

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Fysioterapian koulutusohjelma

Aino Hinkkanen, Iida Maunuksela ja Sakran Nukarinen

**ANOREKSIA NERVOSAA SAIRASTANEIDEN
KOKEMUKSIA FYSIOTERAPIASTA
ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALASSA**

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Aino Hinkkanen, lida Maunuksela ja Sakran Nukarinen
Anoreksia nervosaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta Etelä-Karjalan keskussairaalassa, 57 sivua, 4 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta
Sosiaali- ja terveysala, Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö, 2011
Ohjaaja: lehtori Sanna Spets

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kolmen anoreksia nervosaa sairastaneen kokemuksia fysioterapiasta ja sen osuudesta paranemisessa Etelä-Karjalan alueella. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Etelä-Karjalan keskussairaalan kanssa.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tutkimuksessa oli mukana kolme anoreksia nervosaa sairastanutta henkilöä. Mukaanottokriteereinä olivat diagnosoitu anoreksia nervosa, täysi-ikäisyys sekä päättynyt fysioterapiaprosessi Etelä-Karjalan keskussairaalan psykofyysisen fysioterapian osastolla. Poissulkukriteereinä olivat, että potilas on lopettanut fysioterapian omasta tahdostaan ensimmäisen kuukauden aikana tai potilaalla on diagnosoitu jokin anoreksiaan yleisesti kuulumaton psyykinen sairaus.

Tutkimuksen aineisto hankittiin teemahaastatteluilla kesällä 2010. Haastattelu-teemoina olivat sairastumisen taustat, kokemukset fysioterapiasta, asiakaslähtöisyys ja kehittämisehdotukset. Haastattelut nauhoitettiin. Aineisto analysoitiin teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että anoreksiaa sairastaneiden fysioterapia on ollut merkityksellistä ja fysioterapiaprosessi oli asiakaslähtöinen. Tutkimushenkilöiden mielestä fysioterapia oli tärkeä osa kuntoutusta. Fysioterapia eteni tavoitteellisesti yksilön voimavarojen mukaan. Tutkimushenkilöt kokivat, että heidän tarpeensa huomioitiin yksilöllisesti ja heillä oli mahdollisuus vaikuttaa fysioterapian tavoitteisiin, sisältöön ja etenemiseen.

Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska otoskoko on pieni eikä laadullisessa tutkimuksessa pyritä yleistettävyyteen. Vastaavanlaisen tutkimuksen voisi toteuttaa suuremmalla otoskolla, jolloin saatu aineisto olisi todennäköisesti laajempi. Tutkimuksen voisi myös toteuttaa toisessa sairaanhoitopiirissä ja tuloksia voisi verrata sairaanhoitopiirien välillä. Myös muita syömishäiriöiden muotoja olisi hyvä tutkia, koska anoreksiaa sairastaa vain pieni osa kaikista syömishäiriöitä sairastavista.

Asiasanat: Anoreksia, fysioterapia, kokemus

ABSTRACT

Aino Hinkkanen, Iida Maunuksela and Sakran Nukarinen
Experiences of physiotherapy from people suffering from anorexia nervosa in the South Karelia Central Hospital, 57 pages, 4 appendices
Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta
School of Health Care and Social Services, Degree Program in Physiotherapy
Bachelor's Thesis, 2011
Instructor: Lecturer Sanna Spets

The goal of the thesis was to find out about experiences of physiotherapy from three people who had suffered from anorexia nervosa, and additionally the contribution of physiotherapy in the healing process in the Southern Karelia region. The thesis is made in co-operation with the South Karelia Central Hospital.

The thesis is a qualitative research. The research was concentrated on three persons who had suffered from anorexia nervosa. The criteria of inclusion were diagnosis of anorexia nervosa, majority of age and a finished physiotherapy process in the ward of psychophysical physiotherapy of the central hospital in South Karelia. Patients were excluded if they had quit physiotherapy on his or her own accord within the first month or if they had a diagnosed mental illness that is not generally associated with anorexia.

The data of this research was gleaned by theme interviews on summer of 2010. The themes for the interviews were the subtexts of the illness, experiences of physiotherapy, customer orientation and suggestions for development. The interviews were recorded and the data was analyzed with theory bound content analysis.

On the grounds of the research material it can be stated that physiotherapy for people that have suffered from anorexia has been significant and the physiotherapy process has been customer oriented. The subjects found that physiotherapy was an important part of the rehabilitation. The physiotherapy proceeded in compliance with the individuals' own resources. The subjects experienced that their needs were individually taken into account and that they had a chance to contribute to the goals, the content and the progress of the physiotherapy.

The research results cannot be generalized because the sample size is small, and the goal of qualitative research is not to generalize. A similar research could be conducted with a larger sample size, probably producing more extensive data. The research could also be conducted in another hospital district, and the results could be compared between districts. Additionally, it would be worthwhile to research other forms of eating disorders because people suffering from anorexia nervosa comprise just a small portion of all eating disorder patients.

Key words: anorexia, physiotherapy, experience

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 ANOREKSIA NERVOSA | 6 |
| 2.1 Sairastumisen syyt | 7 |
| 2.2 Oireet ja fysiologiset muutokset..... | 8 |
| 2.3 Hoito ja terapia | 9 |
| 3 FYSIOTERAPIA ANOREKSIAN HOIDOSSA..... | 11 |
| 3.1 Psykofyysinen fysioterapia | 13 |
| 3.1.1 Body Awareness Therapy..... | 15 |
| 3.1.2 Basic Body Awareness Therapy | 16 |
| 3.1.3 Psykodynaamien ja psykomotorinen fysioterapia | 17 |
| 3.1.4 Erilaisia rentoutusmenetelmiä | 18 |
| 4 ANOREKSIAPOTILAAN FYSIOTERAPIA ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALASSA..... | 20 |
| 5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 23 |
| 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 23 |
| 6.1 Tutkimuksen luonne | 24 |
| 6.2 Tutkimushenkilöt | 25 |
| 6.3 Teemahaastattelu..... | 26 |
| 6.4 Aineiston analyysi..... | 28 |
| 6.5 Analyysin eteneminen | 28 |
| 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET | 31 |
| 7.1 Fysioterapian merkitys..... | 32 |
| 7.1.1 Fysioterapian vaikutus paranemiseen..... | 32 |
| 7.1.2 Fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan | 34 |
| 7.1.3 Suhtautuminen fysioterapiaan | 35 |
| 7.2 Fysioterapiaprosessi | 36 |
| 7.2.1 Asiakaslähtöisyys..... | 37 |
| 7.2.2 Fysioterapiamenetelmät..... | 38 |
| 7.3 Kehittämisehdotukset | 39 |
| 8 POHDINTA | 41 |
| 8.1 Koehenkilöt..... | 41 |
| 8.2 Haastattelu | 42 |
| 8.3 Aineiston analysointi..... | 45 |
| 8.4 Tulosten tarkastelu | 45 |
| 8.5 Luotettavuus..... | 49 |
| 8.6 Eettisyys | 51 |
| 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET | 52 |
| LÄHTEET | 54 |

LIITTEET

- Liite 1 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän eettisen toimikunnan lausunto
- Liite 2 Saatekirje
- Liite 3 Suostumuslomake
- Liite 4 Haastattelun teemat

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat ajankohtainen ja vakava aihe, sillä ne ovat usein luonteeltaan hankalia hoitaa ja yleistyvät koko ajan (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008). Kauneushanteet ovat muuttuneet vuosikymmenten saatossa laihuutta ihannoivammiksi, mikä saattaa aiheuttaa paineita omasta kehosta, varsinkin murrosikäisille tytöille ja nuorille naisille. Nykyään aihetta käsitellään ilmiönä paljon esimerkiksi mediassa, mutta hoitoon ja sen vaikuttavuuteen ei juuri keskitytä. Anoreksiaan sairastuu elämänsä aikana noin 2 % suomalaisista (Keski-Rahkonen ym. 2008).

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on vakava ja moniulotteinen syömishäiriömuoto, joka voi pahimmillaan johtaa kuolemaan. Siinä hallitsevina piirteinä ovat pelko lihavuudesta ja lihomisesta sekä ruumiinkuvan vääristyminen. Sairastunut asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen ja omaksuu painon kontrolloimiseksi niukat, rituaalinomaiset ruokailutavat. Sairastunut ei itse ole huolissaan aliravitsemuksestaan ja kieltää väsymyksensä. (Suokas & Rissanen 1999, 278 - 288.)

Yhtenä osana syömishäiriökuntoutusta on fysioterapia, jonka sisältöä ja vaikuttavuutta ei ole tutkittu Etelä-Karjalassa. Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, ja sen tavoitteena on selvittää kolmen anoreksia nervosaa sairastaneen kokemuksia fysioterapiasta ja sen osuudesta paranemisessa Etelä-Karjalan alueella. Mielestämme aihetta kannattaa tutkia, jotta fysioterapiaa Etelä-Karjalassa voidaan kartoittaa ja selvittää sairastaneiden kehittämisajatuksia syömishäiriöiden hoitoon. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Etelä-Karjalan keskussairaalan (EKKS) kanssa.

Aineistonkeruumenetelmänä on teemahaastattelu fysioterapiaprosessin läpikäyneille anoreksiapotilaille. Aineisto on analysoitu teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä.

2 ANOREKSIA NERVOSA

Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa on monimutkainen sekä ruumiin että psyyken sairaus (Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud 2005). Sillä on syvästi heikentävä vaikutus biologisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti. Sairauteen kuuluu usein sairaalloinen laihtuminen ja merkittävä fyysisen aktiivisuuden kohoaminen. Sairaudessa tärkeimmäksi asiaksi muodostuu vartalon muoto ja paino, jolloin itsetunto on vahvasti riippuvainen kehonkuvasta. Anorektikkoja luonnehditaan yleisesti perfektionisteiksi, pakkomielteisiksi sekä levottomiksi, ja heillä on usein erittäin alhainen itsetunto. (Bulik ym. 2005.) Anoreksiaan sairastuneilla itsensä hallitsemisella eli kontrollilla on hyvin suuri, jopa uskonnollinen merkitys. Kontrolli kuuluu heidän lähes kaikkiin elämänalueisiinsa, mutta päähuomion saavat rasva ja paino. (Buckroyd 1996; van der Ster 2006.) Sairastuneet usein rankaisevat itseään erilaisista asioista kuten siitä, että tarvitsevat unta (Buckroyd 1996).

Anoreksia nervosan määritelmä vaihtelee maailmalla. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (1994) ja International Classification of Diseases (ICD)—Version 10 mukaan merkki sairaudesta voi olla, jos henkilön paino on alle 85 % odotetusta painosta, joka määritetään pituuden avulla. Se, ettei saavuta kasvupyrähdysen aikana odotettua pituutta, voi olla myös kertoa sairaudesta. (Palmer 2003, 6 - 8; WHO 1992, Bulik ym. 2005 mukaan.)

On arvioitu, että maailmassa jopa 5 - 10 miljoonaa tyttöä ja naista sekä noin miljoona poikaa ja miestä sairastaa jonkin tyyppistä syömishäiriötä (Michel & Willard 2003, Savukoski 2008 mukaan). Länsimaissa syömishäiriöiden esiintymisluvut ovat samankaltaisia keskenään (Keski-Rahkonen ym. 2008, 22). Suomessa 15 - 20-vuotiaista naisista arviolta 2 % sairastuu syömishäiriöön. Lisäksi jopa 15 % on ongelmia syömisen kanssa. (Lepola & Koponen 2002; Bordo 1993; Ruuska 2006, Savukoski 2008 mukaan.) Keski-Rahkonen ym. (2008, 17, 22 - 23) mukaan 2 % kaikista suomalaisista sairastuu elämänsä aikana anoreksiaan. Syömishäiriöt ovat todennäköisesti yleisempiä kuin luvut antavat ymmär-

tää, koska syömishäiriö saatetaan salata ja hoitoon hakeutuu vain pieni osa sairastuneista.

Suomessa käytetään ICD-10-tautiluokitusta, jonka mukaan syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön, näiden epätyypillisiin muotoihin sekä muihin syömishäiriömuotoihin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b). Anoreksialle on olemassa erilaisia kriteereitä: Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) enintään 17,5 kg/m². Painon lasku on itse aiheutettua rajoittamalla syömistä. Lisäksi liikunnan kohtuuton lisääminen, oksenteleminen sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttö on yleistä. Potilas pitää itseään liian lihavana ja pelkää lihomista, hän ei kykene ymmärtämään alipainoisuuttaan vakavana sairautena. Usein potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen. Painon liiallisen laskun seurauksena syntyy hormonihäiriö, jonka vuoksi muun muassa naisen kuukautiset loppuvat ja miehen seksuaalinen mielenkiinto väheenee. Häiriön alkaessa ennen murrosikää, kasvu ja fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa hormonitoiminta palautuu ja kehitys jatkuu usein normaalisti mutta tavallista myöhempään. (Palmer 2003, 8; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b.)

Laihuushäiriö alkaa tavallisimmin nuoruusiän alkuvuosina. Vain pieni osa alkaa jo ennen murrosikää. Anoreksiaa sairastava kokee itsensä liian lihavaksi, vaikka voi samalla tiedostaa olevansa laiha. Epätyypillisistä syömishäiriöistä puhutaan, kun vain osa laihuus- tai ahmimishäiriön kriteereistä toteutuu, tai kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta ovat lieviä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b.)

2.1 Sairastumisen syyt

Anoreksian kehittymiseen vaikuttavat monet asiat ja sairastumisen syytä on paljon (Fairburn, Cooper & Doll 1999). Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik (2002) tutkivat anoreksiapotilaan kokemuksia tekijöistä, jotka vaikuttivat heidän sairastumiseensa sekä toipumiseensa. Kolme yleisimmin mainittua syytä sai-

rastumiseen olivat perheessä ilmenevät ongelmat, painon pudotus ja dieetti, sekä stressaavat kokemukset ja koettu paine. Muita syömishäiriöön sairastumisen aiheuttajia ovat muun muassa huono itsetunto, perfektionismi, seksuaalinen hyväksikäyttö, ulkopuolisten asiattomat kommentit ja halu kontrolloida (Fairburn ym. 1999). Isomaa (2011) toteaa väitöskirjassaan laihduttamisen olevan masentuneen mielialan tai epämääräisen lihavuuden tunteen takia vahva syömishäiriöiden riskitekijä. Näiden tekijöiden vuoksi laihduttavilla riski sairastua syömishäiriöön oli 15-kertainen verrattuna turhamaisuuden tai todellisen ylipainon vuoksi laihduttaviin nuoriin.

2.2 Oireet ja fysiologiset muutokset

Anoreksia nervosa -potilailla esiintyy elinaikanaan keskimääräistä enemmän vakavaa masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä (Halmi ym. 1991, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b mukaan). Laihuushäiriöön liittyy usein pakko-oireisen häiriön tai vaativan persoonallisuuden piirteitä, joilla on taipumus säilyä syömishäiriön korjaantumisen jälkeenkin (Lilenfeld ym. 1998; Sullivan ym. 1998a; Sullivan ym. 1998b, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b mukaan). Laihuushäiriötä sairastavilla naisilla kuukautiset loppuvat ja heillä esiintyy sairauden jatkuessa anovulaatioon liittyvää lapsettomuutta (ESHRE Capri Workshop Group. 2006, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b mukaan). Laihuushäiriöpotilaille kehittyy myös estrogeenin puutosta ja luukatoa (Fava ym. 1989, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b mukaan).

Anoreksiasta johtuvat fysiologiset muutokset johtuvat nälkiintymisestä ja ovat verrannollisia sen keston. Nälkiintyminen hidastaa perusaineenvaihduntaa ja verenpaine laskee. Anorektikoilla rytmihäiriöt ovat yleisiä ja muutokset EKG-kuvassa ovat mahdollisia. Ruoansulatuselimistön toiminta hidastuu ja tämän vuoksi ummetus on yleistä. Elektrolyyttitasapaino muuttuu ja tästä johtuvat muun muassa lihasheikkous ja väsyminen. Yleisin pitkäaikaisuusmuutos on osteoporoosi eli luukato. Sen kehittyminen alkaa noin kahden sairastamisvuoden kuluessa. (Westerlund 1998.)

2.3 Hoito ja terapia

Anoreksian hoidossa tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ja terveydentilan koheneminen ja sitä kautta parempi elämänlaatu. Pyrkimyksenä on avohoito. Se on mahdollista, kun potilaan hoitomotivaatio on riittävä ja tilanne alkaa korjaantua nopeasti. Painoindeksin on oltava yli 13 kg/m² tai suhteellinen paino yli 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta. Muussa tapauksessa anoreksiapotiilas kuuluu sairaalahoitoon. Myös muut tekijät kuten aineenvaihduntahäiriöt, syketaaajuuden lasku ja itsetuhoisuus ovat syitä sairaalahoitoon. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2009b.)

Jos syömishäiriö on kestänyt pitkään, menee kauan, ennen kuin sairastunut voittaa harhakäsitykset ja pystyy omaksumaan elämäänsä realistisia asioita. Joskus paraneminen voi tuntua sekä pelottavalta että mahdottomalta ja siksi saattaa tuntua turvallisemmalta pitää kiinni syömishäiriöstä. (Van der Ster 2006.) Tozzi ym. (2002) mukaan anoreksiasta parantumiseen vaikuttavat perheen ulkopuoliset suhteet, terapia ja henkinen kasvu.

Ilman potilaan omaa motivaatiota parantua hoito ei onnistu. Huonokuntoisen ja vastahakoisen potilaan hoito aloitetaan motivointijaksolla, joka voi joskus kestää jopa kaksi vuotta. Hengenvaarallinen aliravitsemustila joudutaan joskus korjaamaan ilman yhteistyötä pakkosyötöllä esimerkiksi nenä-mahaletkun kautta. Ilman potilaan omaa työskentelyä ja halua parantua mikään hoitotulos ei ole pysyvä. Ulkomaisten tutkimusten mukaan syömishäiriöistä parantuu nykyisillä hoitomenetelmillä 80 % potilaista. Suomessa aiheesta ei ole vielä julkaistuja tutkimuksia, mutta HYKS:n psykiatrian klinikan toistaiseksi julkaisemattomien tutkimusten mukaan luvut kotimaassamme ovat kansainvälisten lukujen suuntaiset. (Charpentier.) Laihuushäiriöpotilaiden kuolleisuus on noin 5 - 7 % eli suurempi kuin vastaavanikäisen väestön kuolleisuus tai useimpiin muihin psykiatriisiin häiriöihin liittyvä kuolleisuus (Nielsen ym. 1998, Suomalainen Lääkärisseura Duodecim 2009b mukaan).

Syömishäiriöiden hoidossa tavallisimmin käytettäviä terapiamuotoja ovat kognitiivinen ja psykodynaaminen psykoterapia, perheterapia, ryhmäterapia ja psykoedukatiiviset ryhmät (Charpentier). Hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Somaattisen ja psykiatrisen hoidon lisäksi potilas voi saada erilaisia tukevia hoitomuotoja, kuten ravitsemus-, kuvataide- ja fysioterapialla. (Likovuori, Timperi & Valtonen 2005, 45.)

Lapinlahden vaiheittainen hoitomalli

EKKS:ssa syömishäiriöisten hoitokäytäntöön on otettu vaikutteita Lapinlahden sairaalan vaiheittaisesta hoitomallista (Rautamies 2010). Lapinlahden sairaalassa toimiva syömishäiriöyksikkö on erikoistunut yli 18-vuotiaiden anoreksiapotilaiden arviointiin ja hoitoon (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008). Lapinlahden sairaalassa hoidetaan syömishäiriöpotilaita myös muualta Suomesta. EKKS:ssa tarve potilaan lähettämisestä Lapinlahteen katsotaan tapauskohtaisesti. (Harmanen 2010; Rautamies 2010.)

Lapinlahden sairaalassa osastolla 1 syömishäiriöpotilaan hoidossa käytetään vaiheittaista hoitomallia. Hoito aloitetaan aina esikeskustelulla, jossa omahoitaja arvioi osastohoidon soveltuvuutta potilaalle. Tulohaastattelussa ja tulotilanneanalyysissä arvioidaan terveyden nykytilanne, minkä jälkeen laaditaan hoitosuunnitelma ja –sopimus. Tavoitteet ja keinot rakennetaan yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Osastohoidon osalta hoito jaetaan neljään vaiheeseen, joissa eteneminen päätetään yhdessä hoitotiimin kanssa. (Lapinlahden sairaala, osasto 1.)

Ensimmäisen vaiheen tavoitteina ovat sitoutuminen yhteistyösuhteeseen, painon nousu ja somaattisen voinnin tasaantuminen, ruokailujen sujuminen, levon ja toiminnan tasapainottaminen sekä itsestä huolehtiminen. Toisen vaiheen tavoitteet ovat itsetietoisuuden lisääntyminen, aliravitsemustilan korjaantuminen ja sen hyväksyminen sekä yhteisissä sopimuksissa pitäytyminen. Kolmannessa vaiheessa tavoitteina ovat ahdistuksen hallintakeinojen ja ongelmanratkaisukeinojen lisääntyminen, sosiaalinen aktiivisuus sekä elämän kokonaistilanteen kar-

toitus suhteessa terveyteen. Neljännen vaiheen tavoitteita ovat tulevaisuuteen suuntautuminen, tasapainoisuus suhteessa ravitsemukseen, lepoon ja liikuntaan, itsensä hyväksyminen sekä itsenäisyys elämän eri osa-alueilla. Edistyttyään neljännessä vaiheessa potilas voi jatkaa hoitoaan Lapinlahden sairaalan syömishäiriöyksikössä päiväosastolla viidenteen ja syömishäiriöpoliklinikalla kuudenteen vaiheeseen. Päiväosasto toimii ryhmämuotoisesti, ja siellä noudatetaan kognitiivis-behavioraalista hoito-ohjelmaa. Poliklinikan toiminta taas perustuu modifioituun kognitiivis-behavioraaliseen yksilöhoitoon. (Lapinlahden sairaala, osasto 1.)

Lapinlahden sairaalassa käytettäviin kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin, eli käyttäytymiseen vaikuttamiseen ajattelun avulla, kuuluu syömisen normalisointi, syömishäiriön kehään liittyvien laukaisevien tekijöiden käsittely, yksilön hallintakeinojen parantaminen, häiriöön liittyvien laukaisevien ja ylläpitävien haitallisten ajatusten tutkiminen sekä psykoedukaatio. Psykoedukaatio on opetusstrategia, jossa kerrotaan potilaalle ja hänen perheelleen sairaudesta, hoitomuodoista, selviytymiskeinoista ja voimavaroista. (Lapinlahden sairaala, osasto 1; Lähteenmäki & Jaakkola 2009, 66.)

3 FYSIOTERAPIA ANOREKSIAN HOIDOSSA

Syömishäiriöpotilaan fysioterapeuttisessa tutkimisessa arvioidaan potilaan asentoa, hengitystä sekä lihasten kireyttä, voimaa, kestävyyttä ja joustavuutta. Tutkimuksessa voidaan käyttää muun muassa Bunkanin voimavaratutkimusta, jossa tutkitaan potilaan asentoa ja hengitystä seisten ja selinmakuulla. Tutkimuksessa tarkastellaan esimerkiksi, onko asento mahdollisesti fleksio- tai ekstensiovoittainen ja kuinka hengitys virtaa. Selinmakuulla tarkastellaan myös potilaan kykyä päästää vartalonsa rennoksi. Kykyä jättäytyä rennoksi tutkitaan myös erilaisin liikkein, kuten eteentaivutuksessa niskan painaminen ja vartalon kierto. Lihakset käydään painelemalla läpi, ja havainnoidaan niiden joustavuutta. Tärkeintä on tarkastella potilasta kokonaisuutena. Jos ylävartalon lihakset kiristävät – mikä on sen vaikutus esimerkiksi hengitykseen. Tutkimuksessa ha-

vainnoidaan myös kehon eri reaktioita, kuten autonomisen hermoston reaktioita tutkimuksen aikana. Tutkittaessa selvitetään myös potilaan liikuntatottumuksia ja –tarpeita sekä käsitystä omasta ruumiista ja sen toiminnoista. (Immonen-Orpana 1999.) Potilaan kokonaisvaltaisessa tutkimisessa kartoitetaan yksilön voimavaroja ja sitä, mihin hän pystyy sekä mitä puutteita toimintakyvyssä ilmenee (Harmanen 2010; Rautamies 2010). Syömishäiriöpotilailla yleisiä oireita ovat muun muassa asennon muutokset, lihaksiston jännitykset ja kivut sekä luumu- ja lihaskato (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009a).

Fysioterapian tavoitteita ovat esimerkiksi ruumiinkuvan eheytyminen ja realisoituminen, ruumiintuntemusten tunnistamisen edistyminen ja myönteistyminen. Muita tavoitteita voivat olla rentoutumisen edistyminen, liikunta- ja syömiskäyttäytymisen normalisoituminen, kuten myös lihasmassan säilyminen tai kasvaminen, luuston mineraalitiheyden lisääntyminen, lihasjoustavuuden ja nivelliikkuvuuksien ylläpitäminen tai edistyminen. (Haponen & Valtonen 2006.)

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2009a) mukaan syömishäiriöpotilaan fysioterapia sisältää terveitä elintapoja edistäviä venyttelyjä, lihasten joustavuutta lisääviä harjoituksia, ohjausta rentoutusharjoitteluun sekä kohtuulliseen liikuntaan. Fyysistä, energiaa kuluttavaa harjoittelua suositellaan anoreksian hoidossa vasta, kun paino on saatu asettumaan hyväksyttävän painorajan yläpuolelle (Michielli ym. 1994, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009a mukaan). Sen lisäksi, että terapeuttisella harjoittelulla vaikutetaan luuston ja lihasten hyvinvointiin, sillä pyritään myös luomaan tyytyväisyyttä potilaan omaa kehoa kohtaan (Immonen-Orpana 1999, 64).

Liikuntaharjoittelun on todettu lisäävän syömishäiriöpotilaan hoitomyöntyvyyttä (Michielli ym. 1994, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009a mukaan). Fysioterapian tavoitteena on, että potilas kyseenalaistaa oman hyperaktiivisuutensa ja oppii liiallisen liikunnan sijasta muita tapoja purkaa ahdistustaan. Tavoitteena on myös, että potilas mieltää kohtuullisen liikunnan yhtenä hoidon välineenä. (Immonen-Orpana 1999; Michielli ym. 1994; Davison 1988, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009a mukaan.) Syömishäiriöpotilaiden hoidossa

käytetään myös psykofyysisyyttä korostavaa fysioterapiasuuntautumista, jossa työskennellään kehon ja sen tuntemusten sekä liikkeiden ja niiden kokemisen kanssa (Immonen-Orpana 1999, 26).

Fysioterapiassa käytetään jonkin verran myös ryhmäterapiaa (Harmanen 2010; Rautamies 2010). Ryhmällä tarkoitetaan kolmen tai useamman henkilön joukkoa, jonka jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Vuorovaikutus luo perustan ryhmän toiminnalle samalla ylläpitäen sitä. (Toikka & Toikka 2006.) Johonkin liittyminen, kuuluminen, hyväksytyksi tuleminen, osallistuminen ja vaikuttaminen ovat tärkeitä asioita yksilön kehitykselle. Ryhmässä henkilö joutuu jatkuvasti suhteuttamaan itseään ympäristöönsä, mikä lisää hänen tietoisuuttaan itsestään ja ympäröivästä maailmasta sekä näiden välisestä suhteesta. Ryhmä on yksilölle eräänlainen itsetuntemuksen lisäämisen eli reflektion väline. Reflektiolla tarkoitetaan oman toiminnan tietoista ja kriittistä tarkastelua. Sen avulla yksilö voi tulla tietoiseksi omista tavoistaan havaita, ajatella, tuntea, kommunikoida ja toimia. Ryhmätoimintaan osallistuminen kehittää ihmisten kykyä pohtia toimintansa eri puolia ja vaihtoehtoja laajentaen näin hänen tietoisuuttaan. (Jauhainen & Eskola 1994.)

Immonen-Orpana (1999) tutki fysioterapian mahdollisuuksia ja perusteita anoreksiapotilaiden hoidon osana. Tutkimusmenetelmänä käytettiin MEDLINE-tietokannassa julkaistujen fysioterapiaa koskevien artikkeleiden analysointia. Tutkimuksen mukaan fysioterapialla on vahvat perusteet kuulua osaksi hoitoa. Terapeuttisella harjoittelulla todettiin voivan vaikuttaa luuston mineraalipitoisuuteen sekä luuston ja lihaksiston massaan. Lisäksi terapeuttisella harjoittelulla voidaan eheyttää ruumiinkuvaa ja luoda tyytyväisyyttä omaa kehoa kohtaan. Fysioterapeutti voi myös vaikuttaa käyttäytymisellään potilaan hoitomyöntyvyyteen. Analyysin perusteella ei löydetty tieteellistä näyttöä fysioterapian vaikutuksesta liiallisen liikkumisen normalisointiin. (Immonen-Orpana 1999.)

3.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Sen juuret ovat nor-

jalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapiaperinteessä. Suomessa suuntaus alkoi kasvaa 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen siivittämänä. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2010.) Käsitteenä psykofyysinen kuvastaa psyykkisen ja fyysisen alueen erottamattomuutta. Psykofyysisestä fysioterapiasta käytetään myös nimitystä kokonaisvaltainen fysioterapia. Perinteinen ja psykosomaattinen fysioterapia keskittyvät paljolti yksilön fyysiseen osa-alueeseen, kehoon ja sen toimintoihin. Psykofyysinen fysioterapia taas huomioi keskeisesti myös psyykkisen osa-alueen, henkilön ajattelun, tuntemisen ja kokemisen. (Immonen-Orpana 1995, 134.)

Psykofyysinen fysioterapia on kuntoutujan liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamista ja tukemista (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265). Toimintakykyisyyden edistämisen keinoina voivat olla esimerkiksi kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressin hallinta, ruumiinkuvan eheytyminen sekä kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen kohentuminen. Psykofyysinen fysioterapian eheyttävä vaikutus perustuu kokemukselliseen oppimiseen, joka tuo keinoja ja ratkaisutapoja arjessa selviytymiseen. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2010.) Menetelmän avulla autetaan kuntoutujaa tulemaan tietoisiksi kehon välittämistä viesteistä ja sitä kautta pääsemään kosketuksiin tunteidensa kanssa (Talvitie ym. 2006).

Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään syömishäiriöiden hoidon lisäksi myös monien muiden psyykkisten ja fyysisten sairauksien sekä toimintakykyongelmien terapiamuotona. Terapiamenetelminä käytetään terapeuttista harjoittelua, manuaalisia käsittelyjä, fysikaalisia hoitoja sekä ohjausta ja neuvontaa. Terapeuttiseen harjoitteluun kuuluvat muun muassa hengitys- ja kehonhahmotusharjoitukset, rentoutustekniikat, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet sekä toiminnalliset harjoitukset. Menetelmissä välineinä käytetään esimerkiksi liikehoitoa, lämpöhoitoa ja kosketusta. Terapian vaikuttavuutta määrää paljolti kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen. Terapia voidaan toteuttaa sekä yksilöllisesti että ryhmässä. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2010.) Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään ongelmakeskeisen lähestymistavan lisäksi

huomioimaan myös potilaan resurssit eli voimavarat sekä yhteistyö- eli motivaatiotaso (Immonen-Orpana 1995, 135).

Arviointi- ja tutkimismenetelminä psykofyysisessä fysioterapiassa ovat haastattelu, havainnointi ja mittaaminen. Arvioita tehdään esimerkiksi hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, kehonkuvasta sekä vuorovaikutuksesta. Saavutettujen tulosten arvioinnissa merkittävänä pidetään myös kuntoutujan itse kokemaa muutosta. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2010.)

3.1.1 Body Awareness Therapy

Ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal toi 1980-luvulla fysioterapiaan kehontuntemusterapian (*The Body Awareness Therapy - BAT*), jonka tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden ja sitä kautta kehon hallinnan ja itse-tuntemuksen lisääntyminen. Kehon hallinnan osa-alueet ovat kyky ohjata ryhtiä, liikkeitä ja lihasten jännitystä. Kehontuntemus ja -tietoisuus koostuvat kehokokemukseen ja liikkeeseen liittyvistä asioista, kuten liikkeiden hallinnasta sekä kyvystä ohjata liikkeitä ja kehon asentoja. Kehonelämyksellä tarkoitetaan sitä, kuinka ihminen kokee kehonsa rajat ulkomaailman suhteen tai millaisena hän näkee oman kehonsa. Menetelmään kuuluu identiteettiä aktivoivia, kehon rajojen tuntemista lisääviä sekä niitä eheyttäviä harjoitteita. (Talvitie ym. 2006, 269 - 270, 272.)

Roxendalin kehittämän kehontuntemusterapian keskeisiä ulottuvuuksia ovat kehon suhde alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskus ja hengitys sekä liikevirtaus ja tietoinen läsnäolo. Suhde alustaan tarkoittaa sitä, miten henkilö käyttää tukipintaa ja miten hänen painonsa jakautuu alustaan maataessa, istuessa, seistessä ja kävellessä. Kehon suhteella keskilinjaan eli ajateltuun pystyakseliin taas tarkoitetaan asennon symmetrisyyttä. Pyrkimys on siis saavuttaa mahdollisimman tasapainoinen asento, jolloin asentoa ylläpitävät lihakset kuormittuvat mahdollisimman vähän ja energiaa jää enemmän ääreisosien lihasten toimintaan. Kehon liikekeskuksen katsotaan sijaitsevan pallealihaksen ja selkärangan

yhteisen kiinnittymiskohdan korkeudella. Monet toiminnot, kuten kierrot, nostot ja yläraajojen liikkeet lähtevät liikekeskuksesta. Liikevirtauksella tarkoitetaan liikkeen sujuvuutta ja tasaisuutta sen koko liikeradalla ja suhteessa keskilinjaan. Liikevirtausta heikentäviä tai estäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi lihasjännitykset tai vammat. (Talvitie ym. 2006, 270 - 272.)

Harjoitusten, joilla kehitetään kosketusta alustaan, suhdetta keskilinjaan, liikekeskukseen ja hengitykseen, katsotaan vaikuttavan myös kehon rajojen hahmottamiseen. Aistiminen kuitenkin edellyttää hyvää keskittymistä harjoituksiin ja että muutoksiin ja vaihteluihin kiinnitetään huomiota. Roxendalin kehontuntemusterapiassa ei juuri keskitytä lihasjännitykseen tai rentoutumiseen. Harjoitusten tarkoituksena on kehittää tietoista läsnäoloa ja tietoisuutta itsestä, minkä vuoksi niistä ei saisi tulla rutiininomaisia. Lisäksi kuntoutujan kokemukset harjoitteista ja niiden aiheuttamat tunteet ovat tärkeitä terapian kannalta. (Talvitie ym. 2006, 272.)

Kehontuntemusterapian (BAT) vaikutusta on tutkittu nuorille anoreksia nervosa -potilaille. Sen ei todettu olevan perheterapiaa vaikuttavampaa, mutta BAT:ia saavat potilaat kuitenkin kehittyivät kehonkuvansa arvioinnissa. BAT:illa ei siis ole tutkimuksen mukaan vaikutusta anoreksia nervosan hoidon kokonaistulokseen, mutta se voi normalisoida potilaan vääristynyttä kehonkuvaa. (Wallin, Kronovall & Majewski, 1999.)

3.1.2 Basic Body Awareness Therapy

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) on Skandinaviassa kehittynyt kehontuntemusta ja –tietoisuutta korostava psykofyysinen fysioterapiamuoto, joka yhdistää traditioita sekä idästä että länsimaista. Idästä tulleita vaikutteita ovat Tai Chi ja Zen Meditaatio ja lännestä Grindlerin keskieuropalainen liikuntakoulu, Feldenkrais- ja Alexander-tekniikat. BBAT on saanut vaikutteita myös joistakin kehopainotteisista psykoterapioista sekä ilmaisuvoimaisista taiteenlajeista. (Gyllensten 2001; Roxendal 1985; Gyllensten, Ekdahl & Hansson 2008 mukaan.) BBAT perustuu paljolti myös Roxendalin kehontietoisuusterapiaan,

The Body Awareness -terapiaan (Lähteenmäki & Jaakkola 2009). Kehontuntemuksessa ja -tietoisuudessa kehittyminen on tutkimusten mukaan ollut tärkeä vaikuttaja tuloksekkaaseen kuntoutukseen potilailla, joilla on todettu esimerkiksi masennusta, pitkittyneitä tuki- ja liikuntaelimestön kiputiloja tai työkykyisyyteen liittyviä ongelmia (Gustavsson ym. 2002; Skatteboe ym. 1989; Mattsson & Mattsson 1994; Gyllensten ym. 2008 mukaan).

Ruotsissa on tutkittu Basic Body Awareness -terapian pitkäaikaisvaikutusta psykiatristen avohoitopotilaiden kehontuntemukseen ja -tietoisuuteen, terveyteen liittyviin tekijöihin sekä elämänhallintakeinoihin. Tutkittavilla oli ollut kehollisia oireita, kuten lihasjännitystä, vegetatiivisen eli tahdosta riippumattoman hermoston oireita tai hengitysongelmia. Tutkimuksessa seurattiin myös tutkittavien potilaiden sosiaalipalveluiden ja mielenterveyspalveluiden käytön määriä. BBAT-ryhmä edistyi kontrolliryhmää paremmin kehontietoisuudessa ja asenteessa kehon oireisiin ($p < 0.001$). Myös syrjäytyneisyys väheni. Lisäksi BBAT-ryhmä käytti kontrolliryhmää vähemmän mielenterveyspalveluita vuoden seurannan aikana ($p < 0.05$). (Gyllensten ym. 2008.)

3.1.3 Psykodynaamien ja psykomotorinen fysioterapia

Psykodynaaminen fysioterapia on yksi psykofyysisistä terapiamenetelmistä, jonka päätavoitteena on auttaa kuntoutujaa saamaan parempi kosketus itseensä oman kehonsa ja konkreettisten kokemusten kautta sekä pääsemään selville siitä, mitä oireet merkitsevät hänelle. Psykodynaamisessa fysioterapiassa ei keskitytä taudinmääritykseen liittyviin ilmiöihin, vaan ensin pyritään saamaan esille potilaan senhetkiset voimavarat. Tällöin työskennellään vain alueilla, jotka hän hallitsee. On tärkeää saada potilas motivoitumaan terapiaan, jonka avulla häntä autetaan saamaan parempi yhteys kehoonsa ja omiin elämyksiinsä. Päämääränä on lihasten ja hengityksen vapauttaminen muun muassa liikkeiden ja harjoitusten kautta. Vapautumisella tarkoitetaan sitä, että liikkuvuuden lisääntyä ja muututtua ilmeikkäämmäksi on helpompaa hyödyntää energiaa uusiin kokemuksiin ja ilmaisukeinoihin. Myös tunteet tulevat selvemmin esille lihasjännitysten lauetessa. (Monsen 1992, 50 - 51.)

Psykomotorisen fysioterapian on kehittänyt Norjassa psykiatri Braatoy ja fysioterapeutti Bülow-Hansen. Norjalainen psykologi ja fysioterapeutti Berit Heir Bunkan määrittelee psykomotorisen fysioterapian norjalaiseksi somatopsyykkiseksi metodiksi, jossa huomioidaan yksilön psyyke, keho ja sosiaalinen ympäristö. (Immonen-Orpana 1995.) Monsen (1992, 54 - 56) on määritellyt psykomotorisen fysioterapian peruseriaatteet seuraavasti: Keho on toiminnallinen kokonaisuus, minkä vuoksi jokaisella hoitokerralla hoidetaan koko kehoa. Kehon eri osien on liikuttava vapaasti suhteessa toisiinsa. Koukistajalihaksia pidetään puolustuslihaksina ja niiden kireys voi jarruttaa hengitystä. Koukistajalihasten rentouttamisen rinnalla on kehitettävä ojentajalihaksia. Asennon ja hengityksen vapauttaminen tapahtuu biomekaanisten periaatteiden mukaan alhaalta ylöspäin, jaloista aloittaen. Hoitoa ei anneta useammin kuin kerran viikossa, jotta potilaalle jää aikaa sisäistää muutokset. Hoitoaika on yksi tunti, ja se voi sisältää hierontaa ja liikeharjoituksia potilaan voimavarojen mukaan. Jokaista terapiakertaa seuraa lepoaika, sillä lihasten puolustus on heikentynyt ja torjutut tunteet ovat helpommin koettavissa. Hoitoprosessi mitoitetaan potilaan reaktiot huomioon ottaen. Potilaassa tapahtuvia muutoksia arvioidaan hengitysreaktioiden mukaan.

3.1.4 Erilaisia rentoutusmenetelmiä

Rentoutumisella tarkoitetaan päivittäisissä toiminnoissa rauhallista, miellyttävää ja jännityksestä vapaata olotilaa. Rentoutuksella taas tarkoitetaan menetelmiä, joilla kyseinen olotila saavutetaan. (Jansson 1982, Mononen 2006 mukaan.) Toisaalta rentoutuminen on myös taitoa, jossa huomio käännetään omaan itseen ja pyritään aistimaan kehon tuntemuksia (Helin 1996, Mononen 2006 mukaan).

Progressiivinen rentoutus, toiselta nimeltään jännitys-rentousteknikka, on amerikkalaisen neurofysiologi Edmund Jacobsonin kehittämä menetelmä potilaille, jotka ovat levottomia ja myös fyysisesti jännittyneitä. Menetelmässä henkilö jännittää ja rentouttaa eri lihasryhmiä vuorotellen ja käy ne läpi systemaattisesti.

Huomio kiinnitetään jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen väliseen eroon ja kun potilas oppii tunnistamaan turhan jännittämisen, hän pystyy vähitellen rentouttamaan itsensä myös ilman jännitystä. (Talvitie ym. 2006, 278.)

Autogeeninen rentoutus, toiselta nimeltään Schultzin menetelmä, on saksalaisen neurologi Johannes Schultzin kehittämä suggestiivinen rentoutusmenetelmä. Se on sukua hypnoosille ja perustuu näkemyksiin, joissa jokaisella ajatuksella on taipumus vaikuttaa kehoon ja yhteen kehonosaan keskittyminen auttaa keskittymään koko kehoon. Rentoutumisen ohella tavoitteena on vapauttaa kuntoutuja ei-toivotuista ärsykkeistä ja saavuttaa entistä parempi itsetuntemus. (mts. 278 - 279.)

Sovellettu rentoutus on itsehallintamenetelmä, jota käytetään esimerkiksi stressin, uupumuksen, jännityspäänsäryn, uniongelmien ja erilaisten kiputilojen hoitoon. Rentoutus koostuu kuudesta vaiheesta, joista seuraava pohjautuu aina edelliseen. Ne ovat progressiivinen rentoutus, lyhytrentoutus, vihjerentoutus, erillisrentoutus, pikarentoutus ja sovellusharjoitteluvaiheen rentoutus. (mts. 279.)

Kosketus ja hieronta ovat perinteisiä fysioterapian rentoutusmenetelmiä. Nykyisen tietämyksen mukaan kosketuksesta ja hieronnasta seuraava miellyttävyyden ja rentoutumisen tunne saattaa selittyä hormonaalisilla perusteilla, sillä ne vapauttavat oksitosiini- eli mielihyvähormonia. Hieronta auttaa myös omien rajojen tunnistamisessa ja on tärkeä hyväksymisen ja läheisyydentunteen synnyttämisessä. (mts. 280 - 281.)

Myös liikunnalla on keskeinen rooli psykofyysisessä fysioterapiassa. Kuntoutujaa ohjataan omaehtoiseen ja elämänhallinnantunnetta parantavaan liikuntaan. Fyysisen kunnon lisäksi se kohottaa mielialaa, rentouttaa ja on mielenterveyden kannalta tärkeä muun muassa vähentämällä ahdistusta. Aerobisen ja anaerobisen liikunnan on todettu vähentävän masennusta. Liikunta tärkeimpiä psykososiaalisia vaikutuksia ovat hallinnan tunne ja huomion siirtyminen pois arkisista huolista. (mts. 281.)

4 ANOREKSIAPOTILAAN FYSIOTERAPIA ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALASSA

Etelä-Karjalan keskussairaalassa (EKKS) käytetään kaikkia edellä mainittuja menetelmiä anoreksiapotilaiden fysioterapiassa. Suggestiivista eli kehotuksin ja pyynnöin toteutettavaa rentoutusta käytetään, kun potilaan ajatukset itsestä ja ympäristöstä ovat realistiset. Jos potilas on selvästi kireä ja epätietoinen omista ruumiinrajoista, on kosketuksen kautta toteutettava rentoutuminen perusteltua. Kaikki menetelmät valitaan potilaan tilan ja tavoitteiden mukaisesti. (Rautamies 2010.)

Fysioterapia alkaa tutkimusjakson aikana. Tutkimusjaksolla fysioterapian tavoitteena on potilaan tilanteen selvittäminen ja mahdollisten ohjeiden antaminen. Tutkimuksissa selvitetään muun muassa potilaan omaa käsitystä kehon koosta ja toiminnasta, rentoutumiskykyä sekä liikuntatottumuksia ja perusliikkumista. Hoitajaksolla fysioterapiassa tavoitteena on toipumisen tukeminen. Tukemiseen kuuluvat erilaiset kehonkuvan harjoitteet sekä liikuntakäyttäytymisen normalisoimisen ohjaus. Osastohoidon päättyessä fysioterapia toteutetaan polikliinisesti. Tällöin tavoitteena on edelleen toipumisen tukeminen sekä potilaan ohjaaminen itsenäiseen, normaaliin elämään. Samalla hoitovastuu siirtyy potilaalle. (Harmanen 2010; Rautamies 2010.)

Fysioterapia toteutetaan fysioterapiasopimuksen mukaisesti. Yksilöterapiaa on yleensä noin 1 - 2 kertaa viikossa, 20 - 60 minuuttia kerrallaan. Fysioterapiasuhde on yleensä pitkäkestoinen, yli kolme kuukautta. Yksilöterapian lisäksi potilas voi osallistua fysioterapiaryhmiin. Fysioterapia etenee potilaan painoindeksin mukaan: Jos BMI on alle 15, fysioterapia koostuu rentous- ja kehontuntemusharjoituksista. Vaiheittain fysioterapiaan lisätään aineenvaihduntaa ja verenkiertoa edistävää kevyttä harjoittelua (BMI 15 - 17) sekä lihasvoimaa kehittävä ja luustoa kuormittavaa harjoittelua (BMI 17 - 19). Fyysistä kuormitusta terapiaan lisätään siis potilaan fyysisen tilan kohoamisen myötä. (Rautamies 2009, 2010; Harmanen 2010.)

Yhtenä osana syömishäiriöisen fysioterapiaa ovat lepo- ja liikuntapäiväkirjat. Lepopäiväkirjaan kirjataan kaikki ne hetket päivästä, kun on pystynyt lepäämään ja rentoutumaan. Muistiin kirjataan lepoon käytetty aika, rentoutumistyyli sekä tunnelmat. Liikuntapäiväkirjaan kirjataan liikuntamuoto, liikuntaan käytetty aika, koettu kuormitus asteikolla 1 - 10 sekä tunnelmat. Kehonkuvan tutkimisessa käytetään erilaisia lomakkeita, joiden avulla kartoitetaan asenteita ja tunteita omaa kehoa kohtaan. Potilas kertoo, millaiseksi hän kokee oman kehonsa eri osat, millainen kontakti omaan kehoon on ja kuinka tyytyväinen on kehoonsa. (Rautamies 2010; Harmanen 2010.)

Anoreksiapotilaan fysioterapia voidaan jakaa viiteen eri tasoon sairauden vaiheiden mukaan. Eri tasot ovat ohjeellisia eikä niitä ole tarkoitus noudattaa tarkasti. Niitä käytetään fysioterapiassa lomittain potilaan voinnin ja yksilöllisten tavoitteiden mukaan. (Rautamies 2010; Harmanen 2010.)

Ensimmäisellä tasolla fysioterapian sisältöön kuuluvat hengitystoiminnan tutkiminen ja harjoittaminen, rentoutumiseen oppiminen ja siitä nauttiminen, liikuntatottumusten ja -harrastusten arviointi sekä kivun määrän ja laadun arviointi. Hengitystoimintaosio sisältää potilaan hengitystavan ja -rytmin havainnoinnin sekä oikeanlaisten hengitystapojen ohjaamisen. Rentoutumisosiossa selvitetään potilaan rentoutumiskeinot ja -kyky sekä harjoitellaan rentoutumista erilaisia rentoutustekniikoita hyödyntäen. Rentoutumisen opettelussa tärkeää on mielihyvän saaminen levosta. Liikuntatottumusosiossa kartoitetaan potilaan harrastukset, niiden kesto ja kuormitus. Anoreksiapotilailla saattaa olla pakkoliikuntataipumusta, joten sen selvittäminen on tärkeää. Jos liikuntaa on harrastettu selvästi liikaa, ohjataan potilasta sen rajoittamiseen ja lepoon. Kipua arvioidaan esimerkiksi kipujanon ja -piirroksen avulla. (Rautamies 2010; Harmanen 2010.)

Toisella tasolla fysioterapiaan kuuluvat perusliikkumisen, kehonkuvan, lihaskireyksen sekä nivelten liikkuvuuden tutkiminen ja harjoittaminen. Muita osalueita ovat kehon rajoihin tutustuminen, hengitystoiminnan harjoittaminen, rentoutumiseen oppiminen ja siitä nauttiminen sekä kohtuullisuuteen ohjaaminen. Näissä havainnoidaan asentoja, liikkumista ja siirtymisiä sekä lihaskireyksiä.

Kehonkuvaharjoituksissa pyritään esimerkiksi keskilinjan hahmottamiseen eri asennoissa. Nivelliikkuvuuksia pidetään yllä venytyksillä ja liikkuvuutta parantavalla mobilisoinnilla. Hengitysharjoituksissa ohjataan manuaalista hengityksen vastustamista ja avustamista sekä hengitystä tukevia liikkeitä. Niiden tavoitteena on luonnollinen hengitys ja sen mukautuminen liikkeeseen. Rentoutumisessa pyritään oman kehon jännityksen ja rentouden eron tunnistamiseen. Kohtuullisuuteen ohjataan opettelemalla kehon tuntemuksia, esimerkiksi sitä, mikä on liikaa ja milloin on väsynyt. (Harmanen 2010; Rautamies 2010.)

Kolmannessa vaiheessa edellisten lisäksi tulevat fyysisen suorituskyvyn arviointi ja harjoittaminen ja lihasvoiman tutkiminen ja harjoittaminen. Fyysistä suorituskykyä voidaan testata esimerkiksi kuuden minuutin kävelytestillä. Fyysistä ponnistelua vaativissa harjoitteissa seurataan sykettä, ja hengitys- ja verenkiertoelimistöä harjoitetaan muun muassa kohtuullisilla kävelylenkeillä muutaman kerran viikossa. Lihasvoimaa tutkitaan 30 sekunnin toistotestien avulla. Eriksseen on olemassa ala- ja yläraajojen ja vartalon lihasten nopeus- ja kestävyysvoimaa mittaavat testit. Fyysisen suorituskyvyn testejä käytetään harvoin, sillä ne voivat korostaa mekaanista tekemistä, lihasvoimakkeutta sekä energiankulutukseen tähtäävää liikuntaa. (Harmanen 2010; Rautamies 2010.)

Neljännellä tasolla edelliset elementit syvenevät, perusliikkumisessa harjoitellaan tasapainoista seisomis- ja istumisasentoa sekä kävelyn harjoittelua eri nopeuksilla ja tyyleillä. Seisomis- ja istumisasentoa harjoitellaan, koska anoreksiapotilailla asennot ovat usein jännittyneitä ja epätasapainoisia. Kehonkuvaharjoituksissa selvitetään, millaiseksi potilas kokee itsensä erilaisten lauseentäydennystehtävien, piirrosten ja väritysten avulla. Videointia käytetään tarvittaessa kehontuntemuksen harjoittamisen apuna. Potilas aloittaa itsereflektoinnin omista tunnetiloistaan ja kokemuksistaan. (Rautamies 2010; Harmanen 2010.)

Lihaskuntoharjoittelua tehdään lyhyillä sarjoilla ja suurilla painoilla, jotta lihasmassa kasvaisi. Rentoutuminen pyritään ottamaan osaksi päivittäistä elämää ja kohtuullisten elämäntapojen opettelussa ohjataan terveelliseen liikkumiseen. Uusina asioina fysioterapiaan tulevat tässä vaiheessa vastuun ottaminen omas-

ta terveydestä sekä osteoporoosin ehkäiseminen. Vastuun ottamista harjoitetaan terveyttä edistävällä neuvonnalla ja itseohjautuvuudella. Osteoporoosia ehkäistään luustoa kuormittavalla liikunnalla, esimerkiksi sauvakävelyllä tai kuntosaliharjoittelulla. Viides vaihe on avohoitoa, jolloin uusia vaiheita ei enää tule. Aikaisemmat pysyvät edelleen mukana ja syvenevät harjoittelun myötä. (Rautamies 2010; Harmanen 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

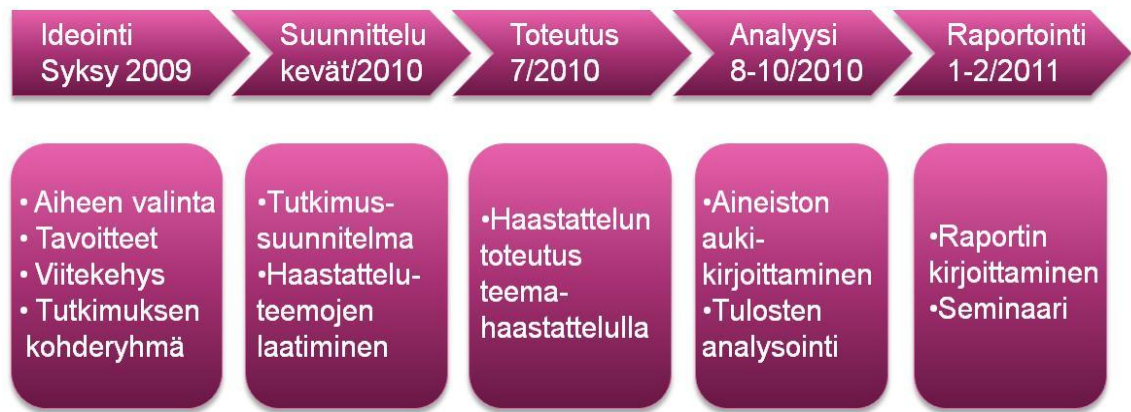
Tutkimuksen tavoitteena on kuvata kolmen Etelä-Karjalan keskussairaалassa fysioterapiaprosessin läpikäyneen anoreksiaa sairastaneen (N=3) kokemuksia fysioterapiasta. Tutkimus auttaa ymmärtämään anoreksiapotilaan tarpeita ja fysioterapian asemaa paranemisprosessissa. Lisäksi selvitetään, miten fysioterapiakäytäntöjä voitaisiin soveltaa ja kehittää eteenpäin anoreksiaa sairastaneen näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia kokemuksia fysioterapiaprosessin läpikäyneellä anoreksiapotilaalla on fysioterapiasta Etelä-Karjalan keskussairaалassa?
2. Miten haastatellut anoreksiapotilaat kehittäisivät fysioterapiaa Etelä-Karjalan keskussairaалassa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimukselle saatiin puoltava lausunto Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän eettiseltä toimikunnalta (Liite 1). Tämän jälkeen kirjoitettiin yhteistyösopimus Etelä-Karjalan keskussairaalan kanssa.



Kuvio 1 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen etenemistä kuvataan kuviossa 1, jossa näkyy ajankohdat ja toteutetut tehtävät sisältöineen.

6.1 Tutkimuksen luonne

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonhankinta on luonteeltaan kokonaisvaltaista. Lähtökohtana pidetään todellisen elämän kuvaamista todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa täytyy ottaa huomioon, että tapahtumat muokkaavat toinen toisiaan ja niistä on mahdollista löytää monenlaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan menetelmiä, joilla tutkittavien näkökulmat tulevat esiin. Esimerkiksi teemahaastattelu on tällainen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156 -157.)

Tapaustutkimus on lähestymistapa todellisuuden tutkimiseen. Tavoitteena on kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä, kuten tässä tutkimuksessa anoreksiasta ja kokemuksista. Tyypillisiä piirteitä tapaustutkimukselle ovat monipuolisuus ja joustavuus. Tutkimuksessa käytetään usein monia eri aineistonkeruumenetelmiä. Tyypillistä tapaustutkimukselle on, että tuotetaan pienestä määrästä tapauksia yksityiskohtaista tietoa. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001.) Tutkimuksen määrittelemisen on vaikeaa, koska tapaus käsittää esimerkiksi yksilön, ryhmän, koulun, sairaalan ja niin edelleen (Syrjälä 1994; Metsämuuronen 2001, 17 mukaan).

Kokemuksen osia ovat tieto, tunne, intuitio ja usko (Perttula 2005, Komulainen 2007 mukaan). Kokemus on näkemystä asioista sekä valmiutta hallita käytännön tilanteita, ja se voidaan pukea sanoiksi, jolloin siihen pohjautuvia näkemyksiä sekä ajatuksia voidaan vaihtaa. Kokemus-sanaa käytetään myös puhuttaessa hetkellisistä elämyksistä, joilla on jokin erityinen merkitys. Kokemukset ovat voimakkaita elämyksiä, jotka voivat vahvistaa, horjuttaa tai muuttaa kokijan omaa identiteettiä. (Kotkavirta 2002, Hannila & Kyngäs 2008 mukaan).

Kokemuksen tutkiminen liittyy aina vahvasti yksittäisiin, tutkimukseen osallistuvien kokemuksiin, eikä tuota vain yleispätevää ymmärrystä tutkimuskohteestaan (Perttula 2006, Hannila & Kyngäs 2008 mukaan). Tutkijan on ymmärrettävä kokemuksellinen ilmiö sellaisena kuin se on, ja kuvata se niin, että se säilyttää oman merkitysyhteytensä muuttumatta tutkijan merkitysyhteydeksi (Lehtomaa 2006, Hannila & Kyngäs 2008 mukaan). Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa, että tutkijat eivät saa antaa omien ennako-oletuksiensa vaikuttaa johdattelevasti haastattelukysymyksiin ja -vastauksiin.

6.2 Tutkimushenkilöt

Tässä tutkimuksessa selvitettiin teemahaastattelun avulla fysioterapiajakson päättäneiden anoreksia nervosaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta. Kohderyhmänä on kolme anoreksia nervosaa sairastanutta henkilöä Etelä-Karjalasta. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa, eli tutkimukseen pääsi mukaan kuka tahansa kriteerit täyttävä vapaaehtoinen henkilö. Haastateltavia haettiin EKKS:n psykofyysisen fysioterapiaosaston fysioterapeuttien avulla.

Mukaanottokriteereinä olivat diagnosoitu anoreksia nervosa, täysi-ikäisyys sekä päättynyt fysioterapiaprosessi EKKS:n psykofyysisen fysioterapian osastolla. Poissulkukriteereinä olivat, että potilas on lopettanut fysioterapian omasta tahdostaan ensimmäisen kuukauden aikana tai potilaalla on diagnosoitu jokin anoreksiaan yleisesti kuulumaton psyykinen sairaus.

EKKS:n fysioterapeutit lähettivät toukokuussa 2010 valitsemilleen kriteerit täyttävälle henkilölle tutkijoiden laatiman saatekirjeen (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Yhteensä kirjeitä lähetettiin yhdeksän kappaletta. Saatekirjeen mukana lähetettiin suostumuslomake (Liite 3). Ensimmäisellä lähetyskierroksella saatiin kaksi myöntävää vastausta ja toisella lähetyskierroksella yksi myöntävä vastaus. Haastateltavat ottivat yhteyttä tutkijoihin puhelimitse. Tutkimukseen ilmoittautuneille lähetettiin haastatteluteemat (Liite 4) sähköpostitse ennen haastattelua.

Tutkimushenkilöt olivat 17 - 26-vuotiaita naisia. He olivat sairastuneet anoreksiaan 16 - 20 vuoden ikäisinä. Fysioterapiajaksojen pituudet vaihtelivat kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Tutkimushenkilöistä kaksi oli ollut sekä osastoettä avohoidossa ja yksi ainoastaan avohoidossa. Haastateltavista kukaan ei osannut sanoa selvää syytä tai selitystä sairastumiselleen. Syiksi arvioitiin kuitenkin muun muassa omaa sekä vanhemman huonoa itsetuntoa, epäonnistumisen inhoamista ja perfektionistista luonnetta. Kukaan haastateltavista ei kokenut olevansa täysin parantunut. Jonkinlaista oireilua oli edelleen ajoittain, mutta se oli kuitenkin aikaisempaa paremmin hallittavissa. Motivaationa ja auttavana tekijänä paranemiseen oli ystävien ja perheen tuki, eri hoito- ja terapiamuodot, paluu harrastuksen pariin sekä oman tilanteen vakavuuden ymmärtäminen.

6.3 Teemahaastattelu

Tässä työssä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimukseen osallistuneita haastateltiin 29.7.2010 Lappeenrannassa. Haastatteluja varten oli varattu rauhallinen tila, missä haastattelun kulkua eivät ulkopuoliset tekijät häirinneet. Ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta ja haastatteluissa saatujen tietojen käyttämisestä tutkimuksessa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja ne nauhoitettiin. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin lupa haastatteluiden nauhoittamiseen. Kaikki haastattelut kestivät noin puoli tuntia.

Tämän tutkimuksen teemat muodostettiin tutkijoiden esiyymmärryksen pohjalta, joka perustui huolelliseen kirjallisuuskatsaukseen, asiantuntijahaastatteluihin ja median, kuten televisiodokumenttien välittämään tietoon anoreksiasta. Haastatteluissa teemoina (Liite 4) olivat sairastumisen taustat, kokemukset fysioterapiasta ja asiakaslähtöisyys. Sairastumisen taustat –teemalla oli tarkoitus selvittää sairastumisen taustoja ja syitä. Näitä tietoja käytettiin ennen kaikkea lisäämään tutkijoiden ymmärtämystä tutkimushenkilöiden kokemuksia kohtaan. Kokemukset fysioterapiasta –teema sisälsi osiot fysioterapian sisällöstä, aikatauluista ja etenemisestä sekä kokemukset fysioterapian merkittävydestä paranemisprosessissa ja vaikutuksista hoidon jälkeiseen aikaan. Asiakaslähtöisyys -teemalla, selvitettiin kuinka fysioterapian keinot ja tavoitteet vastasivat tutkimushenkilöiden tarpeita sekä pystyivätkö he vaikuttamaan fysioterapian toteutukseen. Lisäksi tutkimushenkilöiltä pyydettiin fysioterapian kehittämisehdotuksia.

Teemahaastattelussa aiheiden järjestystä voi vaihdella ja vastauksia voi tulkita usealla tavalla. Haastattelun etuna on aineistonkeruun joustavuus. Haastattelussa on myös ongelmia, sillä haastattelijan rooliin kouluttautuminen vaatii huolellista suunnittelua ja vie paljon aikaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 205-206.) Haastattelutilanne mahdollistaa sekä tutkijan että tutkittavan esittää syventäviä lisäkysymyksiä. Periaatteena teemahaastattelussa voidaan pitää sitä, että kaikki kysymykset ovat tyypistä riippumatta avoimia. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 42-44.) Haastatteluteemojen ymmärrettävyyttä testattiin ulkopuolisten henkilöiden avulla.

Haastattelu on vuorovaikutteista, johon vaikuttavat fyysiset, sosiaaliset ja kommunikaatiolliset asiat (Eskola & Suoranta 2008). Haastattelu mahdollistaa tarkan ja intensiivisen tiedonkeruun lisäksi havainnoinnin, joka on tärkeää, koska aihe saattaa olla arka ja tunteita herättävä (Hirsjärvi & Hurme 1985, Metsämurtonen 2001 mukaan). Tämän tutkimuksen haastatteluissa käytettiin haastattelu-päiväkirjaa, johon esimerkiksi ilmeet, tunteet ja keskeytykset merkittiin.

6.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus aineistosta tiivistetysti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Analyysin tarkoituksena on saada selvä sanallinen kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisen aineiston analyysillä pyritään lisäämään informaatioarvoa, kun hajanaista aineistoa tiivistetään yksinkertaisemmaksi ja selkeämmäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Siinä tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu vaikuttavat analyysiyksiköiden valintaan aineistosta. Analyysiyksiköiden ei tule olla etukäteen sovittuja tai harkittuja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97.)

Teorialähtöinen analyysi perustuu johonkin teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Tiedossa olevan mallin perusteella määritellään esimerkiksi tutkimuksessa kiinnostavat käsitteet. Analyysillä pyritään usein testaamaan aikaisempaa tietoa uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.)

Teoriasidonnaisessa analyysissä teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. Analyysi ei varsinaisesti pohjautu suoraan teoriaan, mutta siinä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä. Teoriasidonnainen analyysi etenee kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäisenä on aineiston redusointi eli pelkistäminen, toisena klusterointi eli ryhmittely sekä kolmantena abstrahointi eli teorian liittäminen empiriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98, 110.) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin teoriasidonnaisen sisällönanalyysin keinoin.

6.5 Analyysin eteneminen

Aineiston analyysi aloitettiin tutustumalla aineistoon haastattelunauhoja kuuntelemalla. Tämän jälkeen määritettiin tutkimustehtävien mukaan analyysiyksiköt, jotka olivat kokemus ja kehittämis ehdotukset. Haastattelunauhut litteroitiin eli kirjoitettiin auki. Litteroinnissa kirjoitettiin ylös myös kaikki välihuomautukset ja naurahdukset. Perusteellisen aineiston tarkastelun jälkeen kaikki tutkijat lähtivät

etsimään aineistosta tutkimuskysymysten kannalta olennaisia ilmaisuja. Tämän jälkeen alleviivattuja ilmauksia verrattiin keskenään ja ne pelkistettiin tutkimustehtävien ohjaamana. Ilmaisujen pelkistämisen jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin ryhmiksi yhteen ja niistä muodostettiin alaluokkia. Tämän jälkeen yhteen sopivat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Yläluokista muodostettiin vielä aineistoa yhdistäviä tekijöitä.

Taulukko 1 Analyysin eteneminen

| Alkuperäisilmaus | Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka | Yhdistävä tekijä |
|---|--|------------------------------|--------------|------------------------|
| "Et sit mie tykkäsin siitä rentoutusryhmästäki." | Piti rentousryhmästä | Ryhmäterapia mielekästä | Ryhmäterapia | Fysioterapian merkitys |
| "Miust oli sillee iha helppo mennä." | Rentousryhmään oli helppo mennä | | | |
| "Et se oli miust niinku jo ryhmässäki niinku, ku siellä fysioterapias kaikkee tehtii ni, semmone yhes liikkumine tai kaikki rentoutukset ja tommoset, nii miust se oli tosi sellast mukavaa." | Ryhmäterapiassa yhdessä liikkuminen ja rentoutuminen mukavaa | | | |
| "No, oli se sellai kivaa, et kuuli, et monel muullaki on iha samoja ajatuksia." | Koki syömishäiriöisten ryhmän auttavan paranemisessa | Ryhmän vaikutus paranemiseen | | |
| "Sit ne oli sellai vähän parantumassa jo, tai osa oli jo parantunu, et sit anto tavallaa toivoo." | Ryhmän vertaistuki auttoi | | | |

Taulukossa 1 on esimerkki opinnäytetyön sisällön analyysistä. Kuviossa näkyy, kuinka analyysissä on edetty. Alkuperäisilmaisut on ensin pelkistetty. Samaa tarkoittavat pelkistykset on koottu yhteen ja niistä on muodostettu alaluokat. Esimerkissä nämä alaluokat ovat *asennon havainnoiminen ja korjaaminen, joo- ga- ja mielikuvaharjoitteiden hyödyt sekä neuvot tulevaisuuteen*. Alaluokista muodostui yläluokka *fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan*. Yläluokka kuuluu vielä yhdistävään tekijään *fysioterapian merkitys*. Tämän taulukon alkuperäisilmaisujen avulla lukija voi seurata analyysin luotettavuutta.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen eli kokemusten osalta aineiston analyysissä nousi kaksi yhdistävää tekijää, joissa kahdesta kolmeen yläluokkaa. Yhdistävät tekijät ovat *fysioterapian merkitys* ja *fysioterapiaprosessi*. Yläluokkia syntyi viisi, joissa jokaisessa kolmesta viiteen alaluokkaa. Yläluokkia ovat *fysioterapian vaikutus paranemiseen*, *fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan*, *suhtautuminen fysioterapiaan*, *asiakslähtöisyys* ja *fysioterapiamenetelmät*. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset on esitetty taulukossa 2. Toiseen tutkimuskysymykseen eli kehittämisehdotuksiin saatiin kaksi vastausta. Ne esitetään kuviossa 2.

Taulukko 2 Anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta

| Yhdistävät tekijät | Yläluokat | Alaluokat |
|------------------------|---|---|
| Fysioterapian merkitys | Fysioterapian vaikutus paranemiseen | Usko fysioterapian vaikutuksesta paranemiseen Kokemus fysioterapian vaikutuksesta paranemisessa Ajatukset pois sairaudesta Ryhmän merkitys paranemiseen |
| | Fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan | Asennon havainnoiminen ja korjaaminen Jooga- ja mielikuvaharjoitteiden hyödyt Neuvot tulevaisuuteen |
| | Suhtautuminen fysioterapiaan | Fysioterapian mielekkyys Fysioterapian hyödyllisyys Suhde terapauttiin |
| Fysioterapiaprosessi | Asiakaslähtöisyys | Fysioterapian eteneminen Fysioterapiakertojen tiheys Tavoitteellisuus Potilaan yksilöllinen huomioiminen Vaikuttamisen mahdollisuus |
| | Fysioterapiamenetelmät | Kehonhahmotusharjoittelu Perusliikkumisen videointi Lihaskuntoharjoittelu Lihasten elastisuutta lisäävät harjoitteet Rentoutumis- ja hengitysharjoitukset |

Analyysin eteneminen on tässä taulukossa esitetty yhdistävistä tekijöistä alaluokkiin, jotta analyysia voi tarkastella useammasta suunnasta.

7.1 Fysioterapian merkitys

Kolme yläluokkaa muodostaa yhdistävän tekijän *fysioterapian merkitys*. Yläluokat ovat *fysioterapian vaikutus paranemiseen*, *fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan* sekä *suhtautuminen fysioterapiaan*.

7.1.1 Fysioterapian vaikutus paranemiseen

Fysioterapian vaikutus paranemiseen –yläluokka koostuu alaluokista *usko fysioterapian vaikutuksesta paranemiseen*, *kokemus fysioterapian vaikutuksesta paranemiseen*, *ajatukset pois sairaudesta fysioterapian aikana* sekä *ryhmän*

merkitys paranemisessa. Kaikki haastateltavat kokivat, että fysioterapialla on ollut myönteinen vaikutus sairaudesta paranemiseen. Seuraavissa kappaleissa käsitellään edellä mainittuja alaluokkia.

Tutkittavat olivat motivoituneita käymään fysioterapiassa, sillä heillä oli usko ja luottamus sen vaikutuksesta paranemiseen. He olivat myös jälkeenpäin sitä mieltä, että fysioterapia on auttanut paranemisprosessissa.

”Sillo enemmänki oli sellai vaa järjetön luottamus siihen, et kyl tää auttaa.”

”Ni kyl mie uskon et se niinku nopeutti sitä.” (paranemista)

Fysioterapian ei ainoastaan uskottu, vaan myös koettiin auttaneen paranemisessa. Fysioterapia vaikutti muun muassa vääristyneeseen kehonkuvaan eheyttäen sitä. Lisäksi fyysinen kunto koheni. Fysioterapiassa opeteltiin myös itsensä hyväksymistä.

”Et sitä ei voi ees yrittää kiistää, etteikö siit ois ollu tosi paljon apua.”

Aineistosta nousi esille, että haastateltavat olivat saaneet ajatukset pois sairaudesta fysioterapian aikana. Haastateltavat kokivat, että fysioterapiassa sai keskittyä vain itseensä, mikä auttoi unohtamaan sairauden hetkellisesti. Fysioterapian aikana haastateltavat kokivat saaneensa muuta ajateltavaa, sillä ruokaan, syömiseen ja painoon liittyviä asioita ei käsitelty. Myös rentoutusryhmässä käyminen auttoi viemään ajatukset pois sairaudesta.

”Et se fysioterapia oli tavallaa jotenki sellasta, et se ei ollu niinku keskittyny siihe syömisee, vaa se oli niiku keskittyny ihan kaikkeen muuhun... niinku minuu tavallaan ja semmosee...”

”Ei koko aja ajatukset pyöriny siin niinku sairaudessa ja sairastamisessa.”

Ryhmämuotoinen fysioterapia koettiin mielekkääksi kuntoutusmuodoksi yksilöfysioterapian ohella. Haastateltavat kävivät rentoutusryhmissä ja syömishäiriöis-

ten ryhmissä. Ryhmissä muun muassa oppi rentoutumaan ja sai vertaistukea. Yksi haastateltavista ei käynyt ollenkaan ryhmissä, joten hänellä ei ollut ryhmistä kokemusta. Rentoutusryhmä sisälsi erilaisia rentoutumisharjoituksia, ja siinä kävi myös muita kuin syömishäiriötä sairastavia henkilöitä. Ryhmän vertaistuen koettiin auttavan. Paranemisprosessissa pidemmällä olevat ryhmäläiset antoivat syömishäiriöisten ryhmässä toivoa myös haastateltavan omasta paranemisesta. Rentoutusryhmässä taas sai mallia ja esimerkkiä terveemmistä ajattelu- ja toimintatavoista ryhmäläisiltä, joilla ei ollut syömishäiriötä.

”Oli se sellai iha kivaa, et ku kuuli et monel muullaki on iha samoi ajatuksia. Ja sit ku ne oli kaikki vähä vanhempia ku mie, ni sit ne oli sellai vähän parantumassa jo, tai osa oli jo parantunu, et sit anto tavallaa toivoo.”

”Sitä rupes niinku enemmän vertaa itteesä niihi normaaleihi, et tollee miun pitäis niinku tehdä ja tollene pitäis niinku olla ja tolleen syyä ja tolleen ajatella, et jotkut katto telkkaria ja syö karkkia, et tota miunkii pitäis niinku tehdä.”

7.1.2 Fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan

Fysioterapian vaikutus hoidon jälkeiseen aikaan –yläluokka koostuu alaluokista *asennon havainnoiminen ja korjaaminen, jooga- ja mielikuvaharjoitusten hyödyt* sekä *neuvot tulevaisuuteen*. Haastateltavat kokivat, että fysioterapiasta on ollut hyötyä myös fysioterapiajakson loputtua. Tutkittavat ovat jatkaneet joidenkin harjoitteiden tekemistä itsenäisesti ja kokeneet hyötyvänsä niistä.

Tutkittavat kertoivat, että fysioterapiassa kiinnitettiin paljon huomiota ryhtiin ja asentoihin. Fysioterapian avulla he kokivat oppineensa myös itse huomioimaan, havainnoimaan ja korjaamaan omaa asentoaan ja ryhti parani.

”Mut tota sit jossain vaiheessa ku kävi miettimään, ni vaik et mis asennoissa on ja miten liikkuu ja et kyl siit niiku jälkikäteenki on ollu hyötyy. Et enemmä niiku rupes kiinnittää huomioo itteensä ja miettimää, et miten sitä oikeen könöttää.”

”Perusasentoki parani tosi paljo. Et miul oli sillo tosi huono ryhti ja mie olin iha sillee kasassa. Sit ku loppu se, ni sit oliki iha eri niiku...erilaine.”

Erilaiset mielikuvaharjoitukset kuuluivat kaikkien haastateltavien fysioterapiaan. Haastateltavista kaksi oli jatkanut mielikuvaharjoitusten tekemistä itsenäisesti fysioterapian päätyttyä ja kokivat ne toimiviksi edelleen. Harjoitukset ovat autta-
neet selviytymään ahdistustilanteista. Yhdellä haastateltavista terapiamenetel-
mänä oli ollut astringojooga, jota hän kertoi harjoittaneensa myös fysiotera-
piajakson päätyttyä. Hän kertoi myös hyötyvänsä siitä, sillä se on kohottanut
lihaskuntoa ja joogaamisen jälkeen oli ollut parempi olo.

*”Ja niit mielikuvaharjotuksia ku tehtii joskus. Ni ne on miust ollu tosi hyvii vielä-
ki.”*

*”No just esimerkiks näihi ahdistustilanteisiin ni sit käytiin et miten mie teen sit sillo
ku käy tuntumaan että paisuu huoneen kokoseks tai jotai niinku et siit olis sit
apuu ihan niinku tavallaa sillo ku tilanne oli päällä.”*

Kaikki tutkittavat kokivat saaneensa fysioterapiasta hyviä neuvoja ja keinoja
auttaa itseään paranemisessa fysioterapiajakson jälkeen. Fysioterapeutilta sai
neuvoja muun muassa omaan hyvinvointiin ja itsestä huolehtimiseen liittyvissä
asioissa, sekä niska-hartiaseudun kipujen lievittämiseen ja ehkäisemiseen. Fy-
sioterapiassa oppi myös rentoutumaan.

”Sai kuiteki aika paljo neuvoja sielt ja muutekii juteltii iha aika paljo.”

*”Enemmä rupes kiinnittää niiku semmosee hyvinvointiin huomioo ja semmo-
seen hyvään oloon, ja et niinku... Se onki ihan semmone hyvä juttu pitää itestää
huolta.”*

7.1.3 Suhtautuminen fysioterapiaan

Tämän yläluokan sisältämät alaluokat kertovat haastateltavien suhtautumisesta
fysioterapiaan ja fysioterapeuttiin. Alaluokkia ovat *fysioterapian mielekkyys, fy-
sioterapian hyödyllisyys ja suhde terapeuttiin.*

Fysioterapia koettiin mukavaksi ja hyödylliseksi, eikä kukaan tuntenut vasten-
mielisyyttä tai –tahtoisuutta fysioterapiaan mennessään. Terapiassa tuli parem-

pi olo. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että fysioterapia oli ollut hyödyllistä paranemisen kannalta. Yksi piti sitä jopa hyödyllisempänä kuin psykoterapiaa. Yksi oli puolestaan epäillyt fysioterapian hyödyllisyyttä terapiajakson alussa, koska hän ei tuntenut olevansa vastaanottavainen heikon fyysisen ja psyykkisen tilansa vuoksi.

”Oli sinne yleensä iha kiva mennä, et totta kai välil oli huonoja päiviä, et sillo ei ois jaksanu ollekaa, mut sit ku sielt lähti pois ni oli paljo parempi olo kuitekii.”

”Vaik välil tuntu, et sellai et niinku mitä ihmeen järkee täs niinku koko jutussa on, mutta niinku kyl se kuitenkin autto tosi paljon.”

Haastateltavat kokivat suhteensa fysioterapeuttiin hyväksi ja luottamukselliseksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että fysioterapeutin kontakti ja kosketus tuntuivat tekevän terapeutista läheisemmän. Fysioterapeutin työpanosta ja välittävää olemusta arvostettiin. Keskustelua käytiin myös fysioterapeutin pysymisestä samana hoitajakson aikana. Kahden haastateltavan mielestä terapeutin vaihtuminen ei haitannut kuntoutumista. Yksi taas piti tärkeänä, että fysioterapeutti pysyy samana.

”Ku fysioterapeutin kans oli niiku oikeesti kosketusta, et oli niiku kontakti siihe ihmisee, et aina niiku...tavallaa fysioterapeutti tuntu niiku sellai läheisemmältä tai niiku semmoselta, et se ois enemmän siinä, ku niiku tää miun psykoterapeutti esimerkiks. Et niiku...jotekii se, et siin oli oikeesti se kontakti, ni se jotenki viel niiku autto siinä.”

”Se niiku miust oli sillee tärkeetä, et pysty niiku sanomaan, et tää nyt ei miust oikee toiminu tää juttu, ja sit pysty niiku kokeilemaa jotai muuta.”

7.2 Fysioterapiaprosessi

Kaksi yläluokkaa muodostaa yhdistävän tekijän *fysioterapiaprosessi*. Yläluokat ovat *asiakaslähtöisyys* ja *fysioterapiamenetelmät*.

7.2.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys –yläluokka muodostui viidestä alaluokasta: *potilaan yksilöllinen huomioiminen, vaikuttamisen mahdollisuus, fysioterapian eteneminen, fysioterapiakertojen tiheys sekä tavoitteellisuus.*

Jokainen haastateltava oli kokenut, että sai vaikuttaa fysioterapiaansa. Potilaat laativat henkilökohtaiset tavoitteensa fysioterapiajaksolle, joiden pohjalta fysioterapeutti kokosi yhdessä potilaan kanssa keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteissa ja harjoitteissa otettiin huomioon potilaan mieltymykset, mielipiteet ja tarpeet. Terapiatilanteissa fysioterapeutti oli toiminut niin, että terapiassa edettiin potilaan voimavarojen mukaisesti. Fysioterapeutti oli myös kiinnostunut potilaan mielipiteistä ja mieltymyksistä, joita useasti tiedusteltiin.

”Fysioterapeutti aina kysy sellai, et se viel varmisti sellai, et sano vaa iha rohkeesti, et jos et sie haluu vaik nyt tehä tätä, et tehää sit jotai muuta.”

Vaikutusmahdollisuus omaan hoitoon koettiin tärkeänä. Kaikki haastateltavat tunsivat, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa fysioterapian sisältöön ja harjoitteisiin. Myös kieltäytyminen harjoituksista tiedettiin mahdolliseksi. Osa haastateltavista ei muistanut saaneensa yksittäisillä fysioterapiakerroilla tietoa seuraavan kerran sisällöstä.

”Se niiku miust oli sillee tärkeetä et pysty niiku sanomaan, et tää nyt ei miust oikee toiminu tää juttu, ja sit pysty niiku kokeilemaa jotai muuta.”

”Et miust se on niinku ehkä sellanen mikä on aika tärkee, sit et ei tuu semmost oloo, et ei pysty niinku ite vaikuttaa siihen.”

Fysioterapian etenemisellä tarkoitetaan sitä, kuinka nopeasti fysioterapiassa edetään ajallisesti sekä sisällön kannalta. Kaksi haastateltavista oli sitä mieltä, että fysioterapia eteni sopivaan tahtiin. Eteneminen tapahtui potilaan omien voimavarojen mukaan, järkevästi ja potilaalle sopivin tavoin. Yhden haastateltavan mielestä eteneminen tuntui liian hitaalta, koska hän itse olisi sairauden vuoksi tahtonut edetä esimerkiksi liikuntaharjoitteissa nopeammin. Jälkeenpäin hän oli ymmärtänyt, ettei se olisi ollut mahdollista, koska hoidon ja terapian ai-

kana yritettiin juuri hillitä ylenpalttista liikuntaa sen suuren energiankulutuksen vuoksi. Haastateltavilla oli ollut fysioterapiaa kaksi kertaa viikossa, kerran viikossa tai kerran kahdessa viikossa. Kaksi haastateltavista kertoi, että fysioterapiaa oli kerran viikossa ja se tuntui riittävän. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalassa olo ja muut sairautteen liittyvät asiat veivät niin paljon voimia, ettei useampaa fysioterapiakertaa viikossa olisi jaksanut.

”No kyl se miust niinku eteni varmaa sillee...mie oisin ehkä halunnu tehdä niinku enemmän asioita jo aikasemminkii, mut se oli tietysti pakko jarruttaa.”

Fysioterapia oli tavoitteellista. Haastateltavat kokivat fysioterapian vastanneen heidän tarpeitaan. Fysioterapiassa edettiin aina potilaan ehdoilla, ja heidän tarpeensa sekä mielipiteensä otettiin hyvin huomioon. Fysioterapiassa omien tarpeiden tietäminen ja tunnistaminen koettiin ajoittain vaikeaksi. Jokainen haastateltavista oli fysioterapiajakson alussa saanut itse laatia tavoitteet oman kuntoutumisensa suhteen. Tavoitteiden laatiminen koettiin haastavana, koska haastateltavista oli vaikeaa tietää, mikä olisi parasta juuri itselle. Yhdessä terapeutin kanssa tavoitteiden laatiminen oli helpompaa.

”No yhdessä joo... Et sillee miust oli sit helpompi tehdä kaikki tommoset yhdessä, et joku vähä niiku autto, et no ”toi vois olla siulle...et jos siult tältä tuntuu, ni tuo auttaa ja...”

”Ainut minkä mie fysioterapias koin vaikeeks oli se, et ku miun piti nimeomaa ite tietää et niiku...tai ei pitäny, mutta aina kysyttii niiku, et mitä sie nyt haluisit,. Ni se oli niiku välil sellane et se niiku ärsytti tosi paljon, ku mie menin sinne aina nii sellai et...niiku...tavallaa jo niin avoimin mielin et miul ei ollu oikee mielipidettä siihe niiku et mitä siel tehtäis.”

7.2.2 Fysioterapiamenetelmät

Fysioterapiamenetelmät –yläluokka koostuu alaluokista *kehonhahmotusharjoittelu, perusliikkumisen videointi, rentoutumis- ja hengitysharjoitukset, lihasten elastisuutta lisäävät harjoitukset sekä lihaskuntoharjoittelu*. Fysioterapiassa käytettiin monia erilaisia menetelmiä.

Kaikilla haastateltavista oli osana fysioterapiaa ollut kehonhahmotusharjoittelua. Se korostui haastatteluissa, ja siitä koettiin olleen paljon hyötyä paranemisessa.

”Varsiki miun tapaukses just ne (kehon) rajapintojen läpikäymiset niiku et...ja tavallaa niiku sitäki ku miettii et jos miul ei ois ollu fysioterapiaa siinä, ni tavallaa miul ois niiku pitempää ollu se niiku... omat rajat niiku hakusessa. Et ku nime-omaa se ku mie en tienny mihin mie lopun, ni se mahollisti sen, et mie pystyin myös laajenemaan niiku huoneen kokoseks jos miust kävi tuntuu siltä.”

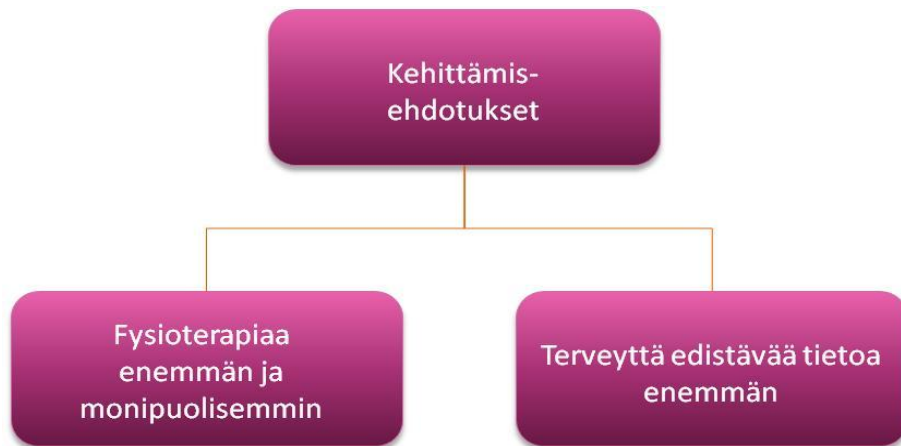
Yhden haastateltavan perusliikkumisesta oli kuvattu video, jonka tarkoituksena oli havainnollistaa ja auttaa tunnistamaan omia liikkeitä, liikkumista sekä asentoja ja sitä kautta myös korjaamaan niitä sujuvammiksi ja symmetrisemmiksi.

Kaikki haastateltavat olivat tehneet jonkinlaisia rentoutusharjoituksia fysioterapian aikana, kuten esimerkiksi mielikuvaharjoituksia sekä liikeharjoittelua. Lihasten kivunhoitoon ja rentouttamiseen annettiin myös lämpöhoitoa. Lisäksi erilaiset hengitysharjoitukset olivat osana rentoutumisen opettelua.

Jännittyneitä ja kireitä lihaksia rentoutettiin ja pyrittiin saamaan elastisemmiksi venyttelyn avulla. Lihasten vahvistaminen aloitettiin fysioterapiajakson loppupuolella. Lihaskuntoharjoittelua toteutettiin muun muassa kuntosalilla sekä as-tangajoogan muodossa.

7.3 Kehittämisehdotukset

Toisena tutkimuskysymyksenä oli kerätä haastateltavilta kehittämisehdotuksia syömishäiriöpotilaan fysioterapiaan. Kuviossa 2 esitetään kehittämisehdotukset, joita saatiin kaksi.



Kuvio 2 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksia ei tullut paljon, koska haastateltavilla ei ollut tietoa kaikista eri terapiamenetelmistä ja -mahdollisuuksista. Vain yksi haastateltavista antoi kehittämisehdotuksia. Kaksi muuta olivat täysin tyytyväisiä fysioterapiaan sellaisenaan.

”Se meni just niin pitkään tai niiku nii vahvast just sen mukaan mitä niiku...mihin mie halusin niiku mennä. Ja mitä mie halusin tehdä. Et niiku...kyl se niiku ainaki miu osalta ni hirveen hyvin niiku toimi sen mukaan et mitä mie olin valmis kokeilemaan ja näi. Et...en mie niiku koe siin mitää tarvetta muutella asioita.”

Yksi haastateltavista ehdotti fysioterapiakertojen lisäämistä kahteen tai kolmeen kertaan viikossa, jolloin jokaisella kerralla voisi olla erilainen teema.

”Et vaik niinku pari kolme kertaa viikossa ja joka kerra ehkä keskittyy vähä johonki niinku eri juttuun.”

Yhtenä ehdotuksena oli, että fysioterapiassa voitaisiin käsitellä ja harjoitella syömisen ja liikunnan tasapainoa. Tietoa haluttaisiin terveellisestä energian tarpeesta ja sen kulutuksesta.

”En tiää, varmaa sit semmonen mitä tos nyt fysioterapias vois olla niinku et ku sitä tietysti hirveesti mieltii sitä, et miten on tänää syöny ja miten oon liikkunu ja ni ehkä semmosta vois niinku lisätä siihen et et yhes hakis yhdessä vähä sellasta niinku tasapainoo vähä niinku et se ruokamäärä minkä päiväs syö nii sitä ei tarvii niinku kuluttaa ja vähä sellast, et mihi se menee, mihi keho tarvii sitä.”

”Et vaik niinku monet sanoo, et ei pitäis puhuu mistää kaloreitten kuluttamisista ja semmosista, mut kyl se jossai vaihees miust on niinku myös varmaan sitä niinku sillee enemmän kaivannukii.”

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen idea saatiin Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdystä anoreksiapotilaiden fysioterapiala käsitlevästä opinnäytetyötutkimuksesta. Anoreksia aiheena tuntui tärkeältä ja ajankohtaiselta, minkä vuoksi lähdettiin selvittämään, onko Etelä-Karjalan alueella tutkimustietoa syömishäiriöpotilaiden fysioterapiasta. Koska tutkimustietoa ei löytynyt, päädyttiin tässä opinnäytetyössä selvittämään anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta.

8.1 Koehenkilöt

Tutkimuksessa oli mukana kolme 17 – 26–vuotiasta anoreksiaa nervosaa sairastanutta haastateltavaa. Tuloksia analysoitaessa kävi ilmi, että ikä haastateltavien välillä ei vaikuttanut siihen, kuinka monipuolisesti ja syvällisesti haastateltavat kertoivat kokemuksistaan. Saatekirjeitä lähetettiin EKKS:n psykofyysisen fysioterapiaosaston fysioterapeutin kautta kahteen otteeseen. Ensimmäisellä kerralla tutkimukseen mukaan ilmoittautui kaksi henkilöä, toisella yksi. Koehenkilöiden saaminen oli melko vaikeaa, eikä onnistunut suunnitellusti. Vähäisen ilmoittautumismäärän vuoksi tutkimuksen kriteereitä jouduttiin muuttamaan. Kriteereitä muutettiin siten, että fysioterapian loppumisesta ei tarvinnut olla kulunut puolta vuotta. Tutkimukseen osallistumiseen riitti, että terapia oli loppunut, ja siitä sai olla pidempikin aika kuin 1,5 vuotta. Erään haastateltavan fysioterapian loppumisesta oli hieman yli puolitoista vuotta.

Yksi haastateltava oli haastatteluhetkellä viikon verran alaikäinen, alaikäistä haastateltavaa koskeva asia selvitettiin eettisen toimikunnan kanssa. Haastateltavalta hankittiin todistus, jossa hän vakuuttaa, että olisi vastannut täysikäisenä samalla tavalla. Todistus ei ole liitteenä opinnäytetyöraportissa salassapitovelvollisuuden vuoksi.

Saatekirje olisi voinut olla houkuttelevampi, koska tutkittavien ikäryhmä oli nuoret ja nuoret aikuiset. Haastateltavia olisi voinut hakea myös esimerkiksi ryhmien ja yhdistysten kautta, jolloin tutkimuksesta olisi mahdollisesti päässyt kertomaan kasvotusten. Näin mahdolliset osallistujat olisivat saaneet vaivattomammin kysyä lisätietoja tutkimuksesta sekä luottamusta tutkijoita kohtaan, jolloin kynnyks osallistua tutkimukseen olisi voinut olla matalampi.

Kaikki haastateltavat saapuivat haastatteluihin sovittuina aikoina ja olivat yhteistyöhaluisia. Sopimusten kirjoittamisessa ei ollut epäselvyyksiä. Haastateltavat olivat haastattelujen jälkeen myös valmiita osallistumaan mahdollisiin lisäkeskusteluihin, mikäli sellaiset olisivat tutkimuksen kannalta olleet tarpeellisia.

8.2 Haastattelu

Kolmesta tutkijasta kaksi suoritti kaikki tutkimushenkilöiden haastattelut. Kolme haastattelijaa tuntui liian suurelta määrältä tutkimuksen haastattelutilanteisiin, minkä vuoksi yksi tutkijoista jäi niistä pois. Toinen haastattelijoista toimi pääasiallisena haastattelijana, jota toinen haastattelijatuki lisäkysymyksin samalla havainnoiden haastateltavia. Näillä seikoilla pyrittiin tekemään haastatteluista keskenään samankaltaisia ja luomaan tasa-arvoinen asetelma haastateltavia kohtaan. Haastattelut suoritettiin Lappeenrannan maakuntakirjaston tutkijanhuoneessa, joka nähtiin neutraalina sekä tarpeeksi yksityisenä paikkana haastatteluihin. Haastattelupaikan valinta tuntui onnistuneelta. Huone oli rauhallisella paikalla eikä sinne pystynyt näkemään ulkopuolelta, joten haastateltavien ei tarvinnut miettiä ohikulkijoiden vaikutusta.

Kun tutkimuksen aihe muotoutui lopulliseen muotoonsa, tutkijat suorittivat tiedonhankintaa aiheesta mahdollisimman paljon. Haastatteluteemat olivat tutkijoiden laatimat. Teemat laadittiin tutkijoiden esiymmärryksen pohjalta, joka perustui eri kirjallisuuslähteisiin, asiantuntijahaastatteluihin ja median välittämään tietoon. Tutkijoiden käytössä olleista tietokannoista ei löytynyt kuin muutama alkuperäinen tutkimusartikkeli fysioterapiasta anoreksian hoidossa, minkä vuoksi esiymmärrystä oli siltä osin vaikea kartuttaa. Apuna teemojen laatimiseen

olisi voitu käyttää valmiita kyselylomakkeita tai modifioida eri lähteistä sopivat teemat. Tämä olisi saattanut tuoda lisää ulottuvuutta ja luotettavuutta tutkimukseen.

Teemahaastattelulle on tyypillistä, että teemat ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä (Hirsjärvi ym. 2008, 203). Tärkein pyrkimys haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta kohteesta. Tämän takia on perusteltua, että haastattelukysymykset tai aiheet annetaan haastateltaville etukäteen tutustuttavaksi. Teemojen lähettäminen etukäteen on haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavaa, sekä eettisesti perusteltua haastateltavien kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Teemat lähetettiin haastateltaville etukäteen sähköpostilla, jotta heillä olisi aikaa tutustua aihepiireihin, eikä teemoista ja niihin liittyvistä kysymyksistä aiheutuisi heille hämmennystä haastattelun aikana. Tällä tavalla haastateltavat olivat saaneet palauttaa mieleen sairauteen ja fysioterapiaan liittyviä asioita jo ennen haastattelua, mikä teki haastattelutilanteista sujuvampia.

Kaksi haastateltavista kertoi kokemuksistaan monipuolisesti ja kriittisesti. Yksi haastateltavista oli harvasanaisempi, mikä aiheutti haasteita kokemattomille haastatteliijoille. Kaiken kaikkiaan tutkimushenkilöt kertoivat kokemuksistaan melko lyhyesti, mikä näkyi haastatteluiden lyhytkestoisuutena ja tutkimusaineiston niukkuutena. Tutkimushenkilöiden harvasanaisuuteen saattoi vaikuttaa nuori ikä ja siihen liittyvät puutteelliset itsereflektointitaidot. Haastattelut kestivät kahdestakymmenestä minuutista puoleen tuntiin, vaikka jokaiseen haastatteluun oli varattu aikaa 45 minuuttia. Tämä johtui pitkälti haastattelijoiden kokemuksen puutteesta. Tarkentavia kysymyksiä olisi pitänyt tehdä useammin, jotta tutkimusaineisto olisi ollut syvällisempää ja sitä olisi saatu enemmän.

Tuomi & Sarajärvi (2002, 77) pohtivat, pitääkö teemahaastattelussa haastateltavilta kysyä kaikki suunnitellut kysymykset tietyssä, samassa järjestyksessä. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelussa kysymyksien esitysmuoto ja järjestys vaihteli haastattelun ja sen etenemisen mukaan. Haastattelussa pysyttiin valituissa teemoissa, jotka käytiin läpi samassa järjestyksessä kaikissa haastatte-

luissa. Haastattelijoiden ja haastateltavan oli kuitenkin halutessaan mahdollista palata edeltäviin teemoihin. Tämä oli luonnollista siksi, että haastattelussa käsiteltiin mennyttä aikaa, eivätkä kaikki asiat välttämättä muistui mieleen heti aihetta käsiteltäessä.

Tuomi & Sarajärvi (2009) mukaan haastattelun tärkein etu on joustavuus. Haastattelussa voidaan toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä ja selventää sanamuotoa. Myös kysymysten järjestelyä voidaan säädellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Haastatteluun liittyy monia virheitä aiheuttavia tekijöitä, jotka saattavat aiheutua niin haastattelijasta, haastateltavasta kuin koko haastattelutilanteesta (Hirsjärvi ym. 2008, 201). Tässä tutkimuksessa haastattelun kulkuun ja onnistumiseen vaikutti paljon haastattelijoiden kokemattomuus. Kysymystenasettelussa sorruttiin liian usein mm. johdatteluun ja tarkkarajaisiin kysymyksiin. Haastattelijoiden olisi pitänyt esittää tarkentavia kysymyksiä enemmän, kuitenkin johdattaematta haastateltavaa. Toisinaan haastateltavat vastasivat ohi kysymyksen, jolloin kysytty asia jäi käsittelemättä. Tähän haastattelijoiden olisi täytynyt kiinnittää huomiota ja palata käsittelemättä jääneisiin aiheisiin uudestaan. Haastattelutilanteissa tähän ei kiinnitetty huomiota, vaan asia pantiin merkille vasta aineistoa analysoitaessa.

Haastatteluteemojen ymmärrettävyyttä testattiin ulkopuolisten henkilöiden avulla. Tässä tutkimuksessa tutkijat etsivät eri lähteistä teoretietoaa teemahaastattelusta ja pyrkivät näin valmistautumaan mahdollisimman hyvin haastatteluihin. Kokemuksen puuttuminen näkyi haastattelutilanteessa epävarmuutena ja kiirehtimisenä, mutta ei kuitenkaan häirinnyt haastattelun etenemistä. Tutkijat esittivät haastatteluissa syventäviä lisäkysymyksiä, koska haastatteluvastaukset olivat ajoittain hyvin pintapuolisia ja lyhyitä. Kaikki kysymykset pyrittiin pitämään avoimina, mutta haastattelutilanteessa kysymyksenasettelun vuoksi osa syventävistä kysymyksistä muuttui strukturoiduiksi.

Haastatteluissa käytetyssä havainnoinnissa ei saatu merkittäviä tuloksia. Haastateltavat kertoivat kokemuksistaan keskustelunomaisesti, eikä suuria tunteenpurkauksia tullut kenelläkään. Jokainen haastateltava puhui kokemuksistaan

neutraalisti, keskusteluun normaalisti kuuluvin ilmein ja elein. Kukaan ei vaikuttanut erityisen hermostuneelta tai ahdistuneelta.

8.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa aineisto litteroitiin sanasta sanaan ja litteroidessa aineistoa kuunneltiin useaan otteeseen, jotta välttyttiin virheellisiltä tulkinnoilta. Paikoittaiset epäselvyydet aineistossa johtuivat haastattelijan ja haastateltavan puheen päällekkäisyydestä tai haastateltavan lauseen keskeneräisyydestä. Aineiston analyysin eteneminen on kuvattu opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti. Kolmen tutkijan analysoimana aineistosta saatiin kolme näkökulmaa, jotka yhdistämällä saadun tiedon määrä on todennäköisesti laajempi. Myös analysoinnin luotettavuutta parantaa useamman tutkijan tekemä analysointi. Toisaalta tutkijoiden eriävät mielipiteet aiheuttivat paljon keskustelua ja hidastivat analysointia. Keskustelu kuitenkin toi syvyyttä aineiston analysointiin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa tutkijatriangulaatiolla. Se tarkoittaa, että useampia tutkijoita osallistuu tutkimukseen aineistonkerääjinä, analysoijina ja tulkitsijoina. (Hirsjärvi ym. 2008, 228.) Aineiston analysoinnissa tekstin saaminen ymmärrettävään ja haastateltavien kokemukset esille tuovaan muotoon oli haastavaa, koska tutkijoilla ei ollut aikaisempaa kokemusta kyseisestä analysointitavasta. Analysointia vaikeutti myös selkeää analysoinnin etenemistä kuvaavan mallin puuttuminen. Erilaisten luokitusten muodostaminen oli haasteellista, koska alkuperäisilmausten haluttiin pysyvän mahdollisimman muuttumattomina.

8.4 Tulosten tarkastelu

Tutkittavilla oli usko ja kokemus siitä, että fysioterapia auttaa. Fysioterapia auttoi muun muassa vääristyneeseen kehonkuvaan parantavasti ja fyysinen kunto koheni. Kehonkuvan tutkimisessa käytetään erilaisia lomakkeita, joiden avulla kartoitetaan asenteita ja tunteita omaa kehoa kohtaan. Potilas kertoo millaiseksi hän kokee oman kehonsa eri osat, millainen kontakti omaan kehoon on ja kuin-

ka tyytyväinen on kehoonsa. (Harmanen 2010; Rautamies 2010.) Kehonhahmotusharjoituksissa tutkittavat ovat siis todennäköisesti joutuneet tarkastelemaan suhdetta omaan kehoonsa, jolloin kehonkuvassa on tapahtunut muutoksia. Haastateltavat kokivat myös, että fysioterapian aikana sairaus ei ollut koko ajan mielessä ja he pystyivät paremmin keskittymään muihin asioihin. Tämä todennäköisesti johtui siitä, että fysioterapiassa ei kiinnitetty huomiota ainoastaan sairauteen vaan pyrittiin kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin lisäämiseen.

Ryhmäterapiassa tutkittavat saivat vertaistukea sekä terveempiä ajattelu- ja ruokailumalleja. Ryhmässä henkilö joutuu jatkuvasti suhteuttamaan itseään ympäristöönsä, mikä lisää hänen tietoisuuttaan itsestään ja ympäröivästä maailmasta sekä näiden välisestä suhteesta. Ryhmä on yksilölle eräänlainen itsetuntemuksen lisäämisen eli reflektion väline. (Jauhiainen & Eskola 1994.) Ryhmässä tutkittavat ovat luultavasti alkaneet enemmän miettiä omaa tilannettaan ja mahdollisesti huomanneet, että heidän sairautensa aiheuttamat tavat eivät ole normaaleja. Talvitie ym. (2006) mukaan ryhmässä kuntoutujat huomaavat, etteivät ole yksin ongelmiansa kanssa. Tämä voi vähentää pelkoja omaa sairautta kohtaan.

Haastateltavat kokivat, että fysioterapia oli vaikuttavaa myös pitkällä tähtäimellä. Sillä oli vaikutusta paranemiseen ja hoidon jälkeiseen aikaan. Fysioterapiassa opetellut asiat saivat tutkittavat huomioimaan ja korjaamaan asentoaan aikaisempaan verrattuna tarkemmin. Mielikuvaharjoitukset auttoivat haastateltavia edelleen esimerkiksi ahdistustilanteissa, ja he kokivat pystyneensä paremmin hallitsemaan ahdistuskohtauksia. Fysioterapiasta saatiin myös neuvoja itsestä huolehtimiseen ja hyvinvointiin. Fysioterapia on todennäköisesti onnistunut ja edennyt tilanteen vaatimalla tavalla, koska se on vaikuttanut myös terapiajakson jälkeiseen aikaan. Tällaisen vaikutuksen saaminen on mahdollista, jos terapia toteutetaan kuntoutujan tarpeiden mukaan.

Lisäksi tutkittavat kokivat, että fysioterapiassa oli helppoa ja vapautunutta käydä. Pääosin haastateltavat kokivat fysioterapian hyödylliseksi. Yhden tutkittavan mielestä fysioterapia oli hyödyllisempää kuin psykoterapia. Fysioterapiassa oli

todennäköisesti helppo käydä, koska siellä ei kiinnitetty huomiota sairauteen ja fysioterapeutit tuntuivat luotettavilta. Yksi haastateltava oli kokenut fysioterapian alkuun hyödyttömäksi, koska hän ei fyysisen ja psyykkisen kuntonsa vuoksi ollut vastaanottavainen. Ajoittain fysioterapia oli tuntunut hyödyttömältä myös sisältönsä vuoksi. Tämä saattaa johtua siitä, että haastateltavalle ollut kerrottu tarpeeksi selvästi mitä fysioterapiassa tullaan tekemään ja millä perustein. Tutkijat pohtivat, oliko haastateltava ottanut näitä asioita puheeksi fysioterapeutin kanssa.

Kaikkien haastateltujen mielestä heillä oli hyvä ja luottamuksellinen suhde terapeuttiin. Fysioterapeutti voi myös vaikuttaa käyttäytymisellään potilaan hoitomyöntyvyyteen (Immonen-Orpana 1999). Luottamus fysioterapeuttiin on todennäköisesti lisännyt motivaatiota käydä terapiassa ja toteuttaa siellä tehtäviä harjoitteita. Luottamuksellinen suhde fysioterapeutin ja kuntoutujan välillä auttaa tasavertaisuuden syntymisessä. Tasavertaisuus on tärkeä tekijä myönteisesti etenevälle terapialle. (Talvitie ym. 2006, 52.) Terapeutin vaihtuminen kesken terapiajakson aiheutti kahdenlaisia mielipiteitä. Kaksi haastatelluista oli sitä mieltä, ettei terapeutin vaihtuminen häirinnyt terapian etenemistä ja tavoitteiden saavuttamista. Yksi taas oli sitä mieltä, että terapeutin tulisi pysyä samana koko jakson ajan.

Haastateltavat kokivat fysioterapian edenneen heidän omien voimavarojensa mukaan, järkevästi ja heille sopivin keinoin. EKKS:ssa anoreksiaa sairastavan fysioterapia etenee painoindeksin sekä muiden yksilöllisten tekijöiden mukaan. Kun painoindeksi on alhainen, harjoittelu koostuu pääosin rentoutus- ja kehontuntemusharjoituksista. Kuormitus siis lisääntyy fyysisen tilan kohoamisen myötä. (Rautamies 2009, 2010; Harmanen 2010.) Yhden haastateltavan mielestä fysioterapia olisi ajoittain voinut edetä nopeammin, koska liikuntaharjoitteiden tiukkaan rajaamiseen oli vaikea tottua. Jälkeenpäin hän kuitenkin oli ymmärtänyt, ettei nopeuttaminen olisi ollut mahdollista. Anoreksiaan sairastuneilla itsensä kontrolloimisella on hyvin suuri merkitys (Buckroyd 1996; van der Ster 2006). Tämän takia haastateltava oli luultavasti halunnut liikkua juuri niin, kuin oli itse

tähän asti liikkunutkin, eikä ollut valmis sairauden takia muuttamaan käytäntö-
ään.

Kaksi haastateltavista koki, että fysioterapia kerran viikossa oli heille sopiva määrä. Useampi kerta fysioterapiaa viikossa olisi vaatinut liian paljon voimavaroja. Sairauden aikana kuntoutujilla oli todennäköisesti paljon erilaisia terapia-
muotoja, jolloin oma aika jäi vähäisemmäksi. Yhden haastatellun mielestä fysioterapiaa olisi voinut olla enemmän, jopa 2 - 3 kertaa viikossa. Tällöin jokaisella kerralla olisi voinut olla eri teema. Jos kuntoutuja kokee hyötyvänsä esimerkiksi fysioterapiasta paljon, olisi hyvä jos useampaan terapiakertaan viikossa olisi mahdollisuus. Tässä täytyy kuitenkin ottaa huomioon myös fysioterapeuttien resurssit ottaa potilaita vastaan.

Haastateltavat kokivat vaikutusmahdollisuuden tärkeänä. Heidän mielipiteensä, mieltymyksensä ja tarpeensa otettiin fysioterapiassa huomioon. He saivat osallistua fysioterapian sisällön suunnitteluun ja terapiassa edettiin aina potilaan yksilölliset voimavarat huomioiden. Fysioterapian suunnitelmallisuus näkyy tuloksissa tavoitteiden laatimisen kautta. Haastateltavien mielestä tavoitteet vastasivat tarvetta, sillä tavoitteet laadittiin pitkälti itse. Tavoitteiden laatiminen koettiin vaikeaksi, koska haastateltavat eivät tienneet kaikista fysioterapian tarjoamista mahdollisuuksista eivätkä osanneet ajatella, mikä olisi parasta omassa tilanteessa. Tavoitteiden laatimisen vaikeuteen on voinut vaikuttaa myös se, että haastateltavat olivat vielä melko nuoria. Lisäksi se, että kuntoutuja ei välttämättä ole ajatellut olevansa fysioterapian tarpeessa, on voinut tehdä tavoitteiden laatimisesta vaikeaa.

Toisena tutkimustehtävänä oli kerätä fysioterapian kehittämisehdotuksia haastateltavilta. Kehittämisehdotuksia saatiin ainoastaan kaksi, joissa ehdotetaan, että fysioterapiaa voisi olla useammin ja monipuolisemmin sekä terveyttä edistävää tietoa tulisi saada enemmän. Fysioterapiaa ehdotettiin olevan 2 - 3 kertaa viikossa eri teemoin. Fysioterapiassa voitaisiin harjoitella normaalin syömisen ja liikunnan tasapainoa jo terapian aikana. Myös tieto normaalista energiankulutuksesta koettiin tärkeäksi. Tämä on ristiriidassa muiden tulosten kanssa, koska

niissä korostettiin, että on hyvä asia saada ajatukset pois sairaudesta ja keskittyä itseen. Haastatteluaineiston mukaan haastateltavat eivät aina tienneet, mitä fysioterapiassa tullaan seuraavalla kerralla tekemään. Niukkoihin kehittämisehdotuksiin saattoi olla syynä se, että haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen apuun, mitä he terapiasta saivat, eivätkä osanneet mahdollisesti odottaa fysioterapialta enempää. Fysioterapia myös eteni hyvin yksilöllisesti potilaan tavoitteiden ja mieltymysten mukaisesti, jolloin potilaat ovat saaneet vaikuttaa ja kehittää fysioterapiaa sen aikana.

8.5 Luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan sen luotettavuutta ja pätevyyttä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa nämä termit saavat erilaisia tulkintoja. Koska ne saatetaan kytkeä määrälliseen tutkimukseen, niiden käyttämistä laadullisessa tutkimuksessa vältetään. (Hirsjärvi ym. 2010, 232). Tässä kappaleessa kuitenkin arvioidaan edellä mainittuja käsitteitä tämän opinnäytetyön kannalta.

Reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta, joka voidaan todeta usealla tavalla. Tulosta voidaan pitää reliaabelina, jos esimerkiksi kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2010, 231). Tässä tutkimuksessa kaikki kolme tutkijaa ovat päätyneet samoihin lopputuloksiin kaikissa eri tutkimuksen vaiheissa, joten tuloksia voidaan pitää toistettavina. Konsensus saavutettiin keskustelemalla ja tulkintoja perustelemalla. Tutkimusten välistä toistettavuutta ei voida arvioida, koska jokainen tapaus on yksilöllinen.

Laadullisessa tutkimuksessa validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2010, 231). Opinnäytetyö on tehty laadullisen tutkimuksen ohjeita noudattaen. Viitekehys on pyritty rajamaan johdonmukaisesti, ja siinä on pyritty käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä. Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastatteluilla ja analysoitu teoriasidonnaista sisällönanalyysiä käyttäen. Tutkimuskysymykset ovat ohjanneet aineiston analyysiä koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen raportoinnissa kerrotaan tarkasti aineistonhankinnan ja analyysin eri vaiheita. Tutki-

muksen validiutta tukee se, että tutkimuskysymyksiin on pystytty vastaamaan. Tutkimukseen ja tutkimusselosteeseen kytkeytyy moninkertaisia tulkintoja. Tutkija, tutkimushenkilö ja tutkimusselosteen lukija tulkitsevat tutkimusta omalla tavallaan. Ihmiset kokevat, havaitsevat ja tulkitsevat asioita eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2008, 224 - 225.)

Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä, jota kutsutaan triangulaatioksi (Hirsjärvi ym. 2010, 233). Tässä tutkimuksessa on käytetty tutkijatriangulaatiota, joka on toteutunut tulosten analysoinnissa sekä tulkitsemisessä kolmen tutkijan yhteistyössä. Tutkijat analysoivat aineiston itsenäisesti, minkä jälkeen päädyttiin yhteisymmärrykseen tulosten tulkinnasta. Tässä vaiheessa saatiin erilaisia näkökulmia, joista pystyttiin muodostamaan yhtenäinen, kaikkia tutkijoita tyydyttävä tulos. Lisäksi luotettavuutta voidaan lisätä tutkijoiden tarkalla selostuksella tutkimuksen etenemisestä (Hirsjärvi ym. 2010, 232), johon tässä tutkimuksessa on pyritty mahdollisimman huolellisesti. Raportoinnissa on kerrottu esimerkiksi haastattelujen tarkat olosuhteet ja puutteet.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että tutkimuksessa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön mukaista toimintatapaa (Good scientific practice). Toimintatapaan kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä raportoinnissa. (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.) Tämä tutkimus on pyritty suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tapaustutkimuksessa tutkimushenkilöiden määrä on pieni, eivätkä tulokset ole yleistettävissä. Määrällisessä tutkimuksessa aineistoa verrataan taustapopulaatioon, mutta tapaustutkimuksessa ei saada samoin edustavaa otosta. Vaikka tyypillisiä tapauksia löytyy, keskimääräistä tapausta ei ole olemassa. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 12.)

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää haastatteluiden pinnallisuus. Haastattelijoiden kokemattomuus oli suuressa roolissa, ja voidaan miettiä, miten haastateltavia olisi pystytty valmistelemaan paremmin ja kuinka haastattelijat itse olisivat voineet valmistautua paremmin. Koska haastattelut jäivät näistä syistä lyhyiksi

ja melko pinnallisiksi, ei haastateltavilta saatu kaikkea mahdollisesti saatavissa olevaa kokemusperäistä tietoa. Tämä näkyy tuloksissa muun muassa siten, että kokemukset ovat melko samankaltaisia tutkimushenkilöiden välillä eikä kokemuksissa päästy pureutumaan niin sanotusti pintaa syvemmälle.

8.6 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä tukee Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän eettisen toimikunnan lausunto. Tarvitsimme tutkimusta varten puoltavan lausunnon, ennen kuin pääsimme aloittamaan haastateltavien etsimisen. Kriteereihin sopivia tutkittavia etsiessään EKKS:n psykofyysisen fysioterapiaosaston fysioterapeutti on päättänyt, kenelle kirjeet lähetetään, eivätkä tutkijat ole missään vaiheessa nähneet mitään heitä koskevia tietoja. Yhdeksästä kirjeen saaneesta henkilöstä tutkimukseen osallistui kolme henkilöä, joiden henkilöllisyydet ovat tiedossa ainoastaan tutkijoilla ja avustavalla fysioterapeutilla. Kirjeen saaneet merkittiin koodeilla, jotta he olisivat voineet halutessaan pysyä anonyymeina myös tutkijoille.

Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on ehdottomasti selvitettävä, kuinka henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy (Hirsjärvi ym. 2008, 25). Haastateltaville lähetettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Saatekirjeessä tuli esille vastaajien tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Kirjeessä oli yhteystietomme, jotta haastateltavat voivat kysellä lisätietoja tutkimuksesta. Saatekirjeen mukana toimitettiin haastateltaville suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta ja tietojen käytöstä tutkimuksessa (Liite 3). Näin pyrittiin välttämään mahdolliset yllättävät tilanteet ja annettiin tutkittaville mahdollisuus valmistautua haastatteluun.

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin luottamuksellista ja vapaaehtoista. Haastateltavilla oli oikeus keskeyttää haastattelu ja jättäytyä tutkimuksesta pois missä vaiheessa tahansa. Koska aihe on hyvin henkilökohtainen, täytyi haastateltaville selvittää ketkä heidän tietojaan käsittelevät, ja että heidän anonymi-

teettinsä säilyy koko tutkimuksen ajan Henkilötietolain 22.4.1999/523 (FINLEX 2010) mukaisesti.

Tässä tutkimuksessa on huomioitu myös tutkimusaineiston säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät eettiset näkökohdat. Aineisto on säilytetty turvallisesti siten, etteivät ulkopuoliset henkilöt ole missään vaiheessa päässeet niihin käsiksi. Kaikki tunnistellinen aineisto hävitetään tutkimustulosten oikeellisuuden tarkistamisen jälkeen. Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistoa ovat äänitallenteet ja niiden pohjalta tehdyt kirjalliset aineistot sekä sähköisinä että paperiversioina.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta. Fysioterapian merkitystä anoreksian hoidossa ei kirjallisuudessa tai mediassa juurikaan ole käsitelty. Tulosten mukaan anoreksiapotilaan fysioterapia EKS:ssa on ollut merkityksellistä ja fysioterapiaprosessi asiakaslähtöistä. Tulokset viittaavat siihen, että fysioterapialla on merkityksellinen asema anoreksiapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Samansuuntaisia tuloksia on saanut Immonen-Orpana (1999) pro gradu kirjallisuuskatsauksessaan. Tapaustutkimukselle luonteenomaisen pienen otoskoon vuoksi tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä.

Samaa aihetta voisi tutkia suuremmalla otoksella, jolloin tietoa voisi tulla monipuolisemmin ja tulokset olisivat paremmin yleistettävissä. Tuloksia voisi myös verrata johonkin toiseen terveystieteeseen. Toisaalta haastatteluja voisi syventää, jotta tietoa saataisi enemmän. Kehittämisehdotukset jäivät tässä tutkimuksessa niukoiksi, joten niitä voisi vielä jatkossa tutkia. Myös muista syömishäiriön muodoista tulisi tehdä vastaavanlaista tutkimusta, sillä syömishäiriöpotilaista vain pieni osa on puhtaasti anoreksiaa sairastavia (Isomaa 2011).

KUVIOT

Kuvio 1 Tutkimuksen eteneminen, s. 24

Kuvio 2 Kehittämissuositukset, s.40

TAULUKOT

Taulukko 1 Analyysin eteneminen, s. 30

Taulukko 2 Anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta, s. 32

LÄHTEET

Buckroyd, J. 1996. Anoreksia & Bulimia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Bulik, M., Reba, L., Siega-Riz, A-M. & Reichborn-Kjennerud, T. 2005. Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology and Cycle of Risk. International Journal of Eating Disorders 37, 2 - 9.

Charpentier, P. Syömishäiriöliitto-Syli ry. Tietoa syömishäisiöistä.
<http://www.syomishairioliitto.fi>
(Luettu 5.3.2010)

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Doll, H. A. 1999. Risk Factors for Anorexia Nervosa, Three Integrated Case-Control Comparisons. American Medical Association. 468 - 476.

FINLEX® - Valtion säädöstietopankki.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
(Luettu 2.3.2010)

Gyllensten A.L., Ekdahl C. & Hansson L. 2008. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. Advances in Physiotherapy 11, 2 - 12.

Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Haponen, A. & Valtonen, U. 2006. Moision sairaalan osasto 4:n syömishäiriöiden hoitomalli.

Harmanen, P. 2010. Asiantuntijahaastattelu.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Syömishäiriöpoliklinikka.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,961,2224,2225>
(Luettu 30.3.2010)

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. - 14. painos. Keuruu: Tammi, 203.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Hämeenlinna: Tammi, 231 - 233.

Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Lintunen, T., Koivimäki, K., Säilä, H. (toim.) Jalka potkee mieli notkee: Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy, 133 - 142.

Immonen-Orpana, P. 1999. Fysioterapian mahdollisuuksia anorexia nervosapotilaiden hoidossa. Kansanterveystieteen julkaisuja M 161:1999. Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma.

Isomaa, R. 2011. Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence. Åbo Akademi, Kehityopsykologia. Väitöskirja.

Jauhiainen, R. & Eskola, M. 1994. Ryhmäilmiö. Juva: WSOY.

Keski-Rahkonen, A. 2004. Genetic and environmental influences on body image disordered eating, and intentional weight loss. Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M184:2004.

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

Komulainen, J. 2007. Pelaamiskokemukset ja pelaamisen yksilöllisten merkitysten yhteys flow'n kokemiseen. Psykologian pro gradu –tutkielma.

Laine, M, Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007 Tapaustutkimuksen teoria ja käytäntö. Teoksessa Laine, M, Bamberg, J. & Jokinen, P. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki:Yliopistopaino, 9 - 38.

Lapinlahden sairaala, osasto 1. Vaiheittainen hoitomalli syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidossa, tiivistelmä.

Likovuori, K., Timperi, J. & Valtonen L. 2005. Syömishäiriöisen nuoren hoito Etelä-Karjalan alueella. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lähteenmäki, M-L., Jaakkola, R. 2009. Psykofyysinen fysioterapia 3. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. 2. painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Mononen, P. 2006 Rentoutusta sekä salissa että vedessä. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu –tutkielma.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Otava.

Palmer, R. 2003. Helping People with Eating Disorders. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. University of Leicester, UK.

Rautamies, E-L. 2009; 2010. Asiantuntijahaastattelu.

Saarela-Kinnunen, M., & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = Tapaustutkimus? Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Suokas, J. & Rissanen, A. 1999. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 278 - 288.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009a. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Fysioterapia syömishäiriöpotilaan hoidossa.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00178>
(Luettu 23.2.2010)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Lasten ja nuorten syömishäiriöt.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030#s2>
(Luettu: 21.1.2010)

Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Xerox Business Services.
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>
(Luettu 18.1.2011)

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys, PsyFy Ry. Psykofyysinen fysioterapia.
<http://www.psyfy.net/fysioterapiat.php?id=2>
(Luettu 23.2.2010)

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Toikka, K. & Toikka, P. 2006. Ratkaisuna ryhmätoiminta – välineenä vuorovaikutus. Löytöretki luoviin ryhmätoiminnan menetelmiin. Helsinki: Erikoispaino Oy.

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J. & Bulik, C. M. 2002. Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. Wiley InterScience.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi, 73.

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

Wallin, U., Kronovall, P. & Majewski, M. 1999. Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorder Review*. 8, 19 - 30.

Westerlund, A-M. 1998. Anoreksiasta ja bulimiasta aiheutuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita. Teoksessa Charpentier, P. (toim.) *Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus*. Jyväskylä: Kirjapaino oma.

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**
Sosiaali- ja terveystyö
Kehittämispäällikkö

Viranhaltijapäätös

1

28.04.2010 Dnro 296/13.00/2010


§ 15/2010/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Aino Hinkkanen, lida Maunuksela ja Sakran Nukarinen

Päätös

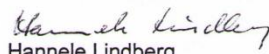
Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne "Anoreksia nervosaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyössä".

Lappeenrannassa 29.4.2010



Taru Juvakka
Kehittämispäällikkö, TtT
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö
Tuen ja kehittämisen yksikkö
PL 24
53101 Lappeenranta
taru.juvakka@eksote.fi
Puh. 044 791 5620

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 29.4.2010



Hannele Lindberg
Toimistos sihteeri

Saate

Sosiaali- ja terveysala
Lappeenranta

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Opiskelemme fysioterapiaa Saimaan ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia saamastaan fysioterapiasta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Työn tarkoituksena on selvittää fysioterapian merkitystä paranemisprosessissa sairastaneiden näkökulmasta sekä kerätä kehittämissuhteita esimerkiksi fysioterapian sisältöön. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kanssa.

Tarkoituksena on kartoittaa kokemuksiasi haastattelun avulla. Lähetämme haastatteluteemat etukäteen, jolloin Sinulla on mahdollisuus valmistautua kysymyksiin vastaamiseen. Haastatteluun on varattu aikaa noin tunti, ja se on tarkoitettu toteuttamaan kesän 2010 aikana, tarkempi ajankohta sovitaan myöhemmin. Haastattelut nauhoitetaan.

Osallistumisesi on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Osallistuminen ja vastaaminen ovat vapaaehtoisia, ja voit keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa. Sinua koskevat tiedot tulevat ainoastaan käyttöömme, ja ne hävitetään heti tutkimuksen valmistuttua.

Mikäli Sinulla ilmenee kysyttävää mistä tahansa tutkimukseen liittyvistä asioista, voit ottaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse.

Kiitämme etukäteen osallistumisestasi!

Iida Maunuksela
iida.maunuksela@student.saimia.fi

Sakran Nukarinen
sakran.nukarinen@student.saimia.fi

Suostumus

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä *Anoreksia nervosaa sairastaneiden kokemuksia fysioterapiasta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä* ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Olen voinut esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Suostun osallistumaan tähän tutkimukseen.

Paikka ja aika

Haastateltava

Opiskelijat

Nimen selvennys
