä ole potilaan kannalta pelkästään myönteinen asia, sillä samalla se voi merkitä potilaalle luopumista asiasta, jonka kokee omaksi minuudekseen. Syömishäiriöiden hoidossa tulisikin pohtia, kuinka tukea uudenlaisen minuuden, johon syömishäiriö ei kuulu, kehittymistä. (Puuronen 2000, 37–39.)

Määrittelyn vaikeudesta

Ortoreksian, ja syömishäiriöiden yleensäkin, määrittelyn vaikeus näkyy keskusteluvuoroissa. Osa keskustelijoista määrittelee sairastavansa selkeää ortoreksiaa.

Mulla on selvä ortoreksia ollut jo aika pitkään ja lähiaikoina mulle on alkanut kehittyä anoreksiaa. (S9)

Tässä esimerkissä näkyy toisaalta myös se, kuinka syömishäiriö voi muuttaa muotoaan, ortoreksia voi johtaa esimerkiksi anoreksiaan. Sen sijaan oletus siitä, että ortoreksia olisi anorektikoiden eräänlainen selviytymiskeino ja että ortoreksia olisi siten anoreksian seuraus, ei saa juurikaan tukea tästä aineistosta (Kinzl ym. 2006, 396). Lisäksi näissä keskusteluissa moni määrittelee sairautensa usean syömishäiriön yhdistelmäksi selkeän määrittelyn sijaan.

10 vuotta tätä uskomatonta bulimia/anoreksia/ortoreksia-helvettiä.... (S1)

Itse sairastan jotain bulimian ja ortoreksian tyyppistä syömishäiriötä, en osaa (eikä ole varmasti tarvitskaan) aivan tarkasti määrittellä. Juuri nyt on aika hyvä vaihe, päällisin puolin syömiset ovat siis ok, mutta pään sisällä asiat eivät toki ole vielä lähellekään kunnossa. (D9)

6.1.2 Nyt melko normaali syömistilanne

Myös tässä ortoreksiaa sairastaneiden kategoriassa keskustelijat poikkeavat toisistaan sairautensa suhtautumisessa. Syömishäiriön muuttuminen toiseksi näkyy erityisen hyvin tässä ryhmässä, sillä kaikki tähän kategoriaan asettamani keskustelijat eivät ole täysin parantuneet, vaan ortoreksia on myös voinut vaihtua toiseen syömishäiriöön. Hiukan yli puolella ortoreksiaa sairastaneista syömishäiriö on vain muuttanut muotoaan. Vajaa puolet kokee sen sijaan parantuneensa täysin. Suhtautumistavat riippuvat paljolti siitä, onko keskustelija parantunut vai onko syömishäiriö muuttunut toiseksi. Tämän perusteella syntyi kaksi alakategoriaa: *ortoreksiasta parantuneet* ja *ortoreksia johtanut toiseen syömishäiriöön*. Parantuneet suhtautuvat ortoreksiaan joko menneisyyteen kuuluvana asiana tai pelkäävät sen uudelleen puhkeamista. Osa ortoreksiasta parantuneista keskustelijoista korostaa sairauten suhtautumisen ohella suhtautumista tulevaisuuteen. Tulevaisuuden suhteen ollaan joko luottavaisia tai epävarmoja.

Keskustelijoilla, joilla syömishäiriö on liukunut ortoreksiasta johonkin muuhun syömishäiriöön, esiintyy samankaltaisia suhtautumistapoja kuin ortoreksiaa sairastavilla: syömishäiriöön on alistuttu tai siitä halutaan päästä eroon. Sen sijaan kolmas suhtautumistapa poikkeaa ortoreksiaa sairastavista: kun osa ortoreksiaa sairastavista haluaisi sairastaa mieluummin jotain muuta syömishäiriötä, niin osa niistä, joiden ortoreksia on vaihtunut toiseksi syömishäiriöksi haluaisi sairastua uudelleen ortoreksiaan. Yhteistä ortoreksiaa sairastaville ja sairastaneille ***muuttujille*** on, ettei nykyiseen tilaan olla tyytyväisiä eikä parantumistakaan ei ajatella.

Syömishäiriön määrittelyn vaikeus ei sen sijaan tule tässä ryhmässä samalla tavalla esiin kuin ortoreksiaa sairastavien keskuudessa. Muutama keskustelija tuo jopa esiin määrittelyn tarpeellisuuden. Tärkeintä on parantuminen syömishäiriön muodosta riippumatta.

Nyt mulla ei oo diagnoosia, eikä mua vois oikeestaan vähempää kiinnostaa mikä sh mulla on. Kuhan vaan parantuisin. (S17)

Ortoreksia on johtanut toiseen syömishäiriöön

Valtaosa toiseen syömishäiriöön ortoreksian myötä tai sen jälkeen sairastuneista keskustelijoista on osallistunut Syli ry:n keskusteluihin. Voikin olla, että ortoreksiasta parantuneet eivät koe enää tarvetta osallistua tämän palstan keskusteluihin. Kutrין ja Demin palstoilla ortoreksiaa sairastaneista keskustelijoista vain yhdellä kutralaisella ja yhdellä demiläisellä on ortoreksia vaihtunut toiseksi syömishäiriöksi, muut kokevat parantuneensa. Kaikista keskustelijoista vajaa puolet ortoreksiaa sairastaneista siis kokee olevansa parantunut ortoreksiasta ja syömishäiriöisestä käyttäytymisestä. Tosin jotkut ovat sitäkin mieltä, ettei syömishäiriöstä välttämättä voi parantua koskaan kokonaan.

Jonkin sortin syömishäiriö säilynee aina, nyt tosin melko normaali syömistilanne. (S6)

Keskustelijoiden, jotka ovat ajautuneet syömishäiriöstä toiseen, suhtautumistapa vaihtelee toivosta epätoivoon ja avun hakemisesta haluun sairastua uudelleen. Suhtautumistapojen perusteella muodostin kolme tyyppiä: **muuttajat**, **parantajat** ja **alistajat**.

Esimerkiksi seuraava **muuttaja** kärsii bulimiasta, mutta yrittää sairastua ortoreksiaan uudelleen.

Minä tahtoisin ortoreksiani takaisin. – – Pengoin vanhoja päiväkirjamerkintöjäni esiin noilta ajoilta ja niiden aikojen syömisistä ja koetan nyt noudattaa sitä kaaviota. Samoin liikunnan kanssa. – – Nyt nämä ekat päivät yritykseni suhteen ovat mennyt hyvin ja motivaatio on vain entistä enemmän. Kellekään en tästä kerro. Ihana sitten kuulla muiden suusta kun olen laihtunut taas. Äh. Taidan olla vaan niin pipipää. (S52)

Onneksi avun hakemistakin suunnitellaan, vaikka sitä lykätäänkin. Toisaalta joillekin näyttäisi olevan myös epäselvää, mikä tai kuka voisi auttaa. Joka tapauksessa nämä **parantajat** toivovat parantuvansa syömishäiriöisestä käyttäytymisestä kokonaan.

Apua jostakin olisi saatava, ja olen päättänyt syksyllä hakea mutten tiedä kuinka jaksan odottaa sinne asti. (K16)

Pelkään lihoamista, mutta pelkään myös, etten voi joku päivä enää liikkua. Ylikunnon vaara on nykyään jokapäiväistä ja tauti alkaa todella haitata urheilemistani. Väsyttää, masentaa ja sydän tuntuu välillä räjähtävän rinnasta ulos. Nyt kai on menossa joku pahempi vaihe...mutta aikojon selvitä tästä! En vain tiedä vielä, että miten ja kenestä saada auttava kaveri. (S56)

Monilla tuntuu olevan masennusta tai muita mielenterveydellisiä ongelmia syömishäiriön lisäksi.

Lisäksi aaltoilevaa masennusta, tällä hetkellä vaikea masennus ja ilmesesti kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Elämä on aalto, minä olen pohjalla. Kun nousen pinnalle, näen vain sinistä, ja luulen olevani samassa aallonpohjassa. Elämällä on merkitystä, mutta en osaa elää, enkä nauttia siitä. (S14)

Masennusta onkin syömishäiriöisten keskuudessa eri tutkimusten mukaan 23–84 prosentilla potilaista. Lisäksi masennus paitsi altistaa syömishäiriölle, voi myös ylläpitää sitä. (Hautala ym. 2006, 42–44.) Masennuksesta kärsivien on siis erityisen vaikea päästä syömishäiriöstään eroon.

Sen sijaan **alistujat** epäilevät tietoisestikin onko heillä enää mahdollisuuksia parantua, kun syömishäiriö on tullut osaksi elämää. Suhtautumistapa on samankaltainen kuin osalla ortoreksiaa sairastavilla **alistujilla**. Tämä vahvistaa edelleen samankaltaista syömishäiriön kokemista osana minuutta kuin Puurosen (2000) anorektikkoja koskeva tutkimus.

mulla on ollu bulimia 7v., mut välillä se on ollu anoreksiaa, välillä ortoreksiaa..en tiää paraneeko tästä koskaan.niin tapa se on jo, etten osaa mitään muuta! (S30)

Ortoreksiasta parantuneet

Parantuneiden suhtautumistavoista muodostui kaksi tyyppiä, **onnistujat** ja **pelkääjät**.

Osa ortoreksiasta parantuneista suhtautuu sairauteensa menneisyyteen kuuluvana asiana ja kokee, että tilanne on normalisoitunut. Nämä **onnistujat** ovat helpottuneita parantumisestaan, ja sairauden aikaisia ajatuksia kauhistellaan.

Minulla on takanani 10 vuoden syömishäiriöt (anoreksia + bulimia + BED + ortoreksia), onneksi olen päässyt niistä eroon. (K40)

Huhhuh kun kauhistuttaa nykyään nää mun n. puolen vuoden takaiset ajatukset. :/(D13)

Toisaalta jotkut parantuneet myös pelkäävät, että syömishäiriö puhkeaisi uudelleen. Normaalin syömisen ja liikkumisen omaksuminen tuntuu vaativan **pelkääjiltä** opettelua.

Kuulostaa hassulta, mutta vaikka kyse on uudesta elämäntavasta, niin sen selkäyttimeen vieminen järkevästi on minulle vaikeaa. Pelko koko ajan että kroppa on ikäänkuin lainassa kummittelee, ja pelko, että entinen syömishäiriö jotenkin aktivoituisi pelottaa minua. (K2)

— itsensä osittainkin hyväksyminen on minulle vielä haavetta vain vaikka olenkin normaallipainoinen. — toipuvana ortorektikkona ja bulimikkona tarvitsen normaalin syömisen opettelua ja täällä periaatteet ovat mielestäni kaikista terveimmät —. (K12)

Positiivinen elämäsenne ja usko tulevaisuuteen näkyy joidenkin parantuneiden ajatuksissa. Vaikka välillä on vaikeaa, elämästä ja itsestä pidetään.

Tällä hetkellä ruoka on minulle vain tunnesidonnainen juttu. Kun on yksinäinen/huono olo jne jne. niin täytyy saada syödä, vaikei olisi nälkäkään.

Mutta elämästä pidän. (S18)

Ajattelin, että laihduttelen loppuelämäni, kunnes lopulta, kun luuni ovat paperin hauraat ja hampaani oksennuksen syövyttämät ja kaikki on menettänyt merkityksensä, kuolen ehkä sydänkohtaukseen tai teen itsemurhan. — Haluan oppia tulemaan toimeen itseni kanssa. Uskon, että elämällä on vielä paljon annettavaa minulle —. (S41)

6.1.3. Kokoavasti kaikista keskustelijoista

Keskustelijoiden ortoreksiasuhteen perusteella muodostamani viisi kategoriaa jakautuivat edelleen suhtautumistapojensa perusteella erilaisiin tyyppeihin. Taulukossa 5 on esitetty yhteenvedo näistä tyypeistä. Kattavampi kuvaus on esitetty edellä (alk. s. 48).

TAULUKKO 5. Keskustelijoiden edustamat tyypit tässä aineistossa (taulukossa **o** = ortoreksia ja **sh** = syömishäiriö).

KAIKKI KESKUSTELIJAT					
↓					
on o	on ollut o		on piirteitä	kieltää o:n	muunlainen keskustelija
↓	↓		↓	↓	↓
Vähättelijä vähättelee o :aansa syömishäiriönä.	<u>o:sta</u>	<u>o johtanut</u>	Herääjä on havahtunut sairastumisriskin huomatessaan.	Torjuja torjuu ortorektikoksi leimaamisen varmuuden	Etsijä etsii tietoa tai esittää kysymyksiä o :sta.
Ailahtelija kokee, että o on luonteeltaan aaltomainen.	↓	↓	Pelkääjä pelkää havaitse- miensa oireiden olevan merkki o :sta.	varmuuden vuoksi etukä- teen. Kumoaja kumoaa toisten esittämät epäilyt o :sta.	Määrittelijä määrittelee o :aa tai toisia keskustelijoita.
Parantuja haluaa paran- tua.	Onnistuja on parantunut sh :istä.	Parantuja haluaa parantua sh :sestä ajattelusta kokonaan.			Mainitsija tuottaa neutraaleja mainintoja o :sta.
Alistuja kokee o :n ole- van osa itseä.	Pelkääjä pelkää että sh uusiutuu.	Alistuja kokee, että sh on osa minuutta.			
Muuttuja haluaisi sairastaa jotain muuta sh :tä.		Muuttuja haluaisi sairastua o :aan uudelleen.			

6.2 Koti ja koulu

Käsittelen nämä kaksi teemaa yhdessä, sillä koululla ja kodilla on yhteisiä piirteitä. Yhteistä on ensinnäkin niiden tilamaisuus. Ne ovat fyysisiä tiloja, joissa lapset ja nuoret viettävät aikaansa. Toisekseen lapsi tai nuori ei voi itse valita näissä paikoissa olevia muita ihmisiä. Vaikka koulussa omiin toverisuhteisiin voikin vaikuttaa, on se joukko, josta toverit valikoituu, rajattu ja ennalta määrätty. Kolmanneksi näillä ryhmillä näyttäisi olevan aineistossa joitakin yhteisiä merkityksiäkin, esimerkiksi kiusatuksi tuleminen tai muiden huolestuminen keskustelijan tilasta.

6.2.1 Ongelmastani on tehty niin kauan kiusaa kuin muistan

Keskusteluista nousee esiin melko runsaasti erilaisia kielteisiä kotiin ja kouluun liittyviä merkityksiä. Olen jakanut nämä merkitykset yhteensä viiteen kategoriaan, joita ovat *kiusaamisen tai tarkkailun kohteena*, *kokemus välinpitämättömyydestä*, *sairauden salaaminen* ja *huoli perheestä*. Viides kategoria kattaa *koulun* saamat sellaiset *kielteiset merkitykset*, jotka eivät sovi edellä mainittuihin kategorioihin, mutta ovat kuitenkin oleellisia.

Kiusaamisen tai tarkkailun kohteena

Osa keskustelijoista on joutunut kiusaamisen kohteeksi joko ortoreksian vuoksi tai osoittaessaan kiinnostusta ravitsemuksellisista asioista. Huomiota herättävää on, että myös oman perheen jäsenet toimivat kiusaajina. Sen sijaan, että kiusaajina olisivat esimerkiksi vanhemmat sisarukset, aineistossa kiusaajina toimivat omat vanhemmat – äiti, isä tai molemmat.

Minun kohdalla se on äiti joka selittää. Mulla on ollu sen mukaan jo anoreksia ja ortoreksia. ortoreksia siksi, kun luin syömäni jäätelön ravintosisällön ääneen. (D10)

Minä olin pienenä (ja vähän isompaan ikään asti) ylipainoinen. Vanhempani eivät "opettaneet" miten syödään oikeen, mutta huomauttelivat lihavuudestani ja kehottivat laihduttamaan. Nyt kun olen itse alkanut terveellisempien elämäntapojen harrastamisen (ruokavalio, liikunta) vanhempani (erityisesti isäni) alkavat nälvä anoreksiasta, bulimiasta, ortoreksiasta tai muusta

psykkesestä häiriöstä jos lautaselleni heidän nähden eksyy jotain terveellistä... esim. vihanneksia, hedelmiä... (K6)

Jälkimmäisestä esimerkistä tulee sellainen mielikuva, ettei vanhemmille riitä mikään. Kiusaamista tapahtuu asiasta riippumatta: ensin kiusataan liikakiloista, sitten laihduttamisesta. Painon vuoksi kiusatuksi joutuminen kotona tai koulussa onkin yksi syömishäiriön riskitekijöistä (Hautala ym. 2006, 42–44), mikä tulee esiin myös tässä aineistossa.

Keskusteluvuoroissa on vain yksi maininta koulussa tapahtuvasta kiusaamisesta. Tässä on kysymys juoruilemisen kohteeksi joutumisesta, läheisille tovereille tarkoitettun tiedon leviämistä koulumaailmassa. Tämä liittyy läheisesti koulun informaaliin kerrostumaan eli koulun epävirallisiin sosiaalisiin suhteisiin ja oppilaskulttuuriin (Gordon 2001, 101).

– – ongelmastani on tehty kiusaa niin kauan kun muistan. En tosiaan kertonut syömishäiriöistäni kuin niille joiden katsoin asian kuuluvan, silti tieto levisi yläasteen alussa. :> (D1)

Keskustelijat tuntuvat kokevan myös jatkuvan tarkkailun kohteena olemisen tai syömisten vahtimisen kiusalliseksi. Keskusteluvuorojen perusteella vanhemmat ovat niitä, jotka tarkkailevat, vahtivat ja jopa uhkailevat keskustelijoita. Erityisesti sairastuneiden syömisiin kiinnitetään huomiota, mikä tietysti voi olla myös huolenpidon osoitus, vaikka keskustelijat kokevatkin sen kiusaamiseksi. Sen sijaan uhkauksia ei enää voi pitää huolenpidon osoituksina. Toisaalta uhkaukset voivat olla myös merkki vanhempien turhautumisen tunteesta, kun he eivät pystykään auttamaan tai eivät täysin ymmärrä, mikä on tervettä ja mikä sairasta.

Mun perhe on entistä rikkinäisempi, kun vanhemmat voi tuskin edes puhua toisilleen. Jouduin muuttamaan äidin luota isälle, kun äiti vahti jokaista puolikasta leipää, mitä mä söin eikä uskonut et jos mä en vois olla kotona niin eihän ne ois mua pois sairaalasta edes päästäny. Eipä kyllä oo isänekään luona hyvä, kun se ei ensinkään hyväksy mun kasvissyöntiä (oon perheen ainoa) eikä ymmärrä, et mä en vaan pysty syömään mitä tahansa. Ja sit jos se suuttuu mulle se uhkaa heti viedä mut takasin sairaalaan, joka kerta se uhkaa samalla, vaikka sillä riidanaiheella ei ois niin mitään tekemistä mun syömisen kanssa! (S8)

Kokemus välinpitämättömyydestä

Keskusteluissa välittyy myös kokemuksia välinpitämättömyydestä muiden suunnalta. Kritiikkiä saavat paitsi vanhemmat, myös kouluterveydenhuolto. Osa keskustelijoista koki, etteivät he ole saaneet tarpeeksi tukea painiessaan sairauden kanssa, kuten seuraavassa esimerkissä.

Äitini mielestä oli helpompi viedä minua osastolta toiselle kuin katsoa minua ja kärsimystäni kotona. En tiedä olenko vieläkin katkera että äitini ei rakastanut minua tarpeeksi koska olin "viallinen" eikä minua voinut näytellä juhlissa. (S12)

Välinpitämättömyyteen katson kuuluvaksi myös oireiden huomiotta jättämisen, mikä nousi muutamalla ortoreksiaa sairastavalla keskustelijalla esiin.

Joo mulla kans alkoi syömisen kans pelleily ortoreksialla vaikka sitä ei terkkari pitänyt miinään. Ruokapäiväkirjaa kun jouduin pitämään niin se ei suunnilleen edes katsonut sitä, mitä ihmettelin kovasti. (S49)

Toisaalta kouluterveydenhuoltoa myös puolustellaan. Kaikki terveydenhuollon piirissä työskentelevät eivät välttämättä vielä osaa ottaa ortoreksian mahdollisuutta huomioon.

Toisaalta en syyttäisi koulu yms. terkkareita, jos ne ei tajua ortoreksian mahdollisuutta. Eihän kyseistä häiriötä ole vielä montaakaan vuotta diagnosoitu, se on aika "uusi sairaus" jos katsotaan sen pääsyä tautiluokitukseen. (S50)

Edellisen esimerkin kohdalla olisi kiinnostavaa tietää, mitä keskustelija tarkoittaa ortoreksian diagnosoimisella tai tautiluokitukseen pääsemisellä. Kuten luvussa 4 olen esittänyt, ortoreksia ei ole ainakaan vielä virallisen syömishäiriön asemassa.

Sairauden salaaminen

Keskusteluista tulee esiin myös keskustelijan oma kielteinen toiminta, joskin toiminnan määrittelyminen kielteiseksi on seurausta omasta tulkinnastani. Sairauden salaaminen saattaa vai-

kuttaa kielteisesti paranemismahdollisuuksiin, mutta toisaalta osa keskustelijoista haluaa salaamalla estää sairauden vaikutukset perhedynamiikkaan.

Lukio hurautti pakkoliikunnan merkeissä ja tavoitteena oli olla mahdollisimman pieni, aika kului ja meni, samoten välit vanhempiini. Nykyään välit alkavat olla jokseenkin kunnossa, kun asun toisella paikkakunnalla, jossa sairauttani on helpompi peitellä. – – Perheeni ei saa saada koskaan tietää. Ei nyt, kun kaikki heidän kanssaan on niin hyvin! (S56)

Salaamisella pyritään myös välttämään tarkkailun kohteeksi joutumista, jonka kokeminen kielteiseksi tulikin esiin jo edellä.

He tietävät sairaudestani, mutta perheeni ei. Enkä halua kertoa heille, sillä he alkavat silloin vahtia ja tarkkailla minua, en kestäisi sellaista. (S3)

Huoli perheestä

Osa ortoreksiaa sairastavista keskustelijoista pelkää myös mahdollisia itse tuottamiaan, toisiin perheenjäseniin kohdistamiaan kielteisiä vaikutuksia. Monessa keskusteluvuorossa näkyy huoli nuoremasta sisaresta, jonka pelätään omaksuvan ortoreksiaa sairastavan osapuolen häiriintyneen syömiskäyttäytymisen piirteitä ja sitä kautta sairastuvan. Osa keskustelijoista kokee, että näin on tapahtunut, ja syyttää siitä itseään.

Jos siskoni söi himottavan näköistä suklaata, pyysin saada katsoa sitä; vilkaisin käärepaperia ja harmistuneena annoin takaisin, tietenkään en voinut syödä.

Laihdutin ja laihdutin, kuntoiluvimmat ja keveysintoilut tarttuivat siskoonkin. – – Syytän itseäni siitä mitä siskoni on joutunut käymään läpi (S4)

Joissakin vuoroissa nähdään sisaren kärsivän samoista kielteisistä asioista, jotka ovat itsellä johtaneet sairastumiseen.

Ja pikkusiskollani on juuri nyt sama tilanne, se on suurempi ku ikäisensä, ja saa kuulla siitä kokoajan aika rajuakin kommenttia. pelottaa vaan et mitä sille vielä käy..=((S40)

Huolta kannetaan myös siitä, onko mahdollisesti sairaudellaan vaikuttanut omiin mahdollisuuksiinsa saada lapsia. Oma toiminta, sairastaminen, nähdään kielteiseksi, koska sen katsotaan olevan syyllinen mahdolliseen lapsettomuuteen.

ei lapsianyt eikä ilmeisesti tulevaisuudessakaan, kiitos sairauteni. (S24)

Vaikka lapsia joskus saisikin, keskustelijoiden huolena on myös lastenkasvatus. Kuinka kasvattaa normaaleita ja terveitä lapsia tässä yhteiskunnassa ja kulttuurissa?

”Pään vaivaa myös tuottaa se että miten osaan kasvattaa aikanaan omat lapseni (jos niitä saan) liikkuviksi ja ymmärtämään terveellisten elintapojen merkityksen ja nodattamisen ilman että ajan esim. murrosikäistä tytärtäni tai poikaa anoreksia kierteeseen. HMM.. ”

Tai ortoreksiaan... (K4/7)

Toisaalta lastenkasvatukseen peilataan myös oman lapsuuden huonoja kokemuksia. Näissä keskusteluvuoroissa keskustelijat ehkä syyllistävät omia vanhempiaan ja haluavat toimia toisin he.

meillä koko perhe syö epäterveellisesti paitsi minä. olen viimeiset kaksi vuotta syönyt omia ruokia, ja ihan hyvä niin. olen sen tason ortorektikko että en voisi ikinä avioitua sohvaperunan kanssa. ja mitä tulee mahdollisiin tuleviin lapsiin, taidan opettaa heille jo pienestä pitäen normaalit ruokailutavat. ei tee mieli kasvattaa ylipainoisia lapsia, tiedän itse mitä helvettiä on laihduttaa ne ylimääräiset kilot pois. (K25)

Koulun muut kielteiset merkitykset

Koulu saa edellä mainittujen asioiden lisäksi myös muutamia muita kielteisiä merkityksiä. Tämä kategoria koostuu sellaisista merkityksistä kuin pakkomielteisyys koulusta, kouluun lähdön epämiellyttävyys ja koulutoverit vertailukohtana.

Yksi keskustelija kertoo siirtäneensä pakkomielteensä syömisestä ja liikkumisesta pakkomielteeseen koulumenestyksestä.

Nyt kun ei enää voi lievittää pahaa oloa paastoamalla ja juoksemalla ku hullu, niin kaikki jotenkin kanavoituu siihen kouluun, mulla on kauhea pakkomielle siitä! – – Mut se ei sit vaan tunnu riittävän, vaan kaikesta pitää olla kymppi, kymppi eli ei siis 10-, ei eihän sellainen riitä!
(S8)

Keskustelija vaikuttaa tiedostavan, että pakkomielleet ovat hänellä vain keino lievittää pahaa oloa. Se, mihin pakkomielleensä kohdistaa, ei ole niin tärkeää – tärkeämpää on siirtää huomio pois pahasta olost.

Osa keskustelijoista kokee koulun häiritsevän sairauteen keskittymistä. Arkiset rutiinit estävät omien, ehkä pakkomielleistenkin rutiinien noudattamisen. Toisaalta koulu näyttäytyy myös paikkana, jonne ei huonoimmillaan haluaisi mennä. Kotona voisi keskittyä sairauteen paremmin, ja sinne voisi myös jäädä toipumaan ja potemaan.

*On mahdotonta suorittaa annettuja tehtäviä ja käydä säännöllisesti treeneissä, koulussa ym.
On hirveä hinku tehdä asiat silloin kuin minä haluan ja miten minä haluan.* (S62)

Ja vielä aamulla oli niin hirveän turvonnut olo etten olisi halunnut mennä kouluun. (S23)

Keskustelijat tuovat esiin myös koulun ja kodin tilana ja paikkana, kuten edellä olevissa esimerkeistä käy ilmi. Koulu on jokin fyysinen paikka, jonne pitää mennä. Koti taas on paikka, jonne voi jäädä. Tämänkaltaiset viittaukset ovat kuitenkin melko harvinaisia keskustelijoiden keskuudessa. Sosiaaliset suhteet saavat huomattavasti enemmän mainintoja sekä koulun että kodin osalta. Näin ollen informaaliset kerrostumat tuntuvat olevan keskustelijoille fyysisiä kerrostumia merkityksellisempiä ainakin rakennettujen tilojen suhteen (Gordon 2001, 100–101).

Koulutovereihin liittyvä negatiivinen seikka on myös itsensä vertaaminen heihin. Seuraavassa esimerkissä korostuu ruumiillisuuden kokemisen merkitys, joka koulumaailman osalta liittyisi sen fyysiseen kerrostumaan (Gordon 2001, 101).

Jossain vaiheessa ala-asteen loppupuolella tulin sitten siihen lopputulokseen, että olin paljon isompi kuin kaikki kaverini. (Mulla oli oikeasti varsinkin nuorempana luonnostaan harvinaisen hoikkia kavereita.) (S16)

Vertaamisen kielteisistä vaikutuksista ei kuitenkaan voida syyttää koulutovereita, elleivät he itse osallistu vertaamiseen. Lisäksi itsensä vertaaminen muihin on tyypillistä varhaisnuorelle, joka pyrkii muodostamaan kuvaa itsestään peilaamalla ominaisuuksiaan ystäviinsä, omaan sukupuoleensa, äitiinsä ja niin edelleen, kuten jo luvussa 3.2 tuotiin esiin.

6.2.2 Jossain vaiheessa läheiset alkoi huolestua

Keskusteluissa ilmenee myös jonkin verran yhteisiä myönteisiä merkityksiä kodin ja koulun suhteen. Keskeisimmäksi, eniten mainintoja saaneeksi kategoriaksi osoittautuu **henkinen tuki**, johon katson kuuluvaksi myös huolestuneisuuden ortoreksiaan sairastuneesta tai ortoreksian piirteitä omaavasta keskustelijasta. Toinen teemaan liittyvä myönteinen kategoria on **konkreettinen apu**. Lisäksi kouluun liitetyistä merkityksistä nousee kolmas myönteinen kategoria, **opettaja ja oppikirjat koulussa**.

Henkinen tuki

Osa ortoreksiaa sairastavista keskustelijoista kokee saavansa henkistä tukea perheenjäseniltään. Perheenjäsenistä kerrotaan myönteisessäkin valossa, joskin kielteisiä mainintoja on jonkin verran enemmän kuin myönteisiä.

Perheeseen kuuluu alkoholisoitunut äiti ja ihana isä, joka aina jaksaa tukea, vaikka välillä äksyileekin. (S5)

Henkisen tuen muodoksi katson myös eksplisiittisesti mainitun tuen lisäksi voimien saamisen perheenjäsenien olemassaolosta. Varsinkin omien lasten puolesta jaksetaan taistella sairautta vastaan.

Lapseni antaa voimia, joten tällä hetkellä vain ortorektikko..... (S1)

Lisäksi omat haaveet mahdollisesti tulevaisuudessa saatavista lapsista antavat henkistä tukea motivaation muodossa. Muutama ortoreksiaa sairastava keskustelija haluaa parantua nimenomaan siksi, että voisi joskus saada lapsia.

Olen hakenut apua. Yhtenä isona motivaattorina on ne lapset, joita tulevaisuudessa haluaisin. (S25)

Konkreettinen apu

Henkisen tuen lisäksi ortoreksiaa muutamit ortoreksiaa sairastavat keskustelijat mainitsevat saavansa perheenjäseniltään konkreettista apua. Näissä maininnoissa se tarkoittaa useimmiten hoitoonohjausta. Apu ei tosin aina tuota tulosta.

– – äiti raahasi ravitsemusterapeutille, valhtelin. Olin tiputuksessa, nestehukan vuoksi (osit-tain), lupasin äidilleni olevani tosissani ja alkavani syömään riittävästi, hän haki minut osas-tolta pois. (manipulointi, ah) (S22)

Läheisten tai kouluterveydenhuollon huolestuneisuus tulee esiin monissa keskusteluvuoroissa. Monille jonkun toisen osoittama huolestuneisuus näyttäisi olevan ensimmäinen askel konkreettisen avun piiriin, sillä huoli johtaa usein myös jonkinlaisiin toimenpiteisiin. Selvästi useammin hoitoon tai tutkimuksiin päädytään keskusteluvuorojen perusteella kouluterveydenhuollon kuin kodin kautta.

Niin, ja jossain vaiheessa viime kevättä myös kouluterkkari puuttui laihduttamiseeni alhaisen sykkeen ja nopean painonpudotuksen takia ja kävin sitten jossain labroissa, mutta onneksi ne eivät tuon sykkeen lisäksi löytäneet mitään huolestuttavaa. (S16)

Tämä tukee Hautalan ym. (2005, 4599) näkemystä kouluterveydenhuollon suuresta merkityksestä hoitoonohjauksessa: tutkimusten mukaan valtaosa nuorista syömishäiriöpotilaista on ohjattu hoitoon kouluterveydenhuollon kautta.

Opettaja ja oppikirjat koulussa

Kodin myönteiset merkitykset näyttäisivät aineistossa rajoittuvan lähinnä henkisen ja konkreettisen tuen ja avun saamiseen. Koulun suhteen positiivista on lisäksi se, että siellä käsitellään syömishäiriöitä oppitunneilla. Toisaalta harvoissa tämänkaltaisissa maininnoissa ei virallisen koulun (ks. luku 3.2) tai opettajan rooli näy vielä kovin vahvana.

eikös ortoreksia ole se että syö liian terveellisesti? näin ainaki mun terveystiedon kirjassa lukee. (D23)

Kannattaisi tehdä sellainen yleinen esitelmä syömishäiriöistä, kertoa kaikista ja sitten erityismaininta noita "harvinaisempia" (eli muita kuin anoreksia & bulimia, ihmiset ei tiedä oikein muita yleensä). – – Mutta yritä tehdä sellainen ei-niin-stereotypinen esitelmä. (D24)

Kuten jo luvussa 2 Terveys ja terveystiedon esitin, nuorilla on hyvä mahdollisuus oppia terveystietoa koulussa. Myös Autio ja Lombardini-Riipinen (2006, 43) ovat todenneet, että terveystiedosta ei ole pulaa, vaan ongelmana on tuon tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen. Edellä olevissa esimerkeissä tulee hyvin esiin se, että tietoa on saatavilla. Ensimmäisessä esimerkissä keskustelija on kuitenkin hiukan epävarma tiedoistaan, jotka näyttäisivät perustuvan vain oppikirjaan. Epävarmuus tiedoista tai niiden virheellisyys näkyi osassa demiläisten keskusteluvuoroja, erityisesti *etsijöiden* kohdalla. Tähän voi olla monia syitä, kuten demiläisten nuori ikä – voi olla, ettei ortoreksiaa tai syömishäiriöitä yleensä ole vielä käsitelty oppitunneilla. Lisäksi ortoreksia on sen verran uusi ilmiö, ettei vanhemmissa oppikirjoissa todennäköisesti ole siitä mainintoja. Kuitenkin julkisuudessa ortoreksia on saanut paljon tilaa, joten nuoret ovat voineet muodostaa käsityksensä sen perusteella. He ovat voineet joko ymmärtää asian väärin tai kuulleet siitä epäselvissä yhteyksissä.

Selvästi opettajaa suuremman roolin saa näissä keskusteluvuoroissa oppikirja ja oppilaiden itsenäinen työskentely. Koko aineistossa on vain yksi maininta opettajasta.

En ole ihan varma mitä tarkoittit tuolla kertomisella :> Sitäkö että kerroin opettajalleni että olen väsynyt? (D9)

Ainakin tässä esimerkissä opettaja näyttäisi saavuttaneen oppilaan luottamuksen, sillä ortoreksia sairastava keskustelija tuntuu suhtautuvan melko luontevasti siihen, että opettajalle voi kertoa voinnistaan. Kiinnostavaa olisi kuitenkin pohtia, miksi opettajat tai koulu ylipäättään saa aineistossa näinkin vähän mainintoja.

6.3 Muut sosiaaliset suhteet tai niiden puute

Sosiaalisiin suhteisiin katson tässä yhteydessä kuuluvaksi keskustelijan vapaaehtoisesti solmimansa ihmissuhteet (vrt. koti ja koulu). Teema kattaa siis ystävyys-, kaveruus- ja seurustelusuhteet. Lisäksi tarkastelen satunnaisesti kohdattujen henkilöiden, esimerkiksi kosmetologin, saamia merkityksiä.

6.3.1 *Olen aina ollut todella sosiaalinen mutta nyt...*

Keskusteluista nousevista merkityksistä muodostui neljä selvästi kielteistä kategoriaa: *muutokset sosiaalisissa suhteissa, huonon suhteen vaikutukset, ajattelemattomat kommentit sekä minä ja muut.*

Muutokset sosiaalisissa suhteissa

Keskusteluvuoroissa on runsaasti mainintoja muuttuneista sosiaalisista suhteista, ja melkein kaikissa tapauksissa muutosten seuraukset ovat olleet kielteisiä. Keskeisimmäksi muutokseksi näyttäisi nousevan keskustelijan muuttaminen joko pois kotoa tai uudelle paikkakunnalle. Molemmissa tapauksissa sosiaalisten suhteiden määrä on supistunut, ja sosiaalisesta seurustelusta jäävä aika tuntuu kietoutuvan syömisen ja liikkumisen tarkkailun ympärille.

Asumisolosuhteet muuttuivat, muutin omilleni: Oireet kävivät sietämättömiksi, ruoka, ruoka, ruoka. (S22)

Asun korvessa pienellä paikkakunnalla ja sosiaalinen elämä jäi pitkälti kotipaikkakunnalleni, kaupunkiin. Niinpä sitten täytän päiväni pohtimalla syömisiäni ja liikkumisiäni. (K3)

Muuttoa seurannut yksinäisyyden tunne on saattanut jopa yhdessä muiden tekijöiden kanssa laukaista ortoreksian. Tällaisiin muihin tekijöihin katsotaan sisältyvän esimerkiksi elämänmuutosta seuraava stressi, mikä onkin tutkimusten mukaan yksi syömishäiriöille altistava riski (Hautala ym. 2006, 42–44). Tämä tulee hyvin esiin myös seuraavassa sitaatissa.

Minä kärsin ortoreksiasta siitä saakka kun aloitin yliopisto-opinnot. Stressi, ahdistus ja yksinäisyys sen laukaisivat ja äärimmilleen viety ruoan vahtaaminen sekä kalorien karttaminen lisäsivät vain em. asioita, vaikka en sitä heti itse tajunnutkaan. (K18)

Toisin kuin edellä, jossa sosiaalisten suhteiden väheneminen ja sitä kautta ortorektisen käyttämisen lisääntyminen on johtunut muutosta, ovat joidenkin keskustelijoiden kohdalla välit ystäviin katkenneet ortoreksiaan sairastumisen seurauksena. Näissä tapauksissa ortoreksiaa sairastavat ovat saattaneet keskittyä liiksi ruokavalioonsa ja sitä kautta kyllästyttäneet ystävänsä puhuessaan vain terveellisistä elämäntavoista – tai näin osa keskustelijoista näyttäisi oletttavan.

huomasin että en osannu puhuakaan enää muusta kuin liikunnasta ja terveellisistä ruoasta ja kalorimääristä...no sen seurauksena mun välit katkesi kavereihin, ne ei vaan enää kestäny mun juttuja ja mä en kestäny jotenkin sitä että mua arvostellaan ja mulle pyöritellään silmiä, en tajunnu jotenki että se ei enää ollu normaalia... – – yritän tietoisesti vältellä ihmisten kanssa keskustelua ruoka jutuista, koska karkaisi varmasti mopo käsistä ja suututtaisin/kyllästyttäisin ihmiset puheillani, ehkä sen takia en enää käy missään? Olen aina ollut todella sosiaalinen mutta nyt olen kaikki illat ja viikonloput yksin kotona. (S13)

Edellisessä esimerkissä välien katkeaminen on johtanut siihen, että keskustelija viettää aikansa yksin kotona entisen, vilkkaamman sosiaalisen elämänsä sijaan. Toisaalta myös kotiin jääminen ja eristäytyminen sosiaalisista kontakteista sen pelossa, ettei pysty kylässä syödessään kontrolloimaan kaikkia kaloreita, voi johtaa yksinäisyyteen ja sitä kautta sosiaalisten suhteiden viilenemiseen.

En voinut mennä juhlimaan kavereiden tai sukulaisten luokse, koska siellä tarjottavasta ruuasta ja juomasta olisi tullut liikaa kaloreita. Näin tulin yksinäisemmäksi. (K18)

Tässä kyläilyyn ja siellä mahdollisesti tarjottavaan ruokaan liittyvän ongelman ratkaisussa näyttäisi ortoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden kesken olla vain kolme vaihtoehtoa: joko jää kotiin, ottaa mukaansa omat eväät tai jättää tarjotun ruuan syömättä. Näistä kaksi jälkimmäistä voivat herättää huomiota, minkä vuoksi kotiin jääminen voi tuntua helpoimmalta vaihtoehdolta. Silti näitä kaikkia keinoja käytetään.

Jos oli jotain (muualla ku kotona) jota en muka voinut syödä niin jätin kokonaan syömättä ja sitten olin nälkänen. (S 49)

Eniten minua harmittaa se että selän takana leimataan ortorektikoksi tai muuten syömishäiriöiseksi jos ei suostu syömään samoja safkoja tai ottaa kouluun omat evät mukaan niitten tarjoiltujen hiilarihöttöjen tilalle. (K4)

Huonon suhteen vaikutukset

Keskusteluvuoroista tulee hyvin esiin se, että kaikki sosiaaliset suhteet eivät ole keskustelijoiden kannalta myönteisiä. Esimerkiksi jollain tavalla ongelmallinen parisuhde voi johtaa kielteisiin vaikutuksiin.

Varsinaisesti sairasteluun ajoi väkivaltainen parisuhde, mies sai lähteä mutta syömishäiriöt jäi... (S11)

Yhden huonon suhteen myötä aloin sitten joutessani tuskailla ulkonäköni kanssa -> ruokaa ahdistukseen -> oravanpyörä. (S20)

Molemmissa esimerkeissä huono suhde on johtanut ortoreksiaan sairastumiseen, ensimmäisessä melko suoraan ja toisessa välillisesti ulkonäköön keskittymisen kautta.

Ajattelemattomat kommentit

Keskustelijoihin on vaikuttanut kielteisesti myös muiden tekemät huomautukset painosta tai ulkonäöstä. Tällaisia mainintoja on aineistossa runsaasti.

Välillä ajattelin, että ihan hyvältä mä näytän, mutta sitten poikaystävänä satunnaiset kommentit ovat saaneet mut taas himoliikunta /laihutuskierteeseen.. (S55)

Tällaiset kommentit ovat voineet kavereiden, ystävien ja seurustelukumppaneiden lisäksi tulla myös muilta keskustelijoiden kohtaamilta satunnaisilta tuttavuuksilta, joiden suhde keskustelijan kanssa ei välttämättä ole läheinen. Satunnaisten tuttavuuksien tai kohtaamisten kesken osapuolet eivät välttämättä ole tasa-arvoisessa asemassa suhteessa toisiinsa, vaan suhde voi muistuttaa itse solmittuun suhteeseen verrattuna enemmän esimerkiksi auktoriteettiaseman suhteen lapsi-vanhempi- tai oppilas-opettajasuhdetta.

sain kuulla mm. soitinopettajaltani (sekä parilta muultakin ihmiseltä) muutamia kummallisia kommentteja painostani. (S16)

Satunnaisten henkilöiden lausumat ajattelemattomat kommentit voivat kohdistua myös keskustelijan elämäntapoihin ulkonäön tai painon kommentoimisen sijaan.

En muista olenko kirjoittanut tämän aiemmin, mutta kun menin kosmetologille aknen takia viis-kuus vuotta sitten, kosmetologi kysy mitä syön, syötkö herkkuja usein yms. Kun kerroin, se sano, että "rasva, sokeri ja maito pois". Ja tyttöähän teki työtä käskettyä ja otti tuon kirjaimellisesti. (S49)

Tässä tapauksessa neuvon noudattaminen johti ortoreksiaan sairastumiseen. Sairastumisen taustalla on todennäköisesti muutakin, mutta tällainen tiukka, sääntömäinen kommentti on voinut olla tämän keskustelijan kohdalla se viimeinen pisara.

Edellisten kaltaisten suorien kommenttien lisäksi myös epäsuorat kommentit tai vihjailut koetaan loukkaavina. Osa keskustelijoista kokee muiden pitävän heitä syömis- ja liikkumistottu-

mustensa vuoksi epänormaaleina, mikä ilmenee muun muassa kielteisenä tai arvostelevana asenteena, ei välttämättä suorana kommenttina.

Usein olen huomannut, että oma ruokavalio, tapa treenata etc. on muille "normaaleille" paljon vaikeampaa hyväksyä ja ymmärtää. Ainakin jollain tasolla. Miksi "peruna ja makkarakastikehemmojen" tapa syödä ja harrastaa liikuntaa olisi oikeampi tai parempi tai vähemmän neuroottisempi? Tai sitä pidetään hyväksyttävämpänä ja normaalina. Uskoakseni ainakin omalta kohdaltani ajattelin ja ajattelen edelleenkin niin, että lähipiirin kielteinen/arvosteleva asenne edesauttoi sitä, että aloin pitää syömistäni liian kontrolloituna ja siihen suhteutettuna pelkäsin, että ollaan menossa hakoteille. Mutta näinhän asianlaita ei ole. Tämä on minun tapani, ruokavalioni ja elämäni. Nyt on hyvä näin näillä eväillä ja filosofialla. (K2)

Tämänkaltaisia viittauksia oli eniten kutralaisten keskuudessa. Läheisesti tähän liittyvä kielteinen merkitys on jo luvun 6.1 alaluvussa Ortoreksia kielletään mainittu ortorektikoksi leimaamisen aiheuttama ärsyyntymisen kokemus. Leimaaminen näyttäisi tapahtuvan usein juuri lähipiirin epäsuoran vihjaamisen – kielteisen tai arvostelevan asenteen – kautta, kuten edellä olevassa esimerkissä.

Minä ja muut

Joissakin keskusteluvuoroissa tulee esiin myös kielteiseksi katsomani itsensä vertaaminen muihin. Tämä on normaalia identiteettityönkin kannalta, rakentuuhan identiteetti suhteessa muihin kuten luvusta 3 käy ilmi. Vertaaminen voidaan kuitenkin nähdä kielteisenä esimerkiksi silloin, kun se tuottaa keskustelijoille tarpeetonta ahdistusta. Tämä ahdistus puolestaan voi johtaa eristäytymiseen ja yksinäisyyteen.

Samalla tunsin itseni inhottavan lihavaksi koko ajan ja vertailin itseäni jatkuvasti muihin ja tunsin kateutta jokaista minua laihempaa ihmistä kohtaan. Pian aloin eristäytyä kavereistani ja muusta ympärillä olevasta. En jaksanut enää panostaa seurustelu suhteeseeni vaan lopetin reilut pari vuotta kestäneen suhteen, jossa ei sinänsä mitään vikaa ollut, en vain jaksanut enää. (S21)

Toisilla itsensä vertaaminen muihin on kiinnittänyt huomion omaan kokoon, josta on alettu kantaa huolta. Koettu ylipainohan on yksi merkittävä riskitekijä syömishäiriöihin sairastumisessa (ks. esim. Hautala ym. 2006, 42–44), joten seuraavassakin tapauksessa se on saattanut olla ainakin yksi osatekijä ortoreksian puhkeamisessa.

En kyllä oo koskaan ollu ikäisiäni isomman kokoinen, mut oon koulun ulkopuolella ollu mua nuorempien (ja pienempien) kavereiden kanssa, ni siinä se oma koko on alkanu vaivata. (S40)

6.3.2 Ystävät ovat olleet iso tuki

Sosiaalisten suhteiden positiiviset merkitykset ovat samankaltaisia kuin jo esitellyillä, perheenjäsenten ja virallisen sekä informaalin koulun muodostamilla sosiaalisilla suhteilla. Myönteisiksi kategorioiksi näyttäisi keskustelujen perusteella nousevan **henkinen tuki** ja **konkreettinen apu**. Tämän teeman osalta keskeiseksi nousee henkisen tuen saaminen lähipiiriltä, toisin kuin koulun ja kodin suhteen, jossa keskeisin merkitys näytti olevan huolestuneisuuden vuoksi konkreettisen avun piiriin johdattamisella. Tässä yhteydessä katson huolestuneisuuden sisältyvän henkisen tuen saamiseen, sillä ystävien kautta tulevana se ei näyttäisi vielä johtavan avun saamiseen.

Henkinen tuki

Ystävien, kavereiden ja poikaystävän huolestuneisuus tulee esiin ortoreksiaa sairastavien, ortorektisia piirteitä omaavien ja ortoreksian kieltävien keskustelijoiden keskusteluvuoroissa. Jälkimmäisessä tapauksessa ortoreksian kieltävän henkilön saamassa vastauksessa korostetaan lähipiirin huolestumisen osoittamista välittämisenä.

Tota, ensinnäki sun ystäväs on selvästi huolissaan susta, mikä myös näyttää, että hän välittää susta paljon – –. Ystäväs vaan on huolissaan susta ja jos siihen ei ole syytä, kerro se hänelle. (S26)

Toisen osoittama huoli on toiminut joidenkin keskustelijoiden kohdalla myös eräänlaisena herätyksenä ortoreksian mahdollisuudelle.

– – enkä itsekään oikein tajunnut asiaa ennen kuin poikaystävä sanoi, että sä sairastat kuule ortoreksiaa, koska ruokapakkomieleni hallitsivat tavallista elämää. (S24)

Paras ystäväni oli muutama kuukausi sitten huolissaan minusta. Hän pelkäsi, että sairastun anoreksiaan. Toinen ystäväni sanoi minun olevan ortoreksian partaalla. (K10)

Molemmat keskustelijat ovat vasta toisen tekemän huomion kautta pysähtyneet miettimään tilaansa, ja tulleet siitä tietoisiksi.

Huolta kannetaan lisäksi kaukaisemmistakin kavereista. Näissä keskusteluvuoroissa keskustelija yleensä kysyy muilta, mitä hänen tulisi tehdä voidakseen auttaa mahdollisesti sairastunutta kaveriaan.

Kun on kyse kaverista jota en sattuneista syistä ole nähnyt yli puoleen vuoteen, en muista sukunimeä enkä tiedä missä asuu. Hänellä siis on alkava anoreksia (tai niin uskon, ei enää ortoreksialta vaikuta) joka tosin alkoi jo kesällä. (D8)

Monet ortoreksiaa sairastavat keskustelijat kokevat ystävien ja kavereiden henkisen tuen tärkeäksi. Huolestumisen lisäksi henkiseksi tueksi katsotaan myötätunnon osoittaminen.

Kaverit osaavat kyllä suhtautua asiallisesti ja myötätuntoisesti – –. (D1)

Tärkeää on myös, että ystävien avulla keskustelijat kokevat saavansa muuta ajateltavaa sairauden sijaan.

...ystävät ovat olleet iso tuki, saavat irtautumaan ees joskus näistä maisista murheista... (S11)

Erityiseen asemaan runsaiden mainintojen vuoksi näyttäisi keskusteluissa nousevan poikaystävän tai avopuolison antama tuki.

olen niin onnekas että minulla on jo oikeastaan suhteellisen pitkäaikainen suhde (kohta 2 vuotta) ja poikaystäväni ainakin yrittää kestää ja tukea minua. (S7)

Eräs keskustelija kertoo seurustelun jopa johtaneen ortoreksiasta parantumiseen, vaikka hän olikin jo mielessään luovuttanut parantumisen suhteen.

Mun maailmassa jokin vain lokahti kohdalleen, kun aloin seurustella nykyisen poikaystäväni kanssa. – – Olin jo antanut periksi, luovuttanut, päättänyt, etten jaksa enää yrittää parantua. Ajattelin, että laihduttelen loppuelämäni, kunnes lopulta, kun luuni ovat paperin hauraat ja hampaani oksennuksen syövyttämät ja kaikki on menettänyt merkityksensä, kuolen ehkä sydänkohtaukseen tai teen itsemurhan.

Kaikki muuttui. Rakastuin ja sain vastarakkautta. (S41)

Keskeistä parantumisessa oli itsensä hyväksyminen, joka tässä kuitenkin tapahtui toisen hyväksynnän kautta. Osa keskustelijoista tuntuu silti tiedostavan, että suhtautuminen itseen ja tyytyväisyys liittyvät olennaisesti parantumiseen. Nuoret yleensäkin tuntuvat olevan tietoisia itsensä hyväksymisen merkityksestä terveyteen (Autio & Lombardini-Riipinen 2006, 43).

– – Oli käsittämätöntä löytää ihminen, jolle kelpasi kaikkine puutteineen. Annoin itselleni anteeksi omat virheeni sen sijaan, että olisin halveksinut niitä. Opettelen vähän kerrassaan hyväksymään itseni, se projekti on edelleen päällä. Yritän tunnustella omaa oloani ja vointiani, tunteitani. (S41)

Motivaatio parantumiseen on myös monilla lähtenyt läheisten merkityksen tärkeydestä. Vaikka läheiset eivät suoraan annakaan tässä tapauksessa henkistä tukea, on heidän merkityksensä välillisesti tärkeä motivaation luoja.

Mä en enää halua laihuttaa, mä haluan elää omaa elämää, syöminen tai syömishäiriö ei enää mun elämää ohjaa. Mun ystävät ja perhe ja sukulaiset ja kaikki mun elämäs on tärkeempää mulle kuin se et laihutuisin olemattomaks luikuksi. Ei siitä jätkätkään tykkää, näyttää rumalta. (D26)

Edellinen keskustelija näyttää laittaneen asioita tärkeysjärjestykseen ja tehneen huomion, että kaikki muu on elämässä tärkeämpää kuin laihduttaminen. Tässä näkyy ystävien, perheen ja sukulaisten suuri merkitys merkityksellisen elämän osana. Myös potentiaalisen poikaystävän eli vastakkaisen sukupuolen merkitys otetaan keskusteluvuorossa esiin. Tämä tukee Tolosen (2001b, 73–75) ja Välimaan (2001, 92) havaintoja siitä, että nuoret määrittelevät itseään ja ruumiillisuuttaan myös toisten, erityisesti vastakkaisen sukupuolen, katseiden kautta.

Konkreettinen apu

Henkinen tuki osoittautuu tämän teeman suhteen merkityksellisemmäksi. Muutamia mainintoja on myös konkreettisen avun saamisesta ystävältä.

Sain kerrottua tilanteesta parhaalle ystävälleni ja hän aikoo viedä minut lääkärille ensi viikolla. (S59)

Näissä tapauksissa keskustelijan oma avautuminen tilanteestaan on johtanut ystävän avulla hoitoon hakeutumiseen ja avun saamiseen.

6.3.3 Kukaan ei tiedä tilastani

Olin ajatellut tarkastella vain elämismailmaan liittyvien sosiaalisten suhteiden, sekä pakollisten että vapaaehtoisten, merkityksiä aineistossa. Merkitykselliseksi näytti osoittautuvan kuitenkin myös niiden puute. Esimerkiksi yksinäisyys fyysisenä tai henkisenä kokemuksena merkityksineen nousi vahvasti esiin aineistosta itsestään. Tarkoitan yksinäisyyden fyysisellä kokemisella yksin olemista, henkisellä sitä, että on yksin ajatustensa kanssa – tunnetta siitä, että kukaan ei ymmärrä. Suurin osa yksinäisyyteen liittyvistä merkityksistä on kielteisiä, mutta myönteisiäkin merkityksiä on muutama. Fyysistä yksinäisyyttä muuton seurauksena käsiteltiin jo luvussa 6.3.1 kohdassa Muutokset sosiaalisissa suhteissa. Tässä keskityn muista merkityksistä muodostamiini kategorioihin, joita ovat *henkinen yksinäisyys*, *yksin parantumisen mahdollisuus* ja *itsensä hyväksymisen tärkeys*.

Henkinen yksinäisyys

Joissakin ortoreksiaa sairastavien keskusteluvuoroissa tulee esiin henkisen yksinäisyyden kielteiset vaikutukset. Nämä keskustelijat kokevat, että ovat yksin sairautensa kanssa, eivätkä voi tai halua kertoa siitä muille.

Kukaan ei tiedä tilastani, koska en kehtaa välttämättä myöntää itsellenikään, kuinka pahaan jamaan olen itseni tunkenut. (S9)

Esimerkin kaltaisissa tapauksissa tilannetta ei haluta salata pelkästään läheisiltä, vaan sitä ei välttämättä haluta myöntää edes itselleen. Kun kukaan muukaan ei tiedä asiasta, tilanne ei välttämättä olekaan niin vakava.

Ongelmalliseksi koetaan myös oma uskottavuus. Jos ortoreksiaa sairastanut on vihdoinkin saanut kerättyä voimansa ja kerrottua tilanteestaan, mutta ei olekaan saanut toivomaansa tukea, voi hän todella kokea olevansa yksin sairautensa kanssa.

Koko homma hävettää ja tuntuu, että olen vaan yliherkkä, ei tätä kukaan ota todesta. Kukaan, kenelle olen mitään yrittänytkään puhua, ei ainakaan tajua mitään. Ehkä se vaan olisi niin yksinkertaista, että "no syö", en vaan tajua sitä. (S55)

Tällaiset avunpyynnöt tulisi ehdottomasti ottaa vakavasti. Erityisesti kouluterveydenhuollossa – ja koulussa ylipäätään – tulisi kiinnittää huomio kaikkiin, jotka jollain tavalla osoittavat epänormaalia suhtautumista painoonsa ja syömiseen. Tämä voi ilmetä käyttäytymisen, asenteiden tai oppilaan oman ilmoituksen perusteella. (Hautala ym. 2005, 4599)

Yksin parantumisen mahdollisuus

Muutama keskustelija on yrittänyt parantua itsekseen, yksin ja omin voimin. Kaikissa tapauksissa se ei kuitenkaan ole onnistunut, vaan on vain johtanut ongelmasta toiseen.

Sitten aloitin kiivaan itsehoidon, halusin oikeesti eroon sh:stä.

Homma meni ahmimiseksi ja siitä syntyi uusi sairaus: syön ja syljen ruuan pois. Sain painon normalisoitua, vaan syömistäni en. (S14)

Toisten tuki tai ammattiapu olisi voinut johtaa parempiin tuloksiin. Toisaalta yksi keskustelija on onnistunut parantumaan myös omin voimin. Tämä on myönteinen poikkeus melko kielteisten yksinäisyyden kokemusten joukossa.

Itseparannettu, anoreksian ja ortoreksian piirteillä maustettu uniikki rakennelma syömisen ja syömättömyyden eri muodoista. – – Yhtenä päivänä vain tajusin että kuolen jos en lopeta. Asian jankkaamiseen meni puolisen vuotta ja nyt rakennan elämää jota tahdon elää enkä sellaista mitä pakenen elintoimintojen kontrolointiin.

Yritän. Kroonisen masennuksen kanssa se vain on välillä vaikeaa. (S15)

Parantuminen ilman läheisten tukea tai ammattiapua on siis mahdollista, mutta vaikeaa.

Itsensä hyväksymisen tärkeys

Osa keskustelijoista on ymmärtänyt, että itsensä hyväksyminen olisi tärkeää parantumisen kannalta.

Pitäisi oikeasti vaan hyväksyä itsensä tällaisena. Pitäisi, pitäisi, pitäisi. Ja ei vaan pysty. Välillä on oikeasti sellanen "hitsi, mähän näytän ihan hyvältä" -olo, mutta useimmiten vaan inhoo itseään. – – Kyllä mäkin sen muistan, että vaikka oli tosi alipainoinen niin silloinkin halusi laihtua lisää.. Sen takia pitäisi hyväksyä tämä normaalipaino. Koska itseensä tyytyväisyys ei ole painosta kiinni! (S23)

Monelle se tuntuu vain olevan äärimmäisen vaikeaa – ehkä siihenkin tarvittaisiin muiden apua, kuten tapauksessa, jossa keskustelija oppi poikaystävänsä avulla hyväksymään itsensä.

Osa ortoreksiaa sairastavista keskustelijoista on kuitenkin sitä mieltä, että itsensä hyväksymistä mahdollisesti estävä ulkonäkökeskeisyys voisi olla myös myönteistä.

Mua oma ulkonäkökeskeisyyteni itseasiassa auttoi, sillä kun esim. yhdessä vaiheessa hiuksiani tuntui lähtevän tavallista enemmän, kauhistuin kamalasti siitä, että saattaisin kaljuuntua ja onnistuin motivoitumaan tästä syömään paremmin. (S16)

Erilaisten tutkimusten (esim. Oksanen 2004) valossa kielteisenä pidetty ulkonäkökeskeisyys voi siis joissain harvoissa tapauksissa olla myös motivaatio parantumiseen.

6.4 Media, kulttuuri ja mediakulttuuri

Tähän teemaan katson kuuluvaksi eri medioihin ja kulttuuriin tai yhteiskuntaan liittyvät maininnat. Aineistossa mainintoja saavat niin julkisuuden henkilöt kuin vallitsevat kau-neusihanteetkin. Myös Internetin keskustelupalstoille osallistuvien muiden keskustelijoiden muodostama vertaisryhmä nousi aineistosta voimakkaasti esiin. Sen merkitys poikkeaa sosiaalisen ulottuvuutensa vuoksi muista median ja Internetin saamista merkityksistä, joten käsitte-len sitä omassa alaluvussaan 6.4.3.

6.4.1 Ahdistaa yrittää etsiä tervettä suhtautumista

Mediaa ja kulttuuria koskevista maininnoista muodostui niille annettujen merkitysten perus-teella kaksi kategoriaa: *ulkonäkökeskeisyys* ja *terveystietotulva*.

Ulkonäkökeskeisyys

Ulkonäkökeskeisyyttä kritisoidaan lähes kaikissa keskustelijakategorioissa: sairastavien, sairastaneiden, piirteitä omaavien ja muunlaisten keskustelijoiden toimesta. He kommentoivat yhteiskunnassa, kulttuurissa tai mediassa vallitsevia ulkonäköihanteita ja niiden mukanaan tuomia ulkonäköpaineita ollen pääasiassa sitä mieltä, että vaikutukset ovat kielteisiä.

Luulenpa, että osalla (en puhu nyt täällä laihduttavista vaan yleensä) laihduttavilla ei ole niinkään ylipainoa vaan pyritään täyttämään mainosten ja lehtien tarjoamaa alitajuntaan syöpynyttä käsitystä siitä mikä on kaunista. (K31)

eihän se anoreksia/bulimia/BED/ortoreksia taivaalta tipahda mutta kyllä useimilla vaikutus sairauteen on tullut tämän maan/maiden intohimosta laihduttaa ja olla laihoja (D4)

Miesten ulkonäköpaineista ei juurikaan puhuta, mihin vaikuttanee myös keskusteluihin osallistuneiden keskustelijoiden naisvaltaisuus. Sen sijaan yksi keskustelija tuo esiin huolensa kaikista Suomen naispuolisista henkilöistä.

*Olenko väärässä jos luulen ettei Suomessa enää ole tyttöä/naista jolla olisi mutkaton suhtautuminen ruokaan ja kehoonsa? Tai että ainakin tuollaiset naiset ovat vähemmistö? Jotenkin tuntuu että jokaisella on tai on ollut jotain ongelmaa syömisen kanssa... Ahdistaa yrittää etsiä tervettä suhtautumista tässä s**tanin häiriöviidakossa... (S58)*

Keskustelijat siis näyttävät syyllistävän useammin kulttuuria ja yhteiskuntaa arvoineen kuin esimerkiksi julkisuuden henkilöitä. Silti muutamissa keskusteluissa otetaan tämäkin näkökulma esiin.

kaikkia sairastuneita en tietenkään lähde samalle viivalle laittamaan.on outoa että eräät (etenkin) neidit keikuilee kuvissa erittäin paljastavasti ja laihuutta ihannoiden.samalla he toteavat olevansa "täysin terveitä" ja siten antavat ymmärtää että haidän mielestä on normaalia olla selvästi alipainoinen (S39)

– – nuorten idolit ovat anorektikkoja tikkuja. (K31)

Varsinkin lasten ja nuorten idoleiden antamasta huonosta esimerkistä näytettäisiin kannettavan huolta. Keskustelijat tuntuvat myös tunnistavan mainosten ja markkinoiden luoman perinteisen naisen ruumiin objektiroolin, jonka mukaan ihannainen on kaunis, hoikka ja nuori (Wilska 2001, 65).

Terveystietotulva

Ulkonäkökeskeisyyden lisäksi merkittävään asemaan näyttäisi nousevan sekä terveystiedon määrä että sen oikeellisuus. Monilla ortoreksiaa sairastavilla tai sairastaneilla keskustelijoilla

ortoreksia on puhjennut terveellisistä elämäntavoista kiinnostumisen myötä. Osa heistä on halunnut laihduttaa joko todellista tai kuviteltua ylipainoaan, osa on kiinnostunut terveellisistä elämäntavoista harrastuksen kautta tai muuten vaan.

n.7-8 vuotta sitten päätin muuttua, aloitin kalorien laskennan, ahmin terveys-lehtiä, ruokavalio-ohjeita, kulustietoa. Olin tuolloin 11-vuotias. (S22)

Lempi juttuni oli kirellä isoissa kauppoissa lukemassa ravintosisältöä pakkauksista ja selaillla tunti tolkulla netistä kaikki mahdolliset terveys sivut... (S17)

Media on ollut hyvä tiedonhankinnan lähde, ja terveelliset – tosin usein sairaalloisen terveelliseksi eli ortorektisiksi muuttuneet – mallit omaksutaankin eri medioista.

Hulluinta on, että yhä pidän noita omia sääntöjäni sen oikean syömisen mallina, ja pyrin siihen, vaikka kauas jää. Omaksuin noita ainakin kirjoista, lehdistä, tv:stä ym, ja ruokakaupoissa oli kivaa (niin yleistä kai täällä). (S49)

Monet tuntuvat ottavan lukemansa ja löytämänsä terveystiedon yhtenä ainoana totuutena ja vaihtoehtona, lukevan oppeja kuin piru raamattua. Ortoreksiaa onkin verrattu uskonnonharjoittamiseen sen kurinalaisuuden vuoksi (Bratman 2000, 22). Vain yksi keskustelija kritisoi ravintotiedon oikeellisuutta.

Ruokavaliotaan EI VOI saada täydelliseksi koska maailma on väärällään ravintotietoa joista osa lyö toisiaan korvalle avokämmenellä. (K12)

6.4.2 No sitten löysin nämä sivut

Mediakulttuuri ilmiöineen saa kuitenkin myös joitakin myönteisiä merkityksiä. Näistä muodostamani kategoriat ovat **roolimallit ja esimerkit** sekä **konkreettinen apu**. Valtaosa myönteisistä merkityksistä liitetään kuitenkin Internetin keskusteluryhmien tuomiin merkityksiin, joita käsittelem erikseen seuraavassa alaluvussa 6.4.3.

Roolimallit ja esimerkit

Vaikka julkisuuden henkilöiden syömishäiriöihin suhtaudutaan edellisessä kohdassa kielteisesti, kokee sama keskustelija heidät ensisijaisesti myönteisinä esikuvina ja roolimalleina, joista saa myös itse voimaa.

mä olen sit varmaan ainoa jota on helpottanut nähdä että kaikkien kovien paineidenkin alla eräät julkikset ovat selvinneet sekä syömishäiriöstään että julkisesta ammatistaan... – – toinen mikä näissä julkisissa on ollut helpottavaa seurata, on se että heillä on voimia sanoa se julkisesti. (S39)

Jonkin verran mainintoja saavat myös lehdissä esiintyvien julkisuuden henkilöiden myönteisinä pidetyt mielipiteet.

Esimerkki Bodaus 2/2004-lehdessä:

Boogie Mustonen syö diettikaudella joka aamu voisilmäpullaa ja kahvia. Lisäksi hän on sitä mieltä, että pinna palaa, jos jankkaa itselleen "älä syö, älä syö". Hän hyväksyy suklaan silloin tällöin, samoin Mäkkärikäynnin viikossa (ilman kastikkeita)

Että se niistä hyvistä ruuista ja hyvistä hiilareista.... (K24)

Tässä keskustelija pyrkinee osoittamaan, että edes tosissaan treenaavat eivät syynää niin tarkasti käyttämiensä elintarvikkeiden ravintoaineita kuin osa Kutrin keskustelupalstan keskusteluihin osallistuvista. Liian ankara itselleen ei tarvitse olla, vaikka haluaisikin elää terveellisesti. Juuri liika ankaruus voi olla joko merkki ortoreksiasta tai johtaa siihen (Bratman 2000, 49).

Konkreettinen apu

Muutama keskustelija kokee saavansa Internetistä konkreettista apua matkalla kohti terveellisiä elämäntapoja. Tällaisia mainintoja on vain kutrilaisten keskuudessa.

No sitten löysin nämä sivut ja aloin noudattamaan ohjeita ja jo rupesi kroppa muuttumaan. (K2)

Katri Mannisen kokoama tietopaketti terveellisistä elämäntavoista on helpottanut monien keskustelijoiden alkuun pääsyä terveiden elämäntapojen opettelussa. Toisaalta joillekin keskustelijoille sivuston tiedot antavat myös varmuutta siitä, että on jo oikeilla jäljillä. Tämän sivuston sisältämää tietoa pidetään selvästi luotettavana.

Minulle Kutrin sivujen lukeminen tuo varmuutta ja turvallisuuden tunnetta: Tiedän, että syön oikein. (K35)

6.4.3 Viisauksia, vinkkejä ja vertaistukea

Keskustelupalstojen keskustelijoiden saamat merkitykset liittyvät läheisemmin sosiaalisten suhteiden saamiin merkityksiin kuin mediaan liittyviin muihin merkityksiin. Jo käsitellyistä sosiaalisista suhteista ne kuitenkin eroavat monella tapaa. Keskustelupalstoille osallistuminen ei ole sidoksissa aikaan eikä paikkaan, vaan ennemminkin yhteisiin kiinnostuksen kohteisiin (Suoranta & Lehtimäki 2003, 32). Internetin yhteisöllisyyttä on esitelty tarkemmin luvussa 3.3.3. Selvää on, että aineiston mukaan muut keskustelijat muodostavat vertaisryhmän, johon keskustelija peilaa itseään ja kokemuksiaan. Syli ry:n palstalla vertaisryhmänä ovat muut sairastuneet, Kutrin palstalla toiset terveellisistä elämäntavoista kiinnostuneet ja Demin palstalla muut nuoret. Virtuaalisen vertaisryhmän tässä aineistossa saamat merkitykset muistuttavat muiden sosiaalisten suhteiden saamia merkityksiä: toisia keskustelijoita muun muassa kannustetaan, motivoidaan ja tuetaan. Poikkeavaa muihin sosiaalisiin suhteisiin verraten sen sijaan on keskustelijoiden oma, aktiivinen rooli: keskustelijat pyytävät itse tukea ja neuvoja muilta keskustelijoilta.

Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kaikki muihin keskustelijoihin kohdistetut kommentit ovat myönteisiä. Myönteisistä kategorioista *henkinen tuki* ja *konkreettinen apu* ovat samoja kuin muiden sosiaalisten suhteiden kohdalla. Toisaalta niiden muodot vaihtelevat jonkin verran. Kolmas, erilainen kategoria sen sijaan on *samuus ja erilaisuus*.

Henkinen tuki

Monet keskustelijat kokevat saavansa palstan kautta henkistä tukea monellakin tavalla. Osa keskustelijoista kertoo saaneensa apua henkiseen hyvinvointiinsa jo palstalle kirjoittamisen kautta. Kun omaa pahaa oloaan saa purkaa johonkin, mieli kevenee jo siitä.

Olen jo useamman vuoden ajan seurannut tätä palstaa, mutta aiemmin en juurikaan ole kirjoittanut mitään. Nyt on ahdistuneisuus vartalosta, syömisistä ja siinä samalla muustakin kasvanut sellaiseksi, etten sitä saa minnekään purettua (tänne sitä nyt sitten olen kaatanut). (S10)

Apua jostakin olisi saatava, ja olen päättänyt syksyllä hakea mutten tiedä kuinka jaksan odottaa sinne asti. Nämä nettikeskustelut helpottavat vähän. (K16)

Apua pyydetään ja annetaan. Osa keskustelijoista pyytää avoimesti tukea ja neuvoja muilta, osa neuvoo muita.

Viisauksia, vinkkejä ja vertaistukea otetaan mielellään vastaan... (K1)

Annan ystävällisen neuvon: Älä laihduta. :) Olet oikein hoikissa mitoissa, älä ihmeessä rupea leikkimään terveydelläsi. (D13)

Harvinaisempaa oli kuitenkin avun tarjoaminen. Useimmin apua annettiin, kun sitä pyydettiin tai näytettiin muuten tarvittavan.

Vastaan mielelläni kysymyksiin, läheisten kysymyksiin rakkaistaan, jotka sairastavat syömishäiriötä. Tiedän itse, monen syömishäiriöisien ystävänä, ettei se katsojankaan paikka helppo ole (todellakaan). (S26)

Suurin osa tuen antamisesta tapahtuu kuitenkin varsinaisten neuvojen tai ohjeiden sijaan lyhyiden, kannustavien lauseiden välityksellä.

Rohkeutta ja voimia sinulle! (K2)

Keskustelijat tuntuvat tiedostan vertaistuen merkityksen henkisen hyvinvoinnin lisääjänä, ja muutamats hiukan vanhemmat keskustelijat tuovatkin tämän esiin suhteuttaen sen aikaisempiin kokemuksiinsa.

Olisipa tällaista tukea ollut saatavilla jo aikaisemmin! (S6)

Tätä palstaa kun olen lukenut olen ollut iloinen, kun minä olin nuori ja sairauteni kanssa aika yksin, ei ollut tällaisia palstoja joista saattoi saada tukea ja apua. Ainakaan en ollut tietoinen siitä. (S12)

Konkreettinen apu

Kiinnostavaa on, että vinkkien ja tuen lisäksi muutama keskustelija antaa myös konkreettisia neuvoja toisille keskustelijoille siitä, kuinka edetä solmukohdissa.

Neuvoni on: mene terveysasemalle tms. koulun terveydenhoitajalle ja kerro mitä olet kokenut. Pyydä lähetettä syömishäiriöklinalle, ravintoterapeutille ja hoida itsesi kuntoon. Tie ei aina välttämättä ole pitkä ja vaikea, mutta se voi olla. Uskalla kohdata itsesi. (K2)

Toisaalta konkreettisia neuvoja konkreettisiin ongelmiin myös pyydetään.

Jos jollain on jotain vinkkejä/tietoa miten näitä ahmimiskohtauksia voisi välttää/ennakoida, otan ne mielelläni vastaan... (S13)

Samuus ja erilaisuus

Keskustelijoille näyttäisi olevan tärkeää, että sivustojen keskustelupalstojen kautta löytyy toisia samanlaisessa tilanteessa olevia ja eläviä ihmisiä. Jo tieto siitä, ettei ole yksin sairautensa tai elämäntaparemonttinsa kanssa helpottaa.

Mutta on niin todella tärkeää tietää, etten koe tällaista yksin, vaikken kellekään sh:ta toivo! (S56)

– – voidaan vaik välil aina kysellä kuulumisia ja tsempata toisiamme. Me kyl onnistutaan!
(K5)

Toisaalta keskusteluihin osallistuvien erilaisuus nähdään pääasiassa rikkautena ja voimavarana
– ainakin itsensä erilaiseksi kokevien omasta näkökulmasta.

Luulen, että näillä sivuilla pyörii myös monia kaltaisiani hoikahkoja, joiden tavoitteita ovat terveys sekä massan lisääminen, naisellisesti. – – Minusta erilaisuus on hauskaa ja eriävistä mielipiteistä oppii enemmän kuin hymistelyistä. Tervettä on myös oman napansa ja maailman katsominen erilaisesta näkökulmasta kuin on tottunut, sävähdyttäminen ja ravistelu ovat mielestäni vain positiivisia asioita tapahtuessaan positiivisessa hengessä. Joten eiköhän kirjoitukseni tänne joukkoon sula siinä missä muidenkin, toivon näin! (K31)

Erilaisuus koetaan joissakin tapauksissa myös kielteisenä, kuten Kutrin sivustolle löytänyt, itsensä erilaiseksi suhteessa muihin keskustelijoihin kokeva keskustelija osoittaa.

Kuitenkin tuntuu, että suurin osa teistä, jotka täällä keskustelee, on normaalipainoisia tai alipainoisia, jotkut vaikuttavat jopa ortorektikoilta ja anorektikoilta. – – Tietenkin on hyvä, että olette löytäneet oman vertaisryhmänne ja onhan se kivaa, että pääsee vertailemaan treenejään ja timmeistä timmeimpiä mittojaan (mittakeskustelusta kylläkin tuli entistäkin paskemmat fiilikset oman kehon suhteen), mutta...tuntuu usein niin yksinäiseltä. (K26)

Kielteistä on myös joidenkin keskustelijoiden asenne erilaisuutta kohtaan. Seuraavassa esimerkissä keskustelija tuntuu määrittelevän hyvinkin tarkasti sen, minkälaisille keskustelijoille Kutrin palsta on tarkoitettu. Toisinajattelijoille ei löydy tilaa.

Jos joku haluaa syödä terveellisesti ja voida hyvin, se ei ole sinulta pois. Jos palstan ja sivuston aihe on sinulle niin vääränlainen ja paha mieltä herättävä niin ei täällä ole pakko vieraila. (K29)

Toisaalta samuudenkin vaatimus aiheuttaa joissain keskustelijoissa kielteisiä mielikuvia. Päinvastoin kuin edellisessä esimerkissä, tässä keskustelija korostaa jokaisen yksilöllisyyttä ja omia valintoja.

"Pettäneenne muut kutralaiset"? Ei kai tässä sentään mikään uskonlahko olla! Eiköhän jokainen tee oman elämäntaparemonttinsa itsensä, ei muiden takia. (K1)

Loppujen lopuksi vertaistuesta huolimatta jokainen on yksin tavoitteidensa kanssa, on tavoitteena sitten ortoreksiasta parantuminen, laihduttaminen tai uusien elämäntapojen omaksuminen.

6.5 Hoitohenkilökunta

Aloittaessani aineiston analyysia en ollut tullut ajatelleeksi hoitohenkilökuntaa lainkaan. Olin ajatellut keskittyä lasten ja nuorten elämismaailmoihin liittyvien tyypillisten teemojen tarkasteluun, kuten kodin ja koulun saamiin merkityksiin keskusteluissa. Melko pian kuitenkin kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on aineistossa ortoreksiaa sairastaneiden tai sairastavien kohdalla huomionarvoisia merkityksiä. Tarkemmin asiaa ajateltuani totesin tämän olevan itsestään selvää, vaikka en ollutkaan osannut ottaa teemaa huomioon – onhan hoitohenkilökunta merkittävä osa syömishäiriötä sairastavan lapsen tai nuoren sosiaalista ympäristöä eli myös osa elämismaailmaa.

6.5.1 Kiitos tautiluokitusta tuijottavien lääkäreiden

Ikävä kyllä suurin osa aineistosta nousevista merkityksistä on kielteisiä. Mahdollisesti tähän vaikuttaa sekin, että hoitohenkilökuntaan kuuluvat voidaan kokea vanhempien tai opettajien kaltaisina auktoriteetteina, joita vastaan nuoret tyypillisesti kapinoivat rajoja etsiessään. Nuori voi myös kokea auktoriteetit oman kasvunsa esteeksi ja kapinoi siksi heitä vastaan. (Aalberg & Siimes 1999, 101). Kielteiset merkitykset muistuttavat koulun ja kodin saamia merkityksiä.

Näistä muodostetut kategoriat ovat *auttamisen vaikeudesta*, *diagnoosi työkaluna* ja *kun asiantuntijakaan eivät huomaa*.

Auttamisen vaikeudesta

Osa keskustelijoista kokee, ettei heidän saamastaan avusta ole todellisuudessa ollut mitään hyötyä.

Käynkin sairaalassa säännöllisin väliajoin (liikuntariippuvuus -> paniikkikohtaukset + lievä anoreksia/ortoreksia) ja puhun toinen toistaan värikkäimmille auttajille joilla yleensä ei ole harmainta haisuakaan siitä mitä minä oikeasti tarvitsisin.. (D7)

Yksi ortoreksiaa sairastava keskustelija on myös sitä mieltä, että paranemisprosessi on väsyttävä.

Tätä on nyt jatkunut jo sen verran pitkään että alan väsyä tähän "paranemiseen", se kun vain tuntuu pahentavan oloa. Lääkärin neuvosta tätä syö-ihan-mitä-vain -päivää siis noudatan kun painoa pitäisi saada lisää. (S32)

Edellisessä tapauksessa paraneminen on mahdollisesti lähtenyt jo käyntiin. Voi kuitenkin olla, että lääkäri keskittyy tässä vain ruumiin hoitoon eli painonnousuun, kun potilaan pahenevaan oloon ei ilmeisesti ole kiinnitetty huomiota.

Joissakin ääritapauksissa saatu apu on voinut jopa pahentaa tilannetta, kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi.

"Pääsin" sitte yks kerta ravintoterapeutin luennolle :) olin niin innoissani. Siellä se terapeutti kerto, että on hyvä laittaa margariinia ja juustoa leivän päälle..ym ym. Mä oli ihan et täh...siinähän on rasvaa. – – Mut tosiaan aivopestiin sillon!! Se ravitsemusterapeutti sai kuulostaa kaiken niin et "näin ON syötävä" eikä siitä saa poiketa ollenkaan. Ja minähän sitten noudatin kaikkea just niinku se sano – –. (S17)

Diagnoosi työkaluna

Useimpien keskustelijoiden mielestä diagnoosilla ei oikeastaan ole merkitystä, koska yläkäsitteen syömishäiriö alla on monenlaisia muotoja ja koska se voi muuttua muotoaan myös yksittäisen henkilön kohdalla sairaudesta toiseen (ks. myös luku 6.1.1). Silti muutama keskustelija tuo esiin näkemyksensä diagnosoinnin tärkeydestä avun saamisen suhteen.

Tiedän ettei diagnoosilla ole väliä, ja että yläkäsitteen syömishäiriö alla hypitään laidasta laitaan, anoreksia muuttuu bulimiaksi tai ortoreksia anoreksiaksi jne. Mutta jotenkin olisi helpompaa tietää mikä milloinkin on, olisi helpompaa selittää auttaville osapuolille. (S34)

Sairauden diagnosoinnin ja määrittelyn vaikeus on kuitenkin vaikeaa paitsi keskustelijoille itselleen, myös heitä hoitaville lääkäreille. Diagnoosit saattavat myös vaihdella lääkäreittäin, kuten seuraava keskustelija toteaa.

Olen samaa mieltä siinä että diagnoosit vaihtelee lääkäreittäin. Ekan kerran ku sain lähetteen terveyskeskuksesta psykiatrille, mulla oli bulimia. Olin sillon aika laiha. Psykiatrilla sain lääkäriltä diagnoosin orthirexiaan. Vielä viime marraskuussa diagnoosini oli anorexia (???, tällöin painoni oli sama kun bulimia diagnoosissa, ehkäpä muutama kilo enemmänkin). (S17)

Epäselvyys diagnoosin suhteen ei ole kovinkaan yllättävää, kun otetaan huomioon, ettei ortoreksialla ole virallisia diagnostisia kriteereitä.

Diagnooseja saatetaan myös punnita liian tarkasti ottamatta huomioon todellista ihmistä kokonaisuutena ja yksilönä.

Kiitos tautuluokituksia tuijottavien lääkärien, en joutunut sairaalaan asti hälyttävästä painostani huolimatta. (S15)

Kun asiantuntijatkaan eivät huomaa

Monet hoitohenkilökuntaa koskevat keskusteluvuorot viittaavat myös terveydenhoitajien ja lääkäreiden kyvyttömyyteen huomata ortoreksian oireita tai mahdollisesti jo puhjennutta ortoreksiaa.

*Itse olen ihmetellyt miten terveydenhoitajat ja lääkärit, joilla olen lähiaikoina käynyt (3kpl), eivät ole huomanneet ollenkaan ortoreksian mahdollisuutta vaan epäilleet ainoastaan lievää anoreksiaa. Yksi lääkäri käski minun pitää ruokapäiväkirjaa muutamalta päivältä ja katsoes-
saan sitä totesi minun syövän älyttömän terveellistä ruokaa. (S43)*

Jotkut kuitenkin ottavat huomioon myös hoitohenkilökunnan vaikean aseman.

luulenpa, että ortoreksia on sen verran uusi juttu, ettei sitä oikein tunneta eikä osata tunnistaa, koska äkkiä katsottunahan voisi ajatella, että ortorektikko elää tosi terveellisesti, mutta tosi terveellinen ruokavalio voi olla pitemmän päälle tosi epäterveellinen. (S24)

Sen lisäksi, että ortoreksia on vasta viime vuosina tiedostettu, voi sitä sairastavan omakin käytös olla esteenä diagnoosin teolle. Erityisesti oman tilan häpeämisestä johtuva salaaminen on tyypillistä syömishäiriöstä kärsivälle, mikä vaikeuttaa huomattavasti sen tunnistamista (Hautala ym. 2005, 4599). Voi siis olla, että ortoreksiaa sairastava ei välttämättä halua apua, häpeää sairauttaan tai ei uskalla pyytää apua.

toisaalta menen vastaanotolle uusimaan opillereitä, joten voi olla, ettei lääkäri edes huomaa minua kokonaisvaltaisena ihmisenä, vaan katsoo vain papereitani, jututtaa hetken pillereiden sopivuudesta ja uusii reseptin.. ois kuitenkin huojentavaa, jos saisin apua, olenhan aiemminkin pohtinut että hakisin apua, mutta en ole sitten uskaltanut. (S65)

Voi myös olla, että apua ei syystä tai toisesta saa, vaikka haluaisikin. Resurssipula lienee yksi syy siihen, ettei kaikkia halukkaita voida hoitaa.

Harmillista vain, ettet ole päässyt ravitsemusterapeutille. Mutta mene hänen luokseen heti kun se vain on mahdollista ja suunnitelkaa yhdessä listat sulle! mutta siihen asti, koita syödä! (S31)

6.5.2 Kiitos mukavan ravitsemusterapeutini

Nämä harvat hoitohenkilökuntaa koskevat myönteiset merkitykset mahtuvat kaikki yhteen kategoriaan, jonka olen nimennyt **avusta apua** -kategoriaksi.

Avusta apua

Osa keskustelijoista kokee, että saadusta avusta on ollut hyötyä. Monet mainitsevat ravitsemusterapeutin keskeiseksi avunlähteeksi.

Ajatus vähäisestäkin rasvansyönnistä ällötti mua pitkään, mutta (kiitos mukavan ravitsemusterapeutini pitkän luennoinnin) pakotin itseni laittamaan rasvaa leivän päälle ajattelemalla, että se on terveydelleni välttämätöntä. (S16)

Joissakin keskusteluvuoroissa mainitaan useampi hoitohenkilökuntaan kuuluva osapuoli.

Kävin tänään lääkäril ja se sano että mulla on hyvät arvot on ja mitään syytä hätään ei ole, olen parempaan päin menossa! :)sit se sano että taipumusta on ortoreksiaan, mut nyt meen käymään jossain vaiheessa ravintoterapeutilla ja sekin korjaantuu pois. (D26)

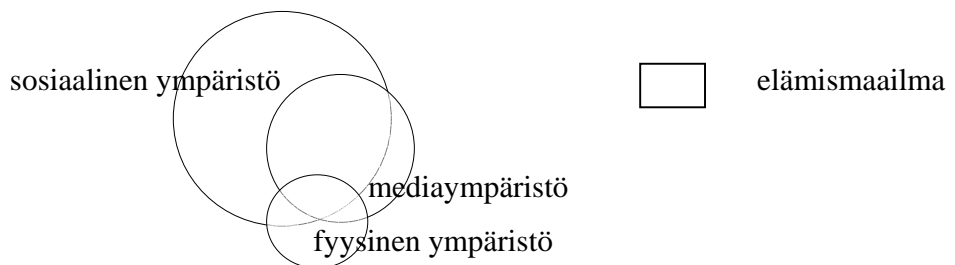
Edellisessä esimerkissä kuvastuu myös suuri luottamus asiantuntijoiden apuun. Muutamassa muussakin keskustelussa tuodaan esiin hoitohenkilökunnan asiantuntemus, jolla perustellaan joskus epäoikeudenmukaisiltakin tuntuvia ratkaisuja.

Älä nyt pahastu, mutta luultavasti hoitajalla oli hyvä syy sanoa noin. Luultavasti hän on nähnyt työssään paljon syömishäiriöisiä, niin anorektikkoja, bulimikkoja kuin bediläisiä. Joskus mennään ojasta allikkoon. (S31)

6.6 Yhteenveto elämismaailmasta sekä elämismaailman ja ortoreksian suhteesta

Elämismaailma

Kuten teoriataustassa on esitetty, elämismaailmalla tarkoitetaan ympäristöä elettyinä ja koettuina todellisuutena. Tutkimuksen taustalla vaikutti ajatus elämismaailmasta sosiaalisen ja fyysisen ympäristön sekä mediaympäristön leikkauskohtana (ks. kuvio 2, s. 17). Tulosten perusteella voidaan todeta, että sosiaalisten suhteiden eli sosiaalisen ympäristön saamat merkitykset korostuvat keskustelijoiden keskuudessa kaikkien teemojen osalta. Tulokset vahvistavat myös teoriataustassa esitettyä oletusta siitä, että media on osa nuorten elämismaailmaa. Medialla on keskustelijoille suuri merkitys paitsi tiedonhankinnan kanavana, myös sosiaalisten suhteiden solmimisessa ja ylläpitämisessä sekä erityisesti vertaisryhmän löytämisessä tai muodostumisessa. Sen sijaan fyysisen ympäristön merkitys näyttäytyy tässä aineistossa hyvin vähäisenä, kuten kodin ja koulun kohdalla tuli ilmi. Kuviossa 5 esitän nuorten, Internet-sivustojen keskusteluihin osallistuneiden keskustelijoiden elämismaailman sellaisena, kuin se tässä tutkimuksessa ilmenee.



KUVIO 5. Elämismaailma sellaisena, kuin se tässä aineistossa ilmenee. Malli on johdettu kuvioista 2, joka on johdettu Rikkisen (1992, 7) mallista.

Tämä malli poikkeaa teoriataustassa esitetyistä malleista erilaisten ympäristöjen saamien merkitysten suhteen: ympäristöillä ei ole keskenään yhtä suurta merkitystä elämismaailman osatekijöinä. Sosiaalisen ympäristön merkitys siis on keskustelijoiden elämismaailmassa kaikkein suurin ja fyysisen ympäristön merkitys pienin. Mediaympäristön merkitys on näinkin suuri osittain siinä korostuvan sosiaalisen ulottuvuuden vuoksi.

Elämismaailman saamien merkitysten ja ortoreksian suhde

Jotkut kategoriat, kuten *henkinen tuki* ja *konkreettinen apu*, toistuvat teemasta toiseen. Luvuissa 6.2–6.5 olen esittänyt elämismaailman saamia merkityksiä valitsemieni teemojen osalta. Tässä yhteenvedossa pyrin esittämään teemojen saamien merkitysten suhdetta ortoreksiaan. Nämä merkitykset olen sijoittanut jatkumolle ortoreksiaan sairastuminen – ortoreksiasta parantuminen. Pohdin, mitkä edellä esitetyistä teemoista muodostuneet kategoriat näyttäisivät vaikuttaneen ortoreksian puhkeamiseen ja siitä parantumiseen (liite 1). Lisäksi tarkastelen, minkälaisia rooleja ne saavat ortoreksiaa sairastavan, ortorektisia piirteitä omaavan tai ortorektikoksi epäillyn nuoren elämässä. Tästä näkökulmasta tehdyn kategorioiden yhteenvedon perusteella muodostui kuusi tyyppiä, joita ovat *laukaisevat tekijät*, *kiusaaminen*, *väheksyminen*, *motivaatio*, *tukeminen* ja *auttaminen*.

Laukaisevat tekijät ovat jollain tavalla vaikuttaneet ortoreksian puhkeamiseen, kun taas *auttamisen* kautta keskustelija on joko saamassa apua tai on jo parantunut. *Kiusaaminen* ja *väheksyminen* vaikuttavat nuoren elämään kielteisesti ja saattavat jopa estää avun piiriin pääsemisen. *Motivaatio* ja *tukeminen* helpottavat ortoreksiaa sairastavan nuoren elämää esimerkiksi tarjoamalla henkistä tukea ja antamalla syytä pyrkiä kohti normaalimpaa syömiskäyttäytymistä. Seuraavaksi kuvailen lyhyesti näitä tyyppejä.

Laukaisevat tekijät

Keskustelijoiden keskusteluvuorojen perusteella ortoreksiaan sairastutaan erilaisista syistä. Tällaisia sairauden laukaisevia tekijöitä ovat sosiaalisten suhteiden osalta keskustelijan syystä tai toisesta johtuva yksinäisyys, väkivaltainen tai muuten ongelmallinen parisuhde ja muiden ihmisten esittämät ajattelemattomat kommentit esimerkiksi keskustelijan ulkonäöstä. Myös

itsensä vertaaminen muihin on voinut joidenkin keskustelijoiden kohdalla johtaa ortoreksiaan, kun oma keho on alkanut vertailun vuoksi vaivata. Yksilöön itseensä yhteydessä olevia laukaisevia tekijöitä näyttäisi olevan todellinen tai kuviteltu ylipaino sekä sitä mahdollisesti seuraava laihduttaminen. Lisäksi huono itsetunto tai kiinnostuminen terveellisistä elämäntavoista on saattanut johtaa sairastumiseen. Keskustelijoiden arvioiden mukaan myös ulkonäkökeskeisellä kulttuurilla ja sen ulkonäköihanteilla on vaikutuksensa ortoreksian – kuten muidenkin syömishäiriöiden – puhkeamisessa. Riskitekijät ovat kaiken kaikkiaan samankaltaisia, kuin muiden syömishäiriöiden kohdalla. Ne liittyvät yksilöön itseensä ja tämän perheeseen sekä lähiympäristöön ja kulttuuriin (ks. luku 4.1).

Kiusaaminen

Osa keskustelijoista tulee kiusatuksi vanhempien taholta. Esimerkiksi ortoreksiaa sairastavat kokevat vanhempien jatkuvan tarkkailun tai vahtimisen kohteena olemisen kiusaamiseksi. Sen lisäksi vanhemmat myös todella kiusaavat joko ortoreksian vuoksi tai keskustelijan muuten ollessa kiinnostunut terveellisistä elämäntavoista. Vanhemmat saattavat myös nälviä ylipainosta. Keskusteluvuoroissa on vain yksi maininta koulussa tapahtuvasta kiusaamisesta. Osa muiden esittämistä ajattelemattomista kommentteista voisi edellisen tyyppin eli *laukaisevien tekijöiden* sijaan sijoittua myös tähän tyyppiin.

Väheksyminen

Vanhempien kohdalla tämä tarkoittaa lähinnä tuen puutetta, kun keskustelija ei saa kaipaa- maansa tukea. Tämä on huolestuttavaa, koska vanhemmilta odotetaan tukea kiusaamisen ja väheksymisen sijaan. Yllättävää tuen puute ei varsinaisesti ole, sillä jopa kaksi kolmasosaa nuorista kokee, ettei saa riittävää tukea vanhemmiltaan (Kauppinen, Koivu & Nissinen 2004, 29–30). Kouluterveydenhuollon ja hoitohenkilökunnan välinpitämättömyyttä koskevat maininnat sen sijaan viittaavat oireiden huomiotta jättämiseen, mikä on myös huolestuttavaa. Kaikki syömishäiriötä ennakoivat merkit tulisi ottaa vakavasti (Hautala ym. 2005, 4604).

Motivaatio

Ortoreksiaa sairastavat tai sairastaneet keskustelijat saavat motivaatiota avun hakemiseen muun muassa hedelmättömyyden pelosta. Haaveet saada tulevaisuudessa omia lapsia ovat voineet johtaa avun hakemiseen. Myös tärkeiden, olemassa olevien läheisten vuoksi halutaan parantua.

Tukeminen

Perheenjäsenien, kavereiden, ystävien ja seurustelukumppaneiden merkitys henkisen tuen antajana korostuu. Tärkeä tuen muoto on myös Internetin keskustelupalstat vertaisryhmineen. Jo keskustelupalstalle kirjoittaminen helpottaa monien erilaisten keskustelijoiden oloa. Lisäksi vertaisryhmä kannustaa, tukee, antaa neuvoja ja niin edelleen. Keskustelijat tuntuvat myös pitävän tärkeänä, että ovat löytäneet muita samassa tilanteessa olevia, joiden kanssa voivat jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Sosiaalisen tuen saaminen toimii myös syömishäiriöltä suojaavana tekijänä lieventäen riskitekijöiden vaikutusta (Hautala ym. 2006, 42–44).

Auttaminen

Kouluterveydenhuollon rooli hoitoonohjauksessa näkyy joidenkin ortoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden keskustelijoiden keskusteluvuoroissa. Yksittäisiä mainintoja saavat myös seurustelukumppanin hyväksyntä, itsensä hyväksyminen, ystävä hoitoon saattajana ja Internetin keskusteluryhmässä saadut konkreettiset neuvot. Jälkimmäisimmän kohdalla on tosin mahdollista sanoa, ovatko konkreettiset neuvot todella johtaneet avun hakemiseen. Hoitoon pääsemisen myötä osa keskustelijoista myös kokee saaneensa apua.

7 Luotettavuustarkastelu

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää ainakin osittain määrällisten tutkimusten luotettavuustarkastelussa käytettyjä käsitteitä reliabelius ja validiteetti (Syrjäläinen 1994, 100). Tarkastelen tämän tutkimuksen osalta ensin sen reliabeliutta, jonka jälkeen pohdin validiteetin toteutumista. Lisäksi pohdin menetelmän sopivuutta tutkittavan ilmiön tarkasteluun.

Reliabeliudella tarkoitetaan tulosten toistettavuutta ja tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sen todentamiseen on määrällisissä tutkimuksissa kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 213.) Sen sijaan laadullisen tutkimuksen osalta reliabeliuden tarkastelu on jonkin verran monimutkaisempaa. Niin sanottu ulkoisen reliabiliteetin tarkasteluun vaikuttavat tutkijan asema, informaattoreiden eli tutkittavien valinta, olosuhteet, käsitteiden määrittely, aineiston keruu ja analyysi. Sisäiseen reliabiliteettiin vaikuttavat laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi useiden aineiston hankintamenetelmien käyttö. (Syrjäläinen 1994, 100.)

Tässä tutkimuksessa suhteeni informantteihin eli keskustelupalstoille osallistuviin keskustelijoihin on objektiivinen, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineisto keskustelijoineen on olemassa sellaisenaan minusta riippumatta, eivätkä omat mielipiteeni tai käsitykseni tutkittavista seikoista ole vaikuttaneet keskustelijoiden keskusteluvuoroihin mitenkään. Toisaalta tutkimuskohteen rajaus tietyille keskustelupalstoille vaikuttaa merkittävästi siihen, minkälaisia keskustelijoita tutkimuskohteeksi valikoitui. Valintaan vaikuttaneiden perusteluiden esittäminen ja tarkka kuvaus aineiston rajaamiseen vaikuttaneista tekijöistä antavat kuitenkin lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimuskohteen relevanssia suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Myöskään käsitteiden määrittelyyn liittyvät ongelmat eivät juurikaan heikennä tämän tutkimuksen luotettavuutta, koska rajasin aineiston koskemaan vain keskusteluvuoroja, joissa keskeisin käsite *ortoreksia* eksplisiittisesti esiintyy. Vain harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta keskusteli-

jat näyttivät ymmärtävän *ortoreksian* samalla tavalla kuin itse ymmärrän. Koska luotettavuuden arvioimisessa keskeistä on lukijan tekemä arviointi, olen pyrkinyt kuvaamaan esimerkiksi aineiston keruun mahdollisimman tarkkaan perusteluineen helpottaakseni siten myös tutkimukseni luotettavuuden arvioimista.

Validiteetilla tarkoitetaan määrällisessä tutkimuksessa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2002, 213). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeiseksi nousee aineiston ja siitä tulkinnan avulla löydetty merkitykset, joiden luotettavuuteen vaikuttaa sekä tutkimushenkilöiden omien intentioiden vastaavuus suhteessa luotuihin merkityskategorioihin että näiden vastaavuus teoreettisten lähtökohtien kanssa. Aineisto on siis validi, kun tutkimushenkilöt puhuvat samasta asiasta kun tutkija olettikin. Lisäksi aineiston on oltava relevanttia teoreettisten käsitteiden suhteen. Merkitykset ja merkityskategoriat ovat valideja, kun ne vastaavat sitä, mitä tutkittavat ovat tarkoittaneet. (Ahonen 1994, 129.)

Valitsemani tutkimusmenetelmä, hiukan sovellettu sisällönanalyysi, oli sopivin vaihtoehto keskusteluvuorojen merkitysten analyysiin, koska tavoitteenani oli tutkia nimenomaan näiden keskusteluvuorojen sisältöä ja siitä nousevia inhimillisiä merkityksiä. Erityisesti sisällönanalyysin laajentaminen fenomenografisten piirteiden avulla tuntui toimivalta ratkaisulta. Toisaalta keskustelijoiden tarkastelun osalta hedelmällinen tutkimusmenetelmä olisi voinut olla myös keskusteluanalyysi, jos olisin ollut kiinnostunut keskustelijoiden vuorovaikutuksen jäsentymisestä. Tämä olisi voinut antaa lisätietoa keskustelijoiden rooleista ja vuorojen merkityksistä. Koska kuitenkin olin kasvatustieteilijänä jäsentymistä, rooleja ja näiden merkityksiä kiinnostuneempi keskustelijoiden suhteesta tiettyyn ilmiöön – ei toisiinsa – osoittautui sisällönanalyysi tältäkin osin soveltuvimmaksi vaihtoehdoksi. Tarkoituksena oli selvittää tekstin inhimillisiä merkityksiä, ei kielitieteellisiä ulottuvuuksia. Ongelmallista valitsemani menetelmän osalta oli sen määrittelyn väljyys. Toisaalta väljyys antoi itselleni tutkijana mahdollisuuden luovuuteen, toisaalta ensimmäistä varsinaista tutkimusta tehdessäni olisin ehkä kaivannut määritellymmän menetelmän antamaa tukea. Varsinkin analyysin alkuvaiheessa oman analysointitavan löytyminen tuntui hankalalta ja aiheutti epämääräisyydessään ahdistusta. Kuitenkin aineistoa luki-

essa useita ja useita kertoja alkoi sieltä todella nousta erilaisia kategorioita: aineiston alkaessa elää myös sisällönanalyysi menetelmänä alkoi toimia.

Luotettavuuden kannalta ongelmallista on kuitenkin myös sekä aineiston että erityisesti kategorioiden validiteetti. Näitä voidaan tarkastella Ahosen (1994, 129) mukaan kahdella tasolla: aitouden ja relevanssin tasolla. Aineiston aitouteen vaikuttaa luottamuksen ja yhteisymmärryksen vallitseminen tutkijan ja tutkittavien välillä. Tällaista ei tutkimuksessani ole lainkaan, sillä henkilökohtaista suhdetta tai kontaktia ei itseni ja tutkittavien välillä ollut. Aineiston relevanssiin vaikuttaa sen relevanttius tutkimuksen teorian kannalta. Erilaiset Internetin keskustelupalstat aineistona ja erityisesti nuorten keskustelijoiden tai nuorten elämismailmaan liittyvien keskusteluvuorojen tarkastelu osoittautui relevantiksi elämismailmaa ja syömishäiriöitä koskevan teoriataustan osalta. Sen sijaan terveyskasvatuksen rooli oli aineistossa melko vähäinen. Terveyskasvatuksen käsittely kuitenkin rikastuttaa tulosten merkitysten arviointia. Pyrin myös analyysia tehdessäni pitämään mielessäni teoreettiset lähtökohdat, etten eksyisi harhapoluille. Välillä tämä oli hankalaa, koska aineistossa oli niin runsaasti kiinnostavia asioita.

Kategorioiden suhteen Ahonen (1994, 130) tarkoittaa aitoudella niiden vastaavuutta tutkittavien tarkoittamien merkitysten kanssa. Välillä jouduinkin pohtimaan, tulkitsenko keskustelijoiden tarkoittamia merkityksiä väärin tai muodostanko kategorioita liian kevein perustein. Esimerkiksi *Oppikirjat ja opettaja koulussa* -kategoriassa opettajan tai oppikirjan oli maininnut vain yksi keskustelija. Toin kuitenkin tämän esiin kategoriasta kertoessani, joten lukija voi itse arvioida näiden näkökulmien mukaan ottamisen tarpeellisuutta. Tällaistenkin kategorioiden luominen johtuu siitä, että koin joidenkin yksittäistenkin keskustelijoiden esiin tuomat seikat merkityksellisiksi kokonaisuuden kannalta. Pyrin siis ottamaan huomioon erilaisia näkökulmia. Laadullisessa tutkimuksessahan ei lopulta olekaan kyse pyrkimyksestä yleistämiseen, vaan tapauksia voidaan käsitellä ainutlaatuisina – ja tulkintakin tehdä tämän mukaan (Hirsjärvi ym. 2002, 155). Kategorioideni relevanssi suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin on pääasiassa hyvä. Viimeisen teeman eli hoitohenkilökunnan ja sen kategorioiden suhteen teoreettiset lähtökohdat eivät toteudu aivan niin selvästi, koska teoriaosuudessa en ole lainkaan käsitellyt hoitohenkilökuntaa. Tämän teeman voi kuitenkin liittää elämismailman käsitteeseen, joten sen

mukaan ottaminen on perusteltua. Ortoreksiaa sairastavat ovat vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa, joten elämismailman suhteen henkilökunnan paikan voisi ajatella sijaitsevan sosiaalisessa ympäristössä.

Tutkijan objektiivisuus, tutkimuksen toistettavuus ja tulosten yleistettävyys eivät toteudu laadullisessa tutkimuksessa määrällisen tutkimuksen tavoin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei voikaan olla täysin objektiivinen, sillä tutkija toimii itse aineistonsa mittarina (Eskola & Suoranta 1998, 211). Tulkintaan vaikuttaa tutkijan oma elämäkokemus ja käsitykset. Samasta syystä tutkimus ei välttämättä toisi toistettuna täsmälleen samoja tuloksia, vaikka tutkimus olisikin periaatteessa toistettavissa ainakin osittain, sillä Syli ry:n ja Kutrin keskustelut löytyivät melko helposti antamieni tietojen perusteella. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa keskeisempää onkin tutkimuksen avoimuuden arviointi. Olenkin pyrkinyt avoimesti kuvaamaan lukijalle tutkimusprosessin etenemistä aina kunkin vaiheen osalta sitä käsittelevässä luvussa. Esimerkiksi teoreettisten lähtökohtien liittymistä tutkimusongelmiin olen perustellut sekä johdannossa että tutkimuksen tavoitteista ja toteutuksesta kertoessani. Aineiston hankinnan ja analyysin etenemisen periaatteet ja vaiheet olen myös pyrkinyt esittämään mahdollisimman tarkasti. Myös muodostamieni kategorioiden perustelut olen pyrkinyt esittämään sekä lisäämään niiden luotettavuutta antamalla aineistosta tyypillisiä esimerkkejä jokaisen kategorian kohdalla. Suorien sitaattien kautta lukija saa ainakin mahdollisuuden arvioida kategorioiden tarkoituksenmukaisuutta.

8 Pohdinta

Ortoreksia eli terveellisen ruuan pakkomielle ei ole vain aikuisten ongelma. Tutkimukseni perusteella myös ortoreksiaan voidaan sairastua jo varhaisnuoruudessa. Syitä ortoreksian puhkeamiselle on monia, ja ne ovat samankaltaisia kuin muidenkin syömishäiriöiden kohdalla.

Vaikka lääketieteen alalla keskustellaan ortoreksian tarpeesta itsenäiseen diagnoosiin, kukaan keskusteluihin osallistuneista keskustelijoista ei kyseenalaistanut ortoreksian olemassaoloa. Ortoreksia osoittautui keskustelijoiden mukaan todelliseksi ongelmaksi, joka rinnastuu keskustelijoiden käsityksissä anoreksiaan ja bulimiaan itsenäisenä syömishäiriönä. Tästä ei kuitenkaan voida aineiston rajallisuuden vuoksi päätellä mitään ortoreksiasta diagnosoitavana syömishäiriönä, eikä se ollut tutkimuksen tarkoituskaan. Sen sijaan tärkeää on, että syömisiongelmissä kärsivät saavat apua diagnoosista riippumatta. Yksilön oma kokemus syömisiongelma on jo riittävä merkki avuntarpeesta.

Nuorten elämismailman osalta tarkasteltujen teemojen kohdalla sosiaaliset suhteet osoittautuvat niissä kaikissa tärkeimmäksi tekijäksi. Vain harvat keskustelijat tuovat esiin esimerkiksi kodin tai koulun fyysisenä rakennuksena. Kaikissa sosiaalisissa suhteissa keskeisintä on läheisten tarjoama tuki ja apu. Myös kouluterveydenhuollolta ja hoitohenkilökunnalta toivotaan apua, vaikka sitä ei aina syystä tai toisesta saada. Sen sijaan koulun tai opettajien rooli ei näyttäisi saavan keskusteluissa juurikaan huomiota. Vähäiset maininnat liittyvät lähinnä koulutovereihin tai oppikirjoihin. Onko opettajan merkitys vain tiedonjakajana? Kiinnostava jatkotutkimuksen aihe olisikin tutkia nuorten käsityksiä virallisen ja informaalin koulun merkityksistä terveystieteiden antajana.

Kiinnostavaa on, että keskustelupalstoille osallistuvat keskustelijat pitävät muita keskusteluihin osallistuvia tärkeänä vertaisryhmänä. Toisilta keskustelijoilta saadaan henkistä tukea, mutta myös konkreettisia neuvoja. Lisäksi tietoisuus siitä, ettei ole yksin ongelmansa kanssa, helpottaa monia. Vaikka muuten tuntisi olevansa yksin ja erilainen, voi Internetin maailmassa kokea samankaltaisuutta. Keskustelijoiden vahvasti myönteiset kokemukset virtuaalisen vertaisryhmän tuesta saavat pohtimaan, voisiko olla mahdollista avata jonkinlaista sivustoa nuoremillekin ortoreksian tai muiden syömishäiriöiden kanssa taisteleville. Tällaisen sivuston tulisi olla selkeästi suunnattu varhaisnuorille, ja sen pitäisi olla aikuisen ammattilaisen valvonnan alla. Näin voitaisiin varmistaa, että siitä on herkässä iässä oleville varhaisnuorille enemmän hyötyä kuin haittaa.

Koulun antaman terveystieteiden täydellinen näkymättömyys aineistossa herätti kysymyksen, voisiko tämä johtua yksinkertaisesti siitä syystä, etteivät opettajat kiinnittä riittävästi huomiota terveystieteiden opetukseen. Tutkimuksen teko opetti minullekin valtavasti uutta paitsi tutkimuksen teosta myös terveystieteiden merkityksestä jo alakoulussa. Huolestuttavaa onkin, että monet terveystieteiden opetukseen liittyvät keskeiset asiat opin vasta teoriataustaa varten lukemistani teoksista. Kuinka on mahdollista tukea lapsen terveystieteen kehittymistä luokanopettajan roolissa, jos ei ole koskaan tullut ajatelleeksi, mitä sillä tarkoitetaan? Voi olla, että terveystieto ei saa ansaitsemaansa huomiota luokanopettajankoulutuksessa, koska se ei ole vielä alaluokilla itsenäinen oppiaine. Silti on jopa pelottavaa, että luokanopettajaksi voi valmistua ilman minkäänlaisia terveystieteiden opintoja. Tämä lasten ja nuorten hyvinvoinnin kannalta merkittävä ala jää tällä hetkellä vain opiskelijan tai luokanopettajan oman harrastuneisuuden tai kiinnostuksen varaan. Terveystieteiden näkymättömyyden syitä pohtiessa täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että vuoden 2004 perusopetuksen opetussuunnitelma on otettu käyttöön vasta hiljattain, eikä ole siten välttämättä ole koskettanut tutkimiani nuoria. Luokanopettajien kokemukset uuden opetussuunnitelman toteutumisesta ja sen asettamista haasteista sekä mahdollisuuksista nimenomaan terveystieteiden osalta olisi myös kiinnostava jatkotutkimusaihe.

Opettajankoulutuksessa olisi syytä ottaa huomioon luokanopettajan rooli ja käytettävissä olevat keinot myös terveystieteiden osalta. Luokanopettajan olisi esimerkiksi tärkeää tiedostaa ja sitä kautta tunnistaa syömishäiriöihin liittyviä riskitekijöitä sekä niiden ensioireita. Vaikka luokanopettaja kohtaisi urallaan vain yhden oppilaan, jolla ilmenee syömishäiriön oireita, olisi niiden huomaaminen ja oppilaan auttaminen juuri tämän oppilaan – yksilön – kannalta ratkaisevaa. Lisäksi luokanopettajalla on mahdollisuus vaikuttaa lasten terveystieteenkäyttämiseen opitunneilla ja koulun arjessa annettavan terveystieteiden avulla. Esimerkiksi syömishäiriöiden ennaltaehkäisy näkökulmasta tärkeä opetussuunnitelmassa mainittu tavoite on hyvän ja myönteisen itsetunnon kehittämisen tukeminen. Kun oppilas arvostaa itseään ainutlaatuisena yksilönä, ei hän halua vahingoittaa myöskään kehoaan. Lisäksi laihduttamisen seurauksista ja vaaroista olisi syytä puhua, sillä monella ortoreksiakin on puhjennut laihduttamisen seurauksena: mahdollinen lapsettomuus ja ulkonäköön kielteisesti vaikuttaneet asiat ovat seikkoja,

jotka motivoivat jo sairastuneitakin parantumaan. Myös kriittisyys suhteessa median luomiin ulkonäkömalleihin ja mediakasvatus ylipäättään voi auttaa lasta ja nuorta huomaamaan, että media toimii tietyllä tavalla ja tavoitteilla. Sellaisia mediataitoja, jotka suojaavat median riskeiltä, ovat muun muassa kyky erottaa toisistaan fakta ja fiktio sekä mainokset ja journalistinen aineisto. Kriittistä ajattelua voitaisiin pyrkiä vahvistamaan esimerkiksi muuttamalla roolia yleisöstä tekijäksi. (Mustonen 2005, 11.)

Terveys- ja mediakasvatus eivät ole saaneet vuoden 2004 perusopetuksen opetussuunnitelmasa tilaa syyttä suotta. Niiden avulla voimme auttaa lapsia ja nuoria kohtaamaan heidän elämissaamailmansa heille asettamia haasteita. Mediakasvatuksen avulla voimme yrittää purkaa epärealistisia ulkonäkömalleja ja tukea terveyden lukutaidon kehittymistä, tai ainakin opettaa kriittistä suhtautumista kauneusihanteisiin ja terveystietoon. Terveystajun herättämisen myötä lapset ja nuoret voivat myös arvioida omaa terveyskäyttäytymistään. Ehkä juuri onnistuneen terveys- ja mediakasvatuksen avulla voitaisiin estää sairaan terveellistä elämää valloittamasta yhä useamman nuoren maailmaa.

Lähteet

Aalberg, V. & Siimes, M. A. 1999. *Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi*. Helsinki: Nemo.

Aapola, S. 2001. Ikä, koulu ja sukupuoli: peruskoulun kulttuuriset ikäjärjestykset. Teoksessa T. Tolonen (toim.), *Suomalainen koulu ja kulttuuri*. Tampere: Vastapaino, 231–246.

Aapola, S. 2003. Murrosiän lyhyt historia Suomessa. Teoksessa S. Aapola & M. Kemppainen (toim.), *Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia*. Helsinki: SKS, 87–105.

Aapola, S. & Kemppainen, M. 2003. Näkökulmia suomalaisen nuoruuden ja nuorison historiaan. Teoksessa S. Aapola & M. Kemppainen (toim.), *Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia*. Helsinki: SKS, 9–31.

Ahonen, S. 1994. Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.), *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Helsinki: Kirjayhtymä, 113–160.

Autio, M. & Lombardini-Riipinen, C. 2006. Tahroja ruokaympyrässä – nuorten näkemyksiä terveydestä ja terveellisestä elämäntavasta. Teoksessa S. Karvonen (toim.), *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot -vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasiain neuvottelukunta & Stakes, 42–52.

Berg, F.M. 1997. *Afraid to eat. Children and teens in weight crisis*. Hettering: Healthy Weight Publishing Network.

Bratman, S. 2000. *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.

Cantell, H. 2001. *Oppimis- ja opettamiskäsitykset maantieteen opetuksen ja aineenopettajakoulutuksen kehittämisen lähtökohtana*. Helsinki: Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos.

Catalina, M., Bote, B., Garcia, F. & Rios, B. 2005. *Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?* Saatavilla www-muodossa:

>URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15704033&dopt=Citation>. (Luettu 25.1.2007)

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani M.P., Imbriale, M & Cannella, C. 2004. *Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Saatavilla www-muodossa: >URL:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15330084&dopt=Citation. (Luettu 25.1.2007)

DSM-IV. 1997. *Diagnostiset kriteerit*. Suomen psykiatriayhdistys r.y. American Psychiatric associationin luvalla. Espoo: Orion.

Ebeling, H. 2005. *Voiko syömishäiriöitä ehkäistä?* Suomen lääkirilehti 60, 4595.

Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 133–157.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Forsberg, H. 2003. Kriittistä näkökulmaa jäljittämässä. Teoksessa H. Forsberg & R. Nätkin (toim.), *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä*. Helsinki: Gaudeamus, 7–15.

Gordon, T. 2001. Materiaalinen kulttuuri ja tunteet koulussa. Teoksessa T. Tolonen (toim.), *Suomalainen koulu ja kulttuuri*. Tampere: Vastapaino, 99–116.

Graafsma, T. L. G. & Bosma, H. A. 1994. Glossary. Teoksessa H. A. Bosma, T. L. G. Graafsma, H. D. Grotevant & D. J. de Levita (toim.), *Identity and development. An interdisciplinary approach*. Lontoo: Sage publications, 175–184.

Haapala, P. 2003. Nuoriso numeroina. Teoksessa S. Aapola & M. Kemppainen (toim.), *Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia*. Helsinki: SKS, 67–85.

Hautala, L., Liuksila P. R., , Räihä, H., Saarijärvi, S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. *Suomen lääkirilehti* 61, 41–46.

Hautala, L., Liuksila, P. R., Räihä, H., Väänänen, A-M., Jalava, A., Väinälä, A. & Saarijärvi, S. 2005. *Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa*. Suomen lääkirilehti 60, 4599–4605.

Heinonen, J-P. 2005. *Opetussuunnitelmat vai oppimateriaalit. Peruskoulun opettajien käsityksiä opetussuunnitelmien ja oppimateriaalien merkityksestä opetuksessa*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Soveltavan kasvatustieteen laitos.

Hernwall, P. 2002. Digitala mötesplatser. Om barn och e-kommunikationens erbjudanden. *Locus. Tidskrift för forskning om barn och ungdomar* 14 (3), 20–36.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997/2002. *Tutki ja kirjoita*. 6.–8. uusittu painos. Helsinki: Tammi.

Hoikkala, T. & Hakkarainen, P. 2005. Small tales about health literacy. Teoksessa T. Hoikkala, P. Hakkarainen & S. Laine (toim.), *Beyond health literacy*. Nuorisotutkimusverkoston ja Nuorisoasiain neuvottelukunnan julkaisuja 52. Helsinki: Stakes, 5–22.

Kaivola, T. & Rikkinen, H. 2003. *Nuoret ympäristöissään. Lasten ja nuorten kokemusmaailma ja ympäristömielikuvat*. Helsinki: SKS.

Kangas, S. & Kuure, T. 2003. Johdanto. Teoksessa S. Kangas & T. Kuure (toim.), *Teknologisoituva nuoruus. Nuorten elinolot -vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaain neuvottelukunta & Stakes, 6–9.

Kannas, L. 2004. Esipuhe. Teoksessa L. Kannas (toim.), *Koululaisten terveys ja terveystietäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen tutkimuskeskus, 3–5.

Kannas, L. 2006. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa H. Peltonen & L. Kannas (toim.), *Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen*. Helsinki: Opetushallitus, 9–36.

Kauppinen, T., Koivu, A. & Nissinen, A. 2004. Nuorten kokemukset lähisuhteista ja saamaansa tuesta yläastevuosien aikana. *Nuorisotutkimus* 22 (3), 20–32.

Kinzl, J.F., Hauer, K., Traweger, C. & Kiefer, I. 2006. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 395–396.

Kupiainen, R. 2002. Mediakokemuksia viihteen, mielihyvän ja nautinnon labyrinteissa. Teoksessa S. Sintonen (toim.), *Median sylissä. Kirjoituksia lasten mediakasvatuksesta*. Helsinki: Finn Lectura, 70–81.

Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–43.

Levine, M. P & Smolak, L. 2001. Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. Teoksessa J. Kevin Thompson & Linda Smolak (toim.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 237–260.

Läskikapina. 2007. *Helsingin Sanomat* 14.1.2007, Ulkomaat, 1.

Mathieu, Jennifer. 2005. What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association* 105, 1510–1512.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–67.

Mustonen, A. 2002. Median rooli psykologisessa kehityksessä. Teoksessa S. Sintonen (toim.), *Median sylissä. Kirjoituksia lasten mediakasvatuksesta*. Helsinki: Finn Lectura, 55–69.

Mustonen, A. 2005. *Mediastakin tukea kehitykselle*. Promo (39), 8–11.

Mäyrä, F. 2002. Nettikulttuuri, pelit ja mediakasvatus. Teoksessa S. Sintonen (toim.), *Median sylissä. Kirjoituksia lasten mediakasvatuksesta*. Helsinki: Finn Lectura, 89–92.

Netemeyer, S. B. & Williamson, D. A. 2001. Assessment of eating disturbance in children and adolescents with eating disorders and obesity. Teoksessa J. Kevin Thompson & Linda Smolak (toim.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 215–233.

Niemi, I. & Pääkkönen, H. 2001. *Ajankäytön muutokset 1990-luvulla*. Helsinki: Tilastokeskus.

Nyman, H. 2002. En rak fråga: Ortorexi rätt ord på fel sak? *Läkartidningen* 99, 423–424.

Näre, S. 2004. *Kokonainen nainen*. Pieksämäki: Kirjapaja.

Nätkin, R. 2003. Moninaiset perhemuodot ja lapsen hyvä. Teoksessa H. Forsberg & R. Nätkin (toim.), *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä*. Helsinki: Gaudeamus, 16–38.

Ojala, K., Vuori, M., Välimaa, R., Tynjälä, J., Villberg, J. & Kannas, L. 2006. Pojat nostavat painoja ja tytöt pudottavat niitä – WHO-koululaistutkimuksen tuloksia. Teoksessa S. Karvonen (toim.), *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot - vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasiain neuvottelukunta & Stakes, 72–82.

Ojanen, M. 1994. *Mikä minä on? Minän rakenne, kehitys, häiriöt ja eheytyminen*. Tampere: Kirjatoimi.

Oksanen, A. 2004. Ulkonäkökeskeinen kulttuuri vaurioittaa lasta jo varhain. *Helsingin Sanomat* 2.2.2004, Vieraskynä.

Oksanen, A. & Näre, S. 2006. *Lapset pelissä. Virtuaaliviidakon ansat*. Helsinki: Minerva.

Orkovaara, P., Cacciatore, R., Furman, B., Hirvihuhta, H., Hämäläinen, A-M., Kekki, M., Korteniemi-Poikela, E. 2004. *Dynamo. Terveystietoa luokille 7–9*. Helsinki: Tammi.

Peltonen, H. 2006. Terveystiedon opetusta ohjaava lainsäädäntö ja opetussuunnitelman perusteet. Teoksessa H. Peltonen & L. Kannas (toim.), *Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen*. Helsinki: Opetushallitus, 37–52.

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Helsinki: Opetushallitus.

Puuronen, A. 2000. Subjektin (sairaus)kokemukseen on kiinnitettävä enemmän huomiota anoreksian hoidossa. *Nuorisotutkimus* 18 (1), 37–39.

- Puuronen, A. 2006. Mitä on terveys – tietoa, taitoa vai tajua? Teoksessa A. Puuronen (toim.), *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, 5–19.
- Reinikkala, P., Ryhänen, E-L., Penttinen, H., Penttilä, S., Pesonen, J. & Vertio, H. 2005. *Terveydeksi 1–3. Terveystietoa luokille 7–9*. Helsinki: WSOY.
- Rikkinen, H. 1992. *Ala-asteen oppilaiden elinympäristö. Tutkimusprojektin teoreettiset lähtökohdat*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Opettajankoulutuslaitos.
- Ritala-Koskinen, A. 2001. (Uus)perhe lapsen kautta. *Nuorisotutkimus* 19 (3), 48–52.
- Ruuska, J. 2006. *The impact of eating disorders on the adolescent process*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rössner, S. 2004. Orthorexia nervosa – en ny sjukdom? *Läkartidningen* 101, 2835.
- Salasuo, M. 2006. *Atomisoitunut sukupolvi. Pääkaupunkiseudun nuorisokulttuurinen maisema ja nuorisotyön haasteita 2000-luvun alussa*. Helsinki: Helsingin kaupungin tieto-keskus.
- Shisslak, C. & Crago, M. 2001. Risk and protective factors in the development of eating disorders. Teoksessa J. Kevin Thompson & Linda Smolak (toim.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 103–125.
- Suoninen, A. 2003. Tietokone taipuu moneksi – mutta mihin sitä käytetään? Teoksessa S. Kangas & T. Kuure (toim.), *Teknologisoituva nuoruus. Nuorten elinolot -vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasiain neuvottelukunta & Stakes, 56–73.

Suoninen, A. & Modinos, T. 2003. Tulikärpäset lasipurkissa. Teoksessa T. Modinos & A. Suoninen (toim.), *Merkillinen media. Tekstit nuorten arjessa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Soveltavan kielentutkimuksen keskus, 9–16.

Suoranta, J. 2002. Mediakasvatus yhteiskunnallisessa todellisuudessa. Teoksessa S. Sintonen (toim.), *Median sylissä. Kirjoituksia lasten mediakasvatuksesta*. Helsinki: Finn Lectura, 11–22.

Suoranta, J. & Lehtimäki, H. 2003. Verkostososiaalisuus ja nuoret. Teoksessa S. Kangas & T. Kuure (toim.), *Teknologisoituva nuoruus. Nuorten elinolot -vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaain neuvottelukunta & Stakes, 30–38.

Syrjäläinen, E. 1994. Etnografinen opetuksen tutkimus: kouluetnografia. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.), *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Helsinki: Kirjayhtymä, 67–112.

Syömishäiriöliitto. *Syömishäiriöt ja hoito*. Saatavilla www-muodossa:
<URL: <http://www.syomishairioistentuki.fi/hoito.html>>. (Luettu 21.1.2007)

Tautiluokitus ICD-10. Systemaattinen osa. 1992/1995. Suomalainen 2. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokitukselta ICD-10. Helsinki: Stakes.

Thompson, J.K. & Smolak, L. 2001. Introduction: Body image, eating disorders, an obesity in youth – the future is now. Teoksessa J. Kevin Thompson & Linda Smolak (toim.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 1–18.

Tiihonen, P. 2005. Mikä tyttöjä vaivaa? *Helsingin sanomat* 10.7.2005, Sunnuntai, 1–2.

- Tolonen, T. 2001a. *Nuorten kulttuurit koulussa. Ääni, tila ja sukupuolten arkiset järjestykset*. Helsinki: Gaudeamus.
- Tolonen, T. 2001b. Tyttöjen käsityksiä ihannenaisuudesta. Teoksessa A. Puuronen ja R. Välimaa (toim.), *Nuori ruumis*. Helsinki: Gaudeamus, 73-88.
- Tolonen, T. 2002. Suomalaisuus, tavallisuus ja sukupuoli nuorten näkemyksissä. Teoksessa T. Gordon, K. Komulainen & K. Lempiäinen (toim.), *Suomineitonen hei! Kansallisuuden sukupuoli*. Tampere: Vastapaino, 246–266.
- Tuomi, I. 2005. Yhteisöllisyyden paluu tietoyhteiskuntaan. Teoksessa A. Hautamäki, T. Lehtonen, J. Sihvola, I. Tuomi, H. Vaaranen & S. Veijola (toim.), *Yhteisöllisyyden paluu*. Helsinki: Gaudeamus, 132–162.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Uljens, M. 1989. *Fenomenografi – forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Vaaranen, H. 2005. Nuorten luovat pikkuheimot ja työn tulevaisuus. Teoksessa A. Hautamäki, T. Lehtonen, J. Sihvola, I. Tuomi, H. Vaaranen & S. Veijola (toim.), *Yhteisöllisyyden paluu*. Helsinki: Gaudeamus, 114–131.
- Vehkalahti, K. & Leppälahti, M. 2005. Nuoret mediamaailmassa. *Nuorisotutkimus* 23 (3), 1–2.
- Vidén, S. & Ollila, A. K. 2004. Hyvä, parempi, ydinperhe? Perhemuodot nuorten pohdinnoissa. *Nuorisotutkimus* 22 (3), 3–19.
- Välimaa, R. 2001. Nuoret ja ulkonäön merkitys. Teoksessa A. Puuronen ja R. Välimaa (toim.), *Nuori ruumis*. Helsinki: Gaudeamus, 89–106.

Välimaa, R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984–2002. Teoksessa L. Kannas (toim.), *Koululaisten terveys ja terveystietäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20v.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen tutkimuskeskus, 9–54.

Wilska, T.A. 2001. Tuotteistettu nuoruus kulutusyhteiskunnassa. Teoksessa A. Puuronen ja R. Välimaa (toim.), *Nuori ruumis.* Helsinki: Gaudeamus, 60–70.

WHO. 2006. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

Liite

Elämismaailmasta muodostuneiden kategorioiden yhteenveto

TAULUKKO 6. Elämismaailman eri teemoista nousseiden kategorioiden perusteella muodostuneet tyypit.

ELÄMISMAAILMAN MERKITYKSET					
Muutokset sosiaalisissa suhteissa (Muut sosiaaliset suhteet tai niiden puute)	Kiusaamisen tai tarkkailun kohteena (Koti ja koulu)	Kokemus välinpitämättömyydestä (Koti ja koulu)	Huoli perheestä (Koti ja koulu)	Henkinen tuki (Koti ja koulu; Muut sosiaaliset...; Media)	Konkreettinen apu (Koti ja koulu; Muut sosiaaliset...; Media)
Huonon suhteen vaikutukset (Muut sosiaaliset...)	Ajattelemattomat kommentit (Muut sosiaaliset...)	Sairauden salaaminen (Koti ja koulu)	Henkinen tuki (Koti ja koulu; Muut sosiaaliset...; Media...)	Oppikirjat ja opettaja koulussa (Koti ja koulu)	Avusta apua (Hoitohenkilökunta)
Ajattelemattomat kommentit (Muut sosiaaliset...)	Sairauden salaaminen (Koti ja koulu)	Kun asiantuntijatkaan eivät huomaa (Hoitohenkilökunta)	Samuus ja erilaisuus (Media...)	Roolimallit ja esimerkit (Media...)	Yksin parantumisen mahdollisuus (Muut sosiaaliset...)
Minä ja muut (Muut sosiaaliset...)	↓		↓	Samuus ja erilaisuus (Media...)	Diagnosi työkaluna (Hoitohenkilökunta)
Ulkonäkökeskeisyys (Media, kulttuuri ja mediakulttuuri)	Kiusaaminen	Sairauden salaaminen (Koti ja koulu)	Motivaatio	↓	Itsensä hyväksymisen tärkeys (Muut sosiaaliset...)
Terveystietotulva (Media...)		Henkinen yksinäisyys (Muut sosiaaliset...)		Tukeminen	↓
Auttamisen vaikeudesta (Hoitohenkilökunta)		↓			Auttaminen
Koulun muut kielteiset merkitykset (Koti ja koulu)		Väheksyminen			
Huoli perheestä (Koti ja koulu)					
↓					
Laukaisevat tekijät					